

รายงานผู้ป่วย: มะเร็งเต้านมในเพศชาย

Male Breast Cancer : Case report

ภาณุวัฒน์ ชันธสะอาด*
Panuwat Khantasa-ard*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยชาย อายุ 53 ปี มีประวัติคลำพบก้อนที่เต้านมขวา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ พบว่า เป็นมะเร็งรุกรานของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำนม (Invasive ductal carcinoma) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด right modified radical mastectomy และ hormone therapy ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2A (T2N0M0) แม้ว่ามะเร็งเต้านมในเพศชายจะเป็นโรคที่พบน้อยและมีข้อมูลจำกัด แต่แนวทางการรักษา พยากรณ์โรค และผลการรักษา เป็นเช่นเดียวกันกับมะเร็งเต้านมเพศหญิง

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านมเพศชาย.

Abstract

Breast cancer in male is rare and unusual .We report a case of 53 years old man with history of palpable right breast mass.Core needle biopsy reported invasive ductal carcinoma.Patient underwent right modified radical mastectomy and adjuvant hormonal therapy. The final staging is T2N0M0, stage IIA.The treatment guideline, prognosis and outcome are similar to breast cancer in female.

Keyword : male breast cancer.

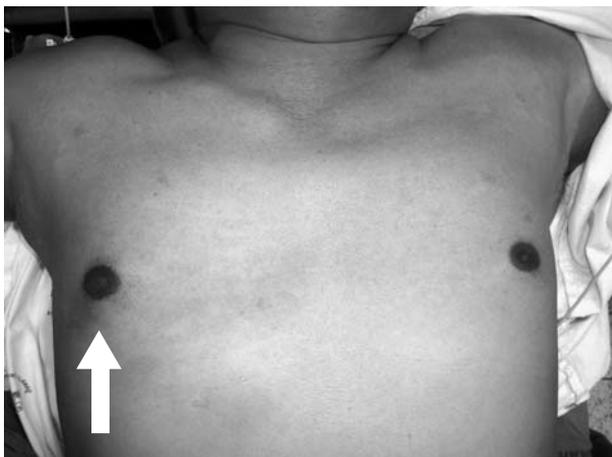
*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทนำ

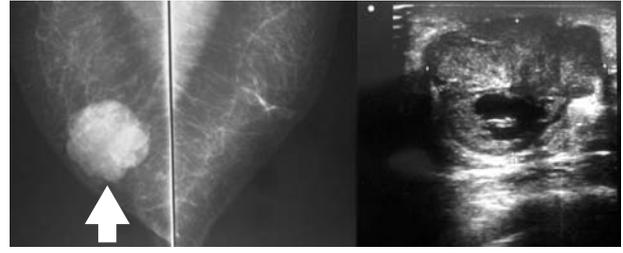
โรคมะเร็งเต้านมโดยทั่วไปเรามักจะคิดกันว่าเป็นโรคที่พบเฉพาะในผู้ป่วยหญิงเท่านั้น แต่ที่จริงแล้ว ผู้ชายก็เป็นมะเร็งเต้านมได้เช่นกัน มะเร็งเต้านมในเพศชาย (Male Breast Cancer) เป็นโรคที่พบได้น้อย โดยพบได้เพียง 0.8-1% ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด^{1,2,4} หรืออุบัติการณ์ 1:100000 ประชากรต่อปี^{2,3} โรคนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้สูงอายุ ช่วงอายุประมาณ 65-71 ปี³ และมักจะมีปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ต่อการเกิดโรคนี้ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มักจะเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มากเกินไป (Estrogen excess) การพร่องฮอร์โมนแอนโดรเจน (Lack of Androgen)² หรือพันธุกรรม เช่น Family history of breast cancer, BRCA2/BRCA1 mutation, Klinefelter's syndrome, Liver disease/cirrhosis, previous testicular pathology, history of benign breast disease เป็นต้น^{2,4}

รายงานผู้ป่วย

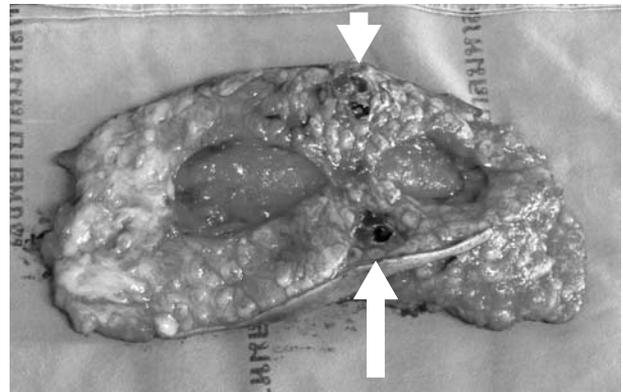
ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี สถานภาพสมรส อาชีพรับราชการครู มีประวัติคลำพบก้อนที่บริเวณใต้หัวนมข้างขวามาประมาณ 5 เดือน ก้อนขนาดประมาณเท่านิ้วหัวแม่มือ ค่อยๆ โตขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีอาการปวด ไม่มีน้ำไหลออกจากหัวนม ไม่มีอาการผิดปกติอื่นใดอีก มีโรคประจำตัวเป็นโรคเกาต์ มีอาการปวดข้อนิ้วหัวแม่มือเมื่อดื่มสุรา รับประทานยาแก้ปวดตามอาการ เคยผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนที่ขาหนีบข้างขวาเมื่อ 5 ปีก่อน ดื่มสุราตาม



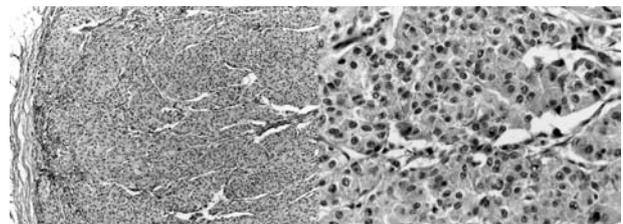
รูปที่ 1 ลักษณะเต้านมทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วย ก้อนเนื้อออกอยู่ที่เต้านมข้างขวา ตำแหน่ง 6 นาฬิกา ได้ตัดหัวนม สังเกตว่าผิวของเต้านมบริเวณนี้จะนูนขึ้นผิดปกติ (bulging)



รูปที่ 2 แสดงลักษณะของพยาธิสภาพจากการตรวจทางรังสีวิทยา ซึ่งภาพ mammogram (ซ้าย) จะพบ lesion เป็น well defined multilobulated hyperdensity (ในรายนี้ไม่พบ microcalcification) ภาพ sonogram (ขวา) lesion เป็น irregular shape solid-cystic component



รูปที่ 3 Surgical specimen (Right breast) coronal section แสดงให้เห็นลักษณะภายในของ tumor ที่มีทั้งส่วนของ solid และ cystic (tumor size 3.7 cm)



รูปที่ 4 ภาพ histopathology ของ tumor ที่กำลังขยาย 40 เท่า (ซ้าย) จะพบลักษณะของ tumor cell ที่จัดเรียงกันเป็น sheet nest และส่วนน้อยเป็น tubular pattern ที่กำลังขยาย 10 เท่า (ขวา) สังเกต tumor cell จะมีลักษณะ pleomorphic vesicular nuclei, increased nucleus-cytoplasm ratio, prominent nucleoli ซึ่งเป็นลักษณะของ malignancy cell

โอกาสงานเลี้ยงสังสรรค์ ไม่ได้ดื่มประจำ ไม่สูบบุหรี่ ไม่มียาที่ใช้เป็นประจำ ไม่มีประวัติโรคมะเร็งใดๆในครอบครัว ตรวจร่างกายที่เต้านมข้างขวาและบริเวณใกล้เคียง (Right breast and axilla) พบ well defined multilobulated mass at subareolar area, 6 o'clock, size 4*2.5 cm, non tender, firm consistency, slightly movable, no nipple discharge nor skin retraction, palpable few axillary lymphnodes, size 0.5-1 cm, soft to firm consistency, non tender ตรวจ Mammography และ Ultrasonography ของเต้านมข้างขวา พบลักษณะ lesion เป็น irregular shape multiple lobulated solid isoechoic mass with cystic content inside and hypervascularization, BI-RADS 4c (Suspicious cancer) ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Fine Needle Aspiration for Cytopathology (FNAC) ที่ก้อน ผลเป็น atypical cell จึงได้ตรวจซ้ำด้วย Core Needle Biopsy พบว่าเป็น Invasive ductal carcinoma ผลการตรวจ Chest X-ray และ Ultrasonography of abdomen ไม่พบลักษณะของ distant metastasis ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Right Modified Radical Mastectomy (MRM) and axillary lymphnode dissection ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของ surgical specimen พบ Invasive ductal carcinoma grade II, tumor size 3.7 cm, no angiolymphatic invasion, free deep resected margin, no axillary lymphnode metastasis (0/13), positive Estrogen receptor (ER, positive 70%) and Progesterone receptor (PR, positive 95%) Final staging ของผู้ป่วย คือ T2N0M0 stage IIA5 ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับ adjuvant hormonal therapy (Tamoxifen 20 mg/day) โดยวางแผนให้ผู้ป่วยได้ hormone therapy อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 ปี และ surveillance mammography ปีละครั้ง^{3,5}

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติว่าเคยเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบข้างขวาเมื่อ 5 ปีก่อน ประวัติของ testicular pathology และ inguinal herniorrhaphy อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงประการหนึ่งที่ทำให้เกิด breast cancer ในผู้ป่วยได้ เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งเมื่ออายุได้ 53 ปี ซึ่งไม่ใช่กลุ่มอายุของ male breast cancer โดยทั่วไป การเกิด gene mutation จึงอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกประการหนึ่ง การตรวจ Polymerase Chain Reaction (PCR) เพื่อหา BRCA2 / BRCA1 mutation นอกจากจะช่วยค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในผู้ป่วย

แล้ว ยังมีประโยชน์ในการใช้เฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเต้านมกับบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย (ลูก / หลาน) ด้วย เนื่องจากพบว่า ประมาณ 35-45% ของการเกิดมะเร็งเต้านมภายในครอบครัวเดียวกัน (familial breast cancer) เกี่ยวข้องกับ BRCA2 mutation⁴ (BRCA1 mutation ก็มีบทบาทต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเช่นกัน แต่น้อยกว่า BRCA2 mutation)^{2,4}

ถึงแม้ว่ามะเร็งเต้านมในเพศชายจะพบได้น้อย แต่ลักษณะทางคลินิกพยาธิวิทยา การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคก็เป็นเช่นเดียวกับมะเร็งเต้านมในเพศหญิง^{1,2,3,4} ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ด้วยประวัติว่าคลำพบก้อนที่เต้านม^{1,3,4} ส่วนใหญ่ตำแหน่งของก้อนจะอยู่ที่บริเวณลานห้วงนม (subareolar area) รองลงมาได้แก่บริเวณ upper outer quadrant^{1,2,4} มักจะไม่ค่อยมีอาการปวด² ในรายที่เป็นระยะลุกลามก็จะพบลักษณะเช่นเดียวกับในเพศหญิง (locally advanced/ distant metastasis)⁴ ภาพถ่าย mammography พบลักษณะ radiodense mass with speculated margins with or without microcalcifications⁴ ภาพ ultrasonography พบ hypoechoic lesion with irregular margins อาจพบเป็น solid-cystic mass หรือ complex cyst ได้เช่นกัน³ การตรวจเพื่อให้ได้ definite diagnosis เบื้องต้นอาจใช้วิธี FNAC ก่อน หากได้ผลไม่ชัดเจนควรทำ core needle biopsy หรือ open biopsy^{1,2,3,4} มะเร็งเต้านมเพศชายที่พบได้มากที่สุด คือ invasive ductal carcinoma (85%) รองลงมาได้แก่ ductal carcinoma in situ (5-15%) นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่าพบ lobular carcinoma in situ (LCIS), invasive lobular carcinoma, sarcoma และ metastatic cancer to breast แต่ก็พบได้น้อยมาก^{2,3} การ staging พิจารณาจากขนาดของ primary tumor (T) regional lymphnode (N) และ distant metastasis (M) ซึ่งอ้างอิงตามระบบของ American Joint Committee on Cancer (AJCC's TNM staging)⁵ โดยมะเร็งเต้านมทั้งในเพศชายและหญิงใช้ระบบเดียวกันในการ staging แนวทางการรักษามะเร็งเต้านมเพศชายส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกับการรักษามะเร็งเต้านมในเพศหญิง การรักษาหลักได้แก่การผ่าตัด ซึ่งการทำ total mastectomy หรือ Modified Radical Mastectomy (MRM) ถือเป็นวิธีการผ่าตัดมาตรฐานในมะเร็งเต้านมเพศชาย ในรายที่มี clinical palpable axillary lymphnode จะต้องได้รับการผ่าตัด axillary lymphnode dissection ส่วนการทำ sentinel lymphnode biopsy นั้น ควรเลือกใช้ในรายที่ clinical impalpable axillary lymphnode^{2,3,4}

สำหรับบทบาทของ Breast Conserving Surgery (BCS) ในมะเร็งเต้านมเพศชายยังเป็นที่ถกเถียงว่าเหมาะสมหรือไม่ เนื่องจากเต้านมของผู้ชายมักมีขนาดเล็ก และ tumor มักจะอยู่ในตำแหน่งของ nipple และ subareolar area³

Adjuvant therapy ได้แก่ hormonal therapy, radiotherapy และ chemotherapy มะเร็งเต้านมเพศชายส่วนใหญ่จะ positive Estrogen และ Progesterone receptor^{2,3} การให้ Tamoxifen (estrogen receptor modulator) 20 mg/day เป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่าสามารถช่วยเพิ่ม survival rate ในผู้ป่วยได้ทั้งใน early และ advanced stage^{2,3} ส่วนบทบาทของ aromatase inhibitor ในการรักษามะเร็งเต้านมเพศชายนั้น ยังมีข้อมูลการศึกษาที่จำกัด³ ในส่วนของรังสีรักษา (radiotherapy) ข้อบ่งชี้ในการให้เป็นเช่นเดียวกับมะเร็งเต้านมเพศหญิง เช่น T3/T4 lesion, > 4 positive axillary lymphnodes, positive or close margin, lymphovascular invasion เป็นต้น^{3,5} ข้อบ่งชี้ในการให้ยาเคมีบำบัดก็อิงตามการรักษาในมะเร็งเต้านมเพศหญิงเช่นเดียวกัน ได้แก่ locally advanced disease, negative hormone receptor, rapid progress, failed endocrine therapy^{3,5} โดยพิจารณาให้ในรูปแบบของ multicycle combination ของ cyclophosphamide, metrotrexate or doxorubicin และ 5-fluorouracil (CMF/CAF regimen)^{3,5} ยังไม่มีข้อมูลยืนยันถึงประสิทธิภาพของการใช้ taxane และ trastuzumab ในมะเร็งเต้านมเพศชาย³

พยากรณ์โรคของมะเร็งเต้านมเพศชาย พบว่า

คล้ายคลึงกับในมะเร็งเต้านมเพศหญิง³ ปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงการอยู่รอด (prognostic factor) ได้แก่ stage tumor size และ axillary lymphnode status⁴ พบว่า 5-year survival rate เป็น 94% ในผู้ป่วยที่มีขนาดของ tumor 0-10 mm และลดลงเหลือ 39% ในผู้ป่วยที่มีขนาดของ tumor > 51 mm (Guinee et al)⁴ 10-year survival rate เป็น 84% ในผู้ป่วยที่ histological negative node, 44% ในผู้ป่วยที่มี 1-3 positive node และ 14% ในผู้ป่วยที่ > = 4 positive node (Guinee et al)⁴ 5-year survival rate ในผู้ป่วย stage I 100%, stage II 83%, stage III 60% และ stage IV 25%²

สรุป

มะเร็งเต้านมเพศชายแม้ว่าจะเป็นโรคที่พบได้น้อย แต่ก็ควรจะต้องให้ความสำคัญ ในผู้ป่วยชายที่มีประวัติคลำพบก้อนที่เต้านมเพียงต้องสงสัยว่าอาจจะเป็นมะเร็งเต้านมได้เสมอ ซึ่งการทำ needle biopsy จะช่วยยืนยันการวินิจฉัยได้ การผ่าตัด total mastectomy หรือ modified radical mastectomy เป็นการรักษาหลัก และต้องทำ axillary node dissection ในรายที่ positive lymphnode หลังการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ hormone receptor positive จะต้องให้ adjuvant hormonal therapy ด้วย tamoxifen เป็นระยะเวลา 5 ปี ข้อบ่งชี้ในการให้รังสีรักษาและยาเคมีบำบัด เป็นเช่นเดียวกับมะเร็งเต้านมเพศหญิง พยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับ stage tumor size และ axillary lymphnode status

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ธนิฐ ฐิติพรรณกุล กลุ่มงานพยาธิวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ได้ให้คำปรึกษาและถ่ายภาพทางจุลพยาธิวิทยาเพื่อประกอบการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. David J. Winchester. Male Breast Cancer. In : William L. Donegan, John S. Spratt, editors. Cancer of the breast. 5th ed. St.Louis : Elsevier Science Saunders; 2002. p. 951-6.
2. Kari B. Wisinski, William J. Gradishar. Male Breast Cancer. In : Jay R. Harris et al, editors. Disease of the breast. 4th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 775-9.
3. Mahmoud El-Tamer, Benjamin Pocock. Male Breast Cancer. In : Henry Mark Kuerer, editor. Kuerer's breast surgical oncology. McGraw-Hill companies; 2010. p. 237-41.
4. William L. donegan, Philip N. Redlish. Male Breast Cancer. In : Breast Cancer. 2nd ed. Ontario : Bc Decker Inc; 2006. p. 497-507.
5. NCCN guidelines Ver. 3.2013 Breast Cancer. Available from : เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2556 URL : <http://www.nccn.com>.