

“มะเร็งเต้านมในเพศชาย”

Male breast cancer

ขวัญลดา มิตรภักดี¹Kwanlada Mitpakdi¹

บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพของเพศหญิงที่พบมากอันดับหนึ่งทั่วโลก งานวิจัยและองค์กรด้านสุขภาพมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้ ความเข้าใจ และการเข้าถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพไปที่เพศหญิงเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหรืออัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม แต่ในทางกลับกันมะเร็งเต้านมในเพศชายได้รับการกล่าวถึงและให้ความสำคัญน้อยมาก ทั้ง ๆ ที่เพศชายสามารถเป็นมะเร็งเต้านมได้เช่นเดียวกัน แม้ว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในเพศชายจะน้อย ประมาณ 2 รายต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1,000 ราย มะเร็งเต้านมในเพศชายมักมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี เนื่องจากเพศชายมีเนื้อเต้านมน้อยร่วมกับขาดความรู้ความเข้าใจในโรคนี้ จนมะเร็งมีการลุกลามไปยังห้วงนม ผิวหนังที่บริเวณหน้าอก หรือมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และได้รับการวินิจฉัยว่าโรครอยู่ในระยะแพร่กระจายแล้ว ปัจจุบันการศึกษามะเร็งเต้านมในเพศชายยังมีไม่มาก แนวทางการรักษาจึงไม่แตกต่างจากมะเร็งเต้านมในเพศหญิงมากนัก ในแต่ละการรักษาจะมีข้อดี-ข้อเสีย รวมถึงมีผลข้างเคียงที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านมในเพศชาย, ความเสี่ยงมะเร็งเต้านมในเพศชาย

¹ ภาควิชารังสีเทคนิค คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120

Radiological Technology, Faculty of Allied Health Science, Thammasat University, Pathumthani 12120

Corresponding E-mail: kwanladamitpakdi@gmail.com

Abstract

Breast cancer (BC) is the most common type of cancer among women worldwide. Many researches and health organization give priority for educating, understanding and screening in women to reduce the incidence and mortality rates. Unfortunately, male breast cancer is not widely recognized. The incidence of male breast cancer was approximately 2 per 1,000 of breast cancer patients. Male breast cancer has poor prognosis due to small size of the breast. Delayed symptom recognition leads to spreading and invasion to other parts of the body such as lymph nodes and increase its severity. According to these reasons, the diagnosis is commonly made in the metastatic stage. Nowadays, the number of breast cancer studies in male are much less than in female the treatment now is based on female guidelines. Each treatment has different advantages, disadvantages and side effects.

Key words: male breast cancer, risk factors

บทนำ

มะเร็งเต้านม (Breast cancer; BC)

เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งในหญิงไทย จากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-based Cancer Registry) ฉบับที่ 32 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ.2559 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 849 ราย เป็นเพศหญิงจำนวน 842 คน และเพศชายจำนวน 7 คน คิดเป็น 0.19% หรือประมาณ 2 รายใน 1,000 ราย [3] แสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งเต้านมพบมากในเพศหญิง และสามารถพบได้ในเพศชายเช่นเดียวกัน [4]

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม

ในเพศชาย [2, 4-7]

1. ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ที่สูงผิดปกติ โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนจะเป็นตัวกระตุ้นให้เนื้อเยื่อของเต้านมมีการเจริญเติบโต การที่ร่างกายมีระดับฮอร์โมนที่ผิดปกตินี้จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะเต้านมโตในเพศชาย (gynecomastia) และความเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านมได้ การที่เพศชายมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งเป็นฮอร์โมนในเพศหญิงมากกว่าปกติ สามารถเกิดได้จาก

- การรับประทานยาที่มีส่วนประกอบของฮอร์โมนเพศหญิง รวมไปถึงการรับประทานเนื้อสัตว์ที่ได้รับการกระตุ้นด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจน

- ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน เนื่องจากเนื้อเยื่อไขมัน(adipose tissue) เป็นสารตั้งต้นที่สามารถสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนได้

- โรคหรือกลุ่มอาการที่ลดประสิทธิภาพในการทำงานของตับ รวมไปถึงผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ซึ่งตับเป็นอวัยวะที่ควบคุมสมดุลของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในเลือด

2. อายุที่มากขึ้น เช่นเดียวกับในเพศหญิง จากสถิติพบว่าเพศชายที่เป็นมะเร็งเต้านมมีอายุเฉลี่ยที่ 71 ปี โดยแต่ละการศึกษาจะรายงานอายุเฉลี่ยที่ไม่เท่ากัน แต่สรุปผลในทางเดียวกันคือเพศชายที่อายุมากกว่าจะมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมได้มากกว่า

3. ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ต่ำกว่าปกติเช่น Klinefelter syndrome หรือXXY syndrome ซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรมในเพศชายที่มีโครโมโซม X เกินมาจากปกติหนึ่งตัว ส่งผลให้มีระดับฮอร์โมนแอนโดรเจน (androgen) ซึ่งเป็นฮอร์โมนเพศชายน้อย และมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนสูง เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะเต้านมโตและความเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านมในเพศชายได้

4. คนในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม (genetic mutation) เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านมในเพศชายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่มีประวัติเกิดมะเร็งเต้านมในเพศชาย และจะมีความเสี่ยงยิ่งขึ้นหากเป็นมะเร็งเต้านมจากความผิดปกติของยีน BRCA1 และ BRCA2 ซึ่งยีนดังกล่าวทำหน้าที่ควบคุมการเจริญของเซลล์ในร่างกาย (tumor suppressor gene) ความผิดปกติ (mutation) ของยีน BRCA1 หรือ BRCA2 นั้น จะทำให้มีความเสี่ยงอย่างมากในการเกิดมะเร็งเต้านมทั้งในเพศหญิงและเพศชาย รวมไปถึงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งรังไข่ของเพศหญิง

5. การได้รับรังสีที่บริเวณหน้าอก เช่น มีประวัติเคยเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่หน้าอก และได้รับรังสีรักษา

ความแตกต่างระหว่างมะเร็งเต้านมและ ภาวะเต้านมโต [2,7]

ภาวะเต้านมโตในเพศชาย (gynecomastia) คือการที่เนื้อเต้านมมีลักษณะเป็นก้อนด้านหลังหัวนม เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 0.5 ซม. สามารถเกิดที่เต้านมข้างเดียวหรือทั้งสองข้างก็ได้โดยปกติเนื้อเต้านมเพศชายมีขนาดเล็ก แต่มีขนาดใหญ่ขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน

- ภาวะเต้านมโตตามสรีรวิทยา (physiologic gynecomastia) เป็นภาวะเต้านมโตในเพศชายที่สามารถเกิดขึ้นได้ปกติตามธรรมชาติจากภาวะระดับฮอร์โมนที่ไม่สมดุลระหว่างเอสโตรเจนและเทสโทสเตอโรน

- ภาวะเต้านมโตที่ไม่เป็นไปตามสรีรวิทยา(non-physiologic gyneco mastia) มีสาเหตุมาจากโรคหรือความผิดปกติ เช่น โรคตับแข็ง

อีกภาวะหนึ่งที่มีลักษณะเต้านมโตในเพศชาย คือ pseudo-gynecomastia หรือภาวะมีเต้านมเทียมในเพศชาย มักพบในเพศชายที่อายุมากหรือผู้ชายที่มีปัญหาน้ำหนักเกิน

อาการ [4, 9-12]

1. ก้อนเนื้อที่เต้านม ผู้ป่วยร้อยละ 75 มาพบแพทย์ด้วยอาการคลำได้ก้อนและไม่เจ็บ โดยส่วนใหญ่พบบริเวณใต้ฐานรอบหัวนม (subareolar) เนื่องจากลักษณะทางกายภาพของเต้านมเพศชายที่แบนและมีไขมันน้อยจึงทำให้สามารถคลำเจอก้อนและแสดงอาการผิดปกติได้ง่ายกว่าในเพศหญิง

2. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่บริเวณหน้าอก เช่น มีการดิ่งรั้งของผิวหนัง ทำให้มีลักษณะผิวไม่เรียบ

3. หัวนมมีลักษณะผิดปกติ เช่น หัวนมมีอาการฝ่อ มีสะเก็ด มีแผล มีการดิ่งรั้งของหัวนม รวมถึงมีอาการเจ็บปวด

4. มีสารคัดหลั่งไหลออกมาจากหัวนม สามารถพบได้ทั้งแบบใสและมีสีเลือด

5. สามารถคลำได้ก้อนที่บริเวณใต้รักแร้ จากการที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้บวม

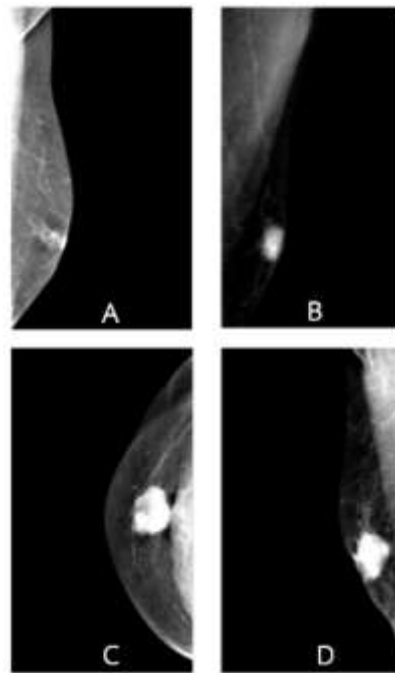


Figure 1 Male breast mammography

(A) ภาพ Mammogram MLO view of left breast ของเพศชายอายุ 72 ปี แสดงภาพเนื้อเต้านมปกติ

(B) ภาพ Mammogram MLO view of left breast ของคนไข้เพศชายอายุ 66 ปี มาด้วยอาการคล้ำได้ ก่อนหลังห้วนที่เต้านมข้างซ้าย ผลตรวจรายงานว่าเป็น Gynecomastia

(C and D) ภาพ Mammogram คนไข้เพศชายอายุ 72 ปี มาด้วยอาการคล้ำได้ ก่อนที่เต้านมข้างขวา อาการแสดงคือผิวหนังหนาตัวขึ้นและห้วนมูกดิ่งรังผลตรวจรายงานว่าเป็น Invasive ductal carcinoma (IDC), (C) CC view of right male breast, (D) MLO view of right breast

ที่มาของภาพ: Safak KY. Mammography Findings of Male Breast Diseases. J Breast Health. 2015;11(3):106-10. [2]

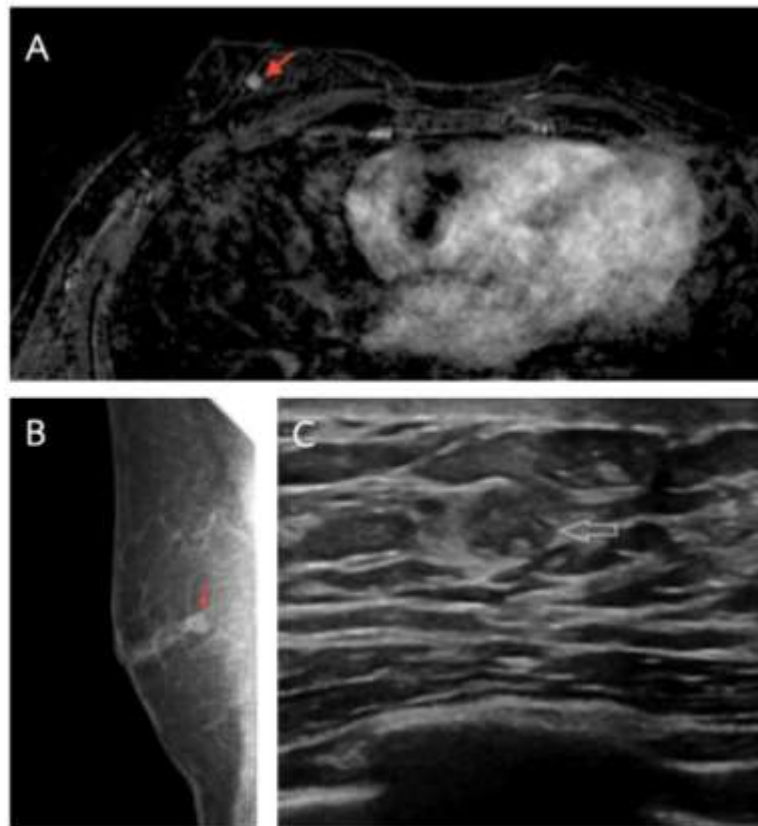


Figure 2 Diagnostic images of male breast carcinoma คนไข้เพศชาย อายุ 72 ปี เป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา , Grade II, ER and PR positive และเคยมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมที่ข้างซ้าย (IDC) เมื่อ 4 ปีก่อน

(A) ภาพ MRI right breast, axial plane, T1W fat suppression technic, postcontrast (Gadolinium) แสดง enhanced nodule at Rt. breast diameter 6 mm.

(B) ภาพ Mammogram MLO view of right breast at deep to nipple diameter 6 mm.

(C) ภาพ Ultrasound right breast แสดง An ill-defined and isoechoic nodule deep to the nipple at Rt. breast

ที่มาของภาพ: Shaw A, Smith B, Howlett D. Male breast carcinoma and the use of MRI. Radiol Case Rep. 2011;6(3):455:1-2. [1]

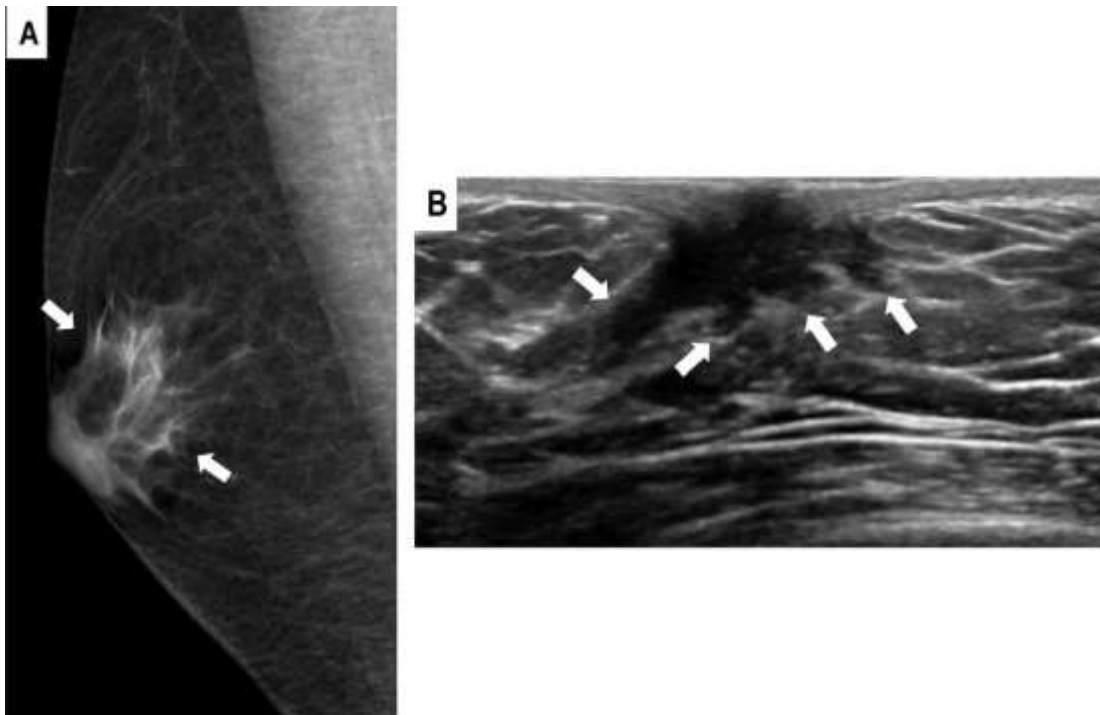


Figure 1 Mammogram with ultrasound at right breast คนไข้เพศชายอายุ 14 ปี คลำได้ก้อนที่เต้านม ผลตรวจรายงานว่าเป็น gynecomastia

(A) ภาพ Mammogram MLO view of right breast แสดง Retroareolar fibrous extensions of dendritic gynecomastia (arrows)

(B) ภาพ Ultrasound แสดง Hypoechoic fingerlike projections of dendritic gynecomastia (arrows)

ที่มาของภาพ: Kim SH, Kim YS. Ultrasonographic and Mammographic Findings of Male Breast Disease. J Ultrasound Med. 2018;1:1-9. [8]

การวินิจฉัยโรค [6]

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในเพศชายจะใช้ลักษณะเช่นเดียวกับในเพศหญิง ดังนี้

1. การเอ็กซเรย์เต้านมร่วมกับการอัลตราซาวด์เต้านม (mammogram with ultrasound) วิธีการนี้เป็นการตรวจเต้านมคัดกรองของผู้หญิงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเพศชายมาด้วย อาการคลำได้ก้อนที่เต้านมก็สามารถใช้เป็นการตรวจเบื้องต้นได้เช่นกัน การเอ็กซเรย์เต้านม (mammogram) จะใช้ในการดูกลุ่มหินปูนเล็กๆ ร่วมกับการอัลตราซาวด์เต้านม (ultrasound) ใช้ในการดูลักษณะรูปร่าง หน้าตาและขนาดของก้อนหรือถุงน้ำ ดังรูป 1C และ 1D[6-7]

ตารางที่ 1 การแปลผลของการเอ็กซเรย์เต้านมร่วมกับอัลตราซาวด์เต้านมจะแบ่งเป็นระดับเรียกว่า BI-RADs (Breast imaging reporting and data system) ตั้งแต่ 0 ถึง 6

BI-RADs	ความหมาย
0	การเอ็กซเรย์ร่วมกับอัลตราซาวด์เต้านมไม่สามารถแปล ผลได้ ต้องตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติม
1	ไม่พบความผิดปกติตรวจติดตามครั้งต่อไปตามปกติ
2	พบหินปูนหรือความเปลี่ยนแปลงที่ไม่อันตรายควรตรวจติดตามทุกปี
3	พบความผิดปกติที่น่าจะใช่ มะเร็ง (โอกาสน้อยกว่า 2%) ควรตรวจติดตามทุก 6 เดือน
4	พบความผิดปกติที่ไม่สามารถบอกได้ว่า (4A, 4b เป็นมะเร็งหรือไม่จำเป็นต้องเจาะตรวจชิ้นเนื้อ และ 4C)
5	พบความผิดปกติที่คาดว่าจะป็นมะเร็งเต้านม (โอกาสมากกว่า 95%) และต้องเจาะตรวจชิ้นเนื้อ
6	ผู้ป่วยทราบว่าเป็นมะเร็งจากผลชิ้นเนื้อมาก่อนแล้ว ตรวจเพื่อวางแผนในการรักษาต่อไป

2. การตรวจเนื้อเยื่อ เมื่อพบความผิดปกติที่เต้านม ในกรณีที่สามารถคลำระบุตำแหน่งของก้อนได้ชัดเจน แพทย์จะเจาะเอาตัวอย่างเนื้อเยื่อจากก้อนออกมาเพื่อส่งตรวจด้วยวิธี ดังต่อไปนี้

- การเจาะดูดเซลล์ (fine needle aspiration; FNA) โดยจะใช้เข็มฉีดยาขนาดเล็กแทงเข้าไปในก้อนและดูดเอาสารน้ำหรือเซลล์ที่เป็นส่วนหนึ่งของก้อนออกมา จากนั้นนำไปตรวจด้วยกระบวนการทางพยาธิวิทยา

- การเจาะชิ้นเนื้อ (core needle biopsy) วิธีนี้จะคล้ายกับ FNA แต่เข็มจะมีเส้นผ่านศูนย์กลางที่ใหญ่กว่า โดยเข็มจะแทงไปที่ก้อนแล้วตัดเนื้อเยื่อบางส่วนออกมาก่อนออกมา แล้วจึงนำไปตรวจด้วยกระบวนการทางพยาธิวิทยา ซึ่งวิธีนี้ให้ผลที่มีความแม่นยำกว่า FNA

พยาธิวิทยา

การแบ่งชนิดของมะเร็งทางพยาธิวิทยา (Histological classification of breast cancer subtype) ที่นิยมใช้กันมาก คือ The World Organization (WHO) โดย 80% ของมะเร็งเต้านมในผู้ชายในประเทศไทยเป็นชนิด Invasive ductal carcinoma (IDC) ซึ่งมะเร็งชนิดนี้มีต้นกำเนิดของมะเร็งมาจากท่อน้ำนมและมีการแพร่กระจายไปสู่เนื้อเยื่อข้างเคียง ขนาดของก้อนมะเร็งในเพศชายและในเพศหญิงไม่ได้แตกต่างกัน แต่มะเร็งเต้านมในเพศชายจะมีการแพร่ไปสู่ผนังทรวงอกหรือผิวหนังที่หน้าอกได้เร็วกว่าในเพศหญิงเนื่องจากมีเนื้อเต้านมที่น้อยกว่าทำให้ระยะโรคในเพศ

ชาย พัฒนาไปสู่ระยะที่มีความรุนแรงได้เร็วกว่า [10, 12-14]

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม [15]

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมในเพศหญิงนิยมใช้ TNM staging system ความสำคัญของการแบ่งระยะของโรคมะเร็งจะช่วยในการพยากรณ์ความเป็นไปของโรคมะเร็ง รวมไปถึงใช้ในการวางแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งออกโดย American Joint Committee on Cancer (AJCC) แบ่งได้ดังนี้

- T (Tumor) บอกขนาดของก้อนมะเร็งโดยระยะ T1, T2 และ T3 แบ่งตามขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของก้อนจากเล็กไปใหญ่ T4 คือระยะที่มีการแพร่กระจายไปยังผนังทรวงอกและผิวหนัง โดยไม่ขึ้นกับขนาดของก้อน

- N (Lymph node) N1, N2 และ N3 ตามจำนวน, ขนาดและแบ่งเป็นตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองในข้างเดียวกันที่มีการตรวจพบเซลล์มะเร็ง (N0 คือ ไม่พบเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง)

- M(Metastasis) ใช้บอกสถานะการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น คือ M1 (M0 คือ ยังไม่มีการแพร่กระจายของ มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น)

แต่เนื่องจากเพศชายมีเนื้อเต้านมน้อย เป็นเหตุให้เมื่อได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ผนังทรวงอกและผิวหนัง ดังนั้นการแบ่งแบบ TNM staging จึงไม่เหมาะกับมะเร็งเต้านมในเพศชายมากนัก [5]

แนวทางการรักษา [5, 10-13]

หลักของการรักษาโรคมะเร็งเต้านม คือ การที่สามารถควบคุมโรคและป้องกันการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งหรือลดการแพร่กระจาย ปัจจุบันนี้แนวทางในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมในผู้ชายไม่ได้แตกต่างจากในผู้หญิงมากนัก โดยจะอาศัยหลายแขนงด้วยกัน

1. การผ่าตัด นับว่าเป็นวิธีการรักษาหนึ่งที่สำคัญอย่างมาก ส่วนใหญ่แพทย์จะเลือกการผ่าตัดเต้านมแบบ Mastectomy คือการตัดเอาทั้งเต้านมออก หากมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองหรือกล้ามเนื้อหน้าอก จะมีการผ่าตัดนำทั้งสองส่วนนี้ออกมาด้วย

2. การให้เคมีบำบัด การรักษาด้วยเคมีบำบัดในเพศชายไม่แตกต่างจากในเพศหญิง โดยไม่จำเป็นว่าคนไข้มะเร็งเต้านมเพศชายทุกคนจำเป็นต้องได้รับยาเคมีบำบัดหรือการเลือกใช้สูตรยาต้องเหมือนกัน ซึ่งทุกอย่างจะขึ้นอยู่กับพิจารณาของแพทย์ตามพยาธิสภาพและชนิดของมะเร็ง รวมไปถึงระยะของโรคที่คนไข้เป็น ยาจะไปทำลาย ยับยั้งการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง โดยจะทำลายเซลล์มะเร็งซึ่งมีการแบ่งตัวอยู่เสมอ อาจรวมไปถึงเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัว ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาเคมีบำบัด เช่น ผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เม็ดเลือดแดงต่ำ ความอยากอาหารลดลง ซึ่งอาการเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเกิดเหมือนกันในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล

3. รังสีรักษาหรือการฉายแสง โดยใช้คุณสมบัติของรังสี คือสามารถทำลายสารพันธุกรรม (DNA) ภายในเซลล์ ทำให้เซลล์ได้รับความเสียหายหรือตาย ซึ่งเซลล์เหล่านี้จะ

ถูกจำกัดตามขบวนการของร่างกายต่อไป ในการรักษานั้นจะให้รังสีพลังงานสูงในตำแหน่งของเซลล์มะเร็งหรือก้อนมะเร็ง อย่างไรก็ตามการฉายแสงนั้นต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์รังสีรักษา เนื่องจากรังสีสามารถฆ่าเซลล์มะเร็งได้แต่ในทางกลับกันรังสีก็เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ก่อให้เกิดมะเร็งได้อีกเช่นเดียวกัน จากงานวิจัยพบว่าคนไข้มะเร็งเต้านมระยะ I-III ที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษามีอัตราการปลอดโรคในระยะเวลา 5 และ 10 ปีเพิ่มขึ้นเป็น 82% และ 68% ตามลำดับ แต่คนไข้ที่ไม่ได้รับรังสีรักษาพบว่ามีอัตราการปลอดโรคในระยะเวลา 5 และ 10 ปีอยู่ที่ 48% และ 29% ถึงอย่างไรก็ตามคนไข้มะเร็งเต้านมระยะ I ไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยรังสีรักษาเสมอไปแต่ได้ประโยชน์ในคนไข้มะเร็งเต้านมระยะ II และ III

4. การรักษาด้วยฮอร์โมนจะอาศัยการทำงานของยาไปขัดขวางกลไกการทำงานของฮอร์โมนที่จะไปกระตุ้นเซลล์มะเร็ง โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจชิ้นเนื้อว่า เซลล์มะเร็งมีตัวรับฮอร์โมน (hormonal receptor) จึงจะได้รับประโยชน์จากการรักษาชนิดนี้ โดยตัวรับฮอร์โมนที่มีผลต่อเซลล์มะเร็งเต้านมที่ทำการตรวจมี 2 ชนิด คือ ตัวรับ เอสโตรเจน (Estrogen receptor, ER) และ ตัวรับโปรเจสเตอโรน (Progesterone receptor, PR) ในคนไข้มะเร็งเต้านมเพศชายส่วนมากมักตรวจพบตัวรับสัญญาณเอสโตรเจน [10] ยาในกลุ่มต้านเอสโตรเจนจะเข้าไปแย่งจับที่ตัวรับเอสโตรเจน ทำให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนไม่สามารถกระตุ้นเซลล์มะเร็งได้อีก ยาที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มนี้ คือ tamoxifen

หากการใช้ยา tamoxifen ให้ผลการรักษาที่ไม่ดีเท่าที่ควรหรือมียา

ผลข้างเคียงมาก ยาอีกชนิดหนึ่งคือ Aromatase inhibitors ในเพศชายฮอร์โมนเอสโตรเจนถูกสร้างขึ้นเมื่อแอนโดรเจนเปลี่ยนไปเป็นเอสโตรเจนโดยเอนไซม์ Aromatase ยากลุ่มนี้จะยับยั้งการทำงานของ aromatase ทำให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายลดลง อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเรื่องของประสิทธิภาพของ aromatase inhibitors เปรียบเทียบระหว่างมะเร็งเต้านมในเพศหญิงกับเพศชายน้อยมาก [16]

5. การรักษาแบบจำเพาะเจาะจง คือ การให้ยาหรือสารที่ไปยับยั้งหรือรบกวนกระบวนการส่งสัญญาณในระดับเซลล์ โดยยาในกลุ่ม Targeted therapy แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

- Monoclonal antibodies ซึ่งยากลุ่มนี้มีความสามารถในการจับกับเป้าหมายที่จำเพาะซึ่งอยู่บนผิวเซลล์มะเร็ง ซึ่งมีผลให้เซลล์ถูกทำลายหรือจำกัดการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง

- Small molecules เป็นยากลุ่มที่มีขนาดเล็กสามารถผ่านเยื่อหุ้มเซลล์เข้าสู่ภายในเซลล์มะเร็งได้ ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะมีกลไกรบกวนเอนไซม์ภายในเซลล์ ซึ่งมีผลต่อการสังเคราะห์โปรตีนภายในเซลล์มะเร็ง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรักษาด้วยวิธีนี้ เช่น ท้องเสีย อารมณ์ทางผิวหนัง ผลต่อตับ ไต และ หัวใจ

คนไข้มะเร็งเต้านมเพศชายส่วนมากจะมีการแสดงออกของตัวรับฮอร์โมนชนิด ER PR และน้อยมากที่จะมีการแสดงออกของตัวรับชนิด HER2 (Human epidermal growth factor receptor2) มะเร็งเต้านมเพศชายมีการแสดงออกของ ER ประมาณ 80-90%

ในขณะที่มะเร็งเต้านมเพศหญิงมีการแสดงออกของ ER 75% เช่นเดียวกับ PR มีการแสดงออกในมะเร็งเต้านมเพศชาย 73-81% ในมะเร็งเต้านมเพศหญิงมี 65.9% แต่ในทางกลับกันการแสดงออกของ HER2 พบเพียง 15% เท่านั้น ทำให้การศึกษา HER2 ในมะเร็งเต้านมเพศชายมีข้อจำกัดและให้ผลการศึกษาที่ไม่ชัดเจน มะเร็งเต้านมเพศชายที่มีการแสดงออกของ HER2 มีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่รุนแรง เช่น High tumor grade (G2-3) และมะเร็งเต้านมระยะที่ 3-4 ยาที่ใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมที่มีการแสดงออกของ HER2 คือ Trastuzumab (Herceptin) เป็น Targeted therapy ชนิดหนึ่งซึ่งอาศัยกลไกในการแย่งจับที่ตัวรับ HER2 ทำให้ไม่มีการส่งสัญญาณจากตัวรับ HER2 เข้าไปกระตุ้นภายในเซลล์ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยา Trastuzumab มีได้หลายอย่างรวมทั้งส่งผลต่อหัวใจ การใช้ยาชนิดนี้จึงต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ และคนไข้จะได้รับการตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามผลข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้น [16]

บทสรุป

ถึงแม้ว่าอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมในเพศชายจะน้อยมากเมื่อเทียบกับในเพศหญิง แต่กลับพบว่ามี ความรุนแรงของโรคที่มากกว่า ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากการที่คนไข้เพศชายยังขาดความรู้ความเข้าใจต่อโรค เพราะคิดว่าโรคนี้ไม่เกิดขึ้นได้ในเพศชาย ดังนั้นการให้ความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงวิธีการในการสังเกตอาการของโรค มะเร็งเต้านม ซึ่งจะช่วยให้คนไข้ มะเร็งเต้านมเพศชายสามารถพบความผิดปกติได้ในระยะแรก ทำให้ความรุนแรงของโรคที่ลดลง และเข้าใจโรคมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Shaw A, Smith B, Howlett D. Male breast carcinoma and the use of MRI. Radiol Case Rep. 2011; 6(3):455:1-2.
2. Safak KY. Mammography Findings of male breast diseases. J Breast Health. 2015; 11(3):106-10.
3. National Cancer Institute. Hospital-Based Cancer Registry Annual Report 2012. Cancer rate in Thailand. 2012.
4. Fentiman I. Male breast cancer: a review. Ecanermedicalscience. 2009; 3:140.
5. Yalaza M, Inan A, Bozer M. Male breast cancer. J Breast Health. 2016; 12(1):1-8.
6. Johansen Taber KA, Morisy LR, Osbahr AJ, 3rd, Dickinson BD. Male breast cancer: risk factors, diagnosis, and management (Review). Oncol Rep. 2010; 24(5):1115-20.
7. Chen L, Chantra PK, Larsen LH, Barton P, Rohitopakarn M, Zhu EQ, et al. Imaging characteristics of malignant lesions of the male breast. Radiographics. 2006;26(4):993-1006.
8. Kim SH, Kim YS. Ultrasonographic and Mammographic Findings of

- Male Breast Disease. J Ultrasound Med. 2018;1:1-9.
9. Giordano SH. A review of the diagnosis and management of male breast cancer. Oncologist. 2005;10(7):471-9.
 10. Serarslan A, Gursel B, Okumus NO, Meydan D, Sullu Y, Gonullu G. Male breast cancer: 20 years experience of a tertiary hospital from the middle black sea region of Turkey. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(15):6673-9.
 11. Hotko YS. Male breast cancer: clinical presentation, diagnosis, treatment. Exp Oncol. 2013;35(4):303-10.
 12. Sanguinetti A, Polistena A, Lucchini R, Monacelli M, Galasse S, Avenia S, et al. Male breast cancer, clinical presentation, diagnosis and treatment: Twenty years of experience in our Breast Unit. Int J Surg Case Rep. 2016;20Suppl1:8-11.
 13. Onami S, Ozaki M, Mortimer JE, Pal SK. Male breast cancer: an update in diagnosis, treatment and molecular profiling. Maturitas. 2010;65(4):308-14.
 14. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma in men: a population-based study. Cancer. 2004;101(1):51-7.
 15. Giuliano AE, Connolly JL, Edge SB, Mittendorf EA, Rugo HS, Solin LJ, et al. Breast cancer-major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. CA Cancer J Clin. 2017;67(4):290-303.
 16. Ottini L, Capalbo C, Rizzolo P, Silvestri V, Bronte G, Rizzo S, et al. HER2-positive male breast cancer: an update. Breast Cancer (Dove Med Press). 2010;2:45-58.