

سرطان پستان و غربالگری

گردآوری از: صدیقه پاک سرشت^{*}، مونا عودی^{**}

مقدمه

سرطان پستان یکی از شایعترین بیماریهای بدخیم و اولین علت مرگ و میر زنان بوده و تقریباً یک سوم تمام سرطانهای زنان را تشکیل می دهد (۲۵، ۱۵، ۷). در ایالات متحده نیز سرطان به عنوان شایعترین و دومین علت مرگ و میر زنان محسوب می شود (۳۰، ۲۶). در آمریکا تقریباً از هر ۸ نفر یک نفر به سرطان پستان مبتلا می شوند. علیرغم افزایش شیوع سرطان پستان در سالهای اخیر خوشبختانه مرگ و میر ناشی از آن کاهش چشمگیری داشته است، که بیانگر موفقیت زیاد در تشخیص و درمان است (۲۵). سرطان پستان یک بیماری شایع و مخوف در جهان غرب محسوب می شود. اگرچه پیشرفتهای اخیر در زمینه بیولوژی مولکولی، علل سرطان پستان را تا حدودی روشن کرده، ولی هنوز راهی برای پیشگیری از آن وجود ندارد. تشخیص زودرس یکی از اصلی ترین تلاشهای انجام شده برای کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان پستان می باشد. توجه به هدف تشخیص سریع، منجر به ابداع برنامه های بیماریابی برای شناسایی سرطان پستان در مراحل اولیه شده است (۱۷). به طور تقریبی در زنان سالیانه ۲۱۵۰۰۰ مورد جدید سرطان پستان تشخیص داده می شود و در حدود ۴۸۰۰۰ مرگ ناشی از آن اتفاق می افتد (۱۰). عوامل مستعد کننده شامل سن بالا، عوامل ژنتیک (سابقه فامیلی سرطان پستان)، عوامل هورمونی و تناسلی (منجمله شروع زودرس قاعدگی، یائسگی دیررس، بالا بودن سن در اولین حاملگی یا نداشتن زایمان)، مصرف هورمونهای آگروژن، عوامل محیطی (شامل تغذیه و سبک زندگی

جوامع غربی) و برخی یافته های پاتولوژیک در بافت پستان (سابقه قبلی سرطان پستان و سایر ضایعات پیش سرطانی و سایر بدخیمی ها مثل کارسینوم تخمدان و آندومتر) می باشد. خطر ابتلا به سرطان پستان با افزایش سن بیشتر می شود. [در حالیکه خطر سالانه ابتلا به سرطان در سن ۳۰ سالگی فقط یک به ۹۵۰۰ است، این خطر در سن ۵۰ سالگی به یک به ۹۵۰ و در سن ۷۰ سالگی به یک به ۳۳۰ افزایش می یابد (۲۰، ۱۷)] کمتر از ۱ درصد سرطان پستان در زنان کمتر از ۲۵ سال رخ می دهد در حالی که بعد از سن ۳۰ سالگی شیوع سرطان پستان به سرعت افزایش می یابد، بین ۴۵ تا ۵۰ سالگی تقریباً ثابت و با بالا رفتن سن افزایش می یابد (۱۷). ابراهیمی و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان داده اند که میانگین سنی زنان مبتلا به سرطان پستان 51.2 ± 4.7 (دامنه سنی ۸۱-۲۴ سال) می باشد (۶). هدی و همکاران (۱۳۸۲) در استان گیلان نیز میانگین سنی زنان مبتلا به سرطان را 50.6 ± 14.5 سال گزارش نمودند (۱۳). مطالعه دیگری که توسط نقوی و همکاران (۲۰۰۱) تحت عنوان سیمای مرگ در ۱۸ استان کشور انجام شد نشان داد که ۴۴۸ نفر (۳۱٪) از کل جمعیت تحت پوشش، مبتلا به سرطان پستان بودند در بررسی فوق میزان سالهای از دست رفته عمر (۴٪) ۷۷۶۲۱ روز تعیین گردید (۲). همانطور که بیان شد عوامل مختلفی نظیر وراثت، محیط و ... در بروز سرطان پستان نقش دارد. هرگونه سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان پستان، شانس ابتلا به این بیماری را افزایش می دهد (۲۱). احتمال بروز سرطان پستان در زنانی که مادر یا خواهر آن ها قبل از یائسگی به سرطان

^{*} کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، رشت.
^{**} کارشناس مامایی.

برطرف ساختن علایم یائسگی احتمالاً خطر ابتلا این سرطان را افزایش نمی دهد، ولی مصرف طولانی مدت (بیش از ۱۰ سال) و با دوزهای بالا احتمالاً موجب افزایش خطر ابتلا خواهد شد (۱۷ و ۳۰).

روشهای تشخیصی

شایعترین محل بروز سرطان پستان یک چهارم فوقانی خارجی پستان است که در آن بافت پستانی بیشتر است. در حالیکه در سالهای اخیر، از معاینه توسط خود بیمار (SBE) و معاینه پستان در بالین (CBE) و تصویر برداری پستان (ماموگرافی و اولتراسونوگرافی) در کشف زود هنگام سرطان نقش بسزایی دارد. این روشها قابل اعتماد ترین و رایج ترین تکنیکهای تصویر برداری برای کشف زود هنگام ضایعات پستان هستند (۲۳ و ۲۴). روشهای دیگری مانند تصویر برداری مغناطیسی، تصویر برداری فونکسیونل بیولوژیکی مولکولی و استفاده از تکنیتیوم سستمایی برای کشف سرطان پستان می تواند بکار رود، ولی هیچیک از این روش ها فعلاً مناسب بیماریاری نمی باشد (۱۷ و ۲۵). در سالهای اخیر، مباحث زیادی در مورد مؤثر بودن و کیفیت روشهای غربالگری سرطان پستان (خودآزمایی پستان SBE، معاینه بالینی پستان CBE و ماموگرافی) بیان شده است و بیانگر آنست که ماموگرافی و معاینه دقیق پستان می تواند در کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان پستان مؤثر بوده و تنها روشهای قابل قبول برای بیمار یابی می باشند (۱۷ و ۲۹). در حقیقت بسیاری از سرطانهای پستان ابتدا توسط خود بیمار کشف می شوند (۲۵). از آنجائیکه بیش از ۴۰ درصد این سرطان توسط خود بیمار شناسایی می شود، لذا خودآزمایی پستان جزیی مهم از برنامه بیماریاری است (۱۶). خودآزمایی پستان به عنوان یک روش سیستماتیک در لمس پستان جهت تشخیص زودرس سرطان استفاده می گردد. نتایج مطالعات نشان می دهد که حساسیت SBE به تنهایی در غربالگری زنان در حدود ۲۶ درصد می باشد (۲۵). هر چند که حساسیت آن در سنین مختلف متفاوت است. در زنان

دو طرفه پستان مبتلا شده اند، بین ۴۰ تا ۵۰ درصد می باشد و تقریباً ۵ تا ۱۰ درصد تمام سرطان های پستان پایه موروثی دارند که از نوع اتوزوم غالب بوده ولی قدرت نفوذ آنها متفاوت است (۲۵). همچنین سایقه فامیلی همراه با سایر عوامل خطر ساز مانند توزیع چربی در بدن، تعداد زایمان و سن اولین حاملگی، مصرف هورمون و عوامل بافت شناسی خطر ساز تر خواهد بود (۱۷). ممکن است عوامل خطر ایجاد سرطان پستان بدلیل تفاوت های جغرافیایی در نواحی مختلف نیز متفاوت باشد و به همین دلیل عوامل محیطی نسبت به عوامل ژنتیکی اهمیت بیشتری یافته است (۲۰). این تفاوت احتمالاً به علت رژیم غذایی مخصوص (مصرف چربیها) می باشد (۲۵). با وجود این هنوز دقیقاً مشخص نشده است که مصرف بیش از حد چربی یک عامل خطر زای اختصاصی باشد (۱۷ و ۲۵). هیچ ارتباطی بین مصرف ویتامین E و C و خطر ابتلا به سرطان پستان نیز مشاهده نشده است. تحقیقات، نتایج متضادی را در مورد کمبود شدید ویتامین A بیان می دارد. مصرف الکل خطر این سرطان را افزایش می دهد هر چند که مکانیسم این ارتباط روشن نیست (۱۷). همچنین احتمال بروز سرطان پستان با افزایش طول دوران باروری بالا می رود. یائسگی زودرس خواه طبیعی یا مصنوعی از بروز این بیماری پیشگیری می کند (۱۳). بین بی نظمی های قاعدگی و طول دوره آن با احتمال بروز سرطان پستان رابطه روشنی وجود ندارد. شیردهی بر میزان بروز سرطان پستان تأثیری نداشته ولی زنانی که هرگز باردار نشده اند بیش از زنان چندزا خطر ابتلا به سرطان پستان در آنها وجود دارد. همچنین شیوع سرطان پستان در زنانی که اولین فرزند خود را در سنین بالا بدنیا آورده اند بیش از آنهایی است که در سنین پایین تری برای اولین بار بچه دار می شوند (۱۷ و ۲۵). مصرف قرصهای ضد بارداری صرف نظر از مدت استفاده، سابقه خانوادگی یا سایر بیماریهای خوش خیم پستان احتمال بروز این سرطان را افزایش می دهد. علیرغم اینکه درمان کوتاه مدت با استروژن برای

ماموگرافی، سرطانهای با رشد آرام را حداقل ۲ سال قبل از رسیدن آنها به مرحله تشخیص با لمس مشخص می نماید. هر چند که در این امر تجهیزات مدرن و رادیولوژیست ماهر نقش مهمی ایفا می نمایند. تقریباً ۵۰-۳۵ درصد مراحل اولیه سرطانهای پستان را با ماموگرافی و حدود ۲۰ درصد را فقط با لمس می توان کشف کرد. اولتراسونوگرافی نیز یک ابزار حساس با تهاجم کم است که اغلب برای برخی از نشانگان پستان بویژه در زنان جوان با بافت های متراکم پستان بکار می رود (۲۵). بعضی از ضایعات فقط با اولتراسونوگرافی قابل کشف است. در حال حاضر سونوگرافی در افتراق ضایعات سیستمیک از توپر می باشد که در تشخیص تومور جامد از یک کیست، شیوه ارجح تری است. بیمارانی که توده هایی را احساس می کنند، اما پزشک و حتی ماموگرافی توده - ای را نشان نداده، اولتراسونوگرافی می تواند مفید واقع شود. اغلب اولتراسونوگرافی برای تشخیص یک کیست خوش خیم از یک توده جامد بکار می رود که در این مورد ۹۵-۱۰۰ درصد دقت عمل دارد (۱۷و۲۵). این افتراق در مورد ضایعات قابل لمس بهتر است. سونوگرافی کلسیفکاسیون ها و تعداد زیادی از بدخیمی ها را نشان نمی دهد و گاهی ممکن است مقدار زیادی از بافت طبیعی پستان را به صورت ندول شناسایی نماید و منجر به نتایج مثبت کاذب شود (۱۷). بنابراین سونوگرافی روش مفیدی برای بیماریابی نیست، زیرا بی نظمی های کوچک متعددی در بافت پستان نشان می دهد که هیچیک اهمیت بالینی ندارد. آنچه مسلم است توده باید با بیوپسی مورد ارزیابی نهایی قرار گیرد. ماموگرافی و اولتراسونوگرافی هرگز جانشینی برای بیوپسی نیست بلکه مطمئن ترین راه می باشد و حدود ۳۰ درصد ضایعات مشکوک به سرطان در بیوپسی خوش خیم تشخیص داده می شوند. عاقلانه ترین رویکرد در تشخیص و درمان سرطان پستان بیوپسی سرپایی (با سوزن یا با جراحی) و در صورت نیاز بر اساس شدت و وسعت ابتلا بیماری جراحی در مرحله

۳۹-۳۰ سال ، ۴۱ درصد و در زنان ۷۴-۶۰ سال ۲۱-۲۰ درصد می باشد (۲۳و۳). مؤسسه ملی سرطان (NCI) انجام ماهیانه خودآزمایی پستان را به همه زنان توصیه می نماید (۱۷). جامعه سرطان آمریکا (ACS) انجام معاینه ماهیانه SBE و معاینه بالینی پستان (۳ سال یکبار) در گروه سنی ۱۸ تا ۳۹ سال را توصیه می کند (۲۵) و معاینه فیزیکی سالانه توسط کاردان حرفه ای (یا پزشک) پس از ۴۰ سالگی توصیه می شود، اما بعضی از این مراکز این سن را به ۳۵ سالگی یا کمتر تقلیل می دهند (۱۷). ماموگرافی نیز یک روش غربالگری در تشخیص سرطان پستان در مراحل ابتدایی می باشد. بررسیها نشان می دهد که دامنه حساسیت ماموگرافی از ۷۵ درصد تا ۹۰ درصد و ویژگی آن بین ۹۵-۹۰ درصد متغیر می باشد (۲). البته این حساسیت بر اساس سن بیمار (تراکم پستان)، اندازه، محل و ظاهر ماموگرافیک تومور متفاوت است (۱۷و۲۵). انجام ماموگرافی پایه در ۴۰ سالگی و سپس انجام ماموگرافی سالیانه را با شروع سن ۴۰ سالگی و بدون محدودیت سنی بعدی توصیه می کنند. غربالگری در سن ۴۰ سالگی باید شروع شده و به طور سالیانه ادامه یابد تا بتواند مرگ و میر را تا ۲۴ درصد کاهش دهد (۲۵). اکثر محققین معتقدند که روشهای بیماریابی باید بر اساس خطر فردی در بروز سرطان انتخاب شود (۱۷). پذیرش انجام ماموگرافی در زنان بخصوص افراد بیشتر از ۶۰ سال، کم می باشد. بررسیها نشان داده است که میزان انجام سالیانه ماموگرافی در افراد بالای ۶۰ سال و با وضع اقتصادی و اجتماعی پایین و اقلیت ها از ۱۰ تا ۶۰ درصد متغیر است (۱۵). شواهد کافی جهت توصیه یا رد غربالگری روتین در زنان گروه سنی ۴۹-۴۰ سال وجود ندارد. بطور کلی شواهد موجود انجام ماموگرافی و معاینه بالینی را برای زنان ۶۹-۵۰ سال مفید و مؤثر نشان داده است و به علت تعداد کم نمونه در زنان مسن تر از ۷۰ سال تأثیر غربالگری قابل نتیجه گیری نبوده است (۸و۱۴و۲۴و۲۵).

بعدی می باشد (۲۵). قطعاً تشخیص زودرس سرطان پستان تأثیر بسزایی در کاهش هزینه، افزایش کیفیت زندگی و میزان بقاء زندگی در زنان خواهد داشت (۱ و ۱۱ و ۱۸ و ۲۴ و ۲۶ و ۲۷). تخمین زده شده است که هزینه کلی سرطان پستان ۳/۸ بلیون دلار در سال است که ۱/۸ بلیون دلار آن مربوط به هزینه خدمات و مراقبت بهداشتی است. بطوریکه تشخیص این سرطان در مراحل ابتدایی بطور قابل توجهی هزینه کمتری را در بر خواهد داشت (۲ و ۱۹). علیرغم اینکه غربالگری برای سرطان پستان سبب افزایش هزینه خواهد شد اما پس از جمع بندی هزینه های آن بنظر می رسد که ارزش اقتصادی غربالگری بیشتر از عدم انجام آن باشد (۷ و ۱۲). بطوریکه ارزش اقتصادی غربالگری سرطان پستان در سال بین ۲۸۰۰ تا ۱۳۲۰۰ دلار می باشد (۵ و ۹ و ۱۸). در مورد اکثر بیمارانی که سرطان پستان آنها در مراحل ابتدایی تشخیص داده شده است درمان موضعی شامل ماستکتومی یا جراحی نگهدارنده و رادیوتراپی است (۱۹). بدلیل اینکه روشهای درمانی مورد نظر بقاء ۱۰-۵ سال دارد، انتخاب نوع روش درمانی با توجه به چگونگی وضعیت فیزیکی و روحی بیماران تأثیر مهمی بر درمان دارد.

کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان

کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی است و دربردارنده جنبه های مثبت و منفی زندگی فرد بوده و بیانگر روشی است که فرد وضعیت سلامت و سایر جنبه های زندگی خود را درک کرده و نسبت به آن واکنش نشان می دهد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل حیطه های عملکرد جسمانی، درد، محدودیت در ایفای نقش، رفاه عاطفی، وضعیت خواب، رضایت از زندگی خانوادگی، ارتباط با همسر و درک کلی از سلامتی است که هر کدام از این موارد ممکن است تحت تأثیر عوامل مختلفی نظیر صدمات، اختلالات عملکردی و عاطفی، بیماریها و درمان آنها قرار گیرد.

سرطان پستان نسبت قابل توجهی از بدخیمی های زنان را بخود اختصاص داده است و بسته به شدت و درجه پیشرفت سرطان پستان و مداخلات درمانی - تکمیلی بکارگرفته شده حائز اهمیت است که علاوه بر افزایش میزان بقاء ی فرد تأثیر منفی در تصویر ذهنی و کیفیت زندگی فرد نیز می گذارد (۱). با اینحال نتایج محدودی در رابطه با تجربه فرد نسبت به گذر از مرحله بحرانی درمان به مرحله مقدماتی، بقاء و برگشت به زندگی عادی و تغییرات روحی فرد در مواجهه با بیماری وجود دارد. با این وجود میزان بقای زنان در سرطان پستان بیشتر از سایر سرطانها بوده، بطوریکه میزان بقای ۵ ساله در زنان قفقازی و غیراسپانیایی ۸۴ درصد و در زنان افریقایی - امریکایی ۶۹ درصد اعلام شده است (۲۴). نتایج تحقیق انجام شده در مورد زندگی ۱۸۵ زن زیر ۵۰ سال (۵ سال بعد از تشخیص و درمان سرطان پستان) بیانگر آنست که کیفیت زندگی ۹۲ درصد از آنان در حد خوب و عالی می باشد (۳). این بدان معنی است که بایستی زنان مبتلا به سرطان پستان و پزشکان آنها توجه بسیار دقیق تری در مورد نقش ماستکتومی، خطرات شیمی درمانی و استفاده از تاموکسی فن برای جلوگیری از عود سرطان داشته باشند (۱۱). نتایج نشان داده است که زنان مجرد و زنان با سطح تحصیلات کمتر، کیفیت زندگی بدتری داشته - اند و تأثیر منفی بر تصویر ذهنی فرد از جسم خود در زنان متأهل با ماستکتومی بیشتر از زنان با درمان نگهدارنده بوده است (۱۶). مطالعات کمی در مورد کیفیت زندگی و میزان بقاء طولانی مدت زنان بعد از درمان سرطان پستان انجام شده است. نتایج بررسیها نشان می دهد که تشخیص زودرس و غربالگری، کارآیی و کیفیت زندگی فرد را بدلیل بهره گیری از درمانهای مکمل و مراقبتهای بیشتر بطور چشمگیری افزایش خواهد داد.

منابع:

- ۱- دهقانزاده، شادی، بقایی، مژگان، ذاکری فرد، طاهره. کاظم نژاد، احسان. "مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب با افراد سالم در شهر رشت". فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی استان گیلان. شماره ۴۵-۴۴. ۱۳۸۱. صفحات ۵-۱۱.
- ۲- هدی، صبا، علی نی، علی، شکیبا، مریم، مونا، عودی، قاسمی پور، مریم، پوررسولی، زهرا. "بررسی فراوانی ارگانهای مبتلا به کانسر در استان گیلان". مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. سال دوازدهم. شماره ۴۸. زمستان ۸۲.
- ۳- اشتیاقی، رامین. بیماریهای زنان کیسینر (۱۹۹۹). تهران، انتشارات سمات. چاپ سوم. ۱۳۸۲.
- 4 - Arndt V, Merx H, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *Eur J Cancer*. 2004 Mar;40(5):673-80.
- 5-Baxter N.Preventive health care,2001 update:Should women be routinely taught breast self- examination to screen for breast cancer?*CMAJ*.2001;164(13).
- 6-Bloom JR,Stewrt SL,Chang S,Banks PI. Then and now:quality of life of young breast cancer survivors.*Psychooncology*.2004Mar; 13(3): 147-60.
- 7-Boncz I, Sebestyen A, Gulacsi L, Pal M, Dozsa C. Health economics analysis of breast cancer screening. *Magy Onkol*. 2003;47(2): 149-54.
- 8-Burgess, CC; Ramirez, AJ, Richards, MA, & Love, SB: Who and what influences delayed presentation in breast cancer? *Br J Cancer* 1998;77: 1343-1348.
- 9-Ebrahimi M, Vahdaninia M, Montazeri A.Risk factors for breast cancer in Iran: a case-control study.*BreastCancerRes*. 2002; 4(5): RI Ober-4-5-R1 0.
- 10-Elixhauser A. Costs of breast cancer and the cost-effectiveness of breast cancer screening. *Int J Technol Assess Health Care*. 1991 ;7(4):604-15.
- 11-Ferrini R.Screening mammography for breast cancer:American college of preventive medicine practice policy statement. A available at www.acgm.org/breast.htm.
- 12-Ganz PA et al.Breast Cancer Survivors and Quality of Life. *Journal of the National Cancer Institute*, January 2, 2002.
- 13-Ganz PA,Kwan L,Stanton AL ,et al.Quality of life at the end ofprimery treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial.*J of National Cancer Institute*.2004. 96(5):376-87
- 14-Gelber S,Coates A,Goldhirsch A et al.Effect of pregnancy on overall survivial after the diagnosis of early stage breast cancer.*J Clin Oncol*2001;19:1671-5.
- 15-Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A: Breast cancer in Iran: a review of903 case records.*Public Health* 2000,114:143-145.
- 16-King MT,Kenny P ,Shiell A,Hall J,Boyages J.Quality of life three month and one year after first treatment for early stage breast cancer:influence of treatment and patient characteristics.*Qual Res*.2000;9(7):789-800.
- 17-Mandelblatt J, Saha S, Teutsch S, Hoerger T, Siu AL, Atkins D, Klein J, Helfand M. Screening mammography in women aged 40-49 years: analysis of cost-effectiveness. *Radiology*. 1994 Jun;191(3):647-50 .
- 18-Mandelblatt J, Saha S, Teutsch S, Hoerger T, Siu AL, AtkinsD,KleinJ,HelfandM.Thecost- effectiveness of screening mammography beyond age 65 years: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*.2003 Nov 18; 139(1 0):835-42.
- 19-McPherson, K, Steel, CM, & Dixon, JM: Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ* 2000,321:624-628.
- 20-Mesko TW,Dunlap IN,Sutherland CM et al.Risk factors for breast cancer.*Compr Ther* 1990;16:3-9.
- 21-Naghavi M.Mortality profile in 18 provinces of Iran.Ministry of Health and Medical Edjucation.I th Tandis.2001.P:75.
- 22-Navarro AM, Kaplan RM. Mammography screening: prospects and opportunity costs. *Women's Health*. 1996 Winter;2(4):209-33.
- 23-Norum J. Breast cancer screening by mammography in Norway. Is it cost-effective? *AnnOncol*.1999Feb; I 0(2): 197-203.
- 24-Berek Jc.Breast cancer.Novak's Gynecology.Ch;35&18.2002.P:825-38&P:349-61.
- 25-Parker S, Tong L, Bolden S, Wingo P. Cancer Statistics 1996. *CA Cancer J Clin* 1996;46:8-9.
- 26-Ramirez, AJ, Westcombe, AM, Burgess, CC, Sutton, S, Littlejohns, P, & Richards, MA: Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review *Lancet* 1999, 353:1127-1131.
- 27-Richards, MA, Westcombe, AM, Love, SB, Littlejohns, P, & Ramirez, AJ: Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review *Lancet* 1999,353: 1119-1126.