

Papillary carcinoma ของ thyroglossal duct cyst: ผู้ป่วยรายแรก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วัฒนา สินิกจเจริญชัย¹

สิริพร หิรัญแพทย์²

กอบกุล ตั้งสินมั่นคง³

Abstract:

Papillary carcinoma of a thyroglossal duct cyst: the first case at Songklanagarind Hospital
Sinkijcharoenchai W, Hirunpat S, Tungsinmunkong K.

Department of Otolaryngology, Department of Radiology, Department of Pathology,
Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand
Songkla Med J 2005;23(4):261-266

The first case of papillary carcinoma of thyroglossal duct cyst in Songklanagarind Hospital is reported. The patient was a 60-year-old man who presented with a midline neck mass. Ultrasound and computed tomography of the mass demonstrated a thyroglossal duct cyst. The patient underwent a Sistrunk operation and the pathological report revealed papillary carcinoma arising from a thyroglossal duct cyst. Postoperatively the patient was placed on thyroid hormone suppression treatment. Currently, the patient is on regular follow-up and doing well without recurrence 6 months after operation.

Key words: thyroglossal duct cyst, papillary carcinoma, Sistrunk operation

¹พ.บ., อ.ว. (โสต ศอ นาสิกวิทยา) อาจารย์ ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา ²พ.บ., ว.ว. (รังสีวิทยา) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชารังสีวิทยา

³พ.บ., ว.ว. (พยาธิวิทยา) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
รับต้นฉบับวันที่ 18 พฤศจิกายน 2547 รับลงตีพิมพ์วันที่ 13 มิถุนายน 2548

บทคัดย่อ:

รายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่มาพบแพทย์ด้วยอาการก้อนที่คอโตมา 1 วัน จากการตรวจร่างกาย และผลการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น thyroglossal duct cyst ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดของ Sistrunk ผลพยาธิวิทยาหลังการผ่าตัดเป็น papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst และได้รับยาไทรอยด์ฮอร์โมนเพื่อกดการเจริญของก้อนเนื้ออก (thyroid hormone suppression treatment) จากการติดตามผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นระยะเวลา 6 เดือน ยังไม่พบการกลับเป็นซ้ำของก้อนเนื้ออก

คำสำคัญ: thyroglossal duct cyst, papillary carcinoma, Sistrunk operation

บทนำ

ต่อมไทรอยด์ เริ่มเจริญมาจากส่วนของโคนลิน (foramen cecum) ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ แล้วเคลื่อนตัวลงมาอยู่หน้าหลอดลมเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และมี thyroglossal duct ซึ่งเป็นท่อที่เชื่อมต่อระหว่างลินและต่อมไทรอยด์ในระหว่างที่มีการเคลื่อนตัวลงมาในคนปกติ ท่อนี้จะเหี่ยวหายไป ท่อที่เหลืออยู่จะกลายเป็นถุงน้ำ (thyroglossal duct cyst) อยู่ตามแนวของการเคลื่อนตัว^{1,2} ส่วนก้อนมะเร็งของ thyroglossal duct cyst พบน้อยมาก โดยมีอุบัติการณ์ตั้งแต่ร้อยละ 0.7-1 ของผู้ป่วย thyroglossal duct cyst^{3,4}

จากข้อมูลของผู้ป่วยในแผนกเวชระเบียนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 - เมษายน พ.ศ. 2547 พบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดได้รับการวินิจฉัยโรค papillary carcinoma of thyroglossal duct cyst ผู้รายงานขอเสนอผู้ป่วยโรคนี้อย่างแรกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงลักษณะอาการทางคลินิกของก้อนมะเร็ง (papillary carcinoma) ของ thyroglossal duct cyst และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคนี

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 60 ปี มีก้อนที่คอโตมา 1 วัน ไม่มีอาการปวดบวมแดงหรือร้อนที่ก้อน แต่มีอาการกลืนน้ำลายติดๆ กลืนอาหารได้สะดวก ไม่เคยผ่าตัดหรือได้รับบาดเจ็บบริเวณลำคอ ไม่เคยได้รับการฉายรังสีรักษาที่บริเวณศีรษะหรือลำคอ แต่เป็นหวัดบ่อย ไม่มีใครในครอบครัวเป็นโรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์

ตรวจร่างกายพบก้อนบริเวณเหนือกล่องเสียง ขนาด 3 ซม. แน่น กดไม่เจ็บ ไม่มีอาการบวมแดงร้อนที่ก้อน ผิวหนังบริเวณก้อนปกติ และก้อนเคลื่อนตามการกลืน (moved vertically on swallowing) คลำไม่พบต่อมไทรอยด์และต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ สายเสียงเคลื่อนไหวได้เป็นปกติ

ผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) พบถุงน้ำที่มีผนังหนา และภายในมีก้อนเนื้อ ขนาด 2.6x2.7 ซม. ก้อนดังกล่าวอยู่ใต้ strap muscles และอยู่บนกระดูกอ่อนกล่องเสียง (overlying the right side thyroid cartilage) ส่วนต่อมไทรอยด์ทั้งสองข้างเป็นปกติ ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่า complicated thyroglossal duct cyst จึงส่งตรวจภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ของก้อนดังกล่าว (computed tomography) พบเป็นถุงน้ำอยู่ระหว่างกระดูก hyoid และ thyroid notch ภายในถุงน้ำมี enhancing nodule with calcification และ involvement of strap muscles ไม่พบก้อนเนื้ออกในต่อมไทรอยด์หรือความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ (ดังรูปที่ 1)

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยวิธีของ Sistrunk ลักษณะที่พบขณะที่ทำการผ่าตัด (operative finding) คือ ก้อนเนื้ออกผิวเรียบ ขนาด 2.5x3 ซม. สามารถแกะแยกออกจากเนื้อเยื่อข้างเคียงได้สะดวก ส่วนต่อมไทรอยด์ทั้งสองข้างไม่พบความผิดปกติ



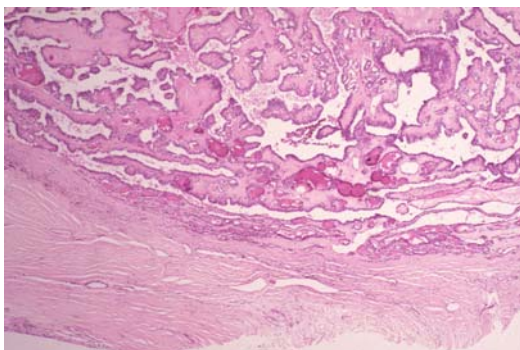
รูปที่ 1 แสดงภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ (axial contrast enhanced CT scan) พบก้อนถุงน้ำอยู่ระหว่างกระดูก hyoid และ thyroid notch ภายในถุงน้ำมี large enhancing nodule with calcification

ผลพยาธิวิทยาหลังการผ่าตัด จากการผ่าก้อนเนื้อออก (Gross) พบถุงน้ำ (น้ำมีสีเหลืองใส) ภายในมีเนื้อเยื่อผิวขรุขระสีน้ำตาลอ่อน และมีส่วนที่เป็นก้อนหินปูน (ดังรูปที่ 2) จากผลการตรวจโดยกล้องจุลทรรศน์ (Histology) พบว่าที่ผนังของถุงน้ำมี thyroid tissue ซึ่งมีลักษณะทั้ง follicular and papillary formation และมี invasion to the fibrous capsule ขนาด 1 ซม. (ดังรูปที่ 3) จึงให้การวินิจฉัยเป็น papillary carcinoma arising in thyroglossal duct cyst

การติดตามผลหลังการผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และได้ให้ผู้ป่วยรับประทานยาไทรอยด์ฮอร์โมนเพื่อกดการเจริญของก้อนเนื้อออก (thyroid hormone suppression treatment) ขณะนี้เป็นระยะเวลา 6 เดือนหลังการผ่าตัดยังไม่พบการกลับเป็นซ้ำของก้อนเนื้อออก



รูปที่ 2 แสดงก้อนเนื้อออก ลักษณะเป็นถุงน้ำที่ผนังด้านในมีเนื้อเยื่อผิวขรุขระสีน้ำตาลอ่อน และมีส่วนที่เป็นก้อนหินปูน ขนาด 3 x 2.5 x 2 cm.



รูปที่ 3 ภาพถ่ายจากกล้องจุลทรรศน์แสดง thyroid tissue ที่ผนังด้านในของถุงน้ำ ซึ่งมีลักษณะ follicular และ papillary formation (H&E stain x 100)

วิจารณ์

Thyroglossal duct cyst

ต่อมไทรอยด์ เริ่มเจริญมาจากส่วนของโคนลิ้น (foramen cecum) ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ แล้วเคลื่อนตัวลงมาอยู่หน้าหลอดลมเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และมี thyroglossal duct ซึ่งเป็นท่อที่เชื่อมต่อระหว่างลิ้นและต่อมไทรอยด์ในระหว่างที่มีการเคลื่อนตัวลงมาในคนปกติ ท่อนี้จะเหี่ยวหายไป ท่อที่เหลืออยู่จะกลายเป็นถุงน้ำ (thyroglossal duct cyst) อยู่ตามแนวของการเคลื่อนตัว ท่อเหล่านี้อาจมีเนื้อต่อมไทรอยด์อยู่ด้วยถึงร้อยละ 62⁵

ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนที่คอโตและไม่เจ็บจากการตรวจร่างกายจะพบก้อนที่อยู่ใต้วงกลางลำคอ บริเวณเหนือหรือใต้ต่อกระดูก hyoid ซึ่งจะมีเนื้อแน่น กดไม่เจ็บและเคลื่อนไหวตามการแลบลิ้นหรือการกลืน^{6,7} ส่วนใหญ่ก้อนมักจะอยู่แนวกลางลำคอ แต่ประมาณร้อยละ 10-24 จะอยู่ด้านข้างคอนมาทางซ้าย^{1,2}

การตรวจวินิจฉัยก่อนผ่าตัด อาศัยการตรวจร่างกายทางศีรษะและลำคอ, การคลำต่อมไทรอยด์, การเจาะเลือดตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ และการตรวจ thyroid scan ส่วนการตรวจชิ้นเนื้อโดยวิธี fine needle aspiration biopsy ไม่นิยมใช้กับ thyroglossal duct cyst⁸ เพราะมีความถูกต้องเพียงร้อยละ 66⁹

การรักษา คือ การผ่าตัดก้อนที่เป็นถุงน้ำและท่อของก้อนออก (surgical removal of the thyroglossal duct cyst and fistulas) ในปี พ.ศ.2471 Sistrunk¹⁰ ได้เสนอวิธีการผ่าตัดโดยการตัดทั้งก้อนที่เป็นถุงน้ำ ท่อของถุงน้ำ และส่วนกลางของกระดูก hyoid ออก พบว่าการผ่าตัดวิธีนี้ได้ผลดี มีโอกาสการกลับเป็นซ้ำอีกน้อย^{1,2}

Thyroglossal duct carcinoma

ก้อนมะเร็งของ thyroglossal duct cyst พบน้อยมาก โดยมีอุบัติการณ์ตั้งแต่วัยละ 0.7-1 ของผู้ป่วย thyroglossal duct cyst ซึ่งมีลักษณะอาการทางคลินิกเหมือนพวกที่เป็นก้อนถุงน้ำธรรมดา^{1,8,11} ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมาด้วยเรื่องก้อนที่คอ โดยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ⁶ Bhagavan และคณะ¹² ทำการศึกษาผู้ป่วย 40 ราย พบว่ามีอาการปวดที่ก้อน 3 ราย และกดเจ็บ 6 ราย ส่วน Joseph และ Komorowski¹³ ทำการศึกษาผู้ป่วย 43 ราย พบว่า ระยะเวลาที่พบก้อนมีตั้งแต่ 10 วัน จนถึง 40 ปี โดยมีความมัธยฐาน ที่ 1 ปี และค่าเฉลี่ยที่ 4.7 ปี ส่วนผู้ป่วยรายนี้อาจเพิ่งสังเกตพบ 1 วันก่อนมาพบแพทย์

ลักษณะของก้อนที่น่าสงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง คือ ก้อนที่โตขึ้นอย่างรวดเร็ว ก้อนที่แข็ง และมีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต

ร่วมด้วย^{1, 14, 15} Bhagavan และคณะ¹² แย้งว่าก้อนที่โตขึ้นอย่างรวดเร็วอาจเกิดจากการอักเสบติดเชื้อเฉียบพลันของก้อนที่เป็นถุงน้ำธรรมดาก็ได้

สำหรับพวกที่เป็นก้อนถุงน้ำธรรมดา พบได้ทั้งในเพศหญิงและเพศชายพอ ๆ กัน แต่พวกที่เป็นก้อนมะเร็งจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในสัดส่วน 1.5:1^{1, 13} และผู้ป่วยที่เป็นก้อนมะเร็งมักมีอายุมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นก้อนถุงน้ำธรรมดา

Allard¹ พบผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 6-81 ปี อายุเฉลี่ย 39.2 ปี ร้อยละ 79 ของผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 20-60 ปี อายุที่พบมากที่สุด ในเพศหญิงคือ 30 ปี ส่วนเพศชายคือ 60 ปี

ยังไม่ทราบว่าจะอะไรเป็นสาเหตุของ thyroglossal duct carcinoma แต่มีหลาย ๆ การศึกษาพบผู้ป่วยที่มีประวัติการฉายรังสีรักษามาก่อน และคิดว่าสิ่งนี้อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็ง^{16, 17}

การศึกษาในปัจจุบันเชื่อว่า ก้อนมะเร็งที่เกิดขึ้นมาจากส่วนของ thyroglossal duct เอง มากกว่าจะเกิดจากการกระจายมาจากต่อมไทรอยด์^{1, 5, 8, 12, 18}

LiVolsi และคณะ⁵ พบว่าก้อนมะเร็งเกิดจาก islands of thyroid tissue ที่อยู่ติดกับถุงน้ำมากกว่าที่จะมาจากเยื่อภายในถุงน้ำหรือภายในท่อ โดยมีข้อสนับสนุนที่พบว่ามะเร็งของ thyroglossal duct cyst ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) เป็น papillary carcinoma^{8, 14, 19}

การกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงในผู้ป่วย papillary carcinoma ของ thyroglossal duct cyst พบได้ร้อยละ 7.7¹ ซึ่งพบน้อยกว่าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งชนิดเดียวกันของต่อมไทรอยด์มาก

Papillary carcinoma ของ thyroglossal duct cyst ไม่ค่อยจะกระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกล จากการศึกษาผู้ป่วย 108 ราย พบเพียง 2 รายที่มีการกระจายไปที่ตับ หรือที่ปอด²⁰

การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย papillary carcinoma ของ thyroglossal duct cyst เหมือนกับของผู้ป่วย papillary carcinoma ของ thyroid gland ซึ่งค่อนข้างดี^{5, 12, 20} จากการศึกษาผู้ป่วย 69 ราย พบว่า 50 รายที่ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของก้อนภายหลังการผ่าตัดโดยมีระยะเวลาการติดตามตั้งแต่ 3 เดือนถึง 17 ปี⁵

Squamous cell carcinoma เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองของมะเร็งที่พบใน thyroglossal duct cyst คิดเป็นร้อยละ 7¹⁹ ซึ่งมีการดำเนินโรคที่รุนแรง และพยากรณ์โรคที่แย่กว่ามาก จากการศึกษาผู้ป่วย 6 ราย พบว่า มีชีวิตอยู่ตั้งแต่ 7 เดือนถึง 3 ปี²⁰

การตรวจวินิจฉัยของ thyroglossal duct cyst ก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การตรวจร่างกายทางศีรษะและลำคอ, การคลำต่อมไทรอยด์

อย่างละเอียด และการเจาะเลือดตรวจดูการทำงานของต่อมไทรอยด์^{21, 22}

ส่วน thyroid scan จะส่งตรวจก่อนการผ่าตัดในรายที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง หรือต่อมไทรอยด์อยู่ผิดตำแหน่ง (suspicion of ectopic thyroid gland) เช่น คลำพบก้อนภายในถุงน้ำที่ต่อมไทรอยด์ หรือที่ลำคอ ก้อนนั้นค่อนข้างแข็ง^{21, 22} สำหรับผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้ส่ง thyroid scan

เนื่องจากลักษณะอาการทางคลินิกและผลการตรวจวินิจฉัยในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของ thyroglossal duct cyst ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่ใช่ก้อนมะเร็ง โดยเฉพาะในรายที่มะเร็งยังคงอยู่ภายใน cyst การวินิจฉัยจึงขึ้นอยู่กับผลการตรวจทางพยาธิวิทยา Joseph และ Komorowski¹³ เสนอเกณฑ์ในการวินิจฉัยไว้ดังนี้ คือ การพบก้อนมะเร็งในส่วนของท่อหรือถุงน้ำร่วมกับพบ squamous epithelium และกลุ่มของ thyroid follicle ที่มีลักษณะปกติภายในท่อหรือบนผนังของถุงน้ำ รวมทั้งพบต่อมไทรอยด์ที่เป็นปกติ ชนิดของมะเร็งที่พบบ่อยของ thyroglossal duct cyst คือ papillary carcinoma (ร้อยละ 80), mixed follicular and papillary carcinoma (ร้อยละ 8), squamous cell carcinoma (ร้อยละ 6), follicular carcinoma (ร้อยละ 3), adenocarcinoma and various unclassified tumors (ร้อยละ 3)¹⁹

การผ่าตัดเพื่อรักษา thyroglossal duct carcinoma ใช้วิธีเดียวกับการผ่าตัดก้อนที่เป็นถุงน้ำ ซึ่งก็คือ การผ่าตัดโดยวิธีของ Sistrunk ในระหว่างการผ่าตัด ควรผ่าเปิดก้อนถุงน้ำเพื่อดูภายใน ถ้าพบว่ามีก้อนเนื้ออยู่ภายใน ควรส่งชิ้นเนื้อดังกล่าวตรวจโดยวิธี frozen section เพราะถ้าพบว่าเป็นก้อนมะเร็ง papillary carcinoma ก็ต้องคิดว่ามีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้วยหรือไม่ ซึ่งอาจเป็นก้อนมะเร็งที่กระจายมาและควรทำการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้ส่ง frozen section ในระหว่างการผ่าตัด การผ่าตัดโดยวิธีของ Sistrunk มักจะได้ผลดี (usually curative) จากการศึกษาผู้ป่วย 48 ราย ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของก้อนอีก หลังการรักษา 4 ปี²³ เนื่องจากไม่ค่อยพบ thyroid involvement จึงแนะนำให้ทำการผ่าตัดเพียง Sistrunk's procedure แทนที่จะทำ total thyroidectomy ซึ่งเสี่ยงต่อ hypoparathyroidism and vocal cord paralysis จากการศึกษาผู้ป่วย 36 ราย ซึ่งได้รับการผ่าตัดก้อน thyroglossal duct cyst และต่อมไทรอยด์ออก (thyroidectomy) พบว่า มีเพียง 4 ราย (ร้อยละ 11) ที่พบมะเร็งของต่อมไทรอยด์ร่วมด้วย²³ ถึงแม้ว่าการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด (total thyroidectomy) ไม่ได้เป็นวิธีที่ทำเป็นประจำ แต่ก็ไม่ควรผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนที่เป็นถุงน้ำออกเพียงอย่างเดียว ในปี พ.ศ. 2470 Owen และ Ingelby²⁴ รายงานผู้ป่วยรายแรกของมะเร็งที่ก้อน thyroglossal duct cyst ว่าการผ่าตัด

เขาเฉพาะก่อนที่เป็นถุงน้ำออกอย่างเดี่ยว ผู้ป่วยมีก้อนขึ้นมาใหม่ หลังการผ่าตัดเพียง 6 เดือน และได้รับการผ่าตัดอีกครั้ง 4 ปีต่อมา ซึ่งผลชิ้นเนื้อของก้อนดังกล่าวเป็น papillary carcinoma with squamous metaplasia²⁵

แม้ว่าการผ่าตัดโดยวิธีของ Sistrunk จะเป็นวิธีที่ทำกันอย่างแพร่หลาย แต่ขอบเขตของการผ่าตัดจริงๆ ต้องขึ้นกับขอบเขตของก้อนที่พบในขณะผ่าตัดหรือจากผลการตรวจ thyroid scan ด้วย กล่าวคือ ถ้าในระหว่างที่ทำการผ่าตัดโดยวิธีของ Sistrunk พบว่าต่อมไทรอยด์และต่อมน้ำเหลืองเป็นปกติ ควรทำการตรวจ thyroid scan ภายหลังจากผ่าตัด ซึ่งถ้า thyroid scan พบความผิดปกติหรือคล้ำได้ก้อนที่ต่อมไทรอยด์ในขณะผ่าตัด ก็ควรเอาต่อมไทรอยด์ออกด้วย (thyroidectomy)^{19, 26}

ถึงแม้จะพบว่ามะเร็งของ thyroglossal duct cyst มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองไม่ถึงร้อยละ 8 (เมื่อเทียบกับร้อยละ 89 ในผู้ป่วยมะเร็งของต่อมไทรอยด์) การรักษาก็คล้ายคลึงกัน²⁷ กล่าวคือ ถ้าพบต่อมน้ำเหลืองก็ควรตัดออกเพื่อส่ง frozen section หากพบว่ามีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองก็ควรทำ modified neck dissection²⁷ สำหรับผู้ป่วย extensive papillary carcinoma ของ thyroglossal duct cyst ที่ต้องได้รับการผ่าตัด thyroidectomy ควรให้ radioactive iodine ablation ตามหลังการผ่าตัดด้วย^{21, 26} ถ้าพบว่ามีก้อนเกิดขึ้นมาใหม่ (local recurrence) หรือมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ (metastasis) อาจพิจารณาผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งดังกล่าวออก, ให้ radioactive iodine, หรือฉายรังสีรักษา (radiation) ตามหลังการผ่าตัด²¹ ส่วนพวก squamous cell carcinoma ที่พบใน thyroglossal duct cyst จะมีการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่าพวก papillary carcinoma และควรฉายรังสีรักษาตามหลังการผ่าตัดในบริเวณคอทั้งสองด้าน ถึงแม้ยังไม่พบความผิดปกติของต่อมน้ำเหลือง²¹

การให้ยาไทรอยด์ฮอร์โมนเพื่อกดการเจริญของก้อนเนื้ออก (thyroid hormone suppression treatment) ควรให้ผู้ป่วยทุกรายที่มีก้อนมะเร็งจาก papillary carcinoma ของ thyroglossal duct cyst แม้ผลการตรวจ thyroid scan จะเป็นปกติ หรือผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ (thyroidectomy) ออกแล้วหรือไม่ก็ตาม^{8, 21, 22, 28}

การให้ยาไทรอยด์ฮอร์โมน (L-thyroxine) เสริมวันละครั้ง จะช่วยกีดการหลั่ง thyroid stimulating hormone (TSH) จึงช่วยลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของ papillary carcinoma ได้^{8, 14, 28}

ควรมีการติดตามระดับของ TSH และควบคุมให้มีความอยู่ในระดับต่ำ (0.5-1 ไมโครยูนิท/มล.) โดยผู้ป่วยควรมาติดตามผลการรักษาทุก 6 เดือนในช่วงปีแรก และปีละครั้งหลังจากนั้น

สรุป

Papillary carcinoma ของ thyroglossal duct cyst พบได้น้อย ลักษณะอาการทางคลินิกของก้อนมะเร็งไม่แตกต่างจากก้อน thyroglossal duct cyst ทั่วไป การวินิจฉัยที่แน่นอนต้องอาศัยการตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยที่ชัดเจน การรักษาที่เหมาะสม คือ การผ่าตัดโดยวิธีของ Sistrunk แต่ถ้าก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่หรือมีการกระจายออกนอกขอบเขตของ thyroglossal duct cyst หรือตรวจพบก้อนที่ต่อมไทรอยด์หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ก็ควรทำผ่าตัด total thyroidectomy ร่วมกับ modified neck dissection ไปพร้อมๆ กัน แล้วตามด้วยการให้ thyroid hormone suppression treatment หลังการผ่าตัดในผู้ป่วยทุกรายที่เป็น papillary carcinoma ของ thyroglossal duct cyst การพยากรณ์โรคค่อนข้างดี มีโอกาสการกลับเป็นซ้ำหลังการรักษาน้อย

เอกสารอ้างอิง

- Allard RHB. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg* 1982;5:134-46.
- Pollack WF. Cysts and sinuses of the thyroglossal duct. *Am J Surg* 1966;122:225-9.
- Fernandez JF, Ordonez NG, Schultz PN, Samaan NA, Hickey RC. Thyroglossal duct carcinoma. *Surgery* 199; 110:928-35.
- Heshmati HM, Fatourehchi V, Heerden JA, Hay ID, Goellner JR. Thyroglossal duct carcinoma: report of 12 cases. *Mayo Clin Proc* 1997;72:315-9.
- LiVolsi VA, Perzin KH, Savetsky L. Ectopic thyroid (including thyroglossal duct tissue). *Cancer* 1974;34: 1303-15.
- Nussbaum M, Buchwald RP, Ribner A, Mori K, Litwins J. Anaplastic carcinoma arising from median ectopic thyroid (thyroglossal duct remnant). *Cancer* 1981;48: 2724-8.
- Alvi A, Johnson JT. The neck mass. A challenging differential diagnosis. *Postgrad Med* 1995;97:87-97.
- Hilgar 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.

9. Bardales RH, Suhrlund MJ, Korourian S, Schaefer RF, Hanna EY, Stanley MW. Cytologic findings in thyroglossal duct carcinoma. *Am J Clin Pathol* 1996;106:615-9.
10. Sistrunk WE. The surgical treatment of cysts of the thyroglossal tract. *Ann Surg* 1928;71:121-2.
11. Ellis P, Van Nostrand AW. The applied anatomy of thyroglossal tract remnants. *Laryngoscope* 1977;87:765-70.
12. Bhagavan VS, Rao DR, Weinberg T. Carcinoma of thyroglossal duct cyst: case reports and review of the literature. *Surgery* 1970;67:281-92.
13. Joseph TJ, Komorowski RA. Thyroglossal duct carcinoma. *Hum Pathol* 1975;6:717-29.
14. Yildiz K, Koksall H, Ozpran Y, Muhtar H, Telatar M. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct remnant with normal thyroid gland. *J Laryngol Otol* 1993;107:1174-6.
15. Martin-Perez E, Larranaga E, Marron C, Monje F. Primary papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. *Eur J Surg* 1997;163:143-5.
16. Sohn N, Gumport S, Blum M. Thyroglossal duct carcinoma. *NY State J Med* 1974;74:2004-5.
17. McGuirt W, Marshall R. Post irradiation carcinoma in thyroglossal duct remnant: follicular variant of papillary thyroid carcinoma. *Head Neck Surg* 1980;106:420-4.
18. Doshi SV, Cruz RM, Hilsinger RL. Thyroglossal duct carcinoma: a large case series. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;110:734-8.
19. Weiss SD, Orlich CC. Primary papillary carcinoma of a thyroglossal duct cyst: report of a case and literature review. *Br J Surg* 1991;78:87-9.
20. Bosch K, Kummer E, Hohmann F. Carcinoma of thyroglossal duct. *Neth J Surg* 1986;38:36-40.
21. LaRouere MJ, Drake AF, Baker SR, Richter HJ, Magielski JE. Evaluation and management of a carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. *Am J Otolaryngol* 1987;8:351-5.
22. Maziak D, Borowy ZJ, Deitel M, Jaksic T, Ralph-Edwards A. Management of papillary carcinoma arising in thyroglossal-duct anlage. *Can J Surg* 1992;35:522-5.
23. McNicoll MP, Hawkins DB, England K, Penny R, Maceri DR. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1989;99:50-9.
24. Owen JR, Ingelby H. Carcinoma of thyroglossal duct. *Ann Surg* 1927;85:132-6.
25. Grabowska H. Papillary carcinoma arising from ectopic thyroid gland in the wall of a thyroglossal duct cyst. *Pathol Res Pract* 1993;189:1228-9.
26. Chen F, Sheridan B, Nankervis J. Carcinoma of thyroglossal duct: case reports and a literature review. *Aust NZ J Surg* 1993;63:614-6.
27. Perez MM, Garcia MB, Iturbe CE, Perez DM. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst: report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51:89-93.
28. Kum CK, Goh P, Teh M. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct. *Aust NZ J Surg* 1993;63:738-40.