

Multiple-suture Craniosynostosis

นพ. ณัฐพงศ์ แสงปัดสา

อ.พญ. จิระพร อมรฟ้า

หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย

ประวัติผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 8 เดือน มาพบแพทย์ด้วยศีรษะผิดปกติมา 5 เดือนก่อนมารพ. ประวัติเดิมผู้ป่วยคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ คลอดโดย Cesarean section เนื่องจากภาวะ Fetal distress และ placenta previa น้ำหนักแรกคลอด 690 gm. (Percentile 10-50) รูปร่างศีรษะปกติดีเส้นรอบศีรษะ 23 ซม. (Percentile 50-75), หลังคลอดได้รับการดูแลใน NICU เนื่องจากคะแนน Apgar 1,1,6 ได้ทำ positive pressure ventilation (PPV) 2 cycle และ CPR 1 cycle และต่อมามีภาวะ severe bronchopulmonary dysplasia (BPD), severe acute respiratory distress syndrome (ARDS), pneumonia with septicemia, retinal of prematurity (ROP) stage 2 และ choanal atresia เมื่ออายุ 1 เดือน แพทย์ พบว่า ศีรษะโตช้า เส้นรอบศีรษะ อยู่ที่ Percentile 10 ทำ bedside ultrasound พบมี Mild intraventricular hemorrhage (IVH) แนะนำให้ติดตามอาการ ต่อมาเมื่ออายุ 3 เดือน บิดาสงเกตว่าศีรษะผิดปกติ ด้านบนโหนกขึ้น ขมับปูดมากขึ้น ทำ CT Brain พบกะโหลกติดกันเร็วกว่าปกติ และศีรษะผิดปกติได้ปรึกษาประสาทศัลยแพทย์และศัลยแพทย์ตกแต่งและมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

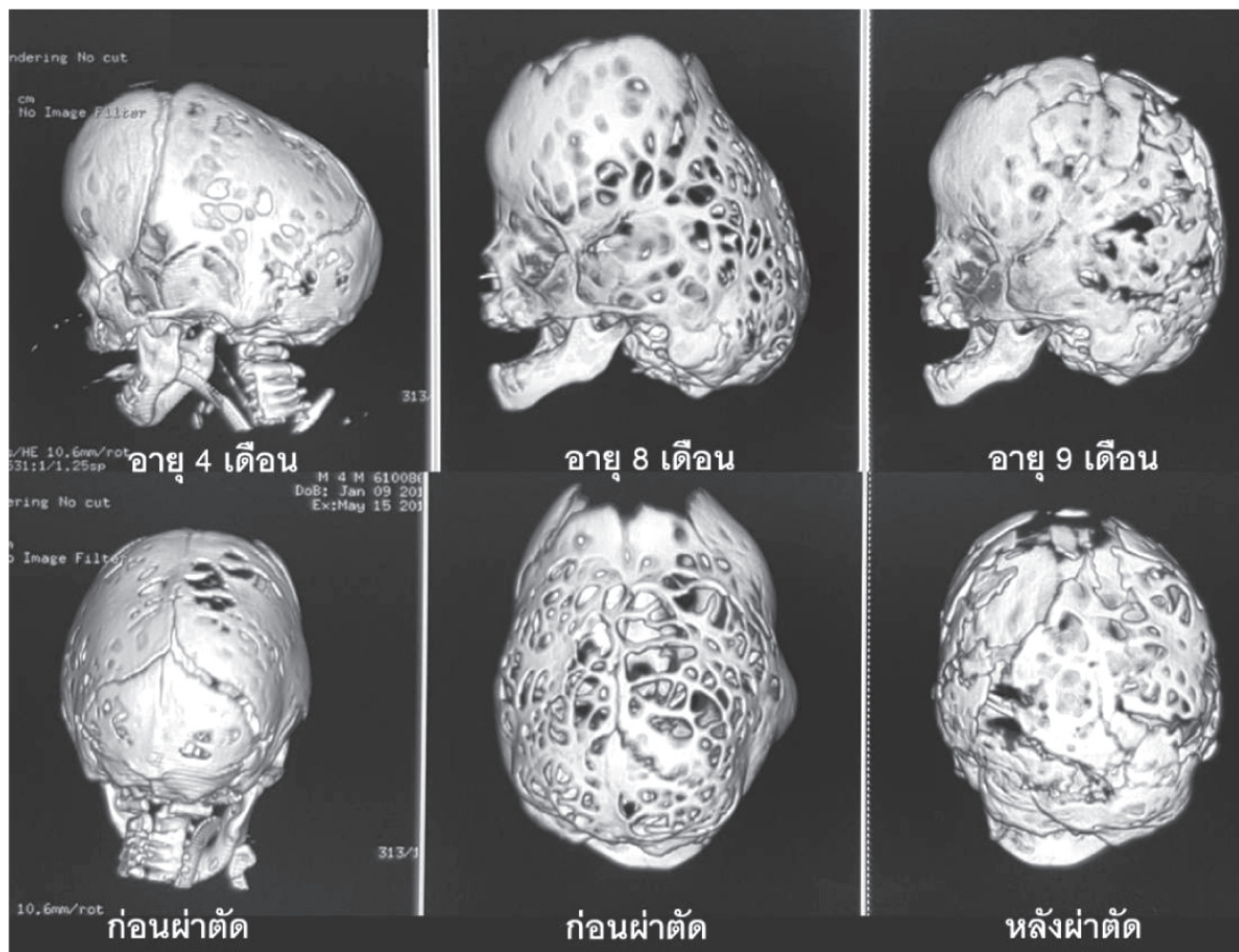
บิดาอายุ 40 ปี มารดาอายุ 39 ปี ไม่มีโรคประจำตัว

วางแผนมีบุตร ไม่มีประวัติทำแท้ง ไปฝากครรภ์สม่ำเสมอ โดยเริ่มฝากครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 4 สัปดาห์ เริ่มกิน folic acid หลังทราบว่าตั้งครรภ์แล้วและไม่ได้เจาะถุงน้ำคร่ำตรวจ

ประวัติพัฒนาการ คอไม่แข็ง ยังไม่คว่ำ ชยับแขนขาได้สองข้าง ยังไม่หยิบจับของ หันตามเสียงเรียก ไม่จ้องตา และได้รับ vaccine ครบตามเกณฑ์

ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมี tracheostomy, Alert, pupils 3 mm. reactive to light both eyes, Head circumference 35 cm. (Percentile <3), Height 59 cm. (Percentile <3), Weight. 5.5 kg. (Percentile <3), Eye - blink to bright light, cannot fixate or follow target, Head - tense anterior fontanelle size 3 × 3 cm. posterior fontanelle - fingertip, frontal bossing, exorbitism, Bitemporal bulging, flat occiput, midface hypoplasia, no cleft lip/cleft palate, Motor - equal movement, normal tone, Extremities -, no syndactyly, no broad thumb & big toe, Normal male genitalia

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการการผ่าตัดแก้ไข multiple craniosynostosis โดยทำ middle และ posterior cranial vault reconstruction และ ทำ fronto-orbital advancement (รูปที่ 1 และ 2) หลังจากทำผ่าตัดแล้วพบว่ายังมี hydroceph-



รูปที่ 1 CT Brain NC with 3D Facial bone: Lateral view (แถวบน) และ posterior view (แถวล่าง) ก่อนผ่าตัด ที่อายุ 4 เดือน และ 8 เดือน แสดง generalize scalloping of skull, scaphoid head shape, Sagittal suture, Bilateral coronal & lambdoid suture synostosis (right > left) ซึ่งเป็นเพิ่มขึ้น และภาพหลังผ่าตัดที่อายุ 9 เดือน ทรงศีรษะหลังการผ่าตัดแก้ไข



รูปที่ 2 ลักษณะศีรษะผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดที่อายุ 8 เดือนและหลังการผ่าตัดที่อายุ 9 เดือน

alus อยู่จึงได้ทำ ventriculoperitoneal shunt ด้วย

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้หนีจากคลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิด intraventricular hemorrhage ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิด hydrocephalus¹ แล้วยังมี multiple sutures craniosynostosis ซึ่งจำกัดการเจริญเติบโตของสมองทำให้ผู้ป่วยรายนี้มีพัฒนาการที่ช้ากว่าเกณฑ์ ซึ่งหากได้รับการแก้ไขในเวลาที่เหมาะสม สมองสามารถเติบโตจนมีพัฒนาการปกติหรือใกล้เคียงปกติได้²⁻⁶ และนอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มี multiple suture craniosynostosis เนื่องจากกะโหลกไม่สามารถขยายตัวได้ กะโหลกจะบางลงและแทรกเข้าไปอยู่ตามร่องสมอง (sulcus) ทำให้การผ่าตัดแก้ไขภายหลังมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง จากการที่มี cortical damage จากการทำผ่าตัดขยายกะโหลก

สรุป

ภาวะ multiple suture craniosynostosis ควรได้รับการวินิจฉัยและทำการรักษาในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีพัฒนาการได้เต็มศักยภาพ และลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยพิจารณาส่งต่อในศูนย์ที่มีแพทย์สหสาขาซึ่งสามารถดูแลปัญหาร่วมระบบอื่นของผู้ป่วยได้ด้วย เช่น ทันตกรรม, หู คอ จมูก, ตา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Golinko MS, Atwood DN, Ocal E. Surgical management of craniosynostosis in the setting of a ventricular shunt: a case series and treatment algorithm. *Childs Nerv Syst* 2018;34(3):517-25.
2. Governale LS. Craniosynostosis. *Pediatr Neurol* 2015;53(5):394-401.
3. Jarrahy R, Kawamoto HK, Keagle J, Dickinson BP, Katchikian HV, Bradley JP. Three tenets for staged correction of Kleeblattschadel or cloverleaf skull deformity. *Plast Reconstr Surg* 2009;123(1):310-8.
4. Manjila S, Chim H, Eisele S, Chowdhry SA, Gosain AK, Cohen AR. History of the Kleeblattschadel deformity: origin of concepts and evolution of management in the past 50 years. *Neurosurg Focus* 2010;29(6):E7.
5. Ni J, Yang B, Li B. Reconstructive operation of nonsyndromic multiple-suture craniosynostosis based on precise virtual plan and prefabricated template. *J Craniofac Surg* 2017;28(6):1541-2.
6. Zakhary GM, Montes DM, Woerner JE, Notarianni C, Ghali GE. Surgical correction of craniosynostosis. A review of 100 cases. *J Craniomaxillofac Surg* 2014;42(8):1684-91.