

## هُوالشافی

# سرطان پستان

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

سرطان پستان در ایالات متحده آمریکا بیشترین شیوع را در میان زنان (به جز سرطان های پوستی) داشته و پس از سرطان ریه، شایع ترین علت منجر شونده به مرگ در میان زنان می باشد. مردان نیز می توانند مبتلا به این نوع سرطان گردند ولی بروز سرطان پستان در مردان امری نادر بوده، به طوری که کمتر از ۱٪ تمامی سرطان های پستان، در مردان روی می دهد.

در صورتی که سرطان پستان در زنان تشخیص داده شود، میزان بهبودی و درمان پذیری بسیار بالایی خواهد داشت، به طوری که نزدیک به ۹۸٪ سرطان های تشخیص داده شده موضعی پستان در زنان، پس از تشخیص، میزان بقایی ۵ ساله خواهند داشت.

حتی، در صورتی که کانسر پستان در مراحل پیشرفته تری تشخیص داده شوند، درمانهای جدید، افق روشنی از زندگی را همانند زندگی قبل از تشخیص سرطان در آنها پدیدار کرده است.

پستان عمدتاً از بافت چربی تشکیل یافته است. در داخل این بافت، شبکه ای از لوب ها که از ساختارهای لوله ای باریکی به نام لوبول ها که محتوی غدد مترشحه شیری هستند، تشکیل یافته اند، وجود دارد. این مجاری باریک وظیفه اتصال غدد، لوبول ها و لوب ها به یکدیگر و نیز انتقال شیر از لوب ها به نیپل، که در قسمت میانی آرنول (ناحیه تیره ای که اطراف نوک پستان "نیپل" را احاطه کرده است) قرار گرفته است را دارند. عروق لنفاوی نیز در نهایت به غدد لنفاوی ختم می گردد.

در حدود ۹۰٪ تمامی سرطانهای پستان از مجاری (داکت) یا لوب ها منشأ می گیرد. در حدود ۷۵٪ تمامی سرطانهای پستانی از سلولهای واقع در مجاری شیری بوده که با عنوان کارسینوم های داکتال نامیده می شوند. همچنین، کانسرهای پستانی که از لوبول ها منشأ می گیرند، با عنوان کارسینوم لوبولار شناخته می شوند. کارسینوم لوبولار، شانس زیادی جهت بروز دو طرفه، در زمان تشخیص و یا در آینده، دارد.

در صورتی که بیماری به خارج از داکت ها (مجاری) و به بافتهای اطراف گسترش یابد به عنوان کارسینوم داکتال مهاجم و یا انفیلتران نامیده میشود. همچنین در صورتی که بیماری به خارج لوبول ها گسترش یابد، به عنوان کارسینوم لوبولر مهاجم و یا انفیلتران شناخته می شود. سرطانی که گسترش نیافته نیز به عنوان کارسینوم در جا "in situ" نامیده می گردد. سیرکارسینوم در جا (in situ) بستگی به آن دارد که نوع آن کارسینوم در جای لوبولر (LCIS) باشد و یا داکتال (DCIS).

در حال حاضر، متخصصین آنکولوژی در ارتباط با DCIS، که بخش اعظم کانسر های پستانی در جا را شامل می گردد، بر این عقیده هستند که این نوع کانسرها را باید جهت ممانعت از تبدیل به یک کانسر پستانی مهاجم و انتشار آن به سایر بخشهای پستانی یا سایر نقاط بدن، تحت عمل جراحی خارج سازی توده مزبور قرار داد.

علاوه بر جراحی، رادیو تراپی و درمان هورمونی نیز ممکن است جهت مبتلایان به DCIS توصیه گردد. LCIS، اغلب تنها پیگیری شده و نیاز به درمان مستقیم ندارد. در هر صورت صرفنظر از نوع کانسر در جا (DCIS و یا LCIS) بسیاری از پزشکان استفاده از هورمون درمانی را جهت ممانعت از پیشرفت LCIS و یا DCIS به سمت کانسر پستان مهاجم، پیشنهاد و توصیه می کنند.

سایر انواع کمتر شایع کانسر پستان عبارتست از: کانسرهای پستانی مدولری، موسینوس، توبولار، متاپلاستیک و یا پایلاری.

کانسر التهابی پستان یک نوع کانسر با رشد سریع بوده که در حدود ۱-۳٪ تمامی سرطانهای پستانی را شامل می شود. این نوع کانسر ممکن است به دلیل تورم و قرمزی پوست پستان با عفونت پستانی اشتباه تشخیص داده شود. بیماری پاژه نیز نوعی کانسر در جا بوده که می تواند از مجاری (داکت ها) نیپل منشأ گیرند.

این نوع کانسر ممکن است از یک سلول ژنتیکی منفرد غیر طبیعی آغاز گردد. به مرور زمان، این سلول تقسیم گشته و توده تومورال همراه با عروق خونرسانی دهنده به آن را که سبب رشد هر چه بیشتر آن می گردند، پدید می آورد.

در برخی موارد، برخی سلول ها ممکن است از توده اولیه جدا شده و از طریق جریان خون به سایر مناطق بدن و یا سیستم لنفاوی منتشر شوند که به این فرآیند، متاستاز گفته می شود. مکان شایع انتشار (متاستاز) غدد لنفاوی می باشد. این غدد لنفاوی میتوانند آگزیلاری (واقع در حفره زیر بغل)، گردنی (سرویکال)، یا فوق ترقوه ای (سوپراکلویکولار) باشند. شایع ترین مکان های متاستاز دوردست عبارتند از: استخوان ها، ریه ها و کبد و بطور کمتری شایعتری سرطان پستان ممکن است به مغز انتشار یابد. برخی از سرطان های پستانی قبل از بروز متاستاز، تشخیص و درمان می گردند. سایر سرطان ها، در زمان تشخیص، متاستاز داده اند. عموماً زمانی که تومور رشد می کند، شانس بروز متاستاز افزایش می یابد. بر پایه تحقیقات انجام شده، پزشکان تخمین می زنند که کمتر از ۱۰٪ زنان مبتلا به سرطان پستان با قطر کوچک تر از 1cm تشخیص داده می شوند، در زمان تشخیص، متاستاز داده اند و زمانی که قطر آنها بیش از 5cm باشد، ۸۰٪ شانس همراهی با متاستاز را دارند.

اپیدمیولوژی و گستره بیماری

در سال ۲۰۰۷، نزدیک به ۱۷۸۴۸۰ زن مبتلا به کانسر تهاجمی پستان و ۶۲۰۳۰ زن مبتلا به کار سینوم در جای پستان، در آمریکا تشخیص داده شدند، علاوه بر آن، ۲۰۳۰ مورد ابتلای مردان به سرطان پستان نیز در آمریکا گزارش گردید. میزان کل مرگ و میر ناشی از آنها در سال ۲۰۰۷، تعداد ۴۰۹۱۰ (۴۰۴۶۰ نفر زن و ۴۵۰ نفر مرد) بود.

در صورتی که سرطان محدود به پستان باشد، میزان بقای ۵ ساله بیمار (در صدی از بیماران که حداقل ۵ سال بعد از تشخیص سرطان زنده می‌مانند، این تعریف شامل مرگ به دلیل سایر بیماریها را شامل نمی‌شود) نزدیک به ۹۸٪ می‌باشد و در صورتی که سرطان به غدد لنفاوی اطراف پستان نیز گسترش یابد، میزان بقای ۵ ساله به ۸۳٪ رسیده و در صورت انتشار دور دست، میزان بقای ۵۳ به ۲۶٪ کاهش می‌یابد. توجه به این امر، مهم است که تمامی در صدهای گفته شده، میانگین هستند و این میزان (بقای ۵ ساله) در هر فردی نسبت به دیگری متفاوت بوده و بستگی به عوامل متعددی نظیر اندازه تومور و تعداد غدد لنفاوی مثبت (غدد لنفاوی سرطانی) دارد. بیشتری میزان بقا همراه با کمترین شانس عدد مربوط به تومورهای کوچکتر همراه با عدم درگیری غدد لنفاوی (فاقد سلول سرطانی) می‌باشد. میزان عود بیماری با افزایش اندازه تومور و تعداد غدد لنفاوی مثبت افزایش می‌یابد.

از سال ۱۹۹۰، تعداد زنانی که به دلیل سرطان پستان فوت می‌کنند، هر ساله مسیری نزولی طی می‌کند به طوری که در زنان با سن کمتر از ۵۰ سال، با کاهش ۳/۳٪ در هر سال و در زنان ۵۰ ساله و مسن تر با کاهش ۲٪ در هر سال همراه بوده است.

#### عوامل خطر ساز

عامل خطر (ریسک فاکتور) عبارتست از هر عاملی که شانس بروز یک بیماری خاص (مثلاً سرطان) را در فردی افزایش دهد. برخی از این عوامل خطر، قابل کنترل و پیگیری هستند نظیر سیگار کشیدن و برخی قابل کنترل نیستند: نظیر سن و سابقه خانوادگی.

اگر چه وجود این عوامل خطر می‌تواند بر روی بروز بیماری تأثیرگذار باشد ولی لزوماً به عنوان علت بروز آن مطرح نمی‌باشد به طوری که ممکن است برخی افراد، همراه با چندین عامل خطر، هرگز به سمت بیماری سوق پیدا نمی‌کنند.

بسیاری از موارد بروز سرطان پستان در زنان بدون وجود عوامل خطر خاصی روی می‌دهند، این امر بیانگر آن است که زنان باید نسبت به تغییرات احتمالی در پستانهاشان، انجام معاینات پستانی توسط خودشان و انجام ماموگرافی و معاینات پستانی منظم توسط پزشک آگاه باشند. وجود برخی عوامل و فاکتورها سبب افزایش خطر بروز و یا پیشرفت سرطان پستان در فرد می‌گردند، که عبارتند از:

• سن: خطر بروز سرطان پستانی با افزایش سن زنان، زیادتر می‌شود،

به طوری که اکثر سرطانهای پستانی در زنان با سن بیشتر از ۵۰ سال رویمی دهند.

• رنگ و نژاد: اگر چه زنان سفید پوست در معرض خطر بیشتری جهت بروز سرطان پستان هستند ولی سرطان پستان در زنان سیاه پوست از قدرت کشندگی و مرگ و میر بالاتری برخوردار است.

• سابقه قبلی سرطان پستان: زنانی که سابقه سرطان در یک پستان داشته‌اند، خطر بروز سرطان در پستان مقابل آنها به اندازه ۳-۴ برابر افزایش می‌یابد.

• سابقه خانوادگی سرطان پستان: زنانی که سابقه بروز سرطان پستان را در اقوام و نزدیکان درجه یک خود (مادر، خواهر، دختر) دارند، در معرض خطر زیادی جهت بروز سرطان پستان هستند. ابتلای بیش از یک

نفر از اقوام درجه یک بیمار به ویژه اگر سرطان پستان در آنها قبل از یائسگی روی داده باشد، خطر بروز سرطان را افزایش می دهد.

• سابقه سرطان تخمدان: به سبب آنکه کانسر تخمدانی همراه با تماس هورمون جنسی است، بنابراین وجود سابقه ای از سرطان تخمدان سبب افزایش خطر بروز سرطان پستان می گردد. برخی موتاسیون های (جهش) ژنی مؤثر در بروز سرطان پستان نظیر ژن سرطان پستان شماره ۱ (BRCA1) و یا شماره ۲ (BRCA2) نیز می توانند سبب افزایش خطر بروز سرطان پستان و تخمدان شوند.

• تماس با استروژن: استروژن، هورمونی است که سبب کنترل فرآیند صفات ثانویه جنسی در زنان (نظیر تکامل پستان) می گردد. با فرار رسیدن یائسگی، تولید و ترشح استروژن در زنان کاهش می یابد. پزشکان بر این عقیده هستند که تماس طولانی مدت با استروژن سبب افزایش خطر بروز کانسر پستانی می گردد، بنابراین:

§ زنانی که شروع عادت ماهیانه آنها قبل از ۱۲ سالگی بوده و یا شروع یائسگی آنها بعد از ۵۵ سالگی می باشد، به دلیل آنکه سلولهای پستانی آنها برای مدت طولانی در معرض استروژن قرار دارند، در معرض خطر بسیار زیادی از نظر بروز سرطان پستانی هستند.

§ زنانی که اولین حاملگی آنها بعد از ۳۰ سالگی بوده و یا آنهایی که هرگز یک حاملگی سرموعد را تجربه نکرده اند، در معرض خطر زیادی جهت بروز سرطان پستان هستند. حاملگی به دلیل آنکه سبب تمایز سلولهای پستانی به سمت مرحله نهایی بلوغ می گردد، می تواند اثری محافظت کننده در برابر سرطان پستان داشته باشد.

§ استفاده از قرصهای ضد بارداری خوراکی می تواند به طور خفیفی سبب افزایش خطر بروز سرطان در زنان گردد ولی ۱۰ سال بعد از قطع مصرف این نوع قرص ها، این خطر از بین می رود.

§ استفاده از خیر (در طی ۵ سال گذشته) از درمان جایگزینی هورمونی (HRT) و استفاده طولانی مدت (چندین سال و بیشتر) از آنها سبب افزایش خطر بروز سرطان پستانی در زنان می گردد.

• هایپرپلازی آتیپیک پستانی: این گزینه یعنی وجود سلولهای غیر طبیعی (ولی نه بدخیم) در بیوپسی پستانی که وجود آنها به عنوان یک عامل خطر جهت بروز کانسر پستانی تلقی می شود.

• کارسینوم لوبولر درجا (LCIS): این نوع کارسینوم خطر بروز سرطان مهاجم پستانی را افزایش می دهد، در برخی بیماران مبتلا به این نوع کارسینوم، انجام ماستکتومی (برداشتن پستان به طور کامل) دو طرفه پروفیلاکتیک (پیشگیری کننده) جهت کاهش خطر بروز سرطان پستان در آینده پیشنهاد می گردد.

• سایر عوامل، نظیر چاقی، عدم تحرک کافی، استفاده از الکل

• پرتوتابی (رادیاسیون): دوزهای بالای پرتوتابی (رادیاسیون) می تواند سبب افزایش خطر بروز سرطان پستان گردد، شیوع بالایی از موارد سرطان پستان در نجات یافتگان از حوادث بمب اتمی، بیماران مبتلا به لنفوم که تحت رادیوتراپی و پرتو درمانی قفسه سینه قرار گرفته اند، و بیمارانی که به دلیل ابتلا به

توبرکلوز (سل) و یا شرایط غیر بدخیمی ستون مهره ها و کودکانی که به خاطر ابتلا به کرمهای حلقوی تحت پرتودرمانی قرار می گیرند، دیده شده است.

### محافظت:

به طور دقیق، هیچ گونه ابزاری جهت پیشگیری از بروز سرطان پستان وجود ندارد، بهترین و بیشترین شانس بقای بیمار مبتلا به سرطان پستان عبارتست از: تشخیص زود هنگام از طریق فعالیت منظم پستانی توسط خود فرد، معاینات بالینی منظم پستانی توسط پزشک و انجام ماموگرافی. هرچه سرطان در مراحل اولیه تری تشخیص داده شده، میزان موفقیت درمانی بالاتر خواهد بود. انجام ماستکتومی پروفیلاکتیک ( برداشتن پیشگیرانه پستان ) جهت زنانی که مخصوصاً دارای سابقه فامیلی قوی ابتلای سرطان پستان هستند، توصیه می شود. انجام این عمل، سبب کاهش خطر بروز سرطان پستان حداقل به میزان ۹۵٪ میشود.

علاوه بر این، در زنانی که در معرض چندین عامل خطر از نظر بروز سرطان پستان هستند، انجام شیمی درمانی پیشگیری کننده (استفاده از داروهای شیمی درمانی جهت کاهش خطر بروز سرطان پستان) ممکن است کمک کننده باشد. مطالعات تحقیقاتی در ارتباط با تجویز تعدیل کننده های انتخاب گیرنده استروژن (SERMs)، نظیر تاموکسیفن (نولوادکس) نشان داده اند که می توانند سبب کاهش خطر بروز سرطان پستان گردند. این داروها سبب بلوک نمودن گیرنده های استروژنی در برخی بافتها می گردند. علاوه بر آن، تاموکسیفن می تواند سبب کاهش خطر وقوع راجعه کانسر در یک زن مبتلا به سرطان پستان درمان شده، گردد.

همانند استروژن، این داروها می تواند سبب افزایش تراکم استخوان در زنان یائسه و نیز محافظت از سیستم قلبی\_عروقی گردند.

### روش های غربالگری

اکثر متخصصان زنان بر این عقیده هستند که زنان باید توسط پزشک خودشان، حداقل هر ۳ سال یک بار و توسط خودشان هر ماه (در پایان هر دوره پریود) تا رسیدن به سن ۲۰ سالگی تحت معاینه پستان قرار گیرند. علاوه بر آن زنان باید بعد از سن ۴۰ سالگی، علاوه بر معاینات دوره ای فوق، هر ساله یک ماموگرام نیز انجام دهند.

ماموگرافی، بهترین و سیله ای است که پزشکان با استفاده از آن می توانند سرطان پستان و نیز توده های بسیار کوچک پستانی که در معاینه قابل لمس نیستند را نمایان سازد.

زنان بسیاری به خاطر تشخیص زود هنگام سرطان پستانشان به واسطه استفاده از ماموگرافی در حال حاضر زنده بوده و تحت درمان قطعی قرار گرفته اند.

با این حال، برخی مواقع ماموگرافی ممکن است قادر به تشخیص سرطان نباشد، که در این حالت می توان از سونوگرافی و یا MRI استفاده کرد.

### علائم و نشانه ها

در صورتی که هر یک از علائم و نشانه های زیر در زنی بروز نماید، باید با پزشک خود مشورت نمایید:

- وجود توده ای جدید در پستان و یا زیر بغل
- وجود درد و تندر نس و یا ترشح از نوک پستان
- بروز تغییر و یا تحریکات پوستی در پستان
- گرمی، قرمزی و تورم پستان ها همراه با تغییرات پوستی شبیه پوست پرتغال
- درد پستانی (اغلب علامت سرطان سینه نمی باشد)

### تشخیص

پزشکان با استفاده از آزمایشات تشخیصی متعددی می توانند وجود سرطان سینه و میزان منتشر بودن آن را مشخص سازند. برخی از این آزمایشات حتی ممکن است تعیین کننده مؤثرترین درمان نیز باشند، در اکثر انواع سرطان پستان، انجام نمونه برداری مستقیم (بیوپسی) تنها راه تشخیص قطعی بیماری است. در صورتی که انجام نمونه برداری (بیوپسی) مقدور نباشد، از سایر روش ها بر طبق نظر پزشک معالج استفاده می گردد. جهت تعیین گسترده بودن بیماری (متاستاز) عمدتاً از روشهای تصویربرداری استفاده می گردد. علاوه بر انجام ماموگرافی غربالگری که هر ساله زنان باید انجام دهند، از آزمایشات دیگری نیز جهت تشخیص سرطان پستان استفاده می شود، که عبارتند از:

روشهای تصویربرداری

• ماموگرافی تشخیصی

• سونوگرافی

• MRI

### روشهای جراحی

نمونه برداری (بیوپسی): بیوپسی عبارتست از برداشتن بخش کوچکی از بافت جهت بررسی زیر میکروسکوپ. این نمونه برداری می تواند به طور مستقیم و یا درموردی که توده بسیار کوچک است، تحت هدایت سونوگرافی، انجام گردد نوع دیگر نمونه برداری، انجام بیوپسی از طریق جراحی است که طی آن مقادیر بیشتر و بزرگتری از بافت بدست می آید. این نوع بیوپسی می تواند از نوع انسیزیونال (برداشتن بخشی از توده) و یا اکسیزیونال (خارج سازی تمام توده) باشد.

یکی دیگر از فواید انجام بیوپسی، بررسی سلولهای بدخیم پستانی از نظر وجود گیرنده های استروژن و یا پروژسترون بر روی سطح آنها است. این گیرنده در رشد و تکامل سلولها نقش بسیار با اهمیتی ایفا می کنند. وجود این گیرنده ها نقش مهمی در تعیین پیش آگهی بیمار (شانس عود) داشته و مثبت بودن این گیرنده ها دلالت بر پاسخ به درمان هورمونی می باشد.

آزمایش و سنجیدن HER-2/neu: نوعی پروتئین است که در ۲۵٪ موارد سرطان پستانی، بیش از حد بیان می شود. وجود این پروتئین بیانگر پاسخ دارویی سرطان پستانی به دارویی به نام هر سیتین (Herceptin) یا Trastuzumab (است).

### آزمایشات خونی

همچنین پزشکان جهت تعیین این که آیا بیماری به مکانهای دیگری از بدن نیز گسترده شده است یا خیر، از برخی آزمایشات خونی استفاده می کنند که عبارتند از:

### • آزمایش کامل خون (CBC)

• سطح آلکالن فسفاتاز(Alk-p): که سطوح بالای آن می تواند بیانگر انتشار بیماری به کبد، استخوان و یا مجاری صفراوی باشد.

• سطوح بیلی روبین توتال و آنزیم های کبدی SGOT و SGPT: که سطوح بالای آنها می تواند نشانه آسیب کبدی، باشد.

آزمایشات تکمیلی

• عکسبرداری قفسه سینه با اشعه X

• اسکن استخوانی

• PET اسکن ( پت اسکن)

مرحله بندی ( Staging) سرطان پستان

مرحله بندی یک سرطان یعنی تشریح موقعیت قرارگیری، میزان گستردگی و تأثیرگذاری بر روی

سایر ارگانهای بدن. پزشکان با استفاده از آزمونهای تکمیلی متعددی، مرحله بندی سرطان ها را انجام می

دهند. ابزاری که پزشکان با کمک آن مرحله بندی سرطان ها را مشخص می کنند، با عنوان سیستم TNM

نامیده می شود که از سه جزء تشکیل یافته است: مشخصات خود تومور (Tumor, T) ، وضعیت غدد لنفاوی

مربوطه (Node, N) و گسترش آن به سایر ارگانهای بدن ( Metastasis, M)

۱- تومور (T): این قسمت شامل زیر گروه های می شود که هر یک به اختصار توضیح داده می شوند:

Tx (تی \_یکس): تومور اولیه قابل ارزیابی و تعیین نمی باشد.

T0 (تی \_ صفر): هیچ شواهدی از وجود تومور در پستان وجود ندارد.

Tis (تومور در جا): عبارتست از تأیید وجود سلولهای سرطانی در داخل بافت نواری پستان بدون گسترش به بافتهای اطراف خودش.

T1 (تی \_یک): قطر تومور در داخل پستان حداکثر تا 2 cm باشد.

T1 mic: نوعی T1 با تهاجم اندک یا گسترش اندک در داخل بافتهای احاطه کننده پستان، ولی نه بیش از 1 cm .

T2 (تی \_ دو): اندازه تومور بین 2 تا 5 cm

T3 (تی \_ سه): اندازه تومور بزرگتر از 5 cm

T4 (تی \_ چهار): تومور به دیواره قفسه سینه یا به پوست تهاجم یافته و یا تحت عنوان سرطان التهابی پستان تشخیص داده شده باشد.

### غدد لنفاوی (N)

Nx (ان \_یکس): هیچ غده لنفاوی را نمی توان لمس کرد.

N0 (ان \_ صفر): هیچ گونه شواهدی از سرطان در غدد لنفاوی یافت نمی شود.

**N1** (ان\_یک): سلولهای سرطانی ۱ تا ۳ عدد از غدد لنفاوی زیربغل را درگیر ساخته باشند.  
**N2** (ان\_دو): سلولهای سرطانی، ۴ تا ۹ عدد از غدد لنفاوی پستانی داخلی را درگیر ساخته باشند.  
**N3** (ان\_سه): سلولهای سرطانی ۱۰ عدد از غدد لنفاوی یا بیشتر را در زیر بغل و یا غدد لنفاوی زیر ناحیه ترقوه ای (اینفراکلاویکولار) را درگیر ساخته باشند و یا درگیری غدد لنفاوی پستانی داخلی همراه با غدد لنفاوی زیربغل .

متاستاز دور دست (M)

**Mx** (ام\_یکس): متاستاز دور دست را نمی توان ارزیابی و تعیین نمود.

**M0** (ام\_صفر): بیماری گسترش نیافته است.

**M1** (ام\_یک): متاستاز در سایر نقاط بدن وجود دارد.

**V** با توجه به هر یک از مراحل فوق و تعیین آنها با شرایط بیمار مبتلا به سرطان پستان آنها را به صورت زیر طبقه بندی می کنیم:

مرحله صفر (Stage 0): کارسینوم در جا

مرحله یک (Stage I): T1,N0,M0

مرحله دو (Stage II): شامل هر یک از موارد زیر:

T1,N1, M0 T0, N1, M0

T1mic,N1, M0 T2, N1, M0

T2, N0, M0 T3, N0, M0

مرحله سه (Stage III): شامل هر یک از موارد زیر:

T1, N2, M0 T4, N0, M0

T2, N2, M0 T4, N1, M0

T3, N1, M0 T4, N2, M0

T3, N2, M0 T هر نوع N3,M0

مرحله چهار (Stage IV): M1, هر نوع N, هر نوع T

## درمان

درمان سرطان پستان بستگی به اندازه و موقعیت قرارگیری تومور و نیز میزان گستردگی و انتشار آن و مهمترین همه، وضعیت سلامت عمومی بیمار دارد. درمان پستان باید به صورت قدم به قدم صورت گیرد. به طور اولیه، هدف درمان اولیه برای بیماری در مراحل اولیه عبارتست از خارج ساختن هر گونه تومور قابل مشاهده. اغلب اوقات، رادیوتراپی (پرتو درمانی) بافت پستانی باقی مانده نیز توصیه می شود. زمانی که تصمیم جهت درمان سرطان پستان گرفته می شود، پزشک چندین فاکتور را باید تحت بررسی قرار دهد:

- مرحله و درجه تومور
- وضعیت قاعدگی بیمار
- وضعیت گیرنده های هورمونی تومور (گیرنده استروژن، گیرنده پروژسترون)
- وجود جهش های شناخته شده در ژنهای مولد سرطان پستان

• وجود برخی فاکتورهای که مشخصاً نشان دهنده ماهیت تهاجمی تومور هستند، همانند HER-2/neu

## جراحی

انواع جراحی جهت سرطان پستان عبارتند از:

- لامپکتومی: عبارتست از خارج ساختن تومور همراه با حاشیه بافتی عاری از بیماری و سلولهای سرطانی.
- ماستکتومی نسبی: عبارتست از خارج ساختن تومور به همراه بخشی از بافت طبیعی و نیز بخش پو شاننده عضلات روی قفسه سینه در جایی که تومور واقع شده است.
- ماستکتومی کامل: خارج ساختن یک پستان به طور کامل بدون خارج ساختن غدد لنفاوی زیر بغل.
- ماستکتومی رادیکال تعدیل شده: خارج ساختن پستان همراه با تعدادی غدد لنفاوی زیر بغل و بخش کوچکی از عضلات جدار قفسه سینه.

• جدا نمودن و خارج کردن غدد لنفاوی زیر بغل جهت بررسی توسط متخصص آسیب شناسی (پاتولوژیست). در موارد سرطان مهاجم پستانی کارآیی انجام لامپکتومی یا ماستکتومی نسبی، تخلیه و خارج سازی غدد لنفاوی زیر بغل و پرتودرمانی نسبت به انجام ماستکتومی رادیکال تعدیل شده، تقریباً یکسان است. با زنان مبتلا به سرطان پستان باید در ارتباط با گزینه درمان صحیح جراحی صحبت شود. ذکر این نکته حائز اهمیت است که انجام اعمال جراحی تهاجمی تر نظیر ماستکتومی، اغلب به معنای بهتر بودن آن عمل نبوده و ممکن است این نوع عمل منجر به بروز عوارض اضافی دیگر نیز گردد.

## درمان کمکی

درمان کمکی عبارتست از درمانی که در کنار انجام عمل جراحی جهت کاهش خطرعود مجدد بیماری داده می شود. این درمانهای کمکی عبارتند از: پرتو درمانی، شیمی درمانی، درمان هورمونی و درمان هدفمند.

## پرتو درمانی

پرتو درمانی یعنی استفاده از مقادیر بالای انرژی اشعه X یا سایر ذرات جهت نابودی سلولهای سرطانی. از پرتو درمانی به مدت چند هفته، پس از انجام عمل جراحی لامپکتومی یا ماستکتومی نسبی، جهت حذف نمودن سلولهای سرطانی باقی مانده نزدیک محل تومور یا در مناطق دیگر بافت پستانی استفاده می شود. پرتو درمانی در کاهش شانس عود مجدد سرطان پستان در هر دو پستان و دیواره قفسه سینه مؤثر است. شایعترین نوع پرتو درمانی عبارتست از:

پرتو درمانی به وسیله جریان خارجی که طی آن بیمار توسط یک ماشین مولد پرتو از بیرون تحت تابش اشعه به مناطق خاصی قرار می گیرد.

پرتو درمانی عوارضی را نیز به همراه دارد که عبارتست از: خستگی، تورم و تغییرات پوستی و برخی عوارض نادر ریوی مانند پنومونیت (التهاب بافت ریه)

## هورمون درمانی

هورمون درمانی جهت آن دسته از تومورها مفید واقع می شود که از نظر وجود گیرنده های استروژن و پروژسترون، مثبت باشد. این دسته از تومورها، از هورمون ها جهت رشد و نمو استفاده می کنند، بنابراین با بلوکه نمودن هورمونها، اغلب رشد تومورها نیز متوقف و یا حداقل، سرعت رشد آنها کاهش می یابد. تاموکسیفن، دارویی است که محققان طی مطالعات فراوان و صرف وقت زیاد، کارایی آن را به عنوان یک درمان هورمونی ثابت نموده اند. این دارو با اتصال به سلولهای تومورال سبب مهار استروژن می گردد. علاوه بر آن، این دارو در کاهش خطر عود سرطان پستان در پستان درمان شده، خطر بروز سرطان در پستان مقابل و خطر بروز سرطان در زنانی که سابقه ای از بیماری ندا شته ولی در معرض خطر زیادی، جهت بروز سرطان پستان هستند، نقش مؤثری ایفا می کند. تحقیقات اخیر نشان داده است که هیچگونه سودمندی در دریافت تاموکسیفن، بیش از ۵ سال در مورد سرطانهای پستان با عدم درگیری غدد لنفاوی وجود ندارد. اثرات جانبی این دارو عبارتست از:

گرگرفتن، افزایش مختصر در خطر بروز سرطان رحم و سارکوم آن و نیز افزایش خطر انعقاد خون. در زنان یائسه ای که در معرض خطر زیادی جهت بروز سرطان پستان هستند، استفاده از داروی رالوکسیفن (Raloxifene) به عنوان نوعی دیگر از هورمون درمانی، به اندازه تاموکسیفن در ممانعت از بروز کانسر پستان مهاجم مفید واقع شده است ولی هیچ گونه نفس محافظتی در برابر بروز سرطانهای غیر تهاجمی نظیر کارسینوم داکتال در جان ندارد. اثرات جانبی استفاده از این دارو عبارتند از: افزایش اندکی در خطر بروز انعقاد خونی، درد ساق پا و مفاصل، گرگرفتگی، درد در طی نزدیکی زوجین و خشکی واژن.

### سرطان پستان عود کننده (راجع)

سرطان پستان در صورتی راجعه نامیده می شود که سرطان بعد از تشخیص اولیه و درمان آن، مجدداً بروز یابد. بروز مجدد آن می تواند در پستان (عود موضعی)، قفسه صدری یا سایر نقاط بدن نظیر ریه ها، کبد و استخوان ها باشد که به موارد اخیر متاستاز دور دست گفته می شود.

همچنین، سرطان پستان ممکن است به سایر ارگانها نظیر مغز، پستان مقابل، غدد آدرنال، طحال و تخمدانها گسترش یابد. در صورتی که تومور، متاستاتیک (گسترش خارج پستانی یا غدد لنفاوی موضعی) باشد، به طور کلی درمان قطعی نخواهد داشت.

هدف درمانی جهت چنین بیماری، ایجاد حالت خاموش در ماهیت بیماری (موقت و دائم) یا کاهش سرعت رشد تومور می باشد. برخی بیماران، سالها پس از عود سرطان پستان زنده مانده و ممکن است تحت رژیم های درمانی گوناگونی قرار گیرند. با توجه به شواهد موجود و درمانهای جدید، ممکن است بتوان سرطان پستان را جزء بیماریهای مزمن در برخی بیماران در نظر گرفت.

به طور کلی، عود زمانی مطرح می شود که بیمار مجدداً علامت دار شود. با وجود آنکه، آزمایشات بسیاری جهت شناسایی موارد عود متاستاتیک این بیماری قبل از شروع علائم وجود دارند، ولی مطالعات و تحقیقات نشان داده اند که حتی با وجود این آزمایشات، هیچگونه تغییری در پاسخ به درمان داده شده و یا افزایش

طول عمر فرد، بوجود نمی آورد. زمانی که بیماری متاستاتیک تشخیص داده می شود، فرد بیمار ممکن است تحت عمل جراحی خارج سازی توده متاستاتیک یا دریافت شیمی درمانی، پرتوتابی قرار گیرد. علائم و نشانه ها بستگی به محل عود داشته و عبارتند از:

- وجود توده زیر بغل یا در طول دیواره قفسه سینه
- تابلوهای درد استخوان که ممکن است علامتی از متاستازهای استخوانی باشند.
- سرفه مزمن یا تنفس مشکل که ممکن است علامتی از متاستازهای ریوی باشد.
- سردرد یا تشنج که ممکن است علامتی از متاستازهای مغزی باشند.

سایر نشانه ها که ممکن است در ارتباط با محل متاستاز بیماری باشند، عبارتند از: تغییر در بینایی، تغییر در سطح انرژی که خود را با خستگی زودرس نشان می دهد، احساس بیمار بودن یا خستگی بیش از حد. انجام بیوپسی از محل عود جهت تأیید تشخیص و نیز جهت بررسی از نظر گیرنده های هورمونی استروژن، پروژسترون و HER/2-neu- توصیه می شود. درمان انتخابی در زنان مبتلا به عود سرطان در بافت پستانی پس از درمان اولیه با لامپکتومی و رادیو تراپی عبارتست از: ماستکتومی.

در زنانی که عود آنها در دیواره قفسه سینه بعد از ماستکتومی روی داده است، رادیوتراپی قفسه سینه و غدد لنفاوی، درمانی ارجح است. البته در صورت امکان، اغلب از هورمون درمانی نیز استفاده می شود.

منبع مورد استفاده: [www.cancerinfo.ir](http://www.cancerinfo.ir)