

แนวทางการดูแลสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูก ผิดปกติในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

คมสันต์ สุวรรณฤกษ์

บทคัดย่อ

มะเร็งคอมดลูกเป็นภาวะที่พบบ่อยในสตรีไทย การตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูกเป็นเรื่องที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่แพทย์ต้องเข้าใจถึง การตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูก การแปลผล และแนวทางการดูแล เพื่อจะได้ให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง ส่วนการวินิจฉัยภาวะก่อนมะเร็งคอมดลูก (precancerous lesion of cervix) นั้นทำโดยการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูก การตัดชิ้นเนื้อภายใต้กล้องส่องคอมดลูก (colposcopic guided cervical biopsy) และการตัดคอมดลูกเป็นรูปกรวย (cervical conization) ในบทความนี้จะกล่าวถึงแนวทางการวินิจฉัย การรักษา และการตรวจติดตาม ภาวะก่อนมะเร็งคอมดลูก เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไปได้

คำสำคัญ: ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูกผิดปกติ, ภาวะก่อนมะเร็งคอมดลูก

บทนำ

มะเร็งคอมดลูก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของสตรีไทย มีอุบัติการณ์ปรับตามมาตรฐานอายุ (age standardized rate) เท่ากับ ๑๕.๕ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี^{๑,๒} เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคช้า ใช้เวลานาน มีการตรวจคัดกรองโรคที่ง่าย แพร่หลาย และการรักษาได้ผลดี แต่ก็ยังมีสตรีไทยต้องเสียชีวิตจากมะเร็งชนิดนี้ทุกปีด้วยอัตรา ๑๐.๘ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี^๑ เนื่องจากโรคนี้อมีการดำเนินโรคที่ช้า สามารถตรวจพบภาวะก่อนมะเร็งได้ และสามารถให้การรักษาและติดตามการดำเนินโรคได้สะดวก แต่ปัญหาในปัจจุบันของการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูก มีปัญหา ในแง่ของวิธีการตรวจคัดกรองซึ่งมีความแตกต่างกันมากในแง่ของสถานพยาบาล หรือ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างพยายามนำวิธีการต่างๆ มาใช้ เช่น

ก. การตรวจทางเซลล์วิทยา ในปัจจุบันมีการตรวจ ๒ วิธีคือ การตรวจแบบดั้งเดิม (conventional Pap smear) และการตรวจแบบแผ่นบาง (thin layer, liquid-based Pap smear)

ข. การตรวจทางไวรัสวิทยา ในปัจจุบันเริ่มนำการตรวจหาสาร DNA ของเชื้อ human papillomavirus (HPV) มาใช้ร่วมกับการตรวจทางเซลล์วิทยา โดยเฉพาะกรณีที่มีการอ่านผลเป็นชนิด atypical squamous cell (ASC) หรือ atypical glandular cell (AGC) หรือมีแนวโน้มที่จะนำมาใช้เป็นการคัดกรองเบื้องต้นถ้าให้ผลบวก จึงพิจารณาตรวจขั้นต่อไปด้วยวิธีทางเซลล์วิทยา

หน่วยมะเร็งนรีเวชวิทยา โครงการจัดตั้งภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

หมายเหตุ ได้ปรับปรุงจากเอกสารการประชุมปฏิบัติการเซลล์วิทยาครั้งที่ ๓ Abnormal cervical cytology and guideline management เมื่อ ๑๗-๑๘ ส.ค. ๒๕๕๒ ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ก. การตรวจด้วยน้ำส้มสายชู (visual inspection with acetic acid หรือ VIA)^{๓,๔} วิธีการนี้มีหน่วยงานของภาครัฐบาลนำมาใช้โดยร่วมกับองค์กรเอกชนจากต่างประเทศ ซึ่งไม่มีการใช้การตรวจทางเซลล์วิทยา หากแต่ใช้น้ำส้มสายชู ความเข้มข้น ร้อยละ ๓ ป้ายที่คอมดลูก แล้วดูลักษณะของ acetowhite lesion ถ้าพบจะทำการรักษาด้วยการใช้ความเย็นจัดจี้บริเวณคอมดลูก (cryotherapy)

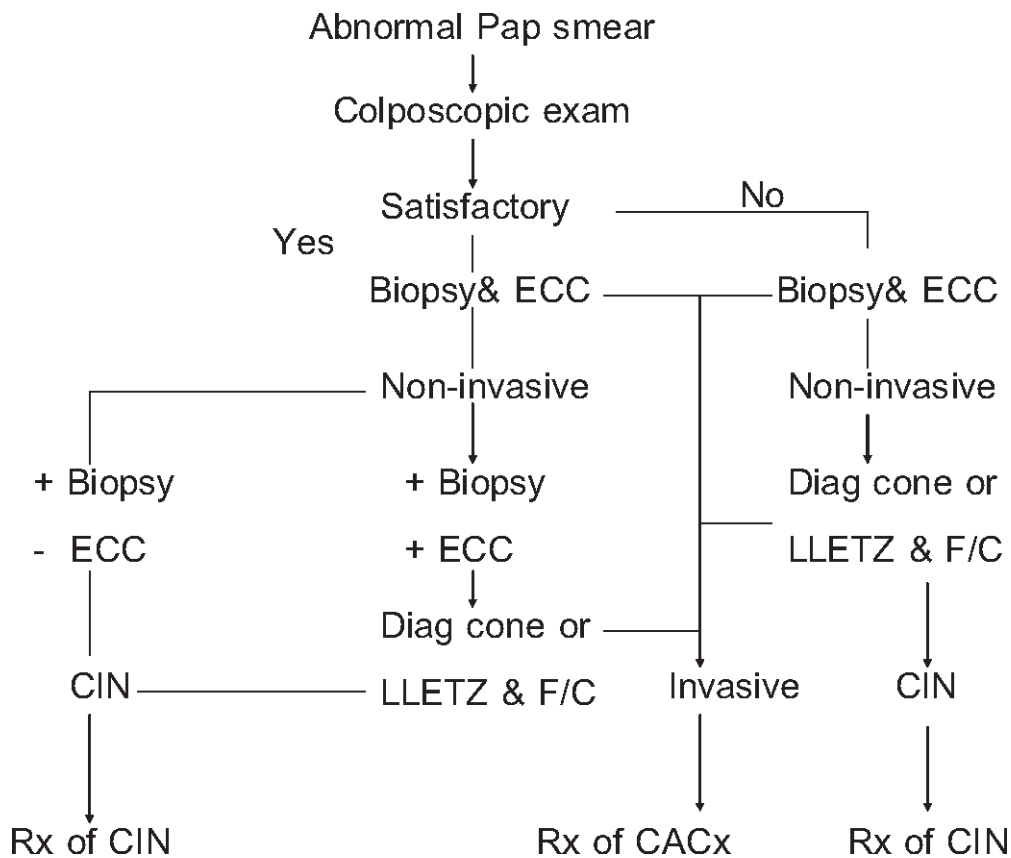
การแปลผลที่มีใช้ในปัจจุบัน

- ๑. ระบบ classification
- ๒. ระบบ dysplasia
- ๓. ระบบ CIN (cervical intraepithelial neoplasia)
- ๔. ระบบ Bethesda system ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลธรรมชาติศาสตร์ใช้ระบบ Bethesda 2001

ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันคือ ห้องปฏิบัติการบางแห่งในประเทศไทยยังรายงานผลการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูก แบบ classification อย่างเดียว บางแห่งใช้ระบบ Bethesda อย่างเดียว ซึ่งมีทั้งระบบ Bethesda 1988 และ Bethesda 2001 หรือบางแห่งรายงานผลทั้งระบบ Bethesda และระบบ classification

เกณฑ์การตัดสินว่ามีความผิดปกติของการตรวจคัดกรอง
การส่องกล้องตรวจคอมดลูก ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ (colposcopic examination and cervical biopsy) เป็นการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัย (confirmatory test) โดยถือหลักว่าเมื่อมีความผิดปกติของการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูก จะพิจารณาส่งทำการส่องกล้องขยายคอมดลูก ดังแผนภูมิที่ ๑

แผนภูมิที่ ๑ แสดงแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตรวจ Pap smear



ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูกผิดปกติเมื่อ
กรณีใช้ระบบ classification ถือว่าผิดปกติตั้งแต่ class II
เป็นต้นไป

กรณีใช้ระบบ dysplasia ถือว่าผิดปกติตั้งแต่ mild dys-
plasia เป็นต้นไป

กรณีใช้ระบบ CIN ถือว่าผิดปกติตั้งแต่ CIN 1 เป็นต้นไป
กรณีใช้ระบบ Bethesda ถือว่าผิดปกติ ตั้งแต่ ASC หรือ
AGC เป็นต้นไป

การแปลผลการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูกแบบ
Bethesda 2001 พิจารณาใน ๔ ประเด็นคือ

๑. ชนิดของการตรวจคัดกรอง เป็นชนิด การตรวจ
แบบดั้งเดิม หรือแบบแผ่นบาง

๒. คุณภาพของสิ่งส่งตรวจมีคุณภาพดีเพียงพอ
หรือไม่ (adequacy of specimen for evaluation)

๓. ลักษณะทางเซลล์วิทยาที่พบ (general cellu-
lar description)

- ความผิดปกติของเยื่อบุผิวชนิด squa-
mous cell

- ความผิดปกติของเยื่อบุผิวชนิด colum-
nar

- ความผิดปกติของเยื่อบุโพรงมดลูกที่อาจ
พบ หรืออื่นๆ

๔. ความเห็นหรือคำแนะนำของพยาธิแพทย์
(recommendation)

การรักษา

การรักษาภาวะก่อนมะเร็งคอมดลูก (cervical
intraepithelial neoplasia, CIN) ในปัจจุบัน มักจะมี
แนวโน้มที่จะรักษาแบบอนุรักษ์นิยมมากขึ้น (conservative
treatment) โดยอาศัยข้อมูลจาก การตรวจคัดกรองมะเร็ง
คอมดลูกที่รับการแปลผลระบบ Bethesda การตรวจด้วย
วินิจฉัยด้วยการส่องกล้องคอมดลูก (colposcopy) การ
ตรวจหาเชื้อ HPV ชนิดความเสี่ยงสูง อายุ สภาวะของ
ผู้ป่วย และความต้องกรมีบุตรในอนาคต^๕

ภาวะก่อนมะเร็งคอมดลูกชนิด mild dysplasia
หรือ CIN 1 หรือ low grade squamous intraepithelial
lesions (LSIL) มีธรรมชาติของโรคที่มักเกิดในสตรี
อายุน้อย และมักจะหายได้เอง และเนื่องจากการหายไปเอง

ของเชื้อ HPV พบว่าประมาณร้อยละ ๒๕-๓๐ ของสตรีที่
มีภาวะก่อนมะเร็งคอมดลูกชนิด CIN 1 มีภาวะก่อนมะเร็ง
คอมดลูกชนิดที่สูงกว่า (CIN 2/3) ชุกช่อนอยู่^{๖-๘}

ภาวะก่อนมะเร็งคอมดลูกชนิด moderate to
severe dysplasia หรือ CIN 2/3 หรือ high-grade
squamous Intraepithelial Lesions (HSIL) แบ่งตาม
การรักษาเนื่องจากกลุ่ม LSIL มักจะเกิดจากเชื้อ HPV ที่มี
การติดเชื้อชนิดครั้งคราว (transient infection) ในขณะที่
เกิดพยาธิสภาพแบบ HSIL มักจะเกิดจากการติดเชื้อถาวร
(persistent infection) และมักจะมีการดำเนินโรคต่อไป
ไม่หายเอง^{๑๐-๑๒} โดยประมาณร้อยละ ๗๐-๗๕ จะดำเนิน
โรคต่อไป และประมาณร้อยละ ๑-๒ จะกลายเป็นมะเร็ง
คอมดลูก^{๑๓-๑๕} ผู้ป่วยทุกคนที่มีผลคัดกรองมะเร็งคอ
มดลูกเป็นชนิด HSIL ควรได้รับการตรวจด้วยกล้องส่อง
ขยายคอมดลูกร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อบริเวณคอมดลูก
และจุดเนื้อในคอมดลูก (colposcopy with cervical
biopsy and endocervical curettage) ยกเว้นในสตรี
ตั้งครรภ์^{๑๖}

๑. วิธีการรักษากรณี ผลการตรวจยืนยัน CIN 1 (แผนภูมิ ที่ ๒)

๑.๑ กรณีเห็นบริเวณคอมดลูกชัดเจน (satisfac- tory colposcopy)

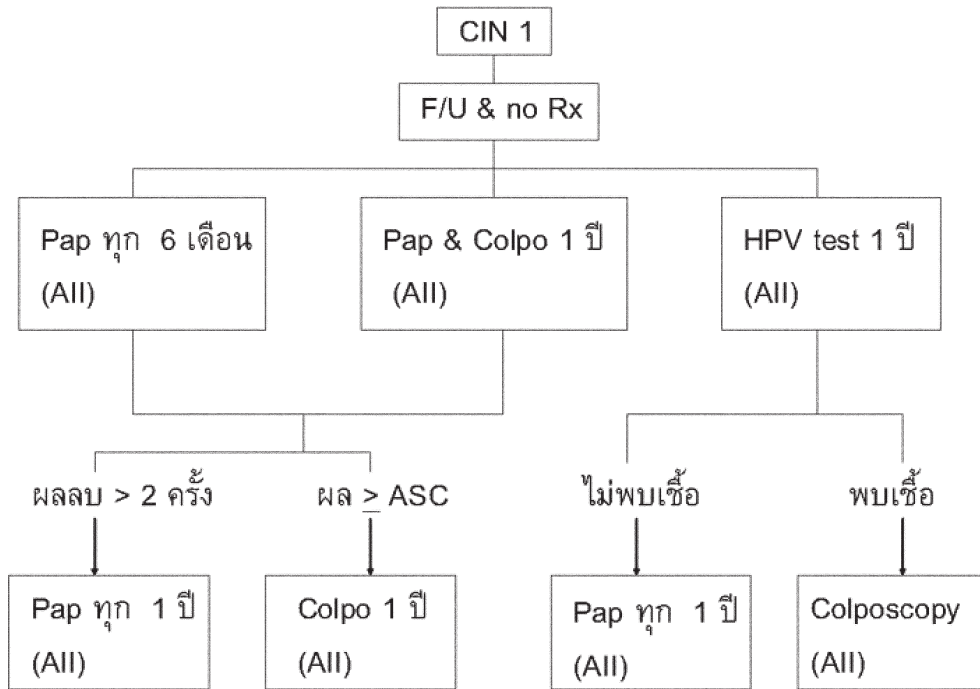
๑.๑.๑ ฝ้าติดตามสังเกต เหมาะสำหรับ
รายที่พยาธิสภาพชนิด CIN 1 (mild dysplasia, LSIL)
ซึ่งอาจจะหายไปแล้วจากการตัดชิ้นเนื้อตรวจ ผู้ป่วยต้อง
สามารถตรวจติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคได้

๑.๑.๒ การจี้ทำลายบริเวณคอมดลูก (abla-
tive surgery) ไม่ใช้ในกรณีของ CIS หรือ endocervical
curettage (ECC) ผิดปกติ ที่ใช้บ่อย ได้แก่

๑.๑.๒.๑ การจี้คอมดลูกด้วยความ
เย็น (cryotherapy) ใช้ความเย็นจี้ทำลาย transformation
zone (TZ) ใช้อุณหภูมิ -๖๐ ถึง -๕๐°C โดยใช้การจี้
ด้วยความเย็นแล้วละลายแล้วจี้ต่อด้วยความเย็นซ้ำ (double
freeze technique)

๑.๑.๒.๒ การจี้คอมดลูกด้วยเลเซอร์
(laser vaporization) ใช้ CO₂ laser ทำลาย TZ ให้ลึก
๕-๗ มม. และห่างจากรอยโรค ๕ มม. ต้องอาศัยความ
ชำนาญในการทำและเครื่องมือมีราคาแพง

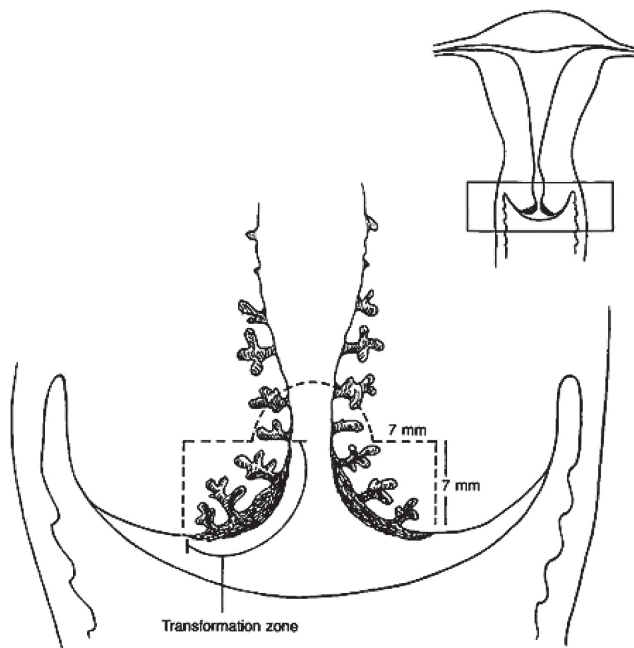
แผนภูมิที่ ๒ แสดงการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย CIN 1



๑.๑.๓ การตัดคอมดลูกเป็นรูปกรวย (conization) เป็นการตัดเนื้อเยื่อบริเวณ transformation zone ออกเป็นรูปกรวย มีวัตถุประสงค์ ๒ ประการ คือ เพื่อการวินิจฉัยและเพื่อการรักษา โดยมีวิธีการได้หลายวิธีดังนี้

ก. Cold knife conization (CKC) โดยใช้มีดตัดคอมดลูกเป็นรูปกรวยเพื่อการรักษา เป็นการ

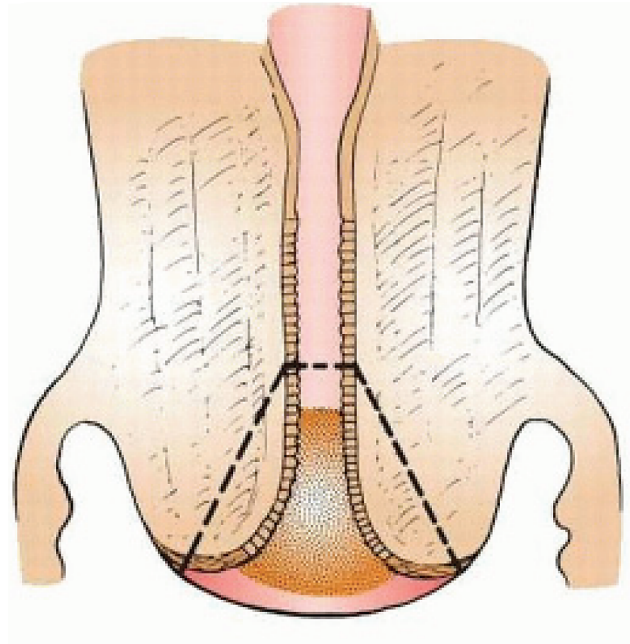
ผ่าตัดที่นิยมใช้ในการรักษา CIN 2/3 กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุน้อย หรือยังต้องการมีบุตร การผ่าตัดจะต้องเอาบริเวณที่มีพยาธิสภาพออกให้หมด ซึ่งมักจะเกิดบริเวณรอยต่อของเยื่อบุผิว ๒ ชนิด (squamocolumnar junction, SCJ) ดังแสดงในรูปที่ ๑



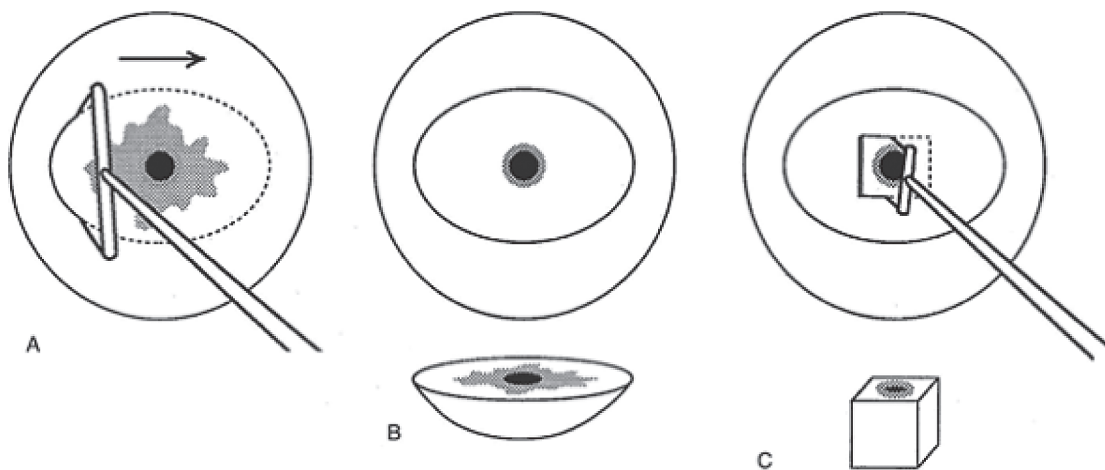
รูปที่ ๑ แสดงบริเวณ squamocolumnar junction (CKC)^{๑๗}

โดยบริเวณรอยต่อระหว่าง new SCJ และ original SCJ จะเป็นบริเวณที่เรียกว่า transformation zone (TZ) โดยตรวจพบว่าขอบของเนื้อเยื่อที่ตัดออกมาจะต้องปราศจากพยาธิสภาพใดๆ เหลืออยู่ ซึ่งถ้าเอาออกได้หมดก็จะมีประสิทธิภาพในการรักษาพอๆ กับการผ่าตัดมดลูก (hysterectomy) ดังแสดงในรูปที่ ๒

ข. LLETZ (large loop excision of transformation zone) โดยใช้เครื่องมือ LEEP (loop electro-surgical excisional procedure) ดังแสดงในรูปที่ ๓



รูปที่ ๒ แสดงการทำ CKC^{๑๘}



รูปที่ ๓ แสดงการทำ LLETZ^{๑๕}

ก. Laser conization เป็นการตัดคอมดลูกเป็นรูปกรวยด้วยเลเซอร์แทนการใช้มีด

๑.๑.๔ ข้อบ่งชี้ในการตัดคอมดลูกเป็นรูปกรวย

๑.๑.๔.๑ ขณะทำการส่องกล้องขยายคอมดลูกไม่สามารถเห็น squamocolumnar junction ได้ ครอบรอบคอมดลูก (unsatisfactory colposcopy)

๑.๑.๔.๒ ผลทางเซลล์วิทยาพบมะเร็ง แต่การตรวจด้วยกล้องส่องคอมดลูกไม่พบมะเร็ง

๑.๑.๔.๓ ผลการตัดชิ้นเนื้อจากคอมดลูก ให้การวินิจฉัยมะเร็งคอมดลูกชนิด microinvasive (มะเร็งคอมดลูก ระยะ Ia)

๑.๑.๔.๔ พบพยาธิสภาพที่ผิดปกติของ เยื่อเมือกชนิด columnar บริเวณคอมดลูก (glandular lesion) จากผลทางเซลล์วิทยาหรือผลทางพยาธิวิทยาของ ชิ้นเนื้อบริเวณคอมดลูก

๑.๑.๔.๕ ผลทางเซลล์วิทยามีความรุนแรง มากกว่าผลทางพยาธิวิทยาจากการตัดชิ้นเนื้อบริเวณคอมดลูก

๑.๑.๔.๖ ผลการขูดเนื้อเยื่อบริเวณคอมดลูกด้านใน (endocervical curettage, ECC) พบพยาธิสภาพของภาวะก่อนมะเร็ง

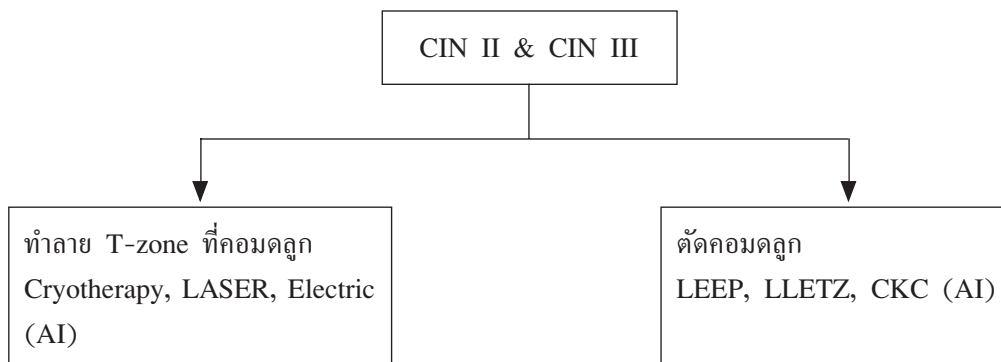
๑.๒ กรณีเห็นบริเวณคอมดลูกไม่ชัดเจน (unsatisfactory colposcopy)

๑.๒.๑ การตัดคอมดลูกเป็นรูปกรวย (conization)

๑.๒.๒ ฝ้าติดตามสังเกต ในกรณีสตรีตั้งครรภ์ หรือกรณีสตรีอายุน้อย หรือภูมิคุ้มกันต่ำ (immunosuppressed women)

๒. วิธีการรักษากรณี ผลการตรวจยืนยัน CIN 2/3 (แผนภูมิที่ ๓)

แผนภูมิที่ ๓ แสดงการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย CIN 2 ขึ้นไป



๒.๑ กรณีเห็นบริเวณคอมดลูกชัดเจน (satisfactory colposcopy)

๒.๑.๑ Ablative surgery

๒.๑.๒ Excisional surgery

หมายเหตุ กรณี CIN 2/3 ชนิดเกิดซ้ำ (recurrent) แนะนำวิธี excisional surgery

๒.๒ กรณีเห็นบริเวณคอมดลูกไม่ชัดเจน (unsatisfactory colposcopy)

๒.๒.๑ Excisional surgery

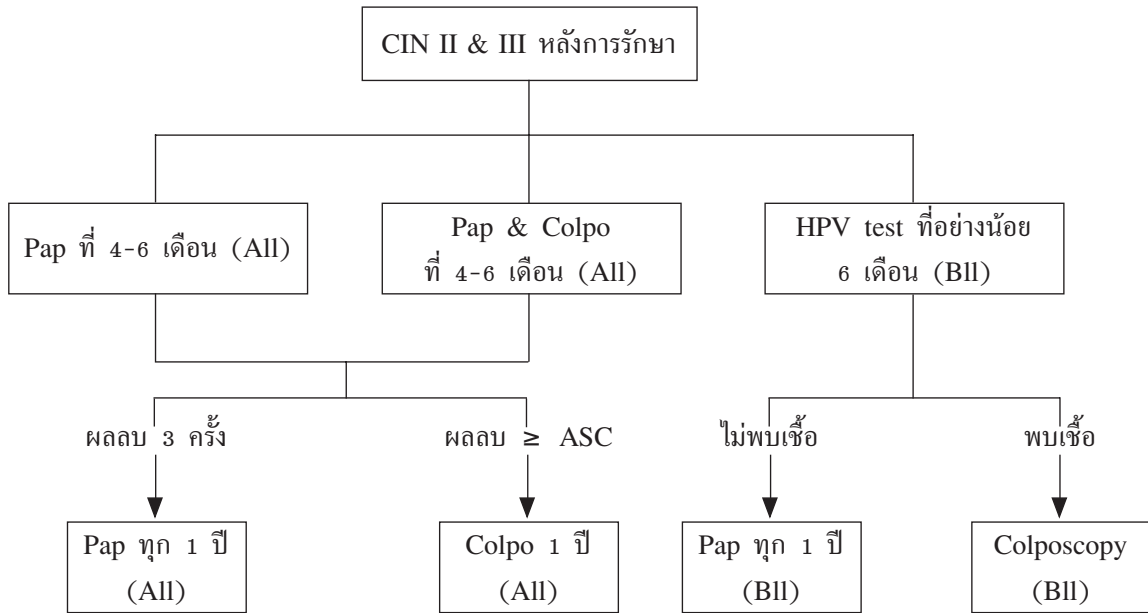
๒.๓ กรณีที่ไม่แนะนำให้ปฏิบัติ

๒.๓.๑ ติดตาม โดยใช้ Pap smear หรือ colposcopy

๒.๓.๒ ตัดมดลูก (hysterectomy)

๓. การติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษา สามารถตรวจติดตามด้วยวิธีต่อไปนี้ ดังแผนภูมิที่ ๔

แผนภูมิที่ ๔ แสดงการเฝ้าติดตามหลังการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย CIN 2 ขึ้นไป



- ๓.๑ Pap smear
- ๓.๒ Pap smear ร่วมกับ colposcopy
- ๓.๓ การตรวจหา HPV DNA testing
- ๓.๔ Colposcopy
- ๓.๕ กรณีที่ไม่แนะนำให้ปฏิบัติ
 - ๓.๕.๑ การทำ conization ชั่ว โดยอาศัยผลการตรวจ HPV test ที่ให้ผลบวกเพียงครั้งเดียว
 - ๓.๕.๒ การทำ hysterectomy โดยอาศัยผลการตรวจ HPV test ที่ให้ผลบวกเพียงครั้งเดียว

๔. วิธีการรักษาในกรณีที่พบรอยโรคในบริเวณขอบของชิ้นเนื้อจากการทำ conization (CIN Identified at the margins of a diagnostic excisional procedure)

- ๔.๑ การขูดเนื้อเยื่อบริเวณคอมดลูกด้านใน (endocervical curettage)
- ๔.๒ การทำ colposcopy และ ECC แนะนำทุก ๔-๖ เดือน
- ๔.๓ การทำ excisional surgery ชั่ว
- ๔.๔ การตัดมดลูก (hysterectomy) ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถตัดคอมดลูกได้แล้ว หรือ กรณีที่ CIN 2/3 ยังคงอยู่ หรือมีพยาธิสภาพอย่างอื่นทางรีเวชที่จะต้องทำการผ่าตัด เช่น เนื้องอกมดลูก (myoma uteri) โดยสามารถทำผ่าตัดได้ทั้งแบบเปิดหน้าท้อง (standard transabdominal hysterectomy) หรือผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง เช่น LAVH (laparoscopic assisted vaginal hysterectomy) และ TLH (total laparoscopic hysterectomy)

ตารางที่ ๑ แสดงการเปรียบเทียบการรายงานผลแบบต่างๆ

Pap	Cytologic		Histologic
	WHO	Bethesda	CIN
Class I	Normal	WNL	
Class II	Atypical cells	Reactive or reparative changes: ASCUS	CIN I
Class III	Mild dysplasia	Low grade SIL	CIN I
Class III	Moderate dysplasia	High grade SIL	CIN II
Class III	Severe dysplasia	High grade SIL	CIN III
Class IV	CIS	High grade SIL	CIN III
Class V	Invasive SCC	SCC	SCC
Class V	Adeno carcinoma	Adeno carcinoma	Adeno carcinoma
CIS	Carcinoma in situ		
SCC	Squamous cell carcinoma		
SIL	Squamous intraepithelial lesion		

ตารางที่ ๒ แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง Bethesda 1988 และ Bethesda 2001

	Bethesda 1988	Bethesda 2001
Specimen type (conventional or liquid based)	ไม่มี	มี
Adequacy of specimen	Satisfactory	Satisfactory
	Satisfactory but limited by Unsatisfactory	Unsatisfactory
Atypical cell	ASCUS favor reactive	ASC-US
	ASCUS favor neoplasia	ASC-H
	AGUS favor reactive	AGC-NOS
	AGUS favor neoplasia	AIS
Benign cellular change	มี	จัดเป็น negative for malignancy
ASCUS	Atypical squamous cell of undetermined significance (1988)	
ASC-US	Atypical squamous cell of undetermined significance (2001)	
ASC-H	Atypical squamous cell of undetermined significance cannot be exclude high-grade squamous intraepithelial neoplasia (2001)	
AGUS	Atypical glandular cell of undetermined significance (1988)	
AGC-NOS	Atypical glandular cell, not otherwise specified (2001)	
AIS	Adenocarcinoma in situ (2001)	

ตารางที่ ๓ แนวทางการแปลผล Pap smear พิจารณาแง่ satisfy for evaluation

Conventional Pap smear		
กรณีใช้ตรวจคัดกรอง		ข้อปฏิบัติ
Satisfy for evaluation	Unsat - ไม่พบความผิดปกติ	ตรวจซ้ำ ๖ เดือน
	Unsat - พบความผิดปกติ	นัด colposcopy
	Sat - ไม่พบความผิดปกติ	ตรวจซ้ำ ๑ ปี
	Sat - พบความผิดปกติ	นัด colposcopy
Liquid based Pap smear (THINPREP^R)		
กรณีใช้ตรวจคัดกรอง		ข้อปฏิบัติ
Satisfy for evaluation	Unsat - ไม่พบความผิดปกติ	ตรวจซ้ำ ๖ เดือน
	Unsat - พบความผิดปกติ	นัด colposcopy
	Sat - ไม่พบความผิดปกติ	ตรวจซ้ำ ๒ ปี
	Sat - พบความผิดปกติ	นัด colposcopy
Liquid based Pap smear (THINPREP^R) & HPV		
กรณีใช้ตรวจคัดกรอง		ข้อปฏิบัติ
Satisfy for evaluation	Unsat - ไม่พบความผิดปกติ	HPV ให้ผลลบ ตรวจซ้ำ ๖ เดือน
	Unsat - ไม่พบความผิดปกติ	HPV ให้ผลบวก ตรวจซ้ำ ๖ เดือน
	Unsat - พบความผิดปกติ	นัด colposcopy
	Sat - ไม่พบความผิดปกติ	HPV ให้ผลลบ ตรวจซ้ำ ๓ ปี
	Sat - ไม่พบความผิดปกติ	HPV ให้ผลบวก ตรวจซ้ำ ๑ ปี
	Sat - พบความผิดปกติ	นัด colposcopy

ตารางที่ ๔ แนวทางการแปลผล Pap smear ผิดปกติ พิจารณาแง่ description

Conventional & liquid based Pap smear		
Description		
Description	นัด colpo เมื่อพบข้อความ	- LSIL
	- ASCUS favor	- HSIL
	- ASC-US, ASC-H	- Dysplasia
	- AGC-FN, AIS, AGUS	- CIS
	- HPV	- Carcinoma
	- CIGN	
	นัดพบแพทย์ กรณี	
	- Candida	- พบ endometrial cell
	- Herpes infection	
	- Trichomonas	
- Bacterial vaginosis		
ที่ยังไม่ได้รับการรักษา		
นัดตรวจซ้ำ ๖ เดือน กรณี		
- Candida	- Bacterial vaginosis	
- Herpes	ที่ได้รับการรักษาแล้ว	
- Trichomonas		

ตารางที่ ๕ แสดงน้ำหนักของคำแนะนำ^๕

ระดับของคำแนะนำ (strength of recommendation)

- A มีหลักฐานในการสนับสนุนในการประยุกต์ทางคลินิกที่ดี แนะนำให้ปฏิบัติ
- B มีหลักฐานในการสนับสนุนในการประยุกต์ทางคลินิกปานกลาง แนะนำให้ปฏิบัติโดยที่ยังมีข้อจำกัดในบางกรณี
- C มีหลักฐานในการสนับสนุนในการประยุกต์ทางคลินิกที่ไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนหรือคัดค้าน การนำมาใช้ทางคลินิกต้องอาศัยข้อบ่งชี้อื่นร่วมด้วย
- D มีหลักฐานในการคัดค้านการนำมาใช้ประยุกต์ทางคลินิกระดับปานกลาง
- E มีหลักฐานในการคัดค้านการนำมาใช้ประยุกต์ทางคลินิกระดับดี

คุณภาพของหลักฐานสนับสนุน (quality of evidence)

- I มีหลักฐานสนับสนุนอย่างน้อย 1 การศึกษาชนิดสุ่มมีกลุ่มควบคุม
- II มีหลักฐานสนับสนุนอย่างน้อย 1 การศึกษา ชนิดไปข้างหน้าหรือมีกรณีควบคุมที่มากกว่า หนึ่งสถาบัน หรือจากการศึกษาที่รวบรวมหลายช่วงเวลา หรือ ได้ผลที่ชัดเจน
- III มีเพียงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ หรือ การศึกษาชนิดพรรณนา

สรุป

ภาวะก่อนมะเร็งคอมดลูก เป็นภาวะที่สามารถตรวจหาได้แต่เนิ่นๆ ไม่ยุ่งยาก โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งคอมดลูก ในช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้ได้การวินิจฉัยแต่เริ่มแรก การรักษาแต่เริ่มต้น และการเฝ้าติดตามในกรณีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นมะเร็งคอมดลูก ซึ่งถ้ากลายเป็นมะเร็งคอมดลูก ก็จะเป็นระยะต้น ซึ่งการรักษาได้ผลดีกว่าระยะท้าย

เอกสารอ้างอิง

๑. Deerasamee S. Cervical cancer in Thailand. Cervical cancer problems in Southeast Asia 2000;24-6.
๒. Sankaranarayanan R, Ferlay J. Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem. Best Pract Res Clinical Obstet Gynaecol 2006;20:207-25.
๓. The International Agency Research on Cancer (IARC). A practical manual on visual screening for cervical neoplasia. Lyon: IARC press, 2003.
๔. Cuzuick J, Arbyn M, Sankaranarayanan R, Tsu V, Ronco G, Mayrand MH, et al. Overview of human papillomavirus-based and other novel options for cervical cancer screening in developed and developing countries. Vaccine 2008;26:K29-41.
๕. Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D; 2006 ASCCP-Sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical screening tests. J Low Genit Tract Dis 2007;11:201-22.
๖. Sherman ME, Solomon D, Schiffman M; ASCUS LSIL Triage Study Group. Qualification of ASCUS. A comparison of equivocal LSIL and equivocal HSIL cervical cytology in the ASCUS LSIL Triage Study. Am J Clin Pathol 2001;116:386-94.
๗. Jones BA, Novis DA. Cervical biopsy-cytology correlation. A College of American Pathologists Q-Probes study of 22 439 correlations in 348 laboratories. Arch Pathol Lab Med 1996; 120:523-31.
๘. Lonky NM, Sadeghi M, Tsadik GW, Petitti D. The clinical significance of the poor correlation of cervical dysplasia and cervical malignancy with referral cytologic results. Am J Obstet Gynecol 1999;181:560-6.
๙. ALTS Group. A randomized trial on the management of low grade squamous intraepithelial lesion cytology interpretations. Am J Obstet Gynecol 2003;188:1393-1400.

๑๐. Sherman ME, Schiffman MH, Lorincz AT, Manos MM, Scott DR, Kuman RJ, et al. Toward objective quality assurance in cervical cytopathology. Correlation of cytopathologic diagnoses with detection of high-risk human papillomavirus types. *Am J Clin Pathol* 1994;102:182-7.
๑๑. Stoler MH, Schiffman M. Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance-Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion Triage Study (ALTS) Group. Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretations: realistic estimates from the ASCUS-LSIL Triage Study. *JAMA* 2001;285:1500-5.
๑๒. Solomon D, Schiffman M, Tarone R, for the ALTS Group. Comparison of three management strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significance: baseline results from a randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2001;93:293-9.
๑๓. Jones BA, Davey DD. Quality management in gynecologic cytology using interlaboratory comparison. *Arch Pathol Lab Med* 2000;124:672-81.
๑๔. Kinney WK, Manos MM, Hurley LB, Ransley JE. Where's the high-grade cervical neoplasia? The importance of minimally abnormal Papanicolaou diagnoses. *Obstet Gynecol* 1998;91:973-6.
๑๕. Massad LS, Collins YC, Meyer PM. Biopsy correlates of abnormal cervical cytology classified using the Bethesda system. *Gynecol Oncol* 2001;82:516-22.
๑๖. Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D; 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ. *J Low Genit Tract Dis* 2007;11:223-39.
๑๗. Jone M. Application of Laser Gynecology. In: Rock JA, Jones HW, eds. *Te Linde's Operative Gynecology*. 10th ed. Lippincott: Williams & Wilkins, 2008:298-318.
๑๘. Campion MJ. Preinvasive disease. In: Berek JS, Hacker NF, eds. *Berek and Hacker's Gynecologic Oncology*, 5th ed. Lippincott: Williams & Wilkins, 2010:268-340.
๑๙. Howard W, Jones III. Cervical Cancer Precursors and their management. In: Rock JA, Jones HW, eds. *Te Linde's Operative Gynecology*. 10th ed. Lippincott: Williams & Wilkins, 2008:1208-26.

Abstract

Guideline in management of abnormal Pap smear in Thammasat University Hospital

Komsun Suwannarurk

Gynecologic Oncology Unit, Department of Obstetrics & Gynecology, Faculty of Medicine, Thammasat University

Cervical cancer is the most common cancer in Thai women. The cervical cancer screening is essential for general practice procedure. The doctors should know about cervical cancer screening, interpretation of abnormal result and management. Diagnosis of precancerous lesion of cervix was done by cervical cytology, colposcopic guided cervical biopsy and cervical conization. This article provides scope on the diagnosis, treatment and follow up of precancerous lesion of cervix.

Key words: Abnormal Pap smear, Precancerous lesion, Cervix