

認識甲狀腺癌(THYROID CANCER)



根據國健局的公佈在 2011 年女性 10 大癌症發生率中甲狀腺癌排第 5 名(僅限女性排名)，共有 1954 位案例，標準化發生率是 13.5 (單位：每 10 萬人口)；在 2012 年甲狀腺癌首度擠進全國十大癌症之列(不分男女排名)，發生人數排名第 9，個案數 2895 人(女性佔 2236 位，男性 659 位)，比前一年的 2582 人增加 313 人，成長幅度約 12%；在 2012 年女性 10 大癌症發生率中甲狀腺癌仍排第 5 名，標準化發生率是 15.25 (單位：每 10 萬人口)。女性罹患甲狀腺癌比率是男性的 3.3 倍，且以年輕女性的風險更高，雖然甲狀腺癌的致死率低，但仍不可輕忽其對健康的威脅。

甲狀腺惡性腫瘤除少數轉移性癌症到甲狀腺外(如腎臟癌、肺癌、乳癌、食道癌，子宮體癌、大腸癌和黑色素瘤等)，絕大部份是源自甲狀腺組織生成的癌症，可分為：

1. 一. 分化良好甲狀腺癌(WELL-DIFFERENTIATED THYROID CANCER) 佔大多數：
包括乳突癌(PAPILLARY CARCINOMA) 80%、濾泡癌(FOLLICULAR CARCINOMA) 10%、
甲狀腺嗜酸細胞癌(HURTHLE CELL CARCINOMA) 3%
2. 二. 髓質癌(MEDULLARY CARCINOMA) 4%
3. 三. 未分化癌(ANAPLASTIC CARCINOMA) 2%
4. 四. 其餘少數癌別 1%：如甲狀腺淋巴瘤(THYROID LYMPHOMA)、鱗狀上皮細胞癌(SQUAMOUS CELL CARCINOMA)

本文先就分化良好的甲狀腺癌來做介紹

手術是分化良好的甲狀腺癌的首要治療方式，視腫瘤大小、腫瘤數目、侵犯範圍等，手術方式可分為：

1. 僅單邊甲狀腺全葉和峽部切除術(UNILATERAL LOBECTOMY+ ISTHMUSECTOMY)：
依據 2009 年美國甲狀腺協會(ATA) 治療指引此法僅限於腫瘤大小 $\leq 1\text{CM}$ 並偏

限於甲狀腺內，且無其他危險因子。但其他學會治療指引對實施此法的腫瘤大小看法不一。

2. 全甲狀腺切除(即兩側甲狀腺全葉和峽部切除)：絕大多數甲狀腺癌是做全甲全甲狀腺切除術。

依頸部淋巴結轉移與否以及轉移區域可分為：

1. 預防性中央頸部廓清術(CENTRAL NECK LEVEL VI)：臨床上無明顯中央頸部淋巴結轉移跡象時，實施中央頸部廓清術以確診是否有淋巴結轉移。通常在腫瘤 >4CM 或有侵犯超過甲狀腺包膜外時，可考慮做。
2. 治療性中央頸部廓清術：臨床上有明顯中央頸部淋巴結轉移跡象時，不論甲狀腺腫瘤大小，一定要做中央頸部廓清術。

中央頸部廓清術依清除範圍又分為單側或雙側。

3. 治療性外側頸部廓清術(LATERAL NECK LEVEL I-V)：臨床上有明顯外側頸部淋巴結轉移跡象時，不論甲狀腺腫瘤大小，一定要做外側頸部廓清術。最常見轉移區域是 II-IV，其次 V，最少是 I，所以 LEVEL I 很少做。
4. 預防性外側頸部廓清術：此法已被証實無益於腫瘤控制，故已不再使用。

甲狀腺手術的併發症與風險：

1. 全甲狀腺切除術(total thyroidectomy)

短暫性返喉神經麻痺(temporary RLN palsy) 機率 3-6%；永久性返喉神經麻痺機率 1-2%。

短暫性低血鈣(hypocalcemia) 機率 17-40%；永久性低血鈣機率 1.2-6.5%

2. 全甲狀腺切除術+中央頸部廓清術

全甲狀腺切除術+單側中央頸部廓清術其短暫性返喉神經麻痺機率 3.9%；全甲狀腺切除術+兩側中央頸部廓清術其短暫性返喉神經麻痺機率 5.5%

全甲狀腺切除術+單側中央頸部廓清術其短暫性低血鈣機率 36.1%；全甲狀腺切除術+兩側中央頸部廓清術其短暫性低血鈣機率 51.9%

全甲狀腺切除術+單側中央頸部廓清術其永久性返喉神經麻痺機率 1%；全甲狀腺切除術+兩側中央頸部廓清術其永久性返喉神經麻痺機率 2.3%

全甲狀腺切除術+單側中央頸部廓清術其永久性低血鈣機率 7%；全甲狀腺切除術+兩側中央頸部廓清術其永久性低血鈣機率 16.2%

單側返喉神經受傷麻痺會產生聲音沙啞、氣音；喝水吃東西易噎、咳嗽。若雙側返喉神經麻痺則會產生喘鳴聲 (STRIDOR) 和呼吸困難需做氣管切開術，以保呼吸道通暢。

由於科技進步，現在做甲狀腺手術有神經監測器可幫助醫師在做手術時可探測返喉神經所在位置，進而去找到它，把它分離出來並保護，最後還可定量比較術後和術前的神經傳導功能，據臨床研究報告發生神經麻痺機率 $<1\%$ 。但健保不給付，民眾要使用需自費。

3. 外側頸部淋巴廓清術

其可能會有的併發症有脊副神經受傷造成肩膀上舉無力、頸部皮膚麻木、耳殼麻木感和乳糜外漏。

術後依臨床和病理的因子來決定分期和復發風險度，決定術後是否給予 I-131 輔助治療和劑量以及甲狀腺素壓抑治療程度。

分化良好的甲狀腺癌分期：依照 T、N、M

T=primary tumor, 原發腫瘤

Tx — 原發腫瘤無法評估。

T0 — 沒有原發腫瘤證據。

T1 — 腫瘤 ≤ 2 CM, 在甲狀腺包膜內。

T1a: 腫瘤 ≤ 1 CM; T1b: 1 CM $<$ 腫瘤 ≤ 2 CM

T2 — 2 CM $<$ 腫瘤 ≤ 4 CM, 在甲狀腺包膜內。

T3 — 4 CM $<$ 腫瘤, 在甲狀腺包膜內; 或腫瘤已稍微擴散甲狀腺包膜外 (minimal extrathyroid extension) 例如侵犯到胸骨甲狀肌肉或甲狀腺周圍軟組織。

T4a — 任何大小的腫瘤超出甲狀腺包膜侵入皮下軟組織、喉、氣管、食管或返喉神經。

T4b — 腫瘤侵犯椎前筋膜或包圍頸動脈或胸縱隔腔血管。

N=regional lymph node, 區域淋巴轉移

Nx — 區域淋巴結無法評估。

N0 — 沒有區域淋巴結轉移。

N1 — 區域淋巴結轉移。

N1a — 區域淋巴結轉移至第六區。

N1b — 區域淋巴結轉移至外頸部(第一區到第五區)(單側, 雙側, 對側)或咽後淋巴結或上縱隔腔(第七區)淋巴結。

M=distant metastasis, 遠端轉移

M0 — 沒有遠端轉移。

M1 — 有遠端轉移。

分期 stage: 先看年齡以 45 歲做分界

少於 45 歲: 不看 T 和 N, 若 M1, 也只有第二期

第一期 — 任何 T, 任何 N, M0

第二期 — 任何 T, 任何 N, M1

大於或等於 45 歲: 看 T、N、M 分四期

第一期 — T1, N0, M0

第二期 — T2, N0, M0

第三期 — T3, N0, M0; T1-3, N1a, M0

第四期 A — T4a, N0-1a; T1-4a, N1b, M0

第四期 B — T4b, 任何 N, M0

第四期 C — 任何 T, 任何 N, M1

美國甲狀腺協會初始復發風險分類 (Initial ATA risk of recurrence classification)

低度復發風險 Low Risk : 3%	中度復發風險 Intermediate Risk : 21%	高度復發風險 High Risk : 68%
需包含所有下列各項目： 無局部或遠端轉移	下列各項之一即是： 微觀下侵犯到甲狀腺周圍組織	下列各項之一即是： 腫瘤顯著地侵犯到甲狀腺外 (gross ETE)
所有巨觀腫瘤皆已切除	頸部淋巴結轉移 (size < 0.2cm; number ≤ 5 N1a 淋巴結轉移除外) 或 淋巴結包膜侵犯 或 I-131 治療後掃描，顯影在原甲狀腺區域以外	不完全切除腫瘤有顯著殘存腫瘤 (gross residual)
無局部-區域組織侵犯 腫瘤無侵襲性組織學 無血管侵犯	腫瘤有侵襲性組織學或有血管侵犯	遠端轉移 轉移淋巴結 > 3cm
若有做 I-131 治療後掃描，沒有原甲狀腺區域以外的顯影		