

گزارش مورد بیماری

Case Report

گزارش یک مورد سل پستان

دکتر مسعود مردالی* دکتر سید ابراهیم نوریان**

Tuberculosis of the breast : a case report

M. Mardani S.E Noorian

□ Abstract

A case of tuberculosis of the breast is reported in a 74 years old woman. The lesion was considered as a malignant mass through clinical observation. Histological examination of the breast lesion revealed numerous caseating granulomas. Direct smear from mass secretions were negative while the culture became positive for AFB after 2 months. The patient showed satisfactory progress after surgical excision and antituberculous therapy.

It can be concluded that breast tuberculosis should always be considered in differential diagnosis of breast lumps especially in developing countries.

Keywords : Tuberculosis , Breast Mass

□ چکیده

در این مقاله سل پستان در یک خانم ۷۴ ساله گزارش می‌شود. در معاینه بالینی توده پستان به عنوان یک غده بدخیم در نظر گرفته شد، ولی آزمایش بافت‌شناسی ضایعه پستان مؤید گرانولوماهای متعدد کازنوز بود. آزمایش مستقیم ترشحات توده پستانی از نظر عامل مولد بیماری سل منفی بود ولی کشت آن بعد از دو ماه مثبت گزارش شد. بیمار بعد از خارج نمودن توده با عمل جراحی و تجویز داروهای ضد سل بهبودی قابل توجهی نشان داد.

سل پستان باید در تشخیص افتراقی توده‌های پستان به ویژه در کشورهای در حال توسعه در نظر گرفته شود.

کلید واژه‌ها: سل - توده پستان

* دانشیار گروه عفونی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
 ** استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

□ مقدمه :

مراجعه می‌نماید. در معاینه توده‌ای سفت، بدون درد و قرمز در قسمت تحتانی پستان چپ لمس شد که بیمار سابقه آن را از حدود یک ماه قبل ذکر می‌نمود. پس از سونوگرافی با احتمال ضایعه عفونی تحت درمان آنتی بیوتیکی قرار گرفت و پس از ۱۰ روز به علت عدم پاسخ به درمان، با انجام سونوگرافی مجدد احتمال ضایعه سرطانی مطرح و جهت خارج نمودن توده به جراح معرفی شد. بیمار علائمی مانند تب، لرز، سرفه، خلط و عرق شبانه نداشت، لذا با تشخیص احتمالی توده پستان برای عمل نمونه‌برداری اکسیزیونال در بیمارستان کاشانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بستری شد.

□ یافته‌های پیرابالینی :

علائم حیاتی بیمار در زمان بستری نشان‌دهنده حرارت $36/8$ درجه سانتی‌گراد، نبض ۸۸ در دقیقه و فشارخون $145/80$ میلی‌متر جیوه بود. در معاینه به جز توده‌ای سفت، متحرک و بدون درد در قسمت تحتانی پستان چپ نکته غیرطبیعی نداشت.

عمل جراحی در بهمن ماه ۷۸ انجام و توده مزبور به صورت کامل خارج شد. نمونه جهت بررسی آسیب‌شناسی به آزمایشگاه ارسال شد. در بررسی میکروسکوپی واکنش التهابی گرانولوماتوز با ارتشاح سلول‌های لنفوسیت و اپی‌تلیوئید سلول‌های ژانت لانگهانس دیده شد که در مرکز برخی گرانولوم‌ها، نکروز کازنوز وجود داشت. بعد از مشخص شدن جواب آسیب‌شناسی، برای بیمار آزمون مانتو انجام شد که جواب منفی بود. پرتونگاری قفسه صدی

سل پستان بیماری نادری است که ممکن است به صورت ثانویه به دنبال انتشار خونی یا لنفاتیک و یا به صورت مجاورتی از اعضای مجاور مبتلا به سل، ایجاد شود. (۵) سل پستان چه به صورت اولیه یا ثانویه به ندرت گزارش شده است. (۱ و ۳ و ۸) آستلی کوپر در سال ۱۹۲۹ نخستین مورد سل پستان را گزارش نمود. (۸)

میزان بروز سل پستان کمتر از ۱/۰ درصد کل ضایعه‌های پستان در جوامع پیشرفته و حدود ۳ تا ۴ درصد در جوامع در حال رشد است. (۳ و ۴)

سل پستان در خانم‌های جوان ۲۰ تا ۴۰ ساله دیده می‌شود و در سنین بعد از یائسگی و قبل از بلوغ شایع نیست. عواملی که استعداد ابتلا به سل پستان را افزایش می‌دهند عبارتند از: سنین جوانی، تعدد زایمان، ضربه‌ها، شیردهی، التهاب چرکی پستان، وضعیت بهداشتی نامناسب و فشارهای روحی ناشی از بچه‌داری. (۶) ضایعات ناشی از سل پستان با ضایعه‌های بدخیم پیشرفته اشتباه و اکثر موارد با احتمال سرطان پستان عمل جراحی می‌شوند. (۵)

در بررسی، ۱۷۱ مورد سل خارج ریوی در استان چهارمحال و بختیاری از سال ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۷۸، یک مورد سل پستان در سنین بعد از یائسگی مشاهده شد که با توجه به نادر بودن آن در این مقاله گزارش شده است.

□ معرفی بیمار :

در دی ماه ۱۳۷۸ خانمی ۷۴ ساله ساکن شهرکرد به علت احساس وجود توده در پستان چپ به پزشک

تشخیص نهایی سل پستان با نمونه برداری اکسیژونال، بررسی آسیب شناسی و مشاهده ضایعه گرانولوماتوز با یا بدون نکروز کازنوز است و رنگ آمیزی زیل نلسون و نشان دادن عامل مولد بیماری سل برای محرز نمودن تشخیص الزامی است. به علاوه آزمایش مستقیم و کشت ترشحات ضایعه های زخم دار پستان و بررسی آن از نظر مایکوباکتریوم سل ممکن است ارزش تشخیصی داشته باشد.

در بیمار معرفی شده آزمایش مستقیم ترشحات پستان منفی بود. ولی بعد از دو ماه جواب کشت ترشحات پستان از نظر سل مثبت گزارش شد که مؤید تشخیص صحیح بیماری بود. در ضمن کلتی های محیط کشت با زیل نلسون رنگ آمیزی و باسیل اسید فست به میزان فراوان مشاهده شد. با توجه به این که التهاب گرانولوماتوز (اتوایمیون) نیز در تشخیص افتراقی مطرح است رنگ آمیزی زیل نلسون لام مورد بررسی همراه با کشت و آزمایش مستقیم از نظر عامل مولد بیماری سل توصیه می شود. (۶)

درمان سل پستان از طریق جراحی و درمان دارویی ضد سل انجام می شود. در ضایعه های کوچک، برداشتن ضایعه و در ضایعه های وسیع ماستکتومی ساده توصیه می شود که به دنبال آن باید درمان دارویی ضد سل به مدت شش ماه ادامه یابد.

موارد گزارش شده در تاریخ پزشکی بسیار محدود و بیشتر به صورت معرفی مورد یا موارد انگشت شمار بوده است. (۱۱ و ۱۳) در ایران طالعی در سال ۱۳۷۸ یک مورد سل پستان را به صورت اولیه در یک مرد ۳۷ ساله گزارش نمود. ولی سل پستان در جنس مؤنث بعد از سن یائسگی در ایران گزارش نشده است. علی رغم

هیچ گونه ضایعه فعال ریوی نشان نداد و سرعت رسوب گلبولی در ساعت اول ۳۲ میلی متر بود. یک هفته بعد از برداشتن توده، از ترشحات محل عمل جراحی آزمایش نمونه مستقیم و کشت از نظر عامل مولد بیماری سل و باکتری های بیماری زا انجام شد که جواب آزمایش مستقیم و کشت باکتریال منفی بود ولی جواب کشت بعد از ۶۰ روز از نظر عامل مولد بیماری سل مثبت گزارش گردید.

بیمار با تشخیص سل پستان تحت درمان داروهای ضد سل (ایزونیازید، ریفامپیسین، اتامبوتول، پیرازینامید) قرار گرفت که درمان موفقیت آمیز بود.

بحث و نتیجه گیری:

بیمار معرفی شده با سن ۷۴ سال از موارد نادر سل پستان محسوب می شود که با توجه به عدم گرفتاری اعضای مجاور و عدم وجود شواهدی دال بر انتشار خونی، سل به صورت اولیه در نسج پستان بروز نموده است. شیندا و همکاران در سال ۱۹۹۵ التهاب سلی پستان رابه سه گروه ندولر، منتشر و اسکروزان تقسیم کردند که نوع ندولر مشابه فیبرآدنوما یا کارسینوما، نوع منتشر شبیه کارسینوما التهابی و نوع اسکروزان مشابه کارسینوما *Scirrhous* تظاهر می یابد. (۹)

در حال حاضر یافته ماموگرافی و آسپیراسیون سوزنی (*FNA*) در تشخیص التهاب سلی پستان کمک کننده نیستند. (۲ و ۱۲) اگرچه ماکانجولا با بررسی ۱۱۵۲ ماموگرافی انجام شده ۶ بیمار مبتلا به سل پستان را شناسایی نمود و نتیجه گرفت برجستگی پوست و نشانه مجرای سینوسی (*Sinus sign tract*) تشخیص سل پستان را مطرح می نمایند. (۷) البته

Sulaimani S , Al Saleh M. Mammographic features of breast tuberculosis. *Clin Radiol* 1996 ; 51 (5) : 354-8

8. Mendes W , Da S , Levi M , Levi GC. Breast tuberculosis : case report and literature review. *Rev Hosp Clin Fac Med Saopaulo* 1966 ; 51 : 136-7

9. Shide SR, Chandawarkar RY, Deshmukh SP. Tuberculosis of the breast masquerading as carcinoma : a study of 100 patients. *World J surg* 1995 ; 19 : 379-81

10. Talei AR. Tuberculosis of the breast. *Iranian J of Medical Sceinces* 1999 ; 24 (182) : 74-6

11. Tereshin VS , Oksachenko OG , Fursa NI , Larkina VS. A case of breast tuberculosis in patients with disseminated pulmonary tuberculosis. *Probl tuberk* 1998 ; 1 : 55-6

12. Vassilakos P. Tuberculosis of the breast: cytologic finding with fine needle aspiration. *ACTA Cytol* 1973 ; 17 : 160

13. Zhivetskii AV. Tuberculosis of the breast. *Vestn khir* 1979 ; 122 (5) : 56-8

این که سل پستان بیماری نادری است ، ولی در کشورهای آندمیک باید در تشخیص افتراقی توده های پستان مورد توجه قرار گیرد.

مراجع :

1. Chandhuri M , Sen S , Sengupta J. Breast lumps , a study of 10 years. *J Indian Med Assoc* 1995 ; 93 : 455-7

2. Divan RV , Shinde SR. Tuberculosis of breast .A clinicoradiologic study. *Indian J Radiology* 1980 ; 34 : 275

3. Haagensen CD. *Infection of the breast*. 2nd ed , Philadelphia , Saunders , 1971 , 335-6

4. Hamit HF , Ragsdale TH. Mammary tuberculosis. *J R Soc Med* 1982 ; 75 : 764

5. Juan Rosai , Ackerman S. *Surgical pathology*. 8th ed , St Louis, Mosby , 1996, 1197-8

6. Kessler E , Wollech Y. Granulomatous mastitis : a lesion clinically simulating carcinoma. *Am J Clin Pathol* 1972 ; 58 : 742-6

7. Mankanjuola D , Murshid K , Al