

MANEGEMENT OF PSEUDOPANCREATIC CYST*

อภิศักดิ์ เหลืองเวชการ พ.บ., ว.ว. (ศัลยศาสตร์ทั่วไป)**

Abstract : Management of Pseudopancreatic Cyst : A case Report

Leungvechakal A.

Hospital Director, U-Thong Community Hospital, Supanburi, Thailand.

Reg 7 Med J 1989 ; 8 : 145-149

A 25 years old hairdressing women had history of blunt abdominal trauma for about 20 days before admission, after that she developed abdominal pain at epigastrium and frequently vomitting. Post traumatic pancreatitis was diagnosed.

In U-Thong Hospital after conservative treatment, 5 days later the investigation were corresponding with pseudopanceatic cyst. Laparotomy revealed cystic mass 15 cm. in diameter behind and below stomach, it fibrous wall about 5 mm. thickening and multiloculated, then combind transgastric cystogastrostomy and (Roux-en-y) cysto-jejunostomy were used to drainage in this pateint.

เรื่องย่อ : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 25 ปี อาชีพช่างเสริมสวย มีประวัติถูกสามีทำร้ายร่างกายอยู่เป็นประจำ และครั้งสุดท้ายประมาณ 20 วันก่อนมาโรงพยาบาล หลังจากถูกทำร้ายร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ และอาเจียนบ่อยๆ เมื่อรับประทานอาหาร จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาลอุ้มทอง โดยให้การรักษาระบบประคับประคอง ให้การวินิจฉัยว่าเป็น post traumatic pancreatitis 5 วันต่อมาอาการไม่ดีขึ้น จึงได้ทำการตรวจทางรังสีที่เรียกว่า upper-gastrointestinal barium study พบว่าเป็น pseudopancreatic cyst ได้ทำการผ่าตัดและพบว่ามีก้อนขนาดประมาณ 15 เซนติเมตรอยู่หลังและใต้ต่อกระเพาะอาหาร ผนังของก้อนหนาประมาณ 5 มิลลิเมตร และเป็น multiloculated cyst จึงได้ทำการผ่าตัดโดยวิธีที่เรียกว่า transgastric cystogastrostomy และ (Roux-en-y) cysto-jejunostomy ร่วมกันทั้ง 2 วิธี จึงสามารถ drainage cyst ดังกล่าวได้ทั้งหมด หลังผ่าตัด 7 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนสามารถกลับบ้านได้

*รายงานในการประชุมวิชาการชมรมศัลยแพทย์เขต 7 วันที่ 12 มกราคม 2532 ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรบุรี

**ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มทอง สุพรรณบุรี 72000

บทนำ

ภาวะแทรกซ้อนที่เรียกว่า pseudopancreatic cyst เกิดขึ้นจากสาเหตุของการฉีกขาดของ ductal system ของตับอ่อน โดยสาเหตุของการฉีกขาดเกิดได้หลังภาวะ

- 1) Pancreatitis 75%
- 2) Trauma 25%

นอกจากนั้นอาจจะเกิดจาก neoplasm และ parasites ได้ โดยสาเหตุของ pancreatitis มักจะเป็นผลจาก alcoholism มากกว่า cholelithiasis อายุของผู้ป่วยจึงมักมีอายุประมาณ 40-50 ปี และพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง สำหรับผู้ป่วยรายที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็นหญิงอายุเพียง 25 ปี โดยมีสาเหตุจาก post trauma

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงอาชีพเสริมสวย อายุ 25 ปี มีสามีอาชีพรับราชการทหาร มีพฤติกรรมชอบทำร้ายร่างกายภรรยาอยู่เสมอ ๆ ปี พ.ศ. 2528 ผู้ป่วยมารับการตรวจที่โรงพยาบาลอุทอง และรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้การวินิจฉัยในครั้งนั้นว่าเป็น post traumatic pancreatitis

17 มกราคม 2530 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลอีกครั้งด้วยประวัติถูกสามีทำร้ายร่างกายประมาณ 20 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ อาเจียนบ่อย ๆ หลังทานอาหาร ไม่มีตัวเหลือง ตาเหลือง มีไข้ต่ำ ๆ ได้รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้การวินิจฉัยว่าเป็น post traumatic pancreatitis เช่นเดิม

การตรวจร่างกายแรกพบ ผู้ป่วยรูปร่างค่อนข้างอ้วน อ่อนแรง ชีตเล็กน้อย

- ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส

- ปอดและหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

- ตับม้ามไม่โต กดเจ็บทั่วไปบริเวณท้อง เจ็บมากบริเวณลิ้นปี่ คลำไม่พบก้อน เขย่าท้องฟังได้เสียง splashing sound (fullness at epigastrium) และพบว่า bowel sound ลดลง

- ระบบอื่นของร่างกาย ไม่พบความผิดปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hct = 37% WBC = 6400/mm³
(N = 71% L = 29%) platelet = adequate

U/A : Clear colorless, sp.gr. = 1012

Albumin, sugar = negative

RBC, WBC = 0-1/HD

Blood chemistry :

BUN = 30 mg% Creatinine = 1.1 mg%

Albumin = 2.75 mg% Globulin = 2.81 mg%

DB = 0.3 mg% TB = 0.8 mg%

SGOT = 15 IU SGPT = 20 IU

Alk. phos. = 20 IU Serum Amylase ทำไม่ได้

Plain abdomen พบ small bowel ileus เล็กน้อย บริเวณช่วงกลางช่องท้อง ภาพรังสีของปอดปกติ

upper GI study พบว่ามีการกดเล็กน้อยบริเวณกลางและหลังต่อกระเพาะอาหาร (ดูรูปที่ 1)

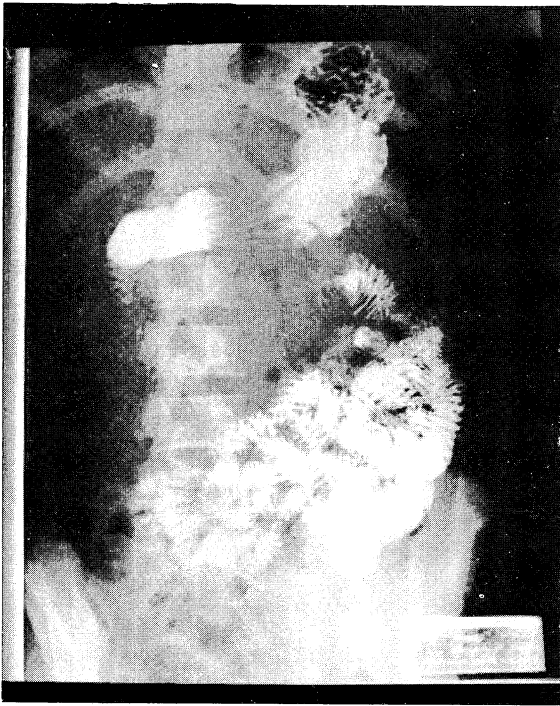
การวินิจฉัย post traumatic pancreatitis

การรักษา ให้การรักษาแบบประคับประคอง โดยให้ดื่มน้ำและอาหารทางปาก ใส่สายยางดูดของเหลวออกจากกระเพาะอาหาร เพื่อลดการกระตุ้นการทำงานของตับอ่อน และพักการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้

20 มกราคม 2530 อาการผู้ป่วยเลวลง ปวดท้องมากขึ้น มีไข้ขึ้น คลำพบก้อนที่บริเวณลิ้นปี่ชัดเจน ขนาดประมาณ 15 เซนติเมตร กดเจ็บ แต่ไม่มีตาเหลืองตัวเหลือง จึงได้ส่งตรวจทางรังสีซ้ำ โดยทำ upper GI study อีกครั้งหนึ่ง

ผล upper GI study ครั้งที่สอง พบว่ามีรอยกดยกของก้อนจากทางด้านหลังของกระเพาะอาหาร และมี C-loop กว้างขึ้น (ดูรูปที่ 2 และ 3)

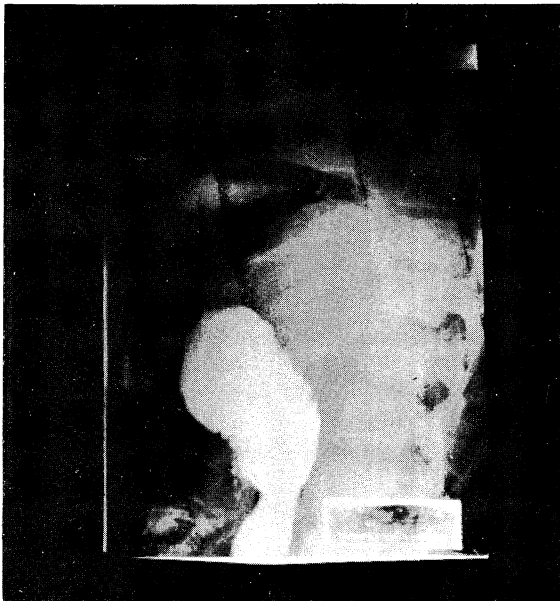
จากผลของ upper GI study ครั้งหลัง แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนที่เรียกว่า pseudopancreatic cyst เกิดขึ้น ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นภายหลังให้การรักษาแบบประคับประคอง จึงตัดสินใจผ่าตัด explore. lap. ในวันที่ 21 มกราคม 2530



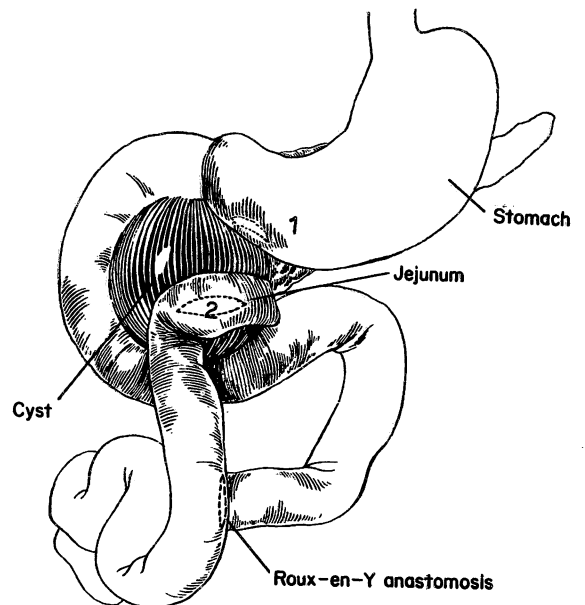
รูปที่ 1 upper GI study ครั้งที่แรก จะเห็นว่ามีรอยกกดเล็กน้อย บริเวณกลางและหลังต่อกระเพาะอาหาร



รูปที่ 2 upper GI study ครั้งที่สอง จะเห็น C-loop ที่กว้างออก



รูปที่ 3 upper GI Study ครั้งที่สอง จะเห็นรอยกดของก้อนจากทางด้านหลังของกระเพาะอาหารและดันกระเพาะอาหารไปทาง anterior และ superior



รูปที่ 4 แสดงการผ่าตัดทั้งสองวิธี

- 1) Transgastric cystogastrostomy
- 2) Cystojejunostomy (Roux-en-y)

การผ่าตัด พบมีน้ำสีเหลืองฟางในช่องท้อง ประมาณ 100 ซีซี และพบก้อนขนาดประมาณ 15 เซนติเมตร อยู่หลังและใต้ต่อกระเพาะอาหาร จึงได้ทดลองใช้เข็มแทงทะลุผ่านกระเพาะอาหารดูดได้น้ำสี serosanguinous จำนวนมาก จึงได้ตัดสินใจผ่าตัดเพื่อทำ internal drainage ที่เรียกว่า transgastric cysto-gastrostomy โดยเลือกการผ่าตัดใกล้ต่อบริเวณ lesser curvature เปิดแผลด้าน anterior ยาวประมาณ 4 เซนติเมตร แผลด้านหลังยาวประมาณ 3 เซนติเมตร โดยไม่ได้ตัดเนื้อของกระเพาะอาหารออก เพื่อป้องกันการไหลย้อนของเศษอาหารและน้ำย่อยเข้า cyst ซึ่งจะทำให้เกิดการติดเชื้อภายใน cyst ได้ จากการผ่าตัดได้น้ำสีแดงอ่อนประมาณ 200 ซีซี การเย็บแผลด้านหลังใช้ Dexon เบอร์ 0 เย็บ 2 ครั้ง ครั้งแรกเย็บแบบ continuous running lock เพื่อห้ามเลือด และเย็บอีกครั้งแบบ interrupt figure of eight ปรากฏว่าหลังผ่าตัดเสร็จ ก้อนส่วนใหญ่ยังคงอยู่ โดย drainage ครั้งแรก ไม่สามารถ drainage cyst ทั้งหมดได้ แสดงว่าน่าจะเป็น multiloculated cyst ได้ทำการสำรวจส่วนล่างของ cyst พบว่าผนังของ cyst หนาประมาณ 5 มิลลิเมตร จึงได้เพิ่มการผ่าตัดที่เรียกว่า cysto-jejunostomy (Roux-en-y) ได้ fluid จาก cyst ประมาณ 800 ซีซี และสามารถ drainage cyst ได้ทั้งหมด (ดูรูปที่ 4)

การดำเนินโรค หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้ประมาณ 5 วัน อาการทั่วไปดีขึ้นมาก ให้ทานอาหารในวันที่ 5 ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ในวันที่ 29 มกราคม 2530 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด 2 ครั้ง ไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ

วิจารณ์

ภาวะแทรกซ้อน pseudocyst ส่วนใหญ่มักจะเป็น uniloculated และมักจะพบอยู่ใน lesser sac โดยบางครั้งอาจจะอยู่ในตำแหน่งอื่น ๆ ได้เช่น

- ภายในตับอ่อนเอง (retention cyst)
- Transverse mesocolon
- Omentum
- ด้านหลังของตับอ่อน

- ภายใน mediastinum

อาการที่พบบ่อย ได้แก่ persistent pain คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีไข้ และ ileus ซึ่งมักเกิดขึ้นประมาณ 2-3 อาทิตย์ภายหลังภาวะ pancreatitis หรือ trauma มักจะเกิดขึ้นบริเวณลำไส้ หรือบริเวณท้องด้านซ้ายบน และมักจะร้าวไปด้านหลัง โดยทั่วไปจะพบ mass จากการตรวจร่างกายประมาณ 75% ของผู้ป่วย อาการอาเจียนอาจจะเกิดจากภาวะที่เรียกว่า syndrome of pyloroduodenal obstruction ซึ่งเป็นผลจากการกดของ cyst ต่อกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ตัว cyst อาจจะมีการยุบหายไปได้จาก

1) Spontaneous perforation เข้า hollow viscus เช่น stomach หรือ duodenum หรือแตกเข้าภายในช่องท้องช่องปอด หรือกระทั่งแตกเข้าไปใน mediastinum

2) Drainage เข้า main pancreatic duct (Phantom tumor) ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมักจะไม่พอเพียงที่จะทำให้ก้อนยุบหายไปหมด จึงต้องการการผ่าตัด

ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ไม่บ่อยนัก ได้แก่

1) GI hemorrhage จาก gastroesophageal varices ซึ่งเกิดจากมีการกดของตัว cyst ต่อ portal venous system

- กรณี cyst อยู่บริเวณ body และ tail ก็อาจจะกด splenic vein

- กรณี cyst อยู่บริเวณ head ก็อาจจะกด portal vein เกิดเป็น segmental portal hypertension หรือเกิด thrombosis ก็ได้

2) Jaundice เกิดจากการกดของตัว cyst ต่อท่อน้ำดีร่วมส่วนปลาย ถ้า cyst นั้นอยู่บริเวณ head of pancreas

การตรวจทางรังสีวิทยา ที่มีประโยชน์มากที่สุดก็คือ การทำ upper GI barium study สำหรับ barium enema จะมีประโยชน์ในกรณีที่ pseudocyst มีขนาดใหญ่และเจาะเข้า root of mesentery โดยจะเห็นการกด transverse colon ชัดเจน สำหรับ ultrasonography และ ERCP ก็อาจจะมีประโยชน์บ้างในบางกรณี ส่วน CT scan จะเป็นสิ่งที่บอตำแหน่งของ pseudocyst

ได้ดีที่สุด

การผ่าตัดจะดำเนินการจากสาเหตุ 2 กรณีคือ

1) มีภาวะแทรกซ้อน เกิดขึ้น เช่น secondary infection หรือ severe hemorrhage หรือมีการแตกของ pseudocyst เข้าสู่อวัยวะข้างเคียง หรือเข้าช่องท้อง ทรวงอก เป็นต้น

2) Pseudocyst ไม่หายไปเพราะมี fibrous wall ที่หนา โดยทั่วไปเมื่อมี pseudocyst เกิดขึ้น และผู้ป่วย ยังมีอาการคืออยู่ให้สังเกตอาการ 2-3 อาทิตย์ โดยยึดหลัก ดังนี้

- ถ้าก้อนโตขึ้น และผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น ให้ทำ ผ่าตัดทันที

- ถ้าตรวจร่างกายแล้วดีขึ้น ก่อนขนาดเล็กลง ไม่ต้องทำผ่าตัด

ในกรณีที่ต้องทำการผ่าตัด อาจจะต้อง outline ขอบเขตของ cyst ให้ชัดเจนโดยทำ cystography อาจจะได้เห็นทางติดต่อกับ main pancreatic duct สำหรับ fluid ใน cyst มีความสำคัญมากโดยจะบอกถึงพยาธภาพ บางประการของ cyst ได้เช่น

- ถ้าเป็น clear liquid มักเกิดจาก retention cyst

- ถ้าสีเป็นสีดำหรือสีเทา มักจะเกิดจาก necrotic pseudocyst

- ถ้าเป็นน้ำเลือดอยู่ใน cyst ให้ระวังมี vascular communication และอาจจะมี hemorrhage ภายหลัง จาก drainage ได้

สำหรับการผ่าตัดนั้น ปัจจุบันนิยมอยู่เพียง 3 วิธี เท่านั้น คือ

1) Simple external drainage หรือ marsupialization

ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหนักมาก การทำผ่าตัด

มากและเสียเวลาจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย วิธีนี้จะเสีย electrolyte จำนวนมากและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้

2) การตัดทิ้ง (extirpation) ใช้ในกรณีที่ทำได้ง่าย เช่นที่ distal pancreas

3) Internal drainage เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด มีอยู่ 3 วิธีคือ

- Transgastric cystogastrostomy ทำง่าย ใช้ กรณีที่ cyst อยู่ใน lesser sac

- Transduodenal cystoduodenostomy ใช้กรณีที่ cyst อยู่ใกล้ head of pancreas

การผ่าตัดทั้ง 2 วิธี ถ้ามีการตัดขอบของ stomach หรือ duodenum มาก ก็จะเป็นสาเหตุของการไหลย้อน กลับของของเหลวจากทางเดินอาหารเข้า cyst ได้ อาจจะทำให้เกิด pancreatic abscess หรือ gastric ulcer ได้

- Cysto-jejunostomy (Roux-en-y หรือ Omega-loop)

เป็นวิธีที่นิยมใช้ในการ drainage มากที่สุด เพราะ สามารถป้องกัน intestinal content หรือ gastric juice ไหลย้อนเข้า cyst ซึ่งจะทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้นได้ และที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือสามารถ drain เข้า cyst ในตำแหน่ง dependent ที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Schwartz SI. Principles of surgery, 4 th ed. New York : McGraw Hill, 1984.
2. Balfour J F. Pancreatic pseudocysts : Complications and their relation to the timing of treatment. Surg Clin North Am 1970 ; 50 : 395.
3. Ranson JHC. Symposium on liver, spleen and pancreas. Surg Clin North Am 1981 ; 61 : 73.
4. Mercadier MP, Clot JP, Russell TR. Chronic recurrent pancreatitis and pancreatic pseudocyst. CPS 1973 ; 10 : 1-190.