

## هوالشافی

### جراحی نگهدارنده پستان

**توجه: این مطالب جنبه اطلاع رسانی دارد و توصیه می شود حتماً با پزشک معالج خود مشورت فرمائید.**

هدف از جراحی نگهدارنده پستان، برداشت کامل سرطان به همراه حاشیه باریکی از بافت سالم اطراف آن است (حاشیه پاک) (شکل ۱-۳). واژه هایی همچون لامپکتومی، برش موضعی وسیع، ماستکتومی نسبی، برداشتن یک چهارم بافت پستان و تیلکتومی همگی روش های جراحی هستند که از این هدف پیروی می کنند. این روش جراحی عموماً تحت بیهوشی عمومی، بلوک کردن اعصاب نخاعی و یا با تزریق آرام کننده های وریدی و بیهوشی موضعی قابل اجرا است.

#### چروکیدگی تومور

شیمی درمانی کمکی که موجب چروکیدگی و جمع شدن تومور قبل از جراحی می شود، به ویژه در سرطان های پستان مرحله T2 و T3 کاربرد بسیار زیاد و شایعی دارند (رجوع به جدول ۱-۱ در مورد طبقه بندی سرطان پستان). اغلب اوقات این روش کمک می کند که بجای عمل ماستکتومی بتوان عمل لامپکتومی را انجام داد. همچنین این روش حجم بافتی را که نیاز به برداشتن در طی جراحی دارد به حداقل رسانده و در نتیجه تغییر کمتری در شکل ظاهری پستان ایجاد می شود.

امروزه بسیاری از سرطان های پستاندر نمای ماموگرام، به شکل دانسیته و یا گروه هایی از کلسیفیکاسیون، و یا هر دو آنها دیده می شود. معمولاً قبل از انجام لامپکتومی، جهت بررسی هر چه دقیق تر وسعت کلسیفیکاسیون از نماهای بزرگتری استفاده می شود. چنانچه ناحیه مورد نظر بسیار کوچک باشد، با استفاده از یک وایر (سیم) که در محل ضایعه جاگذاری می شود، جراح برای خارج نمودن بافت سرطانی، هدایت و راهنمایی خواهد شد. و در صورت پراکنده بودن کلسیفیکاسیون ها، از چندین وایر استفاده می شود.

جراح، نمونه بافتی را خارج نموده و آن را با ۶ رنگ مختلف رنگ آمیزی می کند (هر رنگ برای یکطرف) تا مشخص شود که هر رنگ مربوط به کدام لبه در حفره جراحی است. چنانچه یک حاشیه و یا بیشتر از آن حاوی سلولهای سرطانی باشند (حاشیه مثبت باشد). ممکن است یک یا دو جراحی متعاقب جراحی تولید صورت می گیرد که این جراحی ها را جراحی های دوباره می نامند. در این صورت روش رنگ آمیزی فوق این امکان را به جراح می دهد تا بافت مورد نظر را خارج سازد. اهمیت این تکنیک در به حداقل رساندن مقدار بافت خارج شده و همچنین اطمینان یافتن از حاشیه عاری از سرطان است. هرچه بافت کمتری طی جراحی خارج شود، احتمال آن که شکل ظاهری پستان بصورت اولیه حفظ شود بیشتر خواهد بود و هر چه این مقدار بیشتر باشد، بالطبع اندازه پستان کوچکتر شده و احتمالاً شکل آن نیز دستخوش تغییراتی می گردد.

نمونه رنگ آمیزی شده جهت ماموگرافی فرستاده می شود و در آنجا اشعه X وجود کلسیفیکاسیون ها و یا دانسیته موجود در بافت را تعیین می نماید و مشخص می کند که این ضایعات در کدام طرف بافت قرار دارند. چنانچه ضایعه نزدیک به یک حاشیه باشد، ماموگرافی قادر است تصویر را با رنگ حاشیه مطابقت داده و اطلاعات حاصله را سریعاً به اتاق عمل و نزد جراح انتقال دهد. سپس جراح با توجه به داده ها، حاشیه باریکی از بافت را در قسمت مورد نظر برداشته و می تواند امیدوار باشد که به جراحی بعدی نیازی نخواهد بود.

رؤیت و یا لمس نمودن سلولهای سرطانی بخصوص نوع DCIS در زمان جراحی سخت و یا غیرممکن است، پاتولوژیست با مطالعات میکروسکوپی، نمونه بافت را از نظر حاشیه سالم مورد ارزیابی قرار می دهد. حاشیه منفی به معنای عدم حضور سلولهای سرطانی در آن ناحیه و حاشیه مثبت به منزله وجود سلولهای سرطانی در آن منطقه هستند.

گاهی اوقات براساس شرایطی، جراحی دیگری نیاز خواهد بود. به طور مثال چنانچه ماموگرام اولیه، کلسیفیکاسیون و یا توده ای را همراه با کلسیفیکاسیون نشان دهد، پس از انجام جراحی اولیه و بهبود ناحیه جراحی دوباره یک ماموگرافی انجام می شود و اگر کلسیفیکاسیون همچنان حضور داشته باشند، نشانه آن است که بقایای بیماری نیز وجود دارد که در این صورت به یک جراحی مجدد با راهنمایی دستگاههای تشخیصی نیاز خواهد بود.

### وضعیت بیمار پس از انجام لامپکتومی

در سیر بهبودی، چندین هفته زمان لازم است تا احساس ناخوشایند اولیه شما از بین برود. با توجه به اینکه عمل لامپکتومی تأثیری بر عضلات سینه ای (پکتورال) نمی گذارد، از این رو پس از فروکش نمودن شرایط نامطلوب شما از نظر فعالیت فیزیکی و یا ورزش کردن محدودیتی نخواهید داشت.

چنانچه عمل جراحی موجب اختلال سایز قابل توجهی مابین دو پستان شما شود، می توانید از حجم دهنده پستان در داخل سینه بند خود استفاده نمایید و یا اقدام به جراحی دیگری به منظور کاهش سایز پستان دیگر نمایید که رداکشن ماموپلاستی نام دارد و چنانچه مایل باشید می توانید از روش ماستکتومی و بازسازی پستان بهره ببرید.

### ماستکتومی

در طی عمل ماستکتومی تمامی پستان، نوک آن و ناحیه تیره رنگ اطراف پستان (آرئول) برداشته می شود. برش جراحی در این روش معمولاً یک جوشگاه افقی و یا تقریباً مایل از خود بجای می گذارد. هر نوع از ماستکتومی، درجات متفاوتی از غدد لنفاوی و عضلات اطراف را خارج می کند. این نوع جراحی تحت بیهوشی عمومی و یا استفاده از بلوک کننده های اپیدورال به همراه آرام کننده های داخل رگی صورت می گیرد.

### ماستکتومی ساده (توتال)

در این روش جراحی تمامی بافت پستان، نوک آن و ناحیه آرئول را برمی دارد. اما، غدد لنفاوی و عضلات زیر آن دست نخورده باقی می ماند. این نوع جراحی در زنانی که مبتلا به سرطان درجا هستند و یا سرطان مهاجم با غدد لنفاوی منفی (عدم درگیری غدد لنفاوی) در نتایج بیوپسی دارند، کاربرد دارد.

### ماستکتومی رادیکال تعدیل شده

طی این روش، جراح بافت پستان، نوک آن، آرئول و بافت چربی حاوی غدد لنفاوی زیربغل را خارج می نماید (شکل ۲-۳). زنان مبتلا به سرطان پستان مهاجم که به غدد لنفاوی دست اندازی نموده و همچون زنان مبتلا به سرطان مهاجمی که کاندید نمونه برداری از غده نگهبان نیستند، بیش از سایرین از این روش بهره خواهند برد.

### رادیکال ماستکتومی

در این روش جراحی وسیع که امروزه متداول نبوده و به ندرت مورد استفاده قرار می گیرد، جراح تمامی بافت پستان، عضلات پکتورال (سینه ای) زیر آن و تمامی غدد لنفاوی زیربغل را تا ناحیه استخوان کلویکل (ترقوه) بر می دارد. عارضه جانبی که در این روش شایع است، لنف ادما است که به صورت تورم و حساسیت در ناحیه بازو ظاهر می شود (متعاقباً در این مورد بحث خواهد شد). در مجموع، روش رادیکال ماستکتومی تعدیل شده، تأثیر مشابهی نسبت به این روش داشته و عوارض جانبی کمتری به دنبال دارد و زنان اندکی (که مبتلا به بیماری موضعی پیشرفته هستند) نیاز به این روش جراحی وسیع خواهند داشت.

## «روش ماستکتومی با حفظ پوست پستان در مقابل ماستکتومی همراه با برداشتن پوست پستان»

چنانچه خانمی قصد بازسازی پستان را داشته باشد، در همان زمان ماستکتومی جراح نوک پستان و آرئول برداشته و بخشی از پوست را بجای می گذارد تا به عنوان یک پوشش، قسمت بازسازی شده را در برگیرد، این روش، ماستکتومی با حفظ پوست پستان نامیده می شود (شکل ۳-۳) و بسیار کمک کننده خواهد بود؛ چرا که جراح به برداشتن مقادیر کمتری از پوست شکم و یا پشت نیاز دارد و بعلاوه شکل بازسازی شده پستان از لحاظ زیبایی قابل توجه خواهد بود. چنانچه بازسازی فوری پستان مدنظر نباشد، پوست پستان به میزان کافی تا رسیدن به دیواره قفسه سینه برداشته می شود که به این روش ماستکتومی بدون حفظ پوست گویند.

## علت ماستکتومی پروفیلاکتیک (پیشگیری کننده) چیست؟

چنانچه شما دارای ریسک خطر باشید، ممکن است به منظور آگاهی از احتمال وقوع سرطان پستان، ماستکتومی پیشگیری کننده انجام دهید وجود تاریخچه خانوادگی قوی از نظر سرطان پستان و یا وقوع حوادث ژنتیکی از قبیل جهش ژن های BRCA1 و BRCA2 می تواند زمینه را برای انتخاب این روش فراهم نماید که در ۹۰ درصد موارد ریسک سرطان پستان را کاهش می دهد. در صورت عدم وجود سرطان تشخیص داده شده، ماستکتومی ساده کفایت می کند. با توجه به اینکه تشخیص سرطان در پستان، ریسک ابتلای پستان دیگر را در طول زندگی افزایش می دهد؛ امکان انجام ماستکتومی در هر پستان وجود دارد، یکی به منظور درمان و دیگری به منظور کاهش ریسک خطر.

## ماستکتومی زیرپوستی

در خلال این روش غیرموسوم، جراح بافت غده ای پستان را برمی دارد، اما پوست، نوک پستان و آرئول را به منظور تأثیر بهتر از نظر زیبایی بجا می گذارد. تحقیقات نشان داده است که بافت غده ای پستان بسیار نزدیک به سطح زیرین آرئول است و در واقع مقداری از بافت که در پشت آرئول قرار دارد، ریسک وقوع سرطان را به همراه دارد. صرفنظر نمودن از برداشت نوک پستان نیز چنین ریسکی را در بر خواهد داشت. معمولاً زمانی که آرئول و نوک پستان بجا گذارده می شود، فرد احساس نسبی بی حسی (کرحتی) می کند اما ممکن است در برخی از زنان منجر به ایجاد درد شود. با توجه به نکات گفته شده، ماستکتومی زیرپوستی به ندرت انجام می شود.

## شرایط پس از انجام ماستکتومی

عموماً جراحان اجازه انجام ورزش های بازتوانی را ۳ تا ۶ هفته پس از انجام جراحی به بیمار می دهند و به دلیل آن که در طی جراحی معمولاً عضلات سینه ای دست نخورده باقی می مانند، فعالیت های بیمار محدود نخواهد شد، البته تعدادی از زنان به دلیل استراحت ناشی از جراحی، شانه های خود را تا چندین هفته حرکت نمی دهند و این مسأله موجب محدود شدن حرکات شانه می گردد. تمرین های بازتوانی اولیه شامل ورزش های کششی است که به شما کمک می کند تا حرکات طبیعی شانه ها را دوباره برقرار نمایید.

## زمانی که انجام لامپکتومی مورد نظر نباشد!

گاهی اوقات، حتی با وجود تمایل بیمار، لامپکتومی جزء برنامه پیشنهادی برای درمان قرار نمی گیرد. این مسأله در طی چند هفته ای که خود من درگیر سرطان پستان بودم برایم اثبات شد. ابتدا تصور می کردم که فرورفتگی کوچکی که در پوست پستان من وجود دارد و من متوجه آن شده ام، تنها نقصی است که در آئینه می بینم. فکر می کردم با حرکت به طرف آئینه بزرگ شده و با دور شدن از آن کوچک می شود، اما این اتفاق رخ نداد، با دور شدن من از آئینه، آن ضایعه تبدیل به حفره کوچکی می شد، اما از بین نمی رفت و این وضعیت من اثبات کرد که نشانه ای از سرطان پستان وجود دارد.

من امیدوار بودم که از روش لامپکتومی استفاده نمایم. روشی مطلوب و امیدوارکننده جهت حفظ پستان، پس از انجام لامپکتومی، جراحی دیگر متعاقب آن انجام شد و جراح همچنان سعی می کرد که به حاشیه ای سالم دست یابد. نهایتاً دانستم که بیش از ۳ کانون سرطان در پستان من وجود دارد. من حق انتخاب بین لامپکتومی و ماستکتومی را نداشتم، تنها راه من انجام ماستکتومی بود، یعنی برداشتن کل پستان، در آن زمان اگرچه از نظر سلامتی وضعیت خوبی نداشتم، با این حال سرانجام دریافتم که ماستکتومی و بهبودی پس از آن و همچنین شرایط فیزیکی و روحی روانی متعاقب آن بسیار ساده تر از چیزی است که تصورش را می کردم.

متأسفانه گاه شرایط به گونه ای بر انسان تحمیل می شود که حق انتخاب از میان رفته و تیم درمانی شما، مطلوب ترین راه را انجام ماستکتومی می دادند. در مورد من دو فاکتور در این میان نقش داشت: یکی چند کانونی بودن سرطان پستان، و دیگری، درگیری وسیع داخل مجرای سرطان.

### بیماری چند ناحیه ای

در طی لامپکتومی یک تومور واحد به همراه حاشیه ای از بافت طبیعی اطراف آن برداشته می شود. گاهی اوقات دو تومور بسیار نزدیک به هم در یک نمونه بافتی برداشته می شوند (بیماری چند کانونی). در این حالت ۶ هفته رادیوتراپی برای کاهش شانس عود در آن پستان صورت می گیرد.

وجود ۲ یا چند کانون سرطان در نواحی جداگانه از پستان «بیماری چند ناحیه ای» خوانده می شود. در این شرایط به ندرت ۲ ناحیه سرطانی مجزا از هم خارج شده و متعاقب آن رادیوتراپی جهت کاهش ریسک عود انجام می گیرد. زیرا اولاً تومورها، گروه های سلولی را به طریق جهش های ژنتیکی در بافت میان خود ایجاد می کنند و این سلولها ممکن است به سلولهای سرطانی تبدیل شوند و ثانیاً برداشتن دو ناحیه مجزا و سپس انجام رادیوتراپی، می تواند اسکار (جوشگاه) وسیعی از خود بجا گذارد و این امر ممکن است تشخیص عود سرطان را دشوار سازد.

### درگیری وسیع داخل مجرای

معمولاً در بیماری که مبتلا به DCIS (سرطان داخل مجرا) است، تنها بخش کوچکی از غده تولید کننده شیر درگیر است و امکان برداشتن آن به همراه حاشیه ای از بافت سالم وجود دارد. در برخی مواقع سلولهای سرطانی طول بیشتری از یک مجرا و یا حتی چندین مجرا را درگیر می سازند، که این حالت، درگیری وسیع داخل مجرای (EIC) خوانده می شود. در این حالت احتمال آن که بخش زیادی از پستان برداشته شود وجود داشته، و این امر برای بیمار ناخوشایند خواهد بود. گاه در یک ماموگرام، گروه های نزدیک به هم به صورت کلسیفیکاسیون خطی ظاهر می شوند. در سایر مواقع، ممکن است ماموگرام ظاهری طبیعی داشته و وسعت DCIS زمانی آشکار شود که پاتولوژیست بافت را در زیر میکروسکوپ بررسی می کند، غالباً چندین جراحی برای دستیابی به حاشیه ای سالم از بافت صورت می گیرد (مانند شرایط من). پس از آن که من سرانجام عمل ماستکتومی را انجام دادم، پاتولوژیستم در بافت که DCIS بیش از نیمی از پستان مرا درگیر نموده است.

### ظاهر پستان

از آنجایی که تلاش جهت برداشت یک تومور و دستیابی به حاشیه ای سالم اطراف آن، شکل ظاهری پستان را از نظر زیبایی دچار تغییراتی می نماید، ممکن است بیمار، در برابر انجام ماستکتومی مقاومت کند و یا پس از آن اقدام به بازسازی پستان نماید. برخی از زنان نیز ترجیح می دهند که از سینه بندهای حجم دهنده ی پستان استفاده کنند و متأسفانه افرادی هم وجود دارند که بی رحمانه اقدام به فراموشی سپرده و هیچ اقدامی برای بهبود ظاهر پستان انجام نمی دهند.

### رادیوتراپی (اشعه درمانی)

شرایط همه زنان، به گونه ای نیست که بتوانند تحت رادیوتراپی قرار گیرند. به طور مثال خانمی که حامله است و یا قبلاً به دلیل جراحی نگهدارنده پستان، لنفوم هوچکین و یا غیرهوکچکین تحت اشعه درمانی قرار گرفته، نمی تواند از این روش استفاده نماید، زیرا در معرض اشعه قرار گرفتن به مقدار زیاد، می تواند منجر به از بین رفتن بافت های سالم بدن شود. چنانچه رادیوتراپی در برنامه درمانی نباشد قرار نگیرد. ماستکتومی بیش از لامپکتومی به تنهایی، ریسک عود موضعی را کاهش خواهد داد. برخی شرایط دیگر از قبیل بیماری اسکرودرما و یا لوپوس، کاندید شدن بیمار جهت رادیوتراپی را تضعیف می نمایند.

### تمایلات شخصی بیمار

تمایلات شخصی فرد در تصمیم گیری ها نقش بسزایی دارد. یک خانم مبتلا به سرطان پستان ممکن است به چندین دلیل از روش های حفاظت کننده پستان استفاده ننماید، وی ممکن است بخواهد اضطراب خود را کاهش دهد، چرا که در صورت انجام لامپکتومی، ماموگرافی و معاینات متعددی باید در پی آن انجام شود. همچنین بیمار ممکن است در شهری دور از مراکز اشعه درمانی زندگی کند و رفتن به شهر دیگری به مدت ۶ هفته جهت رادیوتراپی برای وی دشوار و یا ناممکن باشد، همچنین وسعت سرطان ممکن است به حدی باشد که بیمار ترجیح دهد ماستکتومی انجام داده و پس از آن اقدام به بازسازی پستان نماید.

### جراحی گره لنفاوی

باکتری ها، ویروس ها و حتی سلولهای سرطانی مسبب بیماری غالباً بدلیل فعالیت سیستم لنفاوی تخریب شده و از بین می روند. کانال های لنفاوی مایع شیری رنگی را در بدن حمل می کنند که این مایع در عضو لوبیایی شکلی به نام غدد لنفاوی تصفیه شده و نهایتاً به درون گردش خون تخلیه می شود. این غدد زمینه مبارزه گلبول های سفید خون را با عوامل عفونی فراهم می نمایند. برخلاف خون که قلب آن را با فشار به سرتاسر بدن پمپاژ می کند، تنها عاملی که به حفظ جریان سیستم لنفاوی کمک می کند، فشار ناشی از گردش خون و عملکرد حاصل از عضلات است.

### غدد لنفاوی ناحیه زیربغل

غدد لنفاوی واقع در ناحیه زیربغل، عمده ترین مکان تخلیه سیستم لنفاوی پستان هستند. این غدد براساس ارتباط با عضله سینه ای کوچک به ۳ سطح تقسیم می شوند. این عضله در سراسر قفسه سینه از شانه تا استخوان جناغ کشیده شده است. سطح ۱: غدد لنفاوی این گروه در پایین ترین قسمت زیربغل یافت شده و با قراردادن دست در آن ناحیه و وارد آوردن فشار بر چربی روی دنده ها لمس می شوند، البته ممکن است لمس کردن این غدد به دلیل پنهان شدن آنها در بافت چربی آن منطقه دشوار باشد.

سطح ۲: غدد لنفاوی این گروه در قسمت بالای ناحیه زیربغل هستند، درست زیرعضله سینه ای کوچک.

سطح ۳: غدد لنفاوی این سطح مابین لبه فوقانی عضله سینه ای کوچک و استخوان ترقوه قرار دارند، لمس کردن این غدد حتی در یک خانم لاغر که عضلات دیواره قفسه سینه او ضخامت چندانی ندارند، دشوار است (رجوع به شکل ۴-۳)

در خلال جراحی یک سرطان مهاجم، جراح معمولاً یک یا بیش از یک غده لنفاوی را خارج می نماید و پاتولوژیست آنها را از نظر وجود سلولهای سرطانی، مورد مطالعه میکروسکوپی قرار می دهد. هر چه سرطان در مرحله پایین تری باشد (مراحل اولیه)، تعداد غدد لنفاوی درگیر با سرطان کمتر هستند (غده مثبت). وجود هر غده لنفاوی مثبت احتمال انتشار سرطان و یا متاستاز آن را بیش از وجود غده لنفی، مطرح می سازد. اگرچه احتمال کمی هست، اما حتی با وجود منفی بودن غدد لنفاوی امکان وقوع متاستاز وجود دارد.

حتی در مراحل اولیه بیماری، سلولهای سرطانی قادر به جدا شدن از تومور اولیه و ایجاد تومورهای جدید (بیماری متاستاتیک) در سایر ارگان ها و یا استخوان ها هستند. بیش از رایج شدن ماموگرافی غربالی، سرطان پستان غالباً در مراحل پیشرفته تشخیص داده می شد. در آن زمان، پزشکان گمان می کردند که سرطان به سادگی رشد کرده، بزرگ تر شده و از محدوده خود خارج می شود و انجام عمل ماستکتومی رادیکال که پستان، عضلات سینه ای قفسه سینه و تمام غدد لنفاوی را تا استخوان ترقوه بر می داشت، شانس بیشتری برای زنده ماندن به بیمار بخشید.

این روش جراحی، چربی زیربغل را همراه با ۳ گروه غدد لنفاوی آن ناحیه خارج می نمود. از این رو بسیاری از زنان، درگیر عوارض جانبی از قبیل از دست دادن حس ناحیه زیربغل و محدودیت در حرکت شانه می شدند. این جراحی غالباً عروقی را که مایع لنفاوی را از ناحیه بازو به گردش خون عمومی تخلیه می کردند، از هم گسیخته و در نتیجه مایع لنف به بازو برگشت کرده و موجب تورم در آن ناحیه می شد که لنف ادم خوانده می شود. جالب اینجاست که گروهی از زنان هرگز دچار این عارضه نمی شوند، در این گروه کانال و یا کانالهای فرعی در پشت شانه قرار دارند و این تغییر ساختاری موجب می شود که تمامی مایع لنفاوی از ناحیه بازو تخلیه گردد.

### برداشتن غدد لنفاوی زیربغل

برداشتن غدد لنفاوی زیربغل را برداشت اگزایلا گویند. محققین دریافته اند که اگر قرار باشد سرطان پستان به غدد لنفاوی زیربغل انتشار یابد، نخستین غدد، غدد لنفاوی گروه ۱ خواهند بود. بعید به نظر می رسد که سرطان از گروه ۱ صرف نظر کرده و ابتدا گروه ۲ را درگیر نماید و بسیار دور از انتظار خواهد بود که از گروه ۱ و ۲ چشم پوشی نموده و غدد لنفاوی سطح ۳ را درگیر سازد. با توجه به مطالب فوق و به منظور کاهش شانس ایجاد لنف ادم، جراحان تنها بافت چربی حاوی ۱۰ تا ۱۲ غده لنفاوی از سطوح ۱ و ۲ را خارج نموده و غدد لنفاوی گروه ۳ را باقی می گذارند.

### بیوپسی از غده نگهبان

بیش از ۲۵ درصد از افرادی که تحت جراحی غدد لنفاوی زیربغل قرار می گیرند، با وجود باقی گذاشتن غدد لنفاوی سطح ۳، دچار لنف ادم می شوند. در دو سوم زنانی که از این روش جراحی استفاده نموده اند، تاکنون هیچ شواهدی دال بر وجود سرطان در غدد لنفاوی مشاهده نشده است. امروزه زنانی که غدد لنفاوی آنها درگیر نباشد، می توانند از روش دیگری که کمتر تهاجمی است استفاده نمایند، این روش بیوپسی از غده نگهبان نام دارد. در طی این روش، نخستین غده لنفاوی که درناژ لنفاوی را از ناحیه تومور اولیه دریافت می کند (غده لنفاوی نگهبان) خارج شده و مورد بررسی قرار می گیرد و از آنجایی که سایر غدد لنفاوی و کانالهای لنفاوی دست نخورده باقی می ماند، شانس ایجاد لنف ادم به حداقل می رسد.

### چگونگی بیوپسی از غده نگهبان

با ترزیق یک ماده رنگی در اطراف سرطان تشخیص داده شده، این ماده از راه کانال های لنفاوی به نخستین غده لنفاوی زیربغل حمل شده و در آنجا تخلیه میگردد (شکل ۴-۳). این غده نگهبان (واضحاً یک یا دو غده لنفاوی نزدیک به آن) خارج شده و در دو نوبت مورد آزمایش قرار می گیرند. یک دفعه در طی جراحی توسط پاتولوژیست و نوبت بعدی پس از آن با دقت بیشتر انجام می گیرد. چنانچه غده نگهبان عاری از سرطان باشد، فرض بر این گذاشته می شود که سایر غدد لنفاوی نیز منفی هستند و در این حالت بیمار از جراحی بعدی در ناحیه زیربغل رهایی می یابد. همچنین در این روش اغلب کانال های لنفاوی حفظ شده و ریسک ایجاد لنف ادم به حداقل می رسد، و در صورتی که غده نگهبان حاوی سلولهای سرطانی باشد، شانس وجود سرطان در سایر غدد پنجاه پنجاه است و با توجه به این شرایط، چندین نظریه فوریت می یابد:

### برداشتن غدد لنفاوی ناحیه زیربغل به روش متداول

همراه با چربی زیربغل، غدد لنفاوی باقیمانده از سطح ۱ و ۲، به منظور ارزیابی وسعت بیماری می توانند برداشته شوند. چنانچه شما روش ماستکتومی را انتخاب نمایید، این اطلاعات می توانند در مورد اینکه آیا رادیوتراپی قفسه سینه پس از جراحی ضرورتی دارد یا نه کمک کننده باشد و چنانچه از روش لامپکتومی استفاده نمایید، دانستن این مطلب که چه تعداد از غدد لنفاوی حاوی سلولهای سرطانی هستند، در برنامه ریزی جهت تعیین ناحیه تحت اشعه درمانی و به ویژه در مورد روشن شدن وضعیت غدد لنفاوی سطح ۳ کمک شایانی خواهد نمود.

## رادیوتراپی غده لنفاوی

چنانچه روش لامپکتومی را انجام دهید و تنها مقادیر کمی از سلولهای سرطانی در غده نگهبان یافت شوند؛ میتوان غدد لنفاوی را دست نخورده باقی گذاشت و از رادیوتراپی بهره گرفت. این امر موجب افزایش و یا بازگشت سلولهای سرطانی نخواهد شد. متخصص رادیو تراپی سرطان می تواند محدوده درمان خود را گسترش داده و غدد لنفاوی زیربغل را نیز دربرگیرد. تحقیقات اولیه نشان می دهند که این امر ممکن است احتمال ایجاد لنف ادم را کاهش دهد که البته چندین مطالعه بالینی نیز جهت ارزیابی این مسأله انجام گرفته است. این روش قسمت آسیب دیده را کاملاً درمان می کند اما این که آیا سرطان عود می نماید یا نه، همچنان در دست بررسی است.

## تحت نظر قرار دادن بیمار

گاهی اوقات پزشک و بیمار راه دیگری را به جز درمان برمی گزینند. در این روش، پزشک غدد لنفاوی زیربغل را به طور دقیق و به صورت دوره ای تحت معاینه بالینی قرار می دهد.

## جستجو برای تعیین محل غده نگهبان

با نقشه برداری لنفاتیک (تعیین حدود غده نگهبان)، پزشک ابتدا مقدار کمی از ماده رادیوایزوتوپ یا یک ماده رنگی را نزدیک تومور تزریق می کند. تکنسیوم رادیوایزوتوپ چندین ساعت مانده به روز قبل از جراحی تجویز می شود. پس از تزریق، یک دستگاه اسکن بررسی می کند که آیا تخلیه ماده به ناحیه زیربغل صورت گرفته یا نه؛ بندرت، نخستین محل درناژ، غدد لنفاوی واقع در پشت استخوان جناغ است (غدد لنفاوی داخل پستانی). قبل از انجام هر نوع برش جراحی، حفره زیربغل با استفاده از یک پروب گاما که وسیله ای شبیه وسایل اندازه گیری رادیواکتیویته است، اسکن می شود. بدین وسیله یک سیگنال صوتی به غده نگهبان فرستاده می شود تا مشخص شود که برش در کجا باید انجام شود.

چنانچه ماه تکنسیوم رادیوایزوتوپ نتواند محل غده نگهبان را شناسایی کند؛ جراح ماده رنگی ایزوسولفان را بلافاصله قبل از جراحی در اطراف تومور تزریق می کند و این ماده به درون سیستم لنفاوی تخلیه می شود.

پس از برش دادن، بافت چربی زیربغل برای تشخیص مسیر ماده رنگی که به درون کانال لنفاوی تخلیه شده و راهنمایی برای دستیابی به غده نگهبان، مورد بررسی و جستجو قرار می گیرد. برخلاف ماده تکنسیوم، ماده رنگی آبی، ریسک کمتری جهت ایجاد واکنش های حساسیتی دارد. در موارد نادری این واکنش ها می توانند به حدی شدید شوند که زندگی بیمار را تهدید نماید. از آنجایی که غالباً ماده رنگی ممکن است بقایای آبی رنگی در اطراف پوست پستان از خود بجا گذارد، بسیاری از جراحان استفاده از تکنسیوم را ترجیح می دهند و در صورتیکه این ماده در تعیین محل غده نگهبان با شکست مواجه گردد، از ماده رنگی استفاده می کنند.

## نتایج منفی کاذب در بیوپسی از غده نگهبان

مهمترین اشکال در روش بیوپسی از غده نگهبان، احتمال نتایج منفی کاذب آن است که تصور می شود غده نگهبان عاری از سرطان است حال آنکه غده لنفاوی حاوی سرطان، در پشت این غده واقع شده است. تحقیقات میزان نتایج منفی کاذب این روش را از ۱٪ تا ۱۱٪ تخمین می زنند. البته در مراکز مجهز و با وجود جراحان کارآمد، میزان این گونه نتایج به حداقل می رسد.

## وضعیت غده نگهبان در بیمار مبتلا به DCIS

DCIS نوعی سرطان پستان داخل مجرا است که به سیستم لنفاوی و یا گردش خون دست اندازی نمی کند. زمانی که غدد لنفاوی زیربغل در طی ماستکتومی که به دلیل DCIS انجام می گیرد، برداشته می شوند، در صفر تا ۴ درصد موارد غدد مثبت

شناسایی می شوند (غدد لنفاوی حاوی سلولهای سرطانی). با توجه به تعریف DCIS چگونه چنین چیزی ممکن است؟ چگونه سرطان به غدد لنفاوی نفوذ نموده است.

واقعیت آن است که تعداد کمی از سلولهای سرطانی، دیواره غدد شیری را در هم شکسته و به بافت اطراف دست اندازی می کنند که به این حالت «تهاجم های کوچک» می گویند. دیواره ای که توسط این سلولها در هم شکسته می شود، کمتر از ۲ میلی متر هستند که کوچکتر از سرسوزن است. چنانچه DCIS به وسیله بیوپسی سوزنی هسته ای تشخیص داده شده و شما قصد انجام ماستکتومی را داشته باشید، در این شرایط جراح پیشنهاد بیوپسی از غده نگهبان را مطرح خواهد نمود، که گاهی اوقات در طی ماستکتومی، سرطان مهاجم پیش بینی نشده ای یافت می شود، همچنان که این شرایط برای خانم ناتالی رخ داد. جراح خانم ناتالی برای اطمینان خاطر اقدام به بیوپسی از غده نگهبان نموده و زمانی که پاتولوژیست شواهدی دال بر وجود سرطان در غده لنفاوی یافت نمود، بیمار بسیار متعجب و حیرت زده شد، چرا که به نظر می رسید تنها مبتلا به DCIS باشد. در بریگهام و بیمارستان زنان ۲۰۰ مطالعه بر روی زنانی که بیوپسی هسته ای، تشخیص DCIS را در آنها تأیید نموده بود، انجام شد. پس از جراحی، پاتولوژیست ها اسلایدهای حاصل از ضایعات را از طریق میکروسکوپ به دقت مطالعه نمودند و در ۱۲٪ بیماران، یک سرطان مهاجم شناسایی گردید.

مطالعه ای که در سال ۱۹۸۹ در دانشگاه کالیفرنیا واقع در سانفرانسیسکو انجام گردید، این واقعیت را روشن ساخت که گاهی با وجود حضور یک سرطان مهاجم، روش های مرسوم ارزیابی در پاتولوژی که البته استاندارد نیز هستند، قادر به تشخیص این سرطان ها نیستند.

محققین ۱۱۵ نمونه ماستکتومی را که تصور می شد تنها مبتلا به DCIS هستند، بررسی کردند. هر نمونه به صورت قطعاتی شبیه نان برش داده شد و هر برش، جداگانه تحت مطالعه با اشعه X قرار گرفت. کلسیفیکاسیون ها یا سایر بی نظمی ها به دقت توسط میکروسکوپ و یا چندین اسلاید بررسی شدند. وقوع تهاجم های کوچک با توجه به اندازه نمونه ها متفاوت بود. به گونه ای که در نمونه های ۴۵ میلی متری یا کمتر از آن، صفر درصد، در نمونه های ۴۶ تا ۵۵ میلی متری ۱۷ درصد در نمونه های ۶ میلی متری یا بزرگتر از آن ۴۸ درصد بود و در بیماران مبتلا به DCIS که نمونه های آنان کمتر یا مساوی ۵۵ میلی متر بود، سلولهای سرطانی در غدد لنفاوی زیر بغل یافت نشد. از میان ۲۵ بیماری که نمونه های آنها ۵۶ میلیمتر یا بیشتر از آن بود، ۱۲ نفر (۴۸٪) حاوی تهاجم های کوچک و ۲ نفر (۱۷٪) دارای غدد لنفاوی مثبت بودند.

این مطالعه اظهار می کند که در موارد وسعت DCIS که بیمار ماستکتومی انجام می دهد، شرایط برای انجام بیوپسی از غده نگهبان فراهم می شود. بدلیل آن که پستان باید برای نقشه برداری از سیستم لنفاوی دست نخورده باقی بماند، ماستکتومی و بیوپسی از غده نگهبان باید طی یک عمل جراحی انجام شوند و چنانچه در برنامه درمانی، لامپکتومی مدنظر باشد، عجله ای برای ارزیابی غدد لنفاوی در همان زمان عمل نیست. معمولاً سرطان مهاجم در این شرایط شناسایی نخواهد شد اما چنانچه شناسایی شود، بیوپسی از غده نگهبان می تواند در خلال یک عمل جراحی دیگر صورت گیرد.

### بهبودی پس از جراحی

بهبودی در زنان مختلف با توجه به وسعت جراحی آنها متفاوت خواهد بود. با پزشک جراح خود در مورد شرایط و نگرانی های پس از عمل مشورت نمایید.

### احساس درد، پس از جراحی

درد، ارتباط تنگاتنگی با ذهنیت و شخصیت درونی فرد دارد، برخی از زنان پس از جراحی به داروهای ضد درد و یا کاهش دهنده درد نیاز پیدا می کنند. خانم ناتالی پس از انجام لامپکتومی احساس ناخوشایندی داشت و پس از آن تحت عمل دیگری برای بیوپسی از غده نگهبان قرار گرفت، این احساس شدت یافت؛ اما زمانی که عمل ماستکتومی را تجربه نمود، بسیار حیرت زده شد، چرا که درد کمی را احساس می نمود و بسیار خشنود بود از این که از داروهای ضددرد مخدر استفاده نمی کند. زنان دیگری نیز وجود دارند که به دلیل درد قابل توجه و احساس ناخوشایند ناشی از جراحی، حقیقتاً به داروهای ضددرد مخدر نیاز پیدا می کنند.



من غالباً به بیمارانم میگویم، الان (پس از عمل جراحی) زمانی است که باید احساس راحتی و آسایش کنید، نه اینکه در رنج و عذاب باشید، اگرچه درد فعالیت را دشواری می‌سازد، با این حال تحرک مناسب از قبیل پیاده روی و ورزش‌های کششی در حدی که پزشک به شما اجازه می‌دهد، در بهبود هر چه سریع‌تر و کامل‌تر شما کمک شایان توجهی خواهد نمود. زمانی که از بیمارستان ترخیص می‌شوید، داروهای ضد درد مخدر از قبیل استامینوفن ساده یا کدئین دار در اختیار شما گذاشته می‌شود، بدون نگرانی از احتمال اعتیاد به این داروها آنها را به منظور کاهش درد خود استفاده نمایید. برای به حداقل رساندن حالت تهوع ناشی از این داروها، آنها را پس از غذا مصرف نمایید. چنانچه این داروها مؤثر واقع نشوند و یا دچار حالت‌هایی از قبیل تهوع، استفراغ و سرگیجه شدید، با جراح خود تماس گرفته و او را مطلع سازید تا داروی دیگری را که عوارض جانبی کمتری برای شما دارد، تجویز نماید. این داروها (داورهای ضد درد مخدر) غالباً موجب یبوست می‌شوند، برای جلوگیری از این عارضه، میوه‌ها، سبزیجات و مواد غذایی سبوس دار و یا غذاهایی همچون سوپ یا آش (که حاوی غلات و حبوبات هستند) در برنامه غذایی خود جای دهید. مقادیر فراوانی مایعات بنوشید و از مالتین‌ها استفاده نمایید. همچنین این داروها می‌توانند شما را خواب‌آلود سازند و چنانچه وضعیت شما به گونه‌ای است که نیاز به هوشیاری دارید و در عین حال مجبور به استفاده از این داروها هستید، با جراح و یا پرستار خود در این زمینه صحبت کنید.

### رانندگی کردن

پس از مصرف این داروها (ضد دردهای مخدر)، از رانندگی کردن پرهیز نمایید. البته با توجه به جراحی که انجام داده‌اید، احتمالاً تا چندین هفته از رانندگی کردن منع می‌شوید، چرا که شما برای اینکار نیاز به حرکت آزادانه و واکنش سریع دارید و باید از هر گونه درد و یا ضعف جسمی به دور باشید.

### مراقبت از محل برش جراحی

پس از جراحی، محل عمل باید به وسیله یک پوشش استریل خشک پوشانده شود. پوست اطراف محل برش ممکن است سفت و ضخیم به نظر برسد، که البته طبیعی است. معمولاً پس از گذشت حدود ۳ هفته، برش بهبود یافته و شما می‌توانید آن ناحیه را با استفاده از پماد ویتامین E و یا پمادهای دیگری که در بازار موجود است و بجا ماندن آثار برش (جوشگاه) را به حداقل می‌رسانند، ماساژ دهید (رجوع به بخش ۸) در عرض چند هفته یا چندین ماه، محل جوشگاه رو به بهبودی می‌رود.

### مراقبت از درن

معمولاً در زمان ماستکتومی و یا خارج نمودن غدد لنفاوی زیر بغل، یک درن به منظور تخلیه مایع لنفاوی در محل جاگذاری شده و یک یا دو هفته بعد خارج می‌گردد (پس از عمل لامپکتومی و یا بیوپسی از غده نگهبان به درن نیازی نیست). پس از ترخیص از بیمارستان، هر زمانی که درن پر شد، باید آن را تخلیه نموده و مقدار مایع را یادداشت نمایید. این کار بهتر است در صبح و شبها قبل از خواب انجام گیرد. مرتب درن‌ها را چک نموده و مطمئن شوید که به طور کامل پر نشده‌اند (وقتی حجم مایع به یک سوم حجم درن رسید، باید آن را تخلیه نمود) بدیهی است که چنانچه در طی روز درن پر شود به دفعات بیشتری برای تخلیه آن نیاز است. نشستن بسیار کم در اطراف محل درن طبیعی است، اما اگر در مسیر مایع ناگهان انسداد رخ دهد تخلیه مایع متوقف شده و به میزان قابل توجهی نشستن در اطراف درن دیده می‌شود، در این حالت سعی کنید تیوپ درن را به اصلاح بدوشید. برای اینکار تیوپ را با یک دست محکم نزدیک پوست نگاه داشته و با دست دیگر آن را محکم بین انگشت شست و اشاره خود به سمت پایین فشار دهید (حالت دوشیدن شیر)، این عامل باعث رفع انسداد می‌شود. در صورت رخ دادن انسداد، این عمل را حداقل ۲ بار در روز انجام دهید تا زمانی که درن را خارج نمایند و چنانچه تخلیه مایع همچنان متوقف است، با جراح تماس گرفته و او را از موضوع آگاه نمایید.

مقدار مایع جمع شده در درن در طی ۲۴ ساعت به تدریج کاهش یافته و رنگ آن از قرمز تند به زرد متمایل به قرمز و نهایتاً به رنگ کهربایی تغییر می‌کند. زمانی که حجم مایع جمع شده در طی یک روز کمتر از یک اونس (۳۰ سی‌سی) باشد، می‌توان

درن را خارج نمود که اینکار توسط جراح صورت می گیرد. پس از آن که درن خارج شد، محل آن با یک گاز استریل کوچک به مدت یک یا دو روز پوشانده شده و شما می توانید پس از بهبود محل درن، خودتان گاز استریل را بردارید.

## تخلیه و تمیز کردن درن

برای اینکار از دستورات عمل زیر پیروی نمایید:

۱- یک ظرف اندازه گیری مدرج تهیه نمایید.

۲- دستان خود را شسته و خشک نمایید

۳- دریچه خروجی درن را بردارید و مایع را به درون ظرف مدرج بریزید.

۴- ظرف درن را در دستان خود گرفته و محکم فشار دهید تا تخلیه شود. سپس در خروجی را دوباره ببندید.

۵- مقدار مایع جمع شده را یادداشت نمایید.

۶- مایع را دور بریزید.

۷- ظرف اندازه گیری را شسته و خشک نمایید و آن را با کاغذی که مقدار مایع تخلیه شده را در آن یادداشت نموده اید در محل مناسبی قرار دهید.

## عوارض احتمالی ناشی از جراحی

جراحی های پستان ممکن است موجب عوارضی از قبیل موارد زیر شوند :

### \* عفونت در محل برش جراحی:

(که خود را به صورت قرمزی پوست، تورم و احساس ناخوشایند درد در آن ناحیه نشان می دهد) این عارضه باید با داروهای آنتی بیوتیک درمان شود. این پدیده به ندرت به اتاق عمل و شستشوی حفره جراحی نیاز پیدا می کند.

### برای مراقبت از عفونت چه باید کرد؟

در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر، برای اطمینان بیشتر با جراح خود تماس بگیرید:

-درجه حرارت بیش از ۱۰۱/۵ درجه فارنهایت (۳۸/۸ سانتیگراد)

-نشانه هایی از وجود عفونت از قبیل قرمزی، تورم با استشمام بوی نامطبوع از محل درناژ زخم

-علائمی از وجود هماتوم همچون کبودی و تورم

-شدت یافتن درد

-حالت تهوع و استفراغ

-درد در قفسه سینه، تند شدن جریان قلب و کندی تنفس

-حساسیت و یا درد در ناحیه

### \*هماتوم:

(تجمع خون در حفره جراحی) که می تواند موجب درد و ناراحتی و حالت کبودی شود و اگرچه معمول نیست، احتمال دارد بلافاصله پس از جراحی، یعنی زمانی که بیمار در اتاق ریکاوری (بهبود) به سر می برد و یا چند روز پس از آن اتفاق بیفتد. عموماً هماتوم ها از عروق خونی کوچکی به نام آرتریول منشاء می گیرند. دیواره آرتریول ها دارای فیبرهای عضلانی است که می توانند در حین جراحی منقبض شده و رگ را مسدود نمایند. چند ساعت پس از جراحی، هنگامی که فیبرهای عضلانی شروع به استراحت می کند، انتهای قطع شده آرتریول ها دوباره پاره شده و خونریزی می کنند. هماتوم های بزرگ به پیگیری جراحی نیاز پیدا کرده و جراح پس از تخلیه آنها اقدام به مسدود کردن منبع خونریزی می نماید.

\***سروها** : (تجمع مایع لنفاوی در حفره جراحی) که ایجاد درد و تورم بدون کبودشدگی می نماید. چنانچه این عارضه در فعالیتها روزمره خللی ایجاد کند، جراح می تواند به وسیله یک سوزن آن را تخلیه کند که این عمل در مطب پزشک قابل انجام است.

## اعصاب

اعصاب حسی پستان از اعصاب بین دنده ای است که از میان پستان عبور کرده و در پوست آن بخش می شوند. در طی ماستکتومی، بسیاری از این اعصاب قطع شده و حس آن ناحیه از سینه از دست می رود، البته احتمال آن هست که شما مجدداً حس خود را در نواحی لبه ها بدست آورید، جوشگاه تقریباً همیشه بدون حس باقی خواهد ماند.

در طی جراحی ناحیه زیربغل، اعصاب حسی اینترکوستال (بین دنده ای)، که از بین دنده ها آمده و حس ناحیه زیربغل و قسمت پشتی ناحیه فوقانی بازو را تأمین می کنند، غالباً قطع شده و حس این ناحیه از بین می رود. عصب سینه ای بلند (لانگ توراسیک) و یا عصب توراکودورسال (سینه ای پشتی) به ندرت قطع می شود. عصب توراسیک بلند شاخه هایی به عضله سراتوس قدامی داده و مسئول نگه داشتن استخوان کتف است، قطع این عصب موجب حالت بالی شکل شده و بیمار تا آخر عمر مبتلا به آپراتاکسی شانه خواهد بود. عصب توراکودورسال شاخه هایی به عضله لاتیسیموس دورسی می دهد که امکان چرخش شانه و حرکت بازو به داخل را فراهم می آورد که با قطع آن عملکرد شانه در راستای ذکر شده محدود می گردد.

## غیرقرینه بودن پستان ها

چنانچه دارای پستان ها بزرگی باشید، برداشتن یک پستان عدم تقارن شدیدی را ایجاد نموده و حفظ ستون فقرات در یک راستا با مشکل مواجه خواهد شد که نتیجه آن احساس درد در ناحیه کمر است. اگر تمایلی برای انجام جراحی بازسازی پستان خود ندارید؛ می توانید راجع به عملی که پستان دیگر شما را کوچکتر می کند فکر کنید.

## لنف ادم

عروق لنفاوی، مایع لنف را که حاوی پروتئین غنی، آب، چربی، باکتری و اجزاء سلولهای خونی فرسوده است، از ناحیه بازو به کانال های بزرگتری واقع در زیربغل و نهایتاً به سیستم گردش خون عمومی حمل می نماید. هنگامی که اعمال جراحی و یا رادیوتراپی، تغییراتی در این کانال ها ایجاد می کنند و برخی از آنها آسیب می بینند، کانال های باقیمانده برای تخلیه تمامی مایع لنف از بازو کافی نخواهند بود، این کانال ها در اطراف شانه متسع شده و فشار مایع لنف در آنها بالا می رود تا این کمبود ایجاد شده را جبران نمایند که اغلب اوقات این سیاست مفید واقع نشده و مایع لنفاوی در ناحیه بازو برگشت کرده و در آنجا تجمع می یابد، که نتیجه این امر ایجاد لنف ادم است، تورمی در بازو و دست که ۱۰ تا ۲۵ درصد زنان پس از برداشتن غدد لنفاوی زیربغل، گریبانگیر آن می شوند. طیف این عارضه از یک ناحیه کوچک تا یک بزرگ شدگی ناخوشایند و کاملاً واضح که بازو را ناتوان می سازد گسترده است. این عارضه ممکن است در مدت زمان کوتاهی پس از جراحی و یا حتی ماهها یا سالها پس از آن ظاهر شود. اگرچه لنف ادم ممکن است کوتاه مدت باشد، با این حال شرایطی وجود دارد که موجب کاهش یا افزایش شدت آن می شوند، به طور مثال خانم سوفیا زمانی لنف ادم را به صورت گذرا تجربه نمود که تعدادی جعبه و بسته را در طی اسباب کشی منزلش جابجا می کرد؛ در غیر این صورت این مشکل به ندرت پیش می آمد.

حوادث مکرری که موجب تورم و آسیب به بازو و دست شوند می توانند، التهاب، پوست ضخیم، چرم مانند و خشن ایجاد نموده و سبب سفت شدن بافت چربی زیر پوست گردند. برداشتن تعداد زیادی از غدد لنفاوی و رادیوتراپی ناحیه زیربغل، ریسک ایجاد لنف ادم را افزایش می دهد. به نظر می رسد چاقی نیز در این زمینه مؤثر باشد.

## کاهش ریسک خطر

با انجام بیوپسی از غده نگهبان، ریسک لنف ادم به حداقل می رسد. در این مورد با پزشک خود مشورت نمایید. چنانچه عمل برداشتن غدد لنفاوی زیربغل را انجام داده اید، راهکارهای زیر در پیشگیری از ایجاد لنف ادم ممکن است سودمند باشد.

**\*اجتناب از گرمای شدید و سوختگی:** کمتر در معرض آفتاب قرار گرفته و در هنگام تماس با نور خورشید از ضدآفتاب استفاده نمایید. از گرمای شدید آفتاب و یا استفاده از آب داغ در حین شستشوی ظروف و یا استحمام، پرهیز نمایید. بهتر است از سونا استفاده نکنید. این راهکارها می توانند تولید مایع لنف را به حداقل برسانند.

**\*محافظةت از پوست :** سعی کنید پوست خود را از آسیب های مختلف محافظت نمایید چرا که عفونت های مکرر ممکن است موجب باریک شدن عروق لنفاوی شود. برای استحمام کردن از صابون های ضدباکتری استفاده نمایید. مرطوب کننده هایی را که حساسیت کمی ایجاد می کنند (هیپوآلرژیک) در بازو و دستان خود استفاده کرده و پوست خود را مرطوب نگاه دارید (در ماه های زمستان ۲ بار در روز این عمل را انجام دهید). حین باغبانی و یا شستن ظرف ها از دستکش استفاده کرده و خود را از نیش حشرات و یا خراش حیوانات خانگی در امان نگه دارید، بخصوص گربه که ایجاد بیماری «خراش گربه» می نماید. برای رفع موهای زائد زیر بغل از موبهای الکتریکی، موم و یا لیزر استفاده کنید. چنانچه از تیغ برای اینکار استفاده می کنید، روبروی آینه ایستاده و مراقبت باشید به پوست آسیبی وارد نکنید. در هنگام مانیکور و یا پدیکور کردن ناخن ها، مراقب باشید کوتیکول ناخن بریده نشود. پوست خود را از بریدگی، سوختگی و یا خراش حفظ نمایید. از تزریق و یا رگ گیری در بازو جراحی شده بپرهیزید. ناحیه مذکور را با صابون های ضدباکتری شستشو داده و از پماد آنتی بیوتیک مانند باسیتراسین یا نئوسپورین در آنجا استفاده نموده و روی آن را با بانداژ بیوشانید. در صورت بروز علائمی همچون قرمزی، تورم و گرمی با پزشک خود تماس بگیرید زیرا ممکن است جهت درمان عفونت به آنتی بیوتیک نیاز پیدا کنید.

**\*کانال های لنفاوی را باز نگاه دارید:** چنانچه فشار زیادی بر کانال های لنفاوی وارد آید، ممکن است بر روی هم خوابیده و مسدود شوند. اگر به اندازه گیری فشار خون نیاز پیدا کردید، از بازوی دیگر خود استفاده نمایید. از پوشیدن لباسهای تنگ و بکاربردن جواهرات و اشیاء اضافی در ناحیه بازو و شانه و یا دستها پرهیز نمایید. به عنوان مثال از کیفهای سنگین، سینه بندهای تنگ و محکم، دستبند، بازوبند، ساعت یا حلقه های تنگ و یا پیراهن هایی که آستین تنگ دارند، استفاده نکنید.

**\*پرهیز از کشش عضله :** انجام ورزش های کششی و قدرتی پس از جراحی سینه دارای اهمیت زیادی است اما زمانی که بیمار غدد لنفاوی ناحیه زیر بغل را برداشته است باید محتاطانه و با قضاوت صحیح انجام شود. هدف، کمک نمودن به انبساط کانال های لنفاوی باقیمانده در شانه است تا جریان مایع لنف افزایش یافته را به سمت بازو کاهش داده و کانال های آن ناحیه بیش از اندازه حجیم نشوند. ورزش های کششی و پرتحرک بازو که جریان خون و تولید مایع لنف را افزایش می دهند، ممکن است به کانال های باقیمانده آسیب وارد کرده و موجب برگشت مایع لنف و ایجاد لنف ادم گردند. بنابراین، بهتر است بازوی خود را به صورت طبیعی حرکت داده و ورزش های سنگین انجام ندهید و همچنین اشیاء سنگین نیز حمل نکنید و چنانچه به انجام تمرین های ورزشی تمایل دارید، ابتدا عضلات خود را آماده و گرم کرده و از حرکات طولانی مدت و پشت سرهم پرهیز نمایید. با ورزشهای سبک شروع نموده و تمرین های نیازمند انرژی و تحرک فراوان را محدود کنید. چنانچه بازوی شما دچار درد شد، دراز کشیده و بازوی خود را بالاتر از سطح بدن قرار دهید.

## وزن سالم و متعادل

به نظر می رسد چاقی عامل ایجادکننده لنف باشد، بنابراین تشویق نمودن بیمار به اجرای یک برنامه غذایی جهت حفظ وزن سالم و متعادل، در کاهش این ریسک کمک کننده است (به فصل های ۱۱ و ۱۲ رجوع نمایید تا اطلاعات بیشتری در مورد ورزش و تغذیه به دست آورید).

## راهکارهای اضافی

استفاده از بازوبند هشداردهنده که پرسنل پزشکی را آگاه می کند تا از بازوی حساس جهت تزریق و یا اندازه گیری فشارخون استفاده نکنند، موثر است.

## درمان لنف ادم

پس از جراحی غدد لنفاوی، حتی در صورت کوچک ترین احساس تورم، سفتی و یا سنگینی در بازو، با جراح یا تیم پزشکی خود تماس بگیرید. چنانچه لنف ادم رخ دهد، مراقبت دقیقی از پوست جهت کاهش عفونت و مراقبت از عدم تغییرپذیری آن لازم است. یک دستکش بلند متراکم (فشارنده) ببوشید تا حمایت خارجی را برای سیستم لنفاوی فراهم نماید؛ بخصوص اگر قصد

انجام ورزش و یا کارهای سخت فیزیکی را دارید و یا می خواهید با هواپیما مسافرت نمایید. تخلیه منظم مایع لنف توسط یک فرد خبره که مستقیماً مایع را در جهت کانال های لنفاوی به جلو می راند، تخلیه لنفاوی دستی خوانده می شود، آن فرد به شما نشان خواهد داد که چگونه بانداژ فشاری را بر بازوی خود ببندید.

**منبع مورد استفاده : زندگی با سرطان پستان**

تألیف دکتر یوسفی-دکتر بدایت

انتشارات تیمورزاده ۱۳۸۶

تلفن : ۸۸۸۰۹۰۹۰-۸۸۹۵۱۱۱۲