Archive of SID

گزارش یک مورد سل پستان

مسعود مرداني (M.D.)* سید ابراهیم نوریان(M.D.)**

چکیده

در این مقاله یک مورد سل پستان در یک خانم ۷٤ ساله گزارش می‌شود. در معاینه کلینیکی، توده پستان به عنوان یک تومور بدخیم در نظر گرفته شد ولی بررسی‌های بافت‌شناسی ضایعه پستان مؤید گرانولوماهای متعدد کازئوز بود. امتحان مستقیم ترشحات توده پستانی از نظر عامل مولد بیماری سل منفی بود، اما کشت آن بعد از دو ماه مثبت گزارش گردید. بیمار بعد از خارج نمودن توده با عمل جراحی و تجویز داروهای ضد سل بهبودی قابل توجهی نشان داد.

واژه هاي كليدي : پستان، بیماری‌های پستان، سل، گرانولوم

مقدمه

سل پستان یک بیماری نادر به شمار می‌رود. این بیماری ممکن است به صورت ثانویه به دنبال انتشار خونی یا لنفاتیک سل یا به صورت مجاورتی از ارگان‌های مجاور مبتلا به سل، ایجاد شود(۱).

میزان بروز سل پستان کمتر از ۰/۱ درصد ضایعات پستان در جوامع پیشرفته و حدود ۳ تا ٤ درصد ضایعات پستان درجوامع درحال رشد می‌باشد(۳،۲). سل پستان به صورت اولیه یا ثانویه به ندرت گزارش شده است(۵،٤،۲). آستلی کوپر در سال ۱۹۲۹ نخستین مورد سل پستان را گزارش نمود(٤).

این بیماری در کشورهای در حال توسعه شایعتر است و مواردی از آن در کشورهای پیشرفته در بین مهاجرین دیده شده است. سل پستان در خانم‌های جوان در سنین ۲۰ تا ٤۰ سالگی دیده می‌شود. جالب است که این بیماری در سنین بعد از یائسگی و قبل از بلوغ بسیار نادر می‌باشد(٦). ضایعات ناشی از سل پستان با ضایعات بدخیم پیشرفته قابل اشتباه هستند واکثریت آنها با احتمال سرطان پستان تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند(۱).

جوانی، تعدّد زایمان، تروما، شیردهی، التهاب چرکی پستان، وضعیت بد بهداشت عمومی و فشارهای روحی ناشی از بچه‌داری، از عواملی هستند که استعداد ابتلا به سل پستان را افزایش می‌دهند(۷).

در بررسی انجام شده در استان چهارمحال و بختیاری از سال ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۷۸ ، در بین ۱۷۱ مورد سل خارج ریوی یک مورد سل پستان وجود داشت که با توجه به نادر بودن سل پستان اقدام به گزارش مورد مزبور نمودیم. براساس اطلاعات ما، این مورد نادر یکی از نخستین موارد گزارش شده سل پستان در سنین بعد از یائسگی خانم‌ها می‌باشد.

* متخصص بیماری‌های عفونی، دانشیار گروه عفونی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ✉ تهران- بلوار کشاورز- کوچه رویان- شماره ۹۹- واحد ۲
** استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

Archive of SID

معرفی بیمار

در دی‌ماه سال ۱۳۷۸ خانمی ۷٤ ساله ساکن شهرکُرد به علت احساس وجود توده‌ای در پستان چپ به پزشک مراجعه می‌نماید. در معاینه، توده‌ای سفت و بدون درد و قرمزی در قسمت تحتانی پستان چپ لمس شد که بیمار سابقه آن را ازحدود یک ماه قبل ذکر می‌نمود. بیمار پس از انجام سونوگرافی با احتمال ضایعه عفونی تحت درمان آنتی‌بیوتیکی قرار گرفت و پس از ۱۰ روز به علت عدم پاسخ به درمان با مراجعه و انجام سونوگرافی مجدد احتمال ضایعه نئوپلازیک مطرح گردید و جهت رزکسیون توده به جراح معرفی شد. بیمار وجود تب، لرز، سرفه، خلط و عرق شبانه را انکار می‌نمود. وی با تشخیص احتمالی تومور پستان برای عمل جراحی Excisional biopsy در بیمارستان کاشانی شهرکُرد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بستری گردید.

علایم حیاتی بیمار در زمان بستری نشاندهنده حرارت۳٦/۸ درجه سانتی‌گراد، نبض۸۸ عدد در دقیقه و فشارخون $\frac{۱٤٥}{۸۰}$ میلی‌متر جیوه بود. در معاینه فیزیکی، به جزء وجود توده‌ای سفت، متحرک و بدون درد در قسمت تحتانی پستان‌چپ، نکته غیرطبیعی دیگری وجود نداشت.

عمل جراحی جهت خارج نمودن توده پستان چپ در بهمن ماه سال ۱۳۷۸ انجام و توده مزبور به صورت کامل خارج گردید. نمونه مزبور جهت بررسی پاتولوژی به آزمایشگاه ارسال گردید که در بررسی میکروسکوپی توسط پاتولوژیست واکنش التهابی گرانولوماتوز با انفیلتراسیون سلول‌های لنفوسیت و اپی‌تلوییدِ سلول‌های ژانت لانگهانس دیده شدکه در مرکز برخی گرانولوم‌ها، نکروز کازئوز موجود بود. بیمار با تشخیص سل پستان با داروهای ضد سل (ایزونیازید، ریفامپیسین، اتامبوتول، پیرازینامید) تحت درمان قرارگرفت و پاسخ به درمان کاملاً مساعد بود.

پس از مشخص شدن پاسخ پاتولوژی، برای بیمار تست مانتو انجام شد که جواب منفی بود. ضمناً رادیوگرافی قفسه صدری هیچ‌گونه ضایعه فعال ریوی را مشخص ننمود. سرعت رسوب گلبولی بیمار در ساعت اول ۳۲ بود. یک هفته بعد از رزکسیون توده، از ترشحات محل عمل جراحی آزمون مستقیم و کشت از نظر AFB و باکتری‌های پاتوژن انجام شد که جواب امتحان مستقیم و کشت باکتریال منفی گزارش گردید. جواب کشت بعد از ٦۰ روز از نظر AFB مثبت گزارش شد.

بحث

سل پستان بیماری نادری است، زیرا نسوج پستانی در قیاس با ارگان‌های دیگر مکان مناسبی برای بقاء و تکثیر مایکوباکتریوم توبرکولوزیس محسوب نمی‌شود. انتقال هماتوژن، لنفاتیک و انتشار از ارگان‌های آلوده مجاور مانند پلور و دیواره قفسه صدری، از مهمترین راه‌های انتقال عفونت به پستان محسوب می‌شوند. میزان ابتلا در زنان جوان به خصوص درمحدوده سنی۲۰ تا ٤۰ سال شایعتر است و در زمان قبل از بلوغ و بعد از یائسگی به صورت نسبی کمتر دیده می‌شود(۱۰). بیمار معرفی شده با سن ۷٤ سال از موارد نادر سل پستان محسوب می‌شود و با عنایت به عدم گرفتاری ارگان‌های مجاور و نبودن شواهدی از انتشار هماتوژن به صورت اولیه، نسج پستان را گرفتار کرده بود.

شیندا و همکارانش در سال ۱۹۹۵ ماستیت سلی را به سه گروه ندولر، منتشر و اسکلروزان تقسیم کردند. فرم ندولر با فیبرُآدنومایاکارسینوما اشتباه می‌شود، در صورتی که فرم منتشر با کارسینومای التهابی و فرم اسکلروزان موجب فیبروز منتشر و تورفتگی نوک پستان می‌گردد که مشابهت با فرم کارسینومای Scirrhous پیدا می‌کند(۷).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

www.SID.ir

Archive of SID

در حال حاضر، ماموگرافی و آسپیراسیون سوزنی (FNA) در تشخیص ماستیت سلی کمک کننده نیستند (۸،۲). اگرچه ماکانجولا در بررسی ۱۱۵۲ ماموگرافی انجام شده ٦ بیمار ثابت شده سل پستان را مورد ارزیابی قرار داده و نتیجه گرفته است که برجستگی پوست (Skin bulge) و نشانه تراکت سینوسی (Sinus tract sign) قویاً تشخیص سل پستان را مطرح می‌کنند(٦). تشخیص نهایی سل پستان با بیوپسی اکسیزیونال و بررسی پاتولوژی داده می‌شود که ضایعه گرانولوماتوز با یا بدون نکروز کازئوز دیده می‌شود. رنگ‌آمیزی زیل‌نلسون و نشان دادن AFB نیز برای محرز نمودن تشخیص الزامی است. علاوه بر این، امتحان مستقیم و کشت ترشحات ضایعات اولسراتیو پستان و بررسی آن از نظر مایکوباکتریوم توبرکولوزیس می‌تواند از جمله اقدامات تشخیصی باشد(۹). در بیمار معرفی شده، امتحان مستقیم ترشحات پستان منفی گزارش شد ولی بعد از ۲ ماه جواب کشت ترشحات پستان ازنظر سل مثبت گزارش گردید که مؤید تشخیص صد درصد بیماری می‌باشد. ضمناً از کلنی‌های محیط کشت رنگ‌آمیزی زیل نلسون به عمل آمد که باسیل اسیدفست به میزان فراوان مشاهده گردید. با توجه به این که ماستیت گرانولوماتوز (اتوایمیون) نیز در تشخیص افتراقی مطرح می‌باشد(۱۰)، رنگ‌آمیزی زیل نلسون لام مورد بررسی همراه با کشت و امتحان مستقیم از نظر AFB جهت افتراق ضایعات گرانولوماتوز اتوایمیون در پستان توصیه می‌شود.

درمان سل پستان به صورت توأم با جراحی و درمان طبی ضد سل انجام می‌شود. در صورت وجود ضایعه کوچک، برداشتن آن و در صورتی که ضایعه وسیع باشد، ماستکتومی ساده توصیه می‌شود که به دنبال آن درمان دارویی ضد سل به مدت شش ماه ادامه می‌یابد.

با این که سل پستان بیماری نادری محسوب می‌شود ولی در کشورهای آندمیک باید در تشخیص افتراقی توده‌های پستان منظور گردد. موارد گزارش شده در تاریخ پزشکی بسیار محدود و اکثراً به صورت معرفی مورد(۱۱) یا موارد انگشت‌شمار بوده است(۱۲).

طالعی در ایران (۱۳۷۸) یک مورد سل پستان را به صورت اولیه در مردی ۳۷ ساله گزارش نموده است، اما براساس دانسته‌های ما سل پستان در زنان یائسه از ایران گزارش نشده است.(۱۳) بنابراین، مورد فوق نخستین مورد گزارش شده ایران در سنین یائسگی محسوب می‌شود. در هر صورت، گزارش این مورد نشان می‌دهد که در تشخیص افتراقی توده‌های پستان در کشور ما، سل پستان نیز باید در نظر گرفته شود.

فهرست منابع

1. Juan Rosai. ***Acherman,s surgical phihology.*** 8th ed. St. Louis, Mosby Company; 1996, P. 1197-98.
2. Haagensen CD. Infection of the breast. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Company; 1971, P. 335-6.
3. Hamit HF, Ragsdale TH. Mammary tuberculosis. ***J R Soc Med.*** 1982; 75(10): 764.
4. Mendes W-Da-s, Levi M, Levi GC. Breast tuberculosis: case report and litreature review. ***Rev Hos Clin Fac Med*** saopauo. 1966; 51: 136-7.
5. Chaudhuri M, Sen S, Sengupta J. Breast lumps: a study of 10 years. Journal of the Indian Medical Assosiation. 1995; 93(12): 455-7.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

www.SID.ir

Archive of SID

6. Makanjuola D, Murshid K, Al-Sulaimani A, Al Saleh M. Mammographic features of breast tuberculosis. ***Clin-Radiol.*** 1996; 51(5): 354-8.
7. Shide SR, Chandawarkar RY, Deshmukh SP. Tuberculosis of the breast masquerading as carcinoma: a study of 100 patients. ***World Journal of surgery.*** 1995; 19(13): 379-81.
8. Vassilakos P. Tuberculosis of the breast: cytologic finding with fine needle aspiration. ***ACTA. Cytol.*** 1973; 17(2): 160-5.
9. Divan RV, Shinde SR. Tuberculosis of breast. A clinicoradiologic study. ***Indian Radiology.*** 1980; 34: 275.
10. Kessler E, Wollech Y. Granulomatous mastitis: a Lesion clinically simulating carcinoma. ***Am J Clin Pathol.*** 1972; 58(6): 642-6.
11. Tereshin VS, Oksachenko OG, Fursa NI, Lar kina VS. A case of breast tuberculosis in patients with disseminated pulmonant tuberculosis. ***Problemy Tyberkuleza.*** 1998; (1): 55-6.
12. Zhivetskii AV. Tuberculosis of the breast. ***Vesrn-khir.*** 1979; 122(5): 56-8.
13. Talei A.R. Iranian] of medical Sciences. 1999; 24(182): 74-76.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

www.SID.ir