



12-31-2010

Papillary Thyroid Carcinoma with Neck Pain: A casereport

Shih-Wei Huang

Nai-Chiung Huang

Ta-Sen Wei

Tsung-Ju Wu

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Huang, Shih-Wei; Huang, Nai-Chiung; Wei, Ta-Sen; and Wu, Tsung-Ju (2010) "Papillary Thyroid Carcinoma with Neck Pain: A casereport," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 38: Iss. 3, Article 9.

DOI: [https://doi.org/10.6315/2010.38\(3\)09](https://doi.org/10.6315/2010.38(3)09)

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol38/iss3/9>

This Case Report is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

病例報告

甲狀腺乳突癌引起頸部疼痛：病例報告

黃士瑋 黃乃炯 魏大森 吳宗儒

財團法人彰化基督教醫院復健科

甲狀腺乳突癌是一種常見且分化良好的甲狀腺癌，臨床上常因為患者頸部有腫塊或淋巴腫大而被發現。其病程進展緩慢，且較少同時併發多處轉移，預後較其他類型的甲狀腺癌為佳。此病的診斷，主要經超音波導引細針抽吸組織作病理學檢查後，進一步確診。實驗室檢查甲狀腺功能可能低下或呈正常的表現。本研究病例為 82 歲男性，因頸部疼痛而至復健科門診就醫，初步頸部 X 光檢查僅有頸椎退化的現象，故且安排復健治療。經過約 4 個月持續復健，患者症狀沒有改善，於是安排頸部核磁共振檢查，即發現有腫瘤轉移壓迫左側頸部神經根。經過藥物和放射線的治療之後，患者頸部疼痛獲得顯著改善，並後續在腫瘤科和新陳代謝科門診追蹤治療。本報告對於因甲狀腺乳突癌造成頸部疼痛，作一討論和文獻回顧，以供日後臨床診療參考。（台灣復健醫誌 2010；38(3)：201 - 208）

關鍵詞：甲狀腺乳突癌(papillary thyroid carcinoma)，頸部疼痛(neck pain)，脊椎轉移(spine metastasis)

前言

甲狀腺乳突癌(papillary thyroid carcinoma)是常見的甲狀腺腫瘤，約佔所有甲狀腺腫瘤的 75%~80%，^[1]為一種分化良好的甲狀腺惡性腫瘤。大部分不會遠端轉移，而侷限在頸部，預後較其他種類甲狀腺癌為佳。唯大約 4% 的患者在診斷時有轉移至頸部以外其他器官，其中又約三分之二的患者是肺部轉移，四分之一的患者有轉移至骨骼系統。^[2,3]臨床表現常見頸部甲狀腺的部位有腫塊，會伴隨甲狀腺功能正常或低下。

本研究提出一位以頸部疼痛為表現的高齡患者，因長期的復健治療效果不佳，進而做頸部核磁共振而意外發現，腫瘤破壞頸椎椎體，並且壓迫頸椎神經，為甲狀腺乳突癌轉移。針對常見的頸部疼痛伴隨神經壓迫的牽引痛，若是復健的過程中，病程沒有如預期改善則需警覺，是否有其他鑑別診斷，需做進一步檢查。而非一味持續復健，以及早診斷，獲得最佳之治療成效。

病例報告

患者為 82 歲的男性，因上背痛的症狀合併放射性疼痛(radiating pain)至左側上臂持續一個月之久，而至本院疼痛科門診就醫。當時理學檢查發現，患者兩側小圓肌及三角肌有壓痛點，並且診斷為肌筋膜疼痛症候群(myofascial pain syndrome)。疼痛科醫師執行引痛點(trigger point)類固醇注射，患者症狀獲得緩解。然而在初次門診後的大約兩周，疼痛的症狀轉為頸部的疼痛並且牽引至左側上肢，症狀持續約兩個月之久，於是至復健科門診就診。回顧過去病史，患者因高尿酸血症及痛風的問題長期在本院風濕免疫科追蹤，並長期服用 colchicine 和 allopurinol；另有慢性腎疾病，攝護腺腫大等疾病，但無結核病病史，亦無甲狀腺疾病之家族史。患者無抽煙、喝酒、嚼檳榔、使用毒品的過往史，過去務農，現已退休。

復健科初診時患者表示頸部疼痛不適有數月之久，並且伴隨左側肩膀疼痛。患者身高 175.6 公分，體重 75.8 公斤；觸診發現頸部及左側斜方肌較為緊張，肌力正常，無明顯肌肉萎縮。左肩方面有痠麻的感覺並且牽引至上臂外側，兩側肱二頭肌及肱三頭肌深部肌腱反射無明顯差別且於正常範圍。頸部的被動活動在向右旋轉方面端感較為緊繃，斯珀林測試(Spurling

投稿日期：99 年 3 月 18 日 修改日期：99 年 5 月 17 日 接受日期：99 年 5 月 19 日

通訊作者：黃乃炯醫師，彰化基督教醫院復健科，彰化市 500 南校街 135 號

電話：(04) 7238595 轉 7418 E-mail：45317@cch.org.tw

test)呈陽性、霍夫曼反射測試(Hoffman reflex test)陰性。初步診斷為頸部神經根壓迫，並且安排頸部 X 光檢查(圖 1)，影像醫學科醫師判讀為頸椎退化(spondylosis)；因患者長期腎功能較差，所以開立局部的止痛貼布。由於患者住所較遠，故建議在居家附近的醫院做復健，另教導患者居家肩胛帶運動。患者接受之物理治療項目有熱敷、頸椎牽引等。

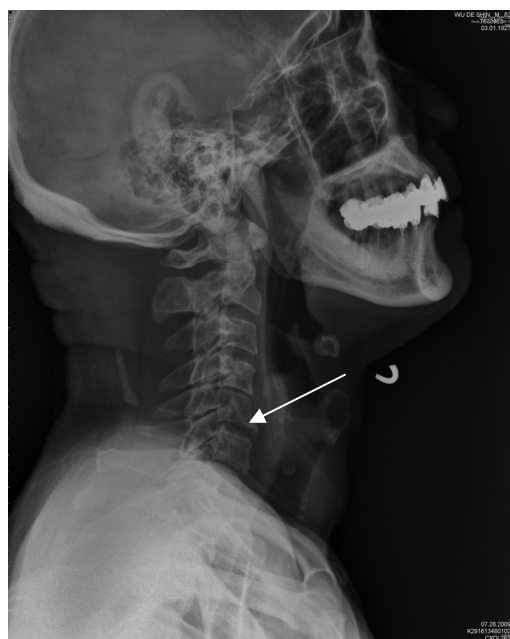
經過四個月的治療之後，頸部疼痛的症狀並沒有明顯改善，患者再度回到本院復健科門診複診。門診醫師理學檢查發現依然有斯珀林測試陽性，疼痛有牽引至左側肩膀，由於長期復健沒有效果，故安排頸部核磁共振來做進一步的評估。

頸部核磁共振意外發現，在第四、第五節和第五、第六節頸椎之間有腫瘤壓迫到左側的神經孔，並充斥於左側的硬膜外側隱窩(epidural lateral recess)；另有第五頸椎之病理性壓迫性骨折(圖 2)。由影像學上判斷，高度懷疑是惡性腫瘤轉移所造成。於是轉介到內科門診做進一步檢查。內科醫師理學檢查發現，患者頸部甲狀腺有肥大，並有頸部多處淋巴結腫大，觸診質地堅硬不可移動。患者否認有容易勞累或體力變差的症

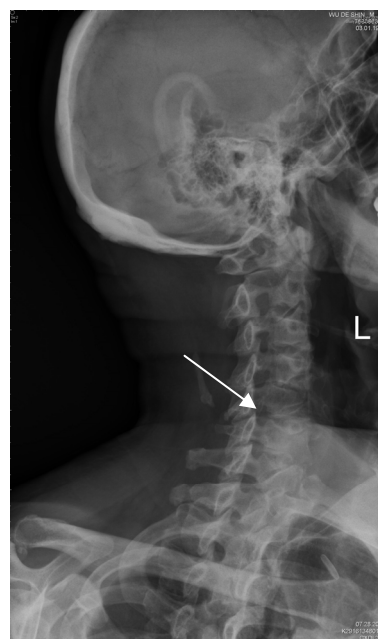
狀，體重則一年來減輕約 5 公斤。於是安排抽血檢查和甲狀腺超音波檢查。

在實驗室檢查發現患者甲狀腺促進素(TSH)與甲狀腺球蛋白(Thyroglobulin)濃度過高，分別為 $24.36 \mu\text{IU/mL}$ (正常值 $0.35\sim 4.94 \mu\text{IU/mL}$)與 209 ng/mL (正常值 $<55 \text{ ng/mL}$)，游離甲狀腺素(Free T4)則較低，為 0.64 ng/dL (正常值 $0.7\sim 1.48 \text{ ng/dL}$)，白血球 $11700/\mu\text{L}$ ，血紅素 13.7 g/dL ，血小板 $179000/\mu\text{L}$ ，AST: 21 U/L ，ALP: 148 U/L ，Uric acid: 7.9 mg/dL ，BUN: 68 mg/dL ，Creatinine: 2.28 mg/dL ，HbA1c: 7.0% 。

影像學檢查於甲狀腺超音波有許多小的腫瘤顯示(圖 3)，並且分布在兩側頸部淋巴結(level III, VII)和鎖骨上的區域。甲狀腺細胞細針抽吸，病理科醫師判讀為甲狀腺乳突癌。為了做腫瘤的分期，腫瘤科醫師安排了胸部 X 光、腎臟超音波、肝臟超音波及胸腹部電腦斷層。胸部 X 光發現在兩側肺葉有許多小的結節，右側第四、第八及左側第三根肋骨有骨質的缺損疑似轉移；肝臟超音波(圖 3-C)發現有多顆結節，疑似轉移。胸腹部的電腦斷層(圖 4-A, B)在兩側肺葉，肝臟，縱膈腔淋巴結，頸部淋巴結，脊椎等多處有轉移。腎臟超音波則沒有發現轉移。



(A)

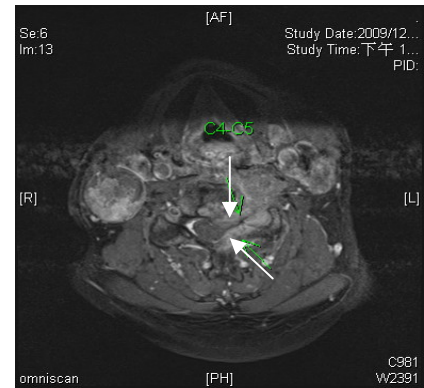


(B)

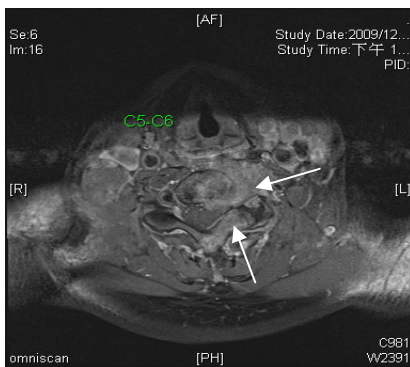
圖 1. 患者初診時的頸部 X 光。(A)頸椎沒有明顯破壞，僅有頸椎關節退化及第五、第六椎間盤縫隙較窄。(B)Oblique view 發現第五、第六椎間神經孔較其他椎間狹小。



(A)



(B)



(C)

圖 2. 頸部核磁共振檢查。

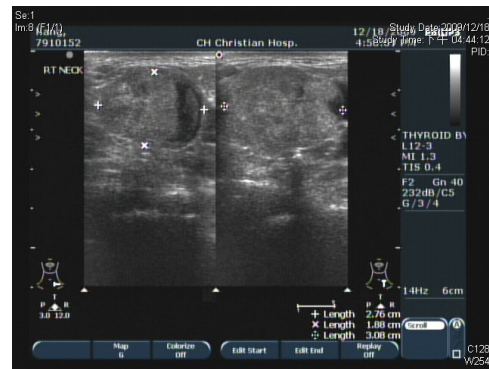
(A)T1、T2 顯示第五頸椎有腫瘤破壞椎體並且壓迫神經。

(B)頸部 C4, 5 Level 核磁共振 T1：左側 epidural lateral recess 有腫瘤轉移並佔據，並且推擠脊神經向右。

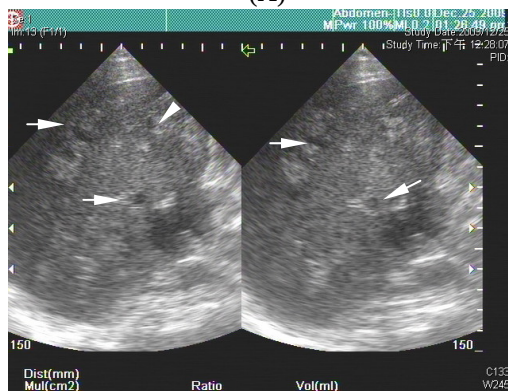
(C)頸部 C5, 6 Level 核磁共振 T1：除了壓迫神經之外，也侵犯了頸椎骨。



(A)

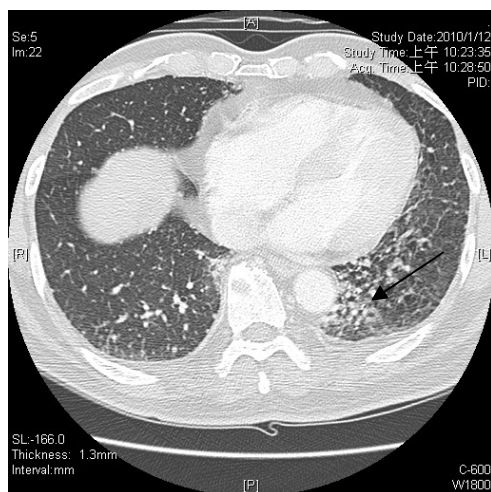


(B)

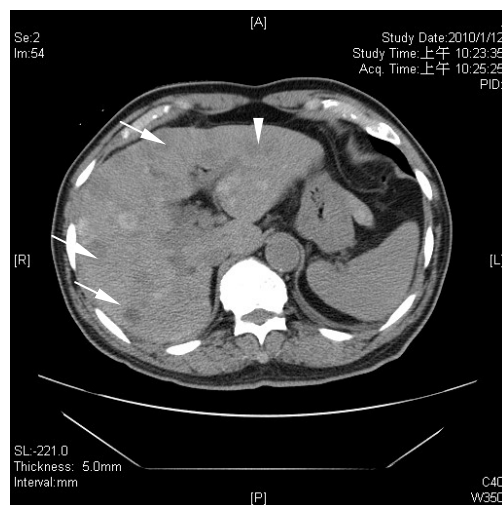


(C)

圖 3. 超音波檢查(A)左側甲狀腺有 1.9x2.1x2.9cm 的腫瘤。(B)右側則 2.8x1.9x3.1cm 的腫瘤。(C)肝臟亦發現許多小結節(nodule)



(A)



(B)

圖 4. 電腦斷層檢查

(A)胸部 lung window：在左側靠近橫膈膜部分，有許多小結節。

(B)腹部電腦斷層(non-contrast)：可以看到許多 hypo-enhance 的腫瘤分布在肝臟。

在治療方面，暫停物理治療而轉為藥物治療，處方為 Ultracet (Tramadol Hydrochloride 37.5mg+acetaminophen 325mg) 每 8 小時、Gabapentin 100mg 每 8 小時、Amitriptyline 25mg 睡前、Dexamethasone 4mg 每 12 小時(之後慢慢減量為 Dexamethasone 0.5mg 2PC BID)。口服藥物之外，加上局部 Lidocaine 注射以求疼痛緩解。轉介至外科和放射腫瘤科門診，外科醫師評估目前情況不適合開刀，主張以緩和療法為主。放射腫瘤科醫師安排放射線治療(40Gy，分十次治療，共治療約 4 周)。經過療程之後，頸部疼痛有得緩解，但有吞嚥方面較困難與容易口乾舌燥之併發症。先前的甲狀腺功能低下，新陳代謝科醫師每天給予 Thyroxine 0.1mg 做治療，持續約 2 週後追蹤抽血，其中甲狀腺促進素(TSH)2.87 μ IU/mL，Free T4: 1.16 ng/dL，回復到正常範圍。經過評估後，開始碘-131 治療，並且持續在腫瘤科、新陳代謝科與放射腫瘤科門診追蹤。

討 論

復健科門診之頸部疼痛患者佔了很大的比例，約有 9~18%人口比例一生當中至少會經歷一次頸部疼痛的經驗，^[4]其發生率比下背痛患者比例還高。^[5]導致牽引痛的發生率，每年每十萬人口約有 83.2 位。^[6]臨床上造成頸部疼痛併牽引痛最常見的原因是頸部椎間盤突出，其次是頸退化性關節炎，其他較少見的原因有：類肉瘤(sarcoidosis)、動脈炎、腫瘤、結核病、骨髓炎

等。^[7]造成頸部牽引疼痛的機轉，是因頸神經根受到壓迫，引起發炎水腫的現象。^[8]並且因發炎所釋出的物質，使神經根的敏感度上升，造成患者不適。

此例頸部疼痛合併牽引至左側肩部，初期接受局部注射，且頸部 X 光檢查中未發現因惡性腫瘤轉移而造成骨質的缺損，故初步診斷為頸部椎間盤突出併神經根壓迫。但是在接受了物理治療如熱敷和牽引約四個月左右，症狀並沒有獲得改善。於是進一步做頸部核磁共振並意外發現有腫瘤轉移至第四、第五節頸椎，並且壓迫左側神經根。

原發性惡性腫瘤合併轉移的患者約有 10%的比例會轉移至脊椎骨。^[9]在成年人的族群之中，有 60%轉移到脊椎的癌症來自於乳癌、前列腺癌、肺癌，5%來自於肝膽胃腸系統的原發癌，5%來自腎臟，有更少的比例是來自黑色素癌或甲狀腺癌。^[10,11]轉移的部位主要是頸部、胸部及腰部的椎體。Siegal 等人指出惡性腫瘤轉移至脊椎的情況下，大約有 20%的患者會合併脊神經的壓迫。^[12]在治療方面，目前主要是開刀或放射線治療，但是缺乏 level 1 的實證醫學證實其效果；有神經學症狀的患者，藥物只有 dexamethasone 證實有效果。^[13]放射線治療扮演的角色是在緩和(palliative)疼痛與疾病進程，臨床上的適應症有：1.轉移的癌細胞類型對放射線較為敏感(如 malignant lymphoma, myeloma, small-cell lung cancer, seminoma, neuroblastoma, Ewing's sarcoma)。2.轉移的地方，不會影響到脊椎骨的穩定度及神經學症狀，但患者有藥物無法成功緩解的疼痛症

狀。3.患者發生雙側下肢無力(paraplegia)超過 24 小時。4.有多處的脊椎轉移並且預期手術能緩解症狀的機會不高(目的在於減緩疾病的病程、疼痛及神經學症狀)。5.腫瘤已多處轉移,生命預期少於 3 至 6 個月。6.患者身體狀況不適合或拒絕手術介入。^[13]放射治療的劑量,次數需依照癌症的病理類型種類再作評估計畫。一般而言是在兩週左右分十次治療,一共 30Gy。也有二至四周左右,二十次治療,治療劑量總共 40Gy。^[14]有以下情形可考慮手術介入:1.脊椎骨因轉移癌細胞破壞而不穩定,並且有明顯的神經學症狀。2.腫瘤原發位置不明,需取得病理組織做診斷。3.放射治療效果不佳,症狀沒有改善的患者。^[15]藥物方面,可使用 dexamethasone (bolus does: 10mg IV 之後 16mg/day four times daily)。^[16]另外 Bisphosphonates 對於脊椎骨因轉移而受到破壞的患者,有保護的作用。^[17] Pamidronate 是第二代的 Bisphosphonates,應用在乳癌和 multiple myeloma 的患者身上,效果更為顯著。^[18]

甲狀腺癌中,以乳突狀甲狀腺癌最為常見,其中女性比男性的發生率是 2.5:1,大部分是在 40 至 50 歲左右發生。臨床上最容易發現的症狀,是在頸部甲狀腺處或淋巴結,可觸摸到腫塊,另外也有些患者的表現是聲音沙啞。造成甲狀腺癌的危險因子,最關鍵的是在孩童時期有接觸過輻射線照射,無論是醫療或是工業方面用途的輻射線,都是造成甲狀腺癌的危險因素。^[19]另外,家族史方面也需注意。之前有文獻統計,直系血親有甲狀腺乳突癌的病史較無病史的罹病率高出 10 倍。^[20] Jhian 和 Knauf 等人指出,^[21,22]造成甲狀腺癌的原因是 ret/PTC(rearranged during transfection/papillary thyroid carcinoma)或 BRAF(B-Raf proto-oncogene serine/threonine-protein kinase)基因突變而造成過度的活化而產生。而 BRAF 基因突變所造成的甲狀腺乳突癌,有更高的可能性會轉移到其他的器官,甚者治療後有更高的復發率。^[23]診斷方面,如同此例,除了初步的理學檢查之外,甲狀腺超音波檢查,超音波導引細針抽吸術是當前診斷的主要方法。依照患者的臨床症狀加做骨骼掃描、磁振造影或電腦斷層以幫助癌症的分期。實驗室檢查方面可以抽甲狀腺素,甲狀腺促進素(TSH)可提供臨床症狀及後續是否需要用藥的參考。預後方面, Mazzaferri 等人指出在平均追蹤 16 年裡,初期發現沒有轉移的甲狀腺乳突狀癌患者,約有 6%的致死率。其他影響預後的因素有年齡(大於 45 歲預後較差)和腫瘤大小(直徑小於 1.5cm 預後較好)。轉移的患者依其轉移的部位而有不同的預後表現,單純轉移至肺部的患者,其 10 年的存活率有 30~50%,但轉移至腦部,患者的平均餘命僅有一年。^[24]另外,如前

述,帶有 BRAF 基因突變的患者預後較差。

個案初步的表現比較不典型,是以頸部疼痛合併牽引痛為表現。初期理學檢查並沒有發現頸部甲狀腺腫大或是淋巴結腫大,也沒有明顯夜晚疼痛或肌肉萎縮,手腳無力等症狀。另一個不典型的表現是此例的病程進展快速,個案在家族史方面並沒有相關的疾病,也否認過去有接觸輻射線的職業病史。在確診的四個月前,頸部 X 光沒有表現頸椎受到破壞。但在之後的頸部核磁共振,除了左側神經根壓迫之外,已有顯著的骨質破壞。由於診斷時已多處轉移(肺、頸椎、肝臟),並且患者本身有神經受到壓迫的症狀,當時考慮進行減壓手術,同時做脊椎固定,另外切除甲狀腺癌細胞。外科醫師和家屬討論開刀事宜,但家屬考量患者年事已高,開刀有較高的風險,於是決定接受放射治療。甲狀腺乳突癌是分化程度較高(well-differentiated)的腫瘤,Shigematsu 等人指出,即使是分化較好的惡性腫瘤,放射線治療也能抑制破壞腫瘤細胞。^[25]在脊椎轉移的患者身上,由於此例病患的疼痛症狀藉藥物一直無法獲得控制,故經由放射腫瘤科醫師安排放射線治療。在之前的研究指出,轉移所造成的壓迫神經性疼痛可以由放射線治療而緩解,但目前並沒有明確的治療劑量及流程,還是要依照臨床上的反應來做下一步評估。^[26]個案接受了總計量劑量 40Gy 的放射線治療(分成 10 次治療)和 Dexamethasone 的藥物治療之後,頸部疼痛的症狀有獲得改善。碘-131 治療,在甲狀腺癌多處轉移的患者身上扮演重要的角色。碘-131 是碘的放射性同位素,對甲狀腺細胞有針對性並且會釋放出僅破壞 1mm 週邊組織的 β 射線,另外會放出穿透力較強 γ 射線以提供偵測;主要針對分化良好的甲狀腺癌,如甲狀腺乳突癌及濾泡癌能吸收碘的癌細胞才有效果。有少數病患會出現噁心、嘔吐、頭痛、頭暈等副作用,也有少數患者會有短暫的骨髓抑制現象。^[27]個案目前正進行碘-131 的治療流程。

結 論

頸部疼痛是復健科門診患者常見的主訴症狀,合併頸椎神經壓迫可以由臨床理學檢查及 X-光攝影做初步診斷。若復健治療效果不符預期,則需注意其他的鑑別診斷,應進一步安排更詳細的檢查,以找出真正的病灶。此例在初次門診時頸部 X 光沒有發現頸椎骨受侵犯之徵兆,而在四個月之後的磁振造影及組織病理檢查證實為甲狀腺乳突狀癌轉移合併骨轉移。雖然甲狀腺乳突狀癌是進展較緩慢較少遠端轉移的腫瘤,且患者沒有明顯的體重減輕等症狀,仍可能有不典型之表

現而使病程進展快速。因此，即使是平常門診常見的頸部疼痛，也有可能是早期發現癌症的徵兆，故提出此病例討論以供參考。

參考文獻

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin* 2008;58:71.
2. McCarthy RP, Wang M, Jones TD, et al. Molecular evidence for the same clonal origin of multifocal papillary thyroid carcinomas. *Clin Cancer Res* 2006;12:2414-8.
3. Shaha AR, Shah JP, Loree TR. Differentiated thyroid cancer presenting initially with distant metastasis. *Am J Surg* 1997;174:474-6.
4. Makela M, Heliövaara M, Sievers D, et al. Prevalence, determinants, and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol* 1991;134:1356-67.
5. Hadler NM. Illness in the workplace: The challenge of musculoskeletal symptoms. *J Hand Surg Am* 1985;10:451.
6. Radhakrishnan K, Litchy WJ, O'Fallon WM, et al. Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990. *Brain* 1994;117(Pt 2):325-35.
7. Abbed KM, Coumans JV. Cervical radiculopathy: pathophysiology, presentation, and clinical evaluation. *Neurosurgery* 2007;60(1 Supp 1):S28-34.
8. Bogduk N. The anatomy and pathophysiology of neck pain. *Phys Med Rehabil Clin North Am* 2003;14:455-72.
9. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, et al. Cancer statistics, 2000. *CA Cancer J Clin* 2000;50:7-33.
10. Bartanusz V, Porchet F. Current strategies in the management of spinal metastatic disease. *Swiss Surg* 2003;9:55-62.
11. Groot MT, Boeken Kruger CG, Pelger RC, et al. Costs of prostate cancer metastasis to the bone in The Netherlands. *Eur Urol* 2003;43:226-32.
12. Siegal T, Siegal T. Current considerations in the management of neoplastic spinal cord compression. *Spine* 1989;14:223-8.
13. Loblaw DA, Laperriere NJ. Emergency treatment of malignant extradural spinal cord compression: an evidence-based guideline. *J Clin Oncol* 1998;16:1613-24.
14. DeLaney TF, Suit HD. Treatment of spine tumors: radiation therapy. *Curr Opin Orthop* 2000;11:502-7.
15. Ghogawala Z, Mansfield FL, Borges LF. Spinal radiation before surgical decompression adversely affects outcomes of surgery for symptomatic metastatic spinal cord compression. *Spine* 2001;26:818-24.
16. Vecht CJ, Haaxma-Reiche H, van Putten WLJ, et al. Initial bolus of conventional versus high-dose dexamethasone in metastatic spinal cord compression. *Neurology* 1989;39:1255-7.
17. Mundy GR. Bisphosphonates as cancer drugs. *Hosp Pract (Minneapolis)* 1999;34:81-94.
18. Berenson JR, Hillner BE, Kyle RA, et al. American Society of Clinical Oncology practice guidelines: the role of bisphosphonates in multiple myeloma. *J Clin Oncol* 2002;20:3719-36.
19. Schneider AB, Sarne DH. Long-term risks for thyroid cancer and other neoplasms after exposure to radiation. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab* 2005;1:82.
20. Pal T, Vogl FD, Chappuis PO, et al. Increased risk for nonmedullary thyroid cancer in the first degree relatives of prevalent cases of nonmedullary thyroid cancer: a hospital-based study. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:5307.
21. Jhiang SM, Sagartz JE, Tong Q, et al. Targeted expression of the ret/PTC1 oncogene induces papillary thyroid carcinomas. *Endocrinology* 1996;137:375.
22. Knauf JA, Ma X, Smith EP, et al. Targeted expression of BRAFV600E in thyroid cells of transgenic mice results in papillary thyroid cancers that undergo dedifferentiation. *Cancer Res* 2005;65:4238-45.
23. Xing M. BRAF mutation in papillary thyroid cancer: pathogenic role, molecular bases, and clinical implications. *Endocr Rev* 2007;28:742.
24. Mazzaferri EL, Jhiang SM. Long-term impact of initial surgical and medical therapy on papillary and follicular thyroid cancer. *Am J Med* 1994;97:418.
25. Shigematsu N, Oku Y, Kunieda E, et al. External radiation therapy for thyroid disease *Nippon Rinsho* 2007;65:2053-60. (Fulltext in Japanese, abstract in English)
26. Pacini F, Agate L, Elisei R, et al. Outcome of differentiated thyroid cancer with detectable serum Tg and negative diagnostic (131) I whole body scan: comparison of patients treated with high (131) I activities versus untreated patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:4092.

27. Al-Shakhray IA. Radioprotection using iodine-131 for thyroid cancer and hyperthyroidism: a review. Clin J Oncol Nurs 2008;12:905-12.

Papillary Thyroid Carcinoma with Neck Pain: A Case Report

Shih-Wei Huang, Nai-Chiung Huang, Ta-Sen Wei, Tsung-Ju Wu

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Changhua Christian Hospital, Changhua.

Papillary thyroid carcinoma is a type of well-differentiated thyroid cancer. This type of cancer is often diagnosed in patients found with palpable neck mass or lymph node enlargement. The clinical characteristics of papillary thyroid carcinoma are slow disease progression, less tendency for distant metastasis, and better prognosis than other types of thyroid cancer. The diagnosis of thyroid cancer is primarily based on the identification of pathological tissue obtained through echo-guide fine needle aspiration biopsy. In laboratory examinations, these patients may or may not be present with hypothyroidism.

The subject in our case study is a 82-year-old male patient. He complains of radiating pain from neck to left shoulder and visits our outpatient department for treatment. Cervical spine X-ray only revealed spondylosis without bone lesion. Rehabilitation program was arranged for 4 months. However, neck pain was not improved after treatment. Tumor metastasis with nerve compression and vertebral body invasion were found by C-spine MRI. After radiotherapy and medication, patient's neck pain symptoms were greatly improved.

This case study reminds us that even a common symptom may be a clue of a more malignant disease. (Tw J Phys Med Rehabil 2010; 38(3): 201 - 208)

Key Words: papillary thyroid carcinoma, neck pain, spine metastasis