
คลินิกปริศนา

ฐิติชญา พุกษานุกัณฑ์, พ.บ.

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

ผู้ป่วยหญิงไทย โสัด อายุ 26 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องน้อยด้านขวาขึ้นมาทันที ปวดตลอดเวลา ให้คะแนนความเจ็บปวด 10/10 มีคลื่นไส้ แต่ไม่อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ช่วงหลังรู้สึกท้องโตขึ้น แต่คิดว่าอ้วน เลยไม่ได้สังเกต

ตรวจร่างกาย

BT 36.5°C BP 120/70 mmHg. HR 90 /m. RR 20 /m.

HEENT not pale no jaundice

Abdomen moderate distension with mark tender at RLQ and rebound tenderness

PV

NIUB normal

Vagina normal

Cervix motion tenderness

Uterus and adnexa-pelvic mass 28 cm in diameter movable with marked tenderness at right side

CDS bulging

Ultrasound (รูปที่ 1,2)



รูปที่ 1 Mixed solid cystic mass with internal septation sized more than 16 cm (above probe)



รูปที่ 2 ก่อนรังไข่ภายหลังผ่าตัดออกแบบฉุกเฉิน

จากประวัติ การตรวจร่างกายและภาพถ่าย ท่านคิดว่าอาการของผู้ป่วยดังกล่าวเข้าได้กับภาวะใด?

อภิปรายผล

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องน้อยด้านขวาขึ้นมาจากท้องที่ปวดมาก ปวดตลอด ร่วมกับตรวจร่างกายพบก้อนที่รังไข่ขนาดใหญ่ 28 ซม. และมีอาการทางหน้าท้องที่เข้าได้กับภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัด เนื่องจากสงสัยการแตก ร้าว หรือบิดตัวของก้อนเนื้อที่รังไข่ โดยเมื่อผ่าตัดเข้าไปแล้ว ผู้ป่วยรายนี้ได้พบการแตกของก้อนจริง จึงได้ทำการตัดรังไข่ด้านนั้นออกเนื่องจากลักษณะก้อน ไม่สามารถตัดเลาะแบบอนุรักษ์รังไข่ไว้ได้ หลังจากนั้นจึงได้ทราบภายหลังจากผลชิ้นเนื้อว่า ชิ้นเนื้อเป็นเนื้อมะเร็ง ชนิด Mucinous carcinoma grade 3

มะเร็งรังไข่ ชนิด Mucinous พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของมะเร็งรังไข่ทั้งหมด และประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยพบก้อนได้ทั้ง 2 ข้าง ลักษณะส่วนมากของมะเร็งรังไข่ชนิดนี้จะมีลักษณะเป็นซีสต์ ขนาดใหญ่ ที่มีเมือก mucin เหนียวๆ อยู่ภายใน ดังเช่นผู้ป่วยรายนี้ที่ก้อนขนาดใหญ่ถึง 28 ซม. อัลตราซาวด์ พบ solid-cystic appearance ที่ทำให้สงสัยภาวะมะเร็งรังไข่ ตามการประเมิน ultrasound score ใน RMI score (risk of malignancy index) ที่จะสงสัยมะเร็งเมื่อมีลักษณะต่อไปนี้

1. Multilocular cystic lesion
2. Solid area
3. Bilateral lesion
4. Free peritoneal fluid
5. Suspicious intra-abdominal metastasis

การวินิจฉัยแยกโรคต้องแยกจากมะเร็งที่ลุกลามมาจากกระเพาะอาหาร (gastrointestinal tract) เช่น มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ หรือไส้ติ่ง โดยแยกได้

จากการส่งตรวจ tumor marker ที่จำเพาะกับรอยโรค เช่น ของมะเร็งรังไข่ มักมีค่า CA125, CA19-9, CEA ขึ้นสูง แต่การยืนยันวินิจฉัยจะทำได้จากผลชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจเท่านั้น และเมื่อยืนยันแล้วว่าเป็นมะเร็งรังไข่จริง จึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ที่มีหลายรูปแบบทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด โดยการเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับ อายุของผู้ป่วย ระยะของโรค และสภาพโดยรวมของผู้ป่วยว่าสามารถเข้ารับการรักษารูปแบบใดได้บ้าง มาตรฐานของการรักษาส่วมาก คือการผ่าตัดเพื่อดูระยะของมะเร็ง (Surgical staging) ได้แก่ การตัดมดลูก รังไข่ ทั้ง 2 ข้าง ล้างน้ำในท้องส่งตรวจจุลพยาธิ การเลาะต่อมน้ำเหลือง การตัด omentum และตัดไส้ติ่ง เป็นต้น แต่ในรายนี้เราพบว่า คนไข้ อายุเพียง 26 ปี เท่านั้น ซึ่งพบไม่ได้บ่อย ชักประวัติย้อนกลับก็ไม่มีความเสี่ยงในเรื่องของประวัติครอบครัว จึงจำเป็นต้องส่งยืนยันผลชิ้นเนื้อกับพยาธิแพทย์อีกครั้ง และทำการผ่าตัดแบบอนุรักษ์การเจริญพันธุ์ให้มากที่สุด โดยเก็บรังไข่อีกข้างและมดลูกไว้ รวมทั้ง แนะนำแนวทางในการเก็บแช่แข็งไข่ไว้ เพื่อใช้ผสมเป็นตัวอ่อนในอนาคต (Oocyte cryopreservation) เนื่องจาก หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีความจำเป็นต้องได้รับยาเคมีบำบัดที่จะมีฤทธิ์ทำลายเซลล์ไข่ที่เหลือได้

เอกสารอ้างอิง

1. Berek JS, English DP, Longacre TA, Friedlander M. Ovarian, Fallopian Tube, and Peritoneal Cancer. In: Berek JS, Berek DL, editor. Berek & Novak gynecology. 16th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. p 1081-3.
2. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for diagnosis and treatment of ovarian cancer. Bangkok: National Cancer Institute; 2016.