

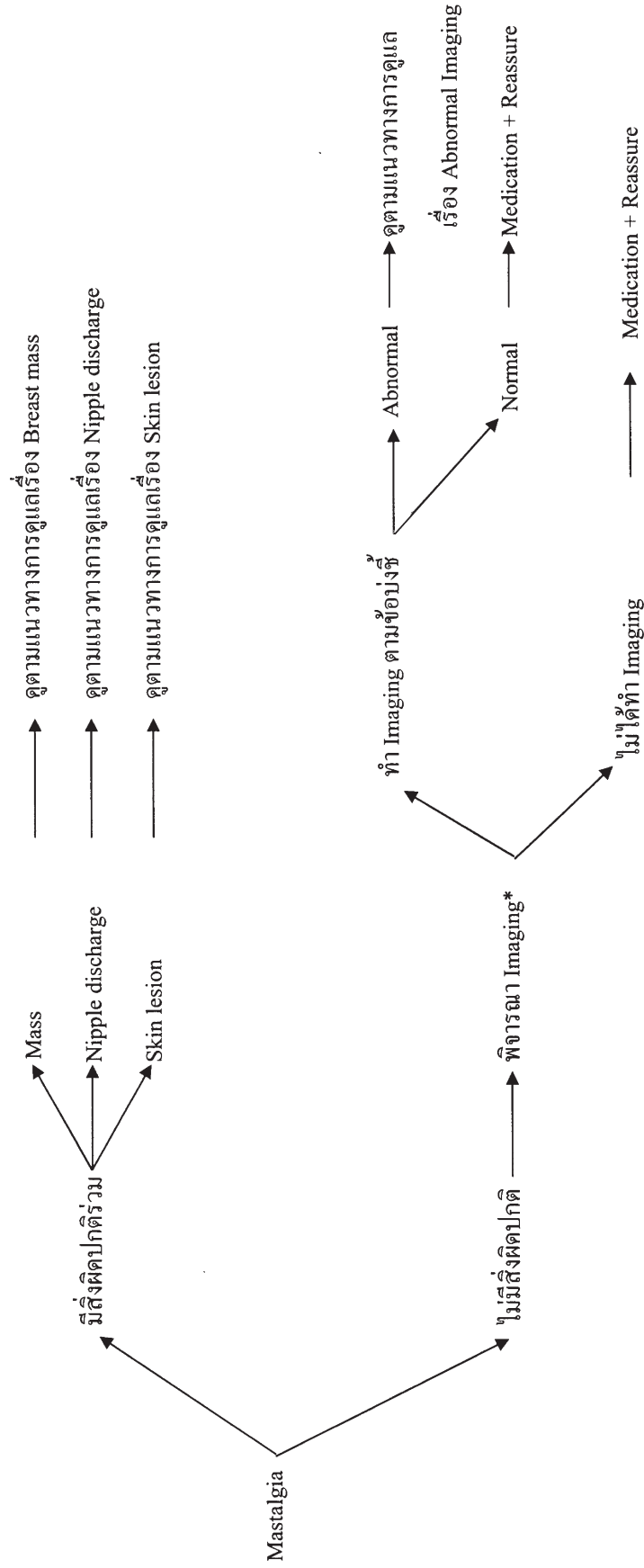
แนวทางการรักษามะเร็งเต้านม โดยการผ่าตัด

- อาการเจ็บบริเวณเต้านม (Mastalgia)
- สารคัดหลั่งออกทางหัวนม (Nipple discharge)
- Abnormal breast imaging
- อาการคลำได้ก้อนที่เต้านม (Breast mass)
- แนวทางการรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

คณะกรรมการผู้จัดทำ

1. นายแพทย์รณพล ไหมแพง
2. นายแพทย์ห้องสิน ตระกูลทิวากร
3. นายแพทย์ศุภกร โรจน์นทร์
4. นายแพทย์วิชัย วาสนศิริ
5. นายแพทย์ดำเนิน วชิโรดม
6. นายแพทย์รณศ รังษิษฐ์
7. นายแพทย์อดุลย์ รัตนวิจิตราสลป
8. แพทย์หญิงเยาวนุช คงด่าน
9. นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์
10. นายแพทย์สุบไชย สากภาพร
11. นายแพทย์มาวิน วงศ์สายสุวรรณ
12. นายแพทย์ชวินทร์ อภิวานิชย์



* Imaging : Ultrasound และทำmammography ร่วมด้วย ถ้าอายุ ≥ 40 ปีขึ้นไป

Mastalgia

อาการเจ็บบริเวณเต้านมเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้หญิงและมีความรุนแรงที่แตกต่างกันไป แบ่งออกเป็นอาการเจ็บที่เต้านม และเจ็บบริเวณ chest wall* ซึ่งอาจจะรุนแรงมากจนมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ และอาจจะเป็นเรื้อรังได้บ่อย ๆ

อาการเจ็บเต้านมอาจตรวจพบสิ่งผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วยได้ เช่น ก้อน ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บเต้านมเพียงอย่างเดียวและไม่มีความผิดปกติอื่น ส่วนใหญ่ไม่ได้มีสาเหตุจากมะเร็ง

อาการเจ็บเต้านมจัดแบ่งได้ 2 ประเภท

1. Cyclical อาการเจ็บเต้านมสัมพันธ์กับรอบประจำเดือน โดยเฉพาะในช่วง luteal phase มักจะเจ็บทั้ง 2 ข้าง ลักษณะปวดมีลักษณะ sharp, shooting, stabbing; heaviness, aching, deep tenderness, throbbing.

2. Noncyclical อาการเจ็บเต้านมที่ไม่มีรูปแบบ ไม่สัมพันธ์กับรอบประจำเดือน มักจะระบุตำแหน่งที่เจ็บได้ มักจะเป็นบริเวณ sub-areolar หรือด้าน medial อาจจะเป็น 2 ข้างก็ได้ อาการเจ็บเต้านมมีลักษณะ heavy, aching, tender, fearful burning, pulling, stabbing, pinching.

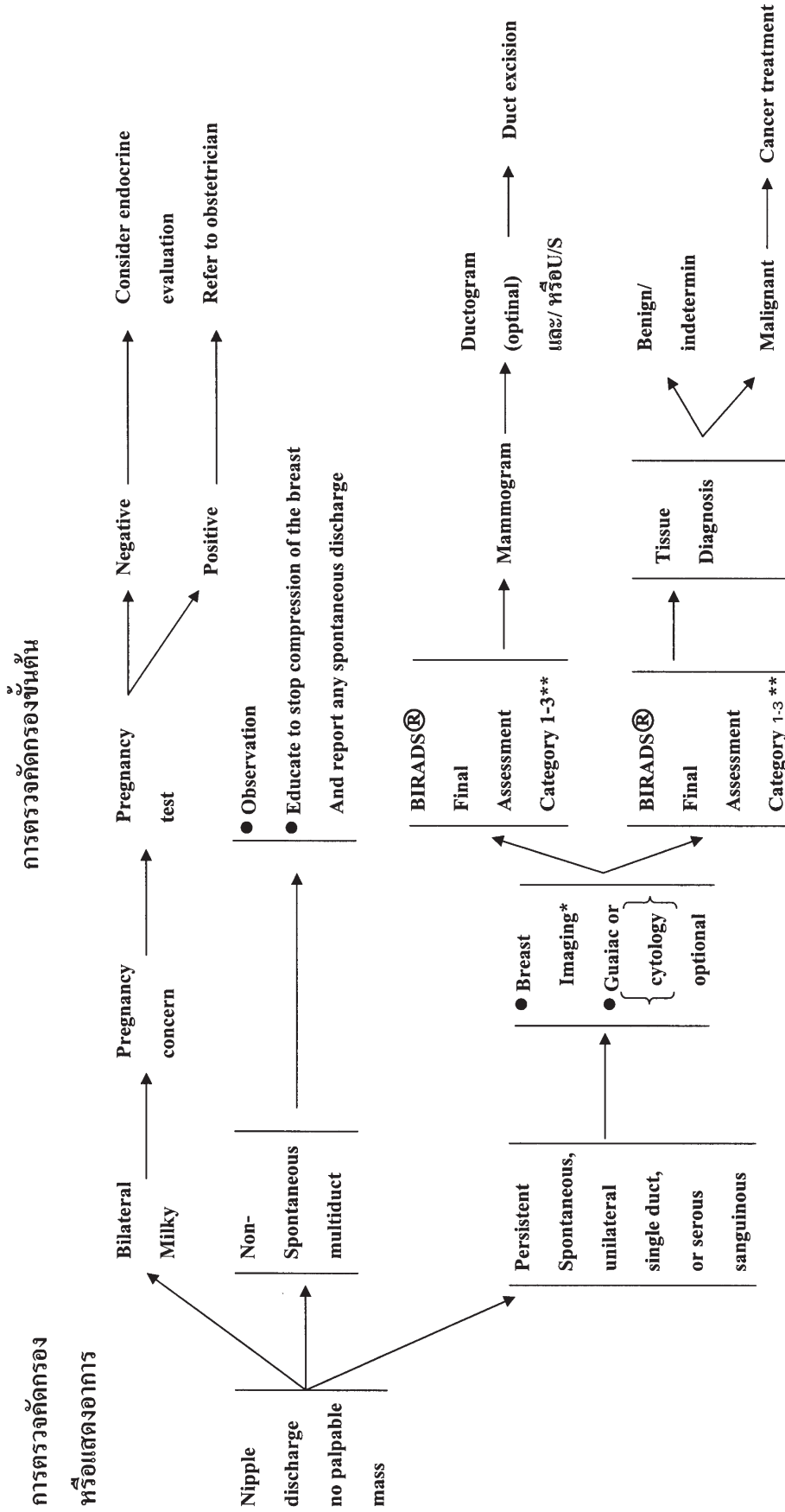
แนวทางการดูแลอาการเจ็บเต้านมนั้น ต้องตรวจประเมินว่ามีสิ่งผิดปกติอื่นร่วมด้วยหรือไม่ ซึ่งต้องดูแลไปตามสิ่งผิดปกติอื่น เช่น เรืองก้อน, Nipple discharge แต่ถ้าไม่มีสิ่งผิดปกติอื่นร่วมด้วย ให้พิจารณาทำ Breast imaging ตามข้อบ่งชี้ (ดูแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม)

ในกรณีที่ทำ imaging ถ้าพบสิ่งผิดปกติ ให้ดูแลตามแนวทางการวินิจฉัยนั้น แต่ถ้าไม่พบสิ่งผิดปกติก็ให้คำแนะนำผู้ป่วยและการรักษาตามความจำเป็น

ในกรณีที่ไม่ได้ทำ Imaging และไม่พบสิ่งผิดปกติใดๆ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเจ็บเต้านมและพิจารณาให้การรักษาตามความจำเป็น

* Chest wall pain หมายถึง No pattern; any age; almost always unilateral; consider costochondritis (Tieize's syndrome), musculo-skeletal origin, surgical trauma, referred pain.

การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยมะเร็งเต้านม



* อาจทำ Ductogram ร่วมด้วย

** ดูแนวทางการถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammography)

Nipple discharge (สารคัดหลั่งออกทางหัวนม)

ในผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของสารคัดหลั่งที่ออกมาทางหัวนม แต่ไม่สามารถตรวจพบว่ามีก้อนผิดปกติที่เต้านมนั้น ควรจะต้องได้รับการตรวจในขั้นตอนแรกด้วยการประเมินลักษณะของสารคัดหลั่งที่ออกมาจากทางหัวนม ถ้าลักษณะของสารคัดหลั่งออกมาจากหัวนมทั้ง 2 ข้าง และมีลักษณะคล้ายน้ำนมนั้น ควรจะต้องได้รับการตรวจภาวะ การตั้งครรภ์ หรืออาจจะต้องได้รับการตรวจในเรื่องภาวะที่ผิดปกติของระบบฮอร์โมนในร่างกายที่อาจผิดปกติ

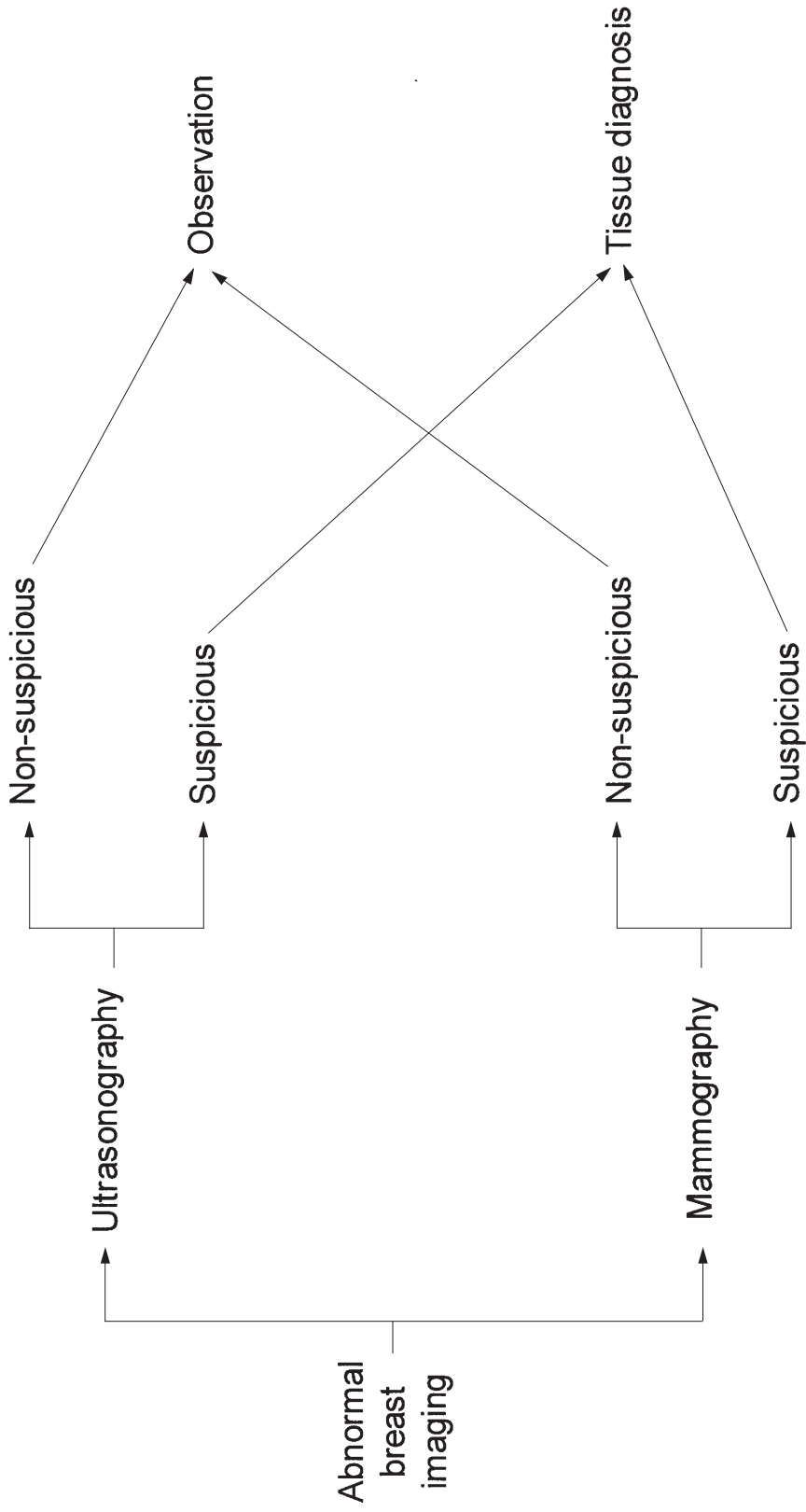
สารคัดหลั่งที่มีลักษณะคล้ายน้ำนม (milky secretion) มีสาเหตุส่วนใหญ่จากการรับประทานยาบางกลุ่ม เช่น Psychotropic drugs, Antihypertensive medications, opiates, oral contraceptives และ estrogen

ในกรณีที่มีสารคัดหลั่งไม่ได้ออกมาเอง (spontaneous) หากผู้ป่วยมีอายุต่ำกว่า 40 ปี และออกมาจากท่อหน้านมหลายๆ ท่อนั้นควรจะมีการเฝ้าติดตามสังเกตอาการของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ รวมทั้งจะต้องให้ความรู้และความสนใจแก่ผู้ป่วยไม่แนะนำให้ไปบีบหรือกดเนื้อเต้านมอีกต่อไป สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี แนะนำให้ทำ screening mammogram และ/หรือ Ultrasound ร่วมด้วย และให้ทำการรักษาตามผลการตรวจที่ได้รับ รวมทั้งต้องให้ความรู้ความเข้าใจเหมือนในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปี

ลักษณะของสารคัดหลั่งที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ คือ ลักษณะของสารคัดหลั่งที่ออกมาคงที่ โดยไม่ได้เกิดจากการบีบกด, ออกมาข้างใดข้างหนึ่งและลักษณะที่เป็น serous sanguinous หรือ serosanguinous แนะนำให้ตรวจ Guaiac test และ Cytology ถ้าอยู่ในสถานที่ที่สามารถส่งตรวจได้ ถึงแม้ผลการตรวจ test ดังกล่าวถ้าได้ผลลบ (negative result) ก็จะต้องทำการตรวจรักษาในลำดับต่อไป

ผู้ป่วยที่มี Pathological discharge แนะนำให้ทำ duct excision ในผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวทุกรายเนื่องจากไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งออกได้ การทำ ductogram ก่อนผ่าตัดมีประโยชน์สำหรับดูลักษณะความผิดปกติที่เกิดขึ้นชนิดผิดปกติหลายตำแหน่ง (multiple lesions)

ในผู้ป่วยที่มี BIRADS® 4 หรือ 5 นั้น ก็ควรจะมีการส่งตรวจวินิจฉัยต่อซึ่งถ้าผลของการตรวจเป็นแบบ benign หรือ intermediate การส่งตรวจ ductogram ก็แนะนำให้ทำถ้าอยู่ในสถานที่ที่สามารถส่งตรวจได้และถ้าจะนำผู้ป่วยไปผ่าตัดทำ duct excision แต่ถ้าผลการตรวจพบว่าเป็น malignant ผู้ป่วยก็ควรจะได้รับ การรักษา



Management for abnormal radiological finding in breast

If lump was palpable, use breast lump guideline

1) Ultrasonography

- In patients who have non-suspicious features include ellipsoid mass (the length along the plane of breast that greater than height of the mass), thin, echogenic pseudocapsule (circumscribed mass), hyperechogenicity (bright ultrasound echoes), homogenous internal echoes, enhanced echoes distal to the mass, the lesion could be followed up every six month until 2 year, if there is no change, the annual check up should be advised. For old age or patient concern, FNA or Core needle biopsy or excision + ultrasound guide is an alternative.
- While patients who have suspicious features include irregular shape, indistinct margins, speculation, microlobulation, a height that is greater than the width of the lesion in plane of the breast, hypoechogenicity and shadowing, the lesion should have FNA or Cored needle biopsy or wide local excision + ultrasound guide

2) Mammography

- In patients who have non-suspicious features (BIRADS[®] 2 or 3) include non-suspicious mass¹, non-suspicious microcalcifications², non-suspicious lymph node³

¹Non-suspicious mass features include round or oval or circumscribed

²Non-suspicious microcalcification features include skin, vascular, coarse, large(macro), rodlike, round, eggshell, punctuate, and milk of calcium types

The above lesions could be followed up every six month until 2 year, if there is no change, the annual check up should be advised. For old age and patient concern excision + needle guide is an alternative.

³Non-suspicious lymph node features include oval, kidney-shaped with a central radiolucency.

Do not need any intervention.

- If suspicious features (BIRADS[®] 4 or 5) include suspicious mass¹, suspicious calcification², suspicious node³

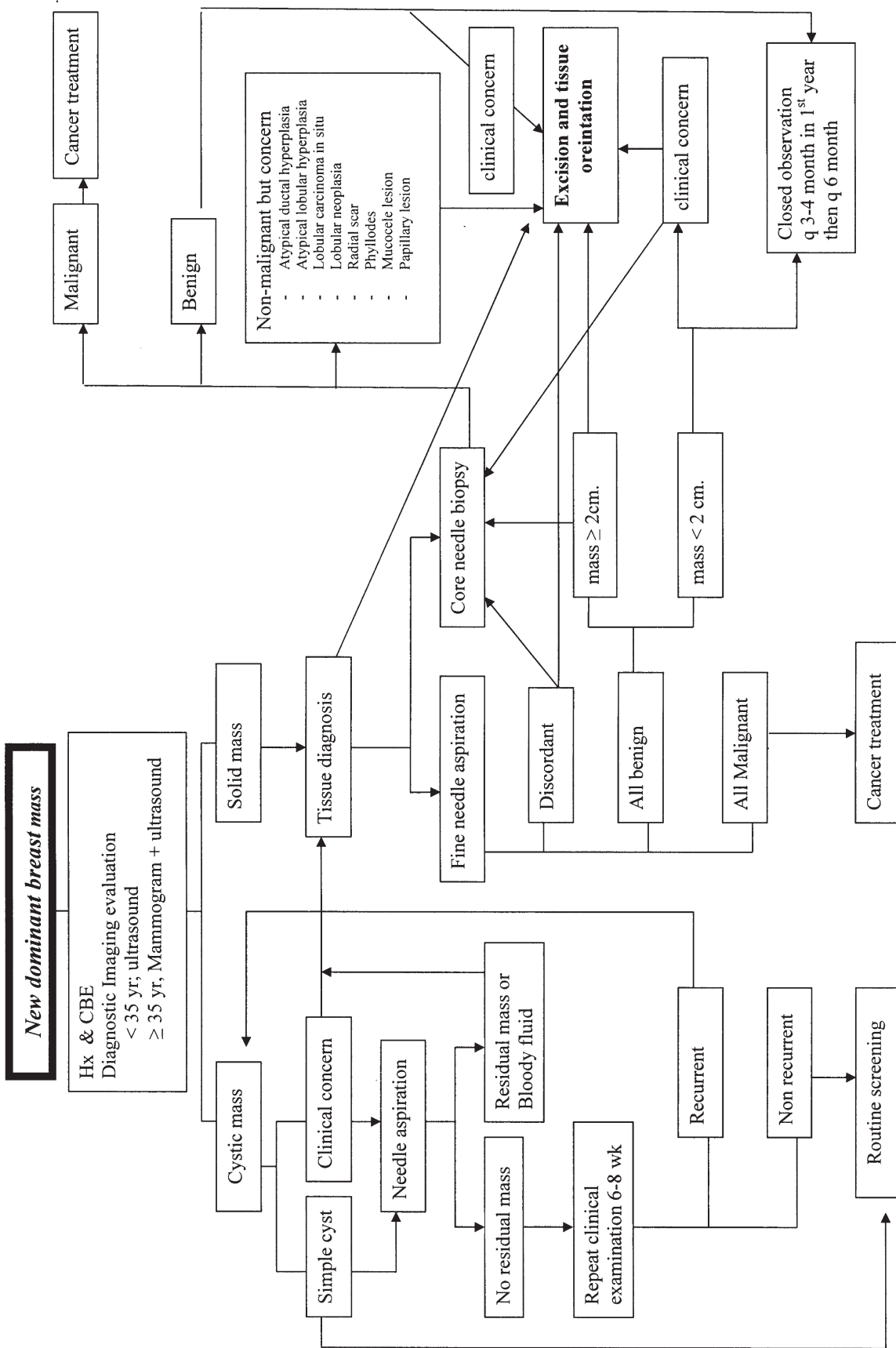
¹Suspicious mass features include lobular, irregular, microlobulated, obscured, ill-defined, spiculated

²Suspicious calcification features include micro, amorphous, indistinct, pleomorphic, heterogenous, fine, linear and/or branching.

The above lesions should have Cored needle biopsy or wide local excision + stereotactic or needle guide.

³Non-suspicious node includes round, dense and larger than 2 cm.

In case of normal breast radiological finding, the antibiotic should be given for 2 weeks, if the lesion is persist, FNA or Core needle or Excisional biopsy should be considered.



Breast mass

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการคลำได้ก้อนที่เต้านม หลังจากการซักประวัติและตรวจร่างกายยืนยันว่ามีก้อนเต้านมจริงและตุ่มลักษณะของก้อนแล้ว แนะนำให้ทำ Breast imaging evaluation ด้วย ultrasound ในผู้หญิงอายุน้อยกว่า 35 ปี สำหรับผู้หญิงอายุ 35 ขึ้นไปแนะนำให้ทำ mammogram ร่วมด้วย

เนื่องจากการทำ Breast imaging มีโอกาสเกิด false negative rate 15 % ผลของ mammography ที่ปกติไม่ควรทำให้ระยะเวลาในการให้การวินิจฉัยล่าช้าออกไป แนวทางการวินิจฉัยควรขึ้นอยู่กับอาการที่ตรวจพบทางคลินิกเป็นสำคัญ ถ้าจากการตรวจร่างกายไม่พบลักษณะก้อนที่ชัดเจนและผล Imaging ปกติ แนะนำให้ทำการตรวจติดตามอีกใน 6-8 สัปดาห์⁽¹⁾

Cystic mass

- กรณี Simple cyst แนะนำว่าสามารถใช้วิธีการตรวจติดตามได้ หรือทำ needle aspiration ถ้าของเหลวที่ได้ไม่มีลักษณะ Bloody fluid และก้อนยุบหมด แนะนำให้ทำการตรวจติดตามในอีก 6-8 สัปดาห์ ถ้าไม่มีการกลับเป็นซ้ำ สามารถทำตาม screening program ปกติได้

- ถ้ามีลักษณะ Bloody fluid หรือก้อนยุบไม่หมด หรือมีการกลับเป็นซ้ำของก้อนใน 6-8 สัปดาห์ แนะนำให้ทำการส่งตรวจต่อเพื่อให้ได้ Tissue diagnosis

Solid mass

- ถึงแม้ว่าก้อนในเต้านมในผู้หญิงอายุน้อยส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกชนิดที่ไม่ใช่มะเร็ง แต่จากการเก็บข้อมูลของ Thai breast cancer study group จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้น ถึงแม้ผู้ป่วยอายุน้อยต้องระวังอาจเป็นมะเร็งเต้านมได้ เมื่อพบ solid mass แนะนำให้ตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี Fine needle aspiration^(2, 3) หรือ core biopsy ถ้าทำได้ ส่วนการทำ excision biopsy อาจพิจารณาเป็นทางเลือกรองลงมา

- กรณีทำ Triple assessment ด้วย Clinical examination, imaging และ FNA มีผลการตรวจดังนี้

1. Benign ทั้งหมด แนะนำว่าสามารถรักษาด้วยการติดตามได้ ถ้าก้อนมีขนาดเล็กกว่า 2 ซม. การตรวจติดตามภายใน 1 ปีแรกแนะนำตรวจทุก 3-4 เดือน จากนั้น ทุก 6 เดือน ถ้ามีข้อสงสัยจากอาการทางคลินิกแนะนำให้ทำ core biopsy หรือ excision และถ้าก้อนมีขนาดใหญ่กว่า 2 ซม. แนะนำทำ excision

2. Malignant ทั้งหมด สามารถให้การวินิจฉัยและรักษาตามแนวทางการรักษามะเร็งเต้านมได้

3. ไม่สอดคล้องกัน แนะนำให้ทำการตรวจทาง Histology เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

- แนะนำทำ Excision ก้อน ในกรณี

1. ผล core biopsy เป็น⁽⁴⁻⁷⁾

- Atypical ductal hyperplasia
- Atypical lobular hyperplasia
- Lobular carcinoma in situ
- Lobular neoplasia

- Radial scar
 - Phyllodes
 - Mucocele lesion
 - Papillary lesion
2. ก้อนมีขนาดใหญ่กว่า 2 ซม.หรือผู้ป่วยต้องการเอาออก
 3. ถ้ามีข้อสงสัยจากอาการทางคลินิก

References

1. Kerlikowske K, Smith-Bindman R, Ljung BM, Grady D. Evaluation of abnormal mammography results and palpable breast abnormalities. *Ann Intern Med.* 2003 Aug 19;139(4):274-84.
2. Wanebo HJ, Feldman PS, Wilhelm MC, Covell JL, Binns RL. Fine needle aspiration cytology in lieu of open biopsy in management of primary breast cancer. *Ann Surg.* 1984 May;199(5):569-79.
3. Rimsten A, Stenkvist B, Johanson H, Lindgren A. The diagnostic accuracy of palpation and fine-needle biopsy and an evaluation of their combined use in the diagnosis of breast lesions: report on a prospective study in 1244 women with symptoms. *Ann Surg.* 1975 Jul;182(1):1-8.
4. Chaney AW, Pollack A, McNeese MD, Zagars GK, Pisters PW, Pollock RE, et al. Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer.* 2000 Oct 1;89(7):1502-11.
5. Foster MC, Helvie MA, Gregory NE, Rebner M, Nees AV, Paramagul C. Lobular carcinoma in situ or atypical lobular hyperplasia at core-needle biopsy: is excisional biopsy necessary? *Radiology.* 2004 Jun;231(3):813-9.
6. Maganini RO, Klem DA, Huston BJ, Bruner ES, Jacobs HK. Upgrade rate of core biopsy-determined atypical ductal hyperplasia by open excisional biopsy. *Am J Surg.* 2001 Oct;182(4):355-8.
7. Yeh IT, Dimitrov D, Otto P, Miller AR, Kahlenberg MS, Cruz A. Pathologic review of atypical hyperplasia identified by image-guided breast needle core biopsy. Correlation with excision specimen. *Arch Pathol Lab Med.* 2003 Jan;127(1):49-54.

แนวทางการรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด

แนวทางการรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด แบ่งการรักษาตามระยะของโรค (staging) ได้ดังนี้

Stage 0 (Pure Noninvasive Carcinomas)

1. Lobular Carcinoma In Situ (LCIS)

แนะนำการรักษา LCIS ด้วยการ observation⁽¹⁾

เนื่องจาก LCIS มีโอกาสเกิด invasive carcinoma ต่ำ (ประมาณ 21% over 15 years) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องนัดมาติดตามการรักษาโดยการตรวจร่างกายทุก 6-12 เดือน และ ทำ mammogram ปีละครั้ง นอกจากนี้ ควรพิจารณา risk reduction ซึ่งในปัจจุบันมีข้อแนะนำ 2 วิธี

1) โดยการใช้ยา ซึ่งแนะนำให้ tamoxifen⁽²⁾ เป็นเวลา 5 ปี เพื่อลดโอกาสเกิด invasive carcinoma ส่วนยาตัวอื่นเช่น raloxifene หรือ กลุ่ม aromatase inhibitors ในขณะนี้ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอ^(1, 3)

2) โดยการผ่าตัด การทำ bilateral prophylactic mastectomies + reconstruction จะใช้เป็นทางเลือกแทนนั้น เช่นในผู้ป่วย high risk, ไม่ยอมรับอัตราเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเป็นมะเร็งเต้านมทั้งสองข้างในอนาคต และควรตัดเต้านมออกทั้ง 2 ข้าง เพราะมีโอกาสเกิด invasive carcinoma ในผู้ป่วย LCIS จะเท่ากันทั้ง 2 ข้าง (8-11 เท่า ของประชากรทั่วไป หรือประมาณ 1% ต่อปี, subsequent carcinoma เป็น invasive ductal มากกว่า lobular carcinoma)⁽⁴⁾

การทำ mastectomy ± contralateral breast biopsy ในปัจจุบันไม่นิยมแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็น LCIS มีโอกาสเกิด invasive carcinoma ต่ำ การทำ mastectomy มีข้อเสียมากกว่าและเปลืองค่าใช้จ่าย ส่วนการตัดขึ้นเนื้อจากเต้านมอีกข้างก็อาจจะไม่ได้ตำแหน่งที่เป็นมะเร็งโอกาสของการเกิดมะเร็งยังคงเท่าเดิม⁽⁵⁾

2. Ductal Carcinoma In Situ (DCIS)

การรักษามีทางเลือกดังนี้

1. Total mastectomy ± reconstruction
2. Wide local excision + radiotherapy
3. Wide local excision alone

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

การรักษาโดย wide local excision + radiotherapy มีโอกาสเกิด local recurrence น้อยกว่าการทำ wide local excision เพียงอย่างเดียว คือ จาก 10.4% เป็น 7.5% ที่ 5 ปี^(6, 7) จึงเป็นที่ยอมรับได้ และ overall survival ก็เท่ากับการรักษาโดย total mastectomy การทำผ่าตัดควรได้ free margin และตามด้วยการฉายแสง⁽⁷⁾ ซึ่งวิธีนี้ไม่เหมาะถ้ามี DCIS หลายตำแหน่ง หรือก้อนโตมากและผู้ป่วยต้องไม่มีข้อห้ามในการฉายแสง

การรักษาโดย wide local excision alone ใช้ในคนไข้ที่มีก้อนเล็กกว่า 0.5 เซนติเมตร, low grade, noncomedonecrosis นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึง อายุของผู้ป่วย และ margin ของการผ่าตัดด้วย⁽⁸⁾

ไม่แนะนำให้ทำ axillary dissection ในผู้ป่วย DCIS เพราะโอกาสที่จะพบมีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองมีน้อย (1.7%)⁽⁹⁾ เนื่องจากการทำ sentinel node biopsy ทำได้ง่ายและผลแทรกซ้อนต่ำ ถ้าผู้ป่วยเลือกวิธี Mastectomy อาจพิจารณาทำ sentinel lymph node biopsy⁽¹⁰⁻¹²⁾ ผู้ป่วย DCIS ที่มี microinvasion แนะนำให้ทำ sentinel lymph node biopsy ร่วมด้วย ถ้าทำ sentinel lymph node biopsy ไม่ได้ ควรทำ axillary dissection

ผู้ป่วย DCIS ต้องนัดมาติดตามการรักษาโดยการตรวจร่างกายทุก 6 เดือน และทำ mammogram ปีละครั้ง นอกจากนี้ควรพิจารณาให้ tamoxifen เป็นเวลา 5 ปี เพื่อลดโอกาสเกิด invasive carcinoma (ลดจาก 13% เป็น 8.8% ที่ระยะเวลา 5 ปี)^(13, 14)

Stage I, IIA, IIB Invasive Breast Cancer

การรักษามีทางเลือกดังนี้

1. Total mastectomy + axillary management * ± reconstruction เช่น Modified radical mastectomy (MRM), Total mastectomy + sentinel lymph node biopsy

2. Breast conserving therapy (BCT = Wide local excision + axillary management* + radiotherapy) ถ้าไม่มีข้อห้าม (ดูหน้า 14)

การผ่าตัดทั้งสองวิธีมี overall survival เท่ากัน⁽¹⁵⁻²²⁾ จะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของผู้ป่วย และทีมแพทย์ผู้ทำการรักษา

ในกรณีที่ผู้ป่วย stage IIA (T2 N0 M0) และ stage IIB (T2 N1 M0, T3 N0 M0) มีความประสงค์จะเก็บเต้านมและไม่มีข้อห้ามของการทำ BCT การให้ Preoperative systemic therapy เพื่อทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง^(23, 24)

*การทำ axillary management ให้ดูรายละเอียดในหน้า 20

Stage III Invasive Breast Cancer

● Operable Locally Advanced Breast Cancer (Clinical Stage T3N1M0)

การผ่าตัดรักษามีทางเลือกดังนี้

1. Modified radical mastectomy ± reconstruction

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

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

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการรักษาโดย preoperative systemic therapy แล้วตามด้วยการผ่าตัดซึ่งมีทางเลือกดังนี้

1. Modified radical mastectomy ± reconstruction
2. Breast conserving therapy

จะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์ผู้ทำการรักษา

Stage IV Metastatic Breast Cancer

การรักษา stage IV breast cancer เป็นการรักษาด้วย systemic โดยการให้ chemotherapy และ/หรือ hormonal therapy เป็นหลัก ให้ดูรายละเอียดในแนวทางการรักษาของการใช้ยา

บทบาทของศัลยกรรมเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอน หรือเป็น local control และรักษาตามอาการเช่น ในรายที่มีมะเร็งกระจายไปที่กระดูกอาจจำเป็นต้องผ่าตัดตามกระดูกร่วมกับรังสีรักษา ในรายที่มีมะเร็งกระจายไปที่สมอง อาจให้การรักษาโดยการผ่าตัดถ้าเป็นก้อนเดี่ยว ในรายที่มี massive pleural effusion รักษาโดย pleural tapping and pleurodesis เป็นต้น

Local recurrent Breast Cancer

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ mastectomy เมื่อมี local recurrence โดยที่ไม่มีการกระจายไปที่อื่น ถ้าสามารถผ่าตัดได้ควรได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอา local recurrence ออกให้ได้ free margin แล้วตามด้วยการฉายรังสีถ้าไม่ได้รับการฉายรังสีมาก่อนหรือรังสีแพทย์จะพิจารณาให้ฉายรังสี(ดูที่หน้า 53) หลังจากนั้นควรพิจารณาให้ Systemic treatment ต่อไป หรือการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ตามความเหมาะสม

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

ข้อห้ามของการทำ BCT (contraindications for BCT)

- Absolute contraindications:
 1. Prior radiotherapy to the breast or chest wall
 2. RT during pregnancy
 3. Diffuse suspicious or malignant appearing microcalcifications
 4. Widespread disease that cannot be incorporated by local excision through a single incision that achieves negative margins with a satisfactory cosmetic result
 5. Positive pathologic margin

- Relative contraindications:

1. Active connective tissue disease involving the skin (especially scleroderma and lupus)
2. Tumors > 5 cm.
3. Focally positive margin

Axillary management มี 2 ทางเลือก คือ

1. การทำ axillary lymph node dissection (ALND) ให้ทำในระดับ level I และ level II จะทำถึง level III เมื่อคลำต่อมน้ำเหลืองได้และสงสัยว่ามีการแพร่กระจายไปถึง level II ขณะทำการผ่าตัด และการทำ ALND ควรได้ ต่อมน้ำเหลืองไม่น้อยกว่า 10 ต่อมน้ำเหลือง

2. การทำ sentinel lymph node biopsy (SLNB) เป็นอีกทางเลือกแทน ALND ในกรณีที่คาดว่าไม่มีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ นอกจากนี้ควรมีปัจจัยดังนี้

- 2.1 No prior chemotherapy or hormonal therapy
- 2.2 Experienced sentinel node team

หมายเหตุ ในกรณีที่พบ node ด้วยวิธีใดก็ตามอาจพิจารณาทำ FNA หรือ radionuclear scan ก่อนทำ surgery

แนวทางการปฏิบัติเมื่อทราบผลการตรวจ sentinel node

1. ถ้า sentinel node negative (ไม่มี metastasis) ไม่แนะนำให้ทำ axillary lymph node dissection
2. ถ้า sentinel node positive (มี metastasis > 2 mm.) แนะนำให้ทำ axillary lymph node dissection level I/II
3. ถ้า sentinel node พบมี micrometastasis (> 0.2 mm. แต่ < 2 mm.) ยัง controversy อยู่ อาจพิจารณาทำ axillary lymph node dissection
4. ถ้า sentinel node พบมี isolated tumor cell (< 0.2 mm.) ไม่แนะนำให้ทำ axillary lymph node dissection
5. ถ้าหา sentinel node ไม่พบแนะนำให้ทำ axillary lymph node dissection level I/II

References

1. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, Cecchini RS, Cronin WM, Robidoux A, et al. Tamoxifen for the prevention of breast cancer: current status of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. *J Natl Cancer Inst.* 2005 Nov 16;97(22):1652-62.
2. Gail MH, Costantino JP, Bryant J, Croyle R, Freedman L, Helzlsouer K, et al. Weighing the risks and benefits of tamoxifen treatment for preventing breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1999 Nov 3;91(21):1829-46.
3. Vogel VG, Costantino JP, Wickerham DL, Cronin WM, Cecchini RS, Atkins JN, et al. Effects of tamoxifen vs raloxifene on the risk of developing invasive breast cancer and other disease outcomes: the NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 trial. *Jama.* 2006 Jun 21;295(23):2727-41.
4. Chuba PJ, Hamre MR, Yap J, Severson RK, Lucas D, Shamsa F, et al. Bilateral risk for subsequent breast cancer after lobular carcinoma-in-situ: analysis of surveillance, epidemiology, and end results data. *J Clin Oncol.* 2005 Aug 20;23(24):5534-41.
5. Cody HS, 3rd. Routine contralateral breast biopsy: helpful or irrelevant? Experience in 871 patients, 1979-1993. *Ann Surg.* 1997 Apr;225(4):370-6.
6. Fisher B, Dignam J, Wolmark N, Mamounas E, Costantino J, Poller W, et al. Lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-17. *J Clin Oncol.* 1998 Feb;16(2):441-52.
7. Julien JP, Bijker N, Fentiman IS, Peterse JL, Delle Donne V, Rouanet P, et al. Radiotherapy in breast-conserving treatment for ductal carcinoma in situ: first results of the EORTC randomised phase III trial 10853. EORTC Breast Cancer Cooperative Group and EORTC Radiotherapy Group. *Lancet.* 2000 Feb 12;355(9203):528-33.
8. Silverstein MJ, Lagios MD, Groshen S, Waisman JR, Lewinsky BS, Martino S, et al. The influence of margin width on local control of ductal carcinoma in situ of the breast. *N Engl J Med.* 1999 May 13;340(19):1455-61.
9. Kelly TA, Kim JA, Patrick R, Grundfest S, Crowe JP. Axillary lymph node metastases in patients with a final diagnosis of ductal carcinoma in situ. *Am J Surg.* 2003 Oct;186(4):368-70.
10. Goyal A, Douglas-Jones A, Monypenny I, Sweetland H, Stevens G, Mansel RE. Is there a role of sentinel lymph node biopsy in ductal carcinoma in situ?: analysis of 587 cases. *Breast Cancer Res Treat.* 2006 Aug;98(3):311-4.
11. Veronesi P, Intra M, Vento AR, Naninato P, Caldarella P, Paganelli G, et al. Sentinel lymph node biopsy for localised ductal carcinoma in situ? *Breast.* 2005 Dec;14(6):520-2.
12. Zavagno G, Carcoforo P, Marconato R, Franchini Z, Scalco G, Burelli P, et al. Role of axillary sentinel lymph node biopsy in patients with pure ductal carcinoma in situ of the breast. *BMC Cancer.* 2005 Mar 11;5:28.
13. Fisher B, Dignam J, Wolmark N, Wickerham DL, Fisher ER, Mamounas E, et al. Tamoxifen in treatment of intraductal breast cancer: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-24 randomised controlled trial. *Lancet.* 1999 Jun 12;353(9169):1993-2000.

14. Fisher B, Land S, Mamounas E, Dignam J, Fisher ER, Wolmark N. Prevention of invasive breast cancer in women with ductal carcinoma in situ: an update of the national surgical adjuvant breast and bowel project experience. *Semin Oncol.* 2001 Aug;28(4):400-18.
15. Fisher B 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.
16. Veronesi U 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.
17. Jacobson JA 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; 332:951.
18. van Dongen JA 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.
19. van Dongen JA et al: Randomized clinical trial to assess the value of breast-conserving therapy in stage I and II breast cancer: EORCT 1080 trial, *J Natl Cancer Inst* 1992; 11: 15.
20. Bilchert-Toft M 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.
21. Arriagada R et al, for the Institute Gustave Roussy Breast Cancer Group: Conservative treatment versus mastectomy in early breast cancer: patterns of failure with 15 years of follow-up data, *J Clin Oncol* 1996; 14:1558.
22. Early Breast Cancer Trialist's Collaborative Group: Effects of radiotherapy and surgery in early breast cancer: an overview of the randomized trials, *N Engl J Med* 1995; 333:1444.
23. van der Hage JA 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.
24. Fisher B 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.