

รายงานผู้ป่วยอีستอยด์เล็บโปรมาารายแรกของ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

ประทีป สิริตาลิโกชน

รพ.ศ. นครปฐม

ABSTRACT :

Sirisalipoch P. Histoid (Lepromatous) leprosy : A First report case in Nakhonpathom Hospital. (Region 4 Medical Journal 1998 ; 2 : 197-202).

Department of Medicine, Nakhonpathom Hospital, Nakhonpathom, Thailand.

A report case of an unusual form of lepromatous leprosy namely histoid leproma. The manner in which clinical and pathological of the lesion mimick a neoplasm has been described in detail. This is the first and the only case of histoid leproma in Nakhonpathom hospital even there are many cases of leprosy found in Nakhonpathom hospital.

บทคัดย่อ :

ประทีป ศิริสาธิตโกชน์. รายงานผู้ป่วยอีستอยด์เล็บบโรม่ารายแรกของโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม. (วารสารแพทย์เขต 4 2541 ; 2 : 197-202).

กลุ่มงานอายุรกรรม, รพ.ศ. นครปฐม.

รายงานผู้ป่วยอีستอยด์เล็บบโรม่า 1 ราย ซึ่งเป็นโรคเรื้อนชนิดหนึ่งที่พบในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ และพบได้น้อย มีลักษณะทางคลินิกและทางพยาธิวิทยาที่มักทำให้เข้าใจผิดคิดว่าเป็นเนื้องอกชนิดหนึ่ง แต่จะมีเชื้อโรคเรื้อนอยู่ด้วยเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยอีستอยด์เล็บบโรม่ารายแรกของโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม และเป็นหนึ่งในจำนวนไม่กี่รายที่พบในประเทศไทย ทั้ง ๆ ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนในคนไทยเป็นจำนวนมาก

บทนำ

ฮิสตอยด์เล็บบีปรมาเป็นโรคเรื้อรังชนิดที่มีลักษณะทางคลินิกคล้ายเนื้องอกชนิดหนึ่ง (cutaneous and/or sub-cutaneous nodules and plaques) และมีลักษณะทางพยาธิวิทยาที่มีเชื้อโรคเรื้อรังอยู่เป็นจำนวนมาก (bacterial-rich Leproma composed of spindle shaped cells with an absence of globus formation)¹ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้น้อยมากในประเทศไทย² ทั้ง ๆ ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังคนไทยเป็นจำนวนมาก รายงานนี้เป็นรายงานผู้ป่วยแรกของโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 29 ปี ภูมิลำเนาอยู่ อ. กำแพงแสน จ. นครปฐม อาชีพรับราชการ

อาการสำคัญ มีตุ่มขึ้นตามตัวมา 5 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน มีตุ่มสีน้ำตาล ไม่คัน ขึ้นที่ขาซ้ายก่อน แล้วค่อย ๆ กระจายขึ้นมากขึ้นตามตัว แขนและขา

ประวัติอดีต แข็งแรงดีมาตลอด ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติครอบครัว เป็นบุตรคนโต มีพี่น้อง 3 คน ทุกคนแข็งแรงดี แต่บิดาเป็นโรคเรื้อรัง (Borderline tuberculoid Leprosy.) ขณะนี้กำลังรักษาอยู่

ประวัติส่วนตัว ดื่มสุรานาน ๆ ครั้ง ไม่สูบบุหรี่

Physical examination Body temperature 36.8 °c
Blood pressure 120/80 mmHg
Pulse rate 80/min. Respiratory rate 16/min

General appearance. A Thai middle age male patient looked healthy

Skin examination. There are many superficially placed cutaneous brown nodules and plaques. The lesions are

located on the back, abdomen, buttocks, extremities and over bony prominences, especially around the elbows and knees. Ears, face and nose appear normal. (Fig. 1, 2) Oral mucosa and nasal mucosa are not involved. Bilateral ulnar and common peroneal nerves are enlarged.

Heart : normal S₁ S₂, no murmur

Chest : clear, no adventitious sound

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC Hct 45 gm%. Normochromic Normocytic RBC

WBC 5,900 PMN 78% L 21% E 1%

UA Sp gr. 1.021, albumin-trace, sugar-negative, WBC 2-3/HF

RBC 0-1/HF Epithelium 0-1/HF

FBS 96 mg% BUN 11 mg/dl Cr 1.0 mg/dl

Cholesterol 223 mg% Triglyceride 187 mg% HDL-C 32 mg%

LFT protein 8.9 gm% albumin 5.6 gm% globulin 3.3 gm%

Alkaline phosphatase 102 U/L

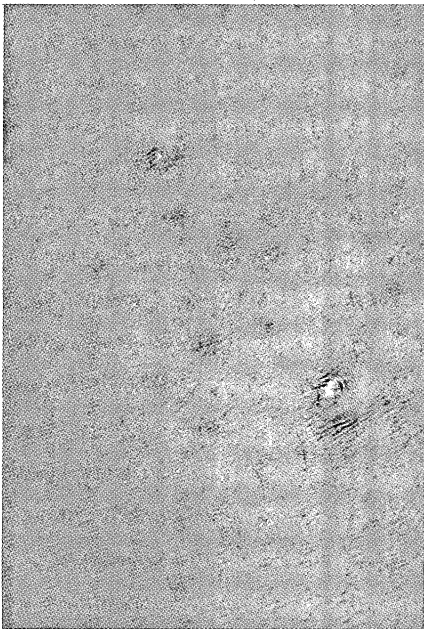
SGOT 24 Units SGPT 30 units

Direct bilirubin 0.15 mg% Total bilirubin 0.65 mg%

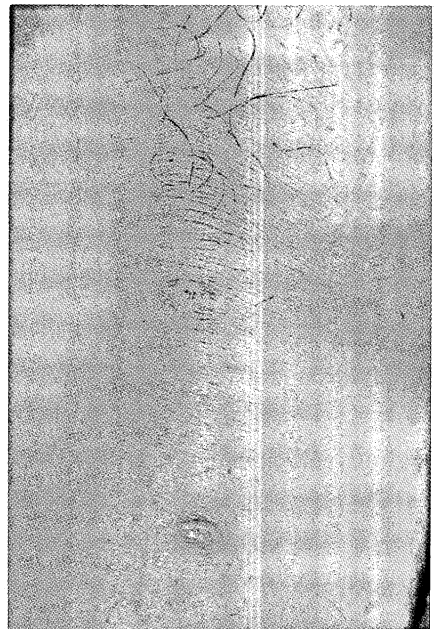
Chest X-ray WNL

Skin slit smear : positive for AFB on ears and nose

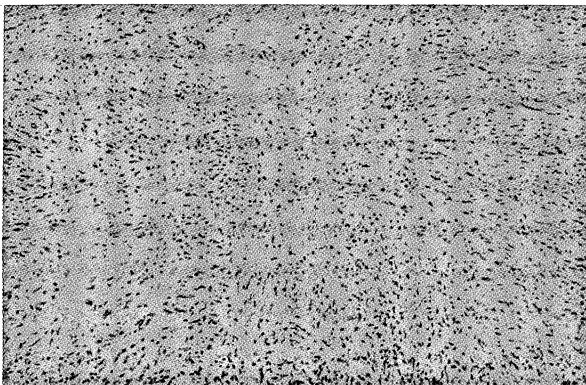
Skin biopsy : There are numerous thin spindle-



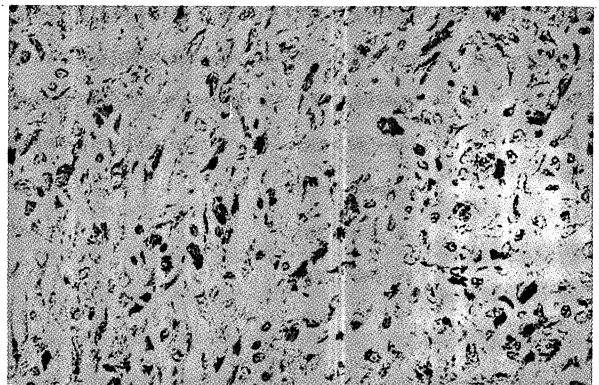
รูปที่ 1



รูปที่ 2



รูปที่ 3



รูปที่ 4

shaped Histiocytes, forming interlacing bands and whorls. The spindle-shaped cells had a moderate amount of cytoplasm and oval nuclei (Fig 3, 4) Numerous acid fast bacilli are seen on special stain for Acid fast bacilli

การวินิจฉัยโรค

Histoid leprosy

การรักษาและการดำเนินโรค

ได้ให้การรักษาด้วยยาหลายขนาน (multidrug regimens) ประกอบด้วย

Dapsone ขนาด 100 มก. ทางปากวันละครั้ง

Rifampicin ขนาด 600 มก. ทางปากเดือน

ละครัง

Clofazimine ขนาด 300 มก. ทางปากเดือนละครัง และขนาด 50 มก. ทางปากวันละครัง

ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ปี ผื่นผิวหนังมีอาการดีขึ้น เหลือเพียงรอยโรคสีดำ (post inflammatory hyperpigmentation) แต่ผลการตรวจชิ้นเนื้อ (Skin biopsy) บริเวณรอยโรคยังคงพบเชื้อโรคเรื้อนอยู่เป็นจำนวนมาก จึงให้การรักษาค่อยด้วยยาเดิมร่วมกับออกซาลฟอกซาซิน (Ofloxacin) ขนาด 200 มก. ทางปากวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลานาน 3 เดือน และทำการตรวจชิ้นเนื้อบริเวณรอยโรคซ้ำปรากฏว่าไม่พบเชื้อโรคเรื้อน จึงหยุดยาทุกขนาน และติดตามผลการรักษาอีกเป็นเวลา 6 เดือน ไม่พบว่ามีอาการกำเริบของโรคเรื้อน

วิจารณ์

ฮิสตอยด์เล็บโปรมาเป็นโรคเรื้อนที่พบน้อยในประเทศไทย และมีลักษณะทางคลินิกและพยาธิวิทยาต่างจากโรคเรื้อนทั่วไป น่าจะเกิดจากหลายปัจจัย³ เช่น จากการกระตุ้น (local injury) หรือการอักเสบเรื้อรังจากตัวเชื้อเป็นผลให้มีลักษณะทางคลินิก และพยาธิวิทยาคล้ายเนื้องอกชนิดหนึ่ง หรืออาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮิสติโอไซต์ (Histocytes) ที่พัฒนาไปเป็น แมคโครฟาจ (macrophages) ในฮิสตอยด์เล็บโปรมา มีความผิดปกติ ทำให้ไม่สามารถเก็บกักเชื้อได้ดีเหมือนกับแมคโครฟาจ (macrophages) ในโรคเรื้อนเล็บโปรมา (Lepromatous leprosy) ในการรักษาโรคเรื้อนโดยทั่วไป มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ดื้อต่อยาแดปโซน (Dapsone) ซึ่งในผู้ป่วยจำนวนนี้ส่วนใหญ่จะเป็นฮิสตอยด์เล็บโปรมา⁴ เช่นเดียวกับผู้ป่วยในรายงานนี้ ที่ปรากฏยังพบเชื้อโรคเรื้อนอยู่เป็นจำนวนมากหลังจากให้การรักษายาหลายขนาน (mutidrug regimens) เป็นเวลา 2 ปี จึงจำเป็นต้องเพิ่มยาออกซาลฟอกซาซิน (ofloxacin) อีกขนานในการรักษาผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งพบว่าตอบสนองต่อการรักษาเป็นอย่างดี สามารถกำจัดเชื้อโรคเรื้อนได้หมดในระยะเวลา 3 เดือน

แสดงให้เห็นว่ายาออกซาลฟอกซาซิน (ofloxacin) เป็นยาที่ได้ผลดีตัวหนึ่งในการรักษาโรคเรื้อนที่ดื้อต่อยา

สรุป

ฮิสตอยด์เล็บโปรมา เป็นโรคเรื้อนที่มีความน่าสนใจเนื่องจากเป็นโรคเรื้อนที่มีภาวะการติดเชื้อสูง (Highly active lepromatous process)^{5,6} และมักดื้อต่อการรักษา ลักษณะทางคลินิกและพยาธิวิทยา แสดงให้เห็นว่าน่าจะเกิดจากความล้มเหลวของระบบภูมิคุ้มกัน (immunological mechanism)⁷⁻⁹ หรือปัจจัยภายนอกบางประการ เป็นผลให้ไม่สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อโรคเรื้อนที่มีความรุนแรงน้อย¹⁰ (low virulence *Mycobacterium leprae*) ทำให้เชื้อมีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ร่วมกับการมีภาวะอักเสบเรื้อรัง ทำให้ฮิสตอยด์เล็บโปรมาแตกต่างจากโรคเรื้อนทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. Wade HW. The histoid Leproma. *Int J Lepr* 1960 ; 28 : 469.
2. Chirachariyavej T, Wongwaisayawan S. Histoid leprosy. *Ramathibodi MED J* 1982 ; 5 : 295-8.
3. Montgomery H. *Dermatopathology*. New York : Harper and Row, 1967 : 1036.
4. Pettit JHS, Rees RJW, Ridley DS. Studies on sulfone resistance in leprosy. *Int J Lep* 1966 ; 34 : 375-96.
5. Chaudhury DS, Chaudhury M, Armah K. Histoid variety of lepromatous leprosy. *Lepr Rev* 1971 ; 42 : 203-7.
6. Ridley M, Ridley DS. Histoid leprosy : an ultrastructural observation. *Int J Lepr*. 1980 ; 48 : 135-9.
7. Desikan KV, Iyer CGS. Histoid variety of lepromatous leprosy. *Int J Lepr* 1972 ; 40 : 149-56.
8. Malik R, Khandpur R, Chandra K, et al. A clini-

- copathological study of 244 cases of leprosy with special reference to histoid variety. Lepr India 1977 ; 49 : 400-5.
9. Sehgal VN, Srivastara G, beohar PC. Histoid leprosy : a histopathological reappraisal. (Submitted).
10. Job CK, Chacko CJG, Taylor PM. Electron microscopic study of histoid leprosy with special reference to its histogenesis. Lepr India 1977 ; 49 : 467-156.