



สารศิริราช

SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
Published Under the Auspices of the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital

ปีที่ 51, ฉบับที่ 7, กรกฎาคม 2542

Volume 51, Number 7, July 1999

ความสามารถของการตรวจร่างกายด้วยการคลำในการพยากรณ์ ภาวะแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

วารินทร์ ดันท์ศุภศิริ พ.บ.*

อดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์ พ.บ.*

กริช โพธิ์สุวรรณ พ.บ.*

ศุภกร โรจนินันท์ พ.บ.*

พรชัย โอเจริญรัตน์ พ.บ.*

นิตย์ ศุภพงษ์ พ.บ.*

เรื่องย่อ : ภาวะการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (axillary lymph node involvement) เป็นตัวบ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรค (prognostic indicator) ที่สำคัญที่สุดในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านม การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (axillary lymph node dissection) เป็นวิธีการตรวจหาภาวะการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมที่ยังคงมีต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ที่ดีที่สุดในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามการตรวจร่างกายด้วยการคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ อาจช่วยบอกถึงการพยากรณ์โรคเบื้องต้น และช่วยในการแนะนำและให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดรักษา คณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงความน่าเชื่อถือของการคลำพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้จากการตรวจร่างกายผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัด โดยเปรียบเทียบกับผลการตรวจทางพยาธิวิทยาว่ามีความถูกต้องแม่นยำเพียงใดในการบอกถึงภาวะแพร่กระจายของโรค ตลอดจนศึกษาหากกลุ่มคนไข้ที่การคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้จะให้ความน่าเชื่อถือสูงที่สุด

*ภาควิชาศัลยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700.

ผู้ป่วยและวิธีการ: ศึกษาแบบตัดขวางจากแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยหญิงที่มาได้รับการรักษาและผ่าตัดที่โรงพยาบาลศิริราชด้วยโรคมะเร็งเต้านม ระหว่าง พ.ศ. 2526 ถึง พ.ศ. 2536 เปรียบเทียบผลการตรวจต่อมน้ำเหลืองด้วยการคลำก่อนผ่าตัด กับผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมน้ำเหลืองที่เลาะจากรักแร้

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1,355 ราย อายุเฉลี่ย 48.5 ปี เป็นผู้ป่วยที่มีมะเร็งในระยะที่ 0 จำนวน 4 ราย ระยะที่ 1 จำนวน 224 ราย ระยะที่ 2 จำนวน 891 ราย ระยะที่ 3 จำนวน 161 ราย และระยะที่ 4 จำนวน 40 ราย (ไม่ทราบระยะ 35 ราย) ขนาดเฉลี่ยของมะเร็งจากการตรวจทางพยาธิวิทยาเท่ากับ 3.6 ซม. แพทย์สามารถคลำพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ได้ก่อนการผ่าตัด 697 ราย (51%) จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 678 ราย (50%) การคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้มีความแม่นยำ 70.6%, มี sensitivity 70%, specificity 71% ความแม่นยำในการตรวจด้วยการคลำต่อมน้ำเหลืองเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดเล็กมาก หรือ ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่

สรุป: การคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้สามารถใช้เป็นแนวทางในการบอกการกระจายของโรคได้คร่าวๆ แต่ยังมีคามผิดพลาดได้สูงถึง 25-30%

Abstract : Ability of Clinical Nodal Staging to Predict Histologic Nodal Status in Breast Cancer Patients
Varin Thansupasiri, M.D.,* Adune Ratanawichitrasin, M.D.,* Kris Bhothisuwan, M.D.,*
Supakorn Rojananin, M.D.,* Pornchai O-charoenrat, M.D.,* Nit Supaphong, M.D.*

*Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Hosp Gaz 1999; 51: 477-484.

Axillary lymph node metastasis is the most important prognostic factor for breast cancer. Pathologic examination of axillary lymph node dissection specimens is the gold standard for determining if the tumour has metastasized. Clinical nodal staging may help the physician to plan for management and to decide what advice to give the breast cancer patients. We studied the metastasis predictive ability of clinical lymph node staging, and tried to identify subgroups that were more reliable for clinical staging.

Patients and Methods: We did a cross-sectional study by collecting the data of patients who had their breast cancers treated at Siriraj Hospital from 1983 to 1993. The lymph node status from preoperative physical examination was compared to the pathologic result of axillary lymph node dissections.

Results: Of 1,355 breast cancer patients, 4 patients were stage 0, 224 were stage I, 891 were stage II, 161 were stage III, and 40 patients were stage IV (with 35 missing). Mean diameter of the cancer was 3.6 cm. The average age at diagnosis was 48.5 years. Fifty one percent (697 patients) had at least one palpable node from preoperative physical examination, and 50% of cases (678 patients) had pathologic axillary lymph node positive for metastasis. When compared to pathologic examination, the accuracy of clinical lymph node staging was 70.6%, with 70% sensitivity and 71% specificity. The accuracy was increased in

patients with small (T1) or large primary tumor (T3,4) subgroups.

Conclusion: Physical examination of axillary lymph node could be used as a guide for predicting metastasis of breast cancer, but with 25-30% of uncertainty.

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองของหญิงไทย รองจากมะเร็งปากมดลูก¹ และกำลังจะเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะพบมะเร็งเต้านมได้มากขึ้นเช่นเดียวกับที่เป็นอยู่ทั่วโลก² วิธีการรักษาที่ทันสมัยมากขึ้นในปัจจุบัน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมไม่สูงขึ้นในสัดส่วนที่เร็วเท่ากับการเกิดมะเร็งเต้านมที่เพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าวิธีการรักษาแบบต่างๆ จะพัฒนาดีขึ้นเพียงใดก็ตาม ภาวะการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (axillary lymph node metastasis) ก็ยังเป็นตัวชี้บ่งถึงการพยากรณ์โรค (prognostic indicator) ที่สำคัญที่สุดสำหรับมะเร็งเต้านม หากพบการกระจายของโรคไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้ว อัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยจะลดลง เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองมีอัตราการอยู่รอด 35-48 % ใน 10 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองมีอัตราการอยู่รอดสูงกว่าคือ 72-76%³ และในผู้ป่วยที่มีโรคแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้ว หากได้รับการรักษาเสริมด้วยฮอร์โมนหรือเคมีบำบัด ก็จะช่วยให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น การกลับเป็นซ้ำของโรคลดลง ตลอดจนอัตราการอยู่รอดเพิ่มขึ้น จึงเห็นได้ว่าการทราบการแพร่กระจายของโรคมะเร็งเต้านมไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ เป็นสิ่งสำคัญ

วิธีการที่ทำให้ทราบถึงภาวะแพร่กระจายของมะเร็งที่รักแร้ที่ดีที่สุดคือการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (axillary lymph node dissection) เพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา (pathologic examination) วิธีการอื่น

เช่น ultrasound, CT scan, MRI ล้วนแต่จะต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ขณะที่มีความแม่นยำระหว่าง 87 - 92 %^{4,5} ส่วนการตรวจร่างกายซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และประหยัดจากข้อมูลที่ยาขานในวารสารต่างประเทศ อาจพบข้อผิดพลาดได้ในทางบวก (false positive) และทางลบ (false negative) ประมาณ 30%⁶ ความแม่นยำในการตรวจร่างกายด้วยการคลำยังไม่มียาขานในผู้ป่วยไทย ซึ่งการทราบความแม่นยำนี้อาจนำไปสู่การให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย เมื่อต้องการทราบการพยากรณ์โรคก่อนการผ่าตัดได้

ความยากง่ายในการคลำพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีตัวแปรหลายอย่างที่แตกต่างกันนอกเหนือจากภาวะการแพร่กระจายของโรค เช่น ในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดก้อนที่เต้านม (breast biopsy) เพื่อการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัด mastectomy อาจพบต่อมน้ำเหลืองโตจากปฏิกิริยาต่อการผ่าตัด (reactive hyperplasia) ตำแหน่งของมะเร็งอาจส่งผลให้ต่อมน้ำเหลืองโตในตำแหน่งที่แตกต่างกันในบริเวณรักแร้และขนาดของต่อมน้ำเหลืองที่คลำได้ก็อาจแตกต่างกันด้วย และเนื้อเต้านมในหญิงแต่ละกลุ่มอายุอาจมีผลทำให้ความแม่นยำในการคลำต่อมน้ำเหลืองได้ต่างกัน เป็นต้น

คณะผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการคลำพบต่อมน้ำเหลืองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเทียบกับผลทางพยาธิวิทยาในผู้ป่วยไทย ตลอดจนพยายามศึกษาเพื่อหากลุ่มเฉพาะ (specific subgroup) ที่การตรวจร่างกายสามารถพยากรณ์ภาวะการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้อย่างถูกต้องแม่นยำเป็นพิเศษ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) จากแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยหญิงที่มาได้รับการรักษาและผ่าตัดที่โรงพยาบาลศิริราชด้วยโรคมะเร็งเต้านมระหว่าง พ.ศ. 2526 ถึง พ.ศ. 2536 ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการบันทึกการตรวจต่อมน้ำเหลืองด้วยการคลำโดยศัลยแพทย์ก่อนการผ่าตัด ได้คัดเลือกผู้ป่วยเฉพาะที่มีการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลือง (axillary dissection) และมีผลทางพยาธิซึ่งแสดงถึงภาวะการแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

เก็บข้อมูลต่างๆ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ตำแหน่งและขนาดของก้อนมะเร็งที่เต้านมที่ตรวจพบ ระยะเวลาระหว่างการพิสูจน์ชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัยโรค (diagnostic biopsy) กับ การผ่าตัดเพื่อการรักษา ตลอดจนขนาดทางพยาธิวิทยาของมะเร็งเต้านมและผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ของผู้ป่วยทุกราย ทั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบหากกลุ่มที่การตรวจร่างกายด้วยการคลำอาจสามารถพยากรณ์ภาวะการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ได้อย่างแม่นยำ

วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความสามารถของการตรวจร่างกายด้วยการคลำในการพยากรณ์ภาวะการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โดยใช้ Chi-square, sensitivity, specificity, positive and negative predictive value, และ accuracy ([true positive + true negative] / total cases) การวิเคราะห์ข้อมูลทำในโปรแกรมสถิติ SPSS 6.0[®] และ Epi Info 6.04[®]

ผล

มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1,355 รายในการศึกษานี้ มีอายุเฉลี่ย 48.5 ปี (SD = 11.7, range 20-88) เป็นมะเร็งในระยะที่ 0 จำนวน 4 ราย (0.3 %) ระยะที่ 1 จำนวน 224 ราย (16.5 %) ระยะที่ 2 จำนวน 891 ราย (65.8 %) ระยะที่ 3 จำนวน 161 ราย (11.9 %) ระยะที่ 4 จำนวน 40 ราย (3.0 %) และไม่สามารถบอกระยะของ

โรคได้ 35 ราย (เนื่องจากผู้ป่วยบางรายได้รับการตัดก้อนเนื้อเพื่อการวินิจฉัยโรคจากโรงพยาบาลอื่น และไม่สามารถติดตามผลในเรื่องของขนาดก้อนจากผู้ป่วยเหล่านั้น, คิดเป็น 3.0%) จากการตรวจร่างกายด้วยการคลำ พบขนาดของก้อนมะเร็งเต้านมอยู่ระหว่าง 2 - 5 ซม. (T2) มากที่สุด คิดเป็น 47% พบมะเร็งที่ตำแหน่ง upper outer มากที่สุด 422 ราย (31%) รองลงมาที่ upper inner 243 ราย (18%) และ ที่ central 134 ราย (9.9%) ผู้ป่วยประมาณกึ่งหนึ่งที่ได้รับการผ่าตัดก้อนมะเร็งเพื่อการวินิจฉัยก่อนการตัดเต้านม คิดเป็น 705 ราย (52%) โดย 47% ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนมะเร็ง (biopsy) มาก่อน ได้รับการผ่าตัดเต้านมภายใน 2 สัปดาห์ภายหลังการทำ biopsy ขนาดก้อนมะเร็งจากการตรวจทางพยาธิวิทยาอยู่ในระหว่าง 0.4 - 16 ซม. เฉลี่ย 3.6 ซม. (SD = 1.9)

แพทย์สามารถคลำพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โตในผู้ป่วย 697 ราย (51%) ในการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองเพื่อการตรวจพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา พบต่อมน้ำเหลืองระหว่าง 1-77 ต่อมน เฉลี่ย 23 ต่อมนต่อผู้ป่วยหนึ่งราย การตรวจทางพยาธิวิทยาพบการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ในผู้ป่วย 678 ราย (50%) เมื่อเปรียบเทียบความสามารถของการตรวจร่างกายด้วยการคลำพบต่อมน้ำเหลืองโตที่รักแร้กับภาวะการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้จากการตรวจทางพยาธิวิทยา ดังแสดงผลในตารางที่ 1 พบว่ามีความแม่นยำ (accuracy) = 70.6%, มี sensitivity = 70.0%, specificity = 71.1%, positive predictive value = 72.0% และ negative predictive value = 69.1%

ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างของความแม่นยำ (accuracy), sensitivity และ specificity ในการตรวจต่อมน้ำเหลืองเมื่อแยกตามกลุ่มอายุ และตำแหน่งของก้อน

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการคลำพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ แยก (stratified) ตามขนาดของ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการคลำพบต่อมน้ำเหลืองโตที่รักแร้กับการพบมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองจากการตรวจทางพยาธิวิทยา ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1,355 ราย

	มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง	ไม่พบมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง	รวม
คลำพบต่อมน้ำเหลืองโต	488	209	697
คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต	190	468	658
รวม	678	677	1,355

Sensitivity = 70.0%, specificity = 71.1%, positive predictive value = 72.0%, negative predictive value = 69.1%, accuracy = 70.6%.

ก่อนมะเร็งที่คลำได้พบว่า sensitivity ของการตรวจด้วยการคลำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีขนาดของก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ สูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดเล็ก (T1 vs T3-4 = 49% vs 89%) แต่มี specificity ในกลุ่มที่มีก้อนมะเร็งขนาดเล็กมากกว่า (T1 vs T3-4 = 88% vs 37%) ทำให้โดยรวมแล้วความแม่นยำจากการคลำเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีขนาดเล็กมากและใหญ่มาก

เมื่อแยกผู้ป่วยตามระยะเวลาของการผ่าตัดก้อนที่เต้านมเพื่อการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดรักษา พบว่าการพยากรณ์ภาวะแพร่กระจายของมะเร็งจากการคลำเปลี่ยนไปทั้งในด้านของ sensitivity และ specificity โดย sensitivity ในกลุ่มที่ผ่าตัดมาไม่นานมีน้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดมานาน (ผ่าตัด < 1 สัปดาห์ vs ผ่าตัดมา > 1 เดือน = 54% vs 83%) ขณะที่ specificity ในกลุ่มที่ผ่าตัดมาไม่นานมีมากกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดมานาน (ผ่าตัด < 1 สัปดาห์ vs ผ่าตัดมา > 1 เดือน = 84% vs 63%) ทำให้ความแม่นยำโดยรวมใกล้เคียงกันตลอดช่วงเวลาหลังผ่าตัด

วิจารณ์

การรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันมีวิวัฒนาการไปมากกว่าในอดีต ทิศทางของวิวัฒนาการในการรักษาจะมุ่งเน้นให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยมีอัตราการอยู่รอดเพิ่มขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาลดลง การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (axillary dissection) ยังคงเป็นส่วนสำคัญของการรักษาเพราะเป็นเครื่องที่ป้องกันการพยากรณ์โรคและช่วยในการตัดสินใจในการให้การรักษาเสริมแก่ผู้ป่วย แต่การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น แขนบวม 3-12 % เป็นต้น หากมีวิธีการที่สามารถบอกถึงภาวะแพร่กระจายของโรคที่จะทดแทนการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้อย่างได้ผลแล้ว ผู้ป่วยก็จะสามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

การตรวจร่างกายด้วยการคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ประหยัด และปลอดภัย หากวิธีการตรวจร่างกายด้วยการคลำต่อมน้ำเหลืองที่

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถของการคลำในการพยากรณ์การแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1,355 ราย แยกตามกลุ่มย่อยต่างๆ

	N (%)	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Accuracy (%)
อายุ				
≤ 50 ปี	824 (61)	70.6	69.4	70.0
> 50 ปี	531 (39)	74.1	68.8	71.4
p value *		0.33	0.86	0.59
ขนาดของก้อนจากการตรวจร่างกาย				
< 2 ซม. (T1)	313 (26)	49.0	87.8	75.4
2 - 5 ซม. (T2)	664 (55)	71.2	63.1	67.5
> 5 ซม. (T3, T4)	231 (19)	89.2	36.9	74.5
p value *		< 0.0001	< 0.0001	0.02
ตำแหน่งของก้อน				
ด้านนอก	620 (55)	69.1	70.0	69.5
ตรงกลางใต้หัวนม	134 (12)	79.8	68.0	75.4
ด้านใน	371 (33)	77.6	71.1	73.6
p value *		0.05	0.90	0.23
ประวัติการผ่าตัดเพื่อวินิจฉัยมาก่อน				
ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน	641 (47)	74.9	59.5	69.2
ผ่าตัดมา < 1 สัปดาห์	126 (9)	54.0	84.2	72.2
ผ่าตัดมา 1-2 สัปดาห์	202 (15)	52.0	78.7	68.8
ผ่าตัดมา 2 สัปดาห์ - 1 เดือน	176 (13)	72.9	75.2	74.4
ผ่าตัดมา > 1 เดือน	210 (16)	82.6	63.2	73.8
p value *		< 0.0001	< 0.0001	0.51

* p value of Chi² for trend

รักแร้ มีประสิทธิภาพในการพยากรณ์ภาวะแพร่กระจายของโรคได้ดีแล้ว ก็จะเป็นวิธีการตรวจที่สามารถทำได้ โดยไม่มีข้อจำกัดด้านสถานที่ เครื่องมือ และภาวะของผู้ป่วย

ในปัจจุบันได้มีความพยายามศึกษาถึงวิธีการ

ต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการทำผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ เช่น การทำ lymphatic mapping และ sentinel lymph node biopsy^{8,9} โดยเลือกเลาะต่อมน้ำเหลืองเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองแล้ว ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

จากการผ่าตัดลดลง ดังนั้นหากผลการตรวจร่างกายด้วยการคลำมีความแม่นยำในระดับหนึ่ง ก็อาจใช้เป็นเครื่องมือเบื้องต้นสำหรับคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการทำ sentinel lymph node biopsy

Fisher และคณะ⁶ ได้รายงานความแม่นยำจากการตรวจร่างกายเทียบกับผลทางพยาธิวิทยา โดยใช้ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา NSABP B-04 ทั้งนี้มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งในสามเท่านั้นที่ได้รับการผ่าตัด full axillary dissection ซึ่งสามารถนำมาแปลผลเทียบระหว่างการตรวจร่างกายและการตรวจทางพยาธิวิทยา ในผู้ป่วย 641 ราย ในการศึกษาของ Fisher นี้พบผู้ป่วยที่คลำพบต่อมน้ำเหลืองโต 33.5% และผลการพิสูจน์ทางพยาธิวิทยาพบโรคแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง 38.6% คิดเป็น sensitivity จากการตรวจร่างกาย 60.3%, specificity 73.6% และ accuracy 66.5%

คณะผู้ศึกษาได้บันทึกข้อมูลผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยทุกราย ด้วยการคลำโดยศัลยแพทย์ผู้มีประสบการณ์ก่อนการผ่าตัด และทราบผลทางพยาธิวิทยาของต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้จากการผ่าตัด axillary dissection ทุกราย ทำให้ผลที่ได้จากการศึกษานี้ ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยไทยมากกว่าหนึ่งพันราย มีข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ผลการศึกษาพบว่าผลการตรวจร่างกายด้วยการคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ มีความสามารถในการพยากรณ์ภาวะแพร่กระจายของโรคมะเร็งเต้านมเมื่อเทียบกับการตรวจทางพยาธิวิทยาได้แม่นยำ 70.6% และมี sensitivity 70.0% และ specificity 71.1% ซึ่งใกล้เคียงกับผลที่ได้จากรายงานอื่นๆ

วัตถุประสงค์รองของการศึกษานี้ คือการหากลุ่มย่อยของผู้ป่วยที่สามารถใช้การตรวจร่างกายด้วยการคลำในการพยากรณ์การแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลืองได้ดีและถูกต้องมากเป็นพิเศษ จากผลการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยบางกลุ่มที่การตรวจร่างกายมี sensitivity เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยบางกลุ่มมี specificity เพิ่มขึ้น แต่โดยรวมแล้ว ความแม่นยำ (accuracy) ของการตรวจร่างกายด้วยการคลำไม่ได้แตกต่างกันมาก

สมมุติฐานที่ว่าตำแหน่งของก้อน และอายุของผู้ป่วยอาจส่งผลให้การตรวจร่างกายด้วยการคลำมีความแม่นยำที่แตกต่างกันออกไป จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างในกลุ่มย่อยเหล่านี้

ในการศึกษานี้ พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่คลำพบก้อนมะเร็งขนาดเล็ก มี sensitivity จากการคลำต่อมน้ำเหลืองน้อยกว่าเกณฑ์เฉลี่ย แต่มี specificity จากการคลำมากกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแพทย์ผู้ตรวจร่างกายอาจมี bias ที่ว่าก้อนขนาดเล็กไม่น่าจะมีการแพร่กระจายของโรคไปที่ต่อมน้ำเหลือง ทำให้ sensitivity ต่ำ ขณะที่ specificity ที่สูงขึ้นเป็นเพราะส่วนใหญ่ในผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ค่อยมีโรคแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองอยู่แล้ว

เมื่อศึกษาโดยแยกกลุ่มผู้ป่วยตามระยะเวลาที่เคยผ่าตัดก้อนมาก่อน พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดก้อนที่เต้านมมาไม่นาน โดยเฉพาะกลุ่มที่ผ่าตัดมาน้อยกว่า 1 สัปดาห์ มี specificity จากการคลำต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เคยผ่าตัดก้อนที่เต้านมมาก่อน ทั้งนี้ น่าจะอธิบายได้จากสมมุติฐานที่ว่า การผ่าตัดทำให้มี lymph node hyperplasia เป็นปฏิกิริยาจากการผ่าตัด และเมื่อเวลาผ่านไป specificity จะค่อยๆ สูงขึ้น ขณะที่ sensitivity ในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดก้อนที่เต้านมมาไม่นาน โดยเฉพาะกลุ่มที่ผ่าตัดมาน้อยกว่า 1 สัปดาห์ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เคยผ่าตัดก้อนมาก่อน ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่าเป็นผลจากการผ่าตัด เมื่อมีการเจ็บแผลผ่าตัด ทำให้การตรวจด้วยการคลำเป็นไปได้ยากขึ้น sensitivity จึงลดลง ทั้งนี้ specificity ที่เพิ่มขึ้น และ sensitivity ที่ลดลง ในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดก้อนที่เต้านมมาไม่นาน เมื่อหักล้างกันแล้ว ทำให้ accuracy โดยรวมไม่เปลี่ยนแปลง

สรุป

ความสามารถของการตรวจร่างกายด้วยการคลำในการพยากรณ์การแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมไปยังต่อมน้ำเหลือง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการตรวจ

ทางพยาธิวิทยา พบว่ามีความแม่นยำ 70.6% และไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนักเมื่อแยกวินิจฉัยในกลุ่มย่อยต่างๆ กล่าวคือยังคงมีความแม่นยำอยู่ในระหว่าง 70-75% ทั้งนี้ การตรวจร่างกายด้วยการคลำสามารถเป็นเครื่องมือเบื้องต้นในการบอกการแพร่กระจายของโรค แต่มีโอกาสผิดพลาดได้ 25-30%

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณ ชนิษฐา เอมประณีตร ที่กรุณาช่วยบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงในฐานข้อมูล และขอขอบคุณ พญ. สมศรี รัตนวิจิตราศิลป์ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ตัวชี้วัดทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University. Tumor registry : Cancer Institute Siriraj Hospital, 1991-1994.
2. Riew LAG, Miller BA, Hankey BF, et al. SEER cancer statistics review, 1973-1991: Tables and graphs, National Cancer Institute. NIH Pub. No. 94-2789, Bethesda, MD, 1994.
3. American Joint Committee for Cancer Staging and End Results. Manual for staging of cancer, 3rd ed. Philadelphia, PA : JB Lippincott Co., 1988.
4. Hata Y, Ogawa Y, Nishioka A, Inomata T, Yochida S. Thin section computed tomography in the prone position for detection of axillary lymph node metastases in breast cancer. *Oncology Reports* 1998; 5(6): 1403-6.
5. Yang WT, Ahuja A, Suen M, King W, Metreweli C. High resolution sonographic detection of axillary lymph node metastases in breast cancer. *J Ultrasound Med* 1996; 15(3): 241-6.
6. Fisher B, Wolmark N, Bauer M, Redmond C, Gehardt M. The accuracy of clinical nodal staging and limited axillary dissection as a determinant of histologic nodal status in carcinoma of the breast. *Surg Gyne Obstet* 1981; 152: 765-72.
7. Kissin MW, Querci della Rovere G, Easton D, Westbury G. Risk of lymphedema following the treatment of breast cancer. *Br J Surg* 1986; 73: 580-5.
8. Giuliano AE, Kirgan DM, Guenther JM, Morton DL. Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer. *Ann Surg* 1994; 220: 391-4.
9. Ratanawichitrasin A, Levy L, Myles J, Crowe JP. Experience with lymphatic mapping in breast cancer using Isosulfan blue dye. *J Women Health* 1998; 7(7): 873-7.