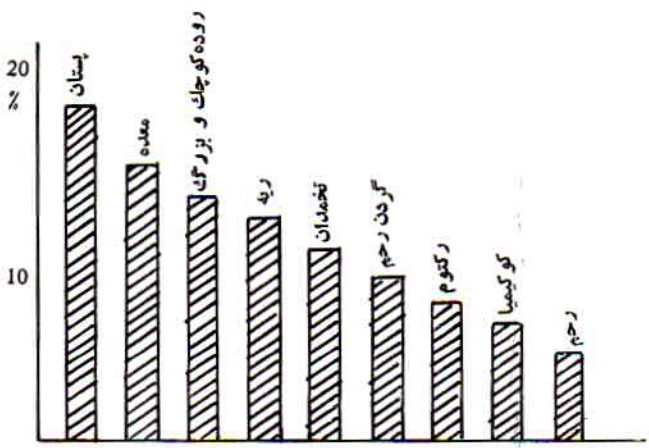
مجله نظام پزشکی
سال سوم ، شماره۳، صفحه۲۶۳، ۱۳۵۲

سرطان پستان

دکتر منوچهر وزیری*

برابر آمارموجود درانگلستان، سرطان پستان یکی‌ازشایع‌ترین انواع سرطان‌هاست که اعضای دیگررا مورد حمله قرار می‌دهد. سرطان پستان درانگلستان سالانه ده هزار مرگ ومیر دارد.



نتیجهٔ بررسی انواع سرطان ازسال ۱۹۶۱ تا ۱۹۶۳

حداکثرشیوع بین ۵۰ تا ۷۰ سالگی‌است وتعداد زیادی‌اززنان مبتلا یامجردبوده‌اند یادیر ازدواج کرده‌اند واولاد کمتری داشته‌اند. نسبت شیوع ، درزنهائی‌که فرزند بیشتر دارند خیلی‌کمتر است مثلا درزنانی‌که چهاریاپنج فرزند دارند احتمال‌ابتلاء به‌سرطان ۵۰٪ کمتر از زنـان بدون فرزند است . Pelter 1940) McMahon 1968)

انتشار

بطور خلاصه راههای توسعه این سرطان مثل سرطان‌هـای دیگر بشرح زیر است :

۱ـ موضعی

۲ـ دستگاه لنفاوی

۳ـ جریان خون

نکته جالب‌توجه‌اینست‌که وقتی‌غددلنفاوی‌زیربغل‌سرطانی‌میشوند در ۳۳٪ بیماران غدد لنفاوی نـاحیه بالای چنبری و در ۴۸٪ بیماران زنجیرهٔ‌غددلنفاوی‌پستان‌داخلی(Internal Mammary) هم سرطانی شده‌اند . دراین‌موارد امکان توسعه ازطریق خون‌هم بسیار زیاد است . به‌عبارت دیگر سرطان ازحال موضعی خارج شده است .

پیشرفت:

ازنظرپیشرفت بیماری، وقتی بیمارمعاینه میشود، چندین مرحله وجود دارد :

مرحله‌اول: سرطـان فقط درپستان است‌وخود پستان‌کاملا متحرك است .

مرحله‌دوم: سرطان درپستان‌وجود دارد وعلاوه بر آن غددلنفاوی درزیر بغل حس میشوند .

مرحله سوم : سرطان به‌پوست ویاعضلات زیرچسبیده است وغدد لنفاوی زیر بغل‌ثابت هستند وغدد لنفاوی درناحیه بالای چنبری حس میشوند.

مرحله چهارم: متاستازهای دور مثلا در ریه یاکبد وجود دارد.

تومور ـ غده‌لنفاوی ـ متاستاز (T.N.M) Tumour, Node, Metastasis.

این طبقه‌بندی بالینی توسط اتحادیه بین‌المللی مبارزه با سرطان وبرمبنای سئوالات زیربوجودآمده است :

۱ـ توسعه تومور اولیه تاچه حدودی است ؟

* آبادان ـ بیمارستان شرکت ملی نفت ایران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

۲ـ آیا غدد لنفاوی سرطانی شده‌اند ؟
۳ـ آیا متاستازهای دور وجود دارند ؟

بنا بر اطلاعات بدست آمده، وضع سرطان بشرح زیر ذکر خواهد شد:

T1ـ وقتی تومور ۲ سانتیمتر است و به‌پوست چسبندگی ندارد.

T2ـ تومور بین ۲ تا۵ سانتیمتر است . پوست به‌تومور چسبیده ولی عضلات پکتورال متحرك است .

T3ـ تومور بزرگتر از ۵ سانتیمتروکوچکتر از ۱۰ سانتیمتر است . چسبندگی به پوست و عضلات سینه وجود دارد .

T4ـ تومور بزرگتر از ۱۰ سانتیمتراست وچسبندگی به‌جدارسینه وجود دارد.

غدد لنفاوی

N0ـ غدد لنفاوی حس نمی‌شود.

N1ـ غدد لنفاوی در زیر بغل وجود دارد.

N2ـ غدد لنفاوی درناحیه زیر بغل وجود دارند وثابت‌هستند.

N3ـ غددلنفاوی درناحیه بالای چنبری وجود دارد.

متاستاز

M0ـ متاستاز وجودندارد.

M1ـ متاستاز وجود دارد.

مقصود اصلی این مقاله بحث درمورد روشهای درمانی است. قبل از هرچیز قسمتی از آنچه در کتاب جراحی Baily & Love درمورد درمان سرطان پستان نوشته شده است ذکر میشود سپس دراینمورد بحث خواهد شد .

«در حال حاضر بیشتر صاحب نظران عقیده دارندکه برداشتن رادیکال پستان ، درصورتیکه سرطان بمرحله ۱ یا۲ تعلق داشته باشد عملی است که به‌مریض طول عمر بیشتری میدهد . وقتی‌که سرطان به‌مرحله ۳ و۴ رسیده باشد عمل ماستکتومی ساده‌همراه باراديوتراپی را میتوان انتخاب کرد .»

Adams و Spicer درسال۱۹۶۵(۷)و Cutler درسال۱۹۶۸ (۸) ثابت کرده‌اندکه روشهای‌درمانی‌فعلی‌هیچکدام‌قادر به‌مهارسرطان پستان نمیباشند . باوجود پیشرفتهای‌اخیر درقسمتهای جراحی‌و رادیوتراپی‌وشیمی درمانی، مرگ ومیر ناشی ازسرطان پستان در کشورهای‌امریکاوانگلیس‌هیچگونه تغییری در ۳۰سال‌اخیر نکرده است بادرنظر گرفتن این‌موضوع بایدهریك از روشهای‌درمانی را یك به‌یك مورد تجزیه وتحلیل قرار داد وفقط آنهائی را که ارزش دارند و ناراحتی‌کمتری را برای بیمار بوجود میآورند، انتخاب کرد .

توسعه :

از نظر جراح مهمترین عاملی که سیر بیماری را معلوم میکند تعیین حد توسعه بیماری در معاینه اول است . درصورت وجود تومور بزرگ وغدد لنفاوی سیر بیماری بسیار وخیم است .

درسال۱۹۶۳ Auchinocloss (۹) بعداز بررسی۲۰۴ بافت‌برداشته شده بعدازعمل رادیکال ماستکتومی نشان دادکه اگرغدد لنفاوی سرطانی بوده‌اندومحلشان‌بالاتر ازلبه‌تحتانی ماهیچهٔ Pectoralis Minor است ، درمان کامل بیماری امکان نخواهد داشت . همچنین درصورت وجود غدد لنفاوی سرطانی درناحیه زیر بغل احتمال‌زیاد داردکه زنجیرهٔ غددلنفاوی پستانی داخلی(I.M.C) وبالای چنبری هم سرطانی باشد .

Collins درسال۱۹۶۵(۱۰) وBond درسال ۱۹۶۸ (۱۱) بعداز محاسبه‌ومعاینه‌بزرگی‌وسیرسرطان‌پستان واستفاده‌از Computer نشان دادندکه‌این‌بیماری خودرا ازنظربالینی‌فقط در $\frac{1}{4}$ آخر دوره بیماری ظاهر میسازد .

درمان:

هنوز جراحی مهم‌ترین نوع درمان است . رادیوتراپی معمولا بعداز جراحی انجام می‌شود ، به‌منظورآن‌که :

۱ـ اگر سرطانی باقی مانده است آنرا مهارکنند .

۲ـ سلولهای سرطانی را که در محل عمل پراکنده شده‌اند از بین ببرند.

۳ـ غدد لنفاوی‌که حامل سلولهای سرطانی هستند بوسیله‌رادیو-تراپی عقیم شوند .

جدول زیر انواع اعمال جراحی با یا بی رادیوتراپی واسم مبتکر آنرا نشان میدهد :

1) Lumpectomy+Radical X-RAY	Porritt 1964
2) Simple Mastectomy Only	Crile 1961
3) Simple Mastectomy+Post-op X-RAY	McWhirter 1955
4) Radical Mastectomy+Variable X-RAY	Halsted 1894
5) Extended Simple Mastectomy	Patey 1948
6) Extended Radical Mastectomy - No X-RAY	Baker 1952
7) Super Radical Mastectomy - No X-RAY	Anderssen 1949

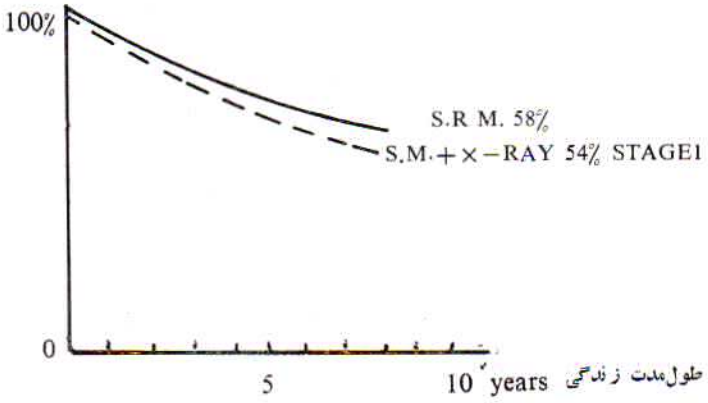
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

متأسفانه بعداز درمان هزاران بیمار مبتلا به سرطان بـاروشهای گوناگون تاکنون ثابت نشده‌است که کدام‌یك از این طریقه‌های درمانی بردیگری برتری دارد . البته تاچند سال قبل هیچگونه آمار و مقایسه دقیقی در مورد نتایج انواع درمانها وجودنداشت ولی اکنون با مقایسه چندین گروه کنترل شده بیماران، نتایج روشهای درمانی مختلف را سنجیده‌اند ، بشرح زیر:

کنترل بالینی روشهای درمانی :

۱ـ کپنهاك : Johansen, Kaae 1962_1968

دوروش رادیکال ماستکتومی وسیع (S.R.M.) وماستکتومی ساده مورد مقایسه قرار داده شد . ۳۵۵ بیمار بـاروش اول و ۳۳۱ بیمار باروش دوم درمان‌شدند وقتی که سرطان درمرحله‌اول بود نتیجه زیر بدست آمد .

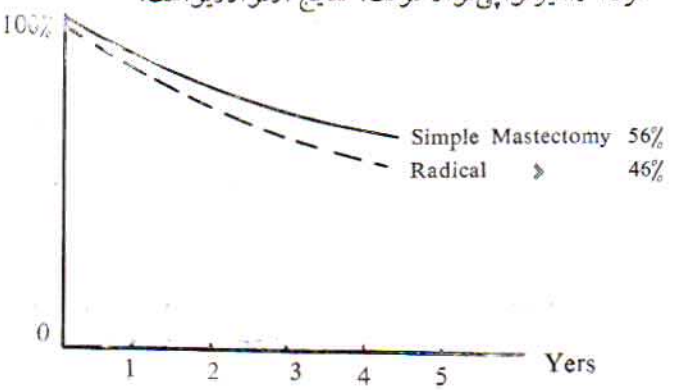


درمرحله دوم وسوم نتایج زیربدست آمد :

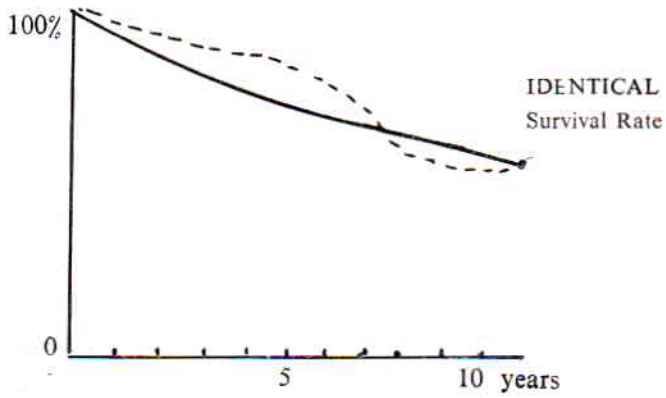
۲ـ کامبریج Truscott 1967. Haybittle, Brinkley 1966

	بدون‌عود	۱۰ سال
S.R.M	٪۴۲	٪۴۹
S.M+X-RAY	٪۴۲	٪۴۶

ماستکتومی رادیکال وماستکتومی ساده مورد مقایسه وهردو گروه مورد رادیوتراپی‌قرارگرفت، نتایج ازقرارزیراست:

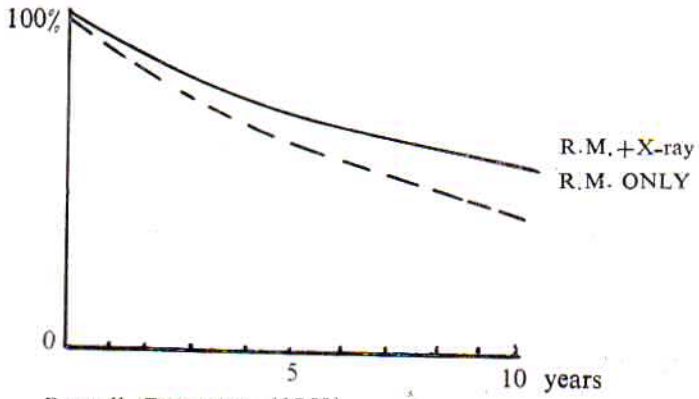


Kaae باروش McWhirter یعنی ماستکتومی‌ساده بارادیوتراپی وماستکتومی رادیکال وسیع را مورد مقایسه قرار داد.



۳ـ منچستر

بین‌سالهای۱۹۴۸ تا ۱۹۵۵ هزار وچهارصد وشصت و یك بیمار تحت درمان‌قرارگرفتند . سرطان درمراحل یك ودوقرارداشت. برای ۷۰۷ بیمار ماستکتومی رادیکال بارادیوتراپی انجام‌گرفت وبرای ۷۵۰ بیمار ماستکتومی رادیکال بدون رادیوتراپی. رادیوتراپی فقط درصورت عود سرطان انجام شد .



Russell, Patterson (1959)
Easson (1966)

نتیجه‌گیری :

از آنچه دربالا گفته شد نتیجه گرفته میشود که :

۱ـ توسعهٔ عمل‌جراحی یعنی برداشتن نسوج اطراف پستان(غدد لنفاوی وعضلات سینه) ویارادیوتراپی وسیع خارج ازپستان‌وغدد زیر بغل تأثیر مثبتی درنتیجه درمان نخواهد داشت .

۲ـ برای‌ازبین‌بردن‌غددلنفاوی‌سرطانی‌شده، جراحی‌ورادیوتراپی هردو به‌یك‌اندازه مؤثرند.

۳ـ عملهای رادیکال و رادیوتراپی انساج غیر سرطانی فقط سبب اضافه شدن نسبت مرگ‌ومیر می‌شود. هیچ شکی‌نیست که عملهای رادیکال همراه بامعیوب شدن بیمار می‌باشد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

۴- وجودتعداد زیاد غددلنفاوی سرطانی درزیر بغل که‌چسبندگی پیدا کرده‌اند(fixed nodes) نشانه آنست که بیماری‌قابل‌علاج نیست. اگرسابقاً عقایدی که برعلیه‌عملهای‌رادیکال‌اظهارمیشدازجهت‌نظری قابل توجه بود، امروزه با کنترل نتایج بالینی روشهای درمان این مسئله قطعی است که عملهای رادیکال هیچ نفع اضافی ندارند وبرعکس‌باعث ایجادعوارض‌بیشتر میشوند. دراینجا میتوان گفت که عمل ماستکتومی رادیکال نمیتواند هیچ یك از نکات ذکرشده دربـالا را مورد توجه قرار دهد وبنابراین عمل انتخابی برای درمان سرطان پستان نیست .

Forrest پیشنهاد میکندکه چون سرطان پستان ممکن است‌چند کانونی باشد بنابراین فقط در آوردن تومود (Lumpectomy) ممکن‌است تومورهای‌کوچك سرطانی دیگر را درپستان‌بگذارد.

روش درمانی او بشرح زیر است :

ماستکتومی ساده توسط برش عرضی .

زائده زیربغلی نسج پستان تاناحیه Axillary Fascia درآورده میشود واگر غدد لنفاوی در زیر بغل حس میشوند یکی یا دو تا فقط برای امتحان آسیب‌شناسی برمی‌داریم .

درمان بعدی :

اگر نتیجه آسیب شناسی غدد لنفاوی برداشته شده سرطانی بود رادیوتراپی‌فقط محدود به‌زیربغل‌انجام‌خواهدشد.درغیراینصورت رادیوتراپی‌انجام‌نمی‌شودو بیمارهرشش‌ماه‌یك‌بارمعاینه‌خواهدشد. بادرنظرگرفتن‌اینکه وسایل‌رادیوتراپی درتمام‌نقاط ایران‌وجود ندارد، نگارنده عقیده‌داردکه عمل‌انتخابی برای‌سرطان‌پستان در این‌مناطق‌ماستکتومی‌ساده‌همراه‌بابرداشتن‌کامل‌نسوج‌چربی‌ولنفاوی زیر بغل (Patey's extened simple mastectomy) میباشد .

نتیجه :

ازآنچه دراین‌مقاله موردتجزیه وتحلیل قرارگرفت‌نتیجه‌گیری میشودکه غدد لنفاوی یکی از راههای انتشار سرطان را تشکیل میدهند وبنابراین درمان‌آنها توسط جراحی ویارادیوتراپی‌لازم است . گرچه درچند سال اخیر عقاید جدیدی درمورد نقشی‌که این‌غدد لنفاوی بعهده دارند ابراز شده است وعده‌ای عقیده‌دارند که اصولا ممکن است این غدد وسایل دفاعی بدن باشند ومـانع انتشار سرطان شوند .

برای اینکه نقشی که این غدد بعهده دارند روشن شود در حال حاضر برنامه‌ای درکشور انگلستان در جریـان است‌که بیشتر بیمارستانهای این‌کشور درآن شرکت‌دارند. دراین برنامه‌برای تمام بیمارانی‌که سرطانشان در مرحله I وII است عمل‌برداشتن ساده‌پستان انجام میشود. درنیمی ازاین بیماران هیچگونه‌درمان اضافی برای غدد لنفاوی زیربغل انجام نمیگردد درصورتیکه در مورد نصف دیگر بیماران رادیوتراپی انجام میشود . تـاکنون ۱۰۵۰ بیمار باین شکل معالجه شده‌اند و تاسال ۱۹۷۵ انتظار میرود جمعاً ۴۰۰۰ بیمار در این برنامه درمانی گنجانده شده باشند . بعداز آنکه محاسبه توسط Computer بعمل آمد نقش واقعی غدد لنفاوی روشن خواهد گردید .

REFERENCES:

1- Peller, S. Surgery, Gynec. Obstet. 71, 181.
2- McMahon, B. et al (1968) in «Prognostic factors in breast cancer» P.56. Ed. Livingstone.
3- Anderssen, M. (1954) Glandular metastasis in carcinoma of breast. Lancet. 1, 176.
4- Handley, R.S. (1960), Observations and reflections on breast cancer. J. Roy. Coll. Surg. Edinb. 6,1.
5- Handley, R.S (1964) The early spread of breast cancer and its bersing on operative treatment. Brit. J. surg. 51, 206.
6- Baily & Love(1965) Short text book of surgery Lewis, London.
7- Adams, M.J.T. & Spicer, C.C. (1965), Recent mortality from breast cancer. Lancet, 2,732.
8- Cutler, S. J. (1968). The prognosis in treated breast cancer, Edited by A.P.M. Forrest P. 20, Edinb. Livingstone.
9- Auchinocloss, H. (1963) Ann. Surg. 158, 37.
10- Collins, V.P. et al (1965) Amer. J. Roentgenol, 76, 988.
11- Bond, W.H. (1968) in «The treatment of cancer of the breast» P. 24. Maideuhead, Syntex pharma. Ltd.
12- Porritt, A. (1964) «Early carcinoma of the breast» Brit. J. Surg. 51, 214.
13- Crile, G.(1965) Treatment of cancer of the breast. Past, present and future. Brit. J. Clinic. Prac. 19, 119.
14- Patey, D.H. (1948) Prognosis of carcinoma of the breast. Brit. J. Cancer 2.7.
15- Halsted, W. S. (1894) The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at The Johns Hopkins Hospital from June 1889. January 1894. Ann. Surg. 20, 497.
16- McWhirter, R. (1955) Simple mastectomy and radiotherapy in the treatment of breast cancer. Brit. J. Radiology 28, 128.
17- Kaae, S., Johansen, H., (1962) Breast cancer, 5 year result. Amer. J.Roentgenol. 82.82
18- Haybittle J.L. Brinkley, D.M.(1966) Treatment of stage II carcinoma of the female breast. Lancet. 2.291.
19- Patterson, R.(1962) Breast cancer. A report of two clinical trials. J. Roy. Coll Surg. Edinb. 7,243.
20- Forrest, A.P.M. (1969) «Cancer of the breast» Edited by Selwyn Taylor in recent advances in surgery. Churchill, Ltd, London.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]