

تدبير سرطان الثدي خلال الحمل

دراسة تشمل 15 حالة

الدكتور حمود نصر*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: يعدّ سرطان الثدي في أثناء الحمل مشكلة جراحية ونفسية وأخلاقية. هدفت هذه الدراسة إلى تقييم واقع سرطان الثدي عند الحوامل وتحديد أعمار الإصابة، وزمن التشخيص خلال الحمل، ووسائل المعالجة المتبعة في مركزنا، والنتائج السريرية لهذه المعالجة.

مواد البحث وطرائقه: دُرِسَتْ حالات سرطان الثدي جميعها عند الحامل التي عولجت في مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى المواساة الجامعي بدمشق خلال الفترة 2007-2000 من خلال مراجعة ملفات المريضات وتقارير العمل الجراحي.

النتائج: عولجت 15 مريضة شخص لديهن سرطان الثدي خلال الحمل في مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى المواساة الجامعي بدمشق خلال السنوات 2007-2000. بلغ العمر الوسطي للمريضات 36 سنة (23-43 سنة)، وشخص نحو نصف الحالات (47%) في الثلث الثاني من الحمل. احتاجت 40% من المريضات إلى الخزعة الجراحية لوضع التشخيص. أنهى الحمل في 53% من المريضات، وأعطيت المعالجة مع استمرار الحمل في بقية المريضات. خضعت المريضات جميعهن لاستئصال الثدي الجذري المعدل حيث كانت 87% من الحالات من نمط الكارسينوما القنويوية الغازية، و60% من الحالات في المرحلة III. خلال مدة المتابعة كان 33% من المريضات بحالة شفاء.

الاستنتاج: ينبغي الشك بسرطان الثدي في كل مريضة حامل تشكو من كتلة في الثدي وإجراء الخزعة الجراحية عند الحاجة. ويشكل استئصال الثدي الجذري المعدل المعالجة المختارة، مع أخذ إنهاء الحمل بالحسبان حين يكون إعطاء المعالجة المتممة ضرورياً.

الكلمات المفتاحية

سرطان الثدي - الحمل - استئصال الثدي الجذري المعدل

*أستاذ مساعد - كلية الطب البشري - جامعة دمشق

Management of Breast Cancer in Pregnancy A Study of 15 Cases

Dr. Hammoud Nassr*

Abstract

Background: Breast cancer diagnosed in pregnant women is a challenging problem on a psychological, surgical, and ethical levels this study aims to determine the affected ages, trimester of diagnosis, treatment modalities, and outcomes in our institute.

Methods: The study included all cases of breast cancer in pregnancy which were managed in Al-Assad University Hospital and Al-Mouassat University Hospital in Damascus between 2000 and 2007 by review of patients files and surgical reports.

Results: Fifteen pregnant patients diagnosed with breast cancer were managed in Al-Assad University Hospital and Al-Mouassat University Hospital in Damascus between 2000 and 2007. The median age of patients was 36 years (23-43 years), and nearly half of cases were diagnosed in the second trimester. Incisional biopsy was necessary in 40% of cases. The pregnancy was terminated in 53%, and patients were managed in the presence of the conception in the remaining cases. All patients underwent modified radical mastectomy, and 87% of tumors were invasive ductal carcinoma. The disease was in stage III in 60% of cases. Only 33% of patients were considered cured in the follow-up period.

Conclusion: Breast cancer must be suspected in every pregnant patient complaining of a breast mass, and incisional biopsy must be considered when necessary. Modified radical mastectomy is the treatment of choice in these patients, and termination of pregnancy must be considered when adjuvant treatment is deemed beneficial.

Key Words: Breast cancer- Pregnancy- Modified radical mastectomy

مقدمة

الطرائق

أجريت الدراسة بالطريق التراجعي (retrospective) من خلال مراجعة ملفات المريضات اللواتي خضعن لمعالجة سرطان الثدي خلال الحمل، وذلك في مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى المواساة الجامعي بدمشق خلال ثماني سنوات تمتد من بداية عام 2000 حتى نهاية عام 2007. وقد شملت الدراسة كلاً من الحالات التي شُخصت في المستشفى والحالات التي حُوِّلت إلى المستشفى بعد وضع التشخيص.

تمت مراجعة سجلات المريضات جميعهن واستخراج المعلومات المطلوبة منها. وقد شملت هذه المعلومات كلاً من عمر المريضة عند تشخيص الإصابة، والقصة العائلية لسرطان الثدي، وقصة تناول مانعات الحمل الهرمونية. أمّا التشخيص فقد حُدِّدَ زمن تشخيص سرطان الثدي خلال الحمل (الثالث الأول، الثاني، أو الثالث من الحمل)، مرحلة سرطان الثدي عند وضع التشخيص حسب التصنيف المرحلي لسرطان الثدي، والوسيلة التشخيصية التي أمكن بواسطتها تأكيد التشخيص.

وفي النهاية تمت مراجعة تقارير التداخلات الجراحية التي خضعت لها هؤلاء المريضات لتحديد المعالجة المطبقة، كما حُدِّدَت نتائج المعالجة بالنسبة إلى إنهاء الحمل أو استمراره، وتمت متابعة المريضات في العيادة الخارجية أو بالاتصال الهاتفي.

النتائج

خلال مدة الدراسة التي استمرت من بداية عام 2000 حتى نهاية عام 2007 عولجت 15 مريضة شُخصَ سرطان الثدي لديهن خلال الحمل. دُرِسَتْ أعمار هؤلاء

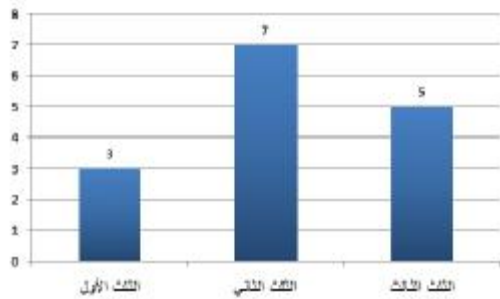
يشكل سرطان الثدي المشخص خلال الحمل إحدى الحالات غير النادرة التي تطرح قضايا توليدية، وجراحية، ونفسية، وأخلاقية لكل من المريضة والطبيب المعالج [1]. تشاهد 3.8% من حالات سرطان الثدي خلال الحمل. وتكون نسبة المريضات المصابات بسرطان الثدي خلال الحمل في الأعمار المتقدمة أكبر بثلاثة مرات منها في المريضات اللواتي يحملن في الأعمار المبكرة. ولذلك فإن نسبة حدوث هذه الحالة تزداد مع زيادة عمر النساء عند الإنجاب [2].

إن التبدلات التشريحية والغدية التي تحدث في الثدي خلال الحمل تجعل من الصعوبة بمكان إجراء الفحص السريري الدقيق للثدي وتفسير النتائج، مما يجعل التشخيص أكثر صعوبة. وللسبب نفسه فإن دقة تصوير الثدي (mammography) والرشافة بالإبرة الدقيقة (FNA) تتراجع بشكل كبير خلال الحمل، وبالمقابل تزداد القيمة التشخيصية للخزعة المفتوحة للثدي [3].

لا تمتلك المعالجة الشعاعية أي دور تقريباً في معالجة سرطان الثدي خلال الحمل، ويسمح بإعطاء المعالجة الكيماوية في المراحل الأخيرة للحمل. وبذلك فإن استئصال الثدي الجذري المعدل (modified radical mastectomy) يشكل الخيار العلاجي الأفضل في حالات سرطان الثدي المشخصة خلال الحمل [4].

كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم حالات سرطان الثدي التي عولجت في مستشفى الأسد الجامعي ومستشفى المواساة الجامعي بدمشق خلال ثماني سنوات وذلك لتحديد المعالجة المتبعة ونتائجها.

الحمل (5 مريضات أو 33% من الحالات). ويظهر هذا التوزيع في المخطط 3. أُجري تصوير الثدي بالأشعة فوق الصوتية في المريضات جميعهن لتمييز الكيسات عن الكتل الصلدة، وبعد ذلك خضعت المريضات جميعهن للرشافة بالإبرة الدقيقة (FNA). وقد أمكن وضع التشخيص بهذه الطريقة في معظم الحالات (9 مريضات أو 60%)، أمّا في بقية الحالات (6 حالات أو 40%) فكانت النتيجة غير مؤكدة مما استدعى إجراء الخزعة الجراحية. وتظهر هذه النتائج في المخطط 4.



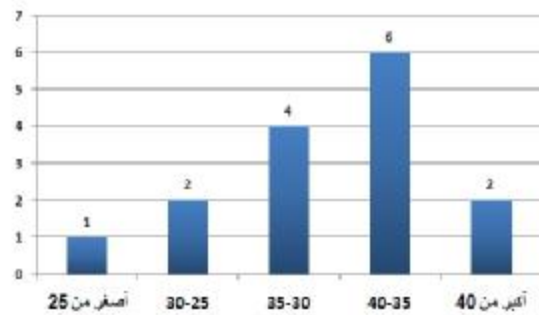
المخطط (3): توزيع المريضات حسب زمن المراجعة خلال الحمل



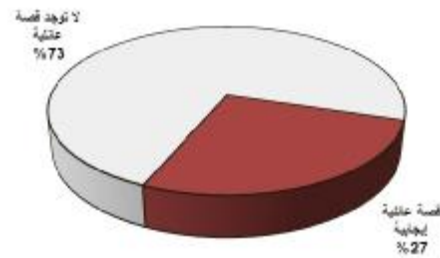
المخطط (4): توزيع المريضات حسب طريقة التشخيص

تم إجهاض الجنين في المريضات جميعهن الذين شخص لديهم المرض في الثلث الأول من الحمل (3 حالات) فضلاً عن حالة واحدة شخصت في الثلث الثاني نظراً إلى تقدم مرحلة السرطان وبناء على رغبة المريضة. كما أُجريت الولادة المبكرة بالتنسيق مع طبيب الأمراض النسائية في 4 حالات من أصل 5 شخصت خلال الثلث الأخير من الحمل. أمّا في بقية المريضات فقد استمر

المريضات حيث شوهدت الإصابة بعمر 23-43 سنة مع عمر وسطي 36 سنة، وكانت معظم الإصابات بعمر 35-40 سنة (6 حالات أو 40%). ويظهر توزع المريضات بالنسبة إلى العمر في المخطط 1. وقد أظهرت القصة السريرية وجود القصة العائلية لسرطان الثدي لدى أقارب الدرجة الأولى أو الثانية في 4 حالات (27%) (المخطط 2)، كما أن 6 مريضات (40%) قد لجأن إلى منع الحمل بواسطة مانعات الحمل الفموية الهرمونية (الجدول 1).



المخطط (1): توزيع المريضات حسب العمر

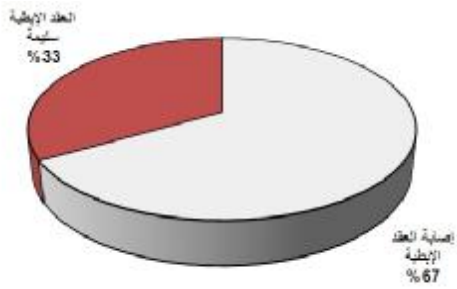


المخطط (2): توزيع المريضات حسب القصة العائلية.

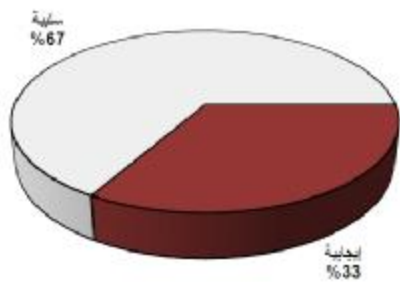
الجدول (1): توزيع الحالات حسب تناول مانعات الحمل الهرمونية

النسبة المئوية	عدد الحالات	التناول
40%	6	تناول مانعات الحمل الهرمونية
60%	9	عدم تناول مانعات الحمل

راجع نحو نصف المرضى في الثلث الثاني من الحمل (7 مريضات أو 47%)، وبقية الحالات راجعت في الثلث الأول (3 مريضات أو 20%) أو الثلث الثالث من

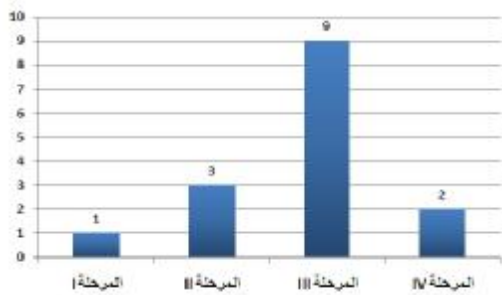


المخطط (5): توزيع المريضات حسب إصابة العقد الإبطية.



المخطط (6): توزيع المريضات حسب حالة المستقبلات الهرمونية.

وقد أظهر التصنيف المرحلي النهائي أن معظم الحالات (9 مريضات أو 60% من الحالات) قد كانت في المرحلة III من المرض، ولم تشاهد إلا حالة واحدة في المرحلة الأولى (7% من الحالات). كما شوهدت حالتان من الانتقالات الجهازية (إلى الرئة والكبد)، حيث أجريت الجراحة في هاتين الحالتين بهدف السيطرة الموضعية على المرض المتقدم. وتظهر نتائج التصنيف المرحلي النهائي في المخطط 7.



المخطط (7): توزيع المريضات حسب التصنيف المرحلي للورم.

الحمل بشكل طبيعي حتى نهايته وطُبِّقَتِ المعالجة خلال الحمل. وتظهر نتائج تدبير الحمل في الجدول 2، حيث تمت المحافظة على الحمل في نحو نصف المريضات (7 حالات أو 46%).

الجدول (2): توزيع الحالات حسب طريقة تدبير الحمل

النسبة المئوية	عدد الحالات	
27%	4	إجهاض الجنين في بداية الحمل
46%	7	استمرار الحمل
27%	4	تحريض الولادة المبكرة

تمثلت المعالجة الجراحية باستئصال الثدي الجذري المعدل (modified radical mastectomy) مع تجريف العقد اللمفاوية الإبطية في الحالات جميعها، سواء تم إنهاء الحمل أو الاستمرار به. حين تم إنهاء الحمل أعطيت المريضة المعالجة المتممة (الشعاعية، الكيماوية، أو الهرمونية) حسب الضرورة، كما عند غير الحوامل. أمّا في الحالات السبع التي استمر الحمل فيها فقد أعطيت المعالجة الكيماوية في الثلث الأخير من الحمل لدى 4 من هؤلاء المرضى، وتم تأجيل المعالجة حتى انتهاء الحمل في 3 مرضى.

وقد أظهر التشريح المرضي وجود الكارسينوما القنوية الغازية (invasive ductal carcinoma) في 13 مريضة (87% من الحالات)، أمّا في المريضتين المتبقيتين (13% من الحالات) فكان التشخيص هو الكارسينوما الفصيصية الغازية (invasive lobular carcinoma). كما وجدت إصابة في العقد اللمفاوية في 10 مريضات (67% من الحالات)، كما بيّن المخطط 5. وكانت المستقبلات الهرمونية إيجابية في 5 حالات فقط (33%) كما يظهر المخطط 6.

الحمل، والتي تعيق الاعتماد على الفحص السريري، فضلاً عن محدودية استخدام تصوير الثدي (mammography) وارتفاع السلبية الكاذبة للرشافة بالإبرة الدقيقة (FNA) [3]. وكثيراً ما يتأخر التشخيص بحيث تراجع المريضة في مرحلة متقدمة نسبياً، ومن ثم يكون إخفاق المعالجة أكبر وتكون معدلات البقاء أقل [5].

تشير الدراسات المختلفة إلى أن ذروة الإصابة بسرطان الثدي خلال الحمل تشاهد بعمر 32-38 سنة، وبعمر وسطي يبلغ 34 عاماً [6]. وفي هذه الدراسة التي شملت 15 مريضة لوحظ أن معظم الحالات قد شوهدت لدى مريضات تقل أعمارهن عن 40 عاماً (13 مريضة من أصل 15 أي بنسبة 87%). كما شوهدت حالة واحدة في عمر مبكر جداً (23 سنة). ويشير ذلك إلى أهمية عدم إهمال أي شكوى متعلقة بالثدي لدى الحامل حتى لو كانت صغيرة السن نسبياً. وتتوافق هذه النتائج مع ما توصل إليه Mignot في دراسته حول حدوث سرطان الثدي لدى الحوامل في أعمار مبكرة نسبياً [1].

فضلاً عن ذلك وجدنا أن القصة العائلية لسرطان الثدي كانت إيجابية في 27% من المريضات، كما ذكرت قصة استعمال مانعات الحمل الهرمونية لدى 40% من المريضات. وهذه النقطة تلفت النظر إلى أهمية عدّ هذين العاملين من عوامل الخطورة الرئيسية، وينبغي سؤال كل حامل لديها شكوى في الثدي عن هذه العوامل، حيث تؤدي في حال وجودها إلى الاشتباه بشدة بسرطان الثدي بغض النظر عن عمر المريضة، ولاسيما القصة العائلية التي تؤدي دوراً أكبر بكثير لدى الحوامل منه لدى غير الحوامل [7].

وقد لوحظ تقدم مرحلة المرض تقدماً كبيراً عند مراجعة المرضى، حيث كانت الغالبية العظمى من الحالات في المرحلتين الثالثة والرابعة عند وضع التشخيص (11 مريضة أو 73% من الحالات)، وشوهدت إصابة العقد

وكما ذكرنا سابقاً فقد تم إنهاء الحمل (سواء في الثلث الأول بالإجهاض أو في الثلث الأخير بتحريض الولادة المبكرة) في 8 مريضات (53%)، وفي هذه الحالة أعطيت المعالجة المتممة (الكيماوية، الشعاعية، والهرمونية) حسب الضرورة، كما في المريضات غير الحوامل. أمّا في الحالات السبع (46%) التي استمر الحمل فيها فقد اقتصرَت المعالجة على الجراحة، وأعطيت المعالجة المتممة بعد الولادة، فيما عدا حالتين حيث أعطيت المعالجة الكيماوية خلال الثلث الأخير من الحمل بسبب تقدم مرحلة المرض والحاجة الملحة للسيطرة على المرض بالمعالجة الكيماوية.

وقد أظهرت متابعة المرضى خلال مدة الدراسة (من 6 أشهر وحتى 5 سنوات) أن الوفاة قد حدثت في 4 حالات (27%)، والشفاء حدث في 5 حالات (33%). أمّا في بقية الحالات (6 مريضات أو 40%) فقد تطور النكس الموضعي أو الجهازى بعد المعالجة. وتظهر نتائج المتابعة في الجدول 3.

الجدول (3): توزيع الحالات حسب نتائج المتابعة

النسبة المئوية	عدد الحالات	
33%	5	عدم حدوث النكس خلال مدة المتابعة
40%	6	النكس الموضعي أو الجهازى
27%	4	حدوث الوفاة

المناقشة

يشكل سرطان الثدي أكثر شيوعاً الخبايا المشاهدة خلال الحمل، إذ تتراوح نسبته بين الدراسات المختلفة من 1:1000 حتى 1:3000 من الحمول. وكثير من المراجع تعرف سرطان الثدي لدى الحوامل بأنه سرطان الثدي الذي يشخصاً خلال الحمل أو خلال سنة واحدة بعد الولادة [1].

ويتميز سرطان الثدي خلال الحمل بصعوبة تشخيصه نظراً إلى التبدلات الفيزيولوجية المشاهدة في الثدي خلال

الخيارات العلاجية مع المريضة وعائلتها بالنسبة إلى طريقة المعالجة وإمكانية إنهاء الحمل [10].

يجب دراسة المريضة الحامل المصابة بسرطان الثدي لنفي الانتقالات الجهازية، وهي ليست نادرة حيث شوهدت في حالتين في دراستنا (13%). وتجري الدراسة لدى الحامل بإجراء صورة الصدر مع تطبيق درع واق على البطن، فضلاً عن تصوير البطن بالأموح فوق الصوتية [3، 10]. أمّا ومضان العظام والتصوير الطبقي المحوري فهي مضاد استنطاب خلال الحمل نظراً إلى أنها تعرض الجنين لكميات كبيرة من الأشعة. ويمكن إجراء تصوير الدماغ بالرنين المغناطيسي إذا كانت المريضة تعاني من أعراض توحى بوجود انتقالات دماغية [3].

أظهرت كثير من الدراسات أن إنهاء الحمل هو إجراء مفيد جداً في الحالات المتقدمة التي تحتاج إلى المعالجة الهجومية، وخاصة في بداية الحمل أو نهايته. فإذا كانت المريضة في الثلث الأول من الحمل وكانت تعاني من كتلة كبيرة في الثدي، أو كانت لديها إصابة واسعة في العقد اللمفاوية فلا يمكن عندها تأجيل المعالجة الكيماوية، وفي هذه الحالة يفضل إجهاض الجنين لإعطاء المعالجة المنممة المناسبة، ذلك أن إعطاء المعالجة الكيماوية بوجود الحمل يترافق مع حدوث التشوهات الجنينية بنسبة 12% من الحالات [11]. وإن وجود أي استنطاب للمعالجة الكيماوية خلال الثلث الأول للحمل يجعل قرار إنهاء الحمل وارداً. ويجب أن يتخذ قرار إنهاء الحمل بالاعتماد على عدة عوامل، والتي تشمل مرحلة الحمل، وعدد الأولاد السابقين، ورغبة المريضة وعائلتها [12].

أظهر Gwynk أن استئصال الثدي الجذري المعدل (modified radical mastectomy) يشكل المعالجة

اللمفاوية الإبطية في 67% من الحالات، وتشير الدراسات إلى أن إصابة العقد اللمفاوية تشاهد في نحو 75% من حالات سرطان الثدي خلال الحمل، مقارنة بـ 60% في سرطان الثدي لدى غير الحوامل [8]. ورغم أن إنذار سرطان الثدي لدى الحوامل مشابه له عند غير الحوامل بالنسبة إلى المرحلة الورمية نفسها، إلا أن تقدم المرض عند وضع التشخيص لدى الحوامل بشكل خاص (كما شوهد في هذه الدراسة) يجعل الإنذار أسوأ إجمالاً [9].

وتشير كثير من الدراسات إلى أن FNA يشكل الاستقصاء الأولي المختار لتقييم أي كتلة في الثدي، سواء في الحوامل أو في غير الحوامل، ولكن دقة هذا الاختبار تنخفض خلال الحمل [10]. وقد شوهد في دراستنا أن نسبة الحصول على تشخيص مؤكد بواسطة FNA قد بلغت 60% من الحالات. أمّا في بقية الحالات فلم يمكن وضع التشخيص إلا من خلال الخزعة الجراحية المفتوحة.

وفي هذا المجال يجب التركيز على نقطتين مهمتين. النقطة الأولى: هي عدم الاعتماد على النتيجة السلبية لـ FNA بوجود شك سريري مرتفع، وخاصة بوجود عوامل خطورة لدى المريضة، أو حين يزيد عمر المريضة الحامل على 30 سنة. ويجب دائماً لدى الحوامل عدم التردد في إجراء الخزعة الجراحية المفتوحة عند وجود أي شك في التشخيص [10]. أمّا النقطة الثانية فهي أن وضع التشخيص بالخزعة المجمدة (frozen section) هو أمر غير وارد لدى هؤلاء المريضات. فسرطان الثدي خلال الحمل هو قضية تشخيصية وعلاجية معقدة ويجب التخطيط لها بشكل مسبق، ولا يمكن بأي حال من الأحوال وضع التشخيص خلال الجراحة قبل مناقشة

لإعطائها [4].

حدثت الوفاة خلال مدة المتابعة القصيرة في 27% من المرضى، كما حدث النكس في 40% من المريضات، ولم يحدث الشفاء خلال مدة المتابعة إلا في ثلث المريضات (33%). وكما ذكرنا سابقاً إن إندار سرطان الثدي خلال الحمل مشابه له عند غير الحوامل عند مقارنة المراحل المتماثلة، ولكن نظراً إلى أن المريضات يراجعن عادة في مرحلة متقدمة في سرطان الثدي خلال الحمل فإن الإنذار الإجمالي يكون أسوأ عادة. وهنا تكمن أهمية الكشف المبكر لهذه الحالات [9].

الخلاصة

يشكل سرطان الثدي خلال الحمل إحدى القضايا التشخيصية والعلاجية الصعبة بالنسبة إلى كل من الطبيب والمريضة. ويعدُّ تشخيص هذه الحالات صعباً من الناحية السريرية والاستقصائية، ولكن رغم ذلك يجب الشك بالخبائثة واستقصاء أي كتلة في الثدي تشعر بها الحامل دون عدّها ناجمة عن تبدلات الثدي خلال الحمل. ويجب عدم التردد في إجراء الخزعة الجراحية المفتوحة حتى لو كانت الرشافة بالإبرة الدقيقة طبيعية.

يشكل استئصال الثدي الجذري المعدل المعالجة الفضلى لسرطان الثدي خلال الحمل، ويمكن إعطاء المعالجة الكيماوية خلال الثلثين الثاني والثالث من الحمل. أمّا المعالجة الشعاعية أو الهرمونية فهي لا تعطى عادة خلال الحمل. ويستطب إنهاء الحمل عند تشخيص السرطان في الأشهر الأولى من الحمل لإعطاء المعالجة الهجومية بالشكل المناسب، كما أن خيار إنهاء الحمل بواسطة الولادة الباكراة عند تشخيص السرطان في نهاية الحمل يبقى وارداً، حيث يسهل تطبيق الإجراءات العلاجية المختلفة. ورغم ذلك فإن إندار سرطان الثدي لدى الحامل لا يزال سيئاً نظراً إلى تأخر التشخيص مقارنة بالنساء خارج أوقات الحمل.

المختارة عند تشخيص السرطان خلال الحمل، مع تجنب المعالجة الشعاعية والهرمونية وتأجيل المعالجة الكيماوية عند الضرورة إلى الثلث الأخير من الحمل [5]. ولا توجد مشكلة من إجراء العمل الجراحي خلال الحمل، فالمريضة الحامل قادرة على تحمل التخدير العام بشكل جيد، ومعدل الإسقاط لا يتجاوز 1% في هذه الحالات [11]. وقد خضعت المريضات جميعهن في دراستنا لاستئصال الثدي الجذري المعدل، وأعطيت المعالجة الكيماوية في الثلث الأخير من الحمل لدى 4 مريضات من أصل 7 استمر الحمل لديهن. أمّا في بقية المريضات فقد تم تأجيل المعالجة لما بعد انتهاء الحمل. ورغم أن المريضات اللواتي أعطين المعالجة الكيماوية خلال الحمل في هذه الدراسة قد طبقت المعالجة لديهن في الثلث الأخير حصراً، إلا أن بعض الدراسات تذكر إمكانية إعطاء المعالجة الكيماوية بدءاً من الثلث الثاني من الحمل دون حدوث مخاطر على الأم أو الجنين [13].

تكون معظم سرطانات الثدي لدى الحوامل من نوع الكارسينوما القنوية الغازية (invasive ductal carcinoma) [2]، وفي دراستنا شوهد هذا النمط النسيجي في 87% من الحالات. كما يذكر حدوث سرطان الثدي الالتهايي بنسبة 4% من حالات سرطان الثدي لدى الحوامل، ولكن لم تشاهد أي حالة من هذا النوع في دراستنا. كما تكون المستقبلات الهرمونية سلبية عادة في معظم حالات سرطان الثدي خلال الحمل [8]، وفي دراستنا شوهدت إيجابية في المستقبلات الهرمونية في 33% من الحالات، حيث أعطيت المعالجة الهرمونية لهؤلاء المريضات بعد انتهاء الحمل. وتذكر كثير من الدراسات أن المعالجة الهرمونية تشكل مضاد استتباب خلال الحمل، حيث ذكر حدوث التشوهات الجنينية بالترافق مع إعطاء هذه المعالجة. ولذلك توجّل المعالجة الهرمونية إلى ما بعد الحمل عند وجود استتباب

References

1. Mignot L: Cancer of the breast and pregnancy: the point of view of the breast cancer specialist. *Bull Cancer* 2002; 89(9): 772-8.
2. Barnes D M, Newman L A: Pregnancy associated breast cancer: a literature review. *Surg Clin North Am* 2007; 87(2): 417-30.
3. Nicklas AH, Baker ME: Imaging strategies in the pregnant cancer patient. *Semin Oncol* 27 (6): 623-32, 2000.
4. Rugo HS: Management of breast cancer diagnosed during pregnancy. *Curr Treat Options Oncol* 4 (2): 165-73, 2003.
5. Gwyn K, Theriault R, Breast Cancer with pregnancy. *Oncology* 2001; 15(1): 39-46.
6. Moore HC, Foster RS Jr: Breast cancer and pregnancy. *Semin Oncol* 27 (6): 646-53, 2000.
7. Guinee VF, Olsson H, Moller T, Hess KR, Taylor SH, Fahey T, et al. Effect of pregnancy on prognosis for young women with breast cancer. *Lancet* 1994;343: 1587-9.
8. Middleton LP, Amin M, Gwyn K, et al.: Breast carcinoma in pregnant women: assessment of clinicopathologic and immunohistochemical features. *Cancer* 98 (5): 1055-60, 2003.
9. Petrek JA, Dukoff R, Rogatko A: Prognosis of pregnancy-associated breast cancer. *Cancer* 67 (4): 869-72, 1991.
10. Yang WT, Dryden MJ, Gwyn K, et al.: Diagnosis of breast cancer during pregnancy. *Radiology* 239 (1): 52-60, 2006.
11. Gelber S, Coates AS, Goldhirsch A, et al.: Effect of pregnancy on overall survival after the diagnosis of early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 19 (6): 1671-5, 2001.
12. Nettleton J, Long J, Kuban D, et al.: Breast cancer during pregnancy: quantifying the risk of treatment delay. *Obstet Gynecol* 87 (3): 414-8, 1996.
13. Giacalone PL, Laffargue F, Bénos P: Chemotherapy for breast carcinoma during pregnancy: A French national survey. *Cancer* 86 (11): 2266-72, 1999.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2009/5/12

تاريخ قبوله للنشر 2009/6/16