

NEURILEMMOMA IN LUMBAR SPINE รายงานผู้ป่วย 1 ราย

สหเทพ สว่างเนตร พ.บ.,ว.ว. (ศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์)

บทคัดย่อ รายงานผู้ป่วยหญิงไทย 1 ราย อายุ 30 ปี ปวดหลังเรื้อรังมาประมาณ 3 ปี 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการปวดหลังมากขึ้น เดินลัมบ่อ และอาการของเส้นประสาทที่มาเลี้ยงสะโพก และขาซ้ายถูกกดทับ x-ray ธรรมดา พบว่ามีลักษณะ lytic lesion ของ pedicle L₁ แต่เห็นไม่ชัดเจน จึงต้องทำ CT scan ซึ่งก็พบก้อนเนื้อออกขนาดใหญ่กดทับกระดูกสันหลังส่วนเอวอันที่ 1 โดยก้อนกินขอบเขตตั้งแต่กระดูกสันหลังช่วงอกอันที่ 11 ถึงกระดูกสันหลังช่วงเอวอันที่ 2 ด้านซ้าย แพทย์ได้ทำการผ่าตัด 2 ครั้ง posterior และ anterior approach เพื่อเอาก้อนเนื้อออกออก ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหลัง และสามารถเดินได้เกือบปกติภายใน 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

Abstract A 30-Year-old woman was sustained low back pain for 3 years, in the last 6 months she had severe back pain and progressive weakness of left gluteus, calf and thigh muscles. Look like cauda equina had a dynamic compression or expanding lesion. Investigation by plain film lumbar spine showed lytic lesion at left L₁ pedicle like CA metastasis. Lumbar myelogram showed no definite sign of dural sac mass involvement, finally CT scan showed large mass extended from T₁₁-L₃ left and lumbar 1 body involvement. Posterior decompression lumbar 1 and lumbar 2 and biopsy mass was done. Three weeks later, anterior decompression was done for removal of the whole mass and interbody graft L₁-L₂

Neurilemmoma in Lumbar Spine

Sawangnetras S., Paholpolpayuhasaena Hospital, Kanchanaburi.

Region 7 Medical Journal 1992 ; 1 : 69-75.

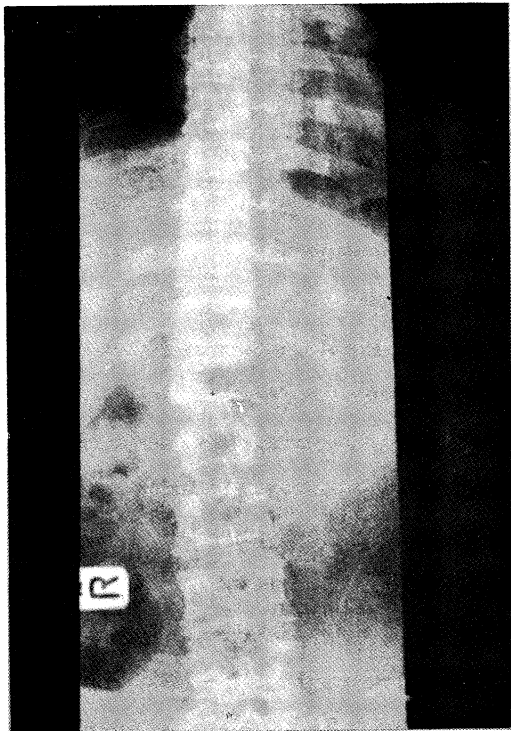
Neurilemmoma ที่พบส่วนใหญ่ มักพบที่ peripheral nerve^{1,2} มีส่วนน้อยที่เป็น primary bone tumor เอง³ (น้อยกว่า 1% ของ benign bone tumors) neurilemmoma มาจาก active และ versatile schwann cells⁴ ซึ่งเป็น sheath nerve fibers ซึ่ง benign neurilemmoma neurifibroma และ malignant schwannoma ก็มาจาก Schwann cells ทั้งนั้น โดยทั่วไป neurilemmoma จะเกิดที่เส้นประสาทส่วนปลายชนิดใหญ่ เช่น sacral plexus,^{3,5} sciatic nerve⁶ และอาจเกิดขึ้นที่ pelvis ด้วย ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่าเป็น typical solitary encapsulated lesion อาจมีลักษณะเป็น cystic เส้นผ่าศูนย์กลางของก้อนเนื้ออกมีขนาด 3-4 เซนติเมตร ถึงแม้ก้อนเนื้ออกจะใหญ่ แต่มักมีอาการทางระบบประสาทไม่มาก⁷ ซึ่งผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยเรื่องที่มีก้อนเนื้อเท่านั้น และพบน้อยมากที่ neurilemmoma จะกลายเป็น malignant

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 30 ปี มีอาการปวดหลังเรื้อรังมาประมาณ 3 ปี และปวดมากขึ้นในระยะ 6 เดือน หลังร่วมกับมีอาการเสียวร้าวและอ่อนแรงบริเวณสะโพกซ้ายลงไปยังขาซ้าย ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาทางจิตเวช จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยามมานถึง 19 ปี ซึ่งปัจจุบันยังรับประทานยาอยู่

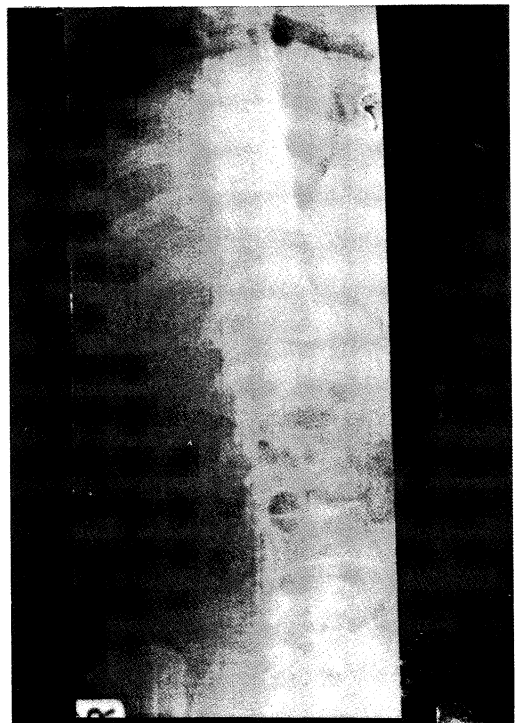
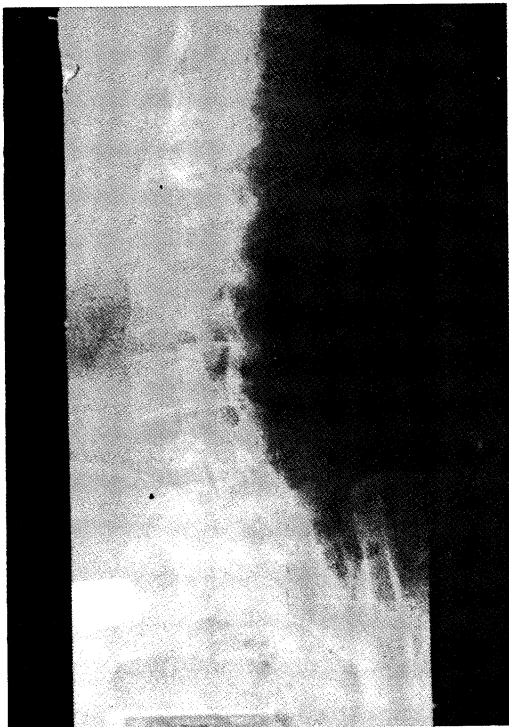
การตรวจร่างกาย เดินขาข้างซ้ายกระเผลก ปวดบริเวณขาและสะโพกซ้ายมาก ตรวจพบมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อสะโพกซ้าย และกล้ามเนื้อในการกระดกข้อเท้าซ้าย (dorsiflex of foot) มี sensory loss บางส่วน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฮีโมโกลบิน 10.1 กรัม% ฮีโมโตคริต 30% เม็ดเลือดขาว 9.8×10^9 เซลล์/ลบ.มม. เกร็ดเลือดปกติ ปัสสาวะและอุจจาระปกติ ESR 13 mm/hr



การตรวจ x-ray x-ray lumbar spine ทำขึ้นด้าน AP lateral และ oblique พบลักษณะ lytic lesion ที่ pedicle ของ L₁ ข้างซ้าย (ดูรูปประกอบ)

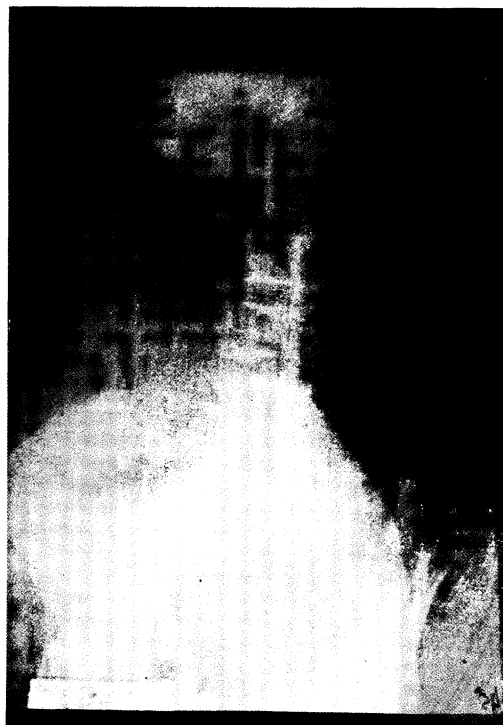
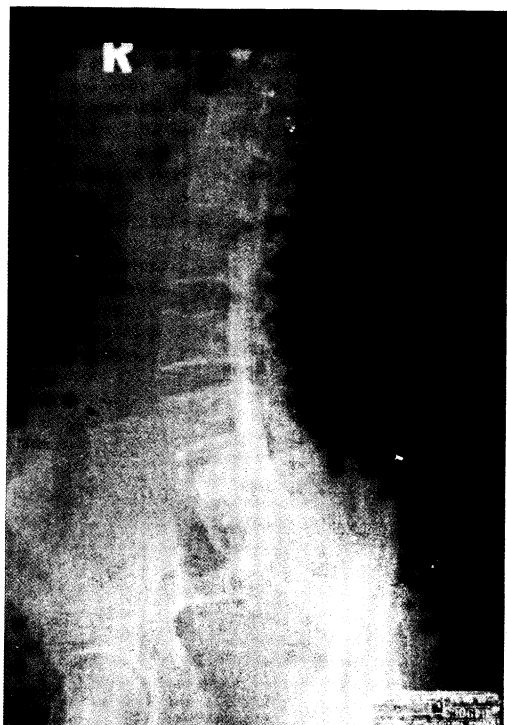
รูปที่ 1-3 แสดง x-ray plain film LS spine ทำขึ้น AP รูปที่ 1 pedicle ข้างซ้ายหายไป ทำ oblique รูปที่ 3 pedicle ของ L₁ จะมองไม่เห็น



Lumbar myelogram ไม่ชัดเจนว่ามี lesion เป็นลักษณะ mass effect บริเวณ dural space ระดับ lumbar 1 และ 2 (ดูรูปประกอบ)

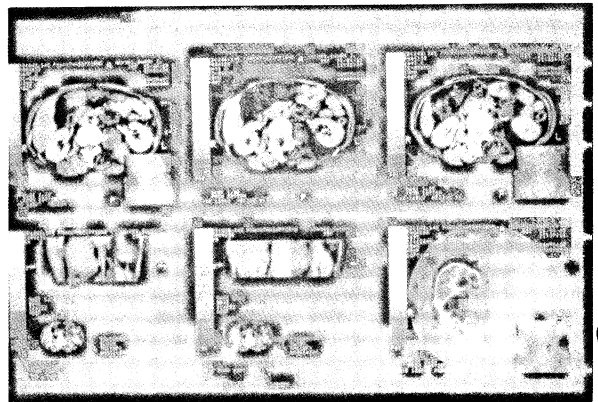
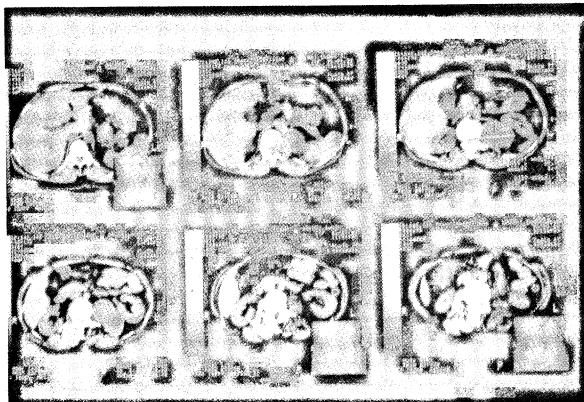
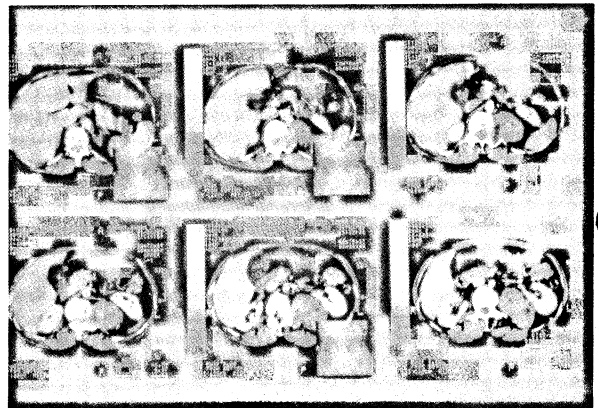
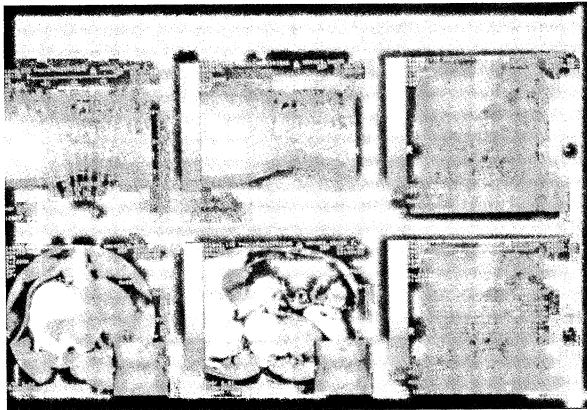


รูปที่ 4-6 Lumbar myelogram มองไม่เห็น defect ชัดเจนในระดับ L_1 และ L_2 เพียงแต่เห็น ลักษณะ lytic lesion ของ pedicle L_1



C T Scan พบลักษณะก้อนที่มีขอบเขตชัดเจนบริเวณ extraperitoneum ตั้งแต่กระดูกสันหลังช่วงอกอันที่ 11 จนถึง กระดูกสันหลังส่วนเอวอันที่ 3 ด้านซ้าย และกดทับ

เข้าไปในช่องไขประสาทสันหลัง (dural canal) ทาง lumbar 1 และ pedicle ของ lumbar 1 หายไป ก้อนเนื้ออกมีขนาด 8×6×5 เซนติเมตร (ดูรูปประกอบ)



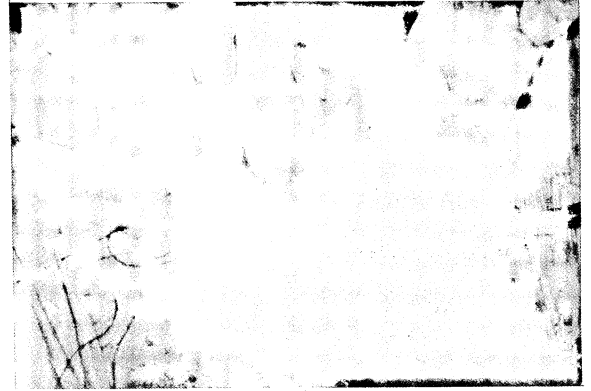
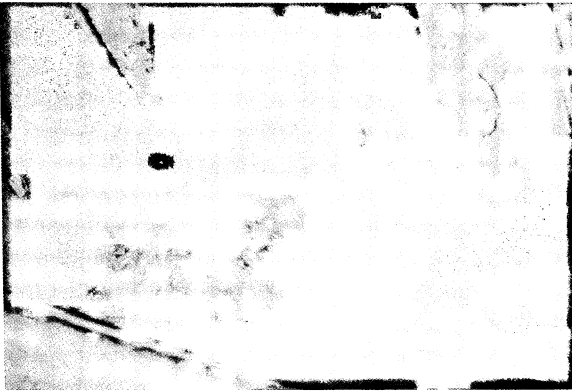
รูปที่ 7-11 C T Scan พบลักษณะก้อนที่มีขอบเขตชัดเจน ตั้งแต่ T_{11} ถึง L_3 ด้านซ้าย และมีบางส่วนกดทับเข้าช่องไขประสาทสันหลังทาง L_1 และ Pedicle ของ L_1 หายไป ก้อนเนื้ออกมีขนาด 8×6×5 เซนติเมตร

การรักษา

ระยะที่ 1 ได้ทำการผ่าตัดเพื่อทำ posterior decompression และ biopsy โดยทำ posterior laminectomy และผ่าเอาก้อนเนื้องอกที่ระดับ T₁₂-L₂ ออก ส่วนที่ทำ body biopsy ได้ผลเป็น neurilemmoma

ระยะที่ 2 หลังจากการผ่าตัดครั้งแรก 3 สัปดาห์ โดยทำ anterior decompression และ total removal of extraperitoneum mass โดยการผ่าตัดเข้าทาง

abdomino-thoracic ตัด diaphragm ตัดกระดูกซี่โครง อันที่ 10 ออก พบก้อนเนื้องอกขนาด 8.5×6.5×5 เซนติเมตร กดทับ lumbar spine ส่วน spinal cord และ body ของ lumbar และกดทับเข้าไปใน lumbar 1 body, invade ส่วน pedicle ทั้งหมดกดทับ dural sac และมีลักษณะคล้าย nerve root ของ L₁ ต่อกออกมาจาก dural canal ได้ทำ graft ระหว่างกระดูกสันหลังช่วงเอวอันที่ 1 และ อันที่ 2 โดยใช้กระดูกซี่โครงอันที่ 10 (ดูรูปประกอบ)



รูปที่ 12-13 แสดงก้อนเนื้องอกที่อยู่บริเวณ retroperitoneum และมีข้อต่อกับรากประสาทไขสันหลังช่วงเอวคู่ที่ 1 ด้านซ้าย (L₁ root)



ระยะที่ 3 หลังผ่าตัดประมาณ 2 สัปดาห์ ให้ผู้ป่วยใส่ Taylor brae และหัดเดิน

ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

ชิ้นเนื้อ มีน้ำหนัก 125 กรัม เป็น partial encapsulation ประกอบด้วย spindle cells และ palisading arrangement, no malignant cells

วิจารณ์

ปกติ neurilemmoma เป็นเนื้องอกของ peripheral nerve^{3,8} ที่เป็น primary bone tumor พบน้อยมาก¹⁰ เท่าที่รายงานจนถึงปีค.ศ. 1981 neurilemmoma ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงประมาณ 70% ช่วงอายุ 20-30 ปี^{1,9} ส่วนใหญ่เป็นบริเวณ mandible¹¹ ไม่ค่อยพบที่ lumbar spine⁵ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการ จนกระทั่งก้อนเนื้องอกเริ่มใหญ่ขึ้นจะมีอาการทางประสาทไม่มากซึ่งมักจะ involvement large peripheral nerve เช่น sacral plexus^{3,5} sciatic nerve⁶

ในทางพยาธิวิทยา neurilemmoma ประกอบด้วยเนื้อเยื่อ 2 ชนิด คือ Antoni A และ Antoni B⁴ Antoni A พบได้บ่อยกว่าประกอบด้วย spindle cells บางที่มี palisading cells มาก Antoni B มี myxomatous และ degenerative cystic spaces บางที่มี thick walled blood vessel บางครั้ง neurilemmoma ไม่ทำให้มี anatomy หรือ function ของผู้ป่วยผิดปกติไปมากนัก ทำให้สามารถผ่าตัดเอาเนื้องอกออกได้ง่าย แต่การรักษาโดยการผ่าตัดเข้าไปใน perineureum เพื่อเอาเนื้องอกออกนั้นจะทำให้มี dysfunction ของ nerve ได้ บางครั้งพบว่ามี recurrence ได้อีก และลักษณะของ neurilemmoma เองนั้น resist ต่อ radiation ถือเป็น radiareistant⁸ และกลายเป็น malignant ยาก

ผู้ป่วยรายนี้เป็น neurilemmoma ของ L₁ root เพราะจากการผ่าตัดครั้งที่ 2 โดย anterior approach เราสามารถเลาะเนื้องอกได้และมีจุดเริ่มมาจาก L₁ root เข้าใจว่าในตอนแรก เริ่มเป็นบริเวณ root ก่อนแล้วค่อยๆ โตขึ้น จนออกมานอก lumen ของ L₁ โดยมี pedicle กันอยู่ ต่อมา ส่วนที่อยู่ใน spinal canal และส่วนที่ยื่นออก spinal canal ก็โตขึ้นเรื่อยๆ จนเกิด pressure effect กด pedicle จนเล็ก และหายไปแบบ dumb bell^{3,12} ดังปรากฏใน film CT scan

เนื้องอกก้อนนี้มี capsule ที่ชัดเจน ไม่เกาะยึดติดกับอวัยวะอื่นใด นอกจาก body ของ L₁ มีขนาดใหญ่ทั้งด้านบน ล่าง หน้า หลัง และด้านข้างทั้งสองข้าง ก้อนเนื้องอกส่วนที่อยู่ใน canal กดทับ dural sac ทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อสะโพกและขาซ้าย ดังกล่าวมาแล้ว

การผ่าตัดครั้งที่ 2 ได้เอาก้อนเนื้องอกทั้งหมดออกและตัดกระดูกซี่โครงอันที่ 10 ออกมาทำ graft ใส่ที่ body L₁ ซึ่งได้ถูกเนื้องอกเบียดจนหายไปหลังการผ่าตัดอาการปวดหลังและร้าวมาที่ขาซ้ายของผู้ป่วยรายนี้หายไป ไม่มีลักษณะของรากประสาทไขสันหลังถูกกดอีก ผู้ป่วยได้หัดเดินและฝึกกล้ามเนื้อสะโพก จนเดินเป็นปกติ และมาติดตามรักษาเป็นระยะ

สรุป

รายงานผู้ป่วยหญิง 1 ราย ที่เป็น neurilemmoma ที่ lumbar spine โดยวินิจฉัยชัดเจนจาก CT scan ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดมาถึง 3 ปี ซึ่งเนื้องอกที่บริเวณนี้เป็นส่วนที่พบได้ไม่บ่อย และก้อนเนื้องอกมีขนาดค่อนข้างใหญ่มาก เมื่อเทียบจากรายงานอื่นๆ รักษาโดยการผ่าตัด 2 ครั้ง ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ นายแพทย์สง่า บุญอ่ำรุ่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ที่อนุญาตให้นำรายงานฉบับนี้ออกเผยแพร่ ร.ศ.นายแพทย์ ภาณุพันธ์ ทรงเจริญ ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ทำการผ่าตัดในครั้งแรก และทำ biopsy ชิ้นเนื้อ และขอขอบคุณนางสาวสุกฤตน์ อีระวิวัฒน์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา ผู้ทำสไลด์

เอกสารอ้างอิง

1. De Santo DA, Borgess E. Primary and secondary neurilemmoma of bone. Surg Gynecol Obstet 1940 ; 71 : 454-61.
2. Samter TG, Vellios F, Shafer WG. Neurilemmoma of bone report of 3 cases with a review

- of the literature. Radiology 1960 ; 75 : 215-22.
3. Dahlin DC. Neurilemmoma and related tumors in bone tumors, 3rd ed, 2nd printing. Illinois : Chales C Thomas Publishers, 1981 : 153-68.
 4. Gernesale PG. Soft tissue tumors. In : Grenshaw AH. ed. Campbell's Operative Orthopaedics (7th edition). St. Louis : Mosby, 1987 : 807-26.
 5. Vicas E, Bourdua S, Charest F. Le neurilemmome du sacrum : Presentation d'un Cas. Union Med Can 1974 ; June 103 : 1057-60.
 6. Fawatt KJ, Dahlin DC. Neurilemmoma of bone. Am J Clin Pathol 1967 ; June 47 : 759-66.
 7. Polkey CE. Intraosseous neurilemmoma of cervical spine causing paraparesis and treated by resection and grafting. J Neurol Psychiatry 1975 ; August 38 : 776-81.
 8. Kragh LV, Soule FH, Masson JU. Benign and malignant neurilemmoma of the head and neck. Surg Gynecol Obstet 1960 ; 111 : 211.
 9. Jones HM. Neurilemmoma of bone. Br J Surg 1953 ; 41 : 635-65.
 10. Gordon EJ. Solitary intraosseous neurilemmoma of tibia review of intraosseous neurilemmoma and neurofibroma. Clin Orthop 1976 ; 117 : 271-82.
 11. Bruce KW. Solitary neurofibroma (Neurilemmoma, Schwannoma) of the oral cavity. Oral Surg 1954 ; 7 : 1150-9.
 12. Maklev JT. Benign soft Tissue lesions. In : Evarts, Mccollister C. Surgery of the musculoskeletal system. New York : Churchill Livingstone, 1983 : 189-210.

อภิธานการ

จาก

บริษัท เครื่องมือแพทย์ (ประเทศไทย) จำกัด