

## ارزیابی پاتولوژی توده‌های پستان در مراجعین بیمارستان آموزشی الزهرا(س) اصفهان

مریم درخشان<sup>۱</sup>، مرضیه درخشان<sup>۲</sup>، شهناز اسکندری<sup>۳</sup>، امیر حسین تاب<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** سرطان پستان، شایع‌ترین سرطانی است که در جهان تشخیص داده شده است. با وجود پیشرفت‌های متعدد، عود آن همچنان چالش بزرگی است؛ بر این اساس، مطالعه با هدف ارزیابی پاتولوژی توده‌های پستان در مراجعین بیمارستان آموزشی الزهرا(س) اصفهان انجام شد.

**روش‌ها:** در این مطالعه‌ی مقطعی، اطلاعات مربوط به سن، جنس و پاتولوژی توده‌های پستان ۵۲۲ بیمار که برای بررسی ضایعات پستان در سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۹ به بیمارستان الزهرا(س) اصفهان مراجعه کرده بودند، جمع‌آوری و بررسی شد. تمامی این بیماران تحت بیوپسی پستان قرار گرفته بودند. داده‌ها توسط آزمون  $\chi^2$  استودنت، تحلیل و با ارائه‌ی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار توصیف شد.

**یافته‌ها:** تعداد ۵۲۲ بیمار با میانگین سنی ۴۰/۴۲ سال وارد مطالعه شدند، (۹۲ درصد) ۴۸۰ نفر زن بودند. کارسینوم داکتال مهاجم (۷۴ درصد) و کارسینوم داکتال این سابتو (۱۴ درصد) بیشترین فراوانی را داشتند. سایر پاتولوژی‌ها به ترتیب عبارت از ۲۸۴ (۸۷/۹ درصد) مورد ضایعات تومورال خوش خیم با برتری دو ضایعه‌ی فیبرو کیستیک (۱۲۹ نفر) و فیبرآدنوم (۱۲۱ نفر)، انواع التهابی (۸/۷ درصد) ۲۸ مورد و ژنیکوماستی (۳/۴ درصد) ۱۱ مورد بودند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این مطالعه، شیوع سرطان پستان در سن زیر ۴۰ سال در ایران زیاد است؛ بنابراین بررسی عوامل خطر در زنان ایرانی و گسترش آموزش همگانی توصیه می‌شود.

**واژگان کلیدی:** آسیب‌شناسی؛ توده‌ی پستان؛ بیوپسی

**ارجاع:** درخشان مریم، درخشان مرضیه، اسکندری شهناز، تاب امیرحسین. ارزیابی پاتولوژی توده‌های پستان در مراجعین بیمارستان آموزشی الزهرا(س) اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۴۰): ۱۵۷۱-۱۵۷۶.

## مقدمه

درمان در مبتلایان به سرطان پستان متاستاز بیماری است (۱). توده‌های پستان مانند سایر ارگان‌ها به دو دسته خوش خیم و بدخیم تقسیم می‌شوند. عمده‌ی تومورهای پستان خوش خیم هستند و شایع‌ترین آن‌ها فیبروآدنوم‌ها، کیست‌ها، توده‌های ناشی از التهاب و عفونت، بیماری فیبروکیستیک سینه، نکروز چربی و برخی توده‌های اختصاصی دیگر می‌باشند. تومور فیلودس نوعی از تومورهای گروه فیبرآدنوم است که می‌تواند خوش خیم، مرزی یا بدخیم باشد (۳). میزان مرگ و میر بر اثر سرطان پستان در ایران برابر با ۱۴ در هر ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد و میانگین سنی آن ۴۹ سال گزارش شده است. همچنین میزان شیوع سرطان پستان در کشور ایران، برابر با ۳۳ در هر

سرطان پستان، یک بیماری پیچیده و هتروژن با زیرگروه‌های هیستوپاتولوژیک و مولکولی متفاوت است که منجر به نتایج بالینی مختلفی می‌شود. سرطان پستان یک اصطلاح مشترک برای گروهی از تومورهای پستان با منشأ سلولی و مولکولی و تظاهرات بالینی مشخص است. بیشتر موارد تومورهای اپی‌تلیالی با منشأ داکتال یا لوبولار هستند (۱). سالانه بیش از ۱/۵ میلیون مورد جدید سرطان پستان در زنان سراسر جهان تشخیص داده می‌شود (۲). سرطان پستان، یک سرطان متاستاز دهنده است و می‌تواند به ارگان‌هایی مانند استخوان، کبد، ریه و مغز متاستاز دهد که علت اصلی عدم پاسخ به

۱- استادیار، گروه آسیب‌شناسی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار بیولوژی تولید مثل، گروه علوم تشریحی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه آسیب‌شناسی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: مریم درخشان؛ استادیار، گروه آسیب‌شناسی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

پستان بوده و جهت پیگیری پس از درمان مراجعه کرده بودند و همچنین بیماران که دسترسی به لام‌های پاتولوژی آنها نبود از مطالعه خارج شدند. در این پژوهش نمونه‌های بیوپسی و نتایج آنها از نظر نوع پاتولوژی توسط دو پاتولوژیست مورد بازبینی قرار گرفت و نتیجه نهایی مربوط به هر یک از بیماران به همراه مشخصات دموگرافیک آنها استخراج گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۶ (version 26, IBM Corporation, Armonk, NY) توسط آزمون  $\chi^2$  استودنت تحلیل و با ارائه‌ی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار توصیف شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است داده‌ها به صورت گروهی استفاده شد و اصل محرمانگی درباره‌ی اطلاعات بیماران رعایت گردید. این مقاله در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق در پژوهش IR.MUI.MED.REC.1400.409 تصویب گردید.

### یافته‌ها

در این مطالعه، تعداد ۵۲۲ نمونه با میانگین سنی ۴۲ سال مورد بررسی قرار گرفت. توزیع فراوانی سنی و جنسی مراجعه‌کنندگان بر حسب تشخیص کلی ضایعه در جدول ۱ ارائه شد. از نظر توزیع سنی، ۱۰/۵ درصد زیر ۲۵ سال، ۷۰/۷ درصد بین ۲۵ تا ۵۰ سال و ۱۸/۸ درصد ۵۰ سال و بیشتر بودند. از نظر فراوانی جنسی، ۹۲ درصد زن و ۸ درصد مرد بودند. از مجموع ۵۲۲ نمونه، نتیجه بررسی پاتولوژی ۳۲۳ نفر خوش‌خیم و ۹۴ نفر بدخیم داشتند و ۱۰۵ نفر عاری از هرگونه ضایعه‌ی پاتولوژیک بودند. از نظر توزیع انواع موارد خوش‌خیم، نوع تومورال با ۲۸۴ (۸۷/۹) مورد بیشترین فراوانی را داشت. ضایعات فیبروکیستیک و فیبروآدنوم به ترتیب با ۱۲۹ (۳۹/۹) و ۱۲۱ (۳۷/۵) مورد، ۷۷/۴ درصد ضایعه‌های خوش‌خیم تومورال را تشکیل دادند و انواع التهابی با ۲۸ (۸/۷) مورد و ژنیوماستی با ۱۱ (۳/۴) در جایگاه بعدی قرار داشتند. در بین ضایعه‌های بدخیم ۷۳/۴ درصد از موارد کارسینوم مجاری شیری مهاجم بودند. در مجموع در بین جمعیت ۵۲۲ نفری بررسی شده، ۱۸ درصد ضایعه‌ها بدخیم، ۶۲ درصد خوش‌خیم و درصد بدون ضایعه‌ی پاتولوژیک تشخیص داده شدند (جدول ۲).

۱۰۰ هزار نفر می‌باشد. ۷۰ درصد موارد تشخیص داده شده سرطان پستان در مراحل اولیه سرطان قرار دارند. میزان بقای ۵ ساله برای مردان برابر ۶۰ درصد و برای زنان ۷۲ درصد می‌باشد. مهم‌ترین فاکتور مؤثر در تعیین میزان زنده ماندن درگیری غدد لنفاوی بیان شده است (۴). تشخیص زودهنگام بیماری می‌تواند منجر به بهبود پروگنوز بیماری و افزایش بقای بیماران شود. هاموگرافی یک روش غربالگری مناسب در تشخیص سرطان پستان می‌باشد که با تشخیص به موقع منجر به کاهش چشمگیر مورتالیتی شده است. سایر روش‌های غربالگری مانند ام‌آرآی که از هاموگرافی حساس‌تر است نیز در مواردی استفاده می‌شود (۵).

سرطان پستان طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، عامل اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان ایران است (۶) و عوامل خطر مختلفی برای آن معرفی شده از جمله سن (میزان بروز سرطان سینه با افزایش سن افزایش می‌یابد)، عوامل ژنتیکی، سابقه‌ی خانوادگی سرطان پستان، سابقه‌ی قبلی سرطان پستان، سابقه‌ی بیماری خوش‌خیم پستان، بلوغ زودرس قبل از سن ۱۲ سال، یائسگی دیررس پس از ۵۵ سالگی، سابقه‌ی قبلی پرتودرمانی قفسه سینه و اولین زایمان بعد از ۳۰ سالگی، چاقی، مصرف الکل و مصرف غذاهای پرچرب. عوامل گفته شده به دو گروه عوامل اصلاح‌پذیر و غیرقابل تغییر قابل تقسیم است. در این خصوص، شناسایی عوامل خطر به ویژه عوامل قابل اصلاح مهم است. شناسایی عوامل قابل تغییر، امکان تداخل و کاهش بروز بیماری را فراهم می‌کند، در حالی که شناسایی عوامل غیرقابل تغییر امکان یافتن گروه‌های آسیب‌پذیر و اقدامات پیشگیری اولیه و ثانویه مانند غربالگری را فراهم می‌کند (۷). با توجه به موارد مطرح شده مطالعه با هدف ارزیابی پاتولوژی توده‌های پستان در مراجعین بیمارستان آموزشی الزهرا(س) اصفهان انجام شد.

### روش‌ها

در این مطالعه مقطعی، پرونده‌ی کلیه بیماران که از سال ۱۳۹۴ تا سال ۱۳۹۹ به بیمارستان الزهرا(س) مراجعه و مورد بیوپسی توده پستان قرار گرفته بودند (۵۲۲ بیمار) بررسی گردید. بیماران که از قبل دچار سرطان

جدول ۱. توزیع فراوانی سنی و جنسی مراجعه‌کنندگان بر حسب تشخیص کلی ضایعه

گروه سنی (سال)	زن		مرد		کل
	بدخیم	بدون ضایعه پاتولوژیک	بدخیم	بدون ضایعه پاتولوژیک	
زیر ۲۵	۰	۲ (۲/۱)	۰	۵ (۱۰/۵)	۵۵ (۱۰/۵)
۲۵ تا ۵۰	۴۹ (۵۷/۰)	۷۴ (۶۶/۳)	۰	۱۴ (۵۳/۸)	۳۶۹ (۷۰/۷)
۵۰ و بالاتر	۳۷ (۴۳/۰)	۲۱ (۲۱/۶)	۸ (۱۰۰/۰)	۲ (۷/۷)	۹۸ (۱۸/۸)
جمع	۸۶ (۱۰۰)	۹۷ (۱۰۰)	۸ (۱۰۰)	۸ (۱۰۰)	۵۲۲ (۱۰۰)

موسینوس و سایر (کارسینوم مدولاری، انواع لنفوم ها، متاستاز) در جایگاه بعدی قرار داشتند (شکل ۱).

شکل ۲، توزیع سنی ضایعه‌های بدخیم را نشان می‌دهد. نزدیک به ۴۰ درصد ضایعه‌های بدخیم پستان در گروه سنی ۵۵-۶۶ سال قرار داشت. کمترین سن در ضایعه‌های بدخیم ۲۸ و بیشترین ۸۵ سال بود. ۳۶/۱۷ درصد ضایعه‌های بدخیم در زنان سنین ۲۸ تا ۴۵ سال بود.

طبق یافته‌های جدول ۳، میانگین سنی زنان با ضایعه‌های خوش‌خیم حدود ۳۷ سال و در ضایعه‌های بدخیم حدود ۴۸ بود. میانگین سن در مردان با ضایعه‌های خوش‌خیم حدود ۳۴ و در موارد بدخیم حدود ۷۱ سال به دست آمد.

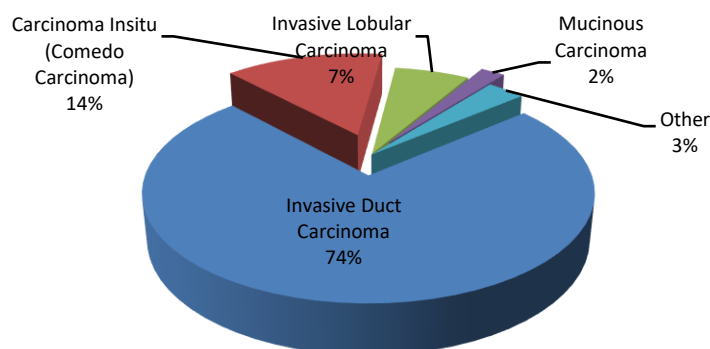
در بین ضایعه‌های بدخیم، کارسینوم مجاری شیری مهاجم بیشترین ضایعه‌ی بدخیم بود. کارسینوم مجاری شیری در جا در جایگاه دوم، و به همین ترتیب، کارسینوم لوبولار تهاجمی، کارسینوم

جدول ۲. توزیع فراوانی انواع ضایعه‌های خوش‌خیم و بدخیم

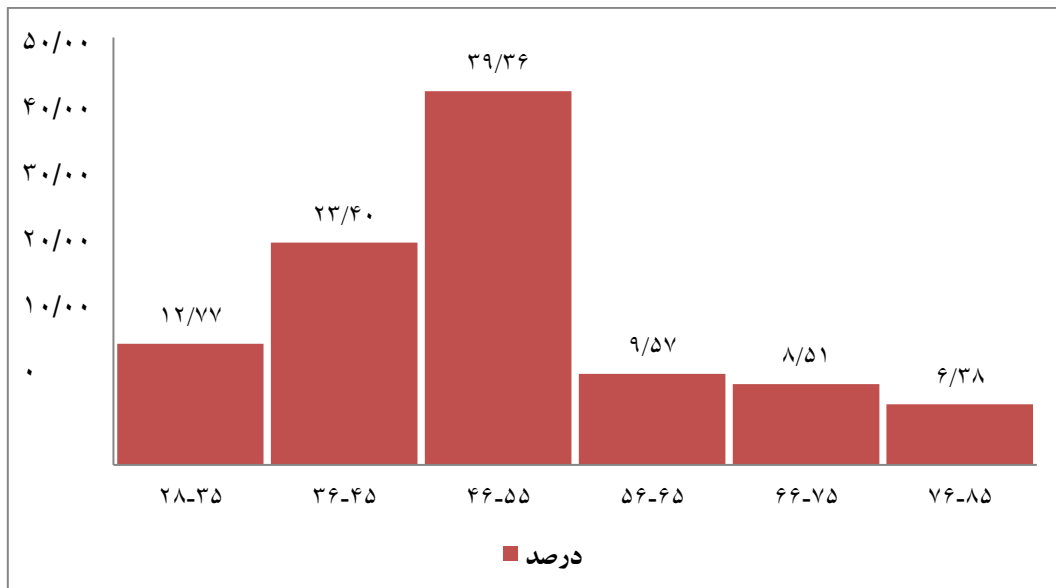
ضایعه	ضایعه‌های خوش‌خیم		ضایعه‌های بدخیم	
	نوع ضایعه	تعداد (درصد)	نوع ضایعه	تعداد (درصد)
تومورال	فیبرآدنوم	۱۲۱(۳۷/۵)	کارسینوم داکتال مهاجم	۶۹(۷۳/۴)
	فیبروکیستیک	۱۲۹(۳۹/۹)	کارسینوم داکتال این سائو	۱۳(۱۳/۸)
	اسکلروزینگ آدنوزیس	۱۶(۵/۰)	کارسینوم لوبولار مهاجم	۶(۶/۴)
	پاپیلوما	۷(۲/۲)	کارسینوم موسینوس	۲(۲/۱)
	آدنوم نیپل	۷(۲/۲)	کارسینوم مدولاری	۱(۱/۱)
	فیلودس	۳(۰/۹)	لنفوم بورکیت	۱(۱/۱)
	رادیکال اسکار	۱(۰/۳)	متاستاتیک	۱(۱/۱)
	التهاب گرانولوماتوز	۲۰(۶/۲)	فیروآدنوما	۱(۱/۱)
	التهاب لنفوسیتیک	۳(۰/۹)	کل ضایعه‌های بدخیم	۹۴(۱۰۰)
	سایر	۵(۱/۵)	فراوانی ضایعه‌های بدخیم	۹۴(۱۸/۰)
التهابی	ژنیکوماستی	۱۱(۳/۴)	فراوانی ضایعه خوش‌خیم	۳۲۳(۶۱/۹)
	کل ضایعه‌های خوش‌خیم	۳۲۳(۱۰۰)	فراوانی بدون ضایعه پاتولوژیک	۱۰۵(۲۰/۱)

جدول ۳. ارتباط سن با نوع ضایعه در مردان و زنان

جنس	ضایعه‌ی بدخیم میانگین $\pm$ انحراف معیار	ضایعه‌ی خوش‌خیم میانگین $\pm$ انحراف معیار	P
زن	۱۱/۷۳ $\pm$ ۴۸/۸۱	۱۰/۳۶ $\pm$ ۳۷/۲۹	۰/۰۰۱
مرد	۱۰/۲۹ $\pm$ ۷۱/۴	۳۴/۳۵ $\pm$ ۱۶/۶۸	۰/۰۰۱
هر دو جنس	۱۳/۱۸ $\pm$ ۵۰/۷۳	۱۱/۰ $\pm$ ۳۷	۰/۰۰۱



شکل ۱. درصد فراوانی انواع ضایعه‌های بدخیم پستان



شکل ۲. توزیع سنی ضایعه‌های بدخیم پستان

کارسینوم لوبولار ۸ درصد، فیرو آدنوما ۹/۳۳ درصد علاوه بر این میانگین سنی زنان را در گزارشات پاتولوژی ۴۷/۲۳ سال و در مردان ۵۲/۵۰ سال گزارش کردند که با یافته‌های این مطالعه همخوانی داشت (۱۱). توفیق و انارکی، در بررسی بالینی و پاتولوژیک توده‌های خوش خیم پستان در بیمارستان شهید مدرس تهران نشان دادند که از تعداد ۲۶۵ بیمار که طی مدت گفته شده به دلیل توده‌ی پستان مراجعه کرده بودند، درصد بیماران مبتلا به توده‌ی خوش خیم بودند و بیشترین نوع پاتولوژیک توده‌ها به ترتیب تغییرات فیبروکیستیک ۲۸/۷ درصد، فیروآدنوم ۲۸ درصد، آدنوزاسکلروزان ۱۰/۹ درصد و ماستیت مزمن غیر اختصاصی ۶ درصد بود. در مقایسه با یافته‌های این مطالعه، از نظر فراوانی توده‌های خوش خیم ۶۲ درصد همخوانی داشت، اما فیبروکیستیک ۳۹/۹ درصد و فیروآدنوم ۳۷/۵ درصد بیشتر و آدنوزاسکلروزان ۵ حدود ۶ درصد کمتر بود (۱۲).

لطفی و همکاران، فراوانی توده‌های پستان را بر اساس نتایج پاتولوژی طی سال‌های ۱۳۷۴ الی ۱۳۷۸ در سندج در یک نمونه ۳۸۶ نفری بررسی کردند. یافته‌های آنها نشان داد نشان داد، ۲۱/۵ درصد مورد توده‌های بدخیم و ۷۸/۵ درصد مورد توده‌های خوش خیم داشتند. در میان توده‌های بدخیم کارسینوم داکتال با ۸۱/۹ درصد بیشترین فراوانی و در میان توده‌های خوش خیم فیبروکیستیک با ۳۴/۳ درصد و فیروآدنوم با ۳۴ درصد به ترتیب بیشترین فراوانی را داشتند. یافته‌های مطالعه با نتایج این مطالعه همخوانی داشت (۱۳).

### نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این مطالعه شیوع ضایعه‌های پاتولوژی پستان در

### بحث

در این مطالعه نشان داده شد که ۸۷/۲ درصد ضایعه‌های بدخیم سرطان پستان در درون مجرای شیری Ductal carcinoma ایجاد شده است. این ضایعه‌های سرطانی می‌تواند از دیواره‌ی مجرا فراتر رفته و بافت‌های چربی پستان را مورد حمله قرار دهند (۸). این نوع سرطان می‌تواند متاستاز دهد و از طریق جریان خون یا سیستم لنفاوی منتشر شوند. همچنین ۶/۴ درصد ضایعه‌های بدخیم پستان از نوع لوبولار Lobular carcinoma بود. منشأ این نوع سرطان در لوبول‌های تولید کننده شیر در پستان است که می‌تواند به بافت‌های چربی و سایر بخش‌های بدن نیز منتشر شود (۹).

سایر یافته‌ها نشان داد میانگین سنی زنان با ضایعه‌های خوش خیم حدود ۳۷ سال و در ضایعه‌های بدخیم حدود ۴۸ بود. نزدیک به ۴۰ درصد ضایعه‌های بدخیم پستان در گروه سنی ۴۶-۵۵ سال قرار داشت. کمترین سن در ضایعه‌های بدخیم ۲۸ و بیشترین ۸۵ سال بود. ۳۶/۱۷ درصد ضایعه‌های بدخیم در زنان سنین ۲۸ تا ۴۵ سال دیده شد. از جمله ضایعه‌های تومورال خوش خیم شایع در این مطالعه فیرو آدنوم‌ها بودند که شامل ۳۷/۵ درصد مورد بود. فراوانی ضایعه‌های فیبروکیستیک ۳۹/۹ درصد مورد که ۸۵/۳ درصد آن در گروه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال بروز کرده بود.

در این مطالعه، کارسینوم داکتال مهاجم، بیشترین نوع پاتولوژی پستان را شامل شد که با یافته‌های مطالعه‌ای که در شهرستان بابل انجام شد تقریباً همخوانی داشت (۱۰).

همچنین در مطالعه‌ی عزیزاده و همکاران از دانشگاه شهید بهشتی، انواع پاتولوژی پستان را چنین گزارش کردند: کارسینوم داکتال ۶۷ درصد،

## تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع دکترای حرفه‌ای رشته‌ی پزشکی با کد ۳۴۰۰۳۷۵ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تقدیر و تشکر می‌شود.

سنین پایین نسبت به گزارشات سایر جوامع بطور قابل توجه بالاتر است. بنابراین، آموزش همگانی سرطان پستان، دسترسی به خدمات و تجهیزات غربالگری و قابل دسترس، به ویژه در مناطق محروم استان، و طراحی و اجرای مطالعات بررسی عوامل خطر سرطان پستان در استان توصیه می‌شود.

## References

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. *CA Cancer J Clin* 2017; 67(1): 7-30.
2. Stewart BW. World Cancer Report. In: Press; W. Switzerland: Geneva; 2020.
3. Loughman T, Barron S, Wang CA, Dynoodt P, Fender B, Lopez-Ruiz C, et al. Analytical Validation of a Novel 6-Gene Signature for Prediction of Distant Recurrence in Estrogen Receptor-Positive, HER2-Negative, Early-Stage Breast Cancer. *Clin Chem* 2022; 68(6): 837-47.
4. Zendehele K. Cancer Statistics in I.R. Iran in 2020. *Basic Clinical Cancer Research*. 2021; 12(4): 159-65.
5. Thakur P, Seam RK, Gupta MK, Gupta M, Sharma M, Fotedar V. Breast cancer risk factor evaluation in a Western Himalayan state: A case-control study and comparison with the Western World. *South Asian J Cancer* 2017; 6(3): 106-9.
6. Roshandel G, Ferlay J, Ghanbari-Motlagh A, Partovipour E, Salavati F, Aryan K, et al. Cancer in Iran 2008 to 2025: Recent incidence trends and short-term predictions of the future burden. *Int J Cancer* 2021; 149(3): 594-605.
7. Balekouzou A, Yin P, Pamatika CM, Bekolo CE, Nambei SW, Djeintote M, et al. Reproductive risk factors associated with breast cancer in women in Bangui: a case-control study. *BMC Womens Health* 2017; 17(1): 14.
8. Chen K, Wang X, Li D, Luo W, Xue C, Kong Y. Association of Paraoxonase 1 Gene Polymorphisms with the Risk of Breast Fibroadenoma and Breast Cancer in the Females of Guangxi, China. *J Healthc Eng* 2022; 2022: 3642799.
9. Malherbe K, Khan M, Fatima S. *Fibrocystic Breast Disease*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
10. Nikbakhsh N, Hashemi SR, Lotfabadi R, Siadati S. Types of Pathological Lesions in Breast Cancer in Babol Over 10 Years (2008 – 2017). *J Babol Univ Med Sci* 2017; 19: 65-8.
11. Alizade Otaghvar H, Samavati S, Nafissi N, Hosseini M, Gholami S. Evaluation of breast masses prevalence in an educational hospital in Iran [in Persian]. *RJMS* 2017; 24(158): 17-23.
12. Tofigh M, Anaraki F. Clinical and pathological examination of benign breast masses in Shahid Modares Hospital in Tehran [in Persian]. *researcher Bulletin of Medical Sciences* 2002; 9(3): 175-80.
13. Lotfi M, Shahsavari S, Farhadi Far F. Evaluation of the incidence of the breast masses based on the pathological evidences in Sanandaj during 1995-1999 [in Persian]. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2004; 10(2): 61-4.

## The Pathologic Assessment of Breast Masses, in Al-Zahra Hospital, Isfahan

Maryam Derakhshan<sup>1</sup>, Marzieh Derakhshan<sup>2</sup>, Shahnaz Eskandari<sup>3</sup>, Amirhossein Taab<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Breast cancer is the most common cancer diagnosed in the world. Despite numerous advances, its recurrence is still a big challenge; Based on this, the study was conducted with the aim of evaluating the pathology of breast masses in patients of Al-Zahra Teaching Hospital, Isfahan.

**Methods:** In this cross-sectional study, information related to age, sex and pathology of breast masses of 522 patients who referred to Alzahra Hospital in Isfahan for examination of breast lesions between 2014 and 2019 were collected and analyzed. All these patients had undergone breast biopsy. Data were analyzed by Student's t test and described by presenting frequency, percentage, mean and standard deviation.

**Findings:** A total of 522 patients with mean age 40.42 years were included in the study, 480 (92%) were women. Invasive ductal carcinoma (74%) and in situ ductal carcinoma (14%) were the most frequent. Other pathologies were respectively 284 (87.9%) cases of benign tumoral lesions with the predominance of two fibrocystic lesions (129 people) and fibroadenoma (121 people), were inflammatory types 28 (8.7%) cases and gynecomastia 11 (3.4%) cases.

**Conclusion:** According to the findings of this study, the prevalence of breast cancer in people under 40 years old is high in Iran; Therefore, it is recommended to investigate the risk factors in Iranian women and spread public education.

**Keywords:** Breast Neoplasms, pathology, biopsy

**Citation:** Derakhshan M, Derakhshan M, Eskandari Sh, Taab A. **The Pathologic Assessment of Breast Masses, in Al-Zahra Hospital, Isfahan.** J Isfahan Med Sch 2026; 43(840): 1571-6.

1- Assistant Professor, Department of Pathology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor of Reproductive Biology, Department of Anatomical Sciences, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Pathology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Maryam Derakhshan, Assistant Professor, Department of Pathology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: m\_derakhshan58@yahoo.com