

Interesting case

Intestinal capillariasis

An 8-year-old girl with chronic diarrhea and edema

25 มกราคม 2556

นพ.ภิเชก ยิ้มแย้ม

โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

เด็กหญิงอายุ 8 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดร้อยเอ็ด ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

CC : ท้องเสียเรื้อรัง และบวม มา 1 ปี

PI : 2 ปี PTA มีอาการถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ วันละ 2-3 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน ท้องบวม ไม่อาเจียน ไม่ปวดท้อง ไปโรงพยาบาลเอกชน แพทย์บอกว่าเป็นโรคลำไส้ดูดซึมอาหารไม่ดี 1 ปี PTA มีอาการท้องบวม แขนขาบวม ตาบวม ยังมีถ่ายอุจจาระเหลว น้ำหนักลดลงจาก 23 กก. เป็น 14 กก. มารักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตรวจพบว่า ผอม อ่อนเพลีย ซีด ได้รับเลือด และถูกส่งตัวมารักษาต่อ

PH : ปฏิเสธโรคประจำตัว

เป็นลูกคนที่ 2/2 เกิดครบกำหนด NL น้ำหนักแรกเกิด 2,100 กรัม

กินนมแม่ 2 ปี ไม่เคยกินนมผสม

ได้รับ vaccine ครบ

เรียนชั้น ป.3

FH : ปฏิเสธวัณโรคในครอบครัว

บิดาสุบนุหรี และตี๋มเหล่า

Physical examination : A thin girl, good consciousness

Vital signs : stable

HEENT : puffy both eyelids and face (ตามรูป), mild pale conjunctivae, —
anicteric sclerae,
cervical LN can't be palpated

Heart and lungs : normal

Abdomen : soft, not tender, no distension, no mass,
no hepatosplenomegaly, active bowel sound, no ascites

Extremities : no cyanosis, no peripheral edema, hyperpigmented skin lesion at both
extremities (ตามรูป)



Investigations

CBC: Hb 10 g/dL, Hct 29.4%, WBC 10,200/ cu mm (N 41.2, L 49.8, M 5.5, E 2.9, B 0.6%), platelets 759,000/ cu mm

MCV 60 fL, MCH 20.2 pg, MCHC 34 g/dL

Hypochromia 1+, anisocytosis 1+, few poikilocytosis, few target cells

UA: yellow, clear, sp gr 1.003, pH 7.0, protein-negative, WBC 0-1. RBC 0-1/HPF

Stool exam: brown, loose, no protozoa or parasite, no WBC, no RBC

Stool concentration for parasite: negative

Serum electrolytes: Na 138, K 2.9, Cl 105, CO₂ 19.8 mmol/L

Serum albumin 1.4, globulin 2.0 g/dL; cholesterol 54, calcium 7.6 mg/dL

Problem lists: Chronic diarrhea and edema → Protein losing enteropathy

Differential diagnoses:

ผู้ป่วยมาด้วยปัญหาของ protein losing enteropathy (PLE) มี clinical chronic diarrhea บวม มี albumin & globulin และเกลือแร่ในเลือดต่ำ รวมทั้งมีน้ำหนักลดลงอย่างมาก

สาเหตุของ PLE ในผู้ป่วยรายนี้อาจเป็นจาก

1. Chronic infections

เช่น TB intestine หรือ HIV infection

วัณโรคลำไส้ ต้องคิดถึงเป็นอันดับแรกในประเทศไทย ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดและท้องเสียเรื้อรังได้ แต่รายนี้ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นวัณโรค ไม่มีอาการทางระบบหายใจ ซึ่งปกติควรจะมี ส่วน HIV infection ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดได้ แต่ควรจะมีตับม้ามโต และควรจะมี opportunistic infections อื่น ๆ ร่วมด้วยหรือเป็นมาก่อน

2. Parasitic or protozoal infections

เช่น *Capillaria philippinensis* หรือ *Giardia lamblia* ที่ทำให้เกิด PLE ได้ อธิบายอาการทางคลินิก ได้ทั้งหมด แต่ผู้ป่วยไม่มีประวัติการกินก๋วยเตี๋ยว อาหารสุกๆดิบๆ มาก่อน รวมถึงไม่มี peripheral eosinophilia แต่ก็ไม่สามารถตัดออกไปได้

3. Eosinophilic gastroenteritis

อาจมาด้วย clinical signs ของ PLE ได้ แต่ส่วนใหญ่มักจะพบ peripheral eosinophilia ได้มาก ถ้ามี eosinophil infiltrate ในลำไส้ในโรคนี้ แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่มี

4. Intestinal lymphangiectasia (IL)

ที่เป็น primary cause(primary IL) ผู้ป่วยจะมาด้วยลักษณะทางคลินิกแบบนี้ได้ มี hypocalcemia ได้ แต่มักจะมี steatorrhea อย่างมาก และมักมี lymphopenia แต่รายนี้ไม่มี

5. Inflammatory bowel disease

ได้แก่ Crohn disease มาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรังได้ แต่มักมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ส่วนกล้องทางเดินอาหารจะพบแผลที่เป็นสาเหตุ และยืนยันโดยการตรวจทางพยาธิวิทยา

6. SLE with diarrheal manifestation

เคยมีรายงานในผู้ป่วย SLE ว่า อาการท้องเสียเรื้อรังอาจเป็นอาการนำมาก่อนของโรคนี้ ได้ ก่อนที่จะมี criteria อื่นๆ ตามมา และผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้หญิง ซึ่งอาจยังมีเกณฑ์วินิจฉัยไม่ครบ แต่อย่างไรต่อนี้ก็ถึงและส่ง screening lab อันได้แก่ ANA ไปก่อน

7. Hematologic malignancy

เช่น GI lymphoma แต่อาจต้องคิดถึงน้อย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นมา 1 ปี ถ้าเป็น lymphoma ไม่ได้รักษาจะมีอาการแย่งมาก

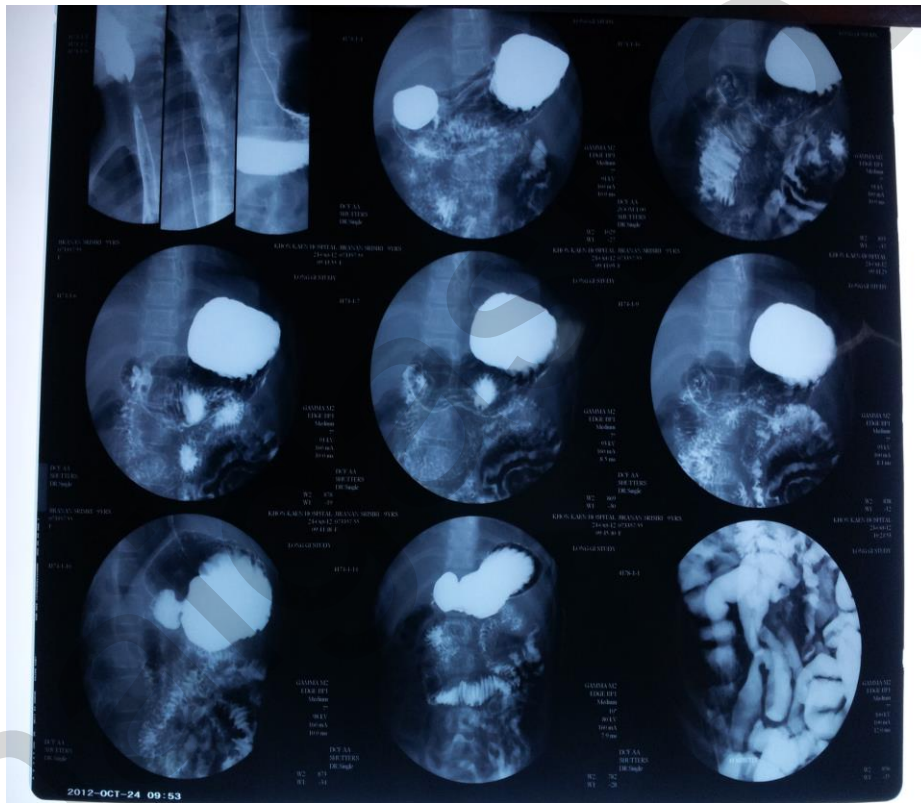
Other investigations

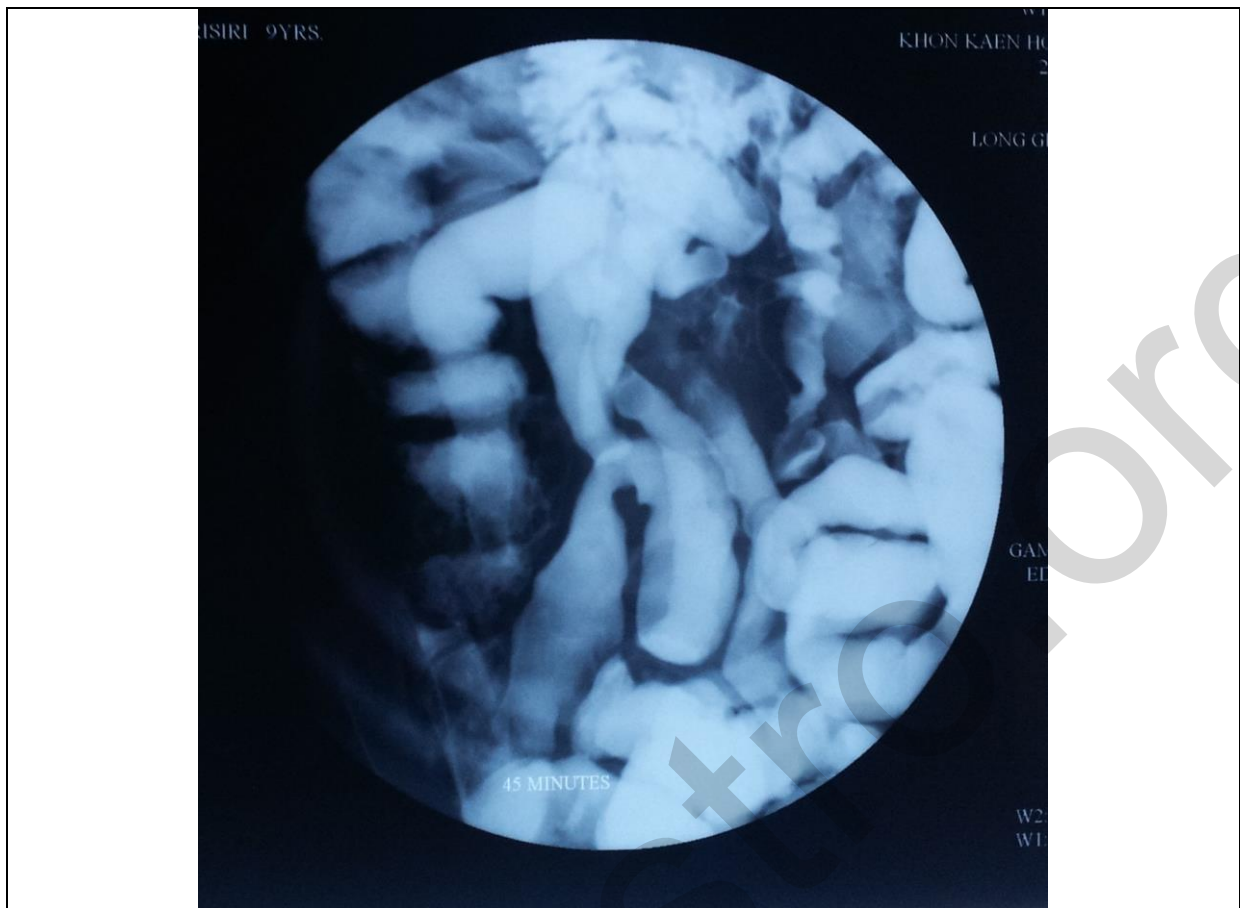
- CXR : ปกติ no infiltration
- PDP test : negative คิดถึง TB intestine น้อยลง แต่ไม่สามารถตัดออกไปได้
- Stool concentration for parasite x 3 วัน ตรวจไม่พบพยาธิ แต่ไม่สามารถตัดออกไปได้เช่นกัน
- ANA: negative ไม่น่าคิดถึง SLE ในตอนนี้
- UGI endoscopy เพื่อดูลักษณะ mucosal lesion ของ intestinal lymphangiectasia หรือ eosinophilic gastroenteritis ผล UGI endoscopy พบว่า ปกติ ไม่พบลักษณะ snow flake pattern ที่เข้าได้กับ intestinal lymphangiectasia จึงได้ตัดชิ้นเนื้อ duodenum ส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา แต่ไม่พบลักษณะของ eosinophilic infiltration ที่จะบอกว่าเป็น eosinophilic gastroenteritis รวมถึงนำน้ำในลำไส้เล็กมาตรวจหาพยาธิ และโปรโตซัว ก็ไม่พบเชื้อ
- GI follow through เพื่อดูลักษณะ lesion ที่อาจผิดปกติตั้งแต่ second part of duodenum ลงไป ผล GI follow through พบว่ามี long segment dilatation และ loss of mucosal fold ที่บริเวณ ileum ทั้งหมด แต่ duodenum & jejunum ปกติ

- จึงได้ทำ colonoscopy เพื่อนำชิ้นเนื้อบริเวณ ileum มาตรวจ แต่ไม่สามารถเข้าไปถึงบริเวณดังกล่าวได้ colonoscopy บริเวณ cecum พบว่ามี mild swelling เท่านั้น ผลพยาธิ ชิ้นเนื้อจาก cecum มี eosinophil infiltration เล็กน้อย ร่วมกับส่งน้ำในลำไส้ตรวจหา parasite อีกครั้งแต่ไม่พบเชื้อ

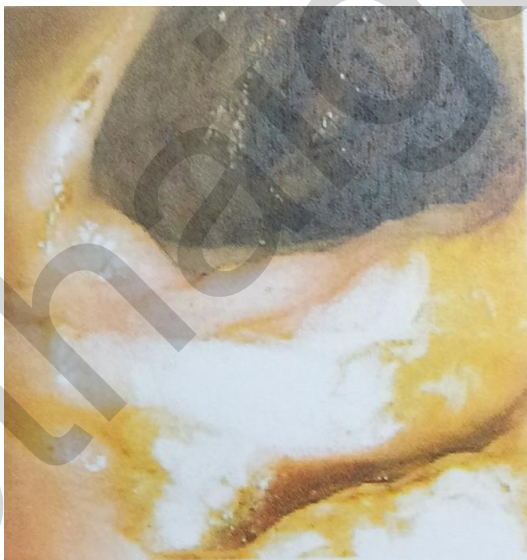
ต่อมาผล immunoblot for พยาธิ *Capillaria* ให้ผลบวก จึงให้การรักษาวินิจฉัยว่าเป็น intestinal capillariasis ได้ทำการรักษาพยาธิแคปิลลาเรีย เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ยุบวม น้ำหนักขึ้น ผิวหนังอักเสบที่ขาและแขนดีขึ้น

GI follow through

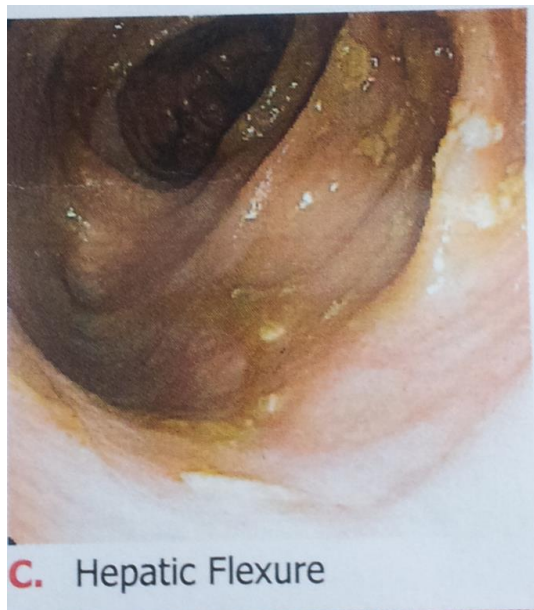




Colonoscope

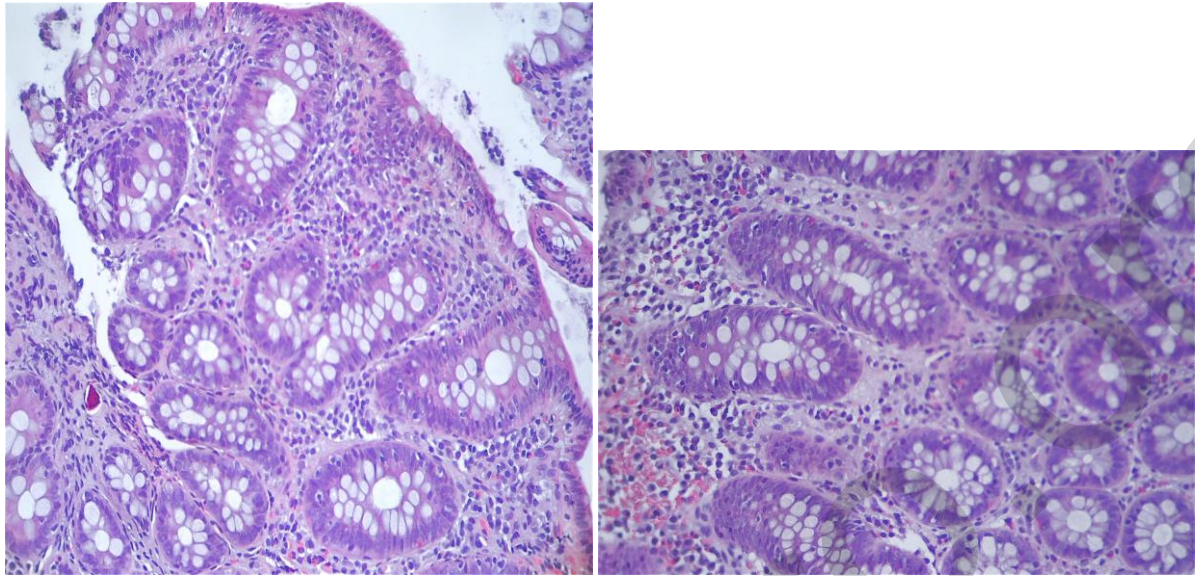


B. Cecum



C. Hepatic Flexure

Histopathology (cecum)



Post treatment



Before



After

โดยสรุป ผู้ป่วยรายนี้ วินิจฉัยว่าเป็น intestinal capillariasis ที่มาด้วย protein losing enteropathy โดยที่ไม่มีประวัติการกินปลาดิบ ไม่มี peripheral eosinophilia มี lesion ที่ ileum และตรวจจุลจากระหลาย ครั้งไม่พบพยาธิที่เป็นสาเหตุ แต่วินิจฉัยได้จากแอนติบอดีต่อพยาธิชนิดนี้

bthaiastro.org

Intestinal capillariasis

Intestinal capillariasis ในประเทศไทยพบครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ.1973 แต่ที่ระบาดครั้งใหญ่พบที่จังหวัดศรีสะเกษเมื่อปี ค.ศ.1981 ในเวลานั้นมีผู้ป่วยเสียชีวิต 9 คน จากภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากพยาธิชนิดนี้ ครึ่งหนึ่งของประชากรที่ติดเชื้อพยาธินี้ กินก๋วยเตี๋ยว ปลาที่เป็นแหล่งของพยาธินี้ได้แก่ ปลาไน ปลาตะเพียนขาว ปลาช่อน ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง น้ำหนักลด ปวดท้อง มีเสียงโครกครากในท้อง (borborygmi) กล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง บวม ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะโปรตีนในปัสสาวะและ อัลบูมินต่ำ การดูดซึมไขมันและน้ำตาลบกพร่อง ไข่พยาธิถูกขับออกมาในอุจจาระเป็นช่วง ๆ ทำให้อาจตรวจไม่พบไข่พยาธิในอุจจาระ ดังนั้นจึงต้องตรวจหลาย ๆ ครั้ง การทำ biopsy บริเวณลำไส้มาตรวจอาจพบตัวพยาธิได้

การวินิจฉัยทางอิมมูน สามารถช่วยให้การวินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีอาการแต่ตรวจไม่พบไข่หรือตัวพยาธิในอุจจาระ โดยการใช้ ELISA technique โดยใช้แอนติเจนของ *Trichinella spiralis* มาช่วยค้นหาแอนติบอดีต่อ *C.philippinensis* ซึ่งการศึกษาที่ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่ามีความไว และความจำเพาะถึงร้อยละ 100

ยาที่ใช้รักษา คือ Albendazole 400 mg 2 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 10 วัน หรือ ใช้ยา Mebendazole 200 mg ต่อวันเป็นเวลา 20 วัน



เอกสารอ้างอิง

1. Saichua P, Nithikathkul C, Kaewpitoon N. Human intestinal Capillariasis in Thailand. World J gastroenterol 2008; 28: 506-10
2. Intapan PM, Maleewong W, Sukeepaisarnjaroen W, Morakote N. An enzyme- linked immunosorbent assay as screening tool for human intestinal capillariasis. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2010; 41:: 298-305

bthaiastro.org