

Parotidectomy for parotid masses in Songklanagarind Hospital: 17-year analysis

จตุรงค์ จงสถิตย์ไพบูลย์¹
สุเมธ พีรวุฒิ²

Abstract:

Parotidectomy for parotid masses in Songklanagarind Hospital: 17-year analysis

Jongsatitpaiboon J, Peeravut S.

Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Songkla Med J 2004;22(3):185-193

A total of 278 patients were treated for parotid masses over a period of 17 years. Most were benign lesions (84%). Histological diagnosis of the specimens in the benign group revealed pleomorphic adenoma in 71 patients (32%), Whartin's tumor in 51 patients (23%), various benign neoplasms in 23 patients (10%) and other benign disease in 79 patients (35%). The malignant group comprised mucoepidermoid carcinoma in 13 patients (30%), squamous cell carcinoma in 12 patients (27%), adenocarcinoma in 6 patients (14%), adenoid cystic carcinoma in 4 patients (9%) and other malignant tumors in 9 patients (20%). Superficial parotidectomy was the most common choice of treatment (82%). The most common complication was temporary facial nerve paralysis (45%). Factors related to facial nerve palsy were a mass larger than 6 cm, malignant tumor and repeated surgery.

Key words: parotidectomy, parotid mass

¹พ.บ., ว.ว. โสตน ศอ นาสิกวิทยา ²พ.บ., ว.ว. โสตน ศอ นาสิกวิทยา, รองศาสตราจารย์ ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
รับต้นฉบับวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2547 รับลงตีพิมพ์วันที่ 12 กรกฎาคม 2547

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ามาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนที่ต่อมน้ำลายพาโรติด และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด parotidectomy ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ามาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนที่ต่อมน้ำลายพาโรติด และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด parotidectomy ในแผนกหู คอ จมูก และแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2529-2545 โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติแบบพรรณนา

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยจำนวน 278 ราย ร้อยละ 84 ของผู้ป่วยทั้งหมด มีพยาธิสภาพของโรคเป็นแบบ benign โดยเป็น pleomorphic adenoma 71 ราย (ร้อยละ 32), Whartin's tumor 51 ราย (ร้อยละ 23), เนื้องอกอื่น ๆ 23 ราย (ร้อยละ 10) และเป็นชนิดที่ไม่ใช่เนื้องอก 79 ราย (ร้อยละ 35) ส่วนในกลุ่มที่มีพยาธิสภาพของโรคเป็น malignancy ซึ่งมีทั้งหมด 44 ราย พบว่าเป็น mucoepidermoid carcinoma 13 ราย (ร้อยละ 30) ใกล้เคียงกับ squamous cell carcinoma ซึ่งพบ 12 ราย (ร้อยละ 27), adenocarcinoma จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 14), adenoid cystic carcinoma 4 ราย (ร้อยละ 9) และมะเร็งชนิดอื่น ๆ อีก 9 ราย (ร้อยละ 20) การผ่าตัดชนิด superficial parotidectomy เป็นการผ่าตัดในผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) ผลแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือ facial nerve paralysis (ร้อยละ 45) โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดนั้น ได้แก่ ก้อนที่ขนาดใหญ่กว่า 6 เซนติเมตร, มีพยาธิสภาพของโรคเป็นมะเร็ง และเป็นการผ่าตัดซ้ำ

สรุป: ผลการศึกษาในผู้ป่วยที่พบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนที่ต่อมน้ำลายพาโรติด และได้รับการผ่าตัด parotidectomy ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมา ปัจจุบันยังสามารถพบผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาดังกล่าวได้เรื่อยๆ การวินิจฉัยโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะแรก ๆ ที่พบ จะทำให้ผลการรักษาดีทั้งในแง่ของการดำเนินโรค และผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่เกิดขึ้นได้บ่อยที่สุดยังคงเป็น facial nerve palsy ซึ่งผู้ทำการผ่าตัดควรต้องเอาใจใส่กับปัญหาดังกล่าว และพยายามหาแนวทางป้องกันการเกิดให้ได้ดีที่สุดต่อไป

คำสำคัญ: การผ่าตัดต่อมน้ำลายพาโรติด, ก้อนที่ต่อมน้ำลายพาโรติด

บทนำ

ก้อนของต่อมน้ำลายเป็นอาการหนึ่งซึ่งแสดงถึงพยาธิสภาพของต่อมน้ำลาย ส่วนใหญ่เกิดจากเนื้องอกชนิดต่าง ๆ รองลงมาคือ ภาวะการติดเชื้อ เนื้องอกของต่อมน้ำลายพาโรติดเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย คือประมาณ 1-3 ต่อ 100,000 รายต่อปี² ชนิดของเนื้องอกร้อยละ 77-80 เป็นชนิดไม่ร้ายแรง^{1,3} ที่พบบ่อยที่สุดคือ pleomorphic adenoma¹⁻⁵ การรักษามีจุดประสงค์หลักคือ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เก็บรักษาเส้นประสาทที่เลี้ยงใบหน้า ป้องกันการเกิด Frey's syndrome ป้องกันการเกิด fistula และคงการทำงานของต่อมน้ำลายให้มากที่สุด วิธีการรักษาในปัจจุบันคือ การผ่าตัดโดยการเก็บรักษาเส้นประสาทที่เลี้ยงใบหน้าไว้¹⁻⁴ ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับชนิดของพยาธิสภาพ ได้แก่ enucleation, superficial, subtotal และ total parotidectomy^{1-4, 6-10} ในการรักษานั้นอาจพิจารณาใช้วิธีการฉายแสงร่วมด้วยก็ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งของต่อมน้ำลายบางชนิด⁵

ผลแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อมน้ำลายพาโรติดที่พบบ่อยที่สุด คือ อัมพาตของเส้นประสาทที่เลี้ยงใบหน้าพบแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 8.8 ถึง 71^{1-4, 6-9, 11, 12} ส่วนใหญ่เป็นการอัมพาตแบบชั่วคราวโดยมักจะดีขึ้นภายในเวลา 3-6 เดือน² ผลแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น Frey's syndrome พบได้ประมาณร้อยละ 6-40^{1, 2, 4, 6, 7} ซึ่งแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวิธีการวินิจฉัย ความระลึกถึงของแพทย์ และระดับความรู้สึกถึงความผิดปกติของผู้ป่วยร่วมด้วย

ส่วนเรื่องอัตราการกลับเป็นซ้ำนั้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับชนิดของพยาธิสภาพ และวิธีการรักษา สำหรับโรค pleomorphic adenoma ที่มีผู้ศึกษากันมาก พบว่ามีอัตราการกลับเป็นซ้ำประมาณร้อยละ 0-18^{1-3, 6, 7}

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีปัญหาก้อนของต่อมน้ำลายพาโรติด และรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในช่วง 13 ปีที่ผ่านมา ในด้านอุบัติการณ์ของโรคต่าง ๆ วิธีการรักษา และผลแทรกซ้อนจากการรักษา

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาก้อนของต่อมน้ำลายพาโรติดซึ่งได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดต่อมน้ำลายพาโรติดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรมและหูคอจมูกในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในช่วง 1 มกราคม พ.ศ.2529 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2545

ข้อมูลที่รวบรวม ได้แก่ เพศ อายุ อาการและอาการแสดง วิธีการรักษา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การติดตามผลการรักษา และการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ทางสถิติแบบพรรณนา

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีก้อนในต่อมน้ำลายพาโรติด และได้รับการผ่าตัดต่อมน้ำลายนั้น มีจำนวนทั้งหมดจำนวน 278 ราย เป็นผู้ป่วยในช่วงปี พ.ศ.2529-2536 จำนวน 125 ราย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่ไม่สามารถประเมินการติดตามผลการรักษาได้ เนื่องด้วยมีการจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกระบบใหม่ในปี พ.ศ.2537 เป็นต้นไป ดังนั้นเวชระเบียนผู้ป่วยนอกระบบเก่า บางส่วนจึงไม่สามารถค้นหาได้ รวมถึงผู้ป่วยมักไม่มาติดตามผลการรักษาด้วย ส่วนในปี พ.ศ.2537-2545 มีจำนวน 153 ราย ในช่วงนี้จะไม่มีปัญหาในการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมจำนวน 141 ราย และผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหู คอ จมูก จำนวน 137 ราย แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 123 ราย เพศชาย จำนวน 155 ราย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.1 ปี มีข้อมูลที่ไม่ทราบผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจำนวน 8 ราย จำแนกผลการศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อาการและอาการแสดง

ตารางที่ 1 แสดงความถี่ของอาการและอาการแสดง พบว่าผู้ป่วยทุกรายมาพบแพทย์ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ส่วนใหญ่จะเกิดในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มที่มีการอักเสบของต่อมน้ำลาย

ตารางที่ 2 แสดงความถี่ของขนาดก้อน โดยพบว่า ร้อยละ 83 มีขนาดก้อนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 เซนติเมตร

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์

อาการและอาการแสดง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Mass	278	100
Tender	21	7.6
Facial nerve palsy	6	2.2

ตารางที่ 2 ขนาดก้อนของต่อมน้ำลายพาโรติดของผู้ป่วย

ขนาด (เซนติเมตร)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
≤ 2	79	28.4
2.1-4.0	153	55.0
4.1-6.0	35	12.6
6.1-8.0	6	2.2
8.1-10.0	4	1.4
> 10	1	0.4
รวม	278	100

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

จากตารางที่ 3 พบว่า โรคที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคในกลุ่มที่ไม่ร้ายแรง ได้แก่ pleomorphic adenoma, Whartin's tumor และ other benign lesion รวมประมาณร้อยละ 84 และ malignant tumor ร้อยละ 16

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมน้ำลายพาโรติด

Benign lesion	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Pleomorphic adenoma	71	32
Whartin's tumor	51	23
Other benign tumor	23	
- monomorphic adenoma	12	5
- tubuloadenoma	2	1
- acinic cell adenoma	4	2
- neurilemmoma	5	2
Other benign disease	79	
- chronic sialadenitis	22	10
- lymphoepithelial lesion	12	5
- hyperplasia	11	5
- sialosis	6	3
- vascular malformation	7	3
- miscellaneous	13	6
- abscess	8	3
Malignant tumor	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Squamous cell carcinoma	12	27
Mucoepidermoid carcinoma	13	30
Adenocarcinoma	6	14
Adenoid cystic carcinoma	4	9
Others	9	20

อายุ และเพศ

จากรูปที่ 1-4 พบว่า ส่วนใหญ่โรคของต่อมน้ำลายพาโรติดจะเป็นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ยกเว้นโรค pleomorphic adenoma, mucoepidermoid CA. และ adenoid cystic CA.

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มโรค หรือโรคต่างๆ กับอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 40-50 ปี ยกเว้นโรค Whartin's tumor และ squamous cell carcinoma ซึ่งจะพบในกลุ่มอายุที่มากกว่า คือ 60 ปี โดยรายละเอียดของโรคกับอายุได้แจกแจงรายละเอียดไว้ในรูปที่ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่ไม่ร้ายแรง และรูปที่ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มโรค malignant lesion

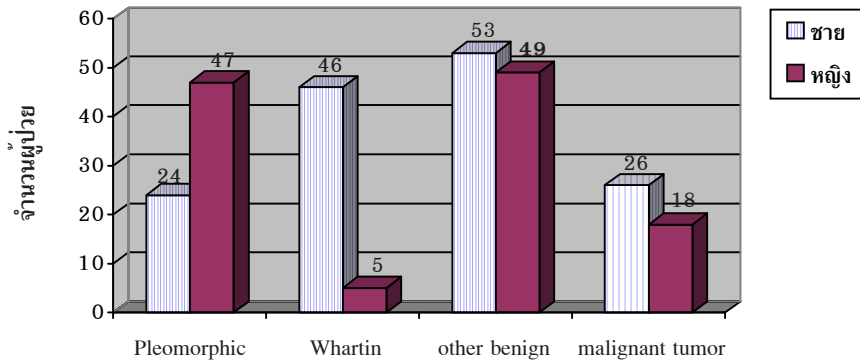
วิธีการรักษา

จากรูปที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มโรคที่ไม่ร้ายแรงหรือกลุ่มโรค malignant lesion ได้รับการผ่าตัดต่อม

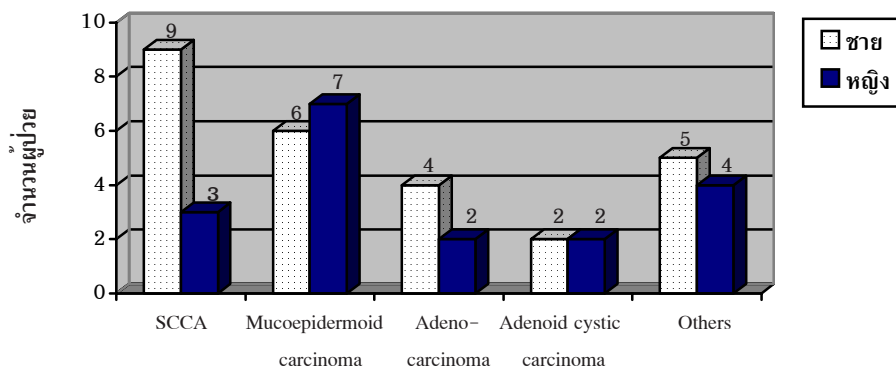
น้ำลายพาโรติดชนิด superficial โดยจะมีการผ่าตัดต่อมน้ำลายพาโรติดแบบ total มากขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มโรค malignant lesion และนอกจากนี้พบว่ยังมีการผ่าตัดแบบ enucleation ร่วมด้วย โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 83 จะใช้ในการผ่าตัดผู้ป่วยที่เป็นกลุ่ม other benign lesion ที่ไม่ได้เป็นเนื้องอก

ผลแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

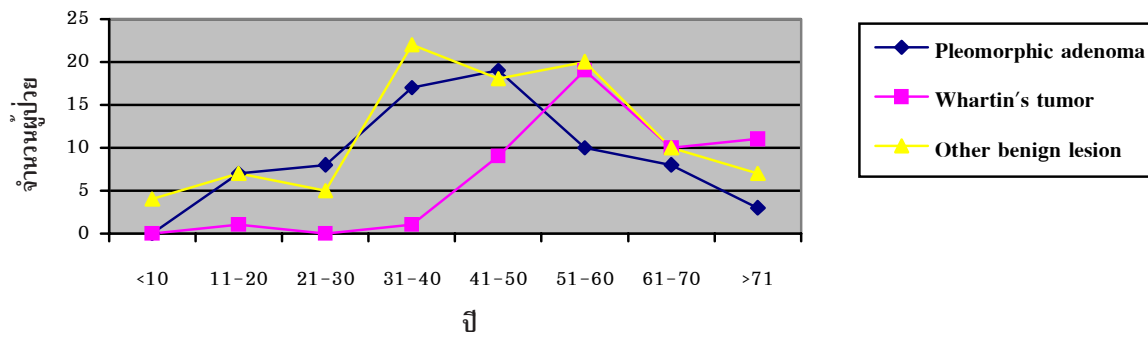
จากรูปที่ 6 พบว่าผลแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ การอัมพาตของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้า โดยพบถึงร้อยละ 45 โดยจากการรวบรวมข้อมูลไม่สามารถระบุรายละเอียดว่าเป็นชนิดแบบชนิดชั่วคราวหรือถาวร และถ้าจำแนกอัตราการเกิดการอัมพาตของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้าตามวิธีการผ่าตัดชนิดต่างๆ ได้แก่ enucleation, superficial, subtotal และ total พบว่าเกิดการอัมพาตได้ร้อยละ 33.3, 40.9, 60 และ 82.6 ตามลำดับ



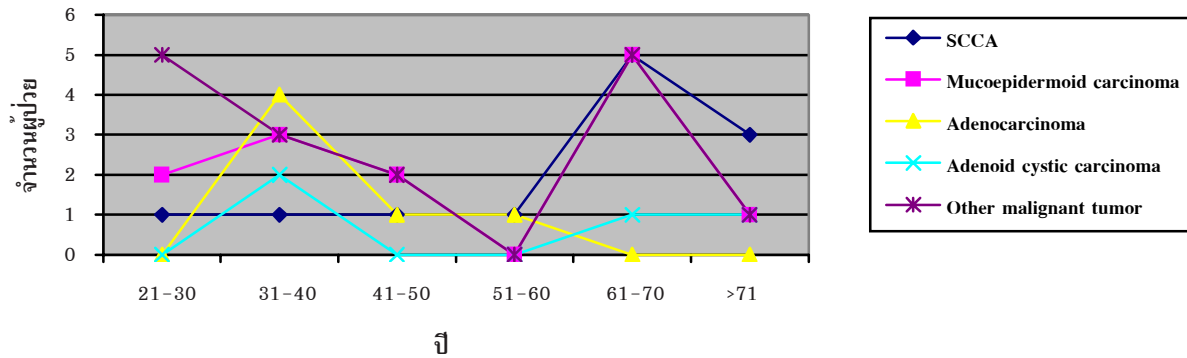
รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มโรค และเพศ



รูปที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคมะเร็งชนิดต่างๆ กับเพศ



รูปที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง benign tumor or disease และช่วงอายุ



รูปที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของ malignant tumor กับช่วงอายุ

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย

ชนิดของพยาธิวิทยา	อายุเฉลี่ย (ปี)
Pleomorphic adenoma	42.6
Whartin's tumor	58.8
Other benign tumor or disease	43.2
Malignant tumor	
- SCCA	61.7
- Mucoepidermoid carcinoma	48.7
- Adenocarcinoma	40.8
- Adenoid cystic carcinoma	50.7
- Others	44.8

นอกจากนี้จากการรวบรวมข้อมูลด้านการเกิดการอัมพาตของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้าดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับชนิดของกลุ่มโรคที่เป็นกลุ่ม malignant lesion คือ ร้อยละ 58 ซึ่งมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคที่ไม่ร้ายแรง คือ ร้อยละ 42 ความสัมพันธ์กับขนาดของก้อน พบว่าเกิดขึ้นกับการผ่าตัดก้อนที่มีขนาดมากกว่า 6 เซนติเมตร ถึงร้อยละ 66.7 เมื่อเทียบกับในก้อนที่มีขนาดน้อยกว่า คือพบเพียงร้อยละ 43.6 และความสัมพันธ์กับกรณีที่มีการผ่าตัดซ้ำ โดยพบว่าในผู้ป่วยที่ผ่าตัดซ้ำสูงถึงร้อยละ 66.7 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดครั้งแรกซึ่งพบเพียงร้อยละ 44.6 เท่านั้น

ตารางที่ 5 ชนิดของการผ่าตัด

ผลทางพยาธิวิทยา	ชนิดของการผ่าตัด (Parotidectomy)			
	Partial or enucleation	Superficial	Subtotal	Total
Pleomorphic adenoma	1	62	3	5
Whartin's tumor	2	45	0	4
Other benign lesion	5	94	7	6
Malignant tumor	2	25	0	17
รวม	10	226	10	32

ตารางที่ 6 ผลแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (Postoperative complication)

ชนิดของการผ่าตัด (Parotidectomy)	จำนวนทั้งหมด (ราย)	ชนิดของผลแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (ราย)				
		Facial nerve paralysis	Fistula	Hematoma/seroma	Infection	Frey's
Partial or enucleation	10	2	0	0	0	0
Superficial	226	95	1	8	2	1
Subtotal	10	6	0	0	0	0
Total	32	23	0	0	0	2
รวม	278	126	1	8	2	3

การกลับเป็นซ้ำ

จากตารางที่ 7 พบการกลับเป็นซ้ำเพียง 11 ราย โดย 8 ราย พบในผู้ป่วยกลุ่มเนื้องอกที่ไม่ร้ายแรง และ 3 ราย ในผู้ป่วยกลุ่มเนื้องอกชนิดร้ายแรง

ตารางที่ 7 การกลับเป็นซ้ำ

ชนิดของพยาธิวิทยา	จำนวนการกลับเป็นซ้ำ (ราย)
Pleomorphic adenoma	2
Whartin's tumor	3
Other benign lesion	3
Malignant tumor	3
Total	11

วิจารณ์

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูลหลายอย่างที่สำคัญ คือ จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่พบมีน้อยกว่าความเป็นจริง เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยในที่สามารถค้นได้ รวมถึงความไม่สมบูรณ์ในรายละเอียดของข้อมูลที่บ้านพัก ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคของต่อมน้ำลายพาโรติดได้อย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตาม จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้ทั้งหมดพบว่าแนวโน้มของผู้ป่วยที่มาทำการผ่าตัด parotidectomy ในแต่ละปี เฉลี่ยประมาณ 15-16 ราย ต่อปี อัตราส่วนระหว่างเพศชายกับเพศหญิงพบได้ใกล้เคียงกัน โดยผู้ป่วยทุกคนจะมาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนที่หน้าหู และส่วนใหญ่ขนาดมักไม่เกิน 4 เซนติเมตร อาการร่วมอื่นๆ ที่พบได้แก่ ปวดบริเวณก้อน ซึ่งพบได้ไม่มาก แต่ร้อยละ 50 มักสัมพันธ์กับ malignant lesion อาการหน้าเบี้ยว พบได้เพียง 6 ราย และ 5 ราย พบในผู้ป่วยที่เป็น malignant lesion ส่วนอีกหนึ่งราย

เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด superficial parotidectomy ในครั้งแรก ซึ่งข้อมูลที่ได้จะคล้ายกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา^{13, 14} กลุ่มของโรคจากการศึกษาที่ผ่านมา¹³⁻¹⁸ พบกลุ่ม benign lesion มากกว่า คือ ประมาณร้อยละ 60-80 เช่นเดียวกับการศึกษานี้ ซึ่งพบว่าเป็นกลุ่ม benign lesion ร้อยละ 84 โดยชนิดของ benign tumor ที่พบบ่อยที่สุดก็คือ pleomorphic adenoma ร้อยละ 32 เหมือนกับการศึกษาอื่นๆ¹³⁻²¹ ลำดับที่รองลงมาพบได้หลากหลายชนิด^{13-15, 19} ได้แก่ Whartin's tumor, inflammatory lesion หรือ monomorphic adenoma ซึ่งในการศึกษานี้พบ Whartin's tumor รองลงมาคือ ร้อยละ 23 ส่วนในกลุ่ม malignancy lesion พบว่ามีส่วนที่คล้ายกับการศึกษาอื่นคือ การศึกษาโดยส่วนใหญ่^{13-15, 17-21} พบ mucoepidermoid carcinoma มากที่สุดคือ ประมาณร้อยละ 15-30 ซึ่งคล้ายกับการศึกษานี้ แต่ที่มีแตกต่างกันคือ ชนิดของเนื้องอกที่พบรองลงมา ซึ่งบางการศึกษา^{17-18, 21} พบ adenoid cystic carcinoma รองลงมา บางการศึกษา^{19, 22} พบว่า adenoid cystic carcinoma และ acinus cell carcinoma พบใกล้เคียงกัน และในการศึกษาของ Califano¹⁹ พบ mucoepidermoid carcinoma สูงสุดใกล้เคียงกับ acinus cell carcinoma ด้วย รองลงมาคือ adenoid cystic carcinomas ร้อยละ 13 และ adenocarcinoma ร้อยละ 9 ตามลำดับ ส่วนการศึกษานี้พบว่าเป็น mucoepidermoid carcinoma มากที่สุด โดยพบใกล้เคียงกับ squamous cell carcinoma (SCCA) คือ ร้อยละ 27 รองลงมา คือ adenocarcinoma พบร้อยละ 20 และ adenoid cystic carcinoma พบเพียงร้อยละ 9 เท่านั้น สำหรับสัดส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงกับการเกิดโรคนั้นพบว่า pleomorphic adenoma พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วนประมาณ 2:1 แต่ Whartin's tumor พบในเพศชายมากกว่าหญิง ในอัตราส่วนถึง 9:1 และใน benign lesion อื่นๆ พบในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ไม่แตกต่างกับการศึกษาอื่น^{13, 16, 23} เช่นเดียวกับในกลุ่ม malignant tumor นั้น ก็ไม่แตกต่างกับการศึกษาอื่นด้วยเช่นกัน โดยส่วนใหญ่พบว่าจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในกรณีที่เป็นชนิด squamous cell carcinoma และ adenocarcinoma ส่วนเนื้อร้ายชนิดอื่นๆ พบในอัตราส่วนของเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน^{16, 22, 24} สำหรับช่วงอายุของการเกิดโรคในกลุ่ม benign lesion พบว่าส่วนใหญ่จะเกิดในช่วงอายุ 30-60 ปี ยกเว้น Whartin's tumor ซึ่งจะพบในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ ช่วง 50-70 ปี^{13, 18} ในกลุ่ม malignant tumor นั้นพบว่า อายุเฉลี่ยรวม คือ 50.5 ไม่แตกต่างจากการศึกษา^{18, 22, 24} โดยในการศึกษานี้พบว่า โรค SCCA จะพบเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ mucoepidermoid carcinoma พบได้สองช่วงอายุ ได้แก่ ช่วงอายุ คือ 30-40 และ 60-70 ปี ส่วน adenocarcinoma และ other

malignant tumor จะพบในกลุ่ม ผู้ป่วยอายุน้อย คือ ช่วงอายุ 30-40 และ 20-30 ปี ตามลำดับ

วิธีการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนที่ต่อมน้ำลาย parotid ถ้าเป็นเนื้องอกชนิด benign การผ่าตัดรักษาอย่างน้อยก็ควรทำเป็น superficial parotidectomy^{13-14, 19, 22-25} ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 86 ทำ superficial parotidectomy ส่วนในกลุ่ม malignant lesion การศึกษาส่วนใหญ่^{14, 24, 26} เลือกทำเป็น total parotidectomy ยกเว้นในกรณีที่เป็น low grade malignant tumor ซึ่งอาจพิจารณาทำเพียง superficial parotidectomy ก็ได้^{13, 25} จากการศึกษาพบการทำ total parotidectomy เพียงร้อยละ 61 โดย low grade malignant tumor ส่วนใหญ่ก็ทำเพียง superficial parotidectomy เช่นเดียวกันกับการศึกษาอื่น^{13, 25} สำหรับผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุด คือ facial nerve palsy โดยแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 10-60 และส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 จะเป็นชนิดชั่วคราว^{13-14, 23-25} ในการศึกษาพบ facial nerve palsy ร้อยละ 45 และส่วนใหญ่จะเป็นชนิดชั่วคราวเช่นเดียวกัน โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด facial nerve palsy ได้มากขึ้น คือ ชนิดของการผ่าตัด โดยเฉพาะที่เป็น total หรือ subtotal parotidectomy ขนาดก้อนที่ใหญ่กว่า 6 เซนติเมตร ก้อนที่เป็น malignant tumor และการผ่าตัดซ้ำ โดยผลการศึกษพบว่า ไม่แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาด้วยเช่นกัน^{13, 14, 17, 25} อย่างไรก็ดีตาม ในปัจจุบันนี้มีการศึกษา^{25, 27} ซึ่งมีความเห็นด้านการเลือกชนิดของการผ่าตัดแตกต่างกันกับการศึกษาในอดีต พบว่าการผ่าตัดเพียง partial parotidectomy ในผู้ป่วยที่เป็น benign tumor ของ superficial lobe ของต่อมน้ำลาย parotid ก็ถือว่าเพียงพอ โดยอัตราการกลับเป็นซ้ำไม่ได้แตกต่างกับการทำ superficial parotidectomy แต่อัตราการเกิด facial nerve palsy พบได้น้อยกว่ามาก

ส่วนอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคในการศึกษานี้ พบ 11 ราย โดยพบในผู้ป่วยที่เป็น benign lesion 8 ราย และ malignant lesion 3 ราย ซึ่งพบน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น^{13, 24, 26} โดยอาจเกิดเนื่องจากไม่สามารถค้นหาเวชระเบียนได้ครบทั้งหมด รวมถึงผู้ป่วยไม่มาติดตามผลการรักษาเป็นจำนวนมาก

สรุป

ก้อนบริเวณต่อมน้ำลายพาโรติดยังเป็นโรคที่พบได้ไม่น้อยในปัจจุบัน สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคงค์ยังเป็น benign lesion การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกจะทำให้ผลการรักษาดี การผ่าตัดในรายที่เป็น benign lesion คือ superficial parotidectomy

tomy ซึ่งสามารถทำได้แม้แต่ใน low grade malignancy lesion อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันมีแพทย์บางกลุ่มจะพิจารณาทำ partial parotidectomy ในผู้ป่วยที่เป็น benign lesion ของ superficial lobe ของต่อมน้ำลายพาโรติด เพื่อลดอัตราการเกิด facial nerve palsy ซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่พบบ่อยหลังการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. Yamashita T, Tomoda K, Kumazawa T. The usefulness of partial parotidectomy for benign parotid gland tumors. *Acta Otolaryngol [Stockh]* 1993;500:113-6.
2. Debets JMH, Munting JDK. Parotidectomy for parotid tumors: 19-year experience from the Netherlands. *Br J Surg* 1992;79:1159-61.
3. Chidzonga MM, Lopez Perze VM, Portilla Alvarez AL. A clinicopathologic study of parotid gland tumors. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;52:1253-6.
4. Laskawi R, Schott T, Mirzaie-Petri M, Schroeder M. Surgical management of pleomorphic adenomas of the parotid gland: a follow-up study of three methods. *J Oral Maxillofac Surg* 1996;54:1176-9.
5. Jackson SR, Roland NJ, Clarke RW, Jones AS. Recurrent pleomorphic adenoma. *J Laryngol Otol* 1993;107:546-9.
6. Mehle ME, Kraus DH, Wood BG, Tubbs R, Tucker HM, Lavertu P. Facial nerve morbidity following parotid surgery for benign disease: the Cleveland clinic foundation experience. *Laryngoscope* 1993;103:386-8.
7. Deans GT, Spence RAJ, Briggs K. An audit of surgery of the parotid gland. *Ann R. Coll Surg Engl.* 1995;77:188-92.
8. Owen ERTC, Banerjee AK, Kissin M, Kark AE. Complications of parotid surgery the need for selectivity. *Br J Surg* 1989;76:1034-5.
9. Stevens KL, Hobsley M. The treatment of pleomorphic adenomas by formal parotidectomy. *Br J Surg* 1982;69:1-3.
10. Dawson AK, Orr JA. Long-term results of localexcision and radiotherapy in pleomorphic adenoma of the parotid. *Can J Surg* 1980;23:14-9.
11. Bron LP, O'Brien CJ. Facial nerve function after parotidectomy. *Arch. Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123:1091-6.
12. Watanabe Y, Ishikawa M, Shojaku H, Mizukoshi K. Facial nerve palsy as a complication of parotid gland surgery and its prevention. *Acta Otolaryngol [Stockh]* 1993;504:137-9.
13. Debets JMH, Munting JDK. Parotidectomy for parotid tumors; 19-year experience from the Netherlands. *Br J Surg* 1992;79:1159-61.
14. Orvidas LJ. Pediatric parotid masses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126:177-84.
15. Hill AG. Major salivary gland tumours in a rural Kenyan Hospital. *East Afr Med J* 2002;79:8-10.
16. Jayaram G. Evaluation of fine needle aspiration cytology of salivary glands: an analysis of 141 cases. *Malays J Pathol* 2001;23:93-100.
17. Ledesma-Montes C. Salivary gland tumours in a Mexican sample: a retrospective study. *Med Oral* 2002;7:324-30.
18. Vargas PA. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 124 cases. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2002;57:271-6.
19. Califano J. Benign salivary gland neoplasms. *Otolaryngol Clin North Am* 1999;32:861-73.
20. Ribeiro Kde C. Epithelial salivary glands neoplasms in children and adolescents: a forty-four-year experience. *Med Pediatr Oncol* 2002;39:594-600.
21. Williams NP. Salivary gland lesions: a Jamaican perspective. *West Indian Med J* 2001;50:62-5.
22. Koivunen P. Malignant epithelial salivary gland tumors in northern Finland: incidence and clinical characteristics. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2002;259:146-9.
23. Yu G. Diagnosis and treatment of epithelial salivary gland tumours in children and adolescents. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2002;40:389.
24. Tullio A, Marchetti C, Sesenna E, Brusati R, Cocchi R, Eusebi V. Treatment of carcinoma of the parotid gland: the results of a multicenter study. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:263-70.

-
25. Witt RL. Facial nerve function after partial superficial parotidectomy: an 11-year review (1987-1997). *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;121:210-3.
26. Magnano M, Gervasio CF, Cravero L, Machetta G, Lerda W, Beltramo G, et al. Treatment of malignant neoplasms of the parotid gland. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;21:627-32.
27. Tae K, Lee SH, Park CW, Lee HS, Park H, Cho SH. Partial parotidectomy as a conservative procedure for the parotid tumor. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:252-3.