

Malignant Struma Ovarii with a Small Occult Carcinoma Hidden within Thyroid-Like Tissue: A case Report in a 58-year-Old Thai Woman

Thararat Prasanwong

Department of Anatomical Pathology, Phrapokklao Chanthaburi Hospital, Chanthaburi Province, Thailand

Article info: Received: February 10, 2026 | Revised: February 18, 2026 | Accepted: March 6, 2026

Abstract

A 58-year-old Thai woman with symptomatic ovarian mass is reported herewith to highlight the diagnostic pitfalls of malignant struma ovarii, particularly the follicular variant papillary thyroid carcinoma (FVPTC)—an exceptionally rare subtype. She was found to have bilateral mature cystic teratomas with only focal papillary carcinoma hidden within struma ovarii tissue in the right ovary. The key to reaching the correct diagnosis lies in a meticulous search for a cancerous lesion that could explain the markedly elevated CA-125 level (1,251 IU/mL), which was disproportionate to the tumor size and benign-appearing imaging. The diagnostic challenge in this case is threefold: First, the malignant focus was minute and easily missed during routine sampling. Second, FVPTC exhibits follicular architecture mimicking benign thyroid tissue, where malignant criteria rely solely on subtle nuclear features (ground-glass chromatin, nuclear grooves, and pseudoinclusions) without papillary structures—requiring expertise to recognize. Third, systematic thyroid evaluation was essential to exclude metastatic thyroid carcinoma and confirm primary ovarian origin. An important management dilemma arose: treatment selection between thyroid cancer protocols (radioactive iodine) versus ovarian cancer protocols (chemotherapy). We opted for carboplatin-paclitaxel based on ovarian surface involvement, achieving excellent 4-year disease-free outcome. This case emphasizes critical lessons: exhaustive sampling when CA-125 is inexplicably elevated, mandatory recognition of FVPTC nuclear features, importance of excluding primary thyroid disease, and individualized treatment approach in this rare entity where standard guidelines are lacking.

Keywords: Teratoma, Ovarian neoplasms, Thyroid neoplasms, Immunohistochemistry

Corresponding Author: Thararat Prasanwong

E-mail: thararat.path@gmail.com

มะเร็งซ่อนในเนื้อเยื่อไทรอยด์ของเนื้องอกรังไข่ในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 58 ปี: รายงานผู้ป่วย

ธารารัตน์ ประสานวงศ์

กลุ่มงานพยาธิวิทยาภายใน โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี

การรับบทความ: วันที่รับ: 10 กุมภาพันธ์ 2569 | วันที่แก้ไข: 18 กุมภาพันธ์ 2569 | วันที่ตอบรับ: 6 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี ที่ตรวจพบก้อนที่รังไข่ร่วมกับมีอาการผิดปกติ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่เกิดจากเนื้องอก struma ovarii ชนิด follicular variant papillary thyroid carcinoma (FVPTC) ซึ่งพบได้น้อยและมีความยากในการวินิจฉัย ผู้ป่วยรายนี้พบมีเนื้องอก teratoma ที่รังไข่ทั้งสองข้าง โดยพบเซลล์มะเร็งที่มีนิวเคลียสที่เป็นลักษณะเฉพาะของ papillary thyroid carcinoma ซ่อนอยู่ในเนื้อเยื่อ struma ovarii ที่รังไข่ขวา สิ่งสำคัญในการวินิจฉัยคือต้องค้นหาเซลล์มะเร็งอย่างละเอียดเพื่ออธิบายระดับ CA-125 ที่สูงถึง 1,251 IU/mL ซึ่งสูงเกินกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับขนาดก้อนและภาพถ่ายทางรังสีวิทยาที่ดูเป็นเนื้องอกชนิดไม่อันตราย ความยากในการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ได้แก่ ส่วนที่เป็นมะเร็งมีขนาดเล็กมาก อาจทำให้พลาดได้หากตัดชิ้นเนื้อมาตรวจไม่เพียงพอ มะเร็งชนิด FVPTC มีลักษณะคล้ายเนื้อเยื่อต่อมไทรอยด์ปกติ การวินิจฉัยต้องอาศัยการพิจารณาลักษณะนิวเคลียสที่จำเพาะ ได้แก่ ground-glass chromatin, nuclear grooves และ pseudoinclusions โดยไม่พบลักษณะ papillary structures ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความชำนาญในการวินิจฉัย นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจต่อมไทรอยด์อย่างละเอียดเพื่อแยกว่าเป็นมะเร็งที่แพร่กระจายมาจากต่อมไทรอยด์หรือไม่ เพื่อยืนยันว่าเป็นมะเร็งที่เกิดจากรังไข่ ปัญหาสำคัญในการรักษาคือการเลือกแนวทางการรักษาระหว่างแนวทางมะเร็งต่อมไทรอยด์ซึ่งใช้ไอโอดีนกัมมันตรังสี กับแนวทางมะเร็งรังไข่ซึ่งใช้เคมีบำบัด ในผู้ป่วยรายนี้ทีมแพทย์เลือกให้ adjuvant chemotherapy ด้วย carboplatin และ paclitaxel เนื่องจากพบ ovarian surface involvement ซึ่งให้ผลการรักษาที่ดี จากการติดตามผลเป็นเวลา 4 ปี ผู้ป่วยไม่มีหลักฐานของการกลับเป็นซ้ำของโรค รายงานนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจชิ้นเนื้ออย่างละเอียดเมื่อพบระดับ CA-125 ที่สูงผิดปกติ การประเมินลักษณะนิวเคลียสโดยพยาธิผู้ชำนาญ และการตรวจต่อมไทรอยด์ร่วมด้วยเพื่อระบุแหล่งกำเนิดของมะเร็ง รวมทั้งการเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้น้อยและยังไม่มีแนวทางมาตรฐานที่ชัดเจน

คำสำคัญ: เทอราโทมา, มะเร็งรังไข่, มะเร็งไทรอยด์, อิมมูโนฮิสโตเคมี

ผู้รับผิดชอบบทความ: ธารารัตน์ ประสานวงศ์

E-mail: thararat.path@gmail.com

บทนำ

Struma ovarii เป็นเนื้องอกรังไข่ในกลุ่ม monodermal teratoma ที่พบได้ค่อนข้างน้อย มีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 2-5 ของเนื้องอกรังไข่ในกลุ่ม teratoma ทั้งหมด และคิดเป็นประมาณร้อยละ 1 ของเนื้องอกรังไข่ทุกชนิด [1] ลักษณะสำคัญของเนื้องอกชนิดนี้คือมีเนื้อเยื่อต่อมไทรอยด์เป็นองค์ประกอบหลัก โดยต้องมีปริมาณเนื้อเยื่อต่อมไทรอยด์มากกว่าร้อยละ 50 ของก้อนเนื้องอกทั้งหมด [2]

โดยทั่วไป Struma ovarii มักเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง อย่างไรก็ตามสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้ โดยพบมะเร็งต่อมไทรอยด์เกิดขึ้นภายในเนื้องอกประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วย [3] ชนิดของมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดคือ papillary thyroid carcinoma คิดเป็นประมาณร้อยละ 50 รองลงมาคือ follicular thyroid carcinoma และ follicular variant of papillary thyroid carcinoma (FVPTC) [4, 5]

มะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด FVPTC ที่เกิดขึ้นใน Struma ovarii พบได้น้อย โดยมีรายงานประมาณร้อยละ 18.6 ของมะเร็งที่เกิดจาก Struma ovarii ทั้งหมด [4] ในประเทศไทยยังไม่พบรายงานอุบัติการณ์ของมะเร็งชนิดนี้อย่างชัดเจน

การวินิจฉัยมะเร็งชนิดดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างละเอียด เนื่องจากลักษณะทางโครงสร้างของ FVPTC มักปรากฏในรูปแบบของฟอลลิเคิล ซึ่งอาจแยกจากโครงสร้างของเนื้อเยื่อต่อมไทรอยด์ปกติที่พบใน Struma ovarii ได้ยาก [1, 4] อีกทั้งต้องไม่พบโครงสร้างแบบ papillary ที่มีลักษณะเป็น finger-like projection ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของ classic papillary carcinoma ดังนั้นการวินิจฉัย FVPTC จึงต้องอาศัยการประเมินลักษณะของนิวเคลียสของเซลล์เป็นสำคัญ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนนิวเคลียสของมะเร็งต่อมไทรอยด์เพื่อแยกจากเนื้อเยื่อต่อมไทรอยด์ปกติ [6] ร่วมกับการพิจารณาการรุกรานของเซลล์มะเร็งเข้าสู่หลอดเลือดหรือการแทรกผ่านแคปซูลของก้อนเนื้องอก

ลักษณะทางคลินิกของ Struma ovarii มักไม่จำเพาะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องหรือพบบก้อนในช่องท้องโดยบังเอิญ ภาวะไทรอยด์เป็นพิษพบได้ประมาณร้อยละ 5-8 ของผู้ป่วย [7] และพบมีน้ำในช่องท้องประมาณร้อยละ 17 [8] ระดับ CA-125 ในเลือดอาจสูงขึ้น ทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยแยกจากมะเร็งรังไข่ชนิดอื่นก่อนการผ่าตัดได้อย่างชัดเจน [9] ดังนั้นการวินิจฉัยที่แน่นอนจึงต้องอาศัยการตรวจทางพยาธิวิทยาหลังการผ่าตัด

ปัจจุบันการรักษา malignant struma ovarii ยังไม่มีแนวทางมาตรฐานที่ชัดเจน [10] โดยการผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลัก สำหรับการรักษาสเสริม การให้ radioiodine therapy หลังการผ่าตัด total thyroidectomy เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับ [4, 11] ขณะที่การให้ยาเคมีบำบัดมักใช้ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรค [12] ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการติดตามผลระยะยาว เนื่องจากโรคสามารถกลับเป็นซ้ำได้ [13]

รายงานนี้นำเสนอผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น follicular variant of papillary thyroid carcinoma ที่เกิดขึ้นในเนื้องอกรังไข่ชนิด Struma ovarii ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยและมีความท้าทาย ในการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี หมดประจำเดือนมาแล้ว 8 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มาพบแพทย์ด้วยอาการท้องโตและแน่นท้องเป็นเวลา 6 เดือน ร่วมกับมีน้ำหนักลดลง 8 กิโลกรัมในช่วง 1 เดือนก่อนมารับการรักษา ผู้ป่วยไม่มีประวัติโรคต่อมไทรอยด์หรือโรคมะเร็งทั้งในตนเองและครอบครัว

การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายทั่วไปพบก้อนในช่องท้องด้านขวา กดไม่เจ็บและสามารถยับได้ การตรวจทางนรีเวชพบก้อนบริเวณรังไข่ด้านขวาวขนาดประมาณ 5 × 5 เซนติเมตร การตรวจบริเวณคอไม่พบก้อนที่ต่อมไทรอยด์ และไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจพบระดับ CA-125 สูง 1,251 IU/mL (ค่าปกติ <35 IU/mL) และ CA 19-9 เพิ่มขึ้นเล็กน้อย 24 U/mL (ค่าปกติ <37 U/mL) ส่วนการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ TSH 2.8 mIU/L, free T4 1.2 ng/dL และ free T3 3.1 pg/mL

การตรวจเอกซเรย์และภาพรังสี

1. อัลตราซาวด์ทางช่องคลอด พบ ascites ปริมาณมาก และพบก้อนที่รังไข่ด้านขวาขนาด 7.1×9.3 เซนติเมตร ลักษณะเป็น multiloculated solid-cystic mass นอกจากนี้พบก้อนที่รังไข่ด้านซ้ายขนาด 4.0×4.0 เซนติเมตร

2. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง พบ complex cystic mass ที่รังไข่ด้านขวาขนาดใหญ่ มี internal septation และ solid components และพบก้อนที่รังไข่ด้านซ้ายขนาด 4.0 เซนติเมตร นอกจากนี้พบ ascites ในช่องท้อง แต่ไม่พบ peritoneal implants หรือ retroperitoneal lymphadenopathy

การผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy พร้อม complete surgical staging และทำ abdominal paracentesis ผลการตรวจ ascitic fluid cytology ไม่พบเซลล์มะเร็ง (negative for malignant cells)

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

1. การตรวจด้วยตาเปล่า

- รังไข่ด้านขวามีขนาด $9.5 \times 6.5 \times 6.0$ เซนติเมตร ผิวด้านนอกสีเทาน้ำตาลและมีลักษณะเป็นปุ่มนูนหลายตำแหน่ง เมื่อผ่าดูหน้าตัดพบก้อนขนาดประมาณ 8.0 เซนติเมตร ประกอบด้วย ส่วนที่เป็นเนื้อแข็งขนาด 4.5×4.0 เซนติเมตร ส่วนที่เป็นถุงน้ำขนาด 5.0×4.5 เซนติเมตร ภายในพบสารวุ้นใสลักษณะคล้าย colloid ที่พบในต่อมไทรอยด์
- รังไข่ด้านซ้ายมีขนาด $4.0 \times 4.0 \times 3.0$ เซนติเมตร ผิวเรียบ เมื่อผ่าดูหน้าตัดพบถุงน้ำที่มี material สีเหลือง มีเส้นผม และ calcified nodules สอดคล้องกับ mature cystic teratoma
- การวินิจฉัยเบื้องต้นคือ bilateral ovarian teratoma

2. การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

พบองค์ประกอบของ mature teratomatous elements โดยมีเนื้อเยื่อต่อมไทรอยด์เป็นส่วนใหญ่ของก้อนขนาด 8.0 เซนติเมตร ซึ่งยืนยันการวินิจฉัย struma ovarii โดยภายในเนื้อเยื่อไทรอยด์พบ infiltrative tumor ประกอบด้วย malignant follicular cells ที่จัดเรียงเป็น follicular pattern ไม่พบ papillary structures และไม่พบ psammoma bodies เซลล์มะเร็งมีการจัดเรียงเป็น follicles ขนาดต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่เป็น small to medium-sized follicles บางส่วนมี dense colloid

Nuclear features

พบลักษณะนิวเคลียสที่เป็นลักษณะจำเพาะของ papillary thyroid carcinoma ได้แก่

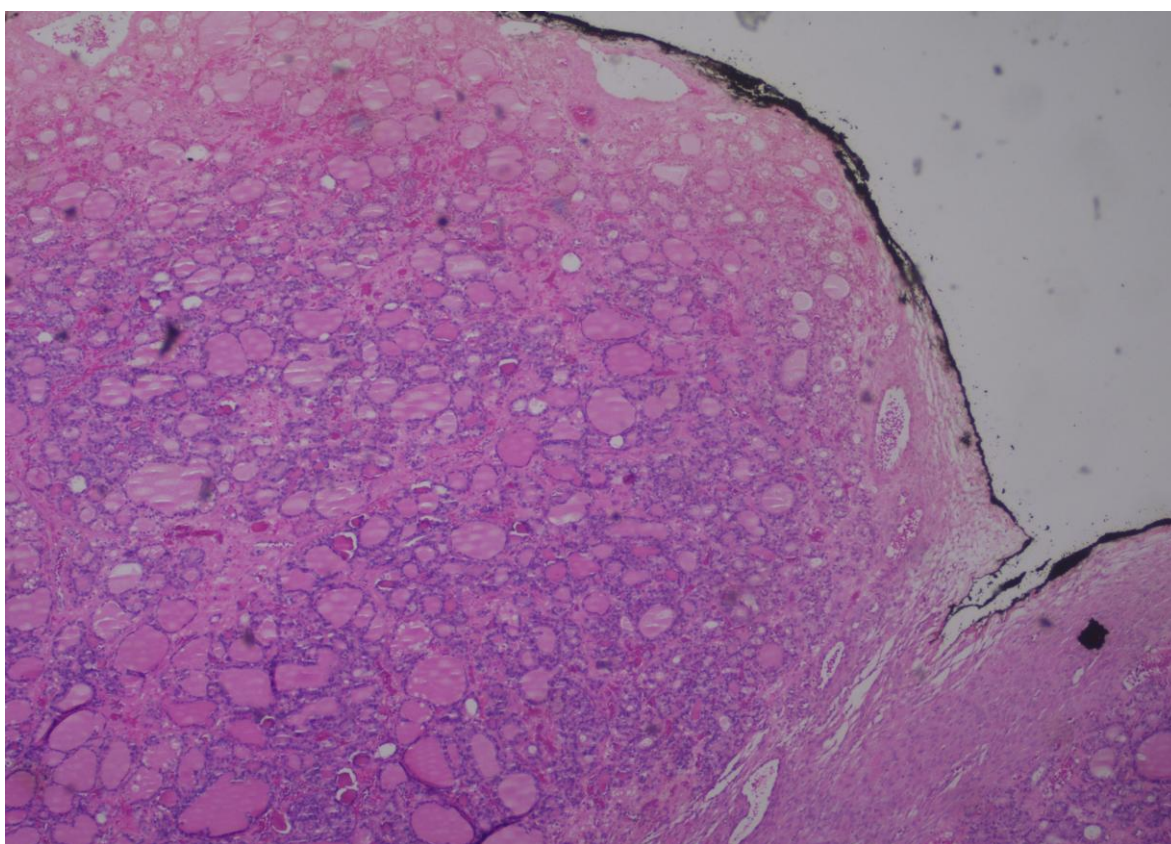
- nuclear enlargement (ใหญ่กว่าเซลล์ปกติประมาณ 2-3 เท่า)
- nuclear overlapping
- prominent nuclear grooves
- irregular nuclear membranes

- nuclear chromatin clearing (ground-glass appearance)
- พบ intranuclear pseudoinclusions ในบางเซลล์

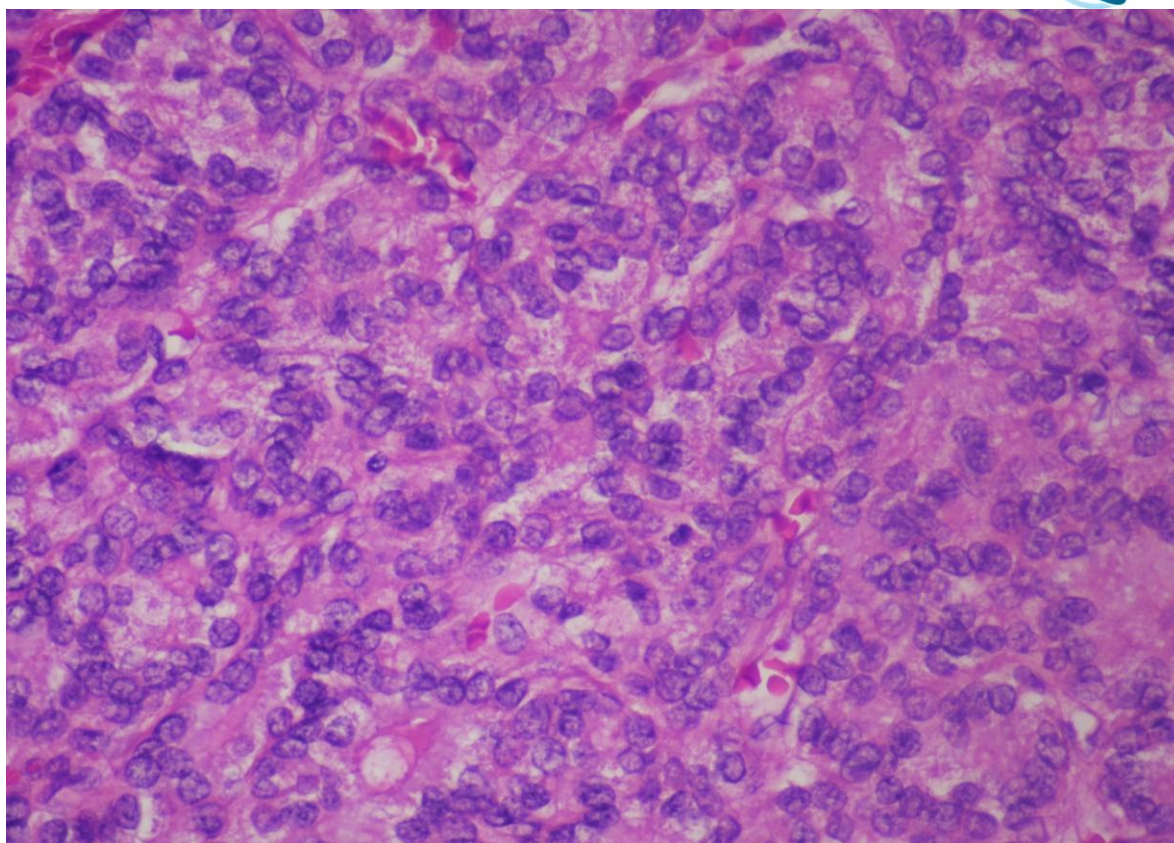
ลักษณะ nuclear features ดังกล่าวพบมากกว่า 50% ของเซลล์มะเร็ง ซึ่งเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัย follicular variant of papillary thyroid carcinoma โดยในผู้ป่วยรายนี้พบ capsular invasion และ ovarian surface involvement แต่ไม่พบ lymphovascular invasion

3. การตรวจอิมมูโนฮิสโตเคมี

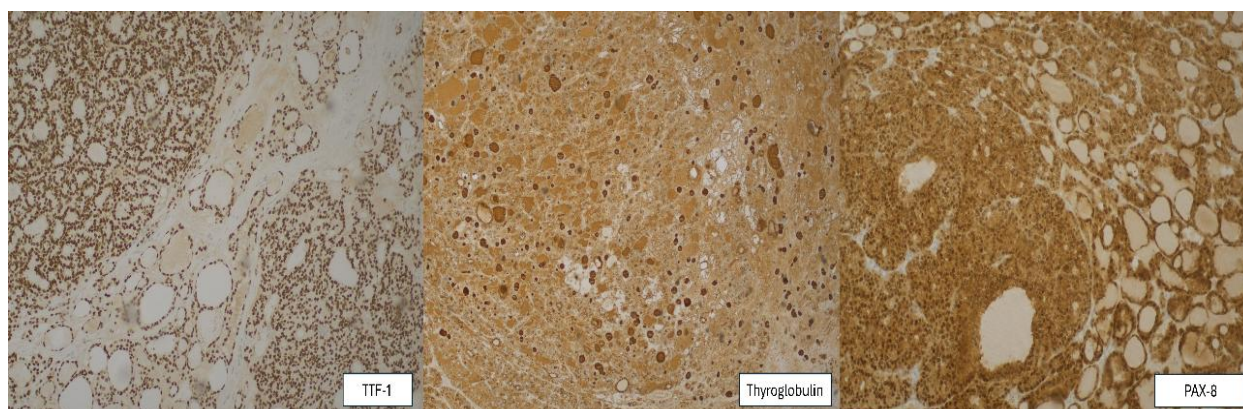
ผลการตรวจพบ TTF-1, PAX8 และ thyroglobulin ให้ผลบวก ซึ่งสนับสนุนการมีต้นกำเนิดจากเนื้อเยื่อต่อมไทรอยด์ ขณะที่ Chromogranin A และ Synaptophysin ให้ผลลบ ช่วยในการแยกจาก neuroendocrine differentiation



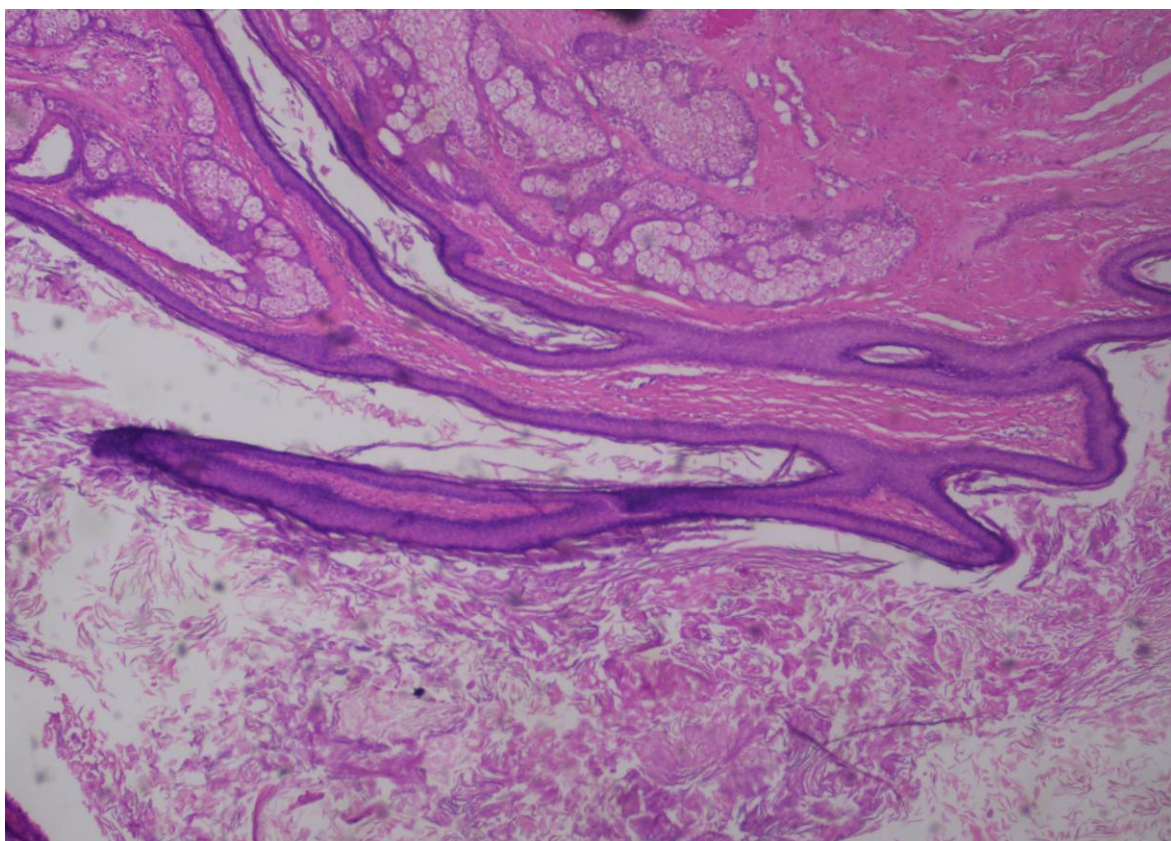
รูปที่ 1 แสดง follicular architecture ของ follicular variant papillary thyroid carcinoma ใน struma ovarii โดยเห็นการจัดเรียงเป็น follicle ขนาดต่างๆกัน พบมี colloid ใน follicle และไม่พบมี papillary structures (H&E stain magnification ×40)



รูปที่ 2 แสดง nuclear features ที่เป็นลักษณะเฉพาะของ papillary thyroid carcinoma ได้แก่ nuclear enlargement nuclear overlapping prominent nuclear grooves ground-glass chromatin และพบมี intranuclear pseudoinclusions ในบางเซลล์ (H&E stain magnification $\times 400$)



รูปที่ 3 การย้อม immunohistochemistry แสดง TTF-1 positive staining ในนิวเคลียสของเซลล์มะเร็ง (ซ้าย) Thyroglobulin positive staining ในไซโทพลาซึมของเซลล์ follicular (กลาง) และ PAX-8 positive staining ในนิวเคลียส (ขวา) ยืนยัน thyroid origin ของเนื้องอก (magnification $\times 200$)



รูปที่ 4 Mature cystic teratoma จากรังไข่ซ้าย แสดงให้เห็น mature elements ในส่วนของ epidermis พร้อม keratinization (ectoderm) ไม่พบ immature หรือ malignant components (H&E stain magnification x100)

สรุปผลการวินิจฉัย

เนื่องจากในการวินิจฉัย Follicular variant of papillary thyroid carcinoma ใน Struma ovarii ซึ่งเป็นมะเร็งชนิดที่หายาก จำเป็นต้องมีพยาธิแพทย์ที่มีความชำนาญด้านมะเร็งไทรอยด์เป็นผู้ร่วมให้การวินิจฉัย จึงได้มีการส่งปรึกษาพยาธิแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน thyroid pathology เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ผลการปรึกษาได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกัน ยืนยันการวินิจฉัยโรคดังกล่าว

การจัดการหลังผ่าตัดและการติดตาม

ผู้ป่วยได้รับการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านหู คอ จมูก ได้รับการตรวจไทรอยด์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบมีลักษณะ heterogeneous parenchyma แต่ไม่สามารถคลำก้อนได้จากการตรวจร่างกาย โดยแพทย์ได้ให้การวินิจฉัยว่ามี nodular goiter ที่ต่อมไทรอยด์ จากผลการตรวจดังกล่าวร่วมกับลักษณะทางคลินิกช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยว่ามะเร็งของผู้ป่วยรายนี้เป็น primary malignant struma ovarii มากกว่าจะเป็น metastatic thyroid carcinoma โดยมีหลักฐานที่ช่วยสนับสนุน คือ ขนาดของ ovarian mass ที่ใหญ่มาก (8 เซนติเมตร) เทียบกับก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่ไม่สามารถคลำได้ การมี bilateral ovarian teratomas และการไม่พบ cervical lymphadenopathy [2]

เนื่องจากพบ ovarian surface involvement ร่วมกับระดับ CA-125 ที่สูงมาก ผู้ป่วยจึงได้รับ adjuvant chemotherapy ด้วย carboplatin และ paclitaxel

จากการติดตามผลเป็นเวลา 4 ปี ผู้ป่วยมีอาการปกติดี ระดับ CA-125 ลดลงจาก 1,251 IU/mL เหลือ 15–19 IU/mL หลังสิ้นสุดการรักษา และไม่พบรอยโรคจากการตรวจทางภาพรังสี

วิจารณ์

Struma ovarii ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งพบได้ไม่บ่อย และการวินิจฉัยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด follicular variant of papillary thyroid carcinoma (FVPTC) ใน Struma ovarii มีความซับซ้อนมากกว่าการวินิจฉัย papillary thyroid carcinoma ชนิดคลาสสิก เนื่องจากมะเร็งชนิดนี้มักไม่พบลักษณะ papillary architecture ซึ่งเป็นลักษณะเด่นที่ใช้ในการวินิจฉัย ดังนั้นการวินิจฉัยจึงต้องอาศัยการประเมิน nuclear features ของเซลล์เป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยที่กำหนดโดย WHO Classification of Thyroid Tumors [14] ในผู้ป่วยรายนี้พบลักษณะของนิวเคลียสที่เข้าได้กับมะเร็งต่อมไทรอยด์ ได้แก่ nuclear enlargement, nuclear overlapping, nuclear grooves, ground-glass chromatin และ intranuclear pseudoinclusions โดยพบลักษณะดังกล่าวในเซลล์มะเร็งมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัย FVPTC [15, 16]

การตรวจอิมมูโนฮิสโตเคมีมีบทบาทสำคัญในการช่วยยืนยันการวินิจฉัย ผลการย้อม TTF-1, PAX8 และ thyroglobulin ให้ผลบวก ซึ่งสนับสนุนการมี thyroid differentiation ของเนื้องอก ขณะที่ Chromogranin A และ Synaptophysin ให้ผลลบ ซึ่งช่วยแยกจาก neuroendocrine tumors ซึ่งเป็นการวินิจฉัยแยกโรคที่สำคัญ [17, 18]

จากการติดตามผู้ป่วยรายนี้เป็นระยะเวลา 4 ปี ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของโรค สอดคล้องกับรายงานการศึกษา ก่อนหน้าที่พบว่า FVPTC มักมีพฤติกรรมของโรคที่ค่อนข้างไม่รุนแรง (indolent behavior) และมีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ conventional papillary thyroid carcinoma [8]

ในปัจจุบัน การตรวจทางพยาธิวิทยาในระดับโมเลกุล เช่น BRAF V600E mutation อาจมีประโยชน์ในการช่วยยืนยันการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค [19] อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้มีการส่งตรวจเนื่องจากข้อจำกัดของสถานพยาบาล การพัฒนาระบบการตรวจทางพยาธิวิทยาในระดับโมเลกุล เช่น BRAF mutation และ RET/PTC rearrangement อาจช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยและการประเมินพยากรณ์โรค โดยเฉพาะในกรณีที่มีลักษณะทางพยาธิวิทยาของเซลล์มะเร็งไม่ชัดเจน

สรุป

รายงานนี้เสนอผู้ป่วย follicular variant of papillary thyroid carcinoma ที่เกิดขึ้นใน struma ovarii ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อย การวินิจฉัยจำเป็นต้องอาศัยการประเมินลักษณะทางพยาธิวิทยาอย่างละเอียด โดยเฉพาะการพิจารณา histomorphology และลักษณะของนิวเคลียสของเซลล์มะเร็ง ร่วมกับผลการตรวจทางอิมมูโนฮิสโตเคมี การวินิจฉัยควรได้รับการทบทวนโดยพยาธิแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อป้องกันการวินิจฉัยเกินหรือการวินิจฉัยต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ การตรวจประเมินต่อมไทรอยด์มีความสำคัญในการวินิจฉัยแยกระหว่าง primary malignant struma ovarii กับ metastatic thyroid carcinoma โดยข้อมูลทางคลินิกที่ช่วยสนับสนุนการเป็นโรคปฐมภูมิ ได้แก่ การพบ bilateral ovarian teratomas ขนาดของก้อนรังไข่ที่ใหญ่กว่ารอยโรคที่ต่อมไทรอยด์ และการไม่พบ cervical lymphadenopathy

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอขอบคุณพยาธิแพทย์ผู้ร่วมให้คำปรึกษาในการวินิจฉัย รวมทั้งทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งทุนวิจัย: ไม่มี

การพิจารณาด้านจริยธรรมและการรักษาความลับของผู้ป่วย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนในลักษณะย้อนหลัง โดยข้อมูลทั้งหมดผ่านกระบวนการปกปิดตัวตนก่อนนำมาวิเคราะห์ ทั้งนี้ ได้ดำเนินการคุ้มครองความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด และลบข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ทั้งหมดออกแล้ว โดยมีเฉพาะผู้วิจัยหลักเท่านั้นที่มีสิทธิ์เข้าถึงชุดข้อมูลดังกล่าว ซึ่งใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการและการวิจัยเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

- [1.] Chaidarun T, Sorensen MJ, Chaidarun S. ODP493 malignant struma ovarii with papillary thyroid carcinoma and concomitant high-risk thyroid nodule. J Endocr Soc. 2022;6(Suppl 1):A771.
- [2.] Leuștean L, Ungureanu MC, Preda C, Bilha SC, Obrocea F, Dănilă R, et al. Management of malignant struma ovarii: is aggressive therapy justified? Case report and literature review. Thyroid Res. 2022;15(1):14.
- [3.] Ernaga Lorea A, Hernández Morhain MC, Anda Apiñániz E, Lapeña Calavia S, Eguílaz Esparza N. Metastatic malignant struma ovarii: two scenarios of the same pathology. Endocrinol Diabetes Nutr. 2017;64(2):121-2.
- [4.] Cui Y, Yao J, Wang S, Zhao J, Dong J, Liao L. The clinical and pathological characteristics of malignant struma ovarii: an analysis of 144 published patients. Front Oncol. 2021;11:645156.
- [5.] Li S, Yang T, Xiang Y, Li X, Zhang L, Deng S. Clinical characteristics and survival outcomes of malignant struma ovarii confined to the ovary. BMC Cancer. 2021;21(1):383.
- [6.] Koshikawa T, Fujita N, Ueda N, Ota Y, Sasaki E, Murakami Y, et al. Important cytological findings for distinction between follicular variant and conventional papillary thyroid carcinoma, including noninvasive follicular thyroid tumors with papillary-like nuclear features. Endocr J. 2019;66(5):475-83.
- [7.] Sternlieb SJ, Satija C, Pointer DT Jr, Crawford BE, Sullivan L, Kandil E. Management dilemma of thyroid nodules in patients with malignant struma ovarii. Gland Surg. 2016;5(4):431-4.
- [8.] Abera SA, Molla DK, Abera KA, Adisu GD, Worku MA, Molla YD. Struma ovarii with papillary thyroid carcinoma and metastasis to the appendix: a case report and literature review. Int Med Case Rep J. 2023;16:571-8.
- [9.] Stefanopol IA, Petecariu A, Baroiu L, Neagu AI, Bogdan-Goroftei RE, Nechifor A, et al. Giant benign struma ovarii with high-grade fever, elevated CA-125, and hormonal function in an adolescent patient. Children (Basel). 2023;10(5):856.

- [10.] Asaturova AV, Magnaeva A, Tregubova A, Kometova V, Karamurzin Y, Martynov S, et al. Malignant clinical course of “proliferative” ovarian struma: diagnostic challenges and treatment pitfalls. *Diagnostics (Basel)*. 2022;12(6):1411.
- [11.] Oudoux A, Leblanc E, Beaujot J, Gauthier-Kolesnikov H. Treatment and follow-up of malignant struma ovarii: regarding two cases. *Gynecol Oncol Rep*. 2016;17:56-9.
- [12.] Luo JR, Xie CB, Li ZH. Treatment for malignant struma ovarii in the eyes of thyroid surgeons: a case report and study of Chinese cases reported in the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2014;93(26):e267.
- [13.] McGill JF, Sturgeon C, Angelos P. Metastatic struma ovarii treated with total thyroidectomy and radioiodine ablation. *Endocr Pract*. 2009;15(2):167-73.
- [14.] Basolo F, Macerola E, Poma AM, Torregrossa L. The 5th edition of WHO classification of tumors of endocrine organs: changes in the diagnosis of follicular-derived thyroid carcinoma. *Endocrine*. 2023;80(3):470-6.
- [15.] Jug R, Jiang X. Noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features: an evidence-based nomenclature change. *Pathol Res Int*. 2017;2017:1-6.
- [16.] Shou L, Lu J, Yang J, Wang H, Sun L, Dong H, et al. Follicular carcinoma originating from struma ovarii: a case report. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(1):e32658.
- [17.] Bellizzi AM. Immunohistochemistry in the diagnosis and classification of neuroendocrine neoplasms: what can brown do for you? *Hum Pathol*. 2020;96:8-33.
- [18.] Hysek M, Jatta K, Stenman A, Darai-Ramqvist E, Zedenius J, Höög A, et al. Signet ring cell variant of follicular thyroid carcinoma: report of two cases with focus on morphological, expressional and genetic characteristics. *Diagn Pathol*. 2019;14(1):127.
- [19.] Silver JA, Bogatchenko M, Pusztaszeri M, Forest VI, Hier MP, Yang JW, et al. BRAF V600E mutation is associated with aggressive features in papillary thyroid carcinomas ≤ 1.5 cm. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021;50(1):63.