

مورفه آی پستان با نمایش سرطان التهابی پستان

رضا یعقوبی^۱، عبدالحسن طلائی زاده^{۲*}، نسترن رنجبری^۳، سیده نسیمه سهرایان^۴

چکیده

مورفه آی پستان یک بیماری کلینیکی غیرشایع می باشد و می تواند اثرات عمیقی در کیفیت زندگی بیماران داشته باشد. این بیماری همچنین می تواند بیماریهای التهابی خوش خیم یا بدخیم پستان را تقلید کند و افتراق آنها گاهی بسیار سخت می باشد.

ما در اینجا موردی از بیماری را در یک خانم ۲۸ ساله گزارش می نمایم که به علت تغییرات پوستی در پستان سمت راست به پزشک جراح جهت بررسی تشخیص احتمالی سرطان پستان مراجعه نموده است. این مورد پس از گذشت یکسال از پیدایش آن از طریق بیوپسی پوست اثبات شده و آن را همراه با شرح و توصیف بیماری مورفه آ و تجربه خود در زمینه افتراق آن از متاستاز پوستی سرطان پستان گزارش نموده و مورد بحث قرار می دهیم.

کلید واژگان: سرطان التهابی پستان، مورفه آ، اسکلوئیدرما، متاستاز پوستی.

۱- استاد گروه بیماریهای پوست.

۲- دانشیار گروه جراحی عمومی.

۳- استادیار گروه پاتولوژی.

۴- دستیار بیماریهای پوست.

۱ و ۴- گروه بیماریهای پوست، دانشگاه

علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران.

۲- گروه جراحی عمومی، دانشکده

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی-

شاپور اهواز، ایران.

۳- گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز، ایران.

* نویسنده مسئول:

عبدالحسن طلائی زاده؛ گروه جراحی

عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۱۱۸۴۹۲۲

Email:

Ahtalaiezadeh@yahoo.com

مقدمه

انواع ضایعات پاتولوژیک خوش خیم و بدخیم پستان ممکن است باعث اضطراب درخصوص پیدایش سرطان پستان شود. از آنجا که اکثر این ضایعات خوش خیم هستند تلاش پزشکان می‌تواند منجر به تشخیص سریع و دقیقی یا رد قاطع سرطان پستان شود (۱).

مورفه آ یا اسکروزدرمای لوکالیزه یک بیماری پوستی غیر شایع و بدون درد است که باتشکیل کلاژن و فیبروز درم مشخص می‌شود (۲). نمای با لینی مورفه ای لوکالیزه به صورت اسکروز محدود به پوست می باشد که رنگ ان در ابتدای پیدایش بنفش رنگ و با گذشت زمان مرکز ضایعه براق و عاجی رنگ و اطراف ان به رنگ بنفش تیره (lilac) نمایان می شود (۳).

مورفه آی پستان می‌تواند بیماری های خوش خیم و بدخیم التهابی پستان را تقلید کند (۱ و ۲).

همچنین در تعدادی از بیماران که سابقه ی هیچ بیماری خود ایمنی را ندارند، مورفه آی پستان میتواند نخستین تظاهر این بیماری ها باشد (۱).

شناخت و درمان مورفه آی پستان از یک طرف می-تواند از تغییر شکل ظاهری و زیبایی و عملکرد پستان جلوگیری کند و از طرف دیگر با انجام بیوپسی ضایعه ضمن تایید تشخیص بالینی و یافتن اقدامات درمانی مناسب می‌توان از استرس و پریشانی بیمار در خصوص بیماری های بدخیم پستان و نیز درمان های غیر ضروری و پر هزینه خود داری کرد.

هدف از گزارش موردی حاضر شرح اشکال، تشخیص و درمان مورفه آ در زنان مبتلا به مورفه ای پستان که بیماری آنها با بیوپسی پوست اثبات شده است و نیز افتراق آن از انواع متاستاز های پوستی سرطان پستان می‌باشد.

گزارش مورد

خانم ۲۸ ساله ای در بهمن ماه سال ۱۳۹۱ به علت ضایعه پوستی در پستان سمت راست که از ۶ ماه قبل از

مراجعه وجود داشته است به پزشک جراح مراجعه می-نماید. در اولین ویزیت انجام شده پستان سمت راست کوچک تر از سمت مقابل بوده و پوست آن واضحاً ضخیم گزارش شده است. در معاینه هیچ گونه توده ای در نسج پستان لمس نشده و لنفادنوپاتی نیز در آگزیلای دو طرف یا سایر نواحی یافته نشده است. بیمار سابقه ای از بیماری قبلی و یا سابقه ی فامیلی از نظر بدخیمی و سایر بیماری های پستان نداشته است.

در آن زمان از بافت پستان‌ها سونوگرافی و ماموگرافی به عمل آمده که شواهدی از وجود توده ی فضا گیر یا میکرو کلسیفیکاسیون و یا سایر شواهد بدخیمی یافته نشد و تنها افزایش دانسیته و ضخامت پوست پستان گزارش شد (شکل ۱).

با پیشرفت علائم و گسترش ناحیه ی اسکروزه بیوپسی از پوست و بافت پستان راست توسط جراح انجام شد که نتیجه ی آن به صورت هیالینیزاسیون منتشر در درم و ارتشاح سلول‌های التهابی با تمرکز در اطراف عروق گزارش شد. پس از بررسی های فوق در فروردین ماه ۱۳۹۲ بیمار به کلینیک درماتولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز ارجاع شد.

در اولین معاینه ی درماتولوژیک افزایش ضخامت واضح و سفتی شدید همراه با تغییر رنگ قهوه ای تمامی پوست پستان راست و نمای *peau de orange* و درجاتی از تو رفتگی (*retraction*) نوک پستان مبتلا مشاهده گردید (شکل ۲). پستان مقابل طبیعی بود و لنفادنوپاتی یافته نشد.

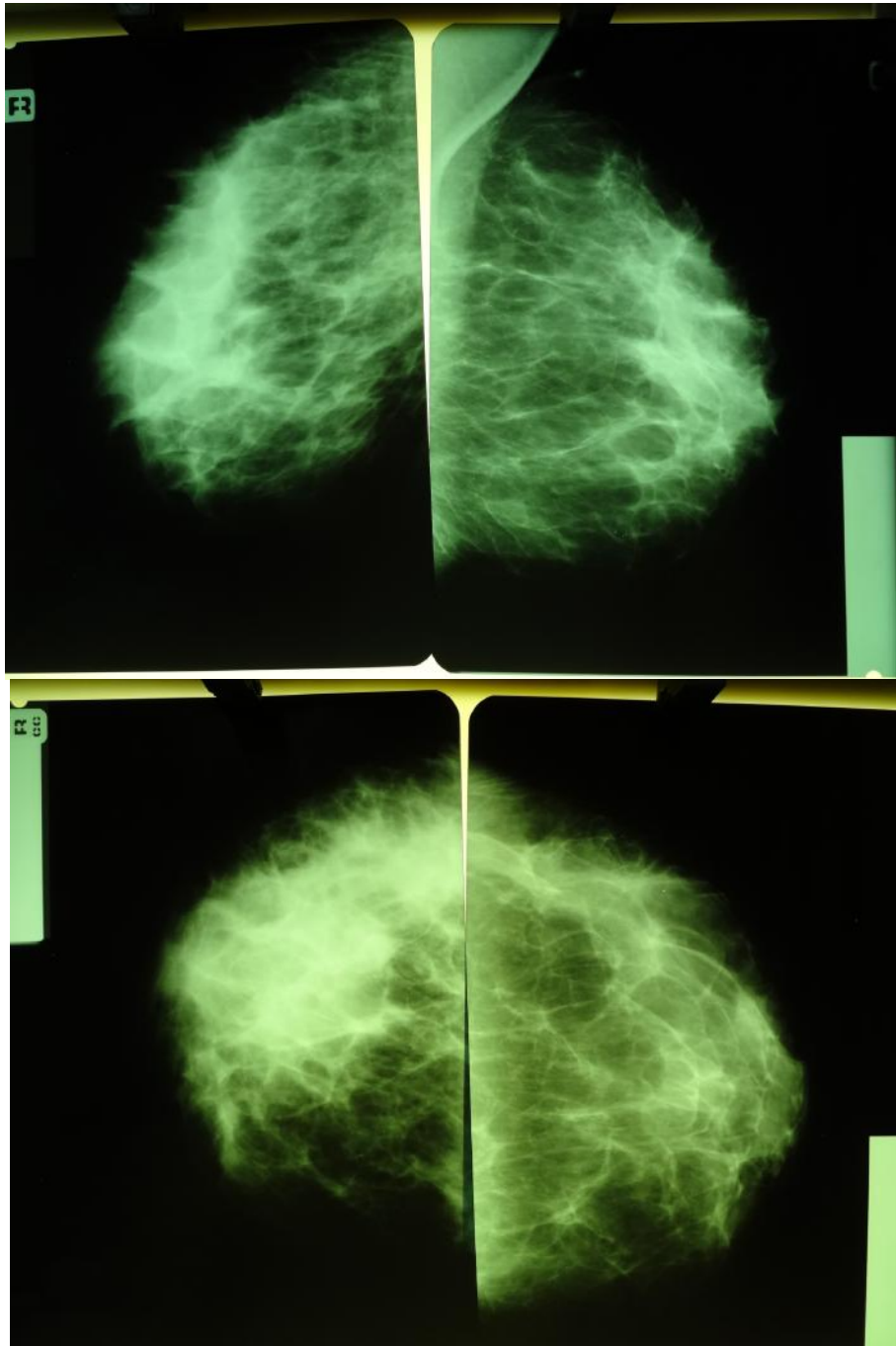
جهت تشخیص قطعی و رد احتمال بدخیمی پستان طی ۲ نوبت از مرکز اسکروزه و نیز حاشیه ی ضایعه بیوپسی به عمل آمد که هیستو پاتولوژی آن به صورت زیر گزارش شد :

هیپرکراتوزه خفیف اپیدرم همراه با دستجات کلاژن هیالینیزه در درم که تا زیر غدد اکراین گسترش یافته اند.

استروئید موضعی و کرم کلسی پوتریول قرار گرفت. در پیگیری های مقرر بیمار به موقع مراجعه نکرد.

همچنین ارتشاح لنفوسیتی خفیف در اطراف عروق گزارش شد (شکل ۳).

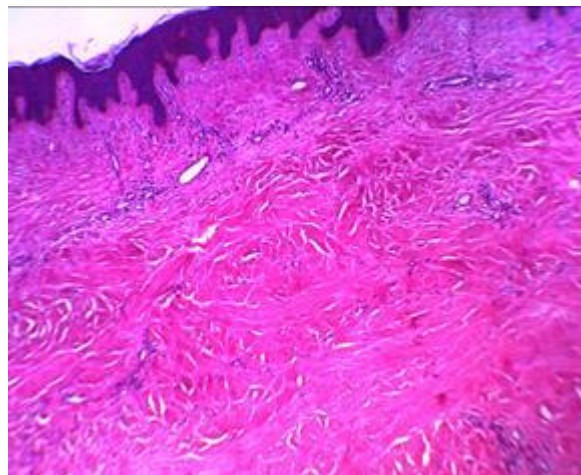
با توجه به نمای بالینی و گزارش آسیب شناسی ضایعه تشخیص مورفه آ تایید شد و بیمار تحت درمان با



شکل ۱: ماموگرافی بیمار



شکل ۲: افزایش ضخامت شدید و تغییر رنگ واضح همراه با نمای **peau de orange** در پستان مبتلا



شکل ۳: هیپرکراتوز خفیف اپیدرم همراه با دستجات کلاژن هیالینیزه در درم و ارتشاح خفیف لنفوسیتی در اطراف عروق (رنگ امیزی اتوزین و هماتوکسیلین $\times 100$).

بحث

اسکلروتیک می یابد. این نوع در کودکان شایع تر است و سبب اختلال رشد و حرکت اندام ها می شود. (مورفه ای خطی ناحیه، **encoup de sabre** (پیشانی و پوست سر) و **Parry-Romberg** (به شکل از دست دادن پیشرونده بافت چربی نیمه صورت) از واریانت های مورفه ای خطی هستند (۶).

اگرچه علت مورفه آ ناشناخته است ولی عوامل متعددی در رابطه با مورفه آ پستان به عنوان عوامل برانگیزنده شناخته شده اند شامل: سیلیکون کاشته شده در

مورفه آ و یا اسکلرودرمای لوکالیزه با تشکیل بیش از حد الیاف کلاژن توسط فیروبلاستها مشخص می شود (۳ و ۴). چندین نمای بالینی از مورفه آ توصیف شده است: محدود (سطحی و عمقی)، خطی، منتشر، پان اسکلروتیک، **mixed, Parry-Romberg, encoup de saber**. (۴). در مورفه ای عمقی محل درگیری درم رتیکولر و بافت زیرجلدی است و نیز ممکن است فاسیا عضله در گیر شود. در مورفه ای عمقی پلاک های اسکلروتیک ممکن است موجب اختلال در تحرک پوست شود. مورفه ای خطی در آغاز به شکل نواری اریتماتو و بتدریج نمای

معاینه وجود ندارد و در نتیجه غالباً با ماموگرافی یا سونوگرافی تشخیص داده نمی‌شود. نمای مشخص این سرطان تورم سریع بافت پستان و برخی موارد همراه با تغییرات پوستی به صورت *peau de orange* می‌باشد. تهاجم بدخیمی به مجاری لنفاتیک لوکال باعث اختلال درناز و سبب تورم بافت پستان می‌شود. یافته‌های هیستولوژیک IBC در بیوپسی پوست شامل وجود سلول-های بدخیم در کانالهای لنفاتیک ناحیه زیر درم می‌باشد (۸).

در بیمار معرفی شده با توجه به اینکه در معاینه بالینی توده ای در نسج پستان لمس نشد و در ارزیابی های رادیولوژیک نیز شواهدی از بدخیمی یافته نشد و تنها افزایش دانسیته و ضخامت پوست پستان گزارش شد در ابتدا تشخیص IBC برای بیمار گذاشته شد. پس از ارجاع به کلینیک درماتولوژی با توجه به افزایش ضخامت واضح و سفیدی شدید و تغییر رنگ پوست پستان با دو تشخیص مورفه آ و کانسر التهابی پستان تحت بیوپسی قرار گرفت که در نهایت تشخیص مورفه آ تایید شد.

درمان موثر اثبات شده ای برای مورفه آ وجود ندارد (۳). موارد تغییری از بهبودی کامل خودبخودی و بدون درمان در سیر طبیعی بیماری دیده شده است (۴). درمان-های به کار رفته شامل درمان‌های موضعی، تزریق داخل ضایعه و سیستمیک می‌باشند. این درمان‌ها عبارتند از: داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، دی-پنسیلامین، ویتامین‌های D، A، کلسی پوتریول، گریزوفولونین، کلشی سین، مهارگرهای کلسی نورین (تاکرولیموس و پمکرولیموس)، متوترکسات، آنتی مالاریا، هیالورونیداز موضعی، جراحی، پلاسمافرزیز (در موارد شدید و میزان بالای اتوانتی بادیها) می‌باشد (۲ و ۳ و ۴). استفاده از روش فتوترابی در برخی موارد موثر بوده است (۲ و ۳).

برای بیمار معرفی شده ترکیبی از استروئید موضعی (بتامتازون) و کلسی پوتریول تجویز شد.

در مجموع تجربه مادر مورد این بیمار نشان داد که مورفه آ پستان ممکن است بیماری‌های بدخیم پستان را

پستان، تروما، بیماری‌های اتوایمیون، عفونتها، واکسیناسیون (BCG)، حاملگی، عوامل توکسیک و نوروزنیک (۲ و ۵).

مورفه آ پستان به دنبال رادیوترابی جهت درمان سرطان پستان کاملاً مستند می‌باشد (۲ و ۴ و ۶).

گفته شده است که رادیوترابی از طریق ایجاد دود مان انتخابی فیبروبلاست‌هایی که دارای قدرت تولید ماتریکس خارج سلولی غیر نرمال می‌باشند باعث ایجاد مورفه آ می‌شود (۲).

فاکتورهای پیشنهادی در پاتوژنز مورفه آ شامل آسیب سلول اندوتلیال، فعال شدن عوامل ایمنولوژیک، التهاب و در نهایت بی‌نظمی و اختلال در تولید کلاژن می‌باشد (۳).

مورفه آ پستان معمولاً پیش آگهی خوبی دارد. تشخیص‌های افتراقی آن طیف گسترده ای از بیماری‌های پستان را شامل می‌شود از قبیل: درماتیت یا فیروز ناشی از رادیاسیون، بیماری متاستاتیک، سلولیت و کارسینوم التهابی پستان (۷).

در مطالعه Wechter و Clark که در فاصله بین سالهای ۲۰۰۷-۱۹۹۵ انجام شد ۱۵ بیمار با تایید پاتولوژی مبتلا به مورفه آ پستان بودند. دو سوم این بیماران (۱۱ نفر از ۱۵ نفر) درنخستین مراجعه تشخیص اشتباه سرطان التهابی پستان و یا عفونتهای پستان را در شرح حال خود داشتند. از ۱۵ بیمار دو بیمار بانمایش بالینی *peau de orange* و یک مورد نمای ضخیم شدن پوست را دارا بودند. اغلب بیماران با اریتم پوست مراجعه کرده بودند. ۸ مورد از ۱۵ بیمار با تشخیص اولیه کانسر بیوپسی شدند (۶ مورد سرطان التهابی پستان، یک مورد پاژه پستان و یک مورد BCC). در مجموع تنها در ۷ بیمار در تشخیص افتراقی بیوپسی به عمل آمده مورفه آ مطرح شده بود (۲).

سرطان التهابی پستان (Inflammatory I B C Breast Carcinoma) یک شکل تهاجمی از سرطان پستان است که می‌تواند در هر سنی بروز یابد. نشانه‌ها و علائم بالینی متغیر است و اغلب تومور قابل لمس در

روش‌های تصویربرداری و آزمایشگاهی اختصاصی تشخیصی جهت این بیماری وجود ندارد و تنها روش قابل اعتماد تشخیصی بیوپسی می‌باشد(۶).

تقلید کند. از آنجا که بدون شناخت و تشخیص این بیماری بیمار ممکن است درمان اشتباه دریافت کند (۷)، mj پزشکان باید این بیماری را بشناسند و مطلع باشند که

منابع

- 1-Kamal RM, Hamed ST. Mammary Manifestations of Some Systemic Disorders. Austral- Asian J Cancer 2011;4:237-53.
- 2-Clark CJ, Wechter D. Morphea of the breast --an uncommon cause of breast erythema. Am J Surg 2010;200(1):173-6.
- 3-Goodfield MJD, Jones SSK. The connective tissue diseases. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, eds. Rook's Textbook of Dermatology. 8th ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2010. P. 51.00 -138.
- 4-Kushi J, Csuka ME. Generalized morphea after breast cancer radiation therapy. Case Rep Rheumatol 2011; Article ID 951948,4 pages,2011.
- 5-Lazar AP, Lazar P. Localized morphea after silicone gel breast implantation: more evidence for a cause-and-effect relationship. Arch Dermatol 1991;127(2):263-4.
- 6-Bolognia JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Bolognia Dermatology. 3th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2012.vol 1, chap 44-Morphea and lichen sclerosis, P. 657-70.
- 7-Shetty G, Lewis F, Thrush S. Morphea of the breast: case reports and review of literature. Breast J 2007;13(3):302-4.
- 8-Inflammatory breast cancer. 2013. Available at: URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Inflammatory_breast_cancer. Accessed 07/30/2013 02:48PM.

Morphea of the Breast with Presentation of Inflammatory Breast Cancer

Reza Yaghoobi¹, Abdolhassan Talaiezadeh^{2*}, Nastaran Ranjbari³, Seyedeh Nasibeh Sohrabian⁴

1-Professor of Dermatology.
2-Associate Professor of Surgery.
3-Assistant of Pathology.
4-Resident of Dermatology.

1,4-Department of Dermatology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
2-Department of Surgery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
3-Department of Pathology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:
Abdolhassan Talaiezadeh;
Department of Surgery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
Tel: +989161184922
Email: Ahtalaiezadeh@yahoo.com

Abstract

Morphea of the breast is an uncommon clinical disease and may have profound effects on the quality life of the patients. The disease can also mimic inflammatory benign and malignant diseases of the breast and differentiation between them is sometimes very difficult.

Herein, we report a case of morphea of the breast in a 28-year-old female with a history of skin changes of the right breast who referred to a general surgeon for possible diagnosis and treatment of the breast cancer. Diagnosis of the breast morphea with skin biopsy was proven after one year. We describe morphea of the breast and discuss our experience on the differentiation of the morphea of the breast with inflammatory breast cancer.

Keywords: Inflammatory breast, Morphea, Scleroderma, Metastasis.

Please cite this paper as:
Talaiezadeh Ah, Yaghoobi R, Ranjbari N, Sohrabian SN. Morphea of the Breast with Presentation of Inflammatory Breast Cancer. Jundishapur Sci Med J 2014; 13(1):121-127

Received: Oct 9, 2013

Revised: Oct 13, 2013

Accepted: Dec 4, 2013