



# Open Retropubic Radical Prostatectomy ยังมีบทบาทในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากอยู่หรือไม่

ยศศักดิ์ สกุลไชยกร, พ.บ., อุนเทพ บุรมิ, พ.บ.

สาขาศัลยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## บทคัดย่อ

**บทนำ:** ปัจจุบันมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมากของอุปกรณ์ที่มีเทคโนโลยีสูงที่ใช้ในการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น หุ่นยนต์ Davinci, อุปกรณ์ที่ใช้ห้ามเลือดในขณะที่ผ่าตัดผ่านกล้อง เช่น Bipolar vascular sealant, อุปกรณ์ช่วยการเย็บผ่านกล้อง, ราคาของอุปกรณ์ต่างๆ กับทักษะของแพทย์ผ่าตัดเป็นปัจจัยที่สำคัญ

RRP เป็นเทคนิคการผ่าตัดเปิดแบบเก่าดั้งเดิม ที่ถูกกล่าวในด้านประสิทธิภาพที่ด้อยกว่า เช่น มีการเสียเลือดมากกว่า นอน รพ. นานกว่า แต่ RRP อาจเหมาะสมใน รพ. ที่ห่างไกล หรือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาส่วนเกินกับเทคโนโลยีอุปกรณ์สมัยใหม่

**วัตถุประสงค์:** เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางด้านการควบคุมมะเร็ง และการทำงานของระบบปัสสาวะของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด RRP โดยศัลยแพทย์หลักคนเดียว

**ประชากรและวิธีการ:** ผู้ป่วยชาย 12 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะที่ยังไม่แพร่กระจาย ได้รับการผ่าตัด RRP และติดตามผลลัพธ์ทาง Oncological and functional หลังผ่าตัดเป็นเวลา 40 เดือน ในรายแรก และ 22 เดือน ในรายสุดท้าย

**ผลลัพธ์:** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (9 คน จาก 12 คน) ไม่มี PSA progression และไม่มีควมจำเป็นต้องรับการรักษาอย่างอื่นใดหลังผ่าตัด

1 ราย positive surgical margin ผู้ป่วยปฏิเสธการฉายแสง จึงได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน

2 รายมี PSA rising หลังผ่าตัด โดยรายแรกได้รับ Intensity Modulated Radiation Therapy และ Hormonal treatment เป็นเวลา 2 ปี หลังจากนั้นไม่มี PSA progression, รายที่สอง มี initial PSA 58 ng/mL และ Gleason's score 4+5 หลังผ่าตัด PSA nadir ลดลงไม่ต่ำถึง 0.4 ng/mL ผู้ป่วยเลือกการรักษา Hormonal treatment ต่อเนื่อง ผู้ป่วยทุกคน ไม่มีปัสสาวะเล็ด สามารถกลั้นปัสสาวะได้และไม่ต้องใช้แผ่นรอง ที่ 1 เดือนหลังการผ่าตัด ผู้ป่วย 7 ใน 8 คน ที่ยังมีกิจกรรมทางเพศปกติก่อนผ่าตัด ยังคงมีสมรรถภาพทางเพศที่ดีหลังผ่าตัด 9 เดือน

**บทสรุป:** Retropubic Radical Prostatectomy อาจยังเป็นทางเลือกสำหรับการผ่าตัดรักษามะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้น โดยมีผลลัพธ์ในการควบคุมมะเร็งที่ยอมรับได้ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัด

**Keyword:** Radical Retropubic Prostatectomy, open Radical prostatectomy, Prostate cancer

**Corresponding Author:** ยศศักดิ์ สกุลไชยกร, พ.บ.

สาขาศัลยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: yossak@live.com

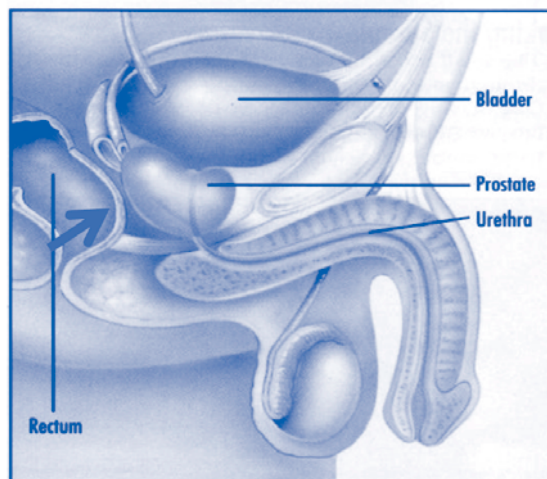
## บทนำ

มะเร็งต่อมลูกหมากเป็นมะเร็งที่พบได้มากที่สุดสำหรับผู้ชายอเมริกัน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 จนถึงปัจจุบัน แม้นับจนถึงปี ค.ศ. 2008 มะเร็งต่อมลูกหมาก ก็ยังมีมากถึง 1 ใน 4 ของมะเร็งทั้งหมด (American cancer society 2008) และมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในช่วงชีวิตนี้ถึงร้อยละ 16.72 และมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตในช่วงชีวิตถึงร้อยละ 2.57

สำหรับในประเทศไทย ถึงแม้จะไม่พบมะเร็งต่อมลูกหมากเท่าในประเทศตะวันตก แต่ก็มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. 2555 เป็นมะเร็งที่พบได้เป็นอันดับ 3 ของชายไทย

**สาเหตุของมะเร็งต่อมลูกหมาก** มีหลายสาเหตุตั้งแต่พันธุกรรม การอักเสบของลูกหมากจากแบคทีเรียหรือไวรัส การรับประทานอาหารไขมันสูง การสูบบุหรี่

**อาการและการตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมาก** มีอาการปัสสาวะขัด หรือลำบาก ปัสสาวะเป็นเลือด และมีปวดกระดูก หากมีการลุกลามเข้ากระดูก ให้การวินิจฉัยโดยการเจาะเลือด PSA (Prostatic Specific Antigen) เมื่อค่า PSA ผิดปกติ ก็จะมีการเจาะตัดชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากไปตรวจ (TRUS Biopsy: transrectal ultrasound guided biopsy of prostate) ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปลูกศรแสดงแนวเข็มเจาะตัดชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากโดยผ่านทาง rectum

### ตารางที่ 1 การแบ่งกลุ่มความเสี่ยงของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

	Stage	PSA	Gleason's score
Low risk group	T1c or T2a	Lower 10	6 or less
Intermediate risk group	T2b	10-20	7
High risk group	T2c or above	Over 20	8 to 10

ต่อจากนั้นทำการ staging โดยการ CT scan of whole abdomen และ Whole body bone scan โดยจะทำ CT และ Bone scan เมื่อ PSA > 20 ng/mL, locally advanced or T3, Gleason's score  $\geq$  8

เมื่อเราได้ผู้ป่วยที่เป็น localized prostate cancer แล้ว แบ่งกลุ่มผู้ป่วย เป็น low, intermediate และ high risk group เพื่อประเมินความเสี่ยงการลุกลาม หรือ metastasis ของตัวโรค (ใช้ TNM ตาม AJCC 1992) (ตารางที่ 1)

## การรักษา

เมื่อเราทราบว่าเป็น localized or early stage of prostate cancer ในปัจจุบันมีหลากหลายวิธีในการรักษาที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งมีผลดีผลเสียที่แตกต่างกัน ตลอดจนค่าใช้จ่าย

### 1. Active surveillance หรือเฝ้าสังเกตอาการ

เนื่องจากมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นมะเร็งที่โตช้า ผู้ป่วยบางคนจึงเลือกที่จะเฝ้าติดตามอาการ รอจนกว่าจะมี PSA ที่เพิ่มขึ้น หรือเจาะตัดชิ้นเนื้อ พบมะเร็งต่อมลูกหมากที่เลวลง จึงจะทำการรักษา definite treatment

#### Risk or complication

อาจ delayed treatment จนทำให้เสียโอกาสที่จะเป็น curative treatment



## 2. Radiation

### 2.1 External Beam Radiation Therapy

ปัจจุบันนี้ radiation ได้ถูกจัดว่าเป็น standard ที่เป็นทางเลือกสำหรับ localized prostate cancer แต่จะต้องเป็นเทคนิคที่เข้ารูปเฉพาะกับ prostate ลดการกระจายของรังสีไปยังอวัยวะข้างเคียง และสามารถเพิ่ม dose ไปยัง prostate เพื่อลด complication เรียกว่า Conformal Radiation Therapy (CRT) ซึ่งมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับคือ

- 3 dimensions CRT or Intensity modulated Radiation Therapy (IMRT) computer ปรับแต่ง radiation beam ให้ focus เฉพาะต่อ prostate
- Image Guided Radiation Therapy (IGRT); IMRT combined with CT guided เนื่องจาก prostate เป็นอวัยวะที่มี movement มากอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะจาก bladder filling หรือ rectum content ดังนั้นเพื่อให้ radiation beam focus ต่อ prostate ได้แม่นยำขึ้น ก็จะต้องมีการปรับแต่ง radiation beam ให้ตรงตำแหน่ง prostate ในวันนั้นๆ โดยใช้ CT ที่ combine อยู่ในเครื่องช่วยปรับตำแหน่งของ beam ให้ตรงกับ prostate ก่อนจะเริ่มฉายรังสี

#### *Risk or complication*

Radiation cystitis, radiation Proctitis, stricture urethra, urinary incontinence, late onset erectile dysfunction

### 2.2 Interstitial brachytherapy

เป็นการฝังเม็ดรังสีขนาดเล็ก 70-90 เมล็ด เข้าไปในเนื้อลูกหมาก ก็จัดเป็นทางเลือกที่เป็น standard treatment for early stage prostate cancer โดยเฉพาะในผู้ป่วย low risk group

#### *Risk or complication*

อาจมี complication เหมือน external beam radiation, อาจมี rectovesical fistula ได้ ถึงแม้จะพบได้น้อยมาก และในรายที่ high risk อาจต้องร่วมกับ external beam radiation และ hormonal treatment

## 3. Surgery (Radical prostatectomy)

ถือว่าเป็น “Gold standard” สำหรับการรักษา localized prostate cancer เพราะมีความสามารถที่จะ

eradicate tumor ออกหมดได้ มีหลากหลายเทคนิคดังนี้ แต่ที่ยังมีใช้กันในปัจจุบัน มีดังนี้

### 3.1 Open Radical Retropubic Prostatectomy

**Open technique** มีการใช้กันมานานกว่า 100 ปี years (Kuchler, 1866; Young, 1905) เป็นการใช้มีดเปิดผ่าตัดท้องน้อยเพื่อตัดต่อมลูกหมากออก เป็นวิธีดั้งเดิมที่ใช้กันมานาน

### 3.2 Laparoscopic Radical Retropubic Prostatectomy

เป็นการตัดต่อมลูกหมากออกโดยใช้ การเจาะรูทางหน้าท้อง เพื่อใส่กล้อง และอุปกรณ์ผ่าตัด โดยทั่วไปมักจะมีข้อดีกว่า ในเรื่องของการปวดแผลหลังผ่าตัด การนอน รพ.ที่ลดลง และการสูญเสียเลือดที่ลดลง

### 3.3 Robot-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy

เป็นการผ่าตัด Laparoscopic ที่ใช้เทคโนโลยีของ Robot arm ที่เล็ก และมีการเคลื่อนไหวได้คล้ายมือมนุษย์

#### *Risk and complication of Radical Prostatectomy*

Massive bleeding, Rectal injury, Thromboembolic phenomenon, Erectile dysfunction จาก cavernous nerve injury, Urinary Incontinence จาก Urinary sphincter injury.

ในปัจจุบัน ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้น มีการเลือกรักษาโดยวิธี Robot-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy (RALP) เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก แต่ RALP ก็จะมี available อยู่ตาม โรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่ ใน กทม. ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางมารักษาใน กทม. และอาจมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากรัฐสวัสดิการ ส่วน Laparoscopic Radical Prostatectomy อุปกรณ์ผ่าตัดหาได้ไม่ยาก แต่ก็อาจไม่ได้ available ใน รพ. ทุกที่ ที่มีศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะอยู่ และอาศัย learning curve ของศัลยแพทย์ต่อทักษะหัตถการที่ค่อนข้างนาน

ในขณะที่การศึกษาระยะหลังๆ จะพบว่า Laparoscopic or Robot-assisted อาจไม่ได้มีประโยชน์มากกว่า open technique

**Smith et al, 2007; Weizer et al, 2007; Wood et al, 2007** กล่าวว่า Laparoscopic ตลอดจน Robot-assisted มี disadvantage ในเรื่องของ tumor recurrence, urinary incontinence, and patient satisfaction

**Weizer et al, 2007; Wood et al, 2007** กล่าวว่า recovery time และการที่ผู้ป่วยจะกลับสู่ normal activity ไม่แตกต่างกัน ระหว่าง open และ laparoscopic หรือ RALP

**Touijer et al, 2008** กล่าวว่า Laparoscopic approach อาจมี intraoperative bleeding น้อยกว่า แต่จะมี readmission ไม่ว่าจะจาก emergency room visit หรือ second operation มากกว่า open technique

Laparoscopic มักจะกลั้นปัสสาวะได้น้อยกว่า คือ มี urinary continence น้อยกว่า

**Hu et al, 2008** กล่าวว่า Laparoscopic มีโอกาสมากกว่าผู้ป่วย Open technique ถึง 3 เท่า ที่จะเกิด tumor recurrence และต้องทำ salvage therapy ภายใน 6 เดือน หลังจากผ่าตัด laparoscopic

**Laparoscopic** มีโอกาสมากกว่า open ถึง 40% ที่จะเกิดท่อปัสสาวะตีบ หรือ urethral anastomosis stricture

**Schroek and colleagues (2008)** กล่าวว่าผู้ป่วยที่เลือกผ่าตัด RALP มีโอกาสมากกว่า ผู้ป่วย open ถึง 4 เท่า ที่จะผิดหวัง (regret) กับการตัดสินใจ

## วัตถุประสงค์

การศึกษานี้ จึงเป็นการศึกษา outcomes ของการผ่าตัด โดยวิธีมาตรฐานแบบดั้งเดิม (open Radical Retropubic Prostatectomy)

ตัวชี้วัดของการผ่าตัด ใช้หลัก Trifecta โดยดู 3 สิ่งหลังผ่าตัดดังนี้ (Eastham et al, 2008)

1. Survive, cancer control ผู้ป่วยต้องการมีชีวิตรอดจากมะเร็ง
2. Continence ผู้ป่วยต้องการกลั้นปัสสาวะได้หลังผ่าตัด ไม่มีปัสสาวะเล็ดหรือรั่วซึม หรือต้องใส่สายปัสสาวะ
3. Potency ผู้ป่วยต้องการมีประสิทธิภาพในการมีเพศสัมพันธ์คงเดิมหลังผ่าตัด

## วิธีการศึกษาและกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ข้อมูลจากผู้ป่วย 12 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็น localized or locally advanced prostate cancer ได้รับ

การผ่าตัดในช่วง พ.ศ. 2554 ถึง ส.ศ. 2556 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมิน risk group โดยผู้ป่วยในกลุ่ม intermediate และ high risk จะได้รับการตรวจด้วย CT whole abdomen และ Whole body bone scan หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความพร้อมก่อนการผ่าตัดโดยอายุรแพทย์ทุกราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัด open radical retro-pubic prostatectomy ที่ รพ.มหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี และได้ทำการวิเคราะห์ perioperative data, operative results, oncological outcomes, functional outcomes ทุกๆ 3 เดือน หลังการผ่าตัด ระยะเวลาติดตามสูงสุด 40 เดือน ผู้ป่วยรายสุดท้าย มีระยะเวลาติดตาม 22 เดือน

## ผลการศึกษา

อายุเฉลี่ย ของผู้ป่วยคือ 66 ปี, Mean serum PSA 9.18 ng/mL, ระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ย 175 นาที, การเสียเลือดเฉลี่ย 1,400 mL, ระยะเวลาการนอน รพ. 7 วัน, ระยะเวลาการใส่สายสวนปัสสาวะเฉลี่ย 14 วัน, อัตราการให้เลือด 100%

ผล Pathology พบ positive margin 1 ราย ผู้ป่วย T1a N0 M0 initial PSA 3.2 ng/mL แรกเริ่มได้รับการวินิจฉัย BPH with recurrent urinary tract infection จึงได้ TURP และได้ prostatic chips เป็น adenocarcinoma Gleason's score 3+3 หลัง TURP 8 สัปดาห์ จึงได้มาทำ Radical prostatectomy ผู้ป่วยปฏิเสธ radiation จึงให้การรักษาคือ hormonal treatment ในรายนี้อาจ positive surgical margin จากการที่ยังมี adhesion ที่เกิดจาก TURP

1 ราย PSA ขึ้นถึง 1.6 ng/mL ที่ 10 เดือนหลังผ่าตัด จึงได้รับ Intensity Modulated Radiation Therapy และให้ความรู้กับ hormonal treatment เป็นระยะเวลา 2 ปี หลังจากนั้น PSA ประมาณ 0.03 ng/mL ตลอด และมี urinary continence ดี

Total continence (pad free) 100% หลังจากถอดสายปัสสาวะได้ 2 สัปดาห์ (4 สัปดาห์หลังผ่าตัด) 11 จาก 12 ราย ปัสสาวะพุ่งดี (1 ราย ปัสสาวะไหลช้า จาก stricture anastomosis แต่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ดี) ไม่ปัสสาวะบ่อย ไม่ต้องเบ่ง (ไม่ได้สอบถาม IPSS score)



**ตารางที่ 2** Demographic Data

	Minimum	Maximum	Median
Age (year)	62	78	66
PSA (ng/mL)	3.2	58.4	9.17
Prostatic weight (gm)	18	80	35
Operative time (hour)	2.1	3.8	3
Intra operative blood loss (ml)	400	3,500	1,400
Hospital stay (day)	7	7	7
Total day of Foley	5	14	14

**ตารางที่ 3** รายละเอียดผู้ป่วยทั้ง 12 ราย

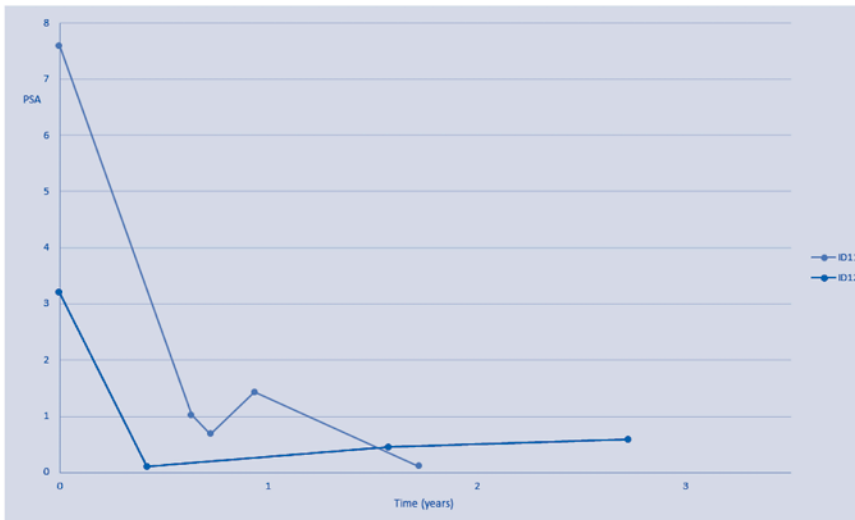
ผู้ป่วย	Age	Initial PSA	Staging	Prostate weight	Operative time (Hour)	Blood loss	Length of stay	Complication
1	65	6.4	T1cN0M0	40	3.3	3,500	7	None
2	64	9.0	T2bN0M0	35	3.0	400	7	Mild stricture of urethral anastomosis
3	78	15.3	T2bN0M0	40	3.0	1,500	7	None
4	68	3.2	T1aN0M0	18	3.5	500	7	Positive surgical margin, On hormonal treatment
5	65	14.3	T2aN0M0	45	2.6	1,700	7	PSA relapse then IMRT and 2 years of hormonal treatment
6	67	24.1	T2bN0M0	50	3.3	2,100	7	None
7	67	9.3	T2aN0M0	50	3.5	2,300	7	None
8	66	6.5	T1cN0M0	40	3.0	1,300	7	None
9	62	10.1	T2aN0M0	30	3.0	600	7	None
10	67	58.4	T3cN1M0	80	3.8	2,200	7	PSA Nadir above 0.4 then long term hormonal treatment
11	67	8.1	T2bN0M0	40	3.5	1,000	7	None
12	64	7.6	T1cN0M0	35	2.1	900	7	None

8 cases ยังมี sexual activity ก่อนผ่าตัด ทุกรายไม่  
ได้ทำการ preserve cavernous ได้อย่างชัดเจน หลังผ่าตัด  
ยังสามารถมี sexual activity ได้ โดยใช้ PDE5 inhibitor  
(sildenafil และ tadalafil 5 mg daily dose)

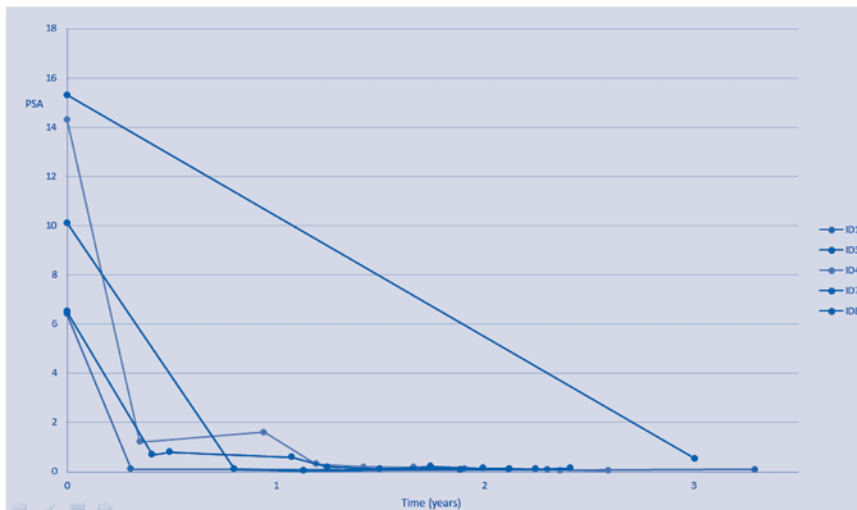
Complication ไม่พบ serious complication โดย  
มี 1 ราย stricture urethral anastomosis ปัสสาวะไหลช้า  
ได้ dilate โดย rigid cystoscopy ที่ 6 เดือน และ 9 เดือน  
หลังการผ่าตัด หลังจากนั้นปัสสาวะออกดีมาตลอด

## อภิปรายผล

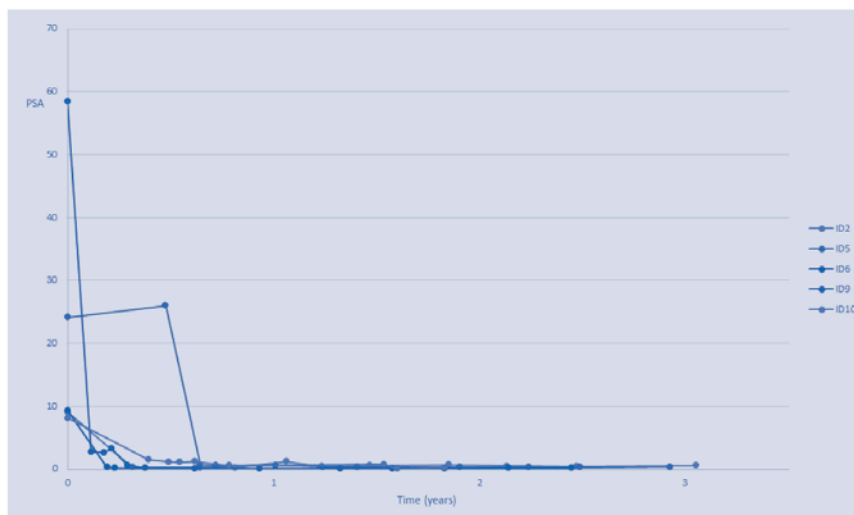
ตามที่กล่าวข้างต้นว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก หลัง  
การผ่าตัด ใช้หลัก Trifecta คือ oncological outcome,  
urinary symptoms, sexual performance ไม่ว่าจะผ่าตัด  
โดยวิธีใดก็ตาม แม้ว่าทุกวันนี้เทคโนโลยีในการผ่าตัด Robotic  
surgery, advanced laparoscopic instrument ต่างๆ  
เช่น vascular sealing instruments จะมาช่วยอำนวยความสะดวก  
สะดวกให้ศัลยแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่มี



กราฟแสดง PSA Progression after Open Radical Prostatectomy in Low risk group



กราฟแสดง PSA Progression after Open Radical Prostatectomy in Intermediate risk group



กราฟแสดง PSA Progression after Open Radical Prostatectomy in High risk group



ประสิทธิภาพมากขึ้น และลดความเจ็บปวดของผู้ป่วย ลดระยะเวลาการนอน รพ. แต่เทคโนโลยีดังกล่าวไม่ได้มีอยู่ในทุก รพ. ที่มีศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ เนื่องด้วยราคาอุปกรณ์สูง ตลอดจนระยะเวลา learning curve ในการผ่าตัดของ ศัลยแพทย์ที่จะสามารถผ่าตัด laparoscopic radical prostatectomy ประกอบกับอุบัติการณ์มะเร็งต่อมลูกหมากที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศไทย แต่อาจไม่ได้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากพอที่จะทำให้ แพทย์ ได้เรียนรู้จนผ่านพ้น learning curve หรือมีความชำนาญอย่างมากในการผ่าตัด laparoscopic radical prostatectomy ไปได้ สำหรับ robotic อาจมี learning curve ที่สั้นกว่า แต่ robot มีอยู่ 4 รพ. ในประเทศไทย

ดังนั้น คณะผู้ทวิวิจัยจึงเห็นว่า Open Radical Retropubic Prostatectomy ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานดั้งเดิมที่จะสามารถทำได้อย่างปลอดภัย ใน รพ. ที่มีศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะเพียง 1-2 คนที่ยังมีประสบการณ์ไม่มาก การศึกษา Trifecta พบว่า สามารถควบคุม cancer progression ได้เป็นอย่างดี มี positive resected margin เพียงแค่ 1 จาก 12 ราย แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็น high risk group โดยมี biochemical relapse free survival ที่ดีมาก; สำหรับอาการทางระบบปัสสาวะ ก็สามารถปัสสาวะได้คล่อง และไม่มีปัญหา urinary incontinence หรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือไหลซึมตลอด ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ไม่มาก แต่ก็พบได้บ้าง ใน laparoscopic หรือ robotic ในการศึกษา นี้ ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะได้ทุกรายที่ 1 เดือนหลังการผ่าตัด มีเพียง 1 รายที่มี urethral anastomosis stricture ซึ่งหลังจาก urethral dilatation ก็สามารถปัสสาวะได้ปกติ การได้ผลลัพธ์ที่ดี น่าจะเกิดจากการตัด apex of prostate ที่ไม่ลึกเกินไปจนบาดเจ็บต่อ external sphincter และการ dissect mobilize apex of prostate อย่างระมัดระวัง โดยมักตัด apex โดย slant technique เฉียงลงสู่ apex และการเย็บ urethral anastomosis ที่ชัดเจน 5-6 stitches ทุกราย สำหรับการ retain Foley's catheter 14 วัน ทางผู้วิจัยคิดว่า น่าจะช่วยให้ anastomosis แข็งแรงขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักปรับได้กับการใส่สายปัสสาวะ 14 วัน หลังจากถอดสาย Foley ปัสสาวะได้ปกติ ซึ่งมีผู้ป่วย 1 ราย สาย Foley หลุด ตั้งแต่ม postoperative day 5 แต่ผู้ป่วยก็สามารถปัสสาวะได้เอง

และไม่มีปัญหาการปัสสาวะแต่อย่างใด ปกติจนติดตามถึง 2 ปีหลังผ่าตัด ดังนั้นการใส่ 14 วันอาจเป็นเพียงความเชื่อของผู้ทวิวิจัย; สำหรับ sexual function นั้น ผู้ป่วยส่วนกลุ่มที่ sexually active ก็ยังคงสามารถมี sexual activity ได้ค่อนข้างดี จากการใช้ยา PDE5 inhibitor ถึงแม้การผ่าตัด จะไม่สามารถ identify cavernous nerve เพื่อ preserve ได้ชัดเจนเหมือนใน laparoscopic หรือ robotic

สำหรับ Hospital stay จะเห็นว่า ทางผู้วิจัยให้นอน รพ. 7 วัน ทุกราย นั้นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในสถานพยาบาลที่เพิ่งแรกเริ่มผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่ผู้ป่วยสามารถ ambulate ได้ดี no significant pain ตั้งแต่ม postoperative day 2 และ Jackson's Pratt drain ก็สามารถถอดออกที่ post operative day 3-5 ทุกราย สำหรับ operative day และ postoperative day 1 ผู้ป่วยก็สามารถควบคุม pain ได้ดี โดยการร่วมมือจาก anesthesiologist ในการใช้เครื่อง Patient Control Anesthesia (PCA) ให้ผู้ป่วยกด release morphine เองเมื่อปวด โดยมี limit dose ที่ตัวเครื่อง

สำหรับ bleeding โดยเฉลี่ยแล้ว bleeding มากกว่า laparoscopic ที่ชัดเจน โดยเฉพาะใน 3 cases แรก แต่อย่างไรก็ดี หากมี selection ของผู้ป่วยที่ดี และมีการเตรียม blood components ที่เพียงพอ ผู้ป่วยก็สามารถได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัย โดยไม่มี serious complication ใดๆ เลย ในกลุ่มการศึกษานี้ เช่น myocardial infarction, cerebrovascular disease, thromboembolic phenomenon

สำหรับแผลผ่าตัดยาวประมาณ 4 นิ้ว ในแนวตั้งขึ้นมาจากหัวเข่า หรือ mons pubis ในชายสูงอายุ ทั้ง 12 ท่าน ไม่มีความรู้สึกว่ามีปัญหาใดกับแผลผ่าตัดได้สะอาด ในขณะที่ laparoscopic wound หากมี scar จะเกิดขึ้นได้ถึง 4-6 รูแผล 1-2 cm ในแต่ละแผลบริเวณเหนือสะดือ

## สรุปผลการศึกษา

Open Radical Retropubic Prostatectomy น่าจะยังเป็นทางเลือกที่เป็นมาตรฐาน ในการผ่าตัดเพื่อรักษา early stage prostate cancer ในสถานพยาบาลที่ยังไม่มีความพร้อมในการผ่าตัด laparoscopic หรือ robotic ทั้งในด้านของเครื่องมือ หรือทักษะของศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ

ข้อดีของ open technique คือ ให้ผลลัพธ์ที่ดี ทั้งในด้าน cancer control, urinary symptoms และ sexual function ตลอดจนความปลอดภัยในการผ่าตัด และเป็นการผ่าตัดที่มี learning curve period ที่สั้นกว่า laparoscopic technique ดังนั้น รพ.ทั่วไป หรือ รพ.ที่มีขนาดค่อนข้างเล็ก ที่มีศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะเพียง 1-2 คน ก็สามารถรักษา radical prostatectomy โดยใช้ open technique ได้ และ

ให้ผลลัพธ์ที่เป็นมาตรฐานและปลอดภัย ตลอดจนผู้ป่วยไม่ได้มีคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดที่แตกต่างจาก laparoscopic หรือ robotic

ข้อด้อยเมื่อเทียบกับ laparoscopic หรือ robotic คือ มี bleeding ที่มากกว่า, length of hospital stay ที่นานกว่า และอาจมีรอยแผลผ่าตัดที่ยาวกว่า

### เอกสารอ้างอิง

1. William J. Catalona, Misop Han, Definitive Therapy for Localized prostate cancer:an overview, In Alan J. Wein, Louis R. Kavoussi, Campbell-Walsh Urology 10<sup>th</sup> ed, Philadelphia:Saunders Elsevier, 2012:2771-88.
2. Stacy Loeb, Herbert Ballentine Carter, Early detection Diagnosis and Staging of Prostate cancer, In Alan J. Wein, Louis R. Kavoussi, Campbell-Walsh Urology 10<sup>th</sup> ed, Philadelphia:Saunders Elsevier, 2012: 2763-70.
3. Edward M. Schaeffer, Patrick C. Walsh, Radical Retropubic and perineal Prostatectomy, In Alan J. Wein, Louis R. Kavoussi, Campbell-Walsh Urology 10<sup>th</sup> ed, Philadelphia:Saunders Elsevier, 2012:2801-28.
4. Li-Ming Su, Joseph A. Smith, Jr., Laparoscopic and Robot-assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy and Pelvic Lymphadenectomy, In Alan J. Wein, Louis R. Kavoussi, Campbell-Walsh Urology 10<sup>th</sup> ed, Philadelphia:Saunders Elsevier, 2012:2830-49.
5. Ian Thompson, Guideline for the management of clinically localized prostate cancer, American Urological Association, 2011. Available from: URL: <http://www.auanet.org/education/guidelines/prostate-cancer.cfm>
6. Ian Murchie Thompson, Richard Valicenti, Adjuvant and Salvage Radiotherapy after Prostatectomy ASTRO/AUA Guideline, American Urological Association, 2013. Available from : URL: <http://www.auanet.org/education/guidelines/radiation-after-prostatectomy.cfm>
7. D'Amico et al., 1998b. D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz S, et al: Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. JAMA 1998;280:969-74.





Original Articles/นิพนธ์ต้นฉบับ

# Case Series of Open Retropubic Radical Prostatectomy (RRP): Is this Old-fashioned Way Surgery for Prostate Cancer Still Alive?

Sakulchaiyakorn Y, M.D., FACS, Burami A, M.D.

*Department of Surgery, Faculty of Medicine, Burapha University, Chonburi, Thailand*

## Abstract

**Introduction:** There are increasing number of advanced technology instruments to do prostatectomy in prostate cancer patient, such as Davinci Robot, Advanced laparoscopic instruments(e.g. bipolar vascular sealant, special knotting instruments). The cost of surgery and the availability of these advanced instruments and also surgeon skill are importance factors. RRP is the old open surgery technique for prostate cancer removal that has been blamed for its ineffectiveness about more bleeding, more operative time and longer hospital stay. But anyway, RRP may be a suitable treatment for some rural hospitals which has no advanced instruments or unaffordable patients.

**Objective:** To evaluate oncological outcome and functional outcome of open radical retropubic prostatectomy performed by a single surgeon's experience

**Material and Methods:** 12 patients with localized prostate cancer who underwent Retropubic Radical Prostatectomy were enrolled. Oncological and functional outcomes were evaluated.

**Results:** Most of the patients (9 out of 12 cases) have no PSA progression and need no further treatment. There was one case of positive surgical margin in all of 12 cases. He refused Radiation so he has received hormonal treatment Another 2 of them had PSA progression, The first case underwent Intensity Modulated Radiation Therapy and 2 years course of hormonal treatment then stopped and he still has no PSA progression. The second patient, He had initial PSA at 58 ng/mL and Gleason's score at 4+5, has been being received hormonal treatment alone after the PSA nadir did not drop to the level of lower 0.4 ng/mL. All of patients were pad free or had good urinary continence at 1 month after surgery. 7 out of 8 who had active sexual life before surgery, still have good sexual function at 9 months after surgery

**Conclusion:** Retropubic Radical Prostatectomy may still be an alternative choice of radical prostatectomy for early stage prostate cancer patient with acceptable oncological outcome and good quality of life.

**Keyword:** Radical Retropubic Prostatectomy, open Radical prostatectomy, Prostate cancer

**Corresponding author:** Sakulchaiyakorn Y, M.D.

Department of Surgery, Faculty of Medicine, Burapha University, Chonburi, Thailand

Email: yossak@live.com