

Interesting case (spontaneous ruptured of choledochal cyst)

A 2-year-old girl with abdominal pain

รศ.พิเศษ.ภิเชก ยิ้มแย้ม
โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 2 ปี ภูมิลำเนา จ.ร้อยเอ็ด ส่งตัวมาจาก รพ.
ร้อยเอ็ด

CC: ปวดแน่นท้องมา 13 วัน PTA

PI: 13 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดแน่นท้อง ปวดทั่วๆ
ท้อง ญาติสังเกตว่าท้องโตมากขึ้น คลื่นไส้อาเจียน 5-6 ครั้งต่อวันเป็น
เศษอาหารที่รับประทานเข้าไปและน้ำลาย ไม่ถ่าย ไม่ผายลม ไม่มีไข้
เป็นอยู่ 3 วัน อาการไม่ดีขึ้นจึงไปโรงพยาบาลเอกชน ได้ เอกซเรย์

CXR include abdomen และ ได้ทำ

US whole abdomen: normal in size and parenchyma
echogenicity of the liver without focal lesion, no intrahepatic
duct dilatation, thickening wall gallbladder (0.4 cm) with peri
cholecystic fluid and tender during applied transducer,
partially seen pancreas unremarkable ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นถุง
น้ำดีอักเสบและลำไส้อุดตัน ได้ส่งตัวไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

10 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล admit รพ.ร้อยเอ็ด มีอาการท้องโตขึ้น
ไม่มีไข้ ตรวจร่างกาย abdomen distension, not tender ได้ทำ CT
whole abdomen : increase degree of massive ascites and

slightly decrease in size of several mesenteric lymphadenopathy, probable complicated ascites, focal dilatation of common bile duct (1 cm in diameter) without masses or opaque stone, mild thickening wall of gallbladder with not well distension due to ascites

16 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการท้องโตมากขึ้น กินไม่ได้ ปวดท้องมากขึ้น นั่งได้ไม่ยอมนอนราบ มีไข้ ได้ส่งตัวมารพ.ขอนแก่น

Past & personal & nutritional and familial history:

- ไม่มีโรคประจำตัว แข็งแรงดีมาก่อน ไม่เคยแพ้ยาหรือแพ้อาหาร
- เกิดครบกำหนด GA 40 สัปดาห์ Normal labor น้ำหนักแรกเกิด 2,460 กรัม, APGAR 9,10
- รับประทานอาหาร 3 มื้อ ข้าวต้ม ข้าวเหนียว หมู ไข่ ผลไม้ ไม่ค่อยรับประทานผัก ทานนม 1-2 กล่อง/วัน
- พัฒนาการปกติ

Physical examination :

GA: A Thai female toddler ,alert , well co-operative

Weight 14 kg (P90-95), Height 85 cm (P50)

Vital signs: BT 37.8 C, PR 130, RR 32/min, BP 114 /79 mmHg

HEENT: not pale conjunctiva, anicteric sclera, no injected pharynx, no tonsils enlargement, no superficial

cervical lymphadenopathy

Heart and lung: normal

Abdomen: marked abdominal distension, visible superficial vein dilatation, hypoactive bowel sound, not tender, shifting dullness and fluid thrill positive, liver and spleen can't be palpated

Extremities: no pitting edema ,no skin lesion

Neuro: grossly intact

Investigations :

CBC : Hb 9,Hct 29.2%, WBC 15,500 cumm (N 62.2, L 27.8,M 8.7,E 1.2 %)

Plt 956,000 cumm.

BUN /Cr : 2/0.33 mg/dL, Na 135,K 3.18,Cl 98 ,co2 20.4 mEq/L

LFT : TP 5.6,alb 3.8,glo 1.8,TB 1.62,DB 1.11,ALP 360,AST 25,ALT 8

PT 14.3,INR 1.26,PTT 22.1 sec

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องโต ตรวจร่างกายพบท้องอืดและท้องมาน (ascites) เป็นมา 13 วัน สาเหตุของภาวะท้องมาน สาเหตุที่ทำให้เกิดนั้นอาจต้องพิจารณาน้ำในท้องที่ต้องเจาะมาตรวจ (abdominal paracentesis) ซึ่งในรายนี้ได้ทำการเจาะ

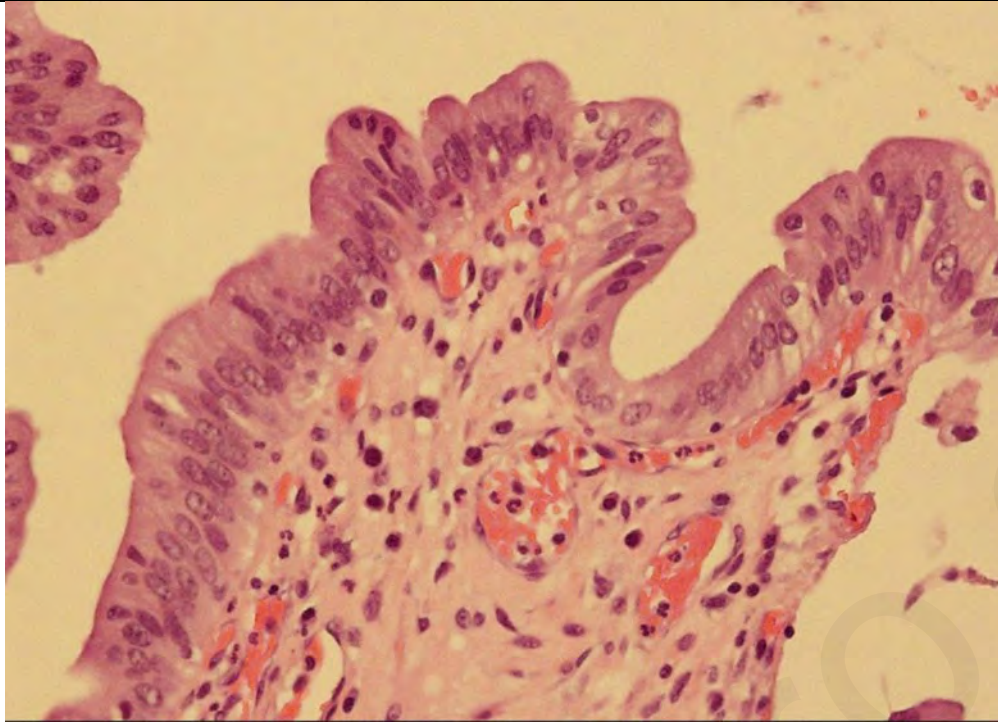
ห้องน้ำในท้องมาตรวจ พบน้ำมีลักษณะสีเขียวคล้ำน้ำตาล (รูปที่ 1) มีเม็ดเลือดขาว 9,142 เซลล์ เป็นเม็ดเลือดขาวชนิด PMN ร้อยละ 90 โปรตีน 2.5 กรัม/ดล. อัลบูมิน 1.6 กรัม/ดล. ค่าผลต่างของอัลบูมินในเลือดกับน้ำในช่องท้อง (serum albumin ascetic gradient ,.AAAG ratio) เท่ากับ 1.3 และไม่พบเชื้อจากการตรวจย้อมสีแกรม ผู้ป่วยรายนี้จึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะท้องมานจากน้ำดี (biliary ascites)



รูปที่ 1 น้ำดีจากการเจาะน้ำในท้องมาตรวจ

สาเหตุของ biliary ascites ในเด็กที่พบบ่อย คือการรั่วทะลุของทางเดินน้ำดี ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ การแตกทะลุของโรคท่อน้ำดีโป่งพอง (ruptured of choledochal cyst) สาเหตุที่พบบรองลงมา ได้แก่ ความอ่อนแอแต่กำเนิดของผนังท่อน้ำดี (congenital weakness of ductal wall), pancreaticobiliary malunion, การติดเชื้อวัณโรค หรือภาวะลำไส้เน่าตั้งแต่แรกเกิด (necrotizing enterocolitis) เป็นต้น

ซึ่งสาเหตุอื่นๆที่พบรองลงมาที่กล่าวไปแล้วนั้น อาจพบได้น้อย และ
ลักษณะทางคลินิกไม่เข้ากับผู้ป่วยรายนี้ ดังนั้นสาเหตุของภาวะ
ท้องมานจากน้ำดีในผู้ป่วยรายนี้ จึงคิดถึงการแตกทะลุของโรคท่อน้ำดี
โป่งพองมากที่สุด จึงได้ปรึกษากุมารศัลยแพทย์เพื่อผ่าตัดเปิดหน้าท้อง
(exploratory laparotomy) พบเป็นโรคท่อน้ำดีตีบตันชนิดที่1
(choledochal cyst type1) มีภาวะเน่าและมีรูรั่วของท่อน้ำดีร่วม
(common bile duct) และพบน้ำดีในท้องปริมาณ 2,000 มิลลิลิตร ผล
การตรวจทางจุลพยาธิวิทยา พบการอักเสบเรื้อรังของผนังถุงน้ำดี
(chronic cholecystitis) และพบเม็ดเลือดขาวชนิด PMN มาแทรกซึม
อยู่ทั่วไป (รูปที่2)



รูปที่ 2 แสดงการอักเสบเรื้อรังของถุงน้ำดี (chronic cholecystitis)

การแตกทะลุของโรคท่อน้ำดีโป่งพอง (spontaneous ruptured of choledochal cyst) ในเด็ก ที่มีรายงานในวารสารต่างประเทศ เป็นเด็กผิวดำอายุ 3 ปี สาเหตุเกิดจากกายวิภาคของท่อน้ำดีรวมและท่อน้ำดีจากตับอ่อนที่มาต่อกันนั้น มีความผิดปกติไปจากเดิม ทำให้เกิดก้อนโปรตีน (protein plug) และน้ำย่อยจากตับอ่อน (pancreatic enzyme) ไหลทะลุเข้ามากระคายเคืองต่อโรคท่อน้ำดีที่โป่งพอง ทำให้เกิดการอักเสบและรั่วทะลุเอง (spontaneous rupture) ตามมา⁽¹⁾ ส่วนภาวะทะลุของโรคท่อน้ำดีโป่งพองในผู้ใหญ่ที่มีรายงาน มักมีสาเหตุจากการบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง เช่น ถูกระเบิด⁽²⁾ หรือตกจากที่สูง⁽³⁾ และบางรายที่พบในวัยรุ่น การรั่วทะลุของโรคท่อน้ำดีโป่งพอง อาจเกิดจากนี้วหลายๆก้อนในท่อน้ำดี ตามที่มีรายงาน⁽⁴⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Treem WR, Hyams JS, McGowan GS, Sziklas J. Spontaneous rupture of a choledochal cyst : clues to diagnosis and etiology. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991; 13: 301-6.
2. Lu-Jia Chen, Ping Cheng. Yin-Kai Xue, Li-Bo Chen. Ruptured of a choledochal cyst in an adult female : A rare consequence of blunt abdominal trauma. *Chin Med J* 2016; 129: 2394.
3. Yun-Fei Duan, Bo Yang, Feng Zhu. Traumatic rupture of a type IV Choledochal cyst in an adult male. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 3911-4.
4. Meschino M, Garcia-Ochoa, Roberto Hernandez-Alejandro. Ruptured choledochal cyst : a rare presentation and unique approach. *Hepatobiliary Surg Nutr* 2015; 4:8-12.

