

كيسات البنكرياس

أ.د: محسن بلال

إن الكيسات البنكرياسية الكاذبة هي تجمعات موضوعة للسوائل ذات تراكيز مرتفعة من الإنزيمات البنكرياسية، تحدث هذه الكيسات عادة كاختلاط للتهاب البنكرياس ، هذا على الرغم من حدوث بعض هذه الكيسات بعد الرضوض . تتوضع الكيسات الكاذبة إما ضمن البرانشيم البنكرياسي ، أو في إحدى المسافات الكامنة بين هذه الغدة و بين الأحشاء البطنية المجاورة في الكيس البريتواني الصغير خلف المعدة ، و تدعى بالكيسات الكاذبة لأنه ينقصها البطانة الإبتليالية الحقيقية على النقيض من الكيسات الخلقية أو التنشؤات الكيسية .

تعتمد الآلية الإمرضية للكيسات الكاذبة على الحالة السريرية التي نشأت بسببها . فخلال نوبة التهاب البنكرياس الحاد ترشح السوائل من البنكرياس و يصبح لها جدار يحتويها من البنيات المحيطة بالبنكرياس و بالتالي يحدث فشل في إعادة امتصاصها عندما تنفرج الحدئية الالتهابية . أما عند مرضى التهاب البنكرياس المزمن فإن التضيقات القنوية أو الحصيات يمكن أن تسد القناة البنكرياسية أو فروعها و تؤدي لحدوث توسعات قنوية موضعية ، و عندما تلتئم هذه المناطق و تفقد بطانتها الإبتليالية فهي تتضخم لتشكل كيسة كاذبة . تحدث بعض الكيسات عقب الرضوض و تكون نتيجة إما لالتهاب البنكرياس أو للتحطم القنوي مع حدوث نزح مباشر للسوائل من الغدة البنكرياسية و تتشكل كيسات كاذبة في بعض الأحيان عقب تعرض البنكرياس للأذية في سياق عمليات استئصال الطحال .

يعتبر الإدمان الكحولي و أمراض الطرق الصفراوية مسؤولين عن معظم الحالات ، و الرجال أكثر من النساء بنسبة 2 إلى 1 في معظم التقارير الطبية ، العمر الوسطي لتشخيص الحالة هو 45 سنة ، و تتوضع حوالي ثلث الكيسات الكاذبة في رأس البنكرياس ، بينما يتوضع الثلثان الباقيان في الجسم و الذيل . تحدث كيسات متعددة في 20% من المرضى .

الأعراض :

يجب الاشتباه بوجود الكيسات الكاذبة عندما لا يحدث شفاء عند مريض التهاب البنكرياس الحاد بعد 5 إلى 7 أيام من المعالجة ، أو بعد بعض التحسن ثم تسوء حالتهم من جديد ، أما عند مرضى التهاب البنكرياس المزمن فلا توجد غالباً نوبة التهاب بنكرياس حاد لكي تنذر بحدوث الكيسة و إنما بدلاً من ذلك يمكن أن يشكو المريض من ألم بطني أو من أعراض تعكس وجود انضغاط للأحشاء المجاورة بالكيسة ، حيث يمكن أن يعكس الغثيان و الإقياء و فقدان الوزن وجود انسداد عفجي أو في مخرج المعدة بسبب الكيسة الكاذبة ، كذلك يمكن أن يحدث اليرقان بسبب الانضغاط الذي تقوم به الكيسة على القناة الجامعة .

التشخيص :

يعتبر التشخيص بالأموح فوق الصوتية و التصوير المقطعي المحوسب CT أفضل الوسائل التشخيصية لكشف الكيسات الكاذبة و على أية حال يعتبر التصوير المقطعي المحوسب أكثر حساسية و نوعية من الأمواح فوق الصوتية .

الاختلاطات :

إن أكثر اختلاطات الكيسة الكاذبة المخيفة : النزف و التمزق و الخمج . يحدث النزف في حوالي 6% من الحالات ، فيما يحصل التمزق إلى السبيل الهضمي أو الجوف البريتواني في 7% من الحالات ، أما الخمج فيحصل في 14% من الحالات ، أما بقية الاختلاطات فتشمل الانسداد للسبيل المعدي المعوي (للعفج أو للمعدة) و يحدث في 3% من الحالات و للقناة الجامعة في 6% من الحالات .

المعالجة :

إن الكيسات الكاذبة التي تتطور في مرضى التهاب البنكرياس المزمن أقل ميلاً للتراجع التلقائي ، و هي قد تبدو على شكل كيسات ناضجة مكتملة منذ وقت اكتشافها . إن حوالي 40% من الكيسات الكاذبة الحادة (أي تلك التي تتطور خلال نوبة التهاب بنكرياسي حاد) سوف تختفي عفوية في الوقت الذي تحل فيه حثية التهاب البنكرياس ، و على أية حال إذا كانت الكيسات الناضجة غير عرضية و أقل من 5 سم في القطر فإنها لا تحتاج ربما لأي معالجة ، و ذلك لأن الاختلاطات الخطيرة تحدث بشكل عام في الكيسات الأكبر من هذا الحجم ، و لكن يجب متابعة هؤلاء المرضى و يعاد تقييم الكيسة بفواصل 3 إلى 6 أشهر بواسطة التصوير بالأموح فوق الصوت . إن بدء حدوث الأعراض أو كبلحجم الكيسة أو تطور أحد الاختلاطات كل ذلك يستدعي التداخل الجراحي .

إن الأنماط الثلاث للإجراءات الجراحية المستخدمة في علاج الكيسات الكاذبة هي : الاستئصال ، التفجير الخارجي ، التفجير الداخلي . يمكن تأخير الجراحة الانتقائية حتى تنضج الكيسة ، أي حتى يصبح جدار الكيسة متيناً لدرجة تكفي لتحمل الخياطة ، و يحتاج هذا الأمر غالباً من 4 إلى 6 أسابيع بالنسبة للكيسات التي تنشأ خلال التهاب البنكرياس الحاد ، أما بالنسبة للكيسات التي تنشأ خلال التهاب البنكرياس المزمن فهي لا تحتاج لأي انتظار (فهي تكون ناضجة في وقت اكتشافها) و خلال الجراحة يجب تأمل الجدار الأمامي للكيسة لنفي وجود ورم كيسي (تنشؤ كيسي كالأدينو كارسينوما الكيسية مثلاً) و يعتبر الاستئصال هو الطريقة المفضلة للمعالجة .

أورام البنكرياس

A. السرطان الغدي القنوي :

يشكل السرطان الغدي القنوي ductal adenocarcinoma ما يقرب من 90% من أورام غدة البنكرياس خارجية الإفراز ، و يتميز بكونه آفة عنيفة ، حيث يكون الداء محدوداً في البنكرياس عند تشخيصه في أقل من 10% من الحالات ، فيما يكون منتشرأ موضعياً في 40% من الحالات ، و ذا انتشار بعيد في أكثر من 50% من الحالات . يموت أكثر من 95% من المرضى المصابين به11 الداء بسبب مرضهم و هذا يحدث حتى بعد الاستئصال المجري كمحاولة للشفاء . إن معدل النجاة المتوسط لا يزيد عن 18 إلى 20 شهراً .

الأعراض السريرية: يحدث السرطان البنكرياسي في رأس البنكرياس في 75% من الحالات ، و في جسم و ذيل الغدة في الحالات الباقية ، و يعتبر هذا التفريق هاماً بسبب كون الآفات التي تحدث

في رأس البنكرياس بالقرب من القناة الصفراوية يمكنها أن تؤدي ليرقان انسدادى و هي ما زالت صغيرة و قابلة للشفاء ، و في الحقيقة فإن وجود يرقان انسدادى بغياب بقية الأعراض يترافق مع إنذار أفضل . يتظاهر حوالي 75% من مرضى سرطان رأس البنكرياس بيرقان انسدادى مع نقصان في الوزن مع ألم بطني عميق ، يكون اليرقان شديداً عادة لكنه يمكن أن يكون متناوباً في 10% من الحالات . يمكن أن يترافق اليرقان مع حكة ، وعندما يحدث الألم الظهري (في 20%) من الحالات ، فإنه يعني إنذار أكثر سوءاً ، و يدل على غزو للورم خلف البريتوان ، يلاحظ حدوث بداية مفاجئة للداء السكري في حوالي 20% من المرضى .

إن وجود كتلة بطنية مجسوسة (10%) من الحالات و حبن (5%) من الحالات يشيران إلى وجود داء متقدم . أما وجود علامة لثورفوازيه Courvoisier's sign (مرارة مجسوسة في مريض يرقاني) فتشير لاحتمال وجود يرقان انسدادى من منشأ خبيث ، لكنها لا توجد إلا في 25% من المرضى فقط .

الفحوص المخبرية : يميل مستوى البيليروبين الكلي في المصل إلى أن يكون أكثر ارتفاعاً في الآفات الانسدادية الخبيثة عنه في الأسباب الحميدة لارتفاع البيليروبين كما في حصيات القناة الصفراوية (يكون مستوى البيليروبين في الآفات الخبيثة 15 مغ/100 مل) على سبيل المثال بينما يكون في الآفات الحميدة 5 مغ/100 مل . و من غير الشائع أن نجد ارتفاعاً في أميلاز المصل (5% من الحالات) في مرضى سرطان البنكرياس .

لقد أجريت تحريات حول عدد من فحوص النخل screening tests (برامج المسح التي تجرى على الناس لكشف احتمال وجود المرض) لسرطان البنكرياس ، و يجب أن تكون هذه الفحوص متمتعة بالمزايا النظرية التالية : أن تكون غير مكلفة ، و أن تعطي تغيرات في مرحلة مبكرة من الداء بحيث يكون ما يزال قابلاً للشفاء (أي تكون هذه الفحوص ذات حساسية عالية) ، و أن تبقى طبيعية في الحالات الأخرى (أي أن تكون ذات نوعية عالية) . و من بين العديد من المشعرات المصلية التي يتم تقييمها نذكر : CA19 - 9 , GI - II , POA , CEA , DU - PAN - 2 .

الدراسة الشعاعية :

a. الأمواج فوق الصوتية : و هو فحص غير مكلف و يمتلك حساسية تقدر ب 70% و نوعية بحدود 95% لتشخيص سرطان البنكرياس ، و على أي حال فإن هذا الفحص غير مناسب تماماً و ذلك بوجود الغازات المعوية التي تعرقل هذا الفحص في 20% من المرضى . عندما يثبت هذا الفحص وجود توسع في الطرق الصفراوية داخل و خارج الكبد فإنه يؤكد وجود انسداد صفراوي خارج الكبد . كذلك يفيد هذا الفحص في تشخيص الحصيات كسبب لحدوث الانسداد .

b. التصوير المقطعي المحوسب : إن لهذا الفحص موثوقية أكبر من الإيكو في رؤي مجمل البنكرياس ، كذلك يزودنا بمعلومات حول إمكانية الاستئصال (حيث يمكن على سبيل المثال كشف الانتقالات الكبدية و اشتغال الأوعية الكبيرة بالداء) . لكن العقد التي تقل عن 1-2 سم يمكن ألا تظهر ، كذلك لا يمكن تمييز التبدلات العقدية الالتهابية عن التنتشؤية .

c. تصوير الطرق الصفراوية البنكرياسية بالتنظير بالطريق الراجع : و الذي يدعى اختصاراً endoscopic retrograde cholangio pancreatography (ERCP) ، و يمتلك هذا الفحص حساسية تقدر ب 95% و نوعية لا تتجاوز ال 85% في تشخيص سرطان البنكرياس

، و يعزى هذا إلى صعوبة التفريق بين سرطان البنكرياس من جهة و التهاب البنكرياس المزمن من جهة أخرى . إن العلامة المميزة التي تشير إلى احتمال تشخيص سرطان البنكرياس هي وجود تضيق في القناة الصفراوية و البنكرياسية معاً في رأس البنكرياس ، و تدعى هذه العلامة بعلامة القناة المزدوجة **doub-duct sign** . كذلك يمكن إجراء ERCP كطريقة علاجية بوضع دعامة stent عبر التنظير ، هذا و على الرغم من أن هذا الإجراء لا يعتبر مستطباً للانضغاطات الصفراوية قبل الجراحة ، لكنه يزودنا بإمكانية لتلطيف اليرقان عند مجموعة محددة من المرضى الذين قد لا يحتاجون للجراحة .

d. الرشف بالإبرة الرفيعة :

يمكن الحصول على الرشافة بالإبرة الرفيعة (FNA) fine needle aspiration ، لأجل الفحص الخلوي قبل الجراحة و ذلك عبر الجلد بتوجيه من التصوير بالأشعة فوق الصوت أو باستخدام CT

e. تصوير الطرق الصفراوية خلال الكبد عبر الجلد : يسمح هذا الفحص و الذي يدعى اختصاراً percutaneous transhepatic cholangiography PTC ، بإجراء تصوير للشجرة الصفراوية القريبة عند المرضى المصابين بانسداد قنوي ، و الذين لا يمكن دراسة حالتهم من الأسفل عن طريق ال ERCP و على الرغم من أن ال PTC هي الطريقة المفضلة لأورام القنوات الصفراوية القريبة (أورام كلاتسكين Klatskin) على سبيل المثال فإن ال ERCP يزودنا بمعلومات ذات قدرة تشخيصية أكبر بالنسبة للأفات المتوضعة حول مجل فاتر .

f. تصوير الأوعية الظليل : لا تجرى هذه الدراسة للتشخيص و لكنها تزودنا بمعلومات حول قابلية السرطان للاستئصال .

g. تنظير البطن : لقد تم استخدام تنظير البطن laparoscopy لإجراء التصنيف المرحلي staging لمرضى سرطان البنكرياس .

التشخيص التفريقي :

يمكن للأفات التالية أن تسبب ألماً بطنياً و نقص وزن و يرقاناً انسدادياً و هي التنتشوات الأخرى حول مجل فاتر (سرطان المجل ، سرطان القسم البعيد من القناة الصفراوية ، سرطان العفج) ، يمكن للدراسات التشخيصية قبل الجراحة أن تصل للتشخيص الدقيق لكن قد لا يكون ذلك ممكناً في بعض الأوقات إلا أثناء الجراحة ، و يمكن في بعض الأحيان ألا يمكن التفريق حتى أثناء الجراحة بحيث يكون المشرح المرضي هو وحده القادر على تحديد المنشأ الأصلي لهذا التنتشؤ . إن هذا الاشتباه التشخيصي يكون مقبولاً و ذلك لأن المعالجة هي وحدها في كافة هذه الأفات (و هي الاستئصال العفجي البنكرياسي) . يمكن كذلك أن يلتبس التهاب البنكرياس المزمن مع سرطان البنكرياس و قد يكون من المستحيل التفريق بينهما حتى أثناء الجراحة ، و على الرغم من هذا فإن الاستئصال العفجي البنكرياسي يعتبر معالجة مقبولة في هذه الحالة أيضاً .

المعالجة : جراحية ، و تدعى **عملية ويبيل** (و هي عملية الاستئصال العفجي البنكرياسي و أكثر ما تجرى لعلاج سرطان رأس البنكرياس) ، و هي تشمل استئصال الجزء البعيد من المعدة و المرارة و القناة الجامعة و رأس البنكرياس و العفج و الجزء القريب من الصائم و العقد اللمفية الناحية .

كما أن هناك إجراءات جراحية أخرى منها : المحافظة على البواب ، استئصال البنكرياس التام ، عملية وبيل الواسعة ، العمليات التلطيفية ، يمكن المشاركة مع المعالجة المتممة الشعاعية و الكيماوية .

الإندار :

يموت معظم مرضى سرطان البنكرياس في غضون سنة من التشخيص . و يتعلق الإندار في مرضى سرطان رأس البنكرياس الذين خضعوا لعمليات استئصال بحالة العقد اللمفية و هل يوجد فيها انتقال أم لا ، ففي حالة العقد اللمفية الإيجابية فإن معدل النجاة لخمس سنوات هو أقل من 10% ، فيما يرتفع هذا المعدل لما يقارب 35% في حالة العقد السلية .

B. سرطان مجل فاتر :

ينشأ حوالي 10% من السرطانات ما حول مجل فاتر من المجل نفسه ، تؤدي هذه الأورام لحدوث الأعراض التي تشابه تلك التي تشاهد في سرطان البنكرياس و هي الألم و نقص الوزن و اليرقان الانسدادي في وقت مبكر عند كافة المرضى تقريباً و ذلك بسبب توضع الآفة قرب القناة الصفراوية . قد يكون اليرقان الحاد متموجاً و ذلك لأنه عندما تنتسوخ أجزاء من الورم إلى لمعة العفج تخف درجة الانسداد في القناة الصفراوية . يحتوي البراز غالباً على دم خفي بسبب التقرح الورمي ، تكون الآفة قابلة للرؤية عبر التنظير في حال امتدت إلى لمعة العفج ، و حينها يمكن الوصول لتشخيص نسيجي عبر الخزعة ، أما في حال بقي التنسوخ بكامله ضمن المجل فإنه قد لا يكون التشخيص ممكناً ، لكنه قد يكون مشتبهاً في حال أظهر ال ERCP أو CT أن الانسداد موجود في أقصى مكان من القناة الصفراوية . يمكن في بعض الأحيان أن يكون التفريق مستحيلاً بين أورام المجل و أورام رأس البنكرياس حتى في وقت الجراحة ، حيث أن لأورام المجل ميل نحو النمو بشكل أبطأ و البقاء في موضعها لفترة أطول من أورام البنكرياس فإن عدداً أكبر منها يكون قابلاً للاستئصال الشافي ، و المعالجة هي بالاستئصال العفجي البنكرياسي (عملية وبيل) .

C. التشنؤات الكيسية :

تشكل السرطانات من منشأ الخلايا القنوية حوالي 90% من التشنؤات الخبيثة للبنكرياس خارجية الإفراز . تحدث أيضاً أنماط متعددة من التشنؤات الكيسية التي قد تلتبس مع الكيسات الكاذبة ، و المعالجة تكون جراحية .

الإندار : تمتلك السرطانات الغدية الكيسية إنذاراً أفضل من السرطانات الغدية المعتادة في البنكرياس .

D. تشنؤات خلايا الجزر البنكرياسية :

و سنذكر أهمها :

A. الورم المفرز للأنسولين :

ينشأ الورم المفرز للأنسولين (الأنسولينوما insulinoma) من خلايا بيتا ، و يعتبر أكثر تشنؤات خلايا الجزر البنكرياسية شيوعاً . و هو ينتج الأنسولين و تكون أعراضه كلها متعلقة بنقص سكر الدم . يمكن أن يحدث الورم في أي عمر ، و هو يحدث بتواتر متساو في مجمل الغدة يكون حوالي 80% من هذه الأورام حميداً ووحيد البؤرة ، و في حوالي 40% من الحالات يكون ذا قطر أصغر من 1 سم . و يكون حوالي 15% من هذه الآفات خبيثاً ، و توجد الانتقالات عادة في وقت التشخيص ، و يترافق أقل من 5% من الحالات

مع متلازمة الاعتلالات الغذائية الصماوية المتعددة و تكون عندها متعددة عادة و تتوزع على مجمل الغدة .

الأعراض السريرية: تتألف الأعراض المتعلقة بحرمان المخ من الغلوكوز في السلوك الشاذ ، و هفوات الذاكرة ، و غياب الوعي . يحدث خطأ عند بعض المرضى في التشخيص مع الأمراض النفسية و العصبية . أما الأعراض المتعلقة بالتنبيه الودي فتشمل الخفقان و التعصيب و التعرق و تسرع النبض . يحدث عند عدد غير قليل من المرضى زيادة ملحوظة في الوزن بسبب كون الأعراض تنشأ بالصيام لذلك فعم يأكلون بكثرة لتجنب الأعراض و توجد عادة المعايير التشخيصية النموذجية و التي تسمى ثلاثي ويبل و هي : أعراض نقص سكر الدم تحدث بالصيام ، ينخفض تركيز غلوكوز الدم عن 50 مغ/100 مل أثناء النوبات ، تفريغ الأعراض بإعطاء الغلوكوز بالوريد .

مخبرياً : إن الوسيلة الأكثر فائدة و التي تستطب عند معظم المرضى هي إثبات وجود نقص في سكر الدم على الريق مع وجود مستويات مرتفعة غير متناسبة من الأنسولين في المصل . إن الورم المفرز للأنسولين هو ورم خبيث .

B. الورم المفرز للغاسترين :

و يسمى الغاسترينوما gastrinoma ، و هو يؤدي لمتلازمة زولينجر - إليسون و تعزى التظاهرات الرئيسية لهذه المتلازمة لفرط إفراز الحمض المعدي الذي يحدث بسبب الإنتاج المتزايد للغاسترين من قبل هذا الورم . و على الرغم من أن البنكرياس الطبيعية لا تحتوي على خلايا مفرزة للغاسترين لكن معظم الأورام المفرزة للغاسترين تنشأ في البنكرياس ، بينما توجد بقية هذه الأورام بشكل رئيسي في العفج . أما البنكرياس فإن 60% من الأورام المفرزة للغاسترين هي سرطانات لخلايا الجزر البنكرياسية غير خلايا بيتا non-beta .

الأعراض السريرية: تعزى الأعراض الرئيسية للأورام المفرزة للغاسترين إلى زيادة إفراز الحمض المعدي و بالتالي حدوث داء قرصي هضمي شديد و معدن مع إسهال غالباً ، حيث يحدث الإسهال كنتيجة لسوء امتصاص الشحوم حيث أن الكميات المتزايدة من الحمض المعدي تؤدي لتدمير الليباز البنكرياسية ، بالإضافة إلى ذلك يؤدي الحمض مخاطية الأمعاء الدقيقة و تعرق الأمعاء بكميات كبيرة من الإفرازات المعدية و البنكرياسية . إن حوالي 5% من المرضى لا يعانون إلا من الإسهال ، و يجب الاشتباه بالتشخيص في الحالات التالية :

- 1) عند مريض يعاني من داء قرصي معدن على الأشكال المعتادة من المعالجات المضادة للإفراز الحمضي (مضادات الحموضة و حاصرات المستقبلات H2)
- 2) عند مريض يعاني من قرحات متعددة أو قرحات متوضعة في أماكن غير معتادة (في القطعة الثالثة من العفج أو في الجزء القريب من الصائم مثلاً) .
- 3) عند نكس القرحات عقب الإجراءات الجراحية التي تكون شافية في الأحوال الاعتيادية و التي تلغي التأهب المرضي للقرحات .

مخبرياً : يحتاج تشخيص الغاسترينوما إلى إثبات وجود ارتفاع في غاسترين الدم على الريق (أكثر من 200 بيكوغرام/مل من الدم) و ذلك بوجود ارتفاع في إفراز الحمض المعدي (يكون الناتج الحمضي الأساسي أكثر من 15 ميلي مكافئ/ساعة في المعدة التامة

، أو أكثر من 5 ميلي مكافىء/ساعة عقب العمليات الجراحية للقرحة) . إن مستويات الغاسترين ترتفع في المصل عن 500 بيكوغرام/مل في معظم المرضى المصابين بالغاسترينوما و قد تصل إلى 10000 بيكوغرام/مل .

يوجد 90% من هذه الأورام في المثلث المحدد باتصال القناة المرارية مع القناة الجامعة من جهة ، و اتصال القطعة الثانية مع القطعة الثالثة من العفج من جهة ثانية ، و اتصال عنق البنكرياس مع جسم البنكرياس من جهة ثالثة (و يدعى مثلث الغاسترينوما) . يمكن أن يكون التصوير بالأموح فوق الصوتية مفيداً في كشف الآفات الصغيرة المتوضعة عميقاً ضمن مادة الغدة البنكرياسية .

C. هناك أورام أخرى سنذكر اسمها و هي : الورم المفرز للغلوكاغون ، الورم المفرز للسموماتوستاتين ، الورم المفرز لل VIP