

การบิดตัวของปีกมดลูก

กมลวรรณ สัพันธ์

กลุ่มงานสูติและนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ตำบลสระประดู่ อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ 67130

Adnexal Torsion

Kamonwan Saphan

Department of Obstetrics and Gynecology, Wichianburi Hospital, Wichianburi, Phetchabun 67130 Thailand.

คำจำกัดความ

เป็นภาวะที่มีการบิดตัวของอวัยวะที่อยู่ด้านข้างต่อตัวมดลูกหรือที่เรียกว่า ปีกมดลูก เช่นรังไข่ ท่อนำไข่ หรือพบการบิดที่เกิดร่วมกันของหลายอวัยวะในบริเวณดังกล่าว โดยมักมีการบิดของไข้วได้ตั้งแต่ 180 องศาถึง 720 องศา เฉลี่ยประมาณ 360 องศา พบได้ประมาณร้อยละ 3 ของภาวะฉุกเฉินทางเวชปฏิบัติในนรีเวชวิทยาและเกือบทั้งหมดเป็นการบิดตัวของรังไข่¹

พยาธิกำเนิด

ยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนของการเกิดพยาธิสภาพดังกล่าว ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดภาวะนี้ได้แก่การมีก้อนที่รังไข่โดยเฉพาะก้อนที่รังไข่ที่ไม่ใช่มะเร็ง (benign or non-neoplastic ovarian tumor) การบิดตัวของไข้วจะพบได้น้อยในสตรีที่พยาธิสภาพของก้อนที่รังไข่เป็นมะเร็ง (ovarian cancer) ก้อนของรังไข่และท่อนำไข่ที่เกิดจากการติดเชื้อ (tuboovarian abscess) และก้อนที่เกิดจากภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (ovarian endometrioma) เนื่องจากมักจะมีพังผืด (adhesion) ในอุ้งเชิงกรานร่วมด้วย ทำให้ไม่สามารถบิดตัวของไข้วได้¹⁻³

จากการศึกษาของ Comerci และคณะ⁴ ที่ทำการศึกษาก่อนการเกิดการบิดตัวของไข้วของไข้วชนิด mature cystic teratoma ในสตรีจำนวน 517 รายพบว่า ร้อยละ 3.5 จะมีการบิดตัวของรังไข่เกิดขึ้นและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ความเสี่ยงของการบิดตัวของไข้วจะมากขึ้นในกรณีที่มีการตั้งครรภ์ร่วมด้วย⁴ จากการศึกษาของ Schmeler และคณะ⁵ พบว่าร้อยละ 7.8 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีก้อนที่บริเวณรังไข่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการของการบิดตัวของไข้วเป็นอาการเริ่มต้น เชื่อว่าน่าจะเกิดจากมดลูกมีการขยายขนาดพันอุ้งเชิงกรานเข้าไปในช่องท้อง ทำให้ก้อนที่รังไข่มีพื้นที่โดยรอบมากขึ้น จึงเกิดการบิดตัวของไข้วได้ง่าย

อาการปวดที่เกิดขึ้นภายหลังมีการบิดตัวของไข้วเกิดจากการอุดกั้นการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองในบริเวณที่เกิดพยาธิผลที่เกิดเริ่มแรก คือ ทำให้การไหลเวียนของน้ำเหลือง (lymphatic drainage) และเลือดดำ (venous flow) ช้าลงหรือหยุดชะงักทำให้รังไข่และท่อนำไข่ข้างที่บิดตัวบวมขึ้น หากผู้ป่วยยังไม่ได้รับการรักษาก็จะส่งผลต่อการไหลเวียนของเลือดแดง (arterial flow) ทำให้ช้าลงหรือหยุดชะงัก เกิดผลตามมา คือการขาดเลือดแดงไปเลี้ยง (ischemia) จนเกิดการตายอย่างสมบูรณ์ (necrosis) ของบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ อย่างไรก็ตามการขาดเลือดแดงไปเลี้ยงอย่างสมบูรณ์ (complete arterial obstruction) อาจจะเป็นไปได้ยากเนื่องจากปีกมดลูกมีเส้นเลือดแดงทั้งจาก ovarian และ uterine arteries มาเลี้ยงร่วมด้วย ทำให้แม้มีการบิดของเส้นเลือดแดงเส้นใดเส้นหนึ่งก็ยังคงได้รับเลือดแดงจากเส้นอื่นมาเลี้ยงได้ การที่เห็นด้วยตาเปล่าว่าบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพบวมคล้ำและมีจุดเลือดออกน่าจะเป็นผลจากการคั่งของน้ำเหลืองและเลือดดำ (lymphatic and venous stasis) มากกว่าเป็นปีกมดลูกที่ตายจากการขาดเลือดแดงไปเลี้ยง อย่างไรก็ตาม ภาวะบิดตัวของปีกมดลูกถือว่าเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียการทำงานของบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพไปทั้งหมดโดยเฉพาะการทำงานของรังไข่^{1,3}

ลักษณะทางคลินิก

จะพบในสตรีวัยเจริญพันธุ์ได้บ่อยกว่าสตรีวัยก่อนมีประจำเดือนหรือสตรีที่หมดประจำเดือนแล้ว ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดที่บริเวณอุ้งเชิงกรานอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่จะมีการปวดอยู่ตลอดเวลาภายหลังจากรวมเพศ (constant pain) อาการปวดอาจจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในระหว่างที่รอการวินิจฉัยและการรักษา ผู้ป่วยบางรายอาจ

จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และมีไข้ร่วมด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ผู้ป่วยบางรายจะมีประวัติการเริ่มต้นของอาการปวด (pain onset) ที่สัมพันธ์กับกิจกรรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การกระโดด การยกของ และการมีเพศสัมพันธ์^{1, 2, 4, 6, 7}

การวินิจฉัย

อาการและอาการแสดง

ลักษณะที่บ่งชี้ (classical signs) ถึงการเกิดการบิดตัวของปีกมดลูก ได้แก่ อาการปวดท้องน้อยเฉียบพลัน การตรวจพบการอักเสบของเยื่อบุช่องเชิงกราน (pelvic peritonitis) และการตรวจพบก้อนในช่องเชิงกรานร่วมด้วย โดยก้อนที่จะเกิดการบิดตัวได้ง่ายมักมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5-10 เซนติเมตร การตรวจภายในพบก้อนที่กดแล้วปวด ก้อนสามารถเคลื่อนไหวไปมาจะช่วยทำให้คิดถึงภาวะนี้มากขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่เคยพบก้อนในช่องเชิงกรานมาก่อน อาจตรวจพบก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้นภายหลังเกิดการบิดตัวเนื่องจากการบวมที่เกิดจากการคั่งของเลือดและน้ำเหลือง^{1, 6}

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ช่วยในการวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่นๆ ได้แก่ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงบริเวณช่องเชิงกราน (pelvic ultrasonography) โดยจะพบว่าบริเวณที่มีการบิดตัวจะมีขนาดใหญ่ขึ้น มีความแตกต่างของภาพการสะท้อนของคลื่นเสียง (heterogeneity) มีความทึบของภาพคลื่นเสียงความถี่สูง (gray-scale) มากขึ้นเมื่อเทียบกับข้างที่ปกติ นอกจากนี้ อาจพบมีการลดลงของการไหลเวียนของเลือดหรือพบมีการไหลเวียนของเลือดที่มีลักษณะคล้ายน้ำวน (whirlpool sign) ในบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ⁷⁻¹¹

การรักษา

การบิดตัวของปีกมดลูกถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางเวชปฏิบัติในรีวิทยาที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว เพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพไปอย่างถาวร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของรังไข่ ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เกิดการบิดตัวได้บ่อยที่สุด ในอดีตได้แนะนำให้ทำการตัดปีกมดลูกออกทั้งหมด (adnexectomy) โดยตัดในตำแหน่งที่ต่ำกว่าขั้วที่เกิดการบิดโดยไม่คลายออก เพื่อป้องกันไม่ให้ก้อนเลือดขนาดเล็ก (thrombus) ที่อยู่ในบริเวณที่ขาดเลือดมีการแพร่กระจายออกไปที่อวัยวะอื่น อย่างไรก็ตาม มีรายงานการศึกษาที่ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการคลายตำแหน่งที่มีการบิดตัว (detorsion) โดยไม่ได้รับการตัดปีกมดลูก พบว่าไม่มีการ

เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแต่อย่างใด นอกจากนี้มากกว่าร้อยละ 90 ของรังไข่ที่เกิดการบิดตัวก็ยังคงกลับมาทำงานได้ตามปกติภายหลังการรักษา¹¹⁻¹⁴ จากข้อมูลดังกล่าวทำให้แนะนำให้ทำการผ่าตัดเพื่อคลายตำแหน่งที่มีการบิดตัวเป็นการรักษาหลัก โดยทำได้ทั้งการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง (laparotomy) หรือการผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopy) ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละสถาบัน^{15,16} อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับการตัดบริเวณที่เกิดการบิดตัวโดยเฉพาะรังไข่ ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเฉพาะก้อนที่มีพยาธิสภาพ (cystectomy) หรือการตัดรังไข่ออกทั้งหมด (oophorectomy) Dolgin และคณะ¹⁷ แนะนำให้ทำการตัดรังไข่เฉพาะส่วนที่มีพยาธิสภาพเท่านั้น ในกรณีที่ไม่สามารถแยกจากส่วนของรังไข่ปกติได้ แนะนำให้ทำการตัดส่วนที่มีการขาดเลือดออก อย่างไรก็ตาม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านแนะนำให้ทำการคลายตำแหน่งที่มีการบิดตัวโดยไม่ต้องผ่าตัดรังไข่ไม่ว่าจะเป็น การผ่าตัดชนิดใดก็ตาม เนื่องจากกระเพาะที่เกิดการบิดตัวนั้นจะไม่สามารถแยกบริเวณที่มีพยาธิสภาพออกจากเนื้อรังไข่ปกติได้ การพยายามผ่าตัดอาจทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อรังไข่มากขึ้นไปอีก นอกจากนี้ ประมารณร้อยละ 60 ของรังไข่ที่เกิดการบิดตัวจะเป็นก้อนที่ไม่ใช่พยาธิสภาพที่ผิดปกติ (functional tumor) ซึ่งจะหายไปได้เอง นอกจากนี้ในรายที่สงสัยว่าจะมีก้อนที่มีพยาธิสภาพ (pathological tumor) ก็แนะนำให้ทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (biopsy) เท่านั้น และทำการผ่าตัดอีก 4-6 สัปดาห์ต่อมา หากผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่า เป็นก้อนที่มีพยาธิสภาพ สำหรับสตรีที่หมดประจำเดือนแล้ว แนะนำให้ทำการตัดรังไข่ทั้ง 2 ข้าง^{6, 7}

เนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนถึงการผ่าตัดก้อนที่บริเวณรังไข่ออกภายหลังจากการคลายตัวที่มีการบิดตัว ข้อมูลของลักษณะทางพยาธิวิทยาจึงเป็นส่วนที่สำคัญอย่างมากในการพิจารณาถึงทางเลือกในการรักษาและการให้คำแนะนำ เพื่อการตัดสินใจแก่ผู้ป่วยที่เกิดการบิดตัวของรังไข่ จากการศึกษาของ Eitan และคณะ² พบว่า สตรีที่หมดประจำเดือนมีความเสี่ยงที่จะพบมะเร็งรังไข่ได้มากกว่าสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน จึงแนะนำให้แพทย์ผู้ทำการรักษาได้นำข้อมูลความเสี่ยงนี้ไปใช้ในการพิจารณาการรักษาและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยด้วย ตารางที่ 1 แสดงถึงผลทางพยาธิวิทยาของรังไข่ที่ได้รับการตัดออกมาส่งตรวจทางพยาธิวิทยาภายหลังการบิดตัว จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า มาจากการศึกษาที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ค่อนข้างน้อย การศึกษาถึงผลทางพยาธิวิทยาของรังไข่ที่เกิดการบิดตัวในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การกลับเป็นซ้ำและการป้องกัน

การกลับเป็นซ้ำของการบิดตัวของปีกมดลูกพบได้น้อย โดยการกลับเป็นซ้ำมักจะมีในรายที่ไม่มีความผิดปกติของปีกมดลูก (normal adnexa) หรือในรายที่มีก้อนที่ไม่ใช่พยาธิสภาพที่ผิดปกติ (functional tumor)^{6,18} การกลับเป็นซ้ำในรายที่ไม่พบความผิดปกติของปีกมดลูกนั้น เชื่อว่าน่าจะเกิดจากความผิดปกติทางกายวิภาคของอุ้งเชิงกรานและส่วนที่ยึดติดปีกมดลูกและรังไข่ ส่วนการกลับเป็นซ้ำในรายที่มีก้อนที่ไม่ใช่พยาธิสภาพที่ผิดปกติ เชื่อว่าน่าจะเกิดจากการกลับเป็นซ้ำของก้อนดังกล่าวทำให้เกิดการบิดตัวอีกครั้ง ดังนั้นอาจจะพิจารณาใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่ช่วยป้องกันการเกิดก้อนนี้

ไม่ใช่พยาธิสภาพที่ผิดปกติซึ่งอาจจะช่วยลดการเกิดการบิดตัวซ้ำได้⁶

ยังไม่มีข้อสรุปถึงประโยชน์ของการเย็บรังไข่ติดกับผนังอุ้งเชิงกราน (pelvic fixation) ต่อการลดการกลับเป็นซ้ำ Oelsner และ Shashar⁶ แนะนำให้ทำการเย็บดังกล่าวเฉพาะในรายที่มีการกลับเป็นซ้ำเท่านั้น เนื่องจากอาจจะมีผลเสียต่อการทำงานของรังไข่และความสามารถในการตั้งครรภ์ในภายหลัง หากทำการเย็บในทุกกราย โดยการเย็บจะใช้ไหมที่ไม่ละลายเย็บรังไข่ทั้งเอ็นยึดรังไข่กับมดลูก (ovarian ligament) และเอ็นยึดรังไข่กับผนังอุ้งเชิงกราน (infundibulopelvic ligament) เข้ากับเยื่ออุ้งเชิงกรานด้านข้าง

ตารางที่ 1 พยาธิสภาพของรังไข่ที่เกิดการบิดตัวที่ได้รับการผ่าตัด^{2,16}

ผู้ทำการศึกษา	จำนวนผู้ป่วย	ผลทางพยาธิวิทยา				
		Functional	Dermoid	Cystadenoma	Malignancy	Others
Eitan	46	23 (50.0)	7 (15.2)	4 (8.7)	6 (13.0)*	6 (13.0)**
Cohen	31	18 (58.0)	9 (29.0)	4 (13.0)	0	0

ตัวเลขในวงเล็บหมายถึงร้อยละของผู้ป่วย

* เป็นสตรีที่หมดประจำเดือนแล้วทั้งหมด

** ประกอบด้วย para-ovarian cyst 3 ราย และ ovarian fibroma 3 ราย

สรุป

ภาวะที่มีการบิดตัวของปีกมดลูกเป็นภาวะที่พบได้น้อย แต่เป็นภาวะที่ต้องการการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ซึ่งจะทำให้สามารถรักษาการทำงานของบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพโดยเฉพาะการทำงานของรังไข่ได้ โดยลักษณะที่บ่งชี้ (classical signs) ถึงเกิดการบิดตัวของปีกมดลูก ได้แก่ อาการปวดท้องน้อยเฉียบพลัน การตรวจพบการอักเสบของเยื่ออุ้งเชิงกราน (pelvic peritonitis) และการตรวจพบก้อนในอุ้งเชิงกราน การตรวจอัลตราซาวด์บริเวณอุ้งเชิงกรานจะช่วยในการวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่นๆ การรักษาหลักในปัจจุบันได้แก่การผ่าตัดเพื่อคลายตำแหน่งที่มีการบิดตัว ยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับการตัดบริเวณที่เกิดการบิดตัวโดยเฉพาะการตัดรังไข่และวิธีที่สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

เอกสารอ้างอิง

- Hibbard LT. Adnexal torsion. Am J Obstet Gynecol 1985; 152: 456-61.
- Eitan R, Galoyan N, Zuckerman B, Shaya M, Shen O, Beller U. The risk of malignancy in post-menopausal women presenting with adnexal torsion. Gynecol Oncol 2007; 106: 211-4.
- Mordechai Y, Cohen Z, Finaly R, Mares AJ. Acute torsion of uterine adnexa in childhood. Harefuah 1984; 107: 289-90.
- Comerci JT Jr, Licciardi F, Bergh PA, Gregori C, Breen JL. Mature cystic teratoma: a clinicopathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. Obstet Gynecol 1994; 84: 22-8.
- Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. Obstet Gynecol 2005; 105: 1098-103.
- Oelsner G, Shashar D. Adnexal torsion. Clin Obstet Gynecol 2006; 49: 459-63.
- Shalev J, Goldenberg M, Oelsner G, Ben-Rafael Z, Bider D, Blankstein J, et al. Treatment of twisted ischemic adnexa by simple detorsion. N Engl J Med 1989; 321: 546.
- Servaes S, Zurakowski D, Laufer MR, Feins N, Chow JS. Sonographic findings of ovarian torsion in children. Pediatr Radiol 2007; 37: 446-51.
- Vijayaraghavan SB. Sonographic whirlpool sign in ovarian torsion. J Ultrasound Med 2004; 23: 1643-9.

10. Hurh PJ, Meyer JS, Shaaban A. Ultrasound of a torsed ovary: characteristic gray-scale appearance despite normal arterial and venous flow on Doppler. *Pediatr Radiol* 2002; 32: 586-8.
11. Tepper R, Lerner-Geva L, Zalel Y, Shilon M, Cohen I, Beyth Y. Adnexal torsion: the contribution of color Doppler sonography to diagnosis and post-operative follow-up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 62: 121-3.
12. Oelsner G, Bider D, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S. Long-term follow-up of the twisted ischemic adnexa managed by detorsion. *Fertil Steril* 1993; 60: 976-9.
13. Oelsner G, Cohen SB, Soriano D, Admon D, Mashiach S, Carp H. Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. *Hum Reprod* 2003; 18: 2599-602.
14. Pansky M, Abargil A, Dreazen E, Golan A, Bukovsky I, Herman A. Conservative management of adnexal torsion in premenarchal girls. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000; 7: 121-4.
15. Cohen SB, Oelsner G, Seidman DS, Admon D, Mashiach S, Goldenberg M. Laparoscopic detorsion allows sparing of the twisted ischemic adnexa. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999; 6: 139-43.
16. Cohen SB, Wattiez A, Seidman DS, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S, et al. Laparoscopy versus laparotomy for detorsion and sparing of twisted ischemic adnexa. *JSL* 2003; 7: 295-9.
17. Dolgin SE, Lublin M, Shlasko E. Maximizing ovarian salvage when treating idiopathic adnexal torsion. *J Pediatr Surg* 2000; 35: 624-6.
18. Pansky M, Smorgick N, Herman A, Schneider D, Halperin R. Torsion of normal adnexa in postmenarchal women and risk of recurrence. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 355-9.

