

پاره ای از

مشکلات اختصاصی

و خوش خیم پستان

گردآوری:

فرخ قلی پور مقدم: کارشناس ارشد علوم تشریحی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی زینب (س) لاهیجان
ریحانه فرحبور، فریا بهمن پور: کارشناسان پرستاری و مربیان دانشکده پرستاری و مامایی حضرت زینب (س) لاهیجان

- ۴- توده های نامشخص، ماکروکیستها و فیروآدنوما
۵- عفونتها و التهابها شامل آبسه های زیر آرئولا، التهاب
مجاری شیری، موندور
۶- ترشحات نوک پستان شامل پاپیلومای داخل مجاری و
اتساع مجاری شیری

تغییرات فیروکیستیک:

این بیماری یک واژه غیر مشخص برای هر توده یا
حساسیت پستانی است. در سال ۱۹۴۵ فوت^۲ و
استوارت^۳ اظهار داشتند واژه التهاب کیستی مزمن
پستانی که مورد توجه بعضی از پاتولوژیستها بوده
است، باید بوسیله بیوپسی از فیروکیستیک تمایز داده
شود. تجربیات نشان داده که بسیاری از بیماران بدنبال

این مقاله خلاصه ای از چند بیماری خوش خیم و
نادر پستان از جمله بیماری موندور^۱، ماکروکیستها،
تغییرات فیروکیستیک، فیروآدنوما و اختلالات متنوع
نوک پستان می باشد که آگاهی از آن سبب تمایز موارد
خوش خیم از انواع بدخیم و تسریع در درمان خواهد
شد. اکثر بیمارانی که جهت آسیبهای پستانی به پزشک
مراجعه می کنند مبتلا به بدخیمی نیستند و فقط
۲۵ درصد از کارسینومای پستانی در زنان زیر ۵۰ سال
رخ می دهد. بنابراین، پزشک باید آگاهی لازم جهت
مواجه شدن با وضعیتهای خوش خیم را داشته باشد.
مناسب ترین تقسیم بندی بیماریهای خوش خیم پستانی
براساس نشانه ها و یافته های فیزیولوژیک پایه گذاری
شده است که عبارتند از:

۱- تندرئس و تورم دوره ای و مداوم

۲- ندولاریتی، برآمدگی واضح و مشخص دوره ای و مداوم

۳- درد پستانی، درد شدید دوره ای و مداوم

1- Mondor.

2- Foot.

3- Stewart.

توده های غالب:

توده های خوش خیم پستانی هستند که به صورت مشخص، مداوم و نسبتاً بدون تغییر می باشند این توده ها بدلیل افتراق آنها با کارسینوم اهمیت فراوانی دارند. ماکروکیستها، گالاکتوسل ها و فیبروآدنوماها شایعترین ضایعات را تشکیل می دهند. هورمون تراپی در درمان توده های غالب موثر نبوده اما گاهی در درمان درد پستان یا ندولاریتی مفید است. اگرچه آسپیراسیون در تشخیص موثر می باشد اما تشخیص نهایی با بافت شناسی است.

ماکروکیستها:

ماکروکیستها، کیستهایی به شکل گرد، بزرگ با قطر ۳ میلی متر یا بیشتر هستند. منشأ این کیستها متفاوت است و به انواع زیر تقسیم می شوند.

۱- گالاکتوسلها (کیستهای شامل شیر غلیظ)

۲- کیستهایی که از گشاد شدن مجاری شیری تشکیل می گردند.

۳- پاپیلاری کیست آدنوما (کیستهایی در ارتباط با پاپیلوما داخل مجاری شیری).

۴- کیستهای حاصل از نکروز چربی.

۵- کیستهای ناشی از تجویز استروژن.

بیماری ماکروکیستیک اغلب بدون علامت است و بیمار ممکن است در معاینه یک توده در پستان خود احساس کند و با ماموگرافی تشخیص داده می شود. اگر کیست سریعاً بزرگ شود می تواند به علت فشار به نسوج اطراف دردناک شود. هاگن سن^۵ گزارش می دهد که بیماری در سنین ۵۰-۳۰ سال (جدول ۱) افزایش می یابد. کیستهای ساده خطر ابتلا به سرطان را

درمان با استروژن مبتلا به ندولاریتی پستان شده اند و پس از قطع آن کاهش درد و فقدان ندولاریتی مشاهده گردیده است. تورم و التهاب پستانی که قبل از قاعدگی بروز می کند نباید با بیماری فیروکیستیک اشتباه گردد. اکثر بیمارانی که مشاوره می شوند بطور طبیعی زنانی هستند که درد بدون توده و یا توده بدون درد و یا درد و توده را با هم دارند. درد یا توده و یا هر دو ممکن است یک طرفه یا دو طرفه باشند.

روینسون^۱ و شارت^۲ نشان دادند که تغییرات فیزیولوژیکی که هنگام قاعدگی در پستانهای هر زنی روی می دهد با حساسیت در وسط سیکل قاعدگی مشخص می شود. تشخیص بین حساسیت طبیعی و تورم و درد پستانی یا ندولاریتی به درجه و مداومت آن بستگی دارد. ندولهای فیزیولوژیک ممکن است با قاعدگی تغییر کرده و یا پایدار باشند. احتمال دارد تمام پستان و یا سطح ویژه ای از فضای زیر بغل را گرفتار کند. ندولها اغلب دو طرفه هستند و ممکن است در یک پستان بیشتر از پستان دیگر باشند. اگرچه این وضعیت ممکن است با تدرنس همراه باشد اما لزوماً همراه با احساس درد نیست. در سال ۱۹۴۹ این سطوح مشخص که به عنوان توده کاذب توسط پاتی^۳ مطرح گردید به نظر می رسد که همان بیماری فیروکیستیک باشد. شیوع درد پستانی شدید مشخص نشده است اما احتمالاً میزان آن بیش از ۵۰ درصد است. واژه ماستالژی^۴ به هر دردی که با توده ناپایدار و کیستهای بزرگ ضخیم و یا سرطان پستان ارتباط داشته باشد اطلاق نمی گردد. بسیاری از زنان با اشکال خفیف درد و یا ترشح پستانی به پزشک مراجعه می نمایند. درد ناشی از تروما می تواند بدلیل لوکالیزه شدن ضربات یا آسیب قبلی یا اسکار جراحی باشد. حاملگی هم می تواند نقشی در افزایش حساسیت و درد پستان داشته باشد. در نهایت، سرطان می تواند عاملی برای درد لوکالیزه باشد. بنابراین هر علامت مشخص باید به دقت مورد معاینه فیزیکی، ماموگرافی و بیوپسی قرار گیرد.

1- Robinson.

2- Shart.

3- Patey.

4- Mastalgia.

5- Haagensen.

در زنان زیر ۲۵ سال می باشد. ممکن است در هر زمانی بعد از بلوغ اتفاق افتد. اغلب در زنان در دهه سوم سنی روی می دهد. این تومورها همچنین بعد از منوپوز مشاهده می شوند اما به نظر می آید که در این بیماران فیبروآدنوما قبل از منوپوز ایجاد شده و علایم بعد از منوپوز با جمع شدن و احاطه شدن بافت پستان ظاهر می شود. هاگن سن بیان می نماید که در زنان سیاهپوست، شیوع توده های چندگانه بیشتر از زنان سفیدپوست است، اما از ۱۲۳ مورد فیبروآدنومایی که مشاهده شده تقریباً ۲۰ درصد در هر دو گروه دیده شده است. فیبروآدنوما یک پاسخ هورمونی است و اندازه آن تا پایان پرئود ممکن است افزایش یابد. مطالعات جدید ثابت نموده اند که وجود گیرنده های استروژن در فیبروآدنوما موثر است. فیبروآدنوما به صورت توده های لوبولی بدون درد، با حدود مشخص، متحرک، دیسکی شکل و قوام محکم الاستیکی می باشد اگرچه این تومورها ممکن است به آرامی بزرگ شوند ولی وقتی به اندازه ۲-۴ سانتی متری رسیدند. مشخص می شوند. جهت جلوگیری از رشد بیشتر غده، درمان انتخابی برداشتن غده می باشد.

افزایش نمی دهند. ماکروکیستها توده های خوش خیم هستند و غالباً عمل جراحی بر روی آنان ضرورتی ندارد. در صورت پیدایش یک توده بزرگ باید قبل از عمل جراحی یک آسپیراسیون ساده صورت گیرد اگر کل مایعات داخل کیست با آسپیراسیون تخلیه شد و خونی نبود احتیاجی به درمان بعدی نیست ولی در ۴-۶ هفته بعد از آسپیراسیون معاینه مجدد باید صورت گیرد کیستهایی که عود می کنند و یا کیستهایی که مایعات آسپیره شده آنها خونی است باید توسط عمل جراحی برداشته شوند.

گالاکتوسل:

گالاکتوسل یک کیست ساده شیری است که احتمالاً در اثر اتساع مجاری شیری ایجاد شده و معمولاً به صورت یک توده سفت در $\frac{1}{4}$ فوقانی و خارجی پستان وجود دارد. آسپیراسیون تشخیصی اغلب در درمان موثر است و بعد از آسپیراسیون در نزدیکی بافت پستانی، کیف یخ بکار برده می شود.

فیبروآدنوما:

شایعترین تومور خوش خیم پستان و بیشترین تومور

جدول (۱): بیماران با کیستهای بزرگ سینه (۱۹۷۷-۱۹۳۲) و سن ابتلا اولیه کیست

سن ابتلا اولیه کیست	تعداد بیماران	درصد بیماران
۲۵	۷	۰/۳
۲۶	۶	۰/۲
۲۷	۹	۰/۴
۲۸	۱۷	۰/۷
۲۹	۱۸	۰/۷
۳۰-۳۴	۱۹۰	۷/۶
۳۵-۳۹	۴۲۵	۱۶/۹
۴۰-۴۴	۷۴۹	۲۹/۸
۴۵-۴۹	۷۴۱	۲۹/۵
۵۰-۵۴	۳۰۸	۱۲/۳
۵۵-۵۹	۳۰	۱/۲
۶۰ سال و بیشتر	۱۱	۰/۴

۲/۳
۹۶/۱
۱/۶

بیماری موندور:

این بیماری فلیت دیواره قفسه سینه است که بوسیله وجود یک شیار عمیق چروکدار در کناره پستان مشخص می شود. این فرورفتگی به صورت یک زخم در قسمت خارجی پستان ظاهر می شود و به نام فلیت دیواره قفسه سینه مطرح می گردد. این بیماری بدون علامت شروع می شود و سپس ورید گرفتار ترومبوز درناک می گردد و تبدیل به یک طناب فیبروزه می شود. سپس این مدل طنابی سبب بروز یک فرورفتگی در طول خط قدامی زیر بغل می گردد. این طناب زیر جلدی بوسیله بافت فیبروزه ای که اطراف ورید را احاطه کرده ایجاد می گردد. بیماری موندور یک مورد نادر است و معمولاً در زنان بین سنین ۲۱-۵۵ سال دیده می شود. علت دقیق بیماری ناشناخته است ولی تروما، کشیدگی عضلانی، اعمال جراحی، کارسینوما و بیماریهای تب دار در بروز آن می توانند موثر باشند.

این بیماری بدون آدنوپاتی ظاهر می شود و به نظر می رسد که ارتباطی با بیماری سیستمیک ندارد. از نظر بافت شناسی و فرایند التهابی به چهار مرحله طبقه بندی می شود:

- ۱- ترومبوز به دیواره وریدی می چسبد.
- ۲- با ارگانیزه شدن ترومبوز، یک ساختمان موسینی تشکیل می گردد.
- ۳- بافت موسینی رکانالیزه شده و مجاری باریکی در آن به وجود می آید.
- ۴- بدنبال رکانالیزه شدن، ضخیم، فیبروزه شدن دیواره آنها پیش می آید.

بیماری موندور یک مورد خوش خیم است. درد و حساسیت به مدت ۱ تا ۶ هفته ممکن است وجود داشته باشد، طناب فیبروزه ممکن است یک تا هفت ماه بعد ظاهر گردد. آنالژیکها ممکن است علائم بیماری را تسکین دهند. آنتی بیوتیکها، دوره و سیر بیماری را

تغییر نمی دهند. خطر آمبولی وجود ندارد. بیماری خودبخود محو می شود و مستلزم درمان نیست. بیوپسی یا قطع طناب ممکن است ناپدید شدن طناب را تسریع کند. روش درمانی دیگر شامل کشش شدید و ناگهانی طناب در مسیر مخالف می باشد که موارد استعمال این روش نادر است. کاتانیا^۱ و همکارانش، ۶۳ مورد بیماری موندور را بین ژانویه ۱۹۸۰ و ژوئن ۱۹۹۰ گزارش دادند و ۸ مورد سرطان پستان را در آنان یافتند. با وجود اینکه بیماری موندور خوش خیم می باشد، استفاده از ماموگرافی در بیماران با طناب قابل لمس حتی بدون وجود توده در پستان تعیین کننده می باشد. تشخیص افتراقی بیماری موندور مهم است و نباید با کارسینوما و بیماریهای سیستمیک اشتباه شود. این بیماری به مرور زمان ناپدید می شود و به بیمار مبتلا باید در مورد خوش خیم بودن این فرایند اطمینان داده شود.

اختلالات متنوع نوک پستان:

کمپلکس آلوئولار- نوک پستانی شامل عضلات صافی است که به پایه درم متصل هستند سلولهای این ناحیه پیگمانتاسیون بیشتری نسبت به پوست نواحی دیگر دارند. این ناحیه حاوی غدد عرق، غدد سبابه تخصص عمل یافته و غدد شیری فرعی می باشد نوک پستان فرو رفته می تواند بدلیل انقباض و کشش مجاری شیری حاصل گردد. ممکن است نوک پستان فرو رفته با کارسینوما ارتباط داشته باشد. بیماری پاژه^۲ یک کارسینومای داخل مجرای یا تهاجمی نوک پستان می باشد که باعث ایجاد کبره یا فرورفتگی نوک پستان می گردد. تشخیص صحیح بوسیله بیوپسی از نوک پستان مشخص می گردد و چند مورد خوش خیم وجود دارد که کمپلکس هاله ای را می تواند گرفتار کند. این

1- Catania.

2- Paget.

به دفعات کمتر و به علائم کلینیکی مشابه کیستهای اپیدرمال ظاهر می گردند. تشخیص معمولاً با خارج کردن آنها صورت می گیرد پاره شدن این کیستها سبب یک واکنش التهابی می گردد. به طور خلاصه می توان گفت که چندین مورد خوش خیم ممکن است کمپلکس هاله ای نوک پستان را گرفتار کند بهر حال ضایعات، توده ها و حالات مزمن درماتولوژیک به بیوپسی نیازمند هستند وقتی با درمان موضعی کافی علائم و نشانه ها برطرف نگردید باید به بیماری پاژه مشکوک شد. بیوسپی باید از لبه کوچک ضایعه نوک پستان برداشته شود که این عمل را می توان تحت بی حسی موضعی و یا در مطب بوسیله پانچ بیوپسی^۵ انجام داد.

موارد به ضایعات پوستی و زیر درمی تقسیم می شوند. درماتیت های خوش خیم در نتیجه تحریک نوک پستان در اثر تماس لباس و مواد پاک کننده^۱ رخ می دهد معمولاً حساسیت سریع شروع می شود و خودبخود بوسیله اجتناب از مواد حساسیت زا از بین می رود در مقابل بیماری پاژه به کندی شروع می شود و فقط اپی تلیوم آن تخریب می گردد (تخریب از قسمت مرکزی نوک پستان به سمت خارج صورت می گیرد) از سوراخهای خروجی مجاری شیر اگزودا ترشح می شود، متعاقباً یک تومور قابل لمس احساس می شود. سایر ضایعات پوستی نظیر لیکن اسکروزیس^۲ و آتروفیکوس^۳ و هیپرکراتوزیس خال مانند^۴ هاله نیز گزارش شده است. ممکن است ملانوما ی نوک پستان اتفاق افتد که بسیار نادر است. گاهی اوقات عفونتها سبب آنومالیهای پوستی نوک پستان می گردند، که شامل تب خال، قارچها و ندرتاً سل می باشد.

موارد خوش خیم بافت های زیر جلد شامل پاپیلوما، آدنوما، اختلالات کلاژنی، واکنش های جسم خارجی و کیست های خوش خیم می باشند. متداولترین آنها پاپیلوما و آدنوما می باشد. پاپیلوما ی داخل مجاری در سینوسهای شیر متسع شده رشد می یابند و سبب خروج ترشحات چرکی از نوک پستان می گردند. آدنوما در بخش سطحی نوک پستان رشد می یابد غالباً پاپیلاری آدنوما با کارسینوم اشتباه می گردد و متخصص بافت شناسی باید این مورد خوش خیم را از بدخیم تشخیص دهد. واکنش جسم خارجی ممکن است بدنبال بیوپسی یا ضربه ایجاد گردد. از لحاظ بافت شناسی تشخیص این گرانولوماها آسان می باشد، ممکن است اختلالات عروقی کلاژنه مانند اسکروزیدرمی در پستان دیده شود که سبب خارش و فیبروز ناحیه گردد. کیست های خوش خیم می تواند از هر سه نوع غدد پاپیلاری پوستی تشکیل شوند و به صورت توده های مجزا و منفرد در نوک پستان ظاهر گردند، کیست های اپیدرمال حاوی اورتوکرآتین هستند. کیست های سباسه

منبع:

- ۱- جوتر، لویلین، بیماریهای زنان، ترجمه پورضا، مریم. تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۶۹.
- ۲- شوارتز، سیمور، بیماریهای پستان. ترجمه هرمزی بورشان، ابراهیم، تهران: نشر خاورمیانه، ۱۳۷۱.
- ۳- فیپس، ویلباجی، لانگ، باربارا، پرستاری داخلی جراحی: پرستاری بیماریهای زنان، اختلالات جنسی، اختلالات تولید مثلی و بیماریهای مقاربتی، ترجمه: نام آور، حمید، مقدم، لادن، تهران: انتشارات چهر، ۱۳۷۲.

- 4- Fiorica, James v. "special problems" obstetrics and Gynecology Clinics of North America, vol.21, No.3, sep1994.PP:479-485.

- 1- Detergents.
- 2- Lichen sclerosis.
- 3- Atrophicus.
- 4- Nerdid hyperkeratosis.
- 5- Panch biopsy.