

Cystic Dilatation Of Common Bile Duct With A Case Report

โดย

น.พ. ชูเกียรติ ศกุนตนาค พ.บ.

แพทย์ประจำสภากาชาดไทย

น.พ. เกษม จิตรปฏิมา พ.บ. D.C.H. (Eng)

อาจารย์แผนกศัลยกรรม ร.พ. จุฬาลงกรณ์

เป็นโรคซึ่งมีการขยายตัวของ Common bile duct มีลักษณะคล้าย cyst โดยหาสาเหตุไม่ได้ มีผู้เรียกชื่อต่าง ๆ กันเช่น Choledochus cyst, Choledochal cyst, Idiopathic dilatation of common bile duct.

ประวัติ

Vater รายงานเป็นคนแรก เมื่อ ค.ศ. 1723 ต่อมาผู้รายงานเพิ่มเติมอีก เช่น Judd & Green, Zininger & Cash, Gross, Seneger & Taihefer, Yotuyanagi, Bangester, Shallows, Eger & Wagner Jr., ค.ศ. 1956 Tsadakas & Robnett⁽¹⁾ ได้รวบรวมรายงานทั้งหมดไว้ได้ 232 ราย, ค.ศ. 1959 Alonso Lej⁽²⁾ และพวก ได้รวบรวมอีกครั้งได้ 419 ราย และได้รายงานเพิ่มเติมอีก 3 ราย, ในประเทศไทย น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี⁽³⁾ รายงานไว้ในที่ประชุมแพทย์สมาคม เมื่อ 2502 อีก 7 ราย สำหรับ ร.พ. จุฬาฯ รายงานเป็นรายแรกที่สามารถวิเคราะห์โรคได้ จัดได้ว่า โรคนี้พบได้ยากโรคหนึ่ง.

Incidence

Age ส่วนมากพบได้ในเด็กและ Young adult อายุต่ำกว่าสิบที่เคยพบ คือ 4 วัน และที่สูงที่สุด คือ 76 ปี จากรายงานของ Alonso Lej และพวกปรากฏว่า

อายุ	พบได้	%
0-10 ปี	พบได้	38.5%
11-20 ปี	,,	25%
21-30 ปี	,,	16.7%
31-40 ปี	,,	7.3%
40 ปีขึ้นไป	,,	12.5%

Sex. ผู้หญิงเป็นมากกว่าผู้ชายประมาณ 3:1

Race. Japanese race พบถึง 1 ใน 3 ของ Cases ทั้งหมด.

Pathology

Common bile duct ส่วนหนึ่ง หรือทั้งหมด มีการขยายตัวโตขึ้น ลักษณะกลมคล้ายถุงน้ำ บางครั้งขยายตัวไปจนถึง Junction ของ cystic duct, hepatic duct & common bile duct หรือภายใน cyst มีรูเยกของ cystic duct หรือ hepatic

duct แยกกัน pancreatic duct อาจจะมา
 เกิดใน cyst ก็ได้. ขนาดของ cyst พบได้
 ตั้งแต่ขนาดหัวแม่มือ จนกระทั่งใหญ่เต็ม
 ช่องท้อง Wall อาจเป็นเพียง membrane
 บาง ๆ, แต่ส่วนใหญ่หนา 2-10 mm
 ประกอบด้วย dense connective tissue,
 muscle fibers และ epithelial cells
 ส่วนมากหายไป อาจมี bile pigment ใน
 wall, infection & inflammation ของ
 wall พบได้เสมอ มีอยู่ 3 รายในรายงาน
 ที่มี cancerous change

Outlet อาจเป็น valve like fold อาจ
 มี angulation หรือ stenosis ของ lower
 part ของ common bile duct

Content คือ bile พบได้ตั้งแต่ thick
 viscid green bile จนถึง colorless⁽⁴⁾
 ทั้งนี้แล้วแต่ degree ของ cirrhotic change
 และ obstruction, อาจมี stone ใน cyst
 ก็ได้.

Cystic duct, hepatic duct และ
 common bile duct ขนาดปกติ หรือ
 ขยายตัวใหญ่ขึ้นเล็กน้อย.

Liver มี cirrhotic change ขนาด
 ใหญ่ขึ้น.

Etiology

สาเหตุที่แท้จริงไม่มีผู้ใดทราบ มีผู้

พยายามตั้งเป็นทฤษฎีขึ้น เพื่ออธิบายสาเหตุ
 ของโรค Alonso Lej ได้รวบรวมไว้ดังนี้

Group I สาเหตุเนื่องจาก acquired
 หรือ extrinsic factors

1. Complication ของ pregnancy

a) Uterine pressure

b) Kinking ของ common bile
 duct จาก descensus ของ
 abdominal viscera ภาย

หลังคลอด.

2. Enlarged mesenteric node กด
 common bile duct

3. ภายหลังจาก abdominal trauma

4. Infection ในชั้น intramural ทำ
 ให้เกิดมี stenosis แล้วมี dilata-
 tion ตามมาภายหลัง.

5. Pancreatic adenoma

Group II จาก congenital in origin
 แบ่งได้ 2 subgroups

A. Primary cause คือ obstructive
 factors ที่ junction ของ common bile
 duct และ duodenum

1. Abnormal trajectory ของ
 common bile duct รวมกับมี angular
 insertion ของ common bile duct เข้า
 duodenum

2. Valve like mechanism ที่ ampulla

3. congenital stenosis ของ intra-duodenal choledochus

4. Persistence ของ epithelial occlusion

5. Neuro-muscular inco-ordination ของ Sphincter ของ Oddi

B. สาเหตุแห่งการผิดปกติของ Common bile duct เอง

1. Embryonic malformation

2. Congenital hypotonus ของ wall

3. Abortive diverticulum

4. มี Pancreatic tissue ใน wall ของ common bile duct ทำให้เกิดมี weakness ของ wall

5. Autonomic neurodysplasia เช่นเดียวกับ megacolon และ megaureter

6. จากการเพิ่ม proliferation ของ epithelial cells ไม่เท่ากันในระยะที่ common bile duct ยังเป็น solid cord เป็นทฤษฎีที่ผสมผสานกันมาก

อาการ คือ Pain jaundice, mass เรียก classical triad pain ที่ right upper quadrant บางครั้งปวดถึง epigastrium หรือ right lower quadrant หรือ

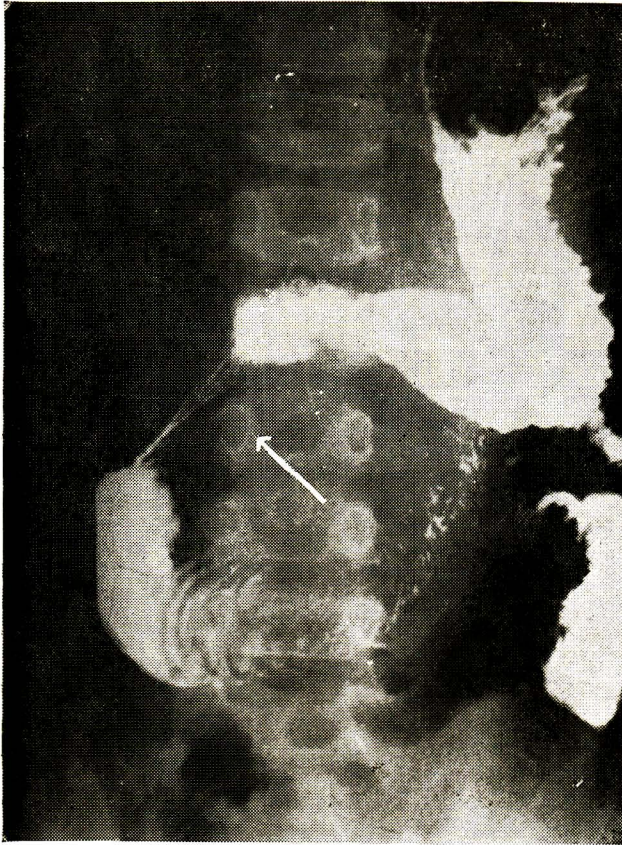
ข้างหลัง อาการปวดเป็นแบบ colic หรือปวดคอกโต สาเหตุจาก มี distension ของ cyst wall หรือจาก partial obstruction ของ common bile duct อาการมักไม่รุนแรง และเป็นๆ หายๆ

Jaundice เป็น obstructive jaundice มี clay stool dark urine pruritus เบื่ออาหาร แน่นท้อง ผอมลง มักจะเป็นๆ หายๆ

Mass ส่วนใหญ่อยู่ที่ right upper quadrant บางครั้งอยู่ที่ epigastrium มีนัยร้าย ที่อยู่ทาง Lt. side เช่นรายของ Budde & Heid's. ลักษณะ round. regular lateral mobile, cystic หรือ solid ไม่มี movement หรือมีหายใจขนาดเปลี่ยนแปลงได้ในวันหนึ่งๆ โดยเฉพาะหลังอาหาร บางครั้งมี tenderness จาก 232 ราย ของ Tsadakas & Robnett. pain พบได้ 63%. Jaundice 69%, mass 72% และ triad 63%

อาการอื่น ๆ คือ vomiting พบใน infected case หรือที่มี obstruction ของ duodenum เนื่องจาก cyst wall กด

ในรายซึ่งมี rupture ของ cyst จะมีอาการของ bile peritonitis การพิจารณาห้



รูปที่ 1 Upper GI ก่อนผ่าตัด มี Mass กด first part of duodenum

โรค Diagnosis ประมาณ 16% ที่พิจารณาที่โรคได้ก่อนทำการผ่าตัด

1. จาก triad
2. Age & Sex
3. X-rays: plain abdomen และ upper GI study บอกได้ว่ามี mass อยู่ใน GI tract, plain KUB และ IVP แยกออกจาก kidney mass, Oral cholecystogram, Moseley ใช้ iodopanoic acid

0.3 gm เป็น contrast media สามารถ visualize mass ในเด็กได้ Intravenous cholecystogram ช่วย visualize mass ได้ในรายที่มี jaundice

4. Aspiration, Lumpkin และ Wilson ใช้ needle aspiration ผ่านทางหน้าท้อง แล้วใส่ contrast media เข้าไปเพื่อถ่าย X-rays วินิจฉัย เพราะบางครั้งอาจมี bile ร่วเข้า peritoneal cavity เกิด bile peritonitis.

การพิจารณาแยกโรค (Differential Diagnosis)

1. Hydatid cyst ของ liver, mass ขนาดโตขึ้นเรื่อยๆ jaundice มี mass ใหญ่ อาการส่วนใหญ่เป็นอาการของ allergy เช่นมี eosinophilia สุขภาพปกติ

จาก compliment fixation test of Weinberg, intradermal reaction of Cassoni และ Geographical distribution สามารถแยกโรคนี้ได้ ในประเทศไทย ยังไม่เคยพบโรคนี้

2. Cholelithiasis ไม่ค่อยพบในเด็ก แยกกันได้โดย X-rays

3. Congenital atresia of common bile duct มีอาการ jaundice ได้ตั้งแต่วัยแรกเกิด แต่ส่วนมากอายุเลย 1 อาทิตย์ไปแล้ว และถ้าไม่รักษา ตายภายใน 6 เดือน ส่วน idiopathic dilatation of common

bile duct พบในเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน ได้เพียง 5%

4. Wilm's tumor อาการทรกหนักเร็ว จาก X-ray สามารถแยกโรคนี้ออกจาก

5. Pancreatic cyst แยกกันได้ยาก mass อยู่ทางซ้ายมากกว่า

6. ในคนสูงอายุ ต้องแยกจาก Carcinoma, Sarcoma ของ G.I. tract หรือ liver หรือ ampulla of Vater

การรักษา (Treatment)

ถ้าไม่รักษา จะตายด้วย ascending cholangitis, biliary cirrhosis, diffused peritonitis จาก rupture ของ cyst.

Surgical Treatment ที่นิยมทำกันมีอยู่ 2 วิธี

1. Side to side anastomosis ของ cystic dilatation กับ portion of GI tract ที่นิยมกันมากที่สุดคือ choledochoduodenostomy. Bakes (1907) ทำเป็นคนแรก มีผู้สนับสนุนมาก เช่น Gross, Bailey เพราะ mortality rate ต่ำที่สุด และได้



รูปที่ 2 Plain Abdomel หลังผ่าตัด Air อยู่ใน hepatic duct., comomn bile duct ซึ่งมี cystic dilatation

ผลดี, จากรายงานของ Alonso Lej ผู้ทำ 44 ราย ตาย 2 ราย

2. Complete removal ของ cyst แล้วกับ Biliary tree ที่เชื่อมกับ G.I. tract. McWhorter นำมาใช้เป็นคนแรก เป็น operation of choice ของ Alonso Lej. ในรายงานของเขามีผู้ทำ 13 ราย ตาย 2 ราย วิจารณ์ตรงรายมาก อาจมี damage pancreatic duct ได้

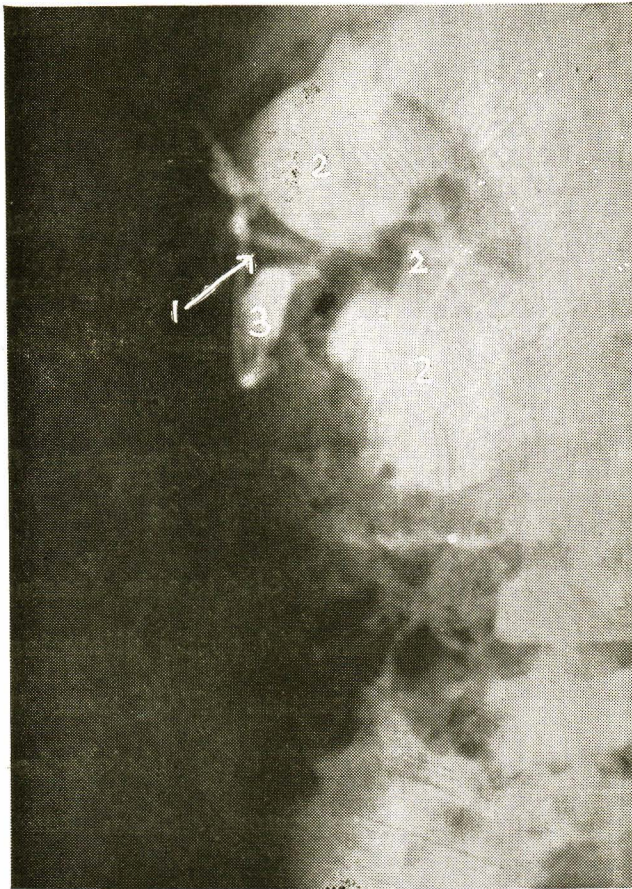
วิธีอื่น ๆ เช่น bypassing the cyst โดยต่อ Gall bladder กับ G.I. tract ทำ ในรายที่มี adhesion ในท้องมาก ในรายที่มี rupture ของ cyst ทำ drainage ของ cyst และ peritoneal cavity เข้าไว้ก่อน แล้วจึงทำตามวิธีแรก หรือทั้งสอง

Prognosis รักษาโดยผ่าตัดได้ผลดี

วิธีแรก mortality rate ต่ำ แต่มี ascending cholangitis ได้มากกว่าวิธีที่ 2 สมัย mortality rate โดยการรักษาวินิจฉัยผ่าตัด ประมาณ 9% ในรายซึ่งมี rupture ของ cyst ถ้าวินิจฉัยผ่าตัด อาจจะช่วยชีวิตคนไข้ได้

รายงานผู้ป่วย 1 ราย

เด็กชายไทย อายุ 10 ปี รัยไว้ในแผนกกุมารเวชศาสตร์ ด้วยอาการปวดท้องได้ชายโครงขวา มา 1 เดือน ปวดเป็นพัก ๆ ไม่มีคลื่นไส้และอาเจียร มีไข้เล็กน้อย 3 อาทิตย์ก่อนมา ร.พ. มารดา สังเกตเห็นว่าผู้ป่วยตาเหลือง ปีศาจวะสีเหลืองขน อจจวะสีชดลง ต่อมากันตามตัวและขาทาง 2 ข้าง



รูปที่ 3 Cholechochography หลังผ่าตัด opague medium อยู่ใน Gall bladder, cystic duct และ duodenum
1. cystic duct 2. duodenum 3. Gall bladder

แน่นคอคอกในท้อง เบื่ออาหาร และผอมลง
 สังเกตเห็นก้อนอยู่ใต้ชายโครงขวา จึงได้
 พาไปรักษาที่ ร.พ. เต็ก แพทย์ให้ยามา
 รับประทาน แต่ไม่หาย จึงไปรักษาที่ clinic
 2 แห่ง แพทย์ที่ clinic แนะนำให้มารักษา
 ที่ ร.พ. จุฬาลงกรณ์

ตรวจร่างกายแรกพบ T 37.2°c, PR
 72/min. RR 22/min, BP 112/60 mm Hg
 ลักษณะของผู้ป่วยผอม ตาเหลืองจืด ชุ่ม
 ตรวจหน้าท้อง คลำได้ก้อนจาก right upper
 quadrant และ epigastrium ลงมาจนถึง
 umbilical region ขนาดประมาณ 6x6 ซม
 cystic, smooth surface, rather fix ไม่
 เคลื่อนไหว พร้อมกับการหายใจ slight
 tender

Lab. findings, Blood, Hgb 13 gm%
 rbc 3.4 mil, wbc 14000 P 46% L 54%

Urine sp.gr.1022, bile pigment +ve
 uribilinogen - ve

Feces clay color, bile pigment
 negative.

Liver function test C.C.F-ve in 48
 hrs T.T. O unit, Zn. T. 6.2 units, I₂
 negative Total bilirubin 26-85 mg%,
 direct bilirubin 15.6 mg%

Blood chemiosry NPN 24 mg%,
 Albumin 3.6 gm%, Globulin 2,3 gm%

X-rays GI series - no intrinsic
 lesion in the GI tract. Evidence of a
 mass in the region of the head of
 pancreas with enlarged gall bladder

Plain KUB & IVP, normal app-
 earance of the kidney หลังจากได้
 investigate อยู่ในแผนกกุมาร 17 วัน จึง
 ได้ส่งปรึกษาแผนกศัลยกรรม เราให้
 diagnosis ว่าเป็น choledochal cyst
 แนะนำให้โอนมารักษาในแผนกศัลยกรรม
 ได้ทำการผ่าตัดเมื่อ 7 มิถุนายน 2504 เข้า
 สู้ช่องท้องโดย Transverse incision เหนือ
 umbilicus ประมาณ 1½ นิ้ว เมื่อเข้าสู้ช่อง
 ท้องพบว่ามี cystic mass รูปร่างกลมขนาด
 8x8 ซม อยู่ระหว่าง liver, duodenum &
 stomach, Smooth surface, liver ไม่มี
 cirrhotic change, gall bladder ปกติ

ได้เจาะคูดังได้ fluid สีเขียวประมาณ 500 cc
 และได้ explore อยู่ภายใน cyst, cyst
 wall หนาประมาณ 6 mm ภายใน surface
 smooth ได้ส่ง biopsy ชิ้นหนึ่งของ wall
 หลังจากนั้นได้ทำ choledochoduode-
 nostomy ตรงรูที่เจาะกับ 3rd part of
 duodenum แล้วทำ cystostomy ไว้ด้วย

แล้วชักหน้าทางท้อง หลังผ่าตัดคนไข้
recover ดี โดยมีไข้อยู่ประมาณ 5 วัน แล้ว
ลดลงจนปกติ

Jaundice ลดลงอย่างเห็นได้ชัดในวันที่
2,3 และหายไปหมดในวันที่ 7

Mass หลังผ่าตัดแล้วคลำไม่ได้ abdo-
minal pain หายไป pruritus ลดลงและ
หายไปพร้อม Jaundice

หลังจากผ่าตัดได้ 15 วัน ได้ทำ direct
cholecystogram ปรากฏว่ารอยต่อปกติ
การไหลลดี จึงให้ remove tube drain

หลังจากทำ cholangiogram ผู้ป่วยเริ่มมี
ไข้ อีก หลังจากให้ antibiotic แล้ว
ไข้ลดลง และกลับเป็นปกติอีกครั้ง

ผล biopsy เป็น fibrous connective
tissue ไม่มี epithelium หลังผ่าตัด 20 วัน

Total bilirubin 1.65 mg%, Direct
bilirubin 0.8 mg% ต่อจากนั้นอีก 1 วัน
จึงให้ผู้ป่วยกลับบ้าน และได้นัดให้มาตรวจ
อีก หลังจากกลับบ้านแล้ว ปรากฏว่าผู้ป่วย
ปกติดี จนขุ่นโดยคลำก้อนไม่ได้ ไม่มี
Jaundice ไม่มีอาการปวดท้อง.

References:—

1. Tsadakas & Robnett. Arch. Surg. 1956;72:311
2. Alonso Lej et al. Surg Gyn & Obst. 1959;108;1-30
3. เสนอ อินทรสุขศรี จ.พ.ส.ท. 1959; 42:6
4. Ian Aird; Companion in surgical Study. 1956
5. Gross; Surgery of infancy & childhood 1st ed. 1953
6. Bailey & Love; A short practice of surgery 11th ed. 1959
7. Swenson; Pedriatic surgery 1st ed. 1958