

นิพนธ์ต้นฉบับ

การตัด polyps ลำไส้ใหญ่ผ่านทาง colonoscope : ประสบการณ์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ยอด สุคนธมาน*

Sukonthaman Y. Colonoscopic polypectomy : Experience in Chulalongkorn Hospital. Chula Med J 1987 Feb ; 31 (2) : 103-110

With the use of a colonoscope diathermy snare, a total of 66 polyps have been removed from different sites throughout the colon in 43 patients at Chulalongkorn Hospital between June 1976 to December 1985. There was significant hemorrhage in one patient, but no other morbidity or mortality. Two small polyps were lost during the procedure; histologic examination of the remaining 64 polyps demonstrated a malignancy rate of 6.25 percent. It is obvious that colonoscopic polypectomy is the most important advanced technique in the management of colonic polyps in recent years.

* ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตั้งแต่มีการใช้ fiberoptic flexible colonoscope ตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคต่าง ๆ ของลำไส้ใหญ่จนมีความชำนาญกันมากขึ้นแล้ว ต่อมาจึงได้นำไปใช้ในการรักษา polyps ของลำไส้ใหญ่ Wolff และ Shinya^(1,2) ได้รายงานการตัด polyps ของลำไส้ใหญ่โดยผ่านทาง colonoscope เป็นผลสำเร็จ โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนหลังจากนั้นได้มีผู้รายงานการตัด polyps ของลำไส้ใหญ่ออกโดยผ่านทาง colonoscope เป็นผลสำเร็จกันอีกมากมาย⁽³⁻⁸⁾ ถึงแม้ว่า polyp ของลำไส้ใหญ่ในคนไทยจะพบได้ไม่บ่อยนัก แต่ก็มีแนวโน้มว่าจะพบมากขึ้นเรื่อย ๆ ก่อนหน้านี้ ถ้า polyp อยู่สูงกว่า rigid sigmoidoscope จะส่องขึ้นไปถึง การตัด polyp ออก จะต้องทำโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องและเปิดลำไส้ใหญ่ จึงจะตัด polyp ออกได้ สำหรับการทำให้ colonoscopic polypectomy ในประเทศไทยนั้น ยังไม่เคยมีรายงานมาก่อนเลย วัตถุประสงค์ของรายงานนี้เพื่อเสนอประสบการณ์การทำ colonoscopic polypectomy ในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

ผู้ป่วยและวิธีการ

ผู้ป่วยที่พบว่ามี polyp ในลำไส้ใหญ่ จากการทำให้ barium enema หรือพบ polyp ระหว่างการทำ colonoscopy เพื่อตรวจและวินิจฉัยโรคของลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยเหล่านี้ จะได้รับการทำให้ colonoscopic polypectomy ถ้า polyp มีขนาดเล็กจะทำ polypectomy โดยไม่ต้องรับผู้ป่วยไว้ใน

โรงพยาบาล แต่ถ้า polyp มีขนาดใหญ่หรือมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ก็จะได้รับผู้ป่วยเหล่านี้ไว้ในโรงพยาบาล

การเตรียมผู้ป่วย

โดยทั่วไปก่อนทำ polypectomy 1 วัน จะให้ผู้ป่วยทานอาหารเหลว ทานยาถ่าย เช่น magnesium sulfate และให้สวนอุจจาระตอนเย็นจนสะอาด และงดอาหารเช้า ในวันที่จะทำ polypectomy แต่ถ้าผู้ป่วยมีประวัติท้องผูกมาก เคยทานยาถ่ายเป็นประจำ การเตรียมผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องใช้เวลานานกว่านี้

วิธีตัด polyp

ถ้าเป็น sessile polyps ที่มีขนาดเล็กกว่า 0.5 เซนติเมตร จะตัดออกโดยการใช้ hot biopsy forceps ซึ่งแผลตรงรอยตัดจะถูกจี้ด้วยไฟฟ้าทำให้เลือดไม่ออก และชิ้นเนื้อ polyp ที่อยู่ใน forceps จะไม่ถูกทำลายด้วยความร้อน สามารถนำไปตรวจหาพยาธิสภาพได้ ส่วน polyp ที่มีขนาดใหญ่กว่า 0.5 เซนติเมตร จะตัดออกโดยใช้ snare wire loop cautery (ภาพที่ 1) ถ้า polyp ไม่ใหญ่มากนักหรือชนิดที่มีก้าน ก็จะตัดครั้งเดียวออกได้หมด (ภาพที่ 2,3,4) แต่ถ้าเป็น sessile polyp ที่มีขนาดใหญ่ จะต้องตัดออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ 2-3 ครั้ง หรือมากกว่า จึงจะตัดเอา polyp ออกได้หมด (ภาพที่ 5)

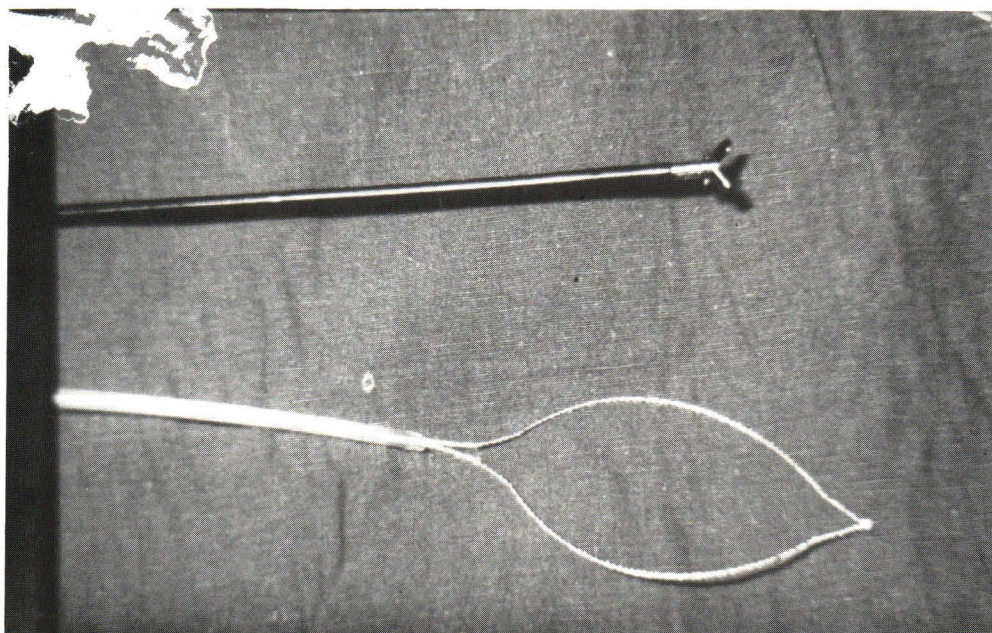


Figure 1 Hot biopsy forceps and snare wire loop

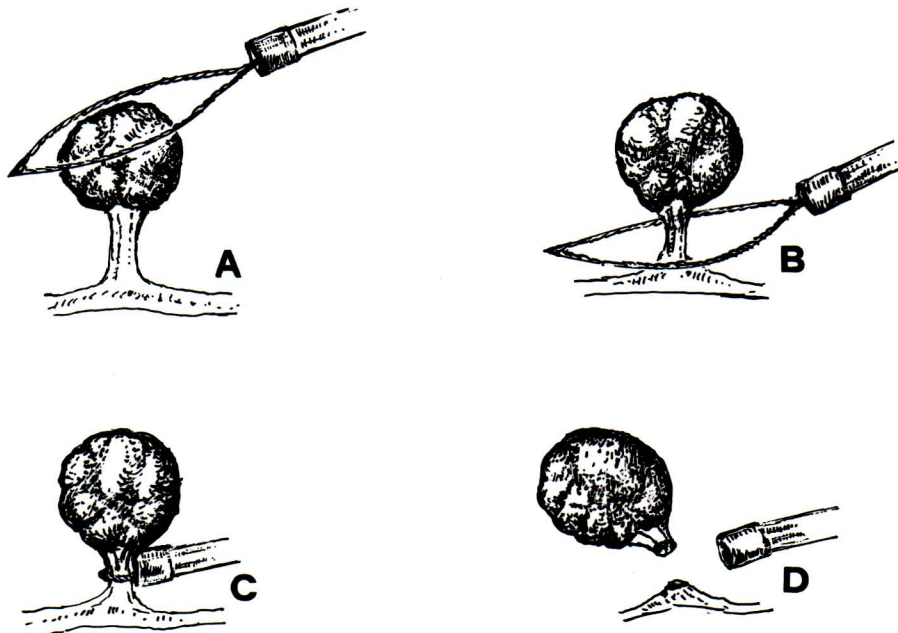


Figure 2 Polypectomy technique

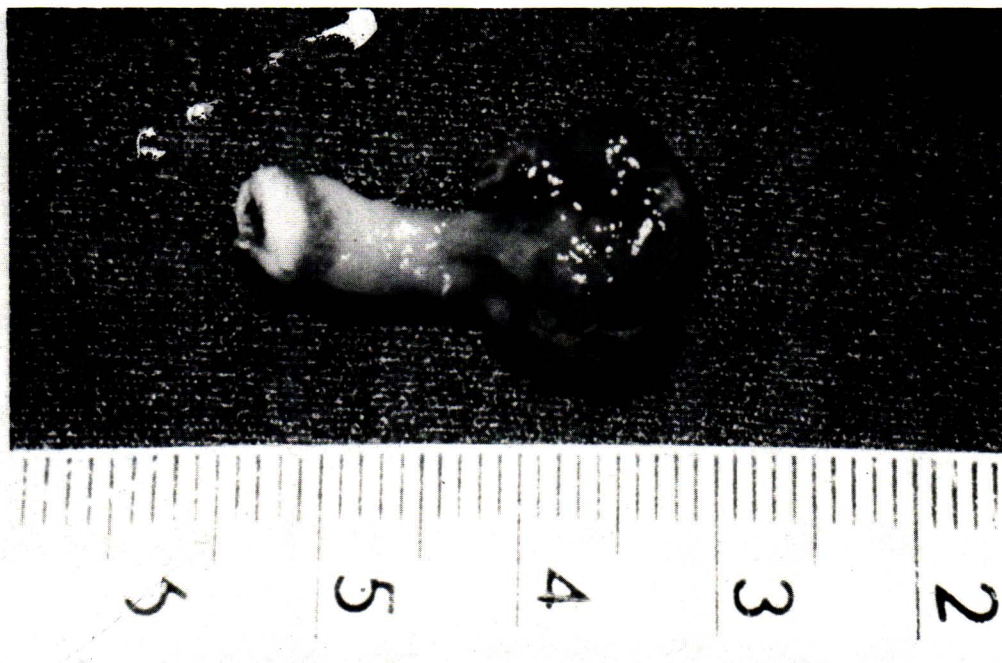


Figure 3 Pedunculated polyp excised endoscopically

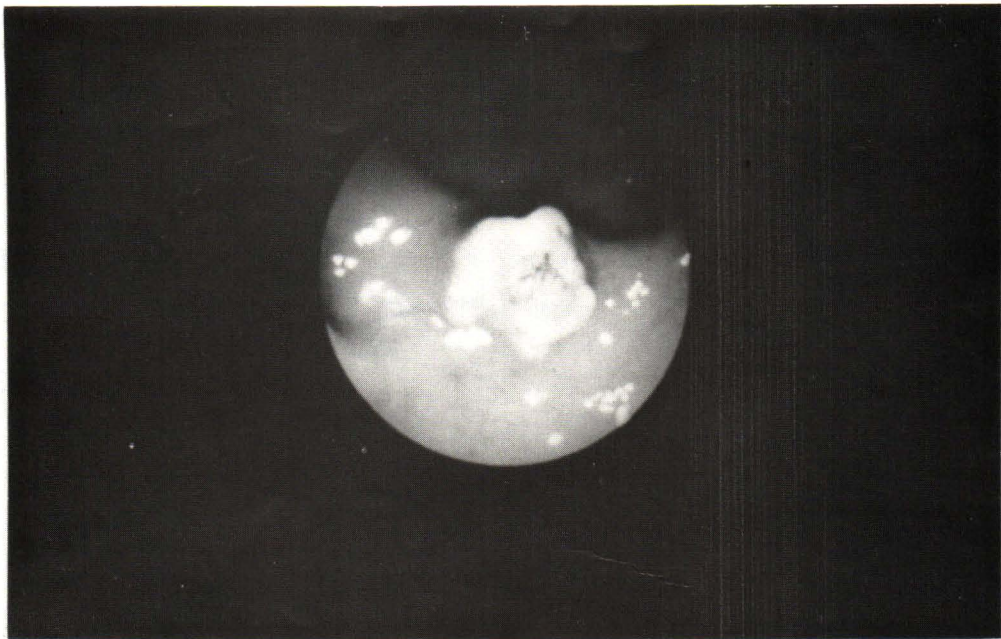


Figure 4 Ulcer at the site of polypectomy



Figure 5 Large sessile polyp excised endoscopically in three sessions

ผลของการรักษา

ตั้งแต่มีธันวาคม 2522 ถึง ธันวาคม 2528 รวมเวลา 6 ปี 7 เดือน มีผู้ป่วยที่ได้รับการทำ polypectomy ทั้งหมด 43 ราย เป็นชาย 24 ราย หญิง 19 ราย อายุตั้งแต่ 4-76 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่เป็นเด็กเพียง 2 รายเท่านั้น อายุ 4 และ 6 ปี ได้ตัด polyp ออกทั้งหมด 66 polyps โดยที่ผู้ป่วยบางรายมีหลาย polyps แต่สามารถเอา polyps ออกมาได้เพียง 64 polyps เท่านั้น อีก 2 polyps ซึ่งมีขนาดเล็กหลุดหายไปในช่วงทำตำแหน่งของ polyps ที่ตัดออกอยู่ตั้งแต่ rectum จนถึง caecum แต่ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ rectum และ sigmoid colon ตามตารางที่ 1 ขนาดของ polyps มีขนาดเล็กตั้งแต่ 3 มิลลิเมตร จนถึงขนาดใหญ่กว่า 4 เซนติเมตร แต่ส่วนใหญ่จะมีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร (ตารางที่ 2) polyps ที่ตัดออกมานั้นมีทั้งแบบไม่มีก้าน (sessile polyps) และแบบมีก้าน (pedunculated polyps) ถ้า polyps ที่มีขนาดเล็กมักจะเป็น sessile polyps ส่วน polyps ขนาดกลางหรือใหญ่ จะมีทั้งแบบ pedunculate และ sessile polyps

Table 1 Location of polyps

Location	Number
Right colon	2
Transverse colon	3
Left colon	9
Sigmoid colon	27
Rectum	25
Total	66

Table 2 Size of polyps

Size (cm)	Number
0.1 - 1.0	51
1.1 - 2.0	11
2.1 - 3.0	3
3.0 - 5.0	1
Total	66

พยาธิสภาพของ polyps

จากจำนวน polyps ที่ส่งตรวจทางพยาธิ 64 polyps เป็น benign 60 polyps และ malignant 4 polyps (6.25%) (ตารางที่ 3) สำหรับ benign polyps นั้น ส่วนใหญ่จะเป็น adenomatous polyps (ตารางที่ 4) ส่วน malignant polyps 4 รายนั้น เป็น carcinoma in situ 1 ราย และ invasive carcinoma 3 ราย (ตารางที่ 5)

Table 3 Pathology of polyps

Pathology	Number
Benign	60
Malignant	4
Total	64

Table 4 Benign polyps

	Number
Adenomatous	26
Villous	1
Hamartomatous	19
Hyperplastic	4
Inflammatory	10
Total	60

Table 5 Malignant polyps

	Number
Carcinoma in situ	1
Invasive carcinoma	3
Total	4

Sessile polyps ที่มีขนาดเล็กส่วนใหญ่เป็น benign ส่วน pedunculated polyps ทั้งหมด ถึงแม้ว่าจะมีขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร ก็ตามก็เป็น benign polyps ส่วน carcinoma in situ 1 รายนั้น เป็น sessile polyp ขนาด 0.6 เซนติเมตร invasive carcinoma 3 รายนั้น 2 ราย เป็น sessile polyps ขนาด 1.1 เซนติเมตร อีก 1 ราย เป็น sessile polyp ขนาด 4.1 เซนติเมตร polyp ที่มีขนาดใหญ่กว่า 1 เซนติเมตร มีอยู่ 15 polyps เป็น invasive carcinoma 3 ราย (20%)

โรคแทรกซ้อน

จากการทำ colonoscopic polypectomy จำนวน 66 polyps นี้ มีโรคแทรกซ้อนเพียง 1 รายเท่านั้น เป็น benign polyp ขนาด 1 เซนติเมตร หลังจากตัด polyp ออกแล้ว มีเลือดออกมาก แต่สามารถทำให้เลือดหยุดได้โดยใช้ไฟฟ้าจี้จุดที่เลือดออก โดยไม่ต้องทำผ่าตัดทางหน้าท้อง

วิจารณ์

Polyps ของลำไส้ใหญ่ไม่ว่าจะเป็น adenomatous polyps หรือ villous adenoma ก็ตาม เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปและมีหลักฐานที่เชื่อถือได้ว่า มีโอกาสที่จะกลายเป็นมะเร็งได้⁽⁹⁾ ภาพของ polyp ที่มองเห็นจากการทำ barium enema หรือภาพที่เห็นจากการทำ colonoscopy ก็ไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่า polyp นั้นเป็น benign หรือ malignant แม้แต่การตัดชิ้นเนื้อจากส่วนหนึ่งของ polyp ไปตรวจ ถ้าผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็น benign ก็ไม่สามารถรับรองได้ว่า polyp นั้นไม่เป็น malignant⁽¹⁰⁾ ฉะนั้นการตัดเอา polyp ออกทั้งก่อนไปตรวจ จึงจะบอกพยาธิสภาพของ polyp ได้แน่นอน Morson⁽¹¹⁾ พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งใน polyp ที่มีขนาดเล็กกว่า 1 ซม. มีถึง 1.3% ขนาด 1-2 ซม. 9.5% และขนาดใหญ่กว่า 2 ซม. 46.0% ฉะนั้นถ้าตรวจพบว่ามี polyp ถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการก็ควรตัดเอา polyp ออก สมัยก่อนที่จะมี colonoscope การตัดเอา polyp ออกจะต้องทำผ่าตัดทางหน้าท้อง แล้วจึงเปิดลำไส้ใหญ่และตัดเอา polyp ออก ซึ่งการผ่าตัดนี้ทำให้ผู้ป่วยเจ็บตัวต้องอยู่โรงพยาบาลหลายวันและเสียค่าใช้จ่ายมาก นอกจากนี้ยังมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เช่น แผลติดเชื้อช่องท้องอักเสบโพรงหนองในช่องท้อง และถ้ารุนแรงผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้⁽¹²⁾

ในปัจจุบันนี้การทำ colonoscopic polypectomy

ได้ทำกันมากขึ้น และเป็นที่ยอมรับกันว่าได้ผลดีและปลอดภัย ถ้าทำโดยผู้ที่มีความชำนาญแล้วจะมีโรคแทรกซ้อนน้อยมาก ฉะนั้นการตัด polyp โดยการผ่าตัดทางหน้าท้องจึงหมดความนิยมไป จะทำก็ต่อเมื่อการทำ colonoscopic polypectomy ไม่ประสบความสำเร็จเท่านั้น จากรายงานต่าง ๆ ที่ทำ colonoscopic polypectomy พบว่า polyp ที่เป็น invasive carcinoma มีมากขึ้น Muto และคณะ⁽¹³⁾ พบ 3.8% William และคณะ⁽⁵⁾ พบ 3.6% Wolf และ Shinya⁽¹⁴⁾ พบ 5.4% รายงานของผู้เขียนพบ 4.7% ซึ่งอุบัติการณ์ใกล้เคียงกับของต่างประเทศ แต่ถ้ารวมถึงมะเร็งในระยะแรก ๆ หรือ carcinoma in situ ด้วย อุบัติการณ์จะสูงมาก รายงานของ Muto และคณะ พบถึง 15.6% ของจำนวน polyps ทั้งหมดที่ตัดออกรายงานของผู้เขียนพบมะเร็งใน 4 polyps จากจำนวน 64 polyps คิดเป็น 6.25% แต่ถ้าพูดถึง polyp ที่มีขนาดใหญ่กว่า 1 ซม. แล้วพบมะเร็งได้ถึง 20% เมื่อพิจารณาอุบัติการณ์ของมะเร็งใน polyp แล้วจะค่อนข้างสูง โดยเฉพาะ polyp ที่มีขนาดใหญ่กว่า 1 ซม. จากการตัด polyp ผ่านทาง colonoscope ค่อนข้างปลอดภัยผู้เขียนมีความเห็นว่า ถ้าตรวจพบว่ามี polyp อยู่ในลำไส้ใหญ่แล้ว ควรจะตัดเอาออกทั้งนี้เพื่อจะได้วินิจฉัยและรักษามะเร็งในระยะแรก และยังจะลดอุบัติการณ์มะเร็งของลำไส้ใหญ่ได้อีกด้วย

โรคแทรกซ้อนจากการตัด polyp นั้นที่พบบ่อยได้แก่ เลือดออกและลำไส้ทะลุ ซึ่งเกิดจากวิธีการตัด polyp ไม่ดี เช่น ตัด polyp ให้ขาดเร็วเกินไป โดยที่ยังมีเกิดปฏิกิริยาของ coagulation บริเวณแผลที่ตัด polyp จึงทำให้เลือดออก หรือถ้าระหว่างตัด polyp ไปตัดเอาผนังลำไส้ด้วย ก็จะทำให้ลำไส้ทะลุได้ จากรายงานของ Williams⁽⁵⁾ และคณะได้ตัด polyps ออกทั้งหมด 300 polyps มีเลือดออกถึง 6 ราย (2%) ต้องให้เลือด 2 ราย (0.66%) และมีลำไส้ทะลุ 1 ราย (0.33%) รายงานของ Berci⁽¹⁵⁾ มีเลือดออก 0.66% และลำไส้ทะลุ 0.33% จากรายงานนี้ได้ตัด polyp ออกทั้งหมด 66 polyps มีทั้ง sessile polyps และ pedunculated polyps บาง polyp มีขนาดใหญ่กว่า 3 เซนติเมตร และต้องตัดออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ หลายชิ้น มีโรคแทรกซ้อนเพียงรายเดียวเท่านั้น (1.5%) คือ ในรายที่มีขนาดเพียง 1 เซนติเมตรเท่านั้น ซึ่งควรจะตัดได้ง่าย แต่รายนี้มีเลือดออกหลังจากการตัด polyp สาเหตุที่ทำให้เลือดออกน่าจะเกิดจากวิธีการตัด polyp มีข้อผิดพลาด คือ ตัด polyp ให้ขาดเร็วเกินไป จึงทำให้มีเลือดออก แต่อย่างไร

ก็ตามก็สามารถทำให้เลือดหยุดได้โดยการจี้ด้วยไฟฟ้าตรงบริเวณที่เลือดออก โดยไม่ต้องทำผ่าตัดทางหน้าท้อง สำหรับโรคแทรกซ้อนอย่างอื่นเช่น ลำไส้ทะลุ หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งเคยมีในรายงานอื่น ๆ นั้น ในรายงานนี้ไม่มีโรคแทรกซ้อนเหล่านี้เลย

สำหรับ polyp ที่ตัดออกมาแล้วพบว่าเป็นมะเร็งด้วยนั้น ถ้าเป็น carcinoma in situ เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า ไม่จำเป็นจะต้องทำอะไรต่อไป แต่ถ้าเป็น invasive carcinoma และตรงรอยตัดยังมีเซลล์มะเร็งอยู่จำเป็นที่จะต้องผ่าตัดทำ resection ต่อ แต่ถ้าเป็น polyp ชนิดที่มีก้านและเป็น invasive carcinoma เฉพาะที่หัว polyp เท่านั้น โดยที่ก้านหรือรอยตัดนั้นไม่มีเซลล์มะเร็งเลย ในรายเช่นนี้ยังมีความเห็นขัดแย้งกันอยู่ Coutsoftides⁽¹⁶⁾ Langer⁽¹⁷⁾ Nivatvongs⁽¹⁸⁾ แนะนำว่าไม่ต้องทำอะไรต่อไป โดยเชื่อว่าไม่นานจะมีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปที่อื่น จึงไม่จำเป็นจะต้องทำ resection แต่ Colacchio⁽¹⁹⁾ แนะนำให้ทำ resection ต่อ เพราะคิดว่าเซลล์มะเร็งมีโอกาสกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงได้ ในรายงานนี้พบ carcinoma in situ ใน polyp 1 ราย ไม่ได้ทำอะไรต่อ พบ invasive carcinoma 3 ราย จากการตรวจทางพยาธิพบว่า มีเซลล์มะเร็งที่แผลรอยตัดทั้ง 3 ราย จึงได้ทำ resection ให้ทั้ง 3 ราย โดยที่สองรายแรกซึ่งเป็น sessile polyp

ขนาด 1.1 ซม.นั้น ลำไส้ใหญ่ที่ตัดออกไม่มีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่เลย ส่วนรายที่สามซึ่งเป็น sessile polyp ขนาด 4.1 ซม. พบว่ามีเซลล์มะเร็งเหลืออยู่ตรงรอยแผลที่ตัด ผู้เขียนมีความเห็นว่าถ้า polyp ที่ตัดออกมาเป็น carcinoma in situ นั้นไม่ต้องให้การรักษาต่อ ถ้าเป็น invasive carcinoma โดยที่แผลตรงรอยตัดไม่มีเซลล์มะเร็งเลย ไม่จำเป็นจะต้องทำอะไรต่อไป แต่ควรจะติดตามผู้ป่วยโดยการทำ colonoscopy เป็นระยะ ๆ แต่ถ้าเป็น invasive carcinoma และตรงรอยตัดยังมีเซลล์มะเร็งอยู่ จะต้องทำผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนนั้นออกแบบการผ่าตัดรักษามะเร็งของลำไส้ต่อไป

สรุป

ได้รายงานประสบการณ์ในการทำ colonoscopic polypectomy ในผู้ป่วย 43 ราย polyps ที่ตัดออกทั้งหมด 66 polyps เป็น malignant polyps 4 ราย มีโรคแทรกซ้อน 1 ราย คือเลือดออก แต่สามารถทำให้หยุดได้โดยการจี้จุดเลือดออกด้วยไฟฟ้า จะเห็นได้ว่าการทำ colonoscopic polypectomy นั้นค่อนข้างจะปลอดภัย จึงเป็นวิธีใหม่ในการรักษา polyps ของลำไส้ใหญ่แทนการผ่าตัดทางหน้าท้อง นอกจากนี้ยังทำให้การวินิจฉัยมะเร็งของลำไส้ใหญ่ได้ค่อนข้างเร็ว จึงทำให้การรักษาได้ผลดี และหวังว่าคงจะทำให้อุบัติการณ์มะเร็งของลำไส้ใหญ่ลดลงด้วย

อ้างอิง

1. Wolff WJ, Shinya H. Colonofiberscopic management of colonic polyps. *Dis Colon Rectum* 1973 Mar-Apr ; 16 (2) : 87-93
2. Wolff WI, Shinya H. A new approach to colonic polyps. *Ann Surg* 1973 Sep; 178 (3) : 367-378
3. Williams C, Muto T, Rutter KRP. Removal of polyps with fiberoptic colonoscope : a new approach to colonic polypectomy. *Br M J* 1973 Feb ; 1 : 45-452
4. Berci G, Panish J, Morgenstern L. Diagnostic colonoscopy and colonoscopic polypectomy. *Arch Surg* 1973 Jun; 106 (6) : 818-819
5. William CB, Hunt RH, Loose H, Riddell RH, Sakai Y, Swarbrich ET. Colonoscopy in the management of colon polyps. *Br J Surg* 1974 Sep ; 61 (9) : 673-682
6. Wolff WI, Shinya H. Endoscopic polypectomy : therapeutic and clinicopathologic aspects. *Cancer* 1975 Aug ; 36 (2) : 683-690
7. Knutson CO, Martin HM. Diagnosis and therapeutic colonoscopy, a critical review of 662 examinations. *Arch Surg* 1979 Apr ; 114 (4) : 430-435
8. Christie J. Colonoscopic removal of sessile colonic lesion. *Dis Colon Rectum* 1978 Jan-Feb; 21 (1) : 11-14
9. Morson BC, Bussey HJR. Predisposing causes of intestinal cancer. *Curr Probl Surg* 1970 Feb; 7 (2) : 1-46
10. Hellwig CA, Barbosa E. How reliable is biopsy of rectal polyps?, a clinical and morphological study of 107 cases. *Cancer* 1959 May-Jun ; 12 (3) : 620-624
11. Morson BC. The polyp-cancer sequence in the large bowel. *Proc R Soc Med* 1974 Jun ; 67 (6) : 451-457
12. Kleinfeld G, Gump FE. Complication of colotomy and polypectomy. *Surg Gynaecol Obstet* 1960 Dec; 111 (6) : 726-728

13. Muto T, Kamiya J, Sawada T, Kusama S, Itai Y, Ikenaga T, Yamashiro M, Hino Y, Yamagushi S. Colonoscopic polypectomy in diagnosis and treatment of early carcinoma of the large intestine. *Dis Colon Rectum* 1980 Mar ; 23 (2) : 68-75
14. Wolff WI, Shinya II. Definitive treatment of "malignant" polyp of the colon. *Ann Surg* 1975 Oct ; 182 (4) : 516-525
15. Coutsoftides T, Sivak MV, Benjamin SP, Jagelman D. Colonoscopy and the management of polyps containing invasive carcinoma. *Ann Surg* 1978 Nov ; 188 (5) : 638-641
16. Berci G, Panish JF, Schapiro M, Corlin R. Complications of colonoscopy and polypectomy. *Gastroenterology* 1974 Oct ; 67 (4) : 584-585
17. Langer JC, Cohen Z, Taylor BR, Stafford S, Jeejeehoy KN, Cullen JB. Management of patients with polyps containing malignancy removed by colonoscopic polypectomy. *Dis Colon Rectum* 1984 Jan ; 21 (1) : 6-9
18. Nivatvongs S, Goldberg SM. Management of patients who have polyps containing invasive carcinoma removed via colonoscope. *Dis Colon Rectum* 1978 Jan-Feb; 21 (1) : 8-11
19. Colacchio TA, Forde KA, Scantlebury VP. Endoscopic polypectomy : inadequate treatment for invasive colorectal carcinoma. *Ann Surg* 1981 Dec ; 194 (6) : 704-707

จุฬาลงกรณ์เวชสารได้รับต้นฉบับเมื่อวันที่ 24 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2529