

ترشح نوک پستان

۱- ترشح نوک پستان در ۹۹٪ موارد خوش خیم است. سابقه ترشح از نوک پستان و اختلالات مجاری همراه مربوط به ماهیت ترشح است که شامل ناگهانی بودن یا نبودن، یکطرفه بودن یا دو طرفه بودن، یک یا چند مجرای بودن، رنگ ترشح (شیری، پنیری، سروز، سبز، مشکی، خونی)، سابقه عفونت، سابقه اختلالات غددی، حاملگی، داروها (کافئین، سیگار، هورمون‌ها، ماری جوانا، سایمتیدین یا داروهای مشابه) می‌باشد. تاریخچه خوب باید شامل فاکتورهایی باشد که ریسک سرطان را افزایش می‌دهند. میزان شانس را با استفاده از مدل Gail یا Clause حساب می‌کنیم.

۲- ترشح دو طرفه غیر خونی و غیر ناگهانی از چند مجرا خوش خیم است. فرد معاینه کننده باید فشاری در جهت عقربه‌های ساعت در اطراف آرئول وارد کند تا بتواند یک موضع خاص یا یک توده یا مجرای مترشحه را شناسایی کند.

۳- دیدن مایع مترشحه یا انجام تست گایاک روی ترشح پستان می‌تواند وجود خون میکروسکوپی یا ماکروسکوپی را در مایع مترشحه تعیین کند. رنگ آمیزی گرم در صورت شک به عفونت انجام می‌شود. دیدن نمونه زیر میکروسکوپ در مطب می‌تواند قطرات چربی را در ترشح شیری خوش خیم تأیید کند. انجام سیتولوژی روی ترشحات نوک پستان برای تشخیص سرطان، منفی کاذب حدود ۵۰٪ دارد. در هر بیماری با اختلالات غددی همراه باید اندازه گیری پرولاکتین، هورمون تیروئید و تست حاملگی انجام شود.

ماموگرافی در هر بیمار بالای ۴۰ سال باید انجام شود تا بیماری زمینه‌ای همراه رد شود. ماموگرافی منفی نباید خیلی مهم در نظر گرفته شود. در صورتی که با فشار به محل خاصی ترشح خارج شود، ماموگرافی باید انجام شود. (شوارتز)

۴- ترشح خونی یا شفاف می‌تواند برای سالها بویژه بعد از حاملگی وجود داشته باشد. در درصد کمی از بیماران ترشح شیری از پستان می‌تواند نشان‌دهنده هیپر پرولاکتینمی ناشی از پرولاکتینوما غده هیپوفیز باشد.

۵- ترشح یکطرفه ناگهانی نیاز به بررسی بیشتر دارد که علل آن می‌تواند تغییرات فیبروکیستیک، پاپیلوم داخل مجرای، اکتازی مجرا، آدنوم نوک پستان، حاملگی، بعد از شیردهی، عفونت، ماستیت مزمن یا آبسه زیرهاله و بصورت کمتر شایع (کمتر از ۱٪) ناشی از کانسر پستان باشد.

۶- بعضی ضایعات داخل مجرای شامل کانسر پستان، خون قابل تشخیص در ترشح نوک پستان ایجاد نمی‌کنند. داکتوگرافی، سیتولوژی آسپیراسیون نوک پستان، شستشوی مجرا یا داکتوسکوپی در تشخیص آنها کمک می‌کند.

۷- ترشح خونی یکطرفه یا ترشح یک طرفه که خون مخفی در آن مثبت باشد، ارزیابی بیشتر و درمان لازم دارد. شایعترین علل آن پاپیلوم داخل مجرا (۴۵٪)، اکتازی مجرا (۳۶٪)، کارسینوما (۸٪)، عفونت (۸٪) و علل دیگر (۳۱٪) می‌باشند. ترشح خونی ناگهانی دو طرفه می‌تواند در حاملگی دیده شود.

۸- میزان پرولاکتین بالا که در تکرار ثابت شده است، اندیکاسیون برای تصویربرداری از هیپوفیز جهت تشخیص پرولاکتینوما می‌باشد.

۹- گالاتوگرافی، داکتوگرافی، سیتولوژی آسپیراسیون و سونوگرافی فقط در صورتیکه مثبت باشند ارزش دارند و درصد منفی کاذب زیادی دارند. داکتوگرافی تقریباً در ۸۰٪ موارد غیر طبیعی است و در نتیجه میزان سودمندی آن محدود است.

شستشوی مجرا همراه با سیتولوژی و آندوسکوپی مجرا یک روش تازه ظهور یافته است که ممکن است در آینده سودمند باشد. امروزه در افراد با ریسک بالا، شستشوی مجرا بهترین استفاده را دارد. آندوسکوپی مجرا با اینکه برای تشخیص از راه مشاهده و سیتولوژی روش مفیدی است ولی هنوز توانایی خارج‌سازی توده با تهاجم کم را ندارد.

۱۰- ترشح رنگی شفاف یا شیری چه یکطرفه چه دو طرفه معمولاً با ترک سیگار و کاهش مصرف کافئین یا هر کدام به تنهایی بهبود می‌یابد.

۱۱- در ترشح یکطرفه ناگهانی از نوک پستان (خونی یا غیر خونی)، خارج‌سازی مجرای مترشحه تنها راه قابل اعتماد در جهت تشخیص و درمان است. توده قابل لمس یا مجرای پر از خون ما را به سمت محل داکتکتومی (برداشت مجرا) راهنمایی می‌کند (میکرو داکتکتومی). مجرای پر از خون باید در حد امکان از محل ریشه‌ای تر خارج شود چون بیشتر سرطان‌ها پروگزیمال هستند. دیگر اقدامات جراحی می‌تواند بصورت میله‌گذاری یا زدن ماده حاجب در مجرای غیر طبیعی باشد تا محل خارج‌سازی را مشخص کند.

تشخیص قطعی براساس بیوپسی برداشت کامل از مجرای درگیر یا هرگونه توده (در صورت وجود) می‌باشد. (شوارتز)

۱۲- اگر هیچ توده یا مجرای پیدا نشود، بیوپسی مرکزی از محل نوک پستان اجباری است. (برداشتن تمام ساختارهای مجرای در زیر مجموعه پستان و آرئول).

ندول تیروئید

(۱) تاریخچه و معاینه فیزیکی

- سن
- جنس
- رشد
- مسمومیت
- استرادیول
- دیس فازژی
- خشونت صدا
- رادیاسیون
- سابقه فامیلی

ندول تیروئید

معاینه فیزیکی
سایز
قوام (۲)
متحرک بودن
لنفادنوپاتی

