

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

รายงานผู้ป่วยภาวะไตบวมน้ำขนาดใหญ่ร่วมกับ มะเร็งเนื้อไต ชนิด Papillary

Giant Hydronephrosis with Papillary Renal Cell Carcinoma : A Case Report

ณัฐวุฒิ สายหล้า พ.บ.,
ว.ว. ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา
กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลนครปฐม

Natthawut Saila M.D.,
Thai board of Urology
Division of Surgery
Nakhonpathom Hospital

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 33 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการท้องบวมโตขึ้นเรื่อย ๆ 3 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผลการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง พบว่ามีก้อนถุงน้ำขนาดใหญ่ เกือบเต็มช่องท้องส่วนบน มีขนาด 18.5 x 26.5 x 26.0 เซนติเมตร คาดว่าเป็นภาวะไตข้างขวาบวมน้ำขนาดใหญ่ (giant hydronephrosis) ได้ทำการรักษาเบื้องต้น โดยการใส่สายระบายที่ไตข้างขวาผ่านทางผิวหนัง (percutaneous nephrostomy) ได้ของเหลวสีน้ำตาลเข้มปริมาณ 8,500 มิลลิลิตร เนื่องจากไตมีขนาดใหญ่มากและมีการอักเสบติดเชื้อมาเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้เกิดพังผืดยึดติดเนื้อไตกับเยื่อช่องท้อง ไม่สามารถทำ radical nephrectomy ได้ จึงทำ subcapsular nephrectomy ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา พบว่าเป็น papillary renal cell carcinoma หลังจากผ่าตัด 10 วัน มีหนองไหลออกมาจากแผลผ่าตัด ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่า มีหนองคั่งอยู่ที่หลังช่องท้องด้านขวาเป็นปริมาณมาก จึงทำการผ่าตัดซ้ำเพื่อระบายหนองออก

ABSTRACT

A 33-year-old male presented with gradually distended abdomen for 3 years. Abdominal computerized tomography revealed a huge cystic mass occupying nearly entire upper abdomen sized 18.5 x 26.5 x 26.0 cm.. Right percutaneous nephrostomy was done and yielded 8,500 ml. of dark brown fluid. Right subcapsular nephrectomy was performed 1 month later and histological diagnosis was papillary renal cell carcinoma. At 10th post-operative day, he had huge amount of pus from surgical wound and CT scan revealed retro-peritoneal abscess so re-operation was undergone for drainage. Radical nephrectomy could not be performed in this case due to severe adhesion and inflammation in retroperitoneal cavity.

Keywords : giant hydronephrosis, renal cell carcinoma

บทนำ

ภาวะไตบวมหน้า (hydronephrosis) หมายถึง ภาวะที่มีการขยายของกรวยไตหรือช่องไต (dilatation of the renal pelvis or calyces) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อย โดยจากการศึกษาโดยการผ่าตัดศพ พบความชุกของภาวะ hydronephrosis 3.1% ในผู้ใหญ่ (Bell, 1950) และ 2.0-2.5% ในเด็ก (Cambell, 1970 ; Tan, et al, 1994)¹ โดยถ้ามีของเหลวใน collecting system มากกว่า 1,000 มิลลิลิตร จะเรียกว่า Giant hydronephrosis (Stirling, 1939)² ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้น้อยมาก และในรายงานผู้ป่วยส่วนใหญ่ปริมาณของเหลวจะอยู่ระหว่าง 1 ถึง 2 ลิตร^{2,3}

สาเหตุของไตบวมหน้าส่วนใหญ่เกิดจากมีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะโดยเฉพาะที่ตำแหน่งรอยต่อระหว่างกรวยไตกับท่อไต (ureteropelvic junction, UPJ) หรือที่ท่อไต (ureter) ซึ่งสาเหตุของการอุดตันนั้นส่วนมากเกิดจากนิ่ว (stone, calculi) หรือการตีบตัน (stricture) ส่วนที่เกิดจากเนื้องอกของระบบทางเดินปัสสาวะนั้นพบได้น้อยซึ่งในกลุ่มที่เกิดจากเนื้องอกนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นเนื้องอกของเยื่อบุผิวของระบบทางเดินปัสสาวะ (urothelial tumors)^{4,5,6} ซึ่งที่พบได้บ่อยที่สุดได้แก่ transitional cell carcinoma of renal pelvis ส่วนการอุดตันที่เกิดจากมะเร็งของเนื้อไต (renal cell carcinoma) นั้นพบมีรายงานผู้ป่วยน้อยมาก^{7,8}

การวินิจฉัยภาวะไตบวมหน้าส่วนใหญ่ต้องอาศัยการตรวจทางรังสีวิทยา เช่น การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การทำ intravenous pyelography (IVP) เป็นต้น ส่วนการรักษา ขึ้นอยู่กับสาเหตุ⁹ เช่น ถ้าเกิดจากนิ่วอุดตัน ก็ทำการเอานิ่วออกโดยวิธีการที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการสลายนิ่ว (extracorporeal shockwave lithotripsy, ESWL), การส่องกล้องเอานิ่วออก (endoscopic management), การส่องกล้องผ่านทางผิวหนัง (percutaneous approach) หรือการผ่าตัดใหญ่ (open surgery) โดยในกรณีที่เป็น giant hydronephrosis และเนื้อไตถูกทำลายไปมากแล้วและไตอีกข้างยังปกติอยู่ก็อาจพิจารณาตัดไตข้างนั้นออก โดยต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป หรือในกรณีที่มีภาวะ

แทรกซ้อนจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ เช่น มีนิ่วอุดที่ท่อไตทำให้ไตบวมและมีการติดเชื้อที่รุนแรงที่ไตไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะจนเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่พร้อมสำหรับการผ่าตัดใหญ่ ก็อาจต้องพิจารณาทำการใส่สายระบายผ่านทางท่อไต (ureteral stent) หรือใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง (percutaneous nephrostomy) ก่อน แล้วค่อยมาพิจารณาเอานิ่วออกในภายหลัง หลังจากอาการผู้ป่วยดีขึ้นแล้ว

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 33 ปี อาชีพรับจ้าง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ
อาการสำคัญ ท้องบวมโตขึ้นเรื่อย ๆ 3 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน 3 ปีก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มสังเกตว่าท้องบวมโตขึ้นเรื่อย ๆ ทีละน้อย ไม่มีอาการปวด ไม่มีไข้ ไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชน และได้รับการส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลนครปฐมครั้งแรกเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2550 แพทย์ได้ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่าเป็น severe right hydronephrosis, huge renal pelvis down to uretero-pelvic junction สงสัยว่าเป็นจาก right UPJ obstruction ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะที่ดูแลผู้ป่วยในขณะนั้นได้นัดผู้ป่วยมารับการรักษา โดยวางแผนที่จะทำ right nephrectomy แต่มีปัญหาความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัด จึงได้เลื่อนผ่าตัดไปก่อน และนัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำ ผู้ป่วยมาตรวจครั้งสุดท้ายวันที่ 25 ตุลาคม 2550 หลังจากนั้นผู้ป่วยไม่มาตามนัด กลับมาตรวจอีกครั้งเมื่อวันที่ 22 กันยายน 2552 โดยส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการท้องบวมโตมาก อึดแน่นท้อง หายใจไม่ค่อยสะดวก ทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด

ประวัติอดีต ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยแพ้ยา

ประวัติครอบครัว ไม่มีโรคติดต่อทางพันธุกรรม ในครอบครัว ไม่มีญาติสายตรงที่มีอาการเช่นเดียวกันกับผู้ป่วย

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม

Vital signs : BP 128/89 mmHg, P 88 /minute,
RR 20 /minute, T 37.0° C

General appearance : a Thai young male patient
with normal consciousness and well co-operation, cachexia,
BW 54 kg.

HEENT : mile pale conjunctiva, no icteric sclera,
no cervical lymphadenopathy

Chest : normal breath sound both lungs

Heart : regular rhythm, no murmur

Abdomen : markedly distended, decreased bowel
sound, tense cystic consistency, not tender, no guarding,
no rebound tenderness

Extremities : no deformity, normal movement

รูปที่ 1 ภาพถ่ายด้านข้างช่องท้องของผู้ป่วย

การวินิจฉัย: จากประวัติและการตรวจร่างกายคิดว่า
เป็นภาวะ giant hydronephrosis ของไตข้างขวา แต่
เนื่องจากผู้ป่วยขาดการรักษาไปเป็นเวลา 2 ปี จึงพิจารณา
ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้องใหม่ ซึ่งพบว่า
มีก้อนที่เป็นถุงน้ำขนาดใหญ่เกือบเต็มช่องท้องส่วนบน
ขนาด 18.5 x 26.5 x 26 ซม. ไม่พบลักษณะเนื้อตันและ
ผนังก้นภายในก้อน ไตข้างซ้ายปกติ

รูปที่ 2 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องของผู้ป่วย

การรักษาเบื้องต้น เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอึด
แน่นท้องค่อนข้างมาก ทำให้หายใจไม่ค่อยสะดวก จึง
พิจารณาให้การรักษาโดยการใส่สายระบายที่ไตข้างขวา
ผ่านทางผิวหนัง (percutaneous nephrostomy, PCN) โดย
ใช้คลื่นเสียงความถี่สูงช่วยกำหนดตำแหน่งการเจาะเมื่อวันที่
22 ตุลาคม 2552 ได้ของเหลวสีน้ำตาลเข้มออกมาปริมาณ
8,500 มิลลิลิตรภายในเวลา 45 นาที หลังทำการ
ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ท้องยุบลงจนแทบหายจาก
การอึดแน่นท้อง หายใจสะดวกขึ้น ได้อนุญาตตัวใน
โรงพยาบาลเป็นเวลาสี่วัน ผลเพาะเชื้อของเหลวจากไต
ข้างขวาไม่พบเชื้อแบคทีเรีย ได้ให้ผู้ป่วยกลับบ้านโดยได้
ให้ยาปฏิชีวนะไปรับประทานต่อและนัดมาอนโรงพยาบาล
อีกครั้งในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2552 เพื่อผ่าตัดเอาไต
ข้างขวาออก แต่หลังจากกลับไปบ้านได้ประมาณ 2 สัปดาห์
ผู้ป่วยแจ้งว่า ของเหลวที่ออกมาจากสายระบายที่ไตข้าง
ขวาเริ่มมีลักษณะเป็นหนองและมีกลิ่นเหม็น ออกวันละ
ประมาณ 100 ถึง 200 มิลลิลิตร ไม่มีไข้ จึงได้ส่งตรวจ
สุขภาพเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดเอาไตข้างขวาออก
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hb 8.4 g/dl, Hct 27%, WBC 11,030 (N 81.1%,
L 14%, M 4.3%, Eo 0.4%, B 0.2%), platelet 537,000

PT 12.1 (control 9.3-11.5), PTT 29.0 (control 22.3-

รูปที่ 3 ภาพถ่ายด้านข้างท้องของผู้ป่วยหลังทำ right percutaneous nephrostomy ได้ของเหลวสีน้ำตาลเข้มปริมาณ 8,500 มิลลิลิตร

29.1), INR 1.17

Urinalysis : yellow, clear, spgr. 1025, pH 5.5, RBC 0-1, WBC 0-1, albumin-trace, sugar-neg

Blood chemistry : BUN 10.2 mg/dl, Cr 1.16 mg/dl, Na 131 mmol/L, K 3.79 mmol/L, Cl 93.2 mmol/L, CO₂ 29.3 mmol/L Anti HIV-negative

Urine culture : 10⁴ Enterobacter cloacae

CXR : normal

EKG : normal

การดำเนินของโรคและการรักษา

จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซีด จึงแก้ไขโดยให้ PRC 1 ยูนิต และได้เตรียมเลือดเพื่อใช้ระหว่างผ่าตัดอีก 3 ยูนิต ให้ยาปฏิชีวนะ ceftriazone 1 กรัม ทางหลอดเลือด ทำการผ่าตัดวันที่ 22 พฤศจิกายน 2552 โดยลงแผลผ่าตัดบริเวณ right flank โดยผู้ป่วยอยู่ในท่านอนตะแคงขวาขึ้น

Operative findings :

- severe adhesion and inflammation in right retroperitoneal cavity
- infected right renal parenchyma with necrotic

tissue and foul smell purulent fluid in collecting system

- could not dissect to separate renal capsule from peritoneum due to severe adhesion and inflammation

จึงตัดสินใจทำ subcapsular nephrectomy ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา และวาง Jackson-Pratt drain ที่ retroperitoneal cavity โดยใช้เวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 5 นาที เสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 1,500 มิลลิลิตร โดยได้เติมเลือด PRC 1 ยูนิต และ WB 2 ยูนิต ระหว่างผ่าตัด สัญญาณชีพขณะผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ ย้ายกลับหอผู้ป่วยสามัญ ให้ยาปฏิชีวนะเป็น cefoperazone 1.5 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง

ผลการเพาะเชื้อหนอง จากไตข้างขวา พบเชื้อ Citrobacter diversus ตอบสนองต่อยา amikacin, 3rd generation cephalosporins, gentamicin, quinolones, trimethoprim-sulfamethoxazole, piperacillin-tazobactam

หลังผ่าตัดวันแรก Jackson-Pratt drain ออก 125 มิลลิลิตร หลังจากนั้นออกน้อยลงเรื่อย ๆ จนไม่ออกเลยในวันที่ 4 หลังผ่าตัด จึงเอาสายระบายออก โดยยังให้ยาปฏิชีวนะต่อไป และทำแผลผ่าตัดวันละ 2 ครั้ง ผู้ป่วยมีไข้ต่ำ ๆ ไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จนกระทั่งวันที่ 10 หลังผ่าตัดจึงทำการตัดใหม่ปรากฏว่ามีหนองทะลักออกจากแผลปริมาณมากจึงส่งหนองตรวจเพาะเชื้อซ้ำและทำการแหวกแผล หลังทำแผลต่ออีก 2 วันปริมาณหนองที่ซึมออกมาจากใต้ชั้นกล้ามเนื้อยังไม่ลดลงจึงทำการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ซ้ำ วันที่ 4 ธันวาคม 2552 พบว่ามี large retroperitoneal abscess at right renal fossa size 11.6 x 6.6 x 15.9 ซม. จึงตัดสินใจผ่าตัดซ้ำโดยทำ re-explore right flank to drain abscess เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2552 โดยใส่สายระบายแบบ rubber tube drain ไว้ที่ retroperitoneal cavity ผลเพาะเชื้อหนองจากแผลก่อนผ่าตัดไม่พบเชื้อแบคทีเรีย จึงพิจารณาเปลี่ยนยาปฏิชีวนะจาก cefoperazone ซึ่งให้ครบ 14 วันแล้ว เป็น piperacillin/tazobactam 4.5 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีไข้ สายระบายมีหนองออกวันละประมาณ

50 มิลลิลิตร ส่งหนองเพาะเชื้ออีกครั้งก็ไม่พบเชื้อแบคทีเรีย ผลตรวจทางพยาธิวิทยาของไตข้างขวาพบว่าเป็น papillary renal cell carcinoma จึงได้ติดต่อพยาธิแพทย์ให้ช่วยทำการตรวจชิ้นเนื้อซ้ำอีกครั้งซึ่งก็ยืนยันผลเช่นเดิม ได้แจ้งผลให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าเป็นมะเร็งที่ไต และเนื่องจากทิ้งไว้เป็นระยะเวลาานานจนมีขนาดใหญ่มากและมีการอักเสบติดเชื้ออย่างยาวนาน ไม่สามารถทำการผ่าตัดแบบ radical nephrectomy ได้ ดังนั้นมะเร็งจึงอาจจะไม่หายขาด แต่จากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ก็ยังไม่พบว่ามีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่อวัยวะอื่นในช่องท้อง เนื่องจากมะเร็งของเนื้อไตไม่ตอบสนองต่อการฉายรังสีและยาเคมีบำบัด ดังนั้นถ้าจะพยายามรักษาต่อก็ต้องทำการผ่าตัดซ้ำอีกครั้งซึ่งก็ไม่แน่ใจว่าจะสามารถทำได้สำเร็จหรือไม่และมีโอกาสที่จะเกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะสำคัญในช่องท้องที่อยู่ข้างเคียง เช่นตับและเส้นเลือดใหญ่ค่อนข้างสูงและต้องผ่าแผลใหม่ตรงกลางท้อง ซึ่งหลังจากผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลแล้วก็ตัดสินใจที่จะไม่ขอรับการผ่าตัดใหม่ หลังจากให้ยา piperacillin/tazobactam 8 วัน และผู้ป่วยแข็งแรงดีแล้วจึงจำหน่ายผู้ป่วยในวันที่ 18 ธันวาคม 2552 และนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลการรักษาต่อไป

วิจารณ์

มะเร็งของเนื้อไต (renal cell carcinoma : RCC) เป็นมะเร็งที่พบน้อย คือประมาณร้อยละ 2-3% ของมะเร็งทั้งหมดในผู้ใหญ่ โดยในระบบทางเดินปัสสาวะพบน้อยกว่ามะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะแต่มีความรุนแรงมากกว่า โดยมากกว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมะเร็งของเนื้อไตจะเสียชีวิตจากโรค เทียบกับร้อยละ 20 ในกรณีของมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอุบัติการณ์ของ RCC ในสหรัฐอเมริกาพบว่าเท่ากับ 8.9 ต่อแสนประชากรต่อปี พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในอัตราส่วน 3 ต่อ 2 และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 50 ถึง 70 ปี ส่วนใหญ่เป็นแบบ sporadic มีประมาณร้อยละ 4 ที่เป็นแบบถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์¹⁰ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด RCC ที่

เป็นที่ยอมรับกัน ได้แก่ การสูบบุหรี่ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยง 1.4 ถึง 2.5 เท่า นอกจากนี้ก็มีภาวะอ้วนและการได้รับ antihypertensive drugs¹¹

มะเร็งของเนื้อไตเป็นมะเร็งชนิด adenocarcinoma ซึ่งเกิดจาก renal tubular epithelial cells แบ่งตาม histology เป็น 4 subtypes

1. Conventional RCC พบได้บ่อยที่สุดคือร้อยละ 70-80 อาจมีลักษณะเป็น clear cell, granular cell หรือ mixed type เป็นชนิดที่มีพยากรณ์โรคแย่ที่สุดแต่ก็เป็นชนิดที่มีโอกาสตอบสนองต่อการรักษาด้วย immunotherapy มากที่สุด
2. Chromophilic RCC หรือ papillary RCC พบได้บ่อยเป็นอันดับสองคือร้อยละ 10-15 เป็นชนิดที่มักพบในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น end stage renal disease และ acquired renal cystic disease และมีโอกาสที่จะพบได้หลายตำแหน่ง (multicentricity)
3. Chromophobe cell carcinoma พบได้ร้อยละ 3-5
4. Collecting duct carcinoma พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ของ RCC ทั้งหมด

เนื่องจากไตเป็นอวัยวะที่อยู่หลังช่องท้อง ดังนั้นการวินิจฉัย renal mass ในระยะแรกที่ยังมีขนาดเล็กจึงเป็นเรื่องยาก เนื่องจากมักไม่มีอาการและไม่สามารถตรวจพบได้จากการตรวจร่างกาย ถ้ามีอาการเด่นชัด เช่น มีอาการปวด ปัสสาวะเป็นเลือด หรือคลำได้ก้อนชัดเจนก็มักจะเป็นก้อนใหญ่แล้ว ซึ่งถ้าเป็นมะเร็งก็เป็น advanced stage แล้ว โดยผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการ constitutional symptoms เช่น อ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีไข้เรื้อรัง หรืออาจมาด้วยอาการของ metastatic disease เช่น ปวดกระดูก โดยพบว่าร้อยละ 25-30 จะสามารถวินิจฉัย RCC ได้เมื่อเป็น metastatic disease แล้ว นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 20 ของ RCC จะมี paraneoplastic symptoms เช่น hypercalcemia, hypertension, polycythemia เป็นต้น

ในปัจจุบันมากกว่าร้อยละ 50 ของ RCC ตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจทางรังสีวิทยา เช่น การตรวจด้วย

คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography : CT) โดย thin-slice CT ถือเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการวินิจฉัย renal mass นอกจากนี้อาจพิจารณาใช้การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging : MRI) ในกรณีที่ผู้ป่วยแพ้สารทึบรังสีหรือมีการทำงานของไตผิดปกติ

มะเร็งของเนื้อไตเป็น surgical disease โดยถ้าเป็น localized tumor ยังมีโอกาสรักษาหายขาดได้โดยการผ่าตัด การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้ง anatomical, histological, clinical และ molecular factors ซึ่งปัจจัยที่สำคัญที่สุดก็คือ tumor-related factors โดยเฉพาะ stage of tumor, tumor size, nuclear grade และ histologic subtype ในการ Staging ใช้ Robson, staging system หรือใช้ TNM system^{10,11}

การพิจารณาเลือกวิธีการรักษา RCC นอกจากจะพิจารณาถึง tumor-related factors ดังที่กล่าวมาแล้ว ยังต้องพิจารณาถึง performance status ของผู้ป่วย รวมถึงความเป็นปกติของไตอีกข้างที่ไม่เป็นโรคด้วย โดยมีวิธีการรักษา ดังนี้

1. Localized RCC

1) Nephron sparing surgery (NSS) เช่น partial nephrectomy (open or laparoscopic) พิจารณาทำในกลุ่มผู้ป่วย single, small, localized RCC (< 4 cm) with normal contralateral kidney หรือในกรณีที่ถ้าทำ radical nephrectomy แล้วจะทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการทำ dialysis ในภายหลัง เช่น solitary kidney, bilateral RCC, familial RCC, chronic renal insufficiency เป็นต้น

2) Radical nephrectomy เป็น standard treatment ในผู้ป่วยที่เป็น localized RCC (open or laparoscopic)

3) Alternative therapy โดยวิธี Imaged-guided percutaneous minimal invasive techniques เช่น

- percutaneous radiofrequency (RF) ablation
- cryoablation
- laser ablation

- microwave ablation
- high-intensity focused ultrasound ablation (HIFU)

ใน localized RCC ไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้ adjuvant therapy ภายหลังจากผ่าตัด

2. Locally advanced RCC ควรทำ MRI เพื่อดู

extent ของ tumor ถ้ามี inferior vena cava involvement ควรทำ radical nephrectomy with IVC thrombectomy ใน locally invasive RCC เช่น ใน stage T3 หรือ T4 ควรพิจารณาผ่าตัดเอา tumor ออกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ จากการศึกษากการให้ adjuvant therapy ทั้ง radiation therapy, cytokine therapy พบว่าไม่ได้ผล

3. Metastatic RCC (mRCC) อาจพิจารณาทำ

cytoreductive nephrectomy ก่อนให้ systemic immunotherapy ด้วย interferon-alpha ในรายที่เป็น clear cell conventional RCC โดยพบว่าจะช่วยเพิ่ม long term survival เมื่อเทียบกับในรายที่ไม่ได้ผ่าตัด และควรพิจารณาทำการผ่าตัด complete removal of metastatic lesion ถ้าสามารถทำได้ ซึ่งพบว่าจะช่วย improve clinical prognosis และพบว่าการให้ radiation therapy ไม่ได้ช่วยเพิ่ม survival หรือลด local recurrence rate แต่อาจมีประโยชน์ในการช่วยลดอาการของผู้ป่วยในกรณีที่มี bone หรือ brain metastasis

Systemic therapy for mRCC

1) Chemotherapy ไม่ได้ผลในการรักษา โดยจากการศึกษาพบว่าไม่ได้ช่วยเพิ่ม survival ในผู้ป่วย mRCC

2) Immunotherapy มีการศึกษาการใช้ interferon-alpha (IFN-alpha) และ interleukine-2 (IL-2) ทั้งแบบ alone และ combination ในการรักษา mRCC ซึ่งพบว่าได้ผลบ้าง แต่ได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร

- ผลการศึกษา meta-analysis (Coppin and colleague, 2005) พบว่า IFN-alpha monotherapy สามารถเพิ่ม median survival rate ได้ 3.8 เดือน และมี overall response rate 12.5%

- IL-2 monotherapy มี overall response rate 15% แต่มีผลข้างเคียงมากกว่า IFN-alpha

- การใช้ Combination therapy ของ IFN-alpha และ IL-2 ช่วยเพิ่ม response rate แต่ไม่เพิ่ม overall survival

3) Target agents (Angiogenesis inhibitor drugs) มี การศึกษาพบว่า vascular endothelial growth factor (VEGF) และ platelet-derived growth factor (PDGF) มีบทบาท สำคัญในการก่อให้เกิด neoangiogenesis ใน clear cell RCC โดย VEGF และ PDGF จะไปจับกับ receptor tyrosine kinases ที่ควบคุม cell proliferation และ cell survival แล้ว กระตุ้นให้เกิด tumor-associated angiogenesis และ tumor growth ยาที่สามารถยับยั้ง VEGF และ PDGF pathways ได้จึงสามารถยับยั้งการเกิด angiogenesis และ tumor progression ได้

3.1 Sorafenib สามารถเพิ่ม progression-free survival ได้ 3 เดือนเทียบกับ placebo เมื่อให้ในผู้ป่วย mRCC ที่ไม่ตอบสนองต่อการให้ systemic immunotherapy

3.2 Sunitinib มีการศึกษาพบว่าการใช้ sunitinib เป็น 1st line monotherapy ใน mRCC มี median progression-free survival นานกว่ากลุ่มที่ได้รับ IL-2 (11 เดือน ต่อ 5 เดือน) และการศึกษาการใช้ sunitinib เป็น 2nd line monotherapy ใน mRCC พบว่ามี partial response rate 34-40% และพบว่า 27-29% ของผู้ป่วยมี stable disease มากกว่า 3 เดือน

3.3 Temsironimus มีการศึกษาพบว่า มี overall survival มากกว่า IFN-alpha ในการให้ เป็น 1st line therapy ใน poor risk mRCC

ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ target agents ในการรักษา mRCC กันอย่างกว้างขวาง

สรุป

ในผู้ป่วยรายนี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็น papillary renal cell carcinoma of right kidney ซึ่งถึงแม้ผลการตรวจด้วย เอกซเรย์คอมพิวเตอร์จะยังไม่พบว่ามี การลุกลามของมะเร็ง

ไปยังอวัยวะอื่น ๆ แต่เนื่องจากไม่สามารถผ่าตัดแบบ radical nephrectomy ได้ ดังนั้นมะเร็งจึงมีโอกาสที่จะไม่หายขาดหรือมี local recurrence รวมถึงอาจมีการแพร่กระจาย ไปยังอวัยวะอื่นตามมาภายหลังได้สูง จึงจำเป็นต้องติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด โดยควรทำการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าของช่องท้องเป็นระยะ ๆ ซึ่งถ้าพบว่ามี การแพร่กระจายของมะเร็ง (metastasis) ก็อาจพิจารณาให้ systemic therapy เช่น immunotherapy หรือ angiogenesis inhibitor drugs ตามความเหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันยา ทั้งสองกลุ่มยังมีราคาแพงมาก จึงมีผู้ป่วยจำนวนน้อยมาก ที่มีโอกาสได้รับยาดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. Pais JR VM, Strandhoy JW, Aaaimos DG. Pathophysiology of Urinary Tract Obstruction. In : Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, editors : Campbell-Walsh UROLOGY. 9th ed. Philadelphia : Saunders ; 2007 : 1567-637.
2. Chiang PH, Chen MT, Chou TH, Chiang CP, Huang CH, Chien CH. Giant hydronephrosis : report of 4 cases with review of the literature. J Formos Med Assoc 1990 ; 89(9) : 811-7.
3. Schrader AJ, Anderer G, Von KR, Heidenreich A, Hofmann R. Giant hydronephrosis mimicking progressive malignancy. BMC Urol 2003 ; 18 ; 3 : 4.
4. Maruyama KM, Shinchou M, Hashimoto T, Mitsui Y, Ueda Y, Suzuki T, et al. Case with renal pelvic carcinoma with giant hydronephrosis. Hinyokika Kyo 2008 ; 54(11) : 727-31.
5. Ujike T, Noda Y, Oka D, Takada S, Fujimoto N, Koide T, et al. Squamous cell carcinoma of renal

- pelvis with giant hydronephrosis. Hinyokika Kyo 2003 ; 49(12) : 757-9.
6. Pereira Arias JG, Ullate JV, Gutierrez Diez JM, Ateca DR, Ramirez Rodriguez MM, Pereda Martinez E, et al. Concurrent tumors in a patient with giant hydronephrosis. Arch ep Urol 2006 ; 59(1) : 84-7.
 7. Abe T, Nakayama J, Kishikawa H, Sekii K, Yoshioka T, Itatani H. Renal cell carcinoma with hydronephrosis due to pelviureteric junction obstruction : a case report. Hinyokika Kyo 2005 ; 51(2) : 109-12.
 8. Regueiro Lopez JC, Ruiz GJ, Leva VM, Lopez BA. Papillary renal cell carcinoma presenting as hydronephrosis. Arch Esp Urol 2009 ; 62(2) : 144-6.
 9. Hsu TH, Stream SB, Nakada SY. Management of Upper Urinary Tract Obstruction. In : Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, editors : Campbell-Walsh UROLOGY. 9th ed. Philadelphia : Saunders ; 2007 : 1227-73.
 10. Campbell SC, Novick AC, Bukowski RM. Renal tumors. In : Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, editors : Campbell-Walsh UROLOGY. 9th ed. Philadelphia : Saunders ; 2007 : 1195-226.
 11. The European Association of Urology. EAU guidelines, 2008 edition. (CD-ROM)