

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

รายงานผู้ป่วย Placenta Percreta และแทรกทะลุผนัง กระเพาะปัสสาวะ

A Case Report of Placenta Percreta with Bladder Invasion

สายพิน ศิลางาม พ.บ.
กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม
โรงพยาบาลราชบุรี

Saipin Sila-ngam M.D.
Department of Obstetrics and Gynecology
Ratchburi Hospital

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยหญิงอายุ 34 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ มีอาการปัสสาวะเป็นเลือดสีแดงสดและปัสสาวะไม่ออกเนื่องจากลิ่มเลือดอุดตัน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดตั้งแต่อายุครรภ์ประมาณ 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง สงสัยว่ามีภาวะ placenta percreta และทะลุเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยและสามีได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วยตัดสินใจรับการผ่าตัด จึงได้ทำผ่าตัดโดยผ่านมดลูกเอาหารกออก (hysterotomy) ล้วงรกออก แล้วตัดมดลูกออกเกือบทั้งหมด (subtotal hysterectomy) พร้อมรังไข่และปีกมดลูกข้างซ้าย และผ่าเปิดกระเพาะปัสสาวะ ระหว่างผ่าตัดพบว่รกเกาะที่บริเวณด้านหน้าส่วนล่างของมดลูกและแทรกทะลุเข้าไปในผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ ได้ล้วงเอาลิ่มเลือดในกระเพาะปัสสาวะออกแล้วใช้ไฟฟ้าจี้ห้ามเลือดและเย็บซ่อมผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ หลังผ่าตัดผู้ป่วยหายเป็นปกติดีและกลับบ้านหลังผ่าตัด 7 วัน และนัดตรวจติดตามจนระดับ β -hCG ในเลือดเป็นปกติ

ABSTRACT

A 34 year - old G2P1 woman, 20 weeks gestation presented with massive gross hematuria and anuria due to blood clot obstruction. She had gross hematuria since 12 weeks gestation. Placenta percreta with bladder invasion was suspected by ultrasounography. The patient and her husband were counseling about her disease and plan of management. They decided to perform an operation. Hysterotomy, placental removal and subtotal hysterectomy with left salpingo-oophorectomy and bladder exploration were performed. Operative finding revealed placenta implanted at anterior lower uterine segment and invaded through posterior wall of bladder. Stop bleeding at bladder wall was done by electrocautery and sutured posterior bladder wall. She got well after operation without any complications. She was discharged on 7th day after operation and then followed up until serum β -hCG turn to normal level.

Key word : placenta percreta, hematuria

บทนำ

placenta percreta เป็นภาวะที่พบไม่บ่อย แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้นได้เนื่องจากอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น เนื่องจากการผ่าตัดคลอดเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของ placenta percreta และภาวะ placenta percreta ที่รกแทรกลึกเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะยิ่งพบได้น้อย แต่มีความสำคัญเนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายจากการเสียเลือดมาก มดลูกทะลุ¹⁻⁴ หรือจากการติดเชื้อ สาเหตุมักเกิดจากมีความผิดปกติของ decidual formation ทำให้ chorionic villi แทรกเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อมดลูกและอาจทะลุออกนอกมดลูก มักสัมพันธ์กับการที่รกฝังตัวที่บริเวณส่วนล่างของมดลูกบริเวณแผลผ่าตัดคลอดเดิม^{2,5-8} แผลผ่าตัดอื่นที่มดลูก หรือเคยหูดมดลูก^{4,6,9,10} ลักษณะทางคลินิก ผู้ป่วยมักมีปัญหาคอเล็ดก่อนคลอด สำหรับในรายที่เป็น placenta percreta และแทรกทะลุเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะนั้นพบน้อยมาก มักมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ตกเลือดมาก อาจมีอาการตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์² ผู้ป่วยมักมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด^{4,5,10,11} การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและ magnetic resonance imaging (MRI) อาจช่วยในการยืนยันการวินิจฉัย^{4,5} แต่มีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการปัสสาวะเป็นเลือดแต่เมื่อส่องกล้องตรวจทางกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy) และตรวจทางรังสีวินิจฉัยไม่พบความผิดปกติในการที่มีเลือดออกครั้งแรก แต่ต่อมาพบว่าผู้ป่วยมีอาการตกเลือดซ้ำอีก^{4,11} การรักษาผู้ป่วย placenta percreta และมีเลือดออกมาก ส่วนใหญ่คือการตัดมดลูก^{5,6,8,12} ส่วนบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะที่รกฝังลึกทะลุเข้าไปมักต้องเย็บห้ามเลือด^{5,11} หรือตัดกระเพาะปัสสาวะออกบางส่วน (partial cystectomy)^{4,10}

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 34 ปี อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนาเดิม อ. เมือง จ. ประจวบคีรีขันธ์
รับไว้ในโรงพยาบาลราชบุรีวันที่ 21 กรกฎาคม

2546

ทำผ่าตัดวันที่ 21 กรกฎาคม 2546

จำหน่ายวันที่ 28 กรกฎาคม 2546

อาการสำคัญ

ปัสสาวะเป็นเลือดประมาณ 19 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน

ผู้ป่วยตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่คลินิก

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล (ขณะอายุครรภ์ประมาณ 12 สัปดาห์) ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด บางครั้งเป็นสีแดงจางบางครั้งเป็นสีแดงเข้ม เป็นเกือบทุกวัน ไปตรวจที่คลินิกแพทย์ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง บอกว่าปกติยกเว้นมีรกเกาะต่ำ ผู้ป่วยยังคงปัสสาวะเป็นเลือดตลอด และยังไม่ฝากครรภ์ที่คลินิกตามนัด

19 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปัสสาวะเป็นสีแดงเข้มมาก จึงไปตรวจที่คลินิก แพทย์ให้ไปนอนพักในโรงพยาบาล ต่อมาผู้ป่วยเริ่มปัสสาวะไม่ออกแพทย์ได้ใส่สายสวนปัสสาวะให้ ต่อมาไม่กี่วันเลือดอุดตันที่ปลายสายสวนปัสสาวะทำให้ปัสสาวะไม่ออกทางสายสวนปัสสาวะ ต้องสวนล้าง (irrigate) สายสวนปัสสาวะหลายครั้ง แพทย์จึงส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี

ประวัติการตั้งครรภ์

G₂P₁ last 11 เดือน คลอดโดยการผ่าตัดคลอด LMP 28 กุมภาพันธ์ 2546 อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ กำหนดคลอด 7 ธันวาคม 2546

การตรวจร่างกายแรกรับ

Vital signs : T 37.5 °C PR 96/min

BP 120/80 mmHg RR 22/min

General appearance : good conscious, restless, sweating, moderately pale

HEENT : pale conjunctiva, no jaundice

Chest & lungs : normal breath sound

Heart : normal S₁ S₂, no murmur

Abdomen : soft, fundal height at umbilical level, mild tender at suprapubic area,

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hb 9.1 gm% Hct 27 %

WBC 15,200 cell/mm³

Platelets 381,000 cell/mm³

PMN 80%, L 20%

BUN : 9 mg/dl Creatinine : 0.8 mg/dl

Electrolytes : Na 136 mMol/L

K 3.7 mMol/L

Cl 110 mMol/L

CO₂ 18 mMol/L

Coagulogram : PT 11.9 seconds

TT 20 seconds

PTT 34.5 seconds

INR 1.02

Ultrasound : single fetus, biparietal diameter consistent with 20 weeks of gestation, active fetal heart beat, placenta implanted at lower uterine segment nearby bladder wall.

การวินิจฉัยเบื้องต้น

Placenta percreta with bladder invasion

การดูแลรักษา

การดูแลเบื้องต้นและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

- รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ให้งดอาหารและน้ำดื่ม
- ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น Acetar อัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

- เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและจาง whole blood 4 units
- บันทึกความดันโลหิตและชีพจรทุก 1 ชั่วโมง
- คาสายสวนปัสสาวะต่อ
- ปรีกษาศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อร่วมให้การดูแลผู้ป่วย

การรับความรู้สึ

General anesthesia with endotracheal intubation

การผ่าตัด

1. Hysterotomy with subtotal hysterectomy with left salpingo-oophorectomy
2. Opened bladder with blood clot removal and electrocautery for bleeding stopping

ถึงตรวจพบขณะผ่าตัด

- มดลูกขนาดประมาณอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ รกเกาะที่ด้านหน้าส่วนล่างของมดลูกบริเวณรอยผ่าตัดคลอดเดิม รกคลุมปากมดลูกด้านในทั้งหมด
- รกเกาะแน่นและแทรกลึกเข้าไปในผนังมดลูก และแทรกเข้าไปถึงผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะหลังผ่าตัดเปิดกระเพาะปัสสาวะเข้าไป พบจุดเลือดออกที่บริเวณผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะจากปลายหลอดเลือด เลือดไหลพุ่งตลอดเวลา
- มีก้อนเลือดอยู่ภายในกระเพาะปัสสาวะ ประมาณ 500 มิลลิลิตร
- รังไข่และปีกมดลูกทั้งสองข้างปกติ
- ระหว่างผ่าตัด มีการฉีกขาดและมีเลือดออกเข้าไปใน infundibulopelvic ligament ข้างซ้าย จึงตัดรังไข่และปีกมดลูกข้างซ้ายออกด้วย
- ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 450 กรัม ไม่มีสัญญาณชีพ

วิธีผ่าตัด

- ผ่าตัดเข้าสู่ช่องท้อง โดยลงแผลผ่าตัดแบบ low midline incision จนเข้าสู่ช่องท้อง
- ผ่าเปิดมดลูกเอาทารกออกโดยลงแผลผ่าตัดแนวขวางที่บริเวณส่วนล่างด้านหน้าของมดลูก
- พยายามล้วงเอารกออก แต่พบว่ารกบางส่วนที่เกาะบริเวณแผลผ่าตัดคลอดครั้งก่อนเกาะแน่นและแทรกลึกเข้าไปในผนังมดลูกและแทรกเข้าไปในผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ ไม่สามารถเอารกออกได้หมดระหว่างผ่าตัดมีเลือดออกที่บริเวณรกเกาะตลอดไม่สามารถเย็บห้ามเลือดได้ จนผู้ป่วยเสียเลือดมาก จึงตัดสินใจทำ subtotal hysterectomy และในระหว่างผ่าตัดมีการฉีกขาดและมีเลือดออกเข้าไปใน left infundibulopelvic ligament จึงตัดรั้งไขและปีกมดลูกข้างซ้ายออกด้วย
- หลังตัดมดลูกออกแล้วศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะได้ผ่าตัดเปิดกระเพาะปัสสาวะที่บริเวณด้านหน้าล้วงเอาก้อนเลือดในกระเพาะปัสสาวะออก ตรวจพบจุดเลือดออกจากปลายหลอดเลือดที่บริเวณผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะมีเลือดพุ่งออกมาตลอดเวลา จึงใช้ไฟฟ้าจี้ห้ามเลือดและสามารถห้ามเลือดได้ แล้วจึงเย็บปิดผนังกระเพาะปัสสาวะที่ฉีกชั้น และเย็บซ่อมผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ
- ตรวจดูจุดเลือดออกและห้ามเลือด แล้วดูดและซับเลือดออก เย็บปิดหน้าท้องตามลำดับชั้น
- ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัดรวมเลือดในกระเพาะปัสสาวะประมาณ 5,100 มิลลิลิตร
- ระหว่างผ่าตัดให้เลือดเป็น whole blood 7 units, fresh frozen plasma 4 units
- การผ่าตัดใช้เวลา 2 ชั่วโมง 50 นาที

ผลตรวจทางพยาธิวิทยา

Gross description :

A specimen of uterus with left adnexa. The uterus measured 10 x 9 x 7 cm in size. It was

edematous, with present of brown irregular tissue protruded through the uterine serosal surface at anterior lower uterine segment. The myometrium was 2.5 cm thick. The left ovary measured 3 x 2.5 x 2 cm in size. The cut surface was unremarkable. The left fallopian tube was 6.5 cm long, 0.7 cm in diameter. Many brown tissue pieces, 10 x 10 x 2 cm in aggregate. The cut surface was brown.

Microscopic description :

Trophoblastic villi penetrated the full thickness of the uterine wall.

Diagnosis :

- Placenta percreta
- Left ovary : unremarkable.
- Left fallopian tube : no specific change.

ระยะหลังผ่าตัด

ภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 7 หลังผ่าตัด

นัดตรวจติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ 1, 2 และ 3 เดือนตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยปกติดี ตรวจระดับ β -hCG ในเลือด ส่งกล้องตรวจดูกระเพาะปัสสาวะและตรวจปัสสาวะผลปกติ ไม่มีเม็ดเลือดแดงปนในปัสสาวะ

วิจารณ์

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 34 ปี มีบุตรแล้ว 1 คน คลอดโดยการผ่าตัดเมื่อ 11 เดือนก่อนตั้งครรถ์ครั้งนี้ ขณะตั้งครรถ์ประมาณ 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด มีอาการมาตลอดบางครั้งเลือดออกมากบางครั้งออกน้อย ได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงยังไม่พบความผิดปกตินอกจากพบว่ารกเกาะอยู่ส่วนล่างของมดลูก ซึ่งจากรายงานผู้ป่วยที่มีตีพิมพ์ก็พบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดแต่เมื่อส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะก็ยังไม่สามารถวินิจฉัยภาวะ placenta

percreta with bladder invasion ได้^{4,11} จนกระทั่งผู้ป่วย อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ผู้ป่วยบัสสาวะเป็นเลือดสดและ บัสสาวะไม่ออกเนื่องจากมีลิ่มเลือดอุดตัน จากการตรวจ ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่ารกเกาะด้านหน้าส่วนล่าง ของมดลูก และคลุมปากมดลูกทั้งหมด บริเวณที่รกเกาะ อยู่ชิดกับผนังของกระเพาะปัสสาวะมาก ตรวจร่างกาย แรกได้รับสัญญาณชีพปกติ แต่ผู้ป่วยมีภาวะซีดปานกลาง พบว่าบัสสาวะเป็นเลือดสด กดเจ็บเล็กน้อยบริเวณเหนือ หัวหน้า ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

จากข้อมูลว่าผู้ป่วยมีประวัติการผ่าตัดคลอดในครั้ง ก่อน มีอาการบัสสาวะเป็นเลือด ร่วมกับการตรวจร่างกาย และการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงจึงคิดว่าน่าจะเป็น placenta percreta และแทรกซึมเข้าไปในผนังกระเพาะ ปัสสาวะ เนื่องจากเลือดที่ออกมีปริมาณมากและให้คํา แนะนำผู้ป่วยแล้ว จึงตัดสินใจให้การรักษาด้วยการผ่าตัด ขณะผ่าตัดได้ผ่ามดลูกเอาทารกออกก่อนและพบว่าทารก เสียชีวิตแล้วซึ่งน่าจะเป็นจากการที่มารดาเสียเลือดมาก จากนั้นตรวจดูบริเวณที่รกเกาะ พบว่ารกฝังแน่นที่บริเวณ รอยแผลผ่าตัดคลอดครั้งก่อนเหมือนกับรายงานผู้ป่วย ส่วนใหญ่^{2,5-8} และรกแทรกซึมเข้าไปในผนังด้านหลังของ กระเพาะปัสสาวะและไม่สามารถเย็บห้ามเลือดบริเวณที่ รกฝังแน่นที่ผนังมดลูกได้ จึงทำ subtotal hysterectomy แล้วจึงให้ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะผ่าตัดเปิดเข้า ไปในกระเพาะปัสสาวะ พบจุดเลือดออกบริเวณผนังด้าน หลังของกระเพาะปัสสาวะ เป็นจุดที่เลือดพุ่งจากปลาย หลอดเลือดออกมาตลอดเวลา แต่หลังจากใช้ไฟฟ้าจี้ก็ สามารถห้ามเลือดจนหยุดได้

ผู้ป่วยรายนี้ มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน ซึ่ง พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของ placenta percreta ผู้ป่วยเริ่มมีอาการบัสสาวะเป็นเลือดตั้งแต่อายุครรภ์เพียง 12 สัปดาห์ซึ่งค่อนข้างเร็ว แต่ในระยะแรกนั้นยังวินิจฉัย ภาวะดังกล่าวไม่ได้ จนกระทั่งเลือดออกมากขึ้นขณะอายุ ครรภ์ประมาณ 20 สัปดาห์ จนเกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตัน ทำให้บัสสาวะไม่ออกแม้จะคาสายสวนปัสสาวะก็ยังคงเกิด

ลิ่มเลือดอุดตันที่ปลายสายสวนปัสสาวะเนื่องจากเลือดที่ ออกมีปริมาณมาก ทำให้บัสสาวะไม่ออกจนต้อง irrigate bladder หลายครั้ง จากการผ่าตัดก็พบว่ารกเกาะที่บริเวณ รอยแผลผ่าตัดคลอดเดิม และแทรกซึมเข้าไปในผนังมดลูก และทะลุเข้าไปถึงผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะและ มีจุดเลือดพุ่งออกมาตลอดเวลา ทำให้เลือดออกมากใน กระเพาะปัสสาวะ จึงรักษาด้วยการผ่าตัดในผู้ป่วยรายนี้ เมื่อพยายามเอารกออกพบว่าบริเวณที่รกแทรกซึมนั้นติด แน่น เมื่อเอารกออกแล้วไม่สามารถเย็บห้ามเลือดได้ จึง ต้องตัดมดลูกออก แต่เนื่องจากบริเวณส่วนล่างของมดลูก ตรงส่วนที่รกแทรกซึมค่อนข้างยุ่งยากและเลือดไหลตลอด เวลา จึงทำเพียง subtotal hysterectomy ในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อลดระยะเวลาในการผ่าตัดและลดปริมาณเลือดที่ต้อง เสียระหว่างผ่าตัด ซึ่งจากรายงานผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยส่วน ใหญ่ที่มีภาวะ placenta percreta และมีปัญหาตกเลือด มากมักต้องรักษาโดยการตัดมดลูก^{5,6,8,12} ส่วนบริเวณจุด เลือดออกที่กระเพาะปัสสาวะนั้นในรายงานผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักต้องเย็บกระเพาะปัสสาวะ^{5,11} หรือตัดกระเพาะปัสสาวะ ออกบางส่วน^{4,10} แต่ในผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากจุดที่เลือด ออกพุ่งออกจากปลายหลอดเลือด และเมื่อใช้ไฟฟ้าจี้ก็ สามารถห้ามเลือดให้หยุดได้ จึงไม่ได้เย็บห้ามเลือดหรือ ตัดกระเพาะปัสสาวะออกบางส่วน

สรุป

ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน จาก placenta percreta และรกแทรกซึมที่บริเวณแผล ผ่าตัดคลอดเดิมและทะลุเข้าไปในผนังด้านหลังของกระเพาะ ปัสสาวะ ทำให้มีเลือดออกในกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งปัจจุบัน อาจพบมากขึ้น เนื่องจากอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น โรคนี้มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมี ปัญหาตกเลือดมากและอาจมีภาวะแทรกซ้อนระหว่าง ผ่าตัดจากการเสียเลือดมาก อาจถึงเสียชีวิตได้ หรือทำให้ ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้เนื่องจากมักต้องรักษาด้วยการ ตัดมดลูกถ้าเลือดออกมาก การอาศัยประวัติที่มีความเสี่ยง

ต่อการเกิดภาวะ placenta percreta เช่น ประวัติเคย
ผ่าตัดคลอดบุตร ประวัติเคยผ่าตัดบริเวณมดลูก หรือเคย
หูดมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาปัสสาวะเป็นเลือดจึงมี
ความสำคัญในการวินิจฉัยโรค และการตรวจด้วยคลื่น
เสียงความถี่สูงหรือ MRI อาจช่วยยืนยันการวินิจฉัยก่อนผ่า
ตัดได้ การตัดมดลูกเป็นการรักษาในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ตก
เลือดมาก

เอกสารอ้างอิง

1. Baloul SM, Al-Sayali AR, Basha AM, Gangoo NJ. Placenta percreta with painless uterine rupture at the 2nd trimester. Saudi Med J 2002 ; 23(7) : 857-9.
2. Liang HS, Jeng CJ, Sheen TC, Lee FK, Yang YC, Tzeng CR. First trimester uterine rupture from a placenta percreta. A case report. J Reprod Med 2003 ; 48(6) : 474-8.
3. Nagy PS. Spontaneous rupture of the uterus caused by placenta percreta at 28 weeks of twin pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003; 111(2) : 207-9.
4. Washecka R, Behling A. Urologic complications of placenta percreta invading the urinary bladder : a case report and review of the literature. Hawaii Med J 2002 ; 61(4) : 66-9.
5. Abbas F, Talati J, Wasti S, Akram S, Ghaffar S, Qureshi R. Placenta percreta with bladder invasion as a cause of life threatening hemorrhage. J Urol 2000 ; 164(4) : 1270-4.
6. Al-Ojaimi EH, Subramaniam BV. Placenta percreta with urinary bladder involvement. Saudi Med J 2004 ; 25(4) : 518-21.
7. J Coll. Placenta percreta causing acute abdomen in the second trimester of pregnancy. Physicians Surg Pak 2004 ; 14(4) : 244-6.
8. Breen JL, Neubecker R, Gregori CA, Franklin JE Jr. Placenta accreta, increta and percreta. A survey of 40 cases. Obstet Gynecol. 1977 ; 49(1) : 43-7.
9. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams obstetrics 21st ed. McGRAW-Hill Companies, 2001 ; 619-70.
10. Aho AJ, Pulkkinen MO, Vaha-Eskeli K. Acute urinary bladder tamponade with hypovolemic shock due to placenta percreta with bladder invasion. Case report. Scand J Urol Nephrol. 1985 ; 19(2) : 157-9.
11. Kotwal SV, Srinath N, Sood R, Behra RC. Placenta percreta invading the bladder causing exsanguinating hemorrhage. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 1999 ; 10(4) : 260-1.
12. Hopker M, Fleckenstein G, Heyl W, Sattler B, Emons G. Placenta percreta in week 10 of pregnancy with consecutive hysterotomy : case report. Hum Reprod 2002 ; 17(3) : 817-20.

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

รายงานผู้ป่วย Testicular Feminization

A Case of Testicular Feminization

สุภาพร อิมเจริญ พ.บ.
กลุ่มงานสูติ- นรีเวชกรรม
โรงพยาบาลโพธาราม

Suphaphon Emchareon
Department of Obstetrics and Gynecology
Photharam Hospital, Ratchaburi, Thailand

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยหญิง อายุ 16 ปี ไม่เคยมีประจำเดือน มาโรงพยาบาลเนื่องจากมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังจากมีเพศสัมพันธ์ ตรวจภายในพบอวัยวะเพศภายนอกเป็นหญิง มีขนขึ้นเล็กน้อย โครโมโซม 46 XY ช่องคลอดเป็นถุงตัน ไม่มีมดลูก การตรวจอัลตราซาวด์ และ CT scan ไม่พบมดลูก มีช่องคลอด และก้อนรูปไข่อยู่มุมบนซ้ายเหนือกระเพาะปัสสาวะ บริเวณ inguinal ได้รับการผ่าตัดนำ testis, epididymis และ spermatic cord ออกไป

ABSTRACTS

A case of testicular regression syndrome was reported. The 16 year-old girl presented with postcoital vaginal bleeding with primary amenorrhea. Physical examination revealed normal female external genitalia and underdeveloped secondary sexual characteristics. Her karyotype was 46 XY, vaginal pouch and no uterus. Ultrasound and CT were enhancing revealed absent uterus, vagina was noted and an oval hypo-echoic structure supero-lateral to bladder, at left inguinal region. Testis, remnants of epididymis and spermatic cord were removed by exploratory laparotomy.

บทนำ

Testicular feminization จัดเป็น male pseudo-hermaphrodite ที่มี chromosome XY อวัยวะเพศภายนอกเป็นหญิง ไม่มีมดลูก ช่องคลอดตัน ไม่มีขน ไม่มีระดู มีอวัยวะ จากการที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อ androgen (androgen insensitivity syndrome or androgen resistance)¹⁻³ ซึ่งเป็นความผิดปกติของ gene mutation บน chromosome X ทำให้ end organ ไม่ตอบสนอง

ต่อ androgen ดังนั้นผู้ป่วยจะมีลักษณะภายนอกเป็นหญิง แต่มี chromosome XY²⁻⁵ และมักมาพบแพทย์ด้วยอาการ ไม่มีประจำเดือน สิ่งสำคัญคืออวัยวะที่เป็นตัวสร้างฮอร์โมนในวัยเจริญพันธุ์ สามารถกลายเป็นมะเร็งได้ ร้อยละ 5⁶⁻⁸ ที่พบบ่อยคือมะเร็งชนิด Gonadoblastoma

รายงานผู้ป่วย

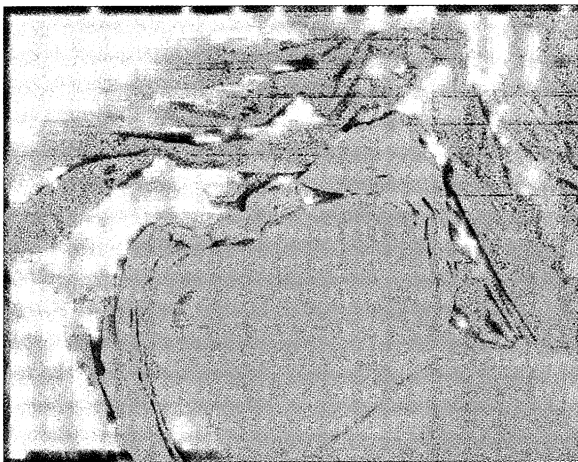
ผู้ป่วยหญิงอายุ 16 ปี ไม่เคยมีประจำเดือน มา

โรงพยาบาลด้วยอาการมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังจากมีเพศสัมพันธ์ ตรวจร่างกายภายนอกเป็นหญิง รูปร่างสมส่วน ลักษณะเพศขั้นที่สองไม่สมบูรณ์ มีขนบริเวณรักแร้ และหัวหน่าวเพียงเล็กน้อย เต้านมโต ลานหვნมซีด หัวนมเล็ก (รูปที่ 1) ตรวจภายใน ลักษณะอวัยวะเพศภายนอกเป็นผู้หญิง ช่องคลอดมีความยาว 6 เซนติเมตร เส้นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร ไม่พบปากมดลูก หรือมดลูก มีเลือดออกจากรอยแผลฉีกขาดในช่องคลอด 2

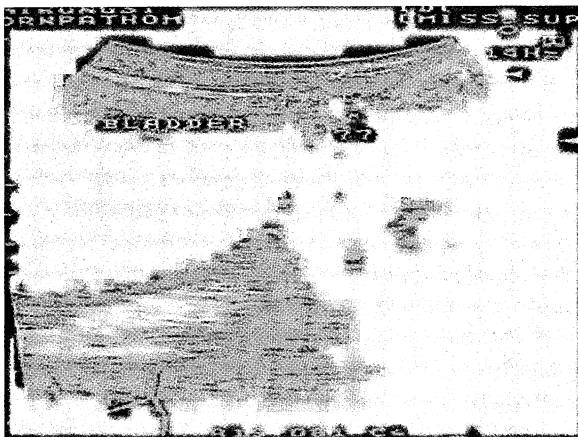
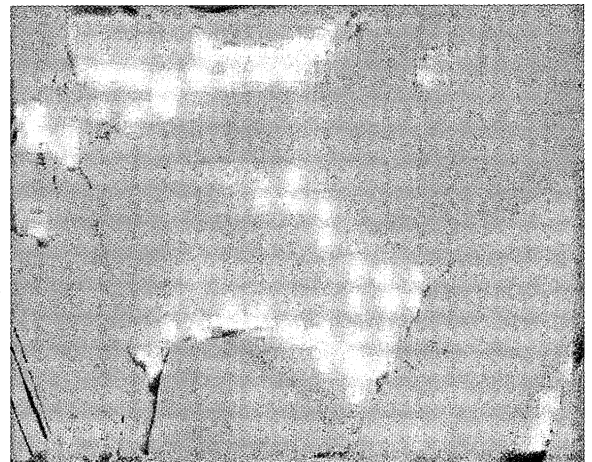
แผล ขนาด 1.5 x 0.2 x 0.2 เซนติเมตร และ 2.0 x 2.0 x 0.3 เซนติเมตร

ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound : lower abdomen)

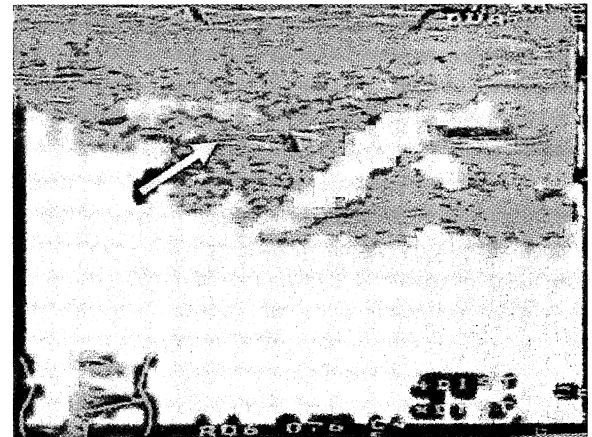
Bladder was normal. Vaginal was noted and absent uterus. No testicular structure was seen at right inguinal area, pelvic cavity or aorto-iliac region.



รูปที่ 1 แสดงลักษณะเต้านม ลานหვნมและบริเวณรักแร้ที่ไม่มีขนขึ้น



รูปที่ 2 และ 3 แสดงตำแหน่งของก้อนที่อยู่เหนือกระเพาะปัสสาวะมุมบนซ้ายและภาพขยายขนาดของก้อนดังกล่าว (ลูกศรชี้)



An oval hypoechoic structure 1.3 x 2.2 cm was noted in left lower quadrant, supero-lateral to bladder (รูปที่ 2, 3)

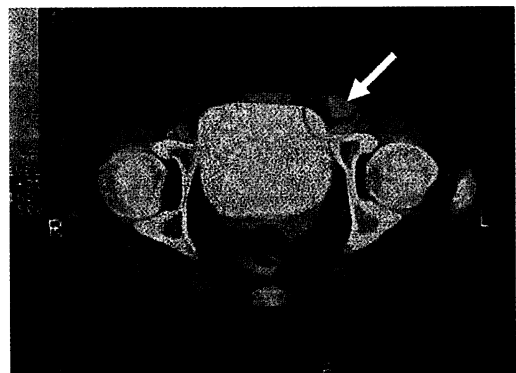
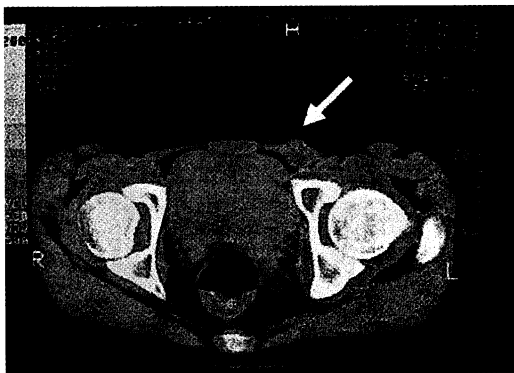
ผลการตรวจด้วย CT whole abdomen ;

The study reveals normal attenuation of liver and spleen. No space occupying lesion was noted. No dilatation of intrahepatic duct was seen. Gall bladder had normally distended, containing no gall-stone. Both kidneys, spleen and pancreases were also normal. Urinary bladder was normal. The uterus was not seen. There was enhancing nodule at left

inguinal region, about 1 x 1.5 cm in size. No ascites was detected. (รูปที่ 4, 5)

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจโครโมโซมพบว่าเป็น 46 XY ระดับของฮอร์โมนเพศชาย สูงกว่าปกติเพียงเล็กน้อย หลังจากนั้นได้อธิบายแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งระยะแรกต้องรักษาผลดึกขาดในช่องคลอดจากการร่วมเพศ โดยการเย็บซ่อมแซมแผลดังกล่าว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการผ่าตัดก่อนบริเวณเชิงกรานออก หลังจากผู้ป่วยมีพัฒนาการทางเพศขั้นที่สองสมบูรณ์แล้ว

จากการผ่าตัดก่อนบริเวณเชิงกรานด้านซ้าย พบอวัยวะ Spermatic cord และ epididymis (รูปที่ 6, 7)



รูปที่ 4, 5 แสดงผลการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แสดงตำแหน่งของก้อนบริเวณเชิงกรานซ้าย



รูปที่ 6



รูปที่ 7

ส่งตรวจพยาธิสภาพของชิ้นเนื้อ ได้ผลดังนี้

Pathological Diagnosis :

Gross Description; the specimen consists of a testis, attached epididymis and spermatic cord, together weighing 20 gm. The testis was measures 2.7 x 2 x 1.5 cm. The tunica albuginosa was gray white and glistening. The cut surface was unremarkable. The spermatic cord measures 2.5 cm in length and 0.5 cm in diameter at resected margin.

Microscopic Finding; section revealed the testis, consisting of unremarkable seminiferous tubules. The unremarkable epididymis and rete testis were presented

วิจารณ์

ผู้ป่วยหญิงอายุ 16 ปีไม่เคยมีประจำเดือน มาพบแพทย์เนื่องจากมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังมีเพศสัมพันธ์ ตรวจร่างกายมีรูปร่างและอวัยวะเพศภายนอกเป็นหญิง ขนบริเวณรักแร้ และหัวหน่าว มีเพียงเล็กน้อย clitoris มีขนาดเล็ก ช่องคลอดเป็นถุงตัน ไม่พบมดลูก และปากมดลูก ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และ CT ได้ผลเช่นเดียวกัน พบก้อนรูปไข่ บริเวณขาหนีบด้านซ้าย

การวินิจฉัยแยกโรคในภาวะดังกล่าวที่พบได้บ่อยคือ Mullerian agenesis และ Testicular feminization ซึ่งเป็นสาเหตุของการไม่มีระดูในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่พบได้บ่อย^{1,2} ส่วนภาวะ Mullerian agenesis นั้นจะมีโครโมโซมเป็น XX ไม่มีประจำเดือน ตรวจไม่พบช่องคลอด หรือมดลูก เนื่องจากไม่มีพัฒนาการของ Mullerian duct กลายเป็นอวัยวะเพศส่วนล่าง^{1,2} ซึ่งแตกต่างจาก Testicular feminization ที่มีโครโมโซม XY แต่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนแอนโดรเจน ดังนั้นขณะที่เป็นทารกในครรภ์จึงไม่สามารถพัฒนา urogenital sinus ไปเป็นรูเพศได้¹⁻³ เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ นอกจากนั้น ยังมีลักษณะทาง

คลินิกที่ช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ ลักษณะภายนอกเป็นหญิง ไม่มีขนตามร่างกาย ไม่เคยมีประจำเดือน ไม่มีมดลูก และมักตรวจพบว่ามี inguinal hernia จากอวัยวะเคลื่อนลงมาตาม inguinal canal การพัฒนาการของอวัยวะอื่น ๆ มักอยู่ในเกณฑ์ปกติ⁴⁻⁶

เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ ที่ตรวจไม่พบขนบริเวณรักแร้ ส่วนหัวหน่าวมีขนขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ไม่พบมดลูก สิ่งสำคัญในการวินิจฉัย คือการตรวจพบโครโมโซมเป็น XY ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องตรวจหาตำแหน่งของอวัยวะ เนื่องจากมีรายงานการเกิดมะเร็งได้ร้อยละ 5^{2,6-8} โดยเฉพาะการเกิด gonadoblastoma ดังนั้นการตรวจหาตำแหน่งของอวัยวะจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการผ่าตัด การตรวจหาอวัยวะมีหลายวิธี เช่นการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง CT scan⁹ หรือ MRI¹⁰ ในรายนี้ได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และ CT whole abdomen พบลูกอวัยวะบริเวณขาหนีบด้านซ้าย (รูปที่ 2-5) ผลการผ่าตัดพบลูกอวัยวะ spermatic cord และ epididymis ซึ่งเป็นอวัยวะของบุรุษเพศ (รูปที่ 6, 7) ซึ่งในรายนี้มีการพัฒนาการทางเพศชั้นที่ 2 สมบูรณ์แล้ว จึงพิจารณาผ่าตัดเอาต่อมเพศออกไปเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งในอนาคต^{11,12}

การตรวจทางช่องคลอดเป็นแง่ลึกพอสมควร และมีบาดแผลฉีกขาดเนื่องจากมีการร่วมเพศที่รุนแรง ทำให้มีการฉีกขาดของช่องคลอดได้ ในรายนี้ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมช่องคลอดที่ฉีกขาด¹³ ผู้ป่วย Testicular feminization บางรายที่มีลักษณะช่องคลอดเป็นแ่งตื้นมาก หรือไม่มีช่องคลอดเลยต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไข¹⁴ ในบางรายอาจแก้ไขด้วยการถ่ายขยายช่องคลอด โดยวิธีของ Frank^{2,14} แต่ในรายนี้ เคยมีการร่วมเพศมาก่อนหน้านี้หลายครั้ง และการประเมินขนาดของช่องคลอดมีความลึกเพียงพอ แต่เมื่อมีการร่วมเพศที่รุนแรงอาจมีการฉีกขาดได้ เช่นเดียวกับสตรีทั่วไป ดังนั้นจึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และช่วยการรักษาโดยการถ่ายขยายช่องคลอดด้วยวิธีธรรมชาติ หลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยรับการ

รักษาด้วยฮอร์โมนพรีมาริน² โดยตลอดและไม่พบอาการแทรกซ้อนอื่น

สรุป

ผู้ป่วยหญิงที่ไม่มีประจำเดือน มีพัฒนาการทางเพศชั้นที่สอง ไม่สมบุรณ์ ไม่มีมดลูก มีเพียงช่องคลอดเป็นถุงตัน และมีโครโมโซมเป็น XY เป็นภาวะที่พบได้น้อยแต่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการพิจารณาผ่าตัดนำอวัยวะออก ในช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกาย มีพัฒนาการทางเพศชั้นที่สองได้อย่างสมบูรณ์ ป้องกันการเกิดมะเร็งในอนาคต ในรายที่ช่องคลอดตันมากจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไข แต่ในบางรายสามารถใช้การถ่วงขยายช่องคลอดก็เพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Gant NF, Levono KJ, Gilstrap LCIII, Hauth JC, et al. Williams obstetrics. 21st ed. United Stats of America. The McGraw-Hill Companies, 2001 : 159-60.
2. ถีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุรณ์, อภิชาติ โอฟารรัตน์ชัย. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอรรถ) พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร พี.บี. ฟอเรน บ็อคส์ เซนเตอร์ 2539 : 418-20.
3. Morris JM. The syndrome of testicular feminization in male pseudo hermaphrodites. Am J Obstet Gynecol 1953 ; 63(6) : 1192-211.
4. Sultan C, Lumbroso S, Paris F, Jeandel C, Terouanne B, Belon C, et al. Disorders of androgen action. Semin Reprod Med 2002 ; 20(3) : 217-28.
5. Pion RJ, Dignam WJ, Lamb EJ, Moore JG, Frankland MV, Simmer HH. Testicular feminization. Am J Obstet Gynecol 1965 ; 93(8) : 1067-75.
6. Bjersing L, Kjellgren O. Dysgerminomas (seminomas) in genetic males with female phenotype. One case of gonadal dysgenesis and gonadoblastoma and one of testicular feminization. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl 1977 ; 66 : 27-37.
7. McNeill SA, O'Donnell M, Donat R, Lessells A, Hargreave TB. Estrogen secretion from a malignant sex cord stromal tumor in a patient with complete androgen insensitivity. Am J Obstet Gynecol 1997 ; 177 : 1541-2.
8. Hurt WG, Bodurtha JN, McCall JB, Ali MM. Seminoma in pubertal patient with androgen insensitivity syndrome. Am J Obstet Gynecol 1989 ; 161(3) : 530-1.
9. Hales ED, Rosser SB. Computed tomography of testicular feminization. J Comput Assist Tomogr 1984 ; 8(4) : 772-3.
10. Tanaka YO, Mesaki N, Kurosaki Y, Nishida M, Itai Y. Testicular feminization : role of MRI in diagnosing this rare male pseudo hermaphrodites. J Comput Assist Tomogr 1998 ; 22(6) : 884-8.
11. Morris JM, Mahesh VB. Further observations on the syndrome, "testicular feminization" Am J Obstet Gynecol 1963 ; 87(6) : 731-48.
12. Lentz SS, Cappellari JO. Postmenopausal diagnosis of testicular feminization. Am J Obstet Gynecol 1998 ; 179(1) : 268-9.
13. Rock JA, Horowitz IR. Surgical condition of the vagina. In Rock JA, Thompson JD, editors. Te Linde's operative gynecology. 50th ed. New york : Lippincort-Raven Publishers, 1997 : 911-40.
14. Rock JA. Surgery for anomalies of the Mullerian ducts. In Rock JA, Thompson JD, editors. Te Linde's operative gynecology. 50th ed. New york : Lippincort-Raven Publishers, 1997 : 687-730.