

## بیماریابی توده‌های پستان در بیمارستان لقمان حکیم

دکتر اسماعیل حاجی نصرالله\*، دکتر فرهاد زینالی\*\*، دکتر افسانه فداییان\*\*\*

\* استادیار، بخش جراحی، مرکز آموزشی-درمانی لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
\*\* رزیدنت جراحی عمومی، مرکز آموزشی-درمانی لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
\*\*\* استادیار، بخش زنان، مرکز آموزشی-درمانی لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### خلاصه

**سابقه و هدف:** سرطان پستان یکی از سرطانهای شایع در خانمها می‌باشد که در صورت تشخیص و درمان زودرس، پیش‌آگهی بیماری به مراتب بهتر خواهد شد. به‌منظور بیماریابی توده‌های پستان، این تحقیق روی مراجعین به بیمارستان لقمان در سال ۱۳۷۶ انجام گرفت.

**مواد و روشها:** در مدت یکسال ۱۰۰۰ نفر از افرادی که شکایتی از ناراحتی پستان نداشتند و به درمانگاه های زنان و جراحی عمومی مراجعه نموده بودند مورد معاینه پستانها قرار گرفتند.

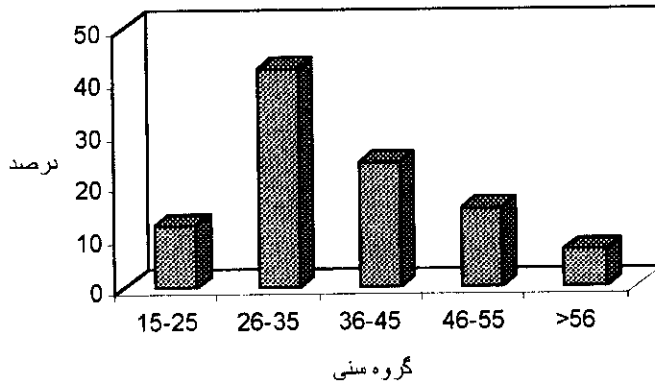
**یافته‌ها:** در بین این افراد، ۲۸ نفر دارای توده پستانی بودند که در ۲ نفر از آنها تشخیص سرطان پستان مطرح شد. **نتیجه‌گیری و توصیه‌ها:** آموزش عمومی و معاینه دقیق می‌تواند در بیماریابی سریع مؤثر واقع شود. لذا انجام این مهم توصیه می‌شود. **واژگان کلیدی:** توده پستان، بیماریابی

### مقدمه

سرطان پستان از سرطانهای است که با افزایش سن در جوامع صنعتی شیوع آن در حال افزایش است. بعد از سالها که از شناخت این بیماری می‌گذرد و با وجود ابداع روشهای درمانی مختلف مثل جراحی، شیمی درمانی، اشعه درمانی و دستکاری هورمونی، بهترین امیدواری در افزایش طول حیات بیماران تشخیص زودرس این بیماری می‌باشد (۱). بهترین روش تشخیص زودرس و در نتیجه کاهش مرگ‌ومیر انجام ماموگرافی بیماریابی است. ماموگرافی در سن ۴۵ سالگی و سپس انجام سالیانه آن باعث خواهد شد که ضایعه را ۲ سال قبل از لمس کامل آن تشخیص داد (۲). میزان حساسیت ماموگرافی ۹۰٪ است (۳). مشکل بزرگ انجام ماموگرافی بویژه در سنین پائین، سرطان‌زا بودن اشعه و عدم قدرت تشخیص مناسب می‌باشد. ماموگرافی‌های ابتدائی در حدود ۷ تا ۱۲ راد اشعه به بیمار وارد می‌کردند ولی امروزه با ماموگرافی‌های بیماریابی این مقدار به

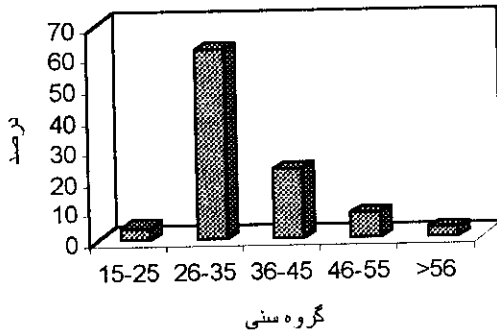
۰/۲-۰/۳ راد کاهش یافته است. این کاهش شدت اشعه مشکل بیماریابی را تا حدودی برطرف کرده است (۳). یکی دیگر از مشکلات ماموگرافی بیماریاب موارد مثبت و منفی کاذب است (۴). وجود دستگاه ماموگرافی بیماریاب و انجام پروژه‌های ماموگرافی بیماریاب در سطح کشور می‌تواند باعث افزایش طول حیات بیماران شود، ولی متأسفانه اکثر دستگاههای موجود در کشور، ماموگرافی کلاسیک را انجام می‌دهند که میزان اشعه بالائی به بیمار وارد می‌کنند. از روشهای ساده‌تر و البته با ارزش کمتر برای تشخیص زودرس سرطان پستان، معاینه توسط خود بیمار یا پزشک است. معاینه توسط خود بیمار بطور ماهیانه و ترجیحاً بلافاصله بعد از اتمام هر دوره قاعدگی یعنی هنگامی که تحریک هورمونی پستان در پائین‌ترین حد ممکن است، باید انجام شود.

سرطان پستان از سرطانهای است که با افزایش سن در جوامع صنعتی شیوع آن در حال افزایش است. بعد از سالها که از شناخت این بیماری می‌گذرد و با وجود ابداع روشهای درمانی مختلف مثل جراحی، شیمی درمانی، اشعه درمانی و دستکاری هورمونی، بهترین امیدواری در افزایش طول حیات بیماران تشخیص زودرس این بیماری می‌باشد (۱). بهترین روش تشخیص زودرس و در نتیجه کاهش مرگ‌ومیر انجام ماموگرافی بیماریابی است. ماموگرافی در سن ۴۵ سالگی و سپس انجام سالیانه آن باعث خواهد شد که ضایعه را ۲ سال قبل از لمس کامل آن تشخیص داد (۲). میزان حساسیت ماموگرافی ۹۰٪ است (۳). مشکل بزرگ انجام ماموگرافی بویژه در سنین پائین، سرطان‌زا بودن اشعه و عدم قدرت تشخیص مناسب می‌باشد. ماموگرافی‌های ابتدائی در حدود ۷ تا ۱۲ راد اشعه به بیمار وارد می‌کردند ولی امروزه با ماموگرافی‌های بیماریابی این مقدار به



نمودار ۱- توزیع ۱۰۰۰ زن برای بیماریابی توده های پستان بر حسب گروه های سنی، بیمارستان لقمان، ۱۳۷۶

در میان این افراد ۲۸ نفر دارای توده در پستان بودند. در میان بیماران ۴ نفر مجرد و ۲۴ نفر (۸۵٪) متأهل بودند. یک بیمار در سن ۱۲ سالگی، ۱۸ بیمار در سن ۱۳ سالگی، ۷ بیمار در ۱۴ سالگی و ۲ بیمار در ۱۵ سالگی اولین قاعدگی خود را تجربه کرده بودند. هیچکدام از بیماران سابقه فامیلی سرطان پستان نداشتند. پراکندگی سنی این بیماران در نمودار شماره (۲) نشان داده شده است.



نمودار ۲- توزیع ۲۸ نفر دارای توده پستانی در بیماریابی بر حسب گروه های سنی، بیمارستان لقمان، ۱۳۷۶

در ۲۶ نفر یک توده پستانی و در دو نفر دو توده پستانی وجود داشت. اندازه توده ها از ۱ سانتیمتر تا ۵ سانتیمتر متغیر بود. ۱۲ نفر توده در پستان راست، ۱۵ نفر توده در پستان چپ و یک نفر پستان فرعی زیر بغل داشتند.

در ۲۰ بیمار (۷۱٪) بیوپسی excisional و در ۸ بیمار (۲۹٪) بیوپسی سوزنی انجام شد. فیروآدنوما و بیماری فیبروکیستیک هر کدام با ۹ مورد (۳۲٪)، شایع ترین یافته پاتولوژیک در میان بیماران بود. سایر یافته های پاتولوژیک به ترتیب عبارتند از: اکتازی مجاری پستانی ۳ مورد (۱۱٪)، کانسر داخل مجاری و فیروز پستان و ژنیکوماستی هر کدام ۲ مورد (۷٪) و پستان فرعی ۱ مورد.

اهمیت معاینه فیزیکی در تشخیص به موقع بیماری از قدیم مورد تأیید بوده است، ولی متأسفانه با ابداع وسایل مختلف تشخیصی، از اهمیت آن کاسته شده است.

با علم به اینکه ماموگرافی بیماریاب در تشخیص زودرس سرطان پستان از اهمیت بالایی برخوردار است ولی با توجه به شرایط اجتماعی و عدم دسترسی آسان به این وسیله، بر آن شدیم که در سال ۱۳۷۶ روی مراجعین به بیمارستان لقمان با معاینه اتفاقی ولی کامل بیماران، توده ها و ضایعات پستان را در نزد افرادی که شکایتی از بیماری پستان نداشتند، ارزیابی نماییم.

### مواد و روشها

۱۰۰۰ نفر از خانمهایی که به علت هائی بغیر از ناراحتی پستان به درمانگاههای جراحی عمومی و زنان بیمارستان لقمان حکیم مراجعه نموده بودند، در این تحقیق توصیفی مورد مطالعه قرار گرفتند.

کلیه بیماران توسط وزیدنت ها که قبلاً آموزش های لازم را دیده بودند و موارد مشکوک توسط مسئول طرح مورد معاینه قرار گرفتند.

در صورت وجود ضایعه براساس شرایط سنی بیمار و نوع ضایعه، در بیمارانی که حاضر به ادامه همکاری بودند سونوگرافی و ماموگرافی به عمل آمده و باز هم براساس شرایط سنی بیمار و نوع ضایعه و علائم بالینی توده جهت تشخیص کامل از بیوپسی سوزنی و بیوپسی excisional استفاده شد (۵۶).

افرادی که در مرحله انتخاب بیمار و یا در حین انجام کارهای تشخیصی حاضر به ادامه کار نشدند، از مطالعه حذف گردیدند.

### یافته ها

در مدت یکسال ۱۰۰۰ نفر از افرادی که شکایتی از ناراحتی پستان نداشتند، مورد معاینه پستانها قرار گرفتند. محدوده سنی افراد مورد معاینه ۱۲-۷۰ سال بود که پراکندگی سنی آنها در نمودار شماره (۱) نشان داده شده است. همانطور که در این نمودار مشخص است گروه سنی ۲۶-۳۵ ساله بیشترین افراد معاینه شده را تشکیل می دهند.

داشتند تنها در ۴۵٪ موارد لنف ندول مثبت بودند. در این بررسی ۴۰٪ از بیماران با معاینه بالینی و ۴۰٪ تنها بوسیله ماموگرافی قابل تشخیص بودند (۸).

در مطالعه دیگری بر روی ۲۸۰۰۰۰ نفر صورت گرفت، هر دو آزمایش معاینه بالینی و ماموگرافی انجام شد. در این بین ۲۳۷۹ نفر در مراحل ابتدایی سرطان قرار داشتند که از این تعداد ۴۴٪ موارد به کمک ماموگرافی (به تنهایی) و بقیه موارد به وسیله معاینه بالینی تشخیص داده شده بودند (۷).

فراوانی قابل توجه توده‌های پستانی در گروه سنی ۱۵-۲۵ سال که در هیچکدام از موارد نیز بدخیمی مشاهده نشد می‌تواند اهمیت انجام "خود معاینه کردن" در زنان جوان را نشان دهد. در این راستا لزوم برخورد صحیح جراحان با این گونه تومورها و عدم انجام ماموگرافی و جراحی بیش از پیش مشخص می‌شود.

شیوع ۰/۲٪ سرطان پستان در این بررسی موضعی و ساده که بیماران از بیماری خود اطلاع نداشتند، با اهمیت است. البته با ماموگرافی بیماریاب می‌توان شیوع واقعی را اندازه‌گیری نمود. وجود توده‌هایی به اندازه ۱ تا ۵ سانتیمتر در ۲۸ بیمار (۲/۸٪) فاقد شکایت بالینی، می‌تواند نیاز جامعه به آموزش‌های عمومی را نشان دهد.

دو بیماریکه سرطان داشتند یکی ۶۰ ساله با توده‌ای به اندازه ۳×۲cm در پستان چپ و دیگری ۳۰ ساله با توده‌ای به اندازه ۵×۳ cm در پستان راست بوده که هر دو دارای لنف ندول مثبت بودند.

## بحث

معاینه فیزیکی در تشخیص زودرس سرطان پستان اهمیت ویژه‌ای دارد.

تشخیص سرطان پستان در ۲ بیمار از ۱۰۰۰ خانم مراجعه‌کننده به درمانگاه در سنین مختلف، تنها بوسیله معاینه فیزیکی می‌تواند نشان‌دهنده شیوع قابل توجه سرطان پستان باشد، این در حالیست که خود آنها هیچگونه اطلاعی از بیماری خود نداشتند. این کار در مقایسه با ماموگرافی بیماریاب یک روش ساده و بدون هزینه می‌باشد.

بدون شک اهمیت ماموگرافی بیماریاب در تشخیص کانسره‌های پستان بر هیچکس پوشیده نیست. ماموگرافی بیماریاب در کشورهای پیشرفته جزو مطالعات متداول می‌باشد. به کمک این روش سرطانهای پستان در مراحل ابتدایی تشخیص داده می‌شوند (۷و۸).

در برنامه بیماریابی در آمریکا با استفاده از معاینه بالینی و ماموگرافی، ۶ کانسر در ۱۰۰۰ نفر تشخیص داده شد که حدود ۸۰٪ این بیماران لنف ندول منفی بودند در صورتی که در مقایسه با وقتی که بیماران شکایتی از ناراحتی پستان

## REFERENCE

- 1- Schwartz. SI, shires GT, et al(eds). *Principles of Surgery*. McGraw-Hill, Inc. 6<sup>th</sup> edition, 1994;554-570.
- 2- Bassett LW, Manjikian V. Mammography and breast cancer screening. *Surg Clin North Am* 1990; 70(4);755.
- 3- Kopans DB, Meyer. Palpable breast masses: the importance of preoperative mammography. *JAMA* 1981; 246: 2819
- 4- Wilson RM. Screening for breast and cervical cancer as a common cause for litigation. *BMJ* 2000; 320: 1352-1353.
- 5- Vorherr H. Breast aspiration biopsy with multihole needles for histologic and cytologic examination. *Am J Obstet Gynecol* 1995;151:70
- 6- Blake – Cady MD. Techniques of lumpectomy. *Surg Clin North Am* 1990; 70(4):885
- 7- Strax P. Evaluation of screening program for early diagnosis of breast cancer. *Surg Clin North Am* 1987; 58(4):669.
- 8- Yim JH. Mammographically detectable breast cancer. *Ann Surg*. 1996;223(6):700.