فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال چهارم، شمارهٔ اول و دوم، بهار و تابستان ۱۳۹۰

عوارض جراحی در سرطان پستان

* **عصمت السادات هاشمی:** استادیار جراحی، مرکز تحقیقات سرطان پستان، جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران

سرطان پستان دومین علت مرگ ناشی از سرطان (پس از سرطان ریه) در بانوان است. جراحی رکن اساسی درمان در مبتلایان به سرطان پستان می‌باشد و در بسیاری از بیماران اولین اقدام درمانی محسوب می‌شود. علاوه براین نه تنها با جراحی، بافت سرطانی از پستان و زیر بغل بیمار حذف می‌شود، بلکه میزان گسترش بیماری به بافت‌ها مشخص می‌شود و مرحلهٔ بیماری (Stage) تعیین می‌گردد. درمواردی‌که به علت پیشرفته بودن بیماری امکان جراحی مناسب با حاشیهٔ عاری از تومور برای بیمار وجود نداشته باشد، ابتدا بیمار تحت انجام شیمی‌درمانی قرار می‌گیرد و سپس جراحی انجام می‌شود. انواع جراحی قابل انجام در این بیماری شامل برداشتن قسمتی از پستان[۱]، برداشتن تمام پستان و غدد لنفاوی زیربغل[۲] و در بعضی موارد برداشتن پستان و بازسازی همزمان[۳] است. در مراکزی که بیماران توسط جراحان ماهر و زبده در جراحی سرطان پستان تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند، در ۵۰-۲۵ درصد موارد جراحی حفظ پستان انجام می‌شود. مواردی که منجر به ماستکتومی کامل می‌شوند شامل تومور بزرگ، پستان کوچک، تومور چند کانونی، عدم امکان انجام رادیوتراپی، تمایل بیمار برای برداشتن کامل پستان و.... می باشد.

به‌طور کلی اعمال جراحی در سرطان پستان بسیار ایمن می‌باشد و میزان مرگ‌ومیر در آن‌ها بسیار اندک است. در بررسی‌های انجام شده میزان مرگ‌ومیر[۴] پس از عمل جراحی برداشتن پستان حدود ۰/۲۴ درصد و میزان معلولیت و ناتوانی جسمی[۵] ناشی از آن را ۵/۷ درصد گزارش کرده‌اند. بیشترین عارضهٔ ایجاد شده که منجر به افزایش موربیدیتی می‌شود، مشکلات مرتبط با زخم جراحی هستند که حدود ۳/۶ درصد گزارش شده است[۱].

در مطالعهٔ دیگری که در آمریکا انجام شده است میزان مورتالیتی ناشی از جراحی پستان را حدود ۱ درصد و میزان بروز عفونت زخم جراحی را ۶ درصد گزارش کرده‌اند[۲].

قابل ذکر است که در اعمال جراحی سرطان پستان نیز مانند جراحی هر عضوی دیگری از بدن احتمال بروز عوارض جدی وجود دارد. این عوارض شامل موارد زیر است:

- مشکلات تنفسی ناشی از بیهوشی عمومی
- مشکلات ناشی از زخم جراحی
- از دست دادن خون به‌دلیل خونریزی محل عمل
- سپتی سمی[۶]
- مشکلات ناشی از واکنش حساسیتی به داروهای بیهوشی
- مشکلات قلبی
- ترومبوز وریدی عمقی DVT[۷]

از عوارض اختصاصی اعمال جراحی سرطان پستان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

[1]. Breast Preservation
[2]. Modified Radical Mastectomy
[3]. Immediate reconstruetion

٤. مورتالیتی

۵. موربیدیتی

[6].sepsis
[7]. Deep vein thrombosis

*نشانی نویسنده پاسخگو: خیابان انقلاب، خیابان ابوریحان، خیابان نظری، پلاک ۴۵، مرکز تحقیقات سرطان پستان، جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران، عصمت‌السادات هاشمی
تلفن: ۶۶۹۵۲۰۴۵-۰۲۱ نشانی الکترونیک: hashemy 1277@yahoo.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.1.8.5]

عفونت زخم

بیمارانی که با تشخیص سرطان پستان تحت انجام جراحی قرار می‌گیرند در معرض بروز مشکلاتی مانند عفونت زخم می‌باشند که در موارد شدید منجر به تخریب و نکروز بافت و خونریزی و اختلال در ترمیم زخم و در نهایت افزایش زمان نقاهت بیماری و به تأخیر افتادن درمان‌های تکمیلی بیمار می‌شود. در عین حال در مواردی که ترمیم زخم به‌طور تأخیری ایجاد شود، اسکار ناشی از آن ممکن است باعث اختلال حرکتی اندام سمت مبتلا شود و در موارد شدید ممکن است نیاز به انجام جراحی ترمیمی باشد.

تکنیک جراحی و بستن زخم توسط جراح از عوامل اصلی در پیشگیری از این عارضه است. هموستاز دقیق و گذاشتن درن در محل عمل برای جلوگیری از بروز سروما از جمله اقداماتی است که می‌تواند در کاهش بروز این عارضه مؤثر باشد. در صورت بروز این عارضه انجام پانسمان مکرر و استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های مناسب توصیه می‌شود. شایع‌ترین ارگانیسم‌های گزارش‌شده در محل زخم، استافیلوکوک ارئوس و اپیدرمیس می‌باشند. در موارد شدید دبریدمان و استفاده از گرافت پوستی برای پوشش دادن محل زخم ضروری است.

سروما

یکی از شایع‌ترین عوارض پس از جراحی سرطان پستان ایجاد سروما در محل عمل است. به تجمع مایع غیر چرکی در محل جراحی سروما گفته می‌شود که معمولاً پس از خروج درن به‌صورت احساس وجود مایع و برجستگی در محل عمل توسط بیمار یا پزشک تشخیص داده می‌شود و با انجام آسپیراسیون سوزنی تأیید می‌گردد. درواقع، می‌توان بروز سروما را نه به‌عنوان یک عارضه بلکه باید به‌عنوان پیامد اعمال جراحی پستان در نظر گرفت. در مطالعات مختلف بروز این عارضه را ۷۰-۳۰ درصد گزارش کرده‌اند[۳].

بروز سروما ناشی از قطع مجاری لنفاتیک بافت پستانی و زیر بغل در هنگام جراحی و پس از آن تراوش لنف در محل عمل می‌باشد. این عارضه خطری ندارد و ممکن است تنها احساس نامطلوبی در محل عمل برای بیمار ایجاد کند. بهترین روش برای برطرف کردن این عارضه تخلیهٔ مایع با سوزن می‌باشد. عوامل مؤثر بر بروز سروما شامل چاقی، تکنیک جراحی، فعالیت فیزیکی پس از جراحی، استفاده از درن در محل عمل، نوع عمل جراحی و درگیری غدد لنفاوی زیر بغل می‌باشد. مطالعات متعددی در مورد روش‌های جلوگیری و یا کاهش میزان سروما انجام شده است که نتایج مختلفی را گزارش کرده‌اند ولی تا به‌حال روش قطعی برای پیشگیری از بروز این عارضه ارائه نشده است[۶-۴].

پنوموتوراکس

یکی از عوارض نادر جراحی سرطان پستان بروز پنوموتوراکس است که در هنگام جراحی با ایجاد سوراخ در پلور باریتال منجر به بروز دیسترس تنفسی بلافاصله پس از اتمام جراحی می‌شود. با شک به بروز این عارضه جراح باید اقدام به گذاشتن لولهٔ قفسهٔ سینه‌ای[8] نماید.

خونریزی

میزان بروز این عارضه در جراحی سرطان پستان حدود ۴-۱ درصد گزارش شده است[۷].

این عارضه با افزایش میزان تخلیهٔ خون به درن موجود در محل جراحی و یا با آسپیراسیون خون از محل عمل تأیید می‌شود. در موارد خفیف، انجام پانسمان فشاری کمک کننده است ولی در موارد شدید بهتر است جراح به باز نمودن محل عمل و بستن رگ خونریزی‌دهنده اقدام نماید.

آسیب نوروواسکولار

صدمه به شبکه براکیال از عوارض نادر جراحی پستان می‌باشد. به‌کار بردن تکنیک صحیح جراحی توسط جراح و توجه به آناتومی محل جراحی از بروز این عوارض جلوگیری می‌کند.

در بعضی از بیماران احساس بی‌حسی در قسمت داخلی بازو ایجاد می‌شود و می‌توان به بیمار اطمینان داد که به‌مرور در طی یک‌سال این عارضه برطرف خواهد شد.

آسیب به عصب توراکودورسال در مواردی که به‌علت درگیری غدد لنفاوی چسبندگی شدید در زیر بغل ایجاد شده باشد، اتفاق می‌افتد. صدمه به این عصب منجر به ناتوانی و ضعف غیر قابل برگشت در حرکات مفصل شانه می‌شود.

[8]. chest tube

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.1.8.5]

آسیب به عصب لانگ توراسیک منجر به بروز عدم تقارن در استخوان اسکاپولای دو طرف می‌شود (winged scapula). در مواردی که تنها آزردگی در عصب ایجاد شده باشد این عارضه قابل برگشت است ولی در موارد قطع کامل عصب غیر قابل برگشت می‌باشد لذا باید از بروز این عارضه اجتناب شود.

ایجاد اسکار در محل عمل

در بیمارانی که تحت انجام جراحی سرطان پستان قرار می‌گیرند، احتمال ایجاد اسکار در محل عمل بخصوص در ناحیهٔ زیر بغل وجود دارد که در موارد شدید می‌تواند منجر به ایجاد درد و محدودیت حرکتی در مفصل شانه و حتی تغییر شکل در سمت مبتلا گردد. توصیه به انجام حرکات ورزشی مناسب اندام فوقانی در دوران نقاهت می‌تواند در پیشگیری از این عارضه مؤثر باشد. در موارد شدید ممکن است به انجام فیزیوتراپی طولانی و یا مداخلهٔ جراحی برای آزادسازی بافت‌های فیبروتیک نیاز باشد.

لنفادم

در مطالعات مختلف بروز این عارضه را در بیمارانی که تحت انجام ماستکتومی و دیسکسیون غدد لنفاوی زیربغل قرار گرفته‌اند، ۷۰-۶ درصد گزارش کرده‌اند[۲۱-۸].

این عارضه به‌صورت بروز تورم تدریجی در اندام فوقانی سمت مبتلا مشخص می‌شود که در صورت عدم درمان، پیشرونده می‌باشد و می‌تواند به ناتوانی و اختلال در کیفیت زندگی بیمار منجر شود. علت بروز این عارضه تخریب و برداشته شدن سیستم لنفاوی زیر بغل بعد از جراحی است که منجر به اختلال در تخلیهٔ لنف اندام فوقانی طرف مبتلا و ایجاد تورم می‌شود. انجام رادیوتراپی زیر بغل نیز باعث شدت بروز این عارضه می‌گردد. برای پیشگیری از بروز این عارضه به بیمار توصیه می‌شود از انجام کارهای سنگین با اندام سمت مبتلا پرهیز نماید و در صورت بروز هر گونه علامت التهابی و عفونی در اندام فوقانی به جراح مراجعه نماید. در مواردی که علایم تورم اندام وجود دارد، انجام ماساژ مناسب و استفاده از بانداژ فشاری توسط لنفوتراپیست ماهر ضروری است.

نتیجه‌گیری

در مجموع به‌نظر می‌رسد اعمال جراحی سرطان پستان با میزان مرگ‌ومیر و عوارض اندکی توأم می‌باشد و در بسیاری از بیماران با استفاده از تکنیک‌های درمانی مناسب می‌توان بروز این عوارض را به‌میزان قابل توجهی کاهش داد. در عین حال آموزش بیماران و ارائهٔ توصیه‌های لازم به آن‌ها از طرف تیم درمانی می‌تواند در پیشگیری و کاهش بروز این عوارض بسیار مؤثر باشد. به‌عبارت دیگر وجود جراح متبحر و باتجربه درجراحی سرطان پستان و جلب همکاری بیمار برای کاهش عوارض جراحی سرطان پستان با هدف ارتقاء کیفیت زندگی بیماران در طول دورهٔ درمان و پس از آن ضروری است.

References

1. El-Tamer MB, Ward BM, Schifftner T. Morbidity and mortality following breast cancer surgery in women: national benchmarks for standard of care. Ann Surg 2007; 245: 665–71.
2. Hynes DM, Weaver F, Morrow M. Breast cancer surgery trends and outcomes: results from a National Department of Veterans Affairs study. J Am Coll Surg 2004; 198: 707–16.
3. Pogson CJ, Adwani A, Ebbs SR. Seroma following breast cancer surgery. Eur J Surg Oncol 2003; 29: 711–7.
4. Cipolla C, Fricano S, Vieni S, Graceffa G, Licari G, Torcivia A, Latteri MA. Does the use of fibrin glue prevent seroma formation after axillary lymphadenectomy for breast cancer? A prospective randomized trial in 159 patients. J Surg Oncol 2010; 101(7): 600-3.
5. Gong Y, Xu J, Shao J, Cheng H, Wu X, Zhao D, Xiong B. Prevention of seroma formation after mastectomy and axillary dissection by lymph vessel ligation and dead space closure: a randomized trial. Am J Surg 2010; 200(3): 352-6. Epub 2010 Apr 20.
6. El Nakeeb A. Influence of fibrin glue on seroma formation after modified radical mastectomy: a prospective randomized study. Breast J 2009; 15(6): 671-2. Epub 2009 Jun 24.
7. Simpson SA, Ying BL, Ross LA, Friedman DJ, Quraishi MI, Rizvi AA, Bernik SF. Incidence of complications in outpatient

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.1.8.5]

mastectomy with immediate reconstruction. J Am Coll Surg 2007; 205(3): 463-7.
8. Blanchard DK, Donohue JH, Reynolds C. Relapse and morbidity in patients undergoing sentinel lymph node biopsy alone or with axillary dissection for breast cancer. Arch Surg 2003; 138: 482–8.
9. Haid A, Koberle-Wuhrer R, Knauer M. Morbidity of breast cancer patients following complete axillary dissection or sentinel node biopsy only: a comparative evaluation. Breast Cancer Res Treat 2002; 73: 31–6.
10. Hoe AL, Iven D, Royle GT. Incidence of arm swelling following axillary clearance for breast cancer. Br J Surg 1992; 79: 261–2.
11. Ivens D, Hoe AL, Podd TJ. Assessment of morbidity from complete axillary dissection. Br J Cancer 1992; 66: 136–8.
12. Leidenius M, Leivonen M, Vironen J. The consequences of long-time arm morbidity in node-negative breast cancer patients with sentinel node biopsy or axillary clearance. J Surg Oncol 2005; 92: 23–31.
13. Ozaslan C, Kuru B. Lymphedema after treatment of breast cancer. Am J Surg 2004; 187: 69–72.
14. Petrek JA, Heelan MC. Incidence of breast carcinoma-related lymphedema. Cancer 1998; 83: 2776–81.
15. Petrek JA, Senie RT, Peters M. Lymphedema in a cohort of breast carcinoma survivors 20 years after diagnosis. Cancer 2001; 92: 1368–77.
16. Rockson SG. Lymphedema. Am J Med 2001; 110: 288–95.
17. Ronka R, Von Smitten K, Tasmuth T. One-year morbidity after sentinel node biopsy and breast surgery. Breast 2005; 14: 28–36.
18. Schijven MP, Vingerhoets AJ, Rutten HJ. Comparison of morbidity between axillary lymph node dissection and sentinel node biopsy. Eur J Surg Oncol 2003; 29: 341–50.
19. Schrenk P, Rieger R, Shamiyeh A. Morbidity following sentinel lymph node biopsy versus axillary lymph node dissection for patients with breast carcinoma. Cancer 2000; 88: 608–14.
20. Swenson KK, Nissen MJ, Ceronsky C. Comparison of side effects between sentinel lymph node and axillary lymph node dissection for breast cancer. Ann Surg Oncol 2002; 9: 745–53.
21. Werner RS, McCormick B, Petrek J. Arm edema in conservatively managed breast cancer: obesity is a major predictive factor. Radiology 1991; 180: 177–84.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.1.8.5]