

รายงานผู้ป่วย

รายงานผู้ป่วยมะเร็งเยื่อหุ้มปอด (mesothelioma) เหตุไยหิน

บุลวัชร หอมวิเศษ*, หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล**, วิเชษฐ์ ปิยะวงศ์***,
อารยา สามหมอม****, สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์*****

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ ๕๔ ปี มาที่โรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๕๖ ด้วยอาการสำคัญ คือ หายใจเหนื่อยมากขึ้น ๑ วัน

ประวัติปัจจุบัน

- ๒ เดือน ไอแห้งๆ มีเสมหะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ๑๐ กิโลกรัม ในช่วง ๒ เดือน มีไข้ต่ำๆ เหนื่อยออกตอนกลางคืน นอนราบและนอนตะแคงด้านซ้ายแล้วหอบเหนื่อยมากขึ้น

- ๒ สัปดาห์ เหนื่อยมากขึ้น หายใจลำบาก ไปโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แพทย์เจาะน้ำในเยื่อหุ้มปอดส่งตรวจแจ้งผลว่าเป็น วัณโรคเยื่อหุ้มปอด นอนโรงพยาบาล ๕ วัน อาการดีขึ้นหลังได้เจาะน้ำจากเยื่อหุ้มปอด และได้รับยารักษาวัณโรค

- ๑ สัปดาห์ หอบเหนื่อยมากขึ้นอีก นอนตะแคงไม่ได้ ไม่ต้องลุกมาหอบเหนื่อยตอนกลางคืน ไปโรงพยาบาลเดิม และได้ยาปฏิชีวนะมากขึ้น

- วันนี้มีอาการหายใจลำบาก มีไข้สูง เหนื่อยมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติอดีตและประวัติส่วนตัว

- ปฏิเสธโรคประจำตัว
- สูบบุหรี่ ๑ ซอง/ปี ๓๐ ปี (30 pack-year)
- ดื่มสุราตามโอกาสสังสรรค์
- ปฏิเสธการใช้ยาเสพติด
- ปฏิเสธการมีคู่นอนหลายคน

- ทำงานเป็นช่างเหล็กที่ต่างประเทศ ๕-๖ ปี (ตอนช่วงอายุ ๓๐ ปี) หลังจากนั้นทำงานรับเหมาก่อสร้างต่อเนื่องมาประมาณ ๒๐ ปี โดยช่วยงานก่อสร้างทุกอย่าง รวมถึงการตัด เจียร กระเบื้องผนังหลังคา กระเบื้องปูพื้น

- บิดาเคยเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอด ๓๐ ปีก่อน

การตรวจร่างกาย

- Vital signs: T 38.8°C, Pulse 103 /min, BP 102/77 mm Hg, RR 32 /min

- General appearance: a cachexia Thai middle aged male, dyspnea

- HEENT: not pale conjunctiva, anicteric sclera

- Heart: normal S₁S₂, no murmur

- Lungs: decreased breath sound right lung, dullness on percussion right, no adventitious sound

- Abdomen: scaphoid abdomen, soft, not tender

- Extremities: no edema, no deformities

- Neurological sign: grossly intact

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- CBC: Hb 12.3 mg%, Hct 37.9%, WBC 13,500 /ml, Neutrophil 80.2%, Lymphocyte 11.1%, platelet 465,000 /ml

- BUN 11.0 mg%, Cr 0.9 mg%, Na+ 130 mmol/L, K+ 4.5mmol/L, Cl- 95 mmol/L, CO₂ 24 mmol/L

* โครงการจัดตั้งภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** โครงการจัดตั้งภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** โครงการจัดตั้งภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**** โครงการจัดตั้งภาควิชาพยาธิวิทยาและนิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

***** โครงการจัดตั้งสถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- Protein 8.0 g%, Alb 2.5 g%, Glob 5.5 g%, TB 0.3 mg%, DB 0.2 mg%, SGOT 48 u/L, SGPT 56 u/L, ALP 231 u/L

- Lactate 2.1 mmol/L

- PT 13.1 sec, INR 1.10, PTT 30.2 sec, PTT ratio 1.14

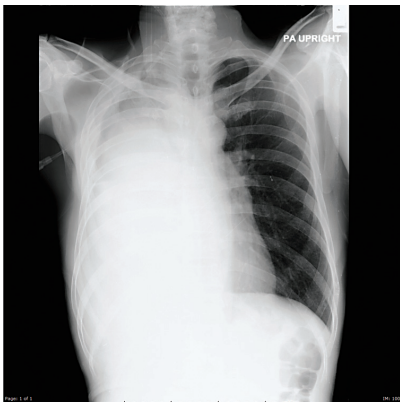
- LDH 443 u/L

- CXR PA upright (รูปที่ ๑): total opacity in right hemithorax with obscuration of the right heart border is noted, possible massive pleural effusion, however no shift of the mediastinal structure, underlying mass or pre-existing mass cannot be excluded.

- thicken soft tissue along lateral aspect of right hemithorax is seen, possible loculated effusion or other pleural mass.

- left lung is unremarkable.

- visualized bony thorax is grossly intact.



รูปที่ ๑ ภาพถ่ายรังสีปอด

Provisional diagnosis at emergency room: parapneumonic effusion right lung

Treatment at emergency room: pleural tapping

Pleural effusion fluid:

- turbid, serosanguineous fluid

- pH 8.0

- cell count 6,607 /ml, RBC 5,000 /ml, WBC 1,607 /ml, PMN 88.4%, Mono 11.6%

- LDH 7,929.9 u/l

- protein 4.45 g%

- sugar 7 mg%

Cytology: pleural effusion

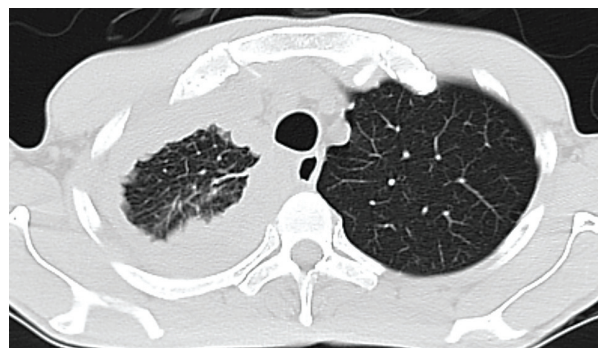
- presence of only some neutrophils and histiocytes

- negative for malignancy, favor acute inflammation

CT scan:

- ภาพ axial CT scan of the chest (รูปที่ ๒): lung window แสดง diffuse concentric nodular circumferential pleural thickening of the right hemithorax with mediastinal pleural involvement and associated with pleural effusion. แสดงถึง malignancy process

- ภาพ coronal reconstruction of the CT scan of the chest (รูปที่ ๓) แสดง diffuse concentric nodular circumferential pleural thickening of the right hemithorax with mediastinal pleural involvement and associated with pleural effusion แสดงถึง malignancy process



รูปที่ ๒ ภาพ Axial CT scan of the chest

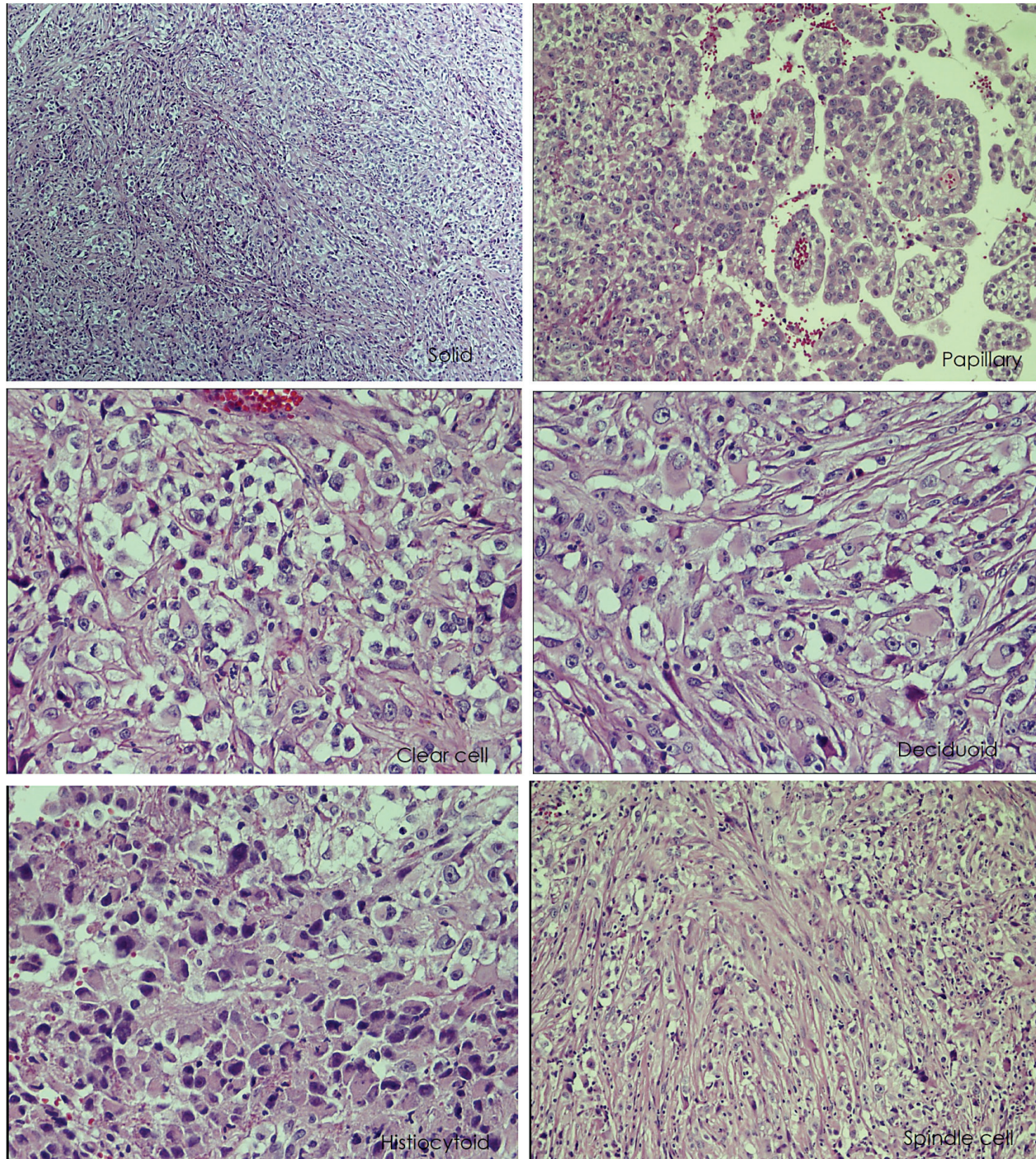


รูปที่ ๓ ภาพ coronal reconstruction of the CT scan of the chest

Treatment: VATS with drainage with pleural biopsy

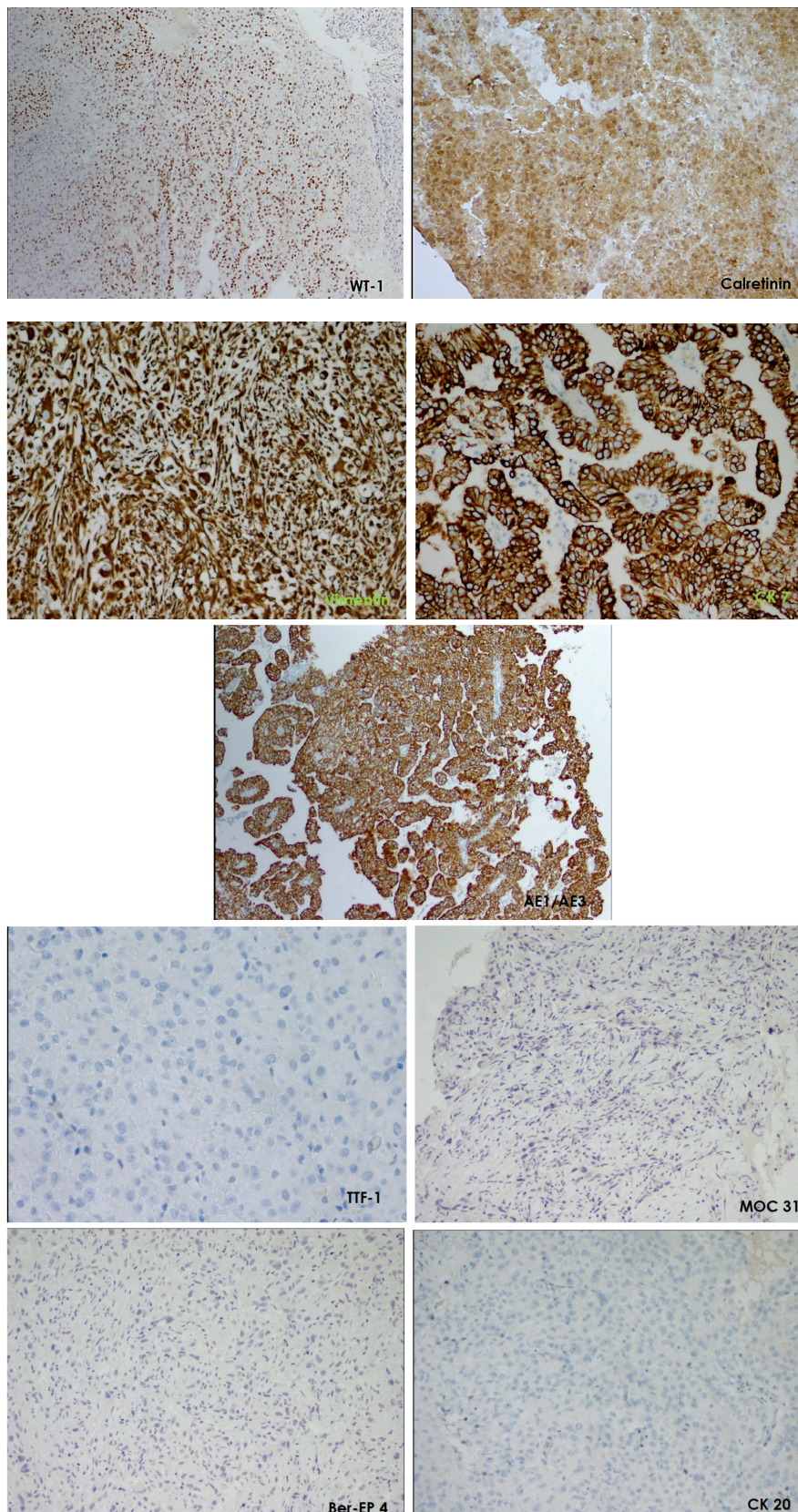
Pathology:

- Histomorphology: solid sheet, tubulopapillary, clear cell, deciduoid, histiocyte-liked, spindle cell (รูปที่ ๔)



รูปที่ ๔ histomorphology ของเยื่อหุ้มปอดจาก pleural biopsy

- Immunohistochemistry: positive immunostaining for WT-1, calretinin, vimentin, CK7, AE1/AE3 and negative for TTF-1, MOC-31, Ber-EP4, CK20 (รูปที่ ๕)



รูปที่ ๕ Immunohistochemistry ของเยื่อหุ้มปอดจาก pleural biopsy

- no asbestos body
- **Pathological diagnosis:** biphasic malignant mesothelioma (mixed epithelioid and sarcomatoid type)

อภิปรายผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการยืนยันวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเยื่อหุ้มปอดชนิด biphasic malignant mesothelioma (mixed epithelioid and sarcomatoid type) จากผลตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อจากการตัดเยื่อหุ้มปอด พบลักษณะทาง histomorphology เป็น solid sheet, tubulopapillary, clear cell, decudoid, histiocyte-liked, spindle cell และผลการตรวจทาง immunohistochemistry ของชิ้นเนื้อให้ผลบวกสำหรับ WT-1, calretinin, vimentin, CK7, AE1/AE3 และให้ผลลบสำหรับ TTF-1, MOC-31, Ber-EP4, CK20

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคมะเร็งที่สัมพันธ์กับใยหินตาม Helsinki criteria^๑ ระบุว่า ร้อยละ ๘๐ ของมะเร็งเยื่อหุ้มปอด

เกิดจากใยหิน ระยะเวลาพักตัวหลังรับสัมผัสใยหินอย่างน้อย ๑๐ ปี แต่ส่วนใหญ่ ๓๐-๔๐ ปี บุหรี่ไม่เป็นสาเหตุการเกิดมะเร็งเยื่อหุ้มปอด สามารถเกิดได้จากการรับสัมผัสใยหินขนาดต่ำ ประวัติการทำงานสัมผัสใยหินแม้เพียงเล็กน้อยก็เพียงพอสำหรับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเยื่อหุ้มปอดเหตุใยหิน ไม่จำเป็นต้องตรวจพบ asbestos body

ดังนั้น ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นมะเร็งเยื่อหุ้มปอดจากผลทางพยาธิวิทยา และประวัติการทำงานสัมผัสใยหินจากการทำงานรับเหมาก่อสร้างนานประมาณ ๒๐ ปี จึงสามารถสรุปว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นมะเร็งเยื่อหุ้มปอดเหตุใยหินตาม Helsinki criteria

เอกสารอ้างอิง

๑. Consensus report. Asbestos, asbestosis and cancer: the Helsinki criteria for diagnosis and attribution. Scand J Work Environ Health 1997;23:311-6.