

รายงานผู้ป่วย

Case Report

## การตั้งครรภ์ที่มีเนื้องอกรังไข่ชนิด Dysgerminoma Pregnancy with Ovarian Dysgerminoma

อรรธยา รัตน์แก้ว\*

Auttaya Ratanakaew\*

\*กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

\*Department of Obstetrics and Gynecology, BuddhachinarajPhitsanulok Hospital, Phitsanulok 65000

Corresponding author Email address: auttaya@gmail.com

Received: 21 May 2019

Revised: 15 July 2019

Accepted: 31 August 2019

### บทคัดย่อ

ภาวะผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มีเนื้องอกรังไข่ 1 ราย เป็นหญิงอายุ 19 ปี มาโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกด้วยตรวจพบเนื้องอกรังไข่ เมื่ออายุครรภ์ 15<sup>+5</sup> สัปดาห์ ได้รับการวินิจฉัยเป็น pregnancy 16<sup>+1</sup> weeks of gestation with left ovarian tumor ผู้ป่วยได้รับการทำ Left salpingoohorectomy และ peritoneal washing หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาทราบว่าเป็น มะเร็งรังไข่ชนิด Dysgerminoma ในระยะ IA ผู้ป่วยเลือกตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด ภายหลังสามารถคลอดบุตรได้เองทางช่องคลอดที่อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,020 กรัม บุตรสุขภาพแข็งแรง สามารถกลับบ้านได้พร้อมมารดา โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อน จากกรณีศึกษาของผู้ป่วยพบว่าภาวะมะเร็งรังไข่ในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะที่พบได้น้อย<sup>1</sup> จึงสามารถนำกรณีนี้ไปใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ว่าควรได้รับการอัลตราซาวด์บริเวณรังไข่พร้อมกับการอัลตราซาวด์ในไตรมาสแรก และการผ่าตัดทางนรีเวชวิทยาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ใกล้ไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ควรได้รับยาคลายมดลูก (Tocolytic drug) เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอด

คำสำคัญ: ตั้งครรภ์ เนื้องอกรังไข่ มะเร็งรังไข่

พุทธชินราชเวชสาร 2562;36(2):249-53.

## Abstract

A case report of pregnant woman 16<sup>+1</sup> weeks of gestation, 19-year-old, with woman present with left ovarian tumor at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Her diagnosis was pregnancy 16 weeks of gestation with a left ovarian tumor. Her treatment was left salpingo-oophorectomy and peritoneal washing. After surgery, she has no complications. Pathological report was dysgerminoma stage IA. She was followed up by close monitoring. After that, she delivered at 39 weeks of gestation by normal delivery. A baby was normal active female, weigh 3,020 grams, no complication. Ovarian cancer in pregnancy is quite rare. From the case study of this patient, we can be used as a standard for antenatal care for pregnant women who come at Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok. Pregnant women should perform ultrasound in the first trimester not only for gestational age but also for check both ovaries. We recommend tocolytic drug for prevent preterm labor in case of pregnant woman who need gynecologic surgery in second trimester.

**Keyword:** pregnancy, ovarian cancer, dysgerminoma

*Buddhachinaraj Med J 2019;36(2):249-53.*

## บทนำ

เนื้องอกรังไข่ในหญิงตั้งครรภ์พบได้ ประมาณร้อยละ 1-2 ส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยโดยบังเอิญจากการตัดกรองอุตตร้าซาวด์ในไตรมาส 1 และ 2 โดยมีอุบัติการณ์ของโรค Dermoid มากที่สุด ร้อยละ 25 อุบัติการณ์ของมะเร็งรังไข่ในหญิงตั้งครรภ์พบได้ร้อยละ 1-6 ของก้อนที่รังไข่ทั้งหมด โดยร้อยละ 50 ของมะเร็งรังไข่ในหญิงตั้งครรภ์ เป็นมะเร็งชนิดผิวเยื่อ (epithelial ovarian cancer) ร้อยละ 30 เป็นชนิด germ cell ovarian cancer และส่วนน้อยเป็นชนิด sex cord-stromal tumor ร้อยละ 75 ของ germ cell ovarian cancer ในหญิงตั้งครรภ์ เป็นเนื้องอกรังไข่ชนิดเป็น Dysgerminoma ภาวะก้อนที่รังไข่ มักมีขนาด 6-8 เซนติเมตรและมักเกิดในช่วงอายุครรภ์ 10-17 สัปดาห์ รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่ชนิด Dysgerminoma ซึ่งเป็นเนื้องอกรังไข่ชนิด malignant ในระหว่างตั้งครรภ์ที่พบได้น้อย และจัดทำแนวทางดูแลผู้ป่วยในอนาคต

## รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 19 ปี อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนา จังหวัดพิษณุโลก มาตรวจที่โรงพยาบาลวันที่ 1 พฤศจิกายน 2561 ด้วยอาการสำคัญ แพทย์นัดมาผ่าตัด เนื่องจากตรวจพบเนื้องอกรังไข่ ระหว่างตั้งครรภ์

ผู้ป่วยเริ่มฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการฝากครรภ์สม่ำเสมอ ไม่พบความผิดปกติใดผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 1 สัปดาห์ ก่อนมาฝากครรภ์ตามนัดที่โรงพยาบาลชุมชนไม่มีน้ำเดิน ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่ปวดท้องน้อยตรวจร่างกายพบยอดมดลูกมากกว่าอายุครรภ์ ทำอุตตร้าซาวด์พบเนื้องอกบริเวณรังไข่ จึงมาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เมื่ออายุครรภ์ 16<sup>+1</sup> สัปดาห์ จึงนัดมานอนโรงพยาบาลศูนย์เพื่อผ่าตัด

ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ครรภ์นี้เป็นครรภ์แรก คณะกำหนดคลอดวันที่ 19 เมษายน 2562 เมื่อนับจากวันแรกของระดูครั้งสุดท้าย

การตรวจร่างกายส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 48.5 กิโลกรัม อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที รู้สึกตัวดี ไม่เหลือง ไม่บวม ความสูงยอดมดลูกขนาดต่ำกว่าสะดือ 1 Finger base (ขนาดยอดมดลูกมากกว่าอายุครรภ์)

## การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete Blood Count: hemoglobin 8.4 g/dl, hematocrit 25%, white blood cells 11,510 /cu.mm., neutrophils 72%, lymphocytes 19%, Platelets 273,000 /cu.mm.

Urine analysis :specific gravity : 1.021, albumin : negative, glucose : negative, white blood cells : 0-1 cells/HPF, squamous epithelial 0-1 cells/HPF

Blood group : AB

Rh factor : Positive

Anti-human immunodeficiency virus: Negative

Transabdominal ultrasound (TAS) :single viable fetus, 16 weeks of gestation, cephalic presentation, posterior placenta, adequate amniotic fluid index, right ovary : 1.3 x 1.9 cm, left adnexal mass : mixed echogenicity 13.3 x 9.5 cm, no ascites

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตัดรังไข่ ปีกมดลูกด้านซ้าย (Left salpingoophorectomy) และperitoneal washing โดยสูติ-นรีแพทย์ เฉพาะทางมะเร็งนรีเวชวิทยา

สิ่งที่ตรวจพบขณะผ่าตัด คือ Uterus 16 weeks of gestation, Left solid mass of ovary 14 cm in diameter with nodularity surface, white internal solid mass, normal left fallopian tube and right adnexa, smooth serosal surface of internal organ, no ascites

ผลตรวจทางพยาธิวิทยา พบ The external surface is smooth and shows lobulation. Cut section show soft solid light brown mass with central myxoid degeneration. There is no attached fallopian tube identified. Pathological conclusion รายงานว่า Peritoneal fluid washing : Presence of scattering lymphocytes, No malignancy observed, Ovary, left, oophorectomy : Dysgerminoma Size 12x9x7.5 cm, Absence of ovarian capsule involvement and Presence of tumor emboli in vascular channels

Transabdominal ultrasound (TAS) หลังผ่าตัด : single viable fetus, 16<sup>+1</sup> weeks of gestation, cephalic presentation, posterior placenta, adequate amniotic fluid index

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการทำอุลตราซาวด์ พบว่าเสียงหัวใจของทารกในครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับยาแก้ปวดทั้งแบบฉีดและรับประทาน สามารถรับประทานอาหารและอาหารอ่อนได้ตามลำดับ โดยไม่มีอาการท้องอืด วันที่ 2 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถทานอาหารปกติ เดินเคลื่อนไหว (Ambulate) ได้

ขับถ่ายปกติ วันที่ 3 เปิดแผลผ่าตัดพบว่าแผลผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ ในวันที่ 4 หลังผ่าตัด โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

## วิจารณ์

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 16 ปี ครรภ์แรก ผู้ป่วยมีระดูครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2561 มาโรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก ด้วยอาการสำคัญ คือ นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด เนื่องจากตรวจพบเนื้องอกมดลูก ขณะตั้งครรภ์ ตรวจร่างกาย ความสูงยอดมดลูก ขนาดต่ำกว่าสะดือ 1 Finger base (ขนาดยอดมดลูกมากกว่าอายุครรภ์)

การวินิจฉัย (Provision diagnosis) ในผู้ป่วยรายนี้คือ G<sub>P</sub>GA 16<sup>+0</sup> wk by LMP with left ovarian tumor ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตัดรังไข่ และปีกมดลูกด้านซ้าย (Left salpingoophorectomy) โดยสูติ-นรีแพทย์ เฉพาะทางมะเร็งนรีเวชวิทยา หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับบ้านได้ในวันที่ 4 หลังผ่าตัด

ความสำคัญและประโยชน์ของกรณีศึกษา 1. ป้องกันการบิดตัวของเนื้องอกรังไข่หลังคลอด เป็นที่ทราบกันดีว่าเนื้องอกรังไข่ชนิด dysgerminoma ซึ่งเป็นเนื้องอกรังไข่ชนิด Solid สามารถเกิดการบิดตัวของเนื้องอกรังไข่ในระยะหลังคลอด เพื่อลดอุบัติการณ์ดังกล่าว จึงควรค้นหาว่ามีเนื้องอกรังไข่ชนิดนี้ในผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรอุลตราซาวด์ให้พบในไตรมาสแรก เพื่อที่จะได้ทำการผ่าตัดในตอนต้นไตรมาสที่สอง 2. การรักษามะเร็งทำได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ทราบตั้งแต่แรกว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งหรือไม่ เพื่อผู้ป่วยจะได้เลือกการรักษาสำหรับตัวเองและทารกในครรภ์

เมื่อเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคที่เคยมีมาแล้วในประเทศหรือต่างประเทศ เนื้องอกรังไข่ในหญิงตั้งครรภ์พบได้ประมาณร้อยละ 1-2 ส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยโดยบังเอิญจากการคัดกรองอุลตราซาวด์ในไตรมาส 1 และ 2 โดยมีอุบัติการณ์ของโรค Dermoid มากที่สุด ร้อยละ 25 แต่ในหญิงตั้งครรภ์รายนี้เป็นเนื้องอกรังไข่ชนิดเป็น Dysgerminoma ซึ่งเป็นประเภทมะเร็งรังไข่ชนิด Germ cell ที่พบได้มากที่สุด ถึงร้อยละ 75<sup>1</sup>

อาการแสดงของเนื้องอกรังไข่ มักวินิจฉัยโดยบังเอิญจากคลำพบบก้นบริเวณอุ้งเชิงกราน การบิดตัวของก้อน

อาการปวดหลัง ท้องผูก ท้องอืด หรืออาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ ถึงแม้การวินิจฉัยที่แน่นอน (Definitive diagnosis) ของภาวะก้อนรังไข่ ควรได้ขึ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาจากการผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตามการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (Investigation) สามารถทำได้ในรูปแบบอัลตราซาวด์, เอ็กซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging) หรือเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computer tomography)<sup>1</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศมักทำในรูปแบบการตรวจเอ็กซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการอัลตราซาวด์เพื่อดูลักษณะของก้อน ตรงตามมาตรฐานเบื้องต้น แต่ไม่ได้ส่งตรวจหา tumor markers เนื่องจาก tumor marker ได้แก่ CA-125, alpha - fetoprotein, lactate dehydrogenase และ beta human chorionic gonadotropin ในกรณีที่สงสัยมะเร็ง อาจมีค่าสูงผิดปกติได้จากภาวะบางอย่าง เช่น ความผิดปกติของรก ความผิดปกติของทารก หรือ ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์<sup>1</sup>

ผู้ป่วยรายนี้ มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Indication for surgery) คือ ก้อนมีลักษณะที่มีโอกาสจะเป็นมะเร็งได้สูงจากการตรวจอัลตราซาวด์และเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การบิดขั้วของก้อน ก้อนแตก หรือปิดกั้นช่องทางคลอด ตรงตามการทบทวนวรรณกรรมเวลาที่เลือกผ่าตัดก็เหมาะสม กล่าวคือ ช่วงต้นไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ในกรณีนี้ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (exploratory laparotomy) ลงแผลผ่าตัดเหมาะสมต่อการผ่าตัดทำการส่งน้ำในช่องท้องตรวจ cytology ผ่าตัดทั้งปีกมดลูก รังไข่ และหลังคลอดส่งผู้ป่วยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางมะเร็งเพื่อให้การรักษาต่ออย่างเหมาะสม<sup>1</sup>

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Ovarian Cancer (Dysgerminoma), FIGO stage IA จากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากให้คำแนะนำตามหลักของ NCCN<sup>2</sup> ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิดและไม่ให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) ตรงตามคำแนะนำของ NCCN

กล่าวโดยสรุป การตั้งครรภ์กับเนื้องอกมดลูกชนิด Dysgerminoma เป็นโรคที่พบน้อย ฉะนั้นผู้ป่วยในไตรมาสแรกควรได้รับการอัลตราซาวด์บริเวณรังไข่ทุกคน เพื่อดูว่ารังไข่มีพยาธิสภาพหรือไม่ ในกรณีที่เป็น

เนื้องอกรังไข่ และได้รับการผ่าตัด หลังผ่าตัดควรได้รับยาคลายมดลูก (Tocolytic drug) ในบางรายที่มีการกระทบกระเทือนมดลูก เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอด<sup>3</sup> และให้คำแนะนำกับผู้ป่วยถึงการรักษาและการพยากรณ์โรคเนื้องอกรังไข่ต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. จิตรากานต์ เจริญบุญ. Ovarian tumor in pregnancy [Internet]. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 29 เม.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: [https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com\\_content&view=article&id=534:ovarian-tumor-in-pregnancy&catid=45&Itemid=561](https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=534:ovarian-tumor-in-pregnancy&catid=45&Itemid=561)
2. National Comprehensive Cancer Network. Ovarian Cancer (Version 1.2019). 2019 [cited 2 May 2019]. Available from: URL:[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/ovarian.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/ovarian.pdf)
3. Koo FH, Wang KC, Chen CY, Chang WH, Yeh CC, Yang MJ, et al. An 11-year experience with ovarian surgery during pregnancy. Chin Med J 2013;76(8):452-457.
4. Kafil AK, Shamshad AH, Amit KU, Noor AF. Dysgerminoma with Pregnancy and Viable Baby: A Case Report. Oman Med J 2011;26(3):198-200.
5. Gauza JE, Reberti AG, Silva JC, Pope LZ, Santos JC, Quintana SM. Diagnosis of ovarian dysgerminoma during pregnancy. Rev Assoc Med Bras 2010;56(5):517-519.
6. Solwayo NG. Ovarian dysgerminoma presenting as a pregnancy: case report. Trop Doc 2017; 47(1):69-71.
7. Williams JW, Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY. Williams obstetrics. 25<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Education Medical; 2018.

8. Jonathan SB, Berek & Novak's Gynecology. 16th ed. Baltimore: Wolters Kluwer Health; 2019.
9. Dennis C, Andrew B, Don SD, Catheryn MY. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
10. Jonathan SB, Neville FH. Berek and Hacker's Gynecologic Oncology. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.