

Case Report

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยก้อนที่คอ: การตรวจวินิจฉัย ที่เหมาะสม

ทวี ธนภาพรังสรรค์

โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่มีก้อนที่คอ และอายุมากกว่า 40 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะมีสาเหตุจากมะเร็ง ประวัติ และการตรวจร่างกายบริเวณศีรษะและลำคอสำคัญที่สุดในการวินิจฉัย ถ้าไม่สามารถระบุสาเหตุได้ ต้องอาศัยการตรวจพิเศษต่าง ๆ การศึกษาย้อนหลังนี้ประมวลขั้นตอนการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย 72 ราย ที่มาตรวจในโรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2548 ถึงธันวาคม 2550 ด้วยอาการก้อนที่คอโดยไม่สามารถระบุสาเหตุได้ จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย จึงใช้การตรวจ fine needle aspiration biopsy เพื่อวางแผนการตรวจหรือการรักษาอื่น ๆ พบ squamous cell carcinoma 16 ราย และยืนยันมะเร็งต้นกำเนิดด้วย CT scan 3 ราย และด้วย panendoscopy with quided biopsy อีก 5 ราย จึงสามารถหลีกเลี่ยงการตรวจที่ไม่จำเป็น

คำสำคัญ:

ก้อนที่คอ, การตรวจพิเศษ

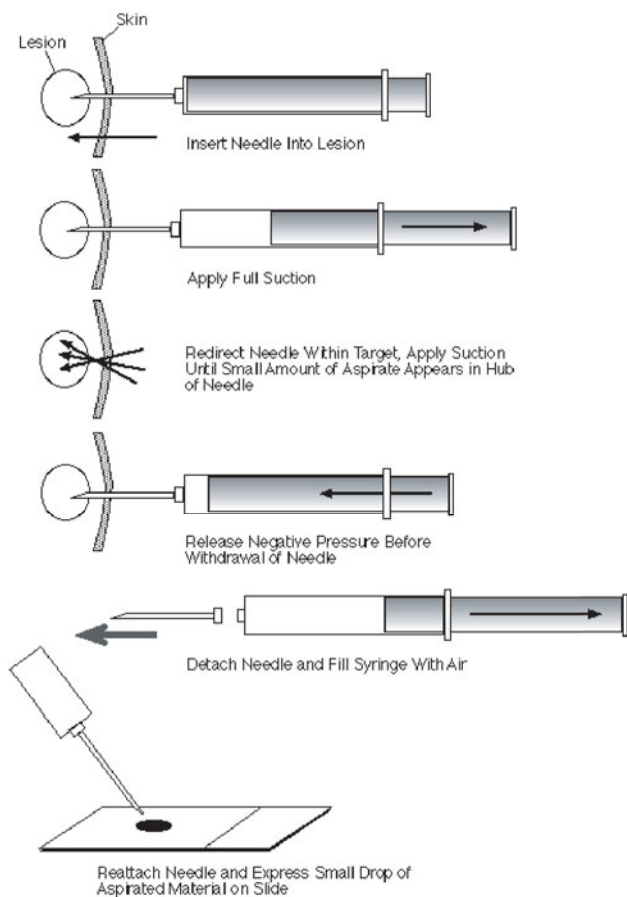
บทนำ

ก้อนที่คอเป็นปัญหาที่พบบ่อยเป็นอันดับต้น ๆ ของผู้ป่วยหูคอจมูก ผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีมีสาเหตุจากการติดเชื้อของต่อม้ำน้ำเหลืองมากกว่าร้อยละ 95⁽¹⁾ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 40 ปีมากกว่าร้อยละ 50 เกิดจากมะเร็ง^(1,2) การวินิจฉัยแยกโรคต้องอาศัยการซักประวัติและการตรวจร่างกายอย่างละเอียด โดยเฉพาะการตรวจบริเวณศีรษะและลำคอ ซึ่งจะสามารถระบุสาเหตุได้ถึงร้อยละ 64⁽³⁾ ถ้ายังไม่สามารถระบุสาเหตุได้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกจัดเป็น neck mass unknown primary ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการตรวจพิเศษเพิ่มเติมได้แก่

1. FNAB (Fine Needle Aspiration Biopsy) ใช้เข็มขนาด 22-27 เจาะดูดเนื้อเยื่อจากบริเวณก้อน เพื่อนำไปตรวจทางเซลล์วิทยา (cytology) เป็นวิธีที่ง่ายปลอดภัย และประหยัดทำได้ในห้องตรวจผู้ป่วยนอก ไม่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง และไม่ทำให้การพยากรณ์โรคแยลง⁽⁴⁾ มีความแม่นยำสูง (accuracy rate มากกว่า 80%)⁽⁴⁻⁶⁾ (รูปที่ 1)

2. open biopsy (incisional or excisional biopsy) ได้ผลการตรวจชิ้นเนื้อที่แน่นอน แต่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อของบาดแผล ทำให้การตรวจวินิจฉัยต่อไปยุ่งยากมากขึ้น อาจทำให้เกิดการแพร่กระจายของ

Aspiration of Palpable Masses



รูปที่ 1 Fine needle aspiration biopsy จาก <http://www.uihealthcare.com/news/currents/vol3issue2/04fineneedleaspiration.html>

ก้อนมะเร็ง (tumor seeding and distant metastasis) ทำให้การพยากรณ์ของโรคแย่ลง และเพิ่มอัตราการเกิดเป็นซ้ำ (recurrence rate)^(6,14)

3. CT scan (Computed Tomography) ลักษณะเฉพาะของมะเร็งได้แก่ extranodal (extracapsular) tumor extension หรือ great vessel or bony involvement⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในการตรวจหาต่อมน้ำเหลืองขนาดเล็กที่คลำไม่พบ หรือหาตำแหน่งของมะเร็งต้นกำเนิด (primary tumor)⁽⁷⁾

4. Panendoscopy (with or without guided biopsy or random biopsy) เนื่องจากร้อยละ 90 ของ

metastases squamous cell carcinoma ของต่อมน้ำเหลืองที่คอแพร่กระจายมาจากบริเวณคีระและลำคอ^(8,13) (รูปที่ 2) จึงควรตรวจเยื่อเมือก (mucosa) โดยละเอียด และ biopsy บริเวณที่สงสัยจาก CT scan (guided biopsy) หรือ biopsy จากบริเวณที่มักพบมะเร็งบ่อย ๆ ได้แก่ nasopharynx, tonsils, base of tongue และ pyriform sinus (random biopsy)^(9,10)

5. การตรวจอื่น ๆ ได้แก่ chest X-ray, ultrasonography, radionuclide scanning, MRI, arteriography, sialography, PET scan⁽¹⁰⁾

รายงานนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาทบทวนการดูแลผู้ป่วย neck node unknown primary ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีในโรงพยาบาลนครพิงค์ และทบทวนรายงานวรรณกรรมในต่างประเทศ เพื่อปรับปรุงและนำเสนอแนวทางในการตรวจวินิจฉัย และรักษาที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการตรวจที่ไม่จำเป็น ไม่คุ้มค่า และมีความเสี่ยงสูง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากเวชระเบียนของผู้ป่วยอายุมากกว่า 40 ปีจำนวน 72 คนที่มาตรวจที่กลุ่มงานหูคอจมูก โรงพยาบาลนครพิงค์ตั้งแต่เดือนมกราคม 2548 ถึง ธันวาคม 2550 ด้วยอาการก้อนที่คอโดยไม่สามารถระบุสาเหตุได้จากการซักประวัติ และตรวจร่างกายโดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจ FNAB เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาต่อไปดังนี้

1. ถ้าผลการตรวจ FNAB เป็น squamous cell carcinoma ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจ CT scan บริเวณคีระและลำคอ ร่วมกับการตรวจ panendoscopy และบางรายจะทำ guided biopsy ถ้าพบมะเร็งเริ่มต้นจาก CT scan 4
2. ถ้าผลการตรวจ FNAB เป็น lymphoma จะยืนยันผลการตรวจต่อไปด้วย open biopsy
3. ถ้าผลการตรวจ FNAB เป็น infection ผู้ป่วยจะได้รับการยาปฏิชีวนะ
4. ถ้าผลการตรวจ FNAB เป็น granulomatous

inflammation จะส่งผู้ป่วยปรึกษาแพนกออายุรกรรม เพื่อรักษาวัณโรคต่อมน้ำเหลือง

5. ถ้าผลการตรวจ FNAB เป็น cystic หรือ uncertainty หรือ no malignancy ผู้ป่วยจะได้รับการทำ excisional biopsy (รูปที่ 3)

ผลการศึกษา

สามารถแบ่งผู้ป่วยตามผลการตรวจ FNAB 72 ราย เป็น 5 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 squamous cell carcinoma 16 ราย (22.22%) ผล CT scan ผู้ป่วย 2 รายพบมะเร็งต้นกำเนิดที่ nasopharynx และอีก 1 รายพบที่ pyriform sinus ทั้ง 3 รายยืนยันผลการตรวจชิ้นเนื้อโดย panendoscopy with guided biopsy ผู้ป่วยที่เหลือไม่พบมะเร็งต้นกำเนิดจากการทำ panendoscopy ผล CT scan อีก 5 รายพบต่อมน้ำเหลืองขนาดเล็กที่ตรวจไม่พบจากการตรวจร่างกาย

กลุ่มที่ 2 lymphoma 13 ราย (18.05%)

กลุ่มที่ 3 infection 14 ราย (19.44%)

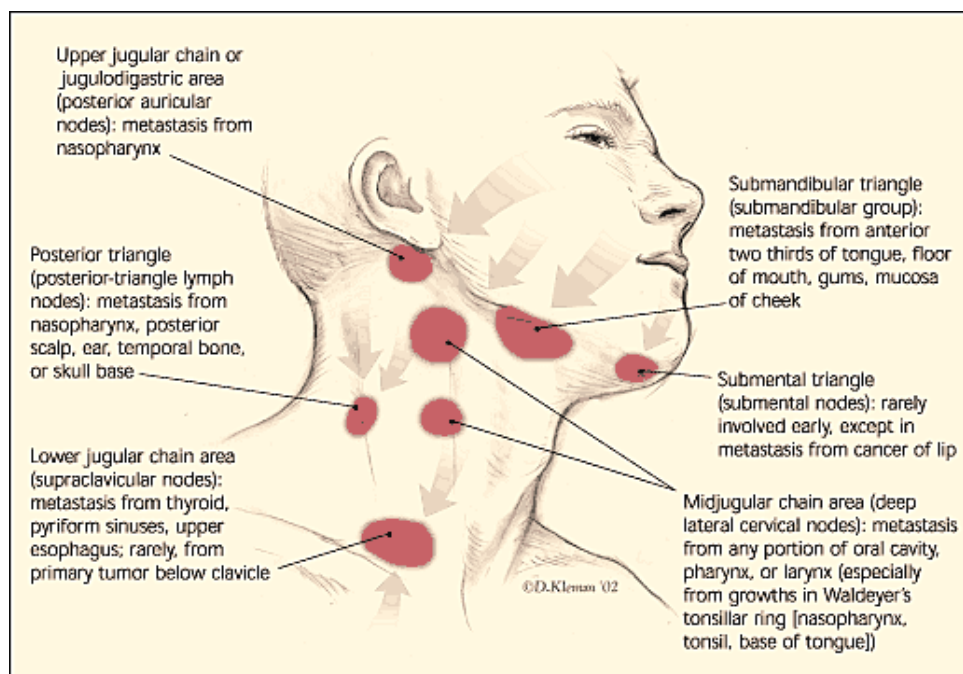
กลุ่มที่ 4 granulomatous inflammation 8 ราย (11.11%)

กลุ่มที่ 5 cystic or no malignancy 21 ราย (29.16%) ทุกรายทำ excisional biopsy พบ branchial cleft cyst 5 ราย, reactive hyperplasia 9 ราย, lipoma in muscle 1 ราย, thyroglossal duct cyst 2 ราย⁽⁵⁾

วิจารณ์

Neck mass unknown primary ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 40 ปีต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว เนื่องจากสาเหตุเกิดจากมะเร็งมากกว่าร้อยละ 50^(1,2) ซึ่งมากกว่าในการศึกษาอื่นซึ่งพบร้อยละ 40.27 (squamous cell carcinoma 22.22% + lymphoma 18.05%)

CT scan พบมะเร็งต้นกำเนิด 3 ราย (nasopharynx 2 ราย, pyriform sinus 1 ราย) พบต่อมน้ำเหลือง



รูปที่ 2 ตำแหน่งของต่อมน้ำเหลือง และการแพร่กระจายของมะเร็งไปต่อมน้ำเหลือง (จาก American Family Physician 2002; 66⁽⁵⁾)

ขนาดเล็กที่คลำไม่พบ 5 ราย แต่ไม่พบลักษณะเฉพาะของมะเร็ง (vessel and bony involvement)⁽¹⁰⁾ ดังนั้นไม่ควรใช้ CT scan ในการแยกมะเร็งจากเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง แต่ควรทำ CT scan เพื่อค้นหามะเร็งต้นกำเนิด และต่อมน้ำเหลืองขนาดเล็ก

Panendoscopy ไม่พบมะเร็งต้นกำเนิดเลย แต่ทำ CT scan guided biopsy พบมะเร็งต้นกำเนิด 3 ราย panendoscopy ควรทำในผู้ป่วย squamous cell carcinoma ภายหลัง CT scan ทุกราย เพื่อหามะเร็งต้นกำเนิด⁽¹⁵⁾

panendoscope with random biopsy มีประโยชน์น้อย Mcguirt⁽¹⁰⁾ แนะนำให้ทำ guided biopsy โดยอาศัยตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองร่วมกับความรู้เรื่องการแพร่กระจายของมะเร็งไปต่อมน้ำเหลือง (รูปที่ 2)

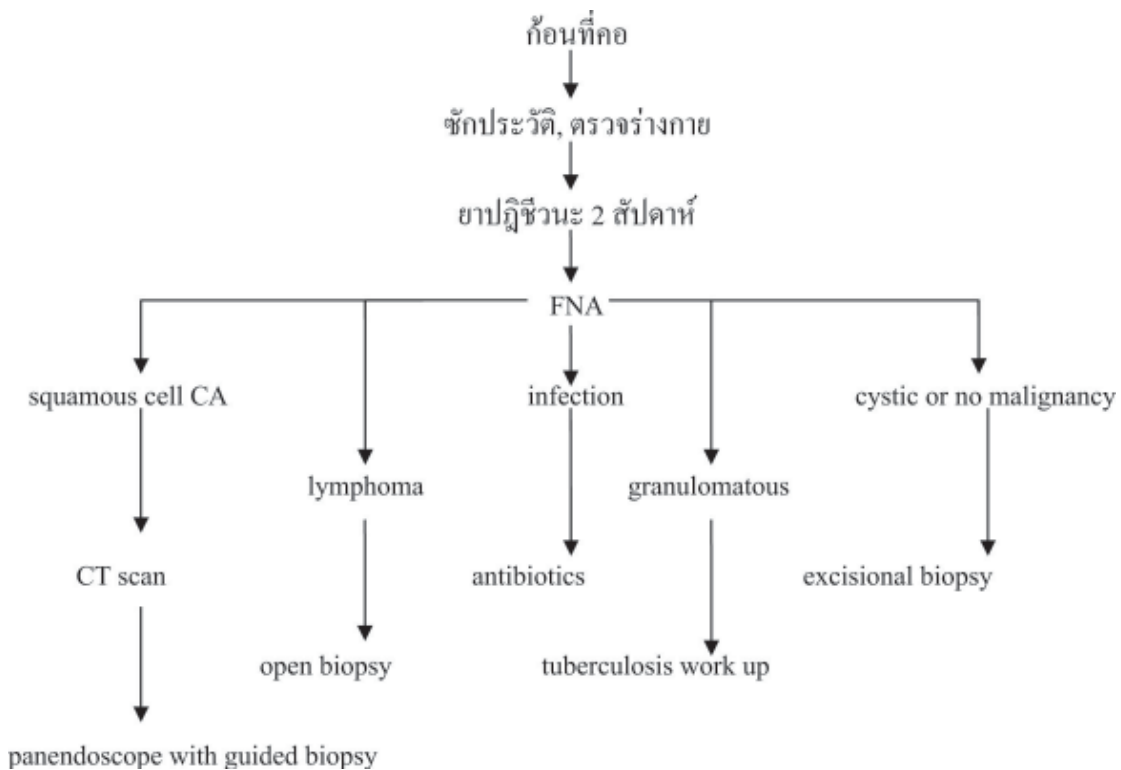
พบ infection 14% McGuirt⁽¹⁰⁾ แนะนำให้

ทดลองใช้ยาปฏิชีวนะ 2 สัปดาห์ก่อนที่จะตรวจพิเศษอื่น ๆ ถ้าก้อนเนื้อไม่ยุบลง⁽⁶⁾

พบ ถุงน้ำ (Cyst) 7 ราย ทุกรายได้รับการทำ excisional biopsy เนื่องจาก มีรายงานการตรวจ FNAB ไม่สามารถตรวจพบมะเร็งที่เป็นถุงน้ำได้^(11,12) เนื่องจากเซลล์มีจำนวนน้อย แต่ FNAB ยังมีประโยชน์ในการแยกถุงน้ำออกจากก้อนแข็ง

ข้อยุติ

1. ในการดูแลผู้ป่วย Neck mass unknown primary ที่มีอายุเกิน 40 ปี ต้องคิดว่าเกิดจากมะเร็งจนกว่าจะพิสูจน์ว่าไม่ใช่
2. FNAB มีประโยชน์มากในการวินิจฉัย และวางแผนการรักษาต่อไป จึงควรเป็นการตรวจแรกเสมอ
3. แนวทางการตรวจวินิจฉัย และดูแลผู้ป่วย



รูปที่ 3 ขั้นตอนการตรวจของผู้ป่วยก้อนที่คอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หู คอ จมูก โรงพยาบาลนครพิงค์
ทุกท่านที่ช่วยบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนอย่างละเอียด
จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

- Delliam D. Mass in the neck. *MMW Fortschr Med* 2005; 147: 26-30.
- Lee SG, Helmus C. Cervical lymph node biopsy. *Mich Med* 1970; 69:581.
- Barakat M, Flood LM, Oswald VH, Ruckley RW. The management of a neck mass: presenting feature of an asymptomatic head and neck primary malignancy?. *Ann R Coll Surg Engl* 1987; 64:181- 4.
- Miyauchi A, Takai S, Morimoto S. Fine needle aspiration of neck tumor. Application of cytological, bacteriological and hormonal examinations. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 1983; 84:667-73.
- Carroll CM, Nazeer U, Timon CL. The accuracy of fine-needle aspiration biopsy in the diagnosis of head and neck masses. *Ir J Med Sci* 1998; 167:149-51.
- Young JE, Archibald SD, Shier KJ. Needle aspiration cytologic biopsy in head and neck masses. *Am J Surg* 1981; 142:484-9.
- Mancuso AA, Dillon WP. The neck. *Radiol Clin North Am* 1989; 27:407-34.
- Issing WJ, Talebun B, Tauber S. Diagnosis and management of carcinoma of unknown primary in head and neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003; 260:436-43.
- Suen JY, Stern SJ. Cancer of the neck. In: Mayers EN, Suen JY, editors. *Cancer of the head and neck*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1996. p. 462-84.
- McGuirt WF Sr. Differential diagnosis of neck mass. In: Cummings CW, Fredrichson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, Richardson MA, editors. *Otolaryngology head and neck surgery*. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1998. p. 1686-99.
- Makowska W, Bogacka-Zatorska E, Waloryszak B. Difficulties in the aspiration cytodiagnosis of the neck tumors. *Otolaryngol Pol* 1995; 49: 291.
- Gourin CG, Johnson JT. Incidence of unsuspected metastases in lateral cervical cysts. *Laryngoscope* 2000; 110:1637-41.
- Johnson JT, Newman RK. The anatomic location of neck metastasis from occult squamous cell carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1981; 89(1):54-8.
- Kleid S, Millar HS. The case against open neck biopsy. *Aust N Z J Surg* 1993; 63(9):678-9.
- Samson MJ, Metson R, Wang CC, Montgomery WW. Preservation of the facial nerve in the management of recurrent pleomorphic adenoma. *Laryngoscope* 1991; 101:1060-2.

Abstract Adult Neck Mass: Investigations

Tawee Tanupabrungrun

Department of Nakornping Hospital

Journal of Health Science 2008; 17:510-4.

Most neck masses of patients over 40 years old were susceptible to malignancy. Good history taking and repeated physical examination were the two most important tools. If a diagnosis was not able to make, special tests were necessary. In all 72 patients attended at Nakornping hospital between the years 2005-2007 were grouped by fine needle aspiration biopsy-FNAB for further investigation and treatment. Squamous cell carcinoma was identified by FNAB in 16 patients and their origins were further located by CT scan in 3 cases and 5 more cases by panendoscopy with guided biopsy. FNAB was effective, safe and reduced the cost of unnecessary investigation.

Key words: Neck mass unknown primary, fine needle aspiration biopsy