

سل پستان: گزارش مورد

دکتر احمد علیخانی*، دکتر مجید پویا**، دکتر نازنین میرزایی***

*استادیار بیماری‌های عفونی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
 **استادیار جراحی توراکس، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران.
 ***پاتولوژیست، بیمارستان امام سجاد(ع)، رامسر، ایران.

تاریخ دریافت: ۸۶/۱۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۸۷/۴/۲۲

چکیده

سل پستان شکل بسیار نادر از انواع سل خارج ریوی است. سالانه تنها پانصد مورد سل پستان در سراسر جهان گزارش می‌شود. در این مقاله یک مورد از سل پستان که با علائم سینوس تراکت زیر بغل، غده‌ی لنفاوی فوق ترقوه‌ای چپ و ادم پستان چپ مراجعه کرده بود، معرفی شده است.

بیمار دختر ۱۵ ساله‌ای بود که با تورم پستان چپ و ترشح زیر بغل چپ از دو ماه قبل، مراجعه نمود. در معاینه‌ی غده‌ی لنفاوی فوق ترقوه‌ای، توده‌ی پستان چپ با پوست طبیعی قابل لمس، همراه با سینوس تراکت وسیع با توده‌ی زیر بغل چپ و ادم دیواره‌ی قفسه سینه به خصوص سمت چپ بود. سونوگرافی پستان یک توده‌ی تخم مرغی شکل با ساختمان کیستیک و دیواره‌های متعدد را نشان داد. بر اساس یافته‌های بالینی آنتی‌بیوتیک شروع شد، ولی به علت منفی بودن آزمایش‌های باکتریولوژیک و نبودن یافته‌های دال بر اکتینومایکوز و یا باسیل اسید فاست، نمونه‌برداری از ضایعه زیر بغل انجام شد. گزارش آسیب‌شناسی، گرانولوم با نکروز پنیتری مطابق با سل بود. درمان ضد سل شروع و ترشح بعد از شش هفته متوقف شد. تورم غده‌ی لنفاوی فوق ترقوه‌ای سمت چپ و پستان فروکش کرد. توده‌ی پستان و زیر بغل چپ نیز تحلیل رفت.

پستان مانند عضله‌ی اسکلتی و طحال نسبت به سل مقاوم است. سل پستان بیماری جوانان است و در افراد مسن ممکن است با یک توده‌ی شبیه به کارسینوم تظاهر نماید. در حالی که بیماران جوان تر علائم آبه چرکی پستان را نشان می‌دهد.

سل پستان، ادم، سینوس تراکت زیر بغل.

مقدمه:

معرفی بیمار:

نتیجه‌گیری:

واژگان کلیدی:

تعداد صفحات: ۶

تعداد جدول‌ها: -

تعداد نمودارها: ۴

تعداد منابع: ۱۸

آدرس نویسنده مسئول:

دکتر احمد علیخانی، استادیار بیماری‌های عفونی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

E-mail: ahmadalikhani@yahoo.co.in

مقدمه

فوق ترقوه‌ای چپ (۰/۵ در ۱ سانتی‌متر، سفت و به نسبت حساس)، توده‌ی پستان چپ (۲ در ۲ سانتی‌متر، سفت و به نسبت حساس) با پوست طبیعی لمس می‌شد که همراه با سینوس تراکت زیر بغل چپ یک توده‌ی بزرگ (۸ در ۸ سانتی‌متر، حساس، اریتماتوز و سفت) و ادم دیواره‌ی قفسه‌ی سینه به خصوص سمت چپ بود (شکل ۱، ۲ و ۳). معاینه‌ی ریه و قلب نرمال بود و ارگانومگالی مشاهده نشد. سایر معاینات و عکس قفسه سینه طبیعی بودند. سونوگرافی پستان یک توده‌ی بیضی شکل (۱۳ میلی‌متر) با ساختار کیستی و دیواره‌های متعدد را نشان داد. سونوگرافی شکمی- لگنی، طبیعی و تست مانتو (PPD) منفی بود. شمارش گلبولهای سفید و مقدار هموگلوبین طبیعی بودند. بر اساس یافته‌های بالینی مترونی‌دازول، پنی‌سیلین و کلوزکزاسیلین داخل وریدی شروع شد ولی به علت منفی بودن آزمایش‌های باکتریولوژیک اولیه (کشت و اسمیر) و فقدان یافته‌ای دال بر اکتینومایکوز (گرین یا اکتینومیست) و باسیل اسید فست، مشاوره‌ی جراحی عمومی جهت نمونه‌برداری از ضایعه زیر بغل چپ درخواست شد.



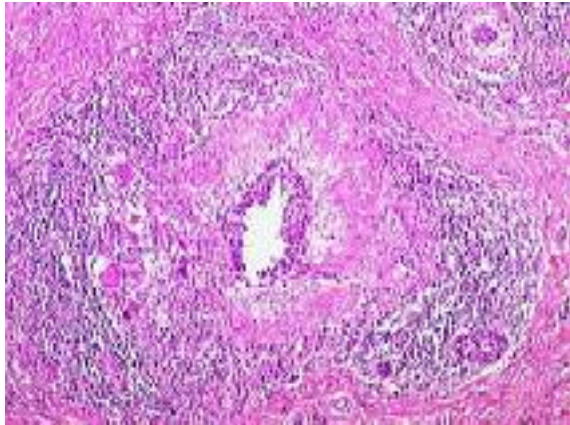
شکل ۱. پستان مبتلا از نمای جانبی

سل، یک سوم از جمعیت جهان را آلوده نموده و منجر به مرگ و میر فراوان در جهان شده است (۱). لنفادنیت، شایعترین شکل سل خارج ریوی است (۱). سل پستان یک شکل بسیار نادر از سل خارج ریوی است. تنها ۵۰۰ مورد از سل پستان در سراسر جهان گزارش شده است. پستان مانند عضله‌ی اسکلتی و طحال نسبت به سل مقاوم است. سل پستان بیماری مربوط به گروه سنی جوانتر است. اگرچه در افراد مسن‌تر ممکن است با توده‌ای شبیه به کارسینوم تظاهر نمایند، ولی بیماران جوانتر به طور معمول علائم مشابه آبسه‌ی چرکی پستان را نشان می‌دهند. سه راه شناخته شده برای انتشار باسیل‌های سل به پستان وجود دارد که شامل روش مستقیم، از طریق گردش لنفاوی و خون می‌باشد. در تمام موارد باسیل‌ها مجاری شیری را بدون درگیری لوبولها آلوده می‌نمایند (۱). از آن جایی که سینوس تراکت که مشخصه‌ی بیماری است در مراحل انتهایی ایجاد می‌شود، تشخیص زودرس بیماری مشکل است.

معرفی بیمار

بیمار دختر ۱۵ ساله‌ای بود که با تورم پستان چپ و ترشح از سینوس تراکت زیر بغل چپ به مدت دو ماه بدون تب، کاهش وزن، بی‌اشتهایی و سرفه مراجعه کرده بود. وی سابقه‌ی مثبت تماس با بیمار سل ریوی را در خانواده داشته است. حدود دو سال قبل از مراجعه یک ضایعه روی جناغ قفسه سینه بیمار از جنس بافت نرم همراه با ترشح چرکی ایجاد شده بود. بعد از شش تا هشت هفته از ترشح متناوب، سرانجام ضایعه بهبود پیدا کرد. در معاینه‌ی فیزیکی لنفادنوپاتی

محدوده‌ی طبیعی بودند. آزمایش نیتروبلوتترازولیوم (NBTO5CH) فعالیت ۱۰۰٪ را نشان داد.



شکل ۴. بررسی هیستوپاتولوژی نمونه: گرانولوم‌هایی با نکروز پیری مرکزی، هیستوسیت‌های اپی‌تلیوئید سلول‌های زانت لانگهانس و ارتشاح شدید لنفوسیتی در اطراف گرانولوم‌ها را نشان داد (رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین $\times 40$)

بحث

نمای بالینی و رادیولوژی سل پستان بسیار گمراه کننده بوده و افتراق آن با سرطان پستان دشوار می‌باشد (۲). اگرچه سل پستان در افراد مؤنث شایعتر است، اما در مورد بروز آن در افراد مذکر نیز گزارش‌هایی وجود دارد (۳-۵). سل پستان ممکن است اولیه باشد که در این صورت کانون مشخصی در جای دیگری از بدن یافت نمی‌شود و یا این که ضایعه‌ی اولیه‌ای در جای دیگری از بدن یافت شود و گرفتاری پستان ثانویه به آن باشد. عفونت سلی اولیه‌ی پستان ممکن است از طریق خراش‌های پوستی و یا دهانه‌ی مجاری شیری در نوک پستان ایجاد گردد (۶، ۷).

گسترش مستقیم از ساختمان‌های آلوده مثل دنده‌های زیرین، یکی از راه‌های آلودگی است (۷). به هر حال باور کلی بر این است که عفونت سلی پستان، به طور معمول ثانویه به یک کانون سلی قبلی موجود در جای دیگری از بدن است. این کانون می‌تواند با



شکل ۲. پستان مبتلا از نمای مقابل

گزارش آسیب‌شناسی غده لنفاوی زیر بغل چپ، پوست و بافت زیر پوستی، گرانولوم و نکروز پیری مطابقت با سل بود (شکل ۴). آنتی‌بیوتیک‌ها قطع و داروهای ضد سل شروع شد. پس از دو هفته درمان سل، بیمار دچار ترشح از ضایعه موجود در پستان چپ شد. با ادامه‌ی درمان ضد سل، ترشح از این محل متوقف شد و بعد از شش هفته غده لنفاوی فوق ترقوه‌ای چپ (غده ویرشو) به اندازه‌ی طبیعی بازگشت. توده‌ی پستان و زیر بغل چپ تحلیل رفت و سینوس تراکت بهبود یافت.



شکل ۳. نمای ماکروسکوپی توده‌ی خارج شده

در آزمایش‌های انجام شده IgG، IgM و IgA در

بیمار ما که با سینوس تراکت زیر بغل چپ، تورم و توده‌ی پستان چپ و لنفادنوپاتی فوق ترقوه‌ای چپ مراجعه کرده بود، رد کردن کارسینوم پستان خیلی مهم بود، گرچه بیماری بدخیم در این بیمار انتظار نمی‌رفت. با توجه به همه‌ی شرایط بالینی در این بیمار به نظر می‌رسد که درگیری پستان به دلیل سل لنفاوی داخل پستانی و یا زیر بغل بوده است. ما نتوانستیم علت ضایعه‌ی پوستی مزمن قبلی را که با آنتی‌بیوتیک درمان شده بود، پیدا کنیم. در نهایت بیمار معرفی شده با درمان ضد سل به مدت ۶ ماه و خارج نمودن کامل غده‌ی لنفاوی زیر بغل با توجه به وجود سینوس تراکت و انجام بیوپسی تشخیصی به طور کامل بهبود یافت.

منشأ ریوی یا یک غده‌ی لنفاوی در زنجیره‌ی لنفاوی پاراتراکتال، داخل پستانی و یا زیر بغل باشد (۸). بالینی سل پستان تا حدودی متغیر است (۱۱-۹-۶-۳) و علائم سیستمیک سل (تب، کاهش وزن، عرق شبانه و یا ضعف عمومی) همیشه دیده نمی‌شوند (۵-۳). نکته‌ای که در این بیماری‌ها حائز اهمیت است، ضعف ایمنی اولیه، به خصوص بیماری مزمن گرانولوماتو (CGD) و ضعف ایمنی سلولی است که باید در این بیماران مورد بررسی قرار گیرد که در بیمار ما نیز بررسی شد و تست‌های تشخیصی در دسترس، از این نظر طبیعی بودند.

از نظر بالینی اکتینومایکوزیس نیز باید مدنظر باشد، گرچه این بیماری در پستان نادر است (۸، ۳). در مورد

References

1. Haas DW. Mycobacterium tuberculosis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and practice of infectious diseases. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005: 2576-607.
2. Ben HJ, Gamoudi A, Bouzaiene H, Dhiab T, Khomsi F, Chargui R, et al. [Mammary tuberculosis: a retrospective study of 65 cases]. Gynecol Obstet Fertil 2005; 33(11):870-6.
3. 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.
4. Shinde SR, Chandawarkar RY, Deshmukh SP. Tuberculosis of the breast masquerading as carcinoma: a study of 100 patients. World J Surg 1995; 19(3):379-81.
5. Harris SH, Khan MA, Khan R, Haque F, Syed A, Ansari MM. Mammary tuberculosis: analysis of thirty-eight patients. ANZ J Surg 2006; 76(4):234-7.
6. Goksoy E, Duren M, Durgun V, Uygun N. Tuberculosis of the breast. Eur J Surg 1995; 161(7):471-3.
7. Eroglu A, Kurkcuglu C, Karaoglanoglu N, Kaynar H. Breast mass caused by rib tuberculosis abscess. Eur J Cardiothorac Surg 2002; 22(2):324-6. Akcay MN, Saglam L, Polat P, Erdogan F, Albayrak Y, Povoski SP. Mammary tuberculosis - importance of recognition and differentiation from that of a breast malignancy: report of three cases and review of the literature. World J Surg Oncol 2007; 5:67.
8. 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.
9. Sakr AA, Fawzy RK, Fadaly G, Baky MA. Mammographic and sonographic features of tuberculous mastitis. Eur J Radiol 2004; 51(1):54-60.
10. Banerjee SN, Ananthkrishnan N, Mehta RB, Parkash S. Tuberculous mastitis: a continuing problem. World J Surg 1987; 11(1):105-9.
11. Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma. Am J Clin Pathol 1972; 58(6):642-6.
12. Tse GM, Poon CS, Law BK, Pang LM, Chu WC, Ma TK. Fine needle aspiration cytology of granulomatous mastitis. J Clin Pathol 2003; 56(7):519-21.
13. Lee JH, Oh KK, Kim EK, Kwack KS, Jung WH, Lee HK. Radiologic and clinical features of idiopathic granulomatous lobular mastitis mimicking advanced breast cancer. Yonsei Med J 2006; 47(1):78-84.
14. Makanjuola D, Murshid K, Al SS, Al SM. Mammographic features of breast tuberculosis:

- the skin bulge and sinus tract sign. *Clin Radiol* 1996; 51(5):354-8.
15. Heifets LB, Good RC. Current laboratory methods for the diagnosis of tuberculosis. In: Bloom BR, editor. *Tuberculosis: Pathogenesis, Protection and Control*. Washington, DC: American Society for Microbiology Press, 1994: 85-110.
 16. Saglam L, Akgun M, Aktas E. Usefulness of induced sputum and fiberoptic bronchoscopy specimens in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. *J Int Med Res* 2005; 33(2):260-5.
 17. Jalali U, Rasul S, Khan A, Baig N, Khan A, Akhter R. Tuberculous mastitis. *J Coll Physicians Surg Pak* 2005; 15(4):234-7.
 18. Lilleng R, Paksoy N, Vural G, Langmark F, Hagmar B. Assessment of fine needle aspiration cytology and histopathology for diagnosing male breast masses. *Acta Cytol* 1995; 39(5):877-81.

Received: 29.2.2008
Accepted: 12.7.2008

Breast tuberculosis: A case report

Ahmad Alikhani *, Majid Pooya **, Nazanin Mirzaei ***

*Assistant Professor, Department of Infectious Diseases, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

** Assistant Professor, Department of Thoracic Surgery, Tonekabon Azad University, Tonekabon, Iran.

***Pathologist, Emam Sadjjad Hospital, Ramsar, Iran.

Background:

Tuberculosis infects one third of the world population and the leading of death worldwide. Lymphadenitis is the most frequent form of extra pulmonary tuberculosis. Breast tuberculosis is an extremely rare form of extra pulmonary tuberculosis. We introduced a case of breast tuberculosis that presented with axillary sinus tract, left supraclavicular lymph node and left breast edema.

Case Report:

A 15 year-old girl with a history of left breast swelling and left axillary sinus tract discharge from 2 months ago was admitted to our hospital. The physical examination showed left supraclavicular lymphadenopathy (size=1×0.5, fixed, firm with mild tenderness), left breast mass (size=2×2, firm, mild tenderness) with normal overlying skin, left axillary sinus tract with large mass (size=8×8, tender, erythematous and firm). She has also edema of the chest wall especially in the left hemi thorax. Chest X-Ray was normal and ultrasonographic study of breast showed an ovaloid mass (13×29) with cystic structure and multiple septations. Abdominopelvic sonography was normal and PPD was negative. Excisional biopsy of left axillary lesion showed granuloma and caseous necrosis compatible with tuberculosis. Within 2 weeks of anti-TB medication, the patient developed with left breast discharge. After 6 weeks of anti-TB therapy discharge from this site and left axillary sinus tract was stopped.

Conclusion:

The tuberculosis of breast is a disease of younger age group and the younger patients usually manifests sign of a pyogenic breast abscess. In our case left breast swelling and left axillary sinus tract discharge were the first presentation of disease.

Key words:

Breast Tuberculosis, Edema, Axillary sinus tract.

Page count:

6

Tables:

-

Figures:

4

References:

18

Address of Correspondence:

Ahmad Alikhani, Assistant Professor, Department of Infectious Diseases, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
E-mail: ahmadalikhani@yahoo.co.in