

مقایسه عود ناحیه‌ای، متاستاز و میزان بقا بین دو روش جراحی در درمان مرحله‌های I و II بالینی سرطان پستان

سیدمرتضی موسوی نائینی^۱ MD، بهرام مفید^۲ MD، حسنعلی محبی^{*} MD،
مهدی مهمان نواز^۱ MD، سامان خوشینی^۱ MD

چکیده

اهداف. در درمان سرطان پستان در مرحله‌های I و II بالینی، دو روش جراحی حفظ پستان (BCS) و برداشتن کامل یا ماستکتومی رادیکال تعدیل شده (MRM) مطرح است. هدف این مطالعه، مقایسه دو روش فوق از جنبه‌های مختلف بود.

مواد و روش‌ها. در مطالعه‌ای توصیفی، تحلیلی و مقطعی، پرونده ۲۴۲ زن مبتلا به سرطان پستان در مرحله‌های I و II به صورت رتروگراد مطالعه شد. آنها تحت دو نوع عمل جراحی BCS و MRM قرار گرفته بودند. پیگیری بیماران با ویزیت مجدد یا با تماس تلفنی انجام گرفت و عود ناحیه‌ای، متاستاز و میزان بقا مشخص شد. ضمن تعیین فراوانی و میانگین یافته‌ها، میزان بقا با استفاده از جدول زندگی و منحنی‌های کاپلان-مایر و آزمون رگرسیون کاکس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها. در ۱۰۹ بیمار (۴۵٪) جراحی BCS و در ۱۳۳ بیمار (۵۵٪) جراحی MRM انجام شده بود. میانگین سنی بیماران در BCS $47/2 \pm 10/4$ سال و در MRM $49/4 \pm 11/8$ سال بود ($p=0/5$). عود ناحیه‌ای در BCS و MRM به ترتیب ۲/۸ و ۳/۲ ($p=0/8$) و میزان بقا در ۱ سال در هر دو ۱۰۰٪ و بعد از ۳ سال به ترتیب ۹۳ و ۹۴٪ بود و تفاوت معنی‌داری نداشت. متاستاز در گروه BCS ۷/۳٪ و نسبت به گروه MRM (۱۸٪) کمتر بود و اختلاف معنی‌داری داشت ($p=0/01$).

نتیجه‌گیری. روش BCS باعث افزایش عود ناحیه‌ای و متاستاز و کاهش میزان بقا نمی‌شود. لذا در صورت تمایل بیمار و دسترسی به امکانات، با توجه به تاثیرات زیبایی می‌تواند بدون نگرانی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: سرطان پستان، روش جراحی، عود، متاستاز، میزان بقا

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین بدخیمی در زنان و علت اصلی مرگ در اثر بدخیمی در زنان ۴۰ تا ۴۴ سال و علت ۲۰٪ مرگ‌های ناشی از سرطان در زنان است. در سال ۲۰۰۲، از هر ۸ زن احتمال ابتلای یک نفر به سرطان پستان برآورد شده است [۱]. سرطان پستان بر حسب اندازه تومور، درگیری عقده‌های لنفاوی و متاستاز به مراحل مختلف تقسیم‌بندی می‌شود. از مدت‌ها قبل بهترین اقدام درمانی در سرطان پستان، برداشت کامل پستان بوده، ولی با به‌وجود آمدن شیمی‌درمانی و رادیوتراپی و تمایل بیماران، درمان‌های جراحی با تهاجم کمتر و حفظ پستان مطرح شده است. با توجه به شیوع و اهمیت این بیماری و همچنین افزایش آگاهی افراد و انجام روش‌های غربال‌گری، این بیماری در بسیاری از موارد در مراحل اولیه شناسایی می‌شود [۲]. امروزه در مرحله I و II سرطان پستان، جراحی محدود با حفظ پستان (BCS) به‌همراه پرتودهی معادل با برداشت کامل پستان یا ماستکتومی (MRM) معرفی شده که روش‌های درمانی استاندارد در مرحله I و II است [۱].

با وجود آن که حفظ پستان از نظر زیبایی و مسأله روحی - روانی برای بیماران خصوصاً افراد جوان مفید است، این نگرانی همواره برای بیماران، خانواده آنها و پزشکان معالج مطرح بوده که احتمالاً انجام اعمال جراحی محدود و حفظ پستان با عوارض بعدی یا افزایش احتمال عود ناحیه‌ای، متاستاز و کاهش میزان بقا همراه است. مطالعات متعدد انجام‌شده این نگرانی را برطرف کرده است. رایتز با میانگین پیگیری ۹ ساله در بیماران مرحله I و II بالینی نشان داد که میزان بقا بین دو روش BCS و MRM تفاوتی ندارد و میزان عود و متاستاز مشابه است [۳]. در مطالعه سینگلتاری روی ۲۱۵۹۶ بیمار با جراحی BCS و MRM در مراحل I و II نیز، میزان بقا در هر دو روش یکسان بود [۴]. در مطالعه‌ای گذشته‌نگر در چین روی ۵۸۸۷ بیمار که حدود ۷۸٪ آنها در مرحله I و II بالینی قرار داشتند، روش‌های BCS و MRM کنترل موضعی و میزان بقای مشابهی داشتند [۵]. عوامل پیش‌بین‌زادی بر عود بیماری، متاستاز و همچنین طول عمر بیماران مؤثر هستند. اندازه سرطان اولیه با بقای عاری از بیماری و بقای کلی تا حدودی هم‌خوانی دارد. با این‌که بیشتر زنانی که در اثر سرطان پستان می‌میرند متاستاز دوردست دارند،

ولی مهم‌ترین عامل مرتبط با بقای عاری از بیماری و بقای کلی بیماران، وضعیت گره‌های لنفاوی است [۱، ۶]. در مطالعات مختلفی عوامل دیگری چون گیرنده‌های استروژن، پروژسترون و بیومارکرهای p53، Her2neu و عواملی مانند سن بیمار، وضعیت منارک، اندازه تومور و نوع پاتولوژی تومور تأثیرگذار بوده است. از جمله در مطالعه هس روی ۶۴۷ بیمار در مرحله I و II، منفی بودن گیرنده استروژن با عود موضعی و متاستاز و مرگ‌ومیر بالاتری همراه بود [۷]. در مطالعه سیلوسترینی روی ۱۴۰۰ بیمار که عقده لنفاوی آنها منفی بود مشخص شد که وجود p53 با افزایش عود و متاستاز و مرگ‌ومیر همراه بوده ولی وجود گیرنده‌های استروژن و پروژسترون با کاهش متاستاز و مرگ‌ومیر همراه است [۸]. در مطالعه‌ای روی ۱۲۵ بیمار، با بررسی اثرات روانی - اجتماعی بین دو روش BCS و MRM مشخص شد که MRM اثر منفی بر درک تصور بدنی و الگوی رفتار اجتماعی بیماران دارد و سبب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود [۹]. چون علی‌رغم مطالعات متعدد هنوز نگرانی در زمینه جراحی حفظ پستان در ایران احساس می‌شود، مطالعه حاضر به‌منظور بررسی تعدادی از بیماران ایرانی با در نظر گرفتن متغیرهای فوق انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به‌صورت توصیفی - تحلیلی و به روش مقطعی طراحی شد. برای استخراج اطلاعات اولیه، پرونده‌های بیماران به‌صورت گذشته‌نگر مطالعه و پیگیری بیماران به‌صورت ویزیت مجدد یا تماس تلفنی انجام شد. ضمن اطلاع از وضعیت بیماران، میزان عود ناحیه‌ای، متاستاز و بقا بعد از جراحی بررسی و در پرسش‌نامه طراحی‌شده ثبت گردید.

تمام بیماران مونث و دارای سرطان پستان مرحله I و II بالینی بودند و طی ۱۰ سال از ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۶، تحت عمل جراحی BCS یا MRM قرار گرفته بودند. انتخاب نوع عمل بر اساس تمایل و نظر بیماران و خانواده آنها و همچنین اعتقاد و نظر جراح معالج بود و این مطالعه نقشی در تعیین آن نداشت. بیماران در چند مرکز درمانی شهر تهران تحت انجام جراحی قرار گرفته و اکثراً در بیمارستان شهدای تجریش رادیوتراپی شده بودند. سعی محققان بر آن بود که بیشتر، بیماران دارای تشخیص قطعی

۶۶ بیمار در مرحله I، ۱۲۲ بیمار در مرحله IIA و ۵۴ نفر در مرحله IIB بالینی قرار داشتند (جدول ۱). در معاینات انجام شده، میانگین اندازه تومور در کل بیماران $2/9 \pm 1/1$ (حداقل ۰/۵ و حداکثر ۵ سانتی متر) بود. ۸۰ نفر (۳۴٪) درگیری عقده‌های لنفاوی به صورت متحرک داشتند.

جدول ۱) مقایسه مشخصات دموگرافیک و یافته‌های آزمایشگاهی بیماران به تفکیک دو گروه جراحی BCS و MRM

نوع عمل ← متغیر ↓	BCT (۱۰۹ مورد)	MRM (۱۳۳ مورد)	مقدار P
سن	$47/2 \pm 10/4$	$49/4 \pm 11/8$	۰/۵
وضعیت پره منوپوز	۶۰ (۵۵٪)	۷۵ (۵۶/۴٪)	۰/۸
اندازه تومور	$2/4 \pm 1$	$2/9 \pm 1/1$	۰/۰۰۱
تعداد غده لنفاوی درگیر	$1/5 \pm 2/6$	$2/5 \pm 3$	۰/۰۰۶
I	۲۵ (۱۸/۷٪)	۴۱ (۳۷/۶٪)	۰/۰۰۱
مرحله بالینی IIA	۷۰ (۵۲/۶٪)	۵۲ (۴۷/۷٪)	۰/۷
IIB	۳۸ (۲۸/۷٪)	۱۶ (۱۴/۷٪)	۰/۰۶
گیرنده استروژن مثبت	۶۱ (۶۰/۴٪)	۸۰ (۶۳٪)	۰/۶
گیرنده استروژن منفی	۴۰ (۳۹/۶٪)	۴۷ (۳۷٪)	
گیرنده پروژسترون مثبت	۵۱ (۵۰/۵٪)	۶۵ (۵۱/۲٪)	۰/۹
گیرنده پروژسترون منفی	۵۰ (۴۹/۵٪)	۶۲ (۴۸/۸٪)	
Her2neu مثبت	۲۷ (۲۸/۶٪)	۴۱ (۵۱/۹٪)	۰/۱
Her2neu منفی	۴۳ (۶۱/۴٪)	۳۸ (۴۸/۱٪)	
p53 مثبت	۲۷ (۲۸/۶٪)	۴۱ (۵۱/۹٪)	۰/۱
p53 منفی	۴۳ (۶۱/۴٪)	۳۸ (۴۸/۱٪)	
نوع پاتولوژی	لوبولار داکتال	۱۰۴ (۹۵/۴٪) ۵ (۴/۶٪)	۱۲۳ (۹۲/۵٪) ۱۰ (۷/۵٪)

در ۱۲۳ بیمار (۵۰/۸٪) درگیری پستان راست و در ۱۱۹ بیمار (۴۹/۲٪) درگیری پستان چپ وجود داشت. همه نمونه‌های جراحی شده مورد بررسی آسیب‌شناختی قرار گرفتند. میانگین اندازه تومور در گروه BCS، $2/4 \pm 1$ و در گروه MRM، $2/9 \pm 1/1$ سانتی‌متر بود که اختلاف معنی‌داری داشت ($p=0/001$). از نظر پاتولوژیک، ۲۲۷ نمونه (۹۴٪) از نوع داکتال مهاجم و ۱۵ مورد از نوع لوبولار مهاجم بودند. میانگین تعداد عقده‌های لنفاوی درگیر در گروه BCS، $1/5 \pm 2/6$ و در گروه MRM $2/5 \pm 3$ و اختلاف بین آنها معنی‌دار بود ($p=0/006$). در تعدادی از این بیماران، گیرنده‌های استروژن و پروژسترون و بیومارکرهای Her2neu و p53 اندازه‌گیری شد. با توجه به اعداد مربوطه، پراکندگی وجود گیرنده‌ها و بیومارکرها در دو گروه جراحی شده اختلاف آماری معنی‌داری نداشت (جدول ۱).

پاتولوژیک و دارای پرونده با اطلاعات قابل‌استفاده و پیگیری مورد بررسی قرار گیرند. این بیماران در صورت دارا بودن شاخصه‌های ورود به طرح تحقیقاتی یعنی داشتن توده پستانی کوچک‌تر از 5cm (T1 و T2) و فقدان عقده لنفاوی (NO) یا دارا بودن عقده لنفاوی به صورت متحرک (N1) و قرارگیری در مرحله‌های I و II بالینی وارد مطالعه شدند. متغیرهای فردی شامل سن بیمار، وضعیت منارک، نوع جراحی، اندازه تومور، تعداد عقده‌های لنفاوی درگیر، نوع پاتولوژی تومور (داکتال یا لوبولار)، تهاجم عروقی و عصبی، وضعیت گیرنده‌های هورمونی استروژن - پروژسترون، بیومارکرهای Her2neu، p53 و میزان دوز رادیوتراپی استخراج شد. در اسفند ماه ۱۳۸۷ سیر بالینی و آخرین وضعیت بیماران مورد بررسی قرار گرفت و با شماره تلفن موجود در پرونده بیماران تماس برقرار شد و از وضعیت فوت یا حیات بیماران پرسش به عمل آمد. اگر بیمار در قید حیات بود از وضعیت عود ناحیه‌ای بیمار و متاستاز دوردست سؤال شد و در پرسش‌نامه درج گردید. در صورتی که بیمار در قید حیات نبود زمان دقیق فوت، دلیل فوت، احتمال عود ناحیه‌ای و متاستاز از خانواده بیمار پرسیده شد. اطلاعات به‌دست‌آمده از طریق نرم‌افزار SPSS 11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. فراوانی و میانگین متغیرها بررسی شد و متغیرهای کمی با آزمون t استودنت و متغیرهای کیفی با مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند. بررسی بقاء با استفاده از منحنی‌های کاپلان- مایر، مقایسه بین دو گروه با استفاده از "جدول حیات" و تعیین عوامل پیش‌بین بقا با آزمون رگرسیون کاکس انجام شد. در همه موارد عدد p کمتر از ۰/۰۵ به‌عنوان معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج

تعداد کل بیماران ۲۴۲ خانم بود. ۱۰۹ نفر (۴۵٪) تحت BCS و ۱۳۳ نفر (۵۵٪) تحت MRM قرار گرفته بودند. میانگین سنی کل بیماران $49/6 \pm 11/2$ سال (حداکثر ۸۲ و حداقل ۲۶ سال) و میانگین سنی بیماران در BCS، $47/2 \pm 10/4$ و در MRM $49/4 \pm 11/8$ سال بود ($p=0/5$). ۱۳۵ بیمار (۵۵/۸٪) در وضعیت پره‌منوپوز و ۱۰۷ بیمار (۴۴/۲٪) در وضعیت پست‌منوپوز قرار داشتند که در گروه BCS، ۶۰ نفر (۵۵٪) پره‌منوپوز و در گروه MRM، ۷۵ نفر (۵۶/۴٪) پره‌منوپوز بودند ($p=0/8$).

یکی از متغیرهای دیگر در پیگیری بیماران، بررسی وجود متاستاز بود که ارتباط آن با نوع جراحی نیز در نظر گرفته شد. از بین کلیه بیماران، ۳۲ نفر دچار متاستاز شده بودند که ۸ نفر (۷/۳٪) مربوط به گروه BCS و ۲۴ مورد (۱۸٪) مربوط به گروه MRM بود (جدول ۳). ($p=0/01$)

جدول ۳) مقایسه متغیرهای مختلف به تفکیک داشتن یا نداشتن متاستاز در بیماران تحت جراحی BCS و MRM

متغیر ↓ متاستاز ←	ندارد	دارد	مقدار p
میانگین سن بیماران	۴۹/۹±۱۰/۸	۴۸±۱۳/۴	۰/۳
بیماران پره منوپوز	۴۲/۳±۵/۹	۳۸/۸±۶/۵	۰/۰۷
اندازه تومور	۲/۷±۱	۲/۷±۱/۱	۰/۸
تعداد لنف نود	۱۷/۷±۲/۶	۴/۱±۴	۰/۰۰۵
عمل BCS	۱۰۱	۸	۰/۱
عمل MRM	۱۰۹	۲۴	
گیرنده استروژن مثبت	۱۲۷ (٪۹۰/۱)	۱۴ (٪۹/۹)	۰/۲
گیرنده استروژن منفی	۷۴ (٪۸۵/۱)	۱۳ (٪۱۴/۹)	
گیرنده پروژسترون مثبت	۱۰۶ (٪۹۱/۴)	۱۰ (٪۸/۶)	۰/۱
گیرنده پروژسترون منفی	۹۵ (٪۸۴/۸)	۱۷ (٪۱۵/۲)	
Her2neu مثبت	۶۰ (٪۸۸/۲)	۸ (٪۱۱/۸)	۰/۵
Her2neu منفی	۷۴ (٪۹۱/۴)	۷ (٪۸/۶)	
p53 مثبت	۵۱ (٪۹۱/۱)	۵ (٪۸/۹)	۰/۴
p53 منفی	۹۲ (٪۸۶/۸)	۱۴ (٪۱۳/۲)	
درگیری عروقی مثبت	۶۲ (٪۸۷/۳)	۹ (٪۱۲/۷)	۰/۱
درگیری عروقی منفی	۱۰۱ (٪۹۳/۵)	۷ (٪۶/۵)	
درگیری عصبی مثبت	۴۳ (٪۹۱/۵)	۴ (٪۸/۵)	۰/۸
درگیری عصبی منفی	۱۰۹ (٪۹۲/۴)	۹ (٪۷/۶)	
داکتال	۱۹۶ (٪۸۶/۳)	۳۱ (٪۱۳/۷)	۰/۴
لوبولار	۱۴ (٪۹۳/۳)	۱ (٪۶/۷)	

استخوان (با ۱۴ مورد) شایع‌ترین مکان از نظر محل متاستاز بود. طی مطالعه، ۲۰۸ بیمار (۸۹/۲٪) در قید حیات و ۲۵ بیمار (۱۰/۸٪) فوت شده بودند. میانگین سنی بیماران فوت‌شده ۵۱/۷±۱۳/۴ و بیماران در قید حیات ۴۹/۶±۱۰/۸ سال بود ($p=0/03$). در بیماران BCS، ۱۰ بیمار (۹/۳٪) و در گروه MRM، ۱۵ بیمار (۱۱/۹٪) فوت نموده بودند ($p=0/05$). میزان بقای بیماران در ۱، ۳ و ۵ سال به ترتیب ۱۰۰، ۹۴ و ۸۹٪ گزارش شد. میانگین بقای بیماران در گروه BCS طی ۱، ۳ و ۵ سال پس از عمل به ترتیب ۱۰۰، ۹۳ و ۹۰٪ و در گروه MRM، ۱۰۰، ۹۴ و ۸۹٪ بود ($p=0/07$).

در مرحله پیگیری بیماران که در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت، اطلاعات به‌دست‌آمده بررسی شد. مدت زمان پیگیری بیماران ۳/۹±۲/۶ سال (حداقل ۱ و حداکثر ۱۰ سال) بود. ۷ بیمار دچار عود پس از جراحی شده بودند که در گروه BCS، ۳ مورد (۲/۸٪) و در گروه MRM، ۴ مورد (۳/۲٪) گزارش شد ($p=0/08$). از نظر وضعیت عود ناحیه‌ای در بیماران، وضعیت ۱۲ بیمار نامشخص بود ولی در بقیه بیماران، ارتباط متغیرهای مختلف با عود مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی بیماران بدون عود ۴۸/۲±۱۰ و در بیماران با عود ۵۲±۱۵/۶ سال بود ($p=0/06$).

میانگین اندازه تومور در بیماران بدون عود پس از عمل ۲/۷±۱/۱ و در بیماران عود کرده ۲/۹±۰/۹ سانتی‌متر بود ($p=0/06$). میانگین تعداد عقده‌های لنفاوی درگیر در بیماران بدون عود ۱/۹±۲/۷ و در بیماران دارای عود ۲±۲/۶ بود ($p=0/09$). میانگین دوز رادیوتراپی دریافتی پس از جراحی در بیماران بدون عود ۴۷۰۲±۴۲۳/۸ و در بیماران دچار عود ۵۰۰۰ گراد بود ($p=0/03$). در بررسی ارتباط بین گیرنده‌ها، بیومارکرها و نوع پاتولوژی در بیماران با و بدون عود، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۲).

جدول ۲) مقایسه گیرنده‌ها، جهش‌های ژنی و نوع پاتولوژی بین بیماران با یا بدون عود

متغیر ↓ عود ←	بدون عود	دچار عود	مقدار p
گیرنده استروژن مثبت	۱۳۱ (٪۹۷)	۴ (٪۳)	۰/۸
گیرنده استروژن منفی	۸۱ (٪۹۷/۶)	۲ (٪۲/۴)	
گیرنده پروژسترون مثبت	۱۰۹ (٪۹۸/۲)	۲ (٪۱/۸)	۰/۳
گیرنده پروژسترون منفی	۱۰۳ (٪۹۶/۳)	۴ (٪۳/۷)	
Her2neu مثبت	۶۳ (٪۹۶/۹)	۲ (٪۳/۱)	۰/۷
Her2neu منفی	۷۳ (٪۹۶/۱)	۳ (٪۳/۹)	
p53 مثبت	۵۲ (٪۹۸/۱)	۱ (٪۱/۹)	۰/۹
p53 منفی	۱۰۰ (٪۹۸)	۲ (٪۲)	
درگیری عروقی مثبت	۱۰۲ (٪۶۲/۲)	۴ (٪۶۶/۷)	۰/۸
درگیری عروقی منفی	۶۲ (٪۳۷/۸)	۲ (٪۳۳/۳)	
درگیری عصبی مثبت	۱۱۰ (٪۷۲/۸)	۴ (٪۶۶/۷)	۰/۷
درگیری عصبی منفی	۴۱ (٪۲۷/۲)	۲ (٪۳۳/۳)	
داکتال	۲۰۹ (٪۹۳/۷)	۶ (٪۸۵/۷)	۰/۳
لوبولار	۱۴ (٪۶/۳)	۱ (٪۱۴/۳)	

بحث

امروزه انجام جراحی‌های با تهاجم کمتر و حفظ عضو در همه نقاط بدن مطرح است. این مطالعه هر چند در نحوه انتخاب نوع عمل نقشی نداشت ولی نشان داد که بین انتخاب بیماران در مرحله‌های I و II بالینی و نوع روش جراحی اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p=0/001$). به عبارت دیگر، بین مشخصات بالینی اندازه تومور ($p=0/001$) و تعداد عقده لنفاوی ($p=0/006$) و انتخاب یکی از دو روش جراحی اختلاف معنی‌داری وجود دارد. یعنی، بیماران در مرحله I بالینی، بیشتر تحت انجام BCS قرار گرفتند که به نظر می‌رسد سلیقه جراح در انجام BCS با توجه به کوچک‌تر بودن تومور و عدم درگیری عقده‌های لنفاوی تأثیرگذار بوده است. در مطالعه دوش و همکاران نیز اندازه تومور و وضعیت غده‌های لنفاوی در انتخاب روش جراحی نقش داشت [۱۰].

در این مطالعه، عود ناحیه‌ای سرطان پستان در مرحله I و II بالینی بین دو روش جراحی BCS و MRM اختلاف معنی‌داری نداشت ($p=0/8$). این یافته مشابه با دیگر تحقیقات انجام‌شده توسط سیگ لتاری و رایتر است و آنها نیز به این نکته اشاره کرده‌اند [۱، ۲، ۳، ۴، ۱۱].

تأثیر وجود گیرنده‌های استروژن- پروژسترون، بیومارکرهای Her2neu و p53، نوع پاتولوژی، درگیری عروقی- عصبی از نظر پاتولوژیک و وضعیت منارک بر عود مورد بررسی قرار گرفت که هیچ‌کدام دارای اختلاف معنی‌داری نبودند. این یافته هر چند مشابه مطالعه سوئسون و همکاران است [۶]، ولی با مطالعات هس و سیلوسترینی و مگ مغایرت دارد [۷، ۸، ۱۲]. یکی از دلایل عدم وجود ارتباط عوامل فوق با عود بیماری می‌تواند کمتر بودن تعداد آزمایشات انجام‌شده یا کمتر بودن زمان پیگیری‌ها باشد.

در زمینه وجود متاستاز، در مطالعه حاضر تعداد متاستازها در گروه MRM بیشتر و دارای اختلاف معنی‌دار است ($p=0/001$) که این یافته مغایر با برخی مطالعات دیگر [۱، ۲، ۳] و علت آن نامشخص است. شاید به این دلیل که بیماران با اندازه تومور بزرگ‌تر و درگیری عقده‌های لنفاوی بیشتر در گروه MRM شیوع بیشتری داشتند و مرحله بالینی آنها بالاتر بود؛ هرچند از میان عوامل مرتبط با متاستاز در این مطالعه فقط تعداد عقده‌های لنفاوی درگیر دارای اختلاف معنی‌دار بود که در یکی از منابع معتبر نیز به آن اشاره شده است [۱]. میزان متاستاز با متغیرهای دیگر شامل گیرنده‌ها و بیومارکرها اختلاف معنی‌دار نداشت

که این یافته برخلاف مطالعات سیلوسترینی و هس است [۷، ۸]. عدم وجود اختلاف معنی‌دار شاید به دلیل کم بودن نمونه‌ها باشد و در آینده بتوان با افزایش تعداد نمونه‌ها و افزایش پیگیری‌ها این مسأله را مورد بررسی دقیق‌تر قرار داد.

از مهم‌ترین مسائلی که باعث نگرانی بیمار، خانواده وی و جراح معالج است میزان بقای بیماران بعد از عمل جراحی است. در این مطالعه بین میزان بقای دو گروه MRM و BCS اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($p=0/5$) که این امر با سایر مطالعات همخوان است [۱، ۲، ۳، ۵، ۱۱، ۱۳]. بنابراین با توجه به یافته‌های فوق و با استناد به مطالعات متعدد می‌توان این نگرانی را بی‌مورد دانست. در مطالعه حاضر، از عوامل پیش‌بین بر بقا، تنها درگیری عقده‌های لنفاوی به‌عنوان عامل پیش‌بین مطرح شد که با سایر مطالعات مطابقت دارد [۱، ۶، ۱۴]. البته در سایر مطالعات عوامل دیگری مانند p53، استروژن و پروژسترون بر مرگ تأثیرگذار بودند [۷، ۸] ولی در مطالعه حاضر اطلاعات کاملی از آنها به‌دست نیامد.

نتیجه‌گیری

اعمال جراحی BCS و MRM با رعایت شرایط و ضوابط علمی و دسترسی به امکانات لازم، برای مرحله‌های I و II سرطان پستان قابل انجام هستند و نتایج تقریباً یکسانی دارند. انجام BCS بر عود موضعی، متاستاز و میزان بقای اثر سوء ندارد و در صورت تمایل بیمار و آماده بودن شرایط لازم و دسترسی به رادیوتراپی می‌توان این روش را انجام داد تا با حفظ پستان، فرد کمتر دچار استرس و افسردگی شود و کیفیت زندگی بیمار ارتقاء یابد.

منابع

- 1- Brancadi F, Chales A, Dana K, Biliary R, Schwartz S. Principle of surgery. 8th ed. New York: McGraw-Hill, Medical Publishing Division; 2005.
- 2- Tewsand M, Neauchamp R, Daniel SB, Matto X, Kenneth L. Sabiston text book of surgery. 17th ed. Amsterdam: Elsevier; 2004.
- 3- Rayter Z, Gazet JC, ford HT, Easton DF, Commbes RC. Comparison of conservative surgery and radiotherapy with mastectomy in the treatment of early breast cancer. Eur J Surg Oncol. 1990;16(6):486-92.
- 4- Singletary SE, Parekh L, Bland KI. Treatment trend in early-stage invasive lobular carcinoma. Ann Surg. 2005;242(2):281-9.

- 10- Desch CE, Penberthy LT. Breast tumor recurrence after breast conservation therapy outcome of salvage mastectomy salvage breast. *Int Radio Oncol Biophys*. 2005 nov;1963(3):1845-53.
- 11- Di GH, Wu J, Yu KD, Lu JS, Shen KW, Shen ZZ, et al. Surgical management of early breast cancer *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi*. 2007 Jan;29(1):62-5.
- 12- Magge B, Swindell R, Harris M, Banerjee SS. Prognostic factors for breast recurrence after cancer votives breast surgery and radiotherapy result from a randomized trial. *Ann Surf*. 2000 Jun;88(12):2739-5.
- 13- Yang MT, Rong TH, Huang ZF, Zeng CG, Long H, Fu JH, et al. Clinical analysis of respectable breast cancer: A report of 6263 cases. *Ai Zheng*. 2005 Mar;24(3):327-31.
- 14- Raina V, Bhutani M, Bedi R, Sharma A, Deo SV, Shukla NK, et al. Clinical features and prognostic factors of early breast cancer at a major cancer center in North India. *Indian J Cancer*. 2005 Jan;42(1):40-5.
- 5- Yu KD, Di GH, Wu J, Lu JS, Shen KW, Shen ZZ, et al. Development and trends of surgical modalities for breast cancer in China: A review of 16-year data. *Ann Surg Oncol*. 2007 Sep;14(9):2502-9.
- 6- Swenson KK, Decher L, Haselow R, Forrell JB, Sperduto PW. Prognostic factor after conservative surgery and radiation therapy for early stage breast cancer. *Am J Clin Oncol*. 1998 Apr;21(2):111-6.
- 7- Hess KR, Puztai L, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Estrogen receptors and distinct patterns of breast cancer relapse. *Annal Oncol*. 2001;12(1):23-8.
- 8- Silvestrini R, Daidone MG, Benini E, Faranda A, Tomasic G, Boracchi P, et al. Validation of p53 accumulation as a predictor of distant metastasis at 10 years of follow-up in 1400 node-negative breast cancers. *Clin Cancer Res*. 1996;2(12):2007-13.
- 9- Monteiro-Grillo I, Marques-Vidal P, Jorge M. Psychosocial effect of mastectomy versus conservative surgery in patients with early breast cancer. *Clin Transl Oncol*. 2005 Dec;7(11):499-503.