



## Endoscopic Corner

นพ.วราญ ประัญกุล

สาขาโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์

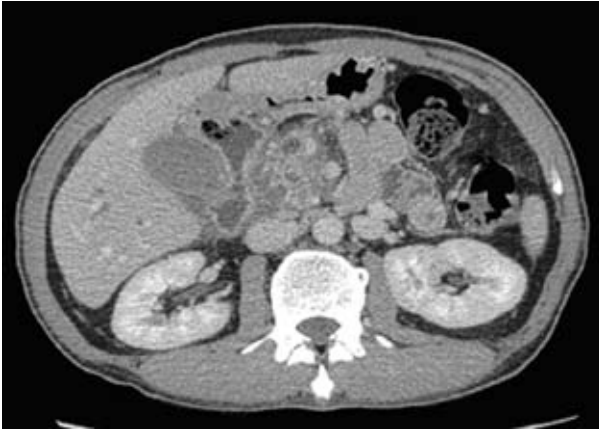
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะลุกลามที่มาด้วยอาการตัวตาเหลือง และมีสาเหตุมาจากการอุดตันของท่อน้ำดีส่วนปลายมีเป้าหมายสำคัญเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยที่เกิดจากท่อน้ำดีอุดตัน ด้วยการส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดี (ERC:Endoscopic Retrograde Cholangiography) ก่อนที่จะให้การรักษาอื่นๆ รวมทั้งการให้ยาเคมีบำบัด อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยการตรวจส่องกล้องในผู้ป่วยที่มีมะเร็งได้ลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงแล้วมีความยากลำบาก เนื่องจากกายวิภาคของทางเดินอาหารที่เปลี่ยนไปอันเป็นผลจากภาวะลำไส้เล็กส่วนต้นอุดตันทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องทำการระบายน้ำดีด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การวางท่อระบายน้ำดีผ่านทางหน้าท้องโดยรังสีแพทย์อย่างไรก็ตามหัตถการดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 10-30 ได้แก่ ท่อน้ำดีเกิดการรั่วหรืออักเสบติดเชื้อ การติดเชื้อในช่องท้องรวมทั้งผู้ป่วยต้องมียาระบายอยู่ภายนอก การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำดีก็เป็นการรักษาอีกวิธีหนึ่งซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงถึงร้อยละ 17-37 และอาจเสียชีวิตร้อยละ 2-5<sup>1,2</sup> ในปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหาร รวมถึงเทคนิค

และอุปกรณ์แตกต่างไปจากอดีต ช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา แพทย์ในทวีปยุโรป ได้พัฒนาเทคนิคการตรวจส่องกล้องอัลตราซาวนด์ (EUS: endoscopic ultrasonography) เพื่อวางท่อระบายน้ำดีผ่านทางกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก ส่วนต้น จนในปัจจุบันได้ยอมรับเทคนิคดังกล่าวสามารถทำได้โดยปลอดภัย มีประสิทธิภาพสูงมีผลแทรกซ้อนไม่มากเมื่อทำโดยแพทย์ที่มีความชำนาญ<sup>3</sup> ซึ่งอาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะนำมาใช้ในทางคลินิกดังกล่าวกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่จะนำเสนอต่อไป

ผู้ป่วยชายอายุ 52 ปีมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องใต้ลิ้นปี่มา 4 เดือน ต่อมาเมื่อตรวจเลือดร่วมกับน้ำหนักร่างกายลดลงผลการตรวจเลือดพบ total bilirubin 17.4mg/dl, direct bilirubin 14.4 mg/dl, alkaline phosphatase 390 U/L, PT 14.4 sec และ CA19-9 >330 IU/ml การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง พบ ill-defined soft tissue mass at pancreatic head region extended to uncinate process causing distal CBD obstruction and dilatation of main pancreatic duct with SMV and SMA encasement, distended gallbladder with sludge ดังแสดงในภาพที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งตับอ่อนระยะลุกลามจึงได้รับการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อวางท่อระบายน้ำดีแต่การตรวจส่องกล้องพบว่ามะเร็งได้ลุกลามมาที่ลำไส้เล็กส่วนต้นจนทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตันไม่สามารถสอดกล้องผ่านบริเวณดังกล่าวเพื่อทำการฉีดสีประเมินท่อน้ำดีได้ จึงได้ใส่ enteral self-expandable metallic stent (Wallstent™) ด้วย therapeutic gastroscopy หลังจากนั้น 1 สัปดาห์จึงได้ทำ ERC อีกครั้ง แม้ว่าในครั้งนี้อาจผ่านกล้องลงไปได้แต่ไม่สามารถหาจุดเปิดของท่อน้ำดีได้ เนื่องจากการลุกลามของก้อนมะเร็งจึงได้เลือกใช้เทคนิคการวางท่อระบายน้ำดีผ่านทางลำไส้เล็กส่วนต้นเหนือต่อท่อโลหะด้วยการตรวจ EUS ซึ่งตรวจพบ large complex mass with solid and cystic component size 5.2x3.3 cm. at pancreatic head causing upstream CBD dilatation up to 2.5 cm. in diameter. The SMV and portal vein were involved ดังแสดงในภาพที่ 2 ต่อมาใช้เข็ม FNA เบอร์ 19 แหวงผ่านผนังลำไส้เล็กเข้าไปในท่อน้ำดีซึ่งยืนยันด้วยการดูดได้น้ำดีและฉีดสี ดังแสดงในภาพที่ 3 จากนั้นจึงใส่ลวดตัวนำขนาด 0.035 นิ้วผ่าน

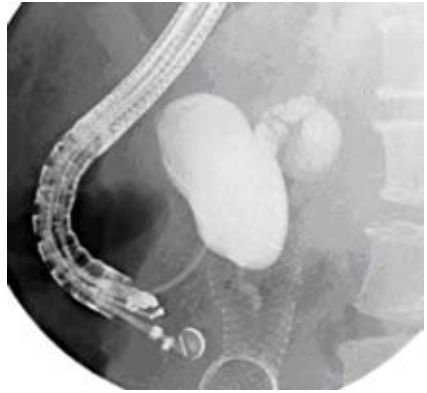
เข็มดัดกล้าวเข้าไปในท่อน้ำดีภายในตับ แล้วทำการขยายช่องดัดกล้าวด้วย Soehendra dilator ขนาด 7 และ 8.5 Fr. ก่อนที่จะใส่ท่อระบายน้ำดีที่ติดตั้งเอง ขนาด 8.5 Fr. x 6.5 cm. ดังแสดงในภาพที่ 4 และ 5 ภายหลังทำหัตถการผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดและภาวะดีขึ้นหายไปในเวลา 2 เดือน แพทย์นัดเปลี่ยนท่อระบายน้ำดีเป็น metallic stent ต่อไป



ภาพที่ 1 The CT scan showed pancreatic mass at head and CBD, PD dilatation



ภาพที่ 2 EUS finding revealed dilatation of CBD 2.05 cm.



**ภาพที่ 3** (A) Soehendra dilator was inserted under fluoroscopic guided  
(B) Cholangiogram



**ภาพที่ 4** Tailor made, tapered tip, multiple fangs, without side-hole, plastic stent



**ภาพที่ 5** Stent was successfully inserted (endoscopic view and fluoroscopic view)

การใส่ท่อระบายน้ำดีผ่านทางลำไส้เล็กส่วนต้นโดยใช้กล้องอัลตราซาวนด์ (EUS guided choledochoduodenostomy) สามารถทำได้หลายเทคนิค โดยเฉพาะขั้นตอนการขยายแนวเชื่อมต่อระหว่างท่อน้ำดีและลำไส้เล็ก ซึ่งอาจเลือกใช้ needle knife, balloon dilation หรือ tapered tip catheter และการเลือกชนิดของท่อระบายน้ำดี ได้แก่ double pig-tail plastic stent, straight plastic stent หรือ covered biliary metallic stent ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้ใช้การขยายแนวเชื่อมต่อด้วย dilator ปลายเรียวที่ทำขึ้นเองขนาด 7 และ 8.5 Fr. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกง่ายและลำไส้เล็กทะลุที่มักเกิดกับการใช้ needle knife และ balloon dilation ยกเว้นกรณีที่ต้องการใส่ covered metallic stent ตั้งแต่แรก รวมทั้งภาวะน้ำดีรั่วที่อาจเกิดขึ้นกรณีใส่ท่อพลาสติก ผู้ป่วยรายนี้เลือกใส่ท่อพลาสติกแบบตรงและปลายเรียวเล็กที่ทำขึ้นเองซึ่งมีแรงต้านบริเวณแนวเชื่อมต่อ น้อย และเพิ่มเขี้ยวชนิดไม่มีรูที่ด้านข้างของท่อพลาสติกเพื่อช่วยป้องกันการเลื่อนตำแหน่งของท่อเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะ bile peritonitis ที่อาจเกิดขึ้นจากการใส่ covered biliary metallic stent เนื่องจากตัวท่อโลหะมีโอกาสหดสั้นและเลื่อนหลุดได้เอง ซึ่งการใส่ท่อพลาสติกแบบนี้ใช้เทคนิคเหมือนการใส่ metallic stent

## เอกสารอ้างอิง

1. vanDelden OM, Lameris JS. Percutaneous drainage and stenting for palliation of malignant bile duct obstruction. *Eur Radiol* 2008;18:448-56.
2. Savides TJ, Varadarajulu S, Palazzo L. EUS 2008 Working Group document: evaluation of EUS-guided hepaticogastrostomy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2009;69:S3-S6
3. Itoi T, Sofuni A, Itokawa F, et al. Endoscopic ultrasonography-guided biliary drainage. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2010;17:611-6

