

การรักษามะเร็งผิวหนังชนิด Basal Cell Carcinoma บริเวณใบหน้า ด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชน Treatment of Basal Cell Carcinoma on Face by Wide Excision in a Community Hospital

พรเอื้อ บุญยไพศาลเจริญ พ.บ.,
ประกาศนียบัตรแพทย์ปฏิบัติการตติยวิทยา
และตจลยศาสตร์
กลุ่มงานบริการทางการแพทย์
โรงพยาบาลบางปะอิน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Poneua Boonyapaisarncharoen M.D.,
Certificate in Clinical Fellow in Dermatology
and Dermatosurgery
Department of Medical Service
Bang Pa In Hospital
Phra Nakhon Si Ayutthaya

บทคัดย่อ

มะเร็งผิวหนัง basal cell carcinoma เป็นมะเร็งผิวหนังที่พบบ่อยที่สุดของมนุษย์ทั่วโลก จากรายงานของ
ประเทศสหรัฐอเมริกาใน ค.ศ. 2009 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่มากถึง 900,000 ราย เป็นเพศชาย 550,000 ราย และ
หญิง 350,000 ราย สำหรับในประเทศไทยตามรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2559–2561 พบว่าจำนวน
ผู้ป่วยมะเร็งผิวหนังในเพศชายมีค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ปรับอายุมาตรฐาน (age standardized incidence rate; ASR)
เท่ากับ 4 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอันดับที่ 9 ของมะเร็งที่พบในเพศชาย ส่วนในเพศหญิงพบค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ปรับ
มาตรฐานอายุ เท่ากับ 4.3 ต่อแสนประชากร ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นก็มักจะได้รับการรักษา
ที่ดีทั้งในแง่ของโอกาสการหายและลดโอกาสการสูญเสียอวัยวะที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายในการรักษามะเร็งผิวหนังชนิด
basal cell carcinoma มีอยู่ 4 ประการด้วยกันคือ เพื่อกำจัดมะเร็งออกให้หมด รักษาเนื้อเยื่อที่ดีโดยรอบไว้ให้มากที่สุด
รักษาไว้ซึ่งการทำงานที่ปกติของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง เช่น ตา จมูก ปาก และสุดท้ายคือให้ได้ผลลัพธ์เรื่องความสวยงาม
ที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตามการรักษา basal cell carcinoma มีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การจี้ไฟฟ้า การใช้ความเย็น
(cryosurgery) การฉายแสง และการใช้เคมีบำบัด ซึ่งแต่ละวิธีก็มีความเหมาะสมกับลักษณะของมะเร็งที่ต่างกัน
รายงานนี้ นำเสนอผู้ป่วยชาย อายุ 86 ปี เป็นมะเร็งผิวหนังชนิด basal cell carcinoma ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง
1.5 เซนติเมตร บริเวณแก้มล่างด้านซ้าย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยผ่าตัดเอามะเร็งผิวหนังและผิวหนังปกติที่อยู่
รอบเนื้อมะเร็งอีก 1 เซนติเมตร ออกไปพร้อมกัน โดยคำนึงถึงโอกาสการหายและผลลัพธ์ด้านความสวยงามเป็นอย่างดี
หลังผ่าตัดได้ทำการติดตามผลการรักษาเป็นระยะ จนครบ 1 ปี ผู้ป่วยมีการใช้งานกล้ามเนื้อบริเวณหน้าได้อย่างปกติ
ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและยังไม่พบการกลับเป็นซ้ำอีก

คำสำคัญ: มะเร็งผิวหนัง มะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ ผ่าตัด

วารสารแพทยเขต 4-5 2565 ; 41(4) : 533–546.

Abstract

Basal cell carcinoma is the most common human skin malignancy. In 2009, the number of new cases diagnosed in the United States was estimated to be 900,000; 550,000 in men and 350,000 in women. According to Thai National Cancer Institute report Volume X 2016–2018, the age standardized incidence rates (ASR) of skin cancer in male were 4 per 100,000 and 4.3 per 100,000 in female. If the patients receive early treatment, it will be a good prognosis for cure rate and decrease the risk of functional and cosmetic loss. This study reported a case of a male patient aged 86 years with nodular-type basal cell carcinoma, 1.5 cm in diameter on left lower cheek. The patient was treated by surgery to remove all of the cancer and some of the healthy tissue 1 cm around it. Six months after surgery, the patient was still good in cosmetic condition and function of face without recurrence of the tumor and complication.

Keywords : skin cancer, basal cell carcinoma, surgery

Received: July 22, 2022; Revised: Aug 5, 2022; Accepted: Sept 21, 2022

Reg 4-5 Med J 2022 ; 41(4) : 533–546.

บทนำ

Basal cell carcinoma เป็นมะเร็งผิวหนังที่พบบ่อยที่สุดในมนุษย์ มักพบบริเวณผิวหนังที่สัมผัสกับแสงแดดเรื้อรัง ลักษณะการดำเนินโรคของมะเร็งชนิดนี้จะค่อนข้างช้า โอกาสที่จะกระจายไปอวัยวะอื่นน้อย แต่ในกรณีที่ไม่ได้รับการรักษามะเร็งชนิดนี้อาจกัดกินเนื้อเยื่อข้างเคียงจนเกิดความสูญเสียต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องได้

ระบาดวิทยา (epidemiology)

มะเร็งผิวหนังพบประมาณ 3.5 ล้านคนต่อปีในประเทศสหรัฐอเมริกา ใน ค.ศ. 2006¹ ซึ่งร้อยละ 80 ของมะเร็งผิวหนังที่พบคือมะเร็งผิวหนังชนิด basal cell carcinoma อุบัติการณ์ของมะเร็งชนิดนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องประมาณร้อยละ 4 ถึง 8 ต่อปี ซึ่งเป็นผลกระทบจากการถูกแสงแดดสะสมและอายุของประชากรที่ยืนขึ้นถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ของโรคจะสูงขึ้นแต่พบอัตราการแพร่กระจายเพียงร้อยละ 0.0028 ถึง 0.5 และอัตราการตายของโรคอยู่ที่ 0.12 ต่อแสนประชากร² อย่างไรก็ตาม

พบว่าความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายและอัตราการตายจะเพิ่มเป็นร้อยละ 6.5 หากรอยโรคที่เป็นมีขนาดมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร³ อุบัติการณ์ของมะเร็งผิวหนังชนิด basal cell carcinoma จะพบในประชากรผิวขาวมากกว่าประชากรผิวสี และอุบัติการณ์ของโรคนี้อย่างสูงในประชากรที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีดัชนีรังสีอัลตราไวโอเลต (UVB index) สูงด้วย⁴

สำหรับในประเทศไทยตามรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2559–2561 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งผิวหนังในเพศชายมีค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ปรับอายุมาตรฐาน (age standardized incidence rate; ASR) เท่ากับ 4 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอันดับที่ 9 ของมะเร็งที่พบในเพศชาย ส่วนในเพศหญิงพบค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุเท่ากับ 4.3 ต่อแสนประชากร โดยพบว่าเป็นมะเร็งผิวหนังชนิด basal cell carcinoma เฉลี่ยร้อยละ 33 ในเพศชาย และ ร้อยละ 39 ในเพศหญิง⁵

มะเร็งผิวหนังชนิด basal cell carcinoma พบมากที่สุดบริเวณศีรษะและลำคอ (ร้อยละ 79.6 ใน

เพศชาย, ร้อยละ 83.9 ในเพศหญิง) รองลงมาพบบริเวณ
ลำตัว แขน ขา และอวัยวะเพศ ตามลำดับ⁶

ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดมะเร็งผิวหนัง (predisposing
conditions)^{3,4}

1. แสงแดด

อุบัติการณ์ของ basal cell carcinoma
จะพบสูงเป็นพิเศษในชาวตะวันตกที่มีผิวขาว มีตกรร
ผมสีบลอนด์หรือสีแดง และประชากรที่มีกิจกรรม
โดนแดดนานหรือได้รับรังสีอัลตราไวโอเลตสะสมมา
ตั้งแต่เด็กมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งผิวหนัง⁷

2. การได้รับการฉายรังสี

กลไกการเกิดมะเร็งผิวหนังหลังการได้รับการ
ฉายรังสีเกิดจากการทำลาย DNA ซึ่งมีรายงานพบว่า
ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีรักษาโรคผิวหนัง เช่น ผื่น
ผิวหนังอักเสบ สะเก็ดเงิน พบว่ามีการเกิดมะเร็งผิวหนัง
ชนิด basal cell carcinoma บริเวณที่มีการฉายแสง
ใน 10 ปีต่อมา⁸⁻¹⁰

3. สารเคมี

โดยเฉพาะสารหนู (arsenic) มีความเกี่ยวข้องกับ
การเกิดมะเร็งผิวหนังทั้งชนิด basal cell carcinoma
และ squamous cell carcinoma

4. ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (immunosuppression)

อุบัติการณ์ของมะเร็งผิวหนังชนิด basal cell
carcinoma เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในผู้ป่วยโรคเอดส์และ
เพิ่มขึ้น 5 ถึง 10 เท่า ในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่าย
อวัยวะ¹¹ มีรายงานพบการใช้ยา methotrexate
ในผู้ป่วยรูมาตอยด์ และสะเก็ดเงิน มีความสัมพันธ์กับ
การเกิดอุบัติการณ์โรคที่มากขึ้น¹²

5. โรคทางพันธุกรรม

Basal cell nevus syndrome หรือ Gorlin's
syndrome เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบยีนเด่น
ผู้ป่วยมักตรวจพบมะเร็งผิวหนังชนิด basal cell
carcinoma ร่วมกับการมีผื่นที่ฝ่ามือฝ่าเท้า (palmar

และ plantar pits) ถุงน้ำที่ขากรรไกร (jaw cyst)
มีกระดูกที่ผิดปกติและบางครั้งอาจพบความผิดปกติ
ของระบบประสาทและสมองร่วมด้วย

Xeroderma pigmentosum เป็นโรค
ที่ถ่ายทอดแบบยีนด้อย กลไกในการเกิดมะเร็งผิวหนัง
เกิดจากกระบวนการซ่อมแซม DNA ที่ได้รับความ
เสียหายจากการถูกแสงแดดนั้นเสียไป โดยผู้ป่วยจะ
มีผิวหนังที่ปกติในช่วงแรกคลอด แต่หลังจากที่ได้รับ
แสงแดดผิวหนังจะมีการเปลี่ยนสี และเกิดการไหม้จาก
แสงแดดได้ง่ายกว่าคนปกติ จนส่งผลให้เกิดมะเร็งผิวหนัง
ในที่สุดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรหลีกเลี่ยงการได้รับ
แสงแดดหรือหากจำเป็นต้องได้รับควรใช้ครีมกันแดด
หรือร่มและแว่นกันแดดเพื่อป้องกันอันตรายจาก
แสงแดดที่จะเกิดขึ้น

ประเภทของ basal cell carcinoma (classification of basal cell carcinoma)⁴

1. Nodular type เป็นชนิดที่พบมากที่สุด เริ่มแรก
จะมีลักษณะเป็นก้อนที่ผิวหนังโตขึ้นอย่างช้าๆ
ร่วมกับการขยายตัวของเส้นเลือดฝอยรอบๆ ก้อน
(telangiectasia) เมื่อก้อนโตมากขึ้นบริเวณ
กลางก้อนมักมีการเปลี่ยนเป็นแผลที่มีขอบรุ่งริ่ง
เรียกว่า “rodent ulcer”
2. Pigmented type ลักษณะก้อนคล้ายชนิดแรก
แต่รอยโรคจะมีสีดำหรือสีคล้ำร่วมด้วย บางครั้ง
อาจทำให้สับสนกับมะเร็งผิวหนังชนิด malignant
melanoma ได้ ซึ่งต้องอาศัยการตรวจชิ้นเนื้อเพื่อ
ยืนยันการวินิจฉัย
3. Morpheaform type ชนิดนี้มักมีขอบเขตไม่ชัดเจน
อาจมีลักษณะคล้ายผื่นสีเหลืองร่วมกับมีแผลบริเวณ
กลางผื่นเท่านั้น หลังการผ่าตัดรักษามีโอกาส
กลับมาเป็นซ้ำได้มาก เนื่องจากขอบเขตของมะเร็ง
ที่ไม่ชัดเจนทำให้มีโอกาสตัดออกได้ไม่หมด

4. Superficial type เป็นอีกหนึ่งชนิดที่พบได้บ่อย โดยมีลักษณะเหมือนเป็นผื่นแดงขอบเขตชัดเจน บางครั้งอาจสับสนกับโรคผื่นผิวหนังที่เกิดจากการแพ้ได้

เกรดและระยะของโรค (grading and staging)

ปัจจุบันยังไม่มีระบบการ staging ของ basal cell carcinoma โดยเฉพาะ ปัจจัยที่นำมาใช้พิจารณาความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง โดย National

Comprehensive Cancer Network (NCCN) ค.ศ. 2010 ถือว่ามีประโยชน์ในการเลือกวิธีการรักษาและการทำนายโรครุนแรงที่สุดในปัจจุบัน โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ตำแหน่งและขนาดของก้อน ขอบเขตของก้อน ประวัติผู้ป่วยและผลทางพยาธิวิทยาประกอบกัน ตามตารางที่ 1 โดยแบ่งลักษณะของมะเร็งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มเสี่ยงต่ำในการกลับเป็นซ้ำ (low-risk for recurrence) และกลุ่มเสี่ยงสูงในการกลับเป็นซ้ำ (high-risk for recurrence)¹³

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งผิวหนังชนิด basal cell carcinoma โดย National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 2010

ประวัติและตรวจร่างกาย	กลุ่มเสี่ยงต่ำ (low-risk)	กลุ่มเสี่ยงสูง (high-risk)
ตำแหน่ง และขนาด	ตำแหน่ง L ขนาดน้อยกว่า 20 มิลลิเมตร	ตำแหน่ง L ขนาดมากกว่าหรือเท่ากับ 20 มิลลิเมตร
	ตำแหน่ง M ขนาดน้อยกว่า 10 มิลลิเมตร	ตำแหน่ง M ขนาดมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มิลลิเมตร
	ตำแหน่ง H (ก) ขนาดน้อยกว่า 6 มิลลิเมตร	ตำแหน่ง H (ก) ขนาดมากกว่า 6 มิลลิเมตร
ขอบเขตของก้อน	ขอบเขตชัด	ขอบเขตไม่ชัด
รอยโรคเริ่มต้นหรือกลับเป็นซ้ำ	รอยโรคเริ่มต้น (primary)	รอยโรคที่กลับเป็นซ้ำ (recurrence)
ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ	ไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ	มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ
ผ่านการฉายรังสีบริเวณที่เป็น	ไม่เคย	เคย
ชนิดทางพยาธิวิทยา	Nodular, superficial	Morpheaform
การลุกลามของเส้นประสาท	ยังไม่พบการลุกลามของเส้นประสาท	มีการลุกลามของเส้นประสาท

หมายเหตุ ตำแหน่ง L คือ บริเวณลำตัวและแขนขา, ตำแหน่ง M คือบริเวณแก้ม หน้าผาก ศีรษะและลำคอ, ตำแหน่ง H คือ บริเวณใต้หน้าาก (mask area) ได้แก่ บริเวณกลางหน้า หนังกตา คิ้ว รอบดวงตา จมูก ปาก คาง หู และขมับ รวมถึงอวัยวะเพศ มือและเท้า (ก) บางตำแหน่งอาจถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง โดยไม่ขึ้นกับขนาดของก้อนในผู้ป่วยบางราย

การรักษา

เป้าหมายในการรักษามะเร็งผิวหนังชนิด basal cell carcinoma มีอยู่ 4 ประการด้วยกัน คือ เพื่อกำจัดมะเร็งออกให้หมด รักษาเนื้อเยื่อที่ดีโดยรอบไว้ให้มากที่สุด รักษาไว้ซึ่งการทำงานที่ปกติของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง เช่น ตา จมูก ปาก และสุดท้ายคือให้ได้ผลลัพธ์เรื่องความสวยงามที่ดีที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่แล้วมะเร็งชนิด basal cell carcinoma มักเกิดบริเวณใบหน้า

การรักษา basal cell carcinoma มีหลายวิธีซึ่งแต่ละวิธีก็มีความเหมาะสมกับลักษณะของมะเร็งที่แตกต่างกัน และมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน โดยการเลือกวิธีการรักษาแบบใดนั้น จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรคตามตารางที่ 1 และข้อจำกัดในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนโดยวิธีการรักษาที่ใช้ในปัจจุบันมีดังนี้⁴

1. การผ่าตัด (surgery)

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีที่สุดสำหรับมะเร็งผิวหนังชนิดนี้¹⁴ โดยเทคนิคการผ่าตัดมะเร็งผิวหนังในปัจจุบัน ทำได้ 2 วิธี วิธีแรกคือการผ่าตัดด้วยวิธี Mohs surgery ตามวิธีมาตรฐาน (standard surgical excision) ส่วนวิธีที่สองคือการผ่าตัดตามวิธีมาตรฐาน (standard surgical excision)

1.1 การผ่าตัดด้วยวิธี Mohs surgery หรือ Mohs micrographic surgery เป็นการตัดชิ้นเนื้อร่วมกับการตรวจลักษณะทางพยาธิวิทยาไปพร้อมๆ กัน การผ่าตัดแบบนี้จะมีอัตราการหายจากมะเร็งชนิดนี้สูงที่สุดถึงร้อยละ 99¹⁵ วิธีการผ่าตัดวิธีนี้จะใช้เวลานานกว่าการผ่าตัดปกติเนื่องจากมะเร็งผิวหนังที่ถูกตัดออกไปจะถูกนำชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยาทันที เพื่อให้แน่ใจว่ามะเร็งผิวหนังได้ถูกตัดออกหมด ก่อนทำการเย็บปิดแผลผ่าตัด ส่วนใหญ่ใช้ในการรักษามะเร็งชนิด basal cell carcinoma ที่อยู่ในกลุ่ม high risk หรือเป็นกลุ่มที่มีการกลับเป็นซ้ำอีกครั้งในบริเวณเดิม

ข้อดี โอกาสหายขาดสูงและโอกาสกลับเป็นซ้ำน้อย เนื่องจากขอบของมะเร็งจะถูกส่งตรวจว่าตัดมะเร็งออกได้หมดและมีการตัดออกของเนื้อเยื่อออกเท่าที่จำเป็นทำให้แผลผ่าตัดมีขนาดไม่ใหญ่เกินไปต่อการเย็บ

ปิดและการคงไว้ซึ่งเนื้อเยื่อปกติ การหายของแผลไวและโอกาสเกิดแผลเป็นน้อย

ข้อเสีย ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ต้องมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพร้อมทั้งศัลยแพทย์และแพทย์พยาธิวิทยาไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาลชุมชน

1.2 การผ่าตัดแบบมาตรฐาน (standard surgical excision) เป็นการผ่าตัดโดยเอาก้อนมะเร็งและผิวหนังปกติที่อยู่รอบๆ ออกไปด้วย ตามที่ NCCN แนะนำให้ตัดเนื้อเยื่อปกติรอบก้อนออกอย่างน้อย 4 มิลลิเมตร ในกรณีที่ก้อนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ โดยมีการส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยันขอบของมะเร็ง (margin) หลังผ่าตัดออก (standard excision with postoperative margin assessment (SEPMA))¹⁶ ก่อนทุกขนาดบริเวณคอ ลำตัวและแขนขา มีอัตราการหาย 5 ปี อยู่ที่ร้อยละ 95¹⁷ อัตราการตัดก้อนออกไม่หมดในครั้งแรกอยู่ที่ร้อยละ 3 ถึง 16.6 และสัมพันธ์กับอัตราการเกิดมะเร็งซ้ำประมาณร้อยละ 38¹⁸ ประสิทธิภาพในการรักษาลดลงถ้าก้อนมะเร็งอยู่ในตำแหน่ง H เนื่องจากเป็นบริเวณที่ตัดเนื้อเยื่อรอบๆ ออกได้น้อยและมีโอกาสกระจายไปบริเวณอื่นได้ง่าย

มีการศึกษาแนะนำในกรณีที่ก้อนมะเร็งผิวหนังมีขนาดน้อยกว่า 2 เซนติเมตร จะทำการผ่าตัดเพื่อเอามะเร็งผิวหนังและผิวหนังปกติที่อยู่รอบเนื้อมะเร็งผิวหนัง (margins) อีกอย่างน้อย 4 มิลลิเมตร¹⁹ พิจารณาตัดผิวหนังปกติรอบๆ ให้มากขึ้นเป็น 4–6 มิลลิเมตร ในกรณีที่เป็นการตัดชิ้นเนื้อซ้ำจากชิ้นเนื้อเดิมที่ยังไม่ free margin หรือในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงตามตารางที่ 1 สำหรับกรณีที่มะเร็งผิวหนังมีขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร ในบริเวณลำตัวและแขนขา แนะนำให้ตัดผิวหนังปกติรอบๆ เป็น 10 มิลลิเมตร ดังนั้นในผู้ป่วยบางรายอาจพิจารณาตัดขอบของมะเร็งมากขึ้นตามความเสี่ยงของลักษณะของมะเร็งเพื่อเพิ่มโอกาสในการตัดมะเร็งออกได้หมดในครั้งเดียว จึงมีโอกาสมะเร็งผ่าตัดจะมีขนาดใหญ่กว่าการผ่าตัดแบบ Mohs surgery

ข้อดี ถ้าสามารถตัดมะเร็งออกได้หมดในครั้งเดียว ค่าใช้จ่ายในการรักษาจะถูกกว่าการผ่าตัดแบบ Mohs surgery มาก ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า

ใช้ทรัพยากรในการรักษาน้อยกว่า สามารถทำได้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด และการรักษาแผลหลังผ่าตัดแบบนี้จะดีไวกว่าการผ่านตัดแบบ Mohs surgery และไม่จำเป็นต้องดูแลแผลเป็นพิเศษเท่ากับการผ่าตัดแบบ Mohs surgery³

ข้อเสีย แผลอาจจะมีความยาวกว่า Mohs surgery และถ้าผลจุลพยาธิวิทยามีขอบของมะเร็งยังหลงเหลืออยู่ จะทำให้การผ่าตัดอีกครั้งยากขึ้น โอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าการผ่าตัดแบบ Mohs surgery

2. การขูดร่วมกับการจี้ไฟฟ้า (curettage and electrodesiccation²⁰)

การรักษาด้วยวิธีนี้แนะนำให้ใช้กรณีที่มีมะเร็งมีลักษณะอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ (low risk) เหมาะสำหรับการรักษา basal cell carcinoma ชนิด superficial และ nodular โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการผ่าตัด ไม่สามารถรับการรักษารูปแบบการผ่าตัดได้ ไม่แนะนำให้ใช้ในการรักษามะเร็งผิวหนังที่มีลักษณะอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง (high risk) เนื่องจากมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ไม่ใช้รักษาในบริเวณที่มีผมหรือขน ส่วนใหญ่มักใช้วิธีนี้ในการรักษา basal cell carcinoma บริเวณลำตัวหรือแขนขา ซึ่งเป็น low-risk

ข้อดี ใช้เวลาในการรักษาไม่นานและราคาถูก

ข้อเสีย ไม่ได้เนื้อเยื่อที่จะส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยันว่ากำจัดมะเร็งออกหมดหรือไม่ ใช้เวลาในการหายของแผลนาน มักทิ้งรอยแผลเป็นแบบหลุมและมีรอยสีผิวที่ต่าง

3. การจี้ด้วยไอน้ำเย็น (cryosurgery)

เป็นการรักษาโดยใช้ความเย็น มักใช้กรณีเป็น basal cell carcinoma กลุ่ม low risk ที่มีขนาดเล็กและไม่แนะนำให้รักษากลุ่ม high risk เนื่องจากโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง

ข้อดี ราคาถูก สามารถใช้ในการรักษาในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการผ่าตัด หรือไม่สามารถฉายแสงได้

ข้อเสีย โอกาสกลับเป็นซ้ำสูง²¹ ใช้เวลาติดของแผลนานกว่าแผลเย็บ อาจทำให้เกิดแผลเป็น หรือบาดเจ็บต่อเส้นประสาทบริเวณข้างเคียงและไม่มีผลทางพยาธิวิทยายืนยันว่าสามารถกำจัดมะเร็งออกได้หมด

4. การฉายแสง (radiation)

ใช้ไม่บ่อยในการรักษามะเร็งผิวหนังชนิดที่ไม่ใช่เมลาโนมา (nonmelanoma skin cancer) มักใช้กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีผ่าตัดได้ เช่น ผู้ป่วยอายุมากที่มีโรคประจำตัวซึ่งมีข้อห้ามในการผ่าตัด หรือใช้เป็นการรักษาร่วมกับการรักษาร่วมกับการรักษาวิธีอื่นๆ

ข้อดี สามารถใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้หรือมะเร็งอยู่ในตำแหน่งที่ไม่สามารถตัดออกได้ สามารถใช้เป็นการรักษาเสริมในกลุ่มที่มีมะเร็งมีการลุกลามไปยังเส้นประสาทหรืออวัยวะอื่นๆ

ข้อเสีย อัตราการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าการรักษาแบบผ่าตัด ราคาสูง ผู้ป่วยต้องมาฉายรังสีหลายครั้ง มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษามากกว่าการผ่าตัด และไม่มีผลทางพยาธิวิทยายืนยันว่าสามารถกำจัดมะเร็งได้หมด

5. การใช้ยาทา (chemotherapy)

5-fluorouracil (FU) ใช้ในการรักษา basal cell carcinoma ประเภท superficial แต่ยังไม่มีการศึกษาในระยะยาวเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษาของยา²² มีการศึกษาหนึ่งที่ใช้ 25% 5-FU ทาในผู้ป่วย basal cell carcinoma ประเภท superficial type เป็นเวลา 3 สัปดาห์ พบว่า 5-year cure rate สูงถึงร้อยละ 79²²

5% imiquimod cream ได้รับการยอมรับให้ใช้ในการรักษา basal cell carcinoma ประเภท superficial type บริเวณ หน้า คอ ลำตัวและแขนขา ตั้งแต่ ค.ศ. 2004 ซึ่งพบว่า cure rate ที่ระยะเวลา 1 ปี หลังให้การรักษาอยู่ที่ประมาณร้อยละ 52-100 ในมะเร็งประเภท superficial type และ ร้อยละ 42-70 ในกรณี nodular type ยังไม่มีการศึกษาในระยะยาวที่มากกว่า 2 ปี⁴

ข้อดี สามารถใช้ในการรักษา basal cell carcinoma ประเภท superficial ได้ และเป็นทางเลือกที่ดีในกรณีที่ผู้ป่วยมีรอยโรคหลายบริเวณ

ข้อเสีย ใช้เวลาในการรักษานาน และไม่สามารถใช้ในมะเร็งผิวหนังประเภท morpheaform ได้ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น การจะเลือกรักษามะเร็งผิวหนังด้วยวิธีใดนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่ผู้ให้การรักษาต้องพิจารณาลักษณะของมะเร็งว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงหรือเสี่ยงต่ำ ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาตั้งแต่ชนิดของมะเร็ง ตำแหน่ง ขนาด บริบทของผู้ป่วยแต่ละคน รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ของแต่ละโรงพยาบาล ทีมผ่าตัด ความพร้อมของแพทย์และงบประมาณ เพื่อความเหมาะสมและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชาย อายุ 86 ปี พบก้อนที่แก้มขวามาประมาณ 4 เดือน ก้อนโตเร็ว และมีการแตกเป็นแผลด้านบนร่วมด้วย มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง กินยา hydralazine, amlodipine, และ simvastatin มา 3 ปี ไม่มีประวัติมะเร็งในครอบครัว ไม่มีประวัติสัมผัสสารเคมีกลุ่มสารหนูมาก่อน ปัจจุบันทำอาชีพขายขนมไทย ก่อนหน้านี้ทำงานตากแดดกลางแจ้งตลอด ประมาณ วันละ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลา 10 ปี โดยไม่ได้ทาครีมกันแดดหรือป้องกันแดดด้วยวิธีอื่นๆ ไม่มีประวัติได้รับการฉายรังสีมาก่อน ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ ตรวจร่างกายแรกพบพบสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจร่างกายพบก้อนนูนกลม ขอบมนเรียบ (roll-border) ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1.5 เซนติเมตร มีการขยายตัวของเส้นเลือด (telangiectasia) และด้านบนของก้อนมีแผล (ulcerative) บริเวณแก้มขวา (รูปที่ 1) ผิวหนังทั่วไปมีลักษณะสีคล้ำ มีตักกระเล็กน้อยบริเวณใบหน้า ไม่พบผื่นผิวหนังบริเวณอื่น ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณใกล้เคียง จากลักษณะก้อนทำให้สงสัยมะเร็ง

ผิวหนัง จึงได้ทำการส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยันการวินิจฉัย พบว่าเป็นมะเร็งผิวหนัง ชนิด basal cell carcinoma ประเภท nodular type



รูปที่ 1 แสดงภาพรอยโรคก่อนการรักษา

ในผู้ป่วยรายนี้เมื่อผลทางพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็นมะเร็งผิวหนังชนิด basal cell carcinoma แพทย์จึงประเมินเกรดของมะเร็งตามตารางที่ 1 ที่กล่าวไว้ข้างต้น เพื่อเลือกการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยพบว่าก่อนของผู้ป่วยนั้นอยู่บริเวณแก้ม (ตำแหน่ง M) มีขนาด 15 มิลลิเมตร (มากกว่า 10 มิลลิเมตร) ขอบเขตชัด เป็นรอยโรคเริ่มต้น (primary) ผู้ป่วยไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ พยาธิวิทยาเป็นประเภท nodular type โดยรวมแล้วนั้น ผู้ป่วยน่าจะอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ แต่ก่อนมีขนาดเกิน 10 มิลลิเมตร ซึ่งการรักษาที่ดีที่สุดน่าจะเป็นการผ่าตัดด้วยวิธี Mohs surgery แต่เนื่องจากโรงพยาบาลบางปะอินเป็นโรงพยาบาลชุมชน มีข้อจำกัดทางทรัพยากรที่ทำให้ไม่สามารถทำการผ่าตัดแบบ Mohs micrographic surgery ได้ จึงได้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการรักษาในปัจจุบันและแผนการรักษาของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด ถ้าผู้ป่วยเลือกที่จะรักษาแบบ Mohs surgery จำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น แต่ผู้ป่วยไม่สะดวกเดินทางไปรักษาต่อที่อื่น ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลในการรักษาทางเลือกอื่นๆ ทางแพทย์ผู้รักษาจึงตัดสินใจ

ใจเลือกวิธีการรักษาโดยผ่าตัดแบบ standard surgical excision และส่งตรวจเพื่อประเมินขอบของมะเร็งหลังตัดก้อนออก (standard excision with postoperative margin assessment) โดยก่อนผ่าตัดเลือกที่จะตัดเนื้อเยื่อปกติรอบๆ ก้อน (surgical margin) ประมาณ 1 เซนติเมตร (wide excision) เพื่อให้แน่ใจว่าสามารถตัดมะเร็งออกได้หมดในครั้งเดียว ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) โดยประเมินแล้วว่าผู้ป่วยมีผิวหนังบริเวณแก้มค่อนข้างมีความหย่อนคล้อยอยู่เดิม สามารถเย็บปิดแผลได้แม้จะตัดเนื้อเยื่อโดยรอบออกไปโดยไม่รบกวนการทำงานของอวัยวะใกล้เคียง ประกอบกับผู้ป่วยมีอายุมาก การผ่าตัดนี้ใช้เวลาไม่นาน การดูแลแผลหลังผ่าตัดค่อนข้างง่าย ไม่ซับซ้อน โดยอธิบายข้อดีข้อเสียของการรักษาแผนการตรวจติดตามหลังการผ่าตัดให้ผู้ป่วยรับทราบก่อน และสุดท้ายคือให้ได้ผลลัพธ์เรื่องความสวยงามที่ดีที่สุด โดยมีขั้นตอนการผ่าตัด ดังนี้

1. จัดเตรียมผู้ป่วยในท่านอนราบ
2. ฟอกทำความสะอาดใบหน้าด้านขวาด้วย hibiscrub
3. ทำความสะอาดหน้าด้านขวารวมถึงบริเวณจมูกและปากด้วย 10% povidine
4. นำผ้าเจาะกลางคลุมบริเวณที่จะทำการผ่าตัด
5. ใช้ปากกาที่ทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว วาดขอบรอบก้อนให้ได้ระยะห่าง 1 เซนติเมตรจากตัวก้อนให้รอบด้าน
6. เตรียมยาชา 2% lidocaine with adrenaline ปริมาณ 10 มิลลิลิตร โดยใช้ syringe 10 มิลลิลิตรและเข็มฉีดยาเบอร์ 27
7. ใช้มีดผ่าตัดกรีดแผล ตามที่ได้วาดขอบไว้ แล้วค่อยๆ เลาะก้อนมะเร็งออก
8. นำก้อนมะเร็งและขอบที่ตัดได้ส่งตรวจพยาธิวิทยาอีกครั้งเพื่อรอผลยืนยันว่าตัดก้อนมะเร็งออกได้หมด
9. ทำการตรวจสอบรอยเลือดออกและทำการหยุดเลือดโดยใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า

10. เมื่อไม่มีเลือดออกเพิ่มแล้ว ทำการประเมินผิวหนังเพื่อวางแผนการปิดแผล โดยการเซาะใต้ผิวหนัง (undermining) เพื่อลดความตึงของผิวหนังรอบๆ แล้วประเมินความตึงของแผลแต่ละแนว คำนึงถึงผลของการใช้งานของอวัยวะใกล้เคียงและความสวยงาม จึงทำการปิดแผลเป็นแนวนานกับกรอบคาง
11. ปรับแต่งขอบของแผล และเย็บชั้น subcutaneous ด้วยไหมละลาย monocryl ขนาด 4-0 และเย็บปิดชั้นผิวหนัง ส่วนบนด้วยไหม nylon 5-0 ในลักษณะ vertical mattress
12. ให้ผู้ป่วยทำแผลที่อนามัยใกล้บ้านทุกวันวันละครั้ง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว
13. นัดผู้ป่วยมาตัดไหม หลังครบ 14 วัน

การรักษาหลังผ่าตัด ให้ยาปฏิชีวนะ dicloxacillin (250 mg) 1 เม็ด เข้ากลางวัน เย็น ก่อนนอน, paracetamol (500 มิลลิกรัม) 1 เม็ด เวลาปวด และทำความสะอาดบาดแผลทุกวัน ที่อนามัยใกล้บ้านเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ให้คำแนะนำในการดูแลบาดแผลและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งผิวหนัง โดยมีแผนการตรวจติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทุก 3 เดือน ติดต่อกัน 2 ปี และติดตามอาการอย่างต่อเนื่องต่อไป ทุก 6 เดือน อย่างน้อย 10 ปี

ส่วนผลการรักษา 10 วัน หลังผ่าตัด พบแผลแห้งและไม่มีการติดเชื้อ จึงพิจารณาตัดไหม (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 แสดงภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 10 วัน

ผลพยาธิวิทยาของมะเร็งที่ตัดออกไป (รูปที่ 3) พบว่าก้อนมีขนาดกว้าง 1.5 เซนติเมตร ลึก 0.9 เซนติเมตร ก้อนลึกถึงชั้น reticular dermis และ surgical margin ที่แคบที่สุด คือ 5 มิลลิเมตรและกว้างที่สุดคือ 8 มิลลิเมตร ซึ่งถือว่าเพียงพอ ไม่พบว่า มะเร็งมีการลุกลามไปยังระบบน้ำเหลือง เส้นเลือดและระบบประสาท

PATHOLOGICAL DIAGNOSIS:

Skin, right cheek, excisional biopsy:

- Basal cell carcinoma, nodular type
- Tumor size: 1.5 cm. in width and 0.9 cm. in depth
- Tumor extension: reticular dermis
- Margin: - uninvolved all resection margins (The closest lateral side resection margin is 0.5 cm. The deep resection margin is 0.8 cm.)
- Perineural invasion: not identified
- Lymphovascular invasion: not identified

GROSS DESCRIPTION

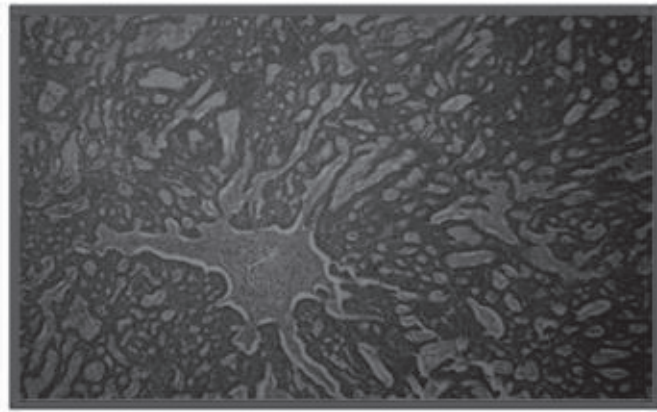
The formalin fixed specimen consists of an ellipse shaped of skin with subcutaneous tissue, measuring 4.2 x 2.0 cm. in diameter

and 1.0 cm. in depth. The skin surface shows a brown nodule, measuring 1.5 cm. in diameter. Cut sections reveal grey and lobulated yellow and fibrous tissue. It is totally submitted for microscopic study as A-H.NS.

MICROSCOPIC DESCRIPTION

Sections show infiltrative malignant basaloid cells in the dermis arranging in solid nest with skin ulceration. The malignant cells have scant cytoplasm, enlarged oval shaped nuclei and small nucleoli with presence of peripheral palisading and peritumoral cleft-like spaces. No lymphovascular and perineural invasion is identified.

Report Date : 05/11/2564



รูปที่ 3 ผลทางห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา

หลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ พบว่าแผลผ่าตัดดี ไม่มี
อาการเจ็บปวด ผู้ป่วยสามารถขยับปาก อ้าปากเคี้ยวได้
ปกติ จากนั้นนัดติดตามผู้ป่วย 3 เดือน (รูปที่ 4), 6 เดือน
และ 10 เดือน หลังผ่าตัด (รูปที่ 5) พบว่าผู้ป่วยไม่มีแผลเป็น
แผลค่อนข้างแนบสนิทกับผิว การทำงานของอวัยวะ
บนใบหน้าเป็นปกติ อ้าปาก ยิ้มและหัวเราะได้ตามปกติ
ยังไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง และยังไม่มียาเรื้อรัง

เกิดขึ้นที่บริเวณอื่นเพิ่ม และยังมีแผนตรวจติดตามผู้ป่วย
อย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือน ไปอีกจนครบอย่างน้อย 10 ปี
จุดประสงค์ของการตรวจติดตามคือเพื่อการตรวจจับโรค
(early detection) ที่รวดเร็วจะได้ทำการรักษาเมื่อพบ
มีการกลับเป็นซ้ำ หรือมีการเกิดรอยโรคบริเวณใหม่ และ
เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักป้องกันแสงแดดอย่างเคร่งครัด
และต่อเนื่อง



รูปที่ 4 แสดงภาพผู้ป่วยหลังการรักษา 3 เดือน





รูปที่ 5 แสดงภาพผู้ป่วยหลังการรักษา 10 เดือน



วิจารณ์

จากรายงานผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งผิวหนังชนิด basal cell carcinoma ชนิด nodular type ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด โดยเริ่มแรกจะมีลักษณะเป็นก้อนที่ผิวหนังโตขึ้นอย่างช้าๆ ร่วมกับการขยายตัวของเส้นเลือดฝอยรอบๆ ก้อน (telangiectasias) เมื่อก้อนโตมากขึ้นบริเวณกลางก้อน มักมีการเปลี่ยนเป็นแผลที่มีขอบรุ่งรัง เรียกว่า “rodent ulcer” เหมือนลักษณะก้อนของผู้ป่วย ปัจจุบันเสี่ยงของการเป็นมะเร็งผิวหนังในผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นจากประวัติการตากแดดจัดบ่อยๆ อย่างต่อเนื่องโดยที่ไม่ได้ป้องกันในช่วงก่อนหน้านี้ แม้ว่าการรักษามะเร็งผิวหนัง basal cell carcinoma จะมีหลายวิธี แต่การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลักที่มีประสิทธิภาพที่สุดในปัจจุบัน²³ โดยมีโอกาสหายขาดมากกว่าร้อยละ 90 อย่างไรก็ตามการจะเลือกรักษาด้วยวิธีใดนั้นต้องประเมินปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน โดยพิจารณาปัจจัยความเสี่ยงตามตารางที่ 1 แล้วประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงหรือเสี่ยงต่ำ

เนื่องจากโรงพยาบาลบางปะอินเป็นเพียงโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีแพทย์ทางพยาธิวิทยาและไม่สามารถส่ง frozen section หลังการผ่าตัดทันที จึงไม่สามารถทำ Mohs micrographic surgery ได้ แพทย์ผู้ทำการรักษาจึงเลือกวิธีการผ่าตัดโดยใช้ surgical

margin 1 เซนติเมตร เพื่อให้แน่ใจว่าสามารถตัดมะเร็งออกได้มากที่สุด โดยประเมินแล้วว่าสามารถเย็บปิดแผลให้ผู้ป่วยยังคงสามารถขยับใบหน้าได้เหมือนเดิม และส่งผลต่อความสวยงามน้อยที่สุด และเนื่องด้วยผู้ป่วยอายุมาก เนื้อผิวหนังค่อนข้างมีความหย่อนคล้อย ประกอบกับมะเร็งประเภท nodular type จัดว่าไม่ได้มีความเสี่ยงในการลุกลามสูง จึงตัดสินใจผ่าตัดด้วยวิธีนี้ โดยมีการส่งชิ้นเนื้อที่ผ่าตัดตรวจทางพยาธิวิทยาอีกครั้ง เพื่อยืนยันและตรวจสอบว่าตัดก้อนมะเร็งออกได้ทั้งหมด ซึ่งผลทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วยที่กลับมาพบมี surgical margin ที่เพียงพอ ทำให้โอกาสการหายขาดสูง อย่างไรก็ตามการเย็บปิดแผลของผู้ป่วยรายนี้ จะเห็นว่าแผลไม่ได้เป็นแนวเดียวกับ skin tension line (รูปที่ 6) เนื่องจากขอบของก้อนมะเร็งค่อนข้างติดกับมุมปาก ถ้าปิดในแนวตรงกับ skin tension line นั้นอาจจะดึงรั้งมุมปากมากไปจนมีผลกับความสวยงามและการทำงานของปากได้ แพทย์ผู้รักษาจึงทำการเซาะใต้ผิวหนัง (undermining) เพื่อลดแรงดึงรอบๆ แผล แล้วประเมินว่าเย็บในแนวใดมีแรงดึงน้อยที่สุดโดยที่ยังคงความสวยงามของรูปหน้าอยู่ จึงเย็บแผลในแนวขนานกับขอบกรามแทน ด้วยผู้ป่วยมีเนื้อแก้มค่อนข้างมาก ทำให้การปิดแผลนี้ไม่ตึงเกินไปและยังคงความสวยงาม และหน้าที่การทำงานของปากได้อย่างปกติ จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดมะเร็งผิวหนังอาจไม่สามารถปิดแผลตาม

แนว skin tension line ได้เสมอไปเนื่องจากต้องคำนึงถึงหลายปัจจัยตามที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น ในผู้ป่วยรายนี้หลังการรักษาประมาณ 3 เดือน รอยแผลของผู้ป่วยเนียนไปกับผิวได้ดี อ้าปากได้กว้างเหมือนปกติ ไม่มีแผลเป็นเกิดขึ้นตามมา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในผลการรักษาเป็นอย่างมาก (รูปที่ 5) อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยรายนี้จะได้รับการผ่าตัดมะเร็งออกจนหมดแล้ว แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นมะเร็งผิวหนังชนิด basal cell carcinoma มีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งผิวหนังได้อีกมีการศึกษาในผู้ป่วย 1,000 คน พบว่าเมื่อติดตามผู้ป่วยไปเป็นเวลา 5 ปี หลังจากรักษา พบว่ามีการเกิดมะเร็งผิวหนังในบริเวณอื่นร้อยละ 36 และความเสี่ยงสะสม 3 ปี (3-year cumulative risk) คิดเป็นร้อยละ 44²⁴ ความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำมีมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไป น้อยกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้นภายใน 1 ปี และ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้นภายใน 2 ปีหลังการรักษา ส่วนร้อยละ 18 ของผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้นระหว่าง 5–10 ปี²⁵ การศึกษาด้วย randomized controlled trial (RCT) พบอัตรา

การเกิดมะเร็งผิวหนังซ้ำหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดใน 2.5 ปี ร้อยละ 3 และร้อยละ 12 ใน 10 ปี หลังการผ่าตัด และร้อยละ 56 พบว่ามีการกลับมาเป็นซ้ำเกิดขึ้นมากกว่า 5 ปีหลังการรักษา²⁶ ดังนั้นแผนการติดตามการรักษาของผู้ป่วยจึงต้องทำเป็นเวลานาน อย่างน้อย 10 ปี หรือตลอดชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงในผู้ป่วยรายนี้มีการนัดติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องทุก 3 เดือน ในช่วง 1 ปีแรก และวางแผนติดตามการรักษาทุก 6 เดือน เป็นเวลาอย่างน้อย 10 ปีหลังการรักษาเพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำและเฝ้าระวังรอยโรคใหม่ๆ บริเวณอื่นร่วมด้วย โดยลักษณะที่มักพบกรณีที่มีการกลับมาเป็นซ้ำคือ การมีก้อน แผล หรือผื่นแดงกลับขึ้นมาใหม่และมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มคนไข้ที่มีปัจจัยเสี่ยงดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ในการตรวจคัดกรองกรณี que ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งผิวหนังหรือมีประวัติเคยเป็นมะเร็งผิวหนัง ควรมารับการตรวจโดยแพทย์ผิวหนังอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เมื่อพบรอยโรคที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งผิวหนังควรส่งรอยโรคทางผิวหนังดังกล่าวส่งตรวจทางพยาธิวิทยาต่อไป



Langer's Lines head from Marx J., Hockberger R, Walls R Eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice 2002



Langer's Lines head from The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by Johan Fagan (Editor) johannes.fagan@uct.ac.za accessed 22 Sept 2016

รูปที่ 5 แสดงภาพ Skin tension line บนใบหน้า

สรุป

มะเร็งผิวหนังชนิด basal cell carcinoma เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ แนวทางการดูแลรักษาที่ดีที่สุดควรเริ่มต้นตั้งแต่

การให้ความรู้แก่ประชากรในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ร่วมกับการหมั่นสังเกตว่าผิวหนังของตนเองว่ามีรอยโรคที่ลักษณะเหมือน basal cell carcinoma หรือไม่ ซึ่งการตรวจพบได้เร็วย่อมหมายถึงการให้การรักษาที่

ทันตแพทย์ และโอกาสที่จะได้รับผลการรักษาที่ดี โดยการผ่าตัดยังคงเป็นการรักษาหลักในปัจจุบัน ในขณะที่เดียวกันก็มีการศึกษาถึงการรักษาด้วยวิธีอื่นซึ่งมีผลดีผลเสียและข้อบ่งชี้ที่ต่างกันไป แพทย์ผู้ให้การรักษาจึงควรเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ที่สูงที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Rogers HW, Weinstock MA, Harris AR, et al. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer in the United States, 2006. *Arch Dermatol.* 2010;146(3):283–7.
2. Rigel DS, Friedman RJ, Kopf AW. Lifetime risk for development of skin cancer in the U.S. population: current estimate is now 1 in 5. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35(6):1012–3.
3. Kim DP, Kus KJB, Ruiz E. Basal Cell Carcinoma Review. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2019;33(1):13–24.
4. Kauvar ANB, Cronin T Jr, Roenigk R, et al. Consensus for nonmelanoma skin cancer treatment: basal cell carcinoma, including a cost analysis of treatment methods. *Dermatol Surg.* 2015;41(5):550–571.
5. Medical digital division, National Cancer Institute. *Cancer In Thailand Vol.X, 2016 – 2018.* Bangkok :National cancer institute; 2012:40–43.
6. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *Br J Dermatol.* 2002;147(1):41–7.
7. Gallagher RP, Hill GB, Bajdik CD, et al. Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk of nonmelanocytic skin cancer. *Arch Dermatol.* 1995;131(2):157–63.
8. Karagas MR, McDonald JA, Greenberg ER, et al. Risk of basal cell and squamous cell skin cancers after ionizing radiation therapy. For the Skin Cancer Prevention Study Group. *J Natl Cancer Inst.* 1996;88(24):1848–53.
9. Martin H, Strong E, Spiro RH. Radiation-induced skin cancer of the head and neck. *Cancer.* 1970;25(1):61–71.
10. Pack GT, Davis J. Radiation cancer of the skin. *Radiology.* 1965;84:436–42.
11. Silverberg MJ, Leyden W, Warton EM, et al. HIV infection status, immunodeficiency, and the incidence of non-melanoma skin cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2013;105(5):350–60.
12. Lange E, Blizzard L, Venn A, et al. Disease-modifying anti-rheumatic drugs and non-melanoma skin cancer in inflammatory arthritis patients: a retrospective cohort study. *Rheumatology.* 2016;55(9):1594–600.
13. Miller SJ, Alam M, Andersen J, et al. Basal cell and squamous cell skin cancers. *J Natl Compr Canc Netw.* 2010;8(8):836–64.
14. Bath-Hextall F, Bong J, Perkins W, et al. Interventions for basal cell carcinoma of the skin: systematic review. *BMJ.* 2004;329(7468):705.
15. Mosterd K, Krekels GA, Nieman FH, et al. Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for primary and recurrent basal-cell carcinoma of the face: a prospective randomised controlled trial with 5-years' follow-up. *Lancet Oncol.* 2008 ;9(12):1149–56.

16. Fields RC, Fleming MD, Gastman B, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Melanoma-Version 2.[internet] 2018. [cited 2022 August 19]; Available from: URL: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/melanoma-patient.pdf>
17. Codazzi D, Van Der Velden J, Carminati M, et al. Positive compared with negative margins in a single-centre retrospective study on 3957 consecutive excisions of basal cell carcinomas. Associated risk factors and preferred surgical management. *J Plast Surg Hand Surg.* 2014;48(1):38–43.
18. Sherry KR, Reid LA, Wilmschurst AD. A five year review of basal cell carcinoma excisions. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010;63(9):1485–9.
19. Wolf DJ, Zitelli JA. Surgical margins for basal cell carcinoma. *Arch Dermatol.* 1987;123(3):340–4.
20. Barlow JO, Zalla MJ, Kyle A, et al. Treatment of basal cell carcinoma with curettage alone. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54(6):1039–45.
21. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL Jr. Mohs surgery is the treatment of choice for recurrent (previously treated) basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol.* 1989;15(4):424–31.
22. Epstein E. Fluorouracil paste treatment of thin basal cell carcinomas. *Arch Dermatol.* 1985;121(2):207–13.
23. Bath-Hextall F, Bong J, Perkins W, et al. Interventions for basal cell carcinoma of the skin: systematic review. *BMJ.* 2004;329(7468):705.
24. Marcil I, Stern RS. Risk of developing a subsequent nonmelanoma skin cancer in patients with a history of nonmelanoma skin cancer: a critical review of the literature and meta-analysis. *Arch Dermatol.* 2000;136(12):1524–30.
25. Miller SJ, Maloney ME, editors. *Cutaneous oncology. Pathophysiology, diagnosis and management.* Malden: Blackwell Science. 1998:695–698.
26. Van Loo E, Mosterd K, Krekels GAM, et al. Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for basal cell carcinoma of the face: a randomised clinical trial with 10 year follow-up. *Eur J Cancer.* 2014;50(17):3011–20.