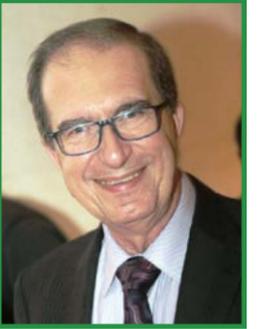


سرطان الثدي: تطوّر طرق التشخيص والعلاج



البروفسور غيب جهشان
أستاذ جراحة الأورام، كلية الطب -
جامعة القديس يوسف
المدير الطبي في مستشفى
أوتيل ديو دو فرانس - بيروت

المقدمة

يحتلّ سرطان الثدي الموقع الأول من حيث نسبة الحدوث في معظم دول العالم النامي. لكنّه أيضاً يتقدّم العديد من الأمراض في نسب خطوريته لأنه ما زال يسبّب أعداداً وافرة من الوفيات، ويهرق الإقتصادات الوطنية بسبب ارتفاع كلفة التشخيص والعلاج. لكننا نعتبره مرضاً يستطيع الطب أن يقضي عليه إن تمّ تشخيصه باكراً. بالرغم من كونه علّة خطيرة وميتة في حال تباطأت المريضة في مراجعة الطبيب أو أهمل الأخير إكتشافه باكراً وتشخيصه وعلاجه الصحيح.

يصيب هذا المرض المرأة بشكل خاص. لكنّه يطال الرجل أيضاً بنسبة تقدر بواحد في المئة. أما عند المرأة، فهو نادر الظهور قبل سن الثلاثين، وتزداد نسبه في ما بعد ليصل الذروة في سن الستين. بعد الطمث. أعراضه الأولى قليلة، وتتلخّص أساساً في كتلة تشعر المرأة بها أو خسها في ثديها. وغالباً ما يُكتشف المرض عرضياً في الصورة الشعاعية التي يطلبها الطبيب قاصداً الإكتشاف المبكر للمرض. من هنا، أتت التوصيات بإخضاع المرأة لهذه الصورة دورياً بهدف إجتناث المرض في أوائله. ولا تكفي محاولة الإكتشاف الباكر للمرض لتؤمن بذاتها شفاء المريضة. بل يستعين الطب بطرق تشخيص جديدة ومتقدمة لتحسين الإداء وتصويب التشخيص والعلاج ورفع نسب النجاح والشفاء.

تنجح العلاجات الجراحية غالباً في القضاء على سرطان الثدي. وتأمين الشفاء للمرأة المصابة بهذه المرض. لكن ذلك يشترط الإكتشاف المبكر للسرطان. وإختيار الطريقة الجراحية الأفضل. تبلغ نسب الشفاء من المرض بواسطة الجراحة ما لا يقلّ عن خمسين بالمئة. وتبقى نسبة الخمسين بالمئة الباقية رهناً بتطوّر الوسائل الجراحية أو اعتماد طرق علاج أخرى غير جراحية.

تطوّر طرق التشخيص

الإشارات السريرية: على المرأة أولاً الإنتباه الى أيّ عارض يمكن أن يكون إشارة لوجود ورم في الثدي. ومن هذه العوارض الإحساس بكتلة ورمية غير طبيعية داخل الثدي (٧٣٪ بالمئة من أولى عوارض المرض). أو تغيير في شكل الثدي الخارجي أو سيلان لسائل دمويّ اللون من الحلمة. أو التهاب غير مبرر يغطي جزءاً من الثدي أو كلّه. كلّ عارض من هذه العوارض يفرض إستشارة الطبيب الذي يركن حينئذٍ الى فحص سريريّ دقيق والى الأمر بالفحص التصويري المناسب.

على الطبيب أن ينفذ فحصاً سريرياً كاملاً للثدي. بهدف إكتشاف الورم في أيّ من مناطق الثدي المختلفة. مع الإنتباه الى منطقة الوسط أي الحلمة أو الى المنطقة السفلى. ويقصد الفحص السريريّ تحديد صفات الورم كلّها كالحجم والحركة داخل الثدي والإلتصاق بالجلد أو الحلمة ووجود كتلة لمفاوية في الإبط الخ...

التصوير الشعاعي التقليدي: ويستعين الطبيب دوماً بالصورة الشعاعية (mammogram) التي تلتقط في ثلاث إجاهات (incidences) لتكتشف أكبر نسبة من الأورام الصغيرة وتحدّد كامل مواصفات الكتلة الورمية. ومن أبرز مستجدّات التشخيص الشعاعي للورم الثديي. اعتماد الدرجات الخمس التي تبنتها الجمعية الأميركية للتصوير الشعاعي (American College of Radiology) والتي تسمح للطبيب بتقدير احتمال وجود ورم خبيث في الثدي. ويطلب الطبيب غالباً صورة صوتية للثدي (échographie or ultrasound) ليكمل المعلومات التي هو بحاجة إليها للتشخيص الدقيق للعلّة. ومن فوائد التصوير الصوتي بحد ذاته، دوره البارز في إستكشاف الأورام عند المرأة الشابة أو في الثدي كثيف الأنسجة.

وتلعب هذه الوسيلة التشخيصية (mammogram with or without ultrasound) دوراً كبيراً في حملات الإستكشاف المبكر لسرطان الثدي. حيث توجه المرأة الى قسم الأشعة للخضوع لتصوير مبسّط للثدي يهدف الى اكتشاف الإشارات الأولى للسرطان. وهي وجود تكلسات دقيقة أو ظهور ورم صغير يأخذ شكل جوم مشع. إن إكتشاف السرطان المبكر بهذه الشكل وقبل الشعور به سريريا يؤدي في معظم الأحيان الى شفاء تقترّب نسبه من مئة بالمئة بعد الإستئصال الصحيح له. وينصح الطبّ بالبدء بحملات الكشف المبكر لسرطان الثدي عند النساء اللواتي بلقن سن الأربعين. وتكرار هذا التصوير الوقائي كلّ عام أو عامين.

الجديد في الإستكشاف التصويري: ويجدر هنا لفت الإنتباه التي تطوّرات هامة في تقنيات التصوير الشعاعي، الذي إستعان في السنوات الأخيرة بالتقنية المعلوماتية فصار رقمياً (digitalisé) وثلاثي الأبعاد. وأخذ يقبس مطاطية الورم ليخصّ احتمال وجود خول سرطانيّ

داخله (élastographie).

إن حملات الكشف المبكر وإنتباه المرأة المتزايد لإشارات هذه المرض أدت الى إكتشاف الأورام الصغيرة بنسب متزايدة والى إنخفاض نسب الأورام الكبيرة المتقدمة. ويعني هذا الواقع الجديد أنّ الجراحة المحافظة للثدي أخذت حلّ مكان الجراحة الجذرية. لكن إختيار الجراحة المحافظة يحتمّ التأكد مسبقاً من خلو الثدي من أورام أخرى متناهية الصغر ومن كون الورم الأساسي محصوراً في مكان واحد وذا حدود واضحة المعالم. من هنا، أتت الحاجة الى صور الرنين المغناطيسيّ (IRM) التي يفترض تنفيذها قبل إجراء العمل الجراحيّ.

أظهرت الإحصاءات أنّ نتائج صورة الرنين المغناطيسيّ تعدّل الخيار الجراحي بنسب عالية تصل الى عشرين بالمئة. ومن الضروريّ طمأنة المرأة بأنّ الرنين المغناطيسيّ لا يعرضها الى ضرر يسببه الإشعاع التصويري. لأنّ الرنين خال منه تماماً.

ومن أبرز مستجدّات التشخيص المعاصر للأورام التصوير البيوزتروني المضاف الى التصوير الطبقي (PET CT Scan) الذي يستعمل الآن للبحث عن الإنتقالات الثانوية للمرض الى أعضاء أخرى. إن هذه الوسيلة أضافت بعداً جديداً وهاماً للتشخيص قبل بداية العلاج. لأنها تحدّد باكراً درجة إنتشار المرض. وتساعد مباشرة في إختيار العلاج الأنسب والأجدي للورم السرطاني. لكن إضافة هذه الوسيلة التشخيصية كما غيرها من الوسائل التقنية العالية الكلفة تطرح تساؤلات كثيرة عن الأعباء المالية المتزايدة التي يفرضها علاج مرض السرطان والتي ترهق إقتصاد المجتمع وإقتصاد الأفراد. لذلك تفرض الأنظمة الصحية في معظم البلدان قيوداً على الإستعانة بهذه الوسائل. مشترطة وجود إشارات عالية عن احتمال وجود مرض خبيث قبل اللجوء الى هذه الوسائل.

التشخيص الخليوي والنسجي: ولا يستقيم تشخيص ورم في الثدي دون اللجوء الإلزامي الى الفحص الخليوي والنسجيّ الذي يؤكّد وجود السرطان ويحدّد نوعه ودرجته وإرتباطه بالمؤثرات الهرمونية والجينية. وفرت الآراء حالياً على الحاجة الى خزعة نسيجية يتم الحصول عليها بواسطة إبرة غليظة (trucut) تسمح بالتأكد من تسلل الورم الى الطبقات السفلى من الأنسجة. وتحديد درجة عدائيته وخطورته. أما الفحص الخليوي الحاصل بإستخراج خلايا دون أنسجة بواسطة الإبر النحيفة (Fine needle aspiration) فلم يعد مطلوباً إلا في حالات نادرة. وكذلك اللجوء الى الجراحة بهدف تشخيص نوعية الورم فيعتبر اليوم خطأ فادحاً إلا في حالات خاصة لا تفيد فيها الخزعة الإبرية. وفي خلاصة الأمر تقتصر اليوم الجراحة على الأهداف العلاجية دون الأهداف التشخيصية.

طبقات المرض السريرية: وفي نهاية المسار التشخيصي، يصبح ممكناً تحديد درجة إنتشار الورم السرطانيّ بحسب التصنيف الدوليّ TNM بحيث يحلّ المرض في إحدى الطبقات الأربعة. وهي:

- الطبقة الأولى. يكون فيها المرض صغيراً ومحصوراً في الثدي. ولا يتعدى حجمه السنتمترين
- الطبقة الثانية. يكون المرض فيها محصوراً في الثدي أو في العقّد اللمفاوية الأبطية. ولا يعتبر متقدماً

- الطبقة الثالثة. وفيها يكون الورم متقدماً في الثدي أو في الإبط. أو في كليهما. كوصول السرطان الى الجلد أو الى الحلمة. أو كوجود غدي لمفاوية إبطية ثابتة ولاصقة
- الطبقة الرابعة وهي تمثّل الحالات الورمية المنتشرة في أعضاء أخرى من الجسد.

يلعب هذا التصنيف دوراً كبيراً في تخطيط العلاج الذي يختاره الطبيب للمرأة المصابة بسرطان الثدي. إذ لكل طبقة علاج خاص بها يؤمن أفضل النتائج. ويعيد الطبّ غالباً النظر في الطبقة السريرية التي حددها للسرطان المُشخص بعد تنفيذ العلاج الجراحيّ أو الكيميائي.

بهدف تصحيح المسار أو إستكماله.

الإستشارات الوراثية: تبلغ نسبة السرطان الوراثي ما بين ٥٪ و ١٠٪ في المجتمعات النامية. وتتسبب بظهور السرطان في سن مبكرة. ويترافق سرطان الثدي الوراثي مع سرطان المبيض وسرطانات أخرى مختلفة. أتت الأبحاث العلمية إكتشاف بعض التحوّلات الجينية التي تتسبب بظهور سرطان الثدي الوراثي. وأبرز الجينات المؤثرة في ظهور السرطان الوراثي وأكثرها شيوعاً الجينتان BRCA1 و BRCA2 اللتين تتحوّلان من عناصر مكافحة لظهور السرطان عند المرأة الصحيحة الى عناصر مسهّلة لنشوئه عند المرأة المصابة بالتحوّل الجيني. وينصح حالياً بالبحث عن هذه الجينات المتحوّلة عند النساء الشابات المصابات بسرطان الثدي وعند أقاربهنّ من النساء. أما علاج النسوة اللواتي يحولن هذه التحوّلات الجينية فيتميز بإستئصال الثديين وقائياً وإستئصال المبيضين باكراً بعد الإيجاب. والإفادة من دواء التموكسفين الذي سيرد إسمه لاحقاً.

التوقيع الجيني: تبين أخيراً بأنّه يمكن قياس مخاطر عودة المرض الى الظهور بعد علاجه بالبحث عن تحولات جينية تشير الى هذه المخاطر. وقد تطوّرت أخيراً فحوصات تشمل عدداً كبيراً من الجينات التي قد تكون متحوّلة. وتدعى نتيجة هذه الفحوصات التوقيع الجيني الذي يقدر بالأرقام احتمال تكرار المرض. وتحديد الحاجة الى العلاج الكيميائي. ويعتقد بأن المستقبل سيزيد من إمكانيات إستعمال هذه الوسائل في التشخيص السرطانيّ وفي تحديد المسارات العلاجية التي ستحوّل الى خيارات شخصية.

تطوّر العلاج

الرؤيا المتعدّدة الإختصاصات: حدّد الطبقة السريرية التي وصلها الورم السرطانيّ وسائل العلاج الفضلى. لكنّ الطبّ الحديث يشترط أن يجتمع الأطباء من إختصاصات مختلفة ومتكاملة في العناية بالمرضى في حلقة واحدة ليناقشوا الحالة المرضية في سائر تفاصيلها. ويتطلعوا على كافة المعطيات والنتائج التشخيصية. ويتبادلوا الآراء ويتحاووا فيما بينهم ليقرروا الخطوات التشخيصية والعلاجية الأصح. وتسمى هذه الطريقة العلاجية multidisciplinary approach. ويعتقد كثيرون أنّ العناية بالمرضى تكون الأمثل متى تمت في مراكز إستشفائية خاصة

بالسرطان. كما هي الحال في معظم المجتمعات المتقدمة.

الجراحة: تبقى الجراحة حتى اليوم أفضل علاجات سرطان الثدي وأكثرها فعاليةً. وهي المسؤولةُ بشكلٍ مطلقٍ عن شفاء ٥٠ بالمئة من الذين يُشَقَّون بين المرضى المصابين بسرطان الثدي. وجراحة سرطان الثدي على نوعين: الجراحة المحافظة. والجراحة الإستئصالية للعضو. وتنصُ الجراحةُ المحافظةُ على إستئصال الورم وما يُحيطُ به من أنسجةٍ صحيحةٍ دون إستئصال كامل الثدي. وتُستعملُ هذه الطريقةُ متى كان الورمُ صغيراً ومحصوراً بمنطقةٍ محدودٍ من الثدي. ويُصطلحُ كلاسيكياً على إعتبار الورم صغيراً متى كان حجمه لا يتعدى الثلاث سنتيمترات. ويُصطلحُ على إعتباره محصوراً بعد التأكُّد من ذلك على صورة الرنين المغناطيسيّ. أما الجراحة الإستئصالية للعضو فتعني التضحيةُ بكامل الثدي. وهي وسيلةٌ مستعملةٌ متى كان السرطان كبيراً أومنتشراً في الغدة الثديية.

غيرَ أن العلاجات الكيميائية الحديثة التي تُستعملُ قبلَ الجراحة عندما يكون الورمُ كبيراً (أي من الطبقتين الثانية والثالثة) قد أدّت مؤخراً إلى تقلُّص حجم عددٍ لا يستهانُ به من هذه الأورام. وكانت لهذه النتائج آثارٌ إيجابيةٌ على الخيار الجراحي. إذ سمحت بإعتماد الجراحة المحافظة في الحالات التي يتقلَّص فيها الورم ويتحوَّلُ الى الطبقة الأولى. وفي حالاتٍ أخرى بقيَ فيها الورمُ في الطبقة الثانية أو الثالثة. إعتمدت الجراحة المحافظة إستعمال أجزاءٍ من أنسجةٍ عضليةٍ وجلدية فُصلت جزئياً من موضعها الأصلي وإستقدمت الى الثدي لتسديد النقص الذي فيه (flap, lambeau). وتأتي هذه الأنسجة من الظهر أو من البطن. وتعيدُ الى الثدي شكله الأصلي. وشكَّلت هذه الطرقُ الجديدةَ نقلةً نوعيةً كبيرةً في الجراحة السرطانية المحافظة. وتدعى Oncoplastic surgery. ويضمُّ العملُ الجراحيُّ غالباً إستئصالاً كاملاً أو إنتقائياً للغدد اللمفاوية المتواجدة في منطقة الإبط. كانَ هذا الإستئصالُ. كلاسيكياً. يشملُ كلَّ أو معظمَ الغدد اللمفاوية. اي بمعنى آخر ١٠ الى ٢٠ غدةً لمفاوية. لكنَّ الدراسات العلمية التي تواترت نتائجها منذ عشرين سنة أشارت الى محدودية الفائدة المرجَّاة من هذه الطريقة الجراحية. فحلَّت مكانها طريقةٌ علاجيةٌ جديدة تقضي بتحديد مكان الغدة الحارسة أولاً ثمَّ بإستئصالها وفحصها نسيجياً. ويبقى الإِجَاهُ غالباً الى إستكمال إستئصال الغدد اللمفاوية متى كانت الغدةُ الحارسة مصابةً بالمرض السرطانيّ. وتعرَّفُ الغدةُ الحارسة بأنها الغدةُ التي تصابُ أولاً متى باشرَ الورمُ بالإنتشار اللمفاويّ خارجَ موضعه الأصليّ. ولإستكشاف الغدة الحارسة. يستعملُ الجراحُ مادةً مشعَّةً أو مادةَ زرقاءِ حُقنَ في الثدي فتنتقل تلقائياً. بعدَ دقائق أو ساعات بحسب نوعية المادة المحقونة. الى الغدة اللمفاوية الحارسة. فيسهلُ إكتشاف الأخيرة جراحياً. ولقد إستفادت نساءٌ كثيراتٌ من تقنية الغدة الحارسة إذ تقلَّصت عندهنَّ مضاعفات جراحة إستئصال كامل الغدد الإبطية. وأهمُّها تورم اليد والذراع.

وتستفيدُ جراحةُ أورام الثدي من تقنيات الجراحة الترميمية. إذ تعمدُ الأخيرة الى ترميم الثدي بطرقٍ مختلفة . ومن أهمُّها إستبدال الثدي بمكوّنٍ إصطناعي يشبههُ في الشكل والحجم. وقد أثبتت كفاءة الدراسات العلمية بأنَّ هذه المكونات لا تُعرِّضُ المريضة الى أيِّ خطر

جدّي. وقد أصبحَ اليومَ شأنعاً ترميمُ الثدي بمختلف الطرق في الوقت نفسه الذي يجري فيه إستئصال الورم والغدد اللمفاوية.

العلاج الشعاعي: وفي الإطار العلاجي الموضوعي ذاته. يأتي العلاجُ بالأشعةُ الذي يهدفُ الى تعقيم الأنسجة من الخلايا السرطانية. يُستعملُ هذا العلاجُ تقليدياً بعد فترةٍ قصيرةٍ من العملية الجراحية. ويهدفُ الى تعقيم الثدي الباقي والغدد اللمفاوية والجدار الصدري من كلِّ الخلايا السرطانية المُحتملُ بقاؤها فيه. يُعطى هذا العلاج على دفعاتٍ يوميةٍ تصلُ الى ثلاثين دفعة. ويبلغُ مقدارُ الأشعة المعطاة ما بين ٥٠ و٦٥ غري (Gray). يُعتبرُ العلاجُ الشعاعي علاجاً إضافياً (adjuvant) للجراحة. إذ يكوملُ الفائدةَ الناجمةَ عنها. ويقلِّصُ احتمالات تكرار المرض في الثدي. وفي تقنية حديثة بزغت في السنوات الأخيرة. يلجأُ بعض مراكز العلاج السرطاني الى علاجٍ بالأشعة أثناء العمل الجراحي: تُدخلُ أثناء العمل الجراحيّ. آلةٌ داخلَ التجويف الجراحي. ويُسلطُ الشعاعُ حولها ليعقِّمُ المنطقة خلالَ دقائق معدودة. يُشترطُ لنجاح هذه الطريقة العلاجية وجودُ غرفةٍ للعمليات مؤهلةٍ لإستقبال آلة الأشعة. وتقابلُ فوائدَ العلاج الشعاعي بعضَ الأضرار المحدودة. كالحرق الظاهر على الجلدِ المعالج. وأوجاعٍ عصبيةٍ تصيبُ الطرفَ الأعلى من الجسم. وورمٍ مائيٍ يضحُّمُ حجمَ الذراع واليد. غيرَ أنَّ هذه الأضرار تقلَّصت نسبها مع تطوُّر آلات العلاج الإشعاعي الحديث.

ويلجأُ بعض مراكز العلاج الشعاعي الى وخِذٍ إير مشعَّةٍ من الإريديوم

داخل الورم السرطاني. ومعالجة الورم بالأشعة مباشرةً دون جراحة.

تُستعملُ هذه الطريقةُ في بعض الأحيان عندما يكون الورمُ كبيراً

والمريضة لا تقبلُ بإستئصال ثديها. غيرَ أنَّ هذه الوسيلة أقلُّ نجاحاً من

الجراحة الإستئصالية.

العلاج الكيميائي: أما العلاجُ الكيميائي الذي أصبحَ رائجاً اليوم في علاج سرطان الثدي فيهدفُ للوقاية من إنتشار المرض منتقلاً الى اعضاءٍ أخرى في الجسم. أو الى محاربة هذه الإنتقالات متى وُجِدت. يُستعملُ العلاجُ الكيميائي بطرقٍ عديدةٍ. منها العلاجُ الذي يسبقُ الجراحة (neoadjuvant) والعلاجُ الذي يلي الجراحة (adjuvant) والعلاجُ المُخصَّصُ للإنتقالات السرطانية.

يستعملُ الأطباءُ العلاجُ الكيميائي قبل الجراحة لأهدافٍ ثلاثة. هي تقليصُ حجم الورم وجعله قابلاً للجراحة المحافظة. وإستباقَ إنتشار المرض خارجَ الثدي أثناء الفترة الجراحية التي قد تطولُ أحياناً. وإمتحانُ الفائدةِ الناجمةِ عن العلاج مع إمكانيةِ إستبدال الدواء بغيره عند الحاجة. تستعملُ في هذه الطريقة. الأدوية الكيميائية نفسها التي يلجأُ إليها الطبيبُ المعالجُ بعد العملية الجراحية. وتُستعملُ هذه الأدويةُ غالباً في ستٍّ أو ثماني حلقاتٍ تفصلُ بينها فتراتٌ من ٢١ يوماً. أما طريقةُ إعطاء العلاج الكيميائي بعد الجراحة فيُقصَدُ بها تطهيرُ جسم المريضة من الخلايا السرطانية منعاً لتكرار المرض في إنتقالاتٍ سرطانيةٍ بعد فترةٍ قصيرةٍ أو طويلةٍ من الزمن. يزدادُ عددُ الأدوية المستعملة في هذه العلاج بإضطرادٍ. وأكثرُ الأدوية إستعمالاً في الوقت الحاضر هي - 5 fluoro-uracile, taxanes, adriamycine cyclophosamide. تضافُ بعضها الى بعضٍ في بروتوكولاتٍ مختلفة.

ولهذه الأدوية مضاعفاتٌ عديدةٌ جعلُ النساءَ متردّاتٍ غالباً في قبولها. لكنَّ هذه العلاجات تقلُّ بقدر هامٍ نسبً تكرار المرض. وترفعُ بقدرٍ أكيدٍ نسبَ الشفاء من السرطان.

يُستعملُ العلاجُ الكيميائي أيضاً لمحاربةِ المرض المتكرِّر والإنتقالات السرطانية. وفي هذه الإطار. يلجأُ الأطباءُ الى عددٍ أكبر من الأدوية الجديدة التي أثبتَ العلمُ بعضَ الفائدةِ من إستعمالها. وقد أطلت العلاجات الكيميائية الحديثةُ من أعمار المرضى بنسبٍ ظاهرةٍ وأكيدة. خصوصاً عندما تضافُ الأدويةُ بعضها الى بعضٍ فيتمُّ إختيارُ الأفضل بينها بعد التجربة.

العلاج الهرموني: وفي إطار العلاجات الفاعلة ضدَّ سرطان الثدي. تأتي الادوية الهرمونية التي تمَّ إكتشافُها باكراً. والتي فعلُ فعلها في السرطانات ذات الإيجابية الهرمونية الأستروجينية (estrogen positive cancers). كانَ دواءُ التموكسفين أولَّ الأدوية المُستعملة ضمن هذه العائلة. وأتى بنتائجٍ إيجابيةٍ قويَّة في هذا النوع من الأورام. ويعودُ سببُ نجاح هذا العلاج الى كون هذا النوع من الأورام ينمو تحت تأثير الأوستروجين. فيأتي التموكسفين ليمنع هذه المادة من الإلتصاق بالخلايا فيتوقَّف نموها. ومن الأدوية الشبيهة بالتموكسفين. دواءُ رلوكسفين ومجموعةٌ أخرى من المواد التي تمنع تأثير الأروماتاز (Aromatase inhibitors) الضروريّ لإنتاج الأستروجين. ويبدو أنَّ هذه الأدوية أكثرَ فعاليةً من التموكسفين. خصوصاً عند النساء اللواتي تحطَّين سنَّ الطمث. يدومُ العلاجُ بالأدوية الهرمونية خمسا الى عشر سنوات. ويقلِّصُ تقليصاً هاماً نسبَ تكرار المرض أو ظهور أورامٍ ثدييَّةٍ جديدة.

وقد بدأ الأطباءُ أخيراً بإستعمال هذه الأدوية الهرمونية قبلَ العملية الجراحية. بعدما نجَّحت نجاحاً كبيراً إثر العملية الجراحية. لكنَّ العلاجُ الهرمونيّ السابقُ للعملية الجراحية يتطلَّبُ وقتاً أطولَ من العلاج الكيميائي ليفعلُ فعله ويقلِّصُ حجمَ الورم السرطاني.

العلاج الهادف: وفي السنوات الأخيرة. ظهرتُ علاجاتٌ جديدة تُدعى العلاجات الهادفة (target therapy) وهي من فئة العلاجات المناعية. يعملُ هذا العلاج عبر إحياط جيناتٍ سرطانية تتسبَّب بتطوُّر الخلايا السرطانية وتكاثرها. تنتجُ هذه الجينات بروتينات خاصة تؤثِّر في نموِّ الخلايا وتكاثرها. فيأتي هذا العلاج الهادف لمنع البروتينات من العمل او لمنع الجينات من إنتاج هذه البروتينات. ومن أهم الأدوية الهادفة المؤثرة في سرطان الثدي دواء Trastuzumab الذي يُحبطُ جينة HER2-neu عندما تكون متحوّلةً ومتكاثرة. ومن الأدوية الجديدة المشابهة والفعّالة. Pertuzumab وTrastuzumab emtansine . فهناك فئةٌ من أورام الثدي تبلغُ عشرين بالمئة مصابةً بهذا التحول الجيني. وهي تستفيدُ من هذه المادة ومن موادٍ أخرى مشتقَّةٍ منها.

يُمكنُ علاج سرطان الثدي بهذه الأدوية الهادفة بعيدَ التشخيص والتأكُّد من التحول الجيني HER2-neu وقيلَ العملية الجراحية. كما يُمكنُ إعطاءُ هذا العلاج بعد العملية الجراحية. ولدوَّة مطوِّلةٍ تصلُ الى سنةٍ كاملة. وقد ظهرَ في الدراسات التي إستعملت هذا الدواء قبلَ العملية الجراحية أنَّ الورمَ السرطانيّ قد إختفى كلياً في خمسين بالمئة على الأقل من النساء اللواتي كنَّ مصاباتٍ بالمرض. أحدثَ هذا

العلاجُ الهادفُ بالفعل ثورةً حقيقيَّةً في العناية بسرطان الثدي وغيرَ مصيرَ الكثير من النساء.

إكتشافات البيولوجيا الجزيئية: أدت الإكتشافات الجديدة في البيولوجيا الجزيئية الى خديد فئاتٍ أربعة في سرطان الثدي. تدعى:

• Luminal A

• Luminal B

• HER2-neu positive

• Basal or triple negative

الفئتان الأولى والثانية تتميزان بوجود لاقطات هرمونية إيجابية. وتجاوبان جيداً مع العلاجات الجراحية والكيميائية. ويفيدان من تكهُّن جيّدٍ لمستقبلهما. أما السرطانُ الثلاثي السلبيات فسَيءُ السيرة ولا يستفيدُ كثيراً من العلاج الكيميائي أو العلاج الهرموني. بدأ هذا التصنيفُ الجديدُ يلعبُ دوراً مميّزاً في تشخيص سرطان الثدي وعلاجه. ويأملُ فيه الطبُّ خيراً عظيماً في العقود القادمة.

النهاية

سرطان الثدي عند المرأة هو أكثرُ الأورام الخبيثة شيوعاً. ويهدِّدُ الملايين من النساء سنويّاً في جميع البلدان. تطوّرت وسائلُ التشخيص لهذا الورم تطوُّراً كبيراً. وأدّت الى الإكتشاف المبكر للمرض في سنِّ الشباب والى تحسین نسب الشفاء الكامل. أما العلاجات فتطوّرت وتضاعفت. وصارَ رائجاً إستعمالُها بشكلٍ مشتركٍ بروتوكوليّ. وأفادَ هذا التطوُّرُ جميع فئات العلاج الجراحية والكيميائية والهرمونية والشعاعية والهادفة. التي يضعها الطبُّ الحديثُ بتصرفِ مرضى السرطان. ويتطوُّرُ العلاجُ حالياً بواسطة الأبحاث العلمية من فئاتها الأربعة. وأبرزها الفئة الثالثة التي تُقارنُ فيها العلاجات بعضها مع بعضٍ. وبتنحيةٍ عامٍ لهذه التطورات. وصلتُ نسبُ الشفاء الى ٨٩٪ أي الى بقاء ٩٨ بالمئة من النسوة المصابات بهذا المرض على قيد الحياة بعد خمس سنوات من التشخيص.

المراجع :

1) PRUTHI Sandhya et al. A multidisciplinary approach to the management of breast cancer, Part I and Part II. Mayo Clin Proc 2007; 82 (8 & 9): 9991140-1131 & 1012-

2) HORTOBAGYI GN et al. New and Important Changes in the TNM Staging System for Breast Cancer. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2018 May 23;(38):457467-.

3) BARRIOS CH et al. Global Breast Cancer Research: Moving Forward. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2018 May 23;(38):441450-.

4) NAITO Y et al. Precision medicine in breast cancer. Chin Clin Oncol. 2018 Jun;7(3):29.

5) FURRUKH M et al. Treatment of Breast Cancer; Review And Updates. J Ayub Med Coll Abbott abad. 2018 Apr-Jun;30(2):264274-.