

วิเคราะห์ผลการรักษามะเร็งต่อมธัยรอยด์

ทวีป นพรัตน์*
สมนึก จิระเศรษฐ์**
อดิเรก ณ ถลาง**

วิเคราะห์ผลการรักษามะเร็งต่อมธัยรอยด์ 140 ราย พบว่าอายุที่พบมากที่สุดระหว่าง 51-60 ปี อัตราส่วนเพศหญิง : เพศชายเท่ากับ 3 : 1 พยาธิสภาพที่พบมากที่สุดคือ Papillary adenocarcinoma พบร้อยละ 42 การรักษาเป็นการรักษาร่วมกันระหว่างศัลยกรรมกับรังสีรักษา ติดตามผลการรักษาได้เพียงร้อยละ 38.6 ซึ่งอุปสรรคคือในประเทศไทยยังไม่มีระบบแพทย์ประจำครอบครัว และผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา

มะเร็งต่อมธัยรอยด์พบประมาณร้อยละ 1 ของมะเร็งอวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย^{1, 12, 20} การรักษาส່วนมากเป็นการรักษาร่วมกันระหว่างศัลยกรรมกับรังสีรักษา^{1, 12} ในปีค.ศ. 1945 มีการเริ่มใช้สารกัมมันตภาพรังสีไอโอดีน (I^{131}) ในการรักษามะเร็งต่อมธัยรอยด์^{13, 16, 17} แต่ผลการรักษาเป็นเพียงเพื่อระงับอาการบางอย่างเท่านั้นและไม่สามารถใช้สารดังกล่าวรักษาโรคให้หายขาดได้¹⁸ ทั้งนี้เนื่องจากผลการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆได้แก่

1. เซลล์มะเร็งสามารถจับปริมาณสารกัมมันตภาพรังสีไอโอดีนไว้ได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งพบว่าเพียงร้อยละ 10 ของเซลล์มะเร็งเท่านั้นที่สามารถจับสารดังกล่าวไว้ได้ในปริมาณเพียงพอที่จะให้การรักษาได้

2. เซลล์มะเร็งที่สามารถจับสารกัมมันตภาพรังสีไอโอดีนนั้นจะถูกทำลายด้วยรังสียากหรือง่ายเพียงใด ซึ่งพบว่าเซลล์มะเร็งที่จับสารดังกล่าวในปริมาณมากจะถูกทำลายด้วยรังสีได้น้อย เพราะเป็นมะเร็งที่เซลล์เจริญเติบโตเหมือนกับเซลล์ต่อมธัยรอยด์ปกติ

3. การให้สารกัมมันตภาพรังสีในปริมาณมาก ยังมีผลทำให้เซลล์ของอวัยวะต่างๆถูกทำลายด้วย เช่น ไชกระดูกเป็นต้น จึงทำให้การใช้สารกัมมันตภาพรังสีไอโอดีนในการรักษาอยู่ในขอบเขตจำกัด

วัสดุและวิธีการ

ทำการรวบรวมผู้ป่วยมะเร็งต่อมธัยรอยด์ ซึ่งได้รับการรักษาจากแผนกรังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่าง พ.ศ.

* แผนกรังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** แผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2501—2507 จำนวนทั้งหมด 140 ราย สำหรับอายุน้อยที่สุดคือ 7 ปี และมากที่สุด 86 ปี ส่วนการกระจายของอายุต่างๆ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงการกระจายอายุของผู้ป่วยมะเร็งต่อมธัยรอยด์

อายุ (ปี)	จำนวน (ราย)
0-10	2
11-20	3
21-30	21
31-40	21
41-50	26
51-60	38
61-70	20
71-80	6
81-90	3

สำหรับเพศ พบในผู้ป่วยหญิง 106 ราย และผู้ป่วยชาย 34 ราย คิดเป็นอัตราส่วนหญิง : ชาย เท่ากับ 3 : 1 คล้ายกับโรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ซึ่งพบอัตราส่วนหญิง : ชาย เท่ากับ 3.42 : 1 ซึ่งจะเห็นว่าโรคต่อมธัยรอยด์พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คล้ายคลึงกับรายงานในวารสารต่างๆ^{4, 5, 23}

พยาธิสภาพมะเร็งต่อมธัยรอยด์

โดยอาศัยรายงานของพยาธิแพทย์ สามารถแบ่งพยาธิสภาพเพื่อให้เหมาะสมในการวางแผนการรักษาออกเป็น 6 ชนิดคือ

1. Papillary adenocarcinoma
2. Follicular adenocarcinoma
3. Mixed cell type

4. Anaplastic cell carcinoma

5. Medullary carcinoma

6. Squamous cell carcinoma

พวกที่จัดอยู่ใน anaplastic cell carcinoma ได้แก่พวก poorly differentiated, undifferentiated, spindle cell, small cell และ giant cell การกระจายของพยาธิสภาพ แสดงในตารางที่ 2 ซึ่งคล้ายคลึงกับรายงานในวารสารต่างๆ^{4, 5, 9, 23}

ตารางที่ 2

แสดงการกระจายของพยาธิสภาพมะเร็งต่อมธัยรอยด์

พยาธิสภาพ	จำนวน (ราย)	อัตราร้อยละ
1. Papillary adenocarcinoma	59	42
2. Follicular adenocarcinoma	31	22
3. Mixed cell type	13	9.5
4. Anaplastic cell carcinoma	31	22
5. Medullary carcinoma	2	1.5
6. Squamous cell carcinoma	4	3

การรักษา

เป็นการรักษาร่วมกันระหว่างศัลยกรรมกับรังสีรักษา

1. การรักษาทางศัลยกรรม^{13, 19, 21} ปัญหาที่สำคัญของการผ่าตัดคือควรตัดเนื้อต่อมธัยรอยด์ออกมากเพียงใด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้ผลพยาธิสภาพของเซลล์มะเร็งแต่ละชนิดเป็นหลักในการวางแผนการผ่าตัด

2. การรักษาทางรังสีรักษา²

ผู้ป่วยส่วนมากได้รับการผ่าตัดชนิดต่างๆ มาแล้ว ซึ่งขึ้นอยู่กับศัลยแพทย์แต่ละคนและการ

วินิจฉัยโรคเบื้องต้น ในบางรายที่การวินิจฉัย เป็น anaplastic cell carcinoma หรือมีการ กระจายลูกกลมไปมากแล้ว ศัลยแพทย์อาจทำ เพียงตัดชิ้นเนื้อบางส่วนเพื่อไปตรวจทางพยาธิ วิทยาเท่านั้น

การวางแผนการรักษาประกอบด้วยการรักษา 3 วิธี คือ²¹

2.1 External radiation โดยใช้เครื่อง Cobalt 60 Teletherapy

2.2 Internal radiation โดยการให้รับ ประทานสารกัมมันตภาพรังสีไอโอดีน

2.3 การรักษาด้วยฮอร์โมน คือ ให้ธัยรอยด์ ฮอร์โมน

ส่วนมากการรักษามักจะทำร่วมกันทั้ง 3 วิธี แต่ในบางรายอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือเพียง 2 วิธี ก็ได้ ซึ่งก็อาศัยผลพยาธิสภาพของมะเร็งแต่ละ ชนิดดังนี้

Papillary adenocarcinoma

ศัลยแพทย์มีความเห็นแตกต่างกันในการทำ ผ่าตัด คือกลุ่มที่มีความเห็นว่าการทำ radical surgery^{6, 8, 15} กับกลุ่มที่มีความเห็นว่าการทำ radical surgery ไม่ทำให้อัตรการมีชีวิตอยู่ของ ผู้ป่วยนานกว่าการผ่าตัดเฉพาะข้างที่เป็นมะเร็ง โดยจะคงเหลืออีกข้างตรงข้ามไว้หรือไม่ก็ตาม¹¹

ในปี ค.ศ. 1974 Crile³ รายงานเพิ่มเติม และเสนอความเห็นว่าการผ่าตัดชนิดนี้ควรทำการผ่าตัดชนิด conservative โดยพิจารณาดังนี้

1. ถ้ามะเร็งไม่ลุกลามออกมานอกต่อมธัย รอยด์ โดยอาศัยการตรวจอย่างละเอียดและตัดชิ้น เนื้อต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกันดูแล้ว ควรทำ total lobectomy ของข้างที่เป็นและทำ subtotal thy- roidectomy ของข้างตรงข้ามโดยเหลือเนื้อต่อม บริเวณเปลือกหุ้มด้าน หลังไว้ประมาณร้อยละ 25 เพราะพบว่าจากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ร้อย ละ 85 จะมีเซลล์มะเร็งลุกลามไปยังข้างตรงข้าม โดยคล้ำไม่พบก้อนผิดปกติเลย

ในผู้ป่วยเด็กหรือสตรีอายุน้อยกว่า 40 ปี อาจ เหลือเนื้อต่อมธัยรอยด์ไว้มากขึ้น เพราะโอกาสการ กลับเป็นอีกของมะเร็งบริเวณเดิมไม่ค่อยพบ โดยเฉพาะเมื่อได้ให้ธัยรอยด์ฮอร์โมนในปริมาณ sup- pressive dose หลังผ่าตัด อัตราการกลับเป็นอีก ของมะเร็งจะยิ่งลดลง ในบางรายงานไม่พบเลย

2. ถ้ามะเร็งลุกลามออกไปนอกต่อมธัยรอยด์ โดยเฉพาะกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกัน ควรทำการผ่าตัดชนิด radical หรือ modified radical neck ร่วมกับ total lobectomy ของข้าง ที่เป็น และเกือบ total lobectomy ของข้าง ตรงข้าม ส่วนต่อมน้ำเหลืองด้าน หลังก็เลาะออก ธรรมดา

การให้ธัยรอยด์ฮอร์โมนหลังการผ่าตัดจะลด อัตราการกลับเป็นอีกของมะเร็งได้มาก

3. ถ้าในก้อนมะเร็งมีลักษณะ follicular รวมอยู่ด้วยกันและไม่มีความชัดเจนเป็น ชนิด undifferentiated ก็ให้การ รักษาเช่นเดียวกัน

การพยากรณ์โรคก็คล้ายคลึงกับชนิด papillary อย่างเดียว

4. ถ้าพบมีบริเวณที่เซลล์เป็นชนิด undifferentiated โดยเฉพาะผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี ต้องทำ total thyroidectomy เพราะมักจะมี ความรุนแรงมาก

หลังการผ่าตัด ถ้าตัดต่อมธัยรอยด์ออกทั้งหมด ก็ให้ธัยรอยด์ฮอร์โมนและติดตามผู้ป่วย ส่วนใน รายที่ไม่สามารถตัดเนื้อมะเร็งออกได้หมด เนื่อง จากมีการกระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียงอาจให้ external radiation ในบางรายแม้ว่าเซลล์มะเร็ง ชนิดนี้จะไม่ใช่เซลล์ที่ไวต่อรังสีรักษาก็ตาม

ให้สารกัมมันตภาพรังสีไอโอดีนในบางรายที่ มีการกระจาย และพบว่าอวัยวะที่มีการลุกลาม สามารถจับสารไอโอดีน ซึ่งเห็นได้จากการทำ สแกนบริเวณนั้น หรือในรายที่ต้องการใช้สาร ดังกล่าวทำลายเนื้อต่อมปกติ

Follicular adenocarcinoma

มะเร็งชนิดนี้พบน้อย ลักษณะมีเยื่อหุ้มโดย รอบและพบใน lobe เดียว การผ่าตัดควรทำ total lobectomy ของข้างที่เป็นร่วมกับส่วน isthmus

ภายหลังผ่าตัดก็ให้ external radiation และธัยรอยด์ฮอร์โมนทุกราย เพราะมะเร็งชนิดนี้ เป็นชนิดที่มีจุดกำเนิดหลายแห่ง และเป็นกรายาก ที่จะผ่าตัดเอาเนื้อต่อมธัยรอยด์ออกได้ทั้งหมดจริงๆ นอกจากนั้นยังเป็นมะเร็งชนิดที่ไวต่อรังสีรักษา

ส่วนสารกัมมันตภาพรังสีไอโอดีน จะให้ใน รายที่มีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ สามารถจับ สารไอโอดีนซึ่งเห็นได้จากการทำสแกนของส่วน นั้น ๆ

Mixed cell type

ให้การรักษาเหมือน follicular adenocarcinoma

Anaplastic cell carcinoma

มะเร็งชนิดนี้เซลล์เจริญรวดเร็วมากจะลุกลาม ติดกับอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญบริเวณคอ ทำให้การ ผ่าตัดไม่สามารถเอามะเร็งออกได้ทั้งหมด แต่ หลักก็ควรตัดเนื้อต่อมธัยรอยด์ออกทั้งหมดถ้าทำได้ ส่วนมากผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะเวลาที่มีการกระจาย ลุกลามไปมาก การรักษาก็ให้ external radiation ซึ่งเป็นเพียงการรักษาแบบประคับประคอง เท่านั้น

Medullary (และ Squamous cell carcinoma

การผ่าตัดควรตัดเนื้อต่อมธัยรอยด์ออกทั้งหมด ร่วมกับ radical neck resection ของต่อมน้ำ เหลืองข้างเดียวกัน แต่ถ้าวินิจฉัยไม่ได้ให้ พยายามเอาเนื้อต่อมธัยรอยด์ออกให้มากที่สุด ทั้งนี้ เพื่อรักษา secondary effect ของ thyrocalcitonin ซึ่งมีผลต่อระบบทางเดินอาหารระบบหัวใจ และระบบการไหลเวียนของโลหิต

หลังจากนั้นก็ให้ external radiation และ ตามด้วยธัยรอยด์ฮอร์โมน

ตารางที่ 3 แสดงผลการรักษาและติดตามผู้ป่วย

ระยะเวลาที่ติดตามและผู้ป่วยยังมีชีวิต (ปี)	ชนิดของมะเร็งแบ่งตามพยาธิสภาพ					จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	
	Papillary adenocarcinoma (ราย)	Follicular adenocarcinoma (ราย)	Mixed cell type (ราย)	Anaplastic cell carcinoma (ราย)	Medullary carcinoma (ราย)	ราย	ร้อยละ
เริ่มการรักษา	25	12	5	11	1	54	100
3	24	11	5	2	1	43	80
5	23	8	3	2	1	37	68
10	13	4	3	—	1	21	39
15	2	—	—	—	—	2	37
20	1	—	—	—	—	1	18

ผลการรักษา

เป็นการยากที่จะติดตามผลการรักษาให้ได้แน่นอน เพราะผู้ป่วยขาดความสนใจและความร่วมมือในการกลับมาตรวจตามแพทย์สั่ง ซึ่งอาจเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆรวมทั้งยังไม่มีระบบแพทย์ประจำครอบครัวที่จะรายงานผลการรักษาการเปลี่ยนแปลงตลอดถึงผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมกลับมาให้แพทย์ผู้รักษาทราบ

ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 140 ราย สามารถติดตามผลการรักษาได้เพียง 54 ราย หรือร้อยละ 38.6 ราย ที่ติดตามผลการรักษาได้นานที่สุด 1 ราย คือผู้ป่วยเป็น papillary adenocarcinoma มาตรวจสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 20 ปี และไม่มีอาการแสดงว่ามะเร็งจะกลับเป็นอีก แต่ผลการรักษาอยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานของผู้อื่น^{8, 11}

ผลการรักษาผู้ป่วย 54 ราย เมื่อแบ่งตาม

พยาธิสภาพจะได้ผลดังตารางที่ 3

เอกสารอ้างอิง

1. Ackerman LV, Del Regato JA : Cancer. Saint Louis, C.V. Mosby, 1962 pp. 512-532
2. Carling ER, Windeyer BW, Smithers DW: British practice in radiotherapy. London, Butterworth & Co, 1955 pp. 373-381
3. Crile G Jr: Changing and results in patients with papillary carcinoma of the thyroid. Surg Gynecol Obstet 132:460-8, 71
4. Crocker DW : Thyroid carcinoma. Surgery 73:671-6, 73
5. Fierro-Benitez R : Thyroid cancer. Acta Endocrinol Suppl 179:86-7, 73
6. Frazell EL, Duffy BJ Jr : Invasive papillary cancer of the thyroid. J Clin Endocrinol Metab 14:1362-6, 54
7. Hill CS, Ibanez ML, Sampan NA, et al : Medullary (solid) carcinoma of the thyroid gland. Medicine 52:141-71, 73
8. Hirabayashi RN, Lindsay S : Carcinoma of the thyroid gland: a statistical study of 390 patients. J Clin Endocrinol Metab 21:1596-610, 61
9. Kukreti SC, Prabhune PV, Upadhyaya GH, et al : Primary squamous cell carcinoma of the thyroid gland. J Indian Med Assoc 58:287-8, 72

10. Lovell SH : Carcinoma of the thyroid. *Med J Aust* 1:211, 71
11. Medina RG, Elliott DW : Thyroid carcinoma; an analysis of 130 cases. *Arch Surg* 97:239-53, 68
12. Murphy WT : Radiation therapy. Philadelphia, W.B. Saunders, 1959 pp. 402-423
13. Pochin EE : Radioiodine treatment of thyroid cancer in therapeutic uses of artificial isotopes edited by P.F. Hahn. New York, John Wiley & Sons, 1956 pp. 188-221
14. Schwatz SI, Lillehei RC, Shires GT : Principles of surgery. 2nd ed. New York, McGraw-Hill, 1974 pp. 1450-1456
15. Sedgwick CE, Komvolinka CW : Management of carcinoma of the thyroid. *Surg Clin N Am* 47:607-12, 67
16. Seidlin SM, Marinelli LD, Oshry E : Radioactive iodine therapy; effect on functioning metastasis of adenocarcinoma of the thyroid. *JAMA* 132:838-47, 46
17. Sheline GE, Miller ER : Evaluation of radioiodine treatment of carcinoma of the thyroid based on the experience at the University of California from 1938-1954. *Radiology* 69:527-45, 57
18. Silver S : Radioactive isotopes in medicine and biology, medicine. 2nd ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1962 pp. 157-167
19. *Surg Clin N Am* 54:2, 74
20. Werner SC : The thyroid. 2nd ed. New York, Harper & Row, 1962 pp 445-479
21. Wright HK, Burrow GN, Spauldings S, et al : Current therapy of thyroid nodules. *Surg Clin N Am* 55:277-88, 74
22. สุภรณ์ พงศ์บุตร : การศึกษาพยาธิสภาพ ต่อมไทรอยด์ จากชิ้นเนื้อจุฬาลงกรณ์เวชสาร 20:79 - 95, 2519