

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองของลำไส้เล็ก รายงานผู้ป่วย 1 ราย จากการตรวจด้วย U/S และ BARIUM STUDY

ศุภางค์ สิ้นัญญารธรรม
ผ่องผิว ลีละวัฒน์
ปิ๋ว วุฒิจริยากุล
รพ. บ้านโป่ง

ABSTRACT :

Sinthanyatham S, Leelawat P, Wutichariyakul P. Malignant Lymphoma of Small Bowel : Ultrasound and Radiographic Findings in One Case Report. (Region 7 Medical Journal 1996 ; 3 : 291-296).

Department of Radiology, Department of Surgery, Ban-Pong Hospital, Ratchaburi, Thailand.

A 35 years old male patient presented with nausea, vomiting and a large abdominal mass. The report describes the natural history, clinical feature including U/S appearance of target pattern or pseudokidney sign. This should be differential with inflammation or some other gastrointestinal tumors. The Barium study showed the details of tumor location and mucosal involvement. Furthermore, CT abdomen will be the investigative procedure that could demonstrate more details of structural and other organ involvement of Lymphoma.

บทคัดย่อ :

สุภางค์ สันธัญญารธรรม, ผ่องผิว ลีละวัฒน์, ปิว วุฒิจริยากุล. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองของลำไส้เล็ก รายงานผู้ป่วย 1 ราย จากการตรวจด้วย U/S และ Barium Study. (วารสารแพทย์เขต 7 2539 ; 3 : 291-296).

กลุ่มงานรังสีวิทยา, กลุ่มงานศัลยกรรม, รพ. บ้านโป่ง, ราชบุรี.

รายงานผู้ป่วยชายไทยอายุ 35 ปี มาด้วยเรื่องคลื่นไส้ อาเจียน และก้อนในท้อง ได้กล่าวถึงลักษณะและอาการโดยทั่วไปรวมถึงผล U/S และ X-ray ที่จะพบในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผล U/S ที่พบได้บ่อยแบบ target pattern or pseudokidney sign ในผู้ป่วยรายนี้ ไม่ได้เป็นลักษณะเฉพาะของ Lymphoma สามารถพบได้ในเนื้องอก และการอักเสบบางชนิดของลำไส้ การตรวจเพิ่มเติมโดย Barium study จะสามารถช่วยบอกตำแหน่งและการกระจายของโรคได้ นอกจากนี้การทำคอมพิวเตอร์โทโมแกรม จะยังเห็นรายละเอียดอวัยวะที่โรคดำเนินไปถึงได้มากยิ่งขึ้น

บทนำ

Malignant Lymphoma แบ่งได้กว้าง ๆ ตาม histology เป็น 2 ชนิด คือ Hodgkin's disease (HD) และ Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) โดยทั้ง 2 ชนิด จะแตกต่างกันดังนี้ คือ ใน Non-Hodgkin เมื่อเปรียบเทียบกับ Hodgkin แล้วพบว่า

- พบในคนไข้อายุก่อนข้างสูง, ชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย

- แหล่งกำเนิดอยู่นอกต่อมน้ำเหลือง ประมาณ 90% พบใน NHL

- การกระจายไปทางเลือดพบได้มากกว่าและรวดเร็วกว่า

- พบในต่อมน้ำเหลืองซึ่งเกิดได้ไม่ค่อยบ่อย เช่น

- Waldeyer's ring
- Epitrochlear node
- Brachial node
- Mesenteric node

- พบว่าเกิดบ่อยที่บริเวณทางเดินอาหาร, ผิวหนัง, กระดูก, เนื้อปอด, ต่อมน้ำลาย, ต่อมธัยรอยด์, เต้านม, ลูกอัณฑะ, ไชกระดูก, ระบบประสาท และตับ

อาการที่คนไข้มาโรงพยาบาล

1. ต่อมน้ำเหลืองโตเฉพาะที่

คนไข้จะไม่มีอาการเจ็บปวด พบได้มากตั้งแต่คอ, ขาหนีบ, รักแร้ หรือกระจายอยู่ทั่วไป

2. อาการทางร่างกายทั่วไป

ไข้ $> 38^{\circ}\text{C}$, เหงื่อออก, น้ำหนักลด

3. ตับ, ม้ามโต

4. น้ำในเยื่อหุ้มปอด ในท้อง

5. ตัวเหลือง

ทางเดินอาหาร : ถ้าโรคเกิดบริเวณนี้คนไข้มักจะมาโรงพยาบาลด้วย ก้อน, ปวดท้อง, รับประทานอาหารไม่ได้, คลื่นไส้-อาเจียน, ท้องเสีย บางรายมีการอุดตันของลำไส้ หรือเลือดออกในลำไส้

ตำแหน่งที่พบ เรียงจากมากไปน้อยดังนี้

- กระเพาะอาหาร

- ลำไส้เล็ก

- ลำไส้ใหญ่ + ทวารหนัก

- อาจเกิดหลาย ๆ ที่ได้พร้อม ๆ กัน

- อาการเกิดน้ำในท้อง (ascites) พบได้ซ้ำ เกิด

ได้จากการกระจายของต่อมน้ำเหลืองไปที่ mesentery หรือจากตับกระจายโรคมะเร็ง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 35 ปี มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องรับประทานอาหารแล้วมีคลื่นไส้ อาเจียน มากมา 10 วัน มีก้อนที่ท้องมาประมาณ 2 ปี ไม่เจ็บ ปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ

ตรวจร่างกาย คลำได้ก้อนรูปร่างกลม เรียบ ขนาด 9-10 ซม. ที่ตรงกลางท้องค่อนข้างไปทางด้านซ้าย ก้อนขยับได้เล็กน้อย ไม่ปวด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC, U/A, Electrolyte, Anti HIV-Neg

ผลการทางรังสี

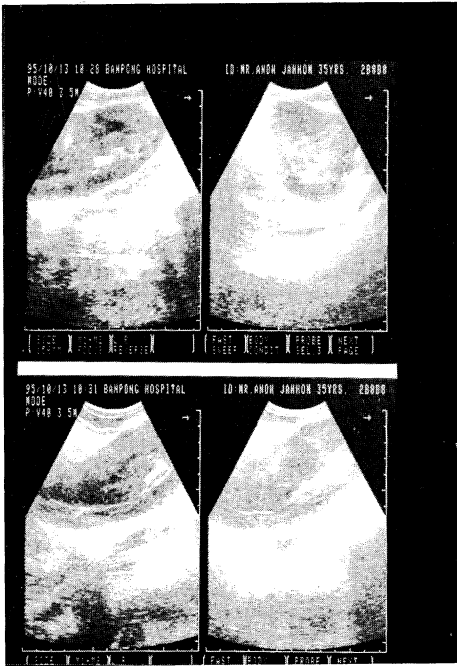
Plain film : ก้อนเนื้อเยื่ออ่อนอยู่ค่อนข้างไปด้านซ้ายของท้อง

U/S : ก้อนลักษณะมีการหนาตัวของผนังลำไส้ มีความเข้มต่ำอยู่ล้อมรอบ เส้นตรงกลางมีลักษณะขาวทึบ (hypoechoic bowel wall thickening with central dense echo)

Gastroscope : ปกติ

B.E. : ปกติ

G.I. follow through : ก้อนขนาดใหญ่ ที่บริเวณส่วนต้นของลำไส้เล็ก (proximal jejunum) ลักษณะเยื่อลำไส้มีการหนาตัวทั่ว ๆ ไป แบนราบ ไม่พบลักษณะแบบขนนกเหมือนลำไส้ปกติทั่วไป ช่องลำไส้แคบลงมาก ส่วนกล้ามเนื้อหนาตัวเป็นก้อนใหญ่ขนาด 10 ซม. ส่วนลำไส้เล็กตอนต้น (duodenum) และกระเพาะอาหารมีการขยาย



รูปที่ 1 ลักษณะก้อนที่พบจาก U/S เห็นมีการหนาตัวของผนังลำไส้เล็กโดยรอบ ล้อมรอบเส้นสีขาวยตรงกลาง ซึ่งเป็นช่องในลำไส้ที่แคบลงมาก



รูปที่ 2 ภาพถ่ายจาก GI follow through บริเวณ proximal jejunum เห็นเยื่อบุลำไส้หนาตัวโดยรอบ เป็นก้อน ช่องลำไส้แคบลงมาก (มี Barium ค้างในลำไส้ใหญ่ เนื่องจากการตรวจด้วย Barium Enema มาก่อน)

ใหญ่ เนื่องจากมีอาหารค้างอยู่มาก ลำไส้เล็กส่วนปลายพบว่าปกติ

Operative findings : ก้อนขนาดใหญ่บริเวณส่วนต้นของลำไส้เล็ก (Proximal jejunum) มีการกระจายไปที่เส้นเลือดใหญ่ และ mesentery มีต่อมน้ำเหลืองเล็ก ๆ เกิดที่ mesentery และในช่องท้อง ได้ทำผ่าตัด gastrojejunostomy และผ่าเอาชิ้นเนื้อของต่อมน้ำเหลืองเล็ก ๆ ที่ greater omentum ไปตรวจ

ผลชิ้นเนื้อ : Malignant lymphoma, large cell type

วิจารณ์

Malignant lymphoma ที่เกิดในระบบทางเดินอาหาร อาจเป็นชนิด Hodgkin หรือ Non-Hodgkin ก็ได้ แต่ Non-Hodgkin พบได้มากกว่ามาก และอาจจะพบว่า

เป็นเนื้องอกปฐมภูมิหรือเป็นโรคที่กระจายจากที่อื่นมาที่ทางเดินอาหารก็ได้ ส่วนของทางเดินอาหารที่พบได้มีตั้งแต่กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก, ลำไส้ใหญ่ หรือพบหลาย ๆ ที่ลักษณะที่พบจากการตรวจด้วย U/S ทั่ว ๆ ไป อาจจะพบว่า

1. เป็นต่อมน้ำเหลืองเล็ก ๆ อยู่นอกช่องลำไส้
2. เป็นก้อนขนาดใหญ่
3. การหนาตัวของผนังลำไส้โดยรอบ
4. การหนาตัวของผนังลำไส้บางส่วน
5. เกิดเฉพาะที่เยื่อบุผนังลำไส้เท่านั้น

การตรวจคนไข้ที่มาด้วยก้อนโดย U/S ถือว่าเป็นการตรวจอย่างแรกที่เราควรจะสามารถตรวจดูต่อมน้ำเหลือง ในช่องท้องส่วนอื่นและดูการกระจายของโรคไปที่

ตับ, ม้าม, ไต ได้ด้วย

คนไข้รายนี้ อายุค่อนข้างน้อยกว่าอุบัติการณ์ที่เกิดโรคนี้โดยทั่วไป จากการตรวจด้วย U/S มีการหนาตัวของผนังทางเดินอาหารโดยรอบ ลักษณะเป็นก้อนขนาดใหญ่ มีตรงกลางเป็นจุดขาวทึบ (bright central echo and uniformly circumferential hypoechoic wall thickening) ลักษณะเฉพาะเรียกว่า target pattern ตามแนว transverse หรือ pseudokidney sign ตามแนว longitudinal อวัยวะส่วนอื่น ๆ ตั้งแต่ ตับ, ม้าม, ไต ไม่พบสิ่งผิดปกติ

อย่างไรก็ตาม target pattern เป็นเพียงลักษณะของโรคที่เกิดจากการหนาตัวของผนังลำไส้ ใช้อธิบายลักษณะของมะเร็งหรือภาวะต่าง ๆ ในลำไส้ แต่อาจพบได้บ้างในการอักเสบต่าง ๆ ของลำไส้ ตั้งแต่ Crohn's disease, Colitis, diverticulitis, gastritis, ischemia, tuberculosis, pyloric stenosis, lymphangiectasis, ileocolic intussusception, radiation enteritis, intramural hematoma, Menetrier's disease and appendicitis

คนไข้รายนี้ได้มีการตรวจเพิ่มเติม เพื่อการวินิจฉัยที่ละเอียดและถูกต้องแม่นยำขึ้น โดยการตรวจหาอวัยวะที่ละเอียดและถูกต้องแม่นยำขึ้น โดยการตรวจหาอวัยวะและตำแหน่งที่เป็นโรค พบว่าจากการตรวจด้วยการส่องกล้องเพื่อดูกระเพาะอาหาร และทำ Ba-enema เพื่อดูลำไส้ใหญ่ ไม่พบสิ่งผิดปกติ แต่จากการทำ Ba-study พบก้อนเนื้ออกที่บริเวณส่วนต้นของลำไส้เล็ก (proximal jejunum) เยื่อหุ้มลำไส้แบนราบขยายใหญ่ มีการหนาตัวทั่ว ๆ ไป ของลำไส้แคบลง ส่วนกล้ามเนื้อหนาตัวจนเป็นก้อนขนาดใหญ่ ดังได้กล่าวมาแล้ว

อนึ่ง การทำ Ba-study นี้เป็นการทำเพื่อประกอบกับผลทาง U/S การแยกโรคอาจจะต้องนำเนื้ออกของลำไส้ โดยเฉพาะเนื้ออกของชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ หรือมะเร็งที่แพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่นมาพิจารณาด้วย

คนไข้รายนี้ได้ทำการผ่าตัดพบว่า มีก้อนขนาดใหญ่ อยู่ทั้งบริเวณดังกล่าว แต่ที่พบเพิ่มเติมจากทางรังสีคือ มีการกระจายตัวของต่อมน้ำเหลืองไปที่เส้นเลือดใหญ่, mesentery และ omentum ด้วย ได้ผ่าตัดส่งตรวจชิ้นเนื้อของ

ต่อมน้ำเหลืองเล็ก ๆ จาก greater omentum ผลเป็น malignant lymphoma, large cell type ได้ให้การรักษาแบบประคับประคองโดย gastrojejunostomy เพื่อบรรเทาอาการอุดตันของลำไส้ต่อไป ต่อมาได้ส่งคนไข้ไปรักษาต่อที่สถาบันมะเร็ง เพื่อให้การรักษาทางรังสีรักษา และเคมีบำบัดต่อไป

อนึ่ง ในรายคนไข้มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ถ้ามีการตรวจด้วยคอมพิวเตอร์โทโมแกรมจะสามารถเห็นการกระจายของโรคได้มากกว่า บอกระยะของโรคได้ถูกต้องมากกว่า U/S เพื่อประโยชน์ในการรักษาโดยรังสีรักษาและเคมีบำบัดตามระยะของโรคต่อไป

สรุป

malignant lymphoma ของลำไส้ ในรายที่คนไข้มาด้วยก้อนในท้อง เราสามารถตรวจได้จาก U/S เนื่องจากลักษณะของ target pattern ที่พบ อย่างไรก็ตามลักษณะนี้อาจพบได้ในการอักเสบ หรือ เนื้องอกบางชนิดของลำไส้ได้ นอกจากนี้ U/S ยังช่วยบอกการกระจายของโรคไปยังอวัยวะในช่องท้องส่วนอื่น ๆ ได้บ้าง

ส่วน Ba-study เป็นการทำเพื่อประกอบผลทาง U/S จะช่วยบอกตำแหน่งและลักษณะของโรคได้

นอกจากนี้ถ้ามีการตรวจด้วยคอมพิวเตอร์โทโมแกรม จะยิ่งช่วยบอกรายละเอียดการกระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ได้มากยิ่งขึ้น ประโยชน์เพื่อการรักษาตามระยะของโรคต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ถนอมศรี ศรีชัยกุล, วิชัย อดิชาตการ, แสงสุรีย์-จุทา, ลิ้มโพนมาและกลุ่มโรคทางเคียง. ตำราโลหิตวิทยา เล่ม 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร 2529 : 327-58.
2. Fleischer A, James A. Abdominal sonography. In : Diagnostic sonography, principles and clinical applications. Philadelphia : WB Saunders, 1989 : 414-24.

3. Goerg C, Schwert WB, Goerg K, Gastrointestinal lymphoma, Sonographic findings in 54 pts. AJR 1990 ; 155 : 795-802.
4. Jackson FI, Lalani Z. Ultrasound in the Diagnosis of lymphoma. Journal of clinical ultrasound 1989 ; 17 : 145-71.
5. Bracho D, Durant J, Green L. The accuracy of retro-peritoneal ultrasonography in Hogdgin's disease and non-Hogdgin's lymphoma. Radiology 1977 ; 125 : 485-7.
6. Margulis A, Burhenne H. Neoplasm of small bowel. In : Alimentary tract Radiology. 4th ed. ST. Louis : The CV Mosby, 1989 : 824-9.
7. Casiato D, Lowit B. Hogdgin's disease and malignant lymphoma. In : Manual of Clinical Oncology. 2nd ed. Boston : Little Brown, 1989 : 323-43.