Primary and Secondary Prevention for Breast and Cervical Cancer

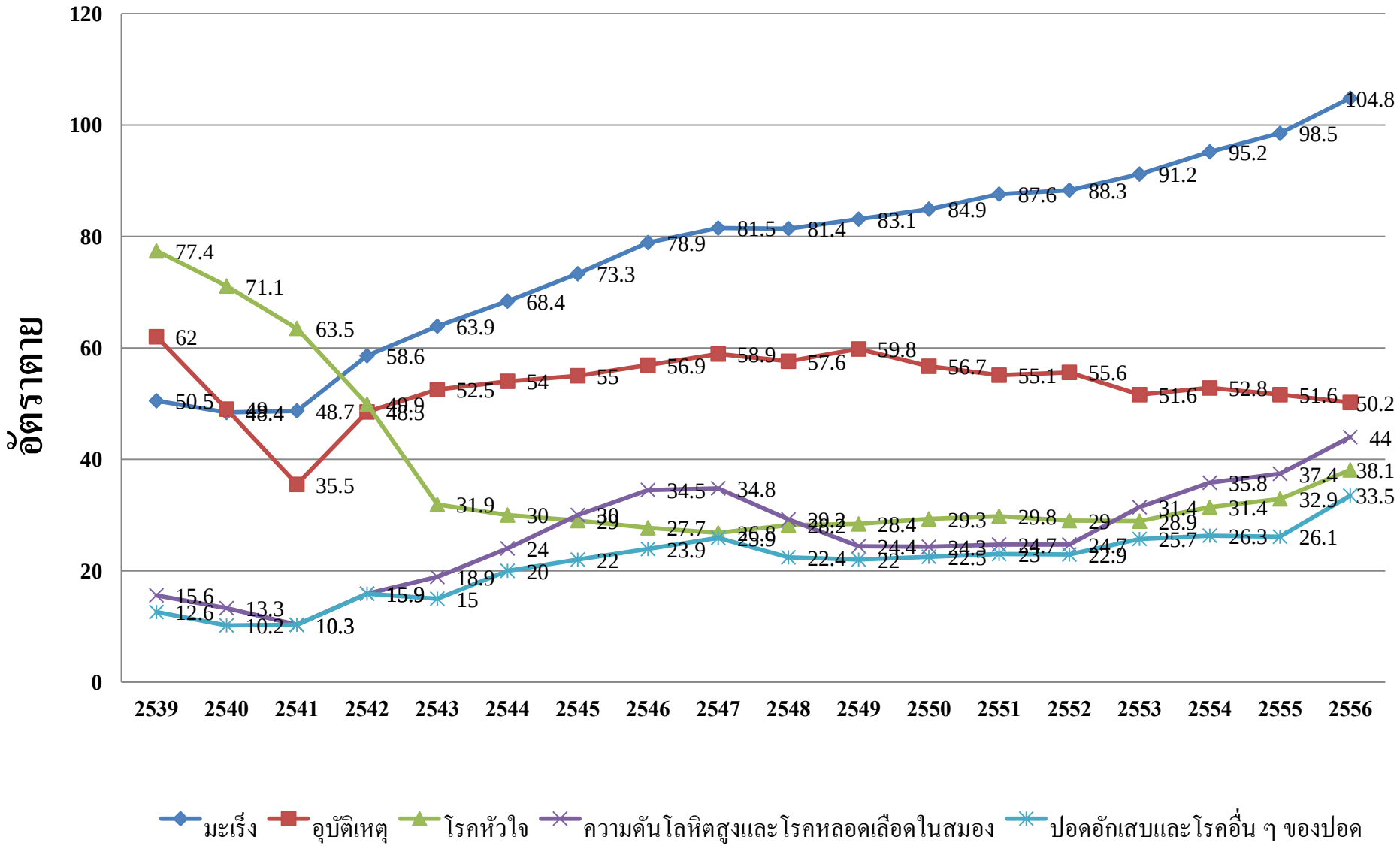
นพ.อาคม ชัยวีระวัฒนะ

รองผู้อำนวยการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

หัวข้อ

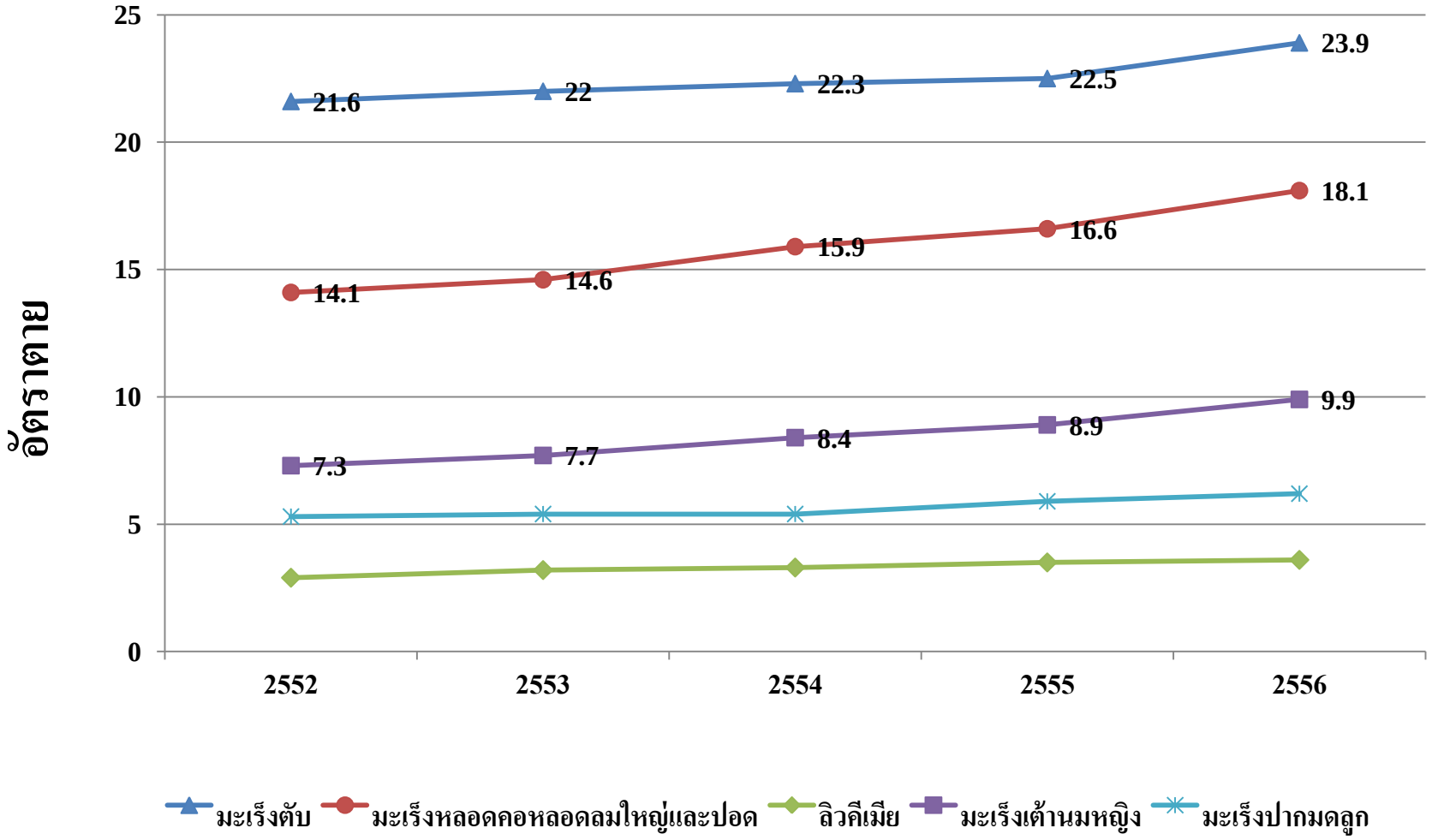
- สถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมและปากมดลูก
- การทำPrimary preventionมะเร็งเต้านมและปากมดลูก
- การทำSecondary preventionมะเร็งเต้านมและปากมดลูก
- Take home message

อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุสำคัญ



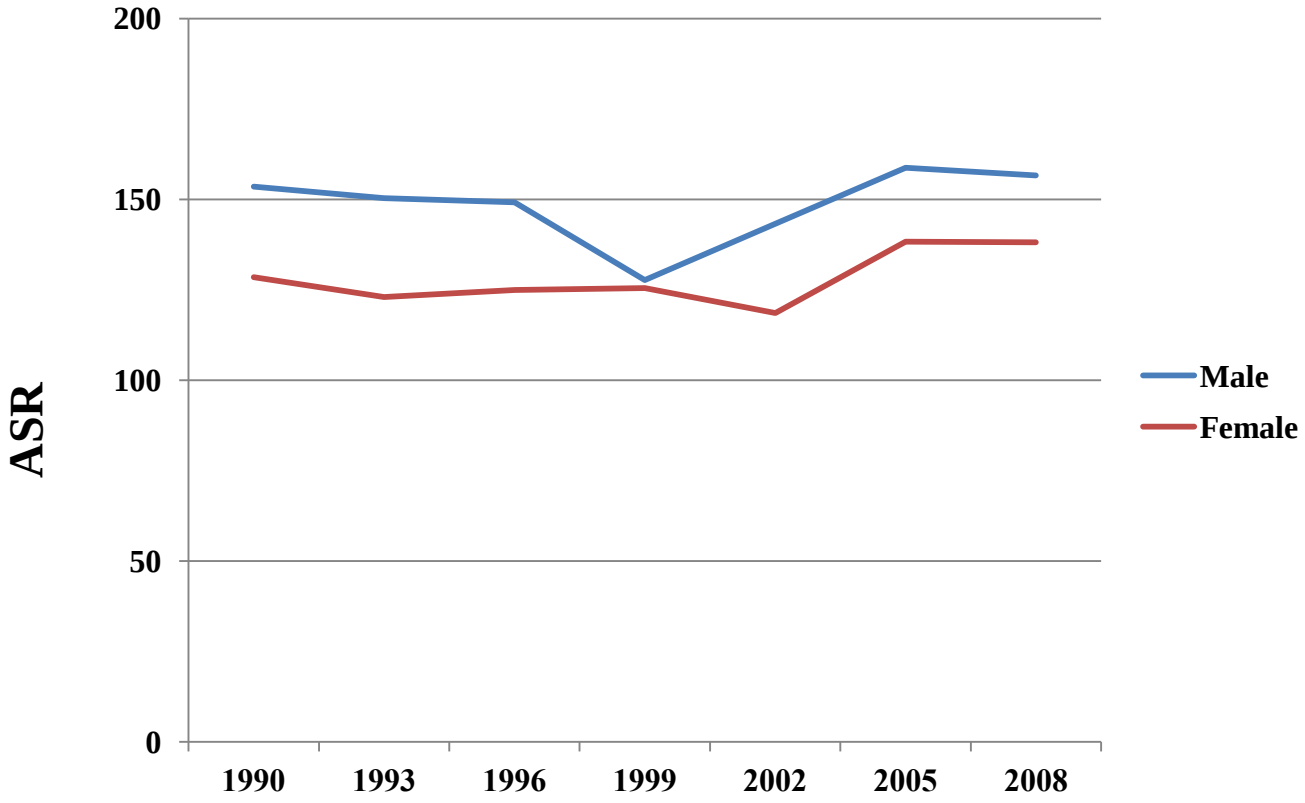
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มโรคมะเร็ง



ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2556 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

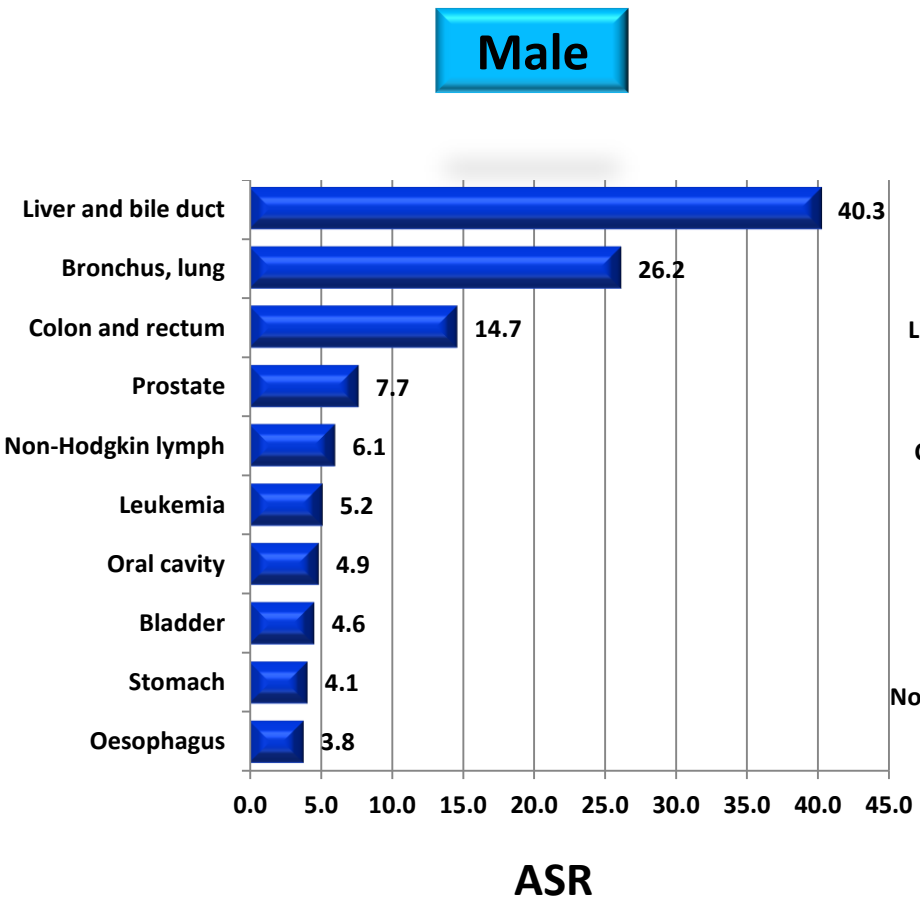
Cancer Incidence Rates by Sex, 1990-2008

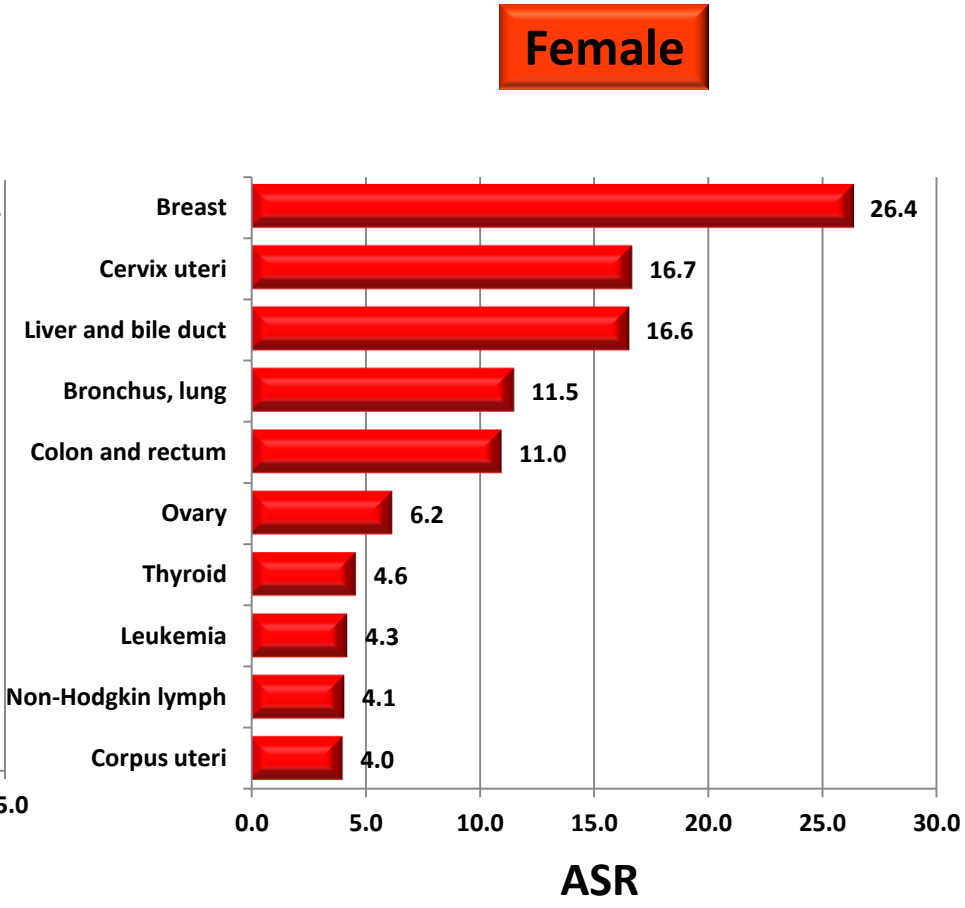


Cancer incidence in all age group

	0-4	5-14	15-19	20-39	40-59	>60	All age
Male	**14.5**	**10.6**	**12.6**	**31.0**	**221.6**	**897.0**	**156.7**
Female	**13.3**	**7.8**	**11.8**	**55.9**	**274.4**	**581.7**	**138.2**
Both sex	**13.9**	**9.1**	**12.2**	**42.9**	**248.5**	**623.7**	**147.4**

Cancer incidence in Thailand, 2007-2009





Source : Cancer in Thailand 2007-2009

Estimated New Cancer Cases in Thailand in 2008

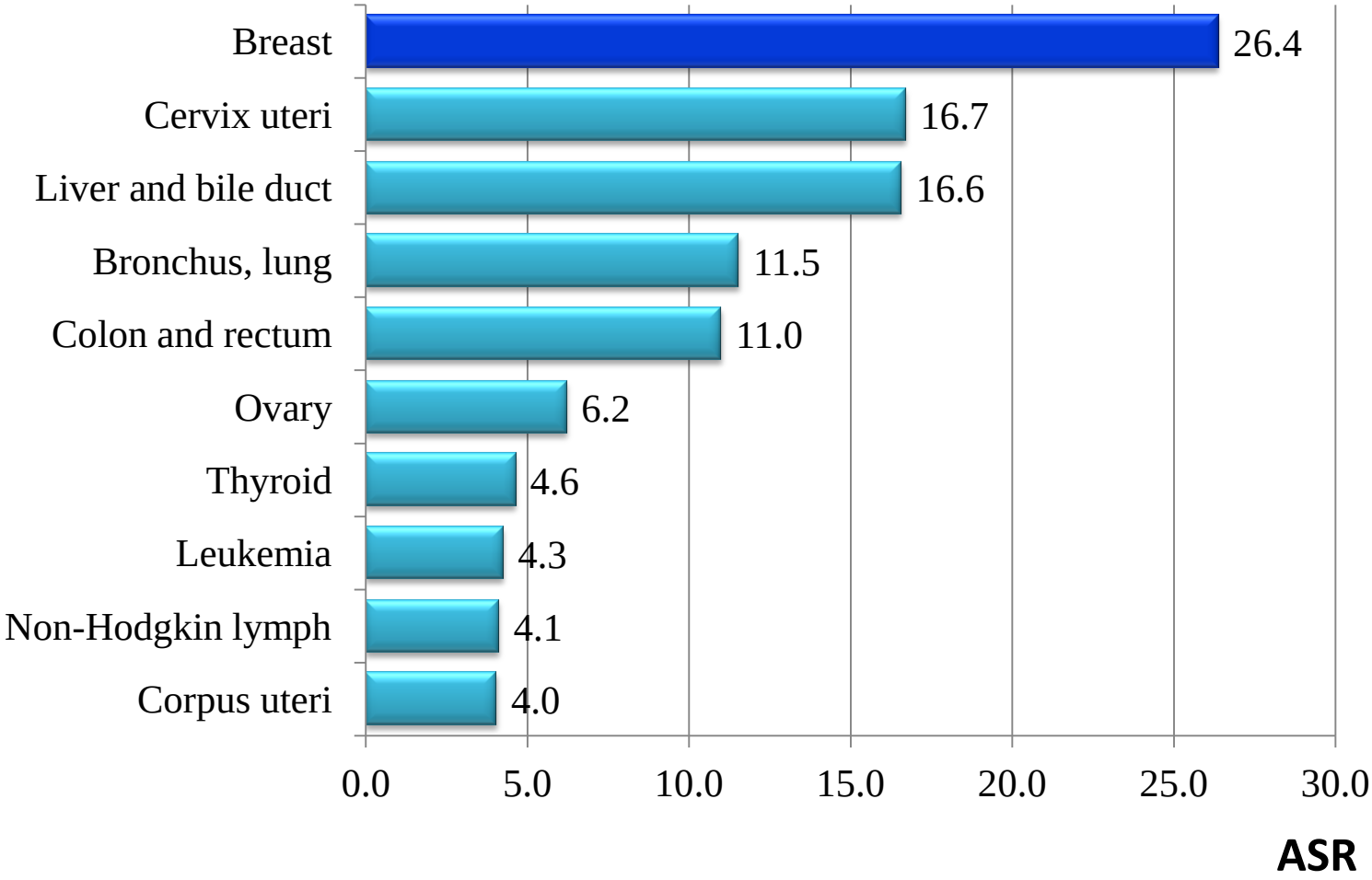
Liver and bile duct	26.06 %
Trachea, Bronchus, and lung	16.49 %
Colon and rectum	9.40 %
Prostate	4.71 %
Non-Hodgkin lymphoma	3.91 %
Bladder	2.90 %
Stomach	2.64 %
Esophagus	2.47 %
Myeloid leukemia	1.30 %
Kidney	1.04 %
All other sites	29.08 %

50,961

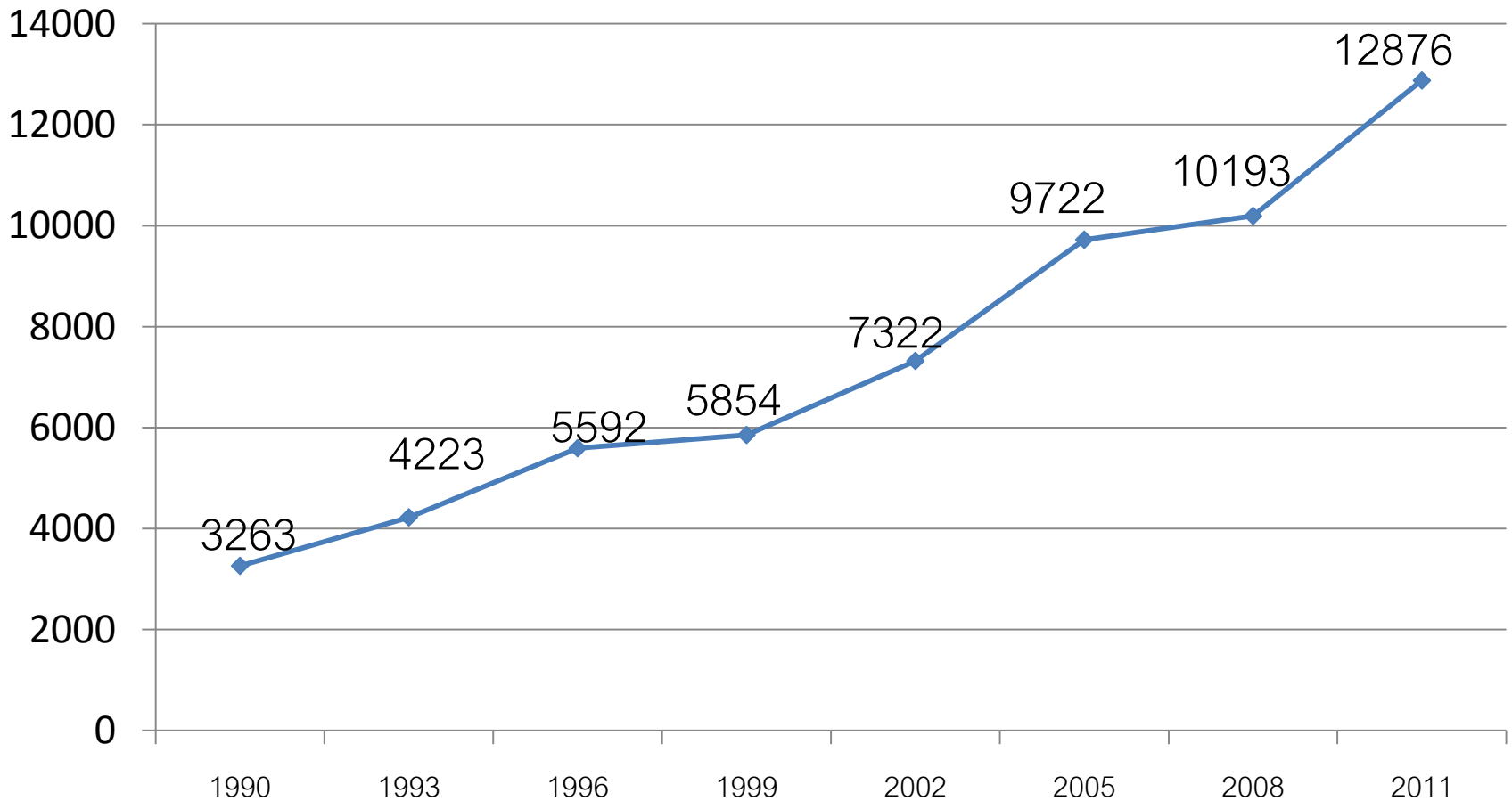
51,825

19.67%	Breast
12.45%	Cervix uteri
11.85%	Liver and bile duct
8.34%	Trachea, Bronchus, and lung
8.00%	Colon and rectum
4.47%	Ovary
3.32%	Thyroid
2.97%	Corpus uteri
2.94%	Non-Hodgkin lymphoma
2.51%	Other skin
1.61%	Brain, nervous system
1.20%	Myeloid leukemia
20.67 %	All other sites

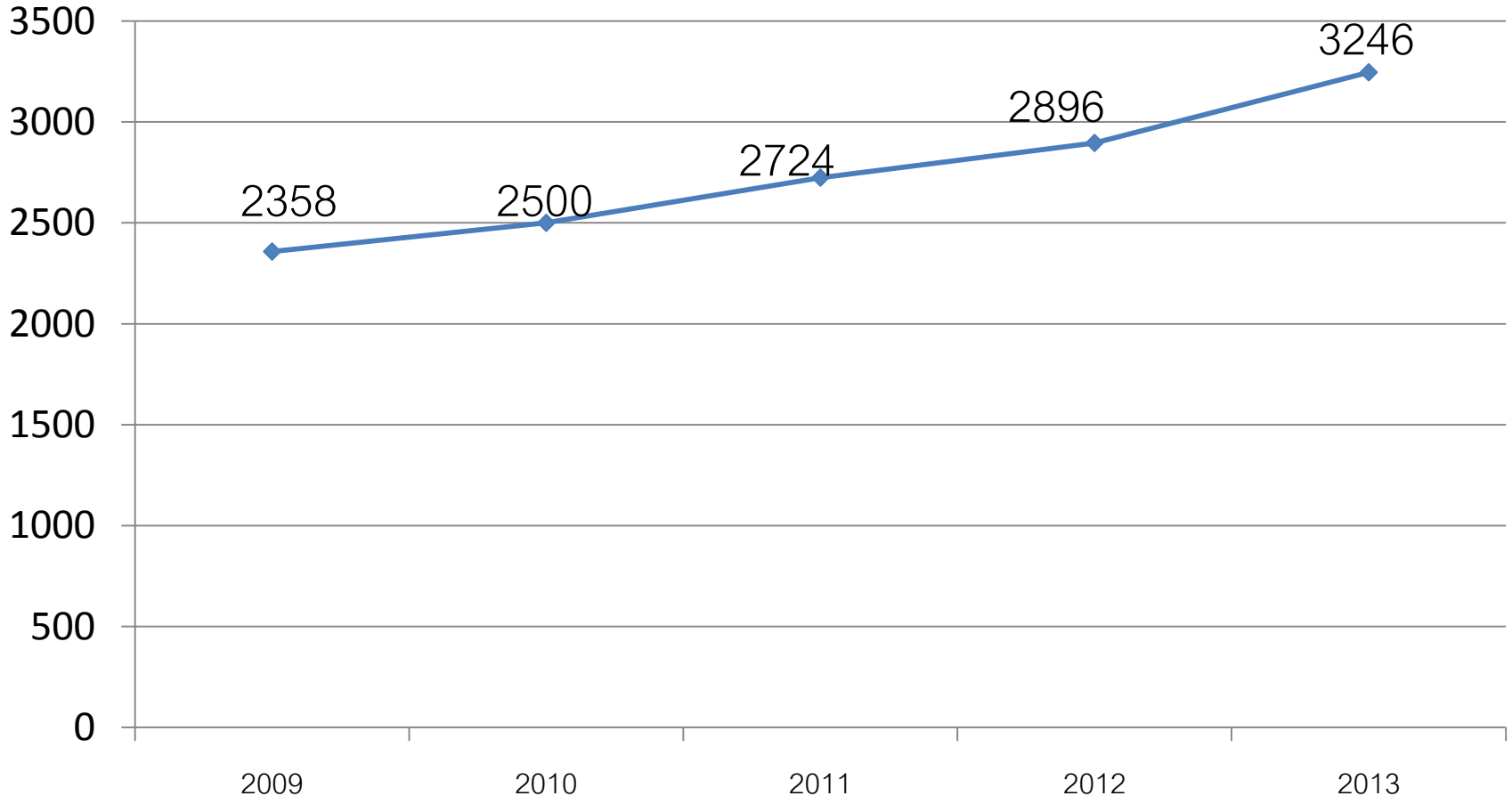
Leading cancer in Thai women, 2008



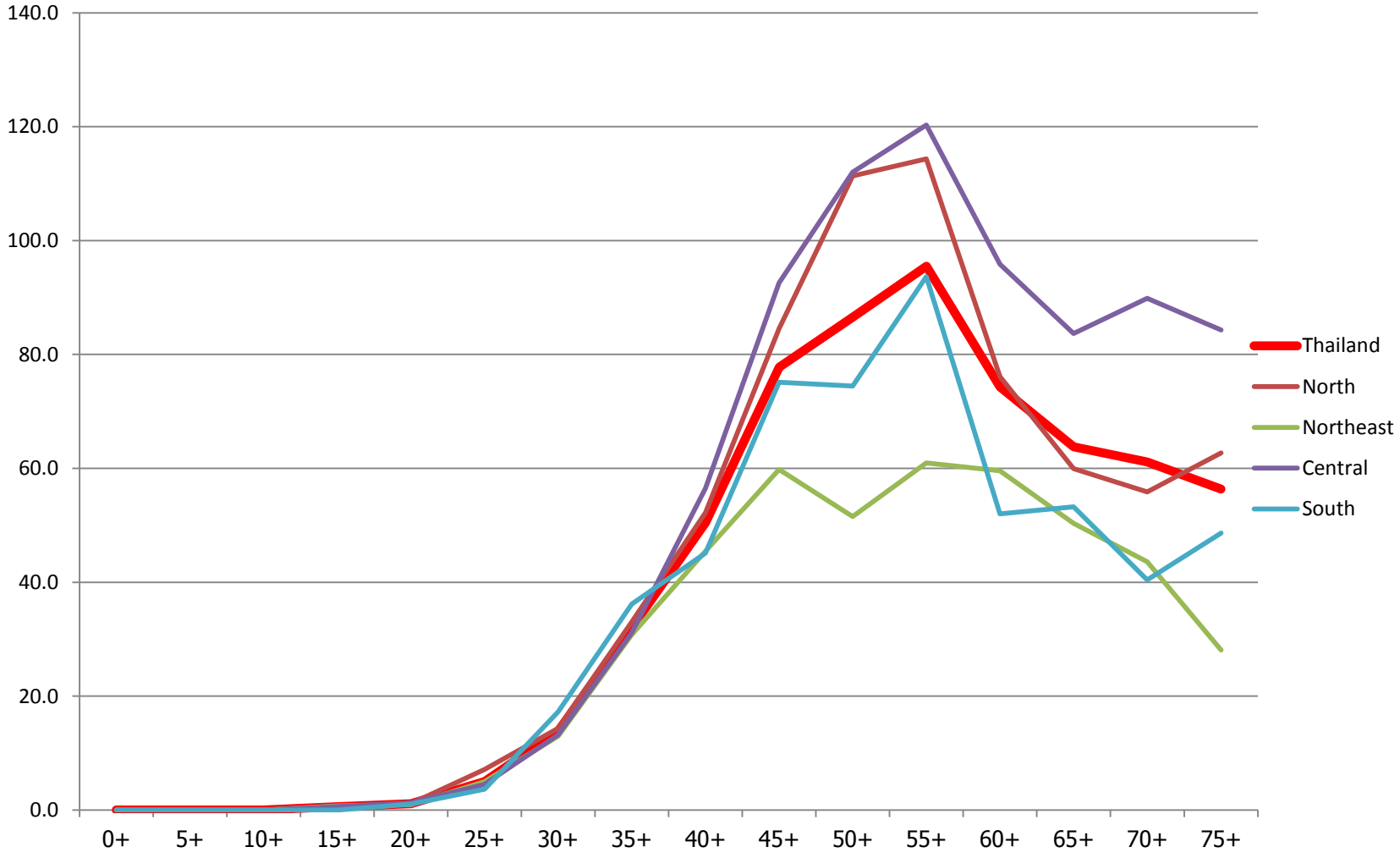
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่



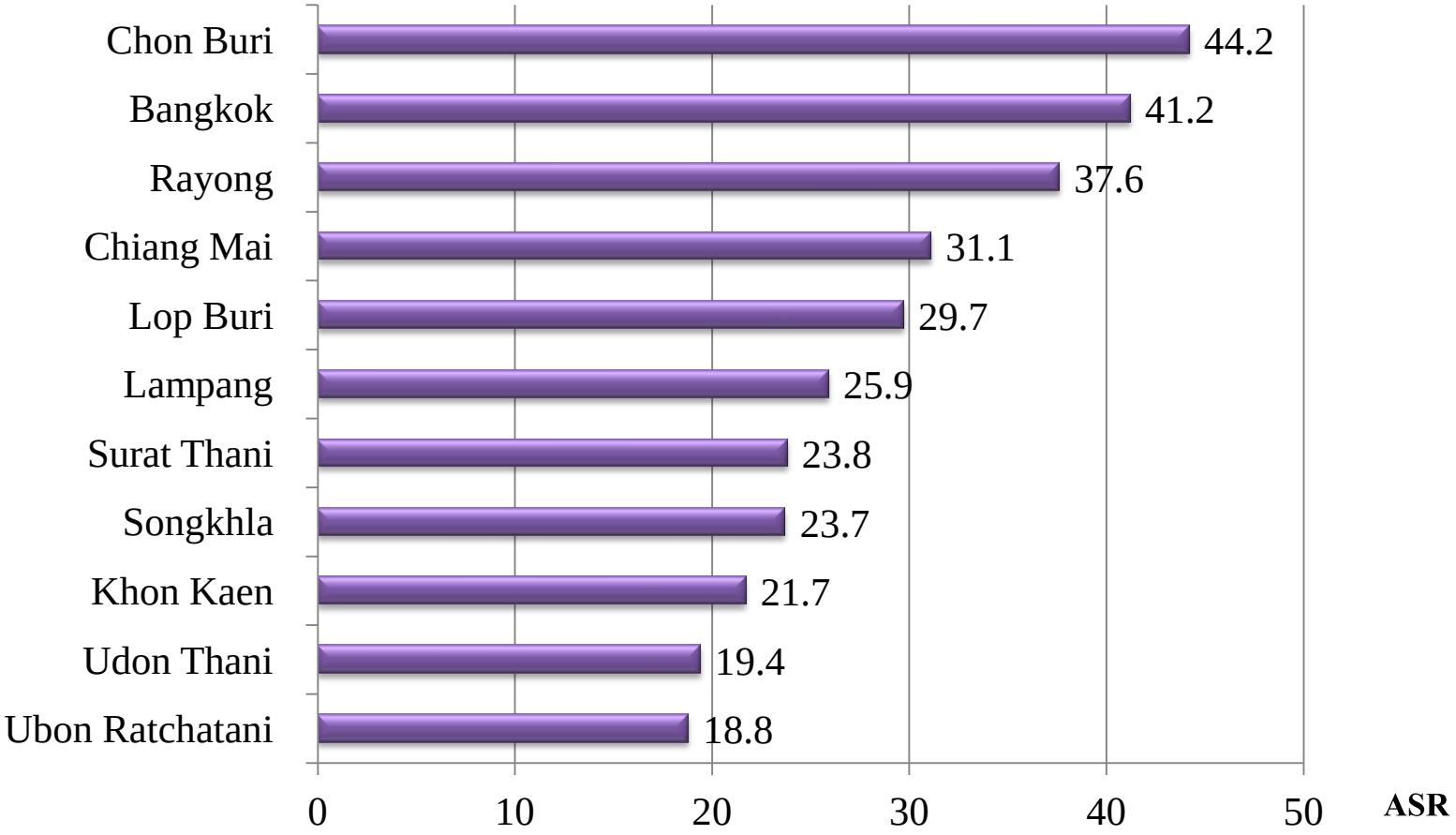
ผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม



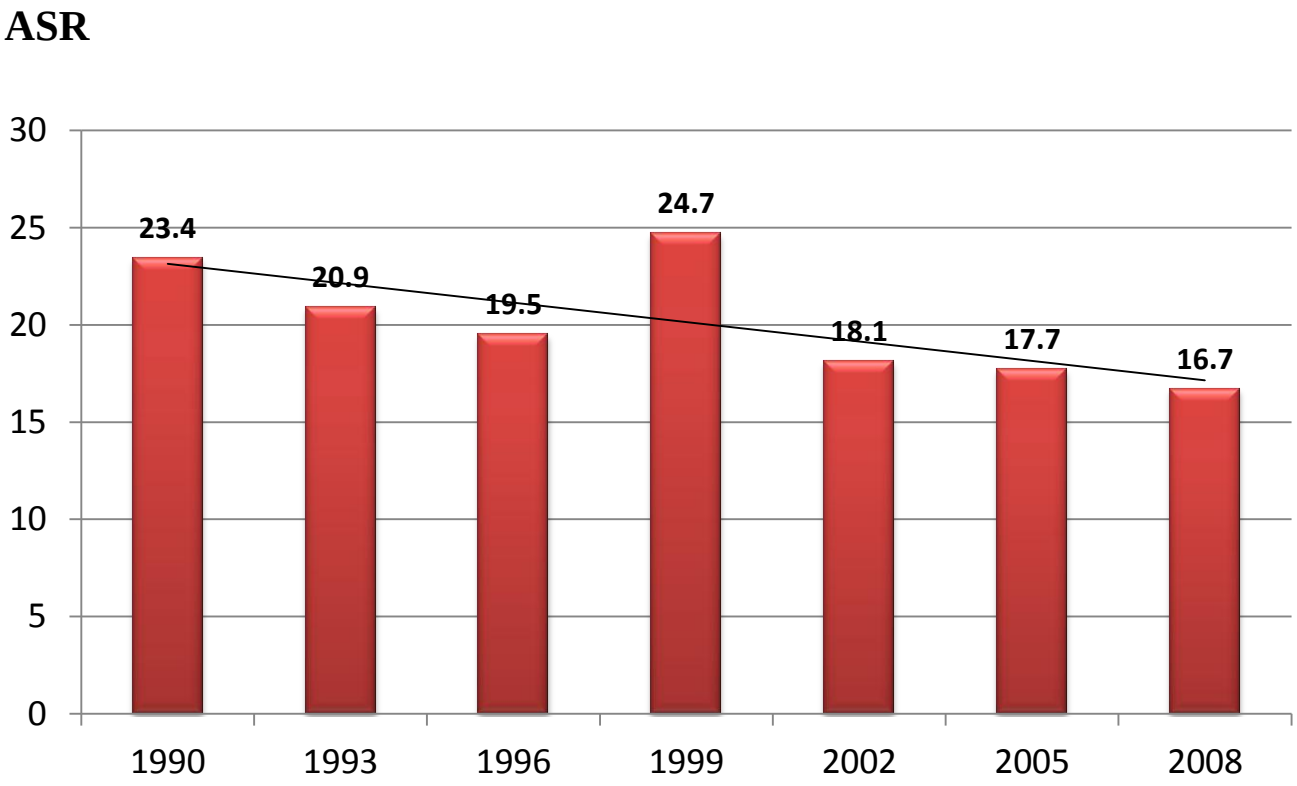
Age-specific incidence rates of breast cancer, 2008



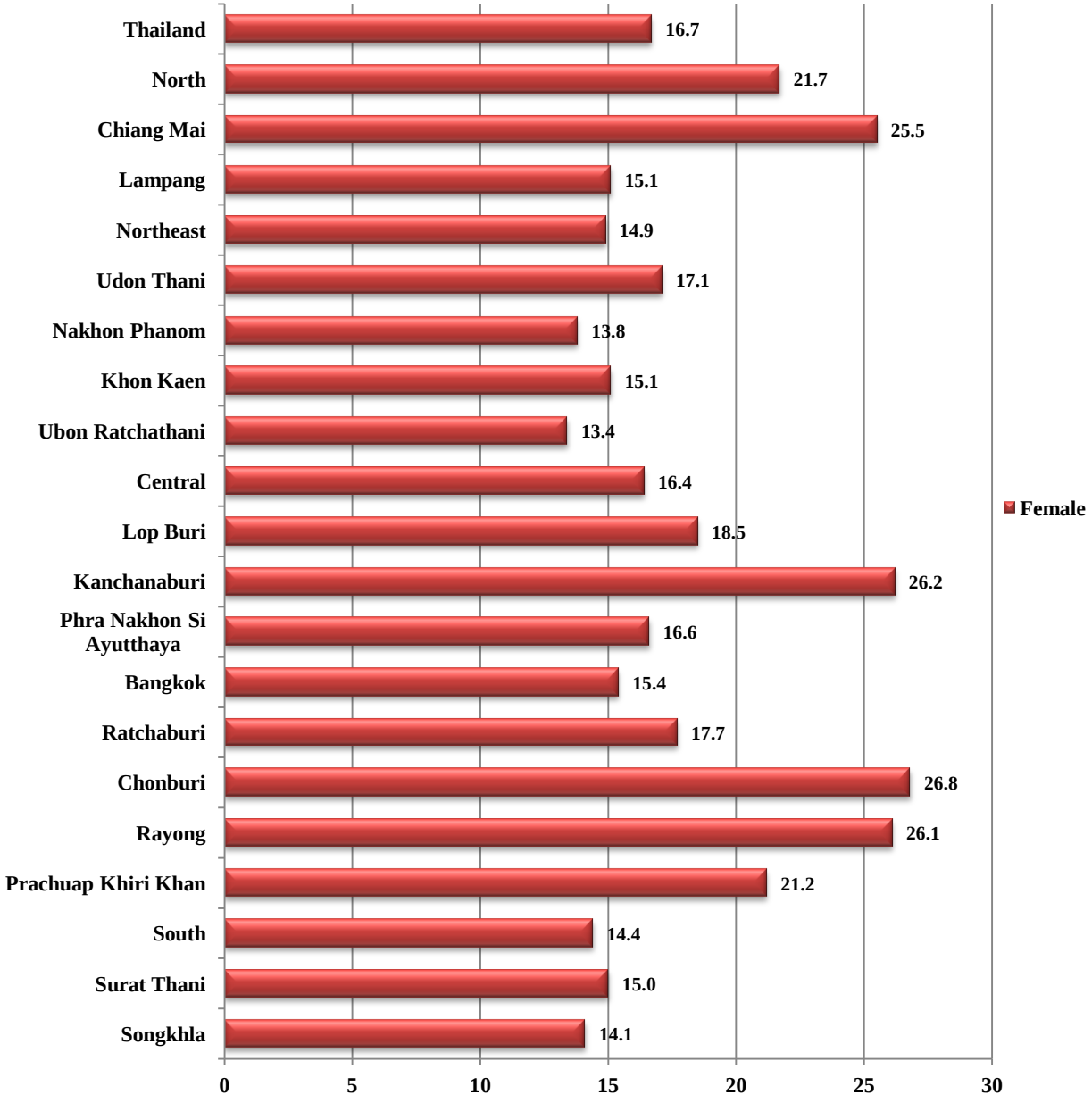
Breast Cancer Incidence in the Provinces of Thailand, 2008

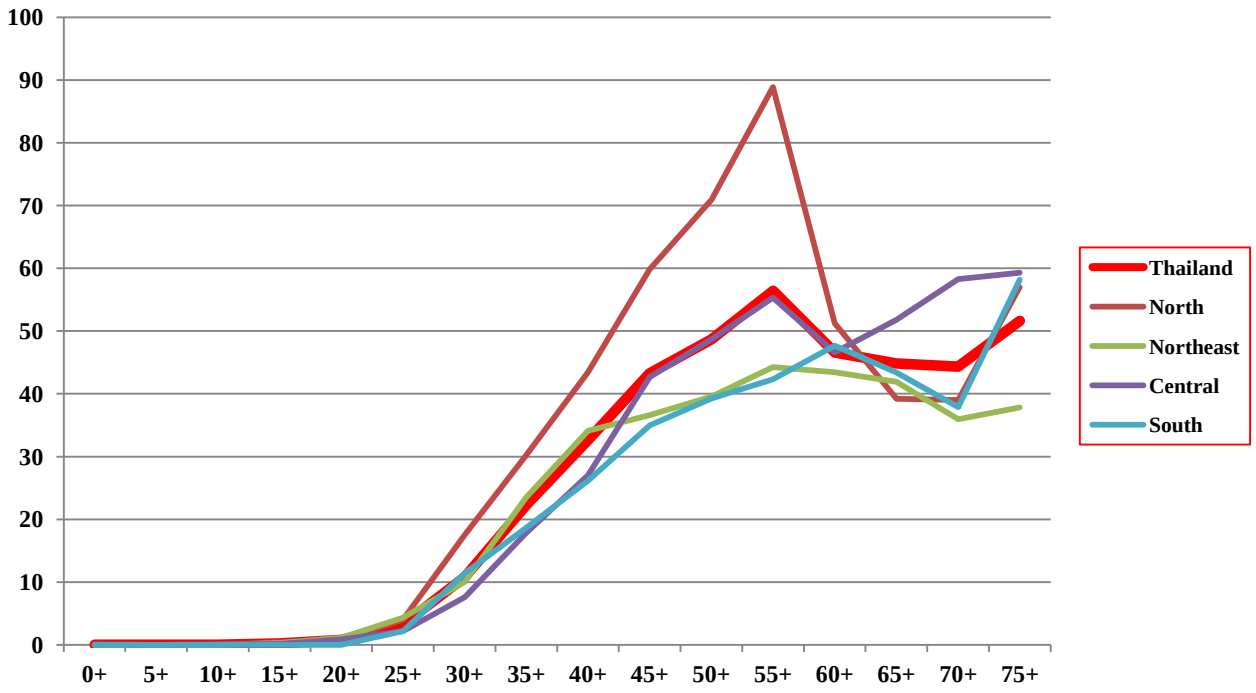


Cervical cancer

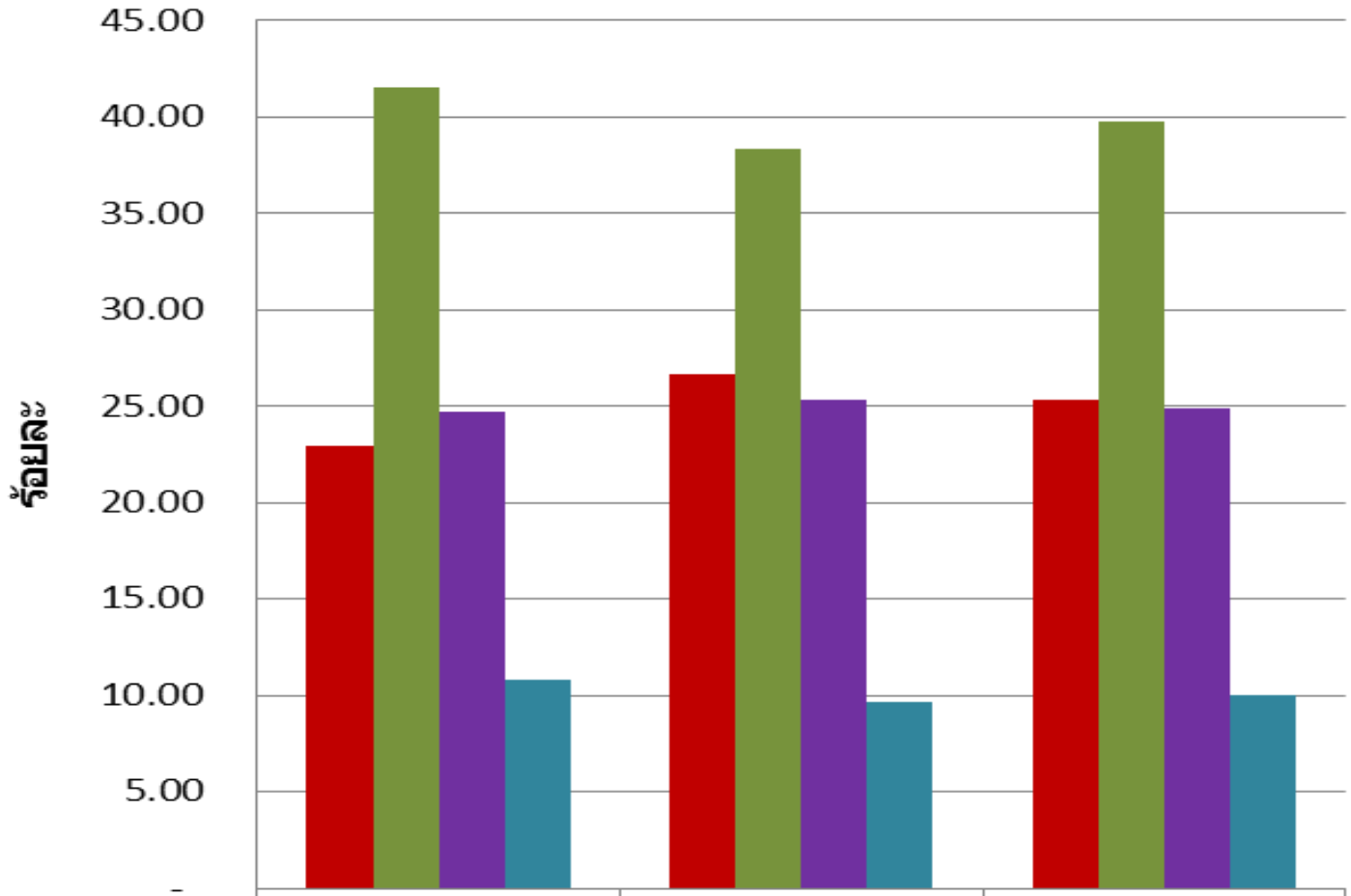


Cervical cancer



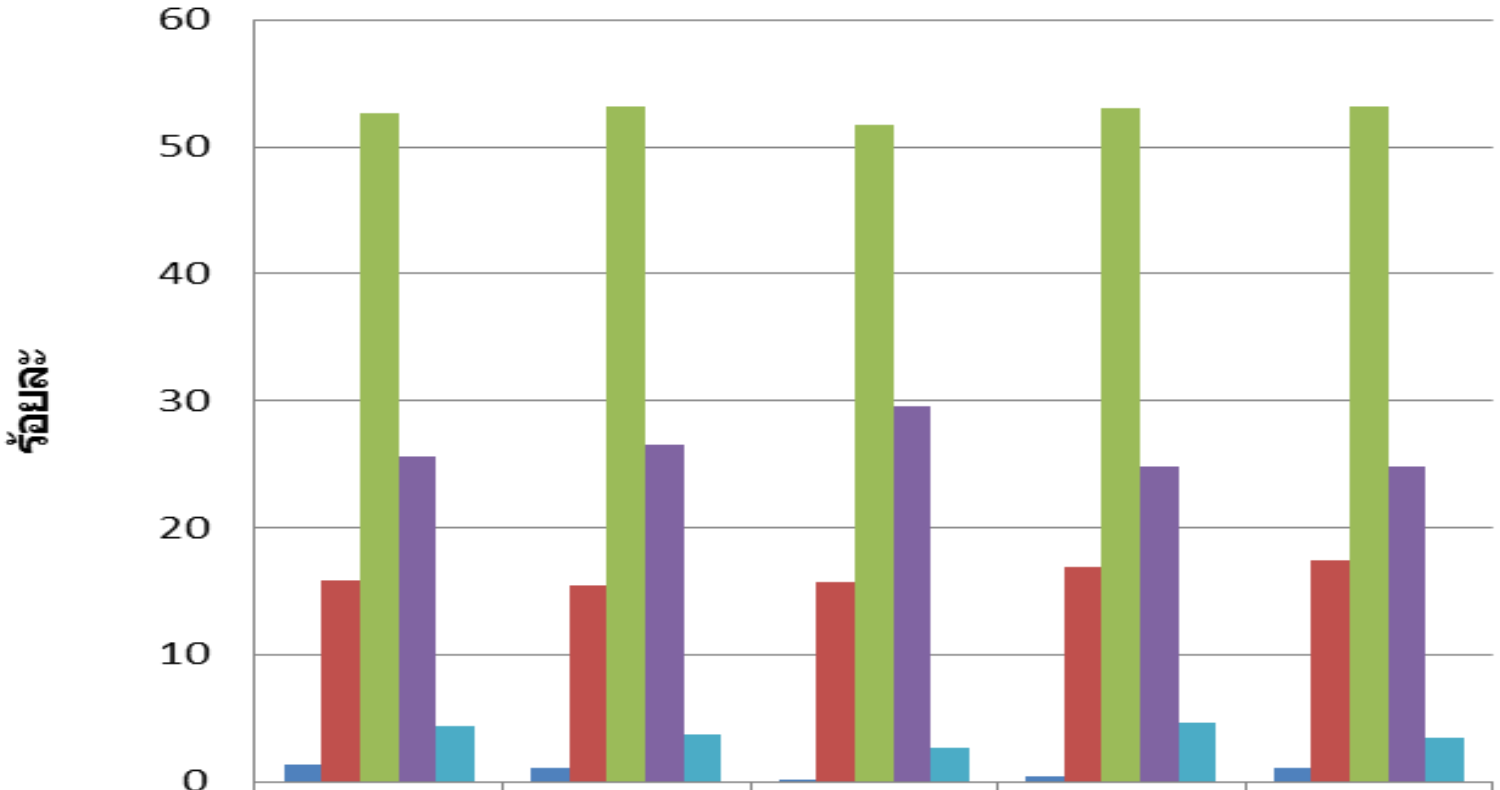

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
0+
5+
10+
15+
20+
25+
30+
35+
40+
45+
50+
55+
60+
65+
70+
75+
Thailand
North
Northeast
Central
South

ฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากงานทะเบียนมะเร็ง14 จังหวัด



	2553	2554	2555
Stage 1	22.92	26.63	25.31
Stage 2	41.58	38.35	39.78
Stage 3	24.70	25.36	24.88
Stage 4	10.80	9.66	10.05

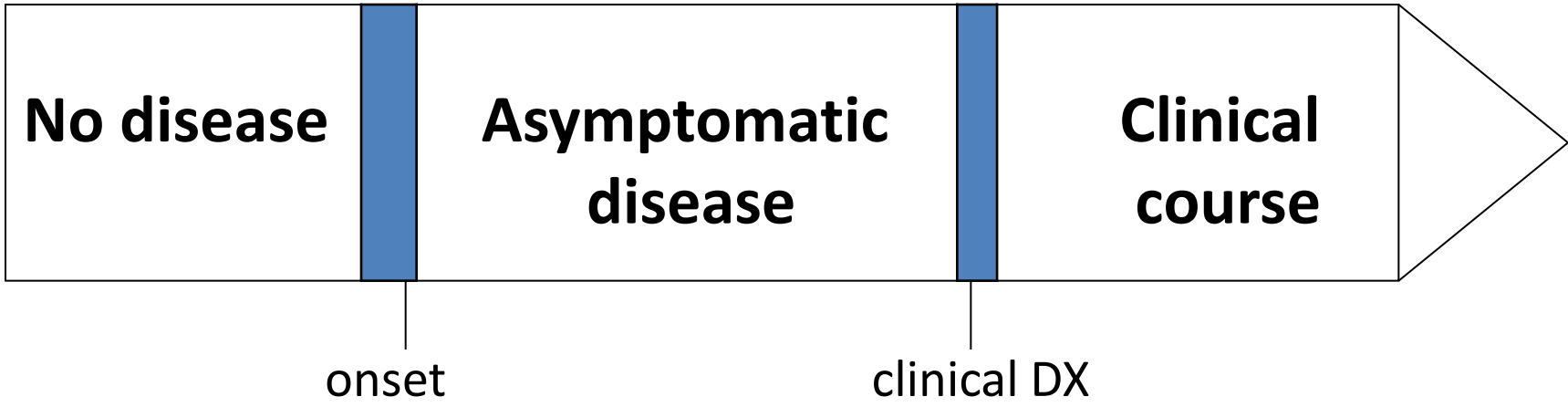
ฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ปี 2551-2555



	2551	2552	2553	2554	2555
stage 0	1.41	1.1	0.29	0.46	1.1
stage I	15.89	15.46	15.73	17	17.45
stage II	52.6	53.15	51.66	53.01	53.14
Srage III	25.6	26.5	29.58	24.88	24.84
stage IV	4.5	3.79	2.74	4.64	3.46

การดูแลและป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

Levels of prevention



Primary

Removal of risk factors

Secondary

Early detection

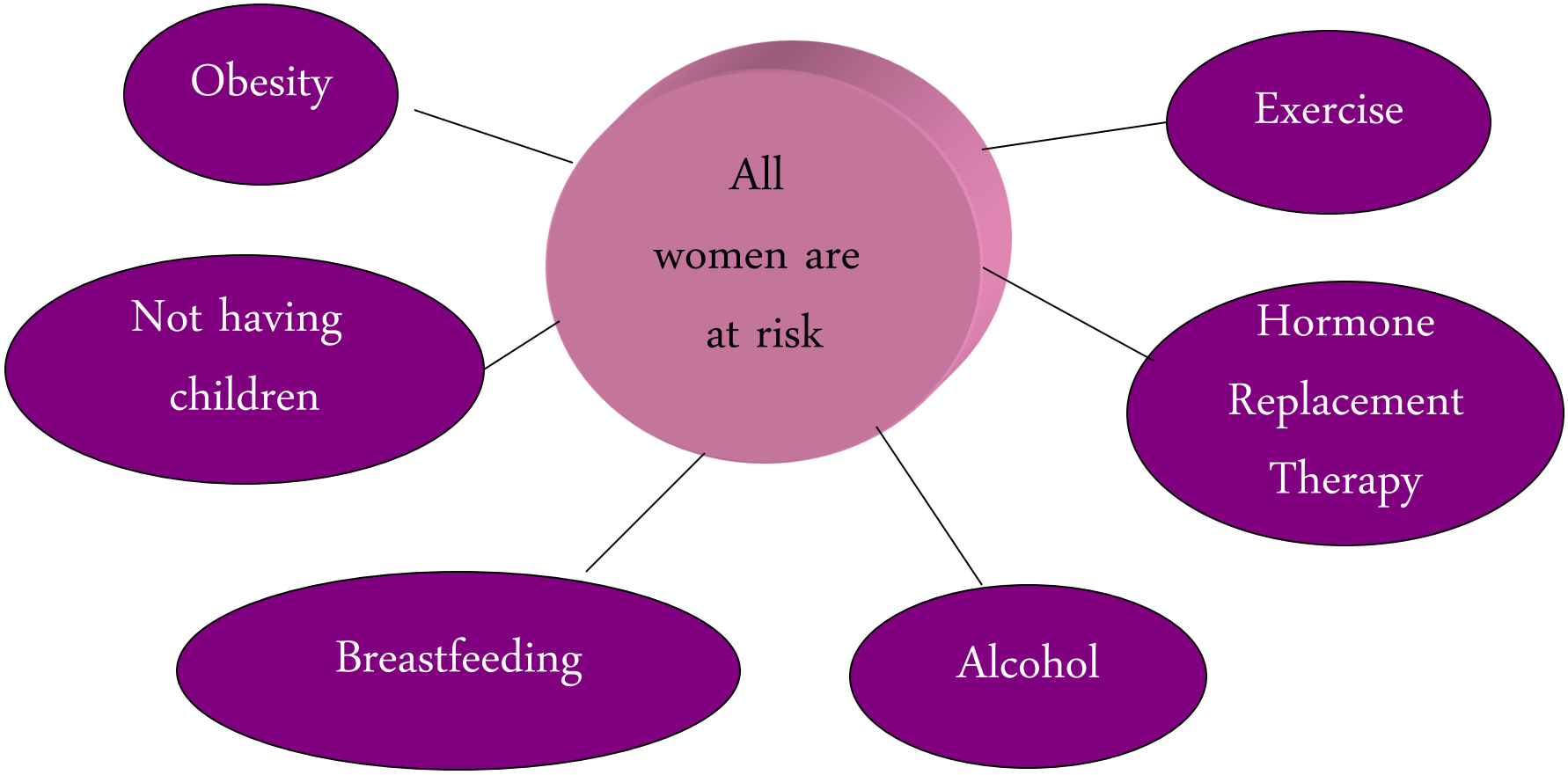
Tertiary

treatment

Prevention

Breast Cancer Risk Factors

that can be *controlled*



Screening For Breast Cancer

1. **Breast self examination, BSE**
2. **Clinical breast examination, CBE**
3. **Mammography**

Breast self examination (BSE)

- There is **no evidence on the effect of screening through breast self-examination (BSE).**

- However, the practice of BSE has been seen to empower women, taking responsibility for their own health.

- Therefore, **BSE is recommend for raising awareness** among women at risk rather than as a screening method.

Clinical Breast Examination (CBE)

- Research is underway to evaluate CBE as a low-cost approach to breast cancer screening that can work in less affluent countries.

- Promising preliminary results show that the age-standardized **incidence rate for advanced-stage breast cancer is lower in the screened group compared to the unscreened group**

Mammography screening

- Mammography screening is the only screening method that has **proven to be effective**.

- There is evidence that organized population-based mammography screening programmes can **reduce breast cancer mortality by around 20%** in the screened group versus the unscreened group across all age groups.

- Mammography screening is very complex and resource intensive and no research of its effectiveness has been conducted in low resource settings.

Breast cancer screening

Country	Started (year)	Detection method	Target Population	Screening interval (year)
Korea	1999	M+CE	≥ 40	2
Singapore	2002	M	≥ 40	-
Japan	1999	M+CE+BSE	≥ 30	1
United Kingdom	1996	M	50-64	3
Finland	1989	M	50-59	2
Canada	1988	M+CE+BSE	50-69	2

M, Mammography ; CE, Clinical examination; BSE, Breast self-examination

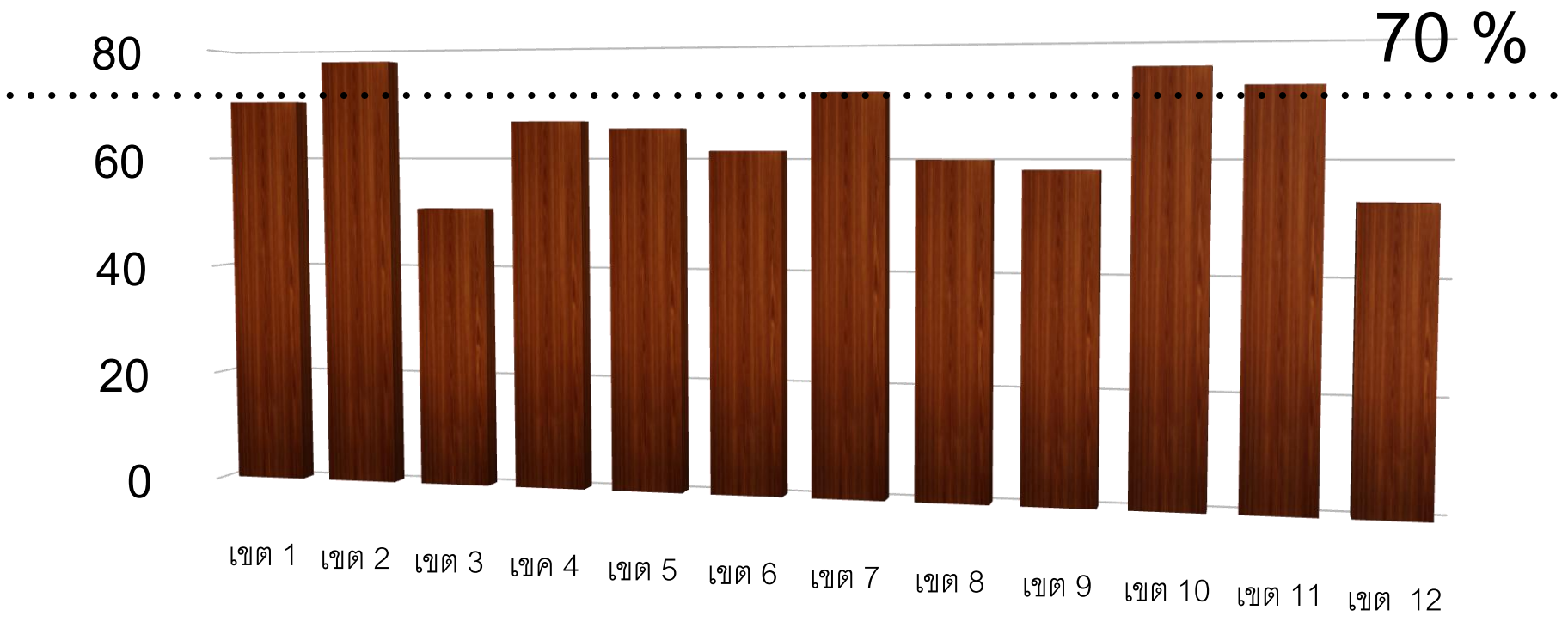
1.Mass screening

- **ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป**
  - เริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง รวมทั้งได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกวิธี และควรมีการตรวจโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม อย่างน้อยทุก 3 ปี และawareness
- **ผู้หญิงที่มีอายุ 40 – 69 ปีขึ้นไป และไม่มีอาการ**
  - ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำแล้ว ควรตรวจโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม ทุกปี
- **ผู้หญิงที่อายุ 70 ปีขึ้นไป**
  - การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้หญิงกลุ่มนี้ให้พิจารณาเป็นรายๆ

2. Voluntary screening

- **ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป**
  - เริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง รวมทั้งได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกวิธี และควรมีการตรวจโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม อย่างน้อยทุก 3 ปี และawareness
- **ผู้หญิงที่มีอายุ 40 – 69 ปีขึ้นไป และไม่มีอาการ**
  - ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำแล้ว ควรตรวจโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม ทุกปี และตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammography) ทุก 1 – 2 ปี
- **ผู้หญิงที่อายุ 70 ปีขึ้นไป**
  - การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้หญิงกลุ่มนี้ให้พิจารณาเป็นรายๆ

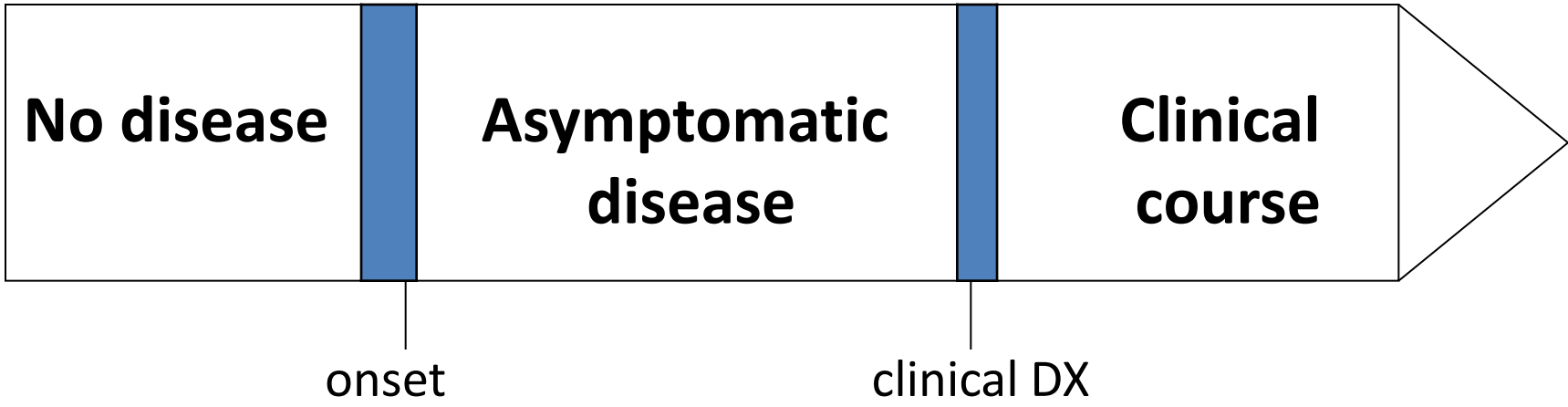
50.8 - 77.7 %



Breast Cancer Stage 1-2 in Thailand

MH audit data 2013

Levels of prevention



Primary

Removal of risk factors

Secondary

Early detection

Tertiary

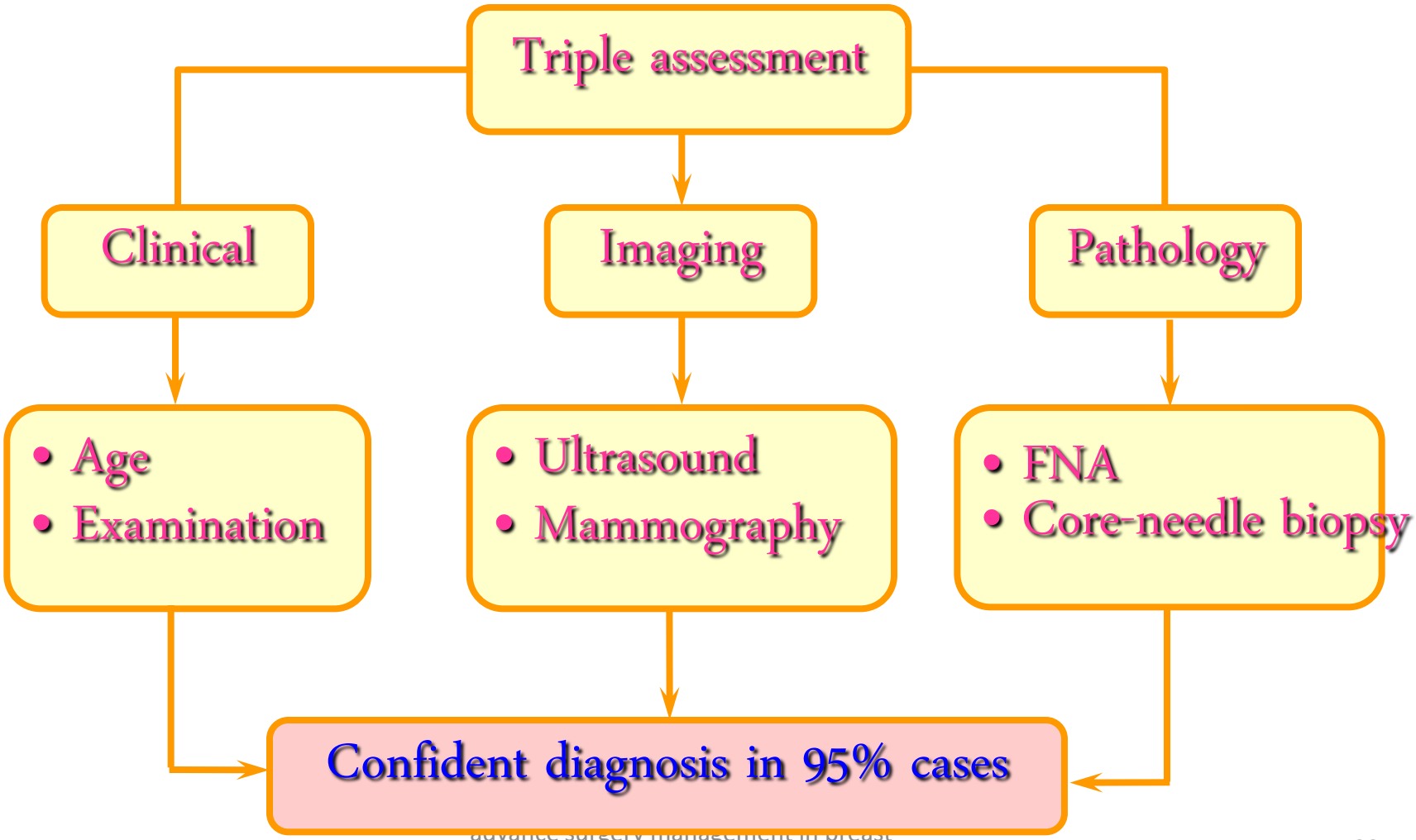
treatment

Diagnosis

การวินิจฉัยประกอบด้วย triple assessment

1. Clinical examination
2. Mammogram and ultrasound
3. Tissue diagnosis

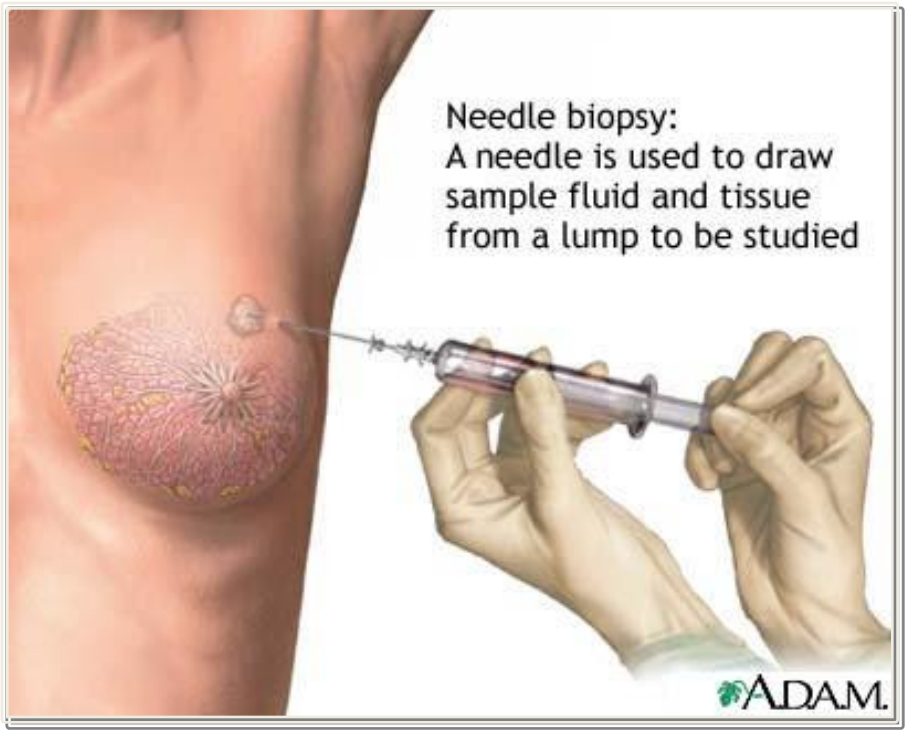
Diagnosis


Triple assessment
Clinical
Imaging
Pathology
• Age
• Examination
• Ultrasound
• Mammography
• FNA
• Core-needle biopsy
Confident diagnosis in 95% cases

Tissue diagnosis

- Fine needle aspiration
- Core needle aspiration
- Incision biopsy
- Excision biopsy
- Needle localization biopsy
- microdochectomy

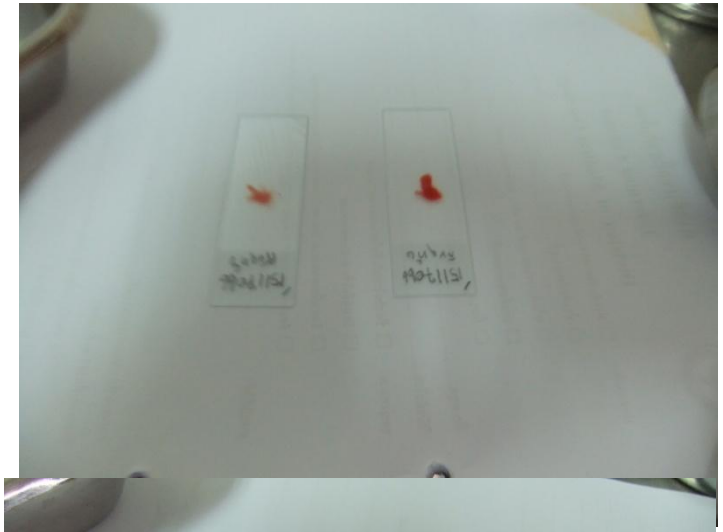
Fine Needle Biopsy

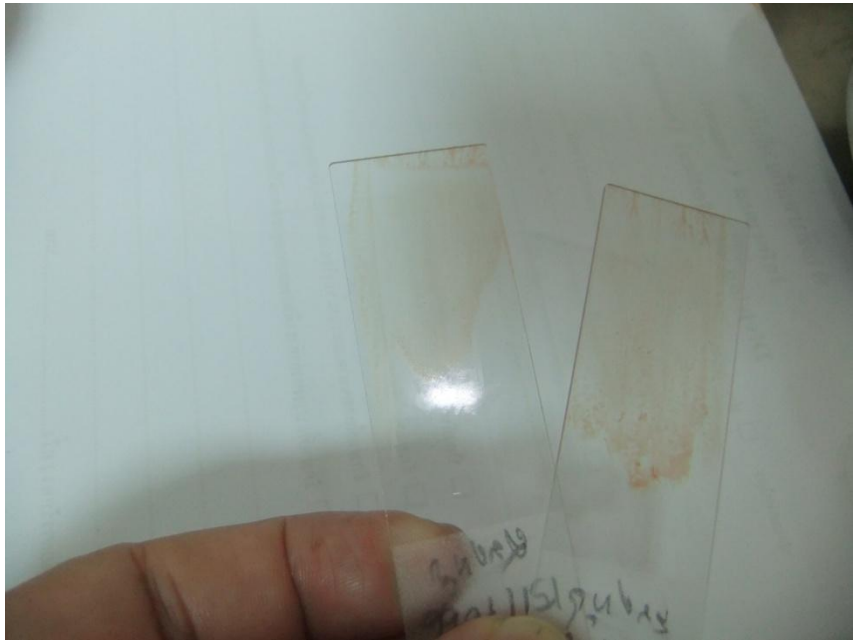


Fine needle biopsy uses a larger needle to make multiple passes through a lump, drawing out tissue and fluid.

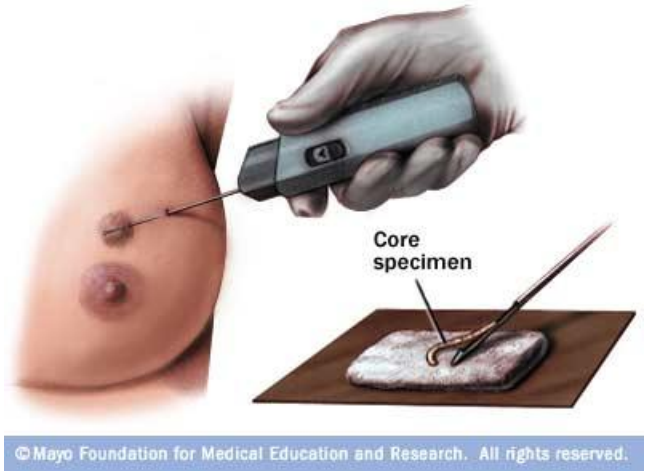
Withdrawn fluid and tissue is further evaluated to determine if there are cancerous cells present.

Fine needle aspiration



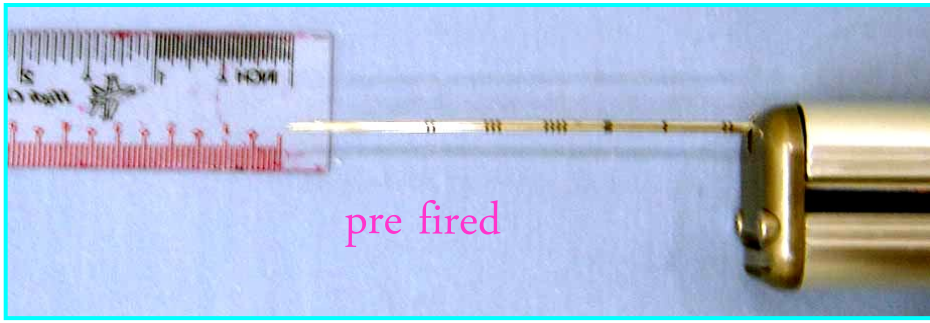


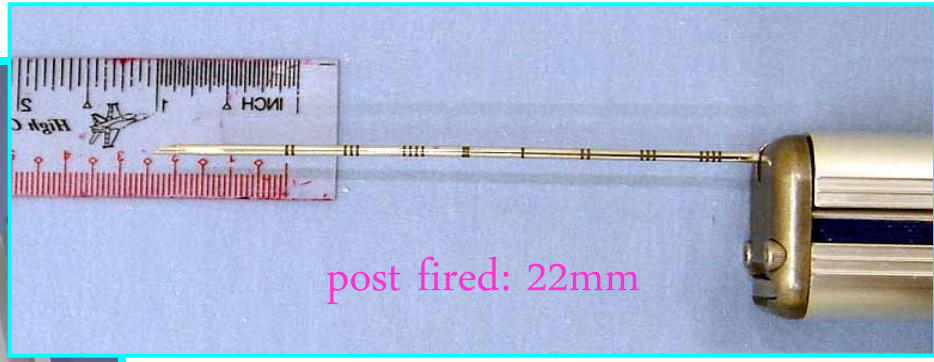
Core Needle Biopsy



A core biopsy involves a small incision and the insertion of a spring-loaded hollow needle that removes several samples. The patient only requires local anesthetic.

Core needle biopsy





Process of care → Outcomes

Definition of target Population → **Detection** → **Diagnosis** → **Treatment**

Morbidity

Symptomatic Screening

Mammography Ultrasound

Surgery Radiation →

Mortality Quality of life

Age

- mammography

- CBE

Biopsy

Repeat examinations

Adjuvant Systemic treatment

Palliative care

Satisfaction

Life years gained

outcomes →

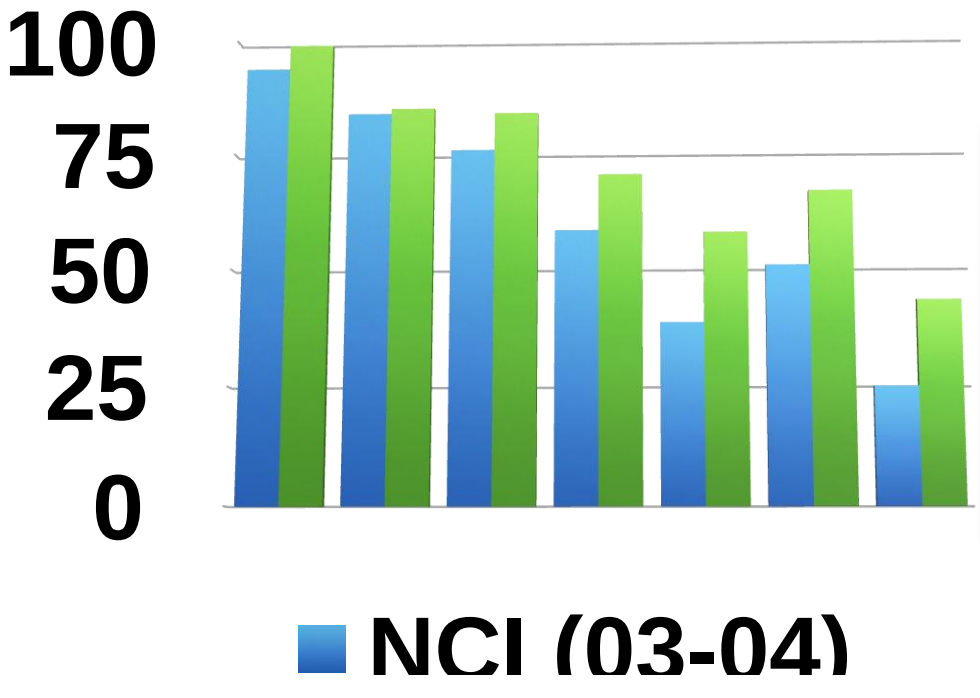
Intermediate

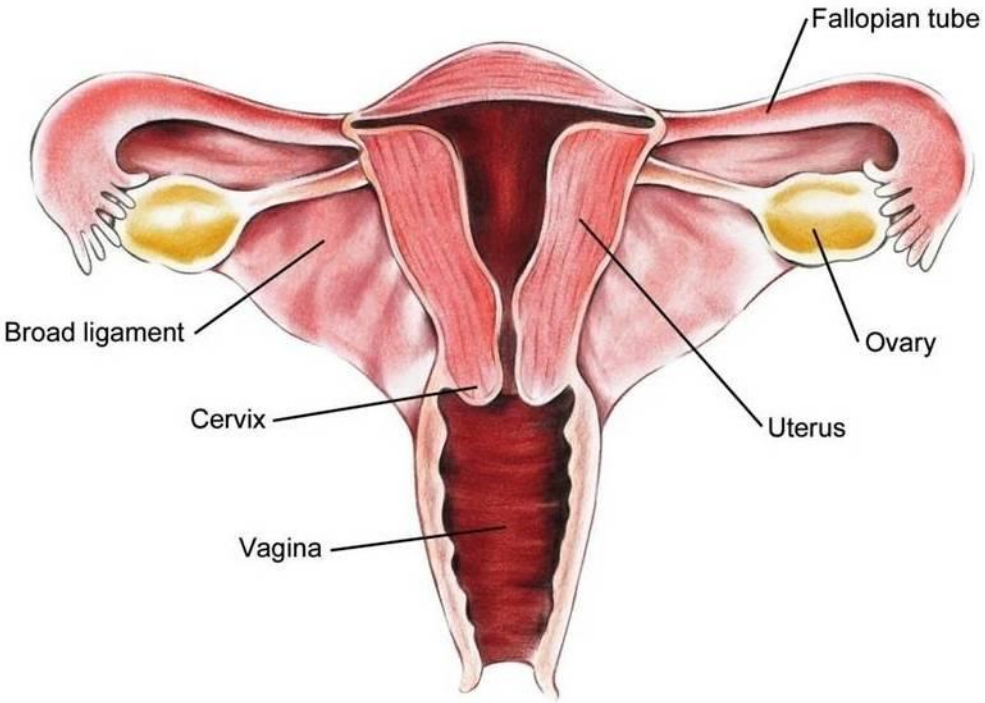
Cancer stage

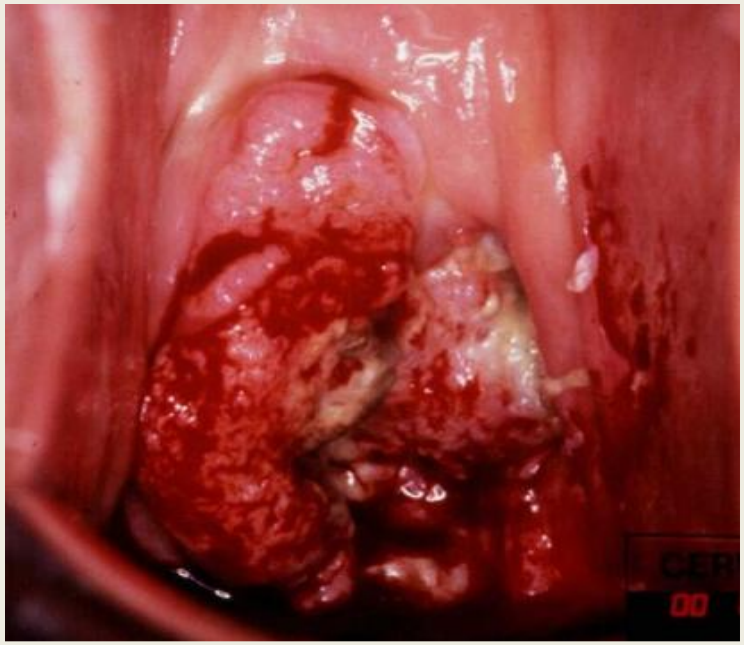
distribution

Late - stage breast cancer

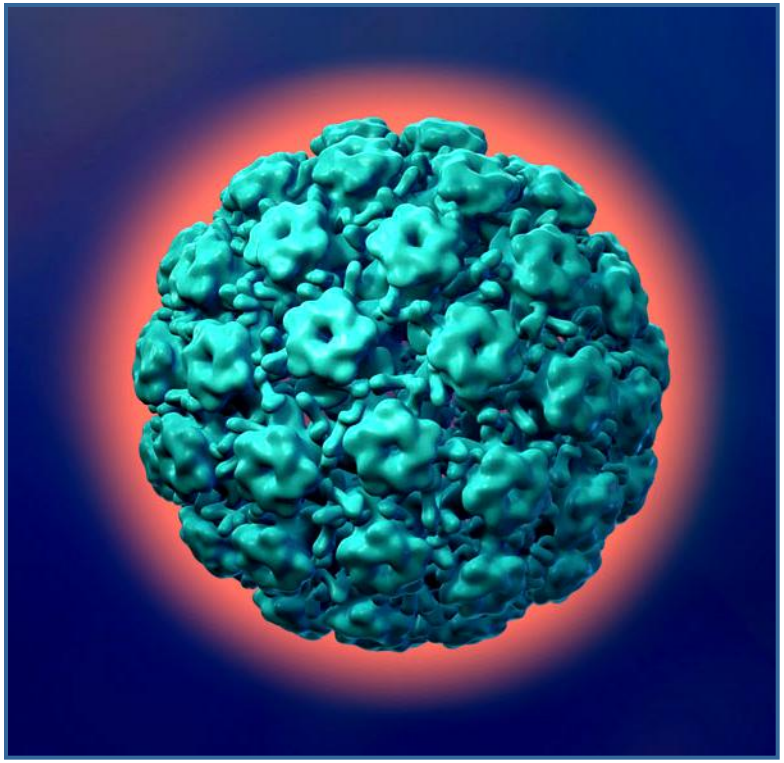
5 year survival rate Breast cancer




Fallopian tube
Broad ligament
Ovary
Cervix
Uterus
Vagina



Human Papillomavirus (HPV)



DNA virus

- >100 ชนิด
- ~30– 40 ชนิด : anogenital
  - **กลุ่มความเสี่ยงสูง**

    (high risk or oncogenic group)

    ex. HPV 16 ,18
  - **กลุ่มความเสี่ยงต่ำ**

    (low risk group)

    ex. HPV 6 ,11

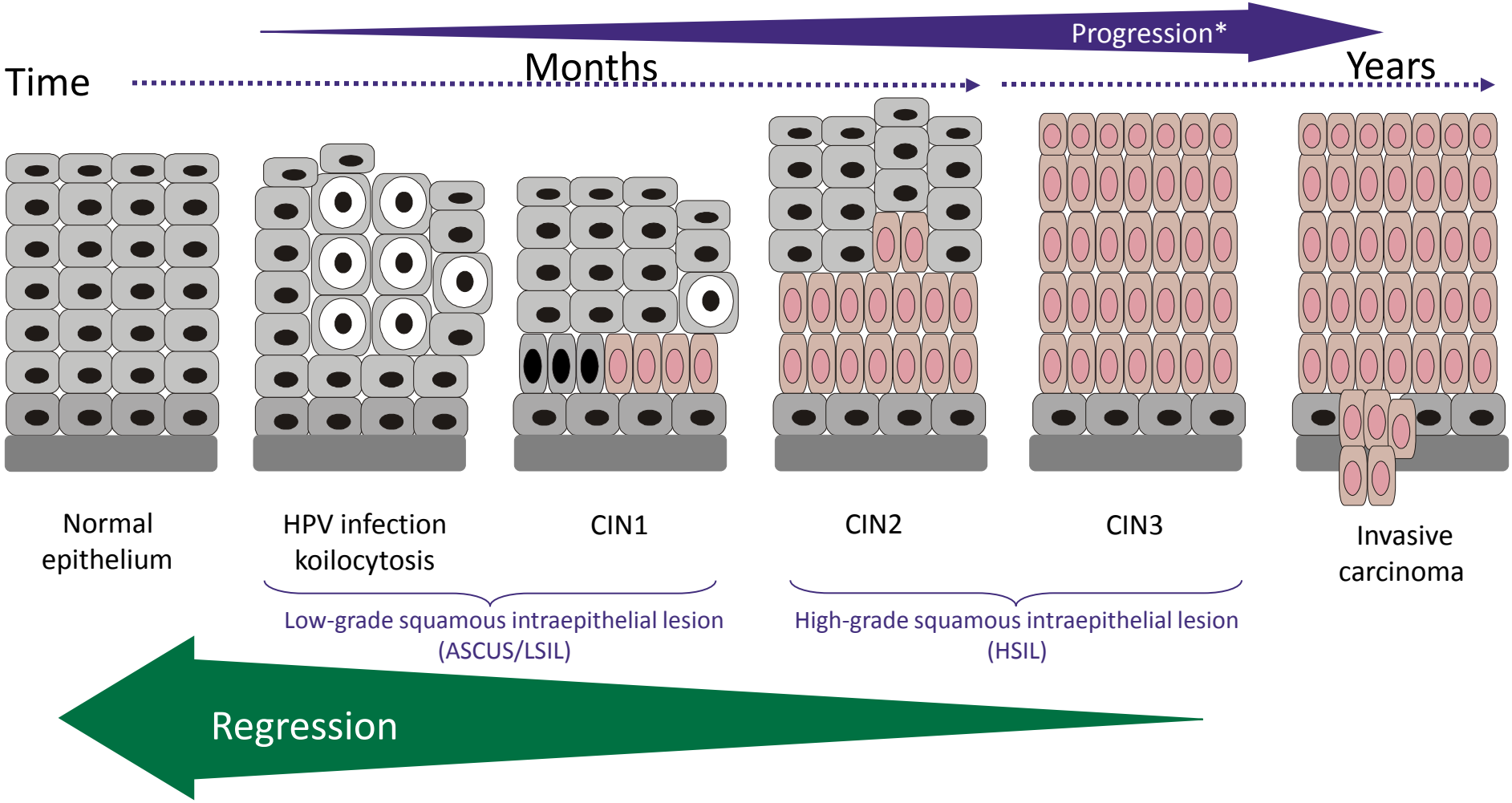
การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention)

- **หลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยง**
  - จำนวนคู่นอน
  - การมีเพศสัมพันธ์
  - การสูบบุหรี่
  - การคุมกำเนิด

- **การฉีดวัคซีนเอชพีวี เพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน**

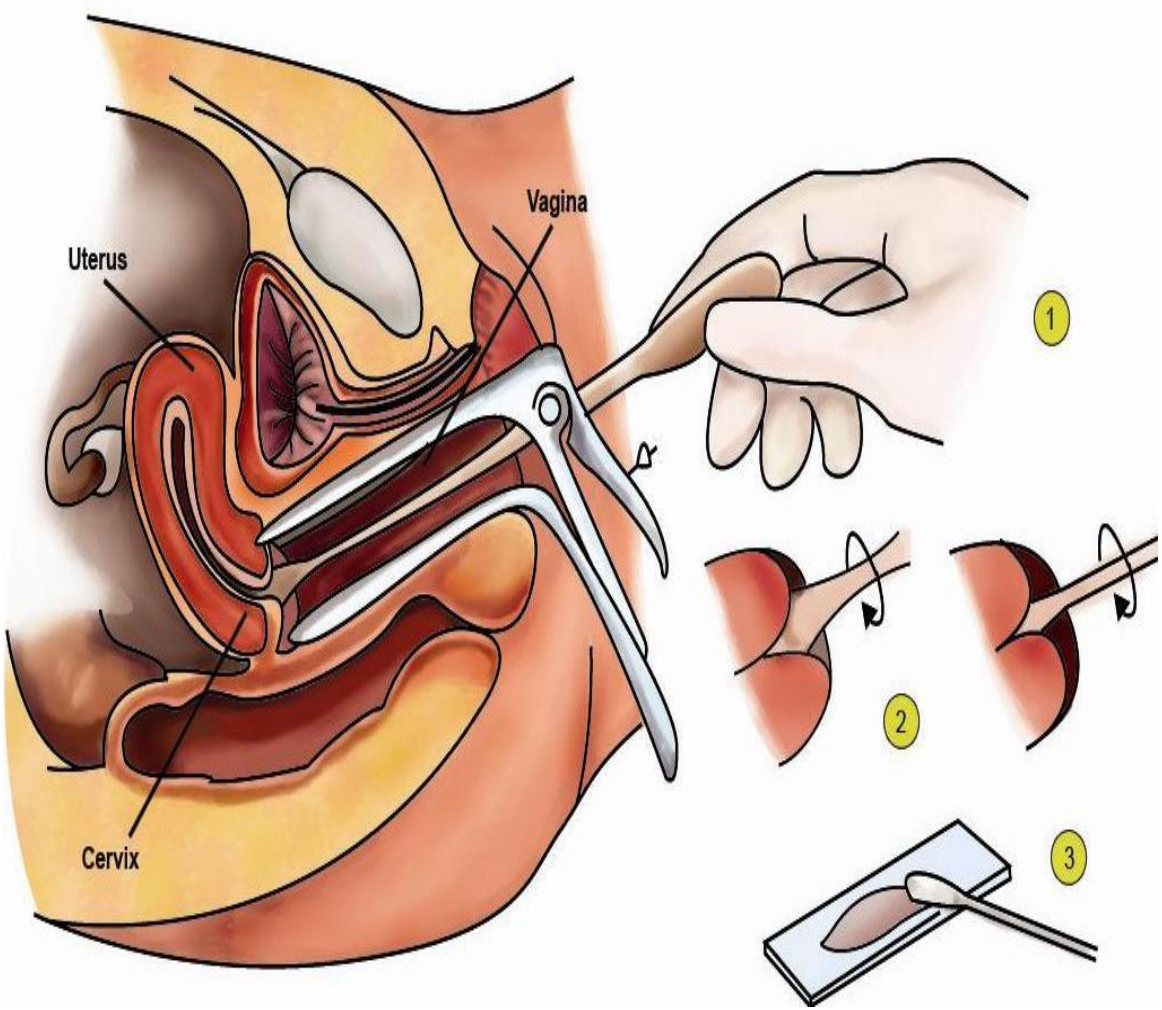
  Bivalent & Quadrivalent Vaccine

การดำเนินโรค

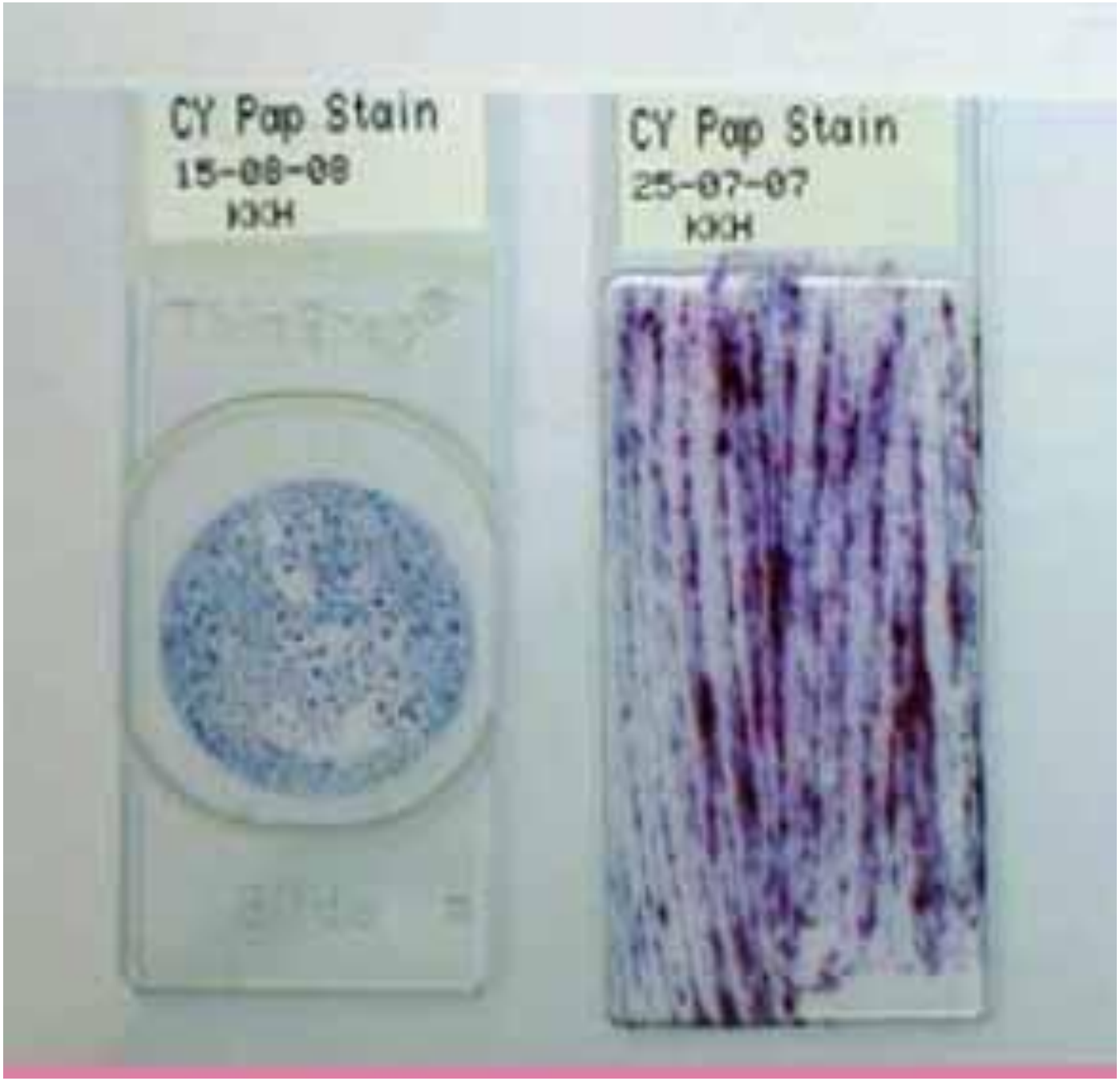


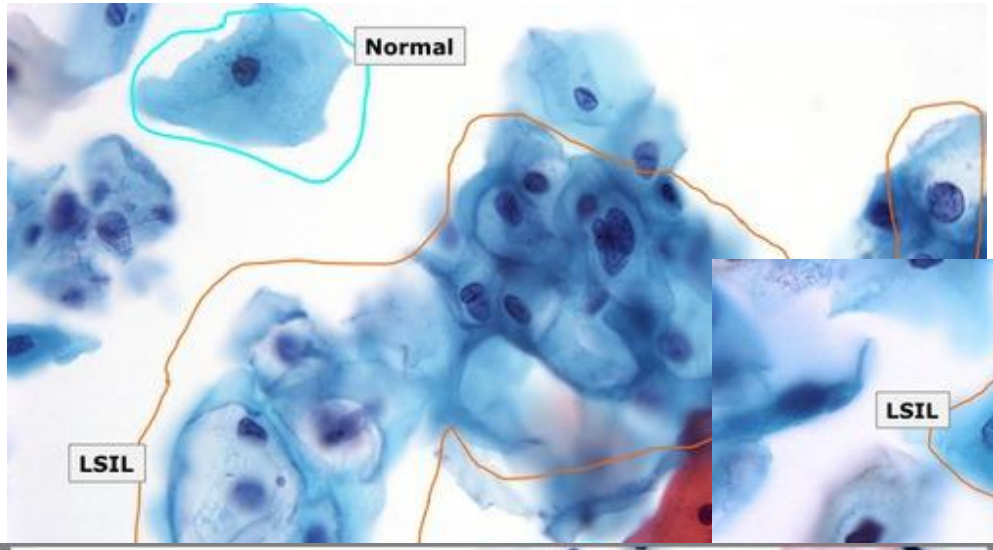
* With increasing probability of viral DNA integration.
CIN = cervical intraepithelial neoplasia; ASCUS = atypical squamous cells of undetermined significance.

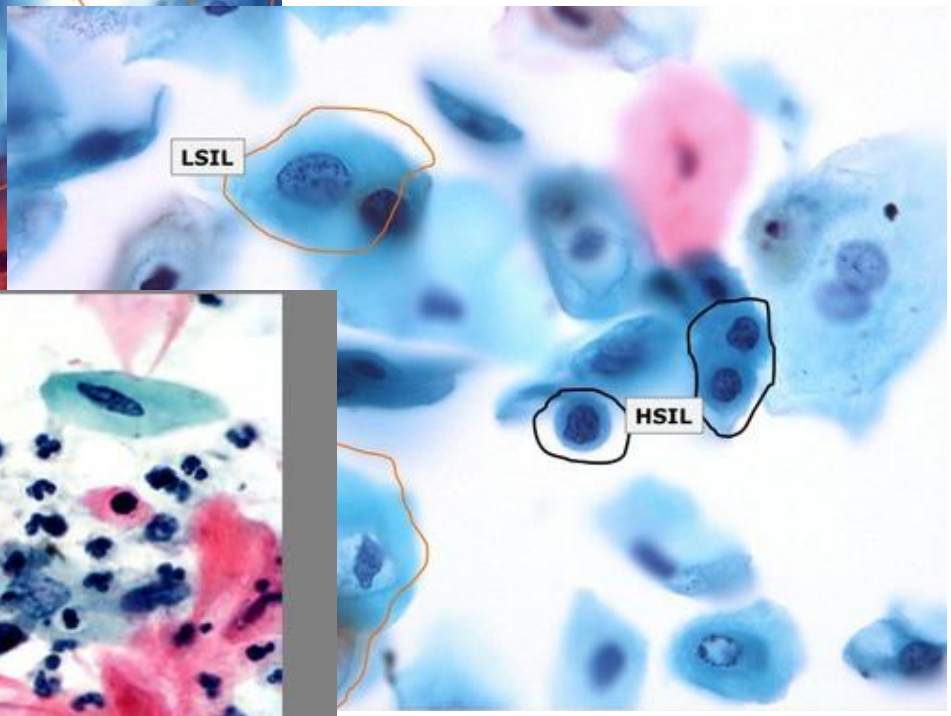
Burd EM. Clin Microbiol Rev 2003; 16:1–17;
Solomon D, et al. JAMA 2002; 287:2114–2119.

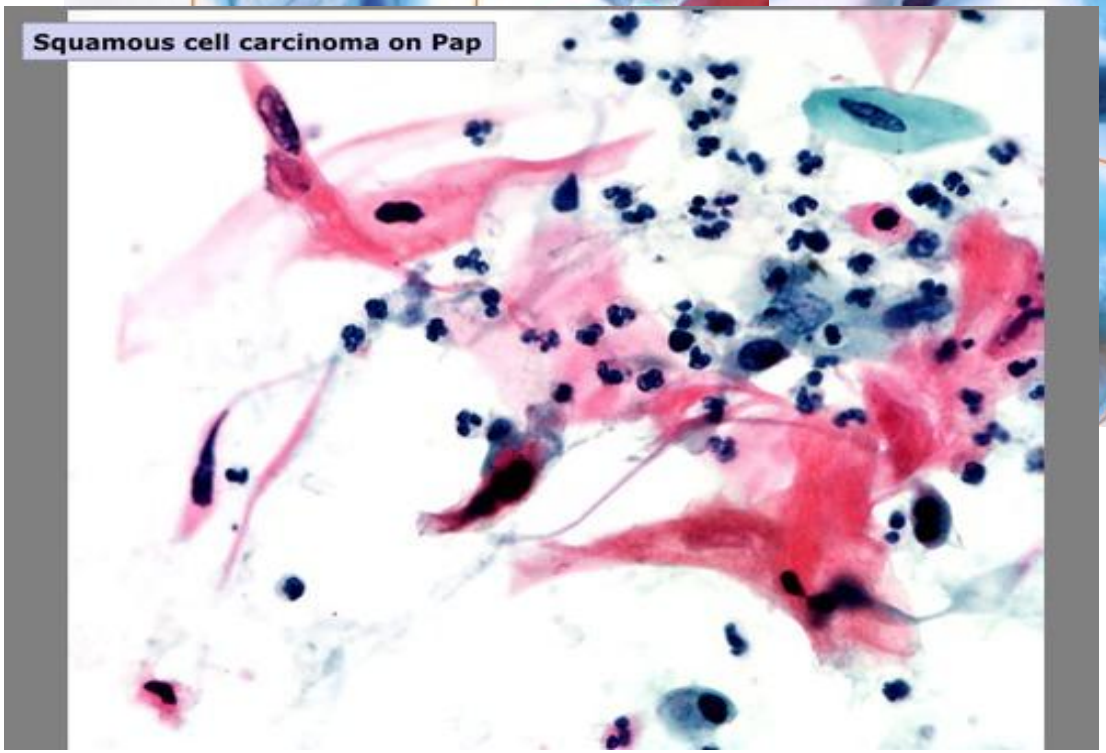

Vagina
Uterus
Cervix
1
2
3

ThinPrep


CY Pap Stain
15-08-08
KKH
CY Pap Stain
25-07-07
KKH


Normal
LSIL


LSIL
HSIL


Squamous cell carcinoma on Pap

Liquid-Based Cytology

MAK

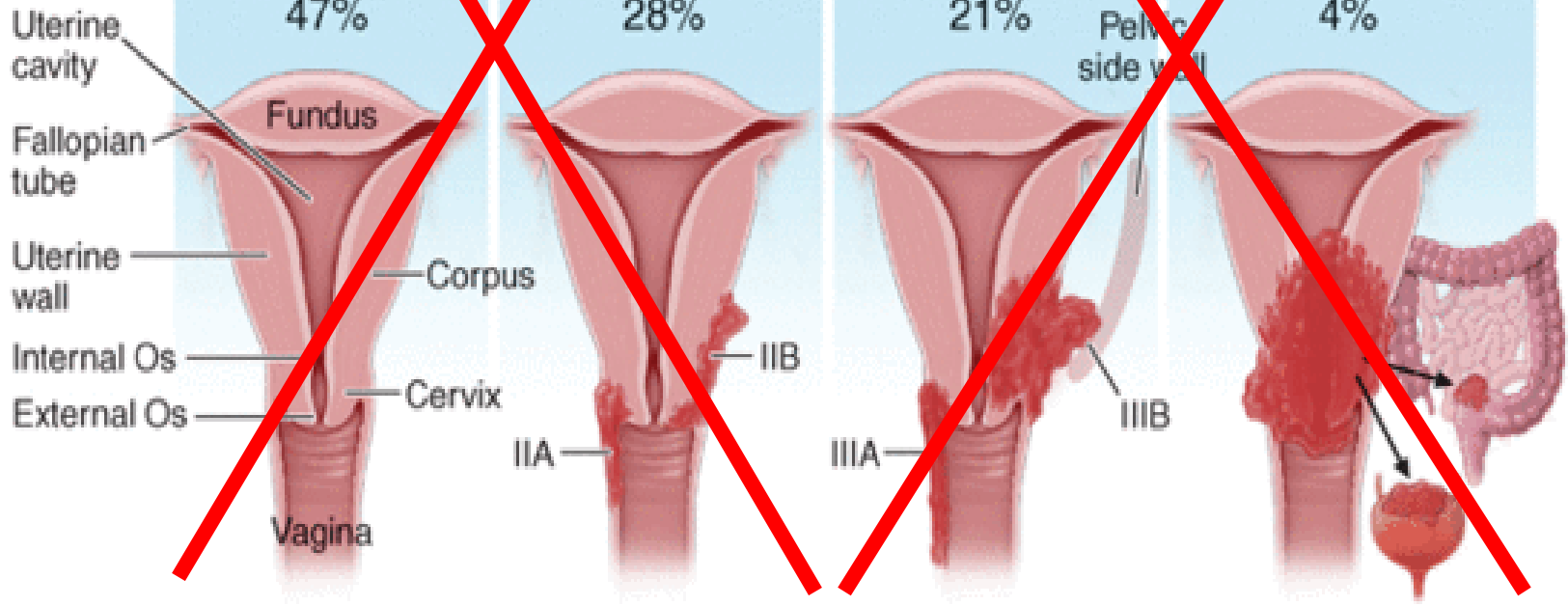
Copyright 2006, Cytyc Corp. *Restricted Use.

(c) 2006, Michael A. Kahn, D.D.S.

WHO	Papanicolaou	Bethesda	CIN
Normal	Class I	Negative for intraepithelial lesion or malignancy	Normal
Atypical	Class II	-Reactive cellular changes - ASC-US	- No significant cellular change - Squamous atypia - HPV changes
Mild dysplasia	Class III	LSIL	CIN I / HPV infection
Moderate dysplasia	Class III	HSIL	CIN II
Severe dysplasia/ Carcinoma in situ	Class IV	HSIL	CIN III
SCCA/AdenoCA	Class V	SCCA/AdenoCA	SCCA/AdenoCA

Staging of cervix cancer

Stage	0	I	II	III	IV
Extent of tumor	Carcinoma in-situ	Confined to cervix	Disease beyond cervix but not to pelvic wall or lower 1/3 of vagina	Disease to pelvic wall or lower 1/3 vagina	Invades bladder rectum or metastasis
5-year survival	100%	85%	65%	35%	7%
Stage at presentation		47%	28%	21%	4%



แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

	การตรวจเซลล์วิทยา* (Pap smear หรือ liquid-based cytology)	HPV DNA testing
อายุที่เริ่มตรวจ	• 25 ปี ในสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว • 30 ปี ในสตรีที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	30 ปี โดยตรวจร่วมกับการตรวจเซลล์วิทยา
ความถี่	ทุก 2 ปี	ทุก 3 ปี
อายุที่หยุดตรวจ	>65 ปี ถ้าผลตรวจปกติติดต่อกัน 3 ครั้ง	>65 ปี ถ้าผลตรวจปกติติดต่อกัน 3 ครั้ง
สตรีที่ตัดมดลูกและปากมดลูกออกแล้วและไม่มีประวัติเป็น CIN หรือมะเร็งปากมดลูก ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรอง		
ในพื้นที่ที่การดำเนินการตรวจคัดกรองโดยเซลล์วิทยาไม่สามารถเชื่อมโยงกับการรักษาได้อย่างมีประสิทธิผล และ/หรือมีความครอบคลุมต่ำกว่าเป้าหมาย การตรวจคัดกรองโดยวิธี VIA และรักษาโดยวิธีจี้เย็น (อาจทำโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมและนิเทศงาน) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีช่วงอายุ 30-45 ปี โดยตรวจทุก 5 ปี ถ้าอายุมากกว่า 45 ปี ให้ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจเซลล์วิทยา		

อาการของมะเร็งปากมดลูก

- **มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกจะไม่มีอาการ !!!**
- มีเลือดออกผิดปกติ

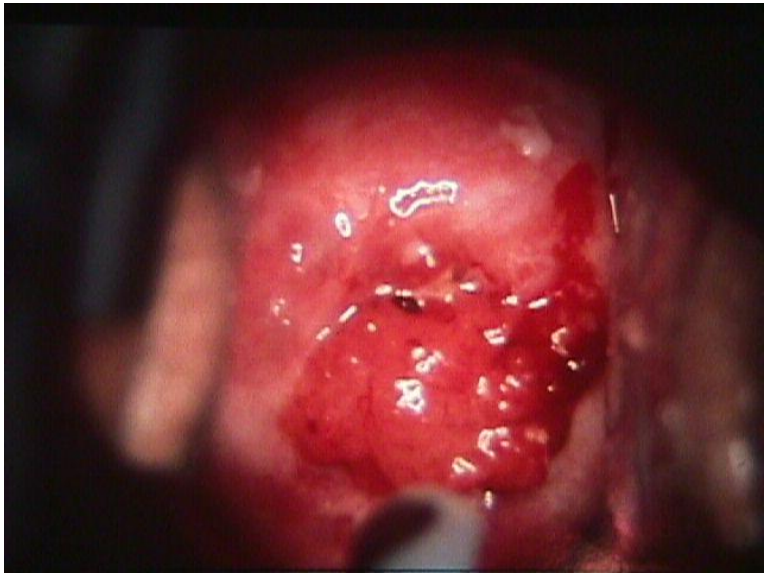
  เลือดออกหลังจากมีเพศสัมพันธุ์ (postcoital bleeding)

  เลือดออกหลังจากหมดประจำเดือนแล้ว

  ประจำเดือนมานานผิดปกติ
- มีอาการตกขาวซึ่งอาจจะมีเลือดปน
- มีอาการปวดท้องน้อย ขาบวม

  ปัสสาวะอุจจาระเป็นเลือด

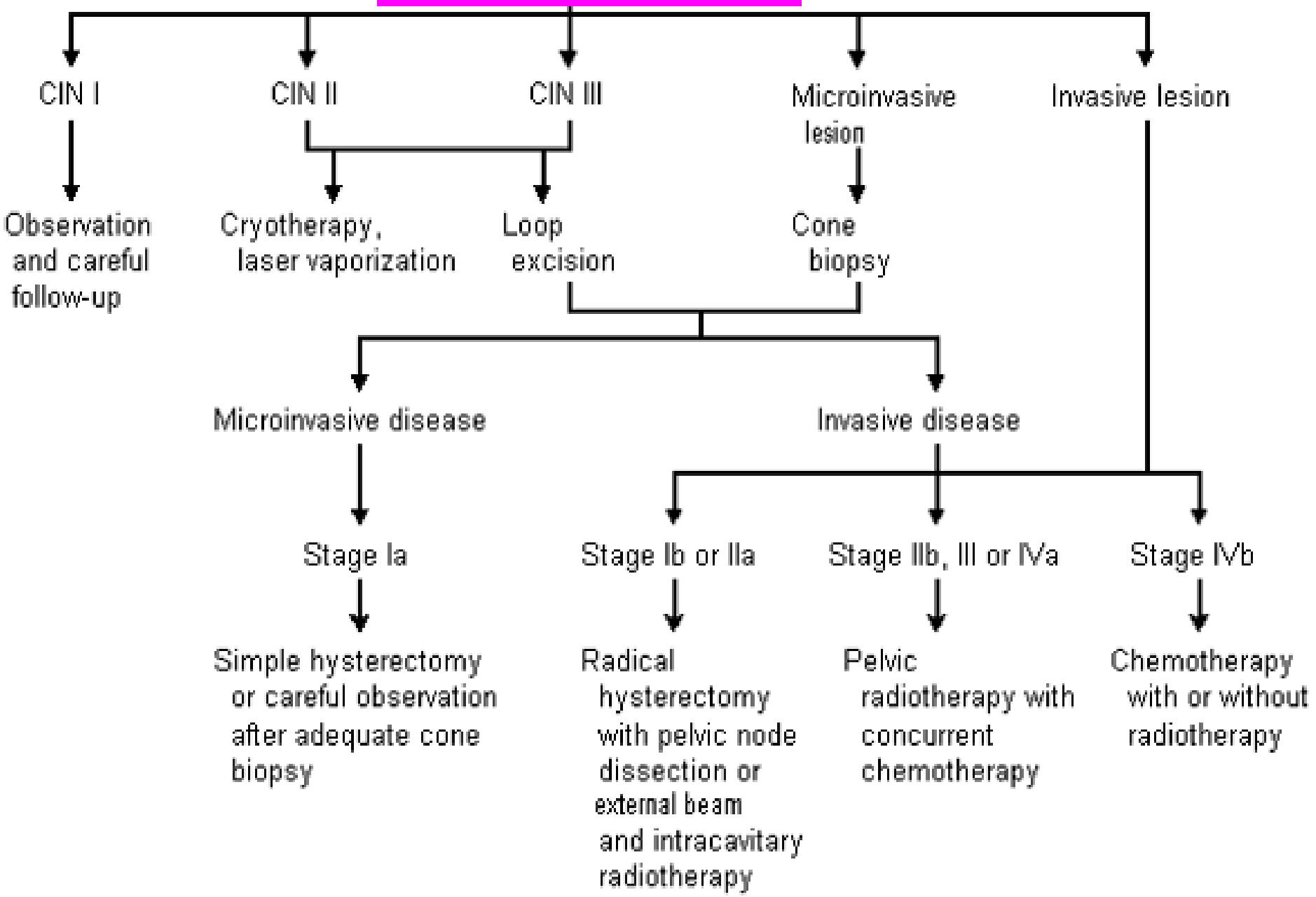
  ไอเหนื่อย คลำต่อมน้ำเหลืองโต

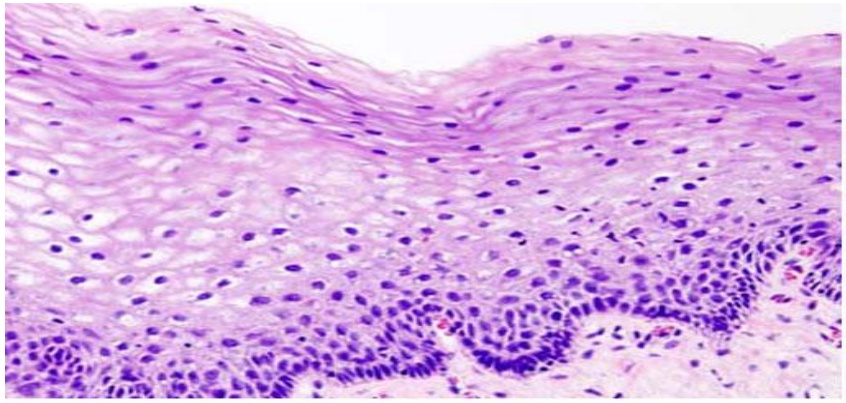


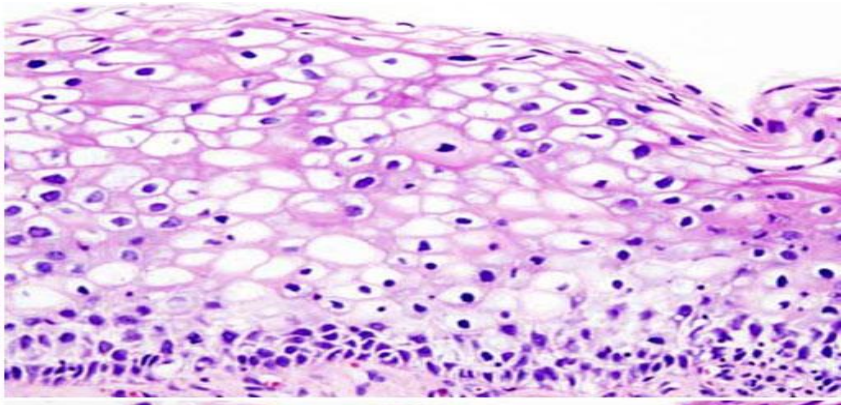
การวินิจฉัยโรค

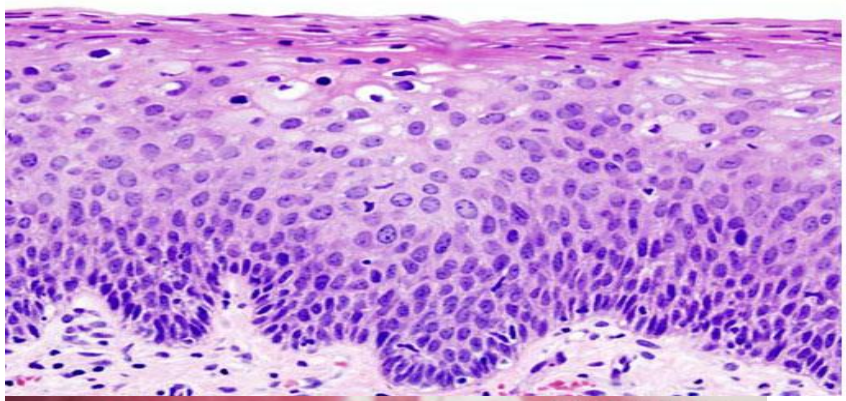
1. การตรวจภายใน (PV) หากหากพบก้อนผิดปกติที่ปากมดลูก แพทย์จะตรวจยืนยันโดยการตัดชิ้นเนื้อบางส่วนไป (Biopsy) ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
2. การตรวจทางเซลล์วิทยา (cytology) เป็นการตรวจภายในร่วมกับการเก็บเอาเซลล์บริเวณปาก มดลูกไปตรวจทางเซลวิทยา : pap smear / LBC
3. การตรวจด้วยกล้องขยาย colposcopy ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
4. การตรวจอื่นๆ ที่อาจช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การขูดภายในปากมดลูก (ECC) การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (LEEP) การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด (CKC :Conization)

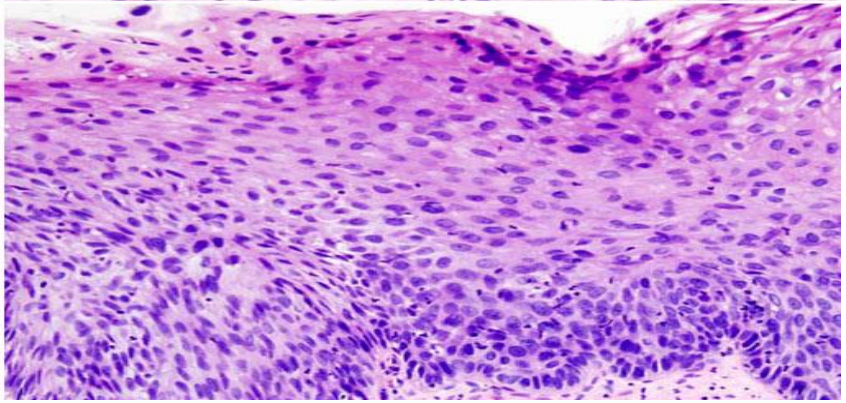
Cervical Biopsy

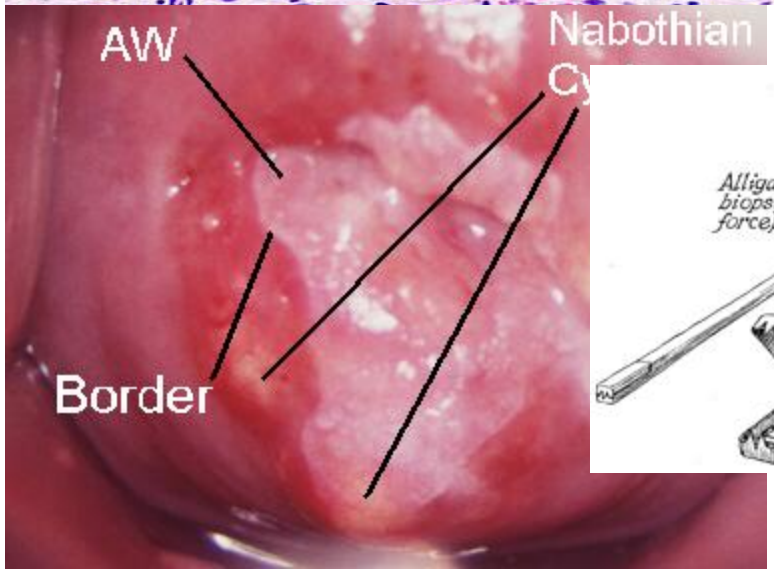


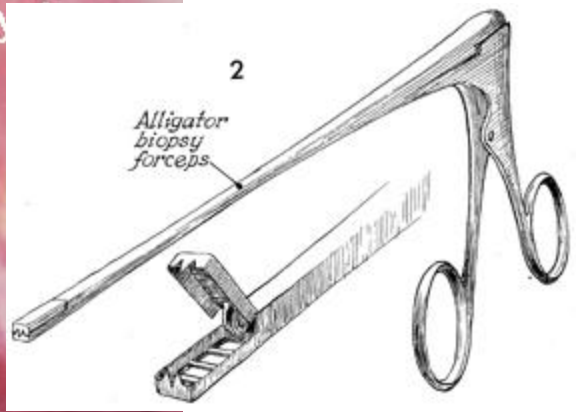









AW
Nabothian
Cy
Border


2
Alligator
biopsy
forceps

Cervical
cancer can
be prevented.
We're doing
something
about it.
Information / Support / Friends

Take Home Message

1. ระดับปฐมภูมิ **primary prevention** : ป้องกันที่ปัจจัยเสี่ยง

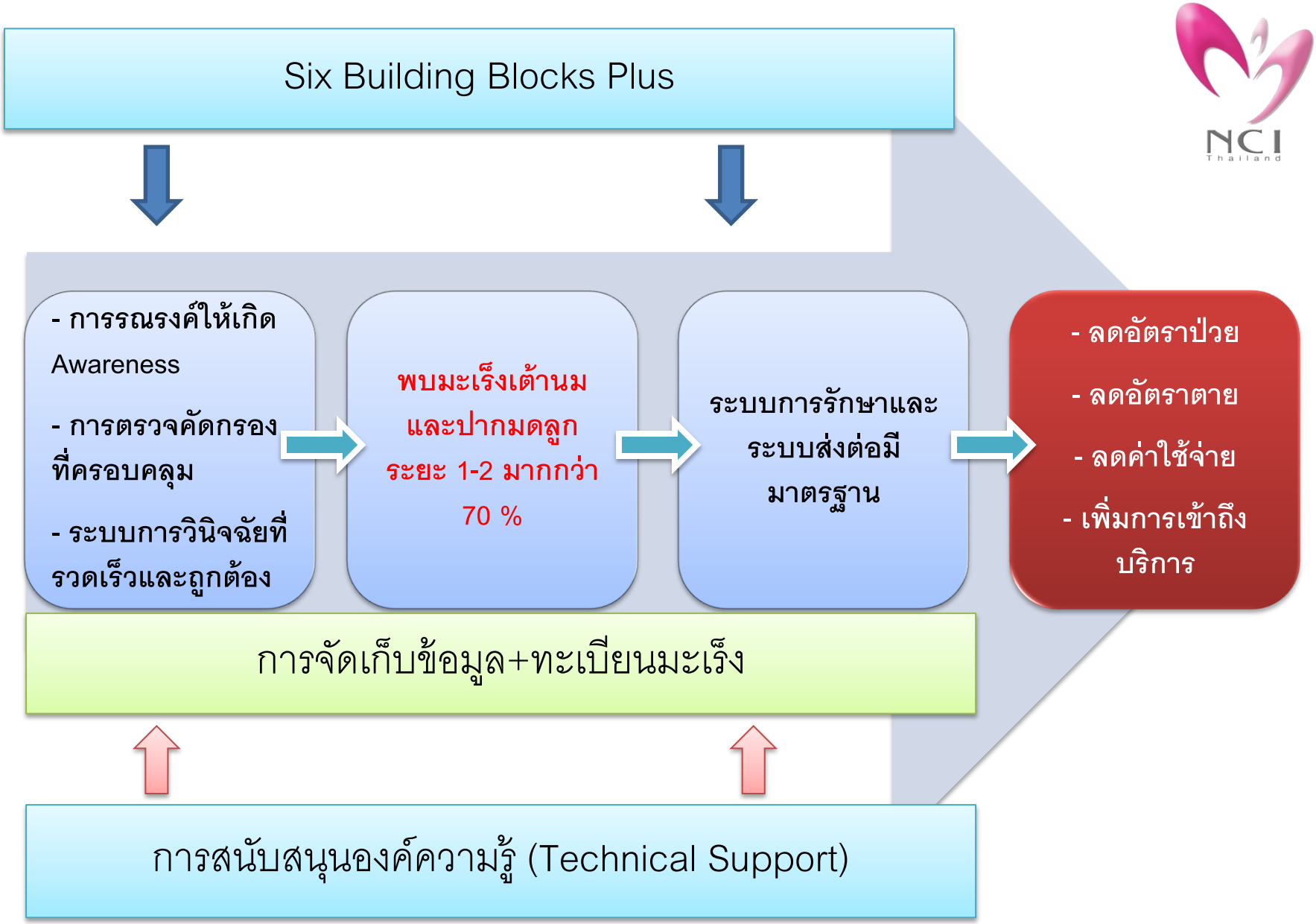
2. ระดับทุติยภูมิ **secondary prevention** : ตรวจค้นหาความผิดปกติ

3. ระดับตติยภูมิ **tertiary prevention** : รักษาให้หาย

Take Home Message

ประชาชนควรมี Awareness ด้านต่าง ๆ

1. Awareness ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งและสัญญาณของโรคมะเร็ง
2. Awareness ด้านการคัดกรองค้นหาและการวินิจฉัย
3. Awareness ด้านการรักษาที่ถูกค้อง ถูกเวลา



โครงการสนับสนุนเขตบริการลดระยะโรคมะเร็งเต้านมและปากมดลูก

Thank you for your attention

การรายงานผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก Bethesda 2001

Adequacy of smear for evaluation

Negative for intraepithelial lesion or malignancy

Epithelial cell abnormalities

hrHPV testing : LBC

Squamous cell

- Atypical squamous cells
  - of undetermined significance (ASC-US)
  - cannot exclude HSIL (ASC-H)
- Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)
  - encompassing HPV / mild dysplasia / CIN I
- High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)
  - encompassing moderate and severe dysplasia, CIS, CIN II and CIN III
- Squamous cell carcinoma (SCC)

Glandular cell

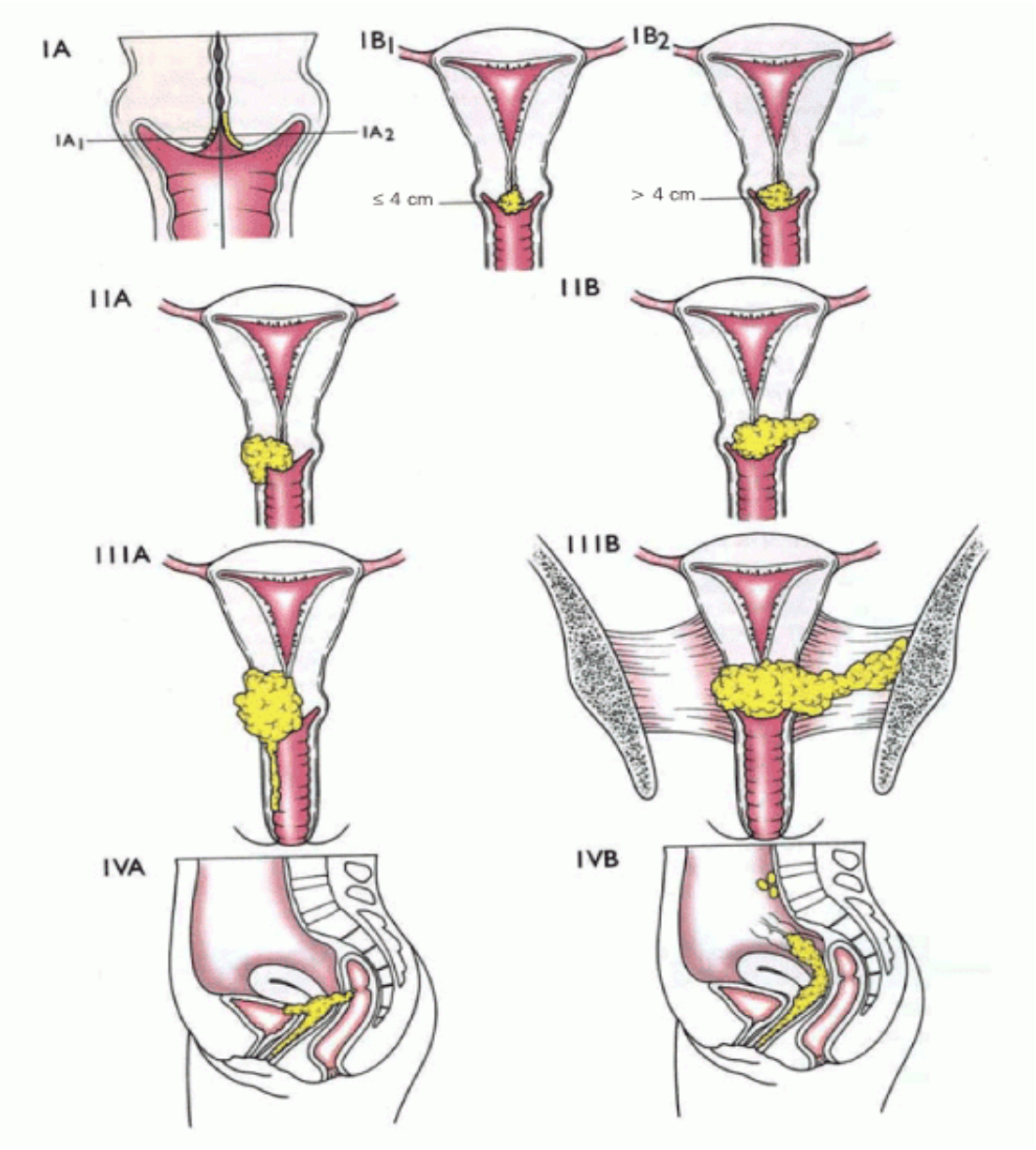
- Atypical glandular cells, not otherwise specified (AGC-NOS)
- Atypical glandular cells, favor neoplastic (AGC-FN)
- Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS)
- Adenocarcinoma

FIGO Staging of cervical cancer 2008

Stage I	The carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the corpus would be disregarded)
IA	Invasive carcinoma which can be diagnosed only by microscopy, with deepest invasion ≤5 mm and largest extension ≤7 mm
IA1	Measured stromal invasion of ≤3.0 mm in depth and extension of ≤7.0 mm
IA2	Measured stromal invasion of >3.0 mm and not >5.0 mm with an extension of not >7.0 mm
IB	Clinically visible lesions limited to the cervix uteri or pre-clinical cancers greater than stage IA[a]
IB1	Clinically visible lesion ≤4.0 cm in greatest dimension
IB2	Clinically visible lesion >4.0 cm in greatest dimension
Stage II	Cervical carcinoma invades beyond the uterus, but not to the pelvic wall or to the lower third of the vagina
IIA	Without parametrial invasion
IIA1	Clinically visible lesion ≤4.0 cm in greatest dimension
IIA2	Clinically visible lesion >4 cm in greatest dimension
IIB	With obvious parametrial invasion
Stage III	The tumor extends to the pelvic wall and/or involves lower third of the vagina and/or causes hydronephrosis or non-functioning kidney[b]
IIIA	Tumor involves lower third of the vagina, with no extension to the pelvic wall
IIIB	Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or non-functioning kidney
Stage IV	The carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy proven) the mucosa of the bladder or rectum. A bullous edema, as such, does not permit a case to be allotted to Stage IV
IVA	Spread of the growth to adjacent organs
IVB	Spread to distant organs

FIGO Staging

I	Cervical carcinoma confined to uterus (extension to corpus should be disregarded)
IA	Invasive carcinoma diagnosed only by microscopy. Stromal invasion with a maximum depth of 5.0 mm measured from the base of the epithelium and a horizontal spread of 7.0 mm or less. Vascular space involvement, venous or lymphatic, does not affect classification
IA1	Measured stromal invasion 3.0 mm or less in depth and 7.0 mm or less in horizontal spread
IA2	Measured stromal invasion more than 3.0 mm and not more than 5.0 mm with a horizontal spread 7.0 mm or less
IB	Clinically visible lesion confined to the cervix or microscopic lesion greater than T1a/IA2
IB1	Clinically visible lesion 4.0 cm or less in greatest dimension
IB2	Clinically visible lesion more than 4.0 cm in greatest dimension
II	Cervical carcinoma invades beyond uterus but not to pelvic wall or to lower third of vagina
IIA	Tumor without parametrial invasion
IIA1	Clinically visible lesion 4.0 cm or less in greatest dimension
IIA2	Clinically visible lesion more than 4.0 cm in greatest dimension
IIB	Tumor with parametrial invasion
III	Tumor extends to pelvic wall and/or involves lower third of vagina, and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney
IIIA	Tumor involves lower third of vagina, no extension to pelvic wall
IIIB	Tumor extends to pelvic wall and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney
IVA	Tumor invades mucosa of bladder or rectum, and/or extends beyond true pelvis (bullous edema is not sufficient to classify a tumor as T4)



FIGO : Clinical Staging

Physical examination[a]	Palpate lymph nodes
	Examine vagina
	Bimanual rectovaginal examination (under anesthesia recommended)
Radiologic studies[a]	Intravenous pyelogram
	Barium enema
	Chest x-ray
	Skeletal x-ray
Procedures[a]	Biopsy
	Conization
	Hysteroscopy
	Colposcopy
	Endocervical curettage
	Cystoscopy
	Proctoscopy
Optional studies[b]	Computerized axial tomography
	Lymphangiography
	Ultrasonography
	Magnetic resonance imaging
	Positron emission tomography
	Radionucleotide scanning
	Laparoscopy

[a] Allowed by the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO).
[b] Information that is not allowed by FIGO to change the clinical stage.

Definitions

Primary Tumor (T)

TNM CATEGORIES	FIGO STAGES	
TX		Primary tumor cannot be assessed
T0		No evidence of primary tumor
Tis*		Carcinoma in situ (preinvasive carcinoma)
T1	I	Cervical carcinoma confined to uterus (extension to corpus should be disregarded)
T1a**	IA	Invasive carcinoma diagnosed only by microscopy. Stromal invasion with a maximum depth of 5.0 mm measured from the base of the epithelium and a horizontal spread of 7.0 mm or less. Vascular space involvement, venous or lymphatic, does not affect classification
T1a1	IA1	Measured stromal invasion 3.0 mm or less in depth and 7.0 mm or less in horizontal spread
T1a2	IA2	Measured stromal invasion more than 3.0 mm and not more than 5.0 mm with a horizontal spread 7.0 mm or less
T1b	IB	Clinically visible lesion confined to the cervix or microscopic lesion greater than T1a/IA2
T1b1	IB1	Clinically visible lesion 4.0 cm or less in greatest dimension
T1b2	IB2	Clinically visible lesion more than 4.0 cm in greatest dimension
T2	II	Cervical carcinoma invades beyond uterus but not to pelvic wall or to lower third of vagina
T2a	IIA	Tumor without parametrial invasion
T2a1	IIA1	Clinically visible lesion 4.0 cm or less in greatest dimension
T2a2	IIA2	Clinically visible lesion more than 4.0 cm in greatest dimension
T2b	IIB	Tumor with parametrial invasion
T3	III	Tumor extends to pelvic wall and/or involves lower third of vagina, and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney
T3a	IIIA	Tumor involves lower third of vagina, no extension to pelvic wall
T3b	IIIB	Tumor extends to pelvic wall and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney
T4	IVA	Tumor invades mucosa of bladder or rectum, and/or extends beyond true pelvis (bullous edema is not sufficient to classify a tumor as T4)

Stage 0*	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage IA	T1a	N0	M0
Stage IA1	T1a1	N0	M0
Stage IA2	T1a2	N0	M0
Stage IB	T1b	N0	M0
Stage IB1	T1b1	N0	M0
Stage IB2	T1b2	N0	M0
Stage II	T2	N0	M0
Stage IIA	T2a	N0	M0
Stage IIA1	T2a1	N0	M0
Stage IIA2	T2a2	N0	M0
Stage IIB	T2b	N0	M0
Stage III	T3	N0	M0
Stage IIIA	T3a	N0	M0
Stage IIIB	T3b	Any N	M0
	T1–3	N1	M0
Stage IVA	T4	Any N	M0
Stage IVB	Any T	Any N	M1

Treatment of Cervical Cancer

Stage IA1	*≤3 mm invasion, no LVSI*	Conization or type I hysterectomy
	≤3 mm invasion, w/LVSI	Radical trachelectomy or type II radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy
IA2	*>3–5 mm invasion*	Radical trachelectomy or type II radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy
IB1	*>5 mm invasion, <2 cm*	Radical trachelectomy or type III radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy
	>5 mm invasion, >2 cm	Type III radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy
IB2		Type III radical hysterectomy with pelvic and para-aortic lymphadenectomy or primary chemoradiation
Stage IIA1, IIA2		Type III radical hysterectomy with pelvic and para-aortic lymphadenectomy or primary chemoradiation
IIB, IIIA, IIIB		Primary chemoradiation
Stage IVA		Primary chemoradiation or primary exenteration
IVB		Primary chemotherapy ± radiation

LVSI, lymphovascular space invasion.

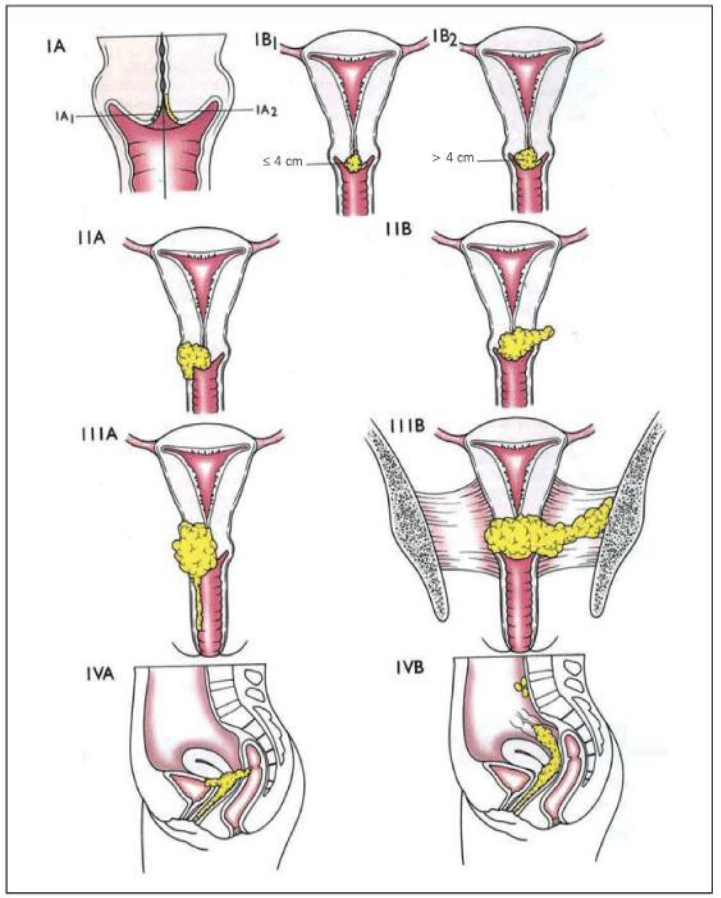
การรักษาตามระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก

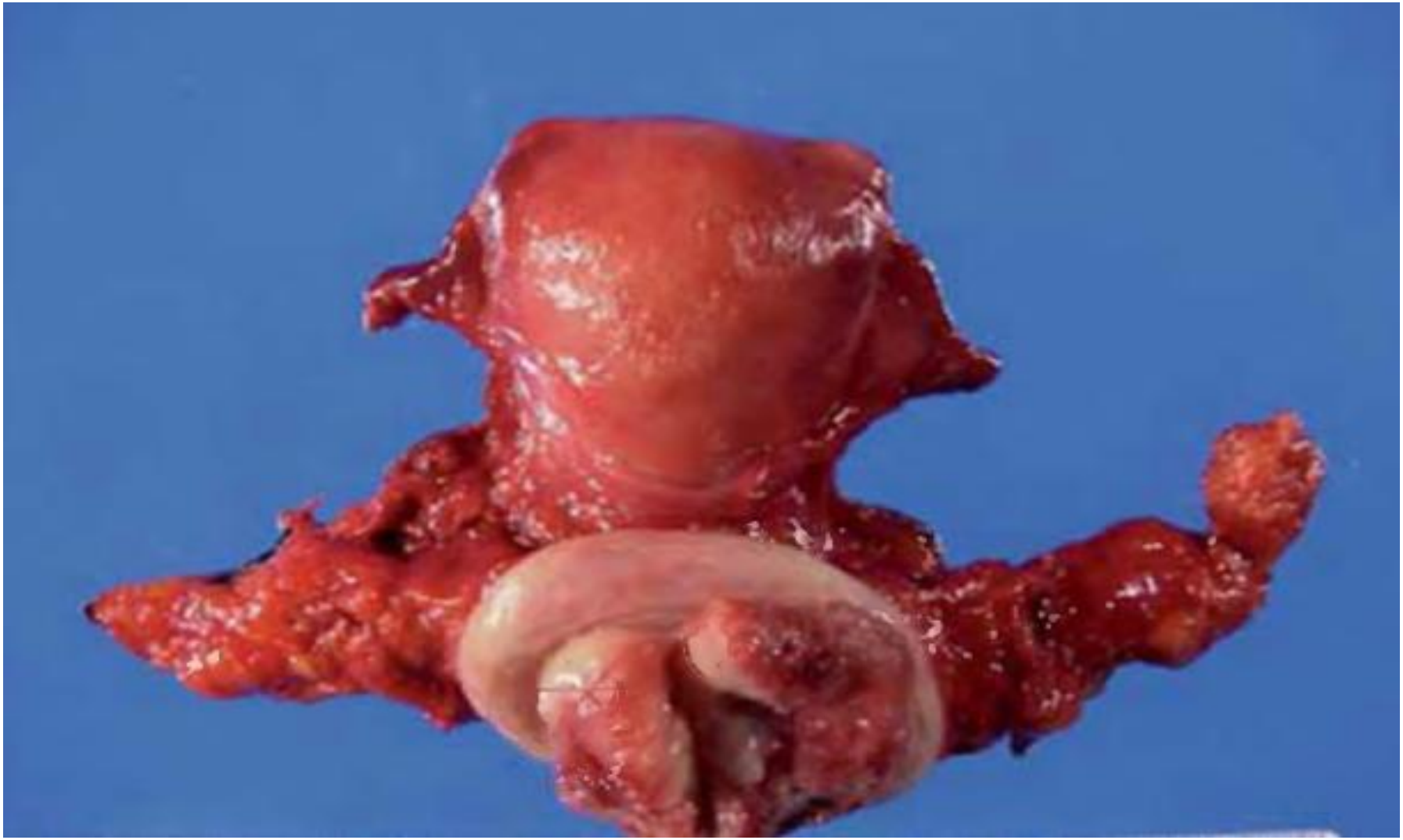
- ระยะที่ IA1 – IB1 : ผ่าตัด (surgery)
- ระยะที่ IB2 – IVA : รังสีรักษา

  (concurrent chemoradiation)
- ระยะที่ IVB : ยาเคมีบำบัด หรือ

  ให้การรักษาตามอาการ

(chemotherapy or palliative treatment)





Radical Hysterectomy Specimen

Berek & Novak's Gynecology 15th

Cervical Cancer : 5 yr-Survival Rate

Stage	5 year survival
IA1	97.5
IA2	94.8
IB1	89.1
IB2	75.7
IIA	73.4
IIB	65.8
IIIA	39.7
IIIB	41.5
IVA	22.0
IVB	9.3

Quinn MA ,et al. Int J Gynaecol Obstet. 2006