

ژيگان‌توماستی ناشی از حاملگی (گزارش موردی)

عصمت السادات هاشمی: استادیار پژوهش، جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران، متخصص جراحی عمومی مرکز بیماری‌های پستان
احمد کاویانی: استادیار جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مجتمع بیمارستان امام خمینی^(۶)
معصومه نجفی: استادیار پژوهش، جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران، متخصص جراحی عمومی مرکز بیماری‌های پستان
ندا مهرداد: کارشناس پژوهش، جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: ژيگان‌توماستی ناشی از حاملگی از شرایط نادری است که بصورت بزرگ شدن پیشرونده پستان‌ها در زمان حاملگی بروز می‌کند. تا بحال دلیل بروز این بیماری شناخته نشده است.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۱۹ ساله‌ای است که در هفته بیست و دوم اولین حاملگی به علت بزرگی پیشرونده پستان‌ها از اولین ماه حاملگی مراجعه کرده بود. در معاینه، پستان‌های بسیار بزرگ که تا کشاله ران بیمار امتداد داشت مشاهده شد. نتایج سونوگرافی و آزمایش‌های هورمونی بیمار طبیعی بود. در مورد بروز عوارض احتمالی مثل زخمی شدن و عفونت پوست پستان‌ها اطلاعات کافی به بیمار داده شد. همچنین در دوران بارداری، بیمار مکرراً ویزیت شد. در هفته سی و هفتم حاملگی، بیمار با شرایط عمومی بسیار خوب از طریق زایمان واژینال نوزادش را بدنیا آورد. پس از زایمان بیمار تحت انجام ماموپلاستی قرار گرفت.

نتیجه گیری: با مراقبت‌های مناسب دوران حاملگی، ویزیت‌های مکرر بیمار، آموزش بیمار از نظر بروز عوارض احتمالی و رعایت بهداشت فردی، با وجود پستان‌های بسیار بزرگ، بیمار می‌تواند دوران حاملگی را بدون بروز عارضه جدی طی کرده و پس از آن تحت عمل جراحی انتخابی قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های پستان، حاملگی، ژيگان‌توماستی

ممکن است ژيگانتوماستی در حاملگی اول اتفاق نیفتد ولی با وقوع آن در هر حاملگی، در اغلب موارد در حاملگی‌های پس از آن نیز بروز خواهد کرد. بنابراین باید به بیمار توضیح داد که احتمال تکرار این مشکل در حاملگی‌های بعدی وجود خواهد داشت. تنها بیماری که تکرار این عارضه را در حاملگی بعدی نداشته است توسط Jessing گزارش شد [۷].

در رابطه با درمان جراحی این عارضه اختلاف نظر وجود دارد. ماموپلاستی کاهششی (Reduction Mammoplasty) پس از زایمان اساس درمان جراحی را تشکیل می‌دهد؛ ولی در بعضی موارد به علت بروز عوارض حاد و جدی بیماری انجام جراحی برداشتن دو طرفه پستان‌ها (ماستکتومی) بصورت اورژانس ضرورت می‌یابد [۸]. بروز عفونت، خونریزی و زخمی شدن پوست از موارد قطعی برای مداخله جراحی هستند. در صورت عدم وجود عوارض جدی، انجام جراحی منوط به اندازه پستان‌ها، میزان ناتوانی بیمار از تحمل ادامه شرایط موجود و قضاوت جراح در مورد شرایط بیمار است [۹]. بعضی از جراحان معتقدند که درمان جراحی مناسب برای این بیماری برداشتن کامل پستان‌ها و بازسازی همزمان است [۱۰ و ۱۱]. در بیمار معرفی شده بخاطر مراقبت‌های مناسب دوران حاملگی مانند: ویزیت‌های مکرر بیمار، آموزش بیمار از نظر بروز عوارض احتمالی و رعایت بهداشت فردی، با وجود پستان‌های بسیار بزرگ عارضه جدی ایجاد نشد و پس از زایمان نیز بیمار با دوران نقاهت بسیار خوب پس از عمل، تحت انجام جراحی انتخابی قرار گرفت.

تئوری‌های مطرح شده، وجود عدم تعادل هورمونی و حساسیت بیش از حد ارگان هدف (پستان‌ها) به هورمون‌ها است. در بیمار ذکر شده، بررسی‌های هورمونی کاملاً طبیعی بود که مبین وجود عوامل ناشناخته دیگری برای بروز این بیماری است.

ژيگانتوماستی می‌تواند به دو شکل بروز کند:

- ۱- هیپرتروفی دوران بلوغ که در سنین ۱۹-۱۱ سال بروز می‌کند. در فرم شدید این بیماری، درمان بخاطر بروز مشکلات روحی و جسمی ناشی از بزرگی پستان‌ها در بیمار ضرورت می‌یابد. درمان با داروهایی مانند دانازول و بروموکریپتین ممکن است کمک‌کننده باشد ولی در حال حاضر جراحی تنها روش درمانی قابل اعتماد است.
- ۲- بزرگ شدن پستان‌ها طی حاملگی که در چند هفته اول حاملگی بروز کرده و با افزایش سن حاملگی شدت می‌یابد. این بیماری ممکن است در حاملگی اول یا دوم بروز نکند ولی با بروز آن در هر حاملگی، احتمال وقوع آن در حاملگی‌های بعدی بسیار بالا خواهد بود. درمان دارویی معمولاً مؤثر نبوده و برای درمان قطعی، جراحی ضرورت می‌یابد. مطالعات متعددی در مورد اثر بروموکریپتین در کاهش اندازه پستان‌ها انجام شده است. در مجموع بنظر می‌رسد این دارو تا حدی در کاهش درد پستان‌ها مؤثر باشد ولی نمی‌تواند در توقف رشد پستان‌ها و یا جلوگیری از بروز عوارض بیماری نقشی داشته باشد [۳، ۵ و ۶]. اگرچه در سابقه پزشکی بیمار معرفی شده، دو سال قبل از حاملگی سابقه عمل جراحی تایمکتومی وجود داشت ولی در بررسی متون انجام شده هیچ رابطه‌ای بین بروز این بیماری با مشکلات مربوط به تیموس یافت نشد. نکته دیگر اینکه

منابع

1. Palmuth P: Observationem medicarum centuriae Tres Poshumae, Braunschweig Cent ii. OBS 89, 1648 (Abstract).
2. Lewison EF, Jones GS, Trimble FH, Da Costa Lima L: Gigantomastia complicating pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1960; 110: 215-23.
3. Beischer NA, Hueston JH, Pepperell RJ: Massive hypertrophy of the breasts in pregnancy. Report of 3 cases and review of the literature. Obstet Gynecol Survey 1989; 44: 234-43.
4. Wolf Y, Pauzer D, Groutz A: Gigantomastia complicating pregnancy. Case report and review literature. Acta obstet Gynecol Scand 1995; 74: 159-63.
5. Hedberg K, Karlsson K, Linstedt G: Gigantomastia during pregnancy: Effect of a dopamine agonist. Am J Obstet Gynecol 1979; 133: 928-31.
6. Leis SN, Palmer B, Ostberg G: Gravid macromastia: Case report. Scand J Plast Reconstr Surg 1974; 8: 247-9.
7. Jessing A: Excessive mammary hypertrophy in pregnancy treated with androgenic hormones. Nord Med 1960; 63: 237-9.
8. Agarwal N, Kriplani A, Gupta A: Management of gigantomastia complicating pregnancy. A case report. Reprod Med 2002 47: 871-4.

9. Antevski BM, Smilevski DA, Stojovski MZ, Filipovski VA, Banev SG: Extreme gigantomastia in pregnancy: case report and review of literature. Arch Gynecol Obstet 2007; 275 (2): 149-53.
10. Blaydes RM, Kinnebrew CA: Massive breast hyperplasia complicating pregnancy. Obstet Gynecol 1958; 12: 601-2.
11. Swelstad MR, Swelstad BB, Rao VK, Gutowski KA: Management of gestational gigantomastia. Plast Reconstr Surg 2006; 118 (4): 840-8.