

รายงานผู้ป่วย

Cases Reports

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากช่องคลอดด้วยวิธีรังสีรักษา : รายงานผู้ป่วย

Radiation Therapy for Vulva cancer : A report of two cases

ปฐวี โชติทวีศักดิ์, พ.บ.ว.รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา*

Patawee Chottaweesak, MD, Cert. of Radiation Oncology *

*กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย 30000

*Department of Radiology, Maharat NakhonRatcasima Hospital, Nakhon Ratcasima Province, Thailand, 30000

Corresponding author, E-mail address: rt.mhr.pac@gmail.com

Received: 20 Aug 2022. Revised: 19 Sep 2022. Accepted: 14 Nov 2022

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งปากช่องคลอดพบได้ไม่บ่อย เกิดจากความผิดปกติของเซลล์กลายเป็นก้อนหรือบาดแผล การรักษามาตรฐานหลักคือ การผ่าตัด แต่มีรักษาทางเลือกคือ การฉายรังสีกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถผ่าตัดได้

รายงานผู้ป่วยนี้นำเสนอประสบการณ์และผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากช่องคลอดระยะต้นด้วยวิธีรังสีรักษาจำนวน 2 ราย ในระหว่างช่วงวันที่ 1 มกราคม -30 กันยายน พ.ศ.2564 ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยผู้ป่วยหญิงรายที่ 1 อายุ 65 ปี วินิจฉัยมะเร็งปากช่องคลอดระยะที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา ปริมาณรังสี 70 Gray (Gy) จำนวน 35 ครั้ง พบภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน ได้แก่ ไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉายรังสีอักเสบเปื่อยยุ่ย และการเกิดแผลอักเสบติดเชื้อ ต้องพักฉายรังสีเป็นเวลา 5 วัน รวมใช้ระยะเวลารักษา 8 สัปดาห์จากเดิมกำหนดไว้ 7 สัปดาห์ หลังการรักษาพบรอยโรคหายขาด และพบต่อมน้ำเหลืองขาหนีบข้างขวาโตขึ้นร่วมกับการแพร่กระจายไปที่ปอดภายหลังการรักษาที่ระยะเวลา 9 เดือน ผู้ป่วยหญิงรายที่ 2 อายุ 87 ปี โรคประจำตัวลิ้นหัวใจตีบ วินิจฉัยมะเร็งปากช่องคลอด ระยะที่ 2 ให้การฉายรังสีปริมาณ 54 Gray (Gy) จำนวน 18 ครั้ง แปลงสมการเทียบปริมาณรังสีเป็นแบบ Conventional Fractionation (Equivalence dose as 2 Gy; EQD2) ได้เท่ากับ 70.2 Gy พบอาการแทรกซ้อนเล็กน้อย สามารถดำเนินการรักษาได้ตามแผนที่วางไว้ ใน 4 สัปดาห์ หลังรักษาพบรอยโรคหายขาด ผู้ป่วยเกิดสภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและหัวใจวายจนเป็นเหตุให้เสียชีวิตที่ระยะเวลา 12 เดือนภายหลังการรักษา แต่ไม่พบหลักฐานการทวนกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็งปากช่องคลอด ผลการรักษาโรคมะเร็งปากช่องคลอดด้วยการใช้รังสีรักษาเพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ ได้ผลลัพธ์หายขาดจากโรคสูง แต่มีระยะเวลาที่ปราศจากโรคค่อนข้างสั้น ที่ 9 เดือน และ 12 เดือน ตามลำดับ เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีโรคประจำตัวและหรือไม่สามารถรับการผ่าตัดได้

คำสำคัญ : มะเร็งปากช่องคลอด รังสีรักษา

ABSTRACT

Vulva cancer is an uncommon disease. Surgical excision is the mainstay of treatment. Radiotherapy alone can also be considered depending on disease staging and patient condition, especially who are unfit for surgery.

In this paper, we reported two patients with vulvar cancer who were treated with radiotherapy as a primary treatment during the period of 1st January-30th September 2021 at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. The first patient was a 65-year-old woman who diagnosed with vulva cancer at least stage IB. She underwent radiotherapy using 70 Gray (Gy) in 35 fractions. Acute complications were febrile neutropenia, moist desquamation, and wound infection. The radiotherapy treatment had to delay for 5 days and the total treatment duration was 8 weeks instead of 7 weeks at pre-treatment planning. After treatment, the lesion was a complete response and disease free after 9 months follow-up. After that, the progression of right inguinal lymph node enlargement and multiple lung nodules were found. The second case was an 87-year-old woman who had underlying aortic stenosis disease and diagnosed with vulva cancer stage II. She was treated with radiation 54 Gray (Gy) in 18 fractions, converting dose to conventional fractionation (Equivalence dose as 2 Gy; EQD2) equal to 70.2 Gy. Minor complications were found and able to carry out the treatment as a planned total of 4 weeks. After treatment, the lesion was complete response (CR) and disease-free after 12 months of follow-up. The patient developed atrial fibrillation and congestive heart failure which was a cause of death, with no evidence of vulva cancer recurrence. Treatment with radiotherapy alone can get a high cure rate from disease but relatively short disease-free survival (DFS) at 9 months and 12 months. The treatment of radiotherapy alone is suitable for elderly patients who have multiple underlying diseases and are unfit for surgery.

Keywords : Vulva cancer, Radiotherapy.

หลักการและเหตุผล

มะเร็งปากช่องคลอด หรือ Vulva Cancer พบประมาณร้อยละ 5 ของมะเร็งทางนรีเวช คิดเป็นร้อยละ 0.6 ของโรคมะเร็งที่พบในสตรี⁽¹⁾ ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาอุบัติการณ์อยู่ในเกณฑ์คงที่ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ.2558 มีผู้ป่วยรายใหม่ 5,150 ราย และเสียชีวิต 1,080 ราย⁽²⁾ สำหรับในประเทศไทย รายงานจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2558 ผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งช่วงปี พ.ศ.2553-2555 พบโรคนี้ได้ 0.3 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน⁽³⁾

มะเร็งปากช่องคลอด เกิดจากเซลล์ของเนื้อเยื่อมีการกลายพันธุ์ เกิดเป็นก้อนเนื้อหรือบาดแผล ลูกกลามเข้าอวัยวะข้างเคียง และต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ จนในที่สุดแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดไปทำลายอวัยวะอื่นทั่วร่างกาย ที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ปอด

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปากช่องคลอด ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยง คือ การติดเชื้อของ

อวัยวะเพศจากไวรัสชนิดเอชพีวี (HPV; human papilloma virus) โดยร้อยละ 90 ของผู้ป่วย จะมีลักษณะเป็น Squamous cell carcinoma (SCCA) มักมาด้วยอาการพบก้อนเนื้อหรือมีแผลเรื้อรังบริเวณปากช่องคลอด โดยการวินิจฉัยโรคที่ให้ผลแน่ชัดที่สุด คือ การตัดชิ้นเนื้อจากก้อนเนื้อหรือบาดแผล เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ภายหลังผลชิ้นเนื้อระบุเป็นมะเร็ง การตรวจเพิ่มเติมที่สำคัญ คือ การประเมินระยะโรค โดยทั่วไปมักเป็นการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้อง (Computer Tomography Whole Abdomen; CT-WA) เพื่อดูการลูกกลามของเซลล์มะเร็งเข้าต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องและในช่องท้องน้อยร่วมกับตรวจเอกซเรย์ภาพปอด เพื่อดูการแพร่กระจายของโรคสู่ปอด⁽⁴⁾

โรคมะเร็งปากช่องคลอด สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ⁽⁵⁾ ดังนี้

ระยะ	คำบรรยาย	อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ภายหลังการรักษา
ระยะที่ 1		
ระยะ 1A	ก้อนเนื้อหรือแผลมะเร็งขนาด ≤ 2 ซม. และโรคลุกลามกึ่งลึกลงไปเนื้อเยื่อปากช่องคลอด ≤ 1 มม.	ร้อยละ 80-90
ระยะ 1B	ก้อนเนื้อหรือแผลมะเร็งขนาด ≥ 2 ซม. และ/หรือ ขนาดโตก็ได้ แต่โรคลุกลามกึ่งลึกลงไปเนื้อเยื่อปากช่องคลอดเกิน ≥ 1 มม.	
ระยะที่ 2		
	โรคมะเร็งลุกลามลงลึกถึงท่อน้ำสวามะส่วนปลาย ช่องคลอดส่วนปลาย และเนื้อเยื่ออื่น ๆ นอกปากช่องคลอด	
ระยะที่ 3		
ระยะ 3A	โรคลุกลามเข้า ท่อน้ำสวามะส่วนต้น ช่องคลอดส่วนต้น และ/หรือทวารหนัก และ/หรือ ลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองขาหนีบส่วนต้น ≤ 2 ต่อมน้ำ	ร้อยละ 50-60
ระยะ 3B	โรคลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองขาหนีบส่วนต้น ที่ต่อมก็ได้ และ/หรือลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองขาหนีบส่วนลึก > 2 ต่อมน้ำขึ้นไป	
ระยะ 3C	โรคลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองขาหนีบจนทะลุออกนอกต่อมน้ำเหลืองที่ต่อมก็ได้	
ระยะที่ 4		
ระยะ 4A	โรคลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ กิ่งลึกเข้าสู่ผิวหนัง และ/หรือเนื้อเยื่อใต้ต่อมน้ำเหลือง จนต่อมน้ำเหลืองเคลื่อนไหวไม่ได้ และ/หรือแตกเป็นแผล และ/หรือ โรคลุกลามเข้า ส่วนต้นของช่องคลอด ส่วนต้นของท่อน้ำสวามะ เข้ากระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ตรง และ/หรือ กระดูกหัวหน้า	ร้อยละ 0-20
ระยะ 4B	โรคแพร่กระจายเข้าสู่ระบบน้ำเหลืองทำลายต่อมน้ำเหลืองที่ไกลอวัยวะเพศ เช่น ในอุ้งเชิงกราน ในรอบหลอดแดงใหญ่ในช่องท้อง และ/หรือที่เหนือกระดูกไหปลาร้า และ/หรือแพร่กระจายเข้ากระดูกเคลื่อนไปทำลายอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย พบบ่อที่ปอด	ร้อยละ 0-10

อนึ่ง ความสำคัญของโรคมะเร็งปากช่องคลอด อยู่ที่คุณภาพชีวิต เพราะเมื่อพบความผิดปกติ ผู้ป่วยมักอายที่จะพบแพทย์ กลัวการถูกตำหนิว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักมาพบแพทย์ล่าช้า หรือมักปฏิเสธการรักษา รอจนกระทั่งโรคลุกลามมากแล้วจึงยินยอมรักษา ซึ่งถือเป็นการล่าช้าไปแล้ว

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งปากช่องคลอด⁽⁶⁾ คือ

1. ระยะเริ่มต้น (ระยะที่1) : การผ่าตัดหรือการใช้รังสีรักษา วิธีการใดวิธีการหนึ่ง เพียงวิธีการเดียว ทั้งนี้ขึ้นกับขนาดก้อนมะเร็ง ตำแหน่งที่เกิดโรค อายุ สุขภาพผู้ป่วย และดุลพินิจของแพทย์ เป็นสำคัญ
2. ระยะลุกลาม (ระยะที่ 2 ขึ้นไป) มักเป็นการรักษาร่วมกันทั้ง 3 วิธี คือ การผ่าตัด รังสีรักษา และยาเคมีบำบัด
3. ส่วนยารักษาตรงเป้า/ยารักษาแบบจำเพาะต่อเซลล์มะเร็ง ยังอยู่ในขั้นตอนการศึกษาทางการแพทย์ ความท้าทายในการดูแลรักษาโรคมะเร็งปากช่องคลอด

คือ แนวทางการรักษามาตรฐานนั้นไม่เอื้อต่อบริบทของประเทศไทย กล่าวคือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดเฉพาะทางโรคนี้นั้นมีจำนวนน้อยมากในประเทศไทย ทำให้การผ่าตัดเป็นเรื่องเข้าถึงยาก นอกจากนี้หากจะหันมาในด้านการฉายรังสีหรือเคมีบำบัดนั้น กลับพบว่าสภาพร่างกายของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พร้อมจะเผชิญกับผลแทรกซ้อนที่จะตามมาจากการรักษา เนื่องด้วย สูงอายุ และ/หรือมีโรคประจำตัวอื่น ที่เป็นอุปสรรคต่อการให้เคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยหลายรายต้องยุติหรือปฏิเสธการรักษา กลางคัน เป็นต้น

ผู้ศึกษาจึงตระหนักถึงความสำคัญในการค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากช่องคลอด สำหรับประเทศไทย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคที่โอกาสเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดมีจำกัด รวมทั้งเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาด้วยการฉายรังสี ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่น่าพอใจทั้งสำหรับแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วย ตลอดจนไม่ก่อ

ให้เกิดผลแทรกซ้อนที่รุนแรงจนก่อให้เกิดเป็นอุปสรรคต่อการบวนการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตด้วยการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการรักษาตามแนวทางมาตรฐานเดิมได้เป็นสำคัญ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษาและเสนอแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากช่องคลอดระยะต้นโดยการใช้องค์ความรู้เป็นหลัก

1. เพื่อศึกษาการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากช่องคลอดด้วยวิธีรังสีรักษา : รายงานผู้ป่วยจำนวน 2 ราย
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องคลอดระยะต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

รายงานผลของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากช่องคลอด จำนวน 2 ราย ในระหว่างช่วงวันที่ 1 มกราคม -30 กันยายน พ.ศ.2564

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา จากการประชุมครั้งที่ 7/2565 เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ.2565 เลขที่โครงการ 65109

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1

หญิงไทยคู่ อายุ 65 ปี ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร (ทำนา) G3P3A0L3 last 32 ปี

อาการสำคัญ : มีก้อนเนื้อที่อวัยวะเพศมา 2 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 2 เดือนก่อนเริ่มมีผื่นคันบริเวณอวัยวะเพศ ต่อมาคลำได้เป็นก้อนแข็งขนาดประมาณนิ้วหัวแม่มือ บวมโตมากขึ้น กดเจ็บจึงตัดสินใจมาพบแพทย์

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง รับประทาน Hydrochlorothiazide; HCTZ (25) 1 tab oral OD, Amlodipine (5) 1 tab oral OD, Aspirin; ASA (81) 1 tab oral OD

ปฏิเสธประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว

การตรวจร่างกาย :

รูปร่างท้วม น้ำหนัก 62 กก. ส่วนสูง 155 ซม. ดัชนีมวลกาย 25.81 กก/ม.²

ความดันโลหิต 155/92 มม.ปรอท ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที คะแนนความปวด = 6/10

การตรวจภายใน :

MIUB- exophytic mass lesion size 4 x 5 cm at Rt. Labia minora and 2 x 2 cm at Lt. Labia minora, fixed with underneath tissue both masses
Vagina-smooth mucosa, no active lesion
Cervix-no active lesion
Uterus-normal size
Adnexal-no mass, not tender
Cul de sac: no bulging
Groin : no mass at bilateral inguinal node
Other: Within Normal Limit (WNL)

การตรวจทางพยาธิวิทยา :

Vulva biopsy; poorly-differentiated squamous carcinoma

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

CBC: WBC 9,200/uL, Hb 12.1 g/dL, Platelet 256,000/uL, Absolute Neutrophil Count (ANC) 6,300/uL

BUN = 10.9 mg/dL, Creatinine 0.60 mg/dL, Glomerular Filtration Rate (GFR) = 98.8 mL/min

การตรวจทางรังสีวิทยา :

Chest X-RAY (CXR) : no active chest disease, no discrete pulmonary nodule
Computer Tomography Whole Abdomen (CT-WA): not performed

การวินิจฉัย :

Vulva cancer at least stage IB

การรักษา :

ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี เพื่อผลการรักษาที่หายขาด (Definitive Radiotherapy) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ฉายรังสี ปริมาณ 70 Gy จำนวน 35 ครั้ง ระยะ
เวลา 7 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ช่วง

ช่วงแรก : ฉายรังสีครอบคลุมทั้งอวัยวะกราม
ร่วมกับต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบทั้ง 2 ข้าง ปริมาณ
50 Gy จำนวน 25 ครั้ง ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบ
3 มิติ ชนิด Modify segmental boost; MSB⁽⁷⁾

ช่วงที่สอง : ฉายรังสีเฉพาะบริเวณรอบก้อน
มะเร็ง โดยขยายขอบรอบก้อนมะเร็ง 2 เซนติเมตร
จนปริมาณรังสี ถึง 70 Gy โดยแต่ละครั้งใช้ปริมาณรังสี
2 Gy

ผลการรักษา :

ระหว่างการรักษา มีอาการแทรกซ้อนหลาย
ประการ คือ ภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile
neutropenia) ภาวะเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉายรังสีอักเสบ
เปื่อยยุ่ย (Moist desquamation) และตามมาด้วย
ภาวะแผลอักเสบติดเชื้อ (Wound infection) ส่งผลกระทบ
ให้ต้องหยุดพักการฉายรังสีเป็นเวลา 5 วัน ในช่วงท้าย
ของสัปดาห์ที่ 6 รวมใช้ระยะเวลารักษาล่วงเลยเป็น
8 สัปดาห์ จากเดิมที่กำหนดไว้ 7 สัปดาห์

เมื่อสิ้นสุดการรักษา หลังผู้ป่วยพักรักษาตัวเพื่อ
ฟื้นฟูสภาพร่างกาย รอยโรคที่บริเวณปากช่องคลอดเทียบกับ
เมื่อก่อนเริ่มรักษา พบว่า รอยโรคยุบทั้งหมด หายขาด
จากโรค (Complete Response; CR)⁽⁸⁾ ประเมินจาก
การตรวจร่างกาย เมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้ว 6 สัปดาห์

การติดตามผลการรักษา :

ในช่วง 6 เดือนแรก พบว่า อาการปกติ แต่เมื่อ
เข้าช่วงเดือนที่ 9 หลังการรักษา พบว่ามีต่อมน้ำเหลือง
ขาหนีบข้างขวาโตขึ้น ได้เจาะชิ้นเนื้อบริเวณดังกล่าวไป
ตรวจทางพยาธิ พบ Metastatic squamous cell
carcinoma จึงคิดถึงภาวะ Locoregional recurrence;
LRR ร่วมกับเอกซเรย์ปอด พบมีการแพร่กระจายไปยัง
ปอดหลายตำแหน่ง (Multiple lung metastasis)
จึงให้การวินิจฉัย Recurrence vulva cancer (LRR type)
with multiple lung metastasis ได้รับการรักษา
ประคับประคองด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Carboplatin +
Paclitaxel กำหนดไว้ 6 Cycles โดยในขณะนี้อยู่ใน
ระหว่างการรักษา รอบที่ 3

สรุปผลการรักษา :

การรักษาด้วยรังสีในโรคมะเร็งปากช่องคลอด
ระยะที่ 1 ด้วยปริมาณรังสี 70 Gy จำนวน 35 ครั้ง เพียง
อย่างเดียวนั้น ให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ เพราะ
สามารถทำให้รอยโรคยุบลงได้จนหายสนิท แม้จะประสบ
กับปัญหาภาวะแทรกซ้อน เช่น เม็ดเลือดขาวต่ำ และ
ติดเชื้อก็ตาม แต่มีข้อสังเกตว่า ระยะหวนกลับมาของ
โรคนั้นค่อนข้างสั้น กล่าวคือประมาณ 9 เดือน ทั้งนี้มี
ความเห็นว่าจะอาจเกิดจาก 2 ปัจจัย คือ ประการแรก
ตัวโรคมีความรุนแรงโดยธรรมชาติ และประการที่ 2
อาจเกิดจากการประเมินระยะของโรคผิดพลาดตั้งแต่แรก
กล่าวคือ ไม่ได้ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องจน
ขาดข้อมูลของต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ อันนำไปสู่
การกำหนดระยะของโรคต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ส่งผล
ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบได้ปริมาณรังสีต่ำกว่าที่ควร
ได้รับจนนำมาสู่การกลับเป็นซ้ำ และประการสำคัญคือ
พลาดโอกาสในการรับยาเคมีบำบัดร่วมด้วย จนส่งผล
ให้มีการแพร่กระจายตามมาในระยะเวลาอันรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ :

เสนอแนะให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากช่องคลอด
ทุกราย สมควรได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
ช่องท้อง เพื่อกำหนดระยะของโรคให้แม่นยำมากที่สุด
เพราะจะทำให้แพทย์ผู้รักษาวางแผนการรักษาได้มี
ประสิทธิภาพมากที่สุด

ผู้ป่วยรายที่ 2

หญิงไทยหม้าย อายุ 87 ปี ศาสนาพุทธ อาชีพ
งานบ้าน (ไม่ได้ทำงาน) G6P5A1L5 last 58 ปี

อาการสำคัญ : มีแผลที่อวัยวะเพศ มา 1 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 4 เดือนก่อน
คลำได้ก้อนเนื้อขนาดประมาณปลายนิ้วหัวแม่มือ
ลักษณะแข็ง บริเวณอวัยวะเพศ เจ็บบ้างเวลาสัมผัส

1 เดือนก่อน ก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ จนขนาด
ประมาณลูกไข่ไก่ และก้อนแตกออกเป็นแผล ส่งกลิ่นไม่
พึงประสงค์ มีเลือดและหนองไหลซึมจากแผลตลอดเวลา
ร่วมกันปวดมากขึ้น จึงตัดสินใจมาพบแพทย์

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : มีโรคประจำตัว
ลิ้นหัวใจตีบ (Aortic stenosis, Left Ventricular
Ejection Fraction; LVEF 65%) รับประทาน Isordil (5)
1 tab SL prn for chest pain, Aspirin; ASA (81)
1 tab oral OD

ปฏิเสธประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว

การตรวจร่างกาย :

รูปร่างผอม น้ำหนัก 46 กก. ส่วนสูง 152 ซม.
ดัชนีมวลกาย 19.91 กก/ม.²

ความดันโลหิต 102/58 มม.ปรอท ซีพจร
93 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที
คะแนนความปวด = 8/10

การตรวจภายใน :

MIUB- cauliflower-like mass with
ulcerative lesion on-top size 7 x 6 cm at midline
clitoris, invade lower 1/3 part of urethra

Vagina-normal mucosa, clear whitish D/C

Cervix- no active lesion

Uterus- normal size

Adnexal- no mass, not tender

Cul de sac: no bulging

Groin: no mass at bilateral inguinal node

Other : Within Normal Limit (WNL)

การตรวจทางพยาธิวิทยา :

Vulva biopsy; moderate-differentiated
squamous carcinoma

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

CBC: WBC 12,100/uL, Hb 11.6 g/dL,
Platelet 221,000/uL, Absolute Neutrophil Count
(ANC) 10,285/uL

BUN = 15.4 mg/dL, Creatinine 1.24 mg/dL,
Glomerular Filtration Rate (GFR) = 23.21 mL/min

การตรวจทางรังสีวิทยา :

Computer Tomography Whole Abdomen
(CT-WA): inguinal Lymph node (LN), pelvic LN,
intraabdominal LN is negative and no evidence
of distant metastasis

Chest X-RAY (CXR): no active chest
disease, no discrete pulmonary nodule,
cardiomegaly is noted

การวินิจฉัย :

Vulva cancer stage II

การรักษา :

ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี เพื่อผลการ
รักษาที่หายขาด (Definitive Radiotherapy) โดยมี
รายละเอียด ดังนี้

ฉายรังสี ปริมาณ 54 Gy จำนวน 18 ครั้ง
เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ช่วง

ช่วงแรก : ฉายรังสีครอบคลุมทั้งอวัยวะสืบพันธุ์
ร่วมกับต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบทั้ง 2 ข้าง ปริมาณ
39 Gy จำนวน 13 ครั้ง ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบ
3 มิติ ชนิด Modify segmental boost; MSB⁽⁷⁾

ช่วงที่สอง : ฉายรังสีเฉพาะบริเวณรอบก้อน
มะเร็ง โดยขยายขอบรอบก้อนมะเร็ง 2 เซนติเมตร
จนปริมาณรังสี ถึง 54 Gy โดยแต่ละครั้งใช้ปริมาณรังสี
3 Gy

โดยแปลงสมการ เทียบปริมาณรังสีที่ก้อน
มะเร็งได้รับเป็นแบบ Conventional Fractionation
(Equivalence dose as 2 Gy; EQD2) ได้เท่ากับ 70.2 Gy

ผลการรักษา :

ในระหว่างการรักษา พบอาการแทรกซ้อน
เล็กน้อย มีเพียงภาวะเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉายรังสีอักเสบ
เปียกชุ่ม (Moist desquamation) จึงสามารถดำเนินการ
รักษาได้ตามแผนที่วางไว้ ใน 4 สัปดาห์

เมื่อสิ้นสุดการรักษา หลังผู้ป่วยพักรักษาตัวเพื่อ
ฟื้นฟูสภาพร่างกาย รอยโรคที่บริเวณปากช่องคลอดเทียบกับ
เมื่อก่อนเริ่มรักษา พบว่า รอยโรคยุบทั้งหมด หายขาด
(Complete Response; CR)⁽⁸⁾ โดยประเมินจากอาการ
ทางคลินิก ด้วยการตรวจร่างกาย เมื่อสิ้นสุดการรักษา
แล้ว 4 สัปดาห์

การติดตามผลการรักษา :

ในช่วง 12 เดือนแรก พบว่า อาการปกติ แต่
กลับพบว่าผู้ป่วยเกิดสภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และ
หัวใจวาย (Congestive heart failure with Atrial
fibrillation) จนเป็นเหตุให้เสียชีวิตแต่ทั้งนี้ ไม่พบ
หลักฐานการหวนกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็งอวัยวะ
เพศหญิง แต่อย่างใด

สรุปผลการรักษา

การรักษาด้วยรังสีในโรคมะเร็งปากช่องคลอด ระยะที่ 2 ด้วยปริมาณรังสี 54 Gy จำนวน 18 ครั้ง เพียงอย่างเดียว นั้น ให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจอย่างยิ่ง เพราะสามารถทำให้รอยโรคยุบลงได้จนหายสนิท อีกทั้ง ผลแทรกซ้อนจากการรักษาน้อย ไม่ส่งผลกระทบต่อ การรักษาหลัก นอกจากนี้ยังไม่พบการหวนกลับมาของ โรคมะเร็งอวัยวะเพศหญิง ตลอดช่วง 12 เดือนที่ผู้ป่วย ยังมีชีวิตอยู่ด้วย

อภิปราย

โรคมะเร็งปากช่องคลอด พบในสตรีสูงอายุ ซึ่งมีปัญหาโรคประจำตัวอื่นๆ อยู่เดิม มักมาพบแพทย์เมื่อ มีอาการมากแล้ว ก้อนมะเร็งส่วนมากมีขนาดใหญ่และ อาจลุกลามอวัยวะข้างเคียงได้ การส่งภาพ Computer Tomography Whole Abdomen (CT-WA) เพื่อ ประเมิน ต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ ต่อม้ำเหลืองใน อุ้งเชิงกราน และการแพร่กระจายไปยังปอด ถือว่ามีส่วน สำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดระยะของโรค อันจะนำไปสู่ การรักษาที่ตรงตามมาตรฐาน สมควรกระทำในผู้ป่วย ทุกราย

กรณีพบว่าผู้ป่วยมีระยะของโรคในระยะต้น (Stage I-II) การผ่าตัด ถือเป็นแนวทางการรักษาที่ดีที่สุด แต่หากเมื่อไม่สามารถผ่าตัดได้ การเลือกใช้รังสีรักษา ก็เป็นแนวทางที่เหมาะสม โดยการรักษารังสีนั้น ควรให้ปริมาณรังสีรวม อย่างน้อย 70 Gy เมื่อคิดใน รูปสมการ Equivalence dose as 2 Gy; EQD2 และมีข้อสังเกตว่าการให้แบบ Conventional fractionation ที่ 2 Gy/Fx นั้นมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน แบบฉับพลัน (Acute complication) ได้มากกว่า แบบ Hypofractionation ที่ 3 Gy/Fx ทั้งการกดเม็ดเลือดขาว การมีแผลเปื่อยยุ่ย และการเกิดแผลอักเสบติดเชื้อ ซึ่งอาจ ส่งผลให้ต้องพักการฉายรังสีเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อน ก่อน แต่ทั้งนี้แล้วจำเป็นต้องพึงระลึกเสมอว่าการใช้ Hypofractionation นั้นในระยะยาวก็อาจส่งผลต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง (Chronic complication)

ได้มากกว่า ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ เพราะติดตาม หลังการรักษาเพียง 12 เดือนเท่านั้น

สำหรับเทคนิคการวางแผนรักษารังสีนั้น ต้องเป็นเทคนิค 3 มิติ ขึ้นไป เนื่องจากต้องมีการกำหนด บริเวณที่จะได้รับปริมาณรังสีให้ชัดเจน ครอบคลุมทั้ง อุ้งเชิงกรานและต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ ซึ่งในการ ศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้วิธี Modify segmental boost; MSB พบว่าได้ผลการรักษาที่ดี และใช้ระยะเวลาในการ วางแผนสั้น

ในด้านผลการรักษานั้น การใช้รังสีรักษา เพียงอย่างเดียว ในมะเร็งปากช่องคลอดระยะเริ่มต้น พบว่า ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจอย่างสูง เพราะได้ ผลลัพธ์ หายขาดจากโรค แต่มีข้อสังเกตคือ ระยะหวน กลับของโรคในผู้ป่วยแต่ละรายนั้น อาจแตกต่างกันออกไป อาจขึ้นกับหลายปัจจัย โดยในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วย ทั้ง 2 ราย มีระยะเวลาที่ปราศจากโรค (Disease Free Survival; DFS) ได้ที่ 9 เดือน และ 12 เดือน ในผู้ป่วย กรณีศึกษา รายที่ 1 และ 2 ตามลำดับ ซึ่งผลลัพธ์นี้พบว่า ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย⁽⁵⁾ ที่ศึกษาในต่างประเทศ เพราะข้อมูล ในต่างประเทศระบุว่าในระยะต้น มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึง ร้อยละ 80-90 ทั้งนี้ผู้ศึกษามีความเห็นว่ อาจเกิดจากการประเมินระยะของโรคต่ำกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากไม่ได้วิเคราะห์ผล Computer Tomography Whole Abdomen (CT-WA) ดังกรณีศึกษาที่ 1 และ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมาก (Extreme old age) ทำให้ เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นไปก่อน ดังกรณีศึกษาที่ 2

สรุป

การใช้รังสีรักษา เพียงอย่างเดียว ในการรักษา โรคมะเร็งปากช่องคลอดระยะเริ่มต้น พบว่า ได้ผลลัพธ์ หายขาดจากโรคสูง แต่มีระยะที่ปราศจากโรค ในผู้ป่วย ค่อนข้างสั้น เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว และ/หรือไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ โดยควรวางแผนการ รักษาด้วยเทคนิค 3 มิติ ชนิด Modify segmental boost; MSB และให้ปริมาณรังสีรวม อย่างน้อย 70 Gy เมื่อคิดในรูปสมการ Equivalence dose as 2 Gy; EQD2

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากช่องคลอดทุกรายต้องส่งวิเคราะห์ Computer Tomography Whole Abdomen (CT-WA) เสมอ เพื่อกำหนดระยะของโรครอย่างแม่นยำ อันจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาตามมาตรฐานได้อย่างถูกต้อง

2. Conventional Fractionation 70 Gy/35 Fx มีแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนฉับพลัน (Acute complication) ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) และภาวะเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉายรังสีอักเสบเปื่อยยุ่ย (Moist desquamation) ได้มากกว่าแบบ Hypofractionation 54 Gy/18Fx

เอกสารอ้างอิง

- Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. Cancer statistics, 2011: The impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin* 2011;61(4):212-36. doi: 10.3322/caac.20121.
- Alteri R, Bertaut T, Brooks D, Chambers W, Chang E, DeSantis C, et al. Cancer Facts and Figures 2015. Atlanta : American Cancer Society; 2015.
- Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D, Suwanrungrung K, Sangrajang S, editors. Cancer in Thailand vol VIII, 2010-2012. Bangkok: National Cancer Institute, Ministry of Public Health; 2015.
- Gustavo S. Montana, Song K, Kang Carcinoma of the vulva. In : Halperin EC, Perez CA, Brady LW, Editors. *Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology*. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins ; 2008 : 1692-707.
- Amin MB, Edge SB, Greene FL, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York: Springer International Publishing; 2018.
- Haffty BG, Wilson LD, editor. *Handbook of Radiation Oncology: Basic Principles and Clinical Protocols*. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2009.
- Ajani JA, Winter KA, Gunderson LL, Pedersen J, Benson AB 3rd, Thomas CR Jr, et al. Fluorouracil, mitomycin, and radiotherapy vs fluorouracil, cisplatin, and radiotherapy for carcinoma of the anal canal: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008;299(16):1914-21. doi: 10.1001/jama.299.16.1914.
- Nishino M, Jagannathan JP, Ramaiya NH, Van den Abbeele AD. Revised RECIST guideline version 1.1: What oncologists want to know and what radiologists need to know. *AJR Am J Roentgenol* 2010;195(2):281-9. doi: 10.2214/AJR.09.4110.