

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
تأسیس ۱۳۳۸، شماره ۵۷ (۱۳۸۲)، صفحه ۸۶

پستان اضافی در هر دو زیر بغل با ترشح شیر گزارش یک مورد و مروری بر مقالات منتشر شده در مورد پستان اضافی

دکتر عزت السادات سیدی^۱، دکتر محمود عمرانی^۲

چکیده

پستان اضافی یا polymastia ناهنجاری ثابت شده است و در مسیر خط شیری جنینی دیده می شود. علایم کلینیکی آن بزرگ شدگی پستان فرعی در دوره بلوغ و یا دوران حاملگی است. اضافه شدن عفونت و یا تغییرات بدخیمی نیز دیده می شود. ناهنجاریهای استخوانی، کلیوی و قلبی و عروقی همراه با پستان فرعی ممکن است دیده شود.

در این مقاله پستان اضافی دو طرفی در خانم ۳۲ ساله ای گزارش می شود که با شروع بلوغ و رشد پستانهای طبیعی، زیر بغلهای او نیز متورم می شوند اما زیا د قابل توجه نبودند. در سومین حاملگی زیر بغلهای او به شدت بزرگ شده و بعد از زایمان نیز گاهگاهی ترشح شیر از هر دو زیر بغل همزمان با پستانهای طبیعی دیده می شود.

کلید واژه ها: پستان اضافی، زیر بغل، پستان فرعی، ترشح شیر، ماموگرافی

مقدمه

حاملگی قبلی تغییرات چندانی در زیر بغلها ایجاد نمی شود تا در سومین حاملگی تورم شدید در هر دو زیر بغل او نمایان شده و لکه های مذکور پر رنگ تر می شوند. پس از زایمان گاهگاهی در موقع شیردادن متوجه ترشح شیر از نواحی زیربغلی می شود. با این علایم به پزشک مراجعه کرده و به ماموگرافی معرفی می شود (شکلهای ۱-۲) در ماموگرافی پستان اضافی در زیر بغل مشخص شده و وندولهایی شبیه فیبروآدنوم در هر دو پستان زیر بغلی وجود داشت که با سونوگرافی تأیید شد (شکل ۳). کلیه های بیمار با سونوگرافی بررسی شده و رادیوگرافی از استخوانها به عمل آمد. اما ناهنجاری قابل تشخیص دیده نشد، برای پیشگیری از عوارض بعدی ماستکتومی پیشنهاد شد که بیمار راضی به جراحی نشد.

پستان اضافی در زیر بغل اگرچه ناهنجاری نسبتاً نادری است ولی واریاسیون شایعی از پستان فرعی می باشد (۱). پستان اضافی مستعد عفونت و تغییرات بدخیمی است (۲). همراه بودن ناهنجاریهای کلیوی و قلبی و عروقی در این افراد گزارش شده است (۲). لذا با دیدن پستان یا نوک پستان اضافی در یک نوزاد، سیستم قلبی، عروقی و کلیوی وی باید به دقت مورد بررسی قرار گیرد.

معرفی بیمار:

بیمار یک خانم ۳۲ ساله اهل بيله سوار است. اطرافیان بیمار بعد از تولد وی متوجه لکه هایی شبیه خال پهن در هر دو زیر بغل او می شوند. در زمان بلوغ بیمار احساس می کند که همزمان با بزرگی پستانهای طبیعی هر دو زیر بغل وی نیز متورم می شوند. اما چون زیاد بزرگ نبودند لذا بیمار زیاد اهمیت نمی دهد، در دو

۱- استاد یار گروه رادیولوژی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز - نویسنده رابط

۲- استادیار گروه رادیولوژی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز

شکل ۱ و ۲، پستان فرعی زیر بغلی دو طرفی در ماموگرافی با ندولهای شبیه فیبروآدنوم

شکل ۳: ندولهای شبیه فیبروآدنوم در پستانهای اضافی

بحث

طرفی در پستانهای طبیعی بود (۵) و یک مورد دیگر کارسینوم در پستان اضافی دختر ۱۴ ساله ای گزارش شده است (۱۸). تغییرات کیستیک در پستان اضافی واقع در پشت یک مرد شناخته شده است (۸). غدد شیری در زمان حاملگی و یا در دوره بلوغ در پستان فرعی ممکن است رشد کرده و حتی شیر ترشح کند. دو مورد پستان فرعی، یکی در زیر بغل خانمی که فاقد نوک پستان بود (۱۹) و دیگری در فرج خانمی با ترشح شیر شرح داده شده است (۶). دخالت زمینه فامیلی در پیدایش پستان اضافی مطرح می شود. در مقایسه ای که بین ۱۰۰ زن بومی و ۱۰۰ زن غیر بومی در امریکا انجام گرفت، درصد شیوع پستان فرعی در زنان بومی بیشتر بود (۲۰) اما شیوع ناهنجاریهای همراه با پستان اضافی در نوع فامیلیال کمتر دیده می شود. سه مورد پستان اضافی فامیلیال بدون وجود ناهنجاریهای همراه گزارش شده است (۲۱). Decholnoky بیست و شش مورد بافت پستان فرعی را از نظر آسیب شناسی مورد مطالعه قرار داده است، در نه مورد تغییرات کیستیک، ده مورد فیبروآدنوم، سه مورد ماستیت، چهار مورد هیپرپلازی مجاری شیری و یک مورد فیبروآدنوم دو طرفی پیدا کرده است.

نتیجه گیری

شایعترین نوع پستان فرعی در نواحی زیر بغلی دیده می شود، و در زمان بلوغ و یا حاملگی به شکل توده بزرگ و دردناک در زیر بغل، ظاهر می کند. گاهی هیپرتروفی ریشه پستان در زیر بغل با پستان اضافی اشتباه می شود. اما با دقت بیشتر و یا با بیوپسی می توان به تشخیص رسید. با در نظر گرفتن استعداد پستان فرعی به تغییرات زکری شده در بالا در صورت تشخیص بهتر است که از جراحی کمک گرفته شود (۱). در معاینه نوزادان با دیدن یکی از انواع پستان فرعی، دستگاه اداری، قلبی و عروقی و استخوان بندی او برای تشخیص ناهنجاری همراه باید به دقت بررسی شود.

پستان اضافی ناهنجاری شایع پستان است. معمولا در هفته هفتم جنینی ضخامت موضعی در اکتودرم در طرفین سینه از محاذات ریشه اندام فوقانی تا ریشه اندام تحتانی ایجاد شده و به نام خط شیری نامیده می شود که درمحل پستان طبیعی با نفوذ به بافت مزانشیم زیرین خود بافت پستان را به وجود می آورد، بقیه این برجستگی به سرعت و به طور کامل از بین می رود (۳). دو نظریه علت تشکیل پستان فرعی را مطرح می کند (۲):

۱. از بین نرفتن نواحی دیگری از برجستگی پستانی
 ۲. بزرگی قابل توجه غدد عرق
- پستان و نوک پستان اضافی به هشت شکل شرح داده شده است: (پستان کامل با نوک پستان و areola) ۲) بافت پستانی همراه با نوک پستان ۳) (بافت پستانی با areola) ۴) فقط بافت پستانی دیده می شود ۵) (پستان کاذب شامل چربی و نوک پستان و areola) ۶) (فقط نوک پستان وجود دارد) ۷) فقط areola وجود دارد ۸) (یک قسمت کوچک پر از مو polythelia pilosa). نوک پستان تنها، شایعترین نوع این ناهنجاری است و بیشتر در فاصله بین خود پستان طبیعی و ناف باقی می ماند (۱). ممکن است در یک فرد بیش از یک پستان فرعی دیده شود. در یک خانم سه پستان فرعی فقط به شکل areola گزارش شده است (۴).

پستان اضافی در خارج از خط شیری نیز دیده می شود. پنج مورد در فرج دیده شده است (۵، ۶، ۷) پستان فرعی در پشت (۸، ۹)، در ناحیه کتف (۱۰)، در صورت (۱۱)، در ران (۱۲) و در ناحیه پریینه (۱۳) گزارش شده است.

شیوع ناهنجاریهای استخوانی (۱۴)، کلیوی (۱۵) و قلبی و عروقی (۲) را همراه با پستان اضافی شرح داده اند. تمام تغییراتی که در پستانهای اصلی دیده می شود، در پستان اضافی نیز به وجود می آید (۱۶). فیبروآدنوم در پستان اضافی واقع در زیر بغل خانم ۲۸ ساله ای گزارش شده است (۲). تغییرات بدخیمی در پستان فرعی شرح داده شده است (۱۷). یک مورد کارسینوم در پستان فرعی واقع در فرج خانمی که مبتلا به کارسینوم دو

References:

1. Blabd K, Copland E. The Breast 2nd ed., Philadelphia WB Saunders company, 1998, P:226 – 30
2. Aughsteen A, Almasad JK, Muhtaseb MH. Fibroadenoma of the supernumerary breast of the axilla. Saudi Med J 2000; 2(6): 587-9

3. Sadler TW. Longman's Medical embryology 6th ed., Baltimore, Williams and Wilkins, 1990, P: 349-51
4. Shewmake SW, Izuno GT. Supernumerary areola. Arch Dermatol 1977; 113 (6) :823-5
5. Guerry RI, Thomad HR. Carcinoma of supernumerary breast of vulva with bilateral mammary cancer. Cancer 1976; 38(6) : 2570-4
6. Gugliotta P, Fibbi ML, Fessia L, Canevini P, Bussolati G. Lactating supernumerary gland tissue in the vulva. Appl Pathol 1983; 1(2): 61-5
7. Tresserra F, Grases PJ, Izquierdo M, Fernandez Cid A. Fibroadenoma phyllodes arising in vulvar supernumerary breast: Report of two cases. Int J Gynecol Pathol 1998; 17 (2) : 171-3.
8. Brightmore TG. Cystic lesion of a dorsal supernumerary breast in a male. Proc R. Soc Med 1971; 64 (6): 662-3 (Abstract)
9. Chatterjee AC, Kumar M. Supernumerary breast. J Indian Med Assoc 1980; 16; 75 (10) : 662-3 (Abstract)
10. Castano M. Dorsal scapular supernumerary breast in a woman case report. Arch Fund Roux Oefa 1971; 5 (1) ; 139-45 (Abstract)
11. Koltuksuz U, Aydin E. Supernumerary breast tissue: A case of pseudomamma on the face. J Pediatr Surg 1997; 32 (9) : 1377-8 (Abstract)
12. Boivin S, Segard M, Delaporte E, Cotton H, Piiette F, Thomas P. Complete supernumerary breast on the thigh in a male patient. Ann Dermatol Venereol 2001; 128 (2): 144-6 (Abstract)
13. Leung W, Heaton J P, Morales A. An uncommon urologic presentation of a supernumerary breast. Urology J 1997; 50(1): 122-4 (Abstract)
14. Carella A, Barnaba A, Mossa A, Spadetta V. Case report on supernumerary breast associated with multiple malformations. Acta Neurol (Napoli) 1971; 26 (2) : 136-42 (Abstract)
15. Urbani CE, Betti R. Accessory mammary tissue associated with congenital and hereditary nephrourological malformation. Int J Dermatol 1996; 35(5): 349-52 (Abstract)
16. Grossl NA. Supernumerary breast tissue: Historical perspectives and clinical features. South Med J 2000;93(1):29-32 (Abstract)
17. Falasoco M, Pardo JJ, Kkohn HN, Paladino R. Carcinoma of a supernumerary breast. Arch Fund Roux Oefa 1971;5(1):139-46 (Abstract)
18. Giggle S, Schier F. Mamma aberrant in the axilla case report and review of literature. Klin Pediatr 1999; 211(6): 473-5 (Abstract)
19. Berman MA, Davis GD. Lactation from axillary breast tissue in the absence of a supernumerary nipple: A case report. J Reprod Med 1994; 39(8): 657-9 (Abstract)
20. Gilmore HT, Milory M, Mello BJ. Supernumerary nipples and accessory breast tissue. S D J Med 1996;4(5) ; 149-51 (Abstract)
21. Casey HD, Chasan PE, Chick LR. Familial polythelia without associated anomalies. Ann Plast Surg 1996;36(1): 101-4 (Abstract)