MKHJ
วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL

Journal homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/index

Parathyroid carcinoma: รายงานผู้ป่วยสองรายในโรงพยาบาลขอนแก่น

Parathyroid carcinoma: Two cases report in Khon Kaen Hospital

อภิญญา โชติญาโณ
Apinya Chotiyano

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000
Medical doctor, profeesional level, Section of anatomical pathology, Khon Kaen hospital, Khon Kaen, 40000.
Corresponding Author*email: chotiyanoapinya@gmail.com

Received: 28 July 2024 Revised: 19 November 2024 Accepted: 26 November 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อรายงานผู้ป่วยมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ 2 รายที่ตรวจพบในโรงพยาบาลขอนแก่น

รูปแบบและวิธีวิจัย : ทบทวนและรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ที่โรงพยาบาลขอนแก่น

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยรายแรกเป็นหญิงอายุ 24 ปี มาด้วยการพบก้อนที่ตรงกลางลำคอขนาด 4 ซม. ตรวจพบค่าแคลเซียมสูงในเลือด (18.7 มก./เดซิลิตร) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อมไธรอยด์ออกทั้งหมด (Total thyroidectomy) ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็นมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ ผู้ป่วยรายที่สองเป็นหญิงอายุ 53 ปีมาด้วยอาการอ่อนแรงและพบก้อนที่กลางลำคอ ผลการตรวจทางทดสอบในห้องปฏิบัติการพบภาวะแคลเซียมในเลือดสูงอย่างรุนแรง (Severe hypercalcemia) และภาวะต่อมพาราไธรอยด์ทำงานเกิน (Hyperparathyroidism). หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดพบว่ามีก้อน 2.5 ซม. ทางด้านซ้ายของต่อมพาราไธรอยด์ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาและผลการย้อมสีพิเศษเพิ่มเติมยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์

สรุปผลการศึกษา : มะเร็งต่อมพาราไธรอยด์มีลักษณะอาการสำคัญรวมถึงการตรวจพบก้อนบริเวณลำคอร่วมกับระดับแคลเซียมในเลือดที่สูงผิดปกติ ดังที่พบในผู้ป่วยสองรายจากโรงพยาบาลขอนแก่น ร่วมกับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา โดยเฉพาะในกรณีที่พบเซลล์มะเร็งมีการรุกรานเนื้อเยื่อข้างเคียง อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ลักษณะอาการของผู้ป่วยมีความซับซ้อนหรือยากต่อการแยกแยะ การใช้เทคนิคการย้อมพิเศษสามารถช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยได้

คำสำคัญ : มะเร็งของต่อมไร้ท่อ, ภาวะระดับแคลเซียมในเลือดสูง, ก้อนที่คอ, มะเร็งต่อมพาราไธรอยด์, ภาวะฮอร์โมนพาราไธรอยด์สูงผิดปกติแบบปฐมภูมิ

ABSTRACT

Objective : Parathyroid carcinoma is the rare malignant disease of endocrine tumor. The incidence is less than 1% of all patients with primary hyperparathyroidism in Western countries. The aim of this report was to illustrate two cases of parathyroid carcinoma in Khon Kaen hospital with a comprehensive literature review

Methods : Two patients with a diagnosis of parathyroid carcinoma in Khon Kaen hospital were included for this review

Result : The first case was a 24-year-old woman who had a midline neck mass for 4 months. Her blood calcium as high as 18.7 mg/dL. On examination, she has a firm midline neck mass is about 4 cm in diameter and. The total thyroidectomy was performed. The pathological diagnosis was parathyroid carcinoma. After that, she was loss follow up The second case report was a 53 years old lady present to the hospital complaining fatigue and midline neck mass. The investigation revealed severe hypercalcemia and hyperparathyroidism. Surgical exploration revealed an enlarged left parathyroid mass, 2.5 cm. Histological findings and immunohistochemical report confirmed as parathyroid carcinoma

Conclusion : Parathyroid cancer is a rare condition. Key clinical features may include the presence of a neck mass along with

abnormally high blood calcium levels, as observed in two patients at Khon Kaen Hospital. These findings could indicate the possibility of a parathyroid tumor. Pathological diagnosis plays a crucial role, especially when cancer cells are found invading adjacent tissues, which is a definitive indicator of parathyroid cancer. In cases where the clinical presentation is complex or difficult to interpret, the use of special staining techniques can enhance diagnostic accuracy.

Keywords : Endocrine malignancy tumor, Hypercalcemia, Neck mass, Parathyroid carcinoma, Primary hyperparathyroidism

บทนำ

มะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid carcinoma) เป็นโรคมะเร็งที่เกิดจากเซลล์มีเซนไคม์ของต่อมพาราไธรอยด์ (parathyroid mesenchymal cells) อุบัติการณ์ของมะเร็งชนิดนี้ ในผู้ป่วยกลุ่มโรคฮอร์โมนพาราไธรอยด์สูงผิดปกติแบบปฐมภูมิ (Primary hyperparathyroidism) ในกลุ่มประเทศตะวันตกมีน้อยกว่าร้อยละ 1[1,2,3]

อาการในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid carcinoma) ได้แก่การพบก้อนที่กลางลำคอ[1, 3,9]แต่บางกรณี ก้อนอาจตรวจพบตรงที่อื่น ดังเช่น ที่ด้านหลังหลอดอาหาร ต่อมไธรอยด์ ต่อมไธมัส และบริเวณช่องทรวงอกด้านหน้า เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมักจะมีฮอร์โมนพาราไธรอยด์สูงผิดปกติแบบปฐมภูมิ (Primary hyperparathyroidism) ร่วมด้วย แต่ผู้ป่วยมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid carcinoma) บางรายไม่พบอาการผิดปกติ [4-5, 10-12]

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยภาวะนี้ มักพบค่าฮอร์โมนต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid hormone) ในเลือดมีค่าสูง โดยมักจะมีค่าสูงกว่าค่าปกติ 3 เท่าหรือมากกว่า และระดับแคลเซียมในเลือดมักจะสูงกว่าค่าปกติด้วย[9-10, 12]

มะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid carcinoma) มักเป็นโรคที่พบเป็นไม่บ่อย (sporadic case) แต่สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ hyperparathyroidism jaw tumor (HPT JT) syndrome[6], familial isolated hyperparathyroidism และ multiple endocrine neoplasia types 1 and 2[7-8]ได้เช่นกัน

ก้อนเนื้องอกของมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid carcinoma) มักปรากฏเป็นก้อนเดี่ยวที่มีขอบเขตไม่ชัดเจน และอาจติดกับเนื้อเยื่อของอวัยวะข้างเคียง เช่นเนื้อเยื่อจากต่อมไธรอยด์หรือกล้ามเนื้อบริเวณคอ การวินิจฉัยมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid carcinoma) แยกจากโรคเนื้องอกต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid adenoma) จากการตรวจชิ้นเนื้อทางศัลยพยาธิวิทยาได้ค่อนข้างยาก โดยเกณฑ์ในการวินิจฉัยมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์จะต้องพบลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังนี้ 1) เซลล์มะเร็งลุกล้ำเข้าไปในหลอดเลือด (angioinvasion หรือ vascular invasion) 2) เซลล์มะเร็งลุกล้ำเข้าไปในหลอดน้ำเหลือง (lymphatic invasion) 3) เซลล์มะเร็งลุกล้ำเข้าไปใกล้เส้นประสาทที่อยู่ใกล้เคียง (perineuronal (intraneuronal) invasion) 4) เซลล์มะเร็งลุกล้ำเข้าเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่อยู่ข้างเคียง 5) การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ[2, 9] ดังนั้น การตรวจชิ้นเนื้อทางศัลยพยาธิวิทยาจึงต้องดำเนินการอย่างละเอียดและรอบคอบ

เนื่องจากมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid carcinoma) เป็นโรคมะเร็งที่พบได้ไม่บ่อยนัก การวินิจฉัยโรคจึงจำเป็นต้องพิจารณาจากอาการและอาการทางคลินิก รวมถึงผลการตรวจในห้องปฏิบัติการรเพื่อให้การวินิจฉัยโรคนี้ได้ถูกต้องไม่ถูกมองข้าม ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยและทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา

วัตถุประสงค์

เพื่อรายงานผู้ป่วยมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid carcinoma) จำนวน 2 รายที่พบในโรงพยาบาลขอนแก่น

รูปแบบและวิธีวิจัย

รายงานผู้ป่วยมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ที่ถูกบันทึกผลการตรวจทางพยาธิวิทยาในระบบบันทึกผล EZ ของโรงพยาบาลขอนแก่น และได้มีการขออนุญาตค้นบันทึกประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วยทั้งสองราย รวมถึงการสืบค้นทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์เพิ่มเติม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

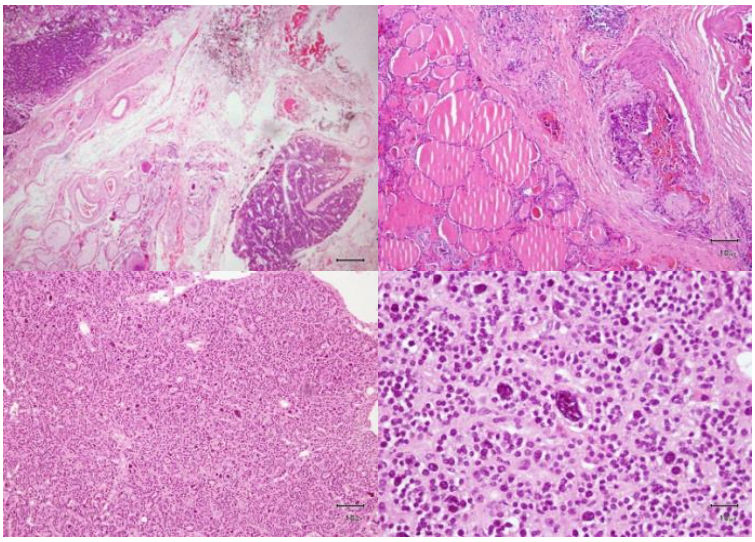
ผู้ป่วย 2 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid carcinoma) ในโรงพยาบาลขอนแก่น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ป่วย งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ KEXP67024 ที่โรงพยาบาลขอนแก่น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้หญิงอายุ 24 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลียและอ่อนแรงที่แขนและขา พร้อมกับพบก้อนที่กลางลำคอเป็นเวลานาน 4 เดือน ผลการตรวจในห้องปฏิบัติการแสดงให้เห็นว่ามีระดับแคลเซียมในเลือดสูง ถึง 18.7 มก./เดซิลิตร ตรวจร่างกายพบก้อนที่คอ ขนาด 4 เซนติเมตร ซึ่งเคลื่อนไหวตามการกลืน แพทย์ได้ทำการวินิจฉัยเบื้องต้นโดยพิจารณาจากอาการของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับโรคมะเร็งต่อมไธรอยด์ และได้ผ่าตัดต่อมไธรอยด์ออกทั้งหมด (Total thyroidectomy) ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาแสดงให้เห็นว่าเป็นมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid carcinoma) โดยก้อนมะเร็งมีขอบเขตไม่ชัดเจนและมีการรุกรานเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียง เซลล์มะเร็งมีการเกาะกันเป็นแผ่น และบางส่วนมีลักษณะการเรียงตัวแบบ trabecular เซลล์มะเร็งมีลักษณะรูปร่างที่หลากหลาย มีนิวเคลียสขนาดใหญ่ และไม่พบนิวคลีโอลัส ดังรูปที่ 1

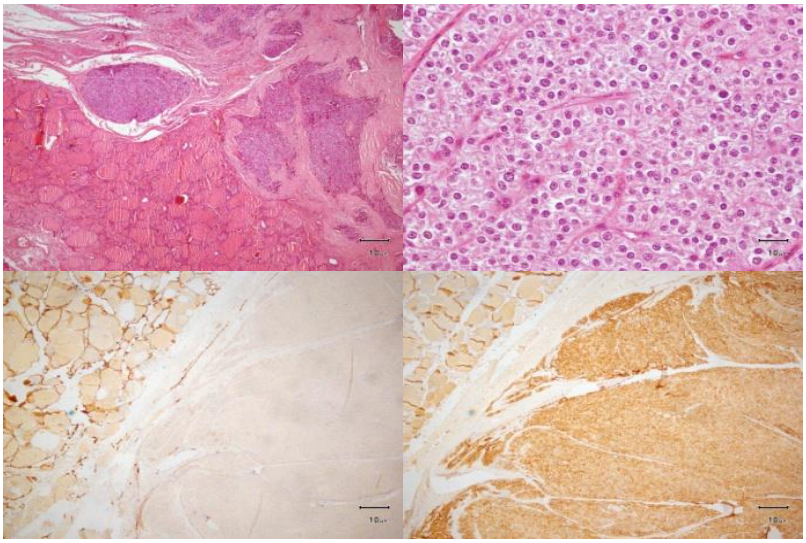


รูปที่ 1 : A) และ B) เซลล์มะเร็งมีการรุกรานเข้าไปในเนื้อเยื่อต่อมไธรอยด์ที่อยู่ใกล้เคียง และรุกรานเข้าไปในหลอดเลือด, C) และ D) เซลล์มะเร็งเรียงตัวกันเป็นแผ่น มีนิวเคลียสใหญ่และไม่พบนิวคลีโอลัสi (100x และ400 x)

หลังจากได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามการดูแลรักษาอีกต่อไป

ผู้ป่วยรายที่สองเป็นผู้หญิง อายุ 53 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการเหนื่อยล้า แขนและขาอ่อนแรง พร้อมกับมีการพบก้อนที่บริเวณคอ ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคประจำตัวคือภาวะฮอร์โมนต่อมไธรอยด์ในเลือดสูง (Hyperthyroidism) และเคยเข้ารับการผ่าตัดต่อมไธรอยด์ (Thyroidectomy) เมื่อ 13 ปีที่แล้ว แพทย์ได้ทำการตรวจร่างกายและพบก้อนที่ต่อมไธรอยด์ขนาด 2 เซนติเมตร นอกจากนี้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยัง

พบว่าผู้ป่วยมีระดับแคลเซียมในเลือดสูง (Hypercalcemia) 18.2 มก./เดซิลิตร และมีภาวะฮอร์โมนพาราไธรอยด์สูง (hyperparathyroidism). ผู้ป่วยจึงได้รับการผ่าตัดต่อมไธรอยด์ด้านซ้ายและ isthmus (Left lobectomy with isthmectomy) ผลการตรวจชิ้นเนื้อพบว่าต่อมพาราไธรอยด์ด้านซ้ายมีขนาด 2.5 เซนติเมตร ผลทางพยาธิวิทยาพบเซลล์มะเร็งที่มีการรุกรานเนื้อเยื่อข้างเคียงและมีการเรียงตัวของเซลล์เป็นแบบ trabecular ลักษณะของเซลล์มะเร็งมีไซโตพลาสซึมเป็นแบบ granular มีนิวเคลียสกลม มีโครมาตินสีเข้มและไม่พบนิวคลีโอลัส ในชิ้นเนื้อของผู้ป่วยได้มีการส่งตรวจย้อมพิเศษเพื่อยืนยันผลการวินิจฉัย ซึ่งพบว่าผลเป็นบวกกับ Parathyroid hormone antibody และผลเป็นลบกับการย้อม Thyroglobulin stain ดังนั้นผู้ป่วยจึงได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid carcinoma) ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2: A) พบเซลล์มะเร็งรุกล้ำออกจากแคปซูลและรุกรานเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียง B) พบมะเร็งมีลักษณะการเรียงตัวเป็นแบบ trabecular. C) การย้อมพิเศษ Thyroglobulin พบว่าเซลล์มะเร็งให้ผลลบ, D) เซลล์มะเร็งให้ผลบวกกับการย้อมพิเศษ Parathyroid hormone

หลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการฉายรังสีจนเสร็จสิ้นกระบวนการ หลังจากนั้นผู้ป่วยตรวจพบมะเร็งปอดและได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดอื่น ส่วนผลการตรวจประเมินหลังจากการผ่าตัดมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ พบว่าไม่มีการเกิดก้อนมะเร็งซ้ำอีกภายในระยะเวลา 5 ปีหลังการผ่าตัด

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ทั้งสองรายมีอาการและอาการแสดงที่คล้ายคลึงกัน คือ มีการพบก้อนที่กลางลำคอ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยภาวะระดับแคลเซียมในเลือดสูง (Hypercalcemia) ซึ่งต่อมพาราไธรอยด์ที่ผิดปกติมักจะมีขนาดใหญ่เกิน 8 มม. และมีน้ำหนักมากกว่า 60 มก.[1-3]. ผู้ป่วยมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ส่วนใหญ่จะมีอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะฮอร์โมนพาราไธรอยด์สูงผิดปกติระดับปฐมภูมิ (primary hyperparathyroidism) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของ Schantz และ Castelman พบว่าผู้ป่วยบางรายที่แสดงอาการของภาวะ chronic renal failure-related tertiary hyperparathyroidism[14] ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคไตและอาจมีนิ่วในไต รวมถึงอาการของโรคกระดูกและภาวะกระดูกพรุน [1-2] อาการที่เกิดจากภาวะระดับแคลเซียมในเลือดสูง (hypercalcemia) ได้แก่ อาการอ่อนแรง

คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปัสสาวะมากผิดปกติ กระหายน้ำมากผิดปกติ ตับอ่อนอักเสบ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และอาการทางระบบประสาท โดยผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการที่สอดคล้องกับภาวะนี้ (อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง) แต่เป็นอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง

ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการผ่าตัดรักษาโดยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าก้อนเนื้องอกมีเซลล์มะเร็งที่มีการรุกรานเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียง (invasiveness) เซลล์มะเร็งมีการเกาะกลุ่มกันเป็นแผ่นและในบางพื้นที่พบการเรียงตัวแบบ trabecular สำหรับเซลล์มะเร็งในผู้ป่วยรายแรกมีลักษณะที่หลากหลาย (pleomorphism) โดยมีนิวเคลียสขนาดใหญ่และไม่พบนิวคลีโอลัส ขณะที่เซลล์มะเร็งในผู้ป่วยรายที่สองพบมีไซโตพลาสซึมเป็นแบบ granular มีนิวเคลียสลักษณะกลม มีโครมาตินสีเข้มและไม่พบนิวคลีโอลัส นอกจากนี้ผู้ป่วยรายที่สองยังได้รับการย้อมพิเศษเพิ่มเติมเพื่อช่วยวินิจฉัยแยกโรคจากมะเร็งต่อมไธรอยด์ชนิด High-grade follicular cell-derived non-anaplastic thyroid carcinoma หรือ insular thyroid carcinoma โดยพบว่าเซลล์มะเร็งมีผลบวกต่อ Parathyroid hormone antibody และผลลบต่อการย้อม Thyroglobulin stain

จากการศึกษาของ Schantz และ Castleman ระบุว่า การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาของมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์จะพิจารณาจากลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็นหลัก ซึ่งรวมถึงการเรียงตัวแบบ trabecular การพบการแบ่งเซลล์ (Mitosis) การมีแถบ fibrous ที่หนา และการรุกรานแคปซูลหรือหลอดเลือด รวมถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง [13-14]

การใช้การย้อมพิเศษในการวินิจฉัยมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์มักไม่จำเป็น เนื่องจากสามารถใช้ลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็นหลักในการวินิจฉัย อย่างไรก็ตาม การย้อมพิเศษสามารถช่วยในการแยกมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์จากมะเร็งชนิดอื่นได้ จากการศึกษาของ Fernandez-Rainveir และคณะ ใช้การย้อมพิเศษ[15] ได้แก่ Parafibromin, PGP9.5, P53, Galectin-3, E-Cadherin, APC, 5-hmC, MDM2 และ BCL-2 [2]

มะเร็งต่อมพาราไธรอยด์มักเกิดขึ้นในลักษณะเฉพาะ (sporadic case) แต่มีกลุ่มโรคที่เรียกว่า familial hyperparathyroidism syndrome ซึ่งพบได้ในร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยที่มีอาการ hyperparathyroidism jaw tumor (HPT-JT) syndrome ในกลุ่มโรคนี้สามารถตรวจพบการกลายพันธุ์ใน *Germline Cell Division Cycle73* (*CDC73*) ซึ่งนอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงว่าการมีประวัติฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอเพิ่มความเสี่ยงเป็นภาวะมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ได้[1-2]

ภาวะมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคอื่นๆ เช่น Parathyroid adenoma, Atypical parathyroid tumor, Parathyromatosis และ Thyroid carcinoma โดยเฉพาะในผู้ป่วยรายที่สองที่มีประวัติเป็นโรคไธรอยด์เป็นพิษ (hyperthyroidism) และเคยผ่านการผ่าตัดต่อมไธรอยด์ (Thyroid lobectomy) นอกจากนี้ลักษณะทางพยาธิวิทยาของก้อนเนื้องอกของผู้ป่วยทั้งสองรายที่มีการเรียงตัวกันแบบ trabecular จึงต้องวินิจฉัยแยกจากมะเร็งของต่อมไธรอยด์ชนิด High-grade follicular cell-derived non-anaplastic thyroid carcinoma ซึ่งจำเป็นต้องมีการย้อมพิเศษเพิ่มเติมตามที่ได้สรุปไว้เบื้องต้น

จากการศึกษาของ Fernandez-Ranvier และคณะ[15] พบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์มักมีภาวะแคลเซียมในเลือดสูง (Hypercalcemia) และมักมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทางการเผาผลาญ (Metabolic complications) การตรวจระดับพาราไธรอยด์ฮอร์โมน (PTH) จะพบว่ามีระดับสูงทั้งจากมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ Parathyroid adenoma, Atypical parathyroid tumor และ Parathyromatosis แต่ในกรณีของมะเร็งต่อมไธรอยด์ ค่าระดับของ PTH ในเลือด

จะอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ การคลำพบก้อนที่บริเวณกลางคอมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไธรอยด์และต่อมพาราไธรอยด์ การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาจึงจำเป็นต้องดำเนินการด้วยความละเอียดรอบคอบ โดยในเกณฑ์การวินิจฉัยจะต้องพบหนึ่งในลักษณะดังนี้ 1) การพบเซลล์มะเร็งลุกล้ำเข้าไปในหลอดเลือด (angioinvasion หรือ vascular invasion) 2)การพบเซลล์มะเร็งลุกล้ำเข้าไปในหลอดน้ำเหลือง (lymphatic invasion) 3) การพบเซลล์มะเร็งลุกล้ำเข้าไปใกล้เส้นประสาทที่อยู่ใกล้เคียง (perineuronal (intraneuronal) invasion) 4) การพบเซลล์มะเร็งลุกล้ำเข้าเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่อยู่ข้างเคียง5) การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ[2, 9]

สรุปผลการศึกษา

มะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ (Parathyroid carcinoma) มีลักษณะอาการสำคัญรวมถึงการตรวจพบก้อนบริเวณลำคอร่วมกับระดับแคลเซียมในเลือดที่สูงผิดปกติ ดังที่พบในผู้ป่วยสองรายจากโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งลักษณะอาการดังกล่าวอาจบ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ของเนื้องอกต่อมพาราไธรอยด์ ร่วมกับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา โดยเฉพาะในกรณีที่พบเซลล์มะเร็งมีการรุกรานเนื้อเยื่อข้างเคียง ซึ่งถือเป็นตัวบ่งชี้ที่แน่ชัดของมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์ในผู้ป่วยทั้งสองราย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ลักษณะอาการของผู้ป่วยมีความซับซ้อนหรือยากต่อการแยกแยะ การใช้เทคนิคการย้อมพิเศษสามารถช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยได้ ดังนั้น การวินิจฉัยมะเร็งต่อมพาราไธรอยด์จำเป็นต้องมีความรอบคอบในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไปจนถึงการวิเคราะห์ทางพยาธิวิทยา วิธีการที่ครบถ้วนนี้จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพและสามารถปรับให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Rosai J. Ackerman’s Surgical Pathology: the tenth edition. Mosby-Year Book Inc., Missouri, USA. 2011.
2. Erickson LA., Mete O., Juhlin CC., Perren A., Gill A. Overview of the 2022 WHO Classification of Parathyroid Tumors. Endocrine Pathology. 2022.33(1); 64-89.
3. Kumar V, Cotran RS and Robbins SL. 2015. Pathologic Basic of disease: the ninth edition. W.B. Sauders Co., Philadelphia, USA. (1100-1104).
4. Carman R., Snyder J., Levin R. Parathyroid Carcinoma: A Rare Case Report. Journal Of Clinical Oncology. 2011.29(30); 754-755.
5. Duan K., Hernandez GK., Mete O. Clinicopathological correlates of hyperparathyroidism. Journal Clinical Pathology. 2015.68(10);771-87.
6. Shattuck MT., Välimäki S., Obara T., Gaz DR., Clark HO., Shoback D., Wierman EM., Tojo K., Robbins MC., Carpten DJ., Farnebo L., Larsson C., Arnold A. Somatic and germ-line mutations of the HRPT2 gene in sporadic parathyroid carcinoma. The New England Journal of Medicine. 2003.349(18);1722-9.
7. Ospina SN., Sebo JT., Thompson BG., Clarke LB., Young FB.Jr. Prevalence of parathyroid carcinoma in 348 patients with multiple endocrine neoplasia type 1 - case report and review of the literature. Clinical Endocrinology. 2016.84(2); 244-249.

8. Jenkins JP., Satta MA., Simmgen M., Drake WM., Williamson C., Lowe GD., Britton K., Chew LS., Thakker VR., Besser MG. Metastatic parathyroid carcinoma in the MEN2A syndrome. Clinical Endocrinology. 1997.47(6);747-51.
9. Duan K., Mete O. Parathyroid Carcinoma: Diagnosis and Clinical Implications. Turk Patoloji Dergisi. 2015:31 Suppl 1:80-97.
10. Schulte K., Talat N. Diagnosis and management of parathyroid cancer. Nature Reviews. Endocrinology. 2012.8(10); 612-22.
11. Balakrishnan M., George AS., Rajab HS., Francis MI., Kapila K. Cytological challenges in the diagnosis of intrathyroidal parathyroid carcinoma: A case report and review of literature. Diagnostic Cytopathology. 2018.46(1);47-52.
12. Alharbi N., Asa LS., Szybowska M., Kim HR., Ezzat S. Intrathyroidal Parathyroid Carcinoma: An Atypical Thyroid Lesion. Frontiers in Endocrinology. 2018.1:9:641.
13. Omi Y., Yamamoto T., Nagashima Y., Abe K., Karasawa K., Tanaka Y., Okamoto T. Parathyroid carcinoma in a 13-year old girl with a long term survival. Surgical case report. 2020.6:145.
14. Schatz A, Castleman B. Parathyroid carcinoma. A study of 70 cases. Cancer. 1973.31:600–5.
15. Fernandez-Ranvier G. G., Khanafshar E., Jansen K., Zarnegar R., Lee J., Kebebew E., Duh Q., Clark H. O. Parathyroid Carcinoma, Atypical Parathyroid Adenoma or Parathyromatosis?. Cancer. 2007.110;255-264.