

## คลินิกปริศนา

ฐิติชญา พุกษานุกัณฑ์, พ.บ.

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

Received: July 17, 2021 Revised: July 22, 2021 Accepted: August 26, 2021

ผู้ป่วยหญิงอายุ 45 ปี p1 - 0 - 0 - 1 ปฏิเสธโรคประจำตัว อาชีพ ค้าขาย ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการอึดแน่นท้องมากมาประมาณ 1 เดือน ชักประวัติย้อนหลังพบว่า 1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล รู้สึกท้องโตขึ้น คิดว่าตัวเองอ้วนลงพุง จึงไม่ได้มาโรงพยาบาล ไม่มีปวดท้อง ไม่มีเลือดออกผิดปกติ และ 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลรู้สึกอึดแน่นท้องมากขึ้น กินข้าวได้ลดลง น้ำหนักลด 1 กิโลกรัมใน 1 เดือน ประจำเดือนครั้งสุดท้าย 2 สัปดาห์ มาทุก 30 วัน มาครั้งละ 7 วัน ใช้ผ้าอนามัย 4 แผ่น ไม่แพ้ยา ไม่เคยผ่าตัด เคยกำเนิดด้วยยากุมชนิดกิน รวมทั้งปฏิเสธประวัติโรคทางพันธุกรรม หรือโรคมะเร็งในครอบครัว มีบุตร 1 คน อายุ 18 ปี ตรวจภายในครั้งสุดท้ายหลังคลอดบุตร

### ตรวจร่างกายทั่วไป

HEENT - no pale conjunctiva

Heart and lung - normal

Abdomen - midline abdominal mass, size around 25 cm in diameter, firm consistency, slightly movable, not tender

PV

- MIUB - normal

- Vagina - normal whitish discharge

- Cervix - no lesion, os closed

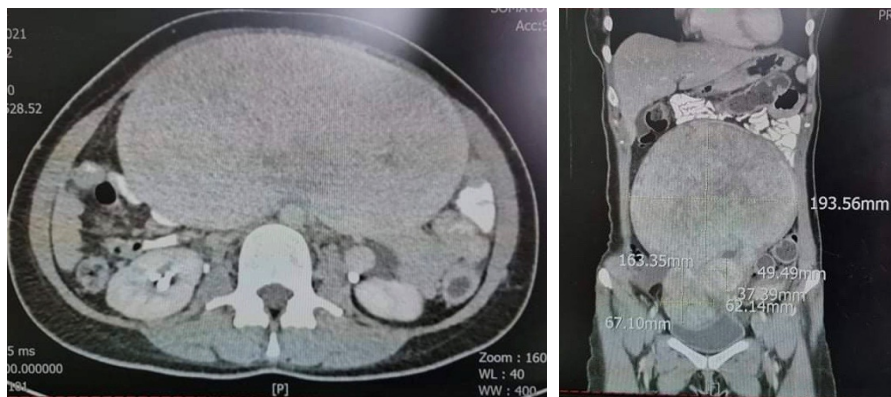
- Uterus - midline uterine mass, size 28 wk, firm consistency, slightly movable, not tender

- Adnexa - cannot palpate due to large pelvic mass

Ultrasound

- Well defined homogenous hypoechoic mass, size 20 cm in diameter (limited study due to enlarged pelvic mass)

CT whole abdomen ได้ผลดังนี้ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ภาพ CT whole abdomen

จากประวัติการตรวจร่างกายและภาพถ่ายทางรังสี ท่านคิดว่าอาการของผู้ป่วยดังกล่าวเข้าได้กับภาวะใด?

## อภิปราย

อาการคล้ำไตก่อนที่ท้องน้อย มักเป็นอาการหนึ่ง ที่ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เมื่อก่อนโตมากแล้ว เนื่องจากในระยะแรกที่ท้องไม่โตมาก อาจทำให้สับสนกับภาวะอ้วนลงพุงได้ ทำให้คนส่วนมากคิดว่าไม่น่าเป็นอะไร จนบางครั้งคนไข้จะมาตรวจเมื่อก่อนโตแน่นเต็มท้องเหมือนผู้ป่วยรายนี้ จากข้อมูลในปัจจุบัน เราพบว่าก้อนที่โตนั้น อาจก่อให้เกิดอาการและผลกระทบต่างๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นการกดเบียดอวัยวะข้างเคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะ ไต ลำไส้ การตกเลือด หรือทำให้มีอาการปวดท้อง ปวดบริเวณก้อนได้

สำหรับการดูแลรักษาภาวะคล้ำไตก่อนในสตรีวัยเจริญพันธุ์ การแยกอันดับแรกที่สำคัญคือ ภาวะตั้งครรภ์ แต่หากตรวจแล้วผู้ป่วยไม่ได้ตั้งครรภ์ การตรวจร่างกาย และส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาต้นกำเนิดของก้อน แยกโรคทางนรีเวชกับโรคทางศัลยกรรม คือประเด็นสำคัญเพื่อการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม เช่น ในผู้ป่วยรายนี้ จากภาพจะเห็นได้ว่า เราตรวจพบก้อนเนื้องอกในโพรงมดลูกขนาดใหญ่กว่า 20 เซนติเมตร ในท้องคนไข้ซึ่งก้อนต่อออกมาจากมดลูก ดังนั้นสาเหตุที่คิดถึงหลักๆ ได้แก่ ก้อนเนื้องอกมดลูก (leiomyoma, myoma uteri) เนื่องจากเป็นรอยโรคที่พบได้บ่อย ประมาณร้อยละ 70 แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีประวัติก้อนโตเร็ว หรือมีอาการที่สงสัยมะเร็ง เช่น น้ำหนักลด กินไม่ได้ ก็อาจทำให้เราสงสัยไปในทาง Malignancy หรือ กลุ่ม Uterine sarcoma มากขึ้นด้วย ได้แก่ Leiomyosarcomas (LMS), Endometrial stromal sarcomas (ESS) หรือ Carcinosarcoma ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีประวัติและการตรวจร่างกายที่สามารถแยกภาวะดังกล่าวออกจาก Benign myoma uteri ได้ มีเพียงรายงานการตรวจ MRI ร่วมกับ LDH ที่ช่วยพยากรณ์ได้ในกรณีนี้ที่สงสัย

สำหรับก้อนเนื้องอกในโพรงมดลูก การดูแลรักษาขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น อาการ ความต้องการมีบุตร ข้อห้ามในการเข้าใช้ฮอร์โมน ฯลฯ ซึ่งทำให้สามารถแบ่งการรักษาได้เป็น 4 แนวทางดังนี้

1. Expectant management - หากไม่มีอาการเลย (asymptomatic) ก้อนขนาดเล็ก เราสามารถตรวจติดตามได้ประมาณอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของก้อน

2. Medical management - ในกรณีที่ก้อนเนื้องอกในโพรงมดลูกนั้นทำให้เกิดอาการ ทำให้เกิดความผิดปกติต่างๆ การใช้ยาลดอาการ หรือ ลดขนาดก้อน ก็จะช่วยให้อาการต่างๆ ของคนไข้ดีขึ้นได้ เช่น ใช้ฮอร์โมนในการควบคุมการเสียเลือด ใช้ยาลดขนาดก้อนเพื่อลดการกดเบียด

3. Intervention management – การใช้แนวทางใหม่ๆ มาลดขนาดก้อนเพื่อลดอาการต่างๆ เช่น High intensity focused ultrasound (HIFU) หรือ Uterine artery embolization (UAE) มีข้อมูลความสำเร็จจากการรักษาก้อนเนื้องอกในโพรงมดลูก แต่มีข้อเสียคือ ไม่ได้ขึ้นเนื้อมาตรวจ และมีผลกระทบต่อความสามารถในการมีบุตร

4. Surgical management - ในกรณีที่ก้อนไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ให้ ผู้ป่วยยังมีเลือดออกมากจนซีด ยังมีก้อนใหญ่มาก ก้อนนั้นแยกยากจากมะเร็งเนื้องอก หรือก้อนนั้นรบกวนความสามารถในการเจริญพันธุ์ การผ่าตัดก็จะเข้ามามีบทบาทในส่วนนี้ ซึ่งการผ่าตัดสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ ผ่าตัดก้อนอย่างเดียว (myomectomy) เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการเจริญพันธุ์ และผ่าตัดมดลูก (hysterectomy) ซึ่งวิวัฒนาการในปัจจุบัน สามารถทำการผ่าตัดดังกล่าวได้ทั้งผ่าโดยการเปิดหน้าท้อง (open laparotomy) และการผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopic surgery) ที่ช่วยเรื่องการฟื้นตัวที่ดีกว่า เจ็บแผลน้อยกว่าจากแผลขนาดเล็กกว่า โดยจะสามารถผ่าตัดได้หรือไม่ต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยมีก้อนขนาดใหญ่ทำให้เราไม่สามารถแยกจากภาวะมะเร็งได้ รวมทั้งก้อนโต กดเบียด ผู้ป่วยไม่ต้องการมีบุตรแล้วเนื่องจากอายุมากแล้ว ดังนั้นการรักษาที่เหมาะสมที่สุดคือ การผ่าตัดมดลูกโดยเก็บรังไข่ไว้ เนื่องจากรอยโรคอยู่ในมดลูกแต่รังไข่ปกติ ยังสามารถผลิตฮอร์โมนต่อได้ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องตัดมดลูก เนื่องจากก้อนขนาดใหญ่และแยกจากมะเร็งได้ยาก จึงไม่สามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้ การผ่าตัดผ่านหน้าไปด้วยดี ผลตรวจทางพยาธิวิทยา รายงานว่าเป็น Leiomyoma และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ หลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. Parker WH. Uterine Fibroids. In: Berek JS, Berek DL, editors. Berek and Novak's gynecology. 16<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020. P 533-96.
2. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. Hum Reprod Update 2016;22:665-86.
3. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Electronic address: ASRM@asrm.org, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Removal of myomas in asymptomatic patients to improve fertility and/or reduce miscarriage rate: a guideline. Fertil Steril 2017;108:416-25.