

تعیین ارتباط اندازه فاصله مرکزی ریه با تغییرات تستهای عملکرد ریوی در بیماران مبتلا به سرطان پستان درمان شده با رادیوتراپی تکمیلی

چکیده

احمد عامری^{۱*}

جمشید انصاری^۱

مجید مختاری^۲

علی چهرئی^۳

۱- گروه رادیوتراپی و آنکولوژی

۲- گروه داخلی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

* نویسنده مسئول، تهران، خیابان شهید مدنی بیمارستان امام

حسین (ع)، تلفن: ۷۷۵۶۷۹۹۹

email: aham47@yahoo.com

مقدمه

انجام رادیوتراپی بستر پستان بعد از جراحی سرطان پستان باعث افزایش کنترل موضعی بیماری و همچنین افزایش بقای بیماران می شود.^{۱،۲} انجام رادیوتراپی کانسر پستان با روشهای مختلفی امکان پذیر می باشد که بستگی به مرحله بیماری و نوع جراحی انجام شده دارد.^{۳،۴} یکی از مهمترین عوارض رادیوتراپی پستان با هر روشی که انجام شود اثر بر روی بافت ریه می باشد.^۵ در سنجش اثرات نامطلوب رادیوتراپی بر سیستم تنفسی، اندازه گیری حجم ها و ظرفیت های ریوی، مورد استفاده قرار می گیرد.^{۶،۷} از مزایای این روش دسترسی آسان، قابلیت انجام و تکرار آن می باشد.^۸ هرچه حجمی از ریه که در فیلد رادیوتراپی قرار می گیرد بیشتر باشد ایجاد عوارض ریوی هم بیشتر است. فاصله مرکزی ریه در واقع حجمی از ریه که در زمان رادیوتراپی بستر پستان در میدان درمان قرار می گیرد را

زمینه و هدف: ایجاد عوارض ریوی به دنبال رادیوتراپی سرطان پستان ثابت شده است و وابسته به حجمی از ریه که در میدان رادیوتراپی قرار می گیرد می باشد. یکی از راههای بررسی این عوارض تستهای عملکرد ریوی می باشد و همراه آن Central Lung Distance (CLD) می تواند حجم ریه قرار گرفته در میدان رادیوتراپی را نشان دهد. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط CLD و تغییرات حجم های ریوی می باشد. روش بررسی: ۵۰ بیمار سرطان پستان که پس از جراحی جهت رادیوتراپی تکمیلی به بیمارستان امام حسین (ع) مراجعه کردند وارد مطالعه شدند. ابتدا برای هر بیمار میزان CLD توسط گرافی سیمولاتور تعیین گردید و بیماران دوز استاندارد ۴۸۰۰-۵۰۰۰ سانتی گری را دریافت کردند. تستهای عملکرد ریوی یک بار بلافاصله قبل از رادیوتراپی و سپس یک ماه و سه ماه پس از رادیوتراپی اندازه گیری شد و ارتباط بین CLD و تغییرات تستهای ریوی در فواصل زمانی ذکر شده تعیین گردید. یافته ها: بین میزان FEV1 و FVC سه ماه پس از درمان و پیش از درمان اختلاف آماری معنی داری وجود دارد (به ترتیب $p < 0/001$, $p < 0/006$) بین تغییرات FEV1 سه ماه پس از درمان با CLD ($r = 0/71$, $p < 0/001$) و تغییرات FVC سه ماه پس از درمان با CLD ($r = 0/59$, $p < 0/001$) همبستگی مثبت آماری معنی داری وجود دارد. همچنین معادلات رگرسیون خطی جهت پیش گویی FEV1 و FVC سه ماه پس از درمان بر اساس FEV1 و FVC پیش از درمان و CLD طراحی گردید. نتیجه گیری: کاهش FEV1 و FVC سه ماه پس از درمان رادیوتراپی پستان ایجاد می گردد و CLD یک شاخص پیش گویی کننده مناسب جهت تعیین این کاهش می باشد.

کلمات کلیدی: سرطان پستان، رادیوتراپی، فاصله مرکزی ریه، تست های عملکرد ریوی

تخمین می زند.^۱ در این مطالعه از Central Lung Distance (CLD) به عنوان یک فاکتور پیش گوئی کننده در تخمین FEV1 و FVC پس از رادیوتراپی سرطان پستان استفاده کرده ایم.

روش بررسی

این تحقیق یک مطالعه مقطعی - تحلیلی (Cross-sectional) می باشد که تعداد نمونه بر اساس $\alpha = 0/05$ و قدرت برابر با ۸۰٪ و ضریب همبستگی پیش فرضی ۴٪ با استفاده از فرمول برآورد ضریب همبستگی تقریباً ۵۰ نفر محاسبه گردید. بیماران افراد مؤنث مبتلا به کانسر پستان که پس از جراحی رادیکال ماستکتومی مدیفیه جهت درمان تکمیلی رادیوتراپی به بیمارستان امام حسین (ع) مراجعه کرده بودند، می باشند. برای رادیوتراپی فیلدهای تنازنت با حدود استاندارد، حد داخلی ۱/۵-۱ سانتی متر خارج خط وسط، حد خارجی خط میانی

رژیم شیمی درمانی خود سیکلوفسفامید دریافت داشتند ضمناً ۹۵/۷٪ از افراد رادیوتراپی را در فاصله کمتر از یک ماه پس از آخرین کورس شیمی درمانی دریافت نمودند. در نگاه کلی به نتایج تحقیق در مقایسه قبل و بعد تست فعالیت ریوی در کلیه افراد مورد پژوهش، میانگین FEV1, FVC و FEV1/FVC یک ماه و سه ماه پس از درمان با میانگین FEV1, FVC و FEV1/FVC پیش از درمان دو به دو مقایسه گردید. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار FEV1, FVC و FEV1/FVC پیش از درمان و یک و سه ماه پس از درمان را مورد مقایسه قرار داده است که از مهمترین نکات این جدول عدم اختلاف آماری معنی‌دار بین میزان FEV1, FVC و FEV1/FVC در یک ماه پس از درمان با پیش از درمان می‌باشد در حالی که FEV1 و FVC سه ماه پس از درمان در مقایسه با FEV1 و FVC پیش از درمان کاهش آماری معنی‌داری دارد (به ترتیب $p < 0/001$ و $p < 0/006$). در خصوص ارتباط CLD و شاخصهای عملکرد ریوی در ابتدا تغییرات FEV1, FVC و FEV1/FVC در یک ماه و سه ماه پس از درمان نسبت به پیش از درمان محاسبه گردید. بین میزان CLD و تغییرات FEV1 در ماه سوم همبستگی مثبت آماری معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). همچنین بین CLD و تغییرات FVC سه ماه پس از درمان همبستگی مثبت آماری معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). این در حالی است که بین CLD و تغییرات FEV1/FVC سه ماه پس از درمان اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد. جدول ۲ مدل‌های رگرسیون خطی جهت پیش‌گویی مقادیر FEV1 و FVC قبل از درمان و مقدار CLD را نشان می‌دهد. در ذیل هر جدول فرمول هر مدل نگاشته شده است.

بحث

رادیوتراپی کانسر پستان باعث ایجاد عوارض در بافت‌های طبیعی مختلف که در مسیر میدان اشعه قرار گرفته‌اند می‌شود. از جمله ریه یکی از ارگان‌های مهم برای ایجاد عوارض می‌باشد. عوارض

زیر بغل، حد تحتانی ۲-۱/۵ سانتی‌متر زیر چین پستانی طرف مقابل و حد فوقانی فضای اول و یا دوم بین دنده‌ای و همچنین در درمان ناحیه فوق ترقوه منطقه درمان از بالا به غشای کریکوتیروئید، حد تحتانی منطبق بر مرز فوقانی فیلد تانزانت و حد خارجی چین قدامی زیر بغل و حد میانی به خط وسط محدود می‌باشد. برای تعیین CLD در شرایط بالا، گرافی سیمولاتور فیلد تانزانت گرفته شد که در آن فاصله عمودی حد خلفی فیلد تانزانت تا لبه خلفی جدار قفسه سینه در مرکز فیلد اندازه‌گیری شد. بیماران با دستگاه رادیوتراپی کبالت ۶۰ با دوز روزانه ۲۰۰-۱۸۰ سانتی‌گری پنج روز در هفته با دوز کلی ۴۸۰۰-۵۰۰۰ سانتی‌گری تحت درمان قرار گرفتند. تستهای عملکرد ریوی یک نوبت قبل از شروع رادیوتراپی و دو نوبت بعد از خاتمه رادیوتراپی به فواصل یک و سه ماه انجام شد و در آن میزان FEV1 و FVC اندازه‌گیری و اسپرومتری توسط اسپرومتر Fukudon-Sangyo مدل (Spiro-Andyzer st-250) انجام شد. به بیماران قبل از انجام تست توضیح در رابطه با همکاری و اجرای صحیح آزمایش داده شد. در آنالیز از نرم‌افزار SPSS ویراست ۱۱ و شاخصهای درصد فراوانی، میانگین و به همراه ۹۵٪ فاصله اطمینان، انحراف معیار و بر اساس تستهای آماری Kolmo gronov-smirnov test و Leven's test از یکی از تستهای دانش‌آموزی و Mann Withney-u و همچنین جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای کمی از ضریب همبستگی Pearson correlation test استفاده گردید. از رگرسیون خطی مدلی جهت پیش‌گویی حجم‌های ریوی به دست آمد. در کلیه مراحل متعهد به اصول اخلاقی وزارت بهداشت بودیم.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد پژوهش ۴۶/۱۱ (۴۸/۶۲-۴۳/۶۰) سال بود. در ۶۲/۷٪ افراد مورد پژوهش، پستان چپ درگیر بود و مابقی پستان راست درگیر بود لازم به ذکر است که کلیه افراد مورد پژوهش در

جدول- ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار FEV1/FVC پیش از درمان، یک ماه و سه ماه پس از درمان

شاخص	قبل از درمان		یک ماه پس از درمان		سه ماه پس از درمان		b	a
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
FEV ₁	۱/۸۶	۰/۳۶	۱/۸۱	۰/۴۱	۱/۷۴	۰/۳۷	<۰/۰۰۱	NS
FVC	۲/۰۰	۰/۴۱	۱/۹۸	۰/۶۰	۱/۸۹	۰/۴۳	<۰/۰۰۶	NS
FEV ₁ /FVC	۰/۹۳	۰/۰۵	۰/۹۲	۰/۰۸	۰/۹۲	۰/۰۶	NS	NS

a: سطح معنی‌داری قبل و یک ماه پس از درمان، b: سطح معنی‌داری قبل و سه ماه پس از درمان. NS=Not Significant

جدول- ۲: مدل‌های رگرسیون خطی جهت پیشگویی مقادیر FEV₁ و FVC سه ماه از درمان رادیوتراپی سرطان پستان بر اساس FEV₁ و FVC قبل از درمان و مقدار CLD

متغیر وابسته (y)	متغیرهای پیش‌گویی کننده (مستقل)	B	خطای استاندارد (SE)	سطح معنی‌داری
FEV ₁ سه ماه پس از درمان ^a	FEV ₁ پیش از درمان	۰/۹۶	۰/۰۶	۰/۰۰۱
	CLD	-۰/۳۰	۰/۰۵	۰/۰۰۱
	مقدار ثابت	۰/۶۸	۰/۱۶	۰/۰۰۱
FVC سه ماه پس از درمان ^b	FVC پیش از درمان	۰/۹۹	۰/۰۷	۰/۰۰۱
	CLD	۰/۲۹	۰/۰۶	۰/۰۰۱
	مقدار ثابت	۰/۶۳	۰/۲	۰/۰۰۵

a- (R square=۰/۸۶)، FEV₁ = ۰/۶۸ + ۰/۳ CLD + ۰/۳ FEV₁ (پیش از درمان) FEV₁ = ۰/۹۶ سه ماه پس از درمان، b- (R square=۰/۸۱)، FVC = ۰/۹۹ + ۰/۲۹ CLD + ۰/۶۳ (پیش از درمان) FVC = ۰/۹۹ سه ماه پس از درمان

ریوی دارد یا خیر؟ چرا که برای اثبات آن نیاز به اندازه‌گیری ظرفیت حیاتی می‌باشد و اگر کاهش یافته باشد وجود ضایعه انسدادی اثبات می‌شود.^{۱۴} بر اساس نتایج این تحقیق همبستگی مثبت معنی‌داری بین میزان تغییرات FEV₁ و FVC با افزایش CLD وجود دارد بدین ترتیب که هرچه میزان CLD بیشتر باشد میزان تغییرات حجم‌های ریوی سه ماه پس از درمان نسبت به قبل از درمان افزایش خواهد یافت (افزایش تغییرات به مفهوم کاهش حجم‌های ریوی می‌باشد). طبق یافته‌های Bornstein با افزایش CLD حجم ریه واقع در فیلد رادیوتراپی افزایش می‌یابد و یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند موافق با یافته‌هایی باشد که با افزایش حجم ریه واقع شده در فیلد رادیوتراپی عوارض رادیوتراپی هم افزایش می‌یابد.^{۱۵} در این تحقیق در جهت کمی سازی ارتباط CLD و کاهش حجم‌های ریوی از فرمول‌های رگرسیون خطی استفاده گردید و کاربرد بالینی اصلی آن تخمین میزان حجم‌های ریوی پس از درمان، به عنوان نمادی از آسیب ریوی، بر طبق عددگذاری در فرمول‌های پیشنهاد شده رگرسیون خطی (برمبنای حجم‌های اولیه ریوی و میزان CLD می‌باشد). لازم به ذکر است که هر دو مدل پیشنهاد شده دارای ضریب مجذور R بالای ۰/۸ بوده و لذا از اعتبار کافی آماری نیز برخوردار هستند. محدودیت مطالعه حاضر سنجیده نشدن حجم ریه در محدوده رادیوتراپی با استفاده از CT اسکن و عدم تهیه هیستوگرام دوز - حجم می‌باشد لذا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی به این نکته توجه شود.

ریوی به طرق مختلف بررسی و تعیین گردیده است.^{۱۱} رادیوتراپی بستر پستان باعث ایجاد اختلال در تست‌های فعالیت ریوی، گرافی ساده ریه، اسکن تهویه - خونرسانی (Ventilation perfusion scan) و سینتی گرافی ریه (Lung scintigraphy) خواهد شد.^{۱۲} و^{۱۳} در مطالعه حاضر مشخص شد که رادیوتراپی بر روی تست‌های عملکرد ریوی شامل FEV₁ و FVC مؤثر بوده است که این پارامترها در فاصله یک ماه پس از درمان نسبت به قبل از درمان کاهش معنی‌دار آماری پیدا نکرده است. ولی سه ماه پس از درمان هر دو این پارامترها کاهش آماری معنی‌دار پیدا کرده است. تقریباً مشابه یافته‌های فوق را در مطالعه LUND مشاهده می‌کنیم که در ۲۵ بیمار یک هفته پس از درمان میزان FEV₁، FVC تغییری نکرده بود اما پس از این که پارامترها سه ماه پس از درمان اندازه‌گیری شده بود میزان آنها کاهش معنی‌دار آماری پیدا کرده بود. البته در مطالعه‌ای لاند میزان (TLCO) Transfer factor of Lung for Carbon Mono Oxide، فاکتور سنجش کارایی تبادل گازها در ریه و همچنین Total Lung Capacity (TLC) نیز اندازه‌گیری شده بود که این فاکتورها نه در هفته اول و نه در ماه سوم تغییر معنی‌دار پیدا نکردند. FEV₁/FVC در سه ماه پس از رادیوتراپی نسبت به میزان پایه ثابت بوده است که این موضوع نشان می‌دهد، اگرچه FEV₁ سه ماه پس از درمان کاهش یافته اما چون FEV₁/FVC تغییر نکرده است پس بیمار دچار ضایعات انسدادی ریه نمی‌باشد. البته نمی‌توان ثابت کرد که بیمار ضایعه محدود کننده

References

1. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 1233-41.
2. Recht A, Silver B, Schnitt S, Connolly J, Hellman S, Harris JR. Breast relapse following primary radiation therapy for early breast cancer. I. Classification, frequency and salvage. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1985; 11: 1271-6.
3. Hoebbers FJ, Borger JH, Hart AA, Peterse JL, Th EJ, Lebesque JV. Primary axillary radiotherapy as axillary treatment in breast-

- conserving therapy for patients with breast carcinoma and clinically negative axillary lymph nodes. *Cancer* 2000; 88: 1633-42.
4. Zurrida S, Orecchia R, Galimberti V, Luini A, Giannetti I, Ballardini B, et al. Axillary radiotherapy instead of axillary dissection: a randomized trial. Italian Oncological Senology Group. *Ann Surg Oncol* 2002; 9: 156-60.
 5. Abratt RP, Morgan GW, Silvestri G, Willcox P. Pulmonary complications of radiation therapy. *Clin Chest Med* 2004; 25: 167-77.
 6. Sacco M, Murgante F, Attanasio S, Fossaceca R, Brambilla M, Krengli M, et al. Breast cancer: high resolution CT in association with spirometric tests in the assessment of post-radiation pulmonary fibrosis. *Radiol Med* 2005; 110: 156-69.
 7. Tokatli F, Kaya M, Kocak Z, Ture M, Mert S, Unlu E, et al. The potential cardioprotective effects of amifostine in irradiated rats. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 58: 1228-34.
 8. Botterman J, Tasson J, Schelstraete K, Pauwels R, Van der Straeten M, De Schryver A. Scintigraphic, spirometric, and roentgenologic effects of radiotherapy on normal lung tissue. Short-term observations in 14 consecutive patients with breast cancer. *Chest* 1990; 97: 97-102.
 9. [No authors listed]. Standardized lung function testing. Report working party. *Bull Eur Physiopathol Respir* 1983; 19: 1-95.
 10. Cho BC, Hurkmans CW, Damen EM, Zijp LJ, Mijnheer BJ. Intensity modulated versus non-intensity modulated radiotherapy in the treatment of the left breast and upper internal mammary lymph node chain: a comparative planning study. *Radiother Oncol* 2002; 62: 127-36.
 11. Gonzalez SA, Bautista RD, Ruiz HG. Incidence of pulmonary scintigraphic change in woman irradiated for breast cancer. *Rev Esp Med Nucl* 2003; 22: 395-402.
 12. Yüksel D, Sürenkök S, Ilgan S, Oztürk E, Pak Y. The effects of tangential radiotherapy on lung clearance in breast cancer patients. *Radiother Oncol* 2005; 77: 262-6.
 13. Lund MB, Myhre KI, Melsom H, Johansen B. The effect on pulmonary function of tangential field technique in radiotherapy for carcinoma of the breast. *Br J Radiol* 1991; 64: 520-3.
 14. Lind PA, Rosfors S, Wennberg B, Glas U, Bevegard S, Fornander T. Pulmonary function following adjuvant chemotherapy and radiotherapy for breast cancer and the issue of three-dimensional treatment planning. *Radiother Oncol* 1998; 49: 245-54.
 15. Bornstein BA, Cheng CW, Rhodes LM, Rashid H, Stomper PC, Siddon RL, et al. Can simulation measurements be used to predict the irradiated lung volume in the tangential fields in patients treated for breast cancer? *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1990; 18: 181-7.

The relationship of central lung distance with pulmonary function tests in breast cancer radiotherapy

Ameri A^{1*}
Ansari J¹
Mokhtari M²
Chehrei A³

1- Department of Radiotherapy
2-Department of Internal Medicine

Shahid Beheshti University of
Medical Science

3- Department of Pathology of
Isfahan. University of Medical
Science.

Abstract

Background: Depending on the lung volume in radiotherapy fields, breast cancer radiotherapy has documented side effects on pulmonary function, which can be determined by pulmonary function tests. Central lung distance (CLD), the distance from the chest wall to the edge of the field at the central axis, is an indicator of lung volume within the radiotherapy fields. In this study, we aim to detect the relationship between CLD and pulmonary function tests.

Methods: In this study we included 50 patients with breast cancer receiving postoperative adjuvant radiotherapy at Imam Hossein Hospital, Tehran, Iran. The patients received radiotherapy with a total dose of 4800-5000 cGy. For all patients, the central lung distances were measured using simulation of tangential fields, in addition to determination of pulmonary function, including force vital capacity (FVC) and forced expiratory volume in 1 s (FEV1) determined before radiotherapy, one month and three months after radiotherapy.

Results: There is no significant statistical difference between the FEV1 and FVC values before radiotherapy and those measured one month after radiotherapy; however there was a significant statistical decrease in the FEV1 and FVC before radiotherapy and those measured three months after radiotherapy ($P < 0.001$ and $P < 0.006$, respectively). There is a positive statistical correlation between the change in the FEV1 three months after therapy and the CLD ($r = 0.71$, $p < 0.01$) and that of the FVC three months after therapy and the CLD ($r = 0.59$, $p < 0.01$). Linear regression for the prediction of FEV1 and FVC three months after radiotherapy was designed according to the CLD, FEV1 and FVC values before radiotherapy.

Conclusions: Three months after breast radiotherapy, the FEV1 and FVC values decrease, and the CLD is a proper predictor of these changes.

Keywords: Breast cancer, radiotherapy, central lung distance, pulmonary function test.

*Corresponding author: Imam Hossein
Hospital, Shahid Madani Ave., Tehran.
Tel: +98-21-77567999
email: aham47@yahoo.com