



الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

تدبير سرطان الثدي (دراسة مقارنة بين استئصال ثدي ربعي مع
علاج شعاعي أو استئصال ثدي بسيط من حيث النكس والبقيا) في مشافي
جامعة دمشق

Management of breast cancer (carcinoma in situ)

**Comparation between -conserving surgery with
radiation therapy or simple mastectomy regarding to
recurrence and survival**

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا في الجراحة العامة

أعداد : صهيب بدر المحاسنة

بإشراف: أ.د أحمد أبو قاسم

برئاسة : أ.د محمد الأحمد

رقم الصفحة	فهرس المحتويات
4	الدراسة النظرية
4	مقدمة إحصائية
5	لمحة إحصائية حسب الجمعية الامريكية للسرطان
6	عوامل خطر الإصابة بسرطان الثدي
9	أعراض وعلامات سرطان الثدي
10	التطور الطبيعي للمرض
11	تشخيص سرطان الثدي
14	BIRAD SCORE
16	طرق التشخيص التداخلية والجراحية
18	تصنيف سرطان الثدي
21	سرطان الثدي الالتهابي
24	التصنيف المرحلي لسرطان الثدي
27	معالجة سرطان الثدي
29	المعالجة الشعاعية
30	المعالجة الهرمونية
31	أهمية الحواف الجراحية في استئصال الثدي الرباعي
32	مقارنة استئصال الثدي الرباعي مع استئصال الثدي البسيط
34	الدراسة العملية
34	المقدمة وهدف الدراسة
34	المواد والطرائق
36	النتائج
40	المناقشة
42	الخلاصة والتوصيات
42	المراجع

رقم الصفحة	فهرس الجداول
15-14	للتصنيف موجودات الماموغرام حسب BIRADS
27	جدول تصنيف TNM
33	مقارنة الخصائص العامة للنكس الموضعي بين الجراحتين
37	توزيع المرضى بين المشافي قبل تطبيق معايير الاستبعاد
37	توزيع المرضى بعد تطبيق معايير الاستبعاد
38	توزيع المرضى حسب سن الضهي
38	توزيع المرضى حسب العمل الجراحي المجري
40	توزيع المرضى حسب معدل النكس

الدراسة النظرية

1-المقدمة: حسب who:

- سرطان الثدي هو أكثر السرطانات انتشاراً في العالم عند النساء وذلك بنسبة 22% من كل الحالات. في سنة 2000 قدر عدد الحالات 597000 في البلدان المتقدمة و471000 حالة في البلدان النامية أو في طور النمو. ومع إن هذه الأرقام ليست ببعيدة عن بعضها إلا إن هنالك اختلافات بين البلدان خاصة من حيث عمر المريضة ومرحلة المرض عند اكتشافه.
- لقد ازداد عدد حالات سرطان الثدي من حوالي 700000 حالة سنة 1980 إلى 1600000 حالة سنة 2010 وذلك بمعدل 3% كل سنة. أما بالنسبة للوفاة من سرطان الثدي فأصبحت حوالي 425000 في سنة 2010 منها 68000 عند السيدات دون سن الخمسين في الدول النامية مما يؤكد أهمية الموضوع وأهمية التخطيط لتخفيف وطأته في السنوات القادمة خاصة في الدول النامية حيث يزيد عدد السكان وتزيد أعمار السيدات وتزيد حالات السرطان، وهي تحتاج إلى برامج وقاية وبرامج علاج .
- تظهر الإحصائيات العالمية الحديثة أن واحدة من اصل ثماني سيدات سوف تصاب بسرطان الثدي بعدما أن كانت النسبة واحدة من 13 سيدة .وللتوضيح أكثر، فحسب إحصائيات المعهد الأميركي للسرطان تختلف نسبة احتمال الإصابة حسب العمر كما يلي:
- لكل سيدة عمرها أقل من 30 سنة: واحدة من 2212
- لكل سيدة عمرها أقل من 40 سنة: واحدة من 235
- لكل سيدة عمرها أقل من 50 سنة: واحدة من 54
- لكل سيدة عمرها أقل من 60 سنة: واحدة من 23
- لكل سيدة عمرها أقل من 70 سنة: واحدة من 14
- لكل سيدة عمرها أقل من 80 سنة: واحدة من 10
- لكل سيدة مدى حياتها كلها: واحدة من 8
-
-

-
- **لمحة احصائية حسب**
- **الجمعية الامريكية للسرطان 2019**
- السرطان الاشيع بين النساء الامريكيات....
- بمعدل امرأة من بين 8 نساء (12%) سيطورون سرطان ثدي غازي خلال حياتهم.
- السرطان القاتل الثاني (يبقى سرطان الرئة القاتل الاشيع)
- امرأة من بين 36 سوف تموت بسببه بمعدل 3%.
- معدلات الوقوع بدأت بالتناقص سنة 2000. وتدنت بنسبة 7% من 2002 الى 2003، يعزى هذا النقصان الى قلة النساء التي اصبحت تستخدم المعالجة المعيضة للهرمون وذلك بعد نتائج الدراسة التي نشرت 2002 الصادرة عن المبادرة الصحية للمرأة، والتي ربطت بين المعالجة المعيضة بالهرمون وزيادة خطر الاصابة بسرطان الثدي وامراض القلب.
- معدل الوقوع ثابت بين النساء البيض، مع زيادة واضحة بين النساء السود.
- **توقعات الجمعية الامريكية للسرطان حول سرطان الثدي في USA لعام 2020:**
- 276,480 حالة جديدة من سرطان ثدي غازي عند النساء.
- 48,530 حالة جديدة من CIS.

- 42,170 امرأة سوف تموت بسبب سرطان الثدي.

• 2 - عوامل خطر الإصابة بسرطان الثدي

- **العوامل الغير قابلة للتغيير:**
- **الجنس:** عند النساء اكثر تواردا من الرجال بـ 100 مرة.
- **التقدم بالعمر:** معظم السرطانات الغازية توجد بعد 55 سنة .
- **جينات موروثة محددة:** BRC1،BRC2 . خطر الإصابة بالسرطان الناتجة عن طفرات BRC1 55_65% (بعض العائلات 80%) .بينما طفرات BRC2 تشكل 45% . السرطان المرتبط بتلك المورثات غالبا يوجد عند النساء الشابات و غالبا بالثديين . وتحمل النساء خطر الإصابة بسرطانات اخرى (بشكل رئيسي سرطان المبيض) . في USA شائعة عند اليهود الاشكناز .
- **طفرات بجينات**
اخرى: ATM,P53,CHEK,PTEN,CDH1,STK11,PALB2
- **قصة عائلية لسرطان ثدي:** خطر الإصابة ضعفين عند النساء التي تملك اقرباء من الدرجة الاولى مصابون بسرطان الثدي . و 3 اضعاف عند وجود شخصين مصابين من الدرجة الاولى . ايضا وجود اصابة عند الاب او الاخ يطرح احتمال اكبر للإصابة . مع ذلك اقل من 15% من النساء المصابات تملك قصة عائلية .
- **قصة شخصية لسرطان ثدي:** النساء المصابات تملك خطر اصابة عالي ليطورا سرطان ثدي في الثدي الآخر او منطقة اخرى بنفس الثدي (يختلف عن النكس) . وهذا العامل اشيع عن النساء الشابات .
- **العرق والاصل:** الامريكيات البيض اكثر عرضة للإصابة من الامريكيات دات الاصول الافريقية، ولكن السود اكثر عرضة للموت بسببه .

- نسيج ثدي كثيف(نسيج شحمي اقل):تملك النساء خطر اصابة اعلى 2_1_2 مرة من النساء ذات كثافة الثدي الطبيعية.ويجعل التقييم على الماموغرام اقل دقة.

- بدء الطمث قبل 12سنة.

- تأخر سن اليأس لبعء55سنة.

- تعرض للاشعاع على الصدر:لعلاج سرطانات اخرى(كاللمفومات).اختطار عالي وهام وخاصة عند التعرض بسن المراهقة،بينما التعرض بعد الاربعين يبدو اقل اهمية.
- التعرض للديتيلستليستترول.(استروجين فعال).

- افات ثدي حميدة:تقسم افات الثدي الحميدة الى3مجموعات بناء على تأثيرها لاختطار سرطان ثدي:

- (1_افات غير تكاثرية: NOT).ADENOSIS(MILD.FIBROSIS(FIBROCYSTIC).SCLEROSING)

- HYPERPLASIA.PHYLLODES TUMER(BENIGN).SINGLE TUMER.FAT NECROSUS.PERIDUCTAL FIPROSIS.MASTITIS.LIPOMA.HAMARTOMA.NEUOFIBROMA

- (2_افات تكاثرية بدون شذود خلوي:ترفع بوضوح خطر الاصابة بسرطان الثدي: SEVERAL.FIBROADENOMA.SCLEROSING ADENOSIS.PAPILOMA.USUAL DUCTAL HYPERPLASIA.RADIAL SCAR

- افات تكاثرية مع شذود خلوي:اختطار عالي للسرطان

- Atypical ductal hyperplasia

- Atypical lobular hyperplasia

-
-

- **عوامل الخطر القابلة للتغيير:**
- **الكحول:** يرتبط بوضوح بزيادة خطر الإصابة بسرطان الثدي. ويتناسب طردياً مع كمية الاستهلاك.
- **البدانة:** بعد سن اليأس يزداد خطر الإصابة كون النسيج الشحمي يصبح المصدر الأساسي للاستروجين. إضافة لزيادة مستويات الانسولين المصلية التي ترتبط بعدة سرطانات منها سرطان الثدي.
- **النشاط البدني:** المشي لمدة ساعة وربع لساعتين ونص ينقص خطر الإصابة 18%.
- **الانجاب:** النساء التي لم تنجب اطفال او التي انجبت بعد 30 من العمر لديها خطر اصابة عالي
- **موانع الحمل الفموية:** خطر اصابة عالي. وعند التوقف عن استخدامها تعود معدلات الوقوع للطبيعي.
- **المعالجة المعیضة بالهرمون:** تزيد خطر الإصابة بالإضافة لخطورة الوفاة من سرطان الثدي، كما تزداد احتمالية تشخيص السرطان بمراحل متقدمة وذلك بعد سنتين عاقل من المعالجة. تعود نسب الإصابة للطبيعي بعد التوقف لمدة 5 سنوات.
- **الارضاع:** يقترح انه ينقص الإصابة وخاصة اذا استمر لمدة سنة ونص لسنتين. لكن لادراسات مؤكدة بسبب صعوبة الدراسة وخصوصاً بالمجتمعات مثل USA حيث الرضاعة لتلك المدة غير شائعة
- **عوامل الخطر الغير واضحة التأثير على سرطان الثدي:**
- **الحمية والفيتامينات**
- **انتشار المواد الكيميائية في البيئة المحيطة.**
- **التدخين.**
- **العمل اثناء الليل.**
- **عوامل الخطر المثارة للجدل والغير المثبتة:**
- **مزيلات التعرق.**

- حمالات الصدر.
- الاجهاض المحرض.
- زرع الثدي (breast implant): عدة دراسات تقول لازيادة في خطر الإصابة، على الرغم من ان السيليكون المستخدم يمكن ان يشكل نسيج ندبي بالثدي. ولكن يجعل الزرع التقييم بالمماموغرام اصعب. ربما الزرع له علاقة بنوع نادر من اللمفومات (anaplastic large B cell lymphoma)، ولكن توجد حالات قليلة لتؤكد زيادة خطر الإصابة بهذا النوع من اللمفومات عند مرضى الزرع.

3-اعراض وعلامات سرطان الثدي:

- تشخيص سرطان الثدي ابكر مايمكن يعطي فرصة افضل من اجل علاج فعال،تسمح برمج المسح والتحري بالكشف بمراحل مبكرة وقبل ظهور اي عرض.
- العرض الاشيع هو ظهور كتلة جديدة،وتغلب ان تكون الكتلة السرطنة:قاسية،غير مؤلمة،دات حواف غير واضحة،وممكن ان تكون:ممضة،طرية،مدورة.لذلك من الضروري متابعة اي كتلة او تغير بالثدي من قبل الطبيب.اعراض اخرى ممكنة:
- تورم جزء او كامل الثدي.
- الم بالحلمة او الثدي.
- غؤور حلمة
- تخريش جلد الثدي.
- احمرار،قشور،ثخانة الحلمة او الجلد.
- النز من الحلمة.
- ضخامة عقد بلغمية.

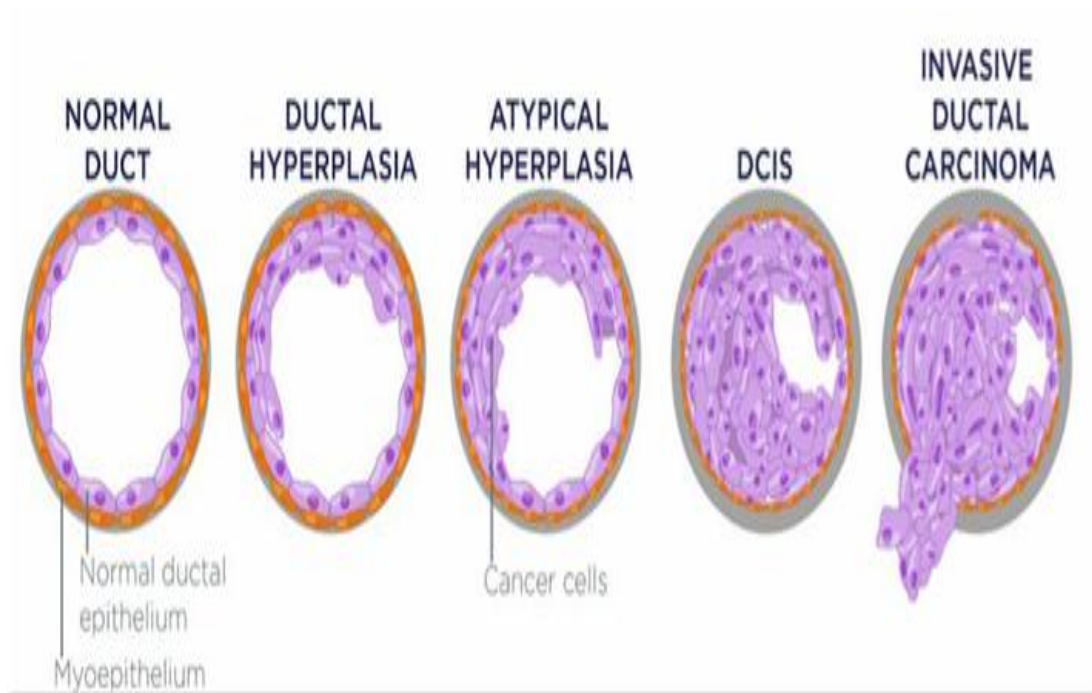
4- التطور الطبيعي للمرض :

في اغلب الحالات هناك فترة طويلة ما قبل سريرية .وباعتبار أن الورم يتضاعف بالحجم كل مئة يوم. فهو يحتاج الى أكثر من ثمانية اعوام لتصل الخلية الواحدة الى كتلة بحجم 1 سم مكعب. ولكن سرعة النمو ليست ثابتة طوال فترة النمو. قد تحدث النقائل في اي فترة من فترات نمو الورم. ويختلف نمو الخلايا المنتقلة بشدته عن نمو الورم الاصلي مما يفسر ظهور بعض النقائل بعد عدة أعوام من علاج الورم البدئي.

بعد الانقسام رقم 20 تبدأ الكتلة بالحصول على ترويتها عبر شبكة وعائية خاصة،وهنا يمكن لها ان تنتقل الى الدوران الدموي واللمفاوي. ويتم القضاء عليها من قبل الخلايا اللمفاوية القاتلة الطبيعية(natural killer) والبالعات الكبيرة. ونادرا مايحدث انزراع للنقائل الورمية قبل أن يصل حجم الورم الى 0,5 سم أي قبل الانقسام رقم 27.

إن نمو الورم وغزو اللحمية المحيطية مع حدوث التليف يؤدي لشد أربطة كوبر ،وبالتالي انكماش الجلد فوق منطقة الورم. كما إن إصابة الجلد وجهازه اللمفاوي تحدث إنسدادا في الاوعية اللمفاوية وبالتالي توذما في الجلد فوق الورم وظهور علامة قشر البرتقال. يؤدي نمو الخلايا الورمية في الادمة إلى تقرح الجلد وانتشار الإصابة لمناطق أبعد في الجلد مما يؤدي لظهور العقد التابعة.وبإصابة الاوردة تنتقل الخلايا الورمية عبر الدم إلى الدوران الرئوي أو عبر الضفيرة الفقرية(ضفيرة BASTON). تكون العقد في البداية طرية ومحددة ثم تصبح ثابتة وقاسية وتلتصق مع بعضها ،وقد تخترق الخلايا الورمية محفظة الغدة لتصيب النسيج المحيطة والضامة والابط وجدار الصدر.

إن أهم عامل إنذاري في سرطان الثدي حالة العقد اللمفاوية .تبلغ نسبة النكس في الحالات سلبية العقد 30% على الأقل.وفي الحالات ايجابية العقد 75% على الأقل. تشكل العظام أشيع أماكن الانتقالات البعيدة (49-60%) ومن بعدها الرئة (15-20%)، الجنب (10-15%)، الكبد (5-15%)



يظهر الشكل مراحل تطور سرطان الثدي

5- تشخيص سرطان الثدي:

- 1-5 القصة المرضية والفحص السريري:
- الاستجواب: ظروف اكتشاف الكتلة (خلال فحص ذاتي او فحص طبي عام)، عوامل الخطورة الشخصية والعائلية، الاعراض (علامات التهابية وعلاقتها بالدورة الشهرية)
- التأمل: الساعدان مرتفعان ومتدليان: الحجم والشكل والتناظر وتقييم الحلمة.
- الجس: يفحص الثدي ويبحث عن اي كتلة او منطقة مشتبهة وقيم: ملمسها، حجمها، علاقتها مع الجلد وعضلات جدار الصدر.
- يقيم اي تغير في الحلمة او الجلد.
- تجس منطقة الابط وفوق الترقوة بحثا عن أي عقد متضخمة.

• 2-5 الاستقصاءات المتممة:

- **1-صورة الثدي (المامو غرام) :** يجب ان تكون للثديين،بعده وضعيات(أمامية،جانبيه،جانبيه ابطية،ومكبرة مكان الأفة)وتجرى في النصف الاول من الدورة(تجنب الاسبوع قبل الدورة) وله نوعين:
 - المامو غرام المسحي(Screening Mammograms):للنساء التي لاتشكو من أي شيء،وتجرى الصورة بوضعيتين فقط.
 - المامو غرام التشخيصي(Diagnostic Mammograms):للنساء مع شكوى بالثدي او تغيرمشاهد بالمامو غرام المسحي،وتجرى بجميع الوضعيات السابقة.
- لاتثبت صورة المامو أن المنطقة الشادة خبيثة،ولكن تساعد في قرار ما اذا كانت المرأة بحاجة لاستقصاءات أخرى.
- وجود صورة مامو غرام سابقة مهمة جدا لطبيب الاشعة،حيث تظهر تطور التكلسات والكتل مع الزمن،وإذا ما كانت بحاجة لإجراء خزعة ام لا.
- النوعين الرئيسيين من التغيرات التي تظهر على المامو غرام هي:
 - **(التكلسات Calcifications):** تظهر بشكل بقع بيضاء صغيرة،وممكن ان يسببها السرطان.ولها نوعين
 - **Macrocalcifications:** جزيئات كبيرة خشنة ،أكثر مشاهدة في(الاصابات الرضية القديمة،الالتهابات،التقدم بالعمر(تكلسات وعائية)).هذه التكلسات ترتبط بحالات غير خبيثة ولاحاجة لمتابعتها بالخزعات النسيجية.تشاهد عند نصف النساء فوق 50 سنة.وامرأة من بين 10نساء تحت 50سنة.
 - **Microcalcifications:** تولى اهمية أكبر من التكلسات الكبيرة،ولكنها لاتشير دائما لخباثة.شكل وتوضع هذه التكلسات يساعد طبيب الاشعة ان يحكم ان كانت بسبب خباثة أم لا.في معظم الحالات،التكلسات الدقيقة لاتحتاج للمتابعة بالخزعة،ولكن في حال الشك ينصح بإجرائها،كون الفحص النسيجي هو الدليل الوحيد الذي يشير لخباثة.

- **(الكتل mass):** يمكن ان تكون افة كيسية(دات محتوى سائل)،او افة صلبة(خبيثة او حميدة).واي كتلة ليست دات محتوى سائل بشكل واضح يجب إجراء خزعة لها.
- إن وجود كثافة نجمية في تصوير الثدي توجه إلى الشك بالخباثة في 84%
من الحالات، ويتم التوجه أكثر نحو الخباثة حين وجود عقد إبطية كثيفة حدودها مبهمه وبداخلها بؤر من التكتلات الصغيرة وحجمها أكبر من 15مم. يشاهد في التصوير بالأمواج فوق الصوتية ظل ناقص الكثافة يصعب تشخيصه نظراً لاحتمال توضع ضمن غدة ثدي كثيف ليفي أو غدي وقد يختبئ في منطقة عميقة وداخلية في الثدي أو متوضعة في أعلى الثدي، ومن الصعب مشاهدة الكثافة التي تقل عن 5مم. تشاهد هذه الكثافات اللانموذجية في ثلثي الحالات في الأورام القنوية المرتشحة وكذلك في الورم الفصيصي والقنوي واللابد. in situ
- أما التكتلات الصغيرة (0.5مم) فإن تصوير الثدي يستطيع كشف الجزيئات الكلسية بحجم 50 ميكرون وهي مشخصة في 50% من الأورام تحت السريرية
- وهناك خمسة نماذج من التكتلات الصغيرة المجتمعمة:
- - نموذج 1: حلقيه annulaires أو قوسية الشكل وهي دائماً سليمة.
- - نموذج 2: مدورة نقطية الشكل rondes punctiformes منتظمة (22%) خبيثة).
- - نموذج 3: غبارية المظهر poussièruses دقيقة جداً (36% خبيثة).
- - نموذج 4: عرقية الشكل cristallines punctiformes متقطعة غير منتظمة تعطي شكل حبيبات الملح (52% خبيثة).
- - نموذج 5: دودية الشكل vermiculaires بشكل عصيات (91% خبيثة).
- ويذكر في التصنيف الحديث نتيجة تصوير الثدي وهو تصنيف BI-RADs

• **What is a BI-RADS score?**
 • Breast Imaging Reporting and Data System
 or
 • **BI-RADS**

Category	Definition	What it means
0	تقييم بصورة جديدة، او مقارنة بصورة قديمة	الصورة المجردة غير واضحة، او تحتاج للتركيز على منطقة معينة من الثدي، او وضعية معينة، او اجراء ايكو غرافي،
1	Negative	لاكتل، لاكتلسات مشتبهة
2	Benign (non-cancerous) finding	ايضا سلبية. ولكن هنالك افات حميدة مثل تكتلسات سليمة او فيبر و ادينوما متكلسة، تكتب بالتقرير للمساعدة لاحقا بالمقارنة بصورة مستقبلية
3	Probably benign finding— Follow-up in a short time frame is suggested	الموجودات تتوافق مع افة حميدة (اكثر من 98%)، ولا يتوقع حصول تطور بمرور الزمان. ولكن بسبب أنها غير مثبتة انها حميدة يفضل متابعتها بصورة اخرى بعد 6 اشهر، وبشكل منتظم لمدة سنتين (حتى التأكد من أن الافة مستقرة) وذلك لتجنب اجراء خزعة غير ضرورية.

4	Suspicious abnormality – Biopsy should be considered	الموجودات بالتأكد لاتشبه <u>الخبثية</u> ، ولكن ممكن ان تكون خبيثة. شبهة قليلة: 4A شبهة متوسطة: 4B شبهة قوية ولكن أقل من المجموعة الخامسة: 4C
5	Highly suggestive of malignancy – Appropriate action should be taken	الموجودات ترجح <u>الخبثية</u> لحد بعيد (علاقل 95%) ينصح بإجراء الخزعة بشدة
6	Known biopsy-proven malignancy – Appropriate action should be taken	هذه المجموعة تستخدم فقط لظهور <u>موجودات</u> على <u>المامو</u> مثبتة انها خبيثة <u>بالخزعة</u> او مدى استجابة الورم على العلاج

2-الايكوغرافي: يستخدم غالبا لفحص التغيرات المشاهدة بالمماموغرام، او للبحث عن موجودات مجسوسة وغير مقيمة عالماموغرام، وعند لنساء دوات الثدي الكثيف نسيجيا.

- يميز الايكو ايضا بين الافات الكيسية والصلبة.
- أداة موجهة اثناء أخذ الخزعات من الكتل المشتبهة او العقد المتضخمة.
- ميزاته: واسع الانتشار، سهل الإجراء، غير مؤلم، غير ضار، رخيص الثمن مقارنة بباقي الاستقصاءات.

3- التصوير بالمرنان: يستطب حين وجود سوابق تداخل جراحي (تندب) على الثدي تظهر فيه المناطق الندبية ناقصة الإشارة بمتتاليات الزمن الأول والثاني، في حين تبدو الكتل الورمية ناقصة الإشارة في الزمن الأول وزائدة في الزمن الثاني.

- **4-تصوير القنوات اللبنية:** يستطب حين وجود نز من الحلمة وحيد الفوهة، ويمكن أن يفيد في تشخيص توسع القنوات اللبنية أو الأورام الحليمية أو الآفات ما قبل الورمية أو الأورام الموضوعة in situ

• 5-طرق التشخيص التداخلية والجراحية:

- **1-الرشافة بالابرّة الدقيقة FNA:** تجرى لكتل الثدي المجسوسة، وهي تفيد في تمييز الكيسات الصلبة عن الكيسات. مشاركة الفحص السريري مع الشعاعي مع FNA تعطي التشخيص الأكيد بنسبة 95% تقريبا. ولكن سلبية FNA مع وجود كتلة لاتنفي السرطان. تبلغ الحساسية 80-90% مع سلبية كاذبة 10-20%، وتبلغ نوعيتها 100% تقريبا أي أن الايجابية الكاذبة نادرا جدا. بالإضافة لسليبيتها الكاذبة فإنها لاتستطيع التمييز بين السرطان الغازي والموضع. ولاتميز بين الورم الورقي والورم الغدي الليفي .

- **2-الخزعة (BIOBSY):** له دور كبير في رسم الخطة العلاجية للآفات المجسوسة وغير المجسوسة.

- **الخزعة بالابرّة اللبية (Core –needle biopsy):** تفيد في إجراء الفحص النسيجي للآفة، وبالتالي فإن الايجابية والسلبية الكاذبة لها أقل منها عند إجراء fna. تفضل هذه الطريقة في الآفات غير المجسوسة، وسليبيتها لاتنفي السرطان، ولكنها تستطيع التمييز بين السرطان الموضع والغازي، وبالتالي إمكان إخبار المريضة عن العمل الجراحي النهائي حول استئصال الثدي الربعي أو البسيط أو الجذري المعدل دون الحاجة للخزعة الاستئصالية أو المجمدة، رغم أن معظم الجراحين يفضلون اجراءها.

- **الخزعة الشقية (incisional biopsy):** تجرى للآفات الكبيرة الحجم (4 سم أو اكبر). فعند وجود كتلة كبيرة الحجم من الممكن ان تكون المعالجة الكيماوية مع او دون الشعاعية مفضلة قبل الجراحة

النهائية.وهي تسمح بإجراء الفحص النسيجي للأفة مع تحري
المستقبلات الهرمونية.يجب عدم اخذها من الانسجة المتتخرة

- الخزعة الاستئصالية (excisional biopsy): يتم إزالة كامل الافة
مع هامش امان من النسيج الطبيعي ،وعلى الجراح تجنب تمزيق
الورم خوفا من انزراع الخلايا الورمية،ويمكن بهذه الطريقة تحديد
درجة تمايز الورم وقياس dna خلايا الورم.

- الخزعة الموجهة بسلك دليل: يتم استئصال المنطقة المشبوهة بعد أن
يقوم الطبيب الشعاعي بوضع سلك دليل ذو خطاف بمساعدة المامو
غرام في منطقة الاشتباه. ومن المهم اجراء التصوير الشعاعي بعد
الاستئصال للتأكد من الاستئصال التام لمنطقة الاشتباه.

- الخزعة بواسطة التصوير المجسم: fna تحت التوجيه بالتصوير
المجسم وقد ازدادت دقة الاجراء باستعمال الابرة اللبية.

- استقصاءات اخرى قيد الدراسة:

- Optical imaging tests

- Molecular breast imaging (MBI

- Electrical impedance imaging (EIT

- Positron Emission Mammography (PEM)

- 6- تصنيف سرطان الثدي:
- 1-6 حسب درجة التمايز النسيجي:
- Grade 1 is the same as well differentiated
- Grade 2 is the same as moderately differentiated.
- Grade 3 is the same as poorly differentiated .
- كلما كانت درجة الورم اخفض كان نمو الورم اسرع، والورم اكثر قابلية للانتشار، وبالتالي الانذار اسوأ.
- درجة الورم واحدة من العوامل التي تحدد الحاجة للعلاج المتم بعد الجراحة.
- 2-6 حسب المستقبلات الهرمونية على الخلايا السرطانية:
- **Hormone receptor-positive**: تحوي الخلايا على مستقبلات الاستروجين والبروجسترون، وتتضمن الاورام التي تحوي مستقبلات البروجسترون فقط. تتجه هذه الاورام لتنمو بشكل ابطأ من الاورام سلبية المستقبلات. ودات انداز افضل كونها تعنو للمعالجة الهرمونية. ويشيع هذا النوع عند النساء بعد سن اليأس.
- **Hormone receptor-negative**: عند النساء قبل سن اليأس، تنمو بشكل أسرع.
- **HER2 positive**: تعنو للمعالجة الهدافية.
- **HER2 negative**.

- **Triple-negative:** الأورام سلبية المستقبلات ولا تحوي her2 . غالباً تحدث عند الشابات، تنمو وتنتشر بشكل سريع، المعالجة الهرمونية والهدفية غير مفيدة.

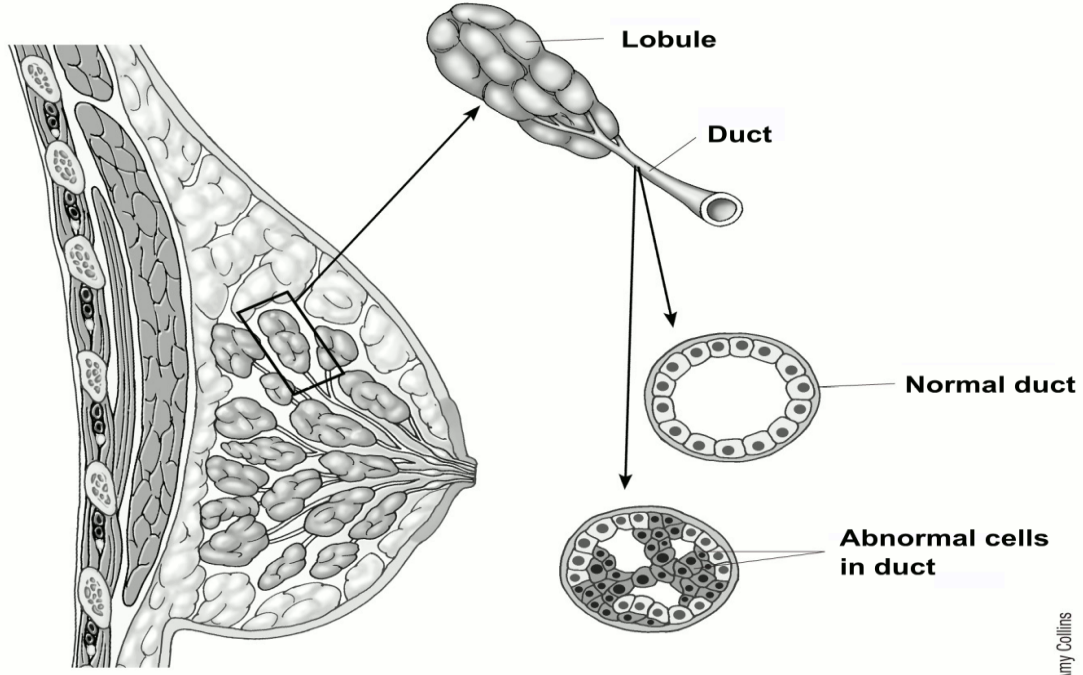
• Triple-positive.

• 3-6 حسب النوع النسيجي:

- معظم سرطانات الثدي هي (كارسينومات) وغالباً ادينوكارسنوما (على حساب الاقنية اللبنية او الفصوص الغدية)
- وهناك انواع نادرة مثل الساركومات (على حساب النسيج الضام، الشحم، العضلات، الاوعية).

• *Ductal carcinoma in situ*:

- وتدعى ايضاً كارسنوما داخل الاقنية. وكونها لا تتخطى الغشاء القاعدي فهي لا تنتشر (لا تنتقل) خارج الثدي. وتعتبر أفة قبل سرطانية لأنها ممكن ان تصبح غازية. ولكن إلى الآن لا يوجد طريقة جيدة لنعرف بالتأكد اي الحالات سوف تصبح غازية ام لا.
- واحدة من كل خمس حالات سرطان ثدي ستكون DCIS، وتقريباً كل النساء اللواتي يشخصن بهذه المرحلة يمكن ان يحصلوا على الشفاء التام.



© Sam and Amy Collins

Ductal carcinoma in situ

• *Lobular carcinoma in situ*:

- يكشف مصادفةً في أثناء إجراء خزعة من الثدي لأسباب أخرى لأنه لا يرافق كتلاً مجسوسة سريريا، (تحدث 80%-90% من حالاته في النساء قبل سن الضهى) يزيد وجوده خطورة حدوث ورم غازٍ على نحو كبير (8-11 الخطورة الطبيعية. ويترافق بخطورة تطور ورم قنوي غازٍ في الثدي الموافق أو المقابل).
- ولكنه بالمقابل لا يعد آفة قبيل ورمية على طريق التحول إلى ورم غازٍ؛
- **التدبير:** يمكن الاكتفاء بالمراقبة. والجراحة مع حواف حرة ليست إجراءً ضرورياً لأن حالات الورم الفصيبي داخل الخلوي تترافق وآفات متعددة ومنتشرة. يحقق استخدام التاموكسيفين (20ملغ فمويًا مدة 5 سنوات) انخفاضاً مهماً في نسب حدوث الورم الغازي. يجب

أن تستمر المراقبة على نحو لصيق مدة 20 سنة حتى تعود
الخطورة إلى الحد الطبيعي.

• ***Invasive (or infiltrating) ductal carcinoma***

- الشكل النسيجي الأشيع من سرطانات الثدي، على حساب الخلايا
المبطنة للأقنية اللبئية، قابل للانتشار خارج الثدي عبر الجريان
اللمفوي والدموي. يشكل 8 من كل 10 حالات سرطان ثدي غازي.

• ***Invasive (or infiltrating) lobular carcinoma***

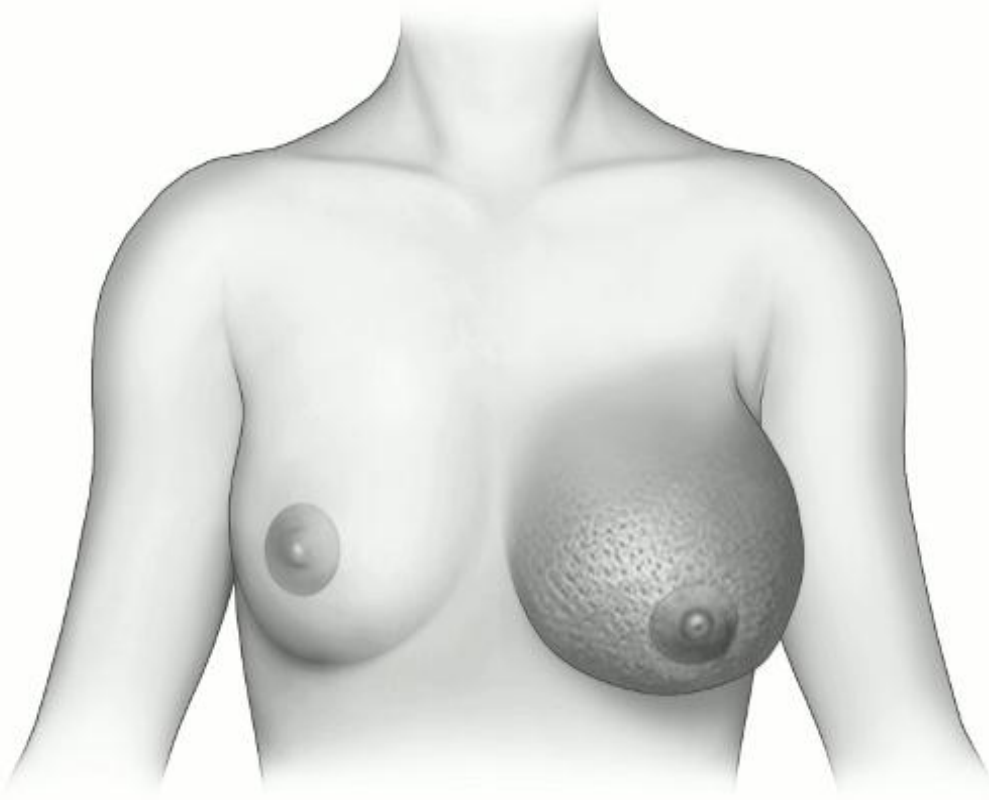
- على حساب الخلايا المشككة للفصيصات اللبئية. يشكل 1 من كل 10
حالات سرطان ثدي غازي. أصعب من حيث الاكتشاف على
الماموغرام من السرطانة القنوية.

• **Less common types of breast cancer**

• ***Inflammatory breast cancer***

- يشكل 1-3% من سرطانات الثدي.
- أكثر أشكال سرطان الثدي المتقدم موضعياً هجوميةً وخطورة.
- يجعل جلد الثدي محمراً، دافئاً، متسمكاً، وحاكاً.
- كبر حجم الثدي، ويصبح قاسياً وممضاً.
- يصبح الجلد منقراً مثل قشرة البرتقال بسبب حصار الأوعية
اللمفاوية بالجلد.
- يشخص خطأً بمراحله المبكرة على أنه انتان بالثدي.
- لا يتظاهر عادةً بكتلة، ولذلك من الممكن أن لا يتظاهر على
الماموغرام، وبالتالي صعوبة تشخيصه بمراحله المبكرة.
- قابلية الانتقال أعلى والإندار أسوأ من القنوي الغازي والفصيصي
الغازي.

- يتزايد في ورم الثدي الالتهابي التعبير عن مستقبلات الـ Her-2، كما تنخفض عموماً نسبة التعبير عن المستقبلات الهرمونية.



© Sam and Amy Collins

Inflammatory breast cancer

- **Phyllodes tumor (الورم الورقي):**
- نادر. على حساب النسيج الضام، ويسمى ايضا cystosarcoma .phyllodes
- عادة اورام حميدة. وفي حالات خاصة ممكن ان تكون خبيثة.
- الورم الحميد يعالج باستئصال الورم مع حواف نسيج طبيعي، والخبيثة استئصال الورم مع حواف استئصال اوسع أو استئصال الثدي .
- غالبا الجراحة هو كل ما يحتاجه الورم.

- اذا انتشر الورم فيعطى علاجاً كيميائياً مماثل للذي يعطى لباقي الساركومات.



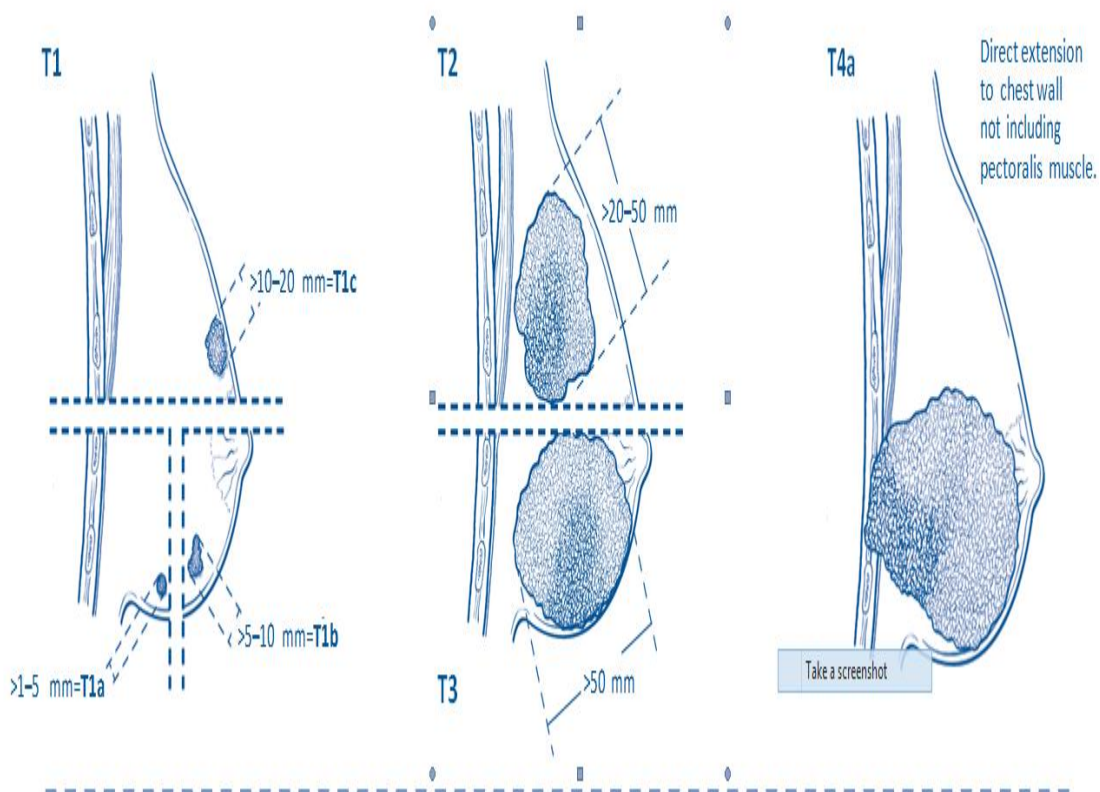
- **Angiosarcoma (الساركوما الوعائية):**
- نادر الحدوث. وعندما يحدث يكون عادة ناتج كاختلاط لمعالجة شعاعية سابقة.
- اختلاط نادر جداً للمعالجة الشعاعية للثدي والتي تتطور بعد 5-10 سنوات بعد التعرض.
- يمكن ان تحدث في الطرف العلوي لدى النساء اللواتي طورن ودمة لمفاوية ناتجة عن تجريف الابط او تشيع الابط.
- تميل للنمو والانتقال بشكل سريع.
- علاجها بشكل عام كباقي الساركومات.



• 7- التصنيف المرحلي لسرطان الثدي Breast cancer staging

• حسب TNM

- **T(PRIMARY TUMOR):**
- **TX:** ورم لا يمكن تقييمه.
- **T0:** لا دليل على وجود ورم.
- **Tis:** كارسينوما في الموضع (قنوية أو فصيصية أو داء باجيت بالحلمة الغير مرتبط بكتلة)
- **T1:** حجم الورم 2 سم أو اقل ويتضمن (1a,1b,1c).
- **T2:** حجم الورم من 2_5 سم.
- **T3:** حجم الورم أكبر من 5 سم.
- **T4:** أيما كان حجم الورم ولكنه يرتشح بجدار الصدر أو بالجلد، أو سرطان الثدي الالتهابي. يتضمن (4a,4b,4c,4d). (سرطان الثدي الالتهابي). (T4d).



- **:N (nearby lymph node)**
- **NX**: لا يمكن تقييم العقد (كتجريف العقد سابقا لسبب آخر).
- **N0**: الورم غير منتشر للعقد.
- **N0(i+)**: خلايا سرطانية معزولة (isolated tumor cells) أقل من 200 خلية، تكشف بالتلوينات المناعية النسيجية أو بالطرق الروتينية.
- **N0(mol+)**: تكشف الخلايا بطرق معقدة كـ (PCR). لا يتأثر بقرار المعالجة.
- **N1**: انتقال من 1-3 عقد إبطية و/أو كمية صغيرة من خلايا ورمية بالعقد الثديية الباطنة تكشف بتكنيك العقد الحارسة.
- **N1a**: من 1-3 عقد إبطية، واحدة على الأقل قطر الورم 2 مم

- **N1b:** انتقال للعقد الثديية الباطنة ولكن لايسبب ضخامة بالعقد وانما بتكنيك العقدة الحارسة

• **N1a+N1b :N1C**

- **N2 :N2a:** انتقال من 4-9 عقد ابطية
- **N2b:** انتقال لعقدة او أكثر من العقد الثديية الباطنة مسببة ضخامة فيها.

- **N3 :N3a:** إما انتقال ل 10 عقد ابطية او اكثر، أو انتقال للعقد تحت الترقوة.
- **N3b:** إما انتقال لعقدة ابطية واحدة على الاقل وضخامة عقد ثديية باطنة. أو انتقال ل4 عقد ابطية واكثر و كمية ورمية صغيرة بالعقد الثديية البطنة بتكنيك العقدة الحارسة.
- **N3c:** انتقال للعقد فوق الترقوة.

• **:m (metastasis)**

- **MX:** لايمكن تقييم انتقال بعيد.
- **M0:** لانقائل بالفحص السريري أو بالاستقصاءات.
- **cM0(i+):** عدد قليل من خلاياسرطانية بالدم او بنقي العظم تكشف بفحوص خاصة،او انتشاركمية قليلةمن الخلايا(اقل من 2مم)بالعقداللمفاويةالبعيدةعن الثدي.
- **M1:** انتقال لاعضاء بعيدة (عظم،رئتين،دماغ،كبد).

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA	T1*	N0	M0
Stage IB	T0	N1mi	M0
	T1*	N1mi	M0
Stage IIA	T0	N1**	M0
	T1*	N1**	M0
	T2	N0	M0
Stage IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stage IIIA	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Stage IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Stage IIIC	Any T	N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

Breast cancer treatment

- Surgery :Local treatments •
- Radiation therapy •
- Chemotherapy :Systemic treatments •
- Hormone therapy •
- Targeted therapy •

• **Surgery for breast cancer**

• **Breast-conserving surgery(1) (المحافظة على الثدي):**

- وتسمى ايضا استئصال الثدي الربعي او القطعي او الجزئي.
- في المراحل المبكرة من سرطان الثدي (**Stage(0 IIB**). تهدف الجراحة المحافظة على الثدي إلى إجراء جراحة ناجحة من الناحية الورمية ومماثلة تقريبا لاستئصال الثدي بالنسبة للنتائج، والحصول على نتيجة تجميلية مقبولة. وتحقيق معدل منخفض من النكس. وكثير من مريضات سرطان الثدي يخترن إجراء استئصال الثدي أملا في منع النكس الموضعي، ولكن يجب عليهن معرفة ان استئصال الثدي لا يضمن عدم حدوث النكس. فمعدلات النكس الموضعي بعد استئصال الثدي تتراوح بين 3 و 20%، ومماثلة تقريبا لمعدلات النكس في الجراحة المحافظة.
- اول الدراسات المقارنة حول الجراحة المحافظة على الثدي أجريت في ايطاليا ثم حديثا في الولايات المتحدة، وأكدت هذه الدراسات ان استئصال الورم البدئي فقط ومن ثم تشييع كامل الثدي يشكل معالجة فعالة ومماثلة لاستئصال الثدي في معظم الاورام الموضعية (in situ) اضافة للاورام الغازية في مراحلها المبكرة. ويتميز بأنه يمنح المريضة فائدة كبيرة من الناحية التجميلية.
- في معظم الحالات تحتاج لمعالجة شعاعية متممة حتما.
- تحتاج لتوفر شروط لإجرائها:
- (1) عقدة وحيدة، او مجموعة عقد متجاورة يمكن استئصالها معا دون التأثير على شكل الثدي
- (2) حجم ورم صغير (3سم وأقل) وصغير نسبيا لحجم الثدي. ومحيطي.
- (3) غير حامل. وفي حال الحمل تؤجل المعالجة الشعاعية
- (4) لا تملك عامل مورثي (كطفرة BRC) كون احتمال نشوء ورم آخر عالي.
- (5) المرأة قادرة على تحمل معالجة شعاعية وقادرة على أخذ موعد
- (6) المرأة مهتمة بشكل كبير بالحفاظ على الثدي

- (7) غير متعرضة لعلاج جراحي محافظ سابق او معالجة شعاعية سابقة.
- (8) غير مصابة بأمراض النسيج الضام (كتصلب الجلد او الدئبة) كونها حساسة جدا للتأثيرات الجانبية للمعالجة الشعاعية
- (9) سرطان الثدي الالتهابي مضاد استطباب.
- تحتاج معظم النساء لعلاج شعاعي متمم، لذلك من اجل علاج شعاعي جيد يستهدف سرير الورم، تعلم منطقة الورم بكليسات معدنية.

• **Mastectomy (2):**

• **Simple (or total) mastectomy:**

- استئصال كامل نسيج الثدي ويتضمن الحلمة، ولكن بدون تجريف العقد الابطية، او النسيج العضلي اسفل الثدي.

• **المعالجة الشعاعية**

• **Radiation therapy**

- الاستطبابات:
- (1) بعد الجراحة المحافظة (الربعي) لانقاص معدل النكس.
- (2) بعد استئصال الثدي وخاصة بحجم ورم (5سم واكثر) أو وجود عقد مصابة.
- (3) انتشار الورم لاعضاء بعيدة.
- عادة يبدأ بالمعالجة الشعاعية بعد شفاء الجروح (شهر أو أكثر) وفي حال استطباب معالجة كيماوية، تؤجل المعالجة الشعاعية عادة لحين اتمام الكيماوية.
- يوجد عدة أنظمة للمعالجة، أشيعها (5 جلسات اسبوعيا لمدة 5-6 اسابيع).
- Intraoperative radiation therapy (IORT) (المعالجة الشعاعية خلال الجراحة):

- جرعة وحيدة كبيرة تعطى في غرفة العمليات، خلال إجراء استئصال الثدي الرباعي (قبل إغلاق الشق الجراحي).

- تتطلب معدات خاصة، غير واسعة الانتشار.

• **Hormone therapy المعالجة الهرمونية**

- غالبا كمعالجة بعد الجراحة لإنقاص معدل النكس، ويمكن ان تستعمل قبل. تستمر عادة 5 سنوات.

- ويمكن ان تستخدم لعلاج الاورام الناكسة او الانتقالية او الموضعية.

- 2من 3 من سرطانات الثدي ايجابية المستقبلات.

- اما بايقاف تأثير الاستروجين (التاموكسيفين، فولفيز ترانت، تورميفين) او انقاص مستوى الاستروجين (مثبطات الاروماتاز).

- استئصال المبيضين: إما جراحيا أو كيميائيا

- علاج سرطان الثدي بحسب التصنيف المرحلي:

• Treatment of lobular carcinoma in situ

- LCIS ليس أفة قبل سرطانية، ولا تحتاج عادة لعلاج. ولكنه يزيد خطورة تطور سرطان ثدي. لذلك يحتاج لمراقبة مستمرة بالماموغرام وفحص طبي منتظم (سنويا)

- يختلف عن DCIS حيث لا يتطور لسرطان غاز وبالتالي لا علاج.

- نوع معين من LCIS وهو متعدد الاشكال pleomorphic LCIS يمكن ان يتحول لسرطان غاز (لذلك يحتاج جراحة)

- (يزيد وجوده خطورة حدوث ورم غازٍ على نحو كبير (8-11 الخطورة الطبيعية. لذلك المالجة الهرمونية يمكن ان تنقص خطر الإصابة.

- بعض النساء تفضل استئصال الثدي ثنائي الجانب بشكل بسيط لانخفاض خطر الإصابة وهو خيار معقول عند النساء ذوات الخطر العالي (طفرة BRCA، قصة عائلية،)

• Treatment of ductal carcinoma in situ

- افة قبل سرطانية، وتحتاج معالجة.
- إما جراحة محافظة (رباعي) متبوع بعلاج شعاعي وذلك لانخفاض معدل النكس ولا حاجة لتجريف العقد وفي حال الشك فينصح بخزعة العقدة الحارسة.
- او استئصال ثدي في حال أكثر من بؤرة من DCIS
- في حال ايجابية المستقبلات، يتبع بمعالجة هرمونية (تاموكسيفين لمدة خمس سنوات لانخفاض خطر الإصابة بورم موضع اخر او ورم غاز.

أهمية الحواف الجراحية في استئصال الثدي الرباعي :

إن ترك حواف جراحية مصابة يؤدي بشكل مؤكد لمعدلات نكس مرتفعة بشكل غير مقبول. ورغم ذلك فإن سلبية الحواف لا تعني بالضرورة عدم بقاء إصابة ورمية في الثدي. ولكن هناك دوما علاقة خطية بين احتمال استكمال الاستئصال وبين قرب الورم من الحواف، وكذلك حجم الورم المتبقي قرب الحواف. ومن الواضح أن من غير المقبول على الإطلاق أن تكون حواف القطع ايجابية في حال الجراحة المحافظة على الثدي وبالتالي فهي تحتاج دوما لإعادة الاستئصال.

رغم أن المعالجة الشعاعية تحسن معدلات النكس الموضعي، إلا أنها لا يمكن أن تتغلب على ايجابية الحواف. ويتراوح معدل النكس الموضعي من 0-9% في حال سلبية الحواف عند تطبيق المعالجة الشعاعية، مقارنة ب 10-20% في حال ايجابية الحواف.

وبشكل عام فإن الدراسات تعتبر أن قيمة 2مم هي أقل هامش أمان مقبول بين حواف الاستئصال وبين الخلية الورمية الاقرب للحافة، وعلى كامل امتداد الكتلة المستأصلة. إذا كانت المسافة اقل من 2مم يجي ان تؤخذ اعدة الاستئصال بعين الاعتبار.

مقارنة استئصال الثدي الرباعي مع استئصال الثدي البسيط حسب الدراسات العالمية:

شملت هذه الدراسات إجمالاً أكثر من 3000 مريضة تمت متابعتهم لفترات طويلة تراوحت من 8 سنوات حتى 20 سنة. وكانت النتيجة أن الجراحة المحافظة على الثدي مشابهة من حيث النتائج لاستئصال الثدي البسيط بالنسبة لمعدلات البقاء الاجمالية، النكس الموضعي. ورغم أن هذه الدراسات تختلف في معايير إدخال المريضات في الدراسة، إلا أن البيانات والنتائج متوافقة بشكل عام.

ورأت الدراسات أن اضافة العلاج الشعاعي أدت لنقص معدل النكس الموضعي بمقدار 3 أضعاف مقارنة باستئصال الثدي الرباعي لوحده.

مقارنة الخصائص العامة للنكس الموضعي بعد كل من الاجرائين:

النكس داخل نسيج الثدي بعد الاستئصال الرباعي	النكس بجدار الصدر بعد الثدي البسيط	
قد يكون ورم بدئي جديد	نادرا مايكون ورم بدئي	نوع النكس
3-4 سنوات	2-3 سنوات	الفترة الوسطية للنكس
الفحص السريري او المامو	الفحص السريري	طريقة الكشف
استئصال الثدي	الاستئصال مع التشعيع	المقاربة الجراحية
أفضل بكثير	سيء ويرتبط مع إصابة جهازية	الإنذار العام

بشكل عام حين يحدث ورم بدئي جديد فإنه يظهر في ربع آخر من الثدي، وقد يكون النمط النسيجي مختلفا عن النمط الاولي.

الدراسة العملية

1-

المقدمة وهدف الدراسة:

إن الهدف من الدراسة هو إظهار فيما إذا كان استئصال الثدي الرباعي مع علاج شعاعي متمم يشكل علاجاً كافياً ومماثلاً لاستئصال الثدي البسيط وذلك من حيث معدلات النكس الموضعي والبقيا عند المريضات المصابات بكارسينوما موضعية.

حيث من المتوقع إصابة حوالي 48 ألف مريضة في 2020 حسب الجمعية الأمريكية للسرطان ، وبالتالي فإن إيجاد الحل الجراحي الأمثل لسرطان الثدي الموضع الذي يضمن البقيا الجيدة وعدم النكس أمر هام وضروري كونه واسع الانتشار.

2-

المواد والطرائق:

دراسة رقابية راجعة لدراسة الطرق الجراحية المتبعة في تدبير سرطان الثدي الموضع المثبت بالخزعات ومتابعة النتائج من حيث البقيا والنكس ومقارنة النتائج مع نتائج الابحاث العالمية.

ضمت الدراسة المريضات اللواتي خضعن للعلاج الجراحي لسرطان الثدي في مشافي التعليم العالي (المواساة الجامعي ،الاسد الجامعي والبيروني الجامعي) في جامعة دمشق خلال الفترة الممتدة بين كانون الثاني 2017 وايلول 2019. بالإضافة للمريضات اللواتي تلقين العلاج المتمم في مشفى البيروني الجامعي.

وقد راجعت خلال فترة الدراسة (479) مريضة تعاني من سرطان الثدي وقد تم استبعاد (462) مريضة للأسباب التالية:

1 - سرطان الثدي الغازي.

2-سوابق إصابة بسرطان ثدي بالثدي نفسه.

3-رفض المريضة المشاركة في الدراسة.

وتم الحصول على البيانات الخاصة بالمرضى من عدة مصادر:

1-الملف الطبي الخاص بالمريضة(سواء في قسم الجراحة او قسم الاورام)

- 2-التشريح المرضي الخاص بالمرضى (قسم التشريح المرضي)
- 3-قسم العلاج الشعاعي (للتأكد من قيام المريضة بتلقي العلاج ومعرفة نسبة المتسربين)
- 4-الاتصال بالمريضة وذلك في حال نقص بعض البيانات المتعلقة بالقصة الشخصية والمرضية.

بالاعتماد على الموقع الإلكتروني <http://powerandsamplesize.com> قمنا باستخدام القانون الإحصائي المحدد لحجم العينة الأصغري المفترض جمعه وذلك بعد الارتكاز على المعايير التالية :

- اختيار نمط الدراسة : مقارنة نسبتي لدى مجموعة الدراسة

02 -اعتماد قوة الدراسة 80% ونسبة الخطأ 5%.

بناء على ما سبق، و بتطبيق القانون الإحصائي المناسب يكون حجم العينة الأصغري اللازم حتى يكون للدراسة التي سنجرىها دلالة إحصائية هو 32 مريضاً.

وبالتالي حجم العينة في دراستنا كافي من الناحية الاحصائية، رغم قلة العدد، وذلك تبعاً لظروف الكشف المتأخر عن هذا النوع من الكارسينوما.

تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين :

المجموعة الاولى :اجري لهم استئصال ربعي مع علاج شعاعي(13مريضة)

المجموعة الثانية: اجري لهم استئصال ثدي بسيط(22مريضة)

تمت متابعة المرضى لتحري النكس بشكل دوري كل 3 اشهر، وكانت اختبارات تحري النكس تتضمن:

الفحص السريري، الطبقي الماسح ، معايرة الواسم الورمي 3-15ca، والماموغرام في حال اجراء ثدي ربعي.

مرنان دماغ في حال حدوث صداع ،ومضان عظام في حال حدوث آلام عظمية حديثة العهد.

عما كانت هناك دلائل على النكس الموضعي او الناحي بالفحص السريري فإنه تم إجراء خزعة جديدة (بالابرة او الخزعة الاستئصالية)

3- النتائج:

بعد انتهاء متابعة جميع الحالات من الاستثمارات وإدراجها في جداول إحصائية مفصلة بالنسبة لكل من المعلومات التي جمعها في الدراسة. كما تم حساب النسب المئوية لتوزع الحالات بواسطة برنامج Microsoft Excel. ولتحقيق الهدف من البحث (وهو مقارنة معدلات النكس والبقيا بين مجموعتي الدراسة) فقد استخدم التحليل الإحصائي باستخدام:

-اختبار مان – ويتني U (mann-whitney u test)
لدراسة الفروق بين متغيرين اذا كان المتغيرين من النوع الاسمي (أي دراسة الفروق بين معدلات النكس والبقيا حسب نوع العمل الجراحي المجري)، ولتحديد فيما اذا كانت النتائج تمتلك قيمة ذات مغزى من الناحية الاحصائية. وإن هذا الاختبار هو أحد الاختبارات اللاوسطية. الذي يستخدم لمقارنة عينتين عشوائيتين مستقلتين ، ولا يشترط تساوي حجم العينتين وإنما يعتمد على رتب البيانات. ويعتمد على قيمة P-Value بالنسبة الى مستوى الدلالة الاحصائية ، حيث اعتبرت قيمة الدلالة الاحصائية

$a = 0,05$. وتم حساب القيمة P بالنسبة لكل مقارنة لتحديد النتيجة الاحصائية على النحو التالي:

إذا كانت القيمة P أصغر من القيمة a فهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين أما اذا كانت القيمة P أكبر من القيمة a فهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية. وأن الاختلاف الظاهري بين المجموعتين لا يمتلك قيمة إحصائية مهمة.

إحصائيات عامة :

1- توزيع المرضى بين المشافي المخصصة بالدراسة قبل تطبيق معايير الاستبعاد:

اسم المشفى	العدد	النسبة المئوية
المواساة	177	35%
البيروني	230	46%
الاسد الجامعي	90	19%
المجموع	497	100%

2- توزيع المرضى بعد استبعاد المريضات (ذوات السرطان الغازي)

اسم المشفى	العدد	النسبة المئوية
المواساة	4	11%
البيروني	28	80%
الاسد الجامعي	3	9%
المجموع	35	100%

3-توزيع المرضى بالنسبة للضهي عند تشخيص السرطان: وذلك لاهمية العلاج الهرموني المتمم في الكارسينوما الموضعة

النسبة المئوية	العدد	
85%	30	قبل سن الضهي
15%	5	بعد سن الضهي
100%	35	المجموع

4-حالة العقد اللمفاوية:

جميع المريضات كان فحص العقد الإبطية سلبي ،ولا توجد عقد مجسوسة.

5- توزيع مرضى حسب نوع العمل الجراحي المجري:
بعد تأكيد التشخيص النسيجي للكارسينوما الموضعة ،فقد خضعت(13) مريضة لاستئصال الثدي الرباعي مع تجريف ابط ،و(22) مريضة لاستئصال الثدي مع تجريف الابط. فقد فضل جميع الجراحين إجراء التجريف خوفا من وجود مركبة غازية في محصول الاستئصال. وسنناقش لاحقا مدى فائدة هذا الخيار ومقارنته بالدراسات العالمية.

نوع العمل الجراحي	العدد	النسبة
رباعي مع تجريف ابط وعلاج شعاعي متمم	13	38%
ثدي تام مع تجريف ابط	22	62%
المجموع	35	100%

6- نتائج معدلات النكس:

يعرف النكس الموضعي بأنه حدوث النكس في جدار الصدر اذا كانت المريضة خضعت لاستئصال ثدي تام، او حدوث النكس في نسيج الثدي المتبقي اذا كانت المريضة خضعت للاستئصال الرباعي، حتى لو حدث النكس في ربع اخر من الثدي.

ويظهر الجدول () توزيع المرضى حسب نسبة النكس، وقد قمنا باستخدام اختبار mann-whitney u test للمقارنة بين حدوث النكس بالمجموعتين المستقلتين، وقد حدث النكس الموضعي في (5) مرضى من اصل 35 مريضة في الدراسة.

ومن اجل المقارنة بين عدد حالات النكس الموضعي والبحث عن أي فرق إحصائي هام بين المجموعتين تم إجراء اختبار mann-whitney test، حيث بلغت قيمة $p\text{ value } 0,348$ وهي أكبر من مستوى الدلالة الاحصائية ($0,05$) المعتمدة في الدراسة، وبالتالي لا فرق ذو دلالة احصائية بين عدد حالات النكس وفقا لنوع الجراحة المعتمدة.

المجموعة الجراحية	العدد	عدد المريضات اللواتي حدث لديهن النكس	النسبة المئوية	Mann-whitney U	p-value
الثدي البسيط	22	3	13%	4770	0,348
الرباعي	13	2	15%		
المجموع	35	5	14%		

تظاهر النكس الموضعي والناحي بجس عقيدات أو كتل جديدة في ندبة الجرح أو حولها، بحيث أمكن جس هذه العقيدات خلال زيارات المتابعة، ولتأكيد التشخيص تم أخذ خزعات نسيجية.

وقد عولجت الحالات الثلاث (اللواتي أجري لهن ثدي تام) باستئصال النكس مع هامش امان جيد من الجلد المحيط، وإعطاء معالجة كيميائية متممة. حيث كان النكس من النوع الغازي.

أما المريضتين اللواتي أجري لهن ثدي ربعي فقد أجري لهن استئصال ثدي بسيط مع علاج متمم كيميائي دون علاج شعاعي جديد

4- المناقشة:

رغم إن فترة المتابعة في هذه الدراسة قد بلغت سنتين على الأقل ، إلا أن جميع حالات النكس اكتشفت خلال السنة الاولى بعد الجراحة. لذلك سنناقش معدلات النكس في هذه

الدراسة ،ونقارنها مع الدراسات العالمية في إطار فترة المتابعة القصيرة نسبيا في هذه الدراسة. لقد حدث النكس الموضعي في هذه الدراسة لدى 14% من المرضى، حيث بلغت 13% في الاستئصال البسيط وبلغت 15% في الاستئصال الرباعي ، وهذا الاختلاف لايمتلك قيمة إحصائية مهمة مما يشير إلى تماثل معدلات النكس بين مجموعتي الدراسة. وهذه النتيجة تتوافق مع معظم الدراسات العالمية التي أجريت لمقارنة النكس الموضعي.

وحسب نتائج معظم الدراسات العالمية فإن معدلات النكس بعد الجراحة المحافظة على الثدي مع المعالجة الشعاعية تراوحت بين 2-20%. أما في استئصال الثدي التام تراوحت بين 2-14%. وهي نتائج مقاربة لما شاهدناه فدراستنا.

من الملاحظ أن جميع الجراحين في دراستنا لم يكتفوا بإجراء استئصال الورم دون تجريف ابط (سواء الرباعي او البسيط)

حيث قام جميعهم بإجراء تجريف ابط مستوى أول وثاني ، وكانت النتيجة في جميع المريضات سلبية والعقد ارتكاسية.

وحسب الجمعية الأمريكية للسرطان فإن تجريف الابط يجرى في حال الشك الكبير بوجود مركبة غازية وبالاتماد على تكتيك العقدة الحارسة فقط.

في معظم الحالات ،تستطيع المريضات المشخص لديهن كارسينوما موضعة الاختيار بين الاستئصال المحافظ على

الثدي او استئصال الثدي البسيط . ولكن في حال وجود عدة بؤر في اكثر من ربع او أن حجم الورم كبير نسبيا بالنسبة لحجم الثدي فإن خيار الثدي البسيط هو الأفضل.

5- الخلاصة:

استئصال الثدي الرباعي مع علاج شعاعي متمم عملية ملائمة ومماثلة من حيث النتائج لاستئصال الثدي البسيط في السرطانة الموضعة في الثدي وذلك بالنسبة لمعدلات النكس.

6- التوصيات :

- 1- زيادة الوعي الصحي في المجتمع حول مدى انتشار سرطان الثدي وعلاماته واعراضه وضرورة مراجعة الطبيب في حال حدوث اي طارئ
- 2- تكثيف برامج المسح الدوري للثدي بالماموغرام ،لما يقدمه من تشخيص مبكر للسرطان (وخاصة السرطان الموضع) وبالتالي تدبير محافظ افضل من الناحية العلاجية والنفسية والتجميلية، وبالتالي نسبة وفيات أقل.
- 3-نشر مبادئ الجراحة المحافظة بين الجراحين وتشجيعهم على تطبيقها بالمحاضرات والدراسات المستمرة.
- 4-تخصيص مراكز متخصصة لمقاربة مرضى سرطان الثدي في كل المشافي الجامعية، إسوة (بوحدة الثدي) المنشأة في مشفى المواساة، ورفد تلك المراكز (بجراحي الثدي وجراحي التجميل وطبيب المعالجة الشعاعية والكيمائية والمعالجين النفسيين)

- 5-رفع سوية العلاج الشعاعي في القطر بزيادة عدد المراكز وتأهيل الكودار اللازمة.
- 6-من غير المبرر إجراء تجريف إبط في حال السرطانة الموضعة، ويفضل انتظار نتيجة التشريح المرضي النهائية. وفي حال الشك العالي بالمركبة الغازية فإن تكتيك العقدة الحارسة هو الإجراء المثالي.
- 7- التأكيد على سلامة حواف القطع عند إجراء الثدي الرباعي.
- 8-التأكيد على المتابعة بالعلاج الشعاعي بعد الاستئصال الرباعي. لأنها تشكل جزءا أساسيا من المعالجة. وفي حال عدم إمكانية العلاج الشعاعي،التحويل لإجراء استئصال ثدي بسيط.
- 9- رغم الدلالة الاحصائية للدراسة، الا ان حجم العينة صغير نسبيا ، ويعكس ظروف الكشف المتأخر للسرطان في بلدنا. لذلك يفضل إجراء دراسات مماثلة على مدى خمس سنوات او أكثر.
- 10- ظروف التقصي الصعبة خلال الدراسة، تلزم المشرفين في الاقسام الجراحية وكذلك أطباء الدراسات العليا بملئ كامل البيانات في ملفات المرضى. وكذلك اقسام التشريح المرضي.

ملحق استبيان الدراسة

المعلومات الشخصية:

الاسم: _____ العمر: _____ الحالة العائلية: _____
العادات الشخصية: _____ السكن: _____
رقم الهاتف: _____ رقم المريض في الدراسة: _____
المشفى: _____

الاعراض والفحص السريري:

الثدي المصاب: الأيمن ☐ الأيسر ☐
الاعراض: كتلة ثدي ☐ نز من الحلمة ☐ انقلاب حلمة ☐ ألم بالثدي ☐
فحص العقد: مجسوسة ☐ غير مجسوسة ☐
الخصائص السريرية والمرضية لسرطان الثدي:
مكان الورم: علوي وحشي ☐ علوي سفلي ☐ سفلي وحشي ☐ سفلي أنسي ☐
القطر الاعظمي للورم: اقل من 2سم ☐ 2-3سم ☐ 3-4سم ☐ 4-5سم ☐
المستقبلات الهرمونية: ايجابية ☐ سلبية ☐
اصابة العقد: نعم ☐ لا ☐

الوسائل التشخيصية المستخدمة:

الايكو: _____

المامو: _____

FNA: _____

الخزعة الاستئصالية: _____

الخزعة بالابر اللبية: _____

الخزعة المجمدة: _____

ايكو البطن:

الطبقي المحوري:

الواسم الورمي CA15-3:

ومضان العظام:

☐ المعالجة الجراحية: ثدي بسيط

☐ ثدي ربعي مع علاج شعاعي

☐ النكس : نعم

☐ لا

المراجع:

- 1** أبوقاسم أحمد. 2005 جراحة الثدي والعنق والكولون منشورات جامعة دمشق.
- 2** أبو قاسم أحمد-2002 –الجراحة العامة .منشورات جامعة دمشق
- 3** 3. American College of Radiology, 1995 – Breast Imaging Reporting & Data System (BI- RADS), 2nd edition, VA: American College of Radiology. 4. American Joint Committee on Cancer. 2002 – AJCC Cancer Staging Manual. 6th edition, New York, Springer 227-288. 5. ANDREW, T.J. 1986 – Fine- Needle Aspiration of Breast Cancer. Cancer, 58:1493-1498. 6. ANDREWS, S. 2002 – Essential Revision Notes. 2nd edition. Pastest, London. 7. Arriagada R, Lê MG, Rochard F, et al. Conservative treatment versus mastectomy in early breast cancer: patterns of failure with 15 years of follow-up data. Institut Gustave- Roussy Breast Cancer Group. J Clin Oncol. 1996;14(5):1558–1564. 8. BAKER, RJ. 2001- Mastery of Surgery. 4th edition, Lippincott, Williams and Wilkins, USA. 9. Bijker N, Meijnen P, Peterse JL, et al. Breast-conserving treatment with or without radiotherapy in ductal carcinoma-in-situ: ten-year results of European Organisation for Research and Treatment of Cancer randomized phase III trial 10853: a study by the EORTC Breast Cancer Cooperative Group and EORTC Radiotherapy Group. J Clin Oncol. 2006;24(21):3381–3387. 10. Bleicher RJ, Morrow M. Management of close margins in

invasive breast cancer. Breast Cancer Online. 2007;10(2)(e4(. 11. BRUNICARDI, F.C. 2005 – Schwartz's Principles of Surgery, 8th edition, McGraw Hill, USA. 12. CAMERON, JL. 2005 – Current Surgical Therapy. 8th edition, Elsevier Mosby, USA. 13. Clemons M, Hamilton T, Mansi J, et al. Management of recurrent locoregional breast cancer: oncologist survey. Breast 2003; 12:328. 14. CUSCHIERI, S. A. 2002 – Essential Surgical Practice. 4th edition, Arnold, London. 15. DOHERTY, G.M, 2002 – The Washington Manual of Surgery.



Ministry of high education

Damascus University

Faculty of Medicine

Department of surgery

Management of breast cancer(carcinoma in situ)
Comparation between -conserving surgery with
radiation therapy or simple mastectomy regarding
to recurrence and survival

A dissertation submitted in partial fulfillment of the
requirement for the Master at public and laparoscopic surgery

Prepared by

Souheb badr al-mahasna

Supervised by

Prof .Dr

Ahmad abu alkasem

Headed by

Prof .Dr

Mouhamad AL-ahmad

2019-2020