

การผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยในผู้ป่วยที่มีผล การตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติ

บรรจง อุดมถาวรสุข
ประสิทธิ์ เพ็งสา

ภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Conization in Abnormal Cervical Cytology

Banchong Udomthavornsuk M.D., Prasit Pengsaa M.D.
Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine,
Khon Kaen University.

One Hundred and sixty two patients with abnormal cervical cytology and in whom conization had been performed were studied. Most of the cytological reports (88.27%) were CIN. The pathological examination of the conized specimens revealed 83.34% to be CIN. Six patients (3.7%) had microinvasive carcinoma and 9 patients (5.5%) had invasive carcinoma. In 90 patients with cytological dysplasia, the conized specimens revealed only one case of microinvasive carcinoma and one case of invasive carcinoma, both of them were cytologically reported as severe dysplasia. In the cytologically moderate dysplastic group, there was no single case of microinvasive or invasive carcinoma in the conized specimens. The common complications of conization were bleeding (11.11%) and infection (7.41%). Thus conization is not appropriate to be the first procedure to obtain specimen for pathological examination in patient with abnormal cervical cytology.

(Srinagarind Hosp Med J. 1986 ; 2 : 119 - 23)

ศึกษาผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติ และได้รับการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยทั้งหมด 162 ราย ผลการตรวจทางเซลล์วิทยาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.27) เป็นระยะ CIN (cervical intraepithelial neoplasia) ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.34) ก็เป็นระยะ CIN มี microinvasive carcinoma 6 ราย (ร้อยละ 3.7) และ invasive carcinoma 9 ราย (ร้อยละ 5.5) ในกลุ่มที่ผลเซลล์วิทยาเป็น dysplasia 90 ราย มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็น microinvasive

carcinoma และ invasive carcinoma อย่างละ 1 ราย โดยทั้ง 2 ราย มีผลเซลล์วิทยาเป็น severe dysplasia ส่วนกลุ่มที่ผลเซลล์วิทยาเป็น moderate dysplasia ผลตรวจพยาธิวิทยาไม่พบ microinvasive carcinoma หรือ invasive carcinoma เลย ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยที่เกิดบ่อยคือ เลือดออก (ร้อยละ 11.11) และอักเสบติดเชื้อ (ร้อยละ 7.41) การผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยจึงไม่เหมาะที่จะใช้เป็นวิธีแรกในการตรวจหาพยาธิสภาพของปากมดลูกในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติ — × —

บทนำ

ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติจะต้องได้รับการตรวจเพื่อค้นหาพยาธิสภาพที่แท้จริงของปากมดลูกโดยวิธีการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูก การผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติโดยไม่มีรอยโรคที่ปากมดลูกที่เห็นได้ด้วยตาเปล่า⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดชนิดนี้ต้องกระทำในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลและอาจมีภาวะแทรกซ้อนตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายพอสมควร ประกอบกับการพิจารณาทำผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยในโรงพยาบาลศรินครินทร์ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เจ้าของไข้เป็นอิสระ ผู้รายงานจึงได้รวบรวมข้อมูลผลการตรวจทางพยาธิวิทยาและภาวะแทรกซ้อนตลอดจนเวลาและค่าใช้จ่ายในการทำผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติทั้งหมด ศึกษาเปรียบเทียบถึงประโยชน์และผลเสียเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาข้อบ่งชี้ที่

รัดกุมของการผ่าตัดชนิดนี้ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาย้อนหลังจากรายงานผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติ และได้รับการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยที่โรงพยาบาลศรินครินทร์ทั้งหมด ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2519 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2529 จำนวน 162 ราย โดยเปรียบเทียบผลการตรวจทางเซลล์วิทยากับผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องนอนพักในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องเสียไปโดยเฉลี่ย

ผลการศึกษา

จากเดือนตุลาคม พ.ศ.2519 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2529 รวมระยะเวลา 9 ปี 6 เดือน มีผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติ ตั้งแต่ระยะ moderate dysplasia ขึ้นไปและได้รับการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยทั้งหมด 162 ราย

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย ในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติ

Conization	Cytology	moderate dysplasia	severe dysplasia	CIS	suspicious	Invasive	Total
negative		-	1	1	-	-	2
cervicitis		6	1	1	1	-	9
condyloma							
acuminata		1	-	-	-	-	1
mild dysplasia		3	2	2	-	-	7
moderate dysplasia		11	6	1	-	1	19
severe dysplasia		12	18	7	2	1	40
CIS		11	16	31	3	8	69
microinvasive							
carcinoma		-	1	5	-	-	6
invasive carcinoma		-	1	5	-	3	9
Total			46	53	6	13	162

(ตารางที่ 1) ผลทางเซลล์วิทยาส่วนใหญ่ (143 ราย หรือร้อยละ 88.27) เป็นระยะ CIN (cervical intraepithelial neoplasia) ก็คือ dysplasia และ carcinoma in situ) มีเพียง 6 ราย (ร้อยละ 3.7) ที่สงสัย invasive carcinoma และ 13 ราย (ร้อยละ 8.02) เป็น invasive carcinoma ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย ส่วนใหญ่ (135 ราย หรือร้อยละ 83.34) เป็นระยะ CIN มี 6 ราย (ร้อยละ 3.7) เป็น microinvasive carcinoma และ 9 ราย (ร้อยละ 5.5) เป็น invasive carcinoma

ในกลุ่มที่ผลเซลล์วิทยาเป็น moderate dysplasia ทั้งหมด 44 ราย ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย ไม่พบ microinvasive หรือ invasive carcinoma เลย ในขณะที่กลุ่มที่ผลเซลล์วิทยาเป็น severe dysplasia ทั้งหมด 46 รายนั้น ผลพยาธิวิทยาจากการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยมี microinvasive และ invasive carcinoma อย่างละ 1 ราย รวมเป็น 2 ราย (ร้อยละ 4.35) และเมื่อรวมผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยของผู้ป่วยทั้งหมด 162 ราย พบว่ามี microinvasive carcinoma 6 ราย และ invasive carcinoma 9 ราย รวม 15 ราย (ร้อยละ 9.26)

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย

Complications	No. of cases (%)
bleeding*	18 (11.11 %)
infected wound	6 (3.7 %)
parametritis	6 (3.7 %)
post spinal head ache	1 (0.62 %)

*เฉพาะรายที่รุนแรงจนต้องให้เลือด หรืออาจกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (ตารางที่ 2) ที่พบมากที่สุดคือเลือดออก โดยมีผู้ป่วยที่เลือดออกมากจนต้องให้เลือดหรือกลับเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลอีกจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 11.11) และมีการอักเสบติดเชื้อ 12 ราย (ร้อยละ 7.41)

สำหรับระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยนั้น มีตั้งแต่ 2 ถึง 14 วัน โดยเฉลี่ย 4 วัน ส่วนค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องเสียโดยเฉลี่ยประมาณ 1,000 บาทต่อราย

วิจารณ์

การตรวจเพื่อค้นหาพยาธิสภาพที่แท้จริงของปากมดลูกในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติโดยไม่เห็นรอยโรคที่ปากมดลูกด้วยตาเปล่ามีหลายวิธี ตั้งแต่วิธีง่าย ๆ ก็คือการตัดเนื้อปากมดลูกหลาย ๆ ชั้น (multiple punch biopsy) แบบเคาสุ่ม (random) หรือใช้สารละลาย Schiller ร่วมด้วย การตัดชิ้นเนื้อโดยอาศัยกล้องส่องตรวจ Colposcope ซึ่งสามารถทำได้ในผู้ป่วยนอกและไม่ค่อยมีภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนจนถึงการทำผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยซึ่งมีความแม่นยำ สามารถค้นหาพยาธิสภาพของปากมดลูกซึ่งอาจไม่พบจากการตัดชิ้นเนื้อแบบ multiple punch biopsy ธรรมดาได้⁽²⁾ แต่การผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยมักต้องทำในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยต้องนอนพักในโรงพยาบาล และเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ตลอดจนมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดพอสมควร ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดบ่อยคือเลือดออก ซึ่งพบประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดนี้⁽¹⁾ ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจเกิดได้ เช่น การอักเสบติดเชื้อ มดลูกทะลุ อันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ส่วน rectum ปากมดลูกติบตัน⁽¹⁾ รวมทั้งปัญหาต่อการตั้งครรภ์

ในภายหลัง โดยเฉพาะการคลอดก่อนกำหนด⁽³⁾ มีรายงานอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ภายหลังการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยถึงร้อยละ 10⁽⁴⁾

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีผลเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติชนิด dysplasia ทั้งหมด 90 ราย ผลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยมี microinvasive และ invasive carcinoma เพียงอย่างละ 1 ราย รวมเป็น 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.22 โดยในกลุ่มที่ผลเซลล์วิทยาเป็น moderate dysplasia 44 ราย ผลพยาธิวิทยาจากการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยไม่พบทั้ง microinvasive และ invasive carcinoma เลย ในขณะที่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยมีมากพอสมควร (ตารางที่ 2) โดยมีผู้ป่วยที่มีเลือดออกมากจนต้องให้เลือดหรือกลั้วเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลอีกถึงร้อยละ 11.11 และมีการอักเสบติดเชื้ออีกร้อยละ 7.41 อีกทั้งผู้ป่วยต้องเสียเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 4 วัน และเสียค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยประมาณรายละ 1,000 บาท จากข้อมูลเหล่านี้ จึงเกิดคำถามขึ้นว่า การทำผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยในผู้ป่วยที่มีผลตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติ โดยเฉพาะถ้าความผิดปกตินั้นเป็นเพียง dysplasia นั้นเหมาะสมหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบผลที่ได้กับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไป มีวิธีการอื่นที่อาจทำเพื่อให้ได้ชิ้นเนื้อของปากมดลูกเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยาที่ให้ความแม่นยำใกล้เคียงกับการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย แต่มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า สามารถกระทำได้ในผู้ป่วยนอก และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าหรือไม่ จากการศึกษารายงานเกี่ยวกับการทำ colposcope พบว่าการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกโดยอาศัยกล้องส่องตรวจ colposcope ร่วมกับการขูดภายใน

รูปปากมดลูก (endocervical curettage) ซึ่งสามารถทำในผู้ป่วยนอกโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อย และไม่ก่อมีภาวะแทรกซ้อนนั้นให้ผลใกล้เคียงกับการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย แต่มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า^(5,6,7,8) Kirkup และคณะ⁽⁹⁾ รายงานผลการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกโดยใช้ colposcope ได้แม่นยำถูกต้องถึงร้อยละ 98 โดยไม่พลาด microinvasive หรือ invasive carcinoma เลย Srisupundit และคณะ⁽¹⁰⁾ ก็รายงานผลใกล้เคียงกันคือได้ผลถูกต้องถึงร้อยละ 95 โดยไม่พลาด invasive carcinoma เช่นกัน และสามารถลดการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยในผู้ป่วยที่มีผลเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติได้ถึง 9 ใน 10 รายงานอื่น ๆ ต่างก็แสดงผลถูกต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ทั้งสิ้น^(11,12) Ronk และคณะ⁽¹¹⁾ รายงานว่า ถ้าการทำ colposcope สามารถเห็น transformation zone ได้ทั้งหมด การตัดชิ้นเนื้อตรวจจะมีผลแม่นยำถึงร้อยละ 99.3 ในกรณีเช่นนี้การผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยอาจไม่จำเป็น Veridiano และคณะ⁽¹²⁾ ก็รายงานทำนองเดียวกัน

สำหรับโรงพยาบาลศรินกรินทร์ เริ่มมี colposcopic clinic มาได้ 4-5 ปี แพทย์ผู้ทำเริ่มมีประสบการณ์และความชำนาญสูง ผลความถูกต้องแม่นยำของการตัดชิ้นเนื้อขณะนี้กำลังรวบรวมอยู่ คาดว่าคงใกล้เคียงกับรายงานต่าง ๆ ข้างต้น ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นจริง การตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกโดยใช้ colposcope ควรจะเป็นวิธีการแรกที่ใช้ในการค้นหาพยาธิสภาพของปากมดลูกในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติ ส่วนการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยควรใช้ในรายที่มีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ 1. การตรวจด้วย colposcope ไม่สามารถเห็นรอยโรคได้ทั้งหมด^(1,8) หรือไม่สามารรถเห็น transformation zone ได้ทั้งหมด^(1,9,11,12) (unsatisfactory colposcope) 2. ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ

ที่ได้จากการขูดภายในรูปากมดลูก (endocervical curettage) ผิดปกติ⁽¹⁾ 3. ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ ที่ตัดได้จากการทำ colposcope เข้ากันไม่ได้กับผลทางเซลล์วิทยา⁽¹⁾ 4. ผลทางเซลล์วิทยาและผลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ตัดได้จากการทำ colposcope เป็น microinvasive carcinoma⁽¹⁾ 5. การผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยเพื่อหวังผลการรักษาด้วย (therapeutic conization) ซึ่งถ้าสามารถทำตามข้อบ่งชี้ทั้งหมดนี้การผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยก็จะลดน้อยลงมาก สามารถลดภาวะแทรกซ้อนประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการทำผ่าตัดนี้ลงได้มาก

เอกสารอ้างอิง

1. Jones III HW. Cone biopsy in the management of cervical intraepithelial neoplasia. Clin Obstet. Gynecol 1983 ; 26 : 968-79.
2. Carmichael JA, Jeffrey JF, Steel HD, et al. The cytologic history of 245 patients developing invasive cervical carcinoma. Am J Obstet Gynecol 1984 ; 148 : 685-90.
3. Jones JM, Sweetnam P, Hibbard BM. The outcome of pregnancy after cone biopsy of the cervix : a case-control study. Br J Obstet Gynaecol 1979 ; 86 : 913-6.
4. Bjerre B, Eliasson G, Linell F, et al. Conization as only treatment of carcinoma in situ of the uterine cervix. Am J Obstet Gynecol 1976 ; 125 : 143-52.
5. Rombaut RP. Colposcopy for evaluation of cervical abnormalities. Obstet Gynecol 1966 ; 27 : 404-7.
6. Singer A, Walker P. What is the optimum treatment of cervical premalignancy ? Br J Obstet Gynaecol 1982 ; 89 : 335-7.
7. Chanen W, Rome RM. Electro coagulation diathermy for cervical dysplasia and carcinoma in situ. A 15 year survey. Obstet Gynecol 1983 ; 61 : 673-9.
8. Drescher CW, Peters WA Jr, Roberts JA. Contribution of endocervical curettage in evaluating abnormal cervical cytology. Obstet Gynecol 1983 ; 62 : 343-7.
9. Kirkup W, Singer A, Hill AS. The accuracy of colposcopically directed biopsy in patients with suspected intraepithelial neoplasia of the cervix. Br J Obstet Gynaecol 1980 ; 87 : 1-4.
10. Srisupundit S, Bunlungpoti S. The correlation between colposcopic directed biopsy, cervical cytology and cervical conization. J Med Assoc Thai 1979 ; 62 : 174-8.
11. Ronk DA, Jimerson GK, Merrill JA. Evaluation of abnormal cervical cytology. Obstet Gynecol 1977 ; 49 : 581-6.
12. Veridiano NP, Delke I, Tancer ML. Accuracy of colposcopically directed biopsy in patients with cervical neoplasia. Obstet Gynecol 1981 ; 58 : 185-7.