سل پستان در بارداری؛ گزارش یک مورد

بهناز خدا بخشی: دانشیار گروه داخلی و عفونی، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

فاطمه مهرآور [۱]: دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی

چکیده

مقدمه: اگرچه بیماری سل در مناطق اندمیک بسیار شایع است اما سل پستانی از نادرترین انواع سل خارج ریوی می باشد. سل پستانی به دلیل بروز بسیار کم و احتمال اشتباه در تشخیص با سرطان پستان و آبسه های عفونی مزمن پستانی، مورد توجه قرار گرفته است. در دوران بارداری بطور فیزیولوژیک، افزایش ترشح هورمون های استروژن و پروژسترون موجب افزایش جریان خون و تغییرات نسج پستان می شوند و در نتیجه احساس تورم، درد، سوزش و حساسیت غیرعادی در لمس ایجاد می گردد. از طرفی بزرگ، توده ای و دردناک شدن پستان ها، رایج ترین علائم اولیه سل پستانی می باشد.

معرفی مورد: بیمار خانمی ۲۸ ساله و باردار از شهرستان گرگان است که در اوایل ماه سوم بارداری، توده ای سفت، بدون درد و ترشح شیر در پستان چپ ظاهر گردید. جواب امتحان مستقیم و کشت باکتریال از لحاظ عامل مولد سل منفی ولی بررسی های بافت شناسی ضایعه پستان مؤید گرانولوماتوز ماستیت همراه با آبسه بوده است .بیمار بعد از خارج نمودن توده با عمل جراحی و تجویز داروهای ضد سل بهبودی قابل توجهی نشان داد.

بحث و نتیجه گیری: کشت بافت پستان از نظر باکتری شناسی، روش تشخیص طلایی سل پستان می باشد. جراحی و درمان ضد سل روش درمانی سل پستانی در بارداری می باشد. استان گلستان جزء مناطق اندمیک بیماری سل است و سل پستان باید در مناطق اندمیک به عنوان تشخیص های افتراقی مد نظر قرار گیرد.

کلید واژه ها: سل پستان، سل خارج ریوی، بارداری، گزارش مورد.

[۱]. ایمیل نویسنده مسئول: Mehravar10261@yahoo.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.6.9]

مقدمه

اگرچه بیماری سل در مناطق اندمیک بسیار شایع است اما سل پستانی از نادرترین انواع سل خارج ریوی می باشد زیرا نسوج پستانی در قیاس با ارگان های دیگر مکان مناسبی برای بقا و تکثیر مایکوباکتریوم توبرکلوزیس محسوب نمی شود و فقط ۱/۰۴ -۰/۰۲۵ درصد از بیماری های پستان را شامل می شود(۱). سل پستان برای اولین بار توسط آقای Cooper در سال ۱۸۲۹ به عنوان نادرترین شکل سل خارج ریوی کشف شد(۲). امروزه سل پستانی به دلیل بروز بسیار کم و احتمال اشتباه در تشخیص با سرطان پستان و آبسه های عفونی مزمن پستانی، مورد توجه قرار گرفته است(۳). سل پستانی اغلب اشتباه تشخیص داده می شود و بیماران قبل از تشخیص قطعی تحت درمان های تهاجمی قرار می گیرند(۴).

در دوران بارداری بطور فیزیولوژیک، افزایش ترشح هورمون های استروژن و پروژسترون موجب افزایش جریان خون و تغییرات نسج پستان می شوند و در نتیجه احساس تورم، درد، سوزش و حساسیت غیرعادی در لمس ایجاد می گردد(۵). حساسیت پستان در لمس یکی از علائم اولیه بارداری است و معمولاً حدود هفته ۴ تا ۶ بارداری شروع شده و در تمام طول سه ماهه اول باقی می ماند(۶). بزرگ، توده ای و دردناک شدن پستان ها، رایج ترین علائم سل پستانی می باشد(۷). برخی از روش های تشخیصی سل پستانی شامل (fine needle aspiration cytology) FNAC، تست مانتو، بیوپسی، ماموگرافی و سونوگرافی می باشد که سونوگرافی برای بیمارانی که توده و ترشح نوک پستانی دارند و ماموگرافی برای تمامی زنانی که بالای ۳۵ سال سن داشته باشند انجام می گردد(۸).

یافته های رادیولوژی سل پستان متفاوت می باشد. درسونوگرافی ممکن است توده هیپواکوژن مشاهده شود و در ماموگرافی کلسیفیکاسیون ضایعه وجود دارد، ولی هیچ یک از این اقدامات افتراق بین ضایعه بدخیم و سل پستان را مشخص نمی کند(۹). برای تشخیص افتراقی لازم است تمام مواردی که ترشحات چرکی از پستان دارند حتماً از نظر سل بررسی شده و نمونه پاتولوژی از نظر سلول های بدخیم و هم از نظر نکروز کازوئوز بررسی گردد. در حدود ۷۵ درصد موارد تشخیص سل پستان توسط پاتولوژی می باشد و تنها در ۲۵درصد موارد کشت مایکوباکتریوم توبرکلوزیس مثبت می باشد (۱۰). درمان سل پستان به صورت توام با جراحی و درمان طبی ضد سل انجام می شود. درصورت وجود ضایعه کوچک، برداشتن آن و در صورتی که ضایعه وسیع باشد، ماستکتومی ساده توصیه می شود که به دنبال آن درمان دارویی ضد سل به مدت شش ماه ادامه می یابد (۳و۴). تمامی بیماران باید تحت درمان ضد سل DOTS Cat-III (2 HRZ + 7 HR) برای ۹ ماه قرار بگیرند. علاوه بر این آسپیراسیون آبسه و خارج کردن کامل توده و تخلیه ی آبسه نیز به تناسب شرایط بیمار انجام خواهد شد(۱۱). در زنان جوان در سن باروری با هر توده قابل لمس در پستان باید به فکر سل پستان بود هر چند در سنین بالا نیز ممکن است علت توده پستانی سل باشد(۱۲). هدف از این مطالعه، معرفی یک مورد سل پستان که در دوران بارداری تشخیص داده شد، می باشد.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۲۸ ساله، متاهل، باردار (G2P1A0)، دارای یک فرزند پسر، خانه دار، دارای تحصیلات دانشگاهی، از قومیت فارس و ساکن شهر گرگان می باشد. در اسفند ماه سال ۱۳۹۰، در اوایل ماه سوم بارداری اش، متوجه توده ای سفت، کوچک، بدون درد و ترشح شیر تقریبا غلیظ به رنگ قهوه ای روشن در پستان چپ شد و به پزشک متخصص زنان مراجعه کرد. در شرح حال، بیمار سابقه ی هیچ یک از موارد تب، لرز، سرفه، خلط و عرق شبانه، بیماری زمینه ای خاص و تماس با بیمار سلی را بیان ننمود. بیمار سابقه ی یک بار زایمان طبیعی و شیردهی از پستان مبتلا را نیز داشته است. به بیمار گفته شد این علائم ناشی از تغییرات هورمونی است که در طول دوران بارداری طبیعی است و یک دوره ۳۰ روزه تحت درمان با

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.6.9]

داروی آنتی بیوتیک قرار گرفت. بعد از دوره ی درمانی، ترشحات پستان قطع گردید اما توده همچنان بزرگتر از پیش شد. به توصیه پزشک زنان، بیمار در ماه چهارم بارداری، به فوق تخصص بیماری های داخلی ارجاع داده شد. بعد از سونوگرافی و احتمال سابقه ی ترومای پستان، بیمار مجدداً تحت درمان با داروهای آنتی بیوتیک و استفاده از کیسه آب گرم قرار گرفت، اما علائم تغییری نکرد و توده همچنان باقی و دردناک بود. بیمار در ماه پنجم بارداری، به پزشک جراحی عمومی مراجعه کرد. به علت منفی بودن جواب امتحان مستقیم و کشت باکتریال و فقدان یافته ای دال بر اکتینومایکوز (گرین یا اکتینومیست) و باسیل اسید فست، از ضایعه ی پستانی نمونه برداری شد و نتایج پاتولوژی، توده ای به ابعاد ۷ × ۵/۵ × ۳ سانتیمتر و گرانولوماتوز ماستیت همراه با آبسه های کوچک و نکروز پنیری مطابق با سل، در پستان سمت چپ را نشان داد و از نظر کارسینوم پستان نیز منفی گزارش گردید. به علت باردار بودن بیمار، رادیوگرافی قفسه سینه انجام نشد. لذا با تشخیص سل پستانی، عمل جراحی در خرداد ماه ۱۳۹۱، جهت خارج نمودن توده پستان چپ انجام شد و توده مزبور به صورت کامل خارج گردید.

بیمار پس از عمل جراحی تحت نظر پزشک متخصص عفونی قرار گرفت و با داروهای خط اول ضد سل در بارداری، تحت درمان قرار گرفت و پاسخ به درمان نیز موفقیت آمیز بود به طوری که در معاینه ی پس از دو ماه به جز اسکار عمل جراحی، توده و فیستول در پستان مشاهده و لمس نشد.

بحث و نتیجه گیری

درگیری پستان در بیماری سل بسیار نادر است(۲و۱) و سل پستان بیشتر به صورت اولیه مشاهده می شود و سابقه قبلی و یا تماس با فرد مسلول نادر است(۹) و بیمار ذکر شده نیز مشابه مطالعات قبلی مبتلا به سل اولیه پستان بوده و سابقه قبلی سل یا سابقه تماس با بیمار مسلول را نداشته است.

علائم سل فعال در زنان باردار می تواند غیر اختصاصی باشد و ممکن است با تغییرات فیزیولوژیک پستان در دوران بارداری مشابهت داشته باشد(۱۰). سل پستانی نیز با علائمی مانند بزرگ و توده ای شدن پستان ها، ترشح شیر و درد و حساسیت همراه است(۷). در بیمار معرفی شده نیز توده ای سفت و بدون درد، همراه با ترشح شیر تقریباً غلیظ از پستان چپ وجود داشت اما علائمی از تب، لرز، سرفه، خلط و عرق شبانه نداشت.

نکته ای که در این بیماری حائز اهمیت است، ضعف ایمنی اولیه، به خصوص بیماری مزمن گرانولوماتو (CGD) و ضعف ایمنی سلولی است(۱۳) که به عنوان تشخیص افتراقی در این بیمار نیز مورد بررسی قرار گرفت و تست های تشخیصی در دسترس از این نظر طبیعی بود.

از نظر بالینی اکتینومایکوزیس نیز باید مد نظر باشد گرچه این بیماری در پستان نادر است(۱۴) و از طرفی رد کردن کارسینوم پستان در این مورد، با استفاده از نتایج آسیب شناسی ضایعه ی پستانی صورت گرفت.

تشخیص قطعی در بیمار مورد مطالعه ی ما همانند موارد گزارش شده ی دیگر(۱۳و۷و۱) تنها بر اساس نتایج بیوپسی و کلینیکی و پاسخ به درمان بوده است و به دلیل باردار بودن بیمار رادیوگرافی قفسه سینه انجام نشد. در بیمار مورد مطالعه ما نیز مانند موارد مشابه(۱۴) درمان جراحی همراه با درمان دارویی ضد سل صورت گرفت و فقط به علت باردار بودن بیمار و اثرات جانبی استرپتومایسین بر جنین، از این دارو در رژیم دارویی ضد سل استفاده نشد.

مردانی و نوریان در ایران (۱۳۸۱) به معرفی یک مورد سل پستان در یک خانم یائسه و طالعی نیز در سال ۱۳۷۸ به گزارش یک مورد سل پستانی در یک مرد ۳۸ ساله پرداخته است(۱۴) اما تاکنون در هیچ گزارش موردی در ایران و خارج از ایران، به بروز سل پستانی در یک خانم باردار پرداخته نشده است. بنابراین مورد معرفی شده ی ما به عنوان اولین معرفی مورد سل پستانی در خانم باردار جوان بوده است.گزارش این مورد نشان می دهد که اگرچه وجود درد و حساسیت و ترشح شیر از پستان ها در دوران بارداری طبیعی به نظر می رسد و ناشی از تغییرات فیزیولوژیک و هورمونی در دوران بارداری است، اما از آنجایی کشور ایران و به خصوص استان گلستان جزء مناطق آندمیک بیماری سل می باشد، سل پستانی باید به عنوان تشخیص های افتراقی در زنان بارداری با اینگونه علائم کلینیکی، مد نظر قرار بگیرد.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.6.9]

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند از همکاری صمیمانه خانواده محترم بیمار مورد مطالعه نهایت تشکر و قدردانی را داشته باشند.

References

1. Tanrikulua CA, Abakaya A, Abakayb O, Kapan M. Breast Tuberculosis in Southeast Turkey: Report of 27 Cases. Breast Care 2010; 5:154-157.
2. Cooper A: Illustration of the Diseases of the Breast. Part I. London, Longman, Rees, Orme, Brown and Green, 1829, p. 7.
3. Garima M, Ankur M, Sidharth V. Breast Tuberculosis Clinical Spectrum and Management. Indian J Surg 2010; 72(6):433–437.
4. Sen M, Gorpeligoglu C, Bozer M. Isolated primary breast tuberculosis-report of three cases and review of literature. Clinics. 2009; 64:607–610.
5. Padden DL. Mastalgia: evaluation and management. Nurse Pract forum. 2000; II (4):213-8.
6. Abduljalil K, Furness P, Johnson TN, Rostami-Hodjegan A, Soltani H. Anatomical, physiological and metabolic changes with gestational age during normal pregnancy: a database for parameters required in physiologically based pharmacokinetic modelling. Clin Pharmacokinet. 2012 Jun 1; 51(6):365-96. [Persian].
7. Mirsaeidi SM, Masjedi MR, Mansouri SD, Velayati AA. Tuberculosis of the breast: report of four clinical cases and literature review. Health J. 2007; 13:670-676. [Persian].
8. Sriram KB, Moffatt D, Stapledon R. Tuberculosis infection of the breast mistaken for granulomatous mastitis. Cases J. 2008; 1:273.
9. Arora VK, Rajnish G. Tuberculosis and pregnancy. Golden Jubilee Contribution. Ind J Tub, 2003; 50, 13.
10. Oh KK, Kim H, Kook S. Imaging of tuberculosis in breast. Eur Rad J. 1998; 8(8): 147-80.
11. Baharoon S. Tuberculosis of the breast. Ann Thorac Med. 2008;3:110-114.
12. Green RM, Ormerod LP. Mammory tuberculosis. Int Tuberc Lung J. 2000; 4(8): 788- 90.
13. Khanna R, Prasanna GV, Gupta P, Kumar M, Khanna S, Khanna AK. Mammary tuberculosis: report on 52 cases. Postgrad Med J 2002; 78(921):422-4.
14. Morsad F, Ghazli M, Boumzgou K, Abbassi H, El KM, Matar N et al. [Mammary tuberculosis: a series of 14 cases]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2001; 30(4):331-7

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.6.9]