Нойр булчирхайн толгой хэсгийн хавдар

Э.Хонгорзул[1], Н.Баасанжав[1], А.Ербахыт[1], С.Роломжав[1], Н.Алтанчимэг[2], Ц.Отгонтуяа[1], Б.Эрдэнэбулган[1,3]

[1]Улсын хоёрдугаар төв эмнэлгийн Дүрс оношилгооны тасаг
[2]Улсын хоёрдугаар төв эмнэлгийн Мэс заслын 1-р тасаг
[3]Улсын хоёрдугаар төв эмнэлгийн Судсан дотуурх оношилгоо эмчилгээний тасаг
Цахим хаяг: Zulaa_aus@yahoo.com

Түлхүүр үг:
Нойр булчирхайн хавдар
КТГ

Товч утга: Нийт нойр булчирхайн хавдрын 60-70% нь булчирхайн толгойн хэсэгт байрлах бөгөөд аденокарцинома хавдар нь хамгийн элбэг тохиолддог.[1] Энэхүү судалгааг УХТЭ-ийн Мэс заслын тасагт хэвтэн эмчлүүлсэн өвчтөний статистик мэдээлэл, өвчний түүх, ERCP+CBD stenting, тодосгогчтой компьютер томографи (КТГ), MRCP болон MRI шинжилгээ зэрэг эмнэлзүйн мэдээлэлд тулгуурлан судаллаа.

Үндэслэл: Булчирхайн анатомийн онцлогоос энэ хэсэгт хурц үрэвсэлийн эсвэл архаг булчирхайн эдийн фиброзон өөрчлөлтийн суурь дээр булчирхайн хавдрыг оношилох үед дүрс оношилгооны шинжилгээнд зарим талаар оношилгооны хязгаарлагдмал байдал үүсгэдэг.[2] Иймд тодосгогчтой компьютер томографийн шинжилгээнд нойр булчирхайн хавдрын үед илрэх дүрс оношилгооны нийтлэг шинжийг ялган тодруулах шаардлагатай байгаа нь уг судалгааг хийх үндэслэл боллоо.

Зорилго: Оношлогоо тодруулах шинжилгээнд тулгуурлан нойр булчирхайн толгойн хэсгийн хавдрыг эрт илрүүлэх

Зорилт:

1. Тодосгогчтой компьютер томографийн шинжилгээнд нойр булчирхайн хавдрын үед илрэх дүрс оношилгооны нийтлэг шинжийг ялган тодруулах
2. Нойр булчирхайн хавдрыг эрт илрүүлэх

Хэрэглэгдэхүүн, арга аргачлал: УХТЭ -ийн Яаралтай тусламжийн тасгийн хүлээн авахын хэсэгт хэвлийн хүчтэй өвдөлттэй, халуурсан зовиуртай ирж үйлчлүүлсэн 72 настай Б-гийн өвчний түүх, эмнэлзүйн мэдээлэлд тулгуурлан эмнэлзүйн тохиолдлыг судаллаа.

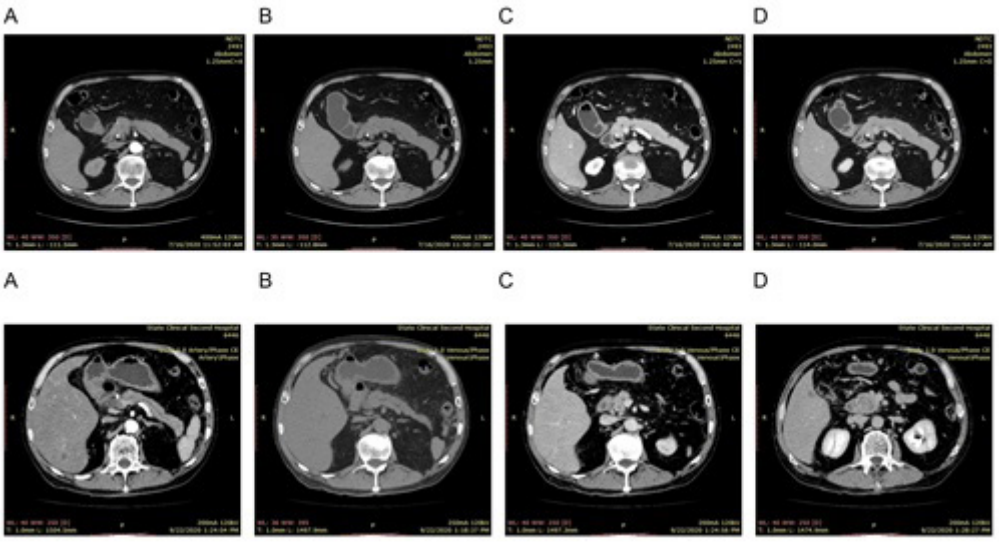
Үр дүн: Өвчний түүх: 2020 оны 07 сарын 09 -ны өдөр цөсний ерөнхий сувгийн чулуу, цөсний хүүдийн чулууны үрэвсэл оношоор УХТЭ-ийн Мэс заслын тасагт хэвтэн ERCP+CBD stenting хийгдэж, 2020 оны 07 сарын 21-ний өдөр эмнэлгээс биеийн байдал сайжирч гарсан. Эмнэлгээс гарах үедээ хэвлийн хэт авиан шинжилгээ болон биохимийн шинжилгээнд нойр булчирхайн хурц үрэвслийн шинж байсан (Хүснэгт 1). Эмнэлэгт хэвтэн эмчилгээ хийгдэх хугацаандаа буюу 2020.07.17-ны өдөр хэвлийн хөндийн тодосгогч бодистой КТГ шинжилгээ хийлгэсэн.

Хүснэгт 1. Онош тодруулах шинжилгээний хариу

		Эмнэлэгт хэвтэх үеийн шинжилгээ	**Эмнэлэгээс гарах үеийн шижилгээ**	**Амбулаторийн хяналтын үеийн шинжилгээ**	**Эмнэлэгт хэвтэх үеийн шинжилгээ**
		2020.07.09	2020.07.20	2020.07.30	2020.09.19
Биохимийн шинжилгээ	Amyl	918.7UL	181.0 UL	268.7 UL	42.9 UL
	BilT	58.7µmol/L	13.08UL	-	157.3 UL
	BilD	56.4UL	11.0UL	-	-
		2020.07.09 Цөсний хүүдий чинэрсэн. Цөс өтгөн. ЦЕС 0.8 см. Цөсний хүүдийд <0.8 см чулуунуудтай.	**2020.08.05** Цөсний хүүдийд d=0.8 см хэмжээтэй, акустик тодролтой чулуутай. Цөс өтгөн, тунадастай. Нойр булчирхайн толгой 3.0 см, их бие 1.7см, сүүл 2.5 см хэмжээтэй. Булчирхайн гадаргуу тэгш бус, эхо	**2020.09.19** Мэс заслаар авагдсан ЦЕС-0.8 см Ложид 1.0 см өргөнтэй эхонегатив	

Хэвлийн хэт авиан шинжилгээ	Нойр булчирхайн толгой 3.0 см, их бие 2.7см, сүүл 2.5 см хэмжээтэй. Булчирхайн гадаргуу тэгш бус, эхо ойлт жигд ихэссэн. Суваг тодорсон.	ойлт жигд ихэссэн.	зонтой. Нойр булчирхайн толгой 1.6 см, их бие 0.8 см, сүүл 1.6 см хэмжээтэй. Булчирхайн гадаргуу тэгш, эхо ойлт жигд ихэссэн.

Шинжилгээнд: Цөсний хүүдий өргөссөн. Цөсний хүүдийд 0.5 см хэмжээтэй, нэг тооны чулуутай. ЦЕС-т 1.0 см урт стенттэй. Нойр булчирхай хэлбэр, хэмжээгээр харьцангуй томорсон, булчирхайн суваг өргөсөлгүй. Сувагт рентген /+/ өөрчлөлтгүй (Зураг 1).



Зураг 1. Тодосгогч бодистой аксиал КТГ шинжилгээ
Дээд эгнээнд эхний шинжилгээ: А артерийн фаз, В тодосгогчийн өмнөх, С вений фаз, D хожуу фаз.
Доод эгнээнд 2 дахь шинжилгээ: А артерийн фаз, В тодосгогчийн өмнөх, С вений фаз, D хожуу фаз

2020.09.04-ны өдөр төлөвлөгөөт журмаар LC хийгдсэн. Эмнэлгээс гарсны дараа амбулаторийн хяналтын үзлэг 3 удаа хийгдсэн. Энэ хугацаанд биохимийн шинжилгээнд нойр булчирхайн болон цөсний хүүдийн хурц үрэвсэлийн шинж илэрч байсан (Хүснэгт 1). 2020.09.15-нд CBD-н стент авахуулсан. Стент авахуулснаас хойш дээрх зовиурууд эхэлсэнтэй холбоотой 2020.09.22-ны өдөр дахин хэвлийн хөндийн тодосгогч бодистой КТГ шинжилгээ хийгдсэн. Шинжилгээнд нойр булчирхайн толгой 2.9 см, их бие 1.7 см, сүүл 1.6 см тус тус хэмжээтэй, толгой хэсгийн паренхимид 2.8х2.3 см хэмжээтэй, гиподенсив давамгай үүсгэвэртэй, эргэн тойрон өөхөн эдэд 1.3 см хүртэл хэмжээтэй, хэд хэдэн тооны нягтрал буурсан булчирхайнууд тодорхойлогдсон. Булчирхайн суваг 2.6 мм хэмжээсэй, бага зэрэг тодорсон. Цөсний хүүдий мэс заслаар авагдсан. ЦЕС 1.2 см хүртэл хэмжээтэй өргөссөн (Зураг 2), доод эгнээ өөрчлөлттэй байсан.

Мөн 2020.09.20-ны өдөр Интермед эмнэлэгт MRCP шинжилгээгээр нойр булчирхайн толгой хэсгийн масс байгаа нь батлагдсан.

Хэлцэмж: Бидний судалгаанд КТГ шинжилгээнд нойр булчирхай хэмжээг өвчтөний настай харьцуулахад харьцангуй томорсон, цөсний ерөнхий суваг өргөссөн өөрчлөлт нь, нойр булчирхайн үрэвсэл болон цөсний ерөнхий сувгийн бөглөрөл, дарагдлын улмаас илрэх шинж тэмдэг бөгөөд мөн эдгээр шинжүүд нойр булчирхайн хавдрын үед илрэх дүрс оношилгооны нийтлэг шинж юм. Энэ тохиолдолд цөс, нойр булчирхайн сувгийн давхар бөглөрөл болон булчирхайн сувгийн өргөсөл байгаа үед биохимийн шинжилгээгээр нойр булчирхай болон цөсний үйл ажиллагааг хянах, мөн MRCP болон MRI зэрэг дараагийн шинжилгээгээр хавдрыг үгүйсгэх шаардлагатай.

Дүгнэлт:

1. Шинжилгээнд нойр булчирхайн толгой хэсэгт Т1 бага, Т2 өндөр, артерийн фазад үл тодрох, венийн болон хоцролттой фазуудад зах ирмэгээрээ тодрох, зузаан ханатай, нэвчилтийн хоригтой, төвдөө бага дохионы эрчимтэй 3.1х3.2см хэмжээтэй масс байна. Т2 жинлэгдсэн дараалалд уг масс дээд гэдэсний хооронд байх өөхөн зурвас болон дээд гэдэсний хана бүдэг тодорхойлогдоно.
2. Нойр булчирхайн цоргоны дистал хэсэг үл тодорхойлогдох ба зам өргөсөөгүй. Цөөн хэдэн тооны тодосгогчоор тодрох тунгалгийн булчирхайнууд нойр булчирхайн өмнөд хэсэгт тодорхойлогдсон гэсэн дүгнэлтээр нойр булчирхайн толгой хэсгийн хавдрын масс оношилогдсон.

Талархал: Уг судалгааны ажлыг хийж гүйцэтгэхэд гүн туслалцаа үзүүлсэн УХТЭ-ийн Мэс засал болон Дүрс оношилгооны тасгийн хамт олонд гүн талархал илэрхийлье.

Ном зүй:

1. *Santos BC, de Araujo FCF, Sanches MD (2018) Preoperative biliary drainage in pancreatic head adenocarcinoma: case report and literature review/Drenagem biliar pre operatoria no cancer de cabeca de pancreas: relato de caso e revisao da literatura. Revista de Medicina97(4): 422-433, 2018.*
2. *E Frampas 1 , O Morla, N Regenet, T Eugène, B Dupas, G Meurette A solid pancreatic mass: tumour or inflammation? DOI: 10.1016/j.diii.2013.03.013*

Pancreatic head tumor

E.Khongorzul[1], N.Baasanjav[1], A.Erbahiit[1], S.Rolomjav[1], *N.Altanchimeg[2], Ts.Otgontuya[1], B.Erdenebulgan[1,3]*

[1]Second State Central Hospital, Department of Diagnostic Radiology
[2]Second State Central Hospital, General Surgery Department
[3]Second State Central Hospital, Department of Interventional radiology
E-mail: Zulaa_aus@yahoo.com

Introduction: The prognosis for pancreatic cancer is poor, and early diagnosis is essential for surgical management. By comparison with its classic form, the presence of acute or chronic inflammatory signs will mask its detection and delay its diagnosis. In our case 72-year-old man presented acute abdominal pain with hight body temperature. Laboratory investigations revealed a high amylase, BilT and BilD. Ultrasounds showed dilated gallbladder with multiple stones, and dilated CBD and pancreatic duct. Pancreas size were slightly larger comparing with patient age, and irregular contour and increased parenchymal echogenicity. So, patient underwent the ERCP+CBD stenting due to obstruction of CBD. After that patient took the abdominal CECT, it showed <1.0 cm sized stent within common biliary duct, pancreas head dilation and GB multiple stones /figure 1, first line/. When patient's symptoms resolved postoperatively, patient discharged home. Follow-up appointments after ERCP+CBD stenting, patient's amylase were stable high <268.7 UL. By the plan we removed stent after 3 months later, but patient presented symptoms, which mentioned above, so underwent the abdominal CECT again, it showed predominant hypodense mass in pancreas head with slightly dilated pancreas duct and dilated CBD /figure 1, second line/. Since the tumor can be masked by inflammation or necrosis, like the upstream atrophy by edema, secondary signs become of great importance. Dilatation of the pancreatic duct, a double biliary and pancreatic obstruction or interruption of the pancreatic duct are unusual as our case report, and should lead to considering an underlying pancreatic tumor.

Key words: Pancreatic tumor, CT.