

ژیگانتوماستی ناشی از حاملگی (گزارش موردي)

عصمت السادات هاشمي: استاديار پژوهش، جهاد دانشگاهي واحد علوم پزشكى تهران، متخصص جراحى عمومى مرکز بیماری‌های پستان
احمد کاويانی: استاديار جراحى عمومى، دانشگاه علوم پزشكى تهران، مجتمع بیمارستان امام خمینی^(*)
عصومه نجفی: استاديار پژوهش، جهاد دانشگاهي واحد علوم پزشكى تهران، متخصص جراحى عمومى مرکز بیماری‌های پستان
ندا مهرداد: کارشناس پژوهش، جهاد دانشگاهي واحد علوم پزشكى تهران

چکیده

مقدمه: ژیگانتوماستی ناشی از حاملگی از شرایط نادری است که بصورت بزرگ شدن پیشرونده پستان‌ها در زمان حاملگی بروز می‌کند. تا حال دلیل بروز این بیماری شناخته نشده است.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۱۹ ساله‌ای است که در هفته بیست و دوم اولین حاملگی به علت بزرگی پیشرونده پستان‌ها از اولین ماه حاملگی مراجعه کرده بود. در معاینه، پستان‌های بسیار بزرگ که تا کشاله ران بیمار امتداد داشت مشاهده شد. نتایج سونوگرافی و آزمایش‌های هورمونی بیمار طبیعی بود. در مورد بروز عوارض احتمالی مثل زخمی شدن و عفونت پوست پستان‌ها اطلاعات کافی به بیمار داده شد. همچنین در دوران بارداری، بیمار مکرراً ویزیت شد. در هفته سی و هفتم حاملگی، بیمار با شرایط عمومی بسیار خوب از طریق زایمان واژینال نوزادش را بدینیا آورد. پس از زایمان بیمار تحت انجام ماموپلاستی قرار گرفت.

نتیجه گیری: با مراقبت‌های مناسب دوران حاملگی، ویزیت‌های مکرر بیمار، آموزش بیمار از نظر بروز عوارض احتمالی و رعایت بهداشت فردی، با وجود پستان‌های بسیار بزرگ، بیمار می‌تواند دوران حاملگی را بدون بروز عارضه جدی طی کرده و پس از آن تحت عمل جراحی انتخابی قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های پستان، حاملگی، ژیگانتوماستی

مقدمة

بسیاری از بیماری‌های خوش‌خیم پستان می‌توانند بدنبال حاملگی و شیردهی بروز کنند. بزرگ شدن بیش از حد پستان‌ها یا ژیگانتوماستی (Gigantomastia) یکی از این موارد است. این بیماری به دو فرم ایجاد می‌شود:

- بزرگ شدن پستان ها در دوران بلوغ
 - بزرگ شدن پستان ها طی حاملگی

ژیگانتماستی ناشی از حاملگی از شرایط نادری است که بصورت بزرگ شدن پیشرونده پستان ها در زمان حاملگی بروز کرده و ممکن است باعث ایجاد مشکلاتی در روند حاملگی شود. اولین مورد از این بیماری توسط Palmuth در سال ۱۶۴۸ گزارش شد [۱]. در گزارش های مختلف میزان شیوع این بیماری طی حاملگی ۱-۲۸/۱۰۰۰۰ برآورد شده است [۲ و ۳]. تا حال دلیل بروز این بیماری شناخته نشده است. برخی مطالعات حساس شدن بیش از حد پستان ها نسبت به هورمون های حاملگی و یا عدم تعادل هورمونی را در ایجاد این عارضه مؤثر دانسته اند [۴].

معرفی بیمار

بیمار خانم ۱۹ ساله ای بود که در هفته بیست و دوم اولین حاملگی (بر اساس گزارش سونوگرافی) و با شرایط اجتماعی-اقتصادی پایین به کلینیک پستان جهاد دانشگاهی مراجعه کرد. علت مراجعه، بزرگی پیشرونده پستان ها از اولین ماه حاملگی بود. در سابقه پزشکی بیمار، سابقه بیماری مشابه در فامیل وجود نداشت و بیمار از نظر تکامل جنسی و سن شروع قاعدگی، طبیعی بود. بیمار سابقه ای از مصرف قرص ضدبارداری نداشت و دو سال قبل از حاملگی، به علت ابتلا به میاستنی گراو تحت عمل جراحی تایمکتومی قرار گرفته بود. در معاینه بالینی پستان های بسیار بزرگ با پوست محترق و قرمز، توأم با تورم پوست مشاهده شد که تا کشاله ران بیمار امتداد داشت. توده قابل لمس در پستان ها وجود نداشت. در معاینه زیر بغل، غده لنفاوی مشکوک لمس نشد (شکل شماره ۱). گزارش سونوگرافی بیانگر ادم بافت پستان، بدون یافته پاتولوژیک دیگری بود.

نتایج آزمایش های CBC، الکتروولیت های سرم، LH، تستوسترون و آزمون های عملکرد تیروئید طبیعی و سطح سرمی استرادیول، پروژسترون و پرولاکتین بدلیل حاملگی، بالاتر از حد طبیعی بود.

در هفته بیست و ششم حاملگی، بزرگی پستان ها افزایش یافته و باعث بروز مشکلاتی در فعالیت های فیزیکی بیمار شد. بیمار دو بار در ماه توسط پزشک معالج ویزیت می شد و در مورد بروز عوارض احتمالی مثل زخمی شدن و عفونت پوست پستان ها اطلاعات کافی به او داده شده بود. (شکل شماره ۲)

بحث و نتیجه گیری

همانطور که ذکر شد، میزان شیوع ژیگانتوماسی طی حاملگی تقریباً ۱-۲۸ مورد در هر ۱۰۰۰۰ نفر است [۲ و ۳]. دلیل قاطعی برای بروز این عارضه مشخص نشده است. از



شکل ۲- اندازه پستان ها در هفته ۲۶ حاملگی



شكل ۳- بیمار پس از جراحی ماموپلاستی



ممکن است ژیگانتوماستی در حاملگی اول اتفاق نیفتد ولی با وقوع آن در هر حاملگی، در اغلب موارد در حاملگی‌های پس از آن نیز بروز خواهد کرد. بنابراین باید به بیمار توضیح داد که احتمال تکرار این مشکل در حاملگی‌های بعدی وجود خواهد داشت. تنها بیماری که تکرار این عارضه را در حاملگی بعدی نداشته است توسط Jessing گزارش شد [۷].

در رابطه با درمان جراحی این عارضه اختلاف نظر وجود دارد. ماموپلاستی کاهشی (Reduction Mammoplasty) پس از زایمان اساس درمان جراحی را تشکیل می‌دهد؛ ولی در بعضی موارد به علت بروز عوارض حاد و جدی بیماری انجام جراحی برداشتن دو طرفه پستان‌ها (ماستکتومی) بصورت اورژانس ضرورت می‌یابد [۸]. بروز عفونت، خونریزی و زخمی شدن پوست از موارد قطعی برای مداخله جراحی هستند. در صورت عدم وجود عارض جدی، انجام جراحی منوط به اندازه پستان‌ها، میزان ناتوانی بیمار از تحمل ادامه شرایط موجود و قضاوت جراح در مورد شرایط بیمار است [۹]. بعضی از جراحان معتقدند که درمان جراحی مناسب برای این بیماری برداشتن کامل پستان‌ها و بازسازی همزنمان است [۱۰ و ۱۱]. در بیمار معرفی شده باختر مراقبت‌های مناسب دوران حاملگی مانند: ویزیت‌های مکرر بیمار، آموزش بیمار از نظر بروز عوارض احتمالی و رعایت بهداشت فردی، با وجود پستان‌های بسیار بزرگ عارضه جدی ایجاد نشد و پس از زایمان نیز بیمار با دوران نقاوت بسیار خوب پس از عمل، تحت انجام جراحی انتخابی قرار گرفت.

تئوری‌های مطرح شده، وجود عدم تعادل هورمونی و حساسیت بیش از حد ارگان هدف (پستان‌ها) به هورمون‌ها است. در بیمار ذکر شده، بررسی‌های هورمونی کاملاً طبیعی بود که مبنی وجود عوامل ناشناخته دیگری برای بروز این بیماری است.

ژیگانتوماستی می‌تواند به دو شکل بروز کند:

۱- هیپرتروفی دوران بلوغ که در سنین ۱۱-۱۹ سال بروز می‌کند. در فرم شدید این بیماری، درمان با خاطر بروز مشکلات روحی و جسمی ناشی از بزرگی پستان‌ها در بیمار ضرورت می‌یابد. درمان با داروهایی مانند دانازول و برومکریپتین ممکن است کمک کننده باشد ولی در حال حاضر جراحی تنها روش درمانی قابل اعتماد است.

۲- بزرگ شدن پستان‌ها طی حاملگی که در چند هفته اول حاملگی بروز کرده و با افزایش سن حاملگی شدت می‌یابد. این بیماری ممکن است در حاملگی اول یا دوم بروز نکند ولی با بروز آن در هر حاملگی، احتمال وقوع آن در حاملگی‌های بعدی بسیار بالا خواهد بود. درمان دارویی معمولاً مؤثر نبوده و برای درمان قطعی، جراحی ضرورت می‌یابد. مطالعات متعددی در مورد اثر برومکریپتین در کاهش اندازه پستان‌ها انجام شده است. در مجموع بنظر می‌رسد این دارو تا حدی در کاهش درد پستان‌ها مؤثر باشد ولی نمی‌تواند در توقف رشد پستان‌ها و یا جلوگیری از بروز عارض بیماری نقشی داشته باشد [۶، ۵ و ۳]. اگرچه در سابقه پیشکی بیمار معرفی شده، دو سال قبل از حاملگی سابقه عمل جراحی تایمکتومی وجود داشت ولی در بررسی متومن انجام شده هیچ رابطه‌ای بین بروز این بیماری با مشکلات مربوط به تیموس یافت نشد. نکته دیگر اینکه

منابع

1. Palmuth P: Observationem medicarum centuriae Tres Possumae, Braunschweig Cent ii. OBS 89, 1648 (Abstract).
2. Lewison EF, Jones GS, Trimble FH, Da Costa Lima L: Gigantomastia complicating pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1960; 110: 215-23.
3. Beischer NA, Hueston JH, Pepperell RJ: Massive hypertrophy of the breasts in pregnancy. Report of 3 cases and review of the literature. Obstet Gynecol Survey 1989; 44: 234-43.
4. Wolf Y, Pauzer D, Groutz A: Gigantomastia complicating pregnancy. Case report and review literature. Acta obstet Gynecol Scand 1995; 74: 159-63.
5. Hedberg K, Karlsson K, Linstedt G: Gigantomastia during pregnancy: Effect of a dopamine agonist. Am J Obstet Gynecol 1979; 133: 928-31.
6. Leis SN, Palmer B, Ostberg G: Gravid macromastia: Case report. Scand J Plast Reconstr Surg 1974; 8: 247-9.
7. Jessing A: Excessive mammary hypertrophy in pregnancy treated with androgenic hormones. Nord Med 1960; 63: 237-9.
8. Agarwal N, Kriplani A, Gupta A: Management of gigantomastia complicating pregnancy. A case report. Reprod Med 2002 47: 871-4.

9. Antevski BM, Smilevski DA, Stojovski MZ, Filipovski VA, Banov SG: Extreme gigantomastia in pregnancy: case report and review of literature. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 275 (2): 149-53.
10. Blaydes RM, Kinnebrew CA: Massive breast hyperplasia complicating pregnancy. *Obstet Gynecol* 1958; 12: 601-2.
11. Swelstad MR, Swelstad BB, Rao VK, Gutowski KA: Management of gestational gigantomastia. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118 (4): 840-8.