

RECENT ADVANCES IN THE TREATMENT OF GYNECOLOGIC CANCER.

* พ.ญ. มานา บุญคั่นผล พ.บ., M.Sc. (med).



ข้าพเจ้าคิดว่า ถึงเวลาแล้ว ที่เราจะ ปรับปรุง เรื่องการรักษา Cancer ในสตรีให้เข้าสู่มาตรฐาน จึง ขอนำ เอการรักษา ตามสถาบัน ที่มี ชื่อเสียงชั้นนำ ทาง Cancer เท่าที่ได้เห็นมา ตลอดจนนิตยสาร ต่างๆ ในระยะ 2-3 ปีนี้มากแล้ว เพื่อให้เห็นว่า สถาบันต่างๆ เขาทำกันอย่างไร ได้ผลเพียงไร โดยนำสถิติมาแสดงประกอบด้วย เพื่อเป็นแนว ทางให้เราเริ่มงานรักษา Cancer ในสตรีให้ได้ผล มากที่สุดที่จะทำได้

เพื่อจะกลุ่ ม Gynecologic cancer จึงขอ กล่าวถึงแต่ละชนิด ตามลำดับที่พบบ่อย

- Carcinoma of the cervix 55-65 % ของ Gynecologic cancer
- Carcinoma of the corpus เพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามอายุ Ratio cervix : corpus = 2.4 : 1 (Stockholm)
- Carcinoma of the ovary 8-10 %
- Carcinoma of the vulva 3-4 %
- Carcinoma of the vagina 1 %
- Carcinoma of the follopian tube 0.3 %

ผลของการรักษา Cancer จะได้ผลดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับการพิเคราะห์โรคได้เร็วแค่ไหน ผลของการหายจาก Cancer ไม่ได้ขึ้นอยู่กับวิธีทำผ่าตัด ที่ Radical ขนาดไหน, Irradiation ดีเพียงใด, แต่ขึ้นอยู่กับ Stage ของโรคที่ลุกลามไปเพียงใด การทำ Papanicolaou smear, Schiller's test, Colposcope, Fractionate curettage และ Cervical

biopsy จะช่วยให้สามารถพิเคราะห์โรคได้ในระยะ แรก และพยายามค้นคว้าหาต้นเหตุและวิธีป้องกันในต่อไป

เพื่อให้เข้าใจ ถึงการรักษา และเปรียบเทียบ ผลระหว่างสถาบันต่างๆ ได้ ควรทราบถึง Classification ที่ใช้กันทั่วไป คือ International classification ซึ่งได้ตกลงกันใน ค.ศ. 1950 ที่ New York.

International Classification (1950)

Carcinoma of the Cervix

Stage 0

Carcinoma in situ—also know as preinvasive carcinoma, intraepithelial carcinoma and similar conditions.

Stage 1

The carcinoma is strictly confined to the cervix.

Stage 2

The carcinoma extends beyond the cervix but has not reached the pelvic wall.

The carcinoma involved the vagina but not the lower third.

Stage 3

The carcinoma has reached the pelvic wall (on rectal examination no cancer-free space is found between the tumour and the pelvic wall).

* อาจารย์ในแผนกสูติ-นารี ร.พ. จุฬาลงกรณ์

The carcinoma involves the lower third of the vagina.

Stage 4

The carcinoma involves the bladder or the rectum or both or has extended beyond the limits previously described.

Carcinoma of the Corpus

Stage 0

Cases which the pathologist considers most likely to be of carcinomatous nature though it is impossible to arrive at a definite microscopic diagnosis.

Stage 1

The growth is confined to the uterus.

Group 1 Operation advisable.

Group 2 Bad operative risks.

Stage 2

The growth has spread outside the uterus.

สำหรับ Gynecologic cancers อื่น ๆ ยังไม่มีการตกลงกันแน่นอน เป็นมาตรฐาน จึงขอจดไม่กล่าว

Carcinoma of the Cervix

เป็น Cancer ที่พบบ่อยที่สุดใน Gynecologic cancers จึงมีความสำคัญมากที่จะต้องพูดถึงการรักษาอย่างละเอียด

Joe V. Meigs แห่ง Boston ได้รายงาน Cancer cervix 622 ราย, 5 Year survival 45 % มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 22.1 % ไม่มี Operative mortality. Main objection จากการผ่าตัด คือ Fistula เฉลี่ย 8.4—15 % ถ้าได้รับ Irradiation มาแล้วทำให้เกิด Fistula มากขึ้น

Meigs เชื่อว่าการผ่าตัดจะรักษาผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งมี Radiation failure และ Irradia-

tion จะช่วยผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มี Surgical failure. Meigs กล่าวว่า การที่จะรวมทั้ง Radiation และการผ่าตัดในผู้ป่วยคนเดียวกันเป็นอันตราย, Primary treatment ของ Cancer cervix ควรจะเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง บางคนจะได้ผลดีจาก Irradiation, บางคนจากการผ่าตัด เมื่อได้ review literature เราจะพบว่าทั้งการผ่าตัดและ Radiation ได้ผลใกล้เคียงกัน ถ้าหากเราสามารถเลือกได้โดยการใช้ S.R. และ R.R., ถ้าผู้ที่มี Radiation failure ได้รับการผ่าตัดเสียแต่แรก หรือผู้ที่ผ่าตัดแล้วไม่ได้ผลได้รับ Radiation เสียแต่ต้น ผลควรจะต้องดีขึ้นอีกมาก อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การรักษา Cancer cervix ได้รับผลดีที่สุดนั้น เราต้องมีแพทย์ผ่าตัดผู้สามารถ และ Radio-therapist ร่วมกัน

ข้าพเจ้าจะไม่กล่าวถึง technique อย่างละเอียดของการทำผ่าตัด Radical Hysterectomy และ bilateral lymphadenectomy ตามวิธีของ Meigs. การทำ Wertheim's operation โดยไม่ dissect lymphnodes ออกนั้น ถือเป็นการรักษาที่ไม่เพียงพอ

สถาบันเป็นจำนวนมากทำผ่าตัดใน Cancer cervix Stage I และ Stage II ถ้าผู้ป่วยเป็น good surgical risk, อาจจะทำด้วย External radiation หรือไม่ได้

Thompson & Brack แห่ง Johns Hopkins ได้กล่าวถึงการรักษา Stage I-IV โดย Ra และ Deep X-ray therapy จำต้อง follow-up ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อดูว่ามี Radio-resistant หรือไม่, เมื่อพบ clinically operable radio-resistant cancer ทำ Radical hysterectomy; ความสำเร็จของการผ่าตัดใน Radio-resistant cancer cervix ขึ้นอยู่กับ การ evaluate และเตรียมก่อนผ่าตัด, Technical

detail ของการผ่าตัด, Expert anesthesia, ความรู้ละเอียดทาง Physiology สำหรับการผ่าตัดใหญ่, ความสัมพันธ์อย่างพร้อมเพรียง ของแพทย์และพยาบาล, ความเข้าใจอย่างดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และ แพทย์, Post-operative management เป็นเรื่องสำคัญมาก ตามสถิติ 5 Year survival จาก 44 รายหายเกือบ 25 % จึงสมควรจะทำผ่าตัด

M. A. van Bauwdyk Bastiaanse (University of Amsterdam) ใน Stage I & II ให้ Full dose Ra ตามใน 4 สัปดาห์ด้วย Schauta หรือ Wertheim's operation และให้ Deep X-ray ต่อในรายที่จำเป็น, ส่วน Stage III & IV ใช้ Ra และ X-ray.

Novak (Jugoslavia) Stage I ทำ Radical Hysterectomy ถ้าอ้วนและอายุเกิน 60 ปี ให้ Ra ก่อนแล้วทำ Radical Vaginal Hysterectomy (Schauta) ใน 4-8 สัปดาห์

Stage II ใส Ra แล้วทำผ่าตัด

Stage III ให้ Ra และ Deep X-ray แล้วตรวจดูว่าพอจะทำผ่าตัดได้หรือไม่ หรือเพียง Radiation เท่านั้น

Stage IV ให้ Ra และ Deep X-ray เต็มที่

Kelso (Oklahoma city) แนะนำทำ Radical Hysterectomy 1/3-1/2 ของ vagina ออก และ bilateral lymphadenectomy ใน Stage i & ii แล้วตามด้วย X-ray เร็วที่สุดที่จะเร็วได้ ว่าได้ 5 Year survival ถึง 80.8% ในผู้ป่วย 89 ราย

Beecham (Temple University) รายงานการทำผ่าตัด 103 ราย ในผู้ป่วย 265 ราย 5 Year survival 62% เมื่อมี Lymphnode involvement แล้ว Irradiation หรือ Radical Hysterectomy ให้ผลคล้ายคลึงกัน

เมื่อพูดถึงการผ่าตัดก็ควรพูดถึง Exenterati-

on operation ในการรักษาของ Advanced pelvic cancers ด้วย

Brunschwig and Daniel รายงานมากที่สุด 441 ราย ก่อนทำต้องตรวจให้แน่ใจว่า มี local หรือ distant recurrence and metastasis ต้องตรวจ Abdominal, Combined vaginal & recto-vaginal under anesthesia ก่อนทำผ่าตัด ถ้าแผ่ออกไปใน bladder หรือ rectum พอทำได้ แต่ถ้าไป lateral pelvic wall แล้ว อาจต้องตัดสินใจเมื่อทำ Laparotomy ว่าทำได้หรือไม่ อาจจะทำ Total หรือ Anterior exenteration แล้วแต่ Cancer แผ่ไปแค่ไหน Total exenteration นับเป็นผ่าตัดใหญ่มาก ทำ Resection of lower ureters, bladder, vagina, uterus, adnexae, lower sigmoid colon, rectum, pelvic peritoneum และ pelvic lymph nodes; Mortality สูง 16% ส่วนมากตายจาก Surgical shock ต้องใช้เลือดมาก, เวลาผ่าตัดนานราว 7-8 ชั่วโมง Post-operative ก็ยุ่งยากมาก

Valenti & Corscaden ได้กล่าวถึง Radium therapy ส่วนใหญ่ตามแบบของ Curie, Stockholm หรือ Manchester; ขนาด 6000-9000 mg./hr. สำหรับ Deep X-ray ใช้ราว 3000 r., Tumour dose ร่วมกับ Ra สำหรับ External Radiation ควรจะมี technique ที่ดี และ overall plan.

จาก study พบว่า อาจจะมี undertreat หรือ overtreat ต้องอาศัย technique ที่ดีจริง ๆ ควรให้ทั้ง Gynecologist และ Radiologist ร่วมปรึกษา, รับผิดชอบ และจัดการปรับปรุง technique; ส่วนใหญ่ในอเมริกา ผู้ใส่ Ra เป็น Gynecologist มีน้อยรายที่เป็น Radiologist งานจะได้ผลดีถ้าทั้งสองฝ่ายจะร่วมมือกัน ผู้ใส่ Ra ควรจะเรียนรู้ Fundamental principle ของ Rad-

iation และ Radiobiology, Corscaden กล่าวว่า Radiation ที่ได้ผลเท่ากับการผ่าตัดเหมือนกัน

การใช้ Interstitial Radio-active Cobalt needles ในการรักษา Cancer cervix รายงานโดย Ezell & Holzapfel (Columbus, Ohio) ทำใน 99 ราย มี Complication เกิดขึ้นมาก — Proctitis, Recto-vaginal & Vesico-vaginal fistulae, Large bowel obstruction, etc. หลักให้ 6000—7000 tissue r. โดย Co⁶⁰ gamma radiation.

การใช้ Interstitial implantation ของ Co⁶⁰ หรือ Ra ก็ตาม ถ้าดูตามทฤษฎีน่าจะจะได้ผลดี แต่ผลในทางปฏิบัติได้ยาก และมี complication มาก จนเลิกใช้กันแล้ว

การฉีด Radioactive Gold Au¹⁹⁸ เข้าไปใน parametrium เช่นที่ทำได้ Radiumhemmet นั้น ได้ผลแต่เป็น palliative treatment เท่านั้น

Cervical cancer ในระยะครรภ์

Kistner et al. (Harvard Medical School and Free Hospital for Women) กล่าวว่า Cancer cervix ในระยะครรภ์ไม่แตกต่างจาก Cancer cervix ทั่วไป, Band & Blanchet ของ Curie Foundation ก็กล่าวว่า Cancer ไม่เจริญเติบโตเร็วกว่าธรรมดา มีการสนับสนุนจากนิตยสารของเยอรมัน และอเมริกาใต้

อีกพวกคือ Newell, Screwner & Ward เข้าใจว่า การตั้งครรภ์ทำให้ Cancer เติบโตเร็ว และการพยากรณ์โรคไม่ดี ในกรณีที่เป็นในระยะหลังของการตั้งครรภ์ Kottmeier ก็กล่าวว่าการพยากรณ์โรคไม่ดีใน Cancer cervix ที่มี viable fetus โดยเฉพาะถ้าพบในระหว่าง puerperium ซึ่งเด็ก ออกเอง

จากการ Review literatures ต่างๆ รวม 106 ราย และมีเพิ่มเติมใหม่อีก 30 ราย พบว่ามี

Cancer cervix ในระหว่างตั้งครรภ์ราว 1% ของ Cancer cervix ทั้งหมด

การรักษาแล้วแต่ระยะการตั้งครรภ์ เมื่อพบ Cancer ในระยะ 2 trimesters แรก ใ้ Ra & Deep X-ray หรือใ้ Ra แล้วทำ Radical hysterectomy แล้วแต่ Clinical Stages.

ใน trimester หลัง ทำ Cesarean section แล้วใ้ Ra และ Deep X-ray.

ที่ Radiumhemmet ในระยะแรกทำเหมือนกับในรายที่ไม่มีการตั้งครรภ์ ในรายที่มี viable fetus ใ้ Intravaginal Ra ก่อน ขนาด 1800—2000 mg. hr. เรายังไม่ทราบแน่นอนถึง effect ต่อเด็ก ระยะแรกให้เห็น develop ปกติ ราว 2—3 สัปดาห์ ก่อน E.D.C., ทำ Cesarean section แบบ Classical แล้วรับใ้ large dose ของ Ra—Intrauterine & Endocervical ตามด้วย Deep X-ray พบว่าได้ผลดีกว่าการผ่าตัด

ที่ Munich ใ้ Ra & Deep X-ray ในรายที่ครรภ์ระยะแรก, ใน viable fetus ใ้ Ra intravaginal ตามด้วย Cesarean section และ Wertheim's operation.

ที่ Amsterdam, ในระยะครรภ์อ่อนให้ Pre-operative Ra แล้วตามด้วย Radical hysterectomy ในระยะหลังของการตั้งครรภ์ ทำ Cesarean section แล้วตามด้วย Wertheim's operation.

เนื่องจาก I. Universitäts Frauenklinik, Munich. เป็นสถาบันที่รักษา Cancer ในสตรีที่ใหญ่ที่สุดในยุโรป มีเตียงบรรจุผู้ป่วย Cancer ราว 100 เตียง มีสถิติผู้ป่วยมากที่สุดตามสถิติที่ได้นำมาแสดง และการรักษาได้ผลดี จึงขอ นำรายละเอียดมากล่าว

Clinical stage ของผู้ป่วยคล้ายคลึงกับบ้านเรา ก็มี Stage ii และ iii เป็นจำนวนมาก

ข้าพเจ้าได้ทำงานที่ Cancer Institution แห่งนี้ 5 เดือน ได้เห็นและปฏิบัติงานกับผู้ป่วย Cancer ใหม่ราว 500 คน และได้มีโอกาส Check ใน follow-up ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วราว 2000 คน

การรักษาของ Cancer cervix Stage I

ทำ Wertheim's operation เฉพาะ Stage i เท่านั้น, ไม่ทำทุกราย แล้วแต่อาการทั่วไปของผู้ป่วย เลือกรักษาในคนผอม, อายุน้อย และ ตามความสมัครใจของผู้ป่วย โดยมากผู้ป่วยย้ายในบ้านเรา คือปฏิเสธการทำผ่าตัด การรักษาส่วนใหญ่จึงใช้ Radiation.

Stage I และ II

ใส่ Ra 3 ครั้งๆ ละราว 24 ชั่วโมง ใส่ทั้ง Intrauterine และ Intravaginal applications จำนวนเรเดียมเท่าใดแล้วแต่ขนาด ขาว ของมดลูกและลักษณะของ Cancer ส่วนมาก Intrauterine ราว 50 mg. Ra Intravaginal ขนาด 40 mg. จำนวนทั้งหมด 5500—6300 mg./hr.

การให้ Deep X-ray ใช้ 190 K.V., 6 M.A., 1.0 mm. Cu distance 40 cm., tube 10x15 cm. dose 300 r. (skin) ใช้ 2 portals ทางด้านหน้า และ 2 portals ทางด้านหลัง วันหนึ่งให้ 2 portals ด้านหน้าและหลังในข้างเดียวกัน ให้ 12—16 วัน ในวันที่ 6 ให้ Vulvar field ด้วย 150 r. tube 8x10, 4 ครั้ง บางรายก็ไม่ให้หรือให้น้อยกว่า

Stage III และ IV

ใส่เรเดียม 2 ครั้ง ทั้ง Intrauterine และ Intravaginal applications จำนวนทั้งหมด 5800—6200 mg./hr. ให้ครั้งละประมาณ 36 ชั่วโมง บางรายอาจจะให้ครั้งเดียว 5800 mg./hr. แต่จากสถิติพบว่า การให้ครั้งเดียวเวลานานนี้ ให้ผลดีน้อยกว่าแบ่งให้ 2—3 ครั้ง

การให้ Deep X-ray สำหรับ Stage iii ขนาด 250 r. วันหนึ่งให้ 2 portals ด้านหน้าและหลังข้างเดียวกันราว 20 วัน สำหรับ Stage iv ไม่ให้ Vulvar field นอกนั้นลดให้ขนาด 200 r. เวลา 20 วัน

ในรายที่เกิดมี Recurrence ของ Carcinoma cervix metastasis ไปยัง parametrium หรือ pelvic wall ใช้ Pendular irradiation เป็นเครื่องให้ X-ray พิเศษ หมุนได้ 180° ทำให้ Focal dose มาก และมี Skin reaction น้อย มีอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะและ Rectum น้อย การรักษา Cancer cervix แบบ Radiumhemmet - Stockholm

ใช้ Radiation ซึ่ง Individualize ตามชนิดและการแผ่ของ Cancer Intrauterine application ใช้จำนวนมากน้อยแล้วแต่ความยาวของ Applicators ซึ่งต้องยาวขึ้นไปถึง fundus ในรายปกติ ขนาด 53—74 mg. บางรายอาจใช้ขนาดสูงมาก ปัจจุบัน ทาง Radiumhemmet เปลี่ยนแปลงจากเดิม เพราะเห็นว่า Intrauterine ควรให้ Ra ขนาดสูง เพื่อให้ได้ผลถึง Lymph nodes ใน pelvic wall ทดลองเพิ่ม Intrauterine ขึ้น 100% และลด Intravaginal ลง 50% พบว่าได้ผลดี

Intravaginal applicators อาจใช้เป็นหีบแบนๆ หรือโค้งหรือเป็น cylinder ที่จะคลุม cervix ไปจดส่วนหลัง และดันให้ชิดไปทาง lateral pelvic floor จำนวน 60—80 mg. ต้อง pack ให้ Applicators อยู่คงที่ใส่ 25—28 ชั่วโมง, 2 ครั้ง ห่างกันราว 3 สัปดาห์

ใน Stage iv การให้เป็น Palliative ลอกแบบ Stockholm อย่างเก่า ทางด้านหน้าให้ portal ใหญ่อันเดียวสูงถึงระดับสะดือ ข้างหลังให้ 2 portals ขนาด 2800 r. ในรายที่มีเลือดออก

มากมักให้ Intravaginal application ของ Ra ก่อน Ra สามารถทำให้เลือดหยุดได้ดี ให้ขนาด 120 mg. เวลา 20—25 ชั่วโมง มักมีอันตรายจาก infection มาก เมื่อให้ X-ray แล้วหยุดพักไป 10 วัน จึงให้ทั้ง Intrauterine และ Intravaginal applications หยุดต่อไปอีก 3 สัปดาห์ คอยดูผลว่าดีขึ้นหรือเลวลง ถ้าเลวลงงดไม่ให้เกิดการรักษาต่อไป ถ้าอาการดีขึ้นให้ Ra ซ้ำอีกครั้งเหมือนการรักษาปกติ

สำหรับการรักษา Cancer cervix แบบ Manchester บางท่านอาจจะได้ฟังจาก Dr. Patterson มาแล้ว (ในที่นี้หมอทวีป ซึ่งดูงานจาก Manchester เอง คงจะได้เล่าให้ฟังดีกว่า)

Carcinoma of the Corpus

ยังมีความเห็นขัดแย้งกันอยู่ว่า จะทำผ่าตัดอย่างเดียวหรือจะใช้ Radium แล้วทำผ่าตัดภายหลัง มีสถาบันหลายแห่งที่มีชื่อ เช่น Radiumhemmet ตาม Kottmeier หรือ Corscaden แห่ง Columbia University, N.Y., Kimbrough แห่ง Philadelphia Lying In. ใน Operable cases ใส่ Intracavitary Radium แล้วทำ Total hysterectomy & bilateral salpingo-oophorectomy ภายใน 6—8 สัปดาห์ ถ้าทำผ่าตัดเร็วกว่า 6 สัปดาห์ ทำให้เกิด complication เช่น fistula ได้มาก

Corscaden & Kottmeier และผู้ที่ทำงานทางนี้หลายท่านมีความเห็นว่า การทำ Radical hysterectomy ไม่ practical ในการรักษา Ca corpus ที่อยู่เฉพาะที่ เนื่องจากผู้ป่วยมักเป็นคนสูงอายุ และมักเป็นคนอ่อนแออันตรายจาก Fistula มีมาก ถ้ามี Lymphnodes metastasis แล้ว Radical hysterectomy ก็ไม่ช่วยให้ 5 year survival เพิ่มขึ้นอีกเท่าใด การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับการแผ่ของ Cancer มากกว่าจาก Radical hysterectomy.

Mc Cartney & Hayden แนะนำทำ Wertheim & Pelvic lymphadenectomy เฉพาะรายที่ Cancer มาถึง Isthmus และ Endocervix, invade myometrium และมี Ovarian metastasis ทำเฉพาะรายที่เป็น good operative risk.

Sandberg & Lennan review ผู้ป่วย Cancer corpus 133 รายที่ Stanford Hospital ทำ Total hysterectomy & bilateral salpingo-oophorectomy ในรายที่ operable ว่าได้ผล 90% กล่าวว่า Pre & Post-operative radiation ไม่ได้ช่วยให้ผลดีขึ้น ที่ Munich รายที่ทำผ่าตัด ทำ Total หรือ Vaginal hysterectomy แล้วให้ Post-operative X-ray การให้ X-ray ให้ 2 Portals ทางด้านหน้าและหลัง ขนาด 300 r. ให้ 16—20 วัน

การใส่ Radium ใช้ Packing method ตามวิธีของ Prof. Ries ลักษณะเป็นรูปไข่จุก Radium ราว 10 mg. ใส่ราว 10 อัน ใช้ Vaginal applicators หน้าปากมดลูกด้วย ให้ 2 ครั้งๆ ละราว 36 ชั่วโมง แล้วแต่ขนาด รวมทั้งหมด 5800—6300 mg. hr. ในผู้ป่วยที่อ่อนแอให้เฉพาะ Ra อย่างเดียว การใช้ X-ray อย่างที่กล่าวข้างบน

ที่ Radiumhemmet ถ้าทำ Total hysterectomy & bilateral salpingo-oophorectomy แล้วเขาใช้ Vaginal application ของ Radium ขนาด 1800 mg. hr. 1 ครั้ง เพื่อกัน Vaginal metastasis แล้วให้ Post-operative deep X-ray.

ถ้าใส่ Ra ก่อนก็มีวิธี packing ตามแบบ Radiumhemmet ทำ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 สัปดาห์ ภายหลัง 6 สัปดาห์ทำ Total hysterectomy & bilateral salpingo-oophorectomy ไม่ให้ Post-operative X-ray.

CARCINOMA OF THE OVARY

การรักษา Cancer ของ ovary มักไม่ใคร่

ได้ผลดี โดยมากมักจะพบเมื่อเป็น advanced เสียแล้ว ใน Post-menopause ถ้ามี Ovarian enlargement หรือในรายที่คลำพบ ovary โตเกิน 5 ซม. ซึ่งคงอยู่หลายเดือน ควรทำการค้นคว้าด้วย Exploratory laparotomy

การรักษาตามวิธีของ Radiumhemmet. การรักษาจะต้อง Individualize เป็นรายๆ ไป ถ้าผู้ป่วยอายุเกิน 45 ปีขึ้นไป มี Tumour ที่สงสัยว่าเป็น Ca ovary โดยที่มี ascitis ด้วย ให้ Pre-operative X-ray ก่อน ด้านหน้าให้ 4 Portals, 2 Portals ข้างบนให้ 300 r. 5 ครั้ง, 2 Portals ข้างล่างให้ 400 r. 5 ครั้ง, ด้านหลังให้ 2 Portals—400 r. 5 ครั้ง

หลังให้ X-ray ตรวจซ้ำใน 10—12 วัน ดูว่าเนื้องอกขนาดเล็กลงหรือไม่ เคลื่อนไหวได้มากน้อยเพียงใด ถ้าขนาดเล็กลง เคลื่อนไหวได้ดี ทำผ่าตัด Bilateral salpingo—oophorectomy เอาออกมากเท่าที่จะทำได้ ทำ Resection of omentum ด้วย คงเหลือมดลูกไว้เพื่อใส่ Ra.

ถ้าขนาดเนื้องอกไม่เล็กลง เคลื่อนไหวไม่ได้ รอดต่อไปอีก 6 สัปดาห์ ระหว่างรอให้ Testosterone 100 mg. สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ถ้าอาการดีขึ้นทำผ่าตัด ถ้าไม่ดีขึ้นไม่ควรทำผ่าตัด จากสถิติพบว่าใน Inoperable carcinoma of ovary นั้น ผู้ป่วยอายุสั้นยาวไปได้ 2—3 ปี ถ้าผ่าตัดตายเร็วกว่า

ในรายที่สงสัยว่าใช่ Carcinoma of ovary หรือไม่ ควรทำ Exploratory laparotomy โดยเฉพาะในคนอายุน้อย เพื่อให้ได้ Definite diagnosis ไม่ใช่ Pre-operative X-ray.

การรักษาด้วย Radiation หลังผ่าตัด ให้ Radium 1 ครั้ง, แล้วแต่ขนาดของมดลูก—53—74 mg., เวลา ๓๐ ชั่วโมง ถ้ามดลูกใหญ่มี meta-

stasis ให้ขนาด 3000—4000 mg.hr. ครั้งเดียว ตามด้วย Deep X-ray เหมือน Pre-operative เปลี่ยนแปลงเป็นรายๆ ตามขนาดของเนื้องอก และ Ascitis ถ้ามี Ascitis อาจให้ Radio-gold (Au¹⁹⁸) intraperitoneal ขนาดครั้งละ 80—120 Mc. อาจให้ทั้งหมดถึง 350 Mc. ระยะเว้นระหว่างการให้ครั้งหนึ่งราว 4—5 เดือนได้ผลเพียง palliative ทำให้ Ascitis น้อยลงเท่านั้น

Ulery แห่ง Columbus, Ohio กล่าวถึงการให้ Radioactive Gold (Au¹⁹⁸) ช่วยใน Ascitis ราวครึ่งของทั้งหมด ได้ประโยชน์น้อยหรือไม่ได้เลย ใน Terminal case ว่าได้ผลดีที่สุดเมื่อใช้เป็น Prophylaxis ป้องกัน Ascitis เมื่อทำผ่าตัดแล้วมี Peritoneal implantation.

Carlin & Frodey แห่ง Mercy Hospital, Pittsburgh ได้ทำ study ใน 133 ราย พบว่าเป็น Pappillary cystadenocarcinoma มากที่สุด 65% การรักษาทำ Total hysterectomy, bilateralsalpingo—oophorectomy & removal of omentum และตามด้วย Radiation; เมื่อมี Extensive pelvic involvement และไม่สามารถจะ remove tumour ออกหมดได้ ให้ทำ Bilateral salpingo—oophorectomy เหลือ Uterus ไว้ใส่ Radium และให้ Deep X-ray ต่อไป.

Davis, Latour & Philpott study 270 ราย ของ Carcinoma of ovary ที่ Royal Victoria Hospital 1930—1954 พบว่า 95% เป็น Serous หรือ Pseudomucinous adenocarcinoma ให้ 5 Year survival 37.6% เมื่อได้เปรียบเทียบผลในรายที่ทำผ่าตัดอย่างเดียว กับ การผ่าตัดและ Radiation ไม่พบผลแตกต่างกัน จึงลงความเห็นว่าการ Radiation ไม่จำเป็น

CARCINOMA OF THE VULVA
เป็นโรคในหญิงสูงอายุ เมื่อมี Life expectancy

เพิ่มขึ้นจึงพบ Ca vulva เพิ่มขึ้นด้วย Ca vulva เจริญช้า พวก Chronic irritative lesion ต่าง ๆ ที่ vulva เป็น Predisposing factors

Isaacs & Topek พบ Ca vulva ในรายที่มี Venereal granuloma ด้วย ในรายเช่นนี้การพยากรณ์โรคดี เนื่องจากการอักเสบทำให้เกิดการอุดตันของ lymphatics ทำให้ metastasis ไปช้า

Radical vulvectomy ช่วยให้ 5 Year survival ดีขึ้น อาจจะทำเป็น Stage เดียว หรือ 2-3 Stages ก็ได้ใน Poor surgical risk, Survival 54.5 %

Green, Ulfelder & Meigs แนะนำทำ Radical vulvectomy แม้ในรายที่ผู้ป่วยอายุมาก จาก Study พบว่า Leukoplakia เป็น precursor อันสำคัญมากกว่า 50 % อาจจะมีประวัติ Syphilis ในบางราย Radiation treatment ได้ผลน้อย Ideal operation คือ Radical vulvectomy & dissection of superficial and deep lymphnodes ที่ groin และ pelvis

การรักษา Carcinoma of vulva ที่นิยมทำกันมากที่สุดที่ Stockholm, Munich & Vienna คือ Berven Electro-coagulation ซึ่งแรกคิดโดย Prof. Berven แห่ง Radiumhemmet ใช้ Electrodes 2 อัน ทำการ coagulate โดยรอบบริเวณ lesion ลึกเข้าไป 1-2 ซม. มักใช้ใน Ca vulva ที่เป็น inoperable เสียโดยมาก เมื่อแผลมี granulation ขึ้นแล้ว ทำเป็น mold ตามที่ต้องการ จัด Radium ห่างราว 1-1½ cm. ทั้งหมดใช้ Radium ราว 180 mg. หรือมากกว่า วางคราวละ 4-5 ซม. วันเว้นวัน รวม 5 ครั้ง ราว 4500 mg. hr. ให้ Deep X-ray บริเวณ Inguinal region; บางแห่งอาจจะทำ Dissection ของ lymph glands หรือให้ Deep X-ray inguinal region วิธีนี้ใช้ได้ทั่วไป ทำงาน และมี Local recurrence ราว 5 % เท่านั้น ได้ผลดีพอสมควร

CARCINOMA OF THE VAGINA

เป็น Cancer ที่พบน้อยมาก แต่การพยากรณ์โรคเลวมาก พบราว 1.3 % ของ Gynaecologic cancers

Merrill & Bender (University of California) รายงาน 26 รายใน 26 ปี เลือดออกเป็นอาการสำคัญ ต้องแยกจาก Cancer of cervix ให้ได้แน่นอน โดยมากผู้ป่วยมาช้า ตำแหน่งที่พบบ่อยที่ Upper 1/3 ของ vagina ถ้าอยู่ที่ Lower 1/3 จะทำให้การพยากรณ์โรคเลวลง

Kottmeier ใช้ Radiation therapy ซึ่งต้องใส่ทั้งในมดลูกและ Vagina คล้ายคลึงกับ Carcinoma of cervix และใช้ X-ray ไป Parametrium ทั้ง Anterior & Posterior portals แนะนำการใช้ Teleradium และ X-ray ใน Carcinoma of vagina.

ที่ Munich นอกจากการใส่ Radium ไปใน Uterus แล้วใช้ Makrobolt เป็น Co⁶⁰ ซึ่งสามารถ mold เป็นรูปให้เหมาะกับ lesion ว่าได้ผลดี

CARCINOMA OF THE FALLOPIAN TUBE

เป็น Cancer ที่พบน้อยที่สุดใน Gynaecologic cancer Incidence ราว 0.2-0.3 % เป็นการยากที่จะพิจารณาโรคได้ก่อนผ่าตัด มักเข้าใจว่าเป็น Pelvic inflammatory disease อาการที่จะพบคือ Bleeding & Vaginal discharge Bleeding เป็น intermenstrual, จำนวนน้อยแต่ออกอยู่เสมอ หรืออาจจะเป็น Sero-sanguinous discharge; Pain มาในระยะหลัง Mass มักอยู่ที่ distal 1/3 ของ tube เป็น Unilateral 95% มักเป็นทางขวา.

Rhu (Thomas-Davis Clinic, Arizona) ได้ review literature รายงานราว 525 ราย และเพิ่มเติมอีก 2 ราย

อาจจะ metastasis ไป ovary, endometrium, vagina, liver, omentum & distant metastasis อื่นๆ

การรักษาทำ Total hysterectomy & bilateral salpingo-oophorectomy, ทำ Pelvic lymphnode dissection & Removal of omentum ตามด้วย Post-operative radiation การพยากรณ์โรคไม่ดี มาก 5 Year survival รว 5% Hu รายงานได้ overall ถึง 40%

ขอพูดเล็กน้อยถึง Chemotherapy ได้มีผู้ทดลองค้นคว้ากันมาก เช่น E 39, A 139, TEM, TEMPA, MITOMEN และอื่น ๆ อีกมาก ยังคงอยู่ในขั้นทดลองทั้งสิ้น ยังไม่สามารถสรุปผลได้ที่ Munich กำลังทดลองยาอย่างหนึ่ง ซึ่งได้มาจาก Society for Cancer Research ที่ Arlesheim, Switzerland ชื่อ Iscador ได้มาจาก active principle ของต้น Mistletoe ใช้ใน prophylaxis และ Therapy ของ Cancer เริ่มคิดโดย Rudolf Steiner ที่ Munich เริ่มทดลองมา 3 ปีแล้ว ทดลองให้ใน Stage III และ Stage IV ภายหลังจาก complete radiation treatment แล้ว ส่วนที่ Vienna ใช้ใน Post-operative treatment หลังทำผ่าตัด Stage I และ II ยังสรุปผลไม่ได้ว่าจะป้องกัน Recurrence ได้หรือไม่ ผลที่ได้ในผู้ป่วยคือช่วยให้ appetite ดีขึ้น มีความรู้สึกสบายขึ้น สามารถทำงานได้ น้ำหนักขึ้น ในผู้ที่มีความเจ็บปวดมาก เคยต้องใช้ Morphine ช่วย ก็ทำให้ลดขนาด Morphine ได้น้อยลงจนไม่ต้องใช้เลย อ้างว่าหยุดการเจริญของ Cancer ได้ ข้อเสียพอหยุดชนิดยาก็เจริญลุกลามต่อไป นับว่าเป็น Palliative treatment ด้อย่างหนึ่ง

ได้มีการกล่าวกันอย่างมากทั้งทางผ่าตัดและ Radiation Greenhill ว่า Radiation สามารถรักษาผู้ป่วยบางคนที่ Lymphnode Metastasis ได้ ส่วนการผ่าตัดนั้น ไม่อาจจะรักษาผู้ที่ Lymphnode involvement ได้ทุกราย

เมื่อทำผ่าตัดในรายที่คิดว่า Cancer apparently

cure อาจจะทำให้ Cancer cell ที่ถูก trapped ไว้ ซึ่งสงบอยู่ ถูกปล่อยออกมา ทำให้เกิด Clinical recurrence ของ Cancer เดิมได้ ข้าพเจ้าไม่อาจหาสถิติที่ได้ให้ Full radiation แล้วมาทำ Radical hysterectomy ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเป็นเรือน 100-200 ราย เพื่อให้มีคุณค่าในการเปรียบเทียบได้ ผู้ที่ไม่ได้รับการผ่าตัด เพราะเป็น poor surgical risks ก็อาจจะเป็น poor irradiation risk ที่ให้ poor survival rates เช่นกัน ผู้ที่จะเป็น good surgical risk ก็เป็น good irradiation risk ด้วย การเปรียบเทียบจึงควรใช้ผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกัน เราน่าจะศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับ Socio-economic background factor ของผู้ป่วยด้วย อีกเรื่องหนึ่งที่น่าค้นคว้าก็คือ Tumour sensitivity to irradiation โดยการให้ Alpha-tocopheral & testosterone สามารถเพิ่ม Susceptibility ของ tumour tissue ได้โดยดูจาก Papanicolaou smear เพิ่ม Radiation response ได้

ข้อหนึ่งที่ทำให้ผลหายของ Cancer cervix ไม่ได้สูงมากเท่าความคาดหมาย เพราะมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่ง แม้จะใช้ Irradiation ที่ดี หรือการผ่าตัดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญปานใดก็ตาม โรคก็ลุกลามและผู้ป่วยก็ตายในเวลาอันสั้น เศาะหัดที่พวกนี้มีราว 5% พบในสถาบันที่รักษาผู้ป่วยมาก เช่น Radiumhemmet ผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งมาในระยะค่อนข้าง advanced จนผู้รักษาก็ไม่หวังอะไรมากนัก แต่กลับยังคงมีชีวิตอยู่ใน 5 Year survival ทำให้น่าคิดถึง factor อื่นที่มีอิทธิพลอยู่ ร่างกายของแต่ละคนคงจะมีปฏิกิริยาต่อ Cancer ต่างกัน ในการรักษา Cancer นี้ เราไม่ควรคิดว่าเป็น Cancer รายหนึ่งที่เราจะทำผ่าตัดหรือใส่ Radium แต่ควรจะคิดว่าเป็นคน ๆ หนึ่งที่เราจะต้องเอาใจใส่ ที่จะต้องบำรุงทั้งจิตใจและร่างกาย การบำรุง

ร่างกายนั้น ผู้ป่วย Cancer ควรได้รับการบำรุง
ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่เป็น T.B. ให้ General
conditions ของผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ดีที่สุด เป็น
เรื่องสำคัญอย่างหนึ่ง

ข้าพเจ้าไม่มีสถิติที่จะนำมาแสดงเกี่ยวกับผู้

ป่วยของเราได้ เราเพิ่งเริ่มงานทาง Radiation แต่
ต้นมกราคม 2501 หวังในความร่วมมือของทุก
ฝ่ายว่า แพทย์หญิงพิศมัยและข้าพเจ้าจะสามารถ
รายงานผลเกี่ยวกับ Radiation therapy ใน 5 ปี
ข้างหน้าที่จะได้ผลดีไม่แพ้สถาบันอื่น ๆ.

Table 1. Evaluation of Results, Stage i-iv.-cacinoma of cervix.

The 5 year period relates to 1947-1951

Institution	Total number of patients treated.	Relative apparent recovery rate at the end of 5 years.
1. Munich, Germany	2434* (1)	50.8%*
2. Stockholm, Sweden	1721	48.5%
3. Manchester, England	1689	39.4%
4. Copenhagen, Denmark	1502	50.3%
5. Leizig, Germany	1425 (548)	47.0%
6. Zagreb, Jugoslavia	1346 (221)	31.6%
7. Jena, Germany	1236 (652*)	46.0%
8. Göttingen, Germany	1082 (55)	44.5%
9. Oslo, Norway	1058 (104)	46.9%
10. Okayama, Japan	1031 (543)	48.5%
11. Graz, Austria	1023 (444)	43.5%
12. Paris Inst., Radium, France	935	48.3%

Table 2. Carcinoma of the corpus.

Evaluation of results 1947-1951.

Institution	Stage i & ii		Stage i, gr. i		Stage i, gr. ii		Stage ii	
	No. of Pt.	5 Yr. surv.	No. of Pt.	5 Yr. surv.	No. of Pt.	5 Yr. surv.	No. of Pt.	5 Yr. surv.
1. Stockholm	1433*	63.4%	809	78.9%	460	50.0%	164	24.4%
2. Tübingen	67%	52.3%	373	69.7%	206	37.4%	94	16.0%
3. Leipzig	614	59.8%	344	66.9%	152	56.6%	118	43.2%*
4. Gothenburg, Sweden	568	75.7%	424	81.1%	124	65.3%	20	25.0%
5. Birmingham, Unit. Kingd.	555	57.3%	386	70.7%	64	37.5%	105	20.0%
6. Boston, U.S.A.	535	55.5%	405	64.7%	93	35.5%	37	5.4%
7. Copenhagen	521	43.8%	218	62.4%	219	37.9%	84	10.7%
8. Würzburg	519	46.2%	55	80.0%	405	46.9%	59	10.2%
9. Lund, Sweden	504	61.1%	347	75.8%	104	34.6%	53	17.0%

Table 3. Carcinoma of cervix.
Evaluation of results.
The 5 year period relates to 1947-1951.

Institution	Stage i		Stage ii		Stage iii		Stage iv	
	No. of Pt.	5 Yr. surv.	No. of Pt.	5 Yr. surv.	No. of Pt.	5 Yr. surv.	No. of Pt.	5 Yr. surv.
1. Munich	361 (1)	76.0%	726	64.7%	1301	39.5%	95	3.2%
2. Stockholm	268	84.0%	898	53.2%	412	29.9%	143	5.6%
3. Manchester	84	66.7%	719	51.0%	667	34.5%	219	5.5%
4. Copenhagen	576	68.6%	370	54.3%	415	37.1%	141	9.2%*
5. Leipzig	451 (310)	66.7%	658 (224)	43.8%	273 (13)	28.2%	43 (1)	3.1%
6. Zagreb	174 (109)	77.0%	434 (82)	40.3%	630 (27)	17.5%	108 (2)	5.6%
7. Jena	450 (344)	66.2%	452 (280)	44.5%	304 (28)	14.1%	30	0
8. Gottingen	198 (55)	67.7%	256	55.1%	596	34.6%	32	3.1%
9. Oslo	281 (76)	71.9%	430 (28)	50.5%	282	26.6%	65	3.1%
10. Okayama	159 (132)	79.9%	529 (396)	58.2%	319 (15)	20.1%	24	4.2%
11. Graz	199 (149)	66.8%	409 (259)	43.8%	358 (35)	12.0%	57 (1)	0
12. Paris Inst., Ra.	93	83.9%	586	55.6%	241	19.9%	15	0

Table 4.

CERVIX: Relative 5-year recovery rate calculated for the latest five years.

Ca. Cervix	No. of patients treated.	Alive with no evidence of the disease.	Relative apparent recovery rate.
Stage i	8746	6120	70.0%
Stage ii	16046	7797	48.6%
Stage iii	14352	3913	27.3%
Stage iv	2986	201	6.7%
	<u>42130</u>	<u>18031</u>	<u>42.8%</u>

CORPUS: 5-year result calculated from the various stages and groups.

Stage 1, group i.	6157	4417	71.7%
Stage i, group ii.	3532	1609	45.6%
Stage ii	1602	350	21.8%
	<u>11291</u>	<u>6376</u>	<u>56.5%</u>

REFERENCES

- BEECHAM C.T.: Surgery for cervical carcinoma-*Obst. & Gynec.* 8: 482-486, 1956.
- BRUNDSCHWIG A. and DANIEL W.W.: Evaluation of Pelvic Exenteration for advanced cancer of cervix- *Surg, Gynec & Obst.* 103: 337-341, 1956.
- CARLIN G.J. and FRODEY R.J.: Primary ovarian carcinoma-*Obst. & Gynec.* 9: 71-76, 1957.
- CORSCADEN J.A.: *Gynecologic cancer (2nd ed.)*- Baltimore, Williams & Wilkins Co. 1956.
- DANIEL W.W. and BRUNDSCHWIG A. Treatment of carcinoma of cervix recurrent after surgery-*Cancer*-9: 1208-1210, 1956.
- DOUGLAS R.G. and SWEENEY W.J.: Exenteration operation in treatment of advanced pelvic cancer-*Am.J. Obst. & Gynec.* 73: 1169-1182, 1957.
- GREEN T.H., ULFELDER H. and MEIGS J.V.: Epidermoid carcinoma of the vulva: an analysis of 238 cases-*Am. J. Obst. & Gynec.* 75: 834-864, 1958.
- GREENHILL J.P.: *Yearbook of Obst. & Gynec.*- The Year Book Publishers 1957-1958.
- GUSBURG S.B.: Consideration of problems of Radiosensitivity in cancer of cervix-*Am. J. Obst. & Gynec.*, 72: 804-819, 1956.
- HORNE H.W.: Carcinoma of the cervix uteri-*Obst. & Gynec.* 9: 167-174, 1957.
- ISAACS J.H. and TOPEK N.H.: Carcinoma of the vulva-*Am. J. Obst. & Gynec.* 73: 1277-1285, 1957.
- KISTNER R.W., CORBACK A.C. and SMITH G.V.: Cervical cancer in pregnancy-*Obst. & Gynec.* 9: 554-559, 1957.
- KOTTMEIER H.L. et al.: Annual report on the results of treatment in carcinoma of the uterus. Eleventh Volume, 1957.
- MC.CARTNEY C.P. and HAYDEN G.E.: Adequacy for surgical treatment for endometrial carcinoma-*Obst. & Gynec.* 9: 293-298, 1957.
- MEIGS J.V.: Carcinoma of cervix, an appraisal, *Am. J. Obst. & Gynec.* 72: 467-478, 1956.
- MEIGS J.V.: Carcinoma of cervix-*Ann. Surg.* 143: 744-751, 1956.
- MERRILL J.A. and BENDER W.T.: Primary carcinoma of the vagina *Obst. & Gynec.* 11: 3-11, 1958.
- RIES J.K.: *Gynakologie-Praktische Strahlentherapie*; Medica Verlag Stuttgart, 1957.
- SANDBERG E.C. and MC LENNAN C.E.: Surgery alone for endometrial carcinoma- *Obst. & Gynec.* 9: 670-675, 1957.
- THMPSON J.D. and BRACK C.B.:— Radical surgery for radioresistant cervical cancer-*Obst. & Gynec.* 9: 676-685, 1957.
- ULLERY J.C.: Treatment of pelvic malignancy-*Obst. & Gynec.* 9: 384-389, 1957.
- VALENTI C. and CORSCADEN J.A.: Primary treatment of carcinoma of the cervix-*Obst. & Gynec.* 11: 303-310, 1958.
- VAN BAUWDYK BASTIAANSE M.A.: Treatment of cancer of cervix uteri-*Am. J. Obst. & Gynec.* 72: 100-118, 1956.

