

บทที่ 2

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับก้อนเนื้อของต่อมธัยรอยด์

ก้อนเนื้อของต่อมธัยรอยด์พบได้ประมาณ 6.4% ของผู้หญิง และ 1.5% ของผู้ชาย¹ พบน้อยในเด็กและพบเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุ ก้อนเนื้อที่พบจากการคลำจำนวนมากที่พบว่ามีความมากกว่า 1 ก้อนเมื่อตรวจด้วยวิธีอื่น ๆ การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์จะมีโอกาสพบก้อนมากขึ้นคือพบได้ถึง 13 - 40% ของผู้ป่วยที่มาด้วยโรคอื่น ๆ ที่ไม่โรคของต่อมธัยรอยด์² โดยทั่วไปก้อนมักมีขนาดถึง 1 เซนติเมตรจึงจะสามารถพบได้จากการคลำ ความสำคัญของก้อนขนาดเล็กที่ตรวจพบโดยบังเอิญจากการทำอัลตราซาวด์ยังไม่ทราบแน่นอน

สาเหตุของก้อนเนื้อของต่อมธัยรอยด์ โดยทั่วไปยังไม่ทราบแน่นอน การที่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึง 4 เท่า ชี้บ่งว่าฮอร์โมนของเพศหญิงคือเอสโตรเจนอาจมีส่วนในการเกิดขึ้นหรือการเจริญเติบโตของก้อน อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบหลักฐานอื่น ๆ ที่สนับสนุนข้อสันนิษฐานดังกล่าว³

การได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ จะเพิ่มอุบัติการณ์ของก้อนเนื้อของต่อมธัยรอยด์ทั้งชนิดที่เป็นและไม่เป็นมะเร็ง โดยเฉพาะถ้าได้รับเมื่ออายุยังน้อย มักเกิดภายใน 10 - 20 ปี หลังได้รับรังสีและมักมีหลายก้อน

การวินิจฉัยแยกโรคของก้อนเนื้อของต่อมธัยรอยด์ แสดงไว้ในตารางที่ 1⁴ จะเห็นได้ว่ามีภาวะผิดปกติได้มากมาย ก้อนเนื้อที่เป็นของต่อมธัยรอยด์จริง ๆ จะพบเป็น colloid adenoma เป็นส่วนใหญ่ (27 - 60%)⁵ รองลงมาคือ follicular adenoma ชนิด simple มะเร็งของต่อมธัยรอยด์พบได้ประมาณ 10 - 14% ของก้อนที่คลำพบได้ ส่วนใหญ่ที่พบจะเป็น Papillary และ Follicular ตามลำดับ มะเร็งที่พบยังอาจเป็นชนิดที่กระจายมาจากบริเวณอื่น ๆ เช่น เต้านม, malignant melanoma

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยแยกโรคของก้อนเดี่ยวที่พบบริเวณต่อมธัยรอยด์

| Benign Thyroid Neoplasms | Other Thyroid Abnormalities |
|------------------------------------|-----------------------------|
| Follicular Thyroid Neoplasms | Thyroiditis |
| Colloid | Thyroid cyst |
| Simple | Thyroid hemiagenesis |
| Fetal | Infectious |
| Embryonal | Granulomatous disease |
| Hurthle cell | (e.g. sarcoidosis) |
| Teratoma | |
| Lipoma | Nonthyroidal Lesions |
| Dermoid cyst | Lymphadenopathy |
| Malignant Thyroid Neoplasms | Aneurysm |
| Papillary carcinoma | Thyroglossal duct cyst |
| Follicular carcinoma | Parathyroid cyst |
| Medullary thyroid carcinoma | Parathyroid adenoma |
| Anaplastic carcinoma | Laryngocele |
| Metastatic carcinoma | Cystic hygroma |
| Sarcoma | |
| Lymphoma | |

จากการศึกษาโดยการทำ Thyroid scan จะสามารถแยกก้อนที่พบออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกคือกลุ่มที่ไม่สามารถจับสารไอโอดีนได้ เรียกว่า cold nodule พบประมาณ 84% กลุ่มที่สองคือกลุ่มที่จับสารไอโอดีนได้ปกติเรียกว่า warm nodule พบประมาณ 10.5% และกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มที่จับสารไอโอดีนได้มากกว่าปกติเรียกว่า hot nodule พบ 5.5% ในกลุ่ม hot nodule นี้ ผู้ป่วยอาจจะเกิดภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานมากเกินไป โดยเฉพาะถ้าก้อนมีขนาดใหญ่กว่า 3 เซนติเมตร โอกาสที่จะพบมะเร็งในกลุ่ม cold, warm และ hot nodule เป็น 16%, 9% และ 5.5% ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะมีก้อนเป็นชนิด cold nodule ซึ่งแม้จะมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่าก้อนชนิดอื่น ๆ แต่ก็ยังเป็นชนิดที่ไม่เป็นมะเร็งอยู่มาก

ความสำคัญในการประเมินก้อนเดี่ยวของต่อมธัยรอยด์ก็คือ จะต้องพยายามแยกให้ได้ว่า ก้อนนั้นเป็นมะเร็งหรือไม่ เนื่องจากการดูแลรักษาต่างกัน ประวัติและการตรวจร่างกายที่สำคัญซึ่งจะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาจเป็นมะเร็งได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดมะเร็งคือประวัติการได้รับรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ ควรซักถึงอายุขณะที่ได้รับ ตำแหน่งที่ได้รับ และขนาดของรังสีที่ใช้ถ้าเป็นไปได้ ถึงแม้ว่าเพศหญิงจะพบก้อนเนื้อของต่อมธัยรอยด์มากกว่าเพศชาย แต่ถ้าพบก้อนเนื้อแล้วผู้ชายจะมีโอกาสเป็นมะเร็งได้มากกว่า ก้อนเนื้อของต่อมธัยรอยด์ในผู้ป่วยกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 60 ปีจะมีโอกาสเป็นมะเร็งได้มากขึ้น ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวของ Multiple endocrine neoplasia (MEN)

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกที่สนับสนุนว่าอาจเป็นมะเร็งในผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อของต่อมธัยรอยด์

- 1 ประวัติครอบครัวของ Multiple endocrine neoplasia หรือมะเร็งของต่อมธัยรอยด์ชนิด medullary
- 2 อายุ น้อยกว่า 20 ปี หรือ มากกว่า 60 ปี
- 3 เพศชายพบได้มากกว่าเพศหญิง
- 4 มีประวัติได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและลำคอ ในวัยทารก วัยเด็ก หรือวัยรุ่น
- 5 ก้อนขนาดใหญ่ โตเร็ว
- 6 อาการปวด
- 7 ก้อนมีลักษณะ firm หรือแข็ง
- 8 ก้อนมีลักษณะยึดติดกับอวัยวะข้างเคียง
- 9 ผู้ป่วยมีอาการของการถูกกดทับจากก้อน เช่น เสียงแหบ กลืนลำบาก หอบเหนื่อย
- 10 ต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านเดียวกันโตด้วย
- 11 ก้อนมีขนาดโตขึ้นทั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาธัยรอยด์ฮอร์โมนอยู่

syndrome จะเพิ่มโอกาสที่จะเป็นมะเร็งของต่อมธัยรอยด์ชนิด Medullary มีการศึกษาพบว่า ก้อนที่ยังโตขึ้นขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาธัยรอยด์ฮอร์โมนจะพบว่าเป็นมะเร็งได้มากกว่าก้อนที่ขนาดเท่าเดิมหรือลดลง

การตรวจร่างกายมีความสำคัญมาก การที่ก้อนมีการยึดติดกับอวัยวะข้างเคียงเช่น trachea หรือกล้ามเนื้อ sternocleidomastoid จะมีแนวโน้มที่จะเป็นมะเร็งได้มาก เช่นเดียวกับการการที่ก้อนมีขนาดโตขึ้นอย่างรวดเร็ว, การตรวจพบต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านเดียวกัน การที่ตรวจพบอาการข้างเคียงคือ เสียงแหบ กลืนลำบากหรือเหนื่อย ก็บ่งชี้ว่าก้อนนั้นน่าจะเป็นมะเร็ง แต่ก็เกิดจากก้อนชนิด benign ได้ถ้าก้อนมีขนาดใหญ่

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในปัจจุบันคือ การทำ Fine needle aspiration (FNA) สามารถแยกภาวะที่ไม่เป็นมะเร็ง ออกจากมะเร็งได้คือ คือพบว่าไม่เป็น

มะเร็งได้ประมาณ 60% สงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง (suspicious) ได้ประมาณ 20% และมะเร็งได้ 10 - 20% มีความจำเพาะสูง คือมีผลลบเทียมเพียง 2.3%⁷ ผลแทรกซ้อนน้อย และราคาไม่แพง ข้อเสียที่พบคือ การเก็บตัวอย่างและการอ่านผล จะต้องทำโดยผู้ที่มีประสบการณ์มากพอ การทำซ้ำหลาย ๆ ครั้งจะช่วยทำให้การแปลผลดีขึ้น⁸ การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ที่มีผู้นิยมใช้ ได้แก่การตรวจ Thyroid scan เพื่อตรวจว่าเป็น hot nodule หรือไม่ เนื่องจากมีโอกาสที่จะพบมะเร็งน้อยกว่าแบบอื่น ๆ นอกจากนี้ กรณีที่ตรวจพบก้อนอื่น ๆ ร่วมอยู่ด้วย ก็จะลดโอกาสที่จะเป็นมะเร็งเช่นกัน การตรวจโดยอัลตราซาวด์อาจช่วยบอกความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งได้ กล่าวคือ จะพบมะเร็งในก้อนชนิดที่เป็น solid, mixed และ pure cystic ได้เท่ากับ 21%, 12% และ 7% ตามลำดับ⁶

การรักษาในรายที่ผลการตรวจ FNA บ่งชี้ว่าสงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง (suspicious) หรือเป็นมะเร็ง (positive) คือการผ่าตัดซึ่งอาจใช้ร่วมกับวิธีอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งที่พบ กรณีที่พบว่าไม่เป็นมะเร็ง อาจรักษาโดยการให้ยาฮอร์โมนขนาดสูง, การผ่าตัด หรือใช้การเฝ้าสังเกตในกรณีที่ให้ยาไม่ได้ผล, มีความเสี่ยงต่อผลแทรกซ้อนของยาเช่นอยู่ในวัยหมดประจำเดือน และผู้ป่วยยังไม่ประสงค์จะรักษาโดยการผ่าตัด

มีการศึกษาธรรมชาติของก้อนเดี่ยวของต่อมธัยรอยด์ชนิดที่ไม่เป็นมะเร็ง จากการทำ FNA ที่ไม่ได้รับการรักษาจำนวน 86 ราย ติดตามเป็นระยะเวลาตาม 9 - 11 ปี พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็น suspicious⁹ และผลการผ่าตัดพบว่าเป็นมะเร็ง จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นน้อยมาก ทำให้สนับสนุนการเฝ้าติดตามผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ในรายที่ไม่สามารถรักษาด้วยยา, ไม่ตอบสนองต่อยา และปฏิเสธการผ่าตัด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย