เนื้องอกเส้นใยเดี่ยวที่เกิดในเนื้อเยื่ออ่อนส่วนลึกของลำคอ: รายงานผู้ป่วย

ภวันต์ วงศ์พยัคฆ์ พ.บ.[1], พิริยา สุทธิเรืองวงศ์ พ.บ.[2]

[1]โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ตำบลทะเลชุบศร อำเภอเมืองลพบุรี ลพบุรี 15000

[2]สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

Solitary Fibrous Tumor Arising within Deep Cervical Soft Tissue: Case Report

Pawan Wongpayak M.D.[1], Piriya Sutthiruangwong M.D.[2]

[1]Otolaryngology Department, Lopburi Cancer Hospital, Thalaychubsorn Subdistrict, Mueang District, Lopburi Province 15000

[2]Institute of Pathology, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Phaya Thai Road, Ratchathewi District, Bangkok 10400

Corresponding Author: Pawan Wongpayak (Email: gruntapple@gmail.com)

(Received: 28 August, 2025; Revised: 20 November, 2025; Accepted: 19 January, 2026)

Abstract A 72-year-old Thai male presented with a progressively enlarging left neck mass over the past month. Contrast-enhanced computed tomography (CT) of the neck revealed a well-circumscribed, avidly contrast-enhancing soft tissue mass at the left neck level IIb, measuring 2.1 × 2.6 × 2.5 cm. Fine-needle aspiration (FNA) was performed twice but yielded no definitive diagnosis. An incisional biopsy was subsequently carried out, and histopathological examination revealed a solitary fibrous tumor (SFT). The patient underwent complete surgical excision of the mass with wide local excision of the overlying skin. Final histopathology confirmed a benign solitary fibrous tumor. Solitary fibrous tumors are rare in the head and neck region. *(Thai Cancer J 2026;46:69–77)*

Keyword: solitary fibrous tumor in deep cervical soft tissue, immunohistochemistry in SFT, avidly contrast-enhancing soft tissue mass

บทคัดย่อ ผู้ป่วยชายไทยอายุ 72 ปี พบก้อนโตขึ้นประมาณ 1 เดือนก่อน จึงได้รับตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณคอโดยใช้สารทึบรังสี (CT neck with contrast) พบ well-circumscribed, avid contrast enhancing soft tissue mass at left neck level IIb (2.1x2.6x2.5 เซนติเมตร) และได้รับการตรวจด้วยเข็มเล็ก (Fine-needle aspiration) 2 ครั้ง แต่ไม่สามารถได้วินิจฉัย จึงได้ทำการผ่าตัดชิ้นเนื้อบางส่วนไปตรวจ (incisional biopsy) ผลการตรวจทางพยาธิของชิ้นเนื้อเป็น solitary fibrous tumor ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดก้อนออกทั้งหมดรวมถึงทำการผ่าตัดแบบกว้างตรงตำแหน่งรอยโรคที่ผิวหนัง ผลการตรวจทางพยาธิยืนยันเป็น solitary fibrous tumor ชนิดที่ไม่ร้ายแรงโดยการย้อม CD34 และ STAT6 สรุปได้ว่า solitary fibrous tumor เป็นเนื้องอกที่พบได้ยากในบริเวณลำคอ *(วารสารโรคมะเร็ง 2569;46:69–77)*

คำสำคัญ: เนื้องอกเส้นใยเดี่ยวในเนื้อเยื่ออ่อนลำคอชั้นลึก, การย้อมอิมมูโนฮิสโตเคมีในเนื้องอกเส้นใยเดี่ยว, ก้อนเนื้อเยื่ออ่อนที่เพิ่มความเข้มของสารทึบรังสีอย่างชัดเจน

บทนำ (Introduction)

เนื้องอกชนิด Solitary Fibrous Tumor (SFT) เป็นเนื้องอกของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่พบไม่บ่อย มีต้นกำเนิดจากเซลล์ mesenchymal fibroblastic สาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่หลักฐานระดับโมเลกุลพบความผิดปกติทางพันธุกรรมเฉพาะ โดยพบการรวมตัวของยีน NAB2-STAT6 ซึ่งเป็นตัวขับดันสำคัญในการเกิดเนื้องอกชนิดนี้ทำให้การรวมตัวของโปรตีนที่เกิดขึ้น กระตุ้นการทำงานของยีนเป้าหมายกลุ่ม EGR1 และส่งเสริมการเพิ่มจำนวนของเซลล์เนื้องอก[1,2] เดิมเคยถูกและรายงานครั้งแรกในเยื่อหุ้มปอด[3] ต่อมามีรายงานพบได้ในหลายตำแหน่งทั่วร่างกาย รวมถึงเนื้อเยื่ออ่อนนอกเยื่อหุ้มปอด เช่น ช่องท้อง ทรวงอก เยื่อหุ้มสมอง บริเวณศีรษะ และลำคอ[4] ตำแหน่งในบริเวณศีรษะและลำคอ ถือว่าพบได้ค่อนข้างน้อยราวร้อยละ 5-6 ของ SFT ทั้งหมด[5,6] ลักษณะทางคลินิกของ SFT ในตำแหน่งนี้มักไม่จำเพาะ เช่น มีก้อนโตช้า ไม่มีอาการอื่น ๆ ร่วม จึงทำให้การวินิจฉัยเบื้องต้นอาจแยกกับเนื้องอกชนิดอื่นได้ยาก[6] การวินิจฉัยที่แน่นอนจำเป็นต้องอาศัยการตรวจทางพยาธิวิทยาร่วมกับการย้อมภูมิคุ้มกัน (immunohistochemistry) ซึ่งมักพบการแสดงออกของ CD34, vimentin และการย้อม STAT6 nuclear positivity อันเป็น marker จำเพาะจากการเกิดยีน NAB2–STAT6[1,2]

แม้เนื้องอกชนิด solitary fibrous tumor ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเจริญเติบโตแบบช้าและมีพยากรณ์โรคดี แต่มีประมาณ ร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่สามารถมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือมีการกลายเป็นมะเร็ง (malignant transformation) ได้[7] ลักษณะทางพยาธิวิทยาที่บ่งชี้ถึงการกลายเป็นมะเร็ง ได้แก่ การแบ่งตัวของเซลล์ในอัตราสูง (high mitotic rate >4/10 HPF) การมี atypia เด่นชัด การตายของเนื้อเยื่อ (necrosis) และการบุกรุกเนื้อเยื่อรอบข้าง[8] ผู้ป่วยที่มีลักษณะเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำในตำแหน่งเดิมหรืออาจมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น ปอด ตับ และกระดูก ซึ่งอาจเกิดขึ้น

แม้ผ่านไปมากกว่า 10 ปี[9-11] Dedifferentiated SFT มีลักษณะทางพยาธิวิทยาที่ประกอบด้วยเซลล์ SFT รูปแบบปกติร่วมกับเซลล์มะเร็งซาร์โคมา (morphologically nondistinctive sarcoma) ทั้งนี้ จากการติดตามผลในระยะยาว พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการแพร่กระจายของโรค (metastasis) สูงถึงร้อยละ 35–45[10]

ดังนั้นการตระหนักถึงความเป็นไปได้ของโรคนี้ในตำแหน่งที่พบได้ยาก เช่น บริเวณของศีรษะและคอ จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษา รายงานนี้นำเสนอผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิด solitary fibrous tumor เกิดขึ้นภายในเนื้อเยื่ออ่อนชั้นลึกของคอ พร้อมทบทวนข้อมูลทางคลินิก การวินิจฉัย และความเสี่ยงต่อการกลายเป็นมะเร็ง เพื่อเพิ่มความรู้และความตระหนักต่อโรคนี้ในบริเวณศีรษะและลำคอ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 72 ปี มีโรคประจำตัวเป็นมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) รักษาด้วย TACE ครบ 2 ปี ยังไม่พบการกลับเป็นซ้ำ และตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซี (chronic hepatitis C cirrhosis) อาการสำคัญ คือ มีก้อนที่คอด้านซ้ายโตขึ้น 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้ยาสมุนไพร

ผลการตรวจร่างกายพบ Left neck mass at level IIb size 3 cm, moveable, rubbery consistency. Fiberoptic laryngoscope: normal nasopharynx, no mass from base of tongue to glottic level, true vocal cord moved bilaterally. Oral cavity: no mass or ulcer

ได้รับการตรวจก้อนที่คอ โดยการเจาะดูดด้วยเข็มเล็ก (Fine-needle aspiration) ผลเป็น Aggregation of neutrophils and lymphoid among large amount of blood จึงทำการเจาะตรวจโดยการเจาะดูดด้วยเข็มเล็ก (Fine-needle aspiration) ซ้ำ ผลเป็น Non-diagnostic specimen with aggregation of inflammatory cells (lymphocytes and neutrophils) among thick bloody background

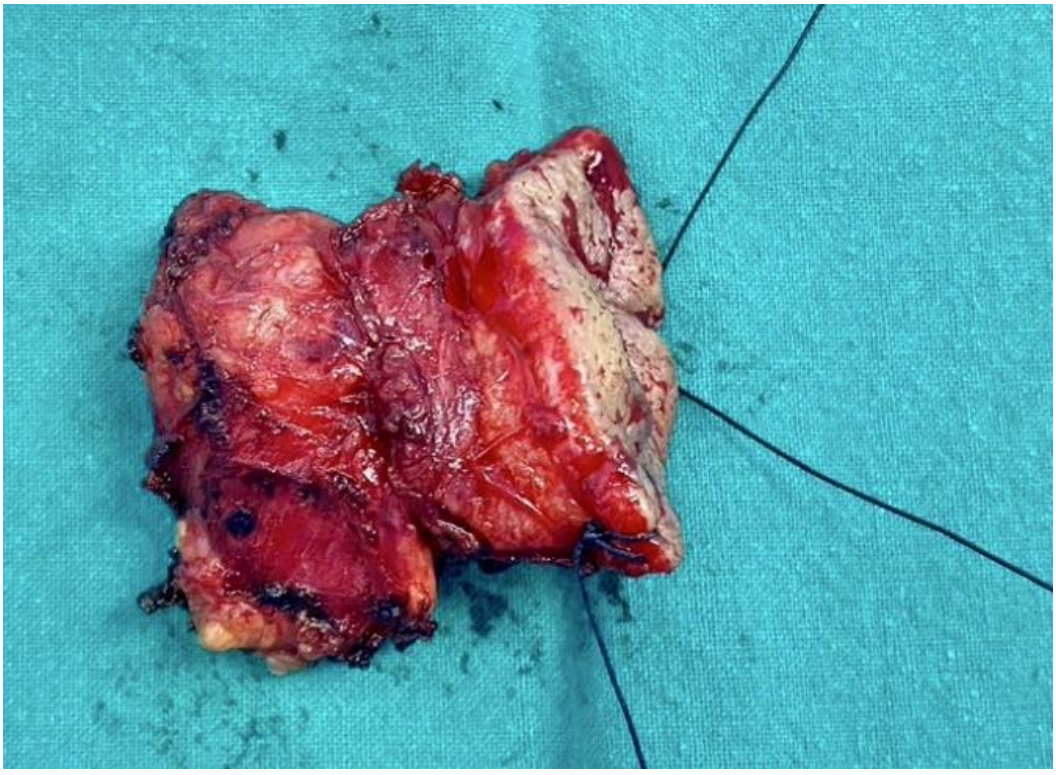
ทำการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณคอโดยใช้สารทึบรังสี (CT neck with contrast) พบ Blunting of the right Rosenmuller’s fossa of the nasopharynx. The oropharynx, oral cavity, larynx and hypopharynx are unremarkable. Thyroid gland and major salivary gland are unremarkable. Masticator, parapharyngeal and buccal spaces appear normal. Well-circumscribed, avid contrast enhancing soft tissue mass at left neck level IIb (2.1x2.6x2.5cm)

จึงได้ทำการตรวจด้วยการผ่าตัดชิ้นเนื้อบางส่วนไปตรวจ (incisional biopsy) ผลการตรวจทางพยาธิของชิ้นเนื้อเป็น solitary fibrous tumor Immunohistochemical study: CD34(+), STAT6(+), TLE-1(-)

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดก้อนออกทั้งหมด รวมถึงทำการผ่าตัดแบบกว้างตรงตำแหน่งรอยโรคที่ผิวหนัง (ภาพที่ 1 และภาพที่ 2) เนื่องจากในขณะนั้นไม่สามารถแยกได้ว่าเป็น malignant หรือ benign solitary fibrous tumor



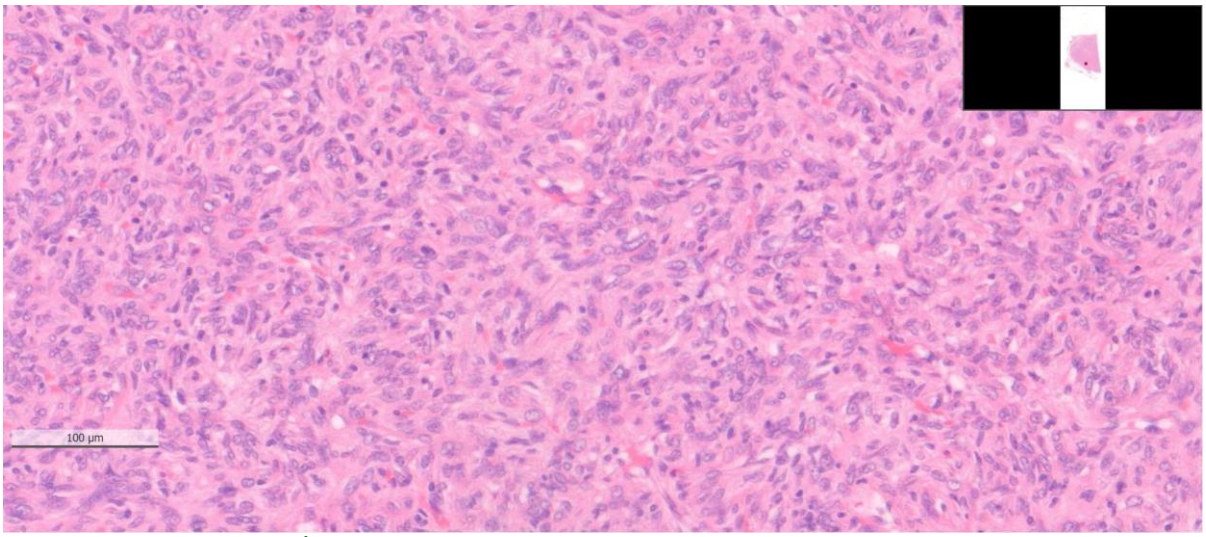
ภาพที่ 1 การผ่าตัดแบบกว้างตรงตำแหน่งรอยโรคที่ผิวหนัง



ภาพที่ 2 การผ่าตัดก้อนออกทั้งหมดรวมถึงทำการผ่าตัดแบบกว้างตรงตำแหน่งรอยโรคที่ผิวหนัง

ผลการตรวจชิ้นเนื้อ

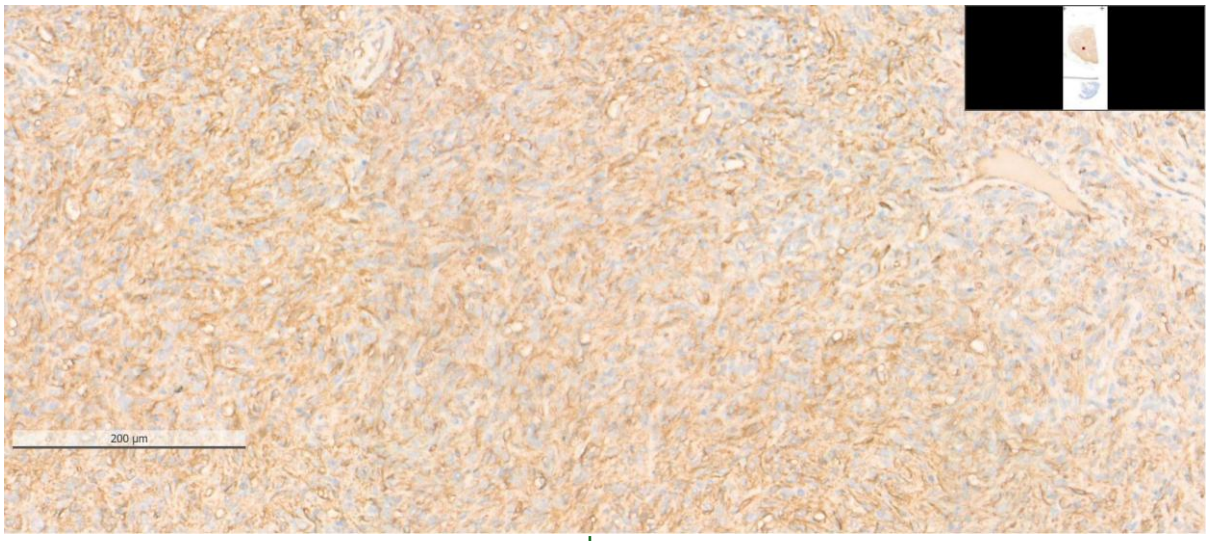
ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (Hematoxylin and Eosin) พบก้อนขอบเขตเรียบ (well circumscribed subcutaneous mass) มีลักษณะหลอดเลือดแตกแขนงแบบ hemangiopericytoma (hemangiopericytoma pattern) มีการเพิ่มจำนวนของเซลล์ทรงกระสวย (proliferation of spindle cells) และมีการจัดเรียงเซลล์ที่ไม่เป็นแบบแผนจำเพาะ (patternless pattern) (ภาพที่ 3)



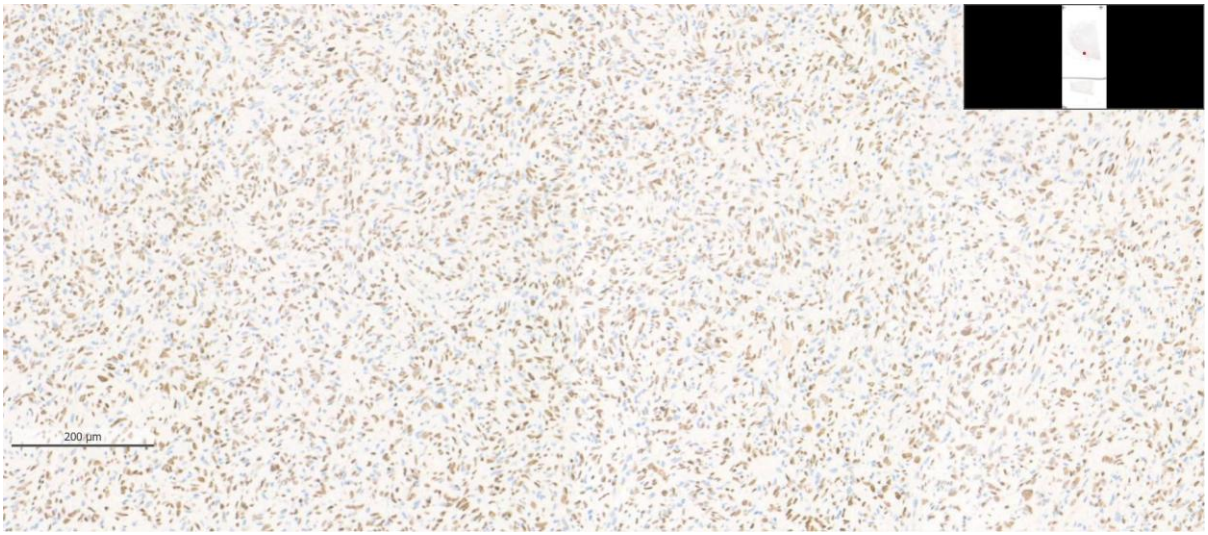
ภาพที่ 3 Proliferation of spindle cells and Patternless pattern

ผลการย้อมพิเศษ

ผลการย้อมอิมมูโนฮิสโตเคมี CD34 เป็นบวก (ภาพที่ 4) และผลการย้อมอิมมูโนฮิสโตเคมี STAT6 เป็นบวก (ภาพที่ 5) ซึ่งจากผลการย้อม H&E และย้อมอิมมูโนฮิสโตเคมีเข้าได้กับลักษณะของ solitary fibrous tumor



ภาพที่ 4 CD34 (+)



ภาพที่ 5 STAT6 (+)

ผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็น solitary fibrous tumor 2.5 cm, no lymphovascular invasion, no perineural invasion, uninvolved margins, 1-3/10 high-power field, no necrosis area ผลการย้อมอิมมูโนฮิสโตเคมี CD34 (+), STAT6 (+) (ภาพที่ 4 และ ภาพที่ 5)

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดก้อนออกทั้งหมด และได้รับการตรวจติดตามทุก 3 เดือน โดยจากการติดตามผู้ป่วยประมาณ 9 เดือน หลังจากการผ่าตัดไม่พบการกลับเป็นซ้ำหรือการแพร่กระจาย

วิจารณ์ (Discussion)

เนื้องอก solitary fibrous tumor ในศีรษะและลำคอพบเพียงประมาณร้อยละ 5 ของ SFT ทั้งหมด โดยตำแหน่งที่พบบ่อยในศีรษะและลำคอ ได้แก่ เบ้าตา ช่องโพรงจมูกและไซนัส และช่องปาก[12] การเกิดในเนื้อเยื่ออ่อนส่วนลึกของคอ (deep cervical soft tissue) พบได้น้อยมาก[13] อาการแสดงทางคลินิกมักเป็นก้อนโตช้า ไม่เจ็บ ภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบลักษณะก้อนขอบชัด มีการติดสารทึบรังสีชัดเจน อาจทำให้ช่วยในการสงสัยโรคได้แต่ไม่ใช่ลักษณะจำเพาะ[14] การทำ Fine-needle aspiration ในผู้ป่วยที่เป็น solitary fibrous tumor แสดง spindle cell ในสโตรมาคอลลาเจนและหลอดเลือดแบบ hemangiopericytoma-like แต่มักไม่เพียงพอสำหรับการยืนยัน พบการวินิจฉัยจำเพาะได้จากการทำ FNA เพียงแค่ร้อยละ 9[15] การวินิจฉัยที่แน่นอนต้องอาศัยการตรวจทางพยาธิวิทยา โดยมีลักษณะเซลล์สปินเดิล (spindle cell) เรียงตัวแบบไม่เป็นระเบียบ (patternless pattern) มีหลอดเลือดแบบกิ่งกวาง (staghorn vascular pattern) ลักษณะการเรียงตัวของหลอดเลือดแบบ hemangiopericytoma และให้ผลย้อมบวกต่ออิมมูโนฮิสโตเคมี CD34, BCL-2 และ STAT6[1,2] การย้อม STAT6 ถือเป็น marker ที่ไวและจำเพาะสูง เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการเกิดการรวมตัวของยีน NAB2–STAT6[2]

แม้ว่า SFT ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมแบบเนื้องอกไม่ร้าย แต่บางส่วนอาจมีความก้าวร้าวหรือแพร่กระจายได้ จำลองการประเมินความเสี่ยง การประเมินของ modified four-variable model ของ Demicco และคณะ

ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่จะมีผลต่อความเสี่ยงในการแพร่กระจาย เพื่อพยากรณ์โอกาสกลับเป็นซ้ำและการแพร่กระจาย

การประเมินของ modified four-variable model

1. อายุผู้ป่วย

   ≤55 ปี = 0, >55 ปี = 1

2. ขนาดก้อน

   ≤5 cm = 0, >5–15 cm = 1, >15 cm = 2

3. Mitotic rate

   0/10 HPF = 0, 1–3/10 HPF = 1, ≥4/10 HPF = 2

4. Necrosis (>10% area)

   ไม่มี = 0, มี = 1

โดยความเสี่ยงต่ำ 0-3 ความเสี่ยงปานกลาง 4-5 ความเสี่ยงสูง 6-7

ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำไม่พบการแพร่กระจายใน 10 ปี ความเสี่ยงปานกลางพบการแพร่กระจายร้อยละ 10 ใน 10 ปี และความเสี่ยงสูงพบการแพร่กระจายร้อยละ 73 ใน 5 ปี[7]

ในผู้ป่วยรายนี้การประเมินการเกิดการกลับเป็นซ้ำและการแพร่กระจายโดยใช้ modified four-variable risk models for prediction of metastatic risk พบว่าได้คะแนนเท่ากับ 2 จากอายุมากกว่า 55 ปี และ mitosis count 1-3/10 HPF ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงต่ำในการกลับเป็นซ้ำหรือแพร่กระจาย

การรักษาหลักคือการผ่าตัดออกให้หมดพร้อม margin ที่ชัดเจน[4,14] ส่วนการให้รังสีรักษาหลังผ่าตัดมักพิจารณาในกรณีที่ตัดออกไม่หมด หรือเป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง[14] ผู้ป่วยรายนี้ก่อนที่จะทำการรักษาอาการแสดงก้อนโตใน 1 เดือน และหลังจากตัดชิ้นเนื้อมีร่องรอยที่แยกได้ยากกับการที่มีเนื้องอกเป็นมะเร็งลุกลามมาที่ผิวหนังจึงทำการผ่าตัดก้อนออกทั้งหมด รวมถึงทำการผ่าตัดแบบกว้างตรงตำแหน่งรอยโรคที่ผิวหนัง และจากผลทางพยาธิวิทยาหลังจากผ่าตัดก้อนออกหมด ได้ทำการประเมินความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงต่ำจึงไม่ต้องให้การรักษาเสริมหลังผ่าตัด โดยหลังจากทำการผ่าตัดออกหมดได้ติดตามเป็นระยะเวลา 9 เดือน ยังไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำหรือการกระจาย จากการสืบค้นข้อมูลไม่พบความเกี่ยวเนื่องกันระหว่าง SFT กับมะเร็งตับ ไวรัสอักเสบซีเรื้อรังหรือตับแข็ง

สรุป (Conclusion)

เนื้องอก solitary fibrous tumor (SFT) ที่เกิดในเนื้อเยื่ออ่อนส่วนลึกของคอเป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อย การตรวจ fine-needle aspiration (FNA) อาจช่วยในการแยกโรคเบื้องต้นแต่ไม่เพียงพอสำหรับการยืนยันการวินิจฉัย การวินิจฉัยที่แน่นอนจำเป็นต้องอาศัยพยาธิวิทยาร่วมกับการย้อม immunohistochemistry โดยเฉพาะ STAT6 และควรใช้แบบประเมินความเสี่ยงเพื่อพยากรณ์โรค วางแผนการติดตามและกำหนดแนวทางการรักษา ผู้ป่วยรายนี้ตอกย้ำความสำคัญของการนึกถึง SFT ในการวินิจฉัยแยกโรคของก้อนที่คอ

ซึ่งติดสารทึบรังสีเด่น และอาจแยกจากต่อมน้ำเหลืองที่คอได้ยาก ทั้งยังสะท้อนบทบาทของการผ่าตัดออกทั้งหมด เพื่อให้ได้ชิ้นเนื้อเพียงพอในการยืนยันการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Doyle LA, Vivero M, Fletcher CD, Mertens F, Hornick JL. Nuclear expression of STAT6 distinguishes solitary fibrous tumor from histologic mimics. Mod Pathol. 2014;27(3): 390–5.
2. Robinson DR, Wu YM, Kalyana-Sundaram S, Cao X, Lonigro RJ, Sung YS, et al. Identification of recurrent NAB2-STAT6 gene fusions in solitary fibrous tumor by integrative sequencing. Nat Genet. 2013;45(2):180–5.
3. Klemperer P, Rabin CB. Primary neoplasms of the pleura: a report of five cases. Arch Pathol. 1931;11:385–412.
4. Gold JS, Antonescu CR, Hajdu C, Ferrone CR, Hussain M, Lewis JJ, et al. Clinicopathologic correlates of solitary fibrous tumors. Cancer. 2002;94(4):1057–68.
5. Tariq MU, Din NU, Abdul-Ghafar J, et al. The many faces of solitary fibrous tumor; diversity of histological features, differential diagnosis and role of molecular studies and surrogate markers in avoiding misdiagnosis and predicting the behavior. Diagn Pathol. 2021;16(1):32.
6. Choi JH, Lim HY, Jung HJ, et al. Solitary fibrous tumor in the temporalis muscle. Arch Craniofac Surg. 2023;24(6):248–52.
7. Demicco EG, et al. Risk assessment in solitary fibrous tumors: validation and refinement of a risk stratification model. Mod Pathol. 2017;30(10):1433–42.
8. Thway K, Ng W, Noujaim J, Jones RL, Fisher C. The current status of solitary fibrous tumor: diagnostic features, variants, and genetics. Int J Surg Pathol. 2016;24(4):281–92.
9. Tapias LF, Mino-Kenudson M, Lee H, Wright CD. Characteristics and outcomes of malignant solitary fibrous tumors of the pleura. J Thorac Oncol. 2015;10(7):1004–12.
10. Schirosi L, Nannini M, Cavazza A, et al. Dedifferentiated solitary fibrous tumor: a clinicopathologic, immunohistochemical and molecular study of 14 cases. Mod Pathol. 2017;30(10):1433–42.
11. Bahrami A, Lee S, Schaefer IM, et al. TERT promoter mutations and prognosis in solitary fibrous tumor. Mod Pathol. 2016;29(12):1511–22.
12. Thompson LD, Karamurzin Y, Ning S, et al. Solitary fibrous tumor of the head and neck: a clinicopathologic study of 24 cases. Head Neck Pathol. 2010;4(1):67–75.

13. Ganly I, Patel SG, Stambuk HE, et al. Solitary fibrous tumors of the head and neck: a clinicopathologic and radiologic review. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2006;132(5): 517–25.
14. Gengler C, Guillou L. Solitary fibrous tumour and haemangiopericytoma: evolution of a concept. Histopathology. 2006;48(1):63–74.
15. Wakely PE Jr, Rekhi B. Cytopathology of solitary fibrous tumor: a series of 34 cases. J Am Soc Cytopathol. 2021;10(4):382–90.