

التدبير الجراحي المحافظ لسرطان الثدي

الدكتور سجيح مسعود*

(تاريخ الإيداع 9 / 2 / 2010. قُبِلَ للنشر في 22 / 3 / 2010)

□ ملخص □

شملت الدراسة 80 مريضة مصابة بالمراحل الباكرة من سرطان الثدي (سرطانات وحيدة البؤرة غير الالتهابية ذات الحجم الصغير - أقل من 5 سم - والمتوضعة بعيدا عن الهالة) خلال الفترة الواقعة ما بين كانون الثاني و نهاية كانون الاول 2009. أعلى نسبة إصابة كانت ما بين سن 46 - 50 سنة (41,25%). وكانت أهم عوامل الخطورة: العمر فوق 40 سنة (78,75%) والسمنة (52,50%) وعند العازبات والعاقات (41,25%). وكانت أهم الطرق التي اتبعت كمؤشرات للإصابة: تصوير الثدي (86,25%), وتم تأكيد التشخيص عن طريق الخزعة، سواء المغلقة أو المفتوحة، وكان تصوير الثدي العشوائي موجهًا للتشخيص بنسبة 41,25% من الحالات، ولم تشكل نسبة وجود كتلة أو ضخامة عقدية بالثدي سوى 36,25% من الإصابات. بينما تضمنت الجراحة استئصال كتلة الورم مع او بدون استئصال العقدة اللمفية الحارسة عند 80,75% من مجموع المريضات ولم يشكل استئصال الورم مع تجريف الإبطين سوى 6,25% من الحالات. وطبق العلاج الشعاعي و ١ او الكيماوي بنسبة 87,50% بينما لم يعط العلاج الهرموني الا بنسبة 16,25% من الحالات. وشكلت نسبة الاصابة بالسرطانة القنوية الغازية (72,50%), وأكثر أماكن تواضع الورم كان الربع العلوي الوحشي (53,75%). جميع المضاعفات بعد العلاج كانت شبه معدومة، إذا ما استثنينا ضمور الثدي (3,75%) ولم تلاحظ أية حالة نكس أو وفيات. وكانت جميع حواف كتلة الورم المستأصلة سليمة بدراستها بالمقطع الجمدي وبالمتابعة بعد الجراحة، وهذا دليل على أهمية خبرة الجراح والمشرح المرضي. مما سبق نستنتج أهمية الكشف المبكر لسرطان الثدي، وبالتالي تدبيره الجراحي بالمحافظة على الثدي والتخلص من المرض دون أية وفيات أو مضاعفات تذكر.

الكلمات المفتاحية: سرطان الثدي، تصوير الثدي، استئصال الورم، التدبير المحافظ.

* أستاذ- قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Conservative Surgical Management for Breast Cancer

Dr. Sajieh Massoud*

(Received 9 / 2 / 2010. Accepted 22 / 3 / 2010)

□ ABSTRACT □

A study of 80 women suffering from early breast cancer: unifocus, non-inflammable, small size (<5cm), located far from the Areola, between January and end of December 2009.

The peak age was between 46-50 years (41, 52%). The main risk factors were: age>40 years (78, 75%), obesity(52,50%), non-married and nullipara women.

The main diagnostic procedure was mammography in (86, 25%), screening by mammography was useful for diagnosis in (41, 25%), diagnosis was confirmed by open or closed biopsy. breast mass or lump was found in (36, 25%) of cases, lumpectomy with or without sentinel lymph node biopsy was performed in (80,75%) of patients, lumpectomy with axillary's lymph node dissection in (6,25%) of patients.

Most of the patients (87,50%) have administered radiotherapy and/ or chemotherapy, (16,25%) of patients received hormonotherapy. Invasive ductal carcinoma was diagnosed for (72,50%) of patients. The upper lateral quadrant was the most common location in (53,75%) of cases. Breast atrophy was the only post treatment complication in (3,75%). No mortality or recurrence occurred. All margins of lumpectomy were free of tumor in frozen section and monitoring after surgery that reflect the importance of experience of the surgeon and the pathological anatomist.

Conclusion: Early detection and surgical conserving management is the best approach of breast cancer and lead to cure of disease without mortality and less of complications.

Keywords: breast cancer, mammography, lumpectomy, conservative management.

*Professor, Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

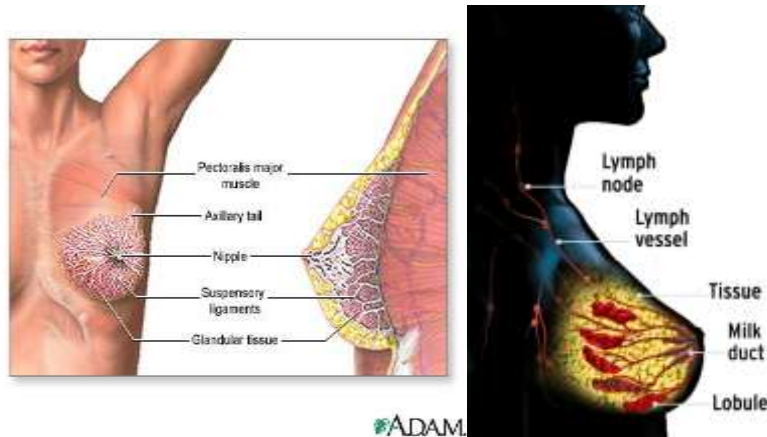
تحتل سرطانات الثدي المرتبة الأولى من بين السرطانات التي تصيب النساء، إذ تشكل 25% من السرطانات التي تصيبهن، و فقط 1% من السرطانات التي تصيب الذكور [1,2]، إحصائياً، تشير الدراسات العالمية بحدوث أكثر من مليون إصابة في العالم سنوياً [3,4].

تميز المسح الطبي بأنه يكشف 9 حالات من سرطان الثدي بالمرحلة الأولى مقابل حالة واحدة بالمرحلة الرابعة [5,6] ميبنا أهمية ارتباطه بالعلاج الجراحي المحافظ لسرطانات الثدي [5,6,7].

تغيرت جراحة الثدي بشكل دراماتيكي خلال العقود السابقة بدءاً من عام 1891 عندما وصف Halsted أول تدبير جراحي جذري لسرطان الثدي (استئصال الثدي مع العضلتين الصدريتين مع تجريف الإبط) [8]، ثم جاء بعده Paty عام 1948 الذي عدل هذه الطريقة والتي سميت باستئصال الثدي المعدل [9]. بعد ذلك توالى التطورات في تدبير سرطانات الثدي والتي كان من أهم أسبابها اكتشاف أنواع أخرى للمعالجة. (الشعاعية والكيماوية والهرمونية والعلاج الموجه أخيراً) [10,11]، والاكتشاف المبكر لسرطان الثدي وتحسن طرق التشخيص ونشر الوعي بين النساء حول هذا المرض [7,6,12]، مما أدى إلى ظهور فكرة أو مفهوم التدبير الجراحي المحافظ لسرطان الثدي في أوروبا، وبالتحديد في الفترة ما بين 1950-1970 من قبل الفرنسيين والفنلنديين، ومن ثم الولايات المتحدة. وقد ازداد معدل تطبيق الجراحة المحافظة لسرطان الثدي خلال العشر سنوات الأخيرة في الولايات المتحدة من 30% عام 1992 ليصل إلى 60% عام 2002 بينما وصلت النسبة في فرنسا إلى 75% في عام 2007 [13,14]، وذلك انطلاقاً من أهمية الثدي كعضو من الناحية الجسمية والنفسية بالنسبة للمرأة [15]، ففي عام 1998 وصف Avdretsch طريقة تجمع بين الاستئصال الكافي لسرطان الثدي (غير المترافق مع نقائل) مع هامش أمان بقصد شفاء المريضة مع تصحيح تشوه الثدي الحاصل بسبب الجراحة، دون ان يؤثر ذلك على معدل الرجعة، أو معدل البقاء، معتمداً بذلك على التعاون الحاصل ما بين جراحيين مختصين في جراحة الثدي ومعالجين شعاعيين وكيماويين ومشرحين مرضيين وأطباء أشعة [13,14,16].

التشريح الجراحي للثدي:

معرفة تركيب وتشريح الثدي ذات أهمية جراحية كبيرة، فهو يتكون أساساً من نسيج شحمي وأنسجة ضامة تضم بداخلها الغدد اللبنية التي تتصل كل منها بقناة لبنية تصل الغدة اللبنية بالحلمة التي تحتوي على فتحات متعددة للقنوات اللبنية. وبناء الثدي الطبيعي موضح في الشكل رقم (1).



الشكل رقم (1) : البنية التشريحية للثدي.

أهمية البحث وأهدافه:

يهدف البحث إلى تحديد خطوات عملية واقعية تلعب دورا كبيرا في الكشف المبكر عن سرطان الثدي مع دراسة أنجع الطرق وأكثرها واقعية ومنطقية في تدبير سرطانات الثدي وحيدة البؤرة غير الالتهابية ذات الحجم الصغير (أقل من 5 سم)، والتي تتوضع بعيدا عن الهالة بهدف استئصالها، مع هامش أمان لا يقل عن 2 مم (2-10 مم) لدى مريضة ليس لها مضاد استئطاب للعلاج المكمل .

تكمن أهمية البحث في وضع خطة محددة لتدبير بعض حالات سرطان الثدي بعيدا عن الاستئصال الواسع وإشراك العديد من العلاجات المكملة في آن واحد، بهدف تقليل نسبة المضاعفات الجراحية والنفسية والآثار الجانبية للعلاج.

طرائق البحث ومواده:

تمت الدراسة في مشافي كلية الطب بجامعة تشرين ومشافي معالجة الأورام في كلية الطب بجامعة الإسكندرية في جمهورية مصر العربية ، خلال الفترة الواقعة بين عامي 2008 و 2009 .

تضمنت الدراسة 80 مريضة أجريت لهن المعالجة الجراحية المحافظة مع العلاج المكمل لتدبير سرطانات الثدي في المرحلة الباكرة.

قسمت الدراسة إلى:

- دراسة استرجاعية شملت 50 مريضة

- دراسة مستقبلية شملت 30 مريضة

وأبعدت عن الدراسة كل المريضات اللاتي لا يتوافقن مع الهدف .

وتم تصنيف المريضات حسب العمر، التاريخ الشخصي ، وعوامل الخطورة وطرق مؤشرات الإصابة، طرق التشخيص ، أماكن توضع السرطان ، الأعراض والعلامات السريرية ، وأخيراً حسب طرق العلاج.

العمر:

تراوحت أعمار المريضات اللاتي كشفت إصابتهن بسرطان الثدي في مراحل الباكرة ما بين سن 28-55 سنة

وهي موزعة كالتالي :

الجدول رقم (1): توزع المريضات حسب العمر

العمر بالسنوات	عدد المريضات	النسبة المئوية%
30-25	2	2.5
35-31	7	8.75
40-36	8	10
45-41	23	28.75
50-46	33	41.25
55-51	7	8.75

يبين هذا الجدول، أن أعلى نسبة للإصابة كانت ما بين سن 41-50 سنة (70% من الحالات)

التاريخ الشخصي وعوامل الخطورة:

تركزت الدراسة على :

- 1- القصة العائلية لوجود أقارب (الدرجة الأولى) مصابات بسرطان الثدي سابقا: 5 مريضات
- 2- السن أثناء بدء الدورة الشهرية قبل 12 سنة، وسن انقطاع الطمث بعد عمر 50 سنة : 7 مريضات .
- 3- المريضات العازبات واللاتي لم ينجبن : 33 مريضة
- 4- السمنة : 42 مريضة
- 5- العمر فوق 40 سنة : 63 مريضة
- 6- الكحول والتدخين : 12 مريضة
- 7- تناول أدوية هرمونية (استروجين ، بروجيسترون) أو التعرض للإشعاع 18 مريضة
- 8- سوابق وجود آفة حميدة في الثدي منذ عدة سنوات : 8 مريضات
- 9- مريضات لم يذكرن أي شئ من العوامل السابقة : 8 مريضات
(غالبية المريضات كان لديهن عدة عوامل مشتركة).

الجدول رقم (2): توزع المريضات حسب السوابق المرضية والعادات وعوامل الخطورة

النسبة المئوية%	عدد المريضات	السوابق المرضية - العادات وعوامل الخطورة
6.25	5	القصة العائلية.....
8.75	7	بدء الطمث وانقطاعه
41.25	33	العازبات والعاقرات
17.5	14	الإنجاب بعد سن 30
52.5	42	السمنة
10	8	سوابق آفة حميدة بالثدي
78.75	63	العمر فوق 40 سنة
22.5	18	سوابق علاج هرموني أو شعاعي
15	12	الكحول والتدخين
10	8	مريضات لم يذكرن شيئاً

من الجدول السابق، نلاحظ أن هناك عدة عوامل خطورة مشتركة عند غالبية المريضات (90%) بينما (10%) من المريضات لم يذكرن أي شيء، ويرجع السبب إلى انخفاض نسبة الوعي وإلى العادات والتقاليد.

طرق المؤشرات الأولية للإصابة:

- 1- الفحص الذاتي للثدي : راجع العديد من المريضات العيادات الخارجية والمشفى لملاحظة وجود تغيرات أو اضطراب في أذنائهن (ألم ، كتلة ، قساوة ، ضخامة عقدية ، نز مصلي دموي من الحلمة ، حكة معدة، تغيرات في الحلمة ، كبر أحد الثديين).
- لم تثبت الإصابة فيما بعد بسرطان الثدي الباكر (المرحلة 0 . I . II) إلا عند 15 مريضة، رغم أن العدد الذي راجع المشفى يفوق ذلك بعشرات الأضعاف.
- 2- الفحص الطبي الدوري أو العابر : الذي كان موجهًا للتشخيص عند 32 مريضة .

3- تصوير الثدي Mammography العشوائي:

اتخذ المشفى إجراء منذ أكثر من عام بإجراء تصوير الثدي مجاناً لكل مريضة عمرها 40 سنة وأكثر، من مراجعي الأقسام الجراحية ولاي تشخيص كان.

وساعد ذلك في إجراء مسح وكشف 33 حالة من سرطان الثدي في مرحله الباكرة .

الجدول (3): المؤشرات الأولية لتشخيص سرطان الثدي الباكر

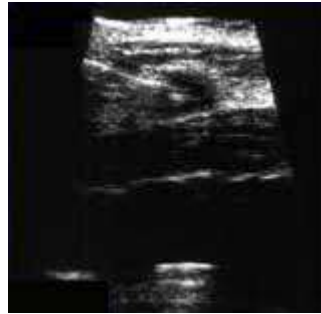
النسبة المئوية	عدد المريضات	المؤشرات
18.75	15	الفحص الذاتي
40	32	الفحص الطبي
41.25	33	تصوير الثدي

يلاحظ من الجدول السابق دور هذه المؤشرات في الكشف المبكر لسرطان الثدي، وخاصة تصوير الثدي لكل سيدة عمرها من 40 سنة وما فوق، ولو مرة واحدة في العام.

طرق تأكيد التشخيص :

تضمنت أهم الفحوصات والإجراءات الطبية التي أجريت لتأكيد التشخيص اعتماداً على المؤشرات الأولية للإصابة :

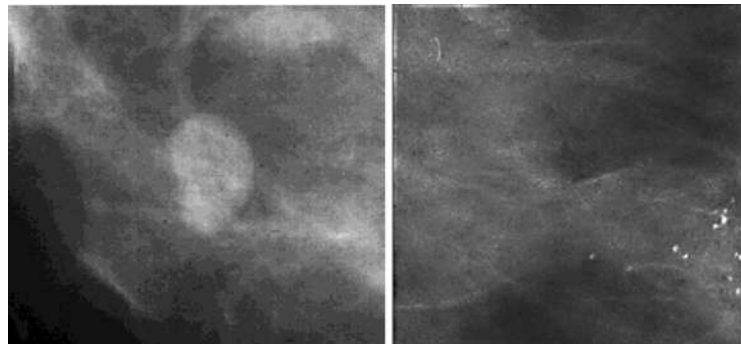
1- تصوير الثدي بالأمواج فوق الصوتية Ultrasounography: الذي أجري لجميع المريضات، وكان مكملاً لتصوير الثدي. الشكل رقم (2).



الشكل رقم (2) يبين تصوير الثدي بالأمواج فوق الصوتية

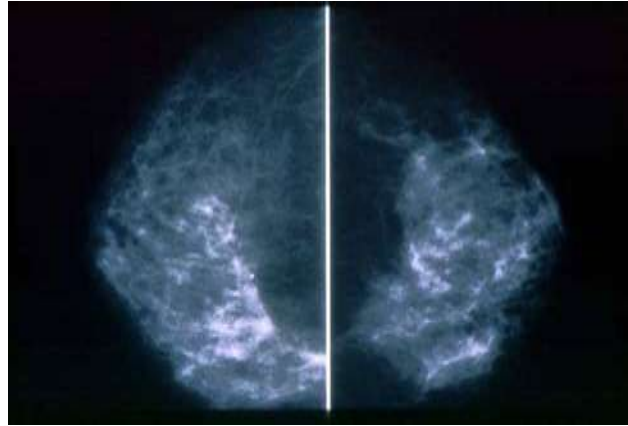
2- تصوير الثدي : أجري لجميع المريضات فوق 36 سنة، وكان موجهاً للتشخيص بشكل جيد. الشكل

رقم (3) .



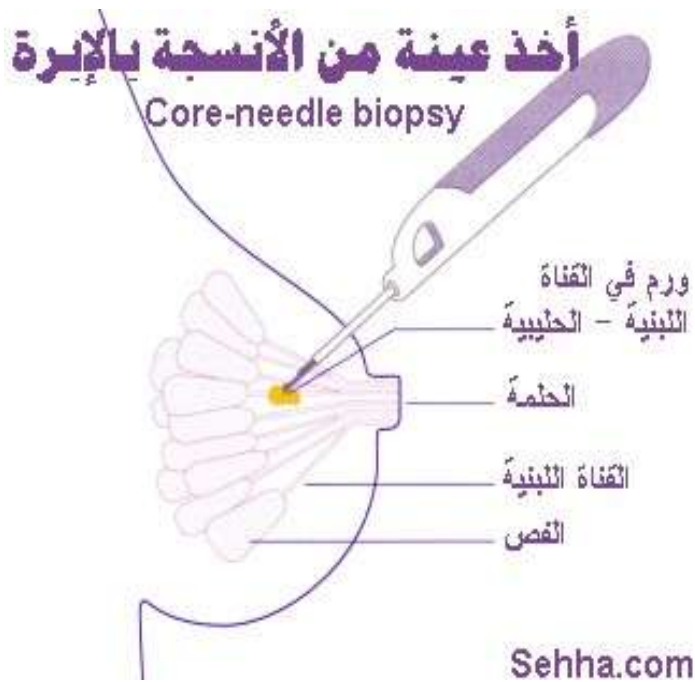
الشكل رقم (3) يبين تصوير الثدي (ماموغرافي)

- 3- تصوير الثدي بالرنين المغناطيسي : أجري فقط لـ 11 مريضة اللاتي لم تكن معطيات الإجراءات السابقة واضحة لديهن بشكل جيد. الشكل رقم (4) .



الشكل رقم (4) يبين تصوير الثدي بالرنين المغناطيسي

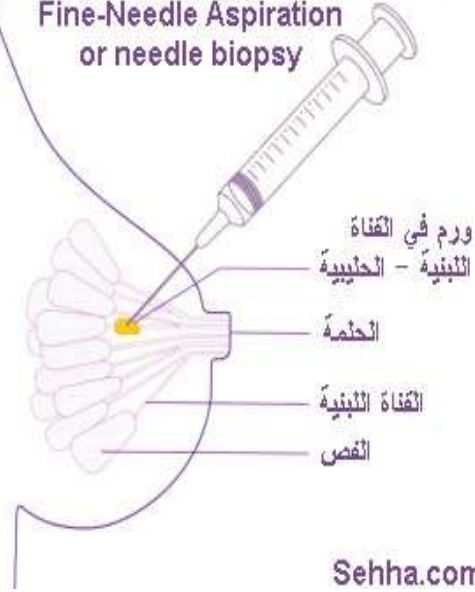
- 4- خزعة من أنسجة الورم بالإبرة Needle biopsy : كانت مؤكدة للتشخيص عند 25 من أصل 26 (96.14%). الشكل رقم (5) .



الشكل رقم (5) يبين خزعة من أنسجة الورم بالإبرة

- 5- الارتشاف بالإبرة Fine Needle Aspiration: رشف عينة من داخل الورم تحتوي على خلايا وليس نسيج الورم . كانت مؤكدة للتشخيص عند 32 مريضة من أصل 34 (94.11%). الشكل رقم (6) .

الرشفة أو استئصال الأنسجة بإبرة Fine-Needle Aspiration or needle biopsy



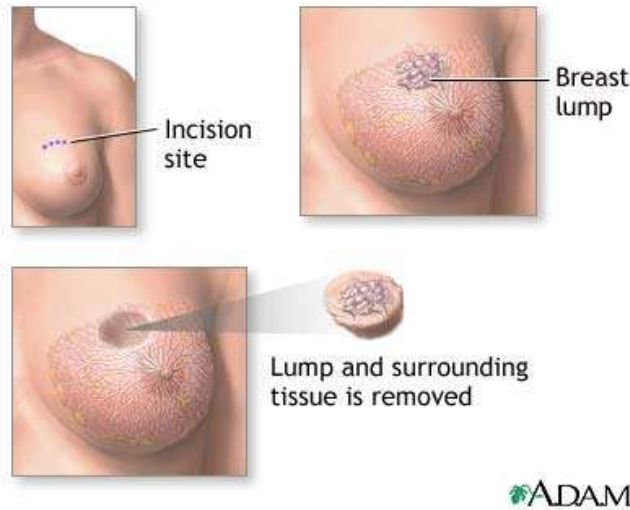
الشكل رقم (6) الارتشاف بالإبرة

6- خزعة أنسجة بإبرة خاصة كبيرة نسبيا Trucut biopsy: كانت مؤكدة للتشخيص لجميع المريضات وعددهن 7 (100%). للشكل رقم (7).



الشكل رقم (7) خزعة بإبرة قاطعة

7- الخزعة الاستئصالية : أجريت تحت التخدير الموضعي ل 14 مريضة كانت مؤكدة للتشخيص بنسبة 100%. الشكل رقم (8) .



الشكل رقم (8) الخزعة الاستئصالية

الجدول رقم (4) : طرق وإجراءات التشخيص المتبعة في الدراسة:

النسبة المئوية %	عدد المريضات	طرق وإجراءات التشخيص
100	80	الامواج فوق الصوتية
86.25	69	تصوير الثدي
13.75	11	الرنين المغناطيسي
32.5	26	الخزعة بالإبرة
42.5	34	FNA
8.75	7	Trucut Biopsy
17.5	14	الخزعة الاستئصالية

يبين الجدول أهمية إجراء التصوير بالأشعة فوق الصوتية وتصوير الثدي كموجه لتأكيد التشخيص. أماكن توضع السرطان :

- الربع العلوي الوحشي 43 مريضة
- الربع العلوي الأنسي 16 مريضة
- الربع السفلي الوحشي 14 مريضة
- الربع السفلي الأنسي 7 مريضات

(استبعدت من الدراسة أورام تحت الحلمة أو الهالة).

الجدول رقم (5) : أماكن توضع سرطان الثدي

النسبة المئوية %	عدد المريضات	مكان توضع الورم
53.75	43	الربع العلوي الوحشي
20	16	الربع العلوي الأنسي
17.5	14	الربع السفلي الوحشي
8.75	7	الربع السفلي الأنسي

نرى أن مكان تواجد الورم كان بنسبة 53% في الربع العلوي الوحشي و 20% في الربع العلوي الأنسي.

الأعراض والعلامات السريرية :

كانت الشكوى المرضية كما يلي:

- ألم موضع مبهم أو حس شد أو ثقل في الثدي عند 18 مريضة
 - كتلة غير مؤلمة في الثدي عند 22 مريضة
 - صلابة أو ضخامة عقدية في الإبط عند 7 مريضات
 - عدم وجود أية أعراض أو علامات تذكر عند 33 مريضة (مسح عشوائي)
- الجدول رقم (6) : يبين توزع الأعراض والعلامات السريرية

النسبة المئوية %	عدد المريضات	الأعراض والعلامات
22.5	18	ألم موضع مبهم
27.5	22	كتلة غير مؤلمة
8.75	7	صلابة أو ضخامة عقدية
41.25	33	دون أعراض

يلاحظ من الجدول أن أكثر من 40% من الحالات، تم الكشف عن الورم دون أعراض سريرية، وذلك نتيجة التصوير العشوائي للثدي.

مرحلة ما قبل الجراحة :

تضمنت هذه المرحلة:

- الاهتمام النفسي والاجتماعي بالمريضة، فضلا عن القضايا الجراحية
- وضع التشخيص الأكيد وإجراء جميع الفحوصات والتحليلات المكتملة ومعرفة عوامل الخطورة
- تحديد طرق العلاج، سواء الشعاعي، أو الكيماوي والهرموني قبل الجراحة وبعدها
- المراقبة والمتابعة

المعالجة Treatment:

قبل التطرق لنوعية العلاج المطبق، كانت هناك عدة عوامل نوعية لعبت دوراً في تحديد نوعية العلاج وهي:

- 1- حجم وموقع ودرجة الورم
- 2- إيجابية إصابة العقد اللمفية مع مراعاة عدد العقد اللمفية المصابة أو إصابة عقدة لمفية حارسه واحدة.
- 3- حجم الثدي
- 4- وجود عوامل الخطورة
- 5- صحة المريضة العامة

لعبت الجراحة الدور الأول والأساسي في العلاج المحافظ لسرطانات الثدي في دراستنا هذه والتي أجريت فقط لسرطانات المرحلة الأولى والثانية، حسب التصنيف العالمي للأورام والتي حجمها أقل من 5 سم مع احتمال وجود عقدة أو عدة عقد لمفية مصابة، مما أوجد اتجاهين للمعالجة وهما:

1- الاتجاه الاول:

- استئصال الورم lumpectomy مع استئصال العقد أو العقدة اللمفية الحارسة (أول عقدة لمفية في الإبط تصل إليها الخلايا السرطانية) مع مراعاة المحافظة على الثدي وتطبيق العلاج الشعاعي Radiotherapy سواء قبل أو بعد الجراحة .

- علاج كيميائي Chemotherapy مكمّل عند إثبات إيجابية إصابة العقد اللمفية وعندما تكون المريضة في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث ، حيث وجد أن نسبة النكس ترتفع إلى 4 أضعاف دون المعالجة الكيميائية للسرطانة القنوية Ductal carcinoma in situ [12, 17].

- علاج هرموني Hormonotherapy عندما يكون اختبار الخلايا السرطانية للمستقبلات الهرمونية ER ,PR ايجابيا.

2- الاتجاه الثاني:

تم تطبيقه عندما يكون حجم الثدي صغيراً مع إيجابية إصابة العقدة اللمفية الحارسة، وتطبيق العلاج الشعاعي و أو الكيماوي قبل وبعد الجراحة، والعلاج الموجه Targeted therapy في بعض الحالات الخاصة، وخاصة عندما تكون المستقبلات الهرمونية سلبية ، ومنها العلاج المناعي Immunotherapy كالهريسيتين Herceptin والعلاج البيولوجي Biologic therapy مثل Avastin خاصة عند وجود قصة سابقة للإصابة بالسرطان. والجراحات التي أجريت هي :

1- استئصال كتلة الورم Lumpectomy: استئصال كامل الورم مع هامش أمان حوالي 1 سم من النسيج السليم ودراسة سلامة حواف الكتلة نسيجياً بالمقطع الجمدي Frozen section، مع استئصال العقدة الحارسة إن وجدت وإيجابيتها تعني إجراء تجريف إبط، ثم إغلاق الجرح بعد تحديد حدود الاستئصال بواسطة أربع غرز معدنية من أجل تطبيق العلاج الشعاعي، فيما بعد على منطقة الورم إن لم تكن هناك إصابة في العقد اللمفية، وبعدها يغلق الجرح بعد وضع منزع Rodon.

2- استئصال ربع الثدي Quadrantectomy او استئصال ثدي جزئي Segmentalmastectomy باستئصال كامل الآفة مع هامش أمان والمحافظة على شكل الثدي بإجراء التصنيع أو دونه وبالتكنيك الجراحي السابق نفسه.

3- استئصال العقد أو العقدة اللمفية الحارسة Sentinel lymph node اعتمد هذا التكنيك على زرق مادة ملونة زرقاء (أزرق الميتيلين) حول الورم أو تحت الهالة قبل بداية الجراحة. فخلال 3-10 دقائق كحد أقصى، و خاصةً إذا أجرينا التذليل الخفيف على منطقة الحقن يظهر لنا تلون العقد أو العقدة اللمفية الحارسة مما يسهل تحديدها، وبالتالي سهولة الاستئصال وأجرينا استئصال العقدة الحارسة أولاً، وإجراء التشريح المرضي لدراستها بالمقطع الجمدي خلال 15-20 دقيقة، وبناء على النتيجة تقرر الإجراء المناسب سواء كان تجريف الإبط أو الاستئصال ، مع العلم أن أكثر من 50% من المريضات كانت نتيجة إصابة العقدة الحارسة سلبية (10من اصل 18 حالة)



الشكل رقم (9) استئصال العقدة اللمفية الحارسة

وفيما يلي نبين نوعية الجراحة المجراة في الجدول التالي.

الجدول رقم (7) : نوعية الجراحة المجراة

النسبة المئوية %	عدد المريضات	نوع العمل الجراحي
58.25	47	استئصال كتلة الورم
12.5	10	استئصال جزئي
22.5	18	استئصال الورم مع عقدة حارسة
6.25	5	استئصال الورم مع تحريف إبط

يبين الجدول أعلاه أن أكثر من نصف المريضات تعرضن فقط لاستئصال كتلة الورم ، وهذا يفسر أهمية الكشف المبكر عن الآفة.

كما يبين عدد المريضات اللاتي وجدت عندهن العقد أو العقدة اللمفية الحارسة رغم إجراء جميع الاستقصاءات السابقة . والجدول التالي يبين نوعية العلاج المكمل .

الجدول رقم (8) : يبين نوعية العلاج المكمل

النسبة المئوية %	عدد المريضات	نوعية العلاج المكمل
87.5	70	الشعاعي أو الكيماوي
16.25	13	الهرموني
3.75	3	الموجه

ملاحظة: 10 مريضات لم يأخذن اي علاج مكمل.

التشريح المرضي : Pathology

تميزت جميع الأورام المستأصلة نسيجيا بانها سرطانية:

1- قنوية Ductal carcinoma غير غازية عند 20 مريضة (25 %).

- 2- فصية Lobular carcinoma لوحظت عند مريضتين (2.5 %).
 3- قنوية غازية Invasive ductal carcinom عند 58 مريضة (72.5 %).

والجدول التالي يبين درجة وحجم الورم.

الجدول رقم (9): يبين درجة الورم stage وحجمه

النسبة المئوية %	عدد المريضات	حجم الورم	درجة الورم
12.5	10	9-5 مم	0 او in situ
27.5	22	19-10 مم	1
31.25	25	39-20 مم	II A
28.75	23	49-40 مم	II B

يبين الجدول ان 60% من الحالات كانت من أورام المرحلة الثانية لسرطانات الثدي رغم كل التدابير والإجراءات المتخذة.

المضاعفات : Complications

أهم المضاعفات التي حصلت في مرحلة ما بعد الجراحة :

- 1- ضمور الثدي: شوهد عند المريضات المعالجات شعاعياً قبل الجراحة وكانت أنداؤهن في الأصل صغيرة .
- 2- خمج الجرح
- 3- تشوه بسيط، أو عدم تناظر في حجم الثديين.
- 4- المصلوم : Seruma شوهد عند مريضتين أجري لهما تجريف إبط .
- 5- النزف أو الورم الدموي : شوهد عند مريضة واحدة أجري لها استئصال ثدي جزئي مع استئصال عقدة لمفية حارسة.

الجدول رقم (10) : يبين المضاعفات الناتجة بعد الجراحة

النسبة المئوية %	عدد المريضات	المضاعفات
3.75	3	ضمور الثدي
6.25	5	خمج الجرح
2.5	2	تشوه أو صغر حجم الثدي
2.5	2	المصلوم
1.25	1	النزف

من الجدول أعلاه نجد أن جميع المضاعفات العلاجية التي حصلت كانت بسيطة ولم تشكل أية خطورة على الحياة وإصلاحها كان بسيطاً، ما عدا حالات ضمور الثدي التي لم يتمكن من علاجها ، ولكن المريضات تقبلن ذلك بكل هدوء.

المتابعة بعد الجراحة :

تضمنت هذه المرحلة الإشراف المباشر مع العناية بما فيها التقييم المناسب لشفاء الجرح وعلاج المضاعفات الآتية ما بعد الجراحة ومتابعة العينة المستأصلة (كتلة الورم) للتأكد من هامش الأمان السليم ، وبعد التخرج من المشفى تتضمن المتابعة والمراقبة .

- تصوير الثدي : mammography تم اجراؤه بعد الجراحة وبعد 6 أشهر ، ثم مرة كل سنة .
- الفحص الطبي الدوري : يجرى كل شهرين خلال السنة الأولى ، ومرة كل 4-6 أشهر خلال السنوات الخمس القادمة.

- تحاليل مخبرية دموية وخاصة الواسمات الورمية : مرة كل سنة .

الإذار: Prognose

لم تحدث أية حالة نكس خلال فترة الدراسة ، كما لم تحدث أية وفيات ، علما بأن متابعة المريضا كانت دورية ويشكل منتظم

الدراسة المقارنة:

وضعت عدة دراسات عالمية للمقارنة لتشمل جميع نقاط بحثنا :

أولا :الدراسة الأولى: [19 ، 18]

اجريت في جامعة كولومبيا - نيويورك بعنوان الخبرة الجراحية والعلاج الجراحي المحافظ لسرطان الثدي - المرحلة الباكرة من قبل Hershmann, Selver ما بين عامي 1999 و 2004 على 30000 مريضة وكانت نتائجها :جميع الحالات كانت من الدرجة الأولى والثانية، واتخذ القرار بطريقة المعالجة المناسبة حسب التشخيص والاستطباب المناسب.

- 60% من المريضا أعمارهن > 40 سنة.

- قسم مجموع المريضا الى ثلاث مجموعات:

1- أعطيت العلاج الكيماوي بعد الجراحة

2- أعطيت العلاج الشعاعي قبل الجراحة وبعدها، مع إعطاء العلاج الهرموني بعد الجراحة

(Tamoxifen).

3- لم تعط اي علاج بعد الجراحة.

كانت النتائج بعد 5 سنوات:

- نكس 8% ، وفيات 2% في المجموعة الأولى .

- نكس 60% ، ووفيات 17 % في المجموعة الثالثة

- لم تلاحظ أية نسبة للنكس أو الوفيات في المجموعة الثانية.

وفي دراسة أخرى قام بها Opatt D, Mary J. في جامعة تولين بولاية لويزيانا الأمريكية ، التي جاء بها إن إعطاء العلاج الهرموني (Tamoxifen).تخفف الإصابة بسرطانة الثدي الغازية بنسبة 49 % عندما يعطى بجرعة 20ملغ يوميا لمدة 5 سنوات، لكنه قد يسبب سرطان رحم وانسداد رئوي عند النساء بعد سن الخمسين . كما بينت

الدراسة مدى الفائدة الكبيرة للعلاج الشعاعي لمنع النكس ، وأهمية مشاركة العلاج الكيماوي مع الهرموني في حالات إيجابية إصابة العقدة اللمفية الحارسة .

ثانياً: الدراسة الثانية: [21،20]

قام بها Dayfair ورفاقه في جامعة تولين وأخرى قام بها Mc millan ورفاقه في مشفى جراحة أورام الثدي (نوتينغهام في بريطانيا) حول عوامل الخطورة للإصابة بسرطان الثدي عند 3240 مريضة خضعت للعلاج، وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

- كانت نسبة الإصابة 60% عند المريضات بعمر فوق الخمسين.
- كانت نسبة الإصابة 50% عند وجود قصة عائلية بإصابة أقارب الدرجة الأولى.
- كانت نسبة الإصابة 7% عند بدء الطمث قبل سن 12 ، وانقطاعه بعد سن 55 سنة.
- كانت نسبة الإصابة 40 % عند العازبات والعاقرات.
- كانت نسبة الإصابة 35 في حالات السمنة .
- كانت نسبة الإصابة 7- 12 % عند الكحوليين والمدخنين .
- كانت نسبة الإصابة 26 % في حال تناول الأدوية الهرمونية والتعرض للأشعة.
- كانت نسبة الإصابة 10 % في حالات وجود سوابق لآفة حميدة في الثدي.
- بالإضافة لذلك كانت هناك عوامل أخرى مثل : النظام الغذائي الغني بالدهون ، زيادة الطول عند النساء اللواتي يزيد طولهن عن 175 سم، (7% عن كل 5سم بعد انقطاع الطمث و2% في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث)، الوضع الاجتماعي والاقتصادي، لون البشرة عند النساء (البيض أكثر من السود 57/71).

ثالثاً: الدراسة الثالثة: [22]

تضمنت الدراسة الأعراض والعلامات السريرية لسرطان الثدي، وأهمية الكشف المبكر له من خلال الفحص الدوري الذاتي وتصوير الثدي وإجراء العلاج الجراحي المحافظ، مع بيان أماكن توضع الورم حيث كان التوضع في دراستين متتاليتين كما يلي:

- 45 - 60% في الربع العلوي الوحشي
- 10 - 10% في الربع السفلي الوحشي
- 10 - 12% في الربع العلوي الأنسي
- 5-6 % في الربع السفلي الأنسي
- 12-25 % تحت الحلمة والهالة

وأظهرت الدراسة ان 90% من الأورام المشخصة كانت حميدة مقابل 10% خبيثة.

رابعاً الدراسة الرابعة: [23]

تمت الدراسة بين عامي 2000-2005 وتضمنت طرق التشخيص من حيث التصوير بالأشعة فوق الصوتية والرنين المغناطيسي وتصوير الثدي وطرق أخذ الخزع بالإضافة إلى تنظيف القنوات اللبنية وفحص المفترقات المرضية من حلمة الثدي. وتطرقت الدراسة إلى نسبة الوفيات والمضاعفات وكانت النتائج كما يلي:

البقاء لمدة خمس سنوات بعد الجراحة لسرطان: - المرحلة 0 و 1 97% - المرحلة 0 و 1 97%

$$\begin{array}{l} \text{II A -} \\ 92\% \\ \text{II B -} \\ 81\% \end{array}$$

ولم تذكر الدراسة وجود حالات ضمور الثدي بعد العلاج ، أما بقية المضاعفات فكانت : الخمج 13%، التشوه أو صغر حجم الثدي 7% ، المصلوم 12%، النزف 8%، الوذمة اللمفية 3.2%. كما بينت الدراسة نوعية الورم في الثدي وكانت نسبها كما يلي: 1% microinvasive، 20% noninvasive، 79% invasive carcer وبلغت نسبة العلاج الجراحي المحافظ لهذه الأورام فقط 72%.

النتائج والمناقشة:

إن النتائج التي حصلنا عليها من الدراسة وبعد مقارنتها مع الدراسات العالمية الأخرى تبين أن أعلى نسبة إصابة بالنسبة للعمر كانت نسبتها 41.25 % في سن بين 46-50 سنة ، و 78.75% في العمر بين 40-50 سنة في دراستنا، بينما هي في الدراسات العالمية 60% في عمر 50-59 سنة والسبب يعود إلى الفرق الكبير لعدد المريضات بين دراستنا والدراسات العالمية.

والاختلاف الكبير الواضح كان في عامل أقارب الدرجة الأولى (دراستنا 6.25% - الدراسة المقارنة 50%). والسمنة (52.5% في دراستنا مقابل 35% في الدراسة المقارنة). أم بقية عوامل الخطورة الأخرى فكانت متقاربة . هذا الاختلاف يعود لوجود عدة عوامل مجتمعة عند غالبية المريضات 90% منهن. كانت طرق المؤشرات الأولية لاكتشاف الآفة وتأكيد التشخيص ما بين الدراسات المقارنة ودراستنا متقاربة جداً.

أما أماكن تواضع الورم ونسبته في كل ربع من الثدي فهي متقاربة مع الدراسات المقارنة والاختلاف الموجود سببه أنه في دراستنا لم نأخذ نسبة تواجد الورم تحت الحلمة والهالة

- بالنسبة لطريقة العلاج، إن الاختلاف الوحيد بين دراستنا والدراسات المقارنة هو أنه لم يكن لدينا مجموعة لم تعط العلاج المكمل الشعاعي أو الكيماوي أو الهرموني بعد الجراحة ، كما كانت نسبة نوعية الورم الغازية وغير الغازية متقاربة في الدراستين .

- من ناحية المضاعفات والوفيات؛ في دراستنا لم توجد أية نسبة للوفيات أو النكس، والسبب في ذلك قصر فترة الدراسة لدينا (لمدة عام واحد فقط).

أما المضاعفات فوجد ضمور الثدي في دراستنا بنسبة 3.75%، بينما لم يذكر في الدراسات المقارنة ، والسبب برأينا يعود لمقدار وكيفية إعطاء العلاج الشعاعي قبل الجراحة وبعدها وهذا أمكن تلافيه بعد تحديد منطقة الورم أثناء الجراحة، وبالتالي تلافي عدم تعرض كامل الصدر للأشعة، و فقط منطقة الورم . والمضاعفة الهامة الثانية التي وجدت في الدراسة المقارنة هي الوذمة اللمفية وهي لم تحصل في دراستنا، أما بقية المضاعفات فهي موجودة في الدراستين، ولكن بنسبة أعلى في الدراسات المقارنة.

- طبق العلاج الجراحي المحافظ في دراستنا بنسبة 100% وفي الدراسات المقارنة بنسبة 72% والسبب يعود إلى أن دراستنا تمت خلال عام 2009 بينما في الدراسات المقارنة تمت بين عامي 2000-2005.

- وأخيراً، فإن مجموع المريضات تتم متابعتهم بشكل دوري ومنتظم وهن بحالة نفسية وصحية جيدة وهذا يؤكد الأهمية الكبرى في المحافظة على الثدي وانعكاسه على الحالة النفسية والعاطفية والصحية للمريضة.

الاستنتاجات والتوصيات:

- طالما أن نسبة الإصابة بسرطان الثدي آخذة بالارتفاع في العالم فيجب الاهتمام بالتوصيات والمقترحات التالية:
- 1- العمل على وضع حلول وطرق هدفها الكشف المبكر عن سرطان الثدي ومن أهمها:
 - الفحص الذاتي الدوري الشهري للثدي لجميع النساء ابتداء من سن العشرين .
 - الفحص الطبي الدوري مرة كل 2-3 سنوات على الأقل
 - إجراء تصوير الثدي لكل سيدة تجاوز عمرها 40 سنة ، مرة في السنة .
 - 2 - العمل على إيجاد حملات من التوعية والتنقيف الصحي تحت إشراف طبي اختصاصي في المدارس أو الجامعات والجمعيات الخيرية والمعامل . وحتى إقامة ندوات علمية طبية في وسائل الإعلام كافة أسوة بدول العالم تشرح خطورة المشكلة.
 - (بحيث تعرف كل امرأة شكل وحجم وقوام ثدييها، وكيف تفحصها ذاتياً، وعليها مراجعة الطبيب الاختصاصي بمجرد ملاحظة أية تغيرات غير طبيعية) .
 - 3- البعد عن تناول الأدوية الهرمونية وخاصة مانعات الحمل، وهرمونات تثبيت الحمل ، والهرمون الأنثوي التعويضي . أو التعرض للمواد المشعة، خصوصاً على منطقة الصدر إلا عند الاستطببات الضرورية.
 - 4- تبيان عوامل الخطورة كالتدخين والكحول والسمنة والغذاء الغني بالشحوم وعدم الإنجاب والإرضاع، وقلة التمرينات الرياضية و... التي تؤهب للإصابة بسرطان الثدي.
 - 5- وضع نشرات مصورة تبين طرق الفحص الذاتي للثدي، متى؟ وكيف؟ و....
 - 6- الشرح لكل سيدة ان الكشف المبكر للسرطان يعني علاجه بالمحافظة على الثدي دون مضاعفات أو مشاكل أو اضطرابات، سواء كانت صحية أم نفسية أم اجتماعية أم حتى عاطفية ، وأن آلام الثدي شكوى عادية عند النساء في مختلف الأعمار والأسباب لهذه الآلام كثيرة، وأقلها السرطان (10 % فقط).

المراجع:

- 1-AMALRIC, R.,CLEMENT, R.,SANTAMARIA, F. et al. *Curative with radiotherapy hope of saving the breast in operable breast cancer: 403 cases with 5-years survival.* Bull cancer; 63 : 1976,239-48
- 2-VERNOESI, U.,BANFI, A.,SACCOZZI, R. et al. *Conservative treatment of breast cancer.* Institute of Milan Cancer; 39: 1977,2822-6.
- 3-FISHER, B. *United states trials of conservative surgery world J surgery .* 1: 1977, 327-30.
- 4-JATOI, I., PROSCHAN, M.A. *Randomized trials of breast –conserving Therapy versus mastectomy for primary breast cancer : a pooled analysis of updated results.*Am J clin Oncol . 28 : 2005;289 – 94.
- 5 – EDWARDS, B.k.BROWN, M.L. WINGO, P.A. et al . *Annual report to the nation of the status of cancer 1975 - 2002 , featuring population –based trends cancer treatment.* J Nati Cancer Inst; 97 : 2005,1407 – 27.
- 6-SCHWARTZ, G.F. ,VERNOESI, U. , CLOUGH, K.B. et al . *Consensus conference on breast conservation .* J Am coll Surg; 203 : 2006,198-207.

- 7-GIULIANO, A.E. ,KIRGAN, D.M.,GUENTHER, J.M. et al .*Lymphatic mapping and Sentinel lymphadenectomy for breast cancer* Am Surg ; 220: 1994,391- 8.
- 8- LYMAN, G.H., GIULIANO, A.E. , SOMERPIELD, M.R. et al *American Society of clinical oncology guide line recommendation for sentinel lymph nodes in breast cancer patients using the recent AJCC breast staging system* . Breast J , 12 : 2006; 294 – 301.
- 9- ELKIN, E.B., HUDIS, C.,BEGG, C.B.,SCHRAG, D. *The effect of changes in tumor size on breast carcinoma survival in the US: 1975-1999*. Cancer. 104: 2005, 1149-1157.
- 10- *Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Data*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2007.
- 11 -*National Center for Health Statistics. Health, United States, 2008*. Hyattsville, MD: 2009.
- 12 BRADLEY, C. J., NEUMARK, D., SHICKLE, L. M. et al., “*Differences in Breast Cancer Diagnosis and Treatment: Experiences of Insured and Uninsured Women in a Safety-Net Setting*,” Inquiry, 45,3, 2008,323–39.
- 13- TRIVEDI, A., RAKOWSKI, W., and AYANIAN, J. *Effect of Cost Sharing on Screening Mammography in Medicare Plans*.New England Journal of Medicine. 358,4, 2008,375-383.
14. PETIT, J.Y., RIETJENS, M. *Deformities following tumorectomy and partial mastectomies* Noone B (ed): Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast. Philadelphia, PA, BC Decker, Inc, 2009
15. BOSTWICK, J., PALETTA, C., HARTRAMPF, C.R. *Conservative treatment for breast cancer: Complications requiring reconstructive surgery*. Ann Surg 203: 1996,481-489.
16. BERRINO, P., CAMPORA, E., LEONE, S. et al: *Correction of type II breast deformities following conservative cancer surgery*. Plast Reconstr Surg 90: 2004,846-853.
17. CLOUGH, K.B., CUMINET, J., FITOUSSI, A. et al: *Cosmetic sequelae after conservative treatment of breast cancers: Classification and results of surgical correction*. Ann Plast Surg 41: 2002,471-481.
- 18.HERESHMAN, D.L.; SELVER, S. et al: *Surgery characteristics and use of breast conservation surgery in women with early stage breast cancer*. Ann Surg: May. 249,5, 2009,818_ 33.
19. OPATT, D., MARY, J. et al. *Breast cancer treatment*. Science 302, 2007, 643 – 664.
20. DAYFAIR, H.A., POTISHMAN, N.A. et al. *Exposure risk factors for breast cancer in young women*. Epidemiology 8. 2003. 181 – 187.
21. MCMILLAN, R.D. et al. *Breast cancer risk factors*, cancer research. Cancer 109. 2007. 712 – 749.
22. HUMAN, R. et al. *Breast cancer*. American cancer society. University of Georgia. 2009.
23. PITANGUY, I. *Breast cancer, reference summary*. American cancer society website. Available at: [http:// WWW.cancerorg](http://WWW.cancerorg), trial. Lancet. 368: 2006,2053 – 60.

مواقع الكترونية لها علاقة بالبحث

- 1-www.cancer.org
- 2- www.plasticsurgery.org
- 3-www.natlbcc.org
- 4-www.abcf.org
- 5-www.ligue-cancer.asso.fr
- 6-www.fnclcc.org
7. American Cancer Society. Breast Cancer Facts and Figures 2009-2010.
http://www.cancer.org/downloads/STT/F861009_final%209-08-09.pdf
8. Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M et al (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006, National Cancer Institute.
Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/results_merged/sect_04_breast.pdf
9. Centers for Disease Control and Prevention. Screening to Prevent Cancer Deaths.
<http://www.cdc.gov/NCCdphp/publications/factsheets/Prevention/cancer.htm>
10. Gabel, J., McDevitt, R., Lore, R., Pickreign, J., Whitmore, H., and Ding, T. Trends In Underinsurance And The Affordability Of Employer Coverage, 2004–2007. Health Affairs. <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/28/4/w595> Panel Survey, 2006.
11. USA Today/Kaiser Family Foundation/Harvard School of Public Health. National Survey of Households Affected by Cancer.
November 2006. <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7591.pdf>
12. Kaiser State Health Facts.
<http://www.statehealthfacts.org/comparable.jsp?ind=353&cat=7>
13. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Estimate of harm/benefit ratio of mammography screening was five times too optimistic.
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/332/7543/691>, 2006.
14. NHS cancer screening programmes. BASO Breast Audit 1999/2000.
www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications.html (accessed Dec

