

ژيگان‌توماستي ناشي از حاملگي (گزارش موردی)

عصمت السادات هاشمی: استادیار پژوهش، جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران، متخصص جراحی عمومی مرکز بیماری‌های پستان
احمد کاویانی: استادیار جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مجتمع بیمارستان امام خمینی^(۶)
معصومه نجفی: استادیار پژوهش، جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران، متخصص جراحی عمومی مرکز بیماری‌های پستان
ندا مهرداد: کارشناس پژوهش، جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: ژيگان‌توماستي ناشي از حاملگي از شرايط نادري است که بصورت بزرگ شدن پیشرونده پستان‌ها در زمان حاملگي بروز می‌کند. تا بحال دليل بروز اين بيماري شناخته نشده است.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۱۹ ساله‌ای است که در هفته بیست و دوم اولين حاملگي به علت بزرگي پیشرونده پستان‌ها از اولين ماه حاملگي مراجعه کرده بود. در معاینه، پستان‌های بسیار بزرگ که تا کشاله ران بیمار امتداد داشت مشاهده شد. نتایج سونوگرافي و آزمایش‌های هورموني بیمار طبیعی بود. در مورد بروز عوارض احتمالی مثل زخمی شدن و عفونت پوست پستان‌ها اطلاعات کافی به بیمار داده شد. همچنین در دوران بارداری، بیمار مکرراً ویزیت شد. در هفته سی و هفتم حاملگي، بیمار با شرايط عمومی بسیار خوب از طریق زایمان واژینال نوزادش را بدنیا آورد. پس از زایمان بیمار تحت انجام ماموپلاستي قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: با مراقبت‌های مناسب دوران حاملگي، ویزیت‌های مکرر بیمار، آموزش بیمار از نظر بروز عوارض احتمالی و رعایت بهداشت فردی، با وجود پستان‌های بسیار بزرگ، بیمار می‌تواند دوران حاملگي را بدون بروز عارضه جدی طی کرده و پس از آن تحت عمل جراحی انتخابی قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های پستان، حاملگي، ژيگان‌توماستي

مقدمه

بسیاری از بیماری‌های خوش خیم پستان می‌توانند بدنبال حاملگی و شیردهی بروز کنند. بزرگ شدن بیش از حد پستان‌ها یا ژیگانتوماستی (Gigantomastia) یکی از این موارد است. این بیماری به دو فرم ایجاد می‌شود:

۱- بزرگ شدن پستان‌ها در دوران بلوغ

۲- بزرگ شدن پستان‌ها طی حاملگی

ژیگانتوماستی ناشی از حاملگی از شرایط نادری است که بصورت بزرگ شدن پیشرونده پستان‌ها در زمان حاملگی بروز کرده و ممکن است باعث ایجاد مشکلاتی در روند حاملگی شود. اولین مورد از این بیماری توسط Palmuth در سال ۱۶۴۸ گزارش شد [۱]. در گزارش‌های مختلف میزان شیوع این بیماری طی حاملگی ۲۸/۱۰۰۰۰۰-۱ برآورد شده است [۲ و ۳]. تا بحال دلیل بروز این بیماری شناخته نشده است. برخی مطالعات حساس شدن بیش از حد پستان‌ها نسبت به هورمون‌های حاملگی و یا عدم تعادل هورمونی را در ایجاد این عارضه مؤثر دانسته‌اند [۴].

معرفی بیمار

بیمار خانم ۱۹ ساله ای بود که در هفته بیست و دوم اولین حاملگی (بر اساس گزارش سونوگرافی) و با شرایط اجتماعی-اقتصادی پایین به کلینیک پستان جهاد دانشگاهی مراجعه کرد. علت مراجعه، بزرگی پیشرونده پستان‌ها از اولین ماه حاملگی بود. در سابقه پزشکی بیمار، سابقه بیماری مشابه در فامیل وجود نداشت و بیمار از نظر تکامل جنسی و سن شروع قاعدگی، طبیعی بود. بیمار سابقه ای از مصرف قرص ضدبارداری نداشت و دو سال قبل از حاملگی، به علت ابتلا به میاستنی گراو تحت عمل جراحی تایمکتومی قرار گرفته بود. در معاینه بالینی پستان‌های بسیار بزرگ با پوست محتقن و قرمز، توأم با تورم پوست مشاهده شد که تا کشاله ران بیمار امتداد داشت. توده قابل لمس در پستان‌ها وجود نداشت. در معاینه زیر بغل، غده لنفاوی مشکوک لمس نشد (شکل شماره ۱). گزارش سونوگرافی بیانگر ادم بافت پستان، بدون یافته پاتولوژیک دیگری بود.

نتایج آزمایش‌های CBC، الکترولیت‌های سرم، FSH، LH، تستوسترون و آزمون‌های عملکرد تیروئید طبیعی و سطح سرمی استرادیول، پروژسترون و پرولاکتین بدلیل حاملگی، بالاتر از حد طبیعی بود.

در هفته بیست و ششم حاملگی، بزرگی پستان‌ها افزایش یافته و باعث بروز مشکلاتی در فعالیت‌های فیزیکی بیمار شد. بیمار دو بار در ماه توسط پزشک معالج ویزیت می‌شد و در مورد بروز عوارض احتمالی مثل زخمی شدن و عفونت پوست پستان‌ها اطلاعات کافی به او داده شده بود. (شکل شماره ۲)

در هفته سی و ششم حاملگی، بیمار به علت بروز سلولیت مختصر پستان راست در بخش زنان بستری شد که با تجویز آنتی بیوتیک تزریقی بهبود یافت. یک هفته بعد در هفته سی و هفتم حاملگی، نوزاد پسر با وزن ۳۳۰۰ گرم با شرایط عمومی بسیار خوب از طریق زایمان واژینال بدنیا آمد.

در اولین ماه پس از زایمان، احتقان پستان‌ها کاهش یافت ولی حجم پستان‌ها تغییر فاحشی پیدا نکرد. بنابراین پنج هفته بعد از زایمان، عمل جراحی ماموپلاستی دو طرفه با پیوند آزاد نوک و هاله پستان انجام شد. با این عمل جراحی از پستان چپ ۵۶۰۰ گرم و از پستان راست ۶۴۰۰ گرم بافت اضافی برداشته شد. دوران نقاهت پس از عمل بیمار بدون بروز عارضه‌ای طی شد. گزارش پاتولوژی دال بر وجود هیپرتروفی در نسج پستان بود. (شکل شماره ۳)

شکل ۱- اندازه پستان‌ها در اولین ویزیت بیمار



شکل ۲- اندازه پستان‌ها در هفته ۲۶ حاملگی



شکل ۳- بیمار پس از جراحی ماموپلاستی



بحث و نتیجه گیری

همانطور که ذکر شد، میزان شیوع ژیگانتوماستی طی حاملگی تقریباً ۲۸-۱ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است [۲ و ۳]. دلیل قاطعی برای بروز این عارضه مشخص نشده است. از

ممکن است ژيگانوماستي در حاملگی اول اتفاق نیفتد ولی با وقوع آن در هر حاملگی، در اغلب موارد در حاملگی های پس از آن نیز بروز خواهد کرد. بنابراین باید به بیمار توضیح داد که احتمال تکرار این مشکل در حاملگی های بعدی وجود خواهد داشت. تنها بیماری که تکرار این عارضه را در حاملگی بعدی نداشته است توسط Jessing گزارش شد [۷].

در رابطه با درمان جراحی این عارضه اختلاف نظر وجود دارد. ماموپلاستی کاهششی (Reduction Mammoplasty) پس از زایمان اساس درمان جراحی را تشکیل می دهد؛ ولی در بعضی موارد به علت بروز عوارض حاد و جدی بیماری انجام جراحی برداشتن دو طرفه پستان ها (ماستکتومی) بصورت اورژانس ضرورت می یابد [۸]. بروز عفونت، خونریزی و زخمی شدن پوست از موارد قطعی برای مداخله جراحی هستند. در صورت عدم وجود عوارض جدی، انجام جراحی منوط به اندازه پستان ها، میزان ناتوانی بیمار از تحمل ادامه شرایط موجود و قضاوت جراح در مورد شرایط بیمار است [۹]. بعضی از جراحان معتقدند که درمان جراحی مناسب برای این بیماری برداشتن کامل پستان ها و بازسازی همزمان است [۱۰ و ۱۱]. در بیمار معرفی شده بخاطر مراقبت های مناسب دوران حاملگی مانند: ویزیت های مکرر بیمار، آموزش بیمار از نظر بروز عوارض احتمالی و رعایت بهداشت فردی، با وجود پستان های بسیار بزرگ عارضه جدی ایجاد نشد و پس از زایمان نیز بیمار با دوران نقاهت بسیار خوب پس از عمل، تحت انجام جراحی انتخابی قرار گرفت.

تئوری های مطرح شده، وجود عدم تعادل هورمونی و حساسیت بیش از حد ارگان هدف (پستان ها) به هورمون ها است. در بیمار ذکر شده، بررسی های هورمونی کاملاً طبیعی بود که مبین وجود عوامل ناشناخته دیگری برای بروز این بیماری است.

ژيگانوماستي می تواند به دو شکل بروز کند:

- ۱- هیپرتروفی دوران بلوغ که در سنین ۱۹-۱۱ سال بروز می کند. در فرم شدید این بیماری، درمان بخاطر بروز مشکلات روحی و جسمی ناشی از بزرگی پستان ها در بیمار ضرورت می یابد. درمان با داروهای مانند دانازول و بروموکریپتین ممکن است کمک کننده باشد ولی در حال حاضر جراحی تنها روش درمانی قابل اعتماد است.
- ۲- بزرگ شدن پستان ها طی حاملگی که در چند هفته اول حاملگی بروز کرده و با افزایش سن حاملگی شدت می یابد. این بیماری ممکن است در حاملگی اول یا دوم بروز نکند ولی با بروز آن در هر حاملگی، احتمال وقوع آن در حاملگی های بعدی بسیار بالا خواهد بود. درمان دارویی معمولاً مؤثر نبوده و برای درمان قطعی، جراحی ضرورت می یابد. مطالعات متعددی در مورد اثر بروموکریپتین در کاهش اندازه پستان ها انجام شده است. در مجموع بنظر می رسد این دارو تا حدی در کاهش درد پستان ها مؤثر باشد ولی نمی تواند در توقف رشد پستان ها و یا جلوگیری از بروز عوارض بیماری نقشی داشته باشد [۳، ۵ و ۶]. اگرچه در سابقه پزشکی بیمار معرفی شده، دو سال قبل از حاملگی سابقه عمل جراحی تایمکتومی وجود داشت ولی در بررسی متون انجام شده هیچ رابطه ای بین بروز این بیماری با مشکلات مربوط به تیموس یافت نشد. نکته دیگر اینکه

منابع

1. Palmuth P: Observationem medicarum centuriae Tres Poshumae, Braunschweig Cent ii. OBS 89, 1648 (Abstract).
2. Lewison EF, Jones GS, Trimble FH, Da Costa Lima L: Gigantomastia complicating pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1960; 110: 215-23.
3. Beischer NA, Hueston JH, Pepperell RJ: Massive hypertrophy of the breasts in pregnancy. Report of 3 cases and review of the literature. Obstet Gynecol Survey 1989; 44: 234-43.
4. Wolf Y, Pauzer D, Groutz A: Gigantomastia complicating pregnancy. Case report and review literature. Acta obstet Gynecol Scand 1995; 74: 159-63.
5. Hedberg K, Karlsson K, Linstedt G: Gigantomastia during pregnancy: Effect of a dopamine agonist. Am J Obstet Gynecol 1979; 133: 928-31.
6. Leis SN, Palmer B, Ostberg G: Gravid macromastia: Case report. Scand J Plast Reconstr Surg 1974; 8: 247-9.
7. Jessing A: Excessive mammary hypertrophy in pregnancy treated with androgenic hormones. Nord Med 1960; 63: 237-9.
8. Agarwal N, Kriplani A, Gupta A: Management of gigantomastia complicating pregnancy. A case report. Reprod Med 2002 47: 871-4.

9. Antevski BM, Smilevski DA, Stojovski MZ, Filipovski VA, Banev SG: Extreme gigantomastia in pregnancy: case report and review of literature. Arch Gynecol Obstet 2007; 275 (2): 149-53.
10. Blaydes RM, Kinnebrew CA: Massive breast hyperplasia complicating pregnancy. Obstet Gynecol 1958; 12: 601-2.
11. Swelstad MR, Swelstad BB, Rao VK, Gutowski KA: Management of gestational gigantomastia. Plast Reconstr Surg 2006; 118 (4): 840-8.