

167th Inter-Institute Conference

July 4th, 2025

Gynecologic Oncology Unit, Department of Obstetrics and Gynecology,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Identification data: A 70-year-old Thai female
Hometown: Phuket, Thailand
Health coverage: Government enterprise officer

Chief complaint: Pelvic mass with dyspnea for 5 months

Present illness

5 months prior to hospital, the patient felt progressive dyspnea. Her symptom was worsen during physical activities. She noticed that her abdominal was distended and palpated a mass at the lower abdomen, approximately the size of a fist. The mass has been gradually increasing in size. The patient developed facial flushing, weight loss of 10 kgs over 2 months and chronic diarrhea 3-4 times/days. She denied having excessive sweating, palpitations, fever, cough, or sputum production. She also denied leg swelling, chest pain or tightness, and is still able to lie flat. She reported no history of abdominal pain, vaginal bleeding, or abnormal vaginal discharge.

Past history

- Underlying disease: Hypertension, Dyslipedemia, Coronary artery disease S/P PCI to LAD and LCX on June 2024, Vit B3 deficiency
- Previous surgery: cesarean section 3 times, s/p appendectomy

Obstetrics and gynecologic history

- Para 3003, cesarean section 3 times last 40 years
- Menopause at 50 years of age
- No history of STDs or pelvic inflammatory disease
- Last cervical screening (24/5/2567): Negative for intraepithelial neoplasia

Personal History:

- No food or drug allergy
- No significant familial history
- No history of alcohol drinking or smoking

Physical examination

- BW 59 kgs, Height 153 cm, BMI 25.2 kg/m²
- Vital signs: T 36.3°C, BP 140/85 mmHg, PR 85/min, RR 20/min
- GA: Well co-operative, good consciousness, ECOG 1
- HEENT: Facial flushing, no pale conjunctiva, anicteric sclerae, no thyroid enlargement, no supraclavicular node and cervical node enlargement
- Heart: JVP 4cm, Normal S1, S2, RV heaving, diastolic blowing murmur at LUPSB, diastolic rumbling murmur grade II at LLPSB
- Lungs: Clear and equal breath sound both lungs
- Abdomen: Low midline surgical scar, soft, pelvic mass 14 weeks size at midline, firm, mobile, not tender
- Extremities: no edema
- Lymph node: no groin node enlargement

Pelvic examination

- MIUB : normal
- Vagina : atrophic mucosa
- Cervix : not seen lesion
- Uterus and adnexa: Palpable mass 14 week size, firm, mobile, not tender
- CDS : no bulging

Investigations

- **Transvaginal ultrasonography:**
 - Uterus 7x5 cm, intramural myoma 2 cm at anterior wall
 - Solid mass 8x7 cm at left adnexa. No free fluid
- CTWA: 7.3 x11 x9 cm lobulated heterogeneous enhancing mass at left adnexa
Normal liver parenchyma, no liver metastasis. No abdominal lymphadenopathy

Tumor marker:

CA 19-9 23.6 U/mL

CA 12-5 20.4 U/mL

HE4 7.8 pmol/L

LDH 228 U/L

ROMA (postmenopause) 13.5 %

Discussion

1. What is the differential diagnosis?
2. What is the proper management?

สรุปจากการประชุม Interinstitutional conferences ครั้งที่ 167

เคสหญิงไทยอายุ 70 ปี present ด้วย pelvic mass ร่วมกับมีประวัติ dyspnea on exertion, flushing และ chronic diarrhea จากกลุ่มอาการดังกล่าวสามารถ differential diagnosis ได้แก่ กลุ่ม carcinoid tumor ซึ่งมี symptom จำเพาะกับผู้ป่วยรายนี้ หรือ กลุ่ม neuroendocrine tumor อื่นๆที่มา present ด้วย pelvic mass ร่วมกับอาการทาง endocrine ได้

ผู้ป่วยรายนี้จึงได้รับการตรวจเพิ่มเติม

- Echocardiogram (21/5/67): Tricuspid valve thickening and restricted movement restricted movement causing severe TS, Pulmonic valve thickening and restricted motion causing severe PR
- CTWA (11/5/67): A 7.3x11.0x9.0 cm lobulated heterogeneous enhancing mass at left adnexa, normal right ovary, no lymphadenopathy
- 24hr urine 5IAA 106 mg
- Serum chromogranin A 468 ng/ml

จากผลตรวจเพิ่มเติม ในผู้ป่วยรายนี้ถึง provisional diagnosis คือ left ovarian tumor with carcinoid syndrome แนวทางการรักษาในผู้ป่วยรายนี้ ได้ทำการผ่าตัด surgical staging (TAH with BSO with BPND with infracolic omentectomy with ascites collection with adhesiolysis) ผล histology เป็น carcinoid tumor at left ovary ซึ่งผล histology เข้าได้กับ early stage CA ovary IA1 (carcinoid tumor) และได้ทำการรักษาแบบ observe, no adjuvant therapy และติดตามอาการร่วมกับทาง endocrinologist และ cardiologist

อ้างอิงจากข้อมูล GCIG Consensus 2014 แนวทางการดูแลรักษา carcinoid tumors of the ovary ส่วนใหญ่พบอยู่ในระยะ early stage สามารถ definite treatment ได้โดย surgery alone (TAH with BSO) ซึ่งมี 5-year survival สูง recurrence rate ต่ำ ยกเว้นในกลุ่ม mucinous type ที่มีโอกาส lymphatic metastasis ได้สูงกว่าชนิดอื่นๆ จึงแนะนำให้ทำ node dissection เพิ่มเติม นอกจากนี้การประเมิน preoperative และ postoperative ควรให้ความสำคัญ และทำเป็น multidisciplinary team เพื่อเฝ้าระวังการเกิด carcinoid crisis ในผู้ป่วยกลุ่มนี้