

بررسی فراوانی توده های پستانی در زنان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی اهواز در سال های ۱۳۷۸ - ۱۳۷۰

محمد حسن حافظی*، شهنام عسکر پور**، محمد حسین سرمست شوشتری**

چکیده

هدف: یکی از مهمترین علل مراجعه بیماران به علت مشکلات پستانی لمس توده در پستان است این توده ها انواع خوش خیم و بدخیم دارند توده های خوش خیم اغلب در سن قبل از یائسگی شایع هستند. در این مطالعه تلاش می گردد توزیع فراوانی توده های پستانی با در نظر گرفتن سن - و نوع توده مورد ارزیابی قرار گیرد.

روش بررسی: این مطالعه بصورت توصیفی و گذشته نگر در طی ۹ سال از ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۷۸ در بیمارستان امام خمینی اهواز روی ۷۸۷ نمونه بیوپسی شده از بافت پستان انجام گردید و شیوع سنی و نوع توده مورد بررسی قرار گرفت. یافته ها: از مجموع ۷۸۷ مورد نمونه بیوپسی بافت پستانی زنان ۲۹ درصد فیبروکیستیک و ۲۴/۵ درصد فیبروآدنوم بود. ۳۰ درصد نمونه ها مربوط به دهه سوم و ۲۳ درصد نمونه ها مربوط به دهه چهارم زندگی بود. در سن زیر ۳۰ سال ۹۵ درصد توده ها خوش خیم و در سن بالای ۸۰ سال ۱۰۰ درصد نمونه ها بدخیم بود و شایعترین تیپ هیستولوژیک در موارد بدخیمی، داکتال کار سینوم مهاجم (۷۱/۱ درصد) بوده است.

نتیجه گیری: توده خوش خیم پستان در مرحله ای از زندگی بسیاری از زنان دیده می شود توده های پستانی در اکثریت موارد مربوط به زنان در سنین زایایی بوده و شیوع توده های بدخیم با افزایش سن افزایش می یابد اگرچه شایعترین توده ها در سن باروری از نوع خوش خیم یعنی فیبروآدنوم و سپس فیبروکیستیک بوده ولی درصد قابل توجهی از آنان که بالاتر از آمارهای جهانی نیز میباشد در دهه سوم و چهارم بدخیم گزارش شده اند که لزوم توجه بیشتر به تشخیص زودرس و مطالعات غربالگری و معاینه زنان جوان در سن پایین تری نسبت به جوامع غربی توصیه می گردد.

کلید واژه گان: پستان، خوش خیم، توده، کانسر، غربالگری

مقدمه

می باشد (۳). فیبروآدنوم ارتباط نزدیکی با حساسیت پستان به استروژن دارد و به همین خاطر بیشتر در دهه دوم و سوم زندگی اتفاق می افتد و بیماری که فیبروآدنوم آنها دارای رسپتور استروژنی می باشند نسبت به آنهایی که رسپتور استروژنی ندارند ۴ تا ۵ سال جوانتر هستند (۴). کیست ها و ضایعات آپوکرین همراه آنها در صدر تغییرات هیستولوژیک خوش خیم پستان قرار دارند و از هر ۱۴ زن یک نفر دارای کیست پستانی بزرگ و قابل

یکی از مهمترین علل مراجعه بیماران دارای مشکلات پستانی لمس یک توده در پستان بوده (۱) این توده پستان می تواند خوش خیم و یا بدخیم باشد. از مهمترین علل توده های خوش خیم پستانی کیست های پستانی و تغییرات فیبروکیستیک - آدنوزاسکلروزان، عفونتها و آبسه های پستان می باشد (۲). فیبروآدنوم پستان شایعترین تومور خوش خیم پستان و همچنین دومین توده شایع در پستان است و شایعترین تومور در خانم های زیر ۳۰ سال

*استادیار گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

**دانشیار گروه جراحی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۱- نویسنده مسول

زندگی می کنند سرطان پستان شیوع بالایی دارد. این مسئله در مهاجرین به آمریکا نیز به اثبات رسیده است (۱۳). در حال حاضر تنها استراتژی برای کاهش مرگ و میر ناشی از این سرطان شناسایی زود رس آن با استفاده از ماموگرافی در زنان بالای ۵۰ سال بوده و این کار می تواند ۳۰ درصد مرگ و میر را کاهش دهد عوامل خطر شامل سابقه وجود سرطان پستان، در خانواده، سابقه سرطان در پستان سابقه وجود ضایعات خوش خیم در پستان و سابقه تابش اشعه ایکس به سینه می باشد (۱۴). البته این ریسک فاکتورها قابل اجتناب نیستند اما ریسک فاکتورهای دیگر نیز شناخته شده اند که قابل کنترل هستند مانند هورمون تراپی بعد از یائسگی، مصرف چربی بالا، مصرف الکل و عدم تحرک فیزیکی، ریسک فاکتورهای ضعیف اما شناخته شده دیگری مانند چاقی در زنان یائسه و فاکتورهای تولید مثلی مانند عدم داشتن فرزند، تولد اولین فرزند بعد از سن ۳۰ سالگی، شروع زودرس عادت ماهیانه و یائسگی دیررس نیز معرفی شده اند. ریسک فاکتورهای جغرافیایی که خطر ابتلا به سرطان را افزایش می دهند شامل زندگی در مناطق شهری، تعلق داشتن به طبقات مرفه اجتماعی، تولد در شمال آمریکا و شمال اروپا می باشند (۱۵). مهمترین ریسک فاکتور کانسر پستان سن است که بین سن ۳۵-۵۵ سال ریسک کانسر پستان ۲/۵ درصد و میزان مرگ و میر آن یک سوم این میزان می باشد (۱۶).

در این مطالعه تلاش می گردد با در نظر گرفتن شرایط اپیدمیولوژیک جامعه ما میزان شیوع موارد توده های پستانی با در نظر گرفتن سن بیماران بررسی گردد و به این صورت با تعیین الگوی اپیدمیولوژیک توده های خوش خیم و بد خیم پستان با توجه به سن بیماران در آینده بتوانیم بهترین روش ارزیابی بیماران و در نهایت درمان بیماران را انتخاب کنیم.

روش بررسی

لمس می باشند (۵) و ۵۰ درصد کیست ها متعدد یا راجعه هستند (۶) کیست ها بدون تردید تحت تاثیر هورمونهای تخمدانی بوده و لذا با سیکل قاعدگی ارتباط مستقیم دارند (۷). کیست ها اغلب موارد بعد از سن ۳۵ سالگی تشکیل شده و ندرتاً قبل از ۲۵ سالگی ایجاد می شوند (۸) شیوع کیست تا سن یائسگی به طور یکنواخت افزایش می یافته و پس از یائسگی ناگهان کاهش می یابد (۱). تغییرات فیبروکیستیک در ۶۰ درصد - ۹۰ درصد بیوپسی های روتین وجود داشته و این ضایعه شایعترین اختلال پستان محسوب می شود (۲) و تخمین زده می شود که حداقل ۱۰ درصد زنان در طول عمر خود به بیماری کیستیک با تظاهرات بالینی مبتلا می شوند این بیماری قبل از بلوغ شایع نیست و غالباً در ۴۰-۲۰ سالگی تشخیص داده می شود (۵). در بررسی علل بد خیم توده های پستانی انواع کانسرهای پستانی مطرح می شود که شایعترین نوع هیستولوژیک سرطان پستان در نمونه های بیوپسی پستان، داکتال کار سینوم مهاجم است (۹). مهمترین ریسک فاکتور کانسر پستان سن است که بین سن ۳۵-۵۵ سال ریسک کانسر پستان ۲/۵ درصد و میزان مرگ و میر آن یک سوم این میزان است (۱۰). سرطان پستان شایعترین سرطان در زنان بوده و بعنوان دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در خانمها بعد از سرطان ریه محسوب می شود (۱۱). در آمریکا بروز آن ۲۲ در صد هزار است که در هر دهه این میزان افزایش پیدا می کند. بدین صورت که در سال ۱۹۷۰ احتمال بروز سرطان در زنان آمریکا ۱۳ به ۱ بوده است اما در سال ۱۹۸۰ این نسبت ۱۱ به ۱ و در سال ۱۹۹۶ به ۸ به ۱ افزایش پیدا کرده است. در کانادا از هر ۹ زن یک نفر در طول عمر خود به سرطان پستان مبتلا می شود و از هر ۲۵ زن یک نفر در اثر این بیماری می میرد (۱۲). بروز این بیماری بین ۴ تا ۷ مرتبه در کشورهای آسیایی نسبت به ایالات متحده و کشورهای اروپایی شمالی کمتر است. این امر ناشی از سبک زندگی این مناطق است. در کشور ژاپن و تایوان که به سبک غربی

خوش خیم و تعداد ۱۵۶ مورد (۲۰ درصد) بدخیم بودند از این تعداد ۱۵۴ نفر (۹۸/۷ درصد) زن و ۲ نفر (۱/۳ درصد) مرد بودند در بررسی شیوع سنی کانسر بیماران بیشترین شیوع سنی در ۵۲ مورد (۳۳ درصد) در دهه پنجم و پس از آن ۳۰ مورد (۱۶/۷ درصد) در دهه چهارم بودند که اطلاعات کامل تر در جدول (۱) آمده است معدل سنی بیماران ۴۷/۱۲ سال بوده است و چهار نفر از بیماران زیر ۲۵ سال سن داشتند (دو نفر ۲۰ ساله بودند) تعداد ۳۳ (۲۱ درصد) بیمار زیر ۳۵ سال داشتند و تعداد ۹۶ (۵۴ درصد) بیمار زیر ۵۰ سال سن داشتند. با بررسی نمونه‌های هیستولوژیک سرطان پستان در بیماران مشخص گردید که بیشترین شیوع ۱۱ مورد، (۷۱/۱ درصد) داکتال کارسینوم مهاجم بوده است و ۲۷ مورد (۱۷/۳ درصد) داکتال کارسینوم ترشحي و ۱۲ مورد (۷/۷ درصد) مدولاری کارسینوم و ۶ مورد (۳/۹ درصد) لوبولار کارسینوم مهاجم بوده است. از تعداد ۶۷۸ مورد نمونه مربوط به زنان تعداد ۵۲۴ مورد (۷۷/۵ درصد) خوش خیم و تعداد و ۱۵۴ مورد (۲۲/۵ درصد) بدخیم گزارش شده بودند و از تعداد ۱۰۰ نمونه مربوط به مردان ۹۸ مورد (۹۸ درصد) خوش خیم و ۲ مورد (۲ درصد) بد خیم بودند. از ۶۷۸ مورد نمونه مربوط به زنان تغییرات فیروکیستیک در ۱۹۸ مورد (۲۹ درصد) و فیروآدنوم و تومورهای مربوط به آن در ۱۶۶ مورد (۲۴/۵ درصد) و سایر توده های خوش خیم در ۱۶۰ مورد (۲۳/۵ درصد) که شامل ماستیت - آبسه - نکروز چربی - لیپوم - داکتال اکتازی - فیروز - اسکروزینگ آدنوز می باشد و توده های بد خیم در ۱۵۴ مورد (۲۳ درصد) دیده شد. از ۱۶۶ مورد فیروآدنوم تعداد ۶ مورد (۳/۵ درصد) تومور فیروآدنوم ژانت بودند که اندازه متوسط آنها حدود 1.24 cm^3 بود. در صورتی که شیوع سنی توده های خوش خیم و بدخیم را در این مطالعه ارزیابی کنیم بیشترین موارد خوش خیم در سن زیر ۲۰ سال بوده است که ۱۰۰ درصد موارد نمونه برداری خوش خیم بوده است و بیشترین موارد بدخیم در سن

این مطالعه بصورت توصیفی و گذشته نگر با استفاده از دفاتر ثبت پاتولوژی بیمارستان امام خمینی اهواز انجام گرفت و نمونه های پاتولوژی ارسالی از بافت پستان در یک دوره ۹ ساله در طی سالهای ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۷۸ مورد بررسی قرار گرفت سپس با استفاده از اطلاعات پاتولوژی و با استفاده از بایگانی بیمارستان اطلاعات کامل در مورد سن - جنس - نوع بافت ارسال شده تشخیص پاتولوژیک جمع آوری گردید. مجموعاً ۳۵۰۰۰ نمونه پاتولوژی وجود داشت که حدود ۱۰۰۰ نمونه مربوط به بافت پستان، جدا شدند و حدود ۲۰۰ نمونه نیز بعلت ماستکتومی فرستاده شده بودند که در بررسی آماری به علت آنکه قبلاً همه آنها نمونه برداری شده بودند از مطالعه خارج گردیدند سپس تعدادی از نمونه ها به علل مختلف حذف شدند که بعنوان مثال بعضی نمونه ها بعلت استفاده بیمار از دفترچه فرد دیگر دارای اطلاعات غلط بود که از بررسی حذف گردیدند و در نهایت ۷۷۸ نمونه باقی ماند که از نظر نوع توده بررسی شدند سپس شیوع سنی و جنسی آنان مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته‌ها

در این بررسی که بین سالهای ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۷۸ در بیمارستان امام خمینی اهواز انجام گرفت بررسی شیوع فیرو آدنوم در نمونه های بیوپسی پستان مورد ارزیابی قرار گرفت از تعداد کل ۳۵۰۰۰ نمونه ارسالی به پاتولوژی در طی ۸ سال تعداد ۱۰۰۰ نمونه مربوط به بافت پستانی بود یعنی $\frac{1}{35}$ کل نمونه های پاتولوژی مربوط به بافت پستان می باشد. بعد از حذف نمونه های مربوط به ماستکتومی که قبلاً بیوپسی در آنها انجام شده بود و نمونه هایی که اطلاعات آنها مخدوش بود تعداد ۷۷۸ مورد نمونه بافت پستان مورد ارزیابی قرار گرفت که از این تعداد ۶۷۸ مورد (۸۷ درصد) مربوط به زنان ۱۰۰ مورد (۱۳ درصد) مربوط به مردان می باشد در مجموع از ۷۷۸ مورد نمونه بافت پستان تعداد ۶۲۲ مورد (۸۰ درصد)

فیبروکیتیک و ۱۶ مورد (۶ درصد) فیروز و ۱۴ مورد (۵ درصد) لیوم و ۹۳ مورد سایر توده های خوش خیم دیگر که هر یک به تنهایی در صد مختصری را به خود اختصاص می دهند. در مجموع اکثریت نمونه ها ۲۳۶ مورد (۳۰/۵ درصد) مربوط به سن ۲۹-۲۰ سال و بعد از آن ۱۸۰ مورد (۲۳ درصد) مربوط به سن ۳۹-۳۰ سال بود. ه است که جزئیات بیشتر در جدول شماره ۱ آمده است.

بالای ۸۰ سال بوده است که ۱۰۰ درصد موارد نمونه برداری بدخیم بوده است و جزئیات این بررسی در جدول ۱ آمده است. با در نظر گرفتن سن زیر ۳۰ سالگی از تعداد ۳۰۲ نمونه بیوپسی تعداد ۲۸۸ مورد (۹۵ درصد) توده خوش خیم گزارش شده است که ۹۹ مورد (۳۴ درصد) فیروآدنوم و ۵۶ مورد (۱۹ درصد) تغییرات

جدول ۱: شیوع توده های خوش خیم و بدخیم پستان بر اساس سن

سن (سال)	تعداد نمونه خوش خیم	در صد	تعداد نمونه بد خیم	در صد	کل نمونه	در صد از کل
۰-۹	۱	۱۰۰ درصد	-	۰ درصد	۱	۰/۱ درصد
۱۰-۱۹	۶۵	۱۰۰ درصد	-	۰ درصد	۶۵	۸/۵ درصد
۲۰-۲۹	۲۲۲	۹۴ درصد	۱۴	۵ درصد	۲۳۶	۳۰/۵ درصد
۳۰-۳۹	۱۵۰	۸۳/۳ درصد	۳۰	۱۶/۷ درصد	۱۸۰	۲۳ درصد
۴۰-۴۹	۱۰۵	۶۶/۹ درصد	۵۲	۳۳/۱ درصد	۱۵۷	۲۰ درصد
۵۰-۵۹	۴۴	۶۱/۱ درصد	۲۸	۳۸/۹ درصد	۷۲	۹/۵ درصد
۶۰-۶۹	۲۷	۶۱/۴ درصد	۱۷	۳۸/۶ درصد	۴۴	۵/۶ درصد
۷۰-۷۹	۸	۴۲/۱ درصد	۱۱	۵۷/۹ درصد	۱۹	۲/۴ درصد
۸۰-۸۹	-	۰ درصد	۲	۱۰۰ درصد	۲	۰/۲ درصد
۹۰-۹۹	-	۰ درصد	۲	۱۰۰ درصد	۲	۰/۲ درصد
مجموع	۶۲۲	-	۱۵۶	-	۷۷۸	۱۰۰ درصد

بحث

(۱۰)، در این بررسی نیز ۹۸ درصد توده های پستانی مردان خوش خیم بوده است. توده های خوش خیم پستان در این مطالعه در بین نمونه های بیوپسی در زنان در ۷۷/۵ درصد موارد دیده شد البته لازم به ذکر است که در مطالعات فقط ۳۶ درصد توده های لمس شده در زنان توسط خودشان و ۲۱ درصد توده های لمس شده توسط پزشک نیاز به بیوپسی داشته اند (۱۷).

در این مطالعه شایعترین ضایعه پستان در نمونه های پاتولوژی در ۲۹ درصد موارد فیبروکیتیک بوده است البته

توده های خوش خیم پستان در مرحله ای از زندگی بسیاری از زنان دیده می شود در این مطالعه در طی ۸ سال تعداد ۷۷۸ نمونه بافت پستان بررسی شد که ۷۸ درصد از نمونه ها مربوط به زنان می باشد که با توجه به اینکه در مردان پستان یک ساختمان ابتدائی دارد که تقریباً به تاثیرات اندوکراین حساس نمی باشد (۱) قابل توجه است اکثریت موارد توده های پستانی در مردان خوش خیم بوده و مربوط به ژنیکوماستی یا تومورهای غیر بدخیم پستان می باشد و در مطالعات فقط ۱ درصد تومورهای بدخیم پستان را مربوط به مردان می دانند

موارد سرطان پستان هستند بخصوص در انواعی که در مردان و یا زنان در زیر ۲۵ سال دیده می‌شود (۲۰). طرح توارث این دو ژن به صورت اتوزمال غالب است بنابراین در موارد سرطان پستان فامیلی با ید کنترل مستمر افراد در خطر را در خانواده جدی بگیریم و در مطالعات نیز مطرح شده است که ۲۰-۳۰ درصد زنان مبتلا به سرطان پستان دارای سابقه فامیلی مثبت می‌باشند (۲۱). در این مطالعه اکثریت بیماران کمتر از ۵۰ سال سن داشتند (۶۲ درصد) ولی در آمارهای جهانی با افزایش سن میزان شیوع بیماری بیشتر می‌شود (۱۳) و به طور کلی به عنوان مهمترین ریسک فاکتور کانسر پستان، سن مطرح شده است (۲۲). در مطالعات بروز بیماری در دهه چهارم زندگی به نسبت (۱ به ۲۳۲) است در حالی که در دهه هفتم زندگی این نسبت به (۱ نسبت ۲۹) می‌رسد (۱۳) در شرایط اپیدمیولوژیک ما بروز سرطان پستان حداقل در یک دهه زودتر شیوع دارد که باید مورد توجه قرار گیرد. در این بررسی مشخص گردید که ۲۱ درصد بیماران زیر ۳۵ سال سن دارند که مقدار قابل توجهی است (یک پنجم بیماران) و با توجه به اینکه گزارش شده است که در خانمهایی که زیر ۳۵ سال مبتلا به سرطان پستان می‌شوند بیشتر در معرض خطر مرگ و میر و پیش آگهی بد قرار دارند (۲۳) بنابراین بعنوان اقدام پیشگیری ضروری است به تمامی زنان و دختران علائم اولیه بروز بیماری سرطان پستان و نحوه معاینه توسط خود فرد آموزش کافی داده شود تا بیماری در همان مراحل اولیه شناخته شود و با این اقدام از میزان مرگ و میر بدلیل تاخیر در تشخیص جلوگیری گردد. در این مطالعه فراوانترین تیپ هیستولوژیک سرطان پستان داکتال کارسینوم مهاجم (۷۱/۱ درصد) بود که بنظر نمی‌رسد در شرایط اپیدمیولوژیک ما تفاوتی با آمارهای جهانی داشته باشد.

لازم به ذکر است که اکثریت محققین معتقدند که فیروآدنوم شانس کانسر را بالا نمی‌برد ولی عده ای افزایش ۱/۳- ۱/۹ برابر ریسک کانسر را در طول زمان در

ضایعات فیروکیستیک اغلب در سن بعد از ۳۵ سالگی دیده می‌شود و قبل از ۲۵ سالگی نادر است (۱) و در این مطالعه نیز در سن زیر ۳۰ سال فقط ۷/۲ درصد ضایعات فیروکیستیک بوده است. در بررسی در ۷ درصد زنان غربی تغییرات فیروکیستیک دیده می‌شود (۳). باید توجه داشت که فیروآدنوم و تومورهای مربوط به آن اغلب منفرد بوده ولی در ۱۰-۱۵ درصد موارد بصورت متعدد نیز دیده می‌شود (۱۸) در زنان زیر ۲۰ سال معمولاً تا ۷۵ درصد توده های پستان را فیروآدنوم تشکیل می‌دهد (۳) و در این مطالعه نیز در مجموع ۴/۵ درصد ضایعات پستانی فیروآدنوم بوده است ولی در سن زیر ۳۰ سال ۴۴ درصد فیروآدنوم دیده شد. با بررسی شیوع جنسی مشخص گردید که سرطان پستان اکثریت موارد (۷/۹۸ درصد) در زنان اتفاق می‌افتد که البته آمارهای جهانی نیز نسبت ۹۹ درصد به ۱ درصد را ذکر کرده اند (۱۳) البته این یافته طبیعی است چون در مردان پستان یک ساختمان ابتدایی دارد که تقریباً به تأثیرات اندوکراین حساس نیست (۱۶) و ظاهراً در مقابل رشد تومور نیز مقاوم است. از سوی دیگر در زنان ساختمان پیچیده تر پستان، حجم بیشتر آن و حساسیت بسیار زیاد آن به تأثیرات اندوکراین، این عضو را مستعد بروز بیماریهای مختلف می‌کند (۱۹). با بررسی شیوع سنی کانسر پستان در این مطالعه مشخص شد که بیشترین فراوانی بیماران در دهه پنجم (۳۴ درصد) و بعد از آن در دهه چهارم (۱۹/۲ درصد) بوده است البته ۴ نفر از ۱۵۶ بیمار زیر ۲۵ سال داشتند لذا بررسی غربالگری در این سنین ضروری بنظر می‌رسد لازم به ذکر است که بروز بیماری بطور کلی در سن کمتر از ۲۵ سالگی نادر گزارش می‌شود و مواردی که گزارش می‌شود احتمالاً دارای سرطان فامیلیال در خانواده هستند (۱۳) لذا در مواردی که بیماران در سن زیر ۲۵ سال می‌باشند باید عامل ارث را بیشتر مورد توجه قرار داد در مطالعات در موارد فامیلی سرطان پستان دخالت دو ژن BRCA1 و BRCA2 را مطرح کرده‌اند که این دو ژن مسئول ۳ درصد تا ۸ درصد

دارد و پستان همانند آندومتر با هر چرخه قاعدگی دچار فراز و نشیبهایی می شود (۲۹) لذا اکثریت موارد توده های پستانی در این سنین دیده می شود و به همین علت اغلب، ماستیت - آبسه - نکروز چربی نیز در این سنین دیده می شود (۵). در نهایت نتیجه می گیریم که توده های پستانی اکثریت موارد مربوط به زنان در سنین باروری بوده و شیوع توده های بدخیم با افزایش سن افزایش می یابد و اگر چه شایعترین توده ها در سنین باروری از نوع خوش خیم یعنی فیروآدنوم و سپس فیروکیستیک بوده ولی درصد قابل توجهی که بالاتر از آمارهای جهانی است در دهه سوم و چهارم توده بدخیم گزارش شده اند که لزوم توجه بیشتر به تشخیص زودرس و بررسی افزایش شیوع در ان سن را مطرح می کند و در خاتمه توجه همکاران را به این نکته جلب می کنیم که سن بروز و شیوع سرطان پستان در جامعه ما حد اقل یک دهه پایین تر از جوامع غربی است لذا تاکید بر انجام مطالعات غربالگری در سن پایین تر از جوامع غربی توصیه می گردد.

قدردانی

در انتها از پاتولوژیستهای بیمارستان امام خانم دکتر مستوفی - دکتر رنجبری - دکتر رجبی کمال تشکر و قدردانی را داریم.

فیروآدنوم ذکر کرده اند (۲۴ و ۲۵) البته فیروآدنوم همراه با هیپرپلازی و آتی پیا شانس کانسر را تا ۷ برابر بالا می برد (۲۶) در مجموع در این بررسی ۲۳ درصد توده های بدخیم در نمونه های پاتولژی گزارش گردید که با افزایش سن نسبت توده های بدخیم بیشتر می شود و در دهه سوم زندگی فقط ۵ درصد توده ها بدخیم بودند در صورتی که در دهه ششم و هفتم حدود ۳۹ درصد توده ها بدخیم بودند و این مسئله تاکید بر اهمیت سن بعنوان مهمترین ریسک فاکتور برای کانسر پستان را نشان می دهد و در مطالعات دیگر گزارش شده است که در سن زیر ۲۵ سال فقط در ۲ درصد ضایعات اولیه پستان بدخیمی گزارش شده است (۲۷). در یک مطالعه میزان شیوع بدخیمی در بررسی موارد توده های پستان بیوپسی شده در گروه high risk ۳۰/۷ درصد و در گروه low risk ۲/۶ درصد ($p < .005$) احتمال بدخیمی در نمونه های بیوپسی بوده است و ریسک بر اساس اندازه - قوام - تحرک یافته های ماموگرافی و سابقه کانسر پستان و سابقه فامیلی تعیین شده است (۲۸). در این مطالعه در دهه نهم ۱۰۰ درصد نمونه ها بدخیم بودند. باید در نظر داشت که اکثریت مواردی که در این بررسی بیمار بعلت توده پستانی تحت بیوپسی قرار گرفته است در دهه سوم (۳۰ درصد) و سپس در دهه چهارم (۲۳ درصد) بوده است و در این سن حداکثر فعالیت غدد آندوکراین روی بافت پستانی وجود

منابع

- 1-Tglehart J D, kaelin C. Disease of The Breast. In: Townsend C M, Beauchamp R D, Evers B M. *Mattox k 1. Sabiston text book of surgery, sixteenth edition*, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 2001. P.555-591.
- 2-Bland k I, vezeridis M P, Copeland I M. Breast. In: Schwarts S I, Shires G T, Spencer F C, Daly J M, Fischer J E, Galloway A C. *Principles of Surgery, Seventh edition*, M C Grow- Hill Company, New york, 1999, P.533-601.
- 3-Morrow M. Breast. In: Greenfield I j, Mulholland M W, Oldham K T, Zelenock G B, Lillemoe K D. *Surgery Scientific Principles and practice. Third edition*. Lippincott Willams and Wilkins, Philadelphia, 2001, P. 1334-1373.
- 4-Rosen P P, Groshen S, Saigo P Eo. A long term follow-up study of survival in stage I(T1N0M0) and Stage 2(T1N1M0)breast carcinoma. *J Clin oncol*, 1989, 7: 355.
- 5- Haagensen C D. *Diseases of the breast 3rd Ed*. Philadelphia W.B Saunders. 1986, P 31-53.

- 6-Schnitt S J, Connolly J L. Pathology of benign breast disorders. In: Harris J R, Lippman M E, Morrow M E. Disases of the Breast. Philadelphia. Lippincott- Raven , 1996. P27-42.
- 7-Love S M, Gelman R S, Silen W. Fibrocystic disease of the breast-or nondisease? N. Engl. J. Med, 1982 307:1010.
- 8-foxcroft C M, Evans E B, Hirst C, Hicks B J. Presentation and diagnosis of adolescent breast disease. Breast. 2001. Oct 10 (5): 399-404.
- 9- Harris J R, Lippman M E, Morrow M. Disease of the breast. Philadelphia. Lippincott – Raven. 1996; p 24-43.
- 10- Landis S H, Murray T, Bolden S H, Murray T, Bolden S, Wingo P A. Cancer statistics, 1999, Cancer. Clin 1999 49: 8.
- 11- Landis SH. Cancer statistis, 1999. Ca-A Cancer Journal Clini, 1999; 49(1) : 8 – 31 .
- 12- Morrow M, Wong S, Venta L, The evaluation of breast masses in woman younger than forty years of age , Surgery: 1998, 124:634-641
- 13- Cotran R, Kumar V, Collins T. Robbins pathologic basis of disease. W.B Saunders Company, Sixth Edition 1999, pp: 827-838
- 14- Fletcher SW, Black W, Harris R. Report of international workshop on screening for breast cancer. J Nat Cancer Institute 1993; 85 (suppl. 21)
- 15- Kelesey JL, Bernstein L. Epidemiology and prevention of breast cancer. Ann Rev Public Health . 1996; 17: 47-67.
- 16- Iglehart JD, Kaelin CM. Disease of the Breast. In: Townsend C M, Beauchamp R D, Evers B M, Mattox K L, Sabiston textbook of surgery Philadelphia. Lippincott- Raven 2001, P. 555-591.
- 18- Wilkins O N, Anderson T J, Rifkind E. Fibroadenoma of the breast: a follow-up conservative management, Br J-Surg 1989, 76: 390-391
- 19- Gail M H , Brinton L A, Byar D P. Projecting individual Lized Probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. J Na H. Cancer Inst 81: 1879, 1989
- 20- Brody LC, Biesecker BB. Breast cancer susceptibility genes . BRCA1 and BR CA2. Medicine 1998; 77(3) : 208-26
- 21- Claas EB, Risch N J, Thompson W D. Age at onset as an indicator of familial risk of breast cancer. Am J Epidemiol. 1990-131: 961-972
- 22- Seidman H, Mushinsk M H, Gelb S K. Probabilities of eventually developing or dying of cancer – united states 1985. CA. Cancer. J. Clin 1985; 35: 36-56
- 23- Kroman N, Jensen MB, Wohlfahrt J, Mouridsen HT, Anderson PK, Melbye M. Factors influencing the effect of age on prognosis in breast cancer, population based study . BMJ 2000; 320 474-9.
- 24- Dupont W D, Page D L, Pavl F F . Long term risk of breast cancer in women with fibroadenoma. N Engl J Med, 1994, 331: 10-15.
- 25- McDivitt R W, Stevens J A, Lee N C. Histologic types of benign breast disease and the risk for breast cancer, the cancer and steroid hormone study group. Cancer, 1992. 69 : 1408 -1414.
- 26- EL-Wakeel H, Umpleby H C. Systematic review of fibroadenoma as a risk factor for breast cancer, Breast 2003. Oct 12(5) 302-7.
- 27- Stehr K G, Lebeau A, Stehr M, Gratz W R. Fibroadenoma of the breast in a 11 years old girl. Euro JPediatric Surg 2004. Feb: 14 (1): 5 6-9.
- 28) Scher KS. Selective approach to out patient breast biopsy. South Med J. 1980 Aug, 73(8). 987-8.
- 29- Longacre T. A, Bartow S A. A correlative morphologic Study of human breast and endometrium in the menstrual cycle. Am J Surg Pathol , 1986 Jun 10(6) Jun 10(6): 382-93.