

ปัจจัยสัมพันธ์ต่อการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองรักแร้ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลสมุทรสาคร Relative Risk Factor of Axillary Lymph Node Metastasis in Early Breast Carcinoma, Samutsakhon Hospital

ทรงพล โพธิ์สุวรรณ, พ.บ.

ว.อนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา

ขจรศักดิ์ โภคสมบัติ, พ.บ.

ว.สาขาศัลยศาสตร์

ศศิมา หยิบทรงศิริกุล, พ.บ.

ว.สาขาศัลยศาสตร์

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร,

จังหวัดสมุทรสาคร

Songpol Phosuwan, M.D.

Dip., Thai Subspecialty Board of Surgical Oncology

Khajohnsak Bhocksombud, M.D.

Dip., Thai Board of Surgery

Sasima Yibsongsirikul, M.D.

Dip., Thai Board of Surgery

Surgical Department Samutsakhon Hospital,

Samutsakhon

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาอุบัติการณ์และวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตรวจพบมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองรักแร้จากผลทางพยาธิวิทยาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2564 จำนวนทั้งสิ้น 303 ราย ศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลจากภาพรังสีวินิจฉัย ลักษณะทางพยาธิวิทยา ชนิดของการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ นำข้อมูลที่ได้มาหาอุบัติการณ์ของมะเร็งที่กระจาย ไปยังต่อมน้ำเหลืองรักแร้ โดยแยกเป็นข้อมูล จากการผ่าตัดแบบเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ทั้งหมด Axillary lymph node dissection (ALND) กับการผ่าตัดแบบเลาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล Sentinel lymph node biopsy (SLNB) และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Pearson Chi-square และ Fisher exact test ผลการศึกษา พบว่า มีการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลือง โดยวิธี ALND ร้อยละ 74.2 และ และโดยวิธี SLNB ร้อยละ 25.8 ไม่พบการกระจายของมะเร็ง ไปยังต่อมน้ำเหลืองจากผลทางพยาธิวิทยา (pN0) คิดเป็นร้อยละ 51.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 77.1 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ SLNB สำหรับผู้ป่วยที่ผลตรวจต่อมน้ำเหลืองทางคลินิกเป็นปกติ (cN0) และผลตรวจทางพยาธิวิทยาเป็น pN0 คิดเป็นร้อยละ 63.1 ตำแหน่งที่พบมะเร็งบ่อยที่สุด คือ ด้านนอกฝั่งบนของเต้านม คิดเป็นร้อยละ 53.6

ก้อนมะเร็งส่วนใหญ่มีขนาด 2-5 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 48.6 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการพบมะเร็งกระจายมายังต่อมน้ำเหลืองรักแร้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ได้แก่ ขนาดมะเร็งเต้านมที่ใหญ่ขึ้น ต่อมน้ำเหลืองที่รูปร่างทรงกลม และมีลักษณะมะเร็งลุกลามเข้าระบบท่อน้ำเหลือง โดยสรุปการตรวจร่างกาย การตรวจทางรังสี และผลตรวจทางพยาธิวิทยาเบื้องต้น เพื่อประเมินการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองรักแร้เป็นสิ่งที่ควรทำก่อนการผ่าตัดเพื่อเลือกวิธีการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านม, การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้, การกระจายของเซลล์มะเร็งไปต่อมน้ำเหลือง

Abstract

The objective of this research was to study the incidence of lymph node metastasis and the associated factors in early-stage breast cancer in Samutsakhon Hospital. A retrospective descriptive study included 303 patients who underwent mastectomy with lymph node dissection in the surgical department of Samutsakhon Hospital from 1 January 2016 to 31 December 2021. The patient epidemiology, radiologic data, type of procedures, and pathology report data were collected from medical records to evaluate the incidence of lymph node metastasis in each patient group and to analyze the associated factors utilizing Pearson's Chi-square test and Fisher's exact test. There were patients who underwent axillary lymph node dissection (ALND) 74.2% and sentinel lymph node biopsy (SLNB) 25.8%. Pathological node-negative (pN0) incidence was 51.2% of all patients and 77.1% of SLNB patients. The incidence of clinical node-negative (cN0) patients who had pathological node-negative (pN0) was 63.1%. The most common location was the upper-outer quadrant, and the size was mainly 2-5 cm. The increased size of the mass, the round-shaped lymph node, and lymphovascular invasion were statistically significantly associated with axillary lymph node metastasis. In conclusion, Physical radiological examination and preoperative pathological report are essential to evaluate the preoperative lymph node status in order to consider the appropriate type of axillary management.

Keywords : breast cancer, axillary management, axillary lymph node metastasis

บทนำ

มะเร็งเต้านมพบได้ร้อยละ 39.4 ของมะเร็งของผู้หญิง เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงไทย โดยร้อยละ 44.0 พบเป็นมะเร็งระยะที่หนึ่งและระยะที่สอง¹ สำหรับมาตรฐานการรักษา คือ การผ่าตัดเต้านมร่วมกับ การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้เพื่อตรวจหาการลุกลาม ด้วยวิธีการ axillary lymph node dissection (ALND)²⁻³ การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ จะช่วยให้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยแม่นยำขึ้น สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น แต่ไม่ได้เพิ่มอัตราการรอดของผู้ป่วย⁴ นอกจากนี้การเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนตามหลังการผ่าตัดได้ เช่น ท่อน้ำเหลืองบริเวณต้นแขนอุดตัน ไส้ติ่งจากการมีพังผืดบริเวณแผลที่รักแร้ เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดปัญหาและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁵⁻⁶ ในระยะต่อมาจึงเริ่มมีวิธีการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองแบบเซนติเนล sentinel lymph node biopsy (SLNB) ในผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบการกระจายมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลืองรักแร้ก่อนการผ่าตัด (cNO) โดยวิธีการรักษานี้ พบอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคบริเวณรักแร้และอัตราการรอดชีวิตไม่แตกต่างจากการรักษาแบบเดิม⁷⁻¹¹ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยยังมีผลข้างเคียงน้อยกว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ส่งผลให้ปัจจุบันการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลจัดอยู่ในการผ่าตัดมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น โดยหากผลการตรวจ SLNB เป็นลบ จะไม่ต้องผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองส่วนที่เหลือออก แต่หากผลเป็นบวกจะทำการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ส่วนที่เหลือออกทั้งหมด ซึ่งสามารถผ่าตัดในครั้งเดียวกันได้ และในบางกรณีแม้ผลเป็นบวกผู้ป่วยอาจไม่ต้องได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เหลือออก หากเข้าเกณฑ์การรักษาที่กำหนดไว้ได้แก่ ก้อนมะเร็งขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองไม่เกิน 2 ต่อมน และการเป็นผ่าตัดแบบสงวนเต้าที่มีแผนฉายแสงรังสีร่วมรักษาหลังการผ่าตัด¹²⁻¹³

โรงพยาบาลสมุทรสาครเป็นโรงพยาบาลจังหวัด ขนาด 626 เตียง เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่สุดในจังหวัดสมุทรสาคร มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งอันดับหนึ่งของประชากรผู้หญิงในจังหวัด พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ตรวจพบการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองจากผลทางพยาธิวิทยา แม้ว่าการตรวจต่อมน้ำเหลืองทางคลินิกจะเป็นปกติ ทางผู้วิจัย จึงมีความสนใจและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ทั้งวิธี ALND และ SLNB ในช่วง ปี 2559 ถึง ปี 2564 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อหาอุบัติการณ์และวิเคราะห์หาปัจจัยสัมพันธ์ต่อการตรวจพบการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองจากผลทางพยาธิวิทยา (pN+) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ในการมาใช้ประโยชน์เพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด อันจะส่งผลให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้อีกทางหนึ่ง

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบ	การวิจัยเชิงพรรณนา
ประชากร	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่ได้เข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 จำนวนทั้งสิ้น 303 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า : ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่เข้ารับการผ่าตัดก่อนมะเร็ง
และเลาะต่อมน้ำเหลือง

เกณฑ์การคัดออก : ผู้ป่วยที่ภายหลังการผ่าตัดทราบว่าไม่ได้วินิจฉัยเป็นมะเร็ง
ได้รับยาเคมีบำบัด ยาต้านฮอร์โมน หรือยาพุ่งเป้า ก่อนการผ่าตัด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมจากข้อมูลในระบบ HOSxP และ PACSH ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ระยะเริ่มต้นที่เข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2567 และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน 2567 ถึง 24 กันยายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ
2. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับมะเร็ง ได้แก่ ระยะของมะเร็งทางคลินิก เกรดของเซลล์มะเร็ง ตำแหน่งของมะเร็ง ลักษณะทางรังสีวินิจฉัย ลักษณะทางพยาธิวิทยาของมะเร็งและต่อมน้ำเหลือง
3. ชนิดของการรักษา แบ่งเป็นการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองแบบทั้งหมด และเลาะต่อมเซนติเนล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดย Pearson's chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและลักษณะของมะเร็ง

จากผลการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้ารับการผ่าตัดจำนวนทั้งหมด 303 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 99.7 และเพศชายร้อยละ 0.3 อายุตั้งแต่ 30 ปี ถึง 88 ปี อายุโดยเฉลี่ย 54.7 ปี ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่สอง คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาเป็นมะเร็งระยะที่หนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 28.0 ตามด้วยมะเร็งระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 14.5 และเป็นกลุ่มมะเร็งระยะศูนย์ (ductal carcinoma in situ) คิดเป็นร้อยละ 0.7 ขนาดของก้อนมะเร็งอยู่ในช่วง 2-5 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมา มีขนาดน้อยกว่า 2 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 32.0 พบว่า ระยะของต่อมน้ำเหลืองตามการตรวจพบทางคลินิกส่วนใหญ่มีผลตรวจต่อมน้ำเหลือง

เป็นปกติ ร้อยละ 73.6 ส่วนผลตรวจระยะของต่อมน้ำเหลืองตามการตรวจพบทางพยาธิวิทยา ผลตรวจต่อมน้ำเหลืองเป็นปกติ ร้อยละ 51.2 และไม่มีลักษณะของมะเร็งลุกลามเข้าระบบ ต่อมน้ำเหลืองการตรวจทางพยาธิวิทยา ร้อยละ 66.3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	302	99.7
- ชาย	1	0.3
ระยะมะเร็งทางคลินิก (Clinical stage)		
- ระยะที่ศูนย์ (ductal carcinoma in situ)	2	0.7
- ระยะที่หนึ่ง	85	28.0
- ระยะที่สอง	172	56.8
- ระยะที่สาม	44	14.5
ขนาดของก้อนมะเร็งทางคลินิก (T stage)		
- T0 (ductal carcinoma in situ)	6	2.0
- T1	97	32.0
- T2	144	47.5
- T3	24	8.0
- T4	25	8.2
- N/A*	7	2.3
ระยะของต่อมน้ำเหลืองตามการตรวจพบทางคลินิก (cN)		
- cN0	223	73.6
- cN1	63	20.8
- cN2	13	4.3
- cN3	4	1.3

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงข้อมูลที่ศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะของต่อมน้ำเหลืองตามการตรวจพบทางพยาธิวิทยา (pN)		
- pN0	155	51.2
- pN1	85	28.0
- pN2	36	11.9
- pN3	27	8.9
มะเร็งลุกลามเข้าระบบท่อน้ำเหลือง (Lymphovascular invasion)		
- พบ	89	29.4
- ไม่พบ	201	66.3
- N/A*	13	4.3

*N/A = ไม่พบข้อมูล (Not available)

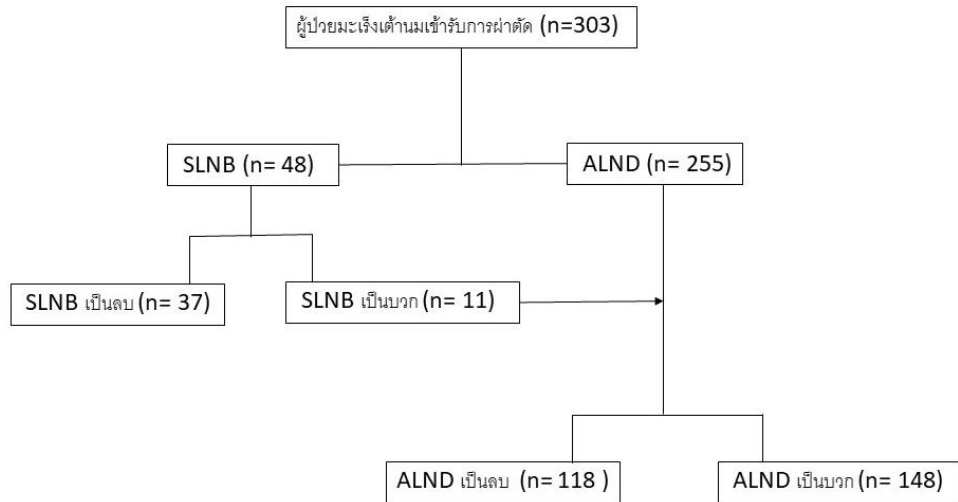
2. ชนิดของการผ่าตัดเตาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้

จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทั้งหมด 303 ราย แบ่งเป็นการผ่าตัดเตาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ SLNB 48 ราย กับ ALND 255 ราย โดยในกลุ่ม SLNB ไม่พบมะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล 37 ราย (pN0) คิดเป็นร้อยละ 77.1 ส่วนผู้ป่วยที่พบมะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล จำนวน 11 ราย ได้รับการผ่าตัด ALND ตามหลัง

สำหรับกลุ่มที่ผ่าตัด ALND มีผู้ป่วยที่ผลตรวจทางพยาธิวิทยาไม่พบมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ (pN0) จำนวน 118 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 ของผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบ ALND และเป็นร้อยละ 51.2 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด ดังแสดงในภาพที่ 1

และหากพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่ผลตรวจต่อมน้ำเหลืองทางคลินิกเป็นปกติ (cN0) ที่มีอยู่จำนวน 223 คน มีผลการผ่าตัดที่ไม่พบมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ (pN0) มากถึง 141 คน คิดเป็นร้อยละ 63.1 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้

ภาพที่ 1 แสดงจำนวนและผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม
ต่อมน้ำเหลืองรักแร้



3. ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของมะเร็ง ลักษณะทางรังสีวินิจฉัย และ ลักษณะทางพยาธิวิทยากับการตรวจพบมะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองรักแร้ทางพยาธิ วิทยา

พบว่ากรณีที่ต่อมน้ำเหลืองที่มีรูปร่างเป็นทรงกลม ระยะของก้อนมะเร็งตั้งแต่ T2 (ก้อนขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร) การลุกลามเนื้อเยื่อข้างเคียง และลักษณะพยาธิวิทยาพบการลุกลามของมะเร็งเข้าสู่ระบบท่อน้ำเหลือง lymphovascular invasion (LVI) ล้วนมีความสัมพันธ์กับการกระจายของมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลืองรักแร้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

สำหรับตำแหน่งของมะเร็งบนเต้านม มะเร็งแบ่งตามเกรดไม่มีความสัมพันธ์กับการกระจายของมะเร็งมาต่อมน้ำเหลืองรักแร้ ($p < 0.139$) และ ($p = 0.259$) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะที่ศึกษากับการพบมะเร็งกระจาย
ไปยังต่อมน้ำเหลืองรักแร้

ลักษณะที่ศึกษา	การพบมะเร็งกระจาย ไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้		p-value
	พบการกระจาย	ไม่พบการกระจาย	
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
รูปทรงต่อมน้ำเหลืองจากการตรวจทางรังสีวินิจฉัย (n=267)			<0.01*
- ทรงรี	26 (12.4)	183 (87.6)	
- ทรงกลม	48 (82.5)	10 (17.5)	
ระยะของก้อนมะเร็งทางคลินิก (T stage) (n=296)			<0.01*
- T0 (ductal carcinoma in situ)	0 (0.0)	6 (100.0)	
- T1 (ก้อนขนาดน้อยกว่า 2 cm.)	15 (15.5)	82 (84.5)	
- T2 (ก้อนขนาด 2 ถึง 5 cm.)	37 (25.7)	107 (74.3)	
- T3 (ก้อนขนาดมากกว่า 5 cm.)	9 (37.5)	15 (62.5)	
- T4 (การลุกลามเนื้อเยื่อข้างเคียง)	19 (76.0)	6 (24.0)	
มะเร็งแบ่งตามเกรด (n=286)			0.259*
- เกรด 1	3 (12.5)	21 (87.5)	
- เกรด 2	34 (27.6)	89 (72.4)	
- เกรด 3	39 (28.1)	100 (71.9)	
มะเร็งลุกลามเข้าระบบท่อน้ำเหลือง (Lymphovascular invasion) (n=290)			<0.01**
- พบ	39 (43.8)	50 (56.2)	
- ไม่พบ	36 (17.9)	165 (82.1)	
ตำแหน่งของมะเร็งบนเต้านม (n=292)			0.139*
- UIQ	38 (57.6)	10 (20.8)	
- LIQ	16 (80)	4 (20)	
- LOQ	24 (70.6)	10 (29.4)	
- UOQ	118 (75.2)	39 (24.8)	
- Center and any site	19 (57.6)	14 (42.4)	

*Fisher's Exact Test, **Pearson's Chi-square Test

วิจารณ์ผล

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นส่วนมากมักยังไม่มีการกระจายไปที่รักแร้ตั้งแต่แรกเริ่ม ทำให้การเลาะต่อมน้ำเหลืองแบบ SLNB มีการใช้อย่างแพร่หลายและมีการขยายข้อบ่งชี้ออกไปมากยิ่งขึ้น ดังแสดงให้เห็นจากงานวิจัยของ Veronesi⁷ ซึ่งนำเสนอผลการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมในผู้ป่วยที่มีขนาดก้อนมะเร็งไม่เกิน 2 เซนติเมตร โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองแบบ SLNB ร่วมกับ ALND และอีกกลุ่ม ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองแบบ SLNB อย่างเดียว พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองรักแร้จากผลทางพยาธิวิทยา (pN0) คิดเป็น ร้อยละ 68.0 และ 65.0 ตามลำดับ

สำหรับข้อมูลจากการศึกษาของผู้วิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ALND ทั้งหมด มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาไม่พบการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN0) คิดเป็นร้อยละ 44.4 เมื่อพิจารณาเฉพาะในผู้ป่วยที่ผลตรวจต่อมน้ำเหลืองทางคลินิกเป็นปกติ (cN0) มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ALND ยังคงมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาไม่พบมะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ (pN0) สูงถึงร้อยละ 63.1 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ ดังที่กล่าวมา^{7, 16} และเมื่อมีการคัดเลือก กลุ่มผู้ป่วย cN0 เข้ารับการผ่าตัดแบบ SLNB ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลตรวจทางพยาธิวิทยาไม่พบมะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ (pN0) อยู่ถึงร้อยละ 77.1 แสดงให้เห็นว่าการประเมินความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองก่อนผ่าตัดนั้นเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นส่วนมาก ไม่พบว่ามีกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายจึงไม่จำเป็นต้องเข้ารับการเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ออกทั้งหมด การให้ความสำคัญกับตรวจร่างกายและการตรวจทางรังสีเพื่อประเมินการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองรักแร้เป็นสิ่งที่ควรทำก่อนการผ่าตัด เพราะอาจจะลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁶ ข้อสังเกตสำคัญอีกอย่างหนึ่งของงานวิจัยนี้ คือ การไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของมะเร็งบนเต้านมกับการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Veronesi⁷ โดยการพบก้อนมะเร็งอยู่ใกล้รักแร้ ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้แต่อย่างใด

สำหรับรายงานวิจัยนี้พบว่า ขนาดของก้อนมะเร็งเต้านมมากกว่า 2 เซนติเมตร การลุกลามเนื้อเยื่อข้างเคียง การพบต่อมน้ำเหลืองรักแร้มีรูปร่างกลม และผลทางพยาธิวิทยาที่พบการลุกลามของมะเร็งเข้าระบบท่อน้ำเหลืองในชั้นเนื้อมะเร็งก่อนการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการพบมะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับข้อมูลที่มีการรายงานมาก่อนหน้านี้ของ Yoshihara¹⁴ และ Guo¹⁵

ในรายงานการทบทวนอย่างเป็นระบบโดย Zahoor¹⁶ รวบรวมผลงานวิจัย 6 ฉบับสำคัญ จำนวนผู้ป่วยรวม 8,864 ราย ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก้อนใหญ่มากกว่า 2 เซนติเมตร และไม่มีลักษณะทางคลินิกของมะเร็งเต้านมอีกเสบ มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองก่อนการผ่าตัด ได้เปรียบเทียบผลการผ่าตัดระหว่างวิธี ALND กับ SLNB พบว่าภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น แขนบวมจากท่อน้ำเหลืองอุดตัน อาการขาใต้ท้องแขน ภาวะไหล่ติด และภาวะคั่งของน้ำเหลืองใต้แผลผ่าตัด เป็นต้น เกิดขึ้นน้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ SLNB โดยทั้ง 2 วิธีที่ไม่มีความแตกต่างของอัตราการรอดชีวิตและมะเร็งกลับเป็นซ้ำแต่อย่างใด

สรุป

ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกวิธีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ การตรวจร่างกายและการตรวจทางรังสี เพื่อประเมินการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองรักแร้เป็นสิ่งที่ควรทำก่อนการผ่าตัดโดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ให้สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างรอบคอบ ศัลยแพทย์ควรพิจารณาถึงประโยชน์ของผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนของการรักษาเป็นสำคัญ เพื่อให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Center Institute Department of Medical Services Minister of Public Health Thailand. Hospital-Base Cancer Registry Annual Report 2016. Bangkok: Information Technology Division National Cancer Institute; 2018.
2. Auchincloss H. Significant of Location and Number of Axillary Metastases in Carcinoma of The Breast. Ann Surg 1963;158:37-46.
3. Madden JL, Kandalaft S, Bourque RA. Modified radical mastectomy. Ann Surg. 1972;175:624-34.
4. Fisher B, Slack N, Katrych D, Wolmark N. Ten year follow-up results of patients with carcinoma of the breast in a co-operative clinical trial evaluating surgical adjuvant chemotherapy. Surg Gynecol Obst. 1975;140:528-34.
5. Roses DF, Brooks AD, Harris MN, Shapiro RL, Mitnick J. Complications of level I and II axillary dissection in the treatment of carcinoma of the breast. Ann Surg. 1999;230:194-201.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

6. Warmuth MA, Bowen G, Prosnitz LR, Chu L, Broadwater G, Peterson B, Leight G, et al. Complications of axillary lymph node dissection for carcinoma of the breast: a report based on a patient survey. *Cancer: Inter J Amer Cancer Society.* 1998;83:1362-8.
7. Veronesi U, Paganelli G, Viale G, Luini A, Zurrada S, Galimberti V, et al. Sentinel-lymph-node biopsy as a staging procedure in breast cancer: update of a randomised controlled study. *Lancet Oncol.* 2006;7:983-90.
8. Krag DN, Anderson SJ, Julian TB, Brown AM, Harlow SP, Ashikaga T, et al. Technical outcomes of sentinel-lymph-node resection and conventional axillary-lymph-node dissection in patients with clinically node-negative breast cancer: results from the NSABP B-32 randomised phase III trial. *Lancet Oncol.* 2007;8:881-8.
9. Gill PG. Sentinel lymph node biopsy versus axillary clearance in operable breast cancer: The RACS SNAC trial, a multicenter randomized trial of the Royal Australian College of Surgeons (RACS) Section of Breast Surgery, in collaboration with the National Health and Medical Research Council Clinical Trials Center. *Ann Surg Oncol.* 2004;11:2165-215.
10. Mansel RE, Fallowfield L, Kissin M, Goyal A, Newcombe RG, Dixon JM, et al. Randomized multicenter trial of sentinel node biopsy versus standard axillary treatment in operable breast cancer: the ALMANAC Trial. *J Natl Cancer Inst.* 2006;98:599-609.
11. Purushotham AD, Upponi S, Klevesath MB, Bobrow L, Millar K, Myles JP, et al. Morbidity after sentinel lymph node biopsy in primary breast cancer: results from a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2005;23:4312-21.
12. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, Beitsch PD, Whitworth PW, Blumencranz PW, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2011;305:569-75.
13. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer [internet] v2.2024. [cited 2024 May 13. Available from: www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

14. Yoshihara E, Smeets A, Laenen A, Reynders A, Soens J, Van Ongeval C, et al. Predictors of axillary lymph node metastases in early breast cancer and their applicability in clinical practice. *Breast*. 2013;22:357-61.
15. Guo Q, Dong Z, Zhang L, Ning C, Li Z, Wang D, et al. Ultrasound features of breast cancer for predicting axillary lymph node metastasis. *J Ultrasound Med*. 2018;37:1345-53.
16. Zahoor S, Haji A, Battoo A, Qurieshi M, Mir W, Shah M. Sentinel lymph node biopsy in breast cancer: a clinical review and update. *J breast cancer*. 2017;20:217-27.