

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

การตั้งครรภ์ที่มีเนื้องอกรังไข่ขวางช่องทางคลอด : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

Pregnancy with Ovarian Tumor and Tumor Previa : A Case Report

นัยนา เมฆสงค์ พ.บ.

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม

โรงพยาบาลราชบุรี

จังหวัดราชบุรี

Naiyana Meksong M.D.

Division of Obstetrics and Gynecology

Ratchaburi Hospital

Ratchaburi.

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มีเนื้องอกรังไข่ขวางช่องทางคลอด 1 ราย ในผู้ป่วยหญิงอายุ 31 ปี มาโรงพยาบาลราชบุรี ด้วยอาการน้ำเดินก่อนที่จะมีอาการเจ็บครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ร่วมกับตรวจพบก้อนเนื้องอกในอุ้งเชิงกราน ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการคลอดเอง ได้ให้การดูแลแบบเฝ้าติดตามการคลอด พบว่ามีก้อนเนื้องอกในอุ้งเชิงกรานขัดขวางการคลอด ได้ให้การวินิจฉัยเป็น pregnancy 39 weeks of gestation with ovarian tumor and tumor previa ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดคลอด ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,760 กรัม แข็งแรงดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด ส่วนก้อนเนื้องอกในอุ้งเชิงกราน คือ เนื้องอกของรังไข่ข้างขวา ได้รับการทำ right oophorectomy ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาภายหลังทราบว่าเป็น benign cystic teratoma หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

เนื้องอกรังไข่ในระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็น benign และมักตรวจพบได้ในไตรมาสแรก อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมาฝากครรภ์ช้า ก้อนโตไม่มาก หรือไม่ได้รับการตรวจภายใน ก็ทำให้การวินิจฉัยได้ช้า และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนได้มาก และอาจวินิจฉัยได้เมื่อผ่าตัดผู้ป่วยนั่นเอง การฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ร่วมกับการตรวจร่างกายจะทำให้วินิจฉัยโรคได้เร็ว ทำให้วางแผนการรักษาได้ ลดภาวะแทรกซ้อน และหากเป็นเนื้อร้าย จะสามารถให้การรักษาได้แต่เริ่มแรก ซึ่งจะทำให้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยดีขึ้น

ABSTRACT

A case report of a pregnancy 39 weeks of gestation, who presented with premature ruptured of membrane. She was found a right ovarian tumor and tumor previa. After cesarean section, the baby was healthy. Right oophorectomy was done. The pathological diagnosis was benign cystic teratoma. There was

no postoperative complication.

Most ovarian tumors during pregnancy were benign and were detected during first trimester. The diagnosis may be late if the pregnant went to antenatal care late, the tumor was not large, did not pelvic examination, had complications and diagnosis was done during operation. Early antenatal care and physical examination could help early diagnosis, planed of management, reduced complication and better prognosis if the tumor was malignant.

บทนำ

เนื้องอกของรังไข่ในระหว่างการตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์ 1 : 591 ของการคลอดทั้งหมด ส่วนใหญ่จะวินิจฉัยได้ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ร้อยละ 54 ส่วนที่เหลือวินิจฉัยได้ในไตรมาสที่สองร้อยละ 15 ระยะเวลาหลังคลอดร้อยละ 11 ไตรมาสที่สามร้อยละ 8 ระหว่างการผ่าตัดคลอดร้อยละ 8 และระหว่างการคลอดร้อยละ 4 ส่วนใหญ่เป็น benign ชนิดที่พบบ่อยที่สุด คือ benign cystic teratoma ซึ่งพบถึงร้อยละ 46.5 serous cystadenoma, simple cyst, พบรองลงมาตามลำดับ¹ เนื้องอกรังไข่ชนิด malignant ที่พบในระหว่างตั้งครรภ์พบได้น้อย มีอุบัติการณ์ 1:12,000 - 1:38,000 ของครรภ์ทั้งหมด¹ ส่วนใหญ่เป็นชนิด epithelial อาการแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ ไม่มีอาการร้อยละ 37 ปวดท้องร้อยละ 26 ภาวะ torsion ร้อยละ 12 ชัดขวางช่องทางคลอดร้อยละ 17 ก้อนเนื้องอกแตกร้อยละ 9 ภาวะติดเชื้อร้อยละ 4 และภาวะโลหิตออกร้อยละ 3³ นอกจากนี้ยังมีผู้รายงานผู้ป่วยบางรายมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับฮอร์โมนร่วมด้วย เช่น hypothyroidism, virilization เป็นต้น แต่พบได้น้อยมาก⁴

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบภาวะแทรกซ้อนโดยเนื้องอกรังไข่ขนาดโต มาอุดตันช่องทางคลอดทำให้เป็นสาเหตุของ dystocia เนื่องจากก้อนดังกล่าวอยู่ด้านหลังมดลูก ใน คัล เดอ แซค ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ชัดเจนขวางช่องทางคลอดได้ จึงให้การรักษาโดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย คู่ อายุ 31 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนาอยู่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี มาตรวจที่โรงพยาบาลราชบุรีเมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2547 ด้วยอาการสำคัญว่า เจ็บครรภ์ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่สอง ก่อนตั้งครรภ์ไม่เคยมีความผิดปกติใด ไม่เคยคลำพบก้อนหรือมีอาการแน่นอึดอัดในท้องมาก่อน

8 เดือนก่อน ผู้ป่วยขาดประจำเดือนประมาณ 1 เดือนเศษ จึงไปพบแพทย์ที่คลินิก ตรวจปัสสาวะ แพทย์แจ้งว่าตั้งครรภ์ เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกที่ศูนย์อนามัยเมื่ออายุครรภ์ 13 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามนัดสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยต้องการคลอดบุตรที่โรงพยาบาลราชบุรี จึงมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลราชบุรี เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 28 สัปดาห์ หลังจากนั้นมาฝากครรภ์ตามนัดสม่ำเสมอ ไม่พบความผิดปกติใด ระหว่างตั้งครรภ์รู้สึกสบายดีมาตลอด, ประมาณ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีน้ำเดินออกจากช่องคลอด ประมาณ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล รู้สึกมีอาการเจ็บครรภ์เป็นพัก ๆ ประมาณ 5 นาทีต่อครั้ง ผู้ป่วยจึงมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดี, ไม่มีโรคประจำตัว, ครรภ์แรกตั้งครรภ์ครบกำหนด คลอดปกติ บุตรเพศหญิง อายุ 5 ปี น้ำหนักแรกเกิด 3,800 กรัม แข็งแรงดี, วันแรกของระดูครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2546 ค่ะกำหนดคลอดวันที่ 5 กันยายน 2547

การตรวจร่างกาย ส่วนสูง 161 เซนติเมตร น้ำหนัก 80.5 กิโลกรัม อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที รู้สึกตัวดี ไม่ซีด ไม่เหลือง ไม่บวม ยอดมดลูกอยู่ที่ระดับ 3/4 เหนือระดับสะดือ ทารกอยู่ในแนวยาว หลังทารกอยู่ทางด้านขวา ศีรษะเป็นส่วนนำ ไม่เข้าสู่เชิงกราน ฟังเสียงหัวใจทารกได้ทางด้านขวาต่ำกว่าระดับสะดือ อัตราส่วนน้ำเสมอ 140 ครั้งต่อนาที คะแนนน้ำหนักทารกประมาณ 2,900 กรัม พบว่ามีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอทุก 3 นาที 45 วินาที นาน 45 วินาที ความรุนแรง 2+ ตรวจภายในพบน้ำคร่ำปน vernix caseosa เต็มช่องคลอด ตรวจปากมดลูกพบว่าปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร มีความบางร้อยละ 100 ปากมดลูกนุ่มมาก ซีกกลาง ทารกศีรษะเป็นส่วนนำ อยู่ในระดับ -2 คลำไม่พบถุงน้ำคร่ำ suture อยู่ในแนวขวาง occiput อยู่ด้านขวา, คีล เดอ แซค โป่งและคลำพบก้อนลักษณะเป็นถุงน้ำตึง ผิวเรียบ คลำได้เฉพาะส่วนล่างของก้อน คะแนนเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 10 เซนติเมตร ก้อนเคลื่อนไหวได้ตามแรงกด กดไม่เจ็บ ด้านหน้าของก้อนคลำได้ส่วนของมดลูกตรงกับระดับศีรษะของทารก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 40%, VDRL non - reactive, HbsAg negative, Anti - HIV non - reactive

การตรวจคลื่นความถี่สูงทางช่องท้อง (Ultrasonography) พบทารกท่าศีรษะ, อายุครรภ์ 39 สัปดาห์, พบการเต้นของหัวใจปกติ, น้ำคร่ำปริมาณปกติ, รกอยู่ด้านหลังส่วนบน, ไม่พบความผิดปกติของทารก ตรวจพบ hyperechoic mass with some area of dense hyperechoic part ขนาด 96 x 98 มิลลิเมตร อยู่บริเวณ cul de sac

การดำเนินการดูแลรักษา หลังจากรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล บันทึกเสียงหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมง เสียงหัวใจทารกเต้นสม่ำเสมอประมาณ 136-144 ครั้งต่อนาที เฝ้าสังเกตการหดตัวของมดลูก พบว่ามดลูกหดตัวทุก 3 นาที 45 วินาที นาน 45 วินาที ความรุนแรง 2+

ให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำ ให้สารน้ำหยดเข้าหลอดโลหิตดำ เฝ้าสังเกตความก้าวหน้าของการคลอดอย่างใกล้ชิด เนื่องจากไม่แน่ใจว่าก่อนดังกล่าวจะขัดขวางการคลอดหรือไม่ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพที่ตรวจพบ อาจจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง หากก่อนดังกล่าวขัดขวางการคลอด ผู้ป่วยเข้าใจและยินยอมรับการรักษา เตรียมผู้ป่วยพร้อมสำหรับการผ่าตัดได้ทันที ถ้ามีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

3 ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บครรภ์มากขึ้น มดลูกหดตัวทุก 2 นาที 50 วินาที นาน 45 วินาที ความรุนแรง 2+ ตรวจภายในพบว่า ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางตัวร้อยละ 100 นุ่ม ส่วนน้ำอยู่ที่ระดับ -2, suture คลำได้ไม่ชัด คลำได้ก่อนดังกล่าวเช่นเดิม เนื่องจากตรวจภายในพบว่าปากมดลูกไม่มีความก้าวหน้ามากขึ้น จึงได้ให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นเป็น pregnancy 39 weeks of gestation with ovarian tumor and tumor previa

ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหา ความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด แผนการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษา ผู้ป่วยเข้าใจยินยอมรับการผ่าตัดรักษา

สิ่งที่ตรวจพบขณะผ่าตัด

มดลูก	ขนาดเข้าได้กับอายุครรภ์
ทารก	เป็นเพศหญิง มีศีรษะเป็นส่วนนำ, น้ำหนักทารกแรกคลอด 2,760 กรัม ตัวยาว 45 เซนติเมตร Apgar scores เท่ากับ 9, 10 คะแนน (หักสี 1 คะแนน) ที่ 1 และ 5 นาทีตามลำดับ
รก	ลักษณะปกติหนัก 520 กรัม
ปีกมดลูก	รังไข่ทั้งหมดกลายเป็นถุงน้ำสีเทา
ข้างขวา	คลำ ขนาด 8 x 9 x 10 เซนติเมตร วางอยู่ใน คีล เดอ แซค ผิวเรียบ มั่น ไม่มีรอยแตก ไม่มีพังผืดยึดติดกับอวัยวะข้างเคียง ท่อนำไข่ลักษณะปกติ วางอยู่ด้านข้างของก้อน

ปีกมดลูก รังไข่และท่อนำไข่ปกติ
ข้างซ้าย
อวัยวะอื่น อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ในช่องท้อง

หลังจากได้ผ่าตัด Low transverse cesarean section with right oophorectomy แล้ว ได้ให้ผู้ช่วยที่อยู่นอกบริเวณผ่าตัด ผ่าเปิดท้องเพื่อออกเพื่อดูภายใน พบว่าเป็นถุงน้ำช่องเดียว ภายในบรรจุด้วย sebum เส้นผม กระดูก และกระดูกอ่อน ไม่พบลักษณะ papillary projection

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (Microscopic finding)

The section of ovarian tumor showed the cystic wall which was lined by squamous epithelium with skin appendages and some area of cartilage and bone. The large amount of fatty tissue and moderate amount of tubular structure were lined by the columnar epithelium with mucin producing was noted.

Pathological conclusion

Benign cystic teratoma of ovary

หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้ผู้ป่วยเริ่มจิบน้ำ และรับประทานอาหารเหลวหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง เริ่มมีน้ำนมไหลหลังผ่าตัดได้ 2 วัน น้ำคาวปลาลักษณะและปริมาณปกติ ไม่มีอาการท้องอืด หรือคลื่นไส้อาเจียน ได้รับการตัดไหมวันที่เจ็ดหลังผ่าตัด แผลแห้งดี ให้ยาบำรุงโลหิตไปรับประทานต่อที่บ้าน และนัดตรวจอีก 6 สัปดาห์ หลังผ่าตัด

วิจารณ์

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 31 ปี มีบุตรแล้วหนึ่งคน คลอดปกติเมื่อ 5 ปีก่อน ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่สอง ผู้ป่วยมี

ระดูครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2546 มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญมีน้ำเดิน 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล และเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง แพทย์จึงรับไว้ในห้องคลอด โดยขณะที่รับไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอายุครรภ์เท่ากับ 39 สัปดาห์

ผู้ป่วยเป็นหญิงตั้งครรภ์ครบกำหนด มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ มีน้ำเดินก่อนมีอาการเจ็บครรภ์ พบว่าเยื่อหุ้มส่วนนำของทารกในครรภ์แตกแล้ว ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกขยาย 3 เซนติเมตร บางร้อยละ 100 ระดับส่วนนำ -2 นุ่มมาก และซีกกลาง มี Bishop's scores เท่ากับ 9 ได้ตรวจภายในและตรวจทางทวารหนัก คลำพบ cystic mass ขนาด 8 - 10 ซม. ใน คัลเดอแซค

การวินิจฉัยเนื้องอกรังไข่ในขณะตั้งครรภ์ทำได้ยาก หากพ้นไตรมาสแรกแล้วก็ค่อนข้างยากไม่อยู่ในเชิงกรณ การตรวจร่างกายและการซักประวัติอาจไม่พบความผิดปกติใด ๆ เนื่องจากเนื้องอกมักอยู่สูงขึ้นไปและมีลักษณะเป็นถุงน้ำ ประกอบกับมดลูกก็มีขนาดโตขึ้น ทำให้คลำพบได้ยาก⁵ อาจวินิจฉัยได้โดยบังเอิญระหว่างการคลอดหรือการผ่าตัดคลอด เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่สงสัย แพทย์สามารถส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยได้แก่ การตรวจด้วยเครื่อง realtime ultrasound⁶ ถือเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการวินิจฉัยเนื้องอกในอุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์มากที่สุด แต่กรณีก่อนโตมาก ๆ อาจตรวจได้ไม่ทั่วถึง การตรวจ magnetic resonance imaging^{7,8} จะสามารถให้ข้อมูลที่ชัดเจนกว่าวิธีข้างต้น ทั้งยังมีความปลอดภัยต่อมารดาและทารก แต่ค่าใช้จ่ายในการตรวจสูงและสถานที่ส่งตรวจมีจำกัด การตรวจ colour doppler มีประโยชน์ในกรณีที่สงสัย หรือผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็ง⁹ การตรวจ laparoscopy จะสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับก้อนได้ดี แต่มีข้อห้ามเนื่องจากผู้ป่วยตั้งครรภ์¹⁰ การตรวจหา tumor markers ได้แก่ CA -125, alpha - fetoprotein, lactate dehydrogenase และ beta human chorionic gonadotropin ในกรณีที่สงสัยมะเร็ง

แต่อาจมีผลบวกลงได้มากจึงไม่มีที่ใช้ในการวินิจฉัยเนื้องอกในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์⁶

ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการคลอดเอง เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ยังไม่อาจแยกภาวะ tumor previa ได้ และส่วนนำของทารกยังไม่เข้าสู่ pelvic inlet จึงไม่ควรให้ medical augmentation เช่น การให้ oxytocin เป็นต้น¹¹ นอกจากนี้เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดแล้ว จะต้องระวังโรคแทรกซ้อนที่สำคัญคือการแตกของเนื้องอกรังไข่หรือก้อนเนื้องอกรังไข่ที่ขัดขวางการคลอด หรือมดลูกแตกได้¹⁵ พบว่าผู้ป่วยเริ่มมีการหดตัวของมดลูกเองหลังจากมีภาวะน้ำเดิน ค่อยเพิ่มขึ้นจนสม่ำเสมออยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งความแรง ระยะห่างของการหดตัวแต่ละครั้ง และความถี่แต่เมื่อตรวจภายในซ้ำพบว่าไม่มีความก้าวหน้าของการคลอดเลย จึงให้การวินิจฉัยผู้ป่วยรายนี้เป็น term pregnancy with tumor previa และได้ตัดสินใจให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อไป

เมื่อพบก้อนในอุ้งเชิงกรานแล้วต้องวินิจฉัยแยกให้ได้ว่าเป็นปัญหาทางนรีเวชหรือไม่ ในกรณีที่มาจากปัญหาทางนรีเวชก็ต้องแยกให้ได้ว่าเป็นก้อนจากรังไข่ มดลูก หรือท่อนำไข่ เพราะการพยากรณ์โรคและการรักษาจะแตกต่างกันออกไป⁶ ในกรณีที่เป็นก้อนของรังไข่ในระหว่างการตั้งครรภ์มีอุบัติการ 1:591 ของการคลอดทั้งหมด¹ อาจต้องวินิจฉัยแยกโรคได้ดังนี้

เนื้องอกรังไข่ที่พบในระหว่างการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็น benign ชนิดที่พบบ่อยที่สุด คือ benign cystic teratoma ซึ่งพบถึงร้อยละ 46.5 (ก้อนส่วนใหญ่มักมีขนาดไม่เกิน 10 เซนติเมตร แต่ถ้าก้อนโตมาก ๆ มักเป็น cystadenoma มากกว่า)¹² และ serous cystadenoma, simple cyst, mucinous cystadenoma, parovarian cyst, endometrial cyst, corpus luteum cyst, papillary serous cystadenoma เป็นต้นรองลงมาตามลำดับ¹ เนื้องอกรังไข่ชนิด malignant ที่พบในระหว่างตั้งครรภ์พบได้น้อย มีอุบัติการ 1:12,000 - 1:38,000 ของครรภ์ทั้งหมด¹ ส่วนใหญ่เป็นชนิด epithelial² และสุดท้าย tumor-like lesions พบได้น้อยมาก ได้แก่ (1) luteoma of pregnancy (2)

hyperreactio luteinalis (3) large solitary follicular cyst of pregnancy (4) hilus cell hyperplasia (5) ectopic deciduosis (6) intrafollicular granuloma cell proliferations นอกจากนี้ พบได้น้อยมาก ได้แก่ ovarian artery aneurysm, massive ovarian edema เป็นต้น^{13,14}

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้ทำการตรวจพิเศษหลังจากตรวจพบเนื้องอกร่วมกับการตั้งครรภ์ โดยการส่งตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งผลการตรวจดังกล่าวข้างต้นแล้วผลการตรวจพบว่าก้อนดังกล่าวน่าจะเป็นเนื้องอกของรังไข่ และมีลักษณะของ benign tumor มากกว่า เพราะมีลักษณะเป็น cyst มี bony density ก้อนเป็นข้างเดียวและเคลื่อนไหวได้

เนื้องอกรังไข่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่จะวินิจฉัยได้ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ร้อยละ 54 ส่วนที่เหลือวินิจฉัยได้ ในไตรมาสที่สองร้อยละ 15 ภายหลังคลอดร้อยละ 11 ไตรมาสที่สามร้อยละ 8 ระหว่างการผ่าตัดคลอดร้อยละ 8 และระหว่างการคลอดร้อยละ 4 โดยอาการแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ ไม่มีอาการร้อยละ 37 ปวดท้องร้อยละ 26 ภาวะ torsion ร้อยละ 12 ขัดขวางช่องทางคลอดร้อยละ 17 ก้อนเนื้องอกแตกร้อยละ 9 ภาวะติดเชื้อมีร้อยละ 4 และภาวะโลหิตออกร้อยละ 3³ นอกจากนี้ยังมีผู้รายงานผู้ป่วยบางรายมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับฮอร์โมนร่วมด้วย เช่น hypothyroidism, virilization เป็นต้น แต่พบได้น้อยมาก¹ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ พบภาวะแทรกซ้อนโดยเนื้องอกรังไข่ขนาดโตมาอุดตันช่องทางคลอดทำให้เป็นสาเหตุของ dystocia เนื่องจากก้อนดังกล่าวนี้ก็อยู่ด้านหลังมดลูกใน คัล เดอ แซค ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ขัดขวางช่องทางคลอดได้ จึงให้การรักษาโดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดในผู้ป่วยรายนี้หลังจากทำ cesarean section แล้วพบว่ารังไข่ข้างขวาทั้งหมดกลายเป็นถุงน้ำ⁶ ได้ตัดออกมาแล้ว จึงให้ผู้ช่วยผ่าดูพบว่าบรรจุด้วย sebum เส้นผม กระดูก และกระดูกอ่อน ไม่มี papillary growth projection ไม่พบหลักฐานการลุกลามของโรคออกนอกอกรังไข่ ข้างขวา รังไข่ข้างซ้าย

ดูปกติดีจึงทำเพียง right oophorectomy หลังผ่าตัดผู้ป่วยแข็งแรงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ในผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากผลเนื้อเป็น benign และรังไข่ข้างที่เหลือจะดูปกติตามแต่ก็ได้เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการติดตามเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนแนะนำเรื่องการคุมกำเนิด และรับมาฝากครรภ์เมื่อตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 31 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เคยคลอดบุตรปกติและครบกำหนด 1 ครั้ง เมื่อ 5 ปีก่อน มาโรงพยาบาลด้วยอาการน้ำเดินก่อนที่จะมีอาการเจ็บครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ร่วมกับตรวจพบก้อนเนื้องอกในอุ้งเชิงกราน ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการคลอดเอง ได้ให้การดูแลแบบเฝ้าติดตามการคลอด พบว่ามีก้อนเนื้องอกในอุ้งเชิงกรานขัดขวางการคลอด ได้ให้การวินิจฉัยเป็น pregnancy 39 weeks of gestation with ovarian tumor and tumor previa

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด cesarean section ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,760 กรัม Apgar scores 9, 10 คะแนนที่ 1 และ 5 นาทีตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด ส่วนก้อนเนื้องอกในอุ้งเชิงกราน คือ เนื้องอกของรังไข่ข้างขวา ได้รับการทำ right oophorectomy ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาภายหลังทราบว่าเป็น benign cystic teratoma หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา กลับบ้านได้พร้อมบุตร

เนื้องอกรังไข่ในระหว่างการจัดครรภ์ ส่วนใหญ่เป็น benign และมักตรวจพบได้ในไตรมาสแรก อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมาฝากครรภ์ช้า ก้อนโตไม่มาก หรือไม่ได้รับการตรวจภายใน ก็ทำให้การวินิจฉัยได้ช้า และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนได้มาก และอาจวินิจฉัยได้เมื่อผ่าตัดผู้ป่วยนั่นเอง การฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ร่วมกับการตรวจร่างกายจะทำให้วินิจฉัยโรคได้เร็ว ทำให้วางแผนการรักษาได้ ลดภาวะแทรกซ้อน และหากเป็นเนื้อร้ายจะสามารถให้การรักษาได้ แต่เริ่มแรก ซึ่งจะทำให้การพยากรณ์โรค

ของผู้ป่วยดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Ballard CA. Ovarian tumors associated with pregnancy termination patients. Am J Obstet Gynecol 1984 ; 149 : 384-7.
2. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hinkins GDV, et al. Editors. Williams obstetrics. 21th ed. Stamford : Appleton & Lange, 2001 : 1281-96.
3. Struyk APH, Treffers PE. Ovarian tumor in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 1984 ; 63 : 421-4.
4. Bakri YN, Bakhshwain M, Hugosson C. Massive theca-lutein cysts, virilization, and hypothyroidism associated with normal pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 1994; 73 : 153-55.
5. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hinkins GDV, et al, editors. Williams obstetrics. 21th ed. Stamford : Appleton & Lange, 2001: 635-55.
6. Grendys EC Jr, Barnes WA. Ovarian cancer in pregnancy. Surg Clin North Am 1995; 75 : 1-14.
7. Kier R. McCarthy SM, Scoutt LM, Viscarello RR, Schwartz PE. Pelvic masses in pregnancy : MR imaging. Radiology 1990; 176 : 709-13.
8. Gelber ND, Hall-Craggs MA. Benign cystic ovarian teratoma : MR Diagnosis in pregnancy. Australas Radiol 1993; 37 : 126-7.
9. Platek DN, Henderson CE, Goldberg GL. The management of a persistent adnexal mass in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1995 ; 173 : 1236-40.
10. Guerrieri JP, Thomas RL. Open laparoscopy for an adnexal mass in pregnancy : A case report. J Reprod Med 1994; 39 : 129-30.

11. Shyken JM, Petrie RH. Oxytocin to induce labor. Clin Obstet Gynecol 1995; 38 : 232-45.
12. Katz VL, Watson WJ, Hansen WF, Washington JL. Massive ovarian tumor complicating pregnancy : A case report. J Reprod Med 1993 ; 38 : 907-10.
13. Clement PB. Tumor-like lesions of Ovary associated with pregnancy. Int J Gynecol Pathol 1993; 12 : 108-15.
14. Joshi R, Dunaif A. Ovarian disorders of pregnancy. Endocrinol Metab Clin North Am 1995; 24 : 153-69.