

مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان

باسلام و احترام

پس از حمد خدا و درود و صلوات بر محمد (ص) و آل محمد (ص)، باعنایت به برگزاری جلسات آموزشی نقش پزشک و ماما در نظام ارجاع سرطان پستان در سالجاری، دستورالعمل «نحوه برخورد با بیماری های خوش خیم پستان» به شرح زیر جهت اطلاع و اقدام لازم ارسال می گردد. خواهشمند است ترتیبی اتخاذ گردد تا این دستورالعمل در اختیار کلیه پزشکان و ماماهاى بخش دولتی و خصوصی شهرستان و همچنین پزشکان متقاضی برنامه پزشک خانواده شهری قرار گیرد:

بیماری های خوش خیم پستان گاهی با افزایش احتمال ابتلا به سرطان پستان همراه هستند اما همه بیماری ها این خطر را ندارند. بیماری های خوش خیم پستان را از نظر خطر ابتلا به سرطان به 3 دسته تقسیم می کنند:

- گروه بدون پرولیفراسیون (غیرپرولیفراتیو)
- گروه پرولیفراتیو بدون آتی پی
- گروه آتیپیک

◀ **گروه غیرپرولیفراتیو:** کیست ها، بیماری فیبروکیستیک، هیپرپلازی خفیف (تا 4ردیف سلولی)، تغییرات پاپیلری اپوکرین، لیپوم، نکروز چربی، گالاکتوسل، هامارتوم، آدنوم، ماستیت گرانولوماتوز.

لیپوم خوش خیم است و ریسک را بالا نمی برد. نکروز چربی ریسک را بالا نمی برد. گالاکتوسل ریسک را افزایش نمی دهد. هامارتوم: فیبرآدنولیپوم، مانند فیبروکیستیک است اما باید جراحی شود تا همه قسمت ها بررسی شود.

آدنوم: نوع توبولار و لاکتاتینگ دارد که نوع شیری، در بارداری ایجاد می شود. بدخیم نیستند و ریسک را زیاد نمی کنند.

ماستیت گرانولوماتوز: در گروه بیماری های التهابی پستان تقسیم بندی می شود. نیاز به درمان آنتی بیوتیکی دارد. آبه بزرگ ابتدا درناژ و سپس آنتی بیوتیک شروع می شود. در صورت پاسخ به آنتی بیوتیک، درمان دراز مدت با آنتی بیوتیک ادامه می یابد و در صورت عدم پاسخدهی، کورتون درمانی شروع و تا 6 ماه پیگیری می شود. اگر بیماری بهبود نیافت، بیمار به انکولوژیست ارجاع و درمان سایتوتوکسیک شروع می گردد. در صورت عدم بهبودی با این درمان، ماستکتومی انجام می شود.

این گروه ریسک سرطان را افزایش نمی دهند. پیگیری به صورت روتین انجام می شود.

◀ **گروه پرولیفراتیو:** هیپرپلازی داکتال، پاپیلوم، sclerosing adenosis، رادیال اسکار، فیبرآدنوم

اینها ریسک را 1/5-2 برابر می کنند. پیگیری بیمار 3 ماه بعد، 6 ماه بعد و سپس یک سال بعد انجام می شود.

پاپیلوماتوز (پاپیلوم های متعدد) ریسک را افزایش نمی دهد. درمان پاپیلوم منفرد یا متعدد جراحی است.

◀ **آتیپی (داکتال یا لبولار)** ریسک را 3/5-7/3 برابر می کنند و باید به عنوان گروه پر خطر پیگیری شوند.

فیبر آدنوم های پستانی

- توده های خوش خیم پستانی هستند و در اثر هیپرپلازی لبول های پستانی ایجاد می شوند. لذا در سنین 25-15 سال زیاد دیده می شوند و در سنین بالا غیر عادی است.
 - 50٪ کل بیوپسی ها و 75٪ بیوپسی های سنین زیر 20 سال را تشکیل می دهند.
 - در معاینه قوام لاستیکی دارند. متحرک هستند، سطح صاف دارند و در سونوگرافی جدار منظم یا ماکرولبوله دارند، در 15-10٪ موارد متعدد هستند.
 - در هنگام بارداری و مصرف هورمون رشد می کنند، اما بدخیم نمی شوند. 17٪ خود به خود کوچک می شوند. داروئی برای درمان آنها وجود ندارد..
 - ریسک بدخیمی پستان در این زنان 1/3-2 برابر بیشتر از بقیه است (به دلیل هایپرپلازی بودن). اما این توده ها بدخیم نمی شوند.
 - فرم کمپلکس ریسک بدخیمی بیشتری دارد (3 برابر) و خود ضایعه هم به ندرت بدخیم می شود و بهتر است خارج شود.
 - نوع (juvenile) Giant: سایز بالای 5 سانتی متر دارد و بدخیم نمی شود، فقط به علت بدفرمی پستان ممکن است جراحی شود و باید احتمال اختلال رشد بعدی به والدین و بیمار گفته شود.
 - در صورت بدخیمی با رشد غیر قابل قبول مشخص می شود.
 - بهترین ابزار تشخیصی سونوگرافی است و برای تأیید تشخیص FNA یا CNB توصیه می شود.
 - همه فیبرآدنوم ها نیاز به بیوپسی ندارند. اندیکاسیون های بیوپسی شامل موارد زیر می باشد:
- 1- سایز بالاتر از 2/5 سانتی متر،
 - 2- سن بیش از 35 سال (حتی اگر سایز توده زیر یک سانتی متر باشد)
 - 3- رشد بیشتر از حد متعارف (بیش از 20٪ در 6 ماه) 4
 - 4- شکل نامنظم در سونوگرافی (میکرولبوله بودن).
- کارسینوم های موسینوس و مدولاری ممکن است با فیبرآدنوم اشتباه شوند.
 - فیبرآدنوم ها BIRADS 3 هستند و باید پیگیری 3-6 ماهه شوند تا در صورت رشد سریع بیوپسی شوند. عده ای در افراد با ریسک بالا، بیوپسی یا جراحی برای ضایعات بزرگتر را همواره توصیه می کنند.

دکتر کمال حیدری
معاون بهداشتی و رئیس مرکز بهداشت استان

