

بررسی ندول‌های پستان در زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه اختصاصی

بیمارستان شهید رجائی قزوین

دکتر پرویز فلاح* دکتر زهرا میرزائی** دکتر خسرو ایازی*** دکتر سعید آصف‌زاده****

چکیده :

این مطالعه به منظور تعیین میزان ندول‌های پستان در زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه پستان مرکز آموزشی، درمانی شهید رجائی قزوین در سال‌های ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ انجام شد. تعداد ۳۷۴ نفر زن به صورت نمونه‌گیری اتفاقی ($\alpha = 0/05$ و $d = 4\%$ و $P = 20\%$) مورد بررسی بالینی و آزمایشگاهی قرار گرفتند. میانگین سنی زنان $35/8 \pm 10/6$ سال، متوسط سن اولین ازدواج $20/8 \pm 16/5$ سال و میانگین سن حاملگی آنها $19 \pm 4/1$ سال بود. در تشخیص اولیه ۲۸/۱ درصد طبیعی، ۵/۶ درصد فیبروکسیستیک، ۹/۹ درصد پستان دردناک، ۳۱/۸ درصد ندول مشکوک، ۱۳/۱ درصد ندول با چسبندگی، ۱/۶ درصد فیبروآدنوم و یک نفر دچار پستان اضافی بودند.

در مجموع ۳۵ نفر (۹/۴ درصد) دارای توده خوش خیم و ۱۱ نفر (۲/۹ درصد) دارای ضایعه بدخیم بودند که ۸ مورد ماستکتومی شدند.

بیشترین میزان ندول در زنانی مشاهده شد که قبل از ۴۵ سالگی یائسه شده بودند. بین سابقه مصرف قرص‌های ضد بارداری با ندول رابطه‌ای به دست نیامد.

کلید واژه‌ها : سرطان پستان - ندول پستان - بیماری فیبروکسیستیک - فیبروآدنوم

Keywords : Breast Cancer , Breast Nodule , Fibrocystic disease

* استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

** متخصص جراحی

*** استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**** استادیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

□ مقدمه :

اهمیت بررسی بیماری‌های پستان در تشخیص به موقع توده‌های سرطانی و درمان مناسب بیماران جهت کاهش مرگ و میر است. تشخیص موارد خوش خیم و یافتن آن دسته از ضایعات خوش خیم که در خطر بروز سرطان مؤثر هستند، ارزشمند است.

سرطان پستان در دنیا یک مشکل اپیدمیولوژیک است که ۳۲ درصد کل سرطان‌های زنان و ۱۹ درصد مرگ و میر ناشی از سرطان را در زنان در بر می‌گیرد. سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در میان زنان اروپایی، آمریکای شمالی، قسمت اعظم آمریکای لاتین و استرالیا است و در اکثر جوامع فوق علت اصلی مرگ و میر در زنان ۳۵ تا ۴۵ ساله می‌باشد. در بسیاری از کشورهای آسیایی که این بیماری نادر به نظر می‌رسید موارد بروز آن رو به فزونی است و میزان بروز در نسل دوم آسیایی‌های مهاجر به ایالات متحده همانند آمریکایی‌ها می‌باشد. از دهه ۱۹۴۰ میلادی، میزان بروز سرطان پستان به طور ثابت در حال افزایش است. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، سالانه یک الی دو درصد به میزان بروز این سرطان در کل جهان افزوده می‌شود و سرعت افزایش در کشورهای کم شیوع، بیشتر از کشورهای پر شیوع است.

در کشور ما، به دلیل فراگیر نبودن مراکز ثبت وقایع حیاتی به خصوص سرطان، نمی‌توان در مورد میزان بروز و شیوع سرطان پستان و میزان مرگ و میر حاصل از آن اظهار نظر قطعی کرد. ولی براساس برآوردهای کارشناسان بهداشتی - درمانی، ایران از نظر شیوع سرطان پستان حداقل جزو مناطق کم شیوع نیست و شیوع متوسط دارد (۲).

اکثر موارد سرطان در کشور ما در هنگام مراجعه بیمار و تشخیص، در مرحله پیشرفته است و در یک مطالعه بر روی ۳۰۰۰ پرونده مربوط به بیماری‌های

پستان، شایع‌ترین مرحله در هنگام درمان، مرحله III بوده است (۲). در اکثر کشورهای رو به توسعه متوسط سن بروز سرطان پستان نسبت به کشورهای توسعه یافته حدود ۱۰ تا ۱۲ سال پایین‌تر است و سنین قبل از یائسگی را شامل می‌شود. پیش‌بینی می‌شود که در ایران نیز چنین وضعیتی وجود داشته باشد (۶ و ۸ و ۱۰). در گزارش دو مطالعه در ایران روی ۹۰۳ و ۶۴۸ مورد سرطان پستان، شایع‌ترین سن بروز به ترتیب ۴۰ الی ۴۹ و ۳۶ الی ۴۵ سال به دست آمد (۲).

قسمت عمده موفقیت در مقابله با سرطان پستان حاصل برنامه‌های غربالگری، تشخیص سریع و ارائه درمان مناسب است. معمولاً سیر رشد سرطان پستان کند و مرحله پیش بالینی آن طولانی است و اگر متوسط زمان دو برابر شدن اندازه تومور (*Doubling time*) ۱۰۰ روز فرض شود، از زمان بوجود آمدن یک سلول سرطانی تا رسیدن به اندازه یک سانتی‌متر، حدود ۸ سال زمان مورد نیاز است.

با بررسی بالینی و خودآزمایی مرتب می‌توان تومور را در اندازه‌های کوچکتر تشخیص داد. در کشورهای غربی اندازه تومور در موقع مراجعه و تشخیص در زنانی که خودآزمایی انجام نمی‌دهند، به طور متوسط ۴ سانتی‌متر و در زنان با خودآزمایی نامرتب ۲/۵ سانتی‌متر و در زنانی که بطور مرتب خودآزمایی می‌کنند، کمی کوچکتر از ۲ سانتی‌متر است. لذا با توجه به اهمیت سرطان پستان، توده‌های پستانی در زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه اختصاصی پستان مرکز آموزشی، درمانی شهید رجائی مورد بررسی قرار گرفت.

□ مواد و روش‌ها :

این مطالعه توصیفی بر روی ۳۷۴ زن ارجاع شده به

۳۳۲ نفر (۸۸/۸ درصد) متأهل ، ۲۸ نفر (۷/۵ درصد) بیوه یا مطلقه و ۱۴ نفر (۳/۷ درصد) مجرد بودند. به لحاظ تعداد فرزند ۲۸ نفر بدون فرزند و ۳۴۶ نفر دارای ۱ تا ۸ فرزند بودند. ۶۵ نفر ساکن روستا و ۳۰۹ نفر ساکن شهر بودند. تحصیلات ایشان از بی‌سواد تا دانشگاهی متغیر بود. ۹۷ نفر (۲۵/۹ درصد) بی‌سواد ، ۱۵۱ نفر (۴۰/۴ درصد) دارای سواد ابتدایی ، ۱۰۵ نفر (۲۸/۱ درصد) دارای تحصیلات دبیرستانی و ۲۱ نفر (۵/۶ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. همچنین به لحاظ اشتغال ۳۲۴ نفر (۸۷/۱ درصد) خانه‌دار ، ۴۴ نفر (۱۱/۸ درصد) کارمند و ۴ نفر (۱/۱ درصد) بازنشسته بودند.

سن اولین قاعدگی از ۱۲ تا ۱۷ سال متغیر بود و بیشتر آنها (۵۶/۷ درصد) در سنین ۱۳ تا ۱۴ سالگی قاعده شده بودند (میانگین سن قاعدگی ۱۳/۸ سال با انحراف معیار ۱/۳).

متوسط سن اولین ازدواج ۲۰/۸ سال با انحراف معیار ۱۶/۵ سال بود که بین ۹ تا ۳۸ سال متغیر بود. میانگین سن اولین حاملگی ۱۹ سال با انحراف معیار ۴/۱ سال بود. ۳۳۱ نفر از زنان دارای سابقه شیردهی و ۳۸ نفر بدون سابقه شیردهی بوده‌اند (جدول شماره ۳). ۶۷ نفر (۱۸/۵ درصد) سابقه استفاده از قرص‌های ضد بارداری داشتند و ۲۹۵ نفر (۸۱/۵ درصد) از قرص‌های ضد بارداری استفاده نمی‌کرده‌اند.

۴۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده یائسه بودند. سن یائسگی در ۸ نفر کمتر از ۴۴ سالگی ، در ۱۹ نفر بین ۴۵ تا ۴۹ سالگی و در ۱۳ نفر بالاتر از ۵۰ سالگی بود (جدول شماره ۲).

۶ نفر از زنان مراجعه‌کننده سرطان رحم و ۲۵ نفر سابقه یبوسی پستان داشتند.

کل زنان مراجعه‌کننده معاینه بالینی شدند که نتیجه

درمانگاه پستان انجام شد که حجم نمونه با اطمینان ۹۵ درصد ، احتمال ۲۰ درصد تشخیص مثبت ندول و خطای ۴ درصد تعیین گردید.

روش گردآوری داده‌ها مصاحبه و مشاهده (معاینه بالینی در مرحله اول و آزمایش پاتولوژی در مرحله دوم) و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و چک لیست حاوی ۲۵ سؤال بود.

به منظور اجرای طرح ، درمانگاه پستان در مرکز آموزشی درمانی شهید رجائی تأسیس شد و مکاتبات لازم با معاونت بهداشتی و پزشکان شهر به منظور ارجاع موارد مشکوک به این درمانگاه انجام گردید.

ابتدا مراجعین به درمانگاه مورد مصاحبه قرار گرفته و از علت و نحوه مراجعه ایشان سؤال می‌شد. سپس موارد مطروحه در پرسشنامه که شامل محتوای اهداف ویژه بود ، پرسیده شده و بیماران توسط یک خانم رزیدنت جراحی مورد معاینه کامل قرار می‌گرفتند ، در صورت کشف ندول پستان ، نمونه‌برداری توصیه می‌شد و در صورت انجام نمونه‌برداری که در این مطالعه اساساً از طریق بیوپسی انسیزیونال و اکسیژنال بود ، نمونه‌های پاتولوژیک توسط یک یا دو پاتولوژیست مورد بررسی و گزارش قرار می‌گرفت. در این مطالعه به دلیل دیده شدن اشکالاتی در گزارشات ماموگرافیک تنها در موارد مثبت کلینیکی ، بررسی جراحی و پاتولوژیک صورت گرفت.

مباحثه یافته‌ها:

از مجموع ۳۷۴ زن مراجعه‌کننده ، ۲۱۴ نفر (۵۷/۲ درصد) توسط پزشک ، ۶۸ نفر (۱۸/۲ درصد) توسط مراکز بهداشتی ارجاع شده و ۹۲ نفر (۲۴/۶ درصد) شخصاً مراجعه کرده بودند (جدول شماره ۱). میانگین سن آنها ۳۵/۸ سال با انحراف معیار ۱۰/۶ سال بود.

سابقه شیردهی در ارتباط با وجود یا عدم وجود ندول بررسی شد که فقط در سه مورد وضعیت جسمانی، تأهل و سابقه اورکتومی به لحاظ آزمون آماری تفاوت معنی‌داری در سطح اطمینان کمتر از ۰/۰۵ به دست آمد. یافته‌های آماری نشان می‌دهد که در زنان بالاتر از ۵۰ سال ندول بیشتر از سایر گروه‌های سنی بوده است (۴۱/۷ درصد). این آمار در سایر مطالعات بیش از ۶۷ درصد است.

در زنان مراجعه‌کننده ساکن روستا میزان ندول بیش از زنان مراجعه‌کننده ساکن شهر بود که در سایر مطالعات، در زنان شهرنشین این میزان بیشتر است. بیشترین میزان ندول در افراد لاغر دیده شد. البته باید توجه داشت که میزان وزن در رابطه با سن دارای اهمیت است چرا که مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که در سن بالای ۶۰ سال به ازای هر ۱۰ کیلوگرم اضافه وزن خطر ابتلاء ۸۰ درصد افزایش می‌یابد (۴).

بیشترین میزان بروز ندول در زنانی بود که در سنین ۱۳ و ۱۵ سال به بالا قاعده شده بودند. در سایر مطالعات خانم‌هایی که در سن ۱۲ سالگی و پایین‌تر قاعده شده‌اند و یا سیکل منظم‌تر داشته‌اند خطر ابتلاء به بیماری پستان ۴ برابر بوده است.

میزان بروز ندول در افرادی که بالاتر از سن ۲۵ سال ازدواج کرده بودند بیشتر بود (۵۰ درصد) همچنین در خانم‌هایی که حاملگی نداشتند میزان آن، ۵۸/۳ درصد و در مقابل در خانم‌های با سابقه حاملگی ۲۹/۴ درصد بود.

در زنان با سابقه شیردهی بروز ندول کمتر بود. مطالعات بین‌المللی نشان داده است که به ازای هر دوره ۵ ساله شیردهی کاهش حدود ۳۰ درصد در میزان خطر ابتلاء به سرطان پستان دیده می‌شود.

میزان بروز ندول در زنانی که سابقه مصرف هورمونی جهت پیشگیری از بارداری داشتند کمتر از

تشخیص بدین شرح بود: ۱۰۵ نفر (۲۸/۱ درصد) طبیعی، ۲۱ نفر (۵/۶ درصد) با علائم بیماری فیبروکیستیک، ۳۷ نفر (۹/۹ درصد) پستان دردناک، ۱۱۹ نفر (۳۱/۸ درصد) ندول مشکوک، ۳۶ نفر (۹/۶ درصد) دارای ترشحات، ۴۹ نفر (۱۳/۱ درصد) ندول با چسبندگی، ۶ نفر (۱/۶ درصد) فیبرآدنوم و ۱ نفر پستان اضافی.

برای ۲۴۱ نفر (۶۴/۴ درصد) بدون ندول هیچگونه مطالعه پاتولوژیک انجام نشد. از میان ۱۳۳ نفر دارای ندول، ۴۶ نفر نمونه‌برداری شدند که ۳۵ نفر (۹/۴ درصد کل مراجعین) توده خوش خیم و ۱۱ نفر (۲/۹ درصد) ضایعه بدخیم داشتند که ۸ نفر ماستکتومی شدند.

بحث و نتیجه‌گیری:

اکثر مطالعات بین‌المللی به شرح عوامل مختلف و نقش آنها در بروز سرطان پستان به طور خاص پرداخته‌اند و مطالعه‌ای مشخص در مورد رابطه این عوامل با توده‌های پستانی به صورت عام یافت نشده است.

در این مطالعه تعداد ۳۷۴ نفر از طریق معرفی پزشکان، مراکز بهداشتی درمانی و نیز مراجعه خود بیمار در درمانگاه پستان پذیرفته شدند که بیشترین میزان ندول در ارجاعات توسط پزشک و سپس خود بیمار و کمترین آن در ارجاعات توسط مراکز بهداشتی درمانی بود. این نشان می‌دهد که اگر آموزش خودآزمایی به زنان داده شود، می‌تواند روشی ارزان و سریع در تشخیص زودرس ندول‌های پستان و سرطان پستان باشد.

در مطالعه حاضر، عوامل مختلف نظیر سن، سن اولین قاعدگی، سن ازدواج، تحصیلات، شغل، تعداد فرزند، مصرف هورمون، وراثت، سابقه اورکتومی و

خودآزمایی و مراجعه جهت معاینات دوره‌ای توسط کارشناسان مربوطه اقدام نمود. شاید مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی بتوانند به عنوان پایگاهی برای این معاینات در نظر گرفته شوند. در مورد افرادی که از لحاظ بالینی مثبت یا مشکوک هستند توصیه و تشویق جهت انجام نمونه‌برداری به طرق مختلف الزامی است و برای خانم‌هایی که دارای سابقه فامیلی مثبت هستند برنامه معاینات منظم توصیه می‌شود.

در مورد سایر فاکتورهای خطر می‌توان به تغییر چهارچوب زندگی فرد و نیز انجام روش‌های متعدد تشخیصی در فواصل نزدیک اقدام نمود. به هر حال برای افزایش آگاهی پزشکان و آگاه‌سازی جامعه انجام مطالعات تحلیلی و اجرای برنامه‌های آموزشی ضروری به نظر می‌رسد. همچنین لازم است بیماریابی وسیع‌تری در جهت کشف بیماران در مراحل پایین‌تر صورت گیرد.

زنانی بود که سابقه مصرف نداشتند. در مطالعات بین‌المللی نیز رابطه‌ای صریح بین مصرف هورمون با ابتلاء به ندول پستان به دست نیامده است (۹).

بیشترین میزان بروز ندول در زنانی بود که در کمتر از ۴۵ سالگی یائسه شده بودند هرچند که تعداد نمونه در این مطالعه برای نتیجه‌گیری کافی نبوده است. گفته می‌شود که در صورت بروز یائسگی منوپاز طبیعی قبل از ۴۵ سالگی، خطر ابتلاء حدود نصف افرادی است که بعد از ۵۵ سال یائسه می‌شوند (۴).

در این مطالعه ندول در افراد با سابقه اورکتومی دیده نشد. در مطالعات دیگر نشان داده شده است در منوپاز مصنوعی و یا اورکتومی خطر بروز سرطان و بیماری‌های پستان تا حدود زیادی کاهش می‌یابد (۵).

وجود سابقه فامیلی مثبت با یک افزایش میزان خطر ابتلاء به سرطان پستان در این خانواده‌ها از دیرباز شناخته شده است. اگرچه در این بررسی تعداد نمونه‌های دارای سابقه فامیلی زیاد نیست و اختلاف معنی‌داری مشاهده نشده است ولی به لحاظ ظاهری، درصد افراد بدون سابقه فامیلی مثبت بیشتر از افرادی است که دارای سابقه فامیلی مثبت ابتلاء به سرطان پستان بوده‌اند.

در بررسی حاضر ۲۰ درصد افراد دارای سابقه سرطان رحم و تخمدان، ندول داشتند که در مطالعات دیگر خطر نسبی در رابطه با سرطان تخمدان و رحم حدود ۱/۵ برابر گزارش گردیده است. به هر حال این مطالعه می‌تواند شروعی برای انجام مطالعات تحلیلی باشد تا فاکتورهای مرتبط با بروز ندول پستان در جامعه ما بیشتر روشن گردد.

با توجه به شرایط اجتماعی - فرهنگی جامعه ما، لازم است مراکزی جهت معاینات دوره‌ای پستان و انجام ماموگرافی وجود داشته باشد در این مراکز می‌توان جهت تشویق و آموزش خانم‌ها برای

جدول ۱:

توزیع زنان مراجعه‌کننده برحسب نحوه مراجعه

ندول / مراجعه	بزشک	مراکز بهداشتی درمانی	خودبیمار
ندارد	۱۳۲ ٪۶۱/۷	۴۹ ٪۷۲/۱	۵۹ ٪۶۴/۸
دارد	۸۲ ٪۳۸/۱	۱۹ ٪۱۴/۳	۳۲ ٪۳۵/۲
جمع	۲۱۴	۶۸	۹۱

جدول ۲:

توزیع زنان مراجعه‌کننده برحسب سن یائسگی و وجود یا عدم وجود ندول

ندول / سن یائسگی	≤ 44	۴۵-۴۹	≥ 50	جمع
ندارد	۳	۱۳	۸	۲۴
دارد	۵	۶	۵	۱۶
جمع	۸	۱۹	۱۳	۴۰

جدول ۳:

توزیع زنان برحسب سابقه شیردهی و وجود یا عدم وجود ندول

ندول / شیردهی	ندارد	دارد	جمع
ندارد	۱۷ ٪۴۵	۲۲۱ ٪۶۶/۷	۲۳۸
دارد	۲۱ ٪۵۵	۱۱۰ ٪۳۳/۲	۱۳۱
جمع	۳۸	۳۳۱	۳۶۹

📖 مراجع :

- American Cancer-Society 6th Edition , 1983 , Ch.12 , 120-140.*
7. I. Craig Henderson , Anthony B. Miller Judy E. Carber-Causes of breast cancer and High risk group In : Jay R. Harris Samuel Hellman *Breast diseases Philadelphia J.B. Lippincott company 2nd. ed. 1991 , Ch.8 , 119-164.*
8. Kirby J. Bland and Edward M. Ccpeland III *Breast. In : Schwarts etal. Principles of Surgery New york , McGraw-Hill inc 6th ed. 1994 , Ch.14 , 531-93.*
9. Sterns , EE. *Risk factors : Marchant obstet-Cynecal-Cli North-Ame. 1994 Dec ; 21 (4) : 561- 86.*
10. Thomas , SM , Fick , AC. *A model-based prediction of the impact on reduction in mortality by a breast cancer screening programme in the city of florunce. Italy Ear-J. Cancer. 1995 ; 31. 342-53.*
- ۱- آزر م ، طالب و همکاران. بررسی توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در بیماران مبتلا به سرطان در ۵ سال (۷۴ - ۱۳۶۹) در استان اصفهان. (ماخذ شماره ۲۷).
- ۲- اکبری ، محمد اسماعیلی ، حریرچی ، ایرج. ادغام تشخیص زودرس سرطان پستان در نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی. نبض. اسفند ماه ۱۳۷۵ ، سال ۶ : ۸-۱.
- ۳- حریرچی ، ایرج و همکاران. بررسی شاخص‌های پاتولوژیک بیماری‌های پستان در تهران ۷۴ - ۱۳۶۴. (ماخذ شماره ۲۷).
4. Gilbert , FI , Low , G. *One step diagnosis for symptomatic breast dise. Ann-R-Coll-Surg-End. 1995 Jan ; 77 (1) : 24-7.*
5. Gui , GP etal. *Mammography in hospital use and misuse woods-WG-J-R-Coll-Surg-Edinb. 1995 : 37 (1).*
6. Henry M. Keys , Richard F. Bakemeier Edwin D. Savlov-Breast Cancer In : Philip Rubin , *Clinical oncology university of Rochester ,*