

دستورالعمل برنامه پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان

هدف: شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان پستان و ارائه خدمات مناسب پیشگیری، درمان و مراقبت بیماران است.

ارزیابی:

مشخصات تمامی زنان ۲۰ تا ۶۹ سال و یا بالاتر که برای مراقب سلامت و تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان به مرکز سلامت خانواده مراجعه نموده اند را ثبت کنید.

در صورتی که فردی در هر سنی اما در فواصل بین معاینات معمول و به دلیل علایم مرتبط با پستان مراجعه کند، مشخصات او را نیز ثبت و بر اساس دستورالعمل زیر بررسی کنید

● فرد را از نظر دارا بودن علایم زیر بررسی و ثبت کنید

۱- سوابق الف - سوابق خانوادگی

- آیا سابقه خانوادگی سرطان پستان یا تخمدان از جمله یکی از موارد زیر را دارید؟

- دست کم دو فامیل با سرطان پستان در یک سمت، فامیل با هر سنی

- دست کم دو فامیل با سرطان در یک سمت فامیل با هر سنی که یکی از آنها سرطان پستان باشد

- دست کم یک فامیل با سرطان تخمدان در یک سمت، فامیل با هر سنی

- یک فامیل درجه یک، دو یا سه با سرطان پستان یا هر سرطان دیگری در سن زیر ۵۰ سال

ب- سوابق فردی

- آیا سابقه فردی سرطان پستان یا تخمدان دارید؟

- آیا سابقه بیوپسی (نمونبرداری) پستان دارید؟

- آیا سابقه رادیوتراپی قفسه سینه دارید؟

۲- معاینه

پستانها و زیر بغل ها را از نظر موارد زیر معاینه و ثبت کنید :

۱-۲- توده یا برجستگی در پستان یا زیر بغل یا زیرترقوه

۲-۲- تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام (سفتی) پستان یا چسبندگی قسمت های مختلف پوست

۳-۲- تغییرات پوستی پستان شامل هر یک از موارد زیر :

- پوست پرتهالی

- اریتم یا قرمزی پوست

- زخم پوست

- پوسته پوسته شدن و آگزما پوست

۴-۲- تغییرات نوک پستان :

- فرورفتگی

- خراشیدگی

۵-۲- ترشح نوک پستان که دارای هر یک از خصوصیات زیر باشد :

-از یک پستان باشد و نه هر دو پستان

-از یک مجرا باشد و نه از چند مجرا

-ترشح خود به خودی و ادامه دار باشد

-در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد : سروزی یا خونی باشد

تصمیم گیری و اقدام

- ۱- در صورتی که همه موارد شرح حال منفی و معاینه از همه نظر طبیعی بود، برای سال بعد نوبت ویزیت مجدد بدهید.
- ۲- در صورتی که پاسخ هر یک از موارد شرح حال مثبت یا هر یک از موارد معاینه غیرطبیعی باشد، پس از تکمیل فرم درخواست ماموگرافی بدهید.
- ۳- در موارد شرح حال مثبت پاسخ ماموگرافی یا سونوگرافی یا نمونه برداری های قبلی در صورتی که موجود باشد بررسی شود.
- ۴- در افرادی که شرح حال مثبت داشته و دارای ماموگرافی غیرطبیعی (BIRADS سه و چهار) باشند به سطح بالاتر ارجاع شوند.
- ۵- زمان ارجاع بعدی در موارد معاینه غیرطبیعی به بازخورد سطح ارجاع بستگی دارد.
- ۶- در همه موارد آموزشهای خود مراقبتی لازم در خصوص علایم مشکوک سرطان پستان و انجام معاینه شخصی پستان مطابق بسته آموزشی، داده شود.

برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان

ارزیابی	طبقه بندی	تصمیم گیری
<p>الف- شرح حال:</p> <p>۱- سابقه خانوادگی سرطان به ویژه پستان یا تخمدان</p> <p>۲- سابقه فردی سرطان پستان</p> <p>۳- سابقه نمونه برداری پستان</p> <p>۴- سابقه رادیوتراپی قفسه سینه</p> <p>ب- معاینه بالینی پستان</p> <p>۱- CBE توده یا برجستگی پستان یا زیر بغل یا زیر ترقوه</p> <p>۲- تغییر در شکل (عدم قرینگی یا قوام (سفتی) پستان یا چسبندگی</p> <p>۳- تغییرات پوستی پستان</p> <p>۴- ترشح نوک پستان</p>	<p>۱- شرح حال طبیعی (نداشتن سابقه خانوادگی، سابقه فردی، نمونه برداری پستان و رادیوتراپی قفسه سینه)</p> <p>۲- معاینه طبیعی</p>	<p>۱- اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید .</p> <p>رای سال بعد نوبت ویزیت مجدد بدهید</p> <p>۲- توصیه کنید در صورتی که در فواصل بین معاینات معمول، مشکلات پستان داشته باشد مراجعه کند.</p>
	<p>شرح حال غیرطبیعی، هر یک از موارد زیر:</p> <p>۱- سابقه خانوادگی مثبت</p> <p>۲- سابقه فردی مثبت</p> <p>۳- سابقه نمونه برداری پستان</p> <p>۴- سابقه رادیوتراپی قفسه سینه</p>	<p>۱- اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید .</p> <p>۲- فرد را مطابق به سطح دو (پزشک متخصص جراح در بیمارستانهای عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان ارجاع دهید)</p>
	<p>معاینه غیرطبیعی هر یک از موارد زیر:</p> <p>۱- توده پستان یا زیر بغل یا زیر ترقوه</p> <p>۲- تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام سفتی پستان یا چسبندگی</p> <p>۳- تغییرات پوستی پستان (پوست پرتغالی، اریتم یا قرمزی پوست، زخم پوست، پوسته پوسته شدن و آگزما پوست)</p> <p>۴- تغییرات نوک پستان شامل فرورفتگی یا خراشیدگی، ترشح نوک پستان که از یک پستان باشد و نه هر دو پستان، از یک مجرا باشد و نه از چند مجرا، ترشح خود به خودی و ادامه دار باشد، در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد، سروزی یا خونی باشد</p>	<p>۱- اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید .</p> <p>۲- فرد را به سطح دو (پزشک متخصص جراح در بیمارستانهای عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع دهید.</p>

فلوجارت تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان

ماما زنان تحت پوشش را از نظر علائم و نشانه های زیر با شرح حال معاینه و بررسی میکند:

شرح حال بگیرید:

- ۱- آیا سوابق خانوادگی سرطان (پستان یا تخمدان) دارید؟
- ۲- آیا سوابق فردی سرطان (پستان یا تخمدان) دارید؟
- ۳- آیا سابقه نمونه برداری از پستان دارید؟
- ۴- آیا سابقه رادیو تراپی از قفسه سینه دارید؟

هر دو پستان را از زیر استخوان ترقوه تا زیر بغل معاینه کنید

- ۱- توده یا برجستگی پستان یا زیر بغل
- ۲- تغییر در شکل یا قوام پستان
- ۳- تغییرات پوستی در پستان
- ۴- ترشح از نوک پستان

شرح حال
یا
معاینه غیر طبیعی

درخواست ماموگرافی

در صورتیکه بیمار سوابق مامو یا سونو یا نمونه برداری قبلی دارد حتما ضمیمه درخواست جدید گردد

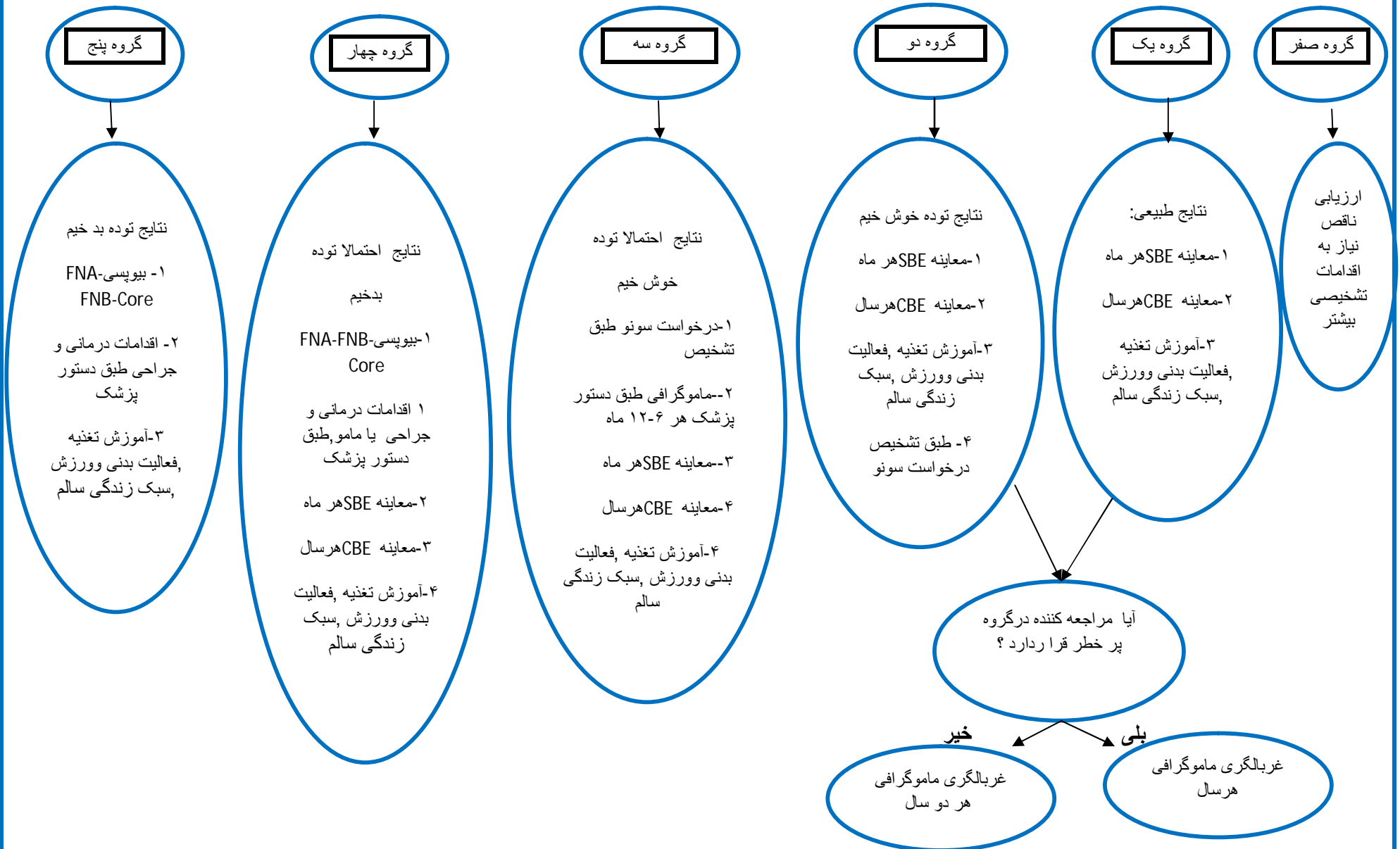
شرح حال
و
معاینه طبیعی

در هر سنی: ۱- آموزش معاینه شخصی پستان هر ماه

۲- آموزش مراجعه و معاینه توسط ماما یا پزشک هر سال یکبار

۳- آموزش تغذیه، فعالیت بدنی و ورزش، سبک زندگی سالم

فلوجارت ماموگرافی براساس سیستم گزارش دهی BIRADS



آناتومی پستان

در زنان بالغ، پستان از سه قسمت (پوست، بافت زیر جلدی و نسج پستان) تشکیل شده است. نسج پستان، خود شامل بافت‌های غددي و بافت زمینهای (استروما) است. ربع فوقانی خارجی پستان نسبت به بقیه قسمت‌ها نسج بیشتری دارد. تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای در اندازه، شکل و تراکم نسج پستان بین افراد مختلف وجود دارد. پستان به دلیل داشتن غدد تولیدکننده شیر و مجاری شیری عضوی فعال است که با تحریک هورمونی در طی دوران بارداری و شیردهی بزرگتر شده و حجم و تراکم آن افزایش می‌یابد و با کاهش سطح هورمون در طی دوران یائسگی به صورت پهن و شل و آویزان در می‌آید. غدد مولد شیر در پستان بصورت گروهی قرار دارند و به هر گروه يك لوب می‌گویند. هر پستان از ۱۵ تا ۲۰ لوب تشکیل شده است که هر لوب به صورت يك خوشه انگور دارای يك مجرای واحد به نام مجرای شیری (لاکتوفروس داکت) و تعداد زیادی لوبول است. هر لوبول دارای ۱۰ تا ۱۰۰ ساختمان کیسه‌ای شکل موسوم به آلئول است. آلئول واحد عمل پستان است و از يك لایه سلول اپیتلیال و يك لایه سلول عضلانی (میو اپیتلیال) در خارج تشکیل شده است. سلول‌های آلئولی تحت تاثیر هورمون پرولاکتین مسئول تولید شیر به داخل آلئول هستند و سلول‌های عضلانی اطراف آن تحت تاثیر اکسی توسین مسئول ترشح شیر از آلئولها به داخل مجرای شیری هستند. همان طور که گفته شد هر لوب پستان به يك مجرای بزرگ ختم میشود که به طور مستقیم از هر لوب به نوك پستان میروند و شیر را از طریق منافذ نوك پستان به بیرون تخلیه میکنند.



عوامل خطر سرطان پستان و پیشگیری از آن

هرکسی میتواند برای کاهش خطر سرطان و دیگر بیماری‌های مزمن، تغییراتی را در شیوهی زندگی خود ایجاد کند. افراد در معرض خطر باید به خاطر داشته باشند که ترکیبی از عوامل برای ایجاد سرطان لازم است از جمله عوامل ژنتیکی، محیطی و شیوهی زندگی. بعضی از این عوامل میتوانند اصلاح شوند و بعضی دیگر خارج از اراده افراد هستند بنابراین افراد میتوانند قدمهایی را برای کاهش خطر بیماری بردارند. خوشبختانه بیشتر عوامل خطری که سبب سرطان پستان میشوند قابل اصلاح هستند.

• عوامل خطر غیر قابل اصلاح

سن بالا: با افزایش سن خطر ابتلا به سرطان پستان افزایش مییابد. بیشتر موارد سرطان پستان در سن بالای ۵۰ سالگی بروز میکنند

سابقه خانوادگی و جهشهای ژنی: سابقه خانوادگی مثبت، خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش میدهد. در ۲۰ تا ۳۰ درصد مبتلایان به سرطان پستان سابقه خانوادگی وجود دارد. در صورت وجود بیماری يك طرفه در يکي از بستگان درجه يك قبل از يائسگی، خطر ابتلا در کل زندگی فرد، ۳۰ درصد است. گرفتاری دو طرفه پستان در مادر و یا خواهر قبل از يائسگی، این خطر را تا ۵۰-۴۰ درصد افزایش میدهد. علت افزایش خطر، ژنهای سرطانزاي اونکوژنهای ارثی است که با وراثت اتوزوم غالب به ارث میرسند. شایع ترین جهشها حذف ژنی در BRCA1 و BRCA2 است. در فرد حامل این جهشها خطر ابتلا به سرطان پستان ۴ درصد در سال و در طول زندگی ۳۵ تا ۸۵ درصد است. در این افراد خطر ابتلا به سرطان پستان در سمت مقابل ۶۵ درصد است. در ۵۰ درصد موارد، افراد مذکر حامل ژن هستند. در مردان حامل BRCA2، خطر سرطان پروستات و پستان افزایش مییابد. مطالعات نشان میدهد که شاید فقط حدود ۱۰٪ موارد سرطان پستان مرتبط با عوامل ارثی است و این ممکن است بعضی از زنان را وادار کند تا به روشهای پیشگیری و بررسیهای غربالگری اهمیت دهند

• **سن قاعدگی کمتر از ۱۱ سال:** شروع اولین قاعدگی در سنین پایین تر يك عامل خطر براي سرطان پستان است. در اولین قاعدگی در سن نوجوانی بافت پستان در معرض استروژنها و دیگر هورمونها قرار میگیرد و مواجهه با سطوح دائمی هورموني افزایش مییابد. قاعدگی در دختران چاق و بي تحرك زودتر اتفاق میافتد. باید به نوجوانان و والدین آنان اهمیت فعالیت بدني منظم و يك رژیم غذایی سالم را آموزش دهیم. به ازاي هر سال قاعدگی زودرس، خطر ۴٪ افزایش مییابد

• **سن يائسگی بالای ۵۴ سال:** يائسگی در سن بالاتر با افزایش خطر سرطان پستان ارتباط دارد. توقف چرخههاي قاعدگی منجر به کاهش سطوح هورمونهاي مترشحه داخلي و خاتمه تکثیر سلولهای پستان که در طول سالهای تولید مثلي دیده شده میگردد. خطر سرطان پستان به ازاي هر سال تاخیر در يائسگی تا ۳٪ افزایش مییابد

• **قد:** زنان قد بلند يك افزایش خطر سرطان پستان را دارا هستند. قد در بالغین میتواند يك شاخص بارز براي میزان دریافت تغذیه در دوران کودکی و نوجوانی باشد و رشد سریع با بلندی قد در ارتباط است که ممکن است منجر به افزایش خطر جهش سلولي و بالا رفتن خطر سرطان شود

• **زمینه نژادي و قومي:** زنان سفید پوست خطر بالاتری از سرطان پستان را نسبت به زنان آمریکایی آفریقایی تبار دارا هستند و زنان آسیایی تبار، اسپانیایی تبار و بومی آمریکا به طور قابل ملاحظه اي خطر پائین تري را در مقایسه با دیگر گروههای نژادي و قومي دارند. مقدار زیاد تفاوت در خطر، احتمالاً ناشی از تفاوتهاي اقتصادي اجتماعي (و الگوهاي تولید مثلي) و همچنین شیوه زندگی و عوامل محیطی است

• **وضعیت اقتصادی و اجتماعی بهتر:** خطر سرطان پستان با وضعیت اقتصادی اجتماعی بهتر مرتبط است. زنان با وضعیت اقتصادی اجتماعی بالاتر، تمایل دارند که بارداری را دیرتر شروع کنند و بچه های کمتری داشته باشند که هر دو عامل به عنوان افزایش دهنده خطر سرطان پستان هستند

• **سابقه هیپرپلازی (رشد بیش از حد سلول ها) در پستان:** زنانی که از نظر بافت شناسی دارای یک سابقه قطعی بیماری خوش خیم پرولیفراتیو پستان هستند، در معرض افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان قرار دارند. بیماری خوش خیم پرولیفراتیو، یک تکثیر غیرعادی سلولها در مجاری و لوبولهای پستان را شامل میشود

عوامل خطر قابل اصلاح

• **نمایه توده بدن: BMI بالای ۳۰:** افزایش دریافت کالری در کودکی و نوجوانی وزن بدن را افزایش میدهند که میتواند منجر به قاعدگی زودرس و افزایش قد در بزرگسالی شود که هر دو آنها با افزایش خطر سرطان پستان مرتبط هستند. مطالعات متعدد نشان داده است که افزایش وزن در بزرگسالی نیز با افزایش خطر مرتبط است. یکی از بهترین روش ها برای جلوگیری از افزایش وزن، افزایش فعالیت ورزشی است و همه افراد باید به تعادل در دریافت کالری غذایی با فعالیت ورزشی منظم توصیه شوند.

الکل: مصرف الکل حتی به مقدار کم خطر سرطان پستان را افزایش میدهد. با مصرف الکل سطوح استروژن های گردش خون بالا میرود. همچنین الکل ممکن است خطر سرطان را با کاهش ذخایر فولات و ویتامین A بدن، بالا ببرد. زنانی که الکل مینوشند، باید به قطع مصرف الکل و مصرف روزانه مولتی ویتامین به همراه فولات توصیه شوند

• **سن بالا در زمان اولین تولد:** افرادی که تولد فرزند پس از ۳۵ سالگی دارند، خطر بالاتری از سرطان پستان را نسبت به زنانی که زایمان زودتری دارند، دارا هستند. اولین حاملگی، منجر به تکثیر نامتمايز سلولهای پستان و تغییرات دائمی بافت پستان جهت آماده شدن برای شیردهی میشود. در اولین حاملگی یک زن مسن تر احتمال بیشتری میرود که آسیب DNA زودتر اتفاق بیفتد. این DNA های غیرعادی میتوانند در طی رشد سریع سلولی دوره حاملگی، همانند سازی شوند

• **مواجهه با اشعه:** مواجهه با اشعه در دوز بالا (برای درمان برخی بیماریها مانند لنفوم) به خصوص اگر مواجهه در سنین جوانی باشد با افزایش خطر سرطان پستان مرتبط است. قرارگیری در معرض دوز کم رادیوگرافی که برای ماموگرافی استفاده میگردد، نمیتواند خطر سرطان پستان را افزایش دهد و یا این خطر قابل چشم پوشی است

• **قرصهای ضدبارداری خوراکی:** ممکن است خطر سرطان پستان در زنانی که در حال حاضر از قرصهای ضد بارداری خوراکی استفاده میکنند یا در طی ۱۰ سال گذشته از قرصهای ضدبارداری خوراکی استفاده کردهاند، اندکی بالاتر باشد. با این وجود، ۱۰ سال یا بیشتر بعد از توقف مصرف قرصهای ضد بارداری خوراکی، افزایش خطر سرطان پستان وجود ندارد. خطر قطعی سرطان پستان در سنین زیر ۴۵ سال پایین است. بنابراین حتی اگر یک افزایش خطر نسبی اندکی وجود داشته باشد، موارد بسیار کمی از سرطان پستان با مصرف قرصهای ضدبارداری خوراکی در

این گروه سنی ایجاد خواهد شد. برای خیلی از زنان مزایای استفاده از قرصهای ضدبارداری خوراکی ممکن است بر خطرات آن برتری داشته باشد

• **هورمون درمانی جایگزین : HRT** مصرفکنندگان این هورمونها که برای ۵ سال یا بیشتر هورمونهای جایگزین را مصرف میکنند، تقریباً یک خطر بالای ۵۰٪ سرطان پستان را نسبت به زنانی که هیچ وقت از آنها استفاده نکرده اند، دارا هستند. استفاده طولانی مدت از هورمون، خطر سرطان پستان را بالاتر میبرد با این وجود، بعد از قطع هورمونها به نظر میرسد که احتمال خطر، مانند کسی که هیچ وقت از آنها استفاده نکرده است، باشد. خطر سرطان پستان برای زنانی که استروژن و پروژسترون را با هم میخورند، بیشتر است

• **مصرف بالای چربیهای اشباع شده:** سنجش های بین المللی میزان بالاتری از سرطان پستان را در کشورهایی که میزان سرانه چربی دریافتی بیشتری دارند، نشان داده است، افرادی که کالری دریافتی بیشتری دارند، سن شروع اولین قاعدگی در آنها زودتر است و سن اولین زایمان دیرتر است که هر دو با افزایش خطر سرطان پستان همراه است. عوامل نامرتب با خطر تنوریهایی گوناگونی درباره علل سرطان پستان وجود دارد که متأسفانه سبب نگرانی غیر واقعی برای خیلی از زنان شده است. عوامل خطر پیشنهاد شده زیادی تحت مطالعه قرار گرفته اند اما هیچ تأثیری را بر روی خطر سرطان پستان نشان ندادند. این موارد شامل استفاده از خوشبوکننده و ضد تعریق، خوردن قهوه، ایمپلنت های پستان، سقط، آلودگیهای PCBS و قرار گرفتن در مجاورت میدان های الکترومغناطیسی است. محیطی از قبیل پلی کلرینیتد بیفنل ها

• بر مبنای عوامل خطری که در بالا گفته شد، مهمترین توصیه های خود مراقبتی برای پیشگیری از سرطان پستان عبارتند از:

-وزن متعادلی داشته باشید .

- از مصرف غذاهای پرچرب و سرخ کرده، نمک زده و آماده حاوی مواد نگهدارنده، ترشی و کنسروها پرهیز کنید یا مصرف آنها را کاهش دهید .

-میوه، سبزیجات، غلات و گوشت ماهی را بیشتر مصرف کنید چرا که میتوانند با افزایش سطح آنتی اکسیدانها سبب کاهش بروز سرطان شوند

-حداقل ۳۰ دقیقه در روز فعالیت ورزشی داشته باشید.

-از مصرف الکل و سیگار پرهیز کنید

-در صورت دارا بودن فرزند شیرخوار، شیردهی از پستان را مورد توجه قرار دهید .

- با ماما یا پزشک در مراکز سلامت خانواده درباره خطرات و مزایای مصرف قرصهای ضدبارداری خوراکی و مصرف هورمونهای جایگزین یائسگی مشورت کنید.

علائم سرطان پستان و تشخیص زودهنگام آنها

●مهمترین علائم ضایعات خوش خیم و بدخیم پستان عبارتند از :

-توده پستان یا زیر بغل

-تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام (سفتی) پستان

-تغییرات پوستی پستان شامل هر یک از موارد زیر :پوست پرتغالی /اریتم یا قرمزی پوست /زخم پوست /پوسته پوسته شدن و آگزمای پوست

-تغییرات نوک پستان فرورفتگی یا خراشیدگی

- ترشح نوک پستان که دارای هر یک از خصوصیات زیر باشد:

از یک پستان باشد و نه هر دو پستان از یک مجرا باشد و نه از چند مجرا

ترشح خود به خودی و ادامه دار باشد در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد سرزوی یا خونی باشد

●بر مبنای علائمی که در بالا گفته شد، مهمترین توصیه های خود مراقبتی برای تشخیص زودهنگام سرطان پستان عبارتند از :

اگر سابقه خانوادگی قوی از سرطان پستان یا تخمدان دارید، با ماما یا پزشک در مراکز سلامت خانواده درباره گزینه های غربالگری خاص، انجام تستهای ژنتیک یا درمان پیشگیرانه صحبت کنید .

علائم سرطان پستان را بشناسید و اگر توده های مشکوک یا تغییرات پوستی را در پستانهای خود دیدید به مراکز سلامت خانواده مراجعه کنید .

ماهانه بلافاصله بعد از اتمام قاعدگی، خودآزمایی پستان را انجام دهید.

پاتولوژی و سیر طبیعی بیماری سرطان پستان :

سرطان دو نوع تهاجمی و درجا دارد. کارسینوم داکتال مهاجم IDC هشتاد درصد از سرطانهای مهاجم پستان را شامل میشود. بیست درصد بقیه از نوع کارسینوم لبول ILC و سایر انواع هستند. زیرگروه های کارسینوم داکتال عبارتند از: اسکلروز، توبولر، مدولری و موسینی. پیش آگهی کارسینوم مدولری بهتر از سایر انواع کارسینوم داکتال مهاجم است و نسبت به سایر اشکال کارسینوم، نوعی تومور با رشد آهسته و قدرت تهاجمی کمتر است. یکی از خصوصیات منحنی سرعت رشد سرطان پستان، وجود مرحله پیش بالینی طولانی مدت است. مدت زمان دو برابر شدن تومور پستان در تومورهای دارای رشد سریع، چندین هفته و در تومورهای دارای رشد آهسته، ماهها تا سالها به طول میانجامد. در صورت ثابت بودن زمان دو برابر شدن تومور، با زمان دو برابر شدن ۱۰۰ روزه، بعد از ۸ سال یک تومور یک سانتی

متری بوجود میآید. از آنجا که مرحله پیش بالینی کارسینوم پستان طولانی است و ضایعات ارتشاحی تمایل به متاستاز زودرس دارند، بسیاری، کارسینوم پستان را در زمان تشخیص به عنوان یک بیماری سیستمیک در نظر میگیرند.

سرطان پستان قابلیت متاستاز به هر عضوی را دارد اما در ۸۵ درصد زنان درگیری استخوان، ریه ها و کبد دیده میشود.

شیوه های تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان انواع روشها برای تشخیص زودهنگام سرطان پستان به کار میروند :

- معاینه پستان توسط خود فرد Exam Breast Self یا SBE ،

-معاینه پستان توسط ماما یا پزشک Breast Clinical Exam یا CBE ،

-ماموگرافی،

-سونوگرافی پستان

MRI -

معاینه بالینی پستان توسط خود فرد Exam Breast Self یا SBE خود آزمایی پستانها باید از سن ۲۰ سالگی، به صورت ماهیانه انجام شود. بهترین زمان برای انجام معاینات پستان، هفته اول قاعدگی است. این خودآزمایی از طریق مشاهده و لمس قابل انجام است.

مراحل انجام معاینه فردی عبارتند از :

۱-مقابل آینه بایستید و دستها را به پهلوها بزنید به طوری که شانه ها بالا کشیده شوند.

به اندازه، شکل، رنگ و تورم پستانها توجه کنید. در صورت مشاهده هر گونه برآمدگی، فرورفتگی قسمتی از پوست یا نوک پستان، قرمزی، زخم و یا لکه های پوستی فوراً به ماما یا پزشک مراجعه نمایید..

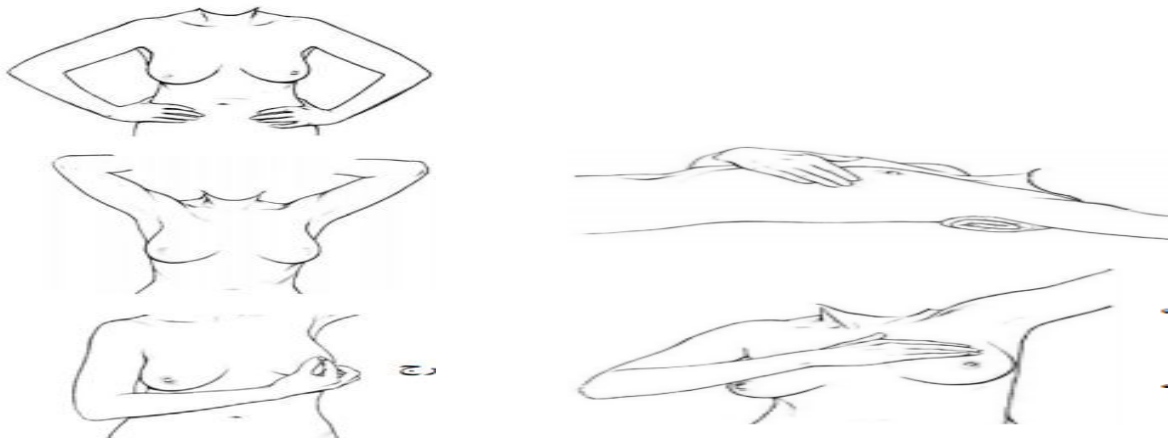
۲-دستها را بالا ببرید به طوری که به دو طرف سر بچسبند. در این مرحله نیز به دنبال تغییرات ظاهری به ویژه تغییرات زیر بغل بگردید

۳- کمی نوک پستان را فشار دهید. دقت کنید آیا مایعی از نوک یک یا هر دو پستان خارج میشود یا خیر. این ترشحات میتواند آبکی، شیری، خونی و یا مایعی زرد رنگ باشد .

۴-دراز بکشید. دست راست خود را زیر سر گذاشته و با دست چپ پستان راست را لمس کنید. سپس دست چپ را زیر سر خود بگذارید و با دست راست پستان چپ را لمس کنید.

حرکات دست باید چرخشی و دورانی باشد. این حرکت را از نوک پستان شروع کرده و به خارج حرکت کنید. مطمئن شوید که تمام قسمتهای پستان و زیر بغل را لمس کرده اید..

بایستید یا بنشینید. دست چپ خود را بالا برده و با دست راست قسمت انتهایی پستان چپ، جایی که به زیر بغل منتهی میشود را لمس کنید و بالعکس. در صورتی که توده‌های لمس کردید یا تغییرات ظاهری در پستان خود دیدید، حتماً به ماما یا پزشک مراجعه کنید.



معاینه بالینی پستان توسط ماما Exam Breast Clinical یا CBE

شایعترین محل ایجاد سرطان پستان، ربع خارجی فوقانی پستان است. اغلب توده‌های پستانی توسط خود بیمار و گاهی نیز توسط پزشک و ماما در حین معاینه معمول پستان کشف میشوند. معاینه پستان یک بخش مهم از معاینات بالینی را تشکیل میدهد. معمولاً برای این معاینات، بیماران به ماما یا پزشک زن ارجاع داده میشوند. به دلیل ارتباط بین تشخیص زودهنگام بیماری و نتایج درمانی قابل توجه آن، هر ماما یا پزشکی باید وظیفه انجام معاینات مربوطه و بررسی‌های تشخیصی لازم را در مراحل اولیه کشف یافته غیرطبیعی به عهده گیرد.

یک معاینه بالینی، به تنهایی نمی‌تواند بدخیمی را رد کند.

روزهای ۵ تا ۱۰ دوره قاعدگی، بهترین دوران برای انجام معاینه پستان است.

معاینه بالینی پستان باید شامل:

۱- مشاهده پستانها،

۲- بررسی گره‌های لنفاوی

۳- لمس بافت پستان و زیربغل باشد

در مشاهده پستان، به اندازه، شکل، رنگ، حاشیه‌ها، جهت پستانها و نوک پستانها توجه نمایید.

وجود يك سري مشخصات ویژه در همراهي با ضايعات و توده هاي قابل لمس پستان شك به بدخيمي را بالا ميبرند:

۱- تغيير در شكل، كشيدگي و عدم قرينگي پستانها مانند بزرگي پستان

۲- تغييرات پوستي (مانند پوست پرتقالي، قرمزي، پوسته پوسته شدن، زخمهاي سفت، نامنظم و ثابت

۳- تغييرات نوک پستان (مانند پوسته پوسته شدن يا فرورفتگي نوک پستان

۴- ترشح نوک پستان (به ویژه اگر از يك پستان باشد، در آن پستان از يك مجرا باشد، خود به خودي و ادامه دار باشد، در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد و از نوع سروزى يا خونى باشد).

يکي از الگوهاي معاینه که حساسيت بيشتري نسبت به روشهاي معاینه ديگر دارد الگوي نوار عمودي است. در اين الگو پستان با نوارهاي عمودي که باهم تداخل دارند مورد بررسي قرار ميدهد. الگوي نوار عمودي از جهت اينکه تمام بافت پستان را مورد بررسي قرار ميدهد اطمینان بيشتري به ما ميدهد.



ماموگرافي :

ماموگرافي تشخيص ضايعات غير قابل لمس پستان را افزايش داده است. هدف از غربالگري سرطان پستان كشف توده ها در مرحله اي است که هنوز كوچك (زير ۱ سانتيمتر) و قابل درمان با جراحي است. در برنامه تشخيص زودهنگام سرطان پستان در ايران، از ماموگرافي به عنوان روش تشخيصي در افراد پرخطر (مثلا افراد با سابقه فردي يا خانوادگي مثبت) يا با معاینه غير طبيعي و در سطح دو خدمت استفاده ميشود.

نحوه تفسير ماموگرافي:

استاندارد گزارش ماموگرافي بر اساس سيستم گزارشدهي BIRADS است.

نحوه درجه بندي و تفسير اين سيستم به شرح ذيل است :

گروه صفر: نشان دهنده ارزيابي ناقص بوده و نياز به اقدامات تشخيصي بيشتري است.

گروه يك: پستانها نمای طبيعي دارند

گروه دو: نشان دهنده توده‌های خوش خیم است

گروه سه: ناحیه احتمالاً خوش خیم. نیاز به تکرار ماموگرافی ۶ ماه یا یک سال بعد دارد.

گروه چهار: توصیه میشود بیوپسی انجام دهد. به طور حتمی مطرح کننده سرطان نیست ولی امکان آن وجود دارد.

گروه پنج: مطرح کننده سرطان است. بیوپسی توصیه میشود.

سونوگرافی :

در سونوگرافی به جای اشعه ایکس، از امواج صوتی برای بررسی توده های پستانی استفاده میشود. سونوگرافی معمولاً در مواردی انجام میشود که پزشک به هر دلیل، بررسیهای بیشتری را صلاح بداند، البته بیشترین کاربرد سونوگرافی برای افتراق توده های توپر از توده های حاوی مایع و کیست های پستان است .

MRI: یک روش تصویربرداری بدون درد است که برای تشخیص ماهیت توده های پستانی به کار میرود. این روش با استفاده از امواج رادیویی و مغناطیسی که مستقیماً وارد بدن بیمار میشوند و تصاویر دقیقی از اندامهای داخلی ایجاد میکنند، انجام میشود. معمولاً از MRI برای بررسی بیشتر مواردی که در ماموگرافی یا سونوگرافی مشکوک بوده اند یا ارزیابی افراد با زمینه ارثی استفاده میشود .

برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان در ایران:

سطح یک تشخیص زود هنگام به منظور بهبود بقا، سنگ بنای کنترل سرطان پستان است. در برنامه تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان پستان، هدف شناسایی و ثبت بیماران مشکوک یا مبتلا به سرطان پستان و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه سلامت و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است که توسط ماما یا مراقب سلامتی که دارای مدرک مامایی میباشد ارائه میشود .

وظایف ماما در این برنامه عبارت است از:

- ۱- ثبت مشخصات تمامی زنان ۲۰ تا ۶۹ سال
- ۲- بررسی فرد از نظر سوابق خانوادگی و فردی، سابقه بیوپسی پستان و سابقه رادیوتراپی و ثبت دربانک اطلاعاتی
- ۳- معاینه پستانها و زیربغل از نظر توده پستان یا زیربغل، تغییر در شکل یا قوام، تغییرات پوستی و ترشح نوک پستان و ثبت در سامانه
- ۴- تصمیم گیری و اقدام مطابق دستورالعمل برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان
- ۵- آموزشهای خود مراقبتهای لازم در خصوص علائم مشکوک سرطان پستان و انجام معاینه شخصی پستان مطابق بسته آموزشی
- ۶- ثبت مشخصات افراد دارای سرطان پستان تایید شده
- ۷- ارائه گزارش غربالگری طبق دستورالعمل برنامه
- ۸- همکاری در ارزیابی و بررسیهای مرتبط با بیماری سرطان

برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان در ایران:

سطح دو :

• افرادی که به هر دلیل به سطح دو یعنی پزشک متخصص جراح عمومی در بیمارستان یا مراکز تیپ یک سرطان ارجاع میشوند، تحت ارزیابی های کامل تر از جمله ترسیم شجره نامه برای افراد دارای سابقه خانوادگی، ویزیت متخصص و انجام ماموگرافی و در صورت لزوم سونوگرافی قرار میگیرند

• چه کسانی توسط ماما از سطح یک به سطح دو ارجاع میشوند؟

۱- افرادی که شرح حال غیر طبیعی (سابقه فردی و یا خانوادگی، سابقه بیوپسی پستان و یا رادیوتراپی قفسه سینه دارند)

۲- افرادی که معاینه غیر طبیعی دارند..

افرادی که به دلیل شرح حال غیر طبیعی به سطح دو ارجاع میشوند در صورتی که زمان مناسب برای ارزیابی دوره ای آنها باشد، ماموگرافی میشوند.

در صورت معاینه غیر طبیعی توسط ماما ماموگرافی درخواست میشود.

اگر ضایعه مشکوکی وجود داشت در سریعترین زمان به جراح ارجاع و طبق دستور جراح جهت نمونه برداری و به آزمایشگاه پاتولوژی فرستاده میشود.

در آزمایشگاه:

نمونه ها رنگ آمیزی شده و در زیر میکروسکوپ بررسی میشود و در صورتی که سلولهای بدخیم در زیر میکروسکوپ دیده شود، فرد برای اقدامات تشخیصی درمانی به سطح سه یعنی بیمارستان تخصصی ارجاع میشود. نمونه برداری از پستان تنها راه اطمینان از سرطانی بودن یک توده، این است که از آن نمونه برداری شود. گاهی اوقات این کار با استفاده از یک سوزن انجام میشود تا در آزمایشگاه و در زیر میکروسکوپ بررسی شود. ممکن است برای بررسی توده، عمل جراحی نیز صورت میگیرد اما بهترین روش تشخیص سرطان پستان، بیوپسی با سوزن بزرگ Biopsy Needle Core یا CNB است و نه جراحی. نتایج حاصله نشان میدهد که آیا توده سرطانی است و اگر سرطانی است، نوع آن چیست.

به لحاظ بافت شناسی چند نوع سرطان پستان وجود دارد و درمانهایی که صورت میگیرد متناسب با این انواع است.

روشهای بیوپسی از پستان **FNA** یا اسپیراسیون با سوزن ظریف معمولاً در ضایعات قابل لمس و یا تحت هدایت سونوگرافی انجام میشود. منفی بودن نتیجه FNA بدخیمی را رد نمی کند و انجام بیوپسی با سوزن ضخیم ضروری است.

در زنان جوان پایش ضایعات (بدون علائم بدخیمی) به مدت یک یا دو سیکل قاعدگی عاقلانه است.

ضایعات مشابه فیبرآدنوم که FNA آنها را تایید کرده است بدون بیوپسی با سوزن ضخیم پیگیری میشوند. در مواردی که توده پستان در معاینه بالینی یا ماموگرافی بدخیم به نظر میرسد میتوان از FNA جهت دستیابی به تشخیص قطعی استفاده کرد

بیوپسی با سوزن ضخیم CNB

این نوع بیوپسی در توده های قابل لمس و غیر قابل لمس پستان قابل انجام بهترین روش تشخیص ماهیت توده های پستانی است. در ضایعات قابل لمس انجام CNB به جای FNA بافت بیشتری برای مطالعه مثلًا بررسی از نظر گیرنده های استروژن و پروژسترون به دست میدهد.

در ضایعات غیر قابل لمس هدایت ماموگرافی یا سونوگرافی کمک کننده است .

بیوپسی باز در صورتی که نتوان CNB و یا FNA انجام داد و یا نتایج این تست ها مبهم و یا با یافته های بالینی همخوانی نداشته باشد، گاهی بیوپسی باز انجام میشود

برنامه تشخیص و درمان سرطان پستان در ایران: سطح سه :

در سطح سه یا تخصصی که معمولاً یک بیمارستان تخصصی یا یک مرکز سرطان است، ابتدا ارزیابی های کامل تری مانند آزمایش خون و CT اسکن انجام میشود و در صورتی که درگیری اعضای دوردست مانند کبد و ریه وجود نداشته باشد، بیمار جراحی میشود که اگر اندازه توده بزرگ نباشد فقط شامل برداشت توده و کمی از بافت طبیعی اطراف توده پستان خواهد بود و نیازی به برداشتن کل پستان نیست و این یکی از مزایای تشخیص زودهنگام سرطان پستان است.

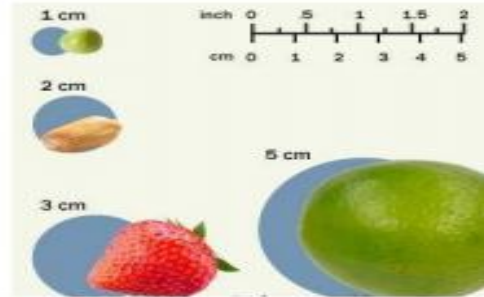
روش های دیگر درمان سرطان پستان که در صورت لزوم استفاده میشوند عبارتند از پرتودرمانی، شیمی درمانی و هورمون درمانی.

پس از پایان درمان ها، بیمار به فواصل هر ۳ تا ۶ ماه با معاینه بالینی پزشک و سالیانه با انجام ماموگرافی پیگیری میشود تا اگر در این بررسی ها، نشانه هایی از عود وجود داشت، درمان های لازم انجام شود.

ماما باید پیگیر روند تمام مراحل درمان و سلامت فرد از زمان غربالگری، تشخیص و درمان باشند و نتایج مامو آزمایشگاهی، بیوپسی، سونو...، درمان و مراقبت های پس از جراحی در پرونده سلامت فرد ثبت شده باشد .

مراحل سرطان پستان

با آگاهی از میزان پیشرفت یا مرحله سرطان پستان، پزشک تا اندازه‌های از پیش آگهی، یعنی از نتیجه احتمالی بیماری، مطلع می‌شود و این آگاهی در کمک به او برای اتخاذ تصمیمات مربوط به درمان مفید است. پزشک از طریق بررسی نتیجه آزمایش بر روی نمونه بافتی که در طول جراحی پستان و غدد لنفاوی زیر بغل به دست آمده، مرحله سرطان پستان را تعیین می‌کند. اندازه سرطان، و اینکه آیا سرطان به فراتر از پستان گسترش یافته است، در تعیین مرحله سرطان منظور می‌شود. پزشک این اطلاعات را به کار می‌گیرد و برای توصیف مرحله سرطان پستان از اعداد ۱ تا ۴ استفاده می‌نماید. اندازه تومور یکی از اطلاعاتی که در تعیین مرحله سرطان پستان مفید واقع می‌شود اندازه تومور موجود در پستان است. پزشک متخصص آسیب شناسی (پاتولوژی) تومور را بر حسب سانتیمتر cm اندازه می‌گیرد. برای مجسم نمودن اندازه سرطان، در نظر گرفتن چیزهای معمولی مفید می‌باشد. به عنوان مثال، ممکن است اندازه تومورهای مراحل اولیه از ۲ سانتیمتر بیشتر نباشد (که این تقریباً اندازه یک نخود یا یک بادام مغز کرده یا از پوست در آورده است)



مرحله صفر سرطان پستان

- سرطان از نوع کارسینوم درجا کارسینوم درجای مجرای، کارسینوم درجای لبولی

-سرطان به بیرون پستان و غدد لنفاوی گسترش نیافته است

مرحله IA

-قطر تومور ۲ سانتیمتر یا کمتر است

-سرطان به بیرون پستان و غدد لنفاوی گسترش نیافته است

مرحله IB

-قطر تومور ۲ سانتیمتر یا کمتر است

- میکرو متاستازها در ۱ تا ۳ غدد لنفاوی زیر بغل (سرطان در همه غده لنفاوی زیر بغل بیشتر از ۰/۲ میلی است و / یا

بیش از ۲۰۰ وجود دارد اما در هر صورت کوچکتر از ۲ میلی متر است

- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است

مرحله IIA قطر

-تومور ۲ سانتیمتر یا کمتر است

- میکرو متاستازها در ۱ تا ۳ غدد لنفاوی زیر بغل (سرطان در غدد لنفاوی زیر بغل بیشتر از ۲ میلی متر است
- یا درگیری مختصر غدد لنفاوی داخل پستانی در ارزیابی غده لنفاوی پیشاهنگ یا انتشار سرطان به ۱ تا ۳ غدد لنفاوی زیر بغل و همزمان غدد لنفاوی داخل پستانی
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است
- یا قطرتوموربیشتر از ۲ سانتی متر و کمتر از ۵ سانتی متر است، اما سرطان به غدد لنفاوی گسترش نیافته است .
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است

مرحله IIB

-قطر تومور بیشتر از ۲ سانتی متر و کمتر از ۵ سانتی متر است

- انتشار سرطان به ۱ تا ۳ غدد لنفاوی زیر بغل و غدد لنفاوی داخل پستانی
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است
- یا قطر تومور بیشتر از ۵ سانتی متر در سراسر پستان است اما به دیواره قفسه سینه یا پوست متصل نیست
- سرطان به غدد لنفاوی گسترش نیافته است
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است

مرحله IIIA

-قطر تومور بیش از ۵ سانتی متر نیست .

- انتشار سرطان به ۴ تا ۹ غدد لنفاوی زیر بغل
- یا به غدد لنفاوی داخل پستانی
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است
- یا قطر تومور بیشتر از ۵ سانتی متر در سراسر است اما به دیواره قفسه سینه یا پوست متصل نیست .
- انتشار سرطان به ۱ تا ۹ غدد لنفاوی زیر بغل یا به غدد لنفاوی داخل پستانی
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است .

مرحله IIIB

- در این مرحله، تومور به طرف دیواره قفسه سینه
- یا پوست رشد کرده است، و یکی از موارد زیر صحت دارد
- سرطان به غدد لنفاوی گسترش نیافته است
- انتشار سرطان به ۱ تا ۳ غدد لنفاوی زیر بغل و غدد لنفاوی داخل پستانی
- انتشار سرطان به ۴ تا ۹ غدد لنفاوی زیر بغل یا به غدد لنفاوی داخل پستانی سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است .
- سرطان التهابی پستان به خودی خود به عنوان مرحله IIIB طبقه بندی میشود اما اگر سرطان پستان التهابی به چندین غده لنفاوی اطراف گسترش یافته باشد به عنوان مرحله IIIC و اگر سرطان به غدد لنفاوی یا ارگانهای دوردست گسترش یافته باشد مرحله IV است .

مرحله IIIC

- تومور با هر اندازه‌ای و یا (نمی‌توان یافت) و یکی از موارد زیر صحت دارد:
- انتشار سرطان به ۱۰ یا بیشتر غدد لنفاوی زیر بغل
- انتشار سرطان به غدد لنفاوی زیر استخوان ترقوه
- انتشار سرطان به غدد لنفاوی بالا استخوان ترقوه
- انتشار سرطان به غدد لنفاوی زیر بغل و غدد لنفاوی داخل پستانی
- انتشار سرطان به ۴ تا غدد لنفاوی زیر بغل و غدد لنفاوی داخل پستانی
- سرطان به بیرون از پستان گسترش نیافته است.

مرحله IV

- تومور با هر اندازه‌ای و با یا بدون انتشار به غدد لنفاوی است اما به بیرون از پستان (به ارگانها یا غدد لنفاوی دوردست) گسترش یافته است.
- شایع ترین گسترش به استخوان، کبد، مغز، و یا ریه ها اتفاق میافتد .

سرطان التهابی پستان: سرطان التهابی پستان شکلی از سرطان است که در آن در اغلب موارد تومور قابل لمسی وجود ندارد. در سرطان التهابی پستان، سلولهای سرطانی عروق لنفاوی موجود در پوست پستان را مسدود میکنند و باعث میشوند پوست متورم، قرمز، و دارای برجستگی خطی یا برآمدگی تیغ مانند شده یا دارای چال افتادگی شود. سرطان التهابی پستان را به عنوان سرطان پستان مرحله سوم طبقه بندی میکنند.



روشهای درمانی سرطان پستان: جراحی سرطان پستان رایج ترین روش درمان است. انواع متعددی از جراحی سرطان پستان وجود دارد که از بیرون آوردن ناحیه اطراف توده (توده برداری یا جراحی حفظ پستان) تا برداشتن کل پستان Mastectomy متغیر است. بهترین کار این است که بیمار، پیش از تصمیم گیری درباره بهترین نوع عمل جراحی که برای او از همه بهتر است، با پزشک خود درباره نقاط قوت و ضعف این رویه ها مشورت نماید



پرتودرمانی: سرطان پستان در پرتودرمانی از پرتوهای پرانرژی برای کشتن سلولهای سرطانی استفاده میشود. امکان دارد از پرتودرمانی پس از انجام عمل جراحی استفاده کنند تا سلولهای سرطانی باقیمانده در بدن را از بین ببرند. برای درمان سرطانی که به دیگر قسمتهای بدن گسترش یافته است هم میتوان از پرتودرمانی همان ناحیه استفاده کرد. ممکن است عوارض جانبی شامل خستگی و تورم یا احساسی شبیه به آفتاب سوختگی در ناحیه درمان شده باشد.

شیمی درمانی: سرطان پستان در شیمی درمانی از دارو برای کشتن سلولهای سرطانی موجود در سراسر بدن استفاده میشود. این داروها اغلب در داخل ورید تزریق میشوند اما گاهی اوقات بیمار آنها را بلع میکند. ممکن است پس از عمل جراحی از شیمی درمانی برای کاهش دادن احتمال برگشت سرطان استفاده کنند. در زنان مبتلا به سرطان پستان پیشرفته، ممکن است شیمی درمانی در کنترل نمودن رشد سرطان مفید واقع شود. امکان دارد عوارض جانبی شامل ریزش مو، تهوع، خستگی، و بالاتر رفتن خطر عفونت باشد.

هورمون درمانی: سرطان پستان هورمون درمانی یکی از درمان های مؤثر برای زنان مبتلا به سرطان با گیرنده مثبت استروژنی ER یا پروژسترونی PR است. اینها سرطان هایی هستند که در پاسخ به هورمونهای استروژن یا پروژسترون سریعتر رشد میکنند. با هورمون درمانی میتوان از این تأثیر جلوگیری نمود. از هورمون درمانی بیشتر از همه پس از جراحی سرطان پستان استفاده میکنند تا به جلوگیری از برگشت سرطان کمک شود. همچنین امکان دارد

هورمون درماني براي کاهش دادن احتمال ايجاد سرطان در زناني به كار رود كه با بالا بودن خطر سرطان پستان مواجه هستند .

سرطان پستان در حاملگي: شيوع كارسينوم پستان، يك مورد در ۳۰۰۰ حاملگي است. تغييرات هورموني در بارداري تأثير زيادي بر پيش آگهي بيماري ندارد و ميزان بقا در زنان حامله و غيرحامله يكسان است. علائم اكثر بيماران با يك توده بدون درد مراجعه ميكنند. درگيري همزمان گرههاي لنفاوي در بيش از نيمي از موارد ديده ميشود. ارزيابي با سونوگرافي و ماموگرافي انجام ميشود. طبي ماموگرافي جنين در معرض کمتر از ۰/۰۲ سانتی گري اشعه قرار ميگيرد و استفاده از پوشش محافظ اشعه راديولوژی شكم ضروري است.

درمان: درمان با توجه به شرايط فردي هر بيمار صورت ميگيرد. اين شرايط شامل سن و تمايل بيمار براي حفظ قابليت باروري است.

ختم بارداري، پيش آگهي بيماران مبتلا به سرطان پستان قابل درمان را تغيير نميدهد. در تريمستر اول و دوم حاملگي درمان به شكل ماستكتومي راديكال اصلاح شده است. استفاده از بيوپسي گره Sentinel در طبي حاملگي مورد توافق همه نيست. در صورت تشخيص سرطان قبل از تريمستر سوم، نبايد تا بعد از زايمان صبر كرد. انجام شيمي درماني بعد از تريمستر اول امكان پذير است.

خطر بروز ناهنجاري جنين به دنبال شيمي درماني در تريمستر اول، ۲۰ درصد و در تريمستر دوم و سوم، ۱/۵ درصد است. استفاده از تاموكسي فن (گروه D دارويي) در طبي بارداري و شيردهي كنترانديكه است. در تريمستر سوم بارداري، تومورهاي لوکاليزه يا با حفظ پستان و انجام پرتودرماني بعد از زايمان و يا با ماستكتومي راديكال اصلاح شده، قابل درماناند.

دوران شير دهی: كشف سرطان پستان در دوره شيردهي مستلزم سرکوب شيردهي و درمان قطعي است.

سرطان پيشرفته و غير قابل درمان به شكل تسکيني درمان ميشود. ادامه حاملگي بستگي به نظر بيمار دارد.

حامله شدن بعد از درمان سرطان پستان

ممنوعيتي ندارد اما بارداريهاي بعدي در زنان با تومور گيرنده مثبت (استروژني يا پروژستروني) ممكن است بيشتر زيان آور باشد. اين بيماران و هم چنين مبتلايان به سرطان پيشرفته، بايد دست كم دو تا سه سال از بارداري خودداري كنند. عودها معمولاً در دو تا سه سال اول اتفاق مياقتد.

منابع :

- ۱- "ايرپن " مجموعه دستورالعمل اجرائی و محتوی آموزشی ماما ۱۳۹۶
- ۲- " اقدامات راهبردی سلامت خانواده " سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت ۱۳۹۷ نشریه شماره ۳۶۴