

การวินิจฉัยเนื้องอกโดยวิธี อิมมิวโนฮิสโตเคมี

วีระ กษานติกุล*

เป็นที่ทราบกันดีว่าศาสตร์พยาธิวิทยาเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของพยาธิวิทยาภาคที่ช่วยวินิจฉัยโรคต่าง ๆ ในผู้ป่วยขณะยังมีชีวิตได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการบอกชนิดของเนื้องอกและผลการรักษา แต่เดิมพยาธิแพทย์อาศัยเพียงกล้องจุลทรรศน์ธรรมดาในการตรวจและจำแนกเนื้องอกออกเป็นชนิดต่าง ๆ อย่างไรก็ตามยังมีเนื้องอกอีกมากที่ไม่สามารถจำแนกชนิดหรือบอกเซลล์ต้นกำเนิดได้โดยวิธีการตรวจดั่งกล่าว ยิ่งกว่านั้นวิธีการใหม่ที่ใช้ในการรักษาเนื้องอกมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ในปัจจุบันเป็นผลให้แพทย์จำเป็นต้องรู้รายละเอียดเพิ่มขึ้นทั้งด้านพยาธิสภาพและพยาธิกำเนิดของเนื้องอกต่าง ๆ พยาธิแพทย์ได้พยายามค้นหาวิธีการย้อมพิเศษต่าง ๆ มาช่วยในการวินิจฉัยโรค การค้นพบวิธีอิมมิวโนฮิสโตเคมีได้ช่วยให้แพทย์เข้าใจถึงชนิดและส่วนประกอบของเซลล์มากยิ่งขึ้น จึงเป็นที่คาดกันว่าวิธีนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติพยาธิวิทยาภาคทั้งในด้านการเรียนรู้ การวิจัย และการวินิจฉัย

ปัจจุบันนี้การวินิจฉัยเนื้องอกโดยวิธีอิมมิวโนฮิสโตเคมี ได้เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย แสดงถึงการยอมรับความแม่นยำในการวินิจฉัยโดยวิธีการนี้ ถึงแม้ผู้เขียนเคยรายงานผลบวกของ

แอนติบอดีบางตัว เช่น glial fibrillary acidic protein ต่อเซลล์หลาย ๆ ชนิด ได้แก่ เซลล์ของกระดูก, กระดูกอ่อน และเนื้องอกคอร์โคมา แอนติบอดีชนิดนี้ก็ยังเป็น marker สำคัญที่ใช้บ่งถึงเซลล์กำเนิดของเนื้องอกกว่ามาจากนิวโรเกลีย⁽¹⁻⁶⁾

ข้อดีประการหนึ่งของวิธีอิมมิวโนฮิสโตเคมี คือ ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ได้ทั้ง prospective และ retrospective research^(2,4) โดยอาศัยชิ้นเนื้อที่ผ่านกรรมวิธีทางพาราฟิน มาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ธรรมดาหรือกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน นอกจากนี้วิธีอิมมิวโนฮิสโตเคมีใช้แต่เพียงเครื่องมือง่าย ๆ ที่มีอยู่ตามห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาทั่วไป โดยไม่จำเป็นต้องจะใช้เครื่องมือพิเศษแต่อย่างใด ดังนั้นโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่มีบริการทางศาสตร์พยาธิวิทยาสามารถนำวิธีอิมมิวโนฮิสโตเคมีไปใช้ได้

โดยประสบการณ์ส่วนตัวของผู้เขียนเองเชื่อว่าการพัฒนาวิธีอิมมิวโนฮิสโตเคมีให้ดียิ่งขึ้น จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยและวิจัยเนื้องอกชนิดต่าง ๆ จริงอยู่วิธีการนี้อาจจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการแปลผลทางจุลพยาธิวิทยาของเนื้องอกได้ทั้งหมด แต่หากเราเลือกใช้โดยคำนึงถึง selectivity และ sensitivity และก็น่าจะใช้จำแนกชนิดของเนื้องอกที่ยากและลำบาก ตลอดจนศึกษาถึงการแตกตัวของเซลล์เนื้องอกได้^(4,7)

อ้างอิง

1. Kasantikul V, Palmer JO, Netsky MG, Glasscock ME, Hays JW. Glioma of acoustic nerve. Arch Otolaryngol 1980 Aug; 106(8):456-9
2. Kasantikul V, Shuangshoti S. Positivity to glial fibrillary acidic protein in bone, cartilage, and chordoma. J Surg Oncology 1989 May; 41(1) : 22-26
3. Kasantikul V, Shuangshoti S, Preechayudh P, Wansuphachart S. A combined neurilemmoma and angioma of the parasellar region. J Neuro Surg 1987 Sep; 67(3):307-11
4. Kasantikul V, Shuangshoti S. Cerebellar medulloblastomas : a study of 35 cases with particular reference to cellular differentiation. Surg Neurol 1986 Dec; 26(6):532-41
5. Kasantikul V, Shuangshoti S, Cutchavaree A, Bungyaphipat P. Parapharyngeal malignant ectomesenchymoma : combined malignant fibrous histiocytoma and primitive neuroepithelial tumour with neuroglial differentiation. J Laryngol Otol 1987 May; 101(5):508-15
6. Kasantikul V, Vatanatumrak B, Rutnin U. Medulloepithelioma (diktyoma) with glial differentiation. J Med Assoc Thai 1984 Oct; 67(10) : 580-3
7. Shuangshoti S, Kasantikul V, Suwangool P, Chittmitrapap S. Malignant neoplasm of mixed mesenchymal and neuroepithelial origin (ectomesenchymoma) of thigh. J Surg Oncol 1984 Nov; 27(3):208-13