

## بررسی موارد Case Reports

### گزارش دو مورد سل پستان

دکتر محسن سکوتی\* دکتر وحید منتظری\*\* دکتر منیره حلیمی\* دکتر مقصود صدیق\*\*\*

#### Report of two cases of breast tuberculosis

M.Sokouti V.Montazeri M.Halimi M.Sadique

#### Abstract

Though tuberculosis is frequently seen in the world , breast tuberculosis is still a rare disease. It may present as a breast lump with or without ulceration or discharge. Most cases are reported from endemic areas like India , Bangladesh and South Africa. Tuberculosis is also prevalent in Iran and sporadic cases of breast tuberculosis have been reported. Breast tuberculosis should always be considered in differential diagnosis of breast lumps , ulcers or sinuses. To confirm the diagnosis FNA , culture from secretions and biopsy should be performed. Satisfactory results have been obtained after simple surgical resection and antituberculous therapy.

**Keywords :** Tuberculosis , Breast mass

#### چکیده :

علی رغم فراوانی بیماری سل در جهان ، سل پستان هنوز بیماری نادری است که به طور عمده با تظاهراتی شبیه توده یا زخم و ترشح پستان خود را نشان می دهد. بیشتر موارد سل پستان از مناطق آندمیک مانند هندوستان ، بنگلادش و آفریقای جنوبی گزارش شده اند. در کشور ما نیز با وجود شیوع نسبی سل ، موارد سل پستان به صورت پراکنده گزارش شده است. لذا در برخورد با بیماران مبتلا به توده ، زخم و سینوس پستان باید به فکر این بیماری نیز بود و از روش های تشخیصی مانند آسپیراسیون سوزنی ، کشت و نمونه برداری ترشحات برای جستجوی باسیل سل و بیوپسی استفاده کرد. نتایج رضایت بخشی پس از خارج نمودن توده با عمل جراحی و تجویز درمان ضد سل حاصل شده است.

**کلید واژه ها :** سل ، توده پستان

\* استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

\*\* دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

\*\*\* استادیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین

### ❖ مقدمه :

گزارش شد. بیوپسی از توده و جدار زخمی روی آن انجام شد و گزارش پاتولوژی وجود سل پستان را تأیید نمود و درمان ضد سل شروع شد. در پی گیری یک ساله بیمار، زخم و توده پستانی بهبود یافته بود و مشکل دیگری مشاهده نشد. (شکل ۱)



شکل ۱- زخم و فیستول پستان چپ

خانم ۲۴ ساله ای لاغر، کاشکتیک و آنمیک با توده ای به ابعاد ۷×۶×۱۰ در پستان چپ و دو گره لنفی قابل لمس در زیر بغل همان سمت در مرداد ماه ۱۳۸۰ به درمانگاه دانشگاه مراجعه نمود. در معاینه بالینی توده غیر حساس و بدون درد بود. رادیوگرافی سینه طبیعی و ESR بیمار ۲۸ میلی متر گزارش شد. بیمار با تشخیص اولیه تومور پستان تحت عمل رزکسیون جراحی توده قرار گرفت و پاسخ پاتولوژی سل پستان گزارش شد. بیمار با داروهای ضد سل درمان شد و در پی گیری یک ساله بیمار مشکلی دیده نشد. شکل ۲ مربوط به آسیب شناسی این بیمار است.

سل پستان اولین بار در سال ۱۸۲۹ توسط کوپر گزارش شد.<sup>(۱۷)</sup> از آن هنگام تاکنون در حدود ۷۰۰ مورد سل پستان از سراسر جهان گزارش شده که به طور عمده از نواحی آندمیک به ویژه هندوستان، آفریقای جنوبی و بنگلادش بوده است.<sup>(۱۸)</sup> با وجود شیوع سل، موارد سل پستان به ندرت دیده می شود، برای مثال در بررسی ۶۰۰۰ مورد سل طی ده سال در دانشگاه دالاس فقط یک مورد سل پستان دیده شد.<sup>(۱۸)</sup> بنابراین به نظر می رسد بافت پستان نسبت به سل مقاومت خاصی دارد.<sup>(۴)</sup> در این مقاله دو مورد سل پستان در بیمارستان امام خمینی تبریز طی ۵ سال گذشته گزارش می شود که یک مورد به صورت زخم پستان با ترشح چرکی و دیگری با توده پستانی مراجعه کرده بود. لذا در مواردی که بیمار با توده پستانی، زخم و ترشح پستان مراجعه می نماید، باید به این بیماری نیز توجه داشت.

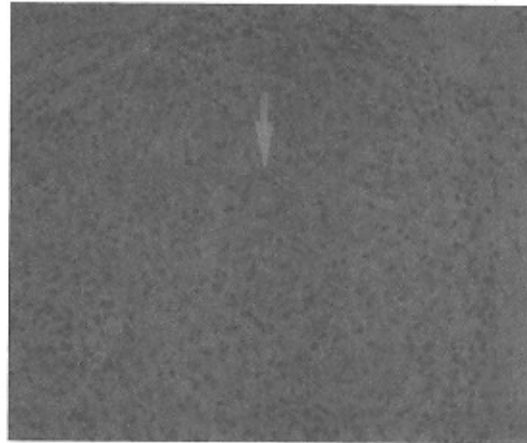
### ❖ معرفی بیماران :

خانم م.ع ۲۸ ساله اهل نخجوان (جمهوری آذربایجان) به تاریخ دی ماه ۱۳۸۰ با زخم و توده پستان چپ، سلولیت پای چپ و زخم دهان (لثه های پیشین) به درمانگاه دانشگاه مراجعه کرد و با تشخیص افتراقی اولیه سرطان پستان، ایدز یا سل بستری شد و تحت بررسی قرار گرفت. تست مانتو و HIV منفی گزارش شد. در سونوگرافی، توده هیپو اکوئیک به ابعاد ۲۳×۷۱ با حدود نامشخص و افزایش ضخامت پوست در قسمت فوقانی خارجی پستان چپ مشاهده شد. رادیوگرافی سینه سالم بود و سونوگرافی کبد، کیسه صفرا و طحال نیز ضایعه ای نشان نداد. میزان ESR در ساعت اول ۴۸ و در ساعت دوم ۷۰ میلی متر، و CBC بیمار طبیعی

ترشح نوک پستان، زخم یا سینوس های پوستی تظاهر کند. بنابراین بیماری های دیگری مثل آکتینومیکوز و آبسه های پیوژنیک نیز علاوه بر سرطان در تشخیص های افتراقی آن مطرح می شوند. (۱۶و۱۵و۱۰۶و۱۰۷)

وجود بیماری سل فعال همزمان با سل پستانی در گزارش های دیگر از ۲۵ تا ۸۴ درصد متغیر بوده است، ولی به طور تقریبی در تمام موارد بیماران نشانه هایی از یک عفونت سلی قبلی داشته اند. در برخی موارد نیز این بیماری با غدد لنفاوی بزرگ شده در گردن یا زیر بغل همراه است. (۱۶و۱۰۶و۱۰۷) در موارد نادری ممکن است آبسه در ناحیه پشت پستان به دنبال گسترش آمپیم سلی از ریه و جنب فضای پشت پستان ایجاد شده باشد. (۱۴و۱۱و۱۰۷)

مواردی از سل پستان نیز در زنان حامله و شیرده گزارش شده است، ولی به نظر نمی رسد شیوع آن در این گونه موارد بیش تر از افراد دیگر باشد. (۳) مهم ترین روش تشخیص بیماری، بررسی هیستولوژی است و گاهی لازم است برای تأیید تشخیص از نمونه های متعدد استفاده شود. (۹و۲) وجود سینوس دلیل قطعی این بیماری نیست و چون سینوس ها در سیر طبیعی بیماری دیر تشکیل می شوند، در تشخیص زودرس آن کمک نمی کنند. یافته های ماموگرافی خاصی نیز وجود ندارد که دال بر این تشخیص باشد. کشت، نمونه برای AFB و اسپیراسیون سوزنی نیز در تعداد محدودی از بیماران به تشخیص کمک می کند. (۱۴و۱۰۶و۱۰۷) به هر حال در بیماران دچار توده پستان به خصوص مواردی که با زخم، سینوس یا عود آبسه تظاهر می کنند باید به فکر این بیماری بود و با انجام نمونه برداری از جدار زخم و آبسه وجود یا عدم وجود آن را اثبات نمود. (۹و۲) رژیم های دارویی ضد سل در درمان این بیماری موفق بوده اند. در



شکل ۲- گرانولوم با درشتنمایی (×۴۰۰) سلول های اپیتلیوئیدی با سلول های لنفوسیت در اطراف. در مرکز گرانولوم Giant cell تیپ لانگرهانس با فلش نشان داده شده است.

### بحث و نتیجه گیری:

سل همچنان یکی از شایع ترین بیماری های انسان است و تخمین زده می شود که در جهان بین یک تا دو میلیارد نفر به این بیماری آلوده اند. علی رغم این شیوع، میزان گرفتاری پستان به سل همچنان نادر است. (۱۵)

این بیماری در کشورهای پیشرفته کمتر گزارش شده است و به نظر می رسد پستان نیز مانند عضله های مخطط و طحال تا حد زیادی به این بیماری مقاوم باشد. این بیماری به طور عمده در زنان و در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی دیده می شود و به طور معمول یک طرفه است. در آقایان و نیز در خانم ها قبل از سنین بلوغ نادر است. اخیراً مواردی از آن نیز در بیماران مبتلا به ایدز مشاهده و گزارش شده است. (۱۴و۱۰۶و۱۰۷و۱۰۸)

در اغلب موارد این بیماری خود را با توده پستانی نشان می دهد که از نظر بالینی با سرطان پستان قابل افتراق است. (۱۴و۱۰۶و۱۰۷) در مواردی نیز ممکن است با آبسه،

9.Hartstein M, Leaf HL. Tuberculosis of the breast as a presenting manifestation of AIDS. *Clinical Infectious Disease* 1992; 15: 692-3

10.Hughes LE, Muusel RE, Webster DJT. Benign disorders and disease of the breast, Concept & clinical management. 2nd ed, W B Saunders, 2000, 193-4

11.Kakkar S, Kapila K, Singh MK. Tuberculosis of the breast , A cytomorphologic study. *Acta Cytology* 2000; 44(3): 292-6

12.Mendes W, Da S, Levi M, Levi GC. Breast tuberculosis ; Case report and literature review. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 1996; 51(4): 186-7

13.Pop M, Saherie T, Fabian A, Man M. Breast tuberculosis. *Pulmenologia* 1999; 48(4): 313-5

14.Reys CV, Thomson KS. Fine needle aspiration biopsy of mastitis secondary to empyema necessitans. *Acta Cytology* 1999; 43(5): 873-6

15.Shirazi AS. Isolated tuberculosis of the breast. *Med J Iran Hosp* 1999; 2: 55-6

16.Treshin V, Oksachenko OG, Fursa NI, Larkia VS, Lukashina VA. A case of breast tuberculosis in patients with disseminated pulmonary tuberculosis. *Problem tuberculosis* 1999; (1): 55-6

17.Wilson JP, Chapman SV. Tuberculous mastitis. *Chest* 1990; 98: 1505-9

18.Wong Chen FJ, Robledo GD, Barreto RO, Guzman PC. Breast tuberculosis (a case report and review of the literature). *Gyneco Obstet Mex* 1997; 65: 92-5

مواردی از بیماری گسترده پستانی نیز اقدام های جراحی به صورت برداشتن توده و حتی ماستکتومی به کار رفته است ، اما به نظر می رسد درمان دارویی نقش مهم تری در درمان این بیماری داشته باشد. (۱۸و۱۹و۲۰و۲۱)

#### ± مراجع :

1.Abboud P, Banchei F, Bajulet Laudinat O, Beguinot I, Wahl P, Quereux C, Breast Tuberculosis; A case of diffuse inflammatory form. *J Gynecol Obes Biolo Paris* 1997; 26(8): 822-4

2.Algaratnam TT, Ong GB. Tuberculosis of the Breast. *Br J Surg* 1980; 67:125-6

3.Apps MCP, Harrison NK, Blaut CIA. Tuberculosis of the Breast. *Br Med J* 1984; 228: 1874-5

4.Chaisson RE, Schechter GF, Theuer CP, Rutherford GW, Echenberg D F, Hopewell PC. Tuberculosis in patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Am Rev Resp Dis* 1987; 136:570-4

5.Domingo CH, Ruiz J, Texico A, Aguilar X, Morera J, Tuberculosis of the breast: a rare modern disease. *Tubercle* 1990; 71:221-3

6.Gach O, Corhey JL, Lousberg L, Bartch P. Breast abcess and pregnancy toxemia revealing multidrug resistant tuberculosis. *Rev Mal Resp* 1999 Nov; 16(5): 842-5

7.Goyal M, Sharma A, Sharma R, Chumber S, Sawhney S, Berry M. Chest wall tuberculosis simulating breast carcinoma. *Australia Radilogy* 1998; 42(1): 86-7

8.Hale JA, Peters JN, Cheek JH. Tuberculosis of the breast : rare but still extant. *Am J Surg* 1985; 150: 620-4