

“ไข้ ปวดหัวไหล่และมีก้อนในไต”

ผู้ป่วยชายไทยคู่อายุ 49 ปี อาชีพรับราชการทหาร อยู่ที่ กทม.

อาการสำคัญ

ปวดไหล่ซ้าย เป็นไข้อ่อนเพลียมา 1 เดือน

ผู้ป่วยสบายดีทำงานได้เป็นปกติจนประมาณ 2 เดือนก่อนมา รพ. รู้สึกเพลียกว่าปกติ มีอาการไอแห้งๆ เวลาสูบบุหรี่ตอนเช้า ต่อมารู้สึกตัวเหมือนเป็นไข้ ตัวร้อนๆ มักเป็นตอนกลางคืน ประมาณ 3 ทุ่มทุกวัน ไม่รู้สึกหนาวสั่น มีปวดเมื่อยกล้ามเนื้อทั่วไปและอ่อนเพลีย

1 เดือนก่อน ปวดที่ไหล่ซ้ายเป็นขณะนอนหลับฝันไปว่าชกกับคนอื่น ตื่นขึ้นมาปวดแปลบๆ ในหัวไหล่ข้างนั้น อาการปวดจะเป็นมากขึ้นถ้าขยับแขนหรือใช้มือข้างนั้นยกของ พร้อมกับผู้ป่วยรู้สึกเบื่ออาหาร และเมื่อมา รพ. น้ำหนักตัวลดไป 5 กิโลกรัม

อภิปราย

อาการปวดไหล่ซ้ายข้างเดียวร่วมกับอาการไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดและอาการไอแห้งๆ ทำให้ไม่นึกถึงเยื่อหุ้มข้อไหล่อักเสบที่พบได้เสมอๆ หรือโรค gout ที่มีการอักเสบที่ข้อๆ เดียว แต่มีความเป็นไปได้ว่าอาจมีการอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียหรือมี metastatic tumour ที่หัวกระดูก humerus ข้างนั้น ผู้ป่วยสูบบุหรี่และมีไข้ต่ำๆ คงต้องนึกถึงมะเร็งปอดเป็นอันดับต้นๆ มะเร็งจากต่อมลูกหมากและจากไต โดยเฉพาะ hypernephroma หรือ renal-cell carcinoma มักจะทำให้ผู้ป่วยมีไข้ บางรายมาหาแพทย์ด้วยเรื่องไข้อย่างเดียวด้วยซ้ำ

ผลการตรวจร่างกาย

T 38.3°C PR 100 RR 24 BP 110/70

mildly pale, no finger clubbing

Chest : occasional rhonchi on @ side anteriorly

Ⓛ shoulder : not swollen, limited movement in all direction by pain

Abd : no mass felt

no other abnormality

อภิปราย (ต่อ)

นอกจาก x ray หัวไหล่ซ้ายและหน้าอกแล้ว ควรตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือด ดู CBC, PSA, Ca⁺⁺ และ alk phosphatase เป็นพิเศษ

ผลการตรวจพิเศษ

Urine : sp gr 1.020 pH 6

no protein, glucose or ketone

RBC 0-1 WBC 5-10/HPF

granular casts 0-1

Hb 10.2 PCV 31 MCV 85.8 MCH 28.3 MCHC 33

RBC 3.6x10⁶ WBC 9600 N 60 L 30 M 10

Platelets 703,000
BUN 21 Cr 1.6 Uric Acid 6.4
Ca⁺⁺ 14.7 P 4.1
Alk Phos. 669 (40-105)
TP 72.5/alb 33.4
SGOT 73 PT 133 GGT 584
ESR and PSA not available
CXR : nodule in @ middle lobe
bony metastases in @ scapula L 8th and 9th ribs anteriorly,
@ 12th rib anteriorly and L 7th, 8th and 11th ribs posteriorly
99-technitium – MDP bone scan showed increased uptake in
both shoulder joints, right scapula and those ribs and @ kidney

Ultrasound abdomen showed large lobulated mixed hypo-and hyper-echoic mass in the upper pole of L kidney

ระหว่างอยู่ใน รพ. มีไข้ขึ้นลงทุกวันๆ ละบางครั้ง 2-3 ครั้ง อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 37-38.5°C ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอาไตข้างซ้ายออก 14 วันหลังจากเข้ารับการรักษาตัวใน รพ. ผลการตรวจทางพยาธิเป็น renal-cell carcinoma หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยออกจาก รพ. แต่หลังจากนั้นเพียง 10 วันก็เข้าอยู่ รพ. อีกเพราะเหนื่อยหอบ มีไข้สูง ก่อนที่จะได้รับการฉายรังสีและยาเคมีบำบัดตามที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยถึงแก่กรรม 5 วันต่อมา

อภิปรายเพิ่มเติม

มะเร็งที่ไต (renal-cell carcinoma, RC) เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยแต่มักจะมาพบอายุรแพทย์ก่อนเนื่องจากอาการแรกเริ่มมักไม่ใช่อาการทางระบบปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะมีเลือดมักจะเกิดขึ้นทีหลังเมื่อเนื้องอกลามเข้าไปที่ทางเดินปัสสาวะในไตแล้ว ถึงแม้จะพบได้ในผู้ป่วยด้วยโรคนี้ถึงร้อยละ 75 ผู้ป่วย RC อาจจะมีไข้โดยยังไม่มีอาการอื่น (ร้อยละ 16) แพทย์จึงจะต้องนึกถึง RC ไว้ด้วยเสมอเมื่อมี ผู้ป่วยมีไข้ไม่ทราบสาเหตุ อาการปวดสีข้างพบได้บ่อย (ร้อยละ 24-75) ปวดไม่รุนแรงมากแต่ปวดอยู่ตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยทรมาณเกิดจากเยื่อหุ้มไตตึงเพราะก้อนเนื้องอกโตขึ้น ถ้าเกิดในไตขวาส่วนล่างและแพทย์ตรวจคลำท้องอย่างพิถีพิถันก็จะคลำไตข้างนั้นได้ (เอกสารหมายเลข 1) ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมาผมพบผู้ป่วย RC ที่ผมให้การวินิจฉัยได้ประมาณ 3 ราย ส่วนมากอายุไม่เกิน 50 ปี เป็นชายอายุประมาณ 35 ปีถึง 2 รายซึ่งเป็นเรื่องน่าเศร้ามาก

นอกจากอาการที่กล่าวมาแล้วผู้ป่วยบางรายมีเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากผิดปกติ (erythrocytemia หรือ polycythaemia) ผลจากการมีการสร้างฮอริโมน erythropoietin มาก ที่พบได้เสมอๆ ก็คืออาการจาก tumour metastases เช่นในผู้ป่วยกรณีนี้ มะเร็งมักไปที่กระดูกโคนแขนหรือขาหรือไปสมอง (เอกสารหมายเลข 2) ที่น่าสนใจก็คือ ใน RC มะเร็งมักลามไปตามหลอดเลือดดำได้และคืบหน้าไปตามหลอดเลือด inferior vena cava เข้าหัวใจได้เสมอๆ RC มีผลต่อ vascular endothelium และ vascular endothelial growth factor (VEGF) มากจึงมีผู้ศึกษาวิจัยกันมากในด้านนี้ การที่ tumour suppressor gene VHL กลายพันธุ์ทำให้เซลล์มะเร็งหลั่ง VEGF มากผิดปกติเลยมีผู้ลองนำเอา ยา bevacizumab ซึ่งเป็น neutralizing antibody ต้าน VEGF มาลองใช้รักษาผู้ป่วย RC ที่มี metastases แล้วพบว่าได้ผลทำให้มะเร็งเจริญช้าลง (เอกสารหมายเลข 3) เนื่องจาก RC เป็นมะเร็งที่ร้ายแรงมาก ผู้ป่วยมักจะมาหาแพทย์ช้าเมื่อแพทย์วินิจฉัยได้ผู้ป่วย 1 ใน 3 คนมี metastases แล้ว

(เอกสารหมายเลข 4) จึงมีผู้ศึกษายามะเร็งชนิดนี้กันมากเช่นที่กล่าวไปแล้ว นอกจากนี้ก็มีการทดลองใช้วัคซีน (เอกสารหมายเลข 5 และ 6) การใช้ยาพร้อมกันหลายตัว (เอกสารหมายเลข 7) และการใช้ยาบรรเทาอาการในกระดูกที่มะเร็งลามไปถึง (เอกสารหมายเลข 8) เป็นต้น

ผมไม่มีสถิติมะเร็ง RC ในบ้านเรา แต่สถิติที่สหราชอาณาจักรในปี ค.ศ. 1999 มีคนใช้มะเร็งทั้งหมด 267450 คน (ยกเว้น non-melanoma skin cancer) เป็น RC 6000 คน หรือร้อยละ 2 เท่าๆ กับมะเร็งในระบบประสาทส่วนกลาง (ร้อยละ 2) อันดับหนึ่งคือมะเร็งเต้านมมีถึง 41300 คน (ร้อยละ 15) อันดับที่สองมะเร็งปอด 38190 คน (ร้อยละ 14) และอันดับสามคือมะเร็งลำไส้ใหญ่ 35410 คน หรือร้อยละ 13 (เอกสารหมายเลข 9)

RC หรือ hypernephroma เดิมที่มักจะรู้จักกันในนาม Grawitz tumour เรียกชื่อตามพยาธิแพทย์ชาวเยอรมัน นายแพทย์ P.S. Grawitz ซึ่งเป็นศิษย์โปรดของ Rudolf Virchow พยาธิแพทย์ที่แพทย์ทุกคนรู้จัก Grawitz เป็นศาสตราจารย์และผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยาที่เบอร์ลินตั้งแต่ปี ค.ศ. 1887 เมื่ออายุได้ 37 ปี เป็นผู้รายงานเนื้องอกชนิดนี้ไว้อย่างละเอียดถึงแม้ว่าจะเข้าใจผิดคิดว่าเนื้องอก (RC) มีรากเง่ามาจากต่อมหมวกไตก็ตาม Grawitz ถึงแก่กรรมในปี ค.ศ. 1932 เมื่ออายุ 82 ปี (เอกสารหมายเลข 10)

แนะนำเอกสาร

- 1) Frank IN. Urology. In: Principles of Surgery. 4th Edition. Vol. 2. Eds. Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Storer EH. McGraw Hill Book Co. New York 1984; pp. 1705-7.
- 2) Petzold GC, Valdueza JM, Zimmer C. Cerebral metastasis of renal carcinoma mimicking haemorrhagic infarction. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; **75**: 477.
- 3) Yang JC, Hawarth L, Sherry RM, Hwu P, Schwartzentruber DJ, Topalian SL, et al. A randomized trial of bevacizumab, and anti-vascular endothelial growth factor antibody for metastatic renal cancer. N Engl J Med 2003; **349**: 427-34.
- 4) Vogelzang NJ, Stadler WM. Kidney cancer. Lancet 1998; **352**: 1691-6.
- 5) Jocham D, Richter A, Hofman L, Iwig K, Fahlenkamp D, Zakrzewski G, et al. Adjuvant autologous renal tumour cell vaccine and risk of tumour progression in patients with renal-cell carcinoma after radical nephrectomy. Lancet 2004; **363**: 594-9.
- 6) Kommu S. Correspondence. Renal-cell carcinoma: vaccination and risk of tumour progression. Lancet 2004; **363**: 1557.
- 7) Jones PH, Christodoulos K, Dobbs N, Thavasus P, Balkwill F, Blann AD, et al. Combination antiangiogenesis therapy with marimastat, captopril and fragmin in patients with advanced cancer. Br J Cancer 2004; **91**: 30-6.

8) Vincenzi B, Santini D, La Cesa A, Tonini G. Zoledronic acid delays the onset of skeletal-related events and progression of skeletal disease in patients with advanced renal cell carcinoma. Cancer 2004; **100**: 1987-8.

9) McKinney PA. Brain tumours: incidence, survival, and aetiology. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; **75** (Suppl II): ii12-ii17.

10) Firkin BG, Whitworth JA. Dictionary of Medical Eponyms. The Parthenon Publishing Group. Carnforth, Lancs, UK. 1987; pp. 206-7.