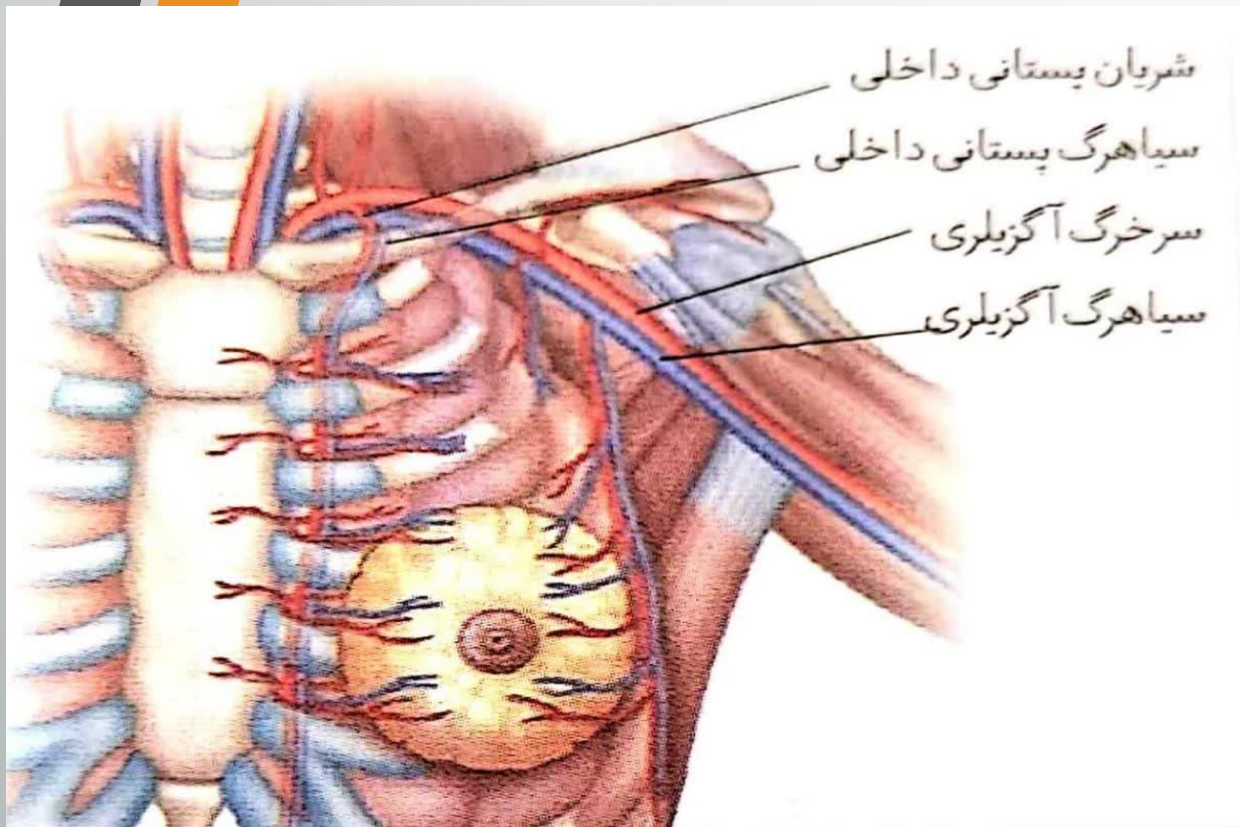


به نام خدا

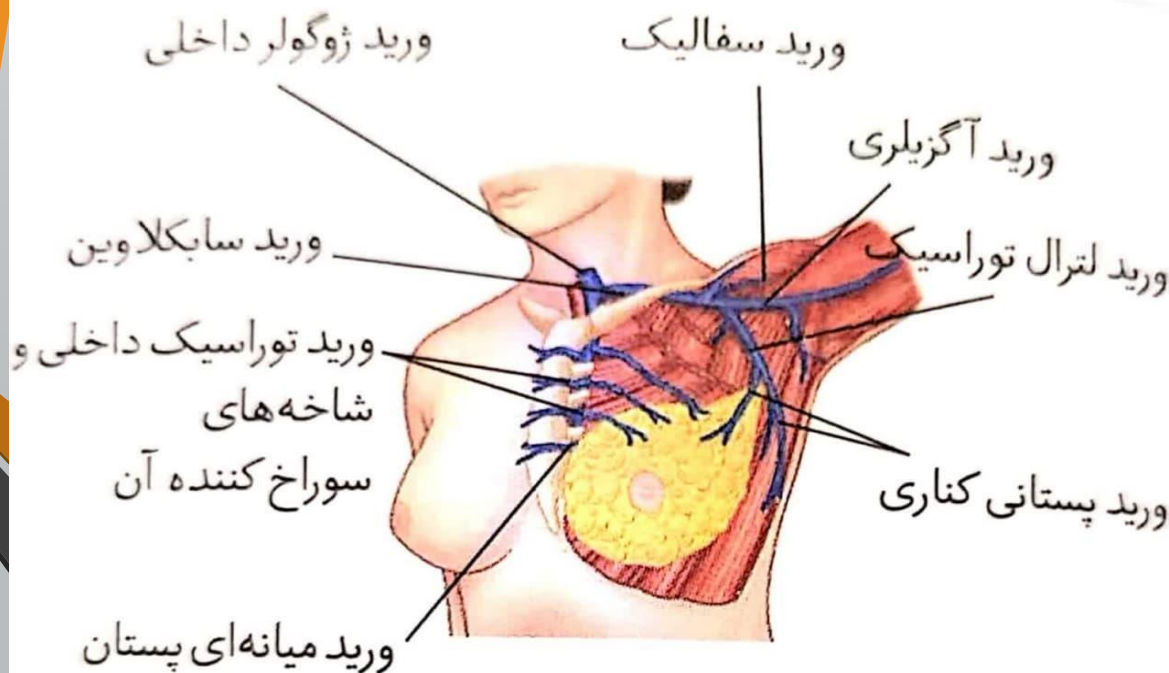
آناتومی پستان

شریانها

۱. شریان پستانی داخلی (شاخه های پرفوران) که حدود ۶۰ درصد خونرسانی پستان را عهده دار هستند.
۲. شریان لترال توراسیک که شاخه ای شریان آگزیلاری است.
۳. شاخه هایی از شریان های بین دنده ای



- شاخه های وریدی مهم درناژ کننده ی پستان شامل شاخه های پرفوران پستانی داخلی ، شاخه های وریدی پرفوران بین دنده ای جدار قفسه سینه و شاخه های وریدی آگزیلاری می باشند. بخش بزرگی از جریان سیاهرگی پستان توسط شاخه های پرفوران پستانی داخلی درناژ می شود. این وریدها با شریان های مربوطه همراه می باشند.
- ۲ تا شاخه وریدی از بخش لترال پستان به سیاهرگ آگزیلاری وارد می شوند که ورید لترال توراسیک مهمترین آنها بوده و نشانه ی خوبی برای پیدا کردن عصب توراکودورسال در حین ماستکتومی است.
- شاخه های وریدی از پستان به ورید های بین دنده ای می پیوندند ، این سیاهرگ های بین دنده ای در قسمت پشتی با سیستم وریدی مهره ای ارتباط برقرار کرده و به شبکه وریدی Batson می پیوندند.
- (شبکه وریدی Batson توجیه کننده متاستاز کانسر پستان به جمجمه-مهره ها و استخوانهای لگن و CNS حتی در غیاب سایر متاستاز ها می باشد).

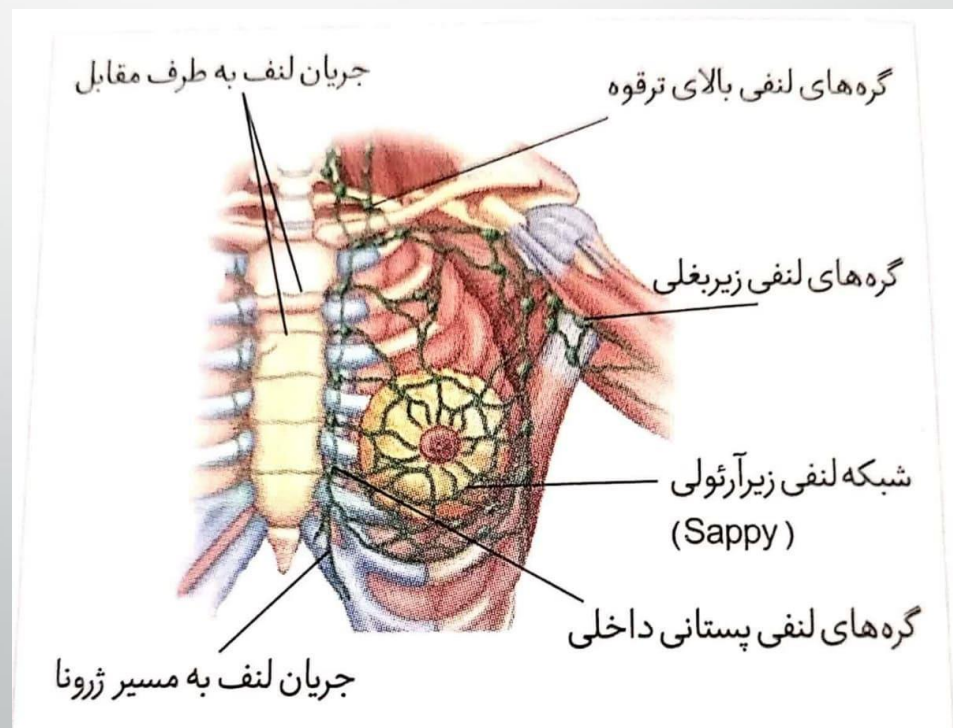
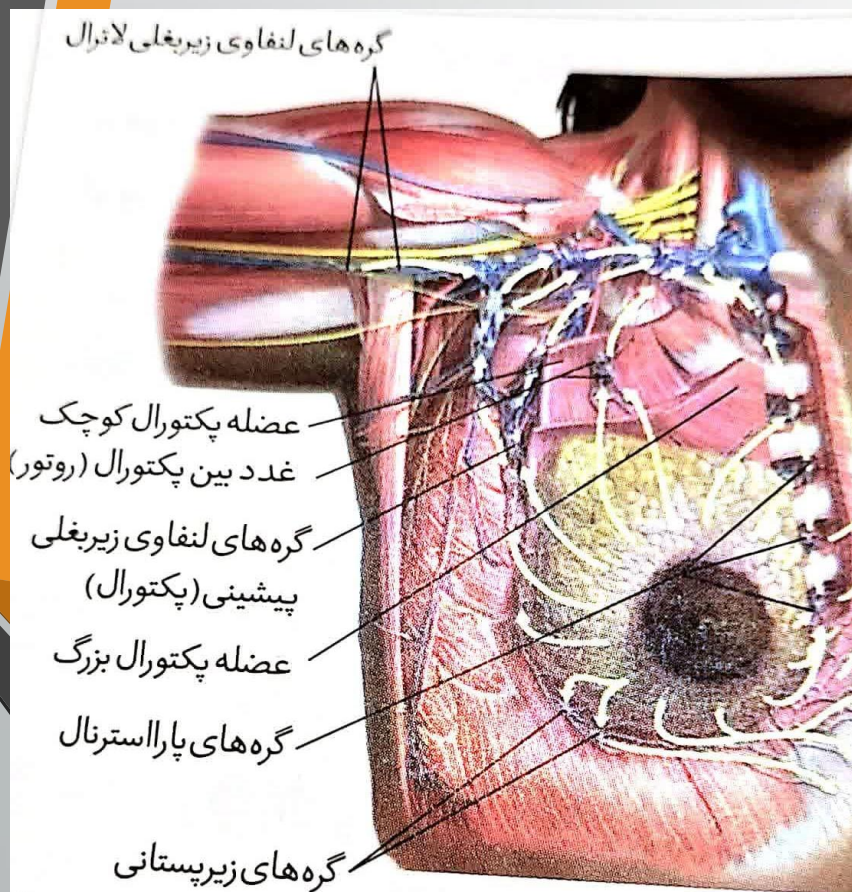


لنفاتیک پستان

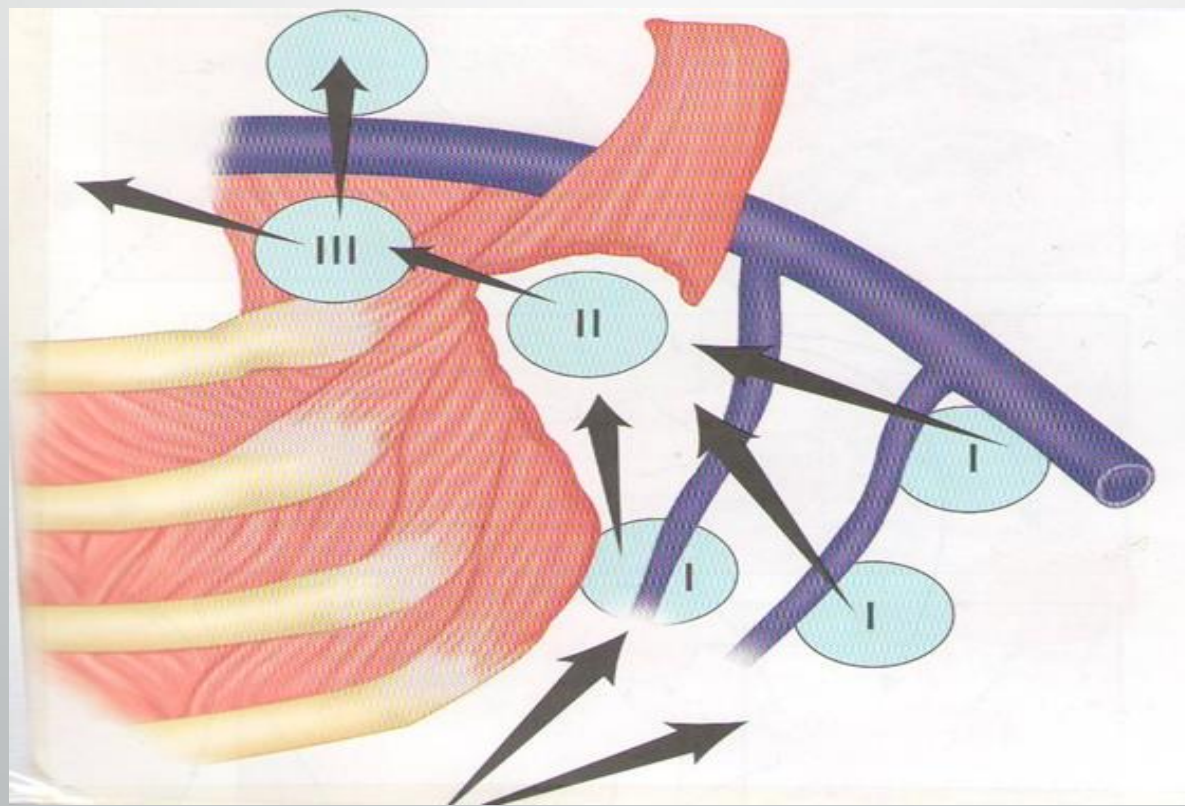
شبکه لنفاتیکی زیراپیتلیومی یا پاپیلاری پستان با لنفاتیک های زیراپیتلیومی سطح بدن در هم می آمیزند. این عروق لنفی بدون دریچه بوده و به عروق لنفی زیر درم اتصال یافته با شبکه لنفی زیر آرتولی (sappy plexus) یکی می شوند.

جریان لنف از شبکه سطحی به عمقی یکطرفه است. جریان لنف از عروق لنفی زیرجلدی عمقی و درون پستان بصورت گریز از مرکز به سمت زیربغل و زنجیره ی پستانی داخلی جریان می یابد.

۷۵٪ میسر آگزیلاری
۲۵٪ میسر اینترنال مامری

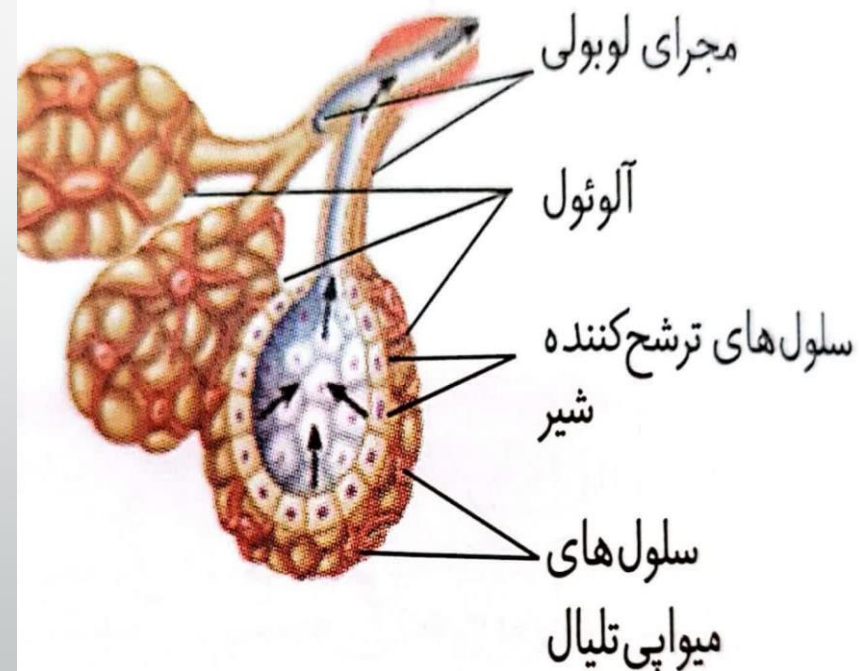
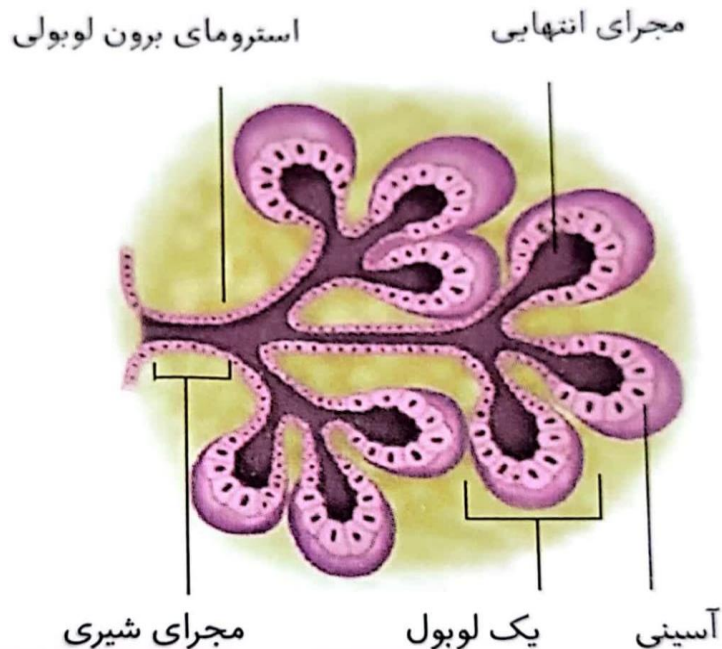


- یک روش تقسیم بندی گره های لنفاوی بر مبنای پله های (level) زیربغل است. در این تقسیم بندی ۳ پله وجود دارد و ماهیچه ی سینه ای کوچک راهنمای محدوده ی آنهاست.
- گروه پله اول که در خارج حاشیه کناری عضله ی سینه ای کوچک قرار دارند.
- گروه پله دوم که در پشت عضله ی سینه ای کوچک مستقر هستند.
- گره های لنفاوی Rottor که بین عضله ای سینه ای کوچک و بزرگ هستند نیز جزئی پله دوم محسوب می شوند.
- گره های پله سوم که در طرف داخل نسبت به لبه درونی عضله ی سینه ای کوچک قرار دارند.



بافت شناسی

- بافت پستان از اجزایی شامل مجاری ، لوبول ها ، استروما تشکیل شده است.
- تعداد ۱۵ تا ۲۵ مجرای شیری از نوک پستان شروع شده و به شاخه های کوچکتر انشعاب پیدا کرده و سرانجام در مجاری انتهایی پایان می یابند. دیواره ی هر مجرا از ۲ لایه تشکیل شده که لایه درونی از سلول های مکعبی یا استوانه ای و لایه بیرونی از سلول های میوآپیتلیال تشکیل شده و بر روی غشای پایه قرار گرفته و بیرون آن را استروما که از بافت همبندی شامل فیبروبلاست ها در یک زمینه کلاژنی همراه با هیستوسیت هاست ، احاطه کرده است. استرومای درون لوبولی متراکم و بین لوبولی کم سلول بوده از بافت فیبروآدیپوز تشکیل یافته است.



اپیدمیولوژی سرطان پستان

- سرطان پستان شایع ترین سرطان در خانمها و شایع ترین علت مرگ در خانمهای ۲۰ تا ۵۰ ساله است و حدود ۳۰٪ سرطانهای جدیداً تشخیص داده شده را تشکیل می دهد.
- میزان رویداد (انسیدانس) سرطان پستان در دهه گذشته کاهش یافته و علت آن بیشتر به کاهش مصرف هورمون درمانی جایگزین در خانمها می باشد.
- عوامل جغرافیایی ، سبک زندگی منطقه ای ، زمینه های نژادی و ارث متغیر هایی هستند که در رویداد سرطان پستان نقش دارند.

میزان بقای ۵ ساله در سرطان پستان

- stage 1 100%
- Stage2 80 تا ۸۵٪
- Stage3 55 تا ۶۵٪
- Stage4 حدود ۲۰٪
- از مطلب بالا نتیجه می گیریم تشخیص و درمان زودرس در سرطان پستان اهمیت زیادی دارد.

تریاد تشخیصی کانسر پستان

- الف) شرح حال و معاینه
- ب) تصویربرداری
- ج) بیوپسی و پاتولوژی

• الف) شرح حال و معاینه

• در شرح حال بیمار باید سعی کنیم با سوالاتی که از بیمار می پرسیم بیمار را در یکی از دو گروه کم خطر و پرخطر طبقه بندی کنیم.

• ۱- عوامل خطرزای هورمونی

• هرچه فرد مدت زمان طولانی در معرض تماس با استروژن باشد به همان میزان احتمال سرطان پستان افزایش می یابد مثل قاعدگی قبل از ۱۲ سالگی ، یائسگی بعد از ۵۵ سالگی و نازا بودن و چاقی مفرط در یائسگی و بالا بودن هورمون پرولاکتین

• ریسک فاکتور های مربوط به تولیدمثل

• بیماری که قبل از ۱۸ سالگی یک زایمان می کند خطر رخداد سرطان ۵۰٪ کمتر از بیماری است که اولین زایمان آن بعد از ۳۰ سالگی است.

• شیردهی موجب کاهش سرطان پستان در مادر و نیز موجب کاهش سرطان پستان در شیرخوار دختر در آینده می شود.

• هر مادر برای اینکه از تمام فواید ضد سرطان شیردهی بطور کامل برخوردار شود ، باید حداقل به ۳ فرزند شیردهی داشته باشد.

• مدت مطلوب شیردهی ۱۸ تا ۲۴ ماه است.

• مصرف استروژن کونژوگه در زنان یائسه یک فاکتور خطر برای سرطان پستان است و برخلاف عقیده قبلی در پیشگیری از بیماری عروق کرونر نقشی ندارد.

۲- عوامل خطرزای غیر هورمونی

تماس با پرتو ، مصرف الکل ، مصرف دراز مدت غذای پرچرب ، سیگار و دخانیات ، بالا بودن میزان تراکم پستان در ماموگرافی ، بیماری های خوش خیم پرولیفراتیو بخصوص آنهایی که آتیپی دارند.

(ورزش مرتب و فعالیت های جسمانی کافی و شیردهی دراز مدت و مصرف زیاد سویا در دوره بلوغ و جوانی و کاهش مصرف گوشت قرمز و مصرف زیاد میوه جات و سبزیجات و غلات باعث کاهش رخداد سرطان می شود.)

استرس های روحی از طریق کاهش قدرت سیستم ایمنی یک ریسک فاکتور محسوب می شود.(اعتقادات دینی و مذهبی با ایجاد آرامش روانی و کاهش استرس و کورتیزول سرم به تقویت سیستم ایمنی و کنترل سرطان کمک می کند.)

سن و جنس

سن عامل مهم در بروز سرطان پستان است . سرطان پستان در زیر ۲۰ سالگی بسیار نادر و کمتر از ۲٪ و در سن بالای ۸۰ سالگی ۱،۵٪ است ولی در سن ۴۰ سال به بالا سیر صعودی دارد.

جنس نقش اصلی و کلیدی دارد. سرطان پستان مردان ۱٪ کل سرطان های پستان را به خود اختصاص می دهد.

سابقه سرطان در خود بیمار

سابقه سرطان پستان و تخمدان در وابستگان درجه ۱ و درجه ۲ و...

فامیل درجه ۱ بیمار شامل مادر ، خواهر ، دختر ۲ تا ۳ برابر شانس سرطان دارند

نقش ژنتیک: نقش ژنتیک در رخداد سرطان پستان ۵ تا ۱۰ درصد برآورد شده اما در خانم های زیر ۳۰ سال بیشتر است.

● جهش ژنی BRCA

● BRCA1 :

● امروزه مشخص شده زنان ناقل جهش ژنی در BRCA1 فاکتور مساعد کننده ی ژنتیکی در ۴۵٪ سرطان های ارثی پستان و ۸۰٪ سرطان های ارثی تخمدان می باشد.

● زنان ناقل جهش ژنی ، ۸۵٪ خطر گرفتاری در طول عمر به سرطان پستان و ۴۰٪ به سرطان تخمدان دارند.

● BRCA2 :

● ریسک سرطان پستان در ناقلین BRCA2 حدود ۸۵٪ ولی تخمدان کمتر و حدود ۲۰٪ است.

● سرطان های مربوط به BRCA2 در سنین پایین اتفاق می افتند ، بیشتر ۲ طرفه اند و کانسر های دیگر مثل تخمدان ، کولون ، پروستات ، پانکراس ، معده و نیز ملانوما رخ می دهد

معاینه بالینی

- معاینه بهتر است حداقل در دو حالت ایستاده و خوابیده و در حالیکه بالاتنه بیمار بدون لباس باشد ، انجام شود.
- در مشاهده به تغییرات پوستی پستان ، عدم قرینگی ، برآمدگی موضعی و رتراکسیون (تورفتگی) نوک سینه یا هر جایی از سینه دقت می کنیم.
- لمس پستان با بستر انگشتان در محدوده ای که بافت پستان قرار دارد انجام می شود که در بالا تا کلاویکل در پایین ۲-۳ سانتی متر زیر چین تحتانی پستان و در قسمت میانی لبه استرنوم و در قسمت خارجی لبه عضله لاتیساموس بررسی می باشد. سپس معاینه غدد لنفاوی زیر بغل و سوپراکلاویکولار و گردن انجام می شود. اگر یافته ی غیر طبیعی مثل توده ، سفتی یا عدم تقارن در یک پستان دیدیم ، محل آن را بصورت تصویر آئینه ای در پستان سمت مقابل بررسی می کنیم.
- در مجموع اگر شرح حال و معاینه ما را به بی خطر بودن و طبیعی بودن پستان ها قانع نکرد دنبال جزئی دوم یعنی تصویربرداری می رویم.















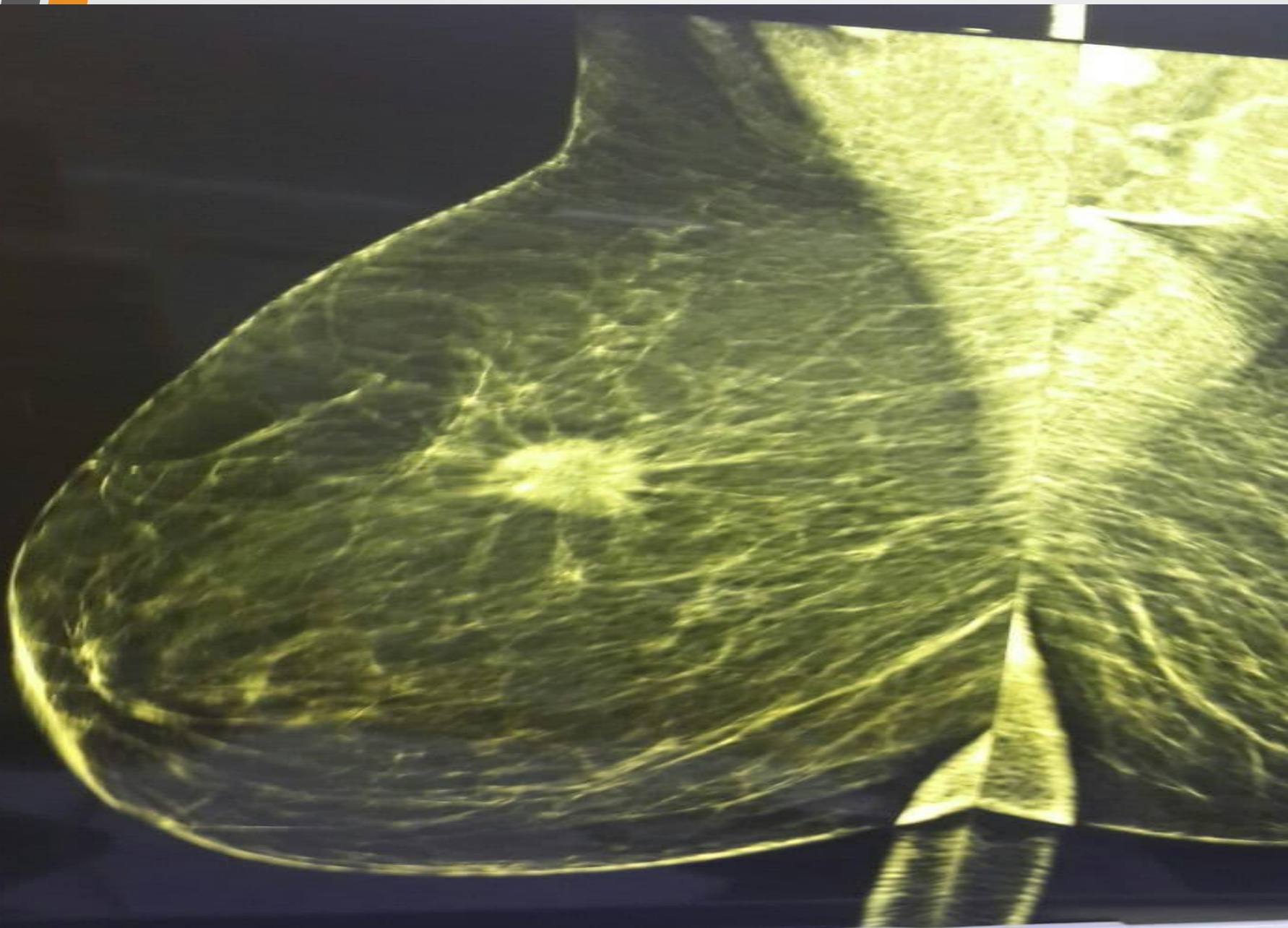


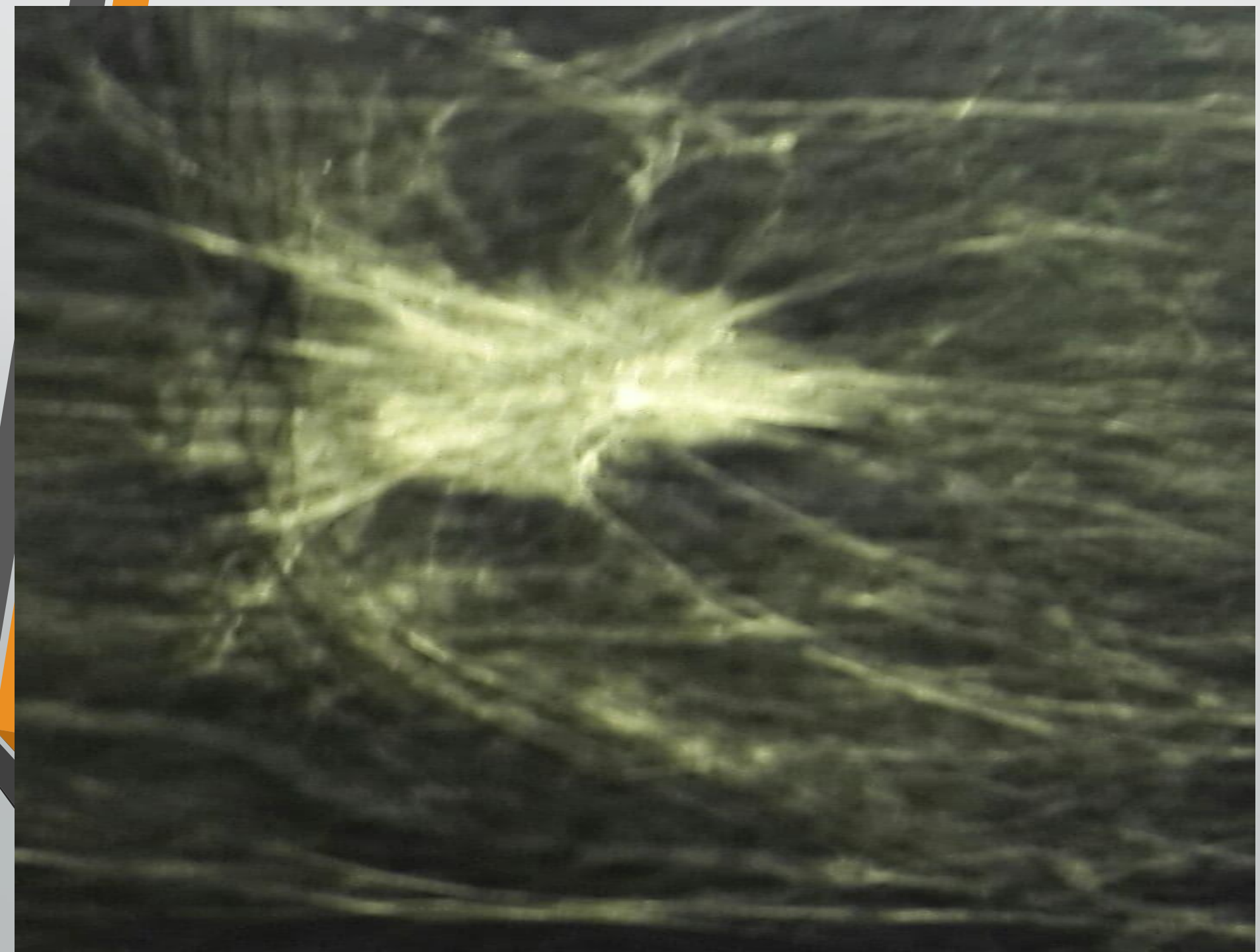
ب) تصویربرداری

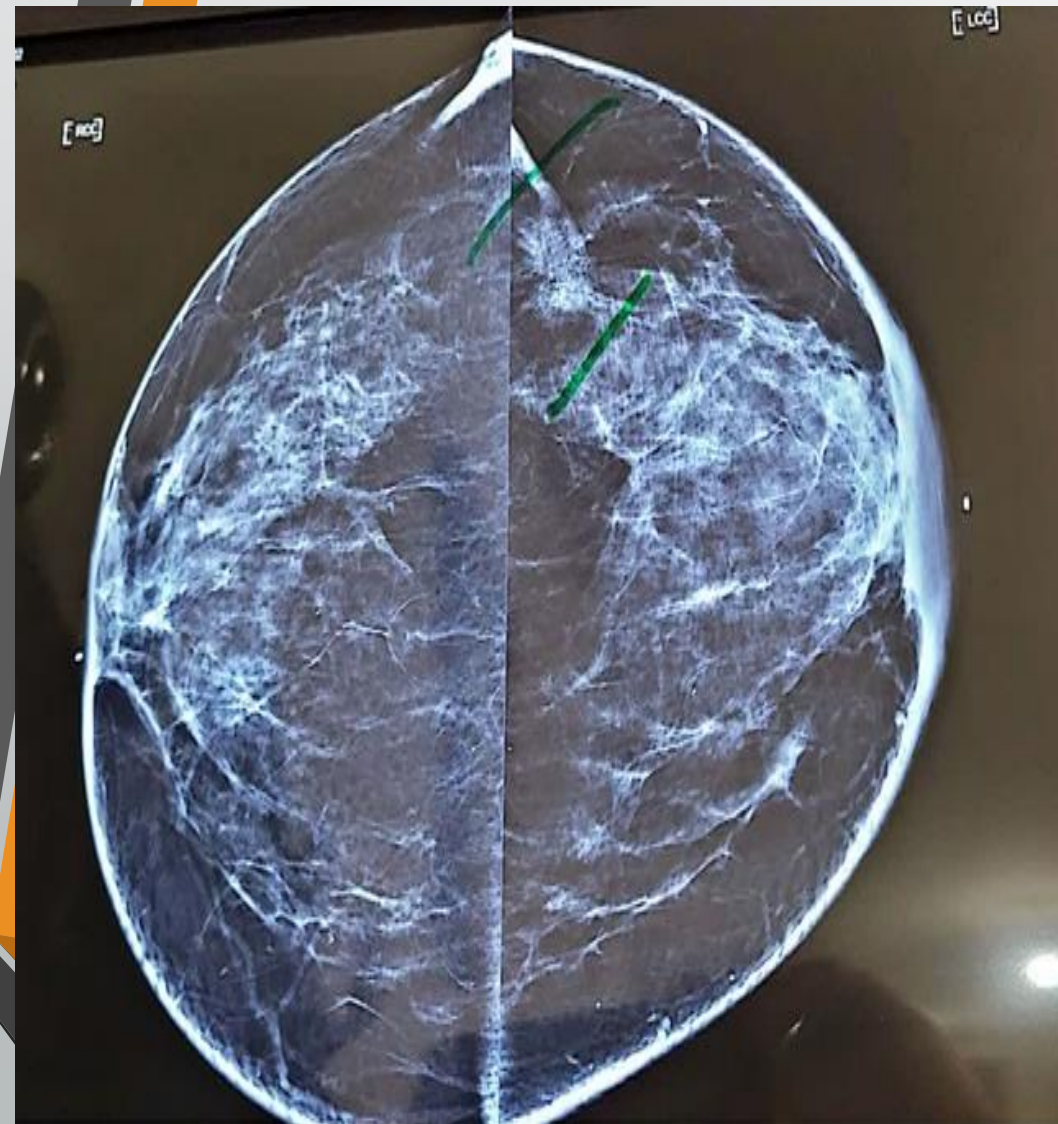
- شامل ماموگرافی ، سونوگرافی و MRI است.
- لازم به ذکر است که این روش ها بخصوص سونوگرافی و ماموگرافی مکمل هم هستند نه جایگزین هم.
- اگر سن بیمار زیر ۴۰ سال و بخصوص زیر ۳۵ سال باشد ، اولین روش تصویرنگاری ما سونوگرافی است درحالیکه در بیماران ۴۰ سال وبالاتر از ماموگرافی استفاده می کنیم.
- MRI کاربرد بالینی روتین و معمولی ندارد بلکه در موارد خاص از آن استفاده می شود.

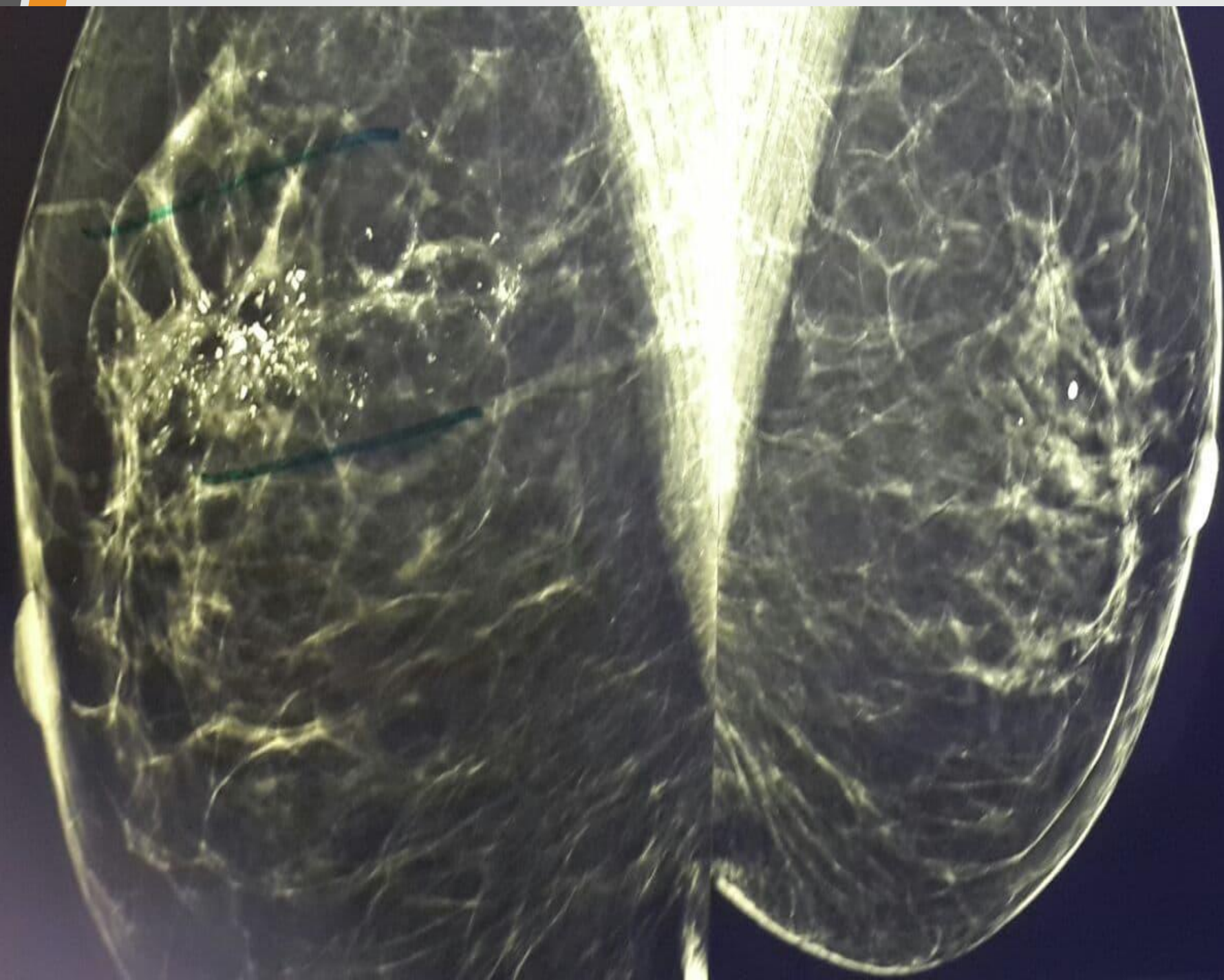
ماموگرافی

- هرچه تراکم نسج نرم یا Composition پستان بیشتر باشد تشخیص ماموگرافیک ضعیفتر شده و منفی و مثبت کاذب آن بالاتر خواهد بود لذا در بیماران جوان ، ماموگرافی زیاد کمک کننده نیست.
- در هر ماموگرافی معمولی ، ۱/CGY اشعه به بدن تابیده می شود و این تابش پرتو خود باعث ایجاد سرطان نمی شود. مزیت ماموگرافی در این است که سرطان را پیش از آنکه قابل لمس شود کشف می کند.
- ماموگرافی در دو نمای CC و MLO انجام می شود.
- یک ضایعه بدخیم در ماموگرافی ممکن است بصورت تجمع میکروکلسیفیکاسیون های آمورف ، تغییر ساختار ، افزایش تراکم غیر قرینه ، توده میکرولوبوله ، توده ای با حاشیه نامنظم و یا توده ای با نمای خورشیدی (اسپیکوله) و یا افزایش ضخامت پوست (مثل کانسر التهابی) دیده شود.
- بهترین زمان برای انجام ماموگرافی هفته ی اول بعد از پریود و بدترین زمان هفته پیش از شروع عادت ماهانه است.
- ۳ ضایعه خوش خیم که در ماموگرافی بدخیمی را تقلید می کنند عبارتند از :
 - ۱- آدنوزاسکلروزان : بدون شانس بدخیمی
 - ۲- نکروز چربی : بدون شانس بدخیمی
 - ۳- رادیال اسکار : احتمال بدخیمی دارد و باید اکسیزیون شود











مشخصات بدخیمی در ماموگرافی

- توده های solid با یا بدون صفات stellate
- Thickening آسمیتریک نسج پستان
- میکروکلسیفیکاسیون های خوشه ای
- کلسیم fine و stippled در اطراف یک ضایعه مشکوک مطرح کننده کانسر بوده و در ۵۰٪ کانسرهای غیر قابل لمس وجود دارد .

ماموگرافی screening باعث کاهش ۳۳٪ در مورتالیتته می شود
توده قابل لمس : ۵۰٪ متاستاز لنفاوی زیر بغل
توده غیر قابل لمس : ۲۰٪ متاستاز زیر بغل
ماموگرافی : ۹۰٪ توده های غیر قابل لمس را نشان می دهد .

برنامه Screening برای افراد با ریسک نرمال

- | | |
|--|--|
| } کاهش ۴۰٪ در SII، III، IV
افزایش ۳۰٪ در بقای کلی | ۱. از ۲۰ تا ۴۰ سالگی حداقل هر ۳ سال معاینه توسط پزشک |
| | ۲. بعد از ۴۰ سالگی معاینه سالیانه و ماموگرافی |

گزر و ماموگرافی: همان ماموگرافی است ولی تصویر مثبت می دهد و نیز از نیپل تا دنده را نشان می دهد
دوز اشعه در گزر و ماموگرافی کمتر است

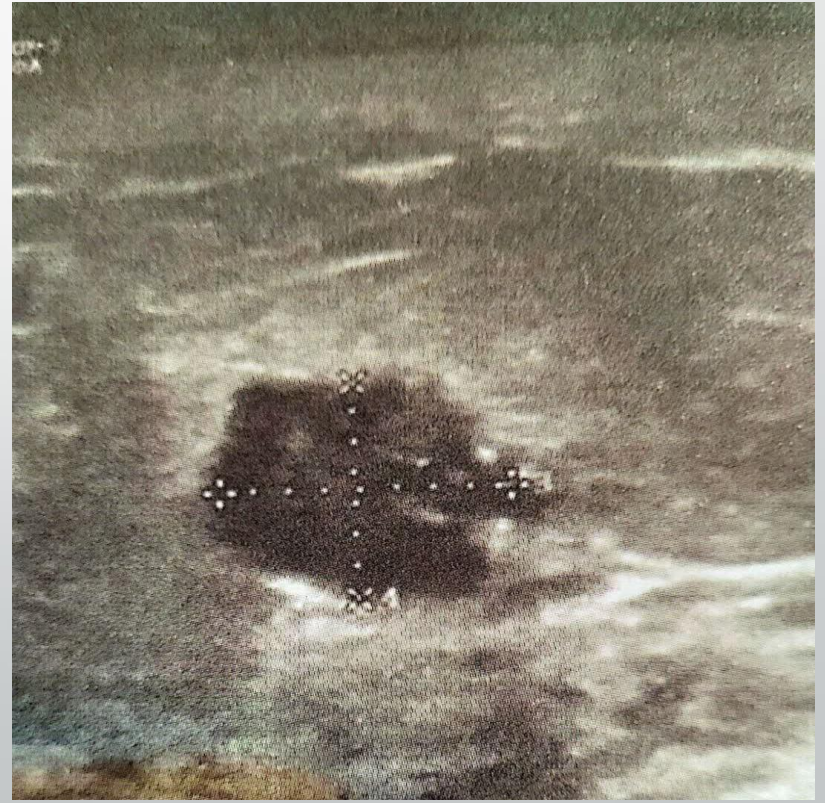
ماموگرافی دیژیتال: در خانم های زیر ۵۰ سال و پره منوپوز و پستان های dense مفیدتر است.

سونوگرافی

- سونوگرافی در خانم های جوان تر از ۴۰ سال به عنوان اولین روش تصویرنگاری بکار گرفته می شود . همچنین به عنوان روش کمکی برای ماموگرافی در موترد زیر کاربرد دارد :
- ۱- در ماموگرافی ضایعه ای دیده می شود ولی ویژگی های تعیین کننده ندارد
- ۲- بیماران که ترشح از نوک سینه دارند
- ۳- برای تعیین وسعت و اندازه تومور
- ۴- برای بررسی گره های لنفی زیربغل
- ۵- بیوپسی از ضایعات غیر قابل لمس با هدایت سونوگرافی
- ۶- فنر گذاری یا نشانه گذاری در پستان
- ۷- در پستان های متراکم که توانایی ماموگرافی برای فراهم آوری یک تصویر واضح پایین است
- ۸- برای افتراق توده های توپر از کیست ها
- ۹- مواردی که توده در پستان قابل لمس است ولی ماموگرافی آن را نشان نداده است

نکته: سونوگرافی براساس میزان پژواک فراصوتی تا حدودی توده خوش خیم را از بدخیم افتراق می دهد. توده های خوش خیم در سونوگرافی حاشیه صاف دارند ، پژواک درونی آنها خفیف است و شکل گرد یا بیضی دارند

- توده سرطانی پستان دیواره نامنظم داشته و پژواک آن شدید است
- باید توجه داشت که سونوگرافی در ضایعات کوچکتر از اسانتی متر قابل اعتماد نیست و همچنین یک وسیله Operator dependent است یعنی وابسته به مهارت شخص سونوگرافست است.



● سونوگرافی زیربغل ●

● یافته های سونوگرافی به نفع درگیری گره های لنفاوی زیر بغل شامل موارد زیر است :

● ۱- تغییر شکل گره لنفی و تبدیل نمای آن از شکل لوبیایی به کروی

● ۲- افزایش ضخامت کورتکس

● ۳- بزرگی گره به بیش از ۱۰ میلی متر

● ۴- به هم خوردن ناف گره لنفاوی

● ۵- به هم خوردن نسبت قطر بزرگ به قطر کوچک گره لنفاوی

● ۶- افزایش پژواک درونی و از بین رفتن چربی در ناف گره لنفاوی

● میزان حساسیت سونوگرافی در بررسی گره های لنفاوی تا ۸۰ درصد و اختصاصی بودن یافته ها ۸۰ تا ۹۰ درصد می باشد.

● باتوجه به اینکه در یک هفته پیش از پریود پستان ها حساس و دردناک هستند بهتر است در این زمان سونوگرافی انجام نشود.

MRI

اساس کاربرد MRI در بررسی ضایعات پستان پرعروقی و نفوذ پذیری عروق در ضایعات بدخیم است.

MRI با و بدون کنتراست وریدی انجام می شود و بهترین زمان انجام آن از روز هفتم تا ۱۴ ام بعد از پریود می باشد.

اگر بیمار به بچه شیر می دهد بهتر است ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از MRI به بچه شیر ندهد تا گادولینیوم از بدن بیمار پاکسازی شود.

- استاندارد کردن سیستم گزارش تصویر نگاری و داده ها (BIRADS)
- Breast Imaging Reporting & Data System
- B0: ارزیابی ناقص است و بررسی بیشتر لازم است
- B1: یافته ها منفی است و نیازی به اقدام دیگر ندارد
- B2: یافته ها خوش خیم است و بیمار باید یک سال بعد مراجعه کند
- B3: یافته احتمالا خوش خیم است و احتمال بدخیمی کمتر از ۲ درصد است و پیگیری کوتاه مدت ۶ ماهه لازم است
- B4: یافته ها مشکوک است و نیاز به بیوپسی دارد. خود این مرحله به ۳ قسمت تقسیم می شود:
 - 4a احتمال بدخیمی ۳ تا ۱۰ درصد
 - 4b احتمال بدخیمی ۱۰ تا ۵۰ درصد
 - 4c احتمال بدخیمی ۵۰ تا ۹۵ درصد
- B5: احتمال بدخیمی بالای ۹۵ درصد است
- B6: بدخیمی قبلا تشخیص داده شده و جواب بیوپسی موجود است

ج) بیوپسی و پاتولوژی

ضایعاتی که براساس سیستم استاندارد تصویرنگاری درجه ۴ و ۵ دارند نیاز به بیوپسی دارند. در توده های قابل لمس ۳ روش بیوپسی داریم:

۱-FNA که با یک سرنگ ۱۰ سی سی و سرسوزن ۲۱ انجام می شود. دقت تشخیصی آن به مهارت سیتوپاتولوژیست بستگی دارد.

اگر جزء اول و دوم تر یاد مشکوک به بدخیمی باشد آن وقت FNA منفی قابل اعتماد نیست و باید از روش دیگری استفاده کرد

۲-CNBN یعنی بیوپسی با سوزن Core که نمونه بافتی تهیه می کند

دقت CNB نزدیک به ۱۰۰٪ است و فقط در موارد رادیال اسکار و آدنوزاسکلروزان مثبت کاذب دارد

۳-بیوپسی جراحی شامل بیوپسی انسیزیونال و اکسیزیونال

در ضایعات غیر قابل لمس بیوپسی به روش استرنوتاکتیک انجام می شود.

بالاخره پاتولوژی تشخیص نهایی را اعلام می کند.

شایع ترین کانسر پستان Invasive Ductal Carcinoma و دومین شایع Invasive Lobular Carcinoma می باشد.

بعد از تشخیص بافتی Staging بالینی انجام می دهیم

Classification of primary breast cancer

Noninvasive epithelial cancers

Lobular carcinoma in situ (LCIS)

Ductal carcinoma in situ (DCIS)

Papillary , cribriform ,solid and comedo types

Invasive epithelial cancers (percentage of total)

Invasive lobular carcinoma (10%-15%)

Invasive ductal carcinoma

 Invasive ductal carcinoma ,NOS(50%-70%)

 Tubular carcinoma (2%-3%)

 Mucinous or colloid carcinoma (2%-3%)

 Medullary carcinoma(5%)

 Invasive cribriform cacinoma (1%-3%)

 Invasive papillary carcinoma (1%-2%)

 Adenoid cystic carcinoma (1%)

 Metaplastic carcinoma (1%)

Mixed Connective and Epithelial Tumors

Phyllodes tumor benign and malignant

Carcinosarcoma

Angiosarcoma

- قبل از بیوپسی بیمار باید آگاه شود که ممکنست توده او کانسر پستان باشد
- بعد از اثبات کانسر روش درمانی بستگی به stage بیماری دارد

روش های آزمایشگاهی

Diagnostic studies of breast cancer patients

Cancer stage

	0	I	II	III	IV
History & physical	+	+	+	+	+
Complete blood count ,platelet count		+	+	+	+
Liver function tests and alkan phosphatase level		+	+	+	+
Chest radiograph		+	+	+	+
Bilateral diagnostic mamograms ultrasound as indicated	+	+	+	+	+
Hormone receptor status		+	+	+	+
HER-2/neu expression		+	+	+	+
Bon scan			+	+	+
Abdominal (without or without pelvic) computed tomographic scan or ultrasound Or magnetic resonance imaging			+	+	+

STAGE کانسر پستان

- قبل از عمل
- حین عمل
- بعد از عمل (پاتولوژی)

قبل از عمل : معاینه پوست - نسج پستان - غدد لنفاوی ناحیه های (زیر بغل - سوپراکلاویکولار - گردنی)
حین عمل : اندازه تومور اولیه - تهاجم به جدار سینه (حداقل باید $LN \geq 10$ level I-II آنالیز شود)

	TNM
$\leq 2Cm$	T1
$>2- <5Cm$	T2
$>5Cm$	T3
تومور با هر اندازه ولی با تهاجم CHEST WALL و پوست	T4
تهاجم به CHEST WALL (به جز عضلات پکتورال)	T4a
ادم پوست	T4b
اولسراسیون پوست	
ندول اقماری پوست در همان محل	
a+b	T4C
inflammatory car	T4D

N1: متاستاز به LN های اگزیلار (متحرک)

N2: LN های اگزیلاری fix یا anated
LN های بالینی اینترنال و مری (در غیاب LN های با گرید)

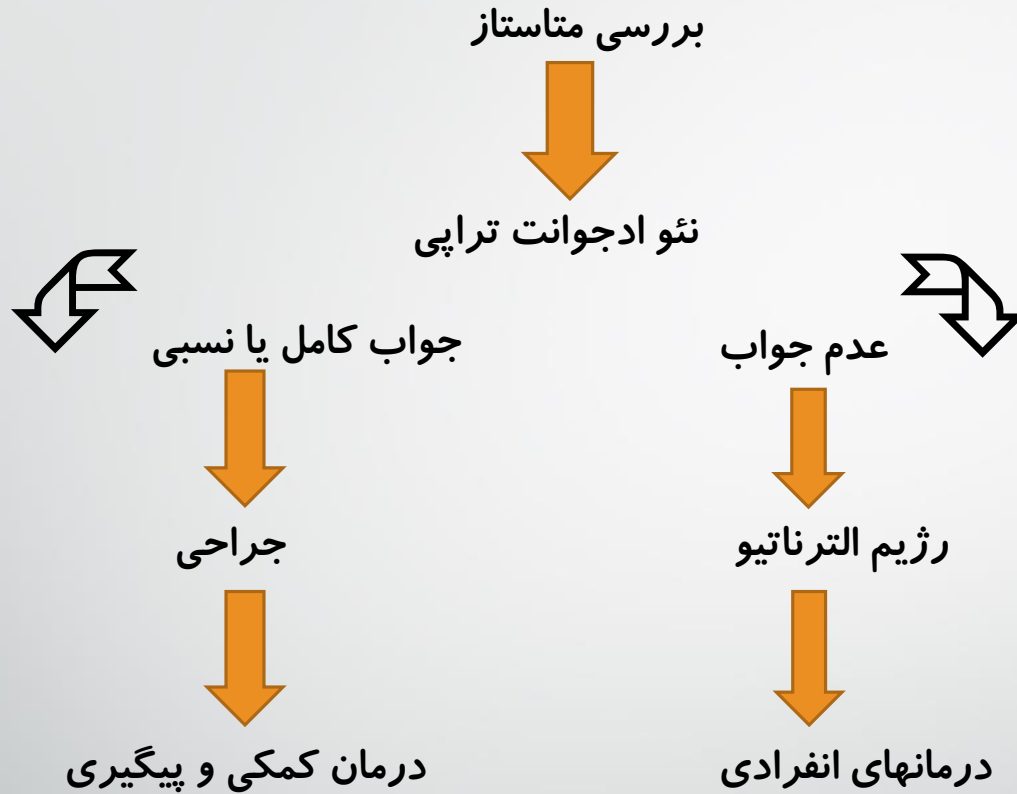
N3: سوپراکلاویکولار - اینترنال ، مری + اگزیلری

TNM stage grouping

STAGE 0	Tis	N0	M0
STAGE 1	T1	N0	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

- در stage1 و stage2 اقدام جراحی و سپس درمان های کمکی انجام می شود
- در stage3 کموتراپی نئوآدجوانت و سپس جراحی و بعد از آن درمان های کمکی انجام می شود
- در stage4 امروزه جراحی و سایر درمان ها انجام می شود ولی اگر متاستاز ها خیلی وسیع و بخصوص احشایی باشند از جراحی صرف نظر می شود

Advanced local-Regional Breast cancer(SIIIA or SIIIB)

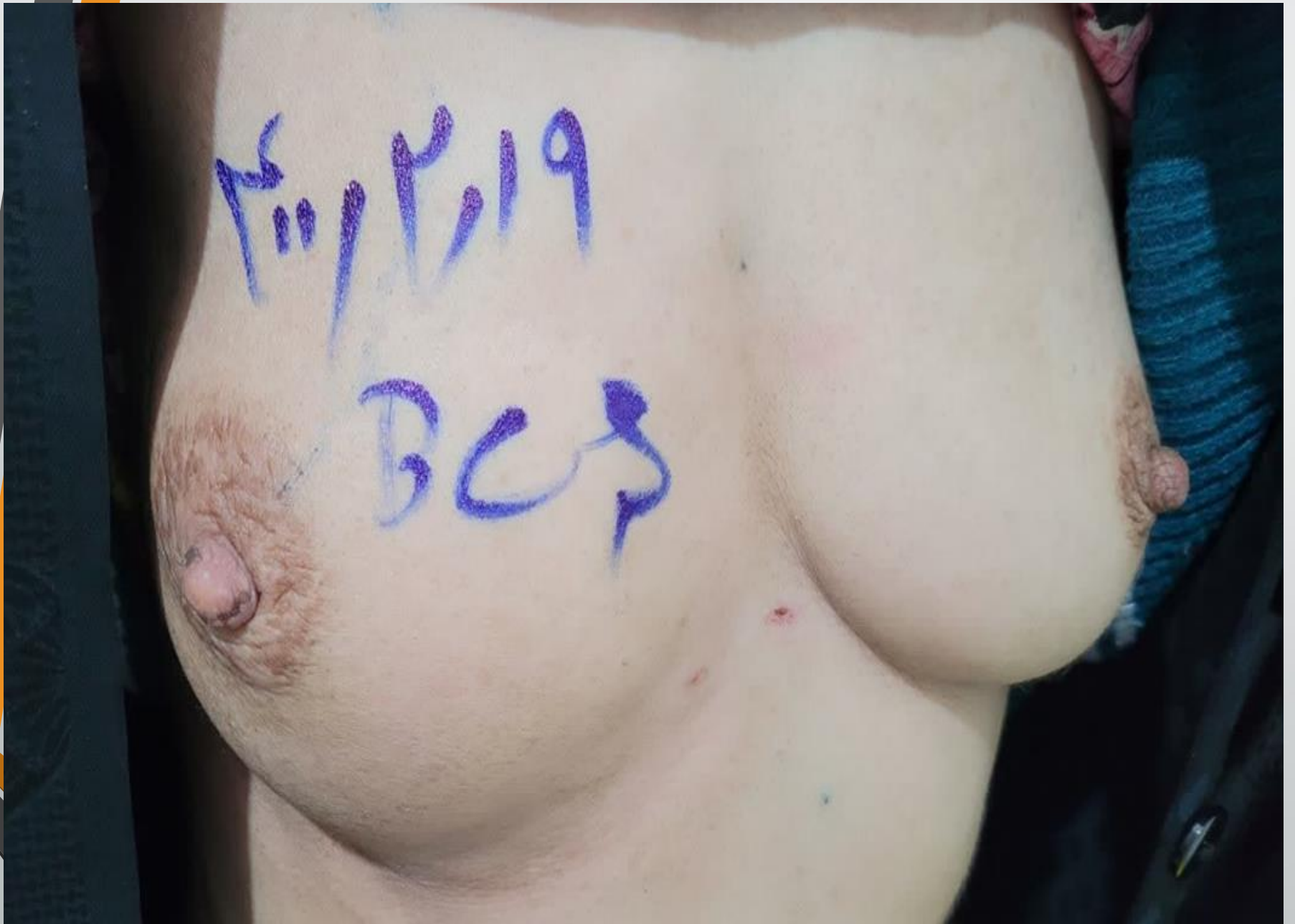


- بیشترین روش های جراحی که امروزه انجام می شوند عبارتند از BCS و MRM
- مزیت BCS اینست که شکل پستان تا حدود زیادی حفظ می شود و بیمار دیگر به دلیل از دست دادن Breast دچار اضطراب و ناراحتی روانی نمی شود. لازم به ذکر است که برداشتن پستان بیشترین عارضه روحی و روانی برای خانمها را دربردارد.

BCS یا Breast Conserving Surgery

- معمولا در stage 1/2 و تومور های کوچکتر از ۵ سانتی متر انجام می شود.
- کنتراستدیکاسیون های BCS
- ۱- بیماری که قبلا رادیوتراپی به قفسه سینه داشته است
- ۲- مراحل اول حاملگی
- ۳- وجود میکروکلسیفیکاسیون منتشر در Breast
- ۴- گستردگی بیماری بطوریکه نتوان حاشیه پاک را بدون بدشکلی تامین کرد
- ۵- چندمرکزی بودن سرطان پستان
- ۶- چندکانونی بودن بطوریکه فاصله آنها بیش از ۴ سانتی متر باشد
- ۷- اسکرودرمی و لوپوس فعال
- ۸- بیمارانی که زمینه ژنتیکی شناخته شده یا مشکوک از نظر رخداد سرطان پستان دارند
- ۹- تومور بزرگ در پستان کوچک
- نسبت اندازه تومور به اندازه پستان معیار مهمی در انتخاب عمل است.





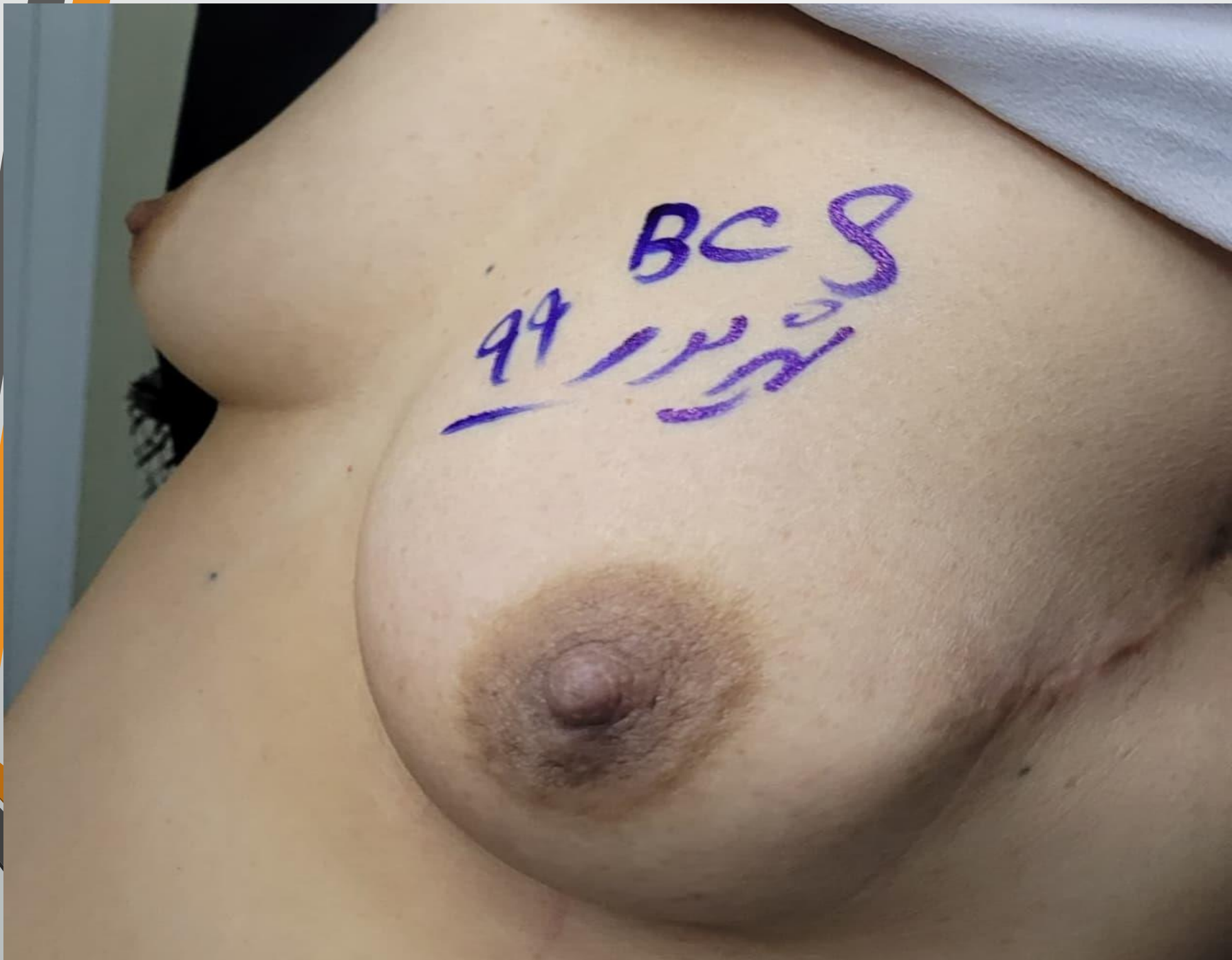


لبنان
2019



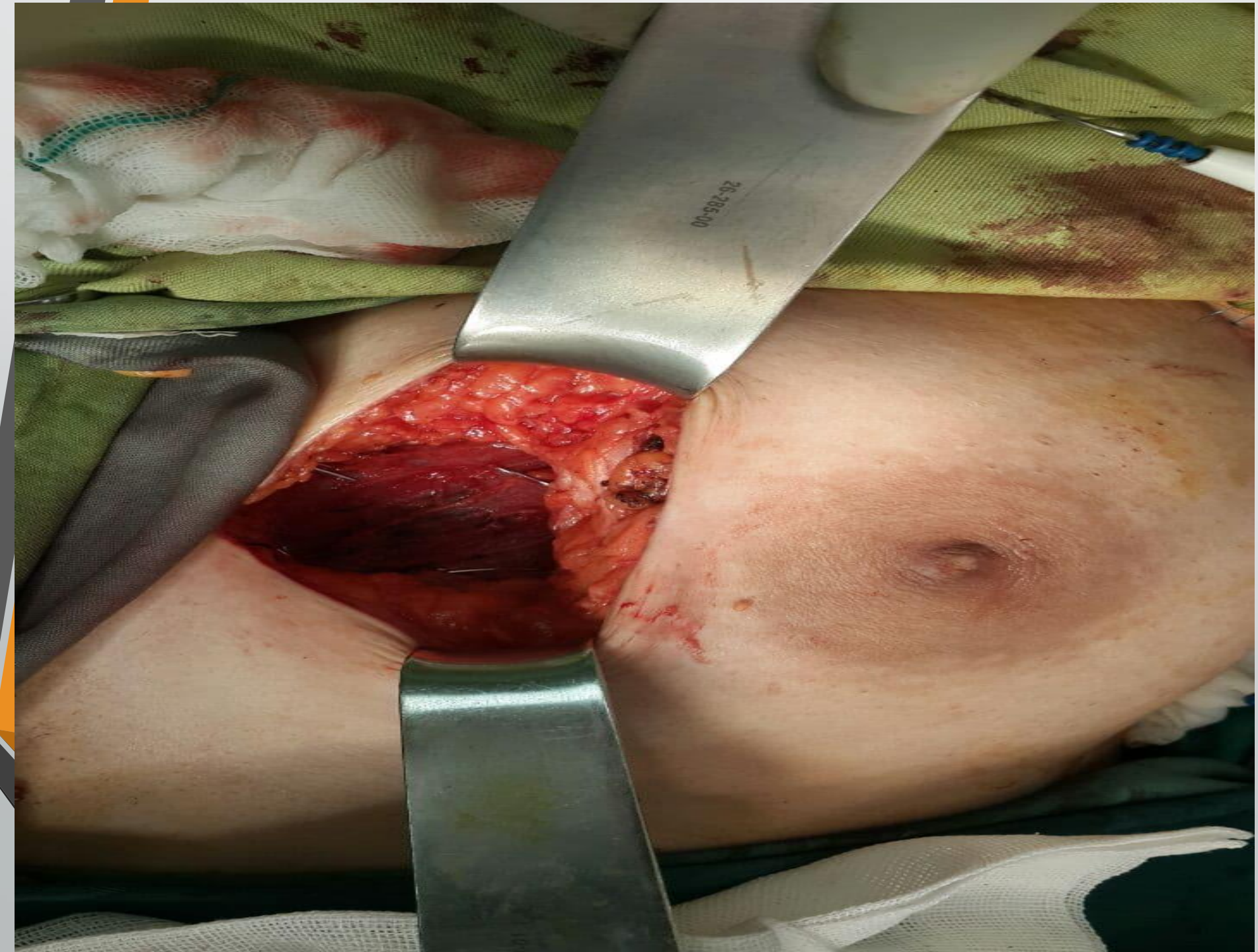


99 BC 8
تاریخ



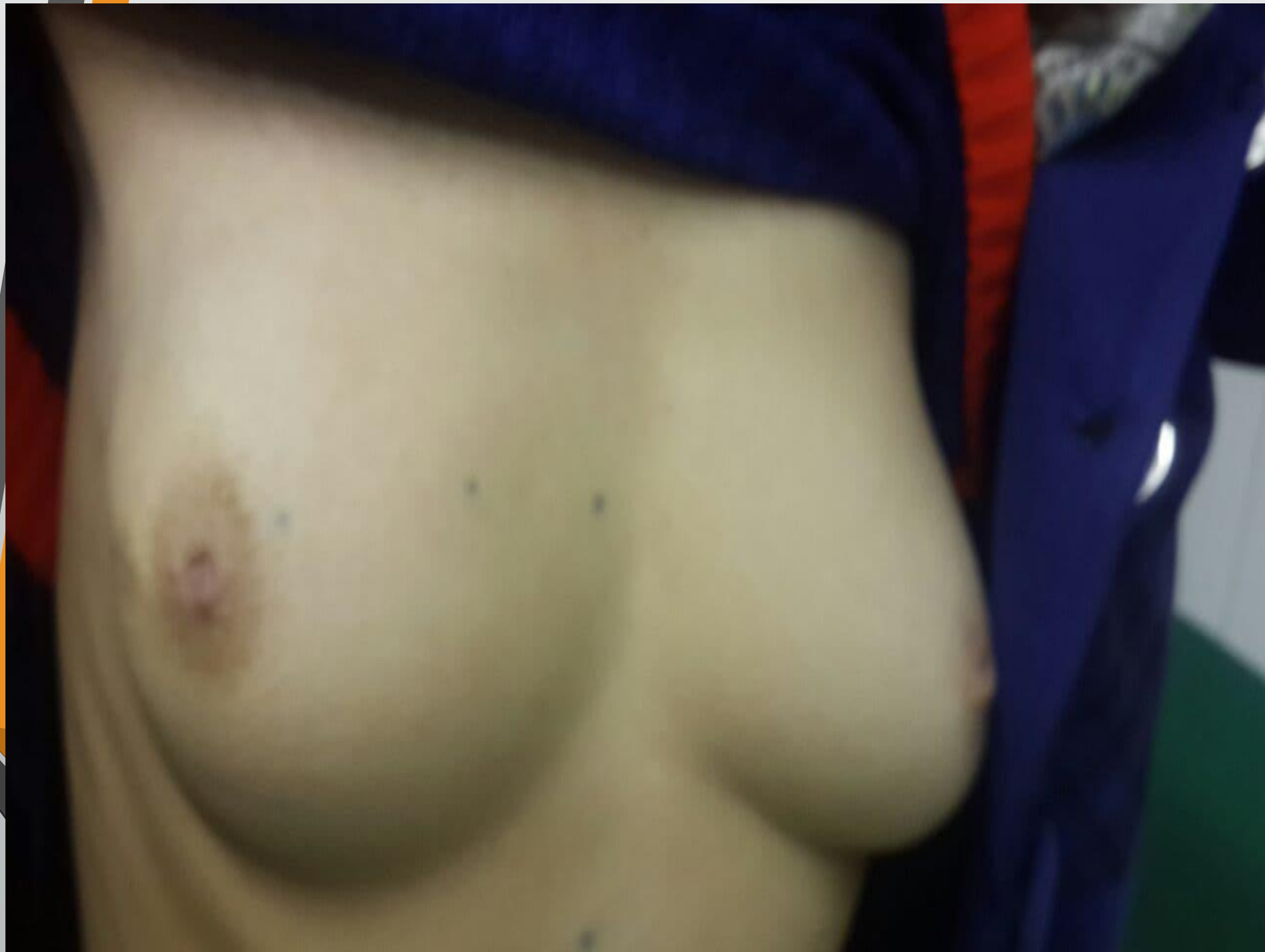
9/11/12
BCS





BCS
MILIV







99/9/11

BCS





BCS



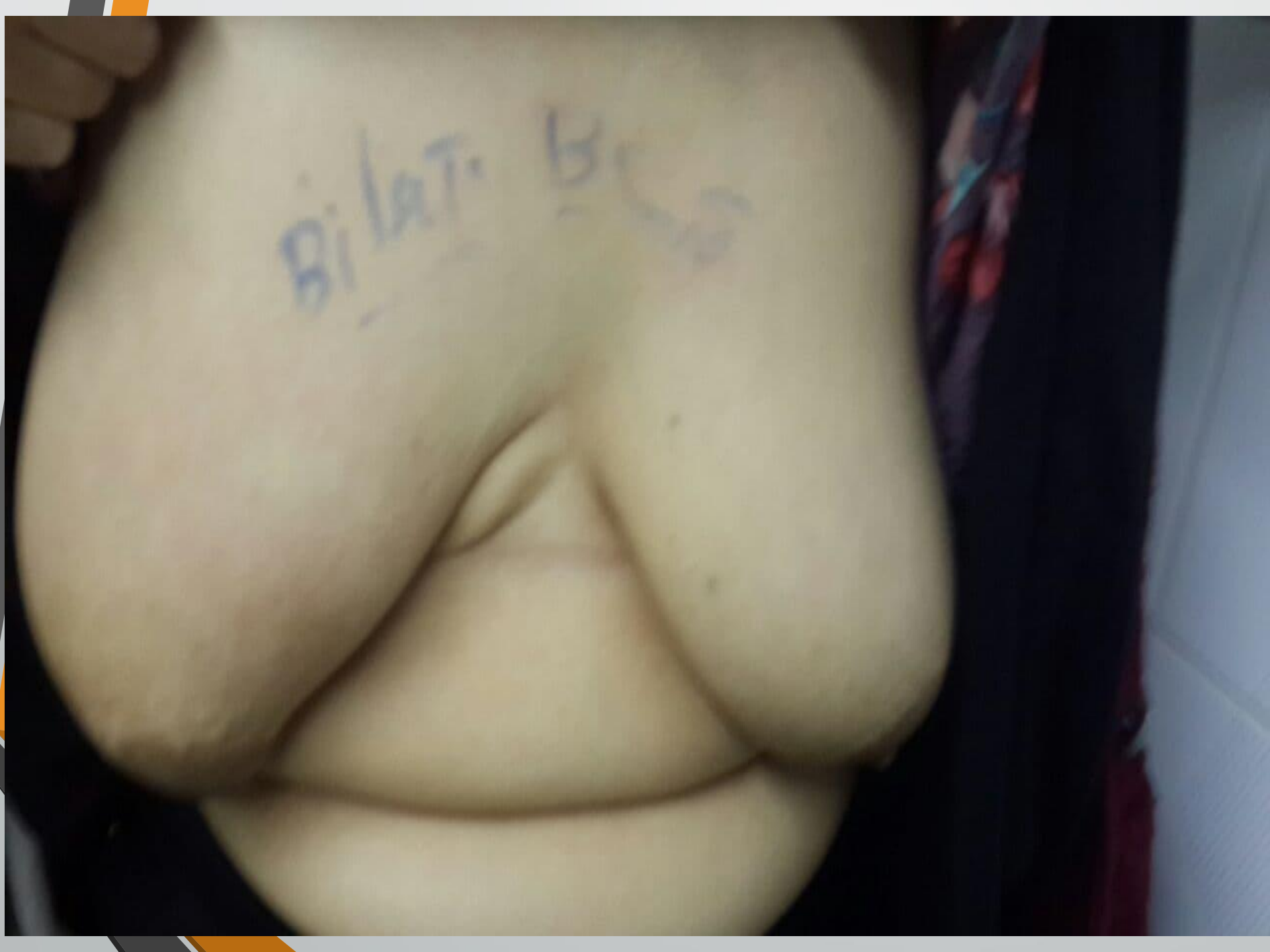
BCS







Bilateral B...
B...



BCS





BCS
AV/RPL

Jelly Bean

Midin









10/1/23

BCG









• Modified Radical Mastectomy یا MRM

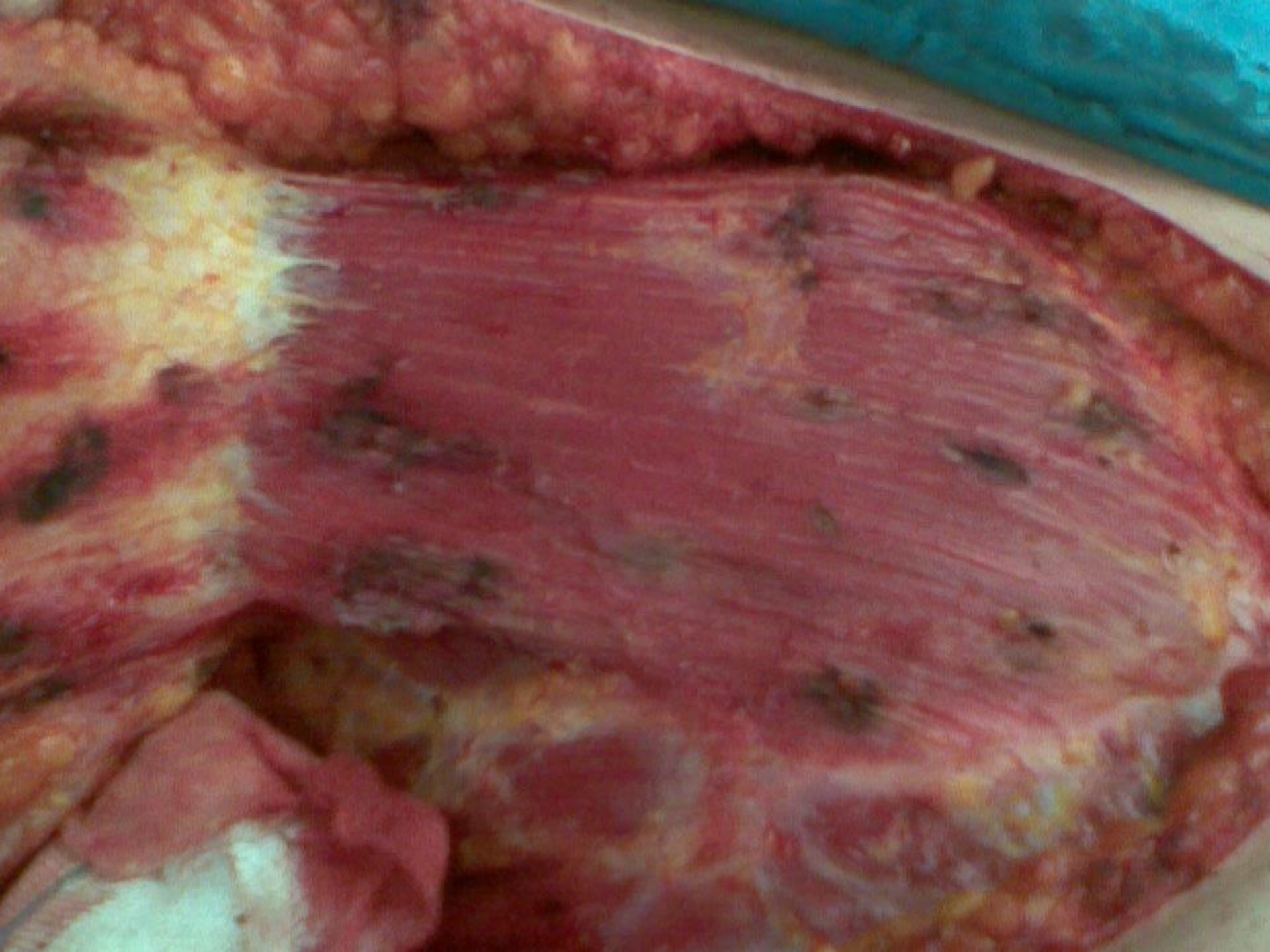
• اندیکاسیون ها :

• در مواردی که نتوان BCS انجام داد MRM انجام می شود ولی در این روش بیمار سینه ی خود را از دست می دهد.



MRM

Δα
Καλλιμακ





چه بیمارانی کاندید درمان کنسرواتيو هستند ؟
بیمارانی که از نظر بالینی غدد لنفاوی منفی دارند و تومور اولیه T2 - T1 دارند
در T3 و بیمارانی که ارجوانت شده اند کنترورسی دادیم.

کموترایی ارجوانت در II و SI

- تمام بیماران LN مثبت
 - تمام بیماران با قطر تومور بیش از 1cm
 - بیماران LN منفی و اندازه تومور بین 5 و 10 میلی متر
- صفات پروگنوستیک نامطلوب دارند شامل
۱. تهاجم عروق خونی و لنفاوی
 ۲. گرید هسته ای بالا
 ۳. گرید هیستولوژیک بالا
 ۴. HER2/ مثبت
 ۵. رسپتور هورمونی منفی

هورمون درمانی در بیمارانی که گیرنده های استروژن و پروژسترون آنها مثبت است اندیکاسیون دارد.

Trastuzumab تجویز همراه عوامل کموترایی در مواردیکه HER-2/ مثبت باشد

متاستاز

استخوان - ریه - نسوج نرم - کبد

کanser پستان در مردان

کanser پستان در زنان حامله

با تشکر از توجه شما

