



# ภาพรังสีปริทัศน์ของมะเร็ง ปุ่มน้ำเหลืองปฐมภูมิในช่องปาก\*

ไฉนช จงรักษ์

ภาควิชาศัลยกรรมปากและคอ

ราชบัณฑิตยสถาน

ผู้ป่วยมะเร็งปุ่มน้ำเหลือง ๓ ราย ที่ปรากฏอาการแสดงเริ่มแรกในช่องปาก เช่น แผลถอนฟันไม่หาย, มีก้อนเนื้องอกในช่องปาก ฟันโยก, ซาที่ริมฝีปาก. ลักษณะภาพรังสีปริทัศน์ของผู้ป่วยทั้ง ๓ ราย ปรากฏเป็นเงาโปร่งรังสี มีการทำลายกระดูกรองรับฟัน รากฟันละลาย ผิวกระดูกเบ้าฟันของฟันหลายซี่หายไป ฟันในบริเวณข้างเคียงพบมีการหนาตัวของช่องเอ็นยึดปริทันต์. ลักษณะภาพรังสีดังกล่าวไม่อาจแยกมะเร็งปุ่มน้ำเหลืองออกจากภาพรังสีของเนื้องอกร้ายชนิดอื่น แต่อาจใช้เป็นอุทาหรณ์ให้นึกถึงมะเร็งปุ่มน้ำเหลืองได้.

คำสำคัญ : ภาพรังสีปริทัศน์, มะเร็งปุ่มน้ำเหลือง

## บทนำ

มะเร็งปุ่มน้ำเหลือง (lymphoma) เป็นเนื้องอกร้ายที่เกิดขึ้นกับเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเม็ดเลือดและเนื้อเยื่อน้ำเหลือง รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกัน อาจเป็นชนิด บี ลิมโฟไซต์ (B lymphocyte), ที ลิมโฟไซต์ (T lymphocyte) หรือเป็นโมโนไซต์ (monocyte) ก็ได้.

มะเร็งปุ่มน้ำเหลืองแบ่งได้เป็น ๒ กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มฮอดจกิน (Hodg-

kin's disease) หรือเรียกย่อๆ ว่า HD และกลุ่มนอน-ฮอดจกิน (non-Hodgkin's lymphoma) หรือเรียกว่า NHL. ทั้ง ๒ กลุ่มนี้อาจเกิดขึ้นในปุ่มน้ำเหลืองหรือเนื้อเยื่อน้ำเหลืองที่อยู่นอกปุ่มน้ำเหลืองก็ได้. โดยทั่วไปแล้ว NHL เกิดนอกปุ่มน้ำเหลืองได้บ่อยกว่า HD. อย่างไรก็ตามมะเร็งปุ่มน้ำเหลืองมักไม่ค่อยพบในช่องปาก.

HD เป็นมะเร็งที่มักพบในปุ่มน้ำเหลืองมากกว่านอกปุ่ม และพบในช่องปากน้อยกว่าชนิด NHL<sup>๑-๔</sup>, พบ

ในชายบ่อยกว่าหญิง. ช่วงอายุที่พบบ่อยคือ ช่วงอายุ ๓๐-๔๐ ปี และช่วงอายุมากกว่า ๕๐ ปีขึ้นไป. อาการสำคัญคือ ปุ่มน้ำเหลืองโต โดยเฉพาะอย่างยิ่งปุ่มน้ำเหลืองที่คอ กดไม่เจ็บ อาจมีอาการอ่อนเพลีย ไข้ต่ำ เหงื่อออกกลางคืน บางรายมีอาการคันตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ. เมื่ออาการรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับความลำบากจากผลกระทบเนื่องจากปุ่มน้ำเหลืองที่โตขึ้นไปกดหรืออุดตันอวัยวะข้างเคียง เช่น เกิดอาการกลืนลำบาก, หรือเกิดการอุดตันท่อปัสสาวะ. จากนั้นลุกลามเข้าสู่ปอด ตับ กระดูกไขกระดูก และไขสันหลัง. หากอาการเกิดในช่องปากก็เป็นได้ทั้งขากรรไกรบนและล่าง รวมทั้งบริเวณอื่นในช่องปาก เช่น คอหอยส่วนปาก (oropharynx) และทอนซิล มักมีอาการบวม. บางรายเป็นแผลในบริเวณที่บวม บางรายมีเหงือกบวม ฟันโยก<sup>๕-๘</sup>. ลักษณะภาพรังสีโดยทั่วไปคือ มีการละลายของกระดูกในบริเวณที่เป็นทำให้เกิดเงาโปร่งรังสี (radiolucent shadow) ขอบไม่ชัดเจน.

\*บรรยายในการประชุมสำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสถาน เมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๔๓

การวินิจฉัยที่ถูกต้องอาศัยการศึกษา ลักษณะจุลพยาธิของปุ่มน้ำเหลือง เพื่อศึกษาการปรากฏของเซลล์รีด-สเติร์นเบิร์ก (Reed–Stenberg cell)<sup>๕</sup>.

ส่วน NHL มีโอกาสเกิดนอกปุ่มน้ำเหลืองมากกว่า HD คือประมาณร้อยละ ๒๕<sup>๑๐</sup> จึงพบได้ในช่องปากบ่อยกว่า ผู้ใหญ่มีโอกาสเป็นมากกว่าเด็ก<sup>๑๑,๑๒</sup>. อาการสำคัญ ได้แก่ ปุ่มน้ำเหลืองบริเวณคอโต กัดไม่เจ็บ บริเวณที่พบมากที่สุดในช่วงปากคือ เพดานแข็ง<sup>๑๑-๑๓</sup>. ผู้ป่วยมีอาการเช่นเดียวกับ HD คือ เหงือกบวม ฟันโยก บางรายชาติริมฝีปาก<sup>๕</sup>.

เมื่อพิจารณาจัดลำดับความรุนแรงหรือจัดชนิดของเซลล์ที่ปรากฏในพยาธิสภาพโดยการศึกษาทางจุลพยาธิวิทยาจะพบว่า มะเร็งปุ่มน้ำเหลืองแบ่งได้หลายชนิดและหลายระดับความรุนแรง ซึ่งอาจมีระบบการจำแนกชนิดต่างๆ ของพยาธิสภาพนี้หลายระบบ. ในปัจจุบันได้มีการนำลักษณะเฉพาะด้านภูมิคุ้มกันโรค (immunologic characteristic) เข้ามาช่วย<sup>๕-๑๗</sup>. สำหรับเหตุผลที่ต้องพิจารณาจัดแยกเป็นชนิดต่างๆ ตามวิทยาเซลล์ (cytology) ตามการเรียงตัวของเซลล์ หรือตามระยะต่างๆ ของโรค ก็เพื่อประโยชน์ในการพยากรณ์โรค การวางแผนการรักษา การเลือกวิธีบำบัด เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ.

การที่มะเร็งปุ่มน้ำเหลืองมักไม่ก่อปรากฏอาการในช่องปากมิได้หมายความว่า การตรวจสภาพในช่องปากจะเป็นสิ่งที่ละเลยได้ เมื่อพยาธิ-

สภาพปรากฏในช่องปากก็จะเกิดอาการบวมและกัดไม่เจ็บในระยะแรก บางครั้งปรากฏเป็นก้อนในบริเวณต่างๆ ของช่องปาก ร่วมกับปุ่มน้ำเหลืองที่คอโต<sup>๕-๒๐</sup>. บางรายฟันปลอมหลวม<sup>๒๐</sup>. บางรายโพรงอากาศแก้ม (maxillary sinus) อักเสบและเจ็บคอ. บางรายสูญเสียการได้ยิน<sup>๒๒</sup>. อาการต่างๆ เหล่านี้เมื่อรวมไปกับการทำลายกระดูกในภาพรังสีขากรรไกรในบริเวณที่เกี่ยวข้องจะพบเงาโปร่งรังสีขอบไม่ชัดเจน ไม่เรียบ บางรายอาจมีเงาโปร่งและที่บั้งสีสลับกัน กระดูกเบ้าฟันหายไป ทำให้ปรากฏเหมือนฟันลอยอยู่ในเนื้อเยื่ออ่อน แต่ลักษณะภาพรังสีดังกล่าวก็ยังไม่อาจชี้ชัดว่าเป็นมะเร็งปุ่มน้ำเหลืองได้ เนื่องจากพยาธิสภาพชนิดร้ายอื่นๆ อาจให้ภาพรังสีได้เช่นเดียวกัน<sup>๕</sup>.

รายงานลักษณะภาพรังสีปริทัศน์ของผู้ป่วยทั้ง ๓ รายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏในภาพรังสีปริทัศน์ของผู้ป่วย

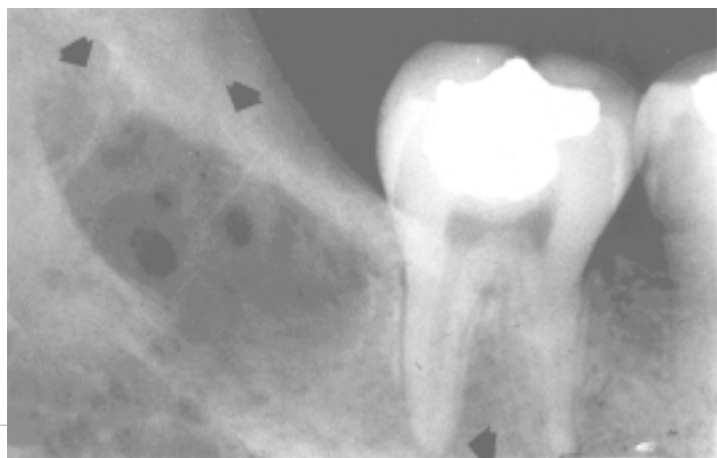
ที่ได้รับการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาว่าเป็นมะเร็งปุ่มน้ำเหลือง เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัยเบื้องต้น.

### รายที่ ๑

ชายไทยอายุ ๒๗ ปี มีประวัติได้รับการถอนฟันกรามล่างขวาที่สุตท้าย (#๔๘) เมื่อ ๓ เดือนที่แล้ว โดยไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด.

ต่อมาไม่กี่วันเนื้อเล็กๆ ยื่นออกมาจากปากแผลถอนฟัน, มีอาการชาริมฝีปากล่างขวา. สภาพทั่วไปของผู้ป่วยยังแข็งแรงดี. คลำปุ่มน้ำเหลืองที่คอโตเป็นก้อนเล็กๆ ทางด้านขวา. สภาพในช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี มีคราบหินปูนเกาะเล็กน้อย.

ถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากฟัน (periapical radiograph) เห็นเงาโปร่งรังสี ขอบไม่เรียบ ไม่ชัดเจน ติดกับปลายรากฟันกรามล่างขวาที่ ๒ (#๔๗) ภายในเงาโปร่งรังสีมีเงาโปร่งรังสีขนาดเล็ก รูปร่างกลม กระจายทั่วไป (รูปที่ ๑), แต่ไม่สามารถครอบคลุมบริเวณที่ถูกทำลายได้หมดจึงได้



รูปที่ ๑

ภาพรังสีรอบปลายรากฟันของผู้ป่วยรายแรก แสดงเงาโปร่งรังสี (ครีซี) ใกล้ปลายรากฟันกรามล่างขวาที่ ๒ (#๔๗)



ถ่ายภาพรังสีปริทัศน์เพื่อศึกษาบริเวณโดยรอบทั้งหมด ซึ่งพบลักษณะเช่นเดียวกับภาพรังสีรูปแรก แต่เห็นการทำลายกระดูกได้เป็นบริเวณกว้างและชัดเจนกว่า. รากฟันกรามล่างขวาซี่ที่ ๑ และ ๒ (#๔๖, ๔๗) ล้อมรอบด้วยพยาธิสภาพทั้งหมด รากฟันทั้ง ๒ ซี่ละลายไปบางส่วน ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในบริเวณอื่น (รูปที่ ๒).

ได้ให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นว่าเป็นเนื้องอกร้าย.

ผลการตรวจชิ้นเนื้อตัดจากรอยโรคในปากทางจุลพยาธิวิทยา พบว่าเป็นมะเร็งปุ่มน้ำเหลือง จึงส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อให้การรักษาต่อไป.

### รายที่ ๒

ชายไทยอายุ ๓๑ ปี มีอาการชาที่ริมฝีปากล่างทั้งด้านซ้ายและขวามา ๒ เดือน. ประมาณ ๔ เดือนก่อนหน้านี้นี้ได้รับการถอนฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่ ๓ (#๓๘) แล้วรู้สึกชาที่ริมฝีปาก ต่อมาอีก ๕ วัน ได้รับการถอนฟันกรามล่างขวา

ซี่ที่ ๑ ออก ปรากฏว่ามีอาการชามากขึ้น. จากนั้นจึงได้รับการถอนฟันกรามล่างขวาซี่ที่ ๓ (#๔๘) อาการชาไม่ดีขึ้นเลย เริ่มมีอาการปวดศีรษะด้วย. ผู้ป่วยจึงไปโรงพยาบาล และได้รับการส่งตัวมาที่คณะทันตแพทยศาสตร์.

จากการตรวจพบว่ามีสภาพทั่วไปแข็งแรงดี ไม่มีอาการอ่อนเพลียงจนถึงขั้นผิดปกติ. ผู้ป่วยยังมีอาการชาริมฝีปากและปวดศีรษะ คลำพบปุ่มน้ำเหลืองที่คอทั้ง ๒ ข้างโตเล็กน้อย.

ภายในช่องปากมีคราบหินปูนเกาะที่ตัวฟันโดยทั่วไป มีอาการของโรคเหงือกอักเสบ ฟันหน้าโยก พบมีเหงือกวมบริเวณที่เคยถอนฟันกรามทั้งซ้ายและขวา.

ภาพรังสีรอบรากฟัน (รูปที่ ๓) บริเวณฟันกรามน้อยล่างซ้าย และฟันกรามบนซ้าย (รูปที่ ๔) พบกระดูกรองรับฟันถูกทำลาย เห็นเงาโปร่งรังสีขอบเขตไม่ชัด เมื่อถ่ายภาพรังสีปริทัศน์ (รูปที่ ๕) ฟันหลังเกือบทุกซี่

มีลักษณะเหมือนไม่มีกระดูกรองรับฟันบริเวณฟันเขี้ยวและฟันกรามน้อยล่างซ้ายซี่ที่ ๑ (#๓๓, ๓๔) มีการหนาตัวของช่องเอ็นยึดปริทันต์ รากฟันละลายหลายซี่ ทำให้ลักษณะรากที่เหลือแหลมเล็ก ไม่พบผิวกระดูกเบ้าฟัน. ได้ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีรอยโรคเนื้องอกร้าย.

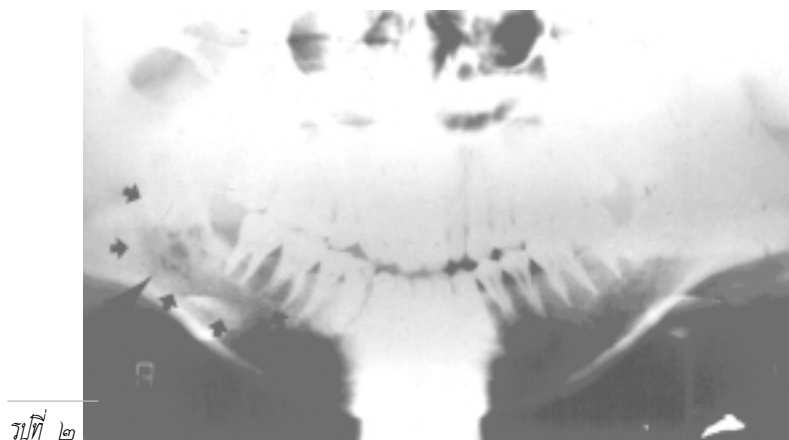
ผลการศึกษาทางจุลพยาธิวิทยา คือ มะเร็งปุ่มน้ำเหลือง. ได้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

### รายที่ ๓

ชายไทยอายุ ๒๙ ปี ให้ประวัติว่ากำลังได้รับการบำบัดโรคกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม (acquired immunodeficiency syndrome; AIDS) ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เกิดมี

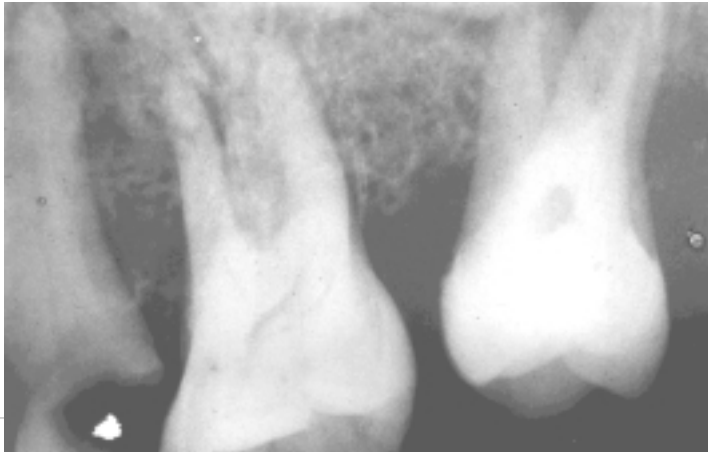
รูปที่ ๓

ภาพรังสีรอบปลายรากฟันกรามน้อยล่างซ้ายของผู้ป่วยรายที่ ๒ พบเงาโปร่งรังสีรอบรากฟัน (ครีซี) ขอบไม่เรียบและไม่ชัดเจน



รูปที่ ๒

ภาพรังสีปริทัศน์ของผู้ป่วยรายแรก แสดงเงาโปร่งรังสี ขอบไม่ชัดเจน (ครีซี) ภายในเงาโปร่งรังสีจะเห็นเงาโปร่งรังสีกลมๆ เล็กๆ กระจายทั่วไป รากฟันกรามล่างขวาซี่แรกและซี่ที่ ๒ ละลาย



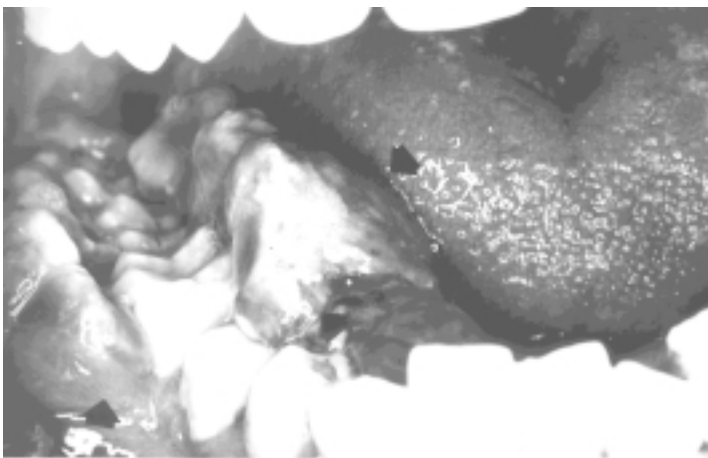
รูปที่ ๔

ภาพรังสีรอบรากฟันกรามบนซ้ายของผู้ป่วยรายที่ ๒ พบเงาโปร่งรังสี ขอบไม่ชัดเจน กระดูกเบ้าฟันละลายทั่วไปคล้ายโรคปริทันต์



รูปที่ ๕

ภาพรังสีปริทัศน์ของผู้ป่วยรายที่ ๒ พบการทำลายของกระดูกรองรับฟันเกือบทุกซี่ ทำให้คล้ายลักษณะของโรคปริทันต์ รากฟันหลังละลายปลายรากแหลมเล็ก ช่องเฮนรี่ปริทันต์ของ #๓๓, ๓๔ หนาตัวขึ้น (ศรชี้)



รูปที่ ๖

ผู้ป่วยรายที่ ๓ พบมีเหงือกบวมโต (ศรชี้) ขึ้นมาทั้งด้านใกล้ลิ้นและใกล้แก้มเหนือตำแหน่งที่เคยของฟันหลังด้านขวา

เนื้องอกบริเวณฟันกรามล่างขวา (รูปที่ ๖). ก่อนเนื้อปรากฏเมื่อ ๕ เดือนที่แล้ว โตเร็วมาก มีสีแดงคล้ำ กดเจ็บ ปวดเป็นบางครั้ง. ตรวจในช่องปากพบรอยโรคเชื้อราเล็กน้อย. ร่างกายมีตุ่มขึ้นโดยทั่วไป ปากชา คลำพบปุ่มน้ำเหลืองที่คอด้านขวาโตขนาด ๒-๓ เซนติเมตร.

ภาพรังสี (รูปที่ ๗) เห็นการทำลายกระดูกบริเวณรากฟันกรามล่างขวาซี่แรก (#๔๖) มีการละลายทำให้ปลายรากแหลมเล็ก ผิดกับรากฟันข้างเคียง ไม่พบมีฝีกระดูกเบ้าฟันของฟัน #๔๔, ๔๕, ๔๖ และ ๔๗. ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่า เนื้องอกชนิดร้าย.

ผลการศึกษาทางจุลพยาธิวิทยา พบเป็นมะเร็งปุ่มน้ำเหลือง.

## วิจารณ์

ผู้ป่วยทั้ง ๓ รายในรายงานนี้เป็นชายทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่ว่ามะเร็งปุ่มน้ำเหลืองพบในชายมากกว่าหญิง<sup>๖,๒๑</sup>. เพียงแต่ว่าในช่วงเวลาที่ผ่านมา ๗ ปี สำหรับการรวบรวมผู้ป่วยได้เพียง ๓ ราย ก็คาดว่า เป็นเวลาเพียงพอที่จะรายงานผู้ป่วยที่มีปัญหาของมะเร็งปุ่มน้ำเหลืองปฐมภูมิในช่องปาก.

จากรายงานที่ผ่านมา มะเร็งปุ่มน้ำเหลืองปรากฏอาการในช่องปากมีไม่มากนัก และปรากฏได้ทั้งในขากรรไกรบนและล่าง หรือบริเวณอื่นในปาก เช่น กระพุ้งแก้ม เหงือก เพดานแข็ง เพดานอ่อน แต่ในรายงานนี้ ทั้ง



รูปที่ ๑๗

ภาพรังสีปริทัศน์ในผู้ป่วยรายที่ ๓ พบการทำลายของกระดูกอบรากฟันกรามล่างขวาก่อนแรก #๔๖ (ตัวชี้) รากฟันละลาย สังเกตฟัน #๔๔, ๔๕, ๔๖ ไม่มีภาวะดุกเข้าฟัน

๓ ราย ปรากฏเป็นปัญหาบริเวณขากรรไกรล่าง ผู้ป่วยรายที่ ๒ ถึงแม้ปรากฏอาการในขากรรไกรล่าง แต่ในภาพรังสีแสดงการทำลายของกระดูกหลายบริเวณ ทำให้ฟันหลายซี่ในช่องปากมีอาการโยก ผู้ป่วยรายที่ ๑ แสดงการทำลายของกระดูกเฉพาะแห่งคือบริเวณที่ถูกถอนฟันไปเท่านั้น ผู้ป่วยทั้ง ๓ รายได้รับการตรวจที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้ภาพรังสีปริทัศน์ซึ่งไม่สามารถแสดงการเปลี่ยนแปลงของไขกระดูก. ปัจจุบันมีการถ่ายภาพเอ็มอาร์ (MRI; Magnetic Resonance Imaging) ซึ่งสามารถแสดงการทำลายที่เห็นได้ชัดทั้งในกระดูก เนื้อเยื่ออื่น และไขกระดูกด้วย<sup>๒๒</sup>.

นอกจากจะปรากฏอาการในช่องปากแล้ว ผู้ป่วยทั้ง ๓ รายนี้ยังมีปุ่มน้ำเหลืองที่คอโตพอดคลำได้ แต่ปัญหาที่ชักนำให้มาพบทันตแพทย์คือมีปัญหาในช่องปากเป็นสำคัญ จึงนับ

เป็นข้อคิดให้ทันตแพทย์ได้คลำตรวจปุ่มน้ำเหลืองบริเวณคอในผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการดังกล่าวในช่องปาก นอกจากนี้ ผู้ป่วย ๒ รายแรกเกิดปัญหาภายหลังการถอนฟันกรามไปแล้ว จึงอาจมีคำถามว่า การถอนฟันจะเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปุ่มน้ำเหลืองได้หรือไม่ เช่น เกิดจากการติดเชื้อจากเครื่องมือในการถอนฟัน ต่อคำถามนี้ผู้เขียนไม่อาจชี้ชัดได้ แต่ใคร่ขอชี้แจงว่า เครื่องมือในการถอนฟันนั้นได้รับการฆ่าเชื้ออย่างถูกวิธีโดยการต้มในน้ำเดือด หรืออบด้วยหม้ออบความดันไอน้ำตามขั้นตอนที่เหมาะสมกับที่ระบุไว้เป็นแนวทางการปฏิบัติโดยทั่วไปของทันตแพทย์ นอกจากนั้น เมื่อศึกษาการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรและรากฟันดังกล่าวจากภาพรังสี การทำลายเช่นนี้น่าจะมีพยาธิสภาพมานานก่อนการถอนฟัน เพียงแต่ยังไม่แสดงอาการออกมา ส่วนอาการชาหลังจากนั้น

เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้แม้ไม่บ่อยนัก เนื่องจากฟันคุดที่ถอนไปอาจอยู่ใกล้แนวเส้นประสาทที่มาเลี้ยงฟันล่าง การถอนฟันจึงอาจทำให้เกิดการกระทบกระเทือนเส้นประสาท ทำให้เกิดการชา และอาการนี้จะหายไปที่สุดในที่สุด แต่เมื่อพิจารณาอีกแง่มุมหนึ่ง อาการชานี้อาจเกิดเพราะผลกระทบจากมะเร็งปุ่มน้ำเหลืองก็ได้<sup>๒๓</sup>.

ลักษณะการทำลายของกระดูกหรือการละลายรากฟันจะเห็นได้โดยถ่ายภาพรังสีรอบรากฟัน แต่ไม่อาจครอบคลุมรอยโรคขนาดใหญ่ได้ทั้งหมด ดังนั้นการถ่ายภาพรังสีปริทัศน์จึงมีบทบาทในการแสดงพยาธิสภาพได้ชัดเจนขึ้น แต่มิได้หมายความว่าใช้แทนการถ่ายภาพรังสีรากฟันได้ การใช้ร่วมกันจะได้ประโยชน์เต็มที่. นอกจากนี้ อาจปรากฏว่าพยาธิสภาพร้ายชนิดอื่นก็ให้การทำลายลักษณะเดียวกัน เช่น มิดไลน์ลีธัลแกรนูโลมา (midline lethal granuloma)<sup>๒๔,๒๕</sup> กระดูกอักเสบ (osteomyelitis)<sup>๔</sup> และเมื่อปรากฏเงาโปร่งรังสีเฉพาะปลายรากเพียง ๑ หรือ ๒ ซี่ อาจทำให้คิดว่าเป็นโรคเหงือก หรือเป็นพยาธิสภาพรอบรากฟัน คือ ถุงน้ำ ถุงหนอง หรือแกรนูโลมา<sup>๒๖,๒๗</sup> ทำให้ทันตแพทย์เข้าใจผิดและให้การรักษาลองรากฟันซึ่งจะไม่ได้ผลในการยับยั้งการลุกลามของพยาธิสภาพ. ลักษณะภาพรังสีที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ ผิวกระดูกเบ้าฟันหายไป (loss of lamina dura) และมีการหนาตัวของช่องเอ็นยึดปริทันต์ของฟันในบริเวณใกล้เคียงอีกด้วย ซึ่งคล้ายกับรายงานของ Soderholm





et al.<sup>๑๔</sup> และ Mathews<sup>๒๕</sup>. ผู้ป่วยรายที่ ๓ มีความน่าสนใจตรงที่มีกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อมร่วมด้วย ผู้ป่วยรายนี้พบเป็นรายสุดท้ายใน ๓ ราย คือเมื่อประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๐ ซึ่งนับเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยแล้ว. การรายงานผู้ป่วยรายนี้สอดคล้องกับรายงานที่ว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งปุ่มน้ำเหลืองที่ปรากฏอาการในช่องปากได้เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยอาจปรากฏว่า เหงือกบวม<sup>๒๕</sup> ฟันโยก ริมฝีปากชา รวมทั้งมีเชื้อราในปาก<sup>๓๐</sup> นอกจากนี้ยังมีรายงานที่น่าสนใจว่าอาจพบมะเร็งปุ่มน้ำเหลืองได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตและหัวใจด้วย<sup>๓๑</sup>.

ใน ค.ศ. ๑๙๙๑ Colmenero et al.<sup>๓๒</sup> รายงานผู้ป่วย NHL ๖ รายที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ๓ ใน ๖ รายพบมีอาการในช่องปากก่อนตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นทันตแพทย์จึงเป็นอีกวิชาชีพหนึ่งที่มีโอกาสตรวจพบอาการในช่องปากได้ก่อนอาการอื่นของโรคเอดส์และสามารถส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ในอีกทางหนึ่งควรมีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยอายุน้อยที่มีอาการมะเร็งปุ่มน้ำเหลืองในช่องปากด้วย.

มะเร็งปุ่มน้ำเหลืองอีกชนิดหนึ่งที่น่าสนใจมากกล่าวถึงในที่นี้ เนื่องจากพบในช่องปากได้บ่อย คือ เบอร์กิตต์ลิมโฟมา (Burkitt's lymphoma) ที่มักพบในเด็กโดยเฉพาะในทวีปแอฟริกา ซึ่งมีอากาศร้อนชื้นและมี

การระบาดของเชื้อมาลาเรีย รวมทั้งไวรัสชนิดเอปสไตน์-บาร์ (Epstein-Barr; EBV) โรคนี้อาจเรียกว่า แอฟริกันเบอร์กิตต์ลิมโฟมา (African Burkitt's lymphoma)<sup>๓๓-๓๕</sup> ซึ่งปรากฏเป็นก้อนโตในช่องท้อง ตับ ม้าม และปุ่มน้ำเหลืองโต อาการในช่องปากที่พบบ่อย คือ เหงือกบวม ฟันโยก หน้าบวม อาการเหล่านี้คล้ายการติดเชื้อที่ปลายรากฟัน หรือเป็นอาการจากเนื้องอกบางชนิด หรือจากถุงน้ำได้เช่นกัน นอกจากนี้ ยังมีโรคอเมริกันเบอร์กิตต์ลิมโฟมา (American Burkitt's lymphoma)<sup>๓๖,๓๗</sup> ซึ่งพบในสหรัฐอเมริกาและในผู้ป่วยเด็กโดยไม่มีความสัมพันธ์กับการระบาดของเชื้อเอปสไตน์-บาร์ และเชื้อมาลาเรียด้วย แต่มีลักษณะจุลพยาธิและอาการในช่องปากคล้ายกับโรคแอฟริกันเบอร์กิตต์ลิมโฟมา.

การรักษามะเร็งปุ่มน้ำเหลืองปัจจุบันมีโอกาสรักษาให้หายจากโรคนี้ได้โดยใช้รังสีรักษา<sup>๓๘,๓๙</sup> และหรือเคมีบำบัด<sup>๓๙</sup> ทั้งนี้ การรักษาจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นกับการตรวจพบในระยะแรกๆ การส่งผู้ป่วยไปยังสถาบันที่มีความพร้อมในการใช้วิธีการจัดแยก ระบุชนิดของมะเร็งที่เป็นระดับความรุนแรงของโรค ระยะของโรค และอื่นๆ สำหรับในคณะทันตแพทยศาสตร์แล้วเมื่อผลการตรวจระบุว่าปุ่มน้ำเหลือง ก็ส่งผู้ป่วยต่อไปยังสถาบันที่มีความพร้อมในการศึกษารายละเอียดและชนิดของโรคต่อไป.

กล่าวโดยสรุป บทความนี้เสนอ

ลักษณะภาพรังสีปริทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งปุ่มน้ำเหลืองในช่องปากเพื่อเป็นข้อคิดให้ทันตแพทย์ตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการศึกษาผู้ป่วยอย่างละเอียดถี่ถ้วน และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องต่อไป.

#### เอกสารอ้างอิง

1. Bathard Smith PJ, Coonar HS, Markus AP. Hodgkin's Disease Presenting intra-orally. Br J Oral Surg. 1978; 16: 64-9.
2. Peter RA, Beltaos E, Green Law RH, et al. Intra oral extra nodal Hodgkin's disease. J Oral Surg 1977; 35: 311-312.
3. Tillman HH. Malignant Lymphoma Involving the Oral Cavity and Surrounding Structures. Oral Surg 1965; 19: 60-72.
4. Cohen MA, Bender S and Struthers PJ. Hodgkin's Disease of the Jaws. J Oral Surg 1984; 57: 413-7.
5. Steg RF, Dahlin DC and Gores JJ. Malignant Lymphoma of the Mandible and Maxilla Region. Oral Surg 1959; 12: 128-41.
6. Farman GH and Wesson CM. Hodgkin's Disease of the Mandible. Br J Oral Surg 1970; 7: 146-52.
7. Stern NS and Shensa DR. Hodgkin's Disease of the Mandible Report of a Case. J Oral Surg 1973; 31: 628-31.
8. Ronchi P, Epifani C and Lunetta PH. Hodgkin's Disease of the Jaw. J Oral



- Maxillofac Surg 1988; 46: 155-61.
๕. Baden E, Saati TA, Caveriviere P, Gorguet B, et al. Hodgkin's Lymphoma of the Oropharyngeal Region: Report of Four Cases and Diagnostic Value of Monoclonal Antibodies in Detecting Antigen Associated with Reed-Sternberg Cells. *Oral Surg* 1987; 64: 88-94.
๖๐. Hashimoto N, Kurihara K. Pathologic Characteristics of Oral Lymphomas. *J Oral Pathol* 1982; 11: 214-7.
๖๑. Eisenbud L, Sciubba J, Mir R, Sachs SA. Oral Presentation in NHL: A Review of 31 Cases Part I. Data Analysis. *Oral Surg* 1983; 56: 151-6.
๖๒. Eisenbud L, Sciubba J, Mir R, Sachs SA. Oral Presentation in NHL: A Review of 31 cases Part II. Fourteen cases arising in bone. *Oral Surg*. 1984; 57: 272-80.
๖๓. Blok P, Van Delalon L, Van Der Waal I. NHL of the Hard Palate. *Oral Surg* 1979; 47: 445-52.
๖๔. Soderholm AL, Lindquist C, Herkin Heimo K and Forssell K. NHL Presentings Through Oral Symptoms. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1990; 19: 131-4.
๖๕. Luke S, Melrose RJ, Collins RO. Immunologic Characterization of Human Malignant Lymphomas. *Cancer* 1974; 34: 1488-503.
๖๖. Lennert K, Stein H, Kaiserling E. Cytological and Functional Criteria for the Classification of Malignant Lymphoma. *Br J Cancer* 1974; 31 : 29-43.
๖๗. Howell RE, Handler JP, Abrams AM, Melrose RJ. Extranodal Oral Lymphoma. Part II. Relationship between Clinical Features and the Luke-Collin Classification of 34 cases. *Oral Surg* 1987; 64: 597-602.
๖๘. Kapadia SB, Barnes L and Deutsch M. Non-Hodgkin's Lymphoma of the Nose and Paranasal Sinuses. A study of 17 Cases. *Head and Neck Surg*. 1981; 3: 490-93.
๖๙. Friedberg J. Maxillary Sinus Disease and the Pediatrics Patient. *Otolaryngol Clin North Am* 1970; 9: 163-73.
๗๐. Cline RE, Stenger TG. Histiocytic Lymphoma Report of Five cases. *Oral Surg* 1977; 43: 422-35.
๗๑. Kabani S, Catoldo E, Folkerth R, et al. Atypical Lymphohistiocytic Infiltrate of the Oral Cavity. *Oral Surg* 1988; 66: 587-92.
๗๒. Hasso AN. MRI Atlas of the Head and Neck. London: Martin denitz Ltd. 1993; 98-100, 126.
๗๓. Lehrer S, Roswit B, Federman G. The Presentation of Malignant Lymphoma in the Oral Cavity and Pharynx. *Oral Surg* 1976; 44: 441-50.
๗๔. Platt JC, Tomich CE, Campbell S. Malignant Lymphoma. Presenting as Midline Lethal Granuloma. *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 31: 511-3.
๗๕. Eisner J, Pankey G, Akin R, et al. Oral Ulceration Mimicking Midline Granuloma. *J Oral Surg* 1981; 36: 46-8.
๗๖. Keyes GG, Balabon FS, Lattanz DA. Periradicular Lymphoma: Differentiation from Inflammation. *Oral Surg* 1988; 66: 230-5.
๗๗. Rog RP. Beware of Malignant Lymphoma Masquerading as Facial Inflammatory Process. *Oral Surg* 1991; 71: 415-419.
๗๘. Mathews FR, Appleton SS, Wear DJ. Intraoral Hodgkin's Disease. *Oral Maxillofac Surg*. 1989; 47: 502-4.
๗๙. Kaugar GE, Burn JC. NHL of the Oral Cavity Associated with AIDS. *Oral Surg* 1983; 67: 433-6.
๘๐. Green TL, Eversol RL. Oral Lymphomas in the HIV. Infected Patients: Association with Epstein-Barr Virus DNA. *Oral Surg* 1989; 67: 437-42.
๘๑. Penn I. Lymphomas Complicating Organ Transplantation. *Transplant Proc* 1983; 15: 2790-7.
๘๒. Colmenero C, Gamallo G, Pintado V, Patron M, et al. AIDS related Lymphoma of the Oral Cavity. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991; 20: 2-6.
๘๓. Eisenbud L, Mir R, Sciubba J, Sach SA. Oral Presentation in NHL. A Review of 31 Cases Part III. Six Cases in Children. *Oral Surg* 1985; 59: 44-51.
๘๔. Scully C. Viruses and Cancer : Herpes Virus and Tumors in the Head and Neck. *Oral Surg* 1983; 56: 285-92.
๘๕. Hopp JR, Collin FJV, Ross A, Myall RWT. A Review of Burkitt's Lymphoma: Importance of Radiographic Diagnosis. *J Maxillofac Surg* 1982; 10: 240-5.
๘๖. Patton LL, Mc Millon CW, Webster WP. American Burkitt's Lymphoma: a 10 year review and cases study. *Oral Surg* 1990; 69: 307-16.
๘๗. Svoboda WE, Aaron GR, Albano EA. North American Burkitt's Lymphoma Presenting with Intraoral Symptoms. *Pediatr Dent* 1991; 13: 52-8.
๘๘. Mc Ginnis JA, Hopkins KP, Thompson EI, Hostu HO. Mandibular Third Molar Development After Mantle Radiation in Long-Term Survivors of Childhood Hodgkin Disease. *Oral Surg* 1987; 63: 630-3.
๘๙. Anavi Y, Ka Plinsky C, Calderum S, Zaizor R. Head Neck and Maxillofacial Childhood Burkitt's Lymphoma; a retrospective analysis of 31 patients. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; 48: 708-13.



**Abstract**      **Panoramic Radiography in Patients with Primary Lymphoma in the Oral Cavity**

**Chainut Chongruk**

*Associate Member, the Academy of Science, the Royal Institute, Thailand*

Three cases of lymphoma are clinically and radiographically described where the jaw bones are involved. Panoramic radiographs of all cases reveal ill-defined radiolucent lesions related to the affected area. There is also a loss of lamina dura around the roots, with root resorption and widening of the periodontal space of the nearby teeth. No periosteal reaction is found in any of the cases. Marked root resorption is found at the teeth in the lesion. The radiographic findings are not specific for lymphoma. One of the three cases shows a positive relationship between oral lymphoma and AIDS.

**Key words :** panoramic radiography, primary lymphoma