

نگرشی بر موضوعات بحث انگیز

*دکتر محمداسماعیل اکبری

فوق تخصص جراحی سرطان استادانگاه تهران

درمان بیماران مبتلا به کانسر پستان متاستاتیک

دستورالعمل مراقبتهای مدیریت شده (= Manage Care)

۳- در رده سوم هورمون درمانی از Megestrol acetate استفاده می شود.

۴- در بیمارانیکه در طی یکسال گذشته تحت هورمون درمانی نبوده اند ، از تاموکسی فن همراه با یا بدون آگونسیست LHRH استفاده می شود.

دوران پس از یائسگی:

۱- رده اول هورمون درمانی تاموکسی فن می باشد.

۲- در صورتیکه بیماران طی یکسال گذشته تحت هورمون درمانی بوده اند ، جهت رده دوم هورمون درمانی از مهار کننده های آروماتاز مثل لتروزول (Letrozole) یا آناستروزول (Anastrozole) استفاده می شود.

۳- در رده سوم هورمون درمانی از Megestrol acetate استفاده می شود.

۴- در بیمارانی که طی یکسال گذشته هورمون درمانی نگرفته اند ، از تاموکسی فن ، آناستروزول یا لتروزول استفاده می شود.

- در هر دو گروه قبل و بعد از یائسگی در صورت پاسخ به هورمون درمانی یا

با توجه به وضعیت یائسگی بیمار (قبل از یائسگی ، پس از یائسگی) و وجود یا عدم وجود رسپتورهای استروژنی و پروژسترونی نسبت به شیوه درمانی تصمیم گیری می شود.

الف: در بیماران رسپتورهای مثبت استروژنی ، رسپتورهای مثبت پروژسترونی ، بیماران با متاستاز استخوانی به تنهایی ، متاستاز بافت نرم و یا متاستاز احشایی بدون علامت به شیوه زیر اقدام می شود.

دوران قبل از یائسگی :

۱- رده اول هورمون درمانی تاموکسی فن می باشد.(طبق نظر پزشک متخصص و با توجه به شرایط بیمار در این مرحله از اوفروکتومی نیز می توان استفاده نمود و یا همراه با هم زیرا که پاسخ به تاموکسی فن و اوفروکتومی یکسان است.

۲- در صورتیکه بیماران طی یکسال گذشته تحت هورمون درمانی بوده اند ، رده دوم هورمون درمانی انجام می شود که اوفروکتومی (به روش طبسی ، جراحی، رادیوتراپی) است. جهت اوفروکتومی طبسی می توان داورى Zaladex را ماهیانه برای ۶ ماه تجویز نمود.

۲- در بیمارانی که HER مثبت باشد از هرسپتین همراه با یا بدون کموتراپی استفاده می شود.

ج: متاستازها

در تمام موارد با توجه به وضعیت فیزیکی و جسمی بیمار و آمادگی جسمی او از نظر شرایط تغذیه ای و دارویی، اقتصادی، اجتماعی و روحی روانی توسط متخصص مربوطه جهت انجام بهترین درمان لازم انتخاب صورت می گیرد.

متاستاز استخوانی:

در بیمارانی با متاستازهای استخوانی یا ضایعات لیتیک از بی فسفونات ها برای کاهش عوارض استخوانی (شکستگی، فشار روی نخاع و ...) و کاهش درد استفاده می شود که نقش موثری در تسکین و درمان متاستازهای استخوانی دارند.

سایر درمانها برای کنترل عوارض ناشی از متاستاز شامل موارد زیر می باشد:

۱- رادیوتراپی اکسترنال

۲- استفاده از رادیوداروها مثل متاسترون

۳- جراحی

متاستاز ریوی و پلورال:

- در ضایعه ریوی منفرد و بدون سایر متاستازها در صورت تحمل بیمار و امکان انجام از جراحی استفاده می شود که در هر مورد توسط متخصص مربوطه تصمیم گیری می شود.

- در ضایعات منتشر ریوی از شیمی درمانی سیستمیک استفاده می شود.

- در صورت وجود گرفتاری پلور و Pleural Effusion درمان توسط Chest tube با اسکروتراپی و با همراهی

ثابت ماندن بیماری تحت هورمون درمانی، درمان تا پیشرفت بیماری ادامه می یابد. در صورت پدیدار شدن علائم پیشرفت بیماری رده دوم هورمون درمانی انجام می شود. در صورت عدم پاسخ بعد از ۲ نوبت هورمون درمانی بیمار کاندید کموتراپی می شود.

ب: در بیمارانی با وجود یکی از شرایط زیر:

رسپتورهای منفی استروژنی، رسپتورهای منفی پروژسترونی، متاستاز احشایی پیش رفته و علامت دار و یا تهدید کننده حیات بیمار، بیماران مقاوم به هورمون درمانی، HER بررسی می شود

۱- در بیمارانی که HER منفی باشد، کموتراپی صورت می گیرد.

- رژیم رده اول کموتراپی در بیمارانی که قبلاً آدریاماسین دریافت نکرده اند، CMF

(Cyclophosphamide, Methotrexate, 5-fluorouracil) یا رژیم های حاوی آدریاماسین، چند دارویی یا تک دارویی می باشد.

- رژیم رده اول کموتراپی در بیمارانی که قبلاً آدریاماسین دریافت کرده اند، Taxan, CMF چند دارویی یا تک دارویی می باشد.

- توجه شود که برتری رژیم های تک دارویی بر چند دارویی ثابت نشده است و از طرفی با وجود بیشتر بودن عوارض رژیم های چند دارویی در حال حاضر به علت بالا بودن پاسخ بیماران در بیمارانی که جهت شیمی درمانی انتخاب می شوند رژیم چند دارویی ارجح تر می باشد.

اگر پس از جراحی مشخص شود که بیمار متاستاز لنفاتیک دو طرفه سوپر اکلاویکولار یا غده اگزیلاری طرف مقابل دارد و بیمار نیز قبلاً رادیوتراپی دریافت کرده باشد، تحت درمان رادیوتراپی و کموتراپی با هم قرار می‌گیرد. درمان انتخابی در این مرحله داروهای خط دوم می‌باشند.

ضایعات منتشر پوستی:

در بیماران با متاستازهای منتشر پوستی درمانهای هورمونی اغلب توصیه می‌شود. خط دوم کموتراپی در صورت نیاز اضافه می‌شود بسته به شرایط بیمار رادیوتراپی از روش‌های قابل استفاده است.

د: نکات

- آزمایشات روتینی که قبل از شروع شیمی درمانی جهت تمام بیماران باید انجام شوند شامل:

LFT, FBS, BUN, PLT, CBC

الکترولیت‌ها به خصوص Chest X- Ray , ca

به دنبال آزمایشات فوق، قبل از انجام هر دوره بعدی شیمی درمانی فقط تکرار بررسی PLT, CBC کافی می‌باشد.

افرادی که آخرین قاعدگی آنها در فاصله کمتر از یکسال اخیر بوده است در گروه بیماران پره منوپوز قرار می‌گیرند.

کموتراپی سیستمیک صورت گرفته که رژیم انتخابی حاوی آنتراسیکلین در کسانی که قبلاً آن را دریافت نکرده اند است و سپس Taxen می‌باشد سایر رژیم‌های دارویی جدید در صورت دسترس بودن نیز می‌تواند استفاده شود. متاستاز کبدی:

درمان انتخابی کموتراپی سیستمیک با آنتراسیکلین و Taxen است سایر رژیم‌های دارویی جدید در صورت دسترس بودن نیز می‌تواند استفاده شود. متاستاز پریتونئال:

پس از اثبات درگیری پرتوئن توسط بررسی‌های سیتولوژیک، کم‌تراپی داخل پریتون انجام می‌شود. برای آسیت‌های بدخیم داروهای انتخابی شامل Taxen, Doxorubicin, Cisplatin, Mitoxantron, 5-FU هستند.

متاستاز مغزی:

- در درمان متاستازهای مغزی قدم اول تجویز دگزامتازون است. درمان انتخابی جهت این بیماران رادیوتراپی اکسترنال است. که در بعضی موارد موثر می‌باشد. در موارد متاستاز مغزی منفرد درمان جراحی‌نی-ز از روش‌های قابل انجام است.

متاستاز لنفاتیک:

* آدرس: تهران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - دفتر معاون سلامت

References:

- 1- National Guide Line Clearinghouse- Breast Cancer . A national Clinical guideline. [www. Guideline . gov](http://www.Guideline.gov)
- 2- Haghghat sh , Harirchi I , Kaviani A , Breast management A Guideline on Common Disease-by Nashr Gigad 2002
- 3- Scottish intercolligate Guidelines Net work – Breast cancer in women , Metastatic disease. www. Sign.ac.uk

۴- نامه انجمن علمی رادیوتراپوتیک انکولوژی ایران به شماره ۸۲/۶۴۸ مورخ ۸۲/۱۰/۱۳

۵- نامه انجمن هماتولوژی و انکولوژی ایران به شماره ۱۰۳۲ مورخ ۸۲/۱۱/۶