ภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่บริเวณลำไส้ใหญ่ที่เลียนแบบมะเร็งลำไส้ใหญ่: รายงานผู้ป่วยและการทบทวนวรรณกรรม

Endometriosis of the Sigmoid Colon Mimicking Colorectal Carcinoma: A Case Report and Literature Review

สิรวิชญ์ อุดมพร, พ.บ.
Sirawith Udomphon, M.D.

Abstract

Endometriosis is a common gynecological condition among women of reproductive age. Lesions may occur outside the pelvis, including within the gastrointestinal tract, where the rectum and rectosigmoid colon are the most commonly involved segments. Diagnosis by computed tomography (CT) is challenging because imaging features may closely mimic colorectal carcinoma. We report two female patients, aged 51 and 34 years, in whom CT demonstrated a mass and bowel wall thickening at the sigmoid colon with features initially suggestive of colorectal carcinoma. The first patient had no detectable uterine or adnexal abnormality on CT, while the second showed only ill-defined soft tissue at the left adnexa consistent with adhesion; neither patient demonstrated a definite ovarian endometrioma. Both underwent surgical resection, and histopathological examination confirmed bowel endometriosis without evidence of malignancy. Postoperative follow-up was uneventful in both cases. This article reviews the radiological features, the similarities and differences between the two diseases, and key diagnostic clues that aid differential diagnosis. The principal lesson is that the absence of associated pelvic findings does not exclude bowel endometriosis. As performing MRI in every patient with bowel wall thickening is impractical, familiarity with suspicious CT features remains clinically valuable. Stating in the report that "bowel endometriosis cannot be excluded" or "consider correlation with history of endometriosis and further evaluation with MRI" may significantly redirect patient management.

Keywords: Endometriosis, Bowel endometriosis, Colorectal carcinoma, Computed tomography, Case report

บทคัดย่อ

ภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis) เป็นโรคทางนรีเวชที่พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยรอยโรคอาจพบได้นอกอุ้งเชิงกราน รวมถึงระบบทางเดินอาหาร ซึ่งตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือ Rectum และRectosigmoid Colon การวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography; CT) มีความท้าทาย เนื่องจากลักษณะภาพสามารถเลียนแบบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ บทความนี้รายงานผู้ป่วยหญิง 2 ราย อายุ 51 ปี และ 34 ปี ซึ่งตรวจพบก้อนและการหนาตัวของผนังลำไส้บริเวณ Sigmoid Colon จากการตรวจ CT โดยมีลักษณะเข้าได้กับ Colorectal Carcinoma ในเบื้องต้น ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่พบความผิดปกติของมดลูกและปีกมดลูกจากภาพ CT เลย ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 พบเพียง Ill-defined soft tissue ที่ปีกมดลูกด้านซ้ายซึ่งเข้าได้กับพังผืด โดยไม่พบ Ovarian Endometrioma ที่ชัดเจนทั้งสองราย ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการผ่าตัด และผลการตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็น Bowel Endometriosis โดยไม่พบเซลล์มะเร็ง การติดตามหลังผ่าตัดพบว่าอาการดีขึ้นและไม่มีภาวะแทรกซ้อน บทความนี้ทบทวนลักษณะภาพทางรังสี ความเหมือนและความต่างระหว่าง

วันที่รับ (received) 21 สิงหาคม 2569
วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 ตุลาคม 2569
วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ตุลาคม 2569
Published online ahead of print 13 พฤศจิกายน 2569

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
Department of Radiology, Sawanpracharak hospital, Nakhonsawan

Corresponding Author: สิรวิชญ์ อุดมพร
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
Email: donaldnickxray@gmail.com
doi: .....

สองโรค ตลอดจนประเด็นสำคัญที่ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค บทเรียนสำคัญที่ได้คือ การไม่พบรอยโรคร่วมในอุ้งเชิงกรานไม่สามารถใช้ตัด Bowel Endometriosis ออกจากการวินิจฉัยแยกโรคได้ และเนื่องจากการส่งตรวจ MRI ในผู้ป่วยทุกรายที่มี Bowel wall Thickening ไม่สามารถทำได้ในทางปฏิบัติ การที่รังสีแพทย์รู้จักลักษณะที่ควรสงสัยจาก CT และระบุในรายงานว่า "Bowel endometriosis cannot be excluded" หรือ "Consider correlation with history of endometriosis and further evaluation with MRI" จึงอาจช่วยเปลี่ยนทิศทางการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: Endometriosis, Bowel endometriosis, Colorectal carcinoma, Computed tomography, Case report

บทนำ

ภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการพบเนื้อเยื่อคล้ายเยื่อบุโพรงมดลูกอยู่นอกโพรงมดลูก พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์[1,2] และเป็นสาเหตุสำคัญของอาการปวดอุ้งเชิงกรานเรื้อรัง ภาวะมีบุตรยาก และคุณภาพชีวิตที่ลดลง ตำแหน่งที่พบบ่อยคือรังไข่ เยื่อบุช่องท้อง และเอ็นยึดมดลูกด้านหลัง (Uterosacral ligament) อย่างไรก็ตาม โรคอาจพบนอกอุ้งเชิงกราน รวมถึงระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดของ Extragenital Endometriosis[18] โดยมีรายงานว่าลำไส้ถูกรุกรานในผู้ป่วย Endometriosis ได้ร้อยละ 3.8–37[20] ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือ Rectum และ Rectosigmoid Colon ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 75–90 ของรอยโรคในลำไส้[3,15] ตามด้วย Sigmoid Colon [6]

การวินิจฉัย Bowel Endometriosis จึงเป็นความท้าทายทางคลินิก เพราะอาการและลักษณะภาพอาจคล้ายโรคลำไส้อื่น โดยเฉพาะ Colorectal Carcinoma[3,5,6] แม้ MRI และ Transvaginal Ultrasound (TVUS) จะเป็นเครื่องมือหลักในการประเมิน Endometriosis[8,9,10] แต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยจำนวนมากมาด้วยอาการปวดท้องหรือสงสัยโรคลำไส้ และได้รับการตรวจ CT เป็นการตรวจแรก เนื่องจากทำได้รวดเร็ว ครอบคลุมอวัยวะในช่องท้องและมีใช้อย่างแพร่หลายในภาวะฉุกเฉิน ลักษณะที่พบจึงมักถูกแปลผลไปทาง Colorectal Carcinoma ก่อน

ผู้เขียนทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564–2566) ของโรงพยาบาล โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ CT พบรอยโรคที่ Sigmoid Colon ซึ่งสงสัย Neoplasm และพยาธิวิทยายืนยัน Endometriosis พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เพียง 2 รายเท่านั้น เนื่องจากภาวะนี้พบได้น้อยมากแม้ในรายงานต่างประเทศ ซึ่งวรรณกรรมที่มีอยู่เกือบทั้งหมดเป็นรายงานผู้ป่วยเดี่ยวหรือชุดผู้ป่วยขนาดเล็ก[3,6,7] จึงเลือกนำเสนอผู้ป่วย 2 รายนี้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

จุดที่ทำให้รายงานนี้มีความน่าสนใจเป็นพิเศษคือ หนึ่งในผู้ป่วยไม่พบ Ovarian Endometrioma หรือรอยโรคร่วมในอุ้งเชิงกรานที่ชัดเจนจากภาพ CT ซึ่งขัดกับความเชื่อทั่วไปที่ว่าการพบรอยโรคร่วมเป็นกุญแจสำคัญในการแยกโรค รายงานในลักษณะนี้มีอยู่น้อยมากในวรรณกรรม โดย Bascombe และคณะ[16] ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าไม่พบรายงานของ Endometriosis ที่จำกัดอยู่เฉพาะลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์โดยไม่มีรอยโรคในอุ้งเชิงกรานร่วมด้วยในวรรณกรรมขณะนั้น (พ.ศ. 2556) ต่อมามีรายงานเพิ่มเติม เช่น ผู้ป่วยที่ CT ไม่พบความผิดปกติของ Uterus และรังไข่ [23] ผู้ป่วยรายที่ 1 ของเราจึงเป็นข้อมูลเพิ่มเติมในกลุ่มที่พบน้อยนี้

วัตถุประสงค์ของบทความนี้คือ เพื่อทบทวนลักษณะภาพทางรังสี ข้อควรระวังในการวินิจฉัย ความเหมือนและความต่างจาก Colorectal Carcinoma รวมถึงบทบาทและข้อจำกัดของ CT ในการประเมินผู้ป่วยกลุ่มนี้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1

ข้อมูลผู้ป่วยและอาการนำ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 51 ปี ตรวจพบภาวะซีดโดยบังเอิญจากการตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อวันที่ 18 เมษายน 2566 โดยไม่มีอาการปวดท้อง ท้องผูก หรือถ่ายเป็นเลือดนำมาก่อน

ประวัติทางการแพทย์และนรีเวช ประจำเดือนมาปกติ ไม่มีอาการปวดประจำเดือนรุนแรง มีบุตร 2 คน บุตรคนเล็กอายุ 22 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการผ่าตัดอุ้งเชิงกราน ไม่มีประวัติการใช้ฮอร์โมน และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Endometriosis มาก่อน ผู้ป่วยมีความกังวลด้านมะเร็งสูง

การตรวจร่างกาย ไม่พบความผิดปกติจากการตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจทางทวารหนักและการตรวจภายในไม่พบความผิดปกติ ไม่คลำได้ก้อนในช่องท้อง

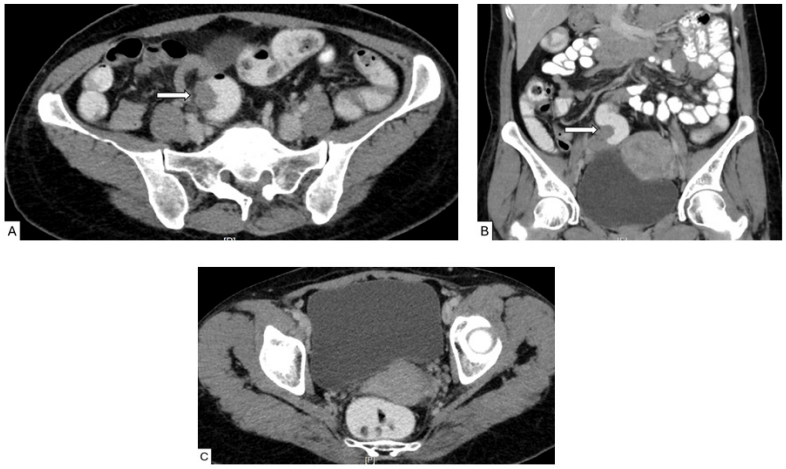
การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัย ระดับฮีโมโกลบิน 8.9 กรัม/เดซิลิตร การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่างเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2566 พบความผิดปกติสงสัยก้อนใต้ชั้นเยื่อบุ (Submucosal mass) ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ การตรวจ CT ช่องท้องและอุ้งเชิงกรานพร้อมฉีดสารทึบรังสี เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2566 พบ Soft Tissue Mass ที่ผนังลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ ขนาดประมาณ 2.3 × 1.6 × 1.6 เซนติเมตร ลักษณะสงสัย Neoplastic Lesion ของลำไส้ใหญ่ (รูปที่ 1A-C) ประเด็นสำคัญคือ ไม่พบลักษณะผิดปกติของมดลูกและปีกมดลูกทั้งสองข้าง ไม่พบ Ovarian Endometrioma ไม่พบ Pericolonic Fat Stranding ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตในบริเวณใกล้เคียง และไม่พบน้ำในช่องท้อง รวมทั้งไม่พบรอยโรคแพร่กระจายไปยังตับ

การวินิจฉัยแยกโรคก่อนผ่าตัด Colorectal Carcinoma, Gastrointestinal Stromal Tumor และรอยโรคใต้ชั้นเยื่อบุชนิดอื่น ยังไม่ได้นึกถึง Endometriosis ก่อนผ่าตัด

การรักษา ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Laparoscopic Anterior Resection ของ Rectosigmoid Colon เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2566

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบ Endometriosis แทรกอยู่ในชั้น Submucosa ชั้นกล้ามเนื้อ และ Pericolic Fat โดยไม่พบเซลล์มะเร็ง

การติดตามผล ภาวะซีดดีขึ้นหลังได้รับยาบำรุงเลือด อาการหลังผ่าตัดเป็นปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น Anastomotic Leakage หรือการติดเชื้อแผล ติดตามอาการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2569) ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ



รูปที่ 1 (A-C) ภาพ CT ช่องท้องและอุ้งเชิงกรานหลังฉีดสารทึบรังสีของผู้ป่วยรายที่ 1 แสดงรอยโรคลักษณะก้อน (Mass-like lesion) ที่ผนังลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (ลูกศร) โดยไม่พบ Pericolonic Fat Stranding ต่อมน้ำเหลืองโต หรือความผิดปกติของมดลูกและปีกมดลูกร่วมด้วย ผลการตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็น Endometriosis

ผู้ป่วยรายที่ 2

ข้อมูลผู้ป่วยและอาการนำ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 34 ปี มาด้วยอาการท้องผูก ปวดท้องบริเวณท้องน้อยด้านซ้าย และถ่ายอุจจาระมีเลือดปนในช่วงที่มีประจำเดือน โดยเริ่มต้นมีอาการและไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนตั้งแต่ประมาณเดือนมีนาคม 2564 ก่อนจะเข้ามารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ในเดือนมิถุนายน 2564 โดยแพทย์สงสัยภาวะลำไส้อุดตัน

ประวัติทางการแพทย์และนรีเวช มีอาการปวดประจำเดือนมากขึ้นกว่าปกติในช่วงที่ผ่านมา คุมกำเนิดโดยวิธีนับวัน ไม่เคยตั้งครรภ์ (G0P0) ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการผ่าตัดอุ้งเชิงกราน และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Endometriosis มาก่อน

การตรวจร่างกาย กดเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านซ้าย (Tenderness at left lower quadrant) การตรวจภายในไม่พบความผิดปกติของมดลูก ปากมดลูก และปีกมดลูก

การตรวจวินิจฉัย การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่างที่โรงพยาบาลเอกชนพบรอยโรคใต้ชั้นเยื่อบุหลายตำแหน่ง (Multiple submucosal lesions) ผลการตรวจชิ้นเนื้อรายงานเป็น Mild Chronic Colitis โดยไม่พบเซลล์มะเร็ง และไม่พบ Endometrial Stroma ซึ่งเป็นผลลบลวงที่พบได้บ่อยในภาวะนี้

การตรวจ CT ช่องท้องและอุ้งเชิงกราน พร้อมฉีดสารทึบรังสี เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2564 พบผนังลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์หนาตัวลักษณะคล้ายก้อน โดยมีขนาดความหนารวมพื้นที่ Mass-like Lesion ประมาณ 3.5 × 3.6 × 3.9 เซนติเมตร ร่วมกับ Luminal Narrowing ลักษณะเข้าได้กับ Colorectal Carcinoma ร่วมกับพบ Ill-defined soft tissue บริเวณปีกมดลูกด้านซ้าย ซึ่งเข้าได้กับพังผืด แต่ไม่พบ Ovarian Endometrioma ที่ชัดเจน ไม่พบความผิดปกติของมดลูก และไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตหรือรอยโรคแพร่กระจาย

การวินิจฉัยแยกโรคก่อนผ่าตัด คงความเป็นไปได้ทั้ง Colorectal Carcinoma และ Endometriosis เนื่องจากผลชิ้นเนื้อจากการส่องกล้องไม่พบทั้งเซลล์มะเร็งและ Endometrial Glands หรือ Stroma จึงไม่สามารถยืนยันหรือตัดโรคใดออกได้

การรักษา ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Segmental Resection ของลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2564 (โดยมีการเลื่อนนัดผ่าตัดครั้งหนึ่งเนื่องจากอยู่ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบ Bowel Endometriosis ลุกลามถึงชั้น Submucosa, Muscularis Propria, Subserosa

และ Serosa โดยไม่พบเซลล์มะเร็ง

การติดตามผล หลังผ่าตัดอาการเป็นปกติ ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการรักษาเสริมด้วยยาฉีดคุมกำเนิดชนิด Depot Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) ต่อเนื่องจนถึงเดือนตุลาคม 2566 และหยุดยาเนื่องจากต้องการมีบุตร โดยผู้ป่วยทนต่อยาได้ดีและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ติดตามอาการจนถึงเดือนตุลาคม 2566 ไม่มีภาวะกลับเป็นซ้ำ



รูปที่ 2 (A-C) ภาพ CT ช่องท้องและอุ้งเชิงกรานหลังฉีดสารทึบรังสีของผู้ป่วยรายที่ 2 แสดงผนังลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์หนาตัวแบบรอบวง (Circumferential wall thickening) ลักษณะคล้ายก้อนที่เลียนแบบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร่วมกับการตีบแคบของรูลำไส้ (ลูกศร) ผลการตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็น Endometriosis

ตารางที่ 1 ลำดับเหตุการณ์ของผู้ป่วยทั้งสองราย

ช่วงเวลา	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการนำ	ซีด พบโดยบังเอิญจากการตรวจร่างกายประจำปี (18 เม.ย. 2566)	ถ่ายมีเลือดปนช่วงมีประจำเดือน ท้องผูก ปวดท้องน้อยด้านซ้าย สงสัยลำไส้อุดตัน (เริ่มมีอาการประมาณ มี.ค. 2564)
การตรวจเบื้องต้น	ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง พบสงสัย Submucosal Mass ที่ Sigmoid Colon (20 มิ.ย. 2566)	ส่องกล้องที่โรงพยาบาลเอกชน พบ Multiple Submucosal Lesions ผลชิ้นเนื้อเป็น Mild Chronic Colitis
CT ช่องท้อง	Soft Tissue Mass ขนาด 2.3 × 1.6 × 1.6 ซม. ที่ sigmoid colon ไม่พบรอยโรคร่วมในอุ้งเชิงกราน (12 ก.ค. 2566)	ผนัง Sigmoid Colon หนาคล้ายก้อน ขนาด 3.5 × 3.6 × 3.9 ซม. ร่วมกับ Luminal Narrowing และ Ill-defined Soft Tissue ที่ปีกมดลูกซ้าย (14 มิ.ย. 2564)
การผ่าตัด	Laparoscopic Anterior Resection of Rectosigmoid Colon (18 ก.ย. 2566)	Segmental Resection of Sigmoid Colon (29 ก.ค. 2564)
พยาธิวิทยา	Endometriosis ในชั้น Submucosa, Muscular Layer และ Pericolic fat	Bowel Endometriosis ในชั้น Submucosa, Muscularis Propria, Subserosa และ Serosa
การรักษาเสริม	ยาบำรุงเลือด ไม่ได้รับฮอร์โมนเสริม	DMPA ต่อเนื่องถึง ต.ค. 2566 แล้วหยุดยาเพื่อมีบุตร
การติดตามผล	อาการปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ติดตามถึง พ.ศ. 2569	อาการปกติ ไม่มีปวดท้อง ไม่มีถ่ายเป็นเลือด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ข้อจำกัดในการวินิจฉัย

ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่ได้รับการตรวจ MRI อุ้งเชิงกรานก่อนผ่าตัด เนื่องจากในเวชปฏิบัติจริงมีข้อพิจารณาหลายประการ ได้แก่ ประการแรก ทีมผู้ดูแลประเมินว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดอยู่แล้ว เพราะมีความสงสัยภาวะมะเร็งสูงและมีการตีบแคบของรูลำไส้ ประการที่สอง ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความกังวลต่อภาวะมะเร็งในระดับสูง จึงต้องการการวินิจฉัยที่แน่ชัดโดยเร็ว และประการที่สาม ผู้ป่วยรายที่ 2 เคยมีการเลื่อนนัดผ่าตัดเนื่องจากอยู่ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการเพิ่มขั้นตอนการตรวจอาจทำให้การรักษา

ล่าช้าออกไปอีก

นอกจากนี้ ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่ได้รับการตรวจค่า Tumor Marker ได้แก่ CEA และ CA-125 ก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นข้อมูลที่อาจช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคได้

ภูมิหลังทางวิชาการ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก: ลักษณะทางคลินิกและลักษณะภาพ CT

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal carcinoma) เป็นโรคที่พบได้ทั้งสองเพศ โดยทั่วไปพบในวัยกลางคนถึงสูงอายุ อาการนำที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดท้อง การเปลี่ยนแปลงของลักษณะการขับถ่าย ท้องผูก ถ่ายเป็นเลือด ซีดเรื้อรัง น้ำหนักลด หรือมาด้วยภาวะลำไส้อุดตัน

ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคมากกว่าตัวรอยโรคเอง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจบดบังการตรวจพบมะเร็งที่ซ่อนอยู่ และมักต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ ได้แก่ การอุดตันของลำไส้ การทะลุ การเกิดฝี ทางเชื่อมผิดปกติ (Fistula) ระหว่างลำไส้กับกระเพาะปัสสาวะหรืออวัยวะสืบพันธุ์ ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ลำไส้ใหญ่อักเสบจากภาวะขาดเลือด และภาวะลำไส้กลืนกัน[22] การทำความคุ้นเคยกับภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ช่วยให้วินิจฉัยได้ถูกต้องและให้การรักษาได้ทันท่วงที

ลักษณะภาพ CT ที่เข้าได้กับ Colorectal Carcinoma ได้แก่ การหนาตัวของผนังลำไส้แบบ Focal, Irregular และ Asymmetrical ที่มีการเพิ่มสัญญาณชัดเจนหลังฉีดสารทึบรังสี[12] ลักษณะคลาสสิกคือ Apple-core Appearance ซึ่งหมายถึงการหนาตัวแบบรอบวงที่ทำให้รูลำไส้ตีบแคบ[13] ซึ่งมักทำให้รังสีแพทย์นึกถึงมะเร็งเป็นอันดับแรก แต่ไม่จำเพาะเด็ดขาด เพราะอาจพบในโรคอื่นได้ รวมถึง Bowel Endometriosis ลักษณะที่ช่วยประเมินระยะของโรค ได้แก่ Pericolonic Fat Stranding และต่อมน้ำเหลืองรอบลำไส้ที่โตผิดปกติ ซึ่งใช้ประเมินระยะและการแพร่กระจายของมะเร็ง[12,14] อย่างไรก็ตาม ความไวและความจำเพาะเชิงตัวเลขของลักษณะเหล่านี้ขึ้นกับเทคนิคและเกณฑ์ขนาดที่แต่ละการศึกษาใช้ จึงไม่ระบุตัวเลขในบทความนี้

ความเหมือนและความต่างระหว่าง Colorectal Carcinoma กับ Bowel Endometriosis

เหตุผลที่โรคทั้งสองเลียนแบบกันได้อย่างใกล้ชิด สามารถแยกพิจารณาได้ ดังนี้

1. ด้านอาการทางคลินิก โรคทั้งสองทำให้เกิดอาการปวดท้อง เรื้อรัง ท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน และภาวะอุดกั้นลำไส้ได้เหมือนกัน อาการที่เคยเชื่อว่าจำเพาะต่อ Endometriosis คือความสัมพันธ์กับรอบเดือน แต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยไม่มีความสัมพันธ์นี้อย่างชัดเจน ดังเช่นผู้ป่วยรายที่ 1 ในรายงานนี้ที่มาด้วยภาวะซีดเพียงอย่างเดียว

2. ด้านตำแหน่งรอยโรค ทั้งสองโรคมีตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดอยู่บริเวณเดียวกัน คือ Rectosigmoid Colon ทำให้การใช้ตำแหน่งรอยโรคเป็นเกณฑ์แยกโรคไม่เกิดประโยชน์

3. ด้านลักษณะภาพรังสี ทั้งสองโรคทำให้ผนังลำไส้หนาตัวเป็นก้อนและเกิดการตีบแคบของรูลำไส้ได้เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในกรณีที่ Bowel Endometriosis มีขนาดใหญ่และก่อให้เกิดพังผืดรุนแรง ลักษณะอาจคล้ายมะเร็งมาก ดังเช่นผู้ป่วยรายที่ 2 ในรายงานนี้ที่ผนังลำไส้หนาตัวแบบรอบวงร่วมกับ Luminal Narrowing

4. ด้านการส่องกล้อง แม้การส่องกล้องจะเป็นมาตรฐานในการประเมินรอยโรคลำไส้ แต่ใน Bowel Endometriosis รอยโรคเริ่มจากด้าน Serosa และลุกลามเข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อ โดยชั้นเยื่อบุผิวมักยังปกติหรือถูกรุกรานเพียงเล็กน้อย[3,23] การตัดชิ้นเนื้อผ่านกล้องจึงมักให้ผลลบ[6,23] ดังเช่นผู้ป่วยรายที่ 2 ที่ผลชิ้นเนื้อรายงานเป็นเพียง Mild Chronic Colitis ซึ่งอาจทำให้แพทย์เข้าใจผิดว่าได้ตัดมะเร็งออกจากการวินิจฉัยแล้ว ทั้งที่จริงแล้วผลลบจากการส่องกล้องไม่สามารถตัดทั้งสองโรคออกได้

5. ด้านพยาธิวิทยา ประเด็นที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่งคือ Noël และคณะ[17] รายงานว่าในผู้ป่วย Deep Infiltrating Rectosigmoid Endometriosis ที่ได้รับการผ่าตัด พบ Endometriotic Foci ในต่อมน้ำเหลืองสูงถึงร้อยละ 42.3 (11 จาก 26 ราย) และพบ Lymphovascular Invasion ร้อยละ 36.3 อย่างไรก็ตาม ยังไม่ทราบสัดส่วนที่ต่อมน้ำเหลืองเหล่านี้โตจนเห็นได้บน CT การไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตจึงเป็นเพียงเบาะแสประกอบ และไม่สามารถตัด Endometriosis หรือตัดมะเร็งออกได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ Bowel Endometriosis กับ Colorectal Carcinoma

หัวข้อ	Bowel endometriosis	Colorectal carcinoma
เพศและอายุ	หญิงวัยเจริญพันธุ์ (พบในวัยใกล้หมดประจำเดือนได้)	ทั้งสองเพศ มักพบในวัยกลางคนถึงสูงอายุ
อาการนำ	ปวดท้อง ท้องผูก ถ่ายเป็นเลือด อาจสัมพันธ์กับรอบเดือน แต่ไม่เสมอไป	ปวดท้อง ขับถ่ายเปลี่ยนแปลง ถ่ายเป็นเลือด ซีด น้ำหนักลด
จุดเริ่มต้นของรอยโรค	ด้าน Serosa ลุกลามเข้าชั้นกล้ามเนื้อ ชั้นเยื่อบุมักปกติ	เริ่มจากชั้นเยื่อบุ ลุกลามออกด้านนอก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ Bowel Endometriosis กับ Colorectal Carcinoma (ต่อ)

หัวข้อ	Bowel endometriosis	Colorectal carcinoma
รูปแบบการหนาตัว	อาจเป็น Eccentric หรือ Circumferential ก็ได้ จึงไม่จำเพาะ	Focal, Irregular หรือ Asymmetrical หรือแบบ Apple-core [12,13]
Pericolonic fat stranding	อาจไม่พบ หรือพบน้อยเมื่อเทียบกับขนาดรอยโรค	พบได้บ่อย [12]
ต่อมน้ำเหลืองรอบลำไส้	อาจไม่โตจนเห็นผิดปกติ แม้พบ Endometriotic Foci ทางพยาธิวิทยาได้ [17]	พบ Pericolonic Lymph Node โตได้บ่อยกว่า [12]
รอยโรคร่วมในอุ้งเชิงกราน	อาจพบ Ovarian Endometrioma พังผืด หรือรอยโรคหลายตำแหน่ง แต่อาจไม่พบเลยก็ได้	ไม่พบ ยกเว้นกรณีแพร่กระจายเข้าเยื่อบุช่องท้อง
รอยโรคแพร่กระจายไกล	ไม่พบ	อาจพบที่ตับหรือปอด
ผลตัดชิ้นเนื้อจากการส่องกล้อง	มักให้ผลลบ เพราะรอยโรคอยู่ใต้ชั้นเยื่อบุ [6,23]	มักให้ผลบวก
ลักษณะจำเพาะบน MRI	Fan-shaped หรือ Mushroom cap sign สัญญาณต่ำบน T2WI	ไม่มีลักษณะจำเพาะดังกล่าว
แนวทางการรักษา	ผ่าตัดเมื่อมีการตีบหรืออุดตัน อาจร่วมกับการรักษาด้วยฮอร์โมน [20]	ผ่าตัดตามหลักมะเร็งวิทยาร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลือง

การจำแนกชนิด การจัดระยะ และบทบาทของ MRI/TVUS

Endometriosis แบ่งเป็น 3 ประเภทหลัก ได้แก่ Ovarian Endometrioma, Superficial Peritoneal Endometriosis และ Deep Infiltrating Endometriosis (DIE) โดยรอยโรคส่วนใหญ่ที่เห็นได้จาก MRI คือ DIE[25] ซึ่งหมายถึงรอยโรคที่แทรกลึกใต้ Peritoneum รวมถึงผนังลำไส้

ระบบจัดระยะ เช่น rASRM และ ENZIAN พัฒนาขึ้นเพื่อการสื่อสาร การวางแผนผ่าตัด และการวิจัยทางนรีเวช rASRM ให้คะแนนจากรอยโรคที่เยื่อบุช่องท้องและรังไข่ รวมถึง Adhesion แต่ไม่ครอบคลุมการลุกลามของ DIE จึงมี ENZIAN มาเสริม โดย Compartment C ใช้อธิบายรอยโรคที่ Rectum และ Sigmoid Colon[26] ระบบเหล่านี้อาศัยข้อมูลจากการผ่าตัดหรือ MRI เป็นหลัก ไม่ได้ออกแบบมาสำหรับการอ่าน CT และไม่ได้ใช้จัดระยะผู้ป่วยในรายงานนี้ สำหรับรังสีแพทย์ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนรักษามากกว่าการระบุ Stage คือ การบรรยายรอยโรคในลำไส้ ได้แก่ ตำแหน่ง ความยาว ระดับ Luminal Narrowing และรอยโรคอื่นในอุ้งเชิงกราน เนื่องจากการตีบของลำไส้เป็นปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจผ่าตัด[20]

ตามแนวทาง ESUR การตรวจ MRI ใช้ภาพ T2-weighted (Axial, Sagittal และ Oblique Axial) ร่วมกับ T1-weighted ทั้งแบบมีและไม่มี Fat Saturation โดยอาจเตรียมผู้ป่วยด้วยการงดอาหารและให้ยาลดการบีบตัวของลำไส้[9] ลักษณะ MRI ของรอยโรคที่ Rectosigmoid ได้แก่ "Fan-shaped" และ "Mushroom cap" ซึ่งเป็นการหนาตัวของผนังลำไส้ที่มีสัญญาณต่ำบน T2 สอดคล้องกับ Fibrosis และ Smooth Muscle Hyperplasia รอบเนื้อเยื่อ Endometrial ที่แทรกอยู่ในชั้นกล้ามเนื้อหรือใต้เยื่อบุ[24] การตรวจเหล่านี้มีประโยชน์ในการวางแผนผ่าตัด แต่ไม่ได้มีในผู้ป่วยทุกราย

อภิปรายผล

Bowel endometriosis และเหตุที่เลียนแบบมะเร็ง

Bowel Endometriosis เป็นรูปแบบหนึ่งของ DIE ซึ่งเกิดจากการแทรกตัวของเนื้อเยื่อคล้ายเยื่อบุโพรงมดลูกเข้าไปในผนังลำไส้ โดยเริ่มจากชั้น Serosa แล้วลุกลามเข้าสู่ชั้น Muscularis Propria และ Submucosa ส่วนชั้น Mucosa มักถูกรุกรานได้น้อย

กลไกสำคัญที่ทำให้ภาพทางรังสีเลียนแบบมะเร็งคือ เนื้อเยื่อ Endometrial-like Tissue ที่ตอบสนองต่อฮอร์โมนรอบเดือน จะเกิดการอักเสบซ้ำซาก กระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาพังผืดรุนแรง (Desmoplastic reaction) และการเพิ่มจำนวนของกล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle hyperplasia) รอบรอยโรค ผลลัพธ์คือการหนาตัวของผนังลำไส้เป็นก้อนแข็ง มีการดึงรั้งเนื้อเยื่อรอบข้าง และทำให้รูลำไส้ตีบแคบ ซึ่งเป็นลักษณะเดียวกับที่พบในมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลาม

ในผู้ป่วยทั้งสองรายของรายงานนี้ ลักษณะ CT ที่ตรวจพบประกอบด้วย Focal Mass-like Lesion ในรายที่ 1 และ Circumferential Bowel wall Thickening ร่วมกับ Luminal Narrowing ในรายที่ 2 ซึ่งทั้งสองแบบพบได้ใน Colorectal Carcinoma เช่นเดียวกัน ส่งผลให้การวินิจฉัยเบื้องต้นมุ่งไปที่โรคมะเร็งก่อน

ลักษณะภาพ CT ที่ควรเพิ่มความสงสัยต่อ Bowel Endometriosis

ลักษณะที่อาจเพิ่มความสงสัย Bowel Endometriosis

ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้อสังเกตเชิงคุณภาพจากรายงานผู้ป่วยและความเห็นผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่

1. Focal หรือ Segmental Bowel wall Thickening บริเวณ Rectosigmoid Colon
2. Eccentric Mural Thickening มีฐานกว้างทางด้านนอกมากกว่าการหนาตัวแบบสมมาตรรอบวง (ไม่จำเพาะ เพราะ Focal หรือ Asymmetrical Thickening เข้าได้กับมะเร็งเช่นกัน[12])
3. การไม่พบ Pericolonic fat Stranding หรือพบน้อยเมื่อเทียบกับขนาดรอยโรค
4. การไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตในบริเวณใกล้เคียง และไม่พบรอยโรคแพร่กระจายไปยังตับ
5. Spiculated soft tissue nodule หรือ Plaque-like Lesion ในอุ้งเชิงกราน
6. Associated pelvic fibrosis หรือ Adhesion ที่ดึงรั้งอวัยวะข้างเคียง
7. Ovarian Endometrioma ที่พบร่วมกัน
8. Multifocal Pelvic Lesions ในตำแหน่งที่เป็นที่พบบ่อยของ Endometriosis
9. อายุของผู้ป่วยที่น้อยกว่าเกณฑ์ที่คาดสำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่

ประเด็นสำคัญที่ต้องระบุไว้อย่างตรงไปตรงมาคือ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่รายงานค่าความไวและความจำเพาะของลักษณะภาพ CT แต่ละอย่างในการแยกระหว่าง Bowel Endometriosis กับ Colorectal Carcinoma โดยตรง ข้อมูลที่มีอยู่ในวรรณกรรมส่วนใหญ่เป็นการบรรยายเชิงคุณภาพจากรายงานผู้ป่วยเดี่ยวและชุดผู้ป่วยขนาดเล็ก ลักษณะที่กล่าวมาข้างต้นจึงควรใช้ในลักษณะของเบาะแสที่ประกอบกัน มากกว่าการใช้เป็นเกณฑ์วินิจฉัยเดี่ยว และเมื่อพิจารณาร่วมกับข้อมูลทางคลินิก เช่น ผู้ป่วยเป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ มีประวัติปวดประจำเดือนรุนแรง ปวดอุ้งเชิงกรานเรื้อรัง หรือเคยได้รับการวินิจฉัย Endometriosis มาก่อน จึงควรเพิ่มโรคนี้ไว้ในการวินิจฉัยแยกโรค

ความแม่นยำของ CT ในการวินิจฉัย Bowel endometriosis และช่องว่างในทางปฏิบัติ

Woo และคณะ[11] ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับความแม่นยำของ CT ในการวินิจฉัย Bowel Endometriosis โดยใช้การผ่าตัดส่องกล้องร่วมกับผลพยาธิวิทยาเป็นมาตรฐานอ้างอิง พบว่า ค่าความไวรวมเท่ากับ 0.92 (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 0.83–0.97) และค่าความจำเพาะรวมเท่ากับ 0.95 (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 0.88–0.98) ซึ่งจัดว่าอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวพบความแตกต่างระหว่างการศึกษาที่รวมเข้ามาในระดับสูงมาก (I^2 เท่ากับร้อยละ 92.38 สำหรับความไว และร้อยละ 89.09 สำหรับความจำเพาะ)

ประเด็นที่ต้องตีความอย่างระมัดระวัง คือ ในการวิเคราะห์อภิมานนี้ มีหลายการศึกษาที่ใช้เทคนิค CT ที่ออกแบบมาเฉพาะ เช่น Multislice CT Enteroclysis[5] หรือ CT Colonography ร่วมกับการเตรียมลำไส้ และเนื่องจากใช้การผ่าตัดส่องกล้องร่วมกับพยาธิวิทยาเป็นมาตรฐานอ้างอิง ผู้ป่วยจึงน่าจะเป็นกลุ่มที่สงสัย Endometriosis ทางคลินิกอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งแตกต่างอย่างสิ้นเชิงจากบริบทของผู้ป่วยในรายงานนี้ ที่ได้รับการตรวจ CT ช่องท้องตามปกติในฐานะผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องหรือสงสัยมะเร็งลำไส้ โดยไม่มีการเตรียมลำไส้และไม่มีความสงสัย Endometriosis มาก่อน

ความแตกต่างนี้อธิบายได้อย่างชัดเจนว่า เหตุใดตัวเลขความแม่นยำที่สูงถึงร้อยละ 92–95 ในงานวิจัยจึงไม่สะท้อนความเป็นจริงในเวชปฏิบัติทั่วไป (สอดคล้องกับรายงานของ Samet และคณะที่ระบุว่า CT และ CT Colonography ไม่ไวและไม่จำเพาะต่อ Endometriosis[21]) และเป็นเหตุผลที่สนับสนุนว่า สิ่งที่มีคุณค่าที่สุดในเวชปฏิบัติไม่ใช่ความสามารถของ CT ในการวินิจฉัยโรคนี้ แต่คือความตระหนักของรังสีแพทย์ที่จะนึกถึงโรคนี้และเสนอการตรวจเพิ่มเติมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง ACR Appropriateness Criteria ที่แนะนำ TVUS และ MRI อุ้งเชิงกรานเมื่อสงสัย Endometriosis[10]

ผู้ป่วยที่ไม่พบรอยโรคร่วมในอุ้งเชิงกราน

ตำราและบทความทบทวนส่วนใหญ่ระบุว่า การพบ Ovarian Endometrioma พังผืดในอุ้งเชิงกราน หรือรอยโรคหลายตำแหน่งเป็นเบาะแสสำคัญที่ช่วยแยก Bowel Endometriosis ออกจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยทั้งสองรายในรายงานนี้ไม่พบ Ovarian Endometrioma ที่ชัดเจน โดยรายที่ 1 ไม่พบความผิดปกติของมดลูกและปีกมดลูกเลย ส่วนรายที่ 2 พบเพียง Ill-defined soft Tissue ที่ปีกมดลูกด้านซ้าย ซึ่งเป็นลักษณะที่ไม่จำเพาะและอาจถูกมองข้ามหรือแปลผลว่าเป็นการอักเสบได้โดยง่าย

การทบทวนวรรณกรรมพบว่ารายงานในลักษณะนี้มีอยู่น้อยมาก โดย Bascombe และคณะ[16] รายงานผู้ป่วย Sigmoid Endometriosis ที่มาด้วยภาวะลำไส้อุดตัน โดยระบุว่าไม่พบ Endometrioma หรือความผิดปกติของรังไข่และอุ้งเชิงกรานจากการผ่าตัด และระบุไว้อย่างชัดเจนว่าไม่พบรายงานของ Endometriosis ที่จำกัดอยู่เฉพาะลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์โดยไม่มีการลุกลามในอุ้งเชิงกรานในวรรณกรรมขณะนั้น นอกจากนี้ Mota และคณะ[18] รายงานผู้ป่วยที่ภาพทำให้สงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ชนิด Synchronous แต่มีเลือดออกทางทวารหนักเป็นรอบทุก 3–4 สัปดาห์เป็นเบาะแสสำคัญ ซึ่งคล้ายผู้ป่วยรายที่ 2 ของเราที่ถ่ายเป็นเลือดช่วงมีประจำเดือน

กลไกที่อาจอธิบายปรากฏการณ์นี้ ได้แก่ ประการแรก รอยโรคในอุ้งเชิงกรานอาจเป็นชนิด Superficial Peritoneal Lesion ซึ่งมีขนาดเล็กเกินกว่าที่ CT จะตรวจพบได้ ประการที่สอง

รอยโรคอาจเป็นพังผืดที่ไม่มีองค์ประกอบของเลือดเก่า จึงไม่แสดงลักษณะที่จำเพาะบน CT และประการที่สาม ความละเอียดเชิงความต่างของเนื้อเยื่ออ่อนของ CT ต่ำกว่า MRI อย่างมาก จึงไม่สามารถแยกพังผืดในอุ้งเชิงกรานออกจากเนื้อเยื่อปกติได้ ทั้งหมดนี้เป็นเพียงสมมติฐานของผู้นิพนธ์ที่ยังไม่มีหลักฐานยืนยัน

นัยสำคัญทางคลินิกที่ได้จากประเด็นนี้คือ การไม่พบรอยโรคร่วมในอุ้งเชิงกรานบนภาพ CT ไม่สามารถใช้เป็นเหตุผลในการตัด Bowel Endometriosis ออกจากการวินิจฉัยแยกโรคได้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผู้ป่วยในรายงานนี้กับรายงานในวรรณกรรม

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1 (รายงานนี้)	ผู้ป่วยรายที่ 2 (รายงานนี้)	วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องหรือไม่
อายุ	51 ปี	34 ปี	Endometriosis พบในหญิงวัยเจริญพันธุ์เป็นหลัก[1,2]	รายที่ 2 สอดคล้อง รายที่ 1 อายุมากกว่าที่คาด
อาการนำ	ซีดอย่างเดียว ไม่สัมพันธ์รอบเดือน	ถ่ายเป็นเลือดสัมพันธ์รอบเดือน ท้องผูก ปวดท้อง	อาการสัมพันธ์รอบเดือนพบได้แต่ไม่เสมอไป	รายที่ 2 สอดคล้องชัดเจน รายที่ 1 ไม่สอดคล้อง
ตำแหน่งรอยโรค	Sigmoid colon	Sigmoid colon	Rectosigmoid พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 75-903	สอดคล้อง
รูปแบบการหนาตัว	Mass-like	Circumferential คล้าย Apple-core	ไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณ และ Focal/ Asymmetrical Thickening เข้าได้กับมะเร็ง เช่นกัน[12]	ไม่จำเพาะทั้งสองราย
Pericolonic fat stranding	ไม่พบ	ไม่พบ	การไม่พบเป็นเบาะแสที่มีประโยชน์[12]	สอดคล้อง
ต่อมน้ำเหลืองโต	ไม่พบ	ไม่พบ	อาจไม่โตบน CT แม้มี Foci ทางพยาธิวิทยา[17]	สอดคล้อง
Ovarian endometrioma	ไม่พบ	ไม่พบ	พบได้บ่อยแต่ไม่เสมอไป มีรายงานที่ไม่พบเลย [16,23]	ตรงกับรายงานที่หาได้ยาก
รอยโรคในอุ้งเชิงกราน	ไม่พบเลย	Ill-defined soft tissue ที่ปีกมดลูกซ้าย	Bascombe [16] ไม่พบความผิดปกติในอุ้งเชิงกรานเลย	ตรงกับ Bascombe
ผลชิ้นเนื้อจากการส่องกล้อง	ไม่ได้ตัดชิ้นเนื้อ	Mild chronic colitis (ผลลบ)	มักให้ผลลบ [6,23]	สอดคล้อง
การวินิจฉัยก่อนผ่าตัด	สงสัย Neoplastic Lesion	สงสัย Colorectal Carcinoma	ในรายงานผู้ป่วยมักคิดถึงมะเร็งก่อนผ่าตัด [6,16,21]	สอดคล้อง

เหตุผลที่การผ่าตัดยังคงจำเป็นแม้สงสัย endometriosis

แม้การวินิจฉัย Bowel Endometriosis ได้ก่อนผ่าตัดจะเป็นเป้าหมายที่พึงประสงค์ แต่ในผู้ป่วยทั้งสองรายของรายงานนี้ การผ่าตัดยังคงเป็นการรักษาที่เหมาะสม ด้วยเหตุผล ดังนี้

ประการแรก ไม่สามารถตัดภาวะมะเร็งออกได้อย่างสิ้นเชิงจากข้อมูลที่มีอยู่ และมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่มีความร้ายแรงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ การรอผลการตรวจเพิ่มเติมจึงมีความเสี่ยงที่ไม่สมเหตุสมผล ประการที่สอง ผู้ป่วยมีอาการที่ต้องได้รับการรักษา โดยรายที่ 1 มีภาวะซีดร่วมกับรอยโรคที่ลำไส้ และรายที่ 2 มีการตีบแคบของรูลำไส้ร่วมกับอาการที่สงสัยภาวะอุดกั้นลำไส้ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดอยู่แล้วโดยไม่ขึ้นกับสาเหตุ และประการที่สาม การวินิจฉัยที่แน่นอนของภาวะนี้ยังคงต้องอาศัยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นมาตรฐานสูงสุด

อย่างไรก็ตาม คุณค่าของการวินิจฉัยที่ถูกต้องก่อนผ่าตัดไม่ได้อยู่ที่การหลีกเลี่ยงการผ่าตัดเสมอไป แต่อยู่ที่การเลือกขอบเขตและวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสม เนื่องจากการผ่าตัด Bowel Endometriosis สามารถทำแบบอนุรักษ์ได้ เช่น Shaving Excision หรือ Disc Resection ซึ่งเป็นทางเลือกที่มีรายงานใช้ในผู้ป่วยบางราย ต่างจากการผ่าตัดตามหลักมะเร็งวิทยาที่ต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองร่วมด้วย[4,20] รวมถึงการเตรียมทีมผ่าตัดแบบสหสาขาที่มีสูตินรีแพทย์ร่วมด้วย และการวางแผนการรักษาด้วยฮอร์โมนต่อเนื่องหลังผ่าตัดเพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล ดังเช่นผู้ป่วยรายที่ 2 ที่ได้รับ DMPA หลังผ่าตัด

ความสำคัญเชิงปฏิบัติสำหรับรังสีแพทย์

แม้ MRI จะมีประสิทธิภาพสูงกว่าอย่างชัดเจน แต่ CT มักเป็นการตรวจแรกที่ผู้ป่วยได้รับในสถานการณ์จริง เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลัน สงสัยภาวะอุดกั้นลำไส้ หรือสงสัยมะเร็งลำไส้ ซึ่ง CT สามารถประเมินสาเหตุและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้อย่างรวดเร็ว การส่งตรวจ MRI ในผู้ป่วยทุกรายที่มี Bowel wall Thickening จึงไม่สามารถทำได้ในทางปฏิบัติ

ดังนั้น แม้ CT จะไม่ใช่การตรวจที่ดีที่สุดสำหรับการวินิจฉัย Endometriosis แต่มีบทบาทสำคัญในการค้นพบรอยโรคและเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการวินิจฉัย บทบาทของรังสีแพทย์จึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการระบุรอยโรคเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการเสนอการวินิจฉัยแยกโรคที่เหมาะสม

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติสำหรับรังสีแพทย์เมื่อพบรอยโรคของลำไส้ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ มีดังนี้

1. ประเมินอายุของผู้ป่วยเทียบกับความน่าจะเป็นของมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. ประเมินความสมเหตุสมผลระหว่างขนาดรอยโรคกับการมี Pericolonic fat Stranding และต่อมน้ำเหลืองโต หากรอยโรคมีขนาดใหญ่แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงรอบข้างที่สัมพันธ์กัน ควรเพิ่มความสงสัยต่อโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง
3. ตรวจสอบอุ้งเชิงกรานอย่างเป็นระบบเพื่อหารอยโรคร่วม โดยตระหนักว่าการไม่พบไม่ได้ตัดโรคออก
4. ระบุในรายงานว่า "Bowel endometriosis cannot be excluded" หรือ "Consider correlation with history of endometriosis and further evaluation with MRI" เมื่อมีข้อสงสัย
5. สื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจโดยตรงในรายที่มีข้อสงสัยสูง เพื่อให้มีการซักประวัติทางนรีเวชเพิ่มเติม

จุดแข็งและข้อจำกัดของรายงาน

จุดแข็ง ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการยืนยันการวินิจฉัยด้วยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาซึ่งเป็นมาตรฐานสูงสุด มีการทบทวนภาพ CT ย้อนหลังโดยรังสีแพทย์ มีข้อมูลการติดตามผลหลังการรักษา และผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นกลุ่มที่ไม่พบรอยโรคร่วมในอุ้งเชิงกรานซึ่งมีรายงานในวรรณกรรมไม่มาก

ข้อจำกัด ประการแรก จำนวนผู้ป่วยมีเพียง 2 ราย ซึ่งเป็นข้อจำกัดโดยธรรมชาติของภาวะที่พบได้น้อย ประการที่สองเป็นการทบทวนย้อนหลังจากสถาบันเดียว ประการที่สาม ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่ได้รับการตรวจ MRI ก่อนผ่าตัด จึงไม่สามารถเปรียบเทียบความสามารถของ CT กับ MRI ในผู้ป่วยรายเดียวกันได้ ประการที่สี่ ไม่มีข้อมูลค่า Tumor Marker ได้แก่ CEA และ CA-125 และประการสุดท้าย วรรณกรรมปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณที่ให้ค่าความไวและความจำเพาะของลักษณะภาพ CT แต่ละอย่างในการแยกสองโรคนี้ ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลการตรวจของผู้ป่วยกับเกณฑ์อ้างอิงเชิงตัวเลขได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต ควรมีการศึกษาแบบหลายสถาบันที่รวบรวมผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันด้วยพยาธิวิทยาทั้งสองกลุ่ม แล้วประเมินค่าความไวและความจำเพาะของลักษณะภาพ CT แต่ละอย่างในการแยกโรค ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อเวชปฏิบัติทางรังสีวิทยา

สรุป

Bowel Endometriosis เป็นภาวะที่สามารถเลียนแบบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างใกล้เคียง ทั้งในด้านอาการทางคลินิก ตำแหน่งรอยโรค ลักษณะภาพ CT และผลการส่องกล้อง ผู้ป่วย 2 รายในรายงานนี้แสดงให้เห็นประเด็นสำคัญคือ การไม่พบรอยโรคร่วมที่มดลูกและปีกมดลูกจากภาพ CT ไม่สามารถใช้ตัด Bowel Endometriosis ออกจากการวินิจฉัยแยกโรคได้ การวินิจฉัยที่แม่นยำจึงต้องอาศัยการผสมผสานระหว่างข้อมูลทางคลินิก ลักษณะภาพทางรังสีจากหลายเทคนิค โดยเฉพาะ MRI และ TVUS และการยืนยันด้วยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาซึ่งยังคงเป็นมาตรฐานสูงสุด

บทเรียนสำคัญสำหรับรังสีแพทย์คือ เมื่อพบรอยโรคของลำไส้ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีขนาดใหญ่แต่ไม่มี Pericolonic Fat Stranding และไม่มีต่อมน้ำเหลืองโตอย่างที่ควรจะเป็น ควรระบุ Bowel Endometriosis ไว้ในการวินิจฉัยแยกโรค และแนะนำการตรวจเพิ่มเติมที่จำเพาะกว่า ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมการผ่าตัดที่เหมาะสม ลดขอบเขตการผ่าตัดที่เกินจำเป็น และได้รับการวางแผนการรักษาด้วยฮอร์โมนต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

มุมมองของผู้ป่วย

เนื่องจากรายงานนี้เป็นการศึกษาแบบทบทวนย้อนหลังจากเวชระเบียน ผู้นิพนธ์จึงไม่สามารถเก็บข้อมูลมุมมองและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อกระบวนการวินิจฉัยและการรักษาได้โดยตรง

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยและความยินยอม

รายงานนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่รับรอง COE. No52/2569 ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2569 โดยคณะกรรมการได้พิจารณายกเว้นการขอความยินยอมจากผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบทบทวนย้อนหลังจากเวชระเบียน ข้อมูลทั้งหมดได้รับการปกปิดอัตลักษณ์ของผู้ป่วย และภาพถ่ายทางรังสีที่นำเสนอไม่มีข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้

การเปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้เขียนขอรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบทความนี้ และไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก

เอกสารอ้างอิง

1. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. N Engl J Med. 2020;382(13):1244-56. Doi:10.1056/NEJMra1810764.
2. Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. Nat Rev Endocrinol. 2019;15(11):666-82. Doi:10.1038/s41574-019-0245-z.
3. Dave HB, Chamié LP, Young SW, Sakala MD, VanBuren WM, Jha P, et al. Bowel endometriosis: systematic approach to diagnosis with US and MRI. RadioGraphics. 2025;45(4):e240102. Doi:10.1148/rg.240102.
4. Habib N, Centini G, Lazzeri L, Amoruso N, El Khoury L, Zupi E, et al. Bowel endometriosis: current perspectives on diagnosis and treatment. Int J Womens Health. 2020;12:35-47. Doi:10.2147/IJWH.S190326.
5. Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, Ragni N, Martin DC. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. Obstet Gynecol Surv. 2007;62(7):461-70. Doi:10.1097/01.ogx.0000268688.55653.5c.
6. Kim JS, Hur H, Min BS, Kim H, Sohn SK, Cho CH, et al. Intestinal endometriosis mimicking carcinoma of rectum and sigmoid colon: a report of five cases. Yonsei Med J. 2009;50(5):732-5. Doi:10.3349/ymj.2009.50.5.732.
7. Khaissidi K, Karimi J, Ouazzani H, Chaouche I, Akammar A, El Bouardi N, et al. Rectosigmoid endometriosis mimicking colorectal cancer: a case report. Cureus. 2026;18(3):e105437. Doi:10.7759/cureus.105437.
8. Bazot M, Daraï E. Diagnosis of deep endometriosis: clinical examination, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and other techniques. Fertil Steril. 2017;108(6):886-94. Doi:10.1016/j.fertnstert.2017.10.026.
9. Bazot M, Bharwani N, Huchon C, Kinkel K, Cunha TM, Guerra A, et al. European Society of Urogenital Radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. Eur Radiol. 2017;27(7):2765-75. Doi:10.1007/s00330-016-4673-z.
10. Kang SK, VanBuren W, Dassel M, Dhanani NH, Glanc P, Henrichsen TL, et al. ACR Appropriateness Criteria® Endometriosis. J Am Coll Radiol. 2024;21(11S):S384-95.
11. Woo S, Suh CH, Kim H. Diagnostic performance of computed tomography for bowel endometriosis: a systematic review and meta-analysis. Eur J Radiol. 2019;119:108638. Doi:10.1016/j.ejrad.2019.08.007.
12. Macari M, Balthazar EJ. CT of bowel wall thickening: significance and pitfalls of interpretation. AJR Am J Roentgenol. 2001;176(5):1105-16. Doi:10.2214/ajr.176.5.1761105.
13. Fonseca EKUN, Tridente CF, Ogawa RE, Yamauchi FI, Baroni RH. Apple core sign in colorectal cancer. Abdom Radiol (NY). 2017;42(8):2001-2. Doi:10.1007/s00261-017-1085-8.
14. Kijima S, Maruyama T, Obinata M, Morita T, Matsuhashi N, Hoshino N, et al. Preoperative evaluation of colorectal cancer using CT colonography, MRI, and PET/CT. World J Gastroenterol. 2014;20(45):16964-75. Doi:10.3748/wjg.v20.i45.16964.
15. Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, et al. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. Hum Reprod. 2003;18(1):157-61. Doi:10.1093/humrep/deg005.
16. Bascombe NA, Naraynsingh V, Dan D, Harnanan D. Isolated endometriosis causing sigmoid colon obstruction: a case report. Int J Surg Case Rep. 2013;4(12):1073-5.
17. Noël JC, Chapron C, Fayt I, Anaf V. Lymph node involvement and lymphovascular invasion in deep infiltrating rectosigmoid endometriosis. Fertil Steril. 2008;89(5):1069-72. Doi:10.1016/j.fertnstert.2007.05.011.
18. Mota LM, Hirsch BS, Seligman R. Large bowel endometriosis mimicking colorectal cancer. Case Rep Med. 2020;2020:7014107. Doi:10.1155/2020/7014107.
19. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. Glob Adv Health Med. 2013;2(5):38-43. Doi:10.7453/gahmj.2013.008.
20. Ferrero S, Camerini G, Leone Roberti Maggiore U, Venturini PL, Biscaldi E, Remorgida V. Bowel endo-

metriosis: recent insights and unsolved problems. World J Gastrointest Surg. 2011;3(3):34-36.

21. Samet JD, Horton KM, Fishman EK, Hruban RH. Colonic endometriosis mimicking colon cancer on a virtual colonoscopy study: a potential pitfall in diagnosis. Case Rep Med. 2009;2009:379578. Doi:10.1155/2009/379578.
22. Kim SW, Shin HC, Kim IY, Kim YT, Kim CJ. CT findings of colonic complications associated with colon cancer. Korean J Radiol. 2010;11(2):211-21.
23. Long-zhi Z, Jian G, Wei L. Endometriosis within the sigmoid colon: a rare cause of bowel obstruction. Pak J Med Sci. 2020;36(6):1421-4. Doi:10.12669/pjms.36.6.2525.
24. Kido A, Himoto Y, Moribata Y, Kurata Y, Nakamoto Y. MRI in the diagnosis of endometriosis and related diseases. Korean J Radiol. 2022;23(4):426-45. Doi:10.3348/kjr.2021.0405.
25. Jha P, Sakala M, Chamie LP, Feldman M, Hindman N, Huang C, et al. Endometriosis MRI lexicon: consensus statement from the Society of Abdominal Radiology endometriosis disease-focused panel. Abdom Radiol (NY). 2020;45:1552-68. Doi:10.1007/s00261-019-02291-x.
26. Lee SY, Koo YJ, Lee DH. Classification of endometriosis. Yeungnam Univ J Med. 2021;38:10-8. Doi:10.12701/yujm.2020.00444.