

مشخصات شناسنامه ای برنامه

نوع غربالگری: غربالگری سازمان یافته فعال همزمان (غربالگری بصورت مدون و با دعوت از زنان گروه سنی هدف و همزمان از طریق معاینه بالینی و ارجاع برای ماموگرافی)

گروه جنسی: زنان

گروه سنی: زنان ایرانی از سن ۲۰ سال (۱۹ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز تمام) تا زنان دارای سن ۶۹ سال (۶۹ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز)

پوشش جغرافیایی: کلیه زنان گروه سنی هدف در مناطق شهری، روستایی، حاشیه شهرها و روستاهای تحت پوشش تیم سیاری
ویژگی های برنامه:

گروه هدف برنامه، زنان ۲۰ تا ۶۹ ساله می باشند که براساس روش غربالگری بایستی به شرح زیر پیگیری گردند:

* از سن ۲۰ تا ۶۹ سالگی بایستی کلیه زنان به انجام خودآزمائی ماهانه پستان تشویق و ترغیب گردند.

* از سن ۲۰ تا ۶۹ سالگی بایستی کلیه زنان جهت انجام معاینه بالینی سالانه پیگیری گردند.

☞ معاینه توسط پزشک زن یا ماما، هر سال از سن ۲۰ سالگی شروع و ضمن انجام آن، بایستی خودآزمائی پستان به فرد آموزش داده شود.

* از سن ۴۰ سالگی بایستی زنان برای انجام ماموگرافی پیگیری و ارجاع گردند. در سن ۴۰ سالگی یک ماموگرافی پایه انجام و در صورت نبود مشکل، به فاصله هر دو سال تکرار می شود. در صورت وجود خطر، ماموگرافی سالانه بایستی تکرار شود.

* در صورت ابتلای یکی از نزدیکان درجه یک خانواده به سرطان پستان، انجام ماموگرافی از ۵ سال زودتر توصیه می شود خصوصاً در صورتی که ابتلا در اقوام، پایین تر از سن ۴۰ بوده باشد بایستی شروع شود.

* پس از ۶۹ سالگی نیازی به غربالگری نیست زیرا در سنین بالا رشد تومور بسیار کند است و تفاوتی در بقایای عمر بین توده هایی که با خودآزمائی پستان تشخیص داده می شود و توده هایی که با ماموگرافی تشخیص داده می شود وجود ندارد.

* ماموگرافی در سنین ۵۰ تا ۶۰ سال با کاهش واضحی در مرگ و میر زنان بدلیل سرطان پستان همراه است. بنابراین پیگیری این گروه سنی از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

* در سنین زیر ۴۰ سال روش ترجیحی بررسی پستان در صورت شک بالینی، سونوگرافی است.

* زنان در سنین قبل از یائسگی بهتر است پستان های 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 خودآزمائی پستان می باشد. به زنان باید آموزش داد که هر گونه اختلال یا تغییر را به پزشک خود گزارش دهند. اگر معاینه پزشک تأیید کننده یافته های بیمار نباشد، بایستی ماه بعد، معاینه بالینی را تکرار نمود.

تعریف مورد سرطان پستان: هر مورد سرطان پستان کشف شده در فرآیند غربالگری از طریق معاینه بالینی یا ماموگرافی که منجر به نمونه برداری از بافت مشکوک به توده سرطانی شده و در بررسی هیستوپاتولوژیکی سلول های سرطانی مشاهده شده باشد.

اجرای برنامه در نظام شبکه

سطح اول (خانه بهداشت - پایگاه بهداشتی - مرکز بهداشتی درمانی شهری)

پس از دریافت این دستورالعمل و دفتر ثبت مراجعات زنان ۲۰ تا ۶۹ ساله جهت پیگیری و کنترل سرطان، بهورز یا کارکنان بهداشتی در پایگاه بهداشتی و مرکز بهداشتی شهری، نسبت به استخراج فهرست زنان گروه سنی هدف (۲۰ تا ۶۹ ساله) اقدام و براساس تاریخ تولد، اسامی را در دفتر مذکور، وارد می نماید. فرصت زمانی در نظر گرفته برای این کار حداکثر تا پایان شهریور ماه سال ۱۳۹۱ می باشد.

❖ ثبت نام گروه هدف براساس سال تولد و از آخر دفتر به ابتدای دفتر نوشته می شود به طوری که بتوان افرادی که وارد سن ۲۰ سالگی می شوند را به دفتر اضافه نمود. این دفتر برای استفاده ۳ سال و تا زمان استقرار کامل برنامه پزشک خانواده و ارائه خدمات بر اساس پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، مورد استفاده خواهد بود.

❖ کلیه اطلاعات در دفتر با مداد ثبت می شود و هر فرد بایستی سالانه یکبار برای انجام معاینات بالینی پستان مراجعه نماید و لذا هر سال یکبار اطلاعات دفتر بایستی به روز رسانی شود. در مورد سایر خدمات از قبیل ماموگرافی و پاپ اسمیر بایستی براساس دستورالعمل های مربوطه اقدام گردد.

❖ لازم است افرادی که در گروه پرخطر قرار می گیرند، با زدن علامت * قرمز رنگ در کنار اسامی آنان در دفتر، مشخص شوند. لازم است کلیه زنان ۲۰ تا ۶۹ ساله که به هردلیل (اعم از واکسیناسیون، مراقبت کودک، تنظیم خانواده، ...) به واحد بهداشتی مراجعه می کنند، جهت انجام معاینه پستان به پزشک (زن) و یا مامای مرکز ارجاع شوند. * در خانه های بهداشت و مراکز روستایی، پس از ورود اسامی زنان ۲۰ تا ۶۹ ساله، دفتر در اختیار مامای مرکز قرار می گیرد تا خدمات ارائه شده توسط ماما در آن ثبت گردد.

سطح اول (مرکز بهداشتی درمانی)

در مرکز بهداشتی درمانی پزشک یا مامای دوره دیده مرکز بهداشتی درمانی نسبت به اخذ شرح حال و ثبت داده های مورد نیاز، براساس «فرم مراقبت زنان ۲۰ تا ۶۹ ساله جهت پیشگیری و کنترل سرطان های شایع زنان» اقدام می نماید در این مرحله ضمن ارزیابی کلی و طبقه بندی فرد (عادی و پر خطر) و توجه وی در مورد وضعیت سلامتی، اقدامات مورد نیاز (براساس دستورالعمل ویژه پزشک و ماما) انجام می گیرد و چنانچه فرد بالای ۴۰ سال سن دارد برای انجام ماموگرافی ارجاع می شود.

❖ در صورتی که فرد دارای مشکلاتی اعم از درد پستان، زخم، لمس توده، ... باشد و اقدامات انجام شده توسط سطح اول در بهبود وضعیت فرد مؤثر نبوده است، برای ارزیابی بیشتر به کارشناس سطح دو سرطان پستان شهرستان، ارجاع می گردد. این کارشناس که دوره آموزشی اختصاصی مربوط به «مراقبت های مدیریت شده بیماری های پستان» را گذرانده است، از طرف واحد سلامت خانواده و جمعیت مرکز بهداشت شهرستان، معرفی می گردد.

❖ همچنین در صورتی که فرد دارای یافته های ماموگرافی و سونوگرافی غیرطبیعی باشد ضروری است برای ارزیابی بیشتر به کارشناس سطح دو، ارجاع گردد (براساس سیستم BIRADS، گزارش صفر و ۳، ارجاع غیرفوری و گزارش ۴ و ۵ نیازمند ارجاع فوری است).

❖ جهت ارجاع از فرم های ارجاع موجود در نظام شبکه (روال معمول ارجاع) استفاده می گردد.

❖ ثبت نتایج معاینات در دفتر «ثبت مراجعات زنان ۲۰ تا ۶۹ ساله جهت پیشگیری و کنترل سرطان های شایع زنان» در مراکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاه های بهداشتی برعهده کارکنان بهداشتی می باشد.

سطح دوم (کارشناس سطح دو-واحد مراقبت زنان)

واحد بهداشتی که کارشناس سطح دو در آن مشغول به فعالیت می باشد به عنوان واحد مراقبت زنان، شناخته می شود. کارشناس سطح دو، با استفاده از فرم «مراقبت و خدمات جامع بیماری های پستان» به ارزیابی کامل بیمار می پردازد و با توجه به شرایط وی، اقدامات لازم (براساس دستورالعمل ویژه پزشک و ماما و پروتکل های اختصاصی)، صورت می گیرد و در صورت نیاز، بیمار به سطوح بالاتر، ارجاع می گردد.

شایان ذکر است، پس از تکمیل اقدامات درمانی، فرد همراه با پسخوراند به پزشک مرکز بهداشتی درمانی مربوطه، عودت داده می شود و ادامه پیگیری ها بر اساس پسخوراند مذکور و توصیه های کارشناس سطح دو، انجام می گیرد.

چنانچه فرد به سطوح تخصصی ارجاع شده است بایستی پسخوراند مربوطه را به کارشناس سطح دو تحویل دهد و پس از بررسی مفاد پسخوراند و انجام اقدامات مورد نیاز و ثبت در پرونده بیمار، پسخوراند دیگری برای مرکز بهداشتی درمانی تهیه و ارسال نماید. به عبارت دیگر کارشناس سطح دو، رابط بین سطح اول و سطح سوم می باشد و این نظام ارجاع بایستی همواره حفظ گردد مگر اینکه پزشک مرکز در سطح اول احساس نماید با ارجاع فرد به سطح دوم، تاخیر جدی در اقدامات درمانی او رخ خواهد داد که سلامت وی را تحت تأثیر قرار می دهد.

❖ در پسخوراندها بایستی حتماً به چگونگی و زمان های پیگیری فرد اشاره شود.

❖ جهت کلیه مراجعین به کارشناس سطح دو، بایستی پرونده درمانی تشکیل گردد. برای جلد این پرونده از پوشه های معمولی استفاده می شود و فرم «مراقبت و خدمات جامع بیماری های پستان» همراه با برگه های ارجاع و پسخوراندهای دریافتی (از سطح سوم) و ارسالی (به سطح اول) همراه با سایر مستندات در این پوشه قرار می گیرد. شایان ذکر است نتایج آزمایشات، نمونه برداری ها و گرافی ها بایستی به طور دقیق و کامل در پرونده ثبت گردد و اصل برگه نتایج به خود فرد تحویل داده شود.

چنانچه کارشناس سطح دوم، در واحد بهداشتی شهری مشغول به کار است، بایستی خدمات مامایی سطح اول و همچنین «فرم مراقبت زنان ۶۹تا۲۰ ساله جهت پیشگیری و کنترل سرطان های شایع زنان» که در پرونده خانوار قرار می گیرد، توسط مامای دیگر مرکز تکمیل گردد. در صورت عدم وجود ماما، تا زمان بکارگیری مامای دوم در مرکز، کارشناس سطح دوم موظف به ارایه خدمات سطح اول نیز می باشد و این فرم توسط کارکنان بهداشتی آن مرکز تکمیل شود و پس از ارایه آموزش های لازم و تکمیل جدول (ه)، برای معاینه پستان و ارزیابی بیشتر به کارشناس سطح دوم ارجاع گردد. همچنین مسئولیت ثبت نتایج معاینات در دفتر ثبت سرطان، بر عهده کارکنان بهداشتی می باشد.

در این سطح برای بیماران تشخیص داده شده در برنامه پس از بررسی تخصصی که در سطح استان انجام می گیرد، پروتکل درمانی طراحی می گردد. این پروتکل بایستی مبتنی بر شواهد بوده و بر اساس راهنماهای تدوین شده که توسط کمیته کشوری تصویب گردیده تنظیم گردد. پروتکل تنظیمی سپس به واحد مراقبت زنان شهرستان (کارشناس سطح دو مربوطه) ارسال می گردد تا از آن طریق در اختیار تیم سلامت جهت اقدام و پیگیری قرار گیرد. روند پیگیری و اقدامات براساس دستورالعمل تدوین شده و در سطح خانه بهداشت/پایگاه بهداشتی و با مسئولیت پزشک تیم سلامت انجام می گیرد کلیه مستندات داوطلب در سطح اول و در سوابق خانوار وی درج می گردد. نتایج پیگیری ها و اقدامات در دفتر ثبت مراجعات و فرم مراقبت، توسط کارکنان بهداشتی ذیربط به صورت روزانه ثبت می گردد.

```
graph TD; A([ارزیابی ماموگرام غیر طبیعی  
(توده یا میکروکلسیفیکسیون)]) --> B{توده یا  
میکروکلسیفیکسیون دیده شده  
احتمالاً خوش خیم است؟}; B -- بله --> C[تکرار ماموگرافی به فاصله شش  
ماه (به مدت یک تا دو سال)]; B -- خیر --> D[ضایعه بدخیم  
(مشکوک / قطعی)]; C --> E{آیا ضایعه پیشرفت کرده است?}; E -- خیر --> F{آیا مراجع در گروه پرخطر  
قرار دارد?}; E -- بله --> D; F -- خیر --> G([انجام غربالگری هر دو سال یکبار]); F -- بله --> H([انجام غربالگری هر سال یکبار]); D --> I[ارجاع جهت انجام نمونه  
برداری  
Core، FNB، FNA)  
(بیوپسی)]; I --> J([پیگیری براساس نتایج نمونه برداری]);
```

The flowchart outlines the clinical pathway for a patient with an abnormal mammogram finding. It begins with an evaluation of the mammogram (non-physiological) showing either a mass or microcalcifications. A decision point follows: if a mass or microcalcifications are visible and likely benign, a repeat mammography is scheduled at 6-month intervals for one to two years. If no such findings are present, the next step is to determine if the lesion is malignant (suspected or confirmed). If malignant, referral for biopsy (Core, FNB, FNA) is indicated, leading to follow-up based on biopsy results. If the initial assessment shows no suspicious findings, a further decision is made regarding whether the patient belongs to a high-risk group. High-risk patients are referred to annual screening, while others are referred to biennial screening.

در صورت احراز ابتلای فرد به سرطان پستان پس از تهیه تصاویر تشخیصی تخصصی و بیوپسی های تهیه شده و تأیید پاتولوژیکی ابتلا به نئوپلاسم، مراتب به بیمار /خانواده بیمار با رعایت موازین اخلاق حرفه ای و حقوق بیمار و حفظ جنبه محرمانه ابتلا اعلام و نامبرده در قالب نظام ارجاع به بیمارستان شهرستان/تخصصی مرکز استان، معرفی و براساس برنامه جامع کنترل سرطان و بر اساس راهنماهای تدوین شده و در چهارچوب تومور بورد های تخصصی دانشگاهی، پروتکل درمانی بیمار تعیین و جهت اقدام در سطح بیمارستان عمومی

یا تخصصی حسب مورد به بیمار اعلام می گردد و خلاصه خدمات بالینی ارائه شده به بیمار در سوابق بالینی وی در محیطی ترین سطح ثبت و نگهداری می شود.

شرح وظایف پزشک در برنامه پیشگیری از سرطان پستان

۱. آگاهی کامل از دستورالعمل ها و متون آموزشی ویژه پزشک و ماما،
۲. آگاهی کامل از وظایف اعضای تیم سلامت در برنامه اعم از پزشک، ماما، کارکنان بهداشتی، بهورز و کارشناس سطح دو
۳. نظارت بر شناسایی افراد گروه هدف، ورود اسامی گروه هدف در دفتر ثبت مراقبت زنان ۲۰ تا ۶۹ ساله و دعوت افراد گروه هدف براساس دستورالعمل و هماهنگی های محیطی (توسط بهورز و کارکنان بهداشتی)
۴. نظارت بر انجام معاینات بالینی توسط ماما و ثبت نتایج معاینه در فرم مراقبت زنان
۵. بررسی سوابق و معاینه افراد ارجاع شده و ثبت نتایج در فرم مراقبت زنان
۶. تعیین زمان مراجعه بعدی افراد مراقبت شده و ثبت در فرم مراقبت زنان جهت انجام به موقع پیگیری ها
۷. هماهنگی و ارجاع به سطوح بالاتر در صورت لزوم
۸. ثبت نتایج ارجاع و پیگیری (پسخوراند) در فرم های مربوطه (در افراد ارجاع شده)
۹. نظارت بر ثبت نتایج ارجاع و پیگیری (پسخوراند) در فرم های مربوطه توسط ماما
۱۰. نظارت بر ثبت نتایج مراقبت ها در دفتر ثبت مراجعات زنان ۲۰ تا ۶۹ ساله (در واحدهای روستایی توسط ماما و در واحدهای شهری توسط کارکنان بهداشتی)
۱۱. آموزش افراد در معرض خطر و بیماران براساس متون آموزشی و دستورالعمل
۱۲. نظارت بر آموزش زنان توسط بهورز (در خانه بهداشت) و کارکنان بهداشتی (در پایگاه و مراکز بهداشتی)
۱۳. نظارت بر ثبت پیگیری و مراقبت سالانه گروه هدف طبق دستورالعمل (توسط بهورز و کارکنان بهداشتی)
۱۴. ثبت و گزارش اطلاعات مراقبتی و درمانی به مرکز بهداشت شهرستان طبق دستورالعمل
۱۵. نظارت بر ثبت و گزارش اطلاعات مراقبتی و درمانی توسط ماما

شرح وظایف ماما در برنامه پیشگیری از سرطان پستان

۱. آگاهی کامل از دستورالعمل ها و متون آموزشی ویژه پزشک و ماما
۲. آگاهی کامل از وظایف خود و سایر اعضای تیم سلامت
۳. همکاری با بهورز و کارکنان بهداشتی در شناسایی افراد در معرض خطر و اولویت بندی گروه هدف پرخاطر جهت اولویت قرارگرفتن در پیگیری ها
۴. انجام معاینات بالینی و ثبت نتایج معاینه در فرم مراقبت زنان
۵. معاینه افراد ارجاع شده و ثبت نتایج در فرم مراقبت زنان (در مراکزی که فاقد پزشک زن هستند)
۶. تعیین زمان مراجعه بعدی افراد مراقبت شده و ثبت در فرم مراقبت زنان جهت انجام به موقع پیگیری ها
۷. هماهنگی و ارجاع به سطوح بالاتر در صورت لزوم
۸. ثبت موارد ارجاع و نتایج پیگیری (پسخوراند) در فرم های مربوطه
۹. ثبت نتایج مراقبت ها در دفتر ثبت مراجعات زنان ۲۰ تا ۶۹ ساله در واحدهای روستایی و نظارت بر ثبت دفتر در واحدهای شهری توسط کارکنان بهداشتی
۱۰. آموزش افراد در معرض خطر و بیماران براساس متون آموزشی و دستورالعمل
۱۱. همکاری با بهورز و کارکنان بهداشتی در آموزش زنان
۱۲. نظارت بر ثبت پیگیری و مراقبت سالانه گروه هدف طبق دستورالعمل (توسط بهورز و کارکنان بهداشتی)
۱۳. ثبت و گزارش اطلاعات مراقبتی و درمانی به پزشک مرکز و مرکز بهداشت شهرستان طبق دستورالعمل

شرح وظایف کارشناس سطح دو در برنامه پیشگیری از سرطان پستان

۱. آگاهی کامل از دستورالعمل ها و متون آموزشی ویژه پزشک و ماما
۲. تفسیر نتایج ماموگرافی و سونوگرافی، درمان اولیه درد پستان و بیماری های خوش خیم و بدخیم پستان در افراد مراجعه کننده (بدون ارجاع) و یا ارجاع شده براساس پروتکل های مربوطه و متون آموزشی
۳. ثبت نتایج مراقبت ها در فرم های مربوطه
۴. معاینه افراد ارجاع شده و ثبت نتایج در فرم های ارجاع و پیگیری

۵. ارسال پسخوراند به پزشک مرکز بهداشتی درمانی مربوطه
۶. تعیین زمان مراجعه بعدی افراد مراقبت شده در فرم پسخوراند جهت انجام به موقع پیگیری ها
۷. هماهنگی و ارجاع به سطوح بالاتر در صورت لزوم
۸. آموزش افراد در معرض خطر و بیماران براساس متون آموزشی و دستورالعمل
۹. ثبت و گزارش اطلاعات مراقبتی و درمانی به پزشک مرکز و مرکز بهداشت شهرستان طبق دستورالعمل

شرح وظایف بهورز در برنامه پیگیری از سرطان پستان

۱. آگاهی کامل از دستورالعمل ها و متون آموزشی ویژه بهورز
۲. آگاهی کامل از وظایف خود و سایر اعضای تیم سلامت
۳. شناسایی افراد گروه هدف طبق متون آموزشی و دستورالعمل
۴. ورود اسامی گروه هدف در دفتر ثبت مراقبت زنان ۲۰ تا ۶۹ ساله
۵. دعوت افراد گروه هدف براساس دستورالعمل و هماهنگی های محیطی
۶. ارجاع افراد شناسایی شده به پزشک (پزشک زن و یا ماما) تیم سلامت برای معاینه بالینی
۷. آموزش افراد در معرض خطر و عموم جامعه در زمینه علایم و عوامل خطر و روش های تشخیص زودرس سرطان پستان
۸. ثبت پیگیری و مراقبت سالانه گروه هدف طبق دستورالعمل
۹. ثبت و گزارش اطلاعات فراخوان و پیگیری به مراکز بهداشتی درمانی طبق دستورالعمل

شرح وظایف کارکنان بهداشتی در برنامه پیگیری از سرطان پستان

۱. آگاهی کامل از دستورالعمل ها و متون آموزشی ویژه کارکنان بهداشتی
۲. آگاهی کامل از وظایف خود و سایر اعضای تیم سلامت
۳. شناسایی افراد گروه هدف طبق متن آموزشی و دستورالعمل
۴. ورود اسامی گروه هدف در دفتر ثبت مراقبت زنان ۲۰ تا ۶۹ ساله
۵. دعوت افراد گروه هدف براساس دستورالعمل و هماهنگی های محیطی
۶. ارجاع افراد شناسایی شده به پزشک (پزشک زن و یا ماما) تیم سلامت برای معاینه بالینی
۷. آموزش افراد در معرض خطر و عموم جامعه در زمینه علایم و عوامل خطر و روش های تشخیص زودرس
۸. ثبت نتایج مراقبت ها در دفتر ثبت مراجعات زنان ۲۰ تا ۶۹ ساله
۹. ثبت پیگیری و مراقبت سالانه گروه هدف طبق دستورالعمل
۱۰. ثبت و گزارش اطلاعات به مراکز بهداشتی درمانی طبق دستورالعمل

زندگی امروزی جوامع بشری بدلیل پیچیدگی های ناشی از پیشرفت تکنولوژی و مدرنیته سبب شده تا خطر ابتلا به بیماری های غیرواگیر ازجمله تغذیه نامناسب، کم تحرکی، چاقی و آلودگی ها و عوامل زیست محیطی افزایش یابد. از مهم ترین این بیماری ها ابتلا به انواع سرطان ها می باشد که به دلایل فوق رشد روزافزونی 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 می باشد که در نوع خود کم نظیر و ستودنی است. این نظام امکان دستیابی به وضعیت سرطان ها در کشور را در اختیار سیاستگذاران سلامت قرار داده و سبب تسهیل طراحی برنامه های مداخله می گردد. اطلاعات نظام ثبت سرطان و مطالعه ملی بار بیماری ها حاکی از آن است که بیماری های پستان از جمله سرطان پستان از شایع ترین بیماری های زنان است و سرطان پستان به عنوان یکی از علل شایع و مهم مرگ و میر زنان در کشور ما از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و سبب خسارات فردی، خانوادگی و اجتماعی وسیعی می شود. 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 برنامه های این دفتر می باشد.

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

لازم به ذکر است، با استقرار کامل برنامه جامع کنترل سرطان در سال های اولیه برنامه، فقط مرحله تشخیص بیماری کاهش می یابد 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 پرفراز و نشیب هموار شده و مشارکت کنندگان برنامه های سلامت زنان موفق و مؤید باشند.

در پایان از اساتید محترم و مراکزی که در ویرایش این مجموعه همکاری نموده اند 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 بیماری های پستان جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران (خانم دکتر الفت بخش) و اداره سرطان ها در مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر وزارت بهداشت تشکر و قدردانی می نمایم.

دکتر محمد اسماعیل مطلق

مدیر کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اپیدمیولوژی و اهمیت سرطان پستان

وضعیت سرطان پستان در دنیا: در تمام دنیا شایع ترین علت مرگ بدلیل سرطان در زنان سرطان پستان می باشد. میزان بروز بیماری در دنیا حدود ۱,۳۸۴,۱۵۵ مورد در سال است. بررسی آمار مربوط به سرطان پستان موید افزایش این بیماری در دنیا می باشد. به نظر می رسد تا سال ۲۰۲۰، ۲۶ درصد افزایش در میزان کنونی سرطان پستان و عمدتاً در کشورهای در حال توسعه ایجاد شود.

وضعیت سرطان پستان در کشورهای پیشرفته: در آمریکا سرطان پستان یک سوم سرطان های زنان را تشکیل می دهد و میزان بروز از همه سرطان ها 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 ۱۰۰/۰۰۰ در سال ۱۹۹۸ رسیده است. به نظر می رسد یکی از مهمترین علل افزایش موارد بروز سرطان پستان در آمریکا برنامه های بیماریابی و تشخیص زودرس بوده که منجر به کشف موارد بیشتری از سرطان در مراحل اولیه شده است. میزان خطر سرطان پستان برحسب سن، در جدول (۱) ذکر شده است.

جدول ۱. خطر سرطان پستان بر حسب سن (در آمریکا)	
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 می دهد، فقط ۵/۶٪ در زنان زیر ۳۰ سال دیده شده است. کمتر از یک درصد سرطان های پستان در زنان جوان تر از ۲۵ سال اتفاق می افتد. اما پس از ۳۰ سالگی افزایش ناگهانی در بروز سرطان پستان دیده می شود.

نکته حائز اهمیت این است که در سال ۲۰۰۳ کاهش شدید در تجویز هورمون جایگزین (HRT) پس از یائسگی سبب کاهش شدید تومورهای پستان از نوع دارنده رستوراستروژنی و نهایتاً کاهش بروز بیماری شد.

سرطان پستان در مردان بندرت دیده می شود و ۴۰۰ مرگ تا سال ۲۰۰۰ در آمریکا ناشی از این سرطان برآورده شده است. در سال ۲۰۰۷،

۲۰۳۰ مورد ابتلا یعنی حدود ۱ درصد کل سرطان های پستان و ۴۵۰ مرگ ناشی از سرطان پستان، در مردان گزارش شده است.

وضعیت سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه: نتایج یک مطالعه بین المللی در ارتباط با سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه حکایت از این واقعیت دارد که از میان چهارصد هزار مرگ ناشی از سرطان پستان، حدود ۵۵ درصد از آن در کشورهای با درآمد پایین رخ می دهد.

این نوع سرطان در جنوب شرق آسیا در حال حاضر شایع ترین 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 شایع ترین سرطان، سرطان پستان می باشد.

در کشورهای شرق مدیترانه سرطان ها چهارمین علت مرگ می باشند و تخمین زده می شود که تا ۱۵ سال آینده بین ۱۰۰ تا ۱۸۰ درصد افزایش در بروز سرطان ها در منطقه وجود داشته باشد.

در دهه گذشته سرطان پستان شایع ترین 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. اما در دهه اخیر آمار تغییر کرده و در حال حاضر سرطان پستان اولین جایگاه از نظر شیوع را در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته دارد.

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

آثار مالی ناشی از سرطان پستان: در مطالعه انجام شده بر روی تعدادی از زنان نیجریه ای 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 هزینه های بیماری بر نگرانی های روحی و روانی فرد تاثیر بسزائی دارد.

در حال حاضر تنها ۵ درصد از هزینه های صرف شده برای سرطان مربوط به کشورهای در حال توسعه می باشد. سرطان پستان بین سه سرطانی است که بیشترین تأثیر اقتصادی را در دنیا داشته است. سرطان ریه با هزینه بالغ بر ۱۸۸ میلیارد دلار، سرطان کولورکتال ۹۹ میلیارد دلار و سرطان پستان ۸۸ میلیارد دلار.

در مطالعه انجام شده برای بررسی آثار 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.

وضعیت سرطان پستان در ایران: بر طبق آمار مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت، سرطان پستان در ایران از نظر بروز بین تمام سرطانات در زنان، همچنان در رتبه اول قرار دارد و با میزان بروز تعدیل شده سنی (ASR) ۲۷/۱۵ و تعداد ۶۹۷۶ مورد در سال ۱۳۸۶ بالاترین موارد بروز بین سرطان ها را دارا است. میزان بروز سرطان پستان در سال ۱۳۸۴، ۵۹۸۱ مورد بوده است. 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 پائین تر از میانگین سن جهانی است. 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 سرطان های معده و مری و در استان کهگیلویه و بویر احمد، بعد از سرطان پوست قرار دارد. در مطالعه ای که در ایران در سال ۲۰۰۲ انجام شد سرطان پستان در زنان برابر ۱۷/۱ در یکصد هزار نفر جمعیت رتبه اول سرطان در زنان بود، این رقم در سال ۲۰۰۶، در بانوان به ۲۴ درصد هزار رسیده است. در ایران بروز سرطان پستان در دو مقطع افزایش ناگهانی (Peak) دارد. اولین افزایش در سنین ۴۵ تا ۵۴ سالگی است و پس از ۸۰ سالگی نیز دومین پیک آن رخ می دهد.

غربالگری، تشخیص زودرس

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 نشانه های مشکوک بیماری می باشد.

طبق برآوردهای انجام شده، یک سوم سرطان ها با کشف زودرس و درمان به موقع به طور کامل معالجه می شوند. با یک برنامه جامع کنترل سرطان، تعداد قابل توجهی از بیماران می توانند معالجه شوند و یا عمر طولانی تر پیدا کنند، در حالی که بدون تشخیص زودرس هزینه های درمانی افزایش یافته، منابع به طور موثر مصرف می شوند یا به عبارتی هرز می روند و در نتیجه نیاز به خدمات حمایتی افزایش می یابد. در حال حاضر سرطان هایی که غربالگری آنها می تواند قویاً سبب کاهش مرگ و میر (مورتالیتی) شود عبارتند از: پستان، سرویکس، کورلورکتال و سرطان مخاط دهان.

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

آناتومی، علائم و مشکلات شایع پستان

اجزاء پستان عبارتند از:

۱ - لبول های پستانی

۲ - آلوئول

۳ - مجاری جمع کننده داخل و خارج لبولی

۴ - بافت همبندی شامل چربی، بافت بینابینی، عروق خونی و لنفاتیک

جزء اساسی لبول پستان آلوئول تو خالی یا غده شیری است. آلوئول توسط یک لایه تک سلولی از سلول های اپی تلیال ترشح کننده شیر مفروش می شود. مجرای غیر عضلانی نازکی حفره آلوئول را به مجرای جمع کننده داخل لبولی متصل می کند. این مجاری عضلانی در نهایت از طریق نوک پستان به خارج می روند، بنابراین متناسب با مجاری جمع کننده ۱۵-۲۰ لبول مجرای پستانی وجود دارد که هر کدام حاوی آلوئول های زیادی هستند.

دانش آناتومی فوق برای درک بهتر برخی علائم و بیماری های پستان اهمیت فراوانی دارد.

علائم شایع بیماریهای پستان

درد پستان

درد زنگ خطر بسیاری از بیماری ها است و معمولاً بعنوان واکنش بدن نسبت به هر گونه بیماری در نظر گرفته می شود. گاهی درد، خود به عنوان یک بیماری باعث مراجعه بیمار به پزشک می شود اما واقعیت این است که در بسیاری از موارد، درد تنها یک نشانه از وجود اختلال در عملکرد اعضا یا سلول بدن می باشد. بهر حال آنچه لازم است مورد توجه قرار گیرد این است که گاهی درد به خاطر تغییرات طبیعی در بدن رخ می دهد و الزاماً نشانه بیماری نیست. بعنوان مثال بعضی از زنان قبل از شروع عادت ماهیانه دچار دردهایی می شوند که خودبخود و پس از شروع دوره ماهیانه بهبود می یابد. این درد نمونه ای 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 نمی گردد.

یکی از شایع ترین دلایل مراجعه بیماران به درمانگاه زنان و داخلی درد پستان می باشد به طوری که ۳۶ درصد از دلایل مراجعه به کلینیک برای مشورت پستانی به دلیل درد پستان است. درد پستان باعث اضطراب بسیاری از بانوان می گردد و خصوصاً برای درصد بالایی از شاغلین فعال در حیطه های اجتماعی باعث کاهش بازده کاری می گردد. از طرفی وجود این درد باعث اختلالات زیادی در مسائل جنسی افراد می شود. بنابراین اضطراب و مسائل مختلف ناشی از درد سبب کاهش کیفیت زندگی زنان می شود.

علل درد:

شایع ترین علت درد پیش از یائسگی واکنش به تغییرات هورمونی است. این حالت باعث بروز دردهای دوره ای در ارتباط با عادت ماهیانه می شود. ممکن است همواره با این دردها اختلالات و بی نظمی های قاعدگی نیز دیده شوند. دردهای دوره ای اغلب قبل از شروع هر دوره عادت ماهیانه ایجاد می شوند و با شروع خونریزی یا در اوایل عادت ماهیانه، تخفیف می یابند. این دردها خفیف بوده و به صورت درد و حساسیت همراه با سنگینی پستان حس می شوند، عمدتاً در نیمه خارجی پستانها احساس می شوند. شدت این دردها ثابت نیست و در دوره های مختلف متفاوت است و حتی ممکن است تا چند سال ادامه یابد. گاهی فعالیت فیزیکی باعث تشدید درد می شود. در بسیاری موارد، درمان درد پستان الزامی نیست و فقط زمانی که درد اختلال در فعالیت روزمره ایجاد کند، درمان ضروری است. در بیشتر موارد با اطمینان بخشی و بدون دارو می توان بیمار را تسکین داد.

گاهی توده های پستانی و بیماری های خوش خیم یا بدخیم پستان می توانند درد ایجاد کنند. البته درد در این موارد، حالت دوره ای ندارد و بدون هیچ علامت دیگری دیده می شود. داروها هم می توانند باعث درد پستان شوند. فنوتیازین ها از این دسته هستند. درد می تواند منشأ قلبی، عضلانی و اسکلتی داشته باشد. در این موارد نیز درد سیکلیک و دوره ای نبوده و با رفع مشکل زمینه ای اصلاح می شود. ضربه های وارده بر سینه دلیل دیگر دردهای غیر دوره ای 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 روش های تشخیصی استفاده می کند. برای شروع درمان در درد پستان، باید از عدم وجود سرطان اطمینان حاصل کرد. خط اول درمان که تا ۷۵ درصد بهبودی ایجاد می کند، اطمینان بخشی صحیح به بیمار مبنی بر عدم وجود سرطان است. باید به بیمار توضیح داد که درخواست سونوگرافی یا ماموگرافی یا هر اقدام دیگر، دلیل به شک و یا مطرح بودن بدخیمی نیست. جدول (۲) **روش برخورد با درد پستان** را نشان می دهد. همانگونه که در جدول مشخص است، ابتدا لازم است ماهیت درد، ارزیابی و نوع درد بر حسب دوره ای و غیر دوره ای مشخص شود و سپس ردیف مربوطه در جدول درد را دنبال کنید.

ترشحات پستان:

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 می شود. در بیش از نیمی از زنان، با فشار به نوک پستان، ترشحاتی از مجاری خارج می شود. 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 می سازد. خوشبختانه در حدود ۹۵ درصد از موارد، ترشحات نوک پستان به علت وجود یک بیماری خوش خیم است. 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 خونابه ای، سبز، آبی، قهوه ای و خاکستری)

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

۳- خروج خودبخودی 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)

جدول ۲. روش برخورد با درد پستان

ارزیابی	طبقه بندی	اقدام	پیگیری
گرفتن شرح حال و معاینه دقیق و در صورت عدم لمس توده در معاینه؛ بررسی سایر مواردی که می تواند منشأ درد باشد مانند درد قلبی؛ گوارش و ...	۱	هر گونه اقدام در صورتی انجام می گیرد 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 گزانتین ها، اقدام دیگری لازم نخواهد بود ولی یکی از موارد زیر در صورت نیاز به درمان: -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	۶ ماه بعد مجدداً مراجعه نماید.
اگر درد در طولانی مدت (حداقل ۶ ماه) و بیش از ۷ روز در هر سیکل ماهیانه باشد	۲	درد بدنال پوشیدن لباس زیر تغییر در پوشش و کاهش تحریکات پستان اگر با تب همراه باشد (علائم التهابی پستان+ترشح چرکی) پس از رد سرطان التهابی پستان، درمان با آنتی بیوتیک مناسب و در صورت آبسه ارجاع برای تخلیه آبسه 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 و در صورتی که با توده همراه باشد بر اساس الگوریتم مربوط با توده اقدام شود عدم ارتباط با موارد فوق: زیر ۳۵ سال سونوگرافی و بالای ۳۵ سال ماموگرافی و اقدام طبق الگوریتم	یک ماه بعد معاینه مجدد پس از اتمام دوره درمان یک هفته بعد

انواع ترشحات نوک پستان

ترشحات شیری:

ترشحات شیری به طور معمول در زنانی که در سنین باروری هستند، به صورت ترشحات خودبخودی دو طرفه دیده می شود. ترشح شیری ناشی از افزایش هورمونی به نام پرولاکتین است. این هورمون در اواخر دوران حاملگی و طی شیردهی در بدن افزایش می یابد و منجر به تولید شیر که موجبات تغذیه نوزاد را فراهم می کند. از علل دیگر افزایش پرولاکتین، توده های خوش خیم قسمتی در مغز به نام هیپوفیز، تحریکات نوک پستان مثل مکیدن نوزاد، ضربات قفسه سینه و برخی داروها مثل داروهای ضد فشارخون، قرص های ضدبارداری و برخی آرام بخش ها هستند. کم کاری تیروئید نیز می تواند 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 یک تا دو سال پس از قطع شیردهی و حتی تا ۴۸ ماه پس از آن نیز ممکن است وجود داشته باشند که این حالت بیماری تلقی نمی شود. معمولاً ترشحات با درمان کردن علت ایجاد کننده آنها درمان می شوند.

ترشحات خونی:

از مهم ترین انواع ترشحات پستان که از نظر ارزیابی سرطان اهمیت دارند، ترشحات خونی نوک پستان می باشد. البته ترشحات خونی می توانند به علت بیماری های خوش خیم پستان ایجاد شوند، اما بیشتر از سایر انواع ترشحات با سرطان همراه هستند، به همین دلیل نیاز به بررسی دقیق دارد. در صورتی که فرد ترشحات قرمز رنگ یا صورتی رنگی را در خروجی مجاری پستان مشاهده کرد، ابتدا باید مشخص شود که آیا ترشحات واقعاً خونی هستند یا خیر. سپس بایستی شرح حال گرفته شده و معاینه کامل انجام شود. ترشحات خونی که خودبخود خارج شوند، همراه با توده باشند، در سنین بالاتر از ۴۰ سال باشند از یک پستان و یک مجرا خارج شوند، به ارزیابی های دقیق تری نیاز دارند.

ترشحات خونی یا خونابه ای در اواخر دوران بارداری و دوران شیردهی نیز ممکن است دیده شوند. علت چنین وضعیتی را افزایش عروق در بافت پستان در شرایط باروری و اوایل شیردهی ذکر می کنند که معمولاً مدت کوتاهی پس از زایمان برطرف می شود. در این موارد، اگر توده ای در پستان لمس نشود، به هیچ گونه اقدام تشخیصی و درمانی احتیاج نیست.

ترشحات آبکی:

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

ترشحات چرکی:

این ترشحات معمولاً ناشی از عفونت ها هستند. ترشحات چرکی در اغلب موارد یک طرفه و همراه با علائم التهاب مانند قرمزی، درد و سفتی پستان می باشند در معاینه معمولاً ترشحات از چند مجرا خارج می شوند. عفونت مجاری پستان اغلب در زنانی که در حال شیردهی هستند اتفاق می افتد، بنابراین بیشتر، در سنین باروری دیده می شوند، 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 درمان های 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 می شوند. این ترشحات که مشخصه اتساع مجاری پستان هستند، اغلب دو طرفه بوده و به رنگ سفید، زرد، قهوه ای، سبز، آبی یا خاکستری می باشد. گاهی ممکن است از یک پستان ترشحاتی به رنگ های 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 ندارد. اتساع مجاری پستان در واقع گشاد شدن مجاری اصلی پستان با افزایش سن است. این حالت، رابطه ای 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 غیر شیرده، مقدار کمی مایع خارج می شود. این ترشح فیزیولوژیک و طبیعی است و رنگ آن از سفید تا زرد، سبز، قهوه ای، آبی یا سیاه متغیر است. این ترشحات به طور معمول پس از حمام آب گرم یا دستکاری نوک پستان خارج می شوند. خروج آن ها با فشار و غیر خود به خودی و از چند مجراست. معمولاً خونی نیستند و در زنانی که از قرص های ضدبارداری یا آرام بخش استفاده می کنند شایع ترند. همچنین این ترشحات به طور شایعی در دوران قبل از یائسگی دیده می شود که علت آن تخریب و ریزش سلول های سطحی مجاری پستان به علت تغییرات هورمونی است. ترشحات فیزیولوژیک پستان احتیاج به درمان ندارند.

جدول ۳. ارزیابی و اقدام در برخورد با ترشحات پستان

ارزیابی	طبقه بندی	اقدام	پیگیری
شرح حال کامل گرفته شود از لحاظ داروهای مصرفی خصوصاً داروهای اعصاب و روان. در مورد احتمال حاملگی و فاکتور خطر بررسی دقیق انجام گیرد. در معاینه بالینی، توده و ظاهر و چگونگی و قوام ترشح از پستان، اگزاما، عفونت و نوک پستان فرو رفته کاملاً بررسی شود.	ترشحات یک طرفه	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.	در صورت ترشح غیر خونی هر هفته و پیگیری با فواصل ۱-۳ ماه
ترشحات از نوک پستان خود به خود است و یا با فشار آرنول خارج می شود.	ترشحات دو طرفه	بررسی اندوکراین (شامل اندازه گیری Prolactin TSH) و در صورت وجود هر گونه اختلال ارجاع به سطح بالاتر	یک ماه بعد

اقدامات تشخیصی در ترشحات نوک پستان

بررسی های تشخیصی در مورد ترشحات پستانی موارد زیر است:

معاینه بالینی پستان، آزمایش ترشحات از نظر وجود خون و سلول های بدخیم (که البته ارزش تشخیصی زیادی ندارد)، ماموگرافی و سونوگرافی.

معاینه دقیق بالینی و انجام ماموگرافی، بهترین روش های 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، می توان 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.

توده های پستانی

از دیرباز توده های پستانی به عنوان یک علامت مهم انواع بیماری های پستان اعم از بیماری های خوش خیم و سرطان پستان شناخته شده اند. کشف یک توده در پستان می تواند از مهم ترین رخداد های ایجاد کننده اضطراب در زندگی یک زن باشد. بنابراین شناخت انواع توده های پستان و ماهیت آن ها و چگونگی برخورد با آنها از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

توده های خوش خیم پستان

کیست: کیست ها توده های حاوی مایع هستند که از اتساع بخشی از بافت غددی پستان به وجود می آیند. کیست ها در طبقه بندی توده های شایع پستان قرار می گیرند و ممکن است از اندازه های کوچک و میکروسکوپی تا اندازه های بزرگ و قابل لمس وجود داشته باشند و اغلب آنها در طی دوره ۲۸ روزه ماهانه دچار تغییراتی می شوند. این توده ها 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 توده های توپر امکان پذیر نباشد. کیست ها در هر سنی ممکن است دیده شوند اما در حوالی ۴۰ سالگی فراوان ترند. پس از سنین یائسگی در صورت عدم استفاده از درمان های جایگزین هورمونی، کیست های پستان کمتر مشاهده می شوند. بنابراین مشاهده کیست در این سنین به بررسی های 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 دورن 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 بررسی های دیگر ضروری است.

☞ در زنانی که در سنین بعد از یائسگی هستند ارزیابی کیست از همان ابتدا توصیه می شود.

در هر حال، معاینه مجدد برای بررسی عود کیست ۶-۴ هفته پس از تخلیه کامل کیست انجام می شود.

در صورتی که کیست دردناک باشد تخلیه کیست به منظور کاهش یا از بین بردن درد انجام می شود. همچنین کیست هایی که در سونوگرافی، علائم معمول کیست های ساده را نداشته باشند باید تخلیه شوند.

☞ در صورتی که قسمتی از کیست را یک توده توپر تشکیل داده باشد اقدام بعدی نمونه برداری است.

گشادی مجرا و التهاب اطراف مجاری

مجاری اصلی پستان در جریان تحلیل و پسرفت پستان در دوران یائسگی کوتاه و گشاد می شوند و در سنین پس از یائسگی می توانند 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 سرطان های پستان نیز دیده شوند، تشخیص نهایی با پزشک جراح است.

آبسه

آبسه ها حفره هایی محتوی چرک هستند که در اثر عدم درمان عفونت های پستان در مراحل اولیه ایجاد می شوند. 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. آبسه ها اغلب

به صورت یک توده لمس می شوند. گاهی در لمس ممکن است بتوان حالت تموج و حرکت مایع چرک را لمس کرد، اما گاهی نیز این حالت وجود ندارد و آبنه در لمس سفت است. درمان آبنه، تخلیه به روش جراحی و تجویز آنتی بیوتیک معمولاً بر اساس کشت و آنتی بیوگرام است.

ندولاریتی یا غده های شیری پستان

این حالت به معنای بزرگ شدن بافت غددی خود پستان است، اغلب با درد پستان همراه می باشد. ندولاریتی و درد دوره ای به قدری شایع است که می توان آنها را به عنوان تغییرات طبیعی طبقه بندی کرد. تشخیص این توده ها بر عهده پزشک است و پس از تشخیص ممکن است هیچ اقدام درمانی لازم نباشد یا اینکه نیاز به درمان های دارویی وجود داشته باشد.

نکروز چربی

نکروز چربی در پستان از تغییرات بافت چربی به دنبال ضربه به پستان ایجاد می شود. این ضربه می تواند در تصادفات، سقوط ها، جراحی ها، عفونت ها و حتی اشعه درمانی وارد گردد. به طور معمول این ضایعه در زنان چاق و زنانی با پستان های افتاده و بزرگ دیده می شود. بیمار با یک توده سفت، بدون درد، غیر متحرک و با حدود نامشخص مراجعه می کند. توده، اغلب سطحی است و با علائم پوستی مثل کشیدگی پوست روی ضایعه به سمت داخل همراه می باشد. معمولاً ولی نه همیشه، ضایعه در نواحی مرکزی پستان یعنی زیر هاله پستانی یا اطراف آن قرار دارد. در معاینه بالینی، نکروز چربی از ضایعات بدخیم قابل تشخیص و تفکیک نیست، حتی در ماموگرافی هم این ضایعه، مشخصات توده های بدخیم را تقلید می کند و در نهایت تشخیص قطعی با نمونه برداری سوزنی یا به وسیله جراحی و خارج کردن ضایعه انجام می شود.

توده های بدخیم پستان

توده ها، شایع ترین علامت سرطان پستان هستند. برخلاف توده های خوش خیم پستان، توده های بدخیم در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع، بی وقفه رشد کرده به بافت اطراف و حتی به نقاط دور دست گسترش یافته و می توانند در صورت عدم درمان منجر به مرگ شوند. این توده ها عموماً به صورت یک توده سفت و بدون درد ظاهر می شوند که به بافت اطراف خود چسبیده است و حدود کاملاً مشخصی هم ندارد. گاهی هم توده های بدخیم پستان دردناک یا متعدد هستند. نکته مهم این است که در صورت لمس هر گونه توده در پستان، هرگز نباید با استفاده از این اطلاعات، سعی در تشخیص ماهیت توده داشته باشید و بهتر است این کار را به عهده پزشک جراح بگذارید.

تغییرات فیبروکیستی

شایع ترین حالت خوش خیم در پستان تغییرات فیبروکیستی است. این تغییرات قبل از منوپوز و به دلیل تغییرات هورمونی ایجاد می شود. معمولاً درد و حساسیت دو طرفه دارد. به نظر می رسد با انسداد مجاری (احتمالاً در نتیجه فیبروز استروما)، ترشح مجرائی-آلوئولی ادامه می یابد، مواد ترشچی در داخل مجرا باقی می ماند و کیست ها در اثر اتساع مجاری انتهایی (اکتازی مجاری) و آلوئول ها تشکیل می گردند. 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 متیل گزانتین ها مثل چایی و قهوه هم برای ایجاد این تغییرات مطرح شده است.

فیبروآدنوم

دومین گروه ضایعات خوش خیم پستان می باشد. شایع ترین ضایعه پستانی در سنین زیر ۲۵ سال است. پس از یائسگی ضایعات پسرقت می کنند. از نظر بالینی یک زن جوان معمولاً هنگام استحمام و یا تعویض لباس متوجه وجود توده می شود. اکثر توده ها در اندازه با قطر ۲-۳ سانتیمتر کشف می شوند.

در معاینه، توده های صاف، با قوام لاستیکی و بدون درد قابل لمس بوده، باعث کشیدگی و فرورفتگی پوست ناحیه مجاور نمی شوند. در تصاویر سونوگرافی و ماموگرافی ویژگی شاخص آنها عبارتند از: توده توپر و صاف با حاشیه واضح و کناره های قابل تشخیص.

در صورت انجام بیوپسی یا FNA پاتولوژی ضایعه خوش خیم را نشان می دهد. پس از تایید تشخیص بوسیله یکی از روش های نمونه برداری این ضایعات را می توان 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 توده یا توده ها خارج شوند و در سایر موارد نمونه برداری با سوزن کلفت برای تایید تشخیص الزامی است.

سایر تغییرات بافتی:

مهم ترین متغیر در تبدیل یک بافت غیر طبیعی به سرطان پستان، نوع تغییرات سلولی و درجه و ویژگی پرولیفراسیون اپی تلیال است که در بیوپسی گزارش می شود. بر این اساس آدنوز، اکتازی مجرا، فیبروز، فیبروآدنوم، ماستیت، متاپلازی سنگفرشی، کیست های معمولی و هیپرپلازی خفیف با عمق ۳-۴ سلول باعث افزایش خطر سرطان پستان نمی شوند. وجود هیپرپلازی با آتیپی (سلولهای تکثیر یافته با نوعی نمای غیر طبیعی) با افزایش خطر سرطان پستان همراه است. اگر در بیوپسی با سوزن کلفت، آتیپی دیده شود باید تمام توده برداشته شود و در این موارد ۵۰٪ احتمال سرطان پستان وجود دارد.

وجود آتیپی، خطر سرطان را ۴ تا ۵ برابر افزایش می دهد. همچنین آدنوز اسکروزان و پاپیلوم های متعدد (۱/۵ تا دو برابر) و فیبروآدنوم ها با ویژگی کمپلکس، با افزایش خطر سرطان پستان همراهند. پاپیلوم اینتراداکتال 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 شکایت های شایع بانوان مراجعه کننده به درمانگاه های جراحی و زنان است. تشخیص عفونت های شایع پستان در مرحله حاد کار سختی نیست و علائم عفونت و التهاب شامل درد، قرمزی تب تورم و گاهی لمس توده در آن ها دیده می شود. عفونت های ناشایع پستان با بروز علائم مشابه سرطان پستان در تشخیص افتراقی حائز اهمیت می باشند. عفونت های پستان ممکن است محدود به پستان باشند یا به دنبال یک بیماری عمومی در بدن ظاهر شوند. به طور کلی عفونت های پستان را می توان دو دسته اصلی تقسیم کرد:

۱ - عفونت های پستان در دوران شیردهی

۲ - عفونت های پستان در دوران غیر شیردهی

عفونت های پستان در دوران شیردهی

التهاب و عفونت پستان در دوران شیردهی شایع است. البته در حال حاضر با مصرف آنتی بیوتیک ها در هنگام زایمان، میزان بروز این عفونت ها کاهش یافته است. ولی با این حال هنوز هم بسیاری از مادران شیرده دچار این مشکل می شوند. توجه و مراقبت کافی از پستان در دوران حاملگی و شیردهی می تواند شانس ابتلا به عفونت ها را کاهش دهد. این مراقبت ها شامل بهداشت مناسب، جلوگیری از پر شدن شیر در پستان و جلوگیری از بروز خراش های نوک پستان است.

در دوران شیردهی استحمام روزانه برای بهداشت پستان ها بسیار مفید است، گرچه شستشوی مکرر با آب و صابون و اسپری های آنتی سبتیک بدلیل اختلال در فلور فیزیولوژیک و نرمال پوست توصیه نمی شود خشکی نوک پستان سبب شکنندگی و ایجاد ترک می گردد. بنابراین توصیه می شود پس از اتمام شیردهی نوک پستان با یک قطره شیر چرب شود. مطالعات نشان داده تفاوتی بین استفاده از چرب کننده ها و شیر مادر برای چرب نمودن نوک پستان و پیشگیری از بروز شقاق نوک پستان وجود ندارد. نحوه شیردهی در سلامت نوک پستان و پیشگیری از بروز عفونت های پستان موثر است.

عامل میکروبی شایع در بروز عفونت های پستان، نوعی باکتری به نام "استافیلوکوک اورئوس" است. که معمولاً از طریق خراش های نوک پستان وارد پستان می شود. وجود شیر در پستان محیط غذایی مناسبی برای رشد میکروب فراهم می کند و به تدریج تهاجم میکروب به قسمت های اطراف گسترش بیماری در پستان می شود. در مراحل اولیه بیماری عفونت به قسمت کوچکی از پستان محدود است ولی با پیشرفت بیماری قسمت های دیگر پستان نیز درگیر می شوند. بنابراین تا حد امکان باید از بروز خراش های نوک پستان جلوگیری کرد. شیر دادن به روش صحیح به نوزاد می تواند از ایجاد این خراش ها جلوگیری کند. همچنین در صورت بروز این خراش ها تخلیه مکرر پستان از شیر و رعایت بهداشت نوک پستان برای جلوگیری از عفونت پستان باید انجام شود.

رعایت بهداشت پستان ها در دوران شیردهی و بارداری، شانس ابتلا به عفونت های پستان را در دوران شیردهی کاهش می دهد.

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 عفونت های پستان هستند.

عفونت پستان در طی ماه اول شیردهی بعد از اولین حاملگی: در این زمان به خاطر عدم آگاهی و تجربه ناکافی مادر نوک پستان ها بیشتر در معرض صدمه هستند. بهداشت پستان ها کمتر رعایت می شود و مراقبت کافی از پستان ها به عمل نمی آید. به این ترتیب حدود ۷۵٪ از آبسه های پستان در دوران شیردهی، در ماه اول پس از زایمان اتفاق می افتند. به مادران جوان توصیه می شود:

- ❖ هنگام شیر دادن 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 خراش های نوک پستان بیشتر است.
- ❖ استحمام روزانه به منظور حفظ نظافت و بهداشت پستان ها و چرب نمودن نوک پستان به 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 می شود بلکه به علت تخلیه مکرر شیر احتمال عفونت پستان کاهش می یابد.

در زمان گرفتن کودک از شیر، به خاطر تجمع بیشتر شیر در پستان ها و همچنین به خاطر وجود دندان در دهان کودک و صدمه به نوک پستان امکان بروز عفونت افزایش می یابد.

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 می شود 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 بیوتیک ها قرار گرفته اند ممکن است علائم معمول بیماری وجود نداشته و تنها توده ای قابل لمس باشد. بنابراین بیماری می تواند از نظر بالینی در دو مرحله باشد:

۱. التهاب بافت نرم (سلولیت) بدون تجمع چرک

۲. 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 گرم تر از سایر نقاط است. در صورت عدم درمان و پیشرفت عفونت، همان گونه که قبلاً ذکر شد، حفره ای حاوی چرک تشکیل می شود که همان آبسه پستان است. در این حالت علائم پوستی، واضح تر و درد، شدیدتر است.

در این میان ممکن است یک مرحله بینابینی نیز مشاهده شود. این مرحله هنگامی است که بیمار تحت درمان با آنتی بیوتیک 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 روش های تشخیصی مثل سونوگرافی کمک گرفته شود و بر حسب شرایط بیمار، درمان مناسب انجام شود. درمان با توجه به مرحله بیماری و شرایط بیمار متفاوت خواهد بود.

در مرحله التهاب بافت نرم با درمان آنتی بیوتیکی علائم بیمار به سرعت رو به بهبود می رود. درمان مناسب در این مرحله، احتمال ایجاد آبسه را منتفی می کند.

انجام آزمایش و کشت از ترشحات می تواند راهگشای تغییر در درمان ضد میکروبی باشد. از آنجایی که آنتی بیوتیک ها در شیر ترشح می شوند باید از مصرف داروهایی که باعث صدمه به نوزاد می شود مثل تتراسایکلین، مترونیدازول و جنتامایسین اجتناب کرد. درمان با آنتی بیوتیک در این مرحله در بسیاری از بیماران باعث بهبود کامل می شود اگر چه ۱۰-۵٪ از بیماران با وجود این درمان، دچار آبسه می شوند. در این مرحله ادامه شیردهی به نوزاد معنی 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 می افتد، استفاده از آنتی بیوتیک می تواند علائم را به طور موقت تخفیف دهد ولی به دلیل عدم توانایی نفوذ در داخل حفره آبسه نمی تواند جلوی پیشرفت بیماری را بگیرد. در مواردی که وجود آبسه قطعی نیست با تخلیه سوزنی می توان تشخیص را قطعی کرد. در این موارد استفاده از سونوگرافی نیز کمک کننده 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 می شود. ادامه شیردهی از پستان سالم نیز باید انجام شود.

عفونت پستان در دوران غیر شیردهی

این عفونت ها در مقایسه با عفونت های دوران شیردهی در سنین بالاتری دیده می شوند و تنوع میکروبی نیز در آن ها بیشتر است. عفونت های پستان در دوران غیرشیردهی را می توان به دو دسته عفونت های مرکزی و اطراف هاله پستان و عفونت های قسمت محیطی پستان تقسیم بندی کرد. عفونت های قسمت مرکزی شایع تر بوده و عمدتاً در خانم های سنین باروری دیده می شود و استعمال سیگار از عوامل مستعد کننده می باشد. این عفونت ها گاهی با آبسه و فیستول همراهند.

در بیماران دچار نقص سیستم ایمنی عفونت های مختلفی دیده می شود در این بیماران عفونت ها شدیداً تمایل به پیشرفت به سمت آبسه دارند و گاهی منجر به مرگ بیمار می شوند.

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

عفونت های ویروسی نظیر اوریون نیز می توانند سبب عفونت پستان شوند. معمولاً درمان، حمایتی است و با بهبود بیماری رفع می شود.

جدول ۴. مشکلات پستان و رابطه آنها با سرطان

نوع تغییرات	سن شیوع	رابطه با سرطان پستان
توده های کیستی در لمس نرم و گاه در همان موضع دردناک هستند.	در زنان ۳۰ تا ۵۰ ساله و یا خانم های منوپوز و یائسه ای که هورمون دریافت می کنند	خودشان سرطانی نیستند و خطر ابتلا به سرطان در آینده را هم افزایش نمی دهند. فرم نادری از سرطان در کمتر از یک درصد این افراد دیده می شود.
فیبروآدنوما توده سفت با قوام لاستیکی و سطح صاف که به راحتی زیر دست می لغزد.	نوجوانان، زنان جوان، گاهی در بانوان یائسه ای که هورمون دریافت می کنند دیده می شود	بطور تیپیک سرطانی نیستند، در صورت وجود بعضی تغییرات خاص سلولی احتمال بدخیمی سه برابر می شود. فرم نادری از سرطان در کمتر از یک درصد این افراد دیده می شود.
سرطان توده سفت، ممکن است دردناک نباشد.	زنان بالای ۴۰ سال و زنان با سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان پستان	—
تغییرات دوره ای پستان دردناکی پستان که در طی سیکل قاعدگی تغییر می کند.	خانم ها در دوران دارای قاعدگی و یا دریافت کننده هورمون درمانی یائسگی	رابطه ای با سرطان ندارد.
تغییرات غیر دوره ای پستان درد مداومی که در یک نقطه و بطور ثابت در طی یک ماه وجود دارد.	در تمام سنین می تواند رخ دهد.	در نتیجه بزرگی یک کیست ایجاد می شود. سرطان در یک درصد این افراد دیده می شود.
دردهای غیر پستانی در قفسه سینه و روی دنده ها درد احساس می شود.	در تمام سنین می تواند رخ دهد.	رابطه ای با سرطان ندارد. از نظر مسائل طبی دیگر بایستی ارزیابی انجام شود.

مشاوره و ارزیابی مددجو

اصول مشاوره و برقراری ارتباط با مراجعه کننده

برای شناسایی سرطان پستان در مراحل اولیه، معاینه سالانه پستان توسط پزشک جراح بسیار حائز اهمیت است و قویاً توصیه می شود. در صورتی که علت و اهمیت این اقدام برای مراجعه کننده 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 صحیح با مراجعه کننده سبب افزایش کیفیت خدمات و نیز افزایش میزان پیگیری بیماران و شناخت موارد نیازمند ارجاع برای مداخلات تخصصی، مشاوره های روانشناسی و مداخلات روانپزشکی خواهد شد. فردی که در مراجعه در مورد ارزش تشخیص زودرس آگاه و به سوالاتش به خوبی پاسخ داده شده باشد برای

مراجعه بعدی، خود پیشقدم خواهد بود. تمام موارد فوق الذکر با برقراری ارتباط صحیح در قالب مهارت های مشاوره حاصل خواهد شد. هدف از این بحث آشنایی با مشاوره و اصول آن است. گر چه در جلسات ویزیت بیماران ممکن است امکان رعایت تمامی مراحل مشاوره فراهم نیاید و یا بعضی از مراحل مشاوره، قویتر و بعضی کمتر مورد توجه باشد ولی بهره گیری و توجه به موارد اشاره شده در این بحث بی شک 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 مقوله های بهداشت باروری مد نظر است) مورد ارزیابی قرار گرفته و مشاور بر اساس آن به داوطلب در تصمیم گیری صحیح و عمل به آن کمک می کند. حتی در مواردی که فرد گزینه های متعددی برای انتخاب ندارد، پزشک می تواند با بکارگیری فن برقراری ارتباط موثر و بعبارتی مشاوره با بیمار وی را در ادامه مسیر کمک کند.

خصوصیات مهم مشاور:

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

شرایط مشاوره:

اصولی ترین رکن آن رعایت حقوق فرد است.

حقوق مددجو یا مراجعه کننده:

حفظ حرمت مددجو یا مراجعه کننده: منظور این است که داوطلب احساس ارزش و احترام کند. ایجاد محیطی خلوت و محرمانه توضیح علت لزوم این کار به ایجاد این احساس کمک می کند. همچنین باید شدیداً از برخوردها و الفاظی که قضاوت آرایه کننده خدمت را نشان می دهد یا شأن و منزلت داوطلب را زیر سوال می برد خودداری نمود.

حفظ محرمانگی و خلوت شرایط معاینه: ضمن بالا بردن احساس امنیت و منزلت در مراجعه کننده باعث تمایل به برقراری یک ارتباط صادقانه می شود. گاهی حتی تغییرات کوچکی در محیط مشاوره باعث احساس امنیت در وی خواهد شد. به عنوان مثال علاوه بر انجام معاینه پستان در محیط خلوت، معاینه کننده بهتر است فرصت پوشاندن بقیه مناطق بدن (غیر لازم برای معاینه) را به بیمار بدهد.

کاهش یا رفع نگرانی های مراجعه کننده با توجه به موارد زیر:

۱. اطمینان دادن به مراجعه کننده که تمام مکالمات محرمانه خواهد ماند
۲. راهنمایی لازم برای رفع نگرانی های وی به گونه ای قابل اعتماد و بدون قضاوت و پیش داوری
۳. دادن آگاهی لازم به مراجعه کننده و توضیح نتیجه معاینه به وی
۴. اطمینان به گیرنده خدمت که در صورت لزوم به مراکز تخصصی تر ارجاع خواهد شد.

مراحل مشاوره

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

G (Greet): احترام به مراجعه کننده با برخورد گرم

A (ask):

- ❖ از داوطلب در مورد خودش و دلیل مراجعه سوال کنید
- ❖ به او کمک کنید تا بتواند خواسته ها و نیازهایش را بیان کند.

- ❖ به او کمک کنید تا بتواند احساسات و باورهایش را مطرح کند.
- ❖ از دانش و تجربیات مراجعه کننده آگاه شوید.

T(Tell):

- ❖ توضیح اهمیت معاینات سالیانه و پیگیری
- ❖ پاسخ به نیازها و نگرانی ها با توجه به موقعیت مراجعه کننده
- ❖ دادن اطلاعات لازم در مورد بیماری و سیر درمان آن
- ❖ توضیح روش های درمانی موجود به اختصار برای بیمار

H (Help): کمک به داوطلب برای اتخاذ بهترین تصمیم

E (Explain): توضیح هر آنچه که لازم یا شفاف کننده است.

R (Return): برنامه ریزی جهت ویزیت مجدد یا ملاقات پس از ارجاع به مراکز بالاتر

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

ارزیابی بیمار

بررسی بیماری پستان با تمرکز بر اصول زیر صورت می گیرد:

- ❖ شرح حال بیمار
- ❖ ارزیابی فاکتورهای خطر
- ❖ بررسی نشانه های فعلی
- ❖ معاینه فیزیکی
- ❖ گرفتن شرح حال

اولین قدم در ارزیابی نشانه بیماری پستان، شرح حال گیری دقیق است. این شرح حال بایستی شامل تمام سوالات درباره نشانه های فعلی بیمار، مدت بیماری، نوسانات علائم و نشانه ها، عوامل تشدید کننده یا تسکین دهنده بیماری باشد. همچنین لازم است به موارد ذیل در شرح حال توجه شود:

- ✓ **فهرست داروهای مصرفی بیمار** (شامل درمان های هورمونی و گیاهی مانند فیتواستروژن ها)
- ✓ **سابقه پرئودرمانی** (به ویژه در درمان بدخیمی های دوران کودکی باید از بیمار پرسیده شود).
- ✓ **سابقه بیوپسی های قبلی و نتیجه آن ها**
- ✓ **بررسی نشانه های فعلی**

- خروج ترشح از نوک پستان
- ویژگی های ترشح (خروجی 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 (دوره ای یا مداوم)

- ✓ **ارتباط نشانه ها با دوره قاعدگی**
- ✓ **تغییر در شکل، اندازه یا بافت پستان**
- ✓ **تغییرات پوستی: خارش مزمن، یا زخم مزمن نوک پستان و یا تغییرات یکطرفه**
- ✓ **بررسی فاکتورهای خطر ساز در ایجاد سرطان پستان**

عوامل متعددی سبب افزایش خطر بروز سرطان پستان می شوند، لازم است در صورت وجود هر یک از این موارد فرد با تواتر بیشتری معاینه و بررسی شود.

۱. جنس (در خانم ها بیشتر است)
۲. بالا رفتن سن: تقریباً ۵۰٪ از سرطان های پستان پس از ۶۵ سالگی رخ می دهند. متأسفانه در کشور ما سن شیوع ابتلا پایین تر است
۳. شروع قاعدگی قبل از ۱۲ سالگی

۴. زایمان نداشتن یا اولین حاملگی بعد از سن ۳۰ سالگی
۵. یائسگی دیررس (بالای سن ۵۵ سالگی)
۶. سابقه سرطان پستان در یک پستان فاکتور خطری برای ابتلا طرف مقابل است.
۷. پاتولوژی بیوپسی قبلی پستان که نشان دهنده کارسینوم در جای آتیپیک لبولر یا مجرانی و یا هیپرپلازی آتیپیک با افزایش ریسک همراه است.
۸. سابقه خانوادگی سرطان پستان (به ویژه قبل از یائسگی و سرطان های پستان دو طرفه)
۹. وجود سابقه خانوادگی سرطان پستان و خصوصاً 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 می شود ولی احتمال بروز سرطان در خانمی که در یک کشور توسعه یافته زندگی می کند با افزایش تعداد افراد درجه یک مبتلا، افزایش می یابد.
۱۰. موتاسیون ژنهای مختلفی می تواند باعث افزایش خطر سرطان پستان شود. وجود موتاسیون ژنهای BRCA1 و BRCA2 میزان ابتلا به سرطان پستان را ۸-۹ برابر می کند. شایان ذکر است که این موتاسیون تنها در ۱-۲٪ از کل سرطان های پستان دیده شده و میزان شیوع آن در جمعیت زنان یک در هزار است.
۱۱. سابقه خانوادگی سرطان پستان در افراد مذکر خانواده
۱۲. عوامل بیماری های ارثی در ارتباط با افزایش احتمال ابتلا به سرطان پستان علاوه بر ژن های BRCA1 و BRCA2، سندرم Li-Fraumeni، بیماری Cowden، سندرم آتاکسی تلانژکتازی، سندرم پوتز-جگر
۱۳. تعدد بستگان درجه یک مبتلا به سرطان پستان و سن پایین آنها در زمان تشخیص بیماری مطرح کننده موتاسیون این ژن در خانواده می تواند باشد.
۱۴. ابتلا به سایر بدخیمی ها (ابتلا به سرطان تخمدان، کولون و یا سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان پروستات)
۱۵. درمان جایگزین با هورمون پس از یائسگی (رژیم های هورمونی شامل مخلوط استروژن و پروژسترون)
۱۶. مصرف الکل
۱۷. افزایش وزن پس از یائسگی
۱۸. تراکم زیاد بافت پستان
۱۹. چاقی
۲۰. فعالیت شغلی در شیفت شب

معاینه فیزیکی

نومورهای پستان به ویژه انواع نئوپلاستیک آن معمولاً بدون علامت هستند و تنها با معاینه فیزیکی یا در غربالگری به وسیله ماموگرافی کشف می شوند. بطور شاخص، در طول قاعدگی تغییرات مختصری در معاینه فیزیکی پستان رخ می دهد. در اکثر زنان، قبل از قاعدگی افزایش بی خطر ندولاریته و بزرگ شدن خفیف پستان رخ می دهد. در برخی موارد این ویژگی ها می توانند یک ضایعه زمینه ای را مخفی کرده و معاینه را دشوار سازند. یافته های 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. لازم است معاینه در نور کافی و شرایط لازم از نظر حفظ راحتی و محرمانگی فرد انجام شود. می توان معاینه را در حالت نشسته یا خوابیده انجام داد. اصول انجام آن در هر حال، یکی است.

معاینه شامل دو قسمت است: الف) مشاهده ب) لمس

مشاهده: در حالی که بیمار راحت نشسته و دست هایش در دو طرف بدنش قرار دارد، انجام می گیرد. پستان ها باید از نظر تقارن، حدود و ظاهر پوست آن با یکدیگر مقایسه شوند. ادم و اریتم را می توان 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 سینه ای می شود. تومورهای غیر قابل لمس که باعث از شکل افتادن رباط های کوپر می شوند می توانند 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 پستان ها را با روشی منظم لمس کرد. روشی که بتوان با آن پستان را بطور بسیار مؤثر لمس کرد، این است که این کار را به صورت دوایر متحدالمرکزی که به سمت محیط پستان گسترش می یابند، انجام دهیم. یک پستان آویزان شده را می توان با قرار دادن یک دست در بین پستان و دیواره قفسه یسینه در وضعیت ایستاده و لمس آرام پستان در بین

دو دست، معاینه کرد. البته باید بدانیم که در پستان های 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 زیر بغل و بالای ترقوه را باید از نظر وجود گره های لنفاوی بزرگ شده، لمس کرد. زیر بغل، ربع فوقانی خارجی پستان و دنبالچه spence در زیر بغل را باید از جهت وجود توده های احتمالی لمس کرد.

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

ویژگی های عمده ای 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 توده های آشکار و خروج ترشح از نوک پستان.

اکثر بیماران، قبل از یائسگی، به طور طبیعی پارانشیم پستانی ندولار دارند. این ندولاریته منتشر است اما عمدتاً در ربع های فوقانی خارجی (یعنی جایی که بافت پستانی بیشتری وجود دارد) دیده می شود. این ندول های خوش خیم پارانشیمی، 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 حاشیه ای نامنظم بروز می کند.

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

اصول انجام معاینه بالینی پستان (CBE)

توجه به چند نکته ضروری است:

- ۱ - معاینه پستان می تواند در حالت نشسته و یا خوابیده به پشت انجام شود.
- ۲ - سه الگو برای لمس پستان در معاینه وجود دارد (بر اساس دواير متحدالمرکز، شعاعی و یا نوارهای عمودی).
- ۳ - توصیه می شود در ضمن معاینه شیوه انجام خودآزمایی پستان به بیمار آموزش داده شود.
- ۴ - توجه به نقاط شایع تر بروز سرطان در پستان ضروری است.
- ۵ - در معاینه پستان معاینه کامل غدد لنفاوی زیر بغل ضروری است زیرا بسیاری از سرطان های پستان در ناحیه بالا و خارجی پستان رخ می دهد و تمایل بالائی برای درگیری غدد لنفاوی زیر بغل وجود دارد.
- ۶ - با لمس کردن تشخیص قطعی جنس تومور امکان پذیر نبوده و بیشتر تومورها از طریق نمونه برداری قابل شناسایی می باشند گرچه تومورها غالباً سرطانی نیستند اما هر غده ای بایستی توسط پزشک معاینه گردد. **شایع ترین ممل بروز سرطان پستان (ربع فوقانی خارجی) در هر پستان می باشد.**
- ۷ - اهداف معاینه پستان و ماهیت ساده و بدون درد آن را برای فرد توضیح دهید.
- ۸ - مطمئن شوید که بیمار، تصور درستی از معاینه و ضرورت معاینات توسط خود دارد.
- ۹ - معاینه پستان را در محیط خلوت، دمای مناسب و با دست گرم شده (در هوای سرد) و در وضعیت بدون لباس انجام دهید.
- ۱۰ - معاینه پستان را دقیق و با صرف وقت انجام دهید.
- ۱۱ - معاینه پستان را سالانه همزمان با معاینه زنان (ژنیکولوژی) انجام دهید.
- ۱۲ - معاینه پستان را پس از قاعدگی و قبل از تخمک گذاری و در زمان بدون درد انجام دهید.
- ۱۳ - در معاینه پستان ملایمت را فراموش نکنید و با معاینه خشن سبب درد بیمار نشوید.
- ۱۴ - معاینه پستان را در دو وضعیت ایستاده و خوابیده انجام دهید.
- ۱۵ - معاینه پستان را با انگشت ۲ و ۳ بصورت دورانی یا شعاعی انجام دهید.
- ۱۶ - معاینه ناحیه آرنول، زیر بغل و فوق ترقوه را در تکمیل معاینه پستان انجام دهید.
- ۱۷ - خاتمه معاینه و نتیجه معاینه را به بیمار اطلاع دهید.

معاینه بالینی بایستی براساس یک لیست سنجش مهارت ماما در معاینه بالینی پستان بررسی شود.

چک لیست خودارزیابی مهارت عملی ماما در معاینه بالینی پستان

ردیف	سوال	بلی	خیر
۱	با مراجعه کننده به گرمی برخورد می کنم.		
۲	در حین صحبت، به مراجعه کننده احترام می گذارم.		
۳	از مراجعه کننده درباره خودش سوال می کنم. (سن، وضعیت تاهل، تعداد فرزند، سابقه شیردهی، ...)		
۴	علت مراجعه را سوال می کنم.		
۵	از مراجعه کننده شرح حال و سابقه فامیلی درباره سرطان پستان می گیرم.		
۶	به مراجعه کننده اطمینان می دهم که صحبت ها محرمانه خواهد ماند.		
۷	اجازه صحبت کردن به مراجعه کننده می دهم.		
۸	از زمان مناسب معاینه (بعد از قاعدگی و قبل از تخمگذاری) مطمئن می شوم.		
۹	همزمان با معاینه سالانه ژنیکولوژی و پاپ اسمیر، معاینه پستان را نیز انجام می دهم.		
۱۰	از دانش و تجربیات مراجعه کننده درباره عوامل خطر و علائم هشدار سرطان پستان سوال می کنم.		
۱۱	از مراجعه کننده درباره سابقه انجام خودآزمایی پستان و نحوه انجام آن سوال می کنم.		
۱۲	از مراجعه کننده درباره سابقه انجام سونوگرافی و ماموگرافی سوال می کنم.		
۱۳	به مراجعه کننده کمک می کنم تا بتواند خواسته ها و نیازهایش را بیان کند.		
۱۴	به مراجعه کننده کمک می کنم تا بتواند احساسات و باورهایش را مطرح کند.		
۱۵	هدف معاینه پستان را برای مراجعه کننده توضیح می دهم.		
۱۶	اهمیت معاینات سالانه پستان و پیگیری انجام معاینات را برای مراجعه کننده توضیح می دهم.		
۱۷	از بدون درد بودن پستان، قبل از معاینه مطمئن می شوم.		
۱۸	بی خطر و بدون درد بودن معاینه را برای مراجعه کننده توضیح می دهم تا احساس آرامش کند.		
۱۹	معاینه پستان را در محیط خلوت انجام می دهم.		
۲۰	معاینه پستان را در دمای حرارت مناسب (و نه سرد) انجام می دهم.		
۲۱	قبل از شروع معاینه، از تمیز بودن دست های خود و گرمی آن ها اطمینان حاصل می کنم.		
۲۲	معاینه پستان را در شرایط بدون لباس (از کمر به بالا) انجام می دهم.		
۲۳	فرصت پوشاندن بقیه مناطق بدن (غیر لازم برای معاینه) را به مراجعه کننده می دهم.		
۲۴	معاینه پستان را در دو وضعیت ایستاده و خوابیده انجام می دهم.		
۲۵	معاینه پستان را با انگشت ۲ و ۳ انجام می دهم.		
۲۶	معاینه پستان را صحیح (شعاعی یا دورانی یا عمودی (vertical)) انجام می دهم.		
۲۷	معاینه ناحیه آرنژول را انجام می دهم.		
۲۸	معاینه زیر بغل در هر دو طرف را انجام می دهم.		
۲۹	معاینه فوق ترقوه در دو طرف را انجام می دهم.		
۳۰	معاینه پستان را ملایم و بدون درد انجام می دهم.		
۳۱	معاینه پستان را با صرف وقت و به دقت انجام می دهم.		
۳۲	مطالب مورد نیاز را آموزش می دهم.		
۳۳	خاتمه معاینه پستان را به مراجعه کننده اعلام می کنم.		
۳۴	نتیجه معاینه را به مراجعه کننده اعلام می کنم.		
۳۵	به نیازها و نگرانی های مراجعه کننده، با توجه به موقعیت و بیانات او پاسخ می دهم.		
۳۶	در صورت نیاز، مراجعه کننده را به پزشک ارجاع می دهم.		
که اگر مراجعه کننده دارای نوعی از انواع بیماری های پستان باشد:			
۳۷	به بیمار در مورد بیماری و سیر درمان آن توضیح می دهم.		
۳۸	روش های درمانی موجود را به اختصار به بیمار توضیح می دهم.		
۳۹	به بیمار برای اتخاذ بهترین تصمیم کمک می کنم.		
۴۰	به سوالات بیمار به طور شفاف پاسخ می دهم.		
۴۱	فهرست داروهای مصرفی بیمار شامل درمان های هورمونی و گیاهی (مثل فیتواستروژن ها) را سوال می کنم.		
۴۲	سابقه پرتودرمانی (به ویژه بدخیمی های دوران کودکی) را از بیمار سوال می کنم.		
۴۳	سابقه بیوپسی های قبلی را از بیمار سوال می کنم.		
۴۴	جهت ویزیت مجدد بیمار و یا ملاقات وی پس از ارجاع به مراکز بالاتر، برنامه ریزی می کنم.		
جمع امتیاز (※ شیوه امتیازدهی: به سوالاتی که پاسخ بلی گرفته اند، امتیاز یک تعلق می گیرد.)			

روش های تصویربرداری در تشخیص بیماری های پستان

در بیماران علامتدار تشخیص بیماری بر اساس معاینه بالینی، تصویربرداری و پاتولوژی (تست سه گانه) انجام می شود. ماموگرافی بعنوان تنها تست تشخیصی برای بیماران علامتدار با محدودیت هایی همراه است. حساسیت ماموگرافی در تشخیص توده های پستان ۸۰ تا ۸۵ درصد است. در بیماران جوان تر، حساسیت تست کمتر است.

ماموگرافی قبل از عمل جراحی با یا بدون سونوگرافی برای تمام بیماران داوطلب عمل جراحی بدلیل توده های بدخیم پستان انجام می شود ولی ماموگرافی بعنوان غربالگری برای خانم های زیر ۳۵ سال توصیه نمی شود.

با وجود پیشرفت های بسیار، در روش ها و تکنیک های 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 (Core Biopsy) استاندارد طلایی تشخیص بیماری می باشد.

ماموگرافی

در حال حاضر ماموگرافی جایگاه مهمی در تشخیص زودرس سرطان پستان دارد و به دو منظور انجام می شود:

۱- **ماموگرافی غربالگری**، به معنی بررسی پستان با اشعه X در یک خانم بدون علامت است. هدف از این رادیوگرافی کشف توده های سرطان قبل از رسیدن به اندازه قابل لمس است. تشخیص زودرس توده های بدخیم درمان سبب افزایش شانس زنده ماندن بیمار کاهش هزینه های درمان و کاهش اقدامات لازم درمانی می گردد. در حال حاضر طبق مطالعات ماموگرافی غربالگری در سن ۵۰-۶۰ سال می تواند سبب کاهش مورتالیتی زنان این گروه سنی شود.

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

معمولاً در ماموگرافی تشخیصی تعداد کلیشه ها بیشتر و بررسی دقیق تر و طولانی تر است. گاهی برای تشخیص بهتر، گرافی های با بزرگنمایی بیشتر، از ناحیه مشکوک تهیه می شود.

☞ ماموگرافی در خانم های بالای ۴۰ سال توصیه می شود زیرا بافت پستان خانم های جوان تراکم بیشتری دارد و در ماموگرافی تصویر قابل تشخیصی ایجاد نمی کند (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 می شود. خطر آن تجمعی بوده و پس از دوره تاخیری ده ساله به نظر می رسد که این خطر با افزایش سن در زمان exposure کاهش می یابد. در بالای پنجاه سال میزان خطر حدود یک در صد هزار به ازای هر نمای ماموگرافی (single view) است. میزان اشعه آن حدود دو میلی گری است و بر حسب ضخامت پستان و فاکتورهای مربوط به تماس (exposure) متفاوت است.

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 کلیشه ها را در صورتی که روی پوست قرار بگیرند پایین می آورد.

☞ در کسانی که بطور منظم سالیانه ماموگرافی انجام می دهند میزان مورتالیتی سرطان پستان ۳۰ تا ۶۰ درصد کاهش می یابد.

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

☞ در صورتی که ماموگرافی به وسیله دو نفر خوانده شود، موارد مثبت و منفی کاذب کاهش می یابد.

استاندارد گزارش ماموگرافی بر اساس **سیستم گزارش دهی BIRADS** می باشد. نحوه درجه بندی و تفسیر این سیستم به شرح ذیل است:

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: پستان ها نمای طبیعی و عادی دارند.

گروه دو: ماموگرام موید توده های خوش خیم است (بدلیل وجود کلسیفیکاسیون های با نمای خوش خیم، فیبروآدنوم کلسیفیه و لنف نود در ناحیه intra mammary)

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 چهارم: رادیولوژیست برای این گروه توصیه به بیوپسی نموده گرافی ها بطور قطع، مطرح کننده سرطان نیست ولی امکان آن (possibility of malignancy) وجود دارد.

گروه پنج: مطرح کننده سرطان است. یافته های 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 مطرح کننده تغییرات خوش خیم وجود دارد (ماکروکلسیفیکاسیون ها و کیست ها و بافت فیبروز) و درمان خاص و یا بیوپسی ممکن است نیاز نباشد. **برای گروه ۴ و ۵ بیوپسی ضروری است.**

اهمیت ماموگرافی و معاینه در بیماریابی

- اندازه متوسط توده کشف شده در زنانی که هر سال ماموگرافی انجام داده اند، در حدود یک سانتیمتر می باشد.
- اندازه متوسط توده کشف شده در زنانی که برای اولین بار ماموگرافی انجام داده اند، در حدود یک و نیم سانتیمتر می باشد.
- اندازه متوسط توده کشف شده در زنانی که ماموگرافی انجام نداده اند، ولی شخصاً پستان خود را معاینه می کنند، در حدود دو سانتیمتر می باشد.
- اندازه متوسط توده سرطانی در زنانی که هیچ نوع آزمایشی انجام نداده اند و اتفاقی آن را پیدا می کنند، در حدود سه سانتیمتر می باشد.

سونوگرافی

سونوگرافی روش حساس با حداقل تهاجم است این روش در خانم های جوان با علائم و نشانه های بیماری های پستان ارجح است. کیفیت اطلاعات حاصل از سونوگرافی به تبحر فرد بستگی دارد. نحوه ثبت در سونوگرافی مانند سیستم گزارش دهی BI-RADS ماموگرافی استاندارد شده است. برخی از ضایعات فقط با سونوگرافی تشخیص داده می شوند بعنوان مثال برای افتراق توده های توپر از توده های کیستیک، روش ارجح تشخیصی، سونوگرافی است. گرچه سونوگرافی بطور معمول بعنوان روش غربالگری بکار نمی رود ولی در غربالگری بعنوان یک روش تکمیلی با ماموگرافی در زنان پر خطر بکار می رود. باید توجه داشت موارد مثبت کاذب در سونوگرافی بیشتر از ماموگرافی است.

موارد زیر از موارد کاربرد سونوگرافی است:

۱. وجود توده در خانم زیر ۳۰ سال شیرده یا حامله
 ۲. کمک به تکمیل اطلاعات در ماموگرافی
 ۳. تعیین نوع توده (کیستیک توپر) با دقت ۹۵ تا ۱۰۰ درصد
 ۴. جهت هدایت پروب برای تعیین محل پونکسیون در کیست ها
 ۵. بررسی نشت سیلیکون در پروتزهای پستان
 ۶. در صورتی که بیمار توده ای در پستان خود لمس کند ولی پزشک لمس نکند و ماموگرافی نشان ندهد سونوگرافی کمک کننده است.
- از اشکالات سونوگرافی این است که با آن نمی توان میکروکلسیفیکاسیون ها را بطور قابل اعتمادی تشخیص داد. از طرفی در صورت مشاهده کیست می توان با آسپیراسیون کیست برای بیمار تصمیم گیری نمود. در صورت مایع شفاف و رفع کامل توده (کیست) اقدام پاراکلینیک دیگری ضرورت ندارد.

تصویر برداری با رزونانس مغناطیسی (MRI):

این روش در بررسی ضایعاتی که به کمک معاینه یا ماموگرافی اطلاعات کافی از آنها بدست نیامده و ماهیت مشخصی ندارند استفاده می شود. در بسیاری از موارد، MRI برای بررسی پستان پس از جراحی در دارندگان پروتز (بدنبال جراحی برداشتن 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 توده ای در این روش، انجام بیوپسی الزامی نیست. تقویت تصاویر با گادولینیوم، امکان افتراق بیشتری بین توده های خوش خیم و بدخیم فراهم می آورد.

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 غیر طبیعی در سونوگرافی و ماموگرافی، MRI کمک کننده است.

عمده ترین 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 می شود. در حال حاضر استفاده از این روش در افراد دارای موتاسیون ژن BRCA1 و BRCA2، افراد با سابقه سرطان پستان در بیماران جوان با پستان های متراکم رو به افزایش است.

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

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 می شود استفاده شده و ناحیه تومورال مشخص می گردد. خصوصاً در تشخیص ضایعات پنهان پستان کمک کننده است.

از این روش به ویژه برای بررسی متاستازهای مخفی سرطان پستان در هنگام تشخیص یا در زمان پیگیری استفاده می شود 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.

مراقبت های بیمار محور

فلسفه وجود مراکز بهداشتی سلامت مردم است. هر چه خدمات بهتر دقیق تر 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 جنبه های 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 می شود سیستم نوبت دهی یا وقت قبلی (pre-booking) وجود داشته باشد. همچنین با نظارت دقیق و بر اساس اطلاعات کافی از ظرفیت پذیرش واحد بهداشتی، تعداد ویزیت معمول و تعداد کل مواردی که می بایست 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 می توان از شاخص های 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 تاخیر 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

همچنین تاخیر می تواند در مراحل درمانی باشد. بطور ایده ال توصیه می شود ۹۰٪ خانم ها اولین درمان جراحی را در عرض ۲۰ روز از دریافت نتایج تشخیصی انجام دهند.

تصمیم گیری در مورد ادامه روند درمان به عهده بیمار است. برای کمک به تصمیم گیری صحیح مشاوره در محیطی دوستانه کاملاً راحت و با دادن اطلاعات لازم صورت می گیرد.

مشاور باید از آگاهی کافی بهره مند باشد. بهتر است جلسات ملاقات با بیمار انعطاف پذیر بوده و اطلاعاتی که لازم است، داده شود. جهت افزایش آگاهی درباره بیماری، راه های تشخیص آن، راه های 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 تصمیم گیری بهتر اطلاعات به صورت روشن و حتی به جزئیات داده شود (مثال: آلترناتیوهای جراحی، عوارض رادیوتراپی).

در صورتی که حمایت های اجتماعی خاص مانند انجمن ها، خیریه ها و ... وجود داشته باشد که بتواند کمک های جانبی برای بیماران فراهم کند آگاه نمودن بیماران از این امکانات جزو وظایف تیم است.

ارتباط موثر و دسترسی:

باید اعضای تیم به اصول برقراری ارتباط و مشاوره آشنا باشند. وجود تسهیلاتی مانند امکان مشاوره تلفنی برای بیمار اطمینان خاطر ایجاد می کند.

حمایت روحی و روانی و عملی:

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

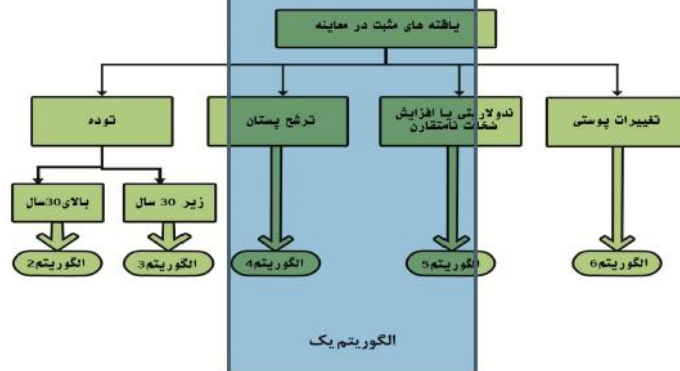
این موضوع علاوه بر کاهش اضطراب بیمار، موجب ارتباط قوی تر وی با تیم مراقبت می گردد. در نتیجه سهولت در مراقبت و پیگیری می شود.

امکانات درمانی

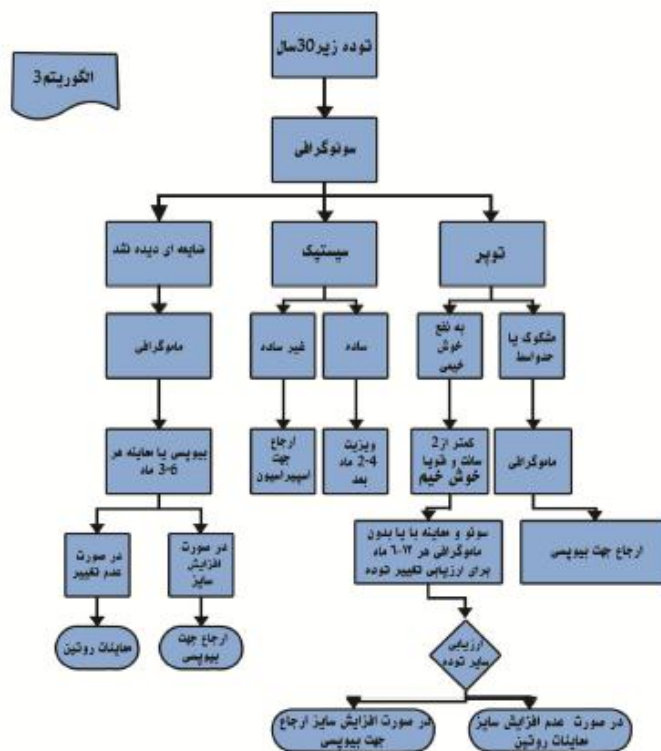
تست سه گانه شامل معاینه بالینی، ماموگرافی / سونوگرافی، minimally invasive biopsy و بیوپسی (core) / FNA بوده و در موارد مشکوک بایستی انجام شود. در بررسی تشخیصی، هم امکان انجام سونوگرافی و هم امکان انجام ماموگرافی باید مهیا باشد. همچنین در مورد بیوپسی و FNA باید متخصصینی در این حیطه ها آموزش ببینند تا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

الگوریتم ها :

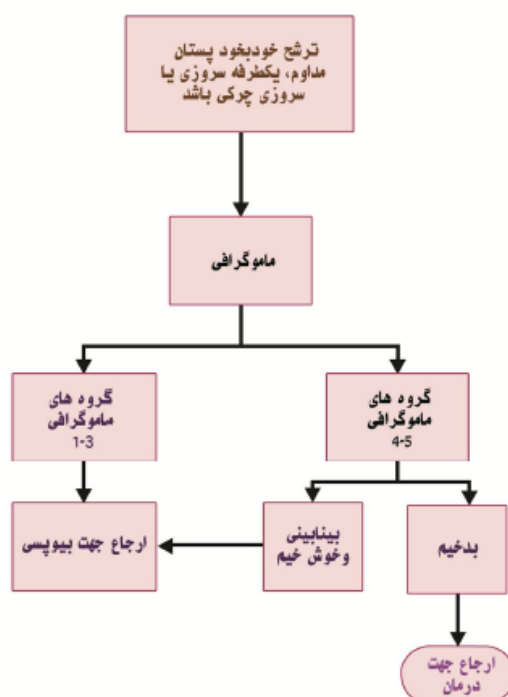
الگوریتم هایی که در صفحات بعد ملاحظه می کنید مربوط به راهنمای بالینی (NCCN Guideline) است.^۲



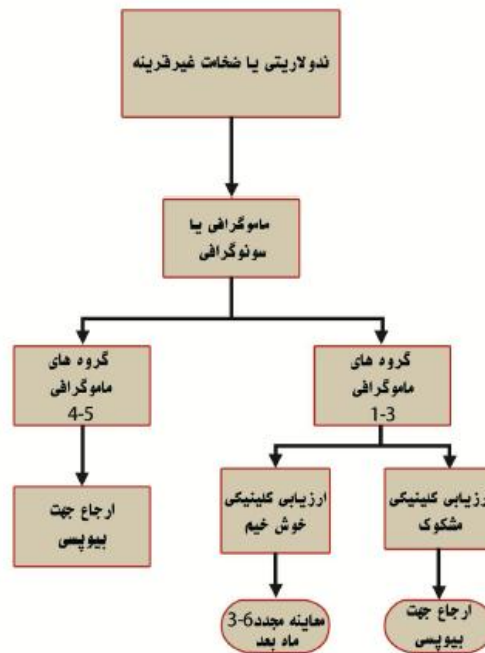
الگوریتم دو



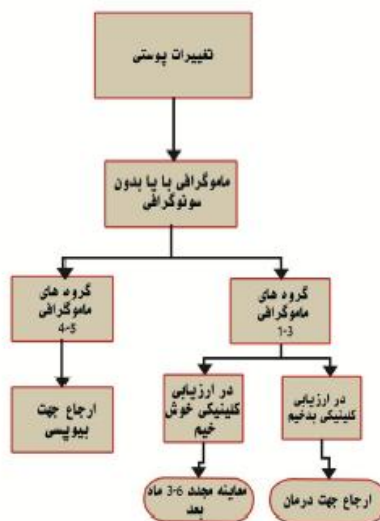
الگوریتم سه



الگوریتم چهار

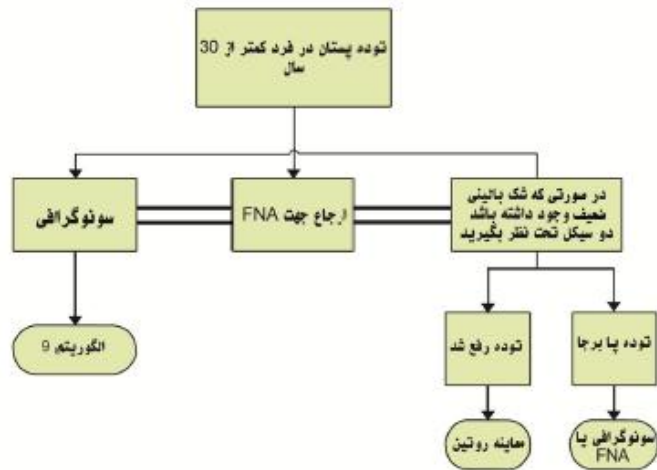


الگوریتم پنجم



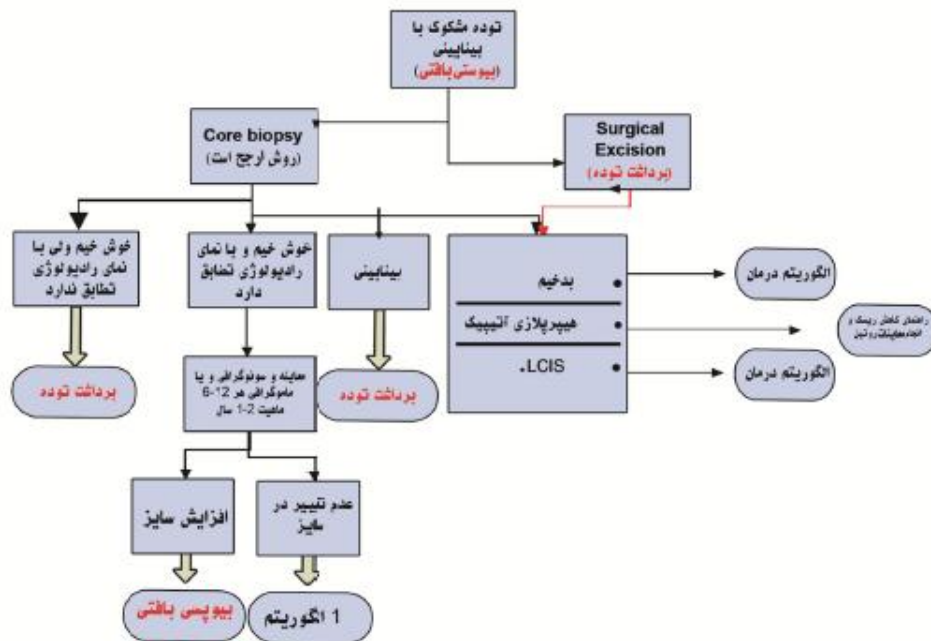
پوست: زخم، تغییرات پوستی
 نبیل: اگزما، رتراکسیون، دیس تورشن به مدت کمتر از ۳ ماه

الگوریتم شش



الگوریتم هفت

الگوریتم هشت



متون آموزشی اختصاصی مربوط به پیشگیری اولیه و توصیه های حین تشخیص و درمان

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، آموزش های گروهی و چهره به چهره انجام شود. این بخش شامل توصیه هایی است که متناسب با شرایط فرد بایستی به او ارایه شود.

تمام زنان حق دارند که درباره 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 صرفاً خود آزمائی پستان یا BSE نیست. آموزش عمومی به طور خاص باید بر نکات زیر متمرکز باشد:

- ۱ - آشنایی با نشانه ها و شکایات سرطان پستان
- ۲ - این که سرطان پستان می تواند کشنده باشد، به ویژه اگر در مراحل پیشرفته تشخیص داده شود.
- ۳ - این که سرطان پستان می تواند درمان شود اگر در مراحل اولیه تشخیص داده شود.
- ۴ - در صورت وجود هر مشکل در پستان مراجعه هر چه سریع تر به واحد ارائه دهنده خدمت ضروری است.
- ۵ - درمان سرطان در صورت تشخیص در مراحل اولیه دشوار (هولناک) نیست.
- ۶ - اغلب توده های پستان سرطانی نیستند.
- ۷ - سرطان پستان معمولاً توسط بیوپسی تشخیص داده می شود نه ماستکتومی. بنابراین کشف توده به معنی انجام عمل جراحی برداشتن پستان نیست.

۸- معرفی عوامل خطر ساز سرطان پستان که عبارتند از:

۱. جنس (در خانم ها شایع تر است)
۲. سن بالای ۵۰ سالگی
۳. شروع قاعدگی قبل از ۱۲ سالگی (سن منارک)
۴. زایمان نداشتن یا اولین حاملگی بعد از سن ۳۰ سالگی
۵. یائسگی دیررس (بالای سن ۵۵ سالگی)
۶. سابقه بیماری های خوش خیم پستان در فرد
۷. سابقه سرطان پستان در یک پستان
۸. سابقه نمونه برداری قبلی پستان (بیوپسی)
۹. سابقه خانوادگی سرطان پستان (به ویژه قبل از یائسگی و سرطان های پستان دو طرفه)
۱۰. وجود سابقه خانوادگی سرطان پستان و خصوصاً در یکی از اقوام نزدیک پیش از یائسگی
۱۱. سابقه خانوادگی سرطان پستان در افراد مذکر خانواده
۱۲. تعدد بستگان درجه یک مبتلا به سرطان پستان و سن پایین آنها در زمان تشخیص بیماری
۱۳. ابتلا به سایر بدخیمی ها (ابتلا به سرطان تخمدان، کولون و یا سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان پروستات)
۱۴. درمان جایگزین با هورمون پس از یائسگی (رژیم های هورمونی شامل مخلوط استروژن و پروژسترون)
۱۵. مصرف الکل
۱۶. افزایش وزن پس از یائسگی
۱۷. مصرف دخانیات (اکتیو یا پاسیو)
۱۸. کم تحرکی یا عدم فعالیت جسمانی منظم
۱۹. چاقی
۲۰. فعالیت شغلی در شیفت شب
۲۱. تراکم زیاد بافت پستان

۹- معرفی گروه های پرخطر سرطان پستان: بانوان دارای عوامل خطر زیر در گروه پرخطر ابتلا به سرطان پستان طبقه بندی می گردند:

- (الف) ابتلای یکی از منسوبین درجه یک فرد به سرطان پستان قبل از ۵۰ سالگی
 - (ب) ابتلای دو نفر یا بیشتر از بستگان به یکی از سرطان های پستان، تخمدان، پروستات و پانکراس
 - (ج) ابتلای فرد مذکر مبتلا به سرطان پستان در منسوبین درجه یک
 - (د) کشف ژنهای موتاسیون یافته BRCA 1 & 2 یا PiTEN (Cowden's syndrome)
 - (ه) نتیجه غیرطبیعی بیوپسی پستان (سلولهای هیپرپلاستیک آتیپیک) در فرد
 - (و) سابقه رادیوتراپی قفسه سینه قبل از ۳۰ سالگی
 - (ز) سابقه فردی ابتلا به سرطان پستان و یا تخمدان
- بخش کوچکی از جمعیت هدف برنامه بدلیل دارا بودن عوامل خطر سرطان پستان در گروه پرخطر محسوب می شوند. زنان عضو گروه پرخطر بایستی بجای غربالگری دوسال یک بار، سالانه مورد غربالگری با ماموگرافی قرار گیرند.

۱۰- معرفی علایم هشداردهنده سرطان پستان

۱. خروج ترشح از نوک پستان خونی و یا آبکی (خونابه ای)
۲. تغییرات توده پستان (اندازه و تغییر در اندازه سفتی یا نرمی، ترکیب بافتی، قابلیت حرکت توده)
۳. درد پستان (دوره ای یا مداوم)
۴. تغییر در شکل، اندازه یا بافت پستان
۵. تغییرات پوستی: خارش مزمن، زخم مزمن نوک پستان، تغییرات یکطرفه در پوست پستان و یا حالت پوست پرتقالی شدن پوست پستان
۶. برگشتن تمام نوک پستان به داخل

۱۱- معرفی روش های غربالگری سرطان پستان

۱. خودآزمایی پستان: از سن ۲۰ سالگی به صورت ماهانه
۲. انجام معاینه بالینی سالانه: از سن ۲۰ سالگی توسط پزشک یا ماما
۳. ماموگرافی از سن ۴۰ سالگی: در سن ۴۰ سالگی یک ماموگرافی پایه انجام و در صورت نبود مشکل، به فاصله هر دو سال تکرار می شود.

اهمیت ماموگرافی و معاینه در تشخیص زودرس

- اندازه متوسط توده کشف شده در زنانی که هر سال ماموگرافی انجام داده اند، در حدود ۱ سانتیمتر (یک نخود) می باشد.
- اندازه متوسط توده کشف شده در زنانی که برای اولین بار ماموگرافی انجام داده اند، حدود ۱.۵ سانتیمتر (فندق بدون پوست) است.
- اندازه متوسط توده کشف شده در زنانی که ماموگرافی انجام نداده اند، ولی شخصاً پستان خود را معاینه می کنند، در حدود ۲ سانتیمتر (فندق با پوست) می باشد.
- اندازه متوسط توده سرطانی در زنانی که هیچ نوع آزمایشی انجام نداده اند و اتفاقی آن را پیدا می کنند، حدود ۳ سانتیمتر (گردو) است.

۱۲- توصیه به اصلاح شیوه زندگی

۱. انجام فعالیت فیزیکی و ورزش منظم
۲. ثابت نگهداشتن وزن
۳. شیردهی کامل فرزند (دوسال)
۴. عدم گرایش به مصرف هورمون درمانی در یائسگی
۵. خودداری از مصرف غذاهای پر چرب و سرخ کرده، نمک زده و آماده حاوی مواد نگهدارنده ترشی و کنسروها
۶. افزایش مصرف میوه، سبزیجات، غلات و گوشت ماهی

۱۳- آموزش معاینه پستان توسط خود فرد (خودآزمایی یا BSE)

اطمینان خاطر دادن، حمایت و آموزش بیمار، می تواند زنان را تشویق کند تا به موانع موجود بر سر راه معاینه معمول BSE غلبه کنند. هفت جزء زیر (که در زبان انگلیسی) با حروف P شروع می شوند اجزای اصلی معاینه پستان را تشکیل می دهند:

۱. موقعیت (Position)
۲. لمس (Palpation)
۳. استفاده از کف انگشتان دست به جای نرمة انگشتان برای لمس (pads of fingers are too sensitive for palpation)
۴. فشار (pressure)
۵. محیط (perimeter)
۶. الگوی جستجو (pattern of search)
۷. آموزش بیمار (patient education)

فرد باید در حالی که در جلوی یک آینه نشسته یا ایستاده است به پستان های خود نگاه کرده و به دنبال عدم تقارن، فرورفتگی پوست یا به داخل کشیده شدن نوک پستان بگردد. بلند کردن دست ها بر روی سر یا فشار دادن دست ها بر روی لگن، باعث انقباض عضلات سینه می گردد و بدین طریق هر گونه فرورفتگی در پوست آشکار می شود. در خاتمه باید پستان های خود را در حالت خم شده به جلو معاینه کند. او باید در حالت ایستاده یا نشسته پستان های خود را به دقت با انگشتان دست طرف مقابل لمس کند. سپس باید دراز کشیده و دوباره هر یک از ربع های 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 زیر پستانی و از جناغ تا عضله Latissimus را پوشش دهد.

ناحیه محیط پستان را باید به جای روش دواير متحدالمرکز یا روش شعاعی، ترجیحاً با حرکت به سمت بالا و پایین (موسوم به روش نوارهای عمودی) لمس کرد؛ در دو روش قبلی اغلب کناره های بافت پستان لمس نمی شود. بسیاری از زنان در مورد انجام معاینه پستان، احساس اضطراب می کنند. این معاینه را می توان در هنگام دوش گرفتن نیز انجام داد. آب و صابون حساسیت لمس را افزایش داده و خصوصی بودن محیط حمام شرایطی را ایجاد می کند 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. این معاینه در سه وضعیت بایستی انجام شود:

- مشاهده در مقابل آینه و در وضعیت بازوان کشیده جهت بررسی فرورفتگی و تغییرات غیر طبیعی پستان
- معاینه در وضعیت دراز کشیده و بالش زیر کتف
- معاینه در وضعیت ایستاده

میکرو کلسیفیکاسیون

آزمایش های درخواستی پزشک پس از مشاهده ضایعه مشکوک

اگر میکروکلسیفیکاسیون (تجمع میکروسکوپی کلسیم) مشخصه بدخیمی باشد، پزشک از سوزن نازک خاصی برای نمونه برداری با حداقل تهاجم استفاده می کند. سوزن هسته های بافت یا نمونه بزرگتر حاوی میکروکلسیفیکاسیون را حذف می کند. این روش به صورت سرپایی انجام می شود. گاهی محل میکروکلسیفیکاسیون در پستان قبل از برداشتن در جراحی، توسط وسایل راهنما طی ماموگرافی مشخص می شود.

میکرو کلسیفیکاسیون چیست؟

میکروکلسیفیکاسیون (تجمع میکروسکوپی کلسیم) ذرات کوچک قابل رؤیت در ماموگرافی هستند در اغلب زنان تعداد میکروکلسیفیکاسیون به علت فرآیند طبیعی پیر شدن دیده می شود. کیست های قدیمی، زخم ها، عفونت ها یا تورم ها مانند التهاب پستان باعث مرگ سلول می شوند. زمانی که سلول ها می میرند، ذرات کوچکی مانند خاکستر آتش از آنها بر جا می ماند. در اکثر موارد میکروکلسیفیکاسیون در ماموگرافی، خوش خیم (غیر سرطانی) است اما می تواند نشانه سرطان (بدخیمی) هم باشند. به خاطر قابلیت بدخیمی، رادیولوژیست ها میکروکلسیفیکاسیون یافته شده در عکس های ماموگرافی را به دقت مورد بررسی قرار می دهند. رژیم کلسیم به علت میکروکلسیفیکاسیون یافته شده در ماموگرافی پستان نمی باشد. اگر از مکمل های کلسیم استفاده می کنید، باید ادامه دهید.

اهمیت ماموگرافی در تشخیص میکرو کلسیفیکاسیون چیست؟

ماموگرافی به کشف بسیاری از سرطان ها مدتها قبل از حس شدنشان کمک می کند. ماموگرافی و قابلیت آن در کشف میکروکلسیفیکاسیون بهترین دلیل تشخیص بسیاری از سرطان ها در مراحل اولیه است. به یاد داشته باشید بسیاری از میکروکلسیفیکاسیون کشف شده در ماموگرافی هیچ ارتباطی با سرطان ندارد. یکی از بزرگترین ابزار مقابله کننده با سرطان پستان، یک زن آگاه است که معاینه شخصی خود، معاینات بالینی منظم توسط پزشک و ماموگرافی های منظم را انجام می دهد. رادیولوژیست و پزشک با همکاری با یکدیگر از سلامت پستان شما به خوبی محافظت می کنند.

چرا از مواد ضد عرق در هنگام ماموگرافی استفاده نکنیم

هنگام رفتن به ماموگرافی، استفاده از هرگونه ضد عرق، پودر، عطر بر روی پستان یا نزدیک آن شبیه میکروکلسیفیکاسیون در عکس ماموگرافی ظاهر می شود. مهم است که رادیولوژیست تصویر شفافی جهت نوشتن نتیجه ماموگرافی در اختیار داشته باشد.

رادیولوژیست به دنبال چه مشخصات خاصی در تصویر می گردد؟

اولین چیزی که رادیولوژیست در تصویر ماموگرافی به دنبال آن است الگوی میکروکلسیفیکاسیون می باشد. رادیولوژیست در واقع به دنبال موارد زیر است:

- خوشه های میکروکلسیفیکاسیون: چهار نقطه تجمع کلسیم یا بیشتر در کنار یکدیگر
- میکروکلسیفیکاسیون شاخه شاخه: تجمع کلسیم در امتداد مجرای شیری

در صورتی که رادیولوژیست یکی از موارد فوق را مشاهده کند در مرحله بعد به شکل میکروکلسیفیکاسیون توجه خواهد کرد. میکروکلسیفیکاسیون های مرتبط با سرطان شکل نامنظم داشته و اشکال مختلفی را در مکان های تجمع خود نشان می دهند. اغلب یک بافت ضخیم دور محل میکروکلسیفیکاسیون را در تصویر ماموگرافی احاطه کرده است گاهی اوقات میکروکلسیفیکاسیون به شکل مجرای شیری است و رادیولوژیست را به این فکر می اندازد که ممکن است یک بیماری داخل مجرای (خوش خیم یا بدخیم) وجود داشته باشد.

در صورتی که میکرو کلسیفیکاسیون وجود داشته باشد چه روی خواهد داد؟

رادیولوژیست ممکن است در خواست کند که ماموگرافی جدید با زوایای دیگر و نمای نزدیک به ضایعه مشکوک گرفته شود. پس از تکمیل بررسی ها رادیولوژیست نظر نهایی خود را نوشته و درمان مورد نظرش را پیشنهاد می کند. اگر یافته ها نشان دهنده بدخیمی باشند میکروکلسیفیکاسیون ها و دیگر یافته ها به تفکیک در گزارش درج خواهند شد. اگر میکروکلسیفیکاسیون ها جای بررسی داشته باشند اما مشکوک نباشند ممکن است پزشک ترجیح دهد چند ماه صبر کرده و مجدداً با انجام ماموگرافی تغییرات ناحیه را بررسی کند. اگر میکروکلسیفیکاسیون مشخصات بدخیمی داشته باشد نمونه برداری انجام خواهد شد.

*تفسیر و تأویل یافته ها همواره به عهده پزشک معالج شما است و شما باید همواره با پزشک متخصص پستان مشورت نمائید.

مطالب فوق تنها برای آشنایی شماست و شما نمی توانید بر اساس این اطلاعات برای خود تصمیم بگیرید.

تست ژنتیک سرطان پستان

آیا شما هم باید تست ژنتیک بدهید؟

- آیا شما یا اعضای خانوادتان قبل از ۵۰ سالگی به سرطان پستان مبتلا شده اید؟
- آیا شما یا اعضای خانوادتان به سرطان تخمدان (در هر سنی) مبتلا شده اید؟
- آیا هیچ مردی در خانواده شما سابقه سرطان پستان داشته است؟

اگر پاسخ به هریک سوالات فوق مثبت است با پزشکتان برای درخواست مشاوره ژنتیک صحبت کنید.

کشف ژن سرطان پستان

در اواسط دهه ۹۰ دانشمندان ژنی یافتند که در صورت جهش در آنها فرد بسیار مستعد ابتلا به سرطان پستان یا سرطان تخمدان می شود. این ژن ها به نام های BRCA1 و BRCA2 (BR=پستان؛ CA=سرطان) خوانده می شوند.

البته این ژن ها باعث سرطان نمی شوند بلکه هر دو مانع از بروز سرطان در بانوان و آقایان شده و اگر در هر کدام از این ژن ها جهشی رخ دهد به علت کاهش محافظت در برابر بروز سرطان خطر ابتلا به آن ۸ تا ۹ برابر افزایش می یابد. سرطان پستان و تخمدان شایعترین سرطان های حاصل از جهش در این دو ژن می باشند در حالی که بروز دیگر انواع سرطان نیز با جهش در این ژن ها افزایش می یابد.

حدود ۷ تا ۱۰ درصد از سرطان های شناخته شده تخمدان و پستان دارای جهش در ژن BRCA هستند. یک متخصص ژنتیک بهتر از هر کسی می تواند شما را راهنمایی کند که آیا تست بررسی جهش در ژن BRCA لازم است یا خیر.

سرطان پستان ارثی

هر انسانی با ۲ نسخه از حدود ۲۵۰۰۰ ژن به دنیا می آید. یک نسخه از مادر و یک نسخه از پدر دریافت می شود. هر خانمی که یک ژن جهش یافته BRCA1 و BRCA2 را از هر یک از والدین خود دریافت کرده باشد در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان پستان و تخمدان می باشد. برخی افراد به غلط تصور می کنند که ژن جهش یافته اگر از خانواده مادری به ارث برسد فرد را بیشتر مستعد ابتلا به سرطان می کند. در حال حاضر ثابت شده است در صورت به ارث رسیدن این ژن جهش یافته، از خانواده پدری هم میزان افزایش خطر ابتلا به سرطان مشابه خانواده مادری است. خانم ها و آقایان هر کدام ممکن است ژن جهش یافته را به ارث برده حامل آن شوند. این افراد ممکن است به سرطان مبتلا شوند و همچنین باعث انتقال سرطان در نسل های مختلف یک خانواده گردند. در خانواده های کوچکتر یا خانواده هایی که تعداد آقایان بیشتر است بررسی ارثی بودن سرطان مشکل تر است زیرا بانوان کمتری برای بروز یافتن سرطان وجود دارند. در گذشته تصور می شد تعداد خویشاوندان دارای سرطان بهترین معیار پیش بینی سندروم ارثی سرطان در یک خانواده است، اما در حال حاضر می دانیم که فاکتورهای دیگری هم قویاً نشان دهنده وجود جهش BRCA در یک خانواده است از جمله: تشخیص سرطان در سن کم، سابقه بیش از یک بار ابتلا به سرطان در یک فرد، سابقه سرطان پستان در یک مرد از خانواده.

جهش در ژن BRCA به طور مساوی بین پسرها و دختران افرادی که حامل این ژن هستند پخش می شود و استعداد ابتلا به سرطان های تخمدان و پستان را افزایش می دهد. این ژن معیوب همچنین کمی امکان ابتلا به سرطان های پروستات، روده بزرگ و لوزالمعده را افزایش می دهد. اگر فردی حامل ژن جهش یافته BRCA باشد هر کدام از فرزندان ۵۰ درصد احتمال دارد که ژن معیوب را از والدین به ارث ببرد. برخی نژادهای خاص بیشتر از بقیه نژادها حامل ژن جهش یافته BRCA هستند.

خطر ابتلا به چه معنی است؟

بانوانی که ژن جهش یافته BRCA را به ارث برده اند به احتمال ۵۶ تا ۸۷ درصد، تا ۷۰ سالگی به سرطان پستان مبتلا می شوند. همچنین احتمال ابتلای آنها به سرطان تخمدان تا سن ۷۰ سالگی حدود ۲۷ تا ۴۴ درصد می باشد. نکته قابل توجه این است که بانوان حامل این ژن معیوب، ممکن است بیش از یک مرتبه به سرطان پستان مبتلا شوند. با توجه به ژنی که جهش یافته است خطر ابتلا به سرطان متفاوت است. پس از آنکه احتمال وجود جهش در ژن BRCA در یک خانواده مطرح شد پزشک در مورد فواید، مضرات و محدودیت های تست ژنتیک با فرد صحبت خواهد کرد. اگر شما تصمیم به انجام آزمایش بگیرید حجم کمی از خون شما از بازویتان گرفته می شود و برای بررسی جهش BRCA به آزمایشگاه فرستاده می شود.

تست ژنتیک برای چه کسانی درخواست می شود:

- خانمی که زیر ۵۰ سال مبتلا به سرطان پستان شده است.
- خانمی که در هر سنی مبتلا به سرطان تخمدان شده است.
- آقای که مبتلا به سرطان پستان شده است.
- خانمی که هم به سرطان پستان مبتلا شده است و هم به سرطان تخمدان.
- خانمی که مبتلا به سرطان پستان یا سرطان تخمدان شده است و یک فامیل درجه یک یا دو دارد که در سن زیر ۵۰ سال به سرطان پستان یا تخمدان مبتلا شده است.
- خانمی که مبتلا به سرطان پستان یا تخمدان شده است و در فامیل درجه یک یا دو و ۲ نفر یا بیشتر (در هر سنی) مبتلا به سرطان پستان شده اند.
- فردی که سرطان پستان دو طرفه دارد یا در سنی کمتر از میانگین مردم عادی مبتلا به سرطان اولیه پستان در نقاط مختلف یک پستان شده است.
- افرادی که نسبت خونی با افراد حامل ژن جهش یافته BRCA دارند.
- خانمی که مبتلا به هر نوع سرطان می باشد و خویشاوندی دارد که در سن زیر ۵۰ سال به سرطان پستان یا تخمدان مبتلا شده است.
- خویشاوندان درجه یک شامل: مادر، پدر، خواهر، برادر، دختر، پسر
- خویشاوندان درجه دو شامل: خاله، عمه، دایی، عمو، مادربزرگ و پدر بزرگ، نوه، فرزندان عمو، عمه، خاله و دایی، خواهر و برادر ناتنی

فواید تست ژنتیک

اگر نتیجه تست شما مثبت باشد یعنی شما حامل ژن جهش یافته BRCA می باشید. توصیه می شود چنین افرادی از آنجایی که بیشتر از افراد دیگر مستعد ابتلا به سرطان هستند مراقبت بیشتری داشته باشند تا در صورت بروز سرطان آن را در مراحل پایین کشف کرده و درمان موفق تری داشته باشند. آگاهی از وجود ژن معیوب فرد را ترغیب می کند تا کیفیت زندگی خود را ارتقا دهد (برای مثال سیگار نکشد، ورزش کند و الکل مصرف نکند). همچنین می توان با کمک گرفتن از پزشک از روش هایی که باعث کاهش بروز سرطان می شود، استفاده کرد. از جمله این روش ها می توان به جراحی و دارو درمانی اشاره کرد. باید توجه داشت که دیگر اعضای خانواده شما هم ممکن است حامل ژن معیوب باشند. پس بررسی آنها نیز خالی از فایده نخواهد بود.

وقتی در یک خانواده جهش ژن BRCA کشف می شود، اگر در بررسی ها یک نفر از اعضا حامل ژن معیوب نباشد بدین معنی است که خطر ابتلای او به سرطان مشابه افراد عادی جامعه می باشد. آگاهی شما و پزشکتان از اینکه شما حامل ژن جهش یافته BRCA هستید برای طراحی برنامه درمانی سرطان پستان و استفاده از روش های کاهش خطر ابتلا به سرطان بسیار مفید است.

مضرات تست ژنتیک

نتیجه مثبت تست ژنتیک شما را نگران می کند که ممکن است بیشتر از افراد عادی به سرطان مبتلا شوید. اعضای خانواده شما هم از این نگرانی مصون نخواهند بود زیرا ممکن است آنها نیز حامل ژن معیوب باشند.

تصمیم گیری برای انجام تست ژنتیک

برای این کار باید با یک متخصص ژنتیک که در این زمینه مهارت دارد مشورت کنید و موارد زیر رعایت شود:

- خطر حامل بودن شما ارزیابی شود.
- سوالات شما در مورد مراحل آزمایش ها پاسخ داده شود.
- رضایت نامه انجام تست ژنتیک تکمیل شود.
- برنامه درمانی شما در صورت انجام دادن یا انجام ندادن تست شرح داده شود.
- اسرار پزشکی شما محرمانه بماند.
- در صورت نیاز برای مشاوره روانپزشکی فرستاده شوید. ژن های مرتبط با سرطان پستان به نام های BRCA1 و BRCA2 شناخته می شوند.

بازوی جراحی شده (ورزش و مراقبت از بازو پس از جراحی)

الف) اقداماتی برای جلوگیری از عفونت و دیگر آسیب ها

- از بازوی سمت جراحی برای گرفتن فشار خون، گرفتن نمونه خون و تزریق استفاده نکنید.
- از هیچ وسیله ی تنگ برای دور دست و بازو، مانند انگشتر، ساعت ، النگو یا آستین کش دار استفاده نکنید.
- سیگار را با دست سمت جراحی شده نگه ندارید.
- با استفاده از لوسیون پوستتان را سالم نگه دارید.
- از زیبایی ناخن که توسط سوهان های برقی و مته انجام می شود، بپرهیزید.
- هنگام باغبانی، شستن ظروف با استفاده از مواد شیمیایی آزار دهنده مانند: رنگ مو یا محصولات پاک کننده از دستکش های محافظت کننده استفاده کنید.
- از سوختگی و بریدگی در هنگام آشپزی جلوگیری کنید.
- بریدگی و زخم ها را با صابون ضد باکتریال بشویید.
- آنتی بیوتیک مصرف کنید و محل زخم را با گاز یا باند ببندید.
- برای جلوگیری از آفتاب سوختگی، از کرم های ضد آفتاب و لباس های آستین بلند استفاده کنید.
- برای جلوگیری از گزش حشرات از لباس های مخصوص یا حشره کش استفاده کنید.
- مراقب خراشیدگی توسط حیوانات باشید.
- برای کوتاه کردن موی زیر بغلتان از ماشین تراش برقی استفاده کنید.
- اگر می خواهید با هواپیما سفر کنید، از پزشکان بخواهید آستین کشی برای بازویتان تجویز کند.

ب) زمان مراجعه به پزشک

در صورت تورم، قرمزی، درد، عفونت ناگهانی بازو و تب خفیف یا مشکل در حرکت دادن به سرعت آنها با پزشکتان در میان بگذارید. بعد از جراحی سرطان پستان، بازوی سمت جراحی شده نیازمند به ورزش جهت باز گرداندن میزان طبیعی حرکت می باشد. پزشکتان شما را از زمان مناسب شروع ورزش مطلع می سازد. اغلب پزشکان پس از برداشته شدن درن، بخیه و وسایل درون زخم انجام منظم ورزش را توصیه می کنند. با انجام ورزش هایی که در زیر شرح داده شده است، برگشت دامنه حرکتی مفاصل و استفاده کامل از تمام عضلات به تدریج محقق می شود. زمانی که ورزش را شروع می کنید، در ابتدا زود خسته می شوید و در انجام حرکات دچار مشکل می شوید. با این حال به انجام تمرینات ادامه دهید البته تا جایی که دچار درد نشوید. برخی از بانوان یک ساعت قبل از شروع تمرین ، مصرف کردند یا دوش گرفتند احساس ناراحتی کمتری داشتند.

ج) برنامه ورزشی

انجام ورزش باید به طور منظم ترجیحاً دو یا چند نوبت در روز، به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه در هر نوبت صورت گیرد. تداوم در ورزش، کلید بازیابی کامل حرکت مفاصل است. ورزش را به آرامی انجام دهید.

• بلند کردن بازوی سمت جراحی

توپ لاستیکی را در دست سمت جراحی قرارداده و آنرا مشت کنید همزمان آرنج خود را خم می کنید به آرامی بازوی خود را به سمت سر حرکت دهید. هنگام آوردن توپ به سمت سر، آرنج را دور از بدن قرار دهید. زمانی که دست نزدیک سر شد برای چند ثانیه آنرا در این وضعیت نگه دارید.

• بالا بردن بازوی سمت جراحی

بازوی سمت جراحی را از کنار بدن بالا بیاورید طوری که کف دست به سمت بیرون باشد و بازو از بدن شما فاصله بگیرد بازو را در بالاترین حالت ممکن برای چند ثانیه نگه دارید. این عمل را ۶ بار تکرار کنید.

• کشش بازوی سمت جراحی

بازوی سمت جراحی را در کنار بدن قرار دهید. به آرامی بازوی خود را از جلو بدن تا بالاترین جای ممکن ، بالای سرتان بیاورید. برای چند ثانیه در این وضعیت باقی بمانید. این عمل را ۶ بار تکرار کنید.

• نوسان دادن بازوی سمت جراحی

دست مخالف را برای حمایت از بدن روی میز قرار دهید. بازوی سمت جراحی را روبروی شانه در جلوی قفسه سینه قرار دهید و آن را به آرامی به کنار بند حرکت دهید تا راست شود. در زمان انجام ورزش بازو را در سطح شانه نگه دارید. این عمل را ۶ بار کنید.

• دامنه حرکت

قسمت بالای چوب را با کف دست سمت جراحی شده و قسمت پایین را با کف دست مخالف نگه دارید. بازوی سمت جراحی را از کنار بدن به سمت بالا و سقف، هل دهید. تا جایی که احساس کشیدگی کنید. برای چند ثانیه در این وضعیت بمانید. این عمل را ۶ بار تکرار کنید. چوب را به طور مستقیم بالای سر بیاورید طوری که فشار چوب بر روی دست مخالف سمت جراحی باشد چوب را به پشت سر خود بیاورید تا جایی که احساس کشیدگی کنید. برای چند ثانیه در این وضعیت بمانید. این عمل را ۶ بار تکرار کنید.

• حرکات چرخشی بازوی سمت جراحی

✱ با دست مخالف به میز تکیه دهید بازوی سمت جراحی را در جهت گردش ساعت و بعد مخالف جهت گردش ساعت بچرخانید این عمل را ۶ بار تکرار کنید.

✱ مانند ورزش قبل به میز تکیه دهید، بازوی سمت جراحی را از کنار بدن تاب دهید.

✱ اگر تمرینات برایتان مشکل است و هیچ پیشرفتی را مشاهده نمی کنید با جراحان صحبت کنید. برخی از زنان نیاز به کمک فیزیوتراپ برای بازیابی دامنه کامل حرکت مفصل دارند. ممکن است فرد نیاز به انگیزه داشته باشد و ورزش گروهی با رهبری حرفه ای برای بازیابی دامنه ی حرکت بازو سمت جراحی کمک کننده باشد. بعد از جراحی پستان برای برخی از زنان علاقه دارند از دست مخالف استفاده کنند که علت آن ضعف در بازوی سمت جراحی است. در حالی که باید بدانیم استفاده ی منظم از بازوی سمت جراحی به تدریج منجر به افزایش قدرت و دامنه حرکت آن می شود .

ارزیابی دامنه حرکت بازو

بعد از انجام این تمرینات ظرف چند ماه بعد از جراحی می توانید قدرت بازویتان را ارزیابی کنید.

اگر شما می توانستید موارد زیر را قبل از جراحی انجام دهید، آیا در حال حاضر هم به راحتی می توانید:

- مسواک بزنید و موهایتان را شانه کنید.
- قسمت بالای کمر خود در طرف مخالف قسمت جراحی شده را بشوئید.
- بلوز و لباس هایی با یقه تنگ را با کشیدن تنتان کنید.
- سینه بند را از پشت ببندید.
- زیپ لباس را به طور کامل از پشت ببندید.
- یک شی را از درون کابینت با بردن دست به بالای سرتان بردارید.
- یک تخت دو نفره را مرتب کنید.

• تمریناتی که دامنه حرکتی کامل دارند

در نهایت، دو بازوی خود را در کنار بدن مستقیم بالای سر قرار دهید و برای چند ثانیه در این وضعیت باقی بمانید این عمل را ۶ بار تکرار کنید. این ورزش آخرین تمرینی است که بر آن مسلط می شوید و ثابت می کند که بازوی سمت جراحی حرکتی کامل خود را بدست آورده است.

(د) آشنایی با لنف ادم

برداشتن غده های لنف زیر بغل در طی جراحی یا رادیوتراپی قسمت زیر بغل، تورمی ایجاد می کند که به آن لنف ادم می گویند این تورم در نتیجه جریان آرام و یا عدم حرکت مایع لنفی درون بازویتان ایجاد می شود. تنها درصد کمی از زنان لنف ادم را بعد از جراحی تجربه می کنند، اما همه زنان باید از وجود و درمان آن مطلع شوند. لنف ادم ممکن است از کمی بعد از جراحی تا یک سال بعد از آن اتفاق بیفتد که علت آن سرطان نیست بلکه نبود غدد لنفی است. اولین خط مبارزه با لنف ادم انجام تمرینات توصیه شده در بالا می باشد که به تسهیل حرکت لنف از بازویتان کمک می کند.

فیبروکیستیک

تغییرات فیبروکیستیک چیست؟

بیشتر به تغییرات فیبروکیستیک، بیماری فیبروکیستیک پستان گفته می شود. این تغییرات در میان بانوان شایع بوده و به هیچ وجه سرطانی نبوده و حتی زمینه ساز سرطان هم نمی باشد. دیگر عناوینی که برای توصیف تغییرات فیبروکیستیک استفاده می شوند عبارتند از: ماستیت کیستی مزمن، بیماری کیستی، دیسپلازی پستانی.

تغییرات فیبروکیستیک چیست؟

علائمی که مربوط به تغییرات فیبروکیستیک است عبارتند از:

- احساس توده
- درد در لمس پستان
- احساس درد
- کیست پستان
- سفت شدن پستان
- فیبروز (ایجاد بافتی مثل بافت زخم)

علل تغییرات فیبروکیستیک

پستان ارگانی پیچیده و متشکل از غدد بوده و دارای ۱۵ تا ۲۰ لوب می باشد، که یک طرف این لوب ها به نوک پستان می رسد. این ساختار غده ای به صورت مداوم در طول زندگی به علت تحریک هورمون های استروژن و پروژسترون در حال تغییر است. وقتی سطح هورمون ها پس از دوره خونریزی ماهانه شروع به افزایش می کند پستان به صورت افزایش تولید مایع به این تغییرات واکنش نشان می دهد.

هر سینه در هر ماه حدود ۱۵ تا ۳۰ سی سی (به اندازه ۳ تا ۶ قاشق چای خوری) مایع در مجاری تولید می کند. همچنین هورمون ها باعث تولید لایه های اضافه تر سلول در داخل مجاری می شوند. مجموع مایع و لایه سلول های اضافه شده باعث افزایش اندازه پستان شده ممکن است باعث درد و حساسیت پستان شوند.

درجه واکنش به تغییرات هورمونی در خانم های مختلف متفاوت است و از احساس ناراحتی مختصر تا پستان هایی توده توده و دردناک متغیر است. تغییرات فیبروکیستیک در میان بانوان ۳۰ تا ۵۰ ساله شایع است.

یائسگی باعث می شود علائم به علت افت سریع هورمون ها برطرف شوند، البته اگر هورمون های جایگزین تجویز نشوند. به نظرمی رسد ۵۰ در صد بانوان، دارای پستان هایی با حالت توده توده هستند. مطالعات نشان می دهد که حدود ۹۰ درصد بانوان دارای تغییرات فیبروکیستیک میکروسکوپی هستند.

تشخیص تغییرات فیبروکیستیک پستان

اغلب موارد بانوان در هفته قبل از شروع عادت ماهانه با شکایت احساس توده در کل پستان و یا درد آن به پزشک مراجعه می کنند. این علائم با شروع خونریزی به شدت کاهش می یابد. پزشک شرح حالی دقیق برای یافتن الگوی علائم متناسب با تغییرات سطح هورمون در طول یک دوره ماهانه گرفته و معاینه بالینی پستان را انجام خواهد داد. معاینات ممکن است همراه با سونوگرافی یا ماموگرافی باشد تا بیماری های دیگر رد شوند. تشخیص تغییرات فیبروکیستیک بر مبنای وجود علائم و وجود نداشتن شواهد بیماری های دیگر در معاینه بالینی و تست های غربالگری (سونوگرافی و ماموگرافی) می باشد.

در مورد علائم فیبروکیستیک چه کاری می توانیم انجام دهیم؟

مداخلاتی که برای تغییرات فیبروکیستیک انجام می شود بر اساس علائم بیماری متفاوت هستند. اغلب وقتی بانوان متوجه می شوند که علائمشان طبیعی هستند و نشانه بیماری نیستند می توانند با احساس ناراحتی در پستان که ماهانه ایجاد می شوند، کنار بیایند. هر چند علائم برخی بیماران آنقدر شدید است که نیاز به مداخله دارند.

چگونه با علائم فیبروکیستیک مدارا کنیم؟

- از سینه بندی مناسب که کاملاً به اندازه پستان تان باشد استفاده کنید تا پستان کمتر حرکت کند.
- از پزشک خود در مورد مصرف ویتامین E ، ویتامین B۶، ویتامین B۳ یا evening primrose oil بپرسید.
- کافئین کمتر مصرف کنید. کافئین در قهوه، نوشابه های با طعم کولا، چای و کاکائو وجود دارد. یافته های علمی در مورد لزوم کاهش کافئین کامل نیستند اما برخی بانوان کاهش مصرف کافئین را بسیار مفید یافته اند.
- نمک کمتری مصرف کنید به ویژه یک هفته مانده به عادت ماهانه.

روش معاینه پستان پس از جراحی

سرطان به چه شکل است؟

۹۰ درصد از سرطان ها به صورت یک توده سفت لمس می شوند که به بافت های اطراف چسبیده است. توده سرطانی معمولاً بدون درد است و در طول عادت ماهانه تغییری در درجه سفتی آن به وجود نمی آید. ۱۰ درصد از سرطان ها به شکل توده نبوده و فقط بلکه موجب تغییرات ظاهری در پستان می شود. بنابراین، انجام هر ماهه معاینه ی دستی و معاینه بصری برای اطمینان از سلامت پستان لازم است.

معاینه بعد از عمل جراحی پستان

زمانیکه معاینه ی ماهیانه را انجام دادید خیالتان تا ماه آینده آسوده باشد و تا معاینه بعدی، بیماری پستان را فراموش کنید.

ماموگرافی

بعد از درمان سرطان پستان، ماموگرافی سالانه از باقی مانده ی پستان توصیه می شود. با این حال بعضی از پزشکان در چند سال اول پس از جراحی ماموگرافی های بیشتری را در یک سال درخواست می کنند.

معاینه ماهیانه به همراه معاینات بالینی منظم توسط پزشک و ماموگرافی باعث اطمینان از سلامت پستان می شود در اغلب موارد خود بانوان توده های مشکوک در پستان را پیدا می کنند. تشخیص زودهنگام این نوع سرطان، میزان پاسخ به درمان را افزایش می دهد.

« یکی از بهترین روش های مقابله با عود مجدد سرطان پستان معاینات منظم پستان و معاینات بالینی توسط پزشک یا ماما و ماموگرافی به صورت منظم می باشد »

بسیاری از زنان اظهار می کنند معاینه پستان بعد از عمل جراحی سرطان کار مشکلی است. اگر برای شما هم دشوار به نظر می رسد با پزشکتان برای معاینه بالینی پستان مشورت کنید و از او در ارتباط با این موضوع نظر بخواهید. معاینه مداوم به شما کمک می کند در مقایسه با معاینات طبیعی قبلی بافت پستان را در حالت مشکوک تشخیص دهید.

« تشخیص زودهنگام، بهترین راهکار موفقیت در مواجهه با سرطان پستان است. »

توده های طبیعی

هدف شما از معاینه پستان هایتان این است که یاد بگیرید حالت طبیعی پستان شما چگونه است. تغییرات هورمون های زنانه در بانوان باعث می شود پستان هایشان در زمان های مختلف از دوره ماهانه، حالت های مختلف داشته باشند. هفته قبل از عادت ماهانه، هورمون ها باعث افزایش سلول های پستان و همچنین مقدار مایع درون بافت پستان می شوند، که ممکن است باعث احساس ناخوشایندی شده و به علت تحریک هورمونی بافت پستان توده توده لمس می شود. بعد از معاینه منظم پستان هایتان، شما الگویی برای پستان طبیعی خود خواهید یافت. در حین معاینه شخصی پستان ممکن است تغییرات منحصر به فردی مانند توده های جدید یا مناطق ضخیم شده احساس کنید. هرگونه تغییر را به پزشکتان گزارش دهید.

بهترین زمان برای معاینه پستان

- پستان هایتان را زمانی که مایع درون بافت حداقل است معاینه کنید.
- زنان باید در روز آخر تا چند روز پس از پایان خونریزی ماهانه، پستان هایشان را بررسی کنند.
- زنان باردار یا یائسه باید یک روز از ماه را برای معاینه انتخاب کنند. زنان تحت درمان که قاعدگی منظم ندارند باید یک روز یکسان در هر ماه را انتخاب کنند.

معاینه را چه مدت بعد از جراحی شروع کنیم

بیمارانی که پستانشان در عمل جراحی به طور کامل برداشته شده است باید معاینه را بعد از بهبود کامل زخم شان که معمولاً دو تا سه ماه بعد از جراحی است، شروع کنند.

بیمارانی که فقط توده سرطانی شان برداشته شده است یا جراحی ترمیمی کرده اند نیز باید معاینه را بعد از بهبودی کامل زخم و یا با اتمام پرتودرمانی شروع کنند.

تغییرات طبیعی بعد از جراحی

شما باید بعد از عمل جراحی با شکل زخمتان آشنا شوید. حالت زخم با بافت های اطراف متفاوت است و محل زخم سفت به نظر می آید و گاهی اوقات یک منطقه در محل زخم کمی سفت تر خواهد بود. این ساختمان بافت فیبروز است. مناطقی که تخلیه بافت پستان در آنها

صورت گرفته است ممکن است سفت احساس شوند. این سفتی طبیعی است و نشانه تشکیل بافت فیروز است. ایجاد سرطان پستان در منطقه ی جراحی شده چند ماه بعد از جراحی نادر است و شناخت بهتر حالت طبیعی زخم که در چند ماه اول به وجود می آید به تشخیص تغییرات مشکوک کمک می کند.

دردهای پراکنده، مانند احساس سوزش در منطقه زخم در حین دوره بهبودی غیر معمول نیست. این احساس (به ویژه در عمل جراحی با حفظ پستان) ممکن است برای ماهها وجود داشته باشد.

تغییرات طبیعی پستان پس از رادیوتراپی

- تغییر رنگ و تیرگی پوست
- تورم و ادم بافت های پستان برای یک سال
- کاهش تدریجی تورم و سفتی بافت های تحت رادیوتراپی، احساس توده ای بودن بافت پستان
- افزایش ضخامت پوست، بیشتر در ناحیه نوک و هاله اطراف نوک پستان
- کاهش اندازه پستان تحت رادیوتراپی (زمانی که تورم فروکش کرده است)

معاینه ماهانه پستان تحت رادیوتراپی به شما اجازه می دهد با تغییرات طبیعی آن آشنا شوید و از تفسیر اشتباه تغییرات بعد از رادیوتراپی جلوگیری کند. بیشترین تغییرات را در ۶ ماهه ی اول ملاحظه خواهید کرد، اما ممکن است تا ۱۸ ماه پس از درمان هم ادامه داشته باشد.

مهمترین نواحی که باید به دقت معاینه شود

- محدوده ی پستان از اطراف برآمدگی پستان شروع می شود و قسمت زیادی از دیوار قفسه ی سینه را شامل می شود. ۵۰ درصد از سرطان ها در بخش یک چهارم بالایی- بیرونی پستان و ۱۸ درصد در قسمت زیر نوک پستان یافت می شوند. این قسمت ها را با دقت معاینه کنید.
- از قسمت صاف بند اول سه انگشت میانی استفاده کنید. قسمت صاف انگشتان به صورت مماس روی بافت پستان قرار دهید.

مقدار فشار لازم برای معاینه

از سه سطح فشار برای معاینه پستان استفاده می شود.

- فشار کم: انگشتان را به نرمی روی لایه فوقانی پوست حرکت دهید.
- فشار متوسط: انگشتان را تا نیمه به درون بافت پستان وارد کنید.
- فشار زیاد: انگشتان را تا قاعده ی پستان نزدیک دنده ها وارد کنید.

هر بار تا زمانی که معاینه را کامل انجام ندادید، فشار را از روی پستان هایتان بردارید.

با اعمال این سه سطح فشار کل ضخامت پستان مورد معاینه قرار می گیرد و توده های کوچک و عمقی از زیر دست شما فرار نخواهند کرد. فشار باعث آسیب به بافت پستان نمی شود.

مرحله اول: معاینه در وضعیت خوابیده به پهلو:

به پشت روی تخت دراز بکشید برای معاینه پستانی که جراحی شده است از روش های زیر استفاده کنید:

- برای معاینه پستان سمت راست کمی به چپ بچرخید.
- زانوهایتان را کمی بالا بیاورید تا شانه راستتان مماس با سطح تخت قرار گیرد.
- دست راستتان را در حالی که کف دست به سمت بیرون است روی پیشانی قرار دهید، نوک پستان باید به سمت سقف قرار گیرد. از دست چپ برای معاینه ی پستان سمت راست استفاده کنید. شما می توانید برای راحتی بیشتر یک بالش در زیر قوس کمرتان قرار دهید. در این وضعیت شما نیمه بیرونی پستان را با گسترش بافت پستان به سمت کنار معاینه خواهید کرد. وضعیت خوابیده به پهلو از افتادن بافت پستان در قسمت زیر بغل جلوگیری می کند.
- از قسمت صاف بند اول سه انگشت میانی تان استفاده کنید و معاینه را از زیر بغل شروع کنید. برای معاینه هر نقطه انگشتانان را به حالت چرخشی روی پوست حرکت دهید و بدون اینکه انگشتانان را بردارید به آرامی همراه با حرکات چرخشی آن را به سمت بالا یا پایین حرکت دهید تا کل ناحیه خارجی پستان را معاینه کنید و به خط عمودی که از نوک پستان رد می شود، برسید.

مرحله دوم: معاینه در وضعیت خوابیده به پشت

- وقتی به نوک پستان رسیدید به پشت بچرخید، دستتان را از روی پیشانی برداشته و در کنار بدن روی تخت قرار دهید. دستی را که در حال معاینه پستان است از روی آن بردارید.
- معاینه را از نوک پستان با همان فشار انجام دهید تا به جناغ سینه برسید. اگر ترشح از نوک پستان دارید آن را گزارش دهید. به ویژه اگر ترشح خونی یا یک طرفه بود.
- مراحل ۱ تا ۳ را برای معاینه پستان سمت دیگر تکرار کنید.

مرحله سوم: معاینه غده لنف

- بالا و پایین استخوان ترقوه را در هر طرف با فشار لمس کنید.
- در حالت ایستاده شانه هایتان را بالا بگیرید و به سمت راست نگاه کنید. فرو رفتگی ایجاد شده در کنار راست گردنتان را با دست چپ لمس کرده و بررسی کنید. همین کار را برای سمت چپ تکرار کنید.
- اندازه ی غده لنفاوی زیر بغلی را با لمس بررسی می کنید. غدد لنفاوی شبیه به نخود فرنگی با قوام نرم تا سخت می باشند. هر غده لنفی بزرگ نشانه سرطان نیست. اما اگر شما غده لنفی بزرگی یافتید باید به پزشکتان اطلاع دهید.

مرحله چهارم: معاینه بصری

- معاینه بصری پستان ها بسیار مهم هستند. برخی از سرطان ها تشکیل توده ای سفت را نمی دهند و نخستین نشانه سرطان را (شما) فقط می توانید ببینید در حالی که چیزی لمس نمی کنید. به آینه نگاه کنید و از نزدیک پستانهایتان را در این چهار وضعیت معاینه کنید:
- بازوها را در کنار بدن قرار دهید.
- دستها را در بالای سر قرار دهید.
- به جلو خم شوید.
- دستتان را به پهلوها گرفته و به سمت پایین فشار دهید.

در هر وضعیت از یک سمت به سمت دیگر بچرخید و برای دیدن هر تغییری به پستانهایتان نگاه کنید:

- شکل پستان، هاله نوک پستان و نوک پستان هر طرف را با طرف دیگر مقایسه کنید. یک پستان ممکن است به صورت طبیعی از دیگری بزرگتر باشد، اما تغییرات ناگهانی در اندازه غیرطبیعی می باشد.
- در پوست پستان هر تغییری به خصوص اگر جدید باشد را باید بررسی کرد.
- در بررسی نوک پستان ترشح، فرورفتگی و جوش های اطراف نوک پستان غیرطبیعی هستند.
- افزایش قابل ملاحظه ی اندازه و تعداد وریدها روی پستان در مقایسه با پستان دیگر، غیرطبیعی به حساب می آید.
- به دقت محل زخم تان را مشاهده کنید. طبیعی است که در ابتدا بزرگ و قرمز به نظر آید. به تدریج رنگ محل زخم به صورتی کم رنگ تغییر می یابد و جای زخم صاف می شود. محل زخم ناشی از برداشتن توده پستان به شکل تورفتگی نمایان می شود. تغییرات زیر را در بافت باقیمانده اطراف محل زخم تان و پستان جراحی نشده بررسی کنید:
- حالت پوست پرتقالی شدن ظاهر پوست پستان
- تغییر رنگ پستان
- تورم و کاهش اندازه پستان رادیوترابی نشده
- بیرون زدگی، تورفتگی یا کشیدگی پوست
- تورفتگی نوک پستان
- پوسته ریزی یا سوزش در اطراف نوک پستان
- بازشدن زخم یا برآمدگی آن
- تفاوت در الگوی وریدی روی یک پستان