



ครรภ์ไข่ปลาอุกและเนื้องอก/มะเร็งเนื้อรก - เมื่อไรควรส่งต่อ

แนวทางการเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

เรื่อง ครรภ์ไข่ปลาอุกและเนื้องอก / มะเร็งเนื้อรก - เมื่อไรควรส่งต่อ

RTCOG Clinical Practice Guideline

Molar Pregnancy and GTN - When to Refer



**แนวทางการเวชปฏิบัติเรื่อง ครรภ์ไข่ปลาอุกและเนื้องอก/มะเร็งเนื้อรก -
เมื่อไรควรส่งต่อ**

จัดทำโดย

คณะอนุกรรมการมะเร็งนรีเวช

พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒

คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ

พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒

วันที่อนุมัติต้นฉบับ

๑๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๓

ผู้อนุมัติต้นฉบับ

คณะผู้บริหารราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์

แห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๕

ประกาศใช้โดย

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

วันที่ ๑๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๓

ปรับปรุงแก้ไข

ครั้งที่ วันที่

คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับ แพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสม ต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐานทางการ แพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ได้มี วัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิกรการปฏิบัติวิธีการดูแล รักษาผู้ป่วยใด ๆ การปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยอาจมีการปรับเปลี่ยน ตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาวะของผู้ป่วย รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือ ผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้มิได้ถือเป็นการ ทำเวชปฏิบัติ ที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างใด แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ มิได้ มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

ความเป็นมาของปัญหา

โรคของเนื้อรก หรือ gestational trophoblastic disease (GTD) คือ กลุ่มโรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวมากผิดปกติของเซลล์ trophoblasts ซึ่งสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ GTD ที่พบบ่อยได้แก่ ครรภ์ ไข่ปลาอุก (hydatidiform mole / molar pregnancy) และเนื้องอก/มะเร็ง เนื้อรก (gestational trophoblastic neoplasia , GTN) ซึ่งเกิดตามหลัง ครรภ์ไข่ปลาอุกประมาณร้อยละ ๖๐^๑

ในปัจจุบันผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกได้รับการวินิจฉัยที่เร็วขึ้นจากการ ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในไตรมาสแรก ซึ่งไม่ค่อยมีปัญหาในการ ดูแลรักษาแต่จะมีบางกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยซึ่งอาจก่อให้เกิด ปัญหาในการดูแลรักษาได้ นอกจากนี้เนื้องอก/มะเร็งเนื้อรกโดยเฉพาะ choriocarcinoma ที่มีการลุกลาม หรือการแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่สำคัญ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการตกเลือดรุนแรงจนเสียชีวิตได้ สูตินรีแพทย์ที่ดูแล

ผู้ป่วยโรคของเนื้องอก ควรมีความรู้ในเรื่องการดำเนินโรค ภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วม มีทักษะในการดูแลรักษาด้วยการผ่าตัดและ/หรือการให้ยาเคมีบำบัด และที่สำคัญมากคือ การตรวจติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษา เพื่อวินิจฉัยการหายจากโรค (remission) การคงค้างอยู่ของครรกไข่ปลาอุก (retained molar tissue), postmolar GTN และการดื้อยาเคมีบำบัด (drug resistance) แนวทางการปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรกไข่ปลาอุก หรือ เนื้องอก/มะเร็งเนื้องอก ซึ่งจะมีผู้ป่วยบางรายที่แพทย์ผู้ดูแลประเมินแล้ว ควรได้รับการส่งต่อไปรับการบำบัดรักษาโดยแพทย์หรือโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษา

การตรวจติดตามผู้ป่วยหลังยุติการตั้งครรกไข่ปลาอุก

โดยทั่วไปประมาณร้อยละ ๙-๒๐ ของผู้ป่วยครรกไข่ปลาอุกชนิด complete mole จะกลายเป็น GTN ในภายหลัง^๑

คำแนะนำในการตรวจติดตามผู้ป่วยหลังยุติการตั้งครรกไข่ปลาอุก^{๑-๓}

๑. การตรวจระดับ hCG ในซีรัม แนะนำให้ตรวจ
 - ทุก ๑-๒ สัปดาห์ จนกระทั่งปกติ ๓ ครั้งติดต่อกันต่อไปตรวจ
 - ทุก ๑ เดือน จนกระทั่งปกติ เป็นเวลา ๖ เดือน ต่อไปตรวจ
 - ทุก ๒ เดือน จนกระทั่งปกติ เป็นเวลา ๖ เดือน
๒. การตรวจภายใน แนะนำให้ตรวจทุก ๒ สัปดาห์ จนปกติ เพื่อประเมินการยุบตัวของมดลูก และถุงน้ำในรังไข่ชนิด theca lutein cyst (ถ้ำมี) และควรตรวจในกรณีที่มีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด มีการติดเชื้อ หรือระดับ hCG ในซีรัมไม่ลดลง เป็นต้น

๓. การคุมกำเนิด แนะนำให้ใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง และไม่มีผลข้างเคียงที่อาจรบกวนต่อการติดตามประเมินผู้ป่วย แนะนำให้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวม (combined oral contraceptive pills : OC) หรือใช้ถุงยางอนามัย (ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ OC) เป็นเวลานานอย่างน้อย ๖ เดือนหลังจาก ระดับ hCG ในซีรัมปกติ ไม่แนะนำให้ใช้ห่วงอนามัย ยาฉีด หรือยาฝังคุมกำเนิดเพราะอาจทำให้มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
๔. การตั้งครรภ์ครั้งต่อไป แนะนำให้ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (transvaginal ultrasonography) ในไตรมาสแรก เพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ว่าปกติหรือผิดปกติ หลังคลอดหรือแท้งให้ตรวจรกหรือ conceptive products อย่างละเอียด และตรวจระดับ hCG ในซีรัมหลังคลอดหรือแท้ง ๖ สัปดาห์เพื่อตรวจหาร่องรอยการคงอยู่ของเซลล์รก

การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อป้องกันการกลายเป็นเนื้องอก/มะเร็งเนื้องอก (Prophylactic chemotherapy)

หลักการคือ เลือกให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็น postmolar GTN ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงต่อการกลายเป็น postmolar GTN ได้แก่^{๓-๕}

- ก. ระดับ hCG ในซีรัมสูงกว่า ๑๐๐,๐๐๐ mIU/mL
- ข. ขนาดมดลูกใหญ่กว่าอายุครรภ์
- ค. เส้นผ่านศูนย์กลางของถุงน้ำในรังไข่ (theca lutein cyst) มากกว่า ๖ เซนติเมตร หรือ

ง. มือกบ่ประกอบอื่นที่พบร่วมเป็นภาวะแทรกซ้อนของครรรก
ไ้ปลากูก ได้แก่อายุมากกว่า ๔๐ ปี ครรรกเป็นพิข ต่อม
ธัรยธัเป็นพิข การแ้ช้งตัวของเลือดผิดปกติ และ tropho-
blastic embolization

การให้ยาเคมีบำบัด methotrexate หรือ actinomycin D พบว่า
ช่วยลดอุบัติการณ์ของการเป็น postmolar GTN ได้ผลดี^{๕-๗} แต่การให้ยา
เคมีบำบัดเพื่อป้องกันนี้ยังเป็นที่ยกเถียง เนื่องจากไม่สามารถลดอุบัติการณ์
การเป็น postmolar GTN ได้ทั้งหมด และผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจไม่มี
ความจำเป็นต้องได้รับยานี้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการแพ้หรือดื้อ
ต่อยาเคมีบำบัดที่เคยได้รับมาเมื่อจำเป็นต้องใช้ยานี้อีก ดังนั้นในปัจจุบัน
จึงแนะนำให้ยาเคมีบำบัดเพื่อป้องกันการเกิด postmolar GTN เฉพาะ
ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับการตรวจติดตามผลการรักษาได้เท่านั้น

Gestational Trophoblastic Neoplasia (GTN)

เนื้องอก/มะเร็งเนื้องอกเกิดตามหลังครรรกไ้ปลากูกประมาณร้อยละ
๖๐ หลังการแท้งประมาณร้อยละ ๓๐ หลังการตั้งครรรกปกติและครรรก
นอกมดลูกประมาณร้อยละ ๑๐^๘ การวินิจฉัยมักได้จากการตรวจติดตามระดับ
hCG ในซีรัมผู้ป่วยหลังยุติการตั้งครรรกไ้ปลากูก แต่ที่เป็นปัญหายุ่งยาก
ในการวินิจฉัยและการรักษาคือ GTN ที่เกิดตามหลังการตั้งครรรกชนิดอื่น
ไม่ว่าจะเป็นครรรกครบกำหนด ครรรกนอกมดลูกหรือการแท้ง ซึ่งสูตินรีแพทย์
อาจจะไม่ได้นึกถึงภาวะนี้ ดังนั้นสตรีที่มีประวัติการตั้งครรรกไม่ว่าจะเป็น
แบบใด ถ้ามีอาการเลือดออกผิดปกติจากอวัยวะใดก็ตาม เช่น เลือดออก
ทางช่องคลอด ไอเป็นเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด หรือเลือดออกในสมอง
โดยไม่ทราบสาเหตุชัดเจน ควรนึกถึง GTN ไว้เสมอ^๙ ซึ่งผู้ป่วยมักจะมีอาการ
ของเลือดออกจากอวัยวะที่มะเร็งแพร่กระจายไป ในเบื้องต้นอาจจะตรวจ
ยืนยันโดยการตรวจ urine pregnancy test หรือ hCG ในซีรัม อวัยวะ

ที่ GTN แพร่กระจายไปมากที่สุดคือ ปอด (ร้อยละ ๘๐) รองลงมาคือ ช่องคลอด (ร้อยละ ๓๐) สมอง (ร้อยละ ๑๐) ตับ (ร้อยละ ๑๐) ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบตำแหน่งของการแพร่กระจาย แต่พบว่าระดับ hCG ยังคงสูงอยู่หลังตัดมดลูกออกไปแล้ว นอกจากนี้ในผู้ป่วยรายเดียวกัน อาจจะมีการแพร่กระจายของ GTN ไปหลายอวัยวะได้

การวินิจฉัยโรค

กระบวนการวินิจฉัยผู้ป่วย GTN ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจระดับ hCG ในซีรัม การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ

๑. การซักประวัติ ควรประกอบด้วย อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อน รวมทั้งระยะเวลาหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ อาการของการมีเลือดออกจากอวัยวะต่าง ๆ เช่น ไ้ หอบเหนื่อย ไข้ เป็นเลือด หายใจลำบาก เจ็บใต้ชายโครงขวาหรือลิ้นปี่ อาการทางระบบประสาท และการเคยได้รับยาเคมีบำบัด
๒. การตรวจร่างกาย นอกจากการตรวจร่างกายทั่วไปแล้ว ควรตรวจหาร่องรอยการมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ ด้วย รวมทั้งการตรวจภายใน ประเมินขนาดของมดลูก และการแพร่กระจายที่ผนังช่องคลอด ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ ๓๐ ของ GTN
๓. การตรวจระดับ hCG ในซีรัม การวินิจฉัย GTN ไม่จำเป็นต้องได้ชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยาเสมอไป เพราะการทำ biopsy หรือขูดมดลูก อาจทำให้เกิดเลือดรุนแรงได้ การวินิจฉัยโรคโดยทั่วไปได้จากการตรวจระดับ hCG ในซีรัม

เกณฑ์การวินิจฉัย GTN หลังยุติการตั้งครรภ์ไป่ปลาอุก^{๑,๓,๔}

- ก. ระดับ hCG สูงคงที่ (plateau) จำนวน ๔ ครั้ง หรือมากกว่า ในระยะเวลา ๓ สัปดาห์ (เจาะเลือดวันที่ ๑, ๘, ๑๕ และ ๒๒)
 - ข. ระดับ hCG สูงขึ้น (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๐ จากค่าเดิม) จำนวน ๓ ครั้งหรือมากกว่าในระยะเวลา ๒ สัปดาห์ (เจาะเลือดวันที่ ๑, ๘ และ ๑๕)
 - ค. ผลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อเป็น choriocarcinoma หรือ placental site trophoblastic tumor
 - ง. ระดับ hCG สูงกว่าค่าปกติมากกว่า ๖ เดือนหลังยุติการตั้งครรภ์ไป่ปลาอุก
 - จ. ตรวจพบการกระจายไปที่ปอดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก ร่วมกับระดับ hCG สูงกว่าปกติ
๔. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ การตรวจที่ต้องทำทุกราย คือ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพื่อประเมินการแพร่กระจายไปที่ปอดซึ่งพบได้บ่อยที่สุด การตรวจพิเศษอื่น ๆ เพื่อประเมินการแพร่กระจายของ GTN ได้แก่ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจด้วย CT scan หรือ MRI ของช่องท้อง ทรวงอก และสมอง พิจารณาตามข้อบ่งชี้ อาการและอาการแสดงในกรณีที่ตรวจพบการแพร่กระจายที่ปอด ควรตรวจประเมินการแพร่กระจายไปที่สมองและตับด้วยเสมอ^๑

การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ที่จำเป็นก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ CBC, liver function test, BUN, creatinine ส่วนการตรวจ PT, PTT, fibrinogen และ thyroid function test พิจารณาตามข้อบ่งชี้ (สำหรับ urine pregnancy test อาจใช้ช่วยวินิจฉัยในสถานที่ซึ่งไม่สามารถ ตรวจ hCG ในซีรัมได้ แต่ไม่ควรใช้ในการตรวจติดตามโรค เนื่องจากมีความไวต่ำ)

การแบ่งระยะและความรุนแรงของ GTN

ปัจจุบันแนะนำให้แบ่งระยะและความรุนแรงของ GTN โดยใช้ FIGO anatomical staging system ร่วมกับ modified WHO prognostic scoring system (ดูตารางที่ ๑ และ ๒) ถ้าคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ จัดว่ามีความเสี่ยงต่ำ (low-risk) สามารถรักษาด้วย single agent chemotherapy ได้ ถ้าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า ๗ จัดว่ามีความเสี่ยงสูง (high-risk) ต้องรักษาด้วย combination chemotherapy อาจรวมกับการผ่าตัดและ/หรือรังสีรักษา

ตารางที่ ๑ FIGO Anatomical Staging for GTN^{๑, ๔}

ระยะที่ I	เนื้องอกจำกัดอยู่เฉพาะภายในตัวมดลูก
ระยะที่ II	เนื้องอกกระจายออกนอกตัวมดลูก แต่ยังคงจำกัดอยู่ในอวัยวะสืบพันธุ์ (ปีกมดลูก ช่องคลอด broad ligament)
ระยะที่ III	เนื้องอกกระจายไปที่ปอด ซึ่งอาจมีหรือไม่มีมะเร็งที่อวัยวะสืบพันธุ์ก็ได้
ระยะที่ IV	เนื้องอกกระจายไปที่อวัยวะอื่น ๆ

ตารางที่ ๒ Modified WHO Prognostic Scoring System as Adapted by FIGO^{๑, ๔}

ปัจจัย	คะแนน			
	๐	๑	๒	๔
อายุ (ปี)	น้อยกว่า ๔๐	เท่ากับ หรือ มากกว่า ๔๐		
การตั้งครรภ์ครั้งก่อน	ครรภ์ไขปลาคูก	แท้ง	ครรภ์ครบกำหนด	
ระยะเวลาจากการสิ้นสุด ครรภ์ก่อน จนถึงเริ่มให้ยา เคมีบำบัด (เดือน)	น้อยกว่า ๔	๔ - ๖	๗ - ๑๒	มากกว่า ๑๒
ระดับ hCG หน่วย/ลิตร	น้อยกว่า ๑๐ ^๑	๑๐ ^๑ - ๑๐ ^๔	๑๐ ^๔ - ๑๐ ^๕	มากกว่า ๑๐ ^๕
ขนาดของเนื้องอกที่ใหญ่ ที่สุด (ซม.) (รวมทั้งในมดลูก)	-	๓ - ๔	เท่ากับหรือ มากกว่า ๕	
ตำแหน่งการแพร่กระจาย	ปอด	ม้าม, ไต	ลำไส้	ตับ, สมอง
จำนวนของการแพร่กระจาย		๑ - ๔	๕ - ๘	มากกว่า ๘
การได้เคมีบำบัดล้มเหลว มาก่อน	-	-	ยา ๑ ตัว	เท่ากับหรือ มากกว่า ๒ ตัว

ในการรายงาน ให้เขียน stage เป็นเลขโรมัน ตามด้วยเครื่องหมาย : และตัวเลขที่คำนวณได้จาก WHO prognostic scoring system เช่น GTN stage III ที่มีคะแนนความเสี่ยงเท่ากับ ๔ จะเขียนรายงานว่า stage III : ๑ โดยทั่วไปผู้ป่วย stage I จะมี low-risk score ในขณะที่ผู้ป่วย stage IV จะมี high-risk score การแยกระหว่าง low-risk และ high-risk มักใช้ในผู้ป่วย GTN stage II และ III การประเมินจำนวนและขนาดของ

lung metastases ให้ประเมินจาก chest x-ray อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วย non-metastatic GTN ที่ผล chest x-ray ปกติ พบว่ามี micrometastases จากการตรวจด้วย chest CT scan ประมาณร้อยละ ๔๐^{๙,๑๔}

การรักษา

รักษาตามความเสี่ยงโดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น low-risk GTN และ high-risk GTN^{๑, ๘}

๑. Low-risk GTN ได้แก่ ผู้ป่วย non-metastatic (stage I) และ metastatic GTN stage II & III ที่มี prognostic score เท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ การรักษาผู้ป่วย stage I GTN ขึ้นกับความต้องการอนุรักษัภาวะเจริญพันธุ์ ถ้ายังต้องการอนุรักษัภาวะเจริญพันธุ์ให้รักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิดเดี่ยว (single agent) เช่น methotrexate หรือ actinomycin D แต่ถ้ามีลูกเพียงพอแล้ว อาจรักษาโดยการตัดมดลูกออก (hysterectomy) ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดดังกล่าว^{๑๐,๑๑}
๒. High-risk GTN ได้แก่ ผู้ป่วย metastatic GTN stage II & III ที่มี prognostic score เท่ากับหรือมากกว่า ๗ และผู้ป่วย stage IV การรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต้องรักษาด้วย combination chemotherapy เช่น methotrexate, actinomycin D, cyclophosphamide (MAC) หรือ etoposide, methotrexate, actinomycin D (EMA) ให้ร่วมกับ cyclophosphamide, vincristine (CO) เป็น EMA-CO regimen หรือ etoposide, methotrexate, actinomycin D (EMA) ให้ร่วมกับ etoposide, cisplatin (EP) เป็น EMA-EP regimen^{๑๒} ซึ่งผู้ป่วยควรที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางมะเร็งหรือเวชและ มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

การผ่าตัดมีบทบาทในการรักษาภาวะแทรกซ้อนและก้อนมะเร็งที่ดื้อยาเคมีบำบัด การตัดมดลูกออก (hysterectomy) อาจจำเป็นในการควบคุมการตกเลือดจากมดลูก การติดยึด หรือก้อนมะเร็งที่ดื้อยาเคมีบำบัด การตกเลือดจาก vaginal metastases อาจควบคุมโดยการกดประจุให้แน่น (packing) ด้วยผ้ากอซ การทำ arterial embolization และการผูก hypogastric arteries การผ่าตัด craniotomy อาจจำเป็นในการควบคุมภาวะเลือดออกในสมอง สำหรับรังสีรักษาพิจารณาในกรณีที่มีการแพร่กระจายไปที่สมองและตับโดยรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด^{๑๑}

การติดตามผลการรักษา

ให้ติดตามระดับ hCG ในซีรัมทุก ๑ สัปดาห์ จนกระทั่งปกติ ๓ สัปดาห์ติดต่อกัน หลังจากนั้นให้ตรวจทุก ๑ เดือน จนปกติ ๑๒ เดือน ในระหว่างที่ติดตามผลการรักษาแนะนำให้คุมกำเนิดด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อย ๑๒ เดือนหลังจากระดับ hCG ปกติ ผู้ป่วย stage IV GTN ควรติดตามนานอย่างน้อย ๒๔ เดือน^{๑๒}

การกลับเป็นซ้ำ

Non-metastatic GTN หรือ stage I GTN มีการกลับเป็นซ้ำประมาณร้อยละ ๒ ผู้ป่วย low-risk และ high-risk GTN มีการกลับเป็นซ้ำประมาณร้อยละ ๔ และร้อยละ ๑๓ ตามลำดับ โดยร้อยละ ๕๐ และร้อยละ ๘๕ ของการกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้นภายใน ๓ เดือนและ ๑๘ เดือน ตามลำดับ^{๑๓}

สรุปคำแนะนำ

๑. ผู้ป่วยครรภ์ไขปลาอุกที่ควรได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษา (Level C) ได้แก่

- ๑.๑ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ hyperthyroidism และ severe preeclampsia
 - ๑.๒ มีความเสี่ยงต่อการเกิด pulmonary embolization ได้แก่ ขนาดของมดลูกโตกว่า ๑๖ สัปดาห์ของอายุครรภ์ หรือมี theca lutein cysts ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า ๖ เซนติเมตร
 - ๑.๓ มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด postmolar GTN ซึ่งไม่สามารถให้ prophylactic chemotherapy หรือไม่สามารถตรวจติดตามโดยการตรวจระดับ hCG ในซีรัมทุก ๑-๒ สัปดาห์ได้
 - ๑.๔ มีความเสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึก และ/หรือ การผ่าตัด
๒. ผู้ป่วย low-risk GTN สามารถรักษาได้ผลดีด้วย single agent chemotherapy โดยสูตินรีแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในการบริหารยาเคมีบำบัด และการตรวจติดตามผลการรักษาโดยเฉพาะการตรวจระดับ hCG ในซีรัม (Level C)
 ๓. ผู้ป่วย high-risk GTN หรือ GTN ที่มีการแพร่กระจายไปที่ปอด ตับ หรือสมอง ควรได้รับการส่งต่อไปให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางมะเร็งนรีเวชดูแลรักษา (Level A)
 ๔. ผู้ป่วย placental site trophoblastic tumor (PSTT) ควรได้รับการส่งต่อไปให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางมะเร็งนรีเวชดูแลรักษา (Level C)

เอกสารอ้างอิง

๑. Kurman RJ, Kim SJ, Lurain JR, Newlands ES, Ngan HYS, Sasaki S, et al. Trophoblastic disease. In: Pecorelli S, Ngan HYS, Hacker NF, editors. Staging classifications and clinical practice guidelines for gynaecological cancers. 3rd ed. London : Elsevier, 2006:122-45. Available at: <http://www.figo.org/files/figo-corp/docs/staging-booklet.pdf> (accessed date: May 7,2009)
๒. Berkowitz RS, Goldstein DP. Molar pregnancy. *N Engl J Med* 2009;360:1639-45.
๓. Soper JT, Mutch DG, Schink JC. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease. *ACOG Practice Bulletin No.53. Gynecol Oncol* 2004;93:575-85.
๔. Berkowitz RS, Goldstein DP. Diagnosis and management of the primary hydatidiform mole. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1988;15:491-503.
๕. Limpongsanurak S. Prophylactic actinomycin D for high-risk complete hydatidiform mole. *J Reprod Med* 2001; 46:110-6.
๖. Kim DS, Moon H, Kim KT, Moon YJ, Hwang YY. Effects of prophylactic chemotherapy for persistent trophoblastic disease in patients with complete hydatidiform mole. *Obstet Gynecol* 1986;67:690-4.
๗. Goldstein DP, Berkowitz RS. Prophylactic chemotherapy of complete molar pregnancy. *Semin Oncol* 1995;22: 157-60.
๘. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current management of gestational trophoblastic diseases. *Gynecol Oncol* 2009;112: 654-62.
๙. Hancock BW. Gestational trophoblastic disease. In: Luesley DM, Baker PN, editors. *Obstetrics and gynaecology. An evidence-based text for MRCOG.* London Arnold 2004:756-61.
๑๐. Alazzam M, Tidy J, Hancock BW, Osborne R. First line chemotherapy in low risk gestational trophoblastic neoplasia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No: CD007102. DOI: 10.1002/14651858. CD007102.pub2

୧୧. Lertkhachonsuk A, Israngura N, Wilailak W, Tangtrakul S. Actinomycin D Versus methotrexate-folinic acid as the treatment of stage I, low-risk gestational trophoblastic neoplasia. A randomized controlled trial. *Int J Gynecol Cancer* 2009;19: 9885-8.
୧୨. Deng L, Yan X, Zhang J, Wu T. Combination chemotherapy for high-risk gestational trophoblastic tumor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No: CD005196. DOI : 10.1002/14651858.CD005196.pub2
୧୩. Mutch DG, Soper JT, Babcock CJ, Clarke-Pearson DL, Hammond CB, et al. Recurrent gestational trophoblastic disease. Experience of the Southeastern Regional Trophoblastic Disease Center. *Cancer* 1990 ; 66 : 978-82.
୧୪. Mutch DG, Soper JT, Baker ME, Bandy LC, Cox EB, Clarke-Pearson DL, et al. Role of computed axial tomography of the chest in staging patients with nonmetastatic gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol* 1986; 68: 348-52.
୧୫. Garner EIO, Garrett A, Goldstein DP, Berkowitz RS. Significance of chest computed tomography findings in the evaluation and treatment of persistent gestational trophoblastic neoplasia. *J Reprod Med* 2004; 49 : 411-4.

