

ماموگرافی* (۵)



قسمت یازدهم

تفسیر کششها و رتر اکسیونهای نوک پستان بعنوان علامتی تنها:

— کشیدگی نوک پستان بداخل ممکنست تنها علت مراجعه بیمار باشد علامت مذکور نشانه مستدلی برای سرطان است. در برخورد با چنین حالتی حتماً باید به انجام يك بیلان رادیو کلینیك كامل مبادرت نمود. در این مبحث بخاطر روشن بودن قضیه واجتناب از اطاله کلام فرو رفتگیهای نوک پستان که باتومر توأم هستند مورد بررسی قرار نمیگیرند.

فرو رفتگی نوک پستان قبل از همه يك علامت کلینیکی است چه ممکنست در رادیولوژی نمای کاذب کشش نوک پستان داشته باشیم که به انسیدانس رادیولوژی بستگی دارد. بخاطر داشتن مسائل زیر ضروری است:

(۱) — صفت یکطرف یا دو طرف بودن کشش.

(۲) — تابلوی پیدایش آن.

در مواردی متعدد کشش یا فرو رفتگی نوک پستان مادرزادی یا فامیلیال است که با سؤال مطلب روشن میشود. بعضی از کششهای قدیمی ممکنست بطور ثانویه در دنباله يك بیماری عفونی پستانی یا ماملون پیش آمده باشد. اگر ضایعه قبلی را بیمار فراموش کرده باشد و دو مسئله را از هم جدا بدانیم تشخیص مشکلتر خواهد بود.

(۳) — سن بیمار: هرچه سن بیمار بیشتر باشد بخصوص از منوپوزدورتر شویم، این علامت ارزش بیشتری پیدا میکند.

(۴) — حالت نوک پستان قبل از کشش.

وجود ترشح پستانی در هفتهها یا ماههای قبل از پیدایش این علامت باید جستجو شود و بعلاوه اینکه ترشح خونی یا چرکی است بسیار مهم میباشد زیرا در صورت اول بفکر تومر و در صورت دوم بیماری عفونی را باید در مدنظر داشت. در صورتیکه بیمار از ضایعه ای آکر مائی شکل شکایت داشت باید بیماری پاژت پستان را در نظر آورد.

(۵) — نمای بالینی و رادیولوژیک ناحیه ماملون و بخصوص عقب این ناحیه باید مورد رسیدگی قرار گیرد و بدانیم که این رتر اکسیون یا کشش اصولاً تغییر پذیر است یا خیر.

— قابل برگشت بودن آن با لمس در امتحان بالینی مربوط میشود زیرا در مواردیکه نوموری در ناحیه پشت نوک پستان باشد تغییر شکل را نمیتوان با لمس باسانی از بین برد و در حالت عکس احتمال وجود چنین نوموری کمتر است. باید دانست که بطور کلی برخورد با يك نوک پستان فرو رفته ابتدا در طبیب احساس تومر را بوجود خواهد



شکل ۳۸ - اپی تلیوما :

میکروکلسیفیکاسیون های گروهی شده در عمق پستان قبل از تظاهر علائم بالینی بیماری پاژت .

در لمس نوک پستان گاهی کشیده ، انفیلترم ، ضخیم و سفت شده که یکطرفه است . این تغییرات را باید بمانندیک کانسر پستان در مد نظر داشت .

ضایعات اولسرو و ژنانت ماملون غالباً قبل از شروع کانسر پستان پیدا میشوند و باید جستجو های زیر را بعمل آورد :

— در لمس ممکنست ندولی منظم یا نامنظم یافته و یا به یک انفیلتراسیون غددی موضعی یا منتشر برخورد نمائیم .

— در امتحان پرتونگاری پستان ممکنست اپاسینه تومرال مشاهده شود ولی شایعترین یافته های رادیولوژیک میکروکلسیفیکاسیونهای متعددی است که در یک ناحیه تعدادی از آن (شکل ۳۸) ویا در تمام پستان منتشر است (شکل ۳۹) که در این حال انتشار بیشتر بطرف نوک پستان میباشد . ازاین میکرو کلسیفیکاسیونها در نوک پستان هم وجود دارد . دراین حال بیوستی نوک پستان است که تشخیص را مسجل خواهد کرد .

برداشت کامل پستان را در مقابل چنین ضایعه ای باید توصیه کرد چه معمولاً علیرغم منفی بودن بیلان رادیو - کلینیک مسئله وجود یک کانسر عمقی داخل مجاری پستانی مطرح خواهد بود و منفی بودن امتحانات مذکور نمیتواند مانع انجام عمل جراحی باشد زیرا در امتحان هیستولوژی دقیق همیشه یک کانون بدخیم عمقی در داخل مجاری گالاب - کتونر وجود دارد .



شکل ۳۹ - اپی تلیوما :

میکروکلسیفیکاسیون های منتشر متعدد یکطرفه در پستانی که ضایعه اولسروژنانت ماملون دارد .

آورد و در مواردیکه نمیتوان آنرا تأیید کرد و نکات مشکوکی در تشخیص وجود دارد - امتحان رادیولوژی عامل مؤثری برای پیگیری آن خواهد بود . وجود ندولی که سبب کشیده شدن نوک پستان بداخل شود تقریباً مساوی است با یک سرطان ولی گاهی ضایعات انتهایی یا یک کیست چرکی شده ممکنست به تومور شباهت پیدا کرده و تشخیص بالینی را با اشکال مواجه سازد . سابقه ابتلاء بیک بیماری عفونی در بیمار ، ضایعات استافیلوکوکسیک تکرار شده و صفت دردناک بودن ندول عقب نوک پستان عواملی هستند که گویای مسئله وجودی یک ضایعه انتهایی میباشد .

عدم وجود تصویر تومورال بهترین دلیل بی خطر بودن ضایعه است . کلیشه های بدرجات نفوذی مختلف اشعه (Pénétration) ورادیوگرافیهای موضعی گرفته شده از عقب نوک پستان بخصوص هنگامیکه غدد پستانی رشد زیادی دارند از وسائلی هستند که در تشخیص بسیار سودمندند . تصویر تومرال باشکال ذیل در رادیوگرافی ممکنست نمایان شود :

(۱) - کدورتی نامنظم که معمولاً توسط خطوطی به نوک پستان (ماملون) مربوط گشته و توأم بامیکرو - کلسیفیکاسیون است همیشه بمعنای سرطان میباشد .

(۲) - در صورتیکه کدورت حدودی منظم داشته باشد (که کمتر اتفاق میافتد) باید کلیه علی را که در بخش دوم از آن یاد شد در مد نظر داشت .

اگر امتحانات بالینی طبیعی بود انجام ماهوگرافی ضروری است یعنی در مقابل عدم وجود یک ندول قابل لمس در عقب نوک پستان پرتونگاری وسیله ای جستجوگر برای نشان دادن تصاویر کوچک تومرال است .

باید دانست که بعضی از کشهای نوک پستان بداخل دلیل واضحی نداشته و تقریباً میتوان در بی ضرر بودن آنها مطمئن بود (اگر بیلان رادیو کلینیک دقیق انجام شده باشد) .

قسمت دوازدهم

تفسیر ضایعه اولسرو - وژنانت در نوک پستان :

— وجود یک ضایعه اولسرو وژنانت نوک پستان را باید از همان ابتدا بیماری پاژت دانست که در واقع یک نوع دیسکراتوز نوک پستان بوده و دارای نمای بالینی خاصی است .

بیماری گاهی با علائم فونکسیونل مثل خارش ، احساس سوزن سوزن شدن و سوختن نوک پستان تظاهر میکند . در امتحان ماکروسکوپیک نوک پستان علائم متفاوتی دیده میشود که عبارتند از :

— زخمی سطحی که خون میدهد واز قشری پوشیده

است .

— گاهی نمای تشکیلات کوچک وژنانت (نمای توت

فرنگی) بخود میگردد .

— ممکنست علائم مختلط وجود داشته باشد .

— آناتوموپاتولوژیک :

عبارتست از امتحان سیتولوژیک که طی آن در مایع ترشح شده از نظر وجود سلولهای بدخیم بطریق پاپانیکلاو جستجو میگردد .

گالاکتوگرافی

محل مجرای مبتلی شده را نشان داده (راهنمای جراح) و نمای یک تومور خوش خیم یا بدخیم مجرائی را مشخص خواهد نمود . هرگاه ترشح بدون وجود تومور قابل لمس باشد گالاکتوگرافی کار اصلی را انجام میدهد ولی اگر با ترشح ، تومور نیز وجود داشت این طریقه چندان ضروری بنظر نمیرسد .

تصویر در غالب اوقات بسیا ر مشخص واز نظر تفسیر نیز نتیجه بسیار با ارزش و در عین حال ساده است . تکنیک انجام گالاکتوگرافی آسان و رعایت چند نکته ضروری بنظر میرسد :

— دخول در مجرای مشکوک باید وسیله سوزنی که نوک چندان تیزی ندارد با نرمش و آهستگی صورت گیرد .
— قبل از شروع کار میتوان بعنوان گشاد کردن بیشتر مجرا از میلههای باریکی استفاده کرده و مدخل را قابل عبور نمود .

— بمنظور نگهداشتن سوزن در داخل کانال میتوان از کلدیون (Collodion) استفاده کرد .

— ماده تزریق باید حاجب ، قابل حل در آب (هیدروسولوبل مانند رادیو سلکتان ۶۰۰) بوده و بمقادیر کم بدون اینکه سبب ورود هوا در مجرا شود ، تزریق گردد .
— گرفتن کلیشهها ضمن یا بعد از تزریق عملی خواهد شد (در انسیدانس نیمرخ خوابیده به پهلو) و بهتر است هر ۵-۱۰ سی سی که تزریق میشود یک رادیوگرافی بعمل آید و باید ن ترتیب اگر حباب هوایی هم تشکیل شده باشد جابجا شده و سبب اشتباه نخواهد شد .

— بمحض احساس درد باید تزریق را قطع کرد (مقدار ماده تزریقی بین ۵-۱۰ سی سی خواهد بود) .
پس از کشیدن سوزن سوراخ نوک پستان را بلافاصله با کلدیون بسته و رادیوگرافی را در انسیدانس های مقابل و نیمرخ انجام میدهیم . پس از آن با برداشتن کلدیون در تخلیه مجرا سعی نموده و تا حد امکان آنرا خالی می کنند . با بکار بردن چنین روشی است که قالباً بعلت بیماری پی خواهیم برد ولی ممکنست به دو حالت بر خورد کرد :

الف) — ترشحات بامبداء پستانی :

۱ — ترشحاتی که بایک تومور قابل لمس همراه خواهد بود که صفات رادیو کلینیکی چنین توموری قبلاً ذکر شد . بنابراین وجود ترشح تنها یک علامت بالینی است که احتمالاً به یک عفونت توأم شده با تومور مربوط است .
— اگر ترشح در یک مجرا خونی بوده و در امتحان بالینی توموری لمس میکنیم که غالباً نامنظم و در تصویر

ظاهر بیماری پاژت با اگرماهای پستان مشابهت زیادی دارد بنابراین جهت افتراق این دو باید خصوصیات و شرایط پیدایش اگرمای نوک پستان را مثل دو طرفه بودن ، ظاهر شدنش هنگام حمامگی یا زمان شیردادن یا در جریان بیماری کال در نظر آوریم . بعلاوه سیر نا منظم اگرما بصورت مراحل بهبود و پیشرفت آن نکته اساسی دیگری در افتراق آن با بیماری پاژت است . تشخیص افتراقی مشکلتر آدنوماتوز های اروزیف نوک پستان است که بسیار نادر بوده و فقط با امتحان هیستولوژیک میتوان به تشخیص قطعی رسید . در اینحال نمای بالینی نوک پستان بی شباهت به بیماری پاژت نیست و تنها چیزی که آنها را از هم قابل تمیز میکند ابتلاء عمقی سرطانهای غدد پستانی و یا مجاری گالاکتوئر است که در اینجا (آدنوماتوز اروزیف) دیده نمیشود . سیفلیس نوک پستان عملاً وجود ندارد و نباید به فکر آن افتاد مگر در بجههای شیرخوار .

قسمت سیزدهم

تفسیر زخم پستان :

— زخم پستانی تقریباً در تمام موارد یعنی یک سرطان در اینجا بحث راجع به زخمهای اپی نیلومای پیشرفته که به وفور هم دیده میشود ضروری بنظر نمیرسد .
سارکومهای زخم شده پستانی بسیار نادر و در صورت برخورد زخمی است که بشکل یک پارگی و یا شکاف تظاهر نموده و کمتر شباهت به یک زخم واقعی داشته واکثراً در دنباله یک تومور بزرگ پستانی پیش میآید .
گاهی استثنائاً زخم پستان بعلت عفونی (در غالب اوقات سل) و یا عامل میکربی معمولی است (ندرتاً سیفلیس است) . پس عواملی را که ممکنست سبب زخم پستانی گردد نباید از نظر دور داشت و قبل از شروع به هورمن درمانی و با استفاده از اشعه ب فکر عوامل غیر سرطان نیز باید بود .

قسمت چهاردهم

تفسیر ترشح از مجاری پستانی :

— مسائلی را که در چنین بیمارانی باید در نظر گرفت عبارتند از :
— رادیو کلینیکی :

نمای ماکروسکپیک اهمیت بسزائی داشته و باید آنرا شناخت هرچه ترشح بسمت خون آلودگی باشد امکان وجود تومور داخل مجاری بیشتر است . باید حتما بدانیم که ترشح از یک مجراست یا از مجاری متعدد ، بعلاوه یکطرفه یا دو طرفه بودنش را از نظر دور نکنیم . گرچه در اکثر موارد بظاهر از یک مجرا است ولی در واقع اکثر مجاری دارای این ترشح هستند . در صورتیکه ترشح چند مجرائی ولی خون آلود نباشد تقریباً مسئله تومور رد شده محسوب میشود .
لمس و ماموگرافی وسائل تشخیصی علت ترشح است .

همآهنگی بوده و در آن اثری از سختی جدار و شکستگی وجود نداشته و وضع مجاری ثانویه نیز فاقد درهم ریختگی باشد . تعداد مجاری با سن ارتباط نزدیک دارد . بطور کلی دو صفت اصلی که دلالت بر طبیعی بودن مینماید عبارتند از کدورت یکنواخت مجرا و عدم توقف ناگهانی و تصویر حفره ای شکل .

— وجود حفره یا توقف دو علامت اصلی تومرهای داخل مجرائی است . اگر حفره منظم است بیشتر فکر متوجه يك تومور خوش خیم است که میتوان وژتانت ، داندریتیک ، پاپیلوماتوزویا ویلوز باشد .

در اکثر اوقات تصویر حفره ای ذکر شده نامنظم بوده ممکنست آنها را به تشکیلات تومرهای خوش خیم که قبلاً ذکرشان رفت مربوط دانست یا اینکه علل دیگری مثل اپی تیلومارما مسبب آن دانست .

ممکنست اپی تلیومای داخل مجرائی غدد وانساج پستان را نیز گرفته و یا بشکل يك اپی تلیومای ندولر که جدار يك یا چندین مجرای پستانی را گرفته باشد که از نظر کلینیکی و پرتونگاری وجود تومر تأیید میشود . حفرات یالاکونها در يك کانال یا مجرای اصلی و یا در مجاری ثانویه و کوچکتر از آن نیز ممکنست دیده شوند . این حفره ها ممکنست از يك مجرا بسمت مجرای دیگر انتشار داشته باشد . ابعاد حفره های مذکور چند میلیمتر تا چند سانتیمتر بوده و گاهی با يك گشاد شدگی در جلو یا عقب تومو همراه است (شکل ۴۱ الف و ب) . حفره یا لاکون ممکنست کناری باشد ولی غالباً در مرکز و تمام مجرا را گرفته و محل آن ثابت است .

در صورتیکه تومر تمام مجرا را گرفته باشد فقط قسمت محیطی آن توسط ماده حاجب آغشته شده و تصویر توقف بشکل یا منحنی کوچک یا يك خط نامنظم در يك مجرای کم و بیش متسع ظاهر خواهد شد . چنین انسدادی را فقط با تزریق ماده حاجب میتوان ملاحظه نمود .

گاهی وجود حباب هوا داخل مجرا میتواند موجب پیدایش تصاویر حفره ای یا انسدادی کاذب گردد . ترشحات غلیظ یا وجود تکه های چرک و لخته های خون نیز میتواند تصاویر کاذبی راسبب گردد . گاهی وجود بعضی از تغییر — شکلهای غیر مستقیم میتواند مؤید رشد تومری در داخل



شکل ۴۱ الف :

حفره نامنظم در يك مجرای اصلی که دو مجرای ثانویه را نیز گرفته است .

رادیولوژیک نیز حدود نامنظم داشته و احیاناً با گروههای کلسیفیکاسیون همراه است — نشانه اپی تلیومای پستانی است . — هرگاه ترشح خونی باشد و فقط رنگ قهوه ای یا شیری یا چرکی داشته و همراه آن ندولی غالباً منظم دیده شود ، تشخیص مربوط به وجود يك کیست پستانی منفرد است . در مواردی امتحان رادیو کلینیکی نشان میدهد که ترشح از چند مجرا و دو طرفه است . ندولهای در هر دو پستان نیز یافت میگردند بنا براین ترشح علامتی از يك بیماری (Reclus) است . در این حالات همیشه دو احتمال را نیز باید در نظر داشت :

— گالاکتوگرافی را نباید بطور سیستماتیک انجام داد چه در صورت انجام چیزی جز يك توقف ماده حاجب و انحراف مجاری اصلی و ثانویه در مجاورت تومر دیده نخواهد شد . در موارد کیستهای منفرد با متعدد امکان دارد که کیست از راه این مجاری توسط ماده حاجب کدر



شکل ۴۰ — اپی تلیوما :

توقف ماده حاجب در مجاری ثانویه در مجاورت يك گروه از میکرو کلسیفیکاسیونها .

شود . جالبتر از همه ترشحاتی است که از نظر امتحان کلینیکی بدون تومر است ولی در ماموگرافی به تصویر تومری برمیخوریم که اکثراً با نشانه های زیر دال بوجود کانسر همراه است .

— گروههای کلسیفیکاسیون که در گالاکتوگرافی تصاویر توقف ماده حاجب روی کانالهای ثانویه در اطراف ناحیه میکرو کلسیفیکاسیون دیده خواهند شد (شکل ۴۰) — کدورت کوچک تومرال که حدود این تصویر به نوع تومر بستگی دارد .

اگر تصویر کوچک و یا مربوط به کدورت ناحیه ای از غدد پستانی باشد باید امتحان را با کار برد گالاکتوگرافی همراه کنیم . توقف ماده حاجب در مجاری ثانویه در این ناحیه و درهم ریختگی و انحراف آنها دال بوجود تومور بود ، و بنابراین نشانه های ماموگرافی نیز تومرال است .

۲ — معمولاً کمتر اتفاق می افتد که مجاری گالاکتو — فوریک سالم ببینیم — در صورتیکه این مجاری مرضی باشند تفکیک اینکه ضایعه خوش خیم یا بد خیم است ، بسیار مشکل خواهد بود .

يك مجرای گالاکتونر کدر شده توسط ماده حاجب وقتی طبیعی است که ظریف ، کمی مارپیچ و دارای نظم و

حتمی نبود تحت نظر گرفتن بیمار توسط مدارک رادیولوژیک آسان خواهد بود .

گاهی ترشحات بیماری غیرتومرال بعد از کالاکتو - گرافی ممکنست از بین برود . در صورتیکه اختلالات مذکور نسبت بدرمان مقاومت از خود نشان داد و ترشحات بطور موضعی باقی ماند و خونی هم نبود باید قبول کرد که علیرغم منفی بودن نتایج بافت شناسی و گالاکتوگرافی جراحی یک عمل احتیاطی است و باید عملی شود .

هرگاه یک دیستروفی غددی در کار باشد بندرت ضایعات حالت موضعی بخود خواهند گرفت . در این موارد עוד یابریست بیماری مسلم است زیرا بیماری در هر دو پستان منتشر خواهد بود .

ب - ترشحات با علت خارج از پستان :

چنین ترشحاتی معمولاً تفسیر دقیق و در عین حال پیچیده‌ای دارند . قبل از ردیابی علت خارج پستانی ترشحات مذکور لازم است با انجام یک بیلان کامل رادیو - کلینیک از عدم وجود مبداء پستانی آنها مطمئن گردیم . ترشحاتی را خارج پستانی میدانیم که دارای خصوصیات زیر باشد :

— شیری باشد (Lactascent) .
— از چند مجرا و دوطرفه باشد که در اینصورت گالاکتوره خواهد بود .

باید همیشه بفکر اختلال غدد داخلی توام با آن نیز بود که در راس آن اختلالات تخمدانی و بخصوص وجود یک آمنوره جستجو شود .

همراه بودن گالاکتوره و آمنوره انجام بیلان هورمونال یعنی دوزاژ F.S.H. را ایجاد مینماید که اگر طبیعی یا کم باشد میتوان بفکر یک تومور هیپوفیز بود که در این حال امتحانات چشمی ونورولوژیک ورادیو گرافیک زین ترکی ضروری است .

در هر حال غالباً گالاکتوره به تنهایی ظاهر میشود و برای توجیه آن بیماریهای غدد داخلی را نباید از نظر دور داشت مثل :

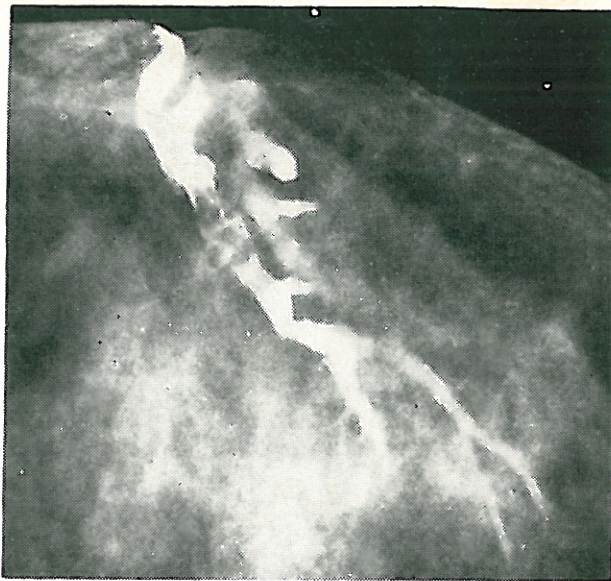
— کاستراسیون جدید .

— کیست تخمدانی .

— سندرمهای تیروئیدی یا سورنالی .

— سندرمهای نورولوژیک .

در بعضی موارد ترشح شیری بعد از آخرین زایمان ادامه یافته وسالها ممکن است با برجا باشد . بنابراین بارعایت اصول فوق در صورتیکه به هیچ گونه ضایعه‌ای برخورد نکردیم کافی است بیمار را چند ماهی در نظر داشته و وی را از بی بی خطر بودنش مطمئن سازیم . در این حالت بهترین روش درمان خودداری از هرگونه درمان است .



شکل ۴۱ ب . تصاویر حفره‌ای شکل نامنظم که مجرای اصلی را فرا گرفته‌اند .

مجرا باشد که از مهمترینشان انواع زیر را میتوان نام برد :

— تنگی یک مجرا .

— وجود یک سختی جدار مجرائی .

— تصویری بشکل پارگی مجرا .

— دیلاتاسیون شدید قسمتی از مجرا بدون وجود

حفره .

نکته قابل ذکر اینکه یک تومور وژتانت کوچک ممکنست توسط ماده حاجب مخفی بماند .

تصاویر غیر مستقیمی که در بالا ذکر شد غالباً به بیماریهای غیر تومرال مربوط میگردد که عبارتند از :

— هیپر پلازی اپی تیلومای مجرائی که غالباً با ماستوزاسکلروتیک ، کالاکتوفوریت ساده با یا بدون پری - گالاکتوفوریت توأم است .

— گالاکتوفوریت متسع کننده گالاکتوفوریت ساده .

— اروزبون با شکاف در پوشش اپی تلیال با یا بدون

انفیلتراسیون التهابی جدا مجرا .

— بیماریهای انفلاماتوار اختصاصی با غیر اختصاصی .

عوامل مذکور در فوق میتوانند تصاویر مختلفی

ایجاد کنند و تشخیص اصلی با امتحان بافت شناسی مسجل میگردد .

ثابت کردن اینکه ترشح پستانی علتی غیرتومرال دارد مشکلتر از اثبات وجود تومر داخل مجرائی است . در واقع گالاکتوگرافی وسیله‌ای کمکی برای مواقعی است که امتحان بافت شناسی منفی است . از اینرو دانستن حدود کار برد این تکنیک ضروری است . هرگاه انجام عمل جراحی