

# 4

## แนวทาง

# การรักษา มะเร็งเต้านม โดยการผ่าตัด

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย  
ร่วมกับชมรมศัลยแพทย์มะเร็ง (ประเทศไทย)  
คณะกรรมการผู้จัดทำ

มพ.กิติ จินตาวิจักษณ์

รศ.มพ.กริช โพธิ์สุวรรณ

ศ.มพ.ธนพล ไหมแพง

พล.ต.มพ.สุรพงษ์ สุภากรณ์

รศ.มพ.วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์

มพ.วิชัย วาสนศิริ

## แนวทางการรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด

แนวทางการรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด แบ่งการรักษาตามระยะของโรค (staging) ได้ดังนี้

### Stage 0 (Pure Noninvasive Carcinomas)

#### 1. Lobular Carcinoma In Situ (LCIS)

การรักษามีทางเลือกดังนี้

1. Observation
2. Bilateral mastectomy ± reconstruction

การรักษาโดยการ observation เป็นที่ยอมรับมากกว่า เนื่องจาก LCIS มีโอกาสเกิด invasive carcinoma ต่ำ (ประมาณ 21% over 15 years)<sup>1</sup> อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องนัดมาติดตามการรักษาโดยการตรวจร่างกายทุก 6-12 เดือน และทำ mammogram ปีละครั้ง นอกจากนี้ควรพิจารณาให้ tamoxifen เป็นเวลา 5 ปี เพื่อลดโอกาสเกิด invasive carcinoma

การรักษาโดยการทำ bilateral prophylactic mastectomies จะใช้เป็นทางเลือกแทนนั้น เช่นในผู้ป่วย high risk, ไม่ยอมรับอัตราเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเป็นมะเร็งเต้านมทั้งสองข้างในอนาคต และควรตัดเต้านมออกทั้ง 2 ข้าง เพราะโอกาสเกิด invasive carcinoma ในผู้ป่วย LCIS จะเท่ากันทั้ง 2 ข้าง (8-11 เท่าของประชากรทั่วไป หรือประมาณ 1% ต่อปี, subsequent carcinoma เป็น invasive ductal มากกว่า lobular carcinoma)<sup>2</sup>

การรักษาโดยการทำ mastectomy + contralateral breast biopsy ในปัจจุบันไม่นิยมแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็น LCIS มีโอกาสเกิด invasive carcinoma ต่ำ การทำ mastectomy มีข้อเสียมากกว่าและเปลืองค่าใช้จ่าย ส่วนการตัดชิ้นเนื้อจากเต้านมอีกข้างก็อาจจะได้ตำแหน่งที่เป็นมะเร็งโอกาสของการเกิดมะเร็งยังคงเท่าเดิม

#### 2. Ductal Carcinoma In Situ (DCIS)

การรักษามีทางเลือกดังนี้

1. Total mastectomy
2. Wide local excision + Radiotherapy
3. Wide local excision alone

การรักษาโดย total mastectomy เป็นที่ยอมรับว่าได้ผลดี (survival 98-99%)<sup>3</sup> มีโอกาสเกิด local recurrence (0-2%)<sup>3</sup> ได้น้อยกว่าวิธีอื่นๆ ดังนั้น DCIS ทุกขนาดหรือหลายตำแหน่งสามารถเลือกใช้วิธีนี้

การรักษาโดย wide local excision + radiotherapy มีโอกาสเกิด local recurrence น้อยกว่า คือ จาก 10.4% เป็น 7.5% ที่ 5 ปี<sup>4</sup> จึงเป็นที่ยอมรับได้ และ overall survival ก็เท่ากับการรักษาโดย total mastectomy การผ่าตัดควรได้ free margin และตามด้วยการฉายแสง วิธีนี้ไม่เหมาะถ้ามี DCIS หลายตำแหน่ง หรือก้อนโตมากและผู้ป่วยต้องไม่มีข้อห้ามในการฉายแสง

การรักษาโดย wide local excision alone ใช้ในผู้ป่วยที่มีก้อนเล็กกว่า 0.5 cm., low grade, noncomedonecrosis นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึง อายุของผู้ป่วย และ margin ของการผ่าตัดด้วย

การทำ axillary dissection ในผู้ป่วย DCIS ไม่จำเป็น เพราะโอกาสที่จะพบมีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองมีน้อย (1.7%)<sup>5</sup>

ผู้ป่วย DCIS ต้องนัดมาติดตามการรักษาโดยการตรวจร่างกายทุก 6 เดือน และทำ mammogram ปีละครั้ง นอกจากนี้ ควรพิจารณาให้ tamoxifen เป็นเวลา 5 ปี เพื่อลดโอกาสเกิด invasive carcinoma (ลดจาก 13% เป็น 8.8% ที่ระยะเวลา 5 ปี)<sup>6</sup>

### Stage I, IIA, IIB Invasive Breast Cancer

การรักษาที่มีทางเลือกดังนี้

1. Modified radical mastectomy (MRM = Total mastectomy + axillary lymph node dissection)  $\pm$  reconstruction

2. Breast conserving therapy (BCT = Wide local excision + axillary lymph node dissection + Radiotherapy)

การผ่าตัดทั้งสองวิธีมี overall survival เท่ากัน<sup>7-14</sup> จะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของผู้ป่วย, ข้อห้ามของการทำ BCT และทีมแพทย์ผู้ทำการรักษา

3. Preoperative systemic therapy + BCT<sup>15, 16</sup> (หรือ MRM ถ้าไม่สามารถทำ BCT ได้หลังจากให้ preoperative systemic therapy แล้ว) วิธีนี้เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วย stage IIA (T2 N0 M0) และ stage IIB (T2 N1 M0, T3 N0 M0) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามของการทำ BCT และต้องการเก็บเต้านมไว้

การทำ axillary lymph node dissection (ALND) ของการผ่าตัด MRM และ ข้อห้ามของการทำ BCT ให้ดูรายละเอียดในหน้าถัดไป

### Stage III Invasive Breast Cancer

#### Operable Locally Advanced Breast Cancer (Clinical Stage T3N1M0)

การผ่าตัดรักษามีทางเลือกดังนี้

1. Modified radical mastectomy  $\pm$  delayed reconstruction

2. Preoperative systemic therapy + BCT or MRM ถ้าไม่สามารถทำ BCT ได้

จะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์ผู้ทำการรักษา, ข้อห้ามของการทำ BCT และ ผลของการให้ preoperative systemic therapy

#### Inoperable Locally Advanced Breast Cancer (Clinical Stage IIIA [except for T3N1M0], IIIB, or IIIC)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการรักษาโดย preoperative systemic therapy แล้วตามด้วยการผ่าตัดซึ่งมีทางเลือกดังนี้

1. Modified radical mastectomy  $\pm$  delayed reconstruction

2. Breast conserving therapy

จะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์ผู้ทำการรักษา, ข้อห้ามของการทำ BCT และ ผลของการให้ preoperative systemic therapy

### Stage IV Metastatic or Recurrent Breast Cancer

การรักษา stage IV breast cancer และ recurrence disease เป็นการรักษาด้วย systemic โดยการใช้ chemotherapy และ/หรือ hormonal therapy เป็นหลักให้ดูรายละเอียดในแนวทางการรักษาของการใช้ยา

บทบาทของศัลยกรรมคือการทำ biopsy เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอนและการรักษาโดยการผ่าตัดเป็น local control สำหรับ local recurrence เท่านั้น ซึ่งจะแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM และ กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบ BCT

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM เมื่อมี local recurrence โดยที่ไม่มีการกระจายไปที่อื่น ควรได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอา local recurrence ออกให้ได้ free margin ก็เพียงพอ แล้วตามด้วยการรักษาวิธีอื่นๆ ตามความเหมาะสม

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ BCT เมื่อมี local recurrence โดยที่ไม่มีการกระจายไปที่อื่น ควรได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด total mastectomy หรืออาจทำ lumpectomy อีกครั้งหนึ่งได้ แล้วตามด้วยการรักษาวิธีอื่นๆ ตามความเหมาะสม

ส่วนการรักษาอาการอื่นๆ จากการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมเป็นการรักษาแบบประคับประคอง เช่น ในรายที่มีมะเร็งกระจายไปที่กระดูกให้การรักษาโดยยาแก้ปวด การผ่าตัดตามกระดูก ร่วมกับรังสีรักษา และ antiestrogen therapy ในรายที่มีมะเร็งกระจายไปที่สมองให้การรักษาโดย radiation อาจผ่าตัดถ้าเป็นก้อนเดียว ในรายที่มี massive pleural effusion รักษาโดย pleural tapping and pleurodesis เป็นต้น

### ข้อห้ามของการทำ BCT (contraindications for BCT)

#### Absolute contraindications:

1. prior radiotherapy to the breast or chest wall
2. pregnancy in first and second trimester
3. diffuse suspicious or malignant appearing microcalcifications
4. multicentric disease

#### Relative contraindications:

1. multifocal disease requiring two or more separate surgical incisions
2. active connective tissue disease involving the skin (especially scleroderma and lupus)
3. high tumors/breast ratio

### Surgical Axillary Staging

การทำ axillary lymph node dissection (ALND) ของการผ่าตัด MRM และ BCT ให้ทำแค่ level I และ level II ก็พอ จะทำถึง level III เมื่อคลำได้และสงสัยว่ามีการแพร่กระจายใน level I หรือ II เท่านั้น การทำ ALND ควรได้ต่อมน้ำเหลืองไม่น้อยกว่า 10 ต่อมน้ำ

การทำ sentinel lymph node biopsy (SLNB) เป็นอีกทางเลือกแทน ALND ได้ในบางกรณีเท่านั้นคือ ผู้ป่วยไม่ควรมีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้จากการตรวจร่างกาย นอกจากนี้ควรมี criteria ครบดังนี้

1. Unicentric cancer
2. Tumor clinically < 5 cm.
3. No large prior excision in upper outer quadrant (> 6cm.)
4. No prior chemotherapy or hormonal therapy
5. Experienced sentinel node team
6. Clinically node negative at time of diagnosis

ผู้ป่วยที่มี criteria ดังกล่าวครบ การทำผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้มีทางเลือกดังนี้

1. Axillary dissection level I/II หรือ
2. Sentinel lymph node biopsy
  - ถ้า sentinel node negative (ไม่มี metastasis) ไม่ต้องทำ axillary lymph node dissection ต่อ
  - ถ้า sentinel node positive (มี metastasis) ต้องทำ axillary lymph node dissection level I/II ต่อ
  - หรือถ้าหา sentinel node ไม่พบก็ต้องทำ axillary lymph node dissection level I/II ต่อ

**เอกสารอ้างอิง**

1. Haagensen CD, Bodian C, Haagensen DE. Breast Carcinoma: Risk and Detection. Philadelphia PA: WB Saunders, 1981.
2. Bodian CA, Perzin KH, Lattes R. Lobular neoplasia: long-term risk of breast cancer and relation to other factors. *Cancer* 1996; 78:1024-1034.
3. Silverstein MJ, Woo C. Ductal carcinoma in situ: Diagnosis and therapeutic controversies; Bland KI, Copeland EM. *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Disorders*. 3<sup>rd</sup> Edition, Philadelphia PA : WB Saunders, 2004, p985-1018.
4. Fisher B, Costantino J, Redmond C, et al. Lumpectomy compared with lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer. *N Engl J Med* 1993; 328: 1581-1586.
5. Frykberg E, Masood S, Copeland EM, et al. Ductal carcinoma in situ of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 177:425-440.
6. Fisher B, Dignam J, Wolmark N et al. Tamoxifen in treatment of intraductal breast cancer: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-24 randomized controlled trial. *Lancet* 1999; 353:1993-2000.
7. Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347:1233-1241.
8. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347:1227-1232.
9. Jacobson JA, Danforth DN, Cowan KH, et al. Ten-year results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer. *N Engl J Med* 1995; 332:907-911.
10. van Dongen JA, Bartelink H, Fentiman IS, et al. Factors influencing local relapse and survival and results of salvage treatment after breast conserving therapy in operable breast cancer: EORTC trial 1081, breast conservation compared with mastectomy in TNM stage I and II breast cancer. *Eur J Cancer* 1992; 28:801-805.
11. van Dongen JA, Bartelink H, Fentiman IS, et al. Randomized clinical trial to assess the value of breast-conserving therapy in stage I and II breast cancer: EORCT 10801 trial. *J Natl Cancer Inst* 1992; 11: 15-18.
12. Bilchert-TM, Rose C, Andersen JA, et al. Danish randomized trial comparing breast conservation therapy with mastectomy: six years of life-table analysis. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1992; 11:19-25.
13. Arriagada R, Le MG, Rochard F, Contesso G. Conservative treatment versus mastectomy in early breast cancer : patterns of failure with 15 years of follow-up data. Institute Gustave Roussy Breast Cancer Group. *J Clin Oncol* 1996; 14:1558-1564.
14. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effects of radiotherapy and surgery in early breast cancer: an overview of the randomized trials. *N Engl J Med* 1995; 333:1444-1456.
15. van der Hage JA, van de Velde CJ, Julien JP, et al. Preoperative chemotherapy in primary operable breast cancer: results from the European Organization for Research and Treatment of Cancer trial 10902. *J Clin Oncol* 2001; 19: 4224-4237.
16. Fisher B, Brown A, Mamounas E, et al. Effect of preoperative chemotherapy on local-regional disease in women with operable breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18. *J Clin Oncol* 1997; 15: 2483-2493.