

معرفی یک مورد تومور غیر تهاجمی پازنه نوک پستان

مجید پویا، محمد ابوالقاسمی مقدم*

گروه جراحی عمومی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۲/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۰۲

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به همراهی زیاد کارسینوم داکتال درجا با بیماری پازنه پستان و غیر تهاجمی بودن آن، در صورت تشخیص درست و درمان مناسب و به موقع، بیماری پیش‌آگهی خوبی داشته و می‌تواند موجب بهبودی و جلوگیری از تهاجم بیماری شود. هدف از این مطالعه تعیین و معرفی یک مورد تومور غیر تهاجمی پازنه نوک پستان بود.

معرفی مورد: بیمار خانم ۳۹ ساله که به دلیل زخم‌های سطحی و ترشح خونابه‌ای از نوک پستان چپ مراجعه کرد. در معاینه نیپل سمت چپ نسج براق و اولسره‌های سطحی داشت و توده‌ای لمس نمی‌شد. بیمار سابقه ۲ حاملگی با ۲ فرزند زنده داشته و پس از زایمان اول، ۵ سال از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری استفاده کرده است. بیمار پس از یک هفته با درمان اگزما بهبود نیافت و نمونه‌برداری از نوک پستان انجام شد که بیماری پازنه و کارسینوم داکتال درجا گزارش شد. سپس تحت جراحی نگهدارنده پستان و نمونه‌برداری از غده لنفاوی پیشاهنگ اگزایلا قرار گرفت. در هفته اول پس از جراحی، دچار هماتوم وسیع محل جراحی شد که با تخلیه هماتوم، تورم پستان کاهش یافت. بیمار به دلیل گستردگی کارسینوم داکتال درجا، تحت عمل جراحی ماستکتومی و خارج‌سازی غده لنفاوی اگزایلا قرار گرفت و پاتولوژی پس از عمل جراحی دوم کارسینوم داکتال مهاجم گریده گزارش شد و غده لنفاوی گرفتاری تومورال نداشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به تظاهرات بالینی بیماری پازنه پستان، توجه به تظاهرات پستانی حتی در سنین پایین و بررسی‌های لازم جهت تشخیص بدخیمی‌های احتمالی و بررسی بیشتر حتی در موارد وجود کارسینوم درجا امری ضروری است.

واژه‌های کلیدی: بیماری پازنه پستان، کارسینوم داکتال، غده لنفاوی پیشاهنگ

* نویسنده مسئول: محمد ابوالقاسمی مقدم، مازندران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، گروه جراحی عمومی

Email: mohammad.ablghsmi@yahoo.com

مقدمه

تشخیصی در تشخیص بیماری پاژه پستان و در تعیین وسعت درگیری سرطان می‌تواند کمک کننده باشد (۹ و ۱۰).

در پژوهش‌های انجام گرفته برای بررسی ارزش تشخیصی بیوپسی از غده لنفاوی پیشانگ در بیماری پاژه پستان، توصیه به انجام آن در همراهی با بررسی رادیوگرافیک در بیماری پاژه پستان مهاجم و بیماران مبتلا به پاژه پستان که قرار است تحت ماستکتومی قرار بگیرند، شده است (۱۱ و ۱۲). همچنین انجام بیوپسی از غده لنفاوی پیشانگ در جلوگیری از انجام جراحی دوم در بیماران مبتلا به بیماری پاژه پستان مفید و معنی‌دار بوده است (۱۳).

طی پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص شیوه برخورد درمانی با بیماران مبتلا به پاژه پستان، جراحی نگهدارنده پستان که شامل آمپولکتومی (برداشتن کمپلکس نیپل - آرنولار) است، نسبت به ماستکتومی از عود و بقای یکسانی برخوردار بوده است (۱۴)، جراحی نگهدارنده پستان به همراه رادیوتراپی در بیماران پاژه پستانی همراه با کارسینوم داکتال درجا و کارسینوم داکتال مهاجم به عنوان انتخاب اول درمانی توصیه شده است (۱۳) و در بیماران بدون سرطان زمینه‌ای، رادیوتراپی به تنهایی از عود کمتری برخوردار بوده است (۱۵). لذا هدف از این مطالعه تعیین و معرفی یک مورد تومور غیر تهاجمی پاژه نوک پستان بود

بیماری پاژه پستان حدود ۱ درصد از سرطان‌های پستان در زنان و ۰/۸ درصد از سرطان‌های پستان در مردان و ۰/۲ درصد از مرگ‌های ناشی از سرطان را شامل می‌شود (۲ و ۱).

میانگین سنی بیماران مبتلا به بیماری پاژه پستان در زمان تشخیص بیماری در پژوهش‌های گذشته حدود ۵۰ الی ۵۴ سال بوده است (۳).

شایع‌ترین تظاهرات بالینی در بیماری پاژه پستان، اگزما، زخم، اریتم و با شیوع کمتر ترشح خونابه‌ای از نیپل است (۴). توده قابل لمس در بیشتر بیماران پستان یافت نمی‌شود (۵).

بیماری پاژه پستان معمولاً با یک سرطان زمینه‌ای از نوع کارسینوم داکتال درجا یا کارسینوم داکتال مهاجم همراهی دارد (۶) و در بیشتر موارد با کارسینوم داکتال درجا همراه است (۷). پاسخ به درمان نیز در موارد همراه با کارسینوم داکتال درجا بهتر از موارد همراه با کارسینوم داکتال مهاجم است (۵).

در پژوهش‌های انجام شده در مورد اهمیت تشخیصی ماموگرافی در بیماری پاژه پستان، در بیشتر موارد در ماموگرافی یافته‌های مثبت (توده و میکروکلسیفیکاسیون) وجود داشته است (۸). همچنین در بیماران دارای توده قابل لمس این یافته‌های مثبت به طور معنی‌داری بیشتر بوده است (۱). همچنین سونوگرافی و MRI نیز در همراهی با سایر اقدامات

گزارش مورد

بیمار خانم ۳۹ ساله، خانه‌دار و مطلقه که از اوایل آبان ماه ۱۳۹۶ به دلیل زخم‌های سطحی و ترشح خونابه‌ای از نوک پستان سمت چپ که با خارش همراه بوده به پزشک مراجعه می‌کند. ترشح از نوک پستان و ضایعات با سیکل‌های قاعدگی بیمار ارتباطی نداشته است.

بیمار سابقه ۲ حاملگی با ۲ فرزند زنده داشته و ۲ بار زایمان طبیعی در ۱۶ و ۲۱ سال پیش داشته است و پس از زایمان اول ۲ ماه شیردهی و پس از زایمان دوم ۲ سال شیردهی داشته است. سن منارک بیمار ۱۳ سالگی و پرיוدهای بیمار منظم و با حجم خون‌ریزی نرمال بوده است. بیمار پس از زایمان اول به مدت ۵ سال از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری استفاده کرده است.

بیمار سابقه کم خونی داشته که تحت درمان با اسیدفولیک و قرص آهن است و سابقه جراحی بر روی رحم و بستن لوله‌های رحمی در ۱۱ سال پیش و تونسیلکتومی در ۳ سال پیش را دارد. بیمار سابقه فامیلی مثبت از نظر بدخیمی پستان و تخمدان و اندومتر و سایر بدخیمی‌ها نداشته است.

بیمار مصرف الکل و سیگار نداشته است، ولی سابقه مصرف متناوب قلیان را ذکر می‌کند.

در معاینه پستان روی نیپل سمت چپ نسج براق و کمی اولسره‌های سطحی دیده می‌شد و آرئول کاملاً نرمال بود. با فشار نیپل کمی ترشحات خونابه‌ای خارج می‌شد و توده‌ای لمس

نمی‌شد (شکل ۱). پستان سمت راست و غدد لنفاوی اگزیلاری، گردنی، سوپراکلاویکلار نرمال بود. سایر معاینات بیمار نیز نرمال بوده است.

بیمار پس از مراجعه به پزشک حدوداً یک هفته داروهای موضعی برای درمان اگزما مصرف می‌کند و بهبودی حاصل نشده و مجدداً با ترشح خونابه‌ای و خارش مراجعه کرده که بیانگر عدم پاسخ به درمان اگزما بوده است. به توصیه پزشک نمونه‌برداری از نوک پستان انجام می‌شود که در جواب نمونه پاتولوژی بیماری پاژه و کارسینوم داکتال درجا گزارش شد (شکل ۲). بیمار در اواسط آذر ماه ۱۳۹۶ به بیمارستان شهدای تجریش منتقل شد و تحت عمل جراحی نگهدارنده پستان با برداشتن کمپلکس نیپل-آرئولار و نمونه‌برداری از غده لنفاوی پیشانگ اگزیلا قرار می‌گیرد. همچنین در ماموگرافی انجام شده قبل از عمل جراحی، کلسیفیکاسیون‌های پراکنده در قسمت خارجی پستان سمت چپ گزارش شد (شکل ۳). در گزارش پاتولوژی پس از عمل جراحی، نیپل مبتلا به بیماری پاژه و سرطان همراه نیز کارسینوم داکتال درجا با درگیری در حاشیه نسج برداشته شده بود و به دلیل گستردگی کارسینوم داکتال درجا توصیه به ماستکتومی شد. غدد لنفاوی برداشته شده نرمال بود.

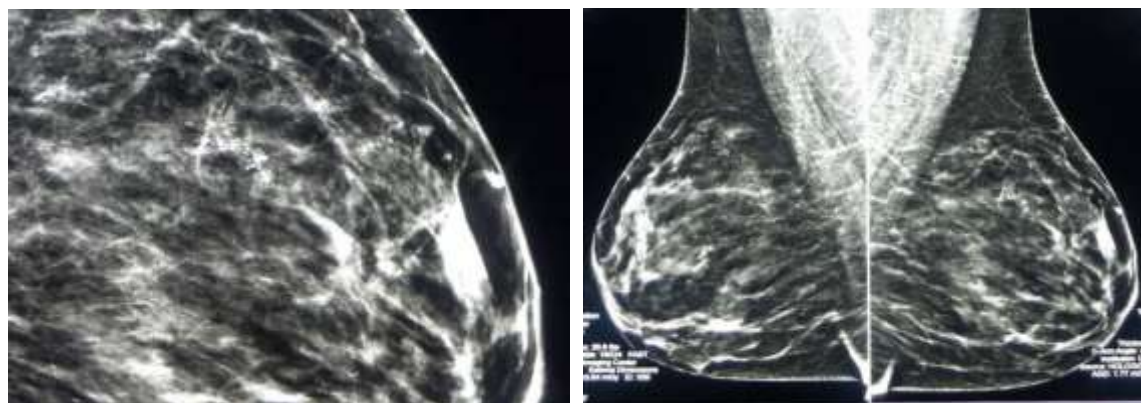
بیمار در هفته اول پس از جراحی در بیمارستان شهدای تجریش، دچار هماتوم وسیع در محل جراحی همراه با اریتم و تورم شد و حدوداً ۶۵۰ سی‌سی خون غلیظ از آن تخلیه شد و تورم پستان

از عمل جراحی دوم کارسینوم داکتال مهاجم گرید ۲ گزارش شد و غدد لنفاوی نیز گرفتاری تومورال نداشتند و نرمال بودند.

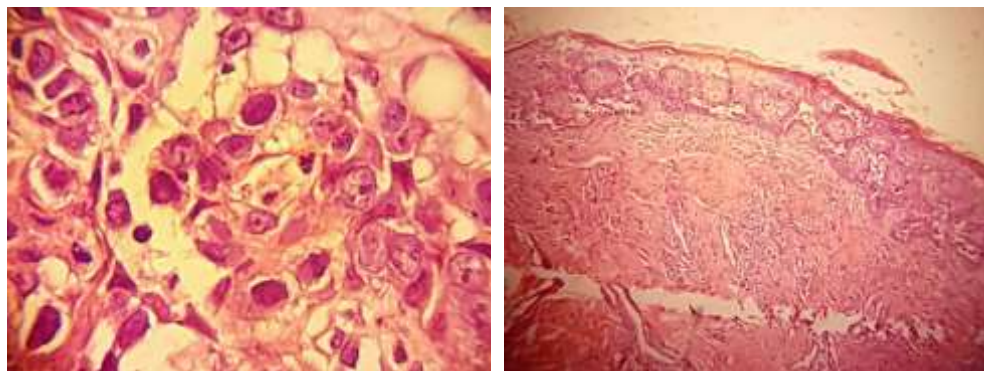
کاهش یافت. بیمار به دلیل گستردگی کارسینوم داکتال درجا کاندید ماستکتومی شد و در اوایل دی ماه ۱۳۹۶ تحت عمل جراحی ماستکتومی و خارج سازی غدد لنفاوی اکزیلا قرار گرفت و در گزارش پاتولوژی پس



شکل ۱: تصویر پستان چپ بیمار قبل از نمونه برداری



شکل ۲: تصاویر ماموگرافی بیمار



شکل ۳: تصاویر نمونه پاتولوژی بیمار

بحث

بیماری پاژه پستان معمولاً با یک سرطان زمینه‌ای از نوع کارسینوم داکتال درجا یا کارسینوم داکتال مهاجم همراهی دارد (۶) و در بیشتر موارد با کارسینوم داکتال درجا همراه است (۷)، لذا هدف از این مطالعه تعیین و معرفی یک مورد تومور غیر تهاجمی پاژه نوک پستان بود.

در مطالعه ما، یک بیمار مبتلا به تومور غیر تهاجمی پاژه ی نوک پستان از لحاظ سن، علائم، بررسی های پاتولوژی و رادیولوژی، نمونه برداری از غده لنفاوی پیش آهنگ به منظور بررسی درگیری غده لنفاوی، بررسی سرطان‌های همراه و همچنین نوع جراحی صورت گرفته بررسی شده و در ادامه به بحث در مورد هر یک از موارد مطرح شده می پردازیم میانگین سنی مبتلایان بیماری پاژه پستان بر اساس بسیاری از مقالات ۵۰ الی ۵۴ سال عنوان شده است (۳)، در حالی که بیمار ما ۳۹ ساله است و سنی پایین‌تر از میانگین سنی مطرح شده دارد که در نوع خود نادر بوده و در ایران مورد مشابهی گزارش نشده است. این موضوع که آیا سن پایین می‌تواند بر پروگنوز بیماری و حتی نوع سرطان همراه با آن تأثیرگذار باشد نیز جای بررسی دارد.

بیمار ما با زخم و ترشح خونابه‌ای از نیپل سمت چپ مراجعه کرد در حالی که شایع‌ترین تظاهرات بالینی در بیماری پاژه پستان نیز اگزما، زخم، اریتم و با شیوع کمتر ترشح خونابه‌ای از نیپل است (۴). طبق پژوهش‌های گذشته توده قابل لمس در

بیشتر مبتلایان به بیماری پاژه پستان یافت نمی‌شود (۵) و در بیمار ما نیز توده قابل لمسی در پستان وجود نداشت.

بیماری پاژه پستان معمولاً با یک سرطان زمینه‌ای که بیشتر از نوع کارسینوم داکتال درجا است همراهی دارد (۷ و ۶) و در بیمار ما نیز در نمونه‌برداری اولیه بیماری پاژه پستان با سرطان زمینه‌ای از نوع کارسینوم داکتال درجا همراهی داشت.

ماموگرافی در بیشتر بیماران مبتلا به بیماری پاژه پستان دارای یافته‌های مثبت است (۸) که در بیماران دارای توده قابل لمس این یافته‌های مثبت به طور معنی‌داری بیشتر بوده است (۱). در بیمار ما علی‌رغم عدم وجود توده قابل لمس، در ماموگرافی انجام شده یافته‌های مثبت به صورت کلسیفیکاسیون‌های پراکنده در قسمت خارجی پستان سمت چپ را گزارش شده است. همچنین سونوگرافی و MRI نیز در همراهی با سایر اقدامات تشخیصی در تشخیص بیماری پاژه پستان و در تعیین وسعت درگیری سرطان می‌تواند کمک کننده باشد (۱۰ و ۹)، که در مراحل تشخیصی بیمار ما سونوگرافی و MRI انجام نشد.

بیوپسی از غده لنفاوی پیش‌آهنگ در بیماری پاژه پستان، در همراهی با بررسی‌های رادیوگرافیک در بیماری پاژه پستان مهاجم و بیماران مبتلا به پاژه پستان که قرار است تحت ماستکتومی قرار بگیرند، توصیه شده است (۱۲ و ۱۱) و در جلوگیری از انجام جراحی دوم در این بیماران مفید بوده است (۱۳). در

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از گزارش مورد با کد اخلاق ۱۷۰۱۹۶۲۰۱۰۱۵۹۱۰ دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می‌باشد. بدین وسیله بر خود لازم می‌دانیم ضمن تشکر از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، از بیمار محترم و سید رضا نبوی، پاتولوژیست محترم تقدیر و تشکر کنیم.

بیمار ما نیز همراه با جراحی نگهدارنده پستان، بیوپسی از غده لنفاوی پیشاهنگ اگزیلاری صورت گرفت که گرفتاری تومورال نداشت.

جراحی نگهدارنده پستان در بیماران مبتلا به پاژه پستان، نسبت به ماستکتومی از عود و بقای یکسانی برخوردار بوده است (۱۴)، در بیمار ما نیز ابتدا جراحی نگهدارنده پستان با برداشتن کمپلکس نیپل - آرئولار صورت گرفت و سپس به دلیل گستردگی کارسینوم داکتال درجا و درگیری در حاشیه نسج برداشته شده، ماستکتومی انجام شد. در پاتولوژی نمونه پس از ماستکتومی، کارسینوم داکتال مهاجم بدون درگیری غده لنفاوی گزارش شد که می‌تواند بیانگر این نکته باشد که کارسینوم غیر مهاجم پستان در پاژه می‌تواند دارای اجزای مهاجم همراه در نسج باشد که خود نکته‌ی مهمی در معرفی بیمار ما بوده و نیز جای بررسی دارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به تظاهرات بالینی بیماری پاژه پستان، اعم از اگزما و زخم و اریتم و با شیوع کمتر ترشح خونابه‌ای از نیپل، هرگونه تظاهر پستانی اهمیت بررسی دارد و می‌تواند با بدخیمی همراه باشد. بیماری پاژه پستان علی‌رغم این که در مرحله درجا پیش‌آگهی بسیار خوبی دارد، ولی می‌تواند با تغییرات تهاجمی در نسج پستان همراه باشد. همچنین تظاهرات و شکایات پستانی در سنین پایین نیز مانند سایر سنین مهم است.

REFERENCES

1. Muttarak M, Siriya B, Kongmebol P, Chaiwun B, Sukhamwang N. Paget's disease of the breast: clinical, imaging and pathologic findings: a review of 16 patients. *Biomed Imaging Interv J* 2011; 7(2): e16.
2. Tijani El H, Tijami F, El Otamny A, Jalil A. Paget disease of the male nipple. *J Cancer Res Ther* 2010; 6(1): 95-6.
3. Wang J, Yu YJ, Wang X, Tian YT. Clinicopathological characteristics and prognosis analysis with Paget's disease of the breast. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi* 2018; 40(7): 523-7.
4. Lopes S, Vide J, Moreira E, Pinheiro J, Azevedo F. Paget disease of the male breast. *Dermatol Online J* 2017; 23(4): 12-15.
5. Bijker N, Rutgers E, Duchateau L, Peterse J, Julien J, Cataliotti L. Breast-conserving therapy for Paget disease of the nipple: a prospective European Organization for Research and Treatment of Cancer study of 61 patients. *Cancer* 2001; 91(3): 472-7.
6. Durkan B, Beresee C, Bose S, Philips E, Dang C. Paget's disease of the nipple with parenchymal ductal carcinoma in situ is associated with worse prognosis than Paget's disease alone. *Am Surg* 2013; 79(10): 1009-12.
7. Meibodi N, Ghoyunlu V, Javidi Z, Nahidi Y. Clinicopathologic evaluation of mammary Paget's disease. *Indian J Dermatol* 2008; 53(1): 21-3.
8. Gunhan-Bilgen I, Oktay A. Paget's disease of the breast: clinical, mammographic, sonographic and pathologic findings in 52 cases. *Eur J Radiol* 2006; 60(2): 256-63.
9. Ogata H, Mitsuzuka Y, Honma N, Yoshida M, Sumazaki M, Saito F, et al. Sonographic visualization of nipple blood flow can help differentiate Paget disease from benign eczematous nipple lesions. *PLoS One* 2018; 13(5): e0197156.
10. Akita M, Kusunoki N, Nakajima T, Takase S, Maekava Y, Kajimoto K, et al. Paget's disease of the male breast: a case report. *Surg Case Rep* 2015; 1(1): 103.
11. Sukumvanich P, Bentrem D, Cody III H, Brogi E, Fey J, Brogen P, et al. The role of sentinel lymph node biopsy in Paget's disease of the breast. *Ann Surg Oncol* 2007; 14(3): 1020-3.
12. Laronga C, Hasson D, Hoover S, Cox J, Cantor A, Cox C, et al. Paget's disease in the era of sentinel lymph node biopsy. *The American Journal of Surgery* 2006; 192(4): 481-3.
13. Caliskan M, Gatti G, Sosnovskikh I, Rotmensz N, Botteri E, Musmeci S, et al. Paget's disease of the breast: the experience of the European Institute of Oncology and review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* 2008; 112(3): 513-21.
14. Dalberg K, Hellborg H, Warnborg F. Paget's disease of the nipple in a population based cohort. *Breast Cancer Res Treat* 2008; 111(2): 313-9.
15. Gaurav A, Gupta V, Koul R, Dabas S, Sareen R, Geeta K, et al. Practical consensus recommendatons for Paget's disease in breast cancer. *South Asian J Cancer* 2018; 7(2): 83-6.

Introduction of A Non-Invasive Tumor of Paget's Disease of the Nipple

Pouya M, Abolghasemi Moghadam M*

Department of General Surgery, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran

Received: 24 April 2019

Accepted: 23 Des 2019

Abstract

Background & aim: Due to the high association of ductal carcinoma in situ with breast and non-invasive breast disease, if properly diagnosed and treated in a timely manner, the disease has a good prognosis and can improve and prevent disease invasion. The aim of this study was to identify and diagnose a case of non-invasive tumor of the nipple.

Case Introduction: The patient was a 39-year-old women who was presented with superficial ulcers and bloody discharge from the left nipple. Examination of the left nipple had shiny tissue and superficial ulcers, and no palpable mass. The patient had a history of 2 pregnancies with 2 live children and after the first delivery, used birth control pills for 5 years. The patient did not recover after a week of eczema treatment, and a nipple sample was taken, where Paget's disease and ductal carcinoma were reported. He then underwent breast maintenance surgery and a biopsy of the exfoliating lymph node. In the first week after surgery, she developed extensive hematoma at the site of surgery, which reduced the swelling of the breast by emptying the hematoma. The patient underwent mastectomy surgery and externalization of the axillary lymph nodes due to the extent of localized ductal carcinoma.

Conclusion: Due to the clinical manifestations of breast disease, it is necessary to pay attention to breast manifestations even at a young age and the necessary studies to diagnose possible malignancies and further investigation, even in cases of local carcinoma.

Keywords: Breast Paget's disease, Carcinoma Dictal, Pioneering Lymph Node

***Corresponding author: Abolghasemi Moghaddam M**, Department of General Surgery, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran
Email: mohammad.ablghsmi@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Pouya M, Abolghasemi Moghadam M. Introduction of A Non-Invasive Tumor of Paget's Disease of the Nipple. Armaghane-danesh 2020; 25(1): 140-147.