

มะเร็งองคชาติในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก: ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายไป ต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ

พงษ์ศักดิ์ สารเจริญ

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

บทคัดย่อ

มะเร็งองคชาติเป็นมะเร็งที่พบได้ค่อนข้างน้อย ผู้นิพนธ์ได้รวบรวมรายงานการรักษาตั้งแต่ มกราคม 2544 ถึง ธันวาคม 2554 ย้อนหลังเป็นเวลา 11 ปี มีผู้ป่วยที่ติดตามเวชระเบียนได้ 102 ราย โดยได้ทำการศึกษาเชิงพรรณานาวิเคราะห์ย้อนหลัง พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 59.59 ปี ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยก้อนเนื้อและแผลที่อวัยวะเพศ ผู้ป่วยรับการผ่าตัด partial penectomy ร้อยละ 67.6 และ total penectomy ร้อยละ 26.5 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นชนิด well differentiated ร้อยละ 52, moderately differentiated ร้อยละ 39.2 และ poorly differentiated ร้อยละ 6.9 ผู้ป่วยที่ไม่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบมีร้อยละ 52.9 มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบร้อยละ 47.1 โดยระยะเวลาเฉลี่ยของการแพร่กระจายคือ 3.56 เดือน โดยระยะเวลาแพร่กระจายหลังการผ่าตัดองคชาติมากที่สุดคือ 15 เดือน ปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องต่อการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ พบเพียงปัจจัยเดียวคือค่าดัชนีความรุนแรงทางพยาธิวิทยาของมะเร็ง (tumor differentiation) ส่วนอายุและการลุกลามเฉพาะที่ (T stage) ไม่มีความสัมพันธ์กัน ปัจจัยที่มีแนวโน้มเป็นอย่างยิ่งต่อการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองอีกประการคือ การตรวจพบ tumor emboli ในท่อทางเดินน้ำเหลืองและในหลอดเลือดดำ (lymphatic and venous embolization) โดยผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบสมควรได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบออก (inguinal lymphadenectomy) ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองโตก่อน

คำสำคัญ:

มะเร็งองคชาติ, การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ, การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ

บทนำ

มะเร็งองคชาติพบได้น้อยประมาณร้อยละ 2 ของมะเร็งระบบยูโรวิทยา⁽¹⁾ โดยมีอุบัติการณ์แตกต่างกันไปในแต่ละส่วนของโลก เช่นในบางส่วนของเอเชีย แอฟริกา และอเมริกาใต้ จะสูงถึง 19 รายต่อประชากรชาย 100,000 คน และพบน้อยในยุโรปและสหรัฐอเมริกาเพียง 0.1-0.9 ต่อประชากรชาย 100,000 คน⁽²⁾ ในประเทศ

ไทย พ.ศ. 2544-2546 มีอุบัติการณ์ (Age - Standardized Incidence Rate) 1.2 ต่อประชากรชาย 100,000 คน⁽³⁾ เชื่อว่าภาวะสุขอนามัยและภาวะหนึ่งหุ้มปลายองคชาติไม่เปิดจะเป็นสาเหตุสำคัญ⁽⁴⁾ โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามักจะเสียชีวิตภายใน 2 ปี จากการลุกลามอย่างควบคุมไม่ได้ของรอยโรคในตำแหน่งองคชาติ และอวัยวะข้างเคียง และการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น การ

รักษามะเร็งองคชาติที่ได้ผลดีคือการตัดองคชาติออกบางส่วนหรือทั้งหมด ให้เหลือเนื้อดีห่างจากตำแหน่งมะเร็ง 2 เซนติเมตร⁽¹⁾ ร่วมกับการพิจารณาผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบและอาจพิจารณาเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานอีกด้วย

ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งองคชาติประสบความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการควบคุมการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ โดยที่ผู้ป่วยที่ไม่มีการแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองขาหนีบจะมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี ร้อยละ 71-95 แต่ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองขาหนีบจะมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี ร้อยละ 28^(5,6) ส่วนการแพร่กระจายไปอวัยวะที่ห่างไกลมักจะเกิดในระยะท้ายของโรค และมักพบในผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองขาหนีบและในอุ้งเชิงกรานแล้ว⁽⁷⁾ ดังนั้นการติดตามเฝ้าระวังการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองขาหนีบหลังจากการผ่าตัดองคชาติออกจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยจะต้องตรวจติดตามภาวะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบโตทุก 3 เดือนนาน 2 ปี ทุก 4 เดือนในปีที่ 3 ทุก 6 เดือนในปีที่ 4 และต่อไปปีละครั้งในปีที่ 5^(1,7) แต่ในการศึกษาต่อมาพบว่าการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบหลังจากการตรวจพบว่าต่อมน้ำเหลืองโตนั้นผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี ร้อยละ 36 เมื่อเทียบกับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองทันทีโดยไม่รอให้ต่อมน้ำเหลืองโตก่อน ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี ร้อยละ 83⁽⁷⁾ นอกจากนี้การตรวจต่อมน้ำเหลืองโตโดยใช้อาการทางคลินิกยังมีความไม่แน่นอน โดยที่ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่าต่อมน้ำเหลืองโต พบว่าเมื่อตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาจะมีผลลบร้อยละ 33 แต่ผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตจะมีผลบวกทางพยาธิวิทยาร้อยละ 20⁽⁸⁾ จึงมีผลการศึกษาที่แนะนำให้ทำการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ ในรายที่มีความเสี่ยงโดยไม่รอให้ต่อมน้ำเหลืองโตก่อน⁽⁹⁾ แต่ข้อแนะนำดังกล่าวก็มีข้อโต้แย้งเนื่องจากการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ จะมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น ภาวะน้ำเหลืองคั่งได้

แผลผ่าตัด (lymphocele) ภาวะเนื้อปากแผลผ่าตัดเน่าตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (flap necrosis) ภาวะขาบวมจากการคั่งน้ำเหลือง (lymphedema) แต่ปัจจุบันก็ได้มีการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยลง

การดำเนินโรคของมะเร็งองคชาตินั้น รอยโรคจะเกิดขึ้นที่ตำแหน่งปลายองคชาติ (glans penis) หรือใต้หนังหุ้มอวัยวะเพศ (prepuce)^(1,7) โดยในระยะแรกจะเติบโตอย่างช้า ๆ ในระดับต้น ต่อมาเมื่อรอยโรคลุกลามลึกลงไปใตองคชาติ ก็จะมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่น ซึ่งบางครั้งรอยโรคมียขนาดเล็ก หนังหุ้มปลายองคชาติไม่เปิด ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย รู้สึกกลัวว่าจะเป็นโรคร้าย ความไม่รู้ การละเลยต่อสุขภาพ การวินิจฉัยโรคผิดพลาดเป็นการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์คัดสรรระบบปัสสาวะล่าช้า โดยมาต่อเมื่อโรคลุกลามไปมาก หรือมีต่อมน้ำเหลืองขาหนีบโตแล้ว ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวอาจนานกว่า 1 ปีนับแต่เกิดโรค⁽¹⁰⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาด้านระบาดวิทยาของมะเร็งองคชาติ และปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ โดยพิจารณาว่าผู้ป่วยกลุ่มใดควรได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ หลังการผ่าตัดองคชาติทันที หรือกลุ่มใดควรรอให้ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองโตก่อนจึงรับการผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง และลดการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นอันจะทำให้เกิดผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยที่มีโอกาสน้อยที่จะเกิดการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งองคชาติ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในช่วงระยะเวลา 11 ปี ตั้งแต่ มกราคม 2544 ถึง ธันวาคม 2554 จำนวน 102 ราย โดยดูจากบันทึกเวชระเบียน

ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสองขั้นตอน โดยขั้นตอนแรกเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยทุกรายเกี่ยวกับ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ สถานภาพของต่อมน้ำเหลืองขาหนีบแรกรับ ชนิดการผ่าตัด ผลทางพยาธิวิทยาของมะเร็ง ระยะเวลาที่ต่อมน้ำเหลืองโตหลังผ่าตัด การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาตรวจติดตามสาเหตุที่ผู้ป่วยสิ้นสุดการตรวจติดตาม โดยนับจำนวนความถี่ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่สองเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบ (analytic study) โดยศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ อันได้แก่ อายุ ลำดับความรุนแรงพยาธิวิทยาของมะเร็ง (tumor differentiation) การลุกลามเฉพาะที่องคชาติ (T stage) ทดสอบความน่าเชื่อถือโดย Pearson's chi-square, Fisher's exact test, one-way ANOVA, t-test โดย p-value < 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ และทดสอบสัดส่วนความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองด้วย Odds ratio (OR) ที่ 95% confidence interval (95% CI) โดยค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดมากกว่า 1 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ตั้งแต่เดือนมกราคม 2544 ถึง ธันวาคม 2554 ระยะเวลารวม 11 ปี มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งองคชาติ 102 ราย โดยมีข้อมูลบุคคลดังตารางที่ 1

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก 55 ราย (53.9%) รองลงมาคือ กำแพงเพชร 15 ราย (14.7%) อันดับ 3 คือ เพชรบูรณ์ 10 ราย (9.8%) อันดับถัดไปคือ สุโขทัย 8 ราย (7.8%) พิจิตร 7 ราย (6.9%) ตาก 5 ราย (4.9%) ด้านอาชีพของผู้ป่วยพบว่า ไม่มีอาชีพหรือไม่ระบุ 40 ราย (39.2%) เกษตรกรรม 34 ราย (33.3%) ด้านสถานภาพการสมรส ผู้ป่วยสมรสแล้ว 92 ราย (90.2%) ด้านอายุของผู้ป่วย พบว่า มัชยฐาน 61.50 ปี พิสัย 27 -

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งองคชาติเพศชาย ปี พ.ศ. 2544-2554 (n = 102 ราย)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิลำเนา		
กำแพงเพชร	15	14.7
ตาก	5	4.9
พิจิตร	7	6.9
พิษณุโลก	55	53.9
เพชรบูรณ์	10	9.8
สุโขทัย	8	7.8
อื่น ๆ	2	2.0
อาชีพ		
เกษตรกรรม	34	33.3
ค้าขาย	1	1.0
นักบวช	2	2.0
รับจ้าง	23	22.5
รับราชการ	1	1.0
อื่น ๆ	1	1.0
ไม่ระบุ	40	39.2
สถานภาพสมรส		
สมรส	92	90.1
โสด	6	5.9
หม้าย	1	1.0
หย่า	1	1.0
ไม่ระบุ	2	2.0

อายุ

ค่าเฉลี่ย 59.59 ปี, มัชยฐาน 61.50 ปี, ฐานนิยม 66 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.92 ปี, พิสัย 54 ปี, น้อยที่สุด 27 ปี, มากที่สุด 81 ปี

81 ปี อายุที่ 25-75 เปอร์เซ็นไทล์คือ 48.75-68.50 ปี จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยเมื่อพิจารณาการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบพบว่า มีผู้ป่วย 54 ราย (53%) ที่ไม่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองตลอดการศึกษา และมีผู้ป่วย 48 ราย (47%) ที่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง โดยมีค่า

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะเพศชาย ปี พ.ศ. 2544-2554 (n = 102 ราย)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
อาการสำคัญ		
ติดเชื้อปลายอวัยวะเพศ	11	10.8
ก้อนเนื้อออก	47	46.1
แผล	44	43.1
การผ่าตัด		
Partial penectomy	69	67.6
Total penectomy	27	26.5
Wide excision	6	5.9
ผลพยาธิวิทยาของมะเร็ง		
Carcinoma in situ	2	2
Well differentiated	53	52
Moderately differentiated	40	39.1
Poorly differentiated	7	6.9
พยาธิสภาพต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ		
ไม่มีภาวะต่อมน้ำเหลืองโต	54	53
ต่อมน้ำเหลืองโตแรกเริ่ม	18	17.6
มีต่อมน้ำเหลืองโตหลังผ่าตัดองคชาติ	30	29.4
มะเร็งลูกกลม Corpus Caverosum		
ไม่มี	69	67.6
มี	33	32.4
มะเร็งลูกกลม Urethra		
ไม่มี	83	81.4
มี	19	18.6
การผ่าตัดเอาระยะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ		
ไม่มี	69	67.6
มี	33	32.4

เฉลี่ยระยะเวลาที่กระจายไป 3.56 เดือน (SD 4.237) คำน้อยที่สุดคือ 0 เดือน ซึ่งหมายถึงต่อมน้ำเหลืองโตเมื่อแรกเริ่ม และนานที่สุดคือ 15 เดือน แต่เมื่อตัดผู้ป่วยที่มีต่อมน้ำเหลืองโตแรกเริ่มออก พบว่าผู้ป่วย 30 ราย (29.4%) ที่ต่อมน้ำเหลืองโตหลังผ่าตัดองคชาติ จะมีระยะเวลาเฉลี่ย 5.70 เดือน (SD 4.061)

หลังผ่าตัดองคชาติจะต้องนัดติดตามผู้ป่วย ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษามีระยะเวลาการตรวจติดตามเฉลี่ย 18.48 เดือน (SD 21.63) น้อยที่สุดคือ 1 เดือน นานที่สุดคือ 8 ปี 7 เดือน สาเหตุที่ผู้ป่วยพ้นจากการศึกษา มากที่สุดคือไม่มาตามนัด 50 ราย (49.0%) โดยมีระยะเวลาการตรวจติดตามก่อนจะไม่มาตามนัดเฉลี่ย 10.56 เดือน (SD 12.40) และระยะเวลาที่นานที่สุดคือ 4 ปี 4 เดือนก่อนไม่มา โดยเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด และมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง 20 รายคิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด ผลทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วยกลุ่มไม่มาตามนัด เป็น carcinoma in situ 1 ราย (2%) well differentiated carcinoma 30 ราย (60%) moderately differentiated carcinoma 15 ราย (30%) poorly differentiated carcinoma 4 ราย (8%) ซึ่งอัตราส่วนใกล้เคียงกับผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษา แม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะเคยขาดนัดตรวจติดตามไปก่อนหน้าจะมีภาวะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบโต แต่เมื่อเกิดภาวะดังกล่าวขึ้น ผู้ป่วยก็จะถูกส่งกลับมารักษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช เนื่องจากสถานพยาบาลอื่นยังไม่มีแพทย์เฉพาะทาง สิ้นสุดการศึกษาโดยที่ผู้ป่วยยังคงมาตรวจติดตามอยู่ 31 ราย (30.4%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end stage) ถูกส่งไปรักษาแบบประคับประคองยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน 15 ราย (14.7%) เสียชีวิตในโรงพยาบาลพุทธชินราช 6 ราย (5.9%) โดยที่ 2 รายเสียชีวิตจากมะเร็งองคชาติที่เหลือเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ

จากตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและผลทางพยาธิวิทยาของมะเร็งองคชาติ พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ผลทางพยาธิวิทยาเป็น carcinoma in situ คือ 66.50 ปี กลุ่มที่ผลเป็น well differentiated carcinoma คือ 59.60 ปี กลุ่มที่ผลเป็น moderately differentiated carcinoma คือ 57.98 ปี กลุ่มที่ผลเป็น poorly differentiated carcinoma คือ 66.71 ปี เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยของอายุแต่ละกลุ่มด้วย one-way ANOVA พบว่าไม่มี

ความแตกต่างกัน (p 0.348)

จากตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบและอายุของผู้ป่วยพบว่ากลุ่มที่มีการแพร่กระจายโดยรวมทั้งกรณีที่มีการแพร่กระจายแล้วเมื่อแรกรับและภายหลังผ่าตัดองคชาติจำนวน 48 ราย มีอายุเฉลี่ย 57.04 ปี (SD 12.50) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีการแพร่กระจาย 54 รายมีอายุเฉลี่ย 61.85 ปี (SD 12.98) เมื่อทดสอบด้วย t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างอายุผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม (p 0.060)

จากตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบและผลทางพยาธิวิทยาพบว่าผู้ป่วยที่มีผลทางพยาธิวิทยาเป็น well differentiated carcinoma 53 ราย จะมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง 16 ราย (30.2%) ไม่มีการแพร่กระจาย 37 ราย (69.8%) ผู้ป่วยที่มีผลทางพยาธิวิทยาเป็น moderately differentiated carcinoma 40 ราย จะมีการ

แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง 26 ราย (65%) ไม่มีการแพร่กระจาย 14 ราย (35%) ผู้ป่วยที่มีผลทางพยาธิวิทยาเป็น poorly differentiated carcinoma 7 ราย จะมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง 6 ราย (85.7%) ไม่มีการแพร่กระจาย 1 ราย (14.3%) ส่วน carcinoma in situ จำนวน 2 ราย ไม่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง เนื่องจากเป็นมะเร็งที่มีความรุนแรงต่ำ เมื่อทดสอบด้วย Fisher's exact test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) และเมื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองจากค่า OR โดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่มีผลทางพยาธิวิทยาเป็น well differentiated carcinoma พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีผลทางพยาธิวิทยาเป็น moderately differentiated carcinoma จะมีค่า OR 4.299 (95% CI 1.790, 10.305) และผู้ป่วยกลุ่มที่มีผลทางพยาธิวิทยาเป็น poorly differentiated carcinoma จะมีค่า

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของอายุและผลพยาธิวิทยาของมะเร็งองคชาติ (n=102 ราย)

ผลทางพยาธิวิทยา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	อายุเฉลี่ย (ปี)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	p-value
Carcinoma in situ	2	66.50	0.71	0.348*
Well differentiated	53	59.60	13.60	
Moderately differentiated	40	57.98	12.16	
Poorly differentiated	7	66.71	12.38	
Total	102	59.59	12.92	

*ทดสอบด้วย one-way ANOVA

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองขาหนีบและอายุของผู้ป่วยมะเร็งองคชาติ (n=102 ราย)

	การแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ		p-value
	มีการแพร่กระจาย [†]	ไม่มีการแพร่กระจาย	
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)	57.04	61.85	0.060*
จำนวน	48	54	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	12.50	12.98	

*ทดสอบด้วย t-test

[†]รวมผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองขาหนีบทั้งเมื่อแรกรับและหลังการผ่าตัดองคชาติ

OR 13.889 (95% CI 1.542, 124.813) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองและการลุกลามเฉพาะที่องคชาติ พบว่าการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบไม่มีความสัมพันธ์กับการที่มะเร็งลุกลามเข้าสู่ corpus carvernosum (p 0.203) เช่นเดียวกับการลุกลามเข้าสู่ urethra ก็ไม่มีความสัมพันธ์กับการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองเช่นกัน (p 0.976) เมื่อทดสอบทั้งสองกรณีด้วย Pearson's chi-square และเมื่อเปรียบเทียบความ

เสี่ยงต่อการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองจากค่า OR กลุ่มที่มะเร็งลุกลามเข้าสู่ corpus carvernosum เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มี จะมีค่า OR 1.872 (95% CI 0.808, 4.335) ส่วนกลุ่มที่มะเร็งลุกลามเข้าสู่ urethra เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มี จะมีค่า OR 1.016 (95% CI 0.374, 2.756) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยา มีการระบุถึงการพบ tumor emboli ในท่อทางเดินน้ำเหลือง (lymphatic embolization) 7 ราย ทุกรายมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ และพบ tumor em-

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองขาหนีบและผลพยาธิวิทยาของมะเร็งองคชาติ (n=102 ราย)

ผลทางพยาธิวิทยา	การแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ		รวม	Odds	Odds ratio	95% CI		p-value
	มีการแพร่กระจาย (%)†	ไม่มีการแพร่กระจาย (%)				Lower	Upper	
Carcinoma in situ	0 (0)	2 (100)	2	0	0	-	-	< 0.001*
Well differentiated	16 (30.2)	37 (69.8)	53	0.432	1	-	-	
Moderately differentiated	26 (65)	14 (35)	40	1.857	4.299	1.790	10.305	
Poorly differentiated	6 (85.7)	1 (14.3)	7	6	13.889	1.542	124.813	
รวม	48 (47.1)	54 (52.9)	102					

*ทดสอบด้วย Fisher's exact test

†รวมผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองขาหนีบทั้งเมื่อแรกรับและหลังการผ่าตัดองคชาติ

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองขาหนีบและการลุกลามเฉพาะที่องคชาติ (n=102 ราย)

การลุกลามเฉพาะที่องคชาติ	การแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ		รวม	Odds	Odds ratio	95% CI		p-value
	มีการแพร่กระจาย (%)†	ไม่มีการแพร่กระจาย (%)				Lower	Upper	
ลุกลามเข้าสู่ Corpus Carvernosum								
ไม่มี	29 (42)	40 (58)	69	0.725	1	-	-	0.203*
มี	19 (57.6)	14 (42.4)	33	1.357	1.872	0.808	4.335	
ลุกลามเข้าสู่ Urethra								
ไม่มี	39 (47)	44 (53)	83	0.886	1	-	-	0.976*
มี	9 (47.4)	10 (52.6)	19	0.9	1.016	0.374	2.756	

*ทดสอบด้วย Pearson's chi-square

†รวมผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองขาหนีบทั้งเมื่อแรกรับและหลังการผ่าตัดองคชาติ

boli ในหลอดเลือดดำ (venous embolization) 5 ราย
ทุกรายมี lymphatic embolization และมีการแพร่
กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ มีผลการตรวจทาง
พยาธิวิทยา 1 รายที่ระบุว่าไม่มีภาวะดังกล่าว ส่วนที่
เหลือไม่มีการระบุถึงภาวะดังกล่าวว่ามีหรือไม่มี

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งองคชาติจำนวน 102 ราย
ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 53.9
อยู่ในจังหวัดพิษณุโลก ส่วนที่เหลือเดินทางมาจาก
จังหวัดข้างเคียงที่ไม่มีศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ
ซึ่งบางจังหวัดมีระยะทางมากกว่า 100 กิโลเมตร ทำให้
มีค่าใช้จ่ายสูง ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ทำ
เกษตรกรรมหรือรับจ้างซึ่งมีรายได้น้อย ไม่มียาน
พาหนะเป็นของตนเอง ซึ่งอาจเป็นเหตุหนึ่งให้ผู้ป่วยไม่
สามารถเดินทางมารับการตรวจติดตามได้ตามนัดอย่าง
ต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 59.59 ปี (SD 12.92) ซึ่ง
ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Mc Dougal WS⁽⁸⁾ ซึ่ง
ได้ค่าอายุเฉลี่ย 61 SD 15 ปี

มะเร็งองคชาติเป็นมะเร็งที่มีการลุกลามเฉพาะที่
และแพร่กระจายไปบริเวณใกล้เคียงเป็นสำคัญ การ
แพร่กระจายไปอวัยวะที่ห่างไกลมักเกิดในช่วงท้าย ๆ
ของโรค โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายไป
ต่อมน้ำเหลืองขาหนีบมีสถานะต่อมน้ำเหลืองโตตั้งแต่
แรกเริ่ม หรือมีต่อมน้ำเหลืองโตหลังการผ่าตัด น่าจะ
เป็นผลมาจากระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดมะเร็งที่ปลาย
องคชาติจนผู้ป่วยมาพบแพทย์ศัลยกรรมระบบปัสสาวะ
อันเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ หากผู้ป่วยมาพบแพทย์เร็วก็จะ
มีสถานะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบปรกติแล้วจึงโตภายหลัง
แต่หากมาพบแพทย์ล่าช้าจนต่อเมื่อมะเร็งลุกลามไปมาก
ก็จะมีสถานะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบโตตั้งแต่แรกเริ่ม ซึ่ง
ในการศึกษานี้จะพิจารณาผู้ป่วยที่มีต่อมน้ำเหลืองโต
แรกเริ่มและผู้ป่วยที่มีต่อมน้ำเหลืองโตหลังการผ่าตัด
องคชาติเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ
47.1 ที่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ โดย

มีระยะเวลาเฉลี่ยคือ 3.56 เดือน แต่หากตัดกลุ่มผู้ป่วย
ที่มีภาวะต่อมน้ำเหลืองโตตั้งแต่แรกเริ่มออก ค่าเฉลี่ย
ที่มะเร็งจะแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองหลังผ่าตัด
องคชาติคือ 5.70 เดือน ที่น่าสนใจคือระยะเวลาที่นาน
ที่สุดที่พบมะเร็งแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบคือ
15 เดือน ดังนั้นหากมีการตรวจติดตามผู้ป่วยนานเกินกว่า
15 เดือนแล้วผู้ป่วยยังคงไม่มีภาวะผิดปกติ จะถือว่า
ผู้ป่วยเหล่านั้นหายดีแล้วไม่ต้องนัดมาตรวจติดตามอีก
ได้หรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับ Lubke WL. et al.⁽⁹⁾ ได้
แสดงความเห็นว่า หากมะเร็งองคชาติจะมีการเป็น
กลับซ้ำจะเกิดใน 2 ปี

ผู้ป่วยส่วนมากจะได้รับการผ่าตัดมะเร็งองคชาติ
ด้วยวิธี partial penectomy 69 ราย (67.6%) total
penectomy 27 ราย (26.5%) และมีผู้ป่วยได้รับการ
ผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ 33 ราย (32.4%) ซึ่ง
ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการรักษาเพิ่มเติมจากอายุรแพทย์
โรคมะเร็งและรังสีแพทย์ แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายที่แพทย์
ผู้รักษาพิจารณาว่าสมควรได้รับการควบคุมการแพร่
กระจายด้วยการใช้รังสีรักษา โดยไม่ผ่าตัดเลาะต่อมน้ำ
เหลืองก่อน อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลพุทธชินราชเพิ่ง
เปิดให้บริการคลินิกโรคมะเร็งเมื่อ มกราคม 2550 โดย
ส่งไปรับรังสีรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งให้บริการ
เฉพาะผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพที่ขึ้น
ทะเบียนกับทางโรงพยาบาลพุทธชินราชเท่านั้น และ
เปิดให้บริการเต็มรูปแบบแก่ผู้ป่วยทุกรายในโรงพยาบาล
พุทธชินราชในปีพ.ศ. 2553 โดยก่อนหน้านี้ผู้ป่วยที่ต้อง
ได้รับรังสีรักษา ต้องส่งไปรับการรักษาที่สถาบันมะเร็ง
แห่งชาติสาขาลพบุรีหรือลำปาง ซึ่งเมื่อส่งผู้ป่วยไปแล้ว
ก็จะติดตามผู้ป่วยได้ลำบากเนื่องจากระยะทางและการ
สื่อสาร นอกจากทางสถาบันมะเร็งแห่งชาติส่งผู้ป่วย
กลับมาเพื่อตรวจติดตามหลังให้การรักษา โดยผู้ป่วยมา
ตรวจติดตามต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ย 18.48 เดือน (SD 21.63)
สาเหตุที่สิ้นสุดการตรวจติดตามมากที่สุดคือไม่มาตามนัด
(49%) โดยมีระยะเวลาการตรวจติดตามก่อนจะไม่มา
ตามนัดเฉลี่ย 10.56 เดือน (SD 12.40) และนานที่สุด

คือ 4 ปี 4 เดือนก่อนไม่มา เหตุที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจติดตามเพราะผู้ป่วยคิดว่าผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายเป็นปรกติดีแล้ว ประกอบกับความไม่สะดวกในการเดินทาง จึงไม่เห็นความจำเป็นในการมาพบแพทย์อีก และการศึกษานี้เก็บข้อมูลย้อนหลังเป็นเวลานาน 11 ปี ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากและอยู่ต่างจังหวัด หากผู้ป่วยต้องเข้ารักษาพยาบาลหรือเสียชีวิตจากโรคใด ๆ ในโรงพยาบาลประจำอำเภอหรือจังหวัดของตน ก็จะกลายเป็นผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจติดตามของโรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมและวางแผนติดตามผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

การศึกษาผลพยาธิวิทยาของมะเร็งองคชาติพบว่าผู้ป่วยส่วนมากเป็นชนิด well differentiated carcinoma 53 ราย (52%) เป็นชนิด moderately differentiated carcinoma 40 ราย (39.1%) และ poorly differentiated carcinoma 7 ราย (6.9%) ส่วน carcinoma in situ ซึ่งเป็นมะเร็งที่มีความรุนแรงน้อยและไม่พบการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองมี 2 ราย (2%) และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผลทางพยาธิวิทยากับอายุของผู้ป่วย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน (p 0.348) ดังนั้นผู้ป่วยทุกช่วงอายุ จึงมีโอกาสเกิดมะเร็งองคชาติที่มีความรุนแรงทางพยาธิวิทยานิตต่าง ๆ ได้ไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งองคชาติ คือการตรวจพบการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ ผู้ป่วยที่ไม่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบจะมีการรอดชีวิต 5 ปีร้อยละ 71-95 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ จะมีการรอดชีวิต 5 ปีเพียงร้อยละ 28 ดังนั้นการหาปัจจัยที่จะทำนายการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบจึงมีความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบในผู้ป่วยที่ไม่น่าจะได้รับประโยชน์จากการผ่าตัด และช่วยตัดสินใจผ่าตัดในรายที่น่าจะได้รับประโยชน์ ก่อนที่จะมีการแพร่กระจายและมีต่อมน้ำเหลืองโตอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของ

ผู้ป่วยในกลุ่มที่น่าจะได้รับประโยชน์⁽¹¹⁾ โดยปัจจัยที่อาจบ่งชี้โอกาสที่จะเกิดการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบได้แก่ ลำดับความรุนแรงทางพยาธิวิทยาของมะเร็ง (tumor differentiation) การลุกลามของมะเร็งเข้าสู่ corpus carvernosum หรือ urethra (T stage) และการพบ tumor emboli ในท่อทางเดินน้ำเหลืองและหลอดเลือดดำจากการอ่านผลทางพยาธิวิทยา^(9,11-13)

จากตารางที่ 4 เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบและอายุของผู้ป่วย พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบคือ 57.04 ปี และผู้ป่วยที่ไม่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองคือ 61.85 ปี แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p 0.060) จึงสรุปได้ว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งองคชาติในโรงพยาบาลพุทธชินราช พบว่าผลทางพยาธิวิทยามีความสัมพันธ์กับการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ โดยผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดองคชาติที่มีผลพยาธิวิทยาเป็น well differentiated carcinoma 53 ราย จะมีการแพร่กระจายเพียง 16 ราย (30.19%) ต่างกับกลุ่มที่ผลพยาธิวิทยาเป็น moderately differentiated carcinoma 40 ราย จะมีการแพร่กระจาย 26 ราย (65%) และกลุ่มที่มีผลทางพยาธิวิทยาเป็น poorly differentiated carcinoma 7 ราย จะมีการแพร่กระจาย 6 ราย (85%) จึงสรุปได้ว่าผลทางพยาธิวิทยาของมะเร็งองคชาติมีความสัมพันธ์กับการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ (p < 0.001)^(2,12) และเมื่อพิจารณาความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองจากค่า OR ผู้ป่วยกลุ่ม moderately differentiated carcinoma จะมี OR 4.299 (95% CI 1.790, 10.305) และผู้ป่วยกลุ่ม poorly differentiated carcinoma จะมี OR 13.889 (95% CI 1.542, 124.813) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่ม well differentiated carcinoma ตามลำดับ ดังนั้นหากผลทางพยาธิวิทยาของมะเร็งเป็นชนิด well differentiated

carcinoma ก็ควรจะใช้วิธีการตรวจติดตามผู้ป่วยทุก 3 เดือน หากพบว่าคลำได้ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น จึงจะทำการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองออก เพื่อลดการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นอันจะมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลือง แต่หากผลพยาธิวิทยาของมะเร็งเป็น moderately differentiated carcinoma หรือ poorly differentiated carcinoma ก็น่าจะแนะนำให้ทำการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองออกได้เลย โดยไม่ต้องรอให้ต่อมน้ำเหลืองโตก่อน เนื่องจากการผ่าตัดก่อนที่ต่อมน้ำเหลืองจะโตจะทำได้ง่ายกว่า และเพิ่มโอกาสรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยมากกว่าการผ่าตัดเมื่อต่อมน้ำเหลืองโตแล้ว^(7,8,14)

จากตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบและการลุกลามเฉพาะที่ โดยที่การลุกลามเฉพาะที่คือการจัดอันดับขั้นการลุกลามของมะเร็งตาม American Joint Committee on Cancer Staging for Penile Cancer⁽¹⁵⁾ โดยที่ T2 คือมะเร็งลุกลามเข้าสู่ corpus carvernosum และ T3 คือมะเร็งลุกลามเข้าสู่ urethra ซึ่งจากการศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวในผู้ป่วยของโรงพยาบาลพุทธชินราชพบว่า ลำดับขั้นการลุกลามเฉพาะที่ (T stage) ไม่มีความสัมพันธ์กับการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ (p 0.203, p 0.906) โดยมีค่า OR 1.872 (95% CI 0.808, 4.335) และ 1.016 (95% CI 0.374, 2.756) ตามลำดับ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้^(7,9,11-13) ซึ่งข้อแตกต่างดังกล่าวต้องทำการศึกษาต่อไปว่าเกิดจากสาเหตุอะไร

ปัจจัยอีกประการหนึ่งคือการพบ tumor emboli ในท่อทางเดินน้ำเหลือง (lymphatic embolization) และในหลอดเลือดดำ (venous embolization) จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งในช่วงเวลา 11 ปีที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าโรงพยาบาลพุทธชินราชมีพยาธิแพทย์หมุนเวียนกันมาตรวจชิ้นเนื้อ 7 ท่าน โดยก่อนปี 2550 มีพยาธิแพทย์เพียง 1 ท่าน หลังจากนั้นก็มีพยาธิแพทย์จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรมาช่วยตรวจ และมีพยาธิแพทย์ท่านใหม่มาประจำ ทำให้พบมีการ

ระบุถึงภาวะ lymphatic embolization เพียง 7 ราย และทุกรายมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ ส่วนภาวะ venous embolization มีระบุไว้ 5 ราย ทุกรายมีภาวะ lymphatic embolization และมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ ส่วนผู้ป่วยที่มีการระบุว่ามีภาวะดังกล่าวมีเพียง 1 ราย ที่เหลือคือไม่ได้ระบุไว้ว่ามีหรือไม่มีภาวะดังกล่าว ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะสันนิษฐานได้ว่าหากพบว่ามีภาวะ lymphatic หรือ venous embolization ก็มีโอกาสูงที่จะเกิดการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ จึงสมควรที่จะผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองออกได้เลย โดยไม่ต้องรอให้คลำพบต่อมน้ำเหลืองโตก่อน ซึ่งต้องมีการประสานงานกับทางพยาธิแพทย์เพื่อให้มีการระบุว่ามีหรือไม่มีภาวะ lymphatic หรือ venous embolization ต่อไป

สรุป

จากการศึกษานี้พบว่ามะเร็งองคชาติในโรงพยาบาลพุทธชินราช พบมากในช่วงอายุ 48-69 ปี ค่าเฉลี่ย 59.59 ปี ระยะเวลาการแพร่กระจายมาต่อมน้ำเหลืองขาหนีบนานที่สุดคือ 15 เดือน จึงต้องแนะนำผู้ป่วยให้มาตรวจติดตามให้นานกว่า 15 เดือนขึ้นไป ส่วนระยะเวลาที่จะกำหนดให้ผู้ป่วยยุติการตรวจติดตาม จำเป็นต้องศึกษาเพื่อหาข้อยุติต่อไปเพื่อลดการเดินทางมาพบแพทย์โดยไม่จำเป็น และสมควรเพิ่มขีดความสามารถสถานพยาบาลให้สามารถทำการรักษาได้ครบทุกขั้นตอน คือ การตรวจวินิจฉัย ให้การรักษาโดยการผ่าตัด ให้เคมีบำบัดและรังสีรักษา ในสถานพยาบาลแห่งเดียวจะดีกว่าแยกส่วนการรักษาเป็นหลาย ๆ แห่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความสะดวกและยุติการรักษาไปก่อนที่จะรักษาได้ครบถ้วน

ในการศึกษานี้ปัจจัยที่พบว่ามีผลต่อการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบนั้น พบเพียงปัจจัยเดียวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือลำดับความรุนแรงทางพยาธิวิทยา (tumor differentiation) ส่วนปัจจัยอื่นอายุ และการลุกลามเฉพาะที่ของมะเร็ง (T stage) ไม่

พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ ส่วนการตรวจผลทางพยาธิวิทยาพบว่ามี tumor emboli ในหลอดน้ำเหลือง (lymphatic embolization) และหลอดเลือดดำ (venous embolization) จะมีแนวโน้มสูงที่จะเกิดการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองขาหนีบ ดังนั้นหากผลทางพยาธิวิทยาของมะเร็งองคชาติเป็น moderately หรือ poorly differentiated carcinoma หรือตรวจพบว่า lymphatic หรือ venous embolization ก็สมควรที่จะได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองขาหนีบออกเลย โดยไม่ต้องรอให้คลำพบต่อมน้ำเหลืองโตก่อน

ในการศึกษานี้มีข้อจำกัดคือเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยศึกษาผู้ป่วยทุกรายในช่วงเวลา 11 ปี ทำให้มีข้อจำกัดคือ มีผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจติดตามโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอนจำนวนมาก ซึ่งทำให้ผลสรุปอาจคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะให้ทำการวิจัยต่อโดยออกแบบการวิจัยแบบไปข้างหน้า (cohort study or prospective study) โดยกำหนดกรอบเวลาในการติดตามผู้ป่วยโดยอาศัยข้อมูลจากการศึกษานี้ เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณนันทวัฒน์ สาเรือง คุณชนิษฐา กลิ่นขจร และเจ้าหน้าที่งานห้องบัตร งานเวชสารสนเทศ กลุ่มภารกิจด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่กรุณาสืบค้นเวชระเบียนย้อนหลัง และคุณวิโรจน์ ศรีสุข บรรณารักษ์ งานห้องสมุด ฝ่ายวิชาการและวิจัย กลุ่มภารกิจด้านศึกษาและวิจัย ที่กรุณาสืบค้นวารสารวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. สุริธร สุนทรพันธ์. มะเร็งองคชาติ. ใน: วชิร คชการ, บรรณาธิการ. ตำรา "ไพฑูรย์ คชเสนี" ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ชาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2547. หน้า 801-

- 6.
2. Novara G, Galfano A, De Marco V, Arbatini W, Ficarra V. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the penis. *Nat Clin Pract Urol* 2007;4(3):140-6.
3. Khuhaprema T, Srivatanakul P, Attasara P, Sriplung H, Wiganon S, Smitsawan Y. *Cancer in Thailand Vol. V, 2001-2003*. Bangkok: Bangkok Medical Publisher; 2010.
4. Misra S, Chaturvedi A, Misra NC. Penile carcinoma : a challenge for the developing world. *Lancet Oncol* 2004; 5:240-7.
5. Ravi R. Correlation between the extent of nodal involvement and survival following groin dissection for carcinoma of penis. *Br J Urol* 1993;72:817-9.
6. Horenblas S, van Tinteren H. Squamous cell carcinoma of the penis. IV. Prognostic factors of survival: analysis of tumor, nodes and metastasis classification system. *J Urol* 1994;151(5):1239-43.
7. Pettaway CA, Lance RS, Davis JW. Tumor of the penis. In: Kavoussi LR, Partin AW, Novick AC, Peters CA, editors. *Campbell-Walsh Urology*. 10th ed. Philadelphia: Saunders; 2012. p. 909-36.
8. Mc Dougal WS. Carcinoma of the penis: improved survival by early regional lymphadenectomy based on histologic grade and depth of invasion of the primary lesion. *J Urol* 1995;154:1364-6.
9. Lubke WL, Thomson IM. The case for inguinal lymph node dissection in the treatment of T2-T4, N0 penile cancer. *Semin Urol* 1993;11(2):80-4.
10. Brosman S. Penile cancer overview. Medscape reference [serial online] 2012. [cited 2012 Aug 27]; [15 screens]. Available from: URL:<http://emedicine.medscape.com/article/446554-overview>
11. Singapore Urological Association. Update of guidelines on the management of penile cancer. Proceedings of the second Uro-Oncology consensus meeting [serial online] 2000. [cited 2012 Mar 17]; [16 screens]. Available from: URL:http://sua.sg/guidelines/penile_cancer.swf
12. Slaton JW, Morgenstern N, Levy DA, Santos MW, Tamboli P, Ro JY, et al. Tumor stage, vascular invasion and the percentage of poorly differentiated cancer: independent prognosticators for inguinal lymph node metastasis in penile squamous cancer. *J Urol* 2001; 165(4):1138-42.
13. Solsona E, Iborra I, Ricós JV, Monrós JL, Dumont R, Casanova J, et al. Corpus cavernosum invasion and tumor grade in the prediction of lymph node condition in penile carcinoma. *Eur Urol* 1992;22(2):115-8.
14. McDougal WS, Kirchner FK, Edwards RH, Killion LT. Treatment of carcinoma of the penis: the case for

primary lymphadenectomy. J Urol 1986; 136(1):38-41.

FL, Trotti A. AJCC cancer staging manual. 7th ed. New York: Springer; 2010.

15. Edge SB, Byrd DR, Campton CC, Fritz AG, Greene

Abstract Penile Cancer in Bhuddhachinaraj Hospital : Analysis of Prognostic Factors for Inguinal Node Metastasis

Pongsak Sancharoen

Department of Surgery, Bhuddhachinaraj Phitsanulok Hospital

Journal of Health Science 2013; 22:277-287.

Penile cancer is an uncommon disease. This retrospective descriptive study reported 102 patients who had penile cancer treated at Bhuddhachinaraj Phitsanulok Hospital from January 2001 to December 2011. The average age was 59.59 years. Most of clinical presentation included exophytic growth and ulcer. The surgical management for penile lesion included partial penectomy in 67.6 percent and total penectomy in 26.5 percent. The histological differentiation of tumor included well differentiated carcinoma in 52 percent, moderately differentiated carcinoma in 39.2 percent and poorly differentiated carcinoma in 6.9 percent. The patients had no clinical groin node metastasis in 52.9 percent and had groin node metastasis in 47.1 percent with average time after penile amputation was 3.56 months and the longest time in case of groin node metastasis after amputation was 15 months. The main factors affecting significantly the incidence of groin node metastasis was degree of tumor differentiation but age and T stage were not. Lymphatic and venous embolization were most likely suggestive factors affecting incidence of groin node metastasis. The patients who had significant incidence should undergo immediate inguinal lymphadenectomy.

Key words: penile cancer, groin node metastasis, inguinal lymphadenectomy