ผลการผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

Result of Thyroidectomy in Buriram Hospital

Nakkawat Laohasilpsomjit M.D.* **ณัครวัต เลาหศิลป์สมจิตร์ พ.บ.***

ABSTRACT

Introduction : Thyriod nodules are common clinical problem because some of them are thyroid carcinoma. Investigations include of blood sample for thyroid function test and pathological examination by fine needle aspiration (FNA). Treatments are medication and/or surgery which the surgical complication can be occurred.

Objective : For study the results of thyroid surgery in ENT department, Burirum Hospital.

Method : This is a descriptive retrospective study of the patients who underwent thyroid surgery in ENT department, Burirum Hospital since January 2007 to March 2009.

Result : Total cases were two hundred and two which most of them were female, 184 cases in the third decade of life. The most common FNA pathological report were adenoma (34.66%), colloid cyst (19.69%), adenomatous goiter (18.11%), follicular tumor (14.96%), papillary tumor (7.84%) and nodular goiter (4.72%) respectively. Lobectomy was the most frequent procedure (82.67%). Adenoma (39.11%) and multinodular goiter (20.30%) were reported in permanent section in the most of cases. Well-differentiated thyroid carcinoma defined as papillary or follicular carcinoma were diagnosed in twenty two cases. One case suffered from undifferentiated carcinoma. Surgical complications occurred in fifteen cases which were seven cases of permanent vocal cord paralysis, two cases of temporal vocal cord paralysis and six cases of symptomatic hypocalcemia.

Conclusion : We reported thyroid surgical cases of ENT department, Burirum Hospital. The accuracy of FNA pathological report was acceptable (96.85%). Lobectomy was done in the most of cases which the surgical complications occurred around seven percent such as vocal cord paralysis and symptomatic hypocalcemia.

Key words : Thyroid nodule, Thyroidectomy

นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม สาขาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา) กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

บทนำ : ก้อนที่ต่อมไทรอยด์เป็นปัญหาที่พบบ่อย ผู้ป่วยบางส่วนมีโอกาสเป็นมะเร็ง แนวทางการรักษาประกอบด้วยการตรวจพิเศษ เช่น การเจาะเลือดตรวจระดับไทรอยด์ฮอร์โมน หรือการตรวจพยาธิวิทยาด้วยเทคนิค Fine needle aspiration การรักษามีทั้งการรักษาโดยการใช้ยา หรือผ่าตัดซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการผ่าตัดผู้ป่วยก้อนที่ต่อมไทรอยด์ ในกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2552

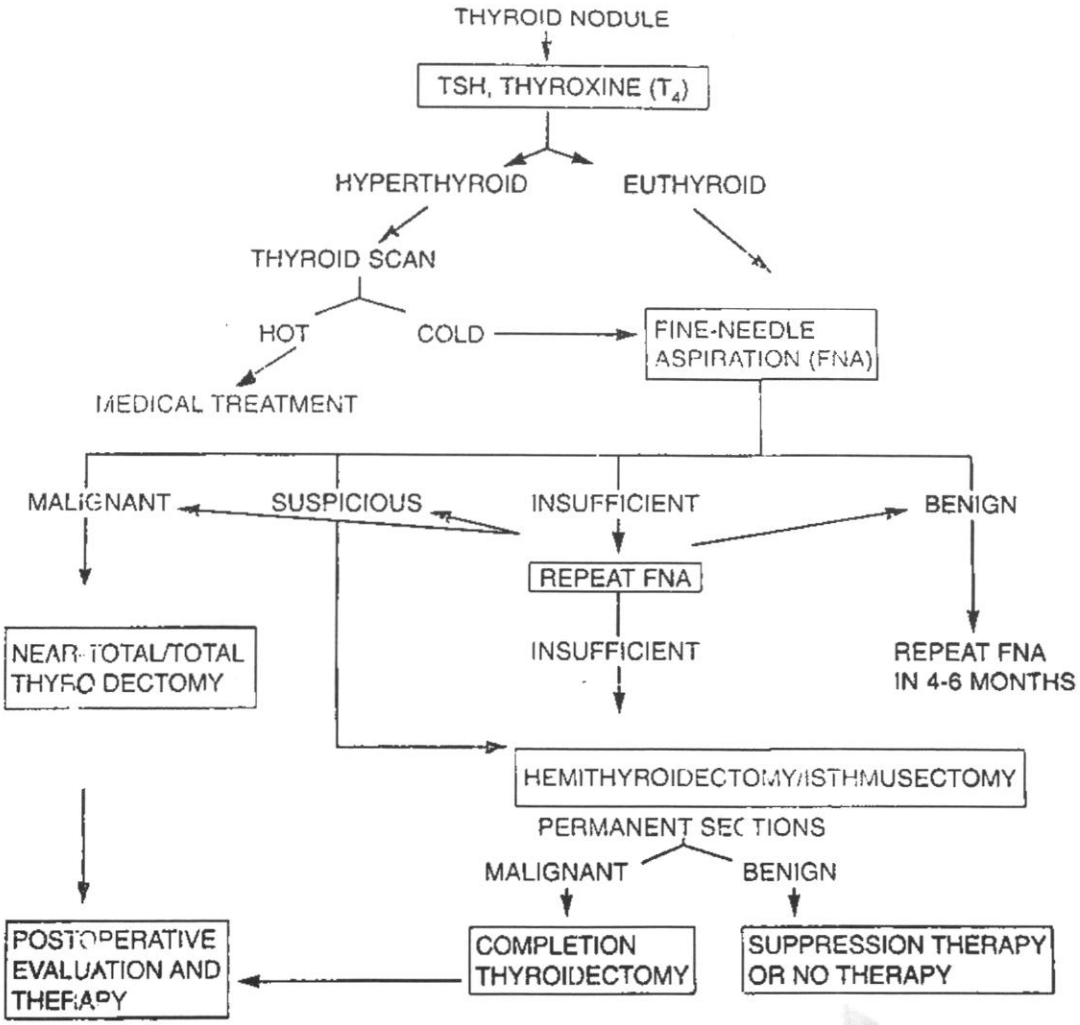
ผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 202 ราย เป็นเพศหญิง 184 ราย เพศชาย 16 ราย ช่วงอายุที่พบมากที่สุด 31-40 ปี ผล FNA ที่พบมากที่สุดคือ Adenoma (ร้อยละ 34.66) รองลงมาได้แก่ Colloid cyst, Adenomatous goiter, Follicular tumor, Papillary tumor และ Nodular goiter ตามลำดับ การผ่าตัดที่ทำมากที่สุดคือ Lobectomy (ร้อยละ 82.67) ผล Permanent section ที่พบมากที่สุดคือ Adenoma (ร้อยละ 39.11) รองลงมาได้แก่ Multinodular goiter, Adenomatous goiter ตามลำดับ มีผู้ป่วย 22 ราย เป็น Well-differentiated thyroid carcinoma (Papillary และ Follicular carcinoma) และมี 1 รายเป็น Undifferentiated carcinoma มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น 15 ราย เป็น Permanent vocal cord paralysis 7 ราย Temporary vocal cord paralysis 2 ราย และ Hypocalcemia 6 ราย

สรุป : ก้อนที่ต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ การทำ FNA ก่อนผ่าตัดมีความแม่นยำร้อยละ 96.85 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีผ่าตัด Lobectomy แต่พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 7.43 ซึ่งได้แก่ Vocal cord paralysis และ Hypocalcemia

คำสำคัญ : ก้อนที่ต่อมไทรอยด์ การผ่าตัดต่อมไทรอยด์

บทนำ

ก้อนที่ต่อมไทรอยด์เป็นปัญหาที่พบบ่อย จากสถิติผู้ป่วยก้อนที่ต่อมไทรอยด์และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 819 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 7,453 ราย (ร้อยละ 10.99) และในปี พ.ศ. 2551 มี 879 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 6,619 ราย (ร้อยละ 13.28) ซึ่งโรงพยาบาลใช้แนวทางการรักษาตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ของกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการผ่าตัดผู้ป่วยก้อนที่ต่อมไทรอยด์ ในกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Descriptive retrospective study) โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ของกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2552 เป็นระยะเวลา 27 เดือน บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ การวินิจฉัย ผลพยาธิวิทยาของการทำเทคนิค Fine needle aspiration วิธีการผ่าตัด ผลพยาธิวิทยาหลังผ่าตัด (Permanent section) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยในการศึกษาทั้งสิ้น 202 ราย เป็นเพศหญิง 184 ราย (ร้อยละ 92.08) เพศชาย 16 ราย (ร้อยละ 7.92) อัตราส่วนเพศหญิง : เพศชาย คือ 11.62 : 1 พบผู้ป่วยทุกช่วงอายุ อายุน้อยที่สุด 14 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 40.73 ปี (39.11-42.35 ปี) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 31-40 ปี 69 ราย (ร้อยละ 34.16) ช่วงอายุที่พบรองลงมาคือ 41-50 ปี 66 ราย (ร้อยละ 32.67)

การวินิจฉัยก่อนผ่าตัดที่มากที่สุดคือ Solitary thyroid nodule 149 ราย (ร้อยละ 73.76) รองลงมาคือ Multinodular goiter (MNG) 21 ราย (ร้อยละ 10.40) และ Nodular goiter 20 ราย (ร้อยละ 9.90) การวินิจฉัยอื่นได้แก่ Thyroid cyst, Toxic adenoma และ Toxic multinodular goiter (Toxic MNG) อย่างละ 4 ราย (ร้อยละ 1.98) (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการทำ Fine needle aspiration (FNA) ก่อนการผ่าตัด แต่มี 75 ราย ที่ไม่ได้ส่งตรวจเพราะเจาะได้น้ำ หรือเลือด หรือไม่ได้เนื้อเยื่อใดๆ ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยทั้งหมด 127 ราย (ร้อยละ 62.87) ที่ได้รับการส่งตรวจ FNA ผล FNA ที่พบมากที่สุดคือ Adenoma 44 ราย (ร้อยละ 34.66) รองลงมาได้แก่ Colloid cyst (ร้อยละ 19.69), Adenomatous goiter (ร้อยละ 18.11), Follicular tumor (ร้อยละ 14.96), Papillary tumor (ร้อยละ 7.84) และ Nodular goiter (ร้อยละ 4.72) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Lobectomy มากที่สุดจำนวน 167 ราย (ร้อยละ 82.67) รองลงมาคือ Near total thyroidectomy 12 ราย (ร้อยละ 5.94), Isthmectomy 8 ราย (ร้อยละ 3.96), Total thyroidectomy 3 ราย (ร้อยละ 1.48), Total thyroidectomy ร่วมกับ Modified radical neck dissection (MRND) เนื่องจากพบต่อมน้ำเหลืองคอโตร่วมด้วยจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 1.48) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 4.46) ที่ได้รับการผ่าตัด ครั้งที่ 2 เนื่องจากผลพยาธิวิทยาหลังผ่าตัด (Permanent section) เป็น Well-differentiated thyroid carcinoma และอยู่ในกลุ่มมีความเสี่ยงสูง (high risk) จึงให้การผ่าตัด Completion thyroidectomy (ตารางที่ 1)

มีผู้ป่วย 4 รายที่มีผล FNA เป็น False negative คิดเป็นร้อยละ 3.15 โดยผลพยาธิวิทยาหลังผ่าตัดเป็น Papillary carcinoma ทั้ง 4 ราย แต่ผล FNA เป็น Adenomatous goiter 2 ราย และ Adenoma 2 ราย โดยที่ไม่พบผล False positive

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยก้อนที่ต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
การวินิจฉัย	202	
Solitary thyroid nodule	149	73.76
Multinodular goiter	21	10.40
Nodular goiter	20	9.90
Thyroid cyst	4	1.98
Toxic adenoma	4	1.98
Toxic multinodular goiter	4	1.98
ส่งตรวจ FNA ก่อนผ่าตัด	127	
Adenoma	44	34.66
Colloid cyst	25	19.69
Adenomatous goiter	23	18.11
Follicular tumor	19	14.96
Papillary tumor	10	7.84
Nodular goiter	6	4.72
การผ่าตัด	202	
Lobectomy	167	82.67
Near total thyroidectomy	12	5.94
Lobectomy และ Completion thyroidectomy	9	4.46
Isthmectomy	8	3.96
Total thyroidectomy	3	1.48
Total thyroidectomy และ MRND	3	1.48

ผลพยาธิวิทยาหลังผ่าตัด (Permanent section) ที่พบมากที่สุดคือ Adenoma 79 ราย (ร้อยละ 39.11) รองลงมาได้แก่ Multinodular goiter 41 ราย (ร้อยละ 20.30), Adenomatous goiter 31 ราย (ร้อยละ 15.37), Papillary carcinoma 20 ราย (ร้อยละ 9.90), Colloid cystadenoma 18 ราย (ร้อยละ 8.91), Nodular goiter 10 ราย (ร้อยละ 4.95), Follicular carcinoma 2 ราย (ร้อยละ 0.99) และ Undifferentiated carcinoma 1 ราย (ร้อยละ 0.50) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดมีทั้งหมด 15 ราย โดยเป็น Permanent vocal cord paralysis 7 ราย (ร้อยละ 3.46) รองลงมาได้แก่ Hypoparathyroidism 6 ราย (ร้อยละ 2.97) และ Temporary vocal cord paralysis 2 ราย (ร้อยละ 0.99) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 187 ราย (ร้อยละ 92.57) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผล Permanent section และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ผล Permanent section		
Adenoma	79	39.11
Multinodular goiter	41	20.30
Adenomatous goiter	31	15.37
Papillary carcinoma	20	9.90
Colloid cystadenoma	18	8.91
Nodular goiter	10	4.95
Follicular carcinoma	2	0.99
Undifferentiated carcinoma	1	0.50
ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	187	92.57
Permanent vocal cord paralysis	7	3.46
Hypoparathyroidism	6	2.97
Temporary vocal cord paralysis	2	0.99

วิจารณ์

โรคก้อนที่ต่อมไทรอยด์ (Thyroid nodules) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยทุกช่วงอายุ โดยมีรายงานของ Mazzaferri EL[1] พบมากที่สุดช่วงอายุ 30-60 ปี เช่นเดียวกับการศึกษานี้ โรคนี้พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วนที่เคยรายงานเพศหญิง : เพศชายเป็น 13 : 1 ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ที่อัตราส่วนเพศหญิง : เพศชาย คือ 11.62 : 1

สาเหตุของ Thyroid nodule มีมากมายหลากหลายสาเหตุ เช่น ถุงน้ำ การติดเชื้อ มะเร็ง เป็นต้น โรงพยาบาลบุรีรัมย์พบว่าส่วนใหญ่เป็น Adenoma

ในการศึกษานี้ผู้ป่วย Thyroid nodule พบว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 11.39) ซึ่งเป็นอัตราที่ใกล้เคียงกับรายงานของ Molitch ME และคณะ ที่พบร้อยละ 10[2] ปัจจัยเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งมีดังนี้[3]

1. อายุน้อยกว่า 20 ปี และผู้หญิงอายุมากกว่า 50 ปี หรือผู้ชายอายุมากกว่า 40 ปี[4, 5]
2. ผู้ชายมีความเสี่ยงมากกว่าผู้หญิง[5]
3. มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์[6]
4. เคยป่วยเป็นโรคที่ต่อมไทรอยด์ เช่น Hashimoto's thyroiditis มีโอกาสเป็น Lymphoma[7], Benign adenoma มีโอกาสเป็น Follicular carcinoma[8], Well-differentiated thyroid carcinoma มีโอกาสเป็น Anaplastic carcinoma[8] เป็นต้น

5. ก้อนที่ต่อมไทรอยด์โตเร็ว หรือมีอาการจากการที่ก้อนกดเบียดอวัยวะข้างเคียง เช่น กลืนลำบาก เสียงแหบ หายใจเหนื่อย

6. มีก้อนต่อมน้ำเหลืองคอโต

7. ประวัติเคยได้รับการฉายรังสีบริเวณคอ ซึ่งมีความเสี่ยงจะเกิด Papillary carcinoma

การศึกษานี้ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ 23 ราย มี 2 รายอายุน้อยกว่า 20 ปี, 3 รายเป็นเพศหญิงอายุมากกว่า 50 ปี, 2 รายเป็นเพศชายอายุมากกว่า 40 ปี, 3 รายมีก้อนต่อมน้ำเหลืองที่คอโต และมี 3 รายที่มีอาการเสียงแหบหรือกลืนลำบาก

จากแผนภูมิที่ 1 จะเห็นว่าแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย Thyroid nodule ต้องประกอบด้วย การตรวจ Thyroid function test (TFT), Thyroid scan แต่เนื่องจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์มีข้อจำกัดไม่สามารถทำการตรวจ Thyroid scan ได้ จึงปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยใหม่เป็นผู้ป่วยที่มีผลเลือดเป็น hyperthyroidism จะได้รับการรักษาโดยยาก่อน จึงอาจทำให้ผู้ป่วยที่เป็น cold nodule ซึ่งมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่า hot nodule ได้รับการทำ FNA และผ่าตัดล่าช้า ส่วนผู้ป่วยที่มีผลเลือดเป็น euthyroidism จะได้รับการทำ FNA ต่อไป

ถ้าผล FNA เป็น malignant ให้ทำการผ่าตัด Near total หรือ total thyroidectomy ในกรณีที่เป็น benign อาจสังเกตขนาดของก้อนที่ต่อมไทรอยด์ หรือร่วมกับการให้ thyroid suppression therapy 6-12 เดือน ถ้าขนาดของก้อนไม่เล็กลงให้พิจารณาผ่าตัด ในกรณีที่เป็น suspicious ให้ทำการผ่าตัด Lobectomy ถ้าโรงพยาบาลที่มีความพร้อมอาจรอดูผล Frozen section ก่อนเพื่อพิจารณาผ่าตัดต่อไปทันที หรือรอดูผล Permanent section ถ้าเป็นมะเร็งให้ทำการผ่าตัด Completion thyroidectomy เพื่อผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด และให้การรักษาอื่นเสริม (adjuvant therapy)ต่อไป สำหรับในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ไม่สามารถทำ Frozen section ได้ จึงรอผล Permanent section ก่อน ถ้าเป็นมะเร็งจึงทำการผ่าตัด Completion thyroidectomy และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจ radioiodine หรือรักษาโดยการฉายแสงหลังผ่าตัดต่อไป

ในกรณีที่ทำ FNA แล้วได้เป็นเลือด น้ำ หรือไม่ได้เนื้อเยื่อใดๆ จัดอยู่ในกลุ่ม insufficient อาจพิจารณาทำ FNA ซ้ำด้วยเทคนิค Ultrasound guided FNA หรือผ่าตัด Lobectomy ต่อไป ในการศึกษานี้มีจำนวน 75 ราย ซึ่งได้รับการรักษาต่อโดยการผ่าตัด Lobectomy

FNA

เป็นการตรวจวินิจฉัยที่ค่อนข้างปลอดภัย ราคาไม่แพง ทำได้ง่าย มีความแม่นยำสูง (accuracy ร้อยละ 97)[1] ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเทคนิคความชำนาญของแพทย์ผู้ทำการเจาะ และการอ่านผลของพยาธิแพทย์ ดังนั้น FNA จึงเป็นการตรวจวินิจฉัยหลักที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์[9] ดังแผน ภูมิที่ 1 การอ่านผลของ FNA มี 3 แบบ คือ benign, malignant หรือ suspicious (ซึ่งในการศึกษานี้มี Papillary และ Follicular tumor เนื่องจากไม่สามารถแยกได้ว่าเป็น malignant หรือ benign) มีการศึกษาพบว่าเป็น benign ร้อยละ 75 เป็น malignant ร้อยละ 5 และ suspicious ร้อยละ 20[10, 11, 12] ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษานี้ที่ผลเป็น benign (Adenoma, colloid cyst, Adenomatous goiter และ Nodular goiter) ร้อยละ 77.17 และเป็น suspicious (Papillary และ Follicular tumor) ร้อยละ 22.83 แต่ไม่มีรายงานผลเป็น malignant

ชนิดของมะเร็งต่อมไทรอยด์ มีผลต่อความแม่นยำในการอ่านผล FNA เช่น Undifferentiated carcinoma, Medullary carcinoma มีความแม่นยำร้อยละ 90 Papillary carcinoma มีความแม่นยำร้อยละ 80[1] Follicular carcinoma มีความแม่นยำร้อยละ 40[1, 12] เป็นต้น Sensitivity ของการทำ FNA มีประมาณร้อยละ 80-94 และมีโอกาสเกิดการอ่านผลผิดพลาดเป็น False negative เนื่องจากก้อนที่ต่อมไทรอยด์เป็น cyst หรือเจาะก้อนได้เลือดซึ่งพบร้อยละ 3 หรือ False positive เนื่องจากเป็น Hashimotos thyroiditis พบร้อยละ 3[13, 14] เช่นกัน ซึ่งการศึกษานี้มีผู้ป่วย 4 รายที่มีผล FNA เป็น False negative เป็นมะเร็งชนิด Papillary carcinoma 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.15 และไม่มีผลที่เป็น False positive อย่างไรก็ตามการ การทำ FNA อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น hemorrhage, tracheal injury, recurrent laryngeal nerve injury แต่พบได้น้อยมาก

Thyroid tumor

Follicular adenoma

เป็น Thyroid tumor ที่พบบ่อยที่สุด พบมากในผู้หญิงอายุมากกว่า 30 ปี[8] ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษานี้ที่ผล permanent section ที่พบมากที่สุดคือ Adenoma 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.11 การอ่านผล FNA แยกจาก Follicular carcinoma โดยดูที่ไม่มี tumor capsule invasion หรือ blood vessel invasion จากเซลมะเร็ง

Thyroid cyst

มีโอกาสที่จะพบร่วมกับมะเร็งได้ มีรายงานว่า Thyroid cyst ร้อยละ 32 เป็น carcinoma ร้อยละ 43 เป็น adenoma และร้อยละ 25 เป็น colloid nodule[15] อีกรายงานหนึ่งพบว่าร้อยละ 4 เป็น simple cyst ร้อยละ 82 เป็น adenoma และร้อยละ 14 เป็น carcinoma[13] การทำ aspiration อาจทำให้ cyst ยุบลงได้ แต่ถ้า cyst มีขนาดใหญ่กว่า 4 ซม. หรือมี bloody content หรือเจาะหลายครั้งก้อนไม่ยุบ ต้องพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัดต่อไป

Papillary carcinoma

เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่พบบ่อยที่สุด พบประมาณร้อยละ 80 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษานี้ที่เป็น Papillary carcinoma 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.97 พบได้ทุกช่วงอายุ พบมากที่สุดในช่วงอายุ 30-50 ปี พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 3:1 ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการรักษาโดยการฉายรังสีบริเวณคอ จะมีโอกาสเกิดมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดนี้มากขึ้น และเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่มักจะมี node metastasis

Follicular carcinoma

เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่พบได้ประมาณร้อยละ 10 ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ที่เป็น Follicular carcinoma 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.69 การอ่านผล FNA แยกกันยากจาก Follicular adenoma เพราะจะต้องเห็น tumor capsule invasion หรือ blood vessel invasion จากเซลมะเร็ง ดังนั้นจะอ่านผลเป็น Follicular tumor และวินิจฉัยเป็น Follicular carcinoma จากผล permanent section

Medullary carcinoma

เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่พบได้ประมาณร้อยละ 7 ซึ่งมีความสำคัญคือสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ โดยผู้ป่วยร้อยละ 80 เป็น sporadic type และร้อยละ 20 เป็น familial type เรียกว่า MEN type IIA (Multiple endocrine neoplasia) ประกอบด้วย Medullary carcinoma, Hyperparathyroidism และ Pheochromocytoma การศึกษานี้ไม่พบผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดนี้

Anaplastic carcinoma (Undifferentiated carcinoma)

เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่พบได้ประมาณร้อยละ 10 เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดรุนแรงที่สุด หลังจากได้รับการวินิจฉัยแล้วผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ได้เพียง 2-6 เดือน[16] ลักษณะของก้อนมะเร็งจะโตรวดเร็ว มีการกดเบียดอวัยวะข้างเคียง ทำให้มีอาการหายใจไม่สะดวก กลืนลำบาก เสียงแหบ การรักษาคือการผ่าตัด Total thyroidectomy และอาจต้องได้รับการฉายรังสี หรือเคมีบำบัดร่วมด้วย การศึกษานี้พบผู้ป่วย 1 ราย ได้รับการผ่าตัด Lobectomy ตามด้วย Completion thyroidectomy และส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อเพื่อให้ได้รับ radiation หรือ chemotherapy ต่อไป

การรักษาผู้ป่วยที่เป็น Well-differentiated thyroid carcinoma

มีการแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ Low risk กับ High risk โดยอาศัยตัวบ่งชี้ต่างๆตามระบบของ AMES[3] ได้แก่ กลุ่มอายุผู้ชายอายุมากกว่า 41 ปี หรือผู้หญิงอายุมากกว่า 51 ปี, การกระจายของมะเร็ง (Metastasis), Extent of tumor invasion, Tumor size ขนาดก้อนมะเร็งมากกว่า 5 ซม. ถ้ามีตัวบ่งชี้ดังกล่าวจัดอยู่ในกลุ่ม High risk ซึ่งมีความสำคัญในแง่ของ mortality rate และ recurrence rate[17] การรักษาโดยการผ่าตัด Total thyroidectomy และอาจต้องได้รับการรักษา I131 abrasion ต่อไป และเฝ้าติดตามการเกิด recurrence โดยดูจากค่า TSH และ Thyroglobulin

การศึกษานี้มีผู้ป่วยเป็น Well-differentiated thyroid carcinoma 22 ราย แยกเป็น Papillary carcinoma 20 ราย และ Follicular carcinoma 2 ราย จากการใช้ระบบ AMES สามารถจำแนกผู้ป่วยเป็น Low risk 11 ราย ซึ่งผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัด Lobectomy และตามด้วย Thyroxine suppression therapy

ส่วนผู้ป่วยที่เป็น High risk มี 11 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด จากการผ่าตัด Lobectomy+Completion thyroidectomy หรือ Total thyroidectomy มีผู้ป่วย 3 รายที่มีต่อมน้ำเหลืองคอโต ได้รับการผ่าตัด Modified radical neck dissection ร่วมด้วย หลังจากนั้นส่งต่อผู้ป่วยทุกรายไปรับการตรวจ I131 scan และ I131 abrasion ต่อไป

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์

Recurrent laryngeal nerve injury

เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเสียงแหบ หรือสำลักเวลากินอาหาร มีโอกาสเกิดมากถ้าเป็นการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งที่ 2 หรือ 3, recurrent carcinoma, substernal goiter หรือ thyroiditis ถ้าเป็นข้างเดียว (unilateral) สายเสียงอยู่ที่ตำแหน่ง paramedian แต่ถ้าเกิดร่วมกับ superior laryngeal nerve injury ทำให้ตำแหน่งของสายเสียงอยู่ด้านข้างมากขึ้น (more lateral) ทำให้คุณภาพเสียงแย่ลง และมีการสำลักมากขึ้น อาจทำให้เกิด aspiration pneumonia ได้

ในกรณีที่เป็น 2 ข้าง ทำให้มีเสียง stridor และหอบเหนื่อยทันทีหลังการผ่าตัดและหลังเอาท่อช่วยหายใจออก ทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจอีกครั้งหรือเจาะคอ ถ้าหายภายใน 6-12 เดือน เรียกว่า Temporary แต่ถ้าเกิน 12 เดือนเรียกว่า Permanent ซึ่งเคยมีการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ มีโอกาสเกิด Permanent recurrent laryngeal nerve injury ร้อยละ 1-1.5 [18, 19] และ Temporary recurrent laryngeal nerve

injury ร้อยละ 2.5-5[20] จากการศึกษานี้มีผู้ป่วยเป็น Temporary recurrent laryngeal nerve injury 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.99 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด และเป็น Permanent recurrent laryngeal nerve injury 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.46

Hypocalcemia (Hypoparathyroidism)

มีโอกาสเกิดแบบชั่วคราว (transient) ร้อยละ 7-25 และเกิดแบบถาวร (permanent) ร้อยละ 0.4-13.8[21] ผู้ป่วยจะมีอาการชารอบปาก (perioral paresthesia) ชาปลายมือปลายเท้า (distal extremity paresthesia) ในผู้ป่วยที่มีอาการมากทำให้มีอาการชัก (seizure) กระตุก (tetany) หลอดลมหรือกล่องเสียงหดตัว (laryngobronchospasm) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) ตรวจร่างกายพบอาการแสดงของ Chvostek's sign หรือ Trousseaus sign จากการศึกษานี้มีผู้ป่วย Hypocalcemia 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.97

สรุป

ก้อนที่ต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ การทำFNA ก่อนผ่าตัดมีความแม่นยำร้อยละ 96.85 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีผ่าตัด Lobectomy แต่พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 7.43 ซึ่งได้แก่ Vocal cord paralysis และ Hypocalcemia

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์พิเชฐ อังศุวัชรากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่ให้ทำการศึกษาและเผยแพร่ข้อมูล ขอบคุณแพทย์หญิงพัชรี ยิ้มรัตนบวร ที่ช่วยตรวจทานและแก้ไขข้อบกพร่อง ขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยในกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก ที่ช่วยรวบรวมข้อมูล

บรรณานุกรม

1. Mazzaferri EL. Management of a solitary thyroid nodule. N Engl J Med 1993; 328:553.
2. Molitch ME, at al. The cold thyroid nodule : an analysis of diagnostic and therapeutic options. Endocr Rev 1984; 6:185.
3. Stephen YL, Susan JM, Randal SW. Management of thyroid neoplasms. Otolaryngology-Head and Neck Surgery 4th 2005; 119:2687-723.
4. Raab SS, et al. Pediatric thyroid nodules : disease demographics and clinical management as determined by fine needle aspiration biopsy. Pediatrics 1995; 95:46.
5. Beier A, et al. Cancer risk in patients with cold thyroid nodules : relevance of iodine intake, sex, age and multino- dularity. Am J Med 1992; 93:363.
6. Nemec J, et al. Familial occurrence of differentiated (non-medullary) thyroid cancer. Oncology 7; 32:151.
7. Holm LE, Blomgren H, Lowenhagen T. Cancer risk in patients with chronic lymphocytic thyroiditis. N Eng J Med 1985; 312:601.
8. Sommers SC. Thyroid gland. Endocrine pathology : general and surgical, 2nd ed 1982.
9. Rojeski MT, Gharib H. Nodular thyroid disease : evaluation and management. N Eng J Med 1985; 313:428.

10. Giuffrida D, Gharib H. Controversies in the management of cold, hot and occult thyroid nodules. Am J Med 1995; 99:642.
11. Goellner JR, et al. Fine needle aspiration cytology of the thyroid, 1980 to 1986. Acta Cytol 1987; 31:587.
12. Mazzaferri EL, de los Santos ET, Rofagha-Keyhani S. Solitary thyroid nodule : diagnosis and management. Med Clin North Am 1988; 72:1177.
13. de los Santos ET, et al. Cystic thyroid nodules : the dilemma of malignant lesions. Arch Intern Med 1990; 150-1422.
14. Meko JB, Norton JA. Large cystic/solid thyroid nodules : a potential false negative fine needle aspiration. Surgery 1995; 118:996.
15. Rosen IB, Provias JP, Walfish PG. Pathologic nature of cystic thyroid nodules selected for surgery by needle aspiration biopsy. Surgery 1986; 100-606.
16. Venkatesh Y, Ordonez N, Schultz P. Anaplastic carcinoma of thyroid : a clinicopathologic study of 121 cases. Cancer 1990; 66:321-330.
17. Cady B, Rossi R. An expanded view of risk-group definition in differentiated thyroid carcinoma. Surgery 1988; 104: 947-953.
18. Flynn M, Lyons KJ, Tartar JW. Local complications after surgical resection for thyroid cancer. Am J Surg 1994; 168:404-7.
19. Mazzaferri E, Young R. Papillary thyroid carcinoma : a 10 year follow up report of the impact of therapy in 576 patients. Am J Med 1981; 70: 511-518.
20. Lore J, Kim DJ, Elias S. Preservation of the laryngeal nerves during total thyroidectomy. Arch Otol Rhinol Laryngol 1977; 86:777-88.
21. Bourrel C, et al. Temporary post thyroidectomy hypocalcemia. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1993; 102:496-501.