

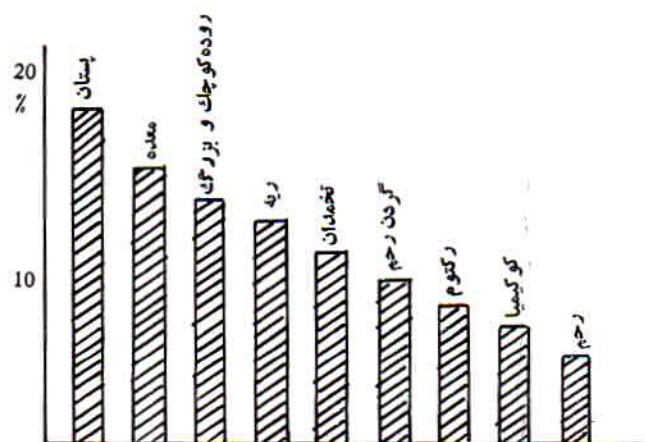
سرطان پستان

دکتر منوچهر وزیري *

مجله نظام پزشکی

سال سوم ، شماره ۳ ، صفحه ۲۶۳ ، ۱۳۵۲

برابر آمار موجود در انگلستان ، سرطان پستان یکی از شایع ترین انواع سرطان هاست که اعضای دیگر را مورد حمله قرار می دهد. سرطان پستان در انگلستان سالانه ده هزار مرگ و میر دارد.



نتیجه بررسی انواع سرطان از سال ۱۹۶۱ تا ۱۹۶۳

حد اکثر شیوع بین ۵۰ تا ۷۰ سالگی است و تعداد زیادی از زنان مبتلا یا مجرد بوده اند یا دیر ازدواج کرده اند و اولاد کمتری داشته اند. نسبت شیوع ، درزنهایی که فرزند بیشتر دارند خیلی کمتر است مثلاً درزنانی که چهار یا پنج فرزند دارند احتمال ابتلاء به سرطان ۵۰٪ کمتر از زنان بدون فرزند است . (Pelter 1940)
(McMahon 1968)

انتشار

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

۱- موضعی

۲- دستگاه لنفاوی

۳- جریان خون

نکته جالب توجه اینست که وقتی غدد لنفاوی زیر بغل سرطانی میشوند در ۳۳٪ بیماران غدد لنفاوی ناحیه بالای چنبری و در ۴۸٪ بیماران زنجیره غدد لنفاوی پستان داخلی (Internal Mammary) هم سرطانی شده اند . در این موارد امکان توسعه از طریق خون هم بسیار زیاد است . به عبارت دیگر سرطان از حال موضعی خارج شده است .

پیشرفت:

از نظر پیشرفت بیماری، وقتی بیمار معاینه میشود، چندین مرحله وجود دارد :

مرحله اول: سرطان فقط در پستان است و خود پستان کاملاً متحرک است .

مرحله دوم: سرطان در پستان وجود دارد و علاوه بر آن غدد لنفاوی در زیر بغل حس میشوند .

مرحله سوم : سرطان به پوست و یا عضلات زیر چسبیده است و غدد لنفاوی زیر بغل ثابت هستند و غدد لنفاوی در ناحیه بالای چنبری حس میشوند .

مرحله چهارم: متاستازهای دور مثلاً در ریه یا کبد وجود دارد.
تومور - غده لنفاوی - متاستاز (T.N.M) Tumour, Node, Metastasis.

این طبقه بندی بالینی توسط اتحادیه بین المللی مبارزه با سرطان و بر مبنای سئوالات زیر بوجود آمده است :

۱- توسعه تومور اولیه تا چه حدودی است ؟

* آبادان - بیمارستان شرکت ملی نفت ایران.

۲- آیا غدد لنفاوی سرطانی شده اند ؟

۳- آیا متاستازهای دور وجود دارند ؟

بنابر اطلاعات بدست آمده، وضع سرطان بشرح زیر ذکر خواهد شد:
T1- وقتی تومور ۲ سانتیمتر است و به پوست چسبندگی ندارد.
T2- تومور بین ۲ تا ۵ سانتیمتر است . پوست به تومور چسبیده ولی عضلات پکتورال متحرک است .

T3- تومور بزرگتر از ۵ سانتیمتر و کوچکتر از ۱۰ سانتیمتر است . چسبندگی به پوست و عضلات سینه وجود دارد .

T4- تومور بزرگتر از ۱۰ سانتیمتر است و چسبندگی به جدار سینه وجود دارد.

غدد لنفاوی

N0- غدد لنفاوی حس نمی شود.

N1- غدد لنفاوی در زیر بغل وجود دارد.

N2- غدد لنفاوی در ناحیه زیر بغل وجود دارند و ثابت هستند.

N3- غدد لنفاوی در ناحیه بالای چنبری وجود دارد.

متاستاز

M0- متاستاز وجود ندارد.

M1- متاستاز وجود دارد.

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

در حال حاضر بیشتر صاحب نظران عقیده دارند که برداشتن رادیکال پستان ، در صورتیکه سرطان به مرحله ۱ یا ۲ تعلق داشته باشد عملی است که به مریض طول عمر بیشتری میدهد . وقتی که سرطان به مرحله ۳ و ۴ رسیده باشد عمل ماستکتومی ساده همراه با رادیوتراپی را میتوان انتخاب کرد .

Spicer و Adams در سال ۱۹۶۵ (۷) و Cutler در سال ۱۹۶۸ (۸) ثابت کرده اند که روشهای درمانی فعلی هیچکدام قادر به مهار سرطان پستان نمیباشند . با وجود پیشرفتهای اخیر در قسمتهای جراحی و

رادیوتراپی و شیمی درمانی، مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در کشورهای امریکا و انگلیس هیچگونه تغییری در ۳۰ سال اخیر نکرده است . با در نظر گرفتن این موضوع باید هر یک از روشهای درمانی را یک به یک مورد تجزیه و تحلیل قرار داد و فقط آنهایی را که ارزش دارند و ناراحتی کمتری 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 . در صورت وجود تومور بزرگ و غدد لنفاوی سیر بیماری بسیار وخیم است .

در سال ۱۹۶۳ Auchenocloss (۹) بعد از بررسی ۲۰۴ بابت برداشتن شده بعد از عمل رادیکال ماستکتومی نشان داد که اگر غدد لنفاوی سرطانی بوده اند و محلشان بالاتر از لبه تحتانی ماهیچه Pectoralis Minor است ، درمان کامل بیماری امکان نخواهد داشت . همچنین در صورت وجود غدد لنفاوی سرطانی در ناحیه زیر بغل احتمال زیاد دارد که زنجیره غدد لنفاوی پستانی داخلی (I.M.C) و بالای چنبری هم سرطانی باشد .

Collins در سال ۱۹۶۵ (۱۰) و Bond در سال ۱۹۶۸ (۱۱) بعد از محاسبه و معاینه بزرگی و سیر سرطان پستان و استفاده از Computer نشان دادند که این بیماری خود را از نظر بالینی فقط در ۱/۴ آخر دوره بیماری ظاهر میسازد .

درمان:

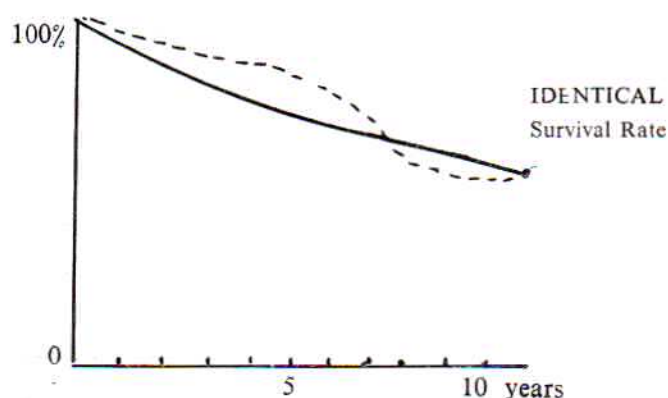
هنوز جراحی مهم ترین نوع درمان است . رادیوتراپی معمولاً بعد از جراحی انجام می شود ، به منظور آن که :

- ۱- اگر سرطانی باقی مانده است آنرا مهار کنند .
- ۲- سلولهای سرطانی را که در محل عمل پراکنده شده اند از بدن ببرند .
- ۳- غدد لنفاوی که حامل سلولهای سرطانی هستند بوسیله رادیو-تراپی عقیم شوند .

جدول زیر انواع اعمال جراحی با یا بی رادیوتراپی و اسم 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

Kaе باروش McWhirter یعنی ماستکتومی ساده بارادیوتراپی و ماستکتومی رادیکال وسیع را مورد مقایسه قرار داد.



متأسفانه بعد از درمان هزاران بیمار مبتلا به سرطان باروشهای گوناگون تاکنون ثابت نشده است که کدام یک از این طریقه‌های درمانی بردیگری برتری دارد. البته تا چند سال قبل هیچگونه آمار و مقایسه دقیقی در مورد نتایج انواع درمانها وجود نداشت ولی اکنون با مقایسه چندین گروه کنترل شده بیماران، نتایج روشهای درمانی مختلف را سنجیده‌اند، بشرح زیر:

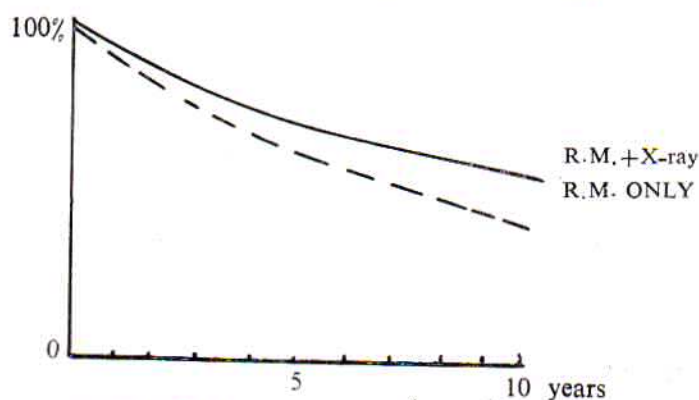
کنترل بالینی روشهای درمانی:

۱- کپنهاک : Johansen, Kaе 1962-1968

دوروش رادیکال ماستکتومی وسیع (S.R.M.) و ماستکتومی ساده مورد مقایسه قرار داده شد. ۳۵۵ بیمار باروش اول و ۳۳۱ بیمار باروش دوم درمان شدند وقتی که سرطان در مرحله اول بود نتیجه زیر بدست آمد.

۳- منچستر

بین سالهای ۱۹۴۸ تا ۱۹۵۵ هزار و چهارصد و شصت و یک بیمار تحت درمان قرار گرفتند. سرطان در مراحل یک و دو قرار داشت. برای ۷۰۷ بیمار ماستکتومی رادیکال بارادیوتراپی انجام گرفت و برای ۷۵۰ بیمار ماستکتومی رادیکال بدون رادیوتراپی. رادیوتراپی فقط در صورت عود سرطان انجام شد.



Russell, Patterson (1959)
Easson (1966)

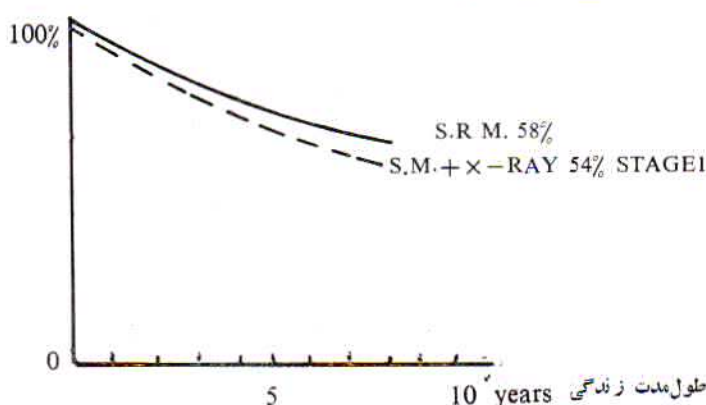
نتیجه گیری:

از آنچه در بالا گفته شد نتیجه گرفته میشود که:

۱- توسعه عمل جراحی یعنی برداشتن نسوج اطراف پستان (غدد لنفاوی و عضلات سینه) و بارادیوتراپی وسیع خارج از پستان و غدد زیر بغل تأثیر مثبتی در نتیجه درمان نخواهد داشت.

۲- برای از بین بردن غدد لنفاوی سرطانی شده، جراحی و رادیوتراپی هر دو به یک اندازه مؤثرند.

۳- عملهای رادیکال و رادیوتراپی انساج غیر سرطانی فقط سبب اضافه شدن نسبت مرگ و میر می شود. هیچ شکی نیست که عملهای رادیکال همراه با معیوب شدن بیمار می باشد.

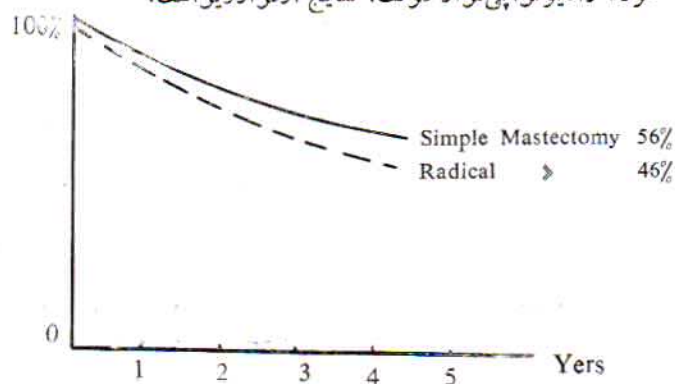


در مرحله دوم و سوم نتایج زیر بدست آمد:

۲- کامبریج Haybittle, Brinkley 1966 Truscott 1967

	بدون عود	۱۰ سال
S.R.M	۴۲%	۴۹%
S.M + X-RAY	۴۲%	۴۶%

ماستکتومی رادیکال و ماستکتومی ساده مورد مقایسه و هر دو گروه مورد رادیوتراپی قرار گرفت، نتایج از قرار زیر است:



ندارد، نگارنده عقیده دارد که عمل انتخابی برای سرطان پستان در این مناطق ماستکتومی ساده همراه با برداشتن کامل نسوج چربی و لنفاوی زیر بغل (Patey's extened simple mastectomy) میباشد.

نتیجه:

از آنچه در این مقاله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت نتیجه گیری میشود که غدد لنفاوی یکی از راههای انتشار سرطان را تشکیل میدهند و بنابراین درمان آنها توسط جراحی و یا رادیوتراپی لازم است. گرچه در چند سال اخیر عقاید جدیدی در مورد نقشی که این غدد لنفاوی بعده دارند ابراز شده است وعدهای عقیده دارند که اصولاً ممکن است این غدد وسایل دفاعی بدن باشند و موانع انتشار سرطان شوند.

برای اینکه نقشی که این غدد بعده دارند روشن شود در حال حاضر برنامه‌ای در کشور انگلستان در جریان است که بیشتر بیمارستانهای این کشور در آن شرکت دارند. در این برنامه برای تمام بیمارانی که سرطانشان در مرحله I و II است عمل برداشتن ساده پستان انجام میشود. درنیمی از این بیماران هیچگونه درمان اضافی برای غدد لنفاوی زیر بغل انجام نمیگردد در صورتیکه در مورد نصف دیگر بیماران رادیوتراپی انجام میشود. تاکنون ۱۰۵۰ بیمار باین شکل معالجه شده‌اند و تا سال ۱۹۷۵ انتظار میرود جمعاً ۴۰۰۰ بیمار در این برنامه درمانی گنجانده شده باشند. بعد از آنکه محاسبه توسط Computer بعمل آمد نقش واقعی غدد لنفاوی روشن خواهد گردید.

۴- وجود تعداد زیاد غدد لنفاوی سرطانی در زیر بغل که چسبندگی پیدا کرده‌اند (fixed nodes) نشانه آنست که بیماری قابل علاج نیست. اگر سابقاً عقایدی که بر علیه عملهای رادیکال اظهار میشد از جهت نظری قابل توجه بود، امروزه با کنترل نتایج بالینی روشهای درمان این مسئله قطعی است که عملهای رادیکال هیچ نفع اضافی ندارند و برعکس باعث ایجاد عوارض بیشتر میشوند. در اینجا میتوان گفت که عمل ماستکتومی رادیکال نمیتواند هیچ يك از نکات ذکر شده در بالا را مورد توجه قرار دهد و بنابراین عمل انتخابی برای درمان سرطان پستان نیست.

Forrest پیشنهاد میکند که چون سرطان پستان ممکن است چند کانونی باشد بنابراین فقط در آوردن تومور (Lumpectomy) ممکن است تومورهای کوچک سرطانی دیگر را در پستان بگذارد. روش درمانی او بشرح زیر است:

ماستکتومی ساده توسط برش عرضی.

زائده زیر بغلی نسج پستان تا ناحیه Axillary Fascia در آورده میشود و اگر غدد لنفاوی در زیر بغل حس میشوند یکی یا دو تا فقط برای امتحان آسیب شناسی برمی داریم.

درمان بعدی:

اگر نتیجه آسیب شناسی غدد لنفاوی برداشته شده سرطانی بود رادیوتراپی فقط محدود به زیر بغل انجام خواهد شد. در غیر این صورت رادیوتراپی انجام نمی شود و بیمار هر شش ماه يك بار معاینه خواهد شد. با در نظر گرفتن اینکه وسایل رادیوتراپی در تمام نقاط ایران وجود

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 bearing 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- Auchincloss, 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. Clin. 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.