

คลินิกปริศนา

ฐิติชญา พุกขานุกัณฑ์, พ.บ.

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลระยอง จังหวัดจันทบุรี

Received: April 25, 2020 Revised: May 19, 2020 Accepted: June 1, 2020

เด็กหญิงไทย อายุ 13 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ มาพบด้วยเรื่องปวดท้องน้อย 4 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล โดย 4 เดือนก่อน เริ่มมีปวดหน่วงท้องน้อยเวลาที่มีประจำเดือน ไม่มีไข้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะ อุจจาระปกติ และ 2 เดือนก่อน ปวดท้องน้อยมากขึ้นเรื่อยๆ จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ประจำเดือนมาครั้งแรก อายุ 12 ปี มาทุก 1-2 เดือน มารอบละ 4 วัน ใช้ผ้าอนามัย 2-3 แผ่นต่อวัน มีประจำเดือนล่าสุด 1 สัปดาห์ก่อน โรคประจำตัว คือ Single kidney ตรวจพบตอนอายุ 9 ปี ไม่มียาที่ใช้ประจำ การเจริญเติบโตและพัฒนาการ ปกติ และ ปฏิเสธประวัติโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว

ตรวจร่างกายทั่วไป

Vital sign: BT 36.5 PR 80 bpm, RR 20/min, BP 110/60 BW 46 Ht 160 BMI 17.97

GA: A Thai girl, good consciousness

Vital signs: BT 37 PR 105 RR18 BP 120/70 mmHg

HEENT: not pale conjunctiva, anicteric sclerae

Heart: normal s1 s2, no murmur

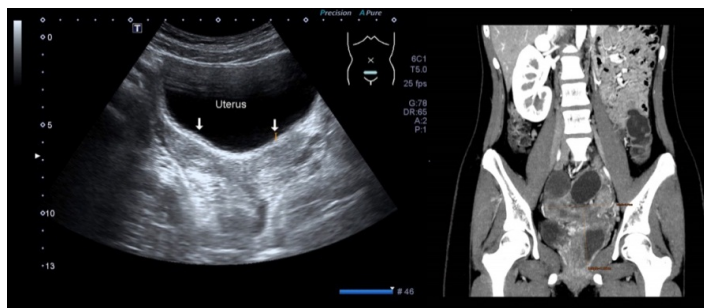
Lung: normal equal breath sound, clear

Abdomen: no distension, normoactive bowel sound, no palpable mass, soft, not tender, no guarding, no rebound

PV: not done

Lymph node: no lymphadenopathy Extremities: no pitting edema

Tranabdominal ultrasound และ CT lower abdomen พบความผิดปกติ ดังรูป



รูปที่ 1 Tranabdominal ultrasound และ CT lower abdomen



รูปที่ 2 laparoscopic diagnosis

ท่านคิดว่าผู้ป่วยรายนี้เข้าได้กับภาวะใด ?

อภิปรายผล

จากการตรวจพบว่า ผู้ป่วยรายนี้เข้าได้กับภาวะมดลูกเจริญผิดปกติตั้งแต่กำเนิด (mullerian anomalies) ซึ่งความผิดปกติดังกล่าว สามารถทำให้เกิดอาการปวดท้องน้อย มีก้อนในท้อง เลือดออกผิดปกติ มีบุตรยาก แท้งบุตรง่าย เด็กโตช้าในครรภ์ และทำให้คลอดก่อนกำหนดได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ที่มีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง

จากข้อมูลในปัจจุบัน พบว่าสาเหตุของความผิดปกตินี้ยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจน คาดว่าอาจเป็น แบบ Multifactorial Factors คือมีหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ความผิดปกติทางพันธุกรรม (genetic factor) สภาพแวดล้อม (environmental factor) เช่นการได้รับสารรังสี สารเคมี หรือยาบางชนิด ในขณะตั้งครรภ์

นอกจากความผิดปกติของมดลูก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความเสี่ยงของความผิดปกติร่วมอื่นๆ ได้ เช่น

1. ไต พบได้ประมาณร้อยละ 40-60 ได้แก่ Horseshoe kidney, Single kidney หรือ Malrotation of kidney
2. กระดูก พบได้ประมาณร้อยละ 17-44
3. อื่นๆ ได้แก่ การพัฒนาของหูและการรับฟังที่ผิดปกติ (sensorineural hearing loss)

ในปัจจุบันมีการแบ่งประเภทของภาวะมดลูกเจริญผิดปกติตั้งแต่กำเนิดได้หลายแบบ ได้แก่ ASRM classification¹, ESHRE & ESGE classification² ซึ่งยังไม่มีการกำหนดรูปแบบมาตรฐาน เนื่องจากการแบ่งประเภท ดังกล่าวไม่ได้ทำให้เกิดความแตกต่างของอาการหรือใช้แยกการรักษาให้แตกต่างกันได้

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ จากภาพ Ultrasound, CT และ Laparoscope พบว่าส่วนบนของมดลูก (fundus) มีลักษณะรอย คอดลึก > 1 cm ทำให้ตัวมดลูกถูกแยกออกจากกันเป็น 2 พัง โดยแต่ละข้างมีท่อนำไข่และรังไข่ของตัวเอง ซึ่งในกรณีเข้าได้กับความผิดปกติของการเชื่อมต่อกันของ Mullerian duct ทางด้านข้าง (total/partial absence of fusion) ในลักษณะ Bicornuate uterus (ASRM type IV) หรือ Uterine didelphys (ASRM type III) ดังนั้น Investigation ที่แนะนำในผู้ป่วยที่สงสัยความผิดปกติของมดลูก จึงแนะนำการตรวจเพิ่มเติมด้วยการถ่ายภาพรังสี ได้แก่ การทำ Hysterosalpingography

(HSG), Saline-infused sonography (SIS) เพื่อดูในโพรงมดลูก, Ultrasound (2D, 3D) หรือ (MRI) เพื่อดูรายละเอียดของความผิดปกติของตัวมดลูกเองและความผิดปกติร่วมอื่นๆ ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น³

Bicornuate uterus มักสัมพันธ์กับการแท้งบุตร, การคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากขนาดของมดลูกเล็กกว่าปกติ, กล้ามเนื้อมดลูกบาง เลือดไปเลี้ยงลดลงและเกิด Cervical insufficiency ในผู้ป่วยได้มากขึ้น

Didelphys uterus สามารถแยกจาก Bicornuate ได้จากการตรวจร่างกายพบ ปากมดลูก 2 ตำแหน่ง โดยความผิดปกติชนิดนี้将有ความผิดปกติของอวัยวะข้างเคียงข้างใดข้างหนึ่งร่วมด้วย เช่น Obstructed Hemivagina และ Ipsilateral renal agenesis

การรักษา ขึ้นกับอาการและชนิดของความผิดปกติที่ทำให้เกิดอาการ⁴ และการผ่าตัด แนะนำในกรณีที่ มีอาการ หรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่สัมพันธ์กับความผิดปกติ เช่น

- Remove vaginal septum ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดจาก Obstructed hemivagina
- Cervical cerclage ในรายที่ตรวจพบปากมดลูกสั้นขณะตั้งครรภ์
- Strassmann metroplasty ตัดแต่งและเชื่อมต่อให้เกิดเป็นโพรงมดลูกปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions. Fertil Steril 1988;49:944-55.
2. Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezio Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, et al. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. Hum Reprod 2013;28:2032-44.
3. Saravelos SH, Cocksedge KA, Li TC. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal, Hum Reprod Update 2008;14:415-29.
4. Rackow BW, Arici A. Reproductive performance of women with mullerian anomalies. Curr Opin Obstet Gynecol 2007;19:229-37.