مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (35) العدد (2) 2013
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (35) No. (2) 2013

دور عوامل الخطورة للإصابة بسرطان الثدي
(خبرة مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية بين عامي 2011-2012)

الدكتور سجيع مسعود*
الدكتور علي علوش**
سهير جبيلي***

(تاريخ الإيداع 8 / 4 / 2013. قُبِل للنشر في 20 / 5 /2013)

□ ملخّص □

شملت الدراسة 1800 مريضة تم قبولها في الأقسام التالية (الجراحة ,الداخلية وقسم النسائية) في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الواقعة مابين عامي 2011-2012 من عمر 40 سنة وما فوق. تمت الدراسة اعتماداً على استمارة إحصائية مضمنة فيها معلومات عن دور عوامل الخطورة في الإصابة بسرطان الثدي، أظهرت الدراسة أن النسبة المئوية للمصابات كانت 9,8% . وتعتبر عوامل الخطورة التي هي التقدم العمري، السمنة، قلة الولادات أو انعدامها، العمر المتأخر لإنجاب الولد الأول، البلوغ المبكر، اليأس المتأخر، تناول أدوية هرمونية، إصابة أحد أقارب الدرجة الأولى ،الإقامة في المدن وحجم الثدي الكبير كلها تؤثر في زيادة احتمال الإصابة بسرطان الثدي وتبلغ قيمة هذا الأثر على التوالي:-0,092-0,030-0,15-0,217-0,143-0,157-0,178-0,387-0,115 0,212-0,244

الكلمات المفتاحية: عوامل الخطورة – الإنجاب – القصة العائلية

*أستاذ – قسم الجراحة- كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.
**مدرس – قسم الجراحة – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.
***طالبة دراسات عليا (ماجستير) – قسم الجراحة – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (35) العدد (2) 2013
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (35) No. (2) 2013

The Role of Risk Factors For Breast Cancer

Dr. Sajieh Massoud*
Dr. Ali Alloush**
Sohair Jbieli***

(Received 8 / 4 / 2012. Accepted 20 / 5 / 2013)

□ ABSTRACT □

The study included 1,800 patients who were admitted in the following departments (surgery, internal and gynecology department) at AL- ASSAD University Hospital in Lattakia in 2011-2012 from the age of 40 years and above. The study, which was based on a built-in statistical form of risk factors for breast cancer, showed that the percentage of the infected was 9,8%. All risk factors including ageing ,obesity, lack or absence of birth, late age at first childbirth, early puberty, late menopause, hormonal treatment, injuring a first degree relative, staying in cities and the size of bras increase the risk of breast cancer and the impact is worth respectively: 0,115-0,387-0,178-0,157-0,143-0,217-0,15-0,030-0,092-0,244-0,212.

Key words: risk factors, parity, family history.

* **Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**
** **Assistant Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**
*** **Postgraduate student, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**

مقدمة:

تحتل سرطانات الثدي المرتبة الأولى من بين السرطانات التي تصيب النساء ، إذ تشكل 25%من السرطانات التي تصيبهن، وفقط 1% من السرطانات التي تصيب الذكور. فإحصائياً تشير الدراسات العالمية بحدوث أكثر من مليون إصابة في العالم سنوياً، ولكن من الجدير بالذكر أن نسبة الإصابة في سوريا حسب السجل الوطني للسرطان عام 2006 بلغت حوالى 30,95%من مجموع السرطانات التي تصيب النساء، و 15,07% من مجموع السرطانات التي تصيب مجمل السكان [1,2,3,4].

أهمية البحث وأهدافه :

يأخذ البحث أهميته من كثرة الأبحاث العديدة عن إمراضية سرطان الثدي وخاصة خلال الخمسين سنة الماضية التي تم فيها تحديد العوامل المتعددة ذات الخطورة ، ومن السعي المستمر للحماية من سرطان الثدي ، ووجود تحسينات في المعالجة والكشف المبكر وما يعكسه على الحالة العامة والنفسية للمريضة.

أما أهداف البحث فهي إعادة الدراسة لعوامل الخطورة المسببة لسرطان الثدي ، وذلك بالتركيز على المسح العشوائي لأكبر عينة ممكنة من النساء بهدف تبيان نوعية هذه العوامل ودورها في زيادة احتمال الإصابة به.

طرائق البحث ومواده:

أجريت دراسة استقبالية لجميع المريضات اللواتي تم قبولهن في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية في الأقسام التالية (الجراحة ، الداخلية والنسائية) خلال الفترة الواقعة ما بين شهر آب 2011 إلى آب2012 بعمر 40 سنة وما فوق، وذلك بالاعتماد على استمارة استبانة إحصائيّة مضمّنةً فيها معلومات عن دور عوامل الخطورة للإصابة بسرطان الثدي وأهمية الكشف المبكر له، إذ بلغ عدد الاستمارات الموزّعة تلك الفترة 1850 استمارة، وقد بلغ عدد الاستمارات القابلة للتحليل 1800 استمارة بمعدّل استجابة 97.29% .وقد استبعدنا من الدراسة مايلي: المريضات بأعمار أقل من 40 سنة –المريضات اللواتي رفضن الإجابة على الاستمارة–المريضات غير القادرات على الإجابة (مريضات النزف الدماغي ,احتشاء العضلة القلبية .....)–المريضات اللواتي تم قبولهن في الطابق وتوفين مباشرة ومريضات العناية المشددة.

وكانت استمارة البحث كالتالي:

(1) العمر: سنة

50 -40	60- 51	70 -61	70<

(2) الوزن: كغ

40 -55	70 – 56	85- 71	85 <

(3) عدد الأولاد:

لايوجد	1	2	3	4	>4أولاد

(4)سن إنجاب الولد الأول:سنة

55-46	45-36	35-25	24-15

(5) سن بدء الطمث:سنة

17<	17- 15	14-11	11>

(6) سن الضهي: سنة

65 <	65-56	55-46	45 -36	35 >

(7) في سوابق المريضة قصة تناول (أستروجين – بروجسترون)أو مانعات الحمل الفموية:

لا	نعم

(8) في سوابق المريضة قصة تعرض للإشعاع:

لا	نعم

(9) مكان الإقامة :

مدينة	ريف

(10)قياس حمالة الثديين:

100	95	90	85	80	75

-الاختبارات والأساليب الإحصائية المستخدمة:

تمّ استخدام الطريقة الوصفيّة بالإضافة إلى استخدام تحليل الانحدار ثنائي الاستجابة من خلال الاستعانة بالبرنامج الإحصائي Spss، وهو حزمة برمجيّة خاصّة بالعلوم الاجتماعيّة يتميّز بتنفيذ التحليلات الإحصائيّة في مجالات البحث العلمي.

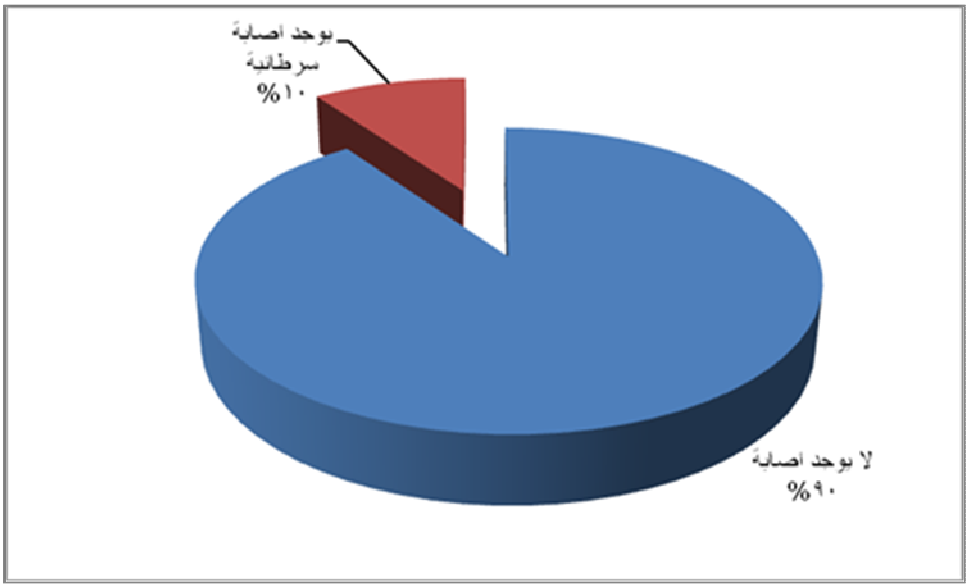
النتائج والمناقشة:

سيتمّ عرض بعض الإحصاءات الوصفيّة كالنسب المئويّة لمتغيّر الاستجابة

الجدول رقم (2):نسبة الأشخاص بحسب متغيّر الاستجابة

متغيّر الاستجابة	Frequency العدد	Percent النسبة المئويّة
لا يوجد اصابة سرطانيّة	1624	90.2
إصابة سرطانية	176	9.8
Total	1800	100.0

حيث وجد أنّ النسبة المئويّة للمصابات في دراستنا هي 9.8% علماً أن هذه النسبة متضمنة المريضات المشخص لديهن سرطان ثدي وأجرين العمل الجراحي خلال سنة الدراسة ولا يتجاوز عددهن 20 مريضة.



الرسم البياني رقم (1) : توزع المريضات حسب الإصابة في دراستنا

دراسة أثر كلّ عامل من العوامل في الإصابة بسرطان الثّدي :

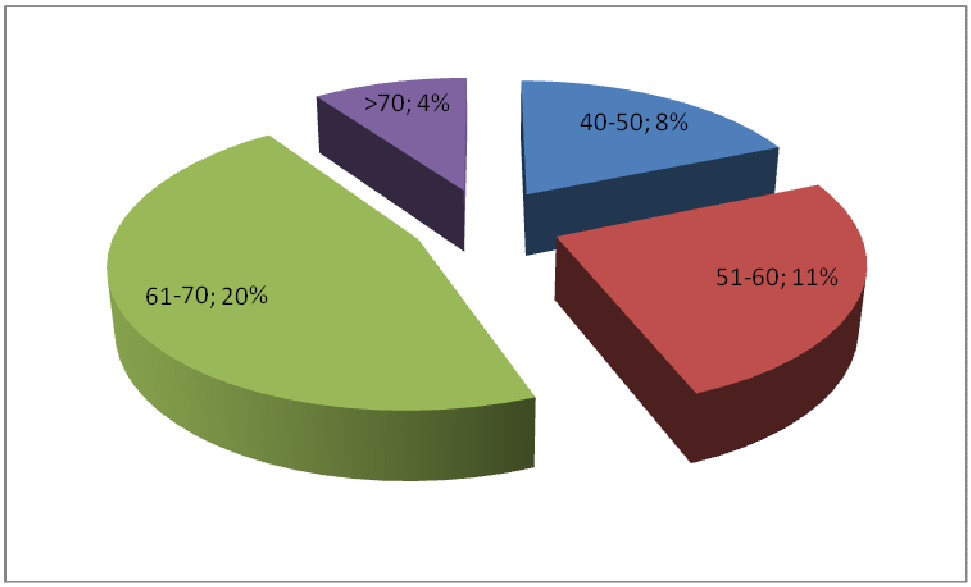
1.**التقدّم بالعمر:**

الجدول رقم (3): أثر متغيّر التقدّم بالعمر

المتغيّر		لا يوجد اصابة سرطانيّة	إصابة سرطانية	Total	النسبة المئوية للمصابات	RR
التقدم بالعمر	40-50	945	85	1030	820.0	0.528
	51-60	526	66	592	10.11	0.598
	61-70	87	22	109	10.20	1.036
	أكبر من 70	66	3	69	0.043	2.80

		1800	176	1624	Total
		23.648[a]	Value	Chi-Square Tests	
		3	Df		
		.000	Asymp. Sig. (2-sided)		
		0.115	Value	RR	

نجد بأنّ احتمال الدلالة المرافق لقيمة Chi-Square Tests يساوي 0,00 تقريباً وهو أصغر من 0.05، بالتالي يمكن القول بأنّ التقدّم بالعمر يؤثّر في احتمال الإصابة بسرطان الثّدي وتبلغ قيمة هذا الأثر 0.115 بالنسبة لعدد المصابات الإجمالي 176 مريضة، وهي في دراستنا قيمة الأثر الأكبر عند العمر أكبر من 70 سنة بينما كانت النسبة المئوية الأكبر للمصابات في دراستنا هي للواتي بعمر من 61-70 سنة، إذ بلغت النسبة20%. وهذا ما أظهرته دراسة أجراها كل من Serkan Keskin وFaruk Tas في تركيا عام 2011 أن العمر الوسطي للتشخيص 50 سنة، كما وجدت هذه الدراسة أن سرطان الثدي أصبح مشكلة شائعة ومتزايدة في السنوات الأخيرة لدى النساء بعمر أكبر من 70 سنة[5]. وكذلك في دراسة أجرتها Susan G. Komen في الولايات المتحدة عام 2012 وجدت أن النساء الأكبر سناً هن الأكثر احتمالاً للإصابة بسرطان الثدي، فمعدلات حدوث سرطان الثدي منخفضة في النساء تحت سن 40 سنة بينما ترتفع المعدلات فوق عمر 70 سنة والعمر الوسطي للتشخيص في الولايات المتحدة هو 61 سنة[6].



الرسم البياني رقم (2) : توزع المريضات حسب متغير العمر و نسبة الخطورة

2.**الوزن:**

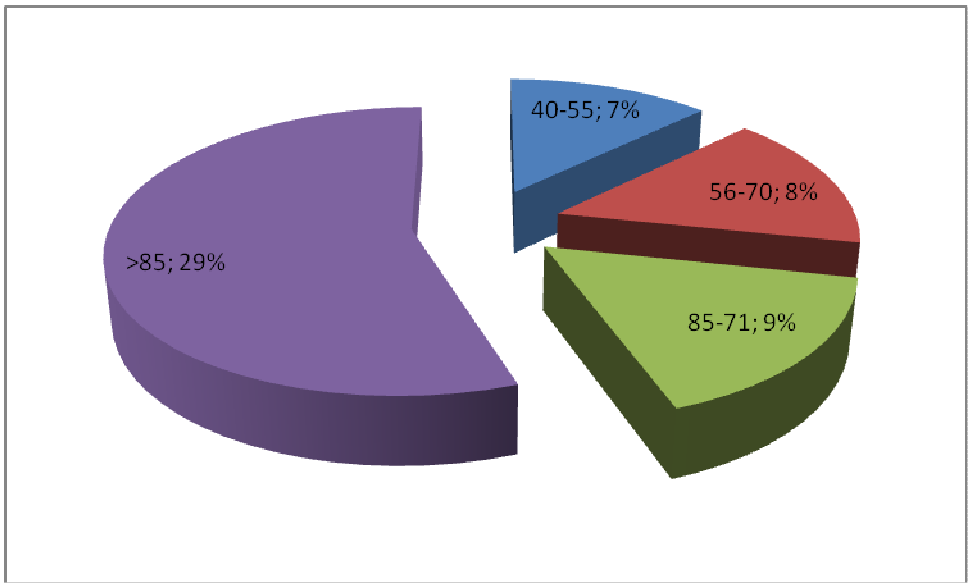
الجدول رقم (4):أثر متغيّر الوزن

النسبة المئوية للمصابات	Total	إصابة سرطانية	لا يوجد إصابة سرطانيّة		
0.068	44	3	41	40-55	الوزن
0.082	752	62	690	56-70	
0.086	885	76	809	85-71	
0.294	119	35	84	أكبر من 85	
	1800	176	1624	Total	
	269.487[a]	Value	Chi-Square Tests		
	3	df			
	.000	Asymp. Sig. (2-sided)			
	.387	Value	RR		

في دراستنا نجد أن نسبة الخطورة الأكبر هي عند الوزن أكبر من 85 كغ حيث وجد أن نسبة الخطورة عند هذا الوزن حوالى 29%.

ونجد أنّ احتمال الدلالة المرافق لقيمة Chi-Square Tests يساوي 0,00 تقريباً وهو أصغر من 0.05 بالتالي يمكن القول بأنّ زيادة الوزن تؤثر في احتمال الإصابة بسرطان الثّدي وتبلغ قيمة هذا الأثر 0.387 بالنسبة للعدد الإجمالي للمصابات وهو 176 مريضة. وهذا ما أظهرته دراسة أجريت في أكسفورد قام بها Pujol و زملاؤه عام 1997 ، إذ وجدوا أن زيادة الوزن ترتبط بخطورة عالية لسرطان الثدي خاصة عند النساء بعد سن اليأس وهي حوالى 1,1 إلى 1,9 ووجدوا أن هذا التأثير مرتبط بوجود عوامل خطورة أخرى سواء العمر,السوابق العائلية، استهلاك الكحول والمعالجة الهرمونية[7]. وفي دراسة أخرى قام بها James J. Dignam و Kelly Wieand وآخرون من الباحثين في شيكاغو عام 2003 وجدوا أن خطورة سرطان الثدي لدى النساء البدينات هي الأكبر مقارنة مع النساء ذوات الوزن الطبيعي أوأقل من الطبيعي وهذه الخطورة هي حوالى 1,58(بفاصل ثقة 95%).[8]

وكذلك أكد مجموعة من الباحثين في معهد NEGRI للبحث الفارماكولوجي في دراسة لهم في إيطاليا عام 1988 أن خطورة سرطان الثدي هي الأكبر لدى النساء البدينات وهذه الخطورة حوالى 1,6 [9] .



الرسم البياني رقم (3): توزع المريضات حسب متغير الوزن ونسبة الخطورة

3-عدد الأولاد :

الجدول رقم (5): أثر متغيّر عدد الأولاد

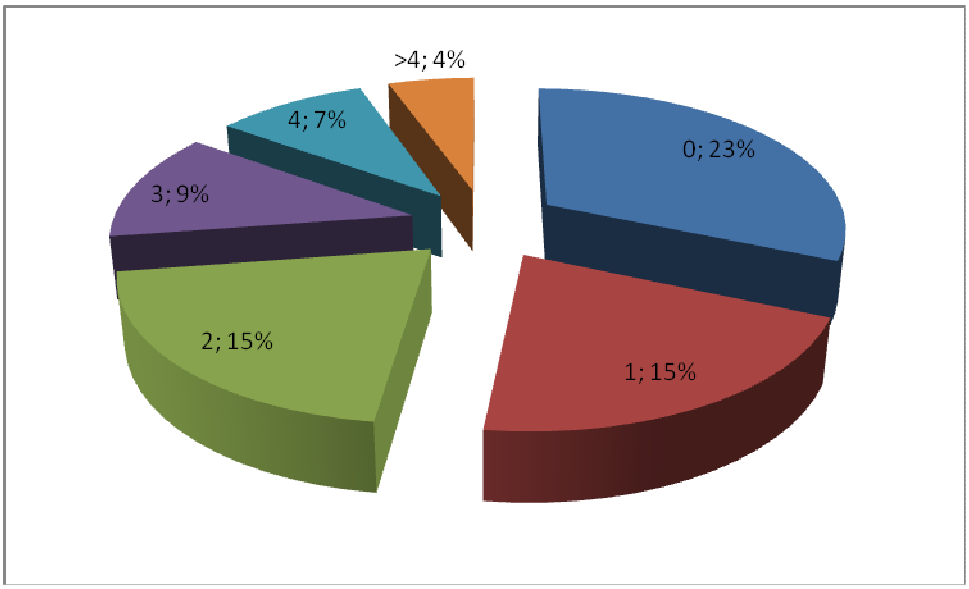
	Total	إصابة سرطانية	لا يوجد إصابة سرطانيّة		
النسبة المئوية للمصابات					
30.2	218	51	167	لايوجد	عدد الأولاد
150.	176	26	150	1	
0.15	182	28	154	2	
0.09	234	20	214	3	
0.07	344	24	320	4	
0.04	646	27	619	أكثر من 4	
	1800	176	1624	Total	
	57.014[a]	Value	Chi-Square Tests		
	5	df			
	0	Asymp. Sig. (2-sided)			
	.178	Value	RR		

نجد بأنّ احتمال الدلالة المرافق لقيمة Chi-Square Tests يساوي 0,00 تقريباً وهو أصغر من 0.05، بالتالي يمكن القول بأنّ متغير عدد الأولاد يؤثر في احتمال الإصابة بسرطان الثّدي، وتبلغ قيمة هذا الأثر 0.178 بالنسبة للعدد الإجمالي للمصابات, وهي في دراستنا عند اللواتي لم ينجبن هي الأكبر حيث وجد أن نسبة الخطورة

لديهن 23%.وهذا ما أظهرته دراسة Tamakoshi وزملاؤه في اليابان عام 2005 حيث وجدوا أن عدم الإنجاب يزيد خطورة الإصابة بسرطان الثدي، وقد أجريت الدراسة على 38159 حالة وكانت نسبة الخطورة 0,95 بفاصل ثقة 95% [10]

وفي دراسة أجراها Ramon وزملاؤه في إسبانيا عام 1996 وجد أن نسبة الخطورة عند الولد الأول 1,10 وعند الولد الثاني والثالث 0,54 والنساء اللواتي لديهن عدد الأولاد أكثر من ثلاثة لديهن نسبة الخطورة 0,37 بفاصل ثقة 95% [11]

وكذلك في دراسة قام بها Holmberg وزملاؤه في السويد عام 2005 وجدوا أنه كلما زاد عدد الأولاد انخفضت نسبة الخطورة، فعند الولد الأول كانت النسبة 0,93 وعند الولد الثاني كانت النسبة 0,83 بينما عند الولد السادس النسبة 0,43 [12]



الرسم البياني رقم (4) : توزع المريضات حسب متغير عدد الأولاد ونسبة الخطورة

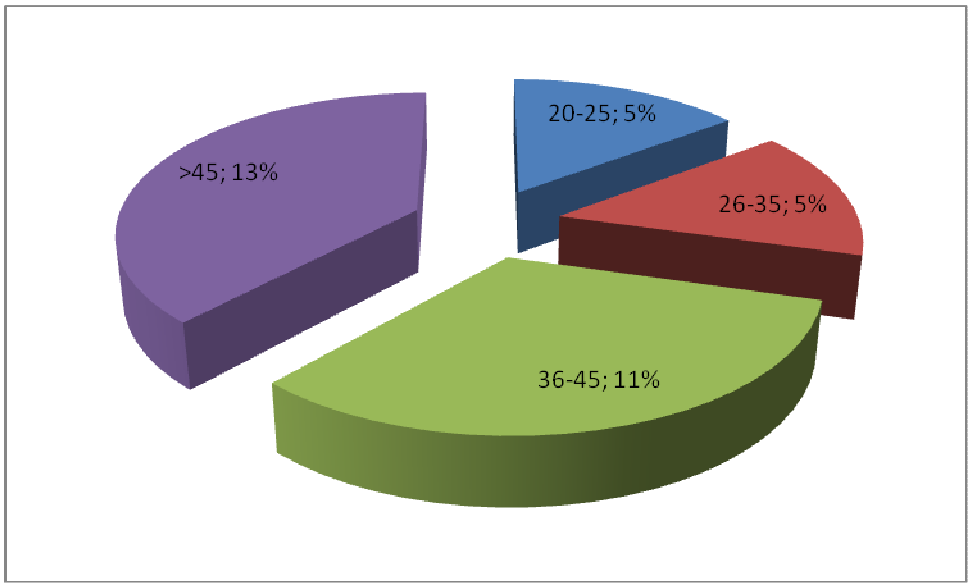
4.سنّ إنجاب الولد الأوّل :

الجدول رقم (6): أثر متغيّر سن إنجاب الولد الأول

المتغير		لا يوجد إصابة سرطانيّة	إصابة سرطانية	Total	النسبة المئوية للمصابات
	20-25	16	1	17	0.05
سن إنجاب الولد الأول	26-35	822	43	865	0.05
	36-45	506	64	357	10.1
	45<	113	71	130	30.1
	الإجمالي	1457	125	1582	

	44.561a	Value	Chi-Square Tests
	3	Df	
	.000	Asymp. Sig. (2-sided)	
	.157	Value	RR

نجد بأنّ احتمال الدلالة المرافق لقيمة Chi-Square Tests يساوي 0.00 تقريباً وهو أصغر من 0.05 بالتالي يمكن القول بأنّ متغير سنّ إنجاب الولد الأوّل يؤثر في احتمال الإصابة بسرطان الثدي, وتبلغ قيمة هذا الأثر 0.157 بالنسبة للعدد الإجمالي للمصابات(مستبعدين اللواتي لم ينجبن), وهي في دراستنا عند اللواتي أنجبن في سن أكبر من 45 سنة هي الأعلى، إذ وجد أن النسبة المئوية للمصابات هي حوالى 13%.وهذا ما أظهرته دراسة أجريت في كامبردج من قبل مجموعة من الباحثين عام 1982، إذ وجدت أن العمر المبكر لإنجاب الولد الأول ينقص خطورة الإصابة بسرطان الثدي بصرف النظر عن تعدد الحمولات. [13] وفي دراسة أخرى قام بها Weiss وزملاؤه في الولايات المتحدة وجدوا أن خطورة الإصابة بسرطان الثدي تزداد مع تأخر إنجاب الولد الأول إذ تقدر الخطورة بحوالى 2,06. [14]



الرسم البياني رقم (5) : توزع المريضات حسب متغير سن إنجاب الولد الأول ونسبة الخطورة

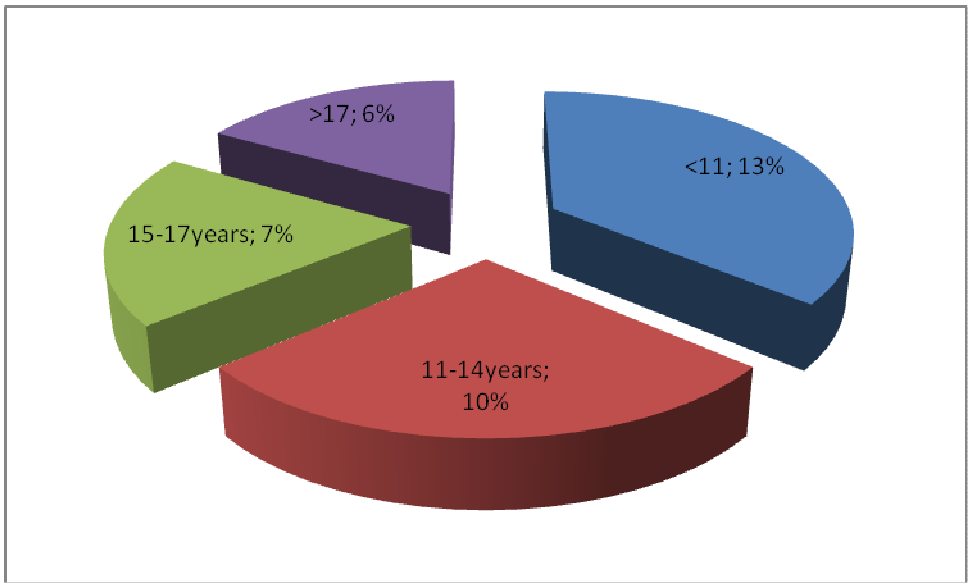
5.سن بدء الطمث:

الجدول رقم (7): أثر متغيّر البلوغ المبكر

				Total	النسبة المئوية للمصابات
		لا يوجد إصابة سرطانيّة	إصابة سرطانية		
	أقل من 11 سنة	320	48	368	0.13
	11–14	1057	111	1168	0.10
	15–17	213	15	228	0.07
	أكبر من 17	34	2	36	0.06
Total		1624	176	1800	
Chi-Square Tests			Value	36.709[a]	
			df	4	
			Asymp. Sig. (2-sided)	.000	
RR			Value	.143	

نجد بأنّ احتمال الدلالة المرافق لقيمة Chi–Square Tests يساوي 0.0 تقريباً وهو أصغر من 0.05 بالتالي يمكن القول بأنّ متغير البلوغ المبكر يؤثر في احتمال الإصابة بسرطان الثدي, وتبلغ قيمة هذا الأثر 0.143 بالنسبة للعدد الإجمالي للمصابات وهو 176 مريضة. و في دراستنا النسبة الأكبر عند اللواتي بلغن في سنّ أقل من 11 سنة، حيث بلغت نسبة الخطورة حوالى 13% وتتناقص هذه النسبة كلما تأخر سن بدء الطمث. وهذا ما أظهرته دراسة أجراها Gao وزملاؤه عام 2000 في شانغهاي، حيث وجدوا أن نسبة الخطورة هي 1,2 لدى النساء اللواتي بلغن في سن 13 سنة و1 اللواتي بلغن في سن 15 في حين كانت 0,7 للواتي بلغن في سن 17 سنة.[15]

وفي دراسة أجراها Magnusson عام 1999 في السويد وجد أن نسبة الخطورة للنساء اللواتي بلغن في سن ≤ 11 سنة هي 1,33 وللواتي بلغن في سن 12 هي 1,00 وللنساء اللواتي بلغن في سن 15 –16 هي أيضاً 1,00 وللنساء اللواتي بلغن في سن 17 هي 0,74 .[16].



الرسم البياني رقم (6) : توزع المريضات حسب سن بدء الطمث ونسبة الخطورة

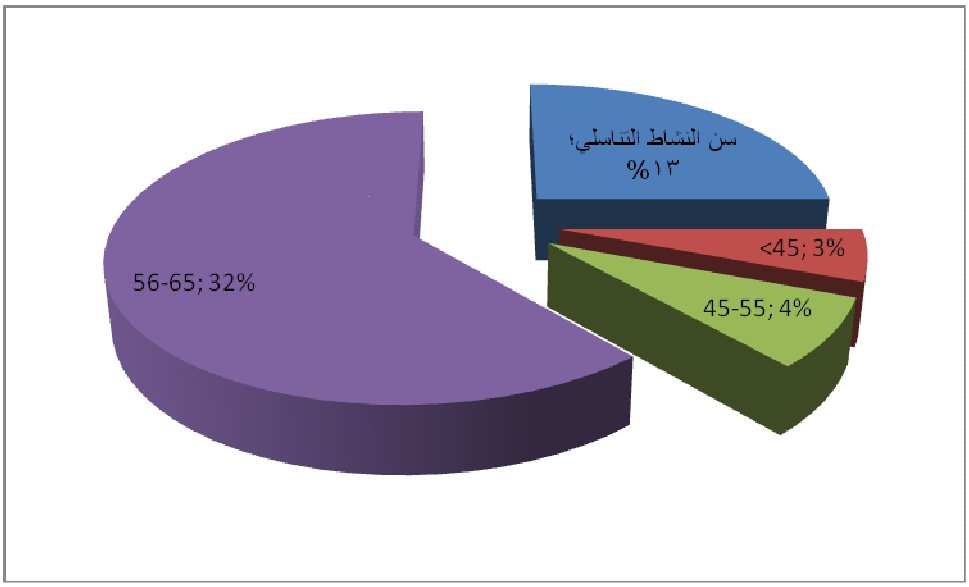
6- سن الضهي:

الجدول رقم (8): أثر متغيّر الضهي المتأخر

المتغير		لا يوجد إصابة سرطانيّة	إصابة سرطانية	Total	النسبة المئوية للمصابات
سن الضهي	في سن النشاط التناسلي	839	126	965	0.13
	أقل من 45	213	6	219	0.03
	45-55	526	22	548	0.04
	56-65	46	22	68	0.32
	الإجمالي	1624	176	1800	
Chi-Square Tests			Value	84.888a	
			Df	3	
			Asymp. Sig. (2-sided)	.000	
RR			Value	.217	

نجد بأنّ احتمال الدلالة المرافق لقيمة Chi-Square Tests يساوي 0.0 تقريباً وهو أصغر من 0.05 ، بالتالي يمكن القول بأنّ متغير اليأس المتأخر يؤثر في احتمال الإصابة بسرطان الثدي, وتبلغ قيمة هذا الأثر 0.217 بالنسبة للعدد الإجمالي للمصابات, وهي في دراستنا عند اللواتي عانين من انقطاع الطمث في سنّ 56-65 هي الأكبر إذ وجدت النسبة المئوية للإصابة 32% . وهذا ما أظهرته دراسة Titus-Ernstoff وزملاؤه في الولايات المتحدة عام 1998 ، حيث وجدوا أن اليأس المبكر مرتبط بانخفاض خطورة الإصابة بسرطان الثدي بنسبة حوالى 0,57 .[17].

وكذلك دراسة Talamini وزملاؤه في إيطاليا عام 1996 حيث وجدوا كذلك أن سن اليأس المتأخر مرتبط بزيادة خطورة الإصابة بسرطان الثدي ونسبة هذه الخطورة حوالى 1,8 خاصة إذا كان سن اليأس أكبر من 53 سنةK مقارنة بالنساء اللواتي حدث لديهن انقطاع الطمث بعمر أقل من 45 سنة .[18].



الرسم البياني رقم (7) : توزع المريضات حسب سن انقطاع الطمث ونسبة الخطورة

7- تناول أدوية هرمونية:

الجدول رقم (9):أثر متغيّر تناول الأدوية الهرمونية

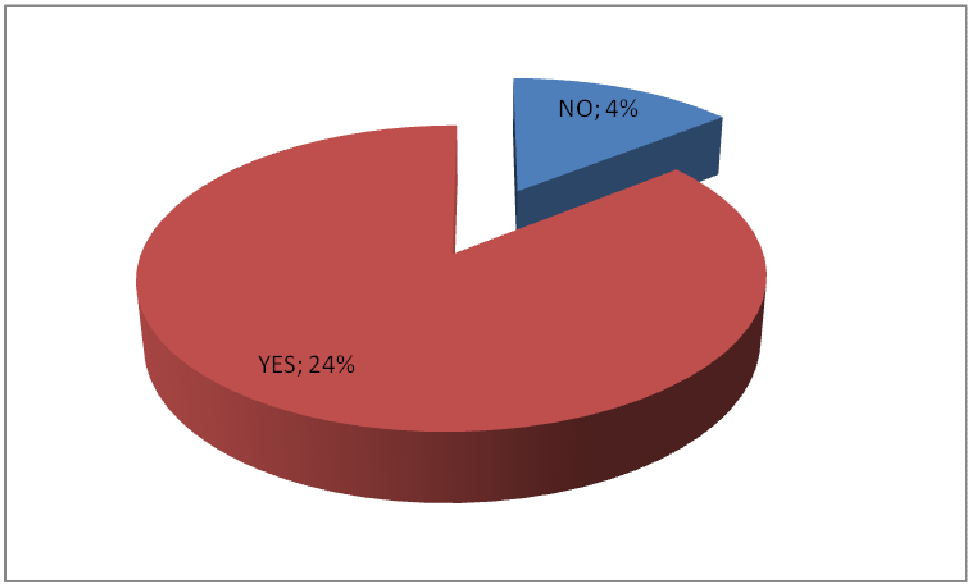
المتغير		لا يوجد إصابة سرطانيّة	إصابة سرطانية	Total	النسبة المئوية للمصابات	RR
تناول أدوية هرمونية	لا	1207	44	1251	0.04	0.348
	نعم	417	132	549	0.24	0.438
	تناولن حبوب منع الحمل الفموية	139	33	172	0.19	0.403
	معالجة هرمونية معيضة	278	99	377	0.26	0.232
	الإجمالي	1624	176	1800		
Chi-Square Tests			Value	.038a		
			Df	1		
			Asymp. Sig. (2-sided)	.008		
RR			Value	0.15		

نجد بأنّ احتمال الدلالة المرافق لقيمة Chi-Square Tests يساوي 0.008 وهو أصغر من 0.05 بالتالي يمكن القول بأنّ متغير تناول أدوية هرمونية يؤثر في احتمال الإصابة بسرطان الثدي، وقيمة هذا الأثر 0.15 بالنسبة للعدد الإجمالي للمصابات، وهي في دراستنا عند اللواتي يتناولن أدوية هرمونية أكبر (اللواتي يستخدمن الأدوية

الهرمونية حالياً ولمدة لا تقل عن سنة) حيث نسبة الإصابة حوالى 24%. وكانت قيمة الخطورة النسبية حوالى 0.403 للواتي يتناولن مانعات الحمل الفموية و 0.232 للواتي يأخذن معالجة هرمونية معيضة. وهذا ما أظهرته دراسة Collaborative وزملاؤه عام 2006 إذ وجدوا أن الاستخدام الحالي للمعالجة الهرمونية المعيضة يزيد خطورة الإصابة بسرطان الثدي حوالى 1,023 لكل سنة من الاستخدام وكذلك النساء اللواتي يتناولن مانعات الحمل الفموية حالياً لديهن زيادة في احتمال الإصابة بسرطان الثدي وهي حوالى 1,24.[19].

بينما دراسة Ursin وزملاؤه في أميركا عام 1999 لا تتفق مع دراستنا والدراسة السابقة، إذ وجدوا أن الاستخدام الحالي لمانعات الحمل الفموية وكذلك خلال السنوات الخمس الأخيرة غير مرتبط بزيادة خطورة الإصابة بسرطان الثدي.[20]

وكذلك دراسة Norsa'adah وزملاؤه في ماليزيا عام 2005 التي بينت أن خطورة سرطان الثدي تزداد عند اللواتي يستخدمن مانعات الحمل الفموية حالياً مقارنة باللواتي لم يستخدمنها أبداً وكانت تقريباً 2,5 .[21].



الرسم البياني رقم (8): توزع المريضات حسب تناول الأدوية الهرمونية ونسبة الخطورة

8. القصّة العائليّة

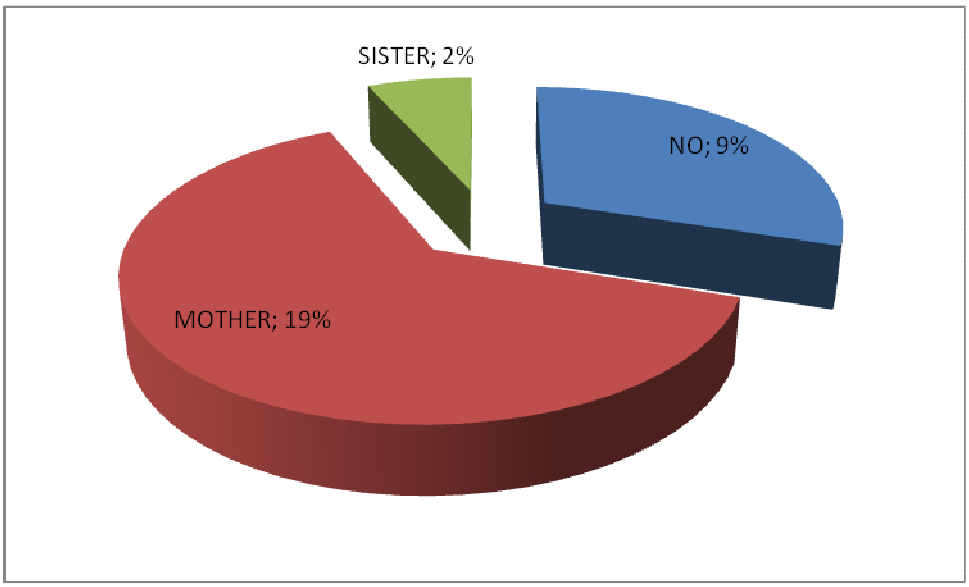
الجدول رقم(10):أثر متغيّر القصّة العائليّة

المتغير		Total	

		لا يوجد إصابة سرطانيّة	إصابة سرطانية		النسبة المئوية للمصابات
القصة العائليّة	لا يوجد	1295	126	1421	0.09
	الأم	198	47	245	0.19
	الأخت	131	3	134	0.02
	الإجمالي	1624	176	1800	
Chi-Square Tests			Value	15.397	
			df	2	
			Asymp. Sig. (2-sided)	.000	
RR			Value	0.092	

نجد بأنّ احتمال الدلالة المرافق لقيمة Chi-Square Tests يساوي 0.0 تقريباً وهو أصغر من 0.05 بالتالي يمكن القول بأنّ متغير وجود إصابة لأحد أقارب الدرجة الأولى يؤثر في احتمال الإصابة بسرطان الثدي وتبلغ قيمة هذا الأثر في دراستنا 0.092 بالنسبة للعدد الإجمالي للمصابات .وهي في دراستنا عند اللواتي لديهنّ أمّ مصابة هي الأكبر حيث بلغت نسبة الإصابة حوالى 19%. وهذا يتوافق مع دراسة McCredie وزملاؤه عام 1997 على 891 امرأة مصابة في نيوزيلاند حيث وجدوا أن إصابة أحد أقارب الدرجة الأولى بسرطان الثدي، يزيد الخطورة ونسبة هذه الخطورة في حال إصابة الأم هي 2,3 ، وفي حال إصابة أحد أقارب الدرجة الأولى على الأقل هي 2,6.[22]

وكذلك بينت دراسة Magnusson وزملاؤه في السويد عام 1998 أنه في حال إصابة أية قرابة من الدرجة الأولى بسرطان الثدي تزيد الخطورة بنسبة حوالى 1,96 (بفاصل ثقة 1,67–2,30)، وإصابة عدة أقارب من الدرجة الأولى تزداد الخطورة حوالى 4,19 (بفاصل ثقة 2,22–7,93) .[23]



الرسم البياني رقم (9) :توزع المريضات حسب متغير القصة العائلية ونسبة الخطورة

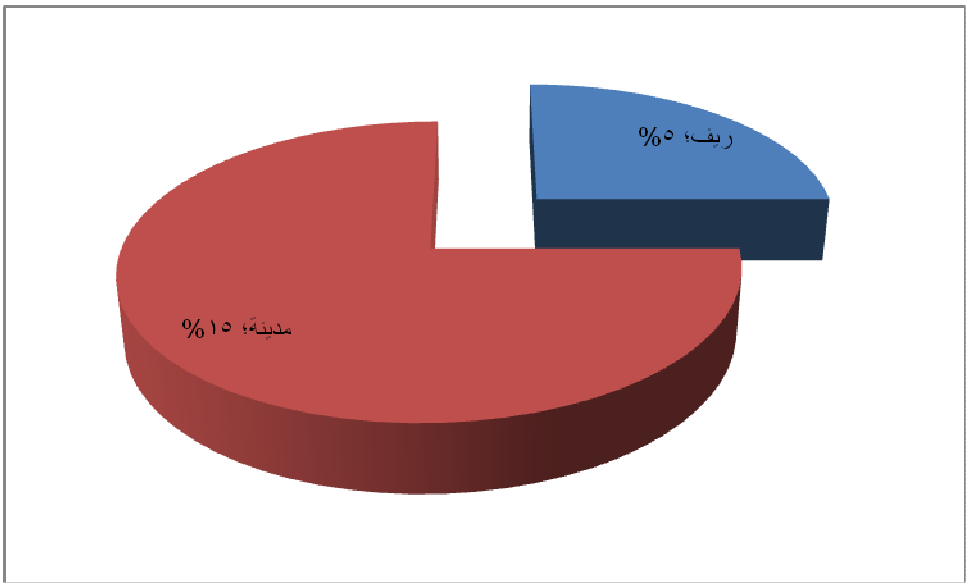
9-مكان الإقامة :

الجدول رقم (11):أثر متغيّر مكان الاقامة

المتغير		لا يوجد إصابة سرطانيّة	إصابة سرطانية	Total	النسبة المئوية للمصابات
مكان الإقامة	ريف	638	3	641	0.05
	مدينة	986	317	1159	0.15
	الاجمالي	1624	176	1800	
Chi-Square Tests			Value	107.106a	
			df	1	
			Asymp. Sig. (2-sided)	.000	
RR			Value	.244	

نجد بأنّ احتمال الدلالة المرافق لقيمة Chi-Square Tests يساوي 0.0 تقريباً وهو أصغر من 0.05 بالتالي يمكن القول بأنّ متغير مكان الإقامة يؤثر في احتمال الإصابة بسرطان الثدي, وتبلغ قيمة هذا الأثر في دراستنا0.244، وذلك بالنسبة للعدد الإجمالي للمصابات وهو 176. وهي في دراستنا عند اللواتي يسكنّ في المدينة هي الأكبر، ربما يعود ذلك إلى كون السّاكنات في المدينة يعملن على اكتشاف المرض في سنّ مبكّرة لقربهم من مراكز الخدمات الطبية، أو ربما كون نساء الريف لديهن عدة عوامل حماية قد تكون قصة الإنجاب وعدم تحديد النسل، وكذلك اعتمادهم على الإرضاع وسيلة تغذية لأطفالهم، وغيرها من العوامل التي قد تلعب دوراً هاماً في إنقاص احتمال الإصابة بسرطان الثدي.

بينما وجد كل من Ravi و Tim Pearsonوزملاؤهم في بريطانيا عام 2005 أن نسبة الخطورة للنساء اللواتي يسافرن من بلدات بعيدة عن المدينة ويقطعن عشرات الكيلومترات للوصول إلى مراكز الخدمات الطبية حيث يتوفر الفحص السريري والشعاعي هي حوالى 0,87 وكانت النسبة أقل لدى النساء الساكنات بالقرب من موقع التصوير الشعاعي وهذا يتعارض مع دراستنا والدراسة السابقة.[24]



الرسم البياني رقم (11) توزع المريضات حسب مكان الإقامة ونسبة الخطورة

10-حجم الثدي:

تم اتباع قياس حمالة الثدي لمعرفة حجم الثدي.

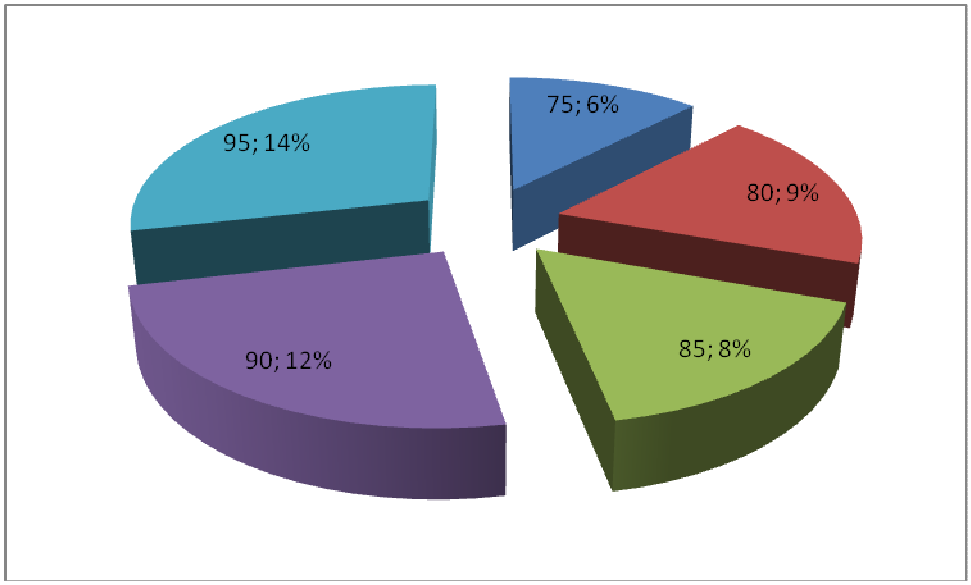
الجدول رقم (12):أثر متغيّر قياس حمّالة الثدي

المتغير		لا يوجد إصابة سرطانيّة	إصابة سرطانية	Total	النسبة المئوية للمصابات
قياس حمّالة الثدي	75	164	10	174	0.06
	80	314	31	345	0.09
	85	571	48	619	0.08
	90	281	39	320	0.12
	95	294	48	342	0.14
	الإجمالي	1624	176	1800	
Chi-Square Tests			Value	80.677a	
			df	4	
			Asymp. Sig. (2-sided)	.000	
RR			Value	.212	

نجد بأنّ احتمال الدلالة المرافق لقيمة Chi-Square Tests يساوي 0.0 تقريباً وهو أصغر من 0.05 بالتالي يمكن القول بأنّ متغير قياس حمّالة الثدي يؤثر في احتمال الإصابة بسرطان الثدي وبالتالي حجم الثدي يؤثر على احتمال الإصابة, وتبلغ قيمة هذا الأثر 0.212, وهي في دراستنا عند اللواتي لديهنّ قياس حمّالة 95 هي الأكبر حيث بلغت نسبة الخطورة حوالى 14%.وهذا ما أظهرته دراسة أجراها Tesic وزملاؤه في كرواتيا عام 2006 إذ تضمنت دراستهم مسحاً بالماموغرافي ل 52 ألف امرأة أعمارهن بين 50 و69 سنة ودون تشخيص مسبق لسرطان الثدي، إذ

وجدوا أن خطورة الإصابة بسرطان الثدي تزداد بازدياد كثافة الثدي ونسبة الخطورة بين النساء مع حجم زائد للثديين كانت 1,9. وقد بينت دراستهم أهمية قياس كثافة الثدي بوصفه عامل خطورة مؤهب أيضاً لسرطان الثدي.[25]

وكذلك بينت دراسةChristy و Joanne وغيرهم من الباحثين في بريطانيا عام 2011 أن حجم الثدي يبقى عامل خطورة مستقل للتغيرات المرضية في الثدي وذلك لأن حجم الثدي الكبير مرتبط بزيادة خطورة الإصابة بسرطان الثدي ففي دراستهم على 279 امرأة ذات حجم ثديين كبير وجدوا أن 22% منهن حدث لديهن تغيرات حميدة في الثدي و6% كان لديهن آفات سرطانية مسجلة.[26]



الرسم البياني رقم (11): توزع المريضات حسب قياس حمالة الثديين ونسبة الخطورة

الاستنتاجات والتوصيات:

من خلال دراستنا التي اعتمدت المسح العشوائي للنساء اللواتي تم قبولهن في مشفى الأسد الجامعي خلال الفترة الممتدة من 2011 -2012 بعمر 40 سنة وما فوق واللواتي بلغ عددهن 1800 امرأة تم استجوابهن استناداً إلى استمارة مضمنة فيها عوامل خطورة لسرطان الثدي (التقدم بالعمر , الوزن, عدد الأولاد, سن إنجاب الولد الأول, سن بدء الطمث, سن اليأس, قصة تناول أدوية هرمونية, وجود قصة عائلية، مكان الإقامة, قياس حمالة الثديين) ومن خلال إجراء الفحص السريري للثديين وجدنا 232 امرأة لديهن كتلة مجسوسة تم إجراء إيكو غرافي وتصوير شعاعي وكذلك إجراء الخزعة الاستئصالية للواتي تجاوبن وتم إقناعهن بالعمل الجراحي وهؤلاء بلغ عددهن 198 امرأة وكان من بينهن فقط 176 حالة سرطانية توزعت ما بين سرطان قنوي غازي وفصيصي غازي، وهناك حالتان فقط سرطان التهابي وهذه الحالات تضمنت النساء اللواتي تم قبولهن في قسم الجراحة ومشخص لديهن سرطان ثدي مسبقاً وهؤلاء بلغ عددهن 20 حالة. وجدنا أن هناك مجموعة من عوامل الخطورة يمكن تجنبها وبالتالي الوقاية من سرطان الثدي أو إنقاص معدل الإصابة به وذلك من خلال: إنقاص الوزن والحمل المبكر، فالنساء اللاتي يكون حملهن الأول في سن العشرينات تنخفض لديهن نسبة الإصابة بسرطان الثدي وتجنب المعالجات الهرمونية قدر الإمكان.

وكذلك تأمين الوسائل الشعاعية لتشخيص سرطان الثدي والبدء بمحاولات الكشف المبكر، من خلال نشر الوعي والتثقيف بمعلومات عن سرطان الثدي و إتاحة الموارد والشرح عن محاولات الكشف المبكر فالثقافة العامة والوعي يمكن أن يعززا التشخيص المبكر وهذه الأهداف يمكن أن تحقق بطرق فعالة وبسيطة وقليلة التكلفة مثل نشر الرسائل من خلال وسائل الإعلام العامة ولتحقيق نجاح محاولات الكشف المبكر يجب أن نضمن تقدمة الرعاية الصحية للنساء اللواتي لديهن عوامل خطورة، وإجراء الماموغرافي اعتباراً من عمر ال 40سنة فهو وسيلة موجهة وأظهرت من خلال الدراسات نقصاً في معدل الوفيات من سرطان الثدي.

المراجع:

1-AMALRIC R,CLEMENT R, SANTAMARIA F ET AL.*Curative with radiotherapy hope of saving the breast in operable breast cancer*.403 cases with 5 years survival.Bull cancer 1976;63:239-48

2-VERNOESI U, BANFI A,SACCOZZI R et al.*Conservative treatment of breast cancer institute of Mlan Cancer* 1977;39:2822-6.

3- FISHER B .United states trials of conservative surgery world J surgery world J surgery. 1977;1:327-30

4- AHMAD ALGERDI .*SYRIAN national cancer registry* 2009.

5-FARUK TAS,SERKAN KESKIN. *Age-specific incidence ratios of breast cancer (BC) in Turkey: BC in older people is increasing*.<www.scincedirect.com>

6-www. Susan G. Komen for the Cure.com. Home > Understanding Breast Cancer > Risk Factors and Prevention > Uncontrollable Risk Factors > Age

7-Pujol P,Galtier-Dereure F,Bringer J. *Obesity and breast cancer risk*.<www.pubmed.com>

8-JAMES J. DIGNAM, KELLY WIEAND, KAREN A. JOHNSON, BERNARD FISHER, LEI XU AND ELEFTHERIOS P. MAMOUNAS. *Obesity, Tamoxifen Use, and Outcomes in Women With Estrogen Receptor–Positive Early-Stage Breast Cancer*. JNCI J Natl Cancer Inst (2003) 95 (19): 1467-1476. doi: 10.1093/jnci/djg060.

9-EVA NEGRI, CARLO LA VECCHIA , PAOLO BRUZZI, GABRIELLA DARDANONI, ADRIANO DECARLI, DOMENICO PALLI, FABIO PARAZZINI and MARCO ROSSELLI DEL TURCO. RISK FACTORS FOR BREAST CANCER: POOLED RESULTS FROM THREE ITALIAN CASE-CONTROL STUDIES. Am. J. Epidemiol. (1988) 128 (6): 1207-1215.

10-TAMAKOSHI, K., YATSUYA, H., WAKAI, K., SUZUKI, S., NISHIO, K., LIN, Y., NIWA, Y., ET AL. (2005). *Impactof menstrual and reproductive factors on breast cancer risk in Japan: results of the JACCstudy*. *Cancer Science*, 96, 57-62.

11-RAMON, J. M., ESCRIBA, J. M., CASAS, I., BENET, J., IGLESIAS, C., GAVALDA, L., TORRAS, G., et al. (1996).*Age at first full-term pregnancy, lactation and parity and risk of breast cancer*: a case-controlstudy in Spain. *European Journal of Epidemiology*, 12, 449-453.

12-HOLMBERG, E., ANDERSON, H., LUNDELL, M., & KARLSSON, P. (2005). *The impact of reproductive factors onbreast cancer risk*--the feasibility of using Swedish population-based registers to account forthe effect of confounding in cohort studies. *Cancer Causes & Control*, 16, 235-243.

13-SUSAN P. HELMRICH, SAMUEL SHAPIRO, LYNN ROSENBERG, DAVID W. KAUFMAN, DENNIS SLONE , CHRISTOPHER BAIN, OLLI S. MIETTINEN,

PAUL D. STOLLEY, NEIL B. ROSENSHEIN, ROBERT C. KNAPP, THOMAS LEAVITT JR., DAVID SCHOTTENFELD, RALPH L. ENGLE JR. and MICHA LEVY. *RISK FACTORS FOR BREAST CANCER.* Reprint requests to Ms. Helmrich, Drug Epidemiology Unit,777 Concord Avenue, Cambridge, MA 02138

Am. J. Epidemiol. (1983) 117 (1): 35-45.

14- WEISS, H.A., TROISI, R., ROSSING, M.A., BROGAN, D., COATES, R.J., GAMMON, M.D., POTISCHMAN, N., SWANSON,C.A., AND BRINTON, L.A. (1998) *Fertility problems and breast cancer risk in young women: a casecontrolstudy in the United States*. Cancer Causes and Control, 9, 331-9.

15-GAO, Y. T., SHU, X. O., DAI, Q., POTTER, J. D., BRINTON, L. A., WEN, W., SELLERS, T. A., et al. (2000).*Association of menstrual and reproductive factors with breast cancer risk*: results from theShanghai Breast Cancer Study. International Journal of Cancer, 87, 295-300.

16-MAGNUSSON, C., COLDITZ, G., ROSNER, B., BERGSTROM, R., & PERSSON, I. (1998). *Association of familyhistory and other risk factors with breast cancer risk (Sweden*). *Cancer Causes & Control*, 9,259-267.

17- TITUS-ERNSTOFF, L., LONGNECKER, M. P., NEWCOMB, P. A., DAIN, B., GREENBERG, E. R., MITTENDORF, R.,STAMPFER, M., et al. (1998). *Menstrual factors in relation to breast cancer risk*. CancerEpidemiology, Biomarkers & Prevention, 7, 783-789.

18- TALAMINI, R., FRANCESCHI, S., LA VECCHIA, C., NEGRI, E., BORSA, L., MONTELLA, M., FALCINI, F., et al.(1996). *The role of reproductive and menstrual factors in cancer of the breast before and aftermenopause*. European Journal of Cancer, 32A, 303-310.

19- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (1996). *Breast cancer and hormonalcontraceptives*: Collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breastcancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*,347, 1713-1727.

20-URSIN G, WU AH, HOOVER RN, WEST DW, NOMURA AM, KOLONEL LN, PIKE MC, ZIEGLER RG. Breast cancer and oral contraceptive use in Asian-American women.Am J Epidemiol. 1999 Sep 15;150(6):561-7.

21- NORSA'ADAH, B., RUSLI, B. N., IMRAN, A. K., NAING, I., & WINN, T. (2005). *Risk factors of breast cancerin women in Kelantan, Malaysia*. *Singapore Medical Journal*, 46, 698-705.

22-MCCREDIE, M., PAUL, C., SKEGG, D. C. AND WILLIAMS, S.(1997) *Family history and risk of breast cancer in New Zealand*. *International Journal of Cancer,* 73, 503-7.

23- MAGNUSSON, C., COLDITZ, G., ROSNER, B., BERGSTROM, R., & PERSSON, I. (1998). *Association of familyhistory and other risk factors with breast cancer risk (Sweden). Cancer Causes & Control*, 9,259-267.

24-RAVI MAHESWARAN, TIM PEARSON, HANNAH JORDAN, DAVID BLACK. *Socioeconomic deprivation, travel distance, location of service, and uptake of breast cancer screening in North Derbyshire, UK*. J Epidemiol Community Health 2006;60:208-212 doi:10.1136/jech.200X.038398

25-TESIC V, KOLARIC B, ZNAOR A, KUNA SK, BRKLJACIC B. *Mammographic density and estimation of breast cancer risk in intermediate risk population*. Breast J. 2013 Jan-Feb;19(1):71-8. doi: 10.1111/tbj.12051. Epub 2012 Nov 23.

26-CHRISTY GOLDSMITH,JOANNE HAVILAND,YAT TSANG,MARK SYDENHAM,JOHN YARNOLD. *Large breast size as a risk factor for late adverse effects of breast radiotherapy: Is residual dose inhomogeneity, despite 3D treatment planning and delivery, the mainexplanation?*.www.sciencedirect.com