

มะเร็งของเต้านม

ในเพศชาย

Male breast cancer

ว่าที่ ร.ต. ปิยะ ประทีปเสน
พ.บ., ว.ว.(รังสีวิทยาทั่วไป), อ.ว.(รังสีรักษา)

Abstract

Male breast cancer is a relatively rare neoplasm. This is a report case of male breast cancer treated by modified radical mastectomy with post operative radiation and chemotherapy using anthracyclin-based regimens. The patient remained well without evidence of disease or serious complication. Several investigators have reported that Male breast cancer occurs at an older age than female breast cancer and is frequently diagnosed at a later stage. Mammography and ultrasonography are useful to distinguish between breast cancer and gynecomastia. Tumors are predominantly estrogen and progesterone positive. Tamoxifen is effective for first-line hormonal therapy. Radiation should be use in patients at high risk for local recurrence. Prognosis is approximately equivalent to that of breast cancer in females when matched for age, stage and hormonal receptors. The literatures are review.

บทคัดย่อ

มะเร็งของเต้านมในเพศชายพบได้ไม่บ่อย ในรายงานนี้นำเสนอผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมในเพศชาย 1 ราย มาด้วยเรื่องก้อนที่เต้านมด้านขวา ได้ทำการรักษาด้วยการผ่าตัด Modified radical mastectomy แล้วได้ให้เคมีบำบัดและรังสีรักษาหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลการรักษาโดยไม่มีโรคเป็นกลับมาใหม่และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงจากการรักษา และได้รวบรวมรายงานต่างๆ มานำเสนอ เกี่ยวกับโรคนี้โดยมีหลายรายงานพบว่ามะเร็งของเต้านมในเพศชายเป็นในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าในเพศหญิงและมีระยะของโรคเป็นมากกว่า การตรวจด้วย Mammography มีประโยชน์ในการช่วยแยกมะเร็งกับ Gynecomastia ได้ดี ผู้ป่วยมี Estrogen receptor และ progesterone receptor เป็นบวกมากกว่าเพศหญิง การรักษาด้วย

ฮอร์โมนควรใช้ Tamoxifen เป็นยาตัวแรก ซึ่งน่าจะดีและเหมาะสมที่สุด รังสีรักษาก็มีข้อบ่งชี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะกลับเป็นใหม่สูง (เพราะมาด้วยระยะของโรคที่สูงกว่า) การพยากรณ์โรคจะประมาณใกล้เคียงกันกับผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมในเพศหญิงเมื่อเทียบกับอายุ ระยะของโรค และภาวะ Estrogen receptor และ progesterone receptor ที่เหมือนกัน

บทนำ

ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับมะเร็งของเต้านมในเพศชายส่วนใหญ่ได้มาจากการศึกษาเทียบเคียงกับมะเร็งของเต้านมในเพศหญิง(1, 2) แต่ก็ไม่มีการศึกษาแบบ randomized หรือ controlled trial และให้ข้อมูลที่เหมาะสมที่สุดในการรักษามะเร็งของเต้านมในเพศชาย(3)

ในความเป็นจริงแล้ว Cellular receptors ของชาย และหญิงก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ จึงทำให้การนำวิธีรักษามะเร็งของเต้านมในเพศหญิงมาใช้กับ มะเร็งของเต้านมในเพศชายอาจมีผลการรักษาที่ดีย ประสิทธิภาพกว่าในส่วนของ การรักษาด้วยฮอร์โมน เนื่อง จากความแตกต่างของปัจจัยทางชีววิทยา (4) และนอก จากนั้นผู้ป่วยเพศชายยังมีปัญหาเรื่องขนาดของเต้านม ความล่าช้าในการวินิจฉัยเนื่องจากไม่มีระบบ screening ในเพศชาย

วัตถุประสงค์ในการนำเสนอเรื่องนี้เพื่อรวบรวม ข้อมูลต่างๆของมะเร็งของเต้านมในเพศชาย ในประเด็น ต่างๆ เพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 57 ปี ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร อาชีพ รับจ้าง (ช่างเชื่อมได้น้ำ) มาโรงพยาบาลในเดือน มกราคม 2551 ด้วยเรื่องก้อนที่เต้านมด้านขวา จากการ ตรวจร่างกายพบก้อนที่เต้านมด้านขวาขนาด 3 ซม. บริเวณ Subareolar จากการคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่ รักแร้ และไม่พบลักษณะ Gynecomastia ทั้ง 2 ข้าง ได้ ทำการตรวจเพิ่มเติมด้วย Abdominal Ultrasonography และ Bone scan ไม่พบความผิดปกติ

ได้ทำการรักษาด้วยการผ่าตัด Modified radical mastectomy เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2551 ผลทาง พยาธิวิทยา เป็น infiltrating ductal carcinoma grade 1, tumor invade nipple stroma and dermis (negative for Paget's disease) Free margin มีการกระจายของ มะเร็งไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 3 ใน 10 (ไม่มีรายงานผล Hormonal receptor) การวินิจฉัยโรคสรุปว่าเป็นมะเร็ง ของเต้านมระยะ T2N1M0

จากนั้นได้ส่งผู้ป่วยมาที่กลุ่มงานรังสีรักษาเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2551 ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551 ด้วย anthracyclin-based regimens (cyclophosphamide-adriamycin-5FU) ทุก 3 สัปดาห์

6 ครั้ง และได้เริ่มให้รังสีรักษาเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2551 ที่บริเวณทรวงอกและต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ด้วยปริมาณ รังสี 50Gy ใน 5 สัปดาห์ (โดยที่ boost posterior axilla LN 5Gy/2fractions) ผู้ป่วยไม่มีผลข้างเคียงจากเคมี บำบัดและรังสีรักษา และผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วย ฮอร์โมน ผู้ป่วยยังคงมาตรวจติดตามผลการรักษา อย่างสม่ำเสมอ และมาตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2552

วิจารณ์

อุบัติการณ์

มะเร็งของเต้านมในเพศชายพบได้ไม่บ่อย (5, 6) ประมาณร้อยละ 1 ของมะเร็งของเต้านม (1, 7, 8) โดยมี อัตราส่วนพบในชาย: หญิง เท่ากับ 1:100 หรือบาง รายงานเท่ากับ 1:175 (9) นับเป็นประมาณร้อยละ 1 ของ มะเร็งในผู้ป่วยชาย (10) ในกลุ่มสหภาพยุโรป พบว่ามี ความชุกของโรคน้อยกว่า 1 ต่อ 100,000 ประชากร และ พบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามะเร็งของเต้านมในเพศ หญิง (5) ประมาณ 10 ปี (1) คือพบหลังอายุ 60 ปี (6) มีอุบัติการณ์มากที่สุดที่อายุ 71 ปี (3) ที่อายุ ต่ำ กว่า 40 ปี พบน้อยมาก (9)

อาการแสดงและตำแหน่งที่พบ ผู้ป่วยมักมาด้วย เรื่องก้อนแข็ง ไม่เจ็บปวด ที่บริเวณใต้หัวนม (Subareolar mass) (1, 11)

สาเหตุของโรค ยังไม่ทราบแน่นอน (11) ได้มีการ ศึกษาเกี่ยวกับ MicroRNAs (miRNAs) ซึ่งเป็นชนิดหนึ่ง ของ small noncoding RNAs ซึ่งควบคุม control gene expression ผ่านทาง targeting mRNAs และ triggering ทั้ง translation repression or RNA degradation อาจ เกี่ยวพันกับการเกิดมะเร็งของเต้านมในเพศชาย (E) หรือ อาจเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างฮอร์โมน Androgens และ estrogens (5) หรือ prolactin level (6)

การมีประวัติในครอบครัวเป็นมะเร็งของเต้านม พบได้ร้อยละ 5-10 (6) มีรายงานผู้ป่วยมะเร็งของเต้านม ในเพศชาย ที่เป็นทั้ง 2 ข้าง และเป็น Hepatocellular

carcinoma ด้วย (12)

พบผู้ป่วยมาด้วยระยะของโรคที่มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมในเพศหญิง(5, 6) ทั้งที่มีโอกาสคลำพบได้ง่ายกว่าเพราะมี Breast tissue (6) น้อยกว่า โดยผู้ป่วยร้อยละ25-30 เป็นระยะที่T4(13) และช่วงเวลาดังแต่เริ่มมีอาการจนได้รับการผ่าตัดเฉลี่ย 42 สัปดาห์นานเป็นสองเท่าของผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมในเพศหญิง(9)

พบว่า มี Estrogen receptor และ progesterone receptor เป็นบวกมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมในเพศหญิง(1, 5-7, 14) จากการศึกษาของ Ferreira M และคณะ เรื่อง Prolactin receptor (PRLR) พบว่าใน Gynecomastia มี PRLR เป็นบวกร้อยละ20 และจากการสังเกตทาง immunoreactivity พบที่ luminal cell border แต่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในเพศชายเป็นบวกมากถึงร้อยละ60 และพบที่ cytoplasmic จึงอาจเป็นได้ว่า PRLR มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านมในเพศชาย(15) และการศึกษาของ Sasano H และคณะ พบว่ามี strong aromatase immunoreactivity ที่ stromal cells มะเร็งเต้านมในเพศชาย 15 ราย (ร้อยละ100) และตั้งข้อสงสัยว่าการที่มีระดับความเข้มข้นของ estrogen อาจมีส่วนทำให้เกิดมะเร็งเต้านมในเพศชาย(16)

การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยชายที่มีก้อนแข็งที่บริเวณเต้านมไม่เจ็บปวด โดยเฉพาะที่บริเวณใต้หัวนม (Subareolar mass) ควรได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียดร่วมกับการตรวจด้วย Ultrasonography และ Mammography รวมทั้งการใช้ Fine-needle aspiration หรือ Core biopsy ช่วยในการวินิจฉัยโรค

จากการศึกษาของ Mathew J และคณะพบว่า Ultrasonography ช่วยได้มากในการประเมินการกระจายของโรคไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ซึ่งการตรวจก็จะดูทั้งที่รักแร้ บริเวณ infraclavicular และ supraclavicular ไปถึง internal mammary ได้ศึกษาผู้ป่วย 57

ราย ซึ่งร้อยละ95 (54/57) มาด้วยก้อนคลำได้และ Mammography พบก้อนร้อยละ 69 (38/55) พบก้อนและ microcalcifications ร้อยละ29 (16/55) โดยพบ Gynecomastia ร้อยละ40 (22/55) ลักษณะของก้อนจะมีขอบเขตไม่ชัดเจนและอาจมีรูปร่าง spiculated ได้ และพบการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ร้อยละ47(17)

ส่วน Dershaw DD และคณะ จาก Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York ได้ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมในเพศชาย 23 ราย ซึ่ง 5 รายมี gynecomastia พบลักษณะทาง Mammography เป็นก้อนที่ไม่มี microcalcifications ร้อยละ 74 (17/23) อยู่บริเวณ subareolar ร้อยละ82 มีผู้ป่วย 1 รายที่ไม่พบก้อนเนื่องจากภาวะ gynecomastia(18) และ Patterson SK และคณะ จาก University of Michigan Hospitals ที่ Ann Arbor สหรัฐอเมริกาได้ศึกษาผู้ป่วยที่มาเรื่องก้อนของเต้านมในเพศชาย 165 ราย พบมะเร็ง 6 ราย (ร้อยละ 4) ซึ่งทั้ง6ราย Mammography ให้การวินิจฉัยได้ จึงเป็น Sensitivity ที่สูงร้อยละ 100 และมี Specificity ร้อยละ 90 รวมทั้งพบว่ามี negative predictive value ถึงร้อยละ100 ซึ่งบอกได้ว่าถ้า mammograms อ่านผลเป็นลบหรือปกติไม่มีความจำเป็นต้องตรวจหาต่อไปถ้าไม่มีข้อสงสัยทางคลินิกชัดเจน(19) ซึ่งก็ตรงกันกับผลการศึกษาของ Cooper RA และคณะ (20)

สรุปได้ว่า Mammography มีประโยชน์ในการช่วยแยกมะเร็งกับ Gynecomastia ได้ดี (1, 6) การใช้ Fine-needle aspiration ช่วยในการวินิจฉัยโรคได้มาก(11) จากการศึกษาในสองสถาบันในสหรัฐอเมริกา มากกว่า 10ปี ตั้งแต่เดือนมกราคม ปี 2533 ถึง เดือนกันยายน ปี 2550 ผู้ป่วยชายที่มาด้วยเรื่องก้อนที่เต้านม 217 ราย พบว่า Fine-needle aspiration ให้ผลที่เชื่อถือได้(21)

อย่างไรก็ตาม ไม่พบหลักฐานสนับสนุนการตรวจผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในเพศชายจะได้รับประโยชน์จากการตรวจด้วย Magnetic resonance imaging (22)

ผลทางพยาธิวิทยา มักเป็น Infiltrating ductal carcinoma (ร้อยละ70-90) (1, 6, 11) อาจพบ Lobular carcinoma ได้(1) ในกลุ่มผู้ป่วย ระยะ T0 และ T1 จะพบ DCIS

การกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้พบได้ร้อยละ 50-75 (6)

การวินิจฉัยแยกโรค

มะเร็งของมะเร็งเต้านมในเพศชาย ต้องแยกออกจาก Gynecomastia ซึ่งแยกได้จากประวัติรวมทั้งการการตรวจร่างกายอย่างละเอียด ร่วมกับการตรวจด้วย Mammography และ Ultrasonography

การจัดระยะโรค

การจัดระยะโรคใช้ตามการจัดระยะของผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมในเพศหญิง

การรักษา

โดยทั่วไปการรักษาที่แนะนำจะคล้ายคลึงกับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมในเพศหญิงในวัยหมดประจำเดือน(5) โดยแยกรายละเอียดดังนี้

การผ่าตัด ถือว่าเป็น Gold standard สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมในเพศชายโดยแนะนำให้ทำ Modified radical mastectomy (1, 8) หรือ Simple mastectomy ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้(3) ซึ่งก็อาจทำ sentinel node dissection เช่นเดียวกับการนี้ผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมในเพศหญิงที่มีขนาดก้อนเล็กได้ (2, 8, 23)

การให้รังสีรักษา เพื่อผลควบคุมการเป็นกลับมาใหม่เฉพาะที่ก็มีข้อบ่งชี้ เพราะในเพศชายมี Breast volume น้อย และก้อนก็อยู่บริเวณ Subareolar (6, 8) โดยเฉพาะเมื่อมีโรคลุกลามถึงchest wall (11) หรือกรณีที่มีความเสี่ยงที่จะกลับเป็นใหม่สูง (เพราะมาด้วยระยะของโรคที่สูงกว่า)(2, 3, 13)

การให้เคมีบำบัด แนะนำให้ใช้ CMF regimen หรือ anthracyclin-based regimens(1) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุน้อย มีการกระจายของโรคไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และมีผล Hormone receptor เป็นลบ(14) และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมน แนะนำให้ใช้เคมีบำบัดเพื่อบำบัดอาการด้วยยาที่รักษามะเร็งของเต้านมในเพศหญิง (2)

การรักษาด้วยฮอร์โมน เนื่องจากพบว่า มี Estrogen receptor และ progesterone receptor เป็นบวกมาก การให้ยา tamoxifen เป็นยาตัวแรก (First-line therapy) จึงน่าจะดีและเหมาะสมที่สุด (1, 2, 5, 7, 24) แม้ในกรณีที่มีโรคแพร่กระจายแล้ว (2, 14, 24)

การทำ Orchiectomy หรือการใช้ aromatase inhibitors หรือ androgen ablation ก็มีประโยชน์เช่นกัน และใช้เป็น second-line (2, 5, 7)

แต่ก็มีข้อโต้แย้งว่าการให้ Aromatase inhibitors อาจไม่สามารถลดระดับของ estradiol ได้พอเพียง(3) แต่ก็มีผู้ใช้ letrozole รักษาโรคมะเร็งเต้านมในเพศชายแล้วได้ผลดี(25) รวมทั้ง Arriola E และคณะ จาก Royal Marsden Hospital ก็ได้รายงานผู้ป่วย 1 รายที่ใช้ letrozole รักษาโรคในระยะมะเร็งแพร่กระจายแล้วลดระดับของ estradiol ได้ (24) นอกจากนี้ Dakin Haché K และคณะจาก Queen Elizabeth II Health Sciences Centre ประเทศ Canada ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในเพศชาย 54 ราย ที่มีอายุเฉลี่ย 64 ปี (31-85) ก้อนมีขนาดเฉลี่ย 2.6 ซม. (0.3-8.0) ER+ร้อยละ89 และPR+ ร้อยละ73 พบ Her-2 neu overexpress ร้อยละ 10 และมี intratumoral aromatase (ITA) expression ร้อยละ 27 พบว่าก้อนที่มี strong ITA expression จะมี aggressive น้อยกว่า ดังนั้นการศึกษา ITA expression น่าจะมีประโยชน์ในอนาคต(26)

การใช้ Trastuzumab อาจเป็นทางเลือกในกรณีที่มีผล overexpress ของ HER-2(8, 27)

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรค ประมาณใกล้เคียงกันกับผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมในเพศหญิงเมื่อเทียบกับอายุ ระยะของโรค และภาวะ Estrogen receptor และ progesterone receptor ที่เหมือนกัน (1, 5, 28) โดยที่ระยะของโรคมีความหมายสำคัญที่สุด และกลุ่มที่ Estrogen receptor เป็นบวกมีอัตราการรอดมากกว่า Estrogen receptor เป็นลบเล็กน้อย (29) แต่ถ้ามี Estrogen receptor เป็นบวกร่วมกับ overexpression ของ p53 จะมีการอยู่รอดมากกว่า Estrogen receptor เป็นบวกอย่างเดียว(30)

ผลการรักษา

จากการตรวจติดตามผลการรักษา พบว่ามีการเป็นโรคกลับมาใหม่ร้อยละ 47

การแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นๆ พบว่าไปที่กระดูกมากที่สุด ถึงร้อยละ 37.5 และมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี ร้อยละ 57 (31) และในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้จะมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี ร้อยละ 83 (30)

รายงานจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ

1. El-Habbash MM รายงานผลการรวบรวมศึกษาผู้ป่วยที่กรุง Tripoli ประเทศ Libya ระหว่างเดือนมกราคม ปี 2533 ถึงเดือนมิถุนายน ปี 2551 มีผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมในเพศชาย 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.4 ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 61 ปี เป็นโรคระยะ T3 ร้อยละ 65 และมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองร้อยละ 93.3 ผลทางพยาธิวิทยาเป็น Infiltrating ductal carcinoma ร้อยละ 85 ผล Hormone receptor เป็นบวกร้อยละ 70 จากการตรวจติดตามผลการรักษา พบว่ามีการเป็นโรคกลับมาใหม่ร้อยละ 47 การแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นๆ พบว่าไปที่ กระดูกมากที่สุด ถึงร้อยละ 37.5 และมีอัตราการ

รอดชีวิตที่ 5 ปีร้อยละ 57 (31)

2. Meguerditchian AN, Falardeau M, Martin G. จาก Quebec City CANADA รวบรวมศึกษาบทความในภาษาอังกฤษและฝรั่งเศสจาก Medline database ตั้งแต่ปี พศ.2509 ถึงปี พศ.2544 โดยค้นด้วยคำ “male breast cancer” จำนวน 198 บทความ มีบทความประเภทย่อย 50 เรื่องที่น่าสนใจ พบว่า Gynecomastia ยังคงเป็นปัจจัยที่ยังเป็นประเด็นที่ได้เถียงกันอยู่ว่ามีความสัมพันธ์กับมะเร็งหรือไม่ โรคพบในระยะลุกลามเมื่อมีเรื่องปวดที่ก้อน มี bloody discharge และแผลแตกร่วมด้วย การรักษาหลักคือ modified radical mastectomy ตามด้วยเคมีบำบัด CMF หรือ anthracyclin-based regimens สำหรับผู้ป่วยระยะที่ 2 หรือมากกว่า และการให้รังสีรักษาดูเหมือนไม่ได้รับประโยชน์เพิ่มในการศึกษานี้ และผู้ป่วยที่ได้รับการด้วยฮอร์โมน ก็มักจะรับ tamoxifen ไม่ได้เนื่องจากผลข้างเคียงที่มีมาก(32)

3. Benchellal Z และคณะ จาก Trousseau ประเทศฝรั่งเศส ศึกษาย้อนหลังตั้งแต่ปี พศ.2532 ถึงปี พศ.2543 พบผู้ป่วย 19 ราย อายุเฉลี่ย 65.3 ปี มาด้วยเรื่องก้อนแข็งที่ subareolar ระยะที่ 1 พบร้อยละ 23 และระยะที่ 2 พบร้อยละ 41 มีผลพยาธิวิทยาเป็น infiltrating ductal carcinoma ร้อยละ 89 Estrogen receptor เป็นบวกร้อยละ 92 progesterone receptors เป็นบวกร้อยละ 84 การรักษาเริ่มด้วย simple mastectomy and axillary dissection โดยที่ร้อยละ 74 ได้รับรังสีรักษาหลังการผ่าตัด และร้อยละ 26 ได้รับเคมีบำบัด ร้อยละ 42 ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน ติดตามผลการรักษาด้วยมาตรฐาน 52 เดือน พบมีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ร้อยละ 86 (33)

4. Zhou Z และคณะ ที่กรุงปักกิ่ง ประเทศจีน ศึกษาผู้ป่วย 32 ราย พบโรคในระยะที่ 1 7 ราย ระยะที่ 2 17 ราย ระยะที่ 3 7 ราย และระยะที่ 4 1 ราย ผู้ป่วย 31 ราย มาด้วยเรื่องก้อนที่เต้านม พบการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง ที่รักแร้ ร้อยละ 57.1 อัตราการอยู่รอด

5 ปี ร้อยละ 65.6 (34)

5. Cutuli B และคณะ จาก Strasbourg ประเทศฝรั่งเศส ศึกษาจากศูนย์รักษาโรคมะเร็ง 14 แห่งในฝรั่งเศสย้อนหลัง 26 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2503 ถึงปี พ.ศ. 2529 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งของมะเร็งเต้านมในเพศชาย ระยะที่ยังไม่แพร่กระจายจำนวน 397 ราย อายุเฉลี่ย 64 ปี (25-93 ปี) จาก TNM classification (UICC, 1978) พบระยะ T0 7 ราย T1 79 ราย T2 162 ราย T3 31 ราย T4 74 ราย และ Tx 44 ราย ร้อยละ 31 ของผู้ป่วยมีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ทางคลินิก ผู้ป่วย 24 รายได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว ที่เหลือ 373 รายได้รับการผ่าตัด และ 247 ได้รับรังสีรักษาหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดและฮอร์โมน 71 และ 68 รายตามลำดับ ลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็น infiltrating carcinomas 382 ราย อีก 15 รายเป็น DCIS พบการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ร้อยละ 56 Estrogen receptor เป็นบวกร้อยละ 79 progesterone receptors เป็นบวกร้อยละ 77 พบการเป็นกลับมาใหม่เฉพาะที่ (Local) ร้อยละ 8.8 และเป็นกลับมาใหม่ในบริเวณ (regional) ร้อยละ 4.5 Crude survival rates คำนวณโดย Kaplan-Meier method คือร้อยละ 65 และร้อยละ 38 ที่ 5 และ 10 ปีตามลำดับ และ Disease-specific survival rates เป็นร้อยละ 74 ที่ 5 ปี และเป็นร้อยละ 51 ที่ 10 ปี โดยที่ถ้าแยกเป็นกลุ่มที่ไม่มีการกระจายไปต่อม

น้ำเหลืองที่รักแร้ Disease-specific survival rates จะเป็นร้อยละ 77 เทียบกับ กลุ่มที่มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ จะเป็นร้อยละ 39 ที่ 10 ปี

การรักษาที่เหมาะสมในกลุ่มเสี่ยง (คือมีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ก้อนขนาดใหญ่ที่ลุกลามสู่ชั้นผิวหนังหรือกล้ามเนื้อ) ประกอบด้วย Modified radical mastectomy ร่วมกับรังสีรักษา ส่วนการรักษาเสริมที่เหมาะสมคือ Tamoxifen เนื่องจากการมี Estrogen receptor เป็นบวกมากและผู้ป่วยมีอายุมากไม่เหมาะที่จะให้เคมีบำบัด

การพยากรณ์โรค ประมาณใกล้เคียงกันกับผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมในเพศหญิงเมื่อเทียบกับอายุ ระยะของโรค และภาวะ Estrogen receptor และ progesterone receptor ที่เหมือนกัน (35)

สรุป

รายงานนี้นำเสนอว่าผู้ป่วยมะเร็งของมะเร็งเต้านมในเพศชายแม้พบได้น้อย แต่ก็มีลักษณะเฉพาะของโรคที่ต้องคำนึงถึง การรักษามะเร็งเต้านมในเพศชายควรใช้การรักษาแบบผสมผสานโดยการผ่าตัดมีความสำคัญมากและรังสีรักษาก็มีประสิทธิภาพในการลดการเป็นกลับมาใหม่ของโรคและการรักษาด้วยฮอร์โมนซึ่งมักจะใช้ Tamoxifen ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตนานขึ้น

บรรณานุกรม

1. Kuroi K, Toi M. [Male breast cancer]. Gan To Kagaku Ryoho 2003 May;30(5):599-605.
2. Volm MD. Male breast cancer. Curr Treat Options Oncol 2003 Apr;4(2):159-64.
3. Czene K, Bergqvist J, Hall P, Bergh J. How to treat male breast cancer. Breast 2007 Dec;16 Suppl 2:S147-54.
4. Eucker J, Kuhn A, Possinger K. [Systemic therapy of male breast cancer]. Zentralbl Chir 2007 Oct;132(5):396-9.
5. Hayes TG. Pharmacologic treatment of male breast cancer. Expert Opin Pharmacother 2009 Aug 27.

6. Beyrouti MI, Beyrouti R, Ben Amar M, Affes N, Frikha F, Abid M, et al. [Breast cancer in men]. *Presse Med* 2007 Dec;36(12 Pt 3):1919-24.
7. Hayes T. Pharmacotherapy for male breast cancer. *Expert Opin Pharmacother* 2002 Jun; 3(6):701-8.
8. Comet B, Cutuli B, Penault-Llorca F, Bonnetterre J, Belkacemi Y. [Male breast cancer: a review]. *Bull Cancer* 2009 Feb;96(2):181-9.
9. Prechtel K, Prechtel V. [Breast carcinoma in the man. Current results from the viewpoint of clinic and pathology]. *Pathologie* 1997 Jan;18(1):45-52.
10. La Pinta M, Fabi A, Ascarelli A, Ponzani T, Di Carlo V, Scicchitano F, et al. Male breast cancer: 6-year experience. *Minerva Chir* 2008 Apr;63(2):71-8.
11. Rizk SN, Assimacopoulos CA, Ryan JJ. Male breast cancer: three case reports and review of the literature. *S D J Med* 1994 Oct;47(10):343-6.
12. Rubino A, Fissi S, Secreto G. Bilateral breast cancer in a male patient with hepatocellular carcinoma. A case report. *Ann Ital Chir* 2008 Mar-Apr;79(2):117-9.
13. Cutuli B. Strategies in treating male breast cancer. *Expert Opin Pharmacother* 2007 Feb; 8(2):193-202.
14. Buzdar AU. Breast cancer in men. *Oncology (Williston Park)* 2003 Oct;17(10):1361-4; discussion 4, 9-72.
15. Ferreira M, Mesquita M, Quaresma M, Andre S. Prolactin receptor expression in gynaecomastia and male breast carcinoma. *Histopathology* 2008 Jul;53(1):56-61.
16. Sasano H, Kimura M, Shizawa S, Kimura N, Nagura H. Aromatase and steroid receptors in gynecomastia and male breast carcinoma: an immunohistochemical study. *J Clin Endocrinol Metab* 1996 Aug;81(8):3063-7.
17. Mathew J, Perkins GH, Stephens T, Middleton LP, Yang WT. Primary breast cancer in men: clinical, imaging, and pathologic findings in 57 patients. *AJR Am J Roentgenol* 2008 Dec;191(6):1631-9.
18. Dershaw DD, Borgen PI, Deutch BM, Liberman L. Mammographic findings in men with breast cancer. *AJR Am J Roentgenol* 1993 Feb;160(2):267-70.
19. Patterson SK, Helvie MA, Aziz K, Nees AV. Outcome of men presenting with clinical breast problems: the role of mammography and ultrasound. *Breast J* 2006 Sep-Oct;12(5):418-23.
20. Cooper RA, Gunter BA, Ramamurthy L. Mammography in men. *Radiology* 1994 Jun; 191(3):651-6.
21. Rosen DG, Laucirica R, Verstovsek G. Fine needle aspiration of male breast lesions. *Acta Cytol* 2009 Jul-Aug;53(4):369-74.

22. Hines SL, Tan W, Larson JM, Thompson KM, Jorn HK, Files JA. A practical approach to guide clinicians in the evaluation of male patients with breast masses. *Geriatrics*2008 Jun;63(6):19-24.
23. Cimmino VM, Degnim AC, Sabel MS, Diehl KM, Newman LA, Chang AE. Efficacy of sentinel lymph node biopsy in male breast cancer. *J Surg Oncol*2004 May 1;86(2):74-7.
24. Arriola E, Hui E, Dowsett M, Smith IE. Aromatase inhibitors and male breast cancer. *Clin Transl Oncol*2007 Mar;9(3):192-4.
25. Zabolotny BP, Zalai CV, Meterissian SH. Successful use of letrozole in male breast cancer: a case report and review of hormonal therapy for male breast cancer. *J Surg Oncol*2005 Apr 1;90(1):26-30.
26. Dakin Hache K, Gray S, Barnes PJ, Dewar R, Younis T, Rayson D. Clinical and pathological correlations in male breast cancer: intratumoral aromatase expression via tissue microarray. *Breast Cancer Res Treat*2007 Oct;105(2):169-75.
27. Carmona-Bayonas A. Potential benefit of maintenance trastuzumab and anastrozole therapy in male advanced breast cancer. *Breast*2007 Jun;16(3):323-5.
28. Petrocca S, La Torre M, Cosenza G, Bocchetti T, Cavallini M, Di Stefano D, et al. Male breast cancer: a case report and review of the literature. *Chir Ital*2005 May-Jun;57(3):365-71.
29. Wang-Rodriguez J, Cross K, Gallagher S, Djahanban M, Armstrong JM, Wiedner N, et al. Male breast carcinoma: correlation of ER, PR, Ki-67, Her2-Neu, and p53 with treatment and survival, a study of 65 cases. *Mod Pathol*2002 Aug;15(8):853-61.
30. Avisar E, McParland E, Dicostanzo D, Axelrod D. Prognostic factors in node-negative male breast cancer. *Clin Breast Cancer*2006 Oct;7(4):331-5.
31. El-Habbash MM, Alwindi AA. Male breast cancer in Tripoli, Libya. *Saudi Med J*2009 Aug; 30(8):1060-2.
32. Meguerditchian AN, Falardeau M, Martin G. Male breast carcinoma. *Can J Surg*2002 Aug; 45(4):296-302.
33. Benchellal Z, Wagner A, Harchaoui Y, Hutten N, Body G. [Male breast cancer: 19 case reports]. *Ann Chir*2002 Oct;127(8):619-23.
34. Zhou Z, Shao Y, Zhao D. [Diagnosis and treatment of male breast carcinoma]. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi*1998 May;20(3):235-6.
35. Cutuli B, Lacroze M, Dilhuydy JM, Velten M, De Lafontan B, Marchal C, et al. Male breast cancer: results of the treatments and prognostic factors in 397 cases. *Eur J Cancer*1995 Nov; 31A(12):1960-4.

