



มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มาด้วยก้อนของกล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสตอยด์

กุลกัญญา จันทรสมุทรณ์ พ.บ.^{1*}

¹ กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ชุมพร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: kunkanyamo@gmail.com

Vajira Med J. 2021; 65(2) : 165-72

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.16>

บทคัดย่อ

ผู้ป่วย non-Hodgkin lymphoma มักจะมาด้วยอาการ nodal involvement เป็นส่วนใหญ่ แต่ extra-nodal involvement กลับพบได้ไม่น้อยถึงร้อยละ 20-30 ซึ่งส่วนใหญ่จะพบที่ทางเดินอาหารและอวัยวะบริเวณศีรษะและลำคอ มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่พบในกล้ามเนื้อ หรือ intramuscular lymphoma จัดเป็น extra-nodal involvement ชนิดที่พบน้อย โดยจำนวนนี้ intramuscular involvement ของกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะและลำคอนั้นจะพบน้อย ในขณะที่กล้ามเนื้ออย่างคและเชิงกรานจะพบได้บ่อยกว่าบริเวณอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยในกรณีศึกษานี้เป็นชายไทยวัย 49 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยมาพบแพทย์ด้วยปัญหาก้อนของกล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสตอยด์ด้านซ้าย (sternocleidomastoid mass)

คำสำคัญ: ก้อนของกล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสตอยด์, มะเร็งต่อมน้ำเหลือง



A Sternocleidomastoid Mass: An Unusual Manifestation of Lymphoma

Kunkanya Chansomboon MD^{1*}

¹ Department of Otorhinolaryngology, Chumphon Khet Udomsak Hospital, Chumphon, Thailand

* Corresponding author, e-mail address : kunkanyamo@gmail.com

Vajira Med J. 2021; 65(2) : 165-72

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.16>

Abstract

Most non-Hodgkin lymphoma patients present with nodal involvement; nevertheless, extra-nodal involvement accounts for 20-30% of the cases. Common extra-nodal sites are gastrointestinal tract also head and neck region. Intramuscular lymphoma is an uncommon extra-nodal site of non-Hodgkin lymphoma. Intramuscular lymphoma at the head and neck is even especially rare. Intramuscular lymphoma occurring in the extremities and pelvis region are much more common. This article reported a case of 49-years-old Thai male who was diagnosed with non-Hodgkin presenting and had mass at left sternocleidomastoid muscle.

Keywords: intramuscular lymphoma, extra-nodal

บทนำ

ก้อนที่คอหรือ neck mass เป็นอาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ¹ แต่เนื่องจากความหลากหลายทางพยาธิวิทยา จึงเป็นความท้าทายต่อแพทย์ผู้ดูแลในการจัดการกับภาวะนี้จนนำไปสู่การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาก่อนที่คอ ก้อนโตจากต่อมน้ำเหลืองนั้นเป็นภาวะที่พบได้บ่อย แต่ก้อนในกล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสต์อยด์ซึ่งถึงแม้จะตรวจได้เป็นก้อนที่คอเช่นกัน แต่กลับเป็นภาวะที่พบได้น้อยกว่ามาก ในผู้ป่วยเด็กอาจพบโรคที่เกิดจากติ่งตัวการของกล้ามเนื้อมัดดังกล่าว จนทำให้กล้ามเนื้อหดสั้นลงเป็นปุ่มคล้ายก้อน และตั้งรั้งให้คอเอียงเรียกว่า fibromatosis colli² จากรายงานพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 0.4³ แต่สำหรับก้อนในกล้ามเนื้อมัดนี้ในผู้ใหญ่พบได้น้อยมาก มีเพียงรายงานไว้เป็นกรณีศึกษา เช่น เนื้องอกของเนื้อเยื่อไขมันในกล้ามเนื้อ (intramuscular lipoma)⁴⁻⁶ หรือเนื้องอกของหลอดเลือดในกล้ามเนื้อ (intramuscular hemangioma)⁷⁻⁸ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อแพทย์ตรวจพบก้อนภายในกล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสต์อยด์จึงทำให้เกิดความยุ่งยากในการวินิจฉัย เนื่องจากเป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อย

ผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่รายงานต่อไปนี มาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนที่คอและตรวจพบว่าเป็นก้อนของกล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสต์อยด์ ซึ่งหลังจากได้รับการสืบค้นอย่างละเอียดทำให้ได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้รายงานกรณีศึกษานี้ได้ทำการสืบค้นจากฐานข้อมูล ยังไม่พบรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มาด้วยก้อนของกล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสต์อยด์มาก่อน จึงถือเป็นหลักฐานงานวิชาการที่สำคัญสมควรแก่การวิพากษ์และเผยแพร่ข้อมูล

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว มาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนที่คอด้านซ้าย 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีอาการเจ็บที่ก้อน ไม่มีไข้ น้ำหนักลดหรืออาการเหงื่อออกกลางคืน ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุที่คอ ขยับคอได้ปกติ และปฏิเสธก้อนบริเวณอื่นๆ การตรวจร่างกายพบ ก้อนขนาด 4x2 ซม. ที่กล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสต์อยด์ด้านซ้ายก้อนวางตัวยาวไปกับลำกล้ามเนื้อตั้งแต่ส่วนปลายฝั่งที่ติดกับกระดูกสันหน้าอกไปยังส่วนกลางของกล้ามเนื้อ (Figure 1a และ 1d) โดยก้อนนั้น

กดไม่เจ็บ ไม่แดงหรือร้อน ตรวจไม่พบก้อนอื่นบริเวณศีรษะและลำคอ การตรวจร่างกายทางโสตศอนาสิกส่วนอื่นและการตรวจร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ Complete Blood Count (CBC) พบ hemoglobin (HGB) 14.5g/dL, White Blood Cells (WBC) $6.73 \times 10^3/\mu\text{L}$ คิดเป็น neutrophils ร้อยละ 57, lymphocytes ร้อยละ 27.6, monocytes ร้อยละ 8.8, eosinophils ร้อยละ 5.6 และ basophils ร้อยละ 1 ส่วน platelet count $225 \times 10^3/\mu\text{L}$ ค่า lactate dehydrogenase (LDH) 174 U/L (ค่าปกติ 0-248), การตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี (anti-HIV) เป็นลบ

การตรวจเพิ่มเติมด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (อัลตราซาวด์) พบ enlarged left sternocleidomastoid muscle with heterogenous echogenicity การตรวจคอด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computer Tomography; CT scan) พบ asymmetrical enlargement of distal part of left sternocleidomastoid muscle การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging; MRI) พบ well-defined soft tissue mass in the inferior aspect of left sternocleidomastoid with iso-intensity on T1-weighted image and hyper-intensity on T2-weighted image and heterogeneous enhancement on Gadolinium-enhanced T1-weighted image (Figure 1b, 1c). ไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่คอโต และไม่พบก้อนอื่นที่คอ

ลักษณะรูปร่างเซลล์จาก fine needle aspiration พบ polymorphous lymphoid cell ranging from small mature lymphocytes to intermediate and large lymphoid cells admixed with some macrophages, compatible with reactive lymphoid hyperplasia of lymph node. Neither granuloma nor malignant cell was seen จากข้อมูลทางเซลล์วิทยาจึงได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นคือ reactive lymphoid hyperplasia ดังนั้นเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง แพทย์จึงพิจารณาผ่าตัดเอาก้อนออกแล้วส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (excisional biopsy)

รายละเอียดการผ่าตัดมีดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบ จากนั้นจัดผู้ป่วยในท่านอนหงาย แขนงคอ แพทย์ลงแผลยาวตามขวางบริเวณคอด้านล่าง

เนื้อเยื่อในชั้นใต้กล้ามเนื้อ platysma ถูกเลาะขึ้น เพื่อตามไปถึงก้อนในกล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสโตยด์ด้านซ้าย ก่อนรอยโรคได้รับการตรวจและพิจารณาขอบเขตการตัด (Figure 1e) แพทย์ตัดก้อนทั้งหมดพร้อมใยกล้ามเนื้อที่ติดอยู่รอบก้อนออกไปด้วยก้อน แพทย์ตรวจไม่พบก้อนอื่นๆ บริเวณใกล้เคียง (Figure 1f) จากนั้นทำการห้ามเลือด วางสายระบายเลือดและน้ำเหลือง และเย็บปิดแผล แพทย์ทำการตรวจสอบชิ้นเนื้อ พบว่าก้อนมีขนาด 6x2 ซม. วางตัวตามแนวความยาวของกล้ามเนื้อ ก้อนมีขอบเขตชัดเจน ฝานที่ก้อนพบว่าหน้าตัดเป็นผิวนวลเป็นเนื้อเดียวกัน (homogeneous) สีเหลืองเทา ระหว่างและหลังการผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถกลับบ้านได้หลังผ่าตัดหนึ่งวัน แพทย์ติดตามหลังผ่าตัดพบแผลผ่าตัดดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบ atypical small lymphoid proliferation (Figure 2a) ผลการย้อมพิเศษ ย้อมติด CD20 (Figure 2b), CD23, CD43 (Figure 2c),

Ki-67 (ร้อยละ 20-30) และ Bcl-2 (Figure 2d) แต่ไม่ติด CD3, CD5, CD10, CyclinD1, Bcl-6, kappa และ lambda ผลการตรวจเข้าได้กับมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด marginal zone lymphoma ผู้ป่วยได้รับการสืบค้นเพื่อหาระยะโรค CT scan จากทรวงอกถึงช่องท้องไม่พบรอยโรคหรือก้อนอื่นเพิ่มเติม ผลตรวจ bone marrow biopsy พบ adequate normocellular marrow, cellularity ร้อยละ 40-50, M:E ratio เท่ากับ 2:1, no overt abnormal morphology and maturation in all trilineage hematopoiesis, adequate number of megakaryocyte series (1-4 cells/HPF), no abnormal aggregation of B lymphoid cell (DC20+) or T lymphoid cell (CD3+), no granuloma, no fibrosis สรุปการวินิจฉัยคือ marginal zone lymphoma Ann-Arbor staging IE และถูกส่งตัวไปพบอายุรแพทย์โลหิตวิทยาเพื่อรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร CHOP จำนวน 1 cycle จากนั้นผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาต่อ

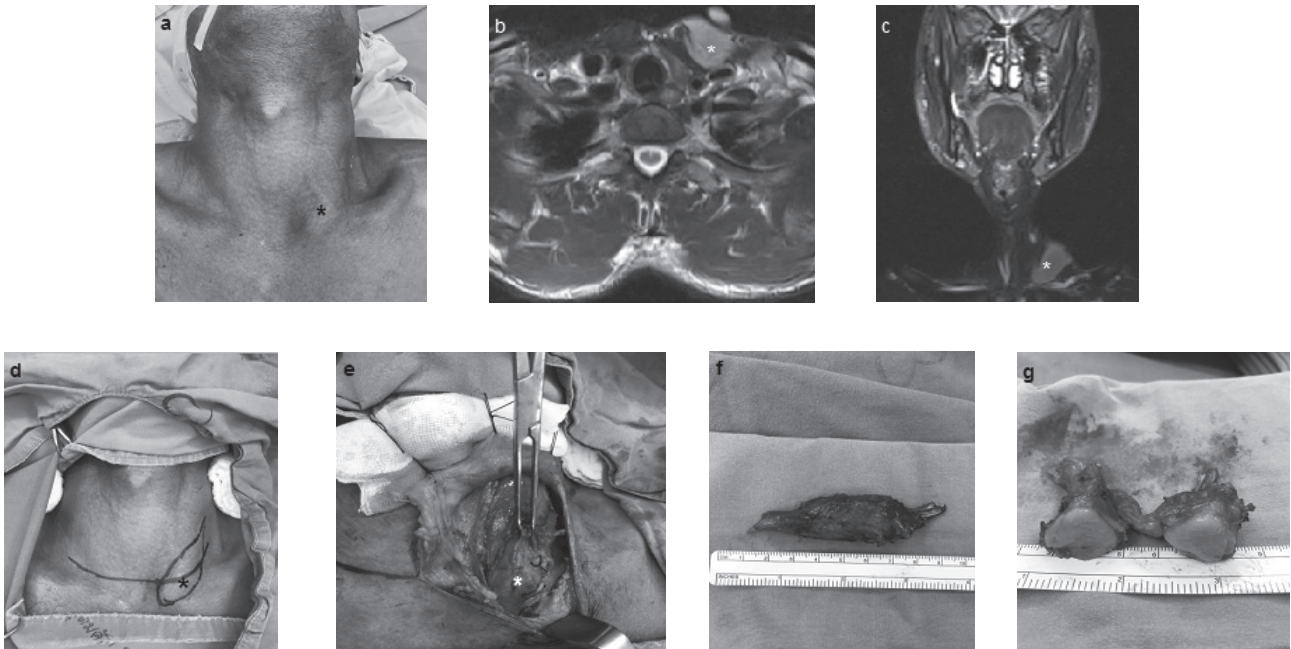


Figure 1: (a, d) Preoperative findings. A soft tumour measuring 4x2 cm seen in the left sternocleidomastoid region (asterisk). (b-c) Preoperative MRI. A well-defined soft tissue mass in the inferior aspect of left sternocleidomastoid with hyperintensity on T2weighted image (asterisk). (e) Operative findings Sternal head of left sternocleidomastoid (arrow head), a encapsulated tumour along SCM (asterisk. (f) The excised tumour with surrounding muscle fiber. (g) Cross section of the tumour. The tumour was solid and homogeneous and tan-yellow colour.

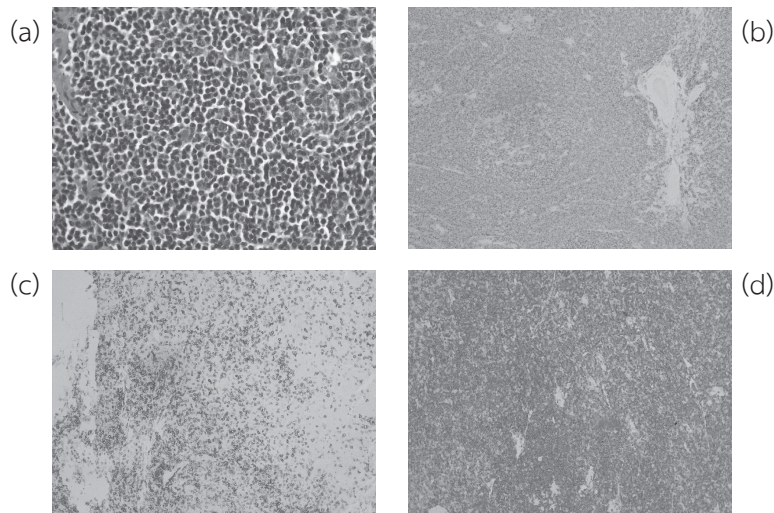


Figure 2: (a) Photomicrograph shows atypical small lymphoid proliferation (H&E stain, 40x). (b) Photomicrograph shows positive immunohistochemical staining for CD20 antibody (10x). (c) Photomicrograph shows positive immunohistochemical staining for CD43 antibody (10x). (d) Photomicrograph shows positive immunohistochemical staining for Bcl2 antibody (10x).

วิจารณ์

มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) เป็นมะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (lymphocyte) และเซลล์ต้นกำเนิดของเซลล์เม็ดเลือดขาวเหล่านั้น⁹ เป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องอ้างอิงจากสถิติของสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2016 มีการคาดการณ์อุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่ถึง 136,960 ราย¹⁰ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยใหม่ประมาณ 79,000 รายตามสถิติของปีค.ศ. 2013⁹ มะเร็งเม็ดเลือดขาวแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ Hodgkin และ non-Hodgkin lymphoma กว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองทั้งหมดจัดอยู่ในกลุ่ม non-Hodgkin lymphoma (NHL)¹¹⁻¹² โดย NHL มีเซลล์ต้นกำเนิดมาจาก B cell lymphocyte มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85-90 ที่เหลือมาจาก T cell lymphocyte และ Natural killer (NK) cell¹¹ ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วย NHL จะมาพบแพทย์ด้วยอาการต่อมน้ำเหลืองโต¹³ เนื่องจาก NHL มีเซลล์ต้นกำเนิดที่หลากหลายและมีการดำเนินโรคที่แตกต่างกัน จึงทำให้ NHL ถูกแบ่งย่อยออกได้อีกหลายชนิด (subclass) โดยอ้างอิงจากลักษณะทางพยาธิวิทยา ลักษณะการสำแดงทางอิมมูโนวิทยาและโมเลกุลที่พบบ่อย ได้แก่ diffuse large B-cell lymphoma (ร้อยละ 25), plasma cell neoplasm (ร้อยละ 23), chronic lymphocytic

leukemia/small lymphocytic lymphoma (ร้อยละ 19), follicular lymphoma (ร้อยละ 12) และ marginal zone lymphoma (ร้อยละ 7)¹⁰ เป็นต้น

Marginal Zone Lymphoma (MZL) จัดเป็นกลุ่มย่อยของ B-cell NHL มีต้นกำเนิดจาก mature B cell พบอุบัติการณ์ระหว่างร้อยละ 5-17 ของผู้ป่วย NHL ทั้งหมด อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 60 ปี พยาธิกำเนิดเชื่อว่าสัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียบางชนิดและโรคมืด้านทานเนื้อเยื่อตัวเอง ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังพร้อมกับกระตุ้นเซลล์ที่เนื้อเยื่อน้ำเหลืองตามบริเวณต่างๆ ของร่างกาย¹⁴ MZL ได้ชื่อว่า marginal zone เนื่องจาก B cell ที่เป็นสาเหตุจะกระจุกตัวอยู่ในบริเวณ marginal zone ของ secondary lymphoid follicle ในอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ต่อมน้ำเหลือง ม้าม และเยื่อปอดที่มีเนื้อเยื่อของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด lymphoid มาอยู่รวมกัน เรียกว่า Mucosa-Associated Lymphoid Tissue (MALT)

Marginal zone B-cell lymphoma แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ MALT-lymphoma, splenic MZL และ nodal MZL คิดเป็นร้อยละ 50-70, 20 และ 10 ตามลำดับ ทั้งนี้อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรค ผู้ป่วยบางรายอาจมาด้วยภาวะ cytopenia ขณะนี้ยังไม่มีการกำหนดแนวทางการรักษาอย่างชัดเจนแต่การพยากรณ์โรค

ค่อนข้างดีโดยเฉพาะ MALT lymphoma มี 5-year overall survival ร้อยละ 86-95 nodal lymphoma ร้อยละ 50-70 และ splenic lymphoma ร้อยละ 50¹⁴

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองคิดเป็นร้อยละ 12-15 ของมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ⁹ สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ทั้ง nodal และ extra-nodal involvement ซึ่งส่วนใหญ่จะมาด้วยต่อมน้ำเหลืองโต (nodal involvement) คิดเป็นร้อยละ 75⁹

Extra-nodal involvement จะมีความแตกต่างกันไปตามชนิดของมะเร็ง อาทิ Hodgkin Lymphoma (HL) จะพบ extra-nodal sites น้อยมาก ในขณะที่ NHL พบได้บ่อยกว่า (ร้อยละ 20-30) extra-nodal site ที่พบบ่อยที่สุดคือ ระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะบริเวณกระเพาะอาหาร ส่วนศีรษะและลำคอตามมาเป็นอันดับที่สอง¹³ ซึ่งในบริเวณนี้ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือ Waldeyer's ring รองลงมา คือโพรงจมูกและไซนัส ต่อมน้ำลายและต่อมไทรอยด์⁹ ในขณะที่ extra-nodal site ที่พบได้ แต่น้อยมากๆ เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่พบในกล้ามเนื้อ (intramuscular lymphoma) มีอุบัติการณ์เพียงร้อยละ 0.1-8.7 ของ extra-nodal site⁶ โดยบริเวณ แขนขาและอุ้งเชิงกราน เป็นตำแหน่งพบบ่อยในกลุ่มนี้¹⁵ มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มาด้วยก้อนของเนื้อเยื่ออ่อนได้รายงานอุบัติการณ์ไว้ร้อยละ 1.2¹⁶

การตรวจพบมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่สัมพันธ์กับกล้ามเนื้อนั้น ได้เคยมีการอธิบายไว้ 3 กลไก 1. การกระจายจากรอยโรคตั้งต้นผ่านทางระบบเลือดหรือระบบน้ำเหลืองมายังกล้ามเนื้อ (hematogenous or lymphatic metastatic seeding) 2. การลุกลามโดยตรงมายังกล้ามเนื้อจากอวัยวะข้างเคียง ได้แก่ กระดูกหรือต่อมน้ำเหลือง และกลไกสุดท้ายคือมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่พบในกล้ามเนื้อที่เป็นรอยโรคตั้งต้นเอง (primary intramuscular extranodal disease)¹⁶ ตามรายงานที่เคยปรากฏ พบว่า B cell lymphoma เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด และมักพบในกลุ่มมะเร็งที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก (intermediate and high grade tumors)¹⁷ ในรายงานของ Surov และคณะพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบรอยโรคที่กล้ามเนื้อเพียงหนึ่งแห่ง แต่บางรายอาจพบได้ถึงสามแห่ง¹⁸ ซึ่งหากจำเพาะแค่บริเวณศีรษะและลำคอ กล้ามเนื้อที่แสดงในรายงาน คือ กล้ามเนื้อ lateral pterygoid, medial pterygoid และ กล้ามเนื้อลูกตา¹⁷⁻¹⁸ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่สัมพันธ์กับกล้ามเนื้อนั้นอาจมาด้วยอาการปวดหรือบวมของกล้ามเนื้อ รอยโรค ภาวะกล้ามเนื้อฝ่อเฉพาะที่ หรือในบางรายไม่มีอาการ

แต่ตรวจพบโดยบังเอิญขณะที่ได้รับประเมินเพื่อหาระยะโรค¹⁷ ในกรณีของผู้ป่วยรายนี้เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มาปรากฏด้วยก้อนของกล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสต์ตอยด์ ผู้รายงานได้ทำการสืบค้นจากฐานข้อมูล ยังไม่พบรายงานกรณีศึกษาที่ได้รับการวินิจฉัย marginal zone lymphoma มาก่อน

การสืบค้นทางรังสีวิทยา นอกจากจะช่วยเรื่องการหาระยะโรคในกรณีที่ทราบการวินิจฉัยอยู่แล้ว ในรายที่ยังไม่ทราบการวินิจฉัย หากผู้ป่วยมาด้วยก้อนที่กล้ามเนื้อ การสืบค้นทางรังสีวิทยาด้วย CT scan และ MRI ถือว่ามีประโยชน์อย่างมาก ข้อมูลจาก CT scan ยังมีประโยชน์เพื่อใช้แยกโรคอื่นๆ แต่อาจไม่มีลักษณะทางรังสีวิทยาใดที่จำเพาะต่อมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นการเฉพาะ เนื่องจากรอยโรคนั้นมักจะกลมกลืนกับกล้ามเนื้อปกติ¹⁵ ในขณะที่ MRI น่าจะเป็นวิธีสืบค้นทางรังสีที่เหมาะสมกว่า เพราะให้รายละเอียดได้ชัดเจนมากกว่า ภาพ T1-weighted (T1w) มักพบ signal intensity เท่ากับกล้ามเนื้อปกติหรือมากกว่ากล้ามเนื้อปกติเล็กน้อย ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 55 และ 45 ตามลำดับ ส่วนภาพ T2-weighted (T2w) มักพบว่า signal intensity เพิ่มขึ้นปานกลาง หลังฉีดสารทึบรังสี มักพบว่ารอยโรคมี homogeneous enhancement¹⁷ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากภาพทางรังสีวิทยาดังกล่าวไม่จำเพาะพอที่จะแยก intramuscular lymphoma ออกจากโรคของกล้ามเนื้ออื่นๆ เช่น primary soft tissue sarcoma, muscle sarcoidosis, intramuscular metastases, myositis และ inflammatory pseudotumors¹⁷ ได้ การตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ยังเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ผู้ป่วยกรณีศึกษานี้พบว่า ภาพจากการตรวจ CT scan ไม่ได้ให้ข้อมูลเพื่อช่วยการวินิจฉัยมากนัก ในขณะที่ MRI นั้นให้ข้อมูลในเรื่องขนาดและขอบเขตรอยโรคที่ชัดเจนกว่า รวมถึงลักษณะของก้อนในภาพ T1-weighted พบเป็น isointensity และ hyperintensity ในภาพ T2-weighted (Figure 1b, 1c) เป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า stemocleidomastoid mass ในผู้ใหญ่มีจำนวนน้อยมาก ดังนั้น เพื่อให้การวินิจฉัยแยกโรคใกล้เคียงที่สุดและนำไปสู่การกำหนดแนวทางการสืบค้นที่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นที่แพทย์ผู้รักษาจะต้องมองหาและรวบรวมเบาะแสต่างๆ ที่มีประโยชน์ ข้อมูลจากประวัติ เช่น โรคประจำตัวของผู้ป่วย ยกตัวอย่างหนึ่งในกรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค MEN2B ร่วมกับ non-invasive medullary thyroid carcinoma เคยได้รับการผ่าตัด prophylactic total thyroidectomy ร่วมกับ auto-transplantation ของ parathyroid tissue ไปยัง sternocleidomastoid muscle ด้านซ้าย โดยในเวลาต่อมาตรวจพบ sternocleidomastoid mass ด้านเดียวกับที่เคยผ่าตัด ทำให้แพทย์สงสัยว่าก้อนนั้นอาจจะเกิดจาก nodal metastasis หรือ โรคของต่อมพาราไทรอยด์ที่นำไปฝัง จากนั้นผู้ป่วยรายนี้ได้รับการสืบค้นที่สอดคล้องกับโรคที่สงสัย และได้รับการวินิจฉัยเป็น parathyroid adenoma¹⁹ ตัวอย่างนี้แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ดีจากประวัติ จะนำไปสู่การสืบค้นที่สอดคล้องตรงประเด็น และไม่เสียเวลา ไม่หลงเอยไปสู่การรักษาที่ไม่เหมาะสมก่อนที่จะวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง โดยนอกจากประวัติแล้วการตรวจร่างกายก็มีความสำคัญ เช่น ก้อนที่มีลักษณะของการอักเสบอย่างชัดเจนร่วมด้วยน่าจะทำให้นึกถึงโรคลักษณะการอักเสบติดเชื้อมากขึ้น เช่น กล้ามเนื้อติดเชื้อเป็นหนอง (sternocleidomastoid pyomyositis)²⁰

ในกรณีของ sternocleidomastoid mass ข้อมูลทางรังสีวิทยามักจะนำมาพิจารณาร่วมด้วยเสมอ โดยการตรวจที่นิยมได้แก่ ultrasonography, CT scan และ MRI บางกรณีผลตรวจทางรังสีวิทยามีความจำเพาะมาก อย่าง intramuscular lipoma ภาพจาก CT scan มักพบก้อนมีลักษณะ well-defined non-enhancing area of low attenuation within the muscle and the same density as fat⁵ อีกกรณีหนึ่งคือ intramuscular hemangioma ภาพ MRI T1-weighted มักพบ iso-intense to the skeletal muscle และ hyper-intense ใน T2-weighted ร่วมกับ serpentine high-volume flow voids surrounded by nonvascular soft tissue (fat, fibrous and myxoid tissue, smooth muscle, thrombus, bone) ซึ่งเป็นลักษณะที่จำเพาะต่อโรคนี้⁸

การส่งตรวจพยาธิวิทยามีความสำคัญอย่างมาก เพราะเป็นวิธีเดียวที่ให้ผลการวินิจฉัย (definite diagnosis) แน่ชัด ในกรณีที่การสืบค้นอื่นยังไม่อาจสร้างความกระจ่างได้

ผู้ป่วยกรณีศึกษา นี้ มาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนของกล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสตอยด์ที่โตเร็ว ไม่แสดงอาการอักเสบ และไม่มีประวัติอุบัติเหตุ (a fast-growing, atraumatic, non-inflammatory mass of sternocleidomastoid muscle) เมื่อพิจารณาร่วมกับพยาธิสภาพที่พบบ่อยตามช่วงอายุ

การแยกโรคเบื้องต้นจึงนึกถึง intramuscular metastasis และ soft tissue sarcoma การตรวจทางรังสีวิทยาให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะก้อนเพื่อช่วยเรื่องการวางแผนการผ่าตัดและช่วยตัดโรคบางอย่างออกไป เช่น intramuscular lipoma และ intramuscular hemangioma แต่ไม่ได้ข้อมูลที่จำเพาะพอที่จะวินิจฉัยโรคได้ จึงพิจารณาส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพิ่มเติม ทั้งนี้พิจารณา fine needle aspiration เป็นตัวเลือกก่อน open biopsy จากเหตุผลสองประการ ประการแรกคือเพื่อแยกโรคลักษณะมะเร็งเซลล์สแควมัส (squamous cell carcinoma) ที่กระจายมาออกไปก่อน และประการที่สองเพื่อให้ได้ข้อมูลลักษณะทางเซลล์วิทยาเบื้องต้นว่าน่าจะตกอยู่ในกลุ่มโรคใด ซึ่งผลการตรวจเซลล์วิทยาให้ผลเป็น reactive lymphoid hyperplasia ทำให้การวินิจฉัยแยกโรคเปลี่ยนจากเดิมเป็นโรคในกลุ่ม lympho-proliferative disease และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง จึงได้พิจารณา open biopsy ต่อเพื่อให้ได้ชิ้นเนื้อที่เพียงพอต่อการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เมื่อวิเคราะห์ลักษณะก้อนที่ขอบเขตชัดเจน ไม่ติดอวัยวะสำคัญ และก้อนน่าจะสามารถผ่าตัดออกได้หมดโดยไม่สร้างอันตรายที่ไม่จำเป็นกับผู้ป่วย จึงตัดสินใจเลือกการผ่าตัดเอาก้อนออกทั้งหมด (excisional biopsy)

สรุป

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในกล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสตอยด์ แม้จะพบอุบัติการณ์ได้น้อยมาก แต่หากต้องวินิจฉัยแยกโรค ผู้ป่วยซึ่งมาด้วยก้อนของกล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสตอยด์ที่โตเร็ว ไม่แสดงอาการอักเสบและไม่มีประวัติอุบัติเหตุ (an fast-growing, atraumatic, non-inflammatory mass of sternocleidomastoid muscle) ผู้รายงานแนะนำให้นึกถึง intramuscular lymphoma ไว้ด้วย การสืบค้นด้วย CT scan และ MRI แม้อาจไม่ได้ให้ข้อมูลที่จำเพาะต่อการวินิจฉัยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง แต่ก็ช่วยแยกโรคบางอย่างที่มีลักษณะจำเพาะออกไปก่อนได้ นอกจากนั้น MRI เองยังแสดงให้เห็นถึงลักษณะโดยทั่วไปและขอบเขตของก้อนได้อย่างชัดเจนซึ่งช่วยในการวางแผนการผ่าตัดได้

Conflict of interest

ไม่มี

กิตติกรรมประกาศ

แสดงความขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์ บุญเลิศ มิตรเมือง ผู้ซึ่งให้คำแนะนำด้านต่างๆ เกี่ยวกับการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Haynes J, Arnold KR, Aguirre-Oskins C, Chandra S. Evaluation of neck masses in adults. *Am Fam Physician* 2015;91(10):698-706.
- Gonzalez-Usigli H, Espay AJ. A rare cervical dystonia mimic in adults: congenital muscular torticollis (fibromatosis colli). *Front Neurol* 2013;4(6):1-2.
- Tufano RP, Tom LWC, Austin MB. Bilateral sternocleidomastoid tumors of infancy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999;51(1):41-5.
- Özcan C, Görür K, Talas D, Aydın Ö. Intramuscular benign lipoma of the sternocleidomastoid muscle: a rare cause of neck mass. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005;262(2):148-50.
- Moumoulidis I, Durvasula P, Jani P. Well-circumscribed intramuscular lipoma of the sternocleidomastoid muscle. *Auris Nasus Larynx* 2004;31(3):283-5.
- Demir D, Eraslan Ö, Güven M, Kösem M. Rare cases of benign tumors of the head and neck: lipoma of larynx and sternocleidomastoid muscle. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2016;26(2):118-22.
- Lee J, Lim S. Intramuscular hemangiomas of the mylohyoid and sternocleidomastoid muscle. *Auris Nasus Larynx* 2005;32(3):323-7.
- Ferri E, Pavon I, Armato E. Intramuscular cavernous hemangioma of the sternocleidomastoid muscle: An unusual neck mass. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;137(4):682-3.
- Wang T-F, Bartlett NL. Lymphomas of the Head and Neck. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Robbins KT, Thomas JR, et al, editors. *Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders; 2014. p. 1805-15.
- Teras LR, DeSantis CE, Cerhan JR, Morton LM, Jemal A, Flowers CR. 2016 US lymphoid malignancy statistics by world health organization subtypes. *CA Cancer J Clin* 2016;66(6):443-59.
- Shankland KR, Armitage JO, Hancock BW. Non-hodgkin lymphoma. *Lancet* 2012;380(9844):848-57.
- Walter C, Ziebart T, Sagheb K, Rahimi-Nedjat RK, Manz A, Hess G. Malignant lymphomas in the head and neck region - a retrospective, single-center study over 41 years. *Int J Med Sci* 2015;12(2):141-5.
- Varun BR, Varghese NO, Sivakumar TT, Joseph AP. Extranodal non-hodgkin's lymphoma of the oral cavity: a case report. *Iran J Med Sci* 2017;42(4):407-11.
- Thieblemont C. Clinical presentation and management of marginal zone lymphomas. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2005;307-13.
- Murphey MD, Kransdorf MJ. Primary musculoskeletal lymphoma. *Radiol Clin North Am* 2016;54(4):785-95.
- Gorelik N, T Hoda S, Petchprapa C, Liu C, Adler R. Human T cell lymphotropic virus type-1 associated lymphoma presenting as an intramuscular mass of the calf. *Skeletal Radiol* 2020;49(7):1167-74.
- Surov A. Imaging findings of skeletal muscle lymphoma. *Clin Imaging* 2014;38(5):594-8.
- Surov A, Holzhausen H-J, Arnold D, Schmidt J, Spielmann R-P, Behrmann C. Intramuscular manifestation of non-hodgkin lymphoma and myeloma: prevalence, clinical signs, and computed tomography features. *Acta Radiol* 2010;51(1):47-51.
- Touska P, Srikanthan A, Amarasinghe K, Jawad S. Parathyroid adenoma arising within the sternocleidomastoid muscle: a rare complication of autotransplantation. *BMJ Case Rep* 2016;2016:1-5.
- Gosnell EJ, Anwar B, Varadarajan V, Freeman S. Sternocleidomastoid pyomyositis. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2016;133(4):273-5.