• مقاله موردي

ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک

گزارش یک مورد ابتلا و مروری بر مقالات منتشره

* دکتر حسن نوبری[1]، دکتر محمد درویشی[2]

چکیده

ما موردی از ابتلا به بیماری ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک را در یک زن ایرانی ۳۰ ساله گزارش کرده ایم که با شکایت وجود دو توده دردناک در پستان سمت راست خویش مراجعه کرده بود. بدلیل آن که نتایج سیتولوژی آسپیراسیون اولیه خیلی مشکوک به بدخیمی بود ، ماستکتومی رادیکال تغییر یافته جهت بیمار انجام شد. تشخیص پاتولوژیک نهائی، ماستیت گرانولوماتوز لوبولار بدون شواهدی از بدخیمی بود. ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک نوعی بیماری التهابی نادر پستان است که علت آن نامعلوم است. تظاهرات بالینی بیماری شبیه به بدخیمی‌های پستان می‌باشد و به همین دلیل با کارسینوم پستان اشتباه گرفته شده و همانند آن درمان می‌شود. مرور مقالات منتشر شده در مورد بیماری ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک بیانگر آن است که این بیماری بیشتر در زنانی دیده می‌شود که سابقه زایمان و یا مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری را دارند. تشخیص بالینی با تصویرنگاری اغلب مشکل است. رزکسیون کامل و یا درمان با کورتیکوستروئید را می‌توان به عنوان درمان کامل و نهایی پیشنهاد نمود. از آنجایی که ۳۸% بیماران عود را تجربه می‌کنند، پیگیری طولانی‌مدت ضرورت دارد.

کلمات کليدي: ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیك ، کارسینوم پستان، ماستکتومي

مجله علمي ابن سينا / اداره بهداشت و درمان نهاجا (سال ۹، شماره ۲، پاييز ۱۳۸۵، مسلسل ۲۳)

۱. متخصص بيماري‌هاى عفونى وگرمسيرى ، استادیار دانشگاه علوم پزشکی آجا، بیمارستان بعثت نهاجا، بخش عفوني (*مؤلف مسؤول)

۲. متخصص بيماري‌هاى عفونى وگرمسيرى ، استادیار دانشگاه علوم پزشکی آجا

مقدمه:

ماستیت گرانولوماتوز، بیماری التهابی خوش خیم و نادر پستان است که علل متعددی از قبیل سل، سارکوئیدوز، واکنش نسبت به جسم خارجی و عفونت‌های قارچی و انگلی دارد، در مقابل ماستیت گرانولوماتوز مزمن که اولین بار توسط Kessler woolloch در سال ۱۹۷۲ بیشتر و واضح‌تر معرفی شد در حضور لوبولیت (التهاب لوبول‌های پستان) گرانولوماتوز نکروزه مزمن و غیر کازئیفیه مطرح می‌شود به شرطی که علت ایجاد کننده واضحی وجود نداشته باشد. از نظر بالینی بیماران با توده سفتی که شبیه به کارسینوم است مراجعه می‌کنند که ممکن است منجر به فرورفتگی (رتراکسیون) نوک پستان و ایجاد سینوس شده باشد، حتی یافته‌های ماموگرافی و سیتولوژی آسپیراسیون ظریف سوزنی (Fine Needle Aspiration Cytology:FNAC) هم گاهی اوقات به‌عنوان بدخیمی تفسیر می‌شوند.

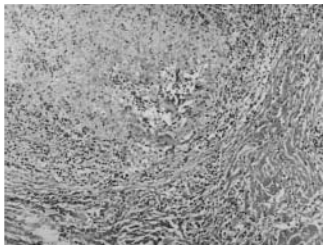
بیماری با شیردهی ارتباط دارد و مواردی از آن در طی حاملگی و دوره پس از زایمان نیز گزارش شده است و تعداد قابل توجهی از بیماران نیز در طی سه سال ابتدایی پس از زایمان دچار گسترش و رشد ضایعه شده‌اند. همراهی با کمبود آنزیم آلفا یک آنتی‌تریپسین و هیپرپرولاکتینمی (بالا بودن سطح پرولاکتین سرم) گزارش شده است. برداشتن ضایعه به روش جراحی همراه با تجویز استروئید و یا بدون آن، اساس درمان می‌باشد و بیش از نیمی از بیماران نیازمند بیش از یک بار عمل جراحی می‌باشند.

در این مقاله ما موردی از ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک را در یک زن ایرانی معرفی کرده و خصوصیات بالینی و مقالات منتشره در این زمینه را مرور می‌کنیم تا بتوانیم میزان آگاهی جراحان و پاتولوژیست‌ها را در مورد این بیماری مرموز افزایش دهیم و از انجام ماستکتومی غیر ضروری که هنوز هم انجام می‌شود پیشگیری نماییم.

معرفی بیمار:

بیمار، خانم ۳۰ ساله‌ای بود که به‌دنبال احساس درد در پستان راست که به ناحیه دست راست نیز انتشار داشت و از ۲ ماه قبل ایجاد شده بود مراجعه نمود. در معاینه، ۲ توده ي دردناک در پستان راست لمس شد که به‌صورت سرپایی تحت آسپیراسیون سوزنی قرار گرفت و به‌دلیل این‌که خیلی مشکوک به کارسینوم (سرطان پستان) بود بیمار به بیمارستان ارجاع گردید. بیمار سابقه‌ای از ابتلا به سل، سارکوئیدوز یا سایر بیماری‌های عفونی یا گرانولوماتوز را نداشت. بیمار یک بار زایمان کرده و کودک وی دختر هفت ساله‌ای می‌باشد و از IUDبه‌عنوان روش پیشگیری از بارداری استفاده کرده و به‌مدت ۲٤ ماه شیردهی داشته است. سابقه ابتلا به بیماری‌های پستان در اقوام درجه اول بیمار وجود نداشت. وي ۵ سال قبل سابقه تروما به پستان راست داشت. معاینه فیزیکی اولیه بیمار بیانگر ۲ توده باقوام سفت و دردناک به اندازه‌های۲*۳cm بوده که در ناحیه فوقانی داخلی پستان راست قرار داشت و از ۲ ماه قبل از مراجعه ایجاد شده بود. لنفادنوپاتی در ناحیه آگزیلاری لمس نشد. ماموگرافی بیمار نمایانگر دو کدورت با حدود نسبتاً صاف و منظم و بدون کلسیفیکاسیون در ربع فوقانی میانی پستان راست و همچنین افزایش دانسیته لوکالیزه در کناره تحتانی مدیال ناحیه رتروآرئولار پستان راست بود.

تومور به تدریج بزرگتر شده و به اندازه ٤*5cm بالغ گردیده، تندرنس آن افزایش یافته و بیمار دچار درد رادیکولر به دست راست گردید. مارکرهای سری تومور (CEA,CA 153) جهت بیمار درخواست گردید که منفی گزارش شد. تست هماگلوتینین تروپونماپالیدوم منفی بود و گرافی قفسه صدری بیمار یافته مشخصی نداشت. ESR بیمار و نیز سایر آزمایشات بیوشیمیائی درحد طبیعی بوده و نیز تست جلدی سل راکسیون کمتر از ۱۰ میلیمتر را نشان داد.



شکل ۱_نماي آسيب‌شناسي ماستيت گرانولوماتوز

بیمار تحت عمل جراحی رزکسیون ضایعه قرار گرفت و از غدد لنفاوی پیرامون نیز سه عدد بیوپسي جهت بررسی پاتولوژی به‌عمل آمد.

نمونه رزکسیون شده در نمای ظاهری شامل قطعاتی از نسج چربی به اندازه ۵cm*٤*۳/۵ بوده که قوام سفتی داشت و با ارتشاح منتشر غده پستان توسط سرطان (کارسینوم) همخوانی داشت. جهت بررسی میکروسکوپیک خمیری برش داده شد که در بررسی آنها نسج پستانی با التهاب واضح و بارز همراه با میکرو آبسه‌ها و نکروز دیده شد. التهاب شامل سلول‌های لنفوپلاسمایی بود که با تعدادی سلول‌های ژآنت چند هسته‌ای در کنارشان (به‌صورت مخلوط) دیده می‌شد و التهاب به نسج چربی و لوبول‌های پستان گسترش یافته بود و بررسی از نظر بدخیمی منفی بود. هیچ گونه شواهدی از ایجاد توبرکل و نکروز کازئیفیه وجود نداشت. تکنیک‌های رنگ‌آمیزی نمونه با , Nelson periodic acid- Schiff, Grocott Silver ziehl- methenamine, acid –fast, همگی منفی بودند. غدد لنفاوی زیربغلی عاری از تغییرات پاتولوژیکی گرانولوماتوز بودند.

تشخیص نهائی، ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک بود و بیمار از بدخیم نبودن بیماری خود مطلع گردید.

بحث:

ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک بیماری نادر خوش‌خیم پستان می‌باشد که تظاهرات بالینی و ماموگرافی مشابه سرطان پستان دارد. علت ایجاد کننده این بیماری نامعلوم می‌باشد؛ با اینحال این بیماری از نظر تشخیصی و درمانی حائز اهمیت است، زیرا بیش از نیمی از موارد گزارش شده ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک در ابتدا با سرطان پستان اشتباه شده بودند. به‌خصوص در مواردی که غدد لنفاوی موضعی نیز بزرگ شده بود. گاهی برخی از این بیماران تحت ماستکتومی قرار می‌گیرند که حاصل مثبت کاذب بودن نتایج FNAC است که این حالت در مورد بیمار معرفی شده این مقاله نیز رخ داده ودر موارد دیگری نیز گزارش شده است. انجام ماستکتومی براساس علائم بالینی، ماموگرافی و یافته‌های FNAC که منطبق بر بدخیمی باشد، به‌خصوص در بیماران جوان به نظر نمی‌رسد که کاملاً منطقی و صحیح باشد. به نظر می‌رسد که انجام Frozen Section و یا بیوپسی‌های قطعی و کامل بایستی جزیی از مراحل ارزیابی بیمارانی باشد که برای آنها کارسینوم پستان مطرح شده است و این اقدامات بایستی قبل از انجام ماستکتومی و یا جراحی پستان صورت گیرد. تشخیص ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک براساس رد سایر علل می‌باشد، تمامی علل عفونی و غیر عفونی ایجاد کننده التهاب گرانولوماتوز بایستی کنار گذاشته شوند. علاوه بر کارسینوم و ماستیت کارسینوماتوز، بایستی ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک را از سایر بیماری‌های التهابی مزمن پستان از قبیل اکتازی مجاری پستانی، گرانولومای وگنر، سارکوئیدوز، سل و هیستوپلاسموزیس افتراق داد. مشخصه ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک، فرآیند التهاب مزمن لوبولی و التهاب گرانولوماتوز غیرکازئیفیه می‌باشد. ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک معمولاً یک طرفه است، که در بیمار معرفی شده نیز چنین وضعیتی داشت ولی مواردی از درگیری دو طرفه پستان نیز گزارش شده است. این موضوع که چرا در اکثریت مطالعات، از جمله همین مورد، پستان راست بیشتر درگیر می‌باشد را نمی‌توانیم توجیه کنیم. اکثریت مبتلایان به این بیماری زنان باروری هستند که سن کمتر از پنجاه سال دارند که بیمار معرفی شده نیز ۳۰ ساله می‌باشد، مواردی از بیماری در سنین پائین‌تر از جمله در سن ۱۱ سالگی گزارش شده است. ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک با شیردهی و حاملگی مرتبط می‌باشد و بیمار ما نیز سابقه بارداری و ٢٤ ماه شیردهی را متذکر می‌باشد. همچنین برخی از مطالعات نشانگر ارتباط بین مصرف OCP و ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک می‌باشند ولی بیمار ما سابقه مصرف داروی خوراکی پیشگیری از بارداری را ذکر نکرد.

درمان توصیه شده برای ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک رزکسیون کامل یا بیوپسی باز ضایعه همراه با تجویز کورتیکواستروئید می‌باشد. در برخی موارد ممکن است آبسه،

فیستول و ترشح مزمن و طولانی‌مدت چرکی نیز مشاهده شود. در مجموع بایستی تشخیص ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک مد نظر باشد تا از اشتباه شدن با کارسینوم اجتناب گردد.

مراجع

1. Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma. *Am J Clin Pathol.* 1972;58:642–6.
2. Cohen C. Granulomatous mastitis: a review of 5 cases. *S Afr Med J* 1977;52:14–6.
3. Brown LK, Tang PHL. Postlactational tumoral granulomatous mastitis: a localized immune phenomenon. *Am J Surg.* 79;138:326–9.
4. DeHertogh DA, Rossof AH, Harris AA, Economou SG. Prednisone management of granulomatous mastitis. *N Engl J Med.* 1980;308:799–800.
5. Carmalt HL, Ramsey-Stewart G. Granulomatous mastitis. *Med J Aust.* 1981;1:356–9.
6. Fletcher A, Magrath IM, Riddell RH, Talbot IC. Granulomatous mastitis: a report of seven cases. *J Clin Pathol.* 1982;35:941–5.
7. Going JJ, Anderson TJ, Wilkinson S, Chetty U. Granulomatous lobular mastitis. *J Clin Pathol.* 1987;40:535–40.
8. Banerjee A, Green B, Burke M. Tuberculous and granulomatous mastitis. *Practitioner.* 1989;233:754–7.
9. Osborne BM. Granulomatous mastitis caused by histoplasma and mimicking inflammatory breast carcinoma. *Hum Pathol.* 1982;20:38–42.
10. Macansh S, Greenberg M, Barraclough B, Pacey F. Fine needle aspiration cytology of granulomatous mastitis:reports of a case and review of the literature. *Acta Cytol.* 990;34:38–42.
11. Jorgensen MB, Nielsen DM. Diagnosis and treatment of granulomatous mastitis. *Am J Med.* 1992;93:97–101.
12. Donn W, Rebbeck P, Wilson C, Gilks CB. Idiopathic granulomatous mastitis: a report of three cases and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med.* 994;118:822–5.
13. Miliauskas JR, Pieterse AS, Williams RS. Granulomatous lobular mastitis. *Aust NZ J Surg.* 1995;65:139–41.
14. Salam IM, Alhomsi MF, Daniel MF, Sim AJW. Diagnosis and treatment of granulomatous mastitis. *Br J Surg.* 995;82:214.
15. Takahashi H, Hongo T, Sasaki H, Hata Y, Uchino J, Annen K, Fujioka Y. A case of chronic granulomatous mastitis which needed to be differentiated from breast cancer. *yugan no Rinsho.* 1992;7:637–42.
16. Nakamura M, Kashiwase Y, Sunaga Y, et al. Granulomatous mastitis: a report of a case. *Nippon Rinsho Saibou Gakkai Zasshi.*1995;34:485–91.

Idiopathic granulomatous mastitis: Case report and review of the literature

Nobari H, M.D.

Air force Be'sat hospital

Darvishi M.D

Air force Be'sat hospital

Abstract:

We report a case of idiopathic granulomatous mastitis in a 30-year-old Iranian woman, who came to our hospital complaining of two tender masses in her right breast. Because the results of the initial aspiration cytology were considered highly suspicious for carcinoma, modified radical mastectomy was performed. However, the final histological diagnosis was granulomatous lobular mastitis with no evidence of malignancy. Idiopathic granulomatous mastitis is a rare inflammatory breast disease of unknown etiology. Since the clinical manifestations are similar to those of mammary carcinoma, this condition has been misdiagnosed as carcinoma and treated as such. A review of the literature revealed that idiopathic granulomatous mastitis tends to occur in young patients with a history of childbirth or oral contraceptive use. Clinical or imaging radiologic diagnosis is often difficult. Complete resection or corticosteroid therapy can be recommended as the optimal treatment. Since 38% of patients experience recurrence, long-term follow-up is indicated.

Key Words: Idiopathic granulomatous mastitis, Mammary carcinoma, Mastectomy