

Comparison of Random Survival Forests for Competing Risks and Regression Models in Determining Mortality Risk Factors in Breast Cancer Patients in Mahdiah Center, Hamedan, Iran

Yaghoubi A¹, Rafiei M¹, Roshanaei Gh^{2*}, Sedighi Pashaki A³

¹Statistics, Department of Biostatistics, Faculty of Medical, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

²Statistics, Department of Statistics and Epidemiology, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³Radiovancology, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Receive: 30/9/2020
Accepted: 15/3/2021

*Corresponding Author:
gh.roshanaei@umsha.ac.ir

Ethics Approval:
IR.ARAKMU.REC.1394.226

Abstract

Introduction: Breast cancer is one of the most common cancers among women worldwide. Patients with cancer may die due to disease progression or other types of events. These different event types are called competing risks. This study aimed to determine the factors affecting the survival of patients with breast cancer using three different approaches: cause-specific hazards regression, subdistribution hazards regression, and the random survival forest for competing risks.

Methods: A historical cohort study was conducted on 527 breast cancer patients diagnosed in Mahdiah Medical Center, Hamadan, between 2004 and 2015. To determine risk factors for death due to cancer progression or other competing risks, cause-specific hazards and substandard hazards models and a random survival forest for competing risk were fitted. Data analysis was performed with R 3.4.3.

Results: Findings showed that for death from the progression of breast cancer, age and number of involved lymph nodes were significant in both models ($P < 0.05$), and in the random survival forest model for death due to cancer progression, tumor size, number of involved lymph nodes, progesterone, estrogen, and family history were the important identified variables.

Conclusion: In the presence of competing risks, when the underlying assumptions of cause-specific and subdistribution hazard regression models are not established, the use of random survival forest for competing events data to determine the risk factors affecting survival according to the coordination index and Brier score is more appropriate.

Keywords: Competing Risks, Cause-specific Hazard, Subdistribution Hazard, Random Survival Forest, Breast Cancer

مقایسه روش‌های انباشت تصادفی بقا در حضور ریسک‌های رقابتی و مدل‌های رگرسیون در تعیین عوامل خطر مرگ در بیماران مبتلا به سرطان پستان در مرکز مهدیه همدان

آزاده یعقوبی^۱، محمد رفیعی^۱، قدرت‌اله روشنائی^{۲*}، عبدالعظیم صدیقی پاشاکی^۳

^۱ گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

^۲ گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ رادیوانکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌های زنان در سراسر جهان است. افراد مبتلا به سرطان ممکن است به دلیل پیشرفت بیماری یا به سایر دلایل بمیرند که به این‌گونه از رخدادهای چندگانه ریسک‌های رقابتی می‌گویند. این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با بقای بیماران مبتلا به سرطان پستان با استفاده از سه مدل رگرسیون مخاطرات علت-ویژه، زیرتوزیع و مدل انباشت تصادفی بقا انجام شده است.

روش بررسی: مطالعه هم‌گروهی تاریخی بروی ۵۲۷ بیماران سرطان پستان در همدان طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۹۴ انجام شد. برای تعیین عوامل خطر مرگ به‌دلیل پیشرفت سرطان و مرگ بدون پیشرفت سرطان از مدل‌های مخاطرات علت-ویژه، مخاطرات زیرتوزیع و انباشت تصادفی بقا در حضور ریسک‌های رقابتی برازش داده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار R3.4.3 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که برای پیشامد مرگ ناشی از سرطان پستان، سن و تعداد غدد لنفاوی درگیر در هر دو مدل مخاطره علت-ویژه و زیرتوزیع معنادار است ($p < 0.05$) و در مدل انباشت تصادفی با قاعده تقسیم لگ-رتبه و مدل انباشت تصادفی بقا با قاعده تقسیم Gray، برای پیشامد مرگ بر اثر سرطان متغیرهای سبب تومور، تعداد غدد لنفاوی درگیر، پروژسترون، استروژن و سابقه خانوادگی متغیرهای مهم شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: نتیجه مدل‌های مختلف در مطالعه حاضر نشان داد که تشخیص زودهنگام و مراجعات دوره‌ای یکی از مهم‌ترین عوامل برای جلوگیری از پیشرفت بیماری در این بیماران است. در حضور ریسک‌های رقابتی در صورتی که فروض زیربنایی استفاده از مدل‌های رگرسیون علت-ویژه و زیرتوزیع برقرار نباشد استفاده از مدل انباشت تصادفی بقا برای داده‌های رخدادهای رقابتی به‌منظور تعیین عوامل خطر موثر بر بقا با توجه به شاخص هماهنگی و شاخص نمره بریر مناسب‌تر است. همچنین آنالیز بقا متوسط زمان پیگیری ۴۹/۳ ماه بود.

واژه‌های کلیدی: مخاطره رقابتی، مخاطره علت-ویژه، مخاطره زیرتوزیع، انباشت تصادفی بقا، سرطان پستان

تاریخ ارسال: ۹۹/۷/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۲/۲۴

* نویسنده مسئول:

gh.roshanaei@umsha.ac.ir

مقدمه

امروزه سرطان پستان شایع ترین سرطان در میان زنان محسوب می شود که می تواند مهم ترین عامل تهدیدکننده سلامتی آنان باشد. ۱/۲۵٪ کل سرطان ها در دنیا مربوط به سرطان پستان است و دومین علت سرطان در جهان است (۱). در ایران بر اساس آمار مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت، بروز سرطان پستان بین تمام سرطان ها در زنان، در رتبه اول قرار دارد (۲، ۳). به طوری که ۱۶٪ از کل سرطان ها مربوط به سرطان پستان است اگرچه بروز سرطان پستان در استان های مختلف متفاوت است (۴).

در بررسی بقای بیماران سرطانی ممکن است مرگ بیماران بعد از پیشرفت بیماری (با متاستاز) رخ دهد یا بیمار بدون پیشرفت بیماری مرگ را در طول دوره پیگیری تجربه کند. لذا در مطالعاتی که ریسک های رقابتی را در نظر می گیرند مرگ مرتبط با سرطان به عنوان رخداد مورد نظر محقق و مرگ بدون پیشرفت سرطان یا علل نامشخص به عنوان سایر علل در نظر گرفته می شود زیرا ممکن است برخی از بیماران قبل از مرگ بر اثر پیشرفت سرطان، به دلایلی غیر از سرطان بمیرند (۵، ۹).

لذا مرگ به سایر علل از مرگ بر اثر سرطان جلوگیری کرده و بحث ریسک های رقابتی به میان می آید. در تحلیل ریسک های رقابتی، از روش های معمول آماری برای تحلیل داده های بقا نمی توان استفاده کرد، زیرا وقتی یک فرد پیشامدی غیر از پیشامد مورد نظر را تجربه کند، احتمال پیشامد مورد نظر تغییر می کند. داده های سرطان پستان یک نمونه از ریسک های رقابتی است، در ریسک های رقابتی رخ دادن یک پیشامد، از رخ دادن بقیه پیشامدها جلوگیری می کند و برای هر فرد تنها یک زمان شکست و یک علت شکست وجود دارد. شکست ها در سرطان پستان می تواند مرگ ناشی از سرطان و مرگ ناشی از سایر علل باشد (۱۰، ۱۳).

در اکثر مطالعات بقا که هدف ارزیابی اثر عوامل خطر بر بقاست از مدل مخاطرات متناسب کاکس استفاده می شود اما استفاده از مدل کاکس در حضور ریسک های رقابتی باعث ایجاد اربیی در نتایج می شود. مهم ترین ایراد مدل کاکس سانسور کردن رخدادها به علت سایر علل در تحلیل ریسک های رقابتی است (۱۴-۱۶). همچنین اعتبار روش رگرسیون کاکس وابسته به برقراری فرض متناسب

بودن خطر برای تمام متغیرهای مستقل موجود در مدل است (۱۶).

دو روش علت-ویژه و زیرتوزیع برای تحلیل ریسک های رقابتی در تحلیل بقا وجود دارد (۱۷). در مدل علت-ویژه، برای مقایسه میزان بقای دو یا چند گروه از آزمون لگ-رتبه و در مدل زیرتوزیع برای مقایسه بروز تجمعی در زیرگروه های مختلف از آزمون گری (۱۹۹۸) استفاده می شود. همچنین فاین و گری (۱۹۹۹) برای ارزیابی تاثیر عوامل خطر بر بروز تجمعی مدل رگرسیون زیرتوزیع را ارائه دادند (۱۸، ۲۰).

همچنین برای شناسایی مهم ترین عوامل موثر بر بقا مدل انباشت تصادفی بقا توسط ایشواران در سال ۲۰۰۸ معرفی شد که یک مدل یادگیری ماشین و روشی ناپارامتری است که برای داده های بقا با سانسور راست استفاده می شود. این مدل هیچ گونه پیش فرضی ندارد و برای داده هایی که تعداد متغیرهای پیشگو نسبت به تعداد نمونه زیاد است، متغیرهای پیشگو همبستگی بالا و اثرات غیرخطی دارند بسیار کارآمد است (۲۱، ۲۲).

مکاردل و همکاران مطالعه ای بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان با به کارگیری مدل مخاطره علت-ویژه انجام دادند و نسبت خطر برای متغیرهای مختلف را بررسی نمودند (۲۳). همچنین ناظمی پور و همکاران به تحلیل بقای بیماران مبتلا به سرطان معده پس از عمل جراحی با استفاده از سه مدل کاکس، بروز تجمعی و مدل انعطاف پذیر پرداختند و نشان دادند که مدل کاکس در چنین وضعیتی چندان مناسب نیست (۲۴). مطالعات اندکی در خصوص چگونگی استفاده از مدل بروز تجمعی در تحلیل بقا انجام شده اگرچه در سال های اخیر استفاده از این مدل های مختلف رواج یافته است. مل و همکاران با به کارگیری مدل بروز تجمعی به بررسی عوامل خطر در سرطان پستان پرداختند (۲۵). جعفرآبادی و همکاران به بررسی بقای ۵ ساله بیماران مبتلا به سرطان کولون و رکتال با استفاده از مدل بروز تجمعی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که استفاده از تابع مخاطره بروز تجمعی با توجه به ویژگی مطلوب آن در مدل سازی عوامل خطر در سرطان مناسب است (۲۶). ایمیلو و همکاران برای تعیین عوامل موثر بر بقای بیماران مبتلا به سرطان پستان از مدل تک متغیره (تعدیل نشده) رگرسیون کاکس و انباشت تصادفی بقا استفاده کردند (۲۷).

با توجه به این که مطالعه ای برای مقایسه روش های تحلیل بقا و انباشت تصادفی بقا در حضور ریسک های رقابتی انجام نشده است و با توجه به اینکه با داشتن مدل مناسب می توان سریع تر تاثیر متغیرهای مربوط به بروز و شدت سرطان پستان را پیش بینی کرده و اقدامات درمانی را هرچه سریع تر شروع کرد تا نتیجه بهتر در درمان دیده شود، لذا هدف این مطالعه به کارگیری مدل انباشت تصادفی برای داده های بقای بیماران مبتلا به سرطان پستان در حضور ریسک های رقیب برای شناسایی دقیق تر متغیرهای پیشگوی مهم و با اهمیت و همچنین تعیین متغیرهای معنی دار بر بقا با استفاده از مدل ریسک های رقابتی علت-ویژه و زیرتوزیع و مقایسه نتایج این مدل ها است. از خصوصیات دیگر این مدل پیچیدگی کم و تفسیر ساده آن است که برای تحقیقات پزشکی که امروزه با حجم و بعد عظیمی از داده ها روبروست مناسب است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر به صورت کوهورت تاریخی انجام شد و دارای کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1394.226 مورخ ۹۴/۹/۲ از دانشگاه علوم پزشکی اراک می باشد. داده های این مطالعه مربوط به ۵۲۷ بیمار مبتلا به سرطان پستان که طی سال های ۱۳۹۰-۱۳۸۳ در مرکز تشخیصی درمانی دارالایتام مهدیه همدان بستری بودند، استخراج شد. پیگیری بقای بیماران تا سال ۱۳۹۴ بر اساس مراجعات دوره ای یا تماس تلفنی موارد مجهول در پرونده بیمار کامل شده و از ادامه روند درمان در شهرستان های دیگر اطلاعاتی گرفته شد. اطلاعات بیماران شامل سن بیمار در زمان تشخیص، وضعیت تأهل، سابقه خانوادگی سرطان، وضعیت متاستاز، نوع متاستاز (دور (متاستاز به اندام دیگر) یا نزدیک (متاستاز به پستان))، نوع جراحی: برداشتن کامل پستان یا رادیکال ماستکتومی تعدیل شده (MRM^۱) و یا لامپکتومی یا درمان حفظ پستان (BCT^۲)، اندازه تومور (≤ 2 ، > 2 سانتی متر)، وضعیت گیرنده های استروژن، پروژسترون و فاکتور رشد اپیدرمی انسانی (HER2^۳)، تعداد غدد لنفاوی درگیر (≤ 2)، $\geq 3-7$ ، نوع پاتولوژی تومور (داکتال، لوبولار، مدولار)، از

پرونده بیماران استخراج شد. فاصله زمانی از تاریخ تشخیص تا مرگ بر اثر سرطان یا مرگ بر اثر سایر علل به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. همچنین اطلاعات ناقص بیماران و وضعیت حیات آن ها از طریق تماس تلفنی پیگیری شد. از آنجاکه هیچ برنامه منظم غربالگری در ایران وجود ندارد، بیشتر در چک لیست جمع آوری داده ها متغیری با عنوان علت مرگ ثبت شده بود و با توجه به نظر متخصص آنکولوژی علت به صورت مرگ به دلیل پیشرفت سرطان، مرگ به سایر علل و مرگ به علت ناشناخته ثبت شد. لذا در این مطالعه منظور از مرگ به سایر علل مرگ هایی بوده که بدون پیشرفت بیماری رخ داده است لذا در این مطالعه بیمارانی در نظر گرفته شده اند که از ابتدای تشخیص غیرمتاستیک بوده اند و مرگ بعد از پیشرفت بیماری (با متاستاز) مرگ مرتبط با سرطان در نظر گرفته شده و مرگ بدون پیشرفت سرطان به عنوان سایر علل در نظر گرفته شده است. در این مطالعه مرگ به دلیل پیشرفت سرطان به عنوان ریسک مورد نظر و مرگ به سایر علل و علت ناشناخته به عنوان ریسک رقیب در نظر گرفته شده است.

از مدل رگرسیون مخاطره علت-ویژه برای تعیین اثر عوامل بر مخاطره لحظه ای مبتنی بر مدل کاکس و از مدل رگرسیونی مخاطره زیرتوزیع برای تعیین عوامل موثر بر بروز تجمعی علت مورد نظر (مرگ به علت سرطان) و علت رقیب (مرگ به سایر علل) استفاده شد. همچنین با استفاده از مدل انباشت تصادفی بقا با روش تقسیم لگ-رتبه و Gray متغیرهای مهم و تاثیرگذار در بقای بیماران دارای سرطان پستان برای دو ریسک رقیب مرگ بر اثر سرطان و مرگ بر اثر سایر علل تعیین و نتایج با هم مقایسه شدند. مدل انباشت تصادفی بقا برخلاف مدل مخاطره علت-ویژه و مدل بروز تجمعی، نسبت مخاطره و مقدار احتمال را گزارش نمی کند و با محاسبه مقدار اهمیت متغیر (VIMP) (variable important)، متغیرها را بر اساس مقدار اهمیت شان مرتب

^۴ متغیرها را می توان با فیلتر کردن انتخاب کرد بر اساس اهمیت متغیر آن ها (VIMP). برای محاسبه VIMP برای یک متغیر X، موارد OOB را روی درخت بقای کیسه های خود بیندازید. هر وقت الف تقسیم برای X روبرو می شود، یک گره دختر را به طور تصادفی اختصاص دهید CHF. از هر یک از این درختان محاسبه و میانگین گرفته می شود VIMP. برای X پیش بینی است خطای گروه اصلی از خطای پیش بینی برای گروه جدید با استفاده از تکالیف تصادفی X به دست آمده است.

^۱ Modified Radical Mastectomy

^۲ Breast Conservation Therapy

^۳ فاکتور رشد اپیدرمی انسانی

فوت شدند که ۱۰۹ مورد به دلیل سرطان و بقیه به علل دیگر فوت شده بودند. جدول ۱ ویژگی‌های بیماران مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

میزان بقای یک، دو، سه، پنج و ده ساله بیماران مورد بررسی با استفاده از روش کاپلان مایر به ترتیب ۹۱٪، ۸۶٪، ۷۰٪ و ۳۴٪ به‌دست آمد. همچنین میانگین (انحراف معیار) و میانه طول عمر بیماران به‌ترتیب (۱۰۴/۹۶/۳) و (۱۰۹/۷) ماه بود. نمودار ۱ احتمال بقای بیماران سرطان پستان را طی دوره پیگیری نشان می‌دهد. در ادامه قبل از برازش مدل جهت تعیین تاثیر عوامل بر مخاطره مرگ در بیماران فرض‌های پایه‌ای مدل بررسی شد. برای بررسی فرض مخاطرات متناسب در مدل علت-ویژه و مدل زیرتوزیع، نتایج بررسی نشان داد که فرض متناسب بودن نسبت مخاطرات در طول زمان در داده‌های تحت بررسی برقرار است. لذا برای تعیین عوامل خطر بر مخاطره لحظه‌ای در هر یک از علل مرگ (مرگ ناشی از پیشرفت سرطان و مرگ ناشی از سایر علل) ابتدا مدل رگرسیون علت-ویژه برازش شد که نتایج در جدول ۲ آمده است.

در جدول ۲ نتایج بررسی همزمان متغیرها با مدل رگرسیون علت-ویژه، نشان داد که در رخداد مرگ به علت پیشرفت سرطان سن و تعداد غدد لنفاوی و اندازه تومور معنی‌دار شدند. به‌طوری‌که نسبت خطر مرگ به علت سرطان در افراد بالای ۵۰ سال ۱/۰۳ برابر افراد کمتر از ۵۰ سال، در بیماران دارای غدد لنفاوی درگیر بیشتر از ۲، ۱/۹۷ برابر بیماران دارای غدد لنفاوی درگیر کمتر از ۲ بود همچنین بیمارانی که سایز تومور بیشتر از ۲ سانتی‌متر داشتند خطر مرگ به دلیل سرطان در آن‌ها ۱/۵ برابر افرادی بود که سایز تومور آن‌ها کمتر از ۲ سانتی‌متر داشتند. همچنین در مورد رخداد مرگ بر اثر سایر علل تنها متغیر سن معنی‌دار شد.

در ادامه برای تعیین عوامل خطر بر بروز تجمعی، مدل مخاطره زیر توزیع برای هر یک از علل مرگ برازش شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

در جدول ۳ نتایج بررسی همزمان متغیرها در مدل زیرتوزیع نشان داد که در رخداد مرگ به علت سرطان، متغیرهای سن اندازه تومور و تعداد غدد لنفاوی بر بروز تجمعی مرگ تاثیر معنی‌دار داشتند و در رخداد مرگ بر اثر سایر علل هیچ یک از متغیرها معنادار نشدند.

می‌کند، VIMP مثبت و بزرگ نشان می‌دهد متغیر پیشگو توانایی پیش‌بینی بالایی دارد و مقدار صفر و منفی نشان می‌دهد که متغیر توانایی پیش‌بینی‌کنندگی ندارد (۲۸).

اهمیت متغیرها با به‌کارگیری مدل انباشت تصادفی بقا برای ریسک‌های رقابتی مرگ بر اثر پیشرفت سرطان و مرگ بر اثر سایر علل به‌دست آمد و برای تقسیم در هر گره و ایجاد گره‌های دختر از قاعده‌های «لگ-رتبه» و «Gray» استفاده شد. شرط توقف برای رشد درخت بقا $d=3$ مرگ در نظر گرفته شد یعنی حداقل ۳ مرگ (به علت رخداد مورد نظر) در هر برگ وجود داشته باشد. در هر گره، ۲ متغیر از بین متغیرهای موجود به‌طور تصادفی برای تقسیم انتخاب شد ($q=2$) و به تعداد B نمونه بوت‌استرپ از داده‌های اصلی انتخاب شد. در هر نمونه بوت‌استرپ حدود ۳۷٪ از نمونه‌ها خارج می‌ماند که نمونه خارج از کیسه ($^{\circ}OOB$) گفته می‌شود و از این داده‌ها برای پیش‌بینی و اعتبارسنجی و ۶۳٪ نمونه‌ها برای ساخت درخت استفاده می‌شود. در این مطالعه به تعداد ۱۰۰۰ نمونه بوت‌استرپ انتخاب شد ($B=1000$) و برای هر نمونه بوت‌استرپ یک درخت بقا رشد داده شده است. همچنین برای بررسی کارایی و مقایسه سه مدل رگرسیون علت-ویژه، زیرتوزیع و انباشت تصادفی بقا از شاخص هماهنگی (C -index) و نمره بریر ($^{\circ}IBS$) استفاده شد، که محاسبه شاخص هماهنگی با داده‌های خارج از جیب (OOB) انجام می‌شود. هرچه شاخص هماهنگی مدل بیشتر و نمره بریر آن کمتر باشد، آن مدل کارایی بهتری دارد و پیش‌بینی توسط آن مدل دقیق‌تر خواهد بود (۲۹). برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار R3.4.3 و بسته نرم‌افزارهای `survival`، `cmprsk` و `Random Survival Forest` نسخه ۲۰۱۶ استفاده شده است.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن در ۵۲۷ بیمار مورد بررسی برابر ۴۶/۱ (۱۰/۹) سال بود. ۳۵۲ نفر (۶۶/۸٪) کمتر از ۵۰ سال سن داشتند. از لحاظ نوع پاتولوژی، ۴۶۸ نفر از نوع داکتال (۸۸/۸٪) بودند. ۱۹۲ بیمار تا پایان مطالعه

⁵ Out of Bag

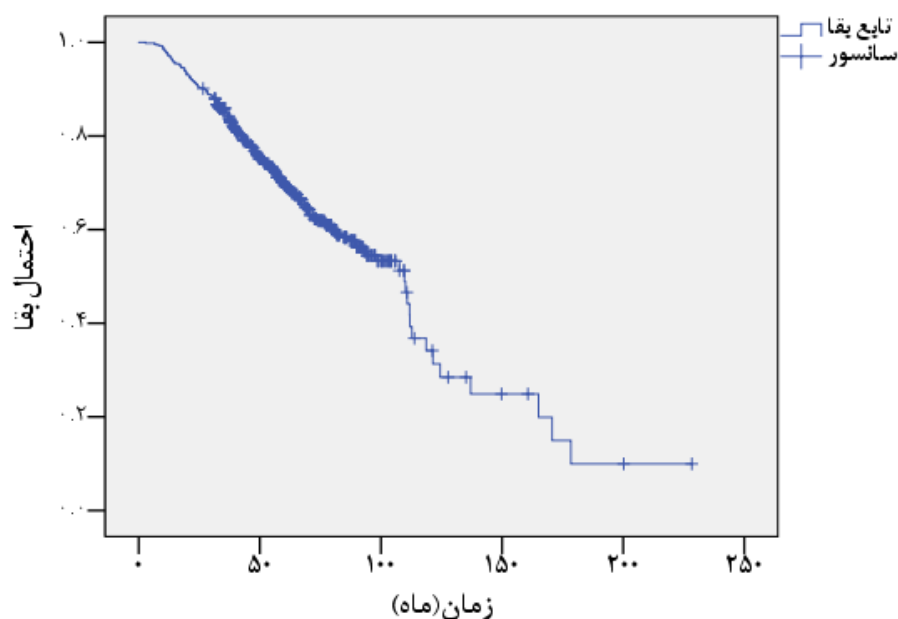
⁶ Coordination Index

⁷ Integration Brier Score

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی های دموگرافیک و بالینی بیماران مبتلا به سرطان پستان

متغیرها	رده	تعداد	درصد
سن	کمتر از ۵۰ سال	۳۵۲	۶۶/۸
	۵۰ سال و بیشتر	۱۷۵	۳۳/۲
وضعیت تاهل	مجرد	۲۱	۴
	متاهل	۵۰۶	۹۶
نوع پاتولوژی	داکتال یا مدولار	۴۶۸	۸۸/۸
	لوبولار	۵۹	۱۱/۲
سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان	دارند	۵۸	۱۱
	ندارند	۴۶۹	۸۹
وضعیت گیرنده استروژن	ER+ مثبت	۱۶۱	۳۰/۶
	ER- منفی	۱۸۱	۳۴/۳
	نامعلوم	۱۸۵	۳۵/۱
وضعیت گیرنده پروژسترون	مثبت	۱۳۹	۲۶/۴
	منفی	۱۹۲	۳۶/۴
	نامعلوم	۱۹۶	۳۷/۲
وضعیت فاکتور رشد اپیدرمی انسانی	مثبت	۱۷۷	۳۳/۶
	منفی	۱۰۹	۲۰/۷
	نامعلوم	۲۴۱	۴۵/۷
رادیوتراپی	بعد از جراحی	۸۰	۱۵/۲
	بعد از جراحی	۴۴۷	۸۴/۸
مرحله بیماری	I	۲۳۳	۴۴/۲
	II	۱۲۰	۲۲/۸
	III	۱۴۲	۲۶/۹
	نامشخص	۳۲	۶/۱
تعداد غدد لنفاوی درگیر	≤ 2	۲۳۸	۴۵/۲
	۳-۶	۱۱۳	۲۱/۴
	≥ 7	۸۵	۱۶/۱
	نامشخص	۹۱	۱۷/۳
نوع جراحی*	Modified Radical Mastectomy	۴۶۶	۸۸/۴
	Breast conserving therapy	۶۱	۱۱/۶
سایز تومور	کمتر از ۲ سانتی متر	۳۱۹	۶۰/۵
	بیشتر از ۲ سانتی متر	۲۰۸	۳۹/۵

* ماستکتومی پارشیال برای بیمارانی که از سرطان پستان بدخیم رنج می برند، می باشد در این روش قسمتی از بافت پستان که دچار ضایعه است به همراه کمی بافت سالم اطراف آن، برداشته می شود. اما در ماستکتومی سگمنتال صرفاً قطعه حاوی توده از پستان برداشته می شود.



نمودار ۱: احتمال بقای بیماران سرطان پستان

جدول ۲: تعیین اثر عوامل خطر هر یک از علل مرگ با روش مدل رگرسیون علت-ویژه در بیماران مبتلا به سرطان پستان

متغیر	علت سرطان	سایر علت ها
	HR(95% CI)	HR(95% CI)
سن برابر یا بیشتر از ۵۰ سال	۱/۰۳(۱/۰۱۳، ۱/۰۵)*	۱/۰۷(۱/۰۲، ۱/۱۵)*
سن کمتر از ۵۰ سال	۱	۱
وضعیت گیرنده استروژن مثبت ER+	۰/۸۱(۰/۴۳، ۱/۵۱)	۰/۸۱(۰/۴۳، ۱/۵۱)
وضعیت گیرنده استروژن منفی یا نامعلوم ER-	۱	۱
وضعیت فاکتور رشد اپیدرمی انسانی مثبت	۱/۰۹(۰/۷۳، ۱/۶۲)	۱/۱(۰/۷۴، ۱/۶۲)
وضعیت فاکتور رشد اپیدرمی انسانی منفی یا نامعلوم	۱	۱
Modified Radical Mastectomy نوع جراحی	۱/۱(۰/۶۷، ۱/۸۱)	۱/۰۳(۰/۵۹، ۱/۸۰)
Breast-Conserving Therapy نوع جراحی	۱	۱
تعداد غدد لنفاوی درگیر بین ۳ تا ۷ عدد یا بیشتر	۱/۹۷(۱/۱۸، ۳/۳۲)*	۰/۶۴(۰/۳۹، ۱/۲)
تعداد غدد لنفاوی درگیر کمتر از ۲ عدد	۱	۱
وضعیت گیرنده پروژسترون مثبت	۱/۴۲(۰/۷۵، ۲/۷۱)	۱/۰۵(۰/۴۱، ۲/۷۲)
وضعیت گیرنده پروژسترون منفی و یا نامعلوم	۱	۱
بعد از جراحی رادیوتراپی دریافت کرده اند	۰/۶۴(۰/۳۹، ۱/۰۶)	۰/۶۸(۰/۳۸، ۱/۲۲)
بعد از جراحی رادیوتراپی دریافت نکرده اند	۱	۱
مرحله II یا III تومور	۱/۰۴(۰/۰۶، ۱/۸۲)	۱/۰۶(۰/۵۸، ۱/۹۹)
مرحله I تومور	۱	۱
اندازه تومور بیشتر از ۲ سانتی متر	۱/۵۸(۱/۲۱، ۱/۹۴)*	۰/۹۷(۰/۷۹، ۱/۲)
اندازه تومور کمتر از ۲ سانتی متر	۱	۱
متاهل	۱/۶۲(۰/۳۹، ۶/۶۷)	۰/۶۹(۰/۲۳، ۲/۰۷)
مجرد	۱	۱

* عوامل خطر معنی دار، HR: نسبت مخاطرات؛ CI: فاصله اطمینان

جدول ۳: تعیین اثر عوامل بر مرگ با مدل رگرسیون زیرتوزیع در بیماران سرطان پستان

متغیر	علت سرطان	سایر علل
	HR (95%CI)	HR (95%CI)
سن بیشتر از ۵۰ سال	۱/۰۳(۱/۰۱، ۱/۰۵)*	۱/۰۲(۰/۹۹، ۱/۰۳)
سن کمتر از ۵۰ سال	۱	۱
وضعیت گیرنده استروژن مثبت ER+	۰/۸۳(۰/۴۲، ۱/۶۳)	۰/۷۲(۰/۳، ۱/۴۸)
وضعیت گیرنده استروژن منفی یا نامعلوم ER-	۱	۱
وضعیت فاکتور رشد اپیدرمی انسانی مثبت	۱/۰۷(۰/۷۱، ۱/۶۲)	۱/۲۳(۰/۷۲، ۱/۹)
وضعیت فاکتور رشد اپیدرمی انسانی منفی یا نامعلوم نیست	۱	۱
Modified Radical Mastectomy نوع جراحی	۱/۱(۰/۶۵، ۱/۸۵)	۰/۹۲(۰/۵۹، ۱/۶۷)
Breast-Conserving Therapy نوع جراحی	۱	۱
تعداد غدد لنفاوی درگیر بین ۳ تا ۷ عدد یا بیشتر	۲/۱۲(۱/۲۶، ۳/۵۷)*	۰/۷۵(۰/۳، ۱/۶۶)
تعداد غدد لنفاوی درگیر کمتر از ۲ عدد	۱	۱
وضعیت گیرنده پروژسترون مثبت	۱/۴(۰/۶۹، ۲/۸۴)	۱/۲۵(۰/۴۷، ۲/۴۹)
وضعیت گیرنده پروژسترون منفی و یا نامعلوم	۱	۱
بعد از جراحی رادیوتراپی دریافت کرده اند	۰/۷(۰/۴۳، ۱/۱۴)	۰/۷۹(۰/۴۱، ۱/۳۴)
بعد از جراحی رادیوتراپی دریافت نکرده اند	۱	۱
مرحله II یا III تومور	۱/۳۴(۰/۵۴، ۲/۵)	۱/۲۲(۰/۸، ۱/۶۴)
مرحله I تومور	۱	۱
اندازه تومور بیشتر از ۲ سانتی متر	۱/۴۴(۱/۲۳، ۱/۶۹)*	۰/۹۰(۰/۷۳، ۱/۲۲)
اندازه تومور کمتر از ۲ سانتی متر	۱	۱
متاهل	۱/۸۳(۰/۴۱، ۷/۵۸)	۰/۵۵(۰/۲۱، ۱/۷۶)
مجرد	۱	۱

* عوامل خطر معنی دار، HR: نسبت مخاطرات؛ CI: فاصله اطمینان

با به کارگیری قاعده Gray برای پیشامد مرگ بر اثر سرطان متغیرهای سائز تومور، غدد لنفاوی، سابقه خانوادگی، فاکتور رشد اپیدرمی انسانی، پروژسترون متغیرهای مهم (VIMP) شناخته شدند. نمودار ۴ ترتیب اهمیت متغیرها را برای پیشامد مرگ بر اثر سرطان نشان می دهد.

با به کارگیری قاعده Gray برای پیشامد مرگ بر اثر سایر علل، متغیرهای سائز تومور، غدد لنفاوی، سابقه خانوادگی، رادیوتراپی، سن و نوع تومور متغیرهای مهم (VIMP) تعیین شدند. نمودار ۵ ترتیب اهمیت متغیرها را در پیشامد مرگ بر اثر سایر علل نشان می دهد.

مقایسه مدل ها

برای بررسی (تایید) و مقایسه مدل ها از شاخص های و IBSz (t) استفاده شد. جدول ۴ این دو شاخص را برای مدل های رگرسیون مخاطره علت-ویژه (CS^A)، زیرتوزیع

تعیین متغیرهای مهم با به کارگیری قاعده «لگ-رتبه» برای مدل مخاطره علت-ویژه

با استفاده از قاعده تقسیم لگ-رتبه برای پیشامد مرگ بر اثر سرطان، متغیرهای سائز تومور، تعداد غدد لنفاوی درگیر، پروژسترون، استروژن و سابقه خانوادگی متغیرهای با اهمیت (VIMP) شناخته شدند. نمودار ۲ ترتیب اهمیت متغیرها را برای پیشامد مرگ بر اثر سرطان نشان می دهد.

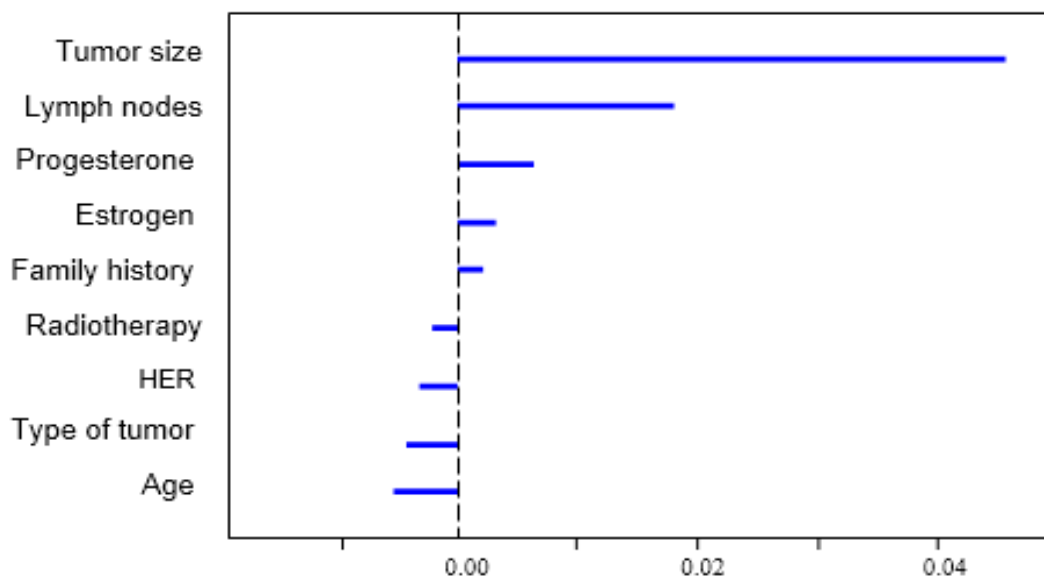
با به کارگیری قاعده لگ-رتبه برای پیشامد مرگ بر اثر سایر علل متغیرهای سائز تومور، غدد لنفاوی درگیر، سابقه خانوادگی متغیر با اهمیت (VIMP) شناخته شدند. نمودار ۳ ترتیب اهمیت متغیرها را برای پیشامد مرگ بر اثر سایر علل نشان می دهد.

تعیین متغیرهای مهم با به کارگیری قاعده "Gray" برای مدل مخاطره زیرتوزیع

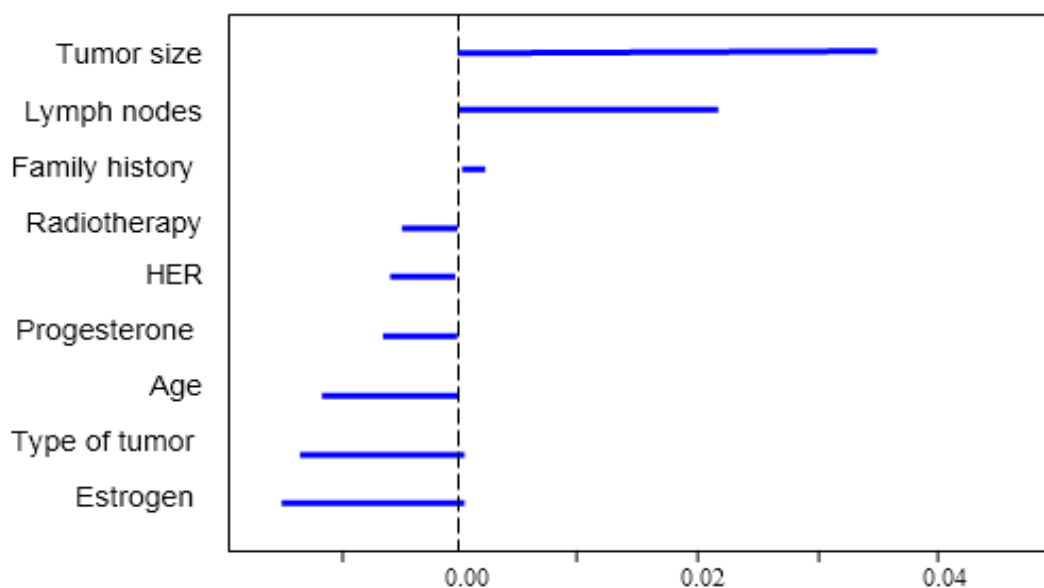
* Cause-Specific

کارایی بهتری دارند. در پیشامد مرگ بر اثر سایر علل نیز مدل مخاطره علت-ویژه با $\widehat{C}_2 = 70/5$ و $IBS_2 = 11$ و مدل زیرتوزیع با $\widehat{C}_2 = 69/4$ و $IBS_1 = 10/8$ کارایی بهتری دارند و در هر دو پیشامد مدل انباشت تصادفی بقا با قاعده تقسیم لگ-رتبه و مدل انباشت تصادفی بقا با قاعده تقسیم Gray دارای کارایی کمتری از مدل های مخاطره علت-ویژه و زیرتوزیع هستند.

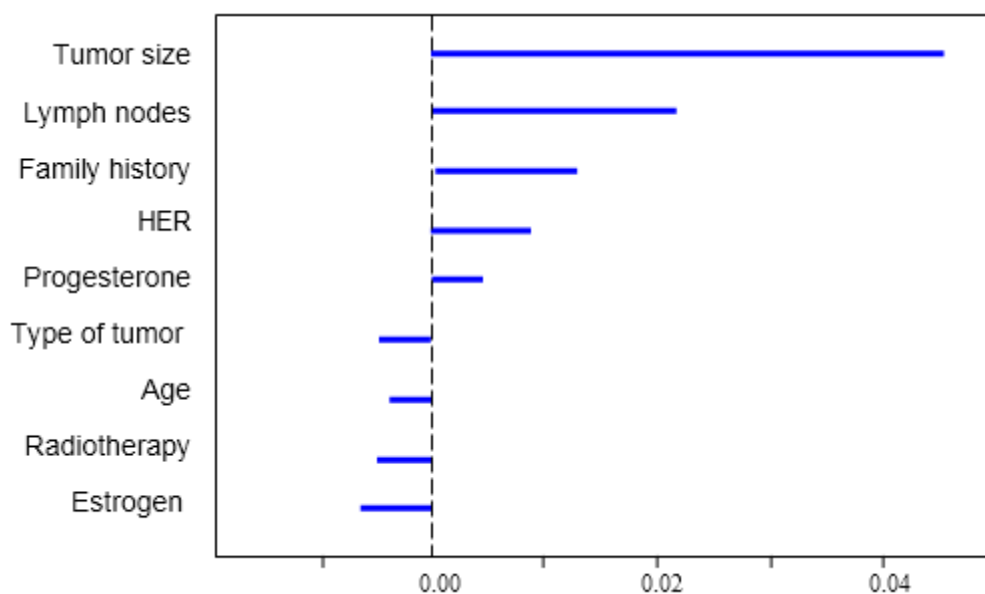
(FG)، مدل انباشت تصادفی با روش تقسیم لگ-رتبه (RSF^{LR}) و مدل انباشت تصادفی با روش تقسیم Gray (RSF^G) رای پیشامد مرگ بر اثر سرطان و پیشامد مرگ بر اثر سایر علل به طور جداگانه نشان می دهد. در پیشامد مرگ بر اثر پیشرفت سرطان مدل مخاطره علت-ویژه با $\widehat{C}_1 = 77/1$ و $IBS_1 = 9/8$ و مدل مخاطره زیرتوزیع با $\widehat{C}_1 = 75$ و $IBS_1 = 11/1$



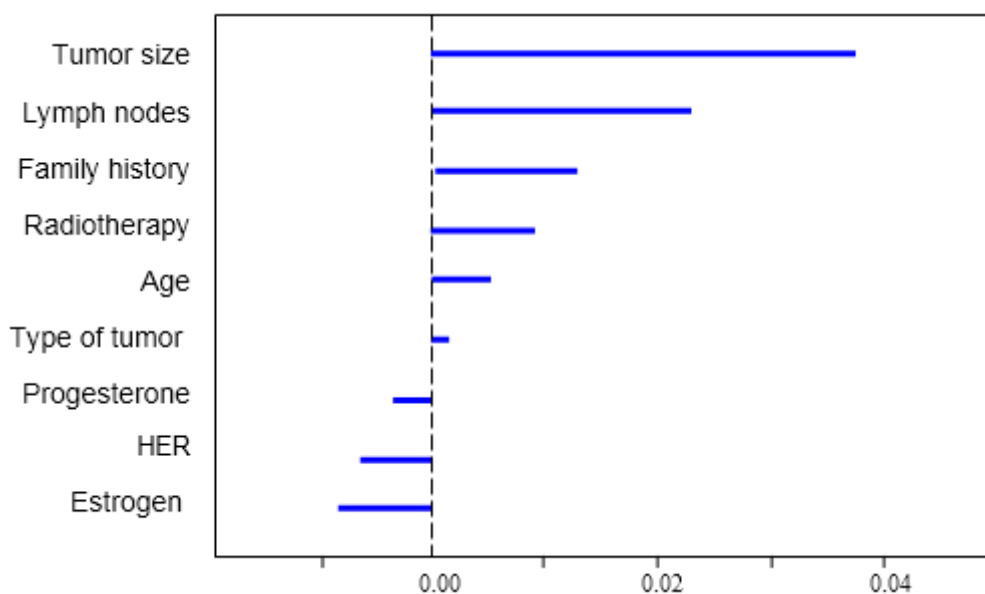
نمودار ۲: ترتیب اهمیت متغیرها برای پیش بینی مرگ بر اثر پیشرفت سرطان بر اساس قاعده لگ-رتبه



نمودار ۳: ترتیب اهمیت متغیرها برای پیش بینی مرگ بر اثر سایر علل بر اساس قاعده لگ-رتبه



نمودار ۴: ترتیب اهمیت متغیرها برای پیش‌بینی مرگ بر اثر پیشرفت سرطان بر اساس قاعده Gray



نمودار ۵: ترتیب اهمیت متغیرها برای پیش‌بینی مرگ بر اثر سایر علل بر اساس قاعده Gray

جدول ۴: شاخص‌های ارزیابی مدل‌های مورد بررسی

پیشامد مرگ بر اثر پیشرفت سرطان			پیشامد مرگ بر اثر سایر علل		
مدل	$\hat{C}_r(t)$	$IBS_r(t)$	مدل	$\hat{C}_r(t)$	$IBS_r(t)$
مدل رگرسیون مخاطره علت-ویژه CS	۷۷/۱	۹/۸	مدل رگرسیون مخاطره علت-ویژه CS	۷۰/۵	۱۱/۰
مدل رگرسیون زیرتوزیع FG	۷۵/۰	۱۱/۱	مدل رگرسیون زیرتوزیع FG	۶۹/۴	۱۰/۸
مدل انباشت تصادفی لگ رنک RSF^{LR}	۶۳/۱	۱۲	مدل انباشت تصادفی لگ رنک RSF^{LR}	۶۷/۸	۱۶/۱
مدل انباشت تصادفی گری RSF^G	۵۹/۳	۱۳/۱	مدل انباشت تصادفی گری RSF^G	۴۳/۱	۱۵/۳

بحث

در مطالعه حاضر با میانگین سن ۴۶/۱ سال میزان بقای یک، دو، سه، پنج ساله بیماران به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۷۰ و ۰/۳۴ به دست آمد. در مطالعه رامپیشه و همکاران که میانگین سن بیماران مبتلا ۵۱ سال بود، میزان بقا ۱، ۲، ۳، ۵ ساله زنان مبتلا به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۸ و ۰/۶۸ درصد برآورد شد (۳۰). در مطالعه خدابخشی میزان بقای ۵ ساله ۰/۷۲ بود (۳۱). در مطالعه قاسمی و همکاران که میانگین سن تشخیص ۴۶ سال بود میزان بقای ۱، ۳ و ۵ ساله زنان مبتلا به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳ به دست آمد (۳۲). در مطالعه فردمال و همکاران میزان بقای ۱، ۳ و ۵ ساله برابر ۰/۹۰، ۰/۷۳ و ۰/۶۲/۵ درصد به دست آمد (۳۳). اکثر مطالعات بررسی شده دارای نتایج مشابهی هستند و اندک تفاوت‌های مشاهده شده ممکن است به دلیل سن تشخیص بیماران در آن مطالعات باشد که در برخی از مطالعات سن تشخیص بالاتر بوده است.

در مطالعه حاضر میانگین و میانه طول عمر بیماران به ترتیب ۱۰۴/۹ و ۱۰۹/۷ ماه بود. در مطالعه رامپیشه و همکاران ۸۷/۲ ماه برآورد شد (۳۰). در مطالعه قربانی و همکاران با میانگین سن تشخیص ۴۹ سال، میانه بقا ۷۵ ماه به دست آمد (۳۴). در مطالعه خدابخشی با میانگین سن ۵۱/۳ سال، میانه بقا ۶۴ ماه به دست آمد (۳۱). علت تفاوت در میانه بقا ممکن است به دلیل تفاوت در سن تشخیص که در این مطالعه نسبت به سایر مطالعات پایین‌تر بوده است و همچنین سایر ویژگی‌های دموگرافی و بالینی بیماران و درمان‌های متفاوتی باشد که بعد از تشخیص بیماران دریافت کرده‌اند باشد.

در مطالعه حاضر متغیرهای سن، تعداد غدد لنفاوی درگیر و اندازه تومور بر مرگ به علت پیشرفت سرطان در بیشتر مدل‌های مورد استفاده موثر بودند. در مطالعه قاسمی، سن و تعداد غدد لنفاوی درگیر معنی‌دار نبود ولی اندازه تومور معنی‌دار بود. در مطالعه فردمال و همکاران سن، اندازه تومور و تعداد گره‌های لنفاوی درگیر بر بقا تاثیر معنی‌دار داشتند (۳۳). در مطالعه رامپیشه رابطه‌ای بین سن و بقا مشاهده نشد (۳۰). در مطالعه باغستانی و همکاران تنها اندازه تومور بر بقا موثر بود (۳۵) و در مطالعه خدابخشی تعداد گره‌های لنفاوی درگیر بر بقا موثر بود (۳۱). نتایج تاثیر این متغیرها بر بقا نشان از اهمیت تشخیص زودهنگام بیماری است که باعث جلوگیری از پیشرفت

عواملی خواهد شد که بر بقا تاثیر مخرب دارد و همچنین اقدام به اعمال درمان موثر را تسريع می‌نماید.

در این مطالعه با استفاده از مدل مخاطرات متناسب علت-ویژه، زیرتوزیع و مدل انباشت تصادفی بقا با قاعده تقسیم لگ-رتبه و Gray متغیرهای مهم و تاثیرگذار در بقای بیماران دارای سرطان پستان برای دو ریسک رقیب مرگ بر اثر سرطان و مرگ بر اثر سایر علل تعیین شد.

نتایج ارزیابی متغیرهای مورد بررسی در مدل رگرسیون علت-ویژه و زیرتوزیع نشان داد که در رخداد مرگ بر اثر سرطان سن یک متغیر موثر بر بقاست اگرچه بر اساس روش RSF در هر دو مدل علت-ویژه و زیرتوزیع این متغیر به عنوان متغیر مهم و موثر بر بقا تعیین نکرد. در مطالعه ایمیلو و همکاران هم مدل کاکس این متغیر را بر بقای بیماران موثر دانست ولی مدل RSF نشان داد که اثر این متغیر بر بقا دارای اهمیت پایینی است (۲۷). اگرچه نتایج این دو مطالعه همخوانی دارد ولی در مطالعه حاضر ریسک‌های رقیب هم در نظر گرفته شد و همان‌طور که نتایج نشان داد عوامل موثر بر مرگ به سایر علل با متغیرهای موثر بر مرگ به دلیل پیشرفت سرطان متفاوت بود. ولی در مطالعه ایمیلو علل مرگ متمایزی در نظر گرفته نشده و علت مرگ به صورت مرکب از تمام علل بوده است.

در هر دو مدل رگرسیون علت-ویژه و زیرتوزیع، تعداد غدد لنفاوی درگیر بر مخاطره مرگ بیماران بر اثر سرطان تاثیر معنی‌دار داشت به طوری که افراد دارای تعداد غدد لنفاوی درگیر بالا بیش از دو برابر در معرض مخاطره مرگ بر اثر سرطان بودند و این متغیر بر اساس مدل RSF هم جزو متغیرهای تاثیرگذار بود. مطالعه ایمیلو هم نشان داد که طبق مدل کاکس مخاطره افراد دارای غدد درگیر ۲ برابر افرادی است که غدد درگیر ندارند و نتیجه مدل RSF هم این نتیجه را در مدل آن‌ها تایید کرد (۲۷). همچنین نتایج مطالعه بالدی هم اهمیت این متغیر در پیش‌بینی مرگ را تایید کرد (۲۹).

در این مطالعه اندازه تومور در هر دو مدل مخاطرات علت-ویژه و زیرتوزیع بر مخاطره مرگ بر اثر سرطان تاثیر معنی‌داری داشت ولیکن بر مخاطره مرگ به سایر علل در هر دو مدل موثر نبود. همچنین روش RSF این متغیرها را جزو متغیرهای با اهمیت‌شناسایی کرد. نتایج مطالعه ایمیلو و همکاران نیز نشان داد که این متغیر در هر دو

مدل کاکس و RSF بر مخاطره مرگ اثر دارد. اگرچه در هر دو مطالعه اندازه تومور بر مخاطره تاثیر معنی داری داشت ولی اندازه تاثیر این متغیر بر مخاطره مرگ در این مطالعه از مطالعه ایمیلو کمتر بود که این اختلاف به دلیل درنظر گرفتن مخاطرات رقیب در مطالعه حاضر بود (۲۷).
قائده انشعاب Gray و logrank متغیرهای سائز تومور، درگیری غدد لنفاوی، سابقه خانوادگی، فاکتور اپیدرمی انسانی و هورمون های پروژسترون را به عنوان متغیرهای موثر و با اهمیت برای بقای بیماران مبتلا به سرطان پستان در پیشامد مرگ بر اثر سرطان شناسایی کرد. این متغیر با متغیرهایی که در مطالعه ایمیلو به عنوان متغیرهای موثر در بقای بیماران مبتلا با سرطان پستان شناسایی شدند همخوانی دارد (۲۷). با این تفاوت که در این مطالعه انباشت تصادفی بقا با حضور ریسک های رقابتی در نظر گرفته شده است.

برای بررسی کارایی مدل ها در این مطالعه شاخص های C و IBS برای همه مدل ها به دست آمد. هر قدر که مقدار C در مدل بیشتر و IBS مدل کمتر باشد کارایی مدل بیشتر است. مدل مخاطره علت-ویژه در بین مدل ها بیشترین کارایی و مدل گری کمترین کارایی را داشت. در مطالعه ایمیلو کارایی مدل RSF بالاتر از مدل کاکس بود (۲۷).

با توجه به این که مدل RSF برای داده هایی با بعد بالا کارایی بهتری دارد در کاربرد برای سایر داده ها طبیعی است که میزان کارایی این مدل با مدل های مرسوم تفاوت قابل ملاحظه ای نداشته باشد. در داده های با بعد متوسط مزیت روش RSF این است که متغیرهای تاثیرگذار را بر اساس اهمیت، بدون در نظر گرفتن ارتباط بین متغیرها مرتب می کند که مدل کاکس این کارایی را ندارد. دلیل کارایی هر چند ناچیز مدل رگرسیون علت-ویژه و مدل زیرتوزیع نسبت به مدل های انباشت تصادفی در این مطالعه، پایین بودن تعداد متغیرهای مورد بررسی است که تنها ۹ متغیر پیشگوی ثبت شده است. این موضوع را می توان در مطالعه داتما و همکاران در سال ۲۰۱۲ دید، آن ها در مطالعه خود برای بررسی متغیرهای اثرگذار در بقای بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن از ۸ متغیر پیشگو استفاده کردند و نشان دادند کارایی مدل رگرسیون کاکس به میزان ناچیزی بهتر از مدل انباشت تصادفی است (۳۹). همچنین کالپاتی و همکاران در ۲۰۰۸ تاثیر ۶ متغیر پیشگو را در بقای بیماران مبتلا به سرطان کیسه

صفرا مورد بررسی قرار دادند که کارایی یکسانی برای مدل رگرسیون کاکس و مدل انباشت تصادفی به دست آوردند (۴۰). اما مطالعات زیادی همچون مطالعه صفری و همکاران در سال ۲۰۲۰ با ۱۲ متغیر پیشگو (۴۱)، روشنائی و همکاران در سال ۲۰۱۸ با ۱۶ متغیر پیشگو (۴۲) و ایمیلو در سال ۲۰۰۹ با ۱۶ متغیر پیشگو نشان دادند که مدل انباشت تصادفی از روش های مرسوم تحلیل بقا دارای کارایی بهتری است (۲۷). همچنین ایشواران در مطالعه خود با ۲۰ هزار بیمار و بیش از ۶۰ متغیر پیشگو در مطالعه دیگری با ۱۰۰۰ بیمار و ۲۵۰ متغیر پیشگو نشان دادند که عملکرد مدل انباشت تصادفی بقا بسیار سریع تر و کارتر از مدل های مرسوم است (۲۱). هر چند ایشواران و همکاران در سال ۲۰۰۸ برای معرفی متغیرهای اثرگذار از مدل انباشت تصادفی بقا و مدل های رگرسیون کاکس اصلاح شده استفاده کردند و نشان دادند که مدل انباشت تصادفی کارایی و عملکرد بهتری در داده هایی با همبستگی بالا دارد (۲۸).

در این مطالعه هم در پیشامد مرگ بر اثر سرطان و هم در پیشامد مرگ بر اثر سایر علل، مدل کاکس و مدل بروز جمعی (فاین-گری) کارایی بهتری داشتند، همچنین در هر دو پیشامد، مدل انباشت تصادفی بقا با قاعده تقسیم لگ-رتبه و Gray دارای کارایی کمتری از مدل های کاکس و بروز جمعی بودند. این موضوع با مطالعه ایشواران و همکاران در سال ۲۰۱۴ همخوانی دارد (۲۲).

از جمله محدودیت های مطالعه حاضر تعداد نمونه کم با توجه به این که مطالعه از یک مرکز درمانی جمع آوری شده، عدم ثبت برخی از متغیرهای موثر برای بیماران سرطانی و وجود مقادیر گمشده در برخی متغیرها به دلیل ثبت ناقص اطلاعات است همچنین از محدودیت های دیگر این مطالعه می توان به این موضوع اشاره کرد که با توجه به نبود مطالعات مشابه در مورد انباشت تصادفی بقا در حضور ریسک های رقابتی بر روی این نوع از بیماران سرطانی، امکان مقایسات بیشتر نتایج بالینی برای بیماری سرطان پستان وجود نداشت.

نتیجه گیری

نتیجه مدل های مختلف در مطالعه حاضر نشان داد که تشخیص زودهنگام و مراجعات دوره ای یکی از مهم ترین عوامل جلوگیری از پیشرفت بیماری و مرگ ناشی از آن در

استفاده از مدل های رگرسیون علت-ویژه و زیرتوزیع برقرار نباشد استفاده از مدل انباشت تصادفی بقا برای داده های رخدادهای رقابتی به منظور تعیین عوامل خطر موثر بر بقا پیشنهاد می شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از مدیریت محترم مرکز تشخیصی درمانی مهدیه همدان که در جمع آوری اطلاعات مورد نیاز این تحقیق همکاری کرده اند، تشکر و قدردانی نمایند. همچنین از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه های علوم پزشکی اراک و همدان که در انجام این تحقیق محققان را حمایت نمودند تقدیر و تشکر به عمل می آید.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می دارند که هیچ گونه تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

این بیماران است. آنالیز بقا مخصوص سرطان پستان، متوسط زمان پیگیری ۴۹/۳ ماه بود. همچنین میانگین (انحراف معیار) و میانه طول عمر بیماران به ترتیب (۱۰۴/۹(۶/۳) و ۱۰۹/۷ ماه بود. میزان بقای یک، دو، سه، پنج و ده ساله بیماران مورد بررسی با استفاده از روش کاپلان مایر به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۷۰ و ۰/۳۴ به دست آمد.

همچنین استفاده از مدل های ناپارامتری انباشت تصادفی بقا برای ریسک های رقابتی همواره به خوبی مدل های مرسوم است، اما برای داده هایی با حجم زیاد (تعداد نمونه زیاد) و بعد بالا (تعداد پیشگوهای زیاد) این مدل دارای سرعت و کارایی بهتری است و می تواند مشکلات محاسباتی که در روش های مرسوم برای داده های با بعد بالا وجود دارد را به خوبی برطرف نماید.

از خصوصیات دیگر این مدل پیچیدگی کم و تفسیر ساده آن است که برای تحقیقات پزشکی که امروزه با حجم و بعد عظیمی از داده ها روبروست مناسب است. لذا در حضور ریسک های رقابتی در صورتی که فروض زیربنایی

References

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015; 136: 359-86.
2. Taques Pessoa da Silveira J, Sanches Maziero EC, Loewen Wall M, Souza RK, Regina S, Forlin DC, de Moraes Chaves AC. Application of theories in studies on breast cancer: integrative review. *JNUOL*. 2014; 8(5): 1357-63.
3. Entezar-Mahdi R, Shamshiri AR, Ramezani R, Eatemad K. [National breast cancer control program in IR IRAN, operational planning & guideline for breast cancer screening with CBE & Mammography]. Ministry Health, Treatment & Education Medicines Center for Disease Control & Prevention Noncommunicable Diseases Unit Cancer Office. 2011;12(3): 127-32.
4. Thomas E, Escandón S, Lamyian M, Ahmadi F, Setoode SM, Golkho S. Exploring Iranian women's perceptions regarding control and prevention of breast cancer. *Qual Rep*. 2011; 16(5):1214.
5. Provencio M, Millán, I, España P, Sánchez AC, Sánchez JJ, Cantos B and et al., Analysis of Competing Risks of Causes of Death and their Variation Over Different Time Periods in Hodgkin's Disease; *Clin Cancer Res*. 2008; 10(6): 5300-5.
6. de Glas NA., Kiderlen M, Vandenbroucke JP, de Craen AJM, Portielje JEA, Cornelis J. H. vand et al., Performing Survival Analyses in the Presence of Competing Risks: A Clinical Example in Older Breast Cancer Patients, *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2016; 108(5): 20-6.
7. Berry SD, Ngo L, Samelson EJ, Kiel DP. Competing risk of death: an important consideration in studies of older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58:783-7.

10. Pallis AG, Ring A, Fortpied C et al. EORTC workshop on clinical trial methodology in older individuals with a diagnosis of solid tumors. *Ann Oncol*. 2011; 22:1922-6.
11. Van de Water W, Markopoulos C, van de Velde CJ, et al. Association between age at diagnosis and disease-specific mortality among postmenopausal women with hormone receptor-positive breast cancer. *JAMA*. 2012; 307(6):579-97.
12. Kleinbaum DG, Klein M. *Survival Analysis: A Self-Learning Text, Third Edition (Statistics for Biology and Health)*. New York. 2012.
13. Wolbers M, Koller MT, Stel VS, Schaer B, Jager KJ, Leffondré K, Heinze G. Competing risks analyses: objectives and approaches. *Eur Heart J*. 2014; 35:2936-41.
14. Latouche A, Allignol A, Beyersmann J, Labopin M, Fine JP. A competing risks analysis should report results on all cause-specific hazards and cumulative incidence functions. *J Clin Epidemiol*. 2013; 66:648-53.
15. Haller B, Schmidt G, Ulm K. Applying competing risks regression models: an overview. *Lifetime Data Anal*. 2013;19:33-58.
16. Yaghoubi A, Roshanaei G, Rafiee M, Tapak L, Sedigipashaki A. Factors Related to the Survival of Patients with Breast Cancer in Hamedan Based on the Competitive Risks. *J Adv Med Biomed Res*. 2018; 26(115):129-39.
17. Faradmal J, Mafi M, Sadighi-Pashaki A, Karami M, Roshanaei G. Factors Affecting Survival in Breast Cancer Patients Referred to the Darol Aitam-e Mahdiah Center. *J Adv Med Biomed Res*. 2014; 22(93):105-15.
18. Kleinbaum DG. *Survival Analysis, a Self-Learning Text*. 3th ed. 2012.
19. Fine JP, Gray RJ. A proportional hazards model for the subdistribution of a competing risk. *J Am Stat Assoc*. 1999 ;94:496-509.
20. Ronald B. Geskus, *Data Analysis with Competing Risks and Intermediate States*. New York: Chapman and Hall/CRC, 2016.
21. Beyersmann J, Allignol A, Schumacher M. *Competing Risks and Multistate Models with R*. Springer New York Dordrecht Heidelberg London, 2012.
22. Pintilie M. *Competing risks: a practical perspective*, John Wiley & Sons 2006; 5: 45-8.
23. Ishwaran H, Kogalur UB, Blackstone EH, Lauer MS. Random survival forests. *The annals of applied Statics*. 2008: 841-60.
24. Ishwaran H, Gerds,TA, Kogalur UB, Moore RD, Gange SJ, Lau BM. Random survival forests for competing risks. *Biostatistics*. 2014; 2:10-6.
25. McArdle CS, McMillan DC, Greenlaw N, Morrison DS. Adjuvant radiotherapy and chemotherapy in breast cancer: 30 year follow-up of survival. *BMC Cancer*. 2010; 10: 398.
26. Nazemipour M, Mahmoudi M, Zeraati H, Rahimi Foroushani A. Survival Analysis of Gastric Cancer Patients following Surgery Based on a Flexible Model in Competing Risks: Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2013; 11- 2.
27. Mell LK, Jeong JH, Nichols MA, Polite BN, Weichselbaum RR, Chmura SJ. Predictors of competing mortality in early breast cancer. *Cancer*. 2010; 116(23): 5365-73.
29. Jafarabadi M, Mohammadi M, Hajizadeh E, Fatemi R. An evaluation of 5-year survival of metastatic colon and rectal cancer patients using cumulative incidence models. 2013, 14(2):207-14.
30. Kurt Omurlu I, Ture M, Tokatli F. The comparison of random survival forests and cox regression analysis with simulation and an application related to breast cancer. *Expert System with Application*. 2009; 36(4):8247-54.
31. Ishwaran H, Kogalur UB, Blackstone EH, Lauer MS. Random survival forests. *The Annals of Applied Statistics*. 2008, 2:841-60.
32. Baldi I, Ciccone G, Ponti A, Rosso S, Zanetti R, Gregori D. An Application of theCox-Aalen Model for Breast Cancer Survival. *Austrian journal of statistics*. 2006; 35(1):77-88.
33. Rampisheh Z, Motamed N, Amiri M, Ostovar A, Azarnoush A, Bahramian F et al . Breast cancer survival rate according to data of cancer registry and death registry systems in Bushehr province, 2001-2013. *Iran South Med J*. 2015; 18 (4) :729-37
34. Khodabakhshi R, Gohari MR, Moghadamifard Z, Foadzi H, Vahabi N. Disease-Free Survival of Breast Cancer Patients and Identification of Related Factors.

- Razi Journal of Medical Sciences. 2011; 18(89): 28-33.
35. Ghasemi F, Rasekhi A, Haghighat S. Analysis of the Survival of Breast Cancer Patients Using Weibull and Poisson Beta-Weibull Non-Mixture Cure Models. *Research in Medicine*. 2019; 4(4): 236-42.
 36. Faradmal J, Roshanaei G, Mafi M, Sadighi-Pashaki A, Karami M. Application of Censored Quantile Regression to Determine Overall Survival Related Factors in Breast Cancer. *J Res Health Sci*. 2016; 16(1):36-40
 37. Ghorbani N, Yazdani Cherati J, Anvari K, Ghorbani N. Factors Affecting Recurrence in Breast Cancer Using Cox Model. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2015; 25(131): 32-9
 38. Baghestani AR, Shahmirzalou P, Sayad S, Akbari ME, Zayeri F. Comparison Cure Rate Models by DIC Criteria in Breast Cancer Data. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018; 19(6): 1601.
 39. Dolatkah R, Somi MH, Asghari-Jafarabadi M, Hosseinalifam M, Sepahi S, Belalzadeh M and et al. Breast Cancer Survival and Incidence: 10 Years Cancer Registry Data in the Northwest, Iran. *International Journal of Breast Cancer*. 2020; 5(15): 14-9
 40. Chen C, Xu Y, Huang X, Mao F, Shen S, Xu Y, Sun Q. Clinical characteristics and survival outcomes of patients with both primary breast cancer and primary ovarian cancer. *Medicine*. 2020; 99(32):e21560.
 41. He ZY, Lian CL, Wang J, Lei J, Hua L, Zhou J, Wu SG. Incorporation of biologic factors for the staging of de novo stage IV breast cancer. *NPJ Breast Cancer*. 2020; 6:43. DOI: 10.1038/s41523-020-00186-5.
 42. Safari M, Abbasi M, Gohari Ensaf F, Berangi Z, Roshanaei G. Identification of Factors Affecting Metastatic Gastric Cancer Patients' Survival Using the Random Survival Forest and Comparison with Cox Regression Model. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2020; 15(4):343-51.
 43. Roshanaei G, Omidi T, Faradmal J, Safari M, Poorolajal J. Determining affected factors on survival of kidney transplant in living donor patients using a random survival forest. *Koomesh*. 2018; 20(3):517-23.