

## มะเร็งผิวหนังเมลาโนมาระยะไม่ลุกลามบนจมูก: รายงานผู้ป่วย

### อรุณี โกวิทพิสิฐสกุล

บทคัดย่อ ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 59 ปี อาชีพ เจ้าหน้าที่บัญชี พบรอยโรคสีน้ำตาลบริเวณผิวหนังจมูก ด้านขวาเป็นระยะเวลา 10 ปี ต่อมารอยโรคโตขึ้น ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยติดตามอาการกับแพทย์ผิวหนัง และได้ทำการตรวจชิ้นเนื้อโดยการฝานรอยโรค (superficial shave biopsy) ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ พบว่าเป็นมะเร็งผิวหนังเมลาโนมาระยะไม่ลุกลาม (melanoma in situ) จากนั้น ผู้ป่วยถูกส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี และได้ทำการตรวจชิ้นเนื้อ โดยการตัดบางส่วนแบบลึก (full thickness incisional biopsy) ผลการตรวจพบว่าเป็น basal hyperpigmentation และ basal melanophages หลังจากนั้น ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรอยโรคทั้งหมด และผิวหนังปกติที่อยู่รอบรอยโรคนั้นออก 7 มิลลิเมตร แล้วทำการซ่อมแซมเนื้อเยื่อบริเวณจมูกด้วย paramedian forehead flap ซึ่งผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อดังกล่าว หลังการผ่าตัดพบว่าเป็น hyperpigmentation of basal keratinocytes and no abnormal melanocytic proliferation ดังนั้น จึงสามารถยืนยันได้ว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งผิวหนังเมลาโนมาระยะไม่ลุกลาม (melanoma in situ) โดยผู้ป่วยรายนี้ยังไม่พบการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง หลังจากรักษา 2 ปี (วารสารโรคมะเร็ง 2566;43:36-43)

คำสำคัญ: มะเร็งผิวหนังเมลาโนมาระยะไม่ลุกลาม การตรวจชิ้นเนื้อโดยการฝานรอยโรค การตัดชิ้นเนื้อบางส่วนแบบลึก

---

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ตำบลทะเลชุบศร อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ประเทศไทย

วันที่รับบทความ 02/11/2566, วันที่แก้ไข 28/03/2566, วันที่ตอบรับบทความ 30/03/2566

ผู้รับผิดชอบบทความ: lbchrtag@gmail.com

## Melanoma in situ on nose : A case report

by Arunee Kovitpisitsakul

*opburi Cancer Hospital, Talaychupsorn, Mueang, Lopburi, Thailand*

**Abstract** A 59-years-old woman, who was also an accountant. The patient had a pigmented lesion present on her tip of nose for ten years then the lesion appeared larger. She had been following with dermatologist. Superficial shave biopsy was done and pathological report of part of melanoma in situ, at least. The dermatologist made a cancer hospital referral. Full thickness incisional biopsy was done and pathological report of basal hyperpigmentation and scattered basal melanophages. The lesion was excised with a 7 mm. margin and pathological report of hyperpigmentation of basal keratinocytes and no abnormal melanocytic proliferation. Finally, pathological diagnosis after wide excision revealed melanoma in situ. The patient has not been recurred after 2 years of treatment (*Thai Cancer J 2023; 43:36-43*)

Keywords: melanoma in situ, superficial shave biopsy, full thickness incisional biopsy

### บทนำ

มะเร็งผิวหนังเมลาโนมา (melanoma) คือ มะเร็งผิวหนังที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์เมลาโนไซต์ใต้ชั้นผิวหนัง ซึ่งทำหน้าที่เป็นเซลล์สร้างเม็ดสี<sup>3</sup> ซึ่งพบว่าเป็นมะเร็งผิวหนังที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุดในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพบบริเวณศีรษะและลำคอ ร้อยละ 25<sup>1</sup> มะเร็งผิวหนังเมลาโนมาในระยะไม่ลุกลาม (melanoma in situ) คือ เซลล์มะเร็งที่อยู่ตำแหน่งด้านบนของผิวหนัง (epidermis) โดยยังไม่มีการทะลุผ่าน basal membrane<sup>3</sup> สำหรับประชากรไทยมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งเมลาโนมาอยู่ที่ 0.52 คน และอัตราการตายอยู่ที่ 0.25 คนต่อ 100,000 คน คิดเป็นร้อยละ 48.08<sup>5</sup> จากตัวเลขดังกล่าวทำให้ทราบว่าอุบัติการณ์ค่อนข้างต่ำ แต่มีรายงานอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง ดังนั้นหากได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีก็จะตอบสนองต่อการรักษาดี แต่หากตรวจพบเข้าเซลล์มะเร็งเมลาโนมาจะสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ และยากต่อการรักษา<sup>4,5</sup> รายงานผู้ป่วยฉบับนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อบรรยายประสบการณ์แนวทางในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งผิวหนังเมลาโนมาในระยะไม่ลุกลาม ซึ่งพบได้น้อยในประเทศไทย

### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงอายุ 59 ปี อาการสำคัญคือ พบรอยโรคสีน้ำตาลบริเวณผิวหนังจมูกด้านขวามานาน 10 ปี มีขนาดเท่า ๆ เดิม ไม่เจ็บ ไม่มีเลือดออกและไม่มีอาการคัน 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล รอยโรคบริเวณดังกล่าวโตขึ้น ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์ผิวหนังและได้รับการตัดชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัย โดยการทำให้ superficial shave biopsy ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อพบว่า เป็นมะเร็งผิวหนังเมลาโนมา ระยะไม่ลุกลาม (melanoma in situ) และพบรอยโรคบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยจึงถูกส่งมาโรงพยาบาล

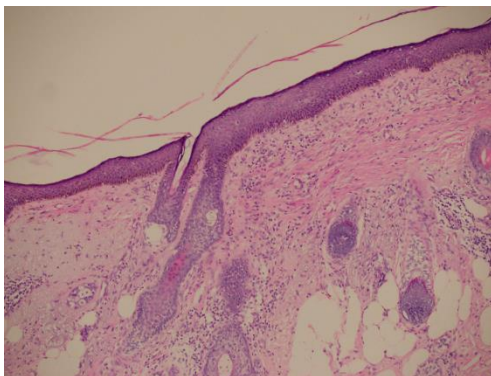
ผู้ป่วยปฏิเสธการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สมุนไพร ประวัติสัมผัสแสงแดดเป็นประจำหรืออาบแดดและประวัติมะเร็งผิวหนังในครอบครัว

ผลตรวจร่างกายพบดังต่อไปนี้ flat, multi-colored lesion at tip of nose, asymmetrical in shape, irregular border about 1.2 cm. in diameter. Nasal endoscopy: normal mucosa, clear discharge, no mass and ulcer at both nasal cavity. No cervical lymph node.

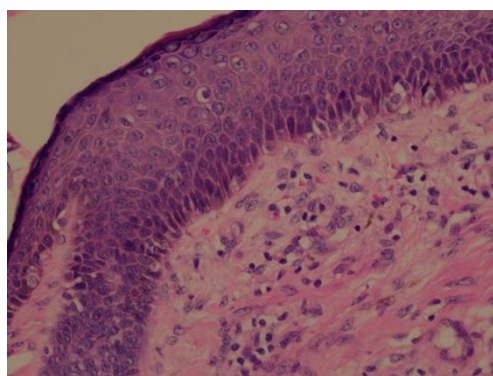


รูปที่1 รอยโรคบริเวณจมูก

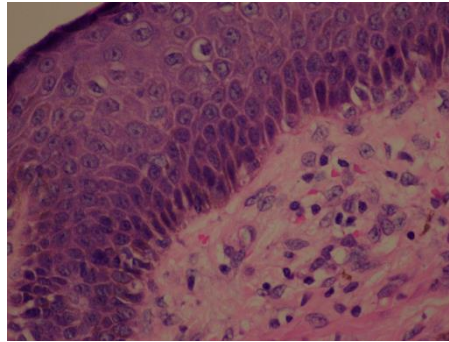
ผลการตรวจชิ้นเนื้อ



(A) 10x



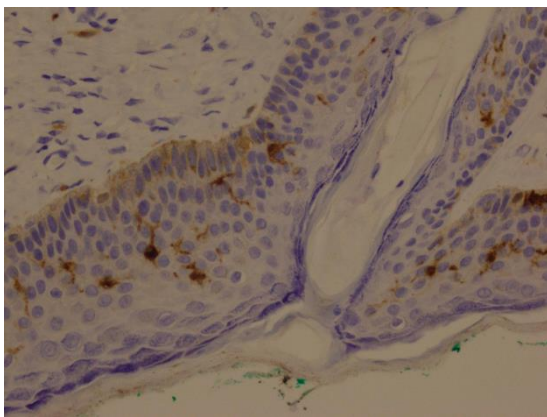
(B) 40X



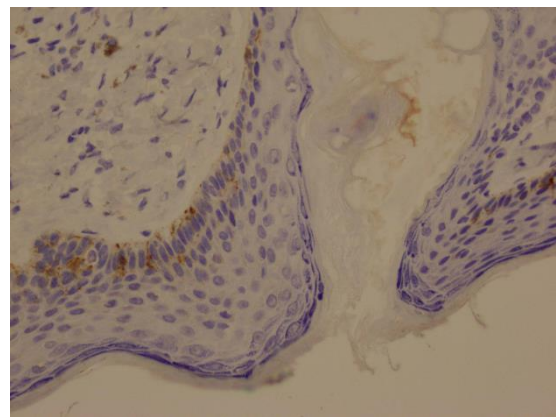
(C) 100X

รูปที่ 2 Microscopic examination of skin lesion at nose excision show thin epidermis and pigmented basal keratinocyte. No abnormal proliferation of junctional melanocytes is observed. No absence of melanocytes into upper part of epidermis is noted. Pathologic diagnosis is hyperpigmentation of basal keratinocytes and no abnormal melanocytic proliferation

#### ผลตรวจการย้อมพิเศษ



(A) S100 100X



(B) HMB45 100X

รูปที่ 3 Immunohistochemical result S100(-), HMB45(-)

ผู้ป่วยได้รับการตรวจชิ้นเนื้อโดยการตัดชิ้นเนื้อบางส่วนแบบลึก (full thickness incisional biopsy) ในตำแหน่งรอยโรคที่เข้มที่สุด ซึ่งผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ พบว่าเป็น basal hyperpigmentation และ basal melanophages หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรอยโรคทั้งหมด และผิวหนังปกติที่อยู่รอบรอยโรคนั้นออกประมาณ 7 มิลลิเมตร โดยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อพบ hyperpigmentation of basal keratinocytes and no abnormal melanocytic proliferation ดังนั้นจึงยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งผิวหนังเมลาโนมาในระยะไม่ลุกลาม (melanoma in situ) และทำการซ่อมแซมเนื้อเยื่อบริเวณจมูกด้วย paramedian forehead flap



(A) ซ่อมแซมเนื้อเยื่อบริเวณจมูกด้วย paramedian forehead flap



(B) ผลหลังผ่าตัด 2 ปี

รูปที่ 4 ผลหลังผ่าตัด

### วิจารณ์

มะเร็งเมลาโนมา เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดในกลุ่มมะเร็งผิวหนังและพบว่าทั่วโลกมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งมากขึ้นทุกปี โดยร้อยละ 25 พบบริเวณศีรษะและลำคอ<sup>1</sup> การวินิจฉัยมะเร็งเมลาโนมาจะใช้ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ คือ ABCDE ดังนี้

- A หมายถึง asymmetry
- B หมายถึง border (irregular, poorly circumscribed, ill defined)
- C หมายถึง color (varying shades)
- D หมายถึง diameter > 6 mm.
- E หมายถึง evolving change<sup>1,2</sup>

ซึ่งหากขนาดของรอยโรคมากกว่า 6 มิลลิเมตร ถือว่าเป็นความเสี่ยงในการเป็น มะเร็งเมลาโนมา<sup>8</sup> สำหรับผู้ป่วยรายนี้ พบว่ารอยโรค asymmetry มีขนาดมากกว่า 6 มิลลิเมตร ขอบเขต irregular มีลักษณะ color variegation และมีประวัติว่ารอยโรคโตขึ้น ซึ่งการวินิจฉัย malignant melanoma ได้ตั้งแต่ในระยะแรกเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะทำให้สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างครอบคลุมและมีผลลัพธ์ที่ดีได้<sup>4</sup>

ระยะของโรคมะเร็งเมลาโนมาสามารถจัดกลุ่มผู้ป่วยเป็น 5 ระยะคือ ระยะ 0 (melanoma in situ) ถึงระยะ<sup>4</sup> โดยระยะ 1 และ 2 คือ มะเร็งไม่มีการแพร่กระจายออกไปนอกผิวหนัง (localized disease) ระยะ 3 คือ มะเร็งมีการแพร่กระจายออกนอกผิวหนังแต่ยังอยู่ใกล้ผิวหนังหรือไปที่ต่อมน้ำเหลือง (regional disease) ระยะ 4 คือมะเร็งมีการแพร่กระจายออกนอกผิวหนังไกล เช่น ปอด ตับ<sup>1,3</sup>

มะเร็งผิวหนังเมลาโนมาระยะไม่ลุกลาม (melanoma in situ) คือ เซลล์มะเร็งที่อยู่ตำแหน่งด้านบนของผิวหนัง (epidermis) โดยยังไม่มีการทะลุผ่าน basal membrane ซึ่งมะเร็งผิวหนังเมลาโนมาระยะไม่ลุกลามสามารถเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งผิวหนังเมลาโนมาระยะลุกลามได้<sup>3,6</sup>

เมื่อพบรอยโรคที่สงสัยมะเร็งเมลาโนมา เพื่อให้ได้การวินิจฉัยจำเป็นต้องได้ชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา โดยมีหลักการของการตัดชิ้นเนื้อ คือ complete excisional biopsy with narrow 1-3 mm. margins<sup>7</sup> ส่วนรอยโรคที่มีขนาดใหญ่หรืออยู่บนตำแหน่งใบหน้า ฝ่ามือและเท้า สามารถทำ full thickness incisional biopsy หรือ punch biopsy ในตำแหน่งที่หนาสุดหรือเข็มสุด<sup>7</sup> ส่วนการทำ shave biopsy อาจไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัยโรค เพราะมีค่าความแม่นยำในการวินิจฉัยร้อยละ 81-88<sup>9</sup> แต่ในกรณีที่รอยโรคมีความลึกน้อยกว่า 1 มิลลิเมตร การทำ shave biopsy มีค่าความแม่นยำในการวินิจฉัยร้อยละ 96<sup>11,12</sup> แต่หากพบรอยโรคบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อผ่าตัด ค่าความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคจะเหลือเพียงร้อยละ 85<sup>9</sup> ในผู้ป่วยรายนี้ได้ไปพบแพทย์ผิวหนังและได้รับการตัดชิ้นเนื้อโดยการทำให้ superficial shave biopsy ซึ่งผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อพบว่า เป็นมะเร็งผิวหนังเมลาโนมาระยะไม่ลุกลาม (melanoma in situ) และพบรอยโรคบางส่วนที่ขอบของชิ้นเนื้อ ดังนั้นผู้ป่วยจึงได้รับการตัดชิ้นเนื้ออีกครั้ง โดยการตัดชิ้นเนื้อบางส่วนแบบลึก (full thickness incisional biopsy) ในตำแหน่งรอยโรคที่เข็มและหนาที่สุด ซึ่งผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ พบว่าเป็น basal hyperpigmentation และ basal melanophages

การรักษา มะเร็งผิวหนังเมลาโนมาระยะไม่ลุกลาม (melanoma in situ) คือ การผ่าตัดโดยทำการผ่าตัดทั้งรอยโรคและผิวหนังปกติที่อยู่รอบรอยโรคนั้นออกอย่างน้อย 0.5-1 เซนติเมตรโดยรอบ<sup>1,7</sup> ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดรอยโรคออกทั้งหมดและผิวหนังปกติที่อยู่รอบรอยโรคนั้นออก 7 มิลลิเมตร แล้วทำการซ่อมแซมเนื้อเยื่อบริเวณจมูกด้วย paramedian forehead flap ซึ่งผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ พบ hyperpigmentation of basal keratinocytes and no abnormal melanocytic proliferation ดังนั้นจึงยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งผิวหนังเมลาโนมาระยะไม่ลุกลาม (melanoma in situ)

การตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา มีการใช้การย้อมแบบ immunohistochemistry เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรค โดยตัวที่จำเพาะเจาะจงกับ melanoma คือ S100 และ HMB45<sup>10</sup>

การติดตามหลังการรักษา ผู้ป่วยควรมารับการตรวจติดตามผลการรักษาอย่างน้อยปีละครั้ง<sup>7</sup> เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำ หรือการมีมะเร็งผิวหนังเกิดขึ้นใหม่ในตำแหน่งอื่นอีก และมีการให้ความรู้กับผู้ป่วยในการตรวจดูผิวหนังและต่อน้ำเหลืองด้วยตนเอง รวมถึงการหลีกเลี่ยงแสงแดดและการใช้ครีมกันแดด<sup>3</sup>

### สรุป

มะเร็งผิวหนังเมลาโนมาระยะไม่ลุกลาม สามารถเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งผิวหนังเมลาโนมาระยะลุกลามได้ ดังนั้น การตรวจดูผิวหนังอย่างสม่ำเสมอด้วยตนเองและโดยแพทย์ทำให้สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคได้ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งช่วยลดความรุนแรงของโรคและทำให้ตอบสนองต่อการรักษาได้ดี

### เอกสารอ้างอิง

1. Schmalbach CE, Durham AB, Johnson TM, Bradford CR. Management of cutaneous head and neck melanoma. In: Cummings CW, Flint PW, Francis HW, Hughey BH, Lesperance MM, editors. Cummings Otolaryngology head and neck surgery. 7<sup>th</sup>ed. St. Louis, MO: Mosby; 2021. p. 4375-428.
2. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, Friedman RJ, McCarthy WH, Osman I, et al. Early diagnosis of cutaneous melanoma: revisiting the ABCD criteria. JAMA 2004;292:2771-6.
3. British association of dermatologists. Melanoma in situ. What is melanoma in situ? [Internet]. London: Dermatology department, Addenbrookes Hospital; 2011 [cited 2021 Oct 15]. Available from: <http://www.bad.org.uk/shared/get-file.ashx?id=2126&itEmptyPe=document>.
4. Megahed M, Schön M, Selimovic D, Schön MP. Reliability of diagnosis of melanoma in situ. Lancet 2002;359:1921-2.
5. Natsupa Wiriyakulsit, Patcharee Klomkleang, Thanet Sornda, Worasak Kaewkong. Melanoma: Incidence among the Thai population and the use of a molecular understanding of this cancer to improve the strategy of targeted therapy. Thai cancer journal 2021;41:134-48.
6. Mocellin S, Nitti D. Cutaneous melanoma in situ: translational evidence from a large population based study. The oncologist 2011;16:896-903.
7. National Comprehensive Cancer Network. Cutaneous Melanoma [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 20]. Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/cutaneous\\_melanoma.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cutaneous_melanoma.pdf).
8. Abbasi NR, Yancovitz M, Gutkowitz-Krusin D, Panageas KS, Mihm MC, Googe P, et al. Utility of lesion diameter in the clinical diagnosis of cutaneous melanoma. JAMA dermatology 2008;144:469-74.

9. Egnatios GL, Dueck AC, Macdonald JB, Gray RJ, Wasif N, Pockaj BA, et al. The impact of biopsy technique on upstaging, residual disease, and outcome in cutaneous melanoma. *American journal of surgery* 2011;202:771-8.
10. Ohsie SJ, Sarantopoulos GP, Cochran AJ, Binder SW. Immunohistochemical characteristics of melanoma. *Journal of cutaneous pathology* 2008;35:433-44.
11. Moore P, Hundley J, Shen P, Levine EA, Williford P, Sanguenza O, et al. Does shave biopsy accurately predict the final Breslow depth of primary cutaneous melanoma? *American surgeon* 2009;75:369-73.
12. Ng PC, Barzilai DA, Ismail SA, Gilliam AC. Evaluating invasive cutaneous melanoma: Is the initial biopsy representative of the final depth? *Journal of the American academy dermatology* 2003;48:420-4.