

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

เรื่อง ก่อนเนื้องอกรังไข่ : รายที่ควรส่งต่อ

RTCOG Clinical Practice Guideline

Ovarian Tumor: When to Refer



แนวทางเวชปฏิบัติเรื่อง
จัดทำโดย

ก่อนเนื้องอกรังไข่: รายที่ควรส่งต่อ

คณะอนุกรรมการมะเร็งนรีเวช

พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๒

คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ

พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๕๒

วันที่อนุมัติต้นฉบับ

๑๖ มกราคม พ.ศ.๒๕๕๒

ผู้อนุมัติต้นฉบับ

คณะผู้บริหารราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์

แห่งประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๒

ประกาศใช้โดย

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๕๒

ปรับปรุงแก้ไข

ครั้งที่ วันที่

คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับ แพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษา ที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐาน ทางทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิกรการปฏิบัติ วิธีการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์ใด ๆ การปฏิบัติในการดูแลรักษา ผู้รับบริการทางการแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาวะของผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมทั้ง ความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้ไม่ได้ถือ เป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างใด แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ มีไว้ มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

ความเป็นมา

ในประเทศไทย มะเร็งรังไข่พบเป็นอันดับที่ ๕ ของมะเร็งในสตรี มีอุบัติการณ์ (age-standardized incidence rate; ASR) เท่ากับ ๕.๐ ราย ต่อประชากรสตรี ๑๐๐,๐๐๐ คน ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งรังไข่รายใหม่ ประมาณ ๑,๓๐๐ ราย ประมาณร้อยละ ๘๐ มีพยาธิวิทยาชนิดเนื้อเยื่อผิว (epithelial ovarian cancer)^๑ มากกว่า ๒ ใน ๓ ของผู้ป่วยเมื่อวินิจฉัยได้ ก็มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น ๆ มากแล้ว เนื่องจากปัจจุบัน ยังไม่มีวิธีการตรวจคัดกรองที่ดี เป็นที่ยอมรับกันว่า การรักษาผู้ป่วยมะเร็ง รังไข่ซึ่งประกอบด้วย การผ่าตัดและการให้ยาเคมีบำบัดจะได้ผลดีที่สุดถ้าผู้ป่วย ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มต้นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งรังไข่ และ ความเป็นจริงในปัจจุบันยังมีผู้ป่วยมะเร็งรังไข่จำนวนมากที่ไม่ได้รับการ ดูแลรักษาโดยเฉพะการผ่าตัดครั้งแรกโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แนวทาง เวชปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า

มีเนื้องอกรังไข่และแพทย์ผู้ตรวจสงสัยมากกว่าน่าจะเป็นมะเร็ง ได้ถูกส่งต่อไปรับการดูแลรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวช

ข้อมูลทางคลินิกที่นำมาพิจารณา

คำจำกัดความ : ก้อนเนื้องอกรังไข่ในบทความนี้หมายถึงก้อนเนื้องอกของรังไข่ที่พยาธิวิทยามีโอกาสจะเป็นมะเร็งเยื่อぶผิวสูง อันได้แก่ serous carcinoma, mucinous carcinoma, clear cell carcinoma, endometrioid carcinoma, transitional cell carcinoma และ malignant Brenner tumor

การวินิจฉัยโรค : ในกระบวนการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยจะประกอบด้วย (ก) การซักประวัติ (ข) การตรวจร่างกาย (ค) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ

(ก) **การซักประวัติ:** การซักประวัติเพื่อการวินิจฉัยก้อนเนื้องอกรังไข่ ควรประกอบด้วย อายุ วยหมดระดู จำนวนการตั้งครรภ์และการคลอด วิธีการคุมกำเนิด ประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัว และ อาการที่มาพบแพทย์^{๓,๔} โดยให้ความสำคัญกับข้อมูลดังต่อไปนี้ (*)

- อายุ \geq ๔๕ ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งอยู่ในวัยหมดระดู*
- ไม่เคยคลอดบุตร*
- ไม่มีประวัติการใช้วิธีคุมกำเนิดโดยฮอร์โมนเป็นระยะเวลานาน*
- มีญาติเป็นมะเร็งมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งเต้านม หรือมะเร็งระบบทางเดินอาหาร*
- มีอาการท้องอืด แน่นอึดอัดในท้อง การขับถ่ายอุจจาระมีการเปลี่ยนแปลง
- น้ำหนักเพิ่มหรือน้ำหนักลด เบื่ออาหาร

(ข) การตรวจร่างกาย : การตรวจร่างกายผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อองกรังไข่ นอกจากการตรวจร่างกายทั่วไปแล้ว แพทย์ผู้ตรวจจำเป็นต้องตรวจเต้านม ตรวจหน้าท้อง ตรวจภายในช่องเชิงกรานทางช่องคลอด/ทางทวารหนัก และ ร่วมกันเสมอ ในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ แพทย์มักจะตรวจพบดังนี้

- คลำพบ firm resistance, unexpected fullness
- พบภาวะท้องมาน โดยที่การเคาะพบ fullness ร่วมกับ shifting dullness
- พบก้อนขนาด ≥ 7 เซนติเมตร ลักษณะแข็ง ชรุขระ ที่บริเวณ pouch of Douglas และ/หรือที่ปีกมดลูก

(ค) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ : ปัจจุบันการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษที่มีประโยชน์ในการวินิจฉัยก้อนเนื้อองกรังไข่ ได้แก่ การตรวจโดยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonography) โดยเฉพาะตรวจทางช่องคลอด และการตรวจหาระดับ CA ๑๒๕ ในซีรัม สำหรับการตรวจโดยวิธีถ่ายภาพ (imaging) อื่น ๆ เช่น computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI) มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จะใช้บอกถึงการกระจายของโรค

ลักษณะคลื่นเสียงความถี่สูงในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ได้พลดังนี้^{๕-๗}

- เป็นถุงน้ำ (cyst) ที่มีผนังหนา
- มีลักษณะเป็น solid หรือ mixed cystic และ solid mass
- ผนังก้อนมีลักษณะ papillary projection
- พบ free fluid มากในช่องท้องหรือในอุ้งเชิงกราน

การตรวจหาระดับซีรัม CA ๑๒๕

CA ๑๒๕ เป็นโปรตีนที่สามารถสร้างได้จากรังไข่ มดลูก ปีกมดลูก และเยื่อช่องท้อง โดยค่าปกติในซีรัมเฉลี่ยจะน้อยกว่า ๓๕ U/ml พบว่าประมาณร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่มีระดับซีรัม CA ๑๒๕ สูงขึ้น^{๙๙} ดังนั้นการตรวจหาระดับซีรัม CA ๑๒๕ ในผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้ออกรังไข่จะช่วยในการวินิจฉัยโรคมะเร็งรังไข่ได้ระดับหนึ่ง^{๑๐} The American College of Obstetricians & Gynecologists (ACOG) และ Society of Gynecologic Oncologists (SGO) ได้นำลักษณะทางคลินิกร่วมกับผลของระดับซีรัม CA ๑๒๕ มาพิจารณาเป็นแนวทางปฏิบัติในการเลือกส่งต่อผู้ป่วยที่มีก้อนในอุ้งเชิงกราน โดยในกลุ่ม premenopausal (< ๕๐ ปี) เมื่อใช้ค่า CA ๑๒๕ > ๒๐๐ U/ml จะพบมี ความไว การทำนายผลบวกและการทำนายผลลบเท่ากับ ร้อยละ ๗๐, ๓๓.๘ และ ๙๐ สำหรับในกลุ่ม postmenopausal (≥ ๕๐ ปี) เมื่อใช้ค่า CA ๑๒๕ > ๓๕ U/ml จะเท่ากับร้อยละ ๙๔, ๕๙.๕ และ ๙๑.๑ ตามลำดับ^{๑๑}

Risk of malignancy index (RMI)

มีการใช้ลักษณะของก้อนเนื้ออกรังไข่จากการตรวจด้วยคลื่นเสียง ความถี่สูง ร่วมกับภาวะหมดระดู และระดับซีรัม CA ๑๒๕ มาพัฒนาเป็นค่า risk of malignancy index (RMI) ดังตารางที่ ๑ เพื่อใช้วินิจฉัยแยกโรคมะเร็งรังไข่จากเนื้ออกรังไข่ชนิดธรรมดา^{๑๒-๑๔} ถ้ามีค่า RMI มากกว่า ๒๐๐ คะแนน มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งรังไข่ โดยมีความไวร้อยละ ๘๕.๔ ความจำเพาะร้อยละ ๙๖.๙ การทำนายผลบวกร้อยละ ๖๖.๑ และการทำนายผลลบร้อยละ ๙๑.๑^{๑๒}

ตารางที่ ๑ Risk of malignancy index (RMI)

Feature	Score ^{๑๒}
Ultrasound features: <ul style="list-style-type: none"> ● multilocular cyst ● solid areas ● bilateral lesions ● ascites ● intra-abdominal metastases 	๐ = none ๑ = one abnormality ๓ = two or more abnormalities
Premenopausal	๑
Postmenopausal	๓
CA ๑๒๕ level	..U/ml
RMI score (ultrasound score x menopausal score x CA ๑๒๕ level in U/ml) =.....	

คำแนะนำและสรุป

๑. การวินิจฉัยก่อนเนื้องอกรังไข่ที่โอกาสพยาธิวิทยาจะเป็นมะเร็งเยื่อบุผิวสูง นอกจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ระดับซีรัม CA ๑๒๕ และ Risk of Malignancy Index (RMI) จะเป็นประโยชน์
๒. ผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้องอกรังไข่และมีลักษณะดังตารางที่ ๒ มีโอกาสที่จะมีผลทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งเยื่อบุผิวสูงและควรถูกส่งต่อไปให้ได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวช เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

ตารางที่ ๒ ลักษณะต่าง ๆ ที่มีโอกาสสูงจะเป็นมะเร็งเยื่อปิว

	ลักษณะ
๑. ประวัติผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> o อายุ \geq ๔๕ ปี o วยัหมตระกูล o ไม่มีบุตร o มีญาติเป็นมะเร็งเต้านม รังไข่ หรือลำไส้
๒. อาการ	<ul style="list-style-type: none"> o ท้องอืด แน่น เส้นรอบพุงใหญ่ขึ้น o เบื่ออาหาร o ระบบขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไป o น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น หรือลดลง
๓. ตรวจร่างกาย	<ul style="list-style-type: none"> o คลำท้องตึงแน่นทั่ว ๆ ไป o คลำก้อนลักษณะ firm ได้ในช่องท้อง o เคาะหน้าท้องได้ทึบและมี shifting dullness o ตรวจภายในได้ก้อนที่บริเวณปีกมดลูก o ตรวจภายใน / ทวารหนัก ได้ก้อนแข็ง ชรุชระ ที่ Pouch of Douglas
๔. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none"> o เป็นถุงน้ำที่มีผนังหนา o เป็นก้อนที่มีลักษณะ solid หรือ mixed cystic & solid o ผนังก้อนมีลักษณะ papillary projection o มีน้ำ (free fluid) มากในช่องท้อง หรือ ในอุ้งเชิงกราน o ระดับซีรัม CA ๑๒๕ สูง (\geq ๓๕ U/ml ในวัยหมตระกูล; $>$ ๒๐๐ U/ml ในวัยก่อนหมตระกูล) o RMI score \geq ๒๐๐

เอกสารอ้างอิง

๑. Kluhapprema T, Srivatanakul P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P. Cancer in Thailand Vol. IV, 1998-2000. Ministry of Public Health and Ministry of Education, Bangkok, 2007, p 56-8.
๒. Earle CC, Schrag D, Neville BA, Yabroff KR, Topor M, Fahey A, et al. Effect of surgeon specialty on processes of care and outcomes for ovarian cancer patients. *J Natl Cancer Inst* 2006;98:172-80.
๓. Goff BA, Mandel L, Muntz HG, Melancon CH. Ovarian carcinoma diagnosis. *Cancer* 2000;89:2068-75.
๔. Brinton LA, Lamb EJ, Moghissi KS, Scoccia B, Althuis MD, Mabie JE, et al. Ovarian cancer risk associated with varying causes of infertility. *Fertil Steril* 2004;82:405-14.
๕. Kinkel K, Lu Y, Mehdizade A, Pelte M, Hricak H. Indeterminate ovarian mass at US: incremental value of second imaging test for characterization - meta-analysis and Bayesian analysis. *Radiology* 2005;236:85-94.
๖. Ferrazzi E, Zanetta G, Dordoni D, Berlanda N, Mezzopane R, Lissoni AA. Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses : comparison of five scoring systems in a multicenter study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;10:192-7.
๗. Lerner JP, Timor-Tritsch IE, Federman A, Abramovich G. Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses with an improved, weighted scoring system. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:81-5.
๘. Benjapibal M, Neungton C. Pre-operative prediction of serum CA 125 level in women with ovarian masses. *J Med Assoc Thai* 2007;90:1986-91.
๙. Gostout BS, Brewer MA. Guidelines for referral of the patient with an adnexal mass. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49:448-58.
๑๐. Dearing AC, Aletti GD, McGree ME, Weaver AL, Sommerfield MK, Cliby WA. How relevant are ACOG and SGO guidelines for referral of adnexal mass? *Obstet Gynecol* 2007;110:841-8.

๑๑. Im SS, Gordon AN, Buttin BM, Leath CA, Gostout BS, Shah C, et al. Validation of referral guidelines for women with pelvic masses. *Obstet Gynecol* 2005;105:35-41.
๑๒. Jacobs I, Oram D, Fairbanks J, Turner J, Frost C, Grudzinskas JG. A risk-of-malignancy index incorporating CA 125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:922-9.
๑๓. Tingulstad S, Hagen B, Skjeldestad FE, Onsrud M, Kiserud T, Halvorsen T, et al. Evaluation of a risk of malignancy index based on serum CA125, ultrasound findings and menopausal status in the pre-operative diagnosis of pelvic masses. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:826-31.
๑๔. Ulusoy S, Akbayir O, Numanoglu C, Ulusoy N, Odabas E, Gulkilik A. The risk of malignancy index in discrimination of adnexal masses. *Int. J Gynaecol Obstet* 2007;96:186-91.
๑๕. Soegaard R, Knudsen A, Rix P, Johansen B. Risk of malignancy Index in the preoperative evaluation of patients with adnexal masses. *Gynecol Oncol* 2003;90:109-12.

