

**History:**

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 9ปี ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่มา 4 วัน

4 วัน ก่อนมารพ. ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ อาการปวด เป็นลักษณะจุกๆเป็นๆหายๆ ไม่มีไข้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะปกติ แต่ไม่ถ่ายอุจจาระมา 3 วัน 4 ชม. ก่อนมารพ. มีอาการ

**Past history:**

คลอดปกติ น้ำหนักแรกเกิด 2990 g ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา

**พัฒนาการ:** พัฒนาการ ปกติตามวัย

**วัคซีน:** วัคซีนตามกำหนด

**ประวัติโภชนาการ:** กินอาหารได้ไม่มากประมาณ 2 มื้อต่อวัน แต่กินผักได้ดี กินนมวันละ 5 ถ้วย

**ประวัติครอบครัว:** มารดาเป็นพาหะธาลัสซีเมีย

**Additional history :**

1 ปี ก่อนมารพ. มีอาการปวดท้อง ประมาณ 1-2 ครั้ง/เดือน

2 เดือน ก่อนมารพ. อาการปวดท้องเป็นถี่ขึ้นประมาณ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ กิน Alum milk อาการดีขึ้น

ผู้ป่วยเคยต้องนอนรพ. 4 ครั้ง

**Admission 1 - 26/3/41** Dx acute gastroenteritis

**Admission 2 - 10/4/41** (ขณะนั้นอายุประมาณ 1 ปี 6 เดือน)

ผู้ป่วยมีปัญหา jaundice และ acholic stool, dark urine ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น cholestatic jaundice ผล investigations:

**Ultrasound upper abdomen** - li ver is normal size and echo, dilatation of CBD 4.3 mm, distal CBD and pancreas not seen due to bowel gas

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด cholecystectomy, choledochoduodenostomy และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น **obstructive jaundice with pancreatic mass**

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา - chronic cholecystitis, cystic duct - stenosis

ผู้ป่วยได้รับการติดตามโดยการทำ US และ CT ทุก 3 เดือน ถึง 27/4/42 ผล CT abdomen ไม่สามารถ identify mass ได้

**Admission 3 ( 14/12/41) - AGE with R/O UTI**

**Admission 4 ( 5/9/45) - viral gastritis**

ผู้ป่วยมีประวัติ acute abdominal pain ที่ epigastrium และมี bilious vomiting , normal stool

lab - CBC Hct 38%, wbc 11000 /cumm; LFT - TB 1.07, DB 0.19, AST 30, ALT 14, AP 284 U/L

**Physical examination:**

**V/S :** T 37.7 C, BP 100/52 mmHg, RR 24/min, PR 120/min (full)

BW 24 kg, Ht 130 cm, W/A = 92.30%, H/A = 100 % , W/H = 92.30 %

**HEENT:** not pale, no icteric sclera, thyroid gland not enlarged, no cervical lymphadenopathy

**RS:** Normal breath sound, no adventitious sound

**CVS:** regular, no murmur

**Abdomen:** old surgical scar at upper abdomen, not distended, active bowd sound, moderate tender at epigastrium with voluntary guarding, no

**Extremities:** no rash

**Neurological examination:** grossly intact

**Basic investigations:**

**CBC :** Hb 14 g/dl, Hct 41.8%, WBC 16000 /cumm, PMN 90%, LY 6.4 %,

plt 313000/mm3, NCNC , MCV 80.2, MCHC 33.5, RDW 12.5

**UA :** sp.gr. 1.005, WBC 2-3 cell/HPF and others were negative

**Stool:** normal

**Stool C/S :** no Shigella or Salmonella

**BUN/Cr :** 9 mg/dl, Cr: 0.9 mg/dl, Na 137 mEq/L, K 4.4 mEq/L, Cl 98 mEq/L, CO2CP 24 mEq/L

**CRP** 8.64 mg/L ( < 5 )

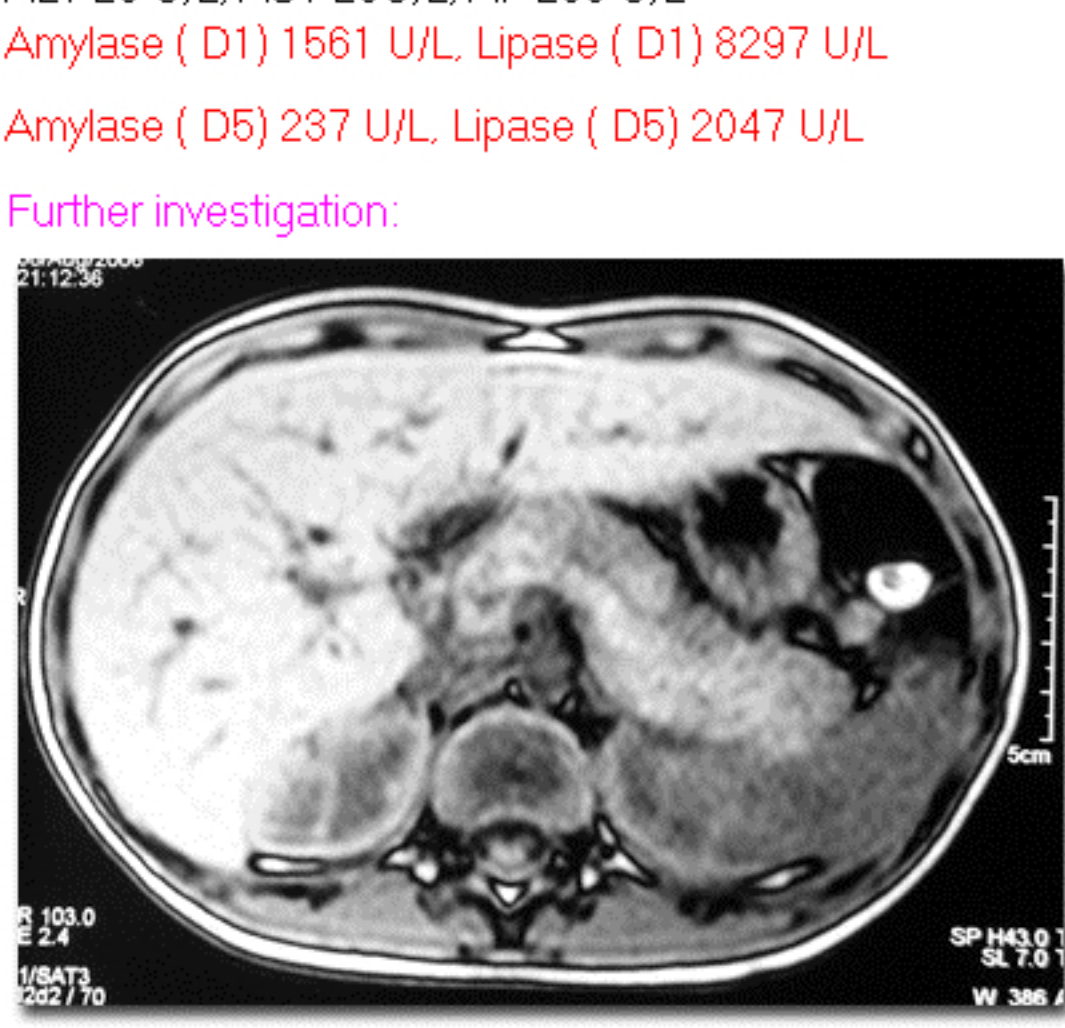
**LFT:** Total protein 8.5 g/dl, Alb 5.0 g/dl , Glob 3.5 g/dl, TB 1.30 mg/dl ,DB 0.13 mg/dl

**ALT** 29 U/L, **AST** 23U/L, **AP** 239 U/L

**Amylase ( D1)** 1561 U/L, **Lipase ( D1)** 8297 U/L

**Amylase ( D5)** 237 U/L, **Lipase ( D5)** 2047 U/L

**Further investigation:**



**MRI** (performed on second day of admission) : Mild enlargement of pancreas with mild dilatation of pancreatic duct. Acute pancreatitis is likely

**Clinical course on Day1-5 :**

**Management:** NPO 48 h, retain NG tube, medication:- omeprazole and MTV,

Start feeding with liquid diet then step feeding to soft diet and regular diet

หลังผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยต้อง admit ใหม่อีกครั้งเมื่อ กันยายน 2549 ด้วยเรื่องปวดบริเวณลิ้นปี่มาประมาณ 6 ชั่วโมงก่อนมารพ. ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีตัวเหลือง ตรวจร่างกายพบ

**Readmission investigations:**

**CBC :** WBC 15000/mm3, PMN 89%, L 3.7%, Mono 6.4%

**BUN/Cr :** 8/0.5 mg/dl

**LFT :** TP 7.8 g/dl, Alb 3.4 g/dl ,TB 0.88 mg/dl , DB 0.13 mg/dl, AST 28 U/L, ALT 35 U/L, AP 195 U/L

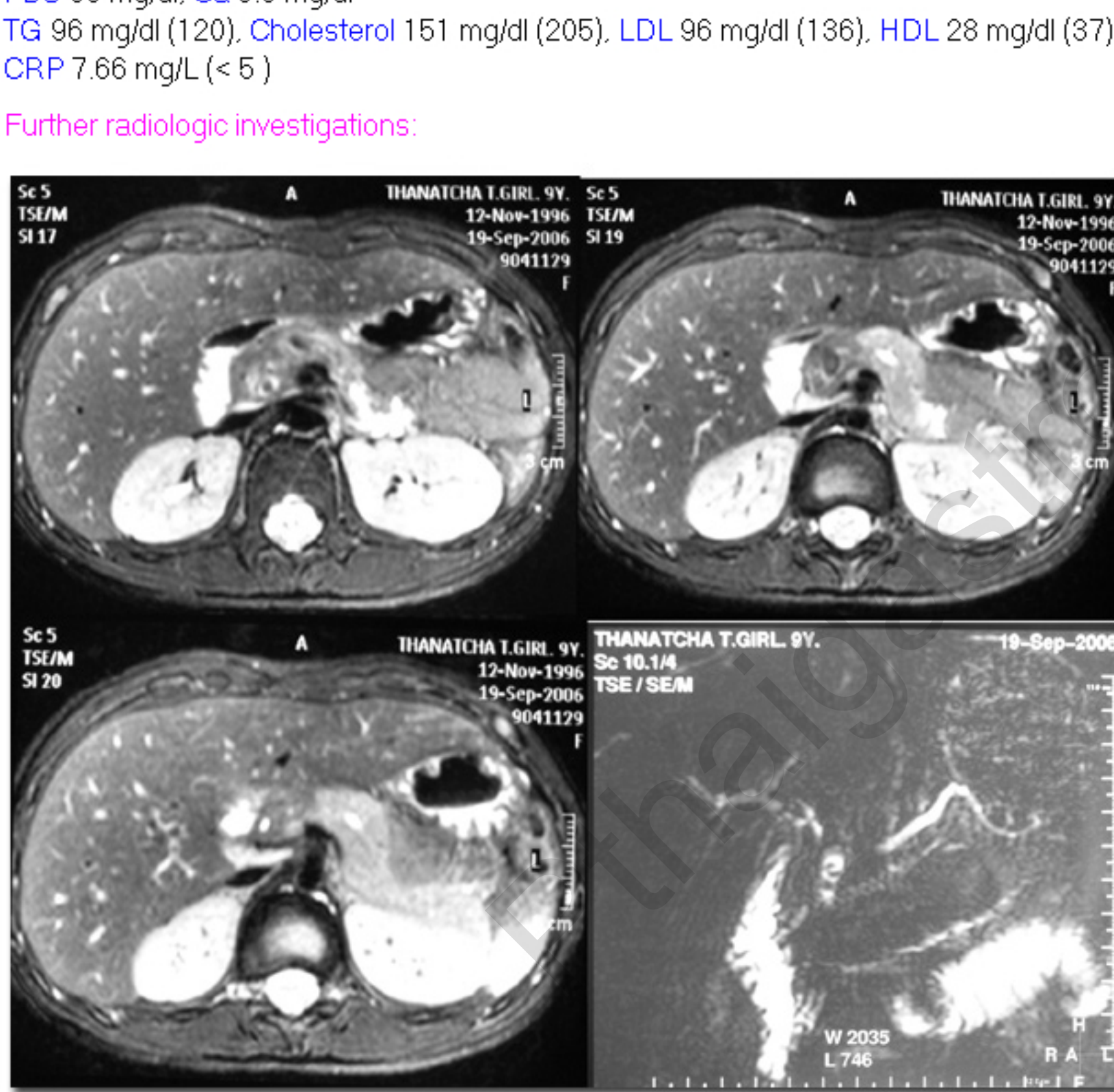
**Amylase** 1271 U/L (130), **Lipase** 6028 U/L (1247)

**FBS** 85 mg/dl, **Ca** 9.6 mg/dl

**TG** 96 mg/dl (120), **Cholesterol** 151 mg/dl (205), **LDL** 96 mg/dl (136), **HDL** 28 mg/dl (37)

**CRP** 7.66 mg/L (< 5 )

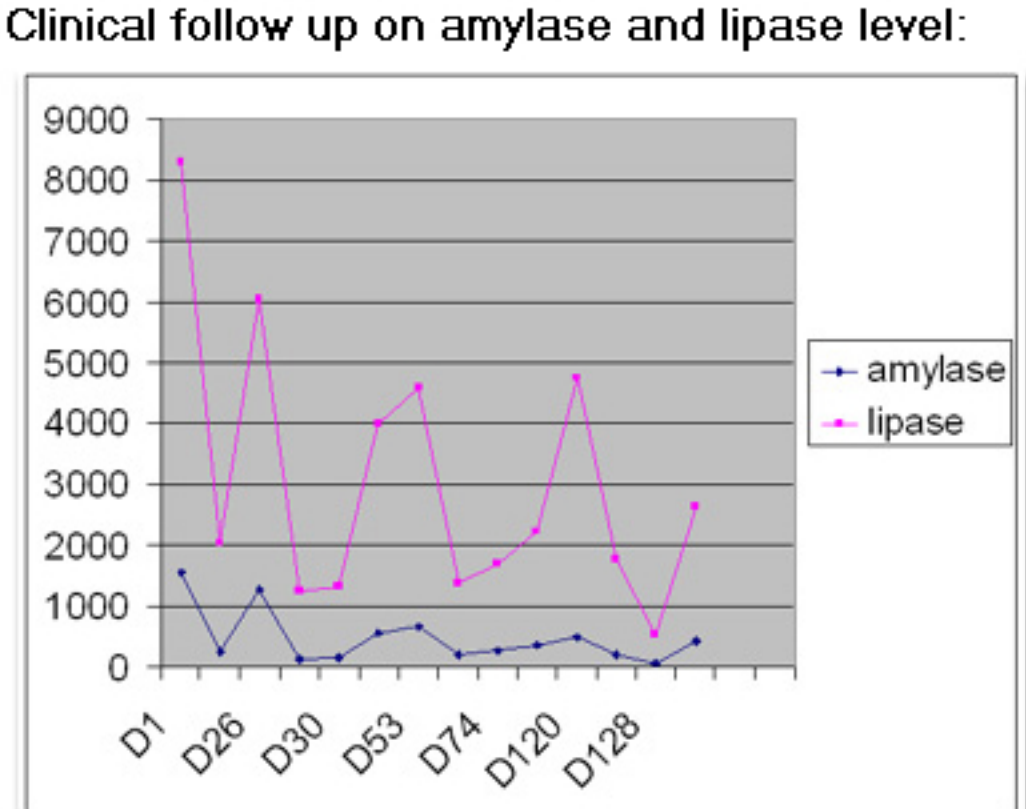
**Further radiologic investigations:**



**MRCP :** Comparison to prior MRI; Unchanged enlargement of pancreatic body and tail

Suspected for stricture at proximal pancreatic duct at the junction of the head and body with mild dilatation of the rest duct; Evidence

**Clinical follow up on amylase and lipase level:**



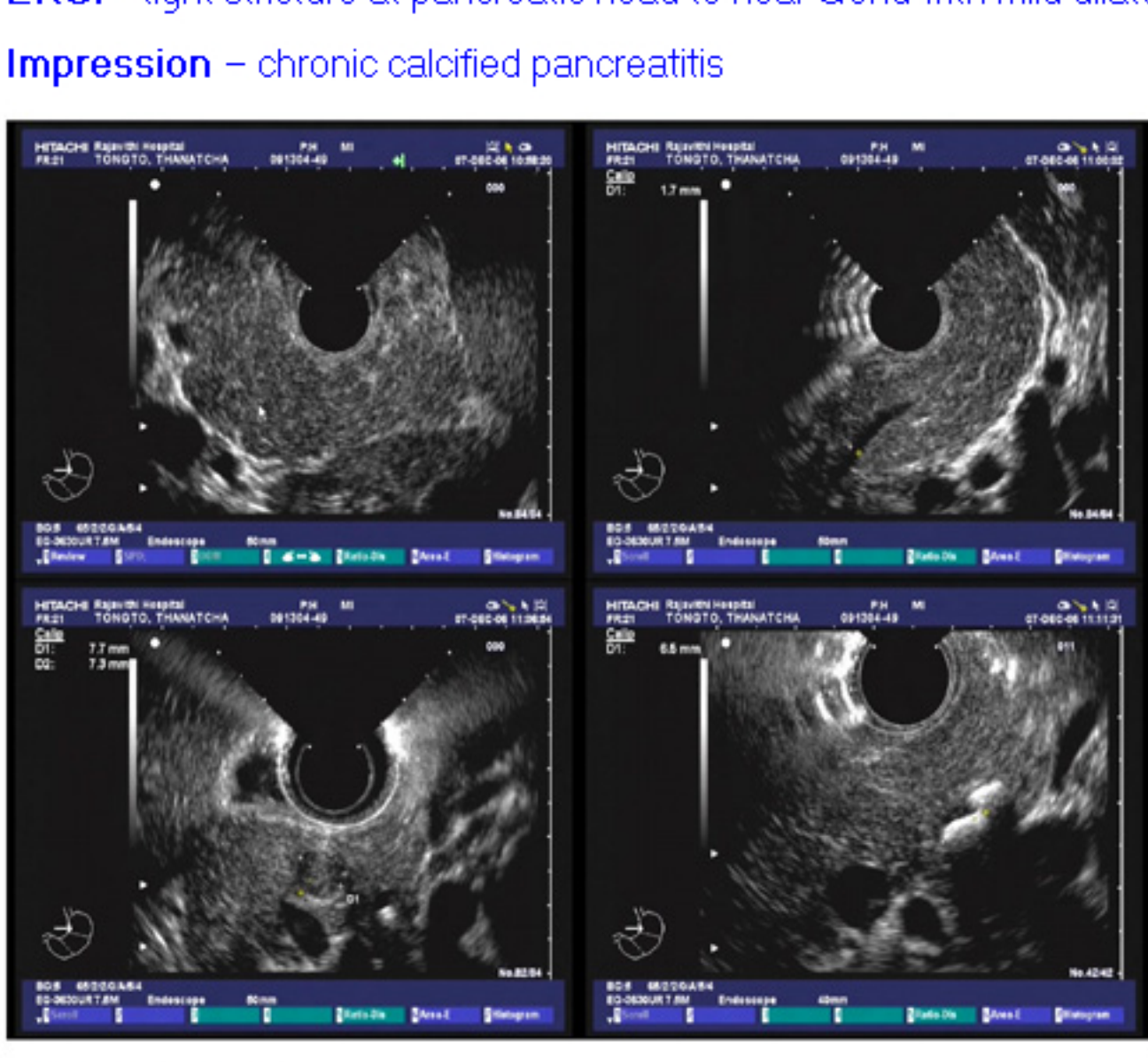
**ผู้ป่วยได้รับการทำ EUS และ ERCP เมื่อ ธันวาคม 2549**

Radial EUS and ERCP, fail dilatation and stent due to tight stricture

EUS- pancreas lobulation and pancreatic stone (head) with mild dilated duct

ERCP- tight stricture at pancreatic head to near Genu with mild dilated duct

**Impression - chronic calcified pancreatitis**



**Final diagnosis:**

*Pancreatic mass and chronic pancreatitis*

**Pancreatic tumors and Chronic pancreatitis**

**Benign pancreatic tumors:**

- Exocrine
  - Intraductal papilloma
  - Mucinous cystadenoma
  - Serous cystadenoma
- Others
  - Hemangio/dermoid cyst
  - Hemangioendothelioma
  - Histiocytoma
  - Lymphangioma
  - Neurolemmoma

**Chronic pancreatitis:**

- >>Recurring or persisting abdominal pain with development of pancreatic exocrine or endocrine deficiency
- >>The pancreas shows irregular sclerosis and focal and segmental or diffuse destruction of exocrine tissue
- >>Deformity of pancreatic duct
- >>Intraductal plugs containing protein and/or calculi

**Related Interesting Articles**

**Management of children with pancreatic head mass:**

- >>3 children with obstructive jaundice because of the mass in head of pancreas
- >>Intra-operative frozen section revealed no evidence of malignancy
- >>Final pathology - demonstrated chronic pancreatitis
- >>F/U - no recurrence of obstructive jaundice
- >>Should undergo biliary and biliary diversion than resection as the primary therapy

*J Pediatr Surg . 2006 Jun ; 41(6) : 1-4*

**Pancreatic pseudotumors non-neoplastic solid lesions of the pancreas that clinically mimic pancreatic cancer:**

- >>Chronic inflammatory lesion are the leading cause
- >>Non-inflammatory lesion may form tumor-like lesion of the pancreas
- >>Adenomyomatous hyperplasia of ampulla of Vater , > 5 mm found to be the cause of obstructive jaundice
- >>Accessory spleen, lipomatous hypertrophy, hamartomas

*Semin Diagn Pathol. 2004 Nov;21(4): 260-7*