

توده واضح پستان

۱- مسایل مهم در مورد یک توده تازه در پستان، زمان ایجاد آن و تغییرات از زمان ایجاد آن است که در خانمهای در سن باروری شامل درد و تغییر اندازه همزمان با دوره‌های قاعدگی می‌باشد. علائم همراه شامل تغییرات پوست و مجموعه هاله و نوک پستان، درد و حساسیت می‌باشد.

۲- ریسک فاکتورهای سرطان پستان باید در تاریخچه همه زنان با توده واضح پستان پرسیده شود که شامل سن، سابقه خانوادگی (بویژه فامیل درجه اول)، سابقه سرطان مشخص پستان یا انواع خاصی از پاتولوژیهای خوش خیم پستان (مثل هایپرپلازی آتیپیکال و کارسینوم لوبولار در جا)^۱ و مسایل هورمونی (مثل سن قاعدگی و یائسگی، تعداد فرزندان، استفاده از هورمونهای خارجی) می‌باشد. ۷۵٪ زنانی که سرطان پستان دارند تنها ریسک فاکتور سن بالا در آنها وجود دارد. عدم وجود ریسک فاکتورهای دیگر نباید اقدامات تشخیصی را محدود کند.

۳- توده واضح پستان معمولاً توسط بیمار کشف می‌شود که اهمیت آموزش و تشویق به انجام آزمایش فردی ماهانه پستان را نشان می‌دهد.

۴- آزمایش فیزیکی پستان در غربالگری سرطان یا در ارزیابی بیمار با یک توده جدید بسیار با اهمیت است. حدود ۱۵٪ - ۲۰٪ از توده‌های پستان در ماموگرافی یافت نمی‌شوند که اهمیت آزمایش فیزیکی پستان را نشان می‌دهد. بیماران باید در حالت نشسته و خوابیده به پشت معاینه شوند. محدوده معاینه شامل کلویکل از بالا، حد خارجی استرنوم از داخل، عضله لاتیسیموس از خارج و چین زیر پستان از

پایین می‌باشد. نوع معاینه عمودی بیشترین حساسیت را دارد. معاینه باید با سطح کف دستی انگشتان انجام شود چون از نوک انگشتان بسیار حساس‌تر است. وارد آوردن فشارهای با مقدار متفاوت می‌تواند در پیدا کردن ضایعات در عمق‌های متفاوت پستان کمک کند. دستها در هنگام معاینه نباید از پستان جدا شود.

۵- اگر توده‌ای کاملاً مشخص (با حدود مشخص) باشد، سونوگرافی مفیدترین وسیله ارزیابی است و بویژه در تشخیص ضایعات سیستیک و توپر مفید است. سونوگرافی همینطور در زنان جوان که پستانهای متراکم دارند وسیله تصویربرداری مفید تری است. در صورت آسیب‌بردن کیست، کلاپس کامل کیست ممکن است دیده شود. در ضایعات جامد می‌توان از سونوگرافی جهت راهنمایی برای نمونه برداری استفاده کرد.

۶- ماموگرافی روش تشخیصی استاندارد طلایی در خانم‌های با یک توده واضح قابل لمس در پستان می‌باشد. ماموگرافی می‌تواند شامل بزرگنمایی در ناحیه توده قابل لمس باشد. این مساله بویژه در شناخت کلسیفیکاسیون‌های همراه و بهم ریختگی‌های ساختمانی در محل توده کمک کننده است.

ماموگرافی همچنین نواحی دیگر پستان را نیز نشان می‌دهد که در بعضی موارد ممکن است بیماری چند کانونی و یا کلسیفیکاسیون‌های متعدد وجود داشته باشد. تصویربرداری باید قبل از بیوپسی انجام شود تا بهم ریختگی ساختمانی در اثر تجمع خون باعث اختلال در تصویر نشود. FNA (با سوزن شماره ۲۵ یا ۲۷) می‌تواند قبل از بیوپسی در خانم‌هایی با سابقه قبلی توده کیستیک و یا علائم بالینی همراه با کیست ساده انجام شود.

یافته‌های ماموگرافی که مطرح کننده بدخیمی می‌باشند شامل: توده توپر با یا بدون ساختار ستاره‌ای^۱، ضخامت غیر قرینه پستان و میکروکلسیفیکاسیون به صورت خوشه^۲ می‌باشد. (شوارتز)

۷- MRI جزء روش‌های تشخیصی در توده پستان نمی‌باشد. MRI می‌تواند در کسانیکه یک غده لنفاوی برجسته آگزیلاری دارند ولی آزمایش فیزیکی و ماموگرافی آنها نرمال است جهت تشخیص تومور اولیه استفاده شود. همچنین در کسانیکه بافت مصنوعی^۳ پستان یا سابقه جراحی پستان دارند مفید است.

۸- کیست ساده اگر بدون علامت باشد می‌تواند بعد از آسیب‌بردن بصورت بالینی پی گیری شود. در هنگام آسیب‌بردن کیست ساده، باید مایع شفاف باشد و کیست کاملاً از بین برود. اگر کیست دوباره ظاهر شود خارج‌سازی جراحی باید انجام شود.

۹- کیست‌های مجتمع و توده‌های جامد نیاز به تشخیص قطعی دارند.

۱۰- اگر آسیب‌رسانی خونی باشد یا اگر توده کاملاً از بین نرود باید مایع آسیب‌برده شده برای سیتولوژی فرستاده شود و توده برداشته شود.

1 Satellite

2 Cluster

3 Implant

- ۱۱- نتایج انجام بیوپسی با سوزن برای برنامه ریزی درمان توده پستان مفید است. تشخیص کارسینوم در بیوپسی با سوزن، از تعدد فرآیندهای تشخیصی جلوگیری می‌کند.
- ۱۲- بیوپسی سوزنی مرکزی^۱ بخوبی تحمل می‌شود و اطلاعات زیادی راجع به ساختمان پستان می‌دهد که در سیتولوژی تنها بدست نمی‌آید و حساسیت (۹۰٪) و ویژگی بالا (۹۰ تا ۱۰۰٪) دارد. سوزن بزرگ نیاز به بی‌حسی موضعی و یک برش کوچک پوستی دارد و شانس زخم شدگی و تجمع خونی در مقایسه با FNA بیشتر است.
- شرایط انجام بیوپسی باز شامل موارد زیر می‌باشد:
- الف - وجود سلولهای آتیپیک در پاتولوژی حاصل از بیوپسی مرکزی
- ب - در صورتی که نتایج بیوپسی با یافته‌های رادیولوژیک همخوانی نداشته باشد
- ج - وجود فیروآدنوم با افزایش تجمع سلولی
- د - نمونه ناکافی. (سایستون)
- ۱۳- نتیجه FNA به مهارت فرد انجام دهنده و سیتوپاتولوژیست مربوط است ولی نیازی به بی‌حسی موضعی نیست. استفاده از FNA اخیراً کمتر شده که به علت ظهور سوزنهای مرکزی بزرگ می‌باشد که اطلاعات بیشتری می‌دهد.
- ۱۴- خارج‌سازی جراحی راه تشخیصی اصلی می‌باشد و در بیشتر موارد راه اصلی درمانی هم هست.
- ۱۵- تعداد زیادی ضایعات خوش خیم وجود دارد که برنامه درمان و پیگیری بستگی به پاتولوژی خاص آن دارد.
- ۱۶- فیروآدنوم ممکن است پی گیری شود یا خارج‌سازی جراحی انجام شود. اگر توده معیارهای تست ۳ تایی را داشته باشد (معاینه فیزیکی، معیارهای تصویربرداری و بیوپسی سوزن) می‌تواند بصورت کلینیکی پی گیری شود. اگر بدون تغییر باشد می‌تواند بمدت کوتاهی (۳-۴ ماه) دنبال شود یا خارج‌سازی جراحی شود و بیمار روی غربالگری نرمال قرار می‌گیرد.
- ۱۷- تغییرات فیروکیستیک شامل پاتولوژی متفاوتی از پستان می‌شود. در صورت وجود یک توده واضح و مشخص پستان و جواب بیوپسی سوزنی به نفع تغییرات فیروکیستیک باید برداشت جراحی انجام شود.
- ۱۸- تغییرات فیروکیستیک غیر تکثیری^۲ شانس سرطان پستان را افزایش نمی‌دهد و این بیماران باید تحت غربالگری نرمال قرار بگیرند که شامل آزمایش فردی ماهیانه پستان و انجام معاینه فیزیکی و ماموگرافی سالیانه پستان می‌شود.
- ۱۹- تغییرات فیروکیستیک تکثیری بصورت هایپرپلازی، شانس سرطان پستان را بصورت خفیفی افزایش می‌دهد. وجود آتیپی سلولی شانس سرطان پستان را ۵ - ۴ برابر افزایش می‌دهد و وجود کارسینوم لوبولار در جا در یک پیگیری ۱۵ ساله ۳۰٪ - ۱۵٪ افزایش ریسک را نشان می‌دهد.

کسانیکه آتیپی سلولی یا کارسینوم لوبولار در جا دارند باید در مورد ریسک سرطان مشاوره شوند و در مورد اعمال پیشگیری کننده مثل مصرف تاموکسیفن و جراحی پیشگیرانه توصیه شوند.

ترشح نوک پستان

