

การผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีสงวนเต้านมโดยใช้กล้ามเนื้อแลทิสซิมุส ดอร์ไซทดแทน :

รายงานผู้ป่วย 4 ราย

(Lumpectomy, Immediate Breast Reconstruction with Latissimus Dorsi Flap : 4 Cases Report)

ชเนศ คุณิตสุนทรกุล พ.บ.*

บทคัดย่อ

รายงานเทคนิคการผ่าตัดและผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 4 รายในโรงพยาบาลพิจิตรระหว่าง 12 พฤศจิกายน 2549 – 26 เมษายน 2550 ที่ได้รับการผ่าตัดแบบสงวนเต้านมโดยใช้กล้ามเนื้อหลังเพื่อทดแทนส่วนของเนื้อเต้านมส่วนที่เป็นเนื้อร้ายที่ถูกตัดออกไป โดยผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 38 - 67 ปี เนื้อร้ายที่ปรากฏเป็นชนิด ductal carcinoma in situ 1 ราย และ invasive ductal carcinoma 3 ราย มีขนาดก้อนอยู่ระหว่าง 2 - 2.8 เซนติเมตร มีการลุกลามไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้อยู่ 1 ราย ทุกรายได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษา และมีผลลัพธ์ที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านม, การผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้านม, การย้ายกล้ามเนื้อโดยใช้กล้ามเนื้อแลทิสซิมุส ดอร์ไซ

Abstract

This report presented technique and results of 4 breast cancer patients in Phichit hospital, during 12 November 2006 to 26 April 2007, received breast conservation therapy (lumpectomy with latissimus dorsi flap with or without sentinel lymph node dissection). Patients' age are 38-67 years old and tumors size are 2-2.8 centimeters. One was ductal carcinoma in situ and the rest were invasive ductal carcinoma which one of them had metastasis to axillary lymph node. Everyone finished treatment program, no complication, excellent results.

Keywords : Breast cancer, Breast conservation therapy, Latissimus dorsi flap.

บทนำ

ปัจจุบันมะเร็งเต้านมพบได้บ่อยเป็นอันดับที่หนึ่งของมะเร็งที่พบในสตรีไทยในเขตกรุงเทพมหานคร

* นายแพทย์ 8 กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพิจิตร

และภาคกลาง และถึงแม้มะเร็งเต้านมจะพบอุบัติการณ์โดยรวมทั้งประเทศเป็นอันดับสองรองจาก มะเร็งปากมดลูก แต่ก็มีแนวโน้มที่สูงขึ้นมาก และอาจจะมากเป็นอันดับหนึ่งในอนาคตข้างหน้า เช่นเดียวกับในเขตกรุงเทพมหานคร และภาคกลาง จากการตื่นตัวของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการที่ขบวนการตรวจวินิจฉัย และรักษาที่ได้พัฒนาขึ้นมาก ทำให้การตรวจพบและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของมะเร็งสูงขึ้น มีอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมลดลง หรือมีผู้ป่วยอยู่รอดหลังการรักษามากขึ้น ดังนั้นความคิดแบบดั้งเดิมของศัลยแพทย์ที่แนะนำผู้ป่วยให้ตัดเต้านมทิ้งไปให้หมดเพื่อรักษาชีวิตไว้ก่อนความสวยงามเอาไว้ทีหลัง คงจะไม่ถูกต้องกับทิศทางการตื่นตัวนี้ การรักษาจึงต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตและประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยควรจะได้รับเป็นสำคัญ

การผ่าตัดโดยการตัดเฉพาะเนื้อร้ายออก ทำให้เกิดรูปทรงที่เสียไป การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมตำแหน่งที่ตัดออกไป หรือ Breast conservative therapy (BCT)^{1,2,3} ทำกันมากขึ้น และมีการศึกษาเปรียบเทียบมากมายในต่างประเทศ⁴ แต่ในประเทศไทยนั้น มีเพียงบางจังหวัดเท่านั้นที่สามารถทำการผ่าตัดเช่นนี้ได้

รายงานนี้จะแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์จากการริเริ่มผ่าตัดนี้ในโรงพยาบาลพิจิตร ในระหว่าง 12 พฤศจิกายน 2549 – 26 เมษายน 2550

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วย 4 ราย ตรวจพบก้อนที่เต้านม และได้รับการยืนยันการวินิจฉัยด้วยการทำ Core needle biopsy แล้วว่าเป็นเนื้อร้ายชนิดต่างๆ กัน จากนั้นผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Sentinel lymph node dissection (SLND) + Lumpectomy + Lattisimus dorsi (LD) flap หรือ Lumpectomy + axillary lymph node dissection (ALND) + LD flap ขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนเนื้องอก โดยก้อนเนื้อร้ายที่มีขนาดใหญ่เล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตรจะได้รับการทำ SLND ก่อน หากมีการกระจายของเนื้อร้ายมาสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ก็จะทำ ALND ต่อในการผ่าตัดครั้งเดียวกับ Lumpectomy และ LD flap แต่หากก้อนมีขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตรก็จะทำ ALND พร้อมกับ Lumpectomy และ LD flap พร้อมกันซึ่งข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยปรากฏดังในตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและข้อมูลของเนื้อร้ายของผู้ป่วยทั้งสี่ราย

	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3	รายที่ 4
อายุ (ปี)	38	63	67	40
โรคประจำตัว	-	-	-	-
ขนาดก้อน (เซนติเมตร)	2	2.8	2.2	2.4
ผลเอ็กซเรย์และ อัลตราซาวด์เต้านม	No multifocality, no multicentricity	No multifocality, no multicentricity	No multifocality, no multicentricity	No multifocality, no multicentricity
ผลชิ้นเนื้อก่อนผ่าตัด	DCIS cribriform and solid patterns	Invasive ductal carcinoma, moderately differentiated	Invasive ductal carcinoma, moderately differentiated	Malignant breast tissue suggesting Invasive lobular carcinoma
ผลต่อมน้ำเหลือง เซนทิเนล	negative (0/4)	-	-	-
การผ่าตัด	Lumpectomy+LD flap	Lumpectomy+ALN D+LD flap	Lumpectomy+ALN D+LD flap	Lumpectomy+ALN D+LD flap
ผลชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด	DCIS, high grade	Absence of residual tumor, absence of axillary lymphnode metastasis 0/16	Invasive ductal carcinoma, grade II/III, axillary lymph nodes metastasis 2/35	Invasive ductal carcinoma, poorly differentiated, absence of axillary lymph node metastasis 0/22
ผลฮอร์โมนอลรี- เซปเตอร์	ER&PR negative, HER-2 score=0	ER negative, PR low positive <10%, HER-2 negative	ER&PR positive >75%, HER-2 negative	ER&PR negative, HER-2 score=0

เทคนิคการผ่าตัด เริ่มจากการตัดเนื้อร้ายออก โดยตัดออกให้กว้างขวางพอ ให้มีระยะของเนื้อดีออกมาด้วย โดยรอบก่อนของเนื้อร้าย ไม่ผ่าเข้าตัวก่อนเนื้อร้ายโดยตรง (ภาพที่ 1)



ภาพที่1 ตัดเนื้อร้ายพร้อมวัดขนาดถึงdefect ที่จะเกิดขึ้น

กรณี SLND มาก่อน ให้เปิดแผลที่รักแร้บริเวณที่เคยทำ SLND ไป หากไม่เคยทำ ก็จะทำ ALND ก่อน (ภาพที่ 2) แล้วจึงตะแคงตัวผู้ป่วย ทำการเลาะเอาเนื้อเยื่อของ dermis subcutaneous และ latissimus dorsi muscle มาด้วยกัน โดยมีขนาดเท่ากับเนื้อร้ายที่ตัดไป การเลาะต้องกระทำด้วยความระมัดระวังต่อการบาดเจ็บต่อ thoraco dorsal nerve และ vessels แล้วจึงทำ tunnel ออกสู่บริเวณแผลที่รักแร้ (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 2 การเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออก axillary lymph node dissection

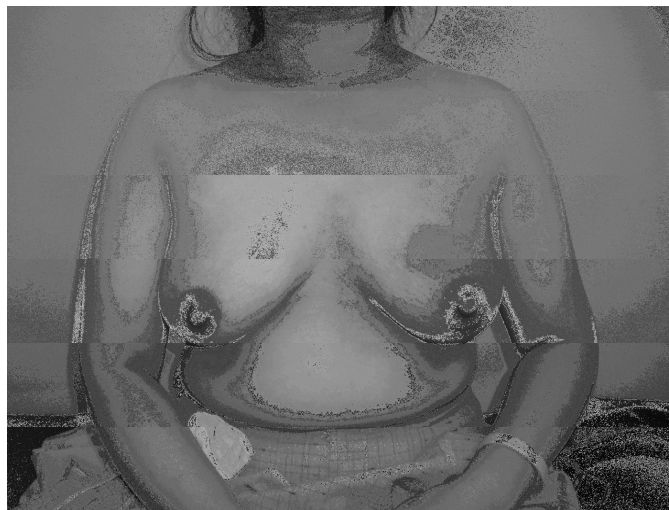


ภาพที่ 3 ผ่านเนื้อเยื่อ ผิวหนัง ไขมัน และกล้ามเนื้อ latissimus dorsi มาออกที่แผลที่รักแร้

จากนั้นจึงผ่านเข้า tunnel สู่บริเวณที่เป็นเนื้อร้าย เย็บปิดแผลต่างให้เรียบร้อย (ภาพที่ 4) พร้อมวาง suction drain ที่บริเวณรักแร้ 1 เส้น หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะอยู่โรงพยาบาลจน off สาย suction drain แล้วจึงกลับบ้าน โดยใช้เวลาอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 9 - 23 วัน (median เท่ากับ 11 วัน) จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการส่งตัวเพื่อไปฉายแสง และให้เคมีบำบัดต่อไป ผลตอบรับกลับมาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจอย่างสูง



ภาพที่ 4 ผ่านเนื้อเยื่อผิวหนัง ไขมันและกล้ามเนื้อ latissimus dorsi จากที่รักแร้ เข้ามาสู่บริเวณแผลเนื้อร้ายเดิม ที่เอาออกไปแล้ว เย็บปิดด้วยไหมละลาย



ภาพที่ 5 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและฉายแสงเรียบร้อยเป็นเวลาแปดเดือน



ภาพที่ 6 หลังใส่ชุดชั้นในแล้วไม่เห็นความแตกต่างจากเดิม

วิจารณ์

จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ BCT ในโรงพยาบาลพิจิตร มีอายุตั้งแต่ 38 - 67 ปี ขนาดของก้อนอยู่ระหว่าง 2 - 2.8 เซนติเมตร ซึ่งถือว่าขนาดไม่ใหญ่เกินไป สามารถทำการผ่าตัดชนิด LD flap reconstruction ได้ไม่ยาก ในกลุ่มที่ก้อนเนื้อร้ายมีขนาดใหญ่มากกว่า 2 เซนติเมตร จะมีโอกาสที่เนื้อร้ายได้แพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้แล้วสูงขึ้น จึงไม่ได้ทำ Sentinel lymph node biopsy แต่ผลลัพธ์ที่ได้แสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของการกระจายของมะเร็งมาสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้มีเพียง 1 ใน 3 ราย ในกลุ่มที่เนื้อร้ายมีขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร แสดงถึงการมีโอกาสมะเร็งยังไม่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้อยู่ เพราะฉะนั้นการทำ Sentinel lymph node biopsy จึงน่าจะมีประโยชน์ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอยู่ แต่คงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

ในอดีตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด การผ่าตัดเต้านมออกบางส่วนได้รับการศึกษาว่ามีผลลัพธ์ที่ดี จึงเป็นที่นิยมเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ด้วยปัญหาของศักยภาพทางด้านต่างๆ ทั้งบุคลากร และเครื่องมืออุปกรณ์ จึงเป็นเหตุให้ไม่สามารถปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสอันดีที่จะได้รับการรักษาต่อร่างกายและจิตใจ การพัฒนารูปแบบการผ่าตัดของโรงพยาบาลพิจิตร ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในจังหวัดพิจิตร ได้รับความสะดวก มีความพึงพอใจ และเป็นผลดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพกาย นอกจากนั้น ยังเป็นการต่อยอดองค์ความรู้ทางการแพทย์ให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Newman LA, Washington TA. New trend in breast conservation therapy. Surg Clin North Am 2003;83:841.
2. Fisher B. Lumpectomy (segmental mastectomy and axillary dissection). In : Bland KI, Copeland EM, editors. The breast: comprehensive management of benign malignant diseases. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunder;1998.p.917.
3. McCraw JB, Papp C. Breast reconstruction following mastectomy. In : Bland KI, Copeland EM, editors. The breast: comprehensive management of benign malignant diseases. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunder;1998.p.962.
4. Fisher B, Anderson S, Redmond CK. Reanalysis and results after 12 years of follow up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. N Eng J Med 1998; 33:14556.