

การผ่าตัดแบบสงวนเต้านมด้วยวิธีการใช้เนื้อมผู้ป่วย (Intramammary flap reconstruction): รายงานผู้ป่วย

วิกรานต์ สอนถม พ.บ.

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ถนนคลังอาวุธ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี 34000

Abstract: Intramammary Flap Reconstruction Technique in Breast Conserving Surgery: a Case Report

Wikran Sornthom, M.D.

Department of surgery, Ubonratchatani Cancer Hospital, Khlang Awut Rd., Kham Yai,
Mueang Ubonratchatani, Ubonratchatani, 34000

(E-mail: pokkamail@gmail.com)

(Received: August 31, 2020; Revised: November 23, 2020; Accepted: December 30, 2020)

Breast conserving surgery and radiotherapy is widely used with early stage breast cancer treatment. Current evidence reveals that it is oncologically safe and low morbidity. Breast defect after primary tumor resection is a point of concern. Most problem-solving techniques are complex and require surgical experience. However, Intramammary flap reconstruction is new, simplified, and low complication rate technique. A case report 38-year-old Thai woman with medium size, non-ptosis breasts. Presented with two small right breast mass. The pathological results from core needle biopsies were discordant lesions. Then she had an excisional biopsy and it was confirmed as cancer. She decided to undergo wide excision and sentinel lymph node biopsy with subsequent intramammary flap reconstruction. Histopathology showed a moderately - grade invasive ductal carcinoma without lymph node metastasis. The tumor was free margin. It was negative for human epidermal growth factor receptor 2 (HER2), progesterone receptor (PR), and positive for estrogen receptor (ER), the patient received planned adjuvant treatment included chemotherapy, tamoxifen, and radiation therapy. She remained complication free to date. Intramammary flap reconstruction is a safe and suitable method for non-ptosis small to medium size breast patients. It is also easily operated with non-experienced surgeon.

Keywords: Breast conserving surgery, Intramammary flap reconstruction, Flap reconstruction, Early stage breast cancer

บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ในปัจจุบันสามารถรักษาด้วยการผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านมร่วมกับการฉายแสง ซึ่งเป็นวิธีที่ปลอดภัย และให้ผลการรักษาที่เทียบเคียงได้กับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า ปัญหาสำคัญของการผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม คือการทำให้เต้านมเสียรูปลักษณ์ หลังการผ่าตัด มีหลากหลายเทคนิคที่มาแก้ไขปัญหานี้ แต่ค่อนข้างซับซ้อนและใช้ประสบการณ์ของแพทย์ผู้ผ่าตัดเป็นอย่างมาก การผ่าตัดเพื่อปิดช่องว่างหลังการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกด้วยวิธี intramammary flap reconstruction เป็นการผ่าตัดแนวใหม่ที่ทำได้ง่าย ปลอดภัย และภาวะแทรกซ้อนต่ำ รายงานผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 38 ปี พบก้อน

ขนาดเล็กสองก้อนที่เต้านมข้างขวา เต้านมขนาดปานกลาง และไม่หย่อนคล้อย ผู้ป่วยได้รับการตัดชิ้นเนื้อด้วยเข็ม แต่ให้ผลไม่ชัดเจน จึงได้ทำการผ่าตัดก้อนออกมา ผลตรวจเข้าได้กับมะเร็งเต้านมระยะแรก ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านมและตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล และทำการปิดช่องว่างด้วยวิธี intramammary flap reconstruction ผลพยาธิวิทยาเป็น moderate differentiated invasive ductal carcinoma ผลตรวจตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นบวก ตัวรับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน เป็นลบ และผลตรวจตัวรับ HER2 เป็นลบ ผู้ป่วยได้เข้ารับยาเคมีบำบัด ยาต้านฮอร์โมน และการฉายแสง ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจนถึงปัจจุบัน การผ่าตัดโดยเทคนิค intramammary flap reconstruction ปลอดภัย

เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีเต้านมขนาดเล็กถึงปานกลาง และไม่หย่อนคล้อย สามารถทำได้โดยศัลยแพทย์ที่ประสบการณ์การผ่าตัดไม่มากได้

คำสำคัญ: ผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบสงวนเต้านม ผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบอนุรักษ์ มะเร็งเต้านมระยะแรก การโยกเนื้อเยื่อเต้านมหลังผ่าตัด, Intramammary flap reconstruction

บทนำ

การผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม (breast conserving surgery) ร่วมกับการฉายแสงที่เต้านมหลังผ่าตัด เป็นการผ่าตัดที่ได้รับการยอมรับมากขึ้น และเป็นมาตรฐานในการผ่าตัดมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน เนื่องจากการศึกษาหลายงานที่บ่งถึงผลการรักษาไม่แตกต่างกับ การผ่าตัดเอาเต้านมออกหมด (total mastectomy) ในแง่ของอัตราการรอดชีวิต และการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมชนิด invasive ในมะเร็งเต้านมที่คล้ำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ไม่ได้¹⁻⁵ การผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม มีเป้าหมายสำคัญคือ เพื่อรักษามะเร็งโดยการผ่าตัดให้ได้ขอบเขตที่เหมาะสม และ คงรูปลักษณะของเต้านม⁶ เดิมการผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม มีปัญหาเรื่องการไม่สามารถคงรูปลักษณะของเต้านมไว้ได้ เนื่องจากต้องผ่าตัดให้ได้ขอบเขตมาก แต่ในปัจจุบัน เกณฑ์ของขอบเขตของการผ่าตัดมะเร็งที่เหลือแค่ไม่มีเซลล์มะเร็งปรากฏบนสีย้อมขึ้นเนื้อ (tumor on ink)⁷ ทำให้การผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม สามารถทำได้ง่ายและมีความซับซ้อนน้อยลง อย่างไรก็ตามการผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม เพื่อคงรูปลักษณะของเต้านมไว้ มีประเด็นที่ต้องคำนึงถึง นอกจากขนาดของก้อนมะเร็ง ต้องพิจารณาถึง ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง⁸ ขนาดของเต้านมผู้ป่วย ความหย่อนคล้อย ความสมมาตรของเต้านม และความหนาแน่นของเนื้อเต้านม ซึ่งมีหลากหลายวิธีในการผ่าตัดเต้านมเพื่อให้คงรูปลักษณะของเต้านมไว้ โดยส่วนใหญ่ การผ่าตัดลักษณะดังกล่าว อาจมีความจำเป็นใช้เทคนิคพิเศษของศัลยกรรมตกแต่ง (oncoplastic surgery) ซึ่งต้องอาศัยการฝึกอบรมและประสบการณ์อย่างสูงในการผ่าตัด⁹ เป็นสิ่งท้าทายสำหรับศัลยแพทย์ทั่วไป

มีการศึกษาหลายการศึกษาในต่างประเทศที่แสดงถึง การเปรียบเทียบวิธีการผ่าตัดระหว่างการผ่าตัดโดยวิธี oncoplastic surgery เปรียบเทียบกับการผ่าตัดแบบสงวนเต้านมอย่างเดียว (Breast conserving surgery alone) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะต้น พบว่า กลุ่มที่ผ่าตัดด้วยวิธี oncoplastic surgery สามารถตัดก้อนเนื้อได้ปริมาณมากกว่า และมีผลลัพธ์ทางด้านรูปลักษณะที่ดีกว่า⁹ ส่วนอัตราการการกลับเป็นซ้ำที่เต้านมข้างเดิมและอัตราการรอดชีวิตไม่แตกต่างกัน¹⁰⁻¹² นอกจากนี้ยังลดจำนวนการผ่าตัดซ้ำ (re-excision) เพื่อให้ได้ขอบเขตการผ่าตัดที่เพียงพออีกด้วย^{11,12} แสดงให้เห็นถึงความปลอดภัยในการผ่าตัดด้วยวิธี oncoplastic

surgery

สำหรับวิธีการผ่าตัดโดยใช้การเคลื่อนของเนื้อเต้านมผู้ป่วยในการปิดช่องว่าง หลังการผ่าตัดเอาเนื้อเต้านมออก (intramammary flap reconstruction)¹³ เป็นหนึ่งในวิธีการผ่าตัดแบบ oncoplastic surgery ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ซับซ้อน ภาวะแทรกซ้อนต่ำ และสามารถคงรูปลักษณะเต้านมไว้ได้ดี มีรายงานครั้งแรกโดย Rageth¹³ ในปี พ.ศ. 2552 (ค.ศ.2009) ซึ่งยังไม่เคยมีรายงานวิธีการผ่าตัดดังกล่าวในประเทศไทย

รายงานผู้ป่วย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยหญิงอายุ 38 ปี คล้ำได้ก้อนที่เต้านมขวา ประมาณ 4 เดือน มีอาการเจ็บที่บริเวณก้อนเล็กน้อย ก้อนไม่โตขึ้น ไม่เคยคลำได้ก้อนที่เต้านมมาก่อน ไม่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว ไม่มีปวดกระดูกบริเวณใด ไม่มีการใช้ยาคุมหรือยาฮอร์โมน ยังไม่แต่งงาน ไม่มีบุตร ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีโรคประจำตัว ตรวจร่างกายพบก้อนที่ตำแหน่ง 10 นาฬิกา ขนาด ประมาณ 1 เซนติเมตร และ 11 นาฬิกา ขนาด ประมาณ 1 เซนติเมตร ของเต้านมข้างขวา ทั้งสองก้อนห่างกันประมาณ 1.5 เซนติเมตร โดยทั้งสองก้อนห่างจากหัวนมและลานนม ประมาณ 5 เซนติเมตร ไม่พบลักษณะของผิวหนังบริเวณเต้านมผิดปกติ เต้านมไม่หย่อนคล้อย รูปที่ 1) ส่วนเต้านมข้างซ้ายปกติ คล้ำไม่พบต่อมน้ำเหลือง บริเวณรักแร้และไหปลาร้าทั้งสองข้างผลเลือดทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลภาวะการทำงานของตับอยู่ในเกณฑ์ปกติ ภาพถ่ายทางรังสีวิทยา (อัลตราซาวนด์เต้านม และแมมโมแกรมเต้านม) พบลักษณะก้อนที่เต้านม ขนาด 1x0.4 เซนติเมตร และ 1.3x1.1 เซนติเมตร ที่ตำแหน่ง 10 นาฬิกา และ 11 นาฬิกาของเต้านมข้างขวา ตามลำดับ ดังรูปที่ 2) และ 3) ประเมินโดยรังสีแพทย์เป็น BIRADS category 4 ทำการเจาะชิ้นเนื้อตรวจด้วยเข็ม ร่วมกับการใช้อัลตราซาวนด์ (ultrasound guided core needle biopsy) ผลชิ้นเนื้อเป็น atypical cell with hyperchromatic nuclei ทั้งสองตำแหน่ง ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการตรวจร่างกาย ร่วมกับผลทางรังสีวิทยา (discordant lesion) ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด excision biopsy ทั้งสองตำแหน่ง ผลชิ้นเนื้อของก้อนที่ตำแหน่ง 11 นาฬิกา เป็นมะเร็งเต้านมชนิดลุกลาม (invasive ductal carcinoma, non-special subtype) ส่วนที่ตำแหน่ง 10 นาฬิกา ไม่พบเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านมและการเลาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (quadrantectomy with sentinel lymph node biopsy) ของเต้านมข้างขวา

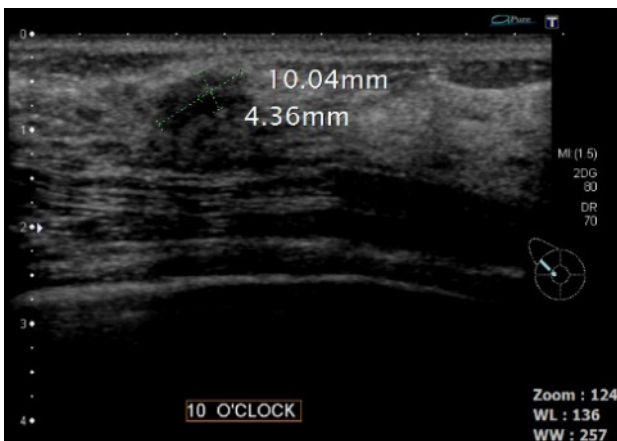


(ก)

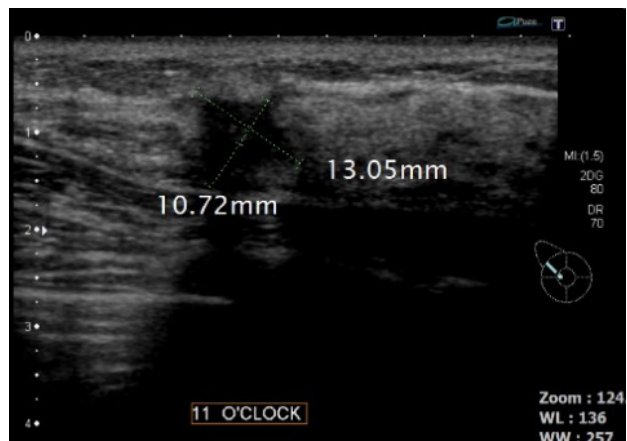


(ข)

รูปที่ 1 แสดงรอยโรคที่เต้านมข้างขวาหลังทำ excisional biopsy (ก) ด้านข้าง (ข) ด้านหน้า



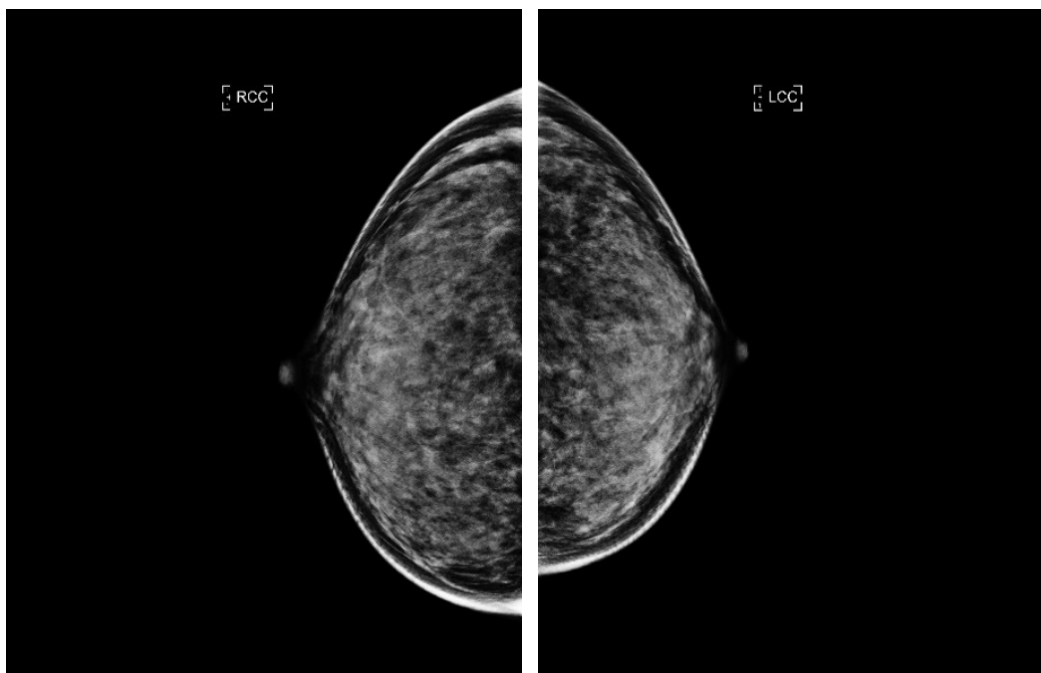
(ก)



(ข)

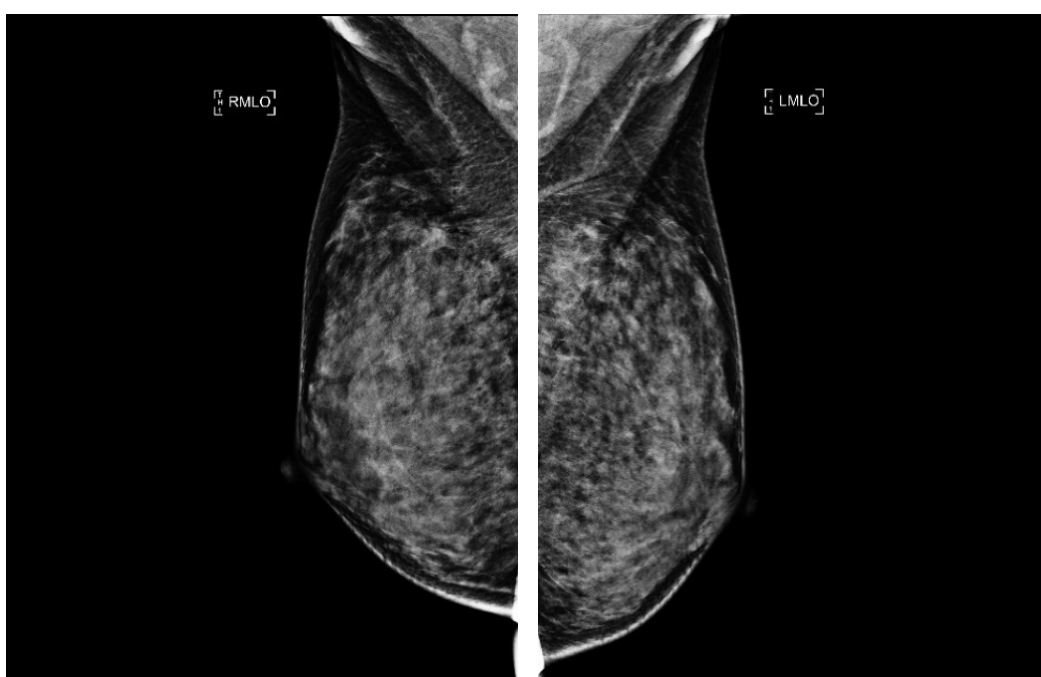
รูปที่ 2 ผลการตรวจอัลตราซาวด์เต้านมข้างขวาเป็นลักษณะก้อนขอบเขตไม่ชัด (two ill defined low echoic lesions)

(ก) ตำแหน่ง 10 นาฬิกา (ข) ตำแหน่ง 11 นาฬิกา



(ก)

(ข)



(ค)

(ง)

รูปที่ 3 ผลการตรวจแมมโมแกรมเต้านมพบรอยโรคขอบเขตไม่ชัดเจนที่เต้านมข้างขวาด้านนอก
(lobulated lesion at upper outer right breast with distortion)

(ก) CC view ข้างขวา (ข) CC view ข้างซ้าย (ค) MLO view ข้างขวา (ง) MLO view ข้างซ้าย

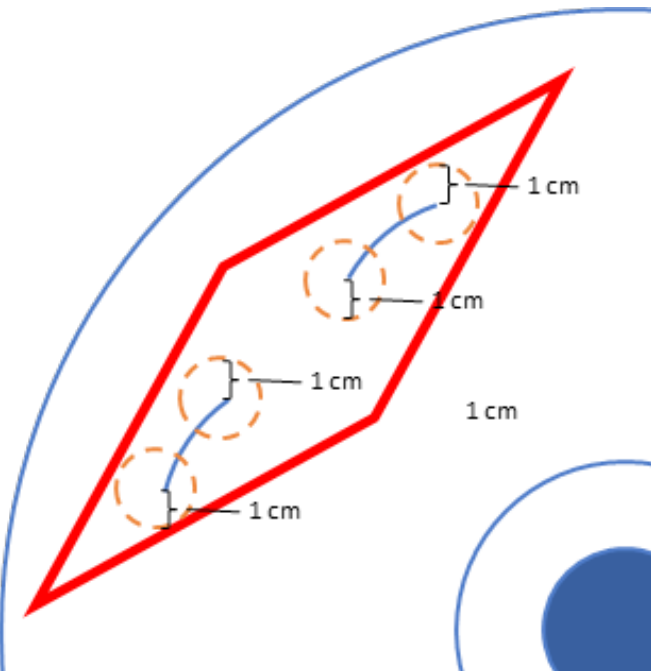
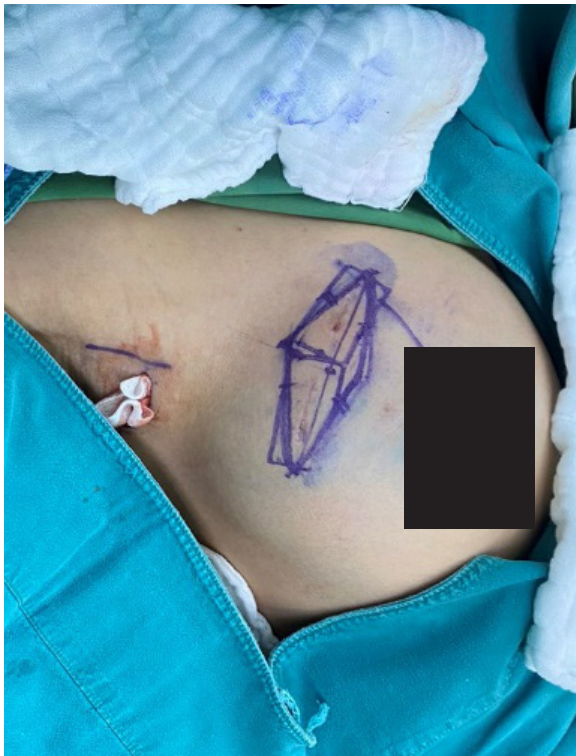
การผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้ ผ่าตัดโดยใช้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) จัดทำอนทอยทางแขนข้างขวาตั้งฉากกับลำตัว หนุนลำตัวข้างขวาขึ้นเล็กน้อย แพทย์ผู้ผ่าตัดยืนด้านขวาของผู้ป่วย ส่วนผู้ช่วยผ่าตัดยืนด้านซ้ายของผู้ป่วย เริ่มการผ่าตัดโดยการฉีดสารสีทางการแพทย์ (1% isosulfan blue dye) ในชั้นใต้ผิวหนัง (subdermal) บริเวณตำแหน่ง 3 และ 9 นาฬิกา ตำแหน่งละ 2.5 มิลลิลิตร รอบลานห้วนม (periareolar region) ของเต้านมข้างขวา นวดเต้านมขวา 10 นาที จากนั้นลงมีดที่ตำแหน่งแนวขนรักแร้ต่ำสุด (low axilla hair line) ด้านขวาตามแนวรอยพับผิวหนัง ยาวประมาณ 3 เซนติเมตร หาดอมน้ำเหลืองที่ติดสี รูปที่ 4) ส่งพยาธิแพทย์อ่านผลระหว่างผ่าตัด จากนั้นทำการผ่าตัดบริเวณก้อนเต้านม วาดแนวผ่าตัดเป็นรูปสี่เหลี่ยมขนมเปียกปูน (parallelogram) รอบรอยผ่าตัดเดิม โดยห่างจากแนวผ่าตัดเดิม 1 เซนติเมตร ตามรูปที่ 5)

ตัดก้อนเนื้อตามแนวที่วางแผนไว้โดยรอบจนลึกถึง ส่วนของกล้ามเนื้อด้านหน้าทรวงอก (pectoralis major muscle) ดังรูปที่ 6) เย็บไหมบอตำแหน่งชั้นเนื้อก่อนส่งชิ้นเนื้อ ส่วนของช่องว่างวางคลิปโลหะ (surgical metallic clip) ไว้ที่ด้านล่าง และข้างของช่องว่าง ดังรูปที่ 7) จากนั้นทำการเลาะเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง และ เนื้อต่อกล้ามเนื้อ (biplanar mobilization) ให้ลึกที่สุดเท่าที่สามารถนำเนื้อเต้านมมาปิดช่องว่างได้ จากนั้นใช้เทคนิค intramammary flap reconstruction โดยการแบ่งเนื้อเต้านมตามยาว (horizontal

split) ตำแหน่งกึ่งกลางระหว่างผิวหนัง กับกล้ามเนื้อ pectoralis major muscle ให้ได้ขนาดความกว้างเท่ากับขนาดความกว้างของช่องว่าง ส่วนความยาวให้เลาะระหว่างชั้นเนื้อนมให้เลยส่วนห้วนมและลานนม (ประมาณ 10 เซนติเมตร) ดังรูปที่ 8) เพื่อป้องกันไม่ให้ห้วนมและลานห้วนมขยับตามเนื้อนมที่แบ่งไว้ หลังจากนั้น นำชั้นล่างของเนื้อนมที่แบ่ง เย็บด้วยไหมละลาย absorbable suture กับเนื้อนมด้านข้างที่เหลือดังรูปที่ 9) วางสายระบายใต้ชั้นนี้ ดังรูปที่ 10) เย็บปิดชั้นเนื้อเยื่ออ่อนใต้ผิวหนัง และเย็บปิดผิวหนัง สำหรับผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากผลการเลาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลไม่สามารถแปลผลได้ จึงทำการเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ขวาที่ตำแหน่ง level I และ level II ออกด้วย ผลพยาธิของชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งเต้านมชนิดลุกลาม (invasive ductal carcinoma, no special type), ขนาดของก้อนมะเร็ง 0.5 cm, ลักษณะความรุนแรงทางเนื้อเยื่อวิทยาเป็น moderate differentiated, histologic grade II, multifoci, DCIS high grade 20%, free margin, no lymphovascular invasion, จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่เลาะได้คือ 19 ต่อมน, ไม่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (no axillary lymph node metastasis), ภาวะตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน (ER) เป็นบวก, ตัวรับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (PR) เป็นลบ, ภาวะตัวรับเฮอร์ทู (Her-2) เป็นลบ และ Ki67 50% ระยะของโรคในผู้ป่วยรายนี้เป็น T1N0M0 (stage IA)



รูปที่ 4 แสดงการเลาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล



รูปที่ 5 แสดงแนวการผ่าตัดบริเวณเต้านมข้างขวา (ก) การวาด parallelogram และ
(ข) รูปจำลองการวัดระยะแนวผ่าตัดห่างจากแนวผ่าตัดเดิม 1 เซนติเมตร



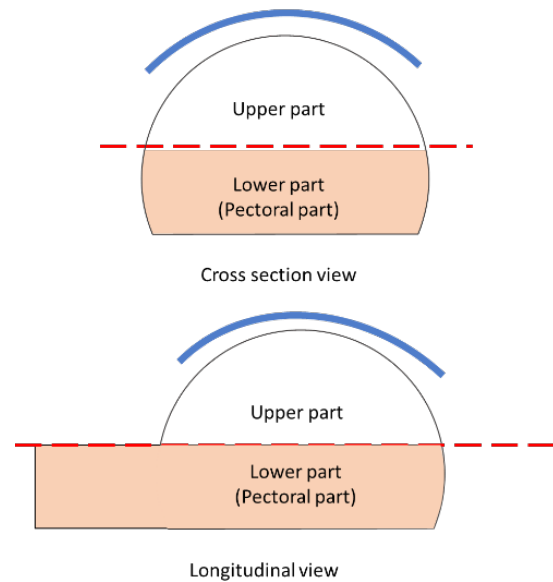
รูปที่ 6 แสดงการผ่าตัด parallelogram



รูปที่ 7 แสดงการวางคลิปโลหะ บริเวณตำแหน่งก้อนเนื้ออกเดิม



(ก)



(ข)

รูปที่ 8 แสดงการผ่าตัดแบ่งเนื้อเต้านมด้วยวิธี intramammary flap reconstruction

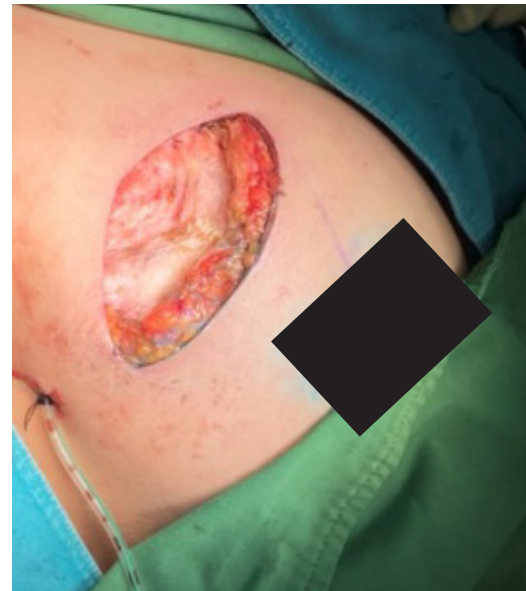
(ก) รูปแสดงหลังการผ่าตัดแบ่งเนื้อเต้านม (ข) รูปจำลองแนวการแบ่งเนื้อเต้านม

อาการโดยรวมหลังผ่าตัดผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ กลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด สามารถถอดสายระบาย ได้ที่ 7 วัน หลังผ่าตัด ติดตามอาการหลังผ่าตัดที่ 14 วัน, 1 เดือน และ 3 เดือนหลังผ่าตัด ดังรูปที่ 11) ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เต้านมทั้งสอง

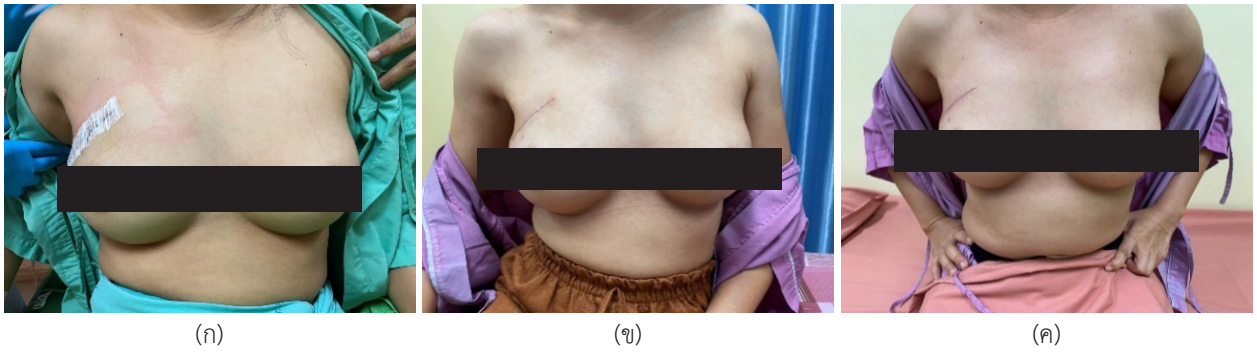
ข้างคงรูปร่างและสมมาตรกัน ผู้ป่วยเข้ารับยาเคมีบำบัดสูตร AC (Doxorubicin และ Cyclophosphamide) 4 รอบ และ ยาต้านฮอร์โมน และฉายแสงบริเวณเต้านมต่อไป ตามลำดับ



รูปที่ 9 แสดงการเย็บปิดเนื้อเยื่อเต้านมกับเนื้อเยื่อด้านข้าง



รูปที่ 10 แสดงการวางสายระบายบริเวณตำแหน่งผ่าตัด



รูปที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบรูปลักษณ์ด้านมหลังผ่าตัด
(ก) หลังผ่าตัด 14 วัน (ข) หลังผ่าตัด 1 เดือน (ค) หลังผ่าตัด 3 เดือน

วิจารณ์

การผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบอนุรักษ์ในบางกรณีก่อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ หรือ ต้องผ่าตัดเนื้องอกเพื่อให้มีขอบเขตรอบเนื้องอกที่เพียงพอ อาจทำให้เกิดความไม่สวยงาม โดยเฉพาะการที่หัวนมและลานหัวนมยกขึ้น หรือเต้านมผิดรูป¹⁴ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของการผ่าตัดชนิดนี้ นอกจากนี้ การตัดผิวหนังบริเวณเนื้องอกออกมาก็เป็นข้อจำกัดในการเสริมสร้างเต้านมหลังผ่าตัดด้วย¹⁴ แม้ว่าโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่ได้รับการผ่าตัดผิวหนังบริเวณก่อนเนื้องอกออก แต่สำหรับผู้ป่วยรายนี้ มีข้อจำกัดที่ได้รับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อตัวอย่างมาก่อน ทำให้ต้องตัดผิวหนังแผลผ่าตัดออกด้วย¹⁵ ขอบเขตของการผ่าตัดนั้น ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนในเชิงเทคนิคการผ่าตัด มีหลายงานวิจัยที่อ้างอิงถึงขอบเขตการผ่าตัดอยู่ที่ 1-2 เซนติเมตรจากขอบเนื้องอก ในเชิงเทคนิค แต่ในทางพยาธิวิทยา ใช้เกณฑ์ไม่มีเซลล์มะเร็งที่ขอบชิ้นเนื้อ (no tumor on ink) ก็เพียงพอ^{16,17} การมีก้อนมะเร็งหลายตำแหน่งในเต้านมข้างเดียวกัน บริเวณ quadrant เดียวกัน (multifocal breast cancer) ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบอนุรักษ์เต้านม หากศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดได้ขอบเขตของก้อนเนื้องอกทั้งหมดโดยที่คงรูปร่างของเต้านมไว้ได้^{15,18} แม้ว่าจะมีการตรวจพยาธิวิทยาระหว่างการทำผ่าตัดเพื่อดูขอบเขตเนื้องอก ช่วยลดอัตราการผ่าตัดครั้งที่สอง¹⁹ แต่ไม่ได้รับความนิยมมากนัก เนื่องจากมีความไวค่อนข้างต่ำ 65-78% และทำให้ใช้เวลาการผ่าตัดนานขึ้น²⁰ ประกอบกับต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญทางพยาธิวิทยา, ประสิทธิภาพของศัลยแพทย์ และทรัพยากรของโรงพยาบาลมาก สำหรับในการผ่าตัดเนื้องอกของผู้ป่วยรายนี้ ใช้วิธี rounded parallelogram เป็นการตัดเนื้องอกพร้อมกับผิวหนัง ในอุดมคติ คือการที่ ขอบบนกับขอบล่าง ของส่วนที่จะตัดจะเท่ากัน ลดการเกิด dog ear defect¹⁴ ในส่วนวิธีการปิดช่องว่างหลังผ่าตัด ปัจจุบันมีเทคนิค oncoplastic surgery ที่ช่วยให้ผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบอนุรักษ์ได้มากขึ้น²¹ โดยสามารถคงรูปร่างเต้านมได้ แม้ว่าตัดเนื้อเต้านมออกในปริมาณที่มาก ก็สามารถเสริมสร้างเต้านมได้ด้วยการใช้เนื้อเยื่อเต้านมข้างเคียง หรือ เนื้อเยื่อทดแทนจากบริเวณอื่น⁶ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ขนาดของเต้านมเล็กถึงปานกลาง และเต้านม

ไม่หย่อนคล้อย แม้ว่าตัดเนื้อเต้านมรอบก้อนเนื้องอกไม่มาก แต่เป็นผลให้เต้านมเสียรูปทรงได้ อาจจำเป็นต้องใช้เนื้อเยื่อบริเวณอื่นทดแทน (volume replacement) เช่น Latissimus dorsi flap หรือ เต้านมเทียม เป็นต้น แต่จากการประเมินก่อนผ่าตัด เนื้องอกอยู่ในบริเวณด้านบนนอก (upper outer quadrant) ของเต้านม ซึ่งมีปริมาณเนื้อเต้านมมาก จึงตัดเนื้อเต้านมออกได้พอสมควร สามารถที่จะใช้เนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียงมาทดแทนได้ (volume displacement) ส่วนวิธีอื่นที่มีที่ใช้ในกรณีที่ต้องการทำผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม คือการให้ยาเคมีบำบัด หรือ ยาต้านฮอร์โมนก่อนการผ่าตัด แต่สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการทำ excisional biopsy มาก่อนแล้ว และไม่สามารถคลำก้อนได้ชัดเจน จึงไม่เหมาะในการให้ยาเคมีบำบัด หรือ ยาต้านฮอร์โมนก่อนการผ่าตัด²¹ Rageth¹³ อธิบายวิธีการ intramammary flap reconstruction สำหรับการผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม เพื่อแก้ปัญหาเรื่องการใช้เนื้อเยื่ออ่อนเพื่อปิดช่องว่าง โดยไม่ต้องเพิ่มแผลผ่าตัดหรือใช้เนื้อเยื่อจากบริเวณอื่นนอกเต้านมมาทดแทน โดยการแบ่งเนื้อเยื่อของเต้านมออกเป็นสองส่วนตามแนวขวาง เพื่อเพิ่มการเคลื่อนที่ของเนื้อเยื่อเต้านมมาปิดช่องว่างได้ ซึ่งข้อดีของ intramammary flap reconstruction คือ ทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้ประสบการณ์มาก ไม่ต้องมีแผลเพิ่มเติม ไม่ต้องใช้เนื้อเยื่อจากบริเวณอื่น เมื่อเปรียบเทียบกับเต้านมเทียมซิลิโคน ก็มีความเป็นธรรมชาติมากกว่า ส่วนข้อเสียคือไม่สามารถทำในเต้านมที่มีไขมันมาก โดยเฉพาะเต้านมผู้สูงอายุ (fatty breast) เพราะอาจมีภาวะ fat necrosis ได้⁶

สรุป

การผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบอนุรักษ์เต้านม ด้วยวิธีการผ่าตัดโดยใช้การเคลื่อนของเนื้อเต้านมผู้ป่วยในการปิดช่องว่างหลังการผ่าตัดเอาเนื้อเต้านมออก (intramammary flap reconstruction) มีความปลอดภัย ไม่ซับซ้อน ภาวะแทรกซ้อนต่ำ และสามารถคงรูปลักษณ์เต้านมไว้ได้ดี ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาในอนาคต เปรียบเทียบอัตราการรอดชีวิต ภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำรายงานผู้ป่วยฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาทั้งหมด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการสืบค้นข้อมูล เพื่อประกอบการเขียนรายงานผู้ป่วยในครั้งนี้

หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อคัลยแพทย์ ผู้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันนี้ในอนาคต หากรายงานฉบับนี้มีข้อผิดพลาดประการใด ข้าพเจ้าก็ขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

References

1. Halsted WS. I. The Results of Operations for the Cure of Cancer of the Breast Performed at the Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894. *Ann Surg* 1894;20:497-555.
2. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, 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;347:1233-41.
3. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, 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;347:1227-32.
4. Darby S, McGale P, Correa C, Taylor C, Arriagada R, Clarke M, et al. Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. *Lancet* 2011;378:1707-16.
5. Coulombe G, Tyldesley S, Speers C, Paltiel C, Aquino-Parsons C, Bernstein V, et al. Is mastectomy superior to breast-conserving treatment for young women? *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007;67:1282-90.
6. Clough KB, Kaufman GJ, Nos C, Buccimazza I, Sarfati IM. Improving breast cancer surgery: a classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery. *Ann Surg Oncol* 2010;17: 1375-91.
7. Moran MS, Schnitt SJ, Giuliano AE, Harris JR, Khan SA, Horton J, et al. Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology consensus guideline on margins for breast-conserving surgery with whole-breast irradiation in stages I and II invasive breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2014;88:553-64.
8. Rainsbury RM. Surgery insight: Oncoplastic breast-conserving reconstruction - indications, benefits, choices and outcomes. *Nat Clin Pract Onc* 2007;4:657-64.
9. Palsdottir EP, Lund SHL, Asgeirsson KSA. Oncoplastic breast-conserving surgery in Iceland: a population-based study. *Scand J Surg* 2018;107: 224-9.
10. Niinikoski L, Leidenius MHK, Vaara P, Voynov A, Heikkilä P, Mattson J et al. Resection margins and local recurrences in breast cancer: comparison between conventional and oncoplastic breast conserving surgery. *Eur J Surg Oncol* 2019;45: 976-82.
11. De La Cruz L, Blankenship SA, Chatterjee A, Geha R, Nocera N, Czerniecki BJ, et al. Outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery in breast cancer patients: a systematic literature review. *Ann Surg Oncol* 2016;23: 3247-58.
12. Chen JY, Huang YJ, Zhang LL, Yang CQ, Wang K. Comparison of oncoplastic breast-conserving surgery and breast-conserving surgery alone: a meta-analysis. *J Breast Cancer* 2018;21: 321-9.
13. Rageth CJ, Tausch C. Intramammary flap reconstruction (IFR) technique in breast conserving surgery. *Breast* 2009;18:387-92.
14. Sabel MS. Principles of Breast Reconstruction. In: MS S, editor. *Essentials of breast surgery*. 1st ed. Philadelphia: Mosby; 2009.
15. Dixon MJ. Breast-Conserving Surgery. In: Fischer J, editor. *Fischer's Mastery of Surgery*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.
16. Luini A, Rososchansky J, Gatti G, Zurrida S, Caldarella P, Viale G, et al. The surgical margin status after breast-conserving surgery: discussion of an open issue. *Breast Cancer Res Treat* 2009;113:397-402.
17. Kurniawan ED, Wong MH, Windle I, Rose A, Mou A, Buchanan M, et al. Predictors of surgical margin status in breast conserving surgery within a breast screening program. *Ann Surg Oncol* 2008;15:2542-9.
18. Houvenaeghel G, Tallet A, Jalaguier-Coudray A, Cohen M, Bannier M, Jauffret-Fara C, et al. Is breast conservative surgery a reasonable option in multifocal or multicentric tumors? *World J Clin Oncol* 2016;7:234-42.
19. Esbona K, Li Z, Wilke LG. Intraoperative imprint cytology and frozen section pathology for margin assessment in breast conservation surgery: A systematic review. *Ann Surg Oncol* 2012;19:3236-45.
20. Nowikiewicz T, Srutek E, Głowacka-Mrotek I, Tarkowska M, Zyromska A, Zegarski W. Clinical outcomes of an intraoperative surgical margin assessment using the fresh frozen section method in patients with invasive breast cancer undergoing breast-conserving surgery - a single center analysis. *Sci Rep* 2019;9:13441.
21. National Comprehensive Cancer Network. Breast Cancer (Version 4.2020).[Internet]. [Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf].