ORIGINAL ARTICLE

Epidemiological, Clinical and Pathological Characteristics of Patients with Breast Cancer

Ghasem Janbabaee[1],
Mahmood Moosazadeh[2],
Zahra Asdaghi Jahromi[3],
Masoumeh Rashedi Alashti[4]

[1] Associate Professor, Department of Hematology-Oncology, Gastrointestinal Cancer Research Center, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2]Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] General Practitioner, Gastrointestinal Cancer Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] MSc in Psychology, Gastrointestinal Cancer Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 15, 2015 ; Accepted February 13, 2015)

Abstract

Background and purpose: Breast cancer is the most common cause of cancer-specific mortality among women worldwide. This study aimed at investigating the epidemiological, clinical, and pathological characteristics of breast cancer among patients attending Baghban Clinic in Sari.

Materials and methods: The patients' records **(**2008-2014**)** were used and data including age, gender, marital status, menopausal status, pregnancy and breast feeding, tumor size, type of tumor, number of involved lymph nodes, and metastasis were collected using a researcher-made checklist.

Results: The study population included 1019 patients (mean age: 50.1± 11.5 years) with breast cancer. The menarche age was 12-16 years in 77.8% of the patients. About 61.5% of patients had been diagnosed with breast cancer before menopausal age. The first pregnancy of 6.6% of the patients occurred after 30 years of age. Familial history of cancer was reported in 237 patients, 65.4% of which were breast cancer. The most common type of breast cancer was ductal carcinoma (90.7%) with moderate differentiation among 61% of the patients. The mean tumor size was significantly higher among patients that underwent total mastectomy compared to those with history of partial mastectomy (7.7±1.4 vs. 7.4±1.6, P=0.008).

Conclusion: Our study showed ductal carcinoma as the most common type of breast cancer among studied women and tumor size was found to be one of the main factors associated with total mastectomy.

Keywords: Breast Cancer, Malignancy, Epidemiology

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(134): 43-51 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و پنجم شماره ۱۳۴ اسفند سال ۱۳۹۴ (۵۱-۴۳)

ویژگی های اپیدمیولوژیکی، پاتولوژیکی و کلینیکی بیماران مبتلا به سرطان پستان

قاسم جان بابایی[۱]
محمود موسی زاده[۲]
زهرا اصداقی جهرمی[۳]
معصومه رشیدی آلاشتی[۴]

چکیده

سابقه و هدف: سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان و عامل اصلی مرگ ومیر ناشی ازسرطان در زنان دنیا محسوب می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی ویژگی‌های اپیدمیولوژیکی، کلینیکی و پاتولوژیکی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع مقطعی با استفاده از داده‌های موجود در پرونده بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به درمانگاه باغبان (طوبی) شهر ساری در فاصله سال‌های ۱۳۸۶ الی ۱۳۹۳ بوده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک لیستی بوده که حاوی متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل، منوپوز، بارداری و شیردهی، سایز توده، نوع توده، گرید تومور، تعداد لنف نود درگیر و متاستاز بوده است.

یافته‌ها: ۱۰۱۹ بیمار مبتلا به سرطان پستان با میانگین سنی ۱۱/۵±۵۰/۱ سال وارد مطالعه شدند. سن شروع قاعدگی بیش‌تر بیماران (۷۷/۸ درصد) بین ۱۲ تا ۱۶سال، سن تشخیص سرطان در ۶۱/۵درصد قبل از منوپور و سن اولین بارداری در ۶/۶ درصد مبتلایان بیش‌تر از ۳۰ سال بوده است. در ۲۳۷ مورد از بیماران وجود سابقه انواع سرطان در خانواده گزارش شده است که در ۶۵/۴ درصد از نوع سرطان پستان بوده است. نوع کارسینوم اکثریت مبتلایان (۹۰/۷ درصد) داکتال و درجه تمایز سلولی در ۶۱درصد آن ها متوسط بوده است. هم‌چنین میانگین اندازه تومور در مبتلایانی که برداشت کامل پستان در آن‌ها انجام شده بود (۷/۷±۱/۴) به طور معنی‌داری بیش‌تر از مبتلایانی بودکه برداشت قسمتی از پستان در آن‌ها انجام شده بود (۷/۴±۱/۶) (p=۰/۰۰۸).

استنتاج: این مطالعه نشان داد که شایع‌ترین نوع کارسینوم در مبتلایان از نوع داکتال بوده و اندازه تومور از فاکتورهای مرتبط با برداشت کامل پستان می‌باشد.

واژه های کلیدی: سرطان پستان، بدخیمی، اپیدمیولوژی،

مقدمه

سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان و عامل اصلی مرگ ومیر ناشی از سرطان در زنان دنیا محسوب می‌شود به طوری که ۳۰ درصد از کل سرطان‌ها و ۱۵ درصد از مرگ‌های ناشی از سرطان در میان زنان مربوط به

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۸۲۹ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تامین شده است.

مولف مسئول: محمود موسی زاده– ساری: کیلومتر ۱۷ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی E-mail: mmoosazadeh1351@gmail.com
۱. دانشیار، گروه هماتولوژی- آنکولوژی، مرکز تحقیقات سرطان دستگاه گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استادیار، گروه آمارزیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. پزشک عمومی، مرکز تحقیقات سرطان دستگاه گوارش، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۴. کارشناس ارشد روان شناسی، مرکز تحقیقات سرطان دستگاه گوارش، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۴/۸/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۴/۸/۲۴ تاریخ تصویب : ۱۳۹۴/۱۱/۲۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

آن است(۲،۱). در ایران سرطان پستان ۲۱/۴ درصد از کل موارد گزارش شده سرطان را تشکیل می‌دهد. هرچند ایران با میزان بروز ۲۴ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر، دارای یکی از پایین‌ترین میزان های بروز سرطان پستان در دنیا می‌باشد ولی با این حال، این بیماری شایع‌ترین سرطان در بین زنان ایرانی است و با توجه به گذر اپیدمیولوژیک و تغییر در سبک زندگی و الگوی عوامل خطر، انتظار می رود بروز سرطان پستان طی دهه‌های بعدی در کشور به شدت افزایش یابد(۴،۳). سرطان پستان یک بیماری چند عاملی است که تاکنون نقش عوامل خطر مختلفی در بروز آن به اثبات رسیده است. براساس مطالعات انجام شده این عوامل خطر شامل سابقه خانوادگی، سن بالا، سن منارک زیر ۱۲ سال، سن منوپوز بعد از ۵۴ سال، سن اولین زایمان بعد از ۳۰ سال، عدم سابقه زایمان، تراکم بالا در ماموگرافی، سطح بالای هورمون‌های جنسی، تماس با اشعه یونیزان در کودکی، نژاد، وضعیت اقتصادی، میزان توده بدنی و سبک زندگی از نظر تغذیه، فعالیت فیزیکی، مصرف سیگار و الکل است(۱۰-۵). هم‌چنین مدت شیردهی ارتباط مثبتی با خطر ابتلا به سرطان پستان داشت به‌طوری که با افزایش طول دوره شیردهی خطر ابتلا به سرطان پستان کاهش می‌یافت(۱۱). در حال حاضر تنها روش غربالگری شناخته شده جهت سرطان پستان که باعث کاهش مرگ و میر ناشی از این بیماری می‌شود، ماموگرافی است. میزان کاهش مرگ ومیر در اثر غربالگری سرطان پستان ۲۲ درصد در زنان بالای ۵۰ سال و ۱۵درصد در زنان ۴۰ تا ۴۹ سال می‌باشد(۱۲). مهم‌ترین علامت سرطان پستان توده پستان است. در صورتی که در معاینه یا ماموگرافی، توده‌ای تشخیص داده شود، باید تشخیص سرطان با بیوپسی اثبات یا رد شود. شایع‌ترین علت توده پستانی، بیماری فیبروکیستیک پستان می‌باشد(۱۳).

شناخت ویژگی‌های اپیدمیولوژیکی و کلینیکی و پاتولوژیکی سرطان پستان یکی از مهم‌ترین استراتژی‌ها در برنامه‌های پیشگیری است. بر اساس دانش مولفین تاکنون در حوزه مازندران این بعد از مبتلایان به سرطان پستان مورد مطالعه قرار نگرفته است. بر همین اساس هدف مطالعه حاضر تعیین ویژگی‌های اپیدمیولوژیکی، کلینیکی و پاتولوژیکی مبتلایان به سرطان پستان بوده است.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع مقطعی بوده که در آن از داده‌های موجود در پرونده بیماران استفاده شد. جمعیت مورد مطالعه شامل بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به درمانگاه باغبان (طوبی) شهر ساری بود که در فاصله سال‌های۱۳۸۶ تا ۱۳۹۳ براساس گزارش پاتولوژی تشخیص قطعی سرطان پستان داشتند. تعداد نمونه‌ها ۱۰۱۹ مورد بود که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات چک لیستی بود که شامل متغیرهای اپیدمیولوژیک از قبیل سن، جنس، وضعیت تاهل، سن منارک، وضعیت منوپوز، اولین سن بارداری، تعداد بارداری، وضعیت شیردهی، مدت شیردهی، مصرف قرص خوراکی پیشگیری از بارداری (oral contraceptive pill(OCP))، مدت مصرف OCP، مصرف سیگار، سابقه ابتلا به سرطان پستان و سایر سرطان‌ها در بستگان و ماموگرافی غربالی و متغیرهای کلینیکی وپاتولوژیکی شامل سایز توده، نوع توده، گرید تومور، تعداد لنف نود درگیر، تعداد لنف نود خارج شده و متاستاز بود. روائی این چک لیست با بهره گیری از نظرات خبرگان، متخصصین و مطالعه متون علمی مرتبط اخذ شده بود. جهت بررسی پایایی آن، چک لیست توسط ۲۰ نفر از بیماران در ۲ مرتبه به فاصله ۱۰ روز تکمیل شد و ضریب همبستگی آن با استفاده از اسپرمن براون محاسبه گردید. لازم به ذکر است اطلاعات اشاره شده در چک لیست از پرونده های موجود در بیمارستان تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS شماره ۲۰ و روش‌های آماری توصیفی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

نظیر درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار و روش‌های آماری تحلیلی نظیر آزمون‌های کای اسکوئر و تی تست مستقل آنالیز گردید.

یافته ها

دراین مطالعه ویژگی‌های اپیدمیولوژیکی و کلینیکی و پاتولوژیکی تعداد ۱۰۱۹ مورد سرطان پستان مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سن مبتلایان ۱۱/۵± ۵۰/۱ سال و حداقل و حداکثر سن آن‌ها به ترتیب ۲۰ و ۹۲ سال بوده است. هم‌چنین اکثریت مبتلایان (۳۴/۲درصد) در گروه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال قرار داشتند. در بین افرادی که سن قاعدگی آن‌ها مشخص بود، سن قاعدگی بیش‌تر شرکت‌کنندگان (۷۷/۸ درصد) بین ۱۲ تا ۱۶ سال بوده است. سن تشخیص سرطان در ۶۱/۵ درصد قبل از منوپور و سن اولین بارداری در ۶/۶ درصد از مبتلایان بیش‌تر از ۳۰ سال بوده است. هم‌چنین ۵۱/۱ درصد مبتلایان سابقه مصرف OCP را به مدت سه سال و بیش‌تر گزارش نمودند. جزئیات بیش‌تری از متغیرهای ذکر شده و متغیرهای وضعیت ازدواج، شغل، سن اولین بارداری، مدت زمان شیردهی، تعداد فرزند و مصرف OCP ها در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

در ۲۳۷ مورد از بیماران سابقه انواع سرطان در خانواده گزارش شده است که ۶۵/۴ درصد از نوع سرطان پستان بوده است. وضعیت پستان درگیر در ۸۸۸ نفر از مبتلایان مشخص شد که در ۴۱۳ نفر (۴۶/۵ درصد) از آن‌ها پستان راست، در ۴۴۸ نفر (۵۰/۵ درصد) پستان چپ و در ۲۷ نفر (۳ درصد) هر دو پستان درگیر بود اطلاعات مربوط به نوع کارسینوم در ۷۳۵ نفر از بیماران مشخص شد که اکثریت آن‌ها (۹۰/۷ درصد) کارسینوم داکتال بوده است. اطلاعات مربوط به نوع کارسینوم براساس درجه تمایز سلول‌های سرطانی در ۴۸۲ نفر از بیماران مشخص شد که درجه تمایز ۶۱ درصد از بیماران متوسط بوده است.

جدول شماره ۱: ویژگی های اپیدمیولوژیکی بیماران مبتلا به سرطان پستان بر حسب گروه سنی، وضعیت تاهل، شغل، متغیرهای باروری و مصرف OCP

متغیر		تعداد (درصد)
گروه سنی (سال)	۲۰-۲۹	۲۳ (۲/۳)
	۳۰-۳۹	۱۴۹ (۱۴/۹)
	۴۰-۴۹	۳۴۲ (۳۴/۲)
	۵۰-۵۹	۲۹۹ (۲۹/۹)
	۶۰-۶۹	۱۲۴ (۱۲/۴)
	≥۷۰	۶۲ (۶/۲)
	کل	۹۹۹ (-)
وضعیت ازدواج	مجرد	۳۴ (۴/۸)
	متاهل	۶۷۴ (۹۴/۶)
	مطلقه	۴ (۰/۶)
	کل	۷۱۲ (۱۰۰)
شغل	بازنشسته	۴۶ (۵/۹)
	خانه دار	۶۳۹ (۸۲/۴)
	کارمند	۷۸ (۱۰/۱)
	سایر	۱۲ (۱/۵)
	کل	۷۷۵ (۱۰۰)
سن اولین قاعدگی	کم تر از ۱۲ سالگی	۲۱ (۱۲/۳)
	۱۲ تا ۱۶ سالگی	۱۳۳ (۷۷/۸)
	بیش تر از ۱۶ سالگی	۱۷ (۹/۹)
	کل	۱۷۱ (۱۰۰)
سن تشخیص سرطان	قبل منوپوز	۴۸۰ (۶۱/۵)
	بعد منوپوز	۳۰۱ (۳۸/۵)
	کل	۷۸۱ (۱۰۰)
سن اولین بارداری	کم تر از ۱۸ سالگی	۲۰ (۱۳/۲)
	۱۸ تا ۳۰ سالگی	۱۲۲ (۸۰/۳)
	بیش تر از ۳۰ سالگی	۱۰ (۶/۶)
	کل	۱۵۲ (۱۰۰)
مدت زمان شیردهی	بدون فرزند	۱۹ (۳/۶)
	کامل	۴۳۰ (۸۰/۵)
	ناکامل	۸۵ (۱۵/۹)
	کل	۵۳۴ (۱۰۰)
تعداد فرزند	بدون فرزند	۱۲ (۲/۵)
	۱ تا ۲فرزند	۲۰۶ (۴۳/۴)
	۳ تا ۶ فرزند	۲۲۹ (۴۸/۲)
	>۶	۲۸ (۵/۹)
	کل	۴۷۵ (۱۰۰)
مصرف OCP	بلی	۲۶۵ (۵۲/۷)
	خیر	۲۳۸ (۴۷/۲)
	کل	۵۰۳ (۱۰۰)
مدت مصرف OCP	کم تر از ۳ سال	۱۰۷ (۴۸/۹)
	۳ سال و بیش تر	۱۱۲ (۵۱/۱)
	کل	۲۱۹ (۱۰۰)

هم‌چنین یافته‌های مرتبط با فراوانی درگیری لنف نود، Stage بیماری، انواع کارسینوم داکتال، *انواع سرطان‌ها در خانواده مبتلایان، نوع جراحی و درجه*

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

نسبت فامیلی در مبتلایانی که سابقه فامیلی داشتند، در جدول شماره ۲ اشاره شده است.

جدول شماره ۲: ویژگی های اپیدمیولوژیکی، پاتولوژیکی و کلینیکی بیماران مبتلا به سرطان پستان

متغیر		تعداد (درصد)
درجه نسبت فامیلی	درجه یک	۸۶ (۳۹/۸)
	درجه دو	۱۰۸ (۵۰)
	هر دو	۲۲ (۱۰/۲)
	کل	۲۱۶ (۱۰۰)
نوع سرطان در خانواده	سرطان پستان	۱۵۵ (۶۵/۴)
	سرطان رحم	۴ (۱/۷)
	سرطان معده	۲۴ (۱۰/۱)
	سرطان کولون	۸ (۳/۴)
	سرطان مری	۱۳ (۵/۵)
	سایر سرطان ها	۲۷ (۱۱/۴)
	کل	۲۳۷ (۱۰۰)
پستان درگیر	راست	۴۱۳ (۴۶/۵)
	چپ	۴۴۸ (۵۰/۵)
	هر دو	۲۷ (۳)
	کل	۱۳۱ (۱۰۰)
نوع جراحی	برداشت کامل	۵۵۹ (۶۹/۲)
	برداشت قسمتی ازپستان به همراه غدد لنفاوی	۲۴۹ (۳۰/۸)
	کل	۸۰۸ (۱۰۰)
انواع کارسینوم داکتال	کارسینوم درجا	۲۸ (۴/۲)
	کارسینوم مهاجم	۶۰۸ (۹۱/۲)
	کارسینوم درجا + کارسینوم مهاجم	۳۱ (۴/۶)
	کل	۶۶۷ (۱۰۰)
درجه تمایز سلولی	خوب	۱۱۰ (۲۲/۸)
	متوسط	۲۹۴ (۶۱)
	ضعیف	۷۸ (۱۶/۲)
	کل	۴۸۲ (۱۰۰)
فراوانی درگیری لنف نود	یک عدد	۱ (۰/۴)
	دو عدد	۸۷ (۳۸/۷)
	سه عدد	۸۸ (۳۹/۱)
	چهار عدد	۳۰ (۱۳/۳)
	پنج عدد و بیش تر	۱۹ (۸/۴)
	کل	۲۲۵ (۱۰۰)
Stage بیماری	Well diff =1	۱۱۰ (۲۲/۸)
	Mod diff =2	۲۹۴ (۶۱)
	Poor diff=3	۷۸ (۱۶/۲)
	کل	۴۸۲ (۱۰۰)

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که فراوانی درگیری پستان راست در مبتلایان با سن تشخیص بعد از منوپوز بیش‌تر از مبتلایان با سن تشخیص قبل از منوپوز (۴۹/۶ درصد در برابر ۴۶/۵درصد) و فراوانی درگیری پستان چپ در مبتلایان با سن تشخیص قبل از منوپوز بیش‌تر از مبتلایان با سن تشخیص بعد از منوپوز (۵۱/۵ درصد در برابر۴۸/۹ درصد) بوده است. لازم به ذکراست تفاوت‌های مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نبوده است (p=۰/۶). هم‌چنین سابقه سرطان‌های مختلف در خانواده در مبتلایان با سن تشخیص بعد از منوپوز بیش‌تر از مبتلایان با سن تشخیص قبل از منوپوز (۳۳/۲ درصد در برابر ۳۱/۳ درصد) بوده است که تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نیست (p=۰/۷). براساس جدول شماره ۴، فراوانی برداشت کامل پستان در مبتلایان با تعداد غدد لنفاوی درگیر سه و بالاتر بیش‌تر بود که تفاوت‌ها قابل ملاحظه نبوده است (p=۰/۲). لازم به ذکر است که برداشت کامل پستان در مبتلایان با گرید ۲ و ۳ بیماری بیش‌تر بوده است (p=۰/۳). هم‌چنین متوسط اندازه تومور در کل بیماران ۱/۵۸±۷/۶۴ (بین یک الی ۱۶) میلی‌متر بود. میانگین اندازه تومور در مبتلایانی که برداشت کامل پستان انجام داده بودند به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از مبتلایانی بود که برداشت قسمتی از پستان را انجام داده بودند (۱/۴±۷/۷ در برابر ۱/۶±۷/۴، p=۰/۰۰۸).

جدول شماره ۳: ارتباط بین سن زمان تشخیص بیماری (قبل/بعد ازمنوپوز) با وضعیت پستان درگیر، نوع جراحی پستان و سابقه سرطان در خانواده

متغیر		قبل از منوپوز تعداد (درصد)	بعد از منوپوز تعداد (درصد)	سطح معنی داری (کای دو)
وضعیت پستان درگیر	راست	۲۰۵ (۴۶/۵)	۱۳۸ (۴۹/۶)	۰/۶
	چپ	۲۲۷ (۵۱/۵)	۱۳۶ (۴۸/۹)	
	هر دو	۹ (۲)	۴ (۱/۴)	
نوع جراحی پستان	برداشت کامل پستان	۲۷۳ (۶۶/۴)	۱۸۲ (۷۰/۸)	۰/۳
	برداشت قسمتی ازپستان+غدد لنفاوی	۱۳۸ (۳۳/۶)	۷۵ (۲۹/۲)	
سابقه سرطان های مختلف در خانواده	بله	۱۳۱ (۳۱/۳)	۸۳ (۳۳/۲)	۰/۷
	خیر	۲۸۷ (۶۸/۷)	۱۶۷ (۶۶/۸)	

جدول شماره ۴: ارتباط بین نوع جراحی پستان با تعداد غدد لنفاوی درگیر، اندازه تومور و Stage بیماری

متغیر		برداشت کامل پستان تعداد (درصد)	برداشت قسمتی از پستان +غدد لنفاوی تعداد (درصد)	سطح معنی داری (کای دو)
تعداد غدد لنفاوی درگیر	۱	۰ (۰)	۱ (۲/۳)	۰/۲
	۲	۵۹ (۳۴/۷)	۲۰ (۴۶/۵)	
	۳	۷۱ (۴۱/۸)	۱۵ (۳۴/۹)	
	۴	۲۴ (۱۴/۱)	۴ (۹/۳)	
	≥۵	۱۶ (۹/۴)	۳ (۷)	
Stage بیماری	Well diff =1	۶۴ (۲۰/۶)	۳۳ (۲۶/۸)	۰/۳
	Mod diff =2	۱۹۱ (۶۱/۶)	۷۲ (۵۸/۵)	
	Poor diff=3	۵۵ (۱۷/۷)	۱۸ (۱۴/۶)	

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

بحث

در این مطالعه ویژگی‌های اپیدمیولوژیکی، کلینیکی و پاتولوژیکی مبتلایان به سرطان پستان مراجعه‌کننده به کلینیک باغبان (طوبی) شهر ساری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که متوسط سن مبتلایان ۵۰ سال و اکثریت آن‌ها متاهل بودند. سن تشخیص سرطان در اکثریت مبتلایان بعد از منوپوز و سن منارک بیش‌تر آن ها ۱۲ تا ۱۶ سال بوده است. سن اولین بارداری در ۶/۶ درصد مبتلایان بالای ۳۰ سال بوده است. هم‌چنین سابقه ابتلا به انواع سرطان‌ها و سرطان پستان در خانواده در تعداد قابل توجهی از مبتلایان گزارش شده است. سن ابتلا یکی از فاکتورهای مهم در الگوی اپیدمیولوژیکی است که در این مطالعه مورد بررسی قرارگرفت و در اکثرپژوهش‌های مرتبط هم مورد توجه بوده است. در مطالعه پسران و همکاران در تهران میانگین سنی زنان مبتلا به سرطان پستان ۴۷ سال(۱۱)، در مطالعه‌ای در کویت بین ۴۰ تا ۴۹ سال(۱۴)، در مطالعه‌ای در کاشان میانگین سنی ۵۱ سال(۱۲)، در مطالعه کشفی و همکاران در تهران بین ۳۵ تا ۵۴ سال(۱۵)، در مطالعه وحدانی‌نیا و همکاران در تهران میانگین ۴۷/۲ سال(۱۶)، در مطالعه یاوری و همکاران در تهران ۴۸/۸ سال(۱۷) و در نپال ۴۵/۷ سال(۱۸) گزارش شده است که مشابه نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. وضعیت منوپوز و سن قاعدگی از دیگر متغیرهای مهم مورد توجه در این مطالعه بود که نتایج آن مشابه مطالعه Bhattacharya و همکاران در نپال می‌باشد.

در مطالعه Bhattacharya و همکاران سن شروع قاعدگی در بازه زمانی ۱۱ تا ۱۶ سال و با میانگین ۱۳/۵سال بوده و۴۵/۷درصد زنان یائسه بودند(۱۸). بر اساس مطالعات انجام شده، سن بالا، سن منارک زیر ۱۲ سال و سن منوپوز بعد از ۵۴ سال از عوامل خطر ابتلا به سرطان پستان هستند، اما در برخی مطالعات نشان داده شده است که ۷۰ درصد از زنان مبتلا به سرطان پستان به جز سن هیچ یک از عوامل خطر شناخته شده را ندارند(۱۰-۵). سن قاعدگی پایین و سن یائسگی بالا(۱۳،۱۲) می‌توانند به دلیل افزایش مدت باروری زنان موجب در معرض خطر قرار دادن زنان شوند به شکلی که در مطالعه بشارت و همکاران در استان گلستان، در سن قاعدگی زیر ۱۳/۳۷ شانس ابتلا به سرطان پستان ۱/۳ و در افراد با سن یائسگی زیر ۴۶/۶ سال شانس سرطان پستان ۲/۹۱ برابر (p=۰/۰۲۱) بود(۱۹). با این حال در مطالعه پسران و همکاران در شهرکرد، بین سن اولین قاعدگی با خطر بروز سرطان پستان رابطه معنی‌داری یافت نشد اما ۵۰/۱ درصد بیماران بعد از سن یائسگی دچار این بیماری شده بودند و OR در افرادی که یائسگی دیررس داشتند نسبت به بقیه ۲/۷ برابر بود(۱۱). هم‌چنین در مطالعه کشفی و همکاران در تهران بین سن اولین قاعدگی (هر دو گروه سالم و بیمار ۱۳/۵ سالگی) و سن یائسگی (گروه بیمار ۴۷/۷۱ سالگی و گروه کنترل ۴۸/۶۹ سالگی) و ابتلای به سرطان پستان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت(۱۵). سن اولین بارداری یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی در مطالعه حاضر بود. در مطالعه بشارت و همکاران شانس ابتلا به سرطان پستان در سن حاملگی کم‌تر از ۲۰/۵۱ سال، ۰/۸۷ برابر بود(۱۹).

اما در مطالعه رضاقلی و همکاران در تهران نسبت شانس ابتلا به سرطان پستان در سن حاملگی کم‌تر از ۲۰ سال، ۰/۸ و سن حاملگی بیش‌تر از ۳۰ سال ۴/۳۹ برابر بود(۲۱). در این مطالعه در ۶/۶درصد از مبتلایان به سرطان پستان سن اولین حاملگی بالای ۳۰ سال بوده است.

در مطالعه پسران و همکاران برای مادرانی که تعداد فرزند آن‌ها ۱ یا ۲ بود، نسبت به مادرانی که تعداد بیش‌تری فرزند داشتند، میزان OR برابر ۱/۷۴ بود(۱۱). هم‌چنین در مطالعه Peterson و همکاران در آمریکا خطر بروز سرطان پستان در زنانی که فرزندی نداشتند، نسبت به زنانی که بیش از یک فرزند داشتند ۳۵ درصد بیش‌تر بود (نسبت شانس ۱/۳۵، فاصله اطمینان ۹۵ درصد)(۱۳). در مطالعه حاضر به دلیل نداشتن گروه شاهد، گزارش شاخص نسبت شانس میسر نشده است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

در مطالعه Kruk و همکاران رابطه معنی‌داری بین مدت شیردهی و ابتلا به سرطان پستان مشاهده شد (مدت شیردهی در گروه بیمار ۶/۶۲ ماه و گروه کنترل ۱۰/۸۲ ماه بود)(۲۰). این در حالی است که Peterson و همکاران در مطالعه خود برای شیردهی اثر محافظتی گزارش نکردند(۱۳). در مطالعه پسران و همکاران مدت شیردهی در گروه بیمار ۷۵/۹۸ ماه و گروه کنترل ۸۷/۴۷ ماه و OR=۱/۹۳ بود(۱۱). در مطالعه کشفی و همکاران نیز سابقه شیردهی در گروه بیمار ۶۰/۸ ماه و گروه کنترل ۶۴/۷۷ ماه بود که با ابتلای به سرطان پستان ارتباط معنی‌داری نداشت(۱۵).

در مطالعه رضاقلی و همکاران ۹۴/۷ درصد بیماران و ۹۹/۳ افراد گروه سالم متاهل بودند که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت(۲۱). اما در مطالعه کشفی و همکاران بین وضعیت تأهل (گروه بیمار ۷۰/۸ درصد و گروه کنترل ۸۸/۳ درصد متاهل، p<۰/۰۰۶) و ابتلاء زنان به سرطان پستان ارتباط معنی داری وجود داشت(۱۵). هم‌چنین در مطالعه Bhattacharya و همکاران ریسک ابتلا به این سرطان در زنان متاهل بیش‌تر گزارش شد(۱۸). البته ارتباط سایر عوامل مخدوش‌کننده مانند مصرف OCP در این زمینه می‌تواند دخیل باشد. در مطالعه حاضر ۵۳ درصد زنان از OCP استفاده کرده بودند که در ۵۱ درصد آن‌ها مصرف قرص‌ها بیش از ۳ سال بوده است. از متغیرهای دیگر مورد بررسی، سابقه انواع سرطان‌ها بود که فراوانی آن‌ها به ویژه فراوانی سرطان پستان در خانواده در این مطالعه زیاد بوده است. در مطالعه پسران و همکاران مهم‌ترین عامل خطر ابتلاء به سرطان پستان سابقه فامیلی ابتلا بود (گروه بیمار ۵/۳ درصد و گروه کنترل ۰/۸ درصد افراد،OR=۳/۰۶)(۱۱). در مطالعه خامه چیان و همکاران فراوانی سابقه مثبت سرطان پستان در یکی از بستگان درجه اول بیمار ۸ درصد و در بستگان درجه دوم بیمار ۱۳ درصد و در کل ۲۱ درصد بود(۱۲). هم‌چنین در مطالعه Bhattacharya و همکاران سابقه سرطان پستان در بستگان درجه اول در ۶/۶۷ درصد از بیماران وجود داشت(۱۸). در مطالعه بشارت و همکاران نیز، در افراد دارای سابقه سرطان در فامیل درجه اول و دوم شانس ابتلا به سرطان پستان به ترتیب ۰/۵۳ و ۰/۶۷ برابر بود(۱۹). با توجه به وجود درصد بالای سابقه فامیلی مثبت سرطان پستان در جامعه مورد بررسی، دقت بیش‌تر و انجام معاینات دقیق و مکرر تشخیصی در افراد دارای سابقه فامیلی مثبت سرطان پستان توصیه می‌گردد.

در مطالعه حاضر در ۴۶ درصد از بیماران پستان راست، در ۵۱ درصد پستان چپ و در ۳ درصد هر دو پستان درگیر بود. در مطالعه خامه چیان و همکاران نیز در ۵۱ درصد بیماران گرفتاری طرف چپ، ۴۶ درصد گرفتاری طرف راست و ۳ درصد گرفتاری دوطرفه وجود داشت(۱۲) که کاملاً مشابه مطالعه حاضر بود.

درمطالعه حاضر در۶۹ درصد بیماران جراحی برداشت کامل پستان و ۳۱ درصد جراحی برداشت قسمتی از پستان به همراه غدد لنفاوی انجام شد. در مطالعه Bhattacharya و همکاران نیز ۶۵ درصد بیماران ماستکتومی رادیکال انجام دادند(۱۸) که مشابه نتایج این مطالعه بود.

در مطالعه حاضر نوع کارسینوم، در ۹۱ درصد از بیماران داکتال بود که قسمت اعظم آن‌ها کارسینوم مهاجم بود. به طور کلی ۷۰ تا ۸۰ درصد از سرطان‌های پستان از نوع کارسینومای مجرایی مهاجم می‌باشد. در کارسینومای مجرایی مهاجم، سلول‌های سرطانی از داخل مجاری شیری خارج شده و به بافت‌های اطراف تهاجم کرده‌اند. این نوع سرطان پستان اغلب از نظر پاتولوژی فاقد شکل اختصاصی است و ممکن است تحت نام NOS (not otherwise specified) یا NST (یعنی در زیر میکروسکوپ طبقه‌بندی خاصی برای توده یافت نشد)گزارش شود(۲۲). در این مطالعه درجه تمایز سلول‌های سرطانی از سلول‌های سالم در ۲۳ درصد موارد خوب، ۶۱ درصد درجه تمایز متوسط و ۱۶ درصد درجه تمایز ضعیف بود. درجه تمایز نشان می‌دهد که سلول‌های سرطانی تا چه حد از سلول‌های طبیعی بافت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

منشاء متفاوتند(۲۲).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر مشخص نبودن وضعیت متغیرهای مورد بررسی در درصدی از مبتلایان سرطان پستان بود که با توجه به قابل توجه بودن آن ها، برآورد موارد نامشخص به دلیل اشکالات احتمالی متدولوژیک انجام نگرفت. هم‌چنین با توجه به ماهیت مطالعه حاضر، امکان تعیین روابط علیتی میسر نبوده است. این مطالعه نشان داد که شایع ترین نوع کارسینوم در مبتلایان از نوع داکتال بوده و اندازه تومور از فاکتورهای مرتبط با برداشت کامل پستان می‌باشد. سابقه خانوادگی انواع سرطان ها به ویژه سرطان پستان فراوانی قابل ملاحظه‌ای داشته است و در تبیین استراتژی‌های مراقبت و غربالگری، تمرکز بر این گروه می‌تواند نتیجه موثرتری داشته باشد. طراحی مطالعه حاضر به گونه‌ای بوده که روابط علیتی متغیرهای مورد بررسی نظیر سابقه سرطان در خانواده، سابقه سرطان پستان، سن ازدواج، سن اولین فرزند بالای ۳۰ سال، مدت شیردهی، سن اولین قاعدگی، مصرف OCP و وضعیت ازدواج با سرطان پستان مورد بررسی قرار نگرفت. بدین‌منظور طراحی مطالعه مورد- شاهدی با انتخاب گروه شاهد مناسب و با متدولوژی صحیح ضروری به نظر می رسد.

سپاسگزاری

این مطالعه با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است (کد طرح:۱۸۲۹).

References

1. Bener A, Ayub H, Kakil R, Ibrahim W. Patterns of cancer incidence among the population of Qatar: a worldwide comparative study. Asian Pac J Cancer Prev 2008; 9(1): 19-24.
2. Gupta A, Shridhar K, Dhillon PK. A review of breast cancer awareness among women in India: Cancer literate or awareness deficit? Eur J Cancer 2015; 51(14): 2058-2066.
3. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 19th ed. New York: McGraw Hill, Education Medical; 2015.
4. Fisher W, Andersen D, Bell Jr R, Saluja A, Brunicardi F. Pancreas In: Schwartz's principles of surgery. Brunicardi F, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE, editors. 9th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2010. p.1177-1186.
5. Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM. Williams textbook of endocrinology. 11thed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2011.
6. Evans D, Howell A. Breast cancer risk-assessment models. Breast Cancer Res 2007; 9(5): 213.
7. Goya M. Iranian Annual Cancer Registration Report 2005/2006. Ministry of Health and Medical Education, Health Deputy. Center for Disease Control and Prevention 2007. (Persian).
8. Naghibi S, Shojaizadeh D, Montazeri A, Yazdani Cherati J. Epidemiology of Breast Cancer in Mazandaran Province, 2009-2010. J Mazandaran Univ Med Sci 2013; 23(102): 113-120.
9. Burkman RT. Berek & Novak's Gynecology. JAMA 2012; 308(5): 516-517.
10. Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A, Momtahen AJ. Breast cancer in Iran: results of a multi-center study. Asian Pac J Cancer Prev 2004; 5(1): 24-27.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

11. Pessaran Z, Rezaei A, Siadat A, Tavakoli keh R. Evaluation of breast cancer Risk factors for using in hormone replacement therapy of corticosteroid-treated post-menopausal women. J Shahrekord Univ Med Sci 2003, 5(2): 70-75.
12. Khamechian T, Mazouchi T. Frequency of positive family history of breast cancer in 100 breast cancer sufferers in Kashan. FEYZ 2004; 7(4): 15.
13. Peterson NB, Huang Y, Newcomb PA, Titus-Ernstoff L, Trentham-Dietz A, Anic G, et al. Childbearing recency and modifiers of premenopausal breast cancer risk. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2008; 17(11): 3284-3287.
14. Al-Shaibani H, Bu-Alayyan S, Habiba S, Sorkhou E, Al-Shamali N, Al-Qallaf B. Risk factors of breast cancer in Kuwait: Case-Control study. Iran J Med Sci 2006; 31(2): 61-64.
15. Kashfi F, Nikoufar A, Mohammadi R. Fertility risk factors causing breast cancer. Journal of Reproduction & Infertility 2002; 3(1): 38-45 (Persian).
16. Vahdaninia M, Harirchi AM, Montazeri A. Five-year survival in Iranian breast cancer patients: A prospective study. Payesh 2003; 2(2): 141-148 (Persian).
17. Yavari P, Mosavizadeh M, Sadrol-Hefazi B, Mehrabi Y. Reproductive characteristics and the risk of breast cancer--a case-control study in Iran. Asian Pac J Cancer Prev 2004; 6(3): 370-375.
18. Bhattacharya S, Adhikary S. Evaluation of risk factors, diagnosis and treatment in carcinoma breast--a retrospective study. Kathmandu Univ Med J (KUMJ) 2006; 4(1): 54-60.
19. Besharat S, Motie M, Besharat M, Roshandel G. Breat cancer risk factor in women of Golestan Province: A case control study. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2011; 13(16): 46-51 (Persian).
20. Kruk J. Association of lifestyle and other risk factors with breast cancer according to menopausal status: a case-control study in the Region of Western Pomerania (Poland). Asian Pac J Cancer Prev 2007; 8(4): 513-524.
21. Rezagholi T, Yavari P, Abolhasani F, Etemad K, Khosravi A, Hashemi Nazari S, et al. Estimating the Burden of Breast Cancer in Iranian Women in 2009. IRJE 2015; 10(4): 32-40 (Persian).
22. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins basic pathology. 9th ed. Philadelphia: Saunders; 2012.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]