

02



บทวิทยานิพนธ์

เอ็กซัตราโนดอลนอนฮอดจ์กินลิมโฟมา (ฮิสทิโอไซติกลิมโฟมา) : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

Extranodal non-Hodgkin's lymphoma
(Histiocytic Lymphoma) : Report of a case

สรสันท์ รังสิยานนท์

กิติ ศิริวัฒน์

Extranodal non-Hodgkin's lymphoma (Histiocytic Lymphoma) : Report of a case

*Sorasun Rungsiyanont**

*Kiti Siriwatana***

Abstract

Lymphoma is one of major serious diseases caused from malignant alteration of the cellular immunity and histiocyte. The organs affected are lymphatic system tissues, spleen and tonsils. The lymphomas are classified into 2 types by the histopathological features which are Hodgkin's lymphoma and non-Hodgkin's lymphoma. But if classified by clinical appearances, there are nodal and extranodal types. The nodal type, the lesion is located in the lymph node while the other type is in other lymphoid organs. The oral manifestations of the lymphoma are gingival and periodontal swelling like in the periodontal diseases. In some cases, there are evidence of alveolar bone destruction presents accompanied by cervical lymph node swelling. Because of its clinical appearances which are similar to the periodontal diseases, thus the diseases can be misdiagnosed by the dentists. This article informs the general informations of the lymphoma and the clinical considerations for the dentists to remind and recognize when they have to treat the patients.

Key words : Extranodal lymphoma, histiocyte

* Oral and Maxillofacial and Oral Medicine Department, Faculty of Dentistry Srinakarinwirot University, Bangkok Thailand Email:Peted2000@hotmail.com
** Oral and Maxillofacial and Oral Medicine Department, Faculty of Dentistry Srinakarinwirot University, Bangkok Thailand, E-mail:Kitisiri@hotmail.com

เอ็กซ์ตราโนดอลนอนฮอดจิกินลิโพมา (ฮิสทีโอซิติกลิโพมา) : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

สรสนเทศ รังสิยานนท์*

กิติ ศิริวัฒน์**

บทคัดย่อ

ลิโพมา หมายถึง กลุ่มของโรคซึ่งเกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติอย่างร้ายแรงของกลุ่มเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันและฮิสทีโอไซด์ อวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์เหล่านี้มักจะเป็นพวกที่มีกำเนิดเกี่ยวข้องกับระบบดังกล่าว เช่นต่อมน้ำเหลือง ม้าม ทอนซิล เป็นต้น จากการแบ่งชนิดของลิโพมาด้วยลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาสามารถแบ่งออกได้เป็นชนิดฮอดจิกินและนอนฮอดจิกิน โดยดูจากการเพิ่มจำนวนอย่างผิดปกติของเซลล์ในระยะใดระยะหนึ่งของลิโพไซโตรวมไปถึงฮิสทีโอไซด์ และถ้าแบ่งตามลักษณะทางคลินิกจะแบ่งออกได้เป็นแบบโนดอลคือเกิดความผิดปกติขึ้นที่ต่อมน้ำเหลืองและเอ็กซ์ตราโนดอลคือเกิดขึ้นที่อวัยวะอื่นๆ ลักษณะอาการแสดงในช่องปากของผู้ป่วยลิโพมาโดยทั่วไปคือ ผู้ป่วยอาจมีอาการบวมของเหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์ ทำให้ดูมีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบ ในบางรายจะพบมีการทำลายของกระดูกเบ้าฟัน รวมทั้งอาจพบมีการบวมอักเสบของต่อมน้ำเหลืองเช่นที่คอทำให้ทันตแพทย์ผู้รักษาเกิดความสับสนและให้การวินิจฉัยที่ผิดพลาดได้ รายงานผู้ป่วยรายนี้ได้กล่าวถึงความรู้พื้นฐานทั่วไปรวมทั้งลักษณะแสดงทางคลินิกของโรคนี้เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจของโรคมมากขึ้น

คำรหัส เอ็กซ์ตราโนดอลลิโพมา ฮิสทีโอไซด์

* ภาควิชาศัลยศาสตร์และเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ E-mail:Peted2000@hotmail.com

** ภาควิชาศัลยศาสตร์และเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ E-mail:Kitisiri@hotmail.com

เอ็กซตราเบดอลนอนออกจิกินลิบโฟมา (ฮิสทิโอไซติกลิบโฟมา) : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ลิบโฟมา (Lymphoma) หมายถึง กลุ่มของโรค ซึ่งเกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติอย่างร้ายแรง (malignant proliferation) ของกลุ่มเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับระบบเซลล์ภูมิคุ้มกัน (immunity cell) และฮิสทิโอไซต์ (histiocyte) อวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์เหล่านี้มักจะเป็นพวกที่มีกำเนิดเกี่ยวข้องกับระบบดังกล่าว เช่น ต่อม้ำเหลือง ม้าม ทอนซิล เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามอาจจะพบความผิดปกติได้ในอวัยวะอื่นๆ อีก เช่น ที่ไขกระดูก ตับและระบบประสาท เป็นต้น^{1,2}

การเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ในระบบนี้ยังทำให้เกิดโรครุนแรงได้อีกหลายชนิด เช่น ลิมโฟไซติก ลิวคีเมียเรื้อรัง (chronic lymphocytic leukemia) หรือ ลิมโฟบลาสติก ลิวคีเมียเฉียบพลัน (acute lymphoblastic leukemia) เป็นต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคเหล่านี้มีพยาธิกำเนิดและลักษณะของเซลล์ที่มีความผิดปกติคล้ายคลึงกับลิบโฟมา จึงมีผู้เรียกโรคเหล่านี้รวมกันว่า ลิมโฟโพรลิเฟอเรทีฟดิสออเดอร์ (lymphoproliferative disorders)³ ส่วนการแยกโรคเหล่านี้ ออกจากกันนั้นจำเป็นต้องอาศัยหลักใหญ่ๆ ดังนี้คือ^{3,4} ตำแหน่งและพยาธิสภาพที่เกิดเซลล์มะเร็งขึ้น อาการแสดงทางคลินิกและสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการดำเนินของโรคหน้าที่และลักษณะเฉพาะของเซลล์มะเร็งที่พบในแต่ละโรค

ตำแหน่งและพยาธิสภาพของอวัยวะที่เกิดมะเร็ง ในระยะเริ่มต้นนั้นมีความสำคัญมากที่จะช่วยแยก ลิมโฟมาออกจากลิวคีเมีย โดยทั่วไปลิบโฟมานั้นเริ่มต้นเกิดที่อวัยวะนอกไขกระดูกก่อน เมื่อโรคมีการลุกลามมากขึ้น จึงมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่ไขกระดูก สำหรับลิวคีเมีย พยาธิสภาพมักเกิดขึ้นที่ไขกระดูกก่อนแล้วจึงลุกลามตามกระแสเลือดไปอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย อย่างไรก็ตาม ในระยะสุดท้ายของลิบโฟมา ซึ่งมีการลุกลามเข้าไขกระดูกมากแล้ว และพบความผิดปกติได้ในกระแส

เลือด จะเรียกว่า ลิวคีเมียทรานส์ฟอร์เมชัน (leukemia transformation) ซึ่งในระยะนี้ยากต่อการแยกออกจาก ลิวคีเมีย การพิจารณาแยกโรคต้องอาศัยอาการแสดง ทั้งด้านคลินิก การดำเนินของโรค ตลอดจนการตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูลักษณะเฉพาะของเซลล์มะเร็ง

อาการแสดงทางคลินิกและพยาธิสภาพอื่นในผู้ป่วย ลิมโฟมานั้นมีความแตกต่างกันมากในแต่ละบุคคล เนื่องจากระยะของเซลล์เนื้องอกอยู่ในระยะที่แตกต่างกัน รวมถึงอวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพต่างตำแหน่งกันสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดความแตกต่างกันทางคลินิกในผู้ป่วยแต่ละราย รวมไปถึงการดำเนินของโรค การให้การรักษา และการพยากรณ์โรคด้วย ในปัจจุบัน การแบ่งลักษณะของลิบโฟมา สามารถแบ่งออกได้หลายชนิดขึ้นกับว่ายึดตามหลักเกณฑ์ใด โดยทั่วไปสามารถแบ่งประเภทของลิบโฟมาได้กว้างๆ ตามหลักเกณฑ์ดังนี้^{5,6}

1. แบ่งตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา (Histologic classification) หรือตามลักษณะของกลุ่มเซลล์ที่ตรวจพบทางจุลพยาธิวิทยา
 2. แบ่งตามหน้าที่ (Functional classification) ของเซลล์เนื้องอก ซึ่งสามารถบอกได้ถึงต้นกำเนิดของเซลล์เนื้องอก โดยพยายามนำหน้าที่มาสัมพันธ์กับรูปวิทยาของเซลล์ (morphology) และการศึกษาทางเซลล์เคมี (cytochemical studies) อื่นๆ
 3. แบ่งตามระยะของโรค (Staging classification) โดยอาศัยลักษณะและอาการแสดงทางคลินิกมาประกอบกับลักษณะความรุนแรงของเซลล์เนื้องอก
- การใช้หลักเกณฑ์ตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา โดยอาศัยลักษณะของเซลล์มะเร็งที่ลุกลามและทำลายอวัยวะน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นที่อยู่ข้างเคียง ทำให้สามารถแบ่งลิบโฟมาออกได้เป็น 2 ชนิด คือ ฮอดจกิ้น และนอนฮอดจกิ้น (Hodgkin's and Non - Hodgkin's disease) ซึ่งนอกจากจะยึดตามชนิดของเซลล์มะเร็ง

ซึ่งประกอบด้วยเซลล์มะเร็งที่มีลักษณะพิเศษที่เรียกว่า ริด สเตอ์นเบิร์ก เซลล์ (Reed-Sternberg cell) แล้ว ยังมีเซลล์อื่นๆที่ไม่ใช่เซลล์มะเร็งปะปนอยู่ในก้อนมะเร็ง เป็นจำนวนมาก

ลิมโฟมาชนิดนอนฮอดจกิน (Non - Hodgkin's Lymphoma, NHL) เกิดจากการเพิ่มจำนวนอย่างผิดปกติของเซลล์ในระยะใดระยะหนึ่งของลิมโฟไซต์รวมไปถึงฮิสทีโอไซต์^{7,8} โดยถ้าเซลล์มะเร็งมีขนาดและลักษณะเหมือนกับลิมโฟไซต์ปกติเรียกว่าเวลล์ดิฟเฟอเรนทิเอต-เต็ด ลิมโฟไซต์ิก ลิมโฟมา (well-differentiated lymphocytic lymphoma) ถ้าเซลล์มะเร็งคล้ายกับลิมโฟไซต์แต่นิวเคลียสมีรอยหยัก เรียกว่า พัวลี ดิฟเฟอเรนทิเอตเต็ด ลิมโฟไซต์ิก ลิมโฟมา (poorly-differentiated lymphocytic lymphoma) ถ้าเซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีขนาดใหญ่ มีไซโทพลาสซึมมากคล้ายกับฮิสทีโอไซต์ จะเรียกว่า ฮิสทีโอไซต์ิกส์ลิมโฟมา (histiocytic lymphoma) ถ้ากลุ่มเซลล์อยู่รวมกันเป็นกลุ่มก้อนกลมเรียกว่ารูปแบบกลุ่ม หรือ ฟอลลิเคิล (nodular or follicular pattern) หรือถ้ากลุ่มเซลล์อยู่กระจายทั่วไป เรียกว่ารูปแบบกระจาย (diffuse pattern) และถ้าตำแหน่งของการเกิดมะเร็งเป็นแบบเกิดขึ้น ครั้งแรกที่อวัยวะนอกเหนือจากต่อมน้ำเหลือง จะเรียกว่า เอ็กซตรานอดูลาร์ ลิมโฟมา (extranodular lymphoma) เป็นต้น^{9,10,11,12}

ผู้ป่วยชนิดนอนฮอดจกินลิมโฟมาจะมีลักษณะแสดงทางคลินิกคือ มีต่อมน้ำเหลืองโตเฉพาะที่ หรือโตทั่วร่างกาย ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยพบวาร์รอยโรคแห่งแรกเป็นนอกต่อมน้ำเหลือง¹³ ต่อมน้ำเหลืองที่โตมักไม่มีอาการปวดหรือกดเจ็บ และมักมีขนาดโตมาก ซึ่งต่างจากต่อมน้ำเหลืองที่โตขึ้นจากผลของการติดเชื้อหรือการอักเสบที่ขนาดมักจะไม่โตแต่กดเจ็บ

ลักษณะของการแพร่กระจายของโรคจะลุกลามจากต่อมน้ำเหลืองต่อมใดต่อมหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งไปสู่ต่อมน้ำเหลืองในบริเวณอื่นๆ จากนั้นจะแพร่กระจายไปที่ม้าม ตับและไขกระดูก บางรายจะแพร่เข้าสู่กระแสเลือดได้ทำให้ลักษณะอาการของโรคมักมีลักษณะคล้าย ลิวคีเมีย ซึ่งในรายเหล่านี้ต่อมน้ำเหลืองทั่วร่างกาย

มักจะเต็มไปด้วยเซลล์มะเร็ง อาจไม่สามารถแยกจากการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาได้ว่าผู้ป่วยเป็นลิมโฟมาแล้ว แพร่กระจายไปสู่ไขกระดูกและกระแสเลือด หรือเป็น ลิวคีเมียที่มีการแพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง

ลักษณะอาการแสดงในช่องปากของผู้ป่วยลิมโฟมา โดยทั่วไป^{4,15} คือ ผู้ป่วยอาจมีอาการบวมของเหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์ ทำให้ดูมีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบ ในบางรายจะพบมีการทำลายของกระดูกเบ้าฟัน รวมทั้งอาจพบมีการบวมอักเสบของต่อมน้ำเหลือง เช่น ที่คอ เป็นต้น ทำให้ทันตแพทย์ผู้รักษาเกิดความสับสนและให้การวินิจฉัยที่ผิดพลาดได้

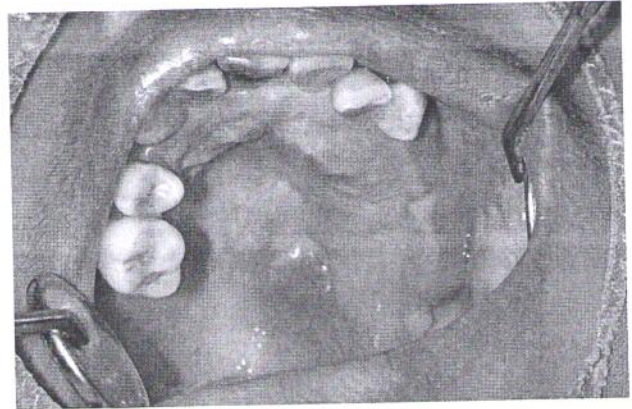
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 55 ปี ถูกส่งต่อเพื่อมารับการรักษาที่ภาควิชาศัลยศาสตร์และเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ด้วยปัญหาอาการปวดบวมที่บริเวณข้างจมูกซ้ายไปจนถึงใต้ตาซ้ายและ เหงือกบริเวณฟันบนซ้าย จากการถามประวัติผู้ป่วยให้ประวัติว่าประมาณ 2 สัปดาห์ก่อนรู้สึกมีอาการปวดในช่องปากบริเวณฟันบนทางด้านซ้าย จึงได้ไปพบทันตแพทย์ที่คลินิกเอกชนใกล้บ้าน เบื้องต้นทันตแพทย์ผู้ทำการรักษาให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคปริทันต์อักเสบ (periodontitis) และได้ทำการรักษาโดยการเกลารากฟันและซูดหินน้ำลายที่ฟันหน้าบนทางด้านซ้าย จากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์ภายหลังการรักษาผู้ป่วยรู้สึกว่าการปวดยังไม่ดีขึ้น จึงไปพบกับทันตแพทย์อีกคลินิกหนึ่ง ซึ่งให้การวินิจฉัยว่าเป็นฝีปริทันต์ (periodontal abscess) จากฟันกรามบนซี่สุดท้าย จึงทำการถอนฟันซี่ดังกล่าวออกพร้อมกับจ่ายยาปฏิชีวนะ ชนิดอะม็อกซิซิลิน และเมโทรนิดาโซล (Amoxicillin and Metronidazole) ให้แก่ผู้ป่วย หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ภายหลังการถอนฟันผู้ป่วยรู้สึกว่าการบวมเป็นมากขึ้น โดยเฉพาะด้านข้างปีกจมูก ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษาจึงส่งตัวผู้ป่วยมาทำการรักษาต่อที่ภาควิชาศัลยศาสตร์และเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จากการตรวจภายนอกช่องปากพบผู้ป่วยมีอาการบวมที่บริเวณด้านข้างจมูกทางด้านซ้าย

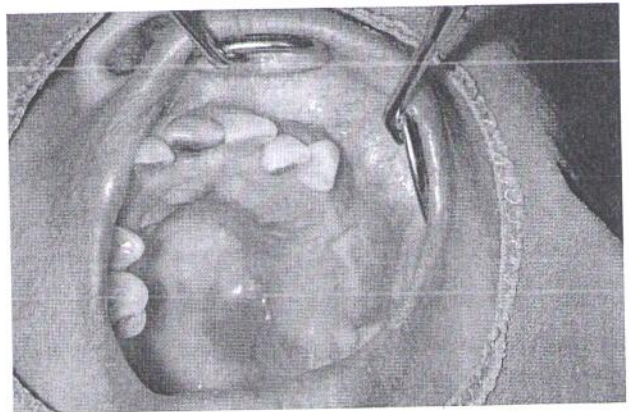


ภาพที่ 1 ภาพแสดงการบวมที่บริเวณด้านข้างจมูกทางด้านซ้ายไปจนถึงใต้ตาซ้าย (ศรชี้)
Fig. 1 Show the swelling of the left nasal area to the lower left infraorbital region (Arrow)

ไปถึงใต้ตาซ้าย (รูปที่ 1) กัดเจ็บเล็กน้อย กดนุ่ม และมีอาการชาที่บริเวณดังกล่าวด้วย คลำไม่พบความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณลำคอ ภายในช่องปากพบมีอาการบวมที่บริเวณโพรงหน้าด้านข้างแก้ม และเหงือกของฟันเขี้ยวบนทางด้านซ้ายไปทางด้านหลังจนถึงบริเวณฟันกรามบนซี่ที่สอง ฟันกรามน้อยและฟันกรามบนทางด้านซ้ายถูกถอนไปนานแล้ว (รูปที่ 2) ส่วนฟันกรามบนซี่สุดท้ายยังเห็นเป็นแผลถอนฟันอยู่บริเวณเพดานแข็งด้านหลังซ้าย และบริเวณเพดานอ่อน ทางด้านซ้ายมีอาการบวม กดนุ่ม เจ็บเล็กน้อย (รูปที่ 3) จากภาพรังสี



ภาพที่ 2 ภาพแสดงภายในช่องปาก แสดงให้เห็นว่าฟันกรามน้อยและฟันกรามใหญ่บนทางด้านซ้ายของผู้ป่วยได้ถูกถอนออกไป
Fig. 2 Intraoral view show the upper left permanent 1st and 2nd premolar and 1st molar was extracted



ภาพที่ 3 ภาพแสดงการบวมตั้งแต่ฟันซี่ # 22 ไปจนถึงเพดานอ่อนทางด้านซ้าย กดนุ่มและกัดเจ็บเล็กน้อย
Fig. 3 Show the soft and tender swelling from the upper left lateral incisor to the left area of the soft palate

ชนิดเอกโทพานoramik วอเตอส์วิว และฟิล์ม ด้านบดเคี้ยว (panoramic, Water's view, occlusal film) ไม่พบลักษณะการทำลายของกระดูกหรือความผิดปกติอย่างอื่น จากนั้นได้ทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ ด้วยลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาที่บริเวณรอยต่อเยื่อเมือก ด้านข้างแก้มและเหงือกของฟันเขี้ยวและฟันกรามน้อยบนทางด้านซ้าย (รูปที่ 4) ซึ่งผลการตรวจลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น เอ็กซ์ตราโนดอลนอนฮอดจ์กินลิมโฟมา, ฮิสติโอไซติกลิมโฟมา (รูปที่ 5)



ภาพที่ 4 แสดงลักษณะทางกายวิภาคของชิ้นเนื้อที่ตัดมาจากบริเวณรอยต่อเยื่อเมือกด้านข้างแก้มและเหงือกบริเวณฟันเขี้ยวซ้ายบนต่อกับฟันกรามน้อยซ้ายบน

Fig. 4 Show the gross biopsy specimen from the left buccal vestibule and gingiva of the upper left permanent canine to the 1st premolar area



ภาพที่ 5 แสดงลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาที่แสดงให้เห็นถึงการมีเซลล์ชนิดลิมโฟไซต์ที่ผิดปกติ ร่วมกับพบมีเซลล์ฮิสทีโอไซต์ปะปนอยู่มากมาย

Fig. 5 Show histopathologic appearance of the specimen which demonstrates the abnormal lymphocytes and histiocytes infiltration (H+E staining x 400)

หลังจากทราบผลการวินิจฉัยแล้วได้ส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อกับผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง (oncologist) ในโรงพยาบาลซึ่งผู้ป่วยมีบัตรประกันสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายเพิ่มเติมเพื่อดูการลุกลามและขอบเขตของรอยโรคโดยได้รับการถ่ายภาพรังสีด้วยระบบคอมพิวเตอร์ (computerized tomography, CT) การถ่ายภาพรังสีด้วยระบบพลังงานสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging, MRI) และการทำไบอัสแกน (bone scan) รวมทั้งทำการย้อมพิเศษด้วย

วิธีทางอิมมูโนฮิสโตเคมี (immuno histochemical staining) เพื่อได้การวินิจฉัยที่แน่ชัดอีกครั้งของโรค หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดด้วย CHOP (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisolone) เบื้องต้นจำนวน 6 ครั้งและให้เพิ่มเติมอีก 2 ครั้ง ภายหลังได้รับยาครั้งสุดท้ายนาน 1 เดือน จากนั้นผู้ป่วยได้รับการฉายแสงทุกวันอีกจำนวน 18 ครั้ง รวมเวลารักษาทั้งสิ้น 11 เดือน ก่อนได้รับการตรวจด้วยการถ่ายภาพรังสีชนิดต่างๆ อย่างละเอียดอีกครั้งเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีการลุกลามหรือหลงเหลือของรอยโรคหรือยังมีการแพร่กระจายของโรคอยู่ ซึ่งภายหลังกการรักษาดังกล่าวพบว่าอาการบวมของรอยโรคและอาการปวดของผู้ป่วยได้หายไปเป็นปกติ โดยยังไม่พบการหลงเหลือของรอยโรคและการลุกลามของเนื้องอกไปยังอวัยวะอื่นๆ อีก

บทวิจารณ์และสรุปผล

จากการรายงานเกี่ยวกับสถิติของโรคลิมโฟมาในประเทศไทยพบว่า 92.1% เป็นลิมโฟมาชนิดนอนฮอดจ์กิน ในขณะที่เหลืออีก 7.9% เป็นชนิดฮอดจ์กิน¹⁶ หนึ่งในสี่ของลิมโฟมา ชนิดนอนฮอดจ์กิน จะพบว่าเกิดภายนอกต่อมน้ำเหลือง^{17,18} และโดยการเกิดภายนอกต่อมน้ำเหลืองเช่นนี้มักพบที่บริเวณศีรษะและลำคอโดยตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ต่อมทอนซิล¹⁷ วิธีการรักษานั้นขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็งเป็นหลัก โดยได้จากการตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการเช่นการใช้เทคนิคทางอิมมูโนฮิสโตเคมีร่วมกับการพิจารณาถึงระยะการลุกลามของโรคทางคลินิก¹⁹

ลักษณะทางคลินิกที่พบได้เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ อาการบวมหรือพบบวมก้อนเนื้อ อาการปวดการกลืนลำบาก¹⁷ อาจพบบวมหรือพบบวมที่คอกลางคินน้ำหนักลด รุจุมูกอดตัน (nasal obstruction) อาการชาและหากเกิดภายในบริเวณช่องปากและลำคอจะทำให้ทันตแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย อาจมีความสับสนกับโรคที่เกิดจากฟันชนิดอื่นๆ ได้ พบว่าโดยทั่วไปจะสามารถให้การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องเฉลี่ยแล้ว 10 สัปดาห์ ภายหลังกการปรากฏรอยโรคครั้งแรกในผู้ป่วย²⁰ และจากเหตุผล

ดังกล่าวจึงพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยจะได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมและตรงสาเหตุจนกว่าจะได้รับการวินิจฉัยที่ชัดเจน

การตรวจผู้ป่วยด้วยการถ่ายภาพรังสีด้วยระบบคอมพิวเตอร์ การถ่ายภาพรังสีด้วยระบบพลังงานสนามแม่เหล็กไฟฟ้า และการทำไบออสแกน จัดได้ว่ามีความสำคัญและจำเป็นเพื่อการตรวจตำแหน่งแรกของการเกิดรอยโรคที่ชัดเจน ขอบเขตในการลุกลามของโรค การกระจายของรอยโรคไปบริเวณอื่น อีกทั้งยังเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อการจัดระยะการลุกลามของโรคด้วย

ในด้านของการรักษาผู้ป่วยชนิดที่เป็นแบบเฉพาะที่และไม่รุนแรงมาก (localized low grade lymphoma) มักใช้วิธีการรักษาโดยการฉายแสง ในขณะที่เคมีบำบัดมักใช้ในกรณีที่รอยโรคมีการแพร่กระจายและลุกลามไปอย่างมากแล้ว (diffuse high-grade lymphoma) ส่วนรอยโรคแบบที่มีความรุนแรงแต่เกิดเฉพาะที่นั้น (localized high-grade lymphoma) ดังตัวอย่างในผู้ป่วยรายนี้ วิธีที่นิยมใช้ในการรักษาคือมักใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน คือจะใช้ทั้งทั้งเคมีบำบัดและรังสีบำบัด²¹ แต่สำหรับวิธีการผ่าตัดและศัลยกรรมนั้น ในกรณีของโรคลิมโฟมานั้นจะใช้จำกัดเพียงเพื่อการตัดรอยโรคเพื่อนำไปตรวจด้วยลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเท่านั้น

การใช้รังสีบำบัดจะพิจารณาความเหมาะสมตามขนาดของรอยโรค ตำแหน่งการเกิดและแพร่กระจายของโรค รวมทั้งลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาร่วมกัน โดยขนาดของรังสีที่ใช้รักษาคือ 400-6000 เกรย์ (cGy) จำนวน 3-30 ครั้ง (fractions) ขนาดที่ใช้โดยเฉลี่ยคือ 4000 เกรย์ จำนวน 20 ครั้ง สำหรับเคมีบำบัดนั้นขนาด

และชนิดของยาที่ใช้มีความหลากหลายมาก โดยมีที่นิยมใช้ได้แก่ คลอแรมบูซิล (Chlorambucil) ชนิดรับประทาน และ กลุ่มของยาหลายชนิดร่วมกัน (combinations) เช่น ไซโคลฟอสฟาไมด์ ด็อกโซลูบิซิน วินคริสทีน และเพรด-นิโซโลน (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisolone, CHOP) โดยจำนวนครั้งที่ให้ (cycles) ขึ้นอยู่กับการตอบสนองของรอยโรค ความทนทานของผู้ป่วยต่อการรักษาและวิธีการรักษาอื่นที่ใช้ร่วมกัน เช่น รักษาพร้อมกับรังสีบำบัดด้วยหรือไม่¹⁷ โดยเฉลี่ยจะให้ประมาณ 6 ครั้ง

ผู้ป่วยที่มีรอยโรคเฉพาะที่และได้รับการรักษาตามวิธีที่ต่าง ๆ ที่กล่าวไปแล้วพบว่าการพยากรณ์ของโรคที่ดี โดยมีอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี เท่ากับ 80-90 %^{18,19} และสำหรับในผู้ป่วยรายนี้พบว่าในเบื้องต้นนั้นผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาในช่องปากที่ไม่ได้มีลักษณะที่เฉพาะเจาะจงของโรคในกลุ่มลิมโฟมา ทำให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาไม่ตรงกับสาเหตุแต่ทั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อมารับการรักษาได้เหมาะสมและทันเหตุการณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีการพยากรณ์ของโรคเป็นอย่างดี และหลังจากการติดตามผลการรักษาในระยะเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคอีกและสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการให้การวินิจฉัยโรคการรักษาและระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างมากสมควรที่ทันตแพทย์จะให้ความสำคัญเพราะถึงแม้ว่าโรคลิมโฟมาจะเป็นโรคที่พบได้ไม่มากในกลุ่มประชากรแต่ก็จัดว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงชีวิตผู้ป่วยได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเหตุการณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Regezi J, Sciubba J, Jordan R. Oral pathology: Clinical and pathologic correlation. 4rd ed. Philadelphia:WB Saunders;2003. p.232-3.
2. Stanly L, Robbin SL. Pathologic basis of disease. 6th ed. London:WB Saunders;1999. p.670-5.
3. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology:A rationale for diagnosis and treatment. Chicago:Quintessence books;2003. p.832-43.
4. Cawson RA, Binnie WH, Speight PM, Barrett AW, Wright JM. Lucas's pathology of tumors of the oral tissue. 5rd ed. London:Churchill livingstone;1998. p.347-9.
5. Reichart PA, Philipsen HP. Color atlas of dental medicine and pathology. New York:Thieme;2000. p.169.
6. Scully C, Flint S, Porter S. Oral disease. 2rd ed. London:Martin Dunitz;1996. p. 113.
7. Wood N, Goaz P. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesion. St. Louis:Mosby;1997. p.528-9.
8. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquet J. Oral and maxillofacial pathology. Philadelphia: WB Saunders;1995. p.429-31.
9. Soames JV, Southam JC. Oral pathology. 3rd ed. London:Oxford;1998. p.131-4.
10. Vanderwaal I. Disease of the jaw:Diagnosis and treatment. Copenhagen:Munksgaard;1991. p. 244-7.
11. Lewis RE. Clinical outline of oral pathology:Diagnosis and treatment. 2rd ed. Philadelphia:LEA and Febinger;1984. p.114-6.
12. Cawson R, Binnie W, Eveson J. Color atlas of oral disease:Clinical and pathologic correlation.2nd ed. London:Wolfe;1994. p. 159.
13. Richard A, Costelloe MA, Even JW, Scully C, Irvine GH, Rooney N. Oral mucosal non-Hodgkin's lymphoma a dangerous mimic. *J Oral Oncol* 2000;36: 556-8.
14. Wolvius EB, Vander VP, Vanderwaal JE, Vandiest PJ, Huigen PC, Vanderwaal GB. Primary non- Hodgkin's lymphoma of the salivary gland:An analysis of 22 cases. *J Oral Pathol Med* 1996;25:177-81.
15. Shapira J, Peylan-Ramu N. Oral Oncology. London:Mosby;1998. p. 15-23.
16. Sukpanichnant S. Lymphoma in Thailand. *J Hum path* 2004; 35:2.
17. S.Hart JMH, Radsto CR, Hancock H. Localized Extranodal Lymphoma of the Head and Neck. *Clin Oncol* 2004;16:1-7.
18. Evans LS. Non-Hodgkin lymphoma. *The Lancet* 2003;362:139-146.
19. Gerrard MP. Non-Hodgkin's lymphoma:current management. *Curr paed* 2003; 13: 207-212.
20. Parrington SJ. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the mandible presenting following tooth extraction. *Br Dent J* 1999;187:468-470.
21. DA U. Primary lymphoma of the mandible:report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53:827-829.