درد پستان

درد پستان شایع ترین شکایت زنان مراجعه کننده به درمانگاه های پستان است. اما تنها 10% دردهای پستان شدت داشته و نیاز به درمان دارند و سایر موارد با اطمینان بخشی و توصیه های آموزشی بهبود می یابند.

درد علامت سرطان پستان نیست و توده های سرطانی، به علت ایجاد اختلال در سیستم انتقال درد، بدون درد هستند. اما 20 درصد از سرطانهای پستان با دردهای پستانی تشخیص داده می شوند و لذا همزمان بایستی بررسی های لازم برای تشخیص احتمالی سرطان انجام شود. (داشتن درد پستان، وجود سرطان را رد نمی کند. ممکن است درد و تومور با دو مکانیسم مجزا به طور همزمان وجود داشته باشند).

جهت درمان درد پستان در قدم اول باید با گرفتن شرح حال دقیق از مراجعه کننده، مشخص گردد درد مربوط به پستان است یا نه و اگر مربوط به پستان است به صورت دوره ای بروز می کند یا خیر.

درد های دوره ای پستان اغلب از نزدیک شروع قاعدگی آغاز می شوند و تا پایان دوره به حداقل می رسند. این دردها وابسته به تغییرات هورمونی هستند و شدت آن در افراد مختلف متفاوت است. در بسیاری از موارد درمان درد پستان الزامی نیست و فقط زمانی که درد اختلال در فعالیت روزمره ایجاد کند، درمان ضروری است. درد های غیر دوره ای ممکن است مربوط به پستان یا جدار قفسه سینه یا اعصاب شانه ای باشند.

علل عمده دردهای غیر دوره ای :

* + بزرگی و سنگینی پستان ها : وزن زیاد پستان، به خصوص در افراد دارای ضعف عضلات شانه ای و پوکی استخوان باعث ایجاد درد در قسمت فوقانی خارجی پستان می شود. معمولاً در سنین 35-30 سالگی شروع می شود. البته ممکن است نزدیک دوره قاعدگی، به دلیل ادم و افزایش وزن، شدت درد افزایش یابد.

درمان در این مورد، شامل کم کردن وزن با انجام ورزش و تقویت عضلات کمربند شانه ای می باشد.

* + درمان های هورمونی: مصرف داروهای هورمونی جهت برطرف شدن اختلال نظم قاعدگی یا القای تخمک گذاری، باعث برجسته و دردناک شدن   
    سینه ها می شود.

اطمینان خاطر دادن به مراجعه کننده و توضیح علت درد، کفایت می کند.

* + اکتازی مجاری شیری: در سن 35 سالگی شیوع آن بالاتر می رود. علت آن تغییر شکل و اتساع مجاری به دلیل ضعیف شدن کلاژن اطراف آنها می باشد. در افراد یائسه حتی ممکن است به صورت کیست در سونوگرافی دیده شود. در شرح حال بیمار، درد سینه و وجود ترشح رنگی از سینه (هنگام فشار دادن) بیان می شود. درد سینه با دوشیدن و خروج ترشحات بهبود می یابد.

درمان در این مورد، توصیه به افزایش مصرف مایعات و عدم دستکاری سینه می باشد.

* + ماستیت: با گرمی، تورم و التهاب سینه همراه است.

درمان، شامل تجویز آنتی بیوتیک (کلوگزاسیلین با یا بدون مترونیدازول) و پیگیری بیمار 7 تا 10 روز بعد می باشد.

* + کارسینوم التهابی پستان: نمای ماستیت یا آبسه دارد. ممکن است سینه به صورت ناگهانی بزرگ، متورم، گرم و دردناک شود. به سرعت متاستاز می دهد و اورژانس بیماری های پستان است.

جهت افتراق آن از ماستیت، یک دوره آنتی بیوتیک (کلوگزاسیلین با یا بدون مترونیدازول) تجویز شده و 10-7 روز بعد بیمار ویزیت می شود. در صورت بهبود علائم تشخیص ماستیت مطرح می شود و در صورت عدم تغییر علائم به کارسینوم التهابی شک می شود. در این صورت ارجاع بیمار به جراح جهت انجام بیوپسی ضروری است.

* + هیدرادنیت: علت ایجاد درد، التهابی است که در زیر بغل وجود دارد.
  + بارداری: در این دوران، سینه ها بزرگ و دردناک می شود.
  + کیست های بزرگ پستان: درد روی کیست وجود دارد.

درمان، تخلیه کیست به وسیله سرنگ معمولی است.

* + برخی داروها مانند ضد افسردگی ها، داروهای قلبی و انتی بیوتیک ها.

اگر بیمار شرح حال مصرف دارو می دهد، به او اطمینان خاطر دهیم که علت وجود درد، مصرف دارو می باشد.

علل غیر پستانی درد پستان :

⦁ درد جدار قفسه سینه: با گرفتن شرح حال دقیق، بایستی منشأ درد مشخص گردد (مربوط به پستان یا جدار قفسه سینه). گاهی خود بیمار منشأ درد را تشخیص نمی دهد. در صورتی که درد مربوط به جدار قفسه سینه باشد با فشاری که به قفسه سینه وارد می شود، درد تشدید می گردد. ممکن است این درد عضلانی یا غضروفی باشد.

درمان بر اساس علت ایجاد درد صورت می گیرد.

* + دردهای نخاعی و عصبی: علت بروز این دردها آرتروز گردن است که در کشور ما شایع می باشد. دردهای با این منشأ، تا انگشتان دست کشیده می شود، درحالی که دردهای با منشأ پستانی به شانه ها و نهایتاً تا آرنج تیر می کشد.

در این مورد درمان پوکی استخوان انجام می شود.

⦁ تروماها

* + اسکار جراحی قبلی: بافت آسیب دیده، همواره به درد و تورم آسیب پذیر می باشد.
  + بیماری های قلبی-ریوی: در زنان جوان، در صورت وجود پرولاپس دریچه میترال درد در سینه تیر می کشد. بنابراین درصورت وجود درد در سینه سمت چپ در زنان جوان، باید این تشخیص نیز مدنظر قرار گیرد و بررسی بیمار با اکوکاردیوگرافی انجام شود.
  + اسپاسم مری: در زنان مسن شیوع بیشتری دارد و در فصل سرد و با خوردن آب سرد بیشتر می شود. این درد با درد قلبی، پستانی و جدار قفسه سینه اشتباه می شود.

معاینه دقیق اولین قدم برای درد پستان است.

در هنگام معاینه در صورت لمس ندولاریتی، نباید از اصطلاح فیبرو کیستیک استفاده کرد، چون فیبروکیستیک پستان یک تشخیص پاتولوژی است نه کلینیکی.

پس علامت بیمار ممکن است درد یا ماستالژی باشد و معاینه ممکن است نرمال باشد و یا ندولاریتی، حساسیت در لمس و یا توده گزارش شود.

سپس در صورت معاینه نرمال ماموگرافی از سن 35 سالگی انجام می شود. که علت انجام ان تشخیص سرطان مخفی است و ماموگرافی نقشی در تشخیص و درمان علل درد پستان ندارد.

درمان:

* آموزش بیمار: پس از اطمینان از عدم وجود سرطان، بایستی اطمینان بخشی به بیمار، مبنی بر عدم وجود سرطان انجام شود که تا 75 درصد بهبودی ایجاد می کند.
* استفاده از سینه بند مناسب که حرکات سینه را محدود کند و در عین حال فشار زیادی نیز به سینه ها وارد ننماید.
* رژیم غذائی کم نمک، پر فیبر و کم چربی، استفاده از غلات و مغز ها (بادام زمینی و گردو) و سبزیجات (جعفری، بروکلی،هویج)، کم کردن مصرف کافئین و سیگار.
* استامینوفن و مسکن های غیر استروئیدی در دردهای متوسط، ژل های مسکن موضعی مانند دیکلوفناک، قطع یا کم کردن داروهای هورمونی حین یائسگی، قطع استروژن (پروژسترون و ضد بارداری ها درد را کاهش می دهند).
* ویتامینE، EPO، امگا 3 و فلاکسید (روغن تخم کتان).EPO و فلاکسید منبع گیاهی داشته و عوارض کمتری دارند.
* دانازول، بروموکریپتین و تاموکسیفن در درمان دردهای شدید و مقاوم. (دانازول عوارض آندروژنیک دارد. مثل رویش موهای زائد، ریزش مو و... تاموکسیفن استروژنیک است و خواص هورمون زنانه را دارد. با وجود این، پذیرش دانازول در بین زنان، بهتر از تاموکسیفن است. عوارض بروموکریپتین نسبت به این دو بیشتر است).

ویتامین E و EPO نقش اثبات شده ای در درمان درد پستان ندارند.

بیوپسی و جراحی نقشی در درمان درد پستان ندارد.

بنابراین **سطوح درمان درد پستان** به شرح ذیل می باشد:

سطح اول: رژیم غذائی مناسب

لباس مناسب و غیر تنگ

مصرف محدود چربی و نمک

ورزش روزانه

سطح دوم: مسکن معمولی در زمان درد

سطح سوم: ویتامینE

امگا 3

EPO

فلوکستین (در بیمارانی که زمینه اضطراب دارند)

سطح چهارم: تاموکسیفن: روزی یک قرص 10 میلی گرمی تجویز می شود.

دانازول: کپسول 100 و 200 میلی گرمی دارد. با روزی یک کپسول 200 شروع می کنیم به مدت 3 ماه، در صورت بهبود درد، 3 ماه کپسول 100 میلی گرمی تجویز و سپس دارو قطع می شود.

بروموکریپتین: روزی 2-1 قرص تجویز می شود.

گاهی تمرینات یوگا و ریلاکسیشن در برخی از بیماران کمک کننده است.

کیست های پستانی

* حفره های حاوی مایع هستند که گرد یا بیضی هستند و ممکن است منفرد یا متعدد باشند، حاشیه منظم دارند.70% خانم های غربی در طول عمر خود به کیست پستان دچار می شوند.
* در سنین40-30 سال اکثر توده های پستانی قابل لمس، کیست ها هستند.کیست های بزرگ گاه دردناک هستند.
* کیست ها در اثر تحریکات هورمونی ایجاد می شوند و لذا در سنین بعد از یائسگی برای اولین بار دیده نمی شوند. مگر در صورت استفاده از هورمونها و یا اینکه اکتازی مجاری در سونوگرافی به صورت کیست دیده شود. بنابراین در این سنین بررسی دقیق کیست، جهت رد بدخیمی ضروری می باشد.
* کیست های کوچک هیچ نیازی به درمان ندارند و کیست های بزرگ ساده (بالای 3 سانتی متر) فقط در صورت دردناک بودن تخلیه می شوند. این کار هم تشخیصی و هم درمانی است.

**در صورت تخلیه کیست ساده پستانی :**

* مایع سبز، قهوه ای، رنگی دور ریخته می شود.
* کشت و آنتی بیوگرام ارزشی ندارد، فقط محتویات آبسه را برای کشت می فرستیم.
* مایع آبکی یا خونی یا سروزی باید برای سیتولوژی ارسال شود و ارجاع بیمار به جراح صورت پذیرد.
* پس از تخلیه نباید توده ای لمس شود و در صورت لمس، ارجاع بیمار به جراح لازم است.
* در صورت عود کیست در فاصله 4-2 هفته، سیتولوژی ارسال و بیمار ارجاع شود. سونوگرافی پس از 4-3 ماه انجام می شود.
* در صورت وجود مایع رنگی، عدم عود کیست و عدم لمس توده پس از تخلیه، پیگیری با سونوگرافی، 6 ماه بعد انجام می شود.

**انواع کیست های پستانی:**

1. کیست **ساده**: نرم، جدار نازک (زیر1 میلی متر) و منظم، محتویات زلال در سونوگرافی، سایز کمتر از 3 سانتیمتر، سایه خلفی در سونوگرافی. کیست های ساده 100% خوش خیم هستند و پیگیری آنها به صورت روتین انجام می شود.
2. کیست **کمپلیکه:** (ناشی از آبسه، هماتوم، نکروز چربی، گالاکتوسل) احتمال بدخیمی: 0.4 درصد.

سایز کیست بالای 3 سانتی متر، دارای سپتا، اکوی داخلی، جدار ضخیم (کمتر از 3 میلی متر) بدون توده، بدون فلو در داپلر.

کیست های کمپلیکه بایرادز3 هستند و بررسی مجدد نیاز دارند. پیگیری بیمار 6 ماه بعد با سونوگرافی انجام می شود. در صورت پرخطر بودن (سابقه فامیلی مثبت، سابقه رادیوتراپی قبل از 30 سالگی و...) انجام سونوگرافی 3 ماه بعد لازم است.

1. کیست **کمپلکس:** ابسه، متاپلازی، کیست عفونی، کیست چربی، بدخیمی. احتمال بدخیمی: 40-20 درصد.

جدار ضخیم (بالای 5 میلی متر)، وجود توده در جدار کیست، محتویات خونی.

کیست های کمپلکس بایرادز4 هستند و باید بیوپسی شوند و در صورت بیوپسی منفی باید تا 2 سال (هر 6 ماه یکبار) پیگیری دقیق شوند. اگر تا 2 سال تغییری در ضایعه ایجاد نشد، جزء بافت نرمال سینه محسوب می شود.

* در صورت عود دراز مدت، آسپیراسیون مجدد بارها قابل انجام است. اما در صورت نگرانی بیمار جدار کیست برداشته می شود.
* حداکثر 1%کیست های پستانی بدخیم و 1% بدخیمی های پستانی به فرم کیست هستند.کیست های ساده بدخیم نیستند و خطر بدخیمی راهم افزایش   
  نمی دهند.
* کیست های ساده جز در صورت ایجاد درد نیاز به درمان ندارند و پیگیری روتین بر اساس سن بیمار توصیه می شود.

بیماری های خوش خیم نسج پستان

بیماری های خوش خیم پستان گاهی با افزایش احتمال ابتلا به سرطان پستان همراه هستند اما همه بیماری ها این خطر را ندارند.

بیماری های خوش خیم پستان را از نظر خطر ابتلا به سرطان به 3 دسته تقسیم می کنند:

* + گروه بدون پرولیفراسیون
  + گروه پرولیفراتیو بدون آتی پی
  + گروه آتیپیک

⮘ گروه غیرپرولیفراتیو: کیست ها، بیماری فیبروکیستیک، هیپرپلازی خفیف (تا 4ردیف سلولی)، تغییرات پاپیلری اپوکرین

این گروه ریسک سرطان را افزایش نمی دهند. پیگیری به صورت روتین انجام می شود.

⮘ گروه پرولیفراتیو: هیپرپلازی داکتال، پاپیلوم، sclerosing adenosis، رادیال اسکار، فیبرآدنوم

اینها ریسک را 1/5-2 برابر می کنند. پیگیری بیمار 3 ماه بعد، 6 ماه بعد و سپس یک سال بعد انجام می شود.

پاپیلوماتوز (پاپیلوم های متعدد) ریسک را افزایش نمی دهد. درمان پاپیلوم منفرد یا متعدد جراحی است.

⮘ آتیپی(داکتال یا لبولار) ریسک را 3/7-5/3 برابر می کنند و باید به عنوان گروه پر خطر پیگیری شوند.

لیپوم :خوش خیم است و ریسک را بالا نمی برد.

نکروز چربی: ریسک را بالا نمی برد

گالاکتوسل ریسک را افزایش نمی دهد.

هامارتوم: فیبرآدنولیپوم، مانند فیبروکیستیک است اما باید جراحی شود تا همه قسمتها بررسی شود.

آدنوم: نوع توبولار و لاکتاتینگ دارد که نوع شیری در بارداری ایجاد می شود. بدخیم نیستند و ریسک را زیاد نمی کنند.

ماستیت گرانولوماتوز: در گروه بیماری های التهابی پستان تقسیم بندی می شود. نیاز به درمان آنتی بیوتیکی دارد. آبسه بزرگ ابتدا درناژ و سپس   
آنتی بیوتیک شروع می شود. در صورت پاسخ به آنتی بیوتیک، درمان دراز مدت با آنتی بیوتیک ادامه می یابد و در صورت عدم پاسخدهی، کورتون درمانی شروع و تا 6 ماه پیگیری می شود. اگر بیماری بهبود نیافت، بیمار به انکولوژیست ارجاع و درمان سایتوتوکسیک شروع می گردد. در صورت عدم بهبودی با این درمان، ماستکتومی انجام می شود.

فیبرآدنوم های پستانی

* توده های خوش خیم پستانی هستند و در اثر هیپرپلازی لبول های پستانی ایجاد می شوند. لذا در سنین 25-15 سال زیاد دیده می شوند. و در سنین بالا غیر عادی است.
* 50% کل بیوپسی ها و 75% بیوپسی های سنین زیر 20 سال را تشکیل می دهند.
* در معاینه قوام لاستیکی دارند. متحرک هستند، سطح صاف دارند و در سونوگرافی جدار منظم یا ماکرولبوله دارند، در 15-10% موارد متعدد هستند.
* در هنگام بارداری و مصرف هورمون رشد می کنند، اما بدخیم نمی شوند.17% خود به خود کوچک می شوند. داروئی برای درمان انها وجود ندارد..
* ریسک بدخیمی پستان در این زنان 1/3-2 برابر بیشتر از بقیه است (به دلیل هایپر پلازی بودن). اما این توده ها بدخیم نمی شوند.
* فرم کمپلکس ریسک بدخیمی بیشتری دارد (3برابر) و خود ضایعه هم به ندرت بدخیم می شود و بهتر است خارج شود.
* نوع Giant (juvenile): سایز بالای 5 سانتی متر دارد و بدخیم نمی شود، فقط به علت بدفرمی سینه ممکن است جراحی شود و باید احتمال اختلال رشد بعدی به والدین و بیمار گفته شود.
* در صورت بدخیمی با رشد غیر قابل قبول مشخص می شود.
* بهترین ابزار تشخیصی سونوگرافی است و برای تائید تشخیص FNA یا CNB توصیه می شود.
* همه فیبرآدنوم ها نیاز به بیوپسی ندارند. اندیکاسیون های بیوپسی شامل موارد زیر می باشد: 1- سایز بالاتر از 5/2 سانتی متر، 2- سن بیش از 35 سال (حتی اگر سایز توده زیر یک سانتی متر باشد) 3- رشد بیشتر از حد متعارف (بیش از 20% در 6 ماه) 4- شکل نامنظم در سونوگرافی (میکرولبوله بودن).
* کارسینوم های موسینوس و مدولاری ممکن است با فیبرآدنوم اشتباه شوند.
* فیبرآدنوم ها BIRADS 3 هستند و باید پیگیری 6-3 ماهه شوند تا در صورت رشد سریع بیوپسی شوند. عده ای در افراد با ریسک بالا، بیوپسی یا جراحی برای ضایعات بزرگتر را همواره توصیه می کنند.

اندیکاسیون های ارجاع به جراح برای بیوپسی

* لمس هر گونه توده پستانی به جز فیبرادنوم شناخته شده زیر 2 سانتی متر
* لمس توده زیر بغل
* ترشح خونی یا آبکی از نوک پستان که بصورت خود به خود خارج شود. (در بارداری ترشح خونی بدون لمس توده، فیزیولوژیک است. اما در صورت ادامه وجود ترشح پس از 2 ماه بعد از زایمان، ارجاع بیمار ضروری است).
* غیرقرینگی و زخم و تغییرات پوستی و پوسته پوسته شدن نوک پستان که تا 3 هفته بهبود نیابد. (پوسته پوسته شدن پستان در بیماری پاژه از نوک پستان شروع و بعد آرئول درگیر می شود. در صورتی که در اگزما، فقط آرئول درگیر می شود).
* تغییرات التهابی که تا یک هفته از بین نرود.

اندیکاسیون های ارجاع به جراح پستان

⮘ ماموگرافی مشکوک (BIRADS4,5) و یا ماموگرافی نامشخص (BIRADS0) و نرمال در حضور علائم مشکوک

⮘ سونوگرافی مشکوک مانند کیست کمپلکس، توده، فیبرادنوم با حاشیه میکرولبولار یا سایز بزرگتر از 2 سانتیمتر، آدنوپاتی مشکوک زیر بغل

⮘ لمس هر ضایعه مشکوک حتی در صورت تصویر برداری نرمال

مرحله بندی سرطان

مرحله اول : تومور کوچکتر از 2 سانتیمتر بدون درگیری غدد لنفی

مرحله دوم: تومور 5-2 سانتیمتر با درگیری محدود غدد لنفی (زیر4Lymph node )

مرحله سوم : تومور بزرگتر از 5 سانتیمتر، زخم پستان، درگیری عضلات زیرین، درگیری وسیع غدد لنفی

مرحله چهارم : متاستاز دور دست (شایع ترین محل متاستاز، پلور، کبد، ریه و مغز استخوان می باشد).

درمان سرطان پستان

کموتراپی: هر تومور بالای یک سانتی متر نیاز به شیمی درمانی دارد. شیمی درمانی از متاستاز جلوگیری کرده و هم متاستاز را درمان می کند.

رادیوتراپی: اندیکاسیون های رادیو تراپی شامل موارد زیر است: 1- بیمار جراحی حفظ پستان، 2- تومور بالای 5 سانتی متر و درگیری بیش از 4 Lymph node و 3- متاستاز استخوان

هورمون تراپی: در تومورهای رسپتور مثبت، کاربرد دارد.

تارگت تراپی: 15% بیماران Her2 مثبت هستند و نیاز به هرسپتین دارند.

جراحی: در درمان سرطان پستان نقش کلیدی دارد.