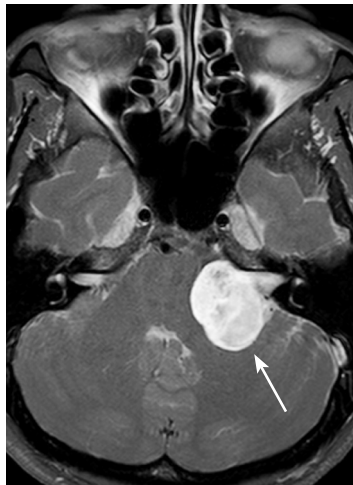


# การพิจารณาการดูแลรักษาผู้ป่วยเนื้องอกของเส้นประสาทสมองคู่ที่แปด (Decision Making in Vestibular Schwannoma Patient)

นายแพทย์ศรัญ ประกายรุ่งทอง

ภาควิชา โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื้องอกของเส้นประสาทสมองคู่ที่แปด มักเริ่มเกิดขึ้นในช่องหูชั้นใน (internal auditory canal) ซึ่งเป็นส่วนที่อยู่ลึก ใกล้กับกับแกนสมอง โดยช่องหูชั้นในนี้ ถูกล้อมรอบด้วยหลอดเลือดและเส้นประสาทสำคัญต่างๆ เช่น เส้นประสาทสมองคู่ที่เจ็ด, หลอดเลือดดำ superior petrosal sinus แต่ภายในช่องหูชั้นในนั้น จะมีเพียง เส้นประสาทการได้ยิน เส้นประสาททรงตัว และเส้นประสาทใบหน้า



รูปที่ 1 ภาพเนื้องอกของเส้นประสาทสมองคู่ที่แปด ที่มีขนาดใหญ่จนมีการกดเบียดกับเนื้อสมอง

ทำให้ในระยะแรก ผู้ป่วยมักจะมีอาการน้อย กล่าวคือ มีเพียงการได้ยินลดลง หรือ มีเพียงเสียงดังรบกวนในหูข้างที่เป็นโรค โดยไม่มีการรบกวนต่อชีวิตด้านอื่น ไม่มีปวดศีรษะ ใช้ชีวิตทั่วไปได้ปกติ แต่เมื่อก่อนเนื้องอกโตขึ้นต่อไปเรื่อยๆ ก็จะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น จากการกดเบียดอวัยวะต่างๆ เช่น ใบหน้าเป็นอัมพาต การรับรู้ความรู้สึกบริเวณใบหน้าลดลง ปวดศีรษะ โคลงเคลง ทรงตัวไม่ได้ และถึงแก่ชีวิตได้ในที่สุด

โดยทั่วไปหลักการรักษาภาวะเนื้องอกในตำแหน่งต่างๆ คือการตัดออกทั้งหมดและพยายามรักษาไม่ให้อวัยวะสำคัญที่ไม่เกี่ยวข้อง ได้รับความเสียหาย ทั้งนี้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคและยังมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี หลังจากการผ่าตัด ซึ่งในกรณีเนื้องอกของเส้นประสาทสมองคู่ที่แปดนี้มีอวัยวะสำคัญล้อมรอบ การผ่าตัดมีความเสี่ยงที่จะทำให้บาดเจ็บต่ออวัยวะรอบข้างได้สูง ดังนั้นในรายที่มี

อาการน้อย จึงมีการพิจารณาทางเลือกในการรักษาอื่นเพิ่ม ได้แก่ การควบคุมการขยายขนาดของเนื้องอกด้วยรังสี (stereotactic surgery) รวมไปถึงการเฝ้าสังเกตอาการไปก่อน (observation) ในกรณีที่ว่าโรคมักจะไม่ก่อให้เกิดปัญหาใดๆ ในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย

## การเฝ้าสังเกตอาการ ( Observation )

หลักการและเหตุผลของการเฝ้าดูไปก่อนในกลุ่มผู้ป่วยก่อนเนื้องอกเส้นประสาทสมองคู่ที่แปดนั้น เนื่องจากธรรมชาติของเนื้องอกชนิดนี้มีการเจริญเติบโตช้า เฉลี่ยปีละประมาณ 1 มิลลิเมตร โดยเฉพาะก้อนเนื้องอกที่ยังอยู่เฉพาะในช่องหูชั้นใน (Intracanalicular tumor) พบว่าอาจจะไม่โตขึ้นเลย<sup>1</sup>

นอกจากนี้จากวิวัฒนาการทางการแพทย์ รวมถึงการเข้าถึงการตรวจสืบค้นได้มากขึ้นและง่ายขึ้น จึงมีการตรวจพบรอยโรคตั้งแต่ก้อนเนื้องอกยังมีขนาดเล็ก โดยที่ผู้ป่วยยังมีอาการรบกวนไม่มาก ทำให้การเฝ้าดูอาการไปก่อน เป็นสิ่งที่ทำได้ มีรายงานพบว่าสามารถเฝ้าดูผู้ป่วยนานถึง 10 ปี โดยที่ผู้ป่วยยังมีอาการคงเดิม มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมไปถึงยังมีการได้ยินที่ยังดีอยู่<sup>2</sup> ในอีกด้านหนึ่ง การผ่าตัดเนื้องอกที่ยังมีขนาดเล็ก และผู้ป่วยมีอาการน้อยนี้ก็มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตแย่งกว่าก่อนผ่าตัด ส่วนในกรณีที่ก้อนเนื้องอกมีการขยายขนาดโตขึ้น การผ่าตัดรักษาในภายหลังก็ไม่พบว่าจะมีผลการรักษาที่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยที่แพทย์สามารถเลือกการเฝ้าดูอาการไปก่อน คือมีก้อนขนาดเล็กไม่เกิน 1 เซนติเมตร เป็นก้อนที่ยังอยู่ภายในช่องหูชั้นใน ผู้ป่วยมีอาการน้อย ยังมีคุณภาพชีวิตที่ดี อายุมาก ซึ่งอาจจะพิจารณาที่อายุมากกว่า 65 ปี

ผู้ป่วยที่เฝ้าดูแล้วพบว่า มีอาการรบกวนมากขึ้น คุณภาพชีวิตแย่ง ก่อนมีการขยายขนาดเกินปีละ 2 มิลลิเมตร ก็จะต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาต่อไป

## การผ่าตัด

โดยทั่วไปแพทย์จะพยายามเอาก้อนเนื้องอกออกทั้งหมด โดยรักษาเส้นประสาทใบหน้า และพยายามคงการได้ยินของผู้ป่วยเอาไว้ ถ้าเป็นไปได้ อย่างไรก็ตามในรายที่ก้อนใหญ่มาก (มากกว่า 2.5 เซนติเมตร) แพทย์ผู้รักษาอาจจะพิจารณาเอาออกไม่หมดหรือเกือบหมด เพื่อให้การรักษาเส้นประสาทใบหน้าเอาไว้ทำได้ดียิ่งขึ้น โดยพบว่าโอกาสที่ผู้ป่วยต้องมาผ่าตัดซ้ำมีน้อย<sup>3</sup>

ทางเลือกในการผ่าตัดเข้าหาเนื้องอกนี้มี 3 ทาง คือ middle cranial fossa approach, translabyrinthine approach และ suboccipital approach โดยมีแนวทางและหลักการในการเลือกใช้แตกต่างกันไป สำหรับทางภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา ก็จะเน้นทำการผ่าตัดรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านทางหูชั้นใน (translabyrinthine approach) ซึ่งเป็นช่องทางที่แพทย์หู คอ จมูก คำนึงเคยเป็นอย่างดี และได้ผลการรักษาที่ดี โดยเฉพาะสามารถรักษาประสาทใบหน้าได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามในรายที่เนื้องอกมีขนาดใหญ่ ผลการรักษา ก็อาจมีแนวโน้มลดลงได้เป็นลำดับ ซึ่งกรณีนี้

อาจต้องพิจารณาทางเลือกอื่นไว้ด้วย<sup>4</sup>

ข้อเสียของการผ่าตัดวิธีนี้ คือ ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียการได้ยินในหูข้างนั้นทั้งหมด และใช้เวลาในการผ่าตัดค่อนข้างนาน เนื่องจากต้องกรอผ่านกระดูกเทมเปอรอล (Temporal bone) ไปถึงช่องหูชั้นใน โดยทั่วไปจะใช้เวลาผ่าตัดนาน ประมาณ 6-8 ชั่วโมง

ผู้ป่วยที่ทางภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ให้บริการผ่าตัดรักษาอยู่ ก็คือ ผู้ป่วยที่ก้อนเนื้องอกยังอยู่ในช่องหูชั้นในเป็นส่วนใหญ่ ก้อนเนื้องอกมีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร และมีการได้ยินที่ไม่ดีอยู่แล้วในหูข้างนั้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Hajioff D, Raut VV, Walsh RM, Rutka JA. Conservative management of vestibular schwannomas: third review of a 10-year prospective study. Clin Otolaryngol 2008;33:255-64.
2. Stangerup SE, Thomsen J, Tos M, Cayé-Thomasen P. Long-term hearing preservation in vestibular schwannoma. Otol Neurotol 2010;31:271-5.
3. Schwartz MS, Kari E, Strickland BM, Berliner K. Evaluation of the increased use of partial resection of large vestibular schwannomas: facial nerve outcomes and recurrence/regrowth rates. Otol Neurotol 2013;34:1456-64.
4. Springborg JB, Fugleholm K, Poulsgaard L, Cayé-Thomasen P, Thomsen J, Stangerup SE. Outcome after translabyrinthine surgery for vestibular schwannomas: report on 1244 patients. J Neurol Surg B Skull Base 2012;73:168-74.