

نتایج غربالگری پستان در زنان مراجعه کننده به بیمارستان بهبود تبریز بر اساس معاینات کلینیکی و پاراکلینیکی (۱۳۸۹)

پروین محبی^۱؛ سمیه نقی زاده^{۲*}؛ سکینه محمدعلیزاده^۳

چکیده

زمینه: سرطان پستان شایع ترین نوع سرطان در بین زنان است. با استفاده از غربالگری، ابتلا به سرطان پستان و مرگومیر ناشی از آن کاهش می یابد. هدف مطالعه حاضر توصیف نتایج غربالگری توده های پستانی با استفاده از معاینات کلینیکی و پاراکلینیکی در زنان مراجعه کننده به بیمارستان بهبود تبریز در سال ۱۳۸۹ است.

روش ها: این مطالعه توصیفی بر روی ۹۵۲ مددجوی داوطلب غربالگری سرطان پستان و یا افراد ارجاع داده شده که در طی یک دوره یکساله به بیمارستان بهبود تبریز مراجعه کردند انجام گرفت. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه ای شامل مشخصات فردی-اجتماعی و مامایی، اطلاعات به دست آمده از معاینات کلینیکی پستان، ماموگرافی، سونوگرافی و پاتولوژی بود. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های آماری کای دو و مک نامار در نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: بر اساس معاینات کلینیکی پستان چپ و راست به ترتیب ۲۶/۸ و ۲۳/۲ درصد دارای قوام غیرطبیعی، ۵۱/۱ و ۴۳ درصد دارای درد و ۳۳/۴ و ۲۶/۲ درصد دارای توده بودند. به دنبال معاینات، برای ۳۸/۷ درصد ماموگرافی، ۳۵/۶ درصد سونوگرافی و ۱۸/۲ درصد ماموگرافی و سونوگرافی درخواست شد. نتایج ماموگرافی در ۱۲/۹ درصد توده و در ۳۲/۵ درصد ضایعات خوش خیم و نتایج سونوگرافی در ۱۴ درصد توده و در ۱۸/۹ درصد ضایعات خوش خیم نشان داد. برای ۸۱ (۸/۵٪) نمونه، بررسی پاتولوژی انجام گرفت و ۳۵ مورد کانسر پستان شناسایی شد. بین نتایج معاینات کلینیکی-ماموگرافی، معاینات کلینیکی-سونوگرافی، پاتولوژی-ماموگرافی و پاتولوژی-سونوگرافی ارتباط آماری معناداری به دست آمد.

نتیجه گیری: استفاده از تصویربرداری در کنار معاینات بالینی دقیق، به عنوان یک اقدام مؤثر جهت غربالگری سرطان پستان توصیه می گردد.

کلیدواژه ها: غربالگری پستان، ماموگرافی، اولتراسوند، پاتولوژی

«دریافت: ۱۳۹۱/۵/۹ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۰/۲۶»

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲. گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

۳. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

* عهده دار مکاتبات: تبریز، خیابان آزادی، چهارراه ابوریحان، میدان سلیمان خاطر، خیابان آبادانی مسکن، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی

Email: somayyehnazhizadeh@yahoo.com

واحد تبریز تلفن: ۰۴۱۱-۴۷۸۴۰۹۲

مقدمه

مهم ترین عامل مرگ ناشی از سرطان در سرتاسر دنیاست (۴-۶). علی رغم پیشرفت های بسیاری که در مورد تشخیص زودهنگام و درمان مناسب این بیماری صورت گرفته است، کماکان سردهسته علت مرگ ناشی از سرطان را در بین زنان به خود اختصاص می دهد (۷ و ۸). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO)

سرطان به عنوان یک مشکل عمده بهداشتی قرن به شمار می آید (۱) که پس از بیماری های قلبی عروقی، دومین علت مرگ را به خود اختصاص داده است (۲). در این میان سرطان پستان شایع ترین سرطان مهاجم در میان زنان است که از هر ۸ زن، ۱ نفر را مبتلا می کند (۳) و

اولین برنامه غربالگری ایران در شهر شیراز و سال ۷۶-۱۳۷۵ اجرا شد. این برنامه روی ۱۰۰۰۰ زن بالای ۳۵ سال انجام گرفت و نشان داد که ماموگرافی حساس‌ترین روش برای غربالگری است. در ادامه توصیه شد که به دلیل هزینه بالای ماموگرافی به‌ویژه در شهرهای بزرگ، خودآزمایی پستان به دلیل کم‌هزینه بودن، خط اول غربالگری سرطان پستان در برنامه کشوری قرار گیرد (۲۱).

غربالگری با ماموگرافی باعث کاهش ۲۲ درصدی مرگ‌ومیر زنان مبتلا به سرطان پستان بالای ۵۰ سال و کاهش ۱۵ درصدی مرگ‌ومیر زنان مبتلای ۴۹-۴۰ ساله شده است. با توجه به بروز سرطان پستان در سنین پایین‌تر در سال‌های اخیر و وجود بافت متراکم پستان در این گروه و احتمال مخفی ماندن ضایعه در این نوع بافت، وجود روش مکمل تشخیصی جهت افزایش حساسیت تشخیص ضروری به‌نظر می‌رسد. بنابراین انجام سونوگرافی به‌خصوص در زنان پرخطر و سنین پایین‌تر ضروری به‌نظر می‌رسد (۲۲). بنابراین انجمن سرطان آمریکا، ماموگرافی را روش انتخابی غربالگری سرطان پستان در سنین بعد از ۴۰ سالگی پیشنهاد کرده است (۲) و بیشترین کاربرد سونوگرافی نیز در مورد لوکالیزه بودن تومورهایی است که در ماموگرافی دیده می‌شوند اما در معاینه بالینی قابل لمس نیستند (۲۳).

از آن‌جایی که سرطان پستان در ۷۰-۶۰ درصد افرادی که عامل خطر مشخصی ندارند منجر به مرگ‌ومیر می‌شود (۲۴) و با در نظر گرفتن این مطلب که زنان محور اصلی خانواده را تشکیل می‌دهند و مشکلات ناشی از این بیماری نه تنها خود این افراد بلکه سایر اعضای خانواده را درگیر و بنیان خانواده را متزلزل می‌سازد لذا غربالگری و جستجوی سرطان پستان در افراد بدون علامت قبل از آن که توده قابل لمسی ایجاد شود روشی است که باعث نجات جان بسیاری از زنان خواهد شد و تشخیص زودتر، نتایج بهتر و میزان بقای بیشتری به همراه دارد (۲۵). لذا مطالعه حاضر به توصیف نتایج غربالگری

در فوریه ۲۰۰۹، سرطان پستان سالیانه سبب مرگ ۵۱۹ هزار نفر در سراسر جهان می‌شود (۹). در ایران نیز، این بیماری از شیوع بالایی برخوردار است (۱۰). به‌طوری‌که در سال‌های اخیر این بیماری به‌عنوان رایج‌ترین بدخیمی در میان زنان ایرانی نشان داده شده است (۱۱). سن ابتلا به سرطان پستان در جمعیت ایرانی ۱۰ سال جوان‌تر از دیگر کشورهاست (۱۲ و ۱۳) و بیش از ۳۰ درصد بیماران، زیر ۳۰ سال سن دارند (۱۱). همچنین تقریباً ۷۰ درصد از زنان ایرانی در زمان مراجعه در مراحل پیشرفته بیماری می‌باشند که در این شرایط، کاری از عوامل درمان ساخته نیست (۱۴). این در حالی است که این بیماری از نظر بالینی از یک مرحله مخفی طولانی عبور می‌کند و حدود ۸-۱۰ سال طول می‌کشد تا یک سلول سرطانی به تومور قابل لمس تبدیل شود؛ بنابراین با شناسایی و تشخیص این توده‌ها در مراحل اولیه، می‌توان جان بیمار را از مرگ نجات داد (۱۵).

تلاش برای تشخیص زودهنگام سرطان پستان به پیدایش برنامه‌های غربالگری و کشف این بیماری در مراحل ابتدایی آن منجر گردید (۱۶). غربالگری به‌عنوان پیشگیری ثانویه تعریف می‌شود. واژه ثانویه بر این امر دلالت دارد که خود بیماری قابل پیشگیری نیست ولی می‌توان از برخی از عوارض آن پیشگیری نمود (۱۷). مطالعات موجود نیز نشان می‌دهد که مرگ و میر زنان شرکت‌کننده در غربالگری سرطان پستان تا میزان ۴۰ درصد کاهش می‌یابد (۱۶ و ۱۸).

تئوری‌هایی که برای انجام غربالگری مطرح می‌شود این است که تشخیص و درمان زودرس، پیش‌آگهی بیماری را بهبود خواهد بخشید (۱۷). بنابراین هدف از غربالگری این است که سرطان‌ها در مرحله‌ای که کوچک‌تر از ۱ سانتی‌متر هستند و بیشترین احتمال بهبود با جراحی را دارند، کشف شوند (۱۹). روش‌های غربالگری که در مورد سرطان پستان مطرح می‌باشد شامل ماموگرافی، معاینه کلینکی پستان (Clinical Breast Examination) و خودآزمایی می‌باشد (۲۰-۱۸).

فرآیند اجرای پژوهش به این صورت بود که در ابتدا مشخصات فردی - اجتماعی و مامایی تمام زنان مراجعه کننده جهت غربالگری توده های پستانی بررسی و در پرسشنامه ثبت می گردید. سپس معاینه کلینیکی پستان ها (CBE) توسط ماما انجام می شد. افراد معاینه کننده پستان، کارشناسان مامایی بودند که در زمینه معاینه پستان آموزش کافی دیده بودند، به این صورت که هر دو پستان راست و چپ در حالت نشسته، خوابیده به پشت و خوابیده به پهلو با دقت مشاهده و معاینه می شد و اطلاعات به دست آمده در پرسشنامه ثبت می گردید. در صورت وجود اندیکاسیون (وجود توده، ترشحات، تغییر رنگ و ...) بر اساس سن، ماموگرافی یا سونوگرافی و یا هر دو درخواست می گردید. بدین صورت که برای افراد زیر ۴۰ سال سونوگرافی، افراد بالای ۴۰ سال ماموگرافی و در صورت گزارش موارد مشکوک در سونوگرافی برای افراد بالای ۳۵ سال ماموگرافی نیز درخواست می گردید. برای جلوگیری از ایجاد تورش مشاهده گر، مشخصات جمعیت شناختی توسط منشی بخش تکمیل می شد و کارشناسان مامایی، اطلاعاتی در خصوص این مطلب که افراد به صورت داوطلبانه مراجعه کرده بودند و یا این که از مراکز بهداشتی ارجاع شده بودند، نداشتند. همچنین کارشناسان مامایی توسط یک متخصص مجرب، در زمینه معاینه پستان، آموزش دیده بودند.

تمامی موارد ماموگرافی و سونوگرافی در مرکز بهبود انجام گرفت و تفسیر کلیه موارد توسط یک رادیولوژیست ماهر انجام شد. نتایج اقدامات پاراکلینیکی برای هر مددجو در پرسشنامه ثبت می شد و نتایج ماموگرافی و سونوگرافی توسط متخصصین مربوطه بررسی می گردید. برحسب اطلاعات حاصل از شرح حال، نتایج معاینه فیزیکی و نتایج ماموگرافی یا سونوگرافی بیماران واجد شرایط تحت یک برنامه تشخیصی کامل قرار می گرفتند و جهت انجام FNA و یا بیوپسی به جراح ارجاع داده می شدند (انتخاب جراح به عهده خود بیماران بود، می توانستند از جراحان بیمارستان

توده های پستانی با استفاده از اقدامات کلینیکی و پاراکلینیکی در طی یک دوره یک ساله در بیمارستان بهبود تبریز می پردازد.

مواد و روش ها

مطالعه توصیفی حاضر بر روی ۹۵۲ مددجوی داوطلب غربالگری سرطان پستان و یا افراد ارجاع داده شده به بیمارستان بهبود تبریز در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت. روش نمونه گیری در این مطالعه از نوع تمام شماری بود، بدین صورت که تمام مددجویانی که در طی یک دوره یک ساله جهت انجام غربالگری توده های پستانی به این بیمارستان مراجعه کرده بودند وارد مطالعه شدند. تمام افراد مراجعه کننده به این بیمارستان بدون توجه به سن، علت مراجعه و بومی یا غیربومی بودن به صورت رایگان در این مرکز تحت غربالگری توده های پستان قرار گرفتند. از آنجا که بیمارستان بهبود، مرکز شناخته شده ارزیابی توده های پستانی در شهر تبریز می باشد لذا اکثر مراکز بهداشتی درمانی در صورت مواجه شدن با اختلالات پستانی، موارد را به این مرکز ارجاع می دادند.

ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش، شامل پرسشنامه ای سه قسمتی بود. قسمت اول پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی - اجتماعی و مامایی شامل سن، شغل، قد و وزن (BMI)، رژیم غذایی، مصرف میوه و سبزیجات، وضعیت تأهل، سابقه نازایی، سن منارک، سن منوپوز، سن اولین حاملگی، روش پیشگیری از بارداری، سابقه فامیلی سرطان پستان و سابقه شخصی سرطان پستان بود. بخش دوم اطلاعات به دست آمده از معاینه پستان شامل رنگ، قوام نسج، افتادگی پستان نسبت به سن، درد، وجود ترشحات، تقارن کل پستان به خط میداسترنال، تقارن نیپل به خط میداسترنال، لمس توده در پستان، لمس توده در غدد لنفاوی گردن و زیر بغل را پوشش می داد. بخش سوم پرسشنامه مربوط به نتایج ماموگرافی، سونوگرافی و پاتولوژی بود.

فامیلی مثبت از کانسر را گزارش کردند که بیشترین سهم مربوط به فامیل درجه یک و سپس فامیل درجه دو می‌شد. از نظر سابقه سرطان در خود فرد، تنها ۰/۴ درصد واحدهای مورد پژوهش این سابقه را ذکر کردند.

معاینات کلینیکی پستان‌ها از نظر رنگ، قوام نسج، افتادگی پستان نسبت به سن، درد، وجود ترشحات، تقارن کل پستان به خط میداسترنال، تقارن نوک پستان به خط میداسترنال، لمس توده در پستان، لمس توده در غدد لنفاوی گردن و لمس توده در غدد لنفاوی زیربغل نشان داد که پستان چپ و راست به ترتیب از نظر قوام ۲۷/۱ و ۲۳/۳ درصد غیرطبیعی، از نظر درد در پستان ۵۱/۱ و ۴۳ درصد دارای درد و از لحاظ توده در پستان ۳۳/۶ و ۲۶/۵ درصد دارای توده بودند (جدول ۱). در کل نتایج معاینات پستان در زنان معاینه‌شده در بیمارستان بهبود نشان داد که ۶۳/۴ درصد زنان دارای نتایج غیرطبیعی بودند.

از ۹۵۲ موردی که تحت معاینات کلینیکی قرار گرفته بودند برای ۹۴۱ نمونه اقدامات پاراکلینیکی ماموگرافی و سونوگرافی درخواست شده بود (جدول ۲). در مورد نتایج ماموگرافی در ۵۴/۶ درصد موارد یافته طبیعی، ۱۲/۹ درصد توده و ۳۲/۵ درصد موارد ضایعات خوش خیم مشاهده شد. در مورد نتایج سونوگرافی نیز در ۶۷/۱ درصد موارد یافته طبیعی، ۱۴ درصد توده و در ۱۸/۹ درصد موارد ضایعات خوش خیم گزارش شد. براساس نتایج ماموگرافی و سونوگرافی، بر روی ۸۱ (۸/۵) نمونه، بررسی پاتولوژی انجام گرفته بود. در مورد نتایج پاتولوژی، ۱۲/۳ درصد موارد یافته طبیعی، ۴۳/۳ درصد موارد کانسر پستان و ۵۵/۶ درصد موارد ضایعات خوش خیم گزارش شد. به عبارتی دیگر از ۷۳ توده گزارش شده در ماموگرافی و ۷۴ توده گزارش شده در سونوگرافی، ۳۵ مورد کانسر پستان در پاتولوژی شناسایی شد (جدول ۳). در ۱۷۳ مورد از نمونه‌های مورد مطالعه که هم ماموگرافی و هم سونوگرافی درخواست شده بود با استفاده از آزمون مک‌نمار مشخص گردید بین نتایج ماموگرافی و سونوگرافی هم‌زمان ارتباط آماری معناداری

بهبود و یا سایر مراکز درمانی استفاده کنند). در مرحله بعدی، جواب پاتولوژی بیماران مورد بررسی قرار می‌گرفت و در پرسشنامه ثبت می‌شد.

قبل از شروع مطالعه، اجازه انجام پژوهش از ریاست بیمارستان بهبود اخذ گردید، سپس به تمامی واحدهای مورد پژوهش درخصوص اهداف و روش مطالعه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات و این‌که در صورت تمایل می‌توانند در هر زمان از حضور در مطالعه صرف‌نظر نمایند، آگاهی‌های لازم داده شد.

درخصوص تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS 13 استفاده شد. جهت بررسی مشخصات فردی-اجتماعی، مشخصات مامایی و همچنین نتایج CBE، سونوگرافی، ماموگرافی و پاتولوژی از آمار توصیفی و برای بررسی ارتباط بین نتایج اقدامات کلینیکی و پاراکلینیکی از آزمون‌های کای دو و مک‌نمار استفاده گردید.

یافته‌ها

براساس نتایج، میانگین سنی افراد مورد مطالعه 39.6 ± 10.9 سال بود. بیشتر زنان (۶۵/۲٪) در محدوده سنی ۵۰-۳۰ سال قرار داشتند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۹۱/۹٪) خانه‌دار بودند. ۹۴/۶ درصد نمونه‌ها متأهل و ۴۸/۵ درصد آن‌ها حداقل دو فرزند داشتند. ۹۴/۴ درصد رژیم غذایی معمولی داشتند، ۸۲/۱ درصد مصرف میوه و سبزی را در حد معمولی گزارش کردند. میانگین BMI افراد مورد پژوهش 28.18 ± 5 بود و افراد دارای وزن اضافی (۳۵/۷٪) و افراد چاق (۳۱/۸٪) بیشترین درصد را به خود اختصاص دادند. اندازه $BMI = kg/m^2$ بیشتر از ۲۵ دارای وزن اضافی و بیشتر از ۳۰ چاق در نظر گرفته شد. از بین روش‌های پیشگیری از بارداری به ترتیب بیشترین درصد مربوط به روش منقطع (۲۵/۱٪)، بستن لوله‌های رحمی (۱۱٪) و قرص‌های ضدبارداری (۹/۳٪) بود. ۱۱/۶ درصد سابقه

علاوه بر نتایج طبیعی شامل ضایعات خوش خیم فیبروکیستیک، فیبروآدنوم، ماستیت، کیست، لنف‌نود، افزایش و کاهش دانسیته، کلسیفیکاسیون، پستان چرب و آبسه و نتایج غیرطبیعی شامل توده بود.

جدول ۲- توزیع فراوانی اقدامات پاراکلینیکی انجام شده بر روی زنان مراجعه کننده به بیمارستان بهبود تبریز

اقدامات انجام شده	تعداد	درصد
فقط ماموگرافی	۳۶۸	۳۸/۸
فقط سونوگرافی	۳۳۹	۳۵/۸
ماموگرافی و سونوگرافی	۱۵۳	۱۶/۴
فقط پاتولوژی	۸	۰/۹
ماموگرافی و پاتولوژی	۳۳	۳/۶
سونوگرافی و پاتولوژی	۲۰	۲/۲
هر سه	۲۰	۲/۲
کل	۹۴۱	۱۰۰

جدول ۳- توزیع فراوانی نتایج به دست آمده از ماموگرافی، سونوگرافی و پاتولوژی

نتایج	ماموگرافی	سونوگرافی	پاتولوژی
به دست آمده	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
طبیعی	۳۱۰ (۵۴/۶)	۳۵۵ (۶۷/۱)	۱۰ (۱۲/۳)
کانسر	۰ (۰)	۰ (۰)	۳۵ (۴۳/۳)
فیبروکیستیک	۱۹ (۳/۳)	۱۶ (۳)	۱۷ (۲۱)
فیبروآدنوم	۸ (۱/۴)	۲۳ (۴/۳)	۸ (۹/۹)
کیست	۱۳ (۲/۳)	۳۹ (۷/۴)	۰ (۰)
لنف‌نود	۲۴ (۴/۲)	۱۱ (۲/۱)	۰ (۰)
افزایش دانسیته	۵۹ (۱۰/۴)	۲ (۰/۴)	۰ (۰)
کاهش دانسیته	۱۰ (۱/۸)	۱ (۰/۲)	۰ (۰)
توده	۷۳ (۱۲/۹)	۷۴ (۱۴)	۰ (۰)
کلسیفیکاسیون	۴۲ (۷/۴)	۲ (۰/۴)	۰ (۰)
ماستیت	۰ (۰)	۳ (۰/۶)	۷ (۸/۷)
پستان چرب	۹ (۱/۶)	۲ (۰/۴)	۳ (۳/۷)
آبسه	۰ (۰)	۱ (۰/۲)	۲ (۱/۲)
کل	۵۶۸ (۱۰۰)	۵۲۹ (۱۰۰)	۸۱ (۱۰۰)

وجود دارد. از ۸۱ موردی که تحت بررسی پاتولوژی قرار گرفته بودند تنها برای ۲۰ مورد از هر دو روش ماموگرافی و سونوگرافی استفاده شده بود و از ۳۵ مورد کانسر شناسایی شده تنها ۶ مورد همزمان تحت بررسی ماموگرافی و سونوگرافی قرار گرفته بودند (جدول ۴).

جهت تعیین ارتباط نتایج ماموگرافی و سونوگرافی، ابتدا نتایج به دو گروه طبیعی و غیرطبیعی تقسیم بندی شد. نتایج غیرطبیعی علاوه بر وجود توده شامل ضایعات خوش خیم فیبروکیستیک، فیبروآدنوم، ماستیت، کیست، لنف‌نود، افزایش و کاهش دانسیته، کلسیفیکاسیون، پستان چرب و آبسه بود. آزمون آماری مکنمار نشان داد که بین نتایج CBE و ماموگرافی و بین نتایج CBE و سونوگرافی ارتباط آماری معناداری وجود دارد ($P=0/0001$) آزمون مجذورکای بر روی نتایج پاتولوژی ۸۱ موردی که تحت بیوپسی و یا FNA قرار گرفته بودند نشان داد که بین نتایج پاتولوژی و ماموگرافی و بین نتایج پاتولوژی و سونوگرافی ارتباط آماری معناداری وجود دارد ($P<0/05$). نتایج ماموگرافی، سونوگرافی و پاتولوژی به دو قسمت طبیعی و غیرطبیعی تقسیم شد. گروه اول

جدول ۱- توزیع فراوانی نتیجه معاینات کلینیکی از وضعیت های مختلف در پستان راست و چپ

وضعیت عضو	پستان راست		پستان چپ	
	تعداد	(درصد) تعداد	تعداد	(درصد) تعداد
رنگ غیرطبیعی	۱۶ (۱/۸)	۱۴ (۱/۵)		
قوام غیرطبیعی نسج پستان	۲۲۲ (۲۳/۳)	۲۵۷ (۲۷/۱)		
افتادگی نامناسب پستان نسبت به سن	۱۸ (۱/۹)	۱۴ (۱/۵)		
درد پستان	۴۱۰ (۴۳)	۴۸۷ (۵۱/۱)		
ترشحات پستان	۵۷ (۶)	۵۵ (۵/۸)		
عدم تقارن کل پستان به خط میداسترنال	۲۲ (۲/۴)	۲۱ (۲/۲)		
عدم تقارن نیل به خط میداسترنال	۱۴ (۱/۵)	۱۵ (۱/۶)		
لمس توده در پستان	۲۵۲ (۲۶/۵)	۳۲۰ (۳۳/۶)		
لمس توده غدد لنفاوی گردن	۱۲ (۱/۳)	۹ (۰/۹)		
لمس توده در غدد لنفاوی زیر بغل	۵۵ (۵/۸)	۴۸ (۵)		

ترشحاتی از نوک پستان را به یاد می‌آورند. نتایج مطالعه Hussain و همکاران و همچنین Florio و همکاران با نتایج این پژوهش هماهنگ می‌باشد (۳۰ و ۳۱). در این مطالعه در بیشتر افراد، درگیری در سمت چپ پستان بیشتر بوده است. در مطالعه محبوبی نیز که به بررسی تحلیلی ضایعات پستانی در ماموگرافی پرداخته بود بیشتر علایم و درگیری‌ها در سمت چپ بوده است (۳۲).

چندین کارآزمایی بالینی نشان داده‌اند که غربالگری ماموگرافی برای سرطان پستان در شناسایی سرطان پستان در مراحل اولیه موفقیت‌آمیز است (۳۳). نتایج ماموگرافی در مطالعه شکوری پرتوی و نامی که به بررسی ۱۰۰۰ مورد از زنان بالای ۴۰ سال پرداخته بودند ۱۳ مورد توده‌های بدخیم، ۳۴ مورد توده و یا ندول‌های کوچک خوش‌خیم، ۱۰ مورد کلسیفیکاسیون‌های غیرفعال و ۶ مورد پستان چرب بوده است (۳۴). در مطالعه ما میزان گزارش توده، ضایعات خوش‌خیم و کلسیفیکاسیون، بیشتر از مطالعه شکوری پرتوی و نامی بود. همچنین در مطالعه شفیقی از ۹۷۹ نمونه، ۲۵۰ نفر اندیکاسیون انجام ماموگرافی را داشتند که در ۶۲/۸ درصد موارد یافته طبیعی، در ۱۷/۴ درصد تغییرات فیبروکیستیک و در ۱۹/۸ درصد ضایعات خوش‌خیم گزارش شد (۳۳). نتایج مطالعه ما با مطالعه شفیقی تا حد زیادی هم‌خوانی داشت. در مطالعه شفیقی در مورد یافته‌های سونوگرافی از ۱۵۵ نمونه‌ای که تحت سونوگرافی قرار گرفتند ۵۹/۴ درصد موارد طبیعی و ۴۰/۶ درصد موارد غیرطبیعی بودند (۳۵). در مطالعه ما نیز ۶۷/۱ درصد یافته‌های سونوگرافی طبیعی و ۳۲/۹ درصد موارد غیرطبیعی (توده و ضایعات خوش‌خیم) بودند. نتایج این دو مطالعه تا حد زیادی با هم هم‌خوانی دارند.

سرطان پستان با ترکیب یافته‌های حاصل از معاینات بالینی، روش‌های تصویربرداری و بیوپسی تشخیص داده می‌شود (۳۳). در مطالعه حاضر از هر سه روش معاینات بالینی، روش‌های تصویربرداری و بیوپسی جهت

جدول ۴- مقایسه توزیع فراوانی نتایج به دست آمده از ماموگرافی و سونوگرافی همزمان (N=۱۷۳)

ماموگرافی	سونوگرافی		p-value و نوع آزمون
	طبیعی	غیرطبیعی	
طبیعی	۴۲(۲۴/۳)	۱۲(۶/۹)	P=۰/۰۰۰۱
غیرطبیعی	۷۰(۴۰/۵)	۴۹(۲۷/۳)	
کل	۱۱۲(۶۴/۸)	۶۱(۳۴/۲)	$\chi^2=۳۹/۶$
کل	۱۷۳(۱۰۰)	۵۴(۳۱/۲)	

بحث

سالیانه حدود ۱/۳ میلیون بیمار جدید مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده می‌شوند. این در حالی است که تشخیص زودرس سرطان پستان توسط برنامه‌های غربالگری به کاهش مرگ‌ومیر ناشی از آن منجر شده است (۲۶).

در این مطالعه ۹۵۲ مددجوی داوطلب غربالگری سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان بهبود تبریز مورد بررسی قرار گرفتند. در مطالعه حاضر شایع‌ترین یافته در معاینات کلینیکی افراد، درد بود که با مطالعه کاویانی که با هدف بررسی فراوانی نسبی درد پستان در بانوان ایرانی انجام گرفته بود مطابقت داشت. به طوری که در مطالعه کاویانی در مجموع ۱۴۴۲ نفر بیماری که به کلینیک بیماری‌های پستانی مراجعه کرده بودند، علل مراجعه بیماران به ترتیب شیوع شامل درد پستان ۳۲ و توده پستانی ۲۴ درصد بوده است (۲۷).

وجود توده در پستان و قوام غیرطبیعی نسج، دومین یافته در معاینات کلینیکی افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان بهبود بود که با نتایج چندین مطالعه که عنوان کرده بودند لمس توده پستانی دومین علت شایع منجر به مراجعه بیماران می‌باشد مطابقت دارد (۲۸ و ۲۹).

در مطالعه ما ترشح پستان سومین عارضه شایع پس از درد و لمس توده در پستان بود. علی‌رغم این که ترشح از نوک پستان در موارد اندکی با بدخیمی‌های پستانی مرتبط است ولی ارزیابی دقیق این بیماران جهت رد بدخیمی‌ها ضروری است. حداقل ۵۰ درصد زنان در سنین باروری،

این مطالعه از ۱۰۰۴ نتیجه ماموگرافی بررسی شده، ۱۵/۴ درصد موارد دارای توده بودند که از این تعداد ۵۶ درصد تومور خوش خیم، ۷ درصد بدخیم و بقیه موارد غیرتومورال گزارش شد. در مطابقت با نتایج پاتولوژی، درصد تطابق بین نتایج پاتولوژی و ماموگرافی ۷۲/۸ درصد به دست آمد (۳۹). در مطالعه حاضر نیز مشاهده شد که از ۸۱ مورد که بر اساس نتایج ماموگرافی و یا سونوگرافی، اندیکاسیون انجام بررسی‌های پاتولوژی را داشتند در ۴۳/۳ درصد موارد کانسر تشخیص داده شد.

نتیجه گیری

سرطان پستان با ترکیب یافته‌های حاصل از معاینات بالینی، روش‌های تصویربرداری و بیوپسی تشخیص داده می‌شود. محدود کردن این مراحل می‌تواند سبب عدم تشخیص ضایعات سرطانی گردد. زیرا هیچ کدام از این پروسه‌ها بدون نقص نیستند و به تنهایی نمی‌توانند انواع مختلف سرطان را تشخیص دهند. بنابراین استفاده از تصویربرداری در کنار معاینات بالینی دقیق، به عنوان یک اقدام مؤثر جهت غربالگری سرطان پستان توصیه می‌گردد. با توجه به نتایج می‌توان با برنامه‌ریزی صحیح آموزشی در سطح وسیع، مشکلات پستان را به موقع تشخیص داده و از پیشرفت بیماری جلوگیری کرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری و مساعدت مدیر محترم بیمارستان بهبود تبریز جناب آقای بهمن ذی‌جاه و همچنین از متخصصین و جراحان محترم این بیمارستان کمال تشکر و قدردانی را داریم.

غربالگری مراجعه کنندگان داوطلب به بیمارستان بهبود تبریز استفاده شد.

مطالعه Prasad و Housrrkovad نشان داد که کاربرد هر دو روش ماموگرافی و سونوگرافی با هم حساسیت بالاتری نسبت به انجام یک روش به تنهایی در ارزیابی توده‌های پستانی دارد. همچنین نظر به این که دانسیته عامل محدود کننده ماموگرافی است، سونوگرافی باعث افزایش حساسیت تشخیصی می‌شود (۳۶). نتایج مطالعه ما متفاوت از مطالعه پراساد و هوسرکوواد بود چرا که تنها در تعداد محدودی از موارد کانسر شناسایی شده (۶ مورد از ۳۵ مورد کانسر) سونوگرافی و ماموگرافی همزمان انجام گرفته بود.

همچنین Berg و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که علاوه بر ماموگرافی، باید از یک تکنیک غربالگری مناسب استفاده شود که در این مطالعه برای زنان با خطر متوسط، سونوگرافی توصیه شده بود (۳۷).

در مطالعه Shetty و Watson در ۳۲ بیمار با محدوده سنی ۷۰-۳۸ سال، توده‌هایی در بررسی ماموگرافی مشاهده شد که در بررسی سونوگرافی به صورت توده یا یک ابرمالتی لوکالیزه دیگر قابل تشخیص نبود. این ۳۲ مورد تحت بررسی پاتولوژی قرار گرفتند که ۲۸ مورد خوش خیم (۱۸ مورد تغییرات فیروکیستیک، ۸ مورد فیروآدنوم، ۱ مورد نکروز چربی و ۱ مورد آدنوزاسکروزینگ) گزارش شد و ۴ مورد دیگر بدخیمی بودند (۳۸).

در مطالعه سینا و همکاران، نتایج ۱۰۰۴ مورد ماموگرافی‌های انجام شده در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) از سال ۷۷-۱۳۷۶ مورد بررسی قرار گرفت و با نتایج بعضی از یافته‌های پاتولوژی تطبیق داده شد. در

References

1. Greif JM. Mammographic screening for breast cancer: An invited review of the benefits and costs. *The Breast*. 2010;19:268-72.
2. Brunnicardi FC, Dana KA, Timothy RB, Dunn L, Hunter G, Raphael EP. *Schwartz's principles of surgery*. 8th ed. McGraw-Hill. 2005;453-501.
3. Hirsch BR, Layman GH. Breast cancer screening with mammography. *Curr Oncol Rep*. 2011;13:63-70.

4. Paesmans M, Ameye L, Moreau M, Rozenberg S. Breast cancer screening in the older woman: An effective way to reduce mortality. *Maturitas*. 2010;66:263-7.
5. Yanxin S, Hong W, Ying W, Yanhuni G, Hengda C, Yingtao Z, et al. Speckle reduction approach for breast ultrasound image and its application to breast cancer diagnosis. *Eur J Radiol*. 2010;75(1):136-41.
6. Pakseresht S, Ingle GK, Bahadur AK, Ramteke VK, Singh MM, Garg S, et al. Risk factors with breast cancer among women in Dehli. *Indian J Cancer*. 2009;46(2):132-8.
7. Howell A, Sims AH, Ong KR, Harvie MN, Evans DG, Clarke RB. Mechanisms of disease: prediction and prevention of breast cancer- cellular and molecular interactions. *Nat Clin Prant Oncol*. 2005;2(12):635-46.
8. Varangot M, Barrios E, Sónora C, Aizen B, Pressa C, Estrugo R, et al. Clinical evaluation of a panel FNA markers in the detection of disseminated tumors cells in patients with operable breast cancer. *Oncol Rep*. 2005;14(2):537-45.
9. World Health Organization (W.H.O) Fact sheet N0297 February 2009. Available from: <http://www.Who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>. 29 July 2010.
10. Ghazanfari Z, Mohammad Alizadeh S, Azat talab F. [A survey on practice of employed women about prevention of breast cancer (Persian)]. *Journal of Kerman Razi Faculty of Nursing & Midwifery*. 2005;4(1-2):7-12.
11. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I. [Breast cancer in Iran: an epidemiological review (Persian)]. *The Breast Journal*. 2007;13(4):383-91.
12. Sirus M, Ebrahimi A. [Epidemiology of tumor in women's breast in Isfahan (Persian)]. *Iranian J Surg*. 2009;16(3):1-6.
13. Arirchi I, Zarbakhsh M. Breast cancer in Iran: results of multi-center study. *Asi Pac J Cancer Prev*. 2004;5(1):24-7.
14. Behjati F, Atri M, Najmabadi H, Nouri K, Zamani M. [Prognostic value of chromosome 1 and 8 copy number in invasive ductal breast carcinoma among Iranian women: an interphase FISH analysis (Persian)]. *Pathology Oncology Research*. 2005;11(3):157-63.
15. Fentiman IS. Fixed and modifiable risk factors for breast cancer. *Int J Clin Part*. 2001;55(8):527-30.
16. Farshbaf Khalili A, Shahnazi M, Ghahvechi A, Thorabi Sh. [Performance conditions of breast cancer screening methods and its efficient factors among women referring to health centers of Tabriz (Persian)]. *Nursing Research Journal*. 2009;4(12-13):27-38.
17. Brodersen J, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. The benefits and harms of screening for cancer with a focus on breast screening. *Pol Arch Med Wewn*. 2010;120(3):89-94.
18. Rutledge DN, Barsevick A, Knobf MT, Book binder M. Breast cancer detection: Knowledge attitudes and behaviors of women from Pennsylvania. *Oncol Nurs: Forum*. 2001;28(6):1032-40.
19. Aliyari SH, Zamaninejad A. [Comparison of knowledge of women in army families from breast cancer screening methods pre and post education (Persian)]. *Journal of army University of Medical Sciences of the I.R.Iran*. 2005;3(2):559-64.
20. Vahabi M. Breast cancer screening methods: a review of the evidence. *Health Care Woman Int*. 2003;24(9):773-93.
21. Talaiezhadeh AH, Sarmast-Shoshtari MH, Ansari-Asefeh N. Knowledge about breast self-examination among women older than 18 years in Ahvaz. *Medical Scientific Journal*. 2009;7(4):503-12.
22. Berg WA, Blume JD, Cormack JB, Mendelson EB, Lehrer D, Böhm-Vélez M, et al. Combined screening with ultrasound and mammography versus mammography alone in women at elevated risk of breast cancer. *JAMA*. 2008;299(18):2151-63.
23. Grson ES. Screening mammography, sonography of dense fibrocystic breast tissue. *Am J Roentgenol*. 2003;181:1715-7.
24. Keith Louis G, Oleszczuk Jaroslaw J, Layuens M. Are mammography and palpation sufficient for breast cancer screening. *J Womens Health Gend Based Med*. 2002;11(1):17-25.
25. Bassett LW, Ysael M, Gold R. Usefulness of mammography and sonography in women less than 35 years of age. *Radiology*. 1991;180(3):831-5.
26. Panieri E. Breast cancer screening in developing countries. *Best Practice & research. Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2012;26(2):283-90.
27. Kavyani A, Majidzadeh K, Vahdaninia M. [The relative frequency of breast pain in Iranian women (Persian)]. *Payesh Journal*. 2001;1(1):57-61.
28. Barton MB, Elmore JG, Fletcher SW. Breast symptoms among women enrolled in a health maintenance organization: frequency, evaluation and outcome. *Ann Intern Med*. 1999;130:651.
29. Elmore JG, Barton MB, Moceri VM, Polk S, Arena PJ, Fletcher SW. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med*. 1998;338:1089.
30. Hussain AN, Policarpio C, Vincent MT. Evaluating nipple discharge. *Obstet Gynecol Surv*. 2006;61(4):278-83.

31. Florio MA, Fama F, Giacobbe G, Pollicino A, Scarfo P. Nipple discharge: personal experience with 2818 cases. *Chir Ital.* 2003;55(3):357-64.
32. Mahboobi A, Alvandi SH, Alizade navaei R. Analysis of breast lesions in mammography. *JBUMS Journal of Babol University of Medical Sciences*, 2003; 2(22):52-5.
33. Tan SM, Evans AJ, Lam TP, Cheung KL. How relevant is breast cancer screening in the Asia/Pacific region? *The Breast.* 2007; 16:113-9.
34. Shakouri Partovi P, Nami F. [Evaluation of the Mammographic Findings in patients over 49 years of age with mammary disorders (Persian)]. *Armagan Danesh Journal.* 2005;9(35):67-73
35. Shafiqhi S, Bayati A, Rafiee M, Kalanteri M. Comparison of sonography results and finding of clinical examination and mammography in diagnosis of breast cancer. *Iran Surgery Journal.* 2008; 15(3):1-5.
36. Prasad NS, Housrrkovad A. Comparison of mammography and ultrasonography in evaluation of breast masses. *Biomed PapmMed Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2007; 151(2):315-22.
37. Berg WA. Tailored supplemental screening for breast cancer: what now and what next. *AJR.* 2009; 162:390-99.
38. Shetty MK, Watson AB. Sonographically occult screen detected breast masses: a retrospective analysis of cases undergoing biopsy. *Clinical Imaging.* 2008; 32:28-31.
39. Sina A, Galili A, Abdi B, Gharar Aghaji R. [Study of the mammographic findings and correlation of breast tumours with the pathological results in Imam Khomeini Hospital Urmia (Persian)]. *Journal of Urmia University of Medical Sciences.* 2002; 13(3):213-9.