سرطان پستان

دکتر اعظم السادات امامی
شرکت داروسازی اسوه

سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در میان زنان ایرانی محسوب می‌شود و دومین علت شایع مرگ در بین زنان است. سالانه هفت هزار زن ایرانی به سرطان پستان مبتلا می‌شوند که این تعداد کم نیست. به ویژه آن‌که سن ابتلا به سرطان پستان در ایران پنج سال پایین‌تر از سطح جهانی است. سن ابتلا در ایران بین ۵۵-۴۵ سال می‌باشد در حالی‌که این سن در کشورهای غربی بین ۶۰-۵۰ سال است. سرطان پستان نیز یکی از انواع سرطان‌هایی است که به راحتی می‌توان با تشخیص زودرس از آن پیشگیری کرد و تنها شرط آن هوشیار بودن مردم جامعه، به‌خصوص زنان، است. سابقه خانوادگی، احتمال ابتلا به سرطان پستان را پنج برابر افزایش می‌دهد. از این‌رو، پیشگیری از این سرطان بسیار حایز اهمیت است. بالا رفتن سن سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان، اولین حاملگی بالای ۳۰ سال، قاعدگی زیر ۱۲ سال، یائسگی بالای ۵۵ سال، نوشیدن الکل، عدم حاملگی، عدم شیردهی، هورمون درمانی بعد از یائسگی، تشعشع زیاد اشعه به قفسه سینه، چاقی مفرط از عوامل خطر در ابتلا به سرطان پستان هستند. افزایش میزان ترشح هورمون‌های استروییدی مانند استروژن در خون اغلب موجب تسریع روند بدخیمی سرطان پستان می‌شود. سرطان پستان تنها مختص زنان نبوده بلکه مردان نیز در معرض ابتلا به آن هستند. این بیماری در مردان، بیماری نادری است و حدود

۱ درصد از کل سرطان‌های پستان در مردان رخ می‌دهد.

این امر احتمالاً مربوط به میزان کمتر بافت پستانی مردان و نیز مقدار کمتر تولید هورمون‌های موثر در ایجاد این سرطان در مردان، می‌باشد. ابتلا به سرطان پستان در مردان زیر ۳۵ سال بسیار نادر است اما احتمال آن با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد. بیشترین موارد ابتلا به این بیماری در مردانی دیده می‌شود که در پاسخ به دارو یا هورمون درمانی یا حتی ابتلا به عفونت‌ها و سموم و افراد مبتلا به سندروم کلاین‌فلتر، دچار بزرگی غیرطبیعی پستان (ژنیکوماستی) شده‌اند.

نشانه‌های سرطان پستان در مردان مشابه علایم در زنان است. اکثر سرطان‌های پستان در مردان زمانی تشخیص داده می‌شود که فرد وجود یک توده را روی قفسه سینه احساس می‌کند و یا فرورفتگی نوک سینه به داخل را مشاهده می‌کند. اما برخلاف زنان، مردان زمانی به پزشک مراجعه می‌کنند که نشانه‌ها پیشرفت کرده و اغلب خونریزی از نوک سینه و ناهنجاری‌های به وجود آمده در پوست ناحیه سرطانی، را مشاهده می‌کنند. در بسیاری از این مردان، در این حالت سرطان به غدد لنفاوی نیز گسترش یافته است.

چنان که بعد از معاینه و مشاهده نتیجه ماموگرافی و سونوگرافی توسط پزشک، سرطان پستان تأیید شود، راه‌های درمانی زیر در دستورالعمل قرار خواهد گرفت.

راه‌های درمانی شامل موارد زیر می‌باشد:

- ماستکتومی (برداشتن پستان)
- ماستکتومی سگمنتال (جراحی با حفظ پستان)
- پرتو درمانی
- هورمون درمانی
- شیمی درمانی

ماستکتومی عمل جراحی است که در آن کل پستان به همراه گره‌های لنفاوی اگزیلاری برداشته می‌شود. در ماستکتومی سگمنتال یا ماستکتومی جزیی تومور به همراه یک حاشیه از بافت‌های سالم برداشته می‌شود. در پی ماستکتومی سگمنتال معمولاً پرتو درمانی وجود دارد تا هر سلول سرطانی میکروسکوپی که در بافت پستان باقی مانده است را از بین ببرد. در بررسی بیماران با سرطان تهاجمی مشخص شده که خطر عود بیماری در زمانی‌که پرتو درمانی استفاده نشده (۴۰–۲۰ درصد) خیلی بیشتر از زمانی می‌باشد که پرتو درمانی به کار رفته است (۱۰–۵ درصد). اگر احتمال گسترش سرطان به قسمت‌های خارج از پستان وجود داشته باشد بیمار تحت شیمی درمانی یا هورمون درمانی قرار می‌گیرد. درمان دارویی پس از آماده شدن نتایج بیوپسی و تعیین وضعیت‌گیرنده‌های هورمونی نسج بدخیم و همچنین وضعیت پریودها (یائسگی یا نبودن آن) انجام می‌گیرد. هورمون درمانی، شیمی درمانی و یا هر دو ممکن است برای درمان انتخاب شود. هورمون درمانی برای پیشگیری از عود سرطان کاربرد دارد. تومورهای حساس به استروژن معمولاً به درمان دارویی که عمل استروژن را بلوک می‌نمایند، پاسخ می‌دهند. حساسیت غده به استروژن با بررسی و آزمایش پاتولوژیکی روی توده سرطانی بیمار پس از نمونه‌برداری مشخص و درجه‌بندی می‌شود.

از جمله داروهای مورد استفاده در سرطان

پستان، تاموکسیفن (Tamoxifen) است که از طریق گیرنده‌ها استروژن، از اثرات استروژن جلوگیری می‌نماید. در نتیجه تومور کوچکتر شده و رشد سریعی نخواهد داشت. مدت زمان استفاده این دارو در بیماران معمولاً پنج سال می‌باشد. تاموکسیفن همچنین در جلوگیری از سرطان پستان در خانم‌هایی که خطر ابتلا در آن‌ها بالا می‌باشد، موثر است.

شیمی درمانی، جهت پیشگیری از عود بیماری و در مواردی که سرطان به نقاط دیگر بدن پخش شده، تجویز می‌گردد. زنانی که در سنین بارداری هستند ممکن است پس از شیمی درمانی، دچار قطع عادت ماهیانه و یا یائسگی زودرس شوند که در بعضی مواقع این علایم برگشت‌پذیر می‌باشند.

از داروهای نسبتاً جدید در درمان سرطان پستان می‌توان به داروی اگزمستان اشاره کرد. رشد سلول‌های سرطان پستان ممکن است وابسته به استروژن باشد. منشأ اصلی تولید استروژن در زنان یائسه، آندروژن‌های مترشحه از تخمدان و غده فوق کلیوی می‌باشد. در بافت‌های محیطی تبدیل آندروژن‌ها به استروژن توسط آنزیم آروماتاز صورت می‌پذیرد. داروی اگزمستان یک مهارکننده استروییدی برگشت‌ناپذیر آروماتاز می‌باشد. این دارو تأثیری بر ساخت کورتیکواستروییدها و آلدوسترون در غده فوق کلیوی ندارد. اگزمستان نسبت به داروی تاموکسیفن در درمان سرطان پستان متاستاز داده شده، ارجح است. در نگاهی به اثربخشی اگزمستان، این دارو برای خط اول درمان در سرطان‌های پستان متاستاتیک که به هورمون پاسخ می‌دهند و حتی برای درمان پیشگیری‌کننده به‌عنوان یک انتخاب مناسب می‌باشد (۱).

از طرفی، مشخص شده است که تغییر دارو از تاموکسیفن به اگزمستان پس از ۳-۲ سال از مصرف تاموکسیفن، به‌طور مشخص باعث بهبود بیماری، کاهش احتمال سرطان سینه کنترالترال کاهش عود مجدد بیماری و همچنین به‌صورت کاملاً مشهود باعث کاهش مرگ‌ومیر در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود (۲). همچنین ثابت شده که اگر به جای تاموکسیفن، داروی اگزمستان به تنهایی و در طول پنج سال اول بعد از جراحی استفاده شود، احتمال زنده ماندن این بیماران بیشتر است (۳).

منابع

1. Paridaens R. Therasse P. Firs line hormonal treatment for metastatic breast cancer with exemestane or tamoxifen in postmenopausal patients. J Clin Oncol 2004; 22(145): 515.

2. Coombes RC. Paridaens R. First mature analysis of the intergroup Exemestane study. J Clin Oncol 2006; 24(17S): LBA527.

3. 15th Congress of the European Cancer Organization (ECCO 15) and the 34th European Society for Medical Oncology (34th ESMO) Multidisciplinary Congress: Abstracts 2BA (TEAM study) and 5010 (IES study). Presented September 22; 2009.