

## งานคัดกรองรอยโรคมะเร็งในช่องปากของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ขั้นตอนการจัดการรอยโรคที่เป็นมะเร็งหรือความเลี้ยวสูงจะกลายเป็นมะเร็ง:

### รายงานผู้ป่วย 1 ราย

हरินทร์ คล้ายพิ่ง, ท.บ.\*

#### บทคัดย่อ

มะเร็งในช่องปากและคอ จัดเป็นมะเร็งที่พบบ่อยลำดับที่ 6 ของร่างกาย และผลการรักษานั้นจะได้ผลดีที่สุดต่ำกว่าค้นพบรอยโรคในระยะแรก ๆ หรือมีขนาดเล็ก และไม่มีกรแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ รอยโรคในช่องปากที่ไม่มีอาการเพียงแต่ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของสี ส่วนประกอบที่ผิดปกติไป เช่น ขรุขระ ไม่เรียบ หรือเป็นก้อน จะเป็นการเพียงพอที่จะต้องทำการตรวจเพิ่มเติมเพื่อค้นหารอยโรคที่อาจกลายเป็นมะเร็งได้ ดังตัวอย่างผู้ป่วยในรายงานนี้ ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย อายุ 70 ปี มีก้อนที่ริมฝีปากบนด้านในเป็นเวลา 1 เดือน ก้อนโตช้า ๆ ไม่เจ็บ ปกติผู้ป่วยเคยหามากเป็นประจำ ตรวจภายในช่องปากพบก้อนเนื้อคล้ายดอกกะหล่ำ ขนาด 2x3 เซนติเมตร ที่ผนังปากบนด้านในไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่คอโต คิดว่าเป็น verrucous carcinoma จึงรีบตัดตัวอย่างชิ้นเนื้อออกตรวจ ผลทางจุลพยาธิวิทยาเป็น hyperplasia without atypia and mild chronic inflammation เนื่องจากรอยโรคกว้าง จึงนัดผู้ป่วยมาตรวจและตัดก้อนเนื้อออกทั้งหมดด้วยเครื่องยิงเลเซอร์ หลังผ่าตัดรอยโรคดีขึ้นมาก ภายใน 2 สัปดาห์ ผลชิ้นเนื้อเป็น verrucous carcinoma in situ และไม่พบรอยโรคกลับเป็นซ้ำอีก หลังการผ่าตัด การรีบให้การรักษาด้วยการตัดก้อนเนื้อในผู้ป่วยที่มีรอยโรคในช่องปากที่อาจจะเป็นมะเร็งได้ตั้งแต่ต้น ตาม Korat Model แบบผู้ป่วยรายนี้ ช่วยให้การรักษามะเร็งในช่องปากหายขาดได้

**คำสำคัญ:** โรคมะเร็งในช่องปาก, รอยโรคที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งในช่องปาก, ขั้นตอนการจัดการกับรอยโรคที่ผิดปกติในช่องปาก

**Abstract:** Oral cancer screening in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital and steps of management for potentially malignant lesions: a case report

Harin Clypueng, D.D.S.\*

\*Department of Dentistry, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima 30000

*Nakhon Racth Med Bull 2017; 39: 131-136.*

Oral cancer is the most 6th common cancer. The therapeutic outcome will be optimal if the lesion is early detected, small, and there is no cervical lymph node involvement. Asymptomatic oral lesions such as change in color, unusual characteristic, tumor mass, rough surface, are considered valid for further investigations for malignancy. And herein, one oral lesion managements is described as a case report. She was a 70-year-old woman presenting with the mucosal tumor at the upper lip for a month. The mass gradually grew without pain. She was a regular betel nut chewer. The oral physical examination revealed a mucosal cauliflower mass, 2x3 cm at the upper lip, no cervical lymphadenopathy. The provisional diagnosis of verrucous carcinoma was proposed. The biopsy from the lesion was promptly performed and microscopically found to be hyperplasia without atypia and mild chronic inflammation. Because the lesion was wide, the patient was requested for totally wide excision with LASER. The operation site was much improved within two weeks. The microscopic pathology was verrucous carcinoma in situ. The lesion never recurred again after the operation. The early resection for the potentially malignant lesion in the oral cavity according to the Korat Model was helpful for curing the oral cancer in this case.

**Key words:** Oral cancer, Oral potentially malignant disorder, Oral cancer management.

## บทนำ

มะเร็งในช่องปากและคอ พบบ่อยจัดเป็นลำดับที่ 6 ของร่างกาย และผลการรักษานั้นจะได้ผลดีที่สุดถ้าค้นพบรอยโรคในระยะแรก ๆ หรือรอยโรคมียขนาดเล็ก และยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ<sup>(1)</sup> รอยโรคในช่องปากที่ไม่มีอาการเพียงแต่ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของสี ส่วนประกอบที่ผิดปกติไป เช่น ขรุขระไม่เรียบ หรือเป็นก้อน<sup>(2)</sup> ก็เป็นการเพียงพอที่จะต้องตรวจเพิ่มเติม เพื่อค้นหารอยโรคที่อาจกลายเป็นมะเร็ง

ประมาณการว่าในอีก 14 ปีข้างหน้า<sup>(3)</sup> จะมีผู้ป่วยด้วยมะเร็งในอาเซียน 70 % ในปี 2557 ไทยมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งราว 70,000 ราย (ประมาณ 16 % ของทั้งหมด) ซึ่งคิดเป็น 6 เท่าของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 3 เท่าของผู้ป่วยโรคหัวใจ และ 2 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองจากการเก็บสถิติในสังคมผู้สูงอายุ (มีผู้สูงอายุอายุมากกว่า 65 ปี เกิน 20 % ของประชากร) อัตราการเกิดของมะเร็งจะเพิ่มเป็น 68 % และที่สำคัญพบว่ามีความโน้มที่จะเกิดในผู้ที่มีอายุราว 40 ปีขึ้นไป

ในปัจจุบันแม้ว่าการรักษามะเร็งในช่องปากจะก้าวหน้ามากขึ้น มีวิธีที่หลากหลายและเครื่องมือที่ทันสมัย ยาที่ได้ผลสูง และวิธีการผ่าตัดที่ก้าวหน้า เช่น การตัดต่อเส้นเลือด แต่ผลการรักษาโดยดูจากอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีกลับไม่ได้ดีขึ้น ยังคงสูงอยู่ที่ 55-60 % ดูจาก 50 ปี ที่ผ่านมา รวมทั้งการรักษามะเร็งในช่องปากยังทำให้เกิดผลที่ไม่พึงปรารถนาตามมากอีกมากมาย เช่น วิกฤติการของใบหน้า มีผลอย่างมากกับภาวะจิตใจของผู้ป่วย การเคี้ยว และการกลืน การพูดลำบาก ความเจ็บปวดจากการใช้งาน มีโอกาสเกิดซ้ำได้อีก หรือแพร่กระจายไปที่อื่น ๆ ในร่างกาย สิ่งเหล่านี้เกิดจากการตรวจพบมะเร็งในช่องปากช้าเกินควร ทำให้โรคแพร่กระจายไปไกล<sup>(3)</sup> เพื่อตรวจหาความผิดปกติของเยื่อบุพื้นผิวในปากต้องตรวจที่สำคัญ 6 แห่ง และต้องตรวจทั้งสองข้างอย่างละเอียด โอกาสที่พบมะเร็งในตำแหน่งต่าง ๆ เรียงตามลำดับดังนี้

1. พบที่ลิ้นและพื้นปากได้ลิ้นมากกว่า 60 %<sup>(3)</sup>
2. พบที่บริเวณหลังพ่นกรามซึ่งสุดท้ายก่อนถึงต่อมทอนซิลประมาณ 20 %

3. พบที่เพดานอ่อน กระพุ้งแก้ม และด้านข้าง  
ในปากรวมทั้งที่เหงือกประมาณ 79%<sup>(4)</sup>

เราอาจตรวจพบความผิดปกติของเนื้อเยื่อ  
ผิวในช่องปากได้หลายแบบ

1. เป็นรอยโรคปื้นสีแดง (Erythematous)
2. เป็นรอยโรคสีขาวซีด (Leukoplakia)
3. เป็นรอยโรคสีเหลืองอ่อน (Fibrinous exudate)
4. เป็นก้อนเล็ก ๆ สูงขึ้นเหมือนดอกกะหล่ำ (Papillary)
5. เป็นรอยโรคกระจายไปทั่วหรือเป็นก้อน  
นูนขึ้นมา (Diffuse/Nodular swelling)
6. เป็นรอยแผลถลอกหรือตุ่มน้ำที่แตกออก  
แล้วยุบตัว (Erosive/Vesiculobullous)
7. เป็นสีอื่น ๆ เช่น แดงสด แดงคล้ำ หรือน้ำ  
เมื่อตรวจพบความผิดปกติเหล่านี้จะต้องได้ผลการ  
วิเคราะห์ทางพยาธิวิทยา นั่นคือจะต้องตัดเนื้อเยื่อบาง  
ส่วนส่งไปตรวจเพิ่มเติมทางพยาธิ

ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Tissue Biopsy)



มีการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์



ผลการตรวจ



เป็นการอักเสบของเนื้อเยื่อเรื้อรัง เป็นการติดเชื้อ

1. ถ้าเป็นการอักเสบของเนื้อเยื่อเรื้อรัง
  - ค้นหาและรักษาที่สาเหตุ เช่น ฟันกัด  
กระแทกขอบวัสดุอุด หรือฟัน หรือกระดูที่แหลมคม
  - ติดตามดูในปากเป็นระยะจนกว่ารอย  
โรคจะหาย
2. ถ้าเป็นการติดเชื้อ
  - ค้นหาและรักษาที่สาเหตุ เช่น แผลร้อนใน  
และการติดเชื้อแบคทีเรีย ก็ให้ยารักษาหรือจากไวรัส

ก็รักษาตามอาการ

- ติดตามดูจนกว่าจะหาย

3. มีความผิดปกติระดับเซลล์

ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มะเร็งในช่องปาก  
ที่พบบ่อยที่สุดคือ Squamous cell carcinoma (SCC)<sup>(3,5,6,7,8,9)</sup>

การเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์จะพบได้ตั้งแต่



Cellular hyperplasia with/without Atypia



Dysplasia/Atypia



Carcinoma in situ (Verrucous)



Invasive carcinoma

เมื่อตรวจพบทางพยาธิมี Dysplasia/Atypia  
ไม่ว่าระดับไหนทาง Korat Model จะใช้วิธีการรักษา  
ทันทีโดยการตัดออก (Surgical Excision) โดยใช้

1. Laser Ablation/Surgery

2. Scapel Surgical Excision ขึ้นอยู่กับขนาด  
รูปร่าง และการกระจายตัวของรอยโรค

การเลือกใช้ Laser Operation ในรายที่

- รอยโรคกระจายกว้างมีขอบเขตขนาดใหญ่

- ผู้ป่วยมีโรคทางระบบที่ไม่เหมาะกับงาน

ผ่าตัดดมยาสลบ ข้อดีคือทำได้เร็ว ไม่ต้องเย็บแผล เสีย  
เลือดน้อย เจ็บไม่มาก ข้อเสียคือ ต้องมีชุด Laser เช่น  
CO<sub>2</sub> / Diode/NdYAG Laser

- แผลหายช้าราว ๆ 2-3 สัปดาห์

แต่ถ้าเป็นรอยโรคขนาดไม่โต เช่น ที่ริมฝีปากล่าง  
จะใช้ Scapel Surgery โดยใช้ยาชาเฉพาะที่หรือในปาก  
ที่เข้าทำได้ง่ายเย็บปิดแผลได้สะดวก

ขั้นตอนในการจัดการ เมื่อพบรอยโรคที่ผิด  
ปกติ จะกล่าวในรายงานผู้ป่วย 1 ราย



รูปที่ 1 ภายนอกและภายในช่องปากก่อนทำผ่าตัดด้วย CO<sub>2</sub> Laser

**รายงานผู้ป่วยตอนที่ 1**

กุมภาพันธ์ 2557 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 70 ปี ได้รับการส่งตัวมาตรวจและรักษารอยโรคที่ริมฝีปากบน ให้ประวัติว่าเป็นมาประมาณ 1 เดือน คือมีก้อนที่ริมฝีปากบนด้านใน และโตขึ้นไม่เคยยุบ และไม่หาย (รูปที่ 1)

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ซึ่งได้รับยาไม่สม่ำเสมอทั้งสองโรค ผู้ป่วยเครียดมากประจำ

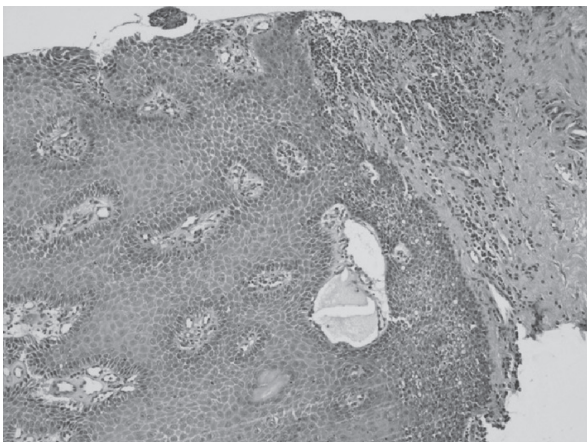
การตรวจใน/นอกช่องปาก

การตรวจนอกช่องปาก: ไม่พบก้อนบริเวณคอ มีการบวมของริมฝีปากบน อ้าปากได้ปกติ

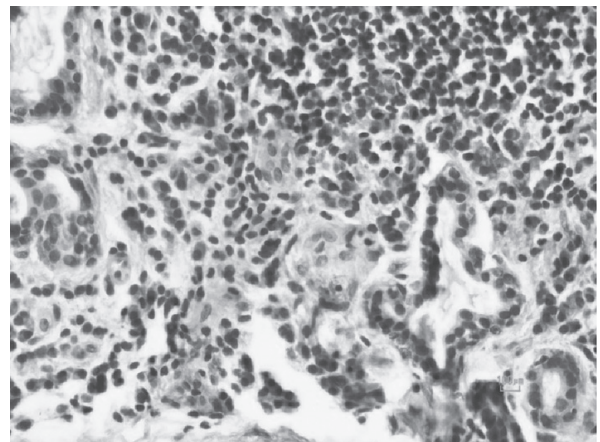
การตรวจในช่องปาก: มีก้อนคล้ายดอกกะหล่ำ ขนาด 2x3 เซนติเมตร บนเนื้อเยื่อเยื่อชั้นในของริมฝีปากบน ล้อมรอบด้วยรอยโรคเป็นปื้นขาว ๆ (Fungating cauliflower mass with white plaque surrounded)

การวินิจฉัยทางคลินิก: Verrucous Carcinoma ของริมฝีปากบนด้านใน

การวินิจฉัยทางพยาธิ ได้ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ 2 ตำแหน่ง (ซ้าย/ขวา ของริมฝีปากบนด้านใน) ผลทางพยาธิ (Histopathology)-Squamous Epithelium Hyperplasia without atypia and mild chronic inflammation (รูปที่ 2)



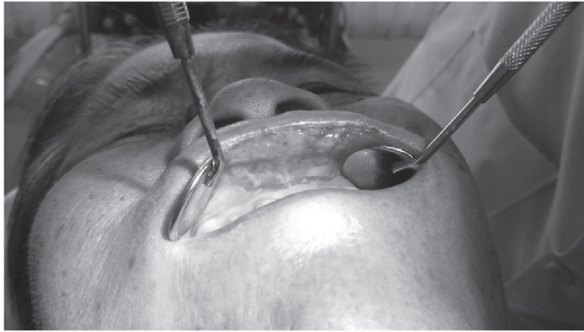
ซ้าย



ขวา

รูปที่ 2 ผลพยาธิวิทยาครั้งแรกแสดงลักษณะทางพยาธิวิทยาของการตัดชิ้นเนื้อครั้งที่ 1 บริเวณริมฝีปากบนด้านขวาและซ้าย ตามลำดับ





รูปที่ 3 ติดตามการรักษาหลังผ่าตัด

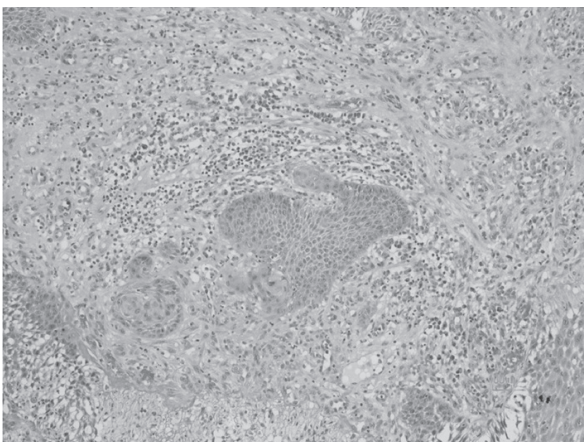
เนื่องจากรอยโรคมีขนาดใหญ่และกระจาย การรักษาขั้นต่อไปคือ นัดผู้ป่วยมาทำการตัดออกโดยใช้เลเซอร์ (CO<sub>2</sub> laser, WL10, 600 nm Continuous mode, power 2 W) และได้ส่งชิ้นเนื้อไปตรวจอย่างละเอียดทางพยาธิอีกหลังทำ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยหายดีไม่เจ็บมีแต่รอยแผลที่กำลังเริ่มจะหายหลังใช้เลเซอร์ผ่าตัด (Pseudomembranous ปิดอยู่) (รูปที่ 3)

รายงานผลทางพยาธิสุดท้ายคือ

- Carcinoma in situ (Verrucous carcinoma)

(รูปที่ 4)

การรักษาที่จะทำต่อไปคือ นัดผู้ป่วยมาตรวจเป็นระยะเพื่อตรวจหาและรักษาต่อ ถ้ามีการกลับมาใหม่ของรอยโรค



รูปที่ 4 แสดงผลทางพยาธิวิทยาของการตัดชิ้นเนื้อครั้งที่ 2 ผลการวินิจฉัยเป็น Verrucous carcinoma

## บทวิจารณ์

รอยโรคก่อนเกิดมะเร็งในช่องปาก จะมีได้หลายลักษณะ ส่วนมากเป็นรอยนูนหรือปื้นแดง ๆ หรือแดงปนขาวซีด ลักษณะทางคลินิกจะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์คือรอยโรคที่มีหลายลักษณะปนกัน (nonhomogeneous)<sup>(2,6,7,8,9)</sup> อาจยกตัวเป็นดอกกะหล่ำ มีแผลหรือ ก้อนร่วมด้วย มีการขยายขนาดเร็ว มักจะพบว่าลักษณะทางพยาธิมี dysplasia เสมอ

ยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการคัดกรองมะเร็งในช่องปากของ Korat Model คือ

1. เพิ่มความสำคัญและความละเอียดถูกต้องของงานคัดกรองเบื้องต้น (one missed oral cancer is one too many)<sup>(1)</sup>
2. ให้ความสำคัญของการตรวจคัดกรองตามลักษณะทางคลินิกและให้การรักษาทันทีสำหรับรอยโรคที่มีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นมะเร็ง (Oral potentially malignant disorders treatment)
3. เพิ่มระดับความเข้มข้นและเวลาในการเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

## เอกสารอ้างอิง

1. Edwards PC. Oral cancer screening for asymptomatic adults: Do the US Preventive Services Task Force draft guidelines miss the proverbial forest for the trees? Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2013; 116: 131-4.
2. Dost F, Le Cao PJ, Ford P, Farah CS. A retrospective analysis of clinical features of oral malignant and potentially malignant disorders with and without oral epithelium dysplasia. Oral Med 2014; 116: 725-33.
3. Natajara E, Eisenberg E. Contemporary concepts in the diagnosis of oral cancer and precancer. Dent Clin North Am 2011; 55: 63-88.

4. Sook-Bin-Woo. Oral Pathology: A Comprehensive Atlas and Text, 2nd Ed, Saunders 2012, p 230-240.
5. Rhodus NL, Kerr AR, Patel K. Oral cancer: Leukoplakia, premalignancy, and squamous cell carcinoma. Dent Clin North Am 2014; 58: 315-40.
6. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. Burket's Oral Medicine. 11th Ed, BC Decker Inc, Hamilton, Ontario, 2008. P. 41-106.
7. Anthony Pogrel M, Kahnberg K-E, Anderson L. Essentials of Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley Blackwell, 2014, P. 229-39.
8. Wood NK, Goaz PW. Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions. 5th Ed, Mosby, 1997, P. 49-126.
9. Bricker SL, Langlais RP, Miller CS. Oral Diagnosis, Oral Medicine, and Treatment Planning. 2nd Ed., 2012 BC Decker Inc, Hamilton. London, P. 706-26.