

ماموگرافی* (۶)



آنچه که در حال حاضر عملاً قابل اجرا است لمس و مطالعه بالینی غدد لنفاوی ناحیه زیر بغل و بالای استخوان ترقوه و مقایسه دوطرفه آنهاست. گاهی بطور طبیعی غدد لنفاوی زیر بغل حس شده که اگر دوطرفه باشد نتیجه با ارزشی را بدنبال نخواهد داشت. فقط گانگلیونهای سفت و بدون درد و بدون پری آدنیت مشکوک بوده و ابعادشان (بزرگی و کوچکی) فاقد ارزش است و اگر همراه با تغییرات ذکر شده محل آن نیز ثابت باشد احتمال بدخیمی آن تشدید مییابد.

رعایت امکانات یا احتمالات ذیل را باید در مد نظر گرفت.

(۱) - در برخورد با يك تومر پستانی، جستجوی غدد لنفاوی بزرگ شده یکی از قسمتهای بیلان بالینی است.

(۲) - هیچگاه نباید تشخیص بدخیمی بوجود توام آدنوپاتی باضافه تومرال بنیان گذارده شود زیرا گاهی ضایعات بدخیم بدون آدنوپاتی نیز دیده میشود.

(۳) اهمیت آدنوپاتی از نظر انتشار سرطان قابل ارزش و بررسی است.

برحسب قوانین بین المللی میتوان تقسیم بندی زیر

« قسمت پانزدهم »

تفسیر غدد لنفاوی (هیپرتروفی گانگلیونر) در بیلان بیماریهای پستانی :

- لنفاتیک های پستانی به نقاط زیر وارد میشود :
۱) ناحیه زیر بغل (۲) بالای ترقوه (۳) مسیر پستانی داخلی . ولی فقط در دوناحیه اول است که با امتحان بالینی قابل بررسی میباشد . مشکل است که با لمس و با اطلاعات حاصله از آن راجع به ابتلاء محرز غده های لنفاوی قضاوت نمود .

تکنیکهای بررسی غده های لنفاوی تحت مطالعه است ولی آنچه که امروز بکار میرود قابل اطمینان نیست معذک با وسائل زیر تا حدودی میتوان به تشخیص رسید :

- رادیوگرافی ناحیه زیر بغل جهت انساج نرم که اگر گانگلیونها عظم یافته باشد بوضوح قابل رویت است .
- لنفوگرافی اندام فوقانی ، غدد لنفاوی زیر بغل و بالای ترقوه را نشان میدهد .

- فلبوگرافی ورید پستانی داخلی با تزریق ماده حاجب بداخل استرنوم بطور مستقیم ممکنست موجب نمایان شدن غدد موجود در مسیر ورید مذکور گردد .

را برای آدنوپاتیها در نظر گرفت :

کانسر ها :

درجه ۰ : وقتی که آدنوپاتی زیر بغل در سمت ضایعه وجود نداشته باشد .

درجه I : آدنوپاتی متحرکی در سمت مربوط وجود دارد .

درجه II : آدنوپاتی غیر متحرک در طرف مربوط است .

درجه III : آدنوپاتی بالا و عقب کلاویکول متحرک یا ثابت در همان سمت وجود دارد . نحوه و چگونگی قضاوت در امر درمان بیماری بشکل و محل و خصوصیات بالینی و پاتولوژیک آدنوپاتیهای مذکور بستگی دارد . بدین ترتیب بر حسب وجود تومور T و صفات گانگلیون ها N تومر ها و چگونگی انتشار بیماری درجه بندی میگردد . انجام مطالعه هیستولوژیک همیشه شك امتحانات بالینی را برطرف و تشخیص صحیح را مسجل خواهند نمود ، زیرا گاهی يك گانگلیون مشکوک ، در امتحان هیستولوژیک طبیعی و برعکس گانگلیونهای غیر قابل لمس حاوی سلولهای بدخیم متاستاتیک ممکنست باشند بنابراین دو خصوصیت زیر به روشن شدن مطلب کمک خواهد کرد :

N+ یعنی گانگلیونی که در امتحان هیستولوژیک مبتلی میباشد .

- N گانگلیون سالم در امتحان میکروسکوپی .
در موارد N+ باید رادیوتراپی همراه با جراحی عملی گردد .

در مواردیکه آدنوپاتی در زیر بغل و بطور نادرتر توام با آن در بالای ترقوه داریم باید بدنبال کانسر پستان بود مگر اینکه توسط بیلان رادیوکلینیک منفی بودنش به اثبات برسد . ولی درعین حال نکتهایکه باید توجه نمود اینستکه منفی بودن بیلان رادیوکلینیک نیز گاهی کافی نبوده و ارزش مطلق آن موقعی است که در بیوپسی نیز منفی باشد . بهرحال چنین بیماری را از نظر سیر و پیشرفت باید تحت نظر داشت چه در خیلی از موارد کانسر پستان ممکنست بطور میکروسکوپی از چندین ماه قبل بدون اینکه بیمار احساس بکند پیشرفت نموده و فقط با متاستازهای گانگلیونر خود را بروز دهد .

- علل دیگری را که سبب آدنوپاتی میشوند نباید از نظر دور داشت که از جمله آنها میتوان هوچکین ، لنفوسارکم عفونتهای اختصاصی یا غیر اختصاصی مثل T.B. و بیماری Griffé de chat قابل ذکرند .

سرانجام بزرگی غدد لنفاوی را بعلت يك هیپرپلازی غیر تومورال نباید فراموش کرد که در اینحال اگر دوطرفه و بدون علائم خونی بودبتر است درمان نشده و فقط تحت نظر گرفته شود . دراین حال بیوپسی گانگلیونر هم ضرورت

ندارد مگر اینکه یکطرفه باشد که دراینصورت امتحان هیستولوژیک را باید بکار برد .

« قسمت شانزدهم »

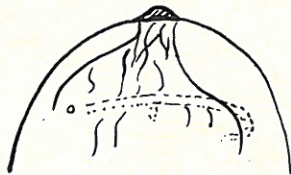
تفسیر کلسیفیکاسیونهای پستانی و تشخیص افتراقی آنها :
- گرچه عملا در بخشهای قبلی از کلسیفیکاسیونهای مختلف پستانی به تفصیل سخن رفته است دراینجا بطور اختصار از انواعی که ذکر نشده صحبت خواهد شد .

۱) - کلسیفیکاسیون جدار عروقی (انروماتوز) و یا جدار مجاری شیری که ممکن است یکطرفه ، دوطرفه ، منتشر و یا موضعی باشد . این مسئله در مورد بعضی از کالاکتوفورتهای نیز صادق است (شکل ۴۲ و ۴۳) .



شکل ۴۲- کلسیفیکاسیون عروقی

شکل ۴۳- کلسیفیکاسیون جدار مجاری کالاکتوفور .



۲- بیماری های خوش خیم .

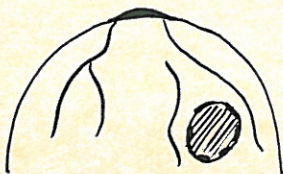
- آدنومهای کلسیفیه (درصدر قرار دارند شکل ۴۴) .

- ماستوزپلی کیستیک (شکل ۴۵) .
- و بطور استثنائی کیستها (شکل ۴۶) ولیپوم .
- آدنوماتوز .

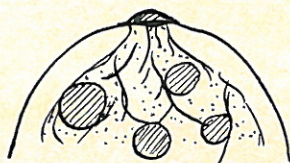
بطور کلی تمام تومرهای خوش خیم ، عفونی (توبر کولوز) ، ضربه های پستانی و پارازیتها (مثل کیست هیداتییک) امکان دارد که با کلسیفیکاسیون همراه باشند .



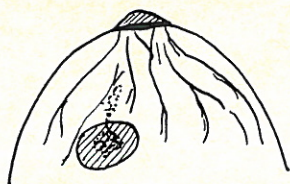
شکل ۴۴- آدنوم کلسیفیه .



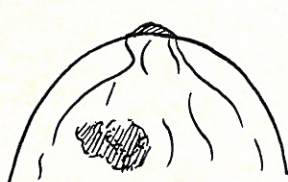
شکل ۴۶- کلسیفیکاسیون محیطی در کیست .



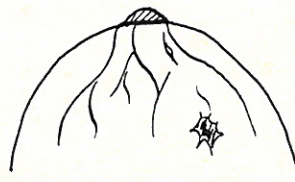
شکل ۴۵- ماستوزپلی کیستیک با کلسیفیکاسیونهای منتشر .



شکل ۴۷



شکل ۴۸



شکل ۴۹

شکل ۴۷ - اپی تلیوما با میکروکلسیفیکاسیون (یک چنین تصویری ممکنست مربوط به همراه شدگی اپی تلیوما و تومور خوش خیم باشد .)

شکل ۴۸ - میکروکلسیفیکاسیونها در یک اپی تلیوما

شکل ۴۹ - کلسیفیکاسیونهای نسبتاً بزرگ در یک اپی تلیوما که بشکل ستاره‌ای دیده میشود .

۳ - بیماری های بدخیم :

اپی تلیوما ی پستانی (انواع مختلفه هیستولوژیک)
شکل‌های (۴۷-۴۸-۴۹) دیگر بیماریهای بدخیم پستان
گرچه کلسیفیکاسیون نمیدهند ولی نباید بکلی منکر وجود
آنها شد (مثل بیماریهای سیستم و سارکوم و متاستاز های
پستانی و غیره) .

« قسمت هفدهم »

چگونگی ردیابی و جستجوی سرطان پستانی :

بشکل و شرائط متعدد و متفاوتی ممکنست مسئله
ردیابی سرطان پستان مطرح گردد .

۱ - گاهی بیماری بدخیم تشخیص داده شده است
درحالیکه نقطه شروع آن ناشناخته است (وجود متاستاز در
استخوانها و یاریه) .

برخورد بیک متاستاز لنفاتیک (هیپر تروفی گانگلیون
زیر بغل) میتواند فکر را متوجه سرطان پستانی نماید که در
این حال گرچه از نظر بالینی پستان طبیعی بنظر میرسد باید
از وسائل تشخیصی بخصوص ماموگرافی کمک گرفته شود .

۲ - وجود کانسر در یک پستان بررسی دقیق پستان
دیگر را بمنظور تشخیص بموقع کانسر دوطرفه را مطرح
مینماید .

۳ - مواقع دیگری که اجباراً باید در جستجوی
سرطان بود که بخصوص از نظر روانی بنفع بیمار خواهد
بود .

کانسر فامیلیال و عوامل ارثی و ترس از سرطان
است .

وجود علائمی تومورال در پستان در حالیکه
برای طبیعی مسئله سرطان مطرح نیست بمانند ضربه های

پستانی یا بدون هماتوم و اکیموز که در این حال نیز باید از
ماموگرافی استفاده شود .

دردهای پستانی .

سندرمهای قبل از قاعدگی با تظاهرات پستانی .

آدنوپاتیها .

وجود علائم بالینی در پستان یکطرفه و احتمال
پیدا کردن یک کانسر در پستان دیگر .

امتحان ماموگرافی پستان که بطور عموم باید در
نزد زنان بخصوص از سن ۴۰ سال بیابا باید معمول گردد .

امتحان رادیوکلینیک پستان قبل از تجویز یا
بکار بردن هر نوع ارمون که بعنوان مثال اختلالات منوپوز را
باید گفت .

- بطور کلی سعی خواهد شد که تا حدودی مسائلی
را که باشکال مختلفه مطرح میگردند بحث نمائیم .

نزد بیماریکه علائم بالینی ندارد ولی ماموگرافی
وجود تومور خوش خیمی را مطرح نموده (با تمام علائم
خوش خیمی) میتوان بفکر لیپوم ، آندومها و کیستها بود .

اگر در مقابل نمای رادیولوژیک مشکوک به بدخیمی
و یا مسلم و محرز بدخیمی هستیم و امتحان بالینی منفی
بوده است میتوان قبول کرد که بعلت قوام پستانی و یا در
عمق قرار گرفتگی ضایعه این امتحان منفی بوده است و بنابراین
امتحان مجدد بالینی با دقت بیشتر و راهنمایی دقیقتر میتواند
تغییرات کوچک بالینی را نشان بدهد .

تصاویر رادیولوژیک که در Depistage بدست
میآیند بر دو نوعند :

الف : تصاویر کدر نودولر و یا ستاره‌ای شکل که
ابعادی کمتر از یک سانتی متر دارند . (شکل ۵۰)

چنانچه علائمی بنفع يك ماستوز باشد ميتوان ميكروكلسیفیکاسیونها را مربوط باین بیماری دانست و نوع معالجه بستگی خواهد داشت به سلیقه طبیب و حالت روانی بیمار وفامیل و غیره .

— اگر تعداد بیش از ۵ عدد باشد تشخیص متابعت از سن خواهد نمود یعنی قبل از ۳۰ سالگی استثنائاً ممکنست مربوط به اپی تلیوما باشد .

گاهی همراه با میکروكلسیفیکاسیونها يك تصویر ندولر کدر دیده میشود که میتواند در همان محل یا دورتر و یا حتی در پستان دیگر باشد و ناحیه ای که در آن کلسیفیکاسیون دیده میشود از نظر بالینی طبیعی لمس شود که باید بفکر کانسر بود ولی اگر سن بیمار بیش از ۲۵ نباشد میتواند بفکر بیماری مخصوص افتاد باس *Sclerosing Adencsis* یا *Hyperplasie Myoepithelial* که در نمای ماکروسکپیک غالباً مشابه بيك اپی تلیوما و درامتحان میکروسکپیک نیز تشخیص از پی تلیوما مشکل خواهد بود . بهتر است در نزد چنین بیمارانی *Exerese* بعمل آمده و امتحان هیستولوژیک دقیق بشود و اگر دلیلی قانع کننده بود جراحی رادیکال انجام گردد چه امتحان هیستولوژیک *Extemprané* و در اینحالت قابل اعتماد نخواهد بود .

— بعد از ۳۰ سالگی کانونی از میکروكلسیفیکاسیونها که بیش از ۵ عدد باشد تقریباً همیشه سرطانی است بحث در اینجا شامل است بر گروه میکروكلسیفیکاسیون یعنی تنها علامتی که رادیولوژیکنان پیش بیمار کشف شده است بدون همراه شدن با تغییرات دیگر بالینی و یا رادیولوژیک . ناحیه ذکر شده را باید *Exerese* نمود و اهمیت موضوع باین خواهد بود که ناحیه ذکر شده را بتوان دقیقاً پیدا کرده و برداشت و بهتر است که قطعه برداشته شده و پستان باقیمانده نیز رادیوگرافی شود تا از نتیجه کار مطمئن باشیم .

در مواردیکه کانون میکروكلسیفیکاسیونها حدود ۱۰ عدد باشد تشخیص يك اپی تلیوما داخل مجرائی پستان خواهد بود ولی اگر تعداد بیش از آن و یا اینکه در کدورتی از نسج پستانی قرار گرفته باشند باید بفکر يك اپی تلیوما ی غددی (گلاندولر) بود .



شکل ۵۰ کدورت کوچک ستاره شکل (اپی تلیوما) .

اگر حدودشان خوب مشخص نباشد علیرغم کوچکی باید بعنوان ضایعه بدخیم تلقی گردند ولی در مواردیکه حدودی منظم ، مشخص داشته باشند تشخیص مشکل و اتخاذ تصمیم به عمل جراحی بستگی به مجموعه علائم بالینی خواهد داشت یعنی هرچه علائم خفیفتر و سن بیمار جوانتر باشد احتیاج کمتری به *Exerese* خواهد بود .

تمام مواردیکه در حد هستند باید فقط در تحت نظر گرفته شوند و اقدامات بعدی بستگی به سیر و تحول ضایعه خواهد داشت .

تصاویر کوچک ندولر با ابعادی بیش از يك سانتی متر مشکل کمتری را مطرح مینماید مگر در مورد پستان باقیمانده و یا در پستان بافیروزنودولر که اشکال در تشخیص افتراقی پیش خواهد آمد . با در نظر گرفتن اینکه تصویر طبیعی يك پستان با فیروزنودولر مجموعه ایست از تصاویر کوچک ندولر که بعضی کمی بزرگ و حدودی محوتر دارند بطوریکه تفسیرشان نسبت بانواع دیگر مشکلتتر است پس امتحانات بعدی و پیگیری اینگونه بیماران که مبتلی به فیروزنودولر میباشد اگر تصویری مشکوک دارند شدیداً قابل توصیه است .

ب : میکروكلسیفیکاسیونهای موضعی :

— در صورتی میتوان تشخیص بدخیمی را گذاشت که حداقل ۵ عدد میکروكلسیفیکاسیون مشاهده شود . ولی این تعداد ارزش مطلق ندارد زیرا ممکنست در اپی تلیوما فقط ۳-۴ عدد میکروكلسیفیکاسیون نمایان باشد . تعداد متجاوز از ده عدد را ممکنست در بعضی از ماستوزهای پای کیستیک ببینیم .

— اگر تعداد کمتر از ۵ و تنها علامت باشد تصمیم در مورد *Exerese* این پستان قابل بحث خواهد بود . یعنی وقتیکه بیمار خیلی جوان است مراقبت و پی گیری رادیو-کلینیک کافی خواهد بود .