

روبان صورتی

آنچه زنان و مردان باید در رابطه با بیماری های سینه بدانند

بهترین کار برای درمان قطعی سرطان سینه تشخیص زودرس این بیماریست

دکتر محمد هادیزاده

فوق تخصص جراحی سینه

عضو هیئت علمی دانشگاه

www.Dr-hadizadeh.ir

Instagram/doctorhadizadeh

شماره صفحه	فهرست مطالب
3	آناتومی پستانها
5	درد پستان
8	ترشحات پستان
10	عفونت پستان
16	سرطان پستان و تشخیص زودرس
16	آشنایی با سرطان پستان
18	علائم سرطان پستان
22	عوامل خطر در سرطان پستان
26	تشخیص زودرس سرطان پستان
27	خودآزمایی پستان
32	معاینه توسط پزشک
33	سایر روش‌های تشخیص بیماری‌های پستان:
33	ماموگرافی
34	سونوگرافی
35	MRI پستان
35	درمان سرطان پستان
35	جراحی در سرطان پستان
39	بازسازی پستان
41	شیمی درمانی در سرطان پستان
41	رادیوتراپی (پرتو درمانی) در سرطان پستان
42	هورمون درمانی در سرطان پستان
43	بازتوانی در سرطان پستان
43	بازسازی پستان
48	10 راهکار ساده برای جلوگیری از سرطان پستان

مقدمه مولف

بیماری‌های پستان و خصوصاً سرطان آن، یکی از اساسی‌ترین بیماری‌های مربوط به زنان است که بروز آن باعث ایجاد مشکلات زیادی از جمله مشکلات حاد شخصی، شغلی- خانوادگی و اجتماعی برای بیماران خواهد شد. سالانه حدود 10000 خانم ایرانی بین سن 17 تا 80 ساله به سرطان پستان مبتلا می‌شوند. (یعنی هر 50 دقیقه یک خانم ایرانی به سرطان پستان مبتلا می‌شود.) و با توجه به عوامل متعدد خطر، هر روز به تعداد مبتلایان افزوده می‌گردد و از طرفی دیگر تشخیص زودرس این بیماری شاه کلید درمان این بیماری از نظر طول عمر، نوع درمان و هزینه‌های آن می‌باشد.

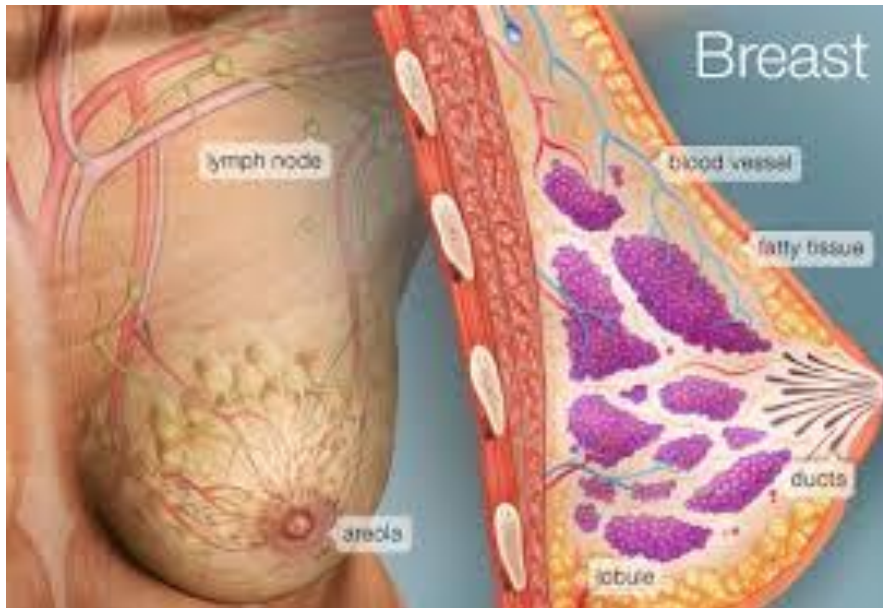
یکی از اساسی‌ترین راههای تشخیص زودرس این بیماری، آگاهی بیشتر زنان از عوامل خطر و تشخیص این بیماری و معاینه ماهیانه توسط خودشان می‌باشد. لذا در راستای تشخیص زودرس برای حفظ سلامتی و طول عمر و کیفیت زندگی بیشتر بانوان ایرانی بر آن شدم تا اطلاعات جامعی را در این کتاب ارائه نمایم. به امید روزی که این بیماری را بتوانیم ریشه‌کن و یا تمامی مبتلایان به این بیماری را در مراحل اولیه تشخیص دهیم.

دکتر محمد هادی زاده

فوق تخصص جراحی پستان

آناتومی پستانها

پستان در واقع نوعی غده عرق تغییر شکل یافته در بدن به شمار می‌آید. غدد پستانی بجز دوران بارداری و شیردهی در یک مرحله غیر فعال به سر می‌برند. ساختار اصلی آنها بافت چربی و همینطور بافت کششی (ارتجاعی) متشکل از رشته‌های الاستیک می‌باشد. هر پستان از 20-15 بخش به نام «لوب» تشکیل شده است که مانند گلبرگ‌های گل مینا در کنار هم قرار دارند. هر لوب به نوبه خود از لوبولهای کوچکتر و در نهایت آنها نیز از هزاران لوبول ریز تشکیل یافته است که در آنها شیر تولید می‌شود. در بین این اجزا شیارهایی به نام «مجرا» یا «داکت» وجود دارد که به مرکز نوک پستان در ناحیه تیره پوست که «آرئولا» نام دارد منتهی می‌شود. فضای باقیمانده میان مجراها و لوبولها را چربی پر می‌کند. اندازه هر پستان به میزان بافت چربی آن بستگی دارد. در شکل می‌توانید اجزای مختلف پستانها را ملاحظه کنید.



عواملی مثل حاملگی (که غدد شیری به صورت موقتی بزرگ می‌شوند) یا کاهش سریع وزن و آثار افزایش وزن باعث می‌شوند که پوست کشیده شود و در نتیجه می‌تواند موجب افتادگی پستان‌ها شود. (اغلب خانم‌ها از پستان‌های خودشان راضی نیستند البته این بیشتر به خاطر برنامه‌هایی است که مدل‌ها در آن به نمایش در می‌آیند. ولی واقعاً یک پستان نرمال ممکن است کوچک، بزرگ، افتاده یا نامتقارن باشند. در واقع پستان‌های نامتقارن (یعنی اینکه یکی بزرگتر از دیگری) در بین خانم‌ها خیلی رایج است. اندازه پستان‌ها نیز بسیار متفاوت است. بعضی زن‌ها پستان‌های بسیار کوچکی دارند اما به خوبی کودک را شیر می‌دهند از آن طرف ممکن است کسی که پستان‌های بزرگی دارد دردهای ستون فقرات داشته باشد. البته اندازه پستان‌ها در اثر حاملگی، شیردهی و سیکل ماهانه فرق می‌کند و بزرگتر می‌شود. در شکل زیر چند مدل از پستان‌های مختلف را می‌بینید که مثلاً فاصله بین دو پستان در فردی نسبت به فرد دیگری بیشتر است یا نوک پستان و هاله اطراف آن که به آن آرئولا می‌گویند در یک خانم، بزرگتر و پررنگ‌تر و در خانم دیگری کوچکتر و کمرنگ‌تر است.



از دیگر هورمون‌های مؤثر می‌توان به پرولاکتین اشاره کرد که از قسمت پیشین غده هیپوفیز ترشح شده و عامل محرک تولید شیر می‌باشد. در پاسخ به محرک مکش نوزاد، اکسی‌توسین (مترشح در هیپوفیز پسین) به نوبه خود موجب خروج شیر از پستان مادر می‌شود.

اصولاً تحریکات هورمونی موجب رشد مجاری و بافت آرنولا و همچنان بافت و همچنان بافت چربی و در نتیجه افزایش حجم پستان می‌شود. نوک پستانها و ناحیه اطراف آن نیز بزرگتر شده و به لمس و تحریکات خارجی حساس می‌شوند. در دوران عادت ماهانه زنان، پستانها تحت تأثیر هورمون‌های جنسی دچار تغییرات خاصی می‌شوند که در هر شخص به گونه‌ای متفاوت بروز می‌کند. از جمله این تغییرات می‌توان به افزایش حجم، ورم و نیز درد خفیفی در آنها اشاره نمود.

این علائم معمولاً پس از چند روز اول پیروید ناپدید می‌شوند. در دوره بارداری سایز پستانها بنا بر تأثیر هورمون پرژسترون بطور چشمگیری افزایش می‌یابد. نوک پستانها و نواحی پیرامونشان نیز بزرگتر شده و دارای رنگ دانه‌های بیشتری می‌شوند. این مکانیزم چربی پستانها را جایگزین کرده و آنها را برای تولید شیر در مرحله نهایی حاملگی آماده می‌سازد. درست پس از زایمان، شیر در پستانها ساخته می‌شود. بعد از اتمام دوره شیردهی پستانها به حالت دوران شروع حاملگی بر می‌گردند. در دوره پس از یائسگی نیز گرچه ممکن است شکل پستانها زیاد تغییر نکند، اما قسمت عمده ساختار مخصوص تولید شیر با چربی جایگزین می‌شود. در هر صورت گفتنی است پستانهای زن تنها در دوره حاملگی او شکل قطعی و نهایی خود را می‌گیرند.

با توجه به این که هدف اصلی از وجود پستانها نقش مهم آنها در ساختن شیر برای شیردهی می‌باشد، اما این دوران تنها دوره مختصری از زندگی زن را تشکیل می‌دهد و با نقش زیبایی شناختی آنها در کیفیت زندگی‌اش به هیچ وجه قابل مقایسه نیست.

از آنجا که پستان‌های زن نشان اصلی مؤنث بودن اوست، رضایت او از فرمشان در هویت و ابراز وجود او از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد. مراقبت و توجه لازم به پستان‌ها بخشی از سلامتی و زیبایی یک زن است که در بهبود روحیه‌اش مؤثر می‌باشد.

پستان‌ها می‌توانند به شکل سیب و یا گلابی باشند. زیبایی پستان‌های یک زن در چگونگی بها دادن او به آنهاست. هر فرم پستان‌ای زیبایی منحصر به فرد خود را دارد و صد البته در نظر نظاره‌گر آن زیباست.

درد پستان

ضربه‌های وارد شده به پستان، کیست‌های پستان و توده‌های خوش خیم یا بدخیم پستان نیز می‌توانند باعث ایجاد درد در پستان شوند.

درد پستان یا ماستالژی مشکل شایعی بین خانم‌هاست؛ به طوری که از هر 10 خانم 7 نفر در طول زندگی آن را تجربه می‌کنند. در واقع در حدود 10 درصد از زنان، درد متوسط تا شدید پستان را حداقل در 5 روز از ماه تجربه می‌کنند و در برخی موارد، در سر تا سر دوران قاعدگی چنین درد شدید وجود دارد ...

زنانی که یائسه شده‌اند، نیز ممکن است دچار درد پستان شوند و البته این علایم بیشتر در زنان جوان‌تر و حوالی یائسگی رخ می‌دهند. اگر درد پستان شدید باشد، می‌تواند زندگی فرد و فعالیت روزانه را تحت تأثیر قرار دهد. اینکه درد پستان به تنهایی نشان دهنده سرطان پستان باشد، اتفاق نادری است و تنها در 2 تا 7 درصد از زنان، درد پستان ممکن است نشانه سرطان باشد. اما اگر شما درد غیر قابل توجیهی دارید که زندگی شما را مختل کرده و اگر به هر دلیلی در مورد سرطان پستان نگران هستید، به پزشک مراجعه کنید تا مشکل شما بررسی شود.

درد پستان؛ چرا و به چه علت؟

در بیشتر موارد، تعیین علت دقیق درد پستان امکان‌پذیر نیست اما علل احتمالی شامل تأثیر این موارد است: هورمون‌ها؛ درد پستان اگر به صورت دوره‌ای باشد و با قاعدگی ارتباط داشته باشد، احتمالاً با هورمون‌های جنسی مرتبط است. کاهش یا از بین رفتن این نوع درد با بارداری یا یائسگی نشان می‌دهد که احتمالاً هورمون‌ها در این مورد نقش دارند. به هر حال مطالعات تاکنون نتوانسته‌اند اختلال هورمونی خاصی را شناسایی کنند که عامل قطعی ایجاد درد دوره‌ای پستان‌ها باشد.

عوامل ساختاری: مشکلات آناتومیکی و ساختاری در پستان‌ها می‌تواند موجب ایجاد درد شود که در بیشتر موارد این دردها غیر دوره‌ای هستند. اختلالاتی مانند کیست‌ها، ضربه‌ها و آسیب دیدگی‌ها و جراحی‌های قبلی می‌توانند موجب بروز درد شوند. علت این نوع دردها معمولاً خارج از بافت پستان است. مثلاً ممکن است علت ایجاد درد، اختلالی در دیواره قفسه پستان، عضلات، مفاصل، قلب و نواحی دیگر باشد که به علت انتشار درد به این نحو احساس شود. کشیدگی عضلات پستان و آسیب‌های مفصلی نیز می‌تواند موجب چنین دردهایی شود.

اختلال در تعادل اسید چرب: اختلال در تعادل اسیدهای چرب در داخل سلول‌ها ممکن است حساسیت بافت پستان‌ها را به هورمون‌ها افزایش دهد. این نظریه بر این اساس ارایه شد که در مواردی مصرف مکمل‌های حاوی گامالینولییک اسید، موجب کاهش درد می‌شود. این ماده یک نوع اسید چرب است. به نظر می‌رسد گامالینولییک اسید موجب تعادل اسیدهای چرب شده و حساسیت بافت پستان به هورمون‌ها را کاهش می‌دهد.

مسائل روانی خلقی :

شایعترین علت بهم خوردن میزان روشها در بدن مسائل خلقی است. خانم‌هایی که دچار اضطراب و یا افسردگی هستند و یا جایگاه اجتماعی آنها ضعیف شده است دچار دردهای پستانی شوند، توجه این مسئله از اهمیت بالایی برخوردار است.

داروها: مصرف برخی داروهای هورمونی، داروهای درمان ناباروری و داروهای خوراکی جلوگیری از بارداری ممکن است با درد پستان مرتبط باشند. در اثر درمان با استروژن و پروژسترون، ممکن است بافت پستان، حساس و دردناک شود. ممکن است علت ایجاد درد پستان در خانم‌های یائسه درمان‌های هورمونی باشد. همچنین گزارش‌هایی از درد پستان مرتبط با مصرف داروهای ضد افسردگی مانند داروهای مثل فلوکستین و سرتالین وجود دارد. اندازه پستان: زنانی که پستان بزرگی دارند، ممکن است دردهایی را به صورت غیر دوره‌ای تجربه کنند. این نوع درد ممکن است همراه با دردهای گردن، شانه و پشت باشد. مطالعات نشان می‌دهد که اگر عامل درد پستان، بزرگی آنها باشد، جراحی برای کاهش اندازه پستان می‌تواند علایم را تخفیف دهد. البته جراحی پستان، خود می‌تواند به دردهای بعدی در پستان منجر شود.

درد پستان معمولاً به صورت دوره‌ای یا غیر دوره‌ای است. هر نوع از این دردها ویژگی‌های مخصوص خود را دارند.

چه باید کرد؟

برای درمان، باید علت زمینه‌ای ایجاد کننده برطرف شود، توجه به مسائل روانی اجتماعی از اولویت بالایی برخوردار است. پوشیدن لباس زیر مناسبی که بافت‌ها انتشار وارد نکند و حمایت کافی از بافت پستان ایجاد کند و تغییر روش جلوگیری از بارداری ایده مناسبی است. استفاده از ضد دردهای موضعی در ناحیه دردناک برای تسکین دردهای غیر دوره‌ای کمک کننده است. اگر در دوران یائسگی هستید و هورمون درمانی برای شما انجام می‌شود، ممکن است نیاز باشد که هورمون درمانی را متوقف کنید. در دردهای دوره‌ای شدید ممکن است پزشک با توجه به

یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی داروهایی مانند دانازول، بروموکریپتین، تاموکسیفن یا سایر داروها را برای شما تجویز کند. مصرف برخی مکمل‌ها مانند مکمل‌های حاوی گامالینولیبیک اسید و یا مکمل ویتامین E به برخی از افراد کمک می‌کند.

دردهای دوره‌ای، دردهای غیر دوره‌ای

ویژگی‌های دردهای دوره‌ای

گاهی برخی مشخصات درد پستان حاکی از دردهای دوره‌ای پستان است که معمولاً موارد زیر را در بر می‌گیرد:
* درد ارتباط واضحی با دوره‌های قاعدگی دارد.

• احساس ناراحتی میهم، احساس سنگینی یا درد وجود دارد.

• معمولاً با تورم یا توده همراه است.

• معمولاً درد دو طرفه است و بیشتر در قسمت‌های فوقانی خارجی پستان احساس می‌شود که به زیر بغل تیر می‌کشد.

• درد معمولاً طی دو هفته نزدیک به شروع قاعدگی شدیدتر می‌شود و پس از آن تخفیف می‌یابد.

معمولاً زنانی را که در سنین پیش از یائسگی هستند، در 20 تا 30 سالگی درگیر می‌کند و همچنین زنانی را که به حوالی یائسگی می‌رسند، در حوالی چهل سالگی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

ویژگی دردهای غیر دوره‌ای:

دردهای غیر دوره‌ای نیز مشخصاتی دارند که شامل موارد زیر است:

• به دوره قاعدگی ارتباط ندارد.

• درد به صورت فشارنده و سوزشی احساس می‌شود.

• ممکن است درد پایدار و متناوب باشد.

• معمولاً یک طرفه است و ناحیه مشخصی را درگیر می‌کند و ممکن است به بقیه نقاط پستان انتشار پیدا کند.

• معمولاً زنان یائسه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اکثر افراد در 40 تا 50 سالگی قرار دارند.

ارزیابی

ارزیابی درد پستان شامل مراحل زیر است که شامل موارد زیر است:

معاینه: معاینه کلینیکی توسط پزشک انجام می‌شود. بافت پستان و غده‌های لنفاوی و نواحی مرتبطی مانند قلب، ریه و قفسه پستان و شکم نیز معاینه می‌شوند. سابقه بیماری‌ها و مصرف داروها بررسی می‌شوند و در صورتی که نیاز باشد، بررسی‌های بیشتری نیز ممکن است انجام شوند.

ماموگرافی: اگر توده، کیست، بافت مشکوک یا غیر طبیعی در بافت پستان یافت شود، ممکن است پزشک به شما ماموگرافی را توصیه کند. ممکن است با معاینه طبیعی نیز پزشک ماموگرافی را توصیه کند چون احتمال دارد بافت غیر طبیعی کوچک باشد و در معاینه مشخص نشود. اگر چه معمولاً برای سنین بالای 30 سال این روش توصیه می‌شود. (بیشتر در زنانی که سابقه زایمان دارند)

سونوگرافی: پزشک با توجه به نتیجه معاینات از بررسی‌های تکمیلی استفاده می‌کند. سونوگرافی بافت پستان معمولاً برای افراد زیر 30 سال استفاده می‌شود و ممکن است برای ارزیابی درد استفاده شود.

بیوپسی: توده‌های مشکوک یا بافت‌های غیرطبیعی ممکن است نیاز به نمونه‌برداری داشته باشند. معمولاً برای نمونه‌برداری به میزان کمی از بافت نیاز است که برای تشخیص به پاتولوژی فرستاده می‌شود.

ارزیابی روانی اجتماعی:

از اولویت بالایی به دلیل در دردهای سینه ای که منظم نیستند برخوردار است.

ترشحات پستان

ترشح از نوک پستان با وجود آنکه نسبتاً شایع و در اغلب موارد خوش خیم است، باعث ایجاد اضطراب و ترس از سرطان در بین خانم‌ها می‌شود. در بیش از نیمی از زنان، با فشار به نوک پستان ترشحاتی از مجاری خارج می‌شود. با وجود اینکه بسیاری از خانم‌های مبتلا به ترشح پستان دچار سرطان نیستند، ولی احتمال همراهی سرطان پستان با این ترشحات، ارزیابی دقیق این بیماران را ضروری می‌سازد. خوشبختانه در حدود 95% از موارد، ترشحات نوک پستان به علت وجود یک بیماری خوش خیم است و احتیاج به کار خاصی ندارد.

انواع ترشحات نوک پستان

در برخورد با ترشح نوک پستان توجه به نکات زیر ضروری است:

- 1- رنگ و نوع ترشح (ترشحات شیری، چرکی، زرد و شفاف، آبکی، خونی و خونابه‌ای، سبز، آبی، قهوه‌ای و خاکستری)
- 2- درگیری یک یا هر دو پستان، خروج ترشحات از یک منفذ نوک پستان یا بیشتر
- 3- خروج خود به خودی مایع یا خروج آن با فشار بین انگشتان
- 4- لمس یا عدم لمس توده همراه
- 5- سن بیمار
- 6- وضعیت هورمونی بیمار (مصرف داروی هورمونی، بارداری، شیردهی، یائسگی و ...)

ترشحات شیری

ترشحات شیری به طور معمول در خانم‌هایی که در سنین باروری هستند، به صورت ترشحات خود به خودی دو طرفه دیده می‌شود. ترشح شیر ناشی از افزایش هورمونی به نام پرولاکتین است. این هورمون در اواخر دوران حاملگی و طی شیردهی در بدن افزایش می‌یابد و منجر به تولید شیر می‌شود که موجبات تغذیه نوزاد را فراهم می‌کند. از علل دیگر افزایش پرولاکتین، توده‌های خوش خیم قسمتی در مغز به نام هیپوفیز، تحریکات نوک پستان مثل مکیدن نوزاد، ضربات قفسه پستان و برخی داروها مثل داروهای ضد فشار خون، قرص‌های ضدبارداری و برخی آرام بخش‌ها هستند. کم کاری تیروئید نیز می‌تواند باعث افزایش پرولاکتین و بروز ترشحات شیری شود. گاهی اوقات نیز ممکن است ترشحات شیری بدون افزایش پرولاکتین دیده شوند. لازم به ذکر است وجود ترشحات شیری 1-2 سال پس از قطع شیردهی نیز ممکن است وجود داشته باشند که این حالت بیماری تلقی نمی‌شود.

ترشحات خونی

از مهم‌ترین انواع ترشحات پستان که از نظر ارزیابی سرطان اهمیت دارند، ترشحات خونی نوک پستان هستند. البته ترشحات خونی در اغلب موارد به علت بیماری‌های خوش خیم پستان نیز ایجاد می‌شوند، اما بیشتر از سایر انواع ترشحات با سرطان همراه هستند، به همین دلیل نیاز به بررسی دقیق دارند. در صورتی که شما ترشحات قرمز رنگ یا صورتی رنگی را در خروجی مجاری پستانی مشاهده کردید، ابتدا باید مشخص شود که آیا ترشحات واقعاً خونی هستند یا خیر. سپس بایستی شرح حال گرفته شده و معاینه کامل انجام

شود. ترشحات خونی که خود به خود خارج شوند، همراه با توده باشند، در سنین بالاتر از 40 سال باشند و از یک پستان و از یک مجرا خارج شوند به ارزیابی‌های دقیق‌تری نیاز دارند. ترشحات خونی یا خونابه ای در اواخر دوران بارداری و دوران شیردهی نیز ممکن است دیده شوند. علت چنین وضعیتی را افزایش عروق در بافت پستان در شرایط بارداری و اوایل شیردهی ذکر می‌کنند که معمولاً مدت کوتاهی پس از زایمان برطرف می‌شود. در این موارد اگر توده‌ای در پستان لمس نشود، به هیچ گونه اقدام تشخیصی و درمانی دیگری احتیاج نیست.

ترشحات آبکی

ترشحات آبکی کاملاً شفاف و رقیق هستند و بعد از ترشحات خونی، مهم‌ترین نوع ترشحات هستند که بایستی از نظر ارزیابی سرطان مورد توجه قرار گیرند.

ترشحات چرکی

این ترشحات معمولاً ناشی از عفونت‌ها هستند. ترشحات چرکی در اغلب موارد یک طرفه و همراه با علائم التهاب مانند قرمزی، درد و سفتی پستان می‌باشند در معاینه معمولاً ترشحات از چند مجرا خارج می‌شوند. عفونت مجاری پستان اغلب در خانم‌هایی که در حال شیردهی هستند اتفاق می‌افتد، بنابراین بیشتر در سنین باروری دیده می‌شوند، ولی در سنین یائسگی هم ممکن است ایجاد شوند. در عفونت پستان باید درمان آنتی‌بیوتیکی شروع شود و در صورت ایجاد آبسه در پستان، بایستی تخلیه شود. اگر عفونت و التهاب با درمان‌های انجام شده برطرف نشود، باید با توجه به احتمال وجود سرطان التهابی، آبسه تخلیه شده و از دیواره آن نمونه‌برداری انجام شود.

ترشحات رنگی

گاهی ترشحات رنگی غلیظ از چند مجرای پستان خارج می‌شوند. این ترشحات که مشخصه اتساع مجاری پستان هستند، اغلب دو طرفه بوده و رنگ آن‌ها می‌تواند سفید، زرد، قهوه‌ای، سبز، آبی یا خاکستری باشد. گاهی ممکن است از یک پستان، ترشحاتی به رنگ‌های مختلف از چند مجرا خارج شود. همچنین ممکن است این ترشحات با خارش و سوزش نوک پستان همراه باشند این ترشحات نیاز به اقدام درمانی خاص ندارند. اتساع مجاری پستان در واقع گشاد شدن مجاری اصلی پستان با افزایش سن است این حالت، رابطه ای با بروز سرطان پستان ندارد و کاملاً خوش خیم است.

ترشحات فیزیولوژیک و طبیعی

با فشار دادن نوک پستان به آرامی بین دو انگشت در 60% از زنان غیر شیرده، مقدار کمی مایع خارج می‌شود. این ترشح، فیزیولوژیک و طبیعی است و رنگ آن از سفید تا زرد، سبز، قهوه‌ای، آبی یا سیاه متغیر است. این ترشحات به طور معمول پس از حمام آب گرم یا دستکاری نوک پستان خارج می‌شوند، خروج آن‌ها با فشار و غیر خود به خودی و از چند مجرا است، معمولاً خونی نیستند و در خانم‌هایی که از قرص‌های ضدبارداری یا آرام بخش استفاده می‌کنند، شایع‌ترند.

هم‌چنین، این ترشحات به طور شایعی در دوران قبل از یائسگی دیده می‌شوند که علت آن، تخریب و ریزش سلول‌های سطحی مجاری پستان به علت تغییرات هورمونی است. ترشحات فیزیولوژیک پستان احتیاج به درمان ندارند.

اقدامات تشخیصی در ترشحات نوک پستان

بررسی‌های تشخیصی در مورد ترشحات پستانی شامل موارد زیر است:

معاینه بالینی پستان، آزمایش ترشحات از نظر وجود خون و سلول‌های بدخیم (که البته ارزش تشخیصی زیادی ندارد)، ماموگرافی با یا بدون سونوگرافی.

معاینه دقیق بالینی و انجام ماموگرافی، بهترین روش‌های ارزیابی بیمار هستند و در صورت لمس توده در پستان، انجام نمونه‌برداری از توده ضرورت دارد. در صورت عدم لمس توده و وجود ترشحات مشکوک از یک مجرای پستان، می‌توان مسیر مجرا را مشخص کرد و آن قسمت را حین جراحی برداشت.

ترشح از نوک پستان در شرایط زیر قابل اهمیت است:

- خود به خود باشد، نه با دوشیدن پستان دچار شود.
- خونی باشد.
- یک طرفه باشد.
- از سنین بالاتر پیش آید.

عفونت پستان

بطور کلی عفونت‌های پستان را می‌توان به دو دسته اصلی تقسیم کرد:

- عفونت‌های پستان در دوران شیردهی
- عفونت‌های پستان در دوران غیر شیردهی
- عفونت‌های پستان ممکن است محدود به پستان باشند یا به دنبال یک بیماری عمومی در بدن، ظاهر شوند.

عفونت‌های پستان در دوران شیردهی

التهاب و عفونت پستان در دوران شیردهی شایع است. البته در حال حاضر با مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در هنگام زایمان، میزان بروز این عفونت‌ها کاهش یافته است، ولی با این حال هنوز هم بسیاری از مادران شیرده دچار این مشکل می‌شوند. توجه و مراقبت کافی از پستان در دوران حاملگی و شیردهی می‌تواند شانس ابتلا به این عفونت‌ها را کاهش دهد. این مراقبت‌ها شامل بهداشت مناسب، جلوگیری از پر شدن شیر در پستان و جلوگیری از بروز خراش‌های نوک پستان هستند.

در دوران شیردهی، شستشوی پستان‌ها قبل و پس از شیر دادن به کودک لازم است. نوک پستان بایستی خشک و تمیز نگاه داشته شود و بایستی توجه کرد که تمام قسمت‌های پستان نیز کاملاً تمیز شود. رعایت این نکات در پیشگیری از بروز عفونت‌های پستان بسیار مؤثر است.

عامل میکروبی شایع در بروز عفونت‌های پستان، نوعی باکتری به نام «استافیلوکوک اورئوس» است. که معمولاً از طریق خراش‌های نوک پستان وارد بافت پستان می‌شود. وجود شیر در پستان، محیط غذایی مناسبی برای رشد میکروب فراهم می‌کنند و به تدریج، تهاجم میکروب به قسمت‌های اطراف باعث گسترش بیماری در پستان می‌شود. در مراحل اولیه بیماری، عفونت محدود به قسمت کوچکی از پستان است ولی با پیشرفت بیماری، قسمت‌های دیگر پستان نیز درگیر می‌شوند، بنابراین حتی الامکان باید از بروز خراش‌های نوک پستان جلوگیری کرد. شیر دادن صحیح به نوزاد می‌تواند از بروز این خراشها جلوگیری کند. همچنین در صورت بروز این خراشها، تخلیه مکرر پستان از شیر و رعایت بهداشت نوک پستان برای جلوگیری از عفونت پستان باید انجام شود.

رعایت بهداشت پستانها در دوران بارداری و شیردهی، شانس ابتلا به عفونت‌های پستان را در دوران شیردهی کاهش می‌دهد.

مادران شیرده در دو مرحله از دوران شیردهی مستعد ابتلا به عفونت پستان هستند:

1- در طی ماه اول شیردهی بعد از اولین حاملگی؛ در این زمان به خاطر عدم آگاهی و تجربه کافی مادر نوک پستانها بیشتر در معرض صدمه هستند. بهداشت پستانها کمتر رعایت می‌شود و مراقبت کافی از پستانها به عمل نمی‌آید. به این ترتیب حدود 75% از آبسه‌های پستان در دوران شیردهی، در ماه اول پس از زایمان اتفاق می‌افتند.

به مادران جوان توصیه می‌شود:

- هنگام شیر دادن به نوزاد، قسمت هاله و نوک پستان را وارد دهان نوزاد کنید در صورتی که فقط نوک پستان وارد دهان نوزاد شود، احتمال ایجاد خراش‌های نوک پستان بیشتر است.
- قبل و پس از شیر دادن به نوزاد نوک پستانها را با آب گرم بشوئید.
- همواره نوک پستان و هاله اطراف آن را تمیز و خشک نگاه دارید.
- هرگاه نوزاد شما گرسنه بود، به او شیر بدهید. با این کار نه تنها شیر شما زیاد می‌شود بلکه به علت تخلیه مکرر شیر احتمال عفونت‌های پستان کاهش می‌یابد.

2- در زمان گرفتن کودک از شیر؛ در این دوران به خاطر تجمع بیشتر شیر در پستانها و همچنین به خاطر وجود دندان در دهان کودک و صدمه به نوک پستان، امکان بروز عفونت افزایش می‌یابد.

در هر حال در صورت بروز بیماری، بیمار از قرمزی و تورم دردناک پستان شاکی است که اغلب با علائمی مثل تب همراه است. در مراحل اولیه تنها التهاب و قرمزی مختصری در پوست دیده می‌شود و در صورتی که در مان انجام نشود، با پیشرفت بیماری آبسه تشکیل شده و پوست روی آن ممکن است حالت زخمی پیدا کند. در بیمارانی که تحت درمان آنتی‌بیوتیکی قرار گرفته‌اند ممکن است علائم معمول بیماری وجود نداشته و تنها توده‌ای قابل لمس باشد، بنابراین بیماری می‌تواند از نظر بالینی در دو مرحله باشد.

1- التهاب بافت نرم (سلولیت) بدون تجمع چرک

2- آبسه

در مرحله التهاب بافت نرم، قرمزی مختصر روی پوست، حساسیت در لمس و درد در آن منطقه وجود دارد. پوست روی محدوده مبتلا کمی گرمتر از سایر نقاط لمس می‌شود. در صورت عدم درمان و پیشرفت عفونت، همان‌گونه که قبلاً ذکر شد، حفره‌ای حاوی چرک تشکیل می‌شود که همان آبسه پستان است. در این حالت علائم پوستی واضحتر و درد شدیدتر است.

در این میان، ممکن است یک مرحله بینابینی نیز مشاهده شود. این مرحله هنگامی است که بیمار تحت درمان با آنتی‌بیوتیک قرار گرفته است و علائم مرحله حاد بیماری فروکش کرده، ولی کاملاً بهبود نیافته است. ممکن است در

این مرحله تنها یک توده لمس شود. در این مرحله باید معاینه دقیق پستان انجام شود و در صورت لزوم از روش‌های تشخیصی مثل سونوگرافی کمک گرفته شود و بر حسب شرایط بیمار، درمان مناسب انجام شود. درمان با توجه به مرحله بیماری و شرایط بیمار، متفاوت خواهد بود:

1- مرحله التهاب بافت نرم: در این مرحله با درمان آنتی‌بیوتیکی، علایم بیمار به سرعت رو به بهبود می‌رود. درمان مناسب در این مرحله احتمال ایجاد آبسه را متغی می‌کند.

انجام آزمایش و کشت ترشحات می‌تواند راهگشای تغییر در درمان ضد میکروبی باشد. از آنجایی که آنتی‌بیوتیک‌ها در شیر ترشح می‌شوند، باید از مصرف داروهایی که باعث صدمه به نوزاد می‌شوند مثل تتراسیکلین، مترونیدازول و جنتامایسین اجتناب کرد. درمان با آنتی‌بیوتیک در این مرحله در بسیاری از بیماران باعث بهبودی کامل می‌شود، اگر چه 10-5 درصد از بیماران با وجود این درمان دچار آبسه می‌شوند.

2- بیماری در مرحله آبسه: پس از ایجاد آبسه که معمولاً 48 ساعت پس از شروع بیماری است، استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها می‌تواند علائم را به طور موقت تخفیف دهد، ولی به دلیل آنکه نمی‌تواند به داخل حفره آبسه نفوذ کند، نمی‌تواند جلوی پیشرفت بیماری را بگیرد. در مواردی که وجود آبسه قطعی نیست با تخلیه سوزنی می‌توان تشخیص را قطعی کرد. در این موارد استفاده از سونوگرافی نیز کمک کننده است. پس از تشخیص آبسه انجام جراحی برای تخلیه آبسه ضروری است.

در کنار این درمان، تخلیه شیر از پستان مبتلا نیز باید انجام شود. این کار به کمک دوشیدن دستی یا به وسیله شیردوش یا مکیدن نوزاد انجام می‌شود. ادامه شیردهی از پستان سالم نیز باید انجام شود.

عفونت‌های پستان در دوران غیر شیردهی

این عفونت‌ها در مقایسه با عفونت‌های دوران شیردهی، در سنین بالاتری دیده می‌شوند و تنوع میکروبی نیز در آنها بیشتر است. عفونت‌های غیرشیردهی را می‌توان به دو دسته عفونت‌های قسمت مرکزی و اطراف هاله پستان و عفونت‌های قسمت محیطی پستان تقسیم‌بندی کرد.

عفونت‌های قسمت مرکزی پستان

در این بیماران عفونت مربوط به مجاری شیری در زیر هاله پستان است. این عفونت‌ها در خانم‌هایی که در سنین باروری هستند (15-45 سالگی) دیده می‌شوند و از نظر میکروبی معمولاً به طور همزمان حاوی چند نوع میکروب هستند. بررسی‌های جدید نشان داده‌اند که کشیدن سیگار نقش مهمی در ایجاد این نوع عفونت پستان دارد. تظاهرات بیماری ممکن است به صورت التهاب اطراف هاله پستان همراه یا بدون توده التهابی، یا به صورت آبسه باشد. درد قسمت مرکزی پستان، تو کشیدگی نوک پستان و ترشح از نوک پستان نیز ممکن است دیده شود. درمان شامل استفاده از آنتی‌بیوتیک مناسب و در صورت وجود آبسه، تخلیه آبسه با روش جراحی است. آبسه‌های همراه با اینگونه عفونت‌ها تمایل بیشتری برای عود کردن دارند.

اگر توده التهابی پس از درمان مناسب و صحیح از بین نرود، باید به وجود توده سرطانی شک کرد، اگر چه این حالت شایع نیست.

گاهی اوقات ممکن است بین پوست پستان در ناحیه اطراف هاله و یک مجرای شیری بزرگ در زیر هاله پستان، یک مسیر ارتباطی برقرار شود که به آن فیستول می‌گویند. فیستول ممکن است به دنبال شکافتن آبسه غیر شیردهی، به دنبال ترشح خودبخودی یک توده التهابی در اطراف هاله و یا به دنبال نمونه برداری از یک توده التهابی اطراف مجرای شیری ایجاد شود. درمان فیستول برداشت آن قسمت از مجرای آسیب دیده و مصرف آنتی‌بیوتیک

مناسب است. عود بعد از جراحی شایع است و کمترین میزان عود و بهترین نتایج از نظر زیبایی در مراکز تخصصی پستان به دست می‌آید.

عفونت‌ها و آبسه‌های قسمت محیطی پستان

این آبسه‌ها شیوع کمتری از نوع قبلی دارند و معمولاً در سنین بالاتری دیده می‌شوند. در خانم‌های یائسه آبسه‌های محیطی پستان اغلب به صورت ناگهانی و بدون هیچ بیماری زمینه‌ای، خود را نشان می‌دهند. علت بروز آنها مشخص نیست و در بررسی‌های انجام شده، اتساع مجاری پستان در سنین یائسگی را در بروز آن مؤثر دانسته‌اند. درمان آنها تخلیه چرک به روش جراحی است. همچنین آبسه‌های محیطی پستان در افراد دچار بیماری‌های زمینه‌ای مثل دیابت، مصرف داروهای کورتونی و نیز به دنبال ضربه دیده می‌شوند. این آبسه‌ها نیز با تخلیه جراحی بهبود می‌یابند. در این آبسه‌ها عود شایع است و گاه نیاز به تخلیه مکرر چرک وجود دارد. همچنین در صورت عدم بهبود علائم با درمان آنتی‌بیوتیکی باید به فکر بدخیمی بود. نمونه‌برداری از جدار آبسه جهت رد بدخیمی ضروری است.

عفونت پستان در افراد دچار نقص ایمنی

این عفونت‌ها بطور معمول در افرادی که از داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی استفاده می‌کنند یا در بیماران دچار نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) دیده می‌شود. بروز آبسه پستان شایع است و تنوع میکروبی نیز در این موارد بیشتر است.

میکروب سل نیز یک عامل بروز آبسه پستان در این بیماران است و ممکن است جزو اولین تظاهرات بسیاری باشد. بنابراین وجود آبسه در غیر دوران شیردهی بررسی دقیق بیمار را ایجاب می‌کند. در بیماران مبتلا به ایدز آبسه پستان به سرعت پیشرفت نموده و در بعضی موارد می‌تواند منجر به مرگ بیمار شود.

آبسه‌های به دنبال اعمال جراحی سرطان پستان و رادیوتراپی

این نوع آبسه از نظر درمانی به طور متوسط حدود 5 ماه پس از درمان ایجاد شوند. علت بروز این آبسه‌ها می‌تواند فضای خالی بزرگ در محل نمونه‌برداری، وجود عفونت پستان قبل از انجام نمونه‌برداری و تجمع مایع در محل عمل (سروما) باشد. درمان این نوع آبسه‌ها نیز تجویز آنتی‌بیوتیک همراه با تخلیه چرک است.

آبسه پستان در دوران نوزادی

این نوع آبسه‌ها در دوران شیرخوارگی ایجاد شده و در 20% موارد با استفاده از آنتی‌بیوتیک، بیمار بهبود می‌یابد. در بقیه موارد احتیاج به تخلیه چرک با استفاده از سوزن یا جراحی و سپس درمان آنتی‌بیوتیکی پیدا می‌کنند و عود پس از درمان دیده نشده است. نکته مهم در درمان بیماران این است که در صورت بروز آبسه در دوران شیرخوارگی مراقبت کافی از نظر جلوگیری از صدمه بافت پستان ضرورت دارد زیرا تخریب بافت پستانی ناشی از التهاب و عفونت و همچنین تخلیه چرک به روش جراحی می‌تواند در آینده از نظر رشد پستانهای بیمار، مشکل ایجاد کند.

عفونت‌های قارچی پستان

بعضی از قارچ‌ها می‌توانند باعث بروز عفونت در پستان شوند. علامت بالینی شایع به صورت بروز توده‌ای در پستان است که ممکن است با سرطان اشتباه شود. درمان مناسب با داروهای ضد قارچ در بسیاری از موارد بسیار

مؤثر است. در بعضی موارد احتیاج به دخالت جراحی می‌شود. در بعضی مادران شیرده که دچار درد نوک پستان می‌شوند می‌تواند عامل قارچی دخیل باشد.
در خانم‌های با پستان‌های بزرگ و آویزان، گرفتاری قارچی در قسمت‌های زیرین پستان ایجاد شده که با رعایت بهداشت و درمان دارویی مناسب قابل درمان است.

عفونت‌های ویروسی پستان

التهاب پستانها به دنبال بیماری‌های ویروسی نظیر اریون نیز دیده شده است که به صورت تورم دردناک پستان بروز می‌کند و علائم بیمار با بهبودی بیماری ویروسی فروکش می‌کند.

ماستیت Mastitis (التهاب یا عفونت پستان)

التهاب با عفونت پستان، معمولاً در خانم‌هایی که تازه وضع حمل کرده‌اند، دیده می‌شود این عارضه حدوداً در 1% زنان پس از اولین زایمان بروز کرده و در خانم‌هایی که به کودک خود شیر می‌دهند شایع‌تر است.

خلاصه

- عفونت‌های پستان ممکن است در دوران شیردهی یا دوران غیر شیردهی ایجاد شوند.
- رعایت بهداشت پستان‌ها در دوران شیردهی و جلوگیری از خراش نوک پستان‌ها شانس ابتلا به عفونت‌های پستان را در زمان شیردهی کاهش می‌دهد.
- علائم عفونت شامل قرمزی، گرمی، درد و گاه تورم است.
- در صورت عدم درمان، آبسه ایجاد می‌شود که درمان آن، تخلیه چرک به روش جراحی است.
- عفونت‌های غیر شیردهی پستان اغلب در سنین بالاتر دیده می‌شوند و در آن‌ها احتمال بیماری‌های زمینه‌ای مثل دیابت و سرطان پستان، مصرف داروهای کورتونی و ضربه را باید در نظر داشت.
- وجود آبسه و التهاب، علامت شایعی برای سرطان پستان نیست.

به مادران جوان توصیه می‌شود:

- 1- هنگام شیردادن به نوزاد، قسمت هاله و نوک پستان را وارد دهان نوزاد کنید. در صورتی که فقط نوک پستان وارد دهان نوزاد شود، احتمال ایجاد خراش‌های نوک پستان بیشتر است.
- 2- قبل و پس از شیردادن به نوزاد نوک پستان‌ها را با آب گرم بشوئید.
- 3- همواره نوک پستان و هاله اطراف آن را تمیز و خشک نگاهدارید.
- 4- هرگاه نوزاد شما گرسنه بود، به او شیر بدهید. با این کار نه تنها شیر شما زیاد می‌شود، بلکه به علت تخلیه مکرر شیر احتمال عفونت‌دهی پستان کاهش می‌یابد.

علایم شایع

علایم ممکن است در هر زمانی از دوره شیردهی بروز کند، ولی معمولاً 3-4 هفته پس از زایمان آغاز می‌گردند.
علایم شایع عبارتند از:

ناحیه یا نواحی دردناک، متورم، سفت و گرم در پستان
وجود قرمز و نوارهای قرمز در پستان

علل

عفونت‌ناشی از ورود باکتری به پستان مادر از بینی یا گلوی شیرخوار. شایع‌ترین باکتری‌های عامل این بیماری عبارتند از استافیلوکوک اورنوس و استرپتوکوک بتاهمولیتیک. یکی دیگر از علل میکروبی، ویروس اوربون است.

عوامل افزایش دهنده خطر

خراشیدگی نوک‌پستان

مسدود شدن مجاری شیری در اثر پوشیدن پستان‌بندهای خیلی تنگ، خوابیدن به شکم یا طولانی بودن بیش از

حد فواصل شیردهی

استفاده از شیردوش‌های برقی یا دستی

پیشگیری

شستن نوک پستان‌ها قبل از شیردهی. شستن دست‌ها قبل از تماس آن‌ها با پستان‌ها

استفاده از پستان‌بندهای مناسب

در صورت ترک خوردن یا خراشیدگی نوک پستان، استفاده از کرم لانولین یا سایر ترکیبات موضعی توصیه

می‌گردد.

اجتناب از خوابیدن به شکم

عواقب مرود انتظار

با درمان معمولاً در عرض ده روز بهبود می‌یابد.

درمان

اصول کلی

بررسی‌های تشخیصی احتمالی عبارتند از: آزمایش‌های خون، کشت چرک یا مایع، و گاهی سونوگرافی، ماموگرافی

و نمونه برداری پستان (چرا که ممکن است عامل دیگری غیر از عفونت سبب ایجاد علایم شده باشد).

- استفاده از کیف یخ (یک کیسه پلاستیکی حاوی یخ که با یک حوله نازک پوشیده شده است) بر روی پستان

متورم 3 بار در روز و هر بار 15-20 دقیقه. کیف یخ را در طی یک ساعت زمان شیردهی به کار نبرید، بلکه به جای

آن از کمپرس گرم استفاده کنید.

- از پستان بند بالا نگه‌دارنده پستان استفاده کنید.

- با وجود عفونت پستان، به شیردهی ادامه دهید. ابتدا از پستان مبتلا به شیر خوار شیر دهید تا به تخلیه کامل

آن کمک شود.

- نوک پستان‌ها را با کره یا یک کرم توصیه شده توسط پزشک مالش دهید.

- در صورت بروز آبسه، شیر دادن از پستان مبتلا را متوقف کنید. در این حالت از یک دستگاه شیردوش برای

تخلیه مرتب پستان مبتلا استفاده کرده و به شیردهی از پستان غیر مبتلا ادامه دهید.

داروها

آنتی‌بیوتیک برای مقابله با عفونت. حتی در صورت برطرف شدن سریع علایم، دوره درمان را تکمیل کنید.

مسکن‌ها. برای درد خفیف استفاده از داروهای بدون نسخه نظیر استامینوفن ممکن است کافی باشد.

فعالیت

تا زمان تخفیف تب و درد استراحت نمایید.

رژیم غذایی

رژیم خاصی نیاز نیست. در حین تب مصرف مایعات را افزایش دهید.

اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان دارای علایم ماستیت باشید. در این شرایط به پزشک خود مراجعه نمایید.

بروز علایم زیر در طی درمان:

- افزایش ناگهانی تب تا بالاتر از 38/3 درجه سانتیگراد.
- علایم تشکیل آبسه (یک ناحیه محدود با افزایش قرمزی، درد، احساس درد در لمس و تومج - احساسی شبیه فشار آوردن بر روی تیوپ داخلی لاستیک باد شده).

سرطان پستان و تشخیص زودرس

آشنایی با سرطان پستان

آشنایی با سرطان پستان

سرطان پستان یک بیماری قدیمی است. تومورهای پستان اولین بار توسط مصریان قدیم در 3000 سال قبل از میلاد مسیح توصیف شدند. در پزشکی قدیم هند، پرو، چین، روم، یونان و ایران نیز مطالعات زیادی درباره علل پیدایش، پیشگیری و درمان این بیماری انجام شده است و از آن زمان به بعد بررسی‌ها و گزارشات در مورد این بیماری تا قرون وسطی و عصر حاضر ادامه یافته است.

در بین چهره‌های تاریخ باستان نیز گزارش‌هایی از ابتلا به سرطان پستان به چشم می‌خورد. گفته می‌شود آتوسا دختر کوروش نیز مبتلا به سرطان پستان بوده است. با این وجود، اطلاعات زیادی از این بیماری در ایران باستان در دست نیست.

در حال حاضر سرطان پستان به عنوان شایع‌ترین سرطان بانوان اهمیت خاصی دارد. با توجه به این‌که زنان به عنوان مادر، اساس خانواده را در جامعه ما تشکیل می‌دهند و نیز این بیماری افراد را در سنین حداکثر بازدهی فردی و اجتماعی درگیر می‌کند لذا آگاهی در مورد این بیماری برای بانوان ضروری است.

سرطان پستان چیست؟

تمام بدن ما از سلول ساخته شده است. سلول‌ها بسیار کوچک هستند و فقط به وسیله میکروسکوپ دیده می‌شوند. به طور معمول، سلول‌ها تکثیر می‌شوند تا جانشین سلول‌های پیر و مرده شوند و یا این‌که در بچه‌ها، باعث رشد بدن شوند. این تکثیر و ازدیاد سلول‌ها تابع قوانین خاصی است. بنابراین سلول‌ها به اندازه لازم زیاد می‌شوند، نه کمتر و نه بیشتر. در هنگام بروز سرطان، رشد و تکثیر سلول‌ها از مهار و کنترل خارج می‌شود تعداد زیادی سلول جدیدی ایجاد می‌شود که به تدریج منجر به ایجاد توده و تومور سرطانی می‌گردند. سرطان پستان تقریباً یک بیماری مختص به خانم‌ها است گرچه آقایان نیز مستثنی نیستند. خانم‌ها بیش از 99% مبتلایان را تشکیل می‌دهند. از نظر سنی بروز سرطان پستان در سن زیر 30 سال شیوع کمتری دارد.

در کشورهای غربی، سرطان پستان عمدتاً در سنین بالای 50 سالگی دیده می‌شود، در حالی که طبق مطالعات انجام شده در کشور ما، تعداد مبتلایان در محدوده سنی 49-40 سال از سایر رده‌های سنی بیشتر است. همچنین تعداد بیماران جوان‌تر نیز از کشورهای غربی بیشتر است.

عوامل مستعد کننده شامل سن بالا، سابقه فامیلی، نازایی، اولین حاملگی بالای 30 سالگی، مصرف غذاهای حاوی چربی حیوانی زیاد و... می‌باشند. بسیاری از این بیماران در مراحل اولیه، علائم بالینی چندانی نداشته و بیماری به وسیله معاینه جراح و انجام ماموگرافی مشخص می‌شود. از نظر محل بروز سرطان در پستان، بیشترین قسمتی از پستان که امکان بروز سرطان را دارد ربع فوقانی خارجی پستان‌ها می‌باشد.

در مراحل اولیه بیماری، ممکن است بیمار کاملاً بدون علامت باشد و پس از مراجعه جهت کنترل، شک به وجود سرطان ایجاد شود و به وسیله روش‌های تشخیصی مثل ماموگرافی و یا سونوگرافی این شک تأیید گردد. گاهی پزشک معاینه کننده نیز علامت مهمی در بیمار پیدا نکرده و با انجام روش‌های تشخیصی نظیر ماموگرافی، یک ضایعه مشکوک به سرطان پیدا می‌شود و لزوم پیگیری و تشخیص قطعی بیماری ضرورت می‌یابد. بدیهی است در این موارد ضایعه سرطانی در مراحل اولیه تشخیص داده شده و درمان آن با موفقیت بیشتری همراه خواهد بود.

شناخت پستان از نظر تشریحی و عملکردی

محدوده پستان از نظر تشریحی، شامل منطقه مربع شکلی است که از بالا به استخوان ترقوه، به دنده‌های 6 و 7 قفسه سینه از پهلو به خطی که از وسط حفره زیر بغل به پایین رسم می‌شود و از داخل به جناغ پستان محدود می‌شود.

پستان عضوی است که از غدد تولید کننده شیر و مجاری شیری تشکیل شده است و اطراف این غدد و مجاری را بافت چربی و بافت نگهدارنده در بر گرفته‌اند. در بر گرفته‌اند. غدد مولد شیر به صورت گروهی قرار دارند و به هر گروه یک لوب می‌گویند که تعداد آن‌ها 15-20 عدد است. بنابراین هر لوب شامل تعداد زیادی غدد کوچکتر به شکل خوشه انگور است که وظیفه تولید شیر را به عهده دارند. به همین دلیل است که هنگام لمس پستان، آن را پشته پشته و غده غده احساس می‌کنیم. مجاری شیری، شیر تولید شده در داخل هر لوب را جمع آوری می‌کنند و به خارج از هر لوب انتقال می‌دهند. بنابراین 15-20 مجرای شیری نیز وجود دارد که مستقیماً از هر لوب به نوک پستان می‌روند و شیر را از طریق منافذ نوک پستان به بیرون تخلیه می‌کنند. در زیر بافت غددی و چربی پستان، عضلات قفسه پستان قرار دارند که پستان روی آن‌ها قرار می‌گیرد. از غلاف پوشاننده این عضلات، طناب‌هایی به داخل پستان می‌روند و پس از عبور از لابه‌لای بافت پستان، به زیر پوست پستان می‌چسبند. این باعث می‌شود که پستان در وضعیت خاصی روی عضلات ثابت باقی بماند. یه این طناب‌ها، لیگامان‌های کوپر می‌گویند.

سرطان پستان در ایران:

سرطان پستان شایعترین سرطان در ایران است و اولین سرطان زنان ایرانی بشمار می‌رود. سالانه حدود 10 هزار مورد سریان جدید در کشور پیدا می‌شود که سرعت رشدی معادل 5 دزمد دارد. یعنی قریب 500 نفر هر سال به آمار اضافه می‌شود. میزان بروز آن حدود 30 در 100 هزار نفر زنان ایرانی است.

در خانواده‌هایی که این سرطان شایع است این نسبت به حدود 80-70 نفر در هر 10 هزار نفر می‌رسد.

به دلیل آگاهی مردم و توسعه نظام سلامت در کشور در حال حاضر 55 درصد مبتلایان به سرطان پستان در مرحله اولیه کشف می‌شوند و 45 درصد در مرحله پیشرفته.

سرطان پستان قابل علاج است اگر به موقع تشخیص داده شود. در غیر اینصورت طول عمر 80 درصد برای 5 سال و حدود 65 درصد برای 10 سال است.

مسائل روانی، اجتماعی و معنوی در سرطان پستان :

امروزه ثابت شده است کسانی که دچار عوارض روانی مثل اضطراب و افسردگی هستند و یا جایگاه اجتماعی خود را از دست داده‌اند مثل کسانی که از پشتیبانی خانواده، فرزندان یا همسر برخوردار نیستند احتمال گرفتاری بیشتری در سرطان‌ها خصوصاً سرطان پستان دارند.

مسائل معنوی جایگاه بزرگی در این زمینه پیدا کرده‌اند و ثابت شده است که کسانی که به معنویات بطور واقعی توجه می‌کنند، هم کفایت زندگی و هم کمیت زندگی بیشتری خواهند داشت.

توجه بر مسایل معنوی حتی موجب تغییر رفتار آن‌ها می‌شود و امروزه مورد عنایت زیادی قرار گرفته است.

عوامل معتبر در معنویت‌گرایی عبارتند از :

توکل

مراقبه

ایثار

گذشت و فداکاری

مهربانی و نودوستی

بخشش

توبه

و ده‌ها رفتار مطلوب دیگر

علائم سرطان پستان

1- توده یا تومور پستان

توده بدون درد شایع‌ترین علامت سرطان پستان می‌باشد که در حدود 75% موارد توسط خود بیمار به صورت اتفاقی یا در معاینه ماهیانه کشف می‌شود گاهی یک احساس نامطوب مبهم در محل توده باعث توجه بیمار و کشف آن می‌شود.

با توجه به این که توده هم در بیماری‌های خوش‌خیم و هم در بیماری‌های بدخیم پستان می‌تواند دیده شود،

بهتر است در صورت لمس هر توده‌ای در پستان جهت بررسی آن به پزشک مراجعه کنید.

خصوصیات توده‌های مشکوک به سرطان در لمس عبارتند از: قوام سفت یا سخت، غیر متحرک و با چسبندگی به

بافت اطراف. همان‌گونه که ذکر شد، اغلب این توده‌ها منفرد و بدون درد هستند.

2- ترشح از نوک پستان

ترشح از نوک پستان معمولاً به دنبال بیماری‌های خوش خیم پستان ایجاد می‌شود. با وجود این‌که وجود ترشحات نوک پستان در اغلب موارد همراه با سرطان پستان نیست، ولی به علت احتمال وجود سرطان در همراهی با این علامت بررسی دقیق آن ضروری است. وجود ترشح از هر دو پستان و از مجاری متعدد به طور معمول ناشی از یک اختلال هورمونی، مصرف دارو و یا تغییرات فیبروکیستیک منتشر است. در این موارد بررسی هورمونی بیمار، گرفتن شرح حال، مصرف داروها و استفاده از روش‌های تشخیصی مختلف با توجه به شرح حال و معاینه کمک کننده خواهد بود. این مسئله باید مورد توجه باشد. که در خانم‌های چندزا، وجود ترشح مختصر شیری رنگ به مدت چندسال می‌تواند بدون وجود بیماری خاصی در پستان وجود داشته باشد. ترشحاتی خوانی که خود بخودی بوده و از یک پستان و از یک مجرا خارج شود، احتمال بیشتری برای همراهی با سرطان پستان دارد و شک به سرطان را افزایش می‌دهد. طبق مطالعات انجام شده در 20-5 درصد از بیماران، ترشح خونی یک‌طرفه پستان به دنبال سرطان پستان باشد و در بقیه موارد می‌تواند نشانی از وجود یک یا چند ضایعه کوچک خوش خیم در مجاری پستان (پاپیلوما) و یا تغییرات فیبریویستیک و یا اتساع مجاری پستان باشد. ترشحات پستان می‌تواند به رنگ‌ها مختلف مشاهده شود (سفید، قهوه‌ای، آبی، خاکستری، قرمز، سبز و یا بدون رنگ).

ترشح ناشی از سرطان پستان معمولاً خون واضح، خونا به‌ای و یا زرد شفاف می‌باشد. آزمایش بررسی سلولی از ترشحات پستان که معمولاً انجام می‌شود برای اثبات وجود سرطان قابل اعتماد نیست. سن بالا و وجود هر گونه توده همراه با ترشحات پستان شک به وجود سرطان را بالا می‌برد. محل مجاری که از آن ترشحات مشکوک خارج می‌شود معمولاً با جایگاه ضایعه اولیه مرتبط است و اغلب فشار بر همان ربع پستان باعث خروج ترشح می‌شود. گاهی با استفاده از عکسبرداری از پستان با ماده حاجب از همان مجرا (داکتوگرافی) می‌توان به وجود یک ضایعه کوچک در آن مجرا پی برد. اگر توده‌ای همراه با ترشح خونی از پستان لمس نشود می‌توان بیانگر وجود ضایعه در مراحل اولیه باشد.

ترشحاتی که شک به وجود سرطان را بر می‌انگیزند:

- 1- ترشحات خونی یا آبی
- 2- ترشحاتی که خوبخودی و بدون فشار خارج می‌شوند.
- 3- ترشحاتی که از یک پستان و از یک مجرای نوک پستان خارج می‌شود.
- 4- ترشحاتی که همراه با توده باشند.
- 5- ترشحات پس از یائسگی

بنابراین:

خونی بودن و خود به خود خارج شدن ترشحات به خصوص وقتی همراه توده و از یک مجرا باشد، از اهمیت زیادی برخوردار است.

3- تغییرات پوست پستان

این تغییرات به دنبال فرورفتگی و یا کشیدگی پوست پستان ناشی از سرطان ایجاد می‌شود. تومور سرطانی، همچنان که نسوج اطراف خودش را درگیر می‌کند، باعث کوتاه شدن رباط‌های نگهدارنده پستان می‌شود و این تغییر، به نوبه خود فرورفتگی‌هایی در پوست ایجاد می‌کند. فرورفتگی پوست پستان ممکن است به طور ثابت و مشخص

وجود داشته باشد و یا در حالات خاصی از معاینه پستان دیده شود. کشیدگی پوست یا یافته قطعی دال بر سرطان نیست و گاهی به دنبال بیماری خوش خیم پستان نیز یافت می‌شود.

در بعضی موارد، چسبندگی بافت سرطان به قسمت زیر پوست، باعث تغییر فرم پستان می‌شود. تغییر فرم‌هاله اطراف نوک پستان نیز می‌تواند دلیل بر وجود بافت سرطانی در زیر آن قسمت باشد. تهاجم بافت سرطانی به پوست ممکن است باعث ایجاد زخم در پوست شود. وجود عروق زیرجلدی برجسته و واضح در یک قسمت نیز می‌تواند شک به وجود سرطان را مطرح کند.

در موارد پیشرفته کشیدگی و متراکم شدن پستان به سمت بالا ایجاد می‌شود. وجود ضایعات پوستی متعدد ناشی از تهاجم سرطان نیز نشانه مرحله پیشرفته بیماری است.

تورم پوست پستان و تغییرات مشخص پوست پرتقالی در پستان نشانه وخامت بیماری است و تورم همراه با قرمزی گرمی و درد شدید ممکن است به علت سرطان التهابی پستان باشد. این نوع سرطان می‌تواند علائم عفونت و آبسه پستان را تقلید کند و باعث اشتباه بیمار و پزشک شود و بیمار مدت‌ها تحت درمان‌های ضد میکروبی قرار گیرد. گاهی اوقات همراه با این حالت التهابی توده‌ای نیز لمس می‌شود ولی به طور معمول پستان متورم و سخت می‌شود. در این حالت توده واضحی لمس نمی‌شود. با وجود درد و قرمزی و گرمی در پستان مبتلا، بیمار علائم عمومی عفونت، مثل تب و لرز را ندارد. تهاجم به غدد لنفاوی زیر بغل در مراحل اولیه بیماری اتفاق می‌افتد.

4- تغییرات نوک پستان

طبق مطالعات انجام شده حدود 30% از بیماران مبتلا به سرطان پستان گرفتاری نوک پستان را نشان می‌دهند. درگیری نوک پستان بیشتر در تومورهایی که در 2/5 سانتیمتری در نوک پستان واقع شده‌اند و یا اندازه بیش از 2 سانتی‌متر دارند مشاهده می‌شود.

از نظر بالینی دو نوع علامت ممکن است بروز کند:

- فرورفتگی نوک پستان

5- بیماری پازه نوک پستان

در بعضی افراد فرورفتگی نوک پستان ممکن است متعاقب شیردهی یا پس از دوران بلوغ و بدون نشانه خاصی ایجاد شود که قابل برگشت است ولی در سرطان، این فرورفتگی حالت ثابت دارد و با معاینه دقیق پستان ممکن است وجود توده‌ای در زیر نوک پستان مشخص شود.

بیماری پازه نوک پستان نوعی از سرطان پستان است که در آن تغییرات پوستی نوک پستان به صورت ضایعات اگزمایی مرطوب یا خشک همراه با ضخامت و قرمزی و خراش‌هایی در نوک پستان، دیده می‌شود. علائم شامل خارش، سوزش، قرمزی و سفتی نوک پستان و پوسته پوسته شدن نوک پستان می‌باشد. به تدریج و در صورت عدم درمان، بیماری به هاله اطراف نوک پستان و پوست گسترش می‌یابد. گاهی، این بیماران با تشخیص اشتباه اگزما و بیماری‌های پوستی، مدت‌ها تحت درمان با پمادهای موضعی قرار می‌گیرند و همین مسئله درمان بیمار را به تأخیر می‌اندازد.

بنابراین در هر بیماری که علائم پوستی به درمان‌های موضعی پاسخ ندهد، باید به فکر سرطان بود و باید تحت انجام نمونه برداری قرار گیرد و با قطعی شدن تشخیص، اقدامات درمانی مناسب انجام پذیرد.

قرمزی و خارش نوک پستان همراه با پوسته پوسته شدن و ترک خوردن آن، نوعی از سرطان پستان به نام پاژه است، مگر این‌که خلاف آن ثابت شود.

6- بزرگی غدد لنفاوی زیر بغل

حدود 70 درصد لنف پستان از طریق سیستم لنفاوی زیر بغل تخلیه می‌شود، بنابراین شایع‌ترین محل تهاجم سرطان‌های پستان به غدد لنفاوی زیر بغل می‌باشد. گاهی بزرگی غدد لنفاوی همراه با لمس توده‌ای واضح در پستان است و گاهی توده مشخص لمس نمی‌شود. البته تهاجم به غدد لنفاوی زیر بغل در سرطان سایر اعضای بدن مثل ریه‌ها، تخمدان‌ها، کبد، کلیه و معده نیز می‌تواند ایجاد شود، ولی سرطان پستان شایع‌ترین علت برای تهاجم به این غدد است. در این موارد انجام ماموگرافی برای تشخیص کمک کننده است ولی یک ماموگرافی طبیعی رد کننده وجود سرطان در پستان نمی‌باشد و باید بیمار تحت انجام روش‌های تشخیصی تکمیلی و درمان مناسب قرار گیرد. بزرگی غدد لنفاوی زیر بغل ممکن است تنها نشانه یک سرطان مشخص در پستان باشد.

7- تغییر اندازه در پستان

گاهی اوقات به علت بزرگی بیش از حد تومور در یک پستان، پستان‌ها از حالت متقارن خارج شده و به طور واضحی پستان یک طرف بزرگ‌تر از طرف مقابل می‌شود. البته اندازه دو پستان در افراد سالم نیز کاملاً مشابه نیست ولی بزرگی یک پستان نسبت به طرف دیگر که اخیراً ایجاد شده باید مورد توجه قرار گیرد و با انجام معاینه از عدم وجود توده و سلامت پستان مطمئن شد. گاهی توده‌های خوش خیم و کیست‌های بزرگ نیز باعث این عدم تقارن می‌شود که با معاینه و استفاده از روش‌های تشخیصی، می‌توان آن‌ها را تشخیص داد.

8- تورم یک طرفه بازو و اندام فوقانی

به علت تهاجم سلول‌های سرطانی به عروق لنفاوی زیر بغل و انسداد مسیر لنف، تخلیه مایع لنف اندام فوقانی در یک طرف مختل شده و باعث تورم آن اندام می‌شود. بیمار با احساس تورم و سنگینی یک طرفه اندام مراجعه می‌نماید که می‌تواند دردناک و یا بدون درد باشد. با معاینه دقیق از بیمار می‌توان وجود یک توده سرطانی را مسجل کرد. بروز این علامت به عنوان علائم اولیه، نادر و نشانه پیشرفته بودن بیماری است. گاه ممکن است برخی از این بیماران به اشتباه با تشخیص روماتیسم و... تحت درمان‌های نامناسب قرار گیرند. بنابراین معاینه و بررسی دقیق پستان‌ها در صورت وجود چنین علامتی ضروری است.

9- تهاجم به اعضای دیگر (متاستاز)

گاهی سرطان پستان بدون علامت خاصی در پستان، علائمی در اعضای دیگر نشان می‌دهد که ممکن است به صورت درد استخوانی در یک محل خاص، علائم تنفسی به دنبال درگیری ریه، زردی و سایر علائم ناشی از بزرگی کبد، بزرگی غدد لنفاوی شکم، علائم عصبی ناشی از وجود توده در مغز و... باشد. در این موارد معاینه دقیق بیمار و بررسی‌های تشخیصی می‌تواند وجود بیماری را در پستان مشخص نماید. گاهی نیز کانون اصلی بیماری مشخص نمی‌شود و تنها با ارزیابی مشخص اندام علامت دار، تهاجم سرطان به آن قسمت تأیید می‌شود. این موارد نیز درمان خاص خود را ایجاب می‌کند.

خلاصه

پستان غده ای است که از تعدادی غدد کوچکتر مولد شیر، مجاری شیری، بافت نگهدارنده و چربی تشکیل شده است.

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان در تمام دنیا است. این بیماری، رشد خارج از کنترل سلول‌های غددی یا مجاری شیری پستان است.

بیماری در مراحل اولیه ممکن است کاملاً بدون علامت باشد. در این مرحله شانس درمان موفقیت‌آمیز بسیار زیاد است.

مهمترین علائم سرطان پستان عبارتند از: وجود توده بدون درد در پستان، ترشحات خونی یا آبی از نوک پستان، تغییرات پوست یا نوک پستان، بزرگ شدن غدد لنفاوی زیر بغل، تغییر اندازه پستان، تورم بازو دست. به عنوان یک قانون کلی، هر تغییر جدیدی در شکل ظاهری یا در لمس پستان می‌تواند علامتی از بیماری باشد و باید توسط پزشک بررسی شود.

عوامل خطر در سرطان پستان

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان در کل جهان است. مطابق آمار سازمان بهداشت جهانی، میزان بروز این بیماری رو به افزایش است. اگر چه هنوز علت مشخصی برای این بیماری شناخته نشده است، اما به نظر می‌رسد که در برخی از زنان، احتمال ابتلا به این بیماری بیشتر باشد. عوامل خطر شناخته شده برای سرطان پستان عبارتند از: سابقه فامیلی ابتلا به سرطان پستان در اقوام درجه اول، عوامل دوره باروری مانند بلوغ زودرس، یائسگی دیررس، سن اولین زایمان بیشتر از 30 سال زایمان نکردن، عدم شیردهی، عوامل اجتماعی اقتصادی، چاقی پس از یائسگی و مصرف چربی زیاد، تابش اشعه به قفسه پستان و برخی از بیماری‌های خوش خیم پستان. دارا بودن هر یک از عوامل فوق، به معنی ابتلای قطعی به سرطان پستان نمی‌باشد بلکه مفهوم آن این است که فرد اندکی بیشتر از جمعیت زنان عادی (فاقد عوامل خطر) در معرض خطر ابتلا به این بیماری می‌باشد بنابراین بایستی تحت نظر پزشک از برنامه‌های تشخیص زودرس استفاده کند.

سابقه فامیلی ابتلا به سرطان پستان

از بین فاکتورهای شناخته شده مؤثر بر افزایش احتمال خطر ابتلا به سرطان پستان، سابقه فامیلی از مهم‌ترین عوامل محسوب می‌شود. در حدود 5-10% از سرطان‌های پستان در زمینه سابقه فامیلی ایجاد می‌شوند و تخمین زده می‌شود که 20-30% از خانم‌های مبتلا به سرطان پستان، حداقل یکی از بستگان درجه اولشان دچار سرطان پستان بوده است. مطالعات پزشکی ثابت کرده‌اند که در خانم‌هایی که وابستگان درجه اول آنها (مادر، خواهر، دختر) مبتلا به سرطان پستان بوده‌اند، خطر ابتلا به این بیماری در سنین پایین‌تری وجود دارد و سرطان پستان دو طرفه در آنها شایع‌تر است. از سوی دیگر خانم‌هایی که در سنین پایین‌تری دچار سرطان پستان می‌شوند، وابستگان درجه اول و دوم آنها در معرض خطر بالاتری از ابتلا به سرطان پستان می‌باشند. از مشخصات سرطان پستان با زمینه فامیلی، شروع بیماری در سنین پایین، میزان بالای بروز بیماری به صورت دو طرفه و همراهی سرطان پستان با سرطان‌های اعضای دیگر مثل تخمدان است.

شرایط اثبات‌کننده وجود استعداد ژنتیکی در یک خانم عبارتند از:

1- ابتلای افراد متعددی در فامیل به یک نوع سرطان یا سرطان‌های مرتبط مثل پستان و تخمدان

2- تشخیص سرطان در سنین پایین‌تر نسبت به سن مورد انتظار در آن نوع سرطان

3- تشخیص دو یا سه نوع سرطان در یک فرد

4- سرطان دو طرفه در یک فرد

5- ابتلا به سرطان پستان در یک فرد مذکر خانواده

سرطان پستان در سنین پایین مهم‌ترین مشخصه استعداد فامیلی ابتلا به سرطان است.

وقتی وجود استعداد ژنتیکی در اعضا یک فامیل مورد شک است، باید مشاوره پزشکی و بررسی‌های لازم انجام گیرد تا اطلاعات کامل‌تری جهت اثبات این استعداد به دست آید.

چنانچه وجود استعداد ژنتیکی ابتلا به سرطان پستان در خانمی ثابت شود و آن خانم تحت پوشش برنامه‌های تشخیص زودرس قرار گیرد، در صورت ابتلا به سرطان، بیماری وی در مراحل اولیه کشف خواهد شد و میزان طول عمر و کیفیت زندگی او افزایش خواهد یافت.

عوامل مربوط به دوره باروری و هورمون‌ها

عوامل خطر دوره باروری شامل موارد زیر هستند:

- قاعدگی زودرس و یائسگی دیررس

- وضعیت بارداری:

1. سن اولین بارداری بالای 30 سال

2. نازایی و بچه دار نشدن

- مصرف داروهای ضدبارداری در شرایط خاص

- درمان‌های هورمونی بعد از یائسگی

- عدم سابقه شیردهی به فرزندان

قاعدگی زودرس و یائسگی دیررس

قاعدگی زودرس و یائسگی دیررس خط ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهند. مطالعات زیادی نشان داده‌اند که سن بلوغ زیر 12 سال نسبت به سن بلوغ بالای 15 سال، خطر ابتلا به سرطان پستان را تا 2 برابر افزایش می‌دهد. در واقع هر عاملی که تماس بدن با استروژن را افزایش دهد، خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهد. مطالعات محدودی که در ایران در این زمینه انجام شده‌اند، ارتباطی بین سن شروع قاعدگی قبل از 12 سالگی با سرطان پستان پیدا نکرده‌اند. به هر حال برای اظهار نظر قطعی، باید مطالعات وسیع‌تری انجام شود. سن یائسگی بیشتر از 55 سال نیز احتمال ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهد. زنانی که به طور طبیعی بعد از 55 سالگی یائسه شده‌اند، نسبت به زنانی که یائسگی آن‌ها قبل از سن 45 سالگی بوده است دو برابر بیشتر در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان هستند.

همچنین احتمال ابتلا به بیماری در زنانی که هر دو تخمدان خود را پیش از 40 سالگی از بدن خارج کرده‌اند یا به هر علتی فعالیت هورمونی تخمدان‌ها را از دست داده‌اند، کاهش می‌یابد.

وضعیت بارداری

- سن اولین بارداری

در ابتدا لازم است اشاره شود که مقصود از بارداری در اینجا، دوره کامل و 9 ماهه بارداری است، اعم از اینکه منجر به تولد نوزاد زنده شده یا نشده باشد.

سن بالاتر از 30 سال در اولین بارداری خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهد. در مقابل، وقتی سن اولین بارداری پایین‌تر باشد خطر سرطان پستان کمتر است. اهمیت سن کم در اولین زایمان، ناشی از بلوغ زودهنگام بافت پستان است که حساسیت آن را نسبت به عوامل سرطان‌زا کاهش می‌دهد. بنابراین در صورتی که اولین بارداری و زایمان پس از 30 سالگی باشد، بهتر است به سلامت پستان‌ها توجه بیشتری شود.

• نداشتن فرزند و نازایی

بچه‌دار نشدن خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهد. خطر ابتلا در زنان بدون فرزند مشابه خطر ابتلا در زنانی است که سن اولیه زایمان آن‌ها بیشتر از 30 سال است.

اگر فرد، مشکل نازایی دارد به ویژه اگر این مشکل به علت اختلالات هورمونی در فرد است، بهتر است تحت پوشش برنامه‌های تشخیصی زودرس قرار بگیرد.

• مصرف داروهای ضدبارداری

مطالعات قبلی نشان داده بودند که بین مصرف قرص‌های ضدبارداری و افزایش خطر سرطان پستان، رابطه‌ای کوچک وجود دارد. بررسی‌های بعدی، تاثیر این داروها را در دو گروه از زنان مورد ارزیابی قرار دادند: گروه اول زنان جوانی که از این داروها به مدت طولانی استفاده کرده بودند و گروه دوم، زنانی که قبل از اولین بارداری این قرص‌ها را مورد استفاده قرار داده بودند.

طبق نتایج بعضی از مطالعات، مصرف این داروها به مدت 4 سال یا بیشتر و قبل از اولین حاملگی در زنان جوان، خطر سرطان پستان را افزایش می‌دهد و ممکن است این اثرات تا 10 سال پس از مصرف باقی بماند، اگر چه این نتایج هنوز مورد بحث است. به علت شیوع کمتر مصرف قرص‌های ضدبارداری در 30 سال گذشته، اطلاعات موجود در این زمینه کامل نیست و مطالعات بیشتری مورد نیاز است.

درمان‌های هورمونی بعد از یائسگی

این نوع درمانی، یک درمان دارویی برای جانشین کردن هورمون‌های طبیعی تخمدان در زمان یائسگی است. در بسیاری از خانم‌ها پس از یائسگی ترکیبی از این دو هورمون به عنوان درمان هورمونی جایگزین تجویز می‌شود. هر خانم در سن یائسگی دارای شرایط خاص خود است و برای درمان هورمونی بایستی تحت نظر پزشک معالج خویش باشد.

درمان‌های هورمونی جایگزین دارای منافع زیر می‌باشند:

- 1- کاهش گرگرفتگی و تعریق شبانه پس از یائسگی
- 2- کاهش خشکی مجرای تناسلی
- 3- برطرف شدن خستگی و تغییرات خلقی ناشی از یائسگی
- 4- برطرف شدن اختلالات خواب
- 5- برطرف شدن درجاتی از بی‌اختیاری ادرار
- 6- کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی
- 7- جلوگیری از پوکی استخوان

آیا درمان هورمونی خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهد؟

هورمون درمانی خطر سرطان پستان را تا 30% افزایش می‌دهد. فواید مصرف آن به میزان خطر هورمون درمانی خطر سرطان پستان و سایر عوامل بستگی دارد که توسط پزشک تعیین می‌شود. پزشک معالج، بیمار را از نظر وجود عوامل خطر ابتلا به سرطان پستان بررسی می‌کند و با توجه به مزایا و معایب این روش، جهت تجویز یا عدم تجویز این هورمون‌ها تصمیم می‌گیرد.

عواملی که باید توسط پزشک بررسی گردند عبارتند از :

- 1- سابقه ابتلا به سرطان پستان در فرد یا در بستگان وی
- 2- سابقه مشکلات قلبی و فشار خون
- 3- سابقه مشکلات انعقادی
- 4- سابقه بیماری کیسه صفرا

مهم‌ترین عامل در این موضوع، بررسی سابقه ابتلا به سرطان پستان است در صورت سابقه قبلی ابتلا به سرطان در فرد یا سابقه ابتلا در بستگان وی، باید حتماً پزشک در جریان قرار گیرد تا در تصمیم‌گیری نهایی وی جهت درمان، مشکلی ایجاد نگردد.

همچنین سابقه بیماری قلبی و بالا بودن فشار خون و یا وجود سابقه فامیلی این بیماری‌ها، عامل بسیار مهمی هستند که باید پزشک معالج را از آن‌ها مطلع کرد. اگر فردی در موارد مذکور سابقه‌ای داشت باید دقیقاً به پزشک معالج اطلاع دهد تا در مورد مزایا و معایب درمان هورمون، نظر نهایی از جانب پزشک اعمال گردد.

سابقه شیردهی

شیردادن مادر به فرزند، به عنوان یک عامل حمایت‌کننده در برابر سرطان پستان، خطر ابتلا به این بیماری را کاهش می‌دهد. تاثیر حمایتی شیردهی در سرطان پستان قبل از یائسگی واضح‌تر است. گفته می‌شود هرچه زمان شیردهی طولانی‌تر باشد، این اثر محافظتی قوی‌تر خواهد بود. به ویژه اگر این مدت بیشتر از 6 ماه باشد. البته کم بودن شیر یا ترشح نشدن آن رد بعضی از خانم‌ها که منجر به کاهش دوران شیردهی به زیر 6 ماه شده باشد، اثری در بروز سرطان پستان ندارد. همچنین قطع شیر با استفاده از داروهای هورمونی باعث افزایش خطر سرطان پستان نمی‌شود ولی اگر سن مادر در زمان شیردهی پایین‌تر باشد، این اثر محافظتی بیشتر خواهد بود. به هر حال، از آنجا که شیردهی در بین مادران غربی چندان متداول نیست، این موضوع مستلزم بررسی‌های وسیع‌تر در کشور خودمان است.

چگونه می‌توانیم خطر سرطان پستان را کاهش دهیم؟

سابقه ابتلا به سرطان پستان در یکی از بستگان، قاعدگی زودرس یا یائسگی دیررس از عوامل غیر قابل تغییر در ابتلا به سرطان پستان می‌باشند.

ولی بعضی از عوامل خطر با انجام موارد زیر کاهش می‌یابند مثل:

- تعدیل وزن در حد متناسب
 - کاهش چربی رژیم غذایی
 - انجام ورزش روزانه به طور مرتب
 - عدم مصرف هورمون بعد از یائسگی
- نقش آلودگی‌های محیطی در بروز سرطان پستان

شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند عوامل محیطی و آلودگی‌ها می‌توانند بر میزان بروز و مرگ و میر سرطان پستان تاثیر بگذارند. در اینجا بعضی از عوامل محیطی که می‌توانند در بروز سرطان پستان موثر باشند، معرفی می‌شوند:

قرار گرفتن در معرض اشعه

مطالعات بهداشتی ثابت کرده‌اند که قرار گرفتن بافت پستان در معرض اشعه خطر ابتلا به سرطان پستان همراه می‌باشد. این تاثیر در خانم‌های جوانی که پس از بمباران اتمی زنده مانده‌اند نیز مشخص شده است. همچنین در خانم‌هایی که مکرراً تحت انجام عکسبرداری از قفسه پستان قرار گرفته‌اند و یا به علت وجود سرطان‌های قسمت فوقانی بدن تحت انجام درمان با اشعه یونیزان (رادیوتراپی) قرار می‌گیرند این مساله گزارش شده است. افزایش خطر بیماری دنبال تابش اشعه زیاد، به سن بیمار نیز بستگی دارد و هر چه سن پایین‌تر باشد احتمال این مساله بیشتر است (بخ خصوص در سنین 30-10 سال) نکته مهم این است که انجام ماموگرافی جهت تشخیص بیماری یا تشخیص زودرس، چنین اثری را به دنبال ندارد، به خصوص اینکه ماموگرافی به طور عمده بعد از سنین 40-35 سالگی انجام می‌شود. در مورد خانم‌هایی که به علت سرطان پستان یک طرفه تحت انجام رادیوتراپی قفسه پستان قرار می‌گیرند، به خصوص در سنین زیر 45 سال افزایش خطر سرطان پستان در پستان مقابل گزارش شده است. البته یک فاصله زمانی حداقل 10 سال برای بروز سرطان پستان وجود دارد که گاهی این فاصله زمانی کاهش می‌یابد. اگر چه این احتمال کم است. ولی بر لزوم پیگیری بیماران مبتلا به این بیماری پس از درمان، تاکید می‌کند.

سیگار و الکل

مصرف سیگار با ابتلا به بسیاری از سرطان‌ها رابطه دارد. در بعضی از مطالعات، مصرف سیگار در دوران نوجوانی و بلوغ که بافت پستان به مواد سرطان‌زا حساسیت بیشتری دارد، با افزایش خطر سرطان پستان توأم بوده است. همچنین افزایش خطر در افرادی که در معرض دود سیگار قرار گرفته‌اند دیده شده و علت آن این است که دود ناشی از سوختن سیگار دارای عوامل سرطان‌زای بیشتری است. مصرف الکل نیز باعث افزایش سطح سرمی استرادیول می‌شود و ارتباط مصرف الکل با سرطان پستان مشاهده شده است.

سایر عوامل

احتمال دارد تجمع سموم ارگانوکلره مثل D.D.T در بدن و قرار گرفتن در معرض میدان‌های مولد اشعه در محیط کاری با افزایش خطر سرطان پستان همراه باشد ولی این اثرات صد در صد ثابت شده نیستند و برای اثبات آن‌ها باید مطالعات وسیع‌تری صورت گیرد.

تشخیص زودرس سرطان پستان

روش‌های تشخیصی متعددی برای بررسی تومورهای مشکوک به سرطان در پستان وجود دارند. این روش‌ها که گاهش به تنهایی و گاهی همراه با یکدیگر برای تشخیص به کار می‌روند، عمدتاً شامل نمونه برداری یا بیوپسی، ماموگرافی، سونوگرافی و معاینه هستند. تنها روشی که تشخیص سرطان پستان را قطعی می‌کند، نمونه برداری یا بیوپسی است که در آن، قسمتی از یک تومور یا تمام آن از پستان خارج شده و به وسیله میکروسکوپ بررسی می‌شود. عمل نمونه برداری توسط جراح و بررسی توسط میکروسکوپ توسط متخصص آسیب شناسی انجام می‌گیرد.

بیوپسی ممکن است با روش جراحی انجام شود. به این ترتیب که بسته به اندازه تومور و شرایط بیمار با استفاده از بی‌حسی موضعی یا بیهوشی عمومی، روی محل تومور در پستان برش داده می‌شود، تمام تومور یا قسمتی از آن خارج شده و سپس محل برش بخیه زده می‌شود. سپس نمونه خارج شده به آزمایشگاه آسیب شناسی ارسال می‌شود.

بیمار روز پس از این عمل قادر به انجام کارهای روزانه خویش است، فقط طی چند هفته بعد از آن نباید با دست سمت نمونه برداری شده اجسام سنگین را بلند نماید. زخم معمولاً طی کمتر از 10 روز بهبود خواهد یافت. روش‌های دیگری نیز برای نمونه برداری وجود دارند از جمله نمونه برداری به وسیله سوزن که در حال حاضر استفاده از آن رواج یافته است. در اتین روش و تحت بی‌حسی موضعی، با یک برش بسیار کوچک، پوست باز شده و به وسیله سوزن‌های به خصوصی که Core نامیده می‌شوند، چندین نمونه از توده برداشته می‌شود. این روش بسیار آسان و موثر بوده و تقریباً همه آزمایشات لازم بر روی نمونه‌های بدست آمده از آن امکان پذیر است. گاهی نیز بیوپسی از همان ابتدا در اتاق عمل صورت می‌گیرد. در مواردی که احتمال سرطانی بودن تومور زیاد است و روش‌های تشخیصی دیگر مثل ماموگرافی نیز احتمال بدخیمی را مطرح کرده‌اند، برخی از پزشکان ترجیح می‌دهند بیمار را به اتاق عمل ببرند و تحت بیهوشی عمومی یک نمونه فوری به آزمایشگاه بفرستند و در صورتی که جواب حاکی از سرطان باشد، عمل جراحی پستان در همان مرحله انجام می‌شود.

در تشخیص سرطان پستان، تکنیک‌های تصویربرداری شامل ماموگرافی، سونوگرافی، داکتوگرافی، MRI از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند و در قسمت‌های مختلف کتاب به تفصیل درباره این روش‌ها صحبت خواهد شد. روش‌های تشخیص زودرس در سرطان پستان

امروزه سرطان‌ها به عنوان یکی از مهم‌ترین معضلات جوامع بشری شناخته شده‌اند. با توجه به افزایش شیوع برخی از انواع سرطان‌ها در قرن اخیر، مقابله با این بیماری اهمیت خاصی دارد. مقابله با بیماری‌ها دارای دو بخش پیشگیری و درمان است. در مورد بیماری سرطان، از آنجا که در اغلب موارد علت مشخصی برای بیماری یافت نمی‌شود، پیشگیری مفهوم دیگری می‌یابد. امروزه دانشمندان علوم بهداشتی به واژه جدیدی به نام غربالگری دست یافته‌اند که هدف از آن تشخیص زودرس، کاهش پستان، تشخیص این بیماری در زمانی است که توده کوچک بوده و هنوز به قسمت‌های دیگر بدن انتشار پیدا نکرده است.

در حال حاضر سه روش برای تشخیص زودرس سرطان پستان وجود دارد:

1- معاینه ماهانه پستان توسط خود فرد (خودآزمایی پستان)

2- معاینه پستان توسط پزشک

3- ماموگرافی

این روش‌ها می‌توانند بسته به سن فرد به تنهایی یا توأم با یکدیگر استفاده شوند.

خودآزمایی پستان

خودآزمایی پستان به انگلیسی (Breast Self-Examination) به اختصار BSE یکی از انواع روش‌های شناسایی سرطان پستان اولیه می‌باشد. این روش فقط با خود زن سر و کار دارد که باید هر قسمت از پستان را که برآمده، تورفتگی و یا تورم دارد بررسی کند.

روش‌های زیادی برای خودآزمایی پستان استفاده می‌شوند. بیشترین روش پیشنهاد شده، زن را در مقابل آینه و نیم تنه بالا را مقابل به رخ قرار می‌دهد. او باید سپس به آینه برای علائم ظاهری گودی، ورم یا سرخی در یا در اطراف پستان نگاه کند. این کار باید در چندین حالت مختلف تکرار شود، همانند دستان میان ران و دوباره روی سر.

زن باید بعد از آن با کف انگشتان دست پستان را لمس کرده تا هر نوع برآمدگی (چه ظاهری و چه تورفتگی‌ها در بافت) یا سختی را پیدا کند. چندین گام متفاوت وجود دارند که باید از اینکه هر مرحله به درستی انجام می‌پذیرد مطمئن ساخته شود.

گام عمودی شامل حرکت انگشت به بالا و پایین بر روی پستان می‌باشد. گام دیگر آن از نوک پستان شروع می‌شود و به بیرون می‌رود. گام دایره‌ای یا مدور شامل حرکت انگشتان دست در حلقه‌ای هم مرکز از نوک پستان به بیرون می‌باشد. برخی از دستور العمل‌ها پیشنهاد تقسیم پستان به چهار ربع و چک کردن هر ربع به صورت جداگانه را می‌دهند. روند لمس، تمام پستان را تحت پوشش قرار می‌دهد، از جمله «دم زیر بغل» از هر پستان که به هر زیر بغل گسترش داده شده‌اند. این کار معمولاً ایستاده در مقابل آینه و در حالت دراز کشیده انجام می‌شود. در نهایت، زانی که شیردهی نمی‌کنند باید به ملایمت نوک پستان‌ها را فشار دهند تا حالت تخلیه شدن یا نشدن مواد درونی پستان بررسی شود.

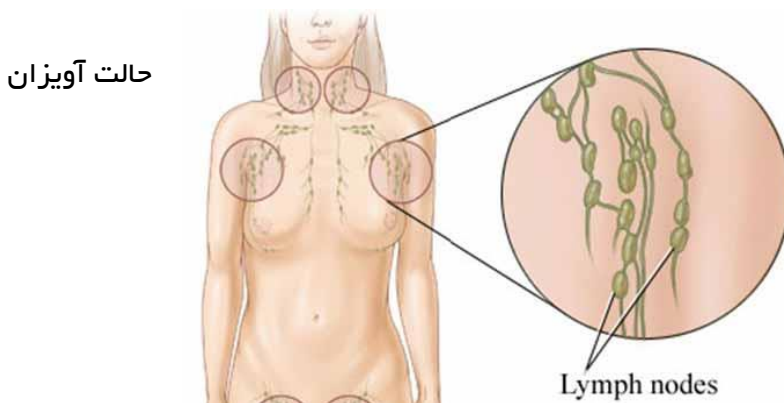
برای زنان قبل از یائسگی، اغلب مواد و روش‌ها نشان می‌دهد که این خودآزمایی به دلیل نوسانات هورمون طبیعی تغییر در پستان، در همان مرحله از چرخه قاعدگی زن انجام شود. زمانی که بیشتر از همه توصیه می‌شود درست پس از پایان دوره قاعدگی یا پریود است به دلیل این که پستان‌ها در این زمان کمتر سخت و ورم کرده می‌باشند. زانی که پس از یائسگی هستند یا دوره‌های نامنظم دارند، می‌توانند خود را یکبار در ماه بدون در نظر گرفتن چرخه قاعدگی، خودآزمایی کنند.

نحوه انجام خودآزمایی پستان

خودآزمایی پستان شامل دو مرحله است: نگاه کردن و لمس کردن

نگاه کردن

در برخی موارد بیماری‌های پستان به ویژه سرطان‌های پستان باعث بروز تغییراتی در ظاهر پستان می‌شوند که با نگاه کردن به پستان‌ها قابل تشخیص است. بنابراین لازم است که فرد با ظاهر پستان‌های خود آشنا باشد تا بتواند هر گونه تغییرات احتمالی را در آن‌ها تشخیص دهد.



حالت آویزان

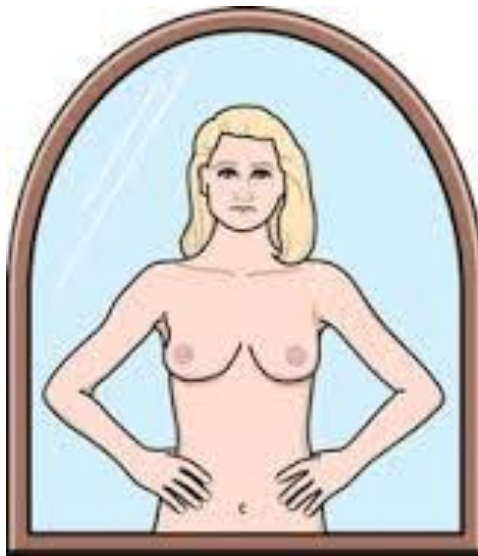
نگاه کردن شامل چند مرحله است:

- 1- قرار دادن دست‌ها در دو طرف بدن به و نگاه کردن به پستان‌ها

2- بالا کشیدن دست‌ها از کنار سر کاملاً صاف به طرف بالا



3- خم کردن دست‌ها از آرنج و فشار دادن دست‌ها به کمر (فرد دست‌ها را به کمر زده و فشار دهد)



در هر یک از وضعیت‌های بالا ، باید به پستان با دقت نگاه شود. هر گونه تغییر شامل فرورفتگی پوست یا نوک پستان، قرمزی یا زخم پستان، پوسته پوسته شدن نوک پستان، انحراف نوک پستان‌ها، برآمدگی در قسمتی از پستان یا برجستگی عروق در قسمتی از پستان هم است. عدم تقارن پستان‌ها در صورتی که از قبل بوده باشد (مادرزادی ، از دوران بلوغ یا پس از شیردهی) مساله مهمی نیست ولی هر گونه تغییر اخیر در اندازه پستان‌ها باید بررسی شود.

لمس کردن

برای معاینه صحیح پستان‌ها در هنگام لمس، بهتر است از قسمت انتهایی بند آخر 3 انگشت میانی دست‌ها (و نه نوک انگشتان) استفاده شود. این قسمت را اصطلاحاً نرمه انگشت می‌گویند که حساسیت لمس آن بیشتر از سایر نقاط است. هیچ وقت پستان نباید بین انگشتان فشار داده شود زیرا به طور کاذب توده احساس می‌شود. در حالی که واقعاً توده‌ای وجود ندارد.



چه مناطقی را باید معاینه کرد؟

محدوده‌ای که بین استخوان ترقوه از بالا، استخوان جناغ پستان و زیر بغل از طرفین و دو انگشت پایین‌تر از لبه پایین پستان، در محل کش لباس زیر از پایین قرار دارد، باید معاینه شود.

برای لمس پستان بهتر است فرد دراز بکشد برای معاینه پستان چپ یک بالش کوچک زیر شانه چپ و دست چپ را زیر سر قرار دهد. شانه فرد بایستی به اندازه‌ای بالا رود که پستان چپ در وسط قفسه پستان قرار گیرد و به هیچ سمتی انحراف نداشته باشد.

برای معاینه پستان راست همیشه از دست چپ و برای معاینه پستان چپ همیشه از دست راست استفاده می‌شود.



همه پستان باید با حرکات چرخشی کوتاه لمس شود. برای لمس، انگشتان بر روی قفسه پستان با فشار کم، متوسط و زیاد چرخانده شود تا لمس سطح و عمقی در هر ناحیه انجام شود. برای اینکه فرد هم جا را معاینه کند بهتر است تمام پستان را به صورت دایره متحدالمرکز از اطراف به سمت نوک پستان معاینه نماید. روش‌های دیگری هم وجود دارد، مثل تقسیم کردن پستان به 4 قسمت و معاینه هر ربع به طور جداگانه.

پس از اینکه تمام پستان معاینه شد، دنباله پستان در ناحیه زیر بغل و سپس گودی زیربغل از نظر وجود توده پستانی یا زیربغلی بررسی می‌شود. سپس باید پستان مقابل به همین شیوه لمس گردد. معاینه پستان را می‌توان در حین استحمام نیز انجام داد. در این حالت پوست پستان لغزنده و اصطکاک در لمس کمتر است و معاینه پستان‌ها راحت‌تر انجام می‌شود.



اگر پستان‌های فرد بزرگ هستند، بهتر است فرد، پستان را با یک دست نگاه داشته و با دست دیگر آن را معاینه کند. در انتهای معاینه، باید نوک پستان مانند حالت دوشیدن فشار مختصری داده شود تا در صورت وجود ترشح بتوان آن را مشاهده کرد.



پس از معاینه کامل پستان، در صورت وجود هر یک از موارد زیر حتماً باید فرد به پزشک مراجعه کند:

- 1- لمس توده در پستان
- 2- افزایش اندازه توده ای که از قبل وجود داشته و تحت نظر بوده است.
- 3- علائم پوستی مانند فرورفتگی پوست یا نوک پستان، انحراف نوک پستان قرمزی، زخم و
- 4- پوسته پوسته شدن، قرمزی و خارش نوک پستان
- 5- ترشح غیر طبیعی از نوک پستان

معاینه توسط پزشک

تمام خانم‌های 40 - 25 ساله باید هر 3 سال توسط پزشک آموزش دیده و مجرب در امر بیماری‌های پستان معاینه شوند. اگر یکی از عوامل خطر ساز برای سرطان پستان (مانند سابقه سرطان پستان در اقوام درجه اول، سن اولیه زایمان بالای 30 سال، بلوغ زودرس، یائسگی دیررس، چاقی شدید و.....) در فرد وجود داشته باشد، توصیه می‌شود معاینه توسط پزشک هر 6 ماه یک بار انجام شود.

بیمار و پزشک همگام و همراه با یکدیگر، جهت مقابله با بیماری‌های پستان پیش می‌روند. نقش فرد این است که خودآزمایی پستان را به طور مرتب انجام دهد و هر گونه تغییری را به پزشک خود اطلاع دهد. نقش پزشک این است که پس از گرفتن شرح حال و تاریخچه بیماری‌های فرد، معاینه دقیق و کاملی از پستان‌ها به عمل آورد. در قسمت شرح حال سوالاتی از قبیل سن، سابقه ابتلا به بیماری‌های پستان، سابقه ابتلا به انواع سرطان‌ها، وضعیت عادت ماهانه و تاریخچه حاملگی‌ها، سابقه مصرف داروهای هورمونی و غیرهورمونی از فرد پرسیده می‌شود که برای تشخیص و انجام معاینه دقیق وی اهمیت فراوانی دارد. معمولاً پزشک معالج با توجه به شرح حال و معاینه، رهنمودهای لازم را ارائه می‌دهد. پزشک می‌داند که تغییرات پستان چگونه و طی چه مدتی اتفاق می‌افتد، بنابراین فرد باید به توصیه‌های او توجه و آنها را کاملاً رعایت نماید.

سایر روش‌های تشخیص بیماری‌های پستان:

ماموگرافی

عکس‌برداری از پستان‌ها به وسیله اشعه ایکس ماموگرافی نامیده می‌شود.

در ایران چنین امکانی وجود ندارد که زنان ایرانی بتوانند از 35 سالگی سالانه ماموگرافی کنند لذا توصیه می‌کنیم به پزشک مراجعه کنند و در صورت نگرانی پزشک (نه غربالگری) مامو انجام شود در افراد بدون علامت قبل از 40 سالگی و حداقل هر 3 سال صورت نگیرد.

گفته می‌شود اگر خانمی هیچ عامل خطری برای سرطان پستان نداشته باشد بایستی اولین ماموگرافی را در سن 35 سالگی انجام داده و از سن 40 الی 50 سالگی هر یک تا سه سال یک بار ماموگرافی انجام دهد و از سن 50 سال به بالا هم سالانه یک ماموگرافی توصیه می‌شود. دکتر معصومه گیتی، استادیار گروه رادیولوژی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران در اینباره توضیح می‌دهد.

• جایگاه واقعی ماموگرافی در غربالگری سرطان پستان چیست؟

در بسیاری از کشورها، ماموگرافی به عنوان روش غربالگری و بیماری‌یابی روی کلیه زنان سالم اجرا می‌شود. تلاش پزشکان ایناست که با دست یافتن به آمار صحیح برای تخمین میزان و سن شیوع سرطان پستان در ایران، بیماری‌های بدخیم پستان را در مراحل اولیه و قابل علاج شناسایی کنیم.

سرطان پستان در کشور ما دو ویژگی مهم دارد: اول اینکه متاسفانه سن بروز سرطان پستان در کشور ما نسبت به کشورهای غربی پایین تر است و دوم اینکه متاسفانه بیماری زمانی تشخیص داده می‌شود که سرطان منتشر شده و از نظر درمانی کار زیادی نمی‌توان برای بیمار انجام داد.

• کدام خانم‌ها باید بیشتر مراقب این بیماری باشند؟

بیشتر از همه، کسانی که سابقه فامیلی ابتلا به سرطان پستان دارند. البته عوامل دیگری هم دست اندرکارند. مثلاً قاعدگی زودر و یائسگی دیررس خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهد.

یا در صورتی که سن شما در اولین بارداری بالاتر از 30 سال باشد، خطر ابتلا به سرطان پستان بیشتر است. نازائی هم خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهد. استعمال دخانیات و چاقی پس از یائسگی و مصرف چربی زیاد هم از دیگر عوامل خطرند.

• مصرف داروهای ضدبارداری چه‌طور؟

برخی معتقدند که مصرف این داروها به مدت 4 سال یا بیشتر، قبل از اولین حاملگی، خطر سرطان پستان را افزایش می‌دهد و ممکن است این اثرات تا 10 سال پس از مصرف باقی بماند.

• در مورد راه‌های تشخیص زودرس سرطان پستان توضیح دهید؟

در درجه اول، معاینه ماهانه توسط خود فرد و بعد معاینه توسط پزشک و در نهایت ماموگرافی، ماموگرافی تشخیصی در واقع انجام تست X-Ray از پستان است که به منظور آشکارسازی موارد بیماری با انجام یک تست فیزیکی یا با ماموگرافی تصویری صورت می‌پذیرد.

در واقع ماموگرافی تشخیصی و ماموگرافی تصویربرداری دو مقوله متفاوت محسوب می‌شود.

در ماموگرافی تشخیصی، پستان از جهات مختلف تحت بررسی قرار می‌گیرد در حالی که در ماموگرافی تصویری، تنها از دو جهت معمول تحت بررسی است. بنابراین ماموگرافی تشخیصی به مراتب از ماموگرافی تصویری، وقت‌گیرتر و پرهزینه‌تر است.

نکته مهم:

ماموگرافی در هیچ جای دنیا ارزش تشخیصی قطعی ندارد و ارزش آن بین 60-75 درصد موارد بیشتر نیست - لذا نباید فقط بر اساس ماموگرافی قضاوت کرد.

روش‌های دیگری هم برای ارزیابی موارد غیرطبیعی پستان وجود دارد؟

ماموگرافی به تنهایی نمی‌تواند وجود سرطان را در منطقه غیرطبیعی اثبات کند. چنانچه در ماموگرام مشکوک به سرطان باشیم، دیگر تصویربرداریهای پستان یا بیوپسی از پستان به منظور انتخاب نمونه از بافت و آزمایش زیر میکروسکوپ می‌بایست صورت پذیرد.

این تنها روش مسلم به منظور آشکارسازی سرطان پستان است. البته در حدود 65 درصد تا 80 درصد بیوپسی‌های انجام شده، خوش‌خیم گزارش می‌شود.

ماموگرافی یک عکس رادیوگرافی ساده از پستان و ابزاری برای کشف زودرس سرطان‌های غیر قابل لمس پستان است. ماموگرافی می‌تواند سرطان پستان را ده سال قبل از آن که قابل لمس شود، شناسایی کند. همه زنان چهل ساله و بیشتر باید هر 3 سال یکبار ماموگرافی انجام دهند. زنانی که افراد درجه یک آنها (یعنی مادر یا خواهرشان) مبتلا به سرطان باشند باید از 35 سالگی ماموگرافی سالانه انجام دهند. بهترین زمان انجام ماموگرافی هفته اول قاعدگی است. (روز اول قاعدگی یعنی روزی که خونریزی ماهیانه شروع می‌شود.) چون در این زمان پستان‌ها حساس نیستند. برای بدست آوردن تصویر خوب، نیاز به فشار روی پستان است که ممکن است دردناک باشد. قبل از ماموگرافی دوش بگیرید و از مصرف پودر تالک بوگیر زیر بغل خودداری کنید زیرا این مواد می‌توانند باعث تفسیر اشتباه ماموگرافی شوند. ماموگرافی نمی‌تواند و نباید جایگزین معاینه توسط پزشک متخصص جراحی عمومی شود.

- برای بیماریابی زنان بالای 40 سال از نظر سرطان پستان.
 - ارزیابی بیمارانی که توده پستان مشکوک دارند.
 - پیگیری سرطان پستان درمان شده با برداشتن قسمتی از پستان و رادیوتراپی.
 - پیگیری پستان مقابل در فردی که یک پستان به خاطر سرطان برداشته شده است.
- هدف اصلی ماموگرافی، شناسایی زود هنگام سرطان پستان است.

سونوگرافی

در این روش، از امواج صوتی برای ایجاد تصویر از نقاط مختلف بدن استفاده می‌شود. بازتاب و انعکاس امواج صوتی، توسط کامپیوتر به صورت تصاویر قابل مشاهده در می‌آید. در این روش از اشعه X استفاده نمی‌شود. سونوگرافی معمولاً در مواردی انجام می‌شود که پزشک بررسی‌های بیشتر را به دلایلی صلاح بداند. این موارد شامل مواقعی است که بافت پستان در خانمی سفت و متراکم باشد و یا اینکه سن بیمار کمتر از 30 سال باشد. آنچه از اهمیت خاص برخوردار است این است که تشخیص نیاز به ماموگرافی یا سونوگرافی یا هر دو آنها در صلاحیت پزشک جراح می‌باشد و هرگز نباید با تکیه بر اطلاعات خود اصرار به انجام یکی از آن دو داشت. در حال حاضر، بهترین روش تشخیص کیست‌های پستانی که در معاینه شبیه توده‌های توپر و سفت هستند، سونوگرافی می‌باشد.

در این روش بیمار در وضعیت خوابیده قرار می‌گیرد و رادیولوژیست وسیله خاصی به نام پروب را روی محل پستان حرکت می‌دهد و تصویر بازسازی شده روی صفحه نمایش قابل مشاهده است. البته این تصویر فقط توسط رادیولوژیست قابل تفسیر و بررسی است. در این روش معمولاً فرد دردی را حس نمی‌کند.

خلاصه تشخیص

- 1- از سن 20 سالگی به معاینه مرتب و صحیح پستان‌های خود که توسط پزشک یا کارشناسان مامایی به شما آموزش داده می‌شود بپردازید.
 - 2- در حوالی سن 40 سالگی طبق نظر پزشک معالج خود یک عکس ماموگرافی از پستان‌هایتان تهیه نموده و آن را به عنوان سابقه نگاه دارید.
 - 3- معمولاً انجام ماموگرافی سالیانه پس از سن 50 سالگی در خانم‌ها توصیه می‌شود. در زیر این سن معمولاً باید هر دو یا سه سال یک ماموگرافی تهیه شود.
- سونوگرافی پستان در هر سنی قابل انجام است. سونوگرافی به خصوص در سنین زیر 30 سالگی که ماموگرافی انجام نمی‌شود، کاربرد دارد.
- کاربرد اصلی سونوگرافی پستان در تشخیص کیست‌ها یا حفرات توخالی آن است. از این روش همچنین می‌توان برای مقاصد درمانی مانند تخلیه کیست‌ها یا نمونه‌برداری از تومورهای توپر استفاده نمود.
- پستان‌هایی که در حالت خوابیده کم ضخامت به نظر می‌رسند را می‌توان در وضعیت نشسته مورد سونوگرافی قرار داد.

آمادگی‌های پیش از انجام سونوگرافی پستان

سونوگرافی پستان باید همیشه زیر بغل‌ها را هم بررسی نمود، لذا همیشه قبل از مراجعه سعی کنید تا دوش بگیری و مراقب بهداشت، تعریق و بوی بد زیر بغل و ضایعات قارچی این ناحیه باشید.

آگاهی داشته باشید که برای انجام سونوگرافی دقیق، پستان‌های بیمار باید برهنه و فاقد پوشش باشند. لذا سعی کنید تا خجالت نکشیده و خونسردی خود را حفظ کنید زیرا اضطراب شما به پزشکان نیز منتقل شده و نتایج سونوگرافی را دستخوش تغییر قرار می‌دهد.

MRI پستان

MRI پستان معمولاً به کمک ماموگرافی و سونوگرافی آمده و می‌تواند توده‌های مخفی پستان را شناسایی نماید. مثلاً در مواردی که غدد لنفاوی آگزیلاری مشکوک بوده اما در بافت پستان ضایعه‌ای مشاهده نمی‌شود یا در مواردی که بیمار شیمی درمانی قبل از عمل جراحی می‌شود و نیز در موارد شک به عود بیماری، همچنین در پستان‌های متراکم و در موارد سرطان‌های ارثی کاربرد دارد. MRI یک تکنیک گران قیمت و مشکل است و نیاز به رادیولوژیست ماهر دارد و احتمال تشخیص اشتباه مثبت آن نیز وجود دارد. لذا باید فقط در موارد لزوم از این روش استفاده شود.

1- تشخیص کلینیکی

2- ارزیابی تصویربرداری

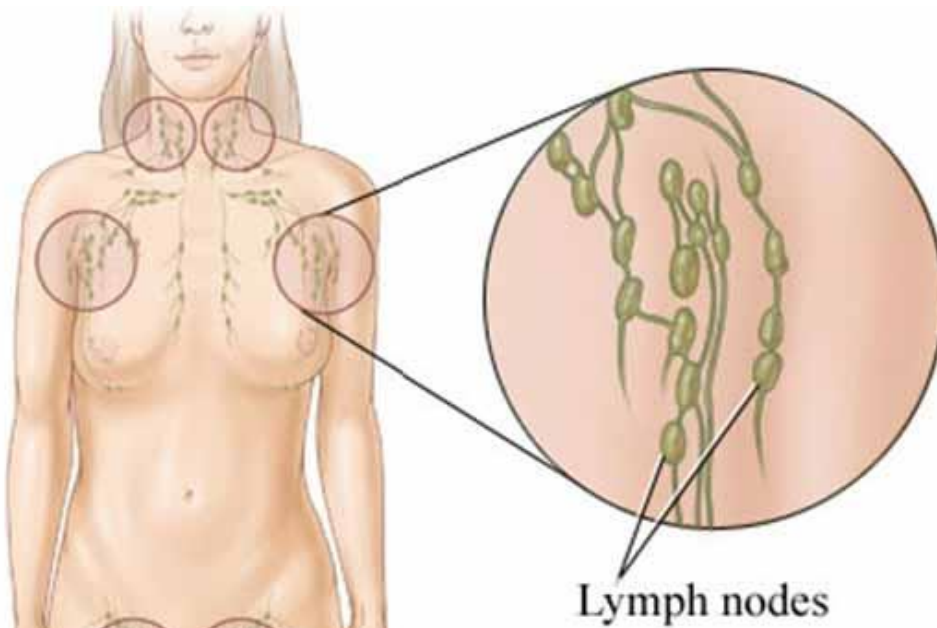
درمان سرطان پستان

جراحی در سرطان پستان

معمولاً اولین نقطه‌ای که پس از ابتلای به سرطان پستان با بیماری درگیر می‌شود، غدد لنفاوی زیر بغل است، بنابراین هنگام عمل جراحی برای سرطان پستان، تعدادی غدد لنفاوی زیر بغل نمونه برداری می‌شود تا هم غدد

درگیر با بیماری برداشته شوند و هم با تعیین درجه درگیری و شدت بیماری، نیاز بیمار به درمان‌های اضافی مانند اشعه درمانی مشخص شده و از پیشرفت بیماری جلوگیری شود.

ممکن است برداشتن غدد لنفاوی زیر بغل با عوارض مختلفی چون تورم دست یا صدمه به اعصاب و عروق زیر بغل همراه باشد. هم‌اکنون برای پیشگیری از عوارض برداشتن غدد لنفاوی، روشی با عنوان نمونه‌برداری از غده لنفاوی «نگهبان» ابداع شده است. در این روش با علامت‌گذاری از طریق مواد رنگی یا مواد رادیواکتیو بسیار ضعیف، اولین غده لنفاوی زیر بغل که مربوط به پستان است، مشخص می‌شود و هنگام عمل جراحی، فقط همین غده لنفاوی «پیش‌آهنگ» یا «نگهبان (Sentinel Node)» که اولین محل آسیب‌پذیر از سرطان پستان است، برداشته و برای پاتولوژی ارسال می‌شود.



خوشبختانه ما نیز از این تکنیک جدید و دانش مرتبط با آن بی‌بهره نمانده‌ایم و هم‌اکنون مدتی است این شیوه درمانی از سوی بسیاری از پزشکان و متخصصان در درمان سرطان پستان به کار برده می‌شود. همانگونه که گفته شد در گذشته برای درمان سرطان پستان و تشخیص غدد لنفاوی که درگیر سرطان شده‌اند، 10 تا 15 غده لنفاوی از طریق جراحی برداشته می‌شد. اما هم‌اکنون به شرط مراجعه زود هنگام بیمار آن فقط غده لنفاوی نگهبان، که در بیشتر اوقات آلوده بودن آن نشانگر آلوده شدن بقیه غدد زیر بغل است، برداشته و برای تشخیص به پاتولوژی فرستاده می‌شود. با این شیوه عوارض پس از عمل همچون تورم دست، ضربه به عروق و اعصاب و دردهای پس از آن کاهش می‌یابد این شیوه درمانی 15 سال است که در دنیا به عنوان استاندارد درمانی پذیرفته شده است و در ایران نیز چندین سال است که از این روش استفاده می‌شود. (از سال 1380 در ایران شروع کردم)

البته هم‌اکنون مراکز استان‌هایی چون تهران، شیراز، مشهد، تبریز و اصفهان این شیوه درمانی را به کار می‌برند. نحوه انجام این روش به این صورت است که وقتی نوبت عمل جراحی برای بیمار تعیین می‌شود، شب قبل یا صبح روز عمل، مقدار کمی از ماده رادیواکتیو بسیار ضعیف که خطری برای بدن ندارد و یا یک ماده رنگی آبی رنگ به نام پنتنت بلو، دور هاله پستان تزریق و این ماده وارد اولین غده لنفاوی می‌شود و پس از آن با انجام اسکن از بیمار،

محل غده لنفاوی نگهبان مشخص می‌شود. در هنگام عمل جراحی با دستگاه خاص که توانایی مشخص کردن مواد رادیواکتیو را دارد، محل دقیق غده مشخص شده و این غده برداشته می‌شود و در همان زمان روی غده بررسی پاتولوژی صورت می‌گیرد. چنانچه غده درگیر با سرطان نشده باشد، بقیه غدد لنفاوی نیز برداشته نمی‌شود. این روش ناراحتی خاصی برای بیمار ایجاد نمی‌کند و دوره نقاهت آن کوتاه‌تر است و به بهبود زودتر بیمار کمک خواهد کرد.

انواع جراحی در سرطان پستان

سیر طبیعی سرطان پستان و انواع جراحی‌هایی که برای درمان بیماری انجام می‌شوند، به یکدیگر وابسته‌اند. به این معنی که در هر مرحله و برای هر نوع از سرطان پستان روش‌های جراحی خاصی را می‌توان انجام داد و انتخاب هر یک از این روش‌ها، با عوارض و نتایج خاص خود همراه است.

1- جراحی با حفظ پستان

هنگامی که تومور سرطانی کوچک و محدود به قسمت کوچکی از پستان باشد، می‌توان این نوع عمل را انجام داد. هدف از این روش جراحی، برداشت کامل تومور و حفظ بقیه پستان تا حد امکان می‌باشد. در این عمل مقداری از بافت سالم اطراف تومور نیز برداشته می‌شود تا جراح مطمئن شود که تمامی سلول‌های سرطانی خارج شده‌اند. بسته به اندازه تومور ممکن است تا یک چهارم پستان نیز برداشته شود. این روش جراحی تقریباً همیشه به پرتو درمانی به عنوان درمان تکمیلی نیاز دارد. تابش اشعه به پستان باعث می‌شود که شانس عود تومور به حداقل برسد. این یک روش جراحی ساده است و باعث می‌شود تا مدت بستری در بیمارستان کاهش یابد. در مواردی که تومور خیلی کوچک باشد این کار حتی با بی‌حسی موضعی نیز امکان‌پذیر است. پس از اینکه تومور همراه با مقداری از بافت سالم خارج شد، نمونه به آزمایشگاه آسیب‌شناسی فرستاده می‌شود. در آنجا پزشک متخصص آسیب‌شناسی، نمونه را به وسیله میکروسکوپ دقیقاً بررسی می‌کند. در صورتی که در حاشیه‌های نمونه، هنوز سلول‌های سرطانی مشاهده شوند، عمل جراحی مجدداً تکرار می‌شود و این بار بخش وسیع‌تری از بافت پستان برداشته می‌شود تا در نهایت پس از جراحی، هیچ سلول سرطانی در بافت پستان نماند. در بعضی از موارد که پس از چند نوبت جراحی هنوز سلول‌های سرطانی در حاشیه دیده می‌شوند، نیاز به برداشت کامل پستان (ماستکتومی) خواهد بود. در هر حال جراح نهایت تلاش خود را می‌کند تا فرم پستان حفظ شود.

انواع جراحی‌های با حفظ پستان عبارتند از:

1- لامپکتومی: برداشتن توده با حاشیه سالم و عاری از تومور

2- کوادراتکتومی: برداشت 1/4 از بافت پستان

بعد از جراحی حفظ پستان، در اکثر موارد نیاز به برداشت غدد لنفاوی زیر بغل یا حداقل غده لنفاوی نگهبان وجود دارد.

انجام جراحی با حفظ پستان در موارد زیر توصیه نمی‌شود:

1- وجود بیشتر از یک تومور در پستان در نقاط دور از هم

2- بزرگ بودن اندازه تومور یا کوچک بودن پستان که باعث می‌شود برداشتن تومور با یک حاشیه سالم، شکل پستان را کاملاً به هم بزند و آن را بد شکل کند.

- 3- وجود سلول سرطانی در حاشیه نمونه جراحی پس از دو بار جراحی
 4- عدم تمایل بیمار به انجام پرتودرمانی یا فقدان امکانات لازم جهت انجام پرتودرمانی پس از عمل
 5- تمایل بیمار به برداشت کامل پستان

2- برداشت کامل پستان

در حقیقت برداشت کامل بافت پستان به روش جراحی یا ماستکتومی بیش از صد سال است که برای درمان سرطان پستان استفاده می‌شود.
 عمل ماستکتومی یا برداشت کامل پستان در مواردی انجام می‌شود که جراحی‌های با حفظ پستان قابل انجام نباشد یا بیمار تمایلی به انجام آن‌ها نداشته باشد.
 برداشت کامل پستان در بیمارستان و با استفاده از بیهوشی عمومی انجام می‌شود. مدت زمان این عمل 2-3 ساعت است.
 برداشت غدد لنفاوی زیربغلی نیز به جز در برخی موارد که تومور خیلی کوچک باشد، انجام می‌شود. بررسی غدد لنفاوی در آزمایشگاه آسیب‌شناسی و تعیین میزان آلودگی آن‌ها توسط سلول‌های سرطانی، درمان‌های بعدی را مشخص می‌کند.
 در گذشته حین عمل برداشتن پستان، عضلات قفسه پستان نیز همراه نمونه برداشته می‌شد و تصور می‌شد که جراحی وسیع‌تر شانس درمان کامل بیمار را افزایش می‌دهد اما مطالعات انجام شده طی 20-30 سال گذشته نشان داد که برداشتن این عضلات هیچ سودی برای بیمار ندارد. لذا امروزه این روش منسوخ شده و عضلات حفظ می‌گردند.
 پس از انجام جراحی، یک یا دو لوله پلاستیکی در زیر پوست محل عمل کار گذاشته می‌شود تا ترشحاتی را که در ناحیه جراحی شده جراحی می‌شوند، خارج کند. این لوله‌ها چند روز باقی می‌مانند و در صورتی که بیمار همراه با آن‌ها از بیمارستان مرخص شود، باید در مورد نحوه مراقبت از آن‌ها از جراح خود اطلاعات کافی دریافت کند. به طور معمول، بیمار باید پس از شستن دست‌ها، محفظه‌های متصل به لوله‌ها (که مایع و خون خارج شده از زخم در آن جمع می‌شود) را تخلیه کند، مقدار و رنگ مایع را یادداشت کرده و پس از بیرون ریختن مایع، درب محفظه را مجدداً ببندد. هنگامی که مقدار ترشحات این لوله‌ها کم شده باشد، می‌توان لوله‌ها را از محل جراحی خارج کرد (معمولاً بین روزهای پنجم تا دهم پس از جراحی). ممکن است پس از انجام چنین جراحی‌هایی، بیماران دچار عوارضی چون عفونت محل عمل، خونریزی، تجمع مایع در محل عمل و تورم بازو و دست شوند.

جراحی غدد لنفاوی زیر بغل

اولین جایی که سلول‌های سرطانی پستان می‌توانند به آنجا گسترش یابند، غدد لنفاوی زیر بغل است لذا اطلاع از وضعیت وجود تومور در این غدد لنفاوی به ما نشان می‌دهد که تا چه حد شانس پخش شدن تومور به سایر نقاط بدن وجود دارد.
 جهت بررسی وجود تومور در غدد لنفاوی زیر بغل معمولاً جراح این غدد لنفاوی را حین عمل جراحی برمی‌دارد و به آزمایشگاه ارسال می‌کند. در گذشته تمام غدد لنفاوی زیر بغل برداشته می‌شد بعدها مشخص شد که برداشتن 12-10 عدد غده لنفاوی جهت اطمینان از وضعیت این غدد کافی است. البته اگر جراح حین عمل، غدد لنفاوی بزرگ را ببیند و احتمال دهد که سلول‌های سرطانی داخل آن هستند باید آن‌ها را هم بردارد این روش اگر چه ضروری است اما عوارضی است اما عوارضی هم دارد که از آن جمله می‌توان به تورم دست در 25-30% از بیماران اشاره کرد.

جراحان با تجربه می‌توانند با تعداد کمتری غدد لنفاوی زیر بغل مرحله را انجام دهند. اخیراً روشی به نام «بیوبسی غده لنفاوی نگهبان» ابداع شده است که در مبحث جراحی پستان به طور مفصل توضیح داده شد.

بازسازی پستان

همان‌گونه که در فصل درمان سرطان پستان توضیح داده شد، در اغلب موارد سرطان پستان، انجام جراحی‌های با حفظ پستان نیاز به انجام بازسازی را مرتفع می‌سازد، ولی هنوز در برخی از موارد بیماری، برداشت کامل پستان ضروری است.

همچنین در صورت بروز عود بعد از جراحی حفظ پستان، در اغلب بیماران برداشت کامل پستان انجام می‌شود. در این موارد شکل ظاهری پستان بیمار تغییر عمده‌ای می‌کند که اثرات روحی و روانی زیادی به همراه خواهد داشت و نیاز به بازسازی را ایجاب می‌کند.

بازسازی پستان چیست؟

این سؤال ذهن بسیاری از بیماران را مشغول می‌کند که بازسازی پستان به چه معناست و چگونه می‌توان عضو پیچیده‌ای مانند پستان را دوباره ساخت؟ بطور ساده بازسازی پستان طی یک عمل جراحی انجام می‌شود که در آن عمل، پستان برداشته شده بیمار توسط چیزی که از نظر ظاهر شبیه پستان اولیه است جایگزین می‌شود. البته باید توجه داشت که این پستان نمی‌تواند شیر تولید کند و پوست آن نیز بی‌حس و کرخت است و حس پستان طبیعی را ندارد. نتیجه نهایی عمل بازسازی پستان به عوامل مختلفی بستگی دارد مانند نوع ماستکتومی، طول برش جراحی، نوع بازسازی، مهارت جراح و اینکه آیا بازسازی همزمان با برداشتن پستان انجام شده و یا به صورت تأخیری صورت گرفته است.

بازسازی پستان نمی‌تواند یک پستان جدید با همان مشخصات قبلی ایجاد کند، بلکه در بهترین شرایط، وضعیتی شبیه به پستان برداشته شده را از نظر شکل و قوام فراهم می‌کند. در بسیاری از موارد در ماستکتومی، نوک و هاله پستان نیز برداشته می‌شود. امکان بازسازی نوک و هاله پستان وجود دارد اما باید توجه داشت که حس نوک پستان بازسازی شده مانند حس پستان طبیعی نمی‌باشد و به تحریکات نیز پاسخ نمی‌دهد.

روش‌های بازسازی پستان

روش‌های مختلفی جهت بازسازی پستان وجود دارد که بسته به نوع عمل ماستکتومی و نیز شرایط فیزیکی بدن بیمار، جراح روش خاصی را برای بازسازی انتخاب و توصیه می‌کند.

بازسازی با استفاده از بافت بدن بیمار به تنهایی (فلاپ شکمی):

این روش بیشتر برای بیمارانی مناسب است که شکم افتاده و نسبتاً چاق دارند. در این روش پوست و چربی زیر ناف به همراه بخشی از عضله مستقیم شکم به ناحیه قفسه پستان منتقل شده و جهت بازسازی پستان از آن استفاده می‌شود. از مزایای مهم این روش عدم استفاده از مواد مصنوعی می‌باشد قوام پستان نرم و مانند پستان طبیعی است ولی حس ندارد. ایراد عمده این روش ضعیف شدن عضلات جدار شکم و احتمال ایجاد فتق شکمی است. همچنین این عمل یک عمل وسیع و بزرگ می‌باشد و احتمال جوش خوردن زخم یا سیاه شدن بخشی از بافت وجود دارد.

استفاده از متسع کننده بافتی و پروتز

این عمل در 2 مرحله صورت می‌گیرد. در مرحله اول یک متسع کننده بافتی زیر پوست قفسه پستان (پس از برداشتن پستان) قرار می‌گیرد. متسع کننده بافتی وسیله‌ای مانند بادکنک است که دارای یک دریچه می‌باشد. ابتدا این وسیله به صورت خالی (مانند یک بادکنک بدون باد) در زیر پوست قفسه پستان یا زیر عضله قرار می‌گیرد. پس از جوش خوردن زخم، پزشک جراح هر 14-10 روز یک بار مقداری سرم از طریق دریچه آن به داخل این وسیله تزریق می‌کند به عبارتی این بادکنک به تدریج باد می‌شود با افزایش حجم آن کم کم پوست روی آن کش می‌آید درست مانند زمانی که در بارداری با بزرگ شدن رحم پوست شکم اتساع می‌یابد وقتی اتساع پوست به حد لازم رسید. جراح متسع کننده بافتی را خارج کرد و یک پروتز به جای آن قرار می‌دهد. از مزایای مهم این روش این است که بقیه قسمت‌های بدن دستکاری نمی‌شود اما این روش برای بیمارانی مؤثر است که پستان خیلی بزرگ نداشته باشند به علاوه این پروتزها گاهی دچار پارگی شده و نیاز به تعویض دارند و گاهی اطراف پروتز کپسولی از بافت اطراف ایجاد می‌شود که از نظر ظاهری باعث تغییر شکل پستان بازسازی شده می‌گردد. این پروتزها گاهی از جنس سیلیکون هستند یعنی هم غشای آن‌ها از جنس سیلیکون است و هم داخل آن‌ها ژل سیلیکون قرار دارد. پروتزها می‌توانند دارای غشای سیلیکون باشند ولی داخل آن‌ها از مایع سرم پر شده باشند. هر دو نوع پروتز، در بازسازی پستان استفاده می‌شوند.



استفاده از بافت بدن همراه

با پروتز

در این روش از پوست قسمت پشت تنه به همراه عضله پشتی همراه آن استفاده می‌شود و کمبود پوست پس از برداشتن پستان به این روش جبران می‌شود و چون حجم پوست و عضله کم است معمولاً باید زیر آن، یک پروتز گذاشته شود تا حجم مطلوب پستان به دست آید. اگر چه این روش نیز عوارضی دارد اما مزیت عمده آن این است که برداشتن عضله پشتی مشکل عمده‌ای برای بیمار ایجاد نمی‌کند البته این روش نیز برای بیمارانی با پستان بزرگ خیلی مناسب نیست.

باید توجه داشت که در تمامی انواع بازسازی گاهی نیاز است که پستان مقابل نیز تحت جراحی قرار گیرد تا از نظر اندازه و میزان افتادگی با پستان بازسازی شده هماهنگ شود.

بازسازی نوک پستان و هاله اطراف آن

پس از بازسازی پستان به روش‌هایی که قبلاً ذکر شد، نوک پستان و هاله پستان را نیز می‌توان بازسازی کرد. این عمل به طور معمول چند ماه پس از بازسازی اولیه پستان انجام می‌شود، در این صورت پستان بازسازی شده فرصت خواهد داشت تا شکل نهایی خود را به دست آورد.

روش‌های مختلفی برای بازسازی نوک پستان وجود دارد. می‌توان از قسمتی از پوست یک بخش دیگر بدن یا خود پستان بازسازی شده یا قسمتی از نوک پستان طرف مقابل یا حتی از انواع ساخته شده پلاستیکی استفاده کرد. البته بسیاری از بیماران تمایلی به انجام این کار ندارند. چون هدف بیشتر آن‌ها از اعمال بازسازی پستان این است که مجبور به استفاده از پروتزهای خارجی یا وسایل دیگر برای پر کردن فضای خالی پستان نشوند. برای بازسازی هاله پستان از روش‌های خالکوبی استفاده می‌شود.

شیمی درمانی در سرطان پستان

تعریف شیمی درمانی

به استفاده از دارو در درمان بیماری شیمی درمانی گفته می‌شود. اما اصطلاحاً به استفاده از داروهای مخصوص درمان سرطان، شیمی درمانی می‌گویند. داروهای ضد سرطان، سلول‌هایی را که به صورت نامناسب رشد می‌کنند، نابود کرده یا رشد آن‌ها را کند می‌کنند. شیمی درمانی به دو شکل تزریقی و خوراکی به کار می‌رود. توجه داشته باشید که این داروها می‌توانند بر سلول‌های طبیعی هم اثر ناخوشایند داشته باشند ولی پس از پایان دوره شیمی درمانی اکثر سلول‌های طبیعی به سرعت بهبود یافته و به حالت اول خود برمی‌گردند. جهت کاهش شدت و مدت شیمی درمانی باید این عوارض را شناخت و توصیه‌های لازم را به کار گرفت.

عوارض ناشی از شیمی درمانی در همه افراد بروز نمی‌کنند بلکه احتمال دارد در برخی اشخاص پیدا شوند و این بستگی به وضعیت روحی و جسمی هر بیمار دارد. برخی از بیماران پس از مدتی نسبت به داروها سازگاری پیدا می‌کنند و عوارض ایجاد شده هم از بین می‌روند.

تأثیر داروهای شیمی درمانی بر سلول‌های بدن مانند تأثیر سرعت گیر بر اتومبیل است. اگر به سرعت‌گیرها در خیابان توجه کرده باشید، زمانی که اتومبیل با سرعت بسیار زیاد از آن‌ها می‌گذرد، آسیب شدیدی می‌بیند. تأثیر داروهای شیمی درمانی بر سلول‌هایی از بدن (چه بیگانه و چه خودی) که سرعت رشد بالایی دارند نیز این چنین است به دلیل اینکه سلول‌های سرطانی (بیگانه) ماهیت رشد سلولی و تکثیر بسیار سریعی دارند، توسط داروهای شیمی درمانی آسیب شدیدی می‌بینند در بین سلول‌های طبیعی بدن سلول‌های مو، مخاط دهان، ناخن و پوست که سرعت تکثیر بالایی دارند هم تحت تأثیر داروهای شیمی درمانی شدیداً آسیب می‌بینند ولی به سلول‌های نرمال بدن چون سرعت رشد و تکثیر کمتری دارند، آسیب خیلی کمی وارد می‌شود.

رادیوتراپی (پرتو درمانی) در سرطان پستان

رادیوتراپی

رادیوتراپی یا پرتودرمانی، یکی از روش‌های درمانی سرطان پستان است که در آن از پرتوهایی که برای عکسبرداری از نقاطی مثل قفسه پستان یا استخوان به کار می‌روند (اشعه X)، استفاده می‌شود. در پرتو درمانی از انواع پر قدرت این اشعه‌ها برای از بین بردن سلول‌های سرطانی و مشکوک استفاده می‌شود.

در جریان پرتو درمانی، اشعه به طور هم زمان به سلول‌های سالم و سرطانی تابیده می‌شود، اما سلول‌های سالم توانایی بیشتری برای بهبودی سریع دارند. بر عکس، سلول‌های سرطانی به این پرتوها حساسیت بیشتری دارند و

کاملاً تحت تأثیر اثر تخریبی آن‌ها قرار می‌گیرند و از بین می‌روند. بدین ترتیب ممکن است با تأثیر اشعه بر نسوج سالم، عوارضی چون التهاب، قرمزی و درد در نواحی تحت درمان ایجاد شود که همگی گذرا و قابل کنترل هستند.

پرتو درمانی در چه مواردی انجام می‌شود؟

هدف از انجام پرتو درمانی، از بین بردن سلول‌های سرطانی است که ممکن است پس از جراحی، در ناحیه پستان باقی مانده باشند. بنابراین پس از جراحی‌های حفظ پستان (برداشتن تومور یا جراحی قسمتی از پستان) پرتو درمانی انجام می‌شود تا از کشته شدن سلول‌های سرطانی باقی مانده در آن ناحیه اطمینان حاصل شود. در برخی موارد در برداشت کامل پستان (ماستکتومی) نیز پزشک معالج ممکن است پرتو درمانی را توصیه نماید.

هورمون درمانی در سرطان پستان

هورمون‌ها ترکیبات شیمیایی طبیعی بدن هستند که در داخل بدن تولید می‌شوند و وظیفه آن‌ها تنظیم فعالیت بعضی از اعضا و ایجاد تغییرات فیزیکی و شیمیایی در بدن است. مثلاً تنظیم قند خون، رشد استخوان‌ها، تولید و ترشح شیر از پستان و ایجاد دوره‌های عادت ماهانه تحت تأثیر هورمون‌ها انجام می‌شود. در انواع خاصی از سرطان پستان، سلول‌های سرطانی برای رشد و نمو به هورمون‌های زنانه یعنی استروژن و پروژسترون نیاز دارند. با استفاده از برخی داروهای شیمیایی، می‌توان از تأثیر این هورمون‌ها جلوگیری کرد یا تأثیر آن‌ها را کاهش داد. به این ترتیب رشد سلول‌های سرطانی نیز کاهش می‌یابد و متوقف می‌شود.

هورمون درمانی چیست؟

همان‌گونه که ذکر شد در صورتی که سلول‌های سرطانی به استروژن و پروژسترون حساس باشند، اتصال این هورمون‌ها به سطح سلول‌های سرطانی باعث رشد آن‌ها می‌شود. این اتصال در محل‌های خاصی به نام گیرنده صورت می‌گیرد. ترکیبات دارویی خاصی وجود دارد که شبیه به استروژن‌ها و پروژسترون‌ها هستند و می‌توانند مانند آن‌ها به محل گیرنده‌ها متصل شوند، ولی نمی‌توانند بعد از متصل شدن همان کار را انجام دهند. بنابراین اتصال این ترکیبات به گیرنده‌ها، نه تنها باعث رشد سلول‌های سرطانی نمی‌شود، بلکه چون محل گیرنده‌ها را نیز اشغال می‌کند و دیگر جایی برای اتصال استروژن‌ها و پروژسترون‌ها باقی نمی‌گذارد، در نتیجه سلول سرطانی نمی‌تواند رشد کند. درست مانند اینکه دو کلید یک شکل داشته باشیم اما فقط یکی از آن‌ها در را باز می‌کند. کلید دیگر، قفل را اشغال می‌کند ولی در را باز نمی‌کند.

هورمون درمانی در چه بیمارانی انجام می‌شود؟

بیمارانی که سرطان پستان در آن‌ها محدود به ناحیه پستان است، به هورمون درمانی پاسخ خوبی می‌دهند. در سرطان‌های پستان منتشر، درمان‌ها کمی مشکل‌تر است. متأسفانه هنوز علم پزشکی قادر نیست به خوبی مشخص کند که بیماری در زمان تشخیص در کدام بیمار احتمال انتشار دارد و در کدام بیمار محدود به ناحیه پستان باقی می‌ماند. به همین دلیل بسیاری از پزشکان ترجیح می‌دهند که درمان‌های مکمل از قبیل شیمی درمانی و هورمون درمانی را پس از جراحی برای همه بیمارانی که احتمال گسترش بیماری در آن‌ها وجود دارد، آغاز کنند. بر این اساس استفاده از درمان‌های مکمل با وجود عوارض ناراحت‌کننده‌شان در مقایسه با عود بیماری که می‌تواند تهدید کننده حیات باشد، بسیار ضروری به نظر می‌رسد.

معمولاً در زنان جوان‌تر که هنوز یائسه نشده‌اند، تومورهای پستان فاقد گیرنده‌های هورمونی استروژن هستند. بنابراین هورمون درمانی در آن‌ها ممکن است خیلی مؤثر نباشد. بیماران که در سنین بعد از یائسگی دچار سرطان پستان می‌شوند، اغلب تومورهایی دارند که دارای گیرنده‌های استروژنی هستند و به این ترتیب این افراد از هورمون درمانی سود بیشتری می‌برند.

همچنین در مراحل بسیار ابتدایی سرطان‌های مجاری شیری، بسیاری از پزشکان هورمون درمانی را انجام نمی‌دهند.

بازتوانی در سرطان پستان

بازسازی پستان

بازسازی پستان و پروتزهای پستانی

هدف از بازسازی پستان بازگرداندن سلامتی و اصلاح تغییرات ظاهری بدن است. از این روست که امروزه بسیاری از زنان مبتلا به سرطان، تحت انجام جراحی محافظه‌کارانه قرار می‌گیرند، بدین معنا که قسمت عمده بافت پستان حفظ شده و تنها قسمتی از آن برداشته می‌شود. اما هنوز هم تعداد قابل توجهی از بیماران تحت عمل ماستکتومی قرار می‌گیرند، یعنی کل بافت پستان برداشته می‌شود. به هر حال اگر شما جزء آن دسته از بیماران هستید که کل پستان آنها برداشته شده است، ممکن است بخواهید بازسازی پستان برای شما انجام شود یا ممکن است پس از یک مدت طولانی، خود و اطرافیان‌تان بتدریج به اینکه یک پستان داشته باشید عادت کرده باشید و فکر کنید که تحمل یک عمل جراحی نسبتاً بزرگ دیگر برای بازسازی پستان، ارزش ندارد. اما هنوز بسیاری از زنان فکر می‌کنند که نداشتن پستان آنقدر آزاردهنده است که ترمیم آن ارزش تحمل ناراحتی و درد یک عمل جراحی دیگر را دارد. از گروه زنانی که تمامی پستان آنها به دلیل سرطان پستان برداشته شده است، عده قابل توجهی تصمیم می‌گیرند که عمل جراحی بازسازی پستان را انجام دهند. برای برخی از این بیماران بازسازی پستان همزمان با برداشتن پستان و یا به فاصله کوتاهی پس از آن انجام می‌شود. اما عده‌ای دیگر سالها بعد تصمیم به بازسازی این عضو می‌گیرند.

در سالهای اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه بازسازی پستان حاصل شده است. اگر چه هرگز پستانی که بازسازی شده مانند پستان طبیعی نیست، هرگز نمی‌تواند شیر تولید کند و نوک پستان هیچ‌وقت حس نوک پستان طبیعی را نخواهد داشت ولی با تمام این مسائل، نتایج جراحی می‌تواند بسیار عالی و راضی‌کننده باشد. اگر می‌خواهید برای شما بازسازی پستان انجام شود، قبل از انجام جراحی با جراح و انکولوژیست خود صحبت کنید. باید بدانید که بازسازی عمل نسبتاً بزرگی است.

برداشتن پستان و بازسازی پستان می‌تواند همزمان انجام شود اما در صورتی که این عمل بطور مجزا و بعداً انجام شود، انجام آن در هر زمانی پس از انجام عمل ماستکتومی قابل انجام است حتی اگر سالها از جراحی ماستکتومی گذشته باشد، اگر چه در این حالت بهترین زمان برای انجام بازسازی پستان 12-6 ماه پس از اتمام پرتو درمانی و شیمی درمانی است.

از نظر نوع جراحی برای بازسازی پستان، دو نوع مختلف بازسازی پستان وجود دارد. در یک روش از بافت بدن خود شما جهت بازسازی استفاده می‌شود، یعنی بافت از یک قسمت دیگر بدن برداشته می‌شود و جایگزین پستان عمل شده می‌شود (این بافت را «فلاپ» می‌نامند). در روش دیگر همین کار با استفاده از بافتهای مصنوعی یا پروتز انجام می‌شود. هر کدام از این روشها مزایا و معایب خاص خود را دارند. از نقطه‌نظر زمان انجام بازسازی پستان نیز می‌توان تقسیم‌بندی جداگانه‌ای را مورد توجه قرار داد بدین معنی که بازسازی را می‌توان در حین عمل اول و

همزمان با برداشتن کامل پستان انجام داد و یا در طی عمل جداگانه و پس از اتمام تمام درمان‌های اصلی سرطان پستان به بیمار پیشنهاد کرد.

آیا بازسازی پستان خطری برای بیمار ندارد؟

یکی از موضوعات بسیار مهم برای بیمارانی که نقش تعیین‌کننده‌ای در تصمیم‌گیری آنان برای بازسازی پستان دارد، ترس از عود بیماری و شعله‌ور شدن مجدد بیماری اولیه است. باید توجه داشت که تاکنون در هیچیک از منابع پزشکی شواهدی مبنی بر این که بازسازی پستان خطر عود بیماری را افزایش دهد وجود ندارد و در واقع با اطمینان می‌توان گفت که بازسازی پستان باعث شعله‌ور شدن بیماری و تسریع در عود بیماری نمی‌شود. موضوع مهم دیگری که همواره باعث نگرانی در انجام بازسازی پستان می‌شود، این است که آیا بازسازی در پیگیری بیمار و تشخیص به موقع عود بیماری تداخلی دارد یا خیر. باید توجه داشت که امروزه با استفاده از تکنیک‌های جدید تشخیصی، این نگرانی‌ها تا حد زیادی رفع شده است.

چه روشهایی برای بازسازی پستان وجود دارد؟

بازسازی با نسج مصنوعی (پروتزهای پستانی)

ایمپلانت‌ها یا پروتزهای پستانی در واقع به شکل کیسه‌هایی از جنس سیلیکون هستند که داخل آن می‌تواند مایع سرم نمکی و یا ژل سیلیکون استریل باشد. از آنجا که این ایمپلانت‌ها پشت عضلات جدار قفسه پستان گذاشته می‌شود، گذاشتن پروتز مانعی برای تشخیص عود سرطان در محل عمل ایجاد نمی‌کند. به طور کلی جاگذاری ایمپلانت پستانی عوارض زیادی ندارد. از معهود عوارض گذاشتن ایمپلانت می‌توان به عفونت محل عمل اشاره کرد. در این موارد منطقه‌ای که پروتز گذاشته شده است، سفت می‌شود و پوست روی آن قرمز و جمع می‌شود. مزیت مهم ایمپلانت این است که نیازی به برداشتن بافت از جای دیگری از بدن فرد نیست. در واقع عمل جراحی فقط در یک محل (محل عمل جراحی قبلی) انجام می‌شود. در این روش از بازسازی پستان ممکن است محدودیت‌هایی در قرینه‌سازی پستان بازسازی شده وجود داشته باشد ولی با توجه به روش‌های جراحی پلاستیک برای شکل‌دهی مناسب‌تر به پستان بازسازی شده و نیز جراحی پستان سالم، امروزه این موضوع مانعی برای انجام بازسازی با پروتز تلقی نمی‌شود. بهتر است بدانید که برخی درمان‌های تکمیلی که برای سرطان استفاده می‌شود از جمله پرتودرمانی می‌تواند باعث عدم موفقیت بازسازی با ایمپلانت گردد، بنابراین شما در این مورد باید با پزشک خود مشورت کنید. در مواردی که نتوان پستانی قرینه ساخت، اغلب جراحان ترجیح می‌دهند از ترکیبی از هر دو روش بازسازی با پروتز و نسج طبیعی استفاده کنند.

بازسازی پستان با استفاده از بافت بدن

بازسازی پستان با استفاده از بافت طبیعی بدن نوعی جراحی است که در آن پستان با استفاده از نسوج سایر قسمت‌های بدن مثلاً پوست و نسج اضافه زیر ناف یا عضلات پشت قفسه پستان و یا سایر بافت‌های طبیعی بدن جایگزین می‌شود.

توجه داشته باشید که این نوع از اعمال جراحی، نسبتاً بزرگ و طولانی هستند. اگر چه عوارض زودرس پس از عمل در این روشها بیش از بازسازی با ایمپلانت است ولی عوارض درازمدت آن کمتر است. از آنجا که در این روش

از بافت طبیعی بدن استفاده می‌شود، قوام پستان ایجاد شده شبیه نسج طبیعی پستان بوده و تغییرات آن با گذشت زمان (نظری افتادگی پستان که با افزایش سن ایجاد می‌شود) شبیه بافت طبیعی پستان است. روش‌های اصلی بازسازی با استفاده از نسج پستان که امروزه بیشتر مورد توجه می‌باشد شامل جایگزینی نسج پستان با پوست، نسج زیر جلد (با یا بدون عضله) از نسج پایین شکم (زیر ناف) و یا جایگزینی با پوست، نسج زیر جلد و عضله از پشت قفسه پستان است. انتخاب نوع هر یک از این جراحی‌ها به شرایط بیمار و نیز بیماری اولیه او بستگی دارد. در بیماران دیابتی و یا سیگاری بازسازی پستان همواره با احتمال خطر کم‌خونی نسج جایگزین شده و عدم بهبودی زخم‌ها همراه است. از طرفی بیمارانی که در معرض احتمال بسیار بالایی از عود هستند بهتر است هرگز پستان خود را بازسازی نکنند.

از محاسن ویژه روش جایگزینی نسج پستان با پوست و نسج اضافی در ناحیه پایین شکم و زیر ناف این است که در موارد افتادگی پوست و چربی شکم، این حالت نیز از نظر زیبایی اصلاح می‌شود.

سایر روشها

بسیاری از خانمها پس از برداشتن پستان از پروتزهای پستانی که داخل لباس گذاشته می‌شوند استفاده می‌کنند. پروتزی که بلافاصله پس از عمل استفاده می‌شود بهتر است سبک باشد تا فشاری روی محل عمل وارد نکند. این پروتزها معمولاً از فوم (foam) ساخته شده‌اند و روی آن با یک لایه پلاستیکی خاص پوشانیده شده است.

وقتی که زخم‌های شما بهبود یافت، می‌توانید از پروتزهای دائمی استفاده کنید. اگر مقدور بود، با کسی که قبلاً از این پروتزها استفاده کرده صحبت کنید، او می‌تواند شما را در مورد انتخاب نوع پروتز و زمان مناسب خرید و استفاده از آن، راهنمایی کند.

معمولاً پس از گذشت چند هفته جای عمل بهبود یافته است و می‌توانید از پروتزهایی که داخل لباس زیر قرار داده می‌شوند، استفاده کنید. پروتزهای دائمی از پلی‌استر، لاستیک و فوم، یا از مواد فوم که حاوی مایع یا ژل سیلیکون می‌باشند ساخته می‌شود. در روزهای اول استفاده از پروتز، ممکن است احساس سنگینی کنید و مدتی طول بکشد تا به آن عادت کنید. اگر این پروتزها بصورت استاندارد ساخته شده باشند، به گونه‌ای طراحی شده‌اند که وزن آن به اندازه پستان طبیعی است و بنابراین در هنگام استفاده از آن، احساس نمی‌کنید که یک طرف بدنتان سنگین‌تر است. بنابر این دچار درد شانه و پشت نمی‌شود. همچنین در هر بار استفاده ممکن است در ابتدا پروتز به نظرتان سرد بیاید اما کم‌کم دمای آن به اندازه دمای بدن می‌شود.

لباس زیرهای خاصی نیز وجود دارند که در آن، محلی جهت نگه‌داشتن پروتز ایجاد شده است به طوری که پروتز در جدا آن قرار گرفته و جابجا نمی‌شود، همچنین لباسهای شنای خاصی وجود دارد که محلی جهت گذاشتن پروتز در آن ایجاد شده است. پورتز مناسب نباید حرکت کند یا باعث تحریک پوست ما شود. بهترین نوع پروتزهای خارج از بدن انواعی هستند که شما وجود آن را احساس نکنید.

بهترین زمان بازسازی پستان کدام است؟

زمانی که امکان انجام جراحی محافظه‌کارانه وجود نداشته باشد و لازم باشد پستان به طور کامل برداشته شود، سعی بر این است که همزمان با آن بازسازی انجام گردد زیرا نتایج زیبایی و در این شرایط بسیار بهتر است. برای بیمار بسیار راحت‌تر است که وقتی به هوش می‌آید پستان بازسازی شده را ببیند تا اینکه با جای خالی یک پستان مواجه باشد، هر چند بداند که به فاصله کمی پستان بازسازی می‌شود.

بازسازی همزمان با ماستکتومی می‌تواند طول دوره بهبودی را کوتاه کند و نتایج زیبایی بهتری به همراه داشته باشد. ولی در صورت وجود برخی شرایط خاص، لازم است تصمیم برای بازسازی پستان را به تأخیر بیندازیم. به عنوان مثال زمانی که بهترین انتخاب برای بازسازی پستان، بازسازی با ایمپلانت بوده و از طرفی احتمال می‌دهیم بعد از جراحی نیاز به پرتو درمانی باشد، بهتر است بازسازی به تأخیر افتد زیرا نتایج حاصل از انواع بازسازی بخصوص با ایمپلانت، در اثر رادیوتراپی ممکن است مطلوب نباشد.

همچنین وضعیت آن قسمت از پوست که محل ماستکتومی را می‌پوشاند مهم است. زمانی که احتمال می‌رود لبه‌های پوست خورسانی خوبی نداشته باشد، (چون در این شرایط ترمیم زخم خوب انجام نخواهد شد و احتمال سیاه شدن پوست وجود دارد)، بهتر است بازسازی به تأخیر افتد تا پاسخ پوست شما به جراحی مشخص شود یا فرصت کافی به پوست داده شود تا قبل از بازسازی، خود را ترمیم نماید. این شرایط در مواردی همانند بیمارانی که سیگار می‌کشند یا مبتلا به دیابت یا برخی بیماری‌های دیگر مثل لوپوس هستند بیشتر به چشم می‌خورد.

اگر تمایل به بازسازی دارید بهتر است با پزشک خود در این مورد مشورت کنید. در هر حال توجه داشته باشید که حتی اگر بازسازی همزمان با برداشتن پستان انجام نشود، در هر زمانی پس از آن قابل انجام است و نتایج آن هم همانقدر موفقیت‌آمیز است.

بهترین زمان برای بازسازی تأخیری پستان می‌تواند بر حسب نوع بیماری و شرایط بیمار متفاوت باشد ولی به طور کلی انجام این نوع از بازسازی 12-6 ماه پس از انجام تمام درمان‌های کمکی مانند شیمی درمانی و پرتو درمانی قابل توصیه است.

لنف ادم بازو در توده‌های بدخیم پستان و روش‌های کنترل آن

لنف ادم چیست؟

لنف ادم تورمی است که در اثر تجمع مایع سرشار از پروتئین (لنف) در بخشی از بدن ایجاد می‌شود که این تجمع مایع می‌تواند به صورت اولیه و یا ثانویه و به دنبال درمان جراحی سرطان پستان ایجاد شود و موجب درد، سنگینی عضو و عفونت‌های مکرر در پوست گردد.

چه عواملی موجب لنف ادم می‌شوند؟

لنف به طور طبیعی در داخل عروق لنفی حرکت می‌کند و در نهایت وارد جریان خون می‌شود. در اثر صدمه به عروق لنفی یا غدد لنفی که در مسیر این عروق قرار دارند حرکت لنف دچار اشکال شده و در عضو جمع می‌شود. در بیماران مبتلا به سرطان پستان مسیرهای لنفی می‌توانند در اثر وجود تومور، عفونت یا روش‌های درمانی صدمه ببینند. به عنوان مثال: خارج کردن غدد لنفاوی زیر بغل و رادیوتراپی در زیر بغل می‌تواند باعث انسداد در عروق لنفی و یا کم شدن سرعت حرکت لنف شود. در بسیاری از بیماران، لنف ادم در اولین سال پس از جراحی یا رادیوتراپی ظاهر می‌شود اما خطر بروز لنف ادم در هر زمانی از زندگی بیمار وجود دارد.

عوامل زیر احتمال خطر ابتلا به تورم لنفاوی را افزایش می‌دهند:

- 1- چاقی
- 2- جراحی‌های وسیع
- 3- رادیوتراپی
- 4- کثرت غدد لنفاوی درگیر

- 5- بیماری‌های طبی زمینه‌ای مثل دیابت، فشارخون، بیماری‌های قلبی و کلیوی
- 6- عفونت در محل جراحی
- 7- عدم مراقبت صحیح بیمار از دست خود
- 8- ضربه و صدمه‌های شدید به عضو مربوطه
- 9- عود بیماری

علائم تورم لنفاوی

- علائم اولیه باعث ایجاد لنف ادم اغلب در نزدیکی محل جراحی یا رادیوتراپی ظاهر می‌شوند که عبارت است از :
- 1- احساس سنگینی در عضو
 - 2- دردهای تیرکشنده یا ممتد در عضو
 - 3- قرمزی، گرمی و علائم عفونت در عضو
 - 4- سفتی و افزایش ضخامت در محل تورم
 - 5- احساس ناراحتی و گزگز در محل جراحی شده
 - 6- احساس گرمی در نیم‌تنه سمت جراحی شده که همراه با قرمزی ناحیه است
- 7- تورم خفیف بازو، دست، قفسه پستان یا شانه در سمت جراحی شده (این تورم ممکن است تدریجی یا ناگهانی باشد)

سایر موارد مرتبط با سرطان پستان

اثر ورزش و تغذیه در جلوگیری از سرطان پستان

در قسمت اول این مطلب با عنوان "شناخت سرطان پستان" درباره‌ی علائم تشخیص این سرطان و راه‌های درمان آن برای شما صحبت کردیم. حال در مورد نقش ورزش و تغذیه صحیح در جلوگیری از این بیماری مطالبی را بیان می‌کنیم.

ورزش کردن باعث بهبودی سرطان پستان می‌گردد؟

افزایش هورمون استروژن در بدن، خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهد. ورزش کردن باعث کاهش استروژن در بدن می‌گردد.

تحقیقات نشان داده است افرادی که سرطان دارند، اگر ورزش مرتب و منظم داشته باشند، روحیه آنها تقویت می‌شود و اندام مناسبی خواهند داشت و اعتماد به نفس بیشتری در برابر بیماری خود خواهند داشت.

از همه مهم‌تر اینکه بیماری‌های ناشی از سرطان مانند بیماری قلبی و دیابت، با ورزش کردن از بین می‌رود.

مؤسساتی که درباره سرطان تحقیق می‌کنند، در گزارشی آورده‌اند که زنان یائسه‌ای که ورزش را به طور مرتب و منظم انجام می‌دهند، خطر ابتلا به سرطان پستان در آنها تا حدود 20 درصد کاهش می‌یابد.

زنانی که با جراحی، اشعه درمانی، شیمی درمانی درمان شده‌اند، می‌توانند فعالیت بدنی داشته باشند. این فعالیت‌ها شامل: پیاده‌روی آرام، پیاده‌روی سریع، دویدن، دوچرخه‌سواری، تنیس و شنا می‌باشد.

زنان دارای سرطان پستان که 1 ساعت در هفته و با سرعت 3-4 کیلومتر در ساعت پیاده‌روی می‌کنند، نسبت به آنهایی که کمتر از 1 ساعت در هفته ورزش می‌کنند، کمتر دچار عوارض وخیم سرطان پستان می‌شوند.

چاقی و ورزش و سرطان پستان

زنان سرطانی که BMI آنها کمتر از 24/13 است، 30 درصد کمتر دچار عوارض ناشی از سرطان می‌شوند. ولی در زنان سرطانی که BMI آنها 28/44 می‌باشد، ورزش کردن تأثیر چندانی بر بهبود بیماری‌شان ندارد. البته این بدان معنی نیست که دیگر ورزش نکنند، بلکه باید با ورزش وزن خود را کم کنند. لازم به ذکر است که اگر BMI بین 18/5 تا 25 باشد، نشان‌دهنده وزن سالم و طبیعی است. بیشتر از 25 نشان‌دهنده افزایش وزن و بیشتر از 30 نشان‌دهنده چاقی پرخطر می‌باشد. افزایش وزن سبب افزایش مقدار هورمون‌های بدن مانند: استروژن و انسولین می‌گردد.

تغذیه درمانی

برای جلوگیری از سرطان پستان از این مواد غذایی استفاده کنید: سویا، گوجه‌فرنگی، حبوبات، مغزها و آجیل، سبزیجات و میوه‌ها، سیر، نان و غلات سبوس‌دار، لبنیات کم‌چرب.
ویتامین‌های D, E, A، اسید فولیک، سلنیوم و مینزیوم نیز در این مورد نقش دارند.

رژیم غذایی

تحقیقات نشان داده است، رژیم غذایی کم‌چرب که برای بیماری‌های قلبی مفید شناخته شده بود، برای بیماران مبتلا به سرطان پستان نیز بسیار مفید است. زنانی که از این رژیم استفاده کرده‌اند، خطر کمتری در بدتر شدن سرطان داشته‌اند و حتی زنانی که سرطان پستان داشته‌اند و درمان شده‌اند، برای آنها هم مفید بوده برای اینکه از دوباره دچار شدن به سرطان جلوگیری کرده است. چربی زیاد موجود در غذا، در ساخت هورمون استروژن نقش دارد و استروژن باعث پیشرفت و ایجاد سرطان می‌شود.

10 راهکار ساده برای جلوگیری از سرطان پستان

1- وزن خود را متعادل کنید.

زنانی که از سن 18 سالگی به بعد، دچار اضافه وزنی بیشتر از 9 کیلوگرم بوده‌اند، احتمال ابتلا به سرطان پستان در زمان یائسگی در آنها بیشتر است.

2- مقدار زیادی میوه و سبزی مصرف کنید.

سبزیجات شامل: هویج، گوجه‌فرنگی، سبزیجات برگ سبز مانند اسفناج، و انواع کلم (کلم بروکلی، کلم قرمز، کلم قمری، گل‌کلم، کلم‌پیچ).

میوه‌ها شامل: مرکبات، انواع توت، توت‌فرنگی و گیلاس.

نکته قابل توجه این است که سبزیجات را یا خام مصرف کنید و یا بخارپز کنید.

3- مرتب ورزش کنید.

روزانه 30 دقیقه و یا بیشتر ورزش انجام دهید.

4- چربی‌های غذاها را از نوع خوب انتخاب کنید.

چربی‌های خوب شامل چربی‌های غیر اشباع امگا3 و امگا6 است. چربی‌های اشباع و جامد مثل چربی‌ها و روغن‌های حیوانی و روغن نباتی جامد مضر هستند.

امگا 6 در روغن‌هایی از قبیل ذرت و آفتاب‌گردان یافت می‌شود.

امگا3 در روغن‌هایی نظیر روغن ماهی سالمون، روغن ماهی قزل‌آلا و روغن ماهی ساردین یافت می‌شود. چربی‌های غیر اشباع در روغن‌های گیاهی نظیر، کانولا، زیتون، آجیل و دانه‌های روغنی یافت می‌شود.

5- کربوهیدرات مناسب و خوب را مصرف کنید.

نان‌ها و غلات سبوس‌دار، لوبیا، باقلا و بنشن را مصرف کنید.

6- غذاهایی که با سویا درست شده‌اند را مصرف کنید.

فرآورده‌های سویا مانند آجیل سویا، شیرسویا و سویاسس، توفو و خود سویا در کاهش سرطان پستان کمک می‌کنند.

7- ویتامین C و E و سلنیوم را هر روز مصرف کنید. این مواد مغذی، خاصیت آنتی‌اکسیدانی قوی دارند و خطر ابتلا به سرطان را کاهش می‌دهند.

8- روحیه خود را بالا ببرید.

نگاه مثبت به زندگی داشته باشید. با دوستان و خانواده باشید. خواب کافی داشته باشید (8-7 ساعت خواب در شب). استرس را از خود دور کنید.

چاقی مادر همه دردهاست. وزن مطلوب داشتن و ورزش کردن باعث دوری تمام دردها و رنج‌ها می‌شود. پس بیایید سالم و با نشاط بمانیم و از زندگی خود لذت ببریم.

9- جبران کمبود ویتامین D هم در پیشگیری از سرطان و هم در درمان آن موثر است.

10- در افرادی که کمی اضافه وزن دارند و یا مانعی برای مصرف متفورمین ندارند و یا مبتلا به مرض قند هستند. با تجویز پزشک استفاده از متفورمین با دوز کم در پیشگیری و درمان سرطان پستان موثر است.