

บทที่ 7

เนื้องอกของระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่พบบ่อย

ดร.นพ. ดำเนินสันต์ พุกษากร

เนื้องอกของระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมักจะมีอาการแสดงคล้ายกันคือ ผู้ป่วยสามารถคลำก้อนได้ อาการปวดไม่สามารถใช้ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรกระหว่าง มะเร็งและเนื้องอกไม่ใช่มะเร็งได้ แพทย์ควรตรวจให้ละเอียดเพื่อหาตำแหน่ง และประเมิน โครงสร้างต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งต่อมาหาสิ่งใกล้เคียง ภาพ MRI ถือว่าเป็นการตรวจพิเศษที่สำคัญในการช่วยประเมินตำแหน่งของก้อน เนื้องอกบางชนิดที่มีลักษณะเฉพาะที่สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นได้ทันทีจาก MRI เช่น lipoma, pigmented villonodular tenosynovitis, intramuscular hemangioma แต่ส่วนใหญ่ของเนื้องอกก็ไม่สามารถบอกชนิดได้ (1, 2)

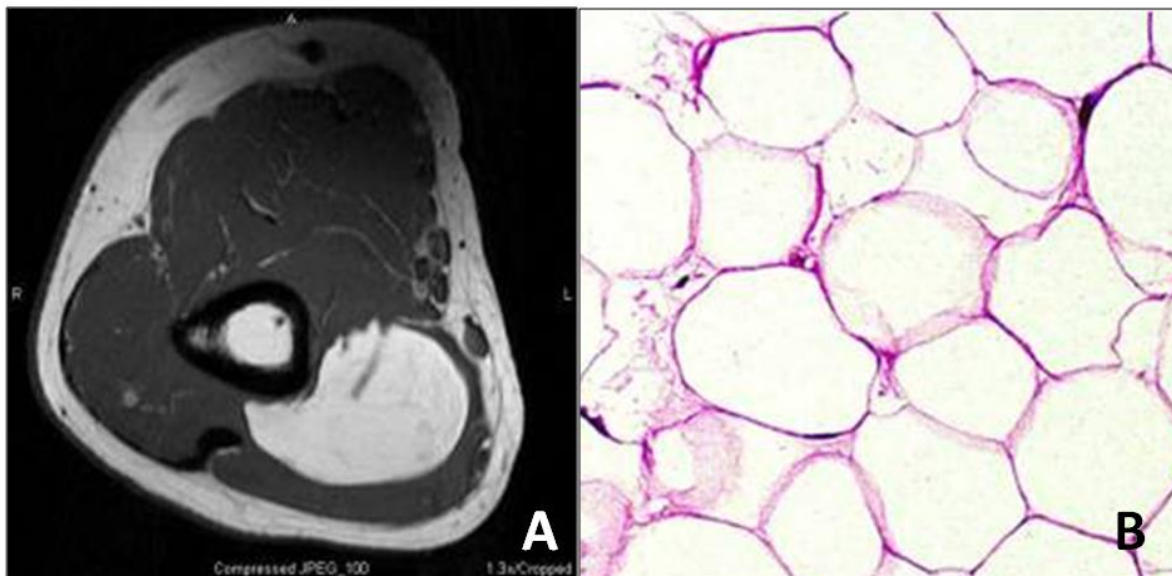
เนื้องอกชนิดไม่ใช่มะเร็งจะรักษาด้วยการทำ marginal resection หรือในบางชนิดที่มีลักษณะ locally aggressive เช่น desmoid tumor การรักษาที่จะต้องทำก็คือ wide resection ส่วนเนื้องอกที่เป็นมะเร็ง จะทำการผ่าตัดด้วยวิธี wide resection โดยจะมีการใช้รังสีรักษาในการ adjuvant ด้วยในกรณีที่เนื้องอกเป็นลักษณะ high-grade sarcoma หรือมีขนาดใหญ่กว่าห้าเซนติเมตร ซึ่งถือเป็นการ adjuvant เฉพาะที่ควบคุมการลุกลามเฉพาะที่ แต่จะใช้เทคนิคใด pre-operative RT, post-operative RT หรือ brachy therapy ก็ขึ้นอยู่กับความเชื่อเรื่องข้อดี ข้อเสีย และความพร้อมของคณะทำงาน การใช้เคมีบำบัดเพื่อควบคุมมะเร็งแบบ systemic ในกลุ่มนี้ยังมีข้อจำกัดเรื่องผลการรักษา ทำให้ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

เนื้องอกของระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิดไม่ใช่มะเร็งที่พบบ่อย

1. เนื้องอกไขมัน (Fatty tumor)

Lipoma โดยทั่วไปจะมีขนาดเล็กและอยู่ในชั้น subcutaneous ถ้าเนื้องอกมีขนาดใหญ่ และอยู่ในตำแหน่งลึกอาจจะต้องทำการวินิจฉัยแยกโรคกับ well-differentiated liposarcoma (liposarcoma ที่มีโอกาสกลับเป็นใหม่หลังการผ่าตัดรักษา แต่ไม่ลุกลามไปอวัยวะอื่น) การให้การวินิจฉัยสามารถทำได้โดยใช้ MRI เพียงอย่างเดียวโดยไม่ต้องทำ biopsy ก็ได้ โดยภาพ MRI จะแสดงภาพลักษณะ

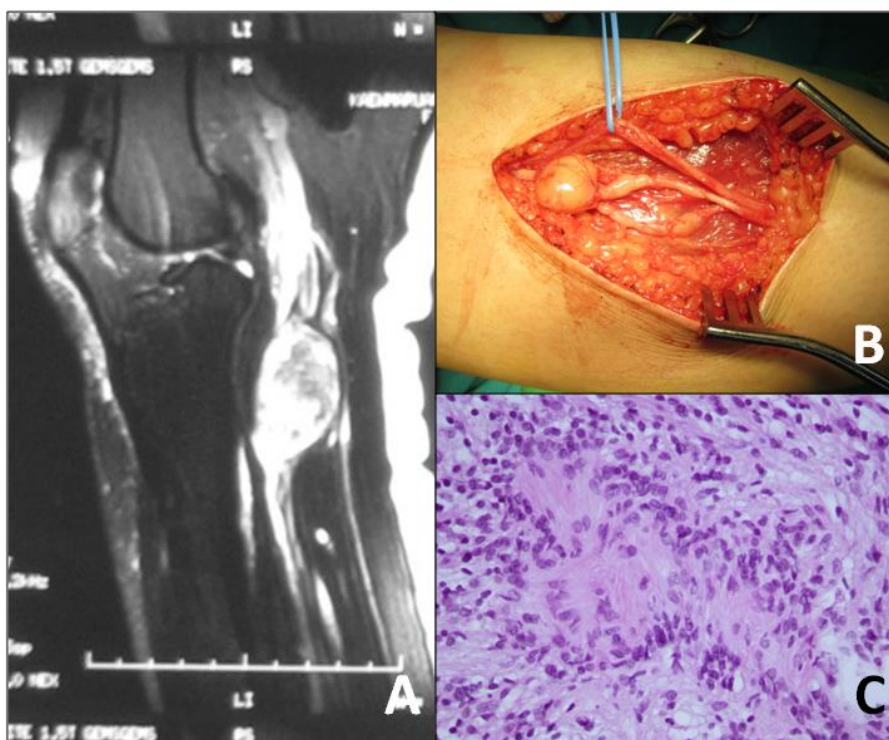
เช่นเดียวกับ fat density ทั้งใน T1 และ T2-weight image การรักษาสามารถทำได้ด้วยการติดตามอาการเพียงอย่างเดียว หรือผ่าตัดแบบ marginal resection



รูปที่ 1 ภาพ MRI ที่แสดงเนื้องอกที่มีลักษณะเป็น fat density (A) และแสดงลักษณะทางพยาธิเป็น adipose cells ที่มี

2. เนื้องอกของเยื่อหุ้มเส้นประสาท (Nerve sheath tumor)

Schwannoma (Neurilemoma) ลักษณะเนื้องอกขนาดเล็ก ขนาดโดยเฉลี่ยประมาณ 3-4 เซนติเมตร ลักษณะเป็นก้อนขอบเขตชัดเจน และมักจะมีลักษณะเป็นรูปกระสวยเกิดต่อเนื่องมาจากเส้นประสาท จากการตรวจด้วย MRI ผู้ป่วยจะมีอาการปวดไปตามแนวที่เส้นประสาทนั้นเลี้ยงได้ถ้าโดนกระแทก Tinel sign จะให้ผลบวกถ้าผู้ตรวจทำการเคาะไปบนบริเวณเนื้องอกนั้น ๆ ลักษณะทางพยาธิจะแสดงลักษณะพิเศษที่เรียกว่า Antoni A: เป็นบริเวณที่เป็นเซลล์ของเนื้องอกที่เรียงตัวกันเป็นแนว (palisading) และ Antoni B: เป็นบริเวณที่มีเซลล์น้อยมีลักษณะเป็น myxomatous degeneration การรักษาอาจจะเฝ้าดูอาการหรือผ่าตัดออกได้ การผ่าตัดโดยทั่วไปจะสามารถเลาะเนื้องอกออกจากเส้นประสาทได้ไม่ยาก แต่การผ่าตัดต้องใช้เวลาความระมัดระวังสูง มิฉะนั้นอาจจะทำให้เสียการทำงานของเส้นประสาทได้

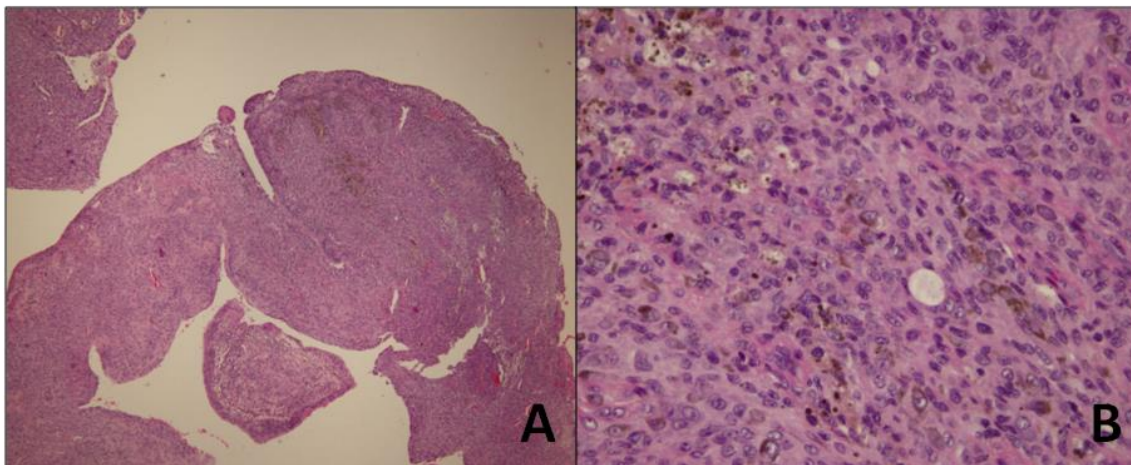


รูปที่ 2 ภาพ MRI ที่แสดงเนื้องอกที่มีลักษณะเป็นรูปทรงรีและต่อมาจากเส้นประสาท (A) และของเนื้องอกที่อยู่ติดกับเส้นประสาท (B) และลักษณะทางพยาธิ (C)

เนื้องอกชนิด Neurofibroma จะมีการสร้าง collagen มากกว่าทำให้ลักษณะเนื้องอกสามารถแยกออกจากเส้นประสาทได้ยาก เนื้องอกดังกล่าวมักจะพบในผู้ป่วยที่มีโรค Neurofibromatosis อยู่ก่อนแล้ว การผ่าตัดเพื่อนำเนื้องอกออกมักจะทำให้สูญเสียการทำงานของเส้นประสาทนั้น ๆ เสมอ

3. เนื้องอกของเยื่อข้อ (Synovial tumor)

Giant cell tumor of tendon sheath เป็นเนื้องอกของ tendon sheath ซึ่งจะนำผู้ป่วยมาด้วยอาการคล้ำก่อนได้และปวด ลักษณะทางพยาธิของเนื้อเยื่อจะพบ Foamy histiocytes, fibrous tissue, giant cells และ hemosiderin deposition การรักษาด้วยการทำ marginal resection หลังผ่าตัดเนื้องอกมีโอกาสกลับเป็นใหม่ ถ้าการผ่าตัดรอบแรกไม่สามารถตัดเนื้องอกออกได้หมด

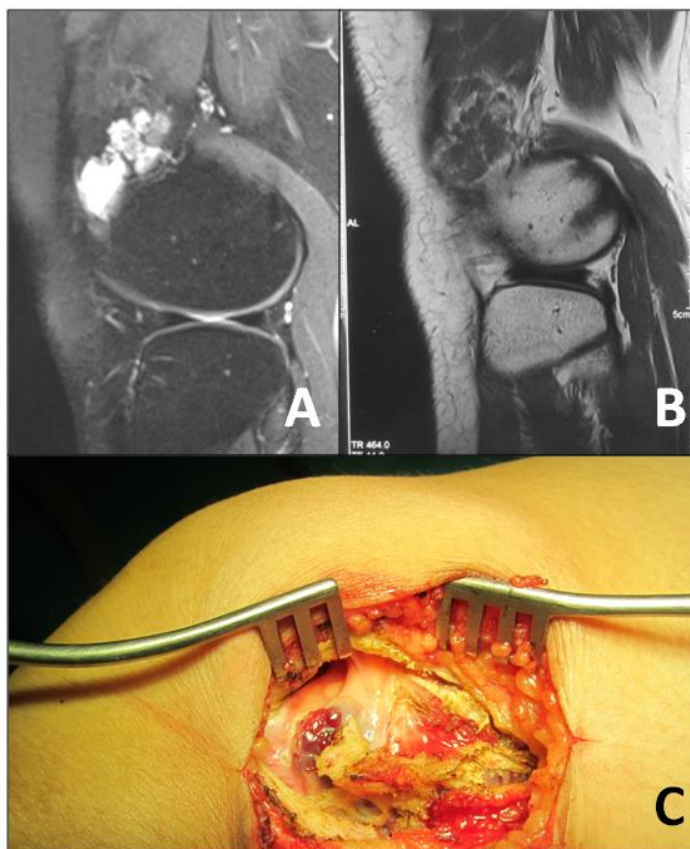


รูปที่ 3 แสดงลักษณะทางพยาธิวิทยาของ PVNS ใน low power field (A), และ high power field (B)

Pigmented villonodular synovitis (PVNS) สามารถเกิดได้ทั้งแบบ localize ลักษณะทางพยาธิเหมือนกับ Giant cell tumor of tendon sheath หรือ diffuse form มีลักษณะทางพยาธิคล้ายกัน แต่เกิดในข้อขนาดใหญ่เช่น ข้อเข่า ข้อสะโพก โรคดังกล่าวจะนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยเรื่องปวดข้อ ข้อบวม การวินิจฉัยสามารถทำได้จากภาพ MRI การรักษาสามารถทำได้ด้วยวิธี marginal excision แต่โอกาสการกลับเป็นใหม่สูงถึง 20-40% ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่ดีที่สุดในการควบคุมโรคดังกล่าว

4. เนื้ออกของเส้นเลือด (Vascular lesions)

โรคกลุ่มเนื้ออกของหลอดเลือดที่มักจะมาพบศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ด้วยเรื่อง ก้อนในกล้ามเนื้อ และมีอาการปวด โดยอาการปวดมักจะสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมต่าง ๆ คือ intramuscular hemangioma (Cavernous hemangioma) ซึ่งเป็นความผิดปกติของหลอดเลือดที่มีการขยายตัวให้ใหญ่กว่าปกติ และมีความหนาตัวเพิ่มมากขึ้น การวินิจฉัยสามารถทำได้โดยใช้ MRI การรักษาสามารถทำได้ตั้งแต่สังเกตอาการและรักษาตามอาการ การผ่าตัดต้องทำให้ได้ wide margin ซึ่งก็ยังมีโอกาสที่จะกลับมาเป็นได้อีกถึง 30% การทำ embolization ก็เป็นทางเลือกสำหรับรายที่ผ่าตัดยากแต่ด้วยวิธีดังกล่าวก็จะมีโอกาสกลับเป็นใหม่ของโรคสูงกว่าวิธีการผ่าตัด

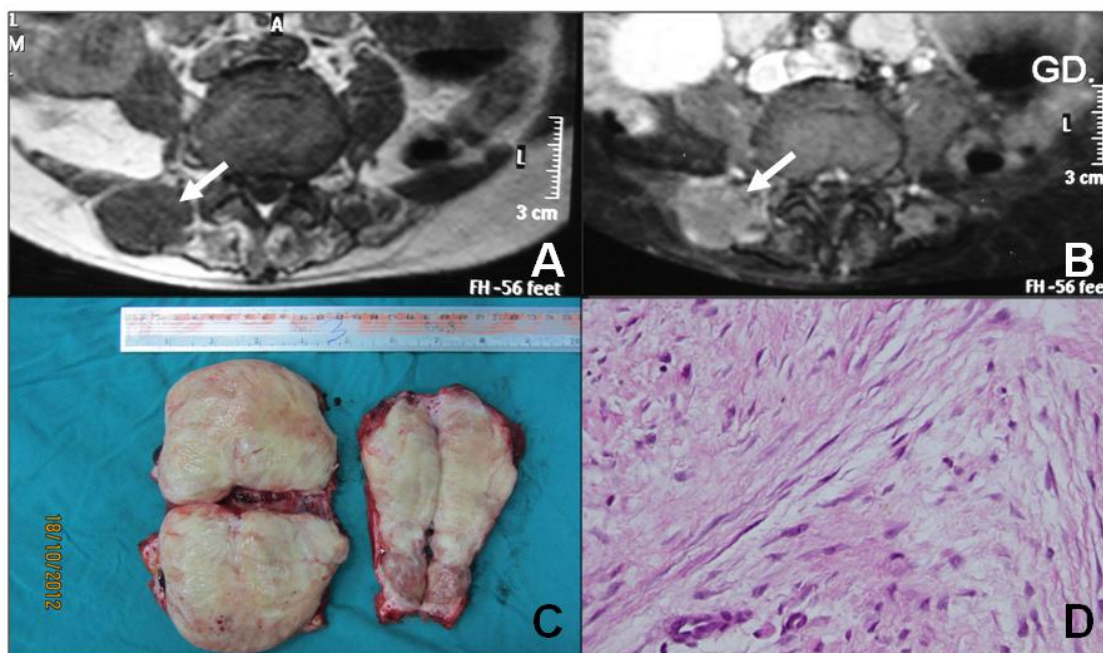


รูปที่ 4 รูป MRI แสดง intramuscular hemangioma (A-B), รูปขณะผ่าตัดเพื่อตัดก้อนเนื้องอกออก เห็นหลอดเลือดแดง (C)

5. เนื้องอกไฟบรัส (Fibrous lesions)

เนื้องอก fibrous ที่พบบ่อยคือ desmoids tumor เกิดจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในชั้นลึก มีลักษณะที่ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อรอบข้างเยอะ ลักษณะทางพยาธิแสดงให้เห็น spindle cells ที่มีการสร้าง collagen มาก การวินิจฉัยสามารถทำได้คร่าวๆด้วยการใช้ MRI ซึ่งมีลักษณะบางอย่างสามารถชี้แนะไปในทาง desmoids tumor ได้ เช่น ลักษณะ tissue density เป็นลักษณะ fibrous tissue และลักษณะที่ tumor มี infiltration เยอะ แต่การให้การวินิจฉัยเด็ดขาดก็ยังจำเป็นต้องใช้การตรวจจากชิ้นเนื้อ

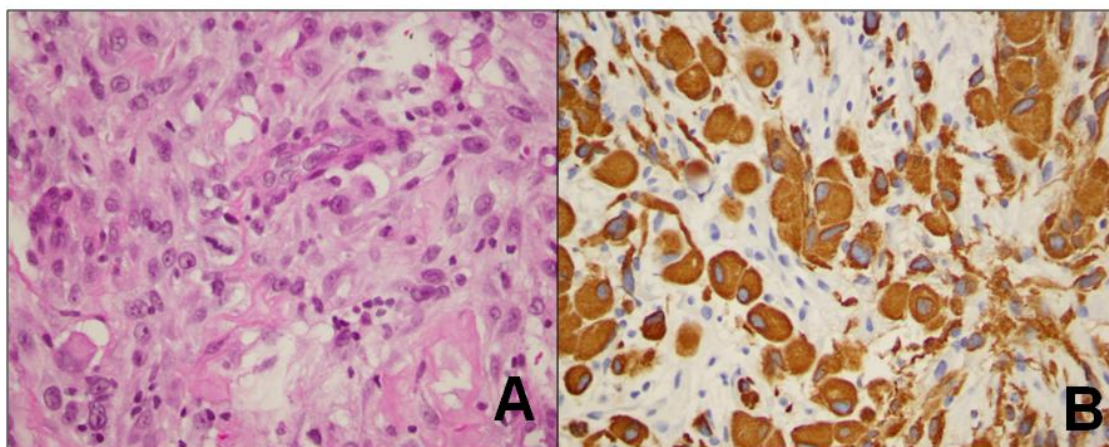
การรักษาสามารถทำได้ด้วยวิธี wide resection ถ้าผลการผ่าตัดไม่สามารถกำจัดเนื้องอกออกจากร่างกายได้หมด โอกาสการกลับเป็นใหม่จะมีสูงมาก การผ่าตัดหลายครั้งอันเนื่องมาจากการกลับเป็นใหม่ของโรคสร้างความทุพพลภาพให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ในปัจจุบันมีการรักษาที่เป็นทางเลือกมากขึ้นเช่น การใช้ยากลุ่ม NSAIDs การใช้รังสีรักษา การใช้ยา hormone เป็นต้น



รูปที่ 4 รูป MRI แสดง fibromatosis แทรกตัวอยู่ใน paravertebral muscle บริเวณ lumbar spine level (A-B), ลักษณะก้อนเนื้อออก fibromatosis ที่ตัดออกมา (C) ลักษณะทางพยาธิวิทยาของเนื้อออก fibromatosis (D)

เนื้อออกของระบบเนื้อเยื่อที่เป็นมะเร็ง

เนื้อออกที่เป็นมะเร็งมักจะมีขนาดใหญ่และอยู่ในตำแหน่งที่ลึก การส่งตรวจ MRI ถือเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการให้การวินิจฉัยและการทำ local staging MRI จะบอกถึงลักษณะการลุกลามของเนื้อออกได้ดี แต่ไม่สามารถลงรายละเอียดถึงชนิดของเนื้อเยื่อได้ การตัดชิ้นเนื้อเป็นขั้นตอนสำคัญในการบอกชนิดของเนื้อเยื่อ การย้อม immunohistochemistry มักจะต้องเข้ามามีบทบาทในการย้อมเพื่อการวินิจฉัยเด็ดขาดเสมอ เนื้อเยื่อในกลุ่มนี้มักจะลุกลามไปยังปอด ดังนั้นการ complete staging จะต้องทำ CT-scan ปอดเสมอ มีเนื้อออกบางชนิดในกลุ่มนี้มีศักยภาพในการลุกลามผ่านทางต่อมน้ำเหลืองได้แก่ “SCARE” synovial sarcoma, clear cell sarcoma, angiosarcoma, rhabdomyosarcoma และ epitheloid sarcoma ซึ่งการรักษาจะต้องคำนึงการเลาะต่อมน้ำเหลืองด้วย



รูปที่ 4 รูปแสดงลักษณะทางพยาธิของเนื้องอกมะเร็งเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ที่แสดงลักษณะของมะเร็ง มีขนาดและรูปร่างของ nucleus ไม่เท่ากัน (A) การให้การวินิจฉัยมันจะต้องทำการย้อมพิเศษเพิ่มเติม (B)

การรักษาเนื้องอกในกลุ่มนี้จะใช้หลักการเดียวกันทั้งหมด นั่นก็คือจะใช้วิธีการผ่าตัดเป็นวิธีหลัก เนื่องจากยังไม่มีการใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะต้องทำให้ได้ wide หรือ radical resection ร่วมกับการทำการฉายรังสีเฉพาะที่เพื่อเป็น local adjuvant ในรายที่เนื้อเยื่อเป็น high grade หรือก้อนมีขนาดใหญ่เกินห้าเซนติเมตร

เอกสารอ้างอิง

1. Greenspan A, Jundt G, Remagen W. Differential diagnosis in orthopedic oncology. 2nd ed. China: Lippincott Williams and Wilkins, a Wolters Kluwer Business; 2007. 529 p.
2. Heck RK. Soft-tissue tumors. In: Canale T, Beaty JH, editors. Campbell's operative orthopedics. 1. 11th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Mosby Elsevier; 2008. p. 939-62.