

# มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก : คำแนะนำสำหรับนรีแพทย์

## ในการดูแลรักษา

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

## เรื่อง มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก: คำแนะนำสำหรับ นรีแพทย์ในการดูแลรักษา

RTCOG Clinical Practice Guideline

Endometrial Carcinoma : Endometrial Carcinoma: Management  
Recommendation for General Gynaecologists



แนวทางเวชปฏิบัติเรื่อง **มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก : คำแนะนำ  
สำหรับนรีแพทย์ในการดูแลรักษา**  
จัดทำโดย **คณะกรรมการมะเร็งวิทยานรีเวช  
พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๕**

วันที่อนุมัติต้นฉบับ **๑๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๔**  
ผู้อนุมัติต้นฉบับ **คณะผู้บริหารราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์  
แห่งประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๕**  
ประกาศใช้โดย **ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย  
วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๔**  
ปรับปรุงแก้ไข **ครั้งที่ วันที่**

## คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกเมื่อได้รับการวินิจฉัยการ จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบในการดูแลรักษาผู้ป่วยในการปฏิบัติงานจริง อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สถานะของผู้ป่วย รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยและบุคลากรผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาหรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยแนวทางเวชปฏิบัตินี้มีได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิกการปฏิบัติวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย หรือใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมายแต่อย่างใด

## ความเป็นมา

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกพบได้เป็นอันดับสามของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในประเทศไทย รองมาจากมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งรังไข่<sup>๑</sup> ปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ได้แก่ ภาวะอ้วน มีบุตรยากหรือไม่มีบุตร ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และการถูกกระตุ้นด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นเวลานาน อาการที่พบบ่อยที่สุดของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกคือเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ซึ่งพบประมาณร้อยละ ๘๐-๙๐ ของผู้ป่วย การมีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกภายหลังวัยหมดระดูมีสาเหตุมาจากมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกได้ถึงร้อยละ ๑๕-๒๕<sup>๒</sup> บางรายอาจมีอาการปวดท้องท้องน้อยคล้ายมดลูกบีบตัว มดลูกอาจมีขนาด โตจากการมีเลือดคั่งในโพรงมดลูก (hematometra) อันเนื่องมาจากภาวะปากมดลูกตีบตัน หากมีการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วยจะกลายเป็นหนองคั่ง (pyometra) ได้ ในรายที่มะเร็งลุกลามไปมากแล้ว อาจมีอาการปวด น้ำหนักลด อ่อนเพลียและซีดจากการเสียเลือดมากได้

การตรวจวินิจฉัยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ทำได้โดยการตรวจพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อจากเยื่อบุโพรงมดลูก ซึ่งอาจได้มาจากการส่องตรวจชิ้นเนื้อจากเยื่อบุโพรงมดลูก (endometrial biopsy) หรือการขูดมดลูก (endometrial curettage) ความแม่นยำของการทำ endometrial biopsy สูงถึงร้อยละ ๘๕-๙๘<sup>๓,๔</sup> เมื่อเปรียบเทียบกับการทำ endometrial curettage จึงมีการนำมาใช้เป็นการตรวจเบื้องต้นแทนการขูดมดลูก อย่างไรก็ตาม สตรีบางรายยังจำเป็นต้องได้รับการขูดมดลูกเพื่อการวินิจฉัย ได้แก่<sup>๕</sup>

- สตรีที่มีข้อบ่งชี้สำหรับ endometrial biopsy แต่ไม่สามารถทำได้เนื่องจากมีความวิตกกังวลสูง ปากมดลูกตีบตันหรือมีอาการปวดมาก
- กรณีที่ผลของ endometrial biopsy ไม่สามารถอธิบายอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติของผู้ป่วยได้ หรือมีเนื้อเยื่อไม่เพียงพอสำหรับการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา
- กรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก เช่นภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกหนาตัวผิดปกติ (endometrial hyperplasia) ทั้งนี้เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกซ่อนเร้นอยู่

การตรวจมดลูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (transvaginal ultrasound) เพื่อประเมินลักษณะและความหนาของเยื่อบุโพรงมดลูก อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นสำหรับสตรีวัยหมดระดูที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก<sup>๖,๗</sup> โดยใช้เกณฑ์ความหนาของเยื่อบุโพรงมดลูกที่เกิน ๕ มิลลิเมตร จึงจะถือว่าผิดปกติ อย่างไรก็ตามข้อควรระวัง คือ การตรวจด้วย transvaginal ultrasound เพียงอย่างเดียว อาจผิดพลาดได้ถึงร้อยละ ๔<sup>๘</sup>

การรักษาหลักของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกตามมาตรฐานที่สหพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยานานาชาติ หรือ International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO)<sup>๙,๑๐</sup> ได้กำหนดไว้ คือ การผ่าตัด

มดลูกและปีกมดลูกออกทั้ง ๒ ข้าง (total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy: TAH & BSO) การเก็บน้ำล้างช่องท้องส่งตรวจทางเซลล์วิทยา (peritoneal washing for cytology) หัตถการผ่าตัดที่ต้องทำเพิ่มเติมในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของมะเร็งออกนอกมดลูก ได้แก่ การตัดแผ่นไขมันในช่องท้อง (omentectomy) การเลาะต่อมน้ำเหลืองหลังเยื่ออุ้งเชิงกรานและข้างหลอดเลือดแดง aorta (pelvic and para-aortic lymphadenectomy) ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ได้แก่ มะเร็งชนิด endometrioid เกรด ๒-๓ หรือมะเร็งที่มีพยาธิวิทยาชนิดรุนแรง เช่น serous carcinoma, clear cell carcinoma, carcinosarcoma เป็นต้น ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่มากกว่า ๒ เซนติเมตร มีการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อ มดลูกหรือลงมาที่ปากมดลูก มีการลุกลามเข้าหลอดเลือดหรือน้ำเหลือง (lympho-vascular space invasion) หรือมะเร็งลุกลามไปที่ปีกมดลูกหรือภายในช่องท้อง<sup>๑๑-๑๓</sup> การผ่าตัดมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาและกำหนดระยะโรค (surgical staging) แม้ว่าโดยมาตรฐานจะทำการตัดมดลูกออกแบบธรรมดา (simple total hysterectomy) แต่ในบางรายที่มะเร็งได้ลุกลามมาที่ปากมดลูกชัดเจนจากการตรวจทางคลินิก อาจพิจารณาทำผ่าตัดมดลูกออกแบบกว้าง (radical hysterectomy)<sup>๑๔</sup>

หลังจากทำการผ่าตัดเพื่อกำหนดระยะโรคในผู้ป่วยมะเร็งเยื่ออุ้งเชิงกรานแล้ว จำเป็นต้องประเมินปัจจัยพยากรณ์ต่าง ๆ ทางคลินิกและทางพยาธิวิทยา (clinico-surgicopathological prognostic factors) อย่างละเอียด เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยเหล่านั้นควรจะได้รับการรักษาเพิ่มเติม (adjuvant therapy) หรือไม่ เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคและเพิ่มระยะเวลาการอยู่รอดของผู้ป่วย ซึ่งวิธีการหลักได้แก่ การให้รังสีรักษา (radiation therapy) โดยอาจเป็นการฉายรังสีจากภายนอก (external beam pelvic radiation therapy) และ/หรือการใส่แร่ (intracavitary radiation therapy)<sup>๑๕,๑๖</sup> บางกรณีอาจพิจารณาให้เคมีบำบัดร่วมด้วย โดยปกติแล้วแพทย์ทางมะเร็งหรือร่วมกัพยาธิแพทย์ทางรังสีและแพทย์ทางรังสีรักษา

จะประเมินปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ร่วมกันโดยละเอียดเพื่อเลือกวิธีการรักษาเพิ่มเติมที่เหมาะสมที่สุดแก่ผู้ป่วยต่อไป

## ข้อพิจารณาสำหรับนรีแพทย์ในการรักษามะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

ผู้ป่วยหรือนรีแพทย์ทั่วไป อาจมีคำถามว่า หลังการทำ fractional curettage หรือ endometrial biopsy แล้ว ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก นรีแพทย์ทั่วไปสามารถผ่าตัดรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ได้หรือไม่ หรือจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษากับแพทย์เฉพาะทางมะเร็งนรีเวช ซึ่งสามารถทำการผ่าตัดเพื่อกำหนดระยะของมะเร็งให้ครบถ้วน (complete surgical staging) ซึ่งรวมถึงการเจาะต่อมน้ำเหลืองหลังเยื่อบุอุ้งเชิงกรานและช่องท้องด้านบนออกพร้อมกับการตัดมดลูก ข้อควรพิจารณาเหล่านี้อาจเป็นแนวทางแก่นรีแพทย์ทั่วไปในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการฟ้องร้อง เป็นต้น

### สิ่งที่ควรพิจารณา ได้แก่

#### ๑. ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกที่ตรวจพบก่อนหรือระหว่างการผ่าตัด

ปัจจัยเสี่ยงบางประการที่สามารถประเมินได้ก่อนผ่าตัดจากการตรวจทางพยาธิวิทยาเบื้องต้น ได้แก่ ชนิดและเกรดของมะเร็งจากการทำ endometrial biopsy หรือ curettage การตรวจทางรังสีที่ใช้กันในปัจจุบัน เช่น CT scan และ MRI ก็สามารถช่วยประเมินปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติมได้ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เช่น ขนาดของก้อนมะเร็ง ความลึกของการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูก การลุกลามมาที่ปากมดลูก การแพร่กระจายของมะเร็งออกนอกโพรงมดลูกไปที่ปีกมดลูกหรืออวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้อง หรือการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกที่สามารถประเมินได้ก่อนการผ่าตัด และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถประเมินได้ด้วยตาเปล่าในขณะที่ผ่าตัด

ได้แก่ ขนาดของก้อนมะเร็ง ความลึกที่มะเร็งลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูก ลักษณะของต่อมหน้าเหลืองหลังเยื่อช่องท้องและอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้อง วิธีการประเมินปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้พบว่า มีข้อจำกัดดังต่อไปนี้

#### ๑.๑ การตรวจทางพยาธิวิทยา

การตรวจทางพยาธิวิทยา ก่อนผ่าตัดอาจมีข้อจำกัดบางประการ เช่น

- ก้อนมะเร็งที่มีลักษณะเป็น polyp หรือบริเวณหยาบเล็กน้อย ๆ ในโพรงมดลูกซึ่งมีพื้นที่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของผิวเยื่อโพรงมดลูก อาจตรวจไม่พบจากการทำ endometrial sampling หรือเนื้อเยื่อที่ได้มาตรวจ อาจจะได้เป็นพยาธิสภาพที่รุนแรงที่สุดของรอยโรค<sup>๑</sup>
- เกรดของมะเร็งที่ได้จากการตัดมดลูก อาจสูงกว่าเกรดที่ได้จากการทำ endometrial biopsy ได้ร้อยละ ๒๖ และสูงกว่าเกรดที่ได้จากการทำ endometrial curettage ได้ถึงร้อยละ ๑๐<sup>๔</sup>
- ผลรายงานทางพยาธิวิทยาอาจมีความหลากหลายจากการแปลผลโดยพยาธิแพทย์แต่ละท่านหรือแต่ละครั้งที่แปลผล (inter- and intra-personal variability) โดยเมื่อมีการทบทวนสไลด์ชิ้นเนื้อเหล่านั้น พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงผลการวินิจฉัยได้ถึงร้อยละ ๒๕-๕๐<sup>๑๗,๑๘</sup>

#### ๑.๒ การประเมินการลุกลามของมะเร็งที่ปากมดลูก

การตรวจภายในและการทำ endocervical curettage อาจจะไม่สามารถวินิจฉัยการลุกลามของมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกมาที่ปากมดลูกได้ทุกราย แม้แต่การตรวจทางรังสีก็มีขีดจำกัด มีรายงานการทบทวนการศึกษาต่าง ๆ ของการตรวจทางรังสีเพื่อประเมินรอยโรคมะเร็งเยื่อโพรง

มดลูก พบว่า แม้การตรวจโดยวิธี MRI ซึ่งมีความแม่นยำมากกว่าการตรวจด้วย transvaginal ultrasonography หรือ CT scan ก็มีความไวเพียงร้อยละ ๗๕-๘๐ และความจำเพาะร้อยละ ๙๔-๙๖<sup>๑๙</sup>

### ๑.๓ ความลึกของการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูก

การประเมินความลึกของการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูกโดยการตรวจทางรังสีที่แม่นยำที่สุดในปัจจุบัน คือ การตรวจโดยวิธี contrast-enhanced MRI<sup>๒๐,๒๑</sup> อย่างไรก็ตามพบว่า MRI อาจวินิจฉัยการลุกลามของมะเร็งต่ำกว่า<sup>๒๒</sup> หรือสูงกว่าความเป็นจริงได้<sup>๒๓</sup> โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยอายุมาก มะเร็งมีลักษณะเป็น polypoid ขนาดใหญ่ ซึ่งรอยต่อระหว่างเยื่อบุและกล้ามเนื้อมดลูกจะไม่ชัดเจนหรือมีการคั่งของหนองในโพรงมดลูก<sup>๑๙,๒๒</sup>

การประเมินความลึกของการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูกในห้องผ่าตัดอาจต่ำกว่าความเป็นจริงเมื่อเปรียบเทียบกับผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ความผิดพลาดนี้สัมพันธ์กับเกรดของมะเร็ง เกรดยิ่งสูง ความผิดพลาดยิ่งสูงขึ้น จากรายงานต่าง ๆ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผลการตรวจทางพยาธิวิทยา การประเมินด้วยตาเปล่า (gross inspection) มีความแม่นยำประมาณร้อยละ ๘๕-๙๐<sup>๒๔-๒๗</sup> ในขณะที่การตรวจด้วย frozen section มีความแม่นยำประมาณร้อยละ ๘๗-๙๕<sup>๒๕,๒๘,๒๙</sup>

### ๑.๔ การแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองหลังเยื่อบุช่องท้อง (retroperitoneal lymph node metastasis)

ปัจจัยเสี่ยงนี้พบว่าสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ และมีผลต่อการพยากรณ์โรค<sup>๑๐</sup> ความเสี่ยงของการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองแตกต่างกันตามปัจจัยต่าง ๆ ต่อไปนี้

- เกรดของมะเร็ง พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้ร้อยละ ๓ ร้อยละ ๙ และร้อยละ ๑๘ ในมะเร็งเกรด ๑ เกรด ๒ และเกรด ๓ ตามลำดับ

- ความลึกของการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูก ถ้ามะเร็งอยู่เฉพาะในเยื่อบุโพรงมดลูกพบการแพร่กระจายไปที่ต่อมหน้าเหลืองได้ ร้อยละ ๑ ถ้ามีการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูกเท่ากับหรือน้อยกว่า ๑/๓ และมากกว่า ๒/๓ พบการแพร่กระจายดังกล่าวร้อยละ ๕-๖ และร้อยละ ๒๕ ตามลำดับ
- การลุกลามเข้าหลอดเลือดหรือน้ำเหลือง ถ้ามีปัจจัยนี้พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมหน้าเหลืองได้ร้อยละ ๒๗ เมื่อเปรียบเทียบกับในรายที่ไม่มี การลุกลามเข้าหลอดเลือดหรือน้ำเหลือง ซึ่งพบการแพร่กระจายไปที่ต่อมหน้าเหลืองเพียงร้อยละ ๗
- ถ้ามะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะในเยื่อบุโพรงมดลูก กรณีที่เป็นเกรด ๑ ไม่พบว่ามีการแพร่กระจายไปที่ต่อมหน้าเหลืองเลย ในขณะที่มะเร็งเกรด ๒-๓ พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมหน้าเหลืองประมาณร้อยละ ๓
- ถ้ามะเร็งลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูกด้านในเท่ากับหรือน้อยกว่า ๑/๓ กรณีที่เป็นเกรด ๑ พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมหน้าเหลืองร้อยละ ๑-๓ ในขณะที่มะเร็งเกรด ๒-๓ พบได้ร้อยละ ๔-๙ แต่หากมีการลุกลามมากกว่า ๑/๓ และเป็นเกรด ๑ พบได้ร้อยละ ๖-๑๑ ในขณะที่เกรด ๒-๓ พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมหน้าเหลืองได้สูงถึงร้อยละ ๑๔-๓๔

อย่างไรก็ตามเคยมีรายงานว่า อาจพบการแพร่กระจายไปที่ต่อมหน้าเหลืองได้ แม้จะเป็นเพียงมะเร็งเกรด ๑<sup>๑๑,๓๐,๓๑</sup> หรือไม่มีการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูกเลย<sup>๓๐</sup>



การประเมินต่อมน้ำเหลืองโดยการตรวจทางรังสีก่อนการผ่าตัดนั้น มีความแม่นยำแตกต่างกันขึ้นกับวิธีการตรวจและความชำนาญของรังสีแพทย์ จากการทบทวนแบบเป็นระบบ (systematic review) ของการตรวจทางรังสีเพื่อประเมินความแม่นยำในการวินิจฉัยการแพร่กระจายมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกไปที่ต่อมน้ำเหลือง พบว่า MRI มีความแม่นยำสูงที่สุดเมื่อเทียบกับเทคนิคอื่น ๆ ของการตรวจทางรังสี แต่ก็มีความไวเพียงร้อยละ ๗๐ ในขณะที่ CT scan มีความไวต่ำเพียงร้อยละ ๔๕ เท่านั้น<sup>๓๒</sup> ทั้งนี้เนื่องมาจากการตรวจทางรังสีเพื่อประเมินการแพร่กระจายมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองนั้นจะใช้ขนาดของต่อมน้ำเหลืองเป็นเกณฑ์หลัก จากการศึกษาพบว่าร้อยละ ๓๐-๔๐ ของการแพร่กระจายของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกไปที่ต่อมน้ำเหลืองเป็นการแพร่กระจายแบบซ่อนเร้นหรือแบบจุลทรรศน์ (microscopic metastasis) ซึ่งต่อมน้ำเหลืองยังไม่มีขนาดโตผิดปกติ<sup>๓๓-๓๔</sup>

ส่วนการประเมินการแพร่กระจายของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกไปที่ต่อมน้ำเหลืองในห้องผ่าตัดนั้น โดยทั่วไปแพทย์ทางมะเร็งหรือเวชจะประเมินเบื้องต้นโดยการคลำต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานและช่องท้องด้านบน และจะทำการเลาะต่อมน้ำเหลืองในรายที่มีปัจจัยเสี่ยง อย่างไรก็ตาม พบว่าการตรวจคลำ (palpation) มีความแม่นยำในการตรวจพบการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองเพียงร้อยละ ๑๐ เท่านั้น<sup>๓๕</sup> การตรวจคลำจะมีประโยชน์ในกรณีที่ต่อมน้ำเหลืองมีลักษณะผิดปกติชัดเจนเท่านั้น เช่น มีขนาดโตและแข็งหรือมีการลุกลามที่เปลือกหุ้ม (capsular invasion)<sup>๓๖</sup>

#### ๑.๕ การแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ปีกมดลูก

แม้ว่าการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่รังไข่จะสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ เกรตและการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูก<sup>๓๗</sup> อย่างไรก็ตาม อาจพบการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่รังไข่ได้แม้เป็นเพียงมะเร็งเกรต ๑<sup>๓๗,๓๘</sup> หรือ มะเร็งที่ไม่มีการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูกเลยก็ตาม<sup>๓๘</sup>

นอกจากนี้อาจพบมะเร็งรังไข่ร่วมกับมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกได้ (synchronous cancer) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ๔๕ ปี

ซึ่งจะพบ synchronous ovarian cancer ได้ร้อยละ ๑๑-๒๙ เปรียบเทียบกับในผู้ป่วยที่อายุมากกว่าพบร้อยละ ๒-๕<sup>๓๙,๔๐</sup> ซึ่งมะเร็งรังไข่นี้มีหลักการผ่าตัดแตกต่างจากการผ่าตัดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก การประเมินภาพทางรังสีอาจมีความผิดพลาดได้ โดยร้อยละ ๑๕ ของมะเร็งรังไข่ที่ร่วมกับมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกนั้นไม่สามารถตรวจพบได้โดย pelvic ultrasound, CT scan หรือ MRI ในขณะที่อีกร้อยละ ๑๕ แปลผลว่าเป็นก้อนปกติที่ไม่ใช่มะเร็ง<sup>๓๘</sup>

## ๒. ในแง่ของการผ่าตัด

การผ่าตัดเพื่อกำหนดระยะของมะเร็งให้ครบถ้วนนั้น (complete surgical staging) FIGO กำหนดให้มีการส่องเลาะต่อมน้ำเหลืองหลังเยื่อบุช่องท้องออก (selective pelvic and para-aortic lymphadenectomy) ซึ่งการเลาะต่อมน้ำเหลืองนี้มีข้อดีในแง่ของการวินิจฉัย (diagnostic benefit) เพื่อกำหนดระยะของมะเร็งและการพยากรณ์โรคได้ถูกต้อง และสามารถนำข้อมูลมาพิจารณาให้การรักษาเพิ่มเติมได้อย่างเหมาะสม ส่วนประโยชน์ของการเลาะต่อมน้ำเหลืองในแง่ของการรักษา (therapeutic benefit) นั้น แม้จะมีข้อมูลที่ขัดแย้งกันอยู่ในโรคมะเร็งระยะต้น ๆ (early stage disease) ว่าช่วยเพิ่มอัตราการอยู่รอดได้หรือไม่<sup>๔๑-๔๓</sup> แต่การตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองในโรคระยะลุกลาม (advanced stage disease) หรือต่อมน้ำเหลืองที่มีมะเร็งแพร่กระจายไป พบว่ามีประโยชน์ในการรักษา<sup>๔๔</sup> ส่วนข้อจำกัดหรือข้อเสียของการผ่าตัดเพื่อกำหนดระยะของมะเร็งให้ครบถ้วนรวมทั้งการเลาะต่อมน้ำเหลือง ได้แก่ เป็นเหตุการณ์ที่ต้องการทักษะในการผ่าตัดและการฝึกอบรมเพิ่มเติม มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดสูงขึ้น เช่น การบาดเจ็บของหลอดเลือดและไม่สามารถทำได้ในทุกสถาบัน

โดยทั่วไปแล้ว นรีแพทย์ทั่วไปมีความสามารถที่จะทำการผ่าตัด TAH & BSO, peritoneal washing และ omental biopsy ได้ อย่างไรก็ตาม นรีแพทย์อาจจะมีข้อจำกัดในการทำการผ่าตัดเพื่อกำหนดระยะของ

มะเร็งให้ครบถ้วนโดยอาจไม่สามารถหรือไม่ชำนาญในการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองดังกล่าวแล้วข้างต้น ในกรณีที่มะเร็งแพร่กระจายออกไปนอกมดลูกที่ตำแหน่งต่าง ๆ การตัดเอาก่อนมะเร็งที่ตำแหน่งเหล่านี้ออกไปให้ได้มากที่สุด นับเป็นปัจจัยการพยากรณ์โรคที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เพราะจะช่วยเพิ่มโอกาสในการตอบสนองต่อการรักษาเพิ่มเติม ซึ่งจะเป็นผลดีแก่ผู้ป่วยต่อไป<sup>๔๔</sup> ตำแหน่งที่มะเร็งอาจแพร่กระจายไป เช่น ผนังของลำไส้ (bowel wall) ช่องท้องด้านบน (upper abdomen) หรือใต้กระบังลม (subdiaphragm) ซึ่งอาจจะตรวจไม่พบก่อนการผ่าตัดนั้น นรีแพทย์ทั่วไปอาจไม่สามารถทำผ่าตัดได้และในการผ่าตัดเช่นนั้นมักจะต้องอาศัยความร่วมมือของทีมในห้องผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด เช่น ศัลยแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งศัลยแพทย์ทางมะเร็ง วิทยุณีแพทย์ ตลอดจนธนาคารเลือด

## สรุป

นรีแพทย์ทั่วไปที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกและมีความชำนาญในการผ่าตัดเป็นอย่างดี อาจจะทำ การผ่าตัดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกได้ในรายที่ผู้ป่วยไม่ต้องการหรือไม่สะดวกที่จะรับการส่งตัวต่อไปรักษาที่อื่นและผลการตรวจทางคลินิกโดยละเอียดไม่พบปัจจัยเสี่ยงที่เป็นข้อบ่งชี้ที่จะต้องได้รับการทำหัตถการผ่าตัดอื่น ๆ เช่น การเลาะต่อมน้ำเหลืองหลังเยื่อบุช่องท้องนอกเหนือไปจากการตัดมดลูกและรังไข่ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่าระวัง คือ ผลการตรวจประเมินทางคลินิกก่อนการผ่าตัดด้วยวิธีการต่าง ๆ หรือการประเมินด้วยตาเปล่าในห้องผ่าตัดล้วนแต่มีข้อจำกัดในแง่ของความถูกต้องแม่นยำ ดังนั้น เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย นรีแพทย์ควรจะต้องแจ้งข้อมูลเหล่านี้โดยละเอียดแก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องให้รับทราบและพิจารณาทำผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกในผู้ป่วยที่มีลักษณะของโรคเหมาะสมและสมัครใจหรือยืนยันที่จะรับการผ่าตัดโดยนรีแพทย์เท่านั้น ขั้นตอนโดยสรุปได้แสดงไว้ในแผนภูมิที่ ๑

สรุปแนวทางปฏิบัติสำหรับสูติกรแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย  
มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Level B)

๑. ส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางมะเร็งนรีเวชวิทยา
๒. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการไปรักษาที่อื่นหรือไม่สะดวกที่จะรับการส่งตัวต่อไปรักษาที่อื่นควรพิจารณาถึงความเหมาะสมที่จะทำการผ่าตัดจำเพาะเพียง TAH & BSO, peritoneal washing โดยประเมินลักษณะและขอบเขตของโรคว่าเป็นเพียงมะเร็งเกรด ๑ และไม่พบการลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูก โดยมีข้อมูลว่าการตรวจ contrast-enhanced MRI เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการประเมินความลึกที่ลุกลามเข้ากล้ามเนื้อมดลูก แต่ควรแจ้งข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับ
  - ข้อจำกัดของการผ่าตัดในการกำหนดระยะของมะเร็งให้ถูกต้องครบถ้วน
  - ความจำเป็นในการรักษาเพิ่มเติมหลังผ่าตัดถ้าตรวจพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำ
  - ความจำเป็นในการมารับการตรวจติดตามหลังผ่าตัดเพื่อตรวจหาการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง

## เอกสารอ้างอิง

๑. Kuhnprema T, Srivatanakul P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P. Editors. Corpus Uteri. Cancer in Thailand. 2007;4:54-5.
๒. Creasman WT. Endometrial cancer: incidence, prognostic factors, diagnosis and treatment. *Semin Oncol* 1997;24:140-50.
๓. Guido RS, Kanbour-Shakir A, Rulin MC, Christopherson WA. Pipelle endometrial sampling. Sensitivity in the detection of endometrial cancer. *J Reprod Med* 1995;40:553-5.
๔. Larson DM, Johnson KK, Broste SK, Krawisz BR, Kresl JJ. Comparison of D&C and office endometrial biopsy in predicting final histopathologic grade in endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 1995;86:38-42.
๕. Dijkhuizen FP, Mol BW, Brolmann HA Heintz AP. The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia : a meta-analysis. *Cancer* 2000;89:1765-72.
๖. The role of transvaginal ultrasonography in the evaluation of postmenopausal bleeding. ACOG Committee Opinion No. 440. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009;114:409.
๗. Goldstein RB, Bree RL, Benson CB, Benacerraf BR, Bloss JD, Carlos R, et al. Evaluation of the woman with postmenopausal bleeding: Society of Radiologists in Ultrasound-Sponsored Consensus Conference statement. *J Ultrasound Med* 2001;20:1025-36.
๘. Tabor A, Watt HC, Wald NJ. Endometrial thickness as a test for endometrial cancer in women with postmenopausal vaginal bleeding. *Obstet Gynecol* 2002;99:663-70.
๙. Creasman WT. New gynecologic cancer staging. *Obstet Gynecol* 1990;75:287-8.
๑๐. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;105:103-4.
๑๑. Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, Homesley HD, Graham JE, Heller PB. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A

- Gynecologic Group Study. *Cancer* 1987;60:2035-41.
୧୩. Morrow P, Bundy B N, Kurman R J, Creasman W T, Heller P, Homesley H D et al. Relationship between surgical-pathological risk factors and outcome in clinical stage I and II carcinoma of the endometrium: A Gynecological Oncology Group Study. *Gynecol Oncol* 1991; 40: 55-65.
୧୩. Orr J. Surgical staging of endometrial cancer dose the patient benefit? *Gynecol Oncol* 1998;71:335-9.
୧୪. Ayhan A, Taskiran C, Celik C, Yuce K. The long-term survival of women with surgical stage II endometrioid type endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2004;93:9-13.
୧୫. ASTEC/EN.5 Study Group, Blake P, Swart AM, Orton J, Kitchener H, Whelan T, Lukka H, et al. Adjuvant external beam radiotherapy in the treatment of endometrial cancer (MRC ASTEC and NCIC CTG EN.5 randomised trials): pooled trial results, systematic review, and meta-analysis. *Lancet* 2009;373:137-46.
୧୬. Nout RA, Smit VTHBM, Putter H, Jürgenliemk-Schulz IM, Jobsen JJ, Lutgens LC, et al. Vaginal brachytherapy versus pelvic external beam radiotherapy for patients with endometrial cancer of high-intermediate risk (PORTEC-2): an open-label, non-inferiority, randomised trial. *Lancet* 2010;375:816-23.
୧୭. Kaku T, Yoshikawa H, Tsuda H, Sakamoto A, Fukunaga M, Kuwabara Y, et al. Conservative therapy for adenocarcinoma and atypical endometrial hyperplasia of the endometrium in young women: central pathologic review and treatment outcome. *Cancer Lett* 2001;167:39-48.
୧୮. Jacques SM, Qureshi F, Munkarah A, Lawrence WD. Interinstitutional surgical pathology review in gynecologic oncology: II. Endometrial cancer in hysterectomy specimens. *Int J Gynecol Pathol* 1998;17:42-5.
୧୯. Barwick TD, Rockall AG, Barton DP, Sohaib SA. Imaging of endometrial adenocarcinoma. *Clin Radiol* 2006;61:545-55.

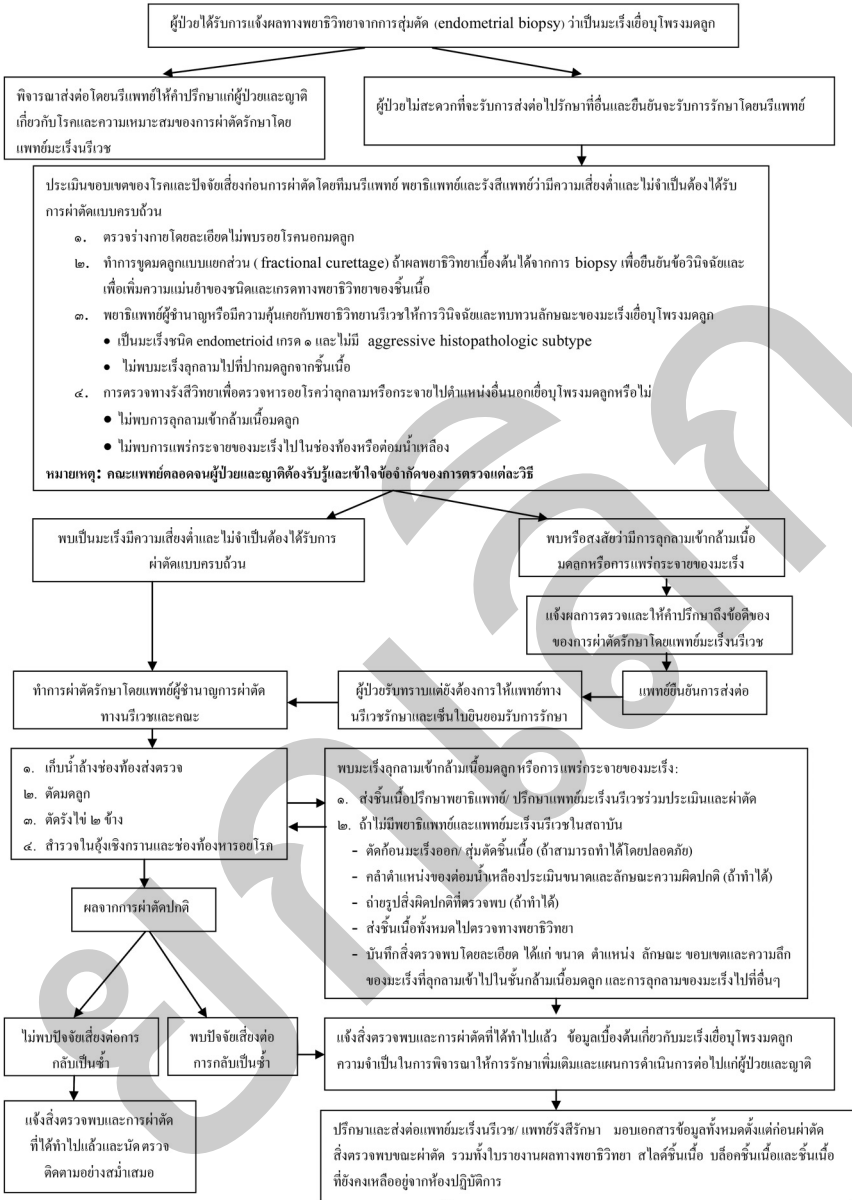
๒๐. Kinkel K, Kaji Y, Yu KK, Segal MR, Lu Y, Powell CB, et al. Radiologic staging in patients with endometrial cancer : a meta-analysis. *Radiology* 1999;212:711-8.
๒๑. Frei KA, Kinkel K, Bonćl HM, Lu Y, Zaloudek C, Hricak H. Prediction of deep myometrial invasion in patients with endometrial cancer: clinical utility of contrast-enhanced MR imaging-a meta-analysis and Bayesian analysis. *Radiology* 2000;216:444-9.
๒๒. Chung HH, Kang SB, Cho JY, Kim JW, Park NH, Song YS, et al. Accuracy of MR imaging for the prediction of myometrial invasion of endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 2007;104:654-9.
๒๓. Ben-Shachar I, Vitellas KM, Cohn DE. The role of MRI in the conservative management of endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2004;93:233-7.
๒๔. Cunha TM, Felix A, Cabral I. Preoperative assessment of deep myometrial and cervical invasion in endometrial carcinoma: comparison of magnetic resonance imaging and gross visual inspection. *Int J Gynecol Cancer* 2001;11:130-6.
๒๕. Altintas A, Cosar E, Vardar MA, Demir C, Tuncer I. Intraoperative assessment of depth of myometrial invasion in endometrial carcinoma. *Eur J Gynaecol Oncol* 1999;20:329-31.
๒๖. Franchi M, Ghezzi F, Melpignano M, Cherchi PL, Scarabelli C, Apolloni C, et al. Clinical value of intraoperative gross examination in endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2000;76:357-61.
๒๗. Vorgias G, Hintipas E, Katsouli M, Kalinoglou N, Dertimas B, Akrivos T. Intraoperative gross examination of myometrial invasion and cervical infiltration in patients with endometrial cancer: decision-making accuracy. *Gynecol Oncol* 2002;85:483-6.
๒๘. Fanning J, Tsukada Y, Piver MS. Intraoperative frozen section diagnosis of depth of myometrial invasion in endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 1990;37:47-50.

၂၉. Kayikcioglu F, Boran N, Meydanli MM, Tulunay G, Kose FM, Bulbul D. Is frozen-section diagnosis a reliable guide in surgical treatment of stage I endometrial carcinoma? *Acta Oncol* 2000;41:444-6.
၃၀. Takeshima N, Hirai Y, Tanaka N, Yamawaki T, Yamauchi K, Hasumi K. Pelvic lymph node metastasis in endometrial cancer with no myometrial invasion. *Obstet Gynecol* 1996;88:280-2.
၃၁. Eltabbakh GH, Shamonki J, Mount SL. Surgical stage, final grade, and survival of women with endometrial carcinoma whose preoperative endometrial biopsy shows well-differentiated tumors. *Gynecol Oncol* 2005;99:309-12.
၃၂. Selman TJ, Mann CH, Zamora J, Khan KS. A systematic review of tests for lymph node status in primary endometrial cancer. *BMC Womens Health* 2008;8:8. doi:10.1186/1472-6874-8-8.
၃၃. Girardi F, Petru E, Heydarfabadai M, Haas J, Winter R. Pelvic lymphadenectomy in the surgical treatment of endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1993;49:177-80.
၃၄. Chuang L, Burke TW, Tornos C, Marino BD, Mitchell MF, Tortolero-Luna G, et al. Staging laparotomy for endometrial carcinoma : assessment of retroperitoneal lymph nodes. *Gynecol Oncol* 1995;58:189-93.
၃၅. Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Jesadapatarakul S, Leelahakorn S, Thawaramara T. Lymph node size in uterine cancer: A revisit. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16:1880-4.
၃၆. Khunrarong J, Inthasorn P, Boriboonhirunsarn D. Accuracy of intraoperative clinical evaluation of lymph nodes in women with gynecologic cancer. *J Med Assoc Thai* 2004;87:S80-4.
၃၇. Takeshima N, Hirai Y, Yano K, Tanaka N, Yamauchi K, Hasumi K. Ovarian metastasis in endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1998;70:183-7.
၃၈. Walsh C, Holschneider C, Hoang Y, Tieu K, Karlan B, Cass I. Coexisting ovarian malignancy in young women with endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 2005;106:693-9.



๓๙. Evans-Metcalf ER, Brooks SE, Reale FR, Baker SP. Profile of women 45 years of age and younger with endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 1998;91:349-54.
๔๐. Gitsch G, Hanzal E, Jensen D, Hacker NF. Endometrial cancer in premenopausal women 45 years and younger. *Obstet Gynecol* 1995;85:504-8.
๔๑. Lutman CV, Havrilesky LJ, Cragun JM, Secord AA, Calingaert B, Berchuck A, et al. Pelvic lymph node count is an important prognostic variable for FIGO stage I and II endometrial carcinoma with high-risk histology. *Gynecol Oncol* 2006;102:92-7.
๔๒. Cragun JM, Havrilesky LJ, Calingaert B, Synan I, Secord AA, Soper JT, et al. Retrospective analysis of selective lymphadenectomy in apparent early-stage endometrial cancer. *J Clin Oncol* 2005;23:3668-75.
๔๓. May K, Bryant A, Dickinson HO, Kehoe S, Morrison J. Lymphadenectomy for the management of endometrial cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD007585. DOI: 10.1002/14651858.CD007585.pub2.
๔๔. Havrilesky LJ, Cragun JM, Calingaert B, Synan I, Secord AA, Soper JT, et al. Resection of lymph node metastases influences survival in stage IIIC endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2005;99:689-95.
๔๕. Barlin JN, Ueda SM, Bristow RE. Cytoreductive surgery for advanced and recurrent endometrial cancer: a review of the literature. *Womens Health (Lond Engl)* 2009;5:403-11.





## แผนภูมิที่ ๑ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก