

ความชุกของมะเร็งในโรคเกรฟส์ที่มีก้อนชนิดโหนดในต่อมไทรอยด์ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ปริฉัตร ต.ศรีวงษ์¹, วิสูตร รัชชัยพิชิตกุล¹, ธีรพร รัตนาเอนกชัย^{1*}, จุฑาศักดิ์ สมบูรณ์พร², เสกสันต์ ชัยนันท์สมิตย์¹

¹ภาควิชาโสต ศอ นาสิกฯ ²ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Prevalence of Malignancy in Graves' Disease with Cold Nodule in Patients Undergoing Surgery in Srinagarind Hospital

Parichat Tor-Sriwong¹, Wisoot Rechaipichikul¹, Teeraporn Ratanaanekchai^{1*}, Charoonsak Sombonporn², Saksan Chainansamit¹

¹Department of Otorhinolaryngology, ²Radiology Faculty of Medicine, Khon Kaen University

หลักการและวัตถุประสงค์: เนื่องจากความชุกของมะเร็งในโรคเกรฟส์ที่มีก้อนชนิดโหนดในต่อมไทรอยด์มีความแตกต่างกันในแต่ละสถาบัน ซึ่งมีผลต่อการวางแผนการรักษา (ผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด) การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะทราบถึงความชุกของมะเร็งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเกรฟส์ที่มีก้อนชนิดโหนดในต่อมไทรอยด์ และได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยจำนวน 238 รายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเกรฟส์ที่มีก้อนชนิดโหนดในต่อมไทรอยด์ แต่มีเพียง 48 ราย (ร้อยละ 20.2) ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ผลพยาธิวิทยาพบเป็นมะเร็งจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 16.7 ที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 7.5 – 30.2): 5 ราย เป็นมะเร็งชนิดแพปิลลารี และ 3 รายเป็นชนิดฟอลลิคูลาร์ มีเพียง 2 ใน 11 ราย ที่ผลของเซลล์วิทยาจากการเจาะดูด้วยเข็มขนาดเล็กพบเป็น

Background and objective: Because the prevalence of malignancy in Graves' disease with cold nodule was varied in the different institutes and it affects the plan of treatment (surgery or not), this study aimed to know the prevalence of malignancy in these patients who underwent surgery in Srinagarind Hospital.

Methods: This is a retrospective, descriptive study which collected the data of patients who were diagnosed of Graves' disease with cold nodule and underwent thyroid surgery in Srinagarind Hospital. The data were collected since January 1st, 2008 to December 31st, 2009.

Results: There were 238 cases diagnosed as Graves' disease with cold nodule but only 48 cases (20.2%) underwent thyroid surgery. Histopathological reports revealed malignancy in 8 cases (16.7%, 95% CI = 7.5 – 30.2): 5 cases were papillary carcinoma and 3 cases were follicular carcinoma. Only 2 of 11 cases who had

ผู้รับผิดชอบบทความ

ธีรพร รัตนาเอนกชัย

ภาควิชาโสต ศอ นาสิกฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทรศัพท์ 081-3923473 E-mail: rteera@kku.ac.th

มะเร็งหรือสงสัยว่าเป็นมะเร็งแล้วผลพยาธิวิทยาพบว่าเป็นมะเร็งจริง

สรุป: ในบรรดาผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ความชุกของมะเร็งต่อมไทรอยด์ในผู้ป่วยโรคเกรฟส์ที่มีก้อนชนิดโคลด์โนดูลเท่ากับร้อยละ 16.7

malignancy or suspected malignancy on FNA report had a true malignancy.

Conclusion: The prevalence of malignancy in Graves' disease with cold nodule was 16.7% in surgical cases in Srinagarind Hospital.

Key word: Graves' disease, thyroid cancer, cold nodule

บทนำ

ก้อนเดี่ยวที่ต่อมไทรอยด์ส่วนใหญ่เป็นก้อนที่จับสารกัมมันตรังสีไอโอดีนได้น้อยกว่าเนื้อต่อมไทรอยด์ปกติ เรียกก้อนลักษณะนี้ว่า โคลด์โนดูล (cold nodule) ซึ่งก้อนเหล่านี้ส่วนใหญ่มักพบเป็นเนื้องอกธรรมดาตามากกว่ามะเร็ง โดยมีโอกาสพบเป็นมะเร็งร้อยละ 12¹ แต่อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ของก้อนจะพบร่วมกับต่อมไทรอยด์ที่สร้างฮอร์โมนไทรอยด์ได้เป็นปกติ ในขณะที่พบในผู้ป่วยที่เป็นคอพอกเป็นพิษจากโรคเกรฟส์เพียงร้อยละ 25-28²⁻⁴ ถึงแม้โอกาสที่จะพบก้อนชนิดโคลด์โนดูลในโรคเกรฟส์จะมีน้อยแต่มีหลายการศึกษากลับพบว่าก้อนโคลด์โนดูลที่พบในโรคเกรฟส์นั้นมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่าก้อนโคลด์โนดูลที่พบในต่อมไทรอยด์ที่ไม่ใช่โรคเกรฟส์^{1,2,4,5} นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่ามะเร็งที่พบในโรคเกรฟส์มีความรุนแรงมากกว่ามะเร็งที่พบในต่อมไทรอยด์ที่ไม่ใช่โรคเกรฟส์⁶⁻⁸ ดังนั้นแนวทางในการรักษาก้อนโคลด์โนดูลที่พบในโรคเกรฟส์และในต่อมไทรอยด์ที่ไม่ใช่โรคเกรฟส์จึงมีความแตกต่างกันโดยเฉพาะในประเด็นของโอกาสการเป็นมะเร็ง ความชุกของมะเร็งของก้อนโคลด์โนดูลที่พบในต่อมไทรอยด์ที่เป็นโรคเกรฟส์เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการนำมาใช้วางแผนการรักษา เนื่องจากความชุกของมะเร็งมีความแตกต่างกันในแต่ละสถาบัน ทำให้มีความสำคัญที่จะต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของมะเร็งในโรงพยาบาลศรีนครินทร์เพื่อเป็นข้อมูลในการประกอบการวางแผนในการรักษาของแพทย์ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และอาจจะมีความจำเป็นสำหรับเป็นข้อมูลเปรียบเทียบให้กับสถาบันอื่นๆ ซึ่งการศึกษานี้ศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและมีผลพยาธิวิทยาเท่านั้น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยรวบรวมผู้ป่วยจากแผนกเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเกรฟส์และได้รับการตรวจด้วยไทรอยด์สแกนในช่วงเวลาดังแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 เป็นระยะเวลา 2 ปี และได้ผลตรวจเป็นต่อมไทรอยด์ที่จับสารกัมมันตรังสีไอโอดีนมากกว่าปกติทั้งต่อมร่วมกับมีก้อนที่ไม่จับสารกัมมันตรังสีไอโอดีน (hyperfunctioning gland with cold nodule) ซึ่งอ่านผลโดยแพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์ 1 ท่านที่เป็นผู้รับผิดชอบให้บริการตรวจเองในวันนั้นๆ โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์และมีผลตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัด ข้อมูลที่เก็บรวบรวมประกอบด้วย อายุ เพศ ลักษณะของก้อน ระยะเวลาที่พบก้อน การรักษาก่อนการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ผลพยาธิวิทยา และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และนำเสนอโดยใช้ร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเกรฟส์ที่มีก้อนชนิดโคลด์โนดูลจากการตรวจด้วยไทรอยด์สแกนจำนวน 238 ราย แต่มีเพียง 48 ราย (ร้อยละ 20.2) เท่านั้นที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในจำนวนนี้เป็นเพศหญิง 44 ราย ชาย 4 ราย คิดเป็นสัดส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1 ต่อ 11 มีช่วงอายุระหว่าง 28-63 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.8 ปี

ผู้ป่วย 41 ราย (ร้อยละ 85.4) ตรวจพบก้อนโคลด์โนดูล หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเกรฟส์มากกว่า 6 เดือน ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่ตรวจพบก้อนเท่ากับ 50.7 เดือนหลัง การวินิจฉัยโรคเกรฟส์

ลักษณะของก้อนที่พบจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 83.3) พบเป็นก้อนเดี่ยว มีขนาดตั้งแต่ 1-10 เซนติเมตร เฉลี่ยเท่ากับ 4.28 เซนติเมตร

สาเหตุของการผ่าตัดเป็นเพราะมีความผิดปกติของเซลล์ จากการเจาะดูดก้อนเพื่อตรวจเซลล์วิทยาจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 22.9) เป็นเพราะก้อนมีขนาดโตมากขึ้นจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 6.3) เป็นการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคเกรฟส์จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 6.3) และเป็นจากความต้องการของผู้ป่วยเอง จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 27) ที่เหลือไม่ทราบสาเหตุ ระยะเวลาตั้งแต่ตรวจพบก้อนโคลด์โนดูลจนกระทั่งผ่าตัดมีตั้งแต่ 1-37 เดือน เฉลี่ยเท่ากับ 8.7 เดือน

ผู้ป่วย 29 ราย (ร้อยละ 60.4) ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ออกข้างเดียว (unilateral thyroid lobectomy) อีก 16 ราย (ร้อยละ 33.3) ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด (total thyroidectomy) และมี 3 รายที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกเกือบหมด (subtotal thyroidectomy)

ผลตรวจทางพยาธิวิทยาของก้อนโคลด์โนดูลหลังการผ่าตัดพบเป็นมะเร็ง 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.7 มีค่าความ เชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ 7.5 – 30.2 โดยพบเป็นมะเร็ง ชนิดแพปิลลารี (papillary carcinoma) 5 ราย ชนิดฟอลลิคูลาร์ (follicular carcinoma) 3 ราย ในรายที่พบมีเซลล์ วิทยาผิดปกติตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจำนวน 11 ราย พบเป็นมะเร็ง เพียง 2 ราย

ลักษณะของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งและไม่เป็นมะเร็งแสดงไว้ในตารางที่ 1 ซึ่งพบว่าในกลุ่มที่เป็นมะเร็งระยะเวลาในการตรวจพบก้อนโดยเฉลี่ยจะเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็ง (32.87 เดือน เทียบกับ 54.3 เดือน) ส่วนปัจจัยของเพศ อายุ จำนวน ก้อน และขนาดของก้อนพบว่าไม่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดไทรอยด์ ออกหมด 3 ราย ผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกข้างเดียว 3 ราย และ ผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกเกือบหมด 2 ราย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกข้างเดียว จำนวน 3 ราย หลังจากทราบผลตรวจทางพยาธิวิทยาแล้ว มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อด้วยการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่ เหลือออกหมด (completion thyroidectomy) และได้รับการ รักษาด้วยสารกัมมันตรังสีไอโอดีนหลังผ่าตัดจำนวน 2 ราย ในขณะที่ผู้ป่วยอีก 1 ราย ไม่ได้มีการผ่าตัดอีกครั้ง เพราะถึง ผู้ป่วยรายนี้จะมีก้อนโคลด์โนดูลที่ต่อมไทรอยด์ขนาด 3 เซนติเมตร แต่ผลพยาธิวิทยาพบว่าไม่มีมะเร็งชนิดแพปิลลารี ขนาดเล็กเพียง 2 มิลลิเมตรอยู่ในก้อนดังกล่าว และเมื่อ ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 18 เดือนหลังผ่าตัด ก็ยังไม่พบ ว่าผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งอีก

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออก เกือบหมดจำนวน 2 ราย รายแรกได้รับการรักษาต่อด้วยการ ผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่เหลือออกหมดและได้รับการรักษาด้วย สารกัมมันตรังสีไอโอดีนหลังผ่าตัด เมื่อติดตามผู้ป่วยเป็น ระยะเวลา 14 เดือนหลังผ่าตัดยังไม่พบว่ามีอาการกลับเป็น ซ้ำของมะเร็ง อีกรายหนึ่งไม่ได้รับการผ่าตัดครั้งที่สอง แต่ได้ รักษาด้วยสารกัมมันตรังสีไอโอดีนหลังผ่าตัด 2 เดือน เมื่อ ติดตามผู้ป่วยต่อไปอีก 7 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีการกลับเป็น ซ้ำของมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่คอ จึงได้รับการผ่าตัดเลาะ ต่อมน้ำเหลืองที่คอ (selective neck dissection) ร่วมกับการ รักษาด้วยสารกัมมันตรังสีไอโอดีน

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้แก่ สายเสียงเป็นอัมพาต ข้างเดียว 3 ราย (ร้อยละ 6.3) ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ 2 ราย (ร้อยละ 4.2) และมี 1 รายที่มีทั้งสายเสียงเป็นอัมพาต ข้างเดียวและภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ และมี 4 รายที่ไม่ ทราบว่ามีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหรือไม่

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งและไม่เป็นมะเร็ง

ข้อมูล		มะเร็ง	ไม่ใช่มะเร็ง	รวม
เพศ (ราย)	ชาย	0	4	4
	หญิง	8	36	44
อายุ (ปี)	ช่วงอายุ	28-63	30-63	28-63
	เฉลี่ย	45.25	45.9	45.8
ระยะเวลาที่พบก้อน หลังจากวินิจฉัยโรค เกรฟส์	น้อยกว่า 6 เดือน (ราย)	3	13	16
	มากกว่า 6 เดือน (ราย)	5	27	32
	ช่วงเวลาที่พบ (เดือน)	0-78	0-196	0-196
	ระยะเวลาเฉลี่ย (เดือน)	32.87	54.3	50.73
จำนวนก้อน (ราย)	ก้อนเดียว	6	34	40
	หลายก้อน	2	6	8
ขนาดของก้อน (ซม.)	ช่วงของขนาด	1.5-9	1-10	1-10
	ขนาดเฉลี่ย	4.56	4.23	4.28

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ส่วนใหญ่มักจะมีระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดปกติ มีเพียงร้อยละ 1.9⁹ ของมะเร็งที่พบร่วมกับโรคเกรฟส์ ในขณะที่ผู้ป่วยที่เป็นโรคเกรฟส์มีโอกาสพบมะเร็งร่วมด้วยไม่มากเช่นกันคือพบได้ร้อยละ 1.1¹⁰ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในผู้ป่วยโรคเกรฟส์ที่มีก้อนโคลด์โนดูลที่ต่อมไทรอยด์ร่วมด้วยมีโอกาสพบเป็นมะเร็งมากขึ้น⁵ ซึ่งโอกาสที่จะพบก้อนโคลด์โนดูลในผู้ป่วยโรคเกรฟส์นั้นมีประมาณ ร้อยละ 17 - 28^{2,4} และโอกาสที่ก้อนดังกล่าวจะเป็นมะเร็งมีได้มากถึงร้อยละ 9.3 - 21^{1,2,4} ซึ่งมากกว่าความชุกของมะเร็งที่พบในโรคเกรฟส์ทั้งหมดทั้งที่มีก้อนและไม่ก้อน และยังมากกว่าความชุกของมะเร็งที่พบในก้อนของต่อมไทรอยด์ที่ไม่เป็นโรคเกรฟส์ซึ่งพบได้ร้อยละ 12¹ อีกด้วย ดังนั้นผู้ป่วยโรคเกรฟส์ที่มีก้อนชนิดโคลด์โนดูลร่วมด้วยควรจะต้องระวังเกี่ยวกับโอกาสที่จะพบมะเร็งมากขึ้น

การศึกษานี้ได้ศึกษาหาความชุกของมะเร็งที่พบในโรคเกรฟส์ที่มีก้อนโคลด์โนดูลในโรงพยาบาลศรีนครินทร์พบว่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 16.7 มีค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ 7.5 - 30.2 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆ และมากกว่าความชุกของมะเร็งของก้อนโคลด์โนดูลที่พบในต่อมไทรอยด์ที่ไม่ใช่โรคเกรฟส์ แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 20 เท่านั้นที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์และมีผลตรวจทางพยาธิวิทยา ในขณะที่ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 80 ไม่ได้ผ่าตัดและไม่ทราบผลทางพยาธิวิทยา สำหรับสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัดไม่ได้มีการบันทึกไว้ แต่เชื่อว่าน่าจะเกิดจากผลการเจาะดูเพื่อตรวจเซลล์วิทยาส่วนใหญ่ไม่เป็นมะเร็ง ทำให้แพทย์หรือผู้ป่วยไม่เลือกที่จะรักษาด้วยการผ่าตัด

ผู้ป่วยร้อยละ 85.4 ตรวจพบก้อนโคลด์โนดูลหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคเกรฟส์มากกว่า 6 เดือน หรือ 50.7 เดือนโดยเฉลี่ย ก้อนดังกล่าวอาจจะเกิดขึ้นภายหลังจริงหรืออาจ

เกิดขึ้นก่อนหน้าแต่ไม่สามารถตรวจพบจากการคลำได้ในตอนแรก ซึ่งอาจจะเป็นเนื่องจากต่อมไทรอยด์ที่โตขึ้น แต่เมื่อได้รับการรักษาแล้วทำให้ต่อมไทรอยด์มีขนาดเล็กลงจึงสามารถคลำพบก้อนได้ ซึ่งกรณีนี้การตรวจต่อมไทรอยด์ด้วยอัลตราซาวนด์ตั้งแต่แรกอาจจะช่วยทำให้สามารถตรวจพบก้อนของต่อมไทรอยด์ได้ตั้งแต่แรก

ถึงแม้การศึกษานี้จะไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่จะมีผลต่อความเสี่ยงของการเป็นมะเร็ง แต่พบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งมีระยะเวลาที่ตรวจพบก้อนได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นมะเร็ง โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 32.87 เดือนเทียบกับ 54.3 เดือน ซึ่งผลที่ได้รับช่วยสนับสนุนว่าการตรวจหาว่ามีก้อนในต่อมไทรอยด์หรือไม่ตั้งแต่เนิ่นๆ น่าจะทำให้ทราบถึงการเป็นมะเร็งได้เร็วขึ้น

การทำ FNA ในต่อมไทรอยด์ที่คลำพบก้อนเป็นการตรวจที่มีความไวและความจำเพาะสูง¹¹⁻¹³ และได้รับการยอมรับกันทั่วไปว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการตรวจหามะเร็ง ถึงแม้ในการศึกษานี้จะพบว่าผู้ป่วยจำนวน 11 รายที่ผ่าตัดเพราะผล FNA สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งมีเพียง 2 รายเท่านั้นที่พบว่าเป็นมะเร็งจริง แต่มีการศึกษาพบว่าผลตรวจ FNA ในก้อนที่พบในต่อมไทรอยด์ที่เป็นโรคมะเร็งนั้น มีแนวโน้มที่จะอ่านผลเป็น follicular neoplasm เนื่องจากมีภาวะ hyperplastic tissue ในโรคมะเร็ง¹⁴ จึงอาจทำให้เกิดผลบวกคลวงได้สูง แต่อย่างไรก็ตามการทำ FNA ยังคงเป็นวิธีตรวจที่แนะนำในผู้ป่วยทุกราย

ในรายที่ผล FNA พบเป็นมะเร็งจะต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกหมด (total thyroidectomy) ตามด้วยการรักษาด้วยสารกัมมันตรังสีไอโอดีน แต่ในรายที่ผล FNA ไม่พบมะเร็งการศึกษาส่วนใหญ่ก็ยังแนะนำให้รักษาด้วยการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกหมด^{3,4,10} เช่นกัน ซึ่งการผ่าตัดวิธีนี้นอกจากจะเป็นการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์แล้ว หลายการศึกษาใหม่ๆ ก็สนับสนุนให้ใช้เป็นการรักษาสำหรับโรคมะเร็งแทนการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกเกือบหมด (subtotal thyroidectomy)¹⁵⁻¹⁷ โดยพบว่ามีความแตกต่างหลังการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน และยังไม่พบการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งอีกด้วย ในขณะที่ทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์

เองยังมีแนวทางเกี่ยวกับขอบเขตของการผ่าตัดที่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการตัดสินใจของผู้ป่วยเองที่เลือกที่จะผ่าตัดต่อมไทรอยด์เฉพาะที่มีก้อนออกเพียงข้างเดียวก่อน และหากพบว่าเป็นมะเร็งจึงจะผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่เหลือออก และเลือกที่จะรักษาโรคมะเร็งด้วยยาหรือการรักษาด้วยสารกัมมันตรังสีไอโอดีน มะเร็งที่พบส่วนใหญ่เป็นชนิดแพพิลลารี (papillary carcinoma) ซึ่งเหมือนๆ กับที่พบในก้อนโคลด์โนดูลที่ไม่ใช่โรคมะเร็งและในการศึกษาอื่นๆ^{3,4,10}

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่ามะเร็งต่อมไทรอยด์ที่พบในโรคมะเร็งมีความรุนแรงมากกว่าที่พบในผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคมะเร็ง โดยพบว่ามะเร็งที่พบในโรคมะเร็งมีลักษณะของการมีรอยโรคหลายจุด (multifoci) มีการลุกลามเฉพาะที่ (local invasion) และมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นๆ ได้มากกว่า⁶ และยังพบว่ามีการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งและมีอัตราการตายสูงกว่า⁷ อีกด้วย สาเหตุของปรากฏการณ์นี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด เนื่องจากระดับ TSH ที่เชื่อว่าเป็นปัจจัยกระตุ้นการเกิดมะเร็งต่อมไทรอยด์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งมักจะอยู่ในระดับต่ำเนื่องจากปฏิกิริยาย้อนกลับจากการที่มีระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดสูง น่าจะส่งผลดีกับการยับยั้งการเกิดมะเร็ง ไม่น่าจะทำให้มะเร็งที่พบในโรคมะเร็งมีความรุนแรง แต่มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง 12 ใน 13 รายมีระดับของ thyroid-stimulating antibodies ในเลือดสูงกว่าปกติในขณะที่ไม่พบแอนติบอดีตัวนี้ในผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง จึงเชื่อว่า thyroid-stimulating antibodies น่าจะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดความรุนแรงของมะเร็งไทรอยด์^{6,8}

ความชุกที่ได้จากการศึกษาเป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและมีผลพยาธิวิทยาสามารถบอกได้ว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ดังนั้นความชุกที่ได้จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีก้อนชนิดโคลด์โนดูลได้ทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามหากก้อนที่พบเป็นมะเร็งก็น่าจะสามารถตรวจพบได้ในเวลาต่อมา ซึ่งการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวจะมีประโยชน์และจำเป็นมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้

สรุป

ความชุกของมะเร็งในผู้ป่วยโรคเกรฟส์ที่มีก้อนชนิดโคลด์โนดูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เท่ากับร้อยละ 16.7 มีค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ 7.5 – 30.2 แต่อย่างไรก็ตามค่าความชุกที่ได้จากการศึกษานี้ไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนได้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) ไม่ได้รับการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

- Livadas D, Psarras A, Koutras DA. Malignant cold thyroid nodules in hyperthyroidism. *Br J Surg* 1976;63:726-8.
- Kraimps JL, Bouin-Pineau MH, Mathonnet M, De Calan L, Roncerav J, Visset J, et al. Multicentre study of thyroid nodules in patients with Graves' disease. *Br J Surg* 2000;87:1111-3.
- Mishra A, Mishra SK. Thyroid nodules in Graves' disease: implications in an endemically iodine deficient area. *J Postgrad Med* 2001;47:244-7.
- Lamata Hernandez F, Sanchez Beoriequi J, Artigas Marco MC, Gonzalez Gonzalez M, Martinez Diez M. Graves' disease with associated thyroid nodules (nodular Graves' disease). Clinical, diagnostic and therapeutic considerations. *An Med Interna* 2003;20:403-9.
- SenYurek Giles Y, Tunca F, Boztepe H, Kapran Y, Terzioglu T, Tezelman S. The risk factors for malignancy in surgically treated patients for Graves' disease, toxic multinodular goiter, and toxic adenoma. *Surgery* 2008;144:1028-36.
- Belfiore A, Garofalo MR, Giuffrida D, Runello F, Filetti S, Fiumara A, et al. Increased aggressiveness of thyroid cancer in patients with Graves' disease. *J Clin Endocrinol Metab* 1990;70:830-5.
- Pellegriti G, Belfiore A, Giuffrida D, Lupo L, Vigneri R. Outcome of differentiated thyroid cancer in Graves' patients. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83:2805-9.
- Stocker DJ, Burch HB. Thyroid cancer yield in patients with Graves' disease. *Minerva Endocrinol* 2003;28:205-12.
- Pazaitou-Panayiotou K, Perros P, Boudina M, Siardos G, Drimonitis A, Patakiouta F. Mortality from thyroid cancer in patients with hyperthyroidism: the Theagenion Cancer Hospital experience. *Eur J Endocrinol* 2008;159:799-803.
- Mssrouri R, Benamr S, Essadel A, Mdaghri J, Mohamadine el H, Lahlou MK, et al. Thyroid cancer in patients with Graves' Disease. *J Chir (Paris)* 2008;145:244-6.
- Goellner JR, Gharib H, Grant CS, Johnson DA. Fine needle aspiration cytology of the thyroid, 1980 to 1986. *Acta Cytol* 1987;31:587-90.
- Gharib H, Goellner JR. Fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules. *Endocr Pract* 1995;1:410-7.
- Castro MR, Gharib H. Thyroid fine-needle aspiration biopsy: progress, practice, and pitfalls. *Endocr Pract* 2003;9:129-36.
- Carnell NE, Valente WA. Thyroid nodules in Graves' disease: classification, characterization, and response to treatment. *Thyroid* 1998;8:571-6.
- Koyuncu A, Aydin C, Topcu O, Gokce ON, Elagoz S, Dokmetas HS. Could total thyroidectomy become the standard treatment for Graves' disease? *Surg Today* 2010;40:22-5.
- Feliciano DV, Lyons JD. Thyroidectomy is optimal treatment for Graves' disease. *J Am Coll Surg* 2011;212:714-20.
- Liu J, Bargren A, Schaefer S, Chen H, Sippel RS. Total thyroidectomy: a safe and effective treatment for Graves' disease. *J Surg Res* 2011;168:1-4.