





**دانشگاه آزاد اسلامی
واحد پزشکی تهران**

پایان نامه :

جهت دریافت دکترای پزشکی

موضوع :

بررسی رابطه درد پستان و سرطان پستان در خانم های ایرانی در سال های ۹۰-.

۱۳۸۹

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر ناصر رهبر

نگارش:

خانم دکتر مونا آقامجیدی

شماره پایان نامه : ۴۴۴۸

سال تحصیلی : ۱۳۸۹



Islamic Azad University

College of Medicine

Thesis:

For Doctorate of Medicine

Subject:

Association of breast pain and breast cancer in Iranian women,

2010-2011

Thesis Adviser:

Dr. Naser Rahbar

Written by:

Dr. Mona Aghamajidi

Year : 2011

No. 4448

تقدیم به

پدر و مادر بسیار عزیزم

که همه هستی ام را مدیون محبت های بی دریغشان هستم.

تقدیم به استاد ارجمندم،

جناب آقای دکتر ناصر رهبر

که در طی انجام این پایان نامه بزرگوارانه در کنار من بودند.

فهرست مطالب

| صفحه | عنوان |
|------|-----------------------------------|
| ۱ | چکیده فارسی |
| ۲ | فصل اول: مقدمه و بیان اهمیت مسأله |
| ۴ | فصل دوم: بررسی متون |
| ۲۲ | فصل سوم: روش مطالعه |
| ۲۵ | فصل چهارم: یافته ها |
| ۴۳ | فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری |
| ۴۸ | فهرست منابع |
| ۵۱ | چکیده انگلیسی |

فهرست جداول

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| ۲۶ | جدول ۱- توزیع فراوانی متغیرهای کمی در بیماران مورد مطالعه |
| ۲۷ | جدول ۲- توزیع فراوانی چاقی در بیماران مورد مطالعه |
| ۲۸ | جدول ۳- توزیع فراوانی وضعیت تأهل در بیماران مورد مطالعه |
| ۲۹ | جدول ۴- توزیع فراوانی استعمال سیگار در بیماران مورد مطالعه |
| ۳۰ | جدول ۵- توزیع فراوانی مصرف الکل در بیماران مورد مطالعه |
| ۳۱ | جدول ۶- توزیع فراوانی سابقه خانوادگی در بیماران مورد مطالعه |
| ۳۲ | جدول ۷- توزیع فراوانی اندازه پستان در بیماران مورد مطالعه |
| ۳۳ | جدول ۸- توزیع فراوانی سابقه بیماری خوشخیم پستان در بیماران مورد مطالعه |
| ۳۴ | جدول ۹- توزیع فراوانی سابقه مصرف OCP در بیماران مورد مطالعه |
| ۳۵ | جدول ۱۰- توزیع فراوانی مصرف قهوه در بیماران مورد مطالعه |
| ۳۶ | جدول ۱۱- توزیع فراوانی درد پستان در بیماران مورد مطالعه |
| ۳۷ | جدول ۱۲- توزیع فراوانی نوع سرطان پستان در بیماران مورد مطالعه |
| ۳۸ | جدول ۱۳- توزیع فراوانی سمت دچار سرطان پستان در بیماران مورد مطالعه |

فهرست نمودارها

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| ۳۹ | نمودار ۱- توزیع فراوانی سنی در بیماران مورد مطالعه |
| ۴۰ | نمودار ۲- توزیع فراوانی گراوید در بیماران مورد مطالعه |
| ۴۱ | نمودار ۳- توزیع فراوانی پاریتی در بیماران مورد مطالعه |
| ۴۲ | نمودار ۱- توزیع فراوانی درد پستان در بیماران مورد مطالعه |

بررسی رابطه درد پستان و سرطان پستان در خانم های ایرانی در سال های ۹۰-۱۳۸۹

دانشجو: مونا آقا مجیدی استاد راهنما: جناب آقای دکتر ناصر رهبر

تاریخ دفاع: شماره پایان نامه: ۴۴۴۸ کد شناسایی پایان نامه: ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۸۱۰۲۶

هدف: در این مطالعه به بررسی رابطه درد پستان و سرطان پستان در خانم های ایرانی در سال های ۹۰-۱۳۸۹ پرداختیم.

روش مطالعه: این مطالعه به صورت یک بررسی مشاهده ای (Observational) طولی (Longitudinal) از نوع مورد - شاهدهی (Case-Control) انجام گردیده است. جامعه مورد بررسی شامل ۹۶ نفر بود که ۴۸ نفر مبتلا به سرطان پستان (گروه مورد) و ۴۸ نفر غیرمبتلا به سرطان پستان (گروه شاهد) بودند.

نتایج: ۸۰ درصد از افراد دارای درد پستان و ۴۴/۴ درصد از افراد بدون سابقه درد پستان مبتلا به سرطان پستان بودند که اختلاف آماری معناداری را نشان می داد ($P=0.011$). نوع کانسر در ۷۷/۱ درصد IDC و در ۲۲/۹ درصد ILC بود. درگیری در ۳۹/۶ درصد در سمت راست و در ۶۰/۴ درصد در سمت چپ بود.

نتیجه گیری: در مجموع بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه و مقایسه آنها با سایر مطالعات چنین استنباط می شود که درد پستان عامل خطری برای سرطان پستان می باشد و لذا بررسی های دقیق در افرادی که مدت زیادی است دچار درد پستان هستند، باید صورت گیرد.



مقدمه و بیان اهمیت مسئله:

سرطان سینه شایعترین نوع سرطان در بین خانم های ایرانی محسوب می گردد که در ۷۰ درصد از موارد نیز هنگامی کشف می شود که به مرحله پیشرفته بیماری رسیده است و در ۵۰ درصد از موارد نیز هنگامی کشف می شود که اندازه آن از ۵ سانتیمتر گذشته است. میزان بقای ۵ ساله این بیماری در ایران در حدود ۶۲ درصد است که کمی بیش از سایر کشورها می باشد (۱ و ۲).

مبتلایان به این بیماری به دلیل عوارض جسمی و روحی - روانی که با آن دست به گریبان هستند، کیفیت زندگی کاهش یافته ای را تجربه می نمایند. لذا تشخیص به موقع موارد مبتلا از یک سو و پیشگیری از ایجاد سرطان پستان از سوی دیگر از جمله مواردی هستند که می توانند سبب کاهش قابل ملاحظه بار بیماری شوند. امروزه عوامل خطر متعددی در این زمینه شناسایی شده اند که برخی خطر را بیشتر و برخی آن را کمتر بالا می برند (۳-۵). یکی از این عوامل خطر نیز درد پستان است که از آنجایی که این عامل در نژادها و جمعیت های مختلف متفاوت بوده و نیز در این زمینه مطالعات چندانی در ایران صورت نگرفته است. لذا در این مطالعه به بررسی رابطه درد پستان و سرطان پستان در خانم های ایرانی در سال های ۹۰-۱۳۸۹ پرداختیم.



بررسی متون (منابع ۶ تا ۸):

سرطان پستان

سرطان پستان، شایع ترین کنسر در زنان و اولین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان -۴۴
۴۰ ساله است. این بدخیمی، ۳۳٪ سرطان های خانم ها را تشکیل داده و مسؤل ۱۹٪ از مرگ های وابسته به سرطان می باشد. آمار و شواهد حاکی از افزایش مداوم شیوع سرطان پستان از اواسط دهه ۱۹۴۰ هستند. به عنوان مثال، در ایالات متحده امریکا این میزان از نسبت ۱ به ۱۳ در سال ۱۹۷۰، به ۱ به ۱۱ در سال ۱۹۸۰ و ۱ به ۸ در سال ۱۹۹۶ رسیده است.

اپیدمیولوژی

سرطان پستان یک مسأله مهم اپیدمیولوژیک با گسترش جهانی است. میزان شیوع در زنان آسیایی در مقایسه با امریکا و اروپای غربی به حدود تای رسد. همچنین زنان ساکن کشورهای صنعتی در مقایسه با سایرین، ریسک ابتلای بالاتری دارند که البته کشور ژاپن در این میان یک استثناء است.

تشخیص کنسر پستان یکی از ناخوشایندترین وقایعی است که ممکنست در طول زندگی یک زن رخ دهد. اما سعی کنید بجای آنکه اجازه دهید بیماری و استرس بر شما غلبه کند، خود بر آن مسلط شوید. بنابر اظهارات پزشکان، ترس از سرطان پستان یک واکنش طبیعی و همه گیر است

که شاید بخشی از آن به افزایش آگاهی عمومی درباره این بیماری برمی گردد. ضمن آنکه این مبتلایان به جز بعد فیزیکی، با تأثیرات روحی ناشی از سرطان پستان نیز دست به گریبانند.

علل

در این بیماری، تکثیر بدخیم سلول های اپیتلیالی پوشاننده مجاری یا لوله های پستان رخ می دهد. مانند تمام بدخیمی های اپیتلیالی، میزان بروز سرطان پستان نیز با افزایش سن تدریجاً بالا رفته، ولی از سن قطع قاعدگی شیب این منحنی کاهش می یابد. سن شروع قاعدگی، اولین بارداری و نیز یائسگی، سه تاریخ مهم تأثیر گذار بر وقوع کنسر پستان در زنان هستند. بدین ترتیب که سن پایین تر شروع قاعدگی، سن بالاتر اولین بارداری و همچنین سن بالاتر بروز یائسگی، ریسک ابتلا را افزایش می دهند که این موارد نشانگر وابستگی این سرطان به هورمون های جنسی است. زنانی که سن شروع قاعدگی آنها ۱۶ سالگی بوده است، حدود ۵۰-۶۰ افرادی که در سن ۱۲ سالگی قاعده شده اند به سرطان پستان مبتلا میشوند.

به همین ترتیب، این ریسک در زنانی که سن قطع قاعدگی آنان ۱۰ سال زودتر از متوسط سن طبیعی آن (۵۲ سالگی) است، به ۳۵٪ سایرین می رسد یا در زنانی که به واسطه عمل جراحی برداشتن تخمدان ها دچار قطع قاعدگی زودرس شده اند، ریسک سرطان پستان یک سوم مواردی است که منوپاز طبیعی در آنان، در سن ۵۰ سالگی یا بیشتر رخ می دهد. همچنین افرادی که اولین بارداری خود را در سن زیر ۲۰ تجربه کرده اند، نسبت به زنان نولی پار، ۳۰-۴۰٪

کمتر ریسک ابتلا به سرطان پستان دارند. علت این امر، قرارگیری مداوم در معرض استروژن داخلی در غیاب غلظت کافی پروژسترون است. بنابراین، طول دوره قاعدگی و به ویژه آن بخش از این دوره که پیش از اولین بارداری طی می شود، از عوامل مؤثر بر ایجاد سرطان پستان هستند. این فاکتور می تواند مسؤل ۷۰-۸۰٪ علت تفاوت در میزان وقوع سرطان پستان بین ملیت های مختلف باشد. برای مثال، مبتلایان به سرطان پستان در ایران نسبت به این بیماران در کشورهای غربی الگوهای متفاوتی دارند. میانگین سنی این بیماران در کشور ما کمتر از سایرین گزارش شده است. براساس مطالعات متعدد، وجود سابقه خانوادگی سرطان پستان و وضعیت ازدواج فرد، دو عامل مهم تأثیر گذار در بیماران ایرانی بوده اند. سهم بیشتر مبتلایان جوان در ایران می تواند تا حد زیادی به دلیل ساختار جوان جمعیت کشور ما توجیه شود.

همچنین دو عامل قاعدگی در سن بالاتر و اولین بارداری در سن پایین تر، عوامل حفاظتی مهم در برابر ابتلا در سنین بالاتر هستند. بنابراین در حضور این دو فاکتور، شیوع این سرطان به سمت سنین پایین تر گرایش می یابد. در این بین بخصوص زمان اولین حاملگی فول ترم، مهمترین عامل حفاظت کننده است. براساس نتایج تحقیقات، زایمان نکردن ریسک سرطان پستان را در سن پایین تر کاهش داده و بالعکس موجب افزایش ریسک آن در سنین بالاتر می شود. تفاوت های جغرافیایی موجود در میزان بروز و مرگ و میر ناشی از سرطان پستان نشان داده اند که ریسک فاکتورهای این بیماری در نواحی مختلف متفاوت بوده و برای ابتلا به سرطان پستان، عمدتاً فاکتورهای محیطی نسبت به فاکتورهای ژنتیکی قوی تر عمل می کنند.

سایر علل

- عوامل وراثتی:

نقش فاکتورهای ارثی و ژنتیکی به عنوان عوامل مستعد کننده در ابتلا به سرطان پستان تأیید شده است. یک سوم از کل مبتلایان، دارای سابقه مثبت وقوع کنسر پستان در یک نفر یا تعداد بیشتری از وابستگان درجه اول یا دوم خود هستند. در افرادی که خواهر یا مادر مبتلا به کنسر پستان داشته اند، ریسک ابتلا ۴ برابر است. اما این بدین معنی نیست که در صورت سابقه ابتلای مادر یا خویشاوند درجه یک، شما هم حتماً مبتلا خواهید شد. سرطان پستان ناشی از ژن های دخیل در این بیماری و فاکتورهای وراثتی، معمولاً در سنین پایین (زیر ۴۰ سالگی)، در چند نفر از خویشاوندان بیمار و در یک یا هر دو پستان (البته نه به طور همزمان) مشاهده می شود. ژن های مختلف شناسایی شده می توانند خصوصیات بافت شناسی و شدت تهاجم تومور را تعیین کنند.

رژیم غذایی

مصرف مواد غذایی پر چرب و نیز غذاهای سرخ کرده، احتمال بروز سرطان پستان را تا دو برابر افزایش می دهد. کیفیت و کمیت چربی رژیم غذایی، هر دو بر ایجاد این بیماری مؤثرند. همچنین بین مصرف متوسط الکل با بروز این بیماری رابطه دیده شده که مکانیسم آن هنوز ناشناخته است.

مصرف هورمون

تعیین نقش بالقوه هورمون ها در ابتلا به کنسر پستان از اهمیت بسیاری برخوردار است، چرا که میلیون ها نفر از زنان، مرتباً در حال مصرف داروهای ضد بارداری خوراکی و یا دریافت درمان های جایگزینی هورمونی در دوران یائسگی هستند. این عقیده وجود دارد که مصرف OCP (قرص ضد بارداری خوراکی) حتی به صورت طولانی مدت، تأثیری در افزایش میزان بروز سرطان پستان ندارد. ولی مطالعاتی نیز به نفع آنست که مصرف طولانی مدت قرص های ترکیبی در افرادی که سن خیلی پایین داشته و یا بارداری را پشت سر گذاشته اند، می تواند در بروز سرطان مؤثر باشد. اما پیشنهاد می کنند که نقش این عوامل در ایجاد سرطان پستان حتی در صورت مثبت بودن، بسیار اندک خواهد بود. (بالعکس، داروهای ضد بارداری خوراکی نقش محافظتی در برابر تومورهای اپیتلیومی تخمدان و سرطان اندومتر رحم دارند.) بررسی های سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که استفاده از داروی ضد بارداری تزریقی (DMPA) تأثیری در افزایش ریسک سرطان پستان ندارد.

هنوز مشخص نشده است که درمان جایگزینی هورمونی (HRT)، در صورت وجود سوابق خانوادگی از سرطان پستان یا یافته های مثبت در بیوپسی قبلی، میزان خطر سرطان پستان را تغییر می دهد یا خیر. بعضی پژوهشگران، مصرف استروژن در سنین قبل و بعد از یائسگی را که به منظور جبران کمبود هورمونی صورت می گیرد، با افزایش مختصر در ریسک سرطان پستان همراه می دانند. به ویژه اگر سابقه ای از بیماریهای خوش خیم پستان وجود داشته باشد. ولی

در صورت مصرف استروژن به همراه پروژسترون، اطلاعات کافی از مقدار این تأثیر موجود نیست. در مجموع پیشنهاد شده که به طور متوسط زنان از HRT سود می‌برند.

چاقی

بنابر اکثر اطلاعات موجود، وزن بالا با بروز سرطان پستان ارتباط دارد. میزان ریسک در

زنان چاق ۱/۵-۲ برابر سایرین است که این ریسک مربوط به دوران یائسگی می‌باشد.

سابقه سرطان اولیه

در زنانی که سابقه مثبت قبلی از بروز سرطان پستان دارند، ریسک ابتلای پستان سمت

مقابل ۳-۴ برابر است. همچنین با وجود سابقه قبلی از کارسینوم تخمدان یا رحم، احتمال بروز

سرطان در پستان ۱/۳-۱/۴ برابر افزایش می‌یابد.

پرتوتابی

در زنان جوانی که در معرض تابش اشعه به قفسه سینه قرار گرفته‌اند (جهت

فلوئوروسکوپی متعدد یا مقاصد درمانی)، ریسک بالاتری از ابتلا به این بیماری گزارش شده

است. ولی در سنین بالای ۳۰ سال، این میزان به کمترین مقدار خود می‌رسد. ریسک حاصله از

پرتوتابی‌های متعدد با دوز پایین، با مورد مشابهی که یک نوبت پرتوتابی با دوز بالا انجام می‌

گیرد، یکسان است. کمتر از ۱٪ موارد کنسر پستان از پروسه های تشخیصی رادیولوژیک ناشی می شود. احتمال دارد که رادیوتراپی برای درمان سرطان پستان نیز خطر درگیری طرف مقابل را افزایش دهد. به دنبال پرتوتابی جهت درمان سرطان دهانه رحم خطر ابتلا به سرطان پستان کاهش می یابد. علت این امر، کاستن از میزان استروژن است.

سایر عوامل

در گذشته، شیردهی طولانی مدت (بیش از ۳۶ ماه) جزء عوامل حفاظتی محسوب می شد که این نظریه در حال حاضر چندان معتبر نیست. فعالیت فیزیکی نیز به عنوان یک فاکتور مؤثر برای کاهش خطر ابتلا به این بیماری در دست بررسی است.

معاینه پستان و آزمایش های تشخیصی

با توجه به اینکه سرطان پستان از عوامل مهم مرگ و میر در زنان به شمار می رود، معاینه پستان یک بخش مهم از معاینات بالینی را تشکیل می دهد. معمولاً برای این معاینات، بیماران به پزشک متخصص زنان ارجاع داده می شوند. در حالی که به دلیل ارتباط بین تشخیص زود هنگام بیماری و نتایج درمانی قابل توجه آن، هر پزشکی باید وظیفه انجام معاینات مربوطه و بررسیهای تشخیصی لازم را در مراحل اولیه کشف هرگونه یافته غیر طبیعی به عهده گیرد. خود زنان نیز باید

جهت خودآزمایی پستان ها آموزش دیده و اقدام کنند. به کمک خودآزمایی می توان امکان شناسایی هر چه زودتر سرطان پستان و اخذ بهترین تصمیم درمانی را فراهم آورد. گرچه کنسر پستان در مردان نادر است ولی در صورت وجود هر نوع ضایعه یک طرفه، باید همانند زنان مورد بررسی قرار گیرند. معمولاً دو رده از تست های تشخیصی در رابطه با سرطان پستان وجود دارند. نخست، تست های ویژه غربالگری (مانند ماموگرافی سالانه) که به دنبال نشانه های بیماری در زنان بدون علامت میگردد. دوم، تست های تشخیصی (مانند MRI، آزمایش خون یا اسکن استخوان) که کاربرد آنان در مرحله ای است که بیماری تشخیص داده شده و یا شک به بیماری وجود دارد.

خودآزمایی پستانها توسط زنان باید به صورت ماهیانه انجام شود. حداقل منفعت این عمل، شناسایی توده های کوچکی است که با اقدامات مختصر جراحی قابل درمانند. بیش از ۶۵٪ توده های پستانی توسط خود بیماران کشف میشوند. وجود یکسری مشخصات ویژه در همراهی با ضایعات و توده های قابل لمس پستان (مانند بزرگی پستان، تغییرات پوستی، ترشح، تغییرات نوک پستان، کشیدگی یا عدم تقارن پستان ها، قرمز شدن، زخم های سفت، نامنظم و ثابت و وجود توده زیر بغل) شک به بدخیمی را بالا می برند. وجود درد، از احتمال بدخیم بودن توده های پستانی می کاهد. یک معاینه بالینی، به تنهایی نمی تواند بدخیمی را رد کند. در دوران پیش از یائسگی، ضایعات مشکوک باید مجدداً ظرف ۲-۴ هفته آینده معاینه شوند. روزهای ۵ تا ۷ سیکل قاعدگی، بهترین دوران برای انجام معاینه پستان است. وجود توده قابل توجه در زنان بعد از دوره یائسگی و