

یافته های بالینی، سونوگرافی و ماموگرافیک در افراد مراجعه کننده با درد

پستان، بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل

دکتر زهرا بصیرت^۱، دکتر اشرف محبوبی^۲

^۱ نویسنده مسئول: دانشیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، مرکز تحقیقات باروری و ناباروری فاطمه الزهراء (س) بابل، ایران

E-mail: Zahra_Basirat@yahoo.com

^۲ استادیار گروه رادیولوژی بیمارستان شهید یحیی نژاد دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران

چکیده

زمینه و هدف: درد پستان یک ناراحتی شایع پستان می باشد که تعداد زیادی از زنان در سنین باروری را درگیر می کند و علاوه بر ترس ناشی از سرطان، موجب مراجعات پزشکی مکرر و اختلال در فعالیت های شغلی، اجتماعی و خانوادگی فرد می شود. هدف این مطالعه تعیین یافته های بالینی، سونوگرافی و ماموگرافی در بیماران مبتلا به درد پستان می باشد.

روش کار: این مطالعه مقطعی روی ۱۶۰ نفر از بیماران با درد پستان مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان شهید یحیی نژاد دانشگاه علوم پزشکی بابل انجام شده است. معاینه بالینی توسط متخصص زنان انجام شد و برای بیماران کمتر از ۳۵ سال سونوگرافی و بالاتر از ۳۵ سال ماموگرافی توسط یک رادیولوژیست انجام شد. سایر اطلاعات شامل، سن، سن قاعدگی، سن اولین حاملگی، تعداد زایمان، سابقه مصرف قرص های ضد بارداری، درمان جایگزینی هورمون، سابقه خانوادگی سرطان، آگاهی در مورد توصیه های تغذیه ای در مورد درد پستان و ارتباط درد با سیکل قاعدگی ثبت شد و اطلاعات توسط نرم افزار آماری SPSS 10 آنالیز شد.

یافته ها: میانگین سنی زنان $34/8 \pm 9/9$ سال بود. حساسیت در لمس حین معاینه در ۱۲۲ بیمار (۷۶/۳٪) وجود داشت. ۴۲ بیمار (۵۳/۲٪) در ماموگرافی و ۵۰ بیمار (۴۰/۳٪) در سونوگرافی بیماری فیبروکیستیک داشتند. یافته های نرمال در ماموگرافی و سونوگرافی بترتیب در ۲۹ بیمار (۳۶/۷٪) و ۶۰ بیمار (۴۸/۴٪) دیده شد.

نتیجه گیری: در اکثر افراد با درد پستان یافته سونوگرافی و ماموگرافی طبیعی و یا تغییرات فیبروکیستیک را نشان می دهد. تاریخچه دقیق و ارزیابی بالینی در این افراد ضروری می باشد.

واژه های کلیدی: درد پستان، ماموگرافی، سونوگرافی، پستان

دریافت: ۸۷/۱۰/۵ پذیرش: ۸۸/۴/۱۳

مقدمه

درد پستان از مسائل بالینی شایع و نگران کننده در زنان بوده که در ۳۰ تا ۴۰ درصد زنان در سنین قبل از یائسگی گزارش شده است [۱]. درد پستان، شایع ترین شکایت مرتبط با پستان در درمانگاههای مراقبت های اولیه زنان میباشد که در ۶۶٪ زنان شاغل دیده می شود و ترس از سرطان پستان علت عمده مراجعه افراد می باشد. تاریخچه دقیق، معاینه

بالینی و بررسی کامل الزامی است [۲]. گاهی شدت درد به گونه ای است که موجب اختلال در فعالیت های روزانه می شود [۳]. درد پستان معمولا منشأ عضوی داشته و بندرت علامتی از سرطان پستان می باشد بطوریکه تنها ۵/۴٪ بیماران مبتلا به سرطان پستان با درد مراجعه می کنند [۴] با اینحال درد پستان دلیل با اهمیتی جهت انجام بررسی های پزشکی می باشد [۵]. اتیولوژی درد پستان مشخص

را بهتر نشان می دهد، همچنین تنها روشی است که میکروکلسیفیکاسیون ها را نشان می دهد. لیکن ۵ تا ۱۰ درصد احتمال منفی کاذب دارد لذا ماموگرافی نمی تواند و نباید جایگزین معاینات پزشکی و بیمار شود [۱۱]. در مطالعه تومیان^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۵ در ۸۶ بیمار با درد موضعی پستان، ۹۵٪ یافته ماموگرافی و سونوگرافی نرمال یا خوش خیم بود و ارزش اخباری منفی سونوگرافی و ماموگرافی در بیماران با درد موضعی پستان ۱۰۰٪ گزارش گردید لذا منفی بودن سونوگرافی و ماموگرافی اطمینان بخش می باشد در صورتیکه معاینه بالینی نیز نرمال باشد صرفا پیگیری بیماران توصیه می شود [۱۲]. با توجه به اهمیت موضوع بررسی موارد مبتلا به درد پستان در جامعه مورد مطالعه، این مطالعه به منظور بررسی یافته های بالینی، سونوگرافی و ماموگرافیک در افراد مراجعه کننده با درد پستان انجام شده است.

روش کار

این مطالعه تحلیلی، مقطعی بر روی ۱۶۰ نفر از زنان با شکایت درد پستان که به درمانگاه زنان بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل مراجعه کرده بودند انجام شد. معاینه بالینی در وضعیت نشسته با قرار دادن دستها بر روی مفصل لگن و بعد گرفتن دست ها بالای سر جهت مشاهده و ارزیابی عدم تقارن، کشیده شدن پوست، توده، ادم، تورفتگی نوک پستان، توده و زخم های پستان و حساسیت پستان در لمس انجام شد. حفرات سوپراکلاویکولار و اگزیلاری نیز مورد معاینه قرار گرفت معاینه بالینی توسط یک متخصص زنان انجام و برای بیماران با سن کمتر از ۳۵ سال سونوگرافی و سن بالاتر از ۳۵ سال ماموگرافی توسط یک متخصص رادیولوژی و سونوگرافی انجام گردید. در صورتیکه اقدام تشخیصی اولیه انجام شده

نبوده و مکانیسم های فرضی شامل: بهم خوردن نسبت بین استراز های اسیدچرب، سطوح بالای پرولاکتین پایه، افزایش پاسخ پرولاکتین به تحریک و رژیم غذایی پرچرب می باشد. با این حال مکانیسم های بیولوژیک منجر به درد نامشخص باقی مانده است [۶]. بنظر می رسد که درد پستان با سیکل های قاعدگی نامنظم تشدید می یابد، همچنین در مواقعی که هورمونهای تخمدانی اگزوژن در طی یا پس از دوره یائسگی تجویز می گردد بیشتر دیده می شود [۴] و علاوه بر این تغییرات فیبروکیستیک نیز ممکن است باعث درد پستان گردد [۷]. کنترل این بیماری شامل محدود کردن مصرف کافئین و گاهی دیورتیک پس از بررسی بالینی پایه می باشد و در صورت لزوم ماموگرافی انجام می شود. در صورت وجود ضایعات مشکوک ممکن است سیتولوژی از طریق آسپیراسیون و گاهی نمونه برداری باز برای رد کردن بدخیمی همراه مورد نیاز باشد [۸].

بیماری های شایع پستان که باعث درد می شوند عبارتند از اختلالات عملکرد طبیعی و فیزیولوژیک، بیماری های التهابی، تومورهای خوش خیم و بندرت تومورهای بدخیم [۹]. در بیماران با درد پستان، غالبا نگرانی بیمار مربوط به شدت درد نیست، بلکه بیمار از این نگران است که درد نشانه ای از یک وضعیت بدخیم تر از قبیل سرطان پستان باشد. ارزیابی یک بیمار مبتلا به درد پستان در آغاز نیازمند رد کردن بدخیمی است، معاینه دقیق فیزیکی الزامی است، هرگونه توده قابل لمس باید مورد ارزیابی قرار گیرد و همچنین بررسی با سونوگرافی یا ماموگرافی جهت ارزیابی بیشتر انجام می شود [۴]. پس از رد بیماری های عمده با ارزیابی های انجام شده، اکثر بیماران با اطمینان بخشیدن بهبود می یابند [۲]. سونوگرافی امواج صوتی با فرکانس بالا می باشد که ارزش اولیه آن افتراق ضایعات کیستیک از ضایعات توپر می باشد [۱۰]. ماموگرافی، پرتو X با ولتاژ کم در حد ۲۸ تا ۳۲ کیلوولت است که بافت نرم پستان

¹ Tumyan

مورد (۳۰/۶) و ۷ نفر (۴/۴) وجود داشت. در مطالعه ما در ۳۸ نفر (۲۵/۲٪) از افراد در سنین قبل از یائسگی (۱۵۱ نفر) درد پستان با سیکل قاعدگی ارتباط داشت. در ۲۴ نفر (۱۵٪) علت مراجعه ترس از سرطان پستان بود. ۲۵ نفر (۱۵/۶٪) جهت درد پستان از روشهای درمانی استفاده کرده بودند و تنها ۳ نفر (۱/۹٪) از توصیه های تغذیه ای مرتبط جهت کاهش درد پستان مطلع بودند. یافته بالینی در افراد مورد مطالعه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد فراوانی یافته های بالینی در زنان با درد پستان

| یافته بالینی | فراوانی | درصد |
|-------------------|---------|------|
| نرمال | ۳۱ | ۱۹/۴ |
| حساسیت در لمس | ۱۲۲ | ۷۶/۳ |
| ترشح از نوک پستان | ۱ | ۰/۶ |
| توده | ۶ | ۳/۸ |
| جمع | ۱۶۰ | ۱۰۰ |

ماموگرافی در ۷۹ نفر از افراد مورد مطالعه انجام شده بود که توزیع فراوانی یافته های ماموگرافی در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد فراوانی یافته ماموگرافی در زنان با درد پستان

| یافته ماموگرافی | فراوانی | درصد |
|-----------------|---------|------|
| نرمال | ۲۹ | ۳۶/۷ |
| فیبروکیستیک | ۴۲ | ۵۳/۲ |
| سایر موارد* | ۸ | ۱۰/۲ |
| جمع | ۷۹ | ۱۰۰ |

* سایر موارد شامل: کیست، توده و افزایش ضخامت پوست بود.

سونوگرافی در ۱۲۴ نفر انجام شده بود که توزیع فراوانی یافته های سونوگرافی در جدول ۳ آمده است. قابل ذکر اینکه در ۴۳ مورد هم سونوگرافی و هم ماموگرافی انجام شده بود.

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد فراوانی یافته سونوگرافی در زنان با درد پستان

| یافته سونوگرافی | فراوانی | درصد |
|-----------------|---------|------|
| نرمال | ۶۰ | ۴۸/۴ |
| فیبروکیستیک | ۵۰ | ۴۰/۳ |
| سایر موارد* | ۱۴ | ۱۱/۲ |
| جمع | ۱۲۴ | ۱۰۰ |

ناکافی گزارش می شد. به عنوان بررسی تکمیلی سونوگرافی یا ماموگرافی انجام می گردید [۱۳]. تفسیر نتایج سونوگرافی و ماموگرافی توسط رادیولوژیست مربوطه انجام و معیار تشخیص تغییرات فیبروکیستیک در سونوگرافی وجود بافت گلندولار و مجاری دیلاته و در ماموگرافی نیز افزایش دانسیته پستان بوده است. برای کلیه بیماران پرسشنامه ای شامل سن، سن قاعدگی، سن اولین بارداری، تعداد زایمان، سابقه مصرف قرص ضدبارداری، درمان جایگزینی هورمون، سابقه خانوادگی سرطان پستان، تخمدان و سایر سرطانها و سابقه انجام ماموگرافی، بیوپسی و جراحی پستان، اطلاع یا عدم اطلاع از توصیه های تغذیه ای مرتبط با درد پستان و ارتباط درد با سیکل قاعدگی پر شد. اطلاعات بدست آمده توسط نرم افزار آماری SPSS آنالیز شد.

یافته ها

این مطالعه در ۱۶۰ نفر از زنان مراجعه کننده با درد پستان انجام شد میانگین و انحراف معیار سن و سن هنگام قاعدگی در افراد مورد مطالعه بترتیب ۳۴/۸±۹/۹ و ۱۲/۹±۱/۷ سال بود، ۱۵۱ نفر در سن قبل از یائسگی و ۹ نفر یائسه بودند. میانگین سن اولین بارداری ۲۱/۱±۵/۴ سال بود. ۳۹ نفر (۲۴/۴٪) زنان زایمان نکرد، ۳ نفر (۱/۹٪) اول زا و بقیه افراد چند زا بودند. در مورد وضعیت شیردادن، تمام زنان زایمان نموده (۷۵/۶٪) سابقه شیردهی داشتند.

۳۷/۵٪ از افراد مورد مطالعه سابقه مصرف قرص ضدبارداری خوراکی داشتند که متوسط مدت مصرف ۳/۷±۲/۱ سال بوده است. مصرف هورمون جایگزینی نیز در ۲۲/۲٪ افراد یائسه وجود داشت. که متوسط مدت مصرف آن ۵/۵±۱/۲ سال بود. سابقه خانوادگی سرطان پستان و سرطان تخمدان بترتیب در ۱۱/۹٪ و ۵٪ از افراد مورد مطالعه وجود داشت. سابقه ماموگرافی و بیوپسی پستان بترتیب در ۴۹

* سایر موارد شامل: ۸ مورد فیبروآدنوم و ۶ مورد ضایعه کیستیک بوده است.
در ۱۱ نفر ماموگرافی و سونوگرافی هر دو نرمال و در ۱۸ نفر نیز در هر دو تغییرات فیبروکیستیک دیده شد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تاریخچه، یافته های بالینی سونوگرافی و ماموگرافیک افراد مراجعه کننده با درد پستان انجام شده است. یافته نرمال بترتیب در ۳۶/۷٪ و ۴۸/۴٪ از موارد ماموگرافی و سونوگرافی انجام شده مشاهده شد در حالی که تغییرات فیبروکیستیک در ۵۳/۲٪ از ماموگرافی و ۴۰/۳٪ از سونوگرافی ها وجود داشت.

در مطالعه موریلو اورتیز^۱ و همکاران، در ۶۹۸ زن با شکایت درد پستان، ۵۲٪ یافته سونوگرافی نرمال داشتند [۱۴]. در مطالعه دیهل^۲ و همکاران در زنان با درد پستان ۵۱٪ بیماری فیبروکیستیک، ۱۵٪ فیبروآدنوم و ۱۳٪ پستان نرمال داشتند [۱۵]. تغییرات فیبروکیستیک بعلت تحت فشار قرار دادن بافت یا اعصاب در اطراف توده های فیبروکیستیک موجب درد پستان می شود.

در مطالعه تومیان و همکاران با عنوان ارزش اخباری منفی سونوگرافی و ماموگرافی در ۸۶ بیمار با درد موضعی پستان، در ۴ مورد سرطان پستان تشخیص داده شد. که در ۲ مورد از این افراد تشخیص بصورت تصادفی به علت کشف میکرو کلسیفیکاسیون در ماموگرافی بوده و به محل درد موضعی پستان مرتبط نبوده است. در ۷ بیمار نیز بیوپسی از محل درد گرفته شد که خوش خیم بوده است. در بیمارانیکه یافته های تصویر برداری و بالینی طبیعی بوده، در پیگیری ۲۶/۵ ماهه هیچ عارضه ای دیده نشد. لذا محققین نتیجه گیری نمودند که ارزش

اخباری منفی سونوگرافی و ماموگرافی در افراد با درد پستان ۱۰۰٪ می باشد. در نتیجه منفی بودن یافته های سونوگرافی و ماموگرافی اطمینان بخش می باشد و در صورتیکه معاینه بیماران نرمال باشد صرفا پیگیری توصیه می شود [۱۲]. در مطالعه لونگ^۳ و همکاران، در ۹۹ بیمار با درد موضعی پستان در سونوگرافی ۱۳/۶٪ بیماران کیست، ۲/۷٪ توده توپر و ۷۷/۳٪ یافته نرمال داشتند [۱۶]. در مطالعه شتی^۴ و همکاران، بیماران با ضایعات قابل لمس در پستان که یافته های سونوگرافی و ماموگرافی طبیعی داشتند تا ۲۸/۹ ماه پیگیری شدند و هیچ مورد از سرطان پستان گزارش نشد و نتیجه گرفتند که ارزش اخباری منفی سونوگرافی و ماموگرافی طبیعی در تشخیص ضایعات قابل لمس پستان ۱۰۰٪ می باشد و در این موارد تنها اطمینان بخشیدن به بیماران کافی است [۱۷].

در مطالعه کریستال^۵ و همکاران سونوگرافی روش دوم تشخیصی در بیمار یابی افراد می باشد در صورت وجود افزایش دانسیته در ماموگرافی، انجام سونوگرافی توصیه شده و حساسیت آن در تشخیص ضایعات پستانی ۱۰۰٪ می باشد [۱۸]. ارزیابی دقیق جهت رد سرطان پستان و اطمینان بخشیدن در اکثر موارد منجر به کاهش درد در بیماران میشود. افرادیکه درد خفیف قبل از قاعدگی بمدت ۴-۱ روز دارند طبیعی در نظر گرفته می شود اگرچه افرادیکه درد متوسط تا شدید و طولانی تر از ۵ روز دارند و با فعالیت های روزمره آنها تداخل نماید، نیاز به درمان دارند که ۹۲٪ افراد با دردهای دوره ای و ۶۴٪ افراد با دردهای غیر دوره ای با اقدامات درمانی بهبود می یابند [۱۹]. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین سنی افراد مراجعه کننده ۳۴ سال و میانگین سن اولین بارداری ۲۱ سال بود. در مطالعه

³ Leung

⁴ Shetty

⁵ Crystal

¹ Murillo Ortiz

² Diehl

بافت پستان از بافت های حساس به هورمون می باشد استروژن موجب افزایش اندکس های پرولیفراسیون سلولی می شود و تغییرات هورمونی می تواند منجر به افزایش تراکم پستان و درد پستان شود. بطوریکه قطع دارو منجر به کاهش درد پستان می شود [۲۷].

در این مطالعه سابقه خانوادگی سرطان پستان و سرطان تخمدان بترتیب در ۱۱/۹٪ و ۵٪ از افراد وجود داشت. در مطالعه خان^۵ و همکاران ۸۶۱ خانم مبتلا به سرطان پستان و ۴۶۰۲ خانم گروه کنترل که همگی بالای ۳۰ سال داشتند مورد بررسی قرار گرفتند که سابقه خانوادگی سرطان پستان در ۱۴/۶٪ افراد، سابقه درد پستان در ۲۳/۲٪ افراد وجود داشت [۶]. در مطالعه کاویانی و همکاران، سابقه فامیلی سرطان پستان بین افراد با و بدون درد پستان اختلاف معنی داری نداشت [۲۴].

در این مطالعه در ۲۵/۲٪ موارد درد پستان دوره ای و با سیکل قاعدگی ارتباط داشت. در مطالعه شریستا^۶ و همکاران، سال ۲۰۰۴، در ۲۲۱ زن با شکایت درد پستان ۳۶/۸٪ موارد درد پستان دوره ای بوده است [۲۸]. در مطالعه ویتزیگ و همکاران درد پستان در ۳۸٪ بیماران دوره ای بوده است [۲۲]. در حالی که در مطالعه آدر^۷ در ۲۳۱ خانم زیر ۵۵ سال، شیوع درد پستان دوره ای ۷۸٪ گزارش گردید و نیز با بررسی ۱۱۷۱ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه گزارش کردند که ۶۹٪ زنان درد پستان دوره ای دارند [۳۰، ۲۹]. همچنین در مطالعه ای که توسط کارمیشل و همکاران بر روی ۷۴ بیمار با ماستالژیا انجام شده بود ۸۱٪ درد دوره ای داشتند [۲۱]. در مطالعه بلیا^۸ و همکاران در ۶۷٪ موارد درد پستان دوره ای بود. متوسط سن این زنان دهه سوم زندگی بود. علائم این بیماران مرتبط با قاعدگی بوده

ای که توسط شارمی و همکاران جهت تعیین شیوع درد پستان دوره ای در شهر رشت انجام شده بود میانگین سنی افراد با درد پستان ۳۰/۲ سال بود [۲۰]. که شبیه مطالعه ما می باشد. در مطالعه کارمیشل^۱ و همکاران میانگین سنی افراد ۴۳ سال بود [۲۱]. همچنین در مطالعه ویتزیگ^۲ میانگین سنی افراد ۴۲ سال بود [۲۲] در مطالعه دیوایز^۳ متوسط سن بیماران ۳۶ سال بوده است [۲۳] در مطالعه کاویانی^۴ و همکاران ماستالژیا شایع ترین علت مراجعه در زنان با علائم پستانی در ایران می باشد. ۲۵-۱۵٪ زنان مراجعه کننده به درمانگاههای زنان از درد پستان شاکی هستند [۲۴]. متوسط سن زنان با درد پستان در مطالعه ای که در مرکز سرطان پستان ایران انجام شده است. ۳۵ سال بوده است [۲۵]، که مشابه این مطالعه می باشد.

در این مطالعه ۳۷/۵٪ از زنان سنین باروری از قرص های ضدبارداری خوراکی و ۲۲/۱٪ افراد یائسه هورمون جایگزینی مصرف می کردند. مطالعات انجام شده بیانگر این مساله است که مصرف قرص های ضدبارداری خوراکی و درمان جایگزینی هورمون سبب افزایش مشکلات مربوط به پستان می شود [۲۴]. در مطالعه دیوایز و همکاران، در ۴۳٪ بیماران با درد پستان با گذشت زمان درد بهبود یافت که در بیشتر موارد مرتبط با تغییرات هورمونی، مخصوصا وقوع یائسگی بوده است و توصیه نمودند که در صورتیکه شروع درد پستان نزدیک به یائسگی باشد نیاز به درمان نیست و تمام بیماران با دردهای دوره ای و اکثر افراد با دردهای غیر دوره ای بهبود می یابند [۲۳].

در مطالعات گزارش شده است که درمان جایگزینی هورمون پس از یائسگی سبب درد پستان و افزایش دانسیته در نمای ماموگرافی می شود [۲۶ و ۲۷].

⁵ Khan⁶ Shrestha⁷ Ader⁸ belia¹ Carmichael² Wetzig³ Davies⁴ Kaviani

بیماری خوش خیم پستانی هستند [۳۳]. اگر چه نگرانی عمده زنان با درد پستان ترس از سرطان پستان می باشد. لیکن درد فقط در ۱۰-۸٪ موارد سرطان پستان گزارش شده است [۳۴]. ۱/۹٪ از افراد مورد مطالعه از توصیه های تغذیه ای در مورد کاهش درد پستان مطلع بودند. در مطالعه آدر و همکاران مصرف کافئین احتمال ابتلا به درد پستان را ۱/۵۳ برابر کرده بود [۳۵].

نتیجه گیری

نسبت قابل توجهی از بیماران مراجعه کننده با درد پستان در بررسی های تصویربرداری یافته نرمال داشتند و دومین یافته تغییرات فیبروکیستیک بود.

پیشنهادات

لذا ارزیابی زنان مبتلا به درد پستان و اطمینان بخشیدن به بیمار از این نظر که در بررسی های انجام شده شواهدی از سرطان پستان و یا سایر اختلالات جدی وجود نداشته، منطقی به نظر می رسد.

تقدیر و تشکر

از سرکار خانم دکتر ثمانه شمس الدین به خاطر جمع آوری اطلاعات و از آقای دکتر رضا علیزاده بخاطر آنالیز آماری تقدیر و تشکر می گردد.

و در فاز لوتتال تشدید شده و با شروع قاعدگی بهبود می یافت [۳۱]. دردهای غیر دوره ای معمولاً در سن ۵۰-۴۰ سالگی می باشد که مداوم یا غیر مداوم می باشد و لیکن با سیکل قاعدگی ارتباط ندارد [۳۲]. در مطالعه شارمی و همکاران نیز شیوع ماستالژیا دوره ای ۲۳/۸٪ بود [۲۰]. شیوع ماستالژی در افراد بالای ۳۰ سال بیشتر از افراد زیر ۳۰ سال ($P < 0.01$) و در افراد متاهل بیشتر از افراد مجرد و در افراد شاغل بیشتر از غیر شاغل بود ($P < 0.01$). که این اختلاف بین مطالعات مختلف احتمالاً بخاطر طراحی مطالعه بوده بطوریکه مطالعه شارمی در سطح جامعه ولی سایر مطالعات بر روی مراجعین به درمانگاه انجام شده بود از طرف دیگر احتمالاً تفاوت سطوح بهداشتی، فرهنگی و تفاوت های محیطی و سرشتی نیز ممکن است در این اختلاف موثر باشد. علت مراجعه در ۱۵٪ از افراد مورد مطالعه ترس از سرطان پستان بود. در مطالعه صفرپور و همکاران در گیلان در ۲۰۰ بیمار با درد پستان، بیشترین گروه سنی ۴۰-۳۱ سال بود ۷۵ بیمار (۳۷/۵٪) ترس از سرطان پستان داشتند. ۸/۵٪ سابقه خانوادگی مثبت سرطان پستان داشتند. شایع ترین یافته ماموگرافی بیماری فیبروکیستیک ۲۵ بیمار (۱۲/۵٪) بود. مهمترین نکته در بیماران با درد پستان، رد وجود بدخیمی می باشد. بسیاری از زنانی که به علت مشکلات پستانی به پزشک مراجعه می کنند دچار

References

- 1- Steinbrunn BS, Zera RT, Rodriguez RL. Mastalgia: tailoring treatment the breast pain. Postgrad Med . 1997; 120 (5): 153-4.
- 2- Padden DL. Mastalgia: evaluation and management. Nurse Pract forum 2000; II (4):213-8.
- 3- Smith RL, Pruthi S, Fitzpatrick La. Evaluation and management of breast pain. Mayo clin proc. 2004; 79(3):353-72.
- 4- Iglehart DJ, Kaelin CM. Breast, in: Courtney M, Townsend JR, editors. Sabiston textbook of surgery. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders. vol 2.2001:560.
- 5- Bland KI, Beeken Sw, Edward M. The breast in: Bruicardi CF, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollack RE. Schwart's principles of surgery. 8th ed. Mc grow hill com. vol 1.2005:435-63.

- 6- Khan SA, Apkarian AV. Mastalgia and breast cancer: a prospective association? *Cancer Detect Prev* . 2002; 26: 192-6.
- 7- Murtagh J. Mastalgia. *Aust Fam Physician*. 1991; 20(6): 818-9.
- 8- Ashley SW, Eroy D, Daley J. Breast. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fischer JE, Galloway AC. *Principles of surgery* 7th ed, Mc Grow Hill com. 1999: 1195.
- 9- Perna WC. Mastalgia: diagnosis and treatment. *J Am Acad Nurse Pract*. 1996; 8(12): 579-84.
- 10- Speroff L, Glass R, Kase N. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 7th ed, Lippincott Williams and Wilkins com. 2005; 105-156.
- 11- Michell MJ. The breast. In: Sutton D. *Textbook of radiology and imaging*. 7th ed. Philadelphia, Elsevier. 2002; 1456-79.
- 12- Tumyan L, Hoyt AC, Bassett LW. Negative predictive value of sonography and mammography in patients with focal breast pain. *Breast J*. 2005; 11(5): 333-7.
- 13- Lam WW M, Chan CP, Chan CF, Mak CCC, Chan CF, Chong KWH, et al. Factors affecting the palpability of breast lesion by self-examination. *signapore med j* 2008;4,(3):228-32.
- 14- Murillo Ortiz B, Botello Hernandez D, Ramirez Mateos C, Reynaga Garcia FJ. Benign breast diseases: clinical, radiological and pathological correlation. *Gynecol Obstet Mex* . 2002; 70: 613-8.
- 15- Diehl T, Kaplan DW. Breast masses in adolescent females. *J Adolesc Health Care* .1985; 6(5): 353-7.
- 16- Leung JW, Kornguth PJ, Gotway MB. Utility of targeted sonography in the evaluation of focal breast pain. *J Ultrasound Med*. 2002; 21(5):521-6
- 17- Millet AV, Dirbas FM. Clinical management of breast pain :a review . *Obstet genecol surv* . 2002;57(7):451-61
- 18- Crystal P, Strano SD, Shcharynski S, Koretz MJ. Using sonography to screen women with mammographically dense breasts. *Am J Roentgenol (AJR)*. 2003;181:177-182.
- 19- Shetty Mk, Shah YP . Prospective evaluation of the value of negative sonographic and mammographic findings in patients with palpable abnormalities of the breast. *J ultrasound Med* . 2002; 21(11):1211-6
- ۲۰- شارمی هاجر، سبحانی عبدالرسول، اصغرنیا معصومه. شیوع ماستالژی دوره ای و ارتباط آن با سن، تاهل و اشتغال خارج از منزل. *مجله دانشکده پزشکی گیلان*. ۱۳۷۹. ۳۳ و ۳۴: ۶-۱۱۱.
- 21- Carmichael AR, Bashayan O, Nightingale P. Objective analyses of mastalgia in breast clinics. *Breast*. 2006; 15: 498-502.
- 22- Wetzig NR. Mastalgia: a 3 year Australian study. *Aust N Z J Surg* . 1994; 64(5): 329-31.
- 23- Davies EL, Gateley CA, Miers M, Mansel RE. long-term course of mastalgia. *J R soc med*. 1998; 91(9):462-64
- ۲۴- کاویانی احمد، مجیدزاده کیوان، وحدانی نیا مریم السادات. بررسی فراوانی نسبی درد پستان در بانوان ایرانی، پیش، سال ۱۳۸۰، دوره اول، شماره اول، صفحات ۵۷ تا ۶۱.
- 25- Kaviani A, Mehrdad N, Najafi M, Hashemi Es, Yunesian M, Ebrahimi M, et al. Comparison of naproxen with placebo for the management of noncyclical Breast pain: A Randomized, Double-blind, Controlled Trial. *World J Surg*. 2008; 32:2464 - 2470
- 26- McNicholas MM, Heneghan JP, Milner MH, Tunney T, Hourihane JB, MacErlaine DP. Pain and increased mammographic density in women receiving hormone replacement therapy: a prospective study. *AJR Am J Roentgenol*. 1994; 163(2): 311-5.
- 27- Crandall CJ, Karlamangla A, Huang MH, Ursin G, Guan M, Greendale GA. Association of new-onset Breast Discomfort with an Increase in Mammographic Density Hormone Therapy. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 1578-1584.
- 28- Shrestha S, Sen T. Analysis of mastalgia cases presented at Manipl Teaching Hospital, Pokhara, Nepal. *Nepal Med Coll J*. 2004; 6(2): 129-32.

- 29- Ader DN, Browne MW. Prevalence and impact of cyclic mastalgia in a United States clinic based sample. *Am J Obstet Gynecol*. 1997; 177(1): 126-32.
- 30- Ader DN, Shriver CD. Cyclical mastalgia: prevalence and impact in an outpatient breast clinic sample. *J Am Coll Surg*. 1997; 185(5): 466-70.
- 31-Belieu RM .Mastodynia.*Obstet Gynecol Clin North Am*. 1994; 21:461-477
- 32- Berry JA. Breast pain: all that hurts is not cancer. *J Nurse pract*. 2001; 5:15-18
- ۳۳- صفرپور فیض اله، آقاچان زاده منوچهر. بررسی عوامل همراه با درد پستان در زنان. مجله دانشکده پزشکی گیلان. سال ۱۳۷۹، شماره ۳۶-۳۵، صفحات ۶۸ تا ۷۰.
- 34 –Pilnik S. Common breast lesions. Cambridge university press, Singapore. 2003; 43- 44.
- 35- Ader DN, South-Paul J, Adera T, Deuster PA. Cyclical mastalgia: prevalence and associated health and behavioral factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2001; 22(2): 71-6.