ความแตกต่างของผลการตัดชิ้นเนื้อจากปากมดลูก ภายใต้การดูด้วยกล้องขยายและการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย หรือการตัดมดลูก ในการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลามในโรงพยาบาลนครปฐม

เผด็จ บรรจงจิตร์

รพ. นครปฐม

ABSTRACT :

Bunjongjit P. Discrepancy of Colposcopic Biopsy and Diagnostic Conization or Hysterectomy for the Diagnosis of Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) in Nakhonpathom Hospital. (Region 7 Medical Journal 1997 ; 1 : 17-22).

Department of Obstetrics and Gynecology, Nakhonpathom Hospital, Nakhonpathom, Thailand.

70 patients in Tumor clinic at Nakhonpathom hospital who had sastisfactory colposcopic examination and their colposcopic directed biopsies revealed CIN were evaluated futher by diagnostic cervical conization or hysterectomy. Histology of the cone and Hysterectomy specimens showed carcinoma of cervix stage Ia_1 in 4 patients which all of them had CIN3 on colposcopic biopsy. The discrepancy of colposcopic biopsy was 5.7%.

บทคัดย่อ :

เผด็จ บรรจงจิตร์. ความแตกต่างของผลการตัดชิ้นเนื้อจากปากมดลูก ภายใต้การดูด้วยกล้องขยายและการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยหรือการตัดมดลูก ในการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลามในโรงพยาบาลนครปฐม. (วารสารแพทย์เขต 7 2540 ; 1 : 17-22).

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว, รพ. นครปฐม.

ผู้วิจัยได้ศึกษาผู้ป่วย 70 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CIN โดย satisfactory colposcopically directed biopsy และติดตามผลเมื่อผู้ป่วยได้รับการทำ diagnostic conization หรือ hysterectomy พบว่าผู้ป่วย 4 รายเป็น carcinoma of cervix stage Ia_1 ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ผล colposcopic biopsy เป็น CIN3 คิดเป็น discrepancy 5.7%

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีไทย[1] การวินิจฉัยและการให้การรักษามะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ระยะก่อนลุกลาม (Cervical intraepithelial neoplasia, CIN) จะช่วยลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้

การตรวจ Papanicolaou smear เป็นการตรวจแบบ screening ในขณะที่การตรวจด้วย colposcope ให้ความแม่นยำและเชื่อถือได้มากกว่า[2,3] และพบว่า satisfactory colposcopic biopsy มีความแม่นยำสูงในการแยก invasive cervical cancer จาก CIN[3-5] แต่ก็มีรายงานว่า การตรวจ satisfactory colposcopy ไม่สามารถให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องได้ จนทำให้เกิดความล้มเหลวจากการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดนี้ด้วย laser vaporization หรือ cryosurgery จนทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามหลังการรักษา

ในโรงพยาบาลนครปฐมได้ใช้ Cryosurgery ในการรักษาพยาธิสภาพปากมดลูกบางอย่าง เช่น chronic cervitis, ectropion มานานแล้ว แต่ไม่ได้นำมาใช้ในการรักษา CIN ทั้งนี้เพราะ colposcope เพิ่งนำมาใช้เมื่อปี พ.ศ. 2536 กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม จึงได้ทำการศึกษาครั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการประยุกต์ใช้ ในการให้การรักษาผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อต้องการทราบผลต่าง ของการตัดชิ้นเนื้อที่ปากมดลูก ภายใต้กล้อง colposcope และ conization หรือ hysterectomy ในการวินิจฉัย CIN

วัสดุและวิธีการ

1. ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจที่ Tumor clinic โรงพยาบาลนครปฐม ในรายที่ผู้ป่วยมีผลการตรวจเป็นแบบ satisfactory colposcopy

2. ติดตามผลทางพยาธิวิทยาที่ได้รับจาก colposcopic biopsy ถ้าผลเป็น CIN ก็จะติดตามผลเมื่อผู้ป่วยได้รับการทำ diagnostic conization หรือ hysterectomy

3. รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งผลทางพยาธิวิทยาเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ต่อไป (ข้อมูลเกี่ยวกับอายุใช้ค่า mean ในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผล colposcopic biopsy และ diagnostic conization หรือ hysterectomy วิเคราะห์ความเชื่อถือโดยคำนวณ 95% confident interval)

นิยาม

Satisfactory colposcopy หมายถึง เมื่อดูปากมดลูกด้วย colposcope เห็น transformation zone และรอยโรคทั้งหมด

discrepancy หมายถึง เมื่อผลทางพยาธิวิทยาจาก colposcopic biopsy เป็น CIN แต่จาก diagnostic conization หรือ hysterectomy เป็น carcinoma of cervix stage Ia_1 หรือมากกว่า

accurate หมายถึง เมื่อผลทางพยาธิวิทยาจาก colposcopic biopsy เป็น CIN และจาก diagnostic conization หรือ hysterectomy เป็น CIN ด้วย

Carcinoma of Cervix

Stage I Carcinoma strictly confined to the cervix (extention to corpus should be disregarded)

- Stage Ia Preclinical carcinomas of the cervix, that is, those diagnosed only by microscopy.
- Stage Ia_1 Lesion with ≤ 3 mm invasion
- Stage Ia_2 Lesion detected microscopically that can be measured. The upper limit of the measurement should show a depth of

invasion of > 3-5 mm. taken from the base of the epithelium, either surface or glandular, from which it originates, and a second dimension, the horizontal spread, must not exceed 7 mm. Larger lesions should be stage as Ib.

ผลการศึกษา

ในปี พ.ศ. 2536-2539 มีผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วย colposcope 98 ราย มีจำนวน 70 ราย ที่ผลการตรวจเข้าคุณสมบัติในประชากรที่จะศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงอายุ และจำนวน ผู้ป่วยที่ศึกษา

อายุ (ปี)	จำนวนผู้ป่วย
21-25	2
26-30	10
31-35	12
36-40	24
41-45	10
46-50	12

อายุเฉลี่ย 36.9 ปี

ตารางที่ 2 แสดงอายุเมื่อแต่งงาน และจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา

อายุ (ปี)	จำนวนผู้ป่วย
16-20	34
21-25	26
26-30	9
31-35	1

อายุเฉลี่ย 20.8 ปี

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของผลทางพยาธิวิทยาระหว่าง satisfactory colposcopic biopsy กับ diagnostic conization หรือ hysterectomy

coloscopic biopsy	diagnostic conization/ hysterectomy				
	CIN 1	CIN 2	CIN 3	Stage Ia_1	Total
CIN 1	8	9	9	-	26
CIN 2	3	9	8	-	20
CIN 3	-	1	19	4	24

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง Satisfactory colposcopic biopsy กับ final pathological diagnosis

coloscopic biopsy	Final pathology diagnosis				
	CIN 1	CIN 2	CIN 3	Stage Ia_1	Total
CIN 1	8	9	9	-	26
CIN 2	-	12	8	-	20
CIN 3	-	-	20	4	24

คิดเป็น discrepancy 5.7%

accuracy 94.3%

คำนวณ 95% confident interval = 88.9-99.7%

วิจารณ์

มะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาหลักของมะเร็งในสตรีไทย เพราะสตรีไทยเสียชีวิต และมีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดในมะเร็งทั้งหมด[1] เป็นที่ทราบกันว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งชนิดที่ป้องกันได้ เพราะการดำเนินโรคค่อยเป็นค่อยไป จึงมีเวลามากพอที่แพทย์จะให้การวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เป็น CIN จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อแต่งงาน คือ 20.8 ปี และอายุเฉลี่ยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CIN คือ 39.9 ปี จะเห็นว่าจากการศึกษานี้ช่วงเวลาดังกล่าวนาน 19 ปี

ในปัจจุบัน การรักษาโดยวิธี local destructive therapy เช่น CO_2 laser vaporization, cryosurgery ได้ถูกนำมาใช้มากขึ้น[3,6] ขณะเดียวกันมีรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลายรายที่การตรวจ Satisfactory colposcopy ไม่สามารถให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องได้[7,8] จนเกิดความล้มเหลวจากการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดนี้ด้วย laser vaporization หรือ cryosurgery จนทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามหลังการรักษา[9,10] ดังนั้น จุดสำคัญในการนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วย คือ ความแม่นยำในการแยกว่าไม่มี carcinoma of cervix stage Ia_1 หรือมากกว่าโดยการตรวจด้วย colposcope

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามี discrepancy 5.7% (95% confident interval 88.9-99.7%) จึงสรุปได้ว่าโรงพยาบาลนครปฐมยังไม่เหมาะสมที่จะใช้ cryosurgery ในการรักษา CIN โดยเฉพาะอย่างยิ่ง CIN III แต่มีจุดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จากผลของการศึกษา คือ ในผู้ป่วยที่เป็น CIN ที่มีบุตรเพียงพอแล้ว หรือมีภาวะอื่น ๆ ที่ควรจะรักษาโดยการทำ Hysterectomy เช่น Myoma uteri, Endometriosis ก็สามารถทำ Hysterectomy ได้เลย โดยไม่ต้องทำ diagnostic conization ก่อน เพราะไม่มีความผิดพลาดที่มากกว่า Carcinoma of Cervix stage Ia_1 ซึ่งการรักษาด้วย Hysterectomy ก็เป็นการเพียงพอ

สรุป

จากการศึกษา พบว่า

1. ระยะเวลาจากการแต่งงานจนถึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CIN ประมาณ 19 ปี

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ Satisfactory colposcopic directed biopsy ผลเป็น CIN มีโอกาสที่จะพลาดเป็น Carcinoma of cervix Ia_1 5.7% (95% con-

fident interval 88.9-99.7%)

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ satisfactory colposcopic directed biopsy ผลเป็น CIN ยังไม่สมควรที่จะใช้ local destructive therapy ในการรักษา

4. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ satisfactory colposcopic directed biopsy ผลเป็น CIN สามารถทำ Hysterectomy ได้เลยโดยไม่ต้องทำ diagnostic conization ก่อน (ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ในการทำ Hysterectomy)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิชิต บุญยวรรธนะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม ที่อนุญาตให้นำเสนอผลงานวิจัยนี้ และขอบคุณ นายแพทย์สุรินทร์ ทองมา สูติ-นรีแพทย์ นายแพทย์วิชัย วัชรปรีชาสกุล หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม แพทย์ พยาบาล กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และเจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการทุกคน ที่ช่วยเหลือ สนับสนุนการศึกษาวิจัย การนำเสนอผลงานวิจัยนี้ ให้สำเร็จลุล่วงไปเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. พิชัย เจริญพานิช, สัมฤทธิ์ เสนาแพทย์, อมร เกิดสว่าง. เนื้องอกของคอมดลูก. ใน : อมร เกิดสว่าง, สัมฤทธิ์ เสนาแพทย์, พิชัย เจริญพานิช, บรรณาธิการ. เนื้องอกและมะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. กรุงเทพฯ : สมานการพิมพ์, 2528 : 101-84.
2. Kolstad P. Vascular change in cervical intraepithelial neoplasia and invasive cervical carcinoma. Clin Obstet Gynecol 1983 ; 26 : 928-48.
3. Coppleson M, Alkininson KH, Dalrymple JC. Cervical Squamous and glandular intraepithelial neoplasia : Clinical features and review of management. In : Coppleson M, ed. Gynecologic Oncology. 2nd ed. London : Churchill Livingstone, 1992 : 571-607
4. Nagell JR, Hanson M, Donaldson ES, Gallion HH. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia hysterectomy with adequate colposcopy. Cancer 1985 ; 56 : 2737-39.
5. Javaheri G, Fejgin M. Diagnostic value of colposcopic in the investigation of cervical neoplasia. Am J Obstet Gynecol 1980 ; 137 : 588-93.
6. Reid R. Preinvasive disease. In : Berek JS, Hacker NF, ed. Practical Gynecologic Oncology. 2nd ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1994 : 201-42.
7. Townsend DE, Richart RM. Diagnostic error in colposcopy. Gynecol Oncol 1981 ; 12 : 259-64.
8. Townsend DE, Richart RM, Mark E, Nielsen J. Invasive cancer following outpatient evaluation and therapy for cervical disease. Obstet Gynecol 1981 ; 57 : 145-49.
9. Jordan JA, Woodmon CBJ, Mylotte MJ, et al. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia by laser vaporization. Br J Obstet Gynecol 1985 ; 92 : 395-98.
10. Ostergard DR. Cryosurgery treatment of cervical intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol 1980 ; 56 : 231-33.
11. Hatch KD, FU YS. Cervical and Vaginal Cancer. In : Berek JS, Hacker NF. Prectical Gynecology. 12nd ed. Baltimore : Williams & wilkins, 1996 : 1111-54.
12. McIndoc GA, Robon MS, Tidy JA, Mason MC. Laser excision rather than vaporization : The treatment of choice for cervical intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol 1989 ; 74 : 165-68.
13. Killackey MA, Jone WB, Lewis TC. Diagnostic conization of the cervix. Review of 460 consecutive cases. Obstet Gynecol 1986 ; 67 : 766-70.
14. Veridino NP, Delke I, Tancer ML. Accuracy of colposcopically directed biopsy in patients with cervical neoplasia. Obstet Gynecol 1981 ; 58 : 185-7.