

445 00 fa

ก

ชื่อเรื่อง : การขยายของซากกรไกรบนเป็นอาการแรกของมัลติเบิล มัยอีโลมา : รายงานผู้ป่วยและติดตามผล
รักษา 6 ปี* ๗๐ ๗๐๐... [เอกสารฉบับนี้]

ชื่อผู้เขียน :

(1) ทพญ. สุพิศ จิ่งพานิชย์ วทบ., ท.บ., ป.บัณฑิต (พยาธิวิทยา), M.Med.Sc. (Oral Pathology) อนุมัติบัตร สาขาวิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก

รองศาสตราจารย์

๗๖

ภาควิชาโสตศูรวิทยา

คณะทันตแพทยศาสตร์

๗๑๒ ๗๐

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

โทร (074) 429878,

โทรสาร (074) 212922



๗๐๐ ๐๗

(2) ทพญ. พัชรี กัมพลานนท์ วทบ., ท.บ., อนุมัติบัตรสาขาคัลยศาสตร์ช่องปาก

งานคัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่

อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

๗๐๐ ๐๗

(3) ทพ. สุรัชย์ อภินววรรกุล ท.บ., อนุมัติบัตรสาขาคัลยศาสตร์ช่องปาก

งานคัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่

อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

๗๐๐ ๐๗

(4) น.พ. วิญญู มิตรานันท์ พ.บ., Am Board Pathol (Anat and Clin)

รองศาสตราจารย์

ภาควิชาพยาธิวิทยา

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

*บทความนี้ได้นำเสนอในที่ประชุมผลงานวิจัยสาขาทันตแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 27-28 เมษายน พ.ศ. 2538 ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร

Order Key 1845a
BIB Key 155613

เลขที่ RK 470 064 1538
เลขทะเบียน
1.5 ส.ก. 2542

Title : Maxillary expansion as initial sign of multiple myeloma : A 6 year - follow-up case*

Authors :

- (1) Dr Supis Chungpanich B.Sc., D.D.S., Grad. Dip. in Clin. Sc. (Pathol), M.Med.Sc.
(Oral Pathol), Thai Board of Oral Diagnostic Science.

Associate Professor
Department of Stomatology
Faculty of Dentistry
Prince of Songkla University
Hatyai, Songkla 90110
Tel (074) 429878,
Fax (074) 212922

- (2) Dr Patcharee Kumplanont B.Sc., D.D.S., Thai Board of Oral and Maxillofacial
Surgery.

Oral Surgeon
Hatyai Regional Hospital
Hatyai, Songkla 90110

- (3) Dr Surachai Apinawatawornkul D.D.S., Thai Board of Oral and Maxillofacial
Surgery

Oral Surgeon
Hatyai Regional Hospital
Hatyai, Songkla 90110

- (4) Dr Winyou Mitarnun M.D., Am Board Pathol (Anat and Clin)

Associate Professor
Department of Pathology
Faculty of Medicine
Prince of Songkla University
Hatyai, Songkla 90110

การขยายของซากรรไกรบนเป็นอาการแรกของมัยอโลมา : รายงานผู้ป่วยและติดตามผลรักษา 6 ปี

บทคัดย่อ

มัยอโลมา เป็นมะเร็งของพลาสมาเซลล์ ซึ่งพบได้น้อยที่เกิดขึ้นในกระดูกซากรรไกร รายงานผู้ป่วยหญิงอายุ ๔๕ ปี ถูกส่งต่อมายังคลินิกศัลยกรรมช่องปาก โรงพยาบาลทาดใหญ่ ด้วยมีอาการเหงือกบวมที่บริเวณซากรรไกรบนด้านซ้ายมาประมาณ ๑ เดือน อาการบวมเคยเป็นๆ หายๆ อยู่หลายครั้ง ผู้ป่วยมีประวัติผนังกันช่องหัวใจล่างรั่ว และไม่เคยได้รับยาเป็นประจำ การตรวจทางภาพรังสีของกระดูกซากรรไกรบน พบมีการทำลายกระดูกร่วมกับมีการละลายตัวของรากฟันบนซ้ายซี่ที่สอง ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาให้การวินิจฉัยว่าเป็นพลาสมาไซโตมา จากการตรวจทางรังสีของกระดูกอื่นๆ พบมีการทำลายกระดูกหลายตำแหน่งที่กระดูกกะโหลกศีรษะ ผลการตรวจอิเล็กโทรฟอริซิสของน้ำเหลือง พบโมโนโคลนัล แกรมโมพาสีซึ่งเป็นชนิด ไอจีจี (๑๒,๔๐๐ mg/dl) และแคปทา โลท์ เซน รายละเอียดการดำเนินของโรคและการรักษาผู้ป่วยรายนี้มานานกว่า ๖ ปี จะนำมาเสนอในรายงานนี้ด้วย

Maxillary Expansion as Initial Sign of Multiple Myeloma : A 6 year - follow-up case

Abstract

Multiple myeloma is a malignant condition characterized by proliferation of abnormal plasma cells; furthermore, it infrequently affects the jaw bones. This report described a case of a 45 year-old female. She was referred to the Oral Surgery Clinic of Hatyai Hospital with a history of a swelling of the gingiva in the upper left molar region for a month. The swelling had been presented on and off several times. She was a known case of ventricular septal defect and denied having taken any medicine regularly. Maxillary radiographs revealed an ill-defined osteolytic lesion with external root resorption of the left second molar. The lesion was histologically diagnosed as plasmacytoma. A skeletal survey showed multiple punched-out lytic defects in the skull. Serum immunoelectrophoresis demonstrated a peak of monoclonal gammopathy which was recognized as IgG immunoglobulin (12,400 mg/dl) with kappa light chain. The course and management of this case for a period of over 6 years was presented

Key words : Multiple myeloma, Maxillary expansion, Plasma cells tumour

บทนำ

มัลติเปิล มัยอีโลมา (multiple myeloma) เป็นความผิดปกติที่พบมีการเพิ่มจำนวนของพลาสมาเซลล์ซึ่งเปลี่ยนแปลงมาจากบีลิมโฟไซต์ที่ผิดปกติ (abnormal B-lymphocyte derived plasma cells) ร่วมกับมีการสร้างสารโมโนโคลนัล อิมมูโนโกลบูลิน (monoclonal immunoglobulin) ในน้ำเหลืองและปัสสาวะ บางรายอาจพบมีสารอะมัยลอยด์ (amyloid material) สะสมอยู่ในเนื้อเยื่อที่ผิดปกติหรือในอวัยวะอื่นๆ^(๑,๒) รอยโรคนี้พบเกิดขึ้นในไขกระดูก (bone marrow) ของกระดูกหลายชิ้นหรือหลายตำแหน่ง ถ้าพบเกิดขึ้นในกระดูกชิ้นเดียวหรือตำแหน่งเดียว เรียกว่าพลาสมาไซโตมา (plasmacytoma) ในกรณีที่พบเกิดขึ้นเฉพาะในเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) เรียกว่า เอ็กสตราเมดูลารี พลาสมาไซโตมา (extramedullary plasmacytoma)

ตำแหน่งของกระดูกที่พบมัยอีโลมาได้บ่อย ได้แก่ กระดูกสันหลัง กระดูกเชิงกราน กระดูกซี่โครง กระดูกกระดูกไหปลาร้า และกระดูกแขนขา^(๓) Lambertenghi-Deliliers ศึกษาผู้ป่วยมัลติเปิล ๑๕๓ ราย พบมีรอยโรคที่กระดูกขากรรไกร ๑๐ ราย (ร้อยละ ๕.๑๘) ทั้งหมดพบที่กระดูกขากรรไกรล่าง การเปลี่ยนแปลงของกระดูกจากรอยโรคนี้จะพบมีการทำลายเป็นหย่อม (focal osteolytic area) เนื่องจากพลาสมาเซลล์ที่ผิดปกติสะสมอยู่รวมกันเป็นก้อน หรือพบมีการกระจายของพลาสมาเซลล์ที่ผิดปกติแทรกอยู่ทั่วไปในไขกระดูกทำให้ไม่พบมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของกระดูก

ในรายงานนี้เป็นรายงานผู้ป่วยมัลติเปิล มัยอีโลมา ที่พบมีอาการปรากฏเริ่มแรก (initial presentation) ด้วยอาการบวมของกระดูกขากรรไกรบนโดยไม่มีอาการปวด ซึ่งเป็นอาการและตำแหน่งที่

พบได้ไม่บ่อย ในรายงานนี้จะกล่าวรายละเอียดถึงลักษณะทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ
การรักษาตลอดจนการติดตามผลเป็นเวลาประมาณ 6 ปี

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทยคู่ อายุ ๔๕ ปี ถูกส่งต่อมารับการตรวจที่คลินิกศัลยศาสตร์ช่องปาก โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เมื่อพฤศจิกายน ๒๕๓๔ ด้วยมีอาการบวมไม่เจ็บ (painless swelling) บริเวณแก้มด้านซ้ายมาประมาณ ๑ เดือน อาการบวมนี้เป็นๆ หายๆ มาหลายครั้ง และก่อนมารับการตรวจครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีฟันปลอมที่ใส่อยู่แน่นขึ้น ผู้ป่วยมีประวัติผนังกันช่องหัวใจล่างรั่ว (ventricular septal defect) และไม่เคยได้รับยาใดๆ เป็นประจำมาก่อน

การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยแข็งแรงดี มีอาการแก้มซ้ายบวม (รูปที่ ๑) ต่อมาน้ำเหลืองบริเวณคอไม่โต

การตรวจภายในช่องปากพบเหงือกบริเวณฟันกรามบนซ้ายบวมและกดแข็ง ซากกรรไกรบนพบมีฟันเหลือ

เพียงสองซี่ (ฟันกรามบนซี่ที่สองซ้ายและขวา) (รูปที่ ๒) เหงือกรอบคอฟันมีรอยแดงแต่ไม่มีแผล ภาพถ่าย

รังสีของกระดูกขากรรไกรพบมีเงาดำขนาดใหญ่ขอบเขตไม่ชัดเจน (ill-defined large osteolytic lesion) ของ

กระดูกขากรรไกรบนซ้ายบริเวณปลายรากฟันกรามซี่ที่สองซึ่งรากฟันมีการละลายตัวร่วมด้วย และเงาดำวง

เล็กๆ หลายตำแหน่งในกระดูกขากรรไกรล่าง (รูปที่ ๓) การตรวจด้วยคอมพิวเตอร์ โทม็อกกราฟี (compute

tomography) พบรอยโรคมีการลุกลามเข้าไปในโพรงอากาศ (maxillary sinus) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

เบื้องต้นว่าเป็นรอยโรคมะเร็ง และได้รับการตัดชิ้นเนื้อบริเวณรอยโรคไปตรวจ (incisional biopsy) ผล

การตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (histopathological examination) พบกลุ่มพลาสมา เซลล์จำนวนมากแทรก

กระจายอยู่ในเนื้อเยื่อเกี่ยวพันใต้ชั้นเอพิทิลีเยียม ลักษณะของพลาสมาเซลล์ มีขนาดโตกว่าปกติและมี

หลายขนาด (pleomorphism) บางเซลล์มีนิวเคลียส ๒-๔ นิวเคลียสในหนึ่งเซลล์ (รูปที่ ๔) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นพลาสมา ไซโตมา

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ผู้ป่วยได้รับการถ่ายภาพรังสีกระดูกกะโหลกศีรษะ พบวงเงาดำเล็กๆ หลายตำแหน่ง (รูปที่ ๕) การตรวจซีรัม โปรตีน อีเล็กโทรโฟรีซิส (serum protein electrophoresis) (รูปที่ ๖) และอิมมูโนอีเล็กโทรโฟรีซิส (immunoelectrophoresis) พบมี โมโนโคลนัลแกมมาโอฟาซี (monoclonal gammopathy) ซึ่งเป็นอิมมูโนโกลบูลิน จี (IgG) (๑๒,๔๐๐ mg/dl) และแคปป์ปาลีไลท์ เซน (kappa light chain) การตรวจ เบนซ โจนส์ โปรตีน (Bence Jones protein) ในปัสสาวะให้ผลลบ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด vincristine, melfalan และ prednisolone ประมาณ ๑ เดือนหลังได้รับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยมีอาการบวมที่กระดูกไหปลาร้าข้างซ้าย จากภาพถ่ายรังสีพบมีเงาดำและรอยหักของกระดูก ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางจุลพยาธิวิทยา พบเป็น พลาสมา ไซโตมา รอยโรคบริเวณนี้ได้รับการฉายแสง (๒๐๐๐ rad) เป็นเวลาประมาณ ๒ อาทิตย์ ซึ่งรอยโรคตอบสนองต่อการฉายแสง ผู้ป่วยได้มารับการตรวจและติดตามผลตลอดเวลาทุกเดือน โดยได้รับยาเคมีบำบัด (melfalan และ prednisolone) ไปรับประทานเป็นประจำครั้งละ ๔ วัน จนกระทั่ง พฤษภาคม ๒๕๓๔ (ประมาณ ๕ ปีหลังการวินิจฉัยโรค) ผู้ป่วยมีอาการคัดจมูกและปวดบริเวณโหนกแก้มซ้ายโดยไม่มีน้ำมูก ผู้ป่วยได้รับการตรวจและพบก้อนเนื้อขนาด ๐.๗ ซม. ที่บริเวณด้านซ้ายของอินฟีเรีย เทอร์บีเนท (left inferior turbinate) ผลการตรวจชิ้นเนื้อพบเป็นพลาสมา ไซโตมา รอยโรคนี้ได้รับการรักษาโดยการฉายแสง (๕๔๐๐ cgy) ประมาณ ๖ อาทิตย์

หลังจากผู้ป่วยยังคงมารับการตรวจติดตามผลอยู่เป็นประจำจนกระทั่งปัจจุบัน รวมเวลาการติดตามผลผู้

ป่วยรายนี้นานกว่า ๖ ปี

วิจารณ์

มัลติเปิล มัยอีโลมา เป็นมะเร็งปฐมภูมิ (primary malignant tumour) ที่พบบ่อยที่สุดของกระดูก^(๕) ประมาณร้อยละ ๔๔ ของผู้ป่วยมัยอีโลมา เมื่อตรวจด้วยอิเล็กโทรโฟรีซิส (electrophoresis) จะพบโมโนโคลนัล อิมมูโนโกลอบบูลิน ในน้ำเหลืองสูง หรือพบเบนช โจนส โปรตีน (Bence Jones protein) ในปัสสาวะ ประมาณร้อยละ ๕๕ เป็นอิมมูโนโกลอบบูลิน ชนิด ไอจีจี (IgG) ร้อยละ ๒๕ เป็นชนิด ไอจีเอ (IgA) ชนิดอื่นๆ เช่น ไอจีเอ็ม (IgM) ไอจีดี (IgD) หรือไอจีอี (IgE) พบได้น้อยมาก ประมาณร้อยละ ๒๐ ของผู้ป่วยพบ เบนช โจนส โปรตีนในปัสสาวะโดยไม่พบอิมมูโนโกลอบบูลิน ในน้ำเหลือง

จากการศึกษาของ Jootar และคณะ^(๖) ในคนไทยที่ป่วยเป็นมัยอีโลมา ๖๒ ราย พบอิมมูโนโกลอบบูลิน ไอจีจี ร้อยละ ๕๘ ไอจีเอ ร้อยละ ๑๔ ไลต์เชน (light chain) ร้อยละ ๘ และไม่ทราบข้อมูล ร้อยละ ๑๕ ผู้ป่วยในรายงานนี้พบเป็นอิมมูโนโกลอบบูลิน ไอจีจี และแคปปา ไลต์เชน สำหรับค่าเบนช โจนส โปรตีน ในปัสสาวะให้ผลลบ

ผู้ป่วยมัยอีโลมาส่วนใหญ่พบในคนช่วงอายุระหว่าง ๕๐ และ ๗๐ ปี อายุเฉลี่ย ๖๓ ปี^(๖,๗) พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง^(๕) จากรายงานการศึกษาในคนไทย^(๖) ประมาณร้อยละ ๘๖.๕ พบในอายุมากกว่า ๕๐ ปี อายุเฉลี่ยในผู้ชาย ๕๖ ปี ในผู้หญิง ๕๔ ปี และร้อยละ ๖๘ ของผู้ป่วยเป็นผู้ชาย ในรายงานนี้ผู้ป่วยเป็นผู้หญิง อายุ ๔๕ ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบน้อย

อาการปรากฏในช่องปาก (oral manifestation) ของผู้ป่วยมัยอีโลมา พบมีรายงานตั้งแต่ร้อยละ ๒ ถึงร้อยละ ๗๐ อาการปรากฏในช่องปากในระยะเริ่มแรกของรอยโรค (initial presentation) พบมีราย

งานร้อยละ ๑๔^(๔) อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปวดกระดูก บวม ชา ฟันโยก กระดูกหัก และก้อนเนื้อในเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue mass)^(๗,๘,๙) ผู้ป่วยในรายงานนี้ อาการปรากฏส่วนใหญ่ เป็นอาการบวมทั้งรอยโรคที่ตรวจพบครั้งแรกที่กระดูกขากรรไกร และรอยโรคที่ปรากฏอาการภายหลังจากการแพร่กระจายของรอยโรคที่กระดูกอื่นๆ สำหรับรอยโรคที่กระดูกโอบลาร้าพบมีอาการกระดูกหักร่วมด้วย ไม่พบมีอาการปวดกระดูกตลอดเวลาที่ติดตามผล

ตำแหน่งของรอยโรคที่พบในช่องปากส่วนใหญ่พบที่กระดูกขากรรไกรล่าง ส่วนขากรรไกรบนพบได้น้อย^(๔,๑๐,๑๑) บริเวณที่พบบ่อยในขากรรไกรล่าง คือ ด้านหลังและมุมของกระดูกขากรรไกรล่าง (posterior region and angle of the mandible)^(๔,๑๐,๑๑) ภาพถ่ายรังสีของรอยโรคในกระดูกขากรรไกร ส่วนใหญ่จะพบเป็นวงเงาดำหลายตำแหน่ง (multiple punched out osteolytic lesions) โดยไม่มีขอบขาวรอบๆ (surrounding zone of sclerosis) ส่วนน้อยจะพบเป็นเงาดำตำแหน่งเดียวขนาดใหญ่ (single large osteolytic lesion)^(๔,๕,๑๐,๑๑) บางรายอาจพบมีรอยพรุนของกระดูก (osteoporosis) การละลายของรากฟัน (root resorption) และรอยกระดูกหักร่วมด้วย ผู้ป่วยในรายงานนี้ พบมีการทำลายเป็นเงาดำขนาดใหญ่ขอบเขตไม่ชัดเจนร่วมกับการละลายของรากฟันข้างเคียงที่กระดูกขากรรไกรบน และพบวงเงาดำขนาดเล็กหลายวงในกระดูกขากรรไกรล่างและกระดูกกะโหลกศีรษะ

การรักษาผู้ป่วยมัยอีโลมา โดยการให้ยาเคมีบำบัดพวกแอลไคเลติง (alkylating agents) เช่น ยาเมลฟาแลน (melphalan) และสเตียรอยด์ (steroids) สำหรับการรักษาโดยการฉายแสงมักใช้รักษารอยโรคในกระดูกเฉพาะที่ ผู้ป่วยมัยอีโลมาพบมีชีวิตอยู่ได้โดยเฉลี่ย (mean survival) ๒-๓ ปี และ

ประมาณร้อยละ ๒๐ ของผู้ป่วยที่จะมีชีวิตอยู่ได้นาน ๕ ปีหรือมากกว่า^(๑,๑๑,๑๒) จากรายงานศึกษาผู้ป่วยมะเร็งอีโลมาในคนไทย^(๑) พบว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ๔ ชนิด (cyclophosphamide, melphalan, vincristine and prednisolone) เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ๒ ชนิด (melphalan and prednisolone) เกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการที่จะมีชีวิตอยู่ พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ ผู้ป่วยในรายงานนี้ ได้ให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เมลฟาแลน และเพรดนิโซโลน เป็นเวลาประมาณ ๖ ปี และให้การรักษาโรคในกระดูกที่ปรากฏเป็นก้อนเนื้อด้วยการฉายแสงเฉพาะที่ (local radiation) ปัจจุบันผู้ป่วยยังคงมารับการตรวจติดตามผลอยู่

สาเหตุการตายของผู้ป่วยมะเร็งอีโลมาในคนไทยจากรายงานของ Jootar และคณะ^(๑) พบตายจาก

รอยโรคมะเร็งอีโลมาเอง ร้อยละ ๔๓ การติดเชื้อร้อยละ ๓๖ ไตล้มเหลวร้อยละ ๑๔ และโรคหัวใจ ร้อยละ

๗ การทำนาย (prognosis) โรคของผู้ป่วยมะเร็งอีโลมา ขึ้นอยู่กับอายุ ตำแหน่งของมะเร็ง การทำลายไต

(renal involvement) และลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา^(๑๐) Sukpanichnant และคณะ^(๑๓) พบว่ารอยโรคที่มีความ

ความผิดปกติของเซลล์มะเร็งอยู่ในระดับรุนแรง (marked dysplasia) จะพบมีชีวิตอยู่ได้โดยเฉลี่ย ๑๒.๔

เดือน ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับรอยโรคที่มีความผิดปกติของเซลล์มะเร็งอยู่ใน

ระดับต่ำ (minimal dysplasia) หรือระดับปานกลาง (morderate dysplasia) ที่พบผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้โดย

เฉลี่ย ๓๒.๔ เดือน และ ๒๕.๒ เดือนตามลำดับ

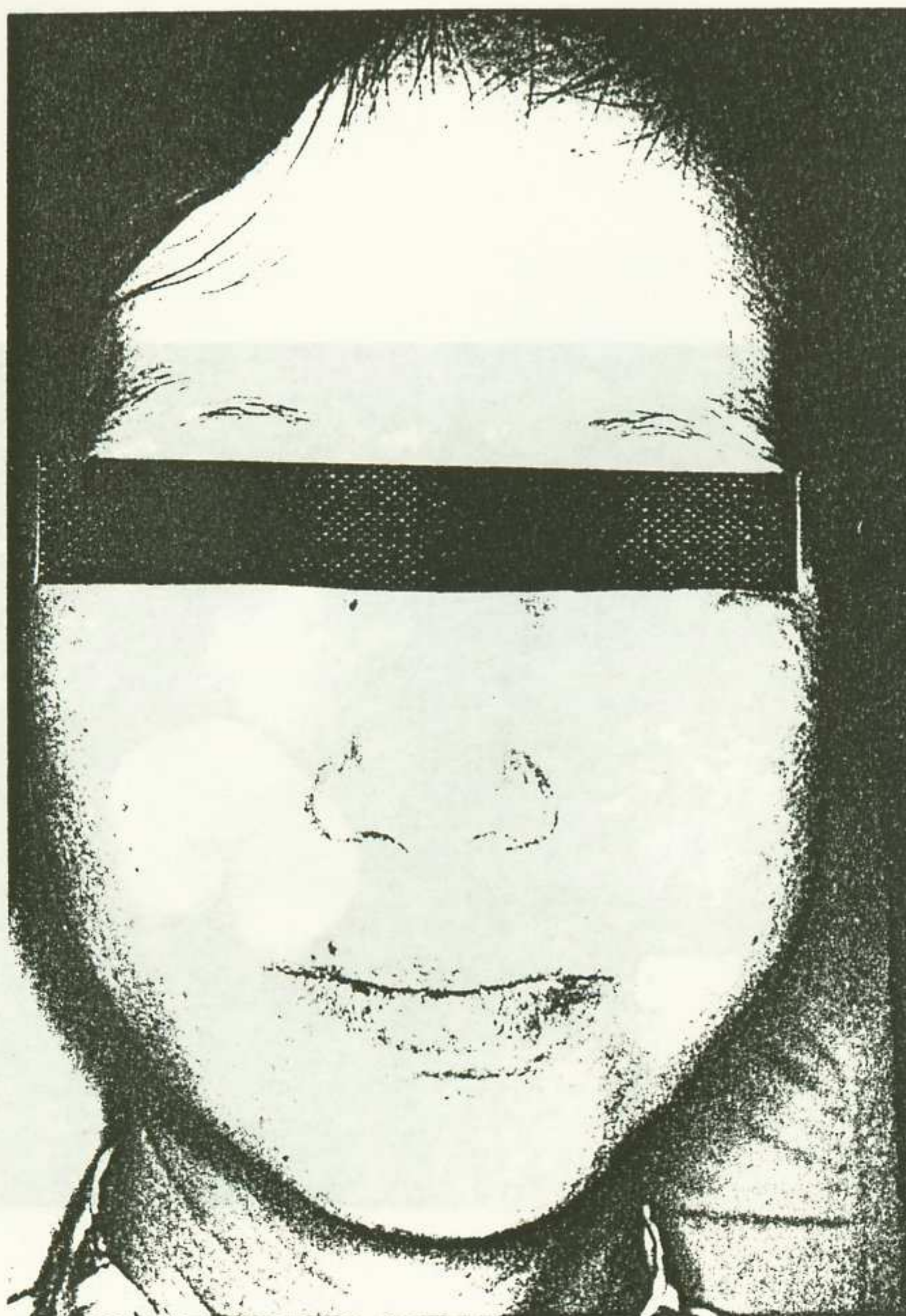
สรุป

ผู้ป่วยมัยอีโลมา ในรายงานนี้ มาพบแพทย์ครั้งแรกด้วยอาการบวมที่กระดูกขากรรไกรบน ซึ่งเป็น
อาการและตำแหน่งที่พบได้ไม่บ่อย รอยโรคมีการแพร่กระจายไปยังตำแหน่งอื่นๆ ได้แก่ กระดูกขา
กรรไกรล่าง กระดูกกะโหลกศีรษะ กระดูกไหปลาร้า และเนื้อเยื่อบริเวณด้านซ้ายของอิมพีเรีย เทอร์มิเนท
ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการฉายแสงเฉพาะที่ ปัจจุบันผู้ป่วยยังคงมารับการตรวจติดตาม
ผลทุกเดือน รวมเวลาติดตามผลมานานกว่า ๖ ปี

เอกสารอ้างอิง

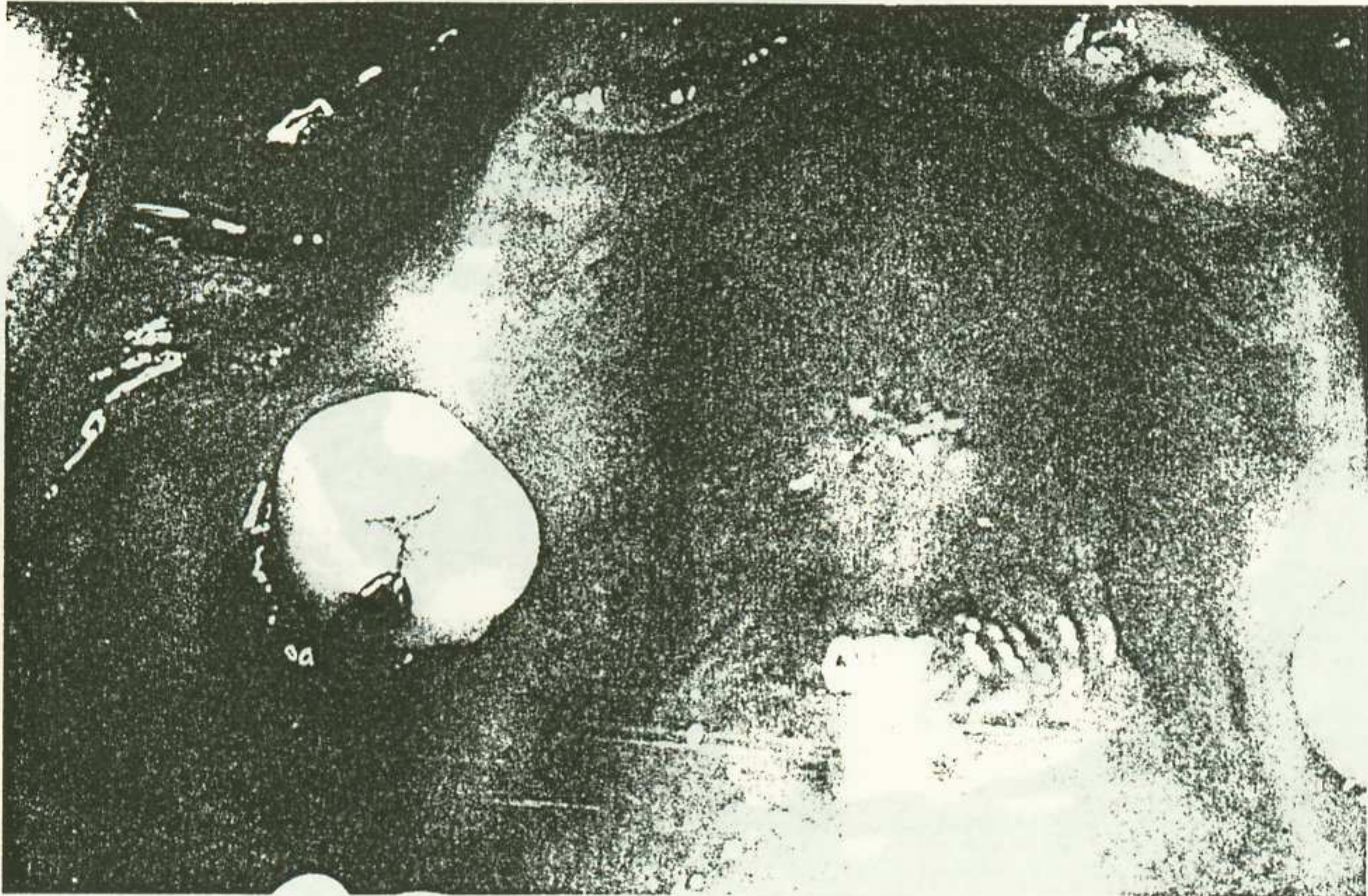
1. Regezi, J.R. and Sciubba, J. : Oral Pathology : clinical pathologic correlations. Second edition. W.B. Saunders Company. 1993.
2. Eversole, L.R. and Pindborg, J.J. : Malignant neoplasma of the oral soft tissue. In Prabha, S.R. et al : Oral Diseases in the Tropics. Oxford University Press. 1992.
3. Schajowicz, F. : Histological typing of bone tumours. Second edition. Springer-Verlag 1993.
4. Lambertenghi-Deliliers, G. et al : Incidence of jaw lesions in 193 patients with multiple myeloma. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 65 : 533-7, 1988.
5. Fechner, R.E. and Mills, S.E. : Tumors of the bones and joints, Armed Forces Institute of Pathology. Washington, D.C. 1993.
6. Jootar, S., Chouriyagune, C. and Pravalpreukhgul, V. : Multiple myeloma : review of 62 cases. Intern. Med. 2(4) : 217-20, 1986.
7. Soames, J.V. and Southam, J.C. : Oral Pathology. second edition. Oxford University Press 1993.
8. Epstein, J.B and Sterenson-Moore, P. : Maxillofacial manifestations of multiple myeloma. Oral Surg. 57(3) 267-271, 1984.

9. Pisano, J.J., Coupland, R., Chen, S and Miller, A.S. : Plasmacytoma of the oral cavity and jaws. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 83 : 265-71, 1997.
10. Currie, W.J.R., Hill, R.R and Keshani, D.K : An unusual cause of maxillary tuberosity enlargement. Br. Dent. J. 60-62, 1994.
11. Raubenheimer, E.J. et al : Multiple myeloma presenting as localized expansile jaw tumour. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 17 : 382-85, 1988.
12. Cawson, R.A and Everson, J.W. : Oral Pathology and Diagnosis : Color atlas with integrated text. Second edition. Willian Heinemann Medical Books. London. 1987.
13. Sukpanichnant. S., Cousar, J.B., Leelasiri, A. G et al. Diagnostic Criteria and histologic grading in multiple myeloma : histologic and immunologic analysis of 176 cases with clinical correlation. Hum. Pathol. 25 : 308-18, 1994.



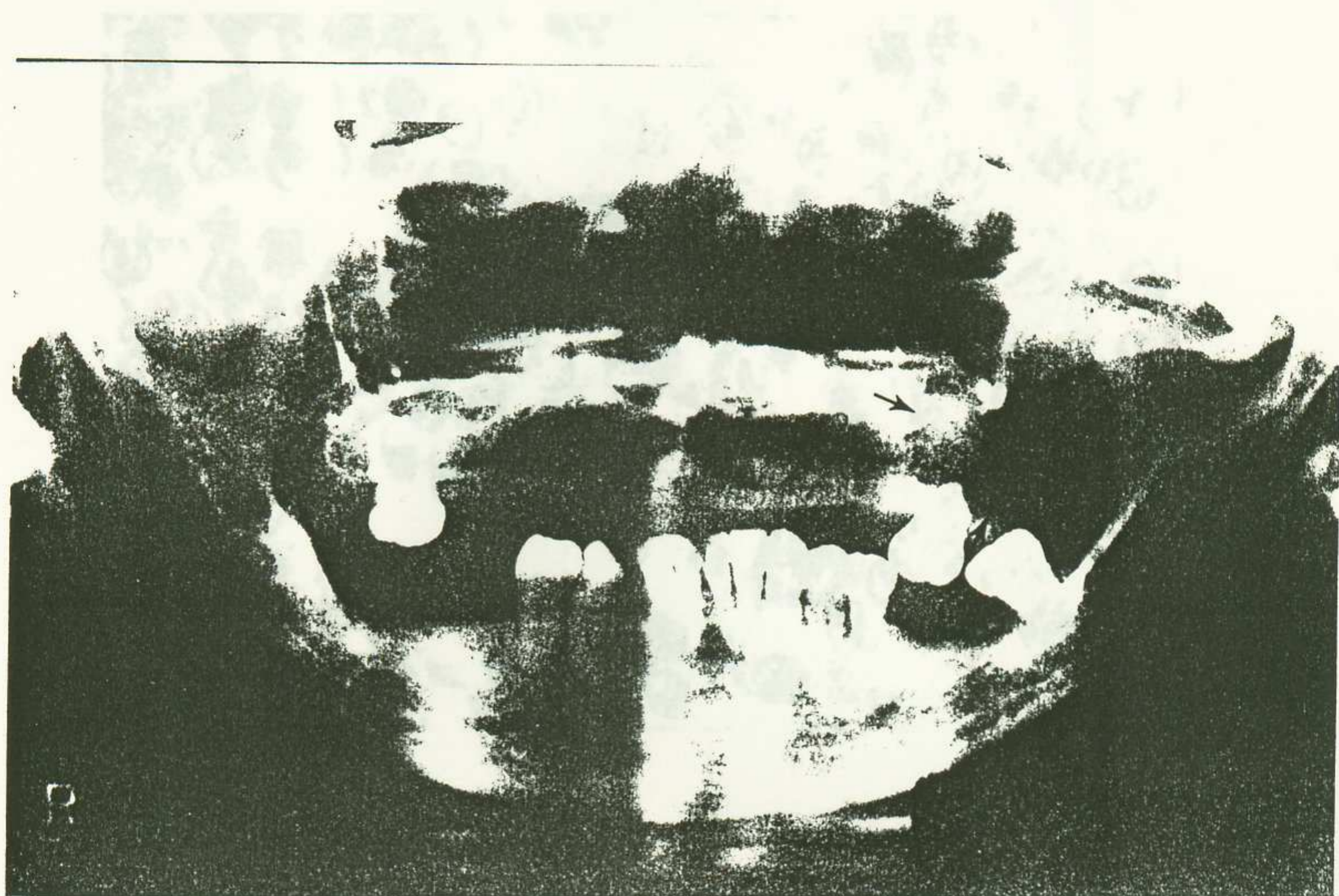
รูปที่ ๑ ผู้ป่วยหญิงคู่อายุ ๔๕ ปี พบมีก้อนเนื้อมัยอีโลมา
ที่กระดูกขากรรไกรบนซ้าย

Fig. 1 A 45 - year - old woman with myelomatous tumour
of the left maxilla.



รูปที่ ๒ การตรวจในช่องปาก พบเหงือกบวมบริเวณฟัน
กรามซ้าย

Fig. 2 Intraoral examination showing gingival swelling of
the left molar region.



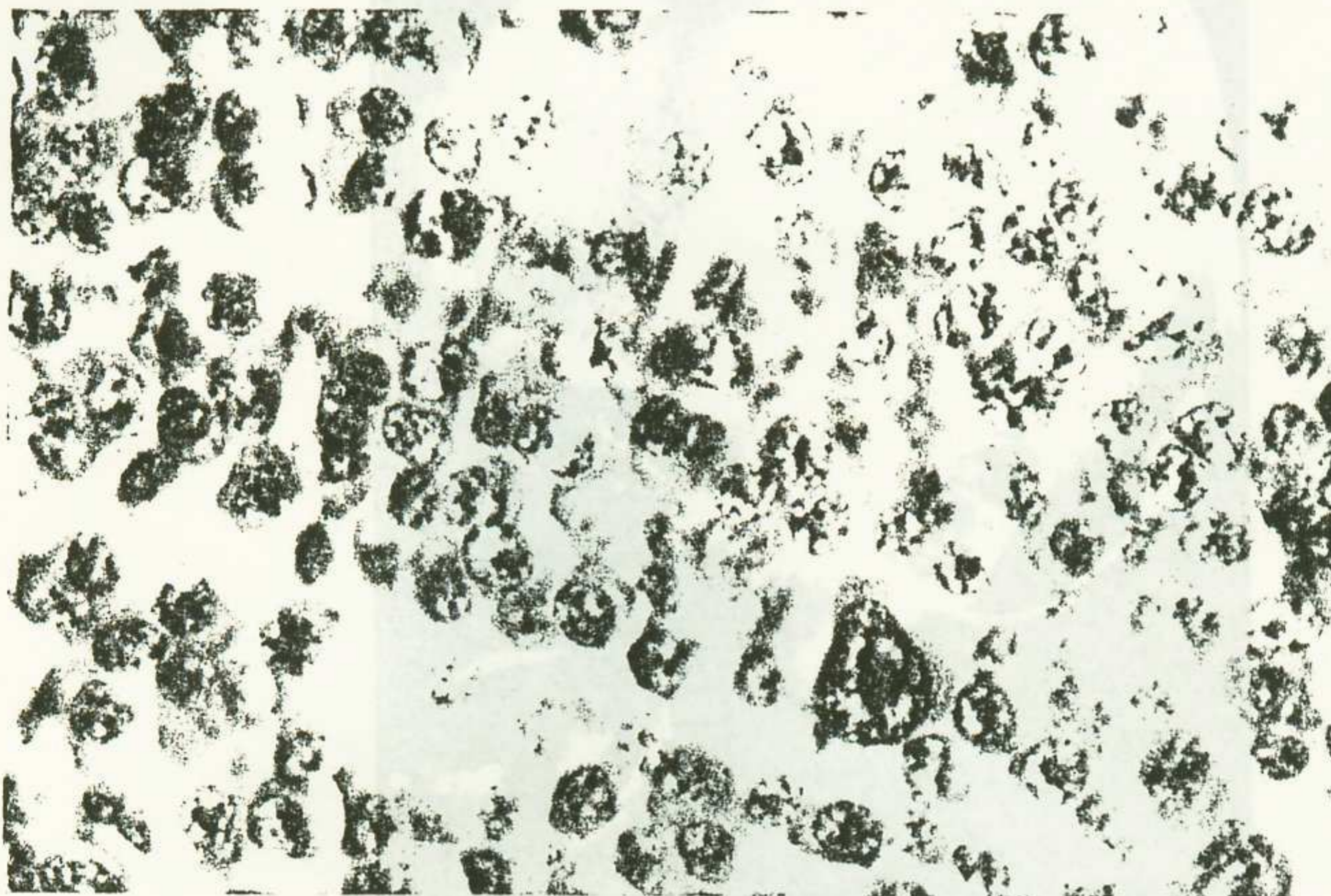
รูปที่ ๔ ลักษณะของอัมพาตเรื้อรัง พบมีนิวเคลียสอยู่ด้านข้างซึ่งมีโครมาติน

เรียงตัวทางด้านหน้าไปด้านหลัง และนิวเคลียสไฮโอเจนิก เซอร์มิ

รูปที่ ๓ ภาพรังสีออร์โทแพน แสดงเงาคำขนาดใหญ่ขอบเขตไม่

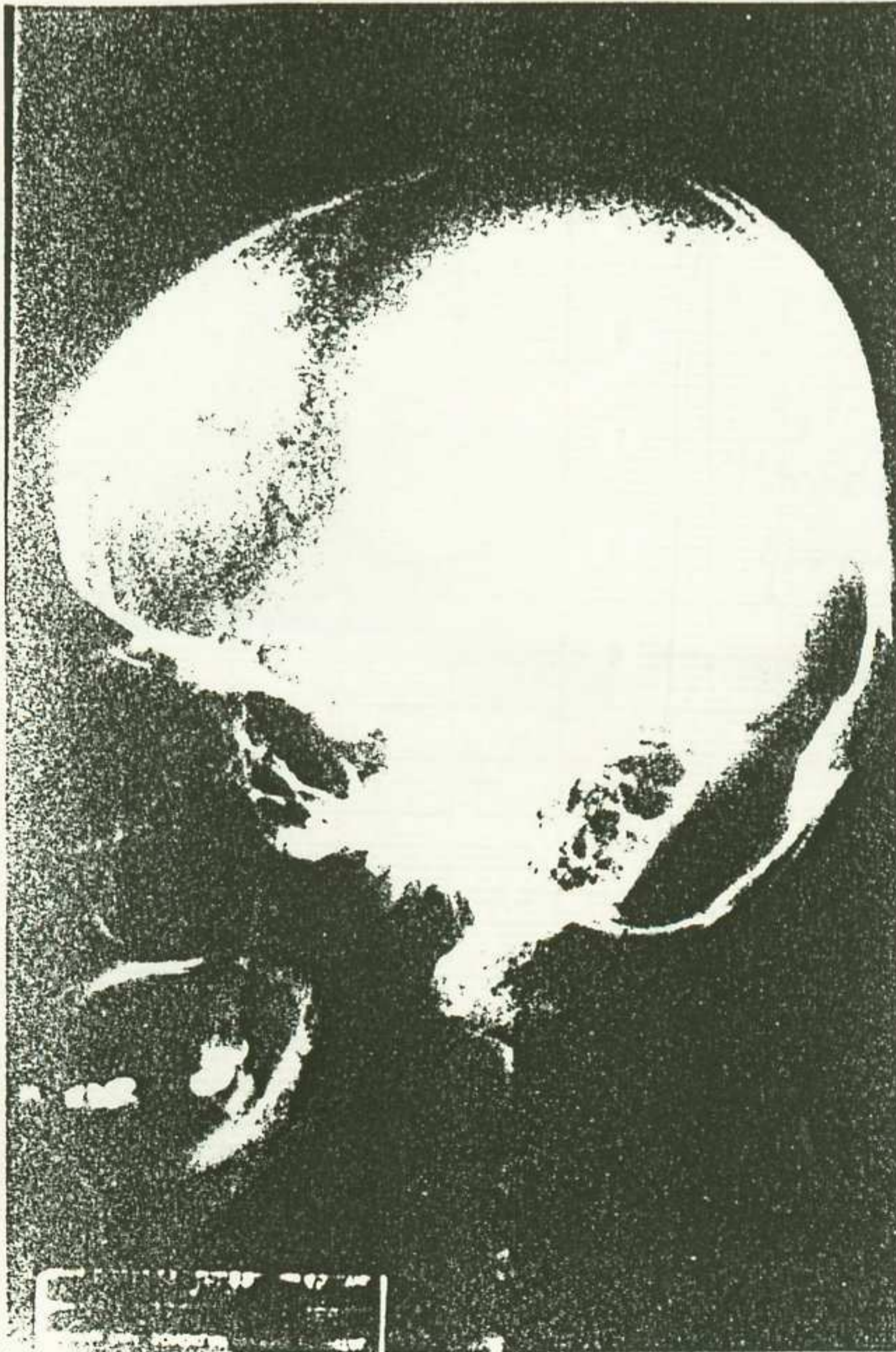
ชัดเจนร่วมกับการละลายของรากฟันบริเวณฟันกรามบนซ้าย
 (ศรชี้) และวงเงาคำขนาดเล็กหลายวงที่กระดูกขากรรไกรล่าง

Fig. 3 Orthopantomograph showing an ill defined large osteolytic lesion as well as root resorption in the left maxillary molar region (arrows) and multiple small radiolucent lesions in the mandible.



รูปที่ ๔ ลักษณะเซลล์มะเร็ง พบมีนิวเคลียสอยู่ด้านข้างซึ่งมีโครมาติน
เรียงตัวคล้ายหน้าปัดนาฬิกา และนิวคลีโอลเด่นชัด เซลล์มี
หลายขนาดด้วย (ย้อมด้วย เอช แอนด์ อี กำลังขยาย ๔๐๐ เท่า)

Fig. 4 The tumour cells show eccentric nucleus with clock - face
chromatin material and prominent nucleoli. Pleomorphism
is also noted. (H&Ex400)

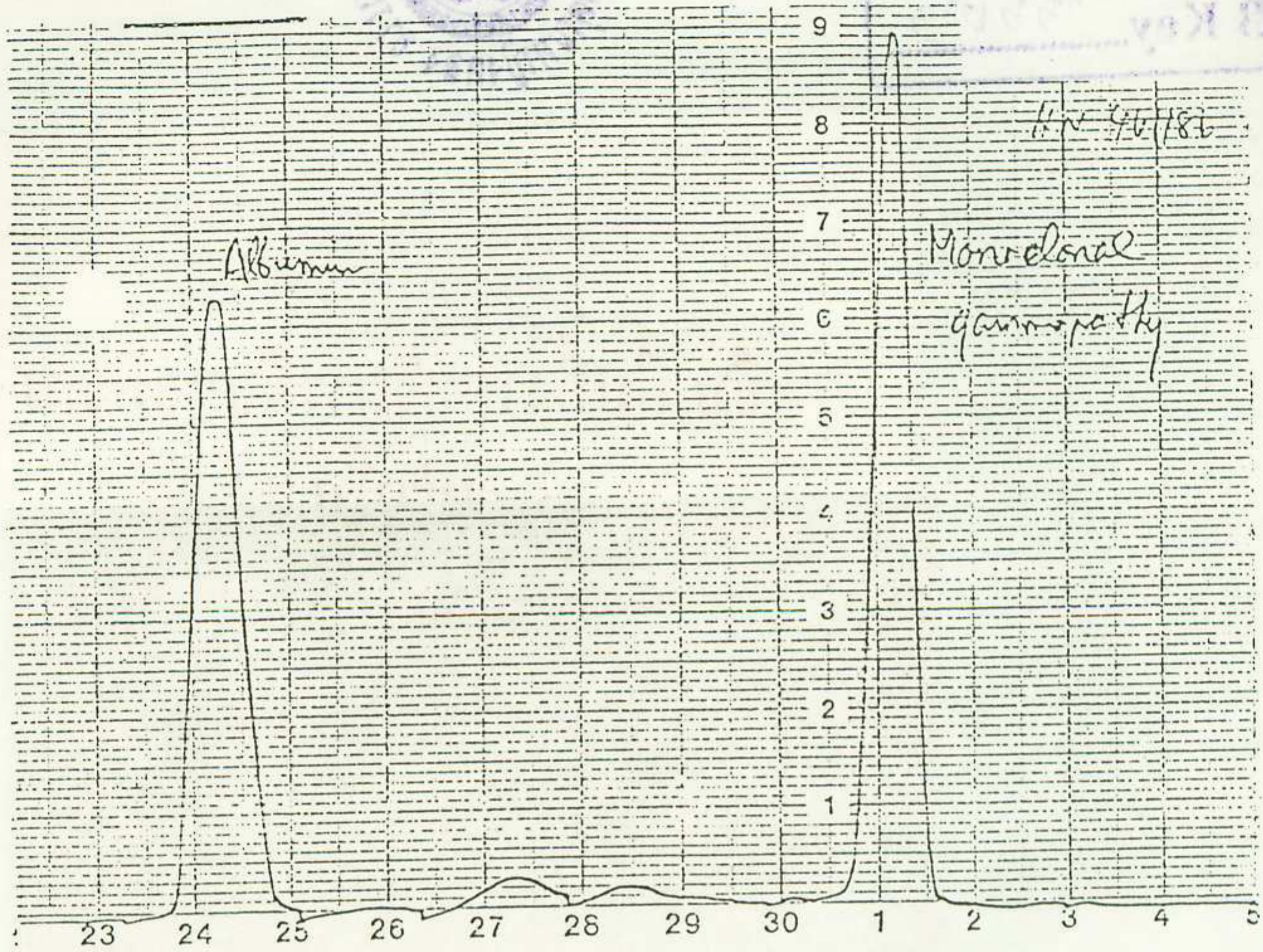


รูปที่ ๕ ภาพถ่ายรังสีกระดูกกระโหลกศีรษะ พบมีหย่อมเงาคำเล็กๆ
หลายตำแหน่ง

Fig. 5 Skull radiograph showing multiple punched-out osteolytic
lesions.



Order Key
 BIR Key



TD 2323	Alb	ALpha1	ALpha2	Beta	Gamma
Y #25 I%	37.98	2.81	7.45	7.42	44.56
IP 9m% 11.50	4.37	.30	.88	.85	5.12
RATIO A/G = .812					
	21-13-00				

รูปที่ ๖ การตรวจซีรัม อีเล็กโทรโฟริสิส พบมีโมโนโคลนัล
 แกมมาพาทิ

Fig. 6 Serum electrophoresis showing a peak of monoclonal
 gammopathy.