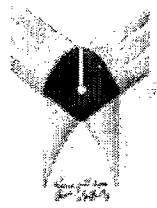


الله أكبر
لا إله إلا الله
محمد رسول الله
صلى الله عليه وسلم

مقامات آقا محمد باقر
عجل الله فرجه

۹۴۴۹۷



به نام خدا

پایان نامه:

جهت دریافت دکترای پزشکی

موضوع:

بررسی علل و شیوع توده های پستانی در بیماران مراجعه کننده به

بیمارستان بوعلی از سال ۸۱ تا ۸۵.

استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر رحمانی جو

نگارش:

زهرا علی محمدی

۱۳۸۶ / ۱۲ / ۲۷

سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶

شماره پایان نامه: ۳۹۵۸

۹۴۴۹۷

با تشکر از استاد گرانقدر سرکار خانم دکتر رحمانی جو

که راهنمایی هایشان رهگشای من بود.

این پایان نامه را تقدیم می‌کنم به گران‌ترین

سرمایه زندگی ام؛ پدر و مادرم عزیزم

و نیز تقدیم می‌کنم به همسر عزیز و گرامی ام؛

جناب آقای دکتر فرخ غفّاری و خانواده محترمشان

و نیز تقدیم می‌کنم به تنها خواهرم؛ سولماز عزیزم

و برادران عزیزم؛ سعید، وحید، حامد

فهرست مطالب

عنوان

چکیده

فصل اول : کلیات

مقدمه

اهمیت پژوهش

بیان مسأله

تعریف مفاهیم

توده پستان

متاستاز

فصل دوم : بررسی متون

مروری بر مقالات

بیماری های خوش خیم پستان

کیست های پستان

ضایعات پرولیفراتیو

هیپرپلازی آتیپیک

ضایعات اسکروتیک موضعی

اسکارهای شعاعی

اتساع مجاری
نکروز چربی
فیبروآدنوم
تومور برگی شکل
پاپیلوم
آدنوم نوک پستان
آدنوم مجاری
کارسینوم پستان
کارسینوم لبولر درجا
کارسینوم درجای مجاری
کارسینوم پاژه نوک پستان
کارسینوم ارتشاحی مجاری
کارسینوم مدولری
کارسینوم موسینی
کارسینوم توبولر
کارسینوم پاپیلری
کارسینوم آدنوئید
کارسینوم آپوکرین
کارسینوم با منشا لبولی

کارسینوم اپی درموئید

سارکوم

آنژیوسارکوم

لنفوم

کارسینوم التهابی

فصل سوم : پژوهش

اهداف پژوهش

روش انجام پژوهش

فصل چهارم : نتایج و یافته ها

نتایج و یافته ها

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری

ملاحظات پژوهش

مشکلات و محدودیت های موجود در پژوهش

چکیده انگلیسی

منابع

ضمیمه شامل نمودارها

به نام خدا

عنوان: بررسی علل و شیوع توده های پستانی در بیماران مراجعه کننده به

بیمارستان بوعلی از سال ۸۱ تا ۸۵.

استاد راهنما: سرکار خانم دکتر رحمانی جو

محقق: زهرا علی محمدی

تاریخ دفاع: شماره پایان نامه : ۳۹۵۸

کد شناسایی پایان نامه : ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۵۱۱۶۸

چکیده:

سابقه و هدف: بررسی و شناخت توده های پستانی از جمله مواردی است که چه توسط خود فرد و چه توسط پزشک معاینه کننده انجام گردد حائز اهمیت به سزائی است و شناسائی و انجام اقدامات مقتضی علی رغم آنکه بسیاری از این توده ها خوش خیم هستند ضروری است تا احتمال هرگونه بدخیمی رد شود. ذکر این نکته حائز اهمیت است که مسائل نژادی و نیز اقتصادی هم از اهمیت به سزائی در خوش خیمی یا بدخیمی توده پستان برخوردارند و اینکه احتمال مرگ از سرطان پستان به نوع بیماری، سایز تومور و سن و جنس و سابقه خانوادگی بیمار بستگی دارد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی تحلیلی بود که ۱۸۱ نفر از افرادی که طی سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ به بیمارستان بوعلی تهران مراجعه نموده اند و شکایت توده پستانی داشته اند و از آن ها پرونده ای در بخش جراحی وجود دارد مورد بررسی قرار گرفتند و علل توده های پستانی در این ۱۸۱ بیمار مورد بررسی قرار گرفت. روش نمونه گیری مطالعه ما به روش تصادفی ساده بود و با استفاده از

پرسشنامه ای که در این مطالعه داشتیم اطلاعات بیماران که شامل گزارشات پاتولوژی ، شرح حال و شرح جراحی بیماران بود ، ثبت گردید .

یافته ها: در این مطالعه ۱۸۱ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند که از ۱۰ سال تا ۷۹ سال بودند . در مورد جنسیت در بیمارانمان ، ۱۶۱ بیمار (۸۹٪) خانم و ۲۰ بیمار (۱۱٪) مرد بودند . تمام بیمارانمان دچار توده پستانی بودند و در مورد نوع توده پستانی در بیمارانمان : ۱۵۳ بیمار (۸۴٫۵٪) توده خوش خیم و ۲۸ بیمار (۱۵٫۵٪) توده بدخیم داشتند . از لحاظ سابقه خانوادگی در بیمارانمان : ۶۵ بیمار (۳۵٫۹٪) دارای سابقه مثبت و ۱۱۶ بیمار (۶۴٫۱٪) سابقه منفی را ذکر کردند . در مورد دو متغیر جنس و سمت درگیر در بیماران : (p . value : 0.000) . در ارتباط نوع توده و سابقه خانوادگی : (p . value : 0.000) بود . بین نوع توده و جنسیت و سابقه خانوادگی : p . value : 0.000 بود .

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که بیشتر بیماران خانم بودند و بیشتر علل توده پستانی خوش خیم بود . توده ها در بیشتر بیماران ، سمت چپ پستان و سپس سمت راست و دوطرفه بود . بیشترین لوب درگیر RUQ و سپس LUQ بود . بین جنس و نوع توده پستانی ارتباط معنی داری پیدا نشد . در مورد جنسیت بیماران و محل درگیری پستانشان ، بیشترین محل در زنان و مردان ، لوب RUQ بود که از این نظر بین زنان و مردان ارتباط معنی داری برقرار نشد . بین نوع توده و سابقه خانوادگی ، بیشتر بیماران با سابقه مثبت ، توده بدخیم داشتند و با سابقه منفی ، توده خوش خیم داشتند که معنی دار شد .

واژگان کلیدی : توده پستان ، توده خوشخیم ، توده بدخیم .

فصل اول

کلیات

مقدمه:

شیوع بررسی و شناخت توده های پستانی از جمله مواردی است که چه توسط خود فرد و چه توسط پزشک معاینه کننده انجام گردد حائز اهمیت به سزائی است .

شناسائی و انجام اقدامات مقتضی علی رغم آنکه بسیاری از این توده ها خوش خیم هستند ضروری است تا احتمال هرگونه بدخیمی رد شود .

به ویژه آنکه توده های بدخیم در ۷۴ درصد از موارد در تصویربرداری و در ۲۶ درصد از موارد به صورت توده قابل لمس تظاهر می کنند . و حتی گاهی این توده ها که در پستان شناسائی نشده است به صورت متاستاز به نواحی زیر بغل نمود می یابد و مرحله بیماری پیشرفته تر خواهد شد .

البته علل منجر به توده های قابل لمس پستان ضرورتا علل شایعی نیستند و گاهی هم علل نادری منجر به ایجاد توده در پستان می شوند .

ذکر این نکته حائز اهمیت است که مسائل نژادی و نیز اقتصادی هم از اهمیت به سزائی در خوش خیمی یا بدخیمی توده پستان برخوردارند .

و با توجه به اینکه احتمال مرگ از سرطان پستان به نوع بیماری ، سائز تومور و سن و جنس و سابقه خانوادگی بیمار بستگی دارد ، لذا در این مطالعه به بررسی علل و شیوع توده های پستانی در افراد مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی خواهیم پرداخت .

تعریف مفاهیم :

تعریف توده پستان : هرگونه برجستگی در پستان که در لمس توسط پزشک معاینه کننده احساس گردد .

تعریف متاستاز : انتشار خونی یا لنفاوی یک توده بدخیم به مناطقی غیر از ناحیه ای که از آن منشا گرفته است .

با این تفصیل از آن جا که طبق بررسی انستیتوی ملی کنسر سرطان پستان از شیوع ۱۳,۳٪ برخوردار است ، لذا به بررسی پاره ای از ریسک فاکتورهای دخیل (سن ، جنس ، سابقه خانوادگی بدخیمی پستانی ، سمت درگیر در پستان ، لوب درگیر در یک پستان ، و نهایتاً نوع توده پستانی از نظر خوش خیمی و بدخیمی) در این بیماری پرداختیم تا با پیگیری به موقع در بیماران با توده پستانی و با ریسک بالا ، از میزان مورتالیتی و موربیدیتی این بیماران بکاهیم .

فصل دوم

بررسی متون

بررسی متون :

در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۱ توسط sheen - chen انجام شد ، ۳۹ درصد از مبتلایان به بیماری پاژه پستان دچار توده قابل لمس بودند که احتمال بدخیمی زمینه ای در آنها بالاتر بود .

در مطالعه دیگری که در سال ۱۹۹۹ توسط volpe انجام گردید ، اعلام شد که تمامی بیماران دچار ژنیکوماستی و ۶۷ درصد از موارد بدون ژنیکوماستی که دچار توده پستانی بودند این توده هیچگونه علامت بالینی نداشت و شیوع توده پستانی یک طرفه در مردان کمتر از توده پستانی دوطرفه در بیماران مرد با توده پستانی بود .

تحقیق دیگری در سال ۱۹۹۰ توسط paulus انجام شد و نشان داد که تمامی بیمارانی که دچار لنفوم پستان بودند توده پستانی قابل لمس داشتند .

پژوهش دیگری توسط freund در سال ۱۹۹۷ انجام شد ، اعلام گردید که ۶۶ درصد از افراد دچار بیماری پاژه پستان هیچ گونه توده قابل لمسی در سینه نخواهند داشت و میزان بقاء ۱۰ ساله آنها ۹۱ درصد است .

مطالعه دیگری توسط ribeiro - silva در سال ۲۰۰۶ انجام گردید ، نشان داد که متاستاز به پستان از سایر مناطق یکی از علل توده های پستانی است که معمولا شبیه توده های خوش خیم می باشد .

تحقیق دیگری در سال ۲۰۰۱ توسط pruthi انجام شد ، ذکر گردید که گرچه بیشتر توده های پستانی خوش خیمند ، باید هر بیمار با توده پستانی ابتدا از نظر کنسر بررسی گردد .

در تحقیق دیگری در سال ۲۰۰۶ توسط maloney در امریکا انجام شد ، از سطح پایین اقتصادی و اجتماعی به عنوان یک ریسک فاکتور برای توده پستانی و احتمال بدخیمی آن نام برده شد .

حال به بررسی مختصری در مورد انواع توده های خوش خیم و بدخیم پستانی می پردازیم :

بیماری های خوش خیم پستان :

ضایعات غیر پرولیفراتیو :

ماهیت بیماری فیبروکیستیک (که بهتر است اختلال فیبروکیستیک نامیده شود) هنوز به خوبی مشخص نشده است .

بیماران از درد منتشر و اغلب دوطرفه پستان شکایت دارند . در پستان ناهمواری های متعددی لمس می شود . در بیوپسی ضایعه می توان " اجزاء فیبروکیستیک " (Fibrocystic elements) را مشاهده کرد .

اکثر ضایعات به عنوان عامل زمینه ای سرطان پستان محسوب نمی شوند و فقط در صورت همراه بودن با دیسپلازی ممکن است زمینه ساز سرطان باشند .

بیمارانی که با احساس درد و ناراحتی پستان مراجعه می کنند و در معاینه یا ماموگرافی ایشان ضایعات کیستیک متعددی وجود دارد ، به صورت محافظه کارانه درمان می شوند .
درد معمولا در نیمه دوم سیکل قاعدگی تشدید می شود و با شروع قاعدگی

تخفیف می یابد و اغلب به مسکن نیز پاسخ می دهد .
در بعضی از موارد می توان از دیورتیک ها برای کاهش تجمع مایع داخل کیست ها استفاده کرد . کیست های منفرد اغلب در لمس ، به صورت توده های مدور و نرم به دست می خورند و به این وسیله تشخیص داده می شوند .

کیستیک بودن ضایعه را می توان به وسیله سونوگرافی تایید نمود ولی انجام این کار معمولا ضروری نیست .

کیست را باید آسپیره کرد . در صورتی که مایع آسپیره شده شفاف یا کدر و به رنگ خاکستری مایل به سبز باشد ، می توان آن را دور ریخت و از آزمایش سیتوپاتولوژیک آن صرف نظر کرد .

ولی اگر مایع خونی باشد ، باید کیست را دور ریخت و از آزمایش سیتوپاتولوژیک آن صرف نظر کرد . ولی اگر مایع خونی باشد ، باید کیست را خارج کرد .
کیست های عود کننده می بایست هر بار آسپیره شوند و اگر علی رغم آسپیراسیون های متعدد باقی بمانند یا علامتدار باشند ، باید آن ها را خارج کرد .

کیست های پستان :

کیست ها و ضایعات آپوکرین همراه آن ها ، در صدر تغییرات هیستولوژیک خوش خیم پستان قرار دارند .

اندازه کیست ها می تواند از ۱ میلی متر تا چندین سانتی متر متغیر باشد . اغلب کیست ها توسط سلول هایی مفروش شده اند که دارای میتوکندری های فراوان حاوی گرانول های ترشحی هستند و در رنگ آمیزی معمولی با ائوزین به رنگ صورتی در می آیند .

کیست ها در ابتدا به صورت ضایعات لوبولری هستند که آسینی ها و مجاری انتهایی داخل آنها گشاد می شوند و ایجاد حفره های منفردی می کنند که بزرگ شده تبدیل به کیست می شوند .

هیچ رابطه پایداری بین کیست ها و خطر ابتلا به سرطان پستان یافت نشده است . بر اساس مطالعات Page ، Dupont ، افرادی که دارای سابقه خانوادگی ابتلا به کیست و سرطان (هر دو با هم) بوده اند ، در مقایسه با افرادی که فقط سابقه سرطان را دارند ، بیشتر در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان هستند .

تغییرات سیتوپلاسمی سلول های آپوکرین نیز می تواند مختصری در افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان مؤثر باشد .

Alpers ، Welling عقیده دارند که تغییرات آپوکربین در پستان ها با خطر ابتلا به سرطان همراهند ، اما این موضوع به هر حال نمی تواند ابتلا به سرطان پستان را در آینده قطعا پیشگویی کند .

نتیجه اینکه ، نه کیست ها و نه تغییرات آپوکربینی ، هیچ کدام نمی توانند بدون وجود عوامل دیگر ریسک سرطان پستان را افزایش دهند هیپرپلازی اپی تلیال که با افزایش خطر سرطان پستان همراه است ، گاهی همراه با ضایعات کیستیک یافت می شود و هر یک از پاتولوژی های مذکور می توانند به تنهایی در نمونه های بیوپسی شده وجود داشته باشند .

به همین دلیل باید این دو ضایعه را از لحاظ پاتولوژیک تشخیص داد و از هم متمایز کرد .

ضایعات پرولیفراتیو :

در بسیاری از تحقیقات آینده نگر ، ارتباط بین هیپرپلازی و کارسینوم اثبات شده است .

هیپرپلازی اپی تلیال از علائم ضایعات پرولیفراتیو پستان است و عبارت است از افزایش تعداد سلول ها در بالای غشاء پایه به میزان دو لایه سلولی یا بیشتر .

هیپر پلازی آتیپیک مجاری (ADH یا Atypical Ductal Hyperplasia) را باید از کارسینوم درجا افتراق داد .

هیپرپلازی خفیف عبارت است از وجود سه یا چند لایه سلولی در بالای غشاء پایه لبول ها یا مجاری .