

“ตามัวจากเนื้องอกรักษาด้วยยาได้ !”

ผู้ป่วยชายไทยโสดอายุ 27 ปี จากจังหวัดนนทบุรี

อาการสำคัญ

ตาซ้ายมองไม่เห็นมา 1 ปี

เริ่มสังเกตเห็นตาซ้ายมัวเวลาอ่านหนังสือ ต่อมาเห็นภาพหน้าคนไม่ชัด ค่อยๆ เป็นมากขึ้นได้ไปรักษาที่ รพ. แห่งหนึ่งในกรุงเทพ แพทย์ว่าประสาทตาอักเสบ ให้ยากินและยาหยอดตา แต่ไม่ดีขึ้นจึงไม่ไปรักษาต่อที่นั่น ตาขวามองเห็นชัดดี ไม่มีปวดหัวหรืออาการอื่น นอกจากบางครั้งมีอาการมึนงงหิดเพราะอยู่บ้านไม่ได้ทำอะไร บิดาเป็นพนักงานอยู่ที่มหาวิทยาลัยจึงพามาตรวจ

อภิปราย

เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการตาค่อยๆ มัวจนมองไม่เห็นข้างเดียวโดยที่ไม่มีอาการอื่นร่วมด้วย สิ่งที่ต้องนึกถึงก่อนเสมอโดยเฉพาะถ้าลูกตาดูปกติ จักษุแพทย์ตรวจมาแล้วว่าประสาทตาอักเสบก็คือโรคที่ประสาทตาหรือ optic nerve เป็นผลจากการอักเสบจริงหรือไม่ หรือเป็นจากมีก้อนโดยเฉพาะเนื้องอกกดทับประสาทตาข้างนั้น แพทย์จึงควรเตรียมตรวจดู optic fundus ด้วย ophthalmoscope ว่า optic disc ซีดขาวผิดปกติคือมี primary optic atrophy หรือไม่ ถ้ามีแนะนำให้ตรวจ visual field โดยเฉพาะของตาอีกข้าง ในกรณีนี้ก็คือตาขวา ถ้ามี field defect ด้านนอก (temporal) ของตาข้างที่ดี ก็บอกได้ว่า มีรอยโรคที่ optic chiasma ส่วนหน้าด้านซ้ายรวมไปถึง optic nerve ด้านนั้นด้วยจากก้อนเนื้องอกกดทับ บางรายมี temporal field defect เพียงส่วนบนหรือส่วนล่างเท่านั้นที่เรียก upper หรือ lower quadrantic field defect ถ้าเสียเฉพาะส่วนบนก็เป็นจากเนื้องอกกดขึ้นมาจากข้างล่าง เช่น pituitary tumour ถ้าเสียเฉพาะส่วนล่างก็เป็นจากเนื้องอกกดลงจากข้างบน เช่น craniopharyngioma หรือ meningioma เป็นต้น ดังนั้นการตรวจ visual field ในตาข้างที่ไม่มีอาการจึงมีความสำคัญมาก ถ้าตรวจตาข้างขวาในผู้ป่วยรายนี้แล้วไม่พบอะไรผิดปกติ จึงตรวจการได้กลิ่นหรือตรวจ cranial nerve ที่ 1 ถ้าเกิดพบมีการเสียการได้กลิ่นหรือ anosmia เฉพาะด้านซ้าย ด้านเดียวกับตาที่บอดก็นึกถึง olfactory groove meningioma ข้างซ้าย

ผลการตรวจร่างกาย

Wt. 80 kgs. Ht. 162 cms. T 36.8°C PR 72 BP

110/70

VAR 20/40

VAL : no PL

Fundi : ⊗ normal

⊗

○

L

○L

pale disc



Visual fields : ⊗ temporal hemianopia

Genitalia : normal
no other abnormality

อภิปราย (ต่อ)

ผลการตรวจร่างกายบอกได้ว่า มีรอยโรคที่ O L optic nerve และ anterior optic chiasma ต้องนึกถึงเนื้องอกโดยเฉพาะ pituitary tumour

ควรทำ MRI ก่อนอื่น

ผลการตรวจพิเศษ

MRI พบมี large well-defined lobulated extra-axial mass occupying the whole suprasellar cistern, more on the O L side

ผลการตรวจเลือด

CBC ปกติ UA ปกติ

FBG, Na⁺ K⁺ Cl⁻ CO₂, TP, albumin, Cr, cholesterol, TG, Ca⁺⁺, SGOT, PT และ alkaline phosphatase ปกติ

Serum prolactin 11,100 ng/ml (ค่าปกติไม่เกิน 20)

อภิปราย

ผู้ป่วยรายนี้มีระดับ prolactin ในเลือดสูงมากประกอบกับมีเงาก่อนเนื้องอกใหญ่ใน MRI เข้าได้กับ Prolactinoma เนื้องอกชนิดอื่นๆ ที่เกิดที่ต่อม pituitary หรือ craniopharyngioma บางครั้งทำให้ระดับ prolactin ในเลือดสูงขึ้นได้แต่ไม่เกิน 200 ng/ml เช่นเดียวกับยาบางชนิด เช่น Verapamil risperidone, butyrophenones, metoclopramide หรือแม้กระทั่ง tri-cyclic antidepressants ก็ทำให้ระดับ prolactin ในเลือดสูงขึ้นได้แต่ไม่เกิน 100 ng/ml

ผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับการรักษาด้วยยา dopamine agonist และอาจจะมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดด้วย

ผลการรักษา

ผู้ป่วยได้รับยา Bromocriptine (2.5 mg) 2 เม็ดวันละ 4 ครั้ง 2 เดือนหลังได้รับยาขนาดของก้อนเนื้องอกจากการตรวจ CT เล็กลงมาก

2 เดือนหลังรับการรักษา ระดับ prolactin ในเลือดลดลงเหลือ 950 ng/ml และอีก 3 เดือนต่อมาเหลือเพียง 12.7 ng/ml

สายตาผู้ป่วยไม่ดีขึ้น คงมองเห็นจากตาขวา

อภิปรายเพิ่มเติม

เนื้องอกที่หลังฮอร์โมน prolactin พบได้ไม่บ่อยนัก ผมจำง่าย ๆ ไว้ว่าเนื้องอกที่สมองเกิดขึ้นปีละ 1 รายในประชากรหนึ่งหมื่นรายหรือสิบต่อแสนราย เนื้องอกสมอง 100 รายจะเกิดขึ้นที่ต่อมใต้สมองหรือ pituitary gland ประมาณ 5 ราย และ pituitary tumour 100 รายจะเป็น prolactinoma เช่นผู้ป่วยรายนี้ประมาณ 40 ราย!

ที่จริงเนื้องอกที่หลังฮอร์โมน prolactin ส่วนมาก (กว่าร้อยละ 90) มีขนาดเล็กอยู่ใน sella turcica และไม่ค่อยโตขึ้นมากอย่างในผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งก็เป็นรายแรกในผู้ป่วยที่ผมเคยพบมา ผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคนี้นักมาหาแพทย์เพราะประจำเดือนขาดไปหรือเป็นหมันและมักมีน้ำนมหลัง ส่วนผู้ป่วยชายจึงมักมีอาการปวดหัว ตามัวและอาการจากต่อม pituitary ผลิตฮอร์โมนต่างๆ น้อยกว่าปกติ

สาร dopamine มีหน้าที่กำกับการหลั่ง prolactin จึงใช้ยาประเภท dopamine agonist เช่น bromocriptine, cabergoline รักษาโรคทำให้เนื้องอกฝ่อลงได้เช่นในผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยควรจะอยู่ในความดูแลของประสาทศัลยแพทย์เพราะบางรายอาจมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดด้วย

แนะนำเอกสาร

- 1) Schlechte JA. Prolactinoma. N Engl J Med 2003; **349**: 2035-41.
- 2) Bevan JS, Webster J, Burke CW, Scanlon MF. Dopamine agonists and pituitary tumor shrinkage. Endocr Rev 1992; **13**: 220-40.
- 3) Molitch M. Prolactinomas. In: Melmed S., ed. The pituitary. 2nd ed. Malden, Mass.: Blackwell, 2002: 455-95.
- 4) Colao A, Di Sarno A, Cappabianca P, Di Somma C, Pivonello R, Lombardi G. Withdrawal of long-term cabergoline therapy for tumoral and nontumoral hyperprolactinemia. N Engl J Med 2003; **349**: 2023-33.
- 5) N Engl J Med 2004; **350**: 1054-7. Prolactinomas. Correspondence relating to 4).
- 6) Colao A, Lombardi G. Growth-hormone and prolactin excess. Lancet 1998; **352**: 1455-61.
- 7) Talkad AV, Kattah JC, Xu MY, Orth EH, Chang JY. Prolactinoma presenting as painful postganglionic Horner syndrome. Neurology 2004; **62**: 1440-1.
- 8) van Uum SHM, van Alfen N, Wesseling P, van Lindert E, Pieters GFFM, Nooijen P, et al. Massive reduction of tumour load and normalisation of hyperprolactinaemia after high dose cabergoline in metastasised prolactinoma causing thoracic syringomyelia. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; **75**: 1489-91.