



บทบาทของการเลาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลในมะเร็งปากช่องคลอด

สุนาโชค ศรีใจพระเจริญ พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, ว.ว. มะเร็งวิทยานรีเวช^{1*}

ณัฐพร จันทรดียิ่ง พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, ว.ว. มะเร็งวิทยานรีเวช¹

¹ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: ssunamchok.go@gmail.com

Vajira Med J. 2017; 61(1): 67-74

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2017.6>

บทคัดย่อ

มะเร็งปากช่องคลอดเป็นมะเร็งทางนรีเวชที่พบได้ไม่บ่อย โดยพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 4 ของมะเร็งทางนรีเวชทั้งหมด ซึ่งการรักษาหลักคือการผ่าตัด ประกอบไปด้วยการผ่าตัดบริเวณรอยโรคและต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ ซึ่งการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ มักก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมากมาย เช่น lymphocyst, lymphedema และ cellulitis การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเลาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลซึ่งเป็นต่อมน้ำเหลืองกลุ่มแรกที่มะเร็งจะแพร่กระจายไป เพื่อไปตรวจการแพร่กระจายของมะเร็งก่อน หากพบเซลล์มะเร็งจึงเลาะต่อมน้ำเหลืองตามมาตรฐานปกติ หากไม่พบการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลจะสามารถละเว้นการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณดังกล่าวได้ ซึ่งการเลาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลเพื่อไปตรวจก่อนนี้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจากการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่ไม่จำเป็นได้ โดยไม่ทำให้ผลการรักษาด้อยกว่าการเลาะต่อมน้ำเหลืองในผู้ป่วยทุกรายตามปกติ



Role of Sentinel Lymph Node Dissection in Vulvar Carcinoma

Sunamchok Srijaipracharoen MD^{1*}

Nutthaporn Chandeying MD¹

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Vajira hospital, Navamindradhiraj University. Bangkok, Thailand

* Corresponding author, email address: ssunamchok.go@gmail.com

Vajira Med J. 2017; 61(1): 67-74

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2017.6>

Abstract

Vulvar carcinoma is an uncommon cancer. The incidence is 4% of all gynecologic cancer. The main treatment of vulvar carcinoma is surgery that consists of primary tumor resection and groin node dissection. Many complications can be occurred following the groin node dissection such as lymphocyst, lymphedema, and cellulitis. This aim of this literature review is to find the efficacy of sentinel lymph node (SLN; the first group of lymph node that the tumor passes through) dissection which evaluated with frozen section. The metastatic SLN group then underwent groin node dissection while the negative SLN group omitted such procedure. The results showed that SLN dissection can replace the unnecessary groin node dissection and reduce the complications from this procedure without deteriorating the patient outcome.

Keywords: vulvar carcinoma, sentinel lymph node

บทนำ

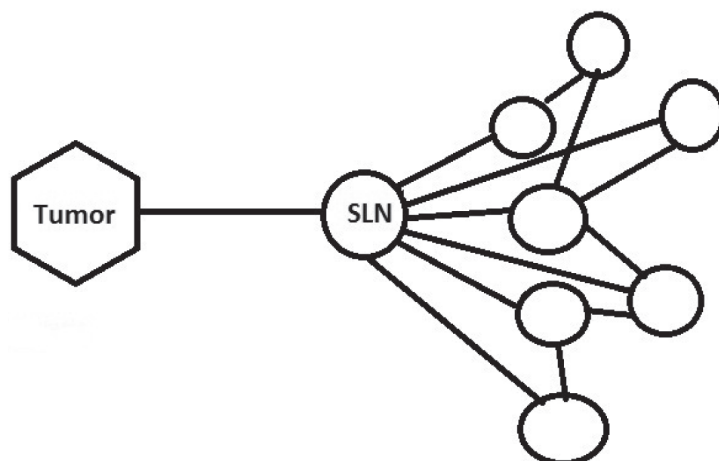
มะเร็งปากช่องคลอด (vulvar carcinoma) เป็นมะเร็งทางนรีเวชที่พบได้ไม่บ่อย โดยพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 4 ของมะเร็งทางนรีเวชทั้งหมด ในแต่ละปีจะพบโรคนี้ประมาณปีละ 27,000 รายทั่วโลก¹ การรักษาหลักของโรคมะเร็งปากช่องคลอดชนิด squamous คือการผ่าตัดซึ่งประกอบไปด้วยการผ่าตัดที่รอยโรค (primary tumor) และการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ (inguino-femoral lymphadenectomy; IFLD) ในอดีตแพทย์มะเร็งนรีเวชนิยมให้การรักษาด้วยการผ่าตัดปากช่องคลอดแบบกว้างร่วมกับการทำ IFLD ในขั้นตอนเดียวกันเรียกว่า radical vulvectomy ซึ่งผลการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวได้ผลค่อนข้างดี แต่ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดค่อนข้างสูง ซึ่งประกอบไปด้วย การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดแยก การเกิดถุงน้ำเหลือง lymphocyst, ภาวะบวมน้ำเหลือง (lymphedema) และผิวหนังอักเสบ (cellulitis) เป็นต้น ทำให้การผ่าตัดดังกล่าวได้รับความนิยมน้อยลง ในปัจจุบันการรักษาที่เป็นมาตรฐานคือการผ่าตัด primary tumor ด้วยการทำ radical local excision (RLE) ร่วมกับการทำ IFLD โดยลงแผลผ่าตัดแยกกันหรือที่เรียกว่า triple incision ซึ่งมีรายงานว่าประสิทธิภาพในการรักษาไม่ได้ด้อยกว่าการทำ radical vulvectomy กล่าวคือ อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (5-year survival rate) สูงเกินกว่าร้อยละ 90 หากไม่พบการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองจากการผ่าตัด² แม้ว่าการทำ RLE ร่วมกับ IFLD จะมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการทำ radical vulvectomy แต่ลำพังการทำ IFLD ก็ยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ค่อนข้างสูง เช่น แผลผ่าตัดแยก ร้อยละ 20-40 และ lymphedema ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวที่สูงถึงร้อยละ 30-70 อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งปากช่องคลอดในระยะต้น (early stage) จะพบการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบเพียง 1 ใน 3 รายเท่านั้น ซึ่งหมายถึงผู้ป่วย 2 ใน 3 จะได้รับการผ่าตัด IFLD โดยไม่ได้ประโยชน์ใด ๆ แต่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดได้ ดังนั้นจึงมีความพยายามตรวจหาการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองก่อนการผ่าตัด เพื่อผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองเฉพาะในรายที่มะเร็งแพร่กระจายไป เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจากการทำ IFLD

การตรวจการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

มีการศึกษาโดยการวินิจฉัยทางรังสีวิทยา ไม่ว่าจะเป็นการตรวจด้วย computer tomography (CT) scan หรือการตรวจด้วย magnetic resonance imaging (MRI)³⁻⁴ พบว่าการวินิจฉัยความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองนั้น ไม่สามารถตรวจพบ microscopic lymph node metastasis ได้ สามารถตรวจพบเฉพาะ macroscopic lymph node metastasis (bulky node) เท่านั้น ซึ่งจากการศึกษาเหล่านี้พบว่า การวินิจฉัยความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีดังกล่าวมีความไวค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ มีผลลบสูง ตรวจไม่พบจากรังสีวินิจฉัย ทั้ง ๆ ที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งอยู่จริงได้สูงถึงร้อยละ 25 ดังนั้นจึงไม่สามารถใช้การตรวจทางรังสีวินิจฉัยดังกล่าวมาทดแทนการทำ IFLD ได้ จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่า การใช้รังสีวินิจฉัยไม่สามารถนำมาใช้ในการทำนายการแพร่กระจาย ของโรคมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ (groin node) ได้ จึงมีการศึกษาที่พยายามตรวจหาต่อมน้ำเหลืองกลุ่มแรกที่เกี่ยวข้องต่อการแพร่กระจายของมะเร็งหรือที่เรียกว่า sentinel lymph node (SLN) เพื่อนำไปตรวจดูว่า มีการกระจายมาของเซลล์มะเร็งหรือไม่ ซึ่งหากตรวจแล้วพบว่าไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยัง SLN แสดงว่าน่าจะไม่มีมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบส่วนที่เหลือด้วยเช่นเดียวกัน (รูปที่ 1) และสามารถละเว้นการทำ IFLD ในผู้ป่วยรายนั้นได้

การตรวจการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองเซนต์เนล

การตรวจนั้นเริ่มด้วยการฉีดด้วยสี blue dye หรือสารกัมมันตภาพรังสี ไปยังรอยโรค หรือบริเวณรอบ ๆ รอยโรค หลังจากนั้นดูการแพร่กระจายของสีหรือตรวจจับสารกัมมันตภาพรังสีด้วย gamma probe เพื่อตรวจหาต่อมน้ำเหลืองที่มีสีหรือกัมมันตภาพรังสีแพร่กระจายมา และทำการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองต่อมนั้นไปตรวจทางพยาธิวิทยาว่ามีการแพร่กระจายของมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลืองดังกล่าวหรือไม่ ซึ่งหากการตรวจให้ผลลบคือไม่มีเซลล์มะเร็งแพร่กระจายมา ก็สามารถละเว้นการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองส่วนที่เหลือได้ แต่หากพบการแพร่กระจายของมะเร็งมาก็ต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองส่วนที่เหลือทั้งหมดออก



รูปที่ 1: Sentinel lymph node (SLN) หมายถึงต่อมน้ำเหลืองต่อมแรกที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายมา ก่อนมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองต่อมอื่น

ความแม่นยำของการเลาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล และผลการดำเนินโรค

การทำ SLN dissection (SLND) เริ่มนำมาใช้ครั้งแรกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องคลอด ในปี ค.ศ.1977⁵ ซึ่งได้ผลการรักษาค่อนข้างดี จึงมีผู้นำมาใช้ประกอบการดูแลรักษามะเร็งชนิดอื่นๆตามมามากมายรวมถึงมะเร็งเต้านมที่มีการทำ SLND กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน สำหรับมะเร็งปากช่องคลอด เริ่มมีรายงานการทำ SLND สำเร็จครั้งแรกในปี ค.ศ.1994 โดย Levenback⁶ โดยทำในผู้ป่วยมะเร็งปากช่องคลอดทั้งสิ้น 9 ราย ต่อมาในปี ค.ศ.1995 มีรายงานการทำ SLND ฉบับที่ 2 ของ Levenback⁷ ในผู้ป่วยจำนวน 21 ราย พบว่า สามารถตรวจพบ SLN ได้ทั้งสิ้น 13 ราย (ร้อยละ 62) โดยพบว่าค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 100 ทั้งสองค่า หลังจากการศึกษาของ Levenback จึงมีผู้ทำการศึกษาถึงการทำ SLND ในมะเร็งปากช่องคลอดมากขึ้น โดยการศึกษาตั้งแต่ปี ค.ศ.1994 ถึงปี ค.ศ.2007⁸⁻¹⁷ ได้ถูกรวบรวมไว้ดังตารางที่ 1 พบว่า อัตราการตรวจพบ SLN อยู่ที่ร้อยละ 56-100 และอัตราการตรวจพบผลลบลง

(false negative rate) เท่ากับร้อยละ 0-2 แต่อย่างไรก็ตามความน่าเชื่อถือของงานวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าวอาจไม่สูงมากนัก เนื่องจากการศึกษาทั้งหมด เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ซึ่งไม่สามารถควบคุมปัจจัยกวนในการศึกษาได้ อีกทั้งกลุ่มประชากรในแต่ละงานวิจัยค่อนข้างน้อย คือมีเพียง 21-59 รายเท่านั้น ดังนั้นจึงยังไม่สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาอ้างอิงในการให้การรักษาผู้ป่วยได้ และมีประเด็นที่ควรให้ความสนใจสองประเด็นคือ ควรใช้สี blue dye หรือสารกัมมันตภาพรังสี หรือทั้งสองอย่างร่วมกันในการตรวจหา SLN และผลของการให้การรักษาด้วยการตรวจหา SLN

สำหรับเรื่องการตรวจพบ SLN จากการฉีดด้วยสี blue dye หรือการใช้สารกัมมันตภาพรังสี radioactive tracer Technetium 99 (99mTc) จากการศึกษาต่าง ๆ (ตารางที่ 1) จะเห็นว่า การตรวจหา SLN ด้วยการฉีดสี blue dye จะได้อัตราการตรวจพบ SLN ประมาณร้อยละ 56-88 และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 89-100 เมื่อตรวจด้วยสารกัมมันตภาพรังสี และอัตราการตรวจพบจะอยู่ที่ร้อยละ 95-100 เมื่อตรวจด้วยทั้ง 2 อย่างร่วมกัน

ตารางที่ 1 :

อัตราการจัดตรวจพบ SLN ด้วยวิธีต่าง ๆ

Author	Year	Detection method	N	Detection rate (%)	Positive SLN	False negative SLN
Levenback (7)	1995	BD 22	29	66	5	0
Ansink (9)	1999	BD 23	51	56	9	2
Levenback(10)	2001	BD 26	52	88	10	2
Sideri (13)	2000	RC 33	77	100	13	0
De Cicco (11)	2000	RC 31	37	100	8	0
De Hulu (12)	2000	RC 32	107	89		0
Sliutz (16)	2002	RC+BD 35	26	100	9	0
Puig-Tintore(14)	2003	RC+BD 27	26	96	8	0
De Hulu (15)	1998	RC+BD 30	59	100	24	0
Hauspy ((17)	2007	RC+BD	41	95	18	0

Abbrev: BD, blue dye; RC, radiocolloid; SLN, sentinel lymph node

ในปี ค.ศ.2014 มีการศึกษาของ Meads¹⁸ ที่เป็นการศึกษาในลักษณะของ systematic review และ meta-analysis ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 29 การศึกษา รวมผู้ป่วยในการศึกษาทั้งสิ้น 1779 คน พบว่าอัตราการจัดตรวจพบ SLN จากการฉีดสี blue dye จากการตรวจด้วย Technetium 99 และจากการตรวจด้วยทั้งสองวิธีร่วมกัน เท่ากับ ร้อยละ 68.7 ร้อยละ 94.0 และร้อยละ 97.7 ตามลำดับ ในปี 2015 มีการทบทวนวรรณกรรมอีกฉบับหนึ่ง ในรูปแบบ Cochrane review¹⁹ ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมทั้งสิ้น 34 ฉบับ ให้ผลสอดคล้องไปในทางเดียวกันกับการทบทวนวรรณกรรมของ Meads คือ อัตราการจัดตรวจพบ SLN จากการฉีดสี blue dye จากการตรวจด้วย Technetium 99 และจากการตรวจด้วยทั้งสองวิธีร่วมกัน เท่ากับ ร้อยละ 69-88 ร้อยละ 75-100 และร้อยละ 88-100 ตามลำดับ ซึ่งจากผลการทบทวนวรรณกรรมทั้ง 2 ฉบับนี้ชี้ให้เห็นว่าการตรวจด้วย Technetium 99 ได้อัตราการจัดตรวจพบ SLN ดีกว่า การตรวจด้วยการฉีดสี blue dye และการตรวจด้วยทั้งสองวิธีร่วมกัน จะได้อัตราการจัดตรวจพบ SLN สูงที่สุด และล่าสุดมีการศึกษาในรูปแบบของ meta-analysis ของ Coven และคณะ ในปีค.ศ.2015²⁰ พบว่าอัตราการจัดตรวจพบ SLN จากการฉีด

สี blue dye ร่วมกับการตรวจด้วย Technetium 99 มีค่าเท่ากับร้อยละ 87 อัตราการจัดตรวจพบผลลบลงเท่ากับร้อยละ 6.4 และอัตราการจัดตรวจพบเป็นซ้ำของโรคในกลุ่มที่ทำเพียง SLND และกลุ่มที่ทำ IFLD มีค่าเพียงร้อยละ 2.8 และ 1.4 ตามลำดับ

ในปี ค.ศ.2008 มีงานวิจัยที่สำคัญชิ้นใหญ่ชิ้นหนึ่งชื่อ GROINSS-V²⁰ (Groningen International Study on Sentinel node in Vulvar cancer) ตีพิมพ์ในวารสาร Journal of Clinical Oncology เป็นการศึกษาแบบ multicenter prospective observational study ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากช่องคลอดที่มีระดับความลึกของการลุกลาม มากกว่า 1 มิลลิเมตร และก้อนมะเร็งมีขนาดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร จำนวนทั้งสิ้น 403 ราย โดยมีวิธีการศึกษาดังนี้คือ ผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับการผ่าตัด primary tumor ร่วมกับการทำ SLND เพื่อส่งต่อเนื้อเยื่อที่ได้ไปตรวจทางพยาธิวิทยาโดยวิธีการย้อมปกติ (standard H&E) หากพบเซลล์มะเร็งใน SLN จะทำ IFLD ต่อ หากไม่พบเซลล์มะเร็ง จะทำการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยละเอียดอีกครั้งด้วยวิธีที่เรียกว่า ultrastaging (การตรวจด้วยความห่างของแต่ละสไลด์เท่ากับ 200-250 ไมโครเมตร) ร่วมกับการย้อมสไลด์ทาง immuno-histochemistry (IHC) หากพบเซลล์มะเร็ง

จากการตรวจโดย ultrastaging ร่วมกับ IHC ก็จะทำ IFLD ต่อ แต่หากไม่พบเซลล์มะเร็ง ก็ละเว้นการทำ IFLD และตรวจติดตามทุก 2 เดือนในสองปีแรก และตรวจติดตามปกติไปตลอดชีวิต จากการศึกษาของงานวิจัยนี้พบว่า ในกลุ่มที่ SLN-negative จะมีการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่บริเวณขาหนีบ

เพียง ร้อยละ 2.3 เท่านั้น และอัตราการรอดชีวิตที่ 3 ปี เท่ากับ ร้อยละ 97 อีกทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น cellulitis, lymphedema และแผลผ่าตัดแยกจากการทำ SLND น้อยกว่า การทำ IFLD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 :

เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำ SLND และ SLND plus IFLD

(Groningen International Study on Sentinel node in Vulvar cancer)²⁰

Morbidity	SLND (%)	SLND plus IFLD (%)	P value
Wound breakdown	11.7	34	<0.001
Cellulitis	4.5	21.3	<0.001
Lymphedema	1.9	25.2	<0.001
Recurrent erysipelas	0.4	16.2	<0.001

Abbrev: SLND, sentinel lymph node dissection; IFLD, inguino-femoral lymphadenectomy

ต่อมาในปี ค.ศ.2012 มีงานวิจัยชิ้นสำคัญอีกชิ้นหนึ่ง ตีพิมพ์ใน Journal of Gynecologic Oncology คือ GOG 173²¹ โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากช่องคลอด ที่มีขนาด 2-6 เซนติเมตร ที่มีมะเร็งมีความลึกมากกว่า 1 มิลลิเมตร จำนวน 418 ราย มาทำการผ่าตัดโดยทำ SLND และ IFLD ในขั้นตอนต่อเนื่องกันไป หลังจากนั้นก็นำ SLN ไปตรวจโดยวิธี ultrastaging และหากให้ผลเป็นลบจากการทำ ultrastaging ก็จะทำ IHC อีกครั้ง จากการติดตามการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด พบว่า จากจำนวนผู้ป่วย 418 ราย มีผู้ป่วยที่ SLN-negative จำนวน 297 ราย และในจำนวนนี้พบว่าการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองจากการทำ IFLD 11 ราย ซึ่งหมายถึงการทำ SLND จะให้ผลลบลง เท่ากับร้อยละ 3.7 ซึ่งถือว่าต่ำมาก และหากมาดูผลดังกล่าวจาก SLN ที่เลาะได้จำนวน 593 ต่อมา พบว่ามี SLN-negative ทั้งหมด 453 ราย และในจำนวนนี้พบว่าการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองจากการทำ IFLD 12 ราย ซึ่งหมายถึงการทำ SLND จะให้ผลลบลง เท่ากับร้อยละ 2.7 และหากดูเฉพาะกลุ่มที่มีขนาดของก้อนมะเร็งน้อยกว่า 4 เซนติเมตร พบว่า จะมีผลลบลงจากการทำ SLND เพียงร้อยละ 2.0 เท่านั้น ในขณะที่กลุ่มที่มีก้อนขนาดมากกว่า

หรือเท่ากับ 4 เซนติเมตรจะมีผลลบลงจากการทำ SLND สูงถึงร้อยละ 7.4

ต่อมาในปี ค.ศ.2015 ได้มีการตีพิมพ์งานวิจัยของ GROINSS-V²² อีกครั้งภายหลังการติดตามผู้ป่วยไปนาน 105 เดือนโดยเฉลี่ย พบว่า ในกลุ่มที่ตรวจไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็ง ไป SLN มีอัตราการกลับเป็นซ้ำบริเวณขาหนีบอย่างเดียว (isolated groin recurrence) เพียงร้อยละ 2.5 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่ตรวจพบการแพร่กระจายของมะเร็งไป SLN ที่พบสูงถึง ร้อยละ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มที่ตรวจไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็ง ไป SLN มีอัตราการเกิดเป็นซ้ำเฉพาะที่ (local recurrence) ที่ 5 และ 10 ปีเท่ากับ ร้อยละ 24.6 และ 36.4 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่พบการแพร่กระจายของมะเร็งไป SLN มีอัตราการเกิดเป็นซ้ำเฉพาะที่สูงกว่า คือ ร้อยละ 33.2 และ 46.4 ตามลำดับ (p=0.03) และอัตราการรอดชีวิตจากโรคที่ 10 ปี ในกลุ่มที่ตรวจไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็งไป SLN มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 91 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ตรวจพบการแพร่กระจายของมะเร็งไป SLN มีค่าเท่ากับร้อยละ 65 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.0001)

บทสรุป

การทำ SLND เป็นทางเลือกในการรักษาทดแทนการทำ IFLD ได้อย่างปลอดภัย กล่าวคือ การทำ SLND ไม่ได้ทำให้อัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค หรืออัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น นอกจากนี้การทำหัตถการดังกล่าว ยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำ IFLD ได้ อีกทั้งยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสูงขึ้นอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยที่มีขนาดก้อนของโรคมะเร็งน้อยกว่า 4 เซนติเมตร ที่เป็นข้างเดียว และ ไม่พบการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองจากการตรวจร่างกาย อย่างไรก็ตาม มีสิ่งที่แพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยควรตระหนักให้ดีกว่าก่อนการทำ SLND คือ หัตถการดังกล่าวเป็นหัตถการที่ค่อนข้างจำเพาะ ต้องอาศัยประสบการณ์ และใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้ และข้อมูลที่ได้นำมาทั้งหมดข้างต้น ได้ทำในสถาบันที่มีการทำหัตถการอย่างสม่ำเสมอ และผู้ที่มีความชำนาญสูง ดังนั้นหากทำในสถาบันที่มีประสบการณ์น้อย ผลการรักษาอาจไม่เหมือนกับข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ดังมีการศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่ง โดย Schutter และคณะในปีค.ศ. 2014²³ พบว่าในผู้ป่วยที่ไม่พบการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองจากการทำ SLND นั้นมีอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำบริเวณขาหนีบจำนวน 7 รายในผู้ป่วยทั้งหมด 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 13 นอกจากนี้ อาจจะต้องดูความพร้อมของโรงพยาบาลว่ามีพยาธิแพทย์พร้อมที่จะทำ ultrastaging ในกรณีที่มีการตรวจด้วย standard H&E ให้ผลลบหรือไม่ และสิ่งสำคัญที่สุดก่อนการให้การรักษาผู้ป่วย คือการให้คำแนะนำถึงข้อดีข้อเสีย รวมถึงข้อจำกัดของการทำ SLND ให้ผู้ป่วยทราบอย่างละเอียด เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการรักษาต่อไป

สำหรับในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล แม้จะมีการตรวจหา sentinel lymph node เป็นมาตรฐานสำหรับการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งเต้านม แต่ยังไม่มีการทำ sentinel lymph node dissection ในผู้ป่วยมะเร็งปากช่องคลอดเนื่องจาก มะเร็งปากช่องคลอดเป็นโรคที่พบน้อยมาก เฉลี่ยประมาณ 1-2 รายต่อปี ในสถาบัน ทำให้การใช้เครื่องมือที่มีราคาแพงสำหรับจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนน้อยเช่นนี้ไม่เกิดความคุ้มค่า ดังนั้นแพทย์ที่ดูแลรักษาทางด้านมะเร็งนรีเวชจึงเลือกการทำ IFLD เป็นมาตรฐานในการผ่าตัดมากกว่าการทำ SLD ในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
2. Berman ML, Soper JT, Creasman WT, Olt GT, DiSaia PJ. Conservative surgical management of superficially invasive stage I vulvar carcinoma. *Gynecol Oncol.* 1989 ;35: 352-7.
3. Hawnaur JM, Reynolds K, Wilson G, Hillier V, Kitchener HC. Identification of inguinal lymph node metastases from vulval carcinoma by magnetic resonance imaging: an initial report. *Clin Radiol.* 2002;57: 995-1000.
4. Sohaib SA, Richards PS, Ind T, Jeyarajah AR, Shepherd JH, Jacobs IJ, et al. MR imaging of carcinoma of the vulva. *AJR Am J Roentgenol.* 2002 ;178: 373-7.
5. R.M. Cabanas. An approach for the treatment of penile carcinoma. *Cancer.* 1977;39: 456-66.
6. Levenback CF, Burke TW, Gershenson DM, Morris M, Malpica A, Ross M. Intraoperative lymphatic mapping for vulvar cancer. *Obstet Gynecol.* 1994;84: 163 -7.
7. Levenback CF, Burke TW, Morris M, Malpica A, Lucas K, Gershenson DM. Potential applications of intraoperative lymphatic mapping in vulvar cancer. *Gynecol Oncol.* 1995;59: 216-20.
8. Moore RG, Granai CO, Gajewski W, Gordinier M, Steinhoff MM. Pathologic evaluation of inguinal sentinel lymph nodes in vulvar cancer patients: a comparison of immunohistochemical staining versus ultrastaging with hematoxylin and eosin staining. *Gynecol Oncol.* 2003;91: 378-82.
9. Ansink A, Sie-Go DM, van der Velden J, Sijmons EA, Lopes A, Monaghan JM, et al. Identification of sentinel lymph nodes in vulvar carcinoma patients with the aid of a patent blue V injection. *Cancer.* 1999;86: 652-6.

10. Levenback C, Coleman RL, Burke TW, Bodurka-Bevers D, Wolf JK, Gerdhenson DM. Intraoperative lymphatic mapping and sentinel node identification with blue dye in patients with vulvar cancer. *Gynecol Oncol.* 2001; 82: 276–81.
11. De Cicco C, Sideri M, Bartolomei M, Grana C, Cermonesi M, Fiorenza M, et al. Sentinel node biopsy in early vulvar cancer. *Br J Obstet Gynaecol.* 2000;82: 295–9.
12. de Hullu JA, Hollema H, Piers DA, Verheijen RH, van Diest PJ, Mourits MJ, et al. Sentinel lymph node procedure is highly accurate in squamous cell carcinoma of the vulva. *J Clin Oncol.* 2000;18: 2811–6.
13. Sideri M, De Cicco C, Maggioni A, Colombo N, Bocciolone L, Trifiro G, et al. Detection of sentinel nodes by lymphoscintigraphy and gamma probe guided surgery in vulvar neoplasia. *Tumori.* 2000;86: 359–63.
14. Puig-Tintore LM, Ordi J, Vidal-Sicart S, Lejarcegui JA, Torne A, Pahisa J, et al. Further data on the usefulness of sentinel lymph node identification and ultrastaging in vulvar squamous cell carcinoma. *Gynecol Oncol.* 2003;88: 29–34.
15. de Hullu JA, Doting E, Piers DA, Hollema H, Aalders JG, Koops HS, et al. Sentinel lymph node identification with technetium-99m-labeled nanocolloid in squamous cell cancer of the vulva. *J Nucl Med.* 1998;39: 1381–5.
16. Sliutz G, Reinthaller A, Lantzsch T, Mende T, Sinzinger H, Kainz C, et al. Lymphatic mapping of sentinel nodes in early vulvar cancer. *Gynecol Oncol.* 2002;84: 449–52.
17. Hauspy J, Beiner M, Harley I, Ehrlich L, Rasty G, Covens A. Sentinel lymph node in vulvar cancer. *Cancer.* 2007;110: 1015–23.
18. Meads C, Sutton AJ, Rosenthal AN, Malysiak S, Kowalska M, Zapalska A, et al. Sentinel lymph node biopsy in vulvar cancer: systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer.* 2014;110: 2837–46.
19. Lawrie TA, Patel A, Martin-Hirsch PPL, Bryant A, Ratnavelu NDG, Naik R, et al. Sentinel node assessment for diagnosis of groin lymph node involvement in vulvar cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;6:CD010409.
20. Van der Zee AG, Oonk MH, De Hullu JA, Ansink AC, Vergote I, Verheijen RH, et al. Sentinel node dissection is safe in the treatment of early-stage vulvar cancer. *J Clin Oncol.* 2008;26: 884–9.
21. Coleman RL, Ali S, Levenback CF, Gold MA, Fowler JM, Judson PL. Is Bilateral Lymphadenectomy for Midline Squamous Carcinoma Of The Vulva Always Necessary? An Analysis from Gynecologic Oncology Group (GOG) 173. *Gynecol Oncol.* 2013; 128: 155–9.
22. Te Grootenhuys NC, Van der Zee AG, van Doorn HC, van der Velden J, Vergote I, Zanagnolo V. Sentinel nodes in vulvar cancer: Long-term follow-up of the GROningen International Study on Sentinel nodes in Vulvar cancer (GROINSS-V) I. *Gynecol Oncol.* 2015;140: 8–14.
23. Schutter EM, van de Sijde R. Evaluation of groin recurrence after sentinel node procedure in vulvar cancer is mandatory. *Int J Gynecol Cancer.* 2014;24: 1138.