

## سل پستان در بارداری؛ گزارش یک مورد

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

فاطمه مهرآور<sup>۱</sup>: دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انسنتیوی تحقیقات بهداشتی

### چکیده

مقدمه: اگرچه بیماری سل در مناطق اندمیک بسیار شایع است اما سل پستانی از نادرترین انواع سل خارج ریوی می‌باشد. سل پستانی به دلیل بروز بسیار کم و احتمال اشتباه در تشخیص با سرطان پستان و آبشه‌های عفونی مزمن پستانی، مورد توجه قرار گرفته است. در دوران بارداری بطور فیزیولوژیک، افزایش ترشح هورمون‌های استروژن و پروژسترون موجب افزایش جریان خون و تغییرات نسج پستان می‌شوند و در نتیجه احساس تورم، درد، سوزش و حساسیت غیرعادی در لمس ایجاد می‌گردد. از طرفی بزرگ، توده ای و دردناک شدن پستان‌ها، رایج‌ترین علائم اولیه سل پستانی می‌باشد.

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 بررسی‌های بافت‌شناسی ضایعه پستان مؤید گرانولوماتوز ماستیت همراه با آبشه 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 می‌باشد. جراحی و درمان ضد سل روش درمانی سل پستانی در بارداری می‌باشد. استان گلستان جزو مناطق اندمیک بیماری سل است و سل پستان باید در مناطق اندمیک به عنوان تشخیص‌های افتراقی مد نظر قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: سل پستان، سل خارج ریوی، بارداری، گزارش مورد.

<sup>۱</sup>. ایمیل نویسنده مسئول: Mehravar10261@yahoo.com

## مقدمه

نظر سل بررسی شده و نمونه پاتولوژی از نظر سلول‌های بدخیم و هم از نظر نکروز کازولوز بررسی گردد. در حدود ۷۵ درصد موارد تشخیص سل پستان توسط پاتولوژی می‌باشد و تنها در ۲۵ درصد موارد کشت مایکوباکتریوم توپرکلوزیس مثبت می‌باشد (۱۰). درمان سل پستان به صورت توان با جراحی و درمان طبی ضد سل انجام می‌شود. در صورت وجود ضایعه کوچک، برداشتن آن و در صورتی که ضایعه وسیع باشد، ماستکتومی ساده توصیه می‌شود که به دنبال آن درمان دارویی ضد سل به مدت شش ماه ادامه می‌یابد (۳و۴). تمامی بیماران باید تحت درمان ضد سل DOTS Cat-III (2 HRZ + 7 HR) (5) برای ۹ ماه قرار بگیرند. علاوه بر این آسپیراسیون آبse و خارج کردن کامل توده و تخلیه‌ی آبse 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، می‌باشد.

## 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 می‌باشد. در اسفند ماه سال ۱۳۹۰، در اوایل ماه سوم بارداری اش، متوجه توده ای سفت، کوچک، بدون درد و ترشح شیر تقریباً غلیظ به رنگ قهوه‌ای رoshen در پستان چپ شد و به پزشک متخصص زنان مراجعه کرد. در شرح حال، بیمار سابقه‌ی هیچ یک از موارد تب، لرز، سرفه، خلط و عرق شبانه، بیماری زمینه‌ای خاص و تماس با بیمار سلی را بیان ننمود. بیمار سابقه‌ی 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

اگرچه بیماری سل در مناطق اندمیک بسیار شایع است اما سل پستانی از نادرترین انواع سل خارج ریوی می‌باشد زیرا نسوج پستانی در قیاس با ارگان‌های دیگر مکان مناسبی برای بقا و تکثیر مایکوباکتریوم توپرکلوزیس محسوب نمی‌شود و فقط ۰/۰۲۵-۱/۰۴ درصد از بیماری‌های پستان را شامل می‌شود (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 آبese‌های عفونی مزمن پستانی، مورد توجه قرار گرفته است (۳). سل پستانی اغلب اشتباه تشخیص داده می‌شود و بیماران قبل از تشخیص قطعی تحت درمان‌های تهاجمی قرار می‌گیرند (۴).

در دوران بارداری بطور فیزیولوژیک، افزایش ترشح هورمون‌های استروژن و پروژسترون موجب افزایش جریان خون و تغییرات نسج پستان می‌شوند و در نتیجه احساس تورم، درد، سوزش و حساسیت غیرعادی در لمس ایجاد می‌گردد (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 می‌ماند (۶). بزرگ، توده ای و دردناک شدن پستان‌ها، رایج ترین علائم سل پستانی می‌باشد (۷). برخی از روش‌های تشخیصی سل پستانی شامل ( fine needle aspiration cytology) FNAC ماموگرافی و سونوگرافی می‌باشد که سونوگرافی برای بیمارانی که توده و ترشح نوک پستانی دارند و ماموگرافی برای تمامی زنانی که بالای ۳۵ سال سن داشته باشند انجام می‌گردد (۸).

یافته‌های رادیولوژی سل پستان متفاوت می‌باشد. در سونوگرافی ممکن است توده هیپوکوئن مشاهده شود و در ماموگرافی کلسیفیکاسیون ضایعه وجود دارد، ولی هیچ یک از این اقدامات افتراق بین ضایعه بدخیم و سل پستان را مشخص نمی‌کند (۹). برای تشخیص افتراقی لازم است تمام مواردی که ترشحات چرکی از پستان دارند حتماً از

با علائمی مانند بزرگ و توده ای شدن پستان‌ها، 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 شباهه نداشت.

نکته ای که در این بیماری حائز اهمیت است، ضعف ایمنی اولیه، به خصوص بیماری مزمون 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 ضایعه‌ی پستانی صورت گرفت.

تشخیص قطعی در بیمار مورد مطالعه‌ی ما همانند موارد گزارش شده‌ی دیگر(۱۳ و ۱۹) 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 مطالعه‌ی 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 موردي در ایران و خارج از ایران، به بروز سل پستانی در یک خانم باردار پرداخته نشده است. بنابراین مورد معرفی شده‌ی ما به عنوان اولین معرفی مورد سل پستانی در خانم باردار جوان بوده است. گزارش این مورد نشان می‌دهد که اگرچه وجود درد و حساسیت و ترشح شیر از پستان‌ها در دوران بارداری طبیعی به نظر می‌رسد و ناشی از تغییرات فیزیولوژیک و هورمونی در دوران بارداری است، اما از آنجایی کشور ایران و به خصوص استان گلستان جزو مناطق آندمیک بیماری سل می‌باشد، سل پستانی باید به عنوان تشخیص‌های افتراقی در زنان بارداری با اینگونه علائم کلینیکی، مدنظر قرار بگیرد.

داروی آنتی بیوتیک قرار گرفت. بعد از دوره‌ی درمانی، ترشحات پستان قطع گردید اما توده همچنان بزرگتر از پیش شد. به توصیه‌ی پزشک زنان، بیمار در ماه چهارم بارداری، به فوق تخصص بیماری‌های داخلی ارجاع داده شد. بعد از سونوگرافی و احتمال سابقه‌ی ترومای پستان، بیمار مجددأ تحت درمان با داروهای آنتی بیوتیک و استفاده از کیسه‌آب 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 یافته‌ی ای دال بر اکتینومایکوز (گرین یا اکتینومیست) و باسیل اسید فست، از ضایعه‌ی پستانی نمونه برداری شد و نتایج پاتولوژی، توده ای به ابعاد  $7 \times 5/5 \times 3$  سانتیمتر و گرانولوماتوز ماستیت همراه با آبسه‌های 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 مذبور 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 معاینه‌ی پس از دو ماه به جز اسکار عمل جراحی، توده و فیستول در پستان مشاهده و لمس نشد.

## بحث و نتیجه گیری

در گیری پستان در بیماری سل بسیار نادر است(۱۹ و ۲۰) و سل پستان بیشتر به صورت اولیه مشاهده می‌شود 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.

علاوه‌ی سل فعال در زنان باردار می‌تواند غیر اختصاصی باشد و ممکن است با تغییرات فیزیولوژیک پستان در دوران بارداری مشابهت داشته باشد(۱۰). سل پستانی نیز

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

تشکر و قدردانی

## 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. Mammary 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