

มดลูกแตกเนื่องจากเกิด Placenta percreta

บริเวณที่ทำการ Cornual resection

วีระ อิงคภาสกร*
ศุภวัฒน์ ชูวงศ์**

มดลูกแตกในระหว่างตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งมารดาและเด็ก บางรายอาจถึงแก่ชีวิต อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันแล้วแต่สถาบันระหว่าง 1 : 760 ถึง 1 : 1570^{9,15} ของจำนวนผู้คลอด เป็นสาเหตุการตายของมารดาถึงร้อยละ 5-9^{14,15} และอัตราการตายของทารกสูงถึงร้อยละ 41¹⁴

แม้ว่าสาเหตุที่พบบ่อยของมดลูกแตกเกิดจากรอยแผลเป็นเนื่องจากการผ่าตัดทำคลอด แต่การทำ cornual resection ในการผ่าตัดตั้งครรภ์ที่หลุดมดลูก และ หรือร่วมกับการฝังตัวของรกผิดปกติ ก็เป็นสาเหตุได้เช่นเดียวกัน^{1,12} ผู้เขียนขอเสนอรายงานผู้ป่วยมดลูกแตกขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นผลจากการผ่าตัดตั้งครรภ์ที่หลุดมดลูก

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย เลขที่ภายนอก 669728/17 เลขที่ภายใน 37106/17 อายุ 22 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ ปวดท้องน้อยอย่างเฉียบ

พลัน 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (วันที่ 5 ธันวาคม 2517)

ประวัติปัจจุบัน

ผู้ป่วยมีระดูปกติครั้งสุดท้ายวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2517 ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 3 มาฝากครรภ์เมื่อวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2517 การตรวจที่ห้องฝากครรภ์พบว่าปกติ อายุครรภ์ประมาณ 24 สัปดาห์ ฟังเสียงหัวใจเด็กได้ชัดเจน ผู้ป่วยมาฝากครรภ์สม่ำเสมอครั้งสุดท้าย วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2517 ไม่พบอาการหรืออาการแสดงผิดปกติเลย

วันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2517 เวลาประมาณ 10.30 น. ขณะผู้ป่วยนั่งซักผ้ารู้สึกปวดท้องอย่างเฉียบพลันตรงบริเวณทางด้านขวาเหนือสะดือเล็กน้อย ปวดตลอดเวลา และร้าวไปที่ไหล่ทั้งสองข้าง คลื่นไส้ อาเจียน จุกแน่นในช่องท้อง ใจสั่น หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม และรู้สึกเด็กดิ้นมากกว่าปกติ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

* โรงพยาบาลประจำจังหวัดสุรินทร์

** แผนกสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประวัติอดีต

ที่สำคัญเกี่ยวกับการตั้งครรภ์คือ แท้งบุตรโดยไม่ทราบสาเหตุ เมื่อ พ.ศ. 2516 ขณะอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ เดือนมกราคม พ.ศ. 2517 ตั้งครรภ์ที่หลอดมดลูกได้รับการผ่าตัดที่ประเทศเยอรมัน หลังจากนั้นไม่เคยคุมกำเนิดเลย

การตรวจร่างกายแรกพบ

ผู้ป่วยกระสับกระส่าย ค่อนข้างซีด ตามตัวมีเหงื่อ ตัวเย็น ความดันโลหิต 90/60 มม.ปรอท ชีพจร 112 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.3°C ปอดและหัวใจปกติ ตรวจหน้าท้องพบว่ามีลักษณะแข็งตึง เกร็ง กดเจ็บโดยเฉพาะด้านขวาส่วนบน ยอดมดลูกอยู่ระดับ 2 ใน 4 เทเนอระดับสะดือ เด็กอยู่ในท่าศีรษะ ฟังเสียงหัวใจได้ชัดเจน 152 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอ การตรวจภายในไม่พบสิ่งผิดปกติ

เนื่องจากประวัติและอาการแสดงภาวะคล้ายมีเลือดออกในช่องท้อง จึงใช้เข็มเจาะช่องท้องได้เลือดไม่แข็งตัวประมาณ 5 มล. ตรวจ Hematocrit ร้อยละ 32

การวินิจฉัย

เลือดออกในช่องท้อง และที่หน้าท้องมากที่สุดคือ ภาวะมดลูกแตก

การรักษา

ได้ให้เลือดเพื่อรักษาช็อก และทำการผ่าตัดฉุกเฉิน สิ่งที่พบเมื่อเปิดช่องท้อง

1. เลือดและลิ่มเลือดประมาณ 2500 มล.
2. มดลูกโตขนาดอายุครรภ์ 32 สัปดาห์
3. หลอดมดลูกและรังไข่ข้างซ้ายปกติ ส่วนทางขวาไม่พบ

4. พบรอยแตกของมดลูกบริเวณ cornu ด้านขวา ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 ซม. มีก้อนเนื้อจุกอยู่ และมีเลือดออกตลอดเวลา
5. อวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องปกติ

ทำ classical Cesarean section และเนื่องจากรอยแตกกว้างและผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อคตลอดการผ่าตัด จึงทำ subtotal hysterectomy ภาวะหลังผ่าตัดปกติ อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 7 หลังผ่าตัด

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

ลักษณะมดลูกขนาดครรภ์ 20 สัปดาห์ มีรอยแตกเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 ซม. ที่ด้านขวามีเนื้อลักษณะคล้ายรกจุกอยู่ เด็กชายตายในครรภ์ น้ำหนัก 1900 กรัม ไม่พบสิ่งผิดปกติมาแต่กำเนิด

ผลการตรวจจากกล้องจุลทรรศน์ ตรงตำแหน่งที่มีการแตกพบมีการแยกตัวของกล้ามเนื้อมดลูกและมีส่วนของ chorionic villi และเซลล์ชนิด trophoblast แทรกตามกล้ามเนื้อ และเลยออกมาถึง serosal surface ของมดลูก แสดงว่าบริเวณนั้นเป็นตำแหน่งที่รกเกาะ เยื่อผนังมดลูกส่วนอื่นแสดง decidual reaction

การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา มดลูกแตก
เนื่องจาก *placenta percreta*

บทวิจารณ์

อุบัติการณ์การเกิด *interstitial pregnancy* พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้งหมด¹¹ การตั้งครรภ์นอกมดลูกตรงตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัดลอกมดลูกข้างนั้นออกแล้ว เป็นอุบัติการณ์ที่พบน้อยมาก ในปี ค.ศ. 1930 Richardson¹⁶ พบว่ามีรายงานในวารสารทั่วโลกเพียง 7 รายเท่านั้น เพื่อลดอุบัติการณ์ดังกล่าว ได้มีผู้สนับสนุนให้ทำ *cornual resection* ในรายตั้งครรภ์ที่ลอกมดลูก เพื่อป้องกันการเกิด *interstitial pregnancy*^{5, 8, 19, 20} แต่คำแนะนำดังกล่าวก็มีผู้คัดค้าน^{2, 4, 10, 18} โดยให้เหตุผลว่านอกจากจะเสียเวลาผ่าตัดนานเกินสมควร⁴ และยังไม่ได้ป้องกันการเกิด *interstitial pregnancy* ได้ทุกราย Kalchmann¹³ พบว่าร้อยละ 20 ของ *interstitial pregnancy* เป็นผู้ป่วยที่เคยทำ *cornual resection* มาแล้ว นอกจากนี้ยังทำให้เกิดแผลเป็นที่กล้ามเนื้อมดลูกตรงบริเวณนั้น ในกรณีที่ต้องการให้ตั้งครรภ์อีกครั้ง อาจจะเกาะตรงตำแหน่งแผลเป็นและลึกลับผิดปกติ ซึ่งเป็นเหตุทำให้เกิดมดลูกแตกในขณะตั้งครรภ์ ผู้รายงานมีความเห็นสนับสนุนกับรายงานของผู้อื่น^{13, 18} ที่ว่าในผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่ลอกมดลูก

ควรตัดเฉพาะ หลอดมดลูกแล้วเย็บเย็บช่องท้องปิด stump ก็เป็นการเพียงพอแล้ว

ผู้ป่วยรายนี้ตั้งครรภ์หลังจากทำ *cornual resection* เพียง 3 เดือน ซึ่งบริเวณแผลเป็นอาจยังหายไม่สนิท และการทำ *cornual resection* อาจจะลึกไป ถึงชั้นเยื่อผนังมดลูก เมื่อรกเกาะตรงตำแหน่งนั้น ทำให้รกเกาะลึกลับผิดปกติเป็น *placenta percreta* เกิดมดลูกแตกเมื่ออายุครรภ์เพียง 32 สัปดาห์เท่านั้น ผู้รายงานสนับสนุนความเห็นของผู้รายงานอื่น^{1, 12} ที่ว่าถ้าจะทำ *cornual resection* แล้วควรแนะนำผู้ป่วยไม่ให้ตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ปี หลังผ่าตัด

การรักษาผู้ป่วยมดลูกแตกโดยทั่วไป แนะนำให้ทำ *total hysterectomy*^{9, 15} แต่ Felmus⁶ และ Mathews¹⁴ แนะนำให้ทำ *subtotal hysterectomy* เพราะใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย และลดอันตรายของโรคแทรกซ้อนซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากใช้เวลาผ่าตัดนานเกินไป Scheffey¹⁷ รายงานผู้ป่วยที่ทำ *subtotal hysterectomy* 554 ราย พบอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกที่เหลืออยู่เพียงร้อยละ 0.9 ในเวลา 6-21 ปี ซึ่งจะเห็นว่น้อยมาก เมื่อเทียบกับการเสี่ยงกับโรคแทรกซ้อนซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากการทำ *total hysterectomy* ในภาวะฉุกเฉิน เช่นผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งเสียเลือดมากและอยู่ในภาวะช็อคตลอดการทำผ่าตัด

สรุป

รายงานผู้ป่วย 1 ราย เกิดมดลูกแตกเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ สาเหตุการทำหัตถ์มดลูกแตกได้พิจารณาไว้แล้ว ผู้รายงานไม่แนะนำให้ทำ cornual resection ในรายที่ตัดหลอดมดลูกในการผ่าตัดครรภ์ที่หลอดมดลูก และในกรณีที่จะทำ ควรคัดให้ต้น ๆ และแนะนำให้ผู้ป่วยตั้งครรภ์ภายใน 1 ปีหลังการผ่าตัด

ผู้รายงาน ขอขอบคุณ นายแพทย์ประยูรศักดิ์ ชาวสะอาด ที่อนุญาตให้รายงานผู้ป่วยรายนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Auamkul S: Rupture of gravid uterus after cornual resection. A case report. J of Reprod. Med 5: 218-219, 70
2. Chabrut A : Recurrent interstitial pregnancy after salpingectomy. JAMA 92: 2142, 29
3. Clark JF, Bourke J: Advanced ectopic pregnancy. Amer J Obstet Gynec 78: 340-350, 59
4. Conley DT, Klieger JA: Interstitial pregnancy following homolateral salpingectomy. Report of three cases. Obstet Gynec 9: 605-607, 57
5. D'Errico E: Interstitial pregnancy ruptured through a tubal stump. New Eng J Med 216: 654-658, 37
6. Felmus LB, Pedowitz P, Nasseberg S: Spontaneous rupture of the apparently normal uterus during pregnancy. Obstet Gynec Survey 8: 155-172, 53
7. Ferguson RK, Reid DE: Rupture of the uterus. A twenty-year report from the Boston Lying-in Hospital. Amer J Obstet Gynec 76: 172-180, 58
8. Fulsher RW: Tubal pregnancy following homolateral salpingectomy. Amer J Obstet Gynec 78: 355-368, 59
9. Golden ML, Betson JR: Rupture of the uterus. Obstet Gynec 13: 506-512, 59
10. Guibe M: Sur deux cas rares de roodives de grossesse extra-uterine. Ball et mem Soc nat de chir 54: 748-750, 28
11. Hellman LM, Pritchard JA: Williams Obstetrics, Fourteenth edition, Appleton Century-Crofts Corp, New York, 1971 pp. 551
12. Hogans CW, Friedman S: Rupture of the uterus due to placenta accreta at the site of a previous cornual resection. Amer J Obstet Gynec 76: 188-191, 58
13. Kalchmann GG, Meltzer RM: Interstitial pregnancy following homolateral salpingectomy. Report of 2 cases and review of the literature. Amer J Obstet Gynec 96: 1139-1143, 66
14. Mathews RI: Rupture of the uterus during pregnancy. Obstet Gynec 17: 551-555, 61
15. Menon MKK: Rupture of the Uterus: A review of 161 cases. J Obstet Gynec Brit Comm 69: 18-28, 62
16. Richardson LA: Interstitial pregnancy in a tubal stump. Lancet 2: 296-297, 30
17. Scheffey LC: Carcinoma of the cervical stump: JAMA 107: 837, 36
18. Simpson JW, Alford PE, Miller AC: Interstitial pregnancy following homolateral salpingectomy: A report of 6 new cases and review of the literature. Amer J Obstet Gynec 82: 1173-1179, 61
19. Steadmar HE: Ruptured interstitial pregnancy following homolateral salpingectomy. Report of a case. Obstet Gynec 7: 572-575, 56
20. Wiznitzer T, Peleg H, Salzberger M: Report of 2 cases. J Internat Coll Surgeon 36: 503-506, 61