بیماری های پستان

ارائه دهنده: زهره میرکازهی

- کانسر پستان تقریبا یک سوم سرطانهای زنان را تشکیل داده و دومین کانسر بعد از ریه است که سبب مرگ و میر زنان می شود
- تومورهای پستان خصوصا انواع بدخیم اغلب بدون علامت هستند و تنها توسط معاینه فیزیکی یا ماموگرافی غربالگری کشف می شوند
- عمده ویژگی که باید هنگام لمس پستان دقت شود شامل حساسیت، ندولاریته و توده های واضح هستند
- به طور طبیعی اکثریت زنان قبل از یائسگی دارای پستان هایی با پارانشیم ندولر هستند
- این ندولاریته منتشر بوده و اغلب در ربع فوقانی- خارجی دیده می شود
- ندول های پارانشیمی خوش خیم اغلب کوچک و از نظر اندازه یکسان هستند و حدود نامشخصی دارند ولی سرطان پستان معمولا به صورت توده غیر حساس، سفت و با حاشیه منظم تظاهر می کند
- زنان باید در سنین قبل از یائسگی ماهانه پستان های خود را هفته بعد از قاعدگی معاینه کنند

- ماموگرافی و سونوگرافی قابل اعتمادترین روشهای موجود برای تشخیص زودرس ضایعات پستانی هستند
- تومورهای با رشد تدریجی را می توان توسط ماموگرافی حداقل ۲ سال قبل از اینکه توده به حد قابل لمس برسد کشف نمود
- میکروکلسیفیکاسیون خوشه ای پلئومورفیک شایعترین اختلال ماموگرافیکی سرطان های پستان است

اندیکاسیون های ماموگرافی

- به عنوان یک روش غربالگری تا قبل از ۴۰ سالگی
- بررسی نمودن هر نوع توده مشکوک پستانی
- ردیابی بدخیمی مخفی پستان در مبتلایان به بیماری متاستاتیک غدد لنفاوی زیر بغلی
- پیگیری نمودن مبتلایان به کانسر پستان جهت اطمینان یافتن از کوچک شدن ضایعه
- غربالگری سرطان مشکوک که قبل از اعمال جراحی زیبایی یا بیوپسی از توده
- برای داشتن یک ماموگرام پایه و ارزیابی مجدد بیمار با فواصل یکساله به منظور تشخیص کانسرهایی که بالقوه قابل علاج هستند

نکته

- حساسیت ماموگرافی بر عکس سونوگرافی در افراد مسن بیشتر است ولی حساسیت سونوگرافی در افراد جوان بیشتر است
- ماموگرافی در افراد مسن می تواند حداقل ۹۰ درصد بدخیمی ها را نشان دهد
- بیوپسی باید در مبتلایان به توده واضح یا مشکوک پستانی صرفنظر از یافته های ماموگرافیکی انجام شود
- ماموگرافی هرگز جایگزین بیوپسی پستان نمی شود
- سونوگرافی نمی تواند میکروکلسیفیکاسیون ها را نشان دهد و به اندازه ماموگرافی در پستان های چربی دار مفید نیست
- بهترین کمک تشخیصی سونوگرافی این است که سیستیک و یا توپر بودن **solid** ضایعه را نشان می دهد
- **MRI** در شناسایی سیلیکون آزاد شده از پروتزهای پستانی در بیمارانی که تحت عمل جراحی بزرگ سازی پستان قرار گرفته اند بسیار مفید است

نکته

- در بیمارانی که دارای پروتز و یا ایمپلنت هستند می توان با استفاده از **MRI** با گادولینیوم برای تشخیص سرطان پستان استفاده کرد
- اگر چه بحث های مختلفی در مورد زمان انجام ماموگرافی وجود دارد ولی انجمن زنان آمریکا را به صورت زیر توصیه می کند: ۴۰ سالگی: حتما یک ماموگرافی- ۵۰ الی ۴۰ سالگی: هر دو سال یکبار- ۵۰ سال به بالا: سالی یکبار
- در افرادی که ریسک فاکتور دارند (مثلا سابقه سرطان پستان در اعضا فامیل) از سنین ۲۵-۲۰ سالگی ماموگرافی انجام شده و هر ۶ ماه یکبار معاینه صورت می گیرد
- بیوپسی سرپایی(بیوپسی سوزنی یا اکسیزیونی) و به دنبال آن جراحی قطعی، عاقلانه ترین روش تشخیصی و درمانی سرطان پستان است
- لامپکتومی اساسا یک نوع بیوپسی است که در آن لبه ای از بافت طبیعی اطراف توده نیز برداشته می شود

اگر نتایج بیوپسی سوزنی جنبه تشخیصی نداشته و یا مبهم باشد بیوپسی باز از طریق جراحی موضعی به عنوان عملی مجزا قبل از تصمیم گیری جهت درمان قطعی قابل اعتمادترین روش تشخیص دادن توده های پستانی خواهد بود

انجمن آمریکا گزارش دهی تصویربرداری از پستان یعنی یافته های ماموگرافیکی را در ۶ گروه زیر قرارداده است:

صفر تصویر ناقص بوده و نیاز به تصویر برداری بیشتر است:



۱ منفی

۲ یافته های خوش خیم

۳ احتمالا خوش خیم و پیگیری با فواصل کوتاه توصیه می شود

۴ یافته های مشکوک باید بیوپسی را در نظر داشت

۵ قویا مطرح کننده بدخیمی بود و باید اقدام مناسب انجام داد

۶ بدخیمی مشخص نیاز به اقدامات تکمیلی و تسکینی دارد

بیوپسی هسته سوزنی: CNB

- روش تشخیصی قابل اعتمادی است که در ضایعات غیر قابل لمس پستان می توان از آن به جای برش دادن یا جراحی استفاده کرد
- همانند سایر انواع بیوپسی سوزنی عیب اصلی این روش موارد منفی کاذب به دلیل قرار گرفتن سوزن در موقعیت نامناسب می باشد
- نتایج **CNB** در ۵ گروه به صورت زیر توصیف می شود:

B1: بافت طبیعی

B2: ضایعات خوش خیم، فیبرآدنوم، تغییرات فیبروکیستیک، آدنوزاسکلروزان، اکتازی مجرا، نکروز چربی و آبسه

B3: ضایعه نامعلوم با پتانسیل بدخیمی، هیپرپلازی اپی تلیومی آتیپیک، نئوپلازی لبولر، تومورفیلودس، ضایعات پاپیلری، ضایعات مرکب اسکلروزان و اسکار رادیال

B4: مشکوک

B5: بدخیم



- هر گونه ضایعه ای که در ماموگرافی یا سونوگرافی مشکوک باشد باید از آن بیوپسی گرفت

- آسپیراسیون سوزنی **FNA** روشی است که حداقل تهاجم را دارد. اگر بعد از **FNA** یافته های زیر دیده شود باید بیوپسی از بافت انجام گیرد:

۱- مایعی از کیست بدست نیاید

۲- مایع، خونی باشد

۳- کیست مرکب باشد

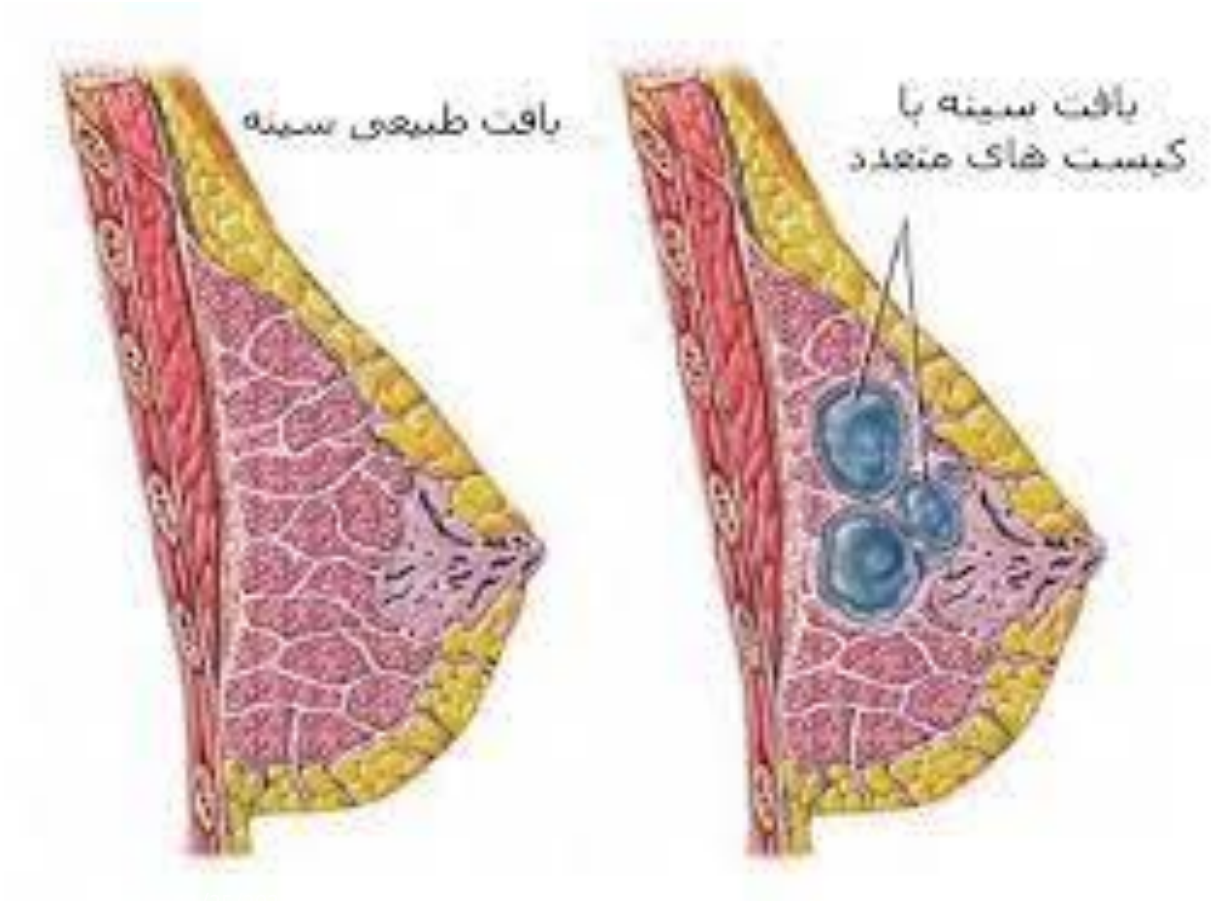
۴- در داخل کیست، توده وجود داشته باشد

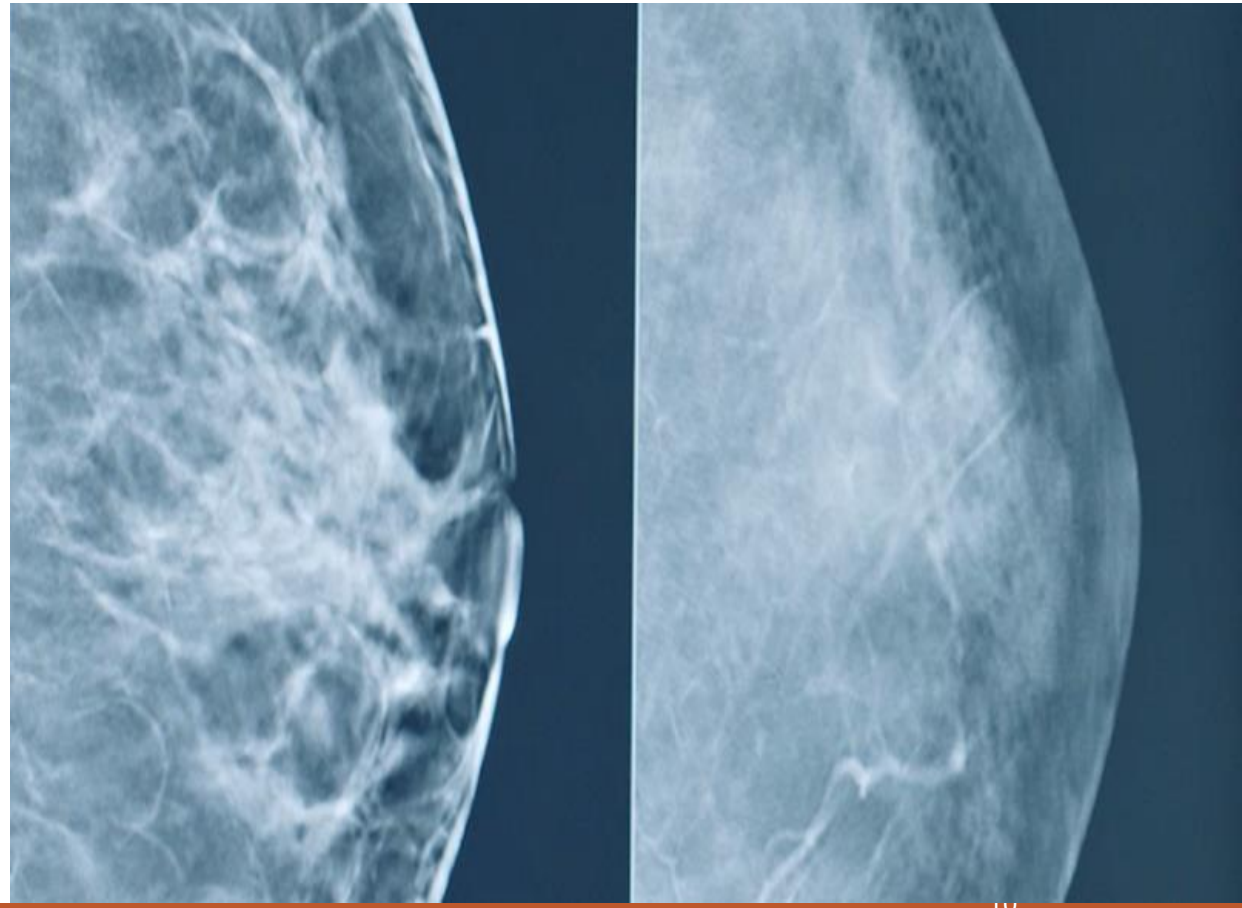
۵- بعد از آسپیراسیون، یک توده باقی مانده باشد

۶- در موقع پیگیری، بیمار یک کیست پایدار وجود داشته باشد



Fibrocystic تغییرات فیبروکیستیک Changes





تغییرات فیبروکیستیک Fibrocystic Changes

- شایعترین ضایعه پستانی

- در زنان ۳۰ تا ۵۰ ساله شایعتر بوده ولی در زنان یائسه ای که درمان جایگزینی هورمونی دریافت نمی کنند بندرت دیده می شود
- احتمالا وجود استروژن برای بروز علایم بالینی الزامی است
- ممکن است توده بدون علامتی را ایجاد کنند ولی اغلب با درد یا حساسیت و حتی گاهی ترشح از نوک پستان همراه هستند
- اکثرا ناراحتی بیمار همزمان با فاز قبل از قاعدگی (زمانی که کیست های بزرگ می شوند) است.
- توده های متعدد یا دو طرفه شایع بوده و اکثر بیماران سابقه ای از توده موقتی پستان یا درد دوره ای پستان را ذکر می کنند
- درد دوره ای پستان شایعترین علامت این بیماری است
- اکثر بیماران نیازی به درمان ندارند

تغییرات فیبروکیستیک Fibrocystic Changes

- درد پستانی به اقدامات حمایتی و پستان بند جواب می دهد
- معمولا درمان هورمونی توصیه نمی شود
- گاهی از دانازول در مبتلایان به درد شدید استفاده می کنند
- شاید حذف کافئین از جیره غذایی سبب بهبود علایم شود
- قطع مصرف چای، قهوه و شکلات ممکن است به بهبود علایم بیانجامد
- شاید تجویز ویتامین **E** باشد
- اختلال فیبروکیستیک با افزایش خطر کانسر پستان همراه نیست مگر اینکه شواهد بافتی دال بر تغییرات پرولیفراتیو اپی تلیومی با یا بدون آتیپی وجود داشته باشد
- بیمارانی که در بیوپسی دارای هیپرپلازی آتیپیک بوده اند در مقایسه با مبتلایان غیرپرولیفراتیو تقریبا ۵ برابر بیشتر در معرض خطر قرار دارند

Fibrocystic تغییرات فیبروکیستیک Changes

- سابقه خانوادگی کانسر پستان سبب افزایش اندکی در خطر بروز سرطان در زنان مبتلا به بیماری پرولیفراتیو می شود ولی سابقه خانوادگی همراه با آتیپی سلولی خطر کانسر پستان را ۱۱ برابر افزایش می دهد
- وجود کیست به تنهایی خطر کانسر پستان را افزایش نمی دهد ولی حضور کیست همراه با سابقه خانوادگی کانسر پستان خطر سرطان را ۳ برابر افزایش میدهد

فیبروآدنوم



فیبروآدنوم

- شایعترین تومور خوش خیم پستانی است

- اغلب در زنان جوانتر (سنین ۳۵-۲۰ ساله) و گاهی نوجوانان دیده شده و به طور کلی قبل از ۲۵ سالگی فیبروآدنوم از کیست ها شایعترند
- اینها خطر کانسر پستان را افزایش نمی دهند
- اگر چه در این مورد هنوز بحث وجود دارد ولی از نظر ماکروسکوپیکی ظاهرا دارای کپسول بوده و به خوبی از پارانشیم پستانی اطراف مجزا شده و در بررسی میکروسکوپیکی آن، اجزا اپی تلیالی و استرومایی دیده می شود
- در ضایعات طول کشیده و یا زنان یائسه (نادر) ممکن است کلسیفیکاسیون در استروما یافت شود
- اکثر توده ها در موقع تشخیص قطری در حدود ۳-۲ می شود به هر حال فیبروآدنوم های بزرگ شونده باید برداشته شوند
- تشخیص قطعی با بیوپسی است این بیماری خوش خیم تر از فیبروکیستیک است

سیستوسارکوم فیلودس

- تحت عنوان تومور فیلودس خوانده می شود

- در سنین ۶۰-۵۰ سالگی شایعتر است

- بندرت دو طرفه است و اغلب به صورت توده هایی مجزا و غیر قابل افتراق از فیبروآدنوم تظاهر می کنند

- احتمالا سیستوسارکوم به دلیل رشد سریعتر خود بزرگتر فیبروآدنوم هستند

- انواع بدخیم آن به طور موضعی عود کرده و یا حتی به ریه ها متاستاز می دهند

- تشخیص از طریق بافت شناسی است

ترشح از نوک پستان

- به ترتیب افزایش شیوع موارد زیر شایعترین علل ترشح از نوک پستان در زنان غیر شیرده هستند: کارسینوم، پاپیلوم اینترادکتال (داخل مجرایی)، تغییرات فیبروکیستیک با گشاد شدگی مجاری (**ECTASIA**)
- پاپیلوم داخل مجرایی اغلب سبب ترشح یکطرفه، خودبه خودی، خونی یا سروزی- خونی از یک مجرای منفرد می شود
- اغلب علت ترشح خودبه خودی از چندین مجرا (به یک طرفه یا دو طرفه) در زنان سنین قبل از یائسگی، تغییرات فیبروکسیتیک است
- ترشح ممکن است سبز یا قهوه ای رنگ باشد. احتمالا ترشح شیری رنگ از چندین مجرا در زنان غیر شیرده ناشی از ازدیاد ترشح پرولاکتین است
- گاهی هیپوتیروئیدی سبب گالاکتوره می شوند
- فنوتیازین ممکن است سبب ترشح شیری شوند که با قطع دارو از بین می رود
- گاهی قرص های ضد بارداری سبب ترشح شفاف- سروز یا شیری از چندین مجرا و یا شیوع کمتر از یک مجرا می شوند در این موارد ترشح درست قبل از قاعدگی بارز است و با قطع دارو از بین می رود

ترشح از نوک پستان

- به طور کلی اگر تعیین محل ترشح امکان پذیر نباشد و توده ای لمس نشود باید بیمار هر هفته به مدت یک ماه مجددا معاینه شود
- اگر ترشح یک طرفه همچنان پایدار باشد حتی در صورت عدم تعیین محل قطعی ترشح یا تومور باید جراحی تجسسی مدنظر قرار بگیرد
- روش دیگر شامل پیگیری دقیق بیماران در فواصل ۱ تا ۳ ماهه و نیز ماموگرافی است
- ترشح یک طرفه مزمن از نیپل (خصوصا اگر خونی باشد) اندیکاسیونی برای رزکسیون مجرای مبتلا است

نکروز چربی

- نکروز چربی پستان بسیار نادر بوده ولی به دلیل آنکه از کارسینوم پستان غیر قابل افتراق است اهمیت پیدا می کند
- اگرچه احتمالا تروما علت اصلی بیماری است ولی فقط ۵۰ درصد بیماران سابقه تروما را ذکر می کنند
- ضایعه به صورت یک توده سفت همراه با رتراکسیون پوست یا نیپل تظاهر می کند. در غیاب درمان نکروز چربی کم کم از بین می رود البته برای رد کردن کارسینوم بیوپسی سوزنی یا اکسیزیونی انجام می شود

آبسه پستان

- عفونت در بافت پستان نادر است مگر در دوران شیردهی
- شایعترین علت آن استافیلوکوک طلایی است
- در موارد آبسه، تخلیه پستان و قطع شیردهی توصیه می شود
- دی کلوگزاسیلین یا اگزاسیلین بهترین داروی انتخابی است
- ماستیت احتقانی (**Breast engorgement**) اغلب در روز دوم یا سوم بعد از زایمان دیده می شود و در پرایمی گراویدها شایعتر از مولتی گراویدهاست
- اقدامات درمانی درماستیت احتقانی شامل محکم بستن پستان ها- قراردادن یخ (و کمتر گرمای موضعی)، محدود کردن تحریک پستان و مسکن هستند
- ماستیت عفونی و آبسه پستانی در زنانی که برای اولین بار حامله می شوند شایعتر است

آبسه پستان

- تقریبا همیشه در مادران شیرده دیده می شود
- درمان ماستیت عفونی شامل آنتی بیوتیک تراپی و گرمای موضعی است
- کنتراندیکاسیون های مطلق شیردهی عبارتند از: آبسه پستان- سپتی سمی- نفریت- اکلامپسی- خونریزی وسیع- سل فعال- تب تیفوئیدی- مالاریا- مادران با سوء تغذیه مزمن- مادران معتاد- ضعف و ناتوانی مفرط- نوروز شدید- پسیکوز بعد از زایمان وگالاکتوزمی در نوزاد
- صرف بیماری همولیتیک در نوزاد مثل اریتروبلاستوز فتالیس نیاز به قطع شیردهی ندارد زیرا آنتی بادی های شیرمادر در دستگاه روده ای نوزاد غیر فعال شده و سبب همولیز نمی شوند
- در نیپل های تو رفته اغلب باید شیر را به طور دستی تخلیه نمود و به نوزاد داد
- بهترین محرک ترشح شیرمادر تخلیه منظم کامل پستان است

آبسه غیرمرتبط با شیردهی

- ندرتا ممکن است عفونت یا آبسه در زنان جوان یا میانسالی که شیر نمی دهند تشکیل شود

- در این موارد در صورت وجود چرک باید آن را آسپیره کرد و آنتی بیوتیک تجویز نمود و در صورت نیاز مجددا آسپیره کرد
- اگر تجمع مایع بیش از ۳۰ سی سی باشد باید درن زیر پوستی قرار داد
- معمولا یک بار تخلیه چرک در ۵۰ درصد بیماران ناکافی است
- استاف (خصوصا اپیدرمیس) بیشترین ارگانیسم جدا شده است
- اگر بعد از چندین بار آسپیراسیون مجددا عفونت کند باید برش و درناژ آبسه را انجام داد و مجاری شیری درگیر را خارج کرد
- آبسه دور هاله پستان و فیستول مجاری شیری می تواند ثانوی به متاپلازی سنگفرشی روی دهد
- در این موارد باید برش و تخلیه با جراحی انجام شود
- شایعترین ارگانیسمی که در آبسه دور هاله ای پستان دیده شامل استاف اورئوس است ولی در آبسه های عود کننده مزمن بیشتر ارگانیسم های بی هوازی می باشد

عوارض مربوط به پروتزهای پستانی

- معمولا پروتزها را زیر عضله سینه ای و یا در بافت زیر جلدی پستان کار می گذارند
- اکثر پروتزها دارای یک لایه سیلیکونی هستند
- قریب ۲۵-۱۵ درصد این زنان دچار چروکیدگی کپسول یا ایجاد اسکار در اطراف پروتز می شوند و نهایتا به سفت و بدشکل شدن پستان می انجامد به طوری که گاهی نهایتا پروتز و کپسول را در می اورند
- گاهی پارگی پروتز در ۱۰-۵ درصد زنان دیده شده و البته خروج ژل از کپسول حتی از خود پارگی نیز شایعتر است
- ارتباط پیشنهادی مابین ژل سیلیکونی و بیماری های اتوایمیونی به خوبی ثابت نشده است

سرطان پستان

- سرطان پستان شایعترین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان بوده و به طور کلی دومین سرطان شایع بعد ازسرطان ریه محسوب می شود
- ریسک فاکتورهای کانسر پستان شامل: سن- سابقه فامیلی- رژیم غذایی- چاقی- الکل- عوامل هورمونی و تولید مثلی- سابقه کانسر

سابقه فامیلی

- ۳۰-۲۰ درصد سابقه خانوادگی
- در زنانی که مادر یا خواهر آنها بعد از سن یائسگی به کانسر پستان مبتلا شده اند خطر ابتلا به کانسر افزایش چندانی نمی یابد ولی در زنانی که مادر و یا خواهر انها قبل از سن یائسگی دچار کانسر دو طرفه شده اند خطر ابتلا حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد خواهد بود
- افزایش میزان بروز در این زنان احتمالا به علت انکوژن های ارثی است
- تقریبا ۱۰-۵ درصد از کانسرهای پستان یک زمینه ارثی دارند
- همه ژن های به ارث رسیده از نوع اتوزومال غالب هستند

سابقه فامیلی

- شایعترین جهش ها حذف ژن های **BRCA1**و **BRCA2** است
- خطر کانسر پستان در ناقلین این جهش های ژنی در هر سال ۴ درصد و طول زندگی ۸۵-۳۵ درصد است
- همچنین خطر کانسر در پستان مقابل در این افراد ۶۵ درصد است
- جهش در ژن **BRCA1** با افزایش خطر کانسرهای تخمدان و پروستات همراه بوده و این حالت در مورد ژن **BRCA2** شیوع کمتری دارد
- این جهش های ژنی در نژاد یهودیان اشکنازی ها شایعتر است

رژیم غذایی – چاقی و الکل

- شاید رژیم غذایی افراد خصوصا اختلاف در میزان مصرف چربی با کانسر ارتباط داشته باشد اگر چه در اکثر مطالعات چاقی به طور واضح از سایر ریسک فاکتورهای شناخته شده مجزا نشده است
- شاید الکل نیز دخالت داشته باشد

عوامل هورمونی و تولید مثلی

- هر چه دوران تولید مثل زنان طولانی تر باشد خطر ابتلا به کانسر پستان بیشتر خواهد بود
- سن متوسط منارک در زنان مبتلا به کانسر پستان پایین تر از سایرین است
- یائسگی طبیعی و یا یائسگی زودرس اثر محافظتی در برابر کانسر پستان دارد
- استروژن تراپی طولانی مدت بیش از ۱۰ سال یا دوزهای بالاتر می تواند خطر ابتلا را افزایش دهد
- البته استروژن تراپی کوتاه مدت برای رفع علایم یائسگی احتمالا خطر کانسر را افزایش نمی دهداگر چه بعد این نظر رد شد
- هیچگونه ارتباط واضحی بین خطر کانسر پستان و مدت سیکل یا نامنظمی آن وجود ندارد
- اگر چه شیردهی شیوع کانسر پستان را تحت تاثیر قرار نمی دهد ولی زنانی که هرگز باردار نشده اند خطر بیشتری جهت ابتلا به کانسر نسبت به زنان مولتی پار دارند

عوامل هورمونی و تولید مثلی

- همچنین زنانی که اولین فرزند آنها در سنین بالاتری به دنیا آمده میزان شیوع کانسر پستان بالاتر از زنان جوان اول زا بوده است
- در یک مطالعه بزرگ مشاهده کردند که حتی استفاده نسبتا کوتاه مدت از هورمون تراپی ترکیبی (استروژن و پروژسترون) می تواند سبب ازدیاد خطر کانسر پستانی مهاجم شود

سابقه کانسر

- زنانی که ابتلا به کانسر پستان دارند خطر ایجاد کانسر میکروسکوپیکی در پستان مخالف حدود ۵۰ درصد و خطر ایجاد کانسر بالینی آشکار در پستان مقابل ۲۰ درصد است
- سابقه کانسر کولون، آندومتر و تخمدان خطر ابتلا به کانسر پستان را افزایش می دهد
- همچنین سابقه رادیوتراپی برای لمفوم هوچکین حتی اگر **BRCA1**و **BRCA2** منفی باشد با افزایش خطر کانسر همراه است
- میزان دو طرفه بودن بدخیمی در کانسرهای لوبولر بیشتر از کارسینوم های مجرایی داکتال است
- ربع فوقانی- خارجی پستان شایعترین محل کانسر پستان است
- توده پستانی (۷۰ درصد) شایعترین شکایت بیمار مبتلا به کانسر پستان در موقع مراجعه به پزشک بوده و اغلب بدون درد است
- حدود ۹۰ درصد توده های پستانی توسط خود بیمار کشف می شوند
- از علایم کم شیوع تر دیگر می توان به درد، ترشح از نوک پستان، خراشیدگی، رتراکسیون، بزرگ شدگی، خارش نوک پستان، قرمزی و سفتی منتشرو یا چروکیدگی پستان اشاره کرد

معاینه پستان

- بهترین زمان معاینه پستان بعد از قاعدگی است زیرا قبل از قاعدگی افزایش ندولاریته های بی ضرر می توانند علایمی شبیه به نئوپلاسم ایجاد کنند
- حدود ۴۰-۳۰ درصد ضایعاتی که از نظر بالینی بدخیم به نظر می رسند در معاینه بافت شناسی، بدخیم تشخیص داده می شوند
- قبل از هر گونه اقدام درمانی برای کانسر پستان باید حتما تشخیص بافت شناسی قطعی داده شود
- اکثر توده ها توسط خود بیمارو کمتر توسط پزشک در حین معاینه روتین پستان لمس می شوند
- حضور توده زیر بغلی بدون هیچگونه بدخیمی واضح در پستان ممکن است نشانه کانسر متاستاتیکی در کمتر از ۱ درصد موارد باشد
- قریب ۱۰ تا ۵۰ درصد کانسرهای قابل شناسایی در ماموگرافی قابل لمس نیستند و همچنین معاینه فیزیکی می تواند ۱۰ تا ۲۰ درصد کانسرهایی را که در رادیوگرافی دیده نشده اند شناسایی کند

- ماموگرافی سالیانه باید از سن ۴۰ سالگی شروع شود و حداقل هر ۳ سال یکبار معاینه بالینی پستان را نیز انجام داد
- معاینه شخصی پستان **BSE** به طور ماهیانه دیگر توصیه نمی شود چرا که ظاهرا ارجحیتی نسبت به افزایش آگاهی فرد درباره پستان ندارد
- **BSE** میزان بقا را افزایش نمی دهد و **BSE** را باید به خوبی آموزش داد
- فرورفتگی پوست یا تورفتگی نیپل یا اروزیون پوست اغلب در مراحل دیررس کانسر پستان دیده می شود

اسپیراسیون سیتولوژیکی با سوزن ظریف

- اسپیراسیون سیتولوژیکی با سوزن ظریف **FNAC** اغلب بر روی ضایعات قابل لمس تحت هدایت سونوگرافی و توسط سوزن ۲۰ تا ۲۲ انجام می شود
- این روش دارای منفی کاذب ۱۵-۱۰ درصد و مثبت کاذب کمتر از ۱ درصد است
- همچنین ۱۵ درصد نمونه گیری ها ناکافی خواهند بود
- نتایج منفی **FNAC** بدخیمی را رد نمی کند و باید از بیوپسی با سوزن ضخیم یا بیوپسی معمولی یا بیوپسی اکسیزیونی رایج در ضایعات مشکوک سود برد
- بیوپسی با سوزن ضخیم **CNB** را می توان بر روی توده های قابل لمس و یا غیر قابل لمس انجام داد
- با سوزن ضخیم می توان نمونه بافتی بیشتری بدست آورد و کلا جایگزین **FNAC** شده است مگر آنکه فقط هدف تخلیه نمودن توده کیستیک باشد

- سوزن ضخیم ممکن است تحت هدایت سونوگرافی – ماموگرافی یا **MRI** وارد شود
- تشخیص قطعی کانسر پستان باید قبل از هر گونه اقدام درمانی آن انجام گیرد
- بیوپسی باز در یک اتاق عمل سرپایی و توسط بی حسی موضعی قابل اجراست

انواع کانسر

- کارسینوم داکتال انفیلتراتیو مهاجم ۸۰ درصد تمامی تومورهای مهاجم را تشکیل داده و ۲۰ درصد مابقی به نسبت یکسان شامل کانسرهای توبولر و واریانت دیگری از کارسینوم داکتال انفیلتراتیو هستند
- کارسینوم موسینی یا کلوئیدی ۵ درصد و کارسینوم توبولر ۱ تا ۲۵ درصد از تمامی کانسرهای پستان را شامل می شوند
- در ماستکتومی رادیکال تمام پستان عضلات پکتورال زیر آن و غدد لنفاوی زیر بغل به طور یکجا برداشته می شود
- در ماستکتومی رادیکال اصلاح شده **MODIFIED** عضله پکتورال بزرگ را باقی می گذارند
- این دو روش از نظر شانس بقا بیمار با یکدیگر فرقی ندارند ولی روش دومی از نظر زیبایی بهتر است
- در ماستکتومی کامل (ساده) تمامی پستان نوک پستان و آرئول را بدون عضلات زیرینش یا غدد لنفاوی زیر بغلی بر می دارند

رادیوتراپی و شیمی درمانی

- رادیوتراپی به تنهایی و بدون برداشتن با درصدشکست بالایی همراه است

- رایج ترین درمان شیمی درمانی: سیکلوفسفامایدـ متوترکسات- ۵ فلوئورواوراسیل

- شانس عوددر تومورهای **ER** منفی بیشتر از **ER** مثبت است و نیز تومورهای **ER** مثبت در مقایسه با تومورهای **ER** منفی خاصیت تهاجمی کمتری دارند

- تاموکسی فن در مبتلایان سنین قبل از یائسگی به عنوان روش اولیه مداخله هورمونی جایگزین اافورکتومی دو طرفه شده است

- قریب ۶۰ درصد بیماران در سنین قبل از یائسگی (دارای تومور **ER** مثبت) به تاموکسی فن یا اافورکتومی دو طرفه جواب می دهند

- درمان سیستمیک کمکی با تاموکسی فن یا شیمی درمانی سه تایی شانس بروز عود را حدود ۲۵٪ کاهش میدهد

- مرحله کانسر پستان **STAGING** در واقع قابل اطمینان ترین نشانه میزان بقا بیماران است

- تعداد غدد لنفاوی درگیر زیر بغلی با میزان بقا نسبت عکس دارد

- سایر شاخص های تعیین کننده پیش آگهی شامل درجه تومور- نوع بافت شناسی و درگیری عروق لنفاوی و خونی هستند البته اکثر یافته های میکروسکوپیکی ارتباط ضعیفی با پیش آگهی دارند

تاموکسی فن

- یک داروی ضد استروژن غیر استروئیدی است که اثرات استروژنی ضعیف نیز دارد
- مکانیسم دقیق آن معلوم نیست ولی احتمالا ناشی از اثرات ضد استروژنی آن است
- این دارو برداشتن استرادیول را مهار می کند
- تاموکسی فن در زنانی که قادربه اوولاسیون نیستند از طریق تحریک کردن آزاد سازی هورمون آزاد کننده گونادتروپین از هیپوتالاموس سبب ترشح گونادتروپین ها از هیپوفیز و بنابراین القا اوولاسیون می شود
- متابولیسم آن کبدی بوده و نیمه عمر آن ۱۴-۷ ساعت است
- عوارض: گرگرفتگی- تهوع یا استفراغ و افزایش وزن بدن- درد استخوانی- اختلال در سیکل قاعدگی- سردرد- خارش در ناحیه تناسلی- بثورات جلدی با خشکی پوست- ترشح یا خونریزی غیر طبیعی واژینال
- در شیردهی توصیه نشده و عوارض آن در حاملگی ثابت نشده است

انواع کانسرهای پستان

- ۱- بیماری پاژه
- ۲- کانسر التهابی
- ۳- کانسر لوبولر
- ۴- کارسینوم مجرایی درجا

بیماری پاژه

- به صورت ضایعه اگزمایی در نوک پستان

- علت: دست اندازی کانسر زمینه ای به داخل مجرای اصلی مجموعه نیپل- آرئول
- پیش آگهی بستگی به نوع بافت شناسی زمینه ای و مرحله بدخیمی
- در افرادی که کانسر اینتراداکتال دارند پیش آگهی خوب است
- درمان: ماستکتومی کامل و برداشتن غدد لنفاوی زیر بغلی و رادیوتراپی
- البته امروزه رادیوتراپی به همراه برداشت تومور و مجموعه نیپل و آرئول در بیماران مناسب انجام می شود

کانسر التهابی

- به صورت قرمزی و تورم همانند یک التهاب حاد
- پیش آگهی بد
- تمایز ضعیف
- وقتی قرمزی و ادم بیشتر از یک سوم پستان را گرفته و بیوپسی این ناحیه نشان دهنده کانسر متاستاتیک به لمفاتیک های زیر درم باشد به جای کانسر مجرای انفیلتراتیو تشخیص کانسر التهابی مطرح می شود
- درمان ابتدایی کانسر التهابی اغلب به جز بیوپسی از ضایعه نباید از جراحی استفاده کرد زیرا ضایعه معمولا پیشرفته است
- بهترین نتایج شیمی درمانی با مجموعه ای از شیمی درمانی و رادیوتراپی به دست می آید

کانسر لوبولر

- از یکی از لوبول ها منشا گرفته و اغلب چند کانونی و دو طرفه است

- عود در پستان مخالف اغلب در این نوع کانسرها بیشتر دیده می شود
- شایعترین کانسر پستان از نوع مجرایی (داکتال) است که بسته به شدت ضایعه به صورت اینترادااکتال یا داکتال مهاجم بیان می شود
- ماستکتومی رادیکال اصلاح شده درمان استاندارد کانسر اینترادااکتال محسوب می شود

کارسینوم مجرایی درجا

- در زنان یائسه شایعتر
- به صورت توده قابل لمس تظاهر میکند
- از طریق ماموگرافی به صورت میکروکلسیفیکاسیون خوشه ای یا پلئومورفیکی **Y** شکل
- درمان جراحی با یا بدون رادیوتراپی
- متاستازهای آگزیلری در کمتر از ۵ درصد از بیماران مبتلا به کارسینوم مجرایی درجا روی می دهد و بنابراین دیسکسیون روتین غدد آگزیلری ضروری نیست
- خطر بروز کانسر پستان مقابل در زنان مبتلا به کارسینوم داخل مجرایی همانند کارسینوم مجرایی مهاجم است

کانسر پستان وحاملگی

- کانسر پستان در هر ۳ هزار حاملگی یک مورد اتفاق می افتد و دومین بدخیمی شایع بعد از کانسر سرویکس در حاملگی است
- معمولا بیماران با توده بدون درد مراجعه کرده و تا ۶۰ درصد موارد درگیری همزمان غدد لنفاوی وجود دارد
- اگر چه در مورد انجام سونوگرافی و ماموگرافی در بارداری بحث وجود دارد ولی در صورت پوشاندن شکم کمتر از ۰/۰۲ **CGY** اشعه به جنین خواهد رسید
- بیوپسی سوزنی ایمن بوده و به راحتی به طور سرپایی قابل انجام است
- محققین معتقدند که ختم بارداری پروگنوز را برای بیمارانی که کانسر پستان بالقوه قابل علاجی دارند تغییر نمی دهد
- تاموکسی فن جز گروه **D** و نباید درباردای یا شیردهی استفاده شود
- تومورها باید در ابتدای سه ماهه سوم و با بی حسی موضعی برداشته شوند ولی اگر زایمان نزدیک بود می توان این کار را بلافاصله بعد از زایمان انجام داد

کانسر پستان وحاملگی

- از نظر تئوری ممکن است مبتلایان به تومور استروژن و رسپتور مثبت یا پروژسترون مثبت در حاملگی بعدی با مشکل روبه رو شود چرا که بیشترین عود تومور در ۳-۲ سال بعد از تشخیص تومور است
- احتمالا بیماران با تومور گیرنده مثبت و مرحله پیشرفته کانسری باید مدتی صبر کنند (چون سطح بالای استروژن در گردش دارند) و سپس مجددا باردار شوند
- شانس بقا کانسر پستان در زنان حامله و غیر حامله یکسان باشد تغییرات هورمونی حاملگی ظاهرا تاخیر چندانی در پیش آگهی بیماری ندارد

کانسر پستان وحاملگی

- در زنان حامله توصیه می شود:

- ۱- تومورهای موضعی در سه ماهه اول یا دوم بهتر است با جراحی قطعی و رادیوتراپی درمان شوند
- ۲- تومورهای موضعی سه ماهه سوم بسته به شرایط بیمار فرق می کند. اگر زمان زایمان نزدیک باشد می توان درمان استاندارد را بلافاصله بعد از زمان زایمان انجام داد
- ۳- اگر کانسر پستان در دوران شیردهی باشد باید ترشح شیر را مهار نموده و بیماری را به طور قطعی درمان نمود
- ۴- کانسر پیشرفته غیرقابل درمان باید با درمان تسکینی مداوا شود و بسته به تمایل مادر می توان حاملگی را ادامه یا ختم داد

کانسر پستان وحاملگی

- میزان بقا زنانی که بعد از تشخیص کانسر پستان مجددا حامله می شوند تغییر و تفاوت واضحی با سایرین ندارد

مرحله بندی کانسر پستان

- مرحله **I**: قطر تومور کمتر از **2CM** – بافت شناسی غدد لنفاوی طبیعی و بدون متاستاز است
- مرحله **II**: قطر تومور بین **2-5CM**- غدد لنفاوی دارای متاستاز بوده ولی فیکس نیستند
- مرحله **III**: تومور بزرگتر از **5CM** یا تومور همراه با درگیری پوست یا چسبندگی به دیواره قفسه سینه و غدد لنفاوی قابل لمس در سوپراکلاویکولر
- مرحله **VI**متاستاز دور دست
- به طور کلی درمان در مراحل **I-II** جنبه شفابخشی و در مرحله **III-IV** جنبه تسکینی **palliative** دارد



BREAST CANCER SCREENING

- به طور کلی باید به افراد آموزش داده شود که سرطان بر خلاف تصور عام یک بیماری قابل پیشگیری است و ۴۰ درصد سرطان ها قابل پیشگیری هستند.

- سرطان سینه یک بیماری قابل پیشگیری است
- شناسایی علل ایجاد کننده سرطان و راه های پیشگیری از آن
- شناسایی عوامل محافظتی در برابر سرطان
- برای پیشگیری از سرطان پستان باید بدانیم که علل ایجاد کننده سرطان و راه های دوری از آن کدامند و همچنین چه عواملی اثر محافظتی در مقابل آن را دارند.

بهترین راه کاهش خطر سرطان پستان

رعایت شیوه زندگی سالم

شناخت علایم هشدار دهنده سرطان پستان

تشویق زنان به مشارکت در برنامه های غربالگری و مراجعه به مراکز بهداشتی

آموزش نحوه انجام خودآزمایی

انجام مراقبت‌های معمول نظیر معاینات دوره‌ای

انجام ماموگرافی به ویژه در افراد پرخطر

- با شناخت علایم هشداردهنده سرطان پستان و مراجعه به موقع می توان ضایعات پیش سرطانی را پیش از تبدیل شدن به سرطان، زودتر تشخیص داد.

عوامل خطر سرطان پستان

عوامل خطر ساز

عوامل خطر قابل اصلاح

عوامل خطرغیر قابل اصلاح

- سابقه خانوادگی و جهش های ژنی (۳۰-۲۰ درصد)
- سن بالا (بیشتر موارد سن بالای ۵۰ سال)

- قد (زنان قد بلند در معرض خطر جهش سلولی)
- سن قاعدگی کمتر از **11**سال (به ازای هر سال قاعدگی زودرس خطر ۴ درصد افزایش می یابد)

قاعدگی در نوجوانان چاق و بی تحرک زودتر اتفاق می افتد

در اولین قاعدگی در سن نوجوانی بافت پستان در معرض استروژن ها و دیگر هورمون ها قرار می گیرد

باید به نوجوانان و والدین آنان اهمیت فعالیت بدنی منظم و یک رژیم غذایی سالم را آموزش دهیم.

- سن یائسگی بالای **54**سال (به ازای هر سال تاخیر یائسگی خطر ۴ درصد افزایش می یابد)

توقف چرخه های قاعدگی منجر به کاهش هورمون و خاتمه تکثیر سلول های سرطانی

- وضعیت اقتصادی، اجتماعی بالا

زنان با وضعیت اقتصادی اجتماعی بالاتر تمایل دارند که بارداری را دیرتر شروع کنند و بچه های کمتری داشته باشند که هر دو عامل به عنوان افزایش دهنده خطر سرطان پستان هستند

- زمینه نژادی و قومی (زنان سفیدپوست خطر بیشتر و زنان آسیایی، اسپانیایی و بومی آمریکا خطر کمتر)

مقدار زیاد تفاوت در خطر احتمالا ناشی از تفاوت های اقتصادی اجتماعی و الگوهای تولید مثلی و همچنین شیوه زندگی و عوامل محیطی است

- سابقه هیپرپلازی در پستان یا رشد بیش از حد سلول ها

زنانی که از نظر بافت شناسی دارای یک سابقه قطعی بیماری خوش خیم پرولیفراتیو پستان هستند در معرض افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان قرار دارند.

بیماری خوش خیم پرولیفراتیو یک تکثیر غیر عادی سلول ها در مجاری و لوبول های پستان را شامل می شود

عوامل خطر ساز قابل اصلاح کدامند؟

- شاخص توده بدنی بالای 30

افزایش دریافت کالری در کودکی و نوجوانی وزن بدن را افزایش می دهد و منجر به قاعدگی زودرس و افزایش قد در بزرگسالی می شود که هر دو آن ها با افزایش خطر سرطان پستان مرتبط هستند.

افزایش وزن در بزرگسالی نیز با افزایش خطر مرتبط است

بهترین روش برای جلوگیری از افزایش وزن افزایش فعالیت ورزشی است

- الکل، سیگار، دخانیات

الکل حتی به مقدار کم خطر سرطان پستان را افزایش می دهد

با مصرف الکل سطوح استروژن خون بالا میرود

بارداری در سن بالا

افرادی که پس از ۳۵ سالگی باردار می شوند خطر بالاتری از سرطان پستان را نسبت به زنانی که زایمان زودتری دارند دارا هستند

اولین حاملگی منجر به تکثیر نامتمایز سلول های پستان و تغییرات دائمی بافت پستان جهت آماده شدن برای شیردهی می شود

حاملگی در زنان مسن تر احتمال آسیب به **DNA** زودتر شروع می شود و این **DNA** غیرعادی می تواند در در طی رشد سریع سلولی در دوران حاملگی همانند سازی شود

- مواجهه با اشعه

مواجهه با اشعه در دوز بالا به خصوص اگر در دوران جوانی باشد با افزایش خطر سرطان پستان همراه است

- قرصهای ضدبارداری خوراکی

خطر سرطان پستان در زنانی که در حال حاضر یا در طی ده سال گذشته از **OCP** استفاده کرده اند اندکی بالاتر است با این وجود در صورت قطع مصرف افزایش خطر رفع می شود.

- هورمون درمانی جایگزین (**HRT**) پس از یائسگی

۵۰ درصد افزایش خطر وجود دارد و درصورت مصرف هم زمان استروژن و پروژسترون خطر بیشتر است

- ✓مصرف بالای چربی های اشباع شده

افرادی که دریافت کالری بالاتری دارند سن شروع قاعدگی در آن ها زودتر است و سن اولین زایمان دیرتر است که هر دو با افزایش خطر سرطان پستان همراه است

عوامل نامرتبط با خطر

تئوری های گوناگونی درباره علل سرطان پستان وجود دارد که باعث نگرانی برای خیلی از زنان شده است اما هیچ تاثیری بر روی خطر سرطان نشان نداده اند از جمله: استفاده از خوش بو کننده ها، ضد تعریق، خوردن قهوه، ایمپلنت های پستان، سقط، آلودگی های محیطی و قرار گرفتن در معرض میدان های الکترومغناطیسی

توصیه های خود مراقبتی جهت پیشگیری از سرطان پستان چیست؟

توصیه های خود مراقبتی

- وزن متعادل
- پرهیز از غذاهای پرچرب ، سرخ کردنی و آماده حاوی مواد نگهدارنده، ترشی و کنسروها
- مصرف میوه، سبزیجات، غلات و گوشت ماهی
- ۳۰ دقیقه در روز فعالیت ورزشی
- پرهیز از الکل و سیگار
- در صورت دارا بودن فرزند شیرخوار شیردهی از پستان
- مشورت با خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درباره‌ی خطرات و مزایای مصرف قرص‌های ضدبارداری خوراکی
- مشورت با خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درباره‌ی خطرات و مزایای حاصل از مصرف هورمون‌های جایگزین یائسگی

سوال

- چگونه شیردهی باعث کاهش سرطان پستان می شود؟

- شیردهی مرتب منجر به کاهش تعداد چرخه قاعدگی می شود و این امر باعث کاهش سطح استروژن می شود

- خانم هایی که از کودک خود مراقبت می کنند زندگی سالم تری دارند و دلیلش هم این است که بیشتر به تغذیه خود اهمیت می دهند و از غذاهای ناسالم دوری می کنند و به سمت الکل و سیگار هم نمی روند
- سلول های پستانی که شیر تولید می کنند قوی تر هستند و در دوره های بعدی کمتر در خطر تبدیل به سلول های سرطانی قرا می گیرند
- خانم هایی که بیش از یکسال به فرزندشان شیر می دهند کمتر به سرطان پستان حساس هستند

علائم هشداردهنده سرطان پستان

مشاهده توده در پستان یا زیر بغل (برآمدگی در بافت پستان، زیر بغل و غددلنفاوی)

تغییر در شکل، رنگ، اندازه، تقارن و قوام پستان

ترشح از نوک پستان و تغییرات نوک پستان (فرورفتگی، خراشیدگی، جمع شدگی، زبری)

تغییرات پوستی شامل: پوست پرتقالی، اریتم یا قرمزی پوست، زخم پوست، پوسته پوسته شدن و اگزمای پوست، برجستگی عروقی، فرورفتگی

ترشح نوک پستان که دارای هر یک از خصوصیات زیر باشد:

یک طرفه

از یک مجرا باشد

ترشح خود به خودی و ادامه دار باشد

در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد

سروزی یا خونی باشد



Lump توده



Dimpling گودی



Normal عادی



Dripping
چکیدن



Redness/Rash
قرمزی



Skin Changes
تغییرات پوستی

اگر شما توده ای در پستان پیداکردید صبر نکنید. به پزشک مراجعه کنید. بیشتر توده ها سرطان نیستند. اگر متوجه یکی از تغییرات زیر شدید به پزشک مراجعه کنید:

اگر احساس توده ای؛ یا قسمتی سفت تر از قسمتهای دیگرشدید.

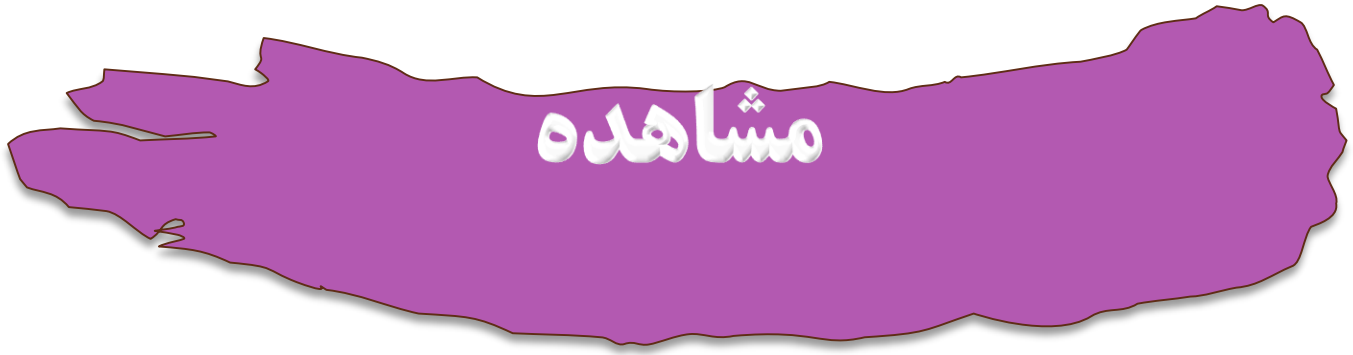
تغییر سایز؛ شکل؛ گودی یا چین دار شدن

تغییرات در نوک یا هاله نوک پستان؛ جمع شدگی؛ پوسته شدن یا زبر شدن؛ دانه یا خارش

تغییر در رنگ یا احساس پوست پستان شبیه پوست پرتقال

- اگر سابقه‌ی خانوادگی قوی از سرطان پستان یا تخمدان وجود دارد، درباره‌ی انجام تست‌های ژنتیک یا درمان پیشگیرانه مشاوره شود.

معاینات بالینی توسط خود فرد
BSE



تا کمر لخت شده

در مقابل آینه بایستید



- هر دو پستان را از نظر موارد غیرطبیعی بررسی کنید
- نوک پستان را از نظر ترشح، گودی،جمع شدگی یا پوسته پوسته شدن مشاهده کنید

توجه کنید به:



- ✓ تغییرات ظاهری پوست
- ✓ اندازه پستان و تورم
- ✓ تقارن
- ✓ رنگ پستان (قرمزی)
- ✓ توده قابل رویت (در پستان و زیربغل)

دست ها بالا



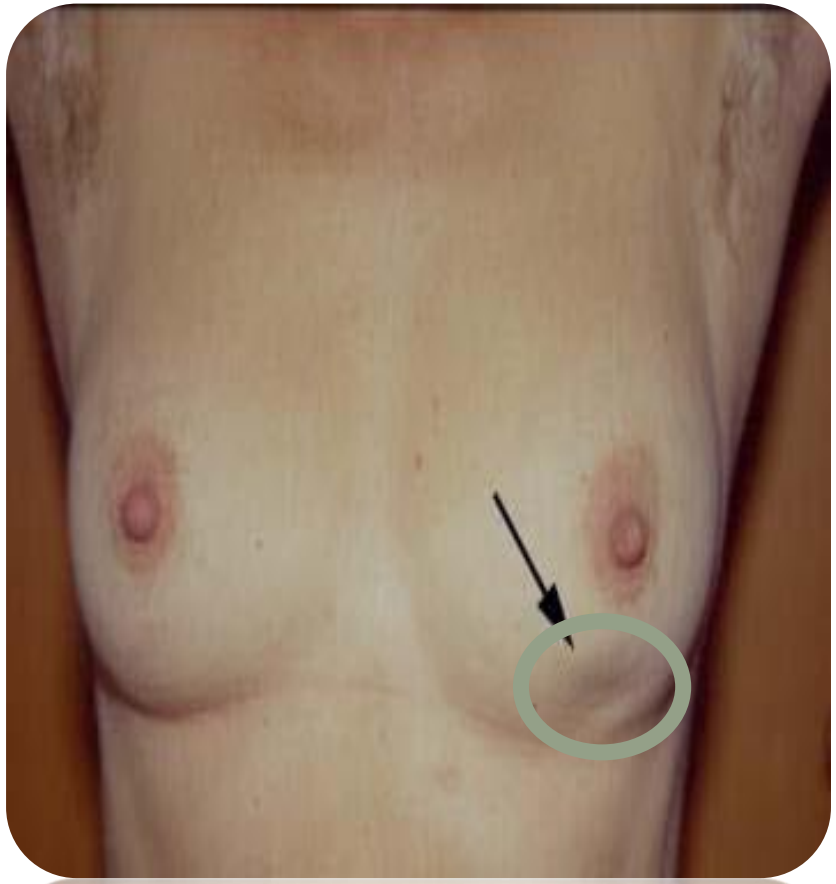


گام دوم

- در حالی که دست ها خود را پشت سر گرفته و آنها را به جلو فشار می دهید به دقت در آینه نگاه کنید.
- کنترل هر گونه تغییر در برآمدگی پستان
- تغییرات ظاهری به ویژه تغییرات زیر بغل دقت کنید.

به فرو رفتگی توجه کنید

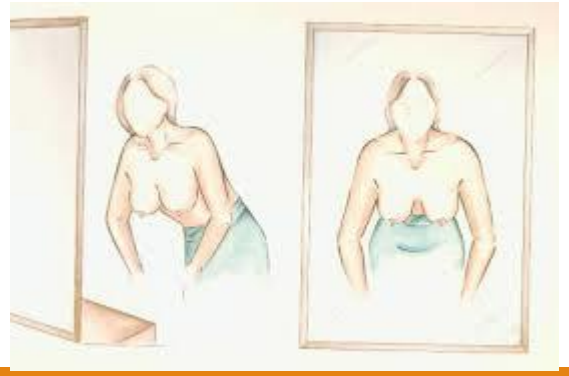






گام سوم

- دستهای خود را محکم روی لگن فشار داده و در حالی که شانه و آرنج خود را به جلو می کشید کمی به طرف آینه خم شوید
- به هر گونه تغییری در محیط و برجستگی پستان دقت کنید.



توجه کنید به:

- ✓ تفاوت مختصر اندازه یکی از دو پستان امری عادی و شایع است.
- ✓ نوک پستان را نیز از نظر فرورفتگی، خراشیدگی، زبری، جمع شدگی و ترشح مورد بررسی قرار گیرد.
- ✓ قرمزی ممکن است نشان دهنده التهاب موضعی یا تهاجم سرطان باشد.
- ✓ طرح عروقی برجسته نشان دهنده افزایش خونرسانی به ناحیه برای تامین نیاز تومورباشد.



پوست پرتقالی شدن

- ✓ در اثر اختلال در تخلیه لنف
- ✓ همراه با سرطان التهابی
- ✓ بزرگتر شدن سوراخ ها و منافذ پوست
- ✓ پوست سفت، ضخیم و بدون تحرک
- ✓ شبیه به پوست پرتقال

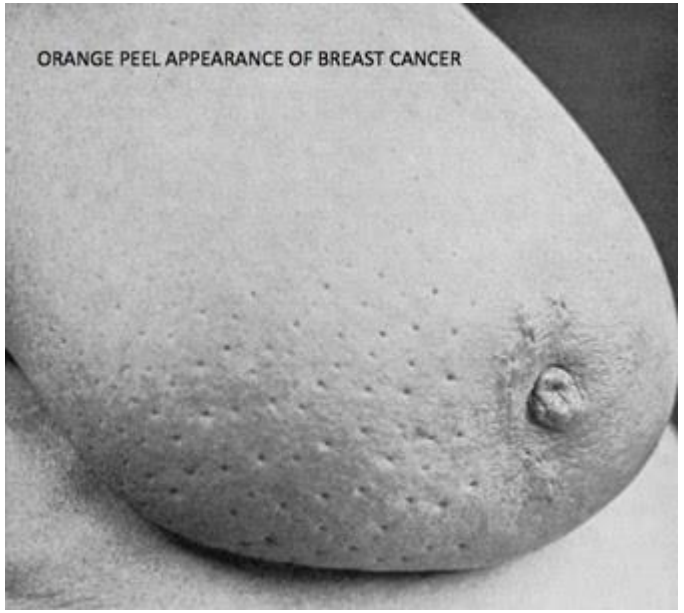
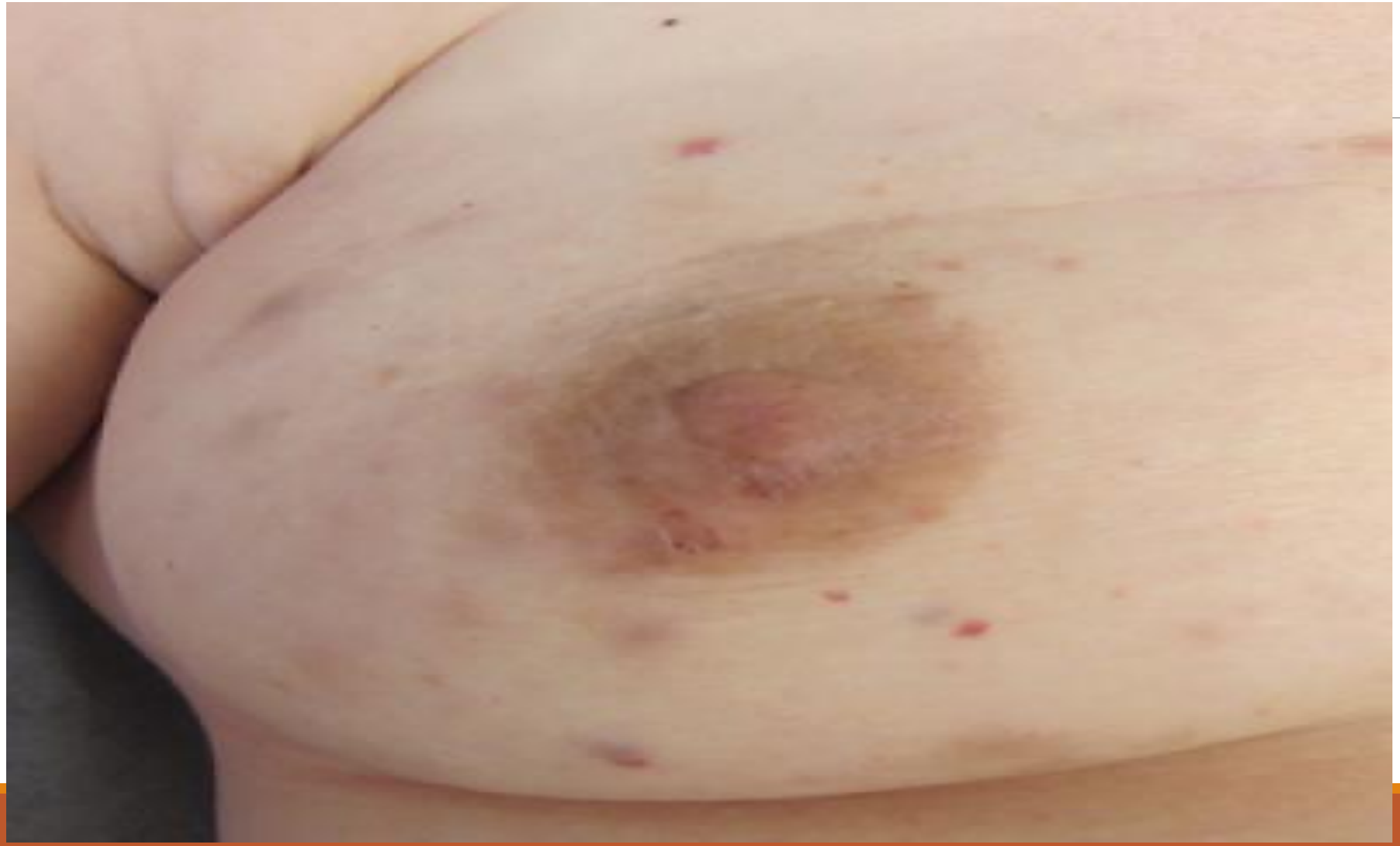






FIGURE 1: Clinical aspects of the disease in case report 1



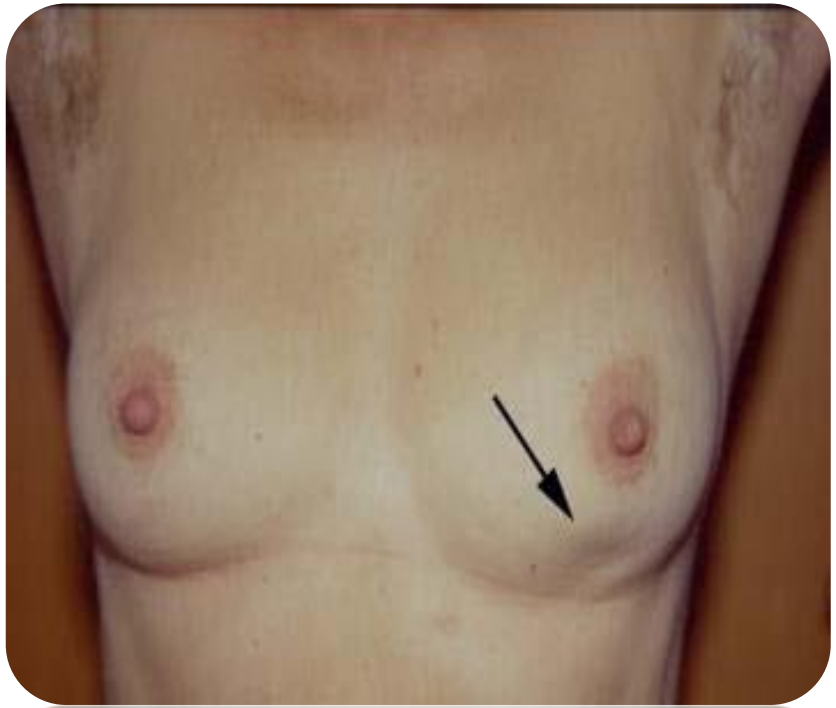






توکشیدگی یا فرورفتگی

- در اثر کشیدگی باخت فیبروتیک ناشی از بدخیمی
- هنگام تغییر وضعیت بدن ظاهر شده



برگشت نوک پستان به داخل

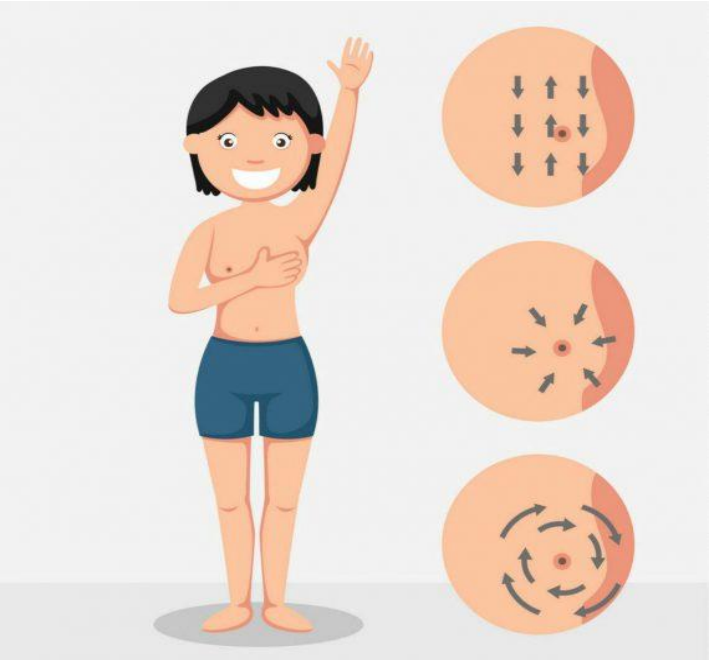
- ✓ در صورتی که طولانی مدت باشد طبیعی است اما اخیرا ایجاد شده باشد همراه با خیبروز و برخیمی است



قدم دوم :

معاینه توسط فرد

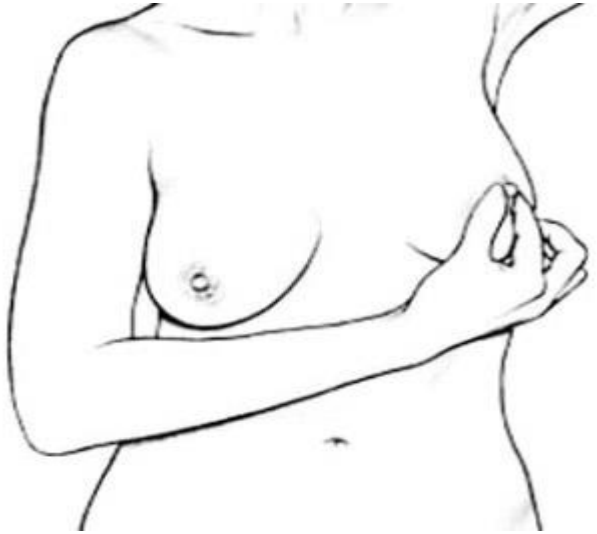




گام چهارم

- بهتر است معاینه زیر دوش انجام گیرد انگشتان دست روی پوستی که صابون مالیده شده است راحتر حرکت میکند. بنابراین راحتر می توانید تغییرات داخلی پستان را احساس کنید.
- بازوی چپ را بالا کنید.
- از انگشت ۴-۳-۲ دست راست برای لمس محکم، با دقت و کامل پستان چپ استفاده کنید.
- از کناره خارجی شروع، نوک انگشتان خود را در دایره های کوچیک حرکت داده و دور پستان را معاینه کنید.
- به تدریج به طرف نوک پستان بیایید.
- معاینه را در سمت راست تکرار کنید.

کمی نوک پستان را فشار دهید. دقت کنید آیا مایعی از نوک یک یا هر دو پستان خارج می‌شود یا خیر. این ترشحات می‌تواند آبکی، شیری، خونی و یا مایعی زرد رنگ باشد.



گام ششم

درحالت دراز کشیده

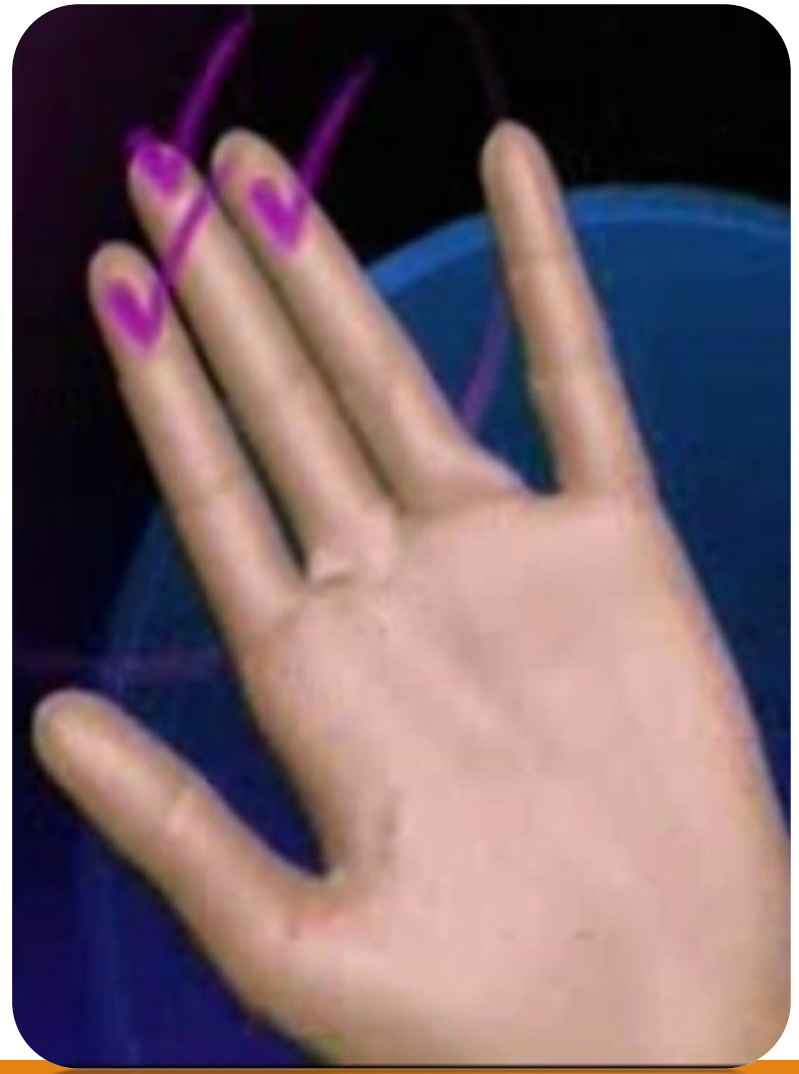


ملافه تاشده زیر شانه بگذارید

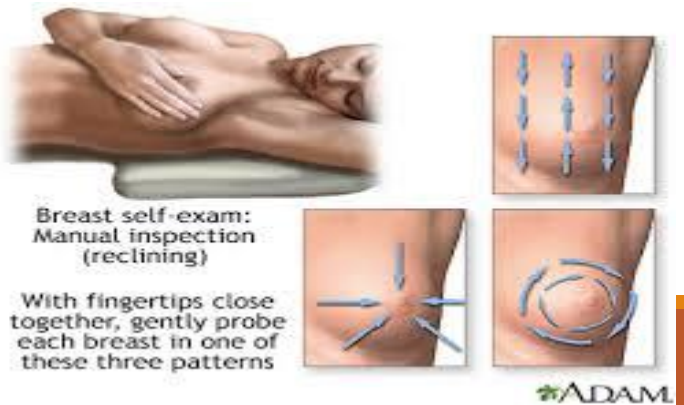


از سر ۳ انگشت و نرمه انگشتان استفاده کنید.



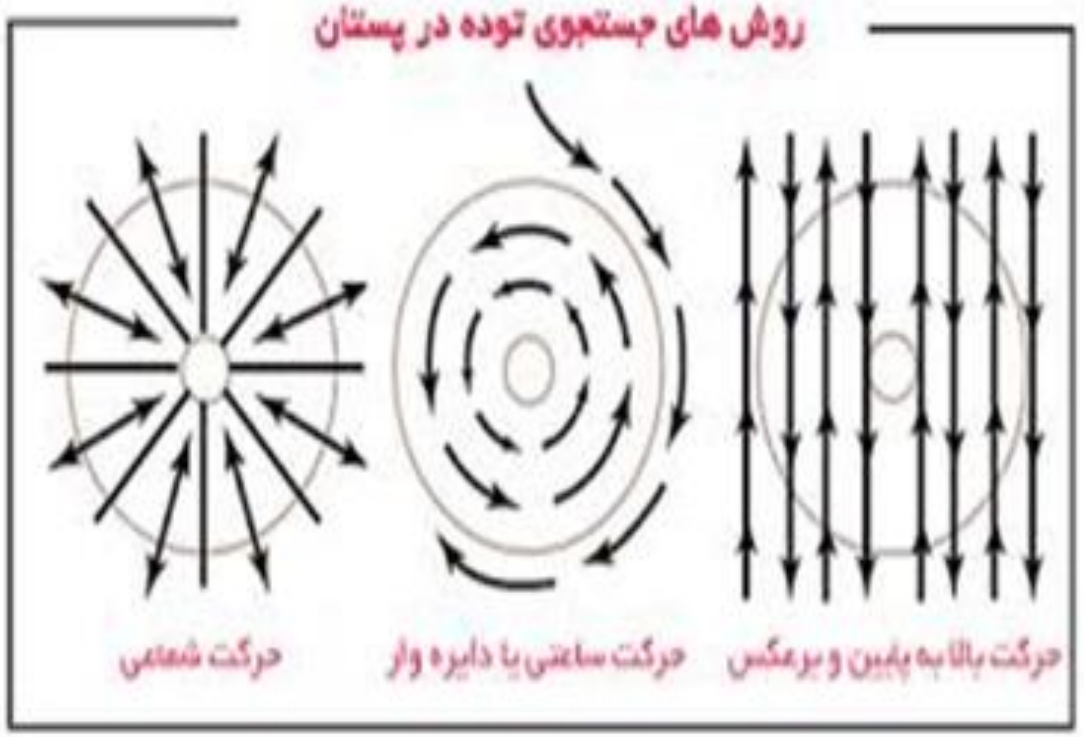


- دست راست خود را زیر سر گذاشته و با دست چپ پستان راست را لمس کنید.
- تمامی سطح پستان و دنباله پستان با نرمه نوک انگشتان۴-۳-۲ در حالی که به هم چسبیده اند در دایره هایی به اندازه یک سکه کوچیک لمس می شود.
- حرکات دست باید چرخشی و دورانی باشد. مطمئن شوید که تمام قسمت‌های پستان و زیر بغل را لمس کرده‌اید.
- سمت مقابل را نیز معاینه کنید.





به صورت دایره وار و در جهت حرکت عقربه های ساعت از محدوده خارجی پستان شروع به لمس کرده تا نوک پستان لمس را ادامه می دهیم.


روش های جستجوی توده در پستان
حرکت بالا به پایین و برعکس
حرکت ساعتی یا دایره وار
حرکت شعاعی

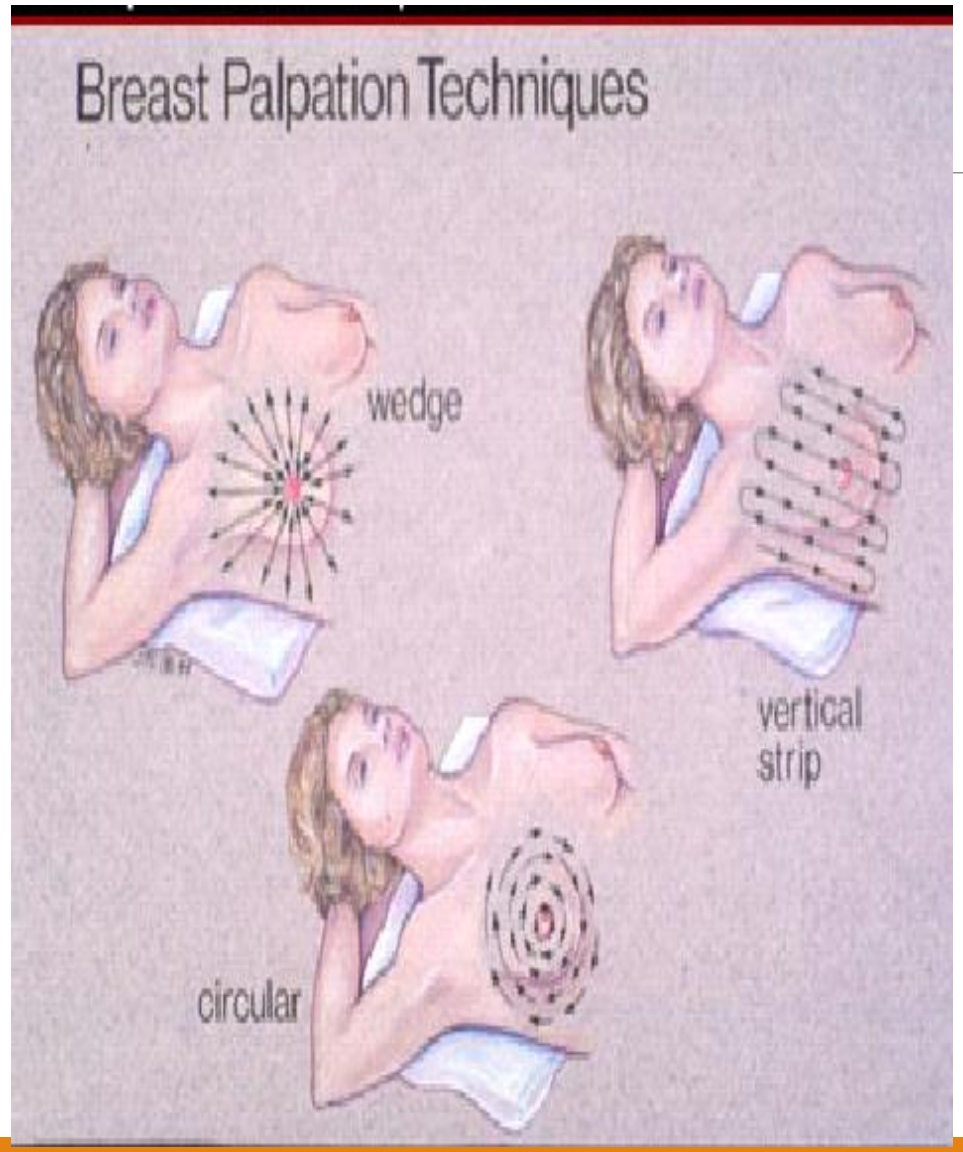
قبل از معاینه یک بالشت زیر شانه قرار گیرد تا با بالا آوردن شانه ها پستان ها حالت توازن پیدا کنند. اگر بالش قرار گذاشته نشود بافت پستان به قسمت جانبی لغزش پیدا کرده و ممکن است توده پستان مشخص نشود.





گام ششم

در حالتی که بیمار دراز کشیده است، لمس ناحیه زیر بغل و ترقوه به سهولت انجام می شود. در حالت طبیعی، غدد لنفاوی قابل لمس نیستند ولی اگر بزرگ شده باشند باید اندازه، محل، میزان تحرک، قوام و حساسیت آنها مورد توجه قرار گیرند.



الگوهای معاینه پستان

- الگوی دایره ای
- الگوی شعاعی
- الگوی نوار عمودی



الگوی نوار عمودی

- حساسیت بیشتری نسبت به روش های معاینه دیگر دارد
- تمام بافت پستان مورد بررسی قرار می گیرد.

نکات مهم

- شیوه های تشخیصی سرطان پستان: **BSE**- معاینه بالینی توسط پزشک و ماما- سونوگرافی و ماموگرافی
- راه های کاهش سرطان پستان: رعایت شیوه زندگی سالم- برنامه های غربالگری- معاینات دوره ای
- مواجهه با اشعه و شیردهی از عوامل خطر قابل اصلاح سرطان پستان
- توصیه های خود مراقبتی جهت کاهش خطر سرطان پستان: وزن متعادل- پرهیز از الکل و سیگار- شیردهی از پستان
- ترشح از نوک پستان در سرطان پستان به صورت سروزی و خونی است
- جهت کاهش سرطان پستان: بالا بردن سطح آگاهی، آموزش علایم سرطان
- اگر فردی با سن کمتر از ۳۰ سال به دلیل توده سرطانی مراجعه نموده اقدام: ارجاع به سطح ۲
- هدف از غربالگری سرطان پستان: شناسایی سرطان در مراحل اولیه
- معاینه بالینی پستان باید هر ۱ الی ۳ سال

نکات مهم

- در صورت مشاهده برآمدگی، فرورفتگی قسمتی از پوست یا نوک پستان : مراجعه به مراکز بهداشتی
- پوست پرتقالی در سرطان التهابی و اختلال در تخلیه لنف مشاهده می شود
- توکشیدگی یا فرورفتگی پستان در هنگام تغییر وضعیت بدن و در اثر کشیدگی بافت فیبروتیک ناشی از بدخیمی
- محدوده معاینه پستان: بین استخوان ترقوه از بالا- زیر بغل از طرفین- دو انگشت پایین از لبه پایین پستان
- الگوی نوار عمودی حساسیت بیشتری نسبت به بقیه دارد

سوال

شایعترین علت ترشح خونی نوک پستان کدام است؟

الف: آبسه چری آلوئولر

ب: پاپیلوم اینتراداکتال

ج: اکتازی داکتال

د: کارسینوم اینترادکتال

جواب

گزینه ب

- پاپیلوم اینترادکتال اغلب سبب ترشح یک طرفه، خودبه خودی، خونی یا خونی –سروزی از یک مجرای منفرد می شود

سوال

کدام فاکتور احتمال کانسر پستان را بسیار کاهش می دهد؟

الف- شیردهی

ب- حاملگی ترم قبل از ۱۸ سالگی

ج- منارک دیررس

د- سقط های مکرر

جواب

گزینه ب

- احتمال کانسر پستان در زنانی که قبل از ۱۸ سالگی حاملگی ترم داشته اند یک سوم زنانی است که بعد از۳۵ سالگی باردار شده اند. برای اینکه اثرات محافظتی حاملگی بر روی کانسر پستان ظاهر شود باید فرد قبل از ۳۰ سالگی باردار شود

سوال

در خانمی ۳۵ ساله که در لمس پستان توده ای با قوام سخت لمس می شود در سونوگرافی توده کیستیک بوده و در **FNA** ترشحات غیرخونی و پس از **FNA** کیست از بین رفته ولی مجددا عود نموده است اقدام مناسب بعدی کدام است؟

الف- پیگیری بیماری

ب- انجام ماموگرافی

ج- سونوگرافی مجدد

د- اکسیزیون

جواب

گزینه د

- انجام بیوپسی باز جراحی برای سیتولوژی های مشکوک یا آتیپیک و یا موارد عود توده های کیستیک توصیه می شود

سوال

خانمی ۳۷ ساله برای معاینه پستان مراجعه نموده است در معاینه توده ای در پستان راست با کناره های نامشخص لمس می شود اولین اقدام کدام است؟

الف- ماموگرافی

ب- سونوگرافی

ج- بیوپسی

د- **MRI**

جواب

گزینه الف

- در مورد توده های پستانی در زنان بالای ۳۵ سال اولین اقدام تشخیصی بعد از معاینه ماموگرافی است
- در صورت عدم وجود علائم بدخیمی در ماموگرافی اولیه می توان سونوگرافی کنترل انجام داد
- اگر در ماموگرافی توده گرد **ROUND** باشد اقدام بعدی سونوگرافی و اگر توده **Speculate** باشد: بیوپسی با **FNA**
- در زنان حامله و شیرده و یا بعد از جراحی های پستان انجام سونوگرافی
- در سونوگرافی اگر توده سفت یا کمپلکس بود **FNA**
- در زنان بالای ۲۵ سال در صورت ریسک فاکتور: ماموگرافی

سوال

خانمی ۳۵ ساله که به دلیل پیوند کلیه تحت درمان با داروهای مهار کننده ایمنی قرار دارد با توده های پستانی متعدد مراجعه کرده است، بیشترین احتمال برای این بیماری کدام است؟

الف- تغییرات فیبروکیستیک

ب- فیبروآدنوم متعدد

ج- تومور فیلودس

د- هیپرپلازی آتیپیک مجرا

جواب

گزینه ب

- شیوع فیبروآدنوم متعدد در زنانی که قبل ازمونوپاز بدلیل پیوند ارگان تحت داروهای مهار کننده سیستم ایمنی قرار گرفته اند بیشتر از سایرین بوده است
- فیبروآدنوم شایعترین تومور خوش خیم پستانی است. اینها خطر کانسر پستان را افزایش نمی دهند

سوال

خطر کانسر پستان در تمامی موارد زیر بیشتر است به جز:

الف- زنان جوانی که قبل از ۲۰ سالگی شروع به مصرف **OCP** می کنند

ب- بیماران با پرولاکتین بالا

ج- زنانی که در ماموگرافی دانسیته بیشتری در بافت پستان نشان می دهند

د- مصرف هورمون در یائسگی

جواب

گزینه ب

- هنوز به طور قطعی نشان داده نشده است که هیپوتیروئیدی، داروهایی همچون رزرپین و افزایش پرولاکتین سبب ازدیاد خطر کانسر پستان شوند

سوال

کدام یک از حالات زیر در مورد تاموکسی فن صحیح است

الف- تاموکسی فن گرگرفتگی را بهبود نمی بخشد

ب- اثر ضد استئوپورزی آن بیشتر از استروژن است

ج- اثر محافظتی قلبی- عروقی استروژن بیشتر از تاموکسی فن است

د- تاموکسی فن اثری در جلوگیری از بروز کانسر در پستان مقابل ندارد

جواب

گزینه الف

- تاموکسی فن همانند استروژن سبب کاهش کلسترول توتال و **LDL** و نیز افزایش **HDL** و تری گلیسرید می شود
- گاهی به دنبال مصرف تاموکسی فن حتی علائم گر گرفتگی تشدید می یابد

سوال

خانمی ۳۰ ساله که مبتلا به تغییرات فیبروکیستیک پستان می باشد نگران ابتلا به کانسر در سال های آتی است، با توجه به گزارش پاتولوژی در کدام یک از موارد زیر این احتمال بیشتر است

الف- کیست از نوع ساده همراه با سابقه فامیلی

ب- وجود هیپرپلازی سلولی و سابقه فامیلی منفی

ج- سابقه فامیلی مثبت به همراه هیپرپلازی

د- وجود آتیپی مثبت همراه با سابقه فامیلی مثبت

جواب

گزینه د

سوال

شایعترین یافته ماموگرافی در کانسر پستان کدام است؟

الف- دانسیته های با حدود نامشخص

ب- دسته جات میکروکلسیفیکاسیون چند شکلی

ج- به هم خورد نظم ساختمانی بافت

د- ضخیم شدگی و رتراکسیون پوست پستان

جواب

گزینه ب

سوال

کدام یک از موارد زیر در مورد افزایش ریسک کانسر پستان غلط است؟

الف- هیپرپلازی متوسط

ب- متاپلازی اسکواموس

ج- پاپیلوم

د- هیپرپلازی آتیپیک

جواب

گزینه ب

سوال

- درمان بیمار مبتلا به ماستیت که به پنی سیلین آلرژی دارد و احتمال استاف دارای پنی سیلیناز مطرح است کدام است؟

الف- دی گلوکزاسیلین

ب- وانکومایسین

ج- اریترومایسین

د- سفالوسپورین

جواب

گزینه ب

سوال

در طب پیشگیری **Preventive medicine** پیشنهاد دوره ای برای خانم های ۶۴-۴۰ ساله شامل تمام موارد زیر می باشد به جز؟

الف- پاپ اسمیر

ب- ماموگرافی هر ۲-۱ سال تا ۵۰ سالگی و بعد سالانه

ج- تست گایاک و بعد از ۵۰ سالگی هر ۵-۳ سال انجام سیگموئیدسکوپی

د- بررسی هموگلوبین و قند خون ناشتا، باکتریوری و **TSH**

جواب

گزینه د

سوال

- شیردهی در کدام یک از بیماری های زیر توسط مادر مجاز است؟

- الف- سیتومگالوویروس
- ب- هپاتیت **B**
- ج- سل
- د- سرخجه

جواب

گزینه د

به خاطر بسپاریم که
همراهی خدا با انسان مثل نفس کشیدن است
آرام، بی صدا، همیشگی...