

Local recurrence following total mesorectal excision for rectal cancer in Lampang Hospital

อมรชัย กริชนิกรกุล, พบ.
Amornchai Kritnikornkul, MD.
กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

การผ่าตัด Total mesorectal excision เป็นวิธีผ่าตัดมาตรฐานในมะเร็งทวารหนัก มีรายงานพบว่ามีอัตราการเป็นซ้ำต่ำ 4-12 % จึงได้ทำการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการผ่าตัดในมะเร็งทวารหนักด้วยวิธี Total mesorectal excision และอัตราการกลับเป็นซ้ำ ที่ผ่าตัดใน รพ.ลำปาง วัสดุและวิธีการ : ศึกษาย้อนหลัง ผู้ป่วยมะเร็งทวารหนักที่ได้ผ่าตัดตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2547 ถึง เดือนมกราคม 2550 ผลการศึกษา : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 22 คน เป็นชาย 10 คน (45.5%) หญิง 12 คน (54.5%) ตำแหน่งมะเร็งที่ upper rectum 27.3% middle rectum 45.4% lower rectum 27.3% สามารถผ่าตัดเก็บทวารหนัก 12 คน (54.5%) ระยะเวลาติดตามผู้ป่วย 18 เดือน มีอัตราการกลับเป็นซ้ำ 1 คน (4.5%) เสียชีวิต 3 รายจาก liver metastasis

คำสำคัญ : Total mesorectal excision, มะเร็งทวารหนัก

บทนำ :

การรักษา มะเร็งทวารหนักในปัจจุบันการผ่าตัดยังเป็นวิธีการรักษาหลัก แต่เนื่องจากมะเร็งทวารหนักมีตำแหน่งในบริเวณเชิงกรานซึ่งยากต่อการผ่าตัด ซึ่งผลการผ่าตัดมะเร็งทวารหนักมีปัญหที่สำคัญ คือ การเกิดมะเร็งซ้ำเฉพาะที่พบได้สูงร้อยละ 3.7 - 62%^(1, 2, 3, 4) และผลการผ่าตัดในแต่ละรายงานแตกต่างกันมาก อย่างไรก็ตาม ผลการผ่าตัดที่ดีก็ขึ้นกับศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญและเทคนิคการผ่าตัดที่ดี เช่น Heald⁽²⁾ ได้เสนอวิธีการผ่าตัดรักษามะเร็งทวารหนักด้วยวิธี Total mesorectal excision (TME) และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่เพียง 3.5% เท่านั้น

Quirke และคณะ⁽⁵⁾ ได้เสนอรายงานที่น่าสนใจพบว่าของการตรวจทางพยาธิของชิ้นเนื้อมะเร็งทวารหนักที่ได้จากการผ่าตัด พบว่ามะเร็งลุกลามไปถึงขอบการผ่าตัดทางด้านข้าง 25% ของการผ่าตัดที่ศัลยแพทย์มะเร็งออกได้หมด และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการกลับเป็นซ้ำที่สูงถึง 78%

การผ่าตัด TME มีหลักการที่สำคัญ คือ จะต้องเลาะ mesorectum ออกให้หมด และในการตัดลำไส้ที่อยู่ห่างจากช่องล่างของก้อนเนื้อออก เซลล์มะเร็งจะมีการกระจายไปตามผนังได้ โดยมากมักอยู่ในระยะ 1 ซม. ซึ่งจะช่วยให้สามารถเก็บทวารหนักได้ (Sphincter preserving surgery) ดังรูปที่ 1

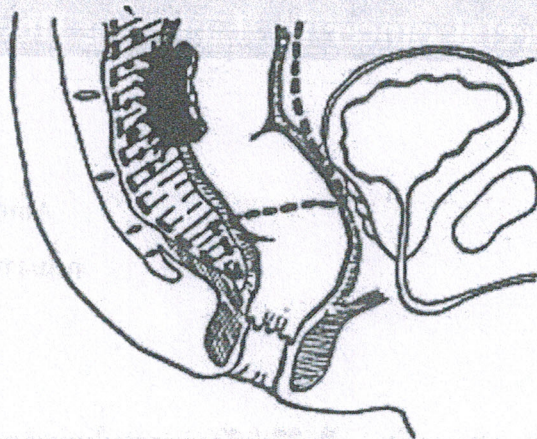


Figure 1. Diagrammatic representation of the Holy Plane, as published in the British Journal of Surgery in 1982

วัสดุและวิธีการ :

เป็นการศึกษาย้อนหลังเพื่อดูผลการผ่าตัดมะเร็งเร็กตัมและอัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยมะเร็งเร็กตัมระหว่างเดือนกรกฎาคม 2547 ถึง เดือนมกราคม 2550 ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลลำปาง เป็นการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์คนเดียว

วิธีการผ่าตัดใช้วิธี Total Mesorectal Excision^(๑) โดยมีขั้นตอนสำคัญ คือ การตัดเลาะทวารหนักจะต้องตัดนอกแนวของ mesorectum การผ่าตัดด้านหลัง โดยเลาะหน้าต่อ hypogastric nerve ซึ่งอยู่ระหว่าง mesorectosigmoid และ presacral fascia โดยใช้เทคนิค “sharp dissection under direct vision” การผ่าตัดด้านหน้าเข้าไปในแนว anterior ต่อ Denonvillier fascia ซึ่งการผ่าตัดมะเร็งของทวารหนักส่วน mid rectum และ low rectum ให้ตัดเลาะไปจนถึง pelvic floor ในทุกด้านและตัดทวารหนักห่างจากมะเร็งอย่างน้อย 2 ซม.

ในกรณีที่ก้อนมะเร็งอยู่ต่ำจำเป็นต้องทำ LAR with coloanal anastomosis ผู้รายงานจะทำผ่าตัด protective ileostomy ด้วยเพื่อป้องกัน anastomosis leakage

ผู้ป่วยที่มีมะเร็งขนาดใหญ่จะได้ให้ Concurrent Chemoradiation ก่อนผ่าตัด โดยให้ 4,500 - 5,000 cGY และ 5 FU (200 mg/m²) กับ Leucovorin 2 cycle

ผลการศึกษา :

ผู้ป่วยทั้งหมด 22 ราย เป็นชาย 10 ราย หญิง 12 ราย อายุเฉลี่ย 61 ปี (37 - 83 ปี) เป็น stage 1 จำนวน 1 ราย (4.5%) stage 2 จำนวน 10 ราย (45.5%) stage 3 จำนวน 9 ราย (40.9%) stage 4 จำนวน 2 ราย (9.1%)

ตารางที่ 1

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) N = 22 ราย	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วย	22	100
ชาย	10	45.5
หญิง	12	54.5
Histology:		
Adenocarcinoma	22	100
Well differentiated	16	72.7
Moderately differentiated	2	9.1
Poorly differentiated	4	18.2
Stage :		
Stage 1	1	4.5
Stage 2	10	45.5
Stage 3	9	40.9
Stage 4	2	9.1
Preoperative chemoradiation	18	81.8
ตำแหน่ง Tumor		
Upper	6	27.3
Middle	10	45.4
Lower	6	27.3

ตารางที่ 2 แสดงอัตราการตายหลังผ่าตัด และการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งทวารหนัก เปรียบเทียบกับรายงานอื่น

รายงาน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	Operative Mortality (%)	Local Recurrence Rate (%)
Heald (1993) ⁽⁸⁾	135	2	4
Enker et al. (1995) ⁽⁹⁾	246	1	7
Michelassi et al.(1988) ⁽¹⁰⁾	154	3	12
ผู้รายงาน	22	0	4.5

เป็นการผ่าตัด APER 10 คน (45.5%) LAR 9 คน (40.9%) Coloanal anastomosis 3 คน (13.6%) อัตราการรื้อของลำไส้ 1 ราย (4.5%) ซึ่งสามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัด แผลติดเชื่อหลังผ่าตัด 2 ราย (9.1%) ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตหลังการผ่าตัด

อัตราการกลับเป็นซ้ำ 1 ราย (4.5%) เป็นผู้ป่วยที่มี tumor invade posterior vagina ซึ่งไม่ได้ให้ preoperative chemoradiation เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการฉายรังสี อัตราการรอดชีวิตที่ระยะเวลาติดตามเฉลี่ยเพียง 18 เดือน จำนวน 19 ราย (86.3%) ผู้ป่วยเสียชีวิต 3 รายจาก Liver metastasis

วิจารณ์ :

จากการศึกษาพบว่าอัตราการการเป็นซ้ำเฉพาะที่หลังผ่าตัดมะเร็งทวารหนัก พบว่ามีความแตกต่างกัน ตั้งแต่ 3.5 - 62 % เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น กลุ่มผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน วิธีการประเมินผลแตกต่างกัน แต่ปัจจัยที่มีผลชัดเจน คือ ศัลยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าวิธีผ่าตัด Total Mesorectal Excision (TME) ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็น Locally advanced มีรายงานว่าทำให้ concurrent chemoradiation จะช่วยลด local recurrence และเพิ่ม recurrent free survival รวมถึงเพิ่ม survival ด้วย

จากรายงานของผู้รายงานจะพบว่ามีข้อจำกัดเนื่องจากระยะเวลาการติดตามของผู้ป่วยเฉลี่ย 18 เดือน และเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง

ข้อยุติ

การผ่าตัดมะเร็งทวารหนักโดยใช้วิธี Total mesorectal excision ช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่หลังผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ที่ทำการผ่าตัด rectal cancer จะต้องทำความเข้าใจ TME เป็นอย่างดี และในกรณีที่ผู้ป่วย Locally advanced การให้ Neoadjuvant chemoradiation อาจช่วยลด local recurrence ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปางที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Bokey EL, Chapuis PH, Dent OF, et al. Factors affecting survival after excision of the rectum for cancer - a multivariate analysis. Dis Colon Rectum 1997 ; 40 : 3-10.
2. Heald RJ ,Ryall RD. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. Lancet 1986 ; 1 : 1479-82.
3. Goldberg PA, Nicholls RJ. Prediction of local recurrence and survival of carcinoma of the rectum by surgical and histopathological assessment of local clearance. Br J Surg 1995; 82 : 1054-56.
4. Bokey EL, Ojerskog B, Chapuis PH, et al. Local recurrence after curative excision of the rectum for cancer without adjuvant therapy : role of anatomic dissection. Br J Surg 1999 ; 86 : 1164-70.
5. Quirke P, Durdey P, Dixon MF, Willium NS. Locally recurrence of rectal adenocarcinoma due to in adequate surgical resection. Lancet 1986 ; 2 : 996-8.
6. อรุณ โรจนสกุล. How can a surgeon improve the outcome of rectal cancer ใน : ปริญา ทวีชัยการ, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ฉบับศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก เล่ม 21 ; 2545. หน้า 97-100.
7. ดรินทร์ โล่ศิริวัฒน์. Rectal cancer ใน : สุทธิจิต ลีตานนท์, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม 23; 2546. หน้า 719-30.
8. MacFarlane JK, Ryall RDH, Heald RJ. Mesorectal excision for rectal cancer. Lancet 341 : 457-460, 1993.
9. Enker WE, Thaler HT, Craner ML, et al. Total mesorectal excision in the operative treatment of carcinoma of the rectum. J Am Coll Surg 181 : 335-346, 1995.
10. Michelassi F, Block GE, Vannucci L, et al. A 5 to 21 year follow up and analysis of 250 patients with rectal adenocarcinoma. Ann Surg 208 : 379-386, 1988.

Local recurrence following total mesorectal excision for rectal cancer in Lampang Hospital

Amornchai Kritnikornkul, MD.

Department of Surgery, Lampang Hospital.

Abstract

Introduction : To study local recurrence following Total mesorectal excision for rectal cancer local recurrence performed at Lampang Hospital. **Material and method :** Retrospective study in patients who were diagnosed with rectal cancer between July 2004 to February 2007. **Results :** The patient population consisted of 10 males (45.5%) and 12 females (54.5%). The median age of 22 patients was 61 years. (range 37-83 years). The tumor locations (upper-, mid-, lower rectum) were 27.3%, 45.4% and 27.3%, respectively. 12 patients (54.5%) underwent sphincter - sparing surgery. 10 patients underwent AP resection. With median follow up of 18 months, 1 patients (4.5%) had recurrent disease and 3 has expired from liver metastasis.

Keywords : Total mesorectal excision, rectal cancer.