



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر
اداره سرطان

دستورالعمل اجرایی و محتوای آموزشی
برنامه پیشگیری و تشخیص زودهنگام
سرطان پستان





دستورالعمل برنامه‌پیشگیری و تشخیص زودهنگام

سرطان پستان

دستورالعمل ویژه بهورز / مراقب سلامت

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان پستان و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

ارزیابی

- تمامی زنان ۳۰ تا ۶۹ سال را که برای ارزیابی سرطان پستان فراخوان شده‌اند، در نرم‌افزار به ماما یا مراقب سلامتی که دارای مدرک مامایی است، ارجاع غیرفوری داده و نتیجه بررسی در نرم‌افزار ثبت شود.
- در صورتی که سن فردی زیر ۳۰ یا بالای ۶۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل علایم مرتبط با پستان مراجعه کند، مشخصات او نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل زیر بررسی شود.

تصمیم‌گیری و اقدام

- در همه موارد آموزش‌های خود مراقبتی لازم از جمله در خصوص عوامل زمینه ساز بروز سرطان پستان داده شود.

پیگیری و مراقبت بیماران

- افرادی که به ماما ارجاع و ارزیابی‌های کامل تری می‌شوند برای پیگیری‌های دوره‌ای باید مطابق شرایط به صورت دوره‌ای ارزیابی شوند.
- اگر بنا به گزارش ماما، شرح حال و معاینه طبیعی بوده است، زمان ارجاع بعدی دو سال یک بار است.
 - اگر بنا به گزارش ماما، شرح حال غیرطبیعی (سابقه فردی و یا خانوادگی، سابقه بیوپسی پستان و یا رادیوتراپی قفسه سینه) باشد، زمان مراجعه بعدی دست کم یک سال بعد خواهد بود.
 - اگر بنا به گزارش ماما، معاینه غیرطبیعی باشد، زمان مراجعه بعدی توسط سطح دو و مامای سطح یک مشخص می‌شود.

دستورالعمل ویژه ماما

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان پستان و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

ارزیابی

- مشخصات تمامی زنان ۳۰ تا ۶۹ سال که توسط بهورز/مراقب سلامت برای تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان ارجاع شده‌اند را در سامانه ثبت کنید.
- در صورتی که سن فردی زیر ۳۰ یا بالای ۶۹ سال باشد یا در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل علایم مرتبط با پستان مراجعه کند، مشخصات او را نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل زیر بررسی کنید.
- فرد را از نظر دارا بودن علایم زیر بررسی و در سامانه ثبت کنید:
 - آیا سابقه خانوادگی سرطان پستان یا تخمدان از جمله یکی از موارد زیر را دارید؟
 - ✓ دست کم دو فامیل با سرطان پستان در یک سمت فامیل با هر سنی
 - ✓ دست کم دو فامیل با سرطان در یک سمت فامیل با هر سنی که یکی از آنها سرطان پستان باشد
 - ✓ دست کم یک فامیل با سرطان تخمدان در یک سمت فامیل با هر سنی
 - ✓ یک فامیل درجه یک، دو یا سه با سرطان پستان یا هر سرطان دیگری در سن زیر ۵۰ سال
 - آیا سابقه فردی سرطان پستان یا تخمدان دارید؟
 - آیا سابقه بیوپسی (نمونه‌برداری) پستان دارید؟
 - آیا سابقه رادیوتراپی قفسه سینه دارید؟
- سپس پستان‌ها و زیر بغل‌های وی را از نظر موارد زیر معاینه و در سامانه ثبت کنید:
 - توده پستان یا زیر بغل
 - تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام (سفتی) پستان
 - تغییرات پوستی پستان شامل هر یک از موارد زیر:
 - ✓ پوست پرتغالی
 - ✓ اریتم یا قرمزی پوست
 - ✓ زخم پوست
 - ✓ پوسته پوسته شدن و اگزمای پوست
 - ✓ تغییرات نوک پستان (فرورفتگی یا خراشیدگی)
 - ترشح نوک پستان که دارای هر یک از خصوصیات زیر باشد:
 - ✓ از یک پستان باشد (و نه هر دو پستان)
 - ✓ از یک مجرا باشد (و نه از چند مجرا)
 - ✓ ترشح خود به خودی و ادامه دار باشد
 - ✓ در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد
 - ✓ سروزی یا خونی باشد

تصمیم‌گیری و اقدام

- در صورتی که همه موارد شرح حال منفی و معاینه از همه نظر طبیعی بود، به افراد برای ۲ سال بعد نوبت ویزیت مجدد بدهید و به بهبودی/مراقب سلامت ارجاع دهید.
- در صورتی که پاسخ هر یک از موارد شرح حال مثبت یا هر یک از موارد معاینه غیرطبیعی باشد، پس از ثبت در نرم‌افزار، به سطح دو ارجاع دهید.
- زمان ارجاع بعدی در موارد شرح حال مثبت به بازخورد سطح دو و پاسخ ماموگرافی (در صورتی که موجود باشد) بستگی دارد. اما در هر صورت در این موارد، فرد حداقل سالی یک بار به سطح دو ارجاع می‌شود:
 - در افرادی که شرح حال مثبت داشته ولی دارای ماموگرافی طبیعی (BIRADS یک و دو و سه) در طی یک سال اخیر باشند نیازی به ارجاع نیست تا زمانی که یک سال از ماموگرافی قبلی گذشته باشد.
 - در افرادی که شرح حال مثبت داشته و دارای ماموگرافی غیرطبیعی (BIRADS چهار و پنج) باشند پس از تکمیل فرم ارجاع به سطح دو ارجاع می‌شوند.
- زمان ارجاع بعدی در موارد معاینه غیرطبیعی به بازخورد سطح دو بستگی دارد و دست کم سالی یک بار است.
- اگر فردی با سن زیر ۳۰ سال و به دلیل توده پستان معرفی شده باشد، او را به سطح دو ارجاع دهید.
- در همه موارد آموزش‌های خود مراقبتی لازم در خصوص علائم مشکوک سرطان پستان و انجام معاینه شخصی پستان مطابق بسته آموزشی، داده شود.
- نحوه انجام معاینه بالینی پستان در بخش دستورالعمل معاینات و تست‌ها آمده است.

۱. مواردی که مطابق دستورالعمل نیاز به ارجاع به سطح دو دارند به بیمارستان ارجاع داده می‌شوند تا توسط جراح پستان یا جراح عمومی معاینه شده تا در صورت نیاز سونوگرافی یا ماموگرافی درخواست و اقدامات تشخیصی بیشتر انجام گیرد.

وظایف ماما در برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان

ارزیابی	طبقه‌بندی	تصمیم‌گیری
<p>الف- شرح حال:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. سابقه خانوادگی سرطان (به ویژه پستان یا تخمدان) ۲. سابقه فردی سرطان پستان ۳. سابقه نمونه برداری پستان ۴. سابقه رادیوتراپی قفسه سینه <p>ب- معاینه بالینی پستان (CBE)</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. توده پستان یا زیر بغل ۲. تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام (سفتی) پستان ۳. تغییرات پوستی پستان ۴. ترشح نوک پستان 	<ul style="list-style-type: none"> • شرح حال طبیعی (نداشتن سابقه خانوادگی، سابقه فردی، نمونه برداری پستان و رادیوتراپی قفسه سینه) • معاینه طبیعی 	<ul style="list-style-type: none"> • اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • به افراد برای ۲ سال بعد نوبت ویزیت مجدد بدهید و به بهورز/ مراقب سلامت ارجاع دهید. • توصیه کنید در صورتی که در فواصل بین معاینات معمول، مشکلات پستان داشته باشد مراجعه کند.
<ol style="list-style-type: none"> ۱. توده پستان یا زیر بغل ۲. تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام (سفتی) پستان ۳. تغییرات پوستی پستان ۴. ترشح نوک پستان 	<ul style="list-style-type: none"> • شرح حال غیرطبیعی (هر یک از موارد زیر): <ul style="list-style-type: none"> ○ سابقه خانوادگی مثبت ○ سابقه فردی مثبت ○ سابقه نمونه برداری پستان ○ سابقه رادیوتراپی قفسه سینه 	<ul style="list-style-type: none"> • اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • فرد را مطابق به سطح دو (پزشک متخصص جراح در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع دهید. (زمان ارجاع افرادی که ماموگرافی طبیعی دارند، یک سال پس از آخرین ماموگرافی خواهد بود)
<ol style="list-style-type: none"> ۱. توده پستان یا زیر بغل ۲. تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام (سفتی) پستان ۳. تغییرات پوستی پستان (پوست پرتغالی، اریتم یا قرمزی پوست، زخم پوست، پوسته پوسته شدن و آگزمای پوست و تغییرات نوک پستان شامل فرورفتگی یا خراشیدگی) ۴. ترشح نوک پستان که از یک پستان باشد (و نه هر دو پستان)، از یک مجرا باشد (و نه از چند مجرا)، ترشح خود به خودی و ادامه دار باشد، در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد، سوزی یا خونی باشد 	<ul style="list-style-type: none"> • معاینه غیرطبیعی (هر یک از موارد زیر): <ul style="list-style-type: none"> ○ توده پستان یا زیر بغل ○ تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام (سفتی) پستان ○ تغییرات پوستی پستان (پوست پرتغالی، اریتم یا قرمزی پوست، زخم پوست، پوسته پوسته شدن و آگزمای پوست و تغییرات نوک پستان شامل فرورفتگی یا خراشیدگی) ○ ترشح نوک پستان که از یک پستان باشد (و نه هر دو پستان)، از یک مجرا باشد (و نه از چند مجرا)، ترشح خود به خودی و ادامه دار باشد، در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد، سوزی یا خونی باشد 	<ul style="list-style-type: none"> • اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • فرد را به سطح دو (پزشک متخصص جراح در بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع دهید.

فلوچارت تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان



۱. در هر زنی با هر سنی که در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل مشکلات پستان مراجعه کرده باشد، مطابق همین فلوچارت، شرح حال بگیریید، معاینه کنید و تصمیم بگیریید. به عنوان مثال اگر فردی با سن زیر ۳۰ سال و به دلیل توده پستان معرفی شده باشد، او را به سطح دو ارجاع دهید.
۲. در موارد شرح حال مثبت، فواصل ارجاع به سطح دو دست کم سالی یک بار است.
۳. در موارد معاینه غیر طبیعی، فواصل ارجاع را بازخورد سطح دو مشخص می‌کند و دست کم سالی یک بار است

محتوای آموزش ویژه ماما

اپیدمیولوژی

سالانه هزاران مورد ابتلا به سرطان در ایران و میلیون‌ها مورد در جهان رخ می‌دهد که در صورت تشخیص به موقع و زودهنگام، تومور در مراحل اولیه و محدود بوده، در نتیجه درمان آن آسان تر و امکان کنترل و بهبود کامل آن بسیار زیاد است.

میزان بروز سالیانه سرطان در سال ۲۰۱۲ میلادی، ۱۴ میلیون نفر بوده است که تا سال ۲۰۳۰ میلادی به حدود ۲۵ میلیون نفر خواهد رسید یعنی ظرف مدت کوتاهی بروز سرطان نزدیک به دو برابر خواهد شد. همچنین عدد مرگ و میر سالیانه از ۸ میلیون نفر در همین مدت به ۱۳ میلیون نفر می‌رسد. هفتاد درصد از این افزایش در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد.

در ایران سالانه بیش از نود هزار نفر مبتلا به سرطان می‌شوند که این عدد تا سال ۲۰۳۰ میلادی (۱۴۰۹ خورشیدی) با افزایش دست کم هشتاد درصدی به بیش از ۱۶۰ هزار نفر خواهد رسید.

مهم‌ترین دلایل برای افزایش بروز سرطان در ایران و جهان عبارتند از:

- افزایش امید به زندگی و تعداد سالمندان (چرا که بروز سرطان با افزایش سن، افزایش می‌یابد)
- تغییر در شیوه زندگی مانند افزایش مصرف دخانیات، غذاهای چرب و پرکالری و کم تحرکی
- عوامل محیطی مانند افزایش مصرف سوخت‌های فسیلی



در حال حاضر با وجودی که عدد خام مرگ و میر ناشی از سرطان‌ها افزایش یافته است اما به طور کلی نسبت افرادی که از سرطان فوت می‌کنند با در نظر گرفتن جمعیت و تعداد موارد ابتلا، در مقایسه با سه دهه پیش، کاهش یافته است. نیمی از افرادی که امروز با تشخیص سرطان تحت درمان هستند، پنج سال زنده خواهند بود و بیش از ۴۰٪ بعد از ده سال هنوز زندگی می‌کنند. متوسط میزان بقای ده ساله برای سرطان دو برابر ۳۰ سال گذشته شده است.

مهمترین دلیل بهبود در بقای بیماران، علاوه بر درمان‌های موثرتری که پیدا شده است، افزایش آگاهی مردم و ارتقای روش‌های تشخیص زودهنگام است. حتی برای کسانی که احتمال بهبودی آنها کم است، شانس زنده ماندن در زمان تشخیص زودتر، بیشتر خواهد بود. دو جزء اصلی در برنامه تشخیص زودرس سرطان وجود دارد: تشخیص زودهنگام و غربالگری.

تفاوت تشخیص زودهنگام و غربالگری چیست؟

معنای تشخیص زودهنگام این است که ما به عنوان ارائه دهنده خدمات سلامتی در سطح شبکه بهداشتی درمانی کشور، علایم هشداردهنده سرطان را بدانیم تا در زمان ارزیابی‌های دوره‌ای، اگر فردی را بررسی کردیم و یا در فواصل بین ارزیابی‌ها اگر فردی با این علایم مراجعه کرد، آمادگی شناسایی این علایم و جدا کردن موارد مهم از غیر مهم را داشته باشیم تا در مرحله بعدی موارد مهم را برای اقدامات تشخیصی کامل تر به مراکز سطح بالاتر و مجهزتر معرفی کنیم.



اما معنی غربالگری این است که در افرادی که هیچ علامت هشداردهنده‌ای برای سرطان ندارند اما به دلیل شرایط جنسی (مثلا سرطان پستان) یا سنی خاص (مثلا سن بالا) بالقوه در معرض سرطان هستند، اقدامات تشخیصی را انجام دهیم. بسیاری از سرطان‌ها تنها با معاینه پزشکی و آزمایش‌های تکمیلی تشخیص داده می‌شوند که از جمله آنها سرطان‌های پستان، دهانه رحم و روده بزرگ هستند. غربالگری به عنوان بخشی از برنامه تشخیص زودرس است. غربالگری به معنی شناسایی بیماری احتمالی ناشناخته با استفاده از معاینه و آزمایشات ساده در فردی است که هنوز علائم ندارد. در یک برنامه ملی مبارزه با سرطان، بعد از غربالگری، افراد تشخیص داده شده تحت درمان مناسب قرار می‌گیرند.

لازم است هم بیمار و هم ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به اهمیت تشخیص زودهنگام از راه آشنایی با علایم مشکوک سرطان همچنین انجام فعالیت‌های غربالگری سرطان پایبند باشند که منجر به بهبود نتیجه و کاهش اتلاف منابع شود.

در برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان هدف شناسایی و ثبت بیماران مشکوک یا مبتلا به این سرطان‌ها و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی همچنین ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

برنامه پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان



سلامت زنان و به ویژه مادران از مفاهیم زیر بنایی در توسعه است. زنان حدود نیمی از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند و نه تنها مسئول سلامت خود هستند بلکه بیشترین مراقبت‌ها را برای بهداشت خانواده انجام می‌دهند. به این ترتیب وضعیت سلامت زنان تأثیر به‌سزایی بر سلامت فرزندان، خانواده و جامعه پیرامون آنها دارد و چنانچه این موضوع نادیده گرفته شود، سلامتی خانواده و جامعه نیز دچار آسیب خواهد شد.

امروزه یکی از عوامل نگران‌کننده در سلامتی زنان، سرطان پستان است. سرطان پستان بیماری است که در آن، سلول‌های بدخیم در بافت پستان ایجاد می‌شوند. در اکثر کشورهای دنیا سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان است. در ایران نیز این بیماری در صدر سرطان‌های خانم‌ها قرار دارد و بروز آن در حال افزایش است.

اصول خود مراقبتی برای پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان

برای آموزش خود مراقبتی به افراد شرکت‌کننده در برنامه‌های پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان‌ها دو اصل مهم باید آموزش داده شود:

راه‌های پیشگیری از سرطان

- به طور کلی باید به افراد آموزش داده شود که سرطان بر خلاف تصور عام، یک بیماری قابل پیشگیری است به طوری که بیش از ۴۰ درصد سرطان‌ها قابل پیشگیری اند.
- برای پیشگیری از سرطان پستان باید بدانیم که علل ایجادکننده سرطان و راه‌های دوری کردن از آن کدامند همچنین چه عواملی اثر محافظتی در برابر این سرطان دارند.

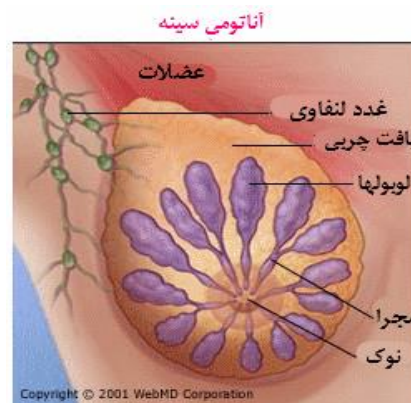
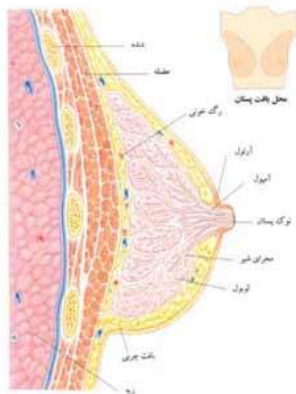
علائم هشداردهنده سرطان

- با شناخت علائم هشداردهنده سرطان پستان و مراجعه به موقع به خانه‌ها، پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی می‌توان ضایعات پیش سرطانی را پیش از تبدیل شدن به سرطان، زودتر تشخیص داد.
 - بر این مبنا زنان باید به مشارکت در برنامه‌های غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان ترغیب شوند و به شبکه بهداشتی مراجعه کنند.
 - نحوه انجام خودآزمایی پستان (SBE) به آنها آموزش داده شود.
- بهترین راه کاهش خطر سرطان پستان ضمن رعایت شیوه زندگی سالم، انجام مراقبت‌های معمول نظیر معاینات دوره‌ای و انجام ماموگرافی در صورت نیاز به ویژه در افراد پرخطر است.

آناتومی پستان

در زنان بالغ، پستان از سه قسمت (پوست، بافت زیر جلدی و نسج پستان) تشکیل شده است. نسج پستان، خود شامل بافت‌های غددی و بافت زمینه‌ای (استروما) است. ربع فوقانی خارجی پستان نسبت به بقیه قسمت‌ها نسج بیشتری دارد. تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای در اندازه، شکل و تراکم نسج پستان بین افراد مختلف وجود دارد.

پستان به دلیل داشتن غدد تولیدکننده شیر و مجاری شیری عضوی فعال است که با تحریک هورمونی در طی دوران بارداری و شیردهی بزرگتر شده و حجم و تراکم آن افزایش می‌یابد و با کاهش سطح هورمون در طی دوران یائسگی به صورت پهن و شل و آویزان در می‌آید. غدد مولد شیر در پستان بصورت گروهی قرار دارند و به هر گروه یک لوب می‌گویند. هر پستان از ۱۵ تا ۲۰ لوب تشکیل شده است که هر لوب به صورت یک خوشه انگور دارای یک مجرای واحد به نام مجرای شیری (لاکتوفروس داکت) و تعداد زیادی لوبول است. هر لوبول دارای ۱۰ تا ۱۰۰ ساختمان کیسه‌ای شکل موسوم به آلوئول است. آلوئول واحد عمل پستان است و از یک لایه سلول اپیتلیال و یک لایه سلول عضلانی (میوآپیتلیال) در خارج تشکیل شده است. سلول‌های آلوئولی تحت تاثیر هورمون پرولاکتین مسئول تولید شیر به داخل آلوئول هستند و سلول‌های عضلانی اطراف آن تحت تاثیر اکسی توسین مسئول ترشح شیر از آلوئول‌ها به داخل مجرای شیری هستند. همان طور که گفته شد هر لوب پستان به یک مجرای بزرگ ختم می‌شود که به طور مستقیم از هر لوب به نوک پستان می‌روند و شیر را از طریق منافذ نوک پستان به بیرون تخلیه می‌کنند.



عوامل خطر سرطان پستان و پیشگیری از آن

هرکسی می‌تواند برای کاهش خطر سرطان و دیگر بیماری‌های مزمن، تغییراتی را در شیوه‌ی زندگی خود ایجاد کند. افراد در معرض خطر باید به خاطر داشته باشند که ترکیبی از عوامل برای ایجاد سرطان لازم است از جمله عوامل ژنتیکی، محیطی و شیوه‌ی زندگی. بعضی از این عوامل می‌توانند اصلاح شوند و بعضی دیگر خارج از اراده افراد هستند بنابراین افراد می‌توانند قدم‌هایی را برای کاهش خطر بیماری بردارند. خوشبختانه بیشتر عوامل خطری که سبب سرطان پستان می‌شوند قابل اصلاح هستند.

عوامل خطر غیر قابل اصلاح

- سن بالا: با افزایش سن خطر ابتلا به سرطان پستان افزایش می‌یابد. بیشتر موارد سرطان سیتان در سن بالای ۵۰ سالگی بروز می‌کنند.
- سابقه خانوادگی و جهش‌های ژنی: سابقه خانوادگی مثبت، خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهد. در ۲۰ تا

۳۰ درصد مبتلایان به سرطان پستان سابقه خانوادگی وجود دارد. در صورت وجود بیماری یک طرفه در یکی از بستگان درجه یک قبل از یائسگی، خطر ابتلا در کل زندگی فرد، ۳۰ درصد است. گرفتاری دو طرفه پستان در مادر و یا خواهر قبل از یائسگی، این خطر را تا ۵۰-۴۰ درصد افزایش می‌دهد. علت افزایش خطر، ژن‌های سرطان‌زای (اونکوژن‌های) ارثی است که با وراثت اتوزوم غالب به ارث می‌رسند. شایع‌ترین جهش‌ها حذف ژنی در BRCA1 و BRCA2 است. در فرد حامل این جهش‌ها خطر ابتلا به سرطان پستان ۴ درصد در سال و در طول زندگی ۳۵ تا ۸۵ درصد است. در این افراد خطر ابتلا به سرطان پستان در سمت مقابل ۶۵ درصد است. در ۵۰ درصد موارد، افراد مذکر حامل ژن هستند. در مردان حامل BRCA2، خطر سرطان پروستات و پستان افزایش می‌یابد. مطالعات نشان می‌دهد که شاید فقط حدود ۱۰٪ موارد سرطان پستان مرتبط با عوامل ارثی است و این ممکن است بعضی از زنان را وادار کند تا به روش‌های پیشگیری و بررسی‌های غربالگری اهمیت دهند.

- سن قاعدگی کمتر از ۱۱ سال: شروع اولین قاعدگی در سنین پایین‌تر یک عامل خطر برای سرطان پستان است. در اولین قاعدگی در سن نوجوانی بافت پستان در معرض استروژن‌ها و دیگر هورمون‌ها قرار می‌گیرد و مواجهه با سطوح دائمی هورمونی افزایش می‌یابد. قاعدگی در دختران چاق و بی‌تحرك زودتر اتفاق می‌افتد. باید به نوجوانان و والدین آنان اهمیت فعالیت بدنی منظم و یک رژیم غذایی سالم را آموزش دهیم. به ازای هر سال قاعدگی زودرس، خطر ۴٪ افزایش می‌یابد.
- سن یائسگی بالای ۵۴ سال: یائسگی در سن بالاتر با افزایش خطر سرطان پستان ارتباط دارد. توقف چرخه‌های قاعدگی منجر به کاهش سطوح هورمون‌های مترشحه داخلی و خاتمه تکثیر سلول‌های پستان که در طول سال‌های تولید مثلی دیده شده می‌گردد. خطر سرطان پستان به ازای هر سال تاخیر در یائسگی تا ۳٪ افزایش می‌یابد.
- قد: زنان قد بلند یک افزایش خطر سرطان پستان را دارا هستند. قد در بالغین می‌تواند یک شاخص بارز برای میزان دریافت تغذیه در دوران کودکی و نوجوانی باشد و رشد سریع با بلندی قد در ارتباط است که ممکن است منجر به افزایش خطر جهش سلولی و بالا رفتن خطر سرطان شود.
- زمینه‌ی نژادی و قومی: زنان سفید پوست خطر بالاتری از سرطان پستان را نسبت به زنان آمریکایی آفریقایی تبار دارا هستند و زنان آسیایی تبار، اسپانیایی تبار و بومی آمریکا به طور قابل ملاحظه‌ای خطر پائین‌تری را در مقایسه با دیگر گروه‌های نژادی و قومی دارند. مقدار زیاد تفاوت در خطر، احتمالاً ناشی از تفاوت‌های اقتصادی اجتماعی (و الگوهای تولید مثلی) و هم‌چنین شیوه‌ی زندگی و عوامل محیطی است.
- وضعیت اقتصادی و اجتماعی بهتر: خطر سرطان پستان با وضعیت اقتصادی اجتماعی بهتر مرتبط است. زنان با وضعیت اقتصادی اجتماعی بالاتر، تمایل دارند که بارداری را دیرتر شروع کنند و بچه‌های کمتری داشته باشند که هر دو عامل به عنوان افزایش دهنده خطر سرطان پستان هستند.
- سابقه هیپرپلازی (رشد بیش از حد سلول‌ها) در پستان: زنانی که از نظر بافت‌شناسی دارای یک سابقه قطعی بیماری خوش خیم پرولیفراتیو پستان هستند، در معرض افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان قرار دارند. بیماری خوش خیم پرولیفراتیو، یک تکثیر غیرعادی سلول‌ها در مجاری و لوبول‌های پستان را شامل می‌شود.

عوامل خطر قابل اصلاح

- نمایه توده بدنی (BMI) بالای ۳۰: افزایش دریافت کالری در کودکی و نوجوانی وزن بدن را افزایش می‌دهند که می‌تواند منجر به قاعدگی زودرس و افزایش قد در بزرگسالی شود که هر دو آن‌ها با افزایش خطر سرطان پستان مرتبط هستند. مطالعات متعدد نشان داده است که افزایش وزن در بزرگسالی نیز با افزایش خطر مرتبط است. یکی از بهترین روش‌ها برای جلوگیری از افزایش وزن، افزایش فعالیت ورزشی است و همه افراد باید به تعادل در دریافت

کالری غذایی با فعالیت ورزشی منظم توصیه شوند.

- الکل: مصرف الکل حتی به مقدار کم خطر سرطان پستان را افزایش می‌دهد. با مصرف الکل سطوح استروژن‌های گردش خون بالا می‌رود. همچنین الکل ممکن است خطر سرطان را با کاهش ذخایر فولات و ویتامین A بدن، بالا ببرد. زنانی که الکل می‌نوشند، باید به قطع مصرف الکل و مصرف روزانه مولتی ویتامین به همراه فولات توصیه شوند.
- سن بالا در زمان اولین تولد: افرادی که تولد فرزند پس از ۳۵ سالگی دارند، خطر بالاتری از سرطان پستان را نسبت به زنانی که زایمان زودتری دارند، دارا هستند. اولین حاملگی، منجر به تکثیر نامتمايز سلول‌های پستان و تغییرات دائمی بافت پستان جهت آماده شدن برای شیردهی می‌شود. در اولین حاملگی یک زن مسن‌تر احتمال بیشتری می‌رود که آسیب DNA زودتر اتفاق بیفتد. این DNAهای غیرعادی می‌توانند در طی رشد سریع سلولی دوره حاملگی، همانند سازی شوند.
- مواجهه با اشعه: مواجهه با اشعه در دوز بالا (برای درمان برخی بیماری‌ها مانند لنفوم) به خصوص اگر مواجهه در سنین جوانی باشد با افزایش خطر سرطان پستان مرتبط است. قرارگیری در معرض دوز کم رادیوگرافی که برای ماموگرافی استفاده می‌گردد، نمی‌تواند خطر سرطان پستان را افزایش دهد و یا این خطر قابل چشم پوشی است.
- قرص‌های ضدبارداری خوراکی: ممکن است خطر سرطان پستان در زنانی که در حال حاضر از قرص‌های ضد بارداری خوراکی استفاده می‌کنند یا در طی ۱۰ سال گذشته از قرص‌های ضدبارداری خوراکی استفاده کرده‌اند، اندکی بالاتر باشد. با این وجود، ۱۰ سال یا بیشتر بعد از توقف مصرف قرص‌های ضد بارداری خوراکی، افزایش خطر سرطان پستان وجود ندارد. خطر قطعی سرطان پستان در سنین زیر ۴۵ سال پایین است. بنابراین حتی اگر یک افزایش خطر نسبی اندکی وجود داشته باشد، موارد بسیار کمی از سرطان پستان با مصرف قرص‌های ضدبارداری خوراکی در این گروه سنی ایجاد خواهد شد. برای خیلی از زنان مزایای استفاده از قرص‌های ضدبارداری خوراکی ممکن است بر خطرات آن برتری داشته باشد.
- هورمون درمانی جایگزین HRT: مصرف‌کنندگان این هورمون‌ها که برای ۵ سال یا بیشتر هورمون‌های جایگزین را مصرف می‌کنند، تقریباً یک خطر بالای ۵۰٪ سرطان پستان را نسبت به زنانی که هیچ وقت از آن‌ها استفاده نکرده‌اند، دارا هستند. استفاده طولانی مدت از هورمون، خطر سرطان پستان را بالاتر می‌برد با این وجود، بعد از قطع هورمون‌ها به نظر می‌رسد که احتمال خطر، مانند کسی که هیچ وقت از آن‌ها استفاده نکرده است، باشد. خطر سرطان پستان برای زنانی که استروژن و پروژسترون را با هم می‌خورند، بیشتر است.
- مصرف بالای چربی‌های اشباع شده: سنجش‌های بین‌المللی میزان بالاتری از سرطان پستان را در کشورهایی که میزان سرانه چربی دریافتی بیشتری دارند، نشان داده است، افرادی که کالری دریافتی بیشتری دارند، سن شروع اولین قاعدگی در آن‌ها زودتر است و سن اولین زایمان دیرتر است که هر دو با افزایش خطر سرطان پستان همراه است.

عوامل نامرتبط با خطر

- تئوری‌های گوناگونی درباره علل سرطان پستان وجود دارد که متاسفانه سبب نگرانی غیر واقعی برای خیلی از زنان شده است. عوامل خطر پیشنهاد شده زیادی تحت مطالعه قرار گرفته‌اند اما هیچ تاثیری را بر روی خطر سرطان پستان نشان نداده‌اند. این موارد شامل استفاده از خوشبوکننده و ضد تعریق، خوردن قهوه، ایمپلنت‌های پستان، سقط، آلودگی‌های محیطی از قبیل پلی کلرینیتد بیفنل‌ها^۱ (PCBS) و قرار گرفتن در مجاورت میدان‌های الکترومغناطیسی است.
- بر مبنای عوامل خطری که در بالا گفته شد، مهمترین توصیه‌های خود مراقبتی برای پیشگیری از سرطان پستان

عبارتند از:

- وزن متعادلی داشته باشید.
- از مصرف غذاهای پرچرب و سرخ کرده، نمک زده و آماده حاوی مواد نگهدارنده، ترشی و کنسروها پرهیز کنید یا مصرف آنها را کاهش دهید.
- میوه، سبزیجات، غلات و گوشت ماهی را بیشتر مصرف کنید چرا که می‌توانند با افزایش سطح آنتی‌اکسیدان‌ها سبب کاهش بروز سرطان شوند.
- حداقل ۳۰ دقیقه در روز فعالیت ورزشی داشته باشید.
- از مصرف الکل و سیگار پرهیز کنید.
- در صورت دارا بودن فرزند شیرخوار، شیردهی از پستان را مورد توجه قرار دهید.
- با ماما یا پزشک در پایگاه‌ها یا مراکز بهداشتی درباره‌ی خطرات و مزایای مصرف قرص‌های ضدبارداری خوراکی و مصرف هورمون‌های جایگزین یائسگی مشورت کنید.

علائم سرطان پستان و تشخیص زودهنگام آنها

- مهمترین علائم ضایعات خوش خیم و بدخیم پستان عبارتند از:
 - توده پستان یا زیر بغل
 - تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام (سفتی) پستان
 - تغییرات پوستی پستان شامل هر یک از موارد زیر:
 - ✓ پوست پرتغالی
 - ✓ اریتم یا قرمزی پوست
 - ✓ زخم پوست
 - ✓ پوسته پوسته شدن و آگزمای پوست
 - ✓ تغییرات نوک پستان (فرورفتگی یا خراشیدگی)
 - ترشح نوک پستان که دارای هر یک از خصوصیات زیر باشد:
 - ✓ از یک پستان باشد (و نه هر دو پستان)
 - ✓ از یک مجرا باشد (و نه از چند مجرا)
 - ✓ ترشح خود به خودی و ادامه دار باشد
 - ✓ در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد
 - ✓ سروزی یا خونی باشد
- بر مبنای علایمی که در بالا گفته شد، مهمترین تو صیه‌های خود مراقبتی برای تشخیص زودهنگام سرطان پستان عبارتند از:
 - اگر سابقه‌ی خانوادگی قوی از سرطان پستان یا تخمدان دارید، با ماما یا پزشک در پایگاه‌ها یا مراکز بهداشتی درباره‌ی گزینه‌های غربالگری خاص، انجام تست‌های ژنتیک یا درمان پیشگیرانه صحبت کنید.
 - علائم سرطان پستان را بشناسید و اگر توده‌ای مشکوک یا تغییرات پوستی را در پستان‌های خود دیدید به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنید.
 - ماهانه بلافاصله بعد از اتمام قاعدگی، خودآزمایی پستان را انجام دهید.

پاتولوژی و سیر طبیعی بیماری

سرطان پستان به طور کلی دو نوع تهاجمی و درجا دارد. کارسینوم داکتال مهاجم (IDC) هشتاد درصد از سرطان‌های مهاجم پستان را شامل می‌شود. بیست درصد بقیه از نوع کارسینوم لبولر (ILC) و سایر انواع هستند. زیرگروه‌های کارسینوم داکتال عبارتند از: اسکلوژ، توبولر، مدولری و موسینی. پیش‌آگهی کارسینوم مدولری بهتر از سایر انواع کارسینوم داکتال مهاجم است و نسبت به سایر اشکال کارسینوم، نوعی تومور با رشد آهسته و قدرت تهاجمی کمتر است. یکی از خصوصیات منحنی سرعت رشد سرطان پستان، وجود مرحله پیش‌بالینی طولانی مدت است. مدت زمان دو برابر شدن تومور پستان در تومورهای دارای رشد سریع، چندین هفته و در تومورهای دارای رشد آهسته، ماه‌ها تا سال‌ها به طول می‌انجامد. در صورت ثابت بودن زمان دو برابر شدن تومور، با زمان دو برابر شدن ۱۰۰ روزه، بعد از ۸ سال یک تومور یک سانتی متری بوجود می‌آید. از آنجا که مرحله پیش‌بالینی کارسینوم پستان طولانی است و ضایعات ارتشاحی تمایل به متاستاز زودرس دارند، بسیاری، کارسینوم پستان را در زمان تشخیص به عنوان یک بیماری سیستمیک در نظر می‌گیرند. سرطان پستان قابلیت متاستاز به هر عضوی را دارد اما در هشتاد و پنج درصد زنان درگیری استخوان، ریه‌ها و کبد دیده می‌شود.

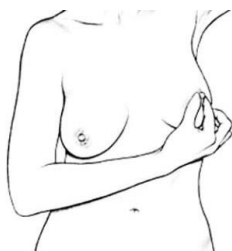
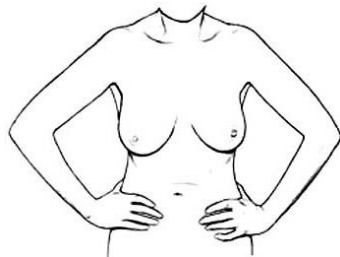
شیوه‌های تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان

انواع روش‌ها برای تشخیص زودهنگام سرطان پستان به کار می‌روند که در اینجا فقط به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود از جمله معاینه پستان توسط خود فرد (Self Breast Exam یا SBE)، معاینه پستان توسط ماما یا پزشک (Clinical Breast Exam یا CBE)، ماموگرافی، سونوگرافی پستان و MRI.

معاینه بالینی پستان توسط خود فرد (Self Breast Exam یا SBE)

خودآزمایی پستان‌ها باید از سن ۲۰ سالگی، به صورت ماهیانه انجام شود. بهترین زمان برای انجام معاینات پستان، روزهای ۵ تا ۱۰ قاعدگی است. این خودآزمایی از طریق مشاهده و لمس قابل انجام است. مراحل انجام معاینه فردی عبارتند از: مقابل آینه بایستید و دست‌ها را به پهلوها بزنید به طوری که شانه‌ها بالا کشیده شوند. به اندازه، شکل، رنگ و تورم پستان‌ها توجه کنید. در صورت مشاهده هر گونه برآمدگی، فرورفتگی قسمتی از پوست یا نوک پستان، قرمزی، زخم و یا لکه‌های پوستی فوراً به شبکه بهداشتی مراجعه نمایید.

دست‌ها را بالا ببرید به طوری که به دو طرف سر بچسبند. در این مرحله نیز به دنبال تغییرات ظاهری به ویژه تغییرات زیر بغل بگردید.



کمی نوک پستان را فشار دهید. دقت کنید آیا مایعی از نوک یک یا هر دو پستان خارج می‌شود یا خیر. این ترشحات می‌تواند آبکی، شیری، خونی و یا مایعی زرد رنگ باشد.



دراز بکشید. دست راست خود را زیر سر گذاشته و با دست چپ پستان راست را لمس کنید. سپس دست چپ را زیر سر خود بگذارید و با دست راست پستان چپ را لمس کنید. حرکات دست باید چرخشی و دورانی باشد. این حرکت را از نوک پستان شروع کرده و به خارج حرکت کنید. مطمئن شوید که تمام قسمت‌های پستان و زیر بغل را لمس کرده‌اید.



بایستید یا بنشینید. دست چپ خود را بالا برده و با دست راست قسمت انتهایی پستان چپ، جایی که به زیر بغل منتهی می‌شود را لمس کنید و بالعکس.

در صورتی که توده‌ای لمس کردید یا تغییرات ظاهری در پستان خود دیدید، حتماً به خانه، پایگاه یا مرکز بهداشتی مراجعه کنید.

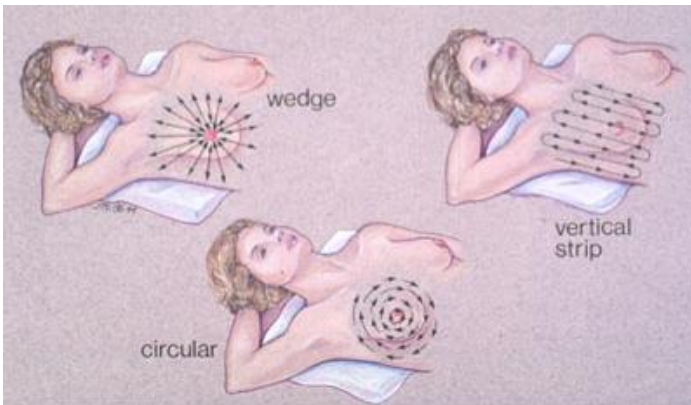
معاینه بالینی پستان توسط ماما (Clinical Breast Exam یا CBE)

شایع‌ترین محل ایجاد سرطان پستان، ربع خارجی فوقانی پستان است. اغلب توده‌های پستانی توسط خود بیمار و گاهی نیز توسط پزشک و ماما در حین معاینه معمول پستان کشف می‌شوند.

معاینه‌ی پستان یک بخش مهم از معاینات بالینی را تشکیل می‌دهد. معمولاً برای این معاینات، بیماران به ماما یا پزشک زن ارجاع داده می‌شوند. به دلیل ارتباط بین تشخیص زودهنگام بیماری و نتایج درمانی قابل توجه آن، هر ماما یا پزشکی باید وظیفه انجام معاینات مربوطه و بررسی‌های تشخیصی لازم را در مراحل اولیه کشف یافته‌ی غیرطبیعی به عهده گیرد. یک معاینه بالینی، به تنهایی نمی‌تواند بدخیمی را رد کند. روزهای ۵ تا ۱۰ دوره قاعدگی، بهترین دوران برای انجام معاینه پستان است. معاینه بالینی پستان باید شامل مشاهده پستان‌ها، بررسی گره‌های لنفاوی و لمس بافت پستان و زیربغل باشد. در مشاهده پستان، به اندازه، شکل، رنگ، حاشیه‌ها، جهت پستان‌ها و نوک پستان‌ها توجه نمایید. وجود یک سری مشخصات ویژه در همراهی با ضایعات و توده‌های قابل لمس پستان شک به بدخیمی را بالا می‌برند:

- تغییر در شکل، کشیدگی و عدم قرینگی پستان‌ها (مانند بزرگی پستان)
- تغییرات پوستی (مانند پوست پرتقالی، قرمزی، پوسته پوسته شدن، زخم‌های سفت، نامنظم و ثابت)
- تغییرات نوک پستان (مانند پوسته پوسته شدن یا فرورفتگی نوک پستان)
- ترشح نوک پستان (به ویژه اگر از یک پستان باشد، در آن پستان از یک مجرا باشد، خود به خودی و ادامه‌دار باشد، در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد و از نوع سرریزی یا خونی باشد)

یکی از الگوهای معاینه که حساسیت بیشتری نسبت به روش‌های معاینه دیگر دارد الگوی نوار عمودی است. در این الگو



پستان با نوارهای عمودی که باهم تداخل دارند مورد بررسی قرار می‌دهد. الگوی نوار عمودی از جهت اینکه تمام بافت پستان را مورد بررسی قرار می‌دهد اطمینان بیشتری به ما می‌دهد.

ماموگرافی

ماموگرافی تشخیص ضایعات غیر قابل لمس پستان را افزایش داده است. هدف از غربالگری سرطان پستان کشف توده‌ها در مرحله‌ای است که هنوز کوچک (زیر ۱ سانتی‌متر) و قابل درمان با جراحی است. در برنامه تشخیص زودهنگام سرطان پستان در ایران، از ماموگرافی به عنوان روش تشخیصی در افراد پرخطر (مثلاً افراد با سابقه فردی یا خانوادگی مثبت) یا با معاینه غیرطبیعی و در سطح دو خدمت استفاده می‌شود.

نحوه تفسیر ماموگرافی: استاندارد گزارش ماموگرافی بر اساس سیستم گزارش دهی BIRADS است. نحوه درجه‌بندی و تفسیر این سیستم به شرح ذیل است:

گروه صفر: نشان دهنده ارزیابی ناقص بوده و نیاز به اقدامات تشخیصی بیشتر است

گروه یک: پستان‌ها نمای طبیعی دارند

گروه دو: نشان دهنده توده‌های خوش خیم است

گروه سه: ناحیه احتمالاً خوش خیم. نیاز به تکرار ماموگرافی ۶ ماه یا یک سال بعد دارد

گروه چهار: توصیه می‌شود بیوپسی انجام دهد. به طور حتمی مطرح‌کننده سرطان نیست ولی امکان آن وجود دارد

گروه پنج: مطرح‌کننده سرطان است. بیوپسی توصیه می‌شود

سونوگرافی

در سونوگرافی به جای اشعه ایکس، از امواج صوتی برای بررسی توده‌های پستانی استفاده می‌شود. سونوگرافی معمولاً در مواردی انجام می‌شود که پزشک به هر دلیل، بررسی‌های بیشتری را صلاح بداند، البته بیشترین کاربرد سونوگرافی برای افتراق توده‌های توپر از توده‌های حاوی مایع و کیست‌های پستان است.

MRI

یک روش تصویربرداری بدون درد است که برای تشخیص ماهیت توده‌های پستانی به کار می‌رود. این روش با استفاده از امواج رادیویی و مغناطیسی که مستقیماً وارد بدن بیمار می‌شوند و تصاویر دقیقی از اندام‌های داخلی ایجاد می‌کنند، انجام می‌شود. معمولاً از MRI برای بررسی بیشتر مواردی که در ماموگرافی یا سونوگرافی مشکوک بوده‌اند یا ارزیابی افراد با زمینه ارثی استفاده می‌شود.

برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان در ایران: سطح یک

تشخیص زودهنگام به منظور بهبود بقا، سنگ بنای کنترل سرطان پستان است. در برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان، هدف شناسایی و ثبت بیماران مشکوک یا مبتلا به سرطان پستان و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است که توسط ماما یا مراقب سلامتی که دارای مدرک مامایی می‌باشد ارائه می‌شود.

وظایف ماما در این برنامه عبارت است از:

- ثبت مشخصات تمامی زنان ۳۰ تا ۶۹ سال ارجاع شده توسط بهورز/مراقب سلامت برای تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان
- بررسی فرد از نظر سوابق خانوادگی و فردی، سابقه بیوپسی پستان و سابقه رادیوتراپی و ثبت در سامانه
- معاینه پستان‌ها و زیربغل از نظر توده پستان یا زیربغل، تغییر در شکل یا قوام، تغییرات پوستی و ترشح نوک پستان و ثبت در سامانه

- تصمیم‌گیری و اقدام مطابق دستورالعمل برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان
- آموزش‌های خود مراقبتی لازم در خصوص علائم مشکوک سرطان پستان و انجام معاینه شخصی پستان مطابق بسته آموزشی
- ثبت مشخصات افراد دارای سرطان پستان تایید شده
- ارائه گزارش غربالگری طبق دستورالعمل برنامه
- همکاری در ارزشیابی و بررسی‌های مرتبط با بیماری سرطان

برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان در ایران: سطح دو

- افرادی که به هر دلیل به سطح دو یعنی پزشک متخصص جراح عمومی در بیمارستان یا مراکز تیپ یک سرطان ارجاع می‌شوند، تحت ارزیابی‌های کامل تر از جمله ترسیم شجره نامه برای افراد دارای سابقه خانوادگی، ویزیت متخصص و انجام ماموگرافی و در صورت لزوم سونوگرافی قرار می‌گیرند.
 - چه کسانی توسط ماما از سطح یک به سطح دو ارجاع می‌شوند؟
 - افرادی که شرح حال غیرطبیعی (سابقه فردی و یا خانوادگی، سابقه بیوپسی پستان و یا رادیوتراپی قفسه سینه) دارند.
 - افرادی که معاینه غیر طبیعی دارند.
- افرادی که به دلیل شرح حال غیر طبیعی به سطح دو ارجاع می‌شوند در صورتی که زمان مناسب برای ارزیابی دوره‌ای آن‌ها باشد، ماموگرافی می‌شوند همچنین در صورت معاینه غیر طبیعی توسط ماما و تایید آن توسط پزشک سطح دو، ماموگرافی درخواست می‌شود. اگر ضایعه مشکوکی وجود داشت، نمونه برداری و به آزمایشگاه پاتولوژی فرستاده می‌شود. در آزمایشگاه نمونه‌ها رنگ آمیزی شده و در زیر میکروسکوپ بررسی می‌شود و در صورتی که سلول‌های بدخیم در زیر میکروسکوپ دیده شود، فرد برای اقدامات تشخیصی درمانی به سطح سه یعنی بیمارستان تخصصی ارجاع می‌شود.

نمونه‌برداری از پستان

تنها راه اطمینان از سرطانی بودن یک توده، این است که از آن نمونه‌برداری شود. گاهی اوقات این کار با استفاده از یک سوزن انجام می‌شود تا در آزمایشگاه و در زیر میکروسکوپ بررسی شود. ممکن است برای بررسی توده، عمل جراحی نیز صورت می‌گیرد اما بهترین روش تشخیص سرطان پستان، بیوپسی با سوزن بزرگ (Core Needle Biopsy یا CNB) است و نه جراحی. نتایج حاصله نشان می‌دهد که آیا توده سرطانی است و اگر سرطانی است، نوع آن چیست. به لحاظ بافت شناسی چند نوع سرطان پستان وجود دارد و درمان‌هایی که صورت می‌گیرد متناسب با این انواع است.



روش‌های بیوپسی از پستان

FNA یا آسپیراسیون با سوزن ظریف

معمولاً در ضایعات قابل لمس و یا تحت هدایت سونوگرافی انجام می‌شود. منفی بودن نتیجه FNA بدخیمی را رد نمی‌کند و انجام بیوپسی با سوزن ضخیم ضروری است. در زنان جوان پایش ضایعات (بدون علائم بدخیمی) به مدت یک یا دو سیکل قاعدگی عاقلانه است. ضایعات مشابه فیبرآدنوم که FNA آنها را تایید کرده است بدون بیوپسی با سوزن ضخیم پیگیری می‌شوند. در مواردی که توده پستان در معاینه بالینی یا ماموگرافی بدخیم به نظر می‌رسد می‌توان از FNA جهت دستیابی به تشخیص قطعی استفاده کرد.

بیوپسی با سوزن ضخیم (CNB)

این نوع بیوپسی در توده‌های قابل لمس و غیر قابل لمس پستان قابل انجام بهترین روش تشخیص ماهیت توده‌های پستانی است. در ضایعات قابل لمس انجام CNB به جای FNA بافت بیشتری برای مطالعه (مثلاً بررسی از نظر گیرنده‌های استروژن و پروژسترون) به دست می‌دهد. در ضایعات غیر قابل لمس هدایت ماموگرافی یا سونوگرافی کمک‌کننده است.

بیوپسی باز

در صورتی که نتوان CNB و یا FNA انجام داد و یا نتایج این تست‌ها مبهم و یا با یافته‌های بالینی هم خوانی نداشته باشد، گاهی بیوپسی باز انجام می‌شود.

برنامه تشخیص و درمان سرطان پستان در ایران: سطح سه

در سطح سه یا تخصصی که معمولاً یک بیمارستان تخصصی یا یک مرکز سرطان است، ابتدا ارزیابی‌های کامل‌تری مانند آزمایش خون و CT اسکن انجام می‌شود و در صورتی که درگیری اعضای دوردست مانند کبد و ریه وجود نداشته باشد، بیمار جراحی می‌شود که اگر اندازه توده بزرگ نباشد فقط شامل برداشت توده و کمی از بافت طبیعی اطراف توده پستان خواهد بود و نیازی به برداشتن کل پستان نیست و این یکی از مزایای تشخیص زودهنگام سرطان پستان است. روش‌های دیگر درمان سرطان پستان که در صورت لزوم استفاده می‌شوند عبارتند از پرتودرمانی، شیمی درمانی و هورمون درمانی.



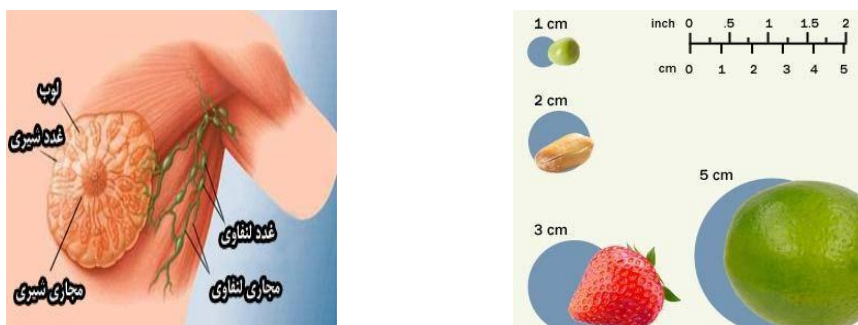
پس از پایان درمان‌ها، بیمار به فواصل هر ۳ تا ۶ ماه با معاینه بالینی پز شک و سالیانه با انجام ماموگرافی پیگیری می‌شود تا اگر در این بررسی‌ها، نشانه‌هایی از عود وجود داشت، درمان‌های لازم انجام شود.

مراحل سرطان پستان

با آگاهی از میزان پیشرفت یا مرحله سرطان پستان، پزشک تا اندازه‌ای از پیش آگهی، یعنی از نتیجه احتمالی بیماری، مطلع می‌شود و این آگاهی در کمک به او برای اتخاذ تصمیمات مربوط به درمان مفید است. پزشک از طریق بررسی نتیجه آزمایش بر روی نمونه بافتی که در طول جراحی پستان و غدد لنفاوی زیر بغل به دست آمده، مرحله سرطان پستان را تعیین می‌کند. اندازه سرطان، و اینکه آیا سرطان به فراتر از پستان گسترش یافته است، در تعیین مرحله سرطان منظور می‌شود. پزشک این اطلاعات را به کار می‌گیرد و برای توصیف مرحله سرطان پستان از اعداد ۱ تا ۴ استفاده می‌نماید.

اندازه تومور

یکی از اطلاعاتی که در تعیین مرحله سرطان پستان مفید واقع می‌شود اندازه تومور موجود در پستان است. پزشک متخصص آسیب شناسی (پاتولوژی) تومور را بر حسب سانتی‌متر (cm) اندازه می‌گیرد. برای مجسم نمودن اندازه سرطان، در نظر گرفتن چیزهای معمولی مفید می‌باشد. به عنوان مثال، ممکن است اندازه تومورهای مراحل اولیه از ۲ سانتی‌متر بیشتر نباشد (که این تقریباً اندازه یک نخود یا یک بادام مغز کرده یا از پوست در آورده است)



مرحله صفر سرطان پستان

- سرطان از نوع کارسینوم درجا (کارسینوم درجای مجرای، کارسینوم درجای لبولی)
- سرطان به بیرون پستان و غدد لنفاوی گسترش نیافته است.

مرحله IA

- قطر تومور ۲ سانتی‌متر یا کمتر است.
- سرطان به بیرون پستان و غدد لنفاوی گسترش نیافته است

مرحله IB

- قطر تومور ۲ سانتی‌متر یا کمتر است
- میکرو متاستازها در ۱ تا ۳ غدد لنفاوی زیر بغل (سرطان در همه غده لنفاوی زیر بغل بیشتر از ۰/۲ میلی است و / یا بیش از ۲۰۰ وجود دارد اما در هر صورت کوچکتر از ۲ میلی متر است)
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است

مرحله IIA

- قطر تومور ۲ سانتی‌متر یا کمتر است
- میکرو متاستازها در ۱ تا ۳ غدد لنفاوی زیر بغل (سرطان در غدد لنفاوی زیر بغل بیشتر از ۲ میلی متر است)

یا

- درگیری مختصر غدد لنفاوی داخل پستانی (در ارزیابی غده لنفاوی پیشاهنگ)

یا

- انتشار سرطان به ۱ تا ۳ غدد لنفاوی زیر بغل و همزمان غدد لنفاوی داخل پستانی
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است

یا

- قطر تومور بیشتر از ۲ سانتی متر و کمتر از ۵ سانتی متر است، اما سرطان به غدد لنفاوی گسترش نیافته است.
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است

مرحله IIB

- قطر تومور بیشتر از ۲ سانتی متر و کمتر از ۵ سانتی متر است
- انتشار سرطان به ۱ تا ۳ غدد لنفاوی زیر بغل و غدد لنفاوی داخل پستانی
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است

یا

- قطر تومور بیشتر از ۵ سانتی متر در سراسر پستان است اما به دیواره قفسه سینه یا پوست متصل نیست
- سرطان به غدد لنفاوی گسترش نیافته است
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است

مرحله IIIA

- قطر تومور بیش از ۵ سانتی متر نیست.
- انتشار سرطان به ۴ تا ۹ غدد لنفاوی زیر بغل یا به غدد لنفاوی داخل پستانی
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است.

یا

- قطر تومور بیشتر از ۵ سانتی متر در سراسر است اما به دیواره قفسه سینه یا پوست متصل نیست.
- انتشار سرطان به ۱ تا ۹ غدد لنفاوی زیر بغل یا به غدد لنفاوی داخل پستانی
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است.

مرحله IIIB

در این مرحله، تومور به طرف دیواره قفسه سینه یا پوست رشد کرده است، و یکی از موارد زیر صحت دارد:

- سرطان به غدد لنفاوی گسترش نیافته است
- انتشار سرطان به ۱ تا ۳ غدد لنفاوی زیر بغل و غدد لنفاوی داخل پستانی
- انتشار سرطان به ۴ تا ۹ غدد لنفاوی زیر بغل یا به غدد لنفاوی داخل پستانی
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است
- سرطان التهابی پستان به خودی خود به عنوان مرحله IIIB طبقه‌بندی می‌شود اما اگر سرطان پستان التهابی به چندین غده لنفاوی اطراف گسترش یافته باشد به عنوان مرحله IIIC و اگر سرطان به غدد لنفاوی یا ارگان‌های دوردست گسترش یافته باشد مرحله IV است.

مرحله IIIC

تومور با هر اندازه‌ای و یا (نمی‌توان یافت) و یکی از موارد زیر صحت دارد:

- انتشار سرطان به ۱۰ یا بیشتر غدد لنفاوی زیر بغل

- انتشار سرطان به غدد لنفاوی زیر استخوان ترقوه
- انتشار سرطان به غدد لنفاوی بالا استخوان ترقوه
- انتشار سرطان به غدد لنفاوی زیر بغل و غدد لنفاوی داخل پستانی
- انتشار سرطان به ۴ تا غدد لنفاوی زیر بغل و غدد لنفاوی داخل پستانی
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است.

مرحله IV

- تومور با هر اندازه‌ای و با یا بدون انتشار به غدد لنفاوی است اما به بیرون از پستان (به ارگان‌ها یا غدد لنفاوی درودست) گسترش یافته است. شایع ترین گسترش به استخوان، کبد، مغز، و یا ریه‌ها اتفاق می‌افتد.

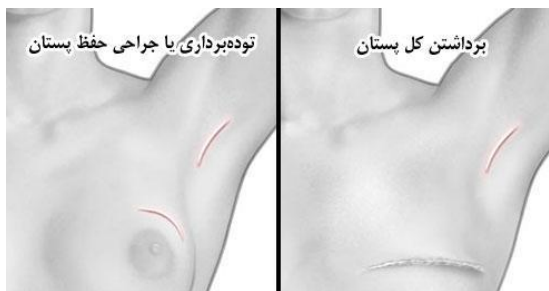
سرطان التهابی پستان

سرطان التهابی پستان شکلی از سرطان است که در آن در اغلب موارد تومور قابل لمسی وجود ندارد. در سرطان التهابی پستان، سلول‌های سرطانی عروق لنفاوی موجود در پوست پستان را مسدود می‌کنند و باعث می‌شوند پوست متورم، قرمز، و دارای برجستگی خطی یا برآمدگی تیغ مانند شده یا دارای چال افتادگی شود. سرطان التهابی پستان را به‌عنوان سرطان پستان مرحله سوم طبقه‌بندی می‌کنند.



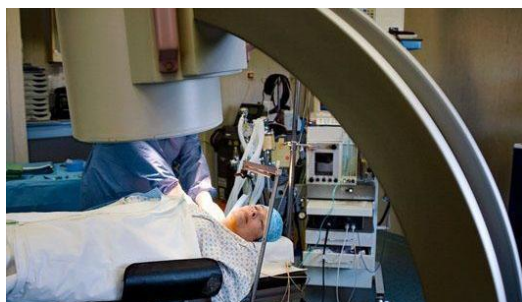
روش‌های درمانی سرطان پستان

جراحی سرطان پستان



رایج ترین روش درمان است. انواع متعددی از جراحی سرطان پستان وجود دارد که از بیرون آوردن ناحیه اطراف توده (توده برداری یا جراحی حفظ پستان) تا برداشتن کل پستان (Mastectomy) متغیر است. بهترین کار این است که بیمار، پیش از تصمیم‌گیری درباره بهترین نوع عمل جراحی که برای او از همه بهتر است، با پزشک خود درباره نقاط قوت و ضعف این رویه‌ها مشورت نماید.

پرتودرمانی سرطان پستان



در پرتودرمانی از پرتوهای پرنرژی برای کشتن سلول‌های سرطانی استفاده می‌شود. امکان دارد از پرتودرمانی پس از انجام عمل جراحی استفاده کنند تا سلول‌های سرطانی باقی‌مانده در بدن را از بین ببرند. برای درمان سرطانی که به دیگر قسمت‌های بدن گسترش یافته است هم می‌توان از پرتودرمانی همان ناحیه استفاده کرد. ممکن است عوارض جانبی شامل خستگی و تورم یا احساسی شبیه به آفتاب سوختگی در ناحیه درمان شده باشد.



شیمی درمانی سرطان پستان

در شیمی‌درمانی از دارو برای کشتن سلول‌های سرطانی موجود در سراسر بدن استفاده می‌شود. این داروها اغلب در داخل ورید تزریق می‌شوند اما گاهی اوقات بیمار آن‌ها را بلع می‌کند. ممکن است پس از عمل جراحی از شیمی‌درمانی برای کاهش احتمال برگشت سرطان استفاده کنند. در زنان مبتلا به سرطان پستان پیشرفته، ممکن است شیمی‌درمانی در کنترل نمودن رشد سرطان مفید واقع شود. امکان دارد عوارض جانبی شامل ریزش مو، تهوع، خستگی، و بالاتر رفتن خطر عفونت باشد.



هورمون درمانی سرطان پستان

هورمون‌درمانی یکی از درمان‌های مؤثر برای زنان مبتلا به سرطان با گیرنده مثبت استروژنی (ER) یا پروژسترونی (PR) است. این‌ها سرطان‌هایی هستند که در پاسخ به هورمون‌های استروژن یا پروژسترون سریع‌تر رشد می‌کنند. با هورمون‌درمانی می‌توان از این تأثیر جلوگیری نمود. از هورمون‌درمانی بیشتر از همه پس از جراحی سرطان پستان استفاده می‌کنند تا به جلوگیری از برگشت سرطان کمک شود. همچنین امکان دارد هورمون‌درمانی برای کاهش احتمال ایجاد سرطان در زنانی که به کار رود که با بالا بودن خطر سرطان پستان مواجه هستند.

سرطان پستان در حاملگی

شیوع کارسینوم پستان، یک مورد در ۳۰۰۰ حاملگی است. تغییرات هورمونی در بارداری تأثیر زیادی بر پیش‌آگهی بیماری ندارد و میزان بقا در زنان حامله و غیرحامله یکسان است.

علائم

اکثر بیماران با یک توده بدون درد مراجعه می‌کنند. درگیری همزمان گره‌های لنفاوی در بیش از نیمی از موارد دیده می‌شود. ارزیابی با سونوگرافی و ماموگرافی انجام می‌شود. طی ماموگرافی جنین در معرض کمتر از ۰/۰۲ سانتی‌گری اشعه قرار می‌گیرد و استفاده از پوشش روی شکم ضروری است.

درمان

درمان با توجه به شرایط فردی هر بیمار صورت می‌گیرد. این شرایط شامل سن و تمایل بیمار برای حفظ قابلیت باروری است. ختم بارداری، پیش‌آگهی بیماران مبتلا به سرطان پستان قابل درمان را تغییر نمی‌دهد.

- در تریمستر اول و دوم حاملگی درمان به شکل ماستکتومی رادیکال اصلاح شده است. استفاده از بیوپسی گره Sentinel در طی حاملگی مورد توافق همه نیست.
- در صورت تشخیص سرطان قبل از تریمستر سوم، نباید تا بعد از زایمان صبر کرد. انجام شیمی‌درمانی بعد از تریمستر اول امکان‌پذیر است. خطر بروز ناهنجاری جنین به دنبال شیمی‌درمانی در تریمستر اول، ۲۰ درصد و در تریمستر دوم و سوم، ۱/۵ درصد است. استفاده از تاموکسی فن (گروه D دارویی) در طی بارداری و شیردهی کنتراندیکه است. در تریمستر سوم بارداری، تومورهای لوکالیزه یا با حفظ پستان و انجام پرتودرمانی بعد از زایمان و یا با ماستکتومی رادیکال اصلاح شده، قابل درمان‌اند.

کشف سرطان پستان در دوره شیردهی مستلزم سرکوب شیردهی و درمان قطعی است. سرطان پیشرفته و غیر قابل درمان به شکل تسکینی درمان می‌شود. ادامه حاملگی بستگی به نظر بیمار دارد. حامله شدن بعد از درمان سرطان پستان ممنوعیتی ندارد اما بارداری‌های بعدی در زنان با تومور گیرنده مثبت (استروژنی یا پروژسترونی) ممکن است بیشتر زیان آور باشد. این بیماران و هم‌چنین مبتلایان به سرطان پیشرفته، باید دست کم دو تا سه سال از بارداری خودداری نند. (عودها معمولاً در دو تا سه سال اول اتفاق می‌افتد)