

هوالشافی

سرطان پستان چیست؟

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

یکی از دلایل وجود اختلاف در درمان سرطان پستان، برداشتهای گوناگون از این بیماری است. در اواسط قرن نوزدهم که سرطان پستان برای اولین بار به عنوان یک بیماری علاج پذیر شناخته شد تصور می رفت که سرطان از پستان شروع شده، به طور مستمر رشد کرده و مستقیماً به غدد لنفاوی، ریه یا کبد می رود. کسی متوجه نبود که سرطان از راه لنف (مجراهائی که Lymph را در سراسر بدن به گردش در می آورد) یا جریان خون منتشر می شود. در آن زمان زمانی که با سرطان پستان به پزشک مراجعه می کردند، غالباً غده های بزرگی داشتند که قسمت عمده پستان را فرا گرفته و قبلاً به کبد یا اعضای دیگر سرایت کرده بود، و این سؤال هم به فکر پزشکان نمی رسید که سرطان چگونه به اعضای دیگر راه یافته است. زنان نجیب و شرافتمند جز در مواقع استحمام و پوشیدن لباس، سینه های خود را لمس نمی کردند و از همین رو وجود هیچ غده ای قبل از آنکه به قدر کافی بزرگ شود گزارش نمی شد.

در اواخر قرن نوزدهم که پزشکان به اهمیت سیستم جریان خون پی بردند، نظریه پیشرفت مستمر و مستقیم سرطان کنار گذاشته شد. در همان موقع یک جراح آلمانی به نام Van Wolkman نشان داد که سرطان تنها به طور مستقیم منتشر نمی شود، بلکه از راه جریان لنف نیز به اعضای دیگر سرایت می کند. به این ترتیب پزشکان متقاعد شدند که سرطان از پستان آغاز می گردد به مرور بزرگ می شود، سلول به سلول به غدد لنفاوی راه می یابد و آنگاه به آخرین غده لنفاوی رسید به سرعت به قسمتهای دیگر بدن می رود. بر اساس این استدلال آنها نتیجه گرفتند که برای از بین بردن تومور و غده های لنفاوی مجاور پستان لازم است علاوه بر پستان و عضلات دیواره سینه، تمام غده های لنفاوی را نیز، مورد عمل جراحی قرار دهند. در دهه ۱۸۹۰ در انگلستان Wilam Stuart Halsied جراحی ماستکتومی رادیکال را (که اولین بار در سال ۱۸۵۷ توسط انجام شده بود) Charles Moore در بیمارستان جان هاپکینز آمریکا به اجرا درآورد و در مواردی که جراحی او با شکست روبرو شد تصور کرد که عمل انجام شده به قدر کافی گسترده نبوده است. به این ترتیب هالستد برداشتن غده های لنفاوی فوق استخوان ترقوه را آغاز کرد.

Sampson Hanley نیز در لندن برای دست یافتن به غده های شیری تحتانی، برداشتن قسمتی از استخوان سینه و دنده ها را لازم دانست. با این که هیچکدام از روش های جراحی رادیکال نقشی در افزایش طول عمر بیماران ایفا نکرد ولی هر دو روش متداول شد و هنوز هم در بعضی از موارد، مورد استفاده قرار می گیرد. وقتی گسترده تر کردن عمل جراحی کمکی به زنده ماندن بیماران نکرد این فکر به وجود آمد که ممکن است زمان عامل کلیدی مسأله باشد و اگر عمل جراحی بلافاصله انجام نشود احتمالاً سرطان از غدد لنفاوی به قسمت های دیگر بدن سرایت کند و بیمار از دست برود. این موضوع زیر بنای اعتقادی شد که سالهای بسیار کم و بیش به اعتبار خود باقی بود: به دنبال عمل نمونه برداری و بررسی یک قسمت منجد شده باید در صورت مشاهده سرطان، عمل ماستکتومی رادیکال را بدون فوت وقت انجام داد.

از همان اوایل دهه ۱۹۳۰، منتقدان نارضایتی خود را از ماستکتومی رادیکال اعلام کردند. ماستکتومی رادیکال برای بیمارانی که سرطان آنها منتشر شده بود هیچ فایده ای در برداشتن و برای ضایعات اولیه و کوچک هم بیش از اندازه بزرگ بود. تا اینکه Geoffrey Keynes در انگلستان و R. Mc Wirtter در اسکاتلند عمل های جراحی کوچک تر همراه با اشعه درمانی را مورد مطالعه قرار دادند.

در سال‌های ۱۹۴۰ نیز W. H. Dyson , D.H.Patey در پاسخ به مطالعات آناتومیکی بر J. H. Grayy روی لنفاتیکیهای پستان، به بحث درباره‌ی عملی پرداختند که در وسعت کمتری تنها شامل پستان و غدد لنفاوی اطراف آن می‌شد و عضلات سینه را بطور دست نخورده باقی می‌گذاشت. این روش Modified Radical Mastectomy نام گذاری شد.

علیرغم گزارش‌های خوبی که از انگلستان می‌رسید، جراحان امریکائی در انجام جراحی‌های کوچک‌تر حرکت سریعی از خود نشان ندادند، اما به مرور که زنان تحصیلکرده از پیشرفت‌های جدید در این زمینه آگاهی یافتند از پزیشان خود خواستند عمل‌هایی را که با تغییر شکل ظاهری کمتری همراه بود انجام دهند. بعدها مطالعاتی که برای مقایسه‌ی نتیجه‌ی دو روش ماستکتومی رادیکال و ماستکتومی محدود انجام شد، از نظر آمار زنده ماندن بیماران یا برگشت موی سرطان، هیچ تفاوتی را نشان نداد. به این ترتیب تا اواسط دهه‌ی ۱۹۷۰، ماستکتومی محدود در بسیاری از بیمارستانها جانشین ماستکتومی رادیکال شد. این روش گرچه آسیب کمتری به شکل ظاهری اندام زنان وارد می‌کرد اما هنوز از نظر آمار افرادی که از چنگال مرگ نجات یافتند پیشرفتی نداشت.

همزمان پیشگامانی چون Oliver Cope در بوستون و George Grile Jr در کیولند اصرار داشتند عمل‌هایی را انجام دهند که آسیب‌های باز هم کمتری به اندام زنان وارد کند. به همین دلیل آنها دست به آزمایش ماستکتومی‌های جزئی همراه با اشعه درمانی یا بدون آن زدند، اما تحول واقعی زمانی به وقوع پیوست که Bernard Fisher از پیتزبورگ تئوری دیگری را مطرح کرد. او تحقیقات جاری و از جمله پژوهش‌های J.Greshen – Cohen را که برای مشاهده‌ی سرعت رشد سرطان سینه، متاستازهای آن (یعنی عضوهای را که به آنها سریت کرده بود) را در زمانی نسبتاً طولانی بررسی کرده بود مطالعه کرد و توانست زمان متوسط لازم برای دو برابر شدن تعداد سلول‌های سرطانی را محاسبه کند. او دانست که تقریباً صد روز طول می‌کشد تا اولین سلول سرطانی به دو سلول، دو سلول به چهار سلول، چهار سلول به هشت سلول و ... تبدیل شود و حدود صد میلیون سلول لازم است که یک توده‌ی یک سانتی متری را تشکیل دهد. بنابراین بیشتر سرطان‌ها حدود هشت سال قبل از آنکه در ماموگرام دیده شوند و ده سال قبل از آنکه بصورت یک توده‌ی قابل لمس در آیند به وجود می‌آیند.

البته این یک قانون کلی نیست، بعضی از سرطان‌ها سریع‌تر و بعضی کندتر رشد می‌کنند. همچنین ممکن است که یک سرطان به صورت جهش رشد کند، یعنی در یک مرحله رشد کند، بعد متوقف شود و دوباره با شدت بیشتری به رشد خود ادامه دهد، اما بدون توجه به روند آن، باید دانست که یک سرطان قبل از کشف شدن سالهای زیادی فرصت دارد که به صورت میکروسکوپی منتشر گردد. به این ترتیب Fisher نتیجه‌گیری کرد که بیرون آوردن غده‌های لنفاوی در مرحله‌ای که سرطان تشخیص داده شده است کمکی به زنده ماندن بیمار نمی‌کند و زنده ماندن بیمار به سیستم مقاومت بدن او و نحوه‌ی ایستادگی آن در برابر سلول‌های سرطانی که قبلاً از سینه منتشر شده بستگی دارد. برای مطالعه‌ی این موضوع Fisher یک پروسه‌ی تحقیقاتی را در سال ۱۹۷۱ طرح ریزی کرد و به دنبال آن زنان را بر اساس یک انتخاب تصادفی به سه گروه درمانی تقسیم نمود.

گروه اول تحت عمل ماستکتومی رادیکال، گروه دوم تحت عمل ماستکتومی ساده همراه با اشعه درمانی و گروه سوم تحت عمل ماستکتومی ساده که کاری با غده‌های لنفاوی نداشت قرار گرفتند. بعد از پانزده سال آمار نجات یافتگان هر سه گروه برابر بود. بعدها گفته شد که مطالعات فیشر به اندازه‌ای که بتواند تفاوت‌های کوچک ناشی از برداشتن غده‌های لنفاوی را در آمار مربوط به نجات بیماران نشان دهد گسترده نبوده است. با این حال منتقدین گمان می‌کنند که اگر برداشتن غده‌های لنفاوی در هنگام عمل جراحی منافی در برداشته باشد، تنها هفت درصد از زنان ممکن است که از آن بهره‌مند گردند.

هر چند که موضوع انتشار سرطان در مراحل کاملاً اولیه، تا حدی ناامید کننده است اما از جهت دیگر نشان می‌دهد که ضرورت انجام ماستکتومی بلافاصله بعد از تشخیص نیز تصور بیهوده‌ای است. باعمل ماستکتومی نمی‌توان مانع انتشار سرطان شد، چون به احتمال بسیار قوی این کار قبلاً صورت گرفته است و اگر سرطانی در طی ده سال گذشته منتشر نشده باشد دلیلی وجود ندارد که در نیم ساعت آینده ناگهان شروع به فعالیت کند. این تحقیق راه

دیگری را برای جستجوی درمان سرطان پستان گشود. راهی که عملی کوچکتر از ماستکتومی را ایجاب می‌کرد و در عین حال اهمیت نوعی درمان سیستماتیک را علاوه بر درمان‌های موضعی نشان می‌داد.

وقتی ما برای اولین بار با سرطان پستان روبرو می‌شویم سؤالی که باید مطرح گردد راه یافتن سلولهای سرطانی به بیرون از پستان نیست، بلکه موضوع مهم قدرت مقابله بدن با سلول‌هایی است که احتمالاً به بیرون نفوذ کرده‌اند. ما از چند راه می‌توانیم این مسأله را تشخیص دهیم. یکی از آنها معاینه و کنترل اعضائی است که سرطان پستان تمایل سرایت به آنها را دارد. سرطان‌های مختلف ظاهراً میل خاصی به بعضی از اعضای بدن دارند و سلول‌های سرطان پستان هر چند که به همه جای بدن می‌توانند بروند اما بیشتر به سمت ریه‌ها، کبد و استخوانها کشیده می‌شوند.

در سرطان‌های بسیار بزرگ، ما آزمایشات درجه بندی را بر روی این سه عضو انجام می‌دهیم. غده‌های لنفاوی را برای مشاهده علائم انتشار میکروسکوپی سرطان، و تومور را برای پیدا کردن خواص پیشروندگی آن بررسی می‌کنیم. خوب، بعد از دستیابی به این اطلاعات چه باید کرد؟ پاسخ این سؤال همان چیزی است که برخورد ما را با سرطان پستان بکلی متحول کرده است. اگر به هر دلیل تصور کنیم که ممکن است بیمار سلول‌های سرطانی را در هر جایی از بدن خود داشته باشد و بدن او قادر به از بین بردن آنها نباشد، ما درمان سیستماتیک یا درمان هورمونی را به او تجویز می‌کنیم. این درمان‌ها شامل داروهائی می‌شود که بصورت تزریقی یا خوراکی به بیمار داده شود و پس از وارد شدن به جریان خون در تمام بدن به گردش در می‌آید و به همه جاهائی که ممکن است سلول‌های سرطانی در آن وجود داشته باشند می‌رود و سعی می‌کند که آنها را از بین ببرد. جراحی تنها می‌تواند کانون بزرگ سرطانی را از پستان خارج کند اما با وجود سلولی که از پستان خارج شده و دور از دسترس سیستم مقاومت بدن در جای دیگری جایگزین شده است، گسترده‌ترین جراحی ماستکتومی نیز نمی‌تواند مانع از برگشت بیماری بشود، چون سلول مهاجر تکثیر شده و سرطان رشد خواهد کرد. استفاده از اشعه نیز یک درمان موضعی است که فقط می‌تواند محل جراحی شده را از سلول‌های سرطانی پراکنده پاک کند و به سلول‌هایی که محل خود را ترک کرده‌اند دسترسی ندارد. اگر ما درمان سیستماتیک را لازم تشخیص بدهیم داروهائی را انتخاب می‌کنیم که بر روی سلول‌های سرطان پستان تأثیرگذار باشد و بعد روی درمان موضعی نیز تصمیم‌گیری می‌کنیم تا بگوئیم که چه تلفیقی از جراحی و اشعه می‌تواند بیشترین تأثیر را داشته باشد. این تصمیمات هر دو بسیار مهم هستند.

تشخیص بموقع

آیا زانی هستند که بتوان سرطان پستان آنها را در مرحله ابتدائی قبل از آنکه هر گونه متاستازی صورت گرفته باشد تشخیص داد؟ هنوز بحث و منازعات بسیاری بر سر این موضوع در جریان است.

یک تصور عمومی غلط بر این باور متکی است که همه سرطان‌ها از یک روند رشد یکنواخت و مشخص تبعیت می‌کند، یعنی از غده‌ای که به اندازه یک دانه شن است آغاز می‌شوند و کم کم تا اندازه یک لوبیا، یک حبه انگور، یک گردو، یک لیمو و بالاخره یک گریپ فروت رشد می‌کند، بطوری که اگر کسی سینه‌های خود را مرتب معاینه کند و آن غده را زمانی که هنوز خیلی کوچک است کشف نماید می‌تواند از مرگ نجات یابد. متأسفانه مسأله به این شکل نیست. چیزی که ما به وسیله ماموگرافی مشاهده یا هنگام معاینه لمس می‌کنیم خود سلول‌های سرطانی نیست، بلکه واکنشی است که بدن در مقابل سلول‌های سرطانی از خود نشان می‌دهد. تا زمانی که توده سلول‌های سرطانی به یک حد خطرناک نرسد آن واکنش شکل نمی‌گیرد و آن حد خطرناک در اشخاص و در سرطان‌های مختلف متفاوت است. بعضی از سرطان‌ها با وجود اینکه خیلی کوچک هستند واکنشی شدید و گسترده ایجاد می‌کنند. در نتیجه زودتر احساس می‌شوند، در حالی که سرطان‌های دیگر کاملاً بزرگ می‌شوند بی آنکه واکنشی در اطراف آنها شکل بگیرد.

یکی از راههای درک این موضوع، مقایسه آن با یکی از مسائل بهداشت روانی است. یک شخص عصبی ساکت و منزوی ممکن است علی‌رغم حضور در یک جمع توجه هیچ کس را بخود جلب نکند. در حالی که یک شخص عصبی پرخاشگر در میان همان جمعیت بلافاصله مورد توجه قرار می‌گیرد. با وجود آنکه اختلال روانی هر دو فرد به یک اندازه است ولی یکی از قابلیت رویت بیشتری برخوردار می‌باشد.

بنابراین فکر اینکه بتوان همیشه سرطان را در مرحله‌ای کشف کرد که کوچک و ابتدائی است در واقع درست نیست. اگر زنی شانس بیاورد سرطان او علی‌رغم کوچک بودن واکنش شدیدی ایجاد می‌کند و زودتر کشف می‌شود، اما سرطان زن دیگر ممکن است تا زمانی که کاملاً بزرگ نشده هیچ واکنشی را تحریک نکند. تصور اینکه تشخیص سریع و به موقع می‌تواند شخص را از خطر مرگ ناشی از سرطان برهاند باعث می‌شود افراد بی‌آنکه مقصر باشند خود را به علت سهل انگاری و عدم معاینات شخصی منظم ملامت کنند.

به همان دلیل ماموگرافی یا پزیشک را هم نمی‌توان به نداشتن دقت کافی متهم کرد. ماموگرافی و اغلب تکنیکهای تصویری برای تشخیص یک تومور به همان واکنشهای محیطی متکی هستند. بعضی از تومورهای در مرحله ابتدائی روی صفحه ماموگرام ظاهر می‌شوند و بعضی دیگر نمی‌شوند. اغلب زنانی به مطب من مراجعه می‌کنند که تنها به وسیله ماموگرافی متوجه وجود تومور در پستان خود شده‌اند. بعد از عمل یک تومور متوسط که غده‌های لنفاوی را نیز آلوده کرده است به دست می‌آید. بیمار سؤال می‌کند که چرا تومور او زودتر کشف نشده است؟ باید گفت که زودترین زمان ممکن برای مشاهده تومور همان وقت بوده است، ولی آیا کشف تومور در این موقعیت می‌تواند مانع از به خطر افتادن زندگی او بشود؟ پاسخ آشکاری در این باره وجود ندارد.

در اینجا ما با تصور غلط دیگری نیز روبرو می‌شویم. بسیاری از مردم فکر می‌کنند که خطرناک بودن تومور تنها به اندازه آن بستگی دارد. در مجموع آنها حق دارند، چون احتمال آنکه تومورهای کوچکتر سلول‌های سرطانی را به بیرون پخش کرده باشند کمتر است، اما عوامل دیگری نیز وجود دارند که بر روند بیماری تأثیر می‌گذارد. تهاجمی بودن سرطان یک عامل مهم است و احتمال دارد که یک سرطان خیلی کوچک قبلاً منتشر شده باشد. سی درصد سرطان‌های پستان که با ماموگرافی تشخیص داده شده، ولی هنوز به عنوان یک غده قابل لمس نیستند، به غدد لنفاوی راه یافته‌اند. از طرف دیگر سرطان‌هایی هم وجود دارند که ابتدا به صورت یک غده بزرگ تشخیص داده شده اما هنوز منتشر نشده‌اند.

مسئله مهم دیگر قابلیت سیستم ایمنی بدن یک زن در مقابله با سرطان است. متأسفانه ماهنوز راهی برای سنجش میزان مقاومت بدن نداریم.

بنابراین تشخیص‌های اولیه همیشه کارساز نیست. اما به نظر می‌رسد که حداقل برای گروه خاصی از زنان مؤثر باشد. ماموگرافی نشان داده است که می‌تواند میزان معالجه و نجات بیماران بالای پنجاه سال را تا ۳۰ درصد افزایش دهد. در نتیجه کشف زودهنگام سرطان این زنان در مراحل ابتدائی برای آنها مؤثر بوده است. شاید بتوان چنین تعبیر کرد که سرطان قبل از آنکه بتواند به اعضای دیگر راه یابد، باید به وضعیت خاصی برسد و یا اینکه متاستاز زمانی واقعیت می‌یابد که تعداد سلول‌های سرطانی در جریان خون از حد مشخصی بگذرد و سیستم ایمنی بدن دیگر از عهده مقابله با آنها بر نیاید. هنوز شواهد علمی کافی از این موضوع در دسترس ما نیست، اما من شخصاً نظریه دوم را ترجیح می‌دهم. به نظر من همه سرطانهای پستان قبل از آنکه به مرحله تشخیص برسند منتشر شده‌اند، اما سرطانهای کوچکتر احتمالاً سلولهای کمتری به جریان خون وارد کرده‌اند و سرطانهای مهاجم در مقایسه با سرطانهایی که کندتر رشد می‌کنند سلول‌های بیشتری به اطراف فرستاده‌اند.

بنابراین در مراحل ابتدائی اگر سرطان کوچک و غیر مهاجم باشد بدن می‌تواند همه سلول‌هایی را که از غده سرطانی به بیرون راه یافته است از بین ببرد و سرطان تنها بایک درمان موضعی قابل معالجه باشد.

بعضی از سرطان‌های پستان علی‌رغم اینکه انتشار میکروسکوپی داشته‌اند معالجه می‌شوند. اینکار به نیروی تهاجمی تومور، سیستم ایمنی بدنی که غده سرطانی در آن به وجود آمده و درجه حساسیت سلولهای تومور به داروهای شیمیائی بستگی دارد. در بسیاری از موارد، بیمار واقعاً معالجه می‌شود؛ اما مسئله آن است که ما هرگز نمی‌توانیم از موفقیت خود در معالجه بیمار اطمینان حاصل کنیم. تنها زمانی این موضوع حقیقت پیدا می‌کند که زنی با سابقه سرطان پستان پنجاه سال دیگر زندگی کند و در نهایت با عارضه دیگری مثل سکته قلبی از دنیا برود. تنها در این صورت است که پیروزی او بر سرطان پستان قطعیت پیدا می‌کند.

خطر سرطان به چگونگی توازن قوا بین سرطان و سیستم ایمنی بدن بستگی دارد. معالجات مابین اساس بر هم زدن این توازن به نفع سیستم ایمنی بدن پایه ریزی شده است که می‌تواند با موضوع عفونت و باکتری‌ها مقایسه شود. در زمانهای قدیم قبل از آنکه آنتی‌بیوتیک‌ها کشف شوند، بیماری ذات‌الریه بیشتر مبتلا شوندگان، ولی نه همه آنها را به کام مرگ می‌کشید. بسیاری از قربانیان جان خود را از دست می‌دادند اما تعداد دیگری هم بودند که تب آنها بعد از سپری شدن مرحله بحرانی مرض نزول می‌کرد و بهبود می‌یافتند. بازماندگان افرادی بودند که بدن آنها از جنگ باکتری‌ها پیروز بیرون می‌آمد. سیستم ایمنی بدن حتی بعد از کشف آنتی‌بیوتیک‌ها نیز نقش خود را از دست نداد، چون آنتی‌بیوتیک‌ها همه باکتری‌ها را از بین نمی‌برند، بلکه تعداد آنها را به حدی کاهش می‌دهند که سیستم ایمنی بدن بتواند بر آنها مسلط شود.

جراحی و اشعه درمانی نیز از حجم سلول‌های سرطانی می‌کاهند، اما همه سلول‌های میکروسکوپی را نابود نمی‌کنند. برای از بین بردن سلول‌های میکروسکوپی استفاده از شیمی‌درمانی مؤثرتر است، اما شاید شیمی‌درمانی هم نتواند همه آنها را از بین ببرد. تنها امید ما آن است که شیمی‌درمانی آن مقدار از سلول‌های میکروسکوپی را نابود کند که سیستم ایمنی بدن بتواند از عهده باقی مانده سلول‌ها برآید.

قدم منطقی بعدی، پیدا کردن راهی برای تحریک و تهییج سیستم ایمنی بدن است. تحقیقات زیادی در این باره در جریان است ولی هنوز راه قابل اعتمادی که بتواند شامل همه بیماران شود شناخته نشده است. بسیاری از روش‌های درمانی مکمل مثل مدیتیشن، رژیم‌های خاص غذایی، گیاه‌درمانی، تقویت روحیه مذهبی، تکنیک‌های تفکر مثبت یا تمرکز فکر رو شهایی هستند که طرفدارانشان امیدوارند در تقویت سیستم ایمنی بدن برای مقابله با سرطان مؤثر باشند. از دیدگاه تئوری این روش‌ها ممکن است که در کنار شیمی‌درمانی عملکرد خوبی داشته باشند و در حالی که داروهای شیمیایی سلول‌های سرطانی را نابود می‌کنند، آنها نیروهای جنگجوی بدن را تقویت و محافظت نمایند. هر چند که هیچ دلیل علمی برای اینکار وجود ندارد اما از روی تجربیات شخصی خود احساس می‌کنم که نقش آنها در نیرومندتر کردن یک زن و مسئولیت دادن به او در مراقبت از خویش اگر مفید هم نباشد حداقل نیروبخش است، اما عکس این مسئله که استرس و فشار روانی موجب از بین رفتن سیستم ایمنی بدن می‌شود و قدرت بدن را برای مبارزه با سلول‌های سرطانی کاهش می‌دهد هنوز محتاج مطالعه و تحقیق است.

بر خلاف سرطان‌های دیگر، احتمال برگشت سرطان پستان در افرادی که پنج سال را بدون برگشت بیماری سپری کرده‌اند هنوز وجود دارد. از جایی که رشد سرطان پستان اغلب به کندی صورت می‌گیرد، احتمال دارد که سرطان به قسمتهای دیگر بدن راه یافته ولی تا ده یا بیست سال دیگر مخفی بماند. البته باگذشت زمان احتمال برگشت سرطان پستان ضعیف‌تر و معالجه آن در صورت بروز امکان پذیرتر می‌شود. زنان بسیاری با وجود داشتن سرطان پستان از عمر طبیعی و طولانی برخوردار می‌شوند هر چند که حقیقت این موضوع برای هر فرد زمانی روشن می‌شود که بتواند در سنین پیری نگاهی به گذشته خود بیندازد. بنابراین عاقلانه‌تر است که سرطان پستان را از چند جهت به امراضی چون فشار خون بالا، دیابت یا آسم که همیشه در طول زندگی انسان وجود دارند مقایسه نمود و به خاطر سپرد که مثل امراض مزمن دیگر می‌توان در کنار آن زندگی کرد.

مابه‌پیشرفت‌های زیادی رسیده‌ایم. اگر شما تمام زنان زیر شصت و پنج سال را در نظر بگیرید، میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در میان آنها ۶٪ کاهش یافته است؛ چون این گروه بیشترین نتیجه را از شیمی‌درمانی می‌گیرند. در زنان مبتلا به سرطان پستان زیر پنجاه سال که هنوز یائسه نشده‌اند کاهش میزان مرگ و میر به مراتب چشمگیرتر و تا میزان ۱۱٪ است و بیشترین کاهش در حدود ۱۳٪. و متعلق به زنان جوان‌تر سفید پوست می‌باشد. موفقیت‌های ما البته یکسان نیستند. میزان مرگ و میر در زنان سیاهپوست آمریکائی که زیر سن یائسگی هستند، ۲/۵٪ بدتر از آن، در طول هفده سال گذشته در زنان سیاهپوست آمریکائی یائسه ۲۲٪ افزایش داشته است. سهم بزرگی از این افزایش ناشی از عدم دسترسی به مراقبت‌های سلامتی است ولی ممکن است که عوامل بیولوژیکی ناشناخته دیگر نیز در موضوع دخالت داشته باشند.

تکنیکهای بیماریابی و همچنین درمانهای سیستماتیک جدید تا حدی مفید واقع شده‌اند اما جواب مسأله درمان سرطان پستان زمانی پیدا می‌شود که از راهی که هنوز برای ما ناشناخته است بتوانیم از بروز بیماری جلوگیری کنیم.

شاید توضیح دادن بعضی از واژه‌های مربوط به سرطان پستان که اغلب مردم را دچار اشتباه می‌کنند و در اینجا مفید باشد (در واژه نامه آخر کتاب این لغات به اضافه لغات دیگر توضیح داده شده‌اند). پیش از همه، کلمه متاستاز به پخش شدن سرطان در یک عضو دیگر گفته می‌شود. گاهی ما انتشار سلولها در غده‌های لنفاوی را نیز متاستاز می‌نامیم که منظور از آن راه یافتن سلولهای سرطانی به جریان خون می‌باشد، ولی سرطانی که به غده‌های لنفاوی متاستاز داده است متفاوت از سرطانی است که در عضوه‌های دیگر پخش شده است. اگر ما احتمال بدهیم که سلول‌هایی در عضوه‌های دیگر پخش شده‌اند اما کوچکتر از آن هستند که حتی توسط تکنیکهای مدرن امروزی قابل شناسایی باشند آنها را میکرومتاستاز می‌نامیم.

اگر سرطان پستان بعد از اتمام دوره درمان دوباره در محل خود یا در عضو دیگری ظاهر شود می‌گوئیم که بیماری برگشت کرده است. برگشت سرطان در نقطه دیگری از بدن به ندرت قابل معالجه است ولی ممکن است که تا مدتی در حالت رکود باقی بماند. رکود در واقع کند شدن روند رشد سرطان برای مدتی محدود است که این مدت محدود می‌تواند از چند ماه تا چندین سال متغیر باشد.

و بالاخره معالجاتی که علاوه بر درمان‌های موضعی برای سرطان‌های اولیه منظور می‌شود درمان‌های کمک کننده نام دارد که متفاوت از معالجات متاستاتیک می‌باشد.

منبع مورد استفاده: سرطان پستان- ترانه ناظری- مؤسسه فرهنگی نور دانش- ۱۳۷۷- تلفن ۶۶۴۱۷۳۰۸