

แนวทางเวชปฏิบัติ
ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
เรื่อง การดูแลรักษาสตรีที่ได้รับการวินิจฉัย
เป็นรอยโรคปากมดลูกชนิด
Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN)
และ Adenocarcinoma In Situ (AIS)
RTCOG Clinical Practice Guideline
Management of Women with Cervical Intraepithelial
Neoplasia (CIN) and Adenocarcinoma In Situ (AIS)



เอกสารหมายเลข GY 64-021 (ใช้แทนเอกสารหมายเลข GY 014)
จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยานรีเวช พ.ศ. 2562-2564
คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564
วันที่อนุมัติต้นฉบับ 23 กันยายน 2564

คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิกการปฏิบัติ วิธีการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์ใด ๆ การปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาวะของผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้มิได้ถือเป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องต่ออย่างไร แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ มิได้มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

ความเป็นมา

คำแนะนำนี้จัดทำขึ้นโดยดัดแปลงมาจากข้อแนะนำของ American Cancer Society (ACS), American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) และ American Society for Clinical Pathology (ASCP) 2012 และ 2019^(1,2) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ค.ศ. 2021⁽³⁾ เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยโดยผลการตรวจพยาธิวิทยาเป็นรอยโรคปากมดลูกชนิด Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) และ Adenocarcinoma In Situ (AIS)

การรักษาโรคปากมดลูกชนิด CIN และ AIS ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของรอยโรคเป็นหลัก ปัจจัยอื่นที่นำมาพิจารณาร่วม ได้แก่ อายุ ความต้องการมีบุตร ความต้องการของผู้ป่วย ความน่าเชื่อถือของผลตรวจ colposcopy โรคทางนรีเวชอื่นที่พบร่วมด้วย ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา ประสิทธิภาพของการรักษาแต่ละวิธี รวมถึงความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของแพทย์ รวมไปถึงทรัพยากรพื้นฐานและบริบทของสถานบริการ

คำแนะนำการดูแลรักษาสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นรอยโรคปากมดลูกชนิด Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) และ Adenocarcinoma In Situ (AIS)

ผลพยาธิวิทยา	คำแนะนำการดูแลรักษา
CIN 1 พิจารณาการรักษาตามผลตรวจคัดกรองก่อนวินิจฉัยพยาธิวิทยา CIN 1	
ASC-US หรือ LSIL	
< 25 ปี	<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจสอบติดตามด้วย cervical cytology ทุก 6 เดือน 4 ครั้ง
≥ 25 ปี	<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจสอบติดตามด้วยการตรวจ HPV testing หรือ ตรวจ co-testing ที่ 1, 2 ปี หรือ • ตรวจสอบติดตามด้วย cervical cytology ทุก 6 เดือน 4 ครั้ง
ASC-H หรือ HSIL	
< 25 ปี	<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจสอบติดตามด้วย cervical cytology และตรวจ colposcopy ทุก 6 เดือน 4 ครั้ง
≥ 25 ปี	<ul style="list-style-type: none"> • ตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยห่วงลวดไฟฟ้า (LEEP/LLETZ) หรือ • ตรวจสอบติดตามด้วย HPV testing หรือ ตรวจ co-testing ที่ 6, 18 และ 30 เดือน หรือ • ตรวจสอบติดตามด้วย cervical cytology และตรวจ colposcopy ทุก 6 เดือน 4 ครั้ง

ผลพยาธิวิทยา	คำแนะนำการดูแลรักษา
CIN 2-3	
สตรีทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> รักษาด้วยวิธี ablation หรือ conization
สตรีตั้งครรภ์	<ul style="list-style-type: none"> ตรวจติดตามด้วย cervical cytology และ/หรือตรวจ colposcopy ทุก 12 สัปดาห์ และตรวจประเมินอีกครั้งหลังจากคลอดบุตรประมาณ 6 สัปดาห์ หรือ ทำ diagnostic excisional procedure เฉพาะเมื่อ colposcopy หรือผลพยาธิวิทยาสงสัยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม
AIS	
	<ul style="list-style-type: none"> ทำการวินิจฉัยด้วยวิธี conization และรักษาด้วยการ hysterectomy
ถ้าต้องการมีบุตร	<ul style="list-style-type: none"> ทำ therapeutic conization จนได้ negative margin แล้วพิจารณาทำ hysterectomy หลังจากมีบุตรแล้ว

การดูแลรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกชนิด CIN 1 ในสตรีอายุน้อยกว่า 25 ปี

(แผนภูมิที่ 1)

แนวทางการดูแลขึ้นกับผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเช่นเดียวกับสตรีทั่วไป^(1,2) แต่เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีโอกาสหายจากโรคเองได้สูง จึงแนะนำให้ทำการตรวจติดตามมากกว่าที่จะรับทำการรักษา

1. ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนหน้าเป็น ASC-US หรือ LSIL ให้ตรวจติดตามด้วย cervical cytology ทุก 6 เดือน ติดต่อกันนานเป็นเวลา 2 ปี และไม่แนะนำให้ตรวจ high-risk HPV testing ในสตรีกลุ่มนี้ โดยให้การดูแลตามผลตรวจ cervical cytology คือ

- ผลปกติทุกครั้ง ตลอดระยะเวลา 2 ปี แนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามปกติ
- จะส่งตรวจ colposcopy เมื่อผล cervical cytology ที่ 6 เดือนผิดปกติรุนแรงขึ้นเป็น

≥ ASC-H หรือผลที่ 12, 18, 24 เดือน ผิดปกติ ≥ ASC-US

2. ผลการตรวจคัดกรองก่อนหน้าเป็น ASC-H หรือ HSIL ให้พิจารณาตามผลการตรวจ colposcopy และผลพยาธิวิทยาของ endocervical sampling (ECS) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 ผลการตรวจ colposcopy สามารถมองเห็น squamo-columnar junction (SCJ) และขอบเขตรอยโรคทั้งหมด ร่วมกับผลพยาธิวิทยาของ ECS ปกติ ให้ตรวจติดตามด้วย cervical cytology และตรวจ colposcopy ทุก 6 เดือน ติดต่อกันนาน 2 ปี โดยหากพบว่า

- ผล cervical cytology และผลตรวจ colposcopy เป็นปกติติดต่อกันทุกครั้ง แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามปกติ

- พบรอยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 ให้ดูแลรักษาตามแนวทางสำหรับสตรีอายุ < 25 ปี
- ผล cervical cytology ที่ 1 ปี ยังคงเป็น \geq ASC-H หรือ ผลตรวจ colposcopy พบเป็นรอยโรคปากมดลูกชั้นสูง (high-grade lesion) ให้ตัดชิ้นเนื้อ (colposcopic-directed biopsies) ตรวจพยาธิวิทยา
- ผล cervical cytology ที่ 2 ปี ยังคงเป็น \geq ASC-H และผลตรวจ colposcopy ไม่พบรอยโรคปากมดลูกชั้นสูง แนะนำให้ทำ diagnostic excisional procedure

2.2 ผลการตรวจ colposcopy ไม่สามารถมองเห็น SCJ และขอบเขตรอยโรคทั้งหมดหรือผลพยาธิวิทยาของ ECS พบรอยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 แนะนำให้ทำ diagnostic excisional procedure

การดูแลรักษาโรคปากมดลูกชนิด CIN 1 ในสตรีอายุ \geq 25 ปี

CIN1 เป็นรอยโรคที่มักเกิดจากการติดเชื้อ low-risk HPV แต่ก็อาจเกิดจาก high-risk HPV หรือ ทั้ง 2 กลุ่มร่วมกัน รอยโรคชนิดนี้มักจะหายไปเอง โดยเฉพาะในสตรีที่มีอายุน้อย^(4,5) ความเสี่ยงต่อการมี CIN 3 หรือสูงกว่า ขึ้นอยู่กับผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่นำผู้ป่วยมาตรวจพบ CIN 1⁽⁶⁾ โดยถ้าผลทางเซลล์วิทยาปากมดลูก (cervical cytology) เป็น ASC-US หรือ LSIL จะพบความเสี่ยงต่อการมี CIN 3 หรือสูงกว่าร้อยละ 3.8 แต่หากผล cervical cytology เป็น ASC-H, HSIL หรือ AGC ความเสี่ยงดังกล่าวจะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 15

การดูแลรักษาสตรีที่ได้รับการวินิจฉัย CIN 1 จึงแบ่งตามผลการตรวจ cervical cytology ดังนี้

1. ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น ASC-US หรือ LSIL (แผนภูมิที่ 2)

ให้ทำการตรวจติดตาม โดยวิธีตรวจขึ้นอยู่กับศักยภาพของสถานพยาบาล คือ

- ถ้าสามารถตรวจ high-risk HPV testing ได้ แนะนำให้ตรวจ cervical cytology ร่วมกับ high-risk HPV testing (co-testing) ที่ 1 และ 2 ปี⁽¹⁾
 - หากผลตรวจทั้งสองครั้งปกติ ให้ตรวจติดตามครั้งต่อไปที่ 3 ปี
 - หากผลตรวจอย่างใดอย่างหนึ่งผิดปกติ ให้ส่งตรวจ colposcopy
- ทำการตรวจ cervical cytology ทุก 6 เดือน ติดต่อกัน 4 ครั้ง หากผลตรวจปกติทั้ง 4 ครั้ง ให้ตรวจติดตามด้วยการตรวจ cervical cytology ทุก 12 เดือน และหากผลตรวจยังคงปกติ ให้ตรวจคัดกรองตามปกติได้ ในระหว่างนี้หากผลตรวจผิดปกติ \geq ASC-US ให้ส่งตรวจ colposcopy

หากตรวจทางพยาธิวิทยาพบรอยโรค CIN 1 อยู่นาน \geq 2 ปี สามารถดูแลโดยการตรวจติดตามต่อไปหรือเริ่มต้นให้การรักษาได้ พิจารณาจากรอยโรคที่ตรวจพบจากการตรวจด้วย colposcopy หากสามารถมองเห็นรอยโรคทั้งหมด แนะนำให้รักษาด้วยวิธีจี้ทำลาย (ablation) แต่หากไม่สามารถมองเห็นรอยโรคทั้งหมดให้รักษาด้วยวิธีตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (conization) ทั้งนี้ให้พิจารณาจากความ

ต้องการมีบุตรของสตรี ประสบการณ์ของแพทย์ และบริบทของสถานพยาบาล

* ในกรณีการวินิจฉัย CIN 1 ได้จากผล ECS นอกจากการตรวจดังกล่าวข้างต้นแล้ว ให้ทำ ECS อีกครั้งที่ 1 ปี ร่วมด้วย

2. ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น ASC-H หรือ HSIL (แผนภูมิที่ 3)

แนะนำให้ทบทวนผลจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการตรวจ colposcopy และผลพยาธิวิทยาอีกครั้ง เพื่อยืนยันว่าไม่พบรอยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 หากยังคงยืนยันผลเช่นเดิม ให้ดูแลรักษาโดยวิธีอย่างใดอย่างหนึ่ง⁽⁴⁾ โดยเลือกพิจารณาตามอายุสตรี ความต้องการมีบุตร ความวิตกกังวล ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ผลตรวจ high-risk HPV ที่ทราบพร้อมกัน (ในกรณีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย co-testing) ศักยภาพของสถานพยาบาล ตลอดจนเศรษฐฐานะของผู้ป่วย ดังนี้

1. ทำการวินิจฉัยด้วยวิธี conization (diagnostic excisional procedure) หรือ

2. กรณีที่การตรวจ colposcopy สามารถมองเห็นรอยโรคทั้งหมด และผลตรวจทางพยาธิวิทยาของ ECS ไม่พบความผิดปกติ อาจตรวจติดตามได้ 2 รูปแบบ คือ

2.1 กรณีที่สามารถตรวจ high-risk HPV testing ร่วมด้วยได้ ให้ตรวจ cervical cytology ร่วมกับ high-risk HPV testing (co-testing) ที่ 6, 18 และ 30 เดือน

- ถ้าผลตรวจ co-testing ปกติติดต่อกันทุกครั้ง ให้ตรวจติดตามด้วยวิธี co-testing ที่ 3 ปี
- ถ้าผลตรวจอย่างใดอย่างหนึ่งผิดปกติ ให้ส่งตรวจ colposcopy
- แต่ถ้าผลตรวจ cervical cytology ครั้งใดพบความผิดปกติชนิด ASC-H แนะนำให้ตรวจ colposcopy และพิจารณาทำ diagnostic excisional procedure

2.2 การตรวจ cervical cytology และตรวจ colposcopy ทุก 6 เดือน ติดต่อกันนานเป็นเวลา 2 ปี

• ถ้าผลการตรวจปกติต่อเนื่องกันในระยะเวลาดังกล่าว จึงสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามปกติ

• ถ้าผลการตรวจครั้งใดพบความผิดปกติชนิด ASC-H แนะนำให้พิจารณาทำ diagnostic excisional procedure

การดูแลรักษาอโรยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 ในสตรีอายุน้อยกว่า 25 ปี

(แผนภูมิที่ 4)

การดูแลรักษา CIN 2-3 ในสตรีกลุ่มนี้ขึ้นกับผลตรวจ colposcopy และความรุนแรงของรอยโรค^(1,2) โดยพิจารณา ดังนี้

1. ผลการตรวจ colposcopy สามารถมองเห็น SCJ และขอบเขตรอยโรคทั้งหมด ให้ทำการรักษาด้วยวิธี ablation สำหรับการรักษาดังวิธี conization ควรต้องพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียอย่างรอบคอบ

หลังจากนั้นทำการตรวจติดตามด้วยการตรวจ colposcopy และ cervical cytology ทุก 6 เดือน เป็นเวลา 1 ปี โดยหากพบว่า

- ผลการตรวจปกติทั้ง 2 ครั้ง ให้ตรวจติดตามต่อด้วย cervical cytology ที่ 1 ปี ถ้าผลปกติ ให้ตรวจติดตามต่อทุก 1 ปี จำนวน 3 ครั้ง หากผลปกติตลอดในช่วงระยะเวลา 5 ปีนี้ ให้ตรวจต่อทุก 3 ปี ถ้าผลครั้งใดผิดปกติ \geq ASC-US ให้ส่งตรวจ colposcopy

- ผลการตรวจ colposcopy หรือผล cervical cytology พบ high-grade lesions ให้ทำ colposcopic-directed biopsies ส่งตรวจพยาธิวิทยาซ้ำอีกครั้ง

2. ผลการตรวจ colposcopy ไม่สามารถมองเห็น SCJ และขอบเขตรอยโรคทั้งหมด หรือเป็นรอยโรคปากมดลูกชนิด CIN 3 หรือรอยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 นั้นคงอยู่นาน 2 ปี แนะนำให้ทำการรักษาทันที

การดูแลรักษารอยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 ในสตรีอายุ \geq 25 ปี (แผนภูมิที่ 5)

รอยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 มีโอกาสพัฒนาเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูง จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาไม่ควรดูแลด้วยการติดตาม^(2,7,8) ยกเว้นในกรณีรอยโรคปากมดลูกชนิด CIN 3 ในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งมีข้อแนะนำในการดูแลเป็นพิเศษ

การดูแลรักษารอยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 ขึ้นกับผลการตรวจ colposcopy และผลพยาธิวิทยาของ ECS⁽¹⁾ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ผลการตรวจ colposcopy สามารถมองเห็น SCJ และขอบเขตรอยโรคทั้งหมด และผลพยาธิวิทยาของ ECS ไม่พบรอยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 ให้รักษาด้วยวิธี ablation หรือ conization ยกเว้นสตรีตั้งครรภ์

2. ผลการตรวจ colposcopy ไม่สามารถมองเห็น SCJ และขอบเขตรอยโรคทั้งหมดมากกว่าร้อยละ 75 หรือ 3 quadrants หรือผลพยาธิวิทยาของ ECS พบรอยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 หรือเคยรักษาด้วยการ ablation แล้วล้มเหลว แนะนำให้ทำ conization ยกเว้นสตรีตั้งครรภ์ รวมทั้งไม่แนะนำให้ใช้การตัดมดลูก (hysterectomy) เป็นการรักษาลำดับแรกโดยที่ยังไม่ทำ conization

การตรวจติดตามภายหลังรักษารอยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 (แผนภูมิที่ 5)

ภายหลังการรักษารอยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 แนะนำให้ตรวจติดตามได้ 2 วิธี คือ

1. ตรวจ high-risk HPV testing หรือ co-testing ที่ 6 เดือน และตรวจซ้ำอีกปีละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง

- ถ้าผลตรวจทุกครั้งเป็นปกติ แนะนำให้ตรวจ co-testing อีกครั้งที่ 3 ปี และตรวจต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 25 ปี

- ถ้าในระหว่างนี้มีผลอย่างใดอย่างหนึ่งผิดปกติ แนะนำให้ตรวจ colposcopy

2. ตรวจ cervical cytology ทุก 6 เดือน เป็นเวลา 3 ปี

- ถ้าผลตรวจปกติทุกครั้ง แนะนำให้ตรวจติดตามทุก 1 ปี ต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 25 ปี
- ถ้าผลตรวจผิดปกติตั้งแต่ ASC-US ขึ้นไป แนะนำให้ตรวจ colposcopy

องค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำการตรวจติดตามภายหลังรักษาแตกต่างกันเล็กน้อย คือ ให้ตรวจ HPV testing ที่ 1 ปี จำนวน 1 ครั้ง หรือในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้ตรวจ HPV testing ที่ 1 ปี จำนวน 2 ครั้ง และถ้าได้ผลปกติให้ตรวจต่อตามแบบการตรวจคัดกรองตามปกติ ถ้าผลตรวจผิดปกติแนะนำให้ตรวจ colposcopy⁽³⁾

หมายเหตุ สตรีอายุ 25 ปีขึ้นไปที่เป็น CIN 2 และยังไม่ต้องการรักษาด้วยวิธี conization หรือ ablation ก็อาจพิจารณาความเหมาะสมในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกต่ำ และตรวจติดตามด้วยความระมัดระวังอย่างใกล้ชิด เช่นเดียวกับสตรีอายุ < 25 ปี และแนะนำให้ใช้ high-risk HPV testing หรือ co-testing แทนการตรวจ cervical cytology

การดูแลรักษาอโรยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 ในสตรีตั้งครรภ์

การดูแลรักษา CIN 2-3 ในสตรีกลุ่มนี้ขึ้นกับผลการตรวจ colposcopy ความรุนแรงของอโรยโรค และอายุครรภ์⁽⁴⁾ ดังนี้

1. ผลการตรวจ colposcopy ไม่พบมะเร็งระยะลุกลาม (invasive carcinoma) และอายุครรภ์ ในช่วง ไตรมาสที่ 1-2 แนะนำให้ทำการตรวจติดตามด้วย cervical cytology และ/ หรือตรวจ colposcopy ทุก 12-24 สัปดาห์ และตรวจประเมินอีกครั้งหลังจากคลอดบุตรประมาณ 6 สัปดาห์ โดยไม่แนะนำให้ทำ diagnostic excisional procedure เพื่อรักษาอโรยโรคปากมดลูกชนิด CIN 2-3 ระหว่างตั้งครรภ์

2. ผลการตรวจ colposcopy พบหรือสงสัยมะเร็งระยะลุกลาม ให้ทำ colposcopic directed biopsies ส่งตรวจพยาธิวิทยา และทำ diagnostic excisional procedure เฉพาะเมื่อผลชิ้นเนื้อที่ตัดพบหรือสงสัยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเท่านั้น

การดูแลรักษาอโรยโรคปากมดลูกชนิด Adenocarcinoma In Situ (AIS)

AIS เป็นอโรยโรคปากมดลูกที่มีลักษณะทางพยาธิวิทยาคลายกับ adenocarcinoma แต่ไม่พบการลุกลามลงไปเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (stroma) และมีลักษณะที่แตกต่างจากอโรยโรคปากมดลูกชนิด CIN คืออโรยโรคมักพบอยู่ใน endocervical canal ทำให้การพบอโรยโรคหรือตรวจติดตามอโรยโรคทำได้ยากกว่า รวมทั้งไม่มีลักษณะที่จำเพาะชัดเจนในการตรวจ colposcopy

การวินิจฉัยอโรยโรคปากมดลูกชนิด AIS จำเป็นต้องอาศัยการทำ diagnostic excisional procedure เสมอ วิธีที่ใช้ คือ cold-knife conization หรืออาจใช้ loop electrosurgical excision procedure (LEEP) โดยต้องตัดปากมดลูกเป็นชิ้นขนาดใหญ่เพียงชิ้นเดียวให้ลึก ≥ 10 มิลลิเมตร เพื่อหากพบว่าเป็นมะเร็งจะได้การอ่านผลพยาธิวิทยาที่มีระดับ invasion ที่แม่นยำ

การตรวจพบรอยโรคที่ขอบของชิ้นเนื้อจาก diagnostic excisional procedure (positive surgical margins) มีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีรอยโรคปากมดลูกชนิด AIS เนื่องจากเป็นปัจจัยพยากรณ์ถึงโอกาสที่มีรอยโรคปากมดลูกชนิด AIS หลังเหลือและโอกาสมีมะเร็งระยะลุกลามได้⁽²⁾

การดูแลรักษารอยโรคปากมดลูกชนิด AIS ให้พิจารณาจากความต้องการมีบุตรของผู้ป่วย และผลการตรวจพบรอยโรคที่ขอบของชิ้นเนื้อจาก diagnostic excisional procedure เป็นสำคัญ^(1,2) (แผนภูมิที่ 6)

1. สตรีที่มีบุตรเพียงพอแล้ว แนะนำให้ตัดมดลูก (extrafascial hysterectomy) ซึ่งสามารถทำได้ทั้งวิธี exploratory laparotomy หรือ minimally invasive surgery หลังจากนั้นให้ตรวจติดตามด้วย high-risk HPV testing หรือ co-testing ต่อที่ 1, 2 และ 3 ปี หากผลปกติทุกครั้ง ให้ตรวจติดตามต่อทุก 3 ปี รวมระยะเวลาตรวจติดตามหลังตัดมดลูก ≥ 25 ปี

2. สตรีที่ยังต้องการมีบุตร พิจารณาตามผลเนื้อจาก diagnostic excisional procedure

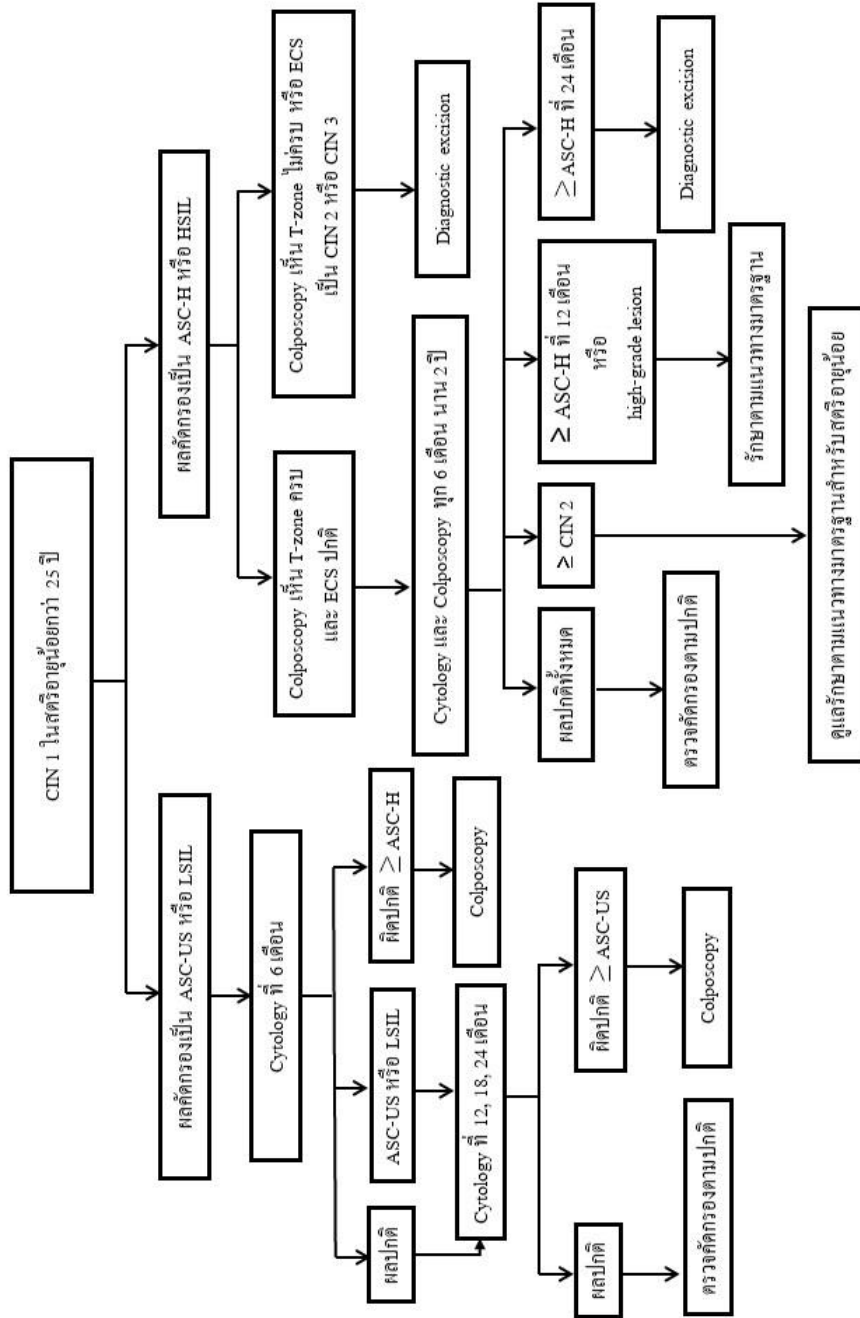
2.1 กรณีตรวจไม่พบรอยโรคที่ขอบของชิ้นเนื้อจาก diagnostic excisional procedure ให้ดูแลโดยการตรวจติดตามด้วย co-testing ร่วมกับ ECS ทุก 6 เดือน เป็นเวลา 3 ปี หากผลปกติทุกครั้ง ให้ตรวจติดตามต่อทุก 1 ปี จำนวน 2 ครั้ง (รวมระยะเวลาตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด 5 ปี) หากผลปกติทุกครั้ง ให้ตรวจติดตามทุก 3 ปีไปจนกระทั่งได้รับการตัดมดลูก ให้ตรวจติดตามต่อทุก 3 ปี รวมระยะเวลาตรวจติดตามหลังตัดมดลูก ≥ 25 ปี

2.2 กรณีพบรอยโรคที่ขอบของชิ้นเนื้อจาก diagnostic excisional procedure หรือจาก ECS ให้ทำการตัดปากมดลูกซ้ำอีกครั้ง (re-excision) เพื่อให้ได้รอยโรคทั้งหมด หรือหากไม่สามารถทำ re-excision ได้ ควรส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวช

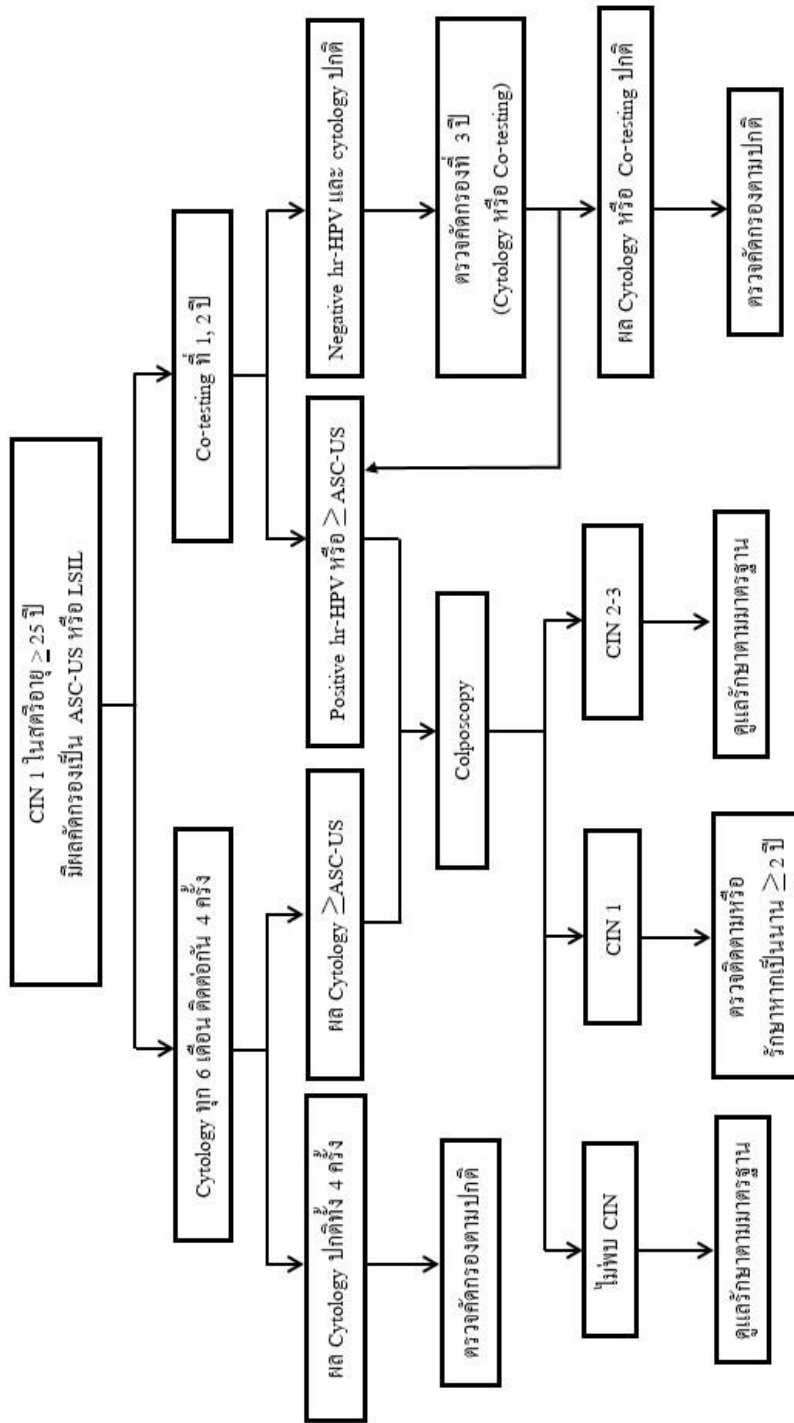
การตรวจติดตามภายหลังการรักษารอยโรคปากมดลูกชนิด AIS

องค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำการตรวจติดตามภายหลังรักษาแตกต่างกันเล็กน้อย คือให้ตรวจ HPV testing ที่ 1 ปี จำนวน 1 ครั้ง หรือในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้ตรวจ HPV testing ที่ 1 ปี จำนวน 2 ครั้ง และถ้าได้ผลปกติให้ตรวจต่อตามแบบการตรวจคัดกรองตามปกติ ถ้าผลตรวจผิดปกติแนะนำให้ตรวจ colposcopy⁽³⁾

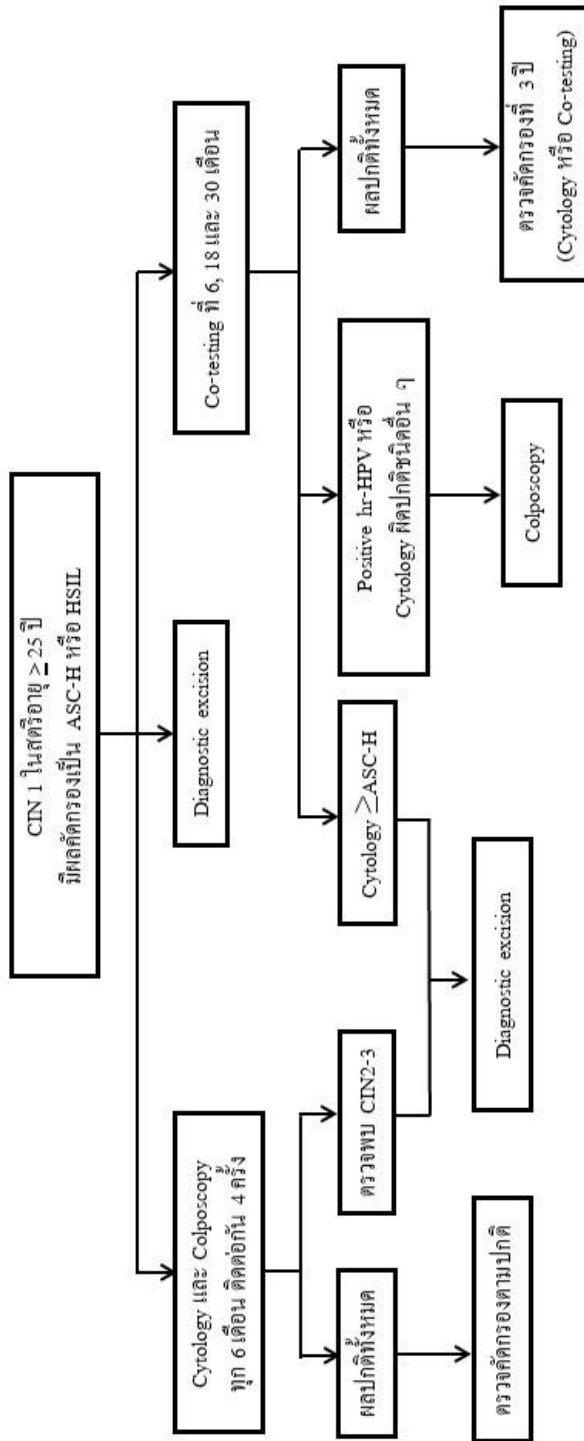
ภาพผนวก



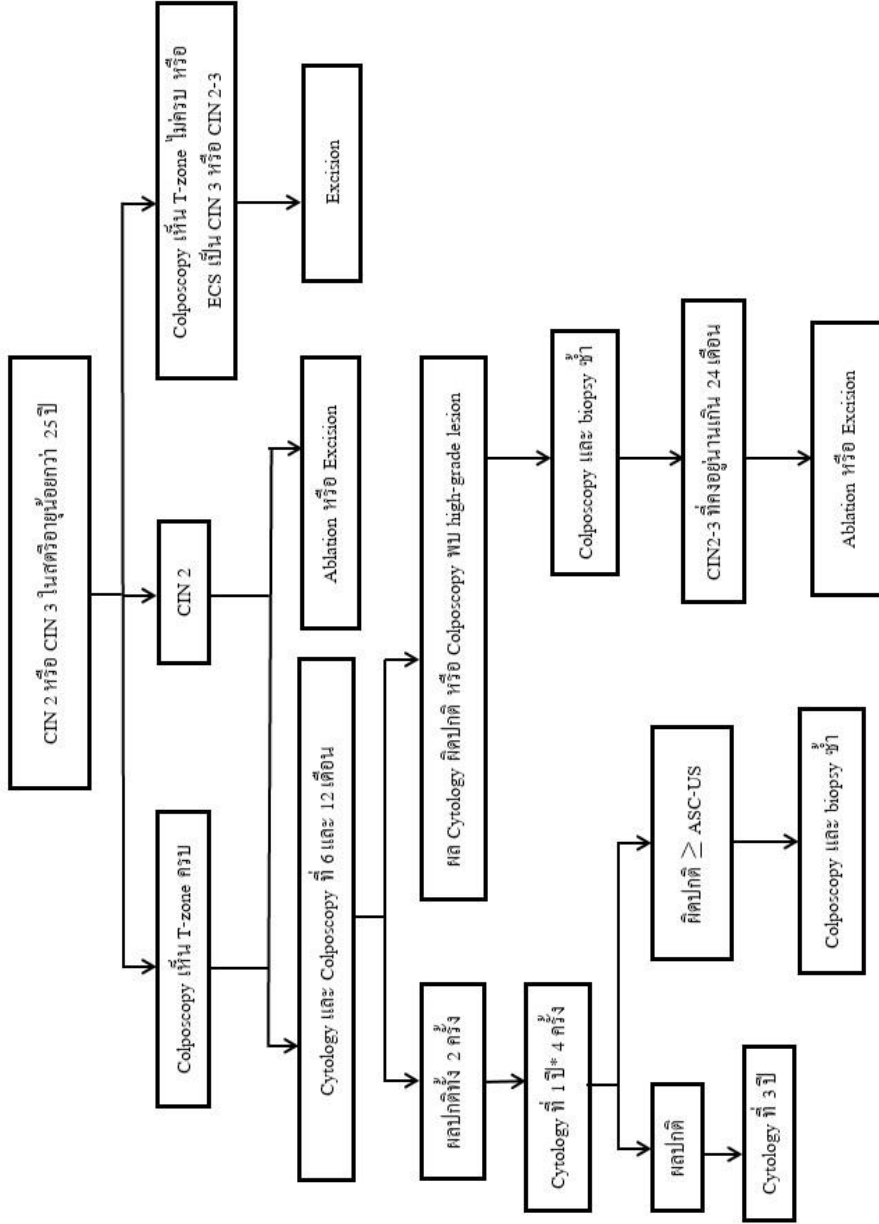
แผนภูมิที่ 1 การดูแลรักษาโรคมดลูกชนิด CIN 1 ในสตรีอายุน้อยกว่า 25 ปี



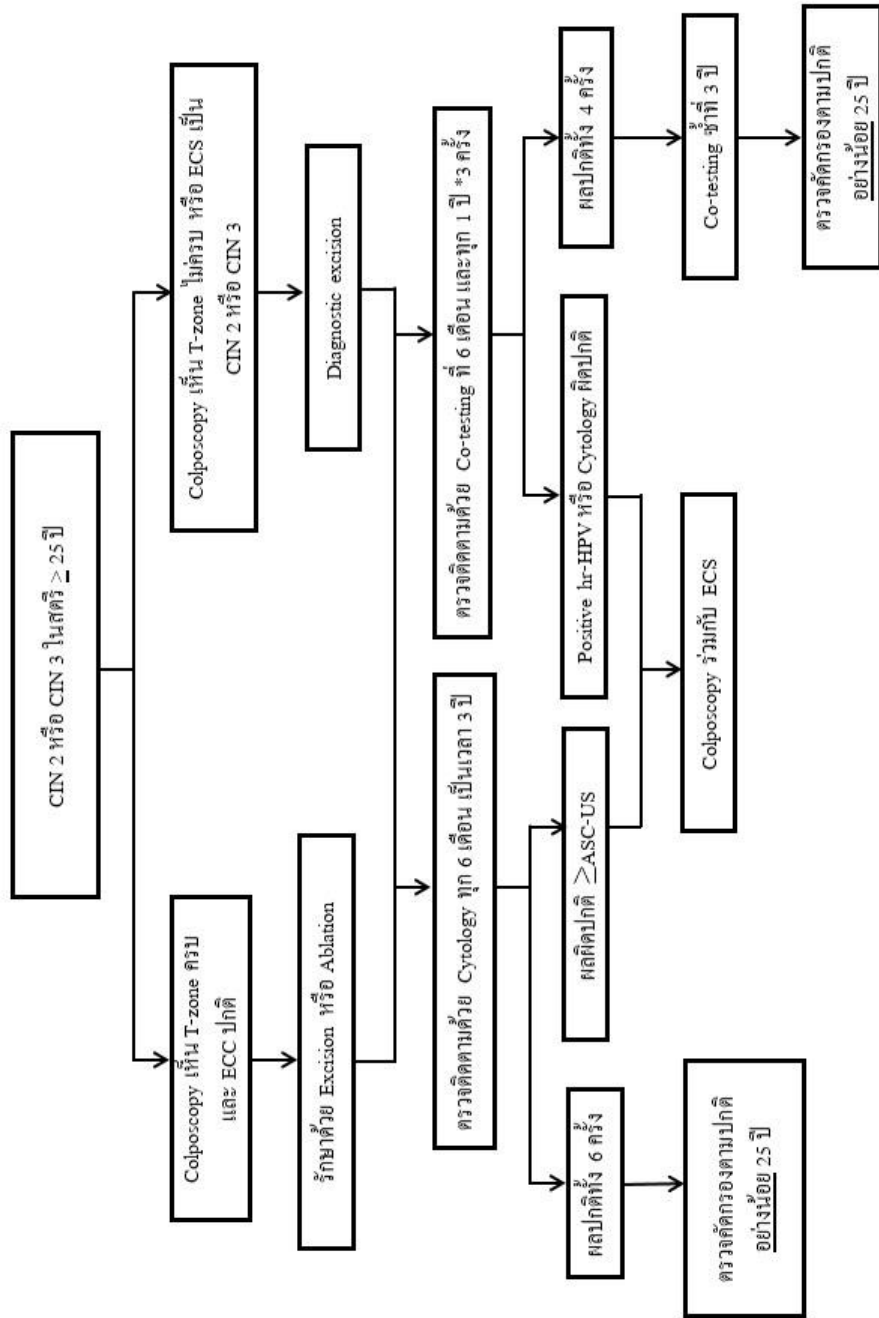
แผนภูมิที่ 2 การดูแลรักษาสตรีอายุ ≥ 25 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย CIN 1 และผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น ASC-US หรือ LSIL



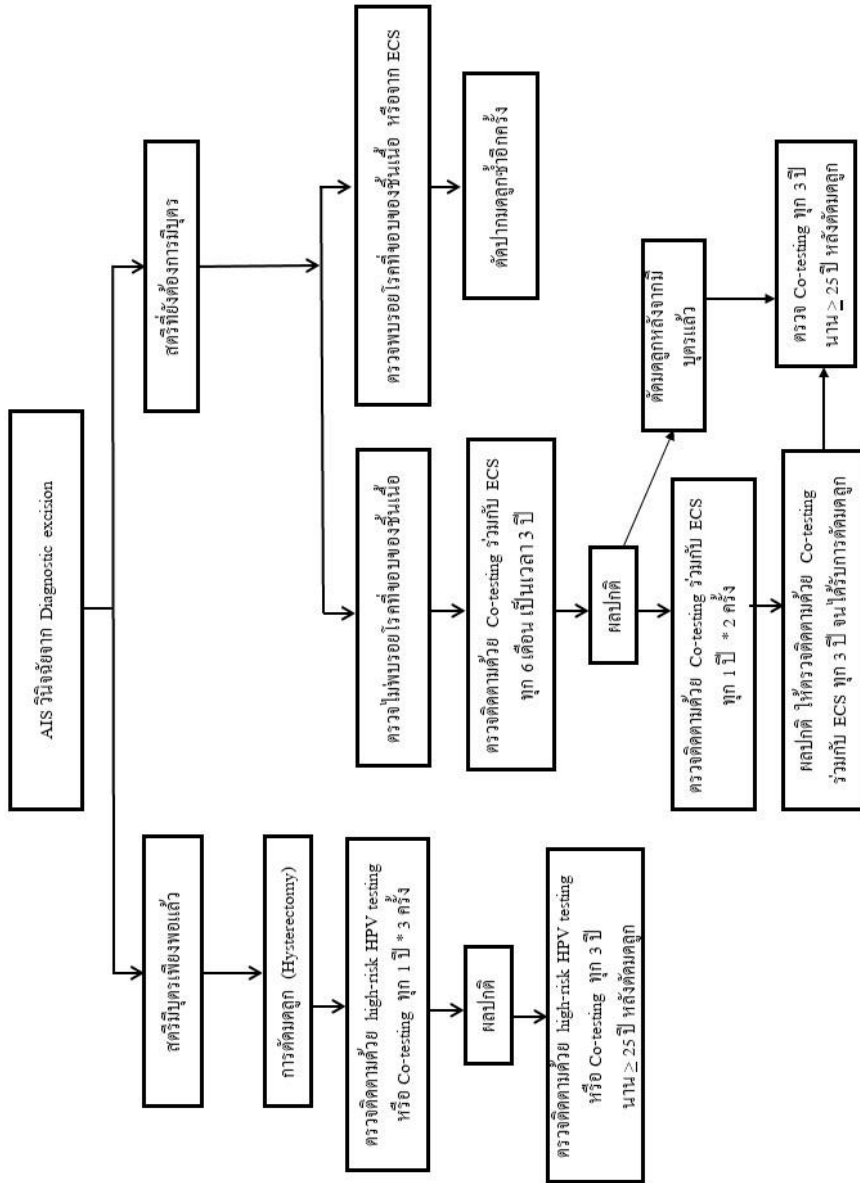
แผนภูมิที่ 3 การดูแลรักษาสตรีอายุ ≥ 25 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย CIN 1 และผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น ASC-H หรือ HSIL



แผนภูมิที่ 4 การดูแลรักษาโรคมดลูกชนิด CIN 2-3 ในสตรีอายุมากกว่า 25 ปี



แผนภูมิที่ 5 การดูแลรักษาโรคมดลูกชนิด CIN 2-3 ในสตรีอายุ ≥ 25 ปี



แผนภูมิที่ 6 การดูแลรักษาอรอยโรคปากมดลูกชนิด Adenocarcinoma In Situ (AIS)

เอกสารอ้างอิง

1. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening test and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis* 2013;17:S1-27.
2. Perkins RB, Guido R, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis* 2020;24:102-31.
3. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>. (Accessed March 1, 2022).
4. Cox JT, Schiffman M, Solomon D. Prospective follow-up suggests similar risk of subsequent cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 among women with cervical intraepithelial neoplasia grade 1 or negative colposcopy and directed biopsy. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1406-12.
5. Trimble CL, Piantadosi S, Gravitt P, Ronnett B, Pizer E, Elko A, et al. Spontaneous regression of high-grade cervical dysplasia: effects of human papillomavirus type and HLA phenotype. *Clin Cancer Res* 2005;11:4717-23.
6. Katki HA, Gage JC, Schiffman M, Castle PE, Fetterman B, Poitras NE, et al. Follow-up testing after colposcopy: five-year risk of CIN2+ after a colposcopic diagnosis of CIN1 or less. *J Low Genit Tract Dis* 2013;5:S69-77.
7. Holowaty P, Miller AB, Rohan T, To T. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:252-8.
8. Oster AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: A critical review. *Intern J Gynecol Pathol* 1993;12:186-92.

