

ก้อนที่บริเวณหัวไหล่ซ้าย

วินัย พากเพียร * สุธิดี ชมเดช **
บุญเที่ยง ศีติสาร ** ชุตศักดิ์ วิรัชชัย ***
ประภิต เทียนบุญ * ผู้รวบรวมและเรียบเรียง

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 27 ปี อาชีพทำนา มีภูมิลำเนาอยู่—อำเภอเมืองจังหวัดระยอง
รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งแรก ด้วยเรื่องมีก้อนที่หัวไหล่ซ้าย มา
3 เดือน ก้อนโตขึ้นเรื่อย ๆ

ประวัติปัจจุบัน

3 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการปวดบริเวณหัวไหล่ซ้าย มีอาการบวม
เล็กน้อย ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณหัวไหล่ ผู้ป่วยรักษาเอง โดยใช้ยาหม่องนวด อาการ
ปวดและบวมหายไป

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลก้อนโตมากขึ้น และมีอาการปวด ไปรักษากับแพทย์-
คลินิก ได้ยามากินอาการปวดและบวมไม่ดีขึ้น

3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลกลับไปหาแพทย์ที่คลินิกอีกเนื่องจากก้อนโตมาก เจ็บ
ผู้ป่วยผอมลงมาก แพทย์สงสัยเป็นหนองได้เจาะเพื่อคูดหนอง แต่พบว่าคูดได้เลือดสด ๆ จึง
แนะนำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

ประวัติอดีต

ปกติร่างกายแข็งแรงดี ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงใด ๆ มาก่อน

* ภาควิชาออร์โทปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
** ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
*** ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติครอบครัว

แต่งงานแล้วมีบุตร 1 คน ขณะนี้ประจำเดือนขาดไป 2 เดือน และมีอาการแพ้ท้อง

ประวัติส่วนตัว

ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ไม่ติดยาเสพติด

พ.ญ. สุกี : อยากจะขอ film X-ray ของหัวไหล่ซ้าย เพื่อดูและให้การวินิจฉัยก่อน และเชิญแพทย์ประจำบ้านภาควิชาวังสีขึ้นมามาอ่าน film

ภาพรังสีด้านตรงบริเวณหัวไหล่ซ้าย (รูป 1)



แพทย์ประจำบ้านรังสี จากภาพรังสีของไหล่ซ้าย ในท่าตรง พบว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น 2 แห่ง คือ

1. ขนาดของ soft tissue บริเวณไหล่ใหญ่มาก มีเงาขาว ๆ และจาง ๆ เป็นเส้น ซึ่งเป็นลักษณะของ calcification ที่เกิดขึ้นตามแนวของหลอดเลือดที่เข้ามาเลี้ยงก้อนเนื้ออกนั้น ขอบเขตของก้อนพอจะมองเห็นได้ ไม่พบลักษณะที่ผิดปกติอื่น ๆ ที่บริเวณก้อนนั้น

2. บริเวณปลายของ acromian พบว่ามีลักษณะของ calcification เกิดขึ้นส่วนกระดูกอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ลักษณะของภาพรังสีดังกล่าวนี้เข้าได้กับ malignancy เนื่องจากมีการทำลายของกระดูก ซึ่งต่างจากในเนื้องอกธรรมดา มักจะเป็นแบบ pressure effect เห็นเป็นรอยกดบุ๋มลงไป ขอบกระดูกจะเรียบ ไม่มีลักษณะของ bone destruction ให้เห็น ถ้าเป็น primary bone tumor ก็จะต้องเกิดจากเนื้อกระดูก cortex ของ acromian end ออกมา นอกจากนี้ยังพบ calcify ของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงก้อนมะเร็งนั้น

พ.ญ. สุกี : เห็นด้วยว่าภาพรังสีนี้เข้าได้กับ malignancy ตามที่ได้กล่าวมานี้ น่าจะนึกถึงโรคอะไรบ้างสำหรับ malignancy ที่เกิดขึ้นตรงตำแหน่งนี้

แพทย์ประจำบ้านรังสี : คิดถึงโรค 3 อย่างคือ

1. เป็น malignant soft tissue tumor ซึ่งเข้าไปทำลาย bone
2. malignant bone tumor ของ acromian end
3. เป็น metastasis to bone เนื่องจากตำแหน่งนี้เป็น uncommon site ที่จะเกิดเป็น primary bone tumor

พ. ประกิต : จากที่ได้อธิบายมาทั้งหมดนี้น่าจะนึกถึงโรคอะไรเป็นอันดับหนึ่ง

แพทย์ประจำบ้านรังสี : น่านึกถึง

1. Osteogenic sarcoma เนื่องจากมีการทำลายของกระดูกแตกเข้าไปใน soft tissue เนื้อกระดูกโตค่อนข้างเร็วและคนไข้อายุน้อย

2. Chondrogenic sarcoma ไม่ค่อยเหมือนนัก ควรจะเป็นในคนอายุมาก และน่าจะมี calcification ของ soft tissue ให้เห็นชัด แต่ตำแหน่งซึ่งแปลก ๆ นี้ทำให้นึกถึงเอาไว้ด้วย

3. Rhabdomyosarcoma เป็นมะเร็งของกล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่ แล้วมีการทำลายกระดูกเกิดขึ้นด้วย

4. Metastatic to bone ไม่ทราบว่ามี origin มาจากที่ไหน แม้ว่าผู้ป่วยจะอายุน้อย แต่ตำแหน่งนี้เป็น uncommon site ของ primary bone tumor ทำให้ต้องนึกถึงเอาไว้ด้วย

พ.ญ. สุกี : เห็นด้วยกับที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด รวมทั้งเข้าได้กับ malignant soft tissue tumor ด้วยเนื่องจากไม่พบมี calcification ของก้อน tumor ซึ่งอันนี้เป็นลักษณะของ soft tissue tumor ทั่ว ๆ ไป calcification ใน soft tissue tumor จะพบได้ในกรณีที่ก้อน tumor มีขนาดใหญ่จนกระทั่งเกิด central necrosis ขึ้น ต่อมาเมื่อหินปูนมาเกาะที่หลัง calcification ของ tumor อื่นที่อาจจะพบได้ เช่น hemangioma ผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะทางภาพรังสีที่แปลก ถ้าเป็น osteogenic sarcoma เพราะจะไม่พบลักษณะ periosteal reaction ไม่พบ Cod man triangle ไม่พบ sun ray appearance แบบที่มีใน osteogenic sarcoma ทั่ว ๆ ไป แต่ก็ต้องนึกถึงเนื่องจากเป็นกับตำแหน่งที่ไม่พบบ่อย

น.พ. สนิ : ขอความเห็นเพิ่มเติมจาก **พ. ประกิต**

น.พ. ประกิต : เห็นด้วยกับที่ อจ. สุกี พุดโดยปกติ soft tissue tumor มักจะไม่มี calcification ยกเว้นถ้ามี central necrosis เกิดขึ้น สำหรับการพิจารณาว่า tumor นั้นจะมาจาก bone หรือ soft tissue นั้น นอกจากที่ไตกล่าวมาแล้ว อาจจะขอเพิ่มเติมอีกอย่างหนึ่งก็คือ โดยปกติแล้ว ถ้าเป็น malignant tumor ของ soft tissue การทำลายกระดูกจะไม่เลือกเฉพาะที่ใดที่หนึ่ง แต่จะเกิดขึ้นกับกระดูกที่อยู่รอบ ๆ ทั้งหมด ในผู้ป่วยรายนี้ถ้าเป็น malignant soft tissue tumor ควรที่จะมีการทำลายเกิดขึ้นที่ proximal humerus หรือ humeral head หรือ clavicle ให้เห็นด้วย ลักษณะที่แปลกในผู้ป่วยรายนี้ก็คือ แม้ว่าก้อน tumor จะใหญ่มาก แต่ destructive lesion เกิดขึ้นเฉพาะที่ acromion end เท่านั้น ซึ่งเข้าได้กับ malignant tumor ของ bone มากกว่าเนื่องจากไม่พบมี destruction ข้าม joint ซึ่งเป็นลักษณะอันหนึ่งที่พบใน malignant bone tumor ทั่ว ๆ ไป เช่น osteogenic sarcoma หรืออื่น ๆ เป็นต้น ยกเว้นถ้า tumor นั้นเป็นมาก ๆ จนมี local invasion ข้ามข้อไป หรือมี metastasis เกิดขึ้นอีกก่อนข้างจะ rare มากอีกอย่างหนึ่งซึ่งเข้าได้ก็คือ metastasis to bone ซึ่ง มาที่ acromion

end ก่อนแล้วแตกออกมาที่ soft tissue สำหรับ primary bone tumor ซึ่งน่านึกถึงมากที่สุด
ในขณะนี้คือ osteogenic sarcoma และ metastatic to bone อย่างไรก็ตามคงต้องอาศัยการ
ตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องทดลองเพื่อช่วยในการวินิจฉัยต่อไป

น.พ. สีน : แพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลเลิศสิน อยากจะให้ความเห็นอะไรเพิ่มเติมอีกบ้างหรือ
เปล่าครับ

แพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลเลิศสิน : ไม่มีอะไรเพิ่มเติมแต่อยากทราบการตรวจร่างกาย
และผลการตรวจทางห้องทดลอง

ภาพแสดงก้อนที่บริเวณหัวไหล่ซ้าย (รูป 2)



การตรวจร่างกายแรกเริ่ม

BP = 110/70 mmHg PR = 80/min, BT 37.5° c

RR = 14/min

GA. good conscious, pale, thin and sick

EENT unremarkable

Chest decrease breath sound at left lower lung field.

Heart ปกติ

Abd liver just palpable

อื่น ๆ ปกติ

NS no localising sign

extremities บริเวณอื่น ๆ ปกติหมดยกเว้นที่ไหล่ซ้ายมีก้อนขนาด 15×15 ซม. มีแผลขนาดประมาณ 1 ซม. และเนื้อ tumor ปรีอกออกมาทางรอยแผล บริเวณก้อนและรอบ ๆ มีสีคล้ำกว่าปกติและเป็นเงามัน ก้อนค่อนข้างกลมรอบ ๆ หัวไหล่ และมี superficial vein dilate มาก บริเวณก้อนและรอบ ๆ

คลำก้อนมีลักษณะนิ่ม ๆ เป็นก้อน ๆ นิดหน่อย อุณหภูมิอุ่น จับเล็กน้อย ไม่มีการเคลื่อนที่ขอบเขตของก้อนคลำได้ไม่ชัดเจน ก้อน lymph node โตที่บริเวณ supraclavicular และ axilla ฟังที่ก้อนไม่ได้ยินเสียงผิดปกติการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ

CBC Hct 27%, Hb 9.8 mg%, WBC 10100/cumm

N = 53%, E = 3%, L = 31%, M 3%

anisocytosis = 1 hypochromic = slightly

UA Alb = trace, sugar = negative

cast = negative RBC = WBC = 1-2/H.D.

Blood chemistry BUN = 9 Cr = 0.8 mg %

FBS = 81 mg%

Bilirubin 1' = 1.1

30' = 0.4

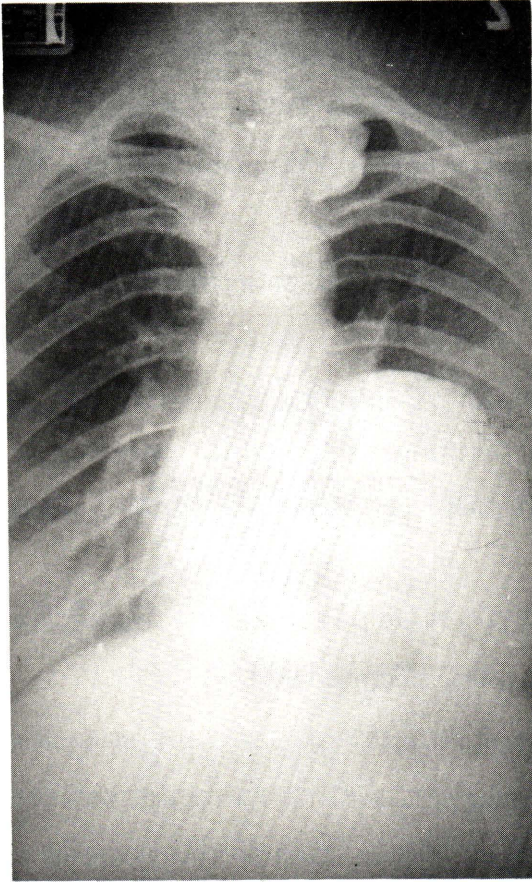
thymol turbidity = 2.9

SGOT = 30, SGPT = 28

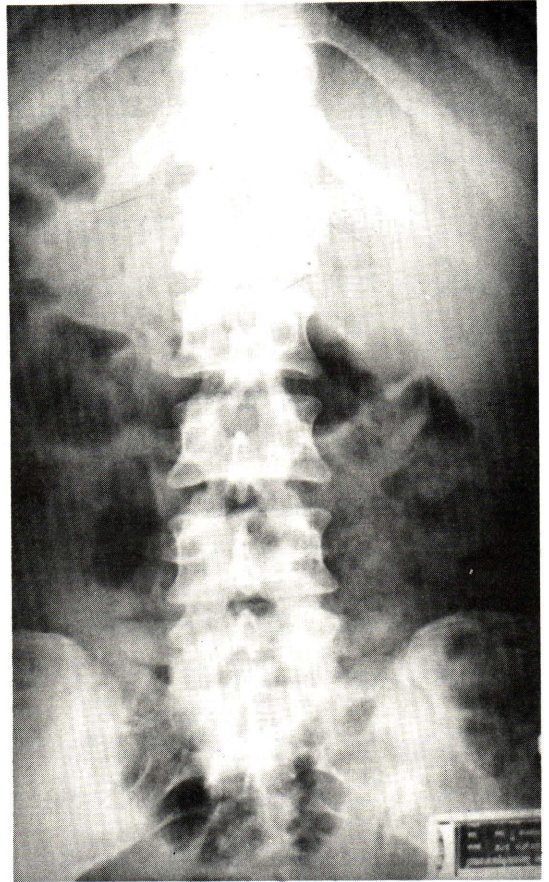
Alkaline Phosphatase = 13

Pregnancy test = positive

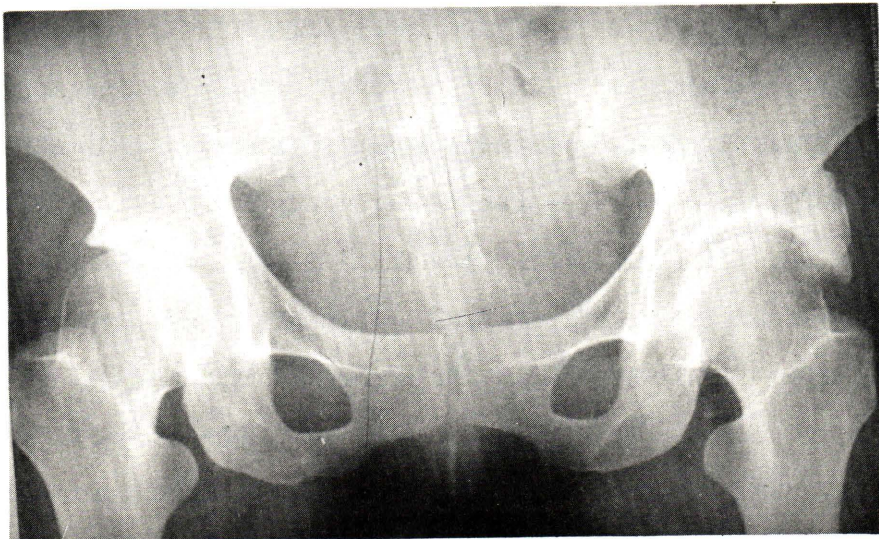
แพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลเลิดสิน : จากประวัติผู้ป่วยซึ่งมีอาการของก้อนที่โตเร็วภายใน 3 เดือน น้ำหนักลดลงมากและการตรวจร่างกายที่บริเวณก้อนดังได้กล่าวแล้ว ช่วยสนับสนุนภาพรังสีว่าผู้ป่วยเป็น malignancy แน่แน่นอน ส่วนที่จะให้การวินิจฉัยว่าเป็นอะไรนั้น คงไม่ต่างไปจากที่ได้กล่าวมาแล้วแต่สำหรับ osteogenic sarcoma นั้นไม่ค่อยน่าเป็นเนื่องจากไม่ metastasis ไปทาง lymphatic แต่จะไปทางกระแสเลือดมากกว่า ขอคุณภาพรังสีที่อื่น ๆ เพิ่มอีก รวมทั้งทำ bone survey ด้วย



รูป 3 ภาพรังสีของปอด



รูป 5 ข้อตะโพก



รูป 4 กระดูกหลังเอว

แพทย์ประจำบ้านรังสี จากภาพรังสีของปอดพบว่ามียกก้อนขนาดใหญ่อยู่ข้างซ้ายเป็นลักษณะ increase density ที่มีขอบเขตชัดเจน ไม่แน่ใจว่าจะอะไรเป็น primary กันแน่ สำหรับที่ตำแหน่งตะโพกซ้ายตรงขอบของ acetabulum และที่ transverse process ของ lumbar ที่ 1 นั้น ก็มีลักษณะเป็น increase density เช่นกัน คงเป็น metastasis

พ.ญ. สุกี : ขอทราบความเห็นจาก อ.จ. บุญเที่ยง ลักษณะภาพรังสีทั้งหมดนี้ควรจะคิดถึงอะไรได้บ้าง

น.พ. บุญเที่ยง : เคยเห็นภาพรังสีของผู้ป่วยรายนี้มาก่อนแล้ว และรู้ว่ามี metastasis ตั้งแต่แรกแล้วยังไม่แน่ใจเหมือนกันว่าจะอะไรเป็น primary ความเห็นอื่น ๆ ก็คล้าย ๆ กัน แต่อยากจะเพิ่มเติมอีกโรคหนึ่งคือ malignant teratoma ซึ่งเป็นที่ chest แล้ว metastasis ไปที่อื่น ๆ เพราะเคยพบลักษณะแบบนี้ในผู้ป่วย 1 ราย

น.พ. วินัย : ขอเรียนถาม อ.จ. บุญเที่ยงว่าลักษณะขาว ๆ ที่ hip และที่ chest นั้น เป็นอะไร ไม่เคยเห็นลักษณะของ metastasis แบบนี้ หรือว่าเป็น osteochondroma มาก่อน

น.พ. บุญเที่ยง : ลักษณะที่เห็นสีขาว ๆ ตรงบริเวณตะโพกข้างขวานั้น คงจะเป็น metastasis แต่ภาพรังสีรูปนี้บอกไม่ได้ว่าอยู่ที่ bone หรือ soft tissue เพราะมีท่าเดียวต้องถ่ายท่าด้านข้างและเฉียงด้วย จึงจะบอกได้ ส่วนที่ chest และ transverse process ก็เช่นเดียวกัน ควรจะมีภาพรังสีท่าข้างด้วย คิดว่าเป็น metastasis เช่นกัน ไม่เคยเห็น osteochondroma แบบนี้มาก่อน

น.พ. ประกิต : จากการตรวจร่างกาย ภาพรังสีทั้งหมด และผลการตรวจทางห้องทดลอง ซึ่งมีค่าของ alkaline phosphatase เพียง 13 ซึ่งเป็นค่าปกติ ทำให้คิดถึง osteogenic sarcoma น้อยลงไปมาก ถ้าไม่ควรจะสูงมากใน osteogenic sarcoma ซึ่งมี metastasis ไปเป็นแบบ blastic lesion ซึ่งเป็นการแสดงถึง bone formation เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามยังนึกถึงตรงหัวไหล่ เป็น primary bone tumor ซึ่งกระจายไปที่อื่น ๆ มากกว่า เนื่องจากเป็นตำแหน่งเดียวที่มี destructive lesion ของ bone และแตกออกไปใน soft tissue ส่วนที่อื่น ๆ นั้นมีลักษณะเหมือนกันหมดคือเป็น blastic lesion ที่มีขนาดต่าง ๆ กัน ถ้าเป็น primary ที่ lung แล้ว metastasis ไปที่อื่น ๆ ควรจะเห็นลักษณะเหมือน ๆ กัน ไม่ควรเป็นบางแห่ง destruction บางแห่งมี osteoblastic lesion ส่วนจะนึกถึงอะไรมากที่สุดในตอนนี้เป็นเรื่องค่อนข้างยาก คงต้องใช้ biopsy เพื่อช่วยในการวินิจฉัย สำหรับ metastasis มาที่ไหล่ยังต้องนึกถึงอยู่ด้วย

น.พ. สีน : ได้ปรึกษาไปที่แผนกอายุรกรรมทรวงอกเกี่ยวกับเรื่อง lesion ที่ปอด ได้รับความเห็นกลับมามีที่ปอดเป็น metastasis มาจากที่อื่น ให้รอผล biopsy ก่อนว่าเป็นอะไร และได้ปรึกษาไปที่แผนกสูติหรือเรื่องปัญหาการทำ termination of pregnancy ได้รับความเห็นว่า ถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็น malignancy ก็จะทำแท้งให้ อยากราบความเห็นอื่น ๆ อีก

น.พ. ชัยสิทธิ์ : จากการทำ biopsy ตรงตำแหน่งของแผลที่มีก้อน tumor ปรึออกมา ลักษณะของเนื้อสีแดงซีด ๆ และ ๆ ได้ตัดออกมาประมาณ 1 ซม.

น.พ. ชุตติภักดิ์ : ชิ้นเนื้อที่ได้รับขนาดประมาณ 1 ซม. สีขาวซีด ได้นำมาตัดและย้อมด้วย H/E stain พบว่าลักษณะของ cells เป็นแบบ pleomorphic sarcoma แต่ไม่พบลักษณะ osteoid formation ที่จะบ่งว่าเป็น osteogenic sarcoma ชัดเจน ลักษณะ histology ของ sarcoma แบบนี้ พบได้บ่อยใน biopsy ที่ได้จากขอบ ๆ ของก้อนเนื้อ sarcoma ทั่ว ๆ ไปโดยเฉพาะ osteogenic sarcoma ถ้าอาการทางคลินิกและลักษณะทาง X-ray finding บ่งชี้ไปทาง osteogenic sarcoma ก็เชื่อว่า case นี้ น่าจะเป็น osteogenic sarcoma

น.พ. วินัย : การรักษา osteogenic sarcoma ในปัจจุบัน ถ้าเป็นกับ long bone ซึ่งสามารถตัดออกได้ เขาเริ่มมีการทำ local excision แล้วตามด้วย radiation หรือ chemotherapy สำหรับผู้ป่วยรายนี้ การทำ local excision คงยากเนื่องจากก้อนขนาดใหญ่มาก ลองปรึกษาขอความเห็นจาก tumor clinic ดูว่าควรทำอย่างไรต่อไป

น.พ. บุญเที่ยง : การทำ radiation ให้ก้อนมีขนาดเล็กลง เนื่องจากการทำผ่าตัดคงไม่ช่วยให้คนไข้ดีขึ้น แต่อย่างไร เพราะมี metastasis ไปหมดแล้ว

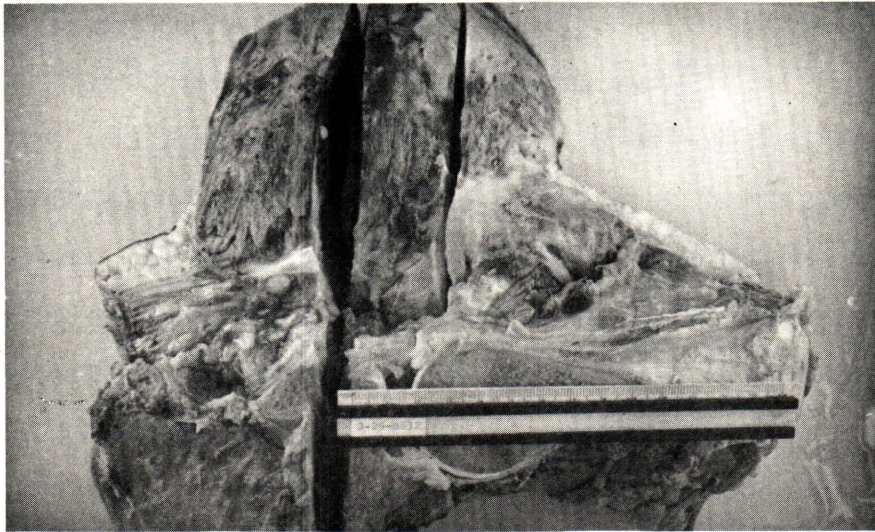
น.พ. ประภักดิ์ : ผู้ป่วยรายนี้ถ้าทำ radiation อย่างเดียวคงจะไม่ได้เนื่องจากก้อน tumor โตขึ้นมากและผู้ป่วยเจ็บมาก อาจจะต้องทำ forequarter amputation เป็น palliative treatment ส่วนที่อื่น ๆ ก็ให้ radiation ต่อไป ควรจะส่งผู้ป่วยไปปรึกษา tumor clinic เพื่อขอความเห็นในการรักษาผู้ป่วยรายนี้

น.พ. สีน : ระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลา 1 อาทิตย์มีอาการต่าง ๆ คงเดิม ผู้ป่วยไม่เจ็บที่ก้อนมากนัก ไม่มีไข้ ได้ให้ supportive treatment เพื่อ improve general condition ของคนไข้เนื่องจากลักษณะของคนไข้เจ็บป่วยมาก

สรุปว่า ผู้ป่วยรายนี้ให้การวินิจฉัยขั้นต้นที่เป็น osteogenic sarcoma หรือ metastasis to bone และปรึกษา tumor clinic ว่าควรจะให้การรักษาต่อไปอย่างไรดี ระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลนี้ผู้ป่วยมีไข้อยู่ตลอดเวลา เป็นแบบ swing คงเนื่องมาจากก้อน tumor มี infection เกิดขึ้น แผลที่บริเวณก้อนลามมากขึ้น มี serous ไหลออกมาเปียกชุ่มตลอดเวลา ได้ส่งผู้ป่วยไปปรึกษา tumor clinic ได้รับคำตอบว่าจะทำ XRT ให้จำนวน 2000 rad/wk จนครบ 8000 rad โดยจะฉายที่ lesion เป็น palliative treatment และ advice ให้ส่ง liver scan และ bone scan ด้วย ซึ่งผลของ liver scan พบว่ามีขนาดของ liver โตขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่พบมี space occupying lesion ที่ไหน ส่วน bone scan ยังไม่ได้ทำ ผู้ป่วยเริ่มมีไข้ขึ้น ๆ ลง ๆ ตลอดหลังจากได้รับ XRT อาการปวดหัวไหล่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งเมื่อให้ XRT ครบ 2000 rad ผู้ป่วยปวดมากจนกระทั่งทนไม่ได้ ขอให้ตัดแขนออก ได้นำผู้ป่วยไปปรึกษากับ พ. พิบูลย์ ซึ่งเป็นเจ้าของผู้ป่วยรายนี้เห็นควรว่าจะต้องทำ amputation ให้กับผู้ป่วยเป็น palliative treatment เนื่องจากปวดมาก ลักษณะของก้อน tumor มี infection เกิดขึ้นบริเวณผิว ๆ ได้ทำ forequarter amputation ของหัวไหล่ข้างซ้าย โดยตัดแขนออกหมดรวมทั้ง scapular และ clavicle ด้วย และส่งไปตรวจผลทาง Pathology ซ้ำอีกครั้งหนึ่ง

การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

Specimen (S-25-8632) เป็นไหล่และแขนซ้ายทั้งข้าง มีก้อนเนื้อออกขนาดใหญ่ยื่นออกมาที่หัวไหล่ เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 15 ซม. ก่อนข้างนี้ม ผิวหนังที่คลุมก้อนเนื้อออกด้านบนมี necrosis เป็นแผล เมื่อผ่าก้อนเนื้อออก พบขอบเขตของก้อนเนื้อออกค่อนข้างชัดเจน มีบางส่วนแทรกเข้าไปในกล้ามเนื้อเยื่อข้างเคียง ส่วนนอกที่ื่นออกมาติดผิวหนัง พื้นหน้าตัดของเนื้อออกมีสีน้ำตาลสลับกับสีขาว ส่วนบริเวณเนื้อสีขาวค่อนข้างแข็งและมักอยู่ตามขอบ โดยเฉพาะด้านในที่ติดกับกระดูกและเนื้อเยื่อของข้อไหล่ ส่วนบริเวณเนื้อสีน้ำตาลอยู่ตรงกลางและบริเวณขอบนอกที่ติดผิวหนัง ซึ่งพบมี necrosis และ hemorrhage แทรกเป็นหย่อม ๆ เล็กบ้างใหญ่บ้าง (รูป 6) ส่วนของเนื้อออกที่ติดกับ acromian process ของกระดูก scapular มีสีขาว ก่อนข้างแข็ง และมี necrosis ตรงกลาง กระดูก acromian process ขรุขระและพื้นหน้าตัดสีขาวเหมือนกับของเนื้อออก (รูป 7)

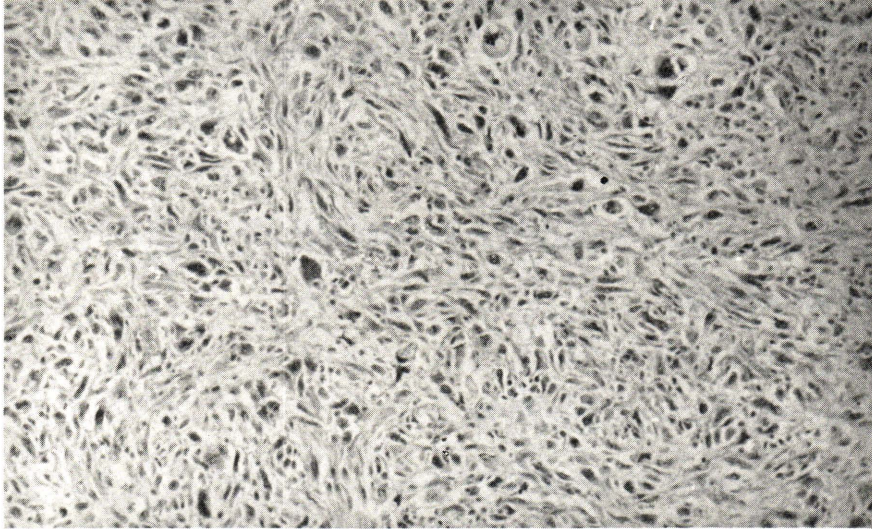


รูป 6 แสดงพินหน้าตดของเนองอกผ่านข้อไหล่ เห็นเนองอกมสขวและสนาดล

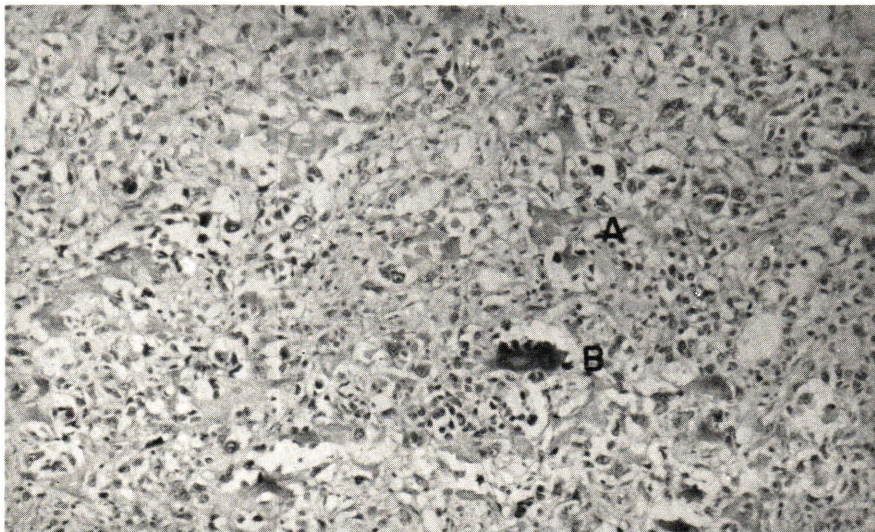


รูป 7 แสดงพินหน้าตดของเนองอกผ่านกระดูก acromian process ของ scapular เห็น acromian process มีพินหน้าตดสขวเหมือนเนองอก (สรข)

เมื่อตัดเนื้อของอกบริเวณซี่ขาว สี่น้ำตาล และตัดกระดูก acromian process ที่มีสีขาวไป ทำ section ย้อมด้วย H & E stain และตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบว่าชั้นที่ตัดจากเนื้อบริเวณ สี่น้ำตาลประกอบด้วย tumor cells ลักษณะแบบ pleomorphic sarcoma (รูป 8) เป็นส่วนใหญ่ มี necrosis ของเซลล์เป็นหย่อมๆ แต่ไม่พบ osteoid material ชัดเจน ส่วนชั้นที่ตัดจากบริเวณ เนื้อสีขาว พบลักษณะ tumor cells แบบเดียวกัน แต่มี osteoid และ bone formation ชัดเจน (รูป 9) ซึ่งเป็นลักษณะที่บอกได้ว่าเป็น osteogenic sarcoma และยังมี tumor cells แทรกซึม เข้าหลอดเลือดบางอันด้วย ชั้นที่ตัดจากกระดูก acromian process พบลักษณะของ tumor cells แบบเดียวกันแทรกอยู่ในส่วนกระดูกปกติ ดังนั้น การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาของเนื้ออกรายนี้ จึงเป็น Osteogenic sarcoma ซึ่งเกิดที่ acromian process ของกระดูก scapular แล้วโตออกมา เป็นก้อนเนื้ออกอยู่ใน soft tissue ของหัวไหล่ และคันผิวหนังจนหลุดออกมาเป็นก้อนขนาดใหญ่ ดังกล่าว จากการแทรกซึมเข้าหลอดเลือดของ tumor cells แสดงว่าน่าจะมีการแพร่กระจายของ tumor cells ไปตามกระแสเลือดแล้ว



รูป 8 ลักษณะทางกล้องจุลทรรศน์ $\times 100$ แสดงลักษณะ pleomorphic sarcoma ของเนื้องอก เช่นเดียวกับที่พบในชิ้นเนื้อจาก biopsy



รูป 9 ลักษณะทางกล้องจุลทรรศน์ $\times 100$ แสดง osteoid (A) และ bone formation (B) ของ tumor cells ซึ่งเป็นลักษณะที่บ่งชี้ว่าเป็น osteogenic sarcoma

บททวนความรู้

โดย น.พ. สติน ลีศิริวิรัตน์

น.พ. ประภิต เทียนบุญ

Osteogenic sarcoma เป็นมะเร็งของกระดูกซึ่งมีความรุนแรงสูงมาก พบมากเป็นที่ 2 รองจาก multiple myeloma

อายุ ระหว่าง 10-25 ปี

เพศ ชายเป็นมากกว่าหญิงเล็กน้อย

ตำแหน่ง ร้อยละ 90 พบเป็นที่ตำแหน่ง metaphysis ของกระดูก แขนงยาวได้แก่ ส่วนล่างของกระดูกฟีเมอร์ ส่วนบนของกระดูกทibia และส่วนบนของกระดูก humerus สำหรับกระดูกชนิดแบนนั้นพบน้อยมาก เช่น บริเวณ ilium, scapula เป็นต้น และในกลุ่มนี้ถ้าพบมักจะ เป็นพวกสูงอายุ

ลักษณะทางคลินิก อาการค่อย ๆ เป็น ค่อย ๆ ไป โดยจะเริ่มจากอาการปวด ในระยะแรกอาจปวดเป็นครั้งคราวต่อมาจะปวดมากขึ้นจนปวดตลอดเวลา ซึ่งเป็นอาการทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ อาการปวดนั้นมักจะร่วมกับมีอาการบวมและคลำก้อนได้ โดยที่ก้อนมีการเติบโตเร็วมาก อาจแตกเข้าไปในเนื้อเยื่ออ่อน หรือถ้ามะเร็งทำลายกระดูกมากอาจทำให้กระดูกตรงบริเวณนั้นหักได้ ส่วนอาการอื่น ๆ ได้แก่ อาการทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหลาย เช่น น้ำหนักลด ซีด เบื่ออาหาร เป็นต้น

การตรวจทางห้องทดลอง ค่าของ serum calcium และ phosphorus อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ serum alkaline phosphatase จะสูงกว่าปกติมากเนื่องจากการสร้างกระดูกใหม่ โดยเฉพาะถ้ามีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่อื่น ๆ ในกลุ่มของที่มีความรุนแรงมาก

ลักษณะภาพรังสี

พบว่าตำแหน่งที่เป็นมะเร็งจะมีเงาจางลงและขาวขึ้นสลับกัน ซึ่งเกิดจากการที่มีทั้งการสร้างและการทำลายของกระดูก ลักษณะขอบเขตของการทำลายไม่สามารถบอกได้ชัดเจน ขอบขรุขระเยื่อหุ้มกระดูกตรงบริเวณนั้นจะถูกยกสูงขึ้นจากเนื้อมะเร็งเข้าไปแทรก ทำให้เห็นลักษณะที่

เรียกว่า Codman's triangle ในบางครั้งอาจพบลักษณะของ sunburst appearance ซึ่งเกิดจากเนื้อมะเร็งแตกออกไปนอก cortex ของกระดูก มีหินปูนมาเกาะทำให้เห็นเป็นสายเส้น ๆ สีขาวตั้งฉากกับแนวของกระดูก

ผู้ป่วยที่สงสัยหรือวินิจฉัยเป็น osteogenic sarcoma ควรที่จะถ่ายภาพรังสีเป็นแบบ bone survey เพื่อค้นหาว่ามีมะเร็งเกิดขึ้นที่อื่น ๆ ด้วยหรือไม่

ผลทางพยาธิ

ลักษณะของชั้นเนื้อสโตจะมีความแตกต่างกันตั้งแต่แข็งมากจนกระทั่งถึงนิ่ม ชั้นกับมีการทำลายมากหรือมีการสร้างกระดูกมาก สีก็ขึ้นอยู่กับส่วนประกอบ ส่วนมากจะมีสีเหลืองขาวหรือคล้ำ บางรายมีเนื้อและ ๆ เป็นพวก necrotic tissue

ลักษณะของชั้นเนื้อเมื่อมองด้วยกล้องจุลทรรศน์ หลังจากที่ย้อม H/E stain มีความแตกต่างมากแต่มีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยที่สำคัญคือ มี sarcomatous stroma, มีการสร้าง tumor osteoid และ bone เพราะฉะนั้นจะพบเซลล์ osteoblast ร่วมด้วยเสมอ ในบางครั้งอาจพบลักษณะของ malignant cartilage และ fibrous tissue ปนกันอยู่มากก็ตาม เซลล์ stromal จะมีขนาดใหญ่คล้าย osteoblast มีลักษณะของการเป็นเซลล์มะเร็ง

การกระจายของมะเร็งเป็นชนิดที่ไปทางกระแสเลือด โดยจะไปที่ปอดเป็นส่วนใหญ่เป็นลักษณะของ microemboli ซึ่งในระยะแรกอาจจะไม่สามารถทราบได้จากการถ่ายภาพรังสี

การรักษา

1. การรักษา primary lesion เมื่อได้ผลตรวจพิสูจน์ชั้นเนื้อว่าเป็นมะเร็ง osteogenic sarcoma แน่หนอนแล้ว การทำ radical amputation เทนือข้อที่เป็นมะเร็งยังคงเป็นการรักษาที่นิยมกันมากที่สุดในปัจจุบัน ยกเว้น ว่ามะเร็งนั้นเป็นกับตำแหน่งที่ไม่สามารถตัดออกได้เท่านั้น

2. การรักษาเมื่อมะเร็งแพร่กระจายไปที่ปอด ในปัจจุบันนิยมทำผ่าตัดเอาเนื้อมะเร็งออกกันมากขึ้น ถ้าหากสามารถจะตัดออกได้เนื่องจากการทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และ survival rate เพิ่มขึ้นด้วย

3. การฉายแสง โดยทั่วไปมะเร็งชนิดนี้ไม่ค่อยตอบสนองต่อการฉายแสง จึงไม่เป็นที่นิยมยกเว้น ตำแหน่งซึ่งไม่สามารถทำผ่าตัดได้ ขนาดของแสงที่ใช้ประมาณ 7,000-8,000 rads

4. การใช้ยารักษามะเร็งพวก chemotherapy ในระยะหลัง ๆ นั้นหันมานิยมกันมากขึ้น และมีรายงานว่าสามารถเพิ่ม survival rate ให้กับผู้ป่วย ยาที่ใช้เป็นแบบ multidrug chemotherapy ซึ่งได้ปรับปรุงกันมาเรื่อย ๆ ตั้งแต่ชนิด COMPADRI I จนถึงปัจจุบันเป็น COMPADRI V ซึ่งยาเหล่านี้เป็นพวก immunosuppressive drugs ทั้งหลาย เช่น

Vincristine (0.05 mg/kg IV)

Cyclophosphamide (10 mg/kg/d × 7 วัน)

Adriamycin (1.5 mg/kg IV)

Melphalan (0.93 mg/kg IV)

Methotrexate 24 hr. infusion (25.150 mg/kg) + citrovorum rescue

การพยากรณ์โรค

พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อัตราตายสูง พบอัตราการดำเนินชีวิตใน 5 ปี มีไม่ถึง 10% และถ้าพบมีการแพร่กระจายไปที่ปอดแล้ว ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ไม่เกิน 1 ปี