

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بیماری‌های پستان
معاینه بالینی و روش‌های تشخیصی
ویژه پزشکان و کارشناسان مراکز بهداشتی – درمانی
۱۳۸۹

گردآوری و تدوین:
دکتر مهراوندخت عابدینی

با همکاری:

دکتر احمد کاویانی
دکتر مطهره علامه
دکتر محمداسماعیل مطلق

اداره سلامت میانسالان
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سرشناسه	: عابدینی، مهراندخت، ۱۳۴۷، گردآورنده
عنوان و نام پدیدآور	: بیماری‌های پستان: معاینه بالینی و روش‌های تشخیصی (ویژه پزشکان و کارشناسان مراکز بهداشتی - درمانی / گردآوری و تدوین مهراندخت عابدینی، با همکاری مطهره علامه، احمد کاویانی، محمداسماعیل مطلق؛ [برای] اداره سلامت سالمندان، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
مشخصات نشر	: تهران: مضراب، ۱۳۸۹.
مشخصات ظاهری	: ۱۰۴ ص: مصور (بخشی رنگی)، جدول، نمودار.
شابک	: ۹۷۸۶۰۰۹۲۰۵۱۶۵
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیا.
یادداشت	: نمایه.
موضوع	: پستان -- بیماری‌ها
موضوع	: پستان -- بیماری‌ها -- تشخیص
موضوع	: پستان -- معاینه
موضوع	: پستان -- سرطان
شناسه افزوده	: علامه، مطهره، ۱۳۳۷، گردآورنده
شناسه افزوده	: کاویانی، احمد، گردآورنده
شناسه افزوده	: مطلق، محمداسماعیل، ۱۳۳۲.
شناسه افزوده	: ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت. اداره سلامت سالمندان
رده‌بندی کنگره	: ۹۱۳۸۹ ب۲ع/۴۹۲ RG
رده‌بندی دیویی	: ۶۱۸/۱۹
شماره کتابشناسی ملی	: ۲۲۶۳۳۱۴

بیماری‌های پستان

معاینه بالینی و روش‌های تشخیصی

(ویژه پزشکان و کارشناسان مراکز بهداشتی - درمانی)

تدوین و گردآوری: دکتر مهراندخت عابدینی

با همکاری: دکتر مطهره علامه - دکتر احمد کاویانی

دکتر محمداسماعیل مطلق

ناشر: مضراب

نوبت چاپ: اول ۱۳۸۹

چاپ و صحافی: بهرام

شمارگان: ۷۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸۶۰۰۹۲۰۵۱۶۵

حق چاپ برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محفوظ است.

شماره تماس: ۰۲۶۶۶۴۸۳۸۳۱-۷۷۲۶۸۰۰۲۶ Email: nashremzrab@yahoo.com

فهرست

۷	مقدمه
۹	فصل اول - اپیدمیولوژی سرطان پستان
۱۱	وضعیت سرطان پستان در دنیا
۱۹	وضعیت سرطان پستان در ایران
۲۳	فصل دوم - غربالگری، تشخیص زودرس
۲۵	انواع برنامه‌های غربالگری
۲۷	تشخیص زودرس
۲۸	انتخاب بین تشخیص زودرس و غربالگری
۳۱	فصل سوم - آناتومی، علائم و مشکلات شایع پستان
۳۳	آناتومی پستان
۳۵	علائم شایع بیماریهای پستان
۳۵	• درد پستان
۳۸	• ترشح از پستان
۴۳	• توده‌های پستان
۴۷	مشکلات شایع پستان
۴۷	• تغییرات فیبروکیستی
۴۸	• فیبرو آدنوم‌ها
۴۹	• عفونتهای پستان

۵۷	فصل چهارم - مشاوره، ارزیابی مددجو
۵۹	تعریف و اصول مشاوره
۶۰	شرایط و مراحل مشاوره
۶۲	شرح حال
۶۳	فاکتورهای خطر ساز در ایجاد سرطان پستان
۶۵	معاینه فیزیکی
۶۶	مشاهده
۶۶	لمس
۶۸	معاینه بالینی پستان
۶۸	جنس غده و شایع‌ترین محل‌های تومور
۶۹	خلاصه نکات بالینی مهم در انجام معاینه پستان
۷۰	فهرست کنترل انجام معاینه پستان
۷۱	غریبالگری سرطان پستان
۷۱	معاینه پستان توسط خود بیمار
۷۶	تمرین بر روی مولاژ
۷۷	پیشگیری از سرطان پستان
۷۹	فصل پنجم - روشهای تصویربرداری در تشخیص
۸۱	ماموگرافی
۸۴	بیماریابی از طریق ماموگرافی
۸۵	سونوگرافی
۸۵	MRI پستان
۸۷	فصل ششم - مراقبت‌های بیمار محور
۹۱	امکانات درمانی
۹۳	تواتر ارائه خدمات
۱۰۰	الگوریتم‌ها
۱۰۲	منابع

مقدمه

زندگی امروزی جوامع بشری بدلیل پیچیدگی‌های ناشی از پیشرفت تکنولوژی و مدرنیته سبب شده تا خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر از جمله تغذیه نامناسب، کم‌حرکی، چاقی و آلودگی‌ها و عوامل زیست محیطی افزایش یابد. از مهم‌ترین این بیماری‌ها ابتلا به انواع سرطان‌ها می‌باشد که به دلایل فوق رشد روز افزونی در همه کشورهای دنیا داشته است. افزایش امید به زندگی و افزایش جمعیت میانسال و سالمند نیز به دلیل افزایش طول مدت مواجهه با عوامل خطر فوق بر موارد ابتلا به سرطان افزوده است. خوشبختانه یکی از اقدامات مهم نظام سلامت کشور اسلامی ایران ایجاد نظام ثبت سرطان می‌باشد که در نوع خود کم نظیر و ستودنی است. این نظام امکان دستیابی به وضعیت سرطان‌ها در کشور را در اختیار سیاستگذاران سلامت قرار داده و سبب تسهیل طراحی برنامه‌های مداخله می‌گردد. اطلاعات نظام ثبت سرطان و مطالعه ملی بار بیماری‌ها حاکی از آن است که بیماری‌های پستان از جمله سرطان پستان از شایع‌ترین بیماری‌های زنان است و سرطان پستان به عنوان یکی از علل شایع و مهم مرگ و میر زنان در کشور ما از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و سبب خسارات فردی، خانوادگی و اجتماعی وسیعی می‌شود. تامین سلامت باروری زنان به عنوان یکی از اهداف دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس اهمیت بسیاری داشته و آموزش عموم مردم برای توجه به سلامت پستان و انجام معاینات بالینی پستان از برنامه‌های این دفتر می‌باشد.

کتابی که در پیش رو دارید مجموعه‌ای است که برای ارتقا آگاهی پزشکان و کارشناسان سیستم بهداشتی درمانی کشور در مورد بیماری‌های پستان تهیه شده

است. هدف از تهیه این مجموعه افزایش آگاهی کارکنان بهداشتی به منظور ارتقاء سطح سلامت بانوان می‌باشد و زمینه لازم جهت افزایش آگاهی بانوان جامعه در مورد بیماری‌های پستان را فراهم خواهد آورد.

لازم به ذکر است، با استقرار کامل برنامه جامع کنترل سرطان در سال‌های اولیه برنامه فقط مرحله تشخیص بیماری کاهش می‌یابد و در مراحل بعدی و پس از چندین سال (۱۵-۱۰ سال) مرگ و میر ناشی از سرطان هم کاهش خواهد یافت. امیدوارم به یاری خداوند متعال این راه پر فراز و نشیب هموار شده و مشارکت‌کنندگان برنامه‌های سلامت زنان موفق و مؤید باشند.

در پایان از اساتید محترم و مراکزی که در ویرایش این مجموعه همکاری نموده‌اند بویژه دفتر امور زنان وزارت بهداشت، مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (جناب آقای دکتر اکبری)، مرکز تحقیقات سرطان پستان دانشگاه علوم پزشکی شیراز (جناب آقای دکتر طالعی)، مرکز بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران (خانم دکتر الفت بخش) و اداره سرطان‌ها در مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت تشکر و قدردانی می‌نمایم.

دکتر محمداسماعیل مطلق

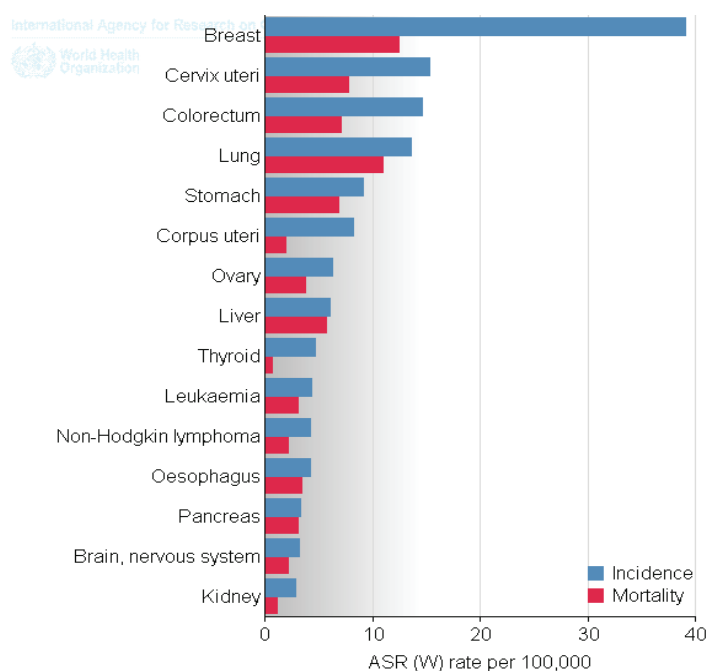
مدیرکل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

فصل اول

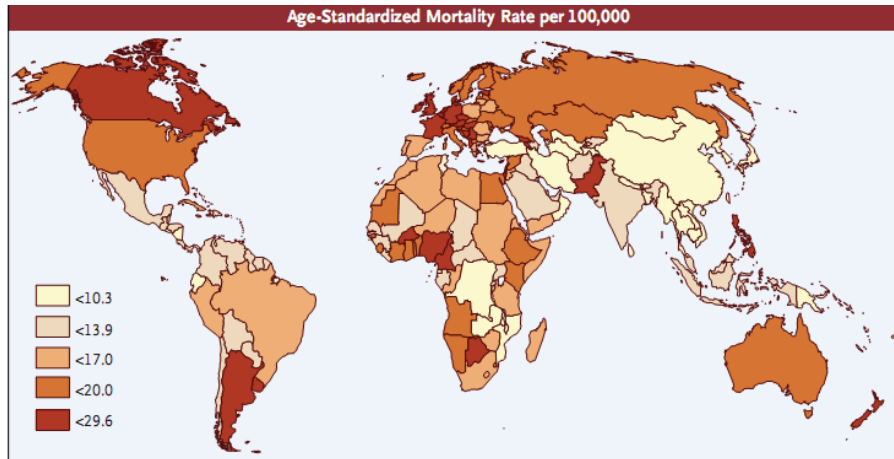
اپیدمیولوژی و اهمیت سرطان پستان

وضعیت سرطان پستان در دنیا:

در تمام دنیا شایع‌ترین علت مرگ بدلیل سرطان در زنان سرطان پستان می‌باشد. میزان بروز بیماری در دنیا حدود ۱۳۸۴۱۵۵ مورد در سال است، ASR* بیماری در سال ۲۰۰۸، ۳۹ و میزان موارد مرگ ناشی از سرطان پستان در دنیا ۴۵۸۵۰۳ گزارش شده است^{۱۱}. بررسی آمار مربوط به سرطان پستان موید افزایش این بیماری در دنیا می‌باشد. به‌نظر می‌رسد تا سال ۲۰۲۰، ۲۶ درصد افزایش در میزان کنونی سرطان پستان و عمدتاً در کشورهای در حال توسعه ایجاد شود. نمودار زیر وضعیت سرطان‌ها در زنان در تمام دنیا را در سال ۲۰۰۸ نشان می‌دهد. نکته مهم در این نمودار این است که علیرغم انسیدانس بسیار بالای سرطان پستان مثلاً در مقایسه با سرطان ریه، میزان مورتالیتی آن کمی بیش از سرطان ریه است و این نشان می‌دهد که این نوع سرطان در صورت تشخیص و درمان صحیح و زودرس بسیار قابل کنترل است.

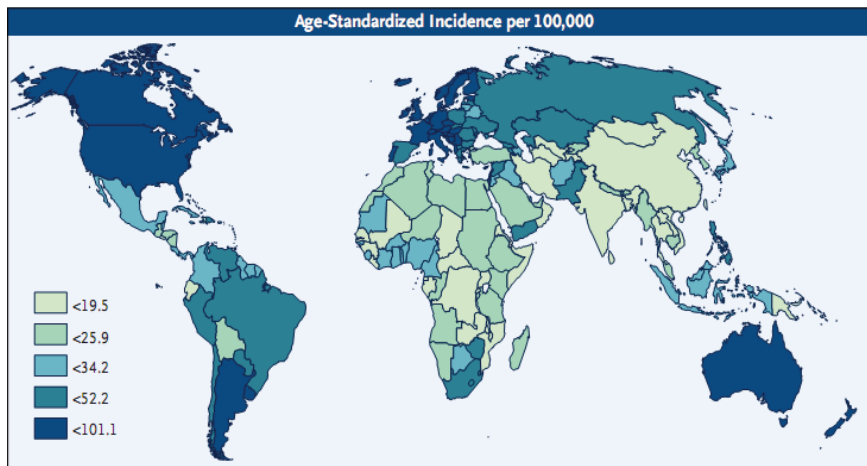


*میزان بروز اختصاصی سنی



Estimated Age-Standardized Rates of Breast Cancer (Top Panel) and Death Due to Breast Cancer (Bottom Panel), 2002. Data are from GLOBOCAN 2002, International Agency for Research on Cancer.

میزان مرگ ناشی از سرطان پستان در هر یکصد هزار نفر در دنیا



میزان بروز اختصاصی سنی سرطان پستان در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر در دنیا

وضعیت سرطان پستان در کشورهای پیشرفته:

در امریکا سرطان پستان یک سوم سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و میزان بروز آن از همه سرطان‌ها بیشتر است. شیوع سرطان پستان در طی ۶۰ سال گذشته دو برابر شده است و از حدود ۵۵ در ۱۰۰,۰۰۰ در سال ۱۹۴۰ به ۱۱۸ در

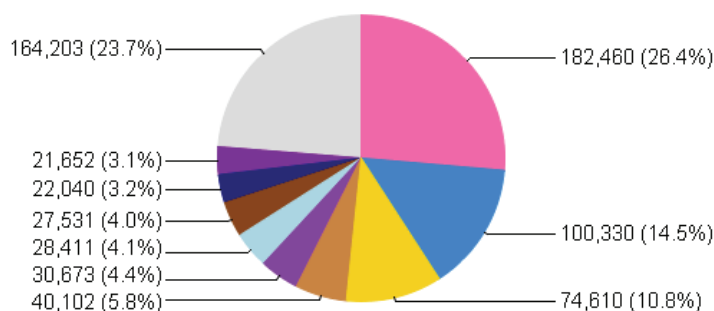
فصل اول - اپیدمیولوژی سرطان پستان ۱۳

۱۰۰,۰۰۰ در سال ۱۹۹۸ رسیده است. بنظر می‌رسد یکی از مهم‌ترین علل افزایش موارد بروز سرطان پستان در امریکا برنامه‌های بیماریابی و تشخیص زودرس بوده که منجر به کشف موارد بیشتری از سرطان در مراحل اولیه شده است. نمودارهای زیر وضعیت سرطان‌های زنان در ایالات متحده را در سال ۲۰۰۸ نشان می‌دهد.^۱

International Agency for Research on Cancer



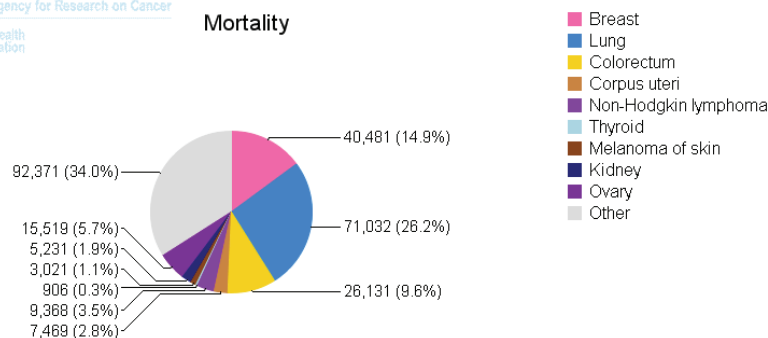
Incidence



International Agency for Research on Cancer



Mortality



میزان بروز و مرگ ناشی از سرطان پستان در امریکا

سالانه ۱۸۲۴۶۰ زن امریکایی با سرطان پستان تشخیص داده می‌شود و ۴۰۴۸۰ نفر به دلیل بیماری جان خود را از دست می‌دهند. سرطان پستان در امریکا در سال ۱۹۹۸ به اوج رسید و از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴ حدود ۳/۵ درصد سالیانه کاهش یافت. نکته قابل توجه این است که در رده سنی زنان ۵۰ تا ۶۹ سال حتی کاهش بیشتری دیده شده است. میزان مرگ در نتیجه سرطان پستان در نیمه دوم قرن اخیر حدود ۳۰-۳۲ در ۱۰۰,۰۰۰ ثابت باقی مانده است. حداقل میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان مربوط به سال ۲۰۰۳ و حدود ۲۵/۲ در صد هزار نفر بوده است.

از سوی دیگر در سال ۲۰۰۳ کاهش شدید در تجویز هورمون جایگزین (HRT) پس از یائسگی سبب کاهش شدید تومورهای پستان از نوع دارنده رسپتوراستروژنی و نهایتاً کاهش بروز بیماری شد.

جدول ۱- خطر سرطان پستان بر حسب سن (در امریکا)	
خطر	رده سنی
یک در ۱۸۳۷	۲۵ سالگی
یک در ۲۳۴	۳۰ سالگی
یک در ۷۰	۴۰ سالگی
یک در ۴۰	۵۰ سالگی
یک در ۲۸	۶۰ سالگی
یک در ۲۶	۷۰ سالگی
یک در ۸	در تمام طول زندگی

بررسی بقا و اپیدمیولوژی بیماری نشان داده است که ۷۵٪ از تومورهای پستان در زنان بالای ۵۰ سال رخ می‌دهد، فقط ۵/۶٪ در زنان زیر ۳۰ سال دیده شده است^۲

کمتر از یک درصد سرطان‌های پستان در زنان جوان‌تر از ۲۵ سال اتفاق می‌افتد. اما پس از ۳۰ سالگی افزایش ناگهانی در بروز سرطان پستان دیده می‌شود.

سرطان پستان در مردان بندرت دیده می‌شود. (فقط ۱۴۰۰ مورد) و ۴۰۰ مرگ تا سال ۲۰۰۰ در آمریکا ناشی از این سرطان برآورده شده است^۳. در سال ۲۰۰۷، ۲۰۳۰ مورد ابتلا یعنی حدود ۱ درصد کل سرطان‌های پستان و ۴۵۰ مرگ ناشی از سرطان پستان، در مردان گزارش شده است^۴.

وضعیت سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه:

نتایج یک مطالعه بین‌المللی در ارتباط با سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه حکایت از این واقعیت دارد که از میان چهار صد هزار مرگ ناشی از سرطان پستان، حدود ۵۵ درصد از آن در کشورهای با درآمد پایین رخ می‌دهد^۵. این نوع سرطان در جنوب شرق آسیا در حال حاضر شایع‌ترین نوع سرطان بوده و در شرق آسیا نیز در گروه جمعیتی بانوان، پس از سرطان معده و در جنوب آسیا پس از سرطان گردن رحم شایع‌ترین سرطان، سرطان پستان می‌باشد^۶.

در کشورهای شرق مدیترانه سرطان‌ها چهارمین علت مرگ می‌باشند و تخمین زده می‌شود که تا ۱۵ سال آینده بین ۱۰۰ تا ۱۸۰ درصد افزایش در بروز سرطان‌ها در منطقه وجود داشته باشد.

رده‌بندی سرطان‌های شایع زنان در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته

TABLE 3. Most frequent cancers in females in developed and developing countries

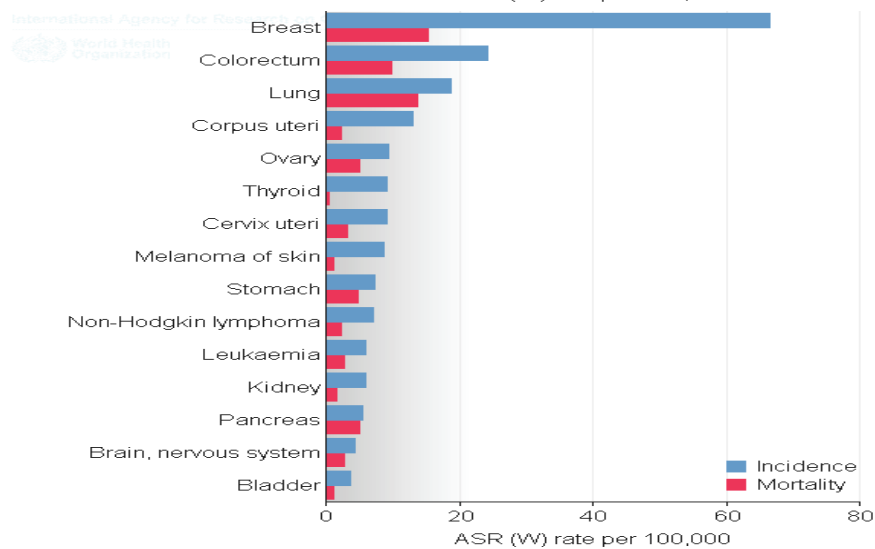
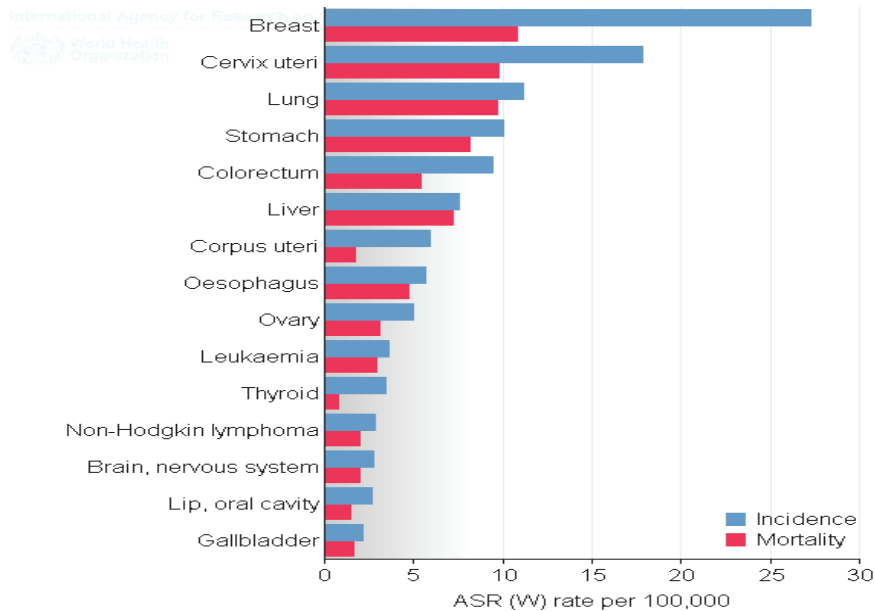
Developing countries		Developed countries	
Site	Number of cases	Site	Number of cases
Cervix	344 000	Breast	422 000
Breast	298 000	Colon/rectum	240 000
Stomach	148 000	Stomach	134 000
Mouth/pharynx	114 000	Lung	127 000
Colon/rectum	106 000	Cervix uteri	94 000

Source: Parkin, D.M., Pisani, P., Ferlay, J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985. *Int.J. Cancer* 1993; 54: 594-606.

در دهه گذشته سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان در کشورهای پیشرفته بود، در حالی که در کشورهای در حال توسعه سرطان دهانه رحم اولین جایگاه را از نظر شیوع داشته است (جدول ۳). در حالیکه آمار در دهه اخیر تغییر کرده و در حال حاضر سرطان پستان اولین جایگاه از نظر شیوع را در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته دارد. (نمودارهای صفحه بعد)

تفاوت مهمی در میزان بروز سرطان پستان در کشورهای مختلف وجود دارد.^۷ علیرغم اینکه یکی از عوامل موثر بر اپیدمیولوژی سرطان پستان، ژنتیک و ارث است ولی میزان بروز در مهاجران تغییر می‌کند و بروز در آنها مشابه کشور میزبان می‌شود، این امر نشان می‌دهد که شیوه زندگی و عوامل محیطی بر خطر بروز سرطان پستان اثرگذار است.

سرطانهای زنان در کشورهای در حال توسعه (سال ۲۰۰۸)



سرطانهای زنان در کشورهای توسعه یافته (سال ۲۰۰۸)

از جمله این عوامل به‌کارگیری منابع حفظ سلامت مانند امکان تشخیص زودرس و برنامه‌های غربالگری می‌باشد.^۳

آثار مالی ناشی از سرطان پستان:

در مطالعه انجام شده بر روی تعدادی از زنان نیجریه‌ای مبتلا به سرطان پستان معلوم شد که درجه دشواری برای کنار آمدن با سرطان (coping) به طور واضح بستگی به شدت سرطان دارد. استرس روحی و روانی بر تطابق با بیماری موثر است، بار اقتصادی ناشی از هزینه‌های بیماری بر نگرانی‌های روحی و روانی فرد تاثیر بسزائی دارد.^۴

در حال حاضر تنها ۵ درصد از هزینه‌های صرف شده برای سرطان مربوط به کشورهای در حال توسعه می‌باشد. سرطان پستان بین سه سرطانی است که بیشترین تاثیر اقتصادی را در دنیا داشته است. سرطان ریه با هزینه بالغ بر ۱۸۸ بلیون دلار، سرطان کولورکتال ۹۹ بلیون دلار و سرطان پستان ۸۸ بلیون دلار.^۵

در مطالعه انجام شده برای بررسی اثر مالی سرطان پستان بر روی زنان یائسه مبتلا و در استخدام دولت آمریکا، متوسط هزینه سالانه برای جمعیت مبتلا به سرطان پستان در زنان فوق به شرح زیر بوده است: هزینه پزشکی مستقیم ۸۷۲ هزار دلار، هزینه ناشی از عدم کار ۵۹۵ هزار دلار و کل هزینه بیماری برای هر بیمار ۱/۵ میلیون دلار بوده است.^۶

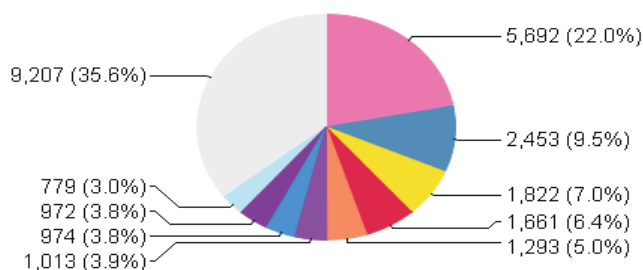
وضعیت سرطان پستان در ایران:

بر طبق آمار مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، سرطان پستان در ایران از نظر بروز بین تمام سرطانها در زنان، همچنان در رتبه اول قرار دارد و با بروز تعدیل شده سنی (ASR) ۲۷/۱۵ و تعداد ۶۹۷۶ مورد در سال ۸۶ بالاترین موارد بروز بین سرطانها را دارا است.

International Agency for Research on Cancer



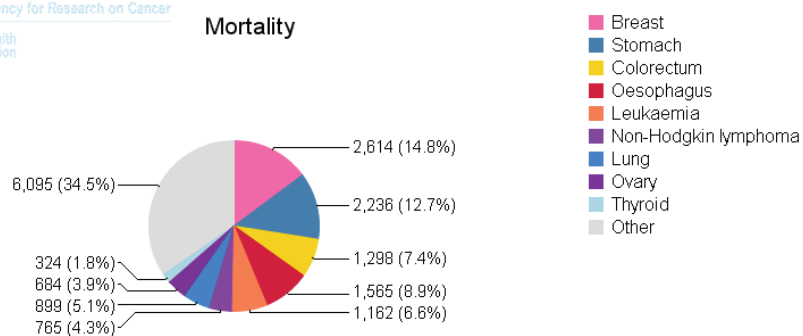
Incidence



International Agency for Research on Cancer



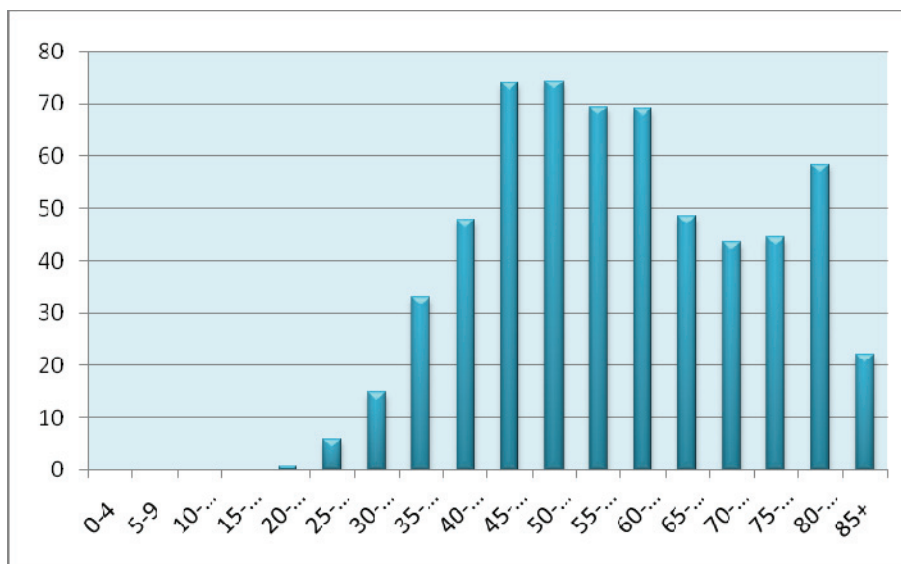
Mortality



میزان بروز سرطان پستان در سال ۱۳۸۴، ۵۹۸۱ مورد بوده است.^{۱۰}

بر اساس بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۲ در ایران، از بین ۲۸ استان کشور بروز این سرطان در بین زنان در ۱۷ استان رتبه اول را دارد. متأسفانه سن بروز سرطان پستان در زنان ایرانی پائین‌تر از میانگین سن جهانی است.^{۱۰}

نمودار بروز موارد کانسر پستان در سال ۱۳۸۴ در زنان ایرانی
(بر اساس گزارش وثبت پاتولوژی)

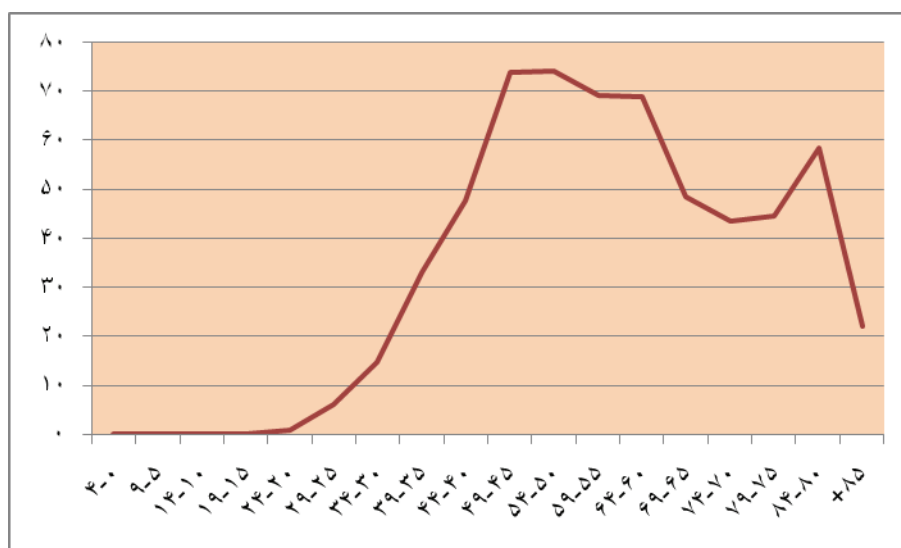


سرطان پستان پراکندگی استانی نسبتاً یکسانی داشته و در تمامی استانها در صدر موارد سرطانی گزارش شده قرار دارد بجز در اردبیل که پس از سرطان‌های معده و مری و در استان کهگیلویه بویراحمد، بعد از سرطان پوست قرار دارد. در مطالعه‌ای که در ایران در سال ۲۰۰۲ توسط دکتر سجادی و همکارانش انجام شد سرطان پستان در زنان برابر با ۱۷/۱ در یکصد هزار نفر جمعیت رتبه اول سرطان در زنان بود، این رقم در سال ۲۰۰۶، در بانوان به ۲۴ در صد هزار رسیده است.^{۱۱}

فصل اول - اپیدمیولوژی سرطان پستان ۲۱

میزان تخمینی موارد مرگ ناشی از سرطان پستان در زنان در سال ۱۳۸۲، ۸۹۶ مورد بوده است. میزان سالهای تعدیل شده عمر بر اثر ناتوانی (DALY)* محاسبه شده برای سرطان پستان در سال ۱۳۸۴ در زنان ۱۶۲۸۷ سال بوده است.^{۱۲}

در ایران بروز سرطان پستان در دو مقطع افزایش ناگهانی (Peak) دارد. اولین افزایش در سنین ۴۵ تا ۵۴ سالگی و پس از ۸۰ سالگی نیز دومین پیک آن رخ می‌دهد.^{۱۰}



منحنی خطی موارد بروز کانسر پستان در سال ۱۳۸۴ در زنان ایرانی
برای نمایش دو پیک سنی بروز بیماری

*DALY: Disability adjusted life years

فصل دوم
غربالگری، تشخیص زودرس

غربالگری، تشخیص زودرس^{۱۳}

طبق برآوردهای انجام شده که یک سوم سرطان‌ها با کشف زودرس و درمان به موقع به طور کامل معالجه می‌شوند.

با یک برنامه جامع کنترل سرطان، تعداد قابل توجهی از بیماران می‌توانند معالجه شوند و یا عمر طولانی‌تر پیدا کنند، در حالی که بدون تشخیص زودرس هزینه‌های درمانی افزایش یافته، منابع به طور غیر موثر مصرف می‌شوند یا به عبارتی هرز می‌روند و در نتیجه نیاز به خدمات درمانی حمایتی افزایش می‌یابد.

تعاریف و اصطلاحات^{۱۳}:

❖ برنامه کشف زودرس (early detection program) عبارت است از استقرار برنامه غربالگری سیستماتیک یا سازمان یافته که شامل بخش‌های زیر است غربالگری و تشخیص زودرس، تشخیص، درمان، پیگیری و بازتوانی بیماران است.

❖ تشخیص زودرس (Early diagnosis)

افزایش آگاهی عمومی و پرسنل بهداشتی از علائم و نشانه‌های سرطان پستان به منظور تسهیل تشخیص بیماری در مراحل اولیه می‌باشد. به عبارت دیگر شناسایی در مراحل پائین تر بیماری انجام می‌شود.

❖ بیماریابی و یا غربالگری (Screening)، به معنی انجام تست غربالگری در جمعیت بدون علامت بوده و هدف آن شناسایی افراد قبل از بروز بیماری و یا افرادی با نشانه‌های مشکوک بیماری می‌باشد. دو شکل متداول آن عبارتست از:

▪ غربالگری سازمان یافته (Organized & Systematic Application)

به تثبیت برنامه غربالگری رسمی برای یک جمعیت خاص توسط مراکز تسهیلات، مؤسسات، حکومت‌های محلی، یا سیستم ارایه خدمات بهداشتی ملی اطلاق

می‌شود. این برخورد بیشترین تشخیص زودرس در میان توده جمعیت و بیشترین تمرکز بر منابع را برای تشخیص زودرس دارد. غربالگری سازمان یافته هماهنگ می‌کند که تمام افراد یک جامعه خاص حتی کسانی که دور از دسترس هستند (بعنوان مثال از طریق پست)، به انجام تست غربالگری مانند ماموگرافی در فواصل زمانی مشخص ترغیب شوند. یک برنامه غربالگری سازمان یافته باید منابع لازم برای انجام تست‌ها و تکمیل ارزیابی تشخیصی زنانی که در تست غربالگری‌شان یافته غیرطبیعی داشته‌اند، را دارا باشد.

▪ غربالگری غیر سازمان یافته یا فرصت طلبانه

(Unsystematic or Opportunistic Application)

غربالگری زمانی فرصت طلبانه اطلاق می‌شود که خارج از یک برنامه غربالگری رسمی، ارائه‌کننده خدمت، فردی را که هیچ‌یک از علائم سرطان پستان را ندارد برای تست غربالگری مانند ماموگرافی ارجاع کند و چنانچه ماموگرافی وی غیرطبیعی باشد، کارمند بهداشتی موظف به هماهنگی و تکمیل ارزیابی تشخیصی در مورد یافته غیرطبیعی می‌باشد. در این برنامه، تشخیص زودرس سرطان پستان در مرحله غیر قابل لمس، صرفاً برای زنانی که دسترسی به تست‌های غربالگری دارند و یا در حوزه خدمت خاص بهداشتی قرار داشته‌اند فراهم می‌شود.

❖ کشف ضایعات در مرحله پیش سرطانی (pre-malignant) : منظور کشف تغییرات سلولی و ضایعاتی است که ذاتاً تمایل به بدخیم شدن دارند مانند انجام تست پاپ اسمیر برای کشف موارد سرطان گردن رحم.

❖ کشف ضایعات قبل از بروز علائم کلینیکی و بالینی (pre-clinical): بسیاری از سرطان‌ها با تغییرات بیولوژیک همراهند. این موضوع سبب می‌شود تا بیماری در حین پیشرفت به مرحله‌ای برسد که قبل از بروز علائم کلینیکی واضح توسط تست غربالگری قابل تشخیص باشد. مانند CA125 در سرطان تخمدان.

تشخیص زودرس^{۱۳}:

شناسایی سرطان پستان در مراحل اولیه با کمترین عارضه جسمی و بیشترین شانس بهبودی همراه است. تشخیص زودرس تنها در صورت اقدام دقیق و محتاطانه پزشک به مشکلی که از طرف مراجعه‌کننده بیان شده حاصل می‌گردد. تشخیص زودرس بدون غربالگری شامل آموزش مردم و مراقبین بهداشتی بوده تا بتوانند در مواجهه با اولین شکایت یا علامت سرطان پستان اقدام کنند. افزایش آگاهی زنان به گونه‌ای که به محض مشاهده اولین تغییر به کارکنان بهداشتی مراجعه کنند و آموزش مراقبین بهداشتی به گونه‌ای که چگونه اولین تغییراتی را که یافته‌اند ارزیابی کنند منجر به شناسایی سرطان در مراحل پایین‌تری میشود. برنامه تشخیص زودرس مبتنی بر آموزش است و به منابع زیادی نیازی ندارد به همین دلیل اولین قدم در کشورهایی است که با محدودیت منابع مواجهند و ممکن است بزرگترین تأثیر را در کشورهای بی‌پول که زنان بطور شایعی در زمان تشخیص، سرطان پیشرفته دارند داشته باشد. برنامه تشخیص زودرس سرطان پستان در شرایطی که سیستم ارائه خدمت نتواند درمان مناسب و روند پیگیری فعالی را تدارک ببیند، ارزش محدودتری دارد. تشخیص زودرس، جزئی از برنامه کشف زودرس است و بخش مهم‌تر این برنامه غربالگری است. بر حسب امکانات و منابع کشورها روشهای مختلفی برای غربالگری سرطان پستان بکار گرفته شده است. (در این خصوص به مطالعات و گایدلاینهای مختلف مانند Clearing house, NICE, SIGN می‌توان اشاره نمود)^{۱۴، ۱۵}

در حال حاضر ماموگرافی مهمترین روش غربالگری در سرطان پستان است. طبق مطالعه مروری سیستماتیک (Cochrane) غربالگری با ماموگرافی در سنین ۵۰-۶۰ سال توانسته سبب کاهش مورتالیتی و موربیدیتی ناشی از سرطان پستان شود.^{۱۷} برنامه و نوع روش غربالگری در کشورها بر اساس منابع آنها طراحی

می‌گردد. در بعضی کشورهای با منابع محدود از سونوگرافی بعنوان روش غربالگری استفاده شده است^{۱۶}. البته باید توجه داشت که سونوگرافی هیچگاه جایگزین ماموگرافی نخواهد بود.

معاینه بالینی نیز از اجزای ارزیابی پستان است و تبحر فرد ارائه دهنده خدمت در انجام معاینه بالینی (CBE)*^{۱۶} حائز اهمیت است. طی معاینه ناحیه پستان‌ها، زیربغل و قفسه سینه بررسی می‌شود. این روش هم به‌عنوان تست غربالگری و هم بعنوان روش تشخیصی به کار می‌رود. در حال حاضر یکی از روش‌های غربالگری سرطان پستان معاینه کلینیکی می‌باشد. گاه فرد مسلط به انجام معاینه به نکات مهمی در خصوص علائم اولیه توده‌های پستان، ویژگی ترشحات و تغییرات نوک و پوست آن پی برده و با اقدام به‌موقع می‌تواند نجات بخش باشد.^{۱۶}

روش‌های تصویربرداری در تشخیص بیماری‌های پستان در فصل پنج به تفصیل مورد بحث قرار خواهد گرفت.

انتخاب بین برنامه‌های تشخیص زودرس و بیماریابی:

در یک برنامه غربالگری، نسبت تعداد افراد علامتدار (سمپتوماتیک) نسبت به افراد بدون علامت (آسمپتوماتیک) بسیار کمتر است ولی در مواردی که منابع محدودند، بهتر است به تشخیص زودرس افراد علامت دار توجه کنیم. در صورت کفایت منابع توصیه می‌شود ترکیبی از تشخیص زودرس و بیماریابی کم هزینه در برنامه گنجانده شود^{۱۳}.

در جمعیت‌هایی که بخش عمده‌ای از مبتلایان به سرطانهای قابل تشخیص در مراحل اولیه در مرحله پیشرفته مراجعه می‌کنند به استقرار یک برنامه غربالگری باید توجه شود^{۱۳}.

در حال حاضر سرطان‌هایی که غربالگری آنها می‌تواند قویا سبب کاهش مرگ و میر (مورتالیتی) شود عبارتند از: پستان، سرویکس، کولورکتال و سرطان مخاط دهان^{۱۳}.

* Clinical Breast Examination

طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت، در صورت محدودیت در منابع، غربالگری سرطان پستان و سرویکس در الویت می باشد. غربالگری سرطان سرویکس بیش از کانسر پستان موثر است. بنابراین فقط در صورتی که شیوع کانسر پستان سه برابر سرویکس باشد، بیماریابی سرطان پستان در الویت خواهد بود. از آنجا که در کشور ما سرطان پستان در بین سرطانهای زنان از نظر شیوع جایگاه اول را دارد بنابراین غربالگری آن ضروری است.^{۱۳}

آموزش عمومی و آگاهی دادن می تواند تشخیص زودرس را ارتقاء دهد و این امر می تواند از طریق روش های ساده و هزینه اثربخش مانند فرستادن پیام از طریق رسانه های گروهی انجام شود. تمام زنان حق دارند که در باره سرطان پستان آموزش ببینند، اما این آموزش باید متناسب با فرهنگ بوده و گروه هدف خاصی را داشته باشد باید توجه نمود که منظور از آموزش جامعه صرفا خود آزمائی پستان یا BSE نیست.

شواهد کافی وجود ندارد که خود آزمائی پستان میزان مرگ و میر سرطان پستان را کاهش دهد.^{۱۸} آموزش خود آزمائی پستان به زنانی که به طور معمول از سطح آگاهی بالا در مورد سلامت پستان برخوردارند و مراقبت های پزشکی منظم (check-up) را دریافت می کنند فایده زیادی ندارد. خود آزمائی پستان ممکن است آگاهی عمومی را افزایش دهد ولی برنامه آموزش خود آزمائی پستان به زنان ، مرگ و میر سرطان پستان را کاهش نمی دهد. گرچه در بعضی منابع اشاره شده که در صورت فقدان سایر روش های غربالگری یا تشخیص زودرس، ایجاد زیر ساخت وسیع، تنها برای آموزش خود آزمائی پستان سرمایه گذاری مناسبی در شرایط محدودیت منابع نبوده، بهتر است منابع تنها در جهت آموزش سلامت پستان، درمان و اگر ممکن باشد غربالگری با ماموگرافی صرف شود ولی در کشور ما همچنان خود آزمائی پستان بدلیل افزایش آگاهی بانوان و جلوگیری از بروز سرطانهای در مرحله بالا، جایگاه ویژه ای دارد و بر آموزش آن قویا توصیه میشود. بهتر است در ضمن معاینه کلینیکی پستان شیوه انجام خود آزمائی پستان به بیمار آموزش داده شود.

آموزش عمومی به‌طور خاص باید بر نکات زیر متمرکز باشد:

- ۱- آشنائی با نشانه‌ها و شکایات سرطان پستان
- ۲- اینکه سرطان پستان می‌تواند کشنده باشد، به ویژه اگر در مراحل پیشرفته تشخیص داده شود.
- ۳- اینکه سرطان پستان می‌تواند درمان شود اگر در مراحل اولیه تشخیص داده شود.
- ۴- در صورت وجود هر مشکلی در پستان مراجعه هر چه سریع‌تر به واحد ارائه دهنده خدمت ضروری است.
- ۵- درمان سرطان پستان در صورت تشخیص در مراحل اولیه دشوار (هولناک) نیست.
- ۶- اغلب توده‌های پستان سرطانی نیستند.
- ۷- سرطان پستان معمولاً توسط بیوپسی تشخیص داده می‌شود نه ماستکتومی. بنابراین کشف توده به معنی انجام عمل جراحی برداشت پستان (ماستکتومی) نیست.

برای آموزش عموم، آموزش ارائه‌دهندگان خدمت بخصوص رده‌هایی که با مراقبت‌های زنان در ارتباط هستند شامل پزشکان، پرستاران، کارشناسان مامایی مورد نظر است. توجه به این نکته ضروری است که در کشورهای با محدودیت منابع، پرستاران و ماماها می‌توانند نقش کلیدی در پیشبرد برنامه‌های بهداشتی داشته باشند.

مطالعه Stone EG و همکاران با بررسی مطالعات متعدد انجام شده بر روی برنامه‌های ایمونیزاسیون، ماموگرافی، سیتولوژی سرویکس، برنامه‌های غربالگری کانسر کولون مشخص شد که افزایش ایمونیزاسیون و برنامه‌های غربالگری و با مداخلاتی مانند ایجاد کلینیک‌های اختصاصی و جداگانه غربالگری و انجام معاینات برنامه‌ریزی شده و استفاده از تکنیک‌های ارتقا کیفیت و بکارگیری پرسنل مهارت دیده غیر پزشک برای انجام فعالیت‌های تخصصی پیشگیری می‌توان سبب افزایش موفقیت و تاثیر برنامه شد.^{۱۹}

در مطالعه‌ای که توسط آقای دکتر کویانی و همکاران انجام شد، معاینه بالینی توسط کارشناسان مامائی با جراحان مقایسه شد و نقش آنان به عنوان اولین قدم برای معاینه بالینی در سیستم بهداشتی مورد تایید نسبی قرار گرفت.^{۲۰}

فصل سوم

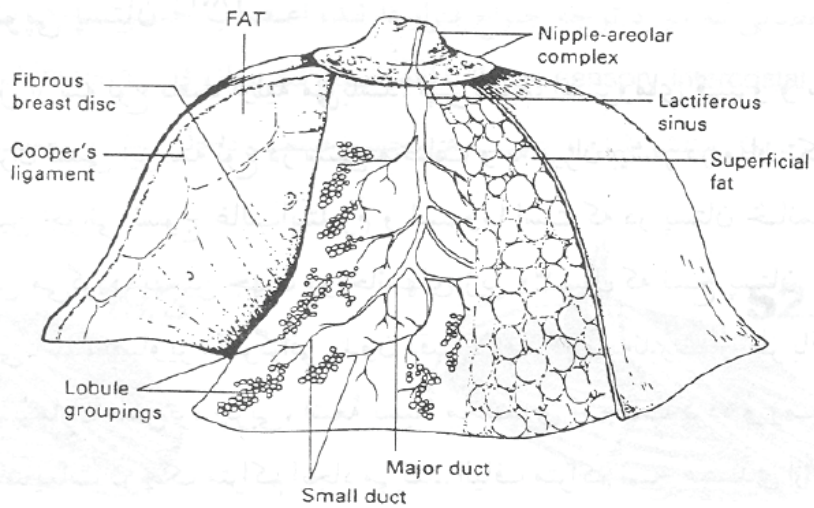
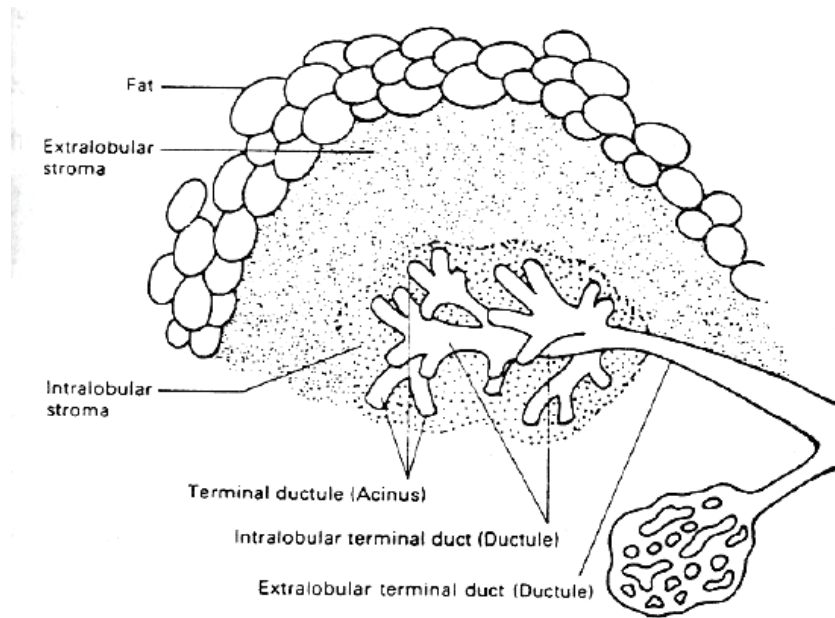
آناتومی، علائم و مشکلات شایع پستان

اجزاء پستان عبارتند از^{۲۱}:

۱. لبول‌های پستانی
۲. آلوئول
۳. مجاری جمع‌کننده داخل و خارج لبولی
۴. بافت همبندی شامل چربی، بافت بینابینی، عروق خونی و لنفاتیک

جزء اساسی لبول پستان آلوئول توخالی یا غده شیری است. آلوئول توسط یک لایه تک سلولی از سلول‌های اپی تلیال ترشح‌کننده شیر مفروش می‌شود. مجرای غیرعضلانی نازکی حفره آلوئول را به مجرای جمع‌کننده داخل لبولی متصل می‌کند. این مجاری عضلانی در نهایت از طریق ۱۵-۲۰ مجرای جمع‌کننده که بصورت شعاعی قرار گرفته‌اند، از طریق نوک پستان به خارج می‌رسند، بنابراین متناسب با مجاری جمع‌کننده، ۱۵-۲۰ لبول مجزای پستانی وجود دارد که هر کدام حاوی آلوئول‌های زیادی هستند.

دانستن آناتومی فوق برای درک بهتر برخی علائم و بیماریهای پستان اهمیت فراوانی دارد.



آناتومی پستان

علائم شایع بیماریهای پستان

درد پستان^{۲۲}

درد زنگ خطر بسیاری از بیماریها است و معمولاً بعنوان واکنش بدن نسبت به هر گونه بیماری در نظر گرفته میشود. گاهی درد، خود بعنوان یک بیماری باعث مراجعه بیمار به پزشک می‌شود اما واقعیت این است که در بسیاری از موارد درد تنها یک نشانه از وجود اختلال در عملکرد اعضا یا سلول بدن می‌باشد. بهر حال آنچه لازم است مورد توجه قرار گیرد این است که گاهی درد به خاطر تغییرات طبیعی در بدن رخ می‌دهد و الزاماً نشانه بیماری نیست. بعنوان مثال بعضی از زنان قبل از شروع عادت ماهیانه دچار دردهایی می‌شوند که خودبخود و پس از شروع دوره ماهانه بهبود می‌یابد. این درد نمونه‌ای از مواردی است که در اثر واکنش بدن به هورمون‌ها ایجاد شده و نه تنها به عنوان بیماری نیست بلکه قسمتی از بیماری هم تلقی نمی‌گردد.

یکی از شایع‌ترین دلایل مراجعه بیماران به درمانگاه زنان و داخلی درد پستان می‌باشد. (۳۶) در صد از دلایل مراجعه به کلینیک برای مشکلات پستانی به دلیل درد پستان است.^{۲۳} درد پستان باعث اضطراب بسیاری از بانوان می‌گردد و خصوصاً برای درصد بالایی از شاغلین فعال در حیطه‌های اجتماعی باعث کاهش بازده کاری می‌گردد.

از طرفی وجود این درد باعث اختلالات زیادی در مسائل جنسی افراد می‌شود. بنابراین اضطراب و مسائل مختلف ناشی از درد سبب کاهش کیفیت زندگی زنان می‌شود.

علل درد:

شایع‌ترین علت درد پیش از یائسگی واکنش به تغییرات هورمونی است. این حالت باعث بروز دردهای دوره‌ای در ارتباط با عادت ماهیانه می‌شود. ممکن است

همراه با این دردها اختلالات و بی‌نظمی‌های قاعدگی نیز دیده شوند. دردهای دوره‌ای اغلب قبل از شروع هر دوره عادت ماهیانه ایجاد میشوند و با شروع خونریزی یا در اوایل عادت ماهیانه، تخفیف می‌یابند. این دردها خفیف بوده و به صورت درد و حساسیت همراه با سنگینی پستان حس می‌شوند، عمدتاً در نیمه خارجی پستانها احساس می‌شوند. شدت این دردها ثابت نیست و در دوره‌های مختلف متفاوت است و حتی ممکن است تا چند سال ادامه یابد. گاه فعالیت فیزیکی باعث تشدید درد میشود. در بسیاری موارد درمان درد پستان الزامی نیست و فقط زمانی که درد اختلال در فعالیت روزمره ایجاد کند، درمان ضروری است. گرچه که در بیشتر موارد با اطمینان بخشی و بدون دارو می‌توان بیمار را تسکین داد. گاهی توده‌های پستانی و بیماریهای خوش خیم یا بدخیم پستان می‌توانند درد ایجاد کنند. البته درد در این موارد حالت دوره‌ای نداشته و بدون هیچ علامت دیگری دیده می‌شود.

داروها هم می‌توانند باعث درد پستان شوند. فنوتیازین‌ها از این دسته هستند. درد می‌تواند منشأ قلبی، عضلانی و اسکلتی داشته باشد. در این موارد نیز درد سیکلیک و دوره‌ای نبوده و با رفع مشکل زمینه‌ای اصلاح می‌شود. ضربه‌های وارده بر سینه دلیل دیگر دردهای غیر دوره‌ای پستان است.

اقدامات لازم در صورت درد پستان:

لازم است هر بیمار دچار درد پستان به پزشک مراجعه نموده و تحت معاینه قرار گیرد. بر حسب شرایط بیمار پزشک از روشهای تشخیصی استفاده میکند. باید بدانیم که درخواست سونوگرافی یا ماموگرافی یا هر اقدام دیگر دلیل به شک و یا مطرح بودن بدخیمی نیست اهمیت خاصی برخوردار است. برای شروع درمان در درد پستان باید از عدم وجود سرطان اطمینان حاصل کرد. خط اول درمان که تا ۷۵ درصد بهبودی ایجاد میکند، اطمینان بخشی صحیح به بیمار مبنی بر عدم وجود سرطان است.

جدول ذیل روش برخورد با درد پستان را نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول مشخص است، ابتدا لازم است ماهیت درد ارزیابی و نوع درد بر حسب دوره‌ای و غیردوره‌ای مشخص شود و سپس ردیف مربوطه در جدول درد را دنبال کنید.

درد پستان

ارزیابی	طبقه بندی	اقدام	پیگیری
گرفتن شرح حال و معاینه دقیق و در صورت عدم لمس توده در معاینه؛ بررسی سایر مواردیکه می‌تواند منشاء درد باشد مانند درد قلبی؛ گوارشی و... اگر درد در طولانی مدت (حداقل ۶ ماه) و بیش از ۷ روز در هر سیکل ماهیانه باشد*	دوره‌ای	هر گونه اقدام در صورتی انجام می‌گیرد که باعث اختلال در فعالیت روزمره باشد. در ۸۵٪ موارد درد با سرطان همراه نبوده و با توضیح این موضوع و توصیه به محدودیت مصرف متیل گزانتین‌ها، اقدام دیگری لازم نخواهد بود ولی یکی از موارد زیر در صورت نیاز به درمان ^{۱۹} :	۶ ماه بعد مجدداً مراجعه نماید.
		<ul style="list-style-type: none"> • روغن گل پامچال، primrose حداقل به مدت ۴ ماه و حداکثر ۶ ماه • ویتامین E ۶۰۰ واحد روزانه • Ocp • دانازول ۱۰۰ میلی‌گرم روزانه (حداکثر به مدت ۶ ماه) • برموکریپتین ۲,۵ میلی گرم روزانه 	
	غیر دوره‌ای	درد بدنبال پوشیدن لباس زیر، تغییر در پوشش و کاهش تحریکات پستان	یک ماه بعد معاینه مجدد
		اگر با تب همراه باشد (علائم التهابی پستان + ترشح چرکی) پس از رد سرطان التهابی پستان درمان با آنتی بیوتیک مناسب و در صورت آبرسه ارجاع برای تخلیه آبرسه	پس از اتمام دوره درمان
		اگر درد با تروما ایجاد شده و در معاینه توده لمس نشود، مسکن تجویز و در صورت توده و یا عدم تسکین درد مراجعه قبل از موعد پیگیری.	یک هفته بعد
		و در صورتیکه با توده همراه باشد براساس الگوریتم مربوط به توده اقدام شود	
		عدم ارتباط با موارد فوق: زیر ۳۵ سال سونوگرافی و بالای ۳۵ سال ماموگرافی و اقدام طبق الگوریتم	

ترشحات پستان^{۲۱}:

ترشح از نوک پستان با وجود آنکه نسبتاً شایع و در اغلب موارد خوش خیم است باعث ایجاد اضطراب و ترس از سرطان در بین زنان می‌شود. در بیش از نیمی از زنان، با فشار به نوک پستان، ترشحاتی از مجاری خارج می‌شود. با وجود اینکه بسیاری از زنان مبتلا به ترشح پستان دچار سرطان نیستند، ولی احتمال همراهی سرطان پستان با این ترشحات، ارزیابی دقیق این بیماران را ضروری می‌سازد. خوشبختانه در حدود ۹۵ درصد از موارد، ترشحات نوک پستان به علت وجود یک بیماری خوش خیم است.

انواع ترشحات نوک پستان

در برخورد با ترشح نوک پستان توجه به نکات زیر ضروری است:

۱. رنگ و نوع ترشح (ترشحات شیری، چرکی، زرد و شفاف، آبکی، خونی و خونابه‌ای، سبز، آبی، قهوه‌ای و خاکستری)

۲. وجود ترشح از یک یا هر دو پستان، خروج ترشحات از یک مجرا یا مجاری

متعدد

۳. خروج خود به خودی مایع یا خروج آن با فشار بین انگشتان

۴. لمس یا عدم لمس توده همراه

۵. سن بیمار

۶. وضعیت هورمونی بیمار (مصرف داروی هورمونی، بارداری، شیردهی،

یائسگی)

▪ ترشحات شیری:

ترشحات شیری به طور معمول در زنانی که در سنین باروری هستند، به صورت ترشحات خود به خودی دوطرفه دیده می‌شود. ترشح شیر ناشی از افزایش

هورمونی به نام پرولاکتین است. این هورمون در اواخر دوران حاملگی و طی شیردهی در بدن افزایش می‌یابد و منجر به تولید شیر می‌شود که موجبات تغذیه نوزاد را فراهم می‌کند. از علل دیگر افزایش پرولاکتین، توده‌های خوش خیم قسمتی در مغز به نام هیپوفیز، تحریکات نوک پستان مثل مکیدن نوزاد، ضربات قفسه سینه و برخی داروها مثل داروهای ضد فشار خون، قرص‌های ضدبارداری و برخی آرام بخش‌ها هستند. کم کاری تیروئید نیز می‌تواند باعث افزایش هورمون پرولاکتین و بروز ترشحات شیری شود. گاهی اوقات نیز ممکن است، ترشحات شیری بدون افزایش پرولاکتین دیده شوند. لازم به ذکر است وجود ترشحات شیری ۱-۲ سال پس از قطع شیردهی و حتی تا ۴۸ ماه پس از آن نیز ممکن است وجود داشته باشند که این حالت بیماری تلقی نمی‌شود. معمولاً ترشحات شیری با درمان کردن علت ایجاد کننده آنها درمان می‌شوند.

▪ ترشحات خونی

از مهم‌ترین انواع ترشحات پستان که از نظر ارزیابی سرطان اهمیت دارند، ترشحات خونی نوک پستان می‌باشد. البته ترشحات خونی می‌توانند به علت بیماری‌های خوش خیم پستان ایجاد شوند، اما بیشتر از سایر انواع ترشحات با سرطان همراه هستند، به همین دلیل نیاز به بررسی دقیق دارند. در صورتی که فرد ترشحات قرمز رنگ یا صورتی رنگی را در خروجی مجاری پستانی مشاهده کرد، ابتدا باید مشخص شود که آیا ترشحات واقعا خونی هستند یا خیر. سپس بایستی شرح حال گرفته شده و معاینه کامل انجام شود. ترشحات خونی که خودبه خود خارج شوند، همراه با توده باشند، در سنین بالاتر از ۴۰ سال باشند و از یک پستان و یک مجرا خارج شوند، به ارزیابی‌های دقیق تری نیاز دارند.

ترشحات خونی یا خونابه‌ای در اواخر دوران بارداری و دوران شیردهی نیز ممکن است دیده شوند. علت چنین وضعیتی را افزایش عروق در بافت پستان در شرایط بارداری و اوایل شیردهی ذکر می‌کنند که معمولاً مدت کوتاهی پس از زایمان برطرف می‌شود. در این موارد اگر توده‌ای در پستان لمس نشود، به هیچ‌گونه اقدام تشخیصی و درمانی دیگری احتیاج نیست.

▪ ترشحات آبکی

ترشحات آبکی کاملاً شفاف و رقیق هستند و بعد از ترشحات خونی، مهم‌ترین نوع ترشحات هستند که بایستی از نظر ارزیابی سرطان مورد توجه قرار گیرند.

▪ ترشحات چرکی

این ترشحات معمولاً ناشی از عفونت‌ها هستند. ترشحات چرکی در اغلب موارد یک طرفه و همراه با علائم التهاب مانند قرمزی، درد و سفتی پستان می‌باشند در معاینه معمولاً ترشحات از چند مجرا خارج می‌شوند. عفونت مجاری پستان اغلب در زنانی که در حال شیردهی هستند اتفاق می‌افتد، بنابراین بیشتر در سنین باروری دیده می‌شوند، ولی در سنین یائسگی هم ممکن است ایجاد شوند. در عفونت پستان باید درمان با آنتی بیوتیک شروع شود و در صورت ایجاد آبسه در پستان، آبسه بایستی تخلیه شود. اگر عفونت و التهاب با درمان‌های انجام شده برطرف نشد، باید با توجه به احتمال وجود سرطان التهابی، آبسه تخلیه شده و از دیواره آن نمونه برداری انجام شود.

▪ ترشحات رنگی

گاهی ترشحات رنگی غلیظ از چند مجرای پستان خارج می‌شوند. این ترشحات که مشخصه اتساع مجاری پستان هستند، اغلب دوطرفه بوده و به رنگ

سفید، زرد، قهوه‌ای، سبز، آبی یا خاکستری می‌باشد. گاهی ممکن است از یک پستان ترشحاتی به رنگهای مختلف از چند مجرا خارج شود. همچنین ممکن است این ترشحات با خارش و سوزش نوک پستان همراه باشند. این ترشحات نیاز به اقدام درمانی خاصی ندارند.

اتساع مجاری پستان در واقع گشاد شدن مجاری اصلی پستان با افزایش سن است. این حالت، رابطه‌ای با بروز سرطان پستان ندارد و کاملاً خوش خیم است.

▪ ترشحات فیزیولوژیک و طبیعی

با فشار دادن نوک پستان به آرامی بین دو انگشت در ۶۰ درصد از زنان غیرشیرده، مقدار کمی مایع خارج می‌شود. این ترشح، فیزیولوژیک و طبیعی است و رنگ آن از سفید تا زرد، سبز، قهوه‌ای، آبی یا سیاه متغیر است. این ترشحات به طور معمول پس از حمام آب گرم یا دستکاری نوک پستان خارج می‌شوند. خروج آنها با فشار و غیر خود به خودی و از چند مجراست. معمولاً خونی نیستند و در زنانی که از قرص‌های ضدبارداری یا آرام بخش استفاده می‌کنند شایع‌ترند. همچنین این ترشحات به طور شایعی در دوران قبل از یائسگی دیده می‌شود که علت آن تخریب و ریزش سلول‌های سطحی مجاری پستان به علت تغییرات هورمونی است. ترشحات فیزیولوژیک پستان احتیاج به درمان ندارند.

جدول ترشح پستان

پیگیری	اقدام	طبقه بندی	ارزیابی
در صورت ترشح غیر خونی هر هفته و پیگیری با فواصل ۱-۳ ماه	در صورت لمس توده در معاینه الگوریتم مربوط به توده اگر توده لمس نشود و یا ترشح خونی وجود داشته باشد ماموگرافی درخواست و بر اساس نتیجه اقدام شود. در صورت ترشح یکطرفه که تا ۴ هفته باقی بماند حتی بدون توده باید ماموگرافی انجام شود.	ترشحات نوک طرفه	شرح حال کامل گرفته شود از لحاظ داروهای مصرفی خصوصاً داروهای اعصاب و روان، احتمال حاملگی و فاکتور خطر بررسی دقیق انجام گیرد در معاینه بالینی توده و ظاهر و چگونگی و قوام ترشح از پستان اگزماء عفونت و نوک پستان فرورفته کاملاً بررسی شود. ترشحات از نوک پستان خود به خود است و یا با فشار آرنول خارج می‌شود.
یکماه بعد	بررسی اندوکراین (شامل اندازه‌گیری Prolactin TSH) و در صورت وجود هرگونه اختلال ارجاع به سطح بالاتر	ترشحات دو طرفه	

▪ اقدامات تشخیصی در ترشحات نوک پستان

بررسی‌های تشخیصی در مورد ترشحات پستانی شامل موارد زیر است:
معاینه بالینی پستان آزمایش ترشحات از نظر وجود خون و سلول‌های بدخیم (که البته ارزش تشخیصی زیادی ندارد) ماموگرافی و سونوگرافی.

معاینه دقیق بالینی و انجام ماموگرافی، بهترین روش‌های ارزیابی بیمار هستند و در صورت لمس توده در پستان انجام نمونه برداری از توده ضرورت دارد. در صورت عدم لمس توده و وجود ترشحات مشکوک از یک مجرای پستان، می‌توان مسیر مجرا را مشخص کرد و آن قسمت را حین جراحی برداشت. در صورت وجود اریتم در پستان و عدم پاسخ به درمان ظرف ۷-۱۰ روز ارجاع به جراح جهت انجام بیوپسی برای رد کارسینوم التهابی انجام شود.

توده‌های پستانی^{۲۱}

از دیرباز توده‌های پستانی به عنوان یک علامت مهم انواع بیماری‌های پستان اعم از بیماری‌های خوش خیم و سرطان پستان شناخته شده‌اند. در متون پزشکی کهن، از جمله متون ایرانی، در مورد انواع غده‌های پستانی و مشخصات آنها به تفصیل صحبت شده است. در حال حاضر نیز توده‌های پستان، از مهم‌ترین علائم سرطان پستان و انواع بیماری‌های خوش خیم پستان هستند. کشف یک توده در پستان می‌تواند از مهم‌ترین رخداد‌های ایجاد کننده اضطراب در زندگی یک زن باشد. بنابراین شناخت انواع توده‌های پستان و ماهیت آنها و چگونگی برخورد با آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

▪ توده‌های خوش خیم پستان^{۲۱}

کیست: کیست‌ها توده‌های حاوی مایع هستند که از اتساع بخشی از بافت غددی پستان به وجود می‌آیند. کیست‌ها در طبقه‌بندی توده‌های شایع پستان قرار می‌گیرند و ممکن است از اندازه‌های کوچک و میکروسکوپی تا اندازه‌های بزرگ و قابل لمس وجود داشته باشند و اغلب آنها در طی دوره ۲۸ روزه ماهانه دچار تغییراتی می‌شوند.

این توده‌ها در لمس معمولاً متحرک و سفت هستند و حدود مشخصی دارند. از آنجا که قوام آنها سفت است، ممکن است در معاینه افتراق آنها از توده‌های توپر

امکان پذیر نباشد. کیست‌ها در هر سنی ممکن است دیده شوند اما در حوالی ۴۰ سالگی فراوان ترند. پس از سنین یائسگی، در صورت عدم استفاده از درمان‌های جایگزین هورمونی، کیست‌های پستان کمتر مشاهده می‌شوند. بنابراین مشاهده کیست در این سنین به بررسی‌های تخصصی نیاز دارد. تشخیص اینکه یک توده پستانی، توپر یا کیستی است، به آسانی با سونوگرافی یا با تخلیه مایع به وسیله سوزن باریک Fine Needle Aspiration یا (FNA) امکان پذیر است. در زنی که در سنین پیش از یائسگی است، در صورتی که مایع تخلیه شده خونی نباشد و توده پس از تخلیه مایع درون آن کاملاً ناپدید شود، به هیچ اقدام دیگری نیاز نیست. اما در مواقعی که مایع درون کیست، خونی باشد یا توده محتوی مایع پس از تخلیه کاملاً از بین نرود و یا کیست طی مدت کوتاهی (معمولاً ۲ هفته) مجدداً پدیدار شود، انجام بررسی‌های دیگر ضروری است.

در زنانی که در سنین بعد از یائسگی هستند، ارزیابی کیست از همان ابتدا توصیه می‌شود. در هر حال، معاینه مجدد برای بررسی عود کیست، ۴-۶ هفته پس از تخلیه کامل کیست انجام می‌شود.

در صورتی که کیست دردناک باشد، تخلیه کیست به منظور کاهش یا از بین بردن درد انجام می‌شود. همچنین کیست‌هایی که در سونوگرافی علائم معمول کیست‌های ساده را نداشته باشند، باید تخلیه شوند. در صورتی که قسمتی از کیست را یک توده توپر تشکیل داده باشد اقدام بعدی نمونه‌برداری است.

▪ گشادی مجرا و التهاب اطراف مجاری

مجاری اصلی پستان در زیر هاله پستان، در جریان تحلیل و پسرقت پستان در دوران یائسگی، کوتاه و گشاد می‌شوند و در سنین پس از یائسگی، می‌توانند با علائمی مثل ترشحات نوک پستان، توکشیدگی نوک پستان و توده قابل لمس در پستان (اغلب با قوام سفت یا خمیری) همراه باشند. این ضایعات کاملاً خوش

خیم هستند ولی توجه داشته باشید از آنجا که علائم فوق ممکن است در سرطان‌های پستان نیز دیده شوند، تشخیص نهایی با پزشک جراح است.

▪ آبسه

آبسه‌ها حفره‌هایی محتوی چرک هستند که در اثر عدم درمان عفونت‌های پستان در مراحل اولیه ایجاد می‌شوند. در صورتی که حساسیت در لمس و قرمزی روی پستان پس از درمان با آنتی بیوتیک نیز ادامه پیدا کند، باید به وجود آبسه مشکوک شد. آبسه‌ها اغلب به صورت یک توده لمس می‌شوند. گاهی در لمس ممکن است بتوان حالت تموج و حرکت مایع چرک را لمس کرد، اما گاهی نیز این حالت وجود ندارد و آبسه در لمس سفت است. درمان آبسه، تخلیه به روش جراحی و تجویز آنتی بیوتیک معمولاً بر اساس کشت و آنتی بیوگرام است.

▪ ندولاریتی یا غده‌های شیری پستان

این حالت به معنای بزرگ شدن بافت غددی خود پستان است، اغلب با درد پستان همراه می‌باشد. ندولاریتی و درد دوره‌ای به قدری شایع است که می‌توان آنها را به عنوان تغییرات طبیعی طبقه‌بندی کرد. تشخیص این توده‌ها بر عهده پزشک است و پس از تشخیص، ممکن است هیچ اقدام درمانی لازم نباشد یا اینکه نیاز به درمان‌های دارویی وجود داشته باشد.

▪ نکروز چربی

نکروز چربی در پستان از تغییرات بافت چربی به دنبال ضربه به پستان ایجاد می‌شود. این ضربه می‌تواند در تصادفات، سقوطها، جراحی‌ها، عفونت‌ها و حتی اشعه درمانی وارد شده باشد. به طور معمول این ضایعه در زنان چاق و زنانی با پستان‌های افتاده و بزرگ دیده می‌شود. بیمار با یک توده سفت، بدون درد،

غیرمتحرک و با حدود نامشخص مراجعه می‌کند. توده اغلب سطحی است و با علائم پوستی مثل کشیدگی پوست روی ضایعه به سمت داخل همراه می‌باشد. معمولاً ولی نه همیشه، ضایعه در نواحی مرکزی پستان یعنی زیر هاله پستانی یا اطراف آن قرار دارد. در معاینه بالینی، نکرور چربی از ضایعات بدخیم قابل تشخیص و تفکیک نیست، حتی در ماموگرافی هم این ضایعه، مشخصات توده‌های بدخیم را تقلید می‌کند و در نهایت تشخیص قطعی با نمونه‌برداری سوزنی یا به وسیله جراحی و خارج کردن ضایعه انجام می‌شود.

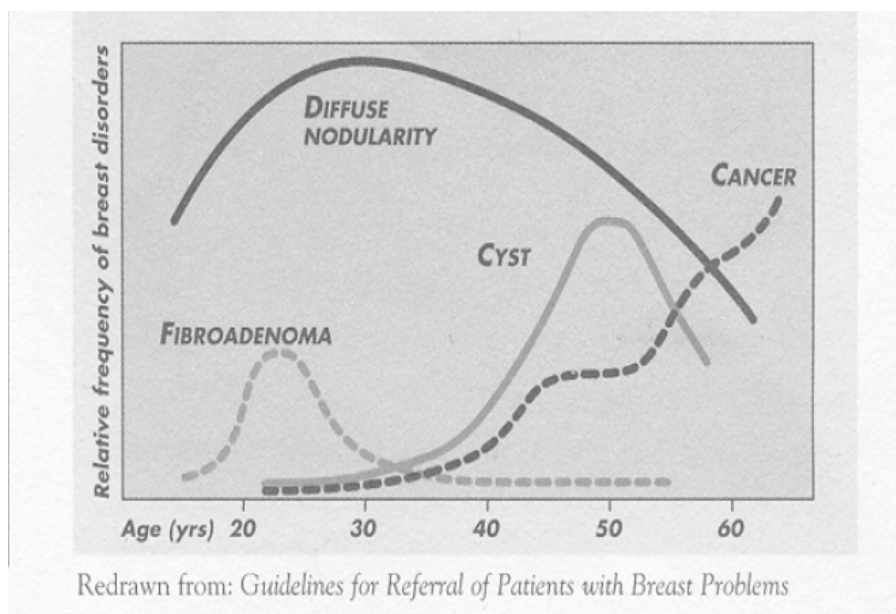
▪ توده‌های بدخیم پستان^{۲۱}

توده‌ها، شایع‌ترین علامت سرطان پستان هستند. بر خلاف توده‌های خوش خیم پستان، توده‌های بدخیم در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع، بی‌وقفه رشد کرده، به بافت اطراف و حتی به نقاط دوردست گسترش یافته و می‌توانند در صورت عدم درمان منجر به مرگ شوند. این توده‌ها عموماً به صورت یک توده سفت و بدون درد ظاهر می‌شوند که به بافت اطراف خود چسبیده است و حدود کاملاً مشخصی هم ندارد. گاهی هم توده‌های بدخیم پستان دردناک یا متعدد هستند.

در اینجا برخی از مهم‌ترین و شایع‌ترین توده‌های پستانی معرفی شده‌اند. اما نکته مهم این است که در صورت لمس هرگونه توده در پستان، هرگز نباید با استفاده از این اطلاعات، خود فرد سعی در تشخیص ماهیت توده داشته باشد و بهتر است این کار را به عهده پزشک جراح بگذارد.

مشکلات شایع پستان

خانم‌ها در تمام سنین بهتر است نسبت به وضعیت پستان‌های خود آگاه بوده و علاوه بر خودآزمایی (معاینه توسط خود) پس از اتمام قاعدگی، معاینات سالیانه توسط پزشک را انجام دهند. شیوع بیماری‌ها و مشکلات پستان در گروه‌های سنی متفاوت است. چارت زیر این تغییرات را نشان می‌دهد.



شیوع نسبی بیماری‌های پستان

تغییرات فیبروکیستی

شایع‌ترین حالت خوش خیم در پستان تغییرات فیبروکیستی است. این تغییرات قبل از منوپوز و به دلیل تغییرات هورمونی ایجاد می‌شود. معمولاً درد و حساسیت دو طرفه دارد. به نظر می‌رسد با انسداد مجاری (احتمالاً در نتیجه

فیبروز استروما)، ترشح مجرائی - آلوئولی ادامه می‌یابد، مواد ترش‌حی در داخل مجرا باقی می‌مانند و کیست‌ها در اثر اتساع مجاری انتهایی (اکتازی مجاری) و آلوئولها تشکیل می‌گردند. از آنجا که این تغییرات با افزایش خطر سرطان پستان همراه نیستند و در اکثر زنان تغییرات فیزیولوژیک بدلیل تغییرات هورمونی است، به این دلیل لفظ بیماری فیبروکیستیک برداشته شده است و بهتر است این حالت را تغییرات یا حالت فیبروکیستیک (Fibrocystic change or condition) بنامیم.

ارتباط بین مصرف مواد غذایی حاوی متیل‌گزانتین‌ها مثل چایی و قهوه هم برای ایجاد این تغییرات مطرح شده است.

فیبروآدنوم

دومین گروه ضایعات خوش‌خیم پستان می‌باشد. شایع‌ترین ضایعه پستانی در سنین زیر ۲۵ سال است. پس از یائسگی ضایعات پسرقت می‌کنند. از نظر بالینی یک زن معمولاً هنگام استحمام و یا تعویض لباس متوجه وجود توده می‌شود. اکثر توده‌ها در اندازه با قطر ۲-۳ سانتیمتر کشف می‌شوند.

در معاینه توده‌های صاف، با قوام لاستیکی و بدون درد قابل لمس بوده، باعث کشیدگی و فرورفتگی پوست ناحیه مجاور نمی‌شوند. در تصاویر سونوگرافی و ماموگرافی ویژگی شاخص آنها عبارتند از توده توپر و صاف با حاشیه واضح و کناره‌های قابل تشخیص. در صورت انجام بیوپسی یا FNA پاتولوژی ضایعه خوش‌خیم را نشان می‌دهد. پس از تایید تشخیص بوسیله یکی از روشهای نمونه برداری این ضایعات را می‌توان با معاینه و سونوگرافی پیگیری نمود (بدون excision). در شرایط محدودی (مانند سن بالای ۳۰ سال، سایز توده بزرگتر از ۲ سانتیمتر و یا نمای آتیپیک و گاهی اصرار بیمار) لازم است توده‌ها خارج شوند و در سایر موارد نمونه‌برداری با سوزن کلفت برای تایید تشخیص الزامی است.

سایر تغییرات بافتی:

مهم‌ترین متغیر در تبدیل یک بافت غیرطبیعی به سرطان پستان، نوع تغییرات سلولی و درجه و ویژگی پرولیفراسیون اپی تلیال است که در بیوپسی گزارش می‌شود. بر این اساس آدنوز، اکتازی مجرا، فیبروز، فیبروآدنوم، ماستیت، متاپلازی سنگفرشی، کیست‌های معمولی و هیپرپلازی خفیف با عمق ۳-۴ سلول باعث افزایش خطر سرطان پستان نمی‌شوند. وجود هیپرپلازی با آتیپی^۱ (سلول‌های تکثیر یافته با نوعی نمای غیرطبیعی) با افزایش خطر سرطان پستان همراه است. اگر در بیوپسی با سوزن کلفت^۲، آتیپی دیده شود باید تمام توده برداشته شود^۳ و در این موارد ۵۰٪ احتمال سرطان پستان وجود دارد. وجود آتیپی خطر سرطان را ۴ تا ۵ برابر افزایش می‌دهد. همچنین آدنوز اسکروزان و پاپیلوم‌های متعدد (۱/۵ تا دو برابر) و فیبروآدنوم‌ها با ویژگی کمپلکس با افزایش خطر سرطان پستان همراهند. پاپیلوم اینترا داکتال^۴ به ندرت با افزایش خطر تبدیل به سرطان پستان همراه است ولی باید برداشته شود تا احتمال اشتباه در تشخیص رد شود.

عفونت پستان

عفونت پستان یکی از شکایت‌های شایع بانوان مراجعه کننده به درمانگاه‌های جراحی و زنان است. تشخیص عفونت‌های شایع پستان در مرحله حاد کار سختی نیست و علائم عفونت و التهاب شامل درد، قرمزی تب تورم و گاهی لمس توده در آن‌ها دیده می‌شود. عفونت‌های ناشایع پستان با بروز علائم مشابه سرطان پستان در تشخیص افتراقی حائز اهمیت می‌باشند. به طور کلی عفونت‌های پستان را می‌توان به دو دسته اصلی تقسیم کرد:

۱. عفونت‌های پستان در دوران شیردهی

۱) atypical hyperplasia ۲) core biopsy 3) excise ۴) intraductal papilloma

۲. عفونت‌های پستان در دوران غیر شیردهی

عفونت‌های پستان ممکن است محدود به پستان باشند یا به دنبال یک بیماری عمومی در بدن ظاهر شوند.

عفونت‌های پستان در دوران شیردهی

التهاب و عفونت پستان در دوران شیردهی شایع است. البته در حال حاضر با مصرف آنتی بیوتیک‌ها در هنگام زایمان، میزان بروز این عفونت‌ها کاهش یافته است. ولی با این حال هنوز هم بسیاری از مادران شیرده دچار این مشکل می‌شوند. توجه و مراقبت کافی از پستان در دوران حاملگی و شیردهی می‌تواند شانس ابتلا به این عفونت‌ها را کاهش دهد. این مراقبت‌ها شامل بهداشت مناسب، جلوگیری از پرشدن شیر در پستان و جلوگیری از بروز خراش‌ها ی نوک پستان است.

در دوران شیردهی استحمام روزانه برای بهداشت پستان‌ها بسیار مفید است، گرچه شستشوی مکرر با آب و صابون و اسپری‌های آنتی‌سپتیک بدلیل اختلال در فلور فیزیولوژیک و نرمال پوست توصیه نمی‌شود.^{۲۴} خشکی نوک پستان سبب شکنندگی و ایجاد ترک می‌شود بنابراین توصیه میشود در اتمام شیردهی نوک پستان با یک قطره شیر چرب شود. مطالعات نشان داده تفاوتی بین استفاده از چرب کننده‌ها و شیر مادر برای چرب نمودن نوک پستان و پیشگیری از بروز شقاق نوک پستان وجود ندارد.^{۲۲} نحوه شیردهی در سلامت نوک پستان و پیشگیری از بروز عفونت‌های پستان موثر است. عامل میکروبی شایع در بروز عفونت‌های پستان، نوعی باکتری بنام "استافیلوکوک اورئوس" است. که معمولاً از طریق خراش‌های نوک پستان وارد پستان می‌شود. وجود شیر در پستان محیط غذایی مناسبی برای رشد میکروب فراهم می‌کند و به تدریج تهاجم

میکروب به قسمت‌های اطراف باعث گسترش بیماری در پستان می‌شود. در مراحل اولیه بیماری عفونت به قسمت کوچکی از پستان محدود است ولی با پیشرفت بیماری قسمت‌های دیگر پستان نیز درگیر می‌شوند بنابراین تا حد امکان باید از بروز خراش‌های نوک پستان جلوگیری کرد. شیردادن به روش صحیح به نوزاد می‌تواند از بروز این خراش‌ها جلوگیری کند. همچنین در صورت بروز این خراش‌ها تخلیه مکرر پستان از شیر و رعایت بهداشت نوک پستان برای جلوگیری از عفونت پستان باید انجام شود.

رعایت بهداشت پستان‌ها در دوران شیردهی و بارداری شانس ابتلا به عفونت‌های پستان را در دوران شیردهی کاهش می‌دهد.

مادران شیرده در دو مرحله از دوران شیردهی (در طی ماه اول شیردهی بعد از اولین حاملگی و در زمان گرفتن کودک از شیر) مستعد ابتلا به عفونت‌های پستان هستند.

عفونت پستان در طی ماه اول شیردهی بعد از اولین حاملگی: در این زمان به خاطر عدم آگاهی و تجربه کافی مادر نوک پستان‌ها بیشتر در معرض صدمه هستند. بهداشت پستان‌ها کمتر رعایت می‌شود و مراقبت کافی از پستان‌ها به عمل نمی‌آید. به این ترتیب حدود ۷۵٪ از آبسه‌های پستان در دوران شیردهی، در ماه اول پس از زایمان اتفاق می‌افتند.

به مادران جوان توصیه می‌شود:

- هنگام شیردادن به نوزاد قسمت هاله و نوک پستان را وارد دهان نوزاد کنند زیرا در صورتی که فقط نوک پستان وارد دهان نوزاد شود احتمال ایجاد خراش‌های نوک پستان بیشتر است.
- استحمام روزانه به منظور حفظ نظافت و بهداشت پستانها و چرب نمودن نوک پستان با یک قطره از شیر مادر به منظور جلوگیری از ترک آن.

▪ در مواقع گرسنگی به نوزاد شیر داده شود. با این کار نه تنها حجم شیر زیاد می‌شود بلکه به علت تخلیه مکرر شیر احتمال عفونت‌های پستان کاهش می‌یابد.

در زمان گرفتن کودک از شیر: در این دوران به خاطر تجمع بیشتر شیر در پستانها و همچنین به خاطر وجود دندان در دهان کودک و صدمه به نوک پستان امکان بروز عفونت افزایش می‌یابد.

در هر حال در صورت بروز بیماری، بیمار از قرمزی و تورم دردناک پستان شاکی است که اغلب با علائمی مثل تب همراه است. در مراحل اولیه تنها التهاب و قرمزی مختصری در پوست دیده می‌شود و در صورتی که درمان انجام نشود با پیشرفت بیماری آبسه تشکیل شده و پوست روی آن ممکن است حالت زخمی پیدا کند. در بیمارانی که تحت درمان با آنتی بیوتیک‌ها قرار گرفته اند ممکن است علائم معمول بیماری وجود نداشته و تنها توده‌ای قابل لمس باشد بنابراین بیماری می‌تواند از نظر بالینی در دو مرحله باشد:

- التهاب بافت نرم (سلولیت) بدون تجمع چرک
- آبسه

در مرحله التهاب بافت نرم قرمزی مختصری روی پوست، حساسیت در لمس و درد در آن منطقه وجود دارد. پوست روی محدوده مبتلا در لمس کمی گرم‌تر از سایر نقاط است. در صورت عدم درمان و پیشرفت عفونت، همان‌گونه که قبلاً ذکر شده حفره‌ای حاوی چرک تشکیل می‌شود که همان آبسه پستان است. در این حالت علائم پوستی، واضح‌تر و درد، شدیدتر است.

در این میان ممکن است یک مرحله بینابینی نیز مشاهده شود. این مرحله هنگامی است که بیمار تحت درمان با آنتی‌بیوتیک قرار گرفته است و علائم حاد

بیماری فروکش کرده ولی کاملاً بهبود نیافته است. ممکن است در این مرحله تنها یک توده لمس شود. در این مرحله باید معاینه دقیق پستان انجام شود و در صورت لزوم از روش‌های تشخیصی مثل سونوگرافی کمک گرفته شود و برحسب شرایط بیمار، درمان مناسب انجام شود.

درمان با توجه به مرحله بیماری و شرایط بیمار متفاوت خواهد بود:

مرحله التهاب بافت نرم: در این مرحله با درمان آنتی بیوتیکی علائم بیمار به سرعت روبه بهبود می‌رود. درمان مناسب در این مرحله احتمال ایجاد آبسه را منتفی می‌کند.

انجام آزمایش و کشت از ترشحات می‌تواند راهگشای تغییر در درمان ضد میکروبی باشد. از آنجایی که آنتی بیوتیک‌ها در شیر ترشح می‌شوند باید از مصرف داروهایی که باعث صدمه به نوزاد می‌شود مثل تتراسایکلین، مترونیدازول و جنتامایسین اجتناب کرد. درمان با آنتی بیوتیک در این مرحله در بسیاری از بیماران باعث بهبودی کامل می‌شود اگرچه ۱۰-۵٪ از بیماران با وجود این درمان دچار آبسه می‌شوند. در این مرحله ادامه شیردهی به نوزاد منعی ندارد و در صورت عدم امکان آن تخلیه شیر پستان با دوشیدن شیر باید مورد توجه قرار گیرد.

بیماری در مرحله آبسه: پس از ایجاد آبسه که معمولاً ۴۸ ساعت پس از شروع بیماری اتفاق می‌افتد، استفاده از آنتی بیوتیک‌ها می‌تواند علائم را به طور موقت تخفیف دهد ولی به دلیل عدم توانایی نفوذ به داخل حفره آبسه نمی‌تواند جلوی پیشرفت بیماری را بگیرد. در مواردی که وجود آبسه قطعی نیست با تخلیه سوزنی می‌توان تشخیص را قطعی کرد. در این موارد استفاده از سونوگرافی نیز کمک‌کننده است. پس از تشخیص آبسه انجام جراحی برای تخلیه آبسه ضروری است. در کنار این درمان تخلیه شیر از پستان مبتلا نیز باید انجام شود. این کار به کمک دوشیدن دستی یا به وسیله شیردوش یا مکیدن نوزاد انجام می‌شود. ادامه شیردهی از پستان سالم نیز باید انجام شود.

عفونت پستان در دوران غیر شیردهی

این عفونت‌ها در مقایسه با عفونت‌های دوران شیردهی در سنین بالاتری دیده می‌شوند و تنوع میکروبی نیز در آن‌ها بیشتر است. عفونت‌ها پستان در دوران غیرشیردهی را می‌توان به دو دسته عفونت‌های مرکزی و اطراف هاله پستان و عفونت‌های قسمت محیطی پستان تقسیم‌بندی کرد. عفونت‌های قسمت مرکزی شایع‌تر بوده و عمدتاً در خانم‌های سنین باروری دیده می‌شود و استعمال سیگار از عوامل مستعدکننده می‌باشد. این عفونت‌ها گاهی با آبسه، فیستول همراهند.

در بیماران دچار نقص سیستم ایمنی عفونت‌های مختلفی دیده می‌شود، در این بیماران عفونت‌ها شدیداً تمایل به پیشرفت به سمت آبسه دارند و گاهی منجر به مرگ بیمار می‌شوند.

بدنبال جراحی‌های پستان بدلیل سرطان و نیز بدنبال رادیوتراپی احتمال بروز عفونت و آبسه پستان وجود دارد.

عفونت‌های ویروسی نظیر اوریون نیز می‌توانند سبب عفونت پستان شوند. معمولاً درمان حمایتی است و با بهبود بیماری رفع می‌شود.

مشکلات پستان و رابطه آنها با سرطان^{۲۵}

نوع تغییرات	سن شیوع	رابطه با سرطان پستان
توده‌های کیستی در لمس نرم و گاه در همان موضع دردناک هستند.	در زنان ۳۰ تا ۵۰ ساله و یا خانم‌های منوپوز و یائسه‌ای که هورمون دریافت میکنند	خودشان سرطانی نیستند و خطر ابتلا به سرطان در آینده را هم افزایش نمی‌دهند. فرم نادری از سرطان در کمتر از یک درصد این افراد دیده می‌شود.
فیبروآدنوما توده سفت با قوام لاستیکی و سطح صاف که به راحتی زیر دست می‌لغزد.	نوجوانان، زنان جوان، گاهی در خانم‌های یائسه‌ای که هورمون دریافت می‌کنند دیده می‌شود.	بطور تیبیک سرطانی نیستند، در صورت وجود بعضی تغییرات خاص سلولی احتمال بدخیمی سه برابر می‌شود. فرم نادری از سرطان در کمتر از یک درصد این افراد دیده می‌شود.
سرطان توده سفت، ممکن است دردناک نباشد.	زنان بالای ۴۰ سال و زنان با سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان پستان	
تغییرات دوره‌ای پستان دردناکی پستان که در طی سیکل قاعدگی تغییر می‌کند.	خانم‌ها در دوران دارای قاعدگی و یا دریافت‌کننده هورمون درمانی یائسگی	رابطه‌ای با سرطان ندارد
تغییرات غیردوره‌ای پستان درد مداومی که در یک نقطه و بطور ثابت در طی یک ماه وجود دارد.	در تمام سنین می‌تواند رخ دهد.	در نتیجه بزرگی ناگهانی یک کیست ایجاد می‌شود. سرطان در یک درصد این افراد دیده می‌شود.
دردهای غیر پستانی در قفسه سینه و روی دنده‌ها درد احساس می‌شود.	در تمام سنین می‌تواند رخ دهد.	رابطه‌ای با سرطان ندارد. از نظر مسائل طبی دیگر بایستی ارزیابی انجام شود.

فصل چهارم
مشاوره و ارزیابی مددجو

اصول مشاوره و برقراری ارتباط با مراجعه‌کننده

برای شناسائی سرطان پستان در مراحل اولیه، معاینه سالانه پستان توسط پزشک جراح بسیار حائز اهمیت است و قویا توصیه می‌شود. در صورتی که علت و اهمیت این اقدام برای مراجعه‌کننده توضیح داده شود، فرد مراجعات بعدی را بطور فعالانه انجام خواهد داد و از طرفی خود او فرد مناسبی برای افزایش آگاهی و مراجعه دیگران خواهد بود. بدیهی است برقراری ارتباط صحیح با مراجعه‌کننده سبب افزایش کیفیت خدمات و نیز افزایش میزان پی‌گیری بیماران و شناخت موارد نیازمند ارجاع برای مداخلات تخصصی، مشاوره‌های روانشناسی و مداخلات روانپزشکی خواهد شد. فردی که در مراجعه در مورد ارزش تشخیص زودرس آگاه و به سؤالاتش به خوبی پاسخ داده شده باشد، برای مراجعات بعدی خود پیشقدم خواهد بود. تمام موارد فوق‌الذکر با برقراری ارتباط صحیح در قالب مهارت‌های مشاوره حاصل خواهد شد. هدف از این بحث آشنائی با مشاوره و اصول آن است، گرچه در جلسات ویزیت بیماران ممکن است امکان رعایت تمامی مراحل مشاوره فراهم نیاید و یا بعضی از مراحل مشاوره قوت و بعضی کمتر مورد توجه باشد ولی بهره‌گیری و توجه به موارد اشاره شده در این بحث بی‌شک رضایتمندی از خدمت را افزایش خواهد داد.

تعریف مشاوره:

مشاوره ارتباطی دو طرفه بین داوطلب و پزشک مشاور است که در آن نیازها، دانش و نگرش داوطلب در خصوص موضوع مشخص (در اینجا مقوله‌های بهداشت باروری مد نظر است) مورد ارزیابی قرار گرفته و مشاور بر اساس آن به داوطلب در تصمیم‌گیری صحیح و عمل به آن کمک میکند. حتی در مواردی که فرد گزینه‌های متعددی برای انتخاب ندارد، پزشک میتواند با بکارگیری فن برقراری ارتباط موثر و عبارتی مشاوره با بیمار وی را در ادامه مسیر کمک کند.

خصوصیات مهم مشاور:

- برخورد گرم و دوستانه
- رعایت احترام و حقوق مراجعه‌کننده
- همدلی
- دانش کافی و راغب به فراگیری
- رازداری
- تعهد اخلاقی و وجدان کاری
- دانش کافی و تسلط به موضوع
- سعی در شناخت فرهنگ مراجعه‌کننده، نیازهای اطلاعاتی و عاطفی آنان
- سعی در شناخت نیازهای مراجعه‌کننده و کمک به وی برای تصمیم‌گیری صحیح

شرایط مشاوره

اصولی‌ترین رکن آن رعایت حقوق فرد است.

حقوق مددجو یا مراجعه‌کننده:

حفظ حرمت مددجو یا مراجعه‌کننده

منظور این است که داوطلب احساس ارزش و احترام کند. ایجاد محیطی خلوت و محرمانه و توضیح علت لزوم این کار به ایجاد این احساس کمک می‌کند. همچنین باید شدیداً از برخوردها و الفاظی که قضاوت‌ارایه‌کننده خدمت را نشان می‌دهد یا شان و منزلت داوطلب را زیر سؤال می‌برد خودداری نمود.

حفظ محرمانگی و خلوت شرایط معاینه

ضمن بالا بردن احساس امنیت و منزلت در مراجعه‌کننده، باعث تمایل به برقراری یک ارتباط صادقانه می‌شود. گاهی حتی تغییرات کوچکی در محیط

مشاوره باعث احساس امنیت بیشتری در وی خواهد شد. به عنوان مثال علاوه بر انجام معاینه پستان در محیط خلوت، معاینه‌کننده بهتر است فرصت پوشاندن بقیه مناطق بدن (غیر لازم برای معاینه) را به بیمار بدهد.

راه‌های کاهش یا رفع نگرانی‌های مراجعه‌کننده

- با اطمینان دادن به مراجعه‌کننده که تمام مکالمات محرمانه خواهد ماند می‌توان به کاهش اضطراب مراجعین کمک نمود.
- راهنمایی لازم برای رفع نگرانی‌های وی بگونه‌ای قابل اعتماد و بدون قضاوت و پیش‌داوری
- دادن آگاهی لازم به مراجعه‌کننده و توضیح نتیجه معاینه به وی
- اطمینان به گیرنده خدمت که در صورت لزوم به مراکز تخصصی‌تر ارجاع خواهد شد.

مراحل مشاوره

مراحل مشاوره در کلمه GATHER (به معنی خوش‌آمدگویی) آمده است:

- G (Greet)
احترام به مراجعه‌کننده با برخورد گرم
- A (ask)
- از داوطلب در مورد خودش سوال کنید
- دلیل مراجعه
- به او کمک کنید تا بتواند خواسته‌ها و نیازهایش را بیان کند.
- به او کمک کنید تا بتواند احساسات و باورهایش را مطرح کند.
- آگاهی از دانش و تجربیات مراجعه‌کننده
- T (Tell)
- توضیح اهمیت معاینات سالیانه و پیگیری
- پاسخ به نیازها و نگرانی‌ها با توجه به موقعیت مراجعه‌کننده
- دادن اطلاعات لازم در مورد بیماری و سیر درمان آن

- روش‌های درمانی موجود به اختصار برای بیمار توضیح داده شود.

• (Help) H

کمک به داوطلب برای اتخاذ بهترین تصمیم

• (Explain) E

توضیح هر آنچه که لازم یا شفاف‌کننده است.

• (Return) R

برنامه‌ریزی جهت ویزیت مجدد یا ملاقات پس از ارجاع به مراکز بالاتر

بدیهی است بهترین نتیجه وقتی حاصل خواهد شد که ارائه‌دهندگان خدمت ضمن انجام معاینات، اصول مشاوره را بکار گیرند، به این ترتیب نتایج سودمند برقراری ارتباط صحیح بین ارائه‌دهنده خدمت و گیرنده خدمت حاصل خواهد شد.

ارزیابی بیمار

بررسی بیماری پستان با تمرکز بر اصول زیر صورت می‌گیرد.

➤ شرح حال بیمار

➤ ارزیابی فاکتورهای خطر

➤ بررسی نشانه‌های فعلی

➤ معاینه فیزیکی

➤ گرفتن شرح حال

اولین قدم در ارزیابی نشانه بیماری پستان شرح حال‌گیری دقیق است. این شرح حال بایستی شامل تمام سئوالات در باره نشانه‌های فعلی بیمار، مدت بیماری، نوسانات علائم و نشانه‌ها، عوامل تشدیدکننده یا تسکین‌دهنده بیماری باشد.

همچنین لازم است به موارد ذیل در شرح حال توجه شود:^{۲۶}

- فهرست داروهای مصرفی بیمار (شامل درمان‌های هورمونی و گیاهی مانند فیتواستروژن‌ها)
- سابقه پرتودرمانی (به ویژه در درمان بدخیمی‌های دوران کودکی) باید از بیمار پرسیده شود.
- سابقه بیوپسی‌های قبلی

➤ فاکتورهای خطر ساز در ایجاد سرطان پستان

عوامل متعددی سبب افزایش خطر بروز سرطان پستان می‌شوند، لازم است در صورت وجود هر یک از این موارد فرد با تواتر بیشتری معاینه و بررسی شود. (چگونگی و فواصل زمانی طبق پروتکل کشوری تعیین می‌گردد).

- جنس (خانم‌ها)
- بالا رفتن سن: تقریباً ۵۰٪ از سرطان‌های پستان پس از ۶۵ سالگی رخ می‌دهند. متأسفانه در کشور ما سن شیوع ابتلا پایین‌تر است - نمودار صفحه ۲۰ توزیع سنی مبتلایان به سرطان پستان در کشور را نشان می‌دهد.
- شروع قاعدگی قبل از ۱۲ سالگی
- زایمان نداشتن یا اولین حاملگی بعد از سن ۳۰ سالگی
- یائسگی دیررس (بالای سن ۵۵ سالگی)
- سابقه سرطان پستان در یک پستان فاکتور خطری برای ابتلا طرف مقابل است.
- پاتولوژی بیوپسی قبلی پستان که نشان‌دهنده کارسینوم درجای آتیپیک لبولر یا مجرانی و یا هیپرپلازی آتیپیک با افزایش ریسک همراه است.
- سابقه خانوادگی سرطان پستان (به ویژه قبل از یائسگی و سرطان‌های پستان دو طرفه)

وجود سابقه خانوادگی کانسر پستان و خصوصا در یکی از اقوام نزدیک پیش از یائسگی، عامل خطر قوی برای ابتلا به سرطان پستان است. گرچه عمده موارد سرطان پستان در افراد بدون سابقه خانوادگی ایجاد می‌شود ولی احتمال بروز سرطان در خانمی که در یک کشور توسعه یافته زندگی می‌کند با افزایش تعداد افراد درجه یک مبتلا افزایش می‌یابد. موتاسیون ژنهای مختلفی می‌تواند باعث افزایش خط سرطان پستان شود. وجود موتاسیون ژنهای BRCA1 و BRCA2 میزان ابتلا به سرطان پستان را ۸-۹ برابر می‌کند البته لازم بذکر است که این موتاسیون تنها در ۱-۲٪ از کل سرطان‌های پستان دیده شده و میزان شیوع آن در جمعیت زنان یک در هزار است.^{۲۷}

- سابقه خانوادگی سرطان پستان در افراد مذکر خانواده
- عوامل و بیماری‌های ارثی در ارتباط با افزایش احتمال ابتلا به سرطان پستان علاوه بر ژن‌های BRCA1، BRCA2، سندرم Li-Fraumeni، بیماری Cowden، سندرم آتاکسی تلانژکتازی، سندرم پوتز-جگر
- تعدد بستگان درجه یک مبتلا به سرطان پستان و سن پائین آنها در زمان تشخیص بیماری مطرح‌کننده موتاسیون این ژن در خانواده می‌تواند باشد.
- ابتلا به سایر بدخیمی‌ها (ابتلا به سرطان تخمدان، کولون و یا سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان پروستات)
- درمان جایگزین با هورمون پس از یائسگی (رژیم‌های هورمونی شامل مخلوط استروژن و پروژسترون)
- مصرف الکل
- افزایش وزن پس از یائسگی
- تراکم زیاد بافت پستان

➤ بررسی نشانه‌های فعلی

- خروج ترشح از نوک پستان
- ویژگی‌های ترشح (خروج خودبخودی یا غیر خودبخودی یکطرفه یا دو طرفه بودن درگیری یک مجرا یا چند مجرا، رنگ ترشح)
- توده پستان (اندازه و تغییر در اندازه سفتی یا نرمی، ترکیب بافتی، قابلیت حرکت توده)
- درد پستان (دوره‌ای یا مداوم)
- ارتباط نشانه‌ها با دوره قاعدگی)
- تغییر در شکل، اندازه یا بافت پستان
- نتیجه بیوپسی‌های قبلی
- تغییرات پوستی: خارش مزمن، یا زخم مزمن نوک پستان و یا تغییرات یکطرفه

➤ معاینه فیزیکی

تومورهای پستان به ویژه انواع نئوپلاستیک آن معمولاً بدون علامت هستند و تنها با معاینه فیزیکی یا در غربالگری به وسیله ماموگرافی کشف می‌شوند. بطور شاخص، در طول قاعدگی تغییرات مختصری در معاینه فیزیکی^{۲۸} پستان رخ می‌دهد. در اکثر زنان، قبل از قاعدگی افزایش بی‌خطر ندولاریته و بزرگ شدن خفیف پستان رخ می‌دهد. در برخی موارد این ویژگی‌ها می‌توانند یک ضایعه زمینه‌ای را مخفی کرده و معاینه را دشوار سازند. یافته‌های بدست آمده از معاینه فیزیکی را باید در پرونده بیمار ثبت نمود تا بتوان از آن به عنوان یک مبنا برای معاینات بعدی استفاده کرد.

معاینه لازم است در نور کافی و شرایط لازم از نظر حفظ راحتی و محرمانگی فرد انجام شود. می‌توان معاینه را در حالت نشسته یا خوابیده انجام داد. اصول انجام آن در هر حال یکی است.

معاینه شامل قسمت‌های زیر است:

✓ مشاهده

✓ لمس

مشاهده

در حالی که بیمار راحت نشسته و دست‌هایش در دو طرف بدنش قرار دارد انجام می‌گیرد. پستان‌ها باید از نظر تقارن - حدود - و ظاهر پوست آن با یکدیگر مقایسه شوند. ادم و اریتم را می‌توان به آسانی تشخیص داد و برای آشکار شدن فرورفتگی پوست یا به داخل کشیده شدن نوک پستان - باید از بیمار بخواهید که دستان خود را به بالای سرش برده و سپس آنها را بر روی لگن خود بگذارد این کار باعث انقباض عضلات سینه‌ای می‌شود. تومورهای غیر قابل لمس که باعث از شکل افتادن رباط‌های کوپر می‌شوند می‌توانند باعث فرورفتگی پوست (به هنگام انجام مانورهای فوق) بشوند. علاوه بر این زخم یا اگزمای نوک پستان باید مورد توجه قرار گیرد.

لمس:

در حالی که بیمار نشسته است باید هر یک از پستان‌ها را با روشی منظم لمس کرد. بعضی از پزشکان توصیه می‌کنند که لمس پستان در امتداد نوارهایی طولی صورت گیرد، اما نوع تکنیک لمس دقیق، احتمالاً به اهمیت لمس کردن تمام نواحی پستان نمی‌باشد. روشی که بتوان با آن پستان را بطور بسیار موثر لمس کرد، این است که این کار را به صورت دواير متحدالمرکزی که به سمت محیط پستان گسترش می‌یابند انجام دهیم. یک پستان آویزان شده را می‌توان با

قراردادن یک دست در بین پستان و دیواره قفسه سینه در وضعیت ایستاده و لمس آرام پستان در بین دو دست، معاینه کرد. البته باید بدانیم که در پستانهای بزرگ دقت معاینه پایین تر است و برای معاینه باید با دست مغلوب پستان را به سمت مقابل هدایت نمود و با دست غالب معاینه صورت گیرد در هر حال معاینه پستان باید بین دست و قفسه صدری انجام شود. نواحی زیربغل و بالای ترقوه را باید از نظر وجود گره‌های لنفاوی بزرگ شده، لمس کرد. زیر بغل، ربع فوقانی خارجی پستان و دنبالچه Spence در زیر بغل را باید از جهت وجود توده‌های احتمالی لمس کرد.

در حالی که بیمار به پشت خوابیده و یک دست خود را بالای سرش قرار داده است. باید پستان همان طرف را مجدداً با روش منظم از ترقوه تا لبه دنده‌ای لمس کرد. اگر پستان بزرگ باشد، یک بالش یا حوله زیر کتف قرار داده می‌شود تا سمت مورد معاینه بالا بیاید، در صورت انجام ندادن این کار، پستان به طرفین می‌افتد و لمس نیمه خارجی آن دشوارتر می‌شود.

ویژگی‌های عمده‌ای که باید در لمس پستان تعیین شوند عبارتند از: دما، ترکیب بافتی و ضخامت پوست، حساسیت منتشر یا کانونی، ندولاریته، سفتی و یا نرمی، عدم تقارن توده‌های آشکار و خروج ترشح از نوک پستان. اکثر بیماران قبل از یائسگی، به طور طبیعی پارانیشیم پستانی ندولار دارند. این ندولاریته منتشر است اما عمدتاً در ربع‌های فوقانی خارجی (یعنی جایی که بافت پستانی بیشتری وجود دارد) دیده می‌شود. این ندول‌های خوش خیم پارانیشیمی، کوچک بوده، اندازه یکسان دارند و حدود آنها نامنظم است. در مقایسه با آنها، سرطان پستان معمولاً به شکل یک توده سفت و غیر حساس با حاشیه‌ای نامنظم بروز می‌کند. یک توده سرطانی، در لمس مشخصاً با ندولاریته اطراف خود تفاوت دارد.

یک توده بدخیم ممکن است به پوست یا فاسیای زیر خود ثابت شده باشد. یک توده مشکوک معمولاً یک طرفه می‌باشد. یافته‌های مشابه در هر دو پستان، بعید است که یک بیماری بدخیم باشد.

وجود غربالگری سرطان پستان سبب کشف زودرس سرطان شده و می‌تواند میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان پستان را افزایش دهد

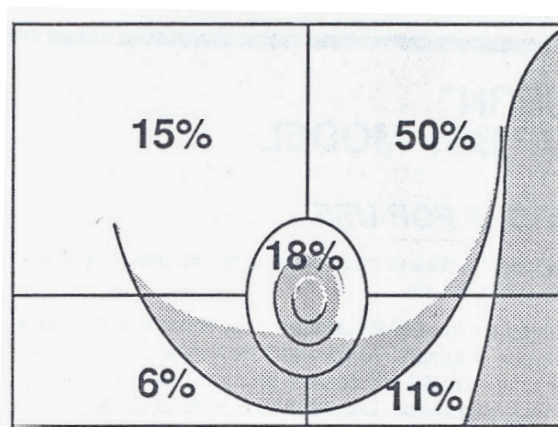
معاینه بالینی پستان (CBE)

اصول انجام معاینه پستان کاملاً مشابه روش خودآزمایی پستان است و توجه به چند نکته ضروری است:

- ۱- معاینه پستان می‌تواند در حالت نشسته و یا خوابیده به پشت انجام شود.
- ۲- سه الگو برای لمس پستان در معاینه وجود دارد (بر اساس دوایر متحدالمركز، شعاعی و یا نوارهای عمودی).
- ۳- توصیه می‌شود در ضمن معاینه شیوه انجام خودآزمایی پستان به بیمار آموزش داده شود.
- ۴- توجه به نقاط شایع‌تر بروز سرطان در پستان ضروری است.
- ۵- در معاینه پستان، معاینه کامل غدد لنفاوی زیر بغل ضروری است زیرا بسیاری از سرطان‌های پستان در ناحیه بالا و خارجی پستان رخ می‌دهد و تمایل بالائی برای درگیری غدد لنفاوی زیر بغل وجود دارد.

جنس غده و شایع‌ترین محل‌های تومور:^{۲۹}

با لمس کردن تشخیص قطعی جنس تومور امکان‌پذیر نبوده و بیشتر تومورها از طریق نمونه‌برداری قابل شناسائی می‌باشند گرچه این توده‌ها غالباً سرطانی نیستند اما هر غده‌ای بایستی توسط پزشک معاینه گردد.



نمای پستان چپ - فراوانی بروز سرطان در مناطق مختلف پستان -
شایع‌ترین محل بروز سرطان پستان ربع فوقانی خارجی در هر پستان می‌باشد.

خلاصه نکات بالینی مهم در انجام معاینه پستان^{۲۵}

۱. اهداف معاینه پستان و ماهیت ساده و بدون درد آن را برای فرد توضیح دهید.
۲. مطمئن شوید که بیمار تصور درستی از معاینه و ضرورت معاینات توسط خود دارد
۳. معاینه پستان را در محیط خلوت، دمای مناسب و با دست گرم شده (در هوای سرد) و در وضعیت بدون لباس انجام دهید.
۴. معاینه پستان را دقیق و با صرف وقت انجام دهید
۵. معاینه پستان را سالانه همزمان با معاینه زنان (ژنیکولوژی) انجام دهید
۶. معاینه پستان را پس از قاعدگی و قبل از تخمک‌گذاری و در زمان بدون درد انجام دهید.
۷. در معاینه پستان ملایمت را فراموش نکنید و با معاینه خشن سبب درد بیمار نشوید.
۸. معاینه پستان را در دو وضعیت ایستاده و خوابیده انجام دهید.
۹. معاینه پستان را با انگشت ۲ و ۳ بصورت دورانی یا شعاعی انجام دهید.

۱۰. معاینه ناحیه آرنئول، زیر بغل و فوق ترقوه را در تکمیل معاینه پستان انجام بدهید
۱۱. خاتمه معاینه و نتیجه معاینه را به بیمار اطلاع بدهید.

فهرست کنترل انجام معاینه پستان (check list)^{۲۵}

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱. هدف معاینه پستان را برای بیمار توضیح داد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲. بی‌خطر و بدون درد بودن معاینه را برای بیمار توضیح داد تا احساس آرامش کند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳. معاینه پستان را در محیط خلوت انجام داد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴. آیا معاینه پستان را در دمای حرارت مناسب (و نه سرد) انجام داد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵. آیا در هوای سرد، دست خود را قبل از معاینه گرم کرد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶. آیا معاینه پستان را در شرایط بدون لباس (از کمر به بالا) انجام داد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷. آیا فرصت پوشاندن بقیه مناطق بدن (غیر لازم برای معاینه) را به بیمار داد؟ آیا بقیه نقاط بدن بیمار پوشیده بود؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸. معاینه پستان را با صرف وقت و به دقت انجام داد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹. آیا در معاینه سالانه ژنیکولوژی و پاپ اسمیر، معاینه پستان را انجام داد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰. آیا از زمان مناسب معاینه (بعد قاعدگی و قبل اوولاسیون) مطمئن شد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱. آیا از بدون درد بودن پستان قبل معاینه مطمئن شد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲. آیا معاینه پستان را ملایم و بدون درد انجام داد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳. آیا معاینه پستان را در دو وضعیت ایستاده و خوابیده انجام داد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۴. آیا معاینه پستان را با انگشت ۲ و ۳ انجام داد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۵. آیا معاینه پستان را صحیح (شعاعی یا دورانی) انجام داد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۶. آیا معاینه ناحیه آرنئول را انجام داد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۷. آیا معاینه زیر بغل دو طرف را انجام داد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۸. آیا معاینه فوق ترقوه در دو طرف را نیز انجام داد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۹. آیا خاتمه معاینه پستان را به بیمار اعلام کرد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۰. آیا نتیجه معاینه را به بیمار اعلام کرد؟

غربالگری سرطان پستان

انجمن سرطان آمریکا توصیه می‌کند خودآزمایی پستان ماهانه و انجام معاینه سالانه زنان بالای ۳۰ سال توسط پزشک و ماموگرافی شامل ماموگرافی سالانه از سن ۴۰ سالگی می‌باشد.^{۲۰} بعضی منابع یک ماموگرافی پایه در سن ۳۵-۴۰ سال را پیشنهاد می‌کنند. در صورت ابتلا یکی از نزدیکان درجه یک خانواده به سرطان پستان، انجام ماموگرافی از ۵ سال زودتر توصیه می‌شود خصوصاً در صورتی که ابتلا در اقوام پایین‌تر از سن ۴۰ بوده باشد بایستی شروع شود.²⁰ در بانوان سنین ۷۰-۸۰ بر حسب مورد و وضعیت جسمی بیمار می‌توان هر ۲ سال ماموگرافی انجام داد.

پس از ۶۹ سالگی و در بعضی از منابع از سن ۷۴ سالگی نیازی به غربالگری نیست. زیرا در سنین بالا رشد تومور بسیار کند است و تفاوتی در بقایای عمر بین توده‌هائی که با خودآزمایی پستان تشخیص داده می‌شود و توده‌هائی که با ماموگرافی تشخیص داده می‌شود وجود ندارد.

توصیه می‌شود برای بانوان معاینه توسط پزشک یا متخصص ماهر، هر سال از سن ۲۰ سالگی شروع و ضمن انجام آن خودآزمایی پستان به فرد آموزش داده شود و در سن ۴۰ سالگی یک ماموگرافی پایه انجام و فاصله حداقل هر سه سال تکرار شود. ماموگرافی در سنین ۵۰ تا ۶۰ سال با کاهش واضحی در مرگ و میر زنان بدلیل سرطان پستان همراه است. در سنین زیر ۳۵ سال روش ترجیحی بررسی پستان در صورت شک بالینی سونوگرافی است.

معاینه پستان توسط خود بیمار(خود آزمائی)

معاینه پستان توسط خود بیمار (BSE)، آگاهی از سلامت پستان را افزایش می‌دهد. این اقدام به هیچ وجهی یک روش تشخیصی نمی‌باشد و در حال حاضر صرفاً بعنوان کمک به غربالگری مورد استفاده قرار می‌گیرد.

اکثر سرطان‌های پستان توسط خود بیمار (۴۸٪) و بعد از آن، توسط تصویر برداری از پستان (۴۱٪) کشف می‌شوند و فقط ۱۱٪ از آنها در معاینه فیزیکی به وسیله پزشک شناسایی می‌گردند. اگر چه میزان بروز سرطان پستان در زنان جوان کم می‌باشد ولی اهمیت آموزش زودهنگام معاینه پستان، این است که این کار تبدیل به یک عادت می‌شود. خوشبختانه افزایش آگاهی عمومی در بسیاری از کارخانجات، ادارات، سازمان‌ها، محیط‌های فرهنگی و فرهنگ سراها از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی BSE به زنان صورت می‌گیرد. اطمینان خاطر دادن، حمایت و آموزش بیمار، می‌تواند زنان را تشویق کند تا به موانع موجود بر سر راه معاینه معمول BSE، غلبه کنند. هفت جزء زیر (که در زبان انگلیسی) با حرف p شروع می‌شوند، اجزای اصلی معاینه پستان را تشکیل می‌دهند:

- موقعیت (Position)
- لمس (Palpation)
- استفاده از کف انگشتان دست به جای نرمه انگشتان برای لمس (pads of fingers are too sensitive for Palpation)
- فشار (Pressure)
- محیط (Perimeter)
- الگوی جستجو (Pattern of search)
- آموزش بیمار (Patient education)

فرد باید در حالی که در جلوی یک آینه نشسته یا ایستاده است، به پستان‌های خود نگاه کرده و به دنبال عدم تقارن، فرورفتگی پوست، یا به داخل کشیده شدن نوک پستان بگردد. بلند کردن دست‌ها بر روی سر یا فشار دادن دست‌ها بر روی لگن، باعث انقباض عضلات سینه‌ای می‌گردد و بدین طریق هرگونه فرورفتگی در

پوست آشکار می‌شود. در خاتمه باید پستان‌های خود را در حالت خم شده به جلو معاینه کند. او باید در حالت ایستاده یا نشسته پستان‌های خود را به دقت با انگشتان دست طرف مقابل لمس کند. سپس باید دراز کشیده و دوباره هر یک از ربع‌های پستان و همچنین زیر بغل را لمس کند؛ این کار را باید با کف انگشتان سه انگشت میانی و با ایجاد فشار (ملایم، متوسط، عمیق) انجام دهد به طوری که کل پستان از ترقوه تا چین زیرپستانی و از جناغ تا عضله Latissimus را پوشش دهد.

ناحیه محیط پستان را باید به جای روش «دوایر متحدالمرکز» یا روش شعاعی، ترجیحاً با حرکت به سمت بالا و پایین (موسوم به روش نوارهای عمودی) لمس کرد؛ در دو روش قبلی اغلب کناره‌های بافت پستان لمس نمی‌شود. بسیاری از زنان در مورد انجام معاینه پستان، احساس اضطراب می‌کنند. این معاینه را می‌توان در هنگام دوش گرفتن نیز انجام داد. آب و صابون حساسیت لمس را افزایش داده و خصوصی بودن محیط حمام شرایطی را ایجاد می‌کند که فرد کمتر دچار اضطراب شود.

برای همه زنان بهتر است از بیست سالگی پستان خود را هر ماه زمانی مشابه ماه قبل معاینه کنند تا این کار به یک عادت تبدیل شود.

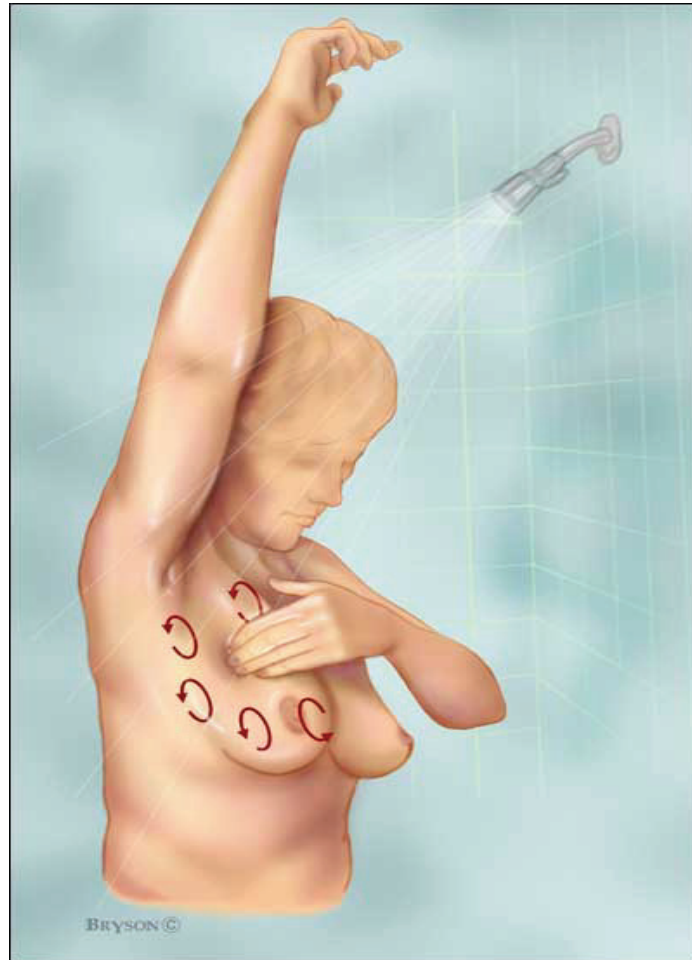
۱۱- مشاهده در مقابل آینه ۳۰° و در وضعیت بازوان کشیده جهت بررسی فرورفتگی‌ها و تغییرات غیرطبیعی پستان



۱۲- معاینه در وضعیت دراز کشیده و بالش زیر کتف



۱۳- معاینه در وضعیت ایستاده

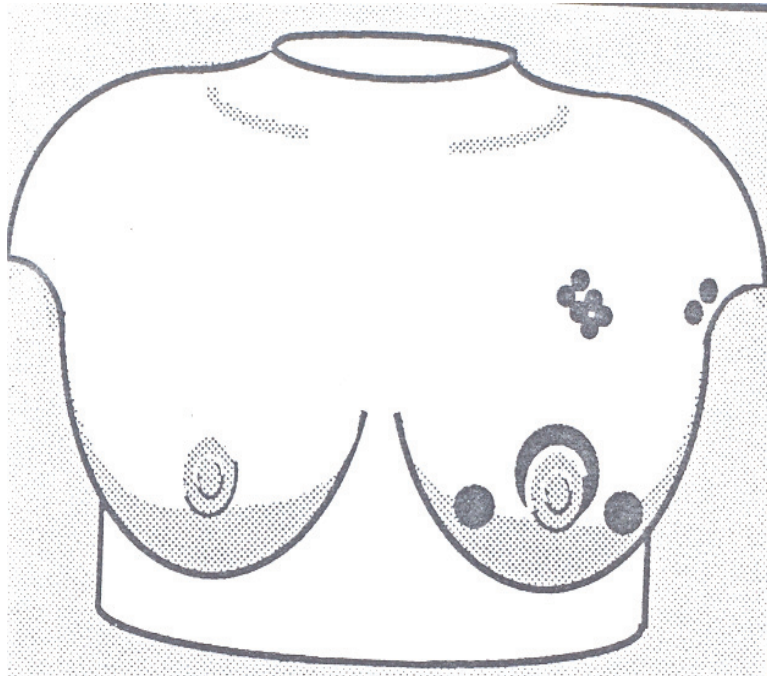


زنان در سنین قبل از یائسگی بهتر است پستان‌های خود را هر ماه ۷ تا ۱۰ روز پس از شروع دوره قاعدگی معاینه کنند. در زنان یائسه انتخاب یک تاریخ مشخص، روش مفیدی برای بخاطر آوردن زمان انجام ماهیانه خودآزمایی پستان می‌باشد. به زنان باید آموزش داد که هر گونه اختلال یا تغییر را به پزشک خود گزارش دهند. اگر معاینه پزشک تأییدکننده یافته‌های بیمار نباشد، این کار را باید یک ماه بعد یا بعد از دوره قاعدگی بعدی انجام داد.

تمرین بر روی مدل (مولاژ)

حساسیت و صحت معاینه کلینیکی با تمرین و انجام مکرر معاینه افزایش می‌یابد. بدیهی است آموزش دقیق نحوه معاینه یکی از موارد حائز اهمیت است.

مولاژ معاینات خود آزمایی پستان



دستور العمل استفاده از مولاژ

مولاژ را از محفظه خارج کنید و قبل از استفاده به آن پودر بزنید تا هنگام تماس پوست با آن احساس نرمی و صافی کنید. داخل قالب چندین برآمدگی تعبیه شده است تا انواع شایع‌تر تومورها را نمایش دهد برای نشان دادن مدل به دیگران در پشت مدل بایستید و در حالتی که می‌خواهید پستان خودتان را معاینه کنید دستانتان را قرار دهید.

چگونگی استفاده از نوک انگشتانتان را برای لمس دقیق توده تشریح کنید.
چگونگی معاینه ترقوه و زیر بغل را نیز تشریح کنید.
اجازه دهید هر آموزش گیرنده، مدل را مانند اینکه پستان خود را معاینه میکند امتحان کند و مطمئن شوید هر یک به شکل کامل تمام نقاط را آزمایش کند.
در معاینه از کشیدن غده خودداری کنید. همچنین از چسب ناخن و جوهر چاپ استفاده نکنید.

پیشگیری از سرطان پستان

از آنجا که بسیاری از فاکتورهای خطر قابل کنترل نمی‌باشند، بنابراین پیشگیری اولیه به معنی وجود واکسن یا داروی خاص برای پیشگیری از ایجاد سرطان پستان وجود ندارد.^{۲۳}

انجام فعالیت فیزیکی و ورزش مستمر، ثابت نگهداشتن وزن، شیردهی و عدم مصرف هورمون پس از یائسگی احتمال ابتلا به سرطان پستان را کاهش می‌دهد.
خودداری از مصرف غذاهای پرچرب و سرخ کرده، نمک زده و آماده حاوی مواد نگهدارنده، ترشی و کنسروها و در مقابل افزایش مصرف میوه، سبزیجات، غلات و گوشت ماهی می‌تواند با افزایش آنتی‌اکسیدان‌ها سبب کاهش بروز سرطان در بدن شود.

پیشگیری ثانویه شامل خودآزمایی پستان، معاینه توسط پزشک یا فرد ماهر، ماموگرافی بوده و به معنی محدود کردن اثر عوامل قابل کنترل از طریق بیماریابی و تشخیص زودرس می‌باشد.^{۲۳} این موضوع خصوصاً در افراد با سابقه خانوادگی بیماری سرطان پستان حائز اهمیت است. در افرادی که یکی از بستگان آنان مبتلا به سرطان پستان است میزان ابتلا چهار برابر می‌شود. برای این افراد

بهترین راه کاهش خطر سرطان پستان ضمن رعایت شیوه زندگی سالم، انجام مراقبت‌های معمول نظیر معاینات دوره‌ای و ماموگرافی به صورت دقیق‌تر و با فواصل زمانی کوتاه‌تر می‌باشد. در افراد دارای ژن معیوب مراقبت‌ها از سنین پایین‌تری باید آغاز شود. این اقدامات سبب تشخیص سرطان پستان در مراحل زودرس و قابل درمان می‌شود، گرچه در پیشگیری از ابتلا به سرطان ارثی نقشی ندارد.

راههای پیشگیری از سرطان پستان در گروه بسیار پرخطر استفاده از داروهای دارای اثر ضد استروژنی مانند تاموکسی فن و رالوکسیفن می‌تواند تا ۵۰ درصد سبب کاهش خطر ابتلا به سرطان ارثی گردد. مطمئن‌ترین راه پیشگیری از این دسته از سرطانهای پستان برداشتن هر دو پستان به روش جراحی است.

فصل پنجم

روشهای تصویربرداری در تشخیص بیماریهای پستان

در بیماران علامتدار تشخیص بیماری بر اساس معاینه بالینی، تصویر برداری و پاتولوژی (تست سه گانه) انجام میشود. ماموگرافی بعنوان تنها تست تشخیصی برای بیماران علامتدار با محدودیت‌هایی همراه است. حساسیت ماموگرافی در تشخیص توده‌های پستان ۸۰ تا ۸۵ درصد است. در بیماران جوان‌تر حساسیت تست کمتر است.^{۳۱}

ماموگرافی قبل از عمل جراحی با یا بدون سونوگرافی برای تمام بیماران کاندید عمل جراحی بدلیل توده‌های بدخیم پستان انجام میشود ولی ماموگرافی بعنوان غربالگری برای خانم‌های زیر ۳۵ سال توصیه نمی‌شود.

با وجود پیشرفت‌های بسیار در روشها و تکنیک‌های ارزیابی پستان، هنوز سیتولوژی آسپیراسیون توده با سوزن (FNAC) همچنان بازوی اصلی بخش پاتولوژی در تست سه گانه ارزیابی پستان است. در موارد مشکوک به سرطان پستان بیوپسی با سوزن بزرگ (Core Biopsy) استاندارد طلائی تشخیص بیماری می باشد.^{۲۸}

ماموگرافی^{۱۲}

ماموگرافی در حال حاضر جایگاه مهمی در تشخیص زودرس سرطان پستان دارد.

ماموگرافی به دو منظور انجام می‌شود. ۱- ماموگرافی غربالگری به معنی بررسی پستان با اشعه X در یک خانم بدون علامت است. هدف از این رادیوگرافی کشف توده‌های سرطان قبل از رسیدن به اندازه قابل لمس است. تشخیص زودرس توده‌های بدخیم درمان سبب افزایش شانس زنده ماندن بیمار، کاهش هزینه‌های درمان و کاهش اقدامات لازم درمانی میگردد. در حال حاضر طبق مطالعات ماموگرافی غربالگری در سن ۵۰-۶۰ سال می‌تواند سبب کاهش مورتالیتی زنان این گروه سنی شود.

۲- ماموگرافی تشخیصی: به منظور ارزیابی بیشتر پستان در خانم‌هایی که با یکی از علائم مشکوک به سرطان پستان مانند توده، ترشح و تغییرات پوستی پستان مراجعه می‌کنند، ارائه گردد.

معمولاً در ماموگرافی تشخیصی تعداد کلیشه‌ها بیشتر و بررسی دقیق‌تر و طولانی‌تر است. گاه برای تشخیص بهتر، گرافی‌های با بزرگنمایی بیشتر از ناحیه مشکوک تهیه می‌شود.

ماموگرافی بیشتر در خانم‌های بالای ۴۰ سال توصیه می‌شود زیرا بافت پستان خانم‌های جوان تراکم بیشتری دارد و در ماموگرافی تصویر قابل تشخیصی ایجاد نمی‌کند (افزایش نقاط دانسیته).

میزان اشعه ماموگرافی کم و این روش ایمن است و انجام آن با توجه به مزایای این روش در تشخیص زودرس سرطان توصیه می‌شود.

بهترین زمان برای انجام ماموگرافی روز ۴-۸ پس از شروع قاعدگی است. در روز انجام ماموگرافی نباید از مواد خوشبو کننده، پودر یا کرم زیر بغل استفاده کرد، این ترکیبات کیفیت کلیشه‌ها را در صورتی که روی پوست قرار بگیرند پایین می‌آورد.^{۲۱}

در کسانی که بطور منظم سالیانه ماموگرافی انجام می‌دهند میزان مورتالیتی سرطان پستان ۳۰ تا ۶۰ درصد کاهش می‌یابد.

نکته مهم در مورد ماموگرافی این است که طبق نظر انجمن سرطان آمریکا از هر ۱۰۰۰ ماموگرام فقط ۱-۲ مورد به تشخیص سرطان منجر می‌شود.

حدود ۱۰ درصد موارد نیاز به تکرار ماموگرافی است و تنها ۸-۱۰ درصد این تعداد نیاز به بیوپسی دارند و ۸۰ درصد این بیوپسی‌ها سرطان نیستند.

در صورتیکه ماموگرافی به وسیله دو نفر خوانده شود (double reading) موارد مثبت و منفی کاذب کاهش می‌یابد.

استاندارد گزارش ماموگرافی بر اساس سیستم گزارش‌دهی BIRADS می‌باشد. نحوه درجه بندی و تفسیر این سیستم به شرح ذیل است.^{۲۶}

گروه صفر: این گزارش به این معنی است که ارزیابی ناقص است و اقدامات تشخیصی بیشتر مورد نیاز است. (مثلاً استفاده از بزرگنمایی، نماهای خاص ماموگرافی و سونوگرافی)

گروه یک: پستان‌ها نمای طبیعی وعادی دارند.

گروه دو: ماموگرام موید توده‌های خوش خیم است (بدلیل وجود کلسیفیکاسیون‌های با نمای خوش خیم، فیبروآدنوم کلسیفیه و لنف نود در ناحیه intramammary)

گروه سه: ناحیه احتمالاً خوش خیم (probably benign) وجود دارد و پیگیری با بررسی رادیوگرافی هر ۶ ماه تا یکسال و سپس ۲ سال بعد ضرورت دارد. بنابراین دقت در معاینات کلینیکی و پیگیری بیمار لازم است.

گروه چهار: رادیولوژیست برای این گروه توصیه به بیوپسی نموده، گرافی‌ها بطور قطع مطرح‌کننده سرطان نیست ولی امکان آن (possibility of malignancy) وجود دارد.

گروه پنج: مطرح‌کننده سرطان است. یافته‌های شاخص برای سرطان دیده شده و در این موارد بیوپسی توصیه شده است.

بنابراین در گروه یک و دو دلیلی برای نگرانی وجود ندارد و در گروه ۲ و ۳ نمای مطرح‌کننده تغییرات خوش خیم وجود دارد (ماکروکلسیفیکاسیون‌ها و کیست‌ها و بافت فیبروز) و درمان خاص و یا بیوپسی ممکن است نیاز نباشد. برای گروه ۴ و ۵ بیوپسی ضروری است.^{۱۲} برای تمام موارد مشکوک به کانسر پستان چه مواردی که در بیماریابی شناخته شده باشند و چه خود فرد مراجعه کرده باشد بایستی تست استانداردمانند ماموگرافی انجام داد. خطر اشعه (رادیاسیون) ماموگرافی ۱۵: خطر آن تجمعی بوده و پس از دوره تأخیری ده ساله به نظر می‌رسد که این خطر خصوصاً برای نوجوانان بیشتر و با افزایش سن در زمان exposure خطر کاهش می‌یابد. در بالای پنجاه سال میزان خطر حدود یک

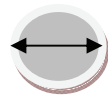
در صد هزار به ازای هر نمای ماموگرافی (single view) است. میزان در اشعه آن حدود دو میلی‌گرمی است و بر حسب ضخامت پستان و فاکتورهای مربوط به تماس (exposure) متفاوت است.

بیماریابی از طریق ماموگرافی

اندازه توده‌های پستانی که با ماموگرافی یا معاینه پستان کشف می‌شوند.

اندازه متوسط توده کشف شده در زنانی

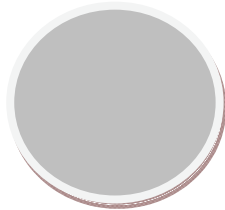
که هر سال ماموگرافی انجام داده‌اند.



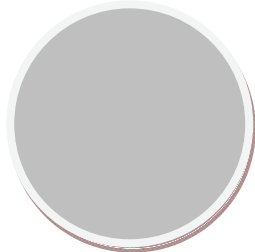
یک سانتیمتر



یک و نیم سانتیمتر



دو سانتیمتر



سه سانتیمتر

اندازه متوسط توده کشف شده در زنانی که برای اولین بار ماموگرافی انجام داده‌اند.

اندازه متوسط توده کشف شده در زنانی که ماموگرافی انجام نداده‌اند، ولی شخصاً پستان خود را معاینه می‌کنند.

اندازه متوسط توده سرطانی در زنانی که هیچ نوع آزمایشی انجام نداده‌اند و اتفاقی آن را پیدا می‌کنند.

اندازه‌های تقریبی به ترتیب نخود، فندق بدون پوست، فندق با پوست و گردو

سونوگرافی^{۲۶}

سونوگرافی روشی حساس با حداقل تهاجم است، این روش در خانمهای جوان با علائم و نشانه‌های بیماریهای پستان ارجح است. کیفیت اطلاعات حاصل از سونوگرافی به تبحر فرد بستگی دارد. نحوه ثبت در سونوگرافی مانند سیستم گزارش‌دهی BI-RADS ماموگرافی، استاندارد نشده است. برخی از ضایعات فقط با سونوگرافی تشخیص داده میشوند، بعنوان مثال برای افتراق توده‌های توپر از توده‌های کیستیک روش ارجح تشخیصی سونوگرافی است. گرچه سونوگرافی بطور معمول بعنوان روش غربالگری بکار نمی‌رود ولی در غربالگری بعنوان یک روش تکمیلی با ماموگرافی در زنان پرخطر بکار میرود. باید توجه داشت موارد مثبت کاذب در سونوگرافی بیشتر از ماموگرافی است.

موارد زیر از موارد کاربرد سونوگرافی است:

- وجود توده در خانم زیر ۳۰ سال، شیرده یا حامله
- کمک به تکمیل اطلاعات در ماموگرافی
- تعیین نوع توده (کیستیک، توپر) با دقت ۹۵ تا ۱۰۰ درصد
- جهت هدایت پروب برای تعیین محل پونکسیون در کیست‌ها
- بررسی نشت سیلیکون در پروتزهای پستان
- در صورتیکه بیمار توده‌ای در پستان خود لمس کند ولی پزشک لمس نکند و ماموگرافی نشان ندهد سونوگرافی کمک کننده است.
- انجام بیوپسی از ضایعات مشکوک غیرقابل لمس که در سونوگرافی مشخص شده‌اند.

از اشکالات سونوگرافی این است که با آن نمیتوان میکروکلسیفیکاسیونها را بطور قابل اعتمادی تشخیص داد. از طرفی در صورت مشاهده کیست می‌توان با آسپیراسیون کیست برای بیمار تصمیم‌گیری نمود. در صورت مایع شفاف و رفع کامل توده (کیست) اقدام پاراکلینیک دیگری ضرورت ندارد.

تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی (MRI)

این روش در بررسی ضایعاتی که به کمک معاینه یا ماموگرافی اطلاعات کافی از آنها بدست نیامده و ماهیت نامشخص دارند استفاده می‌شود. در بسیاری از

موارد MRI برای بررسی پستان پس از جراحی در دارندگان پروتز (بدنبال جراحی برداشت پستان) کاربرد دارد. بروز سرطان در محل عمل جراحی بخوبی با این روش قابل بررسی است.

MRI بسیار حساس بوده ولی خیلی اختصاصی نیست. به همین دلیل در صورت کشف هر توده‌ای در این روش انجام بیوپسی الزامی نیست. تقویت تصاویر با گادولینیوم امکان افتراق بیشتری بین توده‌های خوش‌خیم و بدخیم فراهم می‌آورد.

یکی دیگر از موارد کاربرد MRI بررسی نشت سیلیکون از پروتزهای پاره شده است. خواه این پروتزها برای زیبایی و یا بازسازی بکار رفته باشد. همچنین در صورت وجود غدد لنفاوی زیر بغل و عدم وجود نکته غیرطبیعی در سونوگرافی و ماموگرافی، MRI کمک‌کننده است.

عمده‌ترین نقص این روش گرانی آن است. علاوه بر این میزان موارد مثبت کاذب در این روش بسیار بیشتر از سایر روشها بوده و این باعث افزایش موارد بیوپسی غیرضروری می‌شود. در حال حاضر استفاده از این روش در افراد دارای موتاسیون ژن BRCA1 و BRCA2، افراد با سابقه سرطان پستان، در بیماران جوان با پستانهای متراکم رو به افزایش است.

MRI نقشی در غربالگری افراد سالم ندارد و کاربرد آن محدود به موارد فوق است.

در مطالعه‌ای بر روی بیماران پرخطر حساسیت MRI ۷۰ درصد، ماموگرافی ۴۰ درصد و معاینه بالینی ۱۸ درصد بود.

اسکن توموگرافی به روش ساطع کردن پوزیترون (PET)

روشی برای بررسی فعالیت متابولیکی تومور است. در این روش از یک ترکیب رادیواکتیو (فلوئورودزوکسی گلوکز رادیواکتیو) که توسط بافت دارای متابولیسم بالا، متابولیزه می‌شود استفاده شده و ناحیه تومورال مشخص می‌گردد. خصوصاً در تشخیص ضایعات پنهان پستان کمک‌کننده است.

از این روش به ویژه برای بررسی متاستازهای مخفی سرطان پستان در هنگام تشخیص یا در زمان پیگیری استفاده میشود و نقشی در تشخیص یا غربالگری سرطان پستان ندارد. انجام این روش بسیار پر هزینه بوده و دسترسی به آن به ویژه در کشورمان بسیار مشکل است.

فصل ششم
مراقبت‌های بیمار محور

مراقبت‌های بیمار محور

فلسفه وجود مراکز بهداشتی، سلامت مردم است. هر چه خدمات بهتر، دقیق‌تر و به موقع ارائه شوند شانس زندگی فرد بیشتر و کیفیت زندگی وی بهتر خواهد بود. در مواجهه با غم بیماری بسیار مهم است که سایر جنبه‌های شخصیتی مورد توجه قرار گیرد. حقوق بیماران باید در نظر گرفته شود. توجه و احترام به شان و منزلت بیماران جایگاه ویژه دارد.

کاهش زمان ارجاع و معطلی برای ملاقات سرپائی از جمله حقوق بیماران است. توصیه می‌شود سیستم رزرو یا وقت قبلی (pre-booking) وجود داشته باشد. همچنین با نظارت دقیق و براساس اطلاعات کافی از ظرفیت پذیرش درمانگاه، تعداد ویزیت معمول، تعداد کل مواردی که می‌بایست در طرح غربالگری یا تشخیص زودرس بررسی و معاینه شوند زمانبندی لازم انجام و تعادل بین موارد اورژانس و غیر اورژانس و یا جدید و قدیم برقرار شود.

برای پایش موارد فوق با در نظر گرفتن سطوح ارائه خدمت می‌توان از شاخص‌های زیر استفاده نمود:

- ✓ متوسط زمان بین ارجاع توسط سطح یک تا ویزیت سطح دو
- ✓ متوسط زمان بین اولین ویزیت سطح دو تا دریافت تشخیص
- ✓ متوسط زمان بین تشخیص تا جراحی

شواهدی مبنی بر اینکه تاخیر تا سه ماه اثری بر طول عمر بیمار داشته باشد وجود ندارد. ولی تأخیر بین ۳-۶ ماه اثرات مضر دارد. چه تاخیر از زمان بروز اولین علامت تا درمان باشد چه از زمان ویزیت یک متخصص تا درمان.^{۱۴}

همچنین تاخیر می‌تواند در مراحل درمانی باشد. بطور ایده آل توصیه میشود ۹۰٪ خانمها اولین درمان جراحی را در عرض ۲۰ روز از دریافت نتایج تشخیصی انجام دهند. این میزان در نیوزلند ۵۷/۷٪ است.^{۳۲}

تصمیم‌گیری در مورد ادامه روند درمان به عهده بیمار است. برای کمک به تصمیم‌گیری صحیح، مشاوره در محیطی دوستانه، کاملاً راحت و با دادن اطلاعات لازم صورت می‌گیرد.^{۱۴}

مشاور باید از آگاهی کافی بهره‌مند باشند. بهتر است جلسات ملاقات با بیمار انعطاف‌پذیر بوده و اطلاعاتی که لازم است داده شود. افزایش آگاهی در باره بیماری، راه‌های تشخیص آن، راه‌های درمان و تاثیر بخشی آنها به روشنی، دقیق، هدفمند، کامل و صریح توضیح داده شود. میزان و مدت زمان جلسه باید بر اساس خواست و ترجیح بیمار باشد. گاه لازم است برای تصمیم‌گیری بهتر اطلاعات به صورت روشن و حتی به جزئیات داده شود. (مثال: آلترناتیوهای جراحی، عوارض رادیوتراپی).

تهیه مطالب لازم برای مراجعه‌کنندگان به صورت برگه، پمفلت، کتابچه مفید است.

در صورتی که حمایت‌های اجتماعی خاص مانند انجمن‌ها، خیریه‌ها و... وجود داشته باشد که بتواند کمک‌های جانبی برای بیماران فراهم کند، آگاه نمودن بیماران از این امکانات جز وظایف تیم است.^{۱۴}

ارتباط موثر و دسترسی:

باید اعضای تیم به اصول برقراری ارتباط و مشاوره آشنا باشند.

در بعضی کشورها امکان مشاوره تلفنی وجود دارد. این تسهیلات برای بیمار اطمینان خاطر ایجاد می‌کند.

حمایت روحی و روانی و عملی:^{۳۰}

آثار سوء بیماری (موربیدیتی) و اثرات روحی و روانی بیماری باید مورد توجه باشد. لازم است دوره‌های آموزشی در خصوص «شناخت نیازهای روحی بیماران» برای پرسنل گذاشته شود تا در مواقع نیاز بدرستی اقدام کنند.

این موضوع علاوه بر کاهش اضطراب بیمار، موجب ارتباط قوی‌تر وی با تیم مراقبت می‌گردد. در نتیجه سبب سهولت در مراقبت و پیگیری می‌شود.

امکانات درمانی

تست سه گانه شامل معاینه بالینی، ماموگرافی /سونوگرافی، (minimally invasive biopsy) و بیوپسی (core) FNA/ بوده و در موارد مشکوک بایستی انجام شود. در بررسی تشخیصی، هم امکان انجام سونوگرافی و هم امکان انجام ماموگرافی باید مهیا باشد. همچنین در مورد بیوپسی و FNA، باید متخصصینی در این حیطه‌ها آموزش ببینند تا امکان انجام هر دو وجود داشته باشد^{۱۴}.

کلینیک‌های پستان یکبار مراجعه* (one stop)

در شرایط ایده آل، میتوان امکاناتی فراهم نمود که تمامی آزمایشات مورد نیاز در بیماران دچار بیماریهای خوش خیم پستان شامل معاینه، سونوگرافی، ماموگرافی، نمونه برداری و آسپیراسیون بوسیله سوزن و گزارش پاتولوژی نمونه در یک مراجعه قابل انجام و ارائه نتایج باشد. این مفهوم کلینیک‌های تک مراجعه است که از دهه ۱۹۹۰ معروف شد^{۲۹}.

این کلینیک‌ها به افراد علامتدار خدمات ارائه می‌کنند و سبب فراهم شدن تشخیص صریح و سریع می‌گردد. این کلینیک‌های چند منظوره (multidisciplinary) معمولاً دارای رادیولوژیست، سیتولوژیست، متخصص پستان (breast clinician) می‌باشد^{۱۵}.

ماموگرافی نیاز به پرسنل آموزش دیده، تجهیزات، امکانات، گزارش‌دهی، سیستم پیگیری دارد و ایجاد و تدارک برنامه ماموگرافی تشخیصی با کیفیت بالا بسیار مقرون به صرفه است (clearinghouse). تکنسین‌های رادیولوژی لازم است دوره اختصاصی درمورد ماموگرافی ببینند و تکنیک‌های آن باید به روز شوند.

برای موفقیت برنامه رادیولوژیستها هم لازم است از آموزش مناسب برخوردار بوده (۱۱) و افرادی که علاقمند به فعالیت در این حیطه هستند در تیم‌های چند منظوره (multidisciplinary) قرار بگیرند و بار کاری مناسبی برای آنها در نظر گرفته شود.

رادیولوژیستهای این حوزه حداقل یک جلسه در هفته به کار در این حوزه اختصاص دهند و حداقل پانصد ماموگرافی در سال گزارش کنند و ایده ال است که این ماموگرافی‌ها هم مربوط به موارد غربالگری و هم بیماران علامتدار باشد همچنین رادیولوژیست لازم است بتواند سونوگرافیهای پستان و فرایندهای مداخله را انجام دهد.^{۱۵}

پرستاران تیم مراقبت از پستان که آموزش‌های مربوطه را داشته اند، بخشی از تیم کلینیکی می‌باشند. ارتباط خوب بین بیمارستان و تیم مراقبت اولیه ضروریست. پزشکان عمومی لازم است از روند اقدامات انجام شده برای بیمار پس از ویزیت اولیه مطلع شوند و به هنگام ترخیص اطلاعات مهم‌تر شده بیماران برای پزشک ارجاع کننده اعم از پزشک خانواده، عمومی فرستاده شود.^{۱۵}

در صورتی که تشخیص و تصمیم‌گیری برای بیمار در کلینیک‌های چند منظوره (multidisciplinary) و طی جلسات گروه با حضور پزشکان بالینی و پاتولوژیست گذاشته شود مناسب‌تر خواهد بود. در صورتی که تست سه گانه تشخیص سرطان را رد نکرده باشد این بیماران هم می‌بایست در جلسات مذکور که با حضور متخصصین جراحی و پرستار و پاتولوژی و انکولوژی و رادیولوژی برگزار می‌شود به بحث گذاشته شود. واحدهایی که حداقل حدود صد بیمار جدید سرطان در سال ویزیت می‌کنند لازم است کلیه تخصص‌های مورد نیاز را در کلینیک فراهم کنند (Multidisciplinary).

در مناطقی که تراکم جمعیت پایین بوده و بنابراین تعداد موارد سرطان در سال کم است ارتباط رسمی با مناطق بزرگتر همسایه و نزدیک توصیه می‌شود. واحدهای کوچک‌تر ضروریست تا دسترسی بیماران به کلیه امکانات لازم را فراهم نمایند.^{۱۵} (از طریق لینک‌های فوق)

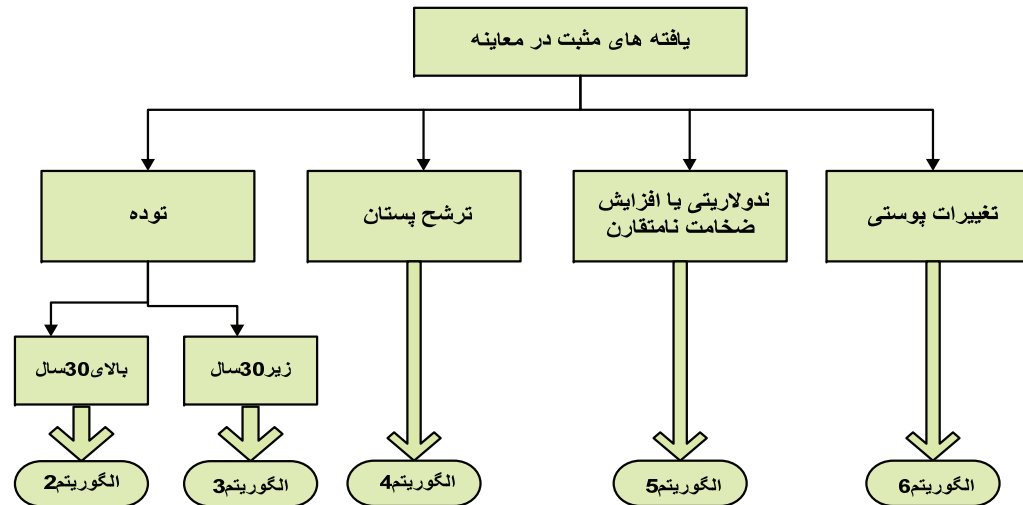
توانر ارائه خدمت

در آمریکا استفاده از ماموگرافی با یا بدون (CBE) هر ۱-۲ سال برای زنان ۴۰ سال و بالاتر توصیه می‌شود. شواهد بالینی نشان داده که ماموگرافی هر ۱۲-۳۳ ماه در کاهش مورتالیتی کانسر پستان موثر است. برای خانمهای ۵۰ سال و بالاتر شواهد کمی وجود دارد که ماموگرافی سالانه موثرتر از هر دو سال یکبار باشد. (American preventive task force)

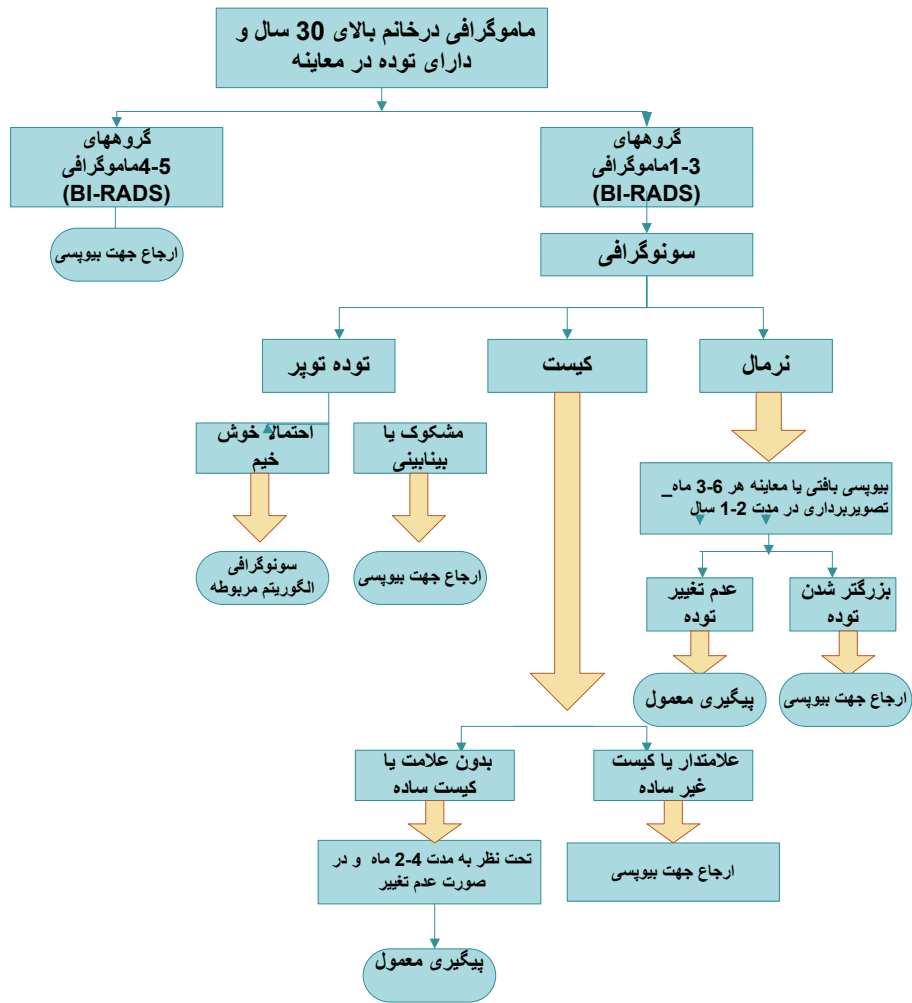
شواهد برای اینکه CBE به تنهایی برای غربالگری مفید است یا نه وجود ندارد. در انگلیس ۷۰-۵۰ ساله‌ها هر سه سال برای ماموگرافی مراجعه می‌کنند و طبق راهنمای بالینی NHS ارزیابی می‌شوند. بالای ۷۰ سال اگر مراجعه کردند ارزیابی می‌شوند و گرنه نیازی به دعوت آنها نیست.

الگوریتم‌ها:

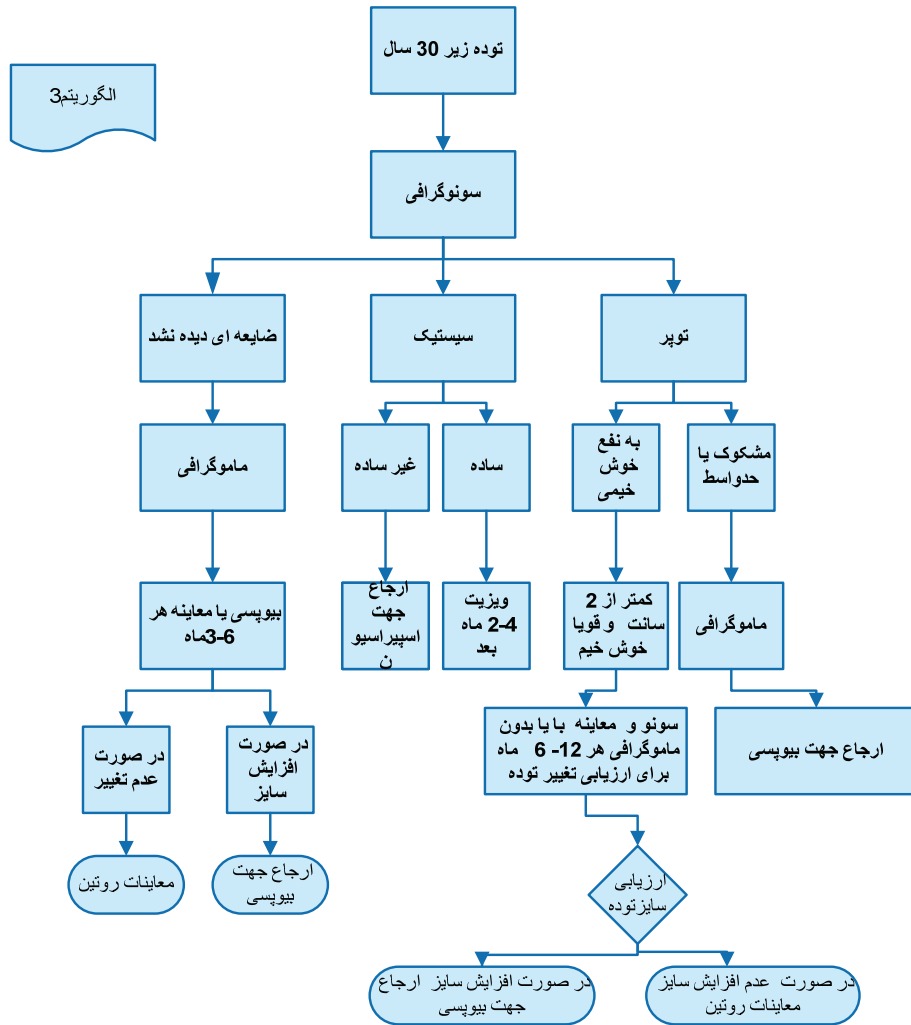
الگوریتم‌هایی که در صفحات بعد ملاحظه می‌کنید مربوط به راهنمای بالینی (NCCN Guideline) است.^{۳۳}



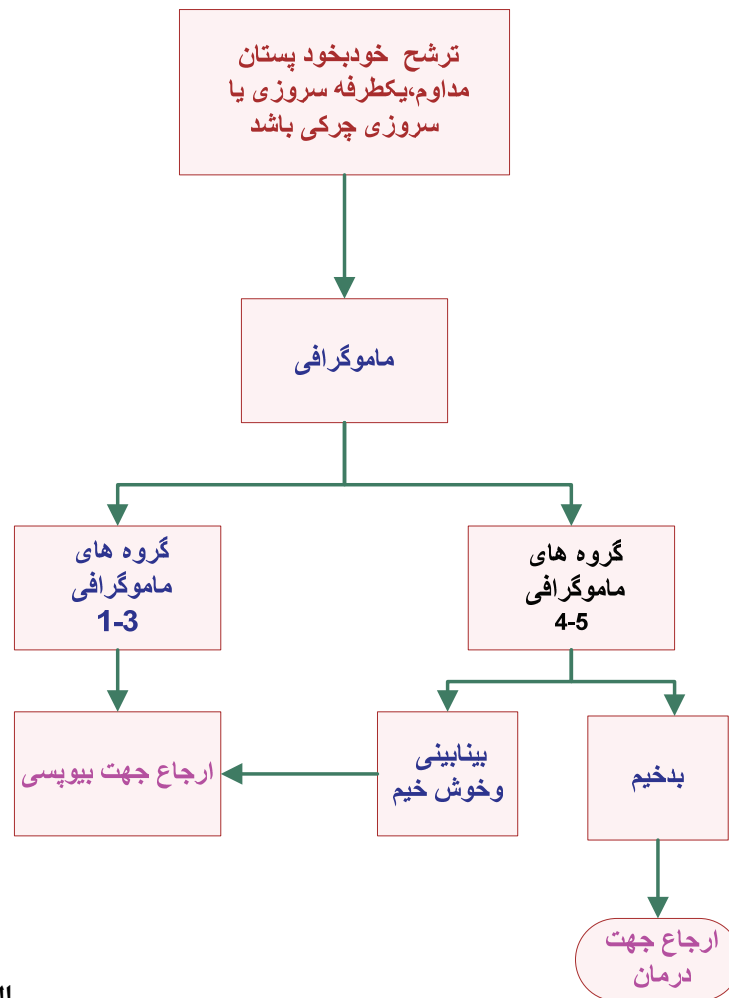
الگوریتم یک

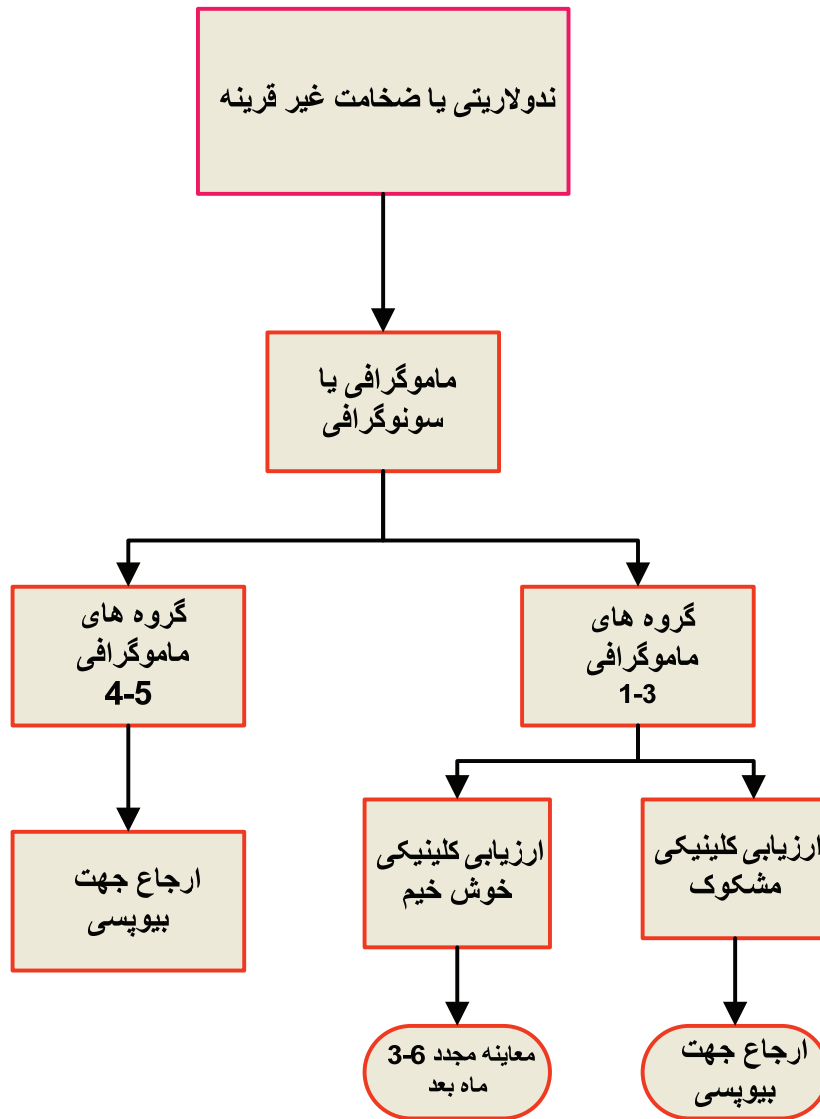


الگوریتم دو

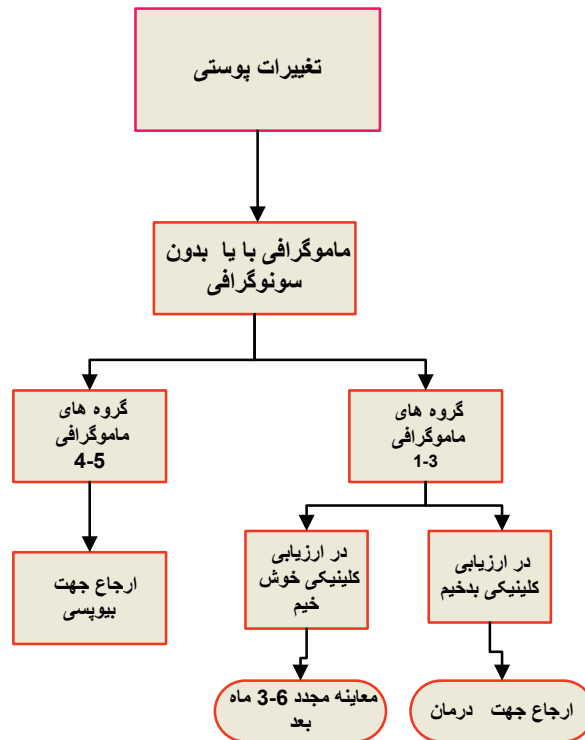


الگوریتم سه



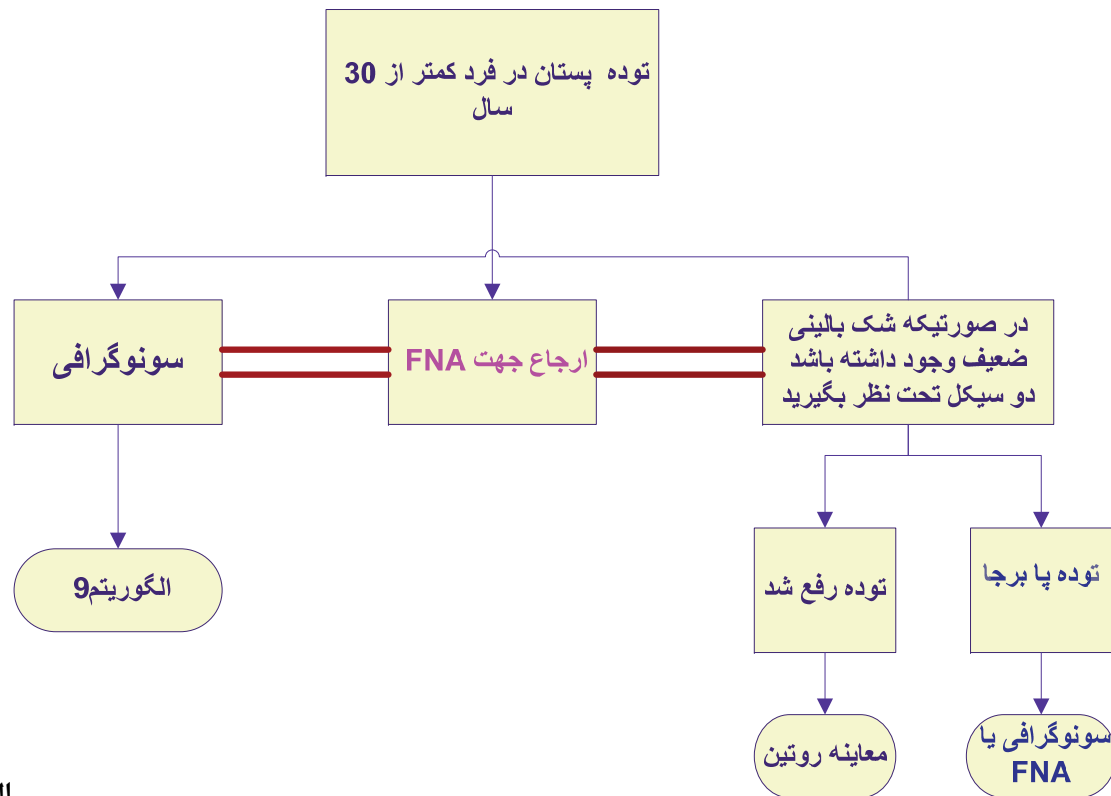


الگوریتم پنج



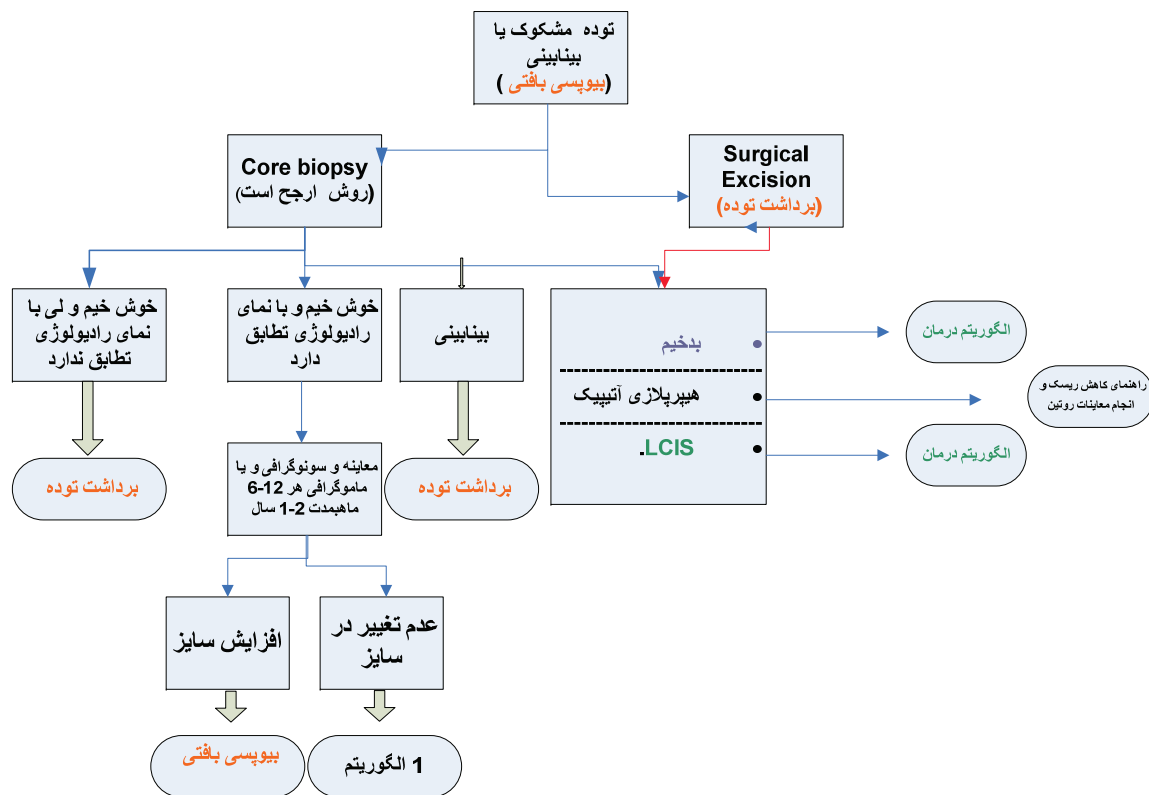
پوست: زخم، تغییرات پوستی
نیپل: آگزما، رتراکسیون، دیس تورشن بمدت کمتر از 3 ماه

الگوریتم شش



الگوریتم هفت

الگوریتم هشتم



References:-

- 1 -GLOBOCAN 2008 (IARC) Section of Cancer Information (7/2/2011)
- 2- Batori M, Ruggieri M, chatelou E, straniro A, Mariotta G, pabombi L, casella G, Basile M, casella MC. Breast cancer in young women: case report and review Eur Rev med pharmacol Sci. 2006 mar-Apr: 10(2):51-2
- 3 -Jamal V. lacey Jr, susan S. Devesa, and louise A. Brinton Recent Trends in Breast cancer incidence and mortality Environmental and Molecular mutagenesis 39:82-88 (2002)
- 4 -Alicia C. Sasser. Matthew D et al. Economic burden of osteoporosis, Breast cancer, and cardiovascular disease among postmenopausal women in an employed population. (Women's Health Issues 15 (2005) 97-108
- 5 -Peggy porter. md., The New England Journal of Medicine, www.NEJM.ORG , january 17, 2008
- 6 -Lancet, volume 374, issue 9701, page 1567, November 2009
- 7 -The global Economic Cost of cancer .www.cancer.org/acs/groups/content/@international_report
- 8 -Kirby I Bland, Samuel W. Beenken, and Edward M. Copeland the breast. In: F. Charles Brunnicardi, MD, Danak. Andersen, MD, Timothy, Billiar, MD, David L. Dunn, Jaho G, Hunter, Raphael E. Pollock. Schwartz's principles of surgery. MCGRAW.HILL Medical publishing Division 2005. P 453-501
- 9 -ACS (Breast Cancer Facts & Figures 2007-2008)
۱۰- مرکز مدیریت بیماریها، معاونت غیر واگیر، اداره سرطان. گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی ۱۳۸۲. انتشارات کلک دیرین تابستان. ۱۳۸۴
- 11 -Cancer incidence and mortality in Iran, Mousavi, Gouya, Ramezani. Annals of oncology 2009

-
- 12 -National burden of disease & injury in I.R.Iran, 1386. Ministry of health & education
- 13 -Cancer Control, knowledge into action, WHO Guide for Effective programs ,2007
- 14 -National Institute for clinical Excellence, guideline for improving outcomes in breast cancer, 2002.
- 15 -SIGN,Scottish Intercollegiate Guidelines Network, management of breast cancer in women,2005
- 16-Shyyan R, Masood S, Badwe RA, Errico KM, Liberman L, Ozmen V, Stalsberg H, Vargas H, Vass L. Breast cancer in limited-resource countries: diagnosis and pathology. *Breast J* 2006 Jan-Feb;12 Suppl 1:S27-37. [45 references] PubMed(Clearinghouse Guideline for breast cancer)
- 17-G_tzsche PC, Nielsen M, Screening for breast cancer with mammography (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 2
- 18 -Jan Peter Kösters¹, Peter C Gøtzsche²Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, 2008
- 19 -Stone EG, Morton SC, Hulscher ME, *Evid Based Med* 2002;7:192 doi:10.1136/ebm.7.6.192
- 20Kaviani A, Delavar B, Majd M. The accuracy of midwives' clinical breast examination in detection of breast lumps,*Asian Pac J Cancer Prev.* 2006 Apr-Jun;7(2):279-82.PMID:16839223[PubMed - indexed for MEDLINE
- 21-Speroff, *clinical gynecology endocrinology and infertility*,7th ed,c2005

۲۱- ماندانا ابراهیمی و همکاران، راهنمای جامع بیماری‌های پستان، مرکز تحقیقات سرطان

پستان جهاد دانشگاهی، ۱۳۸۹، انتشارات جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران

23 دکتر کاویانی، درد پستان، پایش ۱۳۸۰

-
- 24- Lawrenc(ruth & Robert).Breastfeeding: A Guide for the medical profession,2005,Mosby,USA
- 25- Benjamin O Anderson,MD et al, Early Detection of Breast cancer in Countries with Limited Resources, The Breast Journal, Volume 9, suppl. 2, 2003 S51-S59
- 26- Arab.Maliheh, Nasrollahi Shahla, Cancer in women 1385, Tehran, Marzedanesh pub.73-75
- 27 -Management of early breast cancer, best practice guideline, new zeland 2009
- 28- Berek & Novak's, Novak gynecology14th ed, c2007
- 29- Breast Cancer Foundation, leaflet for breast cancer awareness, USA
- 30-Breast cancer self examination posters &brochures American cancer society
- 31- Guidelines for the management of symptomatic breast disease The Association of Breast Surgery@BASO, Royal College of Surgeons of England.www.ejso.com &www.sciencedirect.com
- 32-Management of early breast cancer,best practice Guideline, Newzland , 2009
- 33- NCCN Guideline ,Breast screening, 2009
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#detection