รายงานผู้ป่วย

ภาวะมดลูกปลิ้นเนื่องจากเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกชนิด Submucous: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

สมจริง ภัทโรวาสน์ พ.บ.

Abstract : **Uterine inversion due to a large Prolapsed submucous myoma: A case report**
Somjing Patarowas M.D.*
* Department of Obstetrics & Gynecology, Banbung Hospital, Chonburi Province, Thailand.
J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2007;24:200–204.

Non–puerperal uterine inversion is a rare entity. The author reports a 55 years old woman with a history of menorrhagia for 6 months who presented with severe pelvic pain and acute urinary retention on in the first date of menstrual cycle. Physical examination reveal full urinary bladder, bleeding per vagina with a large soft tissue mass in vagina. Transabdominal ultrasonographic examination show hyperechoic density mass look like uterus, normal size and a hyperechoic mass in vagina, about 10x12 cm in size. At laparotomy, the uterus was found to be totally inverted through the cervix due to a large prolapsed submucous myoma.

Keywords : Uterine inversion.

บทนำ

ภาวะมดลูกปลิ้น (Uterine inversion) เป็นภาวะที่พบได้น้อยมาก และส่วนใหญ่จะเกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งมีอุบัติการณ์ประมาณ 1 ใน 30,000 ของการคลอด[1,2] ภาวะมดลูกปลิ้นที่ไม่สัมพันธ์กับการคลอดพบได้น้อยมาก และสูติแพทย์จำนวนไม่มากที่จะมีประสบการณ์ในการรักษาภาวะนี้ [3,4]

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยคู่ อายุ 55 ปี Para 5–0–0–5 ลูกคนสุดท้องอายุ 23 ปี มารักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องน้อยมาก และ ปัสสาวะไม่ออก 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ก่อนหน้านี้ไม่เคยมีอาการปัสสาวะผิดปกติมาก่อน โดยวันที่มาเป็นวันแรกของการมีประจำเดือน ปกติจะมีประจำเดือนมาทุกเดือน สม่ำเสมอ มานาน 3–4 วัน

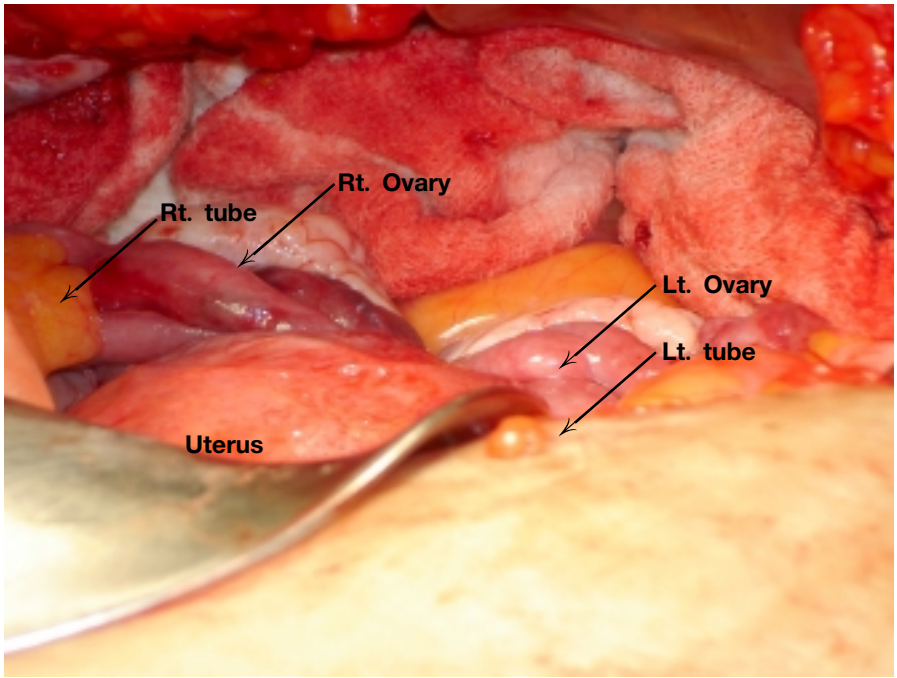
* กลุ่มงานสูติศาสตร์–นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

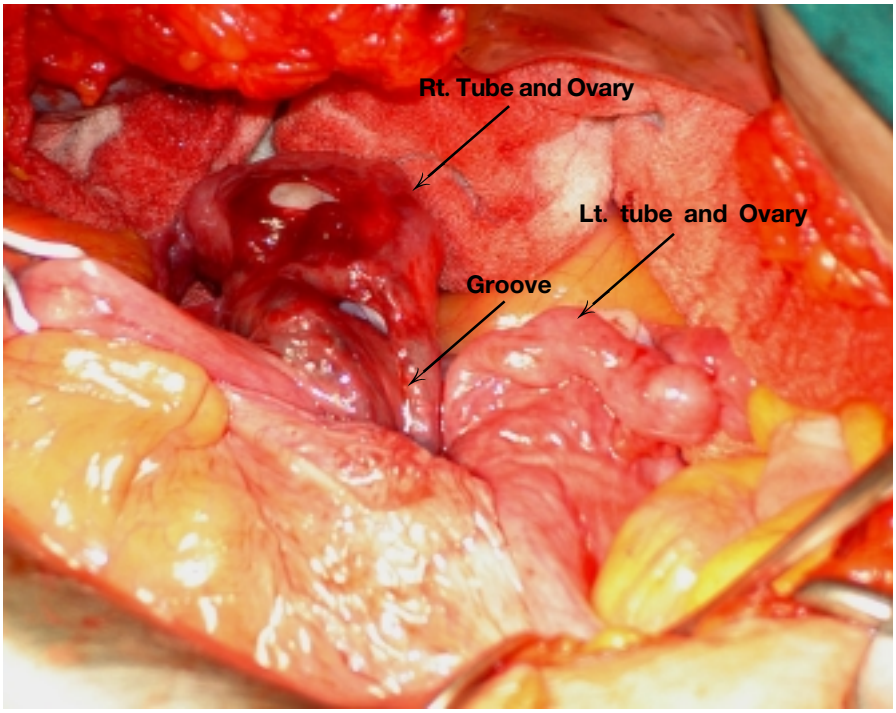
ปริมาณไม่มาก ใช้ผ้าอนามัยวันละ 2-3 ผืน แต่ในช่วงประมาณ 6 เดือนมานี้ประจำเดือนมานานกว่าปกติคือ 7-10 วัน และปริมาณเลือดมากกว่าปกติ ใช้ผ้าอนามัย 8-10 ผืนต่อวัน

ตรวจร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 72 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ซีด ตรวจหน้าท้องพบว่า กระเพาะปัสสาวะโป่งตึง ใส่สายสวนปัสสาวะได้ปัสสาวะ 1,000 มิลลิลิตร หลังสวนปัสสาวะอาการปวดน้อยลง ตรวจภายในพบว่า มีเลือดอยู่ในช่องคลอดประมาณ 100 มิลลิลิตร และมีก้อนเนื้อขนาดใหญ่ในช่องคลอด ไม่สามารถคลำปากมดลูกได้ ตรวจอัลตร้าซาวด์ทางหน้าท้องพบก้อนเนื้อตัน (hyperechoic density) ลักษณะคล้ายมดลูก รูปร่างและขนาดค่อนข้างปกติ และมีก้อนเนื้อในช่องคลอดขนาดประมาณ 10x12 เซนติเมตร รังไข่ขนาดปกติ เนื่องจากก้อนมีขนาดใหญ่และไม่ทราบต้นกำเนิดที่ชัดเจนจึงทำ Punch Biopsy ที่ก้อนส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อแยกภาวะ malignancy ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่า Prolapsed submucous myoma with retention of urine and anemia from chronic blood loss ได้ให้การรักษาขั้นต้นโดยให้เลือดเพื่อแก้ไขภาวะซีด ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ และตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไปเพื่อเตรียมผ่าตัด ได้ผลทางพยาธิวิทยา 10 วันหลังจากทำ Punch Biopsy ผลเป็น Leiomyoma จึงเตรียมผ่าตัด Explore laparotomy ห่างจากวัน admit ครั้งแรก 15 วัน คาดว่าจะผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดรวมทั้งปีกมดลูกทั้ง 2 ข้าง (TAH with BSO)

สิ่งตรวจพบขณะผ่าตัด มดลูกขนาดปกติ ไม่พบยอดมดลูกเนื่องจากมีการม้วนของยอดมดลูกลงไปในโพรงมดลูก ดังรูป

จึงทำผ่าตัดโดยเลาะ Bladder flap และกรีดบริเวณ ring ด้านหน้า ทำ Huntington maneuver พยายามใช้ Allis ดึงบริเวณ round ligament ใต้ต่อบริเวณ ring แล้วดึงขึ้น ไม่สำเร็จ จึงขยายแผลแล้วตัดบริเวณขั้วของ myoma และดันก้อนลงไปในช่องคลอด จากนั้นดึงยอดมดลูกขึ้นมาด้านบน แล้วทำการตัดมดลูกและปีกมดลูก (TAH with BSO) ตามปกติ เสียเลือดประมาณ 2,000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดไม่พบภาวะ





แทรกซ้อนใด ๆ

ผลพยาธิวิทยาพบว่าเป็น Submucous lieomyoma

วิจารณ์

โดยทั่วไปภาวะมดลูกปลิ้นสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.ภาวะมดลูกปลิ้นที่เกิดหลังการคลอดทางช่องคลอด

2.ภาวะมดลูกปลิ้นที่ไม่สัมพันธ์กับการคลอด

และทั้ง 2 กลุ่มยังสามารถแบ่งออกเป็น Complete uterine inversion (fundus ออกมานอก cervical os) และ Incomplete uterine inversion3 (fundus อยู่ในโพรงมดลูกยังไม่ออกมานอก cervical os)

ภาวะมดลูกปลิ้นที่ไม่สัมพันธ์กับการคลอด พบได้น้อยมาก และไม่ทราบอุบัติการณ์ที่แน่นอน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นภาษาอังกฤษในช่วงปี 1940 ถึงปี 20005 พบว่ามีรายงานผู้ป่วยทั้งหมด 88 ราย ซึ่ง 81 ราย (ร้อยละ 92) สัมพันธ์กับเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (leiomyoma) หรือมะเร็งมดลูก (uterine sarcoma, endometrial carcinoma) และมี 7 ราย (ร้อยละ 8) ที่เป็นภาวะมดลูกปลิ้นที่ไม่มีสาเหตุ (idiopathic) กลไกการเกิดภาวะมดลูกปลิ้น ในกรณีที่เกิดตามหลังการคลอดทางช่องคลอด คือ การที่คลอดอย่างรวดเร็วร่วมกับการดึงสายสะดือเพื่อทำคลอดรก (cord traction) แต่สาเหตุกลไกของการเกิดภาวะมดลูกปลิ้นในกรณีที่ไม่สัมพันธ์กับการคลอดยังไม่ทราบชัดเจน แต่มีปัจจัยที่น่าจะเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ คือ

1. การลดขนาดของมดลูกที่เคยขยายขนาดจากเนื้องอกลงอย่างรวดเร็ว

2. การบางตัวของผนังของกล้ามเนื้อมดลูกเนื่องจากเนื้องอกในโพรงมดลูก

3. การถ่างขยายของปากมดลูก

ปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะเกี่ยวข้องคือ การบีบตัวของกล้ามเนื้อมดลูก เพื่อขับสิ่งที่อยู่ในโพรงมดลูก น้ำหนักของก้อนที่อยู่ในโพรงมดลูก การเพิ่มขึ้นของแรงดันในช่องท้อง จากการไอ เบ่ง หรือจาม[1,6] คนไข้อาจจะมาด้วยอาการปวดท้องร่วมกับเลือดออกจากช่องคลอด

และช็อก หรือมีอาการปวดหน่วงที่ท้องน้อย ปัสสาวะหรืออุจจาระลำบาก อ่อนเพลีย ไม่มีแรง[1,6] ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ pulmonary embolus และ chronic anemia[3]

เนื่องจากภาวะนี้มักพบร่วมกับ Myoma uteri ดังนั้นการตรวจร่างกายส่วนใหญ่มักจะตรวจพบก้อนในช่องคลอด และไม่สามารถคลำพบยอดมดลูกได้ [3] การวินิจฉัยภาวะมดลูกปลิ้นในกรณีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ทำได้ค่อนข้องยาก ดังนั้น จึงมีผู้ป่วยหลายรายที่วินิจฉัยได้ขณะผ่าตัด บางรายได้รับการตัดก้อน myoma ออกทางช่องคลอด หรือบางรายอาจจะถูกตัดเอายอดมดลูกออกไปด้วย ก่อนที่จะวินิจฉัยได้ว่าเป็นภาวะมดลูกปลิ้น[3,7,8]

Hiroyoshi O al.[8] ได้รายงานลักษณะของอัลตร้าซาวด์ ในรายที่เป็น complete uterine inversion ว่าใน longitudinal scan จะพบรอยหว่ำบริเวณที่น่าจะเป็นยอดมดลูกร่วมกับพบร่องตามยาวจากบริเวณที่น่าจะเป็นยอดมดลูกลงไปในมดลูก

Gross และ McGahan[9] ได้รายงานลักษณะของอัลตร้าซาวด์ ในรายที่เป็น incomplete uterine inversion ว่าใน longitudinal scan จะมองส่วนที่น่าจะเป็นยอดมดลูกไม่ชัดเจน เนื่องจากมีการม้วนของยอดมดลูกเข้าไปด้านใน และภายในโพรงมดลูกจะเห็นลักษณะเป็นตัว Y ซึ่งเกิดจากการที่เยื่อบุโพรงมดลูกที่ม้วนตัวเข้าไป และใน transverse scan จะพบลักษณะ “Bulls eye appearance” คือพบลักษณะวงแหวนที่เป็น hyperecho อยู่กลางมดลูก การใช้ CT scan มาช่วยในการวินิจฉัยภาวะมดลูกปลิ้น พบว่ามักจะไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ แต่การทำ MRI พบว่ามีประโยชน์ช่วยให้เห็นลักษณะมดลูกปลิ้นได้ดี [8]

การผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะมดลูกปลิ้น มีผู้เสนอไว้ 4 แบบ เป็นการทำการผ่าตัดผ่านทางช่องคลอด 2 แบบ และเป็นการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง 2 แบบ[5,8,10]

1. Haultain procedure

เป็นการผ่าตัดทางหน้าท้อง โดยกรีดบริเวณ vaginocervical rings ด้านหลัง แล้วดันผนังมดลูกขึ้นมาจนอยู่ใน normal anatomy หลังจากนั้นอาจจะเย็บซ่อมรอยกรีด หรือทำการตัดมดลูกต่อไป

2. Huntington operation

เป็นการผ่าตัดทางหน้าท้อง โดยใช้เครื่องมือจับบริเวณ round ligament และมดลูกใต้ต่อบริเวณ vaginocervical ring แล้วดึงขึ้นช้า ๆ

3. Kustner procedure

เป็นการผ่าตัดทางช่องคลอด โดยเข้าไปบริเวณ space of Douglas ลง incision บริเวณด้านหลังของมดลูกและปากมดลูก แล้วดันมดลูกส่วนที่ปลิ้นลงมาขึ้นไป หลังจากนั้นเย็บซ่อมบริเวณที่ลงแผลผ่าตัด หรือตามด้วยการตัดมดลูกทางช่องคลอด

4. Spinelli procedure

เป็นการผ่าตัดทางช่องคลอดเหมือน Kustner procedure แต่ทำการลง incision ด้านหน้าของมดลูก หลังจากที่กระเพาะปัสสาวะได้ถูกเลาะแยกขึ้นไปแล้ว

การเลือกวิธีผ่าตัดขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยก่อนผ่า ถ้าเป็นภาวะมดลูกปลิ้นที่ไม่สัมพันธ์กับมะเร็งอาจจะเลือกวิธีผ่าตัดทางหน้าท้อง หรือช่องคลอดก็ได้ แต่ถ้าสัมพันธ์กับมะเร็งควรเลือกวิธีผ่าตัดทางหน้าท้องมากกว่า[8]

การรักษาโดยไม่ผ่าตัด มีผู้เสนอไว้หลายวิธี เช่นการให้ Aveling repository ซึ่งมีลักษณะคล้าย pressery ใส่ไว้ในช่องคลอด และมีก้านที่ยื่นเข้าไปในโพรงมดลูก เพื่อดันยอดมดลูกขึ้นไป การใช้น้ำสวนช่องคลอดเพื่อให้แรงดันผ่านเข้าไปดันยอดมดลูกขึ้นไป ซึ่งโอกาสสำเร็จน้อย ซึ่งการรักษาโดยไม่ผ่าตัดมีค่อนข้างน้อย มีโอกาสเกิดมดลูกปลิ้นซ้ำอีก แต่เหมาะสมในกรณีที่เป็น chronic uterine inversion, vital sign stable และมีภาวะที่ไม่สามารถทำผ่าตัดได้ [5]

สรุป

ภาวะมดลูกปลิ้นที่ไม่สัมพันธ์กับการคลอด พบได้น้อยมาก การวินิจฉัยให้ได้ก่อนผ่าตัด มักจะทำได้ยาก อย่างไรก็ตามหากสูตินรีแพทย์คำนึงถึงภาวะนี้บ้าง และทำการตรวจร่างกาย รวมทั้งอัลตร้าซาวด์อย่างรอบคอบ อาจจะช่วยในการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดได้ สำหรับการรักษาที่เหมาะสมส่วนใหญ่จะต้องเป็นการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. Gowri V. Uterine inversion and corpus malignancies : A historical review. Obstet Gynecol Surv 2000;55:703–7.
2. Krenning RA, Dorr PJ, de Groot WH, de Goey WB. Non–puerperal uterine inversion : case report. Br J Obstet Gynaecol 1982;89:247–9.
3. Sukran K, Neslihan Carda S, Nilgun Ozturk T. Acute uterine inversion due to a growing submucous myoma in an elderly woman : case report. Euro J Obstet Gynecol and Repro 2001;99:118–20.
4. Pride GL, Shaffer RL. Non–puerperal uterine inversion. Obstet Gynecol 1976;49:361–4.
5. Rocconi R, Huh W, Chiang S. Postmenopausal Uterine Inversion Associated with Endometrial polyps. Obstet Gynecol 2003;102:521–3.
6. Das P. Inversion of the uterus. J Obstet Gynaecol 1940;47:525–48.
7. Gillespie CF. Chronic inversion of the uterus with presenting epidermoid carcinoma. Obstet Gynecol 1962;20:801.
8. Hiroyoshi O, Nagamasa M, Yorito Y, Akihiko W, Takao F, Non–puerperal uterine inversion associated with endometrial carcinoma : case report. Gynecol Oncol 2005;97:973–5.
9. Richard C. Gross and John P.McGahan, Sonographic Detection of Partial uterine inversion. AJR 1985;144:761–2.
10. Moodley M, Moodley J. Non–puerperal uterine inversion in associated with uterine sarcoma: clinical management. Int J Gynecol Cancer 2003;13:244–5.