

การศึกษาลักษณะทางพยาธิวิทยาคลินิก
และปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคของโรคมะเร็งไฝ
Clinicopathological Characteristics
and Prognostic Factors of Malignant Melanoma

ชวลิต ชยวงศุ, พ.บ.*

Chawalit Chayangsu, M.D.*

*กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000

*Department of Medicine, Surin Hospital, Surin, Thailand, 32000

*Corresponding author, E-mail address: chawalit.sur@cpird.in.th

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งไฝในเอเชียจะมีน้อยกว่าทางอเมริกาและยุโรป แต่เป็นมะเร็งที่มีความรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดในกลุ่มของโรคมะเร็งผิวหนัง ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีรายงานงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจนรวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งไฝยังมีน้อยมาก การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานลักษณะทางพยาธิวิทยาคลินิกและปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคของโรคมะเร็งไฝในประเทศไทย

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งไฝในโรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2548 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559 เพื่อศึกษาระยะเวลาการรอดชีพ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค ข้อมูลทั่วไป อาการแสดงของโรค ระยะเวลามีอาการก่อนได้รับการวินิจฉัย ตำแหน่งโรคตั้งต้น ชนิดและระยะของโรค

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยโรคมะเร็งไฝทั้งหมด 51 ราย เป็นเพศชาย 30 ราย (ร้อยละ 58.8) มีอายุเฉลี่ย 65.4 ปี การพบรอยโรค แผลหรือตุ่มก้อนผิดปกติบริเวณผิวหนัง เป็นอาการแสดงที่พบมากที่สุด 37 ราย (ร้อยละ 75.5) ตำแหน่งตั้งต้นที่พบโรคได้บ่อยคือบริเวณ palmoplantar 37 ราย (ร้อยละ 72.6) ค่ามัธยฐานของระยะเวลามีอาการก่อนได้รับการวินิจฉัยเท่ากับ 8 เดือน พบผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ III จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 50) และระยะที่ IV จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 13.2) acral lentiginous melanoma (ALM) เป็นชนิดที่พบมากที่สุด 16 ราย (ร้อยละ 51.6) พบ nodular melanoma (NM) 3 ราย (ร้อยละ 9.7) และไม่พบชนิด superficial spreading melanoma (SSM)

กับ lentigo maligna melanoma (LMM) ระยะเวลาการรอดชีพรวมมีค่ากลางที่ 1.9 ปี อัตราการรอดชีพที่ 3 ปี เท่ากับร้อยละ 35.7 เมื่อแบ่งตามระยะของโรคพบว่าระยะที่ III และ IV มีค่ากลางระยะเวลาการรอดชีพน้อยกว่าที่ 1.67 ปีและ 0.21 ปีตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์แบบ univariate พบว่าอายุที่มากขึ้นต่อปี (HR 1.07; 95%CI, 1.02-1.13) มะเร็งไฝที่ไม่ใช่ ALM หรือ non ALM (HR 7.15; 95%CI, 1.53-33.37) และระยะโรคที่ III-IV (HR 9.00; 95%CI, 1.96-41.36) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระยะเวลาการรอดชีพที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์แบบ multivariate พบว่ามะเร็งไฝ non ALM เป็นปัจจัยเสี่ยงเดียวที่มีผลต่อพยากรณ์โรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 364.46, $p=0.05$)

สรุป : ผู้ป่วยโรคมะเร็งไฝในไทยพบเป็นชนิด ALM และตำแหน่งตั้งต้นบริเวณ palmoplantar มากที่สุด ส่วนใหญ่มารับแพทย์เมื่อโรคเข้าสู่ระยะที่ III ซึ่งพยากรณ์โรคไม่ดี และปัจจัยพยากรณ์โรคขึ้นกับชนิดของเนื้อเยื่อมะเร็ง

คำสำคัญ : มะเร็งไฝ ระยะเวลาการรอดชีพ ปัจจัยเสี่ยง พยากรณ์โรคไทย

*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2560;32(3): 157-170

ABSTRACT

Background : Although malignant melanoma (MM) is a rare disease in Asia but possess the most common cause of mortality among skin cancers. Thailand lacks of clearly evidence report and less in clinical studies of MM. The purpose of study is to describe the clinicopathological characteristics and define possible prognostic factors of MM in Thai patients.

Methods : A retrospective cohort study was conducted at Surin Hospital between January 2005 and December 2016. All medical records were reviewed for demographic data and histopathological features. Kaplan-Meier model was used for survival time analysis. Prognostic factors according to clinicopathological features were performed by univariate and multivariate analysis.

Results : Fifty-one patients with pathologically confirmed malignant melanoma were included in the study. The mean age of onset

was 65.4 years and slightly predominant in male (58.8%). Newly seen abnormal skin lesion (75.5%) and palmoplantar site (72.6%) were the most presenting symptom and primary location. The median time to diagnosis was 8 months. Majority of patients had clinical stage III (50%). Acral lentiginous melanoma (ALM) was the most common subtype (51.6%), while not found any superficial spreading melanoma (SSM) and lentigo maligna melanoma (LMM). Median survival time (MST) and 3-year overall survival rate were 1.9 years and 35.7%, respectively. According to 7th AJCC staging system, MST of stage III and IV were poor (1.67 years and 0.21 years). Univariate analysis demonstrated that increasing age, non ALM subtypes and stage III-IV were bad prognostic factors. Only non ALM subtypes were the independent risk factor for poor prognosis (HR 364.46, $p=0.05$) by multivariate analysis.

Conclusion : Malignant melanoma in Thai patients, ALM was the most common histological subtype and were diagnosed with locally advanced disease (stage III) with poor survival. The prognosis depends on histological subtype.

Keywords : malignant melanoma, survival time, prognostic factors, Thai

*Medical Physician, Professional Level, Department of Medicine, Surin Hospital, Surin, Thailand.

Med J Srisaket Surin Biriram Hosp 2017;32(3): 157-170

หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งผิวหนังเป็นมะเร็งที่พบบ่อยแต่มีความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดในกลุ่มโรคมะเร็งผิวหนังทั้งหมด¹ มีต้นกำเนิดจากเซลล์ melanocytes ที่พบได้มากที่สุดบริเวณผิวหนัง² ข้อมูลในอเมริกาและยุโรปพบว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งผิวหนังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอัตราการเพิ่มขึ้นนั้นมากกว่ามะเร็งที่อวัยวะอื่นๆ³⁻⁴ อับัติการณ์ปัจจุบันทั้งเพศชายและหญิงอยู่ที่ 22.3 รายต่อแสนประชากรโดย superficial spreading melanoma (SSM) เป็นชนิดที่พบมากที่สุด

ประมาณร้อยละ 70 และพบได้บ่อยบริเวณลำตัว ในขณะที่ประเทศในเอเชียพบอุบัติการณ์ที่น้อยกว่าและพบ acral lentiginous melanoma (ALM) เป็นชนิดที่มากที่สุดประมาณร้อยละ 40⁵ ประเทศไทยยังไม่พบมีการรายงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจน และแม้จะถูกจัดเป็นประเทศที่มีอุบัติการณ์ของโรคต่ำ⁶ แต่น่าจะมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน

ในไทยมีเพียงการศึกษาย้อนหลังเดียวที่รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังเพื่อดูลักษณะของโรค⁷ นอกเหนือจากนี้จะเป็นเพียง

การรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ (case report) ตามสถาบันต่างๆ⁸⁻¹² ภายหลังได้มีการรายงานปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคของโรคมะเร็งไฝในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งพบว่าระยะโรคที่ III-IV ความหนาของรอยโรค (Breslow's thickness) ที่มากกว่า 3 มิลลิเมตร ตำแหน่งโรคบริเวณ palmo/plantar/subungual และชนิด ALM เป็นปัจจัยพยากรณ์โรคที่ไม่ดีต่อการเสียชีวิต¹³ อย่างไรก็ตามการศึกษาโรคมะเร็งไฝในประเทศไทยยังถือว่ามีน้อยมากเมื่อเทียบกับโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงทำการรวบรวมและศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งไฝ และหวังว่าผลของการศึกษาจะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาข้อมูลและคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งไฝในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระยะเวลาการรอดชีพและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรครวมถึงลักษณะทางพยาธิวิทยาคลินิกของโรคมะเร็งไฝ

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ retrospective observational cohort study

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งไฝ (malignant melanoma, รหัส ICD10 C43) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2548 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559 ในโรงพยาบาลสุรินทร์

เกณฑ์คัดเข้าการศึกษา (Inclusion Criteria)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งไฝที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2548 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 โดยมีผลยืนยันทางพยาธิวิทยาและสามารถติดตามการรักษาเพื่อดูระยะเวลาการรอดชีพถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2560 ได้

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยที่ไม่พบผลยืนยันทางพยาธิวิทยา

วิธีทำการศึกษา

รวบรวมผู้ป่วยเข้าการศึกษาตามกฎหมายเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา คำนวณระยะเวลาการรอดชีพ โดยนับจากวันรายงานผลทางพยาธิวิทยาจนถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2560 เก็บข้อมูลทั่วไป อาการแสดงของโรค ระยะเวลาที่มีอาการก่อนได้รับการวินิจฉัย ระยะของโรค และลักษณะทางพยาธิวิทยาคลินิกโดยใช้แบบบันทึก แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของโรงพยาบาลสุรินทร์

การสังเกตและการวัด

การวัดผล ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งไฝที่มีระยะเวลาการรอดชีพน้อยกว่า 2 ปี

ตัวแปรในการศึกษา

ตัวแปรต้น อายุ เพศ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนได้รับการวินิจฉัย ชนิดของโรคมะเร็งผิวหนัง ตำแหน่งตั้งต้นของโรคมะเร็งผิวหนัง และระยะของโรคมะเร็งผิวหนังตาม 7th AJCC Staging System¹⁴

ตัวแปรตาม ระยะเวลาการรอดชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลลักษณะทางคลินิกและพยาธิวิทยาคลินิก วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยข้อมูลเชิงจำนวน (numerical data) ใช้ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ และใช้ค่ากลาง (median) ค่าระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ (interquartile range, IQR) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ ข้อมูลเชิงลักษณะ (categorical data) แสดงผลเป็นร้อยละ (%)

การหาระยะเวลาการรอดชีพ คำนวณโดยใช้ Kaplan-Meier model ระยะเวลา นับจากวันที่รายงานผลทางพยาธิวิทยาว่าเป็นโรคมะเร็งผิวหนังถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือติดตามการรักษาได้จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2560

การหาปัจจัยเสี่ยงต่อการพยากรณ์โรค

คำนวณ hazard ratio โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยอย่างง่าย (logistic regression analysis) ทั้งแบบ univariate และ multivariate โดยถือว่า มีนัยสำคัญเมื่อ $p\text{-value} \leq 0.05$

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดอาศัยโปรแกรมคำนวณทางสถิติ SPSS version 20

ผลการศึกษา

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคมะเร็งผิวหนัง (malignant melanoma) ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2548 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559 เป็นระยะเวลา 12 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 51 ราย เป็นเพศชาย 30 ราย (ร้อยละ 58.8) และเพศหญิง 21 ราย (ร้อยละ 41.2) โดยมีอายุเฉลี่ย 65.4 ปี อาการแสดงที่ทำให้มาพบแพทย์มากที่สุดได้แก่ ตรวจพบรอยโรค แผลหรือตุ่มก้อนผิดปกติบริเวณผิวหนัง (skin lesion/mass) 37 ราย (ร้อยละ 75.5) ค่ามัธยฐานระยะเวลามีอาการก่อนได้รับการวินิจฉัยเท่ากับ 8 เดือน ตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่อยู่ที่ฝ่าเท้าและฝ่ามือ (palmoplantar) 37 ราย (ร้อยละ 72.6) รองลงมาเป็น head/neck และ lower extremities อย่างละ 5 ราย (ร้อยละ 9.8) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานลักษณะทางคลินิกและพยาธิคลินิกวิทยาของผู้ป่วยจำนวน 51 ราย

ลักษณะพื้นฐานผู้ป่วย	จำนวน (%)
เพศ	
ชาย	30 (58.8)
อายุ (ปี)	
อายุเฉลี่ย $\pm$ SD	65.4 $\pm$ 14.9
น้อยที่สุด	18
มากที่สุด	92
อาการแสดง	
Skin lesion/mass	37 (75.5)
Palpable mass	7 (14.3)
Epistaxis	2 (4.1)
อื่นๆ	3 (6.1)
ค่ากลางระยะเวลาจำนวนเดือนที่มีอาการก่อนได้รับการวินิจฉัย	8 (IQR 10.5)
ตำแหน่งของมะเร็งไฝ	
Head/neck	5 (9.8)
Trunk	1 (2)
Palmoplantar	37 (72.6)
Upper extremities	1 (2)
Lower extremities	5 (9.8)
Genitourinary	2 (3.8)
ชนิดของมะเร็งไฝ	
Cutaneous melanoma*	45 (88.2)
Acral lentiginous melanoma (ALM)	16 (51.6)
Nodular melanoma (NM)	3 (9.7)
Superficial spreading melanoma (SSM)	0
Lentigo maligna melanoma (LMM)	0
Epithelioid cell type	6 (19.4)
Spindle cell type	4 (12.9)
Others	2 (6.4)
Extracutaneous melanoma	6 (11.8)
ระยะของโรคมะเร็งไฝ 7th AJCC Staging System[†]	
0	1 (2.6)
I	2 (5.3)
II	11 (28.9)
III	19 (50)
IV	5 (13.2)

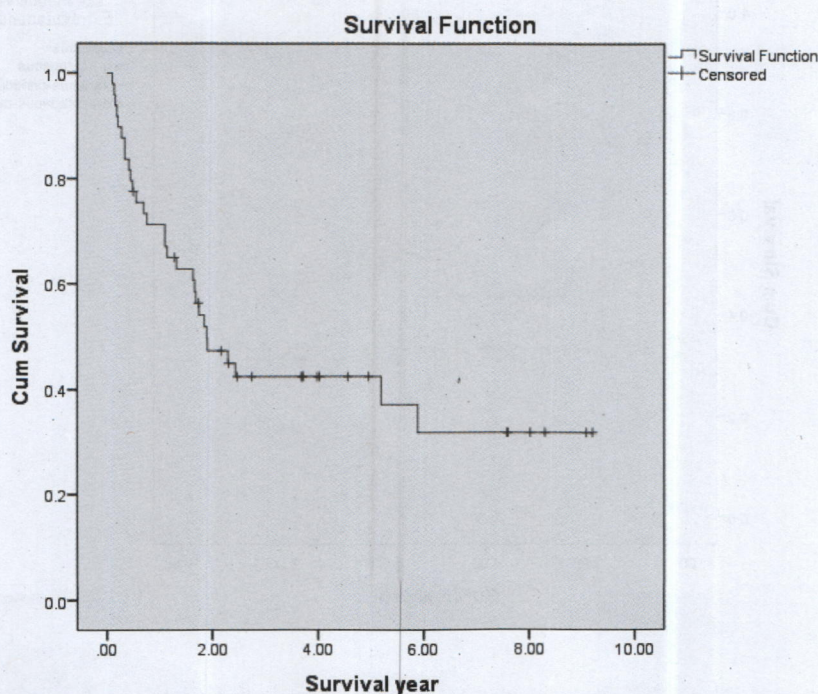
หมายเหตุ *ข้อมูลไม่เพียงพอ 14 ราย [†]ข้อมูลไม่เพียงพอ 13 ราย

ประเภทของมะเร็งผิวหนังที่พบแบ่งเป็น cutaneous melanoma 45 ราย (ร้อยละ 88.2) และ extracutaneous melanoma 6 ราย (ร้อยละ 11.8) ใน cutaneous melanoma นั้น พบว่าเป็นชนิด acral lentiginous melanoma มากที่สุด 16 ราย (ร้อยละ 51.6) รองลงมาเป็น ชนิด epithelioid type 6 ราย (ร้อยละ 19.4), spindle cell type 4 ราย (ร้อยละ 12.9) และ nodular melanoma 3 ราย (ร้อยละ 9.7) เมื่อ ดูระยะของโรคมะเร็งผิวหนังตาม 7th American Joint Committee on Cancer Staging System (AJCC) พบว่าผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะ ที่ III หรือ locally advanced disease มากที่สุด 19 ราย (ร้อยละ 50) ดังตารางที่ 1

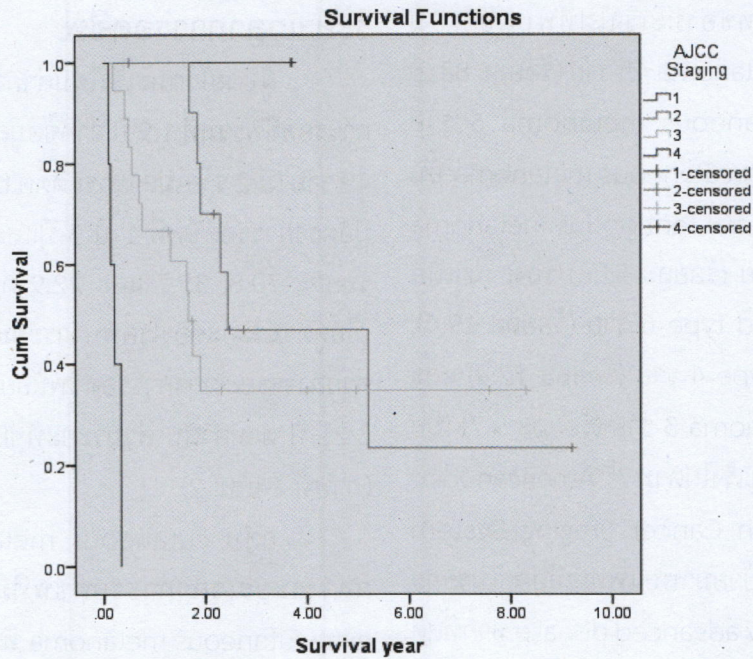
ระยะเวลาการรอดชีพ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังมีค่ากลางระยะเวลา การรอดชีพรวมที่ 1.9 ปี จากข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด 49 ราย (มี 2 รายไม่สามารถติดตามการรักษาได้) มีอัตราการรอดชีพที่ 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี คิดเป็น ร้อยละ 70.8, 35.7 และ 22.9 ตามลำดับ และ เมื่อดูตามระยะของโรคพบว่าระยะที่ III และ IV มี ค่ากลางระยะเวลาการรอดชีพน้อยที่ 1.67 ปี และ 0.21 ปี ตามลำดับ ส่วนระยะที่ II อยู่ที่ 3.69 ปี (ภาพที่ 1 และ 2)

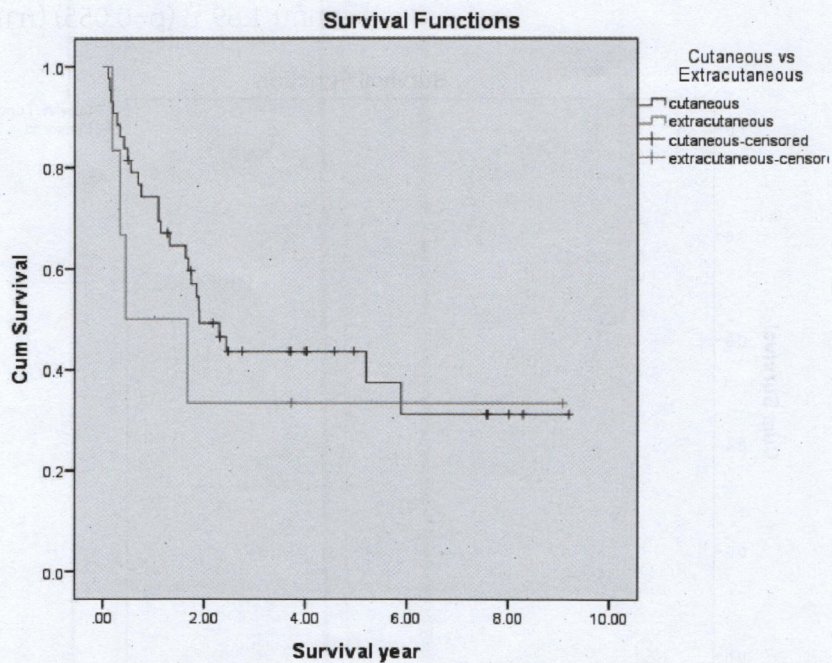
กลุ่ม cutaneous melanoma มีค่า กลางระยะเวลาการรอดชีพที่มากกว่ากลุ่ม extracutaneous melanoma ที่ 1.91 ปี เทียบ กับ 0.45 ปี ($p=0.52$) และมะเร็งผิวหนังชนิด acral lentiginous melanoma (ALM) มีระยะเวลา การรอดชีพสูงกว่าชนิดที่ไม่ใช่ ALM ที่ 5.2 ปี เทียบกับ 1.69 ปี ($p=0.055$) (ภาพที่ 3 และ 4)



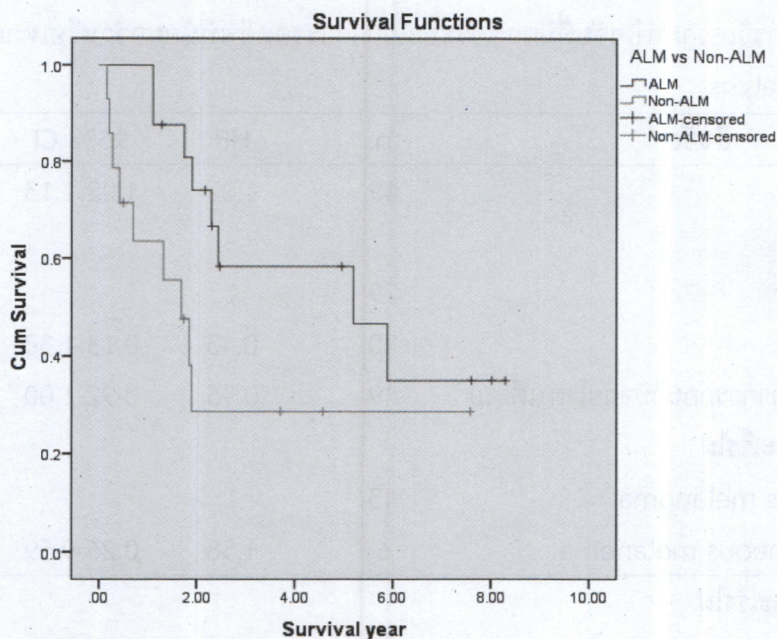
ภาพที่ 1 ระยะเวลาการรอดชีพรวมของผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนัง



ภาพที่ 2 ระยะเวลาการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งไฝแบ่งตามระยะโรค



ภาพที่ 3 ระยะเวลาการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งไฝแบ่งตามประเภท



ภาพที่ 4 ระยะเวลาการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งไฝแบ่งตามชนิดเนื้อเยื่อ

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระยะเวลาการรอดชีพ

เมื่อแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีระยะเวลาการรอดชีพที่มากกว่า 2 ปี (28 ราย) และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี (21 ราย) แล้วนำปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระยะเวลาการรอดชีพมาเปรียบเทียบโดยดู hazard ratio (HR) ของทั้ง

สองกลุ่ม พบว่าการมีอายุที่มากขึ้นต่อปี (HR 1.07; 95% confidence interval (CI), 1.02-1.13) มะเร็งไฝชนิด non ALM (HR 7.15; 95%CI, 1.53-33.37) และระยะโรค III-IV (HR 9.00; 95%CI, 1.96-41.36) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการรอดชีพที่ลดลง โดยไม่ขึ้นกับปัจจัยด้านเพศ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนได้รับการวินิจฉัย และตำแหน่งของมะเร็งไฝ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการรอดชีพที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปีด้วย univariate analysis

ปัจจัย	n	HR	95% CI	p-value
อายุ (ปี)	49	1.07	1.02-1.13	0.01
เพศ				
ชาย	29	1		
หญิง	20	0.43	0.13-1.38	0.16
ระยะเวลาที่มีอาการก่อนวินิจฉัยโรค (เดือน)	49	0.96	0.92-1.00	0.08
ประเภทของมะเร็งไฝ				
Cutaneous melanoma	43	1		
Extracutaneous melanoma	6	1.58	0.26-9.59	0.62
ตำแหน่งของมะเร็งไฝ				
Extremities	41	1		
Non-extremities	8	2.59	0.47-14.38	0.28
ชนิดเนื้อเยื่อของมะเร็งไฝ				
ALM	16	1		
Non ALM	17	7.15	1.53-33.37	0.01
ระยะของโรคมะเร็งไฝ				
0-II	14	1		
III-IV	23	9.00	1.96-41.36	0.01

อย่างไรก็ตามเมื่อนำปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมาวิเคราะห์แบบ multivariate พบว่ามีเพียงชนิดมะเร็งไฝ non ALM เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการรอดชีพที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 364.46, p=0.05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการรอดชีพที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี ด้วย multivariate analysis

ปัจจัย	HR	p-value
อายุ (ปี)	1.18	0.07
เพศ		
ชาย	1	
หญิง	0.693	0.82
ระยะเวลาที่มีอาการก่อนวินิจฉัยโรค (เดือน)	1.02	0.59
ประเภทของมะเร็งไฟ		
Cutaneous melanoma	1	
Extracutaneous melanoma	0.09	1.00
ตำแหน่งของมะเร็งไฟ		
Extremities	1	
Non-extremities	24895577.85	1.00
ชนิดเนื้อเยื่อของมะเร็งไฟ		
ALM	1	
Non ALM	364.46	0.05
ระยะของโรคมะเร็งไฟ		
0-II	1	
III-IV	23.25	0.14

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบผู้ป่วยโรคมะเร็งไฟมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.4 ปี ซึ่งมากกว่ารายงานเดิมของ Pour ที่มีอายุเฉลี่ย 54.4 ปี⁷ และมากกว่ารายงานของ ภัทรลดา อิงคินันท์¹³ ที่มีค่ากลาง 58 ปี พบเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงหรือคิดเป็นสัดส่วน 1.42:1 ใกล้เคียงกับรายงานเดิม⁷ พบโรคบริเวณ palmo/plantar เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.6) เช่นเดียวกับรายงานของ Pour⁷ และภัทรลดา อิงคินันท์¹³ ซึ่งแตกต่างไปจากอเมริกาที่มักพบบริเวณ upper trunk¹⁵ ซึ่งอาจเกี่ยวกับวัฒนธรรมการเลี้ยงแสงแดดของคนไทย

สีผิวหรืออาจเป็นปัจจัยทางพันธุกรรมได้ ชนิดของมะเร็งไฟในการศึกษานี้พบเป็นชนิด acral lentiginous melanoma มากที่สุด (ร้อยละ 51.6) เช่นเดียวกับรายงานของ ภัทรลดา อิงคินันท์¹³ (ร้อยละ 76.7) แต่ต่างจากอเมริกาที่เป็นชนิด superficial spreading melanoma และตรงกับรายงานอื่นที่พบว่าชาวเอเชียจะมีโรคมะเร็งไฟชนิด acral lentiginous melanoma มากที่สุด¹⁶ และมะเร็งไฟชนิดนี้ไม่สัมพันธ์กับการได้รับแสงแดด²

ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีอัตราการรอดชีพที่ 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี ร้อยละ 70.8 35.7 และ 22.9

ตามลำดับ น้อยกว่าในรายงานของภัทรลดา อิงคินันท์¹³ ที่มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 79.1 54.7 และ 38.3¹³ อาจเป็นเพราะสัดส่วนของผู้ป่วยที่ตรวจพบในระยะ locally advanced และ metastatic disease (AJCC stage III-IV) มีสูงกว่าและอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มากกว่า ซึ่งสาเหตุคาดว่ามาจากการเข้าถึงการรักษาและระดับการศึกษาที่ต่างกันของคนต่างจังหวัดกับคนในเมือง

นอกจากนี้ยังพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นต่อปี มะเร็งไฝชนิด non ALM และระยะโรค III-IV เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีในการวิเคราะห์แบบ univariate ซึ่งแตกต่างกับรายงานของภัทรลดา อิงคินันท์¹³ ที่อายุไม่มีผล และชนิด ALM กลับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ส่วนการวิเคราะห์แบบ multivariate มีปัจจัยเสี่ยงเพียงมะเร็งไฝชนิด non ALM ที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรค

ข้อจำกัดในการศึกษา

(Limitations of the Study)

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง เป็นระยะเวลา 12 ปี เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยจำกัด อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนและมีปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านระยะเวลามาเกี่ยวข้อง นอกจากนี้ด้วยข้อจำกัดของลักษณะการศึกษา ผลการศึกษาอาจมีอคติจากปัจจัยก่อนทวน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้หลักการทางสถิติเพื่อลดเหตุการณ์ดังกล่าวผ่าน multivariate analysis กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งไฝเท่านั้น ไม่สามารถนำผลที่ได้มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยอื่นที่ไม่มีความ

จำเพาะกับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษาจากการศึกษานี้ได้

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งไฝในประเทศไทยมีน้อยและผู้วิจัยที่สนใจรวบรวมรายงานการศึกษามีไม่มาก ควรทำการศึกษาชนิดไปข้างหน้าในรูปแบบ multicenter หรือรวบรวมย้อนหลังแบบ systematic review/meta-analysis พร้อมทั้งแยกประเภทการรักษา เนื่องจากการเข้าถึงยามาตรฐานในปัจจุบันแตกต่างกันซึ่งส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการรอดชีพได้

สรุป

ผู้ป่วยโรคมะเร็งไฝในไทยพบเป็นชนิด ALM และตำแหน่งตั้งต้นบริเวณ palmoplantar มากที่สุด ส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่อโรคเข้าสู่ระยะที่ III ซึ่งพยากรณ์โรคไม่ดี และปัจจัยพยากรณ์โรคขึ้นกับชนิดของเนื้อเยื่อมะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

1. Radovic-Kovacevic V, Pekmezovic T, Adanja B, Jarebinski M, Marinkovic J, Tomin R. [Survival analysis in patients with cutaneous malignant melanoma]. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo. 1997;125(5-6):132-7. Epub 1997/05/01. Analiza prezivljavanja bolesnika s malignim melanomom kože.

2. DeVita VT LT, Rosenberg SA. Devita, Hellman, and Rosenberg's cancer: Principle & Practice of Oncology. 9 ed: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2011 2011.
3. Diffey BL, Langtry JA. Skin cancer incidence and the ageing population. The British journal of dermatology. 2005;153(3):679-80. Epub 2005/08/27.
4. Jemal A, Saraiya M, Patel P, et al. Recent trends in cutaneous melanoma in incidence and death rates in the United States, 1992-2006. J Am Acad Dermatol 2011;65:S17-25 e11-13.
5. Chi Z, Li S, Sheng X, Si L, Cui C, Han M, et al. Clinical presentation, histology, and prognoses of malignant melanoma in ethnic Chinese: a study of 522 consecutive cases. BMC Cancer 2011; 11: 85.
6. Khuaprema T, Srivatanakul P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P. Cancer in Thailand Vol. IV, 1998-2000. Bangkok: Ministry of Public Health, Ministry of Education; 2007.
7. Pour P, Tantachamrum T, Althoff J, Mohr U. Melanoma in the north of Thailand in the last ten years. Report from Chiang Mai University. Zeitschrift fur Krebsforschung und klinische Onkologie Cancer research and clinical oncology 1973;80(1):31-5. Epub 1973/01/01.
8. Pattana-arpha P, Klanrit P, Cheusirithavom U. Oral Malignant Melanoma of the Maxilla: A Case Report. The Bangkok Medical Journal 2015;9(2):45-9.
9. Payapvipapong K, Kanechorn-Na-Ayuthaya P. Multiple primary melanoma in a Thai male: a case report. J Med Assoc Thai Chotmai het Thangphaet 2014;97(2)Suppl 2:S234-8.
10. Akaraviputh T. Surgery for gastrointestinal malignant melanoma: Experience from surgical training center. World J Gastroenterol 2010;16(6):745.
11. Wasee Tulvatana SJ. A necrotic ciliochoroidal malignant melanoma in a young Thai female. Asian Biomedicine 2008;2(4):325-8.
12. Somran J, Kanngurn S, Porncharoenpong S, Lertkajornsinsin O. Anorectal malignant melanoma: report of two cases from Buddhachinnaraj Hospital. J Med Assoc Thai Chotmai het Thangphaet 2005;88(8):1128-33.
13. Ingkaninanda P, Visessiri Y, Rutnin S. Clinicopathological Features and Prognostic Factors of Malignant Melanoma: A Retrospective Analysis of Thai Patients in Ramathibodi Hospital. J Med Assoc Thai Chotmai het Thangphaet 2015;98(8):820-7.

14. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A, et al. Melanoma of the skin. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer-Verlag; 2010.
15. Wagner JD, Gordon MS, Chuang TY, Coleman JJ, 3rd. Current therapy of cutaneous melanoma. Plastic and reconstructive surgery 2000;105(5): 1774-99; quiz 800-1.
16. Bandarchi B, Ma L, Navab R, Seth A, Rasty G. From melanocyte to metastatic malignant melanoma. Dermatology research and practice. 2010;2010.