

Epignathus: รายงานผู้ป่วย 1 รายในโรงพยาบาลสิรินธร

พนัสนิธิ เวชการแพทย์ พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา*

บทคัดย่อ

อีพิกเนตัสเป็นเนื้องอกเทอร์าโตมาชนิดหนึ่งที่พบบริเวณช่องปากของทารกแรกเกิด เนื้องอกชนิดนี้พบน้อยมาก รายงานนี้ได้เสนอผู้ป่วยหญิงอายุ 38 ปี อายุครรภ์ 23 สัปดาห์ ตรวจอัลตราซาวด์พบว่าทารกในครรภ์มีก้อนลักษณะเป็นก้อนตันและบางส่วนเป็นถุงน้ำขนาด 10 เซนติเมตร ในโพรงช่องปากและโผล่ออกมานอกช่องปาก และมีภาวะครรภ์แฝดน้ำและภาวะรกเกาะต่ำร่วมด้วย ได้ยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัด ทารกเป็นเพศชาย น้ำหนัก 855 กรัม ขาว 28 เซนติเมตร ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาชิ้นชันการวินิจฉัยว่าเป็นเทอร์าโตมาที่โพรงหลังจมูกและพบภาวะเพดานปากโหว่ร่วมด้วย

Abstract

Epignathus: A Case Report in Sirindhorn Hospital

Wiwat Iamurairat MD

Department of Obstetrics and Gynecology, Sirindhorn Hospital

Epignathus is a congenital oropharyngeal teratoma which is very rare. This report presented a case of epignathus in a fetus of a 38 years old woman at 23 weeks of gestation. The tumor was detected during an antenatal ultrasonography which revealed polyhydramnios, placenta previa totalis and a fetus with solid cystic mass sized 10 centimeters, filling the oropharyngeal cavity and protruding from the mouth. Termination of pregnancy was achieved by hysterotomy. A male fetus weighing 855 grams and 28 centimeters long was delivered. The postmortem pathologic examination confirmed the diagnosis of epignathus with midline defect over hard palate.

Key words: Epignathus, oropharyngeal teratoma, congenital teratoma

บทนำ

เนื้องอกเทอร์าโตมา (teratoma) ที่เกิดขึ้นในทารกนั้นเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่พบตั้งแต่กำเนิด (congenital) โดยต้นกำเนิด คือเซลล์สืบพันธุ์ (germ cell tumor) เนื้องอกประกอบด้วยเนื้อเยื่อของ ectoderm, endoderm และ mesoderm¹ ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดในเด็กคือ บริเวณ sacrococcygeal, gonads, retroperitoneum และ mediastinum^{2,3} นอกจากนี้ยังพบได้ในตำแหน่งอื่น ๆ เช่น บริเวณคอ presacrum, central nervous system

Epignathus เป็นชื่อเฉพาะ หมายถึง เทอราโตมาที่เป็นมาแต่กำเนิดบริเวณ oropharyngeal region^{4,5} เป็นเนื้องอกเทอร์าโตมาชนิดที่พบน้อยที่สุดในทารกแรกเกิด อาการแสดงขึ้นกับขนาดและตำแหน่งของก้อน⁶ ถึงแม้ว่าเนื้องอกชนิดนี้จะไม่ใช่นิ่วที่มีลักษณะจุลพยาธิสภาพร้ายแรง (malignant)⁶ ก็ตาม แต่ทว่าอาจจะเจริญเติบโตขึ้นเข้าไปในกะโหลกศีรษะ และลุกลามเข้าไปในสมอง ทารกที่คลอดออกมามีปัญหาทางระบบการหายใจเนื่องจากก้อนจะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น ซึ่งถือว่าเป็นภาวะที่ทำให้เกิดอันตรายได้มากหรืออาจรุนแรงจนถึงขั้นที่ทารกเสียชีวิตได้^{7,8} นอกจากนั้นยังอาจพบภาวะแทรกซ้อนของมารดา ระหว่างตั้งครรภ์ เช่น แผลน้ำ อันเป็นผลมาจากการที่ก้อนเนื้ออุดกั้นทำให้ทารกในครรภ์กลืนน้ำคร่ำไม่ได้⁹ และอาจพบภาวะครรภ์เป็นพิษหรือการคลอดก่อนกำหนดได้ รายงานนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยทารก 1 ราย ที่เป็นเทอร์าโตมาที่ oropharynx หรือ Epignathus ซึ่งวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์โดยใช้การตรวจอัลตราซาวด์ขณะมารดาตั้งครรภ์ 23 สัปดาห์

รายงานผู้ป่วย

ประวัติ

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 38 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 23⁺ สัปดาห์ ได้รับการส่งต่อจากคลินิกปฐมภูมิ เนื่องจากพบก้อนผิดปกติที่บริเวณช่องปากของทารกในครรภ์

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

เคยคลอดบุตรมาแล้ว 3 ครั้ง คลอดปกติ บุตรทุกคนสุขภาพแข็งแรงดี ครรภ์นี้ฝากครรภ์มาแล้ว 3 ครั้ง ระหว่างตั้งครรภ์ปกติ ทำอัลตราซาวด์เนื่องจากขนาดมดลูกโตมากกว่าอายุครรภ์

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว

สุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีประวัติการใช้ยาใด ๆ เป็นแม่บ้าน ไม่มีประวัติสัมผัสสารกับมันตาฟรังส์ ไม่มีโรคประจำตัวหรือประวัติความพิการแต่กำเนิดของบุคคลใด ๆ ในครอบครัว

ตรวจร่างกายแรกรับ

อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 80 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 120/77 มม.ปรอท น้ำหนัก 55.7 กก. ส่วนสูง 155 ซม. การตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตรวจหน้าท้อง คลำได้ยอคมดลูกสูง 2/4 เหนือระดับสะดือ ขนาดของมดลูกมากกว่าอายุครรภ์ คลำได้ก้อนเป็นส่วนนูนของทางทวารได้ยื่นเสียงหัวใจทารกเต้นอัตรา 140 ครั้ง/นาที

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจเลือด

เฮโมโกลบิน 10.3 กรัม/ดล. ฮีมาโตคริตร้อยละ 31 เม็ดเลือดขาว 13,860/มม.³ นิวโทรฟิลร้อยละ 64 ลิมโฟไซต์ร้อยละ 13 ลิมโฟไซต์ร้อยละ 21 โมโนไซต์ร้อยละ 2 เกล็ดเลือด 229,000/มม.³ ลักษณะรูปร่าง ขนาดและการติดสีของเม็ดเลือดแดงปกติ ระดับอัลฟาเฟโตโปรตีน (AFP) > 350 นาโนกรัม/ดล. ระดับเบตาเอชซีจี (β-HCG) 93,806 มิลลิอินเตอร์ยูนิท/มม.³ ระดับเอสตราไดออล (estradiol) > 15,781 พิโกโมล/ลิตร

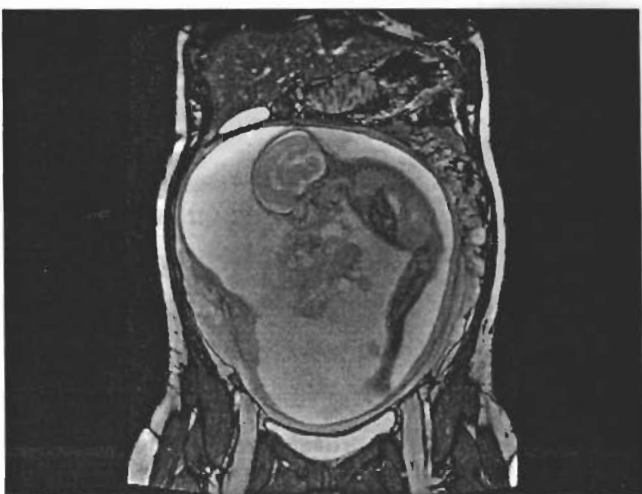
ผลการตรวจด้วยอัลตราซาวด์

ครรภ์เดี่ยว ทารกมีชีพ เพศชาย มีส่วนนำเป็นก้น กะโหลกศีรษะส่วนที่กว้างที่สุด 5.74 ซม. เข้าได้กับอายุครรภ์ 23⁺ สัปดาห์ เส้นรอบวงกะโหลกศีรษะ 21.05 ซม. เข้าได้กับอายุครรภ์ 23⁺ สัปดาห์ เส้นรอบวงท้อง 18.44 ซม. เข้าได้กับอายุครรภ์ 23⁺ สัปดาห์ ความยาวกระดูกต้นขา 3.79 ซม. เข้าได้กับอายุครรภ์ 23⁺ สัปดาห์ พบก้อนลักษณะเป็นก้อนตันและบางส่วนเป็นถุงก้นในช่องปากและยื่นออกมาภายนอกช่องปาก (รูปที่ 1) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 10 ซม. ปริมาณผลรวมน้ำคร่ำทั้ง 4 บริเวณ 8.88+12.5+8.71+7.62 = 37.70 ซม. รกเกาะต่ำคลุมปากมดลูกทั้งหน้าและบริเวณด้านหน้าของมดลูก และตรวจไม่พบความผิดปกติอื่นใด ๆ นอกเหนือจากนี้

การวินิจฉัย: Epignathus with polyhydramnios พลาเซนตา previa totalis



รูปที่ 1 ผลการตรวจด้วยอัลตราซาวด์



รูปที่ 2 ผลการตรวจ Magnetic Resonance Imaging พบก้อนเนื้อต้นปมถุงน้ำขึ้นจากบริเวณช่องปากของทารก

ผลการตรวจ Magnetic Resonance Imaging (MRI)

ก้อนเนื้อขนาดประมาณ 10x7x7 ซม. ลักษณะเป็นก้อนต้นปมถุงน้ำขึ้นจากบริเวณช่องปากของทารก (รูปที่ 2) ตรวจไม่พบความผิดปกติบริเวณสมองของทารก ลักษณะดังกล่าวเข้าได้กับเนื้องอกเทอร์าโตมา (teratoma)

การดำเนินโรคและการดูแลรักษา

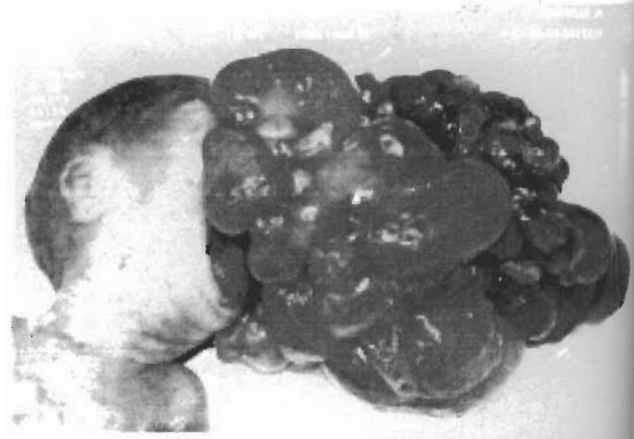
เมื่อตรวจพบว่าทารกมีปัญหาเรื่อง oropharyngeal teratoma หรือ epignathus ซึ่งขณะนั้นอายุครรภ์ 23⁺ สัปดาห์ ได้อธิบายให้ผู้ป่วยและสามีทราบอย่างละเอียดในประเด็นต่าง ๆ เช่น การวินิจฉัย การดูแลรักษา การตรวจติดตาม การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคของทารกในครรภ์ โดยอธิบายให้ทราบถึงอัตราเสียชีวิตของทารกในครรภ์ซึ่งพบได้ร้อยละ 80-100 และโอกาสรอดชีวิตของทารกในครรภ์ขึ้นอยู่กับขนาดก้อนเนื้องอกในช่องปาก เพราะอาจจะอุดกั้นทางเดินหายใจและเป็นอุปสรรคต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยและสามีจึงตัดสินใจขอยุติการตั้งครรภ์ สำหรับแนวทางการยุติการตั้งครรภ์นั้นได้เลือกที่จะใช้วิธีการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องเนื่องจากมีภาวะรกเกาะต่ำและก้อนเนื้องอกในช่องปากมีขนาดใหญ่ ผลการผ่าตัดพบว่ารกเกาะด้านหน้าของมดลูกตั้งแต่บริเวณ lower uterine segment คลุมบริเวณทั้งหมดของ internal os (placenta previa totalis) มีครรภ์แฝดน้ำ (polyhy-

dramnios). โดยตรวจพบปริมาณน้ำคร่ำ 1,400 มล. ส่วนการคลอดทารกเนื่องจากมีส่วนน้ำเป็นกั้นจึงเริ่มจากการคลอดส่วนขาและลำตัวก่อน จากนั้นจึงตามด้วยศีรษะและส่วนของก้อนเนื้องอกทารกเป็นเพศชาย น้ำหนัก 855 กรัม ด้วยยาว 28 ซม. คะแนนแอฟการ์ (APGAR score) 2, 0 มีก้อนลักษณะเป็นเนื้อตันและบางส่วนเป็นถุงน้ำโผล่ออกจากปากทารก มารดาเสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 800 มล. การผ่าตัดไม่มีปัญหาใด ๆ ผู้ป่วยได้รับเลือด 2 ยูนิตในภายหลังที่ห่อผู้ป่วย หลังผ่าตัดมารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ และกลับบ้านได้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

การตรวจด้วยตาเปล่า

ทารกเพศชายอายุประมาณ 22 สัปดาห์ (ความยาวผ่าเท้า 3.9 ซม.) มีก้อนเนื้อต้นปมถุงน้ำขนาดประมาณ 10.5x9x6 ซม. น้ำหนัก 247.2 กรัม ขึ้นจากบริเวณช่องปากของทารกและติดอยู่กับด้านหลังของโพรงช่องคอ (posterior pharynx) เพดานอ่อนและเพดานแข็ง (soft and hard palate) (รูปที่ 3 และรูปที่ 4) นอกจากนี้ยังตรวจพบรูโหว่ขนาด 0.8 ซม. ที่บริเวณแนวกลางของเพดานแข็ง ก้อนเนื้อดังกล่าวไม่ได้ลุกลามเนื้อสมอง และกระดูกสฟีนอยด์ปกติ



รูปที่ 3-4 หลังการผ่าตัดคลอด ได้ทารกเพศชาย น้ำหนัก 855 กรัม มีก้อนเนื้อตันและบางส่วนเป็นถุงน้ำใส่ออกจากปากทารก

การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

ก้อนเนื้ออก immature teratoma ซึ่งประกอบด้วยเนื้อเยื่อ 3 ชนิด ได้แก่ ectoderm คือพบเนื้อเยื่อของชั้นผิวหนัง mesoderm คือเนื้อเยื่อของไขมัน กล้ามเนื้อ กระดูกอ่อน และกระดูก และ endoderm คือพบเนื้อเยื่อของเยื่อบุผิวลำไส้ และพบเนื้อเยื่อสมองในหลาย ๆ บริเวณ โดยพบ primitive neuroepithelial cells

การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

ทารกเพศชายอายุประมาณ 22 สัปดาห์ มีก้อนเนื้ออก immature teratoma ที่บริเวณ oropharynx ร่วมกับภาวะเพดานโหว่

วิจารณ์

Epignathus เป็นเนื้องอกเทอร์าโตมาที่เกิดตั้งแต่กำเนิด พบได้น้อยมาก มีอุบัติการณ์ 1:35,000-1:200,000 ต่อการเกิดมีชีวิต¹⁰ ในประเทศไทยเคยมีรายงานเพียง 1 รายโดยพยาธิแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒในปี พ.ศ. 2543¹¹ epignathus เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (non malignancy) แม้จะมีลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็นชนิด immaturity¹² โดยพบว่า ผลตรวจทางพยาธิวิทยา ร้อยละ 51 เป็น mature teratoma และ ร้อยละ 49 เป็น immature teratoma^{13,14} ซึ่งในรายนี้เป็น immature teratoma โดยทั่วไปเทอร์าโตมาอาจเปลี่ยนเป็นชนิดเนื้อร้าย ได้ร้อยละ 5-30¹⁵ แต่สำหรับ epignathus นั้นยังไม่เคยมี

รายงานว่าเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้อร้าย การศึกษาในระยะหลังพบว่า epignathus จะประกอบด้วย germ cell ทั้ง 3 ชั้นก็ตาม แต่ส่วนใหญ่จะเป็น neuroectodermal tissue¹³ ดังที่พบในผู้ป่วยรายนี้

ภาวะนี้ส่วนใหญ่พบในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อย เฉลี่ย 24.0 ปีและมักจะเกิดกับทารกเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 3 เท่า⁶ แต่สำหรับรายนี้ทารกเป็นเพศชายและมารดาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อย คืออายุ 38 ปี ซึ่งเป็นอายุที่มีแนวโน้มที่จะพบโครโมโซมที่ผิดปกติ จึงได้รับการตรวจ triple screening ร่วมด้วย และพบว่าระดับ AFP สูง ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากทารกมีภาวะหลอดอาหารอุดตันจากก้อนเนื้องอกที่อุดกั้นบริเวณช่องปาก¹⁶

สาเหตุการเกิด epignathus นั้นไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าเกิดขึ้นเนื่องจาก midline tissue เชื่อมต่อกันอย่างไม่สมบูรณ์ ในขั้นตอนของ embryogenesis ขณะอายุครรภ์ 7-9 สัปดาห์¹⁷ ภาวะนี้มักพบร่วมกับความผิดปกติอื่นที่เกี่ยวข้องกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติที่แนวกลางชนิดต่าง ๆ ภาวะที่พบร่วมได้บ่อยที่สุดคือ ปากแหว่ง เพดานโหว่¹⁸ นอกจากนี้ยังพบ Pierre Robin syndrome, meningoencephalocele, bifid tongue และ nose หรือกายภาพของใบหน้าผิดปกติ ความผิดปกติต่าง ๆ เหล่านี้ เกิดเนื่องจากเนื้องอกทำให้เกิด mechanical obstruction ขัดขวางไม่ให้ด้านบนของเพดานปากเชื่อมปิดได้ บางครั้งจะพบครรภ์แฝดน้ำร่วมด้วยอันเป็นผลจากการที่ก้อนเนื้อกีดขวางบริเวณ oropharynx ทำให้ทารกในครรภ์ไม่สามารถกลืนน้ำคร่ำได้ตามปกติ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ตรวจไม่พบภาวะเพดานโหว่ขณะตรวจอัลตราซาวด์ ซึ่งอาจจะเนื่องจากก้อนมีขนาดเล็กเกินไป จึงทำให้ตรวจบริเวณเพดานปากได้ไม่ชัด

การวินิจฉัยภาวะนี้สามารถทำได้โดยการตรวจด้วยอัลตรา-ซาวด์ตั้งแต่ช่วงที่ฝากครรภ์ ซึ่งจะพบก้อนยื่นออกมาจากช่องปากของทารก โดยก่อนมีลักษณะเป็นเนื้อตัน บางครั้งมีถุงน้ำแทรกอยู่ และอาจพบ calcification ในบางจุด การตรวจวินิจฉัยนี้จำเป็นที่จะต้องตรวจบริเวณสมองด้วย เพราะบางครั้งก้อนนี้ออกจะยื่นเข้าไปในเนื้อสมอง ดังนั้นการทำ MRI มีข้อดีตรงที่สามารถตรวจดูบริเวณสมองได้อย่างละเอียดเพื่อดูการลุกลามของเนื้องอกเข้าสู่สมอง และดูการลุกลามของก้อนที่บริเวณ oropharynx และตรวจดูลักษณะของหลอดเลือดด้วย¹⁹ เนื่องจากจะเป็นปัญหาที่สำคัญระหว่างการทำ Ex utero intrapartum treatment procedure (EXIT procedure)

การวินิจฉัยแยกโรคทางคลินิกจากอัลตราซาวด์ระหว่างตั้งครรภ์ต้องแยกจาก 1. cervical teratoma ซึ่งลักษณะที่ตรวจพบจากอัลตราซาวด์จะคล้ายกับ epignathus และช่วงคอจะแหงนเหมือนกัน แต่จะตรวจไม่พบความผิดปกติบริเวณช่องปากและสมอง 2. embryonal rhabdomyosarcoma of the tongue ภาวะนี้เป็นเนื้อร้าย ผลการตรวจอัลตราซาวด์จะพบเป็นลักษณะเนื้อตัน ไม่มีลักษณะของถุงน้ำ 3. cystic lymphangioma ผลการตรวจอัลตราซาวด์จะพบลักษณะเป็นถุงน้ำหลาย ๆ กระเปาะตามผิวของร่างกายโดยไม่พบลักษณะของเนื้อตัน 4. nasoethmoidal meningoencephalocele และ sphenoid meningoencephalocele เป็นการเลื่อนของเนื้อสมองออกนอกส่วนของกะโหลกศีรษะจะตรวจพบความผิดปกติอื่นร่วมด้วย เช่น ภาวะศีรษะเล็ก ส่วนบริเวณช่องปากปกติ²⁰ แต่ในรายนี้ผลอัลตราซาวด์ค่อนข้างชัดเจนว่าเป็น epignathus

การพยากรณ์โรคของ epignathus ไม่ดี^{21,22} มีอัตราการเสียชีวิตของทารกร้อยละ 80-100²⁰ ทั้งนี้ขึ้นกับขนาดของก้อนและตำแหน่งที่ก้อนลุกลามไป²¹ โดยปกติแล้วถ้าเป็นก้อนขนาดเล็กจะอยู่เฉพาะในช่องปาก (oropharyngeal region) ส่วนก้อนที่มีขนาดใหญ่จะถูกเบียดดันออกมาภายนอกช่องปาก ในบางรายพบว่าก้อนมีขนาดความยาวเส้นผ่านศูนย์กลางถึง 22 ซม. และอาจกดทับเนื้อเยื่อปกติที่บริเวณส่วนล่างของใบหน้ารวมถึงขากรรไกร²³ เห็นว่ามีกระดูกงอกเข้าไปในกระดูกที่น้อยได้สงสัยว่าอาจจะมีกระดูกงอกเข้าไปในสมอง ซึ่งถ้าเป็นกรณีนี้อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้น

Epignathus แม้จะพบได้น้อยมาก โอกาสเกิดซ้ำน้อย แต่ทว่าก็มีความสำคัญ จัดเป็นภาวะฉุกเฉินในช่วงระยะคลอด เนื่องจากจะเกิดปัญหาเรื่องการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้นและทำให้อัตราการตายของทารกสูงขึ้น¹⁹ ดังนั้นรายที่มารดาต้องการตั้งครรภ์ต่อและทารกมีโอกาสรอดชีวิต การเตรียมทีมและการทำ

EXIT procedure ในช่วงระหว่างการผ่าตัดคลอดนั้นจำเป็นเพื่อช่วยด้านการจัดการระบบทางเดินหายใจของทารกโดยจะใส่ท่อช่วยหายใจหรือเจาะคอทารกทันทีหลังทารกออกจากมดลูกและก่อนที่จะตัดสายสะดือ²³ การผ่าตัดเอาก่อนเนื้องอกออกในช่วงหลังคลอดมีความจำเป็น แต่การพิจารณาว่าจะทำหรือไม่นั้นต้องตรวจให้ได้ว่าเนื้องอกลุกลามเข้าไปในสมองหรือไม่¹⁹ ถ้ามีควรหลีกเลี่ยงการผ่าตัดเนื้องอกจากการพยากรณ์โรคไม่ดีเพราะการผ่าตัดและการกลืนเสียไป

ผู้ป่วยรายนี้วินิจฉัยได้เมื่ออายุครรภ์ 23 สัปดาห์ ว่ามีเนื้องอกขนาดใหญ่ยื่นออกมาจากช่องปากของทารก โดยหลังจากที่ให้คำปรึกษาแล้ว คู่สามีและภรรยาประสงค์ที่จะให้แพทย์ยุติการตั้งครรภ์ จึงได้เลือกทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีภาวะรกเกาะต่ำ

สรุป

รายงานผู้ป่วยที่ทารกเป็น epignathus ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้น้อยมาก 1 ราย โดยวินิจฉัยได้จากการทำอัลตราซาวด์เมื่ออายุครรภ์ 23 สัปดาห์ ในรายนี้ทารกในครรภ์มีโอกาสเสียชีวิตสูงเนื่องจากก้อนมีขนาดใหญ่ ผู้ป่วยและสามีเลือกที่จะขอยุติการตั้งครรภ์ และได้ทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีภาวะรกเกาะต่ำและก้อนมีขนาดใหญ่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณแพทย์หญิงดลยา สุขสมปอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร ที่อนุญาตให้นำรายงานนี้มาเสนอได้ และขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์คลินิกแพทย์หญิงวิบูลพรรณ จิตะดิกล ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำเป็นอย่างดีเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. Schwartz S, Raffel LJ, Sun CC, Waters E. An unusual mosaic karyotype detected through prenatal diagnosis with duplication of 1q and 19p and associated teratoma development. *Teratology* 1992; 46: 399-404.
2. Weaver RG, Meyerhoff WL, Gates GA. Teratomas of the head and neck. *Surg Forum* 1976; 27: 539-42.

3. Tapper D, Lack EE. Teratomas in infancy and childhood. A 54-year experience at the Children's Hospital Medical Center. *Ann Surg* 1983; 198: 398-410.
4. Ang AT, Ho NK, Ong CL. Giant epignathus with intracranial teratoma in a newborn infant. *Australas Radiol* 1990; 34: 358-60.
5. Vandenhoute B, Leteurtre E, Lecomte-Houcke M, Pellerin P, Nuyts JP, Cuisset JM, et al. Epignathus teratoma: report of three cases with a review of the literature. *Cleft Palate Craniofac J* 2000; 37: 83-91.
6. Haghighi K, Milles M, Cleveland D, Ziccardi V. Epignathus teratoma with bifid tongue and median glossal salivary mass: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 379-83.
7. Smith NM, Chambers SE, Billson VR, Laing I, West CP, Bell JE. Oral teratoma (epignathus) with intracranial extension: a report of two cases. *Prenat Diagn* 1993; 13: 945-52.
8. Clement K, Chamberlain P, Boyd P, Molyneux A. Prenatal diagnosis of an epignathus: a case report and review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18: 178-81.
9. Demajumdar R, Bhat N. Epignathus: a germ-cell tumour presenting as neonatal respiratory distress. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999; 47: 87-90.
10. Holt GR, Holt JE, Weaver RG. Dermoids and teratomas of the head and neck. *Ear Nose Throat J* 1979; 58: 520-31.
11. Kaewpila N, Rochanawutanon M, Tangcharoenpanich K, Chansakulporn S. Congenital nasopharyngeal teratoma (epignathus). *J Med Assoc Thai* 2000; 83 (Suppl 1): S23-7.
12. Lalwani AK, Engel TL. Teratoma of the tongue: a case report and review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1992; 24: 261-8.
13. Yoon JH, Kim J, Park C. Congenital immature teratoma of the tongue: an autopsy case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 741-5.
14. Isaacs H Jr. Perinatal (fetal and neonatal) germ cell tumors. *J Pediatr Surg* 2004; 39: 1003-13.
15. Okafor CI, Okafor CO, Odike MA. Congenital teratoma of the face. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24: 828-9.
16. Sagol S, Itil IM, Ozsaran A, Oztekin K, Ozbek SS. Prenatal sonographic detection of nasopharyngeal teratoma. *J Clin Ultrasound* 1999; 27: 469-73.
17. Izadi K, Smith M, Askari M, Hackam D, Hameed AA, Bradley JP. A patient with an epignathus: management of a large oropharyngeal teratoma in a newborn. *J Craniofac Surg* 2003; 14: 468-72.
18. Martinelli P, Paladini D, Nicotra A, Guerriero T. In utero diagnosis of oropharyngeal teratoma: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 35: 291-4.
19. Kathary N, Bulas DI, Newman KD, Schonberg RL. MRI imaging of fetal neck masses with airway compromise: utility in delivery planning. *Pediatr Radiol* 2001; 31: 727-31.
20. Woodward PJ. Epignathus. In: Woodward PJ, Kennedy A, Sohaey R, Byrne JL, Oh KY, Puchalski MD, editors. *Diagnostic imaging obstetrics*. Manitoba: Friesens; 2005. p.23-5.
21. Daskalakis G, Efthimiou T, Pilalis A, Papadopoulos D, Anastasakis E, Fotinos G, et al. Prenatal diagnosis and management of fetal pharyngeal teratoma: a case report and review of the literature. *J Clin Ultrasound* 2007; 35: 159-63.
22. Teal LN, Angtuaco TL, Jimenez JF, Quirk JG Jr. Fetal teratomas: antenatal diagnosis and clinical management. *J Clin Ultrasound* 1988; 16: 329-36.
23. Vega SJ, Losee JE. Epignathus teratoma. *J Am Coll Surg* 2003; 197: 332-3.