

بررسی فراوانی توده‌های پستانی بر اساس نتایج پاتولوژی در سنندج

از سال ۱۳۷۴ الی ۱۳۷۸

دکتر مهین لطفی^۱، سیروس شهسواری^۲، دکتر فریبا فرهادی^۳

۱- استادیار گروه آسیب شناسی دانشگاه علوم پزشکی کردستان (مؤلف مسئول) rabert_cokh_lotfi@yahoo.com

۲- مربی گروه اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۳- استادیار گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی کردستان

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان از شایعترین سرطانهای مرگبار می‌باشد بطوریکه بعد از سرطان ریه در خانمها دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در خانمها می‌باشد. هدف از انجام این تحقیق تعیین فراوانی و خصوصیات هیستوپاتولوژیک توده‌های پستانی بخصوص انواع سرطانی آنها می‌باشد.

روش بررسی: مطالعه فوق از نوع مطالعات توصیفی مقطعی بود که با مراجعه به کل پرونده‌های موجود در مرکز پاتولوژی سنندج که از توده پستان بیوپسی شده داده‌های مورد نیاز گردآوری و با استفاده از آمار توصیفی و نرم‌افزار SPSS بصورت جداول توزیع فراوانی نشان داده شده است.

یافته‌ها: از ۳۸۶ مورد بیوپسی شده تعداد ۸۳ مورد (۲۱/۵ درصد) را توده‌های بدخیم و ۳۰۳ مورد (۷۸/۵ درصد) را توده‌های خوش خیم تشکیل می‌دادند. در میان توده‌های بدخیم کارسینوم ارتشاحی مجرا با ۸۱/۹ درصد بیشترین فراوانی توده‌ها را به خود اختصاص می‌داد و در میان توده‌های خوش خیم بیماری فیروکیستیک با ۳۴/۳ درصد و فیروآدنوم با ۳۴ درصد به ترتیب بیشترین فراوانی را داشتند. میانگین سنی بیماران $48/1 \pm 31/6$ سال بود و در انواع سرطانی پستان نسبت جنسی زن به مرد ۸ به ۱ بود.

نتیجه گیری: اکثریت توده‌های پستانی که از آنها بیوپسی گرفته می‌شود را توده‌های خوش خیم تشکیل می‌دهد لذا لزوم برخورد مناسب با آنها جهت جلوگیری از تبدیل به توده‌های بدخیم مشخص می‌شود.

کلید واژه‌ها: سرطان پستان، فیروآدنوم، خوش خیم

وصول مقاله: ۸۳/۱۱/۲۷ اصلاح نهایی: ۸۴/۵/۲۵ پذیرش مقاله: ۸۴/۶/۳

مقدمه

تمایل به شناسایی بیماریهای پستان به دلایلی افزایش یافته است. هنگامی که یک ضایعه پستانی در بررسی‌های آسیب‌شناسی خوش خیم تشخیص داده می‌شود. مهمترین احتساب بالینی بعدی و ریسک بالای سرطان پستان را شامل می‌شوند و تعداد زیادی از آنها در بررسی‌های کلینیکی یا تصویر برداری مشابه انواع بدخیم به نظر می‌رسند و نیاز به بیوپسی یا برداشتن ضایعه برای شناسایی دارند. سالهای زیادی است که پزشکان

کانسر پستان یکی از مهمترین مشکلات مرتبط با سلامتی در جهان است برآورد شده است که در سال ۲۰۰۲ تعداد ۱۱۵۱۲۹۸ مورد جدید بیماری در جهان تشخیص داده شود و باعث مرگ ۴۱۰۸۷۱۲ نفر بعلت سرطان سینه شده و در جهان بطور متوسط ۴/۴ میلیون نفر مبتلا به این بیماری هستند. تعداد موارد جدید در کشورهای در حال توسعه ۶۳۶۱۲۸ نفر و در کشورهای توسعه یافته ۵۱۴۰۷۲ نفر می‌باشد (۱).

ارتشاحی مجرا می باشد و نسبت جنسی زنان به مردان ۶۷ به ۱ بوده است (۶). در حالیکه در ایران این نسبت جنسی ۲۸ به ۱ بوده است (۷).

در این مطالعه سعی می شود فراوانی انواع توده های پستانی نمونه برداری شده در استان کردستان از نظر خوش خیم و یا بد خیم بودن و وضعیت هیستولوژیکی آنها و همچنین فراوانی سنی و جنسی افراد مبتلا تعیین شود.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی جامعه آماری تحقیق کلیه نمونه های بیوپسی ارسال شده از بافت پستان به آزمایشگاه های پاتولوژی شهرستان سنندج بود که تعداد ۳۸۶ مورد بود و روش گردآوری داده ها شامل جنس، سن، نوع تشخیص و ... با مراجعه به دفاتر موجود در بخش های پاتولوژی بدست آمد. داده های بدست آمده وارد نرم افزار آماری SPSS شده و بصورت جداول توزیع فراوانی درآمد.

یافته ها

از کل نمونه های گرفته شده ۸۶ مورد (۲۱/۵٪) را توده های بدخیم و بقیه ۳۰۳ نفر (۷۸/۵٪) را توده های خوش خیم تشکیل می دادند. نسبت جنسی زنان به مردان ۹ به ۱ بود در حالیکه این نسبت در افراد دارای توده های بدخیم ۷۴ نفر به ۹ نفر یعنی تقریباً ۸ به ۱ بود همچنانکه در جدول شماره ۱ مشاهده می شود اکثریت کامل توده های سرطانی (۸۱/۹) کارسینوم ارتشاحی مجرا می باشد.

می دانند تعدادی از ضایعات خوش خیم پستانی بیش از دیگر ضایعات خوش خیم پستانی با سرطان ارتباط دارند (۲).

علامت شناسی بیماریهای پستان پیچیده نیست چون اکثر بیماریهای پستان، در پستان تولید توده نموده که در معاینه قابل لمس است. سرطان پستان بعد از سرطان ریه شایع ترین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در خانم هاست. این سرطان عامل مرگ و میر ۱۹ درصد از خانم های مبتلا به سرطان است (۳).

توده های پستانی معمولاً یا خوش خیم هستند که در بعضی موارد تبدیل به بدخیم می شوند و یا بدخیم هستند که باعث متاستاز به سایر قسمتهای بدن می شوند.

در مطالعه ای که بر روی ۲۶۵ نفر بیمار ارجاعی به بیمارستان مدرس از سال ۲۰۰۲-۱۹۸۷ انجام شده نشان داده شده که ۵۹ درصد تومورهای پستانی خوش خیم بوده اند.

شایع ترین تومورهای پاتولوژیکی به ترتیب شامل تغییرات فیروکیستیک با ۲۸/۷ درصد، فیروآدنوما ۲۸ درصد، آدنوزیس اسکروزینگ با ۱۰/۹ درصد و متاستازهای غیر اختصاصی مزمن با ۶ درصد بودند (۴).

در بررسی دیگری که از سال ۱۹۸۵-۹۵ بر روی سرطانهای پستان در تهران انجام شده اکثریت بیماران (۷۱ درصد) دارای سرطان ارتشاحی مجرا بودند، ۷۰ درصد در مراحل پیشرفته و در ۵۱ مورد اندازه تومور در موقع تشخیص بیشتر از ۵ سانتیمتر بود.

میانگین سن بیماران مبتلا به سرطان پستان $47/1 \pm 12/3$ سال بود و بیشترین فراوانی در گروه سنی ۴۰-۴۹ سال بود (۵). در بررسی دیگری در کشور نیجریه نشان داده شده که شایعترین تشخیص هیستوپاتولوژیکی سرطان پستان از انواع کارسینومای

بحث

در این مطالعه از ۳۸۶ مورد ضایعات پستان که از آنها بیوپسی گرفته شده بود ۱۷۷ نمونه (۴۶ درصد) را توده‌های غیر تومورال خوش خیم، ۱۲۶ نمونه (۳۲/۵ درصد) را توده‌های تومورال خوش خیم و ۸۳ مورد (۲۱/۵ درصد) را توده‌های بدخیم تشکیل میدادند. براساس آمار کتب رفرنس در کشور آمریکا شیوع بدخیمی در توده‌های پستانی ۱۰ درصد می‌باشد (۸) که در این تحقیق این میزان ۲ برابر می‌باشد. این زیاد بودن شیوع توده‌های بدخیم را از طرفی می‌توانیم به مراجعه دیررس بیماران ربط بدهیم که همین مراجعه دیر سبب تبدیل مواردی از توده‌های خوش خیم به بدخیم خواهد شد. در مطالعه‌ای در تهران از ۲۶۵ بیمار ارجاعی با توده پستان ۵۹ درصد توده‌ها خوش خیم بوده‌اند (۴) که با شیوع توده‌های خوش خیم در این مطالعه که ۷۸/۵ درصد می‌باشد حدود ۲۰ درصد تفاوت دارد که این مسئله احتمالاً می‌تواند بدین علت باشد که بیماران با مشکلات شدیدتر به بیمارستانهای مرجع تهران ارجاع داده می‌شوند و لذا فراوانی بدخیمی قاعدتاً بایستی در آنها بیشتر باشد.

کارسینوم ارتشاحی داخل مجرا ۸۱/۹ درصد کل توده‌های بدخیم پستان را شامل می‌شود که در کتب مرجع که شیوع این نوع را ۸۰-۶۰ درصد ذکر می‌کند تقریباً مطابقت دارد (۴). در مطالعه تهران نیز اکثریت بیماران یعنی ۷۱ درصد موارد سرطان ارتشاحی مجرا بوده است (۴) که با میزان بدست آمده در این مطالعه تقریباً همخوانی دارد.

بر اساس سایر نتایج این مطالعه از ۸۳ نفر افراد دارای توده بدخیم پستان ۷۴ نفر زن و ۹ نفر مرد بودند یعنی نسبت جنسی زن به مرد تقریباً ۸ به ۱ می‌باشد. این

جدول ۱: توزیع فراوانی انواع توده‌های بدخیم پستان

نام توده	فراوانی	درصد
کارسینوم داخل مجرا درجا	۳	۳/۶۵
کارسینوم لبولر درجا	۱	۱/۲۰
کارسینوم ارتشاحی مجرا	۶۸	۸۱/۹۰
کارسینوم موسینوس	۳	۳/۶۵
کوندرو کارسینوما	۴	۴/۸۰
کارسینو نورواندوکراین	۱	۱/۲۰
متاستاز لنفوماتوئید	۲	۲/۴۰
کارسینوم مدولری	۱	۱/۲۰
جمع	۸۳	۱۰۰

میانگین سنی بیماران مبتلا به سرطان پستان

$48/1 \pm 13/8$ سال بود و بیشترین فراوانی در سنین ۶۰-۵۱

سال قرار داشتند.

جدول ۲: توزیع فراوانی توده‌های بدخیم پستان برحسب

گروه‌های سنی

گروه سنی (سال)	فراوانی	درصد
کمتر از ۴۰ سال	۲۴	۲۹٪
۴۱-۵۰	۱۵	۱۸٪
۵۱-۶۰	۲۵	۳۰/۱
بالتر از ۶۰ سال	۱۹	۲۲/۹
کل	۸۳	۱۰۰

بیماری فیبروکیتیک و فیبروآدنوم در میان

توده‌های خوش خیم تشخیص داده شده بیشترین فراوانی را داشتند (جدول ۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی انواع توده‌های خوش خیم

نام توده	فراوانی	درصد
بافت عادی پستان	۵	۱/۶۵
ژینکوماستی	۳۱	۱۰/۲۰
کیست اپیدرمال انکلوزیون	۲	٪۶۶
بیماری فیبروکیتیک	۱۰۴	۳۴/۳۰
نکروز چربی	۹	۳/۰۰
فیبروآدنوم	۱۰۳	۳۴/۰
آدنوم	۱۲	۴/۰
پاپیلوم داخل مجرا	۴	۱/۳۰
همانژیوم	۱	٪۳۰
لیوم	۶	۲/۰۰
کل	۳۰۳	۱۰۰

انجام گرفته در تهران که در آنجا این مقدار $۴۷/۱ \pm ۱۲/۳$ سال است (۵) در مطالعه انجام شده در کراچی پاکستان میانگین سنی مبتلایان به کانسر پستان ۹۵/۴۸ سال و تقریباً نصف آنها در گروههای سنی ۴۵-۵۴ سال بوده اند (۹).

با توجه به زیاد بودن سرطان پستان در تمامی جوامع و از جمله جامعه ما نیاز به بررسی های بیشتر در زمینه این بیماری به چشم می خورد.

در حالی است که در کشور نیجریه این نسبت ۶۷ به ۱ بوده (۶) و در مطالعه تهران ۲۸ به ۱ بوده است (۷). همچنانکه مشاهده می شود نتایج این مطالعه با مطالعات سایر کشورها و حتی کشور ما ایران تفاوت زیادی دارد علت زیاد بودن سرطان پستان در مردان در این مطالعه مشخص نیست و نیاز به انجام مطالعات بیشتر به چشم می خورد.

از نظر سنی میانگین سنی افراد مبتلا به توده های بدخیم $۴۸/۱ \pm ۱۳/۶$ سال بود که تقریباً مشابه تحقیق

References

1. Veronsei U, Goldhirsch A, Orecchia R, Viale G. Breast cancer. The Lancet. 2005; 365: 1727-1741.
2. Harris JR, Lippman Morow ME, Hellman S. Disease of The Breast. Lippincott-Raven, Philadelphia. 1996; 27-67 and 159-168.
۳. حیدری مهران، قطبی نادر، ترجمه مبانی جراحی بزرگیت. ویرایش دوم، تهران، انتشارات تیمورزاده، سال ۱۳۷۹. صفحات ۸۹-۵۶۵.
۴. توفیقی مهرداد، انارکی فخرالسادات. بررسی بالینی و پاتولوژیک توده های پستان در بیمارستان شهید مدرس تهران طی سالهای ۸۱-۱۳۶۷. مجله علمی پژوهشی پژوهنده مشاھر ۳۹- صفحات ۸۰-۱۷۵.
5. Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A. Breast Cancer in Iran: a review of 903 case records. Public Health. 2000; 114(2): 143-5.
6. Anyanwu SN. Breast Cancer in eastern Nigeria: a ten year review. west A Fr Y Med. 2000; 19 (2): 20-5.
7. Habibi A. Epidemiological aspects of Cancer in Iran. Int Sury. 1985; 70 (2): 105-8.
8. Kumar, Corran, Robbins Basic Pathology. thed wb Saunders. 1994; 631-43.
9. Kayani N, Bhurgri Y. Ductal carcinoma in situ (DCIS) in Karachi. J Pak Med Assoc. 2005; 55(5):199-202.