

سرطان پستان

مجله نظام پزشکی

سال سوم ، شماره ۳، صفحه ۲۶۳-۲۶۴، ۱۳۵۲

دکتر منوچهر وزیری

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 نزدیک غدد لنفاوی پستان داخلی (Internal Mammary) هم سرطانی شده‌اند. در این موارد امکان توسعه از طریق خون هم بسیار زیاد است. بعبارت دیگر سرطان از حال موضعی خارج شده است.

پیشرفت:

از نظر پیشرفت بیماری، وقتی بیمار معاينه 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 باعضلات زیر چسبیده است و غدد لنفاوی زیر بغل ثابت هستند و غدد لنفاوی در ناحیه بالای چنبری حس می‌شوند.

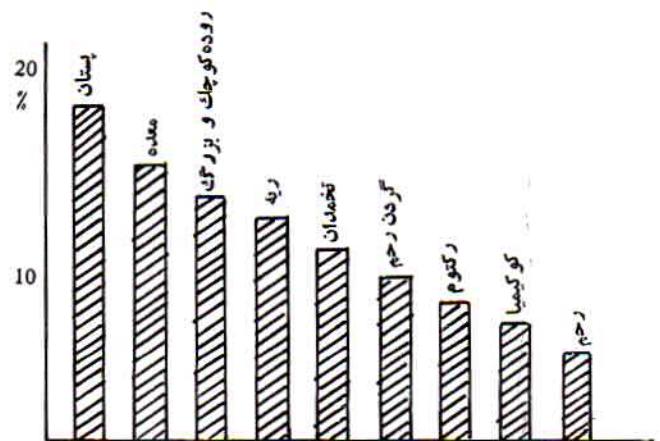
مرحله چهارم: متاستازهای دور مثلاً در ریه یا کبد وجود دارد.

تومور - غده لنفاوی - متاستاز (T.N.M) Tumour, Node, Metastasis.

این طبقه‌بندی بالینی توسط اتحادیه بین‌المللی مبارزه با سرطان و بر مبنای سئوالات زیر بوجود آمده است:

۱- توسعه تومور اولیه تا جه حدودی است؛

برابر آمار موجود در انگلستان، سرطان پستان یکی از شایع‌ترین انواع سرطان‌هاست که اعضای دیگر را مورد حمله قرار می‌دهد. سرطان پستان در انگلستان سالانه ده هزار مرگ و میر دارد.



نتیجه بررسی انواع سرطان از سال ۱۹۶۱ تا ۱۹۶۳

حداکثر شیوع بین ۰-۵ تا ۷-۰ سالگی است و تعداد زیادی از زنان مبتلا یا مجرد بوده‌اند یادی ازدواج کرده‌اند و اولاد کمتری داشته‌اند. نسبت شیوع، در زن‌های که فرزند بیشتر دارند خیلی کمتر است مثلاً در زنانی که چهار بیانج فرزند دارند احتمال ابتلاء به سرطان ۵۰٪ کمتر از زنان بدون فرزند است. (Peltier 1940)

(McMahon 1968)

انتشار

بطور خلاصه راههای توسعه این سرطان مثل سرطان‌های دیگر بشرح ذیر است:

۱- موضعی

*آبادان - بیمارستان شرکت ملی نفت ایران.

رادیوتراپی و شیمی درمانی، عر گ و میر ناشی از سرطان پستان در کشورهای امریکا و انگلیس هیچگونه تغییری در ۳۰ سال اخیر نکرده است. بادر 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 سین بیماری را معلوم می‌کند تعیین حد توسعه بیماری در معاینه اول است. در صورت وجود تومور بزرگ و عدد لنفاوی سین بیماری بسیار وحیم است.

در سال ۱۹۶۳ Auchinocloss (۹) بعد از بررسی ۲۰۴ بافت برداشته شده بعدها عمل رادیکال ماستکتومی نشان داد که اگر عدد 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.

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

درمان:

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

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

۲- آیا عدد 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.

غده لنفاوی

N0 - عدد لنفاوی حسنی شود.

N1 - عدد لنفاوی در زیر بغل وجود دارد.

N2 - عدد لنفاوی در ناحیه زیر بغل وجود دارد 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.

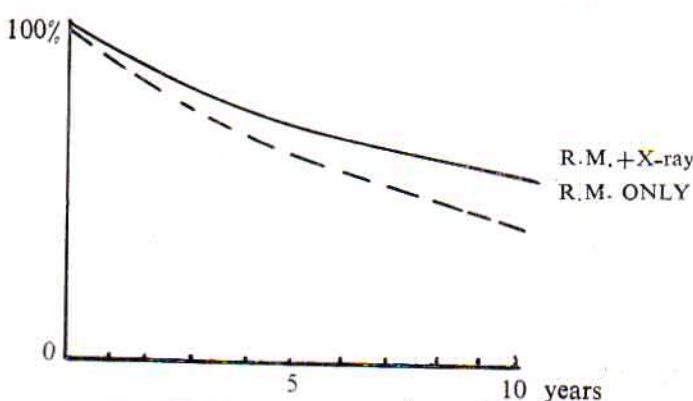
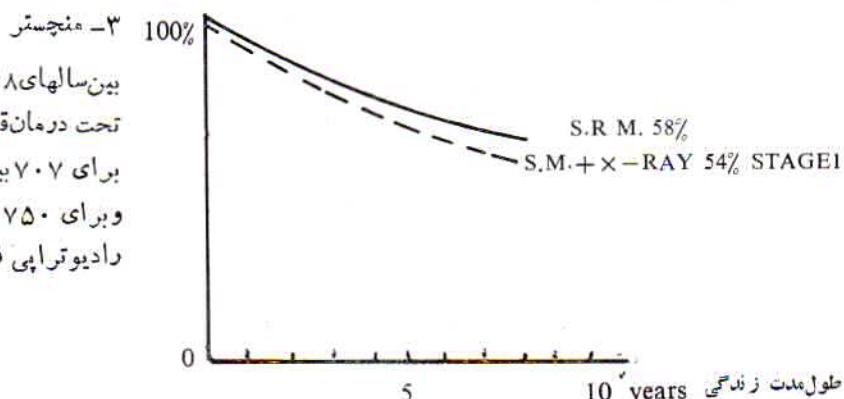
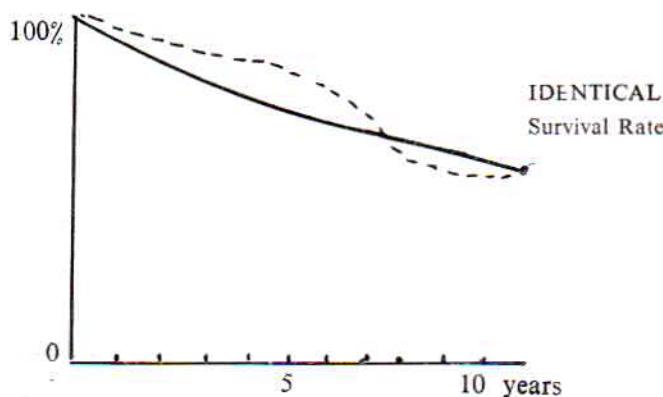
در حال حاضر بیشتر صاحب نظران عقیده دارند که برداشتن رادیکال پستان، در صورتی که سرطان بمرحله ۱ یا ۲ تعلق داشته باشد عملی است که به مریض طول عمر بیشتری میدهد. واقعی که سرطان به مرحله ۳ و ۴ رسیده باشد عمل ماستکتومی ساده‌غمراه با رادیوتراپی را میتوان انتخاب کرد.

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

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 |

باروش McWhirter Kaae می‌گویند ماستکتومی ساده بارادیوتراپی و ماستکتومی رادیکال وسیع را مورد مقایسه قرار داد.



Russell, Patterson (1959)
Easson (1966)

نتیجه‌گیری :

از آنجه 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 زین بغل تأثیر مثبتی در نتیجه درمان نخواهد داشت .
- ۲- برای ازبین بردن غدد لنفاوی سرطانی شده، جراحی و رادیوتراپی هردو به یک اندازه مؤثرند.
- ۳- عملهای رادیکال و رادیوتراپی انساج غیر سرطانی فقط سبب اضافه شدن نسبت مرگ و میر می‌شود. همچ شکنی نیست که عملهای رادیکال همراه با معیوب شدن بیمار می‌باشد .

متوجهانه بعداز درمان هزاران بیمار مبتلا به سرطان بارادیوتراپی گوناگون تاکنون ثابت نشده است که کدام یک از این طریق‌های درمانی بر دیگری 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 ذیر:

کنترل بالینی روشهای درمانی :

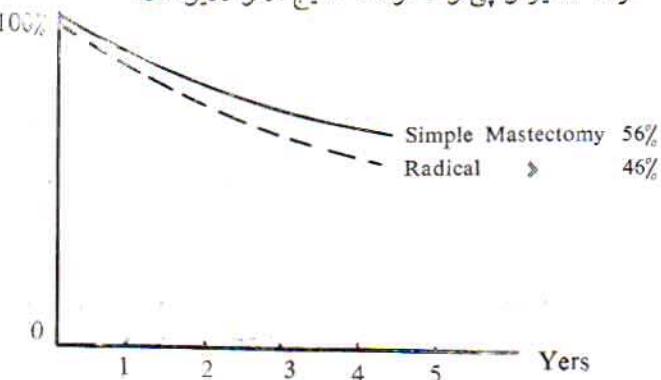
۱- کپنهاگ : Johansen, Kaae 1962-1968 دروش رادیکال ماستکتومی وسیع (S.R.M.) و ماستکتومی ساده مورد مقایسه قرار داده شد. ۳۵۵ بیمار باروش اول و ۲۲۱ بیمار باروش دوم درمان شدند وقتی که سرطان در مرحله اول بود نتیجه زیر بدست آمد .

در مرحله دوم و سوم نتایج زیر بدست آمد :

Truscott 1967. Haybittle, Brinkley 1966

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

ماستکتومی رادیکال و ماستکتومی ساده مورد مقایسه و هردو گروه مورد رادیوتراپی قرار گرفت، نتایج از قرار ذیر 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 رادیوتراپی لازم است. گرچه در چند سال اخیر عقاید جدیدی در مورد نقشی که این غدد لنفاوی بهده دارند ابداع شده است و عده‌ای عقیده دارند که اصولاً ممکن است این غدد وسائل دفاعی بدن باشند و مانع انتشار سرطان شوند.

برای اینکه نقشی که این غدد بهده 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. در نیمه 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 میرود جمماً ۴۰۰ بیمار در این برنامه درمانی کنجانده 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 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. 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.

۴- وجود تعداد زیاد غدد لنفاوی سرطانی در زیر بغل که چسبندگی پیدا کرده‌اند (fixed nodes) نشانه آنست که بیماری قابل علاج نیست. اگر سایقاً قایدی که بر علیه عملهای رادیکال اتفاچ نمیشود از جهت قدری قابل توجه بود، امروزه با کنترل نتایج بالینی روشهای درمان این مسئله قطعی است که عملهای رادیکال هیچ نفع اضافی ندارند و بر عکس باعث ایجاد عوارض بیشتر میشوند. در اینجا میتوان گفت که عمل ماستکتومی رادیکال نمیتواند هیچ یک 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. زائدیه زیر بغلی نسج پستان تانایی Axillary Fascia در آورده میشود و اگر غدد لنفاوی در زیر بغل حسن میشوند یکی یا دو تا فقط برای امتحان آسیب شناسی برمی‌داریم.

درمان بعدی :
اگر نتیجه آسیب شناسی غدد لنفاوی برداشته شده سرطانی بود رادیوتراپی فقط محدود به زیر بغل انجام خواهد شد. در غیر اینصورت رادیوتراپی انجام نمی‌شود و بیمار هر شش ماه یک بار معاينة خواهد شد. با در نظر گرفتن اینکه وسائل رادیوتراپی در تمام نقاط ایران وجود