

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการรักษาโดยการผ่าตัดภาวะนมโตในเพศชาย

Outcome of Surgical Therapy for Male Gynecomastia

สมพล ทองเสียงไชย พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป

กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Sompon Songsiangchai M.D.,

Thai Board of General Surgery

Division of Surgery, Banpong Hospital, Ratchaburi Province

บทคัดย่อ

ภาวะนมโตในเพศชายพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาการใด ๆ แต่มีผู้ป่วยหลายรายที่ต้องการผ่าตัด เนื่องจากรู้สึกไม่พอใจและกังวลกับขนาดของนมที่โตขึ้น ได้ทำการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยชายที่มีนมโต ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีจำนวน 72 คน โดยรวบรวมข้อมูลทั้งหมดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2545-30 ธันวาคม 2549 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการรักษาโดยการผ่าตัดภาวะนมโตในเพศชาย ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการผ่าตัดโดยวิธี subcutaneous mastectomy ภายใต้การดมยาสลบ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 30-40 ปี (27.78%) ระยะเวลาที่เป็น 11-15 เดือน (37.5%) ระดับพยาธิสภาพของขนาดนมที่โตขึ้นพบว่าอยู่ในระดับ 1 มากที่สุด (66.67%) เหตุผลของผู้ป่วยที่ต้องการผ่าตัดโดยส่วนใหญ่คือ เพื่อการวินิจฉัยโรค (62.5%) จากผลการตรวจชิ้นเนื้อพบว่าเป็น gynecomastia 93.06% โดยที่ไม่พบมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังผ่าตัดมากที่สุดคือ seroma พบได้ 11.1% ผลการผ่าตัดโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ ถึงแม้จะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นบ้าง แต่สามารถแก้ไขได้ และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้เป็นอย่างดี

ABSTRACT

Gynecomastia was common in male. Most of them were asymptomatic. But some patients were unsatisfied with breast enlargement and needed to remove them.

A retrospective study of male gynecomastia in Banpong hospital, included 72 patients, during 1 January 2002 to 30 December 2006. The objective was to study the outcome of surgical therapy for male gynecomastia. All of them were operated on subcutaneous mastectomy under general anesthesia. Most of patients were 30-40 years old (27.78%). Onset time was 11-15 months (37.5%). Gynecomastia was grade I approximately 66.67%. The reason for operation was to know the diagnostic cause 62.5%. From the pathologic results, gynecomastia were 93.06%, not found breast cancer. Finally, the post operative complication was seroma 11.10%. Most patients were satisfied with postoperative results, although some complications occurred.

บทนำ

ภาวะนมโตในเพศชาย หรือ gynecomastia สามารถพบได้ตั้งแต่แรกเกิด วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ โดยที่ในทารกแรกเกิดจะเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น ๆ สาเหตุนั้นเกิดจากระดับ maternal estrogen ที่สูงขึ้น หลังจากนั้นระดับของ estrogen จะค่อย ๆ ลดลง พร้อมกับภาวะ gynecomastia ที่ลดลงด้วย¹

ในช่วงวัยรุ่น gynecomastia ที่เกิดขึ้นนั้น สันนิษฐานว่าน่าจะเกิดจากความไม่สมดุลของ estradiol และ testosterone โดยส่วนใหญ่แล้วมักจะหายได้เองก่อนอายุ 21 ปี⁵

อุบัติการณ์ของ gynecomastia จะสูงขึ้นอีกช่วงในผู้ชายที่อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไปทั้งนี้ น่าจะเป็นผลมาจากระดับของ testosterone ที่ลดลงและสัดส่วนของ testosterone กับ estrogen ที่เปลี่ยนแปลงไป⁵

นอกจากนี้ gynecomastia อาจเกิดขึ้นร่วมกับโรคบางอย่างเช่น โรคตับแข็ง ภาวะไทรอยด์เรื้อรัง โรคเกี่ยวกับต่อมหมวกไตและต่อมไร้ท่ออื่น หรือเกิดร่วมกับการใช้ยาบางตัว เช่น aldactone, cimetidine, ranitidine, digoxin, ketoconazole เป็นต้น

การรักษาโดยการผ่าตัดนั้น มีวัตถุประสงค์อยู่ด้วยกัน 3 ประการคือ ประการแรกเพื่อรักษารูปร่างของนมให้กลับสู่สภาพเดิม ประการที่สอง เพื่อลดอาการปวดที่นมในกรณีที่ให้ยาแล้วไม่ได้ผล ประการสุดท้าย เพื่อต้องการทราบผลตรวจทางพยาธิวิทยาว่าเป็นมะเร็งเต้านมหรือไม่

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการผ่าตัด โดยการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่ได้นำมาวิเคราะห์และหาแนวทางในการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ น้อยที่สุด

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง จำนวนผู้ป่วยชาย 72 ราย โดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2545-30 ธันวาคม

2549 รวมระยะเวลาที่ทำการศึกษากลับเป็นเวลา 5 ปี ได้แบ่งขนาดของนมออกเป็นระดับต่าง ๆ โดยใช้ Simon's criteria⁸ เป็นตัวกำหนดดังนี้

Grade 1: Small enlargement, no skin excess

Grade 2a: Moderate enlargement, no skin excess

Grade 2b: Moderate enlargement with extra skin

Grade 3: Marked enlargement with extra skin

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัด โดยวิธี subcutaneous mastectomy ภายใต้การดมยาสลบ การลงมีดที่แผลผ่าตัดใช้วิธี periareolar incision หลังจากนั้นจึงทำการเลาะเอาเนื้อเยื่อส่วนที่เป็น gynecomastia ออกให้ได้มากที่สุด เมื่อผ่าตัดเสร็จแล้วในบางรายจะวางท่อระบายที่เป็น closed suction drainage เอาไว้ เพื่อป้องกันการเกิด hematoma หรือ seroma ในภายหลัง หลังจากให้ผู้ป่วยกลับบ้านแล้วมีการนัดผู้ป่วยมาตรวจหลังผ่าตัดอีก 2 สัปดาห์ต่อมา ในรายผู้ป่วยที่พบว่า มี seroma เกิดขึ้น จะใช้เข็มในการดูด seroma ออกมา (needle aspiration) และนัดผู้ป่วยมาตรวจทุกสัปดาห์ จนกว่าจะพบว่าไม่มี seroma เหลืออยู่ สำหรับในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้น จะนัดอีกครั้งในเวลา 2 เดือนต่อมา เพื่อแจ้งผลตรวจทางพยาธิสภาพ และตรวจแผลผ่าตัดอีกครั้ง

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 72 คน พบว่ามีอายุสูงสุด 66 ปี และน้อยที่สุด 16 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-40 ปี (27.78%) โดยมีอายุเฉลี่ย 36.89 ปี ดังตารางที่ 1

จากตารางที่ 2 พบว่า ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเป็นก่อนมารับการผ่าตัดมากที่สุดคือ 36 เดือน และน้อยที่สุดคือ 6 เดือน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 14.69 เดือน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละอายุของกลุ่มตัวอย่าง (ปี)

อายุ (ปี)	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
	72	16	66	36.89	13.61

อายุ	Frequency	Percent	Cumulative Percent
60-70	4	5.56	5.56
50-60	8	11.11	16.67
40-50	14	19.44	36.11
30-40	20	27.78	63.89
20-30	17	23.61	77.5
10-20	9	12.5	100
Total	72	100	

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระยะเวลาที่เป็น (เดือน) ของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะเวลาที่เป็น (เดือน)	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
	72	6	36	14.69	6.14

ระยะเวลาที่เป็น (เดือน)	Frequency	Percent	Cumulative Percent
(36-40)	2	2.78	2.78
(21-25)	10	13.89	16.67
(16-20)	13	18.6	34.72
(11-15)	27	37.5	72.22
(6-10)	20	27.78	100
Total	72	100	

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะแทรกซ้อน	Frequency	Percent
Valid ไม่มี	48	66.7
Seroma	8	11.1
Hematoma	3	4.2
Retraction of areola	3	4.2
Redundant skin	2	2.8
Hypesthesia	7	9.7
Hypertrophic scar	1	1.4
Total	72	100

จำนวนข้างที่ผู้ป่วยเป็น gynecomastia พบว่าเป็นข้างเดียว 67 คน (93.06%) เป็น 2 ข้าง 5 คน (6.94%) ระดับพยาธิสภาพของโรค พบว่าเป็น grade 1 มากที่สุดคือ 48 คน (66.67%) ไม่พบผู้ป่วยที่เป็น grade 3 เลย

สำหรับโรคประจำตัวที่พบร่วมกับ gynecomastia พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็ง 3 คน โรคไตวายเรื้อรัง 1 คน และโรคแผลในกระเพาะอาหาร 1 คน เรื่องของการใช้ยาาร่วมกับการเกิด gynecomastia พบว่าผู้ป่วย 70 คน (97.22%) ไม่มีการใช้ยาตัวใดเป็นประจำ มี 1 คนที่กินยา aldactone และอีก 1 คนที่กินยา ranitidine เป็นประจำ

จากตารางที่ 3 พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหลายอย่างด้วยกัน แต่ที่พบมากที่สุดคือ seroma พบได้ 8 คน (11.1%) สำหรับ hematoma ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ค่อนข้างรุนแรงพบได้ 3 คน (4.2%) สำหรับผลตรวจชิ้น

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละผลชิ้นเนื้อของกลุ่มตัวอย่าง

ผลชิ้นเนื้อ	Frequency	Percent
Valid Epithelial hyperplasia	3	4.17
Fibroadenoma	2	2.78
Gynecomastia	67	93.06
Total	72	100

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ (ปี) และเหตุผลการผ่าตัด Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2 - sided)
Contingency Coefficient	.378		
Pearson Chi-Square	64.178	24	.000
Likelihood Ratio	84.854	24	.000
Linear-by-Linear Association	44.969	1	.000
N of Valid Cases	72		

^a50 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .38

เนื้อทางพยาธิวิทยาพบว่าส่วนใหญ่เป็น gynecomastia ทั้งหมด 67 คน (93.06%) ที่เหลือเป็น epithelial hyperplasia และ fibroadenoma คิดเป็นร้อยละ 4.17 และ 2.78 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

สำหรับเหตุผลของการผ่าตัด พบว่าโดยส่วนใหญ่ต้องการผ่าตัด เพื่อการวินิจฉัยโรคเนื่องจากกลัวเป็นมะเร็งเต้านม มีจำนวน 45 คน (62.5%) ส่วนที่เหลือต้องการผ่าตัดเพื่อความสวยงาม

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่า asymp. sig = .000 จึงปฏิเสธสมมติฐาน H_0 นั่นคือ สรุปได้ว่า อายุ (ปี) กับ เหตุผลการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กันแต่ไม่มาก โดยที่ค่า contingency coefficient = .378 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น มีความต้องการที่การวินิจฉัยโรคมกกว่า ต้องการรักษาเพื่อความสวยงาม

วิจารณ์

การรักษาภาวะ gynecomastia ในเบื้องต้นจะใช้วิธีอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่าภาวะนี้ โดยส่วนใหญ่เป็นเรื่องปกติที่สามารถพบได้ และสามารถที่จะหายไปได้เองภายใน 1-2 ปี โดยเฉพาะในวัยรุ่นแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเครียด และวิตกกังวลกับเต้านมที่ขยายใหญ่ขึ้นมาก ก็ควรจะพิจารณาให้การรักษา โดยการผ่าตัด และอธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในภายหลังได้

การผ่าตัดใช้วิธี subcutaneous mastectomy ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมกันทั่วไป โดยผ่านทางแผลผ่าตัดขนาดเล็ก (periareolar incision) ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิด hematoma ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในกรณีที่ทำ blind dissection โดยมีรายงานการวิจัยของ Mario Colombo Benkmann ซึ่งพบ hematoma หลังผ่าตัดถึง 62.5% และได้เสนอแนะวิธีการที่จะลดการเกิด hematoma นี้โดยการทำ periareolar incision with bilateral extension ซึ่งจะทำให้การ exposure นั้นมีมากขึ้น และสามารถทำการผ่าตัดได้ง่ายขึ้น² ในรายงานนี้ยังมีการลงแผลผ่าตัดแบบ submammary incision ซึ่งได้

ผลไม่เป็นที่น่าพอใจ เพราะเกิด hypertrophic scar ในผู้ป่วยทุกราย⁶ Schruddle ได้เสนอวิธีการทำแบบ concentric circle operation ซึ่งพบว่าเกิด hematoma ได้ 8.5% แต่วิธีนี้อาจจะทำให้เกิด partial areolar necrosis ได้⁹

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีเต้านมขนาดใหญ่จำนวน 10 ราย ได้พิจารณาใส่ vacuum catheter suction ก่อนที่การผ่าตัดจะเสร็จสิ้น ซึ่งสามารถลดการเกิด hematoma ได้เป็นอย่างดี ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ catheter suction อาจใช้วิธีการเย็บ subcutaneous tissue ที่อยู่ใต้ areolar ให้ติดกับ prepectoral fascia แล้วพันรอบอกด้วย elastic bandage จะสามารถป้องกันการเกิด postoperative hematoma ได้อีกทางหนึ่ง

จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่าโดยส่วนใหญ่เป็น gynecomastia ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยหลายฉบับ ที่ไม่พบผู้ป่วยรายใดเป็นมะเร็งเต้านม ทั้งนี้ มะเร็งเต้านมในเพศชายนั้นพบได้ประมาณร้อยละ 1 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด³ และมักจะพบในผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อาจจะมีประวัติ prolong heat exposure³ หรือประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ด้วยเรื่อง subareolar mass และมีเต้านมเพียงข้างเดียว³

สรุป

ภาวะ gynecomastia โดยส่วนใหญ่แล้วมักไม่มีอาการใด ๆ และสามารถหายได้เอง ในกรณีที่ผู้ป่วยกินยาบางตัวที่คิดว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิด gynecomastia ก็แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดกินยาก่อน หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวบางอย่าง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิด gynecomastia ก็แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาโรคนั้นให้หายก่อน เมื่อได้ทำตามคำแนะนำแล้วยังคงมี gynecomastia อยู่ จึงพิจารณาให้การรักษาโดยการผ่าตัดถ้าผู้ป่วยต้องการ พร้อมทั้งอธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาภายหลังได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ปิ๋ว วุฒิจริยากุล หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่ได้ให้คำแนะนำต่าง ๆ ในการทำวิจัย และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ทำให้รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Boners SP, Pearlman NW, McIntyre RC, Huerd S. Cost effective management of gynecomastia. Am J Surg 1998 ; 176 : 638-41.
2. Colombo-Benkmann M, Buse B, Stern J, Herfath C. Indications for and results of surgical therapy for male gynecomastia. Am J Surg 1999 ; 178 : 60-3.
3. Vetto J, Schmidt W, Pommier R, Ditomasso J, Eppich H, Wood W, et al. Accurate and cost-effective evaluation of breast masses in males. Am J Surg 1998 ; 175 : 383-6.
4. O'hanlon DM, Kent P, Kerri MJ, Given HF. Unilateral breast masses in men over 40 : A diagnostic dilemma. Am J Surg 1995 ; 170 : 24-6.
5. Braunstein GD. Gynecomastia. NEJM 1993 ; 328 : 490-5.
6. Sandal F, Kleppe G, Amland PF, Abyholm F. Surgical treatment of gynecomastia. Scand J Plast Reconstr Hand Surg 1994 ; 28 : 123-30.
7. Courtist EH. Gynecomastia : analysis of 159 patients and Current recommendations for treatment. Plas Reconstr Surg 1987 ; 79 : 740-50.
8. Simon BE, Hoffman S, KaHn S. Classification and Surgical Correction for Gynecomastia. Plast Reconstr Surg 1973 ; 51 48-52.
9. Huang TT, Hidalgo JE, Lewis SR. A circumareolar approach in surgical management of gynecomastia. Plast Reconstr Surg 1982 ; 69 : 35 40.