

درمان سرطانهای پستان قابل جراحی، توسط سزیوم تراپی

" نتایج ۴۰۳ مورد بعد از ۵ سال "

گزارش

SANTAMAR IA-CLEMENT-AMARLIC-POLLET-CLERC
BERNADON-AYME-SPITALIER-D'ESTAINN

از

مركز مبارزه با سرطان مارسی فرانسه

ترجمه :

دکتر علی نفیسی ❀ دکتر کیخسرو رفیعی و کیلی ❀

۲۰۰۰ راد - تومور Pleiociesium therapie
دریافت میدارد ، بدین ترتیب تومور ۸۰۰۰ راد در ۸ هفته
دریافت مینماید .

عدد لنفاوی نیز ۵۰۰۰ راد - بافت در پنج هفته دریافت
داشته و ۱۰۰۰۰ الی ۲۰۰۰۰ راد - بافت اضافی و اختصاصی
برای عدد لنفاوی در نظر گرفته میشود .

از سال ۱۹۶۹ بعضی از عدد لنفاوی قابل نشانه گیری ،
مقدار اشعه خود را بطور اختصاصی با الکترونهای سریع دریافت
داشته اند . بهرحال دوز ۱۰۰۰۰ راد " در هر هفته بطور
دقیق مراعات گردیده است .

بین ژوئن ۱۹۶۰ الی ژوئن ۱۹۷۵ ، ۱۷۰۸ مورد سرطان
پستان قابل عمل ، پی در پی بطریقه فوق درمان شده اند .
تمامی این سرطانها از نوع آدنوکارسینوما بوده اند که توسط
بافت شناسی یا سیتولوژی قبلا " تعیین شده اند .

بردیگ به ۱۶ سال است که ما در دست داشتن کلیه
وسائل رادیوتراپی مدرن نویسندگان مقاله با استفاده از سزیوم
۱۳۷ به معالجه و درمان سرطان پستان پرداخته اند .

مؤلفین ، سزیوم تراپی را بعلت سهولت نشانه گیری
با آن (شارژ متوسط ۶۶۰ KV) برای سرطان پستان و غدد
لنفاوی زیر بغل ، که نسبتا " سطحی میباشد ، برگزیده اند ،
بدین ترتیب به پوست و ریتین ضررهای بسیار کمتری وارد
میاید . نتایج پیش بینی شده با نتایج بدست آمده کاملا "
تطبیق داشته و این طریق درمان با استریلیزاسیون کافی - از
نظریات شناسی تومور و عوارض بعد از پرتونگاری - فوق العاده
ساجیز بوده است .

تمامی پستان یک تله سزیوم تراپی Telecesium
therapie (۶۰۰۰ راد - بافت) در ۶ هفته دریافت
میدارد . سپس خود تومور یک سزیوم تراپی ویژه و اضافی

این سرطانها از نظر طبقه بندی-Union Inter nationale Contre le Cancer (U.I.C.C.)*

" تابلوی شماره یک "

به طریق زیر تقسیم شده اند :

طبقه بندی بیماران بر حسب تومور و غدد لنفاوی
 .T.N. (U.I.C.C.)
 N_0 = غدد لنفاوی غیر قابل لمس
 N_1 = غدد لنفاوی زیر بغل طرف سرطان قابل لمس
 T_0 = تومور غیر قابل لمس
 T_1 = تومور کوچکتر از ۲ سانتیمتر
 T_2 = تومور بزرگتر از ۲ سانتیمتر و کوچکتر از ۵ سانتیمتر
 T_3 = تومور بزرگتر از ۵ سانتیمتر و کوچکتر از ۱۰ سانتیمتر.

مرحله اول	۳۸%
مرحله دوم	۳۶%
مرحله سوم	۲۶%
سرطان های T_4 و N_2 از این بحث خارج شده اند .	
۱۸% این سرطانها دارای علائم سیرتند یا مشکوک به آن بوده اند . (بر حسب تعریف مراحل پیشروی انستیتو کوستا-وروسی) این ۱۸% سرطان تندرو به طریق زیر تقسیم شده اند :	
در مرحله	PEV ₁ ۵۹%
در مرحله	PEV ₂ ۴۱%

تابلوی شماره (۲) نتایج کلی را نشان میدهد . درصد کلی درمان شدگان بعد از ۵ سال که برابر $\frac{۲۷۹}{۴۰۳}$ یا ۶۹% میباشد قابل توجه است ، ولی موضوع حالب تر اینکه $\frac{۲۲۲}{۲۷۹}$ بیماران این سری ، بعد از ۵ سال هردو پستان خود را حفظ نمودند . فقط $\frac{۲}{۱۰}$ زن ها معالجه قطعی خود را بعد از ۵ سال با از دست دادن پستان بدست آوردند .

بدین ترتیب با توجه به احتیاطی که در درمان سرطان پستان به طریق فوق لازم است ، فقط ۴۰۳ مورد از این سرطانها که تا قبل از ژوئیه ۱۹۷۰ درمان شده اند مورد نظر قرار گرفته اند . این بیماران بین ۵ تا ۱۵ سال پی گیری شدند .

دست آوردها :

درمان شده با حفظ پستان	۲۲۲ مورد	۷۹%
کل درمان شدگان بعد از ۵ سال	۲۷۹ مورد	۶۹%
مجموع بیماران این گروه	۴۰۳ مورد	

فقط ۶ بیمار (۱/۶%) ، که از نظر بالینی درمان شده ولی بمدت ۵ سال پی گیری نشده بودند ، از درمان نشدگان محسوب گردیدند .

تنها بیماران زنده و بدون هیچگونه عوارض بالینی قابل مشاهده ، جزو درمان شدگان بعد از ۵ سال محسوب گردیدند . کلیه بیماران فوت شده قبل از ۵ سال - سهر علتی که فوت شده باشند - یا بیمارانی که دارای متاستازهای درمان شده قبل از ۵ سال بوده اند از زمره گروه معالجه نشدگان محسوب گردیدند .

تابلوی شماره (۱) گروههای مختلف بیماران را از نظر طبقه بندی T و N (U.I.C.C.) نشان میدهد .

	NO	N1	مجموع
T0	1		1
T1	68	18	86
T2	83	129	212
T3	17	87	104
	169	234	403

(تابلوی شماره ۲) :

نتایج کلی بعد از ۵ سال

نتایج سزیوم تراپی بعنوان درمان سرطانهای پستان قابل عمل (با یا بدون برداشتن تومور) با حراحی اساسی پستان کاملا " قابل مقایسه است .

خصت اساسی این درمان در بالا بردن کمیت نتایج درمان نبوده بلکه به کیفیت زندگی این بیماران مربوط میشود . زیرا $\frac{۸}{۱۰}$ زن ها با نگاهداری هردو پستان خود بعد از ۵ سال سالم و زندگی زنی طبیعی را داشته اند .

البته باید توجه داشت که نتایج حاصله مستقیما " به T و N و طبقه بندی U.I.C.C. تومور بستگی دارد ، بطوریکه در تابلوی شماره (۳) مشاهده میشود ، چنانچه تومور از T_2 به T_3 رشد نموده باشد امکان شکست درمان بوسیله سزیوم - تراپی ۳۰% زیاد تر میگردد . همان نحوه وجود متاستاز غدد لنفاوی با تعبیر N_0 به N_1 ۲۵% شکست درمان سزیوم تراپی را افزون میکند .

" تابلوی شماره (۱) "

درمان شده	
T طبقه بندی	(T ₁) ۷۶/۸۷ = %۸۷
	(T ₂) ۱۵۹/۲۱۲ = %۷۵
	(T ₃) ۴۴/۱۰۴ = %۴۲
N طبقه بندی	(N ₀) ۱۴۹/۱۶۹ = %۸۳
	((N ₁) ۱۳۹/۲۳۴ = %۵۹
طبقه بندی U.I.C.C.	(Stage I) ۱۳۵/۱۵۲ = %۸۵
	((Stage II) ۱۰۵/۱۴۷ = %۷۱
	(Stage III) ۴۴/۱۰۴ = %۴۲

(تابلوی شماره ۳) :

نتایج با در نظر گرفتن طبقه بندی سرطان (T و N)

این نتایج مربوط به یک گروه متداوم ۴۰۳ بیمار با آدنوکارسینوم پستان است که تماماً " از نظر جراحی قابل عمل بوده اند .

ولی موضوع مهم دیگر مقایسه نتایج حاصله از سزیوم تراپی درمانی، با نتایجی است که بعد از تومور برداری و سپس سزیوم - تراپی بدست آمده است .

در اینجا وضع بیماران از نظر پیشرفت سرطان متفاوت بوده و از نظر درمان نیز غیر قابل مقایسه میباشد . تابلوی شماره (۴) زندگی بعد از ۵ سال این دو گروه را نشان میدهد . در اینجا تفاوت بین برداشتن تومور و سزیوم تراپی و سزیوم تراپی درمانی و نتیجه آنها در حفظ پستان قابل ملاحظه میباشد .

بدون برداشتن تومور	با برداشتن تومور
(۹۲) (%۶۵)	(۱۳۰) (%۹۳)
(۱۳۹) (%۵۸)	(۱۴۰) (%۸۶)
۲۱۴	۱۶۲
کل شفا یافتگان بعد از ۵ سال	جمع بیماران

(تابلوی شماره ۴) :

نتایج سزیوم تراپی تنها و همراه با تومور برداری

نتایج درمان با تومور برداری ابتدائی (۱۶۲ مورد) :

لزوم این جراحی ساده ، که شامل برداشتن تومور با ۱ الی ۲ سانتیمتر بافت سالم (ماکروسکپی) اطراف آن باشد ، بسیار قابل توجه و دقت بوده و عبارتند از :

- سرطان پستان باید کوچک بوده (قطر کمتر از ۵ سانتیمتر) پوست پستان سالم باشد ، تومور انفیلتران نبوده و گرد (ندولر) باشد و در مجموع در مرحله T_1 یا T_2 باشد .
- آدنوپاتی زیر بغل وجود نداشته باشد یا NO .
- هیچگونه شک و مسلمان " هیچ علامت التهابی بودن سرطان - نه از نظر پرتونگاری ، نه از نظر بالینی و نه از نظر توموگرافی - وجود نداشته باشد ، یعنی از نوع PEV.O.IGR باشد . یعنی به بیان دیگری آدنوکارسینوم که از نظر طبقه بندی U.I.C.C. در مرحله NO و T_2 یا T_1 بوده و مخصوصاً از نظر التهابی و سیر رشد بر حسب تقسیم بندی انستیتوی کوستا و روسی پاریس در مرحله PEV.O.IRG باشد . هرگونه اشتباهی در این مورد مواجه با عدم موفقیت های متعدد خواهد بود . ولی چنانچه گزینش بیمار دقیقاً انجام گیرد نتایج درمانی این روش عالی است . در این گروه از سرطانهای پستان با حجم کوچک و رشد کند متاستازها بسیار دیررس بوده و یا هرگز ظاهر نخواهد شد .

مجموع	عدم موفقیت	با موفقیت	
۱۴۹	۱۹	۱۳۰	تومور کتومی بدون قطع پستان
۲	۲	-	تومور کتومی با قطع بعدی پستان ولی بافت شناسی منفی
۱۱	۳	۸	تومور کتومی با قطع پستان و بافت شناسی مثبت
۱۶۲	۲۲	۱۴۰	جمع

(تابلوی شماره ۵) :

نتایج تومور برداری اولیوسزیوم تراپی بعد از ۵ سال

علت عدم موفقیت در ۱۹ مورد بدون قطع پستان پدیدار شدن متاستازها در دوران پستان قبل از ۵ سال میباشد . بادر نظر گرفتن نکات بالا ، زنانی که مبتلا به سرطان پستان ، در شرایط ذکر شده باشند ، برای درمان آنان نباید به قطع پستان ، که درمانی رادیکال بوده و برای سکل های دیگر سرطان پستان مورد نظر میباشد ، مبادرت نمود . ولی

در تابلوی شماره (۵) منظور از قطع بعدی پستان با بافت شناسی منفی عبارت از اینست که سرطان به اشتباه عود شده تصور میشود ، ولی بعد از برداشتن آن جواب بافت - شناسی منفی بوده است . منظور از قطع پستان و بافت شناسی مثبت اینست که در این موارد ، عود سرطان بعد از برداشتن مسلم بوده است .

بیماری را که در مرحله II قرار داشتند و قبل از کنترل رادیوگرافی و ترموگرافی، تومورکتومی شده سپس به مولفین ارجاع شده بودند از گروه فوق خارج میگرددند. زیرا در این موارد، عدم موفقیت درمان در این مرحله دوبرابر بیماران انتخاب شده با شرایط بالا میباشد که میتوان آنرا بصورت زیر تقسیم نمود:

— تومورکتومی در مرحله I: شکست درمانی قبل از ۵ سال $10\% = 12/118$

— تومورکتومی در مرحله II: شکست درمانی قبل از ۵ سال $23\% = 10/44$

نتایج درمانی توسط سزیوم تراپی تنها (۲۴۱ مورد):

در این گروه از درمان شدگان، گزینش بیماران تا حدودی نامشخص بوده و نتایج آن با جراحی رادیکال ابتدائی قابل مقایسه میباشد.

درمان فوق بدین معنی نیست که کلیه سرطانهای پستان نباید برداشته شوند، چنانچه تشخیص سرطان به موقع و در مراحل اولیه داده شود زنان میتوانند از این درمان محافظه کارانه با حفظ پستان استفاده نمایند، و این خود بهترین راه برای جلب بیماران و مراجعه آنان در مراحل اولیه است. بطوریکه مولفین اظهار میدارند در سالهای اخیر تعداد بیمارانی که در مراحل قابل توموربرداری و درمان مراجعه مینمایند 50% یعنی نصف بیماران مبتلا را شامل میگرددند.

درصد شفا یافتگان بعد از ۵ سال مانند سایر درمانهای سرطان پستان در مراحل I و وضع رشد تومور در مرحله PEV، بسیار قابل توجه است ($86\% = 140/162$) ولی مهمتر آنست که شفا یافتگان با حفظ هر دو پستان $130/140$ یعنی 92% را تشکیل میدهند و فقط یک زن در ۱۰ مورد شفا یافته پستان خود را از دست داده است.

در حقیقت این نتایج باز هم عالی تر میباشد، اگر ۴۴

جمع	با شکست	با موفقیت	
۱۶۲	۷۰	۹۲	بدون قطع پستان
۲۸	۴	۲۴	باقطع پستان و جواب منفی بافت شناسی
۵۱	۲۸	۲۳	باقطع پستان و جواب مثبت بافت شناسی
۲۴۱	۱۰۲	۱۳۹	جمع

(تابلوی شماره ۶):

نتایج درمان بوسیله سزیوم تراپی به منظور درمان بدون تومورکتومی اولیه بعد از ۵ سال.

بدین ترتیب با توجه به تابلوی شماره (۶) ملاحظه میشود که سزیوم تراپی به تنهایی قادر است $48\% = 24+92/241$ از بیمارانی را که مبتلا به سرطان پستان قابل جراحی هستند درمان نماید و بعد از ۵ سال ۱۱۶ نفر از این بیماران بدون هیچگونه عارضه‌ای به زندگی خود ادامه دهند.

اگر چه درصد موفقیت در این گروه ۲۴۱ نفر به $58\% = 139/241$ کاهش یافته است، ولی شانس نگهداری پستان در صورت موفقیت $66\% = 92/139$ میباشد.

معدالک از افراد این گروه ۲۴۱ بیمار از نظر مرحله سرطان چندان رضایتبخش نبودند زیرا فقط $14\% = 34/241$ آنان در مرحله I (U.I.C.C.) قرار داشتند.

۶۸ نفر آنها یعنی 28% از نوعی بودند که سرطانهای

لازم و تطابق یا معایت آنان با یکدیگر میتواند در مجموع خط مشی ما را برای عمل ثانویه پستان روشن سازد .

بایک روش ترموگرافی دقیق با اشعه مادون قرمز مؤلفین توانسته اند که ۳۵٪ خطای تشخیص یعنی ۳۵٪ پستان بدون سرطان برداشته شده را به ۳/۵٪ یعنی به ۰۵ برابر کمتر برسانند .
آزمونهای بالینی متعدد و ترموگرافی دقیق پستان و ستون فقرات ، دوبار در سال و امتحانات ماموگرافی و گزنوگرافی پستانی زیربغلی کمتر مورد احتیاج میباشد .

پستان طرف دیگر نیز باید بهمان اندازه مورد توجه قرار گیرد ، بهر صورت باید توجه داشت که اندیکاسیون جراحی هیچگاه تصمیمی فوری نیست .

تا سال ۱۹۷۲ نوع عمل جراحی متداول برای برداشتن ثانویه پستان همیشه یک عمل هالشتد Halsted بوده است . ولی در سه سال اخیر عمل جراحی رادیکال بدون برداشتن عضلات یعنی به روش Patey میباشد .

در صورتیکه سرطان فقط در زیر بغل نمود کرده باشد گاهی پستان را باقی گذارده و فقط به برداشتن غدد لنفاوی زیر بغل و برداشتن عضله سینه‌ای کوچک اکتفا شده است .
در سالهای اخیر استثناً چند مورد ماستکتومی موضعی (برداشتن قسمتی از پستان) بعلت استریل نبودن قسمتی از پستان نیز انجام گرفته است .

ولی ۹۲ مورد ذکر شده همگی شامل مواردی است که پستان کاملاً " برداشته شده است .

التهابی بارشده سریع داشتند ، این شکل بالینی از نظر بیولوژی غیرقابل عمل در مرحله اول میباشد . این تعداد در گروه کل ۱۷٪ = ۶۸/۴۰۳ کل بیماران را تشکیل میدادند .

اگر ما فقط نتایج معالجه سرطانهای مرحله II (PEV, 0) که قسمت اعظم سرطانهای درمان شده را تشکیل میدهند ارائه میکردیم باستی به نتیجه موفقیت آمیز ۷۶٪ = ۶۷/۸۸ زندگی بدون عارضه سرطانی بعد از پنج سال اشاره کنیم .

از ۶۸ مورد سرطان پیشرفته ، که ۴۰ نفر آن در مرحله PEV, I و ۲۸ نفر آن در مرحله PEV, 2, IG, R بودند فقط ۱۴ مورد معالجه ظاهری بعد از پنج سال (۲۰٪) بدست آمده است .

نتایج در مواردی که منجر به قطع ثانویه پستان پس از سزیوم تراپی

شده اند (۹۲ مورد) :

مراقبت بیماران پس از پرتودرمانی فوق العاده دقیق و پیگیری آنها مشکلتر از مواردی است که در ابتداء عمل شده اند و در زیر بدان اشاره میشود . زیرا در نشانگان بالینی و پرتونگاری و ترموگرافی و حتی بافت شناسی در اثر پرتودرمانی دگرگونیهای عمده‌ای پدید میآید .

در مراقبت از این بیماران لازم است از دو خطر اجتناب کرد :

۱- تشخیص اشتباهی عود بیمار داده شود

۲- تشخیص استریلیزه نشدن داده نشود .

تنها یک مراقبت منظم و دقیق با کمک کلیه وسائل و آزمایشات

شفا یافته بعد از ۵ سال	
۲۶/۳۰ = ۸۶٪	پستان برداشته شده و استریل از نظر T, N
۳۱/۶۲ = ۵۰٪	پستان برداشته شده و دارای آسیب مشهود
۵۷/۹۲ = ۶۲٪	جمع

(تابلوی شماره ۷) :

نتیجه درمان بعد از قطع ثانویه پستان

در جدول شماره (۷) اغلب جراحی‌هایی است که تا ماه ششم بعد از شروع رادیوتراپی انجام گرفته است . پنج سال زندگی نیز از روز شروع درمان اولیه ، یعنی رادیوتراپی ، محاسبه شده است .

نتایج درمانی در این موارد نیز بسیار خوب بنظر میرسد .
۲/۳ شفا یافته برای کلیه موارد عمل شده و یک شفا یافته روی

دو نفر یا ۵۰٪ در مواردی که عود بیماری توسط بافت‌شناسی مسلم شده است .

بدین ترتیب جراحی ثانویه هنوز در ۵۰٪ موارد بعد از سزیوم تریایی مؤثر می‌باشد . ولی باید توجه داشت که عوارض این جراحی بعد از رادیوتراپی خیلی زیادتر از جراحی اولیه پستان می‌باشد .

این عوارض عبارتند از : دیرالتیام پیدا کردن زخم تقریباً " در تمام موارد . باز شدن زخم در ۲/۴ موارد ، ولنفوره Lymphorée در ۱/۳ موارد و نکروز غضروفهای دنده‌ای در ۱/۳ موارد . ولی بنظر میرسد که این عوارض پس از گزینش عمل پاته (Patey) بجای هالشتد (Halsted) کمتر شده است . بدینجهت باید توجه داشت که حتی المقدور جراحی و رادیوتراپی دو متد درمانی مکمل یکدیگر باشند و منافع آنها با یکدیگر جمع گردد ، نه اینکه عوارض آنها به یکدیگر اضافه شود .

مواردی که پرتودرمانی باید کنار گذاشته شود :

ده سال استفاده از روش فوق ، مؤلفین را متوجه مواردی نموده است که باید از رادیوتراپی صرف نظر کرد .

۱- از نظر تشخیصی :

بهیچوجه نباید رادیوتراپی را قبل از آزمون میکروسکوپی مثبت غیر قابل انکار شروع نمود . حتی اگر مجموع آزمایشات دیگر همگی دال بر تشخیص سرطان پستان باشد . تنها در مورد سرطان حاد بارشد سریع میتوان پرتودرمانی را قبل از نتیجه بافت‌شناسی شروع کرد ، بشرطی که اولاً " کلیه آزمایشات دیگر مثبت باشند و در هر حال در صورت موفقیت آنرا جزو آمار درمانی به حساب نیاورد .

۲- از نظر سرطان :

- ۱- سرطانهای داخل کانالی که از نظر بدخیمی مشکوک، یا در هر حال سیر کند دارند .
 - ۲- بیماری پازه نوک پستان با یا بدون تومور قابل لمس پستان ؛
 - ۳- سارکوم پستان ؛
 - ۴- سرطان پستان زنان باردار و مردان ؛
 - ۵- سرطانهای بزرگ و حجیم بیشتر از ۸ سانتیمتر و سرطانهای همراه با غدد لنفاوی بزرگ در زیر بغل .
- دومورد آخر Contre Indication
- صد درصد نبوده و فقط از سال ۱۹۷۰ به بعد در نظر گرفته

شده است .

۳- از نظر پستان :

پستانهای حجیم و بزرگ و پرچربی که از نظر اندازه گیری و رسانیدن پرتو ، اشکالات بزرگی تولید نموده و سپس عوارض شدید برجای بگذارد .

۴- از نظر بیمار :

نزد بیمارانی که نگهداری پستان صلاح نباشد ، یعنی مسن بودن بیمار ، تمایل به درمان سریع و اجتناب در اجزای اضافی . بیمارانی که قبلاً " یک پستان را از دست داده باشند و بالاخره بیمارانی که برایشان از دست دادن پستان تفاوتی نداشته باشد .

۵- از نظر دستگاه و نیروی انسانی :

هرگاه که بیماریا پزشکی به محلی که کلیه وسائل پرتودرمانی مدرن در آن وجود داشته باشد دسترسی نداشته باشد ، یا آنکه رادیوتراپیست وارد به این نوع درمان در محل نباشد و بی‌گیری‌های لازم نتواند انجام گیرد ، بهر حال باید توجه داشت که یک جراحی رادیکال ، که سالهاست نتایج خود را نشان داده است ، خیلی بهتر از درمان رادیوتراپی و لو کمی نافع می‌باشد و هیچگاه نباید تا از دستگاه و نیروی انسانی و امکان پی‌گیری‌های لازم اطمینان نباشد به چنین درمانی دست زد .

موارد لزوم پرتودرمانی برای درمان بدون جراحی :

بعد از ۱۵ سال تجربه و پژوهش مداوم درباره سزیوم تریای روی سرطانهای قابل عمل پستان ، مؤلفین نتایج خود را قابل تطبیق با همکاران خود در مرکز Foudation-Curie میدانند .

به کمک متد ترموگرافی دقیق با دوربین مادون فرمز مؤلفین توانستند ۳۵٪ پستانهای استریل عمل شده را به ۳/۵٪ یعنی ۱۰ برابر کمتر برسانند .

۱- اندیکاسیونهای دقیق تومور برداری قبل از شروع رادیوتراپی که رژیم پرتودرمانی را آسانتر مینماید ، کلیه تومورهای مرحله I (U. I. C. C.) که از نظر رشد التهابی در مرحله PEV. 0 و بدون هیچگونه علامت رشد سریع از نظر ترموگرافی باشند ، بطور قطع بهترین موارد محسوب شده و ۹۰٪ این بیماران شانس آنها دارند که با این درمان بعد از ۵ سال بدون عارضه زنده بوده و پستان خود را نیز حفظ نمایند .

" خلاصه "

مؤلفین بین سالهای ۱۹۶۰ الی ۱۹۷۵، ۱۷۰۸ مورد سرطان پستان قابل عمل را توسط سزیم تراپی Cesium therapie درمان نموده‌اند .

۴۰۳ مورد از این مجموع را ، که شامل ۲۴۱ مورد درمان بوسیله سزیم تراپی تنها و ۱۶۲ مورد سزیم تراپی بعد از برداشتن پستان میباشد و ۵ سال بعد از درمان زندگی نموده‌اند در این مقاله گزارش گردیده است .

از این ۴۰۳ مورد ۹۲ مورد به برداشتن پستان ختم گردیده که ۳۰ مورد آن پستان از نظر بافت‌شناسی استریل بوده است .

تومورکتومی (Tumorectomie) که فقط به مرحله اول طبقه‌بندی U.I.C.C. اختصاص داده شده بهترین نتایج را در برداشته است که ۸۶٪ مبتلایان به سرطان در این مرحله معالجه گردیده‌اند . ۹۰٪ از زنان درمان شده این گروه پستان خود را حفظ نموده‌اند .

بطور کلی و بدون طبقه‌بندی و جداسازی سرطانها ، میتوان گفت که رادیوتراپی از نظر نتیجه درمان با جراحی رادیکال پستان کاملاً قابل مقایسه میباشد . ۵۸٪ بیماران این گروه بوسیله رادیوتراپی معالجه شده و ۵ سال یا بیشتر زندگی نموده‌اند . دوییماراز سه بیمار در این گروه نیز پستان خود را حفظ نمودند .

سزیم تراپی به تنهایی موفق شده است پستان و غدد لنفاوی زیر بغل را در حدود ۵۰٪ از موارد استریل نماید . بدین ترتیب میتوان امیدوار بود که سرطان پستان در مراحل اولیه بدون برداشتن پستان درمان گردد و لذا برداشتن پستان را فقط در مواردی بکار میبریم که درمان رادیوتراپی موفق به از بین بردن سرطان و معالجه آن نگردیده باشد .

۲ - اندیکاسیون‌های بادقت کمتر را رادیوتراپی بدون تومور برداری تشکیل میدهند که انجام آن نیز دقیق‌تر و پرمخاطره‌تر میباشد . در اینجا باید از درمان پستانهای حمیم و سرطانهای پیشرفته با سزیم تراپی خودداری نمود . این گروه شامل سرطان‌های مرحله I-II U.I.C.C. - P.E.V.O.I.G.R. میباشد . در این موارد ۳/۴ بیماران بعد از ۵ سال معالجه شده و زندگی مینمایند ، در این گروه ۶/۱۰ بیماران پستان خود را حفظ مینمایند .

۳ - اندیکاسیون جراحی‌های ثانویه الزامی ، روی پی‌گیری دقیق بالینی و به کمک کلیه وسائل تشخیصی ، بویژه ترموگرافی تعیین میگردد .

بطوریکه در مجموع موارد درمان شده با روش بالا ۱/۴ بیماران در مراحل بعد از سزیم تراپی پستان خود را از دست میدهند .

این جراحی ثانویه در ۵۰٪ از موارد مؤثر بوده و به این بیماران امکان پنج سال زندگی بدون سرطان را میدهد . با توجه به تمام نکات ذکر شده و بشرط دارا بودن کلیه امکانات و تمایل به گزینش این روش درمانی ، میتوان به زنانی که سرطان پستان دارند درمان سرطان را با دو امکان پیشنهاد نمود :

۱ - سعی نمود که در مرحله اول بدون برداشتن کامل پستان سرطان را مداوانمود و در صورت عدم موفقیت در مرحله بعد پستان را عمل کرد .

۲ - مسلماً سعی در نگهداری پستان نباید شانس درمانی بیمار را به مخاطره افکند ، باین علت در هر شرایطی که پرتو درمانی پیشنهاد میگردد لازم است درمان در محیط جراحی انجام گیرد . زیرا هنوز جراحی ، در صورت لزوم بهترین عامل درمان و کنترل پیشرفت سرطان میباشد .

شایسته است که کلیه این نتایج تا ۱۰ سال پی‌گیری شوند ، بویژه در موارد سرطانهای کوچک که میتوانند خیلی دیرآشکار گردند .