

มะเร็งเยื่อหุ้มปอด Adenocarcinoma ของ Epididymis: รายงานผู้ป่วย

สิทธิพงษ์ วังสะวิบูลย์ พ.บ., ว.ว.พยาธิวิทยาภาควิภาค

กลุ่มงานพยาธิวิทยาภาควิภาค โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Corresponding author, Email: sittipong_w@outlook.com

(วันรับบทความ : 21 มกราคม 2569, วันแก้ไขบทความ : 21 พฤษภาคม 2569, วันตอบรับบทความ : 2 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

มะเร็งเยื่อหุ้มปอด Adenocarcinoma ของ Epididymis เป็นโรคที่พบน้อยมาก เนื้องอกของ Epididymis ส่วนใหญ่มักเป็นเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่มีการแพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่น รายงานผู้ป่วยฉบับนี้นำเสนอลักษณะทางพยาธิวิทยาของมะเร็งชนิดนี้ ในผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนที่บริเวณถุงอัณฑะร่วมกับถุงน้ำอัณฑะและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอัณฑะ ภายหลังการรักษาไม่พบก้อนกลับเป็นซ้ำในบริเวณผ่าตัดหรือการกระจายตัวของเนื้องอกไปยังอวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย

คำสำคัญ : มะเร็งเยื่อหุ้มปอด Adenocarcinoma Epididymis พยาธิวิทยา รายงานผู้ป่วย

Primary Adenocarcinoma of the Epididymis: Case Report

Sittipong Wangsawibul, MD.

Department of Anatomical Pathology, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Primary adenocarcinoma of the epididymis is extremely rare. Most epididymal tumors are either benign tumors or metastatic malignant tumors from other organs. I report pathological features from a case of primary adenocarcinoma of the epididymis in a patient who presented with scrotal mass and hydrocele and underwent orchidectomy. Following treatment, there was no evidence of tumor recurrence at the operative site or metastasis to distant organs.

Keyword: Primary adenocarcinoma, Epididymis, Pathology, Case report

บทนำ

มะเร็งเยื่ออัณฑะ (Epididymis) เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นจากเซลล์เยื่ออัณฑะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างผิดปกติของเซลล์เยื่ออัณฑะที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพเป็นต่อม (glandular differentiation) ใน epididymis และอาจมีการลุกลามของเซลล์มะเร็งเข้าสู่เนื้อเยื่อข้างเคียง มะเร็งชนิดนี้พบได้น้อยมาก เนื่องจากของ Epididymis ส่วนใหญ่มักเป็นเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น adenomatoid tumor, papillary cystadenoma, leiomyoma, lipoma เป็นต้น หรือเป็นมะเร็งที่มีการแพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่น การตรวจทางพยาธิวิทยาจึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยแยกโรค รายงานผู้ป่วยฉบับนี้นำเสนอการตรวจทางพยาธิวิทยาของโรคมะเร็งเยื่ออัณฑะ (Epididymis Adenocarcinoma) ของ Epididymis โดยการตรวจลักษณะทางมหากายวิภาคด้วยตาเปล่า ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาด้วยกล้องจุลทรรศน์ และการย้อมพิเศษด้วยวิธีอิมมูโนฮิสโตเคมีเพื่อให้การวินิจฉัยโรคนี้ ข้อมูลในรายงานผู้ป่วยฉบับนี้ไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลหรือสิ่งที่สามารถระบุตัวตนผู้ป่วย สอดคล้องตามหลักจริยธรรมการวิจัยที่ใช้แฟ้มประวัติผู้ป่วยและตัวอย่างทางชีวภาพ

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 86 ปี ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว การใช้ยาประจำและการผ่าตัด มาพบแพทย์ด้วยอาการมีก้อนที่ถุงอัณฑะข้างซ้าย 4 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับปัสสาวะบ่อย ก้อนค่อยๆ เพิ่มขนาดขึ้นเล็กน้อย ตรวจร่างกายแรกพบ สัญญาณชีพปกติ คลำได้ก้อนที่ถุงอัณฑะข้างซ้าย ขนาด 2.5 เซนติเมตร ก้อนขอบเขตชัดเจน กดเจ็บเล็กน้อย ไม่มีอาการบวมแดงหรือแผลบริเวณถุงอัณฑะ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count) ไม่พบความผิดปกติของเม็ดเลือด การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) พบแบคทีเรียเล็กน้อย (Few/HPF) ไม่พบโปรตีนหรือน้ำตาลในปัสสาวะ ไม่พบการเพิ่มขึ้นของเซลล์เม็ดเลือดแดงและเซลล์เม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ และไม่พบเซลล์ที่ผิดปกติในปัสสาวะ การตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor markers) ไม่พบความผิดปกติ (PSA 3.2 ng/mL, AFP 2.5 ng/mL, Beta hCG 0.1 mIU/mL, LDH 50 U/L) การตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) ไม่พบก้อนหรือน้ำในปอดทั้งสองข้าง การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (Plain CT Whole Abdomen) พบ a mass (size 2.9x2.3 cm) at left scrotum with bilateral hydroceles at both testes (predominantly at left side) and bilateral renal cortical cysts (size up to 4.9 cm) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอัณฑะข้างซ้าย (Left orchidectomy) และส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อให้การวินิจฉัยโรค

การตรวจลักษณะทางมหากายวิภาคด้วยตาเปล่า (Macroscopic Findings) พบอัณฑะขนาด 5x2.5x2 เซนติเมตร หนัก 20 กรัม ติดกับท่อหลอดสุจิ ขนาดความยาว 4.5 เซนติเมตรและขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 0.2 เซนติเมตร หน้าตัดของอัณฑะพบก้อนที่บริเวณ epididymis ขนาด 2x1.3x0.8 เซนติเมตร (ภาพที่ 1A) ร่วมกับถุงน้ำอัณฑะ (hydrocele) ขนาด 3.5x2.3x0.8 เซนติเมตร (ภาพที่ 1B) ก้อนมีลักษณะเนื้อแน่น (solid mass) สีขาวเทา ขอบเขตชัดเจน กดแข็ง (firm consistency) พบจุดเลือดออกบริเวณกลางก้อน ขนาด 0.1-0.2 เซนติเมตร



A

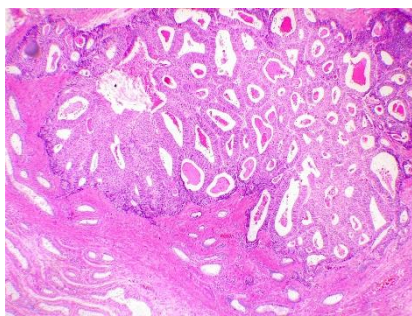


B

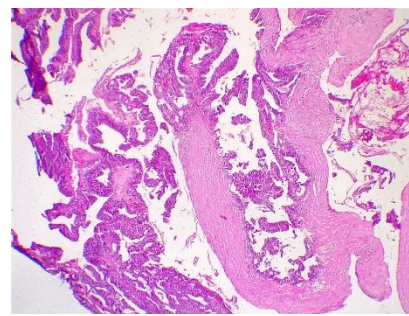
ภาพที่ 1 ลักษณะทางมหกายวิภาค แสดงก้อนที่บริเวณ epididymis (ลูกศร) สีขาวเทาขอบเขตชัดเจนร่วมกับจุดเลือดออกบริเวณกลางก้อน (A) ร่วมกับส่วนผนังของถุงน้ำอัณฑะ (B)

การตรวจลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Microscopic Findings) พบเซลล์เนื้องอกเรียงตัวเป็นแบบต่อม (glandular pattern), แบบคล้ายตะแกรง (cribriform pattern) และแบบปุ่มคล้ายนิ้วมือ (papillary pattern) อยู่ใน epididymis (ภาพที่ 2A และ 2B) ลักษณะของเซลล์เนื้องอกเป็นเซลล์เยื่อบุผิวชนิด columnar (columnar epithelial cells) มีไซโตพลาซึมสีชมพูอ่อนปริมาณเล็กน้อย นิวเคลียสมีรูปร่างแตกต่างกัน (nuclear pleomorphism) โครมาตินติดสีจาง นิวคลีโอลัสขนาดใหญ่และมีไมโทซิสเพิ่มขึ้น เซลล์เนื้องอกมีการลุกลามถึงเยื่อหุ้มอัณฑะ (tunica albuginea) ไม่พบการลุกลามของ

เนื้องอกเข้าสู่หลอดเลือด (vascular invasion) และไม่พบการลุกลามของเนื้องอกเข้าสู่บริเวณรอบเส้นประสาท (perineural invasion) บริเวณเนื้อเยื่อ epididymis ข้างเคียงพบการเจริญผิดปกติ (dysplasia) เซลล์เยื่อบุผิวชนิด columnar ร่วมด้วย โดยมีลักษณะนิวเคลียสขนาดใหญ่โป่ง โครมาตินติดสีจาง และมีนิวคลีโอลัสขนาดเล็กบริเวณเนื้อเยื่ออัณฑะ (testicular parenchyma) พบการเสื่อมสลายของหลอดสร้างอสุจิ (degenerated seminiferous tubules) บริเวณถุงน้ำอัณฑะ (hydrocele) พบเนื้อเยื่อลักษณะคล้ายถุงด้วยเซลล์ลักษณะแบน ไม่พบเซลล์ที่มีลักษณะผิดปกติ



A

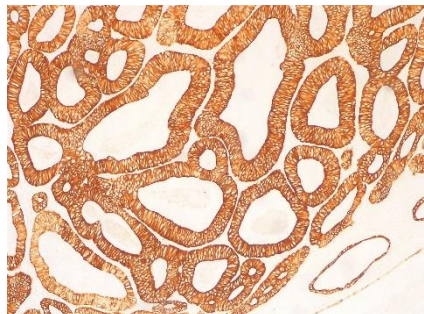


B

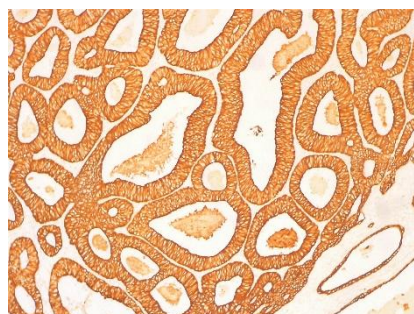
ภาพที่ 2 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา แสดงเซลล์เนื้องอกเรียงตัวเป็นแบบต่อม (glandular pattern), แบบคล้ายตะแกรง (cribriform pattern) และแบบปุ่มคล้ายนิ้วมือ (papillary pattern) อยู่ใน epididymis (A และ B) เซลล์เนื้องอกมีรูปร่างแตกต่างกัน (nuclear pleomorphism) โครมาตินติดสีจาง นิวคลีโอลัสขนาดใหญ่และมีไมโทซิสเพิ่มขึ้น และพบการเจริญผิดปกติ (dysplasia) เซลล์เยื่อบุผิวใน epididymis ข้างเคียง (Hematoxylin and eosin, ภาพกำลังขยาย: A 100x, B 100x,

การตรวจด้วยวิธีอิมมูโนฮิสโตเคมี (Immunohistochemical Study) พบว่าเซลล์เนื้องอกให้ผลบวกต่อแอนติบอดีชนิด AE1/AE3 (ภาพที่ 3A), CAM5.2 (ภาพที่ 3B), CK7, EMA และ

ให้ผลลบต่อแอนติบอดีชนิด PAX8 (ภาพที่ 3C), Napsin A (ภาพที่ 3D), CK20, BerEP4, CK5/6, P63, GATA3, TTF-1, PSA, CD10, Calretinin, WT1, Synaptophysin, Chromogranin



A



B



C



D

ภาพที่ 3 ลักษณะจากการตรวจด้วยวิธีอิมมูโนฮิสโตเคมี แสดงเซลล์เนื้องอกให้ผลบวกต่อแอนติบอดีชนิด AE1/AE3 (A) และ CAM5.2 (B) และให้ผลลบต่อแอนติบอดีชนิด PAX8 (C) และ Napsin A (D) (ภาพกำลังขยาย: A-D 100x)

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาเป็น Primary adenocarcinoma of the epididymis with hydrocele การติดตามทางคลินิกภายในระยะเวลา 4 เดือนหลังการรักษา ไม่พบก้อนกลับเป็นซ้ำในบริเวณผ่าตัด การตรวจ Follow-up CT chest and whole Abdomen ไม่พบก้อนหรือลักษณะผิดปกติทางรังสีวิทยาที่บ่งชี้ถึงการกระจายตัวของเนื้องอกไปยังอวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย

วิจารณ์

มะเร็งเยื่ออัณฑะ เป็นโรคที่พบน้อยมาก⁽¹⁻⁴⁾ อุบัติการณ์ของโรคนี้ประมาณ 2% ของเนื้องอกบริเวณอัณฑะ และน้อยกว่า 7% ของเนื้องอกของระบบทางเดินปัสสาวะเพศชาย พบในช่วงอายุ 24-82 ปี (อายุเฉลี่ย 55 ปี)⁽¹⁾ ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมักพบร่วมกับถุงน้ำอัณฑะ (hydrocele)⁽⁵⁾ ลักษณะทางคลินิกของโรคนี้มักพบก้อนที่บริเวณอัณฑะ อาจมีอาการปวดบริเวณก่อน

ร่วมด้วย ลักษณะทางรังสีวิทยาด้วยการตรวจอัลตราซาวด์พบ irregular cystic mass with septation and unclear boundary, uneven mixed echogenic lump การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบ abnormal density lesion ของก้อน⁽¹⁰⁾ โรคนี้พบการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นๆ ได้ โดยพบได้บ่อยที่ต่อมน้ำเหลืองหลังเยื่อช่องท้อง, กระดูก, ปอด และต่อไต⁽⁶⁾ ลักษณะทางมหกายวิภาคของโรคนี้จะพบก้อนเนื้อแน่น ขนาด 2-14 เซนติเมตร หน้าตัดสีขาวเทา ร่วมกับหย่อมเลือดออกและเนื้อตาย ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของโรคนี้จะพบเซลล์เนื้องอกเรียงตัวเป็นรูปแบบต่างๆ ได้แก่ แบบต่อม (glandular pattern), แบบคล้ายตะแกรง (cribriform pattern), แบบคล้ายหลอดหรือปุ่มนิ้วมือ (tubular or papillary pattern) และแบบแผ่นติดกัน (sheet-like pattern) เซลล์เนื้องอกเป็นเซลล์เยื่อบุผิวชนิด cuboidal หรือ columnar ที่มีไซโตพลาสซึมใสหรือสีม่วงแดงเมื่อย้อมด้วยสี Hematoxylin and eosin นิวเคลียสมีขนาดแตกต่างกัน โครมาตินติดสีจางหรือเข้มได้ นิวคลีโอลัสมีขนาดใหญ่ พบการแบ่งตัวของเซลล์เพิ่มสูงขึ้นหรือมีลักษณะผิดปกติได้^(1, 5)

การตรวจด้วยวิธีอิมมูโนฮิสโตเคมีมีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งเยื่อบุผิวปฐมนิคมชนิด Adenocarcinoma ของ Epididymis ออกจากมะเร็งปฐมนิคมที่มีต้นกำเนิดจากเซลล์ชนิดอื่นหรือมะเร็งที่มีการแพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่น^(1, 5-8) เซลล์เนื้องอกของโรคนี้ให้ผลบวกต่อแอนติบอดีชนิด EMA, CEA, PAX8, PAX2, Villin และให้ผลลบต่อแอนติบอดีชนิด WT1, CDX2, AMACR, PSA, RCCm^(1, 5, 10)

การรักษาหลักของโรคมะเร็งเยื่อบุผิวปฐมนิคมชนิด Adenocarcinoma ของ Epididymis คือการผ่าตัด radical orchidectomy with retroperitoneal and pelvic lymph node dissection การรักษาด้วยการฉายแสงและเคมีบำบัดอาจให้ผลการรักษาที่จำกัด⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ปัจจุบันข้อมูลพยากรณ์โรคของมะเร็งเยื่อบุผิวปฐมนิคมชนิด Adenocarcinoma ของ Epididymis ยังมีความไม่ชัดเจนเนื่องจากมีข้อมูลรายงานผู้ป่วยที่น้อย บางรายงานระบุว่า การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นมีความสัมพันธ์กับพยากรณ์โรคที่ไม่ดี^(4, 9, 11)

ผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะทางมหกายวิภาคและจุลพยาธิวิทยาที่เข้าได้กับโรคนี้ นอกจากนี้ยังพบการเจริญผิดปกติ (dysplasia) เซลล์เยื่อบุผิวชนิด columnar ใน epididymis ร่วมด้วย การเจริญผิดปกติของเซลล์นั้นมักจะพบในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากเซลล์ปกติเป็นเซลล์มะเร็ง (malignant transformation)⁽¹²⁾ ซึ่งการพบลักษณะดังกล่าวในผู้ป่วยรายนี้จึงช่วยสนับสนุนว่ามีการเริ่มต้นเกิดเซลล์มะเร็งใน epididymis การตรวจด้วยวิธีอิมมูโนฮิสโตเคมีให้ผลบวกต่อแอนติบอดีชนิด AE1/AE3, CAM5.2, CK7, EMA ซึ่งเป็น epithelial marker บ่งชี้ว่าเซลล์เนื้องอกมีต้นกำเนิดจากเซลล์เยื่อบุผิว นอกจากนี้ยังช่วยแยกโรคมะเร็งที่แพร่กระจายจากอวัยวะอื่น ได้แก่ urothelial carcinoma (ให้ผลลบต่อแอนติบอดีชนิด CK5/6, P63, GATA3), lung adenocarcinoma (ให้ผลลบต่อแอนติบอดีชนิด TTF-1, Napsin A), prostatic adenocarcinoma (ให้ผลลบต่อแอนติบอดีชนิด PSA), clear cell renal cell carcinoma (ให้ผลลบต่อแอนติบอดีชนิด PAX8, CD10), neuroendocrine carcinoma (ให้ผลลบต่อแอนติบอดีชนิด Synaptophysin, Chromogranin) และ malignant mesothelioma (ให้ผลลบต่อแอนติบอดีชนิด Calretinin, WT1) ลักษณะทางพยาธิวิทยาดังกล่าวทั้งหมดจึงสนับสนุนการวินิจฉัย

มะเร็งเยื่อหุ้มปมภูมิชนิด Adenocarcinoma
ของ Epididymis

สรุป

มะเร็งเยื่อหุ้มปมภูมิชนิด Adenocarcinoma ของ Epididymis เป็นโรคที่พบน้อยมาก

จำเป็นต้องวินิจฉัยแรกโรคมะเร็งปมภูมิที่มีต้นกำเนิดจากเซลล์ชนิดอื่นและมะเร็งที่แพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่น การตรวจทางพยาธิวิทยาจึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยร่วมกับข้อมูลลักษณะทางคลินิกและรังสีวิทยา อันนำไปสู่กระบวนการรักษาและติดตามภายหลังการรักษาที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Raspollini MR, Tickoo SK, Bharti JN, et al. Adenocarcinoma of the epididymis. WHO classification of tumors (urinary and male genital tumors) [Internet]. 2022 [cited 2025 Dec 10]. Available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/36/184>.
2. Ganem JP, Jhaveri FM, Marroum MC. Primary adenocarcinoma of the epididymis: case report and review of the literature. Urology. 1998;52(5):904-8.
3. Jones MA, Young RH, Scully RE. Adenocarcinoma of the epididymis: a report of four cases and review of the literature. Am J Surg Pathol. 1997;21(12):1474-80.
4. Arisan S, Akbulut ON, Cakir OO, Ergenekon E. Primary adenocarcinoma of the epididymis: case report. Int Urol Nephrol. 2003;36(1):77-80.
5. Bostwick DG, Ma J. Adenocarcinoma of the epididymis. In: Cheng L, MacLennan GT, Bostwick DG, editors. Urologic surgical pathology. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 851.
6. Kolesari N, Lez C, Kirigin MS, Balagovic I, Kruslin B. Primary epididymal adenocarcinoma: case report and review of the literature. Arch Clin Biomed Res. 2026;10(1):16-9.
7. Chauhan RD, Gingrich JR, Eltorky M, Steiner MS. The natural progression of adenocarcinoma of the epididymis. J Urol. 2001;166(2):608-10.
8. Graham L, True LD, Schweizer MT. Metastatic adenocarcinoma of the epididymis: a case report and brief literature review. Clin Genitourin Cancer. 2018;16(2):e335-8.
9. Yu CC, Huang JK, Chiang H, Chen MT, Chang LS. Papillary cystadenocarcinoma of the epididymis: a case report and review of the literature. J Urol. 1992;147(1):162-5.
10. Xiao J, You Y, Dong Z, Wu Q, Yuan H. Treatment of primary epididymal adenocarcinoma: a case report and review of the literature. J Med Case Rep. 2024;18(1):274.

11. Zou ZJ, Xiao YM, Liu ZH, Zhang RC, Liang JY, Tang YQ, et al. Clinicopathological characteristics, treatment, and prognosis of rarely primary epididymal adenocarcinoma: a review and update. *Biomed Res Int.* 2017;2017:1-9.
12. Mitchell RN. Neoplasia. In: Kumar V, Abbas AK, Aster JC, editors. *Robbins and Cotran pathologic basis of disease.* 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2015. p. 271.