

4-1-1967

Krukenberg Tumor

ประมาณ วิฑูรย์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

วิฑูรย์ ประมาณ (1967) "Krukenberg Tumor," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 12: Iss. 2, Article 9.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.12.2.9

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol12/iss2/9>

This Case Report is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

KRUKENBERG TUMOUR

Report of an interesting case

ประมวล วิรุตมเสน พ.บ.

ปี ค.ศ. 1855 ROKITANSKY มีความสงสัยว่ามะเร็งของรังไข่บางชนิด น่าจะมีจุดเริ่มต้นมาจากทางเดินของอาหาร ต่อมา ROCCI 1874, SEEGER 1888, BODE 1895, and FLEISCHMANN 1896 ได้อธิบายมะเร็งของรังไข่ที่พบร่วมกับมะเร็งของกระเพาะ⁴

FRIEDRICH KRUNKENBERG 1896^{1,4} ซึ่งภายหลังเป็นจักษุแพทย์ได้รายงานผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของรังไข่ 5 ราย และได้อธิบายถึงพยาธิวิทยาว่ามีลักษณะเป็น mucin production signet ring cell และได้ตั้งชื่อว่า "FIBROSARCONA OVARIUM MUCOCYL-LULARE CARCINOMATODES," หลายคนเชื่อว่าเนื้องอกนี้มีจุดเริ่มต้นมาจากทางเดินของอาหาร^{1,3,4,7} JARCHO มีความเห็นว่า signet ring cell ไม่จำเป็นต้องพบใน Krukenberg tumour ทุกราย¹² ในระยะหลังมีผู้รายงานถึง

primary Krukenberg tumour^{1,5} ซึ่งพิสูจน์โดยการตรวจศพและให้ข้อคิดเห็นว่า primary Krukenberg tumour มักจะไม่มี signet ring cell อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่มีความเชื่อมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกนี้มีจุดเริ่มต้นมาจากทางเดินของอาหาร^{1,2,3,4,7,11,12,13}

LINARD ได้รวบรวมจากนิตยสารผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ทั้งหมด 530 ราย⁷ พบว่ามาจากกระเพาะ 70%, ลำไส้ใหญ่ 15%, เต้านม 6%, ที่เหลือมาจากลำไส้เล็ก, ลำไส้ติ่ง, ตับอ่อน, ถุงน้ำดี, ต่อมหมวกไต, ตับ, มดลูก KARCH ตั้งข้อสังเกตว่าถ้ามีจุดเริ่มต้นมาจากเต้านมมักจะพบในหญิงที่ก่อนจะหมดประจำเดือน

WOODRUFF & NOVAK¹ มีความเห็นว่า Krukenberg tumour นั้นมาจาก epithelial cell ซึ่งเนื้องอกนี้มีได้ทั้ง primary & secondary และได้เสนอแนะว่าการจะวินิจฉัยว่าเป็น Kru-

kenborg tumour นั้นควรมี criteria ดังต่อไปนี้

1. The tumour is in the ovary
2. There is demonstrable evidence of intracellular mucin secretion by the formation of signet ring cell.
3. The diffuse infiltration of the stroma justifies the general appearances of a sarcoma-like picture.

โดยไม่คำนึงถึงว่าจะเป็น primary หรือ secondary เพื่อที่จะให้ข้อนี้ยังคงอยู่ต่อไป

WOODRUFF & NOVAK¹ ได้รายงานเนื้องอกของรังไข่ 1700 รายใน 17 ปีมี Krukenberg tumour 48 ราย KASH¹³ ได้ทำการตรวจศพทั้งชายหญิง 10287 ราย มี metastatic carcinoma of ovary 72 ราย เท่ากับ 0.7% มีอยู่ 4 รายเท่านั้นที่เป็น Krukenberg tumor บางท่านรายงานว่าพบถึง 5.5% ของ adenocarcinoma of ovary⁷

อายุส่วนใหญ่พบในวัยมีลูก, ต่ำสุด 13 ปี สูงสุด 81 ปี⁴ อายุเฉลี่ยคือ 40 ปี¹, 44 ปี⁷ และ 48.2 ปี⁴

Krukenberg tumor อาจจะพบร่วมกับการตั้งครรภ์และบางครั้งทำให้การคลอดดำเนิน

ไปโดยยาก ได้มีผู้รายงานผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกของรังไข่ชนิดนี้ และมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศเช่นทำให้เกิด virilization^{6,9,10}

อาการของผู้ป่วยที่มาหาแพทย์ส่วนใหญ่มาด้วยอาการของ abdominal pain & swelling^{1,14} เหมือนกับอาการทั่วไปของมะเร็งรังไข่ อาจจะมีการผิดปกติของประจำเดือนได้

ต่อไปนี้เป็นรายงานของผู้ป่วย 1 ราย ที่ได้รับไว้รักษาตัวในแผนกสูติศาสตร์ และนรีเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2510

ประวัติ ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 35 ปี มีอาชีพทำไร่มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวด และแน่นท้องมา 3 วัน ประจำเดือนขาดไป 5 เดือน (ปกติมาทุกเดือนๆ ละ 4 วัน) 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลคลำก้อนได้ขนาดเท่าไข่ไก่ทางท้องน้อยด้านขวา, ไม่มีอาการของการตั้งครรภ์. 1 เดือนก่อนมาก่อนนั้นโตเร็วมากจนแน่นท้อง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ผู้ป่วยเข้าใจเองว่าตั้งครรภ์ไปหาแพทย์ที่อรัญญประเทศ แพทย์ได้แนะนำว่าให้มาโรงพยาบาลนี้

ผู้ป่วยมีบุตรทั้งหมด 6 คน คนสุดท้ายอายุ 1 ขวบ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่ร้ายแรงการตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ ความดัน

110/70 mmHg ชีพจร 72/min ปรีท 37.2°C
ร่างกายเติบโตสมอายุ ก่อนเข้าผอม ซีดเล็กน้อย
ปอดและหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ นัยตาไม่เหลือ
ที่ท้องมีก้อนโตประมาณเท่ากับท้อง 8 เดือน กด
เจ็บ ผิวขรุขระ บางส่วนนูนบางส่วนแข็ง ตืด
แน่นเคลื่อนไหวไม่ได้ ตับโต ต่ำกว่าระดับ
ชายโครงขวา 3 นิ้วมือ ขรุขระ

จากการตรวจภายในพบว่า: ปากมดลูกเล็ก
ถูกดึงขึ้นไปอยู่ใต้กระดูกเชิงกราน (symphysis
pubis)

: ตัวมดลูกคลำไม่ได้ชัดเจน แต่รู้สึกว่ามีอยู่
ในขนาดปกติ

cul-de-sac มีก้อนโตนูน (cystic) มีก้อน
โตอีกก้อนหนึ่งอยู่ทางด้านหน้าตึงและกดเจ็บ ผิว
ขรุขระโตเท่ากับท้องประมาณ 8 เดือน

ได้ให้การวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นมะเร็งของ
รังไข่ทั้งสองข้าง

ผลของการตรวจเลือดพบว่า hemoglobin
10 gm%, w.c. 1200 /cumm, neutrophils
78 %, lymphocyte 22 %, bleeding time,
coagulation time ปกติ N.P.N. 28 % fasting
blood sugar 130 mg %, liver function test
ปกติ X-RYS REPORT: no active chest
disease

I.V.P. : mass originated from the
pelvis size about 7-8 months of pregnancy
no fetal skeleton is observed. Mild hydrone-
phrosis bilaterally due to pressure upon
by a large pelvic mass

ได้ทำผ่าตัดเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2510
ผลจากการผ่าตัดมีดังนี้

1. มีน้ำปนเลือดในช่องท้อง ประมาณ
100 c.c.

2. พบมะเร็งของรังไข่ทั้งสองข้างด้านซ้าย
โตประมาณ 20 x 17 x 15 cm. ด้านขวาโต 13
x 10 x 10 cm. ซึ่งติดอยู่ใน cul-de-sac

3. 2/3 ของไส้ติ่งส่วนปลายเป็นเนื้องอก
ขนาด 4 x 3 x 3 cm. ติดอยู่กับผิวของรังไข่ด้าน
ซ้าย

4. ขนาดมดลูกปกติ ถูกดันมาข้างหน้า
มี metasatic nodules ตามผนังช่องท้องทั่วๆ ไป

5. para-aortic lymph glands โต ที่
ระดับด้านขวาส่วนล่างมี nodules

การผ่าตัดได้ทำ abdominal total hy-
sterectomy with bilateral salpingo-oophorec-
tomy & appendectomy & one-half oment-
ectomy ผลจากการตรวจทางพยาธิวิทยา (ดูรูป)

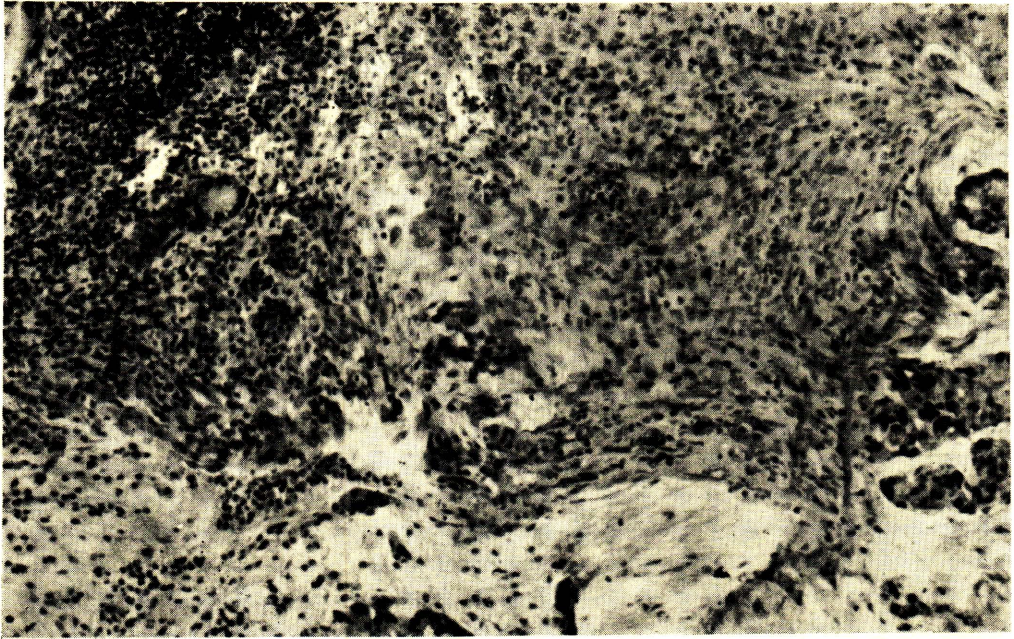


FIG. I. APPENDIX

Microscopic examination : the sections taken from the appendix showed malignant epithelial growth involving the mucosa, submucosa, muscular and serosa. The mucosa was ulcerated in part and replaced by neoplastic cuboidal cells arranged in clumps and ill-defined glands with a large amount of mucoid material (FIGURE I) The nuclei are slightly pleomorphic and hyperchromatic with occasional mitoses

Sections from uterine wall (FIGURE II) and ovaries (FIGURE III) revealed the presence of tumor similar to that noted in the appendix,

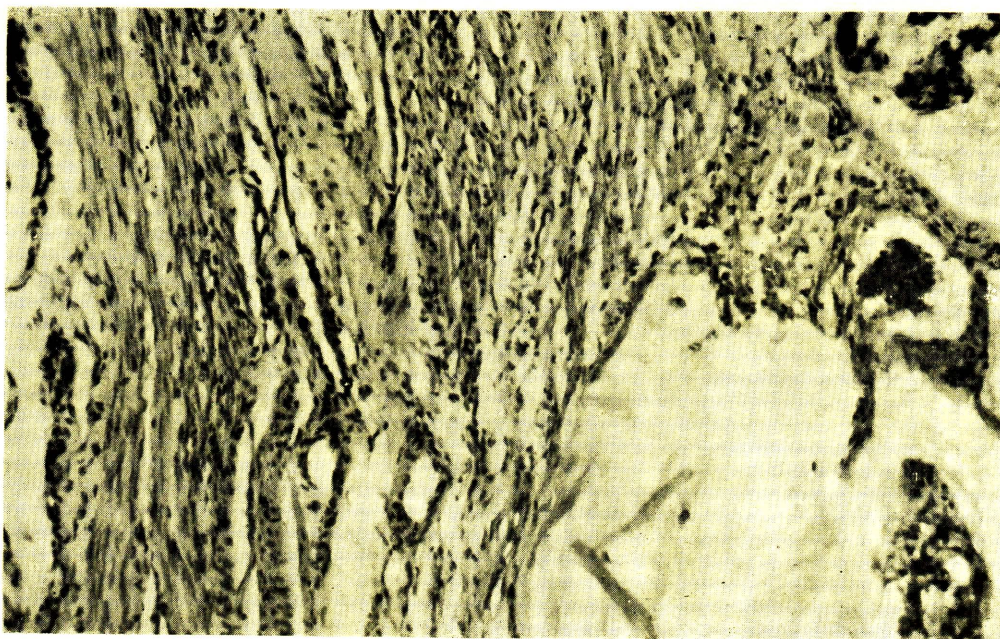
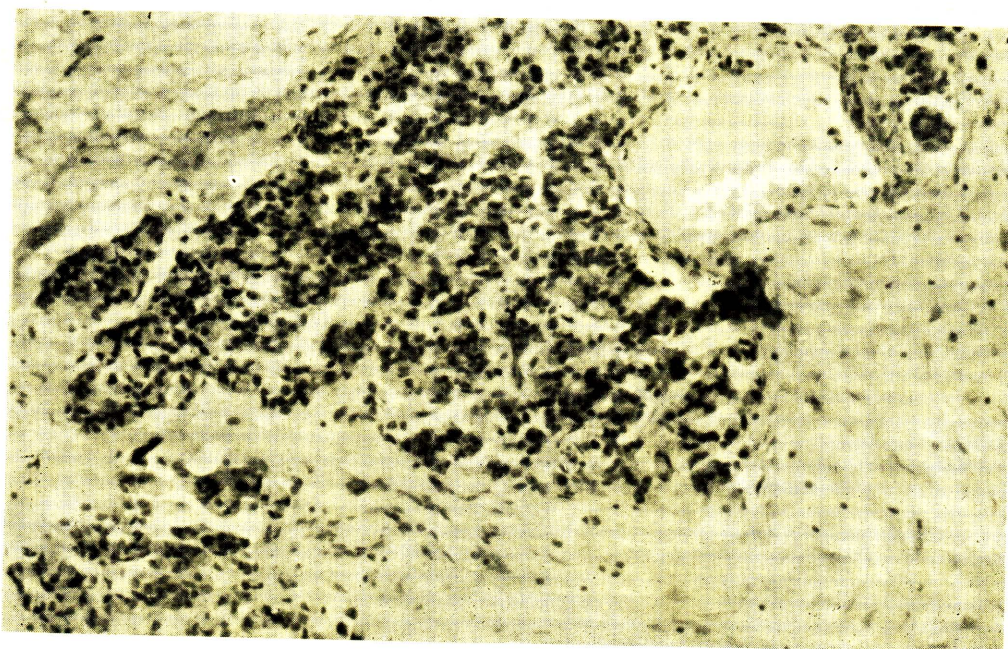


FIG. II. UTERINE WALL

FIG. III. OVARY



วิจารณ์ : Krukenberg tumour ส่วนมากจะเป็นทั้งสองข้าง (80 %³) แต่ WOODRUFF & NOVAK¹ พบสองข้างน้อยกว่าที่บางคนได้รายงานไว้ ขนาดจะโตมาก ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางถึงสี่สิบสี่เซนติเมตร

การดำเนินของโรค สำหรับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดนี้อยู่ในเกณฑ์เลว 70 % ตายใน 6 เดือน¹ หรือ 6.6 เดือน² และ primary Krukenberg tumour prognosis ต่ำกว่า secondary การผ่าตัดส่วนใหญ่ยังถือว่าเป็นการรักษาที่ดีกว่าอย่างอื่นสำหรับในปัจจุบัน ส่วนการรุกรานจากอวัยวะหนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งนั้นเชื่อว่าเป็นไปได้ 4 ทาง คือ peritoneal fluid, lymphatic blood stream, and direct extension

สำหรับคนไข้รายนี้ไม่มีโรคแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ทำ G.I. study ไม่พบตำแหน่งที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งของทางเดินอาหารจึงเชื่อว่าจุดเริ่มต้นที่เป็นมะเร็งคนไข้รายนี้ควรจะมาจากไส้ติ่งแต่อย่างไรก็ตามจะต้องติดตามต่อไป ขณะนี้ยังให้คนไข้มารับการรักษาและตรวจสอบทั้งสองอาทิตย์ และได้ฉีดยาเข้าเส้น (THIO-TEPA) ทุกสองอาทิตย์การตรวจครั้งหลังสุด เมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2510 ผู้ป่วยยังคงแข็งแรงดี น้ำหนักเพิ่มครั้งกิโลกกรัม

สรุป ได้รายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่เป็น Krukenberg tumour ของรังไข่ทั้งสองข้างซึ่งเข้าใจว่ามีจุดเริ่มต้นมาจากไส้ติ่งไม่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอว์โมนเพศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ ม.ล. เกษตร สนิทวงศ์ หัวหน้าแผนกที่ได้กรุณาแนะนำ, ให้ความเห็นและอนุญาตให้นำออกเผยแพร่นี้ได้และขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านในแผนกที่ได้ให้คำแนะนำเป็นอย่างดีสุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์ ประพนธ์ ปิยรัตน์ พยาธิแพทย์

References.

1. Woodruff J.D. & Novak E.R. Krukenberg tumour. Obst. & Gyn. 15:351; 1990
2. Berens J.J. Krukenberg tumours of the Ovary. Am. J. surg. 81:484; 1901
3. Leffel J.M. Jr., Masson J.C., Dockerty M.B. Krukenberg tumour A survey of 48 cases Am. J. surg 115:102; 1942
4. Diddle A.W. Krukenberg tumour ; Diagnostic problems. Cancer 8:1026. 1955.
5. Lawrence W.M.D., Earson P.N., Hauge E.T. primary Krukenberg tumour of the ovary: Obst & Gyn 10:84; 1957

6. Ober W.B., Pollak A, Gertsmann K.E, Kupperman H.S., Krekenberg tumour with Androgeuic and progestional activity, Am. J. Obst & Gyn. **84:739;1962**
7. Soloway L, Latour J.P.A., young M.H.V. Krukenberg tumour of the ovary **8:636; 1956**
8. Caniani G.B. Final Contribution to the problems of histogenesis in Krukenberg tumour Am. J. Obst & Gyn. **82:211; 1960. (Abst)**
9. Spadoni L.R., Lindleng.m., Herunann. W.L. The Endocrine function of ovarian Stroma cell in a Krukenberg tumour. Obst & Gyn. **23; 630; 1964**
10. Lindleng M., Herunann W.L., Mottet N.K., Virilization coexisting with Krukenberg tumour. during pregnancy. Am.J, Obst & Gyn. **92; 981; 1965**
11. Fox L.P. Stamm W.J. Lrukenberg tumour. complicating pr gnancy Am J. Obst & Gyn. **92: 702; 1965**
12. Jarcho. J. Futher studies of the Krukenberg 'tumour. of the ovary Am.J. Surg. **41: 538; 1938**
13. Karsh J. Secondary Malignant diseases of the ovary studies of 72 autopsies. Am.J. Obst & Gyn. **61; 154.; 1951**
14. Kaufmann R.J. Management of Advanced ovarian carcinoma. Medical clinics of North America **50: 845; 1965**

Abstract of the foregoing report.

KRUKENBERG TUMOUR

report of an interesting case

PRAMUAL VIRUTAMASEN. M.D.

A case of Krukenberg tumour, believed to have primary site in the vermiform appendix is presented with a complete review of literature on the subject. (14 References)