

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۲۱، شماره ۴، صفحات ۵۱-۶۳ (دی-اسفند ۱۳۷۶)

بررسی تظاهرات بالینی و درمان سرطان پستان در بیمارستانهای دانشگاهی و خصوصی ایران

دکتر مرتضی صلصالی^{*}، محمدرضا دهقان طرزجانی^{**}، امیر جوادی^{**}،
بابک محمودی^{**}، حمیدرضا ساعی^{**}، علی حیرانی^{**}، محمد باغبانیان^{**}
و دکتر رامبد حاجی پور

* عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
** دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

خلاصه

برای بررسی تظاهرات بالینی سرطان پستان و درمان آن در ایران، ۳۴۷ بیمار مبتلا به این بیماری تحت مطالعه قرار گرفتند. این بیماران از بین ۱۱۲۳ نفر که به علت ضایعات پستانی در سالهای ۱۳۷۰ و ۱۳۷۱ در ۱۲ بیمارستان دانشگاهی و یک بیمارستان خصوصی در تهران و بیمارستانهای شهرستان بابل و یزد معالجه شده بودند، برگزیده شدند. لذا در مجموع، تکه برداری مثبت برای سرطان پستان بالغ بر ۳۰/۸۹ درصد بود. این رقم در یزد به ۱۸/۱ درصد ($P < ۰/۰۰۱$) و در بابل به ۲۴/۲ درصد ($P < ۰/۰۵$) رسید. در سال ۱۳۷۱ تعداد بیماران مبتلا به سرطان پستان ۱۲/۴ درصد بیشتر از سال ۱۳۷۰ بود. سن بیماران بین ۱۸ و ۸۶ و میانگین آن 48 ± 1 سال بود. میانگین سنی در بیماران یزد (51 ± 1 سال) بیشتر از بیماران بابل (41 ± 5 سال) بود و ۲۴/۶ درصد از بیماران، زیر دهه چهارم زندگی بودند.

در آزمایش آسیب شناسختی قطر ۷۲ درصد تومورها بیشتر از ۱۶ میلیمتر و در ۵۹/۰ درصد بیشتر از ۲۱ میلیمتر بود. ۸۷ درصد ضایعات سرطانی از نوع Infiltrating intraductal شناخته شد؛ در حالی که، در ۱۷۳ بیمار که عقده

لنفای زیر بغل آنان تحت آزمایش بافت‌شناسی قرار گرفت، ۸۰ درصد متاستاز داده بودند. در هشت بیمارستان متداول‌ترین عمل درمانی برای سرطان پستان رادیکال ماستکتومی متغیر و در پنج بیمارستان دیگر عمل رادیکال ماستکتومی از نوع هالستد بود. انتخاب این اعمال بستگی به بزرگی تومور نداشت و این اختلاف سلیقه درمانی نکته‌ای است که امروزه در تمامی نشریات پزشکی اروپائی نیز به چشم می‌خورد. نتیجه آنکه، سرطان سینه در زنان ایران در سن پایین‌تر شروع می‌شود و هنگامی که بیمار به پزشک مراجعه می‌کند بیماری در مرحله پیشرفته می‌باشد که این امر با وضعیت اقتصادی بیمار رابطه مستقیم دارد ($X^2=9$; $P<0/01$).

برای جلوگیری از مرگ این بیماران و انجام برنامه‌های پژوهشی آینده‌نگر لازم است تا تظاهرات بالینی آن به طور دقیق‌تر تحت مطالعه قرار گیرد تا بتوان برنامه‌های پیشگیری و درمانی موثری را در زمان لازم به اجرا در آورد.

مقدمه

سینه که در ۷ بیمارستان تهران و ۱۶ بیمارستان دو شهرستان دیگر (برای مقایسه) طی سالهای ۱۳۷۰ و ۷۱ تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، بررسی شدند. اطلاعات لازم از قبیل سن بیماران، نوع و بزرگی ضایعات پستانی، نوع عمل جراحی و وضعیت عقده‌های لنفای زیر بغل جمع‌آوری و برای محاسبه به کامپیوتر داده شد. بزرگی ضایعات سرطانی که با سانیمتر اندازه‌گیری شده بود، در این بررسی به میلیمتر تبدیل شد. ضایعاتی که ابعادشان به طور دقیق مشخص نبود به عنوان اطلاعات نامعلوم قید شد. طبقه‌بندی و نامگذاری ضایعات سرطان پستان این بررسی بر پایه روش متداول سازمان جهانی بهداشت می‌باشد. آزمون مجذور کای برای تعیین اهمیت و مقایسه درصدها و t test برای مقایسه میانگین‌ها به کار رفت.

نتایج

از ۱۱۲۳ بیماری که در سالهای ۱۳۷۰ و ۱۳۷۱ به علت ضایعات مختلف پستان تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، ۳۴۷ نفر (۳۰/۶۵ درصد) مبتلا به سرطان

سرطان پستان که بیشتر موارد به شیوه زندگی و محیط زیست بیمار مربوط می‌باشد در جوامع صنعتی رو به افزایش است (۱ و ۲). تظاهرات بالینی این بیماری در کشورهای مختلف تا حدی متفاوت می‌باشد. در چند دهه اخیر، طبقه درمانی آن هم دچار تغییرات و تحولات چشمگیر شده است (۲-۸). در ایران به علت پیشرفت سریع صنعت و بهبود وضعیت اقتصادی افراد، طبیعی است که انتظار رود ابتلای به این بیماری گسترش یابد و برای بهداشت عمومی بانوان تهدیدی جدی به شمار رود. برای بررسی تظاهرات بالینی این بیماری و وضع درمانی آن در ایران تمام مبتلایان به سرطان پستان که طی دو سال ۱۳۷۰ و ۱۳۷۱ در ۱۳ بیمارستان تهران و دو شهرستان دیگر بستری و معالجه شده بودند، تحت مطالعه قرار گرفتند.

روش کار

این بررسی به صورت گذشته‌نگر انجام شد. پرونده و مدارک آسیب‌شناسی ۱۱۲۳ بیمار به علت ضایعات

آسیب شناسی

در ۲۸۸ بیمار (۸۷ درصد) سرطان از پوشش داخلی مجاری شیری عضو منشاء گرفته بودند (Infiltrating ductal carcinoma)، که در دو مریض داکتال کارسینوما در محل (In-situ) گزارش شده بود (نمودار ۲). در ۱۹ نفر (۵/۵ درصد) ضایعه از نوع لوبولار (Infiltrating lobular) بود که در دو نفر در محل تشخیص داده شد. ۵۱ درصد از مدولاری کارسینوماها در بین بیماران از یزد گزارش شده است؛ در حالی که در این بررسی، بیماران یزد، در مجموع فقط ۱۲/۱ درصد بیماران سرطانی را تشکیل می دهند.

در ۹ بیمار به علت تکه برداری قبلی در آزمایش آسیب شناسی در پستان اثری از سرطان وجود نداشت. یک بیمار مبتلا به آدنومای پاپی شکل زیر آرئول (Subareolar) بود.

یک بیمار لنفوم پستان به قطر ۶۰ میلیمتر داشت و دیگری دچار سرطان از نوع اپیتلیال پستان بود. سرطان التهابی پستان فقط در یک بیمار تشخیص داده شد.

عقده لنفاوی

از عقده لنفاوی زیر بغل ۱۷۳ بیمار (۵۱/۱ درصد) آزمایش آسیب شناسی به عمل آمد که در ۱۳۹ نفر (۸۰ درصد) آنان نتیجه گزارش مثبت بود. درگیری عقده لنفاوی با متاستاز در بیماران با ضایعات T_1 ۵۸ درصد بود و در مورد ضایعات T_2 به ۷۲ درصد بالغ گشت.

درمان

تمام بیماران - چه برای تشخیص و یا درمان نهایی- در ابتدا با روش جراحی مداوا می شدند. جدول ۴ انواع اعمال را در رابطه با اندازه یا بزرگی ضایعه سرطانی نشان می دهد.

سینه بودند. ۱۰ نفر (۲/۲۸ درصد) از بیماران مرد بودند. در چهار زن هر دو سینه مبتلا به سرطان سینه بود که در دو نفر از آنان سرطان، همزمان، هر دو پستان را درگیر کرده بود. سه بیمار نیز با برگشت بیماری قبلی مراجعه کردند.

شکل ۱ درصد نمونه برداری مثبت بیماران سه شهر را نشان می دهد.

جدول ۱ نمایانگر تعداد مبتلایان به سرطان پستان است. همان طور که مشاهده می شود در مجموع، در سال ۱۳۷۱، ۴۳ بیمار (۱۲/۴ درصد) بیشتر از سال ۱۳۷۰ تحت معالجه قرار گرفتند ($P < 0/05$).

سن بیماران

سن بیماران بین ۱۸ و ۸۶ سال با میانگین 48 ± 1 سال بود. میانگین سن بیماران شهرستان یزد 51 ± 1 سال و بیماران شهرستان بابل $41/5 \pm 2$ سال بود که این اختلاف از ارزش آماری مهمی برخوردار نیست. در این گروه، ۱۸ بیمار (۵/۲ درصد) زیر دهه سوم زندگی و ۲۲ تن (۶/۳ درصد) در دهه هفتم زندگی بودند (نمودار ۱).

بزرگی ضایعات

در امتحان آسیب شناسی در ۲۸۵ بیمار (۸۲/۶ درصد) اندازه تومور مشخص و بین ۲ تا ۱۰۰ میلیمتر گزارش شده بود. میانگین برای تمام بیماران 36 ± 2 میلیمتر می باشد. رویهمرفته در ۲۰۵ نفر (۵۹/۰ درصد) قطر تومورها بیشتر از ۲۱ میلیمتر (T_2, T_3) بود (جدول ۲ و ۳).

در ۴۰ بیمار (۱۱/۵۹ درصد) قطر تومورها کمتر از ۱۶ میلیمتر (T_{li}, T_{lii}) گزارش شده، درصد بزرگی ضایعات سرطانی (T) بر حسب شهرستان و نوع بیمارستان در جدول ۳ آمده است.



شکل (۱) درصد تکه‌برداری مثبت برای سرطان پستان در سه شهر با وضع جغرافیائی مختلف

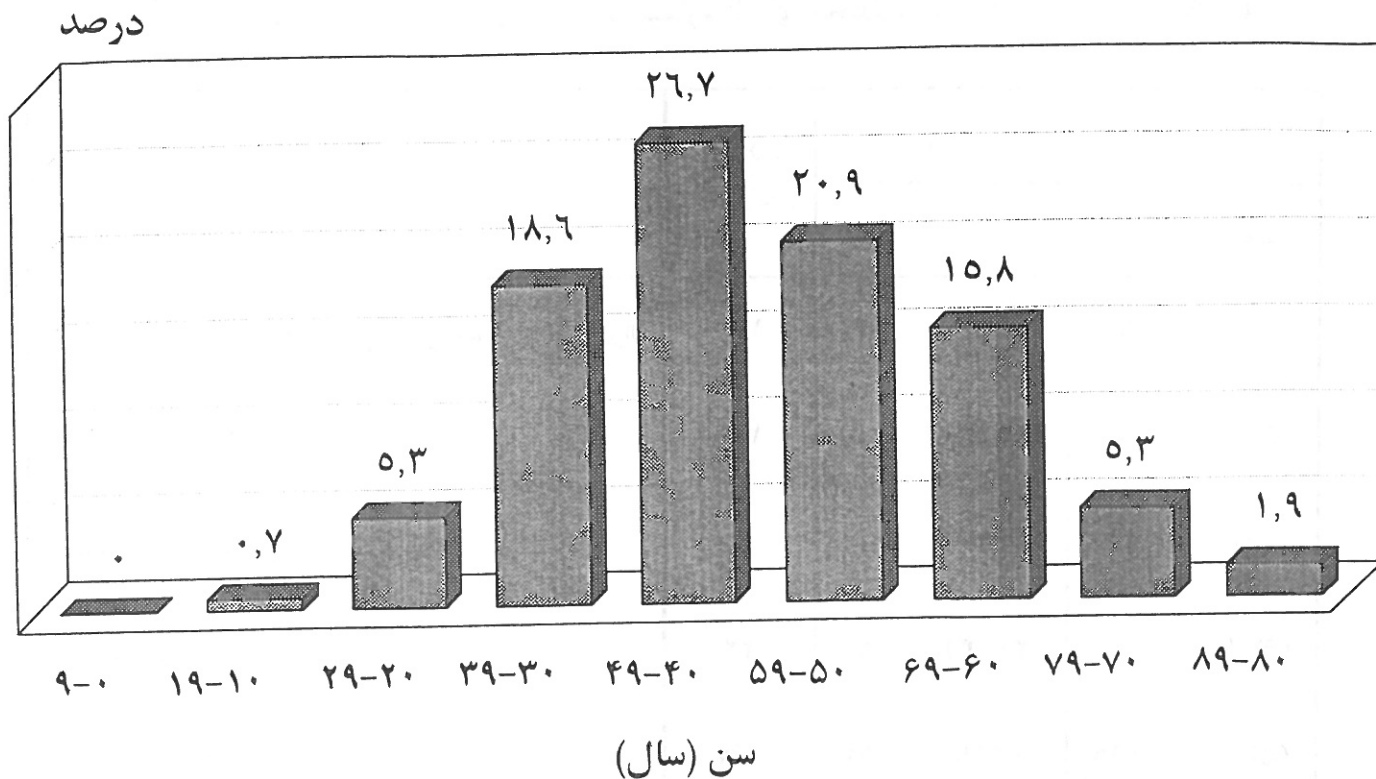
جدول (۱) بیماران مبتلا به سرطان پستان در بیمارستانهای مختلف (سالهای ۱۳۷۰ و ۱۳۷۱)

نام بیمارستانها		مجموع بیماران	۱۳۷۰		۱۳۷۱	
			تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ایران		۱۷۹	۹۳	(۵۲)	۸۶	(۴۸)
بیمارستان مهر تهران		۱۰۴	۳۵	(۳۳/۳)	۶۹	(۶۶/۷)
بیمارستانهای شهر یزد		۴۲	۱۶	(۳۸)	۲۶	(۶۲)
بیمارستانهای شهر بابل		۲۲	۸	(۳۶/۳)	۱۴	(۶۳/۷)
جمع کل		۳۴۷	۱۵۲	(۴۳/۸)	۱۹۵	(۵۶/۲)

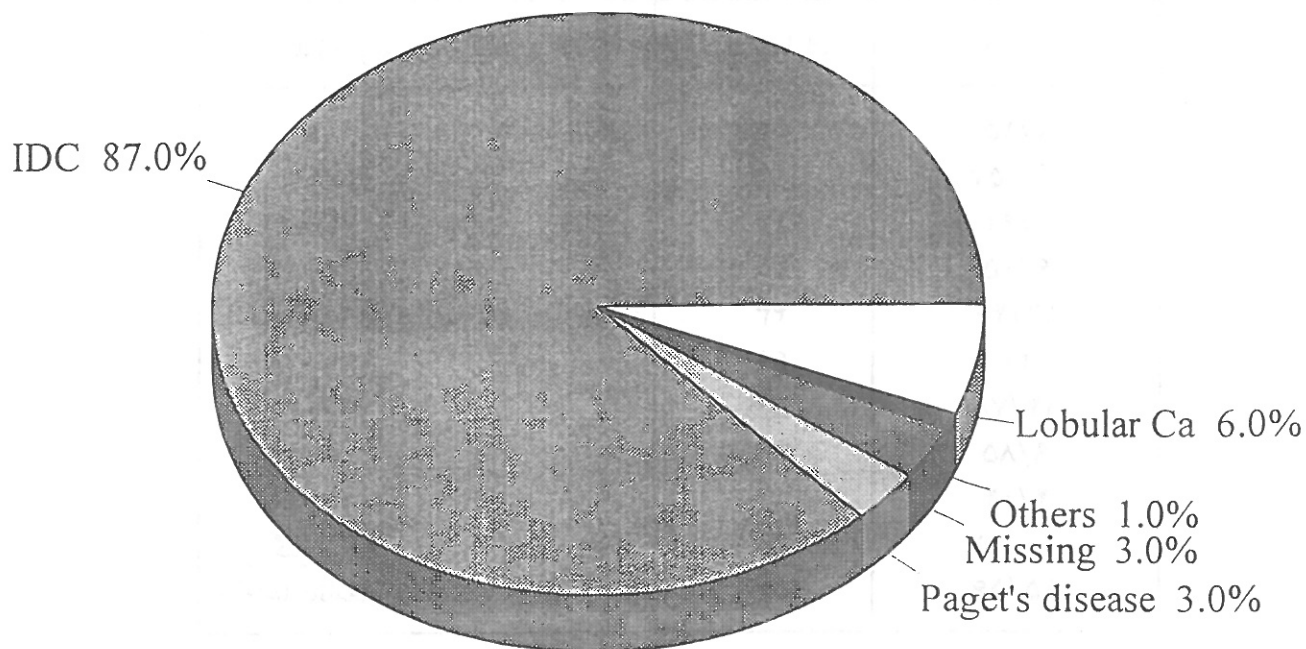
جدول (۲) اندازه ضایعات در ۳۲۷ بیمار مبتلا به سرطان پستان

اندازه تومور به میلیمتر و T	تعداد بیماران	درصد
T _i	۴	۱/۱۵
T _{ii}	۲	۰/۰۰۵۷
T _{iii}	۱۷	۴/۹۲
	۲۱	۶/۰۵
T ₂	۴۳	۱۲/۴۶
	۶۹	۲۰
	۵۱	۱۴/۷۸
T ₃	۳۴	۹/۸۵
	۱۴	۲/۰۴
	۳۸	۱۰/۴۵
	۵۴	۱۵/۵۶
بزرگتر از ۶۱ اطلاعات نامعلوم		

* Carcinoma in-situ



نمودار ۱) توزیع سنی ۳۴۷ بیمار مبتلا به سرطان پستان



نمودار ۲) انواع مختلف آسیب‌شناسی سرطان پستان در ۳۴۷ بیمار

جدول ۳) درصد اندازه‌های تومور برحسب بیمارستانها

نام بیمارستان	تعداد کل بیماران	T ₁ %	T ₂ %	T %	نامعلوم %
چند بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران	۱۷۹	۲۴	۴۰	۲۰	۱۶
مهر تهران	۱۰۴	۳۰	۴۸	۱۲	۱۰
بیمارستانهای بابل	۲۲	۲۰	۳۸	—	۴۲
بیمارستانهای یزد	۴۲	۲۴	۶۷	۲	۷

بحث

نتایج حاصله از بررسی تمام بیمارانی که در بیمارستانهای شهرهای مختلف - چه دانشگاهی و چه خصوصی - با وضعیت جغرافیایی متفاوت، طی دو سال متوالی (که در آن مدت تراکم جمعیت و ترکیب نژادی دچار تحول نشده بود) بستری و معالجه شدند، که ممکن است در حال حاضر نیز نشاندهنده خصوصیات بالینی سرطان پستان در زنان ایران محسوب شود.

این مطالعه نشان می‌دهد که احتمال مثبت بودن تکه‌برداری برای سرطان در زنانی که با داشتن توده‌ای در سینه به پزشک مراجعه می‌کنند، در نقاط مختلف متفاوت است. بدین معنا که احتمال بدخیم بودن یک توده پستانی در بیماری از شهر یزد کمتر از بیماری است که با همان علائم بالینی از بابل باشد. نکته دیگر اینکه بیماران مبتلا به سرطان پستان در یزد از بیماران اهل بابل مستتر هستند - بدون اینکه از اهمیت آماری برخوردار باشد (P=NS)، که در صورت افزایش تعداد بیماران ممکن است اهمیت چشمگیری کسب کند.

در مجموع، میانگین سنی بیماران ایرانی در این بررسی (۴۸ ± ۱ سال) از میانگین سنی بیماران آمریکائی که از مرکز سرطان نیویورک گزارش شده (۵۶ ± ۱ سال)

خیلی پائینتر است (P < ۰/۰۰۱) که نشانگر آن است که سرطان پستان در زنان ایرانی - در مقایسه با بانوان غربی - از سنهای پایینتر شروع می‌شود. در این بررسی، درصد بیمارانی که زیر دهه چهارم زندگی هستند دو برابر گروهی است که توسط مرکز سرطان میلان در ایتالیا گزارش شده است (P < ۰/۱۱۰) (جدول ۵). شاید این یافته گویای آن باشد که در ایران، سرطان پستان از نوع ارشی آن - که با ابتلای بیماران در سن پائین و قبل از دوران یائسگی مشخص می‌شود - شایعتر است (۳، ۴ و ۹). در این بررسی، شیوع سرطان پستان در مردان ۲/۲۸ درصد است که از گزارش آمریکای شمالی (۵/۰ درصد) بسیار بیشتر می‌باشد (۲).

۵۹/۴ درصد از بیماران تومورهایی با قطری بیش از ۲۱ میلیمتر داشتند (T₂ و T₃) که در مقایسه با آنچه از مرکز سرطان میلان گزارش شده (۳۸ درصد) به مراتب بیشتر است (۳ و ۴). با وجود اینکه تشخیص بیماری در هر دو بررسیها براساس انتخاب خصوصیات بالینی بوده است (جدول ۶ و ۷)، در این مطالعه، آزمایش آسیب‌شناسی از عقده لنفاوی زیر بغل در مجموع ۴۲/۵ درصد بیماران مثبت گزارش شد؛ در حالی که، در گروهی از بیماران سوئدی که تشخیص بیماری فقط

جدول (۴) نوع عمل جراحی در مقابل اندازه تومور

اندازه تومور به میلیمتر	۶ تکه برداری	۵ لامپکتومی	۴ پارشیال ماستکتومی و برداشتن غدد زیر بغل	۳ برداشتن پستان به طور ساده	۲ مودیفای رادیکال ماستکتومی	۱ برداشتن پستان به طور ریشه‌ای	عمل نامعلوم	جمع کل
در محل #	۴	—	—	—	—	—	—	۴
۵-۰	۱	—	—	—	—	۱	—	۲
۱۰-۶	۱۱	۱	—	۱	۲	۲	—	۱۷
۱۵-۱۱	۱۰	۲	—	—	۳	۳	۳	۲۱
۲۰-۱۶	۱۴	۱	۲	—	۱۹	۶	۱	۴۳
۳۰-۲۱	۲۹	۳	—	—	۲۰	۱۰	۷	۶۹
۴۰-۳۱	۱۷	۳	—	۱	۱۶	۱۳	۱	۵۱
۵۰-۴۱	۷	۲	۱	—	۱۷	۶	۱	۳۴
۶۰-۵۱	—	۳	—	—	۸	۳	—	۱۴
بالتر از ۶۱	۲	۵	۲	۲	۱۳	۱۱	۳	۳۸
نامعلوم	۲	۳	—	۲	۱۲	۲۱	۳	۴۳
اندازه و پاتولوژی نامعلوم	—	—	—	—	۶	۳	۲	۱۱
کل	۹۷	۲۳	۵	۶	۱۱۶	۷۹	۲۰	۳۴۷
درصد	۲۷/۶۵	۶/۶۲	۱/۴۴	۱/۷۲	۳۳/۴۲	۲۲/۷	۶/۰۶	۱۰۰

Carcinoma in-situ.

1) Radical mastectomy

2) Modified radical mastectomy

3) Simple mastectomy

4) Partial mastectomy and node dissection

5) Lumpectomy

6) Open biopsy

جدول ۵) مقایسه سن بیماران در گزارشهای مختلف

گروه سنی (سال)	گروه بیماران تحت مطالعه (۳۴۷ نفر)	گروه بیماران (۱۰۲۴ نفر)	گروه بیماران (۷۵۲ نفر) از میلان (۴۰۳) درصد
۴۰-۰	۲۵/۰	؟	۱۲/۰
۵۰-۴۱	۲۷/۰	۳۳	۳۰/۰
بالا تر از ۵۱	۴۳/۰	۶۵	۵۸
نامعلوم	۵/۰	—	—

جدول ۶) مقایسه اندازه تومورها

اندازه تومور به میلیمتر	گروه بیماران تحت مطالعه (۳۴۷ نفر)* درصد	گروه بیماران از میلان (۷۵۲ نفر)* درصد
در محل	۱/۱۵	—
۵-۰	۰/۰۰۵۷	۸/۰
۱۰-۶	۴/۹۲	۱۴/۰
۲۰-۱۱	۱۸/۵	۴۰/۰
۲۱ به بالا	۵۹/۴	۳۸/۰
نامعلوم	۱۵/۵۶	—

تشخیص براساس خصوصیات بالینی بوده است

جدول (۷) مقایسه اندازه تومورها

اندازه تومور به میلیمتر	گروه بیماران تحت مطالعه (۳۴۷ نفر) ° درصد	گروه بیماران از سوئد (۱۴۱۹ نفر) °° درصد
در محل کمتر از ۱۰	۱/۱۵	۹/۰
۱۵-۱۱	۵/۵۰	۱۶/۰
۲۰-۱۶	۶/۰۸	۲۲/۰
۳۰-۲۱	۱۲/۴۶	۱۸/۰
۵۰-۳۱	۲۰/۰	۱۹/۰
۵۱ به بالا	۲۴/۶۳	۹/۰
نامعلوم	۱۵/۰۷	۵/۲۰
	۱۵/۵۶	۰/۰۰۷

* تشخیص با علائم بالینی

** تشخیص با ماموگرافی

جدول (۸) مقایسه وضع غدد لنفاوی زیر بغل در گزارشهای مختلف

گروه بیماران از سوئد (۱۴۱۹ نفر) درصد	گروه بیماران از میلان (۷۵۲ نفر) درصد	بیماران تحت مطالعه (۳۴۷ نفر) درصد	غدد لنفاوی زیر بغل
۳۳/۰	۴۶/۰	۴۲/۵°	مثبت
۶۰/	۵۳/۰	۱۸	منفی
۳	؟	۱	متاستاز عمومی
۱۴/	۱	۳۸/۵	نامعلوم
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	

* عقده‌های لنفاوی کل بیماران تحت آزمایش بافت‌شناختی قرار نگرفتند.

طور چشمگیری کاسته شد (۲، ۶ و ۷). معذالک، در تمام این مطالعات بالینی گذشته نگر کاستیهایی وجود داشته است: از قبیل ناهمگونی مرحله بیماری یا درمانی در گروههای تحت مطالعه. به عنوان مثال، در تمام این مطالعات اثر سوء تزریق خون روی بقای عمر بیماران سرطانی که تحت عمل جراحی بزرگتر قرار گرفته اند و نیاز به تزریق خون داشته اند، به حساب نیامده است (۲۳).

با در نظر گرفتن اینکه فقط درصد پایینی (۱۱/۵۹ درصد) از ضایعات را تومورهای کوچک تشکیل داده اند (۵) و بیشتر بیماران دارای ضایعات بزرگتری هستند، جهت درمان جراحی سرطان پستان در ایران سئوالات زیادی مطرح می باشد.

تظاهرات مرضی ژنهای هسته سلول سرطان طوری است که این تومور ممکن است در نقاط مختلف دنیا تظاهرات بالینی متفاوتی داشته باشد. در دنیای صنعتی غرب سرطان پستان یک ضایعه بدون درد شناخته شده که اکثراً "عود موضعی آن در پوست قفسه صدری بوده، متاستاز دوربرد آن بیشتر در کبد دیده می شود (۲۴)؛ در حالی که، در ژاپن این نوع سرطان در ۲۵ درصد از موارد به صورت ضایعه دردناک ظاهر می کند و عود موضعی آن بیشتر در عقده لنفاوی ناحیه فوقانی کلاویکول بروز می کند و متاستاز دوربرد آن به استخوانها دست اندازی می کند (۲۵).

بنابراین، براساس اطلاعات حاصله از این بررسی و شواهد موجود در نشریه های تحقیقاتی پزشکی کشورهای دیگر - که به طور خلاصه به آن اشاره شد - لازم است که این مطالعه در سطح مملکت انجام شود و برای برنامه های درمانی سرطان پستان در ایران که بتواند با موفقیت انجام گیرد باید در سراسر کشور نوعی بررسی آینده نگر اتفاقی صورت گیرد.

براساس ماموگرافی داده شد، فقط در ۲۳ درصد از بیماران عقده لنفاوی زیر بغل متاستاز داده بود (مرحله دوم، جدول ۸). این مشاهدات حاکی از آن است که در ایران - در مقایسه با کشورهای اروپائی - مبتلایان به سرطان زمانی برای مداوا به پزشک مراجعه می کنند که بیماری در مرحله پیشرفته باشد.

یکی از یافته های مهم این بررسی گذشته نگر وجود درصد پائینی از سرطان (۱۸/۱ درصد) تکه برداری از ضایعات پستانی بیماران شهرستان یزد می باشد (۰/۰۰۱/P) که علت آنرا باید در مطالعات اپیدمیولوژی از چگونگی تغذیه و محیط زیست بیماران جستجو کرد. این مطالعه نشان می دهد که درمان این بیماری در مرحله اول جراحی بود که چگونگی و درجه آن در تمام موارد بستگی به بزرگی ضایعات سرطانی نداشت و این امر نشان دهنده وجود اختلاف نظر در معالجه این بیماری است؛ یعنی شبیه آنچه که در تمام کشورهای اروپائی و ایالات مختلف آمریکای شمالی به چشم می خورد (۲ و ۶-۸).

در هشت بیمارستان از سیزده بیمارستانی که در این بررسی شرکت داشتند شایعترین عمل درمانی بعد از تکه برداری رادیکال ماستکتومی متغیر بوده است که این موضوع، یک بیمارستان خصوصی را هم شامل می شود. هالستد جراح آمریکائی در اواخر قرن گذشته میلادی روش خود را برای درمان سرطان پستان معرفی کرد که بیش از هفتاد سال تنها روش درمانی این بیماری بود. این روش درمانی بر اساس آناتوموپاتولوژی این سرطان بنا گذاشته شده بود (۱۰ و ۱۱). ولی از اواسط قرن بیستم میلادی موقعی که خصوصیات بیولوژی سرطان سینه معرفی شد (۱۲) و پیامد آن مطالعات بالینی تصادفی برای بررسی اثر جراحی روی نتایج درمانی این تومور در اروپا و سپس در آمریکا صورت گرفت (۱۲-۲۲) از کاربرد روش هالستد برای درمان سرطانهای کوچک پستان به

نتیجه

از بررسی ۳۴۷ بیمار مبتلا به سرطان سینه این نتایج به دست آمد:

(۱) در ایران سرطان پستان در زنان پس از ۳۰ سالگی سیر صعودی پیدا می‌کند و تا دهه پنجم زندگی این روند ادامه دارد و سپس سیر نزولی می‌پیماید؛ در حالی که، در آمریکای شمالی سیر صعودی آن پس از پنجاه سالگی دیده می‌شود؛

(۲) درصد تکه‌برداری مثبت بیمارانی که با یک توده در پستان مراجعه می‌کنند ۳۶/۵ درصد می‌باشند. و این رقم در بین بیماران شهر یزد تا ۱۸/۱ درصد مشاهده شده است که احتیاج به بررسی بیشتری دارد؛

(۳) ۸۷ درصد تومورها را سرطان Infiltrating ductal تشکیل می‌دهد؛

(۴) در ۵۹/۴ درصد از بیماران قطر آسیب‌شناختی تومور بیشتر از ۲۱ میلیمتر بود؛

(۵) ۸۰ درصد از عقده‌های لنفاوی زیر بغل که تحت آزمون پاتولوژی قرار گرفته بودند متاستاز داشتند و شیوع مرحله دوم بیماری در این بررسی با وضع اقتصادی بیمار رابطه مستقیم داشت؛

(۶) پس از تکه‌برداری به طریق باز متداول‌ترین عمل درمانی - صرف نظر از اندازه ضایعه سرطانی - رادیکال ماستکتومی متغیر بوده است. این نکته درباره رادیکال ماستکتومی به روش هالستد هم صادق بود و این نکته نشانگر آن است که برای درمان این سرطان - شبیه آنچه که در دنیای غرب به چشم می‌خورد - اختلاف سلیقه وجود داشته است؛

(۷) لازم است این نوع مطالعه در سطح کشوری انجام شود و برای کشف خصوصیات بالینی این بیماری در تمام استانها بررسی آینده‌نگر انجام شود تا بتوان برنامه‌های پیشگیری و درمانی مناسب و موثری را پایه‌گذاری کرد.

مراجع

- 1) Harris JR, Lipman M E, Veronesi U and Willett W. Breast cancer. (first of three parts). N Engl J Med 1992; 327:319-27.
- 2) Leffall LD Jr. 100 years of breast cancer; Halsted to Fisher. Bulletin American College of Surgeons 1994; 79:12-20.
- 3) Salsali M, Bufalino R and Morabito A. Combined effect of transfusion and blood-groups on survival of patients with breast cancer. A clinical study of 901 patients. Vasc Surg 1988; 22:402-12.
- 4) Salsali M. The effect of whole blood transfusion on survival of patients with breast cancer. A clinical study of 900 patients. Presented to, surgical transfusion ST. Thomas, U.S. 2-5 December 1996.
- 5) Tabar L, Fagelberg G, Day N E, Duffy S W and Kitchen RH. Breast cancer treatment and natural history: new insights from results of screening. Lancet 1992; 339:412-4.
- 6) Farrow DC, Hunt WC and Smet JM. Geographic variation in the treatment of localized cancer. N Engl J Med 1992; 326:1097-1101.
- 7) Ganz PA. Treatment options for breast cancer-Beyond survival. N Engl J Med 1992; 320:1147-9.
- 8) Liberati A, Apolone G, Nicolucci A, et al. The role and attitudes, belief and personal characteristics of Italian physician in surgical treatment of early breast cancer. Am J Public Health 1991; 81:38-42.
- 9) Rosen P P, Lesser M L, Senie R T and Duthie K. Epidemiology of breast carcinoma IV: Age and histologic tumor type. J Surg Oncology 1982; 19:44-47.
- 10) Halsted WS. The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins from June 1889 to January 1894. Arch Surg 1894; 20:497-555.
- 11) Haagensen CD. Disease of the breast. Philadelphia, PA: WB Saunders Co. 1971.
- 12) Park WW and Lee JC. The absolute curability of cancer of the breast. SG & O with International Abst Surg 1951; 93:129-52.
- 13) Atkins H, Hayward JL, Klugman J and Wayt AB. Treatment of early breast cancer: A report after ten years of clinical trial. Br Med J 1971; 2:423-9.
- 14) Kaae S and Johansen H. Simple mastectomy plus postoperative irradiation by the method of McWhirter for mammary carcinoma. Ann Surg 1969; 170:895-9.
- 15) Brickley D and Haybittle JL. Treatment of stage II carcinoma of female breast. Letter to the editor. Lancet 1971; 2:1086-7.
- 16) Bruce J. Operable cancer of breast: A controlled trial. Cancer 1971; 28:1443-52.
- 17) Lythgoe PJ and Palmer M K. Manchester regional breast study-5 and 10 year results. Br J Surg 1982; 69:693-6.
- 18) Langlands A O, Prescott R J and Hamilton T. A clinical trial in the management of operable cancer of breast. Br J Surg 1980; 67:170-4.
- 19) Lacour J, Le MG, Hill C, kramar, Contesso G and Sarrazin D. Is it useful to remove internal mammary node in operable breast cancer? Eur J Surg Oncol 1986; 13:309-17.
- 20) Veronesi U, Bafi A, Salvadori B, et al. Breast conservation is the treatment of choice in small breast cancer: Long-term results of a randomized trial. Eur J Cancer 1990; 26:668-70.
- 21) Fisher B, Radmond G, Fisher ER, et al. Ten-year results of randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation. N Engl J Med 1985; 312:674-81.
- 22) Meier P, Ferguson DJ and Karrison T. A controlled trial of extended radical mastectomy. Cancer 1989; 63:188-95.
- 23) Salsali M. Overview of prospective randomized trials of radical mastectomy for breast cancer. Submitted for publication. To Nashrie, Iran Surgery.
- 24) Miura S, Yoshida M, Murai H, et al. Patterns of recurrence and relapse-Anglo-Japanese comparative study. Breast Cancer Res Treat 1990; 18: 9127-30.
- 25) Miura S, Yoshida M, Murai H, et al. Clinical features of breast cancer-Anglo-Japanese comparative study. Breast Cancer Res Treat 1991; 18: 9103-6.

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۲۱، شماره ۴، صفحات ۶۴-۶۷ (دی-اسفند ۱۳۷۶)

اثر تراژونیک آدنوزین روی جنین جوجه درون تخم مرغ

دکتر محمد عبدالمهی*، دکتر بهروز جنت**، دکتر اکبر محمدی*** و
دکتر محسن نایب‌پور****

* استادیار سم‌شناسی و داروشناسی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** دستیار مواد خوراکی از نظر دارویی و سم‌شناسی؛ (گروه سم‌شناسی و داروشناسی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران)
*** دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران
**** استادیار روانشناسی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

خلاصه

آدنوزین یک نوکلئوزید درونی است که به عنوان یک عامل بی‌نظمی (Arrhythmia) تحت مطالعه می‌باشد. آدنوزین به شکل تزریق درون سیاهرگی برای نگهداری وزن (ریتم) سینوسی در تاقیکاردی شدید سوپراونتریکولار کاربرد دارد. در این مطالعه، اثر آدنوزین بر جنین جوجه تخم‌مرغ بررسی شده است. در این روش، پس از ۸ روز رشد نهفته (انکوباسیون) یک سوراخ کوچک در تخم‌مرغها ایجاد شد و از آن سوراخ تزریق انجام گرفت. تخم‌مرغها به ۷ گروه تقسیم شدند، یعنی سرم فیزیولوژیک ۰/۹ درصد؛ آدنوزین ۳۰، ۶۰، ۱۲۰، ۱۸۰ و ۳۰۰ میکروگرم برای هر تخم‌مرغ؛ و گروه بدون تزریق را تشکیل می‌دادند و هر گروه یک دوز از دارو را - به مقادیری که گفته شد - دریافت می‌کردند. پس از ۱۷ روز رشد نهفته جنین‌ها از تخم‌مرغها بیرون آورده شدند و در الکل ۹۵ درصد ثابت شده، استخوانها با محلول رقیق آلزارین - رد در پتاس رنگ‌آمیزی شدند. سپس اثر غلظتهای متنوع آدنوزین در اثر تزریق در روز هشتم روی درازای استخوانهای بازو، زند زبرین، زند زیرین، ران، درشت نی و اندازه سر تا دنبالچه بررسی شد. تحلیل نتایج نشان داد که در بعضی موارد تفاوت‌های معنی‌داری در درازای استخوانهای بازو، زند زبرین و زند زیرین میان گروه تحت درمان و کنترل وجود دارد. نسبت تعداد جنین‌های مرده میان دو گروه هیچ تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. پیشنهاد می‌شود در دوران بارداری آدنوزین با احتیاط مصرف شود.