فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، سال اول، شماره سوم، زمستان ۱۳۸۷

ماستیت گرانولوماتوز، اریتماندوزوم و الیگو آرتریت دریک خانم حامله (گزارش موردی)

آسیه الفت بخش: استادیار پژوهش جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران، متخصص جراحی عمومی مرکز بیماری‌های پستان
تکتم بهشتیان: متخصص رادیولوژی، مرکز بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران
غلامرضا اسماعیلی جاوید: مربی پژوهش، جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: ماستیت گرانولوماتوز نوعی التهاب مزمن نادر در پستان است و اریتماندوزوم، تظاهر نادرتر این بیماری در بافت‌های دیگر غیر از پستان است. از نظر کلینیکی و نمای ماموگرافی، این بیماری ممکن است سرطان پستان را تقلید نماید؛ در حالی که تشخیص صحیح می‌تواند از انجام ماستکتومی غیرضروری جلوگیری کند. همچنین در موارد همراهی با اریتما ندوزوم، بیماری سارکوییدوز در تشخیص افتراقی قرار می‌گیرد.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۳۰ ساله ای بودند که در هفته ۳۲ حاملگی با شکایت توده بزرگ و دردناک پستان راست مراجعه نمودند و سابقه آرتریت و علایم پوستی در مفصل مچ پای راست ۳ ماه قبل داشتند و با تشخیص اریتما ندوزوم تحت درمان بودند. سونوگرافی به نفع آبسه و فیستول زیر جلدی بود. درناژ آبسه انجام و نتیجه پاتولوژی جدار آبسه ماستیت گرانولوماتوز گزارش شد. بیمار تحت درمان با کورتیکواستروییید قرار گرفت.

نتیجه گیری: ماستیت گرانولوماتوز یک بیماری اتو ایمون است و موارد نادری از همراهی این بیماری با اریتما ندوزوم و آرتریت گزارش شده است که مؤید اتوایمون بودن بیماری است. تشخیص افتراقی بیماری از کانسر پستان از اهمیت زیادی برخوردار است و بیشترین درمان پیشنهادی کورتیکوتراپی می‌باشد.

واژه های کلیدی: ماستیت گرانولوماتوز، اریتما ندوزوم، منوآرتریت

آدرس نویسنده پاسخگو: خیابان انقلاب، خیابان ابوریحان، خیابان وحید نظری، پلاک ۴۵، مرکز بیماری‌های پستان، دکتر آسیه الفت بخش
تلفن: ۶۶۹۵۲۰۴۰- ۰۲۱ پست الکترونیک: folfatbakhsh@yahoo.com

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

[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.8.0]

مقدمه

خانم ۳۰ ساله حامله ای در هفته ۳۲ حاملگی با شکایت توده بزرگ و دردناک در پستان راست به مرکز بیماری‌های پستان مراجعه نمودند. در سابقه پزشکی، بیمار حدود ۳ ماه قبل دچار آرتریت در مفصل مچ پای راست شده و با توجه به نمای تیپیک اریتم ندوزوم و آرتریت، به تشخیص روماتولوژیست ابتدا work up سیستمیک از نظر بیماری های خودایمنی و سارکوئیدوز برای بیمار انجام شد. به علت حاملگی از بیمار CXR بعمل نیامد ولی تست‌های تشخیصی سارکوئیدوز از جمله ACE منفی بوده و نهایتاً بیمار تحت درمان با کورتون قرار گرفت. بعد از مدت کوتاهی از شروع درمان، علائم روماتولوژیک کاملاً فروکش کرد تا اینکه مجدداً در هفته ۳۲ حاملگی بیمار متوجه توده بزرگ دردناکی در پستان راست شد. از توده بیمار در مرکز دیگری FNA بعمل آمده که نتیجه آن fatty tissue بوده و بیمار با تشخیص ماستیت و آبسه پستان تحت درمان آنتی‌بیوتیکی قرار گرفت، اما به علت عدم بهبود علائم و پیشرفت توده، به مرکز بیماری‌های پستان مراجعه نمود. سابقه فامیلی بیمار از نظر کانسر پستان منفی بود. در معاینه تب نداشته و در لمس پستان، توده بزرگ ۱۰×۱۰cm با قوام سفت و دردناک بدون اریتم و گرمی در ساعت ۱۲ پستان راست وجود داشت. همچنین غده لنفاوی ۱×۱cm آگزیلر راست به دست می خورد. پستان و آگزیلر چپ نرمال بودند. علائمی از آرتریت یا تغییرات پوستی در مفصل مچ پا وجود نداشته و بیمار تحت درمان با دوز پایین کورتیکواستروئید بود (۱۰ میلی گرم روزانه).

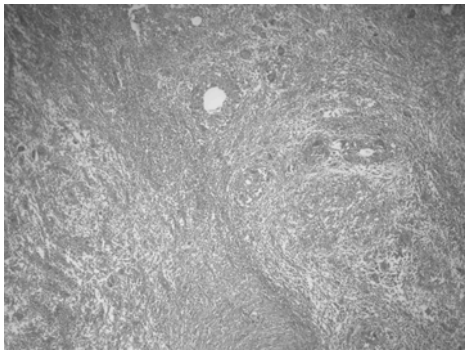
در سونوگرافی، توده چند حفره ای همراه با شواهد تشکیل فیستول در بعضی از نقاط آن، در ساعت ۱۲ پستان راست گزارش شد. FNA از توده مذکور به نفع آبسه و محتویات آن چرک غلیظ زرد مایل به سبز و بدون بو بود. لذا بیمار کاندید تخلیه آبسه و بیوپسی از جدار آبسه شد. تخلیه آبسه تحت بی حسی موضعی و در محل حداکثر تموج انجام شد. نمونه‌ای از ترشحات غلیظ آبسه، جهت کشت از نظر میکروارگانیسم‌ها و TB فرستاده شد، حفرات آبسه به هم متصل شده و بیوپسی از جدار آبسه برداشته شد.

بعد از تخلیه آبسه، درد و حساسیت پستان کمتر شده ولی سفتی محل ادامه پیدا کرد. نتیجه کشت از نظر میکروارگانیسم‌ها و میکوباکتریوم توبرکلوزیس منفی بوده و نتیجه پاتولوژی ماستیت گرانولوماتوز گزارش شد.

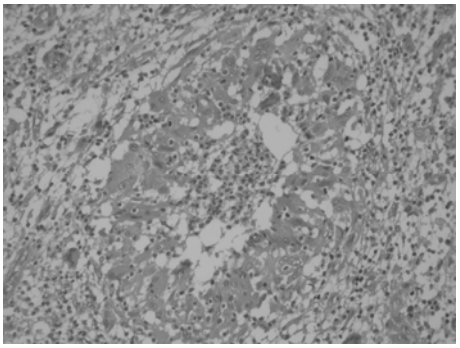
بیمار با دوز پایین کورتون (۷/۵mg روزانه) تحت درمان و کنترل بوده اما بعد از زایمان و شیردهی دچار درگیری پستان مقابل و عود بیماری در همان سمت همراه با تشکیل فیستول به سطح پوست شد. لذا توصیه به قطع شیر دهی شده و کورتون با دوز بالا (۴۵ mg) روزانه تجویز شد. توده های بیمار دوطرفه کوچکتر شده ولی کاملاً محو نشدند و به بیمار توصیه شد جهت جراحی توده‌های باقیمانده مراجعه نمایید اما تمایل خود بیمار به ادامه درمان دارویی بود.

تصاویر ذیل مربوط به لام‌های پاتولوژی است که از بیوپسی جدار آبسه این بیمار تهیه شده است و تغییرات بافتی را در ماستیت گرانولوماتوز نشان می دهد.

شکل۱- قسمتی از دو لبول پستان با انفیلتراسیون سلول‌های التهابی مزمن. لبول‌ها توسط بافت فیبرو احاطه شده اند. در قسمت بالای شکل تعدادی سلول ژانت دیده می‌شود. رنگ‌آمیزی H&E – بزرگنمایی ۴۰



شکل۲- گرانولوم با میکرو آبسه مرکزی رنگ آمیزی H&E– بزرگنمایی۴۰۰



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

[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.8.0]

بحث و نتیجه گیری

ماستیت گرانولوماتوز لوبولر یا ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیک یک بیماری التهابی مزمن نادر پستان است که اتیولوژی آن ناشناخته است [۸ و ۱۰].

اولین بار Kessler و Wollach ماستیت‌گرانولوماتوز را در سال ۱۹۷۲ شرح داده و تأکید کردند که با عوامل عفونی و توبرکلوز ارتباط ندارد [۱۱]. عقیده بر این است که این بیماری یک عارضه اتوایمون بافت پستان است که معمولاً در خانم های جوان زایمان کرده اتفاق می افتد [۱]. شایعترین علامت آن توده پستان دردناک است اما علائمی چون تشکیل سینوس و آبسه نیز دیده می شود. از نظر بالینی و ماموگرافی ممکن است نمای کانسر پستان را تقلید کند [۱، ۵، ۸ و ۹]. نمای ماموگرافی بیماری می‌تواند به صورت دانسیته فوکال غیرقرینه با حاشیه نامنظم، توده نامنظم با حاشیه spiculated یا ندول متعدد دو طرفه باشد.

در سونوگرافی معمولاً توده هیپواکوهتروژن همراه با حفرات آبسه و ساختمان‌های توبولر (فیستول مانند) مشاهده می شود. از روش‌های تشخیصی دیگر می توان به سونوگرافی داپلر یا MRI اشاره نمود [۱۲].

تشخیص سیتولوژیک با FNA از توده ممکن است منجر به خطای تشخیصی با توبرکلوز یا کارسینوم شود [۱۳]. در سیتولوژی انفیلتراسیون نوتروفیلیک در زمینه، تعداد زیاد هیستوسیت‌های اپی تلوئید و عدم وجود نکروز به نفع تشخیص ماستیت گرانولوماتوز است، ولی تشخیص قطعی با بیوپسی سوزنی یا بیوپسی اکسیزیونال و نتیجه هیستوپاتولوژی است [۷، ۱۳و ۱۴].

نمای پاتولوژیک بیماری به صورت جایگزینی و تخریب سلول‌های پستان با التهاب گرانولوماتوز غیر کازئیفیه و وجود سلول‌های ژانت، سلول‌های اپی تلوئید، لکوسیت و ماکروفاژ در زمینه است [۱۵]. سایر بیماری‌های گرانولوماتوز سیستمیک مثل سارکوئیدوز، گرانولوماتوز وگنر و توبرکلوز باید در تشخیص افتراقی رد شوند و آزمایش‌های میکروبیولوژی استاندارد و اختصاصی انجام شود [۱۶].

همراهی ماستیت گرانولوماتوز با اریتم ندوزوم اولین بار در سال ۱۹۸۷ توسط Adams گزارش شد. پس از آن موارد متعددی از این بیماری همزمان با اریتم ندوزوم و الیگوآرتریت از کشورهای مختلف گزارش شده است. اریتم ندوزوم در این موارد تظاهر خارج پستانی ماستیت گرانولوماتوز معرفی شده است [۱۵].

اتیولوژی بیماری اریتم ندوزوم می تواند درمان‌های داروئی، گلودرداستریپتوکوکی، بیماری قارچی، منونوکلئوز عفونی، IBD، حاملگی و بالاخره سارکوئیدوز باشد.

در مورد این بیمار، اریتم ندوزوم و آرتریت مفصل مچ پا اولین علائم بیماری بودند. تست‌های تشخیصی سارکوئیدوز (ACE) منفی بوده، CXR و Chest CT-scan که بعد از زایمان انجام شدند از نظر سارکوئیدوز منفی بودند.

درحال حاضر هنوز درمان قطعی پذیرفته شده‌ای برای ماستیت گرانولوماتوز وجود ندارد. تا زمانی که بتوان نتایج زیبائی خوبی بدست آورد، اکسیزیون وسیع ضایعه نتیجه درمانی سریع و ایمنی است و در موارد عود، درمان دارویی کمکی توصیه می‌شود [۱۱و ۱۶]. انتخاب های مناسب دیگر درمان استروئید خوراکی با دوز ۶۰ میلی‌گرم روزانه به مدت ۶ هفته و قطع تدریجی دارو و جراحی در صورت عود مجدد [۱۷و۱۸]، درمان انتظار و محافظه کارانه با پیگیری در فواصل نزدیک [۷و۹] و بالاخره استفاده از متوترکسات و کلشی سین در موارد مقاوم به درمان کورتیکوتراپی هستند [۹و۱۹]. لازم است در موارد کورتیکوتراپی حتماً علل عفونی رد شده و در موارد آبسه، درمان آنتی بیوتیکی، قبل از شروع استروئید خوراکی انجام شده باشد. درمان ایمونو ساپرسیو باید تا بهبود کامل بیماری ادامه داشته باشد زیرا شانس عود بیماری تا ۵۰٪ گزارش شده است. از آنجایی که شانس عود بیماری تا مدت‌ها بعد از قطع درمان وجود دارد، پیگیری طولانی مدت بیمار توصیه شده است. هنوز مشخص نیست درمان طولانی با دوز کم استروئید، از عود مجدد جلوگیری می‌کند یا نه؟ [۱۷].

در مواردی که اکسیزیون وسیع موضعی منجر به دفرمیته شده باشد، توصیه می‌شود بازسازی با فاصله از جراحی اول انجام شود تا دوره درمان ایمونوساپرشن تمام شده و شانس عود کمتری وجود داشته باشد. ضمناً ترمیم با پروتز توصیه نشده و بهتر است از روش‌های ترمیم بافتی مثل فلپ لاتیسموس استفاده کرد [۱۶].

در مورد درمان فیستول نیز درمان کنسرواتیو توصیه شده است [۲۰].

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

[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.8.0]

نتیجه: تشخیص افتراقی ماستیت گرانولوماتوز ازکانسر پستان بسیار مهم است. همراهی این بیماری با علائمی چون اریتم ندوزوم و آرتریت، ماهیت اتوایمون بودن آن را ثابت می کند. تشخیص قطعی بیماری با بیوپسی داده می‌شود. درمان پذیرفته شده یکسانی برای بیماری وجود ندارد اما جراحی و برداشت ضایعه، درمان طولانی مدت با کورتیکواستروئید و بالاخره درمان ترکیبی با کلشی سین یا متوترکسات توصیه شده است.

منابع

1. Adams DH, Hubscher SG, Scott DG. Granulomatous mastitis--a rare cause of erythema nodosum. Postgrad Med J 1987; 63(741): 581-2.

2. Goldberg J, Baute L, Storey L, Park P. Granulomatous mastitis in pregnancy. Obstet Gynecol 2000; 96(5 Pt 2): 813-5.

3. Al-Khaffaf BH, Shanks JH, Bundred N. Erythema nodosum-an extramammary manifestation of granulomatous mastitis. Breast J 2006; 12(6): 569-70.

4. Bani-Hani KE, Yaghan RJ, Matalka II, Shatnawi NJ. Idiopathic granulomatous mastitis: time to avoid unnecessary mastectomies. Breast J 2004; 10(4): 318-22.

5. Weber JC, Gros D, Blaison G, Martin T, Storck D, Pasquali JL. Granulomatous mastitis, erythema nodosa and oligoarthritis. Apropos of a case. Rev Med Interne 1994; 15(3): 190-2.

6. Cakir B, Tuncbilek N, Karakas HM, Unlu E, Ozyilmaz F. Granulomatous mastitis mimicking breast carcinoma. Breast J 2002; 8: 251–2.

7. Lai EC, Chan WC, Ma TK, Tang AP, Poon CS, Leong HT. The role of conservative treatment in idiopathic granulomatous mastitis. Breast J 2005; 11(6): 454-6.

8. Asoglu O, Ozmen V, Karanlik H, Tunaci M, Cabioglu N, Igci A, Selcuk UE, Kecer M. Feasibility of surgical management in patients with granulomatous mastitis. Breast J 2005; 11(2): 108-14.

9. Diesing D, Axt-Fliedner R, Hornung D, Weiss JM, Diedrich K, Friedrich M. Granulomatous mastitis. Arch Gynecol Obstet. 2004; 269(4): 233-6.

10. Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma. Am J Clin Pathol 1972; 58: 642–6.

11. Akcan A, Akyildiz H, Deneme MA, Akgun H, Aritas Y. Granulomatous lobular mastitis: a complex diagnostic and therapeutic problem. World J Surg 2006; 30(8): 1403-9.

12. Ozturk M, Mavili E, Kahriman G, Akcan AC, Ozturk F. Granulomatous mastitis: radiological findings. Acta Radiol 2007; 48(2): 150-5.

13. Tse GM, Poon CS, Law BK, Pang LM, Chu WC, Ma TK. Fine needle aspiration cytology of granulomatous mastitis. J Clin Pathol 2003; 56(7): 519-21.

14. Verfaillie G, Breucq C, Sacre R, Bourgain C, Lamote J. Granulomatous lobular mastitis: a rare chronic inflammatory disease of the breast which can mimic breast carcinoma. Acta Chir Belg 2006; 106(2): 222-4.

15. Malycha P. Braest abscess and breast inflammation. in: Farndon JR. Breast surgery. China: WB Sunders 2001: 205.

16. Taghizadeh R, Shelley OP, Chew BK, Weiler-Mithoff EM. Idiopathic granulomatous mastitis: surgery, treatment, and reconstruction. Braest J 2007; 13(5): 509-13.

17. Azlina AF, Ariza Z, Arni T, Hisham AN. Chronic granulomatous mastitis: diagnostic and therapeutic considerations. World J Surg 2003; 27(5): 515-8.

18. Hirata S, Saito T, Kiyanagi K, Kitada M, Yamazaki K, Sasajima T, Ohsaki Y, Miyokawa N. Granulomatous mastitis diagnosed by core-needle biopsy and successfully treated with corticosteroid therapy: a case report. Breast Cancer 2003; 10(4): 378-81.

19. Kim J, Tymms KE, Buckingham JM. Methotrexate in the management of granulomatous mastitis. ANZ J Surg 2003; 73(4): 247-9.

20. Almasad JK. Mammary duct fistula: classification and management. ANZ J Surg 2006; 76(3): 149-52.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.8.0]