



ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการกระจายของมะเร็งเต้านม ชนิดลุกลามออกท่อน้ำนมของหญิงไทยในโรงพยาบาลสุรินทร์

พรรณชนัฐ มหรรพ์ศนพงษ์

กลุ่มงานพยาธิวิทยาภาค โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

Risk Factors of Metastatic Invasive Ductal Carcinoma in Thai Women at Surin Hospital

Phanchanut Mahantassanapong

Anatomical Pathology Division, Surin Hospital

Received: 17 November 2023 / Review: 20 November 2023 / Revised: 9 February 2024 /

Accepted: 14 February 2024

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: มะเร็งเต้านม พบได้เป็นมะเร็งลำดับต้นๆ ในประเทศไทยที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ผลทางพยาธิวิทยา เช่น ภาวะตัวรับฮอร์โมน ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของเซลล์มะเร็ง ขนาดของก้อนมะเร็งและการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ภาวะตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen receptor; ER) ภาวะตัวรับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone receptor; PR) และ HER2 (human epidermal growth factor receptor) รวมถึงอายุ จะมีผลต่อผลการรักษาและอัตราการรอดชีพ ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึงลักษณะผลทางพยาธิวิทยา รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบตัดออกทั้งหมด และมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาในการระบุชนิดของมะเร็ง ชนิด invasive ductal carcinoma ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563 - กันยายน พ.ศ. 2564

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีอายุเฉลี่ย 59.01 ± 12.67 ปี อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 93.81 ขนาดก้อนที่เต้านมเฉลี่ย 3.66 ± 2.44 ซม. มีผลตัวรับฮอร์โมน HER2 positive ร้อยละ 24.23 ตัวรับฮอร์โมน ER+/PR+ ร้อยละ 43.3 และ Ki-67 ที่มีค่าตั้งแต่ 20% ร้อยละ 64.77 โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลเพิ่มการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองคือ 1) ขนาดของผลชิ้นเนื้อที่ 2-5 ซม. เพิ่มโอกาส 2.16 เท่า (95%CI 1.05-4.44) 2) ขนาดของผลชิ้นเนื้อที่โตกว่า 5 ซม. เพิ่มโอกาส 4.19 เท่า (95%CI 1.55-11.39) และ 3) ตัวรับฮอร์โมน ER+/PR+ เพิ่มโอกาส 2.25 เท่า (95%CI 1.09-4.61) โดยไม่พบว่า อายุ ตัวรับฮอร์โมน HER2 ลักษณะความรุนแรงของผลชิ้นเนื้อ ค่า Ki-67 มีผลต่อการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง

สรุป: กลุ่มผู้ป่วยในการศึกษานี้มีอายุมากกว่า 40 ปี โดยมีปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้คือ ขนาดของก้อนเนื้อ และตัวรับฮอร์โมน ER และ PR ที่เป็นบวก ทั้งนี้ปัจจัยด้านความรุนแรงทางเนื้อเยื่อวิทยา อัตราการแบ่งเซลล์ (Ki-67) ตัวรับฮอร์โมน HER2 ไม่มีผลต่อการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม, ลักษณะทางพยาธิวิทยา, การกระจายของโรคไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

Abstract

Background and Objective: Breast cancer is the leading cause of cancer death in Thailand. Pathology result affects both treatment and survival outcome which varied by factors of age, hormone receptor type, histopathology of cancer, size of the tumor, and axillary lymph node metastasis including estrogen receptor (ER) with progesterone receptor (PR) and human epidermal growth factor receptor (HER2) receptors status. This study aimed to verify pathological and related factors associated with axillary lymph node metastasis in patients with breast cancer.

Methods: A retrospective descriptive study was performed in a group of patients who underwent a total mastectomy in which pathology reported invasive ductal carcinoma from October 2020 to September 2021.

Results: The study group had an average age of 59.01 ± 12.67 years of which 93.81% of these were over 40 years. The average tumor size was 3.66 ± 2.44 cm, HER2 receptor-positive 24.23%, ER/PR receptor-positive 43.3%, and Ki-67 expression (over 20%) was 64.77%. Factors correlated with axillary lymph node metastasis were 1) size of biopsy tissue between 2-5 cm, odds ratio (OR) was 2.16 with 95%CI 1.05-4.44 2) size of biopsy tissue over 5 cm, OR was 4.19 (95%CI 1.55-11.39 and 3) ER/PR receptor-positive, OR was 2.25 with 95%CI 1.09-4.61. While factors of age, positive HER2 receptor, severity of cellular pathology, and Ki-67 expression were not found relationship with axillary lymph node metastasis.

Conclusion: In a group of patients aged over 40 years; the size of the tumor and positive ER/PR receptor increased the risk of axillary lymph node metastasis. However, the severity of cellular pathology, Ki-67 expression, and positive HER2 receptor did not associate with axillary lymph node metastasis.

Keywords: breast cancer, pathological finding, axillary lymph node metastases

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และในปัจจุบันเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงทั่วโลก ข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม ในปี ค.ศ. 2020 ประมาณ 685,000 ราย¹ ในปี ค.ศ. 2020 คนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,158 ราย มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม 8,266 ราย² จังหวัดสุรินทร์โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยสถิติจากทะเบียนโรคมะเร็งของโรงพยาบาลสุรินทร์ในปี พ.ศ. 2560-2563 พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ 107 ราย³

การรักษาหลักที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคือการผ่าตัด ส่วนการรักษาด้วยรังสีรักษา ยาเคมีบำบัด ฮอโมนบำบัด และการรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์จำเพาะชนิดพุ่งเป้า (target therapy) ถือเป็นมาตรฐานในการรักษาเสริม (adjuvant treatment) ของผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคสูง เพื่อเพิ่มอัตราการปลอดโรคและเพิ่มอัตราการรอดชีพแก่ผู้ป่วย ในการพิจารณาเลือกการรักษาให้ได้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดนั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความผิดปกติของอองโคจีนของเซลล์มะเร็ง (oncogene of cancer cell) และการแสดงออกของยีน (gene expression profiles) ซึ่งได้แก่ ภาวะตัวรับฮอโมน^{4,5}

ผลทางพยาธิวิทยา เช่น ภาวะตัวรับฮอโมน ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของเซลล์มะเร็ง ขนาดของก้อนมะเร็งและการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ภาวะตัวรับฮอโมนเอสโตรเจน ภาวะตัวรับฮอโมนโปรเจสเตอโรน และ HER2 รวมถึงปัจจัยด้านอายุจะมีผลต่อผลการรักษาและอัตราการรอดชีพ และการกระจายของโรคมาที่ต่อมน้ำเหลือง^{6,7}

เนื่องมาจากลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงโดยพบว่าเกิดในกลุ่มที่อายุน้อย⁸ และลักษณะทางพยาธิเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจรักษาแบบพุ่งเป้า⁹ การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายของโรคไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสุรินทร์โดยเปรียบเทียบกับ การแสดงออกของภาวะตัวรับฮอโมนเอสโตรเจน (estrogen receptor; ER) ตัวรับฮอโมนโปรเจสเตอโรน (progesterone receptor; PR) และตัวรับเฮอร์ทู (HER-2) โปรตีน Ki-67¹⁰ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ ลักษณะทางพยาธิวิทยา ขนาดของก้อนมะเร็ง สถานะของต่อมน้ำเหลือง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 - กันยายน พ.ศ. 2564 โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบตัดออกทั้งหมด (modified radical mastectomy) โดยเก็บข้อมูลด้าน อายุ มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาในการระบุ

ชนิดของมะเร็ง ขนาดของก้อนมะเร็ง ผลการตรวจชิ้นเนื้อของต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ภาวะตัวรับฮอโมน ER, PR และ HER-2

ตรวจชิ้นเนื้อย้อมสี immunohistochemistry (IHC for HER-2) หากผลเป็น 0 หรือ 1+เรียกว่า HER-2 เป็นลบคือไม่มีตัวรับ HER-2 หากผลเป็น 3+ เรียกว่า HER-2 เป็นบวกคือมีตัวรับ HER-2 หากผลเป็น 2+ หรือ equivocal การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ 34 /2565 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2565

การแปลผลว่า ER PR HER2 โปรตีน Ki-67 จะใช้ค่า cutoff ที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 โดยมีการทบทวนผลการอ่านด้วยพยาธิแพทย์ ทั้งนี้ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาของโรงพยาบาลสุรินทร์ ได้รับการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการที่รับรองการย้อมในปี พ.ศ. 2565

เกณฑ์ที่คัดออก คือ ผลชิ้นเนื้อเป็นชนิดที่เกิดจากการกระจายมาจากตำแหน่งอื่น เช่น metastatic adenocarcinoma

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโปรแกรม STATA version 12 และการนำเสนอข้อมูลแบ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ จะนำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร่วมกับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การแสดงออกของภาวะตัวรับฮอโมน ER, PR และ HER-2 ลักษณะทางพยาธิวิทยา ขนาดของก้อนมะเร็ง การกระจายไปต่อมน้ำเหลืองนำเสนอโดยใช้ค่าร้อยละและ ทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ และการทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายของโรคมาที่ต่อมน้ำเหลือง โดย regression analysis

ผลการศึกษา

ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563 - กันยายน พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งที่เต้านมแบบตัดออกทั้งหมดจำนวน 260 ราย พบว่าเป็น invasive ductal carcinoma จำนวน 197 ราย มีผลชิ้นเนื้อเป็น carcinoma insitu 3 ราย มีผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษากจำนวน 194 ราย ที่ได้รับการตรวจ hormone receptor (ER, PR, HER-2) มีผล ER/PR positive 83 ราย (ร้อยละ 42.78) ER negative/PR positive 4 ราย (ร้อยละ 2.06) ER positive /PR negative 23 ราย (ร้อยละ 17.86) ER/PR negative 84 ราย (ร้อยละ 43.30) โดยมีผลการตรวจ โดยได้จัดกลุ่มผู้ป่วยตามค่า Ki-67 โดยใช้ค่า cutoff ที่ร้อยละ 20¹⁰ จัดกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มอายุที่ตั้งแต่ 40 ปี และต่ำกว่า 40 ปี¹¹ (ตารางที่ 1) ทั้งนี้ในตัวแปร ขนาดชิ้นเนื้อ histopatho grade และค่า Ki-67 มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

จากการทดสอบทางสถิติเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของการกระจายของโรคที่ต่อมน้ำเหลืองกับลักษณะทางพยาธิของผลชิ้นเนื้อ อายุ hormone receptors ต่างๆ รวมถึงค่าการแบ่งตัว (Ki-67) พบว่า ขนาดของมะเร็ง และระดับ

ความรุนแรงของชิ้นเนื้อ มีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (ตารางที่ 2)
เมื่อทดสอบปัจจัยที่ส่งผลถึงการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองเมื่อควบคุมด้วยตัวแปรอื่นๆ พบว่า ขนาดของ

ก้อนมะเร็ง 2-5 ซม. เพิ่มโอกาส 2.16 เท่า และขนาดมากกว่า 5 ซม. เพิ่มโอกาส 4.19 เท่า รวมถึงกลุ่มที่มีตัวรับฮอร์โมน ER และ PR เพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดการกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 2.25 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้ป่วยและข้อมูลผลชิ้นเนื้อ

ลักษณะผู้ป่วยและข้อมูลผลชิ้นเนื้อ	จำนวน (ร้อยละ)
Age (mean $\pm$ SD) (n=194)	59.01 $\pm$ 12.67
Age $\geq$ 40 years old	182 (93.81)
Tumor size (cm) (mean $\pm$ SD) (n=186)	3.66 $\pm$ 2.44
<2	49 (26.34)
2.01-4.99	99 (53.23)
>5	38 (20.43)
HER-2 (n=194)	
Negative	78 (40.21)
Equivocal	69 (35.57)
Positive	47 (24.23)
Histopathologic grade (n=178)	
1	7 (3.93)
2	97 (54.49)
3	74 (41.57)
Hormonal receptors (n=194)	
ER-/PR-	83 (42.78)
ER+/PR+	84 (43.30)
ER+/PR-	23 (11.86)
ER-/PR+	4 (2.06)
Ki-67 (193) (ร้อยละ)	
<20	68 (35.23)
>20	125 (64.77)
Ki-67 (mean $\pm$ SD)	35.57 $\pm$ 23.33
Axillary lymph node (n=194)	
metastases	119 (61.34)

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบ Fisher exact ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระจายของโรคที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

Association test with axillary lymph node metastasis (univariate analysis)	p-value
Ki-67 > 20%	0.216
HER-2	1.000
Age ≥ 40 years old	0.375
Hormonal receptors	0.061
Tumor size (<2, 2-5, >5 cm.)	0.015
Histopathologic grade	0.011

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง (multivariate analysis)

ปัจจัย	OR	95% CI	p-value
Tumor size			
2-5 ซม.	2.16	1.04753-4.435794	0.037
> 5 ซม.	4.19	1.545104-11.38757	0.005
Ki-67, (> 20%)	0.67	0.332837-1.333629	0.251
Age, (> 40 yrs)	0.77	0.180241-3.315029	0.729
Histopathologic grade			
1			
2	0.96	0.468438-1.984532	0.921
3	1.55	0.660531-3.653763	0.313
Hormonal receptors, negative			
ER+/PR+	2.25	1.096015-4.609824	0.027
ER+/PR-	0.87	0.322709-2.345173	0.783
ER-/PR+	2.27	0.180006-28.68222	0.526

วิจารณ์

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิด invasive ductal carcinoma ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 194 ราย ในปี พ.ศ. 2563-2564 พบว่า มีการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง 119 ราย (ร้อยละ 61.34) ซึ่งมีอัตราที่ค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่โรงพยาบาลรามธิบดีในปี ค.ศ. 2011 พบว่ามีการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองร้อยละ 51¹² ทั้งนี้ในเมือง Xi'an, Shaanxi ของประเทศจีนพบว่ารายงานของโรคที่มีการกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองร้อยละ 44.7¹³

การศึกษาค้นคว้านี้พบว่าตัวรับฮอร์โมน ER/PR positive ที่ร้อยละ 43.34 ค่า HER-2 ที่ positive ร้อยละ 24.43 โดยยังคงมีส่วนที่ใกล้เคียงกับการศึกษาที่โรงพยาบาล¹⁴ ที่มีค่า ER/PR positive ที่ร้อยละ 46.98 ค่า HER-2 ที่ positive ร้อยละ 17.82 เมื่อศึกษาถึงลักษณะทางพยาธิวิทยา (histologic grade) มีรายงานจนถึงปัจจัยที่มีต่อการกระจายของโรคมะเร็ง

ต่อมน้ำเหลือง^{4,5} แต่ในการศึกษาค้นคว้านี้พบว่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว ลักษณะดังกล่าวไม่มีผลต่อภาวะนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ คือขนาดของมะเร็งที่มากกว่า 5 ซม. เพิ่มโอกาสของโรคที่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 4.19 เท่า (95% CI 1.55-11.39) ขนาดของมะเร็ง 2-5 ซม. เพิ่มโอกาสของโรคที่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 2.16 เท่า (95% CI 1.048-4.44) เมื่อเปรียบเทียบกับขนาดของมะเร็งที่เล็กกว่า 2 ซม. โดยมีรายงานการศึกษาที่พบว่าขนาดของก้อนมะเร็งมีความสัมพันธ์กับการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง¹² ตัวรับฮอร์โมน ER/PR positive เพิ่มโอกาสของโรคที่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 2.25 เท่า (95% CI 1.10-4.61) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ตัวรับฮอร์โมน ER/PR negative อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่าตัวรับฮอร์โมนไม่มีผลต่อการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง¹⁵

ตัวแปรที่ส่งผลต่อการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง ได้แก่ อัตราการแบ่งตัว (Ki-67) เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.03916$ แต่ไม่พบในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรายงานผลของค่า Ki-67 พบเป็นภาวะ equivocal ถึงร้อยละ 35.57 อาจเป็นส่วนที่สำคัญที่ทำให้การศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ

ยังพบว่าตัวรับ HER-2 ที่มีผลบวก (HER-2+ve) ปัจจัยด้านอายุ ไม่ส่งผลโอกาสการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง¹⁷ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ถึงร้อยละ 93.18 ในการศึกษานี้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าตัวรับ HER-2 ที่มีผลบวก เพิ่มโอกาสของโรคที่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลือง และอายุที่มากขึ้นจะส่งผลต่อการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผลการตรวจ HER-2 อยู่ในเกณฑ์กำกวม จำเป็นต้องตรวจ HER-2 เพิ่มเติม คือ ตรวจ DISH หรือ FISH for HER-2 เพื่อผลการแสดงออกและการทำงานของ gene HER-2 ในเซลล์มะเร็ง เต้านม ตรวจในรายที่ IHC for HER-2 ผลเป็น 2+ หรือ equivocal คืออยู่ในเกณฑ์กำกวม เพื่อหาข้อบ่งชี้ในการให้ยาพุ่งเป้า

การศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาภาวะการกระจายของโรคที่ไปตำแหน่งอื่นๆ นอกเหนือจากการกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ซึ่งภาวะตัวรับฮอร์โมนต่างๆ อาจมีความเกี่ยวข้อง และมีข้อจำกัดของข้อมูลที่ไม่ครบของตัวแปร ขนาดชิ้นเนื้อ histopatho grade และค่า Ki-67 อาจส่งผลให้มีความคลาดเคลื่อนของการวิเคราะห์ข้อมูล

สรุป

กลุ่มผู้ป่วยในการศึกษานี้ มีปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้คือ ขนาดของก้อนเนื้อ และตัวรับฮอร์โมน ER และ PR ที่เป็นบวก ทั้งนี้ปัจจัยด้านความรุนแรงทางเนื้อเยื่อวิทยา (histopathologic grade) อัตราการแบ่งเซลล์ (Ki-67) และ HER-2 ไม่มีผลต่อการกระจายของโรคมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Breast cancer [Internet]. [cited Aug 15, 2023]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. 764-thailand-fact-sheets.pdf [Internet]. [cited Aug 15, 2023]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>
- Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D, Suwanrungrung K, Sangrajang S, et al. Cancer in Thailand.[Internet]. [cited Feb 13, 2023]. Available from: https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20Thailand8.pdf
- Mahmood H, Faheem M, Mahmood S, Sadiq M, Irfan J. Impact of age, tumor size, lymph node metastasis, stage, receptor status and menopausal status on overall survival of breast cancer patients in Pakistan. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16(3): 1019–24. doi : 10.7314/apjcp.2015.16.3.1019.
- Chantharakhit C. Correlation between age and prognostic factors in Thai breast cancer women: a single institute analysis. *J Med Assoc Thai* 2021;104(7):1153–8. doi: 10.35755/jmedassocthai. 2021.07.12508
- Ratanachokthorani M, Sathitratanaheewin S. Hormone receptor status and clinical characteristics of breast cancer patients at Makarak Hospital: A retrospective observational study. *J Med Biosci* 2019;1(2):125–33.
- Nimboriboonporn A, Sa-nguanraksa D, Samarntai N, Thumrongtaradol T, Phumphant S, O-charoenrat P. Predictive factors for sentinel lymph node metastasis and validation of memorial sloan-kettering cancer center nomogram in Thai breast cancer patients: predictive factors for sentinel node metastasis. *Thai J Surg* 2020 30;41(2):29–39.
- Avci O, Tacar SY, Seber ES, Yetisyigit T. Breast cancer in young and very young women; is age related to outcome? *J Cancer Res Ther* 2021;17(6):1322–7. doi: 10.4103/jcr.JCRT_545_20
- Marchio C, Balmativila D, Castiglione R, Annaratone L, Sapino A. Predictive diagnostic pathology in the target therapy era in breast cancer. *Curr Drug Targets* 2017;18(1):4–12. doi: 10.2174/1389450116666150203121218
- Wael M, Lasheen S. Assessment of the prognostic role of Ki-67 and its optimal cutoff value in early breast cancer: a retrospective analysis. *Res Oncol* 2020;16(2):1–7. doi: 10.21608/resoncol.2019.11423.1075

11. Thangjam S, Laishram RS, Debnath K. Breast carcinoma in young females below the age of 40 years: A histopathological perspective. *South Asian J Cancer* 2014;3(2):97–100. doi: 10.4103/2278-330X.130441
12. Wasuthit Y, Kongdan Y, Suvikapakornkul R, Lertsithichai P, Chirappapha P. Predictive factors of axillary lymph node metastasis in breast cancer. *J Med Assoc Thai* 2011;94(1):65–70.
13. Zhang W, Xu J, Wang K, Tang XJ, Liang H, He JJ. Independent risk factors for axillary lymph node metastasis in breast cancer patients with one or two positive sentinel lymph nodes. *BMC Womens Health* 2020;20(1):143. doi: 10.1186/s12905-020-01004-7
14. Rongsriyam K, Chongthanakorn M, Tantivatana T, Katanyoo K. Estrogen, progesterone and her-2 receptors status in breast cancer patients. *Vajira Med J: J Urban Med* 2017;61(1):33–42. doi: 10.14456/vmj.2017.7
15. Zubair M, Khadim MT, Tariq H, Ali S, Khan OA, Gul S. Immunohistochemical and clinicopathological factors associated with axillary lymph node metastasis in breast cancer patients of Northern Pakistan. *Asian Pac J Cancer Care* 2017;2(4):53. doi: 10.31557/apjcc.2017.2.4.53
16. Bostanci M, Mollaoglu M, Karadayi K. The relationship between Ki-67 index and axillary lymph node metastasis in breast carcinoma. *Ann Med Res* 2020;27(7):1956. doi: 10.5455/annalsmedres.2020.01.06
17. Yoshihara E, Smeets A, Laenen A, Reynders A, Soens J, Van Ongeval C, et al. Predictors of axillary lymph node metastases in early breast cancer and their applicability in clinical practice. *Breast* 2013;22(3):357–61. doi: 10.1016/j.breast.2012.09.003

The logo for Srinagarind Medical Journal (SMJ), consisting of the letters 'SMJ' in white inside a black oval.