

مقدمه

بیماری سل طیف وسیعی از بیماریهای بالینی را ایجاد می‌کند که از یک بیماری مخفی تا یک بیماری شدید متفاوت می‌باشد. سل یکی از فراوانترین علل مرگ و میر در جهان بوده و بطور معمول بصورت مشکلات ریه، سرفه، خلط و تب مشخص می‌شود. اما گاهی این بیماری می‌تواند ارگانهای دیگر خارج از ریه را گرفتار کند و به صورت یک بیماری مزمن و آهسته پیشرونده بروز نماید. گاهی اوقات تشخیص و درمان را ماهها با مشکل روبرو می‌سازد. طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۱ سل بایستی تا سال ۲۰۰۰ از دنیا ریشه‌کن شود، ولی شیوع سل مجدداً با پاندمی^۲ آیدز افزایش یافته و حتی به درمان نیز مقاوم گردیده است. همزمان با آیدز مشکلات خارج ریوی سل نسبت به قبل خیلی بیشتر شایع می‌باشد. ممکن است مشکلات خارج ریوی در اثر انتشار با جریان سل از ریه توسط عروق لنفاوی یا خون بوجود آمده و در نتیجه باعث ایجاد عوارض در ارگانهای دیگر گردد(۱).

سل خارج ریوی مانند سل ریوی قابل درمان است و در مواردی با درمان ۶ ماهه توسط داروهای خط اول سل بهبودی حاصل می‌شود. در بعضی موارد دیگر مانند گرفتاری استخوان یا پرده‌های مننژ احتیاج به دوره طولانی‌تری برای درمان وجود دارد(۲-۱). سل خارج ریوی بصورت یک بیماری مزمن همراه با تب ناشناخته و کاهش وزن بوده که شبیه بیماریهای بدخیم است. سل پستان نیز یکی از اشکال خارج ریوی سل بوده که با سرطان پستان اشتباه می‌شود و گاهی باعث نگرانی و ترس بیمار می‌گردد و ممکن است پزشک نیز بعلت عجله در درمان اقدام به برداشتن پستان نماید.

تشخیص افتراقی دیگر آبسه چرکی پستان می‌باشد که بیشتر در سنین شیردهی مشاهده شده و با درمان طبی همراه با درناژ جراحی بهبود می‌یابد و با توجه به اینکه

سرطان پستان شایعترین سرطان زنان و دومین علت مرگ و میر (بعد از سرطان ریه) زنان می‌باشد و تشخیص افتراقی سل و سرطان از یکدیگر بسیار مشکل می‌باشد، باید این دو مسئله دقیقاً از یکدیگر تشخیص داده شود تا درمان اختصاصی هر کدام بطور مطلوب انجام گیرد. سل پستان بیشتر بصورت بیماری اولیه مشاهده می‌شود و فرد ممکن است بطور نادر سابقه سل ریوی قبلی یا همزمان را داشته باشد (۳). سل پستان گاهی ممکن است بصورت دو طرفه مشاهده شود (۳). مردان نیز ممکن است به سل پستان مبتلا شوند که باز هم باید از سرطان پستان افتراق داده شود (۴-۵).

در زنان جوان در سن باروری با هر توده قابل لمس در پستان باید به فکر سل پستان بود هر چند در سنین بالا نیز ممکن است علت توده پستانی سل باشد(۱۱-۹، ۱).

گزارش مورد

بیمار خانم ۲۵ ساله خانه‌دار متأهل دارای سه فرزند ساکن شهر تهران بود که بدلیل تورم و درد ناحیه فوقانی پستان راست چندین ماهه به بخش جراحی بیمارستان بقیه‌الله العظم مراجعه نموده بود. مراجعه کنونی بیمار نیز به دلیل عود ترشحات چرکی و تشکیل آبسه بود و به دلیل بررسی علت آبسه بستری گردید. شکایت بیمار از دو هفته قبل مجدداً شروع شد که بصورت درد، تورم، ایجاد آبسه و ترشح چرکی از پستان راست بود. در معاینه پستان در قسمت فوقانی خارجی پستان راست توده سفت همراه ترشح چرکی وجود داشت. تورفتگی^۳ نوک پستان و لنف آدنوپاتی در ناحیه اکزیلاری مشاهده نشد. پستان طرف مقابل نرمال بود. بیمار از تب خفیف شبانه برابر با ۳۸^۰C و تعریق شبانه شکایت داشت. در عرض چند ماه گذشته ۲-۳kg کاهش وزن داشت.

1-World Health Organization

2-Pandemic

3-Retraction

علائمی برای بدخیمی مشاهده نشد. گزارش پاتولوژی نمونه بیوپسی بصورت ذیل بود: گرانولوم همراه نسوج نکروزه و کازوئوز همراه سلولهای التهابی سلولهای ژانت و اپی تلوئید، لنفوسیت منطبق با عفونت مایکوباکتریوم توپرکلوزیس می باشد و از نظر وجود بدخیمی، منفی است. بیمار با تشخیص سل پستان تحت درمان روزانه داروهای ایزونیاژید 300mg ، ریفامپین 600mg ، پیرازینامید 1500mg و اتامپوتول 800mg برای مدت دو ماه و ایزونیاژید و ریفامپین برای چهار ماه دیگر قرار گرفت. بعد از دو ماه بهبودی حاصل شد. تا یکسال بعد از اتمام درمان هیچ گونه بازگشت بیماری مشاهده نشد و با توجه به ترشح شیر و باقی ماندن پرولاکتین بالا، درمان پرولاکتین ادامه یافت.

بحث

در مطالعات انجام شده بیمارانی که به علت بیماری پستان تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند شیوع سل حدود $0/02-0/25\%$ متغیر بوده است ولی بعلت نادریودن بیماری نمی توان شیوع آن را به طور دقیق مشخص نمود (۷، ۴، ۲). به هر حال با انجام درمان برای بیماران مبتلا به سل، بیماری سل پستان بسیار نادر است. سل پستان ممکن است در نژادهای خاص و کشورهایی که مهاجرین مبتلا به سل بیشتری دارند، زیاده تر باشد (۵). در ایران نیز بیماری سل به صورت اندمیک وجود دارد ولی به دلیل شروع سریع درمان سل، سل پستان شیوع زیادی ندارد. سل پستان بیشتر بصورت اولیه مشاهده می شود و سابقه قبلی و یا تماس با فرد مسلول نادر است و بیمار ذکر شده نیز مشابه مطالعات قبلی مبتلا به سل اولیه پستان بوده و سابقه قبلی سل یا سابقه تماس با بیمار مسلول را نداشته است (۱۲-۱۳). علائم بالینی سل پستان، بیشتر بصورت توده سفت دردناک، آبرسه

بیمار سابقه سه ساله گالاکتوره را ذکر می کرد که برای درمان روزانه دو عدد قرص بروموکریپتین مصرف می کرد. بیمار هیچگونه سابقه ای از بیماری سل قبلی نداشت و در هیچ یک از افراد خانواده و نیز سابقه تماس با فرد سلی را ذکر نمی کرد. هر سه زایمان قبلی بیمار بصورت طبیعی و واژینال بود و سابقه انجام عمل جراحی نداشت. بررسیهای قبلی برای علت گالاکتوره و MRI^۱ غده هیپوفیز طبیعی بوده و فاقد هیپوفیز آدنوم بود. پرولاکتین سرم حدود 1200ng/dl بود که به همین دلیل تحت درمان با بروموکریپتین قرار داشت.

با توجه به شکایت اصلی بیمار عمل جراحی تخلیه آبرسه پستان و بیوپسی از توده پستان انجام شد و ترشحات چرکی برای بررسی میکروارگانیزم های معمول و رنگ آمیزی ذیل نلسون و کشت مایکوباکتریوم توپرکلوزیس ارسال شد. در این بررسی کشت استافیلوک اوروس مثبت شد که بیمار تحت درمان آنتی بیوتیک ضد استافیلوکوک وریدی قرار گرفت ولی بهبودی حاصل نگردید و اسمیر ترشحات از نظر مایکوباکتریوم منفی بود و کشت مایکوباکتریوم نیز بعد از دو ماه منفی اعلام گردید.

در آزمایشات انجام شده بیمار دارای CBC^۲ طبیعی و آنمی متوسط 10mg/dl Hb^۳ بود. ESR^۴ بالا 70Mm/h و CRP^۵ مثبت بود. پرولاکتین سرم 600mg بود که بالاتر از نرمال است. بدین دلیل درمان بروموکریپتین ادامه یافت. بررسی رادیولوژیک برای بیمار انجام شد که مشخص گردید رادیوگرافی ریه مشکل خاصی نداشته و علائمی از سل ریوی مشاهده نشد. در سونوگرافی پستان ضایعه هیپواکو منطبق بر آبرسه پستان گزارش شد و در ماموگرافی کلیسیفیکاسیون^۶ پراکنده در ضایعه مشاهده گردید و

1-Magnetic Resonance Imaging
2-Complete Blood Cell count
3-Hemoglobin
4-Erythrocyte Sedimentation Rate
5-Creatine Phosphate
6-Calcification

نمود. در بیمار حاضر فقط درمان طبی و با داروهای علیه سل به مدت ۶ ماه انجام شد که بهبودی کامل حاصل شد و احتیاج به جراحی نداشت (۱، ۳، ۹، ۱۶).

در صورت وجود توده در پستان، اولین اقدام تشخیصی که از سوی زنان انجام می‌شود، بررسی از نظر وجود تومور می‌باشد، ولی در مناطقی که سل اندمیک است باید احتمال نادر سل پستان را مد نظر داشت. همچنین در مواردی که فرد با آبسه پستان مراجعه می‌کند و از نظر باکتریال هوازی و بی‌هوازی منفی است و به درمان آنتی‌بیوتیک تجربی پاسخ نمی‌دهد باید سل پستان را نیز در نظر داشت.

در موارد وجود توده پستانی توصیه می‌شود بیوپسی توده پستانی از نظر اسمیر و کشت مایکوباکتریوم بررسی شود و اگر در پاتولوژی وجود نکروز و کازوئوز همراه گرانولوم گزارش گردید باید از انجام جراحی خودداری و درمان طبی برای سل شروع شود. همچنین توصیه می‌شود در صورتی که فردی، بیماری زمینه‌ای پستان دارد همیشه به بروز علائم و عوارض جدید اهمیت داده و به بیماری قبلی خود نسبت ندهد. در میان‌گذاری این علائم و عوارض با پزشک معالج در نحوه درمان بیماری بسیار راهگشا خواهد بود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کارکنان بایگانی بیمارستان بقیه‌الله العظم (عج) به دلیل همکاری در اجرای این تحقیق تقدیر و تشکر می‌گردد.

عودکننده^۱ و سینوس همراه ترشح چرکی است و گاهی می‌تواند بصورت تورفتگی نوک پستان، ضخیم‌شدن پوست پستان مشاهده شود و گاهی لنفادنوپاتی ناحیه آگزیلاری مشاهده می‌شود و مطابق مطالعات دیگر، در این بیمار سل پستان بصورت توده دردناک، آبسه مکرر پستان و سینوس مترشحه همراه بود (۸، ۱۱، ۱۴).

یافته‌های رادیولوژی سل پستان متفاوت می‌باشد. در سونوگرافی ممکن است توده هیپواکوژن مشاهده شود و در ماموگرافی کلسیفیکاسیون ضایعه وجود دارد، ولی هیچ یک از این اقدامات افتراق بین ضایعه بدخیم و سل پستان را مشخص نمی‌کند. در بیمار معرفی شده مشابه مطالعات دیگر ماموگرافی کلسیفیکاسیون ضایعه پستان را مشخص کرد (۹، ۶، ۱) و سونوگرافی ضایعه هیپواکوژن داشت. افتراق سل و بدخیمی بسیار با اهمیت است ولی گاهی ممکن است هر دو بیماری همزمان وجود داشته باشند (۸). برای تشخیص افتراقی لازم است تمام مواردی که ترشحات چرکی از پستان دارند حتماً از نظر سل بررسی شده و نمونه پاتولوژی از نظر سلولهای بدخیم و هم از نظر نکروز کازوئوز بررسی گردد. در حدود ۷۵٪ موارد تشخیص سل پستان توسط پاتولوژی می‌باشد و تنها در ۲۵٪ موارد کشت مایکوباکتریوم توبرکلوزیس مثبت می‌باشد (۱۵-۱۴، ۱-۲). در بیمار ذکر شده نیز تشخیص برحسب پاتولوژی بود و یافته‌هایی برای بدخیمی مشاهده نشد.

درمان سل پستان بصورت طبی است و به خوبی به درمان علیه سل پاسخ می‌دهد و بندرت لازم است بعنوان برداشتن بقایای توده، از درمان جراحی استفاده

References

- 1-Mandell G., Douglas R., Bennety. Principles and practice of infectious disease. 2000 5 (3): pp 2579-605.
- 2-Kakkar S., Kapila K., Singh M.K. Tuberculosis of the breast. Acta Cytol. 2002; 44(3): pp 292-6.
- 3-Novym. Current obstetric infection. Lange J.

1980; pp 781-2.

- 4-Bhatla R., Reghu C.V., Adhikari P. Diagnosis of tuberculosis. Indian Med Sic J. 1998; 25(11): 498- 506.

1-Recurrent

- 5-Wong F., Robled D., Barret O., et al. Breast tuberculosis. *Gyn Obs J.* 1997; 65:92- 5.
- 6-Shafer R., Kimd R., Weiss J., et al. Extrapulmonary tuberculosis. *Med J.* 1991; 70: 384- 9.
- 7-Manjn B. Imagin of breast. *Radiol Ind J.* 1999; 127- 32.
- 8-Romero C., Carreira C., Piot J., et al. Percutaneous treatment of breast tuberculosis abscess. *Eur Radial J.* 2000; 19(3): 531- 3.
- 9-Pop M., Zaharie T., Fabian A., et al. Tuberculosis infection. *Pneumologia J.* 1999; 48: pp 313-5.
- 10-Green R.M., Ormerod L.P. Mammory tuberculosis. *Int Tuberc Lung J.* 2000; 4(8): 788-90.
- 11-Abbond P., Bancheri F., Bajolet O., et al. Breast tuberculosis. *Gyn Obs J.* 1997; 26(8): 822-9.
- 12-Dyla T., Janko R. Breast tuberculosis. *Pneumo Allergy J.* 2000; 68: 57- 9.
- 13-Makanjuola D., Mushid K. Mammographic features of breast tuberculosis. *Clin Radiol J.* 1996; 51(5): 354- 8.
- 14-Ducroz B., Nael L.M., Gautler G., et al. Bilateral breast tuberculosis acase report. *Gyn Obs J.* 1992; 21(5): 484- 8.
- 15-Oh K.K., Kim H., Kook S. Imaging of tuberculosis in breast. *Eur Rad J.* 1998; 8(8): 147-80.
- 16-Morsad F., Ghazli M., Boumgou K., et al. Breast tuberculosis a series of 14 cases. *Gyn Obs.* 2001; 30(4): 1331- 7.