

รายงานผู้ป่วย

A case Report

มะเร็งเส้นเลือดตับในผู้ป่วยชายอายุ 19 ปี

Hepatic Angiosarcoma in a 19 Year-old Man: A Case Report

พินพร ชาวนิวิวัฒน์ พ.บ.,

ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป

กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลนครปฐม

Pinporn Chaovaviwat M.D.,

Thai Board of General Surgery

Division of Surgery

Nakhonpathom Hospital

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 19 ปี มีประวัติอาการปวดท้องมาก ได้รับการส่งต่ออย่างฉุกเฉิน จากโรงพยาบาลชุมชน แม้ว่าในเบื้องต้นจะยังไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องการที่ไม่มีการเฉพาะสำหรับโรคนี้ แต่ผลการตรวจชิ้นเนื้อทำให้สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็น Hepatic angiosarcoma หลังผ่าตัดจึงได้ส่งตัวผู้ป่วยต่อไปยังสถาบันมะเร็งแห่งชาติเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเส้นเลือดตับที่อายุน้อย ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในวัยสูงอายุ และไม่มีประวัติการสัมผัสกับสารพิษในสิ่งแวดล้อม

คำสำคัญ: มะเร็งเส้นเลือดตับ

ABSTRACT

The patient, a 19 years old Thai male was transferred from an emergency room of a community hospital with severe abdominal pain. Even though the initial symptoms were nonspecific, a liver biopsy led to a diagnosis of hepatic angiosarcoma. After the surgery, the patient was referred to the National Cancer Institute for further treatments. The young age of this patient and the lack of history of toxic exposure were unusual aspect of this case.

Keyword: hepatic angiosarcoma

บทนำ

มะเร็งเส้นเลือดตับ (hepatic angiosarcoma: HAS) เป็นการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของหลอดเลือดส่วน mesenchymal หรือท่อหลอดเลือดส่วน endothelium ที่พบได้ไม่บ่อย

นัก อุบัติการณ์การเกิดเป็นร้อยละ 2 ของมะเร็งเนื้อเยื่ออ่อนทั้งหมด มะเร็งหลอดเลือดสามารถเกิดได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกายแต่มักพบที่ผิวหนังบริเวณศีรษะและลำคอ แม้ว่ามะเร็งเส้นเลือดตับชนิดปฐมภูมิจะพบได้น้อยมาก โดย

มีอัตราการเกิดเพียงร้อยละ 2 ของมะเร็งตับปฐมภูมิทั้งหมด แต่มะเร็งเส้นเลือดดำนับได้ว่าพบได้บ่อยสุดของมะเร็งตับชนิด mesenchymal^{1,2}

ก่อนเนื้องอกเริ่มต้นจากการเจริญเติบโตของเซลล์อ่อนที่ไม่สมบูรณ์ซึ่งกลายเป็นเซลล์มะเร็งอย่างรวดเร็ว จากนั้นกระจายไปยังอวัยวะและระบบอื่น และเนื่องจากตับเป็นอวัยวะภายในที่ทำหน้าที่ขับสารพิษออกจากกระแสเลือด ดังนั้นเซลล์ตับจึงต้องสัมผัสกับสารพิษต่างๆ ที่ผ่านเข้ามา สารพิษเหล่านี้ทำปฏิกิริยากับเซลล์ตับในระดับยีน การเปลี่ยนแปลงที่ก่อให้เกิดความเสียหายกับเซลล์นี้อาจใช้เวลาหลายปีร่างกายจึงเกิดอาการ มักพบว่าเซลล์มะเร็งนี้กระจายไปยังส่วนต่างๆ ภายในตับหรืออวัยวะอื่นๆ ของร่างกายผ่านทางกระแสเลือด ในผู้ป่วยหลายรายมีจุดศูนย์กลางการเกิดเนื้องอกหลายแห่ง เช่น พบมีเนื้องอกในตับทั้ง 2 กลีบ เป็นต้น²⁻⁴

อาการ³⁻⁴

อาการของมะเร็งเส้นเลือดดำมักไม่สามารถชี้เฉพาะได้ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยแยกโรคจากอาการที่เกิดจากโรคตับอื่นๆ แต่โดยมากผู้ป่วยจะมีอาการดังต่อไปนี้

- ตับโต
- ปวดท้อง
- ความอยากอาหารลดลง
- คลื่นไส้อาเจียน
- น้ำหนักตัวลดลง
- เหนื่อยอ่อนเพลีย
- ดีซ่าน

สำหรับอาการอื่นๆ อาจรวมถึงการมีภาวะเลือดออกในช่องท้อง และตรวจพบม้ามโตได้ในผู้ป่วยมะเร็งเส้นเลือดดำบางราย

สาเหตุการเกิดโรค⁵⁻⁶

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งเส้นเลือดดำรวมถึงการสัมผัสกับสารพิษบางชนิด ได้แก่ thorium dioxide (Thorotrast), vinylchloride และสารหนู (arsenic) สารพิษที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมเหล่านี้สามารถก่อให้เกิดโรคมะเร็งในมนุษย์ได้

แม้ว่าจะเคยมีประวัติสัมผัสสารพิษดังกล่าวมาถึง 30 ปีแล้วก็ตาม

การวินิจฉัยโรค⁷⁻⁹

การวินิจฉัยโรคมะเร็งเส้นเลือดดำเป็นเรื่องท้าทายอย่างมาก ประวัติการสัมผัสกับสารพิษในสิ่งแวดล้อมเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการวินิจฉัย แต่ข้อเท็จจริงคือการสัมผัสกับสารพิษซึ่งอาจเกิดขึ้นเมื่อหลายปีที่ผ่านมาเพียงอย่างเดียวก็ไม่สามารถนำมาใช้คาดการณ์การวินิจฉัยปัญหาอื่นๆ ที่พบในการวินิจฉัย ได้แก่ ระยะเวลาการเกิดโรคที่สั้นและการก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของโรค ดังนั้นการตรวจหาระดับแอลฟาฟีโตโปรตีน (Alpha-Fetoprotein: AFP) ในกระแสเลือด และการตรวจวินิจฉัยพิเศษอื่นๆ เช่น การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าอาจช่วยให้มีประโยชน์เพิ่มเติมในการวินิจฉัยโรค

การพยากรณ์โรค¹⁰⁻¹¹

พยากรณ์โรคมะเร็งเส้นเลือดดำนั้นไม่ดีนัก อาการของโรคมักแสดงออกในช่วงท้ายของการเกิดโรคซึ่งอยู่ในช่วงที่เริ่มมีการแพร่กระจายของมะเร็ง ทางเลือกของการรักษารักษาขึ้นอยู่กับระยะการกระจายของโรคนับตั้งแต่วินิจฉัยโรคได้ การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาเฉพาะในกรณีที่ก้อนมะเร็งนั้นมีขนาดเล็กและมีขอบเขตอยู่ที่กลีบใดกลีบหนึ่งในตับ การรักษาด้วยเคมีบำบัดอาจทำให้ขนาดของก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลงส่งเสริมให้ตับทำงานได้ดีขึ้นและผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นอีกหลายเดือน ดังนั้นการวินิจฉัยโรคมะเร็งเส้นเลือดดำให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 19 ปี มีประวัติว่า วันแรก (วันที่ 24 พ.ย.) เวลา 17.00 น. ขณะเล่นฟุตบอล มีอาการปวดท้องมาก ปวดทั่วๆท้องปวดมากที่สุดบริเวณสะดือ ซึ่งไม่เคยปวดแบบนี้มาก่อน ปัสสาวะแสบขัด อุจจาระเหลว ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน ประมาณ 22.00 น. วินิจฉัยเบื้องต้น R/O peritonitis การรักษาที่ให้ไว้คือ 0.9%

NSS 1,000 cc ทางเส้นเลือดอย่างรวดเร็วและส่งต่อมาโรงพยาบาลนครปฐม เวลา 23.55 น. มีอาการปวดท้องทั่วๆ ไป คลื่นไส้ อาเจียน ท้องตึง จากการซักประวัติเพิ่มเติม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกินเหล้า 2 ขวดกลม 3 ครั้ง/สัปดาห์ สูบบุหรี่ 1 ซอง/วัน ไม่มีโรคประจำตัว ผลตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 36.7°C ชีพจร 106/นาที อัตราการหายใจ 16/นาที ความดันโลหิต 160/90 มิลลิเมตรปรอท ลักษณะทั่วไปเมื่อแรกพบ ผู้ป่วยรูปร่างดี ชีต เหลือง ผลตรวจทางโลหิตวิทยาพบว่า ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) 29% จำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) 7,800 k/ μ l จำนวนเกร็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose) 102 (70-110) mg/dl, B.U.N 16 (7-18) mg/dl, Creatinine 1.2 (0.6-1.3) mg/dl, Protein 7.0 (6-8.3) g/dl, Albumin 4.0 (3.5-4.8) g/dl, Globulin 3.0 (2.5-3.5) g/dl, Alk. Phos. 258 (50-136) U/L, S.G.O.T 89 (15-37) U/L, S.G.P.T 112 (30-65) U/L, Direct bilirubin 0.2 (0.00-0.30) mg/dl, Total bilirubin 0.85 (0.00-1.00) mg/dl, Sodium 138 (136-145) mmol/L, Potassium 4.2 (3.5-5.1) mmol/L, CO₂ 28 (21-32) mmol/L, Chloride 104 (98-107) mmol/L การตรวจบริเวณทรวงอก ฟังเสียงหัวใจ และปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การตรวจระบบช่องท้อง พบมีการกดเจ็บและแข็งตึงที่บริเวณ ลิ้นปี่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ complete blood count และการตรวจจัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ปกติ การตรวจระดับ glucose, electrolyte, renal function test และการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้การวินิจฉัยขั้นต้นว่ามีภาวะเลือดออกในช่องท้อง

ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัด exploratory laparotomy เมื่อเวลา 0.35 น. ผลการผ่าตัด พบการตกเลือดในช่องท้องมากถึง 2,000 มิลลิลิตร เนื่องจากเกิดการแตกของก้อนเนื้องอกที่ตับที่บริเวณตับกลีบซ้าย ขนาด 7 x 6 x 5 เซนติเมตร ได้ทำการผ่าตัดตับกลีบซ้ายส่วนที่มีเนื้องอก และมีเลือดออก ทำการเย็บซ่อมแซมส่วนของตับที่เหลือ ตัดม้ามและส่วนไขมันคลุมลำไส้ (left lobectomy with suture liver and perihepatic, packing, splenectomy and partial omentectomy) ระยะเวลาผ่าตัด 95 นาที ออกจาก

ห้องผ่าตัด เวลา 2.10 น. ส่งไปนอนที่หอผู้ป่วยใน การประเมินสภาพผู้ป่วยพบว่าเสี่ยง ต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามหลังภาวะ hypovolumic shock ให้การวินิจฉัยหลังการผ่าตัดว่ามีการแตกของเนื้องอกที่ตับที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งของตับ

วันที่สอง เวลา 7.45 น. ผู้ป่วยรู้ตัว ชีต ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง แผลแห้งดี ท้องยังดูอืด

เวลา 8.13 น. ผู้ป่วยรู้ตัวดี ยังมีอาการท้องตึง ปวดแผล มีอาการกระสับกระส่ายบางช่วง ผิวดำเหลือง มีผื่นลมพิษขึ้นบริเวณต้นขาทั้งสองข้าง และหน้าท้องบางส่วน หลังการให้เลือด

เวลา 13.30 น. ส่งตัวไปสถาบันมะเร็ง เพื่อเตรียมการรักษาเฉพาะในเรื่องเนื้องอกที่ตับที่สงสัยมะเร็งต่อไป ผลการตรวจสัญญาณชีพ ก่อนส่งต่อการรักษา T = 38.2 C, P = 72 /min, R = B 19/min, BP = 140/80 mmHg

รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า

ลักษณะที่เห็นภายนอก

A. กลีบตับด้านซ้าย ชิ้นเนื้อของกลีบตับซ้าย ขนาด 14 x 9 x 4.5 เซนติเมตร พื้นผิวด้านหน้าเรียบ ตัดกลีบตับตามขวางพบเป็นก้อนเนื้อที่มีเลือดออก สีน้ำตาล ขนาด 7.2 x 6.5 x 4.9 เซนติเมตร อยู่ชิดติดกับเยื่อหุ้มตับและติดขอบที่ตัด

B. ม้าม ขนาด 13 x 8 x 3.6 เซนติเมตร ตัดชิ้นเนื้อตามขวางไม่พบลักษณะผิดปกติ ชิ้นส่วนของ omentum ขนาด 9.5 x 6 x 0.5 เซนติเมตร ไม่พบความผิดปกติที่สังเกตได้เช่นกัน

ชิ้นเนื้อที่ตัด

A1 : Liver mass and deep resected margin

A2 : Liver mass and capsule

A3-A4 : Liver mass

A5 : Liver tissue

B1-B2 : Spleen

B3 : The separated omentum

ผลการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์

I. Lobectomy; left lobe of liver

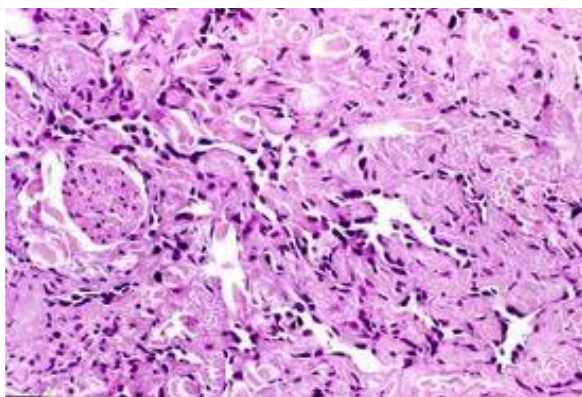
1.1 Angiosarcoma (รูปที่ 1)

1.2 The tumor cells reactive for factor 8 and non-reactive for E-cadherin.

1.3 The mitotic figures are 17/10 HPF.

1.4 There is no liver cirrhosis.

II. Splenectomy specimen; free of tumor



รูปที่ 1 แสดงพยาธิวิทยาของ angiosarcoma of liver

วิจารณ์

มะเร็งเส้นเลือดดำมีการดำเนินของโรคอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงถูกพบในระยะเวลาที่โรคมีความรุนแรง โดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ได้สามารถรับการรักษาด้วยการผ่าตัด การขาดอาการเฉพาะเจาะจงของโรคและการตรวจพบจากผลการวินิจฉัยทางรังสีทำให้เกิดการล่าช้าในการวินิจฉัยโรค ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี มีผู้ป่วยไม่กี่รายที่มีรายงานว่ามีอัตราการรอดชีวิตเกินหนึ่งปีหลังจากได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดก้อนมะเร็งเส้นเลือดในตับ (hepatic resection for HAS) โดยทั่วไปมักตรวจพบมะเร็งเส้นเลือดดำในช่วงอายุ 60-70 ปี และส่วนใหญ่เกิดในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในอัตราส่วน 3 : 1⁸⁻¹¹

อาการทางคลินิกพบได้หลากหลาย สองในสามของผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรคตับอักเสบเรื้อรัง บางครั้ง อาการปวดท้องมีความสำคัญและอาจเป็นอาการแรกที่พบ ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยมักเจ็บป่วยด้วยอาการมีเลือดออกในช่องท้องชนิดที่เกิดขึ้นเองแบบเฉียบพลัน (acute spontaneous hemoperitoneum) ซึ่งเกิดจากการฉีกขาดของ nodule บนผิวตับ ในผู้ป่วยบางรายอาการแสดงทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะแพร่กระจายของมะเร็งไปยังระบบทางเดินหายใจและกระดูก การตรวจร่างกายจะพบว่าผู้ป่วยมีตับโต โดยมักมีอาการปวดร่วมด้วย หรือคลำได้ก้อนทางหน้าท้อง การตัดตับเป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมในรายที่เป็นมะเร็งเส้นเลือดดำที่มีความสัมพันธ์กับการสัมผัส vinylchloride monomer การพบการแพร่กระจายของมะเร็งเมื่อแรกวินิจฉัยเป็นเรื่องที่พบได้เป็นปกติ อาจฟังได้ยินเสียง bruit บริเวณตับที่แสดงถึงการมีภาวะ arteriovenous shunting ในก้อนมะเร็ง ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในเลือดที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรค ผู้ป่วยสองในสาม มักพบค่าที่ผิดปกติ

จากการตรวจเลือดเพื่อดูการทำงานของตับ (standard liver function test) โดยทุกรายจะมีค่าของ serum alkaline phosphatase เปลี่ยนแปลง อาจตรวจพบภาวะซีดเนื่องจากมี microangiopathic hemolytic และเกร็ดเลือดต่ำทุติยภูมิ (secondary thrombocytopenia) เนื่องจากเม็ดเลือดถูกทำลายเมื่อผ่านเข้าไปในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งระดับของระดับ แอลฟาฟีโตโปรตีน (Alpha-Fetoprotein : AFP) ในกระแสเลือดมักไม่เพิ่มขึ้น⁸⁻¹⁰

การพยากรณ์โรคของมะเร็งเส้นเลือดดำไม่ดี ผู้ป่วยทุกรายเสียชีวิตภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดได้แก่ การเกิดภาวะตับวาย และตกเลือดในช่องท้อง ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังส่วนต่างๆของร่างกายก่อนเสียชีวิต มีเพียงผู้ป่วยไม่กี่รายเท่านั้นที่มีขนาดของก้อนมะเร็งที่เล็กพอที่จะทำการผ่าตัดได้เมื่อวินิจฉัยพบโรค¹¹

สำหรับผู้ป่วยที่พบรายนี้มีความน่าสนใจมากเพราะ

นอกจากจะเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยแล้ว ยังเกิดกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเพียง 19 ปี ซึ่งแตกต่างจาก ทฤษฎีที่ระบุว่ามักพบโรคนี้ในผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี มีอาการนำคือปวดท้องมาก ไม่มีประวัติการสัมผัสกับสารพิษในสิ่งแวดล้อมทั้ง thorium dioxide (Thorotrast), vinylchloride และ สารหนู (arsenic) จากการผ่าตัดพบการตกเลือดในช่องท้องมากถึง 2,000 มิลลิลิตร เนื่องจากเกิดการแตกของก้อนมะเร็ง การผ่าตัดประสบความสำเร็จดี ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังผ่าตัดตามลำดับ แม้ว่าในเบื้องต้นจะยังไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องการที่ไม่มีอาการเฉพาะสำหรับโรคนี้ดังได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยรายนี้ยังเป็นกรณีรับส่งตัวมาอย่างเร่งด่วนฉุกเฉิน และมีภาวะที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน การวินิจฉัยพบว่าการแตกของก้อนมะเร็งที่ตับ เป็นการวินิจฉัยโรคที่ได้จากการทำผ่าตัดผู้ป่วยจากภาวะฉุกเฉินหลังผ่าตัดจึงได้ส่งตัวผู้ป่วยต่อไปยังสถาบันมะเร็งแห่งชาติเพื่อเตรียมการรักษาที่เหมาะสมต่อไป แต่ผลการตรวจชิ้นเนื้อทำให้สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็น hepatic angiosarcoma อย่างไรก็ตามยังไม่มียาเคมีบำบัดที่มีประสิทธิผลที่ดีต่อการ รักษาหรือควบคุมมะเร็งชนิดนี้ในปัจจุบัน

Hepatic angiosarcoma หรือมะเร็งเส้นเลือดตับเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยนัก โดยในความเป็นจริงแล้วข้อมูลที่มีในวรรณกรรมทั้งหลายมักแสดงความเป็นห่วงว่าความรู้เกี่ยวกับการจัดการก้อนมะเร็งเหล่านี้ส่วนใหญ่จำกัดอยู่ในรายงานกรณีผู้ป่วย (case report) หรือบทความต่อเนื่องสั้นๆ การรักษาด้วยการผ่าตัดถือว่าเป็นวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐาน อย่างไรก็ตามการพยากรณ์โรคมักก็ยังคงเลวร้าย แม้ว่าจะผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกจนหมดแล้วก็ตาม โดยผู้ป่วยมักมีชีวิตอยู่รอดได้ไม่เกิน 1 ปีภายหลังผ่าตัด¹³ ดังนั้นบทความรายงานผู้ป่วยครั้งนี้จึงสามารถเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการจัดการก้อนมะเร็งนี้ได้ โดยยังต้องทำการติดตามต่อเนื่องว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยวิธีใดเพิ่มเติมหลังการผ่าตัด และมีช่วงเวลาการรอดชีวิตนานเท่าใด

สำหรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายตับ (liver trans-

plantation) เป็นวิธีที่ไม่ทำกันเนื่องจากมะเร็งเส้นเลือดตับเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดซ้ำสูงและอัตราการรอดชีวิตหลังปลูกถ่ายตับมีต่ำ โดยเมื่อเร็วๆ นี้ได้มีการทบทวนวรรณกรรมในฐานข้อมูลของ The United Network for Organ Sharing (UNOS) พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเส้นเลือดตับและได้รับการปลูกถ่ายตับใหม่ จำนวน 7 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้มีค่าเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่หลังการปลูกถ่ายตับเท่ากับ 262 วัน หรือเฉลี่ยเพียง 8.733 เดือนเท่านั้น¹⁴

ปัจจุบันมียาต้านมะเร็งที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งเส้นเลือดตับอยู่หลายชนิด ได้แก่ doxorubicin, ifosfamide, และ paclitaxel โดยยาเหล่านี้ใช้ในการรักษามะเร็งหลอดเลือดของศีรษะและคอ อย่างไรก็ตามยังไม่มีรายงานยืนยันถึงประสิทธิผลของยาเหล่านี้ต่อการรักษาโรคมะเร็งเส้นเลือดตับ ดังนั้นบทบาทของยาต้านมะเร็งเหล่านี้จึงยังจำเป็นที่ต้องได้รับการตรวจสอบต่อไป¹⁵

สรุป

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 19 ปี มีประวัติว่าอาการปวดท้องมาก ขณะเล่นฟุตบอล ไม่มีประวัติการสัมผัสกับสารพิษในสิ่งแวดล้อม ได้รับการส่งต่ออย่างฉุกเฉินจากโรงพยาบาลชุมชน จากการผ่าตัดพบการตกเลือดในช่องท้องมากถึง 2,000 มิลลิลิตร เนื่องจากเกิดการแตกของก้อนมะเร็ง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังผ่าตัด แม้ว่าในเบื้องต้นจะยังไม่สามารถวินิจฉัยชนิดของมะเร็งในตับได้ทันที หลังผ่าตัดจึงได้ส่งตัวผู้ป่วยต่อไปยังสถาบันมะเร็งแห่งชาติเพื่อเตรียมการรักษาที่เหมาะสมต่อไป แต่ผลการตรวจชิ้นเนื้อทำให้สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็น hepatic angiosarcoma อย่างไรก็ตามยังไม่มียาเคมีบำบัดที่มีประสิทธิผลที่ดีต่อการรักษาหรือควบคุมมะเร็งชนิดนี้ในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. Alrenga DP, Primary angiosarcoma of the liver. Review article. Int Surg. 1975;60:198-203.

2. Falk H, Herbert J, Crowley S, et al. Epidemiology of hepatic angiosarcoma in the United States 1964-1974. *Environ Health Perspect.* 1981; 41:107-13.
3. Molina E, Hernandez A. Clinical manifestations of primary hepatic angiosarcoma. *Dig Dis Sci.* 2003;48:677-82.
4. Locker GY, Doroshow JH, Zwellling LA, et al. The clinical features of hepatic angiosarcoma: a report of four cases and a review of the english literature. *Medicine.* 1979;58:48.
5. Goodman ZD, Terraciano LM. Tumours and tumour-like lesions of the liver In: Burt AD, Portmann BC, Ferrell LD, Eds. *Mac Sweeney's Pathology of the Liver.* 5th ed. Churchill Livingstone Oxford; 2007. p. 761-814.
6. Makk L, Creech JL, Whelan JG, et al. Liver damage and angiosarcoma in vinyl chloride workers. A systematic detection program. *JAMA.* 1974; 230:64-8.
7. Lee FI, Smith PM, Bennett B, et al. Occupationally related angiosarcoma of the liver in the United Kingdom 1972-1994. *Gut.* 1996;39(2):312-8.
8. Mani H, Thiel DH. Mesenchymal tumors of the liver. *Clin Liver Dis.* 2001;5:219-57.
9. Koyama T, Fletcher JG, Johnson CD, et al. Primary hepatic angiosarcoma: findings at CT and MR imaging. *Radiology.* 2002;222:667-73.
10. Molina E, Hernandez A. Clinical manifestations of primary hepatic angiosarcoma. *Dig Dis Sci.* 2003; 48:677-82.
11. Ozden I, Bilge O, Erkan M, et al. Five years and 4 months of recurrence-free survival in hepatic angiosarcoma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2003;10(3):250-2.
12. Locker GY, Doroshow JH, Zwellling LA, et al. The clinical features of hepatic angiosarcoma: a report of four cases and a review of the english literature. *Medicine (Baltimore).* 1979;58(1):48-64.
13. Weitz J, Klimstra DS, Cymes K. Management of primary liver sarcomas. *Cancer.* 2007;109(7): 1391-6.
14. Maluf D, Cotterell A, Clark B. Hepatic angiosarcoma and liver transplantation: case report and literature review. *Transplant Proc.* 2005;37(5): 2195-9.
15. Budd GT. Management of angiosarcoma. *Curr Oncol Rep* 2002;4:515-9.