

استیج و گرید در سرطان پستان و روش های تشخیص سرطان پستان

استیج و گرید در سرطان پستان موضوع این مقاله بوده که میتوانید مصاحبه قسمت چهارم پادکست سرطان پستان با دکتر فرهاد موسی زاده متخصص جراح عمومی لاپاراسکوپی و جراح پستان را در مورد آن در بخش [پادکست های سلامت پستان](#) سایت بشنوید

آنچه در این مقاله می خوانید:

- 1- [استیج و گرید سرطان چیست و چه تفاوتی با هم دارند؟](#)
- 2- [مرحله ی بیماری یا استیج بیماری را چه عواملی تعیین میکند؟](#)
- 3- [روشهای تشخیص سرطان پستان را توضیح دهید؟](#)
- 4- [روشهای تصویربرداری مهمی که در تشخیص سرطان کمک می کند چیست؟](#)
- 5- [بایردز \(BIRADS\) چیست؟](#)
- 6- [روشهای مختلف بایوپسی یا نمونه برداری](#)
- 7- [جمع بندی مطالب](#)



1- استیج و گرید سرطان چیست و چه تفاوتی با هم دارند؟

دکتر فرهاد موسی زاده متخصص جراحی پستان در پاسخ به این سوال اینگونه پاسخ دادند : معادل فارسی کلمه **stage**، مرحله معنی می شود. معادل فارسی کلمه **Graid**، همان درجه ی بیماری است. به عبارتی وقتی می گوئیم مرحله ی بیماری یعنی می خواهیم ببینیم، بیماری در مراحل اولیه است یا در مراحل پیشرفته، ولی وقتی که به گرید اشاره می کنیم، میزان بدخیمی و شدت بدخیمی سلولهای سرطانی برای ما روشن می شود.

به طور کلی چهار استیج وجود دارد، که البته با احتساب استیج صفر می توانیم 5 استیج برای سرطان پستان فرض کنیم. در مورد گرید و شدت بدخیمی مثل اغلب بدخیمی های دیگر 3 بدخیمی یا گرید را در نظر می گیریم.



2- مرحله ی بیماری یا استیج بیماری را چه عواملی تعیین میکند؟

عواملی که در تعیین استیج یا مرحله ی بیماری نقش دارند بستگی به این مورد دارند:

- آیا سلولهای سرطانی مهاجمی هستند یا غیر مهاجمی. به عبارتی **Invasive** هستند یا **In situ**.
- اندازه تومور چقدر هست؟

- بررسی چگونگی نحوه‌ی انتشار آن: یعنی در حقیقت بررسی کرد که آیا محدود به بافت سینه است یا متاستاز به غدد لنفاوی و یا به احشاء دور دست مثل کبد، ریه، مغز استخوان، تخمدان، مغز و یا سایر اعضای بدن داده شده است یا خیر.

بنابراین برای اینکه استیج را تعیین کنیم، نیاز است که این اطلاعات را داشته باشیم.

✓ استیج صفر: اولین استیج استیج صفر است. در استیج صفر سرطان تهاجمی وجود ندارد و فقط جزء غیر تهاجمی موجود است یا به بیان دیگر فقط دارای جزء *in situ* (Ductal Carcinoma in situ) است. این مرحله، مرحله‌ی صفر سرطان پستان در نظر گرفته می‌شود. مشروط بر اینکه متاستازی هم در قسمت‌های دیگر وجود نداشته باشد.

ویژگی‌های این حالت: سرطان غیر تهاجمی بوده و سلولهای سرطانی از **غشای پایه** تجاوز نکرده‌اند و به جایی هم دست‌اندازی پیدا نکرده‌اند. بنابراین استیج صفر است.

✓ استیج یک: چندین حالت دارد. معمولاً در استیج یک، اندازه تومور پستان زیر دو سانتی متر است. در حالتی که استیج B1 باشد، ممکن است، فقط غدد لنفاوی که نزدیک تومور سینه هستند مشکل ساز باشند. اکنون در این مقاله، وارد بحث زیرمجموعه‌های این استیج نمی‌شویم و سعی می‌کنیم استیج‌ها را به صورت کلی توضیح بدهیم.

✓ استیج دو: اندازه تومور سرطانی پستان بین 2 تا 5 سانتی متر است و کمتر از 3 عدد از غدد لنفاوی درگیر هستند.

✓ استیج سه، سایز تومور بدخیم پستان، بزرگتر از 5 سانتی متر است و یا بیش از 3 غده لنفاوی زیر بغل درگیر هستند.

✓ استیج چهار: ما سرطان پستان متاستاتیک داریم. یعنی سلولهای سرطانی فراتر از بافت پستان و غدد لنفاوی زیر بغل هستند و احشاء دور دست مثل کبد، ریه، مغز استخوان، یا حتی مغز را هم درگیر کرده است.

در مورد گرید که میزان و درجه بدخیمی سلولها را نشان می‌دهد باید گفت:

- گرید یک: در حالتی که گرید یک باشد میزان تقسیم سلولی سلولهای سرطانی خیلی زیاد نیست و شدت بدخیمی آنها کم است.
- گرید دو: تقسیم سلولی و میزان بدخیمی سلولهای سرطانی متوسط است.
- گرید سه: میزان بدخیمی سلولهای سرطانی خیلی زیاد است.

به عبارتی ما گرید را زمانی می‌توانیم تعیین کنیم که یک سری از فاکتورها را در آن سلولهای سرطانی زیر میکروسکوپ بررسی کنیم و در صورتی که وجود داشته باشد بر اساس آنها گریدبندی می‌شود و گرید بیماری مشخص می‌شود.

البته به طور کلی مرحله‌ی بیماری و یا استیج بیماری مهم‌تر از گرید بیماری است. توجه ما عمدتاً به استیج بیماری است و بیشتر استیج (مرحله) بیماری است که پیش آگهی بیمار را برای ما تعیین می‌کند. نه اینکه گرید نقش نداشته باشد ولی اگر بخواهیم این دو را مقایسه کنیم استیج مهم‌تر است.

3- روشهای تشخیص سرطان پستان را توضیح دهید؟

پاسخ دکتر موسی زاده به عنوان یکی از بهترین متخصصین جراحی های پستان در تهران، به این سوال بسیار رایج اینگونه بود: برای تشخیص سرطان پستان اولاً شرح حال از بیمار گرفته می‌شود و پس از بررسی اولیه، معاینه بالینی انجام می‌شود:

- آیا توده‌ای لمس می‌شود یا خیر؟
- وضعیت غدد لنفاوی به چه صورت است؟

پس یکی از مهمترین ابزارهای تشخیصی پزشک معالج، معاینه بالینی است که باید شرح حال گرفته شود و در کنار روشهای تصویر برداری و روشهای بافت شناسی این امر کمک کننده خواهد بود برای قضاوت بالینی و تشخیص نهایی که صورت می‌گیرد.

البته خوشایند نیست که سرطان را در مرحله‌ای تشخیص دهیم که در امتحان بالینی مشخص شود. ترجیح پزشک این است که قبل از اینکه توده سرطانی قابل لمس شود و یا غده لنفاوی زیر بغل درگیر شده باشد موفق به تشخیص بیماری شود.

پس در مراحل اولیه بررسی سرطان ممکن است در چکاپ بالینی هیچ یافته‌ای وجود نداشته باشد و در این حالت است که روشهای تصویر برداری رادیولوژیست بخصوص افرادی که در فیلد تخصصی تصویر برداری پستان کار می‌کنند بسیار به پزشک کمک می‌کنند.

4- روشهای تصویربرداری مهمی که در تشخیص سرطان کمک می‌کند چیست؟

اولین روش ماموگرافی است. یک ماموگرافی ممکن است برای انجام اسکرینینگ یا غربالگری صورت بگیرد که در خانم‌های بالای 40 سال بصورت سالیانه توصیه می‌شود. به این ماموگرافی اسکرینینگ می‌گویند.

دومین روش ماموگرافی تشخیصی یا [Diagnostic Mammography](#) است .

ماموگرافی تشخیصی زمانی گرفته میشود که توده ای لمس شده و بیمار جهت انجام ماموگرافی اقدام کرده تا ماهیت توده را از نظر تصویر برداری به متخصص نشان دهد. تا بتوان قضاوت دقیق‌تری در مورد بیمار داشت.

سن ماموگرافی **اسکرینینگ** در کشورهای مختلف بر اساس سیاستهای متفاوتی در نظر گرفته می‌شود. اصولاً سن 40 سال را سن مناسبی برای انجام ماموگرافی اسکرینینگ می‌دانند که باید به صورت سالیانه انجام می‌شود.



برای ماموگرافی تشخیصی محدودیت سنی نداریم. ممکن است شخصی سی سال داشته باشد و باید ماموگرافی را انجام داد. چون در این حالت توده لمس میشود. زمانی گفته میشود که ماموگرافی اسکرینینگ بعد از 40 سال تعیین می شود که هیچ توده ای لمس نشود. چون این کار برای چکاپ انجام می شود.

در شرایطی که شک به سرطان پستان (برست کنسر) وجود دارد فرد حتماً باید ماموگرافی را انجام بدهد.

تعدادی از افراد هستند که می گویند که ما سن پایبند داریم زیر 40 سال داریم چرا باید ماموگرافی انجام بدهیم؟ ما اینجا تایید میکنیم که ماموگرافی اسکرینینگ محدودیت سنی دارد. ولی زمانی که مشکوک به سرطان هستیم ماموگرافی تشخیصی حتماً باید انجام شود و محدودیت سنی ندارد.

دومین روش تشخیصی کمک کننده در کنار ماموگرافی سونوگرافی است. سونوگرافی هر دو پستان و زیر بغل فاکتور مهمی است.

سونوگرافی در کنار ماموگرافی بسیار ابزار کمک کننده ای است و اندازه غده سرطانی پستان را مشخص می کند. موقعیت تومور در بافت آلوده به کنسر را دقیق تر برای ما روشن می کند. وضعیت غدد لنفاوی زیر بغل را روشن می کند تا حدی بر اساس معیارهای سونوگرافی می شود تشخیص داد که آیا غدد لنفاوی درگیری دارد یا خیر؟ یک مزیت دیگر سونوگرافی این است که محدودیت سنی ندارد. چون اشعه اولتراسوند مضر نیست و نگرانی بابت اشعه وجود ندارد، و در سنین بسیار پایین هم قابل انجام است.

در سونوگرافی گهگاه نمی دانیم این توده واقعاً توپر است یا کیستیک است. سونوگرافی می تواند توده توپر را از کیست تشخیص بدهد.



کیست‌ها ضایعات یا توده‌هایی هستند که یک جدار دارند و داخلشان مایع است. سونوگرافی برای افتراق توده توپر از کیست بسیار به پزشک کمک می‌کند.

روش دیگری که به آن اشاره می‌شود، ام آر آی پستان هست. ام آر آی پستان معمولاً بدون تزریق **کنتراست** وریدی انجام می‌شود.

ماده حاجب یا کنتراستی که در ام آر آی بکار می‌رود عوارضش کمتر از کنتراستی است که در سی‌تی‌اس‌کن یا ایکس‌ری استفاده می‌شود.

ولی در بعضی مواقع هم انجام ام آر آی مجاز نیست.

تصویر برداری ام آر آی مضر نیست. و محدودیت سنی هم نمی‌شود برای آن قائل شد و در هر سنی قابل انجام است. بخصوص انجام ام آر آی در افرادی صورت می‌گیرد که سابقه‌ی فامیلی ابتلا به سرطان پستان (غده بدخیم سینه) دارند. همچنین افرادی که در سنین پایین هستند و مشکوک به سرطان سینه هستند در این افراد ماموگرافی به خاطر چگالی بالای بافت، سفت بودن و قوام پستان محدودیت‌هایی دارد و ممکن است ام آر آی برایش در نظر گرفته شود.

از طرفی باید دید که ضایعه در یک یا در چند جای سینه است و به عبارتی مولتی فوکال یا مولتی سنتریک نباشد. در این حالت هم ام آر آی بسیار نقش کمک کننده و موثری دارد. در نهایت تشخیص سرطان پستان تشخیص میکروسکوپی است. یعنی روشهای تصویربرداری همه می توانند پزشک جراح پستان را به تشخیص نزدیک تر کنند. ولی زمانی می شود سرطان پستان و بدخیمی را به یک پستان نسبت داد که سلولهای سرطانی زیر میکروسکوپ دیده شوند.

پس تشخیص قطعی سرطان پستان تشخیص بافتی و نمونه برداری بافتی است. سلولها زیر میکروسکوپ بررسی می شوند و همکاران پاتولوژیست بعد از رنگ آمیزی های متعدد، برای جراح مشخص و تعیین می کنند که آیا سلولها بدخیمی دارند یا ندارند و میزان و درجه بدخیمی آنها و گرید سلولهای سرطانی به چه صورت است. تا زمانی که تشخیص بافت شناسی وجود نداشته باشد به هیچ وجه به صورت قطعی نمی توان به بیمار گفت که دچار سرطان پستان شده است.



5- بایردز (BIRADS) چیست؟

یک نکته ای که در مورد روشهای تصویر برداری وجود دارد و دانستن آن مفید است عنوان کرایتریهای بایردز (BIRADS) است که بر اساس آن تصویر برداری، احتمال بدخیمی را می توان حدس زد.

بایردز ممکن است از صفر تا شش باشد:

- بایردز صفر: زمانی که **بایردز** صفر است یعنی اینکه روشهای تشخیصی تصویربرداری ناقص است و یک روش دیگر باید صورت پذیرد که بشود اظهار نظر کرد.
- **بایردز** یک: یعنی هیچ ضایعه ای در پستان وجود ندارد.
- **بایردز** دو: یعنی یک ضایعه ای در پستان وجود دارد که خوش خیم باشد.
- **بایردز** سه: ممکن است دو درصد تا سه درصد موارد احتمال بدخیمی وجود داشته باشد.
- **بایردز** چهار: که خودش سه حالت دارد **بایردز** 4A-4B و 4C

بایردز 4A: ده درصد موارد ممکن است بدخیمی وجود داشته باشد و وقتی به **بایردز** 4C میرسد احتمال بدخیمی به 50 درصد میرسد.

- **بایردز** پنج: زمانی که رادیولوژیست اشاره می کند، احتمال بدخیمی بالای 90 درصد است. هر چند به طور قطعی و صددرصد نمی شود در **بایردز** پنج، چنین اظهار نظری داشت. 90 درصد موارد بدخیمی بر اساس یافته های تصویر برداری وجود دارد.
- **بایردز** 6: یعنی تشخیص بیمار قطعی شده است. یعنی تشخیص بافت شناسی وجود دارد. بیوپسی انجام شده و سلولها زیر میکروسکوپ بررسی شده اند و قطعی مشخص شده است که سلولهای بدخیم در آن نمونه برداری وجود دارد.

6- روشهای مختلف بایوپسی یا نمونه برداری

نمونه برداری ممکن است به روش جراحی و یا با هدایت تصویربرداری انجام شود. زمانی که به روش جراحی نمونه برداری انجام شود هر عضوی از جمله سینه، ممکن است این توده به صورت کامل برداشته و بعد جهت

بررسی برای پاتولوژی ارسال شود. به این روش جراحی **اکسیژنال بایوپسی** (یعنی **اکسیزیون** کامل تومور یا برداشتن کامل تومور) می‌گویند.

روش دیگر جراحی زمانی است که قسمتی از توده برداشته و جهت پاتولوژی ارسال می‌شود به این روش جراحی اینسیژنال بایوپسی می‌گویند. این نمونه‌ها که با روش جراحی برداشته میشوند ممکن است که حین عمل برای پاتولوژی ارسال شوند. یک روش برای تشخیص سریع وجود دارد که به آن فروزن سکشن (**frozen section biopsy**) می‌گویند. که با یک دستگاه مخصوص آن تومور سریعاً فریز می‌شود و برش‌های لازم تهیه می‌شود و بعد زیر میکروسکوپ بررسی می‌شود و بر اساس آن حین عمل جواب توسط پاتولوژیست اعلام میشود.

روشهایی که با کمک تصویربرداری انجام می‌شود ممکن است با کمک سونوگرافی انجام شود. یعنی با سونوگرافی توده دیده می‌شود و یک سوزن مخصوص در مرکز آن توده زده و نمونه جهت پاتولوژی ارسال می‌شود.

این حالت را بایوپسی با گاید سونو می‌گویند.

روسی زاده جراح پستان

حالت دوم در ضایعاتی است که توده در ماموگرافی دیده می‌شود و در سونوگرافی دیده نمی‌شود. و آن موقع اگر با هدایت ماموگرافی نمونه برداری انجام شود آن را بایوپسی با گاید ماموگرافی یا بایوپسی با هدایت ماموگرافی می‌گویند. در مواردی ضایعات نه در ماموگرافی دیده می‌شود، نه در سونوگرافی و صرفاً در ام آر آی دیده می‌شود. آنگاه با هدایت ام آر آی ممکن است بایوپسی انجام شود که در این حالت به آن ام آر آی بایوپسی گفته می‌شود.



در بایوپسی که با کمک روش تصویربرداری انجام می‌شود با هدایت تصویربرداری، نمونه برداری را انجام می‌دهند. ممکن است در بایوپسی از سرنگهای معمولی استفاده کنند. به عبارتی FNA انجام بدهند. یا ممکن است با یک سوزن‌های مخصوصی که قطورتر است و وسط آنها خالی است، نمونه برداری را انجام بدهند و یک مقدار از بافت هم با این سوزن‌ها برداشته می‌شود. به این روش از نمونه برداری Core Needle Biopsy گفته میشود مخفف CNB که ارزش تشخیصی بسیار بالاتری نسبت به FNA دارد.

به این دلیل که خود بافت هم برداشته می‌شود **اف ان ای** برای تومور پستان توصیه نمی‌شود. اگر لازم باشد که با گاید سونوگرافی اف ان ای انجام شود بیشتر برای تشخیص متاز ساز غدد لنفاوی زیر بغل از این روش استفاده می‌شود. به طور کلی اف ان ای را برای نمونه برداری متاز ساز زیر بغل استفاده می‌کنیم.

در هر سه روش یعنی سونوگرافی، ماموگرافی و ام آر آی ترجیح این است که کورنیدل بایوپسی انجام شود. یک روش دیگر و یک سوزن مخصوص دیگر هم وجود دارد با یک دستگاه مخصوصی که سوزن قطورتری نسبت به کورنیدل دارد انجام شده و بافت بیشتری را برمی‌دارد. در واقع بافت را برداشته و خرد کرده و بعد وکیوم می‌کند. این روش را Vacuum Assisted Biopsy می‌گویند. که با کمک سوزن مخصوص انجام میشود و ممکن است با گاید سونوگرافی صورت گیرد و هم در مواردی با گاید ماموگرافی انجام شود.

7- جمع بندی مطالب

برای تشخیص تومور و بدخیمیهای پستان علاوه بر شرح حال و معاینه‌های بالینی روش‌های تصویربرداری انجام میشود و ممکن است بیمار جهت انجام بایوپسی و تشخیص قطعی برای بیماری، اقدام کند.

در بعضی موارد جراح پستان تشخیص می‌دهد که بایوپسی نیاز و در بعضی موارد نیاز ندارد. این قضاوت بالینی جراح پستان است که برای چه بیماری چه چیز را پیشنهاد کند.

در هر صورت تأکید بر این است که سرطان پستان اگر در مراحل ابتدایی یعنی قبل از اینکه توده لمس شود تشخیص داده شود، درمان سرطان پستان کاملاً امکان پذیر است و با مراجعه بموقع اجازه ندهید با یک تومور پیشرفته بدخیم پستان به نزد پزشک بروید. بیمار باید تحت نظر یک متخصص زنان یا جراح پستان بوده تا بررسی های **اسکرینینگ** را برایشان انجام بدهند. افراد باید با دیدن کوچکترین ضایعه مشکوک حتماً به جراح پستان مراجعه نمایند که به موقع درمان شود. هرچه تشخیص بیماری زودتر داده شود و استیج بیماری پایین تر باشد طبیعتاً درمان‌های بعدی محدودتر، کمتر و همچنین عوارض کمتر و درصد بهبودی بیشتری خواهد داشت.