

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ประสบการณ์การรักษารอยโรคปากมดลูกก่อนกลายเป็น มะเร็ง ด้วยวิธีการผ่าตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

Experience with the Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP) Technique in the Treatment of the Precancerous Lesion of the Uterine Cervix in Paholpolpayuhasena Hospital

ธนูศักดิ์ รังสีพรหม พ.บ., ว.ว. สูตินรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
จังหวัดกาญจนบุรี

Thanoosak Rangseeprom M.D.,
Thai Board of Obstetrics and Gynecology
Division of Obstetrics and Gynecology
Paholpolpayuhasena Hospital Kanchanaburi Province

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลการผ่าตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้าในการรักษาโรคปากมดลูกก่อนกลายเป็นมะเร็งที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ตั้งแต่เดือน ต.ค. 2544 - เดือน ธ.ค. 2549

ชนิดของการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา

วัสดุและวิธีการ : ทำการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 55 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐาน ผลการตรวจทางเซลล์วิทยา การตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคปี ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ผลพยาธิวิทยาของปากมดลูกที่ได้จากการตัดด้วยห่วงไฟฟ้า ความชุกของการตรวจพบรอยโรคที่ขอบกรวย การดูแลรักษาหลังผ่าตัดรวมทั้งภาวะแทรกซ้อน และรอยโรคในมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดภายหลังการรักษาด้วยการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า

ผลการวิจัย : พยาธิวิทยาของปากมดลูกที่ได้จากการตัดด้วยห่วงไฟฟ้า เป็น HSIL 65.4% SCC 5.4% ความชุกของการตรวจพบรอยโรคที่ขอบกรวย 23 ราย (41.8%) ในจำนวนผู้ป่วย 23 รายนี้ ได้รับการตัดมดลูก 7 ราย (30.4%) และพบว่ามีมะเร็ง 1 ราย

สรุป : การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้าเป็นวิธีการที่ใช้สำหรับการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีรอยโรคปากมดลูกก่อนกลายเป็นมะเร็งได้ดี แต่มักจะพบปัญหาว่าตัดรอยโรคออกไม่หมด ซึ่งจำเป็นต้องเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหรือผ่าตัดต่อไป

ABSTRACT

Objective : To evaluate the outcomes of loop electrosurgical excision procedure (LEEP) in precancerous lesion of cervix in Paholpolpayuhasena Hospital during Oct. 2001- Dec. 2006

Design : Descriptive study

Material & Methods : The medical records of 55 women were reviewed. Data collection included ; base line characteristics, cytology, colposcopic findings with cervical biopsy, pathological findings from LEEP, post LEEP management, incomplete excision (LEEP margin involvement), residual disease in hysterectomy post LEEP, and complication.

Results : Pathological findings from LEEP showed HSIL 65.4% and SCC 5.4%. The prevalence of cervical LEEP margin involvement was 41.8%. Residual disease was found 85.7% of hysterectomy after LEEP. The complication was found only one case of vaginal bleeding one week after LEEP.

Conclusion : The analysis support the LEEP technique as a diagnosis and treatment of the precancerous lesion of the uterine cervix .However, incidence rate of incomplete excision and residual disease were high. In patient with margin involvement lesion, intensive follow up should be done.

Key words : precancerous lesion, squamous intraepithelial lesion (SIL), loop electrosurgical excision procedure (LEEP), margin involvement.

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีไทย และเป็นสาเหตุการตายจากมะเร็งอันดับสูงสุดของสตรีในประเทศไทย¹ การศึกษาวิจัยพบเชื้อไวรัส เอชพีวี ในเนื้อเยื่อมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 99.7 จึงเชื่อว่ามะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อไวรัส เอชพีวี มะเร็งปากมดลูกจะมีระยะเวลาเปลี่ยนแปลงจากรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งจนกลายเป็นมะเร็ง ซึ่งใช้เวลานาน อาจจะร่วม 10 ปี วิธีการป้องกันมะเร็งที่ดีที่สุด คือการตรวจคัดกรองหารอยโรคก่อนกลายเป็นมะเร็ง (precancerous lesion) และให้การรักษาก่อนที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก

Precancerous lesion หมายถึง ความผิดปกติที่ปากมดลูก ที่เป็น squamous intraepithelial lesion (SIL) และ adenocarcinoma in situ (AIS)

SIL แบ่งออกเป็น

1) Low-grade (LSIL) หมายถึง CIN 1, mild

dysplasia

2) high-grade (HSIL) หมายถึง CIN2, CIN3, moderate, severe dysplasia, carcinoma in situ

การดูแลรักษารอยโรคปากมดลูกก่อนกลายเป็นมะเร็ง (precancerous lesion) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การตรวจคัดกรองด้วย Pap smear การตรวจวินิจฉัย และรักษา ทั้ง 3 ขั้นตอนเป็นเรื่องต่อเนื่องและสัมพันธ์กัน

วิธีการตรวจ เพื่อประเมินภาวะของรอยโรค ประกอบด้วย

1) colposcopy และ directed biopsy เพื่อตรวจหารอยโรค ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อจากบริเวณที่น่าจะมีระดับความรุนแรงมากที่สุดเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

2) endocervical curettage (ECC) ตรวจประเมินหาความผิดปกติภายใน endocervix

3) cervical conization, LEEP เพื่อการวินิจฉัยในรายที่ผลการตรวจทางเซลล์วิทยา ทางคอลโปสโคปี และ

ผลทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กัน
การรักษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) LSIL ร้อยละ 16 ของกลุ่มนี้มีการดำเนินโรคไป
สู่รอยโรคที่รุนแรงมากขึ้น ดังนั้น คนใช้กลุ่ม LSIL จึงให้
การดูแลรักษาด้วยการตรวจติดตามด้วย Pap smear ทุก
3 เดือน เป็นเวลา 1 ปี ถ้ารอยโรคยังคงอยู่ จึงให้การรักษา
ต่อไป

2) HSIL กลุ่มนี้ ต้องได้รับการรักษาเพื่อกำจัดรอย
โรคนี้ออกจากปากมดลูก วิธีการรักษาแบ่งออกเป็น 2 แบบ
คือ Ablation ได้แก่ cryotherapy, laser vaporization
และ แบบ excision ได้แก่ conization, loop electrosur-
gical excision procedure (LEEP), Hysterectomy

ปัจจุบัน LEEP เป็นวิธีการรักษาที่สำคัญและเป็นที่
นิยมมากในการรักษา SIL เนื่องจากเครื่องมือราคาไม่แพง
ใช้เวลาในการรักษาน้อย สามารถรักษาแบบคนไข้นอก มี
ชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาและมีภาวะแทรกซ้อน
น้อยกว่า conization อัตราการหายของโรคนี้มีมากกว่า
ร้อยละ 90 ปัญหาที่พบบ่อย คือ การตรวจพบรอยโรคที่
ขอบชิ้นเนื้อปากมดลูกที่ตัดออกเป็นรูปกรวยหรือชุดเนื้อเยื่อ
จากการทำ ECC ให้ผลบวก ซึ่งบ่งบอกว่ามีโอกาสที่โรค
อาจมีการคงอยู่ หรือการเกิดเป็นซ้ำ ดังนั้นจึงต้องให้การ
รักษาโดยตัดปากมดลูกซ้ำ หรือตัดมดลูก หรืออาจจะใช้
วิธีเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป²

วัตถุประสงค์

ประเมินผลการรักษาหญิงที่มีรอยโรคปากมดลูก
ก่อนกลายเป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดด้วย
ห่วงไฟฟ้า (LEEP) ที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ตั้งแต่
ต.ค. 2544 - ธ.ค. 2549

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยวิเคราะห์ข้อมูลจากเวช-
ระเบียนของหญิงที่ได้รับการผ่าตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า
(LEEP) ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2544 - ธันวาคม 2549 จำนวน

55 ราย ทุกรายได้รับการตรวจ Pap smear ด้วยคอล-
โปสโคป พร้อมตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา
ในรายที่ผลการวินิจฉัยว่าเป็นรอยโรคปากมดลูกก่อนกลายเป็น
มะเร็ง (precancerous lesion) จะได้รับการผ่าตัดด้วย
ห่วงไฟฟ้า (LEEP) เก็บบันทึกปัจจัยพื้นฐาน ผลการตรวจ
Pap smear ผลตรวจทางกล้องคอลโปสโคปร่วมกับการ
ตัดชิ้นเนื้อ ผลของการผ่าตัด ผลพยาธิวิทยาของปากมดลูก
ที่ตัดออก การติดตามรักษาล้างผ่าตัดในรายที่ทำ LEEP
แล้วยังมีพยาธิสภาพหลงเหลือที่ขอบ และภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษา

ตั้งแต่เดือน ต.ค. 2544 - ธ.ค. 2549 มีจำนวนผู้ที่ได้
รับการวินิจฉัยว่าเป็นรอยโรคปากมดลูกก่อนกลายเป็นมะเร็ง
(precancerous lesion) 55 ราย ผลการศึกษาข้อมูล
พื้นฐาน อายุโดยเฉลี่ย 42.6 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบุตร
2 คนขึ้นไป มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่ไม่มีบุตร (ตารางที่ 1)
ผลการตรวจคัดกรอง Pap smear (ตารางที่ 2) ส่วนใหญ่
พบว่าเป็น HSIL 18 ราย (32.7%) LSIL 14 ราย (25.5%)
Invasive 10 ราย (18.2%)

จากการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคปพร้อมตัดชิ้น
เนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่าเป็น HSIL 29 ราย
(52.7%) LSIL 13 ราย (23.6%) CIS 8 ราย (14.5%) AIS
1 ราย (1.8%) (ตารางที่ 3) ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา
จากปากมดลูกที่ได้จากการทำ LEEP (ตารางที่ 4) พยาธิ
วิทยาที่พบเป็น CIS 15 ราย (27.3%) CIN II 10 ราย
(18.2%) CIN III 10 ราย (18.2%) CIN I 6 ราย (10.9%)
LSIL 4 ราย (7.3%) SCC 3 ราย (5.4%) AIS 1 ราย
(1.8%) มี glandular involvement 19 ราย (34.5%) และ
พบ HPV 18 ราย (32.7%)

ความชุกของการพบรอยโรคที่ขอบชิ้นเนื้อในปาก-
มดลูกที่ทำ LEEP (margin involvement or surgical
margin not free) = 41.8% (ตารางที่ 5) ผู้ป่วยเหล่านี้
ได้รับการดูแลรักษาติดตามต่อไป (ตารางที่ 6) โดยมี
12 ราย (52.2%) ได้เฝ้าติดตามด้วยการตรวจ Pap smear

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของหญิงที่ได้รับการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (N จำนวน 55 ราย)

ลักษณะ	จำนวน 55 (100%)
อายุเฉลี่ย (Mean age $\pm$ SD) ปี	42.56 $\pm$ 8.17
Parity	
0	1 (1.8%)
1	4 (7.3%)
2	20 (36.4%)
3	20 (36.4%)
≥ 4	10 (18.1%)

ตารางที่ 2 Pap smear

Result	number 55 (100%)
ASCUS	6 (10.9%)
AGUS	3 (5.5%)
LSIL	14 (25.5%)
HSIL	18 (32.7%)
Invasive	10 (18.1%)
ไม่พบข้อมูล	4 (7.3%)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคปีพร้อมตัด
ชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (Colposcopic
findings with biopsy)

Colposcopic findings with biopsy	N = 55
Cervicitis	4 (7.3%)
LSIL (CIN 1 & HPV)	13 (23.6%)
HSIL (CIN 2, CIN 3)	29 (52.7%)
CIS	8 (14.5%)
AIS	1 (1.8%)

และ/หรือ กล้องคอลโปสโคปี เป็นระยะเวลา 6 เดือน ถึง 2 ปี ไม่พบว่ามีกำเริบซ้ำ 2 ราย (8.7%) ได้รับการผ่าตัด ทำ LEEP ซ้ำ 2 ราย (8.7%) ที่ต้องส่งไปรักษาต่อเนื่อง จากเป็นมะเร็ง และมี 7 ราย (30.4%) ได้รับการตัดมดลูก ผลพยาธิสภาพที่มดลูกหลังตัดได้แสดงไว้ใน (ตารางที่ 7) สำหรับภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดในการศึกษารั้งนี้ พบเพียง 1 รายที่มีเลือดออกเกิดขึ้นหลังผ่าตัด 7 วัน และสามารถห้ามเลือดได้ โดยไม่ต้องให้เลือด

วิจารณ์

การรักษารอยโรคปากมดลูกก่อนเป็นมะเร็ง (pre-cancerous lesion) นอกจากการตัดปากมดลูกเป็น รูปกรวย (cold knife conization) แล้ว LEEP เป็นวิธีการ ผ่าตัดที่เป็นทางเลือกใหม่ที่นับวันจะเป็นที่นิยมทำกันมากขึ้น สามารถใช้สำหรับการวินิจฉัยและรักษาได้เป็นอย่างดี เนื่องจากทำงานง่าย สามารถรักษาแบบคนไข้นอก มีชิ้นเนื้อ เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาและมีภาวะแทรกซ้อนน้อย

ในการศึกษารั้งนี้ได้รวบรวมผู้ป่วยที่มีรอยโรค ปากมดลูกก่อนกลายเป็นมะเร็ง ทุกรายได้รับการตรวจ ด้วยกล้องคอลโปสโคปีและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิ วิทยา ก่อนทำ LEEP ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ ทำ LEEP มี cure rate 80% ผลการตรวจทางพยาธิของ ชิ้นเนื้อปากมดลูกรูปกรวย พบว่าติดเชื้อ HPV 32.7% และ

ตารางที่ 4 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจากปากมดลูกที่ได้จากการทำ LEEP

Pathology	N = 55 (100%)
Chronic cervicitis	6 (10.9%)
LSIL	4 (7.3%)
CIN 1	6 (10.9%)
CIN 2	10 (18.1%)
CIN3	10 (18.1%)
CIS	15 (27.3%)
AIS	1 (1.8%)
SCC	3 (5.4%)
Glandular involvement	N = 55
Positive	19 (34.5%)
Negative	36 (65.5%)
HPV	18 (32.7%)
Endocervical curettage (Neg.)	1 (1.8%)

ตารางที่ 5 จำนวนรอยโรคที่ขอบชิ้นเนื้อในปากมดลูกที่ทำ LEEP (margin involvement)

Margin involvement	Number = 55 (100%)
Negative margin	32 (58.2%)
Positive margin	23 (41.8%)
Ectocervical margin	14 (25.5%)
Endocervical margin	8 (14.5%)
Ectocervical margin and Endocervical margin	1 (1.8%)

ตารางที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วยที่พบรอยโรคที่ขอบชิ้นเนื้อในปากมดลูก (margin not free) หลังทำ LEEP

	N = 23 (100%)
เฝ้าติดตามด้วย Pap smear ± colposcopy	12 (52.2%)
ส่งไปรักษาต่อเนื่องจากพบว่าเป็นมะเร็ง	2 (8.7%)
Repeated LEEP	2 (8.7%)
ตัดมดลูก	7 (30.4%)

ตารางที่ 7 ผลพยาธิสภาพที่มดลูกหลังตัด (Pathology of subsequent hysterectomy) (N = 7)

No	Pathology from LEEP	Pathology finding from hysterectomy
1	moderate dysplasia	no residual disease
2	CIN 3	LSIL
3	CIN 3 with glandular involvement	CIN 3 with glandular involvement
4	CIS	CIN 3
5	CIS	CIN 3
6	CIS with glandular involvement	CIS
7	CIS & AIS	CA stage I A 1

พบว่ามียารอยโรคเหลือที่ขอบชิ้นเนื้อปากมดลูกที่ตัดออกมา (margin involvement or margin not free) 41.8% ซึ่งถ้าเทียบกับงานอื่น ๆ พบว่าแตกต่างกันไปตั้งแต่ 14-48% มีการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การทำ LEEP ตัดรอยโรคได้ไม่หมดคือ อายุมาก (> 40) การตรวจ Pap smear พบว่าเป็น invasive และการมีรอยโรคใน endocervix³ ถ้าพบผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ แนะนำให้พยายามตัดปากมดลูกให้ได้ปริมาณมากขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงที่จะมีรอยโรคเหลือที่ขอบกรวย หลังผ่าตัดทำ LEEP ถ้าพบว่ามียารอยโรคที่ขอบกรวย (margin not free) ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำสูง ดังนั้นการรักษาและติดตามผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

มีผู้ศึกษาผู้ป่วยที่ตัดมดลูกหลังทำ LEEP พบว่ามีรอยโรคเหลือในมดลูกหลังทำ LEEP ถึง 38.3%⁴ และเป็นมะเร็ง 8.7% ในรายงานดังกล่าวได้พบว่าปัจจัยในการทำนายว่าจะมีรอยโรคเหลืออยู่ในมดลูกหรือไม่ คือการมีรอยโรคที่ขอบกรวย (positive ectocervical margin) ในขณะที่มีความรุนแรงของโรค การพบรอยโรคที่ endocervical margin, endocervical curettage, glandular involvement ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูกหลังทำ LEEP พบว่ามีรอยโรคเหลืออยู่ถึง 6 ใน 7 ราย (85.7%) และมี 1 รายเป็น CA Cervix stage IA 1

สำหรับการติดตามหลังการรักษาผู้ป่วย HSIL (CIN II, CIN III) ในปีแรกควรนัดมาตรวจ Pap smear ± colposcopy ทุก 4-6 เดือน จนครบ 3 ครั้ง หลังจากนั้นนัดตรวจ Pap smear ประจำปี⁵ ในกรณีที่ตรวจพบรอยโรคที่ขอบชิ้นเนื้อหลังทำ LEEP หรือ ECC ให้ผลบวก อาจตัดปากมดลูกออกซ้ำด้วยห่วงไฟฟ้าหรือมีด ถ้า CIN II, CIN III คงอยู่หรือเป็นซ้ำแนะนำให้ตัดมดลูกออก⁵

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ LEEP ได้แก่เลือดออกและปากมดลูกตีบ สำหรับรายงานนี้พบมีเลือดออก 1 ราย ซึ่งเกิดหลังผ่าตัด 7 วันและไม่รุนแรง

สรุป

LEEP เป็นวิธีการรักษารอยโรคปากมดลูกก่อนเป็นมะเร็งที่เป็นที่นิยมมากเพราะว่าให้ผลดี ทำได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนน้อย แต่มีข้อควรระวังคือปัญหาเรื่องตัดรอยโรคได้ไม่หมด ซึ่งจะต้องให้รักษาต่อด้วยการทำ LEEP ซ้ำหรือตัดมดลูก หรือเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิดด้วย Pap smear ± colposcopy

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ สุเพ็ญ อึ้งวิจารณ์ปัญญา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ที่สนับสนุนและอนุญาตให้เผยแพร่รายงานการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Deerasamee S, et al. Cancer in Thailand vol, II 1992-1994 IARC Technical Report No. 34, Lyon 1999.
2. สมชัย นิรุตติศาสตร์. Management of precancerous lesion of cervix. ใน. สมชาย สุวจรณ์, สุวิทย์ บุญยเวชชิน, วิสันต์ เสรีภาพพงศ์. บรรณาธิการ. OB-GYN Practical & Update. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545 ; 339-45.
3. Tanompongchat R, Songdarat S, Padungsutt P. Prevalence and Risk Factors of LEEP Margin Involvement. Thai J Obstet Gynaecol 2003 ; 15 : 153-9.
4. Natee J, Terasakvichaya S, Boriboonhiransarn D. Prevalence and Risk Factors for Residual Cervical Neoplasia in Subsequent Hysterectomy Following LEEP or Conization J Med Assoc Thai 2005 ; 88 : 1344-8.
5. คณะอนุกรรมการมะเร็งนรีเวช. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีรอยโรคที่อวัยวะภายในเยื่อปากมดลูก. สูตินรีเวชสัมพันธ์ 2550 ; 16 : 11-6.