

เนื้องอกของต่อมไทรอยด์

Thyroid Nodule

รุ่งนภา ลออชนกุล, พ.บ.*

Thyroid nodule ทั้ง solitary nodule และ multinodular goiter เป็นภาวะที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป โดยความชุกของภาวะนี้ขึ้นกับภาวะพร่องของไอโอดีนในแต่ละพื้นที่และวิธีการตรวจ ภาวะนี้พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การศึกษาในประเทศที่ประชาชนได้รับไอโอดีนเพียงพอพบว่าความชุกของ thyroid nodule ที่ตรวจได้จากกรคล้ำต่อมไทรอยด์ในผู้หญิงพบได้ประมาณร้อยละ 5.0 และในผู้ชายพบได้ร้อยละ 1.0^(1, 2) การตรวจต่อมไทรอยด์ด้วยการอัลตราซาวด์พบ thyroid nodule ได้ร้อยละ 19.0-67.0 โดยพบมากขึ้นในผู้หญิงและผู้สูงอายุ⁽³⁾ โอกาสการเกิดมะเร็งของ thyroid nodule โดยทั่วไปพบได้ประมาณร้อยละ 5.0-15.0 ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ, เพศ, ประวัติการสัมผัสสารฉายแสงและประวัติครอบครัว เป็นต้น^(4, 5)

ปัจจัยที่ทำให้เกิด thyroid nodule มีความสัมพันธ์กับพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางพันธุกรรมบางส่วนเกี่ยวกับ oncogene และ tumor suppressor gene

ส่วนปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมได้แก่ การสูบบุหรี่หรือการติดเชื้อยาและ goitrogen เป็นต้น นอกจากนี้ thyroid-stimulating hormone (TSH) ที่สูงและภาวะพร่องไอโอดีน เชื่อว่ามีผลต่อการโตของต่อมไทรอยด์และการเกิด thyroid nodule⁽⁶⁾

ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจตรวจพบก้อน thyroid nodule ได้ด้วยตัวเองโดยไม่มีอาการ ผู้ป่วยบางคนที่มี thyroid nodule ขนาดใหญ่ทำให้เกิดอาการจากก้อนกดเบียดหลอดลมและหลอดอาหาร ทำให้มีอาการหายใจลำบาก (inspiratory stridor), กลืนลำบากและสำลักได้หากก้อนนั้นกดเบียด recurrent laryngeal nerve ทำให้เสียงแหบได้ บางครั้ง thyroid nodule มีเลือดออกในก้อนทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บที่ก้อนทันทีและมีอาการจากการที่ก้อนนั้นกดเบียดทันทีได้⁽⁶⁾

ปัจจุบันผู้ป่วยที่มี thyroid nodule อาจมาพบแพทย์เนื่องจากตรวจพบได้โดยบังเอิญจากการตรวจในภาวะอื่น ๆ อาจเรียกก้อนนั้นว่า “incidentaloma” ซึ่ง thyroid nodule เหล่านี้อาจมีขนาดเล็กและคล้ำก้อนได้ยากหรือ

ไม่ได้การประเมิน thyroid nodule โดยทั่วไปนั้นเพื่อแยกว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งไทรอยด์หรือไม่ โดยอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย, การอัลตราซาวด์ต่อมไทรอยด์และการตรวจโดย fine-needle aspiration (FNA)

การตรวจร่างกายในผู้ป่วย thyroid nodule ควรตรวจลักษณะของก้อนที่ไทรอยด์นั้น รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง และตรวจว่า thyroid nodule นั้นมีการกดเบียดอวัยวะข้างเคียงหรือไม่ ในผู้ป่วยที่สงสัยว่า thyroid nodule อยู่บริเวณ retrosternal area หรือไม่อาจตรวจด้วยวิธี Pemberton's maneuver โดยให้ผู้ป่วยยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะหากมีก้อนที่ retrosternal area จะทำให้มี venous engorgement ที่บริเวณใบหน้าของผู้ป่วยและเกิด respiratory distress ได้⁽⁶⁾

การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยทั่วไปแนะนำให้เจาะเลือดตรวจ TSH เพื่อดูการทำงานของต่อมไทรอยด์ หากพบว่า TSH ต่ำกว่าปกติ ควรส่งตรวจ thyroid scan เพิ่มเติม หากพบว่าเป็น hyperfunctioning nodule จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่ำจึงไม่จำเป็นต้องตรวจ FNA และควรพิจารณาให้การรักษาแบบ toxic adenoma หรือ toxic multinodular goiter ต่อไป หากผล TSH ปกติหรือสูง และ thyroid nodule มีขนาดมากกว่า 1 เซนติเมตร หรือ ขนาดน้อยกว่า 1 เซนติเมตรร่วมกับมีประวัติตรวจร่างกายหรือลักษณะอัลตราซาวด์ว่ามีความเสี่ยงต่อมะเร็งไทรอยด์ควรได้รับการตรวจด้วย FNA

แนวทางการประเมิน thyroid nodule ของสมาคม American Thyroid Association⁽⁷⁾ ได้แนะนำให้ตรวจอัลตราซาวด์ลักษณะของ thyroid nodule ทุกราย เพื่อประเมินลักษณะของ thyroid nodule ที่คลำได้ รวมทั้งพิจารณาจากลักษณะของ thyroid nodule นั้นว่ามีความเสี่ยงของมะเร็งไทรอยด์หรือไม่ และวัดขนาดของ thyroid nodule เพื่อใช้ติดตามโรค

โดยทั่วไปการทำ FNA นั้น หากคลำ thyroid nodule นั้นได้ชัดเจน สามารถทำได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้การอัลตราซาวด์นำทาง แต่หาก thyroid nodule นั้นคลำได้ยาก, ก้อนเป็นถุงน้ำหรือก้อนอยู่ตำแหน่ง posterior lobe แนะนำให้ทำ FNA โดยใช้อัลตราซาวด์นำทาง

หากลักษณะอัลตราซาวด์เป็น mixed cystic-solid nodule แนะนำให้ FNA บริเวณ solid part เพื่อตรวจทางเซลล์วิทยา (cytology) กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการจากก้อนที่กดเบียดสามารถระบายน้ำ (cyst drainage) ร่วมด้วยได้

ผู้ป่วย thyroid nodule หรือ incidentaloma ที่มีขนาดก้อนน้อยกว่า 1 เซนติเมตร ไม่จำเป็นต้องทำ FNA ยกเว้นในรายที่มีประวัติตรวจร่างกายหรือลักษณะอัลตราซาวด์ที่เสี่ยงต่อมะเร็งไทรอยด์แนะนำให้ทำอัลตราซาวด์ร่วมกับ FNA

ผู้ป่วยที่เป็น multinodular goiter มีความเสี่ยงต่อมะเร็งไทรอยด์ไม่ต่างจาก solitary thyroid nodule โดยแต่ละ nodule นั้นมีความเสี่ยงต่อมะเร็งไทรอยด์ไม่ขึ้นต่อ

ตารางที่ 1 ประวัติและตรวจร่างกายที่เสี่ยงต่อโรคมะเร็งไทรอยด์⁽⁶⁾

ประวัติ	ตรวจร่างกาย
อายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 60 ปี	Firm และ irregular consistency
เพศชาย	ก้อนติดยึด (fix) กับอวัยวะข้างเคียง
มีประวัติการฉายแสงบริเวณศีรษะและคอตั้งแต่เด็ก	Vocal cord paralysis
ก้อนโตเร็ว	ต่อมน้ำเหลืองโต
มีประวัติเสียงแหบ, หายใจไม่สะดวก หรือ กลืนลำบาก	
มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งไทรอยด์หรือ multiple endocrine neoplasia type 2	

ตารางที่ 2 ลักษณะทางอัลตราซาวด์ที่บ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งไทรอยด์⁽⁷⁾

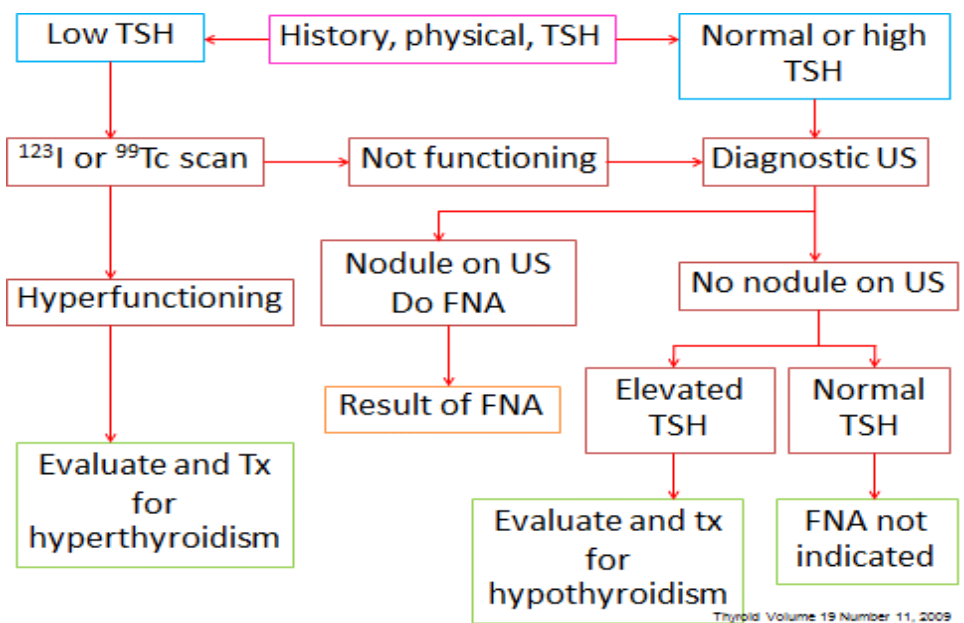
Microcalcifications
Hypoechoic
Increase nodular vascularity
Infiltrative margins
Taller than wide on transverse view

กัน ดังนั้นจึงแนะนำให้ประเมิน thyroid nodule ทุก ๆ ก้อน โดยสมาคม American Thyroid Association⁽⁷⁾ แนะนำให้ดูลักษณะอัลตราซาวด์ท่าก่อนใดที่มีความเสี่ยงของมะเร็งไทรอยด์ และเลือกทำ FNA ก้อนนั้น ๆ แต่หากก้อนเหล่านั้น ไม่มีลักษณะที่เสี่ยงของมะเร็งไทรอยด์ แนะนำให้ทำ FNA เฉพาะก้อนที่ใหญ่สุด ในประเทศไทยยังไม่มีคำแนะนำที่ชัดเจนสำหรับเรื่องนี้ แพทย์อาจพิจารณาทำ thyroid scan เพื่อดูก้อนที่เป็น cold nodule และทำ FNA ก้อนนั้น ๆ

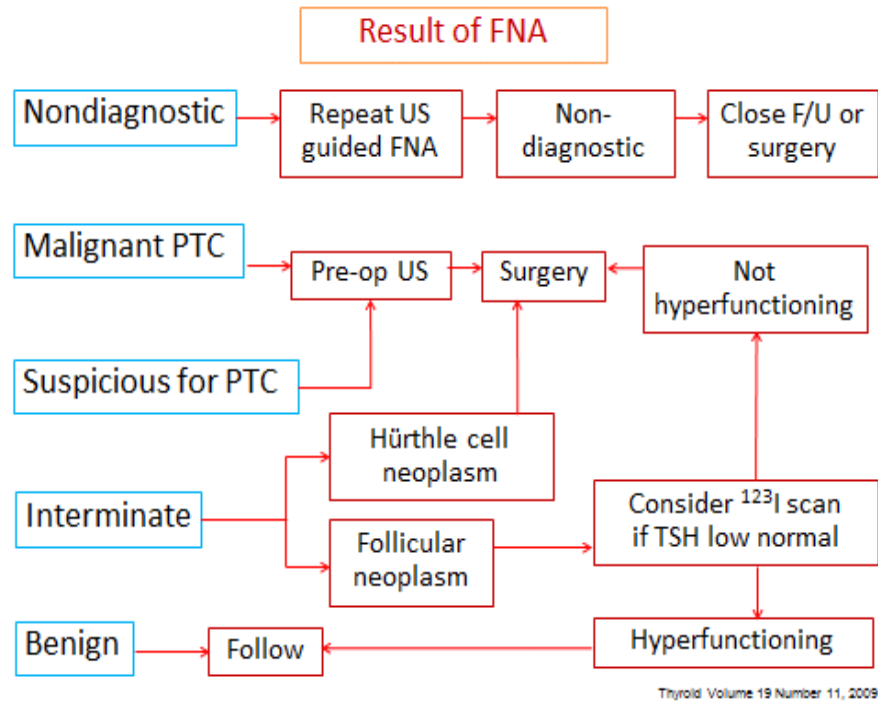
ผลของการตรวจเซลล์วิทยาของ FNA สามารถแบ่งเป็น 5 กลุ่มได้แก่ non-diagnostic, malignant papillary

thyroid cancer, suspicious for papillary thyroid cancer, indeterminate และ benign หากผลเซลล์วิทยาเป็น non-diagnostic ควรตรวจซ้ำโดยอัลตราซาวด์ร่วมกับ FNA หากผลเป็น malignant papillary thyroid cancer หรือ suspicious for papillary thyroid cancer แนะนำให้ผ่าตัดในกรณีที่ผลเซลล์วิทยาเป็น follicular neoplasm และ Hürthle cell neoplasm จัดอยู่ในกลุ่ม indeterminate แนะนำผ่าตัดเช่นกันเนื่องจากผลเซลล์วิทยาไม่สามารถแยกมะเร็งไทรอยด์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ โดยการผ่าตัดอาจเป็น lobectomy หรือ total thyroidectomy พิจารณาจากขนาดก้อนและประวัติเสี่ยงต่อมะเร็งไทรอยด์⁽⁷⁾

หากผลเซลล์วิทยาเป็น benign นั้นมีโอกาสเป็นผลลบลงได้ประมาณร้อยละ 5.0 โดยเฉพาะก้อนที่ใหญ่มากกว่า 4 เซนติเมตร การติดตามผู้ป่วยนั้นสามารถติดตามโดยการคลำ thyroid nodule เพื่อดูขนาดและลักษณะของก้อน แต่มีข้อจำกัดในแง่ของความแม่นยำในการตรวจ สมาคม American Thyroid Association⁽⁷⁾ แนะนำให้อัลตราซาวด์ติดตามคุณลักษณะและขนาดของ thyroid nodule ประมาณ 6-18 เดือนหลังจากการ FNA



รูปที่ 1 แนวทางการวินิจฉัย thyroid nodule⁽⁷⁾

รูปที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาตามผลเซลล์วิทยา⁽⁷⁾

หากอัลตราซาวด์วัดขนาดปริมาตรเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 50.0 หรือมิติของความกว้างความยาวหรือความหนาของก้อนนั้นเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 20.0 ใน 2 มิติขึ้นไปในส่วนของ solid nodule หรือ solid part ของ mix cystic-solid nodule สามารถติดตามต่อไปด้วยการคลำหรือการอัลตราซาวด์ซ้ำอีก 3-5 ปีต่อมา ประเทศไทยยังไม่มีคำแนะนำที่ชัดเจน แพทย์อาจพิจารณาดูติดตามผู้ป่วยที่ผลเซลล์วิทยาเป็น benign ทุก 6-12 เดือนเพื่อติดตามอาการและตรวจติดตาม thyroid nodule นั้น ๆ หาก thyroid nodule นั้นมีขนาดโตขึ้นเร็ว ลักษณะแข็ง หรือมีลักษณะที่สงสัยมะเร็งไทรอยด์ก็พิจารณาตรวจ FNA ซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Tunbridge WM, Evered DC, Hall R, Appleton D, Brewis M, Clark F, et al. The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickham survey. Clin Endocrinol (Oxf) 1977; 7: 481-93.
2. Vander JB, Gaston EA, Dawber TR. The significance of nontoxic thyroid nodules. Final report of a 15-year study of the incidence of thyroid malignancy. Ann Intern Med 1968; 69: 537-40.
3. Tan GH, Gharib H. Thyroid incidentalomas: management approaches to nonpalpable nodules discovered incidentally on thyroid imaging. Ann Intern Med 1997; 126: 226-31.
4. Hegedus L. Clinical practice. The thyroid nodule. N Engl J Med 2004; 351: 1764-71.
5. Mandel SJ. A 64-year-old woman with a thyroid nodule. JAMA 2004; 292: 2632-42.
6. Martin Jean Schlumberger SF, Ian D Hay. Nontoxic diffuse and Nodular goiter and Thyroid neoplasia. Henry M. Kronenberg SM, Kenneth S. Polonsky, P. Reed Larsen, editor. Williams Textbook of Endocrinology. 11th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008.
7. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid 2009; 19: 1167-214.