

Case Report

A breast focal discrete fibrocystic lesion with phyllodes tumor characteristic: A Case Report

Kadkhodayan S (MD)¹, Taghipoor Bazargani V (MD)*²

¹Associate Professor, Department of Obstetric and Gynecology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

²Resident in Obstetric and Gynecology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Abstract

Both fibrocystic change and phyllodes tumor are classified as fibroepithelial tumors of breast which are composed of epithelial and stromal components. Although as the most common benign breast lump fibrocystic lesions are known by symptom such as pain, nipple discharge, heaviness, usually in women's third decade of life, mammographic and sonographic features often render them almost indistinguishable from phyllodes tumor. In view of the essential differences in terms of therapeutic planning which exist between these two tumors, their early and precise distinction is crucial to avoid problem such as patients' anxiety and unwarranted tumors operation. In this article a case of fibrocystic change in a 24 year old woman is reviewed in which clinical signs and symptoms and mammographic changes are indication of phyllodes tumor.

Keywords: Phyllodes tumor, Fibrocystic changes, Breast, Mammography

* **Corresponding Author:** Taghipoor Bazargani V (MD), E-mail: bazarganiv@gmail.com

Received 8 Aug 2011

Accepted 10 Sep 2011

گزارش مورد

ضایعه فیبروسیتیک منفرد پستان با علائم تومور فیلدوس - گزارش یک مورد

دکتر سیماکدخدیان^۱، دکتر ویدا تقی پور بازرگانی*^۲

۱- دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۲- دستیار تخصصی زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

چکیده

تغییرات فیبروسیتیک پستان و تومور فیلودوس هر دو از تومورهای فیروپای تلیال پستان بوده که از اجزای اپی تلیال و استرومال تشکیل می‌شوند. اگرچه تغییرات فیبروسیتیک شایع‌ترین توده خوش خیم پستان می‌باشد که با علائم درد، احساس سنگینی و توده و ترشح از سینه با اوج شیوع در دهه سوم زندگی زنان مشخص می‌شود؛ اما گاهی تظاهرات بالینی، ماموگرافیک و هیستوپاتولوژیک مشابهی با تومور فیلدوس دارد که تشخیص آنها را از یکدیگر بسیار مشکل می‌نماید. با توجه به ماهیت متفاوت این دو توده تشخیص قطعی این توده‌ها و درمان مناسب آن از نظر کاهش اضطراب بیمار و اتخاذ تصمیم مناسب درمانی و پرهیز از جراحی‌های مکرر دارای اهمیت است. در این مقاله یک مورد تغییرات فیبروسیتیک در یک زن ۲۴ ساله که علائم و نشانه‌های بالینی و ماموگرافیک تومور فیلدوس را نشان می‌داد؛ معرفی شده است.

کلید واژه‌ها: تومور فیلدوس، تغییرات فیبروسیتیک، پستان، ماموگرافی

* نویسنده مسؤول: دکتر ویدا تقی پور بازرگانی، پست الکترونیکی bazarganiv@gmail.com

نشانی: مشهد، خیابان احمدآباد، بیمارستان قائم (عج)، گروه زنان و مامایی، تلفن ۸۰۱۲۴۷۷-۰۵۱۱، شماره ۸۴۳۰۵۶۹

وصول مقاله: ۹۰/۵/۱۷، پذیرش مقاله: ۹۰/۶/۱۹

مقدمه

تغییرات فیبروسیتیک پستان و تومور فیلودوس هر دو از تومورهای فیروپای تلیال پستان هستند که از اجزای اپی تلیال و استرومال تشکیل شده‌اند (۱). اگرچه تغییرات فیبروسیتیک شایع‌ترین توده خوش خیم پستان می‌باشد که با علائم درد، احساس سنگینی و توده و ترشح از سینه با اوج شیوع در دهه سوم زندگی زنان مشخص می‌شود؛ اما گاهی تظاهرات بالینی، ماموگرافیک و هیستوپاتولوژیک مشابهی با تومور فیلدوس دارد که تشخیص آنها را از یکدیگر بسیار مشکل می‌نماید (۲). با توجه به ماهیت متفاوت این دو توده تشخیص قطعی این توده‌ها و درمان مناسب آن از نظر کاهش اضطراب بیمار و اتخاذ تصمیم مناسب درمانی و پرهیز از جراحی‌های مکرر دارای اهمیت است (۳و۴). در این مقاله یک مورد تغییرات فیبروسیتیک در یک زن ۲۴ ساله که علائم و نشانه‌های بالینی و ماموگرافیک تومور فیلدوس را نشان می‌داد؛ معرفی شده است.

معرفی بیمار

بیمار زنی ۲۴ ساله مراجعه کننده به بیمارستان قائم (عج) مشهد در سال ۱۳۸۹ بود. سابقه دو دفعه بارداری و یک زایمان، با سابقه قاعدگی‌های منظم داشت که از حدود دوسال قبل از مراجعه در خلال ماه چهارم بارداری متوجه بزرگ شدن و سفتی پستان راست،

همراه با تغییر رنگ مختصر بر روی این ناحیه گردید. بعد از زایمان و به دنبال شیردهی حجم توده کاهش یافت؛ اما شکل پستان تغییر یافت.

بیمار در این مدت مراجعات مختلفی به پزشک داشت و تحت درمان با داروهای مختلف از جمله آنتی بیوتیک‌ها قرار گرفت که به دلیل عدم بهبودی به بیمارستان قائم (عج) ارجاع داده شد.

در زمان مراجعه علائم حیاتی و معاینات عمومی بیمار طبیعی و سابقه کاهش وزن اخیر و یا ترشح از پستان را ذکر ننمود و فقط از درد بسیار مختصر توده در پستان شکایت داشت. در معاینه در ربع پایین و داخلی راست پستان یک توده جدا از بافت اصلی، موجب تغییر شکل و غیرقرینگی پستان راست بدون رتراکسیون نیپل شده بود (شکل یک). این توده در لمس ۶ در ۷ سانتی متر با قوام نرم، لبوله، متحرک و بدون چسبندگی به سایر بافت‌ها بود. بیمار فاقد لنفادنوپاتی محیطی بود.

در ماموگرافی توده‌ای با حدود مشخص و دارای دو کانون کلسیفیه بزرگ با اثر فشاری در پستان راست گزارش شد. پستان چپ یافته پاتولوژیک نداشت (شکل ۲).

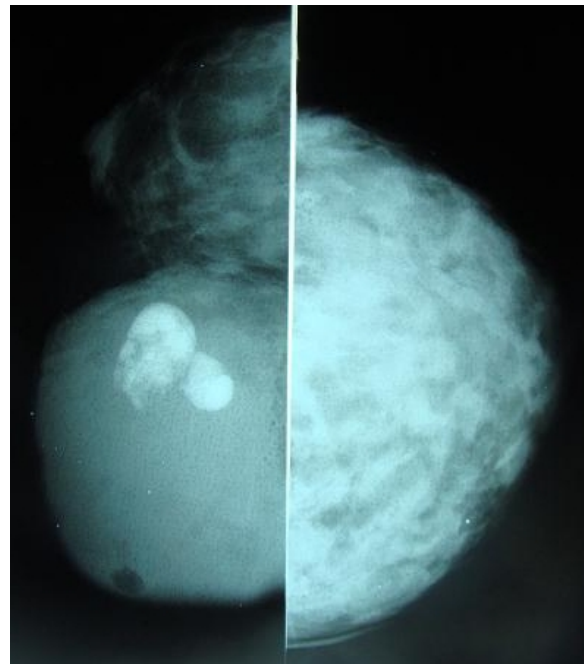
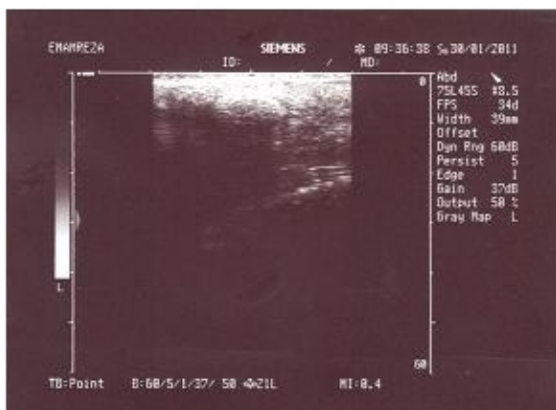
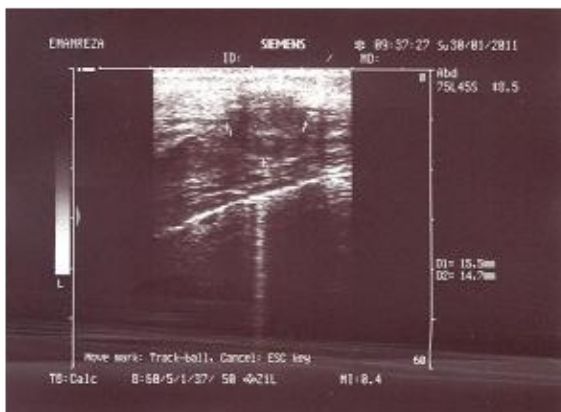
برای بیمار سونوگرافی درخواست شد که در گزارش آن یک توده هموزن با حدود مشخص و ابعاد ۸۰ در ۲۰ میلی متر و حاوی کانون کلسیفیه ۱۵ میلی متر در مدیال پستان راست و همچنین یک

استوانه‌ای پوشیده شده بودند. در برخی قسمت‌ها متابلازی آپوکرین همراه با افزایش فیروز و هیالینیزاسیون دیده شد. کانون‌های پراکنده کلسیفیکاسیون دیده شدند. سلول‌های التهابی در حد ۲ درصد در استروما دیده شدند. تشخیص نهایی تغییرات فیبروسیتیک گزارش شد (شکل ۴). بیمار با حال عمومی خوب و توصیه به پیگیری ترخیص گردید.

توده هایپواکو نسبتاً مشخص به ابعاد ۱۵ در ۱۵ میلی‌متر در درون توده دیده شد که با توجه به وجود حاشیه مشخص و میکروکلسیفیکاسیون توده احتمالاً خوش خیم در نظر گرفته شد (شکل ۳).



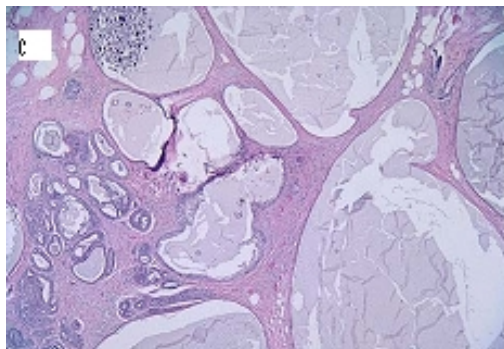
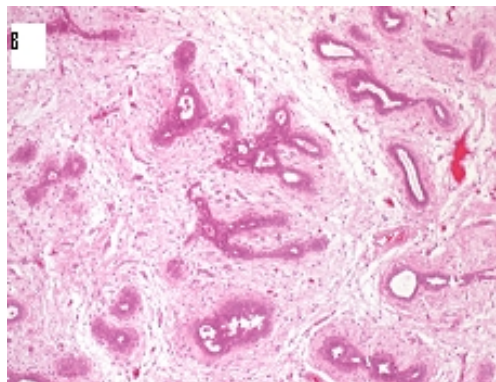
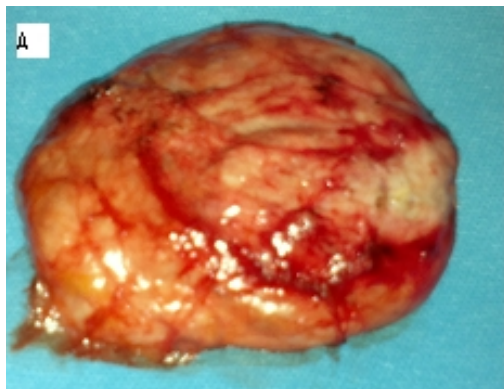
شکل ۱: در ربع پایین و داخلی پستان راست توده‌ای جدا از بافت اصلی، موجب تغییر شکل و غیرقرینگی پستان راست بدون تراکسیون نیپل شده است.



شکل ۲: توده‌ای با حدود مشخص و دارای ۲ کانون کلسیفیه بزرگ با اثر فشاری در پستان راست در ماموگرافی مشخص است. پستان چپ یافته پاتولوژیک ندارد.

شکل ۳: سونوگرافی انجام شده برای بیمار در سال ۱۳۸۹ که یک توده هموزن با حدود مشخص و ابعاد ۲۰×۸۰ میلی‌متر و حاوی کانون کلسیفیه ۱۵ میلی‌متر در مدیال پستان راست مشاهده می‌گردد. همچنین یک توده هایپواکو نسبتاً مشخص به ابعاد ۱۵×۱۵ میلی‌متر در درون توده قابل مشاهده است و با توجه به وجود حاشیه مشخص و میکروکلسیفیکاسیون توده احتمالاً خوش خیم مطرح است.

بیمار یک هفته با شک اولیه تومور فیلدوس تحت عمل جراحی لامپکتومی قرار گرفت. نمونه ارسالی در بررسی پاتولوژیک یک قطعه بافتی به ابعاد ۹ در ۷ در ۳/۸ سانتی‌متر به رنگ کرم تا صورتی بود. نمونه در برش حاوی قطعات Solid و ندولر متعدد بود. یک ضایعه سیستمیک توپر ۳ سانتی‌متری محتوی یک مایع زرد رنگ بود که در برش میکروسکوپی، مقطعی از بافت پستان حاوی مناطق سیستمیک متفاوت بود که از یک ردیف سلول‌های مکعبی تا



شکل ۴: نمونه پاتولوژیک بیمار
 (A) نمونه ماکروسکوپی: قطعه‌ای بافتی به ابعاد ۳/۸×۷×۹ سانتی‌متر به رنگ کرم تا صورتی؛ در برش حاوی قطعات *solid* و ندولر متعدد و یک ضایعه سیستیک توپر ۳ سانتی‌متری محتوی مایع زرد رنگ، (B و C) لام میکروسکوپی: مقطعی از بافت پستان حاوی مناطق سیستیک متفاوت پوشیده شده از یک ردیف سلول‌های مکعبی تا استوانه‌ای؛ در برخی قسمت‌ها متاپلازی آپوکرین همراه با افزایش فیبروز و هیالینیزاسیون دیده می‌شود. کانون‌های پراکنده کلسیفیکاسیون دیده می‌شود. سلول‌های التهابی در حد ۲ درصد در استروما دیده می‌شود.

بحث

تومور فیلدوس و تغییرات فیبروسیسستیک پستانی ممکن است؛ تظاهرات بالینی و حتی یافته‌های پاتولوژیک شبیه به هم داشته باشند (۱). با وجود این که تومورهای فیلدوس نادرند و کمتر از یک درصد (۰/۳-۰/۹ درصد) توده‌های پستانی را شامل می‌شوند؛ اکثراً در میان‌سالی رخ می‌دهند. تظاهرات بالینی این تومور به صورت توده بدون درد با حدود کاملاً مشخص است (۱ و ۳ و ۴). قبل از عمل جراحی تشخیص دقیق این تومور برای تصمیم درمانی مناسب و احتراز از عمل جراحی مجدد برای بیمار دارای اهمیت است. چرا که گفته می‌شود این تومور اغلب در بررسی پاتولوژیک تشخیص داده نشده و جراحان آن را کمتر درمان می‌کنند. اگرچه بیوپسی سوزنی در تشخیص این دو توده از یکدیگر کمک کننده است؛ اما این مسأله به مهارت فرد در گرفتن نمونه کافی و از محل مناسب بستگی دارد (۵). این در حالی است که تغییرات فیبروسیسستیک پستان حدود نیمی از توده‌های قابل لمس پستان را تشکیل می‌دهند و در سنین پایین‌تری نسبت به تومور فیلدوس شایع هستند. قطر این توده بین ۵-۱ سانتی‌متر متفاوت است (۶). در بیمار معرفی شده نیز سن پایین‌تر بیمار به نفع تشخیص فیبروسیسستیک بود؛ اما تغییرات فیبروسیسستیک پستانی در ربع فوقانی و خارجی پستان شایع‌تر هستند و در بیمار مورد اشاره این محل متفاوت بود.

در تغییرات فیبروسیسستیک انتخاب درمان براساس اندازه توده و علائم بیمار از تحت نظر گرفتن و پیگیری دوره‌ای تا لامپکتومی

متفاوت است. درمان ایده‌آل برای این نوع توده برداشتن کامل توده باحفظ و نگهداری آرئول و نیپل است (۳).

اکثر بیماران با تغییرات فیبروسیسستیک تظاهرات بالینی تیپیک دارند؛ اما در برخی نیز تشخیص، نیازمند بررسی‌های تصویربرداری ماموگرافی و سونوگرافی می‌باشد. ماموگرافی در تشخیص فیبروآدنوم‌های منفرد و یا تراکم محدودیت دارد (۵). همچنان که در این بیمار نیز سونوگرافی تنها به خوش‌خیم بودن ضایعه اشاره داشت. در ماموگرافی بیمار معرفی شده نیز وجود توده با تراکم بالا بیشتر تشخیص فیلدوس تومور را مطرح می‌کرد. در مطالعه دیگری در بررسی تغییرات فیبروسیسستیک کانونی نشان داده شده که ماموگرافی در ۵۵ درصد بیماران تشخیص بدخیمی را مطرح نموده است. در این گونه ضایعات میزان منفی کاذب در تشخیص با MRI، ماموگرافی و سونوگرافی به ترتیب ۸۲ درصد، ۷۰ درصد و ۵۵ درصد حاصل شده است (۵).

الگوی پاتولوژیک ضایعه فیبروسیسستیک منفرد پستان و تومور فیلدوس ترکیبی از بافت‌های استرومال و اپی‌تلیال هستند؛ اما اجزای استرومال تومور فیلدوس بزرگ‌تر و پرسلول‌تر و با حاشیه منظم‌تری نسبت به فیبروسیسستیک هستند (۷).

حتی روش‌های تشخیصی دیگری نظیر MRI و PET نیز گاهی قادر به افتراق تومور فیلدوس از تغییرات فیبروسیسستیک نیستند. زیرا با وجود حساسیت بالا برای این تشخیص کمتر اختصاصی هستند (۱ و ۲ و ۶)؛ لذا برای این بیمار انجام نشد.

خوش خیم بودن و یا بدخیم بودن ضایعه را مشخص می کند و تشخیص قطعی تنها بعد از بررسی دقیق پاتولوژی امکان پذیر خواهد بود.

نتیجه گیری

تغییرات فیروسیستیک گاهی سیر و علائم بالینی ضایعات بدخیم را نشان می دهد. تشخیص قطعی ضایعات فیروسیستیک منفرد براساس یافته های پاتولوژیک می باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از خانم ها اکرم مشتاقی و فاطمه مغانی به خاطر همکاری صمیمانه، سپاسگزاری می گردد.

در تومور فیلدوس درمان جراحی با برداشتن حاشیه مناسب ضایعه توصیه شده؛ با وجود آن که اکثر جراحان لامپکتومی را ترجیح می دهند (۳).

در بیمار معرفی شده با توجه به بزرگ بودن توده و نیز تغییر شکل ایجاد شده؛ تصمیم به انجام عمل لامپکتومی گرفته شد تا اقدامات تکمیلی پس از تایید تشخیص انجام شود.

اگرچه تشخیص قطعی یک توده پستانی پیش از عمل از نظر اتخاذ تصمیم درست درمانی، احتراز از جراحی مجدد و نیز کاهش اضطراب بیمار اهمیت دارد؛ اما امروزه با وجود استفاده از روش های تشخیصی مختلف در توده های پستانی گاهی تشخیص قطعی پیش از عمل جراحی امکان پذیر نیست و یافته های این روش ها تنها

References

1. Tomimaru Y, Komoike Y, Egawa C, Motomura K, Inaji H, Kataoka TR, et al. A case of phyllodes tumor of the breast with a lesion mimicking fibroadenoma. *Breast Cancer*. 2005;12(4):322-6.
2. Wu C, Ray RM, Lin MG, Gao DL, Horner NK, Nelson ZC, et al. A case-control study of risk factors for fibrocystic breast conditions: Shanghai Nutrition and Breast Disease Study, China, 1995-2000. *Am J Epidemiol*. 2004 Nov;160(10):945-60.
3. Khosravi-Shahi P. Management of non metastatic phyllodes tumors of the breast: review of the literature. *Surg Oncol*. 2011 Dec; 20(4):e143-8.
4. Bandyopadhyay R, Nag D, Mondal SK, Mukhopadhyay S, Roy S, Sinha SK. Distinction of phyllodes tumor from fibroadenoma: Cytologists' perspective. *J Cytol*. 2010 Apr; 27(2):59-62.
5. Chen JH, Nalcioğlu O, Su MY. Fibrocystic change of the breast presenting as a focal lesion mimicking breast cancer in MR imaging. *J Magn Reson Imaging*. 2008 Dec;28(6):1499-505.
6. DiPiro PJ, Gulizia JA, Lester SC, Meyer JE. Mammographic and sonographic appearances of nodular adenosis. *AJR Am J Roentgenol*. 2000 Jul; 175(1):31-4.
7. Muttarak M, Chaiwun B. Imaging of giant breast masses with pathological correlation. *Singapore Med J*. 2004 Mar;45(3):132-9.