

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด น็อน-ฮอดจ์กินส์ ของจมูกและไซนัส ที่มาพบแพทย์ด้วย อาการมีก้อนที่ผนังก้นกลางจมูก

นිරันตร์ หุ่นฉายศรี, พ.บ.*

บทคัดย่อ

ได้รายงานผู้ป่วย 1 ราย มาด้วยอาการมีก้อนในจมูกด้านขวาที่บริเวณด้านหน้าของผนังก้นกลางจมูก ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด น็อน ฮอดจ์กินส์ (Non-Hodgkin's lymphoma) โดยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาแล้ว ได้ทำการตรวจค้นเพิ่มเติมพบว่ารอยโรคยังไม่ลุกลามไปที่อื่น หลังจากให้ยาเคมี CHOP regimens 8 ครั้ง รอยโรคที่ผนังก้นกลางจมูกหายไป แต่พบรอยโรคด้านในของจมูกด้านซ้ายและ maxillary sinus ทางด้านซ้ายแทนที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาใหม่ โดยยาเคมีสูตรเดิมและฉายแสงก็ไม่ดีขึ้น รอยโรคลุกลามสู่ลูกตาและ maxillary sinus ด้านขวาคด้วย จึงเปลี่ยนเป็นยาเคมีสูตรใหม่ ระยะเวลาในการติดตามดูแลผู้ป่วยนาน 3 ปีเศษ ผู้ป่วยไม่กลับมาพบแพทย์อีก

Abstract

Non-Hodgkin's lymphoma of nose and paranasal sinuses presenting as a nasal mass.

Niran Hunchaisri, M.D.*

A 53-year-old Thai woman presented with right small nasal septal mass. Histology from biopsy revealed Non-Hodgkin's lymphoma. After a treatment course with CHOP regimens, the mass was disappeared but relapsed at left nasal cavity and left maxillary sinus. Thus second courses of chemotherapy plus radiation were given but the disease progressed into right maxillary sinus and orbit. The new regimen of chemotherapy was then given to the patient. The duration of treatment was more than 3 years. (SMJ 1994 ; 2 : 68- 73)

บทนำ

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด น็อน-ฮอดจ์กินส์ (Non-Hodgkin's Lymphoma) (NHL) ของจมูกและไซนัสจัดเป็นส่วนหนึ่งของ NHL ของศีรษะและคอ ซึ่งพบได้น้อยประมาณร้อยละ 5 ของมะเร็งศีรษะและคอทั้งหมด¹ จากการศึกษาของ Cobleigh และคณะ² ผู้ป่วยที่เป็น NHL ของศีรษะและคอ จำนวน 2,173 ราย พบว่าเป็น NHL

ของจมูกและไซนัส จำนวน 336 ราย คิดเป็นประมาณร้อยละ 15 โดยพบ NHL ของ Waldeyer's ring มากที่สุดถึงร้อยละ 77 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ Jacobs และคณะ³ แต่จากรายงานของ Conley และคณะ⁴ พบ NHL ของจมูกและไซนัสเพียง 7 ราย ใน 86 รายที่เป็น extranodal NHL ของศีรษะและคอหรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 8 เท่านั้น ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ Burton และคณะ⁵ ที่พบประมาณร้อยละ 8.5

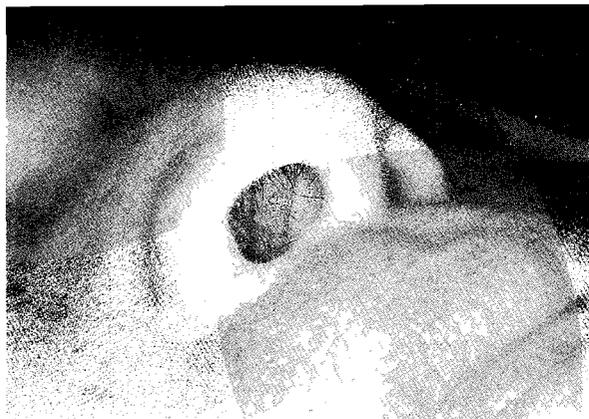
* ภาควิชาจักษุ โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
Department of Ophthalmology and Otolaryngology, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University.

อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้แก่ คัดจมูก เลือดกำเดาไหล มี discharge จากจมูก ปวดและบวมที่หน้าหรือแก้ม บางรายมีอาการเกี่ยวกับตา เช่น มองภาพซ้อน น้ำตาไหล หนังตาบวม ลูกตาถูกดัน หรือตาบอด เป็นต้น^{2,5,9}

รายงานนี้ นำเสนอผู้ป่วย 1 ราย ที่มาพบแพทย์เนื่องจากมีก้อนที่ผนังก้นกลางจมูก ภายหลังจากที่วินิจฉัยว่าเป็น NHL และได้รับการรักษาไปแล้วจึงพบรอยโรคที่ไซนัส

รายงานผู้ป่วย

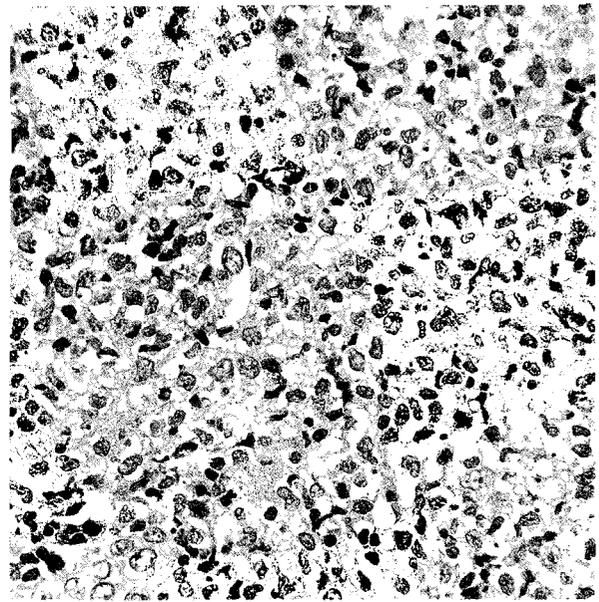
หญิงไทยคู่อายุ 53 ปี อาชีพค้าขาย ภูมิลำเนาจังหวัดสิงห์บุรี H.N. 87444-29 มาโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2532 ด้วยอาการมีก้อนในจมูกด้านขวา เป็นมาประมาณ 1 ปี แรกพบแพทย์ไม่มีอาการคัดจมูก ไม่มีเลือดกำเดาไหล ไม่มี discharge จากจมูกแต่อย่างใด ตรวจร่างกายพบ small mass at right anterior nasal septum, ขนาด 0.8 cm. in diameter (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงก้อนที่ผนังก้นกลางจมูกด้านขวา (ก่อนการรักษา)

ตรวจทาง ENT อื่น ๆ ปกติ จึงได้ทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา 2 ครั้ง คือวันที่ 6 และ 19 ธันวาคม 2532 ผลพยาธิวิทยา เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2532 อ่านเป็น Malignant lymphoma, convoluted lymphoblastic type (High grade) (รูปที่ 2) ได้ทำการตรวจเพิ่มเติม ดังนี้

1. CBC (8 มค. 33) - Hemoglobin 11.5 gm%
Hematocrit 36%
White cell count 4700/dl,
PMN 61%, Lymphocyte 36%, monocyte 3%
- RBC - few poikilocytosis
2. Film paranasal sinuses (11 มค. 33) - air-fluid level ที่ left maxillary sinus และ mild mucosal thickening at right maxillary sinus.

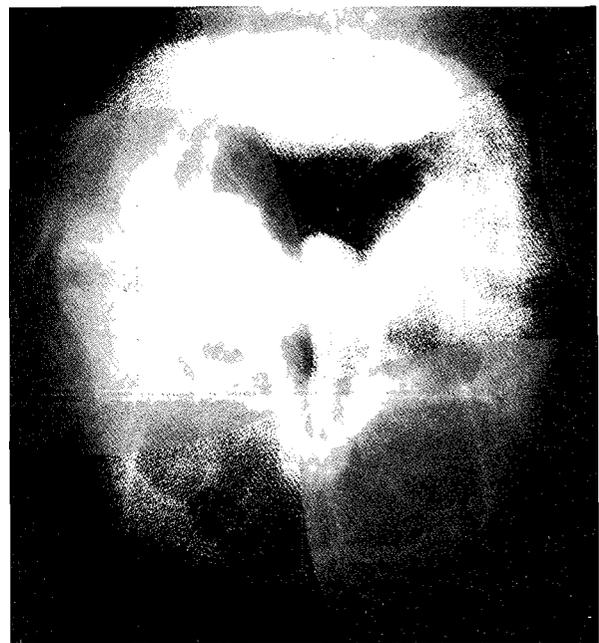


รูปที่ 2 ภาพจากกล้องจุลทรรศน์แสดง Malignant lymphoma, convoluted lymphoblastic type.

thickening ที่ right maxillary sinus (รูปที่ 3)

3. Bone marrow biopsy (9 มค. 33) - no bone marrow involvement

ได้วินิจฉัยว่าเป็น malignant lymphoma (lymphoblastic) stage IE จึงได้เริ่มให้ยาเคมีบำบัดตาม CHOP regimens (Cyclophosphamide 750 mg/m², Adriamycin 50



รูปที่ 3 ภาพเอ็กซเรย์ไซนัส ก่อนให้การรักษา (11 มกราคม 2533) แสดง air-fluid level at left maxillary sinus and mild mucosal thickening at right maxillary sinus.

mg/m², Oncovin 2 mg/day, Prednisolone 100 mg/day) เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2533 หลังจากนั้นได้นัดมาให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 แต่ผู้ป่วยมีไข้ มี mucopus จากจมูก ด้านซ้าย จึงได้ให้ยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือด (Cefobid, Amikin) ผู้ป่วยหายดี และได้ทำ CT scan ของจมูกและไซนัส (2 ก.พ. 33) พบว่า no residual mass at nasal cavity, no bony destruction, mucosal thickening in left nasal cavity with bilateral maxillary sinusitis (รูปที่ 4) ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดต่ออีกจนครบ 8 ครั้ง โดยห่างกันครั้งละประมาณ 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยขาดการติดต่อไป 3 เดือน จึงมาพบแพทย์ใหม่ด้วยเรื่องมีน้ำมูกลักษณะเป็นหนองจากจมูกด้านซ้าย ตรวจไม่พบก้อนที่ nasal septum



รูปที่ 5 ภาพผู้ป่วยหลังการให้ยาเคมีบำบัด แสดงก้อนที่ผนังข้างกลางจมูกด้านขวาหายไป

 <p>บริษัท เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ อรุณรุ่ง จำกัด COMPUTED TOMOGRAPHY ARUPONG CO., LTD.</p>	
<p>COMPUTED TOMOGRAPHY REPORT</p>	
Number	GE. 7795
Date	2 ก.พ. 33
Name	นางสมรภูมิ รุณเฑียร
Age	50 ปี
Sex	หญิง
Examination	CT. SCAN OF THE NASOPHARYNX
<p>History: lymphoma of nasal septum, right side, post chemotherapy.</p>	
<p>CT. SCAN OF PARANASAL SINUSES, AXIAL AND CORONAL PLAINS:</p> <p>Multiple axial and coronal cuts of paranasal sinuses revealed mucosal thickening in left nasal cavity and fluid seen in left maxillary sinus, and right maxillary sinus. No bony destruction seen. Normal brain. No bony destruction seen.</p>	
<p>Impression: No residual mass seen in nasal cavity. No bony destruction seen. Mucosal thickening in left nasal cavity with bilateral maxillary sinusitis.</p>	
<p>R. Porakul M.D.</p>	

รูปที่ 4 ผล CT scan ของจมูกและไซนัส หลังให้ยาเคมีบำบัด 1 ครั้ง (ภาพเอ็กซเรย์หายไป) รายงาน no residual mass at nasal cavity, no bony destruction, mucosal thickening in left nasal cavity with bilateral maxillary sinusitis.

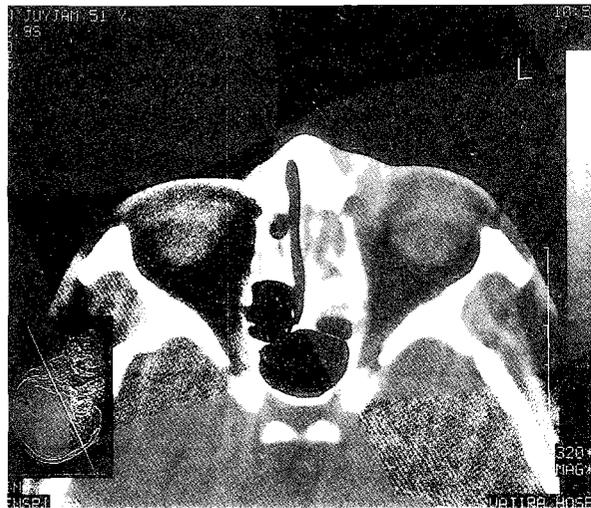
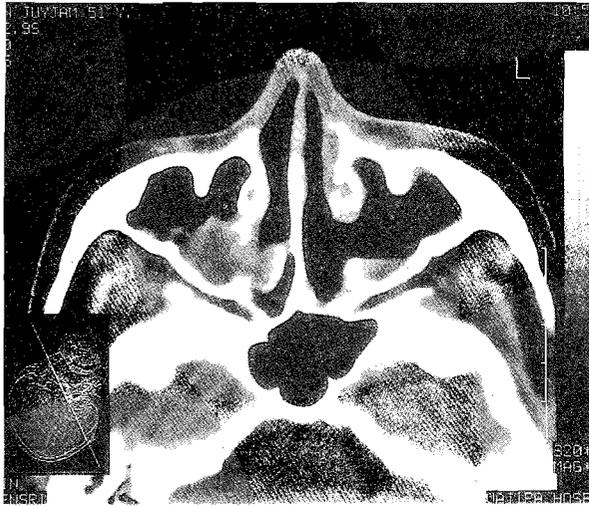
ด้านขวา (รูปที่ 5) ผู้ป่วยได้รับยากินและการเจาะล้าง maxillary sinus ข้างซ้ายหลายครั้งโดย 2 ครั้งแรกเป็นหนอง แต่ครั้งที่ 3, 4 และ 5 ได้ของเหลวลักษณะเป็นเมือกเหนียว สีเหลืองอ่อนใส ๆ คล้ายวุ้น ประกอบกับพบเป็น mass ในส่วนหลังของจมูกด้านซ้าย จึงได้ทำผ่าตัด Debulging of

mass (3 ธค.33) และส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา ผลเป็น lymphoblastic lymphoma เหมือนเดิม ได้ทำ CT scan ซ้ำ (4 ธค.33) พบว่ามี Hyperdense area in the posterior left nasal cavity, both maxillary antra, more on left and left ethmoid sinus (รูปที่ 6). ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด CHOP regimens course ที่ 2 เริ่ม 10 มกราคม 2534 หลังจากให้ไป 4 ครั้งทำ CT scan (14 มีค.34) พบ Lymphoma in left nasal cavity, maxillary sinus and ethmoid sinus and bulging of soft tissue mass near left eye ball (รูปที่ 7, 8) แสดงว่าโรคยังไม่ดีขึ้นแต่กลับลุกลามมาที่ลูกตาซ้ายด้วย ผู้ป่วยได้ยาเคมีบำบัดอีก 2 ครั้ง แล้วจึงทำ CT scan ซ้ำ (5 กย.34)



รูปที่ 6 ภาพ CT scan (4 ธันวาคม 2533) แสดง Hyperdense area in the posterior left nasal cavity, both maxillary antra, more on left and left ethmoid sinus

พบว่ารอยโรคลุกลามมาใน right maxillary sinus ผู้ป่วย
ได้รับยาเคมีบำบัดอีก 1 ครั้ง ตามด้วยการฉายแสงที่



รูปที่ 7 และ 8 ภาพ CT scan (14 มีนาคม 2534) แสดง
Lymphoma in left nasal cavity, maxillary sinus and
ethmoid sinus and bulging of soft tissue mass near
left eye ball.

แผนกรังสีรักษา จนครบเมื่อ 18 ธันวาคม 2534 (ประมาณ
40 Gy) ได้ทำ CT scan อีก พบ progressive involvement
of lymphoma in right maxillary and ethmoid sinus,
unchange in left maxillary, ethmoid sinus and both nasal
cavities (รูปที่ 9). ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดอีก (11
มี.ค.35) โดยเปลี่ยนสูตรเป็น CNOP (Cyclophosphamide
1,000 mg, Novantrone 15 mg, Oncovin 2 mg, Prednisolone
100 mg/day) + Bleomycin 15 mg ใดยาจำนวน 4 ครั้ง
แต่ไม่ดีขึ้น จึงเปลี่ยนเป็น Holoxan 1,500 mg (5 วัน) +



รูปที่ 9 ภาพ CT scan (2 มีนาคม 2535) แสดง Lymphoma
involve right maxillary sinus

Uromitexan 400 mg q 8 hr. (5 วัน) + Vepesid (VP-16)
100 mg (3 วัน) + Methotrexate 40 mg (2 วัน) ผู้ป่วยได้
รับการดูแลติดตามจนถึงวันที่ 24 มีนาคม 2536 ผู้ป่วยไม่
ได้กลับมาพบแพทย์อีก โดยครั้งสุดท้ายผู้ป่วยได้ยา VP-16
กลับไปกินที่บ้าน

บทวิจารณ์

NHL ของจมูกและไซนัส แม้ว่าจะพบได้น้อย
แต่ก็มีความสำคัญทั้งในด้านการวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่
เริ่มแรก

อุบัติการณ์ของโรค NHL ของจมูกและไซนัส โดย
ทั่วไปพบในอายุเกิน 50 ปีขึ้นไป^{4,5,9} บางรายงานพบใน
เพศหญิงมากกว่าชาย⁴ แต่บางรายงานพบในเพศหญิงและ
ชายไม่ต่างกัน⁹ ตำแหน่งที่พบบ่อยคือ จมูก, maxillary sinus
และ ethmoid sinus ส่วน sphenoid sinus และ frontal sinus
พบได้น้อย โดยเชื่อว่า NHL น่าจะเกิดจาก lymphoid cells
ใน sinus bone marrow หรือในชั้น submucosa⁷

อาการสำคัญที่พบในผู้ป่วย NHL จัดแบ่งเป็น 3
ประเภทคือ

ประเภทที่ 1 ได้แก่ กลุ่มอาการเฉพาะที่ เช่น
แน่นจมูก เลือดกำเดาไหล และ rhinorrhea

ประเภทที่ 2 ได้แก่ กลุ่มอาการที่เกิดจากโรค
ลุกลามไปสู่อวัยวะข้างเคียงเช่น ปวดบริเวณใบหน้าหรือแก้ม
หูอื้อ ปวดศีรษะ อาการเกี่ยวกับตา เช่น น้ำตาไหล, ตามอง
ภาพซ้อน, ปวดตา, ลูกตาถูกดัน หรือตาบอด เป็นต้น

การฉายแสง และการให้ยาเคมีบำบัด แม้แต่ใน Stage I และ II^{4,6,7} โดยพบว่า การให้การรักษาอย่างเดียวยังสำหรับ NHL ของศีรษะและคอพบว่า recurrence rate สูงมาก เกือบร้อยละ 50^{4,8} และจากบางรายงานพบว่าเกิด recurrence ใน central nervous system ได้บ่อย⁴ Cooper และคณะ¹⁰ รายงานผู้ป่วย 4 ราย ที่เป็น NHL ของไซนัส ทุกรายให้ การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด และให้ central nervous system prophylaxis ด้วย พบว่าได้ผลดี Jacobs และคณะ¹¹ รายงาน NHL ของไซนัสมี prognosis แย่ที่สุดในกลุ่ม NHL ของศีรษะและคอ โดยพบว่า NHL ของต่อมไทรอยด์ พาราไทรอยด์มี prognosis ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้ให้ยา เคมีบำบัด CHOP regimens ในครั้งแรกมี recurrence ใหม่ จึงได้ให้ combined treatment ของ CHOP regimens ร่วมกับ Radiation ซึ่งพบว่ายัง control ไม่ได้ lymphoma ก็ยังคงอยู่และลุกลามเข้าไปในลูกตาดำด้วย จึงเปลี่ยนยาเคมีบำบัด สูตรใหม่ รอยโรคก็ยังคงเดิม ไม่ลดลง เพียงแต่ไม่ลุกลาม ต่อไป

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย NHL ของจมูกและไซนัส 1 ราย ที่มาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนที่ผนังกกกลางจมูกเป็นอาการแรก ต่อมาจึงมีการดำเนินโรคชัดเจนขึ้น การรักษาหลักให้ ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง บทบาทของแพทย์หู คอ จมูก เพียงช่วยผ่าตัดส่งตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) หรือผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้มากที่สุด (surgical debulging) เพื่อช่วย ในการรักษาให้เร็ว และดีที่สุดเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

1. Cobleigh MA, Kennedy JL. Non-Hodgkin's lymphomas of the upper aerodigestive tract and salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am* 1989; 19(4) : 685-710.
2. Jacobs C, WeissL, Hoppe RT. The management of extranodal head and neck lymphomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1986 ; 112 : 654-8.
3. Conley SF, Staszak C, Clamon GH, Maves MD. Non-Hodgkin's lymphoma of the head and neck : The university of Iowa experience. *Laryngoscope* 1987 ; 97 : 291-300.
4. Burton GV, Atwater S, Borowitz MJ, Huang AT. Extranodal head and neck lymphoma: Prognosis and patterns of recurrence. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990 ; 116 : 69-73.
5. Wilder WH, Harner SG, Banks PM. Lymphoma of the nose and paranasal sinuses. *Arch Otolaryngol* 1983 ; 109 : 310-2.
6. Ossenkoppele GJ, Mol JJ, Snow GB, etal. Radiotherapy versus radiotherapy plus chemotherapy in stages I and II non-Hodgkin's lymphoma of the upper digestive and respiratory track. *Cancer* 1987 ; 60 : 1505-9.
7. Burres SA, Crissman JD, McKenna J, Al-SarafM. Lymphoma of the frontal sinus. *Arch Otolaryngol* 1984 ; 110 : 270-3.
8. Mill WB, Lee FA, Fransilla KO. Radiation therapy treatment of stage I and II extranodal non-Hodgkin's lymphoma of the head and neck. *Cancer* 1980 ; 45 : 653-61.
9. Tran LM, Mark R, Fu YS, Calcattera T, Juillard G. Primary non-Hodgkin's lymphomas of the paranasal sinuses and nasal cavity: A report of 18 cases with stage IE disease. *Am J Clin Oncol (CCT)* 1992 ; 15 : 222-5.
10. Cooper DL, Ginsberg SS. Brief chemotherapy, involved field radiation therapy, and central nervous system prophylaxis for paranasal sinus lymphoma. *Cancer* 1992 ; 69 : 288-93.
11. Jacob C, Hoppe RT. Non-Hodgkin's lymphoma of head and neck extranodal sites. *INJY Radiat Oncol Biol Phys* 1985 ; 11 : 357-64.