

تومورهای پستان

■ دکتر محمود رضا مصدق - متخصص آسیب شناسی بالینی و تشریحی

Invasive papillary carcinoma (۶)

Metaplastic carcinoma (۷)

Secretory carcinoma (۸)

(۹) تومورهای نادر مانند Adenoid cystic ca و Apocrine ca

Inflammatory ca

حال به اختصار نکاتی را در زمینه‌ی نوپلاسم‌های پستان بیان می‌نمایم.

فیروآدنوم:

شایع‌ترین تومور پستان است که معمولاً در زنان جوان و زیر ۳۰ سال

دیده می‌شود.

معمولاً به صورت توده‌ای منفرد و قابل لمس دیده می‌شود که دارای

حدود مشخص بوده، کپسولدار است و تهاجم به بافت اطراف ندارد.

معمولاً اندازه‌ی آن ۲-۴ cm است ولی دامنه‌ی اندازه‌ی تومور از ۱cm تا

گاهاً ۱۵cm (فیروآدنوم giant) متغیر است.

از نظر میکروسکوپی از دو جزء درست شده است، شامل استرومای

فیروزه همراه با ساختمان‌های غدد پرولیفرة که توسط اپی تلیوم نرمال

پوشیده شده است.

: Phyllodes tumor

نادر بوده و حدود ۱درصد از تومورهای پستان را شامل می‌شود. عمدتاً

در دهه‌ی پنجم و ششم زندگی دیده می‌شود. در معاینه به صورت توده‌ای

با حدود مشخص و رشد سریع دیده می‌شود.

کلسیفیکاسیون گسترده همراه با نواحی نکروز و خونریزی هم دیده

«نوپلاسم» مهم‌ترین ضایعه‌ی پستان است، اما شایع‌ترین ضایعه

محسوب نمی‌شود.

نوپلاسم‌ها ممکن است از دو ناحیه نشأت بگیرند:

۱- استروما:

که خود بر دو نوع است:

- Intralobular منشأ فیروآدنوم و تومور فیلودس می‌باشد.

- Interlobular منشأ تومور همانند دیگر بافت‌های نرم بدن (مانند

لیوم، همانژیوم، آنژیوسارکوم و ...).

۲- اپی تلیوم:

منشأ کارسینوم‌های درجا (non-invasive) و تهاجمی

(Invasive).

کارسینوم‌های درجا شامل:

Ductal carcinoma in situ (DCIS)-

Lobular carcinoma in situ (LCIS)-

کارسینوم‌های مهاجم شامل:

Invasive ductal carcinoma (۱)

Invasive lobular carcinoma (۲)

Medullary carcinoma (۳)

Colloid (mucinous) carcinoma (۴)

Tubular carcinoma (۵)

می‌شود. به صورت توده‌های سفت، فیروزه، قابل لمس و بدون حاشیه‌ی مشخص دیده می‌شود که در معاینه به جداره‌ی قفسه‌ی سینه ثابت شده است.

در نمای میکروسکوپی سلول‌های تومورال بزرگ با پلئومورفیسم کم تا شدید دیده می‌شود که ممکن است به صورت شیت‌های توپر، cord یا tubule آرایش پیدا کند. ممکن است تهاجم عروقی و عصبی دیده شود.

: Invasiv lobular carcinoma

۱۰-۵ درصد از کل تومورهای پستان را شامل می‌شود.

توده‌ای با حدود نامشخص از اندازه‌ی کوچک تا خیلی بزرگ دیده می‌شود.

در نمای میکروسکوپی سلول‌های تومورال کوچک‌تر از نوع Invasive ductal ca بوده و به صورت نواری (single file) آرایش پیدا کرده‌اند.

ممکن است نمای سلول Signet ring دیده شود.

پیش‌آگهی بهتر از Invasive ductal ca می‌باشد.

در بیش از ۹۰ درصد موارد به صورت همزمان LCIS دیده می‌شود.

از ویژگی‌های بارز تومور می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱. بیش از دیگر کارسینوم‌ها به صورت دو طرفه دیده می‌شود. حداقل در ۲۰ درصد موارد پستان مقابل نیز درگیر است.
۲. به صورت مولتی فوکال دیده می‌شود.

۳. به صورت تومورهای منتشر دیده می‌شود و این امر باعث می‌شود که تشخیص موارد اولیه و متاستازهای آن در معاینه‌ی فیزیکی و مطالعات رادیولوژی دشوار باشد.

۴. در مقایسه با دیگر انواع کارسینوم به طور شایع‌تری به CSF، سطوح سروزی، رحم، تخمدان و مغز استخوان متاستاز می‌دهد.

: Medullary carcinoma

۳-۵ درصد از کل کارسینوم‌های پستان را شامل می‌شود.

در مقایسه با دیگر گروه‌ها در افراد جوان‌تر دیده می‌شود.

در معاینه، توده‌ای سفت با حدود مشخص دیده می‌شود. اندازه‌ی آن معمولاً حدود ۲-۳ cm می‌باشد. در ماموگرافی ممکن است با فیبروآدنوم اشتباه شود.

توموری متشکل از سلول‌های به شدت پلئومورف است که در بیش از

تفاوت آن با فیبروآدنوم بر مبنای بیشتر بودن میتوز و سلولاریته‌ی استروما، پلئومورفیسم بیشتر سلول‌ها و حاشیه‌ی infiltrative آن می‌باشد.

تومور بر دو نوع low grade و high grade است، که در نوع دوم ممکن است کاملاً نمای سارکوم را نشان دهد. در این حالت در یک سوم موارد متاستاز دوردست از طریق جریان خون دیده می‌شود.

: Ductal carcinoma in situ (DCIS)

توده‌ی قابل لمس معمولاً دیده نمی‌شود. در ماموگرافی ممکن است کلسیفیکاسیون مشکوک دیده شود. با بهره‌گیری از روش ماموگرافی امروزه حدود ۳۰-۱۵ درصد از کل کارسینوم‌های پستان را شامل می‌شود و در میان کانسرهایی که با روش ماموگرافی شناسایی می‌شوند نیمی از آن‌ها DCIS می‌باشند.

زیرگروه‌های آن:

۱- Comedocarcinoma: پرولیفراسیون شدید اپی تلایل همراه با پلئومورفیسم شدید و نکروز مرکزی دیده می‌شود. ممکن است microinvasion دیده شود.

۲- Noncomedo DCIS: شامل انواع solid, cribriform, micropapillary, papillary.

: Lobular carcinoma in situ (LCIS)

توده‌ی واضحی ایجاد نمی‌کند. ماموگرافی چندان کمک‌کننده نیست و معمولاً به صورت تصادفی شناسایی می‌شود.

اغلب دو طرفه (۷۰-۵۰ درصد موارد در مقایسه با ۲۰-۱۰ درصد موارد که در DCIS دیده می‌شود) و چند کانونی است.

در نمای میکروسکوپی به صورت مجاری انتهایی یا داکتول‌هایی یک‌سایز و متسع دیده می‌شود که توسط سلول‌های کوچک، گرد و منومورف پر شده است.

نکروز به ندرت دیده می‌شود.

احتمال پیشرفت به طرف Invasive lobular ca بسیار زیاد است.

: Invasive (infiltrating) ductal carcinoma

شایع‌ترین کارسینوم پستان است (حدود ۸۰-۷۰ درصد کل موارد).

اکثراً به صورت توده‌ای با حدود مشخص و قابل لمس دیده می‌شود. در معاینه‌ی بالینی ترشحات خونی از نیپل همراه با توکشی‌دگی nipple دیده می‌شود.

در بررسی میکروسکوپی ساختمان‌های پاپیلری پوشیده از سلول‌های تومورال دیده می‌شود که فاقد سلول میوایی تلیال است.

: Metaplastic carcinoma

در معاینه توده‌ای سفت، با حدود مشخص و قابل لمس دیده می‌شود که رشد سریع دارد. گاهی نواحی cystic یا نمای ندولار در تومور دیده می‌شود.

در ماموگرافی هم توده‌ای با حدود مشخص دیده می‌شود. معمولاً به عنوان فرمی از Invasive ductal ca با تمایز بسیار بد در نظر گرفته می‌شود، که نواحی از متاپلازی سنگفرشی (شایع‌ترین حالت)، غضروفی یا استخوانی را نشان می‌دهد.

ممکن است در این نواحی تغییرات سارکومی دیده شود. در متاستازها هر یک از دو جزء تومور اپی تلیال و یا متاپلازی ممکن است دیده شود.

: Secretory carcinoma

سن شایع آن در کودکان و زنان جوان است. به صورت توده‌ای ندولار با حاشیه‌ی مشخص دیده می‌شود. در نمای میکروسکوپی مجاری تکثیر یافته با سایز متفاوت دیده می‌شود که فاقد سلول میوایی تلیال است و توسط ترشحات صورتی رنگ پر شده است.

معمولاً به صورت intraductal واقع شده است.

پروگنوز آن بسیار خوب است، به ویژه در افراد زیر ۲۰ سال.

به ندرت متاستاز به غدد لنفاوی دیده می‌شود.

: Papilloma

از نظر بالینی با ترشحات خونی یا سרוزی از نیپل همراه است.

معمولاً قطر آن کمتر از ۲cm است. ممکن است متفرد یا متعدد باشد.

در بررسی میکروسکوپی ساختمان‌های پاپیلری با پوشش اپی تلیال و مرکز فیبرووسکولر دیده می‌شود.

پوشش اپی تلیال حاوی سلول میوایی تلیال است و عدم وجود این

۷۵ درصد نواحی شیت‌های Syncytial (به هم پیوسته) دیده می‌شود. حاشیه‌ی شیت‌ها به صورت nonfiltrative بوده و توسط ارتشاح متوسط تا شدید لنفوسیت و پلاسماسل احاطه شده است.

: Colloid (mucinous) carcinoma

کمتر از ۲ درصد کل کانسره‌های پستان را شامل می‌شود. در زنان مسن‌تر، به صورت توده‌ای با حدود مشخص و رشد آهسته‌تر دیده می‌شود. دسته‌جات سلول‌های تومورال توسط جزایر موسینی احاطه شده‌اند (جهت مطرح شدن این تشخیص باید بیش از ۵۰ درصد حجم تومور موسین باشد).

سلول‌های تومورال ممکن است نمای cribriform، alveolar، papillary یا شیت‌های منتشر شونده و مهاجم به خود بگیرند ولیکن نمای غددی به ندرت دیده می‌شود.

در کمتر از ۲۰ درصد موارد متاستاز لنفاوی دیده می‌شود.

: Tubular carcinoma

۵-۲ درصد از کل تومورهای پستان را شامل می‌شود. از دهه‌ی دوم تا هشتم قابل دیدن است، اما معمولاً در دهه‌ی چهارم زندگی دیده می‌شود. به صورت توده‌ی قابل لمس تظاهر پیدا می‌کند و معمولاً قطر آن زیر ۲cm است. در بیش از ۵۰ درصد از موارد microcalcification دیده می‌شود. توموری است با حاشیه‌ی infiltrative متشکل از توبول‌هایی که در «استرومای کلاژنیزه» به صورت پراکنده واقع شده‌اند. سلول‌های پوشاننده توبول نمای خوش خیم داشته ولی توبول فاقد سلول میوایی تلیال است و میتوز کم است.

جهت تشخیص فرم Pure tubular carcinoma باید ۱۰۰ درصد ساختمان تومور از توبول تشکیل شده باشد، ولی ممکن است تومور به صورت mixed با انواع lobular یا ductal ca دیده شود. در ۴۰ درصد از موارد به صورت همزمان DCIS و در ۱۰ درصد از موارد LCIS دیده می‌شود. در کمتر از ۱۰ درصد موارد متاستاز به غدد لنفاوی دیده می‌شود. تومور در واقع یک فرم کاملاً تمایز یافته از IDC است و پروگنوز آن هم بهتر از IDC است.

: Invasive papillary carcinoma

۱-۲ درصد از کل تومورهای پستان را شامل می‌شود.

در ماموگرافی دانسیته‌ای کوچک در مرکز دیده می‌شود، به همراه زواید گسترش یابنده به اطراف که ممکن است با کارسینوم اشتباه شود. گاهی میکروکلسیفیکاسیون دیده می‌شود.

ممکن است ضایعه به صورت دو طرفه یا مولتی فوکال دیده شود.

در بررسی پاتولوژی، اسکار کلاژنیزه در مرکز دیده می‌شود که حاوی مجاری کوچک با پرولیفراسیون اپی تلیال است ولیکن مجاری به درون بافت چربی گسترش نیافته است. نکروز نادر است.

Radial scar به طور شایع همراه تغییرات فیروکیستیک دیده

می‌شود. ■

سلول مطرح کننده‌ی Invasive papillary carcinoma است. ممکن است ساختمان‌های پاپیلری در همدیگر ادغام شده، نمای غددی یا شیت به خود گرفته و با DCIS اشتباه شود.

در پایان نکاتی راجع به یافته‌ی پاتولوژی "Radial Scar" مطرح می‌شود:

: Radial scar

معمولاً کوچک و غیر قابل لمس است و به صورت تصادفی تشخیص داده می‌شود.