

Systemic Melioidosis Presenting as Acute Dacryocystitis : A Case Report

Petchrada Ung-aram, M.D.*

ABSTRACT

- Purpose** : To report an interesting case of acute dacryocystitis secondary to systemic melioidosis.
- Methods** : The author conducted a case report of acute dacryocystitis secondary to systemic melioidosis. Clinical history, presenting symptoms and signs, clinical course, and treatment outcomes of the patient were described.
- Case report** : A 9 year-old boy presented with high grade fever and thrombocytopenia. The preliminary diagnosis was DHF due to the clinical patterns. During the convalescent stage he still had high fever and developed a fluctuation mass at left medial lower eyelid. The diagnosis of melioidosis was based on serology study and the results of the pus culture.
- Conclusion** : In this rare case, the cause of acute dacryocystitis is systemic melioidosis. Therefore, physicians should be suspicious of the possibility of systemic melioidosis and if confirmed, treat early with the standard therapeutic regimen required to prevent morbidity and relapsing of this disease, particularly in the endemic areas.
- Keywords** : melioidosis, dacryocystitis, *Burkholderia pseudomallei*

*Medical Physician, Professional Level, Department of Ophthalmology, Buriram Hospital, Buriram, Thailand

รายงานผู้ป่วยภาวะถุงน้ำตาอักเสบจากการติดเชื้อเมลิออยโดสิส

เพชรดา อึ้งอร่าม, พ.บ.*

บทคัดย่อ

- วัตถุประสงค์** : เพื่อรายงานผู้ป่วยภาวะถุงน้ำตาอักเสบในเด็กจากเชื้อเมลิออยโดสิส ในจังหวัดบุรีรัมย์
- วิธีการศึกษา** : ศึกษาและนำเสนอประวัติ อาการแสดง ลักษณะการดำเนินโรค และผลการรักษาของผู้ป่วย
- รายงานผู้ป่วย** : เด็กชายไทยอายุ 9 ปี รักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูงลอย เกี๊ยเลือดต่ำ ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออก หลังจากเกี๊ยเลือดและฮีมาโตคริตเป็น ปกติ ผู้ป่วยยังคงมีไข้สูง และมีก้อนบวมแดงบริเวณหัวตา เจาะหนองปนกับน้ำตาส่งเพาะเชื้อพบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* และตรวจพบแอนติบอดีของเชื้อในเลือด
- สรุป** : ภาวะถุงน้ำตาอักเสบในเด็กพบได้ไม่บ่อย แพทย์ควรให้ความสำคัญในการหาสาเหตุของโรคสาเหตุหนึ่งที่พบได้น้อยคือการติดเชื้อเมลิออยโดสิส ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพต่อเชื้อ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ
- คำสำคัญ** : เมลิออยโดสิส ถุงน้ำตาอักเสบในเด็ก

บทนำ

ภาวะถุงน้ำตาอักเสบ (dacryocystitis) คือ ภาวะที่มีการติดเชื้อในถุงน้ำตา จากการอุดตันของทางระบายน้ำตา พบมากที่สุดในผู้หญิงวัยกลางคน ไปจนถึงสูงอายุ (idiopathic acquired obstruction) ผู้ป่วยมักมีอาการน้ำตาไหลเอ่อ และมีขี้ตาเป็นครั้งคราว ต่อมาเมื่อมีเชื้อโรคเข้าไปทำให้เกิดการอักเสบ จะพบว่ามีตุ่มนูนบริเวณหัวตา เมื่อใช้นิ้วกดหัวตา จะมีหนองไหลออกมา ถ้าเป็นรุนแรงตุ่มนูนนั้นจะมีอาการ ปวดบวม แดง ร้อน คล้ายฝี อาจแตกออกทางผิวหนัง และมีน้ำหนองไหล โดยทั่วไปมักไม่มีไข้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง แต่หากการติดเชื้อลุกลามออกจากถุงน้ำตาไปยังผิวหนังบริเวณข้างเคียง จะมีอาการปวดบวมของเปลือกตา (pericystitis) และอาจลุกลามผ่าน orbital septum เข้าไปในเบ้าตา (orbital cellulitis) เป็นอันตรายต่อการมองเห็น ผู้ป่วยมักมีไข้ ผลเลือดพบ leucocytosis กดหรือเจาะก่อนบริเวณหัวตาได้หนอง โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือแบคทีเรีย กลุ่ม Streptococcus และ Staphylococcus ส่วนในเด็กพบได้น้อย และพบว่า มักเกิดจากการมีท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด หรือภายหลังอุบัติเหตุ นอกจากการติดเชื้อโดยตรงที่ถุงน้ำตาแล้ว บางรายอาจเกิดจากการแพร่กระจายของเชื้อจากบริเวณข้างเคียง เช่น เยื่อぶตาขาว, จมูก, ผิวหนัง, กระจก เป็นต้น ส่วนการติดเชื้อทางกระแสเลือดนั้นพบได้น้อยกว่า (1) นอกจากนี้ พบรายงานการติดเชื้อถุงน้ำตาอักเสบจากเชื้อรา วัณโรค และ เป็นอาการแสดงของมะเร็งเม็ดเลือด และก้อนมะเร็งในช่องจมูก (2) (3,4) (5) (6)

หลักในการรักษา คือ การให้ยาต้านเชื้อแบคทีเรียที่จำเพาะต่อเชื้อดังกล่าว ได้แก่ cloxacillin, amoxicillin with clavulonic acid โดยการรับประทานหรือทางหลอดเลือดดำอาจให้ประคบอุ่นร่วมด้วย และใช้เข็มเจาะดูดเพื่อระบายหนอง

เมื่อหนองรวมตัวชัดเจน และพิจารณาผ่าตัดทางระบายน้ำตา (dacryocystorhinostomy) เมื่อการติดเชื้อสงบลง

โรคmelioidosis (Meliodosis) เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ *Burkholderia pseudomallei* พบในดินและแหล่งน้ำ ในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้สามารถก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ในทุกอวัยวะอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงสูงมาก ส่วนในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง หากรักษาไม่เหมาะสม พบว่ามีอัตรากลับเป็นซ้ำเกือบร้อยละ 40 (7)

สำหรับการติดเชื้อถุงน้ำตาจากเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* นี้ พบได้น้อยจากการสืบค้นรายงานทางอิเล็กทรอนิกส์ทั้งไทยและต่างประเทศ พบเพียงรายงานการติดเชื้อชนิดนี้ในผู้ป่วยหญิงที่มีถุงน้ำตาอักเสบรักษาไม่หายเป็นเวลา 2 ปี โดยผู้ป่วยไม่มีไข้และไม่มีอาการของระบบอื่นๆ (8)

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 9 ปี มีภูมิลำเนาในจังหวัดบุรีรัมย์ รักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการไข้ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไอ เจ็บคอเล็กน้อย ตรวจร่างกายแรกพบไม่พบตำแหน่งของการติดเชื้อเฉพาะที่ใดๆ แต่ผู้ป่วยมีไข้สูงลอย มีเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำมาก ร่วมกับค่าฮีมาโตคริตสูงชัน มีจุดเลือดออกตามตัว และตรวจ tourniquet test ให้ผลบวก ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรคไข้เลือดออก และได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาไข้เลือดออก หลังจากไข้วันที่ 6 พบว่าเกล็ดเลือดสูงชันและความเข้มข้นของฮีมาโตคริต ลดลงเป็นปกติ แต่ผู้ป่วยยังคงมีไข้ และ สังเกตว่าตาซ้ายเริ่มบวมเจ็บร้อน เริ่มจากบริเวณหัวตาจนบวม แดง ร้อน ทั้งทั้งเบ้าตา และได้รับการส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล บุรีรัมย์

ตรวจอาการทางตาพบว่ามีการมองเห็นเป็นปกติ เปลือกตาล่างบวมและมีหัวหนองบริเวณหัวตา เยื่อบุตาขาวไม่บวมแดง กลอกตาได้ปกติ กระຈกตาปกติดี รูม่านตาตอบสนองเป็นปกติ เลนส์ตาใส วุ้นตาและจอตาปกติ ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเมลิออยโดสิสเป็นบวก 1:1280 และเจาะหนองได้หนองปนน้ำตาปริมาณ 3 ซีซี เพาะเชื้อพบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* จึงได้รับการวินิจฉัยโรคเมลิออยโดสิสและได้ยาปฏิชีวนะเป็น ceftazidime 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงเป็นเวลา 10 วัน และรักษาต่อเนื่องด้วยยา co-trimoxazole 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง ต่ออีกเป็นเวลา 6 เดือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

หลังจากออกจากโรงพยาบาลที่ 1 เดือน ก่อนที่หัวตายุบลง กัดไม่เจ็บ ไม่มีหนอง ไม่มีน้ำตาเอ่อ ผลตรวจแอนติบอดียังคงเป็นบวก 1:1280 จนถึง 3 เดือนจึงให้ผลลบ ผู้ป่วยอาการปกติ และล้างท่อน้ำตาไม่มีการอุดตัน ติดตามจนถึง 6 เดือนไม่มีการกลับเป็นซ้ำ

วิจารณ์

โดยทั่วไปภาวะถุงน้ำตาอักเสบมักเกิดใน ผู้ป่วยหญิง วัยกลางคนที่มึ่ท่อน้ำตาอุดตัน และมีแบคทีเรียแกรมบวกเป็นสาเหตุหลัก แต่ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยเด็กที่มีอาการถุงน้ำตาอักเสบเฉียบพลันโดยที่ผู้ป่วยไม่เคยมีท่อน้ำตาอุดตันมาก่อนและยังเกิดจากการติดเชื้อเมลิออยโดสิสในร่างกาย ซึ่งยังไม่เคยมีการรายงานในประเทศไทย หากจักษุแพทย์ไม่ได้คำนึงถึงโรคเมลิออยโดสิสที่เป็นแบคทีเรียแกรมลบ ที่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพต่อเชื้อผู้ป่วยอาจรักษาไม่หายและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ เบ้าตาอักเสบและการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งเพิ่มภาวะทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิต หรือหากผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อในระยะเฉียบพลันแล้ว แต่ไม่ได้รับยา

รับประทานในการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลอย่างน้อย 20 สัปดาห์ก็มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก⁽⁷⁾

นอกจากนี้ผู้ป่วยรายนี้ยังเป็นตัวอย่างของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อร่วม (co-infection) ระหว่างไวรัสแดงกึ่และเชื้อเมลิออยโดสิสอีกด้วย โดยพบว่าผู้ป่วยมีอาการของไข้เลือดออกมาก่อน จึงพบว่ามีมีถุงน้ำตาอักเสบเป็นหนองและมีผลตรวจ melioid titer เป็นบวก จากการสืบค้นพบว่ามึ่รายงานหลายฉบับที่กล่าวถึงภาวะการติดเชื้อร่วมระหว่างเชื้อไวรัสแดงกึ่และเชื้อเมลิออยโดสิส โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งมักได้รับการวินิจฉัยหลังพ้นระยะไข้ หรือ convalescent phase^(9,10,11) สาเหตุยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด มีหลายสมมุติฐาน ได้แก่

1) เป็นการติดเชื้อมากกว่า 1 ชนิดที่พบร่วมกันในพื้นที่ ที่เป็นแหล่งของโรค หรือ

2) การติดเชื้อไวรัสแดงกึ่ อาจมีผลต่อภูมิคุ้มกันของร่างกาย และ

3) การติดเชื้อแดงกึ่ทำให้ไว้วะเกิดพยาธิสภาพที่เอื้ออำนวยต่อการติดเชื้ออื่นๆตามมา รายงานบางฉบับกล่าวว่า เชื้อแดงกึ่อาจทำให้เกิด reactivation ของเชื้อเมลิออยโดสิส ในผู้ป่วยกลุ่ม subclinical melioidosis เดิม⁽¹¹⁾ สำหรับในผู้ป่วยรายนี้การติดเชื้อเมลิออยโดสิส น่าจะเป็นการได้รับเชื้อใหม่ (new infection) เนื่องจากหลังได้รับการรักษาแล้วตรวจไม่พบแอนติบอดีต่อเชื้อ *B. pseudomallei*

สำหรับภาวะถุงน้ำตาอักเสบในผู้ป่วยเด็กนั้น มักมีสาเหตุจากภาวะท่อน้ำตาอุดตัน ทำให้เชื้อก่อโรคซึ่งในถุงน้ำตา เกิดเป็นการอักเสบในที่สุด แต่สำหรับผู้ป่วยรายนี้ไม่เคยมีท่อน้ำตาอุดตันมาก่อน และหลังจากอาการทุเลา ทำการล้างท่อน้ำตาผู้ป่วยสามารถผ่านลงคอสะดวก อาจตั้งสมมุติฐานได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะท่อน้ำตันอุดตันชั่วคราว (partial หรือ intermittent obstruction) จากการบวมของเนื้อเยื่อรอบท่อน้ำตา เช่นที่พบได้ในผู้ป่วย sinusitis หรือ nasopharyngitis ทำให้โพรงจมูกบวม เกิด

การอุดตันชั่วคราวของทางเดินน้ำตา และเกิดเป็น
ถุงน้ำตาอักเสบตามมมาได้⁽⁶⁾ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ก็มีอาการ
ไอ และเจ็บคอมาก่อน หรืออาจเกิดจากการแพร่
กระจายของเชื้อมายังถุงน้ำตาทำให้เกิดเป็นหนอง
ซึ่งเชื้อmelioidosisสามารถก่อให้เกิดโรคได้ในทุก
อวัยวะ ส่วนสาเหตุอื่น เช่นการได้รับเชื้อทางผิวหนัง
หรือเชื้อเข้าตาโดยตรง ไม่น่าจะเป็นสาเหตุในผู้ป่วย
รายนี้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีประวัติดิน หรือน้ำเข้าตา
หรือตาแดงมาก่อน

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโรคmelioidosis
ตั้งแต่ช่วงแรกของระยะ acute phase ผู้ป่วย
อาการดีขึ้นและไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง อย่างไรก็ตาม
ก็ตามหลังได้รับการรักษาด้วยยา ceftazidime
เป็นเวลา 10 วันแล้ว และรักษาต่อเนื่องด้วยยา
co-trimoxazoleอาการผู้ป่วยทุเลา แต่ผลตรวจ
ทางserology ยังคงเป็นบวกอยู่จนถึง 1 เดือน ดังนั้น
ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจซ้ำจนผลเลือด และอาการ
เป็นปกติ และรับยาในระยะรักษาต่อเนื่องอีกอย่าง
น้อย 20 สัปดาห์⁽⁷⁾ สามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้
เหลือเพียงร้อยละ 4 และควรนัดติดตามอาการเพื่อ
เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว เนื่องจากเคย
มีการอักเสบของทางเดินน้ำตามาก่อน อาจก่อให้เกิด
การตีบตันทางเดินน้ำตาในภายหลังได้

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีอาการ
ถุงน้ำตาอักเสบในจังหวัดบุรีรัมย์ย้อนหลัง 3 ปี พบว่า
ผู้ป่วยทั้งหมด 77 ราย เป็นผู้ป่วยหญิงอายุมากกว่า
35 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.4 ผู้ป่วยกลุ่มอื่น
มักมีภาวะอื่นร่วม ได้แก่โรคเบาหวาน ผู้ป่วยติดเชื้อ
HIV มะเร็งช่องจมูกเป็นต้น ส่วนในเด็กพบ 5 ราย
เกิดจากท่อน้ำตาตันแต่กำเนิด ประวัติดินเข้าตา
และมีไซนัสอักเสบร่วม ผู้ป่วยได้รับการเจาะหนอง
ส่งเพาะเชื้อเพียง ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ไม่ขึ้นเชื้อ
แต่เชื้อที่พบบ่อยที่สุดคือแบคทีเรียแกรมบวกคิดเป็น
ร้อยละ 26.6

สรุป

ภาวะถุงน้ำตาอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ไม่เคยมี
ท่อน้ำตาอุดตันมาก่อนพบได้ไม่บ่อย อาจเกิดได้
จากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุหนึ่งที่สำคัญและจักษุ
แพทย์มักมองข้าม คือการติดเชื้อจาก systemic
infection ซึ่งเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคอาจแตกต่าง
จากปกติ และอาจต้องการการรักษาเฉพาะที่ถูกต้อง
เหมาะสม ซึ่งโรคmelioidosisเป็นโรคหนึ่งที่ผู้ป่วย
อาจมีอาการไข้และเกิดการอักเสบได้ตามอวัยวะ
ต่างๆได้ทุกระบบ หากผู้ป่วยอาศัยอยู่ หรือเคยอาศัย
อยู่ในที่เป็นแหล่งของเชื้อคือ ภาคตะวันออกเฉียง
เหนือของประเทศไทย จักษุแพทย์และแพทย์ทั่วไป
ควรต้องคำนึงถึงโรคนี้ไว้ด้วยเสมอ โดยการส่งตรวจ
หาแอนติบอดีในเลือดและนำส่งตรวจเพาะเชื้อ
อย่างใดก็ตาม พบรายงานโรคนี้ได้ในทุกภาคของ
ประเทศไทย^(7,11,12)

เอกสารอ้างอิง

1. Ostler HB. Diseases of the External Eye and Adnexa: A text and atlas. Maryland: Williams & Wilkins; 1993.
2. Purgason PA, Hornblass A, Loeffler M. Atypical Presentation of Fungal Dacryocystitis. Ophthalmology 1992;99: 9:1430-32.
3. Whitehead AL. Ocular Tuberculosis. Br J Ophthalmol 1922;6:529-37.
4. John AG. Lander. Tuberculous Dacryocystitis. Aus J Ophthalmol 1974;2:2:89-90.
5. Wirostko WJ, Garcia GH, Cory S, Harris GJ. Acute Dacryocystitis as a Presenting Sign of Pediatric Leukemia. Am J Ophthalmol 1999;127:6:734-36.

6. Yanoff M, Duker JS, Ophthalmology. 3rd ed. China : Mosby; 2009:1484-85.
7. ศิริลักษณ์ อนันต์ธัญศิริ. โรคติดเชื้อทางเขตร้อนที่พบบ่อยในประเทศไทย(Common Tropical Infectious Diseases in Thailand). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2549 : หน้า 117.
8. Suwanwatana C. Acute dacryocystitis due to *Pseudomonas pseudomellei*. Srinagarind Hosp Med J 1990;5:1:45-7.
9. ชิชณ พันธ์เจริญ. การติดเชื้อร่วม (co-infection) ในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเดงกี. ใน: ชิชณ พันธ์เจริญ, วันลำ กุลวิจิต, อีรพงษ์ ตันทวีเชียร, อุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ. ไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ: เพนตากอน แอดเวอร์ไทซิง; 2546: หน้า 123-32.
10. Pancharoen C, Thisyakorn U. Co-infection with dengue patients. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17:1:81-2.
11. Pongrithsukda V, Simakachorn N, Pimda J. Childhood Melioidosis in Northeastern of Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1988; 19:2: 370-2.
12. Silpapojakul K. Melioidosis in Southern Thai Children. *Songkla Med J* 2004; 22:suppl 2:363-9.