

CERVICAL PREGNANCY : A CASE REPORT

ชนพร ปิตาสวัสดิ์

รพ. บ้านโป่ง

ABSTRACT :

Pitasawasdi T. Cervical Pregnancy : A Case Report. (Region 7 Medical Journal 1997 ; 2 : 129-134).

Department of Obstetrics and Gynecology, Banpong Hospital, Ratchaburi, Thailand.

A 48 years old grand-multipara woman bled per vagina for 2 months. Vaginal examination and ultrasonographic study suggested cervical pregnancy. Total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy was done without complication. Gross and microscopic pathological examination confirmed cervical pregnancy.

บทคัดย่อ :

ธนพร ปิตาสวัสดิ์. Cervical Pregnancy : A Case Report. (วารสารแพทย์เขต 7 2540 ; 2 : 129-134).

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว, รพ. บ้านโป่ง, ราชบุรี.

รายงานผู้ป่วยหญิงคู่ อายุ 48 ปี มีอาการเลือดออกทางช่องคลอดนาน 2 เดือน การตรวจภายใน และคลื่นเสียงความถี่สูง สงสัยว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ปากมดลูก ได้ทำการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกทั้ง 2 ข้าง การตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันการตั้งครรภ์ที่ปากมดลูก ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จากการผ่าตัด.

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิง สัญชาติกระเหรี่ยง อายุ 48 ปี ย้ายจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเนื่องจากถูกส่งตัวเข้ากรุงเทพมหานคร ด้วยสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก

ประวัติ ผู้ป่วยมีบุตรมาแล้ว 6 คน คนสุดท้ายอายุ 7 ปี ระบุเริ่มไม่สม่ำเสมอ มีปัญหาเลือดออกทางช่องคลอด มา 2 เดือน ได้เลือดทดแทนแล้ว 2 หน่วย จากโรงพยาบาลเดิม

ตรวจอาการแรกรับ

ผู้ป่วยซีด

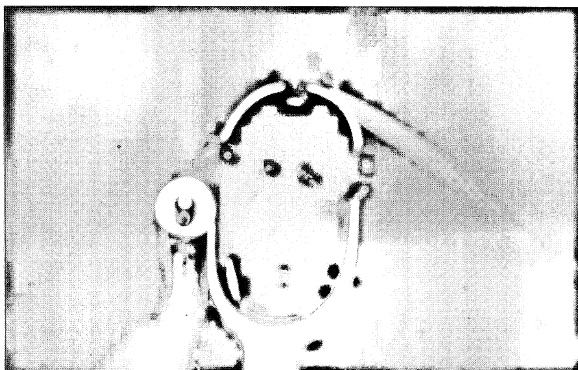
ชีพจรเร็ว 104 ครั้ง/ นาที

ความดันโลหิต 70/ 50 มม.ปรอท

ไม่มีไข้ ระบบอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตรวจภายใน (รูปที่ 1)

- อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก - ปกติ
- ช่องคลอด - เลือดก่อนเก่า ๆ
- ปากมดลูก - มีเนื้อในปากมดลูก
ลักษณะคล้ายรก
- มดลูก - ขนาดไม่ชัดเจน
- ปีกมดลูก - ไม่มีก้อน



รูปที่ 1 แสดงปากมดลูกมีเนื้อลักษณะคล้ายรกคาอยู่

ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

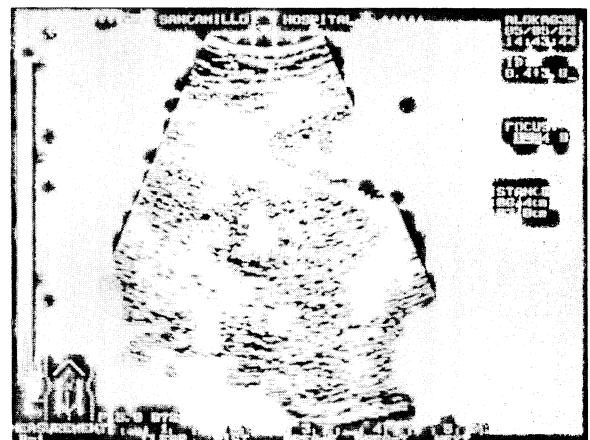
พบว่า มดลูกขนาด 10.3 x 4.8 cm with midline echo ที่ cervical canal มี soft tissue echo ขนาด 6.4 x 3.8 cm (รูปที่ 2)

Hematocrit แรกรับ 14 %

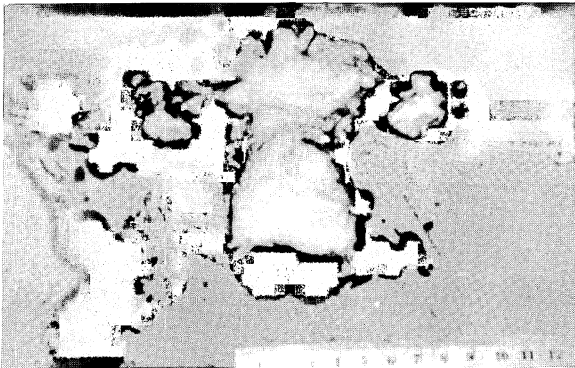
Urine pregnancy test - positive

Impression Cervical pregnancy

ได้ทยอยให้เลือดทดแทนทั้งหมด 6 หน่วย จนได้ Hct 30% จึงได้ทำผ่าตัด Total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo - oophorectomy



รูปที่ 2 Ultrasonographic study แสดง empty aterus with soft tissue echo in cervix



รูปที่ 3 แสดงปากมดลูกมีขนาดใหญ่กว่ามดลูกเล็กน้อย
เรียก hour-glass uterus



รูปที่ 4 แสดงรกเกาะจำกัด ตั้งอยู่ไม่เกิน endocervix

ผลชิ้นเนื้อ (รูปที่ 3, 4)

- Cervix was measured 5 cm. in length and 11.5 cm. in external circumference with dark brown mass involving in circumference of endocervix, mea-sured 6.5 cm. in length and 0.2 - 4 cm. in thickness.

- acute and chronic cervicitis with cervical pregnancy.

- secretory endometrium.

วิจารณ์

เดิม Cervical pregnancy เป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก ที่พบได้ยากอุบัติการณ์ประมาณ 1 : 18,000¹ ถึง 1 : 16,000² ของการตั้งครรภ์ แต่ต่อมามีอุบัติการณ์สูงขึ้นจากการช่วยการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง in vitro fertilization and embryo transfer³ และที่มีรายงานสูงถึง 1 : 1,000 จากประเทศญี่ปุ่น² ซึ่งอาจมีสาเหตุจาก elective abortion แต่ในผู้ป่วยรายนี้มีประวัติตรงกันข้ามคือผ่านการตั้งครรภ์มาก

มักมีอาการแสดงคือเลือดออกโดยไม่มีอาการปวด¹ มีรายงานผู้ป่วย 2 ราย ที่มีไข้วร่วมด้วย⁴

การที่จะวินิจฉัยได้ก็คือการที่พยายามคิดถึงให้มาก และยืนยันด้วย vaginal หรือ abdominal ultrasound

พบมดลูกว่างเปล่าและมีการตั้งครรภ์ใน cervical canal¹⁻³ ทั้งนี้ความแม่นยำขึ้นกับระยะเวลาการตั้งครรภ์และประสบการณ์ของผู้ตรวจด้วย²

1. พบ cervical gland อยู่ตรงข้ามตำแหน่งที่รกเกาะต่ำ

2. รกเกาะที่ปากมดลูกตำแหน่งต่ำกว่าระดับ uterine vessels หรือ ได้ต่อตำแหน่ง peritoneal reflection

3. ไม่มีส่วนของทารกในส่วนตัวมดลูก

ซึ่งจะพบว่าการพิจารณาเป็นไปได้อย่าง ต้องตัดมดลูกและตรวจสอบโดยละเอียด จึงได้มีการกำหนดการวินิจฉัยทางคลินิกใหม่ดังนี้¹

1. มีเลือดออกโดยไม่มีอาการปวดหลังจากขาดระดู

2. ปากมดลูกนุ่มมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยอาจมีขนาดเท่าหรือใหญ่กว่ามดลูก เรียกว่า hour glass uterus

3. การตั้งครรภ์ยึดเกาะและจำกัดตัวอยู่ที่ endocervix

4. Internal os ปิด

5. External os เปิดบางส่วน

ซึ่งจากลักษณะเหล่านี้ อาจทำให้คิดว่าเป็น Carcinoma of cervix ได้ เพราะปากมดลูกมีเลือดมาเลี้ยงมาก และมีลักษณะ friable หรือคิดว่าเป็นการแท้งที่มาค้างที่ปากมดลูกได้

การรักษา

- **Surgical management** เดิมมีการตัดมดลูกวิธีเดียวเท่านั้น¹ เพราะการพยายามขูดรกออกจะทำให้มีเลือดออกมาก แต่การผ่าตัดก็มีเลือดออกมากเช่นกัน และมีโอกาสเกิดความเสียหายต่อระบบทางเดินปัสสาวะได้บ่อยเนื่องจากปากมดลูกมีขนาดป่องใหญ่ขึ้น แต่ต่อมามีความพยายามที่จะรักษามดลูกไว้ในอายุครรภ์ที่ไม่เกิน 8 สัปดาห์ เพราะผู้ป่วยอาจจะเป็นผู้มีบุตรยาก

- cerclage^{1,6} ทำ Shirodkar cerclage และฉีด vasopressin เฉพาะที่ก่อนการขูดเอารกออก⁶

- ใช้ Foley's catheter⁷ โดยเย็บห้ามเลือดที่ตำแหน่ง 3, 9 นาฬิกา ก่อนทำ suctional curettage แล้วใส่ Foley's catheter ทันทัน พร้อมอัดผ้าห้ามเลือดในช่องคลอด อาจต่อ suction ที่ปลาย catheter เพื่อระบายเลือดและใส่ดูปริมาณเลือดที่ออก

- Uterine Artery Embolization ด้วย gel foam ก่อนทำการขูดรกออก แต่ก็ยังมีปัญหาเลือดออกมากจนต้องใช้ Foley's catheter และอัดช่องคลอดช่วย และมีรายงานจำต้องผ่าตัดเย็บซ่อมส่วนล่างของมดลูกที่ฉีกขาดเหมือนกัน

- **Non surgical management** ปัจจุบัน non surgical technique เป็นวิธีแรกที่จะเลือกใช้โดยจะใช้ surgical technique ต่อเมื่อ Chemotherapy ใช้ไม่ได้ผล หรือกรณีเร่งด่วนที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการเลือดออกมากจนอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

- Methotrexate⁹ ฉีดเข้าโดยตรงที่ gestation sac ถ้าอายุครรภ์มากกว่า 6 สัปดาห์ มักต้องฉีด Potassium chloride เพื่อให้เกิด fetal death ก่อน พร้อม folinic acid rescue หรืออาจจะใช้ Methotrexate ขนาดสูงเป็นเวลานานหลายวัน

- Combined chemotherapy¹ ใช้ Methotrexate, Actinomycin-D และ Cyclophosphamide ร่วมกันในกรณีอายุครรภ์มากขึ้น

- Etoposide¹⁰ เป็น semisynthetic derivative

ของ podophylotoxin ออกฤทธิ์กีดขวางการสร้าง DNA ให้เกินขนาด 200 mg/m² 3 เวลา เป็นเวลา 5 วัน ได้ผลดี ประหยัด ใช้ในกรณีผู้ป่วยนอกได้ แต่มีผลข้างเคียงคือ มีกดไขกระดูกบ้าง ผอมว่อง คลื่นไส้

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย 1 ราย เป็น Cervical pregnancy ได้ทำการรักษาโดยทำผ่าตัด Total hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy ซึ่งเป็นวิธีการรักษามาตรฐานเดิม เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากแล้ว ไม่มีความจำเป็นที่จะเก็บมดลูกไว้ การผ่าตัดได้ผลดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Laveno KJ, Gilstrap LC. Williams obstetrics, 19th ed. Norwalk : Appleton & Lange. 1993 : 713-5.
2. Mattingly RF, Thompson ID. Telinde's Operative gynecology. 6th ed. Philadelphia : 1985 : 445-6.
3. Weyerman PC, Verhoevan A Th M, Alberde A Th. Cervical pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. Am J Obstet gynecol 1989 ; 161 : 1145.
4. Gabbe SG, Kitzmiller JL, Kosasa TS, Driscoll SG. Cervical pregnancy presenting as septic abortion Am J Obstet Gynecol 1975 ; 123 : 212.
5. Szeja ZJ, Rahaghi A, Rentz FP. Ultrasound diagnosis of cervical pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1980 ; 136 : 416.
6. Bernstein D, Holzinger M, Ovadia J, Frihman B. Conservative treatment of cervical pregnancy. Obstet Gynecol 1981 ; 58 : 741.
7. Nolan TE, Chandler PE, Hess LW, Morrison JC.

- Cervical pregnancy managed without hysterectomy, A case report. J Repord Med 1989 ; 34 : 241.
8. Lobel SM, Meyerovitz MF, Benson CC, Goff B, Bengtson JM. Preoperative angiographic uterine artery embolization in the management of cervical pregnancy. Obstet Gynecol 1990 ; 79 : 938.
9. Oyer R, Tarakjian D, Lev-Toaff A, Friedman A, Chatwani A. Tretment of cervical pregnancy with methotrexate Obstet Gynicol 1959 ; 71 : 1261.
10. Segna RA, Mitchell DR, Misas JE. Successful treatment of cervical pregnancy with oral etoposide. Obstet Gynacol 1990 ; 76 : 945.

อภินันทนาการ

จาก

บริษัทเบอร์ลี่ ยุคเกอร์ จำกัด (มหาชน)

CEFSPAN, EPOCELIN, OSSOPAN,

FAVERIN, DUPHALAC,

NITROCINE Inj