

มะเร็งของก้อนซีสต์ในท่อทางเดินธัยรอยด์ : รายงานผู้ป่วยรายแรกในวชิรพยาบาล

ยงยุทธ วสินวงศ์ พ.บ., ว.ว. โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา*

ประวีณ กาญจนพิทักษ์ พ.บ., ว.ว. พยาธิวิทยาภาควิภาค**

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 32 ปี มีก้อนบริเวณกลางลำคอประมาณ 2 เดือนก่อนรับการรักษาที่วชิรพยาบาล ไม่มีอาการผิดปกติอื่น ตรวจร่างกายพบก้อนบริเวณกลางลำคอด้านหน้า ขยับตามการกลืนและการแลบลิ้น ต่อมธัยรอยด์ปกติ การวินิจฉัยเป็น thyroglossal duct cyst ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดก้อนด้วยวิธี Sistrunk ผลชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งชนิด papillary ผู้ป่วยไม่ได้รับการตัดต่อมธัยรอยด์และไม่ได้รับไอโอดีน 131 หลังการผ่าตัด ติดตามผู้ป่วย 6 เดือนผู้ป่วยสบายดีและไม่มีอาการแสดงของโรคซ้ำใหม่

Abstract

Thyroglossal Duct Carcinoma : First Case Report in Vajira Hospital

Yongyuth Wasinwong MD*

Praween Kanchanapitak MD**

* Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University

** Department of Pathology, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University

A 32-year-old Thai female presented with a midline cervical mass for 2 months. She had no other abnormal symptoms. The mass was located at mid-anterior of neck, moved with swallowing and tongue protrusion. Thyroid gland was normal. The mass was excised by Sistrunk procedure. The histological revealed papillary carcinoma. Thyroid gland was not removed and the patient was not received I¹³¹ therapy. The patient has been followed up for 6 months with no evidence of recurrent disease.

* ภาควิชาจักษุ โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทนำ

ก้อนซิสต์ในท่อทางเดินธัยรอยด์ (thyroglossal duct cyst : TDC) เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดบริเวณคอที่พบได้บ่อยที่สุด¹ อาการที่พบคือ ก้อนบริเวณกลางลำคอ ผู้ป่วยมักมีอาการในช่วงอายุวัยกลางคน โดยไม่มีอาการผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย แม้จะเป็นโรคที่พบได้บ่อยแต่มีโอกาสมะเร็งประมาณร้อยละ 1^{2,3} Rampaul และคณะ⁴ ได้รวบรวมรายงานจากวารสารฉบับภาษาอังกฤษย้อนหลัง 85 ปี พบว่ามะเร็งที่เกิดใน TDC (Thyroglossal duct carcinoma : TDCa) มีเพียงประมาณ 160 รายทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยจากข้อมูลใน Thai Index Medicus ยังไม่พบว่ามีรายงานผู้ป่วยเช่นนี้ และเนื่องจาก TDCa เป็นโรคที่พบได้น้อยประกอบกับจำนวนผู้ป่วยในแต่ละรายงานมีจำนวนไม่มาก ทำให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจึงมีความแตกต่างกันในแต่ละแห่ง

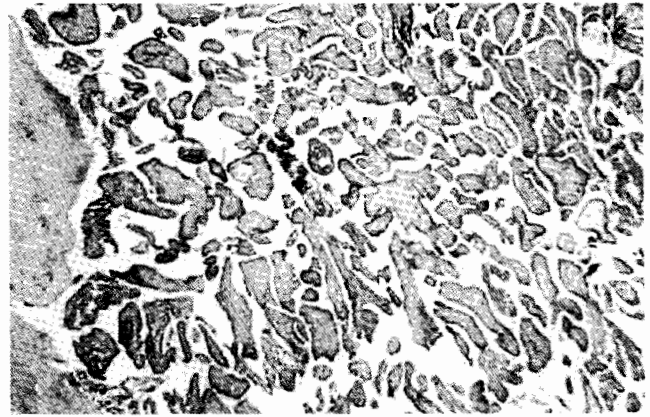
ในวชิรพยาบาลมีการผ่าตัดสำหรับ TDC ที่เรียกว่า Sistrunk procedure หลายปี แต่ยังไม่มียารายงานว่าเป็นมะเร็งในโรคดังกล่าว รายงานฉบับนี้ผู้เขียนได้รายงานผู้ป่วยรายแรกของวชิรพยาบาลที่เป็น TDCa ชนิด papillary และได้เปรียบเทียบกับผู้ป่วย TDCa ที่มีรายงานในวารสารต่างประเทศในด้านต่างๆ ได้แก่ โอกาสที่พบ การวินิจฉัย การรักษาและการติดตามผล ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย TDCa ต่อไป

รายงานผู้ป่วย

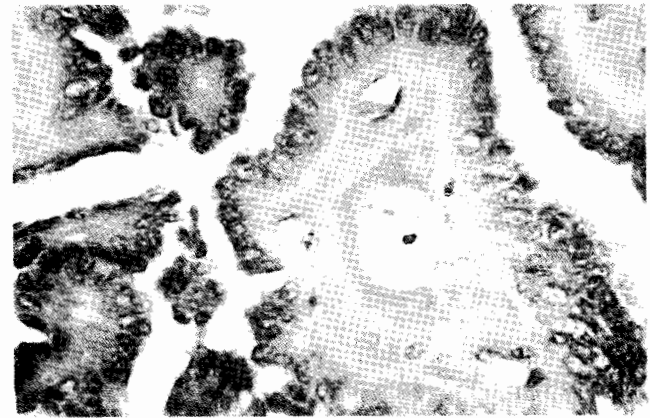
ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 32 ปี ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร อาชีพค้าขาย รับการตรวจที่วชิรพยาบาลเมื่อ ธันวาคม 2542 ด้วยอาการก้อนบริเวณลำคอ ประมาณ 2 เดือน ก้อนโตช้า และไม่มีอาการผิดปกติอื่น ตรวจร่างกายพบก้อนบริเวณกลางลำคอ อยู่ใต้ต่อกระดูก hyoid เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 เซนติเมตร ขยับตามการกลืนและแลบลิ้น ไม่มีอาการเจ็บบวมหรือแดง ต่อมนธัยรอยด์ปกติ สัญญาณชีพ (vital signs) และระบบอื่นๆ ปกติ การทำธัยรอยด์สแกน (thyroid scan) พบธัยรอยด์ปกติ และไม่มีการจับของไอโอดีนบริเวณก้อน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดก้อน (Sistrunk procedure) เมื่อมกราคม 2543 พบก้อนขนาด 3 เซนติเมตร อยู่บน thyrohyoid membrane มีท่อทางเดิน (tract) อยู่หน้าต่อกระดูก hyoid ไม่พบ tract ต่อเนื่องจากนั้น เนื้อเยื่อรอบข้างปกติ

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็น non-encapsulated

mass ประกอบด้วย cuboidal epithelium อยู่บน fibrovascular core ที่มีการเจริญแบบ papillary structure ที่บริเวณขอบของ lesion ยังพบกลุ่มของ respiratory epithelium และ normal thyroid tissue ดังรูปที่ 1 และ 2



รูปที่ 1 พยาธิสภาพของก้อน (กำลังขยายต่ำ)



รูปที่ 2 พยาธิสภาพของก้อน (กำลังขยายสูง)

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการตรวจ 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ ผู้ป่วยสบายดี ตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติใดๆ และนัดตรวจผู้ป่วยซ้ำปีละ 1 ครั้ง

วิจารณ์

TDC เป็นส่วนที่ยังดกค้างอยู่ของทางเดินของต่อมธัยรอยด์ โดยต่อมธัยรอยด์จะเคลื่อนลงมาจากบริเวณโคนลิ้น (foramen cecum) ผ่านกลางลำคอ มาสิ้นสุดบริเวณหน้าต่อกระดูกอ่อนธัยรอยด์ และครีคอยด์ (thyroid and cricoid

cartilage) โดยปกติทางเดินนี้จะตีบไปตั้งแต่ตัวอ่อนของมนุษย์ มีอายุประมาณ 6-8 สัปดาห์ ในกรณีที่ทางเดินไม่ตีบ ต่อมาจะกลายเป็น TDC ซึ่งมักจะแสดงอาการเมื่อมีอายุเข้าวัยกลางคน

แม้ TDC เป็นโรคที่พบได้น้อย แต่ TDCa พบได้น้อยมาก ในวารสารต่างประเทศเท่าที่มีรายงานพบประมาณร้อยละ 1²⁻⁵ หรือประมาณ 160 รายทั่วโลก ในวชิรพยาบาลมีการผ่าตัดสำหรับ TDC 21 รายในช่วงปี พ.ศ. 2537 ถึง พ.ศ. 2543 และมีผู้ป่วย 1 รายที่เป็น TDCa คิดเป็นร้อยละ 4.76 ซึ่งสูงกว่าที่มีรายงานในต่างประเทศ ทั้งนี้อาจเป็นจากจำนวนผู้ป่วยมีจำนวนน้อย

ชนิดของมะเร็งที่พบใน TDCa มากกว่าร้อยละ 80 เป็นชนิด papillary³ ซึ่งเป็นชนิดเดียวกับที่พบในผู้ป่วยรายนี้ รองลงมาคือ mixed papillary/follicular และ squamous cell ซึ่งพบประมาณร้อยละ 7 และ 5 ตามลำดับ^{3,6} ส่วนมะเร็งชนิดอื่นพบได้น้อยมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ชนิดของมะเร็งที่พบใน TDC

Papillary adenocarcinoma
Mixed follicular and papillary adenocarcinoma
Squamous cell carcinoma
Follicular carcinoma
Concurrent papillary and squamous cell carcinoma
Hürthle cell carcinoma

มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน 2 ทฤษฎีเกี่ยวกับจุดเริ่มต้นของ TDCa ทฤษฎีแรกเชื่อว่ามะเร็งที่เกิดขึ้นเป็นมะเร็งในตัวก่อนเอง (de novo) โดยอธิบายจากการกำเนิดของต่อมธัยรอยด์เยื่อที่ตกค้างในทางเดินของต่อมธัยรอยด์ที่ไม่ตีบสามารถกลายเป็นมะเร็งได้เอง ในการผ่าตัดธัยรอยด์พบว่ามียธัยรอยด์ที่พบนอกต่อมธัยรอยด์ (ectopic thyroid nets) ถึงร้อยละ 62⁷ ซึ่งอาจกลายเป็นมะเร็งโดยที่ต่อมธัยรอยด์ปกติได้ กรณีมะเร็งชนิด papillary ถือว่าเป็นมะเร็งที่พบได้หลายตำแหน่ง (multifocal tumor) โดยไม่จัดเป็นการกระจาย (metastasis) ถ้าบริเวณที่พบเป็นตำแหน่งที่พบเนื้อเยื่อชนิดนี้ได้

อีกทฤษฎีหนึ่งเชื่อ TDCa เป็นชนิดที่กระจายมาจากที่อื่น (metastasis) โดยพบว่าผู้ป่วย TDCa ที่ได้รับการตัดต่อมธัยรอยด์ (thyroidectomy) ร่วมด้วย มีเนื้อเยื่อมะเร็งในต่อมธัยรอยด์ร้อยละ 11-27³ บางรายงานให้ข้อเสนอแนะว่า TDC มี

tract ที่เชื่อมกับต่อมธัยรอยด์และเป็นทางที่ให้มะเร็งกระจายออกจากต่อมธัยรอยด์^{8,9}

มีความพยายามที่จะแยกว่าอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย TDC กับ TDCa มีความแตกต่างกันหรือไม่ก่อนผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซึ่งจะมีผลต่อการเลือกวิธีผ่าตัด พบว่าไม่มี ความแตกต่างกัน แต่มีรายงานว่าผู้ป่วย TDCa มักมีอายุมากกว่า TDC ประมาณ 5 ปี⁷ และถ้ามีอาการต่อไปนี้อาจจะเป็นมะเร็งได้มากกว่าได้แก่ อาการเจ็บ ก่อนโตเร็ว มีอาการเจ็บเวลาเปล่งเสียง (dysphonia) หรือทางเดินหายใจอุดตัน (airway obstruction)⁷ สำหรับผู้ป่วยในรายงานนี้ไม่มีอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าอาจเป็น TDCa ขณะเดียวกันมีรายงานกรณี duct remnant หลังการผ่าตัดที่ต้องรับการผ่าตัดซ้ำ ในกลุ่มที่เป็นมะเร็งและไม่เป็นมะเร็ง พบว่าอาการและอาการแสดงไม่มีความแตกต่างกันเช่นกัน¹⁰

การใช้เข็มเจาะดูดส่งตรวจเนื้อเยื่อ (fine needle aspiration : FNA) ก่อนการผ่าตัด สามารถบอกได้ว่าเป็น TDCa ถ้าพบเซลล์มะเร็ง เช่น atypical squamous cell หรือ psammoma bodies¹¹ อย่างไรก็ตาม ถ้า FNA ไม่ถูกตำแหน่งที่มีเซลล์มะเร็งหรือตรวจไม่พบเซลล์มะเร็ง จะไม่สามารถยืนยันได้ว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็น TDCa ในผู้ป่วยรายนี้ด้วยข้อจำกัดดังกล่าวประกอบกับผู้ป่วยมีความประสงค์จะได้รับการผ่าตัด จึงไม่ได้ทำ FNA ก่อนการผ่าตัด ส่วนการใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computerized tomography) บ่งชี้ว่าอาจเป็น TDCa ถ้าพบ mural nodule หรือ calcification หรือทั้ง 2 อย่าง¹² แต่ไม่ใช่ข้อบ่งชี้ที่แน่นอนและค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงไม่มีความจำเป็นต้องทำ ยกเว้นกรณีที่ต้องการดูว่ามีเซลล์มะเร็งในต่อมธัยรอยด์ ต่อมาน้ำเหลืองหรือเนื้อเยื่ออื่น ๆ รอบก่อนหรือไม่³ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เช่นกัน

การผ่าตัดสำหรับ TDCa มีหลายวิธีที่เป็นที่ยอมรับ ดังตารางที่ 2 การผ่าตัด Sistrunk procedure อย่างเดียว ถือว่าเพียงพอในกรณีที่ธัยรอยด์ปกติและไม่มีมะเร็งในเนื้อเยื่อรอบข้าง^{2,13-17} โดยให้เหตุผลว่า TDCa เป็นมะเร็งชนิดปฐมภูมิ (de novo) โอกาสโรคกลับซ้ำ (recurrence) ต่ำมาก อีกทั้งการตัดต่อมธัยรอยด์ออกด้วย อาจเกิดการบาดเจ็บต่อ recurrent laryngeal nerve ได้ และกรณีตัดต่อมธัยรอยด์ออกทั้งหมดผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับฮอร์โมนธัยรอยด์ทดแทนตลอดชีวิต จากการชักประวัติและตรวจร่างกายในผู้ป่วยรายนี้ไม่พบข้อบ่งชี้ว่ามีโอกาสเป็น TDCa และขณะทำการผ่าตัดไม่พบความผิดปกติที่ต่อมธัยรอยด์และเนื้อเยื่อรอบข้าง จึงได้ทำ

การผ่าตัด Sistrunk เพียงอย่างเดียว

อย่างไรก็ตามทุกรายงานที่ให้การรักษาดังวิธีนี้ได้แนะนำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างต่อเนื่องหลังการผ่าตัด ซึ่งสามารถให้การรักษาได้แต่เนิ่นถ้ามีอาการกลับซ้ำ

ตารางที่ 2 การผ่าตัดสำหรับ thyroglossal duct carcinoma

1. Sistrunk procedure
2. Sistrunk procedure with lobectomy*
3. Sistrunk procedure with total thyroidectomy*
4. Sistrunk procedure, thyroidectomy with neck dissection*

*กรณี 2-4 ควรได้รับ I^{131} ablation ร่วมด้วย

Heshmati และคณะ¹⁸ แนะนำว่าผู้ป่วย TDCa ทุกรายควรได้รับการผ่าตัดชนิด Sistrunk ร่วมกับ near total หรือ total thyroidectomy ทุกราย ทั้งนี้พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วย TDCa จะมีเซลล์มะเร็งอยู่ในธัยรอยด์ร่วมด้วย Kennedy และคณะ³ ได้ให้ข้อสรุปของการรักษา TDCa ว่า ถ้าเซลล์มะเร็งเป็นชนิด papillary อย่างเดียวและไม่มี cyst wall invasion การผ่าตัด Sistrunk ถือว่าเพียงพอ กรณีเซลล์มะเร็งชนิดอื่นหรือ papillary กรณีอื่น ควรตัดต่อมธัยรอยด์ออกหมด ตัดต่อมน้ำเหลืองออกด้วยถ้ามีเซลล์มะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และให้ไอโอดีน 131 (I^{131} ablation) หลังการผ่าตัดร่วมด้วย ผู้ป่วยรายนี้ไม่พบความผิดปกติดังกล่าว จึงไม่ได้รับไอโอดีนหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วย TDCa ทุกราย แม้เป็นมะเร็งชนิดใด ได้รับการผ่าตัดวิธีใด ได้รับการผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ ต่อมน้ำเหลืองหรือเนื้อเยื่อรอบข้างหรือไม่ก็ตาม ในทุกรายงานแนะนำให้ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่ช่วงเวลาติดตามอาจแตกต่างกันในแต่ละรายงานและผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยรายนี้มีโอกาสเกิดซ้ำของโรคน้อย ได้ติดตามผู้ป่วย 1 และ 6 เดือนหลังการผ่าตัด ซึ่งไม่พบอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ จึงได้นำตรวจผู้ป่วยซ้ำทุก 1 ปี

สรุป

รายงานผู้ป่วย TDCa ซึ่งพบได้น้อย และพบเป็นรายแรกในวชิรพยาบาล โดยเป็นผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 32 ปี ได้เข้ารับการรักษาก่อนที่คือ ที่มีอาการ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลไม่

มีความผิดปกติอื่นตรวจร่างกายพบก้อนบริเวณกลางลำคอขนาด 3 เซนติเมตร ตรวจร่างกายระบบอื่นปกติ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยวิธี Sistrunk ผลตรวจชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งชนิด papillary ไม่มีผลข้างเคียงหลังการผ่าตัด และได้ติดตามผู้ป่วย 1 และ 6 เดือนต่อมา ผู้ป่วยสบายดี ไม่มีก้อนเกิดขึ้นใหม่ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วย TDCa ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันที่มีรายงานในวารสารต่างประเทศพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในด้านการรักษาและติดตามผล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณนายแพทย์พิชัย พัวเพิ่มพูลศิริ หัวหน้าภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่อนุญาตให้นำรายงานนี้มาเสนอได้ และขอขอบคุณนายแพทย์รณยุทธ บุญชู ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจทานแก้ไขรายงานฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Michel JL, Amelia FD, Shan RB, Harry JR, John EM. Evaluation and management of a carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. Am J Otolaryngol 1987 ; 8 : 351-5.
2. O'Connell M, Grixti M, Harmer C. Thyroglossal duct carcinoma : presentation and management, including eight cases reports. Clin Oncol 1988 ; 10 : 186-90.
3. Kennedy TL, Whitaker M, Wadih G. Thyroglossal duct carcinoma : a rational approach to management. Laryngoscope 1998 ; 108 : 1154-8.
4. Rampaul R, Maharaj D, Naraynsingh V, Ramcharan KS, Josa D. Papillary thyroid adenocarcinoma arising in a thyroglossal tract remnant following excision of a thyroglossal duct cyst : the importance of the Sistrunk procedure. Int J Clin Pract 1999 ; 53 : 316-7.
5. Yang YJ, Haghir S, Wanamaker JR, Powers CN. Diagnosis of papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst by fine-needle aspiration biopsy. Arch Pathol Lab Med 2000 ; 124 : 134-42.

6. Kwan WB, Liu FF, Banerjee D, Rostein LE, Tsang RW. Concurrent papillary and squamous carcinoma in a thyroglossal duct cyst : a case report. *Can J Surg* 1996 ; 39 : 328-32.
7. Hilger AW, Thompson SD, Smallman LA, Watkinson JC. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst : a case report and literature review. *J Laryngol Otol* 1995 ; 109 : 1124-7.
8. Judd ES. Thyroglossal duct cysts and sinuses. *Surg Clin North Am* 1963 ; 43 : 1023-32.
9. Nuttall FQ. Cystic metastases from papillary adenocarcinoma of the thyroid with comments concerning carcinoma associated with thyroglossal remnants. *Am J Surg* 1965 ; 109 : 500-5.
10. Mulhall KJ, O'Hanion DM, Mortimer G, Quill DS. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct remnant : a review of thyroglossal surgery in a region centre in the west of Ireland. *Ir J Med sci* 1998 ; 167 : 212-5.
11. Bardales RH, Suhrland MJ, Kororian S, Schaefer RF, Hanna EY, Stanley MW. Cytologic findings in thyroglossal duct carcinoma. *Am J Clin Pathol* 1996 ; 106 : 615-9.
12. Branstetter BF, Weissman JL, Kennedy TL, Whitaker M. The CT appearance of thyroglossal duct carcinoma. *Am J Neuroradiol* 2000 ; 21 : 1547-50.
13. Kojima Y, Sakata H, Nakamura Y, Furuya N. Papillary carcinoma of the thyroid originating in a thyroglossal cysts. *J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1996 ; 58 : 238-41.
14. Vera-Sempere F, Tur J, Perolada JM, Morera C. Papillary thyroid carcinoma arising in the wall of a thyroglossal duct cyst. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1998 ; 52 : 49-54.
15. Martins AS, Melo GM, Tincani AJ, Lage HT, Matos PS. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct : case report. *Sao Paulo Med J* 1999 ; 117 : 248-50.
16. Asakage T, Nara S, Yoshizumi T, Ebihara S. Thyroglossal duct carcinoma : a case report. *Jpn J Clin Oncol* 1997 ; 27 : 340-2.
17. Hanna E. Squamous cell carcinoma in a thyroglossal duct cyst (TGDC) : clinical presentation, diagnosis and management. *Am J Otolaryngol* 1996 ; 17 : 353-7.
18. Heshmati HM, Fatourechi V, van Heerden JA, Hay ID, Goellner JR. Thyroglossal duct carcinoma : report of 12 cases. *Mayo Clin Proc* 1997 ; 72 : 315-9.