

นิพนธ์ต้นฉบับ

# มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2525 - 2530

ดำรง ศรีสุโกศล\*

นกร ศิริทรัพย์\* เสริมศรี สินขวานนท์\*

**Tresukosol D, Sirisabya N, Sindhavanonda S. Carcinoma of the endometrium at Chulalongkorn Hospital during 1982 to 1987. Chula Med J 1989 Mar; 33 (3) : 187-193**

*From 1982 to 1987, 117 patients with endometrial adenocarcinoma were observed and treated at Chulalongkorn hospital. Postmenopausal or perimenopausal bleeding were main clinical presentations. Nearly all of the cases (89%) underwent surgical treatment as a standard procedure while combined radiotherapy was also given in one-third.*

*Ninety four were in FIGO stage I, 10 in stage II, 8 in stage III and 5 in stage IV. Mean age of the group was 53.3 years. In all stage I cases, 67% had well differentiated tumors, 14.4% moderately well differentiated, and only 5.5% poorly differentiated tumors. Fortunately 53% of all stage I was found to have disease limited to mucosal surface and only 2 of these developed recurrences. Tumor differentiation correlated to the depth of myometrial invasion is also discussed. Recurrence were found in 18 cases for a median follow up of 28 months.*

Reprint request : Tresukosol D, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. December 22, 1987.

ในระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาและรายงานเกี่ยวกับมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะลักษณะทางพยาธิวิทยาซึ่งนับว่าเป็นข้อมูลที่ช่วยชี้บ่งการพยากรณ์โรคที่สำคัญอันหนึ่ง มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกเป็นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีชนิดที่มีการพยากรณ์โรคดีที่สุด แต่ผลการรักษาก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ อัตราอยู่รอด 5 ปีโดยเฉลี่ยยังต่ำอยู่<sup>(1,2)</sup> ในขณะที่ปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของมะเร็งชนิดนี้ในประเทศซีกโลกตะวันตกสูงขึ้นกว่ามะเร็งปากมดลูกแล้ว<sup>(3,4)</sup> ซึ่งในเวลาไม่ช้าก็จะเป็นปัญหาสำหรับแพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาเช่นเดียวกับมะเร็งปากมดลูกเช่นกัน วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ต้องการแสดงให้เห็นลักษณะทางคลินิก FIGO STAGING และพยาธิตัวพยาธิที่พบตลอดจนการติดตามผลในสตรีที่มารับการตรวจและรักษาที่แผนกสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี 2525-2530

## ผู้ป่วยและวิธีการ

หน่วยมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีได้จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาขึ้นในปี 2528 และเริ่มทำการศึกษาลักษณะของโรคมะเร็งเป็นต้นมาโดยอาศัยประวัติจากแฟ้มหน้าป้ายผู้ป่วยในและบัตรตรวจผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี 2525-2530 (เป็นการศึกษาย้อนหลัง) ผู้ป่วยทั้งหมด 117 รายได้รับการวินิจฉัยจากลักษณะทางคลินิก ร่วมกับพยาธิตัวพยาธิของเนื้อซึ่งได้จากการขูดมดลูกหรือการผ่าตัด ข้อมูลทั้งหมดบันทึกและวิเคราะห์โดยใช้ไมโครคอมพิวเตอร์ IBM และ Software ระบบ dbase III และ SPSS ของภาควิชาสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา การคำนวณทางสถิติใช้ Chi square ร่วมกับ Yate's correction สำหรับข้อมูลที่เป็น Qualitative ส่วนข้อมูลที่เป็น Quantitative ใช้ Unpaired T-test

ใน 117 ราย 98 รายได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง แพทย์ในหน่วยพยาธิวิทยาเป็นผู้อ่านและแปลผลโดยจำแนกออกเป็น Adenocarcinoma, Adenoacanthoma, Adenosquamous และ Clear cell adenocarcinoma ส่วนการอ่านผล Grading ของ 2 ชนิดแรกนี้ใช้การจำแนกที่กำหนดโดย FIGO ซึ่งแบ่งเป็น 3 ชนิดคือ Grade 1, well differentiated, Grade 2, moderately well differentiated with or without some solid areas, Grade 3, predominantly undifferentiated or completely solid tumor การลุกลามเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อ (Depth of

myometrial invasion) แบ่งเป็น tumor confined to the endometrium without myometrial invasion; tumor involving as much as one third of the myometrium (Superficial invasion); tumor involving as much as two thirds of the myometrium (Intermediate invasion); tumor involving outer third of the myometrium and reaching the serosa (Deep invasion) มีผู้ป่วย 13 รายที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดได้รับการผ่าตัดมดลูกเนื่องจากข้อบ่งชี้เพราะเป็นเนื้องอกมดลูก 8 ราย 1 รายเพราะกะบังลมหย่อน 3 ราย เพราะเลือดออกผิดปกติ และอีก 1 รายจากการพบเซลล์มะเร็งผิดปกติ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของเนื้อมดลูกพบว่า เป็นมะเร็งในภายหลัง และได้อาศัยข้อมูลจากใบรายงานผ่าตัดเพื่อจะประเมินสภาพ Staging นอกจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ แพทย์ผู้รักษาจะตรวจเพื่อประเมินสภาพที่เรียกว่า "Staging" ซึ่งถือตาม The international Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) 1976<sup>(1)</sup> และให้การรักษาตามสภาพ staging ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยใน stage IAGI ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทางหน้าท้อง และให้การรักษาตามหลังการผ่าตัด โดยพิจารณาตามพยาธิตัวพยาธิที่พบจากเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด ส่วน Stage IAG2, IAG3 หรือ Stage IB ทั้งหมดให้รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัด Stage II, III, IV ให้รังสีรักษาเป็นหลัก แพทย์ผู้รักษาจะพิจารณาร่วมกับแพทย์ประจำหน่วยมะเร็งเพื่อวางแผนการรักษาเป็นรายๆ เมื่อรักษาครบแล้วจะตรวจติดตามทุกเดือนในปีแรก ทุก 2 เดือนในปีที่สอง และต่อไปทุก 3-6 เดือน มีผู้ป่วย 103 รายที่มารับการตรวจติดตามผลการรักษา

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งหมด 117 ราย ประเมินสภาพตาม FIGO staging พบเป็น Stage I 94 ราย (ร้อยละ 80.34), Stage II 10 ราย (ร้อยละ 8.6), Stage III 8 ราย (ร้อยละ 6.8) และ Stage IV 5 ราย (ร้อยละ 4.3) มีอายุน้อยที่สุด 31 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมดคือ 53.3 ปี (รูปที่ 1) เมื่อพิจารณาแจกแจงตาม Staging พบว่าค่าเฉลี่ยของอายุในแต่ละ Stage ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบ Stage I อายุเฉลี่ย 52.8 ปี, Stage II 55.4 ปี, Stage III 59.5 ปี และ Stage IV 49.6 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ป่วยไม่เคยตั้งครรภ์หรือมีบุตร (Nulligravida) ร้อยละ 30.8 Para 1 ร้อยละ 7.7 Para 2 ร้อยละ 13.7 และ Para > 4 ร้อยละ 35.9 ดังแสดงในรูป 2

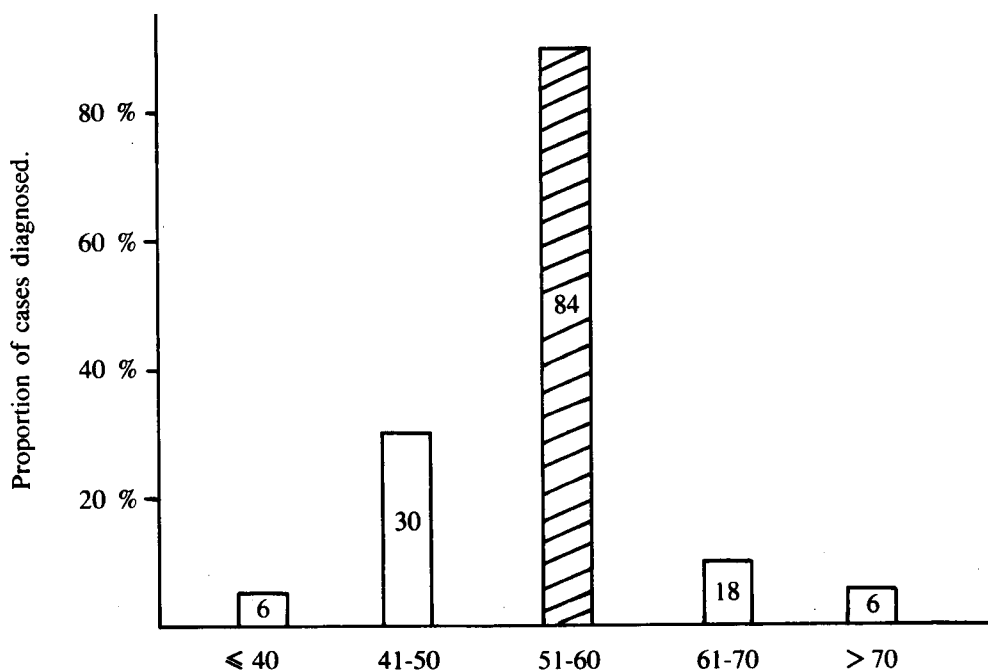


Figure 1. Proportion of cases of endometrial carcinoma diagnosed in various age grouped in year 1982-1987.

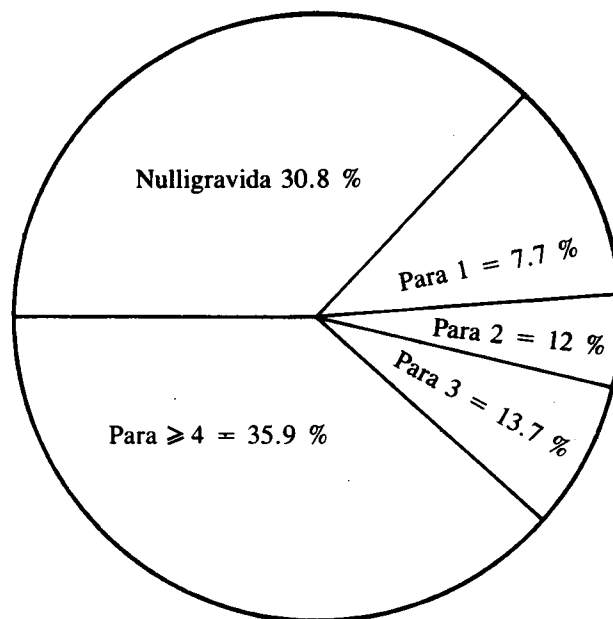


Figure 2. Distribution of gravidity.

น้ำหนักผู้ป่วยน้อยที่สุด 30 กิโลกรัม น้ำหนักมากที่สุด 137 กิโลกรัม เมื่อแจกแจงค่าน้ำหนักผู้ป่วยในแต่ละ Stage ไม่พบความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ป่วย 117 ราย มีจำนวน 76 ราย (ร้อยละ 65) อยู่ในกลุ่ม Postmenopausal อายุเฉลี่ยวัยหมดระดูคือ 48.9 ปี

**Table 1.** Distribution of Mean age, Menopausal age, Body weight, Duration of Symptoms and Standard deviation by each stage.

	Mean Age $\pm$ SD	Menopause Age $\pm$ SD	BW+SD	Duration+SD
Stage I*	52.8 $\pm$ 12.0	49 $\pm$ 4.7	54.6 $\pm$ 18.3	5.3 $\pm$ 6.3
Stage II*	55.7 $\pm$ 4	48.5 $\pm$ 4.7	55 $\pm$ 11	4.5 $\pm$ 3.5
Stage III*	59.5 $\pm$ 10.6	48.1 $\pm$ 3.7	49 $\pm$ 23.5	7.5 $\pm$ 2.6
Stage IV*	49.6 $\pm$ 29	48 $\pm$ 1.7	42 $\pm$ 11.3	9.6 $\pm$ 8.8

\* No statistical significance.

เลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกเป็นอาการนำที่พบบ่อยที่สุด พบได้ถึงร้อยละ 95 อาการตกขาวผิดปกติพบได้ร้อยละ 3.5 มีผู้ป่วย 10 รายที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 8.5 มีผู้ป่วย 20 ราย (ร้อยละ 17.1) มีอาการนำมานาน 1 ปีก่อนมาพบแพทย์ ส่วนใหญ่ผู้ป่วย 59 ราย (ร้อยละ 50.4) มีอาการนำมานาน 3 เดือนก็มาพบแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 2 อย่างไรก็ตามเมื่อแจกแจงระยะเวลาที่มีอาการตาม Stage ต่าง ๆ แล้วไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติเช่นเดียวกัน

**Table 2.** Show patients distribution by duration of symptoms

Duration(Mo)	No. of patient %
0 - 3	50.4
4 - 6	25.6
7 - 11	6.9
12	17.1

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำแนกออกเป็นการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทางหน้าท้อง และ/หรือร่วมกับการใช้รังสีรักษา ดังแสดงในตารางที่ 3

**Table 3.** Patients distribution by treatment modality

Primary surgery alone*	49
Primary surgery followed by XRT	17
Preoperative intrauterine tandems followed by Surgery (48-72 hr)	7
Preop XRT + intrauterine tandems followed by surgery	23
Preop XRT alone followed by surgery	2
	98
Radiation alone	12

\*1 case died postoperative 3 weeks due to cardiovascular complication

ทุกรายจะได้รับการประเมินสภาพก่อนการผ่าตัด และถูกบันทึกไว้ หลังการผ่าตัด สิ่งที่ต้องตรวจพบขณะผ่าตัดและผลพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด แพทย์จะทำการทบทวนและบันทึกตาม FIGO Staging เช่นกัน เรียกว่า Pathological staging ผู้ป่วย Stage I 74 ราย พบว่า มะเร็งกระจายไปที่ endocervix และ/หรือ lower uterine segment 2 ราย 5 รายกระจายไปที่ปีกมดลูกและ/หรือ Parametrium (ร้อยละ 6.9)

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกมีหลาย Subtypes แต่ละ Subtypes มีความแตกต่างกันในแง่ของการพยากรณ์โรค โดยเฉพาะการลุกลามเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อหรือกระจายออกไปนอกตัวมดลูก ตารางที่ 4 จะแสดงถึงพยาธิสภาพของมะเร็งทั้ง 117 ราย ซึ่งเนื้อเยื่อมาจากการขูดมดลูกยกเว้น 18 รายซึ่งไม่ได้วินิจฉัยก่อนผ่าตัด เนื้อเยื่อจะได้มาจากการผ่าตัดมดลูก

ผลการรักษา ผู้ป่วย 117 รายมารับการตรวจติดตาม 103 ราย (ร้อยละ 88) ขาดการติดต่อ 14 ราย (ร้อยละ 12) ในจำนวนผู้ป่วย Stage I 74 ราย พบกลับเป็นซ้ำ (recurrence) 11 ราย ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 5 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของ tumor grading และการลุกลามเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อมดลูกเมื่อ exclude ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยรังสีก่อนการผ่าตัด (ยกเว้นรายที่ตรวจพบมะเร็งเหลืออยู่หลังรังสีรักษา มิได้กลายเป็น Radiation induced atrophic endometrium) แล้วพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยใน Grade 1, 2 และ 3 ที่สามารถนำมาศึกษาได้อยู่ 58, 8 และ 3 รายตามลำดับ

**Table 4.** Frequency of histologic subtypes among 2 recent studies and this series.

	Christopherson et al	Reagan and Fu	This series
Tumor types	1982	1981	1989
Adenocarcinoma	59.6	65	94
Adenoacanthoma	21.7	19	4.3
Adenosquamous	6.9	14	1
Clear cell adenocarcinoma	5.7	1	1

**Table 5.** Show correlation between tumor grade and depth of myometrial invasion.

FIGO grade*	Depth of myometrial invasion (%)			
	None	Superficial	Intermediate	Deep
Grade 1**	37	14	3	4 (58)
Grade 2**	4	3	1	2
Grade 3*	1			2
	(42)			(6)

\* All are clinical stage I Cases in which surgery followed XRT + intrauterine tandems were excluded

\*\*Grade 1 = 71% Grade 2 = 21.6% Grade 3 = 6.75% of total stage I (74 cases)

**Table 6.** Show associated malignancy.

Cervix	1
Ovary	4*
Colon	2
Breast	1
Sarcoma vulva	1

\*2 were thecofibroma, the others were ovarian cancers

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ร่วมกับเนื้องอกหรือมะเร็งทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ซึ่งพบอุบัติการณ์ต่างจากรายงานในต่างประเทศ<sup>(5)</sup>

**Table 7.** Pattern of recurrence.

	No. of recurrence
Clinical stage I*	
Pathological stage I	5
Pathological stage III	3
Pathological stage IV	1
Inadequate treatment	2
Clinical Stage III	3**
Clinical Stage IV	4***

\*Loss follow up 10 out of 74 stage I cases

There were 6 out of 9 cases with known depth of myometrial invasion

- 2 cases : tumor confined in the endometrium
- 2 cases : superficial invasion
- 2 cases : deep invasion

\*\*Stage III (8 cases) Loss follow up 2

\*\*\*Stage IV (5 cases) 1 case was alive 37 months

ตารางที่ 7 ผู้ป่วยทั้งหมด 117 ราย พบมีการกลับเป็นซ้ำ 18 ราย ผู้ป่วย 74 รายใน Stage I พบกลับเป็นซ้ำ 14 ราย (มีผู้ป่วย 2 รายได้รับการรักษาไม่ครบ) จากผู้ป่วย 9 รายที่เหลือพบว่า 4 รายเป็น Pathological Stage III และ IV ดังนั้นกลุ่มที่เป็น Pathological Stage I ซึ่งมีอยู่ 67 ราย พบมีการกลับเป็นซ้ำคิดเป็นร้อยละ 7.5 เท่านั้น เมื่อพิจารณาการลุกลามชั้นกล้ามเนื้อมดลูก พบว่าผู้ป่วย 42 รายที่มี Tumor confined in the endometrium มีการกลับเป็นซ้ำเพียง 2 ราย

## วิจารณ์

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกในประเทศไทยพบได้เป็นอันดับสามรองลงมาจากมะเร็งปากมดลูกและรังไข่<sup>(1,6,7,8)</sup> ในขณะที่อุบัติการณ์ในประเทศซีกโลกตะวันตกสูงขึ้นเป็นอันดับหนึ่ง<sup>(7)</sup> การเปลี่ยนแปลงนี้อาจเป็นเพราะประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ได้รับอาหารที่มีคุณภาพดีขึ้น มีบุตรน้อยลง<sup>(8)</sup> การนิยมใช้ฮอร์โมนเพศโดยมิได้ให้โปรเจสโตเจนด้วยแพร่หลายในช่วงปี ค.ศ. 1960-1980<sup>(4)</sup> อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลดต่ำลงจากการตรวจคัดกรองการทำ Papanicolaou's Smear รวมทั้งการเริ่มผ่าตัดรังไข่และวินิจฉัยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกตั้งแต่มิมีอาการมากขึ้น<sup>(7)</sup> เมื่อพิจารณาระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งผู้ป่วยมาพบแพทย์และวินิจฉัยโรคได้ จะเห็นว่าร้อยละ 50 มาพบแพทย์ภายในเวลาเพียง 3 เดือน แสดงว่ามะเร็งชนิดนี้แสดงอาการเร็วซึ่งส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดก็เป็นภาวะเลือดออกผิดปกติ อย่างไรก็ตาม

ก็ยังมีผู้ป่วยร้อยละ 17 ซึ่งมาพบแพทย์เมื่อมีอาการมาแล้วกว่า 12 เดือน ซึ่งไม่ต่างจากรายงานของต่างประเทศ<sup>(5)</sup> สาเหตุที่ผู้ป่วยหรือที่จะมาพบแพทย์มักเป็นเพราะสตรีสูงอายุวัยที่จะมาพบแพทย์ในเรื่องอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งหญิงไทยหรือต่างชาติ อีกส่วนเกิดจากการที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ละเลยที่จะแนะนำหรือส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยในขณะที่เลือดออกผิดปกติในช่วงวัยหมดระดูโดยคิดว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของสรีระมากกว่า อย่างไรก็ตาม (จากตารางที่ 1) ไม่พบว่าการที่มากพบแพทย์ล่าช้าจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคในระยะรุนแรงขึ้น อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในรายงานนี้เท่ากับ 53.8 ปี มี peak incidence อยู่ในช่วง 55-60 ปี ซึ่งก็ตรงกับรายงานในต่างประเทศมีผู้ป่วยเพียง 6 รายที่อายุต่ำกว่า 40 ปี<sup>(10)</sup> อายุเฉลี่ยของวัยที่หมดระดูคือ 48.9 ปี หนึ่งในสามของผู้ป่วย (ร้อยละ 30.8) ไม่เคยตั้งครรภมาก่อนซึ่งตรงกับรายงานในต่างประเทศเช่นกัน สตรีพวกนี้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกมากขึ้น 2 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีที่มีบุตร 1 คน และมากขึ้น 3 เท่าในสตรีที่มีบุตรมากกว่า 4 คน<sup>(11)</sup> ตรงกันข้ามกับมะเร็งปากมดลูกซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เคยตั้งครรภมีเพียงร้อยละ 2<sup>(6)</sup> ในรายงานนี้ไม่สามารถเปรียบเทียบ obesity เป็น quatelet index ได้เพราะขาดรายละเอียดข้อมูลส่วนสูง พบน้ำหนักเฉลี่ย 53.8 กิโลกรัม อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยร้อยละ 8.5 ที่น้ำหนักตัวมากกว่า 75 กิโลกรัม น้ำหนักมากที่สุดคือ 132 กิโลกรัม

ผู้ป่วย 117 รายนี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด 98 ราย มีเพียงรายเดียวที่เสียชีวิตจากการผ่าตัด 3 สัปดาห์ การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทางหน้าท้องเป็นการรักษามะเร็งโดยเฉพาะใน Stage IAGI และจะพิจารณาฉายแสงหลังผ่าตัดถ้ามะเร็งลุกลามชั้นกล้ามเนื้อมากกว่าหนึ่งในสามหรือกระจายออกนอกตัวมดลูก นอกจากนี้จะร่วมมือกับภาควิชารังสีวิทยาให้การรักษาโดยฉายแสงและใส่แร่ในโพรงมดลูก ตามด้วยการผ่าตัด 6 สัปดาห์หลัง ดังได้แสดงในตารางที่ 3 มีผู้ป่วย 7 รายที่รักษาโดยการใส่แร่ในโพรงมดลูกอย่างเดียว และผ่าตัดภายใน 48-72 ชั่วโมงหลังแทนที่จะฉายแสงรักษาด้วย ซึ่งมีหลายรายงานแนะนำการรักษาดังกล่าว โดยประโยชน์ที่ได้รับคือสามารถศึกษาลักษณะพยาธิวิทยา โดยเฉพาะการลุกลามเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อ ซึ่งช่วยในการบอกพยากรณ์โรค ถ้าจำเป็นต้องให้การฉายแสงเพิ่มเติมก็ไม่พบว่าผลการรักษาแตกต่างกับการรักษาโดยการฉายแสงและใส่แร่ก่อนการผ่าตัดแต่อย่างไร<sup>(12,13,14)</sup>

Clinicopathological correlation ที่สำคัญในรายงานนี้พบว่ามีการกระจายของมะเร็งไปยังปีกมดลูกถึง 5 ราย

(ร้อยละ 6.9) และกระจายไปยัง endocervix หรือ lower uterine segment 2 ราย ตรงกับรายงาน Boronow และคณะ ซึ่งพบการกระจายไปที่ปีกมดลูกร้อยละ 7.6 ซึ่งครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพบ Pelvic lymph nodes metastasis ด้วย<sup>(15)</sup> ส่วนการกระจายมาที่ endocervix พบอุบัติการณ์แตกต่างกันไปตั้งแต่ร้อยละ 3-24 โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 12<sup>(16)</sup> เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง Grading และการลุกลามชั้นกล้ามเนื้อมดลูก พบว่า Grade 1 58 ราย พบ tumor confined in endometrium ถึง 37 ราย (ร้อยละ 63) มี deep invasion เพียง 4 ราย (ร้อยละ 6.8) ซึ่งตรงกับรายงานของ Boronow และคณะ<sup>(15)</sup> ตรงข้ามกับผู้ป่วย Grade 3 แม้จะมีจำนวนเพียง 3 ราย แต่ 2 ใน 3 รายพบว่ามี deep invasion การลุกลามในชั้นกล้ามเนื้อมดลูกเป็น Prognostic factor ที่สำคัญ ดังนั้นจะเห็นว่าในรายงานนี้พบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะอยู่ใน FIGO Stage I (ร้อยละ 63) จากตารางที่ 5 จะเห็นว่าใน Stage I 74 ราย เป็น Grade 1 ถึงร้อยละ 71 และมีผู้ป่วยเพียง 6 ราย (ร้อยละ 6.8) เท่านั้นที่มะเร็งลุกลามกล้ามเนื้อถึงชั้นลึก ซึ่งร้อยละ 53 ของผู้ป่วยใน Stage I และ Grade I นี้ มะเร็งยังไม่ได้ลุกลามไปชั้นกล้ามเนื้อเลย ในรายงานนี้ยังไม่สามารถวิเคราะห์อัตราการอยู่รอด 5 ปี (5 year survival) เช่นเดียวกับในรายงานของ Hording และคณะ ซึ่งพบอัตราการอยู่รอดในระยะเดียวกันนี้สูงถึง 98<sup>(17)</sup> เนื่องจากยังติดตามผู้ป่วยทุกคนนานไม่พอ (แต่มีเพียง 14 รายที่ขาดการติดตามผล) ปรากฏว่า Stage I มีการกลับเป็นซ้ำ 11 ราย 3 รายเป็น Pathological stage III เมื่อพิจารณาการลุกลามชั้นกล้ามเนื้อมดลูกในกลุ่มที่มีการกลับเป็นซ้ำและเป็น Pathological Stage I พบว่าเกิดในรายที่ tumor confined in endometrium 2 ราย, Superficial invasion 2 ราย และใน Deep invasion อีก 2 ราย ตรงกับรายงาน Boronow และคณะที่แสดงให้เห็นว่าการลุกลามชั้นกล้ามเนื้อมดลูกเป็น Prognostic factor ที่สำคัญ ถ้า Tumor confined in the endometrium จะมีการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 8 ซึ่งในรายงานนี้ก็พบเพียง 2 ใน 42 ราย ในขณะที่ deep invasion พบมีการกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 46 และในรายงานนี้ก็พบถึง 2 ใน 6 รายเช่นกัน

## สรุป

จากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ที่มารับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี 2525-2530 มีจำนวน 117 ราย เกือบทั้งหมดจะมาพบแพทย์ด้วยเรื่องเลือดออกผิดปกติในวัยหมดระดู หรือวัยเปลี่ยน และส่วนมากได้

รับการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทางหน้าท้อง พบว่าผู้ป่วยใน Stage I มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53) มะเร็งจะอยู่เฉพาะชั้นผิว ไม่ได้ลุกลามเข้าชั้นกล้ามเนื้อ และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำคิดเป็นร้อยละ 4.8 เท่านั้น ในขณะที่ผู้ป่วยที่เป็น Pathological Stage III และ Deep myometrial invasion มีการกลับเป็นซ้ำสูงถึงประมาณหนึ่งในสาม

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณ นายแพทย์กำธร พฤษชา-  
นานนท์ ที่ให้คำแนะนำใช้คอมพิวเตอร์ คุณวุฒิตา สติระ ที่  
ช่วยรวบรวมรายงานเพิ่มผู้ป่วยที่บันทึกลงใน tumor regis-  
try และคุณสุธารณี ศิริสมบัติ ที่ช่วยพิมพ์ต้นฉบับ

## อ้างอิง

1. เสริมศรี สินธวานนท์. มะเร็งของเยื่อบุโพรงมดลูก. ใน : เสริมศรี  
สินธวานนท์. เนื้อเยื่อบุโพรงมดลูก. ภาควิชาสูติศาสตร์-  
นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,  
2531. 205-206
2. Kottmeier HL, ed. Annual report on the results of  
treatment in carcinoma of the uterus, vagina and  
ovary. Vol. 12 Through 15 Radiumhemmet,  
Stockholm, Sweden, 1976
3. Cramer DW, Cutler SJ, Christine B. Trends in the  
incidence of endometrial cancer in United States.  
Gynecol Oncol 1974; Aug 2 (2-3) : 130-143
4. Silverberg E. Gynecologic Cancer : Statistical and  
Epidemiological Information. New York :  
American Cancer Society, 1975.
5. Depalo G, Kenda R, Andreola S, Luciani L,  
Musumeci R, Rilke F. Endometrial carcinoma  
: stage I : a retrospective analysis of 262 patients.  
Obstet Gynecol 1982 Aug; 60 (2) : 225-231
6. เมญจม ไวนิชกุล. มะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.  
ประจำปี พ.ศ. 2528. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2529 กันยายน;  
30(9) : 839-848
7. American Cancer Society. Cancer Facts and figuresd.  
New York : American Cancer Society, 1985.
8. Elwood JM, Cole P, Rothman KJ, Kaplan SD.  
Epidemiology of endometrial cancer. J Natl  
Cancer Inst 1977 Oct; 59(4) : 1055-1060
9. Shapiro S, Kaufman DW, Slone D. Recent and past  
use of conjugated estrogens in relation to  
adenocarcinoma of the endometrium. N Engl J  
Med 1980 Aug 28; 303 (9) : 485-489
10. Ostor AC, Adam R, Gutteridge BH, Fortune DW.  
Endometrial carcinoma in young women. Aust  
NZ J Obstet Gynecol 1982 Feb; 22(1) : 38-42
11. MacMahon B. Risk factors for endometrial cancer.  
Gynecol Oncol 1974 Aug; 2(2-3) : 122-129
12. Weigensberg JJ. Preoperative radiation therapy in  
stage I, endometrial adenocarcinoma. II. Final  
report of a clinical trial. Cancer 1984 Jan  
15;53(2) : 242-247
13. Belinson JL, Spirou B, McClure M, Badger G,  
Pretorius RG, Roland TA. Stage I carcinoma of  
the endometrium : a 5 year experience utilizing  
preoperative cesium. Gynecol Oncol 1985 Mar:  
20(3) : 325-335
14. Surwit EA, Joelsson I, Einhorn N. Adjunctive radi-  
ation therapy in the management of stage I cancer  
of the endometrium. Obstet Gynecol 1981 Nov;  
58(5) : 590-595
15. Boronow RC, Morrow CP, Creasman WT, Disaia  
PJ, Silverberg SG, Miller A, Blessing JA. Surgi-  
cal staging in endometrial cancer : clinical-  
pathologic finding of a prospective study. Obstet  
Gynecol 1984 Jun ; 63 (6) : 825-832
16. Rutledge FN. The role of radical hysterectomy in  
adenocarcinoma of the endometrium. Gynecol  
Oncol 1974 Aug; 2 (2-3) : 331-347
17. Hording U, Hansen U. Stage I endometrial carcino-  
ma: a review of 140 patients primarily treated  
by surgery only. Gynecol Oncol 1985 Sep; 22(1)  
: 51-58