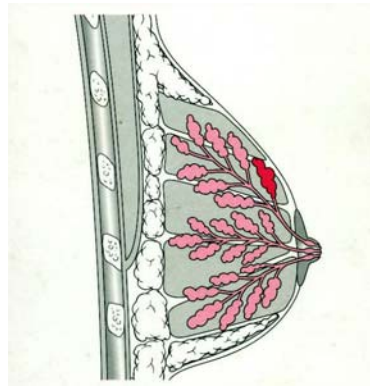




مرکز تحقیقات سرطان
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اطلاعات عمومی برای پیشگیری و نقاشی های بالینی برای بیماران مبتلا به

سرطان پستان



نویسندگان: دکتر محمدرضا صفایی کشتگر - دکتر راب استین

مترجمان: دکتر عطیه اکبری - مریم برزگر

زیر نظر:

دکتر محمد اسماعیل اکبری

مرکز تحقیقات سرطان

«دانستن حق بیمار است»

مرکز تحقیقات سرطان در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ضمن آرزوی سلامت برای شما بیمار ارجمند، تلاش می‌کند تا با بهره‌گیری از همه توان علمی خود و مشارکت با مراکز تحقیقاتی معتبر جهان، آخرین رفتارهای مؤثر را برای مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان معمول دارد. این جزوه هدیه مختصری است که با افزایش آگاهی شما و خانواده محترمتان، ما را در خدمت‌رسانی موفق‌تر می‌کند.

تشکر:

بدین وسیله از زحمات جناب آقای دکتر اسماعیل زارع بهتاش که در ویرایش متن مساعدت کرده‌اند تشکر می‌شود.

اطلاعات عمومی برای پیشگیری از بروز سرطان پستان

(خودآزمایی پستان)

بررسی و معاینه پستان

ساختمان و عملکرد پستان

پستان، علامت مشخصه انسان برای قرار گرفتن در رده پستانداران است تا هنگام بلوغ پستان‌های افراد مذکر و مؤنث شبیه به هم هستند و در این زمان استروژن و سایر هورمون‌های زنانه موجب نمو پستان‌ها در فرد مؤنث می‌شوند. نمو پستان‌ها معمولاً از حدود ۱۰ سالگی شروع می‌شود و تا حدود ۱۶ سالگی ادامه می‌یابد، ولی این محدوده وسیع است و ممکن است از ۹ تا ۱۸ سالگی را نیز شامل شود. پستان عضوی «غده‌ای - ترشحي» است که از ۱۵ تا ۲۰ لب تشکیل شده و هر لب شامل صدها لوبول است که توسط مجاری کوچک به هم متصل شده‌اند. این لوبول‌ها از راه یکسری مجاری منشعب (مانند یک خوشه انگور) به مجاری اصلی شیر منتهی می‌شوند که در نوک پستان باز می‌شوند این مجاری ۲۰-۱۵ عدد هستند. مجاری اصلی شیر در زیر سطح پوست اتساعی دارد که سینوس شیری نامیده می‌شود. مکیدن نوزاد، گیرنده‌های حسی در اطراف نوک پستان را تحریک نموده، یک بازتاب عصبی از راه هیپوتالاموس، اکسی توسین را از غده هیپوفیز پسین، آزاد می‌کند که باعث انقباض سلول‌های عضلانی پوششی اطراف لوبول‌ها می‌شود و شیر را به سوی نوک پستان به جلو می‌راند و در اختیار نوزاد قرار می‌دهد. حدود ۸۵ درصد از پستان را بافت چربی تشکیل می‌دهد. بافت پستان از دو لایه بافت فیبروز پوشیده شده است: لایه عمقی روی ماهیچه و لایه سطحی خیلی نازک که زیر پوست واقع شده است. این دو لایه توسط رباط فیبری به هم متصل شده‌اند و کار نگهداری پستان بر قفسه سینه را به عهده دارند و عامل لغزندگی پستان هستند.

عملکرد اصلی پستان تولید شیر برای تغذیه نوزاد است. شیر در قسمت عمقی لوبول‌های مولد شیر تولید شده، از طریق مجاری نوک پستان هدایت می‌شود. در افراد مؤنث از هنگام بلوغ تا مرگ، پستان همواره تحت تأثیر تغییرات فیزیکی ناشی از دوره عادت ماهیانه، حاملگی، شیردهی و یائسگی است. معمولاً حجم پستان قبل از قاعدگی بزرگ و بعد از آن کوچک می‌شود. اما در یائسگی به دلیل تحلیل نسوج چربی و هم بند، حجم آن کاهش می‌یابد.

شیوع بیماری‌های پستان

پستان مهمترین عضوی است که بیماری‌های آن زنان را به درمانگاه‌ها و مطب‌ها راهنمایی می‌کند. شایعترین علامت بیماری‌های پستان، درد پس از آن توده (که حدود ۷۰ درصد موارد خوش‌خیم است) و پس از آن ترشح غیرطبیعی از نوک پستان است.

ضایعات بدخیم یا سرطانی پستان بیشتر در دوران یائسگی یا بعد از آن ایجاد می‌شود و با بالا رفتن سن، شیوع این ضایعات نیز افزایش می‌یابد. حدود ۷۵ درصد سرطان‌های پستان بعد از ۴۰ سالگی و کمتر از ۲٪ آنها قبل از ۳۰ سالگی ایجاد می‌شود.

نکات روانی - اجتماعی

پستان یکی از نمادهای زنانگی است. فکر از دست دادن یک پستان برای بسیاری از زنان غیرقابل تحمل است. واکنش زن نسبت به هر بیماری واقعی یا مشکوک ممکن است شامل ترس از بدشکلی و از دست دادن جذابیت و ترس از مرگ باشد. این نگرانی‌ها می‌تواند مانع بزرگی در مقابل ارزیابی مشکلات پستان باشد. به عقیده روانشناسان بین پستان و صفت مادری ارتباط نمادین وجود دارد و زمانی که یک پستان برداشته می‌شود این صفت به شدت مورد تهدید قرار می‌گیرد. طبیعی است که سلامت روانی زنان ممکن است با از دست دادن پستان به مخاطره بیفتد.

مراقبان بهداشتی با آگاهی از این مفاهیم بایستی زنان را به معاینه پستان توسط خودشان تشویق کنند و روش شناسایی نشانه‌های ابتدایی و مشکلات احتمالی پستان را به آنها آموزش دهند. لازم به ذکر است که امروزه امکان بازسازی پستان به اشکال مختلف وجود دارد.

معاینه پستان

در هنگام معاینات عمومی یا تناسلی زنان و یا در صورت مشکوک شدن، ترس یا شکایت بیمار از بیماری پستان، معاینه پستان انجام می‌گیرد. یکی از موانع در معاینه کامل پستان، این است که اکثر بیماران و بسیاری از پزشکان نسبت به معاینه این عضو تا حدی حساسیت نشان می‌دهند و ناراحت می‌شوند. برخوردی دقیق و و ماهرانه و همراه با توضیح کافی توسط پزشک، معاینه را آسان می‌کند. معاینه پستان توسط متخصص، در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی هر سه سال یک بار و پس از آن سالی یک بار توصیه می‌شود. معاینه کامل پستان شامل ارایه توصیه‌هایی درباره «خودآزمایی^۱ پستان» نیز هست که در زیر به آن اشاره می‌گردد. توصیه می‌گردد بانوان محترم ماهانه یک بار خود را به شکل زیر معاینه کنند:

خودآزمایی پستان (معاینه پستان توسط خود فرد)

از آنجایی که در کشور ما ۸۰ درصد سرطان‌های پستان توسط خود زنان کشف می‌شود، آموزش چگونگی انجام و زمان معاینه پستان به زنان بسیار مهم است. تمامی دختران دبیرستانی باید نسبت به

1 . Self - examination

نحوه خودآزمایی آگاه شوند و آن را به عنوان یک وظیفه بهداشتی هر ماه انجام دهند. طبق تحقیقات به عمل آمده، تخمین زده می‌شود که تعداد کمی از زنان هر ماه پستان خود را معاینه می‌کنند. حتی زنانی که معاینه ماهیانه پستان را انجام می‌دهند نیز اغلب با تأخیر به پزشک مراجعه می‌کنند. دلایل این رفتار را باید در مواردی از قبیل مسائل اقتصادی، عدم آگاهی از اهمیت و روش انجام خودآزمایی، عوامل روانی، ترس، خجالت بی‌مورد و افسردگی دانست. انجام معاینه ماهانه پستان بعد از هر دوره قاعدگی برای بانوان ۳۰ ساله و بالاتر قویاً توصیه می‌شود.

آگاه کردن زنان از نحوه انجام خودآزمایی بسیار حیاتی است. اکثر مراکز بهداشتی با نمایش فیلم و یا استفاده از مدل، نحوه لمس و معاینه را به زنان آموزش می‌دهند. بهترین زمان معاینه پستان توسط خود فرد، پایان دوره قاعدگی یا چند روز پس از خاتمه قاعدگی است. زیرا در دوران قبل از قاعدگی ممکن است به طور طبیعی پرخونی و یک توده با قوام نرم در سینه وجود داشته باشد که چند روز بعد از شروع قاعدگی از بین می‌رود. زنان بعد از یائسگی نیز می‌توانند معاینه ماهیانه پستان را هر ماه در یک روز معین انجام دهند. به این منظور می‌توانند روزی را که آسانتر به خاطر می‌سپارند، انتخاب کنند. بعضی خانم‌ها روز اول ماه را انتخاب می‌کنند و برخی دیگر روز تولدشان را در نظر می‌گیرند. مهم این است که روز معاینه ثابت باشد. زنانی که رحمشان را برداشته‌اند باید درباره بهترین زمان برای انجام خودآزمایی با پزشک خود مشورت کنند. البته لازم است زنان تفاوت بافت طبیعی غده‌ای را با بافت‌های چربی تشخیص دهند و اگر در هنگام لمس توده‌ای از هر نوع کشف کردند نباید زیاد آن را مالش دهند، بلکه باید به پزشک مراجعه نمایند.

نحوه انجام خودآزمایی پستان

۱- مشاهده:



الف - طوری در مقابل آینه قرار بگیرید که از سر تا کمر خود را ببینید. سپس پستان‌های خود را از جلو و بعد از راست و چپ مشاهده کنید. آنگاه بازوها را در طرفین بدن قرار دهید و به اندازه، شکل، رنگ، نمای ظاهری کلی، سیاهرگ‌ها، نوک پستان و سایر ویژگی‌های پستان‌ها دقت کنید.



ب - بازوها را به بالای سر ببرید. به طوری که به دنبال بالا بردن بازوها هر دو پستان به سمت بالا حرکت کنند. سپس پستان‌ها را بررسی کنید.



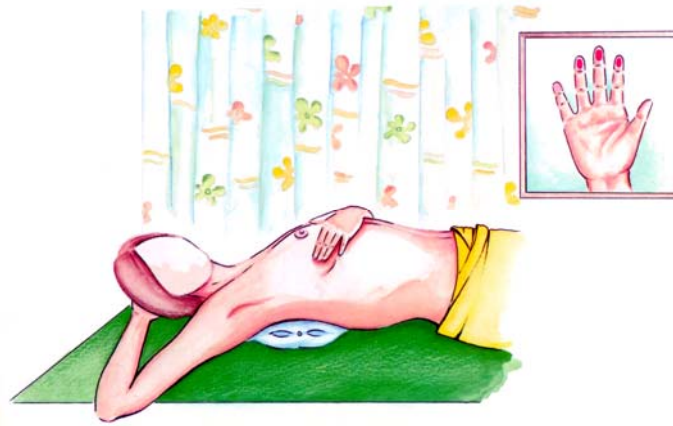
ج - کف دست‌ها را پشت سر، به هم قفل کرده و شانه‌ها را به عقب بکشید و به پستان‌ها نگاه کنید و آنها را از نظر فرورفتگی پوست، توکشدگی نوک پستان‌ها، عدم تقارن و پوسته پوسته شدن و سایر علائم بررسی کنید.



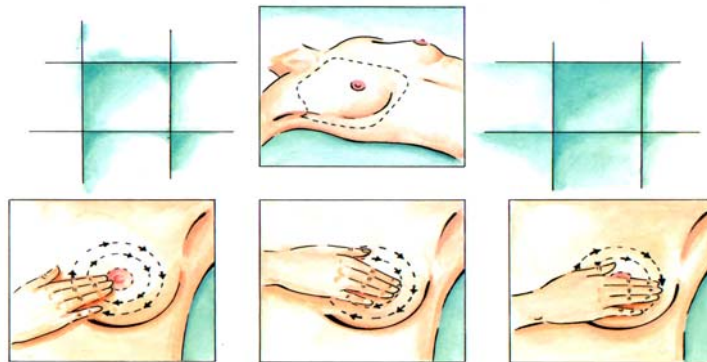
د- دست‌ها را در دو طرف کمر قرار دهید و شانه‌ها را به طرف داخل و قدری به سمت جلو و پایین بیاورید. سپس پستان‌ها را مورد بررسی قرار دهید. در نگاه کردن به پستان باید به بزرگی و غیر یکنواختی و یا ظاهر توده در پستان و یا بسیار مهم‌تر فرو رفتگی‌های کوچک، به خصوص با بالا بردن دست‌ها توجه کرد.

۲- لمس:

الف- برای لمس پستان‌ها در حالت درازکش قرار بگیرید. یک بالش زیر شانه در سمت مورد معاینه بگذارید و دست همان طرف را زیر سر قرار دهید. سر انگشت‌های خود را به یکدیگر بچسبانید و از قسمت نرم انگشتان که در شکل مشخص شده است برای لمس پستان استفاده کنید (با دست چپ پستان راست را معاینه کنید و برعکس).



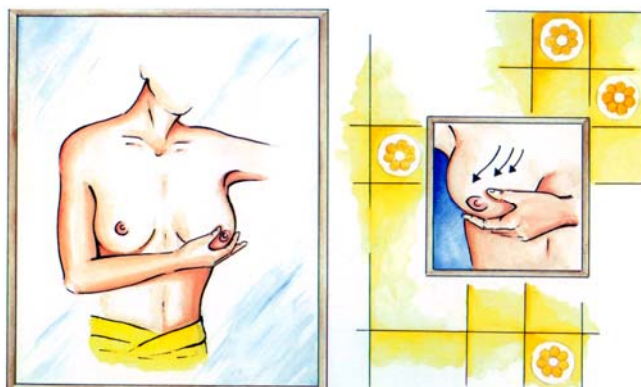
ب- از انتهای بالایی پستان (حدود استخوان ترقوه) تا پایین پستان (لبه پایینی سینه‌بند) و از جناغ سینه تا تمام زیر بغل باید معاینه شوند. برای این کار می‌توانید از اطراف پستان به طرف نوک پستان در دایره‌های فرضی هم جهت با عقربه‌های ساعت، لمس را انجام دهید.



ج - پس از لمس هر پستان، لمس زیر بغل همان طرف را انجام دهید. لمس زیر بغل مانند لمس پستان با نرمه انگشتان انجام می‌شود و در صورت وجود هر گونه سفتی یا غده در زیر بغل، باید جهت معاینه به واحد بهداشتی مراجعه نمایید.



د- در انتهای معاینه، پستان‌ها را در جهات مختلف مانند حالت دوشیدن فشار دهید و به ترشحات نوک پستان توجه کنید. ترشحات نوک پستان شایع هستند و اگر از هر دو پستان باشند، معمولاً خطری ندارند. ترشحات خونی یا خونابه‌ای و بی‌رنگ یک طرفه مهمتر هستند و ممکن است به دلیل بیماری‌های سرطانی ایجاد شده باشند.



ه- می‌توانید لمس پستان را در زیر دوش حمام نیز انجام دهید، به این دلیل که آب و صابون حرکت انگشتان بر پوست را آسان می‌نماید.

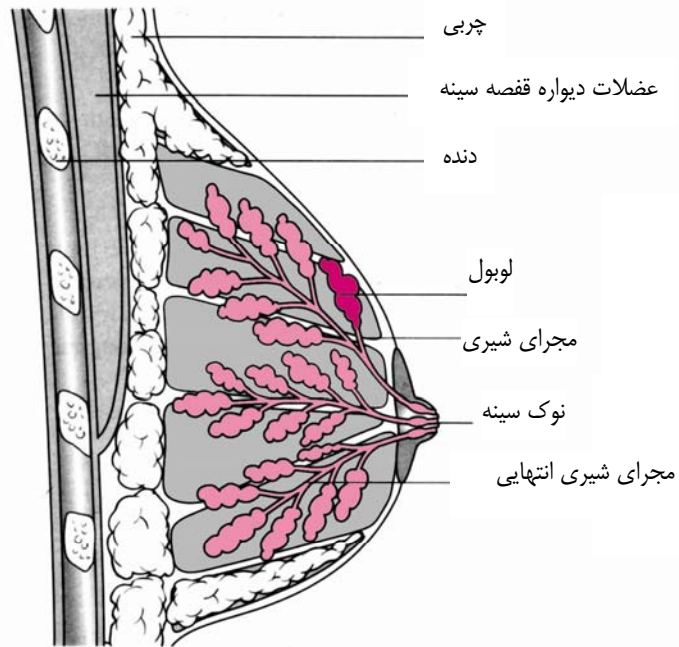
نقاشی های بالینی برای بیماران مبتلا به

سرطان پستان

سرطان پستان

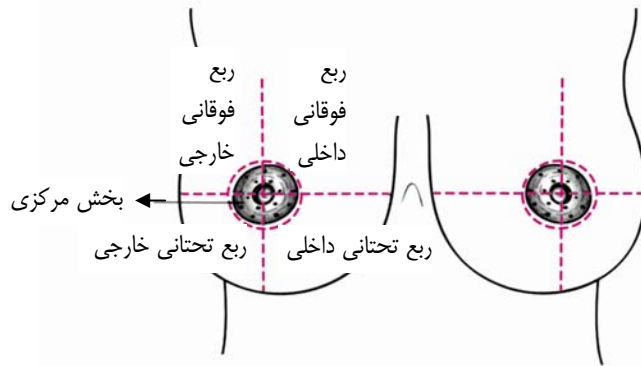
اندام پستان در خانم‌ها:

- پستان در خانم‌ها شامل غده‌هایی است که توسط بافت‌های چربی و فیبری نگهداشته می‌شوند.
- به بخشی از غده که شیر ترشح می‌کند همراه با بافت محافظ آن «لوبول» یا نرمه گفته می‌شود.
- مجموعه‌ای از این لوبول‌ها در کنار هم یک لُب را تشکیل می‌دهند که واحد ساختمانی پستان است یا به عبارتی لوب‌ها توسط پرده‌هایی از جنس بافت فیبری از هم جدا می‌شوند. این پرده‌ها از عضلات قفسه سینه تا سطح پوست کشیده شده‌اند.
- هر نرمه یا لُب توسط یک مجرا تخلیه می‌گردد. مجموع این مجاری تخلیه کننده که تعداد آن ۱۵ تا ۲۰ مجرا می‌باشد، ترشحات لوب‌ها را به نوک پستان منتقل می‌کنند.
- برای توصیف راحت تر پستان آن را به ۵ منطقه تقسیم می‌کنند.
 - ربع فوقانی خارجی
 - ربع فوقانی داخلی
 - ربع تحتانی خارجی
 - ربع تحتانی داخلی
 - بخش مرکزی



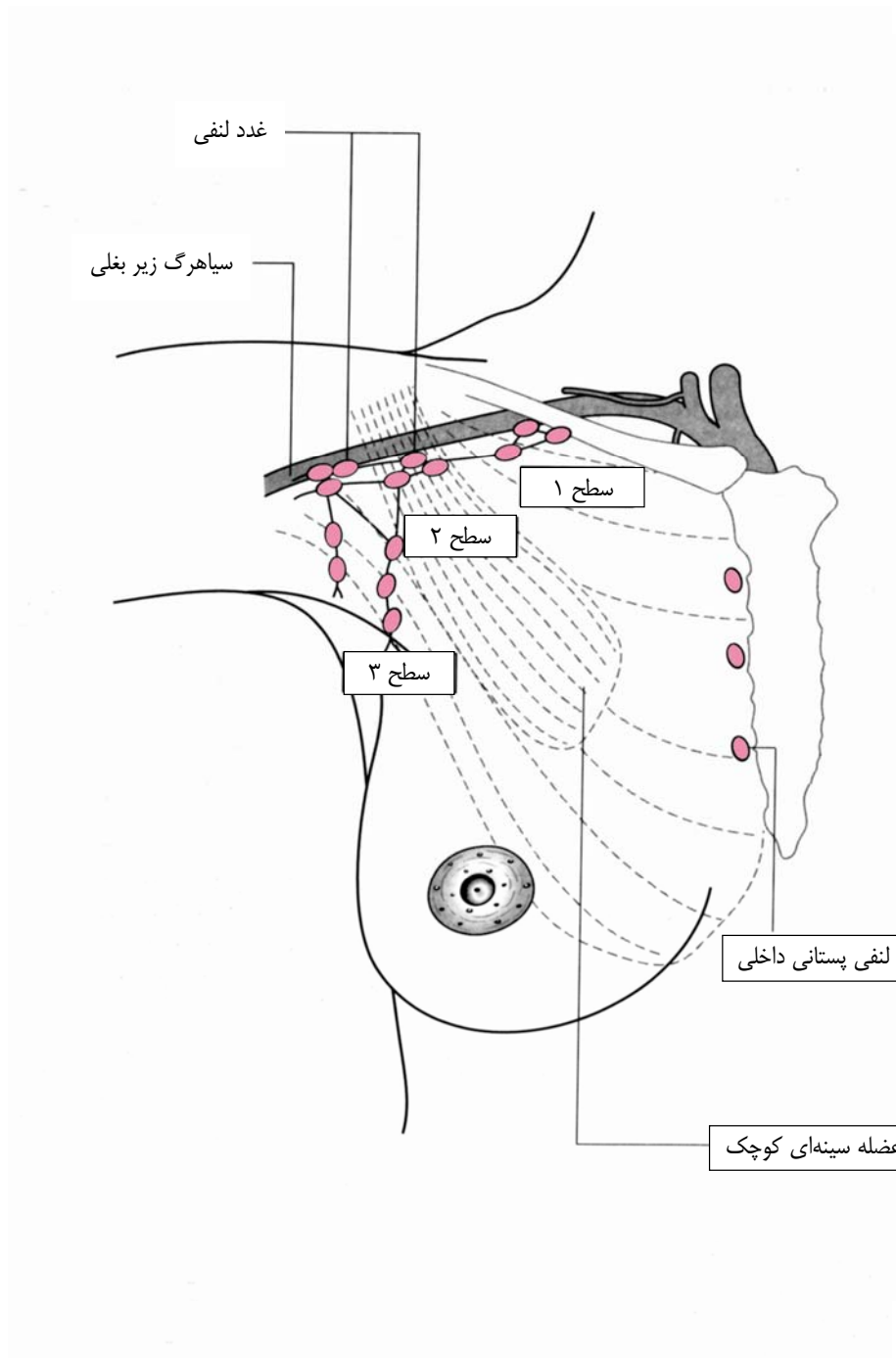
واحد مجاری
شیری انتهایی و
لوبولها

لوب / غدد شیری



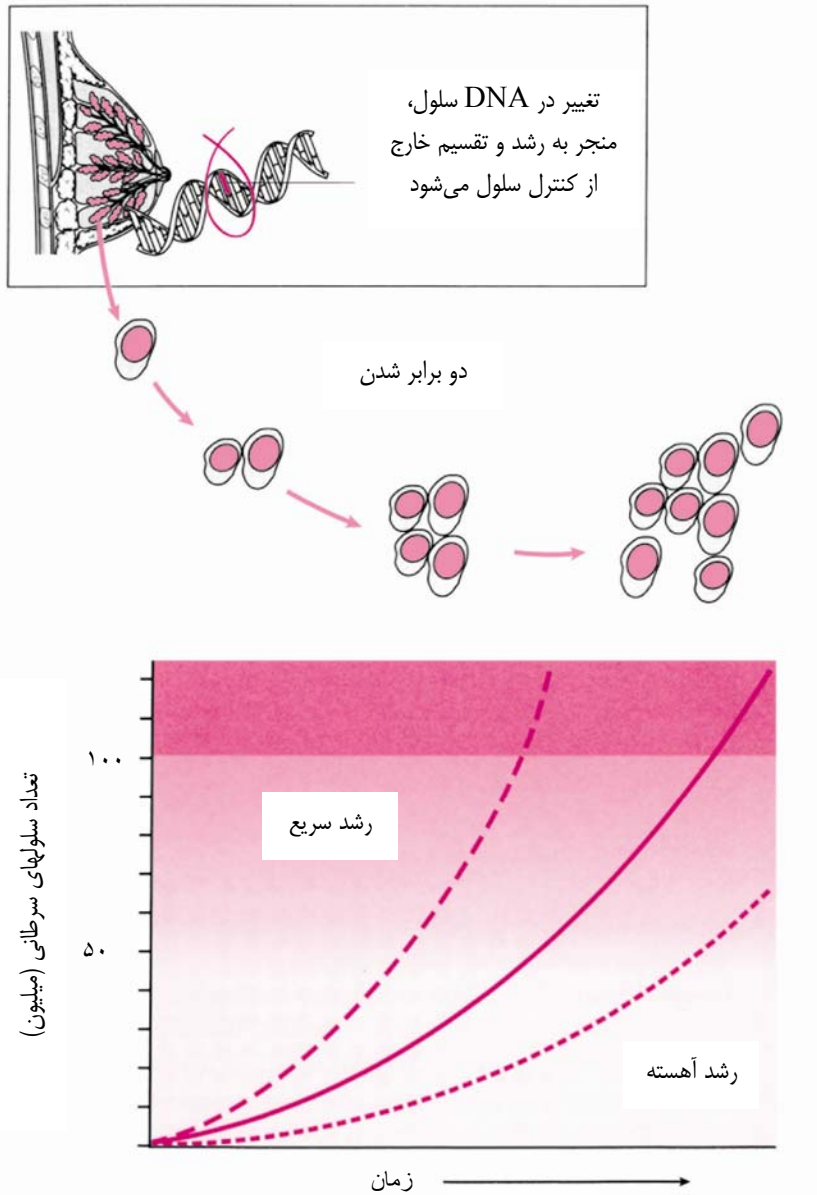
تخلیه لنفاوی پستان

- غدد لنفاوی جزئی از سیستم دفاعی (ایمنی) بدن می‌باشد.
- لنف به مایعی گفته می‌شود که از بافت‌ها نشأت می‌گیرد و از طریق غدد لنفاوی به سیستم گردش خون تخلیه می‌گردد.
- بیشتر لنف پستان به غدد لنفاوی زیر بغل تخلیه می‌گردد. مابقی لنف به غدد لنفی واقع در قفسه سینه (لنف پستانی داخلی) یا بندرت به غدد واقع در فضای شکم و پشت تخلیه می‌گردد.
- در حدود ۱۰ تا ۳۰ غده لنفی در زیر بغل وجود دارند که لنف پستان به آنها تخلیه می‌شود این غدد لنفی، زیر سیاهرگ اصلی بازو (سیاهرگ زیر بغلی) واقع شده‌اند.
- غدد لنفاوی زیر بغل با توجه به محل قرارگیری آنها در این فضا به سه سطح تقسیم می‌شوند؛ غدد سطح اول در پایین عضله سینه‌ای کوچک قرار دارند. غدد سطح دوم در مرکز حفره زیر بغل و غدد سطح سوم در بالای عضله سینه‌ای کوچک واقع می‌باشند.
- لنف در جریان حرکت خود از پستان به زیر بغل، به ترتیب از غدد لنفاوی سطح اول به سطوح بالاتر می‌رسد.
- سلول‌های سرطانی پستان می‌توانند همراه لنف حرکت نموده و غدد لنفاوی را درگیر کنند.



سرطان پستان چیست؟

- بافت‌های طبیعی بدن از انواع مختلف سلول تشکیل شده‌اند که در کنار یکدیگر اعضای مانند پستان را به وجود می‌آورند. سرطان وقتی به وجود می‌آید که ماده ژنتیکی «DNA» که سیستم کنترل‌کننده اعمال سلول است، تغییر نماید و رشد و تقسیم سلول از کنترل خارج شود. سلول‌های سرطانی پستان و سایر ارگان‌ها تغییرات زیادی در DNA خود پیدا می‌کنند، اما تقریباً تمامی سلول‌های سرطانی پستان بعضی از خصوصیات طبیعی پستان را نیز حفظ می‌کنند.
- تغییراتی که باعث می‌شوند سلول‌های طبیعی پستان سرطانی شوند در مدت طولانی به صورت تصادفی روی می‌دهند. این بدان معنی است که هر چه سن شما بیشتر باشد، احتمال وقوع این تغییرات در سلول‌های پستان شما بیشتر است. اغلب سرطان‌های پستان در خانم‌های بالای ۵۰ سال روی می‌دهد.
- سرعت رشد تومور (توده سرطانی) پستان براساس مدت زمان دو برابر شدن سلول‌ها بررسی می‌گردد. به عنوان مثال اگر یک سلول سرطانی ماهی یکبار دو برابر شود و پس از یک ماه دو سلول سرطانی و پس از دو ماه چهار سلول سرطانی و پس از سه ماه هشت سلول سرطانی و ... خواهیم داشت.
- کوچکترین توده سرطانی پستان که توسط ماموگرام (عکس مخصوص پستان) قابل مشاهده می‌باشد، دارای حداقل صد میلیون سلول است. اگر هر سلول در مدت یک ماه «دو تا» شود، بیشتر از دو سال طول می‌کشد تا این توده توسط ماموگرام قابل تشخیص باشد. اگر زمان دو تا شدن سلول به سه ماه افزایش یابد، قابلیت تشخیص به هفت سال افزایش می‌یابد. سرعت رشد سرطان در اشخاص مختلف متفاوت است.

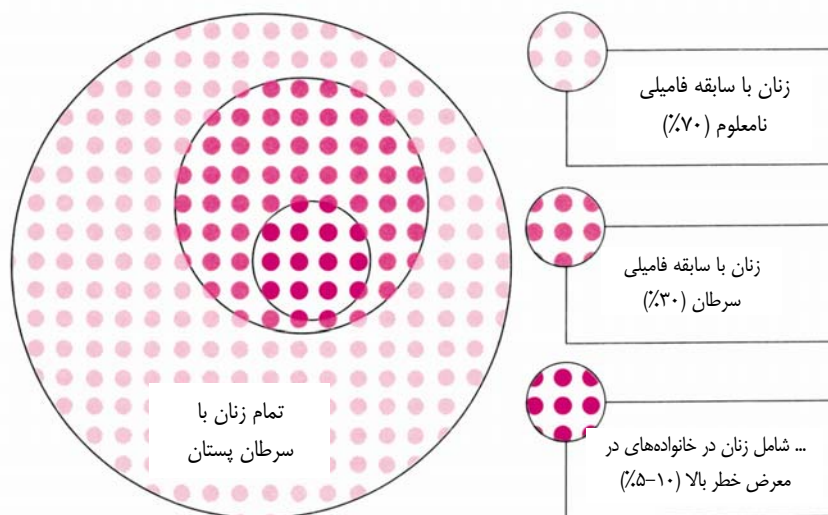
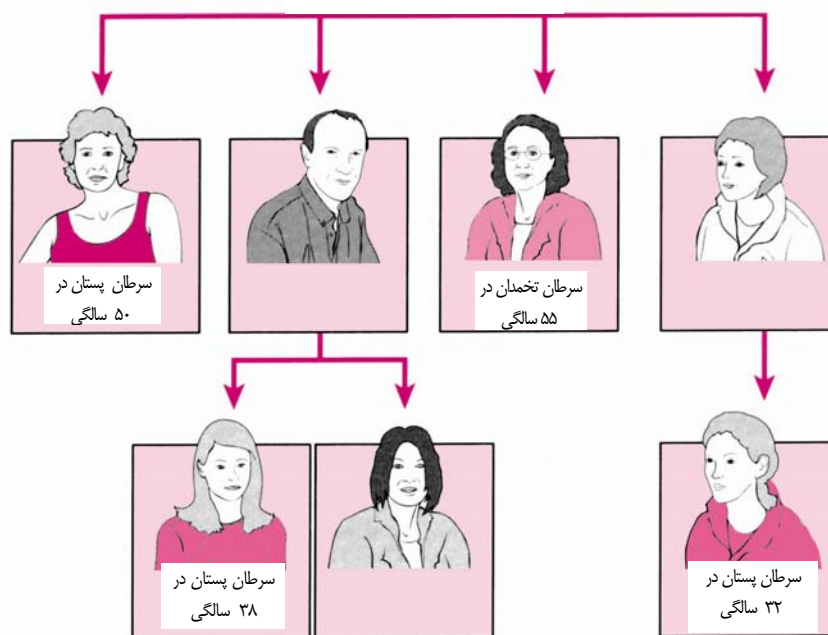


تعداد سلولهای سرطانی به آهستگی افزایش می یابند و چندین سال طول می کشد تا
تومور قابل تشخیص شود

علل سرطان پستان

- اغلب سرطان‌های پستان علتی نامشخص دارند.
- می‌دانیم که شروع قاعدگی در سنین پایین‌تر، یائسگی در سنین بالاتر و تأخیر در تشکیل خانواده احتمال وقوع سرطان پستان را بالا می‌برند. استفاده از قرص‌های جلوگیری از بارداری و داروهای هورمونی، نوع تغذیه و شیوه زندگی ممکن است در این امر مؤثر باشند. اما تغییر شیوه زندگی احتمالاً اثر چندانی نخواهد داشت.
- بین ۵ تا ۱۰ درصد سرطان‌های پستان ارثی هستند. در این موارد ژن‌های مشخصی در سلول‌های شما ناسالم می‌باشند. ژن‌های شما از DNA (ماده ژنتیکی) که از والدین خود به ارث برده‌اید تشکیل شده‌اند. این ژن‌ها چگونگی رشد و عملکرد بدن شما را مشخص می‌کنند.
- شایع‌ترین ژن‌های معیوب در این زمینه دو ژن «BRCA1 , BRCA2» هستند. اگر شما یکی از ژن‌های ناسالم را به ارث برده باشید احتمال وقوع سرطان پستان و سرطان‌های دیگر بخصوص سرطان تخمدان در شما بیشتر خواهد شد. تعداد زیادی از اعضای خانواده‌هایی که ژن‌های BRCA1 و BRCA2 را دارند به سرطان پستان در سنین جوانی دچار می‌شوند. اگر این مشکل در خانواده شما وجود دارد شما به مشاوره با یک متخصص ژنتیک نیاز دارید که در آن صورت ممکن است غربالگری سرطان پستان و آزمایشات ژنتیکی در مورد شما انجام گیرد.
- در بسیاری از خانواده‌ها یک یا دو نفر دچار سرطان پستان می‌باشند. احتمال وقوع سرطان پستان در اعضای این خانواده‌ها نسبت به سایر افراد جامعه بیشتر است، اما به ندرت جهش‌های ژنی مرتبط به سرطان پستان در آنها مشاهده می‌شود. در بعضی موارد، اعضای این خانواده‌ها نیازمند غربالگری با ماموگرافی در سنین پایین‌تر هستند. اگر شما عضو چنین خانواده‌هایی هستید اکثر درمانگاه‌های پستان می‌توانند شما را راهنمایی کنند.

شجره نامه فامیلی با خطر بالا
(خواهرها و برادرها)

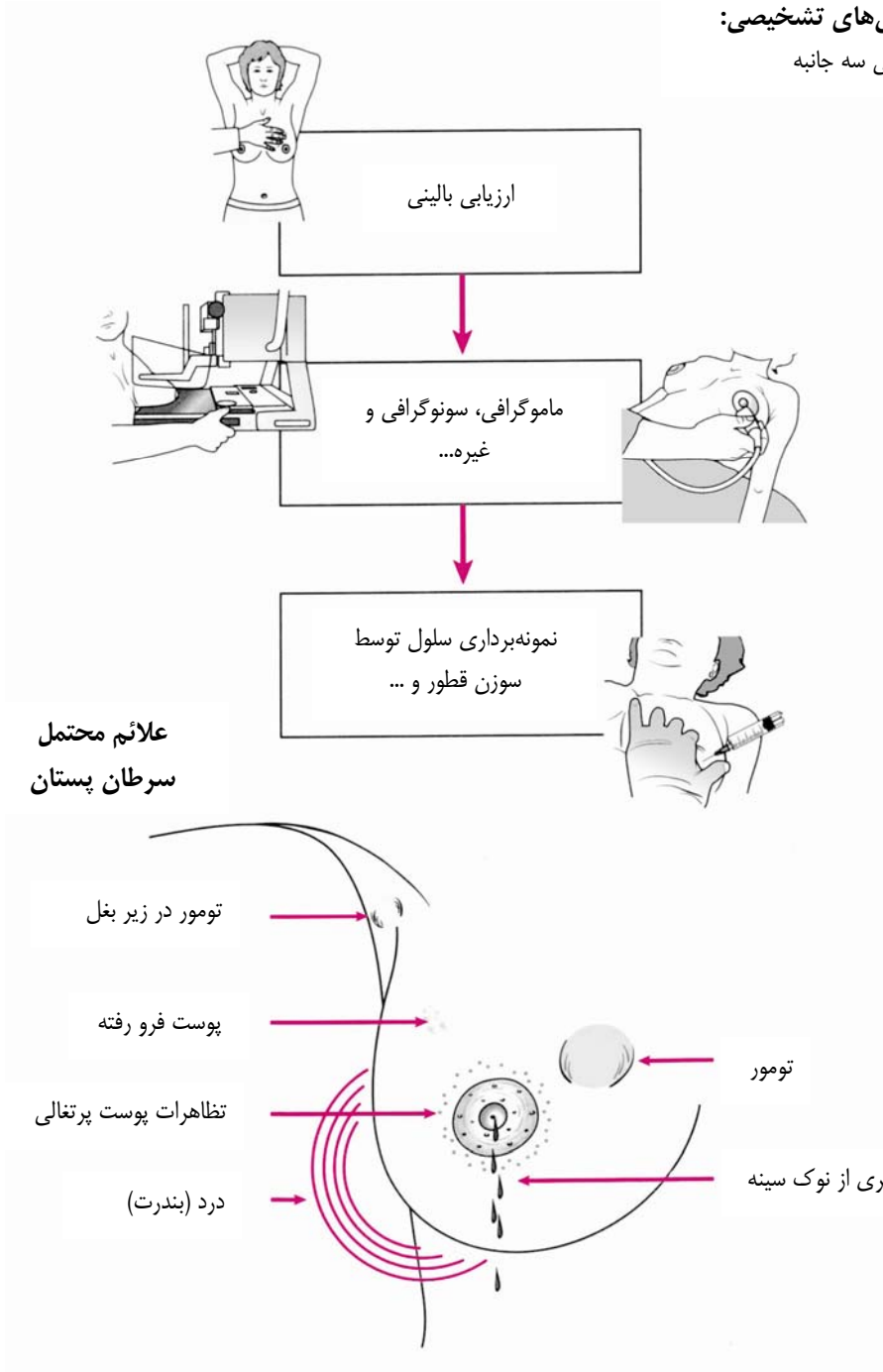


سرطان پستان وابسته به فامیل تنها بخش کوچکی از تمام موارد سرطان پستان را شامل می‌شود

تشخیص سرطان پستان: علائم و نشانه‌ها

- سرطان پستان توسط روش «ارزیابی سه جانبه» تشخیص داده می‌شود. این ارزیابی‌ها شامل معاینه توسط متخصص، تصویربرداری و نمونه‌برداری بافتی و مطالعه آن می‌باشند.
- متخصص شما را جهت یافتن احتمالی این نشانه‌ها معاینه می‌کند:
 - توده سرطانی: بیشتر بیماران مبتلا به سرطان، اولین بار وقتی به پزشک مراجعه می‌نمایند که توده‌ای در پستان خود احساس کنند. این توده‌ها اغلب بدون درد و سفت بوده و ممکن است شکل غیرمنظمی داشته باشند
 - تغییر در اندازه و شکل پستان: سرطان پستان ممکن است باعث فرورفتگی در سطح پوست پستان یا فرورفتگی نوک پستان یا تغییر در اندازه پستان شود. گاهی وریدهای پستان در اثر رشد توده سرطانی برجسته می‌شوند.
 - خونریزی از نوک پستان: این علامت به ندرت یکی از علائم سرطان پستان می‌باشد. اگر این علامت همراه با تومور پستان باشد، به احتمال زیاد سرطان است.
 - درگیری پوست: در موارد پیشرفته سرطان پستان، پوست شروع به زخم شدن می‌کند. بعضی اوقات شبیه پوست پرتغال می‌شود که اصطلاحاً آن را «پوست پرتغالی شدن پستان» می‌نامند.
 - بزرگ شدن غدد لنفاوی: بعضی اوقات تشخیص غده اولیه در پستان، غیرممکن است و تنها علامت تشخیص، بزرگ شدن غدد لنفاوی در زیر بغل خواهد بود.
 - درد: سرطان پستان به ندرت همراه با درد می‌باشد.

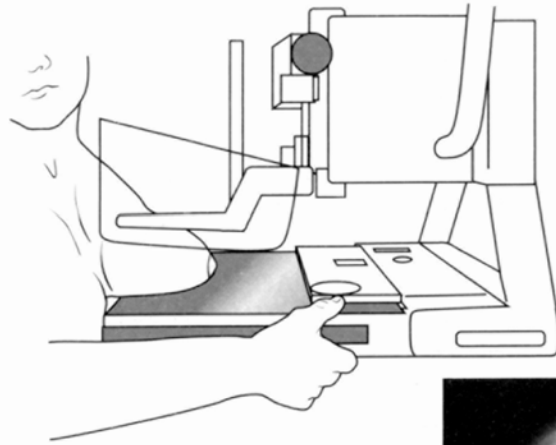
روش‌های تشخیصی:
ارزیابی سه جانبه



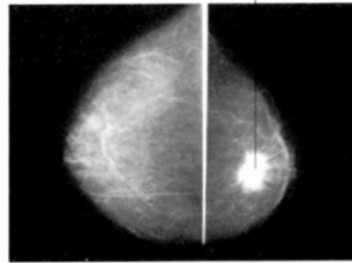
تشخیص سرطان پستان: عکسبرداری

- عکسبرداری: یکی از روش‌های سه جانبه تشخیص سرطان پستان مشکوک می‌باشد. با عکسبرداری می‌توان قسمت‌های مختلف درون پستان را به تصویر کشید. رایج‌ترین نوع عکسبرداری در پستان ماموگرافی و سونوگرافی است. پزشک معالج شما ممکن است هر دو نوع را توصیه کند.
- ماموگرافی: یک تصویر توسط اشعه ایکس (X-ray) در حالتی که پستان بین دو صفحه قرار می‌گیرد، گرفته می‌شود. ممکن است که در این زمان فرد چندان احساس راحتی نکند. معمولاً از دو زاویه بالایی و کناری از پستان عکس گرفته می‌شود. ماموگرافی می‌تواند در ۹۵ درصد از مواردی که توده‌ای در پستان احساس می‌شود و ۵۰ درصد مواردی که سرطان پستان وجود دارد ولی توده‌ای احساس نمی‌شود، تشخیصی باشد.
- سونوگرافی: روشی رایج و فاقد اثرات جانبی است. ماده ژله‌ای که امواج سونوگرافی را هدایت می‌کند بر روی پوست مالیده می‌شود. سونوگرافی تصویر داخل پستان شما را نشان می‌دهد که شما و پزشک معالجتان می‌توانید آن را روی صفحه نمایشگر مشاهده کنید. با این آزمایش احساس ناراحتی نمی‌کنید. سونوگرافی در تشخیص تومورهای سفت از تومورهای کیستی که داخل آن مایع می‌باشد بسیار دقیق است. سونوگرافی بویژه در بیمارانی که پستان آنها از بافت غده‌ای شکل تشکیل شده است بسیار مفید است.
- در شرایط خاص یا هنگامی که این دو نوع تکنیک به تشخیص مشخصی نمی‌رسند، انواع دیگر تصویربرداری مانند «MRI» یا روش‌های تصویربرداری هسته‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ماموگرافی

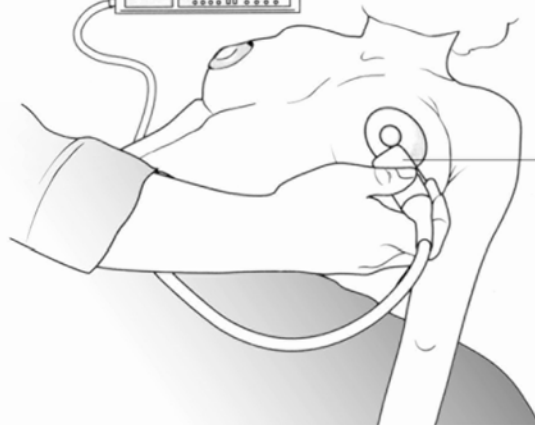
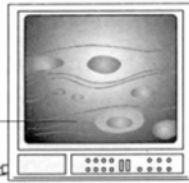


سرطان قابل
تشخیص در عکس



سونوگرافی

تصویر در صفحه



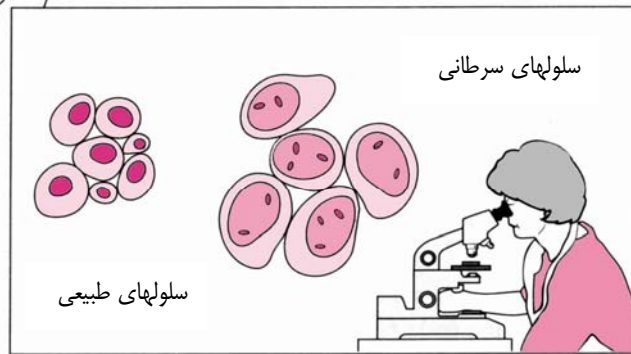
پروپ

تشخیص سرطان پستان: نمونه برداری بافتی

- تشخیص از طریق بافت (نمونه برداری) یک بخش از روش‌های سه جانبه تشخیص احتمالی سرطان پستان است.
- در نمونه برداری بافتی، نمونه کوچکی از تومور (توده) پستان گرفته می‌شود و پزشک متخصص آن را در زیر میکروسکوپ مشاهده و بررسی می‌نماید.
- در روش نمونه برداری توسط سوزن باریک (FNA)، یک سوزن باریک را به داخل توده (تومور) وارد کرده سلول‌هایی از آن برداشته می‌شود. این نمونه برداری به شما احساس رنجشی به اندازه وقتی که خون می‌دهید، می‌دهد.
- این سلول‌ها روی تعدادی لام میکروسکوپی پراکنده می‌شوند و همچنین برای آسانی آزمایش، رنگ آمیزی می‌گردند. جواب آزمایش معمولاً دو روز بعد آماده می‌شود.
- نمونه برداری توسط سوزن قطور اطلاعات بیشتری نسبت به نمونه برداری با سوزن باریک می‌دهد. داروی بی‌حس کننده به پوست تزریق می‌شود. نمونه بافتی از تومور پستان به وسیله سوزن قطوری برداشته می‌شود و در آزمایشگاه بررسی می‌گردد. جواب آزمایش در عرض دو روز آماده می‌شود.
- نمونه برداری به روش ماموتوم: هنگامی که ماموگرافی یک حالت غیرطبیعی در پستان نشان دهد ولی هیچ توده‌ای (توموری) در پستان احساس نشود نمونه برداری بافتی می‌تواند با دستگاهی به نام ماموتوم انجام شود. شما به حالت دمر جهت ماموگرافی می‌خوابید. محل غیرطبیعی در پستان توسط کامپیوتر هدف قرار گرفته می‌شود و نمونه برداری با سوزن قطور انجام می‌گیرد. به شما یک آمپول بی‌حسی موضعی زده می‌شود تا آن قسمت از پوست را بی‌حس بکند ولی شما ممکن است پس از نمونه برداری کمی احساس درد یا کبودی در محل نمونه برداری شده احساس کنید.
- نمونه برداری بافتی به روش باز: گاهی ضروری است که تمام تومور برای تشخیص برداشته شود. پستان برش داده می‌شود و تومور را بیرون می‌آورند و زیر میکروسکوپ بررسی می‌نمایند.

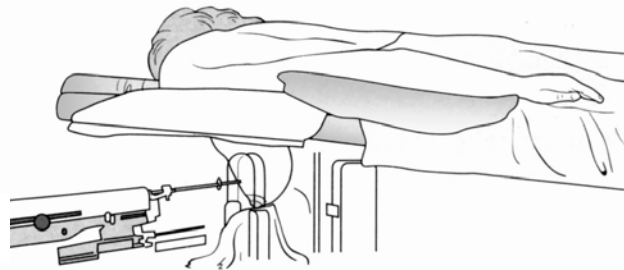


نمونه برداری با سوزن نازک



نمونه برداری با سوزن قطور

نمونه برداری از طریق ماموتوم



واکنش احساسی شما

- این طبیعی است که در مراحل مختلف شنیدن خبر داشتن سرطان پستان رفتارهای گوناگونی داشته باشید. این رفتارها می‌تواند شامل شوک عصبی، بی‌حسی، باور نکردن، ترس و عصبانی شدن باشد هر کس با این مسئله به شیوه خاصی برخورد می‌کند.
- تصمیم‌گیری برای روش معالجه خصوصاً هنگامی که ناراحت باشید مشکل است. اگر کسی را همراه خودتان در هنگام ملاقات با پزشک به درمانگاه بیاورید می‌تواند کمک کننده باشد. سوالات احتمالی خود را قبل از وقت ملاقات یادداشت نمایید. چون ممکن است بعداً مقدار کمی از گفتگوها را به خاطر داشته باشید در زمان ملاقات از گفتگوها یادداشت برداری نمایید.
- بعضی از خانم‌ها احساس می‌کنند جمع‌آوری اطلاعات به آنها در برخورد با فرآیندهای تشخیص و معالجه کمک می‌کند. افراد مختلف نیازمند اطلاعات مختلفی هستند و این نیازها در مراحل مختلف معالجه آنها متفاوت است.
- دستیار یا پرستار ویژه مشاور در مورد سرطان پستان در محل حاضر بوده و به شما کمک خواهند کرد. او می‌تواند به شما کمک کند که اطلاعات لازم را کسب کنید، توصیه‌ها و سفارش‌ها را برایتان بازگو کرده و در توضیح مسائل برای دکترتان به شما کمک خواهد کرد. سازمان‌ها و مؤسسات زیادی اطلاع‌رسانی و حمایت از خانم‌های درگیر سرطان پستان را انجام می‌دهند. بعضی از آنها فقط مخصوص افراد درگیر سرطان پستان بوده و برخی دیگر برای همه بیماران سرطانی ارایه خدمت می‌نمایند.
- پرستاران ویژه بیماران سرطان پستان، برای خانم‌هایی که کمک و اطلاعات بیشتری جهت تحمل مشکلاتشان می‌خواهند می‌توانند ملاقات‌های حضوری به صورت دو نفره یا گروه درمانی حمایتی ترتیب دهند. بعضی از بیمارستان‌ها روانپزشک‌هایی دارند که بیشتر تجربه آنها روی نیازهای روحی خانم‌های درگیر سرطان پستان می‌باشد.
- ناراحتی‌های روحی ناشی از سرطان پستان ممکن است حتی یک سال یا بیشتر از خاتمه درمان، طول بکشد و نیازمند درمان دارویی باشد.



یک نفر را در ملاقات‌های خود همراه
ببرید



اطلاعات کسب کنید



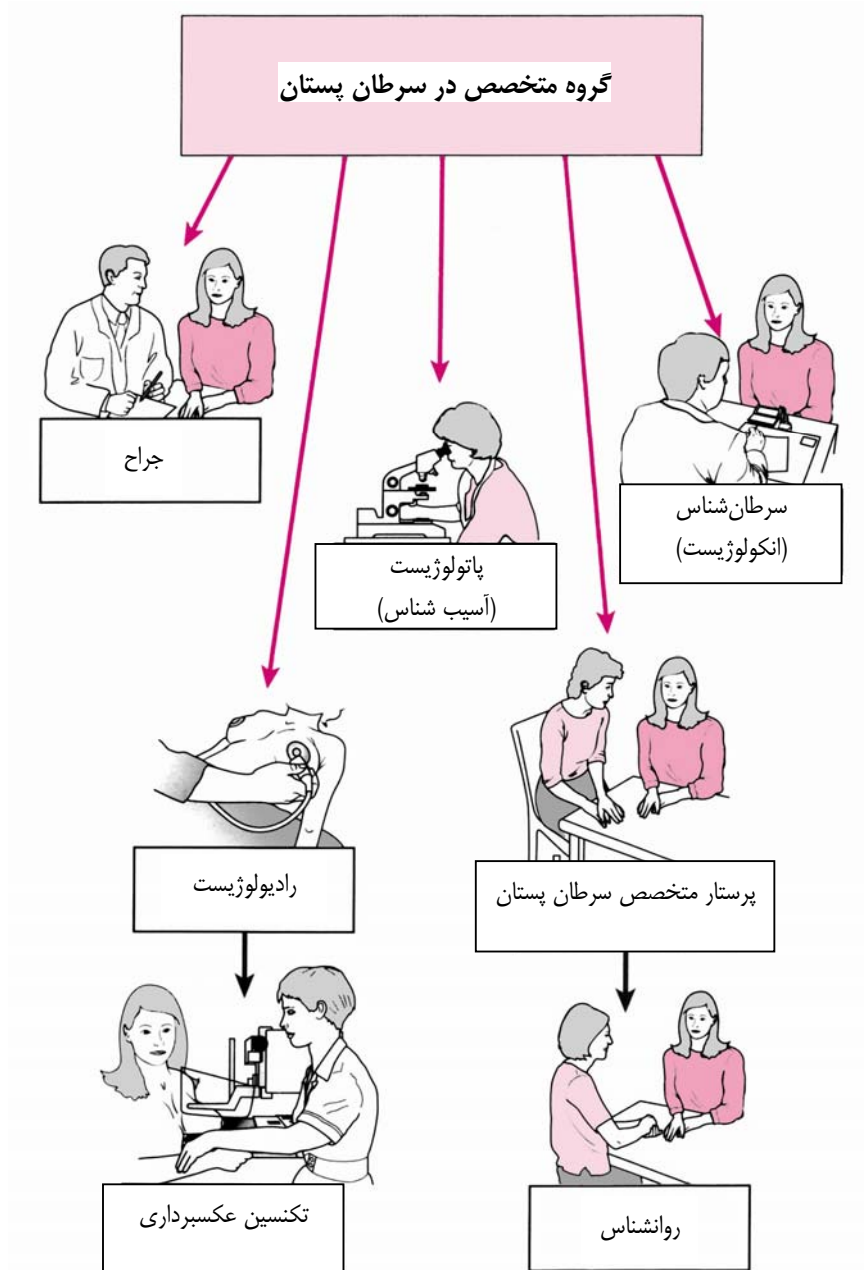
دستیار یا پرستار شاغل در بخش
سرطان



گروه‌های حمایت کننده و
روان‌شناسان

گروه متخصص مراقبت از بیمار

- معالجه شما توسط گروه متخصص سرطان پستان صورت می‌گیرد. این گروه شما را به صورت مداوم ملاقات خواهند کرد و بیماری شما را قبل و بعد از عمل جراحی بررسی می‌نمایند. مشاوره گروهی به هر کدام از این متخصصین کمک می‌کند تا پیشنهادهای جهت ادامه درمان شما ارائه نمایند.
- جراحان علاوه بر جراحی بر روی پستان شما در درمانگاه‌های تشخیصی ویژه، مراقبت از شما را در این مورد بیشتر بر عهده دارند. متخصصین جراح پلاستیک نیز ممکن است برای کمک به ترمیم و شکل دهی مجدد پستان در حین عمل جراحی حضور داشته باشند.
- متخصصین رادیولوژی (رادیولوژیست‌ها) در عکسبرداری تخصص دارند. رادیولوژیست‌های ویژه پستان، ماموگرافی شما را در درمانگاه‌های پستان مطالعه می‌کنند و روش‌های تشخیص تخصصی را مانند نمونه‌برداری با راهنمایی سونوگرافی انجام می‌دهند. تکنسین‌های عکسبرداری آموزش دیده، رادیولوژیست‌ها را کمک می‌نمایند.
- پاتولوژیست‌ها بافت توده را بررسی می‌نمایند. یک پاتولوژیست، کار تشخیص بافت بدخیم را در نمونه بافتی پستان شما بر عهده دارد و به جراح اطلاع می‌دهد که آیا تومور کاملاً برداشته شده یا خیر و همچنین به متخصصین سرطان‌شناسی اطلاعات لازم را می‌دهد تا بتوانند در مورد روش‌های معالجه دیگر پس از عمل جراحی تصمیم بگیرند.
- دستیار یا پرستار متخصص سرطان پستان جهت ارائه خدمات حمایتی به شما حضور دارد و اطلاعات لازم را در اختیارتان می‌گذارد و مانند یک حامی در هنگام تشخیص، جراحی و معالجات پی در پی بعد از عمل می‌باشد. یک روانشناس یا روان‌پزشک با این پرستار همکاری دارد و ممکن است جلسات ویژه‌ای برای مشکلات روانی ایجاد شده، ترتیب دهند.
- انکولوژیست‌ها (متخصصین سرطان) در معالجات شیمی‌درمانی و پرتو درمانی سرطان تخصص دارند. پس از عمل جراحی احتمالاً یک دکتر متخصص سرطان را ملاقات خواهید کرد که امور معالجه بعدی شما را پیگیری خواهد کرد.

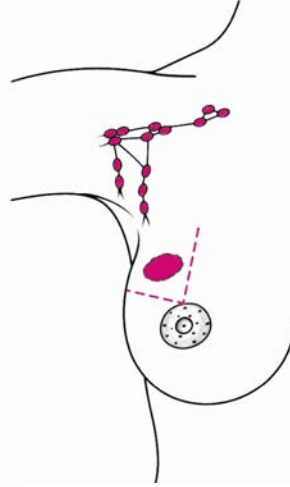


عمل جراحی سرطان اولیه پستان

- سرطان اولیه پستان یعنی سرطانی که منشاء اصلی آن بافت پستان است.
- سرطان اولیه پستان می‌تواند با عمل جراحی، پرتو درمانی و شیمی درمانی معالجه شود.
- عمل جراحی برای معالجه سرطان اولیه پستان می‌تواند شامل برداشتن تمام پستان باشد (که به عمل ماستکتومی معروف است)، یا فقط قسمت توموری پستان برداشته شود (که عمل جراحی با حفظ پستان نامیده می‌شود).
- چهار نوع معمول جراحی پستان شامل: برداشت کامل منطقه تومور (که به آن Lumpectomy نیز گفته می‌شود)، برداشت یک چهارم از پستان در منطقه‌ای که تومور وجود دارد (Quadrantectomy)، برداشت کامل پستان بعلاوه غده‌های درگیر شناخته شده زیر بغل و برداشت کل پستان به صورت ساده.
- غدد لنفی زیر بغل ممکن است برداشته شوند.
- تمام بافت‌های برداشته شده در طی عمل جراحی جهت بررسی به آزمایشگاه پاتولوژی فرستاده می‌شوند.
- عمل جراحی سه هدف دارد:
 - معالجه سرطان‌های اولیه پستان در صورتی که محدود به پستان باشد. این سرطان‌های اولیه شامل سرطان پستان غیرمهاجم و بافت‌های پیش بدخیم که هنوز قدرت تهاجم و دست‌اندازی پیدا نکرده‌اند، می‌شود.
 - مهار کردن بیماری در محلی که بوجود می‌آید (کنترل موضعی) و جلوگیری از مشکلات در آن منطقه مانند تخریب پوست (آسیب دیدن پوست در آن منطقه).
 - برای فهمیدن اینکه آیا سرطان به غدد لنفی زیر بغل سرایت کرده است یا خیر و در صورت درگیری، مهار بیماری در همان محل.



برداشت تومور به تنهایی



برداشت یک چهارم از پستان



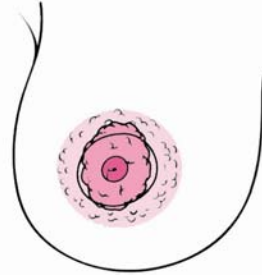
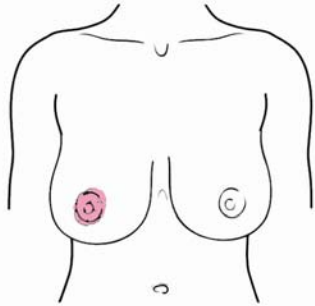
برداشت کل پستان به صورت ساده



برداشت کل پستان همراه با غده زیر بغل

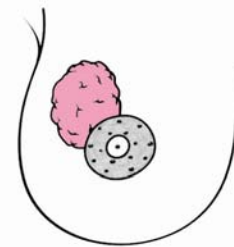
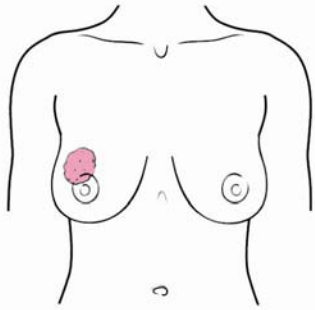
روش‌های جراحی سرطان پستان

- برای معالجه سرطان پستان روش‌های مختلفی وجود دارد که از هم متفاوت می‌باشند. بنابراین معالجه شما براساس نیازتان انجام می‌گیرد.
- هدف جراحی برداشتن و از بین بردن تمام سلول‌های آلوده به سرطان می‌باشد. این هدف می‌تواند توسط برداشتن تمام پستان (ماستکتومی) یا برداشتن تنها نواحی سرطانی محقق شود.
- در جراحی‌های حفظ پستان فقط تومور سرطانی و مقداری از بافت‌های سالم اطراف آن برداشته می‌شود.
- در طریقه ماستکتومی تمام پستان برداشته می‌شود.
- عواملی که بهترین روش جراحی را در هر فرد معین می‌کنند شامل موارد زیر است:
 - اندازه و محل قرار گرفتن تومور پستان: برای تومورهای بزرگ و تومورهایی که در پشت نوک پستان قرار گرفته‌اند جراحی ماستکتومی یا برداشت تمام پستان پیشنهاد می‌شود.
 - تعداد تومورهای سرطانی در پستان: هنگامی که چندین منطقه مختلف پستان دچار سرطان شده باشد جراحی حفظ پستان غیرممکن است.
 - اندازه پستان: برای خانم‌های با پستان کوچک هر چند که تومور چندان بزرگ نباشد عمل‌های جراحی حفظ پستان غیرممکن است.
 - ترجیح شخصی خود فرد: این عامل نقش مهمی در تصمیم‌گیری نهایی برای روش جراحی دارد. متخصصین اطلاعات لازم و پیشنهادهای لازم را در اختیار شما می‌گذارند و شما می‌توانید سؤال‌های خود را مطرح نموده و در مورد روش‌های مختلف درمان با پزشک و پرستار متخصص پستان قبل از تصمیم‌گیری نهایی بحث نمایید.



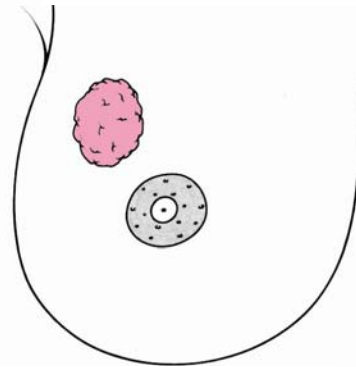
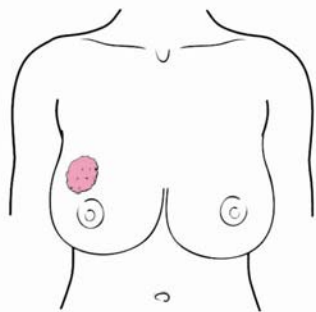
سرطان پستان مرکزی (پشت نوک سینه):

جهت جراحی حفظ پستان مناسب نیست - معمولاً برداشتن کامل سینه توصیه می شود



سرطان پستان در سینه کوچک:

امکان حفظ پستان وجود ندارد



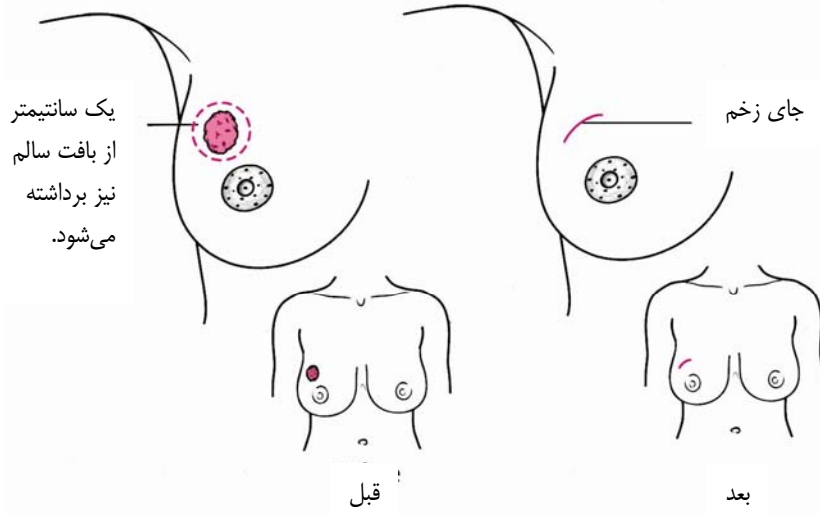
سرطان پستان در سینه بزرگ:

سینه می تواند حفظ شود

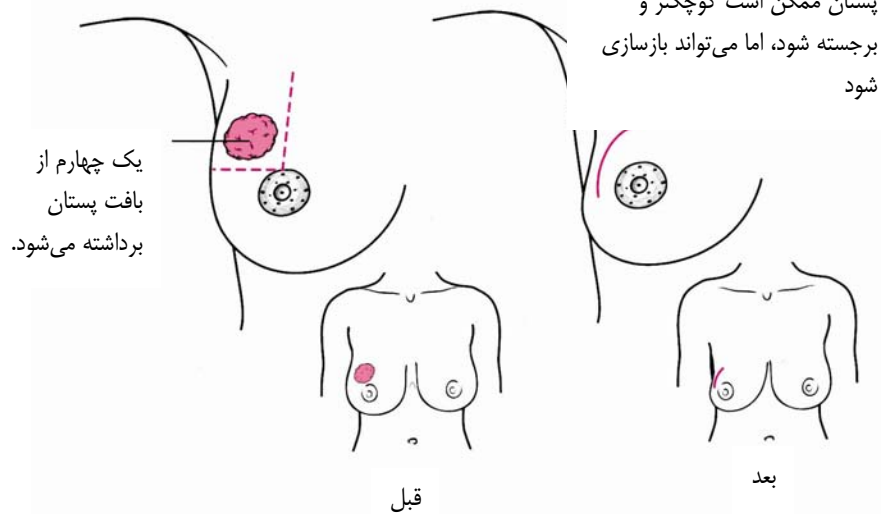
عمل جراحی حفظ پستان (جراحی سرطان پستان از طریق برداشتن تومور بجای برداشتن کل پستان)

- در عمل جراحی حفظ پستان، غده سرطانی به همراه مقداری از بافت‌های سالم اطراف برداشته می‌شود و مابقی پستان نیز باقی گذاشته می‌شود.
- جراحی تحت بیهوشی عمومی انجام می‌گیرد و بیمار به مدت چهار تا پنج روز در بستر خواهد بود (این دوره با رعایت موازین علمی تا ۲۴ ساعت کاهش می‌یابد - م).
- بعد از عمل جراحی شما یک دوره پرتو درمانی خواهید داشت. هدف از این معالجه از بین بردن سلول‌های سرطانی باقیمانده در محل و کم کردن احتمال برگشت سرطان به همان پستان می‌باشد.
- درمان سرطان پستان با روش عمل جراحی نگهدارنده پستان و پرتودرمانی متعاقب آن به اندازه برداشت کامل پستان (ماستکتومی) مطمئن است.
- عمل جراحی نگهدارنده پستان بر دو نوع می‌باشد:
 - ۱- جراحی از طریق برداشت غدد سرطانی و مقداری از بافت‌های اطراف آن (جراحی وسیع موضعی)
 - ۲- جراحی از طریق برداشت غدد سرطانی به همراه ربعی از پستان
- جراحی وسیع موضعی که گاهی برداشت تومور به تنهایی نیز گفته می‌شود، به این صورت است که غده سرطانی به همراه یک سانتیمتر از بافت‌های سالم کنار آن برداشته می‌شود. معمولاً شکل ظاهری پستان پس از عمل خوب به نظر می‌رسد زیرا کمترین مقدار ممکن از بافت‌های پستان در حین عمل برداشته می‌شود.
- در عمل جراحی از طریق برداشتن یک چهارم پستان بافت‌های بیشتری نسبت به عمل جراحی از طریق برداشت تومور به تنهایی برداشته می‌شود. معمولاً یک چهارم پستان کلاً برداشته می‌شود. بعد از عمل، پستان جراحی شده کوچکتر از پستان دیگر بنظر می‌رسد که ممکن است حالت نامتقارنی پیدا کند برای تصحیح این مشکل این امکان وجود دارد که آن حفره یا فرو رفتگی را با پوست یا ماهیچه‌ای که از جای دیگر بدن برداشته می‌شود پر کرد این عمل را ترمیم دوباره از طریق شکاف کوچک می‌نامند و می‌تواند در حین عمل برداشت یک چهارم پستان یا زمان دیگری انجام شود.

برداشت تومور به تنهایی



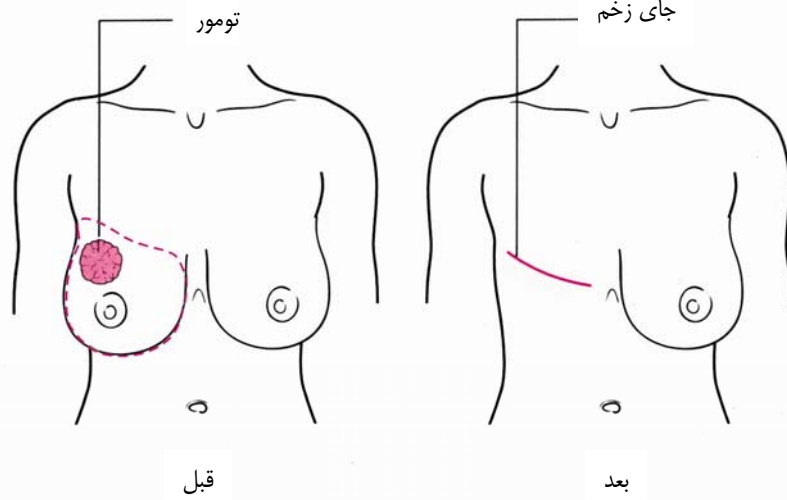
برداشت یک چهارم از پستان



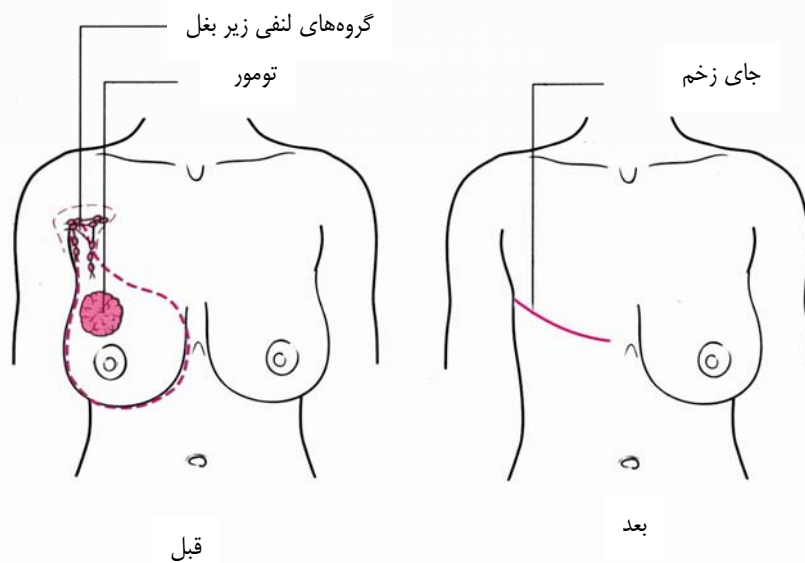
برداشتن تمام پستان مبتلا به سرطان پستان (ماستکتومی)

- عمل جراحی برداشتن کامل پستان وقتی صورت می‌گیرد که تومور بزرگ باشد و یا پشت نوک پستان قرار گرفته باشد، یا تومورهای متعدد سرطانی در قسمت‌های مختلف پستان گسترده باشند.
- در عمل ساده برداشت تمام پستان، پستان به طور کامل تحت بیهوشی عمومی برداشته می‌شود. در این عمل غدد لنفاوی زیر بغل برداشته نمی‌شود این نوع عمل معمولاً برای سرطان پستان غیرمهاجم در حالتی که به صورت گسترده پستان را درگیر کرده باشد انجام می‌گیرد.
- در یک عمل جراحی برداشت کامل پستان به روش تغییر یافته، پستان تحت بیهوشی عمومی به صورت کامل مانند عمل ساده برداشته می‌شود اما علاوه بر آن بعضی از غدد لنفاوی زیر بغل نیز تخلیه می‌شود. این فرم از عمل جراحی برداشت پستان در سرطان‌های مهاجم پستان کاربرد دارد.
- بعد از عمل جراحی برداشت کامل پستان، قفسه سینه شما مسطح می‌شود و اثر بخیه به صورت افقی در محل مشاهده خواهد شد. یک تا دو لوله در حین عمل جراحی برای تخلیه مایعات تجمع یافته احتمالی در محل قرار داده می‌شود که بعد از چند روز آن را خارج می‌کنند.
- شما برای این عمل جراحی حدوداً ۵ تا ۷ روز در بیمارستان بستری خواهید شد. (این زمان تا ۲۴ ساعت قابل تقلیل است.)
- امکان گذاشتن پستان جدید یا ترمیم پستان وجود دارد که این عمل می‌تواند در ضمن عمل برداشتن پستان یا بعد از آن در زمان دیگری انجام گیرد.
- دستیار یا پرستار متخصص سرطان پستان اطلاعات لازم را در مورد ورزش‌های ویژه بعد از عمل جهت حرکت دادن بهتر شانه‌هایتان خواهد داد.

برداشت کامل پستان بطور ساده

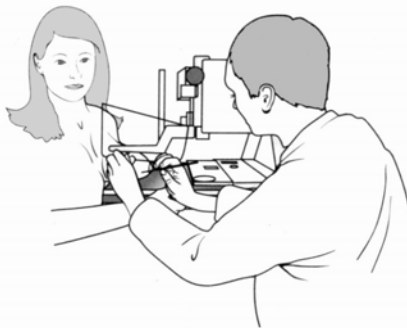
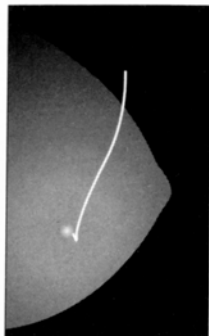


برداشت کامل پستان به روش تغییر یافته



جراحی تومورهای غیر موس پستان

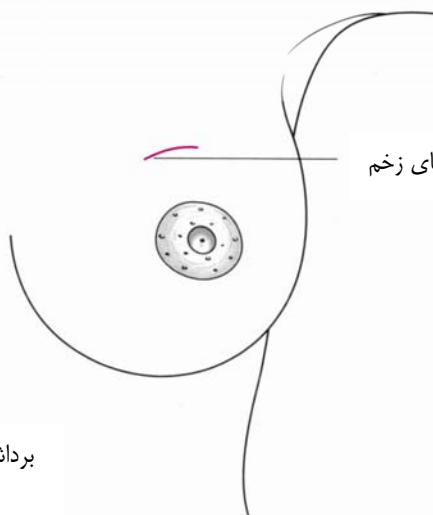
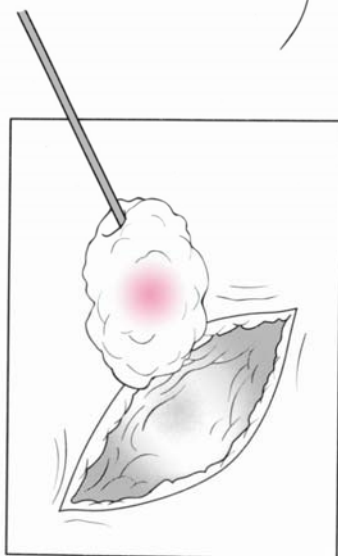
- امروزه با به کارگیری وسیع ماموگرافی و سونوگرافی در غربالگری سرطان پستان، تعداد زیادی از موارد تومورهای غیرقابل لمس پستان یافت می‌شوند. برای آنکه جراح قادر باشد این تومورهای غیرقابل لمس را بردارد منطقه فوق باید بوسیله سیم‌های مخصوص علامت گذاری شود که به این عمل علامت گذاری منطقه‌ای می‌گویند.
- علامت‌گذاری در بخش رادیولوژی انجام می‌گیرد. یک آمپول بی‌حس کننده به پستان قبل از فرو نمودن سیم مخصوص به کمک راهنمایی ماموگرام و سونوگرافی زده می‌شود.
- سیم در جای خود باقی گذاشته می‌شود و شما را به اتاق عمل برده و تحت بیهوشی عمومی قرار می‌دهند. جراح با استفاده از این راهنما منطقه توموری را بر می‌دارد.
- برای اطمینان کامل از اینکه منطقه صحیح پستان برداشته شده باشد یک عکس مجدد در حین بیهوشی شما گرفته می‌شود.
- بافت پستان برداشته شده به آزمایشگاه پاتولوژی برای بررسی‌های بیشتر فرستاده می‌شود.



فرو بردن سیم
جهت هدایت با
استفاده از
ماموگرافی



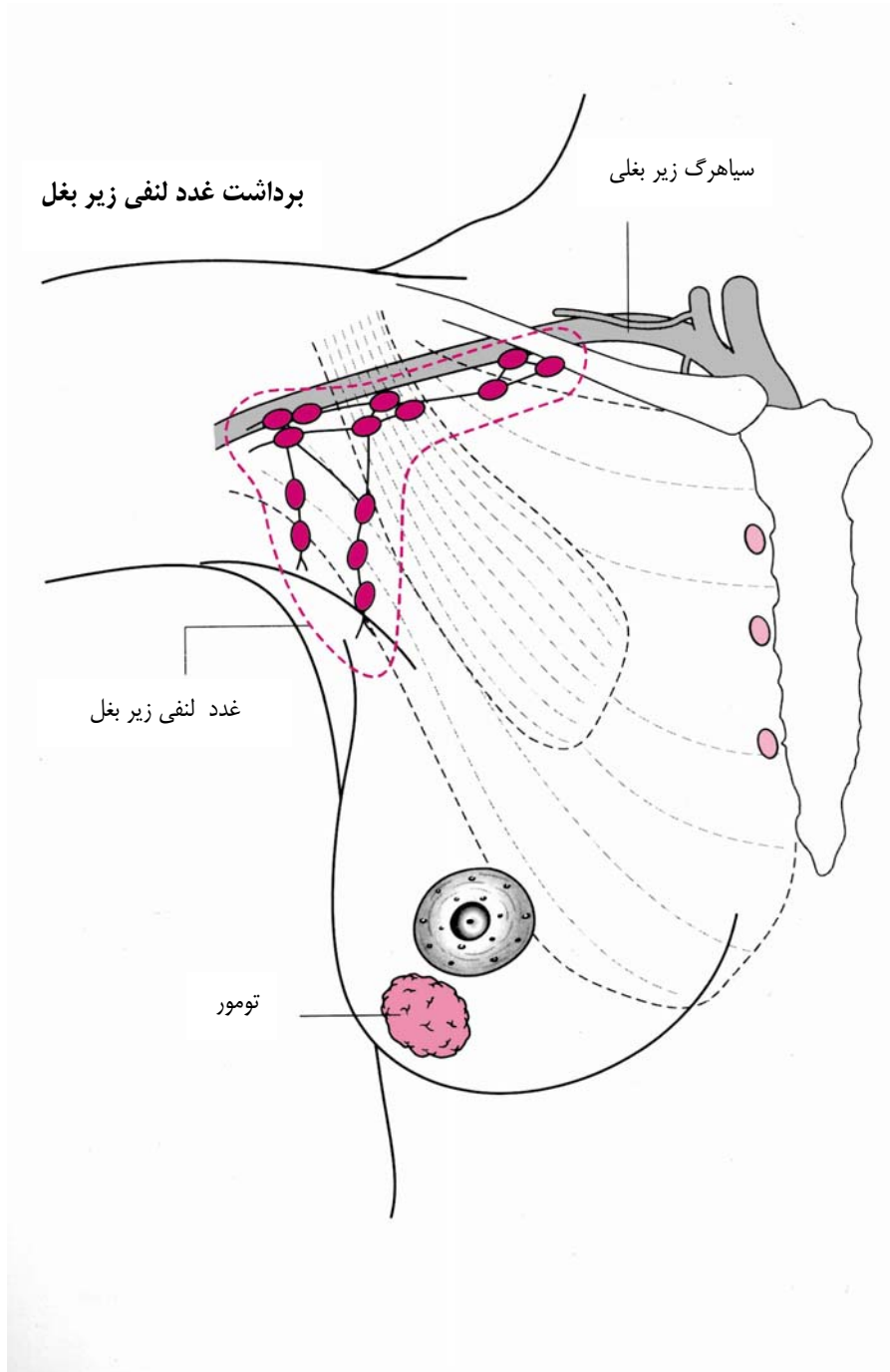
فرو بردن سیم
جهت هدایت با
استفاده از
سونوگرافی



برداشت ناحیه غیرطبیعی از طریق برش کوچکی
در پستان

برداشت غدد لنفی زیر بغل

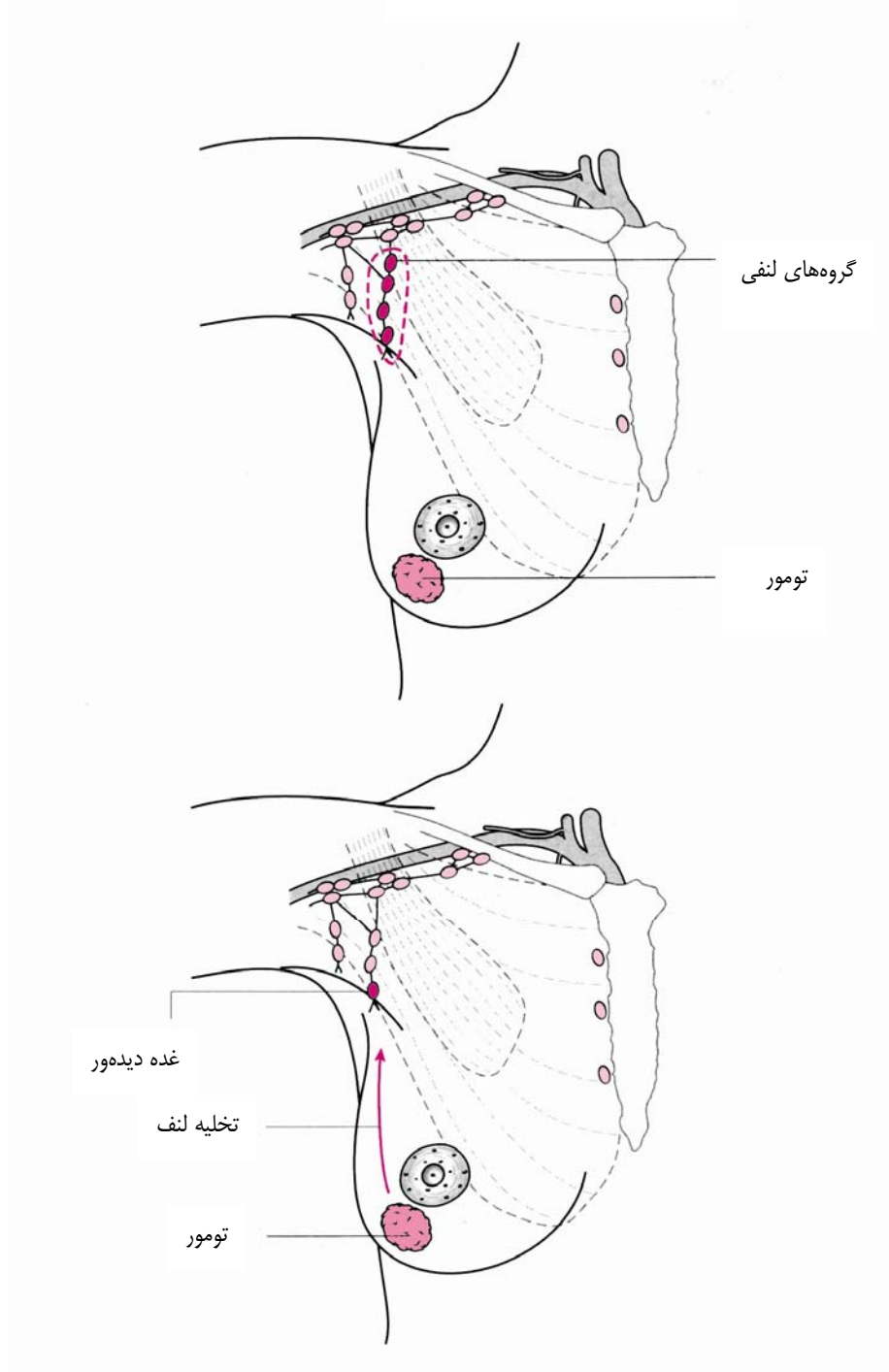
- برداشتن غدد لنفی زیر بغل را دیسکسیون یا Axillary Lymph node dissection گویند.
- برداشت غدد لنفی زیر بغل معمولاً همزمان با عمل جراحی پستان صورت می‌گیرد. اغلب غدد لنفاوی زیر بغل که لنف پستان را تخلیه می‌نمایند، برداشته می‌شوند ولی تعدادی از غدد لنفی زیر بغل جهت تخلیه لنف بازو و اندام فوقانی باقی می‌ماند.
- پاتولوژیست غدد لنفی برداشته شده را از نظر درگیری سرطانی، بررسی می‌نماید. اطلاعات بدست آمده از این بررسی‌ها در تعیین مراحل بعدی درمان مؤثر است.
- امروزه در کشورهای غربی تقریباً در ۶۰-۷۰ درصد بیماران سرطان پستان، غدد لنفی درگیر نیستند، اما در صورت درگیری غدد لنفی، برداشت آنها به کنترل بیماری کمک می‌کند. در حالی که در کشورهای در حال توسعه منجمله ایران هنوز قریب ۷۰ درصد از بیماران با عقده‌های لنفاوی درگیر در زیر بغل مراجعه می‌کنند.
- اگر عمل شما عمل جراحی حفظ پستان همراه برداشت غدد لنفی زیر بغل باشد جای زخم مجزایی در زیر بغل شما باقی می‌ماند.
- اما اگر عمل شما برداشت کل پستان همراه با برداشت غدد لنفی زیر بغل باشد، تنها همان جای زخم حاصل از برداشت پستان به صورت خط افقی بر روی قفسه سینه شما خواهد ماند.
- بعد از این عمل ممکن است برای چندین ماه در شانه و بازوی خود احساس سفتی نمایید و یا حس ناحیه زیر بغل شما کاهش یابد. پرستار ویژه سرطان پستان تمریناتی را به شما آموزش می‌دهد که در برطرف کردن سفتی و باز یافتن حرکات کامل بازو به شما کمک می‌کند ادامه این تمرینات برای چندین ماه پس از عمل بسیار مهم است.
- از عوارض دیگر این عمل تورم بازو و دست‌ها می‌باشد که لنف ادم نامیده می‌شود. تورم که در ۲۰-۱۰ درصد بیماران مشاهده می‌گردد و ممکن است ماه‌ها تا سال‌ها پس از عمل جراحی روی دهد ولی تمرین و ماساژ می‌تواند هر گونه تورم قابل توجه را رفع نماید. پرستار ویژه سرطان پستان در مورد مراقبت از بازو و دست‌ها به شما توصیه‌هایی خواهد کرد.



نمونه برداری از غدد لنفی زیر بغل و بررسی غدد لنفی دیده‌ور

- در نمونه برداری از غدد لنفی زیر بغل تنها تعداد کمی از غدد لنفی زیر بغل برداشته می‌شود (معمولاً چهار عدد) و برای بررسی به آزمایشگاه فرستاده می‌شوند. در صورتی که در این غدد اثری از بیماری وجود نداشته باشد احتیاجی به معالجات بعدی نخواهد بود.
- اگر اثری از سلول‌های سرطانی در این غدد مشاهده گردید به شما توصیه می‌شود که یا رادیوتراپی (پرتو درمانی) غدد لنفی زیر بغل انجام دهید و یا جراحی مجدد جهت برداشت تعداد بیشتری از غدد لنفی زیر بغل، تا دیگر هیچ اثری از سرطان باقی نماند.
- برداشت و بررسی غدد لنفی دیده‌ور روش جدید در بررسی غدد لنفی می‌باشد که در آن تنها یک غده لنفی برداشته می‌شود. این غده پیش‌آهنگ، اولین غده لنفی دریافت کننده لنف پستان در مسیر جریان لنف می‌باشد. بنابراین در صورتی که بیماری از محل اولیه درگیری سرطان پستان به زیر بغل سرایت کرده باشد احتمالاً اول در این غده مشاهده خواهد شد.
- این روش بررسی غدد لنفی با عوارض جانبی کمتر اطلاعاتی مشابه برداشت غدد لنفی زیر بغل در اختیار ما خواهد گذاشت.
- مقدار کمی ماده رادیو اکتیو چندین ساعت قبل از عمل به پستان شما تزریق می‌گردد. این ماده توسط لنف به حفره زیر بغل برده می‌شود بنابراین ردیاب ویژه مواد رادیواکتیو می‌تواند غده پیش‌آهنگ را جهت برداشتن آن مشخص نماید. در طی عمل ممکن است مقدار کمی ماده آبی رنگ نیز در اطراف تومور پستان برای کمک به تشخیص غده پیش‌آهنگ تزریق شود.
- پاتولوژیست غده برداشته شده را بررسی می‌کند در صورتی که این غده پیش‌آهنگ در گیر سرطان نشده باشد به احتمال ۹۵ درصد سایر غدد لنفی زیر بغل نیز درگیر سرطان نخواهند بود، اما اگر در غده پیش‌آهنگ سلول‌های سرطانی مشاهده شود، توصیه می‌شود که در مورد عمل جراحی بعدی یا پرتو درمانی تصمیم بگیرید.
- این روش هنوز تحت بررسی می‌باشد و احتمال دارد که در آینده جایگزین سایر روش‌های جراحی زیر بغل گردد.

نمونه برداری از گره لنفی زیر بغل

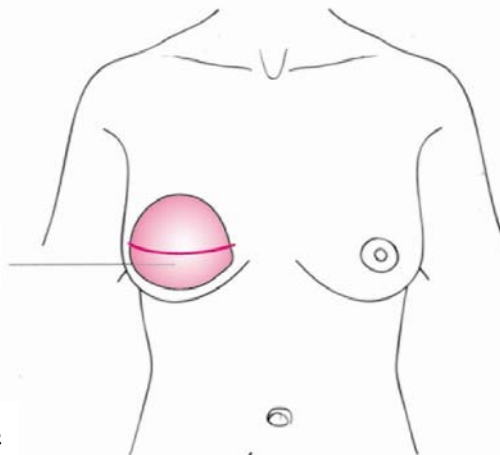


جراحی ترمیم پستان

- هدف از ترمیم پستان، ساختن پستانی جدید و تا حد امکان شبیه به پستان طرف مقابل می‌باشد.
- روش‌های مختلفی در جراحی ترمیم پستان استفاده می‌شود و هر روش در بیماران مشخصی کاربرد دارد.
- عمل ترمیم پستان ممکن است در همان زمان عمل جراحی برداشت پستان و یا متعاقب آن در عمل جراحی جداگانه‌ای انجام شود.
- با وجود آنکه عمل جراحی ترمیم پستان همزمان با عمل جراحی برداشت پستان روز به روز بیشتر مورد استقبال عامه قرار می‌گیرد، اما همیشه بهترین انتخاب در بیماران نمی‌باشد مثلاً اگر شما پرتو درمانی دارید بهتر است که عمل جراحی ترمیم پستان به تعویق بیفتد. همچنین برخی از خانم‌ها ترجیح می‌دهند که ابتدا عمل جراحی برداشت پستان را داشته باشند و سپس در فرصت دیگری نسبت به عمل جراحی ترمیم پستان تصمیم بگیرند.
- هر دو نوع ترمیم پستان چه بلافاصله و چه با فاصله زمانی پس از جراحی اولیه پستان روش‌های مطمئنی هستند. هیچگونه شواهدی مبنی بر آنکه این عمل‌های جراحی امکان عود مجدد سرطان پستان را زیاد نمایند و یا موجب دیرتر مشخص شدن عود مجدد سرطان شوند، وجود ندارد.
- سه روش برای ترمیم پستان وجود دارد:
 - روش استفاده از پستان مصنوعی
 - روش استفاده از پستان مصنوعی همراه با بافت‌هایی از بدن خود فرد
 - روش استفاده از بافت‌های بدن فرد
- ترمیم پستان به صورت مقطعی نمی‌باشد و نیاز به گذشت زمان دارد. اغلب پس از عمل جراحی اصلی ترمیم پستان یک سری عمل‌های کوچک تنظیم سایز و موقعیت پستان هم انجام می‌گیرد.

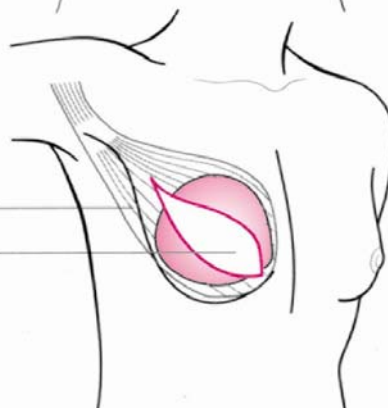
۱) پستان مصنوعی

پستان مصنوعی



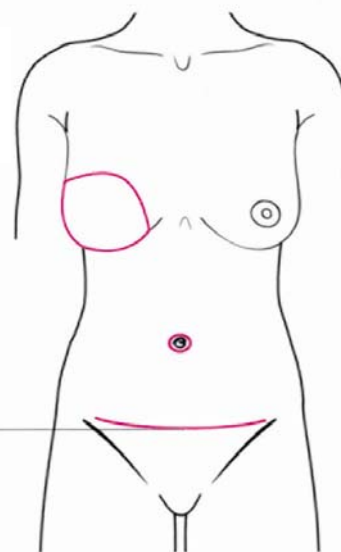
۲) پستان مصنوعی + بافت‌هایی
از بدن خود فرد (پوست و
عضله پشت کمر)

عضله
پوست به جلو آورده می‌شود



۳) استفاده از بافت‌های بدن فرد به تنهایی
(برای مثال پوست، چربی و عضله
شکم)

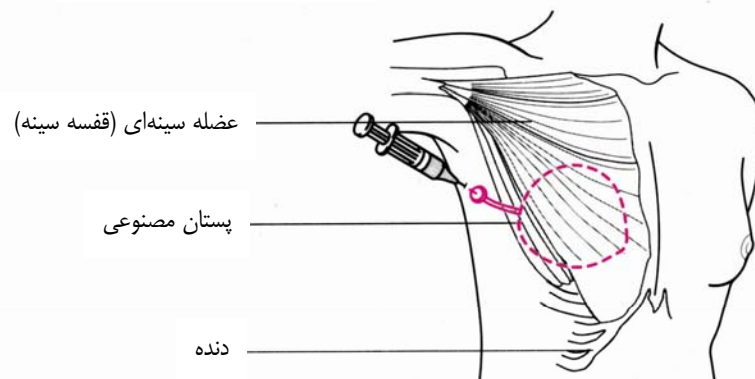
جای زخم



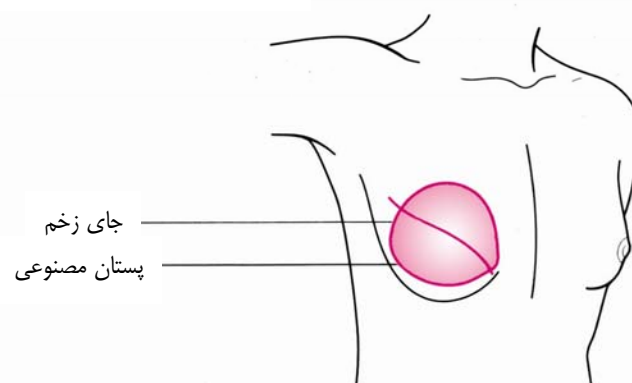
ترمیم پستان با استفاده از پستان مصنوعی

- دو نوع پستان مصنوعی موجود است:
 - ۱- انواع قابل اتساع
 - ۲- انواع با حجم ثابت
- انواع اتساع یابنده دارای یک لوله اتصالی می‌باشند که از طریق آن می‌توان مایع سرم نمکی را به درون محفظه آن اضافه یا کم نمود و از آن طریق حجم پستان را تنظیم نمود.
- انواع پستان مصنوعی با حجم ثابت از مواد مختلفی ساخته می‌شوند. اغلب آنها از جنس سیلیکون (Silicone) هستند. بررسی‌های ایمنی تاکنون حکایت از آن داشته که این ماده مطمئن‌ترین ماده موجود می‌باشد و از این روست که به صورت گسترده‌تری کاربرد دارد.
- انواع پستان مصنوعی در بیمارانی کار برد دارد که نمی‌توانند از بافت‌های طبیعی بدن خود استفاده نمایند یا کسانی که نمی‌خواهند اثر بخیه در جای دیگری از بدن آنها یعنی در محلی که قرار است از آنجا بافت برداری صورت گیرد، بوجود آید.
- برای اطمینان از برداشت سطح سرطانی از بافت پستان که هنوز بخیه دارد عکسبرداری می‌شود.
- بافت برداشته شده برای آزمایش بیشتر به آزمایشگاه آسیب‌شناسی فرستاده می‌شود.
- برای یک عمل ترمیم پستان موفق، پوست قفسه سینه شما باید فاقد اثر بخیه و صدمات حاصل از پرتو درمانی باشد. این روش در بیمارانی که پرتو درمانی روی قفسه سینه داشته‌اند روش مناسبی نمی‌باشد زیرا پوست خاصیت ارتجاعی خود را از دست داده است.
- ترمیم پستان با استفاده از کاشت پستان مصنوعی در خانم‌هایی که پستان‌های کوچکتری دارند، مناسبتر است. زیرا در پستان‌های بزرگ به سختی می‌توان فضای درون پستان را پس از عمل جراحی با پستان مصنوعی به تنهایی پر کرد.
- اگر شما خواهان عمل جراحی سریع‌تر، مدت کوتاه‌تر بستری در بیمارستان و بهبودی سریع‌تری هستید این روش جراحی برای شما مناسب می‌باشد.
- زمان معمول بستری در بیمارستان در این عمل ۵-۱۰ روز است. شما ممکن برای چند روز احساس ناراحتی کنید.

پستان مصنوعی قابل اتساع

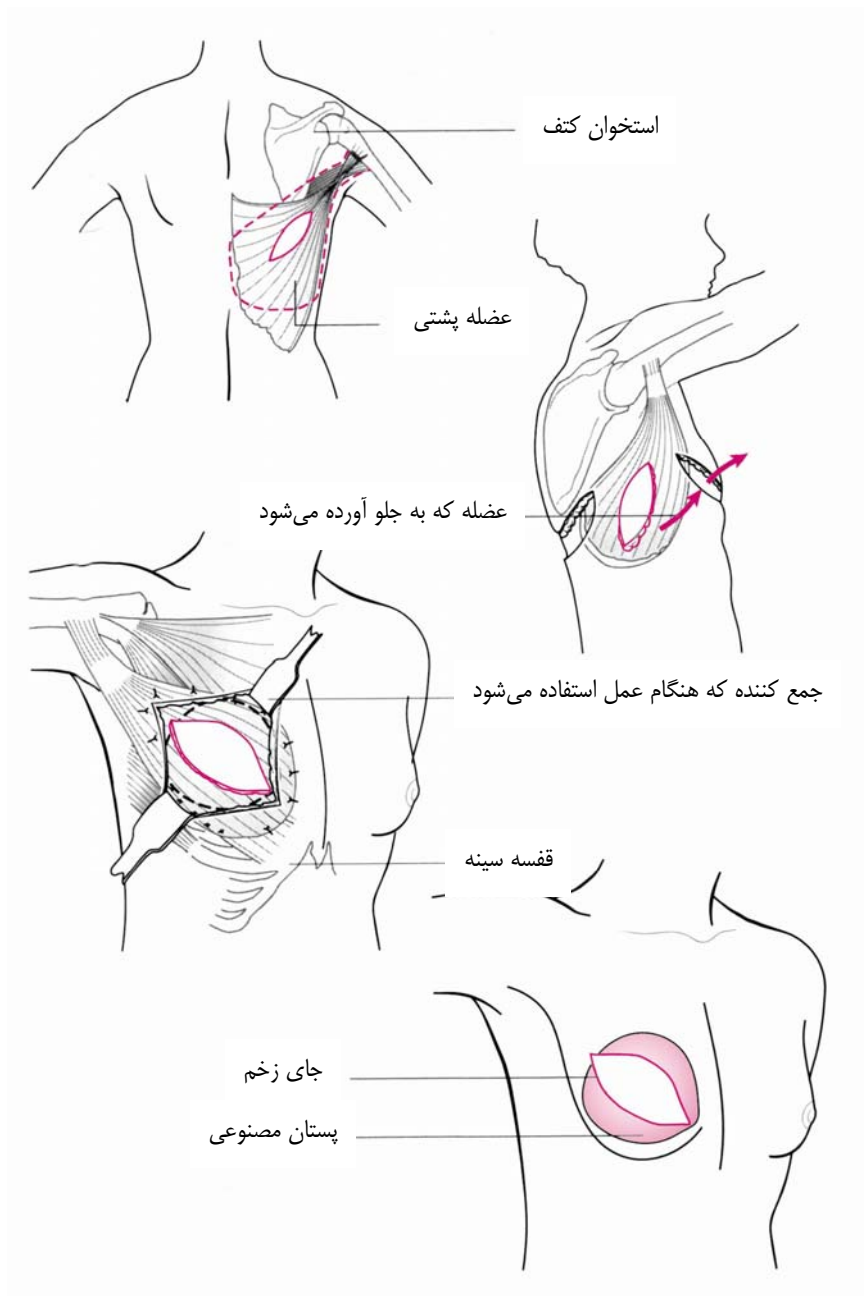


پستان مصنوعی با حجم ثابت



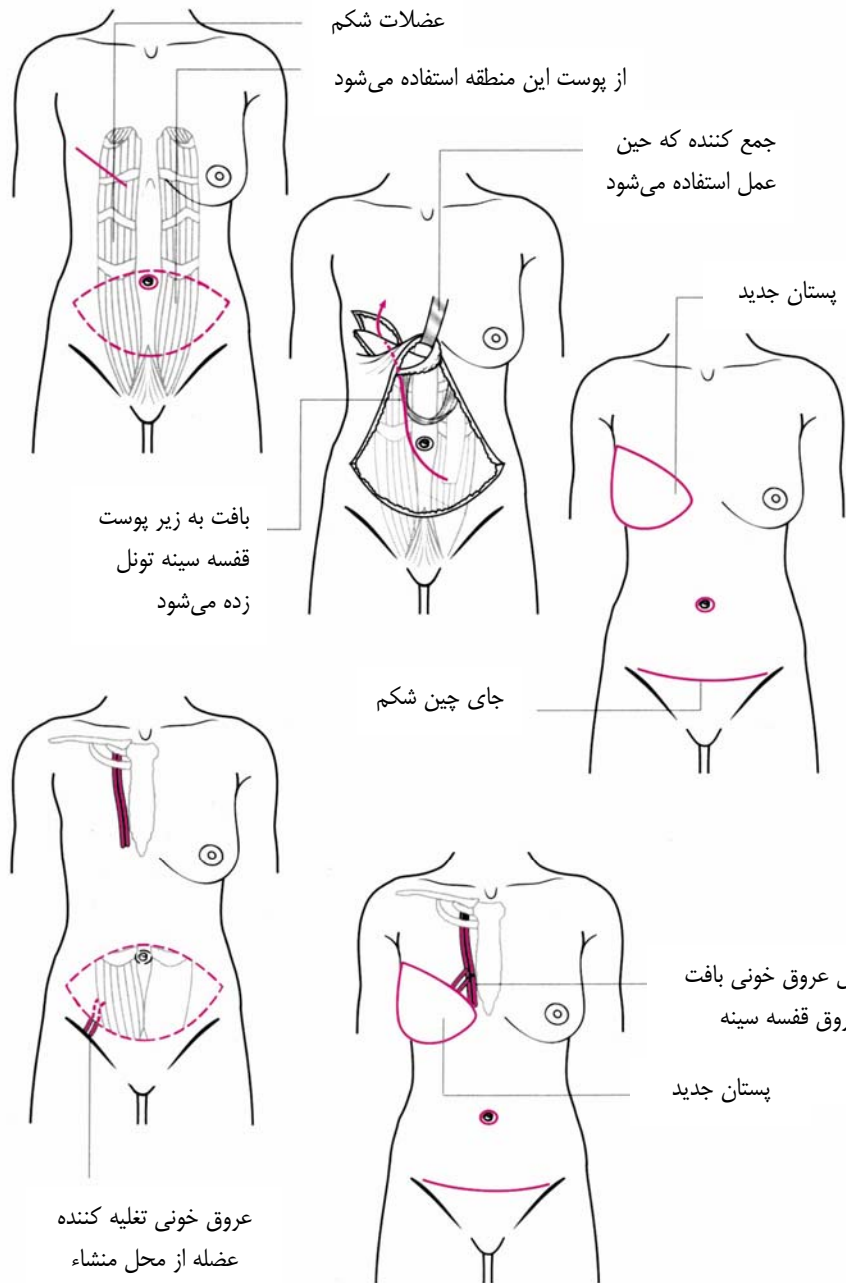
ترمیم پستان به روش استفاده از پستان مصنوعی همراه با بافت‌هایی از بدن خود شما

- پستان مصنوعی همیشه به تنهایی برای ایجاد برآمدگی پستان کفایت نمی‌کند. به ویژه اگر در قفسه سینه شما به اندازه کافی پوست وجود نداشته باشد در این حالت بافت سالمی از محل دیگری در بدن شما می‌تواند برای پوشش این قسمت استفاده شود.
- بافت استفاده شده معمولاً لایه‌ای از پوست و عضله کمر می‌باشد. این عضله از زیر پوست در حالتی که عروق به آن متصل هستند از عقب به جلو آورده می‌شود تا فضای خالی حاصل از برداشت پستان پر شود. پستان مصنوعی در زیر این عضله قرار می‌گیرد.
- استفاده از این عضله مخصوصاً زمانی که پوست ناحیه قفسه سینه در اثر پرتو درمانی صدمه دیده و یا اثر بخیه‌های متعدد در پوست سینه مشاهده می‌شود سودمند است.
- در اثر این عمل جراحی یک اثر بخیه در پوست ناحیه کمر شما باقی می‌ماند. همچنین در حین بهبودی ممکن است از حرکتهای کشش رو به پایین بدن و از قدرت دست‌ها در فشار به سمت پایین کاسته می‌شود.
- بعد از عمل احتمالاً به مدت چند روز در بیمارستان خواهید ماند و ممکن است در هفته اول پس از عمل کمی احساس ناراحتی کنید (این روش جراحی به دلیل بزرگی پستان در بانوان ایرانی کمتر مورد استفاده قرار می‌گردد - م).



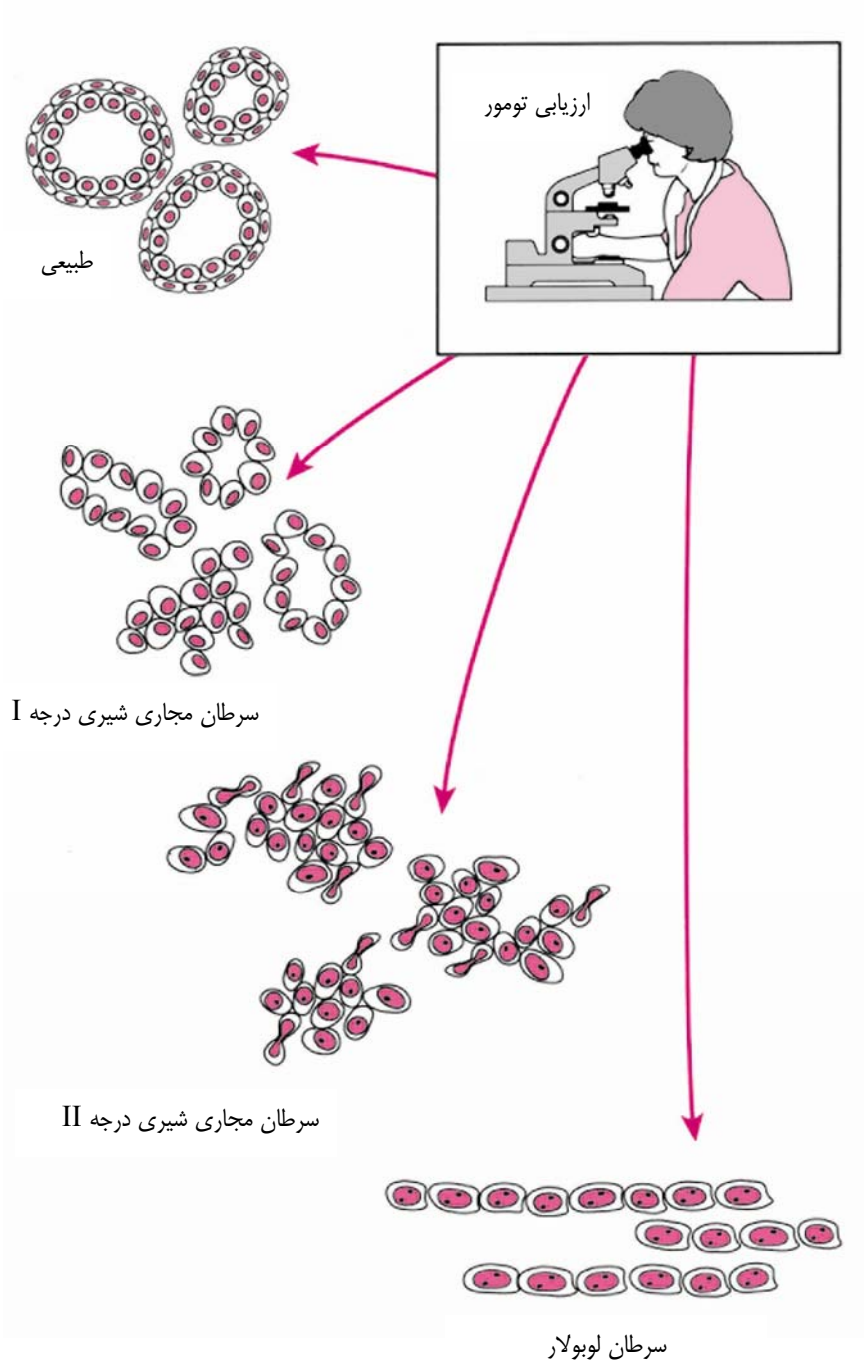
ترمیم پستان فقط با استفاده از بافت‌های بدن شما

- یکی از فوائد ترمیم پستان فقط با کمک بافت‌های طبیعی بدن شما این است که پستان ترمیم یافته طبیعی‌تر به نظر می‌رسد اگر شما مایل نیستید که از پستان مصنوعی استفاده نمایید این روش برای شما مناسب خواهد بود.
- دو نوع ترمیم با استفاده از بافت‌های طبیعی بدن شامل ترمیم با استفاده از عضله صاف شکم و ترمیم با استفاده از عضله پشت کمر وجود دارد.
- در روش استفاده از عضله صاف شکمی، پوست، عضله و بافت چربی از قسمت پایینی شکم به سینه منتقل می‌شود تا یک پستان جدید ایجاد شود در این عمل جای زخم همانند چین شکمی برجای می‌ماند.
- عضله، پوست و بافت چربی از قسمت شکم به زیر پوست سینه منتقل می‌شوند. عروق خونی هر قسمت شکم جهت زنده نگهداشتن این بافت‌ها حفظ می‌شود و یا آنکه عروق خونی را از بافت‌ها جدا نموده و به عروق ناحیه سینه و زیر بغل متصل می‌نمایند.
- ترمیم با استفاده از عضله صاف شکمی بیشتر در افراد با جثه متوسط (اندام متوسط) استفاده می‌شود. این روش در خانم‌هایی که جراحی قبلی شکمی داشته باشند چندان مناسب نیست.
- در خانم‌های دارای پستان‌های کوچک روش استفاده از عضله پشت کمر به عنوان یک جایگزین مطرح می‌باشد. تکه بزرگی از پوست، عضله و بافت چربی جهت بازسازی و ترمیم پستان جدید در مواردی که از پستان مصنوعی استفاده نمی‌شود مورد نیاز است.
- در هر کدام از این دو روش، شما چند روزی پس از عمل بستری می‌شوید. شما ممکن است تا چند روز احساس ناراحتی کنید.



آسیب شناسی بافت تومور

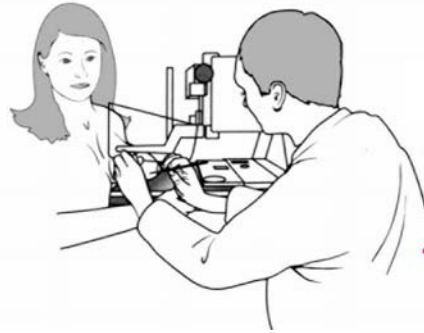
- تمام تومورهایی که طی عمل جراحی پستان برداشته می‌شوند، حین عمل در آزمایشگاه و زیر میکروسکوپ توسط متخصص آسیب‌شناسی بافتی (پاتولوژیست) بررسی می‌شوند. این عمل به جراح اطلاعات مهمی در تشخیص آنکه آیا تومور به صورت کامل برداشته شده است یا خیر ارائه می‌دهد. همچنین متخصصین سرطان شناسی را در تصمیم‌گیری بهترین روش درمانی کمک می‌کند.
- پاتولوژیست تومور پستان را از روی شکل میکروسکوپی سلول‌های آن توصیف می‌نماید. انواع مختلفی از رشد سرطانی وجود دارند که نام‌های ویژه هر یک ممکن است برای شما گیج‌کننده باشد.
- شایع‌ترین نوع سلولی سرطان پستان سرطان مهاجم مجاری شیری می‌باشد.
- سرطان‌های لوبولار، لبه‌های نسبتاً نامشخص دارند و تشخیص آنها سخت‌تر از سرطان مهاجم مجاری شیری می‌باشد.
- سرطان مهاجم از انواع غیرمهاجم آن که معمولاً DCIS یا سرطان غیرمهاجم مجاری شیری (مخفی) نامیده می‌شوند به وجود می‌آیند. این دو نوع سرطان اغلب در کنار هم یافت می‌شوند.
- پاتولوژیست‌ها اغلب سرطان‌های پستان را براساس آنکه چقدر بدخیم به نظر می‌رسند طبقه‌بندی می‌کنند. تومورهای درجه یک سرطان پستان که کمترین حد بدخیمی را دارند، اغلب رشدی آهسته دارند و بافت‌هایی شبیه بافت طبیعی پستان تشکیل می‌دهند. تومورهای درجه سه سرطان پستان که بالاترین حد بدخیمی را دارد رشدی بسیار سریع داشته و هرگز بافت‌هایی شبیه بافت پستان تشکیل نمی‌دهند. تومورهای درجه دو تقریباً بین این دو شکل هستند.
- متخصصین آسیب‌شناسی بافتی اطلاعات دقیقی در مورد اندازه تومور و اینکه آیا تومور به غدد لنفی زیر بغل نیز نفوذ کرده یا نه ارائه می‌دهند. این اطلاعات در کنار درجه بدخیمی سرطان، پزشکان را در پیش‌بینی رفتار آینده تومور راهنمایی می‌کند.



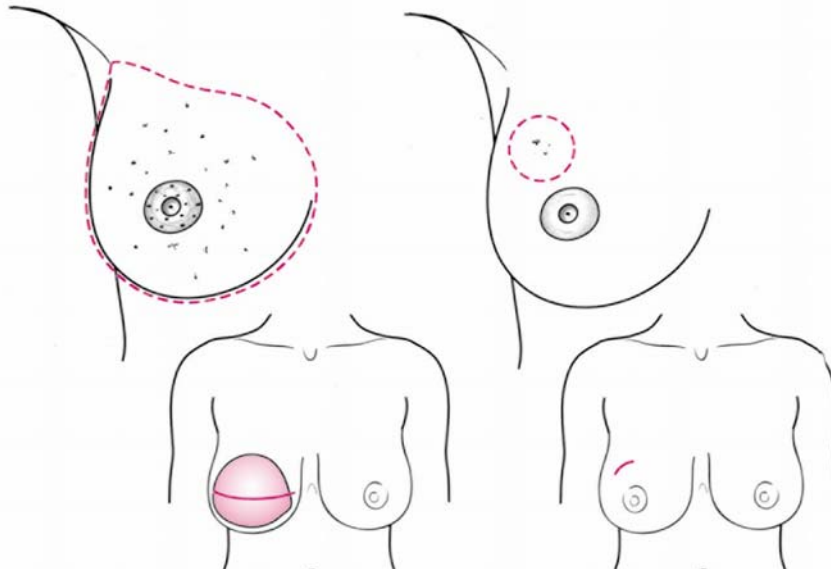
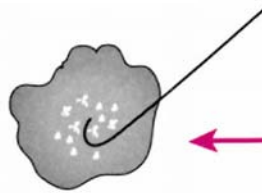
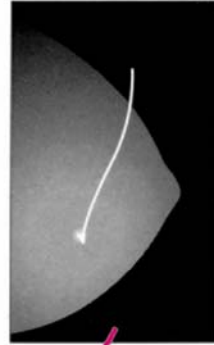
سرطان غیرمهاجم مجاری شیری پستان

- این نوع از سرطان پستان به نوع غیرمهاجم معروف است. به عبارتی با وجود آنکه سلول‌های مجاری شیری تغییراتی در جهت سرطانی شدن داشته‌اند ولی به جاهای دیگر منتقل نمی‌شوند.
- این شکل تومور اغلب به وسیله ماموگرافی تشخیص داده می‌شود. زیرا به ندرت تشکیل توده توموری می‌نماید. با رایج‌تر شدن عکسبرداری از پستان این شکل سرطان متداول‌تر از سابق تشخیص داده می‌شود. عموماً تشخیص با نمونه‌برداری بافتی توسط سوزن ضخیم صورت می‌گیرد.
- موارد درمان نشده سرطان غیرمهاجم مجاری شیری پستان می‌توانند به انواع مهاجم تبدیل شوند بنابراین عمل جراحی و برداشتن آنها از محل توصیه می‌شود. هدف عمل جراحی، درمان و ریشه‌کن‌سازی این بیماری در شمامست.
- اگر ناحیه درگیر کوچک باشد، درمان با حفظ پستان خواهد بود که گاهی با پرتو درمانی بعدی توأم می‌گردد. سیم مخصوصی تحت بی‌حسی موضعی و در بخش رادیولوژی در محل ضایعه قرار می‌گیرد، این سیم به برداشتن دقیق محل درگیری در حین عمل جراحی کمک می‌نماید.
- برداشتن کامل پستان‌ها به عنوان درمان موارد گسترده سرطان غیرمهاجم مجاری شیری پستان بسیار مؤثر است و اغلب با عمل بازسازی و ترمیم پستان در همان زمان عمل اول همراه می‌گردد.
- نمونه‌برداری از غدد زیر بغل در این نوع سرطان انجام نمی‌شود ولی با وجود این ممکن است جراح در موارد گسترده سرطان غیرمهاجم شیری پستان، این عمل را انجام دهد.

فرو بردن سیم تحت بیهوشی موضعی در بخش عکسبرداری



از نمونه عکسبرداری می شود تا از برداشت کامل اطمینان حاصل شود

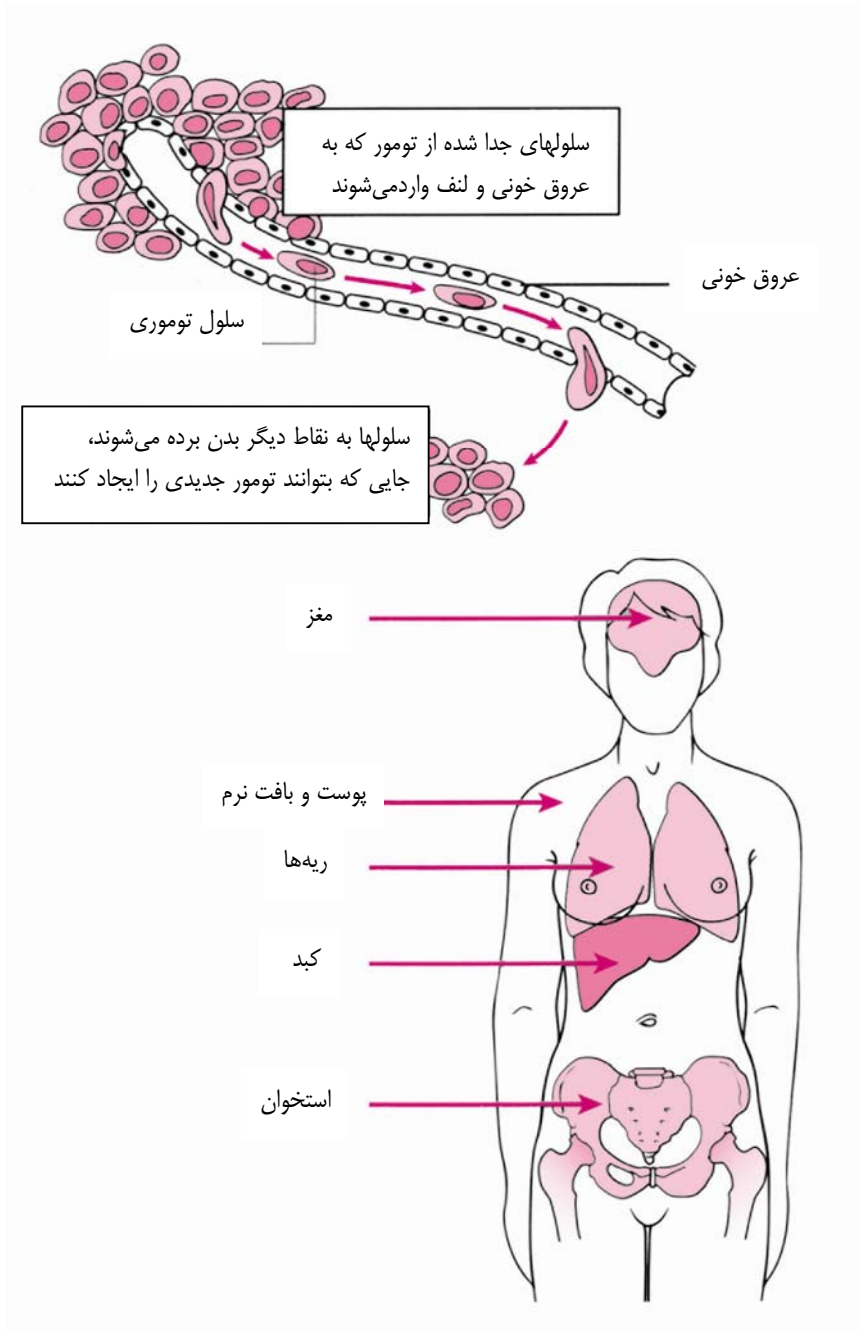


سرطان مجاری شیری منتشر با برداشت کامل پستان درمان می شود

سرطان مجاری شیری محدود که با برداشتن تومور درمان می شود

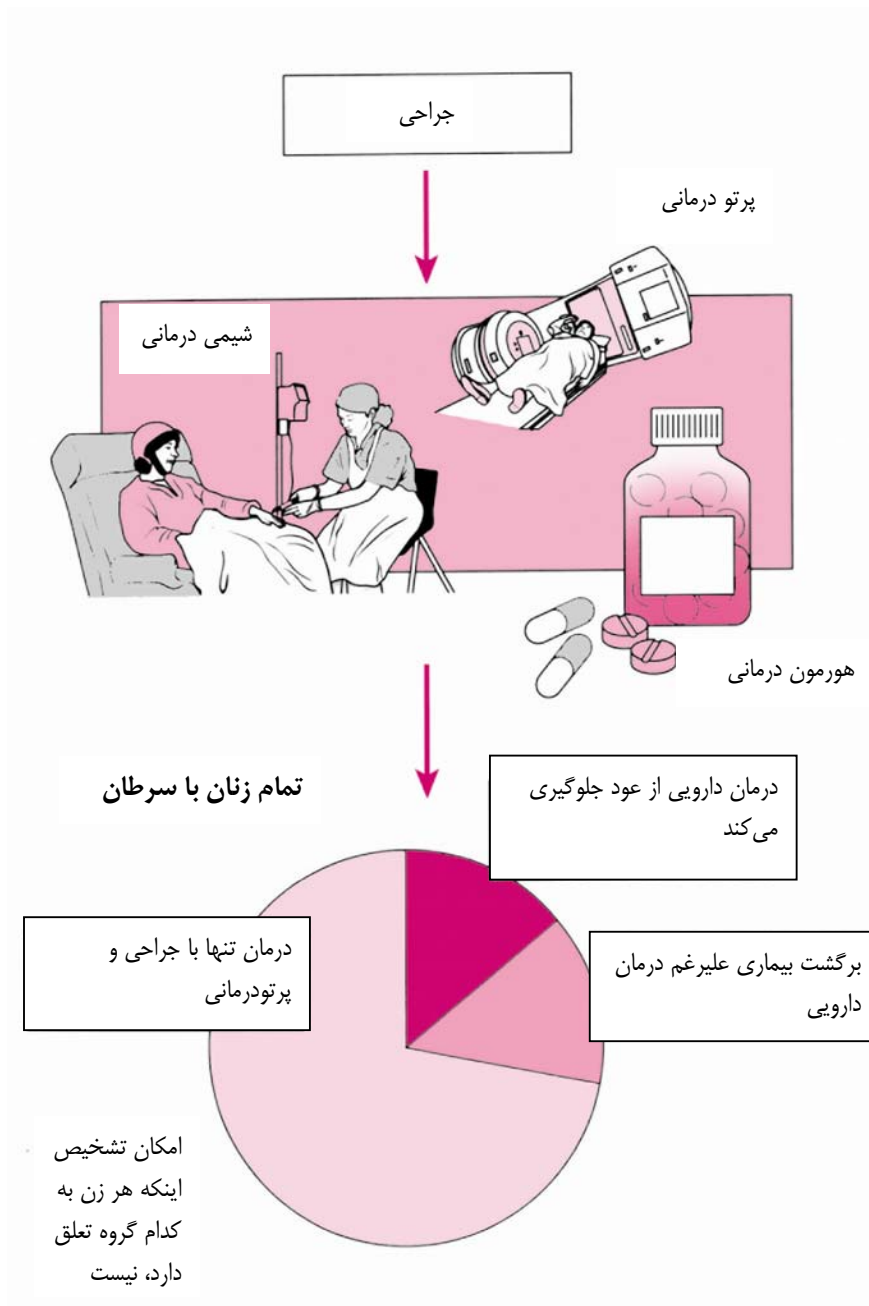
گسترش سرطان پستان

- سلول‌های سرطان پستان مانند سایر سرطان‌ها قادر هستند از محل اولیه ایجاد سرطان به جای دیگر منتقل شوند. تعداد کمی از سلول‌ها از محل اولیه جدا می‌شوند و مستقیماً به عروق خونی و لنفی وارد می‌شوند. بعضی از این سلول‌ها سایر اندام‌ها را درگیر نموده و شروع به رشد می‌کنند. به این فرایند گسترش سلول سرطانی (متاستاز) می‌گویند.
- برای درمان موفق سرطان باید علاوه بر برداشتن تومور اولیه، محل‌های آسیب دیده را نیز پاک‌سازی نمود.
- شایع‌ترین دست‌اندازی سرطان پستان درگیری غدد لنفی زیر بغل از طریق مسیر لنفی می‌باشد. غدد لنفی در یک خانم از هر ۳ خانم دچار سرطان پستان درگیر است (این رقم در ایران بیشتر و حدود ۲ خانم از هر ۳ خانم مبتلاست).
- سرطان پستان همچنین ممکن است به سایر ارگان‌ها مانند استخوان، کبد و ریه هم گسترش یابد. در خانم‌هایی که سرطان پستان به تازگی در آنها تشخیص داده شده محل‌های دست‌اندازی تقریباً همیشه به صورت بسیار کوچک بوده و قابل تشخیص نمی‌باشند. اغلب مراکز درمانی سرطان پستان به صورت معمول برای یافتن نواحی ثانویه عکسبرداری نمی‌کنند.
- گسترش میکروسکوپی سرطان پستان به حفره زیر بغل توسط پاتولوژیست تشخیص داده می‌شود. زیرا او تمام غدد لنفی برداشته شده در حین عمل را مورد بررسی قرار می‌دهد. اگر سرطان به حفره زیر بغل رسیده باشد احتمال بیشتری وجود دارد که سایر اندام‌ها هم درگیر شده باشند.
- درمان دارویی معمول بعد از جراحی به منظور ریشه کن کردن نواحی ثانویه درگیر می‌باشد که ممکن است قابل تشخیص نباشد.



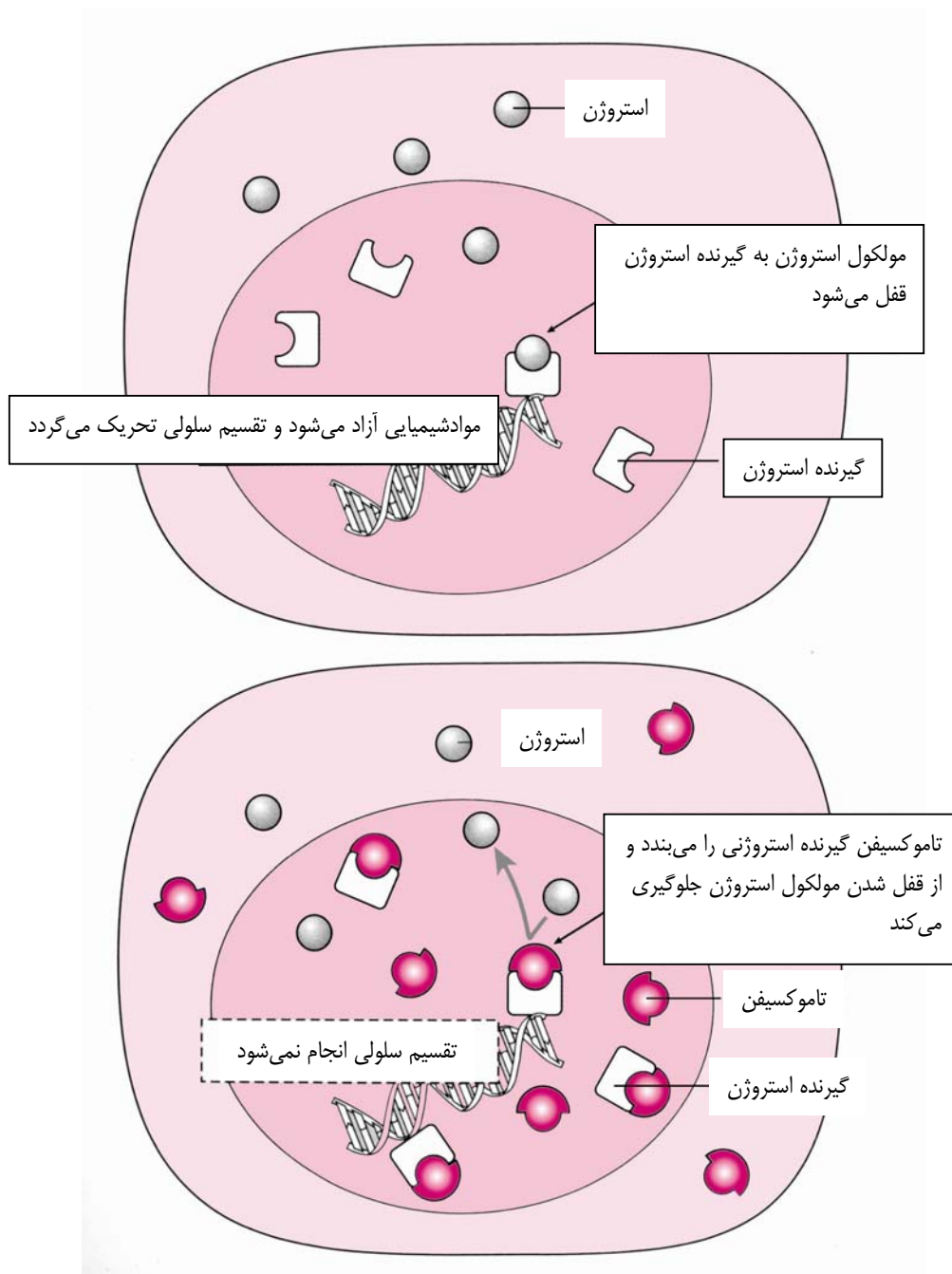
درمان دارویی

- اغلب به خانم‌های مبتلا به سرطان پستان پس از عمل جراحی توصیه می‌شود که درمان دارویی داشته باشند. به این شکل درمان، درمان کمکی یا مکمل گفته می‌شود. هدف از این درمان تخریب و ریشه‌کن سازی کلیه سلول‌هایی است که ممکن است از پستان به اندام‌های دیگر بدن منتقل شده باشند. این درمان کمکی احتمال بازگشت سرطان در سایر نقاط بدن را کاهش می‌دهد.
- از انواع رایج درمان دارویی شیمی درمانی و هورمون درمانی هستند. بسیاری از خانم‌ها ممکن است از هر دو نوع درمان استفاده نمایند.
- متخصص آسیب‌شناسی بافت، آزمایشی را بر روی تومور انجام می‌دهد (تست هورمونی تومور) تا مشخص نماید که آیا تومور به هورمون درمانی حساس است یا خیر.
- شیمی درمانی در خانم‌هایی که احتمال گسترده شدن سرطان در اندام‌های بدن آنها بیشتر است، به ویژه در کسانی که غدد لنفی زیر بغل آنها درگیر شده و یا به هورمون درمانی جواب نمی‌دهند کاربرد دارد.
- همه خانم‌ها به دارو درمانی نیاز ندارند. بسیار بعید است که سرطان پستان با پاتولوژی مناسب در خانم‌ها به سایر اندام‌ها گسترش یابد، بنابراین ممکن است پذیرش اثرات جانبی دارودرمانی در این افراد لازم نباشد. اگر نتیجه بررسی بافتی در تومور شما غیرمطلوب باشد، خطر احتمالی بیشتر است و دارو درمانی مورد نیاز خواهد بود.
- متأسفانه دارو درمانی همیشه مؤثر و موفق نمی‌باشد.
- متخصصین سرطان‌شناسی پیشنهادهای لازم و مبسوط را در مورد روش‌های مناسب درمان به شما ارایه خواهند کرد.



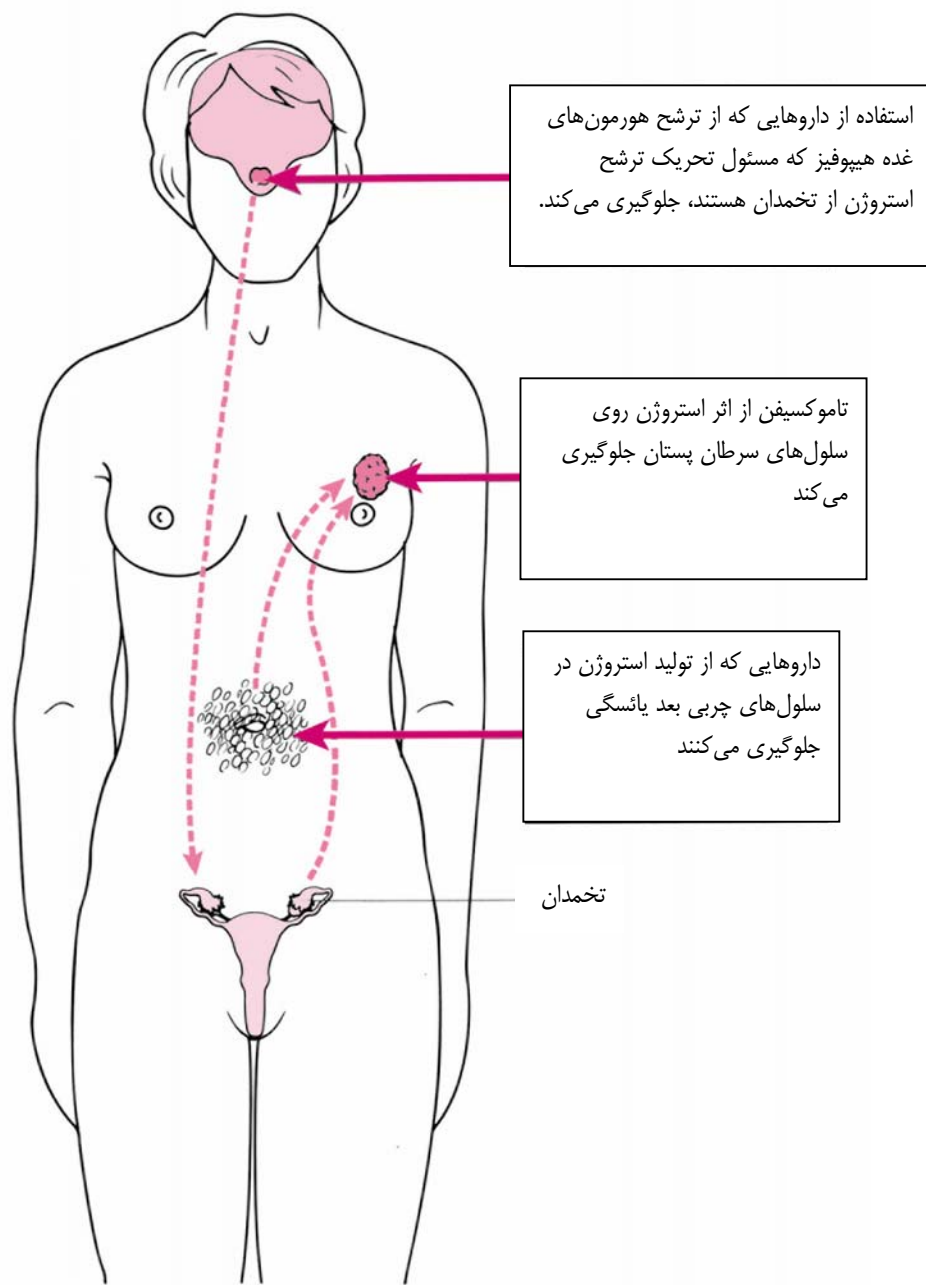
فاکتورهای رشد و گیرنده‌های سرطان

- سلول‌های سرطانی برای رشد خود اغلب به عواملی که فاکتورهای رشد نامیده می‌شود وابسته هستند. متوقف کردن عوامل رشد یکی از راه‌های اصلی درمان سرطان پستان است.
- پستان طبیعی تحت اثر هورمون‌های زنانه استروژن و پروژسترون که به صورت طبیعی در بدن تولید می‌شود، می‌باشد. هورمون استروژن مهمترین محرک رشد سرطان پستان است.
- سلول سرطان پستان برای اینکه تحت اثر تحریکی استروژن (ER) رشد نماید باید پروتئینی مخصوص که همان گیرنده هورمون استروژن است را دارا باشد.
- گیرنده استروژن را می‌توان به قفلی تشبیه کرد که با کلید (یا استروژن) باز می‌شود و به سلول اجازه رشد می‌دهد. متخصص آسیب‌شناسی (پاتولوژیست) با رنگ‌آمیزی تومور می‌تواند وجود گیرنده استروژن در تومور را بررسی نماید.
- اگر گیرنده استروژن در تومور شما موجود باشد شما می‌توانید با هورمون درمانی مانند استفاده از تاموکسیفن که مانع اثرات استروژن می‌شود، درمان شوید.
- روش دیگر جلوگیری از اثر استروژن، جلوگیری از تولید آن در بدن است. در خانم‌های جوانتر، داروهایی که مانع عملکرد تخمدان می‌شوند، قابل استفاده می‌باشد. در خانم‌های یائسه از داروهایی که از ساخت استروژن در بافت چربی جلوگیری می‌نماید استفاده می‌گردد. نمونه‌هایی از این داروها لتروزول و آروماسین می‌باشند.
- دسته جدیدی از داروها از عملکرد گروه دیگری از گیرنده فاکتور رشد جلوگیری می‌نمایند. این گیرنده‌ها در سطح سلول واقع هستند نمونه‌ای از آنها HER-2 می‌باشد که عمل آن توسط هرسپتین منع می‌شود. در گروه کوچکی از بیماران از این دارو که هم اکنون تنها در بیماری‌های بسیار پیشرفته آزمایش شده است، استفاده می‌شود.



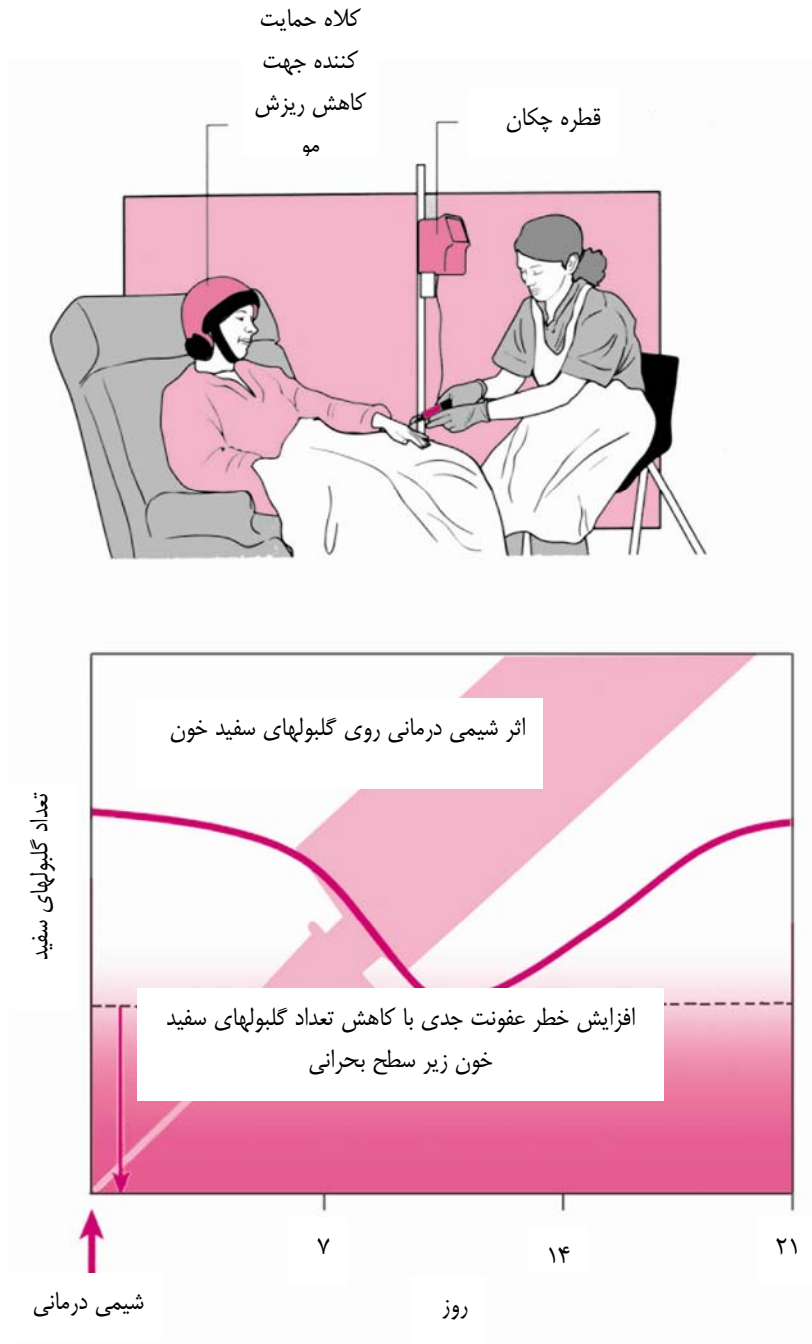
هورمون درمانی

- اگر متخصص آسیب‌شناسی بافتی (پاتولوژیست) وجود گیرنده پروتئینی ویژه استروژن را در تومور شما تأیید نماید به احتمال زیاد پزشکتان برای شما هورمون درمانی را تجویز می‌نماید. هورمون درمانی از تحریک هورمون‌های زنانه بر رشد سلول‌های سرطانی جلوگیری می‌کند.
- شایع‌ترین داروهای استفاده شده در هورمون درمانی که از سال ۱۹۷۰ (۱۳۴۹) مورد استفاده بوده است، تاموکسیفن است. تاموکسیفن از اثر استروژن بر سلول‌های سرطانی جلوگیری می‌نماید.
- تاموکسیفن به صورت قرص، یک تا دو بار در روز و به مدت پنج سال مصرف می‌شود. شایع‌ترین عوارض جانبی آن تشدید علائم یائسگی است. به ندرت تاموکسیفن ایجاد سرطان رحم یا لخته‌های خونی در بدن می‌نماید، در بسیاری از خانم‌ها هیچگونه عوارض جانبی مشاهده نمی‌شود و در بسیاری هم فواید استفاده از این دارو بسیار بیشتر از عوارض جانبی آن است.
- حتی پس از یائسگی هم، بدن به ویژه در بافت‌های چربی استروژن تولید می‌کند. داروهایی که از تولید استروژن از طریق این فرایند جلوگیری می‌نمایند به صورت روز افزون به جای تاموکسیفن مصرف می‌شوند، اما تاموکسیفن هنوز داروی قابل قبول اصلی است.
- اگر شما هنوز عادت ماهانه می‌شوید علاوه بر تاموکسیفن می‌توانید از درمان‌هایی که از ساخت استروژن در تخمدان‌ها جلوگیری می‌نماید بهره ببرید. این درمان‌ها می‌تواند ایجاد یائسگی دائمی از طریق برداشت تخمدان‌ها یا درمان دارویی به مدت دو سال و ایجاد یائسگی موقت و برگشت‌پذیر باشد.
- شیمی درمانی خود می‌تواند یائسگی ایجاد کند که این خود در خانم‌های دچار سرطان پستان حساس به هورمون مفید است.



شیمی درمانی

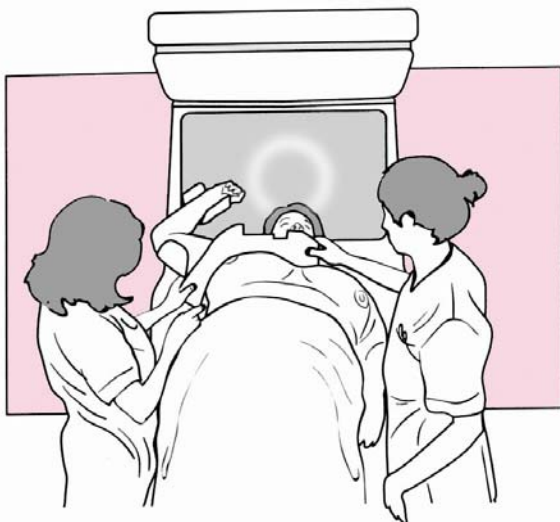
- شیمی درمانی از طریق ریشه کن کردن سلول‌های در حال رشد عمل می‌کند. با وجود آنکه سلول‌های در حال رشد در بافت‌های طبیعی مانند ریشه مو نیز ممکن است با شیمی درمانی صدمه ببینند، اما بدن شما می‌تواند آنها را ترمیم نماید (بدین دلیل پس از خاتمه شیمی درمانی رویش دوباره موها آغاز می‌گردد). سلول‌های سرطانی کمتر می‌توانند خود را ترمیم نمایند پس شیمی درمانی به صورت انتخابی آنها را از بین می‌برد.
- خانم‌های جوانتر و یا آنهایی که سرطان در آنها غدد لنفی را درگیر نموده است و شانس عود مجدد در آنها بیشتر است احتمالاً بیشتر از شیمی درمانی بهره می‌گیرند. پزشکان شما آماده‌اند تا فوائد شیمی درمانی را در مورد بیماری شما توضیح دهند.
- شیمی درمانی از طریق داروهای وریدی هر سه هفته یکبار در بخش‌های ویژه به مدت ۴ تا ۶ ماه انجام می‌گیرد.
- اغلب بین ۱ تا ۳ داروی مختلف شیمی درمانی در یک زمان تجویز می‌شود. خیلی از بیمارستان‌ها از بیش از یک ترکیب دارویی استفاده می‌نمایند. پزشک متخصص سرطان (انکولوژیست) موارد مختلف درمانی را با شما مطرح نموده و روش مناسب درمانی را به شما توصیه می‌نماید.
- عوارض جانبی به داروی مصرفی بستگی دارد. در بسیاری از خانم‌ها نازک شدن یا ریزش موها، همچنین احساس خستگی مضاعف بسیار ناخوشایند است. داروهای ضد تهوع همواره همراه داروهای شیمی درمانی تجویز می‌گردند.
- متعاقب شیمی درمانی احتمال عفونت در شما به دلیل کاهش تعداد گلوبول‌های سفید خون که نقش محافظتی دارند، افزایش می‌یابد.
- شیمی درمانی می‌تواند یائسگی موقتی یا دائم، به ویژه در خانم‌های با سنین بالای ۴۰ سال، ایجاد نماید و این احتمال برگشت مجدد تومورهای حساس به هورمون را کاهش می‌دهد.
- اگر شما بچه‌دار نشده‌اید این امکان وجود دارد که باروری خود را حفظ کنید. می‌توانید در این مورد با پزشکتان مشورت نمایید.



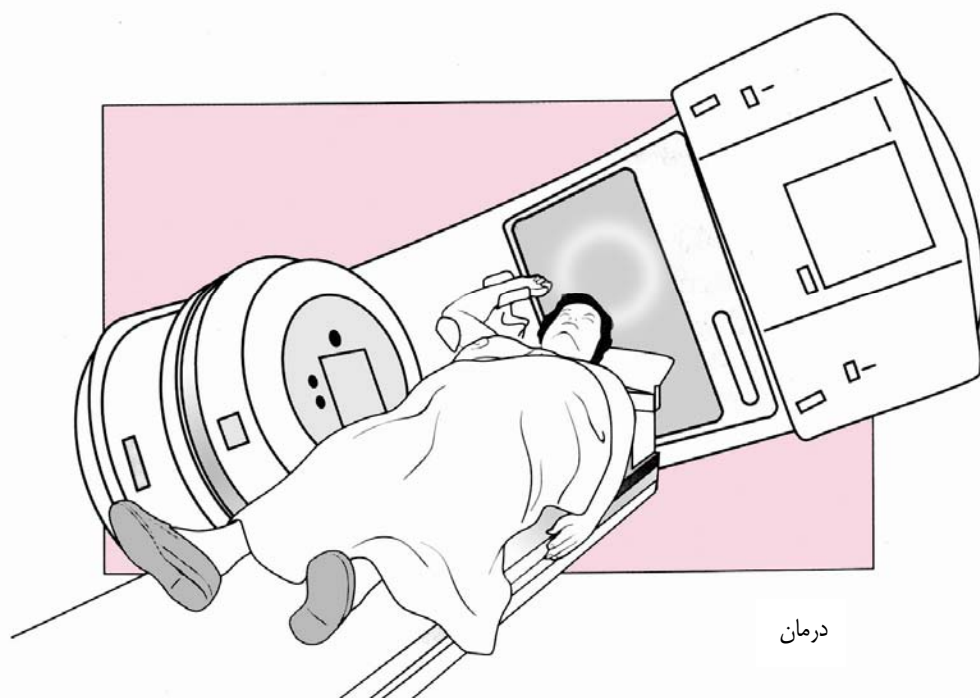
پرتو درمانی

- در پرتو درمانی از اشعه ایکس با انرژی زیاد جهت کشتن سلول‌های سرطانی استفاده می‌نمایند.
- پرتو درمانی همیشه در جراحی با حفظ پستان توصیه می‌شود. این بدان علت است که احتمال عود مجدد سرطان پستان پس از عمل جراحی در حدود یک به سه است. با پرتو درمانی این احتمال به یک به بیست کاهش می‌یابد و این تقریباً معادل احتمال خطر متعاقب برداشت پستان به صورت کامل است.
- بعضی اوقات پرتو درمانی نیز پس از برداشت کامل پستان توصیه می‌شود به ویژه اگر پاتولوژیست احتمال عود مجدد تومور در قفسه سینه را مطرح نماید.
- گاهی محل‌های درگیری غدد لنفی به جای جراحی توسط پرتو درمانی درمان می‌گردد.
- پرتو درمانی اغلب در مراکز بزرگ و پیشرفته درمان سرطان پستان انجام می‌شود. روش‌های درمان متفاوت است ولی اغلب پرتو درمانی به صورت هر روز یا یک روز در میان به مدت ۴ تا ۶ هفته انجام داده می‌شود.
- در ابتدا در یک جلسه تصمیم‌گیری در مورد موقعیت و زاویه پرتو درمانی شرکت خواهید کرد. پوست شما جهت کمک به موقعیت پرتو درمانی علامت‌گذاری می‌شود، در این زمان توجه زیادی اعمال می‌شود تا اندام‌های حساسی مانند قلب و ریه در زمان پرتو درمانی صدمه نبینند.
- پرتو درمانی فقط چند دقیقه طول می‌کشد و بدون درد است ولی مدتی طول می‌کشد تا اشعه تنظیم شود. شایع‌ترین عارضه جانبی آن قرمز شدن پوست همانند آفتاب سوختگی است. برخی از بیماران از احساس خستگی شکایت دارند. در اثر گذشت زمان پستان اشعه دیده نسبت به قبل از درمان سفت تر می‌شود.

پرتو درمانی



قرار دادن بیمار در موقعیت مناسب

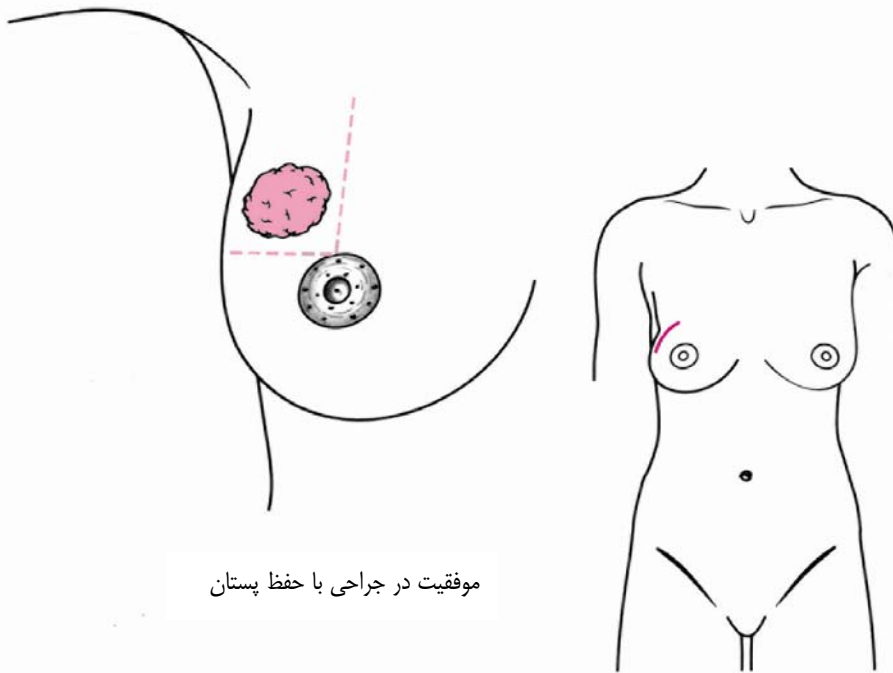
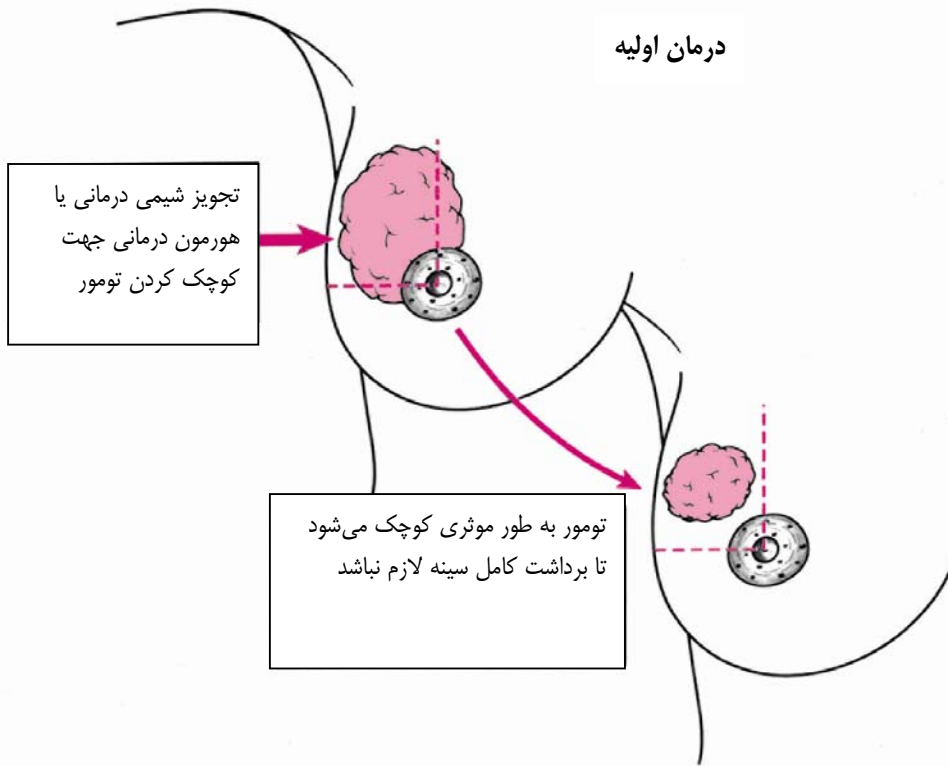


درمان

درمان‌های اولیه دارویی

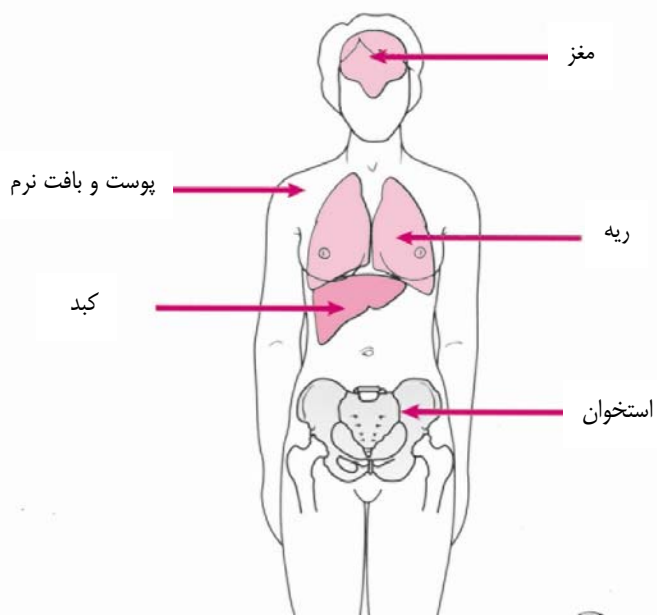
- پزشک شما ممکن است دارو درمانی را قبل از عمل جراحی به شما توصیه کند در این مورد شیمی درمانی و هورمون درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- هدف عمده از درمان‌های اولیه دارویی اجتناب از برداشتن کامل پستان است. اگر تومور پستان در بدو تشخیص بزرگ باشد، جراحی حفظ‌کننده پستان امکان‌پذیر نمی‌باشد. در این مورد دارو درمانی سبب کوچک شدن تومور و امکان انجام جراحی با حفظ پستان می‌شود.
- نمونه‌برداری با سوزن ضخیم معمولاً قبل از شروع درمان‌های اولیه دارویی انجام می‌شود چرا که احتمال دارد با شروع درمان‌های دارویی مشخصات تومور تغییر یابد.
- در حدود دو سوم خانم‌هایی که درمان‌های اولیه دارویی داشته‌اند امکان اجتناب از برداشت کامل پستان وجود دارد. با وجود این باید اثر درمان را بررسی نمود تا از کارا بودن آن مطمئن شد. جراح به صورت منظم در طول درمان تومور را بررسی می‌کند و ممکن است در فواصل زمانی ماموگرافی و یا سونوگرافی درخواست نماید.
- عمل جراحی اغلب در فاصله زمانی ۶ ماه پس از دارو درمانی انجام خواهد شد تا تومور فرصت رشد دوباره پیدا نکند. پرتو درمانی نیز مطابق معمول پس از جراحی داده می‌شود. تیم پزشکی شما ممکن است دارو درمانی‌های بعدی را هم به شما توصیه کند.
- احتمال گسترش سرطان پستان در درازمدت برای خانم‌هایی که درمان اولیه دارویی داشته‌اند با خانم‌هایی که در همان ابتدا جراحی شده‌اند برابر است.

درمان اولیه



سرطان پستان در مراحل پیشرفته

- در برخی خانم‌ها متأسفانه سرطان پستان به اعضای دیگر بدن گسترش می‌یابد که به این حالت سرطان پستان پیشرفته و یا دارای دست‌اندازی (متاستاتیک) می‌گویند. تفاوت این حالت با موارد دست‌اندازی‌های میکروسکوپی بیماری در خانم‌های تازه تشخیص داده شده در این است، که امکان ریشه‌کنی کل سرطان در زنان با بیماری پیشرفته امکان‌پذیر نیست.
- تعداد کمی از زنان که سرطان پستان متاستاتیک (دست‌اندازی شده) دارند، هنگام تشخیص اولیه، بطور واضح علائم دست‌اندازی را نشان می‌دهند. به صورت معمول بیماری مدتی پس از درمان اولیه عود می‌نماید. این زمان ممکن است از چند ماه تا چند سال طول بکشد که احتمال عود مجدد به ویژه در چند سال اول بیشتر است.
- روش‌های گسترش سلول‌های سرطانی پستان و مشکلات متعاقب آن در خانم‌ها متفاوت است. نواحی شایع گسترش تومور، استخوان‌ها، غدد لنفی، پوست، کبد و ریه‌ها می‌باشد. علائم می‌تواند شامل درد، سرفه، تنگی نفس، احساس مریض بودن، تهوع و بی‌اشتهایی باشد.
- سرطان پیشرفته پستان می‌تواند با شیمی درمانی، هورمون درمانی و پرتو درمانی به طور مؤثری کنترل شود. در این موارد به ندرت از جراحی استفاده می‌شود و هدف اصلی درمان رفع علائم و بهبود سطح زندگی در این بیماران است. بسیاری از خانم‌های درگیر با سرطان پیشرفته پستان قادرند تقریباً به زندگی طبیعی خود ادامه دهند.
- با وجود آنکه اغلب امکان استفاده مکرر از داروهای متفاوت در این بیماران وجود دارد، در نهایت این داروها اثر خود را از دست می‌دهند. بیان این حالت بسیار دشوار است.
- اگر شما درگیر سرطان پیشرفته پستان هستید به احتمال زیاد با تیم‌های ویژه مراقبت از بیماران پیشرفته سرطان آشنا خواهید شد. پزشکان و پرستاران این گروه‌ها در کنترل علائم و حمایت‌های روحی بیماران تخصص ویژه‌ای دارند.



تحقیقات بالینی:

- پزشکان در تلاشند تا درمان‌های در دسترس سرطان را بهبود بخشند. درمان‌های جدید باید در تحقیقات بالینی آزمایش شوند. ممکن است به شما در طول درمانتان توصیه شود به این تحقیقات ملحق شوید.
- رایج‌ترین نوع تحقیقات بالینی، کارآزمایی تصادفی می‌باشد. که در آن به نیمی از خانم‌هایی که موافق با همکاری در این تحقیق هستند درمان استاندارد و به نیم دیگر درمان آزمایشی داده می‌شود. درمانی که هر کدام از زنان دریافت می‌کنند بطور تصادفی در مرکز تحقیقات صورت می‌گیرد نه توسط خود بیمار و از آنجا که کارآزمایی‌های تصادفی تنها راه عادلانه مقایسه در درمان است بطور گسترده استفاده می‌شود.
- تفکر ورود به تحقیق ممکن است ترسناک باشد، اما مراقبت‌های ویژه‌ای صورت می‌گیرد تا زنان در تحقیق مطمئن شوند که در خطر نیستند. پزشکان تا هنگامی که باور نکنند درمان جدید به خوبی درمان استاندارد است، موافق نیستند که از بیمارانشان بخواهند تا در تحقیق شرکت کنند.
- کمیته اخلاقی باید تحقیق را قبل از آنکه بیماران درگیر آن شوند، تصویب کنند و به عنوان بخشی از این فرآیند، طرح‌های تحقیقاتی را بررسی نمایند.
- اگر به شما پیشنهاد ورود به این تحقیقات داده شد، باید برگه اطلاعاتی این تحقیق به شما داده شود و فرصت فکر کردن و پرسش قبل از تصمیم‌گیری، داده شود. اگر شما تصمیم دارید به گروه تحقیقاتی ملحق شوید، در هر زمانی که نظرتان تغییر کرد می‌توانید گروه را ترک کنید. اگر تمایل به ورود نداشتید، درمان شما تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد. لطفاً به خاطر داشته باشید تقریباً تمامی آنچه در مورد درمان سرطان پستان می‌دانیم از تحقیقات بالینی قبلی گرفته شده است.

دهه ۲۰۰۰ ، مهار کننده‌های استروژنی جایگزین تاموکسیفن می‌شوند؟

دهه ۲۰۰۰ ، نمونه‌برداری غده دیده‌ور جایگزین برداشت کل زیر بغل؟

دهه ۱۹۹۰ ، برخی داروهای شیمی درمانی بهتر از بقیه هستند

دهه ۱۹۹۰ ، شیمی درمانی در سنین بالای ۵۰ سال مؤثر است

دهه ۱۹۹۰ ، فواید تاموکسیفن در تمام زنان با گیرنده مثبت استروژن

دهه ۱۹۸۵ ، مقایسه سیستمیک در تمام تحقیقات بالینی

دهه ۱۹۸۰ ، شیمی درمانی بعد از جراحی احتمال عود و مرگ در سنین زیر ۵۰ سال را کاهش می‌دهد

دهه ۱۹۸۰ ، تاموکسیفن بعد از جراحی احتمال عود و مرگ در سنین بالای ۵۰ سال را کاهش می‌دهد

دهه ۱۹۷۰ ، برداشتن موضعی و پرتودرمانی به خوبی برداشت کامل سرطان پستان است

دهه ۱۹۷۰ ، درمان تنها با برداشتن کل پستان



بعد از انجام همه کارها

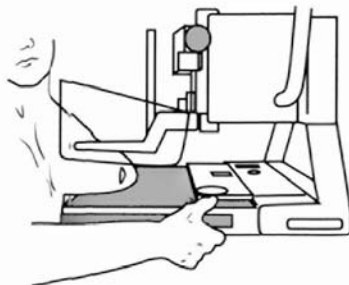
- درمان شما به ویژه اگر همراه با شیمی درمانی باشد ممکن است زمان زیادی ببرد. تا زمانی که از این درمان‌ها رها نشده‌اید و دوباره به زندگی طبیعی بازنگشته‌اید، بهبود روانی کامل پیدا نخواهید کرد.
- زنان جوان‌تر که عادت ماهانه‌شان با شیمی درمانی متوقف شده است، به سیکل طبیعی بر می‌گردند که شانس آن بستگی به سن و داروهای مصرفی دارد و گاهی ممکن است ماه‌ها طول بکشد. بسیاری از زنان حاملگی‌های موققی بعد از شیمی درمانی داشته‌اند. شواهد در دسترس نشان داده‌اند که حاملگی به شما آسیبی نخواهد رساند.
- زنان با گر گرفتگی شدید و سایر علائم مرتبط با یائسگی یا هورمون درمانی می‌توانند با داروهای مختلفی بهبود یابند. پزشک به شما در این مورد توصیه لازم را می‌کند. هورمون درمانی جایگزین، مورد بحث است و موضوع تحقیقات بالینی اخیر می‌باشد، اما برای زنان با سرطان غیرحساس به هورمون (دارای گیرنده استروژنی منفی) بی‌خطر است.
- متأسفانه خطر سرطان پستان هیچگاه به طور کلی از بین نمی‌رود. زنانی که سرطان پستان داشته‌اند، احتمال ایجاد سرطان ثانویه در آنها بیشتر است همچنین می‌تواند عود سرطان اصلی را دوباره تجربه کنند. عود سرطان ثانویه پستان می‌تواند بطور مؤثری درمان شود.
- شما به طور طبیعی برای چندین سال نیاز به پیگیری دارید. ممکن است هر یک تا دو سال نیاز به گرفتن ماموگرافی داشته باشید. درخواست اسکن و تست‌های خونی معمول نمی‌باشد، چرا که ایجاد خستگی مضاعف می‌کنند و در بهبود زندگی مؤثر نمی‌باشند.
- پرستار متخصص سرطان پستان همیشه حاضر به پاسخگویی به سؤالات شما است و همچنین می‌تواند ملاقات‌های بالینی را در صورت داشتن هر گونه نگرانی با پزشک معالجتان ترتیب دهد.



قدرت باروری: سیکل طبیعی ماهیانه بعد از شیمی درمانی در زنان جوان بر می‌گردد.



یائسگی: هورمون درمانی جایگزین برای زنان با گیرنده استروژن منفی، بی‌ضرر است.



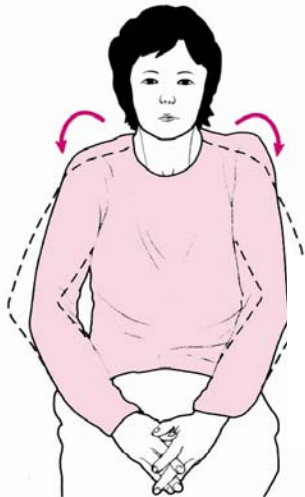
عود: شما باید بطور متداول برای چند سال پیگیری شوید.



دستیار یا پرستار متخصص سرطان پستان همیشه در دسترس هستند تا سؤالات شما را پاسخ دهند.

ورزش‌هایی که تحرک را بعد از عمل بهبود می‌بخشند

هر کدام از ورزشها را سه بار در روز، پنج تا ده بار انجام دهید

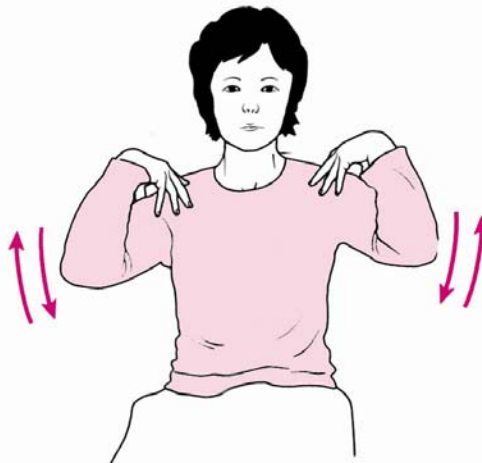


حرکت گردش شانه:

بنشینید به طوری که دستهایتان روی پا باشد، شانه‌ها را به صورت دایره‌وار به جلو یا عقب حرکت دهید.

حرکت شانه:

بنشینید بطوری که دستهایتان روی شانه‌هایتان قرار دارد، آرنج را بالا ببرید تا جایی که احساس کشش کنید، و بعد آنها را پایین بیاورید. شما می‌توانید از آرنج سمت جراحی شده با دست دیگر حمایت کنید.



خشک کردن کمر:

دو طرف یک حوله را طوری بگیرید که بتواند پشت شما حرکت کند، حوله را از یک طرف به طرف دیگر جلو و عقب بکشید. سپس دست‌ها را عوض کنید تا بازوی دیگر بالاتر قرار بگیرید و این حرکت را تکرار کنید.



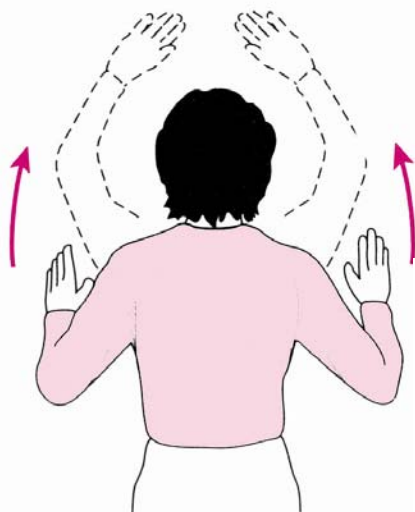
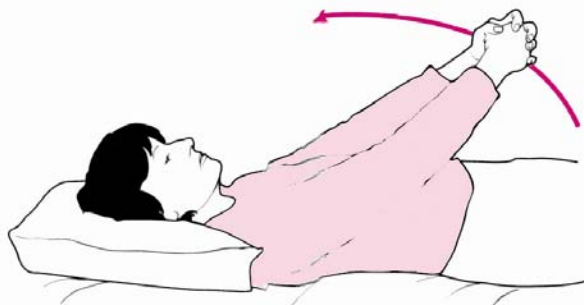


حرکت کشش شانه:

دستها را در پشت قرار دهید. به آهستگی بازوها را به سمت بالا بکشید و به آرامی آنها را پایین بیاورید.

حرکت بلند کردن بازو:

روی زمین دراز بکشید. دستها را در مقابلتان قفل کنید. بازوها را در حالی که آرنج صاف است تا بالای سر ببرید، به آرامی بازوها را پایین بیاورید و تکرار کنید.



حرکت بالا رفتن از دیوار:

نزدیک دیوار بایستید و دستها را بالاتر از شانه روی دیوار قرار دهید. به آهستگی دستها را به سمت بالا حرکت دهید تا جایی که احساس کشش کنید، بعد آنها را پایین بیاورید هر بار سعی کنید دستها را بالاتر از دفعه قبل ببرید.

