การตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ในการผ่าตัดมะเร็งเต้านม วิธี เซนติเนล หรือ เลาะต่อมน้ำเหลืองทั้งหมด

รศ.นพ.อดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์
ภาควิชาศัลยศาสตร์

การรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบัน สามารถให้ผลการรักษาที่ค่อนข้างดี โอกาสที่จะมีชีวิตอยู่โดยปลอดจากโรค ค่อนข้างสูง ในกรณีที่พบโรคตั้งแต่โรคยังเป็นไม่มาก(ระยะที่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อาจอยู่ได้เกิน 10 ปี ในสัดส่วนที่สูงมากถึงร้อยละ 90 ดังนั้นจึงควรที่ท่านผู้สนใจ ควรจะได้รับรู้ถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิภาพ และ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

การผ่าตัดเต้านม เป็นส่วนสำคัญของการรักษามะเร็งเต้านม และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ก่อนการรักษาอย่างอื่นๆ

องค์ประกอบสำคัญในการผ่าตัดมะเร็งเต้านม มีอะไรบ้าง

การผ่าตัดมะเร็งเต้านม มีองค์ประกอบที่จะต้องพิจารณาอยู่ 2 ส่วนคือ

1. การผ่าตัดที่ตัวเต้านม เพื่อไม่ให้มีมะเร็งเหลือที่เต้านม
2. การผ่าตัดที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ เพื่อให้ทราบข้อมูลว่า มีการกระจายของโรคมายังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้วหรือยัง เพราะแผนการรักษา และ การพยากรณ์โรค ขึ้นอยู่กับข้อมูลว่ามีการกระจายของโรคมายังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือไม่ กระจายมามากน้อยเพียงใด

การผ่าตัดที่เต้านม

การผ่าตัดเพื่อไม่ให้มีมะเร็งเหลือที่เต้านม และ ควบคุมโรคไม่ให้กลับเป็นซ้ำบริเวณหน้าอก สามารถทำได้ 2 ลักษณะ คือ การตัดเต้านมออกทั้งหมด หรือ การตัดแต่ก้อนมะเร็งโดยเก็บเต้านมไว้ แต่วิธีหลังนี้ ต้องกระทำร่วมกับการฉายรังสีที่เต้านมด้วย(ฉายทุกวันติดต่อกันประมาณ 5 สัปดาห์)

การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ เป็นการผ่าตัดที่ควบคู่กันมากับการผ่าตัดเต้านม มานานร้อยกว่าปี เหตุผลหลักที่ต้องมีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ด้วย เพราะมะเร็งเต้านมจะมีการแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ก่อนการกระจายไปที่อื่น ดังนั้น การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ จึงสามารถบอกความรุนแรงของโรคมะเร็งว่ามีการแพร่กระจายหรือยัง และ ยังเป็นการผ่าตัดนำต่อมน้ำเหลืองที่มีการกระจายของโรคออกไปจากร่างกายด้วย

ผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ วิธีไหนดี

การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ในปัจจุบันมี 2 วิธี คือ

1. การเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (axillary lymph node dissection) ซึ่งเป็นวิธีมาตราฐาน เดิม
2. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (sentinel lymph node biopsy) ซึ่งเป็นวิธีใหม่

วิธีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ที่เป็นมาตรฐานมาแต่อดีตกาล คือ การทำผ่าตัดโดยการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกไปทั้งหมด โดยทำไปพร้อมๆ กับการผ่าตัดเต้านม ซึ่งโดยทั่วไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้จะมีอยู่ประมาณ 10 – 50 ต่อม เหตุที่ต้องเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกไปทั้งหมด เพราะว่า เราไม่ทราบว่ามะเร็งจะกระจายมายังต่อมน้ำเหลืองต่อมใดบ้าง จึงจำเป็นต้องนำต่อมน้ำเหลืองทั้งหมดที่รักแร้ออกมาตรวจ

การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด จะไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ยังไม่มีโรคกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง แต่จะได้ประโยชน์เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการกระจายของโรคมายังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้วเท่านั้น จากสถิติของโรคมะเร็งเต้านม พบว่า หากมะเร็งเต้านมยิ่งมีขนาดเล็กเท่าไร โอกาสที่จะมีโรคกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ก็จะมีน้อยเท่านั้น ตัวอย่างเช่น มะเร็งเต้านม ที่มีขนาดก้อนน้อยกว่า 2 เซนติเมตร จะมีโอกาสที่จะพบโรคกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ เพียงไม่ถึง ร้อยละ 20 นั่นย่อมหมายความว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีก้อนขนาดเล็กน้อยกว่า 2 เซนติเมตร จะได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด โดยไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยเลย นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดแขนบวมได้ ประมาณ 10%

ดังนั้น หากแพทย์สามารถพิสูจน์ได้แน่ชัดว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใดที่ไม่มีการแพร่กระจายของโรคมายังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ก็ไม่จำเป็นต้องทำการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ในผู้ป่วยรายนั้น เป็นการลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนเช่นแขนบวม ไปได้

การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล ช่วยในการพิสูจน์ว่าผู้ป่วยรายใดที่มีการกระจายของโรคมายังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือไม่

หลักของการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล เป็นอย่างไร และมีวิธีการผ่าตัดอย่างไร

ด้วยหลักฐานทางการแพทย์ที่มีการพิสูจน์แล้วว่า มะเร็งทั้งหลาย จะมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในรูปแบบที่แน่นอน โดยมีการเคลื่อนตัวของเซลล์มะเร็งไปเป็นลำดับ โดยไปยังต่อมที่หนึ่ง จากนั้น จึงกระจายไปยังต่อมที่ สอง สาม สี่ ฯลฯ ไปเรื่อยๆ ด้วยหลักการดังกล่าว หากเราสามารถหาต่อมน้ำเหลืองต่อมแรกที่รับน้ำเหลืองจากมะเร็งได้พบ ซึ่งเรียกว่าต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (sentinel lymph node) เราก็จะบอกได้ว่ามีการกระจายโรคของมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลือง

แล้วหรือยัง ซึ่งในการผ่าตัด หากสามารถนำต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลมาพิสูจน์ได้ว่าไม่มีการกระจายของมะเร็งมา ก็ไม่มีความจำเป็นในการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เหลือออก

วิธีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลในปัจจุบัน จะมีขั้นตอนที่สำคัญคือ ขั้นตอนที่ 1 การฉีดสารนำร่อง เพื่อศึกษาทางเดินน้ำเหลืองว่ามะเร็งจะเคลื่อนที่ไปตามทางเดินน้ำเหลืองทิศใดบ้าง และ ขั้นตอนที่ 2 คือ การนำต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล(ซึ่งได้รับสารนำร่องมาสะสมอยู่) ออกมาตรวจว่ามีการกระจายของโรคมาหรือยัง สารนำร่องที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมี 2 ชนิด คือ สารที่เป็นสี เรียกว่า ไอโซซัลแฟน (isosulfan) และ สารกัมมันตรังสีเทคนิเชียม(technetium) ส่วนการผ่าตัดนำต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลออกมาตรวจ ศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัดแผลขนาดเล็กที่รักแร้ จะตรวจหาสารนำร่องที่มาติดที่ต่อมน้ำเหลืองด้วยการ มองหาสีไอโซซัลแฟน หรือ ใช้เครื่องมือตรวจวัดสารกัมมันตรังสี เมื่อพบต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลแล้วก็จำนำต่อมน้ำเหลืองนั้นส่งให้พยาธิแพทย์ตรวจทันที ด้วยวิธีการตรวจอย่างด่วน (frozen section) ซึ่งจะทราบผลในเวลา 30 – 40 นาที (ในระหว่างการผ่าตัด) ศัลยแพทย์จะสามารถตัดสินใจจากผลการตรวจต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธี frozen section ว่าจะทำการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมดตามวิธีมาตรฐาน ในกรณีที่พบว่ามีการกระจายของมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลแล้ว หรือ ว่าจะหยุดการเลาะต่อมน้ำเหลือง ในกรณีที่พบว่าไม่มีการกระจายของมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคนใดบ้างจะได้ประโยชน์จากการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล

ไม่ใช่ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกคนที่จะได้ประโยชน์จากการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีเซนติเนล ทั้งนี้เพราะว่า หากมีการกระจายของโรคมายังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้ว ถึงแม้จะผ่าตัดต่อมนำเหลืองเซนติเนล ก็ยังจำเป็นต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมดตามวิธีมาตรฐาน ดังนั้น การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล จึงให้ประโยชน์สูงสุดในผู้ป่วยที่มีโอกาสค่อนข้างสูงที่ยังไม่มีการกระจายของโรคมายังต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่แพทย์ยังคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และ มีขนาดของมะเร็งเต้านมไม่ใหญ่นัก โดยทั่วไป ถือกันที่ขนาด น้อยกว่า 3.5 เซนติเมตร

นอกจากนี้ การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล ยังต้องกระทำโดยศัลยแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนจนชำนาญ ดังนั้น การเลือกว่าจะใช้การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ด้วยวิธีใดนั้นจึงต้องได้รับการพิจารณาจาแพทย์ผู้ดูแลเป็นรายๆ ไป