

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ของขนาดและจำนวนต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ กับอุบัติการณ์การแพร่กระจายของมะเร็งอวัยวะเพศชายมาต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกราน

พฤกษ์ อ่างรังรัตนศิลป์, ณัฐพงศ์ วงศ์วัฒนาเสถียร

หน่วยศัลยศาสตร์ยูโร กลุ่มงานศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การแพร่กระจายมะเร็งอวัยวะเพศชายมาที่ต่อมน้ำเหลืองที่เชิงกรานในผู้ป่วยที่ตรวจร่างกายได้ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบขนาดต่าง ๆ กัน

ผู้ป่วยและวิธีการศึกษา: รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่วินิจฉัยมะเร็งอวัยวะเพศชายและได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2556 ผลการตรวจร่างกายและผลทางพยาธิวิทยาของต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบรวมถึงผลพยาธิวิทยาของต่อมน้ำเหลืองที่เชิงกรานจะถูกนำมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสัมพันธ์

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย 19 รายที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า มี 14 รายที่เป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง และ 5 รายเป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 53 ปี การเก็บข้อมูลแยกแต่ละข้าง (1 คนจะมีรายงาน 2 ข้าง) การตรวจต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ พบตั้งแต่คลำไม่ได้ จนถึงขนาดใหญ่ 6 ซม. จากการตรวจร่างกายพบการแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองเชิงกราน 5 ข้าง โดยเกณฑ์ขนาดต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบน้อยกว่า 2 ซม. จะพบการกระจายมาที่เชิงกรานเพียง 1 ข้าง และจะมีโอกาสไม่พบการแพร่กระจายร้อยละ 97 ส่วนผลทางพยาธิวิทยาของต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบนั้น พบจำนวนการแพร่กระจายมากที่สุด 9 ต่อม ถ้าใช้เกณฑ์จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่น้อยกว่า 2 ต่อม พบว่ามีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่เชิงกรานเพียง 1 ข้าง และจะมีโอกาสไม่พบการแพร่กระจาย ร้อยละ 96

สรุป: การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่คลำต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบได้ไม่เกิน 2 ซม. มีโอกาสน้อยที่จะมีการแพร่กระจายไปเชิงกราน อย่างไรก็ตามยังต้องการการศึกษาที่มีจำนวนผู้ป่วยมากเพียงพอที่จะบ่งชี้ว่าการเลาะต่อมน้ำเหลืองไม่มีความจำเป็นในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: มะเร็งอวัยวะเพศชาย ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ

Original article

Correlation of Size of Palpable Inguinal Lymph Nodes, Number of Pathological Inguinal Lymph Nodes and Incidence of Pelvic Lymph Node Metastasis in Penile Cancer

Pruk Thumrongrattanasil, Nattapong Wongwattanasatien

Division of urology, Department of surgery, Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand

Abstract

Objective: To study the incidence of pelvic node metastasis in different size of palpable inguinal node and the incidence of pelvic node metastasis in different number of pathological inguinal node metastasis.

Material and Methods: We review medical records of the patients who diagnosis of squamous cell carcinoma (SCC) of penis underwent bilateral ilioinguinal node dissection during 2008 to 2013. Physical examination, pathological report, and pelvic node status were evaluated for correlation.

Results: 19 patients recruited for study; 14 were high risk and 5 were low risk. Mean age of patients was 53 years old. The data separately collected of each side of the lymphatic tract. Palpable noded size ranged from 0-6 cm. Pathological report of positive pelvic node of 5 lymphatic tract. At cut off point smaller than 2cm, there was 1 positive pelvic node (3.4%) and negative predictive value of 97%. Number of inguinal node metastasis ranged from 0-9 node. At cut off point of fewer than 2 metastatic inguinal node, there was 1 positive pelvic node (3.7%) and negative predictive value of 96%

Conclusion: The patients diagnosed of squamous cell carcinoma of penis with palpable inguinal node smaller than 2 cm had lower chance of pelvic node metastasis. However, this is a pilot study, there were not enough patients recruited to demonstrate the differences between the groups. More participants are required to prove the results valid.

Keywords: penile cancer, inguinal node metastasis

บทนำ

มะเร็งอวัยวะเพศชายเป็นโรคที่พบไม่บ่อย การรักษาใช้การผ่าตัด partial penectomy หรือ total penectomy และการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลือง (ilioinguinal node dissection)^(1,4,5,9,10) ซึ่งคล้ายแพทย์จะผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองหรือไม่ จะพิจารณาจากโอกาสกระจายของมะเร็งร่วมกับผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด (risk base management)^(4,9,10) โดยจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำ และกลุ่มความเสี่ยงสูง ตามผลตรวจทางพยาธิวิทยาของก้อนที่อวัยวะเพศ ซึ่งกลุ่มความเสี่ยงสูง จะตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่⁽⁹⁾ มีการลุกลามของก้อนเข้าไปใน corpus cavernosum (pT มากกว่า หรือเท่ากับ 2) หรือผลพยาธิวิทยาเป็น poorly differentiate squamous cell carcinoma หรือ มี lymphovascular invasion

การเลาะต่อมน้ำเหลืองในกลุ่มความเสี่ยงสูง ต้องใช้ frozen section^(5,9,10) เพื่อช่วยในการประเมินตำแหน่งต่อมน้ำเหลืองที่มีการกระจายของมะเร็ง กล่าวคือ ถ้ามีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ ศัลยแพทย์ต้องผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่อุ้งเชิงกราน (pelvic node) เพิ่มเติมในการผ่าตัดครั้งเดียวกัน⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตาม การทำ frozen section ในประเทศไทย ยังไม่สามารถทำได้ในทุกโรงพยาบาล ดังนั้น การเลาะต่อมน้ำเหลืองในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจึงใช้วิธีเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบและอุ้งเชิงกรานพร้อมกันในการผ่าตัดครั้งเดียว เพื่อหลีกเลี่ยงการต้องผ่าตัดซ้ำ ซึ่งการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่มากเกินไปจนความจำเป็น (over treatment) จะเกิดผลแทรกซ้อน ได้แก่ prolonged lymphatic leakage, leg and scrotal edema, skin-flap necrosis และ wound infection ได้ร้อยละ 30-70^(4,9,10) ดังนั้น ศัลยแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่มี frozen section จึงมีความจำเป็นที่ต้องค้นหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยตัดสินใจในการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลือง เพื่อหลีกเลี่ยง over treatment และการผ่าตัดซ้ำ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์การแพร่กระจายมะเร็งมาที่ต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกรานโดยหาความสัมพันธ์กับขนาดและจำนวนต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ

ผู้ป่วยและวิธีการศึกษา

การศึกษาเป็นการเก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งอวัยวะเพศชายและได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบและอุ้งเชิงกรานเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีข้อมูลการตรวจร่างกายต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ และผลทางพยาธิวิทยาครบถ้วน โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ มกราคม ปี พ.ศ. 2551 ถึง ธันวาคม ปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งอวัยวะเพศชายและได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลือง 34 ราย แต่มีข้อมูลในเวชระเบียนเพียงพอ 28 ราย โดยมีผู้ป่วยได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกราน 19 ราย ในการเก็บข้อมูลจะแยกตามเส้นทางการระบายน้ำเหลือง กล่าวคือผู้ป่วย 1 คนจะมีเส้นทางการระบายน้ำเหลือง 2 ข้าง คือ ซ้ายและขวา ซึ่งจะไม่สามารถระบายข้ามเส้นทางกันได้

สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ขนาด จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
2. สถิติอนุมาน ได้แก่ การใช้ตาราง 2*2 ในการคำนวณหาค่า sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value เมื่อใช้ขนาดต่อมน้ำเหลืองที่ไม่เกิน 2 ซม. และจำนวนต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบที่มะเร็งแพร่กระจายไม่เกิน 2 ต่อมน้ำเหลือง

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ (inguinal node dissection) จำนวน 28 ราย เป็นผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูง (high risk) 21 ราย และความเสี่ยงต่ำ (low risk) 7 ราย และผู้ป่วยจำนวน 19 ราย ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกราน (pelvic node dissection) เป็นผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูง (high risk) 14 ราย ความเสี่ยงต่ำ (low risk) 5 ราย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมด 53 ปี โดยกลุ่ม high risk วินิจฉัยตามผลตรวจพยาธิวิทยาเป็น high grade 1 ราย, T stage มากกว่าหรือเท่ากับ T2 จำนวน 18 ราย และพบ

lymphovascular invasion จำนวน 6 ราย การผ่าตัดเอา
เนื้องอกอวัยวะเพศออก 28 ราย เป็นการผ่าตัดอวัยวะเพศ
ออกบางส่วน (partial penectomy) 21 ราย ตัดอวัยวะ
เพศออกทั้งหมดและเปิดรูปัสสาวะที่ perineum (total
penectomy with perinealurethrostomy) 7 ราย ส่วน
การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ ผ่าตัดแบบ
superficial LND 9 ราย bilateral ilioinguinal node

dissection (bilateral standard LND) 19 ราย ผลการ
ตรวจร่างกายโดยการคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ
พบว่ามิตั้งแต่คลำไม่พบจนถึงขนาดใหญ่ 6 ซม. พบการ
แพร่กระจายมาต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ (inguinal
node metastasis) จำนวน 31 ข้าง พบการแพร่กระจาย
มาต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกราน (pelvic node metastasis)
จำนวน 5 ข้าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

Lymphadenectomy (patient)	Bilateral Superficial LND	9	
	Ipsilateral Standard + Contralateral Superficial LND	0	
	Bilateral Standard LND	19	
	รวม	28	
Penectomy (patient)	Partial Penectomy	21	
	Total Penectomy with perinealurethrostomy	7	
Risk Group (patient)	Low risk	7	
	High risk	21	
High Risk (patient)	High grade	1	
	T Stage	T2	6
		T3	10
		T4	2
	Lymphovascular invasion	6	
Physical Exam of Groin node (tract)	Positive	36	
	Negative	19	
	รวม	55	
Pathology of Inguinal node (tract)	Positive	31	
	Negative	24	
	รวม	55	
Pathology of Pelvic node (tract)	Positive	5	
	Negative	33	
	รวม	38	
อายุเฉลี่ย (ปี)		53.1	



การศึกษาความสัมพันธ์ของอุบัติการณ์การแพร่กระจายมะเร็งมาต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ (inguinal node metastasis) กับขนาดต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบที่ได้จากการตรวจร่างกายโดยการคลำ พบว่า ในกรณีที่คลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบไม่ได้ พบ inguinal node metastasis ร้อยละ 26 และโอกาสจะเพิ่มขึ้นเมื่อคลำได้ขนาดต่อมน้ำเหลือง 1 ซม., 2 ซม., 3 ซม. และมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ซม. เป็นร้อยละ 50, 75, 83 และ 100 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

การศึกษาความสัมพันธ์ของอุบัติการณ์การแพร่กระจายมะเร็งมาต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกราน (pelvic node metastasis) กับขนาดต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ ประเมินจากการตรวจร่างกายโดยการคลำ พบว่า ในกรณีที่คลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบไม่ได้และคลำได้ขนาด

1 ซม., 2 ซม., 3 ซม. และมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ซม. จะมี pelvic node metastasis ร้อยละ 7, 0, 0, 50 และ 43 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วย 1 ราย (ร้อยละ 7) ที่คลำต่อมน้ำเหลืองไม่ได้ และไม่พบ inguinal node metastasis แต่มี pelvic node metastasis (skip node metastasis) ดังตารางที่ 3

การศึกษาความสัมพันธ์ของอุบัติการณ์การแพร่กระจายมะเร็งมาต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกราน (pelvic node metastasis) กับ จำนวนต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ พบว่า ในกรณีที่ไม่มี การแพร่กระจายมาต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบและมีการแพร่กระจายมา 1 node, 2 nodes, 3 nodes และ มากกว่าหรือเท่ากับ nodes จะมี pelvic node metastasis ร้อยละ 7, 0, 0, 60 และ 0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของอุบัติการณ์ inguinal node metastasis กับขนาดต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ

INGUINAL NODE METASTASIS SIZE OF INGUINAL NODE	Negative (%)	Positive (%)
Can't palpable	14 (74%)	5 (26%)
1 cm.	7 (50%)	7 (50%)
2 cm.	2 (25%)	6 (75%)
3 cm.	1 (17%)	5 (83%)
≥ 4 cm.	0 (0%)	8 (100%)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของอุบัติการณ์ pelvic node metastasis กับ ขนาดต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ

INGUINAL NODE METASTASIS SIZE OF INGUINAL NODE	Negative (%)	Positive (%)
Can't palpable	13 (93%)	1 (7%)
1 cm.	8 (100%)	0 (0%)
2 cm.	7 (100%)	0 (0%)
3 cm.	1 (50%)	1 (50%)
≥ 4 cm.	4 (57%)	3 (43%)

เมื่อใช้ขนาดต่อมน้ำเหลืองที่คล้ำได้มากกว่า 2 ซม. เป็นเกณฑ์ในการคาดคะเนโอกาสในการมี pelvic node metastasis จะพบความสัมพันธ์ดังตารางที่ 5 โดย NPV 97% หมายถึง ถ้าคล้ำได้ขนาดต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบไม่เกิน 2 ซม. มีโอกาสที่ไม่มี pelvic node metastasis ร้อยละ 97 หรือ มีโอกาส pelvic node metastasis เพียงแค่ร้อยละ 3

เมื่อใช้จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งแพร่กระจายมากกว่า 2 ต่อมน้ำเหลือง เป็นเกณฑ์ในการคาดคะเนโอกาสในการมี pelvic node metastasis จะพบความสัมพันธ์ดังตารางที่ 6 โดย NPV 96% หมายถึง ถ้ามี inguinal node metastasis ไม่เกิน 2 nodes มีโอกาสที่ไม่มี pelvic node metastasis ร้อยละ 96 หรือมีโอกาส pelvic node metastasis เพียงร้อยละ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของอุบัติการณ์ pelvic node metastasis กับ จำนวนต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง

PELVIC NODE METASTASIS NUMBER OF INGUINAL NODE METASTASIS (NODE)	Negative (%)	Positive (%)
0	13 (93%)	1 (7%)
1	10 (100%)	0 (0%)
2	3 (100%)	0 (0%)
3	2 (40%)	3 (60%)
≥ 4	3 (100%)	0 (0%)

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ของอุบัติการณ์ pelvic node metastasis เมื่อใช้ขนาดต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ 2 ซม. เป็นเกณฑ์ในการคาดคะเน

	Pelvic node Positive	Pelvic node Negative	Total
> 2 cm Inguinal node	4	5	9
< or = 2 cm Inguinal node	1	28	29
Total	5	33	38
Sensitivity	80%		
Specificity	85%		
Positive predictive value	44%		
Negative predictive value	97%		

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ของอุบัติการณ์ pelvic node metastasis เมื่อใช้จำนวนต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ 2 ต่อม เป็นเกณฑ์ในการคาดคะเน

	Pelvic node Positive	Pelvic node Negative	Total
> 2 metastatic node	3	5	8
< or = 2 metastatic node	1	26	27
Total	4	31	35
Sensitivity	75%		
Specificity	84%		
Positive predictive value	38%		
Negative predictive value	96%		

วิจารณ์

แม้ว่ามะเร็งอวัยวะเพศชายเป็นโรคที่พบบ่อย แต่การรักษาโดยการผ่าตัดอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ จากการสูญเสียอวัยวะสืบพันธุ์ และมีผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลือง (ilioinguinal node dissection) ซึ่งตำแหน่งของการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองจะมีผลต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ดังนั้น ศัลยแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถตรวจ frozen section ได้ จึงต้องใช้เครื่องมืออื่น ๆ ประกอบการตัดสินใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาอุบัติการณ์การแพร่กระจายของมะเร็งอวัยวะเพศ มาที่ต่อมน้ำเหลืองข้อมือเชิงกรานโดยหาความสัมพันธ์กับขนาดและจำนวนต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ

การศึกษานี้ ทำให้ทราบอุบัติการณ์ของ pelvic node metastasis ในผู้ป่วยที่คลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบขนาดต่าง จึงสามารถใช้ข้อมูลนี้เป็นตัวคาดการณ์จากอาการทางคลินิก (clinical predictive factor) เพื่อใช้ในการตัดสินใจผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองข้อมือเชิงกราน โดยถ้าคลำได้ขนาดต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบไม่เกิน 2 ซม. จะมีโอกาสเพียงร้อยละ 3 ที่มะเร็งจะแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณเชิงกราน ส่วนอุบัติการณ์ของ pelvic node metastasis ในผู้ป่วยที่มีจำนวนต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบที่มะเร็งแพร่กระจาย (number of inguinal node metastasis) สามารถใช้เป็นตัวคาดการณ์ทางพยาธิวิทยา

(pathological predictive factor) เพื่อใช้ในการตัดสินใจผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณเชิงกราน โดยถ้าพบการแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบไม่เกิน 2 ต่อมน้ำเหลือง จะมีโอกาสเพียงร้อยละ 4 ที่มะเร็งจะแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้อมือเชิงกราน อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วย 1 รายที่คลำต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบไม่ได้ และไม่พบ inguinal node metastasis แต่กลับพบ pelvic node metastasis (skip node metastasis) ซึ่งการแพร่กระจายลักษณะนี้จะพบน้อยมาก โดยถ้าถือเป็นการฉีกเว้น จะพบว่าค่า NPV ของตารางที่ 5 และ 6 จะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 100

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก เนื่องจากมะเร็งอวัยวะเพศชายเป็นมะเร็งที่พบน้อย ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่นำมาศึกษามีจำนวนน้อย และเป็นเพียง retrospective descriptive study จึงยังคงต้องการการศึกษาเพิ่มเติมที่เป็น randomize control trial และมีจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษามากขึ้น ข้อจำกัดอื่น ๆ ของการศึกษานี้ได้แก่ ความแตกต่างของแพทย์ผู้ตรวจร่างกายและลงบันทึกในเวชระเบียนถึงขนาดของต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ ความแตกต่างของศัลยแพทย์ที่ทำการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลือง และความแตกต่างของพยาธิแพทย์ที่รายงานผล ในการศึกษาไม่ได้แยกกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงต่ำเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินไป

สรุป

การศึกษานี้พบว่าอุบัติการณ์ของ pelvic node metastasis พบได้ ร้อยละ 3-4 เมื่อขนาดของต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบจากการตรวจร่างกายโตไม่เกิน 2 ซม. และจำนวน inguinal node metastasis ไม่เกิน 2 ต่อมน้ำเหลือง ซึ่งสามารถใช้ข้อมูลขนาดต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ เป็นปัจจัยในการตัดสินใจเลือกการผ่าตัดโดยเมื่อขนาดของต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบจากการ

ตรวจร่างกายโตไม่เกิน 2 ซม. ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์จากการทำ pelvic lymphadenectomy น้อย โดยมีอาการแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมากโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถรอผลทางพยาธิวิทยาของต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ กล่าวคือ ถ้ามี inguinal node metastasis ไม่เกิน 2 ต่อมน้ำเหลืองก็ไม่จำเป็นต้องทำ pelvic lymphadenectomy เนื่องจากได้ประโยชน์น้อย

เอกสารอ้างอิง

1. Vitaly Margulis, MD*, Arthur I. Sagalowsky, MDPenile Cancer:Management of Regional Lymphatic DrainageUrolClin N Am 37 (2010) 411-419 doi:10.1016/j.ucl.2010.04.009
2. Antonio Augusto Ornellas, PhD, MD, et al. "Surgical Treatment of Invasive Squamous Cell Carcinoma of the Penis:Brazilian National Cancer Institute Long-Term Experience" J. Surg. Oncol. 2008;97:487-495.
3. Srinivas, M.D., et al, MD., "Penile cancer-Is lymphadenectomy necessary in all cases?" UFCOLOGY~ 46: 7 1 O-7 12, 1995.
4. Chris Protzel, Antonio Alcaraz, Simon Horenblas, Giorgio Pizzocaro, Alexandre Zlotta Oliver W. Hakenberg "Lymphadenectomy in the Surgical Management of Penile Cancer" european urology 55 (2009) 1075-1088.
5. E. Solsona, F. Algaba, S. Horenblas, G. Pizzocaro, T. Windahl "EAU Guidelines on Penile Cancer" European Urology 46 (2004) 1-8.
6. Ben E. Hughes, Joost A.P. Leijte, Bin K. Kroon, Majid A. Shabbir, Tom W. Swallow, Sue D. Heenan, Cathy M. Corbishley, Hester H. van Boven, Matthew J.A. Perry, Nick A. Watkin, Simon Horenblas "Lymph Node Metastasis in Intermediate-Risk Penile Squamous Cell Cancer: A Two-Centre Experience" European Urology 57 (2010) 688-692.
7. S. Horenblas "Lymphadenectomy for squamous cell carcinoma of the penis. Part 1: Diagnosis of lymph node metastasis" BJU International (2001), 88, 467-472.
8. Joost A.P. Leijte , Renato A. Valde´s Olmos , Omgoo E. Nieweg, Simon Horenblas "Anatomical Mapping of Lymphatic Drainage in Penile Carcinoma with SPECT-CT: Implications for the Extent of Inguinal Lymph Node Dissection" european urology 54 (2008) 885-892.
9. Curtis A. Pettaway, MD | Raymond S. Lance, MD | John W. Davis, MD: Campbell-Walsh urology. 10th ed. Chapter 34, Tumor of the penis, p. 901-933.
10. Chris F. Heyns, Neil Fleshner, Vijay Sangar, Boris Schlenker, Thyavihally B. Yuvaraja, "Management of the lymph nodes in penile cancer" Urology 76 (supplement 2A), S43-S57, August 2010