

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด

ผศ.ดร.ภก.คณินทร์ รังสาตทอง

ในบรรดาโรคมะเร็งทั้งหมด มะเร็งปอดมีอัตราการเกิดโรคสูงเป็นอันดับที่สองรองจากมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้ชาย และมะเร็งเต้านมในผู้หญิง และเนื่องจากการแพร่กระจายของมะเร็งที่เร็ว เมื่อตรวจพบก่อนมะเร็ง มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยก็อยู่ในระยะลุกลามสู่อวัยวะอื่น ซึ่งเป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้โรคมะเร็งปอดเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในสหรัฐอเมริกา คิดเป็นร้อยละ 25.94 (1) โรคมะเร็งปอดมีความเกี่ยวข้องอย่างชัดเจนกับการใช้ยาสูบ (tobacco) เนื่องจากในยาสูบนั้นมีทั้งสารก่อมะเร็ง (carcinogen) และสารส่งเสริมการเกิดเนื้องอก (tumor promoter) ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดมักเป็นผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่ หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ การรณรงค์เลิกบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา แต่การเลิกบุหรี่เพียง 5 ปีไม่เพียงพอที่จะลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปอดอย่างมีนัยยะสำคัญ (2) นอกจากการสูบบุหรี่แล้ว ยังพบว่าการสัมผัสกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น แร่ใยหิน เบนซิน สารหนู และปัจจัยทางพันธุกรรม (โดยเฉพาะญาติลำดับที่หนึ่ง) ยังส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดเป็นอย่างมาก

มะเร็งปอดแบ่งออกเป็น 2 ชนิดตามลักษณะทางพยาธิวิทยา คือ มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (small cell lung cancer, SCLC) และ มะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก หรือ NSCLC โดยชนิด NSCLC พบได้มากกว่าร้อยละ 80 ของมะเร็งปอดทั้งหมด (3) โดย NSCLC แบ่งออกเป็นหลายประเภทย่อย ได้แก่ squamous cell carcinoma, adenocarcinoma, และ large cell carcinoma

การตรวจพบมะเร็งปอดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะทำให้การรักษาโรคเป็นไปอย่างทันท่วงที เพิ่ม survival time และโอกาสประสบความสำเร็จในการรักษาโรคให้หายขาด ในปัจจุบันวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปอดสามารถตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มต้นได้ หนึ่งในวิธีเหล่านั้นคือการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แบบใช้ปริมาณรังสีต่ำ (low-dose computerized tomography: LDCT) ซึ่งเป็นวิธีการถ่ายภาพสามมิติที่ให้ความละเอียดมากกว่าการเอกซเรย์ธรรมดา เพิ่มโอกาสตรวจพบความผิดปกติ และปริมาณรังสีที่ใช้ในการตรวจด้วย LDCT ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทั่วไป (regular CT scan) จากการศึกษาพบว่า การตรวจคัดกรองแบบ LDCT เพิ่มโอกาสการตรวจพบมะเร็งปอดทั้งในบุคคลทั่วไป และในผู้ที่มีความเสี่ยง โดยแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 55-74 ปี ที่มีประวัติสูบบุหรี่จัด pack-year ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป (pack-year = จำนวนต่อซอง x จำนวนปี เช่น สูบ 1 ซองเป็นเวลา 30 ปี จะคำนวณ pack year ได้เท่ากับ 30) ทั้งบุคคลที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่หรือเลิกบุหรี่มาได้ไม่เกิน 15 ปี (4)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดชนิด NSCLC เป็นกลุ่มที่ควรจะได้รับ การรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสีรักษา และ/หรือ ยาเคมีบำบัด โดยปัจจุบันมียาเคมีบำบัดรูปแบบใหม่ซึ่งมีความจำเพาะ

เจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง หรือที่เรียกว่า targeted therapy เช่น erlotinib, gefitinib, osimertinib, crizotinib เป็นต้น โดยอาจใช้เดี่ยวๆหรือใช้ร่วมกับสูตรยาเคมีบำบัดมาตรฐาน

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งปอดควรคำนึงถึงชนิดของมะเร็ง และ ระยะของโรคโดยสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้เป็นทางเลือกแรกส่วนใหญ่คือ platinum-based regimen ในระยะหลังการรักษามีความก้าวหน้าไปมาก ยาเคมีบำบัดใหม่ ๆสามารถยืดอายุของผู้ป่วย รวมทั้งมียารักษาที่จำเพาะต่อชนิดและพันธุกรรมของมะเร็ง เนื่องจากโรคมะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่มีอัตราการตายเป็นอันดับหนึ่ง การป้องกันโรคสามารถทำได้โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยก่อโรค เช่น การเลิกบุหรี่ ส่วนการรักษาให้หายขาดทำได้ลำบาก เนื่องจากการตรวจพบโรคมักพบในระยะที่ลุกลามแล้ว การตรวจพบมะเร็งปอดแต่เนิ่น ๆจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะเพิ่มมีโอกาสรักษาโรคให้หายขาดได้

References

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. CA Cancer J Clin. 2017;67(1):7-30.
2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health 2014.
3. Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. Ann Surg Oncol. 2010;17(6):1471-4.
4. Bach PB, Mirkin JN, Oliver TK, Azzoli CG, Berry DA, Brawley OW, et al. Benefits and harms of CT screening for lung cancer: a systematic review. JAMA. 2012;307(22):2418-29.