



ผลของการผ่าตัด Retropubic Radical Prostatectomy ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากของโรงพยาบาลศิริราช

ประพนธ์ เปี่ยมอนันต์ พ.บ., สุนัย ลีวันแสงทอง พ.บ.,
 สุขาย สุนทรากา พ.บ., ไชยยงค์ นวलय พ.บ.,
 สัทธิพร ศรีนวลนัต พ.บ., ธวัชชัย ทวีมันคงทรัพย์ พ.บ.,
 บรรณสิทธิ์ ไชยประสิทธิ์ พ.บ., ธีระพล อมรเวชสุกิจ พ.บ.,
 อนุพันธ์ ต้นตวงค์ พ.บ., พิชัย ศุภจินทรรัตน์ พ.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การผ่าตัด Retropubic radical prostatectomy ยังคงเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้น (localized prostate cancer) วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้คือเพื่อศึกษาผลของการผ่าตัด Retropubic radical prostatectomy ในโรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มศึกษาและการดำเนินการศึกษา: ระหว่างปี พ.ศ. 2542-2549 ผู้ป่วย 345 ราย ที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากได้รับการผ่าตัด Radical prostatectomy ที่รพ.ศิริราช ได้รับการประเมินระยะของโรคทางคลินิก, ค่า prostate-specific antigen (PSA) ก่อนผ่าตัด, Gleason score, ผลทางพยาธิวิทยา การติดตามหลังผ่าตัด และวิเคราะห์อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ผลการศึกษา: จากผู้ป่วยที่มีข้อมูลทั้งหมด 327 รายพบว่า 61.6% เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้น (localized disease), 33.2% เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามเฉพาะที่ (locally advanced disease) และ 5.2% เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม (metastatic disease) โดยพบว่าโอกาสในการที่จะเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะเริ่มต้นเท่ากับ 72.4% หากค่า PSA ก่อนผ่าตัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ng/ml, 56.1% หากค่า PSA ก่อนผ่าตัดเท่ากับ 10-50 ng/ml, 23.1% หากค่า PSA ก่อนผ่าตัดมากกว่า 50 ng/ml โดยผู้ป่วยที่ติดตามการรักษานานที่สุด 101 เดือน (มีระยะ 43 เดือน) พบว่าผู้ป่วย 137 ราย (41.9%) ได้รับการรักษาเสริม (adjuvant therapy) อัตราการรอดชีวิตเฉพาะโรค ที่ 5 ปี (Cancer-specific survival) ของผู้ป่วยในกลุ่มที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้น และมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามเฉพาะที่เท่ากับ 100% และ 94.1% ตามลำดับ

สรุปผลการศึกษา: ผลของการผ่าตัด Retropubic radical prostatectomy ของโรงพยาบาลศิริราช ได้ผลดีทั้งในแง่ของอัตราการรอดชีวิต อัตราการรอดชีวิตเฉพาะโรค ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาของประเทศทางตะวันตก



บทนำ

ในปัจจุบันการผ่าตัด Radical prostatectomy ถือว่าเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้นทางคลินิกมานานกว่า 2 ทศวรรษโดยที่มีผลการรักษาที่ยอดเยียม แต่จากการที่อุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมลูกหมากในเอเชียต่ำกว่าในยุโรปและอเมริกาดังนั้นข้อมูลของการผ่าตัดนี้ส่วนใหญ่จึงมาจากประเทศในกลุ่มยุโรปและอเมริกาแต่มีข้อมูลจากประเทศในกลุ่มเอเชียและเอเชียอาคเนย์ค่อนข้างน้อยซึ่งรวมถึงในประเทศไทยด้วย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันอุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมลูกหมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะเริ่มต้นในประเทศไทยได้สูงขึ้นเป็นลำดับ จึงทำให้การผ่าตัด Radical prostatectomy เพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ทางคณะผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาแบบ retrospective descriptive เพื่อศึกษาผลของการผ่าตัด Retropubic radical prostatectomy ในโรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มศึกษาและการดำเนินการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งหมด 345 ราย ที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากได้รับการผ่าตัด Retropubic radical prostatectomy ที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2542-2549 มีผู้ป่วย 327 ราย ที่สามารถค้นหาและรวบรวมข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย โดยผ่านทางระบบทะเบียนของโรงพยาบาลทั้งทะเบียนผู้ป่วยใน (ในด้านการผ่าตัด) และผู้ป่วยนอก (ในด้านการติดตามผลการรักษา) จากผู้ป่วย 327 ราย มีผู้ป่วย 286 ราย (87.5%) ได้รับการวินิจฉัยโดยการทำการตรวจชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากทางทวารหนักโดยใช้อัลตราซาวด์ (trans-rectal ultrasound (TRUS)-guide biopsy) โดยมีข้อบ่งชี้คือพบความผิดปกติจากการตรวจต่อมลูกหมากทางทวารหนักและหรือค่า PSA >4 ng/ml ผู้ป่วย 41 ราย (12.5%) ได้รับการวินิจฉัยจากชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ transurethral resection of the prostate (TURP) ผู้ป่วยจะได้รับการจัดแบ่งระยะของโรคตาม TNM classification 2002 ผู้ป่วยทั้งหมดมีผลทางพยาธิวิทยาเป็น adenocarcinoma ของต่อมลูกหมาก โดยใช้ระบบ Gleason score ในการแบ่งระดับทางพยาธิวิทยา ผู้ป่วยทุกรายไม่มีมะเร็งลุกลามไปที่กระดูกจากการตรวจกระดูก (bone scan) ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลของทางเลือกต่างๆในการรักษาและตัดสินใจเลือกแนวทาง

การรักษาพร้อมกับแพทย์ที่ให้การรักษาโดยผู้ป่วยทั้งหมด 336 ราย ได้รับการผ่าตัด retropubic radical prostatectomy ผู้ป่วย 9 ราย ได้รับการผ่าตัดเริ่มต้นเป็น laparoscopic radical prostatectomy และเปลี่ยนเป็น retropubic radical prostatectomy ในเวลาต่อมา ภายหลังการผ่าตัด radical prostatectomy จะมีการติดตามค่า PSA หากพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของ PSA ก็จะทำให้การประเมินสถานะทางคลินิก และมีการให้การรักษาเสริม (Adjuvant therapy) ในกรณีที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามเฉพาะที่ (locally advanced disease), มะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม (metastatic disease), มีค่า PSA สูงขึ้น (biochemical failure) หรือมีการก้าวหน้าของโรคทางคลินิก (clinical progression) ในการศึกษานี้มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาของการติดตามผู้ป่วยที่ 43 เดือน (ค่าเฉลี่ย 40 เดือน, ระหว่าง 5-101 เดือน) มีผู้ป่วย 10 ราย ที่ไม่มาติดตามการรักษา จึงมี 317 ราย ที่ได้รับการประเมินผลของการรักษาในด้านต่างๆ ทั้งค่า PSA ก่อนผ่าตัด ระยะของโรค ลักษณะทางพยาธิวิทยา การก้าวหน้าของโรค และนำมาวิเคราะห์หาอัตราการรอดชีวิต อัตราการรอดชีวิตเฉพาะโรค โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ Chi-square test ในการเปรียบเทียบตัวแปรต่างๆ และใช้ Kaplan-Meier ในการวิเคราะห์อัตราการรอดชีวิต

ผลการศึกษา

อายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษาเท่ากับ 66.9 ปี (มัธยฐาน 67 ปี, ระหว่าง 47-81 ปี) มีเพียง 5 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ยและมัธยฐานของค่า PSA ก่อนผ่าตัดเท่ากับ 21.2 และ 11.6 ตามลำดับ (ระหว่าง 0.04-242 ng/ml) ตารางที่ 1 แสดงถึงอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์, ค่า PSA ก่อนผ่าตัด, วิธีการวินิจฉัย และระดับความรุนแรงของเนื้องอก (tumor grade)

จากผู้ป่วยที่มีข้อมูลทางพยาธิวิทยาหลังผ่าตัด 310 ราย พบว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้น 191 ราย (61.6%) มะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามเฉพาะที่ 103 ราย (33.2%) มะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม 16 ราย (5.2%) พบว่าหากค่า PSA ก่อนผ่าตัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ng/ml มีโอกาสในการที่จะเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะเริ่มต้นเท่ากับ 72.4% หากค่า PSA ก่อนผ่าตัดเท่ากับ 10-50 ng/ml มีโอกาสในการที่จะเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะเริ่มต้นเท่า

ตารางที่ 1 อาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์, ค่า PSA ก่อนผ่าตัด, วิธีการวินิจฉัย และระดับความรุนแรงของเนื้องอก (tumor grade)

	n (%)
อาการที่มาพบแพทย์	
ไม่มีอาการ	98 (29.9)
อาการความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ (LUTS)	206 (62.9)
ปัสสาวะไม่ออก (Urinary retention)	13 (3.9)
ปัสสาวะเป็นเลือด (Hematuria)	7 (2.1)
อสุจิมียเลือดปน (Hemospermia)	1 (0.3)
ค่า PSA ก่อนผ่าตัด	
0-4	20 (6.4)
>4-10	107 (34.2)
>10-20	96 (30.7)
>20-50	61 (19.5)
>50	29 (9.3)
ไม่มีข้อมูล	14
วิธีการวินิจฉัย	
การตรวจชิ้นเนื้อทางทวารหนัก (TRUS biopsy)	
- PSA >4 ng/ml	193 (59.4)
- พบความผิดปกติจากการตรวจทางทวารหนัก (Abnormal DRE)	5 (1.5)
- ค่า PSA สูง + พบความผิดปกติจากการตรวจทางทวารหนัก	86 (26.5)
ตรวจพบจากการผ่าตัด TURP	41 (12.6)
ไม่ทราบข้อมูล	2
Gleason score ก่อนผ่าตัด	
2-6	159 (52.1)
7	68 (22.3)
8-10	76 (24.9)
อื่นๆ*	2 (0.7)
ไม่ทราบข้อมูล	22

* Spindle cell carcinoma, Ductal carcinoma

กับ 56.1% และ 23.1% หากค่า PSA ก่อนผ่าตัดมากกว่า 50 ng/ml ($p<0.001$) ซึ่งจากข้อมูลนี้บ่งชี้ว่าค่า PSA ก่อนผ่าตัดที่ต่ำกว่าจะมีโอกาสเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะเริ่มต้นมากกว่า ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 2

จากผู้ป่วย 290 ราย ที่มีข้อมูลระดับของโรคก่อนผ่าตัดที่ใช้ระบบ Gleason score พบว่า ถ้า Gleason score เท่ากับ 2-6 จะมีโอกาสเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้น 72.4% ถ้า Gleason score เท่ากับ 7 จะมีโอกาสเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้น 54.5% ถ้า Gleason score เท่ากับ

8-10 จะมีโอกาสเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้น 44.8% ($p=0.003$) ดังแสดงในตารางที่ 3 และพบว่าผู้ป่วย 2 ราย ที่มีผลทางพยาธิวิทยาก่อนผ่าตัดเป็น Spindle cell carcinoma และ Ductal carcinoma มีผลทางพยาธิวิทยาหลังผ่าตัดเป็น Adenocarcinoma

มะเร็งต่อมลูกหมากที่ตรวจไม่พบจากการตรวจทางพยาธิวิทยา (Vanishing prostate cancer) พบ 7 ราย ส่วนใหญ่ค่า PSA ก่อนผ่าตัดน้อยกว่า 10 ng/ml และระดับ (Gleason score) ไม่เกิน 6

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างค่า PSA ก่อนผ่าตัดและระยะของโรคทางพยาธิวิทยา

ค่า PSA ก่อนผ่าตัด (ng/ml)	ระยะเริ่มต้น (Localized)	ระยะของโรคทางพยาธิวิทยา, n(%) ระยะลุกลามเฉพาะที่ (Locally advanced)	ระยะลุกลาม (Metastasis)
≤10	89 (72.4)	30 (24.4)	4 (3.3)
>10-20	58 (63.7)	39 (42.6)	3 (3.3)
>20-50	30 (52.6)	24 (42.1)	3 (5.3)
>50	6 (23.1)	15 (57.7)	5 (19.2)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของโรค (tumor grade) ก่อนผ่าตัดกับระยะของโรคทางพยาธิวิทยา

Gleason score	ระยะเริ่มต้น (Localized)	ระยะของโรคทางพยาธิวิทยา, n(%) ระยะลุกลามเฉพาะที่ (Locally advanced)	ระยะลุกลาม (Metastasis)
2-6	110 (72.4)	35 (23.0)	7 (4.6)
7	36 (54.5)	27 (40.9)	3 (4.5)
8-10	30 (44.8)	31 (46.3)	6 (9.0)

จากผู้ป่วย 191 ราย ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้นทางพยาธิวิทยาพบว่ามะเร็งหลังเหลือบบริเวณขอบชิ้นเนื้อ 47 ราย (24.6) และมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง 1 ราย (0.5%) ขณะที่ผู้ป่วย 103 รายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามเฉพาะที่พบว่ามี 61 ราย (59.2%) ที่มีมะเร็งหลังเหลือบบริเวณขอบชิ้นเนื้อ และมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง 7 ราย (6.8%) ส่วนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม 16 ราย พบว่ามีมะเร็งหลังเหลือบบริเวณขอบชิ้นเนื้อ 15 ราย (93.8) และมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง 5 ราย (31.3%) ซึ่งความแตกต่างของการมีมะเร็งหลังเหลือบและการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 5

ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 172.2 นาที (ระหว่าง 80-480 นาที, มัธยฐาน 162.5 นาที). ค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียโลหิตเท่ากับ 1,249.8 มล. (ระหว่าง 100-11,200 มล., มัธยฐาน 900 มล.) ผู้ป่วย 21 ราย มีการสูญเสียโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ ($\geq 2,000$ มล.) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ 15 จาก 21 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่วง 3 ปีแรกของการศึกษานี้ ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.9 วัน (ระหว่าง 5-71 วัน, มัธยฐาน 11 วัน) ผู้ป่วยต้องคาสาขสวณปัสสาวะเฉลี่ย 16.5 วัน (ระหว่าง 7-35 วัน, มัธยฐาน 16 วัน)

มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 47 ราย (14.4%), ผู้ป่วย 21 รายมีการเสียโลหิตมากกว่า 2,000 มล. ผู้ป่วย 5 ราย ต้องคาสาขระบายนานกว่า 14 วัน ผู้ป่วย 8 ราย มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ผู้ป่วยมีภัยอันตรายต่อท่อไต 2 ราย ผู้ป่วยมีภัยอันตรายต่อลำไส้ 1 ราย ผู้ป่วย 5 ราย มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วย 2 ราย มีภาวะเส้นเลือดสมองตีบ ผู้ป่วย 4 ราย มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดโดยที่มีผู้ป่วย 1 ราย ที่เสียชีวิตด้วยเหตุนี้

จากผู้ป่วยทั้งหมด 327 รายพบว่า 191 ราย (61.6%) เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้น, 103 ราย (33.2%) เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามเฉพาะที่ (locally advanced disease) และ 16 ราย (5.2%) เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลาม (metastatic disease) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ค่า PSA จะลดลงจนวัดไม่ได้ (< 0.2 ng/ml) ภายใน 1 เดือน ซึ่งโรงพยาบาลศิริราชจะมีแนวทางในการให้การรักษาเสริมในกรณีที่มะเร็งระยะลุกลามมะเร็งระยะลุกลามเฉพาะที่ที่มีมะเร็งหลังเหลือบ ค่า PSA ไม่ลดลงจนถึงระดับที่วัดไม่ได้ หรือค่า PSA สูงขึ้นมาใหม่มากกว่า 0.4 ng/ml หลังจากค่า PSA ลดลงจนวัดไม่ได้ การรักษาเสริมที่ใช้มีหลายชนิด เช่น การฉายรังสี การรักษาโดยการลดระดับฮอร์โมนเพศชาย การรักษาแบบผสมผสาน โดยผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำถึงวิธีการรักษาชนิดต่างๆ และตัดสินใจร่วมกันกับแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยพบว่ามี 137 ราย (41.9%) ที่ได้รับการรักษาเสริม ผู้ป่วย

ตารางที่ 4 ผลทางพยาธิวิทยาแสดงระยะของโรค, ระดับของโรค, อัตราการหลงเหลือของมะเร็งบริเวณขอบชิ้นเนื้อ และการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง

	n (%)
ระยะของโรค	
T1	14 (4.5)
T2	177 (57.1)
T3	103 (33.2)
T4	16 (5.2)
ไม่ทราบข้อมูล	17
ระดับของโรค	
2-6	108 (35.8)
7	123 (40.7)
8-10	69 (22.8)
others	2 (0.7)
ไม่ทราบข้อมูล	25
การหลงเหลือมะเร็งบริเวณขอบชิ้นเนื้อ	
มีการหลงเหลือของมะเร็งบริเวณขอบชิ้นเนื้อ	123 (40.5)
ไม่มีการหลงเหลือของมะเร็งบริเวณขอบชิ้นเนื้อ	181 (59.5)
ไม่มีข้อมูล	6
การลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง	
มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง	13 (4.4)
ไม่มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง	282 (95.6)
ไม่มีข้อมูล	15

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคกับสถานะการหลงเหลือของมะเร็งบริเวณขอบชิ้นเนื้อ

ระยะของโรคทางพยาธิวิทยา (Pathological stage)	ไม่มีมะเร็งหลงเหลือ (Free margin), n (%)	มีมะเร็งหลงเหลือ (Positive margin), n (%)	มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง (Nodal metastasis)
มะเร็งระยะเริ่มต้น (Localized)	142 (74.3)	47 (24.6)	1 (0.5)
มะเร็งลุกลามเฉพาะที่ (Locally advanced)	38 (36.9)	61 (59.2)	7 (6.8)
มะเร็งลุกลาม (Metastasis)	1 (6.3)	15 (93.8)	5 (31.3)

80 ราย ได้รับการรักษาเสริมทันที สำหรับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม มะเร็งลุกลามเฉพาะที่และมะเร็งระยะเริ่มต้นที่มีมะเร็งหลงเหลือ หากมีการเพิ่มสูงขึ้นของ PSA มากกว่า 0.4 ng/ml จะถือว่าการล้มเหลวทางชีวเคมี (biochemical failure) จากการติดตามผู้ป่วยเฉลี่ย 43 เดือนหลังผ่าตัด (นานที่สุด 101 เดือน) มี 35 ราย (20.0%) ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น พบว่ามีการล้มเหลวทางชีวเคมี ขณะที่ผู้ป่วย

ในกลุ่มที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามเฉพาะที่พบ 22 ราย (40.0%) ที่มีการล้มเหลวทางชีวเคมีและได้รับการรักษาเสริม ($p = 0.031$) จากผู้ป่วย 137 ราย 120 ราย ได้รับการรักษาเสริมด้วยฮอร์โมน 8 ราย ได้รับการฉายรังสี 8 ราย ได้รับการฉายรังสีร่วมกับการรักษาด้วยฮอร์โมน มี 1 ราย ได้รับยาเคมีบำบัดเนื่องจากดื้อต่อการรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal refractory disease)

ผู้ป่วย 50 ราย (15.3%) เกิดภาวะแทรกซ้อนในภายหลัง โดย 48 ราย (14.7%) เกิดการตีบตันบริเวณรอยต่อของท่อปัสสาวะกับคอกระเพาะปัสสาวะ มี 2 ราย เกิดไส้เลื่อนบริเวณแผลผ่าตัด 1 ราย เกิดการอุดตันท่อไต

จากข้อมูลในด้านการกลั่นปัสสาวะที่รวบรวมได้ พบว่าผู้ป่วย 83.2% กลั่นปัสสาวะได้โดยไม่ต้องใช้ผ้าอ้อม ผู้ป่วย 5.2% ต้องใช้ผ้าอ้อมวันละ 1 ผืน ผู้ป่วย 10.6% ต้องใช้ผ้าอ้อมมากกว่า 1 ผืนต่อวัน

เนื่องจากในผู้ป่วยคนไทยส่วนหนึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแข็งตัวขององคชาตไม่เพียงพอจึงทำให้มีการบันทึกข้อมูลไว้เพียง 71 ราย มี 3 ราย ที่ไม่มีการแข็งตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดมี 20 ราย (29.4%) ประสบความสำเร็จในการมีเพศสัมพันธ์ โดย 17 ราย ต้องใช้ยาหรืออุปกรณ์สูญญากาศช่วย

จากการติดตามผู้ป่วย 317 ราย ตั้งแต่ 5 เดือน จนถึง 101 เดือน โดยเฉลี่ย 43 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต 16 ราย, 7 ราย เสียชีวิตจากมะเร็งต่อมลูกหมาก, 8 ราย เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นๆ (กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2 ราย ลิ้มเลือดอุดตันในปอด 1 ราย เส้นเลือดในสมองแตก 1 ราย มะเร็งปอด 1 ราย มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 1 ราย โลหิตจางจากการที่ไม่สามารถสร้างเม็ดเลือด (Idiopathic aplastic anemia) 1 ราย ปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสโลหิต 1 ราย) และเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ 1 ราย ในผู้ป่วยทั้ง 7 ราย ที่เสียชีวิตจากมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มมะเร็งลุกลามเฉพาะที่ทั้งหมด

เมื่อวิเคราะห์ผู้ป่วยที่ติดตามมากกว่า 5 ปี พบว่าอัตราการรอดชีวิตโดยรวมที่ 5 ปี (overall 5-year survival) เท่ากับ 95.0% ขณะที่อัตราการรอดชีวิตเฉพาะโรคที่ 5 ปี (cancer-specific 5-year survival) เท่ากับ 98.1% ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์แยกกลุ่มจะพบว่าในกลุ่มที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะเริ่มต้น 191 ราย มีผู้เสียชีวิต 8 ราย แต่ทั้ง 8 รายนี้ไม่ได้เสียชีวิตจากมะเร็งลูกหมาก ดังนั้นอัตราการรอดชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยกลุ่มนี้เท่ากับ 95.6% ขณะที่อัตราการรอดชีวิตเฉพาะโรคที่ 5 ปี เท่ากับ 100% ส่วนในกลุ่มที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามเฉพาะที่และระยะลุกลาม 119 ราย มีผู้เสียชีวิต 8 ราย เสียชีวิตจากมะเร็งต่อมลูกหมาก 7 ราย จากสาเหตุอื่น 1 ราย ดังนั้นอัตราการรอดชีวิตโดยรวมที่ 5 ปีเท่ากับ 93.2% ขณะที่อัตราการรอดชีวิตเฉพาะโรคที่ 5 ปี เท่ากับ 94.9%

อภิปราย

ภายในช่วง 1 ถึง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการตื่นตัวในเรื่องของมะเร็งต่อมลูกหมากมากขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วยเช่นกัน ที่โรงพยาบาลศิริราชก็มีการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากมากขึ้นและพบมะเร็งในระยะเริ่มต้นมากขึ้น ทำให้มีการผ่าตัด radical prostatectomy ซึ่งเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานเพิ่มมากขึ้นไปด้วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการทางการขับถ่ายปัสสาวะ (LUTS) มักจะมีค่า PSA ระหว่าง 4-10 Gleason score 2-6 และอยู่ในระยะเริ่มต้นทางคลินิก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี จึงมักมีภาวะต่อมลูกหมากโต (BPH) ร่วมด้วยดังนั้นผู้ป่วยบางรายจึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากจากชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัด TURP.

ในหลายๆ การศึกษาพบว่า ปัจจัยที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งในระยะเริ่มต้นคือ ค่า PSA และ Gleason score ก่อนผ่าตัด ซึ่งในการศึกษานี้ก็ได้ผลไม่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าค่า PSA ก่อนผ่าตัดน้อยกว่า 10 นก./มล. และ Gleason score 2-6 และพบว่ามีโอกาสที่จะมีมะเร็งหลงเหลือหลังการผ่าตัดประมาณ 24% หากเป็นมะเร็งในระยะเริ่มต้น ขณะที่ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงคือมีค่า PSA และ Gleason score ก่อนผ่าตัดสูง ก็จะมีโอกาสเป็นมะเร็งระยะลุกลามเฉพาะที่หรือมะเร็งระยะลุกลามมากขึ้น และมีโอกาสมีมะเร็งหลงเหลือมากขึ้นประมาณ 59% และ 94% ตามลำดับ

ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด radical prostatectomy ในการศึกษาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือ การเสียโลหิตมากกว่า 2,000 มล. ซึ่งพบในช่วง 3 ปีแรกของการศึกษาและเกิดน้อยลงภายหลังจากที่ศัลยแพทย์มีความชำนาญมากขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี แต่ภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคเส้นโลหิตในสมองก็เกิดขึ้นไม่มากเพียง 7 ราย (2.14%) ภาวะลิ้มเลือดอุดตันในปอดเป็นภาวะที่มีอันตรายถึงชีวิตโดยทั่วไปจะพบไม่บ่อยในผู้ป่วยชาวเอเชีย ก็พบในการศึกษานี้ 4 รายและเสียชีวิต 1 ราย และพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการผ่าตัดและการสูญเสียโลหิตในการศึกษานี้ค่อนข้างจะสูงกว่าการศึกษาอื่นๆ เล็กน้อยแต่พบว่าลดลงในช่วงระยะหลังของการศึกษานี้ ขณะที่ระยะเวลาในการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลและการคายสวนปัสสาวะจะค่อนข้างนานกว่าการศึกษาอื่นๆ

เนื่องจากเป็นความต้องการ, ค่านิยม และวัฒนธรรมของผู้ป่วยชาวไทย

แม้ว่าระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยในการศึกษานี้จะยังไม่ยาวนานเมื่อเทียบกับหลายๆ การศึกษาจากประเทศทางตะวันตก แต่ก็พบว่าข้อมูลต่างๆ ในด้านอัตราการรอดชีวิตก็มีแนวโน้มที่ไม่แตกต่างกัน ที่ระยะเวลาการติดตามเฉลี่ย 43 เดือน พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้นส่วนใหญ่ (80%) หลังผ่าตัดจะมีค่า PSA อยู่ในระดับที่วัดไม่ได้ โดยที่ไม่มีการก้าวหน้าของโรคทางคลินิก (clinical progression) หรือมีการเพิ่มขึ้นของค่า PSA (Biochemical failure) และไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่เสียชีวิตจากมะเร็งต่อมลูกหมากเลย และพบว่ามีอัตราการรอดชีวิตโดยรวมและอัตราการรอดชีวิตเฉพาะโรคสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามเฉพาะที่และระยะลุกลาม

แม้ว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมลูกหมากมีความ

แตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติและพบอุบัติการณ์ในผู้ป่วยชาวเอเชียน้อยกว่าชาวตะวันตกแต่จากข้อมูลในการศึกษานี้พบว่าการผ่าตัด retropubic radical prostatectomy ในโรงพยาบาลศิริราชเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2537 จนถึงปี พ.ศ. 2547 แต่พบว่ามีแนวโน้มที่ลดลงหลังจากนั้นเนื่องจากการผ่าตัดแบบ laparoscopic และ Robotic assist laparoscopic radical prostatectomy มากขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน retropubic radical prostatectomy ยังคงเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้น ในหลายๆ พื้นที่ของประเทศไทย ซึ่งจากการศึกษานี้ retropubic radical prostatectomy ให้ผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีและมีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะช่วยให้ศัลยแพทย์นำไปใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Han M, Partin AW, Pound CR, Epstein JI, Walsh PC. Long-term biochemical disease-free and cancer-specific survival following anatomic radical retropubic prostatectomy: The 15-Year Johns Hopkins Experience. **Urol Clin North Am** 2001; 28(3): 555-60.
2. Roehl KA, Han M, Ramos CG, Antenor JAV, Catalona WJ. Cancer progression and survival rates following anatomical radical retropubic prostatectomy in 3,478 consecutive patients: long-term results. **J Urol** 2004; 172(3): 910-4.
3. Zincke H, Oesterling JE, Blute ML, Bergstralh EJ, Myers RP, Barrett DM. Long-term (15 years) results after radical prostatectomy for clinically localized (stage T2c or lower) prostate cancer. **J Urol** 1994; 152: 1850-7.
4. Catalona WJ, Smith DS. Cancer recurrence and survival rates after anatomic radical retropubic prostatectomy for prostate cancer: intermediate-term results. **J Urol** 1998; 160: 2428-34.
5. Porter CR, Kodama K, Gibbons RP, Correa, R Jr., Chun FKH, Perrotte P, et al. 25-Year Prostate Cancer Control and Survival Outcomes: A40 Year Radical Prostatectomy Single Institution Series. **J Urol** 2006; 176: 569-74.
6. Pound CR, Partin AW, Eisenberger MA, Chan DW, Pearson JD, Walsh PC. Natural History of Progression After PSA Elevation Following Radical Prostatectomy. **JAMA** 1999; 281(17): 1591-7.
7. Pound CR, Partin AW, Epstein JI, Walsh PC. Prostate-specific antigen after anatomic radical retropubic prostatectomy. Patterns of recurrence and cancer control. **Urol Clin North Am** 1997; 24: 395-406.
8. Walsh PC. Anatomic radical prostatectomy: evolution of the surgical technique. **J Urol** 1998; 160: 2418-24.
9. Hull GW, Rabbani F, Abbas F, Wheeler TM, Kattan MW, Scardino PT. Cancer control with radical prostatectomy alone in 1,000 consecutive patients. **J Urol** 2002; 167: 528-34.
10. Arai Y, Egawa S, Tobisu K, Sagiya K, Sumiyoshi Y, Hashine K, et al. Radical retropubic prostatectomy: time trends, morbidity and mortality in Japan. **BJU Int** 2000; 85: 287-94.
11. Lepor H, Nieder AM, Ferrandino MN. Intraoperative and postoperative complication of radical retropubic prostatectomy in a consecutive series of 1,000 cases. **J Urol** 2001; 166(5): 1729-33.



12. Soontrapa S, Tantiwong A, Leewansangtong S, Bhanalaph T. Five-year follow-up of prostate cancer in Siriraj Hospital. **J Med Assoc Thai** 2000; 83: 236-42.
13. Leewansangtong S, Soontrapa S, Nualyong C, Srinualnad S, Taweemankongsap T, Amornvesukit T. Outcomes of Radical Prostatectomy in Thai Men with Prostate Cancer. **Asian J Surg** 2005; 28(4): 286-90.