

گزارش یک مورد کشف اتفاقی سرطان پستان در نمونه های پاتولوژی عمل جراحی ماموپلاستی کاهشی

قاسمعلی خراسانی⁺ (M.D.) *، مژگان اسدی^{**} (M.D.)، زهرا یزدانزاد^{***} (M.D.)

چکیده

ماموپلاستی کاهشی از جمله اعمال جراحی پلاستیک است که در سال های اخیر رو به افزایش می باشد. با توجه به شیوع نسبتاً بالای سرطان پستان لازم است در ارزیابی قبل از عمل، این بیماری را در نظر داشته و پس از عمل نمونه های نسجی را از نظر پاتولوژی به دقت بررسی نمود. این گزارش شامل یک مورد کشف اتفاقی سرطان پستان در بیماری با پستان های خیلی بزرگ است، که در ارزیابی و ماموگرافی قبل از عمل شواهدی از بدخیمی، نداشته و نسج برداشته شده از پستان در نمای gross تومورال نبوده است. ولی بررسی میکروسکوپی توسط پاتولوژیست وجود کانون هایی سرطانی (invasive ductal carcinoma) را در نمونه های ارسالی از پستان چپ گزارش نمود که بیمار متعاقباً تحت عمل جراحی ماستکتومی قرار گرفت. این گزارش اهمیت ارزیابی قبل از عمل و لزوم دقت در بررسی پاتولوژی نسج برداشته شده از هر پستان را نشان می دهد.

واژه های کلیدی: کشف اتفاقی، سرطان پستان، ماموپلاستی کاهشی

مقدمه

سرطان پستان تشخیص داده شود. میزان شیوع سرطان پستان کشف شده در نمونه های پاتولوژی عمل جراحی ماموپلاستی در مطالعات مختلف متفاوت است، در دو مطالعه با حجم زیاد که حدود ۶۰ هزار بیمار را شامل می شود، این فراوانی در حدود ۰/۰۵ درصد بوده است (۵،۶). این میزان با توجه به شیوع بالای سرطان پستان در خانم ها اندک به نظر می رسد (۷). فراوانی مذکور در افرادی که سابقه سرطان در یک پستان داشته، و متعاقباً ماموپلاستی پستان سمت مقابل انجام داده اند بالاتر است (۸). در مطالعات مختلف اندازه پستان به

ماموپلاستی کاهشی (Reduction mammoplasty) از اعمال جراحی شایعی است که توسط جراحان پلاستیک انجام می شود (۱،۲). اگرچه بیمه ها و برخی از پرسنل گروه پزشکی کوچک کردن پستان (Reduction mammoplasty) را یک عمل جراحی زیبایی می دانند، ولی میزان رضایتمندی بالای بیماران بیش تر ناشی از اصلاح فونکسیون و بهبود کیفیت زندگی است (۳). متعاقب این عمل جراحی معمولاً عارضه قابل توجهی ایجاد نمی شود (۴). همان گونه که می توان انتظار داشت، ممکن است در نمونه های پاتولوژی ارسالی،

* فوق تخصص جراحی پلاستیک و ترمیمی، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران
** متخصص داخلی، مرکز آموزشی درمانی حضرت فاطمه ساری
*** متخصص پاتولوژی، بیمارستان مهرساری

تاریخ دریافت: ۸۶/۱/۱۷ تاریخ تصویب: ۸۶/۴/۲۷

(Reduction mammoplasty) به روش "Hall-Findlay" با پدیکل فوقانی - داخلی قرار گرفت، که از سمت راست ۱۴۵۰ گرم و از سمت چپ ۱۱۰۰ گرم نمونه بافت غددی خارج شده و جهت پاتولوژی ارسال گردید. نمونه‌های نسجی در ظاهر (Grossly) مطابق با ماموگرافی بوده و بافت فیروکیستیک دوطرفه به صورت منتشر وجود داشت، و علایمی از بدخیمی دیده نشد. پس از بررسی نمونه‌های نسجی توسط پاتولوژیست بیمارستان وجود کانون‌هایی از بدخیمی (Invasive Ductal Carcinoma) در نمونه‌های پستان سمت چپ همراه با درگیری Margin گزارش شد، تشخیص مذکور پس از بررسی مجدد میکروسکوپی توسط دو پاتولوژیست مجرب دیگر مورد تأیید قرار گرفت. لذا بیمار مجدداً تحت عمل جراحی Mastectomy modified radical قرار گرفت که در گزارش پاتولوژی غدد لمفاوی درگیر نبود.

بحث

علی‌رغم این‌که از میزان انجام عمل جراحی ماموپلاستی کاهشی در ایران اماری در دسترس نیست اما تعداد این اعمال در دنیا طی ده سال گذشته ۱/۵ برابر شده است (۴).

اولین بار در سال ۱۹۵۹، lizarido, snyderman کشف اتفاقی سرطان پستان، در عمل جراحی ماموپلاستی کاهشی را گزارش کردند (۱۰).

تقریباً در ۶۰ درصد نمونه‌های عمل جراحی ماموپلاستی، ممکن است، یک یافته پاتولوژیک وجود داشته باشد (۱۱). این ریسک در افرادی که پستانهای خیلی بزرگ دارند به طوری که نیاز باشد در هر طرف بیش از ۶۰۰ گرم نسج برداشته شود، بیش‌تر است (۱). شیوع تشخیص سرطان پستان در طی عمل جراحی ماموپلاستی بستگی به میزان بررسی و ارزیابی قبل از

عنوان یک ریسک فاکتور ابتلا به سرطان پستان مطرح شده است، به طوری که هر چه اندازه پستان بزرگ‌تر باشد به واسطه بیش‌تر بودن سلول و بافت غددی احتمال ابتلا به سرطان بیش‌تر خواهد شد، البته در ارتباط با این موضوع همچنان اختلاف نظر وجود دارد (۱). شانس یافتن بدخیمی، در نمونه‌های پاتولوژی عمل جراحی ماموپلاستی بستگی به میزان بررسی (Work up) و بیماریابی قبل از عمل دارد لذا توصیه می‌شود، به عواملی از جمله ریسک فاکتورها و سابقه فامیلی توجه شود و بیماران معاینه فیزیکی شده در صورت لزوم ماموگرافی قبل از عمل برای آنها انجام شود (۶). براساس توصیه انجمن سرطان آمریکا، در همه بیماران ۴۰ سال و بالاتر، باید ماموگرافی قبل از عمل انجام شود (۹). و حتی برخی محققین، در خانم‌های جوان‌تر از ۴۰ سال هم ماموگرافی قبل از عمل را توصیه نمودند (۶). در ذیل یک مورد کشف اتفاقی سرطان پستان در نمونه‌های نسجی عمل جراحی ماموپلاستی کاهشی گزارش شده است که متعاقباً در ارتباط با آن بحث خواهد شد.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۶ ساله، که تحت عمل جراحی ماموپلاستی کاهشی دوطرفه قرار گرفت، نامبرده قبل از عمل از عوارض ناشی از بزرگی پستان شامل: درد کتف و ستون فقرات گردنی و کمری، پارستزی دو طرفه دست‌ها و Intertrigo شاکمی بود، در سابقه دارای ۳ فرزند بوده، مصرف ۳ سال ocp را ذکر می‌کرد، اولین حاملگی وی در ۱۸ سالگی و آخرین آن در ۳۰ سالگی بود. سابقه ابتلا به سرطان پستان را در بستگان درجه یک نداشته است. در معاینه پستان‌های بسیار بزرگ، فاقد هر گونه علایم بدخیمی بود. در ماموگرافی به عمل آمده ضایعات فیروکیستیک دوطرفه به صورت منتشر و بدون شواهدی از بدخیمی گزارش شد. بیمار تحت عمل جراحی

عمل متفاوت است (۱۲). سابقه فامیلی مثبت و سابقه عمل جراحی سرطان پستان (سمت مقابل) از عواملی هستند که با شیوع بالاتری از این بیماری همراه است (۲). تقریباً نصف بدخیمی‌های کشف شده با ماموگرافی، در معاینه فیزیکی غیر قابل لمس هستند و حساسیت ماموگرافی برای تشخیص ضایعات بزرگ‌تر از یک سانتی‌متر حدود ۸۵ درصد است (۱۳، ۶).

انجام ماموگرافی قبل از عمل در بیماران جوان‌تر از ۴۰ سال اختلاف نظر وجود دارد (۱۴، ۴)، البته، برخی هم به طور کلی ماموگرافی روتین قبل از عمل را توصیه می‌کنند (۷)، و برخی محققین باتوجه به این که ماموگرافی قبل از سن ۳۰ سالگی حساسیت تشخیصی پائینی دارد توصیه به انجام سونوگرافی قبل از عمل می‌نمایند (۶). همچنین گروهی از نویسندگان رادیوگرافی از نمونه‌های نسجی برداشته شده را توصیه کرده‌اند (۷، ۴، ۶).

پس از انجام عمل جراحی ماموپلاستی کاهشی، برش و دیسکسیون وسیع نسج پستان، می‌تواند باعث ایجاد نواحی کوچکی از نکروز چربی شود که ممکن است، به صورت یک توده قابل لمس، یا کلسیفیکاسیون خود را نشان دهد، که البته مشخصات بدخیمی را ندارد. ولی در صورت مشکوک بودن، می‌توان از image-guided biopsy برای تشخیص استفاده کرد. تغییر ساختار بافت پستان که بعد از عمل ایجاد می‌گردد می‌تواند تشخیص ضایعات پاتولوژیک را در آینده دچار مشکل نماید. لذا توصیه می‌شود بعد از عمل یک ماموگرافی به‌عنوان baseline تهیه شود، تا جهت مقایسه با تغییرات احتمالی آینده مورد استفاده قرار گیرد، البته زمان مناسب تهیه آنرا برخی محققین سه ماه پس از عمل (۱۵، ۶) و برخی دیگر ۶ تا ۹ ماه بعد ذکر می‌کنند (۸).

گاهی اوقات ممکن است جراح در حین عمل ماموپلاستی به نسجی پاتولوژیک مشکوک شود، که در این گونه موارد از frozen-section جهت تشخیص

می‌توان استفاده کرد (۸) و در صورت تأیید سرطان معمولاً باید ماستکتومی کامل انجام شود و فقط هنگامی که جراح مطمئن باشد که کل تومور با حاشیه سالم برداشته شده می‌تواند ماستکتومی partial انجام دهد (۱۲).

در اکثر موارد پس از عمل نسوج برداشته شده برای پاتولوژی ارسال می‌شود، که معمولاً این نسوج توسط پاتولوژیست به صورت gross ارزیابی شده، و سپس ضایعات مشکوک به صورت میکروسکوپی، و دقیق تر بررسی می‌گردند. لذا در این گونه موارد ضایعات کوچک‌تر و غیر قابل لمس، ممکن است تشخیص داده نشوند که در این حالت ماموگرافی قبل از عمل یا، رادیوگرافی از نسج برداشته شده، می‌تواند کمک کننده باشد (۶).

به هر حال اگر پس از عمل تشخیص سرطان گذاشته شد: با توجه به اینکه شناسائی دقیق محل اولیه تومور تقریباً غیر ممکن است. معمولاً برداشتن کامل پستان (mastectomy) لازم است، و در موارد نادری که بافت سرطانی محدود و با حاشیه سالم باشد، درمان نگهدارنده، شامل: ارزیابی غدد لمفاوی و رادیوتراپی پستان ممکن است اقدامی مناسب باشد (۸).

در صورتی که احياناً پاتولوژیست LCIS (lobular carcinoma insitu) گزارش نماید درمان conservative، شامل: تحت نظر گرفتن بیمار، ماموگرافی، همراه با معاینه فیزیکی می‌باشد (۴، ۲).

در مجموع اگرچه عمل جراحی ماموپلاستی، نقشی در پیشگیری از ایجاد سرطان پستان ندارد، ولی بدون شک این عمل فرصتی با ارزش برای کشف ضایعات مخفی، در بیماران پر خطر می‌باشد (۱۳ تا ۱۶).

همچنین، گزارش مذکور، بر لزوم توجه بیشتر تر پاتولوژیست، به نمونه‌های ارسالی از اعمال جراحی زیبایی پستان، که ماموگرافی قبل از عمل طبیعی دارند تاکید می‌کند.

فهرست منابع

1. Brown, Mitchal H; Weinberg, Michael; Chong, Nelson; Levin, Ron; Holowaty, Eric. A cohort study of breast cancer risk in breast reduction patients. *Plast. Reconstr. Surg.* 1999; 103: 1674-1681.
2. Angela J, Keleher, et al. Breast cancer in reduction mammoplasty specimens: case report and guidelines. *Breast. J.* 2003; 9: 120-125.
3. Chao, Jerme D. Reduction mammaplasty is a functional operation improving quality of life in symptomatic women: A prospective single-center breast reduction outcome study. *Plast. Reconstr. Surg.* 2002; 110: 2644-2652.
4. Amy S. Colwell, et al. Occult breast carcinoma in reduction mammoplasty specimens: 14- year experience. *Plast. Reconstr. Surg.* 2004; 113: 1984-1988.
5. Jansen D A; Murphy M, Kind G.M, Sands K. Breast cancer in reduction mammoplasty: case reports and a survey of plastic surgeons. *Plast. Reconstr. Surg.* 1998; 101: 361.
6. J. Joris Hage, Refaat B. Karim. Risk of breast cancer among reduction mammoplasty patients and the strategies used by plastic surgeons to detect such cancer. *Plast. Reconstr. Surg.* 2006; 117: 727-735.
7. Ozmen, Selahattin. Coincidental breast carcinoma detection in reduction mammoplasty specimens. *Plast. Reconstr. Surg.* 2000; 106: 1219-1220.
8. Charles E. Butler, Kelly K. Hunt, S. Eva Singletary. Management of breast carcinoma identified intraoperatively during reduction mammoplasty. *Ann. Plast. Surg.* 2003; 50: 193-197.
9. Atlanta Ga. Breast cancer facts and figures. American Cancer Society. by Cancer Society. 2003 Handbook of Preventive Interventions for Adults. P: 223.
10. Snyderman R.K, Lizardo J.G. Statistical study of malignancy found before, during or after breast plastic operations. *Plast. Reconstr. Surg.* 1960; 25: 253-256.
11. D. Kakagia; K, Fragia; A, Grekou; D, Tsoutsos. Reduction mammoplasty specimens and occult breast carcinomas. *EJSO.* 2005; 31: 19-21.
12. Tang, Christine L, et al. Breast cancer found at time of breast reduction. *Plast. Reconstr. Surg.* 1999; 103: 1682-1686.
13. Jansen, David A, Murphy, Mark B.A, Kind, Gabriel M, Sands. Kenneth. Breast cancer in reduction mammoplasty: case reports and a survey of plastic surgeons. *Plast. Reconstr. Surg.* 1998; 101: 361-364.
14. Smith RA, Mettlin C J, Davis K J, Eyre H. American cancer society guidelines for the early detection of cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 2000; 50: 34- 49.

15. Gertrude M. Beer; Peter Kompatscher; Klaus Hergan. Diagnosis of breast tumors after breast reduction. *Aesth. Plastic. Surgery*. 1996; 20: 391-97.
16. Pitanguy, Ivo, Torres, Ernani, Salgado, Francisco, Pires Viana, Giovanni Andre M.D. Breast pathology and reduction mammaplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 2005; 115: 729-34.

Archive of SID