

รายงานผู้ป่วย

Morel Lavallee Lesions : A Case Report

ปริญญา มณีประสพโชค, พ.บ.*

รามศ ให้ศิริกุล, พ.บ.*

Morel Lavallee Lesions : a case report

Parinya Maneeprasopchoke, M.D.*

Ramet Haisirikul, M.D.*

* Department of Orthopaedics, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2015;32:83-90

Abstract

Morel Lavallee lesions are post traumatic closed soft tissue degloving injury, which skin and subcutaneous tissue is separated from the underlying fascia. Subsequently, it creates a potential space filled with necrotic fat, hematoma clot, and debris tissue. Patients are mostly presented as a palpable mass. Morel Lavallee lesion may be associated with pelvis and acetabulum fractures. The incidence of this lesions is rare. This is the first study to publish this case report in Thailand. We reported a 68-year-old Thai gentleman who had a blunt minor trauma at his left pelvis 2 years ago. Then, he developed a cystic mass of 10 x 10 cm in size at his left hip. Regarding the history, physical exam and magnetic resonance imaging, the patient was diagnosed a Morel Lavallee lesion and treated surgically by clot evacuation and closed irrigation technique. After 2 months follow-up, the mass had no recurrence and wound revealed no complications. Supported by pathology report, the mass is shown to be blood clot

Keywords : Morel laval lee lesions, closed soft tissue degloving

* กลุ่มงานศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

บทคัดย่อ

Morel Lavallee lesions คือ การบาดเจ็บอย่างรุนแรงของเนื้อเยื่ออ่อน ทำให้มีการแยกชั้นของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังกับชั้นพังผืด ทำให้เกิดเป็นช่องว่าง หรือบางคนเรียกว่า closed soft tissue degloving injury ร่วมกับการฉีกขาดของ ของเส้นไขมัน ก้อนเลือด และเนื้อตาย ในช่องว่างดังกล่าวเกิดเป็นก้อนขึ้นตามมา พบได้ในกรณี เช่น กระดูกหักบริเวณสะโพก เบ้าสะโพกและเชิงกราน

Morel Lavallee lesions เป็นภาวะที่พบได้น้อยมาก ยังไม่เคยมีรายงานผู้ป่วยโรคนี้ในประเทศไทย มาก่อน คณะผู้นิพนธ์ได้นำเสนอกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 68 ปี ประสบอุบัติเหตุจากการกระแทกที่สะโพกไม่รุนแรง เมื่อประมาณ 2 ปีก่อน พร้อมกับการเกิดก้อนที่ด้านข้างของสะโพกซ้ายค่อยๆโตขึ้นช้าๆ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนที่สะโพกซ้ายแข็ง ไม่เจ็บมา 2 ปี มีปัญหาเรื่องก้อนกดทับเวลานอนตะแคง จากประวัติและการตรวจร่างกาย รวมถึงภาพถ่ายทางรังสีเข้าได้กับภาวะ Morel Lavallee lesions ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยเทคนิค clot evacuation and closed irrigation system หลังจากติดตามอาการประมาณ 2 เดือน แผลดีดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ

บทนำ

Morel Lavallee lesion เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ น้อย พบคนแรกโดยแพทย์ชาวฝรั่งเศส ชื่อ Maurice Morel Lavallee ในปี ค.ศ.1853 เกิดจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่ออ่อนจากแรงเฉือน ทำให้มีการแยกชั้นของเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังกับชั้นพังผืด ทำให้เกิดเป็นช่องว่างใต้ผิวหนัง มักสัมพันธ์กับการได้รับอุบัติเหตุที่รุนแรงมาก ร่วมกับการฉีกขาดของเส้นไขมัน ก้อนเลือด และเนื้อตายขึ้น มักเกิดบริเวณสะโพก ซึ่งพบร่วมในภาวะกระดูก เบ้าสะโพก เชิงกราน หักแตก และพบได้บ้างที่เอว ก้น หลัง ขนาดของก้อนมีความหลากหลาย อาจมีขนาดใหญ่จนดูน่าตกใจ อาจคล้ายได้เป็นก้อนถุงน้ำ หรือก้อนแข็ง^{1,2,3,4} ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนขนาดใหญ่และผลของก้อน กับความกังวลใจของผู้ป่วยและญาติต่อโอกาสการเป็นเนื้องอกชนิดร้าย ส่วนปัญหาในการดูแลรักษาของแพทย์ ซึ่งนอกจากต้องวินิจฉัยแยกว่าเป็นเนื้องอกชนิดดีหรือร้าย (benign-malignant tumor) เช่น ถุงน้ำข้อสะโพกอักเสบ เนื้องอกไขมัน

เนื้องอกกระดูก เนื้องอกจากกล้ามเนื้อ แพทย์ต้องเผชิญกับปัญหาการขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อข้างเคียง ซึ่งระยะเวลาในการวินิจฉัยที่รวดเร็วมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการส่งตรวจวินิจฉัยและการให้การรักษา คำแนะนำที่เหมาะสม เพื่อลดผลแทรกซ้อนและโอกาสการเกิดเป็นซ้ำ⁵

คณะผู้นิพนธ์ได้ทำการศึกษ พบว่า Morel Lavallee lesions เป็นรอยโรคที่เกิดขึ้นได้น้อยมาก ในตำรามาตรฐานทางวิชาวอร์โรปอดิกส์ ไม่ได้กล่าวถึงอุบัติการณ์การเกิดที่ชัดเจน เพียงอธิบายว่าอาจเป็นปัญหาแทรกซ้อนใน กระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกแตก จากแรงเฉือน ที่จะบาดเจ็บต่อ หลอดเลือดใต้ผิวหนัง เกิดสะสมเป็นก้อนขึ้นมา จากภาพถ่ายคลื่นแม่เหล็ก และอัลตราซาวด์ ช่วยยืนยันการวินิจฉัย โดย อัลตราซาวด์จะพบสัญญาณ hypoechoic และ ขอบเขตชัดเจนแต่ภาพอาจ แปรผันได้ จาก ระยะเวลา ของเลือด รอยโรค อาจพบ hyperechoic nodules จาก ก้อนไขมัน ภาพถ่ายคลื่นแม่เหล็กถือเป็น ภาพที่เชื่อถือ

ได้สัญญาณขึ้นกับ ส่วนประกอบและระยะของรอยโรค มักเป็น homogeneously hypointense ใน T1 และ hyperintense ใน T2 จาก การสะสมของเหลว แต่จะพบ homogeneously bright ใน ทั้ง T1 และ T2 บ่งว่าก่อนมี concentration of methemoglobin, hemoglobin degradation อาจมี fat lobules, fluid level variable T1 signal และ heterogenous T2 อาจพบได้จาก hemosiderin กับ fibrous tissue ภาพหลังฉีดสารทึบรังสี จะพบ patchy enhancement ทั้ง ด้านในและขอบของก้อนบ่งถึง organizing hematoma⁶

ผลจากขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังและชั้นเนื้อเยื่ออ่อน ทำให้ในกรณีที่ต้องผ่าตัดรักษากระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกแตกหัก เกิดอุบัติเหตุการติดเชื้อหลังการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะทางการเปิดแผลผ่าตัดทางด้านหลัง (posterior approach) เพิ่มสูงขึ้นได้มากถึงร้อยละ 12 จากปกติซึ่งอัตราการติดเชื้อปกติประมาณร้อยละ 0 ถึง 2 และอาจต้องผ่าตัดซ้ำเพื่อนำโลหะที่ยึดตรึงกระดูกออก ในกรณีที่เกิดกระจายไปสู่ระบบอื่น หรือต้องผ่าตัดล้างแผลอีกหลายหน ส่วนผลจากมีช่องว่าง ที่เกิดขึ้นทำให้มีปัญหา การเกิดก้อนซ้ำ การติดเชื้อซ้ำได้ง่าย อาจต้อง packing ทำแผลต่อเนื่องเพื่อให้มีเนื้อเยื่อแกรนูเลชันขึ้นมาจนเกือบเต็มช่องว่าง แล้วจึงเย็บปิดแผลแบบ secondary retention หรือ จำเป็นต้องเลือกผ่าตัดด้วยการเปิดแผลผ่าตัดทางด้านหน้า (anterior surgical approach) ที่ทำได้ยาก และไม่คุ้นเคยหรือเลื่อนระยะการผ่าตัดออกไปก่อน เป็นการเพิ่มอัตราภาวะการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก^{1,4}

การรักษายังมีความหลากหลาย ด้วยการพยายามลดปัญหาแทรกซ้อนของการรักษา 2 ประการหลักคือ ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และการกลับ

เป็นซ้ำของการเกิด collection หรือ mass ที่เดิมจากการรักษายังคงมี pocket space อยู่ letournel E, Judet R.^{1,4} รายงานว่าพบการกลับเป็นซ้ำของการเกิด collection ได้ถึงร้อยละ 8.3 ในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่สะโพกอย่างรุนแรงโดยรวมข้อมูลจากสถาบันเฉพาะทางด้านศัลยกรรมกระดูกสะโพกและเชิงกราน⁷ การรักษา Morel-Lavallee lesion มีทั้งวิธี conservative treatment ให้ดูดซึมหายไปเอง และ surgical treatment แบบดั้งเดิม อาทิเช่น radical incision and debridement แต่จะมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ การหายของแผลซ้ำ ต้องมีการ debridement แผลอีกหลายหน เพื่อให้มี granulation tissue ขึ้นมาจนเกือบเต็ม pocket space แล้วจึงเย็บปิดแผลแบบ secondary retention Labler รายงานการใช้ multiple debridement และ vacuum assisted closure (VAC) มาใช้บริเวณที่เป็น soft tissue defect หรือ small incision debridement ร่วมกับ compressive dressing ช่วยปิด pocket space หรือ aspiration เพื่อลดการรบกวนต่อ vascular supply แต่หากว่ามีปัญหา fracture pelvis & acetabulum ร่วมด้วย ต้องทำ bony fixation ไปพร้อมกับการรักษา Morel-Lavallee lesion ซึ่งปัญหาสำคัญคือ การ control infection ให้ได้ หากควบคุมไม่ได้ อาจต้องผ่าตัดนำเอาโลหะที่ยึดตรึงช่วงกระดูกออกก่อนทำให้เกิด malunion fracture ส่งผลอย่างมากต่อการเคลื่อนไหวและใช้ชีวิตของผู้ป่วยในภายหลัง S.Terry canale et al แนะนำในกรณี มี Morel-Lavallee lesions ร่วมกับ กระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกแตกหักกว่าให้รอการผ่าตัดไปก่อนระยะหนึ่งไม่ควรผ่าตัดทันที เพราะเนื้อเยื่อบริเวณที่ผ่าตัดเป็นผิวหนังที่เลือดมาเลี้ยงไม่ดี และให้ความเห็นต่อการรักษาโดยเจาะดูดของเสียออกทางผิวหนัง

(percutaneous aspiration) พบได้ว่าก็มี การเกิดเลือดมาเลี้ยง ยังบริเวณ เนื้อเยื่ออ่อนใต้ผิวหนัง ที่ไม่มีรูปแบบที่แน่นอน¹ อย่างไรก็ตาม Tseng S, Tornetta P III ได้แนะนำวิธีการ ใส่สายระบายผ่านผิวหนัง percutaneous drainage ในผู้ป่วย 19 ราย มีเพียง 1 รายที่ต้องไปเปิดแผลผ่าตัดใหม่อีกครั้ง เพราะมีช่องเสีย² สำหรับการปิดช่องว่างใต้ผิวหนัง มีการใช้สารบางชนิดมาเพื่อทำให้เกิดการเชื่อมติดกันของชั้นพังพืดกับชั้นเนื้อเยื่ออ่อน เช่น synthetic glur demirel ได้ใช้ synthetic glur ช่วย ในผู้ป่วย 7 ราย พบว่าหายใน 5 สัปดาห์

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มาพบแพทย์ด้วยมีก้อนขนาดใหญ่บริเวณ สะโพกข้างซ้าย ก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ จาก 3 เซนติเมตรเป็น 10 เซนติเมตรอย่างช้าๆ ภายในเวลา 2 ปี ให้ประวัติว่าเคยล้มสะโพกซ้ายกระดูก ขอบโตะ แต่ตอนนั้นไม่เกิดเป็นก้อน มาเริ่มก้อน นูนๆ หนึ่งเดือนหลังจากนั้น มีปัญหาในการนอน ก้อนจะดันกับที่นอน ทำให้นอนลำบาก ไม่เจ็บ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ตรวจร่างกายพบ ก้อนขนาด 10 x 10 เซนติเมตร กดไม่เจ็บ บริเวณสะโพกซ้าย (รูปที่ 1.1-1.3) ผลการส่งตรวจด้วยภาพรังสีคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบว่ามีลักษณะเป็นก้อนขนาด 10.1 x 10.8 x 4.9 เซนติเมตร ขอบเรียบ ให้สัญญาณภาพระดับความเข้มปานกลาง ในภาพ T1 และให้สัญญาณภาพระดับความเข้มต่ำปานสูงในภาพ T2 (รูปที่ 2.1-2.4) ก้อนวางตัวอยู่นอกต่อชั้นพังพืด tensor fascia lata บ่งบอกถึงส่วนประกอบของก้อนดังกล่าวน่าจะเป็นก้อนเลือดเก่า ผู้ป่วยรายนี้ได้เข้ารับการผ่าตัดรักษาโดยวิธีผ่าเอาก้อนเลือดออกและทำการ

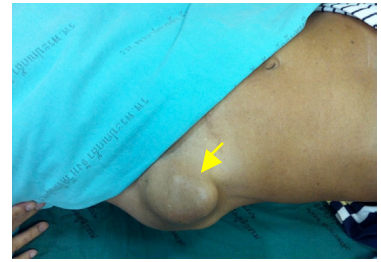
ชะล้างแผลผ่าตัดในระบบปิด (clot evacuation and closed irrigation system) ในสัปดาห์ต่อมา โดยหลังจากให้ยาระงับความรู้สึกทางกระดูกสันหลัง ได้จัดทำผู้ป่วยให้นอนตะแคงลงแผล 2 แผลขนาดประมาณ 1 นิ้วที่เหนือและต่อปลาย ก้นแต่ละด้าน แล้วค่อยๆ ใช้นิ้วเข้าไปที่แผลด้านบน ดันก้อนเลือดให้ออกมาทางแผลด้านล่าง จนกระทั่งก้อนเลือดออกหมด จึงล้างทำความสะอาด ในช่องว่างใต้ชั้นผิวหนัง โดยฉีดพ่นน้ำเกลือ normal saline เข้าสู่แผล จากนั้นชะล้างด้วย providine iodine แล้วล้างออก จากนั้นทำชะล้างแผลในระบบปิด โดยวางสายต่อน้ำเกลือ เพื่อทำการชะล้างไว้ที่แผลด้านบนโดยเปิด 1000 ml/8hrs วางสายระบายซึ่งเจาะเป็นรูไว้ประมาณ 4 - 5 รู เข้าทางแผลด้านล่าง แล้วต่อลงถุงเก็บปัสสาวะ เย็บปิดแผลทั้ง 2 แผลให้สนิท ทดสอบการไหลของน้ำเข้าออกว่าไม่มีการรั่วซึมหรืออุดตัน รวมได้ก้อนเลือดสีดำเหนียวเป็นปริมาณ 200 กรัม และผลรายงานทางพยาธิสภาพ ยืนยันว่าเป็นก้อนเลือด (blood clot) ได้ให้น้ำเกลือ NSS ชะล้างแผลอยู่ 5 วัน แล้วเอาสายน้ำเข้า - ออกออกจากตัวผู้ป่วย หลังผ่าตัด ก้อนยุบลง ไม่มีไข้ เจ็บแผลผ่าตัดเล็กน้อยในช่วงวันแรก ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน จึงกลับบ้านได้ ติดตามการรักษาอยู่ 8 สัปดาห์ แผลซึมเล็กน้อยในช่วง 2 สัปดาห์แรก และแห้งในที่สุด



รูปที่ 1.1

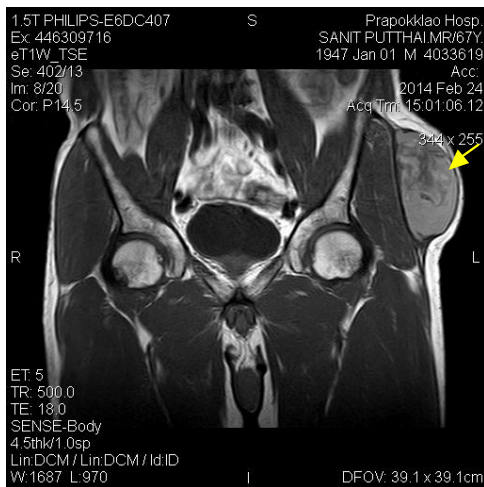


รูปที่ 1.2

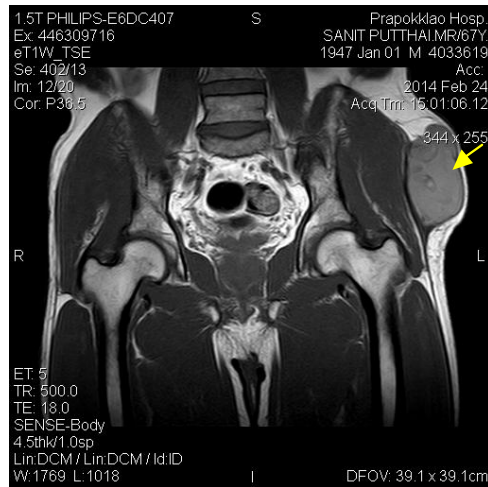


รูปที่ 1.3

รูปที่ 1 ภาพถ่ายจากการตรวจร่างกายในการตรวจผู้ป่วยครั้งแรก พบเป็นก้อนขนาดใหญ่บริเวณสะโพกซ้าย ขนาด 10 x 10 เซนติเมตร ก้อนแข็งกดไม่เจ็บ รูปที่ 1.1 รูปด้านหน้า รูปที่ 1.2 รูปด้านข้าง รูปที่ 1.3 รูปมุมเฉียง



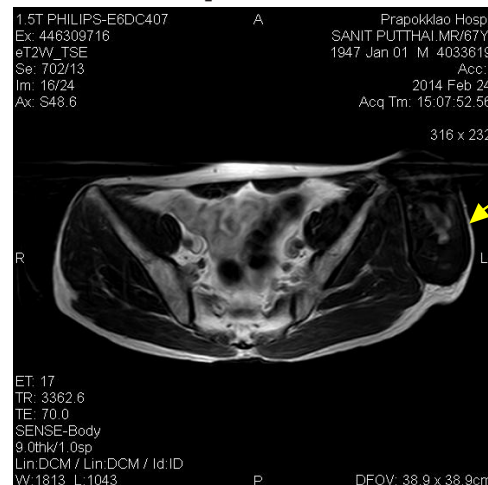
รูปที่ 2.1



รูปที่ 2.2



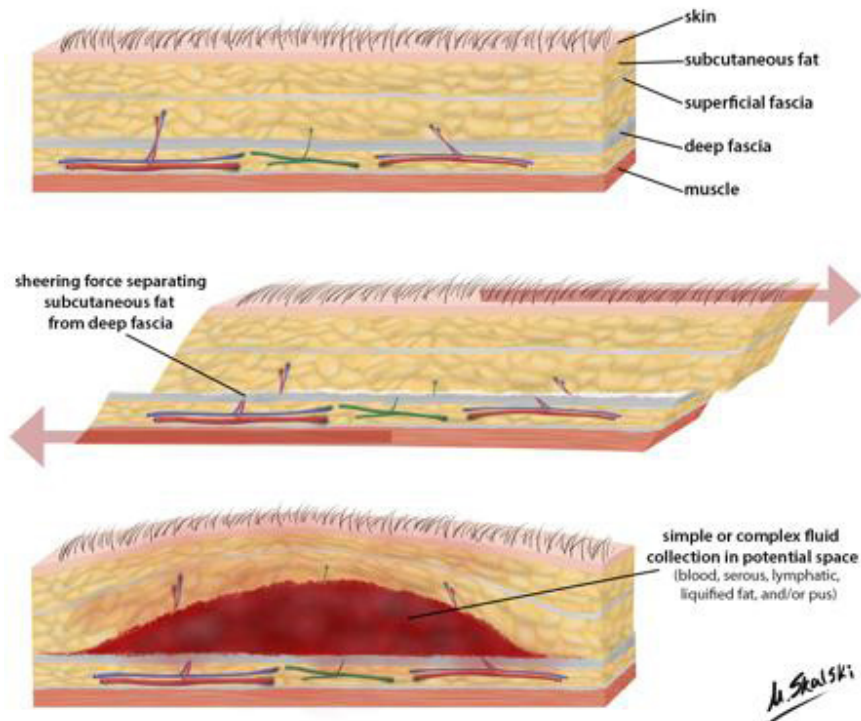
รูปที่ 2.3



รูปที่ 2.4

รูปที่ 2 MRI FINDINGS พบว่ามีลักษณะเป็นก้อนขนาด 10.1x10.8x4.9 เซนติเมตร ขอบเรียบ ให้สัญญาณภาพระดับความเข้มปานกลางในรูป T1 (ภาพ 2.1 - 2.3) และให้สัญญาณภาพระดับความเข้มต่ำปนสูงในรูป T2 (รูป 2.4) ก้อนวางตัวอยู่นอกต่อชั้นพังพืด tensor fascia lata

Morel-Lavallée mechanism



รูปที่ 3 ส่วนประกอบของชั้นผิวหนังและกลไกการเกิดรอยโรค

(ที่มา : จาก “The Morel-Lavallée lesion: pathophysiology, clinical presentation, imaging features, and treatment options” by Iris Bonilla-Yoon , Sulabha Masih , Dakshesh B. Patel ,Eric A. White ,Benjamin D. Levine , Kira Chow ,et al..Emerg Radiol (2014) 21:35–43)

วิจารณ์

1. การวินิจฉัย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลด้วยก้อนบริเวณสะโพกซ้ายให้ประวัติว่าเป็นหลังจากอุบัติเหตุล้มกระแทกขอบโต๊ะ หลังจากบาดเจ็บได้ดี จึงไม่ได้มาพบแพทย์ เจ็บเล็กน้อย หลังจากนั้นก้อนค่อยๆ โตขึ้นจาก 3 เซนติเมตร เป็น 10 เซนติเมตร ภายในเวลา 2 ปี มีอาการเจ็บเล็กน้อยที่ก้อน ก้อนมีลักษณะขอบเรียบ ไม่เคลื่อนที่ จากประวัติและการตรวจร่างกาย ต้องแยกว่าก้อนที่พบมีต้นกำเนิดหรือเป็น

ส่วนประกอบจากอวัยวะใด (รูปที่ 3) อยู่ในชั้นผิวหนัง เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ หรือกระดูก ซึ่งจากการตรวจร่างกายภายนอกก่อนอยู่ต้น แต่ก่อนมีขนาดใหญ่เกินกว่า 5 เซนติเมตร โดยหลักการจะต้องแยกก้อนชนิดนี้จากเนื้องอกชนิดร้ายแรงของกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อน ได้แก่ เนื้องอกร้ายแรงของเนื้อเยื่ออ่อน อาทิเช่น เช่น fatty tumor เช่น lipoma, nerve sheath tumor, synovial tumor เช่น synovial chondromatosis หรือเนื้องอกร้ายแรงของกระดูก (bone tumor) เช่น chondroma osteosarcoma chondrosarcoma จึงจำเป็นต้อง

มีการวินิจฉัยเพิ่มเติมทางรังสีต่อไปตามข้อบ่งชี้ด้วยการส่งตรวจ เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) พบว่า ตำแหน่ง และลักษณะเข้ากันได้กับ Morel Lavallee lesions อีกทั้งผลการตรวจชิ้นเนื้อจากก้อน พบชัดเจนว่าเป็นเพียงก้อนเลือด

2. การรักษา

ปัญหาในการดูแลรักษาของ Morel Lavallee lesions คือการขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อข้างเคียง กับการเกิดเป็นซ้ำ เนื่องจากที่ไม่สามารถปิดช่องว่างของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังได้อย่างสมบูรณ์ รวมทั้งปัญหาการเกิดแผลติดเชื้อ ซึ่งจะเพิ่มความซับซ้อนในการดูแลรักษายิ่งขึ้น ดังนั้นการดูแลรักษากรณีดังกล่าวจะมีแนวทางการรักษา คือ การระบายสารคัดหลั่งเลือด หรือเนื้อเยื่อตายที่สะสมอยู่ภายใน อาจโดยวิธีเปิดแผลโดยตรง (open debridement) หรือใส่สายระบาย (percutaneous technique) และการทำให้เกิดการเชื่อมปิดของช่องโพรงเนื้อเยื่อ โดยการกดทับหรือสร้างการระคายเคืองของเนื้อเยื่อโดยสารเคมีบางชนิด (sclerosing agent) จากการศึกษาข้อมูล สามารถที่จะแยกแนวทางการรักษาออกได้เป็นแนวทางดังนี้

2.1 open debridement with packing or delay closure

เป็นวิธีการรักษาดั้งเดิม ข้อดีคือลดโอกาสการติดเชื้อซ้ำ เนื่องจากสามารถเปิดล้างได้หมดแล้วทำแผลรอเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน มาจนเต็มแผล ข้อเสียแผลมีขนาดใหญ่ ใช้เวลาทำแผลนาน มีปัญหาผิวหนังโดยรอบตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยงได้สูงกว่า วิธีนี้อาจใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่เป็นมาเป็นระยะเวลานาน

2.2 percutaneous management with or without sclerosing agents

มีการวิจัยในปี ค.ศ. 2006 โดย Tseng และ Tornetta พบว่าถ้าเราสามารถเปิดล้างแผลได้เร็วภายใน 3 วัน โอกาสการติดเชื้อของแบคทีเรียในแผลหลังผ่าตัดไม่ต่างกับวิธีเปิดแผลแบบเดิม ผิวหนังและเนื้อเยื่อโดยรอบถูกทำลายน้อยกว่า

โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยอาศัย ใช้หลักของการผ่าตัดที่ลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อข้างเคียง minimal invasive surgery เพื่อรักษาระบบหมุนเวียนเลือดที่มาเลี้ยง โดยการล้างแผลขนาดเล็ก เพื่อนำเอาส่วนประกอบ ออกจากก้อน และเพิ่มการชะล้างในระบบปิด ด้วยน้ำเกลือ NSS ไปอีก 3 ถึง 5 วัน และได้ใช้ การระคายเคืองของเนื้อเยื่อโดยสารเคมีบางชนิด (sclerosing agent) โดยใช้ยา povidone iodine เข้มข้นชะล้างในโพรงแผล โดยนำเอาแนวคิดมาจาก สารตัวนี้เป็น agent ตัวหนึ่งที่ใช้ในการทำ pleurodesis ซึ่งมีอยู่ทั่วไปในห้องผ่าตัด และได้ทำการปิดแผลด้วยการกดทับ ในตลอดที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังจากติดตามอาการประมาณ 2 เดือน แผลติดดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ

สรุป

Morel Lavallee lesions เป็นรอยโรคที่เกิดจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่ออ่อนกับชั้นพังผืดทำให้เกิดช่องโพรง ร่วมกับมีการสะสมของ ของเสียเลือด แกรนูเลชันทิกซู ไชมัน เกิดเป็นก้อนขึ้นตามามากเกิดบริเวณสะโพก อาจพบร่วมกับภาวะกระดูกเชิงกราน และเบาสะโพกหัก เป็นภาวะที่เกิดขึ้นน้อย เป็นรายแรกที่มีการรายงานในประเทศไทย ผู้ป่วยเคยได้รับบาดเจ็บที่สะโพก แต่ไม่รุนแรง วินิจฉัยยืนยันว่าเป็น Morel Lavallee lesion จากภาพถ่ายคลื่นแม่เหล็ก และผลรายงานทางพยาธิสภาพ ได้รับการรักษาแบบใส่สาย

ระบาย และล้างแผลในระบบปิด (percutaneous clot evacuation and closed irrigation system with NSS) โดยในระหว่างการผ่าตัดใช้ povidone iodine เช็ดชั้น โดยหวังกระตุ้นให้เกิดการระคายเคืองและอักเสบของผนังก้อน ร่วมกับการใช้ การปิดแผลแบบกดทับ ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย ไม่ยุ่งยาก ได้ผลดีในผู้ป่วยรายนี้ ก่อนยุบลง เจ็บแผลผ่าตัดน้อย ไม่พบการติดเชื้อแทรกซ้อน สามารถกลับบ้านได้ ในวันที่ 5 หลังจากติดตามอาการประมาณ 2 เดือน แผลดีดี

เอกสารอ้างอิง

1. Wood GW. General Principles of Fracture Treatment. In: Canale ST, Beaty JH, editors. Campbell operative orthopedics. 12thed . Philadelphia: Elsevier mosby; 2012. p 2573-787.
2. Tseng S, Tornetta P. 3rd. Percutaneous management of Morel-Lavallee lesions. J Bone Joint Surg Am 2006; 88:92-6.
3. Hak DJ, Olson SA, Matta JM. Diagnosis and management of closed internal degloving injuries associated with pelvic and acetabular fractures: the Morel-Lavallée lesion. J Trauma 1997;42: 1046-51.
4. Letournel E, Judet R, Elson RA. Fracture of the Acetabulum. 2nded. Berlin: Springer-Verlag;1993.
5. Bucholz RW, Heckman JD, Court-Brown CM. editors. Rockwood and Green's fractures in adults. 7thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
6. Bonilla-Yoon I, Masih S, Patel DB, White EA, Levine BD, Chow K, et al. The Morel - Lavallée lesion: pathophysiology, clinical presentation, imaging features, and treatment options. Emerg Radiol 2014;21:35-43.
7. Chokshi FH, Jose J, Clifford PD. Morel-Lavallée lesion. Am J Orthop (Belle Mead NJ) 2010; 39:252-3.