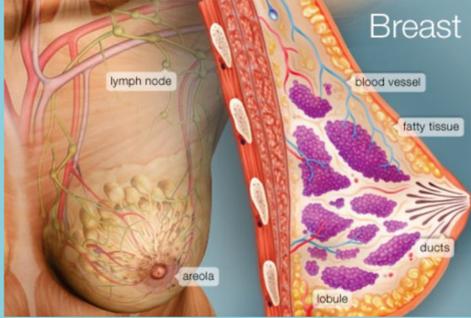


د ثديې ناروغۍ



مؤلف: پروفیسور ډاکټر محمد شریف سروري

دعمومي او صدري جراحي پروفیسور

دیگری: ایم ډی، ایم ایس، پی ایچ ډی او دطبي علومو عالی ډوکتورا

(کابل، ۱۳۹۹)



Author: Prof. Dr. Mohammad Sharif Sarwary

Degrees: MD; MS; PhD and Dr. of Med. Science

(Kabul, 2020)

Breast Disease

د ثديې ناروغۍ

مؤلف: پروفیسور محمد شریف سروري

Breast Disease



Author: Prof. Dr. Mohammad Sharif Sarwary

Degrees: MD; MS; PhD and Dr. of Med. Science

(Kabul, 2020)



بسم الله الرحمن الرحيم

د نديې ناروغۍ



Breast disease

مؤلف: پروفیسور محمد شریف سروري

ډگري: ام ډي، ام ایس، پي ایچ ډي او دطبي علومو عالی ډوکتورا

(کابل، ۱۳۹۹)

Author: Prof. Dr. Mohammad Sharif Sarwary

Degrees: MD; MS; PhD and Dr. of Med. Science

(Kabul, 2020)

د کتاب نوم د کتاب نوم
لیکوال لیکوال
خپرنډوی خپرنډوی
د چاپ کال د چاپ کال
چاپ شمېر چاپ شمېر
مسلسل نمبر مسلسل نمبر
ډاونلوډ ډاونلوډ

د ټډیې ناروغۍ
پروفیسور دوکتور محمد شریف سروري
افغانیک
۱۴۰۰، لومړی چاپ
۵۵۰
۳۲۲
www.ecampus-afghanistan.org
www.kitabona.org



کتاب د ښاغلي سالو خان یعقوبي لخوا تمویل شوی دی.
اداري او تخنیکي چارې یې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوي دي.
د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق
کوونکي ټولني په دې اړه مسؤلیت نه لري.

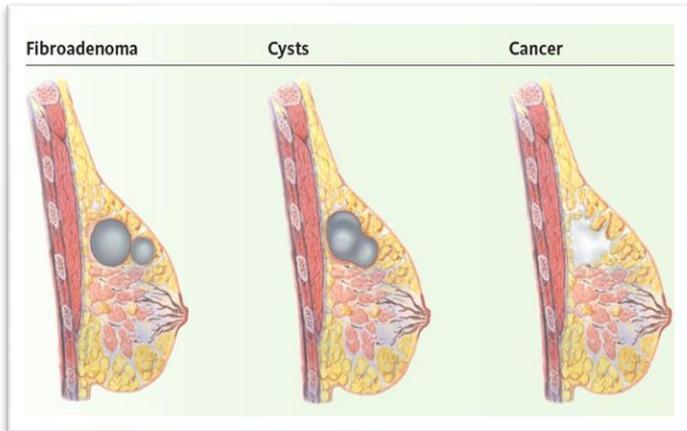
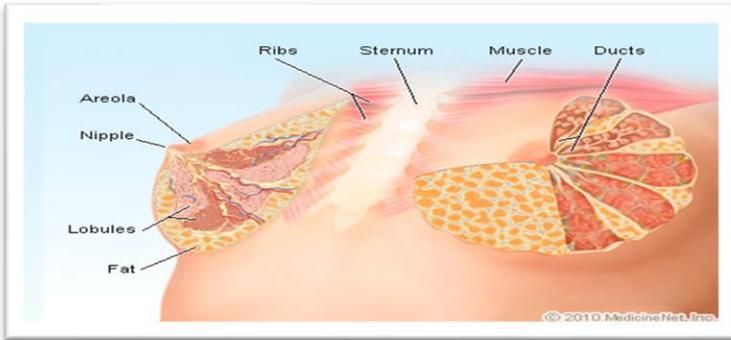
د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له مور سره اړیکه ونیسئ:
ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کارته ۴، کابل
تېلیفون ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴، ۰۷۸۰۲۳۲۳۱۰
ایمېل textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف او خپرنډويي ادارې سره خوندي دي.
ای اس بی ان ۱-۵۵-۶۳۳-۹۹۳۶-۹۷۸

مننټيا

د ډير قدرمن ورور متقاعد دگروال صاحب سالوځان يعقوبی دحضور څخه په درناوی سره مننه کوم، چي دعلم او پوهي د مشوق او د هيواد دترقي او پر مختگ په لاره کي هڅاند شخصيت په حيث ئي دهيواد د ډير مظلوم قشر دصحت داعدای په موخه په خاصه ليوالتيا سره دکتاب دچاپ مالي لگشت پر غاړه اخيستی دی. الله ج دی سرلوري لری او ددی نیک اقدام عوضونه ور په برخه کړی. د افغانستان نشراتی مؤسسې د قدرمنو همکارانو څخه د کتاب د ديزاين اوچاپ د کبله د زړه دکومي مندوی او ورته د لا برياوو هيله من یم. پروفیسور شريف سروری.

ثديه او دثديې مختلف امراض



فهرست

سریزه ۱

۱ - لمری خپرکی- دندبی پیژندنه، پیدایبیت، وده، جوربیت او دنده

پیژندون ۴

دندبی وده او رشد ۴

۱- دجنین یا امیریونال مرحله ۵

۲- دبلوغ یا پویبیرتیت پراو ۷

اناتومی: ۸

۱- سطحی فاشیا ۹

۲- فص یا لوب ۱۲

۳- شیدنیز قناتونه ۱۳

۴- هاله یا اریولا ۱۵

۵- نیپل یا حلیمه ۱۶

۶- شریانی اروا ۱۶

۷- لمفاوی دریناژ ۱۷

فزیاالوژی ۱۸

ایستروجن او پروجسترون ۱۸

- پرولاکتین ۱۸

- اوکسیتیسین ۱۹

- دشیدوورکولو گتی ۱۹

II - دوهم خپرکی- دندبی معاینات

۱- کلینیکی معاینات ۲۱

- انامنیزیس او مشاهده ۲۱

- ۲۲ - سبجکتیف علایم اوشکایات
- ۲۴ - فزیکي معاینات او ابعکتیف علایم:
- ۲۴ - تفتیش
- ۲۵ - پالیپشن
- ۲۷ ۲- رادیولوژیکی معاینات:
- ۲۷ - ولتراسوند
- ۲۸ - ماموگرافی
- ۳۳ - سینتیسکن او ایم آر آی
- ۳۱ - پیټ سکن
- ۳۱ - دوکتوگرافی
- ۳۲ ۳- بیوپسی
- ۳۲ - فین نیډل بیوپسی
- ۳۴ - کور نیډل
- ۳۴ - بیوپسی د شق دلاري
- ۳۵ - سینسینیل نود بیوپسی
- ۳۷ - سټیریوتاکتیک بیوپسی

III- دریمسپرکی- دټډیې د امراضو کلاسیفیکیشن

- ۳۹ ۱- دامراضو د نوعیت دمخی
- ۳۹ ۲- دامراضو د موقعیت دمخی

IV- څلرم سپرکی - دټډیې ولادي انومالی ---

- ۴۳ - اماستیا
- ۴۳ - امازیا
- ۴۴ - اتیلیا

۴۴	پولاند سندروم
۴۷	پولی ماستیا
۴۸	میکروماستیا
۴۸	ماکروماستیا
۴۹	پولی تیلیا
۴۹	سیم ماستیا
۵۰	توبروز پوست
۵۱	اینویرژن نیبل
۵۴	جینیکوماستیا

۷ - پنجم سپرکی - دثدی التهای امراض

۵۸	1- دحلیمی چاودی
۵۹	2- دثدی التهایات:
۶۰	۱- حاد التهایت (حاد ماستایتیس)
۶۰	ایتیو-پاتوجینیز او ریسک فاکتورونه
۶۱	کلاسیفیکیشن
۶۳	کلینیکی لوحه
۶۴	لکتوستازیس
۶۴	سیروزل ماستایتیس
۶۵	انفلتراتیف ماستایتیس
۶۶	ابسیدیل ماستایتیس
۶۷	اپوستاماتوز ماستایتیس
۶۷	دماشومانو ماستایتیس
۶۸	تشخیص

٦٨	تداوي
٧٢	٢ دثديي مزن التهابات يا گرانولوماتوز ماستايتيس:
٧٢	تويركلوزيک ماستايتيس
٧٥	ايډيوپاتيک گرانولوماتوز ماستايتيس

VI- شپږم سپرکی - دثديي سلیمه امراض

٧٨	فيرواډينو ما
٨٠	څيستيک او فيروڅيستيک تغيرات
٨٢	فيلوډيس تومور
٨٣	انترادکتل پاپيلوما
٨٥	اډينوزيس
٨٦	سکليروزينگ اډينوزيس
٨٨	هاپيرپليزيا
٨٩	کالکتوڅيل
٩٠	کالکتوريا
٩٢	ماماری دکت ايکتازيا

VII- اووم سپرکی - دثديي خبيثه آفات

٩٤	کلاسیفیکيشن
٩٤	دثديي سرطان
٩٤	ايديميپالوژي
٩٧	عوامل او ريسک فاکتورونه
١١٤	پاتوجينيز
١١٤	ميټوز او دحجراتو دتکثر مرحلې
١١٥	موتيشن او دحجراتو نامنظم تکثر

۱۱۶	تومور سوپریسور جینونه
۱۱۶	انکوچینیک جینونه
۱۲۰	کلاسیفیکیشن
۱۲۰	۱- گریډینګ - گریډ ۱،۲،۳
۱۲۱	۲- سټیجینګ
۱۲۱	TNM- Classification
۱۲۶	-TNM-Staging
۱۲۹	۳- پاتوهستولوژیک کلاسیفیکیشن
۱۲۹	نان- اینوازیف کارسینوما
۱۲۹	اینوازیف کارسینوما
۱۳۱	۴- مالیکولیر کلاسیفیکیشن
۱۳۲	لومینل ای
۱۳۲	لومینل بی
۱۳۲	هیر- ۲ پازیتیف
۱۳۲	تزیل نیګاتیف
۱۳۳	تشخیص
۱۳۴	۱- کلینیکي معاینات
۱۳۴	انامیز، سبجکتیف او ابجکتیف علایم
۱۳۶	د وینو معاینات
۱۳۷	۲- رادیولوژیکی معاینات
۱۳۷	ولتراسن
۱۳۸	ماموګرافی
۱۴۰	سیټیسکن او ایم آر آی

۱۴۰	.....	پیت سکن
۱۴۰	.....	د بطن ولتراسن
۱۴۰	.....	۳- بیوپسی:
۱۴۱	.....	فاین نیڈل بیوپسی
۱۴۲	.....	کور نیڈل بیوپسی
۱۴۲	.....	انسیزن بیوپسی
۱۴۳	.....	سینسینیل نود بیوپسی
۱۴۵	.....	پجیت دیزیز
۱۴۶	.....	انفلاماتوری کانسر
۱۴۷	.....	دسرطان تفریقی تشخیص
۱۴۸	.....	تداوی
۱۴۸	.....	۱- جراحی میتود
۱۴۹	.....	لمپیکتومی
۱۵۰	.....	کوادرانٹیکتومی
۱۵۱	.....	ساده ماستیکتومی
۱۵۱	.....	رادیکل ماستیکتومی
۱۵۳	.....	مودیفاید ماستیکتومی
۱۵۳	.....	متوسع ماستیکتومی
۱۵۳	.....	پروفیلکتیک ماستیکتومی
۱۵۴	.....	سکین سیارینگ ماستیکتومی
۱۵۵	.....	۲- رادییشن تیراپی
۱۵۶	.....	۳- کیموتیراپی
۱۵۸	.....	۴- هورمون تیراپی

۱۵۸.....	۵- ایمون تیرایی
۱۵۹.....	۵ - تاریکیت تیرایی
۱۶۱.....	- ددکتال کارسینوما این سیتو تیرایی
۱۶۴.....	- د انوازیف کانسر تداوی
۱۶۵.....	مقدم سرطان (ستیج ۱ او ۲)
۱۶۶.....	ادوانس کانسر ۴ درجه
۱۶۶.....	دسرطان تداوی دگریډنگ دمخي
۱۶۸.....	دسرطان تداوي د مالیکولر سترکچر دمخي

VIII- اتم سپرکی - انزار او فلو اپ

۱۷۲.....	تعقیب او فلو اپ
۱۷۲.....	پروگنوز او انزار
۱۷۵.....	بیوگرافی

سریزه

لومړی ترهرشه دپاک الله جل جلاله ددربارخه د شکر اداینه کوم، چي په خاص نظر او مهرباني سره ئې ماحقیر بنده ته دا توان را وبخښئ، خو «دنديې د ناروغیو» ترسریک لاندې ددې کتاب لیکنه د صحی ستونزو سربیره د خپلو هیواد والو خاصتاً زموږ دخوندو، مندو او ټول مظلوم ښځینه قشر د روغتيايي خدمت دپاره پیل او درب العزوجل په رحمانه لطف اوکرم سره ئې پای ته ورسوم.

د ثديې امراض خاصتاً سرطان په ټوله نړۍ کي یو فوق العاده منتشر اوخطرناک مرض دئ، چي دکثرت د مخي دبدن دټولو سرطاني واقعاتو دجملې څخه په ښځو کي پسله جلدی سرطانه دوهم ځای اودمړیني دکچي دمخي دسرودسرطان وروسته هم دوهم ځای لري. دمعتبروجهماني نشراتو دمخی په حاضر وخت کي هره اتمه ښځه (په هرو اتو ۸ ښځو کي یوه ښځه) دژوندپه موده کي د ثديې په سرطان مبتلا کیږي، چي په آخرو وختو کي داشمیر لا نورهم پږیږیدودی. دبدنه مرغه زموږ په گران هیوادکي دجنگی مخربو سلاحو د اورد مهاله استعمال په نتیجه کي د زهري توکو، گازاتو، مضره وړانگواو رادیواکتیف کثافاتو د ناوړه اغیزو دکبله د بیلابیلو سرطاني امراضو منجمله دثديې دسرطان کچه په بیساري ډول مخ پر زیاتیدو ده.

دچاپیریال ککړتیا چي په متأسفانه دځینو عامه بیغوریو دلایسه په هیوادکي مخ پر ږیږیدوده، پږیدن باندې د ناوړو او سرطان زیږنده تاثیراتو دکبله دخطرناکوامراضو منجمله دثديې دناروغیو اوخاصتاً سرطان سبب گزي.

دژوندانه دمحیط دخرابتیا عوامل دجنگي شرایطو دکبله دزهري او مضره سلاح اومهमतو داستعمال ترڅنگ دسونگ او تودوخي دبی کیفیته توکو استعمال اوهمدارنگه د نامطلوبه او دمعیین وخت څخه زیات استهلاک سوی زاړه کنډ او کپږ داغمه نقلیه وسایطو او عراده جاتوچلبښت، چي اکثره ئې دتخنیکي نیمگړتیا وو په لرلوسره دمضره گازاتو دتولید منبع گزیدلي اودنافذه اصولو او قوانینو دنه رعایت په نتیجه کي دترافیکی اداراتو دلوري د مجوزه معیارونو خلاف ئې دجواز امر صادریري، دسمي گازاتو دتولید دکبله دبدن دحاد او مزمن تسمماتو، الرژیکی پیښو اوخاصتاً سرطاني امراضو

د رشد دپاره زمينه برابره كړې، چي په دې جمله كي دثديې دناروغيو دانسидент او پری والينس كچه په خاصه توگه او چټكتيا سره مخ پر ډيريدو روانه ده.

دیده مرغه چي په هيوادكي دانكولوژي په ساحه كي دمختلفو اختصاصي څانگوارونده متخصصين لکه انكولوجيست يا انكوتيراپيست، انكوسرجن، انكوپتالوژيست، ريديو- تيراپيست نشتون اوهمدارنگه دسرطان دکمبينيشن تداوي دپاره لازمي دكيموتيراپی او راديوتيراپی اختصاصي مراكز او په عصري تخنيک مجهز دپتالوژي څيړنيزلابراتور، چي دثديې دسرطان دجينوم، جينيتيک يا ارثي فاکتورو، دخباثت اواگريسويوتي مارکروود تعين اوعاجل بيوپسي دتحقيق امکانات ولري، لا تراوسه پوري هم وجودنلري اوکه وجود هم ولري، په ډيرابدائي حالت كي اودطبي خدماتو دنامتوازنه انکشاف دکبله صرف يوازي په کابل كي متمرکزدي، چي دلپرو منطقومريضان په خاص مشکل سره ورته لاسرسی موندلای سي.

مهمه مسئله لا هم داده، چي زموږ په افغاني عنعناتوكي ثديه د يو محرم اورگان حيثيت لري، چي په هکله ئې ناروغه بنځې دشرم او حيا د مخي حتی د نورو بنځو او خپل ميره سره په آزاده توگه نه سي رغيدلای، ځکه د ثديې ناروغي تر ډيره وخته پورې د راز په حيث پټه پاته او يا د کورنۍ او محل د مجربو بنځينه ماهرانو د لوري د سنتي طبابت او يوناني درملو په مرسته تداوی کيږي. پدې ترتيب سره دثديې اکثره ناروغاني صرف ډيرناوخته دموضعي اختلاطاتو اوپه تخرگ كي دماسيف ميتاستاتيک غدودو دظهورپه صورت كي ډاکترته، هغه هم که چيري په منطقه كي بنځينه ډاکتره وجود ولري، مراجعه کوي.

ديادونيمگرتياؤ دمخي زموږ اکثره محتاج مريضان داقتصادي ستونځو او بيگانه ملکه سرگردانيو په څنگ كي خپل د علاج ځای په نژدې گاونډيوهيوادوكي (ايران، ازبکستان، تاجکستان، پاکستان) اويادمالی امکاناتو دلرلو په صورت كي په هند اوترکيه كي لټوي.

دپورتنيو ستونزو پربنسټ مي لازمه وگنل، څو په ياده ساحه كي دروانواومعتبرو جهاني څيړنيزو نشراتو په روڼا او دخپل علمي- تحقيقاتي پوتنشيال اواوردمهاله كلينيكي تجربو په مرسته د «ثديې دناروغيو» ترسرليک لاندي دلارښود کتاب ستونزمنه ليکنه تکميل اود محترمومهم مسلکانوحضورته

په وړاندي کولوسره خپله مسلکي اوبشري وجيبه ترسره کم، هيله من يم چي دا کتاب ډيرودرناو معززوهم مسلکانو دمسلكي پياوړتيا سره دلزامه مرستي او خدمت وړ وگرزي.

کتاب په ۱۵۰ صفحو او ۷ فصلو کې ليکل سوی، په ۱۳۶ بصري موادو (۸ تابلوگانو او ۱۲۸ شمو او عکسونو) چي اکثره ئې دانترنيت په مرسته ترلاسه سويدي، مزین اود ۸۰ تازه او بکرومؤخذو په استفاده سره تدوين سويدي. په کتاب کي دثديې اناتوموفزيالوژيکي اساسات، تشخيصي ميتودونه، ولادي انومالی، التهابي امراض، شيدنيز وظيفوي او احتقاني تشوشات، سليمه او خبيثه تومورونه منجمله دسرطانی امراضو تشخيص او تداوي په مفصله توگه تشریح سويدي.

کتاب په مجموع کي دټولو کلينيکي ډاکټرانو دپاره خاصاً دجراحي متخصصين، جينیکو لوجستانو، انکولوجستانو، ريډيوټيراپيستانو، کيموتيراپيستانو اودعمومي داخله اوفاميلي طب متخصصينوته چي دثديې دسرطان دتشخيص اوتداوي مسؤليت په غاړه لري، د ورځني کلينيکي پراکتیک او مانجمنت دپاره مهم او گټور معلومات وړاندي کوي.

کتاب دمحتوياتودترکيب په لحاظ دثديې دامبريولوژيکي اواناتومو-فيزيالوژيکي اساساتو، د امراضود رسک او ايتيالوژيکي عواملو، پاتوجينيز، کلاسيفيکيشن، تشخيص، تفريقي تشخيص اود پاتوجينيزمطابق اديکواتو معالجوي ميتودو په لرلوسره په مربوطه برخوکي ديوه جامع اثر په حيث محترمواستادانو ته دلکچرو په تهيه او ډاکټر صاحبانو ته دعلمي مقالاتو، رسالو اوتخصصي مونوگرافو په ليکنه کي لازم سهولتونه اواسانتياوي برابروي. دکتاب ځيني برخي لکه اناتوموفزيالوژي، دثديې دامراضو ويشون، لاملونه، پاتوجينيز، تشخيص اوتداوي همدارنگه دطب دمحصلا نودذهني وسعت اوسويوي سطحي دارتقا دپاره ددرسي ممد اثر په حيث د استفادې وړ او توصيه کيږي.

پاک الله ج. دي وکړي، چه دا کتاب ديوه گټور اومؤثر لارښود په حيث دمحترمومهم مسلکانو دليوالتيا وړ اوپه اړونده ساحه کي دمسلكي پياوړتيا د پاره دلزامومعلوماتي مطالبو په ارائه سره دخدمت مصدر وگرزي.

په مينه اودرناوي

لومړی څپرکی

د ثديې وده، جوړښت او دندي

Mamma/ mammary gland or Breast

پېژندون:

ثديه يوه عربي کلمه او زموږ په طبابت کې هم منل سوې اصطلاح ده، چې د پښتو په عامه اصطلاح کې د تې په نامه او په طبي اصطلاحاتو کې ورته شيديزه غده، شيدگيا او شيدمون هم ويل کېږي، د صدر په مخکنۍ برخه کې د صدر دمحوري خط يا قص دواړو خواوو ته په متناظره ډول پرته او د بدن اوسدر په شکل، ښکلا او همدارنگه د ښځمن ژوندانه په مرحله ئيز مشخصاتو، جنسي فعاليت او اولاد روزنيز بهير کې د يو فعال او متغيره اورگان په حيث مهم او حياتي رول لوبوي. ثديه که څه هم د لمړي سره څخه د ماشومانو په دواړو جنسوکي په عين شکل وجود لري، خو د ښځو پر خلاف دنارينه وود ژوند په بهير کې د اعضود ثابت او غير فعال موقف په لرلوسره نسبتاً په لږ کچه د تغيراتو او امراضو سره مخامخ کېږي. ځکه به دلته يوازي د ښځينه ثديې پراناتومو- فزيالوژيکي خصوصياتو او اړونده پتالوژيکي تغيراتو او امراضو باندې د بحث اساسي لنگر واچول سي.

د غدې وده او رشد:

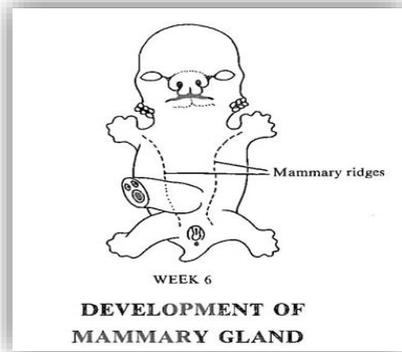
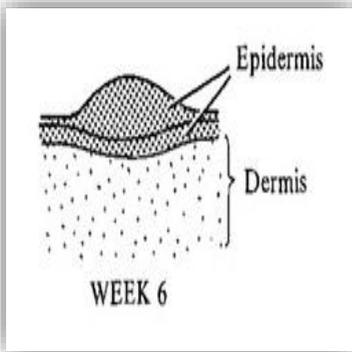
ثديه د بدن هغه غړی دی، چې د شکل او دندو دنظره د ژوندانه په مختلفو مرحلو کې د تغيراتو سره مخامخ وي. د دې اصل پر بنسټ لازمه گڼل کېږي، چې د ثديې تغيرات د ژوندانه په ۴ څلورو مختلفو مرحلو کې تر نظر لاندې ونيسو:

- ۱- د ثديې پيدايښت او وده د امبريون يا جنين په مرحله کې.
- ۲- د ثديې تغيرات د بلوغ يا پورټيت او تحيض په مرحله کې.
- ۳- د ثديې تغيرات د حمل يا پريگننسي اولکنيشن په دوره کې.
- ۴- د ثديې ريگريسييف تغيرات دمينو پاوز په حالت کې.

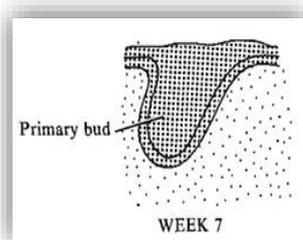
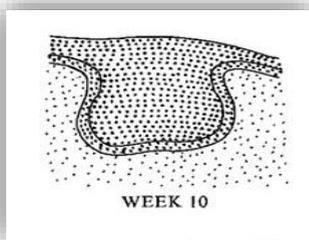
په دې مبحث کې به يوازې دوی لمړۍ مرحلې تر مطالعې لاندې ونيسواو متبقي دوي مرحلې به د فزيالوژي په برخه کې وڅيړو.

۱- دثديې پيدايښت او وده د امبريون يا جنين په مرحله کې:

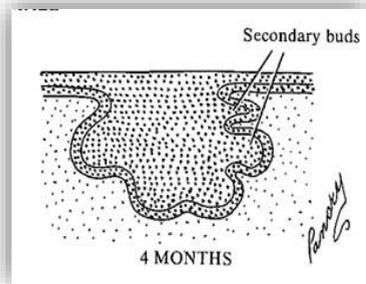
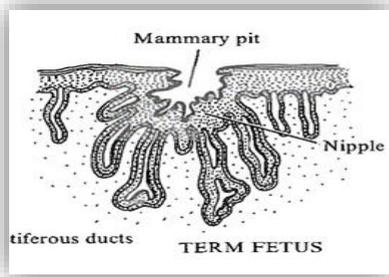
دثديې پيدايښت د جنين يا امبريون د پنځمې اونۍ په آخره کې پيل او په نېپرمه اونۍ کې وده مومي. پدې مرحله کې داکسيلار-انگوينال لاین يا ابطي-مقبنې پرخط باندې دخط په ټول امتداد دمماري ريچ يا ميلک لاین په نامه داپيديرمل ايکتودرم ضخيمه پټه راڅرگنديږي، چې وروسته بيا په پورتنۍ اولاندنۍ برخوکې دريگريس يا شالوري حرکت دامله معدومي اويوازي په صدي حصه کې دثديې دودې دمنبع په حيث پاتيري (۱ او ۲- شکل).



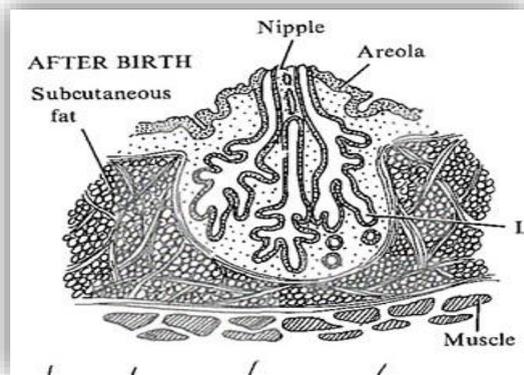
په ياده حصه کې دثديې دمنبعوي مرکزڅخه د اپيديرميس يوه وړه بارزه دپرايمري بډ په نامه دغوټې په شکل د ميزينکيمل قشر پرلور نفوذ مومي او په تدريج سره غټ او مخ په وړاندې ځي (۳-۴- شکلونه).



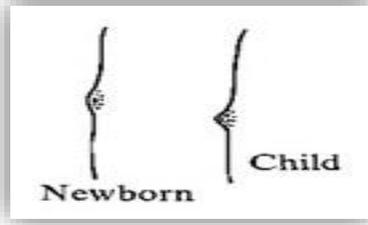
د حمل په څلرمه مياشت کې د ثديې غوټې د کافي غټيدا او نفوذ وروسته په تشعب پل کوي او د سيکندرې بد په نامه ، چې د لکتوفيروس کانالو منشه تشکيلوي، تقسيمېري (- شکل). سيکندرې بد چې د مختلفو ساکو او کندو په شکل سره بيل سويدي، هريو په خپل وار سره پرمختللو بناخلو تقسيم او د شيدنيزو قناتو بنسټ تشکيلوي (۵- ۶- شکلونه):



د ولادت تر مخه يابه پر بناتال پيريود کې مسدود قناتونه د بعدي رشد په نتيجه کې د مجراوو په موندنه سره په واقعي کانالوتبديل او دلنگون وروسته لاندنی شکل غوره کوي (۷- شکل):

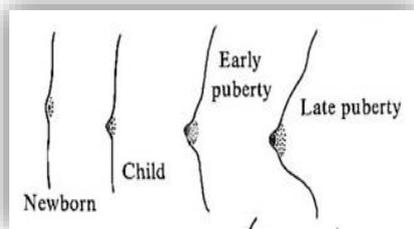


ثديه په نرينه او بنځينه جنس کې د بلاغت تر سنه پوري مشابه شکل اويوشان سیرلري (۸- شکل):

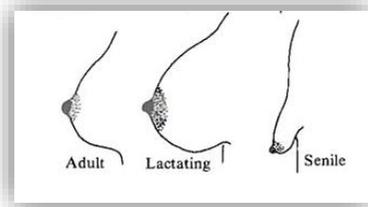


۲- دندېي تغيرات دبلوغ يا پوبرتيت او تحيض په مرحله كي:

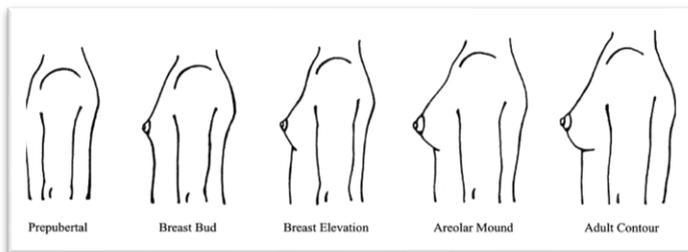
بلوغ ته په رسيدوسره ثديه په دواړو جنسوكي نابرابر رشد او فعاليت غوره كوي. په زلميو كي داعضود پخوا په شان غير فعاله او دروديمنت په شكل پاته كيږي، خو په نجنو كي د پيغلنوب په مرحله كي بيا دايستروجين او ورته هورمونو تر تاثيراتو لاندې ثديه ديوې متبارزي او فعالې غدې په حيث وده مومي، چي رشد او فعاليت ئې د جنسي توپير په څرگندونه او د اړونده وظيفوي چارو په اجرائيوي بهيركي مهم نقش لوبوي (۹- شكل):



ثديه د بنځمن ژوندانه بهير په مختلفو مرحلو كي داناتومو- فزيا لوژيكي خواصو په ودنيز تغير سره د يوې متبارزي او فعالې توليدي غدې په حيث مهم نقش ترسره كوي (۱۰- شكل):



۱۱-۱۲ شکلونه: د بلوغ یا پوبیرتیت اوځوانۍ په سن کې د ثديې درشد مختلف مراحل

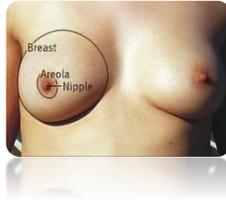


I		Stage I: Prepubertal
II		Stage II: Breast bud stage with elevation of breast and papilla; enlargement of areola
III		Stage III: Further enlargement of breast and areola; no separation of their contour
IV		Stage IV: Areola and papilla form a secondary mound above level of breast
V		Stage V: Mature stage with projection of papilla only and is related to recession of the areola

اناتومي:

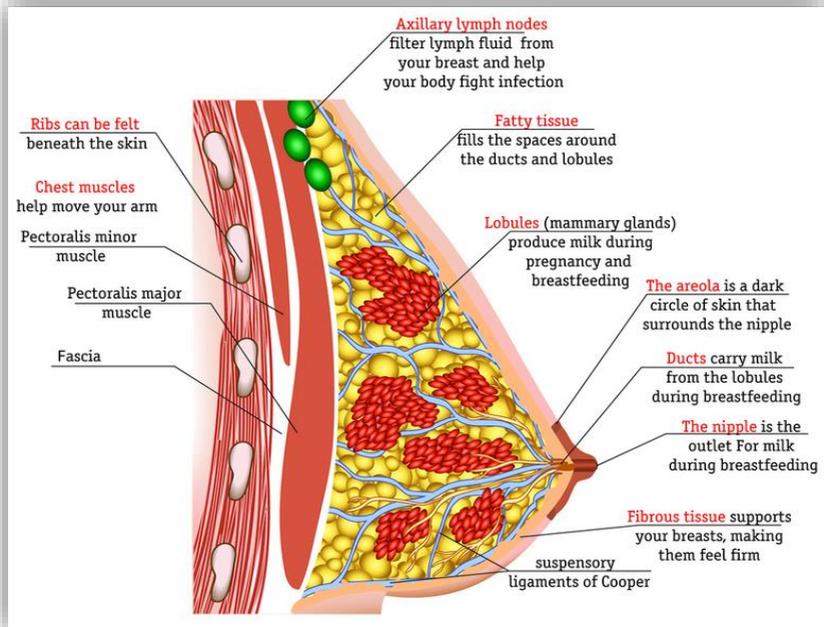
ثديه د صدريه قدام کې يوه نسبي دايروي يا نيمه دايروي بارزه او مغلغه اپوکرين غده ده، چې د ښځو د وزن مطابق د ۵۰۰ - ۱۰۰۰ گرامو په وزن سره د جلد او شحمي طبقې لاندې د صدر د سطحي فيشيا په دوه لايه سوې پاکټ کې د صدري عمبقي يا پيکتورال فيشيا پرمخ پرته ده (۱۳- شکل).

۱۳- شکل: دثدبې طبعي شکل (دبلاغت او ځوانۍ مرحله)



ثديه اوسطحي فيشيا:

ثديه دسطحي فيشيا پرمخ ، چي دنازکي شحمي طبقې يا ريترومامار سپايس يا جوف پواسطه سره بيل او دعملياتی تسليخ په وخت کي په اساني سره جلاکيري، پرته ده. دغدې لويه برخه که څه هم دعميکه فيشيا دمخ لوري ته موقعيت لري، خو په علوي- وحشي قسمت کي دذنب يا ټاټيل په نامه يوه اورده ټوټه دعميکه صفاق لاندي کيري اود ننوتون وروسته تراکسيلا پوري دوام مومي (۱۴- ۱۵ شکل):



دډډيې عمومي سرحدات په لاندې ډول دي:

- پورتنۍ کرښه: دوهمه ضلع.

- لاندنۍ کرښه: شپږمه ضلع.

- داخلي يا ميډيال کرښه: سترنال اوکله هم پاراسترنال خط.

- وحشي يا لاتيرال کرښه: منځنۍ ابطي يا ميډيال اکسيلار خط.

دډډيې شاتني سطحي لويه برخه د ميچورپيکتورال مسل پرمخ، وحشي لورته دسيراتوس انټيريور

پرداخلي څنډه اولاندنۍ برخه ئې دابدومينال ايکستيرنل اوبليک مسل پر پورتنۍ برخه موقعيت

لري. ډډيه دځينوآناټوميکي مشترکاتو دمخي پرڅلورو برخويا کوادرنټونو باندي ويشل کيږي

(۱۵- شکل):

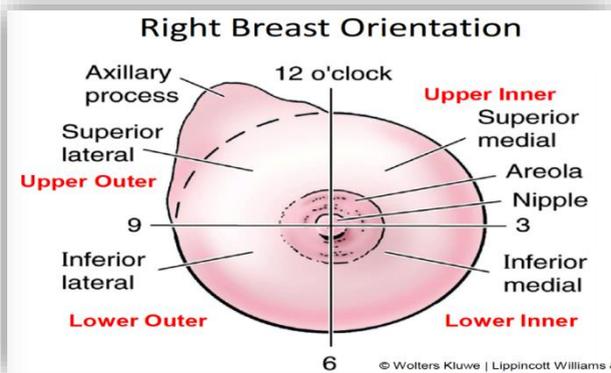
۱- علوي خارجي کوادرنټ

۲- علوي داخلي کوادرنټ

۳- سفلي داخلي کوادرنټ

۴- سفلي خارجي کوادرنټ

۱۵- شکل: دډډيې کوادرنټونه او اکسيلاري پروخيس يا ټايل



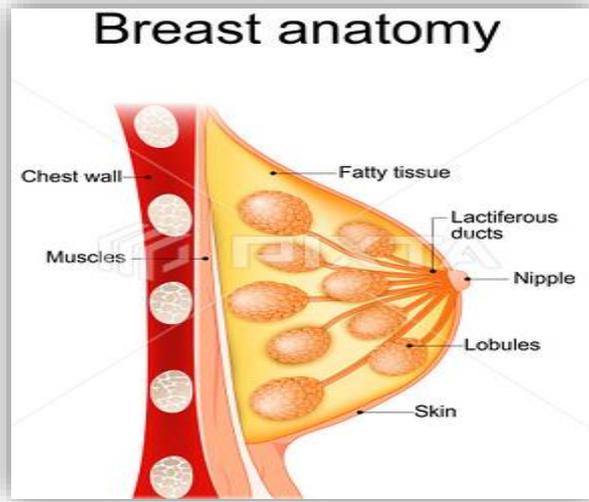
دثديې ظاهري شکل ددرو عمدہ اجزاووخه متشکل دی (۱۶- شکل):

۱- جسم یا کورپوس

۲- هاله یا اریولا

۳- حلیمه یا نیپل

۱۶- شکل: دثديې عمومي جوړښت



دثديې دجسم داخلي جوړښت په مجموع کي ددوو اساسي برخووخه متشکل دی:

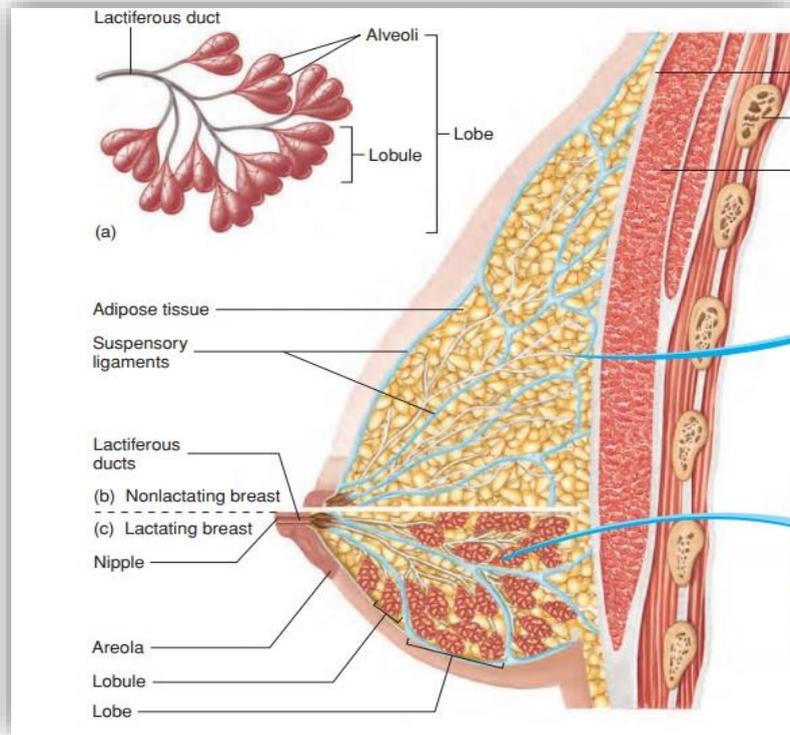
۱- پارینشیما

۲- ستروما

۱- پارینشیما:

پارینشیما په خپل ذات کي دغدواتي نسج څخه عبارت دی، چي دشیبدو دتولید اوافراز دنده ترسره کوي. غده نیزه برخه د ۱۵- ۲۰ عدد فصو یا لوبو څخه چي په شعائي یا رادیال شکل واقع اودیوبل څخه دکوپر په نامه دسوسپینزور لیگامنت پواسطه جلا سويدي، متشکله ده. (۱۷- شکل).

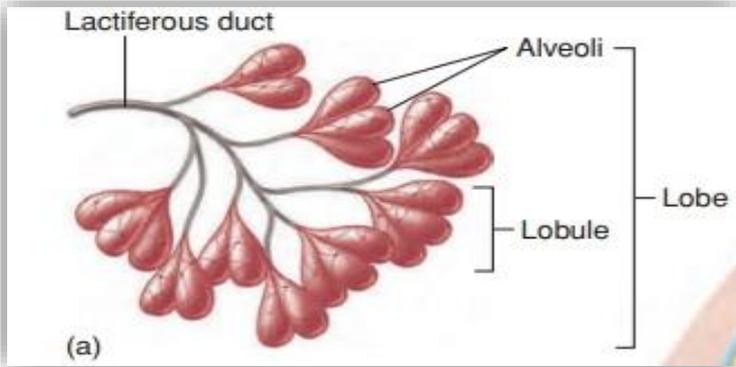
۱۷- شکل : دپارینکیما، لوب او کوپر لیگامنت جوړښت



لوب یا فص:

دشیدیزی غده ئې برخه ده ۱۵-۲۰ غدواتو څخه چې لوب یا فص نومېږي، متشکله ده. لوبونه د کوپر لیگامنت په واسطه، چې د سطحې فیشیانه دمنشعب سوو احاطوي پر دو څخه عبارت دئ، سره بیلېږي او پدې ترتیب سره د فصوص بیلټیا او استحکام دنده ترسره کوي. هرفص دیوه شیدنیز قنات یا لکتوفیرس دکت پواسطه د حلیمې د سطحې سره وصل کیږي (۱۸- شکل):

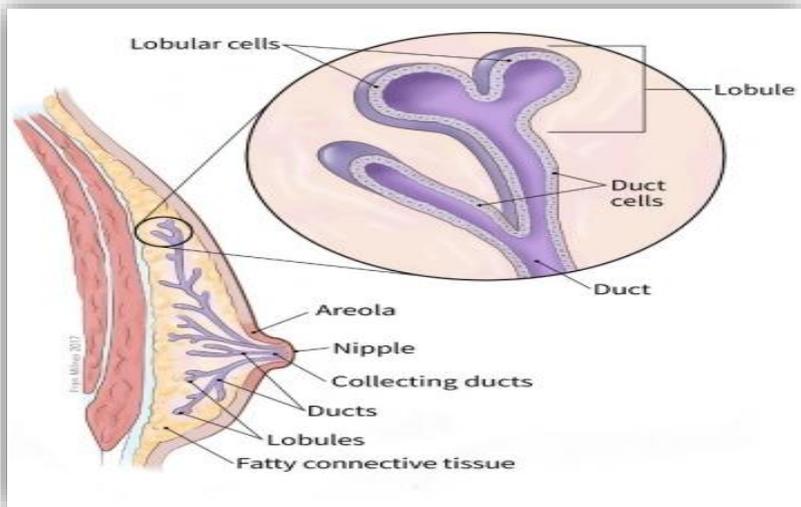
۱۸- شکل: دلوب جوړښت



شیدنیز قناتونه:

دشیدنیزې پارینکیماتوز برخه د غدواتو سربیره د یوسلسله شیدنیزو قناتو دشبکې څخه ، چي په فص اوفصیصوکي دتولیدسوو شیدو دانتقال دنده ترسره کوي، تشکیله سویده (شکل-۱۹):

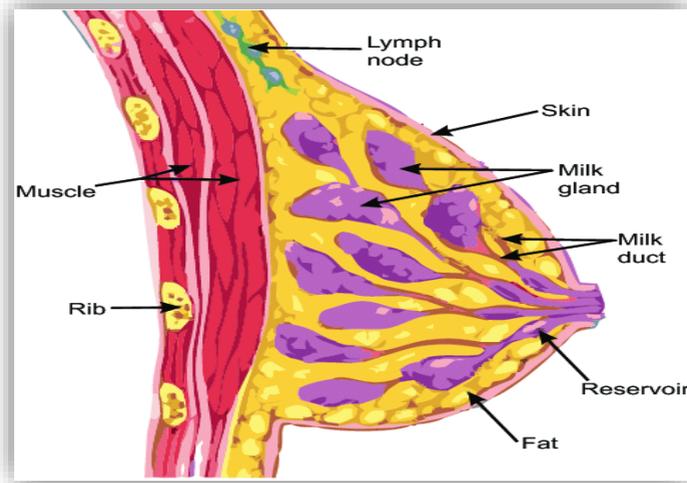
۱۹- شکل: دشیدنیزوقناتو جوړښت



دوکتوس لاکتوفيروس:

شیدنیزقناتونه پخپل نهائي قسمت کي دهانې په مرکزي ساحه کې یواندازه متوسع او پراخه کيږي. د شیدنیزقناتومتوسع نهايات دساینوس یاجیب په نامه یاداودشیدو د ذخیرې دپاره دیوې کوچنۍ زیرمي په حیث دندي ترسره کوي (۲۰- شکل).

۲۰- شکل: دلکتوفيروس یا ریزروار په نامه د شیدنیزقناتو توسع ۲۰-

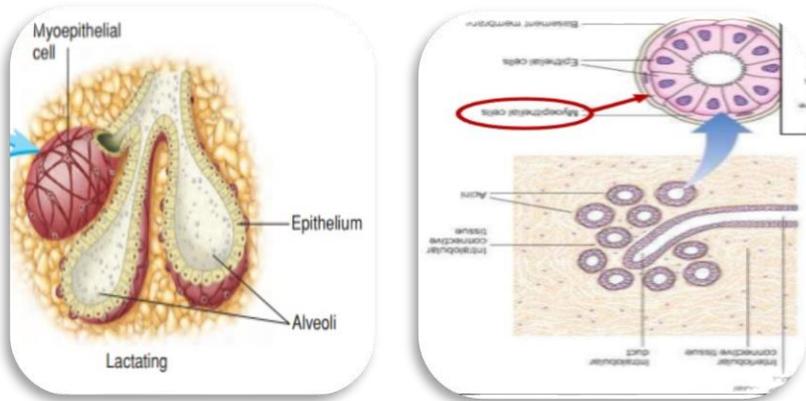


لوبولوس:

هرلوب پخپل وار سره دمتعددو وړوچورښتونو، چي دفصيص يالوبولوس په نامه ياديږي او دنديې داساسي وظيفوي واحده په حیث د شیدو د تولید او تخلیې دنده ترسره کوي، تشکیل سویدئ. لوبولوس د دوکتولوس په نامه تخلیوې کانال دلاری د دوکتوس سره وصل کيږي. لوبولوس بیا پخپل وار سره داسناخو، الویولو او یا اسیني په نامه دکوچنیو حبابی چورښتو څخه، چي په دوه ډوله مخصوص اپیتل سره پوښل سویدی، متشکل دئ. الویولونه دمجرا یا لومین لوري ته دکلومنل اپیتیلو پواسطه چي د شیدو د تولید دنده په غاړه لري پوښل سوی دي او د بازال یا بهرلوري ته ئي

دميواپيتل حجرات اولياف، چي دخپل تقلصي فعاليت په نتيجه کي دتوليدسوسوشيدوپه تخليه کي اساسي رول لوبوي، قرارلري (۲۱-۲۲- شکلونه).

۲۱-۲۲- شکلونه: په لوبولو او فئاتو کې دکومنل او ميواپيتيل حجراتو موقعيت



۲- ستروما:

ستروما دشحمي او منضم نسج څخه متشکله مهمه برخه ده چي د غدواتي جوړښتو ترمنځ واقع اودنډيې په محافظه، دفورم اوشکل ثبات اوايلاستيکيت کي خاص نقش لوبوي. دلوبولو اوقئاتو ترمنځ دکولاجين اوايلاستين داليافو موجوديت غده په مستحکم اواستوار حالت کي ساتي.

هاله يا اريولا:

هاله دثديې په مرکز اودحليمې پرشاوخوا گابي رنگه جلدي داېروي اود پيگمنت دمقدار د نظره ډيرغني جوړښت دی. اريولاتيزگلابي رنگ لري چي دحاملگي په دوره کي تاريخ اوپه نساواری رنگ تبديليږي. په هاله کي ډيري مهمي ورې غدي چي دمونت گومري د غدواتوپه نامه يادېږي، وجودلري. داغدوات دحمل په آخري تريمسترکي بارز او برجسته شکل غوره اودولادت وروسته معطره لذيجه مابع ترشح کوي، چي حليمه غوره، مرطوبه اودصدماتو څخه محفوظه ساتي اوهمدارنگه ماشوم ته درودلو دعمل په وخت کي آسانتيا برابروي. ياده مابع همدارنگه دخپل معطرمشام په مرسته دماشوم داسْتهادتنبه سبب کيږي.

حليمه يا نپيل:

حليمه يا د تي غوټی د شیدک اوهانې په مرکزکي د ۱-۲ سانتيمترو په اوږدوسره نسواری رنگه استوانه ئي ډوله غوټی ده چي پرقدامي سطح ئې د شیدنيزقناتو فوحي راخلاصیږي. حليمه د دوراني يا خیرکولر او طولاني يا لونگیتودینل عضلاتوڅخه جوړه سویده، چي د دوراني عضلاتو تقلص دغوټی د اوږدیدو او طولاني عضلاتو تقلص دغوټی دلنډیدو سبب گزري.

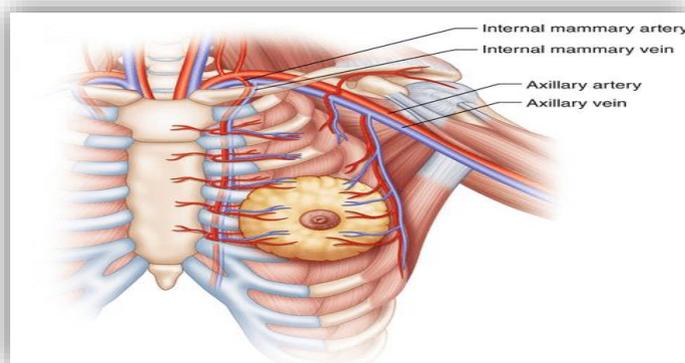
شرياني اروا:

دثديې اروا داخلي برخه د داخلي صدري شريان چي د تحت الترقوي شريان څخه جلا کيږي، ددرو شعبو پواسطه او خارجي برخه دوحشي صدري شريان چي دابطي يا اکسيلر شريان ددوهمي برخي څخه سرچينه اخلي د درو شعباتو او همدارنگه دبين الضلعي شراينو دپيرفورانتو شعبو پواسطه ترسره کيږي (۲۳- شکل).

وريدي دريناژ:

د تي وريدي دريناژدشريان سره دهمنومو وريديو پواسطه اجرا کيږي، چي د وسيع انستموزي شبکې په لرلوسره دميدياستينل او ویرتبرال د وريدونو سره د صميمي تماسونو دکبله دانتان او اوڅبيته امراضو يا اونکو- پروخيس دميتاستاتيک نشر زمينه هم مساعدیږي (۲۳- شکل).

۲۳- شکل: دثديې شريانی اروا او وريدي دريناژ



تعصیب:

دثديي تعصیب د ۲-۶ انترکستل عصبو او سوپراکلاویکولر عصب پواسطه ترسره کېږي.

لمفاوي سيستم:

دثديي لمفاوي سيستم مغلق شکل لري، چي ديبلورخودریناژني د عقداتو د مختلفو ستيشنوپه واسطه ترسره کېږي:

۱- پاراسترنال لمف گروپ

۲- اکسيلر لمف نود چي د لمفاوي نشر لمړۍ قدمه يا ليول تشکيلوي او دلاندني گروپو څخه متشکل دی (۲۴-۲۵ شکلونه):

- انټيريوراکسيلر گروپ دظاهري صدي شريان په امتداد.

- پاسټيريور اکسيلر گروپ دکتف دخارجی ځنډي په امتداد.

- لاتيرال يا عضدي اکسيلر گروپ

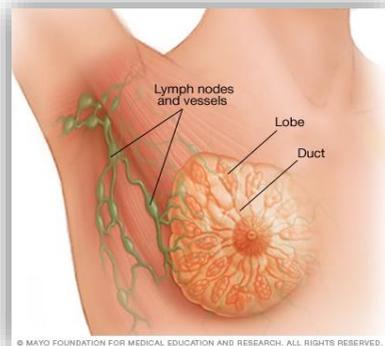
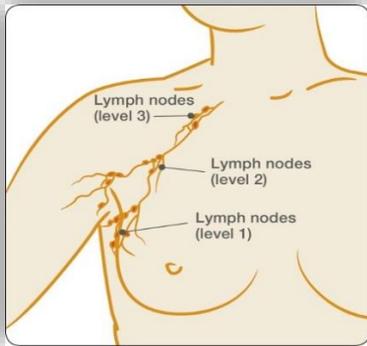
- ځنټرال اکسيلر گروپ

۳- انفراکلاویکولر يا اپیکل ستيشن چي داکسيلر وروسته دوهمه قدمه يا ليول تشکيلوي.

۴- سوپراکلاویکولرسکشن (دریم ليول).

۵- سب ديفراگماتيک لمف نود په اپيگاسترال ناحیه کي.

شکلونه: دثديي لمفاوي دریناژ اودلمفاتیک عقداتو حوزي يا ستيشنونه ۲۴- ۲۵



- Artery: Internal thoracic artery; Lateral thoracic artery
- Vein: Internal thoracic vein; lateral thoracic vein from Axillary vein
- Nerve: Supraclavicular nerves; 2- 6 Intercostal nerves
- Lymph: Pectoral axillary lymph nodes

فزيالوژي:

Physiology

د ټيډي وده او وظيفوي فعاليت په ډيره مضبوطه توگه د هورموني تغيراتو تابع او دهغوی تر تاثيراتو لاندې سرته رسېږي. لاندني هورمونونه د ټيډي په فزيالوژي کي مهم رول لوبوي:

Estrogen, Progesterone, Growth hormone, Prolactin and Oxytocin

ايسټروجن او پروجسټرون:

ايسټروجن او پروجسټرون د حاملگي په دوره کي د ولادت د پاره د غډي په چمتوواله کي مهم رول لوبوي او دهغوی د هورموني تاثيراتو په مرسته د قناتي سيستم او فصيصاتو وده او انکشاف ترسره کيږي. يادسوي هورمونونه د حاملگي په دوره کي د پلاسينټا پواسطه په لوږه کچه توليد او اړونده دندي سرته رسوي، پدې ترتيب چي د قناتو وده ايسټروجن په غاږه لري او د فصيصاتو وده او انکشاف د دواړو هورمونو گډمسئوليت گڼل کيږي، خو پروجسټرون پکښي عمده رول لوبوي.

پرولاکتين:

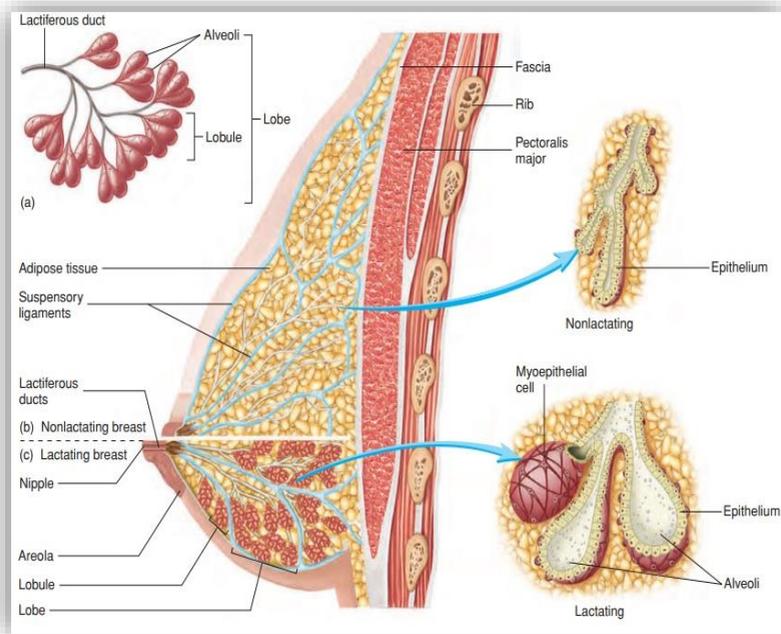
پرولاکتين د ولادت وروسته د شيدو په توليد کي مهمه دنده او سترمسئوليت په غاږه لري. د ويلو وږده چي د غدواتي سيستم په وده کي د ايسټروجن او پروجسټرون د قوي رول لرلو سربيره، دواړه هورمونونه د پرولاکتين په مقابل کي د حريف يا انټاگونيست په حيث د شيدو په توليد کي منفي اونهيه کونکي نقش ترسره کوي. په دې مرحله کي په پلاسينټا کي د پروجسټرون او ايسټروجن د لږمقدار د توليد په وجه د پرولاکتين لږمقدار د شيدو په جوړولو سره نسي قادريدلای.

دولادت وروسته مخکنی تناسب د پرولکتین په گټه تغیرمومي، پدې ډول سره چې دبوې خوا دپلاسينتا په اخراج سره دايستروجن اوپروجسټرون مقدار راتپټيږي اودبل پلوه دولادت په ترڅ کي دپرولکتین کچه هم لس ځله لوړيږي. په ايجادسوي حالت کي دپرولکتین د غلظت دلوري کچي دتاثير په نتيجه کي الويولونه يااسينونه په فرصت سره دشيديو په توليد کي خپلي دندي ترسره کوي.

اوکسیتوسين:

اوکسیتوسين د میواپتل د تقلص دطريقه د توليد سوو شيدو په تخليه کي فعاله ونډه اخلي.

۲۶- شکل: دغدي مقايسوي تغيرات دلکتیشن په وخت کي -۲۶



دشيدوورکولو گټي:

۱- دمور دپاره:

- دپوسټپارټوم پيريود يا زيږون نه وروسته مرحله کي چټک التيام.

- دثديې دسرطان مخنيوی.

- داویر دسرطان مخنيوی.

- د اوستیوپروز کمښت.

- دزړه دامراضو مخنيون.

- د یابیتیس میلیتوس-۲ تنقیص.

۲- دماشوم دپاره:

- دتنفسي اوهمی جهازو ساتنه د مکروب اونورو مضره موادوڅخه.

- دنورمال روحي اوفزیکي رشد او ودی تامین.

- آسان او کم تکلیفه هضمیت.

- دمینی اودوستي احساس.

دوهم څپرکی

د ډډيې معاینات

ډډيې د امراضو تشخیص او ارزونه د درېگونې ارزون يا دتريپل اسپسمنت په نامه د لاندنيو معایناتو څخه عبارت دی:

۱- کلينيکي معاینات

۲- ايميچين يا تصويري معاینات

۳- بيوپسي اوسایتو- هستولوژی معاینات

I- کلينيکي معاینات:

۱- انامنيزيس:

آ - عمومي انامنيزيس:

انامنيز بايد په دقيق او هدفمند ډول سره دمريض شکايات، دشکایتو تاريخچه او سير، متممه امراض، سوشيال انامنيز، د درمل استعمال، الرژي، مضره عادات او فاميلي انامنيز پوره په بر کې ونيسي.

ډډيې مريضانو انامنيزيس دهغه دجينیکولوژیک او فاميلي انامنيزيس څخه عبارت دی:

a - جينیکولوژیک انامنيزيس:

- دحيض دشروع وخت (مينارکي).

- دلمرې حمل اوولادت سن.

- دحمل او ولادت تعداد.

- ماشوم ته دشيدو ورکول.

- دحيض توقف (مينوپاوز) سن اووخت.

- په انامنيز کې د نورو اعضاؤ دسرطاني امراضو شتون.

- شعاعي لوړ دوزاژ (دشعاع په ساحه کې وظيف، مکرر ايکسري او اشعوي تداوي)

b- فاميلي انامنيزيس:

- د ټډيې دسرطان انامنيز په مور، خوندو، خاله اوهمدارنگه په نرينه لين کې (پلار يا ورونه).

- په فاميل کې دنورو اعضاووخصوصاً تناسلي اورگانوسرطاني امراض.

۲- سبجکټيف علايم او دناروغو شکايات:

دټډيې په آفاتو کې ناروغان معمولاً د لاندنيو اعراضو څخه شکايت لري:

- په ټډيه يا ابطي ناحيه کې د درد او ناراحتي احساس.

- دټډيې او تخرگ (اکسيلا) په حصه کې دجلد درنگ او شکل تغيرات.

- دتي دشکل او جسامت (اندازې) تغير.

- دټډيې دظاهري شکل تغيرات او د دواړو ټډيو آسيميتري ياعدم تناظر.

- دټډيې دقوام تغير(په ټډيه کې د کلکتيا يا غټي احساس) چې خپله مريض ورته متوجه کيږي.

- دنپيل درنگ او شکل تغيرات، دنپيل ديسچارچ يادتي څخه دغير عادي (سيروزل يا هومورج).مايع اخراج

آ- درد:

په تي کې د درد او ناراحتي احساس معمولاً دتي دمختلفو ناروغيو دشتون نښي گڼل کيږي، خو کله بياهم دتي د مجاورو انساجو د امراضو نښوونډوی وي. ځکه نو دټډيې هر درد بايد دهغه د څرنگوالي او خصوصياتو دمخي لکه ددرد موقعيت، شدت، دپيداينبت وخت، موده، شرايط، انتشار او د حيز د وخت سره تړاو، چې دمرض په تشخيص کې مهم رول لوبوي دتفريقي تشخيص په چوکاټ کې تر دقيق تحليل اوڅيړني لاندی ونيول سي.

دتي دردونه په لاندي واقعاتو کي ليدل کيږي:

- دحيض د دورې دردونه.

- ماستيتيس او دثديې نور حاد التهابات لکه ابسيس اونور.

- دثديې مزمن التهابونه (توبرکلوز، اکتينوميکوز او نور).

- دثديې سليمه تومورونه او هورمونل ديسبلانسي.

- دتي خبيثه آفات.

- دثديې په ساحه کي دصدر دجدار، پلوريتيک او نور داخلي دردونه.

دتي درد ددانو او کتلاتو په موجوديت کي محدود، خفيف، اکثراً ستن وهونکې او کله هم پخ وصف لري، مگردالتهاب په صورتکي تيز او شديد شکل غوره کوي. د تداوم دمخي دردونه ځني ثابت او ډيرمهاله او ځني مؤقت او لنډ مهاله وي، په همدا ډول ځني دردونه بيا دتحيض سره ټينگ تړولري او يوازي دحيض په دوره کي دوي درې ورځې دتحيض مخ اوشاته خصوصاً دځوانانو سره ډيرليدل کيږي، چي دخاص تشويش وړنه وي.

ب- دثديې دظاهري شکل تغير:

دتي د مختلفو برخود رنگ، شکل، جسامت اوتناظر بدلون هريو په خپل وار سره د ثديې د پتالوژي پرموجوديت باندي دلالت کوي، چي بايد په خپل وخت سره هم خپله دناروغ اوهم مؤظف ډاکټر د توجه وړ او دبعدي کنترول او لازمه معيناتو د اجرا دانگيزې باعث وگرزي .

ج- دحليمي غيرعادي افرازات يا ديسچارج:

په نورمال حالت کي دحليمې خخه کوم مواد نه خارجيږي. دشيديو توليد دولادت سره تړاو لري خوځني وخت هم دحاملگي په دوره کي په خاص لړمقدارسره اخراجيږي. دمايعاتو ديسچارج دمعين وخت دچوکاټ خخه خارج دغدې پرته سمون اوناوغتيا باندي په دلالت سره دتشويش وړحالت گڼل کيږي.

دمايعاتومشخصات او څرنگوالی اکثراً دغدې د تغيراتو د نوعيت بنوونډوی کيدلای سي:

- سپين رنگه گاته اوبی بويه مایع دشیديوپرموجودیت دلالت کوي.

- سپين رنگه بويناکه مایع په غده کي دالتهابي وتيرې دموجودیت ښکارندوی ده.

- شين رنگه مایع دسیستیک فبروادی نوپاتي پر وجود باندي دلالت ښيي.

- سوررنگه وینه ئیزمایعات بيله فزیکي صدماتوڅخه ددکتال پاپیلوما یادسرطان درشد ویندوی اودخاص تشویش ورگنل کيږي.

د- په نډیه کي دغتي احساس:

په نورمال حالت کي نډیه هوار، متجانس، نرم اوايلاستیکی قوام لري. دغدي بشاشت، ايلاستیکیت او پلاستیسیتي که څه هم د عمر په تیریدو سره خاصتاً د ولادت وروسته تدریجاً کمښت مومي او دکهولت په دوره کي کاملاً دمیځه ځي، خوبیا هم خپل هوار او متجانس قوام دلایسه نه ورکوي. دغدي عدم تجنيس او په نډیه کي دغتيو او کتلو موجودیت معمولاً د نډیې پر اېنارمالیتي باندي دلالت کوي، چه باید په حتمي توگه سره د متممه معایناتو په مرسته تر دقیقې څیړني او سکریننگ لاندي ونيول سي.

۳- فزیکي معاینات اوابجکتيف علايم:

د نډیې معاینه دتي د تغیراتو د دقیق ارزون په موخه ضروراً په دوه حالتو کې ترسره کيږي:

- دولاري حالت

- دپروتي وضعیت

آ- ویزووال تفتیش يا انسپیکشن:

د نډیې تفتیش دولاري په وضعیت کې دلایسه په درو حالتو کې ترسره کيږي (۲۷- شکل):

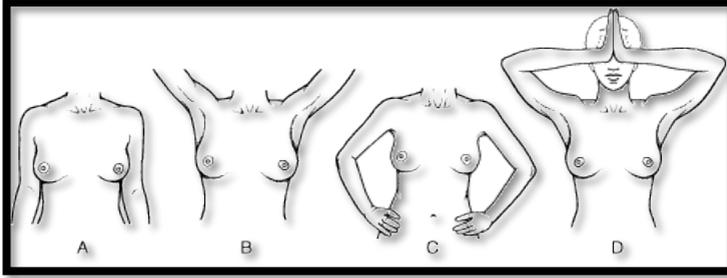
- لاسونه په ځوړند حالت کي.

- لاسونه ترسرلوړو په عمودي حالت کي.

- لاسونه دعاني پرسر نیولي.

- لاسونه دسترگومخته يوبلته د اورغوو په تقابل سره.

۲۷- شکل: د لاسو وضعیت د ثديې د تفتيش په جريان کي

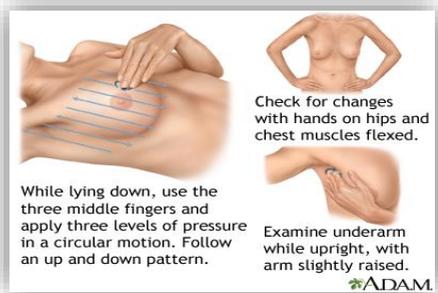


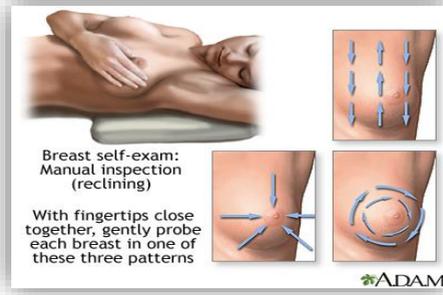
د تفتيش په وخت کي د ثديې د جسم او اجزاوو عمومي منظره لکه شکل، رنگ، جسامت او تناظر په دقيقه توگه مقايسه اوارزول کيږي.

ب- جس يا پالپيشن:

د ثديې جس، چي طريقه ئې نه يوازي ډاکترانو، بلکي هري پيغلي اونځي ته د ثديې د امراضو د پروختيز تشخيص دپاره ضروري گڼل کيږي، دولاړي اوپروتې په وضعيت کي لمړې د اورغوي او وروسته د دوو گوتوپه واسطه د ساعت د عقربک د حرکت مطابق اجرا کيږي (۲۸-۳۰- شکلونه):

۲۸، ۳۰، ۲۹- شکلونه: د مريض دلوري د ثديې او اکسيلا مقدماتي معاينات په تفتيش او جس سره

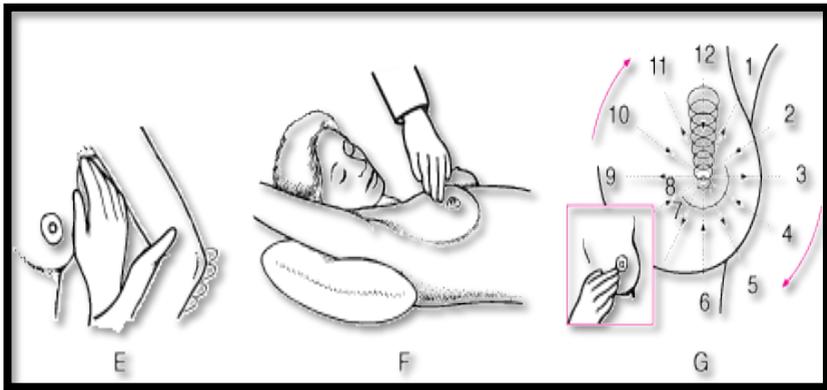




د هري ساحې جس لمړې ډيپرفيري قسمت څخه شروع او دحليمې لورته دسطحي او عميق جس په اجراسره ادامه مومي. دجس په جريان كې دجلد حرارت، دكتلې موجوديت، د نودول موقعيت، جسامت، قوام، سطح، حوافي، تحرک او احساس تعينيري.

دنيپيل جس- پر نيپيل باندي دظريف ډوله فشارپه اثرسره دماعتودتوليد يا ديسچارچ په صورت كې د هغوى نوعيت څرگنديري. په آخركي دابطي ناحيې جس دلمفاوى عقداتو دارزون په موخه ترسره كيږي(۳۱-شكل):

۳۱- شكل: دثديې دجس طريقه



II- ایمجین یا تصویری معاینات:

دثدیپ دناروغیو په تشخیص کی د فزیک معایناتو سربیره لاندنی تصویری معاینات دخپل لور تشخیصی ارزښت دمخې دتشخیص لازمی جز گنل کیږي:

- ولتراسونوگرافي

- ماموگرافي

- دکتوگرافي

- سیتیسکن اوایم آر آی

آ - ولتراسونوگرافي:

Ultrasonography:

ولتراسونوگرافي یوه بی ضرره معاینه ده، چي دثدیپ دنسج دتغیراتواوکتلاتوپه تشخیص او تفریقي تشخیص کي مهم رول لوبوي.

استطیبات:

- دثدیپ دسرطان دلورزیسک په صورت کي دکلني سکرینینگ اوکنترول په موخه.

- دمماموگرافي دمشکوک حالت په صورت کي دوضاحت دپاره.

- دحاملگي په دوره کي دماشوم دپاره یوازنی بیخطر تشخیصی وسیله گنل کیږي.

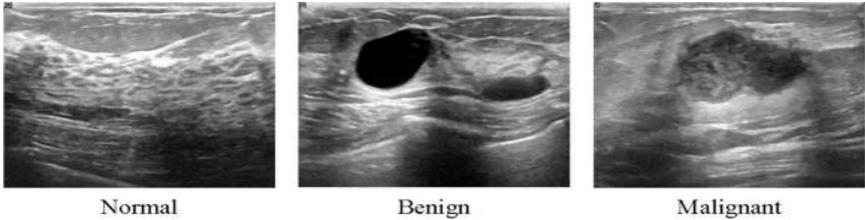
- دوخیمومریضانودتشخیص پاره دکلینیک په هره برخه کي حتی په مکرره توگه سره.

- دامعاینه دثدیپ دالتهاباتو، ترضیضاتو او پوست اپیراتیف دینایکي سیرپه ارزونه او اسیسمنت کي دتخریباتودحجم اونوعیت دتعیین دپاره خاص رول لوبوي.

- ولتراسوند دنیډل بایوپسیا په وخت کی دکتلې دموقعیت په تعین کي مهم رول لوبوي.

طریقه: دولترسونډ دا جراتخنیک د بدن دنورو غړو دولتراسونډ د طریقې سره کوم توپیر نه لري، پر جلد باندې د جیل د تطبیق وروسته په معمولي توگه د ترانسډوسر په اینډولوسره د مشکو کو ناحیو نفتیش ترسره کیږي، چې د مرض تطابق لاندې تصاویر ورکوي:

۳۵- شکل: د دندې نارمل او ابنا رمالیتې مقایسوي کلیشه



بي- ماموگرافي:: Mammography

ماموگرافي دندې يوه ډیره حساسه رادیولوژیکي معاینه ده، چې دندې د امراضو د تشخیص، تفریقي تشخیص او د سرطان درک په صورت کې د سکریننگ او دینامیکي کنترول په موخه ترسره کیږي.

ماموگرافي چې دندې د امراضو د تشخیص دپاره مهم او مؤثر رادیولوژیکي میتود گڼل کیږي، دموخي په لحاظ پردوه ډوله ده:

۱- کنترولي یا سکریننگ ماموگرافي

۲- تشخیصي ماموگرافي

۱- سکریننگ ماموگرافي په لاندنیو حالاتو کې ترسره کیږي:

- د جینیټیک، فامیلی او مضره توکو د تاثیراتو دامله د لوړ رسک په صورت کې.

- د معین سن (۴۰ کلنۍ) وروسته د کنترول او تعقیب په موخه.

داډول ماموگرافي چي دشعاع په کم دوزاژ سره ترسره کيږي، دوضاحت او تشخيصی قابلیت دمخي دتشخيصی ماموگرافي په مقایسه دډيرو جزئیاتو دښودلو وس نه لري.

۲ - تشخيصی ماموگرافي په لاندنيو واقعاتو کي ترسره کيږي:

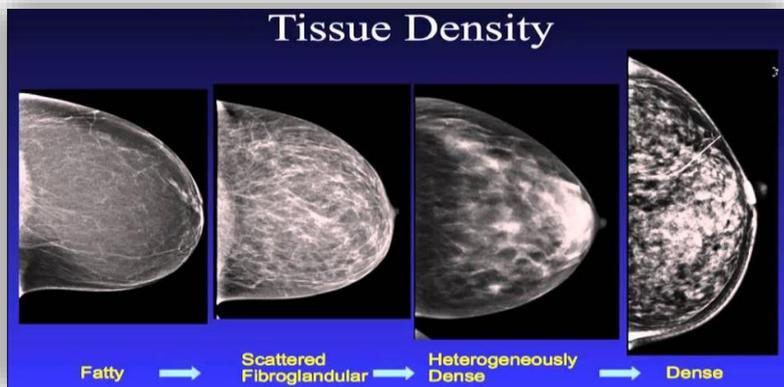
- په کنترولې ماموگرافي کي دښک اوترديد موجودیت.

- په نډيه کي دکتلې ياغونډوري اودسرطان دنوروعلامو پيداښت.

په نورمال حالت کي نډيه دشحمي اوغدواتي نسج څخه کابو په مساويانه تناسب سره متشکله ده، چي دماموگرام په کلیشه کي نورمال متکائف ياهوموجن دينسيتي تصويرارائه کوي. خودا تناسب بيا په مختلفوښځوکي متفاوت وي، کله دشحمی نسج او کله هم دغدواتي نسج کچه لوړه اوکله بيا دشحمي نسج مقدارلوړ وي، چي په لمړي صورت کي دماموگرام کلیشه دهاپيردينسيتي (لوړتکائفه) په شکل اودوهمي حالت کي دهاپيودينسيتي په خيرتبارز مومي. په متحده ايالاتوکي ډينس برېست يا متکافي نډيې په ۴۰٪ ښځوکي ليدل کيږي. متکائف يا هاپيردينسيتي نسج دماموگرام په تصويرکي په سپين رنگ ظاهرېږي، نوځکه هرڅومره چي دنسج تکائف زيات وي، په همغه اندازه دتصويررنگ هم سپين معلومېږي. بايد وويل سي چي نسجي تکائف اکثراًپه نسجي کتلاتو اوخاصتاً سرطاني واقعاتوکي په خاص وضاحت سره ليدل کيږي. سرطاني کتلات ډير ډينس او متکائف شکل لري (۳۲، ۳۳- شکلونه):

۳۲- ۳۳- شکلونه - دنډيې دتکائف يا ډينسيتي دتبارز ددرجو مقايسوي حالت





استطیبات:

- د جس پواسطه د تديې د قوام موضعي تغير د کلکتيا يا غټي په شکل.
- د ماستوپاتيا دنوعيت څرگندون او بعدي سيرکنترول اوسکريننگ.
- د تديې د سرطان او ديس هورمونال هايپرپليزيا ترمينځ تفريقي تشخيص.
- د سرطان دکلينيکي شکل، درشد وصف او موضعي انتشار څرگندونه.
- د ابطي، تحت الترقوي او فوق الترقوي لمفاوي عقداتو لويښت اوضخامه.
- جينیکوماستيا.
- د تديې او صدي جدار د تومور و تفريقي يا بيلنيز تشخيص.
- د ۴۰ کلنۍ وروسته د سرطان درسک په موجوديت کي د هرکلن سکريننگ په حيث.

شرایط:

ماموگرافي بايد دښځني سيکل په لمړي فازکي يعني د سيکل د ۵-۱۴ ورځو په جريان کي ترسره سي، خو د مينوپاوزه په پيل سره بيا دغه وخت خپل اهميت دلاسه ورکوي.

طریقه:

دامعینه دماموگراف په نامه دایکسرې دمخصوص ماشین پواسطه په لاندني ترتیب سره اجراکیري:

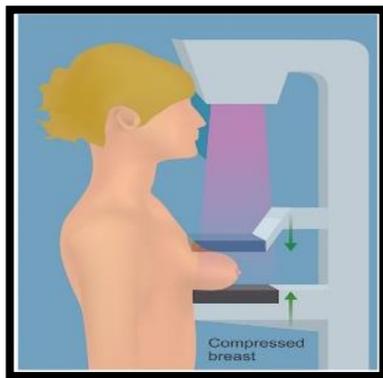
- ثدیه ددوو تشخیصي صفحو ترمنځ په پلن حالت کي ایښودل کیري (۳۴- شکل).

- تشخیصي صفحې په یوه اندازه فشار سره ثدیه دهواري په عالت کي تثبیتوي.

-هره ثدیه په دوو پوزیشنوکي عکاسي کیري. په نوی سیستم کي د درې مینزونال ماشینو پواسطه

درې جهته تصاویر، چی تشخیصي قدرت ئې نور هم لوړ دی، اخستل کیري.

۳۴- شکل: دماموگرافي پروسیجر طریقه



CT-Scan, MRI د - ایم آرآی، سیټیسکن او پیټسکن:

داډول اختصاصي معاینات دحساسو میتودو په حیث نه یوازي دتي دناروغیو په بیلون تشخیص

کي لوړارزښت لري، بلکي دصدري جداراوپه خاصه توگه دداخل صدري او بطني میتاستازو په

کشف او پیژندنه کي ستر رول لوبوي.

ج - دوکتوگرافي: Ductography

دوکتوگرافي د اختصاصي رادیولوژیکی معاینې په حیث دقناتو د رنگه رادیوگرافي څخه عبارت ده.

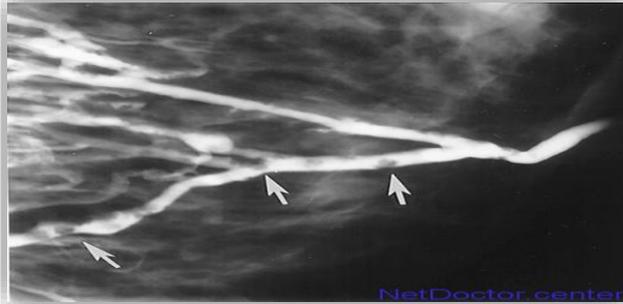
استطبات:

دوکتوگرافي دحليمي دمشکوکو افزاتو او انترادوکتال دمجهولو تغيراتو او آفاتو په صورتکي (ديفارميشن، توسع، سيست اوسرطاني رشد) دتشخيص او وضاحت دپاره اجراومهم رول لوبوي او دثديې دقناتو دتغيراتو او په ماموگرافي کي دثبیت سوو تغيراتو دموقعیت (لوب، دکت او شحم) د وضاحت دپاره ترسره گيږي.

طریقه:

دساحې په موضعي انستيزيا سره دحليمې دلاري قناتوته دنري کتيرترواوسطه دنيم څخه تر دوو سيسی پوري (۵، ۰-۲) د کنترست ياکثيفه محلول د دخول وروسته راديوگرافي تر سره کيږي، چي تصوير ئي په لاندي ډول دی (۳۶- شکل):

۳۶- شکل: په دوکتوگرافي کي انترادوکتل تغيرات



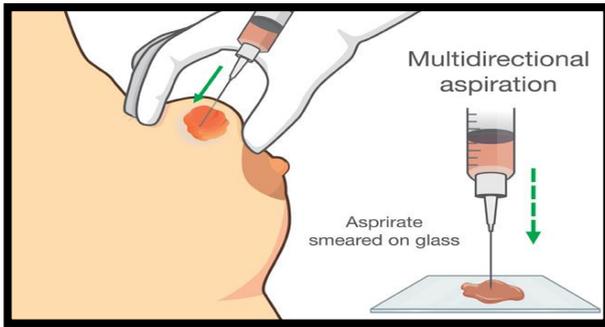
III- بيوپسيا او پاتوهستولوژيکي معاینات:

1- نیډل بایوپسی او هستوپتالوژي: Fine Needle Biopsy (FNA)

نیډل بایوپسي یا نیډل اسپیریشن بایوپسي دثديې دآفاتو دتفریقي تشخیص په موخه دستني په واسطه دنسج یا مایعاتو دحصول څخه عبارت دی. نیډل بایوپسی په ستیریل شرایطوکي د موضعي انستيزيا په مرسته اویا بيله هغه دنری ستن پواسطه اجراکيږي، پدې ترتیب سره چي کتله داآدالاس دگوتوپواسطه تثبیت اوجلدته په فشارسره رانژدې کيږي، مشکوک ځای ته دستني ددخول وروسته مطلوبه مواد یامایع دسرنج دفتون په کشیدوسره اسپري او حاصله مواد دسایتولوژی معایناتو

دپاره لابراتورته استول کيږي. دکتلي دواړه جسامت او ژور موقعيت په صورت کي نيدل بيوپسي دولتراسن ترکنترول لاندې اجرا کيږي.

فاين نيدل بيوپسي دموضعي يا لوکل انستيزيا په مرسته معمولآد ولتراسن په کنترول سره او د ډيرو ورو توموروپه صورت کي (محدود خو ملی متره) بعضآدایم آرای تر کنترول لاندې په ستيريل شرايطوکي دډيري نری ستنې دطريقه دآسپيريشن پواسطه ترسره کيږي. دفاين نيدل بيوپسي د بيوپتات محتويات معمولآ ډيرکم اودنسج په شکل نه بلکي دمنفرده حجراتو دمجموع څخه عبارت ده، چي سوروبره مایع په شکل د سرنج پواسطه آسپري او دسلايد يا کيت پړسطح باندې هواربږي (۳۷- شکل).



داډول بيوپتات يوازي دسايټولوژيکي مطالعي قابليت لري، نوځکه تشخيصي قدرت ئې د کورنيډل بايوپسي په پرتله، چي دمخصوصی ستن اوستييليت پواسطه اجرا، محتويات ئې د نسج په شکل او دهستولو ژيکي معایناتو قابليت لري، کښته دی.

دفاين نيدل بيوپسي نتايج په لاندې ډول وي:

۱- مشکوکه نتيجه

بي- سلیمه يا بيناين پتالوژي

ج- مالگناسي

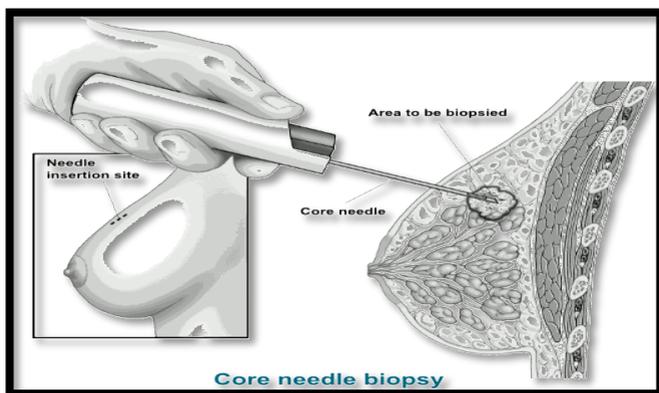
۱- دمشکوکي نتيجه په صورت کي کور نيدل بيوپسي يا بيوپسي دشق پواسطه اجراکيږي.

بي- دسلیمه پتالوژي په صورت کي مریض ترکنترولې تعقیب او فلوپ لاندې نیول کیږی.

ج- دمالیگننسي په حالت کي دعملیات اولازمه ضمیموي تداوي تصمیم نیول کیږي.

2- کورنیډل بیوپسي:

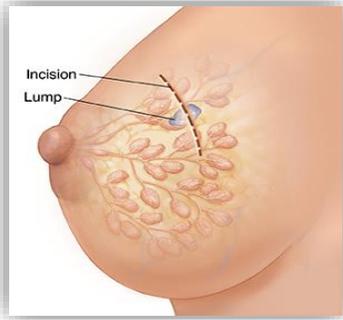
داډول بیوپسي په عین شکل اوشرايطوکي اجراکیږي، خوبوازي د بايوپسيا دستني اندازه او قطرې توپیرلري، پدې ترتیب چي دبیوپسي مخصوصه ډبله ستن د وسیع کانال په لرون سره دغټ نسجي سمپل دراایستلو دپاره دمساعدا امکان څخه برخمنه ده (۳۸- شکل).



3- بیوپسي دشق پواسطه:

بیوپسي دشق پواسطه دفاين يا کورنیډل دشرايطو دنشتون اویا دهغودمشکوکو نتایجو په صورت کي دجراحی عمل په مرسته ترسره کیږي. بیوپسي دموضعي انستیزیا په مرسته دکتلې یا ماس په حصه کي دغټي دپاسه د ۳-۴ سانتمترو په اوږدوالي اکثرأ رادیال یا شعائي اودنډیې په محیطی برخه کي همدارنگه بعضاً قوسي یا عرضاني جلدي انسیژن یا شق اجرا اودتیز او پخ تسلیخ وروسته غټي ته په رسیدو سره دغټي یا لمپ مکمل اخراج او ایکسیژن دهستولوژي معایناتو د پاره اخستل کیږي (۳۹ او ۴۰- شکلونه):

۳۹ او ۴۰- شکلونه: دثديي بيوپسيا دشق دلاري



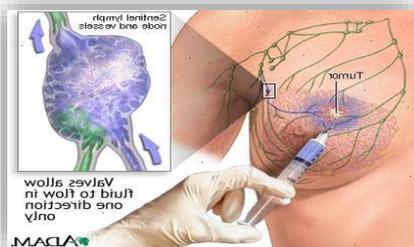
4- سينسينيل لمف نود بيوپسي:

دجراحی عمليې څخه عبارت دی، چي حوزوي لمفاوي عقداتوته دابتدائي تومور دانتشارد تعين په موخه دتومور په ساحه کي درنگه ياخفيف راديواکتيف موادو دزرق اونشر په مرسته ترسره کيږي.

۱- درنگه موادو پواسطه:

دعمليات ترمنځه دتومورپه ساحه کي ميتيلين بلو يا مشابه بې ضرره رنګه محلول زرقپري (۴۱- شکل). زرق محلول دلمفاوی اوعيو دلاري په تدريج سره جذب او سينسينيل يا اوليه لمفاوي عقدي ته په رسيدو سره د عقدي درنگيدوسبب کيږي. دعمليات په وخت کي رنګه سوی لمفاوي عقده ايکسيژن اولابراتورته دهستولوژيکي معايناتو په موخه استول کيږي. دعمليات وروسته د زرق ناحيې جلد اوهمدارنگه ادرار د دوو يا درو ورځو په موده کي شين وبره رنګ لري، چی دتشویش وړ نه دی او په تدريج سره زایلېږي.

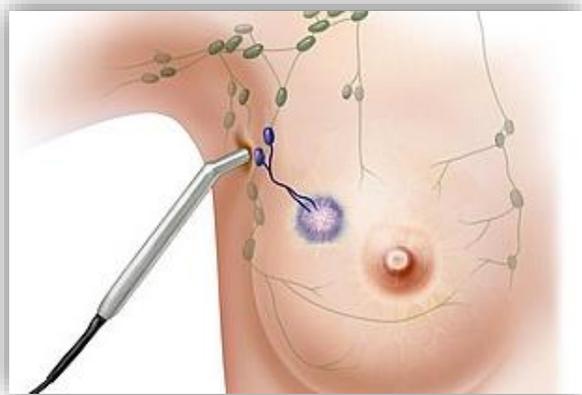
۴۱- شکل: دسینسینیل لمف نود تعیین درنگه محلول پواسطه



۲- دراديواکتيف محلول پواسطه:

تقریباً ۴ ساعته يا يوه ورخ دعمليات ترمخه دنومورپه ساحه کي خفيف راديواکتيف محلول زرقيرې. راديواکتيف محلول په تدريج سره دلمفاوي سيستم دطريقه جذب او لمفاوي نودل ته رسيرې. دعمليات په وخت کي دپورتاتيف گاما دینکتوردتفتيش او مخصوص سيگنال په مرسته راديو اکتيف لرونکي عقده کشف، اخراج اود هستو- پاتولوژيکي مطالعاتو دپاره لږو ته استول کيږي (۴۲- شکل):

۴۲- شکل: سینسینیل نود بیوپسیا د راديواکتيف موادواو گاما دیديکتور پواسطه



5- ستیریوتاکتیک بیوپسی: Stereotactic biopsy

ستیریوتاکتیک بیوپسی د بیوپسی د پروسیجر څخه عبارت دی، چې د کمپیوټري محاسبوي لارښود او ایکسری دوه یادرې جهته (تری دیمینزونل) کنترول لاندې په خاص دقیقیت سره د ثدېې دمشکوک محراق او میکروکالسیفیکیشن څخه د کور بیوپسی دستني پواسطه دهستو لوژیکی معایناتو دپاره دنسج سمپل اخستل کیږي.

جینومیک تست او ریسیدیف سکور: Genomic test and recidive score

دکانسر په واقعاتو کې د بیوپتات په هستولوژیکی معایناتو کې د سرطان درجت یا ریسیدیف فاکتورونه لکه دهورمونل او مالیکولری ریسیترو موجودیت اودسرطان دگریډینګ درجه، چې دسرطان دجینومیک تست یا د ریکورینس سکور پواسطه تر سره کیږي، دمریض د تداوي دنوعیت اوتکتیک دتعیین دپاره مهم رول لوبوي.

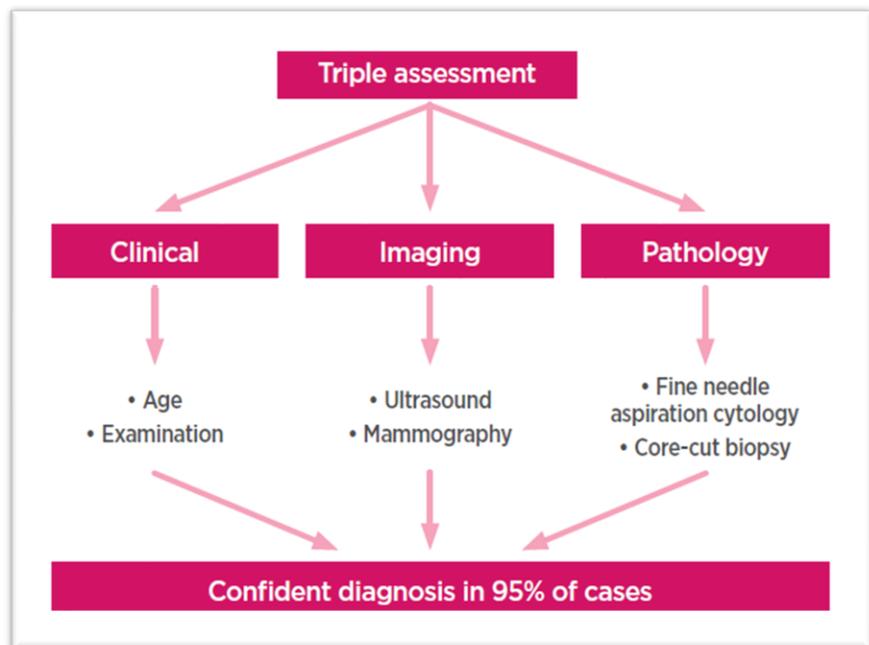
دجینومیک تست مقیاس یا ریکورینس سکور چې دصفر څخه تر سلو پوري (۰-۱۰۰) د اعدادو پواسطه تعینېږي، په لاندني ډول سره ارزول کیږي:

I- (۰) - ۳۹ پوري سرطان د ریسیدیف چانس لږ دی.

II- ۴۰ - ۵۵ پوري سرطان ریسیدیف متوسط الحاله اندازه لري.

III- تر ۵۵ څخه دلورعددپه صورت کې د ریکورینس چانس لوړه کچه لری.

د ثدېې دامراضو د تشخیص د تریپل اسسمنټ عمومي شمه



درېم څپرکی

دثديې دامراضو ویشون

ثديه دخپل اناتوميکي خصوصیت او دوره ئيز وظیفوي فعالیت دکبله دمختلفو تشوشاتو او ناروغيو سره مخامخ ده. دتي دناروغيو د پوره پوهاوي دپاره دتي دامراضو لاندنی ویشون، دلبندي يا کلاسیفیکیشن د ښه زده کړي داسانتیا دپاره مرستندويه زمينه برابروي:

دتي دامراضو ویشون يا کلاسیفیکیشن

دثديې دتشوشاتو اوامراضو ویشون او دلبندي دلادنیو عواملوپر بنسټ صورت نیسي:

۱- دامراضو ویشون دمرض دنوعیت دمخي

۲- دتي دامراضو ویشون دمرض دمنشي اوموقعیت دمخي

۱- کلاسیفیکیشن دمرض دنوعیت دمخي:

۱- دثديې ولادي سؤشکلونه

۲- دثديې التهابات

۳- دثديې سلیم غټی اودانې

۴- دتي خبیثه آفات

۵- دتي ترضیضات (هیاتوم، شحمي نگروريس او شحمی سیست)

۶- دتي وریدی ترومبوزيس (ماندور دیزیز)

۱۱ - دثديې امراض دمرض دمنشي اوموقعیت دمخي :

لاندني ډولونه لري:

۱- اپیتیلیل نسج:

آ- لوبولر يونيت او ترمينال دكتونه:

- كيستونه او كيستوفبروزيس

- دپيريفيري دكتو پاپيلوما يا سمل دكت پاپيلوما

- سكليروزينگ ادينوما

- هايپيرپلازيا (تپيك او آتپيك)

- كارسينوما (اين سايتو او انويزيف)

ب- نپيل- اريولر يونيت يا لكتوفيريوس اوغت قناتونه:

- دكتل ايكتازيا

- پيجيت ديزيز

- سليتاري دكتال پاپيلوما

۲- لوبولر ستروما:

- فبرو ادينوما

- فيلوديس تومور

۳- انترولوبولر ستروما:

- فبروما توزيس

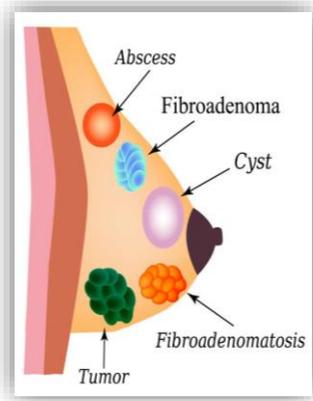
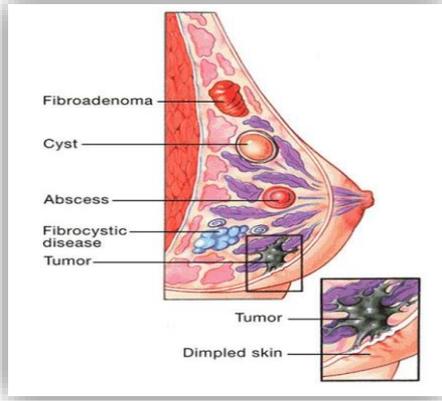
- شحمي نكروزييس

- لپيوما

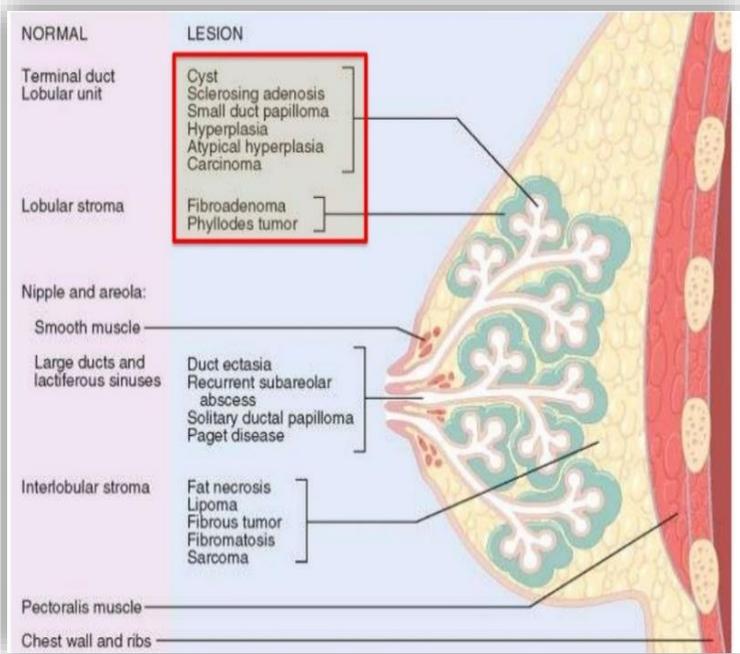
- ساركوما

- فبروس تومورا

۴۳ او ۴۴- شکلونه: دتي امراض دنوعيت دمخي



دثدي پتالوژيکي تغيرات دموقعيت په لحاظ په شماتیکه توگه په ۴۵- شکل کي ليدل کيږي:



خلرم خپرکی

ولادي سؤشکلونه

Congenital abnormalities

دښديې ولادي سؤشکلونه دحمل دورې په لمړي تريمسترکي دجينيتيک تغيراتو او جين د موتیشن په نتيجه کي داوتودومينانت يا اوتوريخي سيف وراثت په شکل سره منخته راځي. څرنگه چي دښديې درشد په برخه کي موولوستل، دجنين په شپږمه اونۍ کي دمماري ريچ يا ميلک لاین په نامه دايديرمل ايکتوديرم اوږده بارزه پټه داکسيلا يا تخرگ څخه ترمقيني يا اينگوپنل ناحيې پوري راپيدا کيږي او بيا ډير ژر په پورتنۍ اولاندنۍ برخوکي د ريگريس، اتروفيا يا ورکۍ سره مواجه کيږي او يوازي دټبر په ناحيه کي دتي دنطفې په حيث، چي په راتلون کي ثديه ورڅخه نشئ کوي، پاتيږي. دتي دانوماليو عوامل عمدتاً په لاندي ډول دي:

۱- دښديې ولادي انومالياني دهمدغه شيدن خط يا ماماري ريچ سره تړاولري، چي ددې خط نه توليد اوناکافي رشد ئې دښديې دعدم اوبا نامکمل ډوله رشد سبب او نه ريگريس ئې د ټوله ښديې يا يوې برخي داضافه رشد اوحتي اضافي تعداد باعث گرزي.

۲- دښديې په انوماليوکي همدارنگه هورموني تشوشات او ديزبلانس خاصتاً بنځينه هور مونونه لکه ايستروجن او پروجسترون مهم رول لوبوي.

۳- په همدې ډول سره کله هم کيدای سي، چي دهورمونو دنورمال مقدار په صورت کي د غدواتي نسج دهورموني ريسيپتورودضعف اوغبرگون نه بنوولو په صورت کي ولادي انومالی ځای ولري.

۴- دښديې په انوماليوکي همدارنگه په جنين کي ديادي ساحې موضعي اروائي تشوشات هم د يادوني وړگڼل کيږي.

دتي ولادي سؤشکلونه عمدتاً په لاندي ډول دي:

- Amastia

- Amazia
- Athelia (disease)
- Poland syndrome
- Accessory breast
- Micromastia
- Macromastia or diffuse Hypertrophy
- Supernumerary nipple
- Symmastia
- Tuberos breasts
- Niple inversion

۱- اماستيا:

په دا ډول انوماليا کي نډيه کاملاً وجود نلري (۴۶- ۴۸ شکلونه):



تداوي: پلاستيکي جراحي (بريست او گمنتیشن اونپيل ريکنسټرکشن).

۲- امازيا:

په دا ډول انوماليا کي يوازي دډيې جسم يا غدواتي برخه وجود نلري، خو هاله او حلیمه وجود لري.

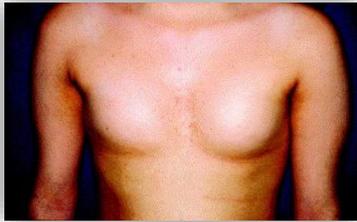
۴۹- شکل: دراسته اړخ امازی



تداوي: پلاستيکي جراحي (پريست اوگمنتيشن).

۳- اتيليا:

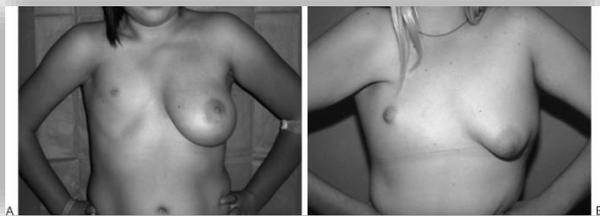
داتيليا په صور تكي نيپل او حليمه وجود نلري (۵۰- شکل):



تداوي: دنيپل او حليمې ريکنسټرکشن.

۴- پولاند سندروم:

داسندروم چي دليري ځل دپاره دادولف پولاند (۱۸۴۲) دلوري معرفي اوپه نوم ئي ياد سو، د صدي جدار ديوطرفه ولادي ديفکت څخه عبارت دئ (۵۱ او ۵۲ شکلونه):



په دې سندروم کې دلويې صدرې عضلي يا ميچر پيکتورال مسل کلي يا قسمي نشتون، چې دډيې دکامل نشتون، ميکروماستيا يا بل ولادي ديفکت سره مل اواکثرآعين لورته دعلوي طرف (لاس، ساعد يا عضد) دانومالياوو سره يوځای ليدل کيږي. ديا د سندروم انسيدنت يو ۱ په ۲۰۰۰۰ يا ۳۰۰۰۰ کسانوکي وي، چې عمدتاً يوطرفه، خو ندرتاً دوه طرفه هم ليدل سويدي (بابان آ اوهمکاران، ۲۰۰۹).

دپولاندسندروم پيداينبت اکثره مؤلفين دجنين ديا دي برخي اروائی تشوشات ديا دو تغيراتو د لامل په توگه مطرح کوي (باوينک ج او ويوير د، ۱۹۸۶).

ددې پتالوژي اساسي تداوي دډيې دنورو انوماليانو په شان جراحي او دډيرمغلق پلاستيکي پروسيجرڅخه عبارت دی، چې په هغه کې دلاتيسيموس مسل ديپلاسمنت اوډيې دمختلفو برخودخوجانبه ريکنستروکشن په مختلفو طريقوسره ترسره کيږي (ارجينتا اوهمکاران، ۱۹۸۵؛ فتا ف، ۲۰۰۱؛ شامبيرگر اوهمکاران، ۱۹۸۹؛ ساور س اوهمکاران، ۲۰۰۸).

۵۳- شکل: دډيې اوصدرې جدار ريکنستروکشن دجنبي شق دلاري



۵۴- شکل: دثديې اوصدري جدارريکنسترکشن دخلفي شق پواسطه



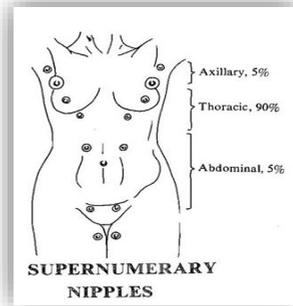
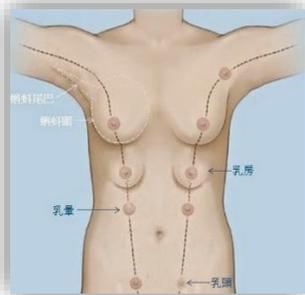
1. Baban A, Torre M, Bianca S. et al. Poland syndrome with bilateral features: case description with review of the literature. *Am J Med Genet A*. 2009;149A(7):1597–1602. [PubMed] [Google Scholar]
2. Bavinck J N, Weaver D D. Subclavian artery supply disruption sequence: hypothesis of a vascular etiology for Poland, Klippel-Feil, and Möbius anomalies. *Am J Med Genet*. 1986;23(4):903–918. [PubMed] [Google Scholar]
3. Shamberger R C Welch K J Upton J III Surgical treatment of thoracic deformity in Poland's syndrome *J Pediatr Surg* 1989 .248 .760–765., discussion 766 [PubMed] [Google Scholar]
4. Argenta L C, VanderKolk C, Friedman R J, Marks M. Refinements in reconstruction of congenital breast deformities. *Plast Reconstr Surg*. 1985;76(1):73–82. [PubMed] [Google Scholar]

5. Fatah F. Wien, Germany: Springer-Verlag; 2011. Surgery of Poland's syndrome; pp. 247–256. [[Google Scholar](#)]
6. Saour S, Shaaban H, McPhail J, McArthur P. Customized silicone prosthesis for the reconstruction of chest wall defects: technique of manufacture and final outcome. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2008;61:1205–1209

۵- پوليماستيا:

هغه حالت دى چې دثديو شمير تر دوو ۲ لوړ او د بدن په مختلفو برخو حتى سجي او ورنو كې موقيت لري. انومال اواضافي تى هم دشيديو په وخت كى يومقدارشدي توليدوي.

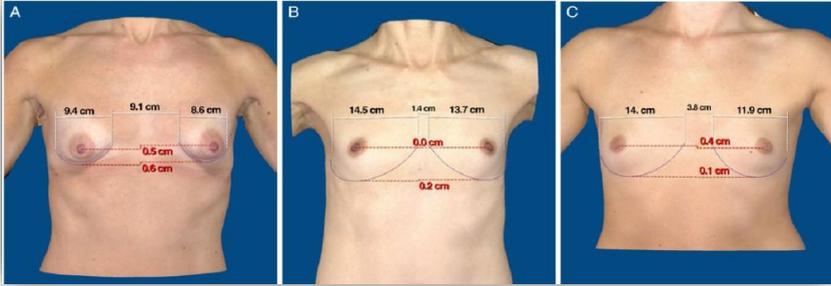
۵۷-۵۵- شكلونه: دپولي ماستيا مختلف حالات



٦- ميکروماستی:

په دا ډول انوماليا کي دبلوغ وروسته دنورمال حالت په تناسب کوچنی پاته اوپوره وده نه کوي.

٥٨- ٥٨- شکل: ميکروماستی



تداوي:

آ- دمعايناتوترتکميل وروسته لزوم په صورت کي داستطباب مطابق هورمون تيراپي.

بي- دهورمون تيراپي دنه استطباب په صورت کي پلاستيکي جراحي دسيلیکوني پروتيز په مرسته (پرست اوکميتيشن).

٧- ماکروماستيا يا ديفوذهایپرتروفي:

په داډول هایپرتروفي کي دغدې ودنيزبهيراوانکشاف دايستروجين داضافي توليد ياهایپر ایستروجينميا په نتیجه کي دنورمال حالت څخه په وتلوسره دغدې دجسامت دلاغتوالي باعث گرزي. پدې صورت کي غده دخپل درانه وزن دکبله دمريضانودعدم تحمل او اذيت سبب کيږي. دا ډول ناروغان معمولاً دمغزي، اوږو اوصدري دردوڅخه شاکي وي، چي دناراحتی او دردواخرينه تداوي دثديي دپلاستيکي عمليات په مرسته دتي دجسامت په کمښت سره ترسره کيږي.

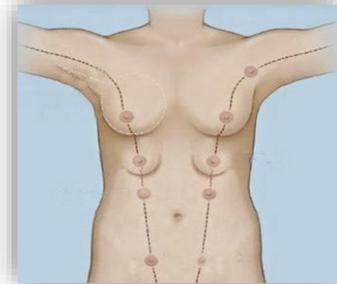
۵۹، ۶۰- شکل: دماکروماستیا مختلف اشکال



تداوي: پلاستيکي جراحي (پرست ريډوڪشن).

۸- پوليتيليا يا سوپرنوميراري نيپل:

په ډاډول کسانو کي دٽيڊونورمال حالت سر بيره اضافي حلیمي هم وجود لري، چي اکثراً دميدکلاويکولر پرخط باندي موقعيت لري (۶۱، ۶۲- شکلونه):

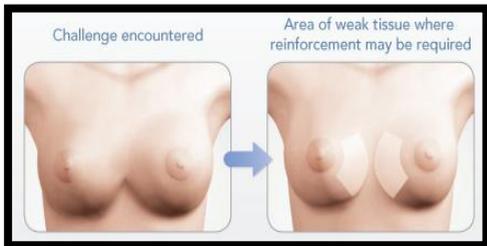


۹- سيم ماستيا:

په دی انومالیا کي غڊي پر خپل اصلي ځای موقعيت نلري، بلکی دسترنوم پرلور کوچ سوي اودسترنوم مخ ته يودبل سره دنڀليداپه وضعیت کي واقع سوي وي.

تداوي: دسيم ماستيا اساسي تداوي دجراحي عمليات او پلاستيکي کريکشن څخه عبارت دئ (٦٣ او ٦٤- شکلونه):

٦٣ او ٦٤ دعمليات مخکي او وروسته عکسونه



١٠- توبروز بريست يا استونه ئي ياساقه ډوله ثديه:

په دا ډول انوماليا کي ثديه د ځوانښت يا پوبيرتيت په دوره کي د استواني او کله د مخروط په شکل تبارزکوي. دا انوماليا په کال ١٩٧٦ کي په لمړي ځل د ډاکټر ريس او ډاکټر استون د لوري نشر سوه (٦٥- شکل):

٦٥- توبروز پرست يا ساقه ئي ثديه



د دې انوماليا علت که څه هم پوره څرگند نه دئ، خو دکينگ او همکارانو دنظره د انوماليا په پيدايښت کي دکولاجن دپوزيشني نقيصه او تشوشات اساسي رول لري. ډاکټر گابکا اوبوميرت،

چي ددې انومالیا په جراحی او کریکشن کی خاصه تجربه لري، دا انومالیا د تبارز دمخي پر درو درجو (I، II، III) ویشي:

- په لمړۍ درجه یا گریډ (I) کی اینارمل تغیرات یوازي د ډډیې په لاندني وسطي کوادرانت باندې منحصر وي، په دوهمه درجه (II) کی په دواړو لاندني کوادرانتو کی اوپه دریمه (III) درجه کی دغدي ټوله ساحه په برکي نیسي.

1. Klinger, Marco; Caviggioli, Fabio; Klinger, Francesco; Villani, Federico; Arra, Erseida; Di Tommaso, Luca (2011).
2. "Tuberous breast: Morphological study and overview of a borderline entity". Canadian Journal of Plastic Surgery (in English and French). 19 (2): 42–44. doi:10.1177/229255031101900210. PMC 3328117. PMID 22654530.
3. Rees, S; Aston, S (1976). "The tuberous breast". Clin Plast Surg. 3 (2): 339– 46. PMID 1261187.
4. Gabka, Christian J; Heinz Bohmert (2008). Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast. p. 72. ISBN 9783131035721. Retrieved 7 December 2013.

۱۱- انورژین نیپل - ننوتې یا غرصه حلیمه:

تعریف: اینورژین نیپل یا غرصه حلیمه د نیپل هغه حالت دی، چي په هغه کی موجوده حلیمه بهرني لورته تبارز نلري، بلکه د داخل لوري ته دغدي په نسج کی ننوتلي، غرصه او په وضاحت سره نه بنسکاري (۶۶- ۶۸ شکلونه):

۶۶- ۶۸ شکلونه: دننوتې یا اینورژین نیپل مختلف اشکال



داحالت په ښځوگي نه يوازي دوجودپه ښکلا او اوبستيتيک وضع کي د عيبي ناخوالو سبب گرزي، بلکي دميندو دپاره دماشوم په تغذيه کي دستونځو او خنډ لامل هم گرزي.

غرصه حليمه دپيدايښت دمخي معمولاً پردوو ډولو ويشل کيږي:

- ولادي غرصه حليمه يا کنجينيتل نيپل اينوپرژن

- کسبي غرصه حليمه يا ايکوايرد نيپل اينوپرژن

۱- ولادي نيپل اينوپرژن:

ولادي غرصه حليمه معمولاً دجينيتيکي تغيراتو دکبله مينخته راځي، چي پدې اساس کابو ۱۰- ۲۰٪ ښځي د اينوپرټ نيپل دحالت سره پيدا کيږي. دشتيفين گودمن (۲۰۱۰) دنظر پر اساس په ښځو کي ننوتني حليمې اکثراً دلنډو شيدنيزو قناتويا لنډو پيري دکتل ليگامنتو او يا دهالې دوسيع عضلاتي سفينکتر دشتون دکبله مينخته راځي.

۲- کسبي اینوپرس نیپل:

- دحليمې کسبي غرض دثديې دمختلفو امراضو او ترضيضاتو په نتیجه کې مينځته راځي، چې دپيدايښت عوامل ئې په لاندي ډول دي:
- ولادي او کانجينيتل نیمگړتياوي.
 - تراوما او ترضيضاتي عوامل لکه شحمي نکروزيس اوضربه ئې او عملياتي نډبات.
 - دثديې دڅرېدا او پتوزيس په نتیجه کې.
 - دثديې د التهاباتو او انتاناتو په وجه (ماستايټيس، ابيسس، دکت ايکتازيا، توبرکلوزيس).
 - دخبيثه وتيرې دکبله (کارخينوما، پجيت ديزيز، التهابی ډوله سرطان يا انفلاماتوري کانسر).
 - دنپيل جينيتيکي تغيرات (وايوبر سندروم، کينرکنيخت- سورگو- او برهوفر سندروم او د تپ ۱ اي او ۱ ل گليکوزيليشن کانجينيتل تشوشات).
 - په چاغوخلگو او اديپوزيتاز په صورت کې په لږ وخت کې دډير وزن بايلل هم اکثراً دحليمې دغرسيدو سبب گرزي.

Genetic variant of nipple shape: Weaver syndrome, Congenital disorder of glycosylation type 1A and 1 L and Kennerknecht-Sorgo-Oberhoffer syndrome.

Reference:

1. Stefen Godman: "Inverted Nipples". Retrieved 2010-04-05.
2. "Correction of Inverted Nipples". Archived from the original on 2010-03-27.
3. Alexander, JM; et al. (April 1992). "Randomized controlled trial of breast shells and Hoffman's exercises for inverted and non-protractile nipples,".

۱۲- جینیکوماستیا.

جینیکوماستیا په نارینه جنس کې دهورموني تشوشتاودیسبلانس په نتیجه کې دثديې غیرعادي اوترحذیات متبازرغتیوالی څخه عبارت دی (جانسن ر اومراد م، ۲۰۰۹).

ویشن اوکلاسیفیکیشن:

جینیکوماستیا دسن، داندازې تبارز اوسببی عاملودمخي په لاندنیو ډولو باندي ویشل کیږي:
۱- دسن په لحاظ:

۱- دنوزیروماشومانوجینیکوماستیا- معمولاً تر ۳-۴ اونیودوام وروسته پخپله عادي کیږي.

۲- دبلاغت یا پویریتیت جینیکوماستیا- معمولاً تریوه کاله اوبعضاًهم تردووکالو دوام وروسته دریگریس سره مخامخ اوعادي حالت ته راگرزي (۶۹):

۶۹- شکل: دبلاغت یا ځونی جینیکوماستیا



۳- دکاهلانوجینیکوماستیا- په لورسن کې دستسترون دقلت اوپروجسترون ډډیرنیت دامله منځته راځي (۷۰- شکل):

۷۰- شکل: دلورسن یا کاهلانو جینیکوماستیا



۴- کاذبه یاسویدوجینیکوماستیا- په داډول جینیکوماستیاکي یوازې شحمی انساج هایپر تروفیا مومي، خوغدواتي نسج برعکس داتروفیا سره مخامخ کیږي. په ډیروچاغوادو ادیپوزیتاس په مریضانوکي، چي باډي- ماس اندکس ئې تر ۳۰ لوړ وي، اکثرآ پسودو جینیکوماستیا یا لیپوماستیا لیدل کیږي.

۱۱- دتبارز اواندازې دمخې:

دثدیې دغټواله، اندزې اوجلدي زیاتوالي دمخې جینیکوماستیا پرخلورودرجوویشل کیږي:

۱- درجه ۱: دغدې خفیف غټوالی بېله اضافی جلد

۱۱- درجه ۲: دغدې متوسط غټوالی بېله اضافی جلد

۱۱۱- درجه ۳: دغدې متوسط غټوالی داضافی جلدسره

۱۱۱۱- درجه ۴: دغدې متبارزغټوالی داضافی جلدسره

-Grade I: Minor enlargement, no skin excess

- Grade II: Moderate enlargement, no skin excess

- Grade III: Moderate enlargement, skin excess

- Grade IV: Marked enlargement, skin excess

ايتيوپا توجينيز:

دجينيكوماستيا په پيداينت كې دپروجسترون په گټه دبنځينه هورمونو (پروجسترون) اونرینه هورمونو (اندروجن) دتناسب دعدم توازن اوديسبلانس مهم رول لوبوي اوپه لاندني اشكالوسره ليدل كيږي:

- داندروجن هورمونو قلت (هاپيوگناديسموس).

- دايستروجن ډيرنيت (هايپرايستروجينيزموس).

- دكبد او كليتانو مزمن امراض، وظيفوي تشوشات اوالكهولزم.

- ولادي امراض لكه داضافي اروماتاز سيندروم يا اروماتيز ايڅځيس سندروم.

- دځينو دواوو لكه سيميټيدين، رينيتيدين، امپرازول، سپيرونولكتون، فيناستيريد، نيفيديپين،

ويراپاميل، ريسپيريډون، اميتريپتلين، فينوتيازين اوسولپيرايډ داوردمهاله استعمال په نتيجه كې.

- دانسولين لايك گروټ فكتور ډيرنيت:

د ميرخ اوهمكارانو (۲۰۱۵- ډنمارك) تحقيقاتو دمخې دانسولين لايك گروټ فاكټور (انسولين

مشابه وډنيزعامل) جگ مقدار، خاصتاً پروجسترون دلوړيدا په صورت كې هم دجينيكوماستيا په پيداينت كې رول لوبوي.

تداوي:

- ددردي په صورت كې دنان ستيرويډل انلجزيكوڅخه استفاده.

- دنان اروماتازيبيل اندروجن (دايهيدروتستيسټرون) توصيه.

- دخاص تبارز، اوږدمهاله دوام او كاسميتيک هدف دپاره دپلاستيكي جراحي اصلاحي مداخلاتو ته اړتيا ده، چې دسبکوتانيس ماسټيكتومي په شكل اجرا كيږي.

۷۱- شکل: دعملیات مخکی اووروسته مقایسوی حالت



1. Copenhagen Puberty Study → Mikkel G. Mieritz, Lars Lau Rakêt, Casper P. Hage u. a.: longitudinal study of growth, sex steroids and insulin-like growth factor I in boys with physiological gynecomastia. In: The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, veröffentlicht online 19. August 2015, doi:10.1210/jc.2015-2836; endocrine.org
2. Johnson RE, Murad MH (November 2009). "Gynecomastia: pathophysiology, evaluation, and management". Mayo Clinic Proceedings. 84 (11): 1010–1015

پنځم څپرکی

د ثديې التهابي امراض

Breast inflammatory disease

1- د حلیمې چاودې:

Nipple fissure / jogger's nipple or cracked nipple:

د حلیمې چاودې د غوټې پر سر یا قاعده کې د میخانیکي تماس او فشار د کبله د اپیدیرمیس د تخریب او چاودنې څخه عبارت دی. داچې حلیمه د حسي ریسپیتور په لړنه سره ډیره بډایه او غني ده، نوهر تخریب او چاوده ئې د شدید درد سره مخامخ وي.

اسباب:

د حلیمې د چاودې اسباب په مشخصه توګه په لاندې ډول دي:

- د حلیمې شدید احتکا ک او سولیدا د تنګو او نامناسبو کالیو یا کوم نورو ناورو توکو پواسطه خاصتاً د درانه کار، سپورټ او ځفاستو په جریان کې.
- هورموني تغیرات او بینظمي د ژوندانه په مختلفو مرحلو کې.
- الرژیکی تعامل د سینتیتیکو جامو یا ځان پریولو موادو په مقابل کې (صابون، شامپو، پوډر اونور).
- پرحلیمه باندې د ترحد زیات فشار د کبله خصوصاً د جنسي عمل په وخت کې د مقابل لوري سره د ټینګ تماس په نتیجه کې.
- د حلیمې وچواله او کلکتیا.
- د حمل په دوره کې د ثديې تغیرات.
- د پاجیت مرض د کبله، چې د ثديې د سرطان یو خاص او نادر شکل دی.

- دماشوم دغانښ پواسطه دحليمې سوليدا اوتخريش، خصوصاً دماشوم دغانښ زيرون په لمړۍ مرحله كي.

- ماستايتيس او دتي ابيسي.

- دثديې ميكوزيس (كانديدوزيس).

- Friction
- Hormonal Imbalances or Changes
- Allergic Reactions
- Paget's Disease
- Sexual Activity
- Pregnancy
- Dry or Cracked Nipples
- Breast feeding and Latching Problems
- Teething Baby
- Candidiasis or Thrush on the Nipples
- Mastitis
- Breast Abscess

2- دثديې التهابات:

دثديې التهابات د ماستيت يا ماستايتيس په نامه ياد او د التهابي پروسې د شدت دمخې په حاد او مزمن شكل سره ليدل كيږي:

I- حادماستائیتیس

حادماستائیتیس د لنگون وروسته په ۲-۱۰٪ سلین لنگو بنځو کي لیدل کیږي. ماستائیتیس د ټیډی دنسج دحاد التهاب څخه عبارت دی، چي اکثره د شیدو ورکولو په دوران کي نسج ته دمکروب دنفوذ او ودي په نتیجه کي مینځته راځي، خوبعضاً بیا نور عوامل هم لري، چي د شیدو د ورکړي سره مستقیمه اړیکه لري.

ایتیو- پاتوجینیزیس:

مکروبي عوامل دجلد دعادي مکروفلور څخه عبارت دي، چه د ټیډی نسج ته په نفوذ سره دنسج دالتهاب سبب گرزي. دټیډی نسج ته دانتان انتشار په لاندني حالاتو کي صورت نیسي:

- دحلیمی دچاودي او شپړیدو په صورت کي ټیډی ته دجلدی انتان دنفوذ په نتیجه کي.
- ټیډی ته دانتان نفوذ دماشوم دخولې دطریقه په صاعده ډول.

- دشیدو رکودت، ستازیس او دقنات احتقان چي په ټیډی کي دانتان ودي دمساعد عامل په حیث د داخل دلوري د هیماتوجن انتان دنفوذ دپاره مخکین رول ادا او دانساجود ماوفیت سبب کیږي.

د ریسک فاکتورونه:

- دقناتو ولادي انومالیاوي.
- دحلیمی انومالیا (لنډه حلیمه، نوتې حلیمه).
- دحلیمی امراض (ماسیریشن، قرحه، ایکیزیم، چاوده اودرز).
- د ټیډی د ترضیضاتو او تیرو عملیاتو په نتیجه کي دتي ديفارمیشن.
- هایپر لاکتینیمی.
- دضد حاملگی مستحضراتو استعمال.
- د ترانکویلازرو او مشابه الاثره دویاتو استعمال، چي دمیوفبرین د تقلصاتو د ضعف سبب گرزي.
- ماستوپاتی.

- تاپرايد ديسفنكشن.

- دنیکوتین استعمال.

کلاسیفیکیشن:

۱- دایتیالوژیکی عامل دمخې په ترتیب سره:

- ستافیلوکوکوس آوریوس ۹۰٪

- سترپیتاکوک

- همدارنگه گرام نیگاتیف جراسیم لکه:

- پروتیبوس، پسویدوموناس، ایشیریخیا کولای او نور.

۲- دانتان ددخول او پاتوجینیز دنظره:

آ- دحلیمې سولیدا اوچاودی: انتان دحلیمې دچاودیدلي سطحې دلاري نسج ته نفوذ او وده مومي.

بی- دقناتورکودت اواحتقانی تخریب: انتان دقنات داحتقان او بندښت او دشیدو دتراکم په نتیجه کې دثدبې نسج ته انتشارمومي.

ج- انتان دماشوم دخولې دلاري په صعودي شکل سره نیپل اوقناتوته نفوذمومي.

۳- دتي دنسج دماؤفه برخي دمخه:

آ- ادینیت یا ادینایتیس

بی- سیلولیت یا سلولایتیس

آ- ادینایتیس دثدبې د تولیدي برخي (دلوبو اوقناتو) دالتهاب څخه عبارت دی.

بی- سیلولایتیس دثدبې دستروما یا استحکامي برخي التهاب ته ویل کیږي.

۴- دالتهابي وصف دمخي:

آ- سيروزل يا مصلي ماستايتيس.

بي- تقیحي ماستايتيس.

۵- دالتهاب ددوام دمخي:

آ- حاد ماستايتيس.

بي- مزمن ماستايتيس.

۶- دپتالوژيكي تغيراتو او التهابي وتيري دسير دمخي:

- مصلي يا سيروزل ماستايتيس.

- ارتشاحي مرحله يا انفلتراتيف ماستايتيس.

- ابيسيس يا ابيسيديال ماستايتيس- دتي په ساحه كي محدود سوی قیحي تراکم په منفرد او متعدد شکل.

- فلگمون يا فليگمونوز ماستايتيس- دتي په ساحه كي لامحدوده وسيع او منتشره قیحي وتيره.

- گانگرين يا گانگرينوزماستايتيس .

۷- ماستايتيس د ولادت اولکتیشن په تراو:

آ- پوپيريرال يا شيدنيز ماستايتيس ۸۵- ۹۰٪.

بی - نان پوپيريرال يا غيرشيدنيز ماستايتيس ۱۰- ۱۵٪.

آ- پوپيريرال يا شيدنيز ماستايتيس:

شيدنيز ماستيت د ولادت وروسته معمولاً د لکتیشن يا تی ورکولو په لمړيو درو مياشتو يا دتي څخه د ماشوم دجلاکولو په مرحله كي واقع اودکثرت دمخي دعمومي ماستيت ۸۵ - ۹۰٪ سلين

تشکیلوي. دغه ډول ماستیت عمدتاً د شیدو درکودت یا لکتوستازیس، د حلیمې دچاودو اودتي د حفظ الصحې دنه رعایت په نتیجه کي مینخته راځي.

بي - نان پوپرپیرال یاغیر شیدنیز ماستایتیس:

دادول ماستایتیس په ۱۰-۱۵٪ واقعاتو کي لیدل کیږي، د ولادت سره تړاو نلري او عمدۀ لامل ئې دغدي اناتومیکی تغییرات، ترضیضات، حاملگی، د ماشومانو ماستیت، هورمونل تشوشات، وایرال انفکشن، پرنډیه باندي شعائي تاثیرات او د بدن د ایمون او دفاعي سیستم ضعف او کمواکي گڼل کیږي.

تشخیص او معاینات:

د ماستایتیس تشخیص عمدتاً د ثديې د تریپل اسیسمنت په مرسته چي د کلینیکي- لابرآتوري، رادیولوژیکی او هستولوژیکی معایناتو څخه متشکل دی، تر سره کیږي:

کلینیکي لوحه:

دمریض کلینیکي لوحه د التهابي وتیرې د نوعیت، وسعت، مرحلې او انتکسیکیشن د شدت مطابق تبارز مومي.

انامنیز:

شکایات : عمدتاً په لاندي ډول دي:

الف - موضعي نښي:

- د درد او دروندتیا احساس

- د ثديې د جسامت غټواله د غدي د پارسوب او ایما دکبله.

- د جلد درنگ سورواله د التهاب په وجه.

- د التهابي ناحیې لوړ حرارت دنارمل قسمت په پرتله.

ب - عمومي علايم:

- تبه او سردردې چې بعضاً د ساړو (يخنې) او رپرډ يا لړزې سره مل وي.

- عمومي کسالت، کمزورتيا او د غړو درد.

- بې اشتهايي.

دپورتنیوکلينيکي اعراضو شدت عمدتاً د التهابي وتيرې دنوعيت، فيز اوکلينيکي سير پر اساس تعينيري، خو لابراتوري، ولتراسونیک او راديولوژيکي معاینات دهغوی دموثقيت او تثبیت دپاره مهم رول لوبوي. حاد ماستايتيس د ودی او التهابي سير دمخي لاندني مراحل طی کوي:

۱- لکتوستازيس:

- دتي په محدوده ساحه کي دلوبوس مطابق خفيف درد، چه دلاس پواسطه دنرم فشاری حرکاتو او مساز په مرسته آراميري.

- دتي په محدوده ساحه کي په جس سره دلوبوس دکانفيگوريشن مطابق دحساسي کتلې موجوديت، بيله دې چې سورواله او حرارت وجود ولري.

- په عمومي وضع او د وینو معایناتو کی دانٹاکسيکيشن او التهاب علايم نه ليدل کيږي.

- ولتراسوند: دثديې دانساجو په لوحه کي کم خاص تغير نه ليدل کيږي، يوازي د انسدادی لوب په ناحیه کي دشيدو د غونډېدا او رکودت نښه او د مربوطه قنات توسع د توجه وړگنل کيږي.

۲- سيروزل ماستايتيس:

- دتي په محدوده ساحه کي درد، چه دنرمو حرکاتو په مساز سره آرامتيا نه مومي.

- دتي په محدوده ساحه کي په جس سره دکتلې موجوديت، چی وسعت ئې دلوبوس تر ساحي وسيع وي.

- دماؤفي ساحې جلد احمراري رنگ او لوړحرارت لري.

- په عمومي وضع کي دانٹاکسيکيشن د علايمو شتون (کمزوري، کسالت او کم اشتهايي).

- تبه سفبريل شکل لري (۳۷،۵-۳۸).

- د وینو په معایناتو کی دالتهاب نښي لکه خفیف لوکوسایتوز(۱۰۰۰۰- ۱۳۰۰۰) لور سیدیمینتیشن (۱۵-۲۵) او د سی ریاکتيف پروتین لوروالی د ۵-۱۵ پوري لیدل کیږي.

التراسوند:

په داډول ماستیت کي جلد، تحت الجلد اودغدې پارینشیم متورم اوادیماتوزشکل لري، په ماوفه ساحه کي قناتونه تر ۳-۴ ملیمتروپوری متوسع، چي بعضاً هم دلکتوستازد کبله دسیستیک ډوله دیلاتیشن په غوره کید وسره گالکتوسیل تشکل مومي.

۳- انفلتراتیف ماستایتیس:

- په دې مرحله کي دناروغ موضعي او عمومي علایم نور هم وخامت مومي، دتي درد شدید، پرسوب ، کلکواله او سورواله منتشر شکل غوره کوي، دثدیې موضعي حرارت نور هم لوړیږي، د انتاکسیکیشن علایم لکه متداومه لوړه تبه (۳۸-۳۹ درجې) چي په وقفه ئی توگه تر ۴۰ درجو پوري هم رسیږي ، لږزه، کمزوری اوبی اشتهائي دمریضانو دلا وخامت اساسي شاخصونه گڼل کیږي.

- لوکوسایتوز تر (۲۰۰۰۰-۱۵۰۰۰)، سیدیمینتیشن تر(۴۰) او سی ایر پی تر (۳۰) پوري لوړیږي.

التراسوند:

په داډول ماستیت کي دپورتنیو تغیراتو سربیره، په ماوفه ساحه کي د ایکوجینیتی ټیټوالی، چی مشکوک او غیرمنظم سرحدات لري، لیدل کیږي.

۷۲- شکل: انفلتراتیف ماستایتیس



۴- ايسيديال ماستايتيس:

ايسيديال ماستايتيس د تخريبي او ديستروكتيف ماستايتيس لمړنۍ مرحله ده چي د انفلتراتيډ ماستايتيس دنه تداوی يا نادرستی تداوی په صورت کي مينځته راځي. دابسي دتشکل په صورت کي ددبې د پورتنیو موضعي ننبود لاشدت او عمومي وضعي د وخامت د ډيرنست سربيره لکه شديد درد، ددبې سورواله، غټوالی، کلکتيا او پرسوب، د ۴۰ درجو په حدود کي دايمي تبه، لرزه، سردردي، تنده، ځان دردي، بی اشتهايي، خواگرزی او کموکي) په جس سره دابسيس دناحيې تموج يا فلوکتویشن هم راپيداکيږي (۷۳- شکل):

۷۳- شکل: ايسيديال ماستايتيس



- لوکوسایتوز د ۲۰۰۰۰-۳۰۰۰۰، سیدیمینتیشن د ۴۰-۵۰ او سی آر پی د ۴۰ څخه جگ وي.

التراسوند:

داپستوماتوز یا دیستروکتیف ماستیت په صورتکي دغدې نسج دغالوزو د شیرگیني(خالي) یا غلبیل په شکل د ۳-۵ ملیترو په ابعادو مدورو ایکونیگاتیفو اجوافوڅخه عبارت ده. دابسیس دولتراسوندلوچه په لمړي سرکي د مدورشکله غیرواضح ایکونیگاتیف نامنظم جوړښت څخه عبارت دی، چي په مینځ کی ئي ایکوپوزیټیف اجزاوي قرارلري. دابسیس په بعدي مرحله کي، کله چي ابسیس تشکل ومومي، د واضح، منظم کاپسول پواسطه محدود او محتویات ئي په تدریج سره ایکونیگاتیف شکل غوره کوي.

۵ او ۶ اپوستاماتوز ماستاتیس:

داپوستوماتوز (فلگمونوز اوگانگرینوز) ماستاتیس په حالت کي عمومي وضع نور هم دوخامت لوري ته ځي، ناروغ فوق العاده ضعیف، انتاکسیکیشن ډیر بارز شکل لري، شدید تنده، ژبه وچه، رنگ الوتی، په زهیر رغ خبري او بعضاً هم په پرتو او هزیاناتو پیل کوي.

۷- د ماشومانو ماستاتیس:

ماستاتیس په ماشومانو کي په خورا ندرت سره لیدل کیږي. د ډاکټر فادن هاورد (۲۰۰۵) د مضمون دمخي دناروغي د ماشومانو د دیپاتمنت په ناروغانو کي د ۹ کلو په بهیر کي صرف په ۲۲ واقعاتو کی، چي ۹ واقعات ئي د درو اونيو څخه تر دوو میاشتو په عمر، ۴ تنه تر یوکلنی پوري او متباقي ئي عمدتاً تر یوولس کلني سن پوري وه، اکثرآ دابسی په شکل تثبیت سویده. دناروغانو تشخیص او تداوي دلویانو په شان دمرض دعمومي پروتوکول پراساس تر سره کیږي.

۷۴- شکل: د ماشوم ماستاتیس



Reference:

Faden, Howard MD: Mastitis in children from birth to 17 years. The Pediatric Infectious Disease Journal: December 2005 - Volume 24 - Issue 12 - p 1113

تشخيص :-

ماموگرافي:

دامعاينه دحاد ماستايتيس په تشخيص كې د ولتراسوند په پرته كه څه هم لراطلاعات وړاندي كوي، خو دثديې دتخريباتو اونوعيت په تفريقي تشخيص كې مهم رول لوبوي.

معالجي مانجمنت:

دامستايتيس معالجي مانجمنت پر دوه ډوله دى:

۱- محافظوى او كانسرواتيډ تدابيرونه.

۲- جراحي تكنيك او مداخلات.

۱- محافظوى او كانسرواتيډ تدابيرونه:

د ماستايتيس عمومي محافظوى او كانسرواتيډ تدابيرونه دلاندنيو اصولو پراساس ترسره كيږي:

- په كافي اندازه سره استراحت او دستريسي او روحي فشار اعظمي كمښت.

- ثديه بايد په څرېدلي وضعیت کې نه بلکې د شيدو د ډميدو او رکودت د مخنيوی په موخه په لوړحالت کې وساتل سي.

- د تنگو کالو او سينه بنده څخه صرف نظر وسي، څو پر تي باندي د وارده فشار دامله د شيدو رکودت او بندښت مينځته رانسي.

- ماشوم ته په منظمه توگه د تي ورکړني يا برېست فيډينگ ادامه، پداسي حال کې چې د تي د ټولو برخو د متوازنې تخليبي په موخه بايد چې د مور په غبرکي د ماشوم وضعیت ته مناسب تغير ورکول سي.

- په شيدوکي د واضح قيح د موجوديت او يا د ماشوم دلوري د شيدو د رديدا په صورت کې د تي تخليه د شيدکښ پواسطه (۵-۶ ځله په ورځ کې) حتمي گڼل کېږي.

- د ماستيت په لمړيو ۳ ورځوکي پر تي باندي ديځ کمپريس تطبيق دهر لکتیشن وروسته د ۱۵ - ۲۰ دقيقو پوري.

- د درو ورځو بعد د ماؤفي ناحيې تود ټکور.

- د نديي نرم او خفيف مساز خصوصاً په سخته او کلکه ناحيه کې.

- د ميوسايټو دننه او شيدو د تخليبي په موخه ځني مؤلفين دورځي ۲-۳ ځله د تي ورکړني مخکي د اوکسيتوسين تحت الجدي زرق (۳، ۰ سيسی) توصیه کوي.

- د شيدو د رقاقت او تخليوي اسانتيا دپاره بايد مور ۲۴ ساعتو کې په کافي اندازه سره (۳-۴ ليتره) مايعات وچښي.

- د درد د تسکين، تبي او التهاب د تنقيص دپاره د درد د شدت مطابق نان ستيروئيډال انالژيک، چې ماشوم ته هم استطباب ولري په فمي او وريدي شکل سره تطبيقېږي (پاراسيتامول، اسيتامينوفين، بروفين).

- په ډيرو شديدو دردو کې بين الضلعي بلوکاژونه د موضعي انسټيټيک پواسطه اجرا کېږي.

- انتیبیوتیکوتیراپی د انتیبیوگرام دنتیجې مخکې لمړی دسیمې سینتیتیک (دای اوکزاخیلین) یا دوسیع الساحه انتیبیوتیک پواسطه سره چې ماشوم ته هم استطباب ولري (دپینسلین او سیفالوسپورین مستحضرات).

- دانتي بیوگرام وروسته بیادانتیبیوگرام دنتیجې مطابق دماشوم دپاره کمزره انتیبیوتیک انتخابیږي.

- دشدید انټاکسیکیشن په صورت کې دامیعاتو کافي اندازه چنبل او د لزوم په حالت کې وریډي انفورژن تطبیقېږي.

- ددیستروکتیف ماستیت تداوي (ابسیدیال، فلیگمونوز او گانگرنوز ماستایتیس) دپورتنیو تداویروسر بیره دجراحی مداخلې ته ضرورت لري، چې دشق، نکرکټومي اودریناژ په واسطه صورت نیسي.

- فزیوتیراپی د ولتراویولیت، سولوکس اونورو تودونکو څراغو او آلتو پواسطه دماستایتیس په تداوي او دالتهاب په کمښت کې ګټور رول لوبوي.

۲- جراحی تکتیک:

- جراحی تداوي دلنډمده عمومي انستیزیا په مرسته، چې د وریډي (انټراوینوز) یا لارینکس ماسک په شکل وي، ترسره کیږي.

- دعمومي جراحی داصولو مطابق صدر مکمل دانتیسیپتیک محلول پواسطه تطهیرېږي.

- ناروغ دستیریلو مخکښو پواسطه پداسي ډول سره چې یوازي ثډیه ښکاره وي، پوښل کیږي.

- دثډیې دابسیس تخلیه په دوه ډوله صورت مومي:

الف- دابسیس تخلیه دجوف دبدل پواسطه (۷۵- شکل).

بې- دابسیس دشق اودریناژ پواسطه.

- جلدي شق دابسیس یا فلگمون دموقعیت مطابق په شعائي یا رادیال شکل، منحنی ډوله پیری اریولر او

سب مامار هلال ډوله خط سره اجرا او په ترتیب سره قیحي محراق ته لاسرسی موندل کیږي (۷۶- شکل).

- دابسیس جدار شق، محتویات اسپری، دمره انساجو ټوټې او سیکویسترونه قطع او اخراجیږي،

مکرر لواژ اجرا اوساحه کاملاً پاکیږي (۷۷- شکل).

- د متعددو جوفو د موجودیت په صورت کې، مجزا جوفونه هر یو جوف په پورتنۍ ډول سره شق او تخلیه کېږي، خو د مجاورو جوفو په صورت کې د اضافي جلدي شقوقو مخنیوي او د اجوافو د دریناژ داسانتیا په موخه مجاور جوفونه د ګاونډو جدارو په قطع یو ډبل سره وصل، تخلیه او دریناژ کېږي.

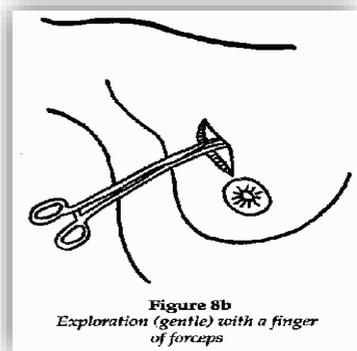
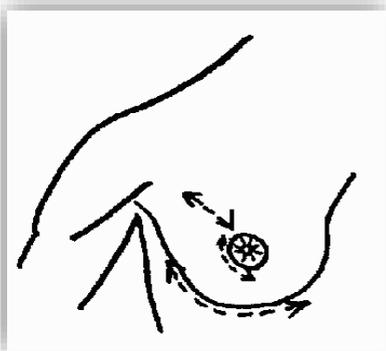
- په آخر کې د محراق د متداوم دریناژ په موخه تیوب په جرحه کې تثبیت او جرحه په معقم او ورجسته پانسمن سره پټه، عملیاتی پروسه ختم او درن د واکوم سیستم سره وصلېږي.

۷۵- شکل: دابسیس تخلیه د بډل پواسطه د ولتراسونډ تر کنترول لاندې



۷۶- شکل: د جلدي شقوقو مسیر دابسیس د موقعیت مطابق (رادیاډال، پیری اریولر، سب مامار)

۷۷- شکل: دابسیس د شق توسع د پانس یا ګوتني تسلیخ پواسطه



II - دندېي مزمن التهابات يا گرانولوماتوز ماستائيتيس:

Granulomatous Mastitis

مزمن مزمن ماستائيتيس د ايتيالوژيکي اسبابو دمخي لاندني ډولونه لري:

- توبرکلوزي ماستيت

- سارکوئيدل ماستائيتيس

- سيفيليتيک ماستيت

- فانگال ماستيتيس (اکتینوميکوزيس)

- ايډيوپاتيک گرانولوماتوز ماستائيتيس

- سيلیکون ايندوسډ گرانولوماتوز ماستائيتيس

۱- توبرکلوزيک ماستائيتيس:

دندېي تي بي دندېي ډټولو امرازو دجملې څخه په انکشافی هیوادوکی (۱، ۰٪) او په پاتو ټولنوکی د (۳-۶٪) پوري واقعات تشکیلوي (هامیت اوهمکاران، ۱۹۸۲). په هند کی دا مرض په ۳٪ واقعاتو کی لیدل کیږي، چي انسیدنس ئې دندېي دسرطان په پرتله پنځه ځلي لږدی (خانار. اوهمکاران، ۲۰۰۲). دمکرجي پ اوهمکارانو (۱۹۷۳) دنظره دندېي نسج دطحال او سکیلیتل عضلاتو د انساجو په څیر د توبرکلوز د انتان د ودي او تکثرپه مقابل کی خاص مقاومت لري.

پاتوجینيزيس:

دندېي توبرکلوز دوه حالته لري:

۱- پرایمري یا ابتدائیه توبرکلوز- په خورا لږگون سره لیدل کیږي (۱۰٪).

۲- سیکوندری یا تالی توبرکلوز- دندېي ډټی. بي. اکثریت تشکیلوي (۹۰٪).

۱- په پرایمري توبرکلوزکی توبرکلوزي انتان معمولاً دنیپل دلاری شیدنیز قنات ته اويا دندېي دجلد دتخریش او چاودون د امله دندېي نسج ته دمکروب دنفوډ په نتیجه کی را منځته کیږي.

۲- دثديې تالي توبركلوز عمدتاً د توبركلوز داوليه محراق خخه (لكه سري، ميدياستينل او اكسيلرلمفاوي عقدات) دهيموتوجينيك انتشار په طريقه اويا دماؤفه مجاورو ضلعو خخه دمستقيم انتشار په نتيجه كي مينخته راځي (كاكر س، ۲۰۰۴).

توبركلوزى ماستيت په درو كلينيكې ډولونو ليدل كيږي:

- نودولر ماستيت

- سكليروتيك ماستايتيس

- منتشر يا ديسيمينيتيد ماستايتيس

دتوبركلوزيك ماستايتيس كلينيكې لوحه پټ او آرام سيرلري. دمرض عمومي علايم او د وينو تغيرات معمولاً وجود نلري، يوازي په ۱۵-۲۰٪ واقعاتو كي د اناكسيكيشن خفيف علايم لكه تبه، ضعيفي، كمواكي، بى اشتهاي، دشپې خولې او د وزن كمښت ليدل كيږي. دمرض په سير كي موضعي نښي په سوكه ډول سره پرمخ ځي.

- په نودولر شكل كي چي د تي د توبكلوز ۶۰٪ تشكيلوي، په ثديه كي دغتي يا كتلې په شان موجوده تغيرات، چي په سوكه ډول سره وده كوي، دناروغ توجه ځانته جلبه او اكثرأ دطبي څيړونكو دلوري په لمري سركي د فبروادينو ما يا كنسرپه اشتباه تر څيړنيز بهيرلاندي نيول كيږي.

- منتشر ماستايتيس دكازيوز نكروزيس او ساينس يا فيستول په تشكل سره تخريباتي سيرلري.

- سكليروتيك ماستايتيس عمدتأپه زاړه سن كي ليدل كيږي، بطي سير لري، چي اكثرأهم د اېسپس دتشكل سبب كيږي.

تشخيص:

دتوبركلوزيك ماستايتيس په تشخيص كي دمانتو دتست سربيره ولتراسوند، ماموگرافي او هستو پتالوژيكي معاينات مهم رول لوبوي. چي په ترتيب سره په لاندني ډول ترسره كيږي:

- دمانتو تست

- ولتراسوند

- ماموگرافي

- نيڊل بايوپسي، چي سمپل ئي دڅيڙني دپاره مربوطه لابراتور ته ليرل كيږي:

آ- باڪٽريولوژيڪي معاينات

بي- مورفولوژيڪي (سائيتولوژيڪي او هستوپاتولوژيڪي) معاينات

- انسيژن بايوپسي

تداوي:

د توبركلوز دتداوي عمومي شمه د ښپرو (٦) مياشتو دپاره په لاندني ډول توصيه كيږي:

١- لمړي دوه مياشتني کورس:

ايزونيازايد + ريفامپيسين + ايتامبوتول + پيرازين اميد (دوو مياشتودپاره).

٢- دوهم څلورمياشتنني تعقيبي کورس:

ايزونيازايد + ريفامپيسين (دڅلورومياشتودپاره).

Reference:

1. Hamit HF, Ragsdale TH. Mammary tuberculosis. J Roy Soc Med 1982; 75 : 764-5. Back to cited text no. 1
2. Mukerjee P, George M, Maheshwari HB, Rao CP. Tuberculosis of the breast. J Indian Med Assoc 1974; 62:410-2. Back to cited text no. 2
3. Khanna R, Prasanna GV, Gupta P, Kumar M, Khanna S, Khanna AK. Mammary tuberculosis: Report on 52 cases. Postgrad med J 2002; 78: 422-24. Cited text. no.3

4. Kakker S, Kapila K, Singh MK, Verma K. Tuberculosis of the breast. A cytomorphologic study. Acta Cytol 2000; 44:292-6. Back to cited text no. 6

۲- ایدیوپاتیکی گرانولاموتوز ماستایتیس:

داهول ماستیت چي ایتیلوژیکی عامل ئې پوره معلوم نه دی. دلپري ځل دپاره په ۱۹۷۲ کي دډاکټر کیسلر او والوخ دلوري دنارولوژیک واحد په توگه طبع او پیژندل سو. دا ناروغي معمولاً د ۱۷- ۴۲ کلنی پوری لیدل کیږي. که څه هم دمرض پوره علت معلوم نه دی، خوداچي اکثرآ دداسي حالاتو سره لکه اوتوایمون ناخوالی، د کونتراسیپتیف یا حاملگي ضد درمل استعمال، هایپرلکتینیمیا او الفا- انټی تریپسین لږتون یا فقدان سره مل وي، نوداسي فکر کیږي چي همدغه تغیرات به ئې دپیداینت لامل گزري. دا مرض دحاملگي په وخت ډیرلږ لیدل کیږي اومعمولاً ۵-۶ کاله وروسته تر حاملگي مینځته راځي.

ډاکتر بینیلی. س. اوهمکارنوئي په ۱۹۹۶ کي دلپري ځل دپاره دگرانولاماتوز ماستایتیس په نسج کي د کرینوباکتریا مکروب موجودیت تثبیت کړ. وروسته بیا دځینونورو محققینو دخواڅخه د کرانولوماتوز ماستایتیس په نسج کي د کرینوباکتریا د موجودیت رپوټونه خپاره سول (ماتی. س. اوهمکاران-۲۰۰۵، تاوچ آ. اوهمکاران- ۲۰۱۶). داچي دگرانولر ماستایتیس په ټولو واقعاتوکي یاد مکروب نه موندل کیږي، نودمکروب تراوسه دمرض دعامل په توگه نه بلکه د ضمیموي عنصر په حیث پیژندل کیږي.

دمرض نښي:

دمرض علامې په لاندې ډول دي:

- دتي په يوه برخه کي دکتلې، غتي یا غونډوري پیداينت.
- دغتي دناحیې په مربوطه جلد کي سوروالی او التهابي علايم.
- بيده درد.
- دنپیل افرازات اودیسجارج.
- بعضاً دجلد نارنج شکله تغیر.

- دفيستولا تشكل

- دلمفاوي عقدو ضخامه

- په لږو واقعاتو كې تبه، دمفاصلو دردونه، سترپيا كسالت او كمواكي.

References:

1. Binelli C, Lorimier G, Bertrand G, Parvery F, Bertrand AF, Verrielle V (1996). "Granulomatous mastitis and corynebacteria infection. Two case reports". *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 25 (1): 27–32.
2. Mathelin C, Riegel P, Chenard MP, Tomasetto C, Brettes JP (2005). "Granulomatous mastitis and corynebacteria: clinical and pathologic correlations". *Breast J*. 11 (5): 357. doi:10.1111/j.1075-122x.2005.21562. x.
3. Mathelin C, Riegel P, Chenard MP, Brettes JP (2005). "Association of corynebacteria with granulomatous mastitis". *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 119 (2): 260–261. doi:10.1016/j.ejogrb.2004.08.003.
4. Tauch A, Fernández-Natal I, Soriano F (2016). "A microbiological and clinical review on *Corynebacterium kroppenstedtii*". *Int J Infect Dis*. 48: 33–39.
5. Wong SC, Poon RW, Foo CH, Ngan AH, Tse H, Lam VC, Leung TH, Wong CP, Cheng VC, Chen JH, Yuen KY (2018). "Novel selective medium for the isolation of *corynebacterium kroppenstedtii* from heavily colonised clinical specimens". *J. Clin. Pathol*. 71 (9): 781–786. doi:10.1136/jclinpath-2017-204834. PMID 29593062.
6. Lai, E. C. H.; Chan, W. C.; Ma, T. K. F.; Tang, A. P. Y.; Poon, C. S. P.; Leong, H. T. (2005). "The Role of Conservative Treatment in Idiopathic Granulomatous Mastitis". *The Breast Journal*. 11 (6): 454–456. doi:10.1111/j.1075-122X.2005.00127. x. PMID 16297091.
7. Imoto S, Kitaya T, Kodama T, Hasebe T, Mukai K (1997). "Idiopathic granulomatous mastitis: case report and review of the literature". *Japanese Journal of Clinical Oncology (review)*. 27 (4): 274–277. doi:10.1093/juco/27.4.274. PMID 9379518.

شپږم خپرکی

دثديې سلیمه امراض

Breast Benign Disease

دتي سلیمه امراض دثديې دنسج هغه غیرعادي تغیراتو ته ویل کیږي، چي دهورموني بی نظمیو د کبله دحجراتو دنامنظمي ودي ، هایپرپلیژیا، آتیپیزم او اکثرآ توموري رشد سبب گزي، خو بطي سیر او غیر تهاجمي رشد ئي مجاورو او لیرو واقع احشاووته خطرنه متوجه کوي. دتي سلیمه امراض په لادي ډول دي:

- Cysts and fibrocystic disease
- Fibroadenomas
- Typical Hyperplasia
- Atypical Hyperplasia
- Intraductal Papillomas
- Phyllodes Tumors
- Lipomas
- Sclerosing Adenosis
- Fat necrosis
- Galactocele
- Galactorrhoea
- Radial Scars

دپورتني نوملځخه څرگندیږي، چي دتي سلیمه امراض اکثرآ دسلیمه تومورو په شکل لیدل کیږي. سلیمه تومور- دا تومورونه دحجراتو د آتیپک تکثرپه نتیجه کي تولیدسوی نسج دی، چی د بطي او محدود رشد دمخي مجاورو او بهرني انساجوته انتشاراو تهاجمي نفوذ نه مومي. دپورتنيو سلیمه

امراضو دجملې څخه دتي سلیمه تومورونه په لاندي ډول دي: هایپرپلیټیا، فبروآدینوما، لیپوما، فبروخیستیک ماستوپاتیا، سکلیروزینګ اډینوزیس، انټراډکتل پاپیلوما او فیلوډیس تومورونه. اوس به دهر نوزولوژیک واحد مفصله شرح وړاندي کړل سي:

1- فبروآدینوما:

فبروآدینوما دتي دسلیمه هورمون سینسیبل تومور څخه عبارت ده، چي دثديې دغدواتی او فبروتیک انساجود رشدپه مساویانه گډون سره ترکیب او دثديې دنورو سلیمه تومورو په پرتله په لوړه کچه او اکثریت سره لیدل کیږي.

خصوصیات:

- عمدتاً په ځوان سن کي (۱۵-۲۵)، خو بعضاً حتی تر ۵۰ کلنۍ پوري هم لیدل کیږي.
 - اکثرآ په سینگل یا یویز ډول، خوبعضاً په متعدد یا ډیرنیز تعداد سره هم لیدل کیږي.
 - د لمپ یاغټي اندازه معمولاً ۲-۳ سانتیمتره او شپې ئې اکثره مدور، بیضوي، دیسک ډوله اوبعضاً هم لوبولیر شکل لري.
 - دغټي یا غونډوري قوام سخت-رابړي، او کتله ئې آزاده اوډیره متحرکه وي.
 - دجدار سطحه ئې هواره، بنویه، منظمه، صافه، منظمه او سرحدات واضح شکل لري.
 - دنیپل ډیرترکشن او تغیراتوسبب نه کیږي.
 - هورمون حساسه یا هورمون سینسیټیف طبیعت لري، ځکه اکثرآ دبنځني هورمونو لکه پروجسټیرون او ایستروجن د اوج په دوروکي (بلوغ، تحیض او حمل) متبارز، حساس او دردناکه کیږي او په ختم کي ئې بیرته واړه او بی درده حالت غوره کوي.
- تشخیص:**

د اډینوم تشخیص دثديې ددرې گوني معایناتي کمپلکس یا ټریپل اسیسمنت په مرسته تر سره کیږي (انامیزاوفزیکي معاینات، ایمیجنگ او هستولوژی)، خو ولټراسونډ پکښی خاص رول لوبوي.

مانجمنت:

فبروآدینوما یوه سلیمه او بی ازاره وتیره ده، چي تقریباً په سرطان نه تبدیلېږي، نو ځکه د عملیات ضرورت اواستطباب ئې دطبابت په اوسني شرایطو کي کاملاً محدود او دمریض د مانجمنت په ستراتیژي کي ئې لاندنی درېگونې مرحلوي اهتمامات او اېشینونه مشخص او تثبیت کړېدي:

۱- دمریض کنترول او فلوپ داوولتراسن پواسطه د ۶-۱۲ - ۲۴ میاشتي په واټن.

۲- نیډل بیوپسي.

۳- جراحي مداخله او د کتلې ایستل.

پدی ترتیب سره په ئدیه کي دفبروآدینوما دکلینیکي یا امیجنگ تشخیص تر تثبیت وروسته دپورتنی ستراتیژي محتویات په ترتیب سره تطبیقېږي:

- په لمړي حالت کي مریض ته په پورتنی وختونو کي د دوو کالودپاره د ولتراسن مقایسوي فلوپ توصیه کېږي. په یاده موده کي دکتلې یا غونډوري دثابتي اندازې په صورت کي تشویش رفع او دبعدني معایناتو څخه صرف نظر کېږي.

- دتومور دمشکوک او تر سوال لاتدي جنسیت په صورت کي مریض ته ددوهم اېشین او اصل مطابق دولتراسن تر کنترول لاندی نیډل بیوپسي او متعاقباً سائتو- هستالوژیکي معاینات ترسره کېږي.

- ددریم اصل پراساس د سرسخته، ریجید او مکررو دردو او کازمیتیکي شکایاتو په صورت کي د مریض دخوښي او اسرار مطابق د ادینیکتومي عملیه ترسره کېږي.

- د درد په صورت کي ددرد تسکین د مروجو انلجریکو پواسطه.

- دشکایاتو نشتون یوازي کنترول او نظارت ایجابوي.

دثديې خيستيک يا فبروخيستيک امراض:

Fibrocystic breast disease (FBD), fibrocystic changes or fibrocystic breast condition:

دثديې خيست چي د فبروخيستيک ديزيز، فبروسيستيک تغيراتو او هورمونل ماستوپاتيا په نامه هم ياديږي، دثديې دفبروتيک نسج پواسطه دچاپيره سوي غدواتي کيست يا متعدده کيستو څخه عبارت دى. فبروسيستيک تغيرات سالم سيرلري او دکثرت په لحاظ دتي د لمپ يا کتلتي او غونډورکو امراضوپه جمله کې تر ټولو ډيرو لمړى ځاى لري. دا خيستيک تغيرات کابو په ٦٠٪ بنځو کي د رپيروکتيف سن په اوږدوکي تر ٥٠ کلنى پوري ليدل کيږي او د مينوپاوز وروسته دمينځه ځي. فبروسيستيک تغيرات معمولاً دوه طرفه دردمن او دردناک حالت لري. دردونه د ايستروجن په مقابل کي دهورموني حساسيت دمخي ساپکليک سير يا دوره ئي وصف لري او عمدتاً دتحيض په وخت کي پيدا او ډيريږي.

پاتوجينيز:

کيست ددواتي پارينکيماتوزنسج داتروفيا اوريجريس په نتيجه کي منځته راځي، چي دامله ئي خالي سوي ځاى دمتباقي مجورو اپيتيليل حجراتوپواسطه دمابع په توليد سره ډکيږي.

خصوصيات:

- عمدتاً درپيږودکشن په دوره کي د ٢٥ تر ٥٠ کلنى پوري په سيکليک ډول ليدل کيږي، چي په پيريمينسترووال پيريود يا دتحيض په وخت اوترهغه ترمنځه ددرد اوديسکمفورت سبب کيږي.
- د تومور دنسج جوړښت عمدۀ قسمت يا درې پر څلرمه برخه (٤/٣) دفبروتيک نسج او يوازي يو پرڅلرمه برخه دغدواتي نسج څخه متشکله ده، حال داچي په فبروادينوماکي د دواړو نسجو گډون په مساويانه توگه وي.
- اکثراً په سينگل يا يويز ډول، خوبعضاً په مولتپيل يا متعدد يا ډيرونيز ډول سره هم ليدل کيږي.
- شکل او شپې ئي عمدتاً مدور وي.

- قوام نرم، الاستيکي، رېري متمایل په سخت او کتله ئې آزاده اومتحرکه وي.

- جدار واضح، منظم، صاف، هوار وي.

- د نیدېل اسپیریشن په مرسته د کیست د جوف څخه ژپړه زرغون وېره مایع خرجیږي.

- دمونوپاوز وروسته درېگریس سره مخامخ، واړه اوحتی ورکېږي.

- دنیدېل د ریتړکشن سبب نه کېږي.

تشخیص:

د فبروخیستک تغیراتو تشخیص د ډډیې د درې گوني معیاناتي کمپلکس یا تریپل اسیسمنت (انامیز او فزیکي معیانات، ایمیجنگ او هستولوژی) په مرسته چې ولتراسوند پکښې مهم رول اداکوي، ترسره کېږي.

- په ماموگرافي کې د کیستیګ تغیراتو د شتون سربیره کالسیفیکیشن هم لیدل کېږي.

- دنیدېل اسپیریشن په مرسته د کیست د جوف څخه ژپړه زرغون وېره مایع خارجېږي.

- د کیست په جوف کې دهیموروژیک یا وینيزي مایع موجودیت، د اضافي ایمیجنگ معیاناتو او نیدېل بیوپسی ضرورت ثابتوي.

تداوي:

- لباس او تي جامه يا برا بايد تنگ نه اوپر تي د فشار سبب ونه گزري.

- بسیط او غیراختلاطي کیست خاصه تداوي نه ایجابوي.

- محجم او مزاحم کیستونه دنري ستنې پواسطه تخلیه کېږي.

- مکرر کیستونه چې په لږه موده کې دنکس او ریخیدیف سبب کېږي، د عملیات او کیست ایکتومي استطباب لري.

- د کیست په جوف کې دهیموروژیک مایع موجودیت، د اضافي ایمیجنگ او نیدېل بیوپسی ضرورت رامنځته کوي.

3 - فيلوديس تومور:

فيلوديس تومور چي دثديې دتومورو ۱٪ تشکيلوي، دپيري دکتل دسترومل حجراتو څخه منشه اخلي او د ۴۰- ۵۰ کلني په عمر په پريمينوپاوزال مرحله کي پيدا کيږي.

خصوصيت:

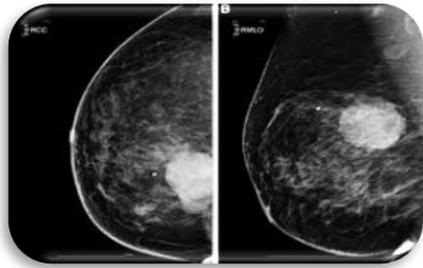
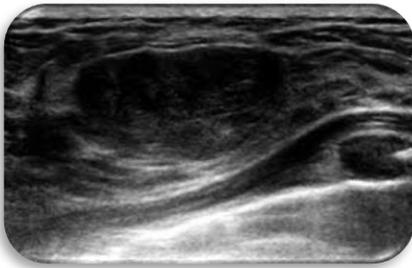
فيلوديس تومور دتي دکلکي، سختي اوسريع السيره محجمي کتلې څخه عبارت دي. داغتي که څه هم اکثراً سليمه سيرلري، خودسريع رشد اوغت جسامت (۴-۷ سانتي متره) دکبله د اخته کسانو دتدشويش، نارامتيا اوشکاياتو سبب گزي. دډاکټر تان ب اوهمکارانود څيړنو دمخي (۲۰۱۶) فيلوديس تومور په ۵۸٪ واقعاتو کي سليم، ۳۰٪ واقعاتو کي خبيث او ماليگنانت او په ۱۲٪ واقعاتو کي مشکوک او بوردلاین شکل احتواکوي.

تشخيص:

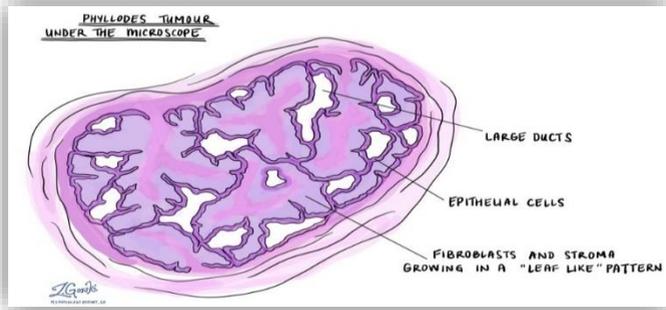
دډول تومورونه دخباثت دلور پوتنشيال په لرون سره بايد دايميچنگ او هستوپاتولوژيکي معياناتو پواسطه دقيقاً ترڅيړني لاندي ونيول سي.

۷۸ او ۷۹- شکلونه: دفيلوديس تومور تشخيصي معيانات

(ولتراسن او ماموگرافي)



۸۰- شکل: دفیلودیس تومور هستوپتالوژیکي کلیشه

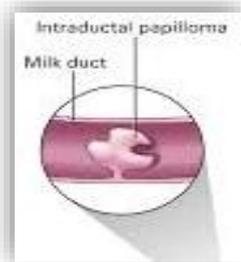
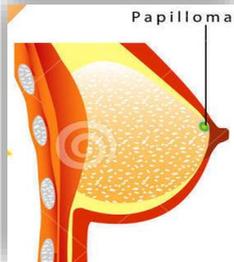
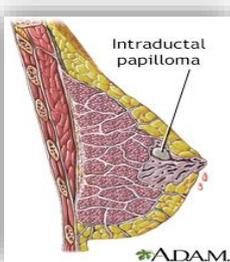


تداوي:

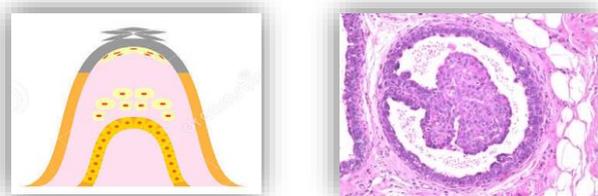
دفیلودیس تداوي په هر صورت کي دجراحی مداخلاتو او ریزیکش څخه عبارت ده، چي حجم ئې دهستولوژیکي نتایجودمخي تعیینیري.

4 - انترادکتل پاپیلوما:

انترادکتل پاپیلوما دثديې دسليمه تومور په حیث دټولو تومورو دجملې څخه ۲-۳٪ پوري واقعات تشکیلوي (لي آ او کيرک ل -۲۰۲۰). انترادکتل پاپیلوما دثديې دقنات په جوف کي ددکت یاقناتو داپیتیلیل حجراتو دغوټی شکله پرولیفیریشن څخه عبارت دی، چي د نوي تولیده سترومل-واسکولر محور په چاپیرون کي منځته راځي (۸۱ و ۸۲ و ۸۳- شکلونه):



بایدوویل سي چي د انترادکتل پاپیلوما په جوړښت او دسترومل- واسکولر محور په پوښنې کي د دکتل اپیتیل د دواړو طبقو حجات هم لومینل یا استوانه ئي حجات اوهم بازال یا میو اپیتیلیال حجات برخه نیسي، خشي چي برخلاف په پاپیلري کارسینوما کي ځای نلري او دپاپیلاري کارسینوما په پوښنې کي یوازي استوانوي اپیتیل برخه نیسي، بيله دې چي میو اپیتیلیال حجات وجود ولری (۸۴، ۸۵- شکلونه):

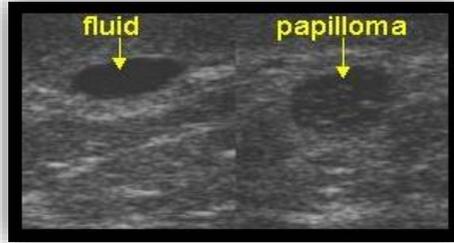


ځانگړتیاوي:

- اکثرآ د ۳۵ - ۵۵ کلنۍ په سن کي پیدا کیري.
- اکثره په واحد یا سنگل شکل، خو کله بیا هم متعدد یا مولتیپل شکل لري.
- د جسامت دنظره واړه او د څو ملیمترو په اندازه په ساده اوشعبوي ډولو سره لیدل کیري.
- دموقعیت د نظره اکثرآ په لکتوفیروس کي واقع او مرکزي موقعیت لري، خو کله بیا د قناتو په محیطي یا پیریفیري برخو کي ځایښت موندی.
- پاپیلوما د واسکولر محور د ترضیض په نتیجه کي اکثرآ د هیموروژیک دیسچارج یا ویني او وینه ئیزي مایع د اخراج سبب گزي.
- پیریفیریک او منشعب دکتل پاپیلوما اکثرآ خبیثه او مالیگنانت شکل غوره کوي (تارالو او همکاران، ۲۰۱۲).

تشخیص:

انترادوکتال پاپیلوما د شیدگیا دنورو امراضوپه شان دتریپل اسیسمنت په مرسته ترسره کیږي ،
چي تصویري نمونه ئي د ولتراسن په لاندنی کلیشه کي لیدل کیږي:
۸۶- انترادکتل پاپیلوما د ولتراسن په کلیشه کي



تداوي:

ساده او سنگل پاپیلوما تداوي دمیکروډکتیکتومي څخه عبارت ده.

1. Li A, Kirk L (January 2020). "Intraductal Papilloma". Stat Pearls: Internet. PMID 30137824.
2. Tarallo, V; Canepari, E; Bortolotto, C(June 2012). "Intraductal papilloma of the breast: A case report". Journal of Ultrasound. 15 (2): 99-101.
3. Tan BY, Acs G, et al.: "Phyllodes Tumors of the breast: a consensus review". Histopathology. (2016). 68 (1): 5-21

5 - ادینوزیس:

ادینوزیس د ثدیې دسلیمه تغیراتو څخه عبارت دی، چي په هغه کي لوبولونه د اپیتیلیل او میواپیتیلیل حجراتو د پرولیفیریشن دکبله غټ سوي، دتعداد په لحاظ ډیرسوي اوپه یوه تنگه او ضيقه ساحه کي دپوه غونډوري یا کتلې په شکل سره راټول، ترفشارلاندي کښیکښل سوي او

متراکم سویوي. په بل عبارت هره هغه ابتدائي پروليفيراتيډ او هايپر پلاستيکه وتيره چي دگلاندولر اپارات دزياتوالي سبب گزري دادينوزيس څخه عبارت دي. ادينوزيس لاندني ډولونه لري:

- Adenomyoepithelial adenosis
- Apocrine adenosis
- Microglandular adenosis
- Sclerosing adenosis
- Simple adenosis
- Tubular adenosis
- Blunt duct adenosis (now classified as columnar cell change)

6- سکليروزينگ ادينوزيس:

سکليروزينگ ادينوزيس چي د اپوکرين ادينوزيس، سيکريټوري ادينوزيس، ادينو-ميو اپيتيليل ادينوزيس او ميکروگرانولر ادينوزيس په نومو هم يادېږي، دثديې دادينوزيس او پروليفيراتيډ تغيراتو هغه خاص شکل دی، چي په هغه کي دثديې داسينري يا الويلوري سترکچر هايپر پروليفيريشن، هايپرتروفيا اود لوبولر ستروما نتيجوي فيبروزيس دثديې د مربوطه برخو دبعدي تشوشتو دپاره زمينه برابروي، پدې ترتيب سره چي د لوبولو د تعداد دډيرنيت، تراکم او مضيقوي شرايطو په نتيجه کي د لوبولو د تالي اتروفيا، نکروزيس او معاوضوي کولاجين دفورميشن دکبله ضخاموي لوبولونه دتوليد سوو پروليفيراتيډو ندبو يا سکار تر فشارلاندي د درد، لوبولو دتخليپي دخنډ او بعدي بينظميو سبب گزري. دامرض عمدتاً په ريپرودکټيف پيريودکي د ۳۰- ۵۰ کلنۍ پوري، خو خاصتاً په پيريپاوزال مرحله کي پيدا کېږي. دسکليروزينگ ادينوزيس کتلې اکثراً ميده او ريگي شکه او بعضاً بيا د غټي په شان لوبولر او تومور ډوله وي، چي عمدتاً خړ وېره سپين يا نصواري رنگ لري. توموروز واريانت ئي د ۲- ۳ سانتيمترو په اندازه غونډوږيز يا غدودي شکل اونامنظم

جدار لري. ډاکټر هاگینزین بیاد خپلو څیړنو په یوه واقعه کې ۶۵-۷ سانتیمتر پوري د تومور د اندازې یادونه کوي.

په پری مینوپاوزل ادینوزیس کې عمدتاً دثديې اپیتیلیې برخو په مصابیت سره داسینو او قناتو د پرولیفیریشن او نودولر ادینوزیس د ایجاد سبب گزري.

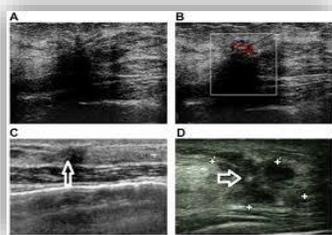
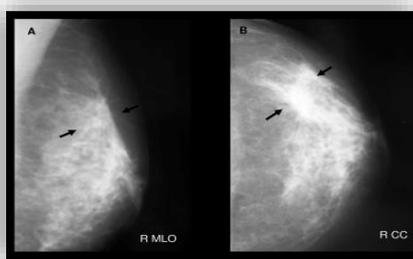
پوست مینوپاوزل ادینوزیس چې عمدتاً دستروما د مصابیت سبب گزري، دسکلیروزینگ ادینوزیس دتأسس سبب کیږي.

د ځینو مؤلفینو په نظر، سکلیروزینگ ادینوزیس که څه هم دسلیمه تغیراتو دجملې څخه دی، خو کله بیا خپل د ترانسفارمیشن د استعداد په لرون سره دسرطان د رشد سره مساعدت کوي.

تشخیص:

رادیو لوژیکی میتودونه که څه هم دثديې د امراضو په تشخیص کې مهم رول لوبوي، خو دسکلیروزینگ ادینوزیس تشخیص یوازې دایمیجنگ پرنسټ ډیرمشکل او ځني وخت لاهم د مغالطې سره مخامخ وي (۸۷، ۸۸ - ش):

۸۷، ۸۸- شکلونه: دسکلیروزینگ ادینوزیس د ولتراسن او ماموگرافي کلیشه



دیادو ستونزو دکبله دادینوزیس دتفریقي تشخیص دپاره نیډل بیوپسي او هستولوژیکی معاینات حتمي گڼل کیږي. دیاد وږده، چې دسلیمه امراضو دبیوپسي دنتایجو په ۲۸٪ واقعاتوکې سکلیروزینگ ادینوزیس یا د اصلي یا متممه مرض په حیث ځای لري.

7- هایپرپلازیا:

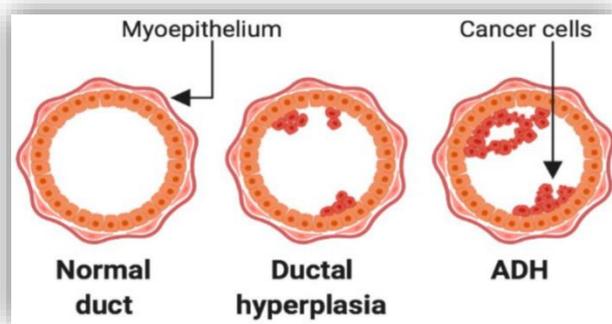
هایپرپلازیا د ثدیې دسلیمه تغیراتو څخه عبارت ده، چې دقناتو او لوبولو د پوښونکو اپیتیلیل حجراتو دتعداد دساده ډیرنیت دکبله، بيله دې چې د درد یا کتلې دتأسس باعث وگرزي، مینخته راځي. هایپرپلازیا یوه ریورزیبل یا راجعه وتیره ده، چې دمساعدهوشرايطو دتامین په صورت کي بیرته مخکني حالت ته راگزي.

هایپرپلازیا دحجراتو دشکل په لحاظ دوه ډوله ده (۸۹- شکل):

۱- تیپیکه هایپرپلازیا

۲- آتیپیکه هایپرپلازیا

۸۹- شکل: دهایپرپلازیا ډولونه



دتیپیک او آتیپیک هایپرپلازیا توپیر:

آتیپیکه هایپرپلازیا کي د تیپیکي هایپرپلازیا خلاف حجرات نه یوازي دتعداد په لحاظ، بلکي دشکل اوفورم دمخي هم یو مقدار تغیرلري. باید وویل سي چې تیپیکه هایپرپلازیا په سرطان نه تبدیلیري، خو آتیپیکه هایپرپلازیا کیدلای سي، چې بعضاً دسرطان درشد زمينه برابره کي.

هایپرپلازیا دموقعیت په لحاظ هم دوه ډوله ده:

۱- لوبولر هایپرپلازیا

۲- دکتال هایپرپلیثیا

آتیپیکل دکتال هایپرپلازیا دجوړښت دمخې ددکتال کارسینوما این سایتو خفیف گریډ ته شباهت لري، ځکه داډول هایپرپلازیا بعضاً دسرطان د رشد زمينه هم برابرولای سي.

8- گالکتوخیل:

گالکتوخیل یا شیدن خيست دشیدو دډم څخه عبارت دی، چې دستازیس یا رکودت او قناتو دتوسع په نتیجه کي عمدتاً په ځوانو میندو کي مینخته راځي.

پاتوجینیز:

دگالکتوسیل پاتوجینیتیک عوامل اکثراً دشیدو د نا کالمې اونا منظمې تخلیې، لورغلطت، ستازیس او تراکم څخه عبارت دی، چې په نتیجه کي ئې شیدې سختې، غټې او دقناتو په مرکزي برخو عمدتاً لکتوفیر یوسو کي سره راغونډې اود کتلې یا غونډوړي په شکل تبارز مومي.

کلینیکي لوحه:

دگالکتوسیل کلینیکي لوحه داریولا په ساحه کي ددرد او وړې کتلې د راپیدا کیدو په شکل تبارز مومي، خوتبه اونور اعراض وجود نلري.

تشخیص: دگالکتوسیل تشخیص دثدبې دنورو آفاتو په شان ددریگوني ارزون یا اسسمنت پواسطه ترسره کیږي.

دماموگرافي په کلیشه کي گالکتوسیل دخپلو محتویاتو دترکیب په لحاظ مختلف تصویر ایجادوي. دشیدو دشحم دزیاتوالي په صورت کي کلیشا رادیو لوسنس شکل غوره کوي، چې پدې صورت کي دسویډو لپوما په نامه یادېږي. داوړد مهاله گالکتوسیل په صورت کي دشیدو د اوبنیز او جامدو موادو په بیلیدوسره جامد مواد ترسب مومي، پدې صورت کي داماموگرافي کلیشه د هامارتوم غونډي شکل ورکوي، نوځکه پدې صورت کي دسویډو هامارتوم په نامه یادېږي.

نډاوې: داډول مریضاني خاصی تداوي ته اړتیا نلري، صرف په شدید درد او محجمو کیستوکي دکیست تخلیه دنړۍ ستن پواسطه استطباب موندي.

9: - ګالکتوریا Galactorrhea

ګالکتوریا ماشوم ته دلکتیشن یا شیدو ورکولو د ټاکلي فزيالوژيکي وخت دمحوطې څخه بهر د شیدو دبی وخته تولید او اخراج څخه عبارت دی، چې په ښځو کې د ۵-۳۵٪ پوري لیدل کېږي (ساکی یاما - ۱۹۸۳).

باید وویل سي چې ګالکتوریا نه یوازي په ښځو بلکې د ډاکټر ویتمن (۲۰۰۰) په حواله په نارینو کې اود ډاکټر رون (۱۹۸۴) د تحقیقاتو پراساس حتی په مسنواشخاصو کې هم د ځینو هورموني تغیراتو او امراضو د کبله په تالي ډول پیدا کېږي.

په ځینو نوزیرو ماشومانو کې مؤقته ګالکتوریا معمولاً تر ۲-۳ اونیو په دوام سره لیدل کېږي. د ګالکتوریا چی په دغه دوره کې موجودیت دمور څخه داخیستل سوو هورمونو نتیجه او نورمال حالت گڼل کېږي.

پاتوجینیز:

څرنگه چې مومخې ولوستل د شیدو په تولید کې د بدن هورموني فعالیت خاصتاً پرولکتین هورمون، چې د شیدو د تولید اساسي دنده په غاړه لري، ستر رول لوبوي. د پرولکتین تر څنګه لاندني هورمونونه هم د شیدو په تولید کې د فید بک د اصل مطابق دناهی یا منبه په حیث مهمه دنده ترسره کوي:

Dopamine; Prolactin; Thyroid- Stimulating Hormone (TSH); Thyreotropine -
Releasing Hormone (TRH)

۱- پرولاکتین یا لکتوتروپین: داهورمون چې د هاپیوفیز په شاتني فص کې تولیدیږي، د وجود په دفاعي سیستم اومیتابولزم په تنظیم منجمله د شیدو په تولید کې مثبت رول لوبوي او د شیدو د ډیروالي سبب کېږي.

۲- دوپامین: داهورمون د پرولکتین دانناگونست په حیث د پرولاکتین سره معکوساً متناسب او متضاد تاثیر لري او لوړه کچه ئې د پرولکتین اوشیدو د لږوالي سبب ګرزي. پدې ترتیب سره هرڅونده

چي ددوپامين مقدار لوړ وي، په هماغه اندازه دپرولکتين مقدار راکنښته کيږي او برعکس هرڅومره چي ددوپامين کچه ټيټه وي، په هماغه اندازه دپرولکتين کچه لوړيږي.

۳- همدارنگه په هپيوتلاموس کي دتايرايډ غدې درشد مربوطه هورمونونه (تي ايس ايچ او تيرويټروپين ريليزنگ هورمون) هم دپرولکتين داگنسټ په حيث دپرولکتين په تنبه او متعاقباً دشيډو په توليد کي رول لوبوي.

دپورټنيو قوايدو دمخې دشيډوبې وخته توليد په دوو حالتوکي ډيراو دگالکتوريا سبب کيږي:

۱- ددوپامين ريسپيټور بلاکر او انټاگونيسټو مستحضراتو استعمال لکه ميتيل ډوپا، اوپيوټيد، ساکوتیک (ريسپيريډون، سلپيرايد) او همدارنگه ايچ-۲ بلاکر لکه سيميتيدين، رينيتيدين او نور (پوپلي آ-۱۹۹۸).

۲- هايپروپرولکتينيميا يا دپرولکتين اضافه توليد معمولاً دهايپوفيز يا نخامبه غدې دتومور-پرولکتينوم د تأسس په نتيجه کي مينځته راځي.

تشخيص:

- دناروغ څخه مفصل اناميز خاصتاً داستعمالي درمل په هکله ترلاسه سي.

- دپرولکتينيميا په هکله دوينومعاينات ترسره سي.

- په مجهول حالت کي دقحف سيټيسکن اجرا کړل سي.

تداوي:

تداوي دتشخيص مطابق د سببي مستحضراتو په قطع اود پرولکتينوم دتثبيت په صورت کي د انډوکرينولوژيست او نيروسرجن مشوره او مرسته تر لاسه سي.

References:

1. Popli, A (March 1998). "Risperidone-induced galactorrhea associated with a prolactin elevation". *Ann Clin Psychiatry*. 10 (1): 31-3. doi:10.3109/10401239809148815
2. Rohn, R. D. (1984). "Galactorrhea in the adolescent". *Journal of Adolescent Health*. 5 (1): 37-49. doi:10.1016/s0197-0070(84)80244-2. PMID 6420385 Mammary duct ectasia:
3. Sakiyama, R.; Quan, M. (1983). "Galactorrhea and hyperprolactinemia". *Obstetrical & Gynecological Survey*. 38 (12): 689-700. doi:10.1097/00006254-198312000-00001. PMID 6361641. S2CID 2846310.
4. Whitman-Elia, G. F.; Windham, N. Q. (2000). "Galactorrhea may be clue to serious problems. Patients deserve a thorough workup". *Postgraduate Medicine*. 107 (7): 165-168, 171..

10- ماماري دکت ايکتازيا: Mammary duct ectasia

دکت ايکتازيا د حليمې په ناحیه کې د شيدنيزو قناتو دتوسع څخه عبارت دی، چې معمولاً په پيری مینوپاوزال مرحله کې د ۴۵ - ۵۰ کلنی سن کې دقناتو دفبروتیکو تغيراتو اوتنگښت دکبله د افرازاتو دبنديست په نتیجه کې منځته راځي. نښې اوعلامې ئې په لاندي ډول دي:

a- په غیر اختلاطي حالت کې:

- دحليمې په ناحیه کې دسب اريولر قناتو دستازيس دکبله د شخواله او غټي احساس.

- د نیپل څخه د غیر معمولي تاریکو، خرې یا شین وبرو غلیظو افرازاتو اخراج.

یاد اعراض دخاص تشویش وړ نه دي او اکثره دتاوده ټکور او دناحیې دمساز په مرسته یا هم بيله دي څخه دمایعاتو دجذب وروسته دمنځه ځي.

b- په اختلاطي حالت کې:

په ځينو واقعاتو کې دقناتو بلوکیژ اوسازیس دانتاناتو دمداخلې دپاره زمینه برابروي او پدې ډول سره انتاناتو درشد او التهاب دکبله دلاندنیو نښو په لرلو سره دپیری دکتال ماستایتیس سبب کیږي:

- دحلیمی په ناحیه کی درد، سوروالی پرسوب او دنیپل انویرژین.

- دنیپل څخه دمختلف رنگه غلیظو او اکثراً بویناکو افرازاتو اخراج.

تداوي: دماستایتیس په برخه کې.

اووم سپرکی

د تي خبيته آفات

Breast malignancy

تومور: تومور د ابنورمال نسجي کتلې څخه عبارت دی، چي د حجراتو د بي پروگرامه او آتپيک رشد په نتيجه کي مينځته راځي.

کلاسيفيکيشن:

تومور دخپلو خواصو دمخي پر دوه ډوله دی:

۱- سليمه يا بيناين تومور

۲- خبيته يا ماللگنانت تومور

۱- سليمه تومور:

سليمه تومور د حجراتو آتپيک تکثريه نتيجه کي توليدسوی نسج دی، چي دبطي او محدود رشد دمخي مجاورو او بهرني انساجوته تهاجمي نفوذ اوانتشارنه مومي. دسليمه تومورونه په لاندي ډول دي:

- فبرواډينوما

- انترادکتال پاپيلوما

- فيلوئيډ تومور

- لپوما او فټ يا شحمي نکروزيس.

۲- خبيته تومور:

خبيته تومور هغه تومورونه ويل کيږي، چي آتپيک توليدسوي کتله دسريع او تهاجمي يا انوازيف رشد په لرلوسره نه يوازي دمجاوروانساجو بلکي ليري او بهرني اعضاوته په هيماتولمفاتیک انتشار سره د يادو اعضاوو دکانسيراماتوز ماوفيت اوتخريباتوسبب گرزي.

دښديې خبيثه يا ماليگنانت تومورونه دخپلي نسجي منشي دمخي دوه ډوله لري:

آ- داډيټيليل نسج تومورونه چي د کارسينوما په نامه ياديږي:

- پری اينوازيږف يا نان اينوازيږف کارسينوما

- اينوازيږف کارسينوما

بي- دممنضم يا کنيکتيف نسج تومورونه:

دمنضم نسج تومورونه، چي دفبرواډيټيليل، فبروبلاستيک، ميوبلاستيک ، واسکولر، لپيوماتوز، نوډرال او ميوجينيک منشه لري، دډبلېوايچو دکلاسيږيکيشن دمخي پر ۱۷ ډولو، چي سلیمه اوخبيثه تومورونه په برکي نيسي، ويشل کيږي (لاخاني اوهمکاران ۲۰۱۲). دممنضم نسج خبيثه تومورونه دسارکوما ترعمومي نامه لاندي چي په لږکچه اوځيني بيا په خاص ندرت سره ليدل کيږي په لاندي ډول دي:

- لپيوسارکوما

- انگيوسارکوما

- لمفوسارکوما

- رابډوميوسارکوما

- هيمانگيوپيريستوما

- لايوميوما او لايوميوسارکوما اونور

اوس به دښديې سرطان په مفصله توگه مطالعه کړل سي.

1. SR Lakhani, IO Ellis, S Schnitt, PH Tan, M van de Vijver - 2012 - espace.library.uq.edu.au
2. WHO Classification of Tumours of the Breast. 2012/01/01

دندي سرطان

Breast cancer

تعريف:

ساده تعريف:

دندي سرطان دتي حجراتو دآتيپيک، غيرمنظم اوبی کنتروله سريع تکثر او رشد څخه عبارت دی. پاتوجينيتيک تعريف:

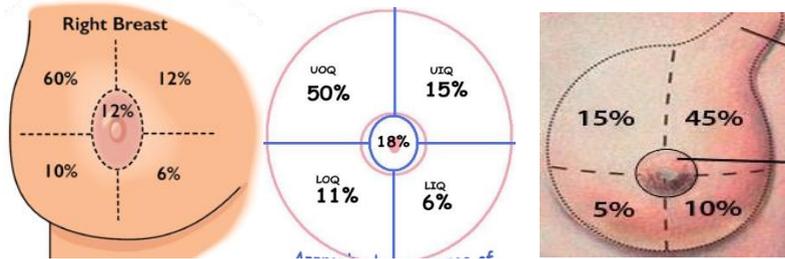
دندي سرطان دناوروعواملو په اثر دمربوطه جينودموتيشن دکبله دارثي اپارات دناجبرانه زيانمني پر بنسټ دتي حجراتو دآتيپيک، غيرمنظم، بی کنتروله اوسريع تکثروا ځندنيز اپاپتوز څخه عبارت دی، چي دتهاجمي انتشار په نتیجه کي دمختلفو احشاؤ دماوفيت سبب گرزي.

اپيديميالوژي:

دندي سرطان په بنځوکي د بدن دنوروغړوپه پرتله لمري ځای لري. ددبليواچود ۲۰۰۳ کال داحصايي دمخي په نړۍ کي دندي سرطان واقعات په کال کي يومليون او پنځوس زره ۱۰۵۰۰۰۰ واقعي منجمله پنځه لکه اتيازره ۵۸۰۰۰۰ يوازي په پرمختللو صنعتي هيوادوکي تثبيت سويدي، چي دا تعداد داسيا اوافريقا داقتصاد خواروهيوادوپه پرتله خورا لوړدی (کتالينيج اوبارتيل، ۲۰۰۷). دهمدي اداري داحصايي دمخي په کال ۱۹۹۸ کي په جهاني سطح ۴۱۲۰۰۰ بنځي دتي دسرطان دکبله وفات سويدي، چي په ياد کال کي د ټولو مړو سوو بنځو ۱/۶٪ تشکيلوي (دکانسرين الملي کانگريس، ليون، ۲۰۰۳). په غربي هيوادوکي ۳۰-۶۰ کلنۍ په سنيو کي دندي سرطان دکبله دوفياتو کچه دنورو امراضوپه پرتله لوړه ده. په امريکا کي دندي سرطان دکبله کلني وفيات ۴۰۲۰۰ او جرمني کي ۱۷۴۶۰ نفره دی (ددبليواچو رپوت، ۲۰۰۸). په حاضروخت کي په غربي هيوادو کي دتي دسرطان دنداوي په نتیجه کي دپنځه کلن ژوند چانس ډيرلوړاو کابو په ۸۵-۹۰٪ واقعاتو کي او ۱۰ کلن ژوند په ۷۰٪ واقعاتو کي

میسرسویڈی، حال داچي په اقتصاد پاته هیوادو کي د پنځه کلن ژوند چانس برعکس په ډیره ټیټه کچه دی او په کال کي دسرطاني امراضو وفیات تر ۷۰٪ پوري سپړي (اویکر پ او هابیل ک -۲۰۱۳).
 سرطاني واقعات د کثرت دمخي دثديې په مختلفو برخو کي یوشانته نه بلکه د غدواتي نسج د تراکم په تناسب په مختلفو کچوسره لیدل کیږی (۹۰- شکل):

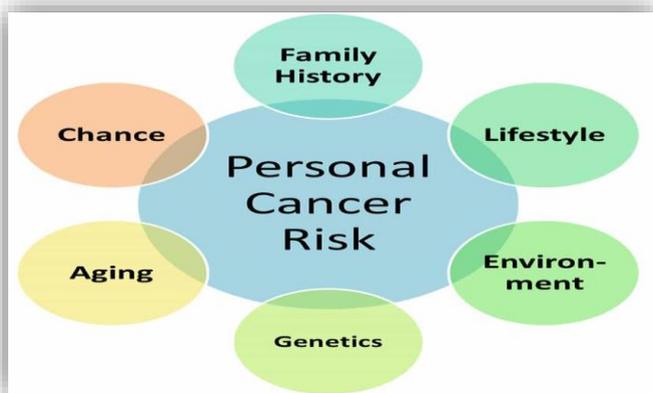
۹۰- شکل: دسرطان واقعات دثديې په مختلفو برخو او کوادرانتو کي



څرنگه چي د شکل څخه څرگندیږي، دسرطان لوړه کچه (۵۵ - ۶۰٪) د راسته او ۴۵٪ د کیني ثديې په علوي بهرني کوادرانت کي، چي د غدواتي فصيصو یا لوبولو لوړتعداد پکښي متراکمي دي، ځای لري.

دثديې دسرطان لاملونه او رسک فاکتورونه:

دثديې دسرطان لاملونه او رسک فاکتورونه په عمده توگه په لاندې ډول دي (۹۱- شکل):



۱- عمر

۲- جنس

۳- وراثت اوجينيٽيڪ عوامل

۴- دٻڻجڻه هورمونو دوفرت تاثيرات

۵- شحمي او بي کفايته غذا

۶- چاغبنت «اوبيسيتي» اودحرکاتو کمڻت

۷- دچاپيريال او انوايرونمينٽل فاکتورونه

۸- ناوره اجتماعي اواقصادي عوامل

۱- عمر:

ثابته سویده، چي دٻڻي دسرطان خطر د عمر په ډيريدوسره زياتيري. د شپيته کلني (۶۰) ښځي دٻڻي دسرطان چانس نظرشل کلني (۲۰) ته سل ځله ډيردي (مارگوليس او همکاران - ۲۰۱۱). دٻڻي سرطان که څه هم د ۳۰ کلني وروسته په هر سن کي پيدا کيږي، خو عمدتاً د (۵۰-۷۰) کلني پوري ډيريږي. په امريکا کي دٻڻي دسرطان متوسط سن ۶۱ کاله تعين سویدی. بايد وويل سي چي پدي اواخرو کي دٻڻي دسرطان چانس، خاصتاً داگريسييف اومتجاوزسيه سرطان انسیدنس په ځوانو ښځو کي مخ پر ډيريدودي (اولسن جي. س. - ۲۰۰۲).

۲- جنس يا جندر:

دٻڻي سرطان عمدتاً په ښځو کي اوډيرکم په نارينه وو کي ليدل کيږي. په صنعتی هيوادو کي دتي دسرطان (۵، ۹۹٪) په ښځو او صرف (۵، ۰٪) په نارينو کي واقع کيږي، خو په ځينو افريقائي هيوادو کي بيا په نارينو کي هم د (۵-۱۵٪) واقعات تشکيلوي. د گيردانو او همکارانو (۲۰۰۴) دنشري په اساس په آخرو وختو کي په نارينو کي هم دتي سرطان مخ پر زياتيدو سویدی.

۳- ارثي اوجينيتيک فاکتورونه:

- BRCA1 gene

- BRCA2 gene

- NBR2 gene

جينيتيک يا ارثي فاکتورونه په (۵- ۱۰٪) واقعاتوکي دتي دسرطان دايتيولوژيک يا سببي عامل په حيث ځای لري. پدې ترتيب سره د(بی آر سي اي-۱ او بي آر سي اي-۲) اوتو سومال دومينانت جينونه اوبعضاً هم (اين بي اير-۲ جين) دثديې دارثي او فاميلي سرطان په تأسس کي دخاص سببي يا ايتيولوژيکي لامل په حيث مهم رول تر سره کوي. د مالون ک. (۱۹۹۸) دنظرپراساس بي آر سي اي- موتیشن لرونکي ښځي د خپل ژوند په موده کي د(۶۰- ۸۰٪) پوري دثديې دسرطان دخطر سره مخامخ کيدونکي دي. دبلي خوا ثابته سويده، چي که چيري دچا دمور ياخور دتي په سرطان اخته سوی وي، نودهمدې ښځي سره دنورو په پرتله چي فاميلي وراثت پکښي ځای ونلري، د بي آر سي اي-۱ او بي آر سي اي-۲ موتیشن دوه برابر زيات ليدل کيږي. په ميندو کي درخوه احشاؤ دسارکوماؤ سابقه دهغوی په اولاد کي همدارنگه دثديې دسرطان دلورپرسک سبب گرزي. دبي آر سي اي جين سربيره په آخرو وختوکي د «اين بي آر-۲ جين» يا «نېر پريست کانسر جين» په نامه بل جين کشف اودثديې دسرطان د ايتيولوژيکي فاکتور په جمع کي محسوبيږي (اوربول اوهمکاران-۲۰۰۵).

دبدن دنورو احشاؤ خاصتاً نسائي اورگانو سرطاني امراض (اوير، رحم) د متقابلې ثديې او کلموسرطانات په راتلون کی سالمه ثديه هم دسرطان دلوره خطر سره مواجه کوي.

۴- هورموني ديسبلانس:

دثديې دسرطان ظهور عمدتاً دښځني هورمونو دتاثيراتو سره ټينگ تړاولري اوهرڅونده چي دا تاثيرات قوي اواوږدمهاله وي، په هغه اندازه په ثديه کي دسرطان درشد زمينه زياتيږي.

- ښځينه هورمونونه: Estrogen and Progesterone

- نرينه هورمونونه: Androsteron and Androgens Androstenedion

- تحولاتي انزايمونه لکه اروماتايڙ: Aromtase

ثابته سويده، چي په وينه کي دايستروجن اوږدمهاله لوړمقداردنډيې دسرطاني پيښودکچي سره دمستقيمي اړيکي په وجه دمرض دزياتيدوسبب گرزي. همدارنگه نرينه هورمونونه هم دلورمقدار په صورت کي دډيې دسرطان په توليد کي برخه نيسي، پدې ترتيب سره چي دتستيسټيرون او اندروجنیک اندروستينيديون لوړ مقدار داروماتايڙ پواسطه سره هر يو مطابقاً په ايستراډيول او ايسټروجنیک ايسټرون سره تبديليږي، چي آخري بيا په خپل وارسره دډيې دسرطان په زيږنده او رشد کي فعال رول لوبوي.

دپروجسټرون لوړ مقدار په پريمينوپاوزال يا عقامت ترمخه پيريود کي دتي سرطان دخطر دکميدولامل گرزي (ياگر. ج. او داويدسن. ن. ۲۰۰۶).

په همدادول دډيې دسرطان په ايجاد کي نه يوازي جنسي هورمونونه، بلکي دانسولين لوړ مقدارهم مساعد رول لوبوي (گونتر. م. اوهمکاران- ۲۰۰۹).

دهورمونل ديسبلانس او ايسټروجن د وفرت مربوط لاندني حالات دډيې سرطان په زيږنده کي رول لوبوي:

- دنجونو وخت ترمخه يا ډير وختي پيل سوی تحيض يا « پرلي مينارکي » په ۱۲-۱۴ کلني سن کي دډيې سرطان دچانس دډيريدو سبب گرزي.

- ماشوم نه زيږول يا نوليپاريتي په بنځوکي دډيې دسرطان کچه درې برابره لوړوي (ميچيل اوهمکاران- ۲۰۰۷). د بيبرس او همکارانو په حواله (۱۹۸۵) دهر ماشوم زيږون دهغه دمور دپاره دډيې دسرطان چانس د (۷٪) په اندازه راټيټوي.

- ماشوم ته شدي نه ورکول دډيې دسرطان د زياتوالي سبب کيږي، برعکس ماشوم ته ديوه کال په موده کي تي ورکول د (۳،۴٪) پوري دډيې دسرطان چانس راکموي (مک تيرنان او توماس- ۱۹۸۶).

- په لوړسن کي (ددیرش ۳۰ کلنۍ خصوصاً ۳۵ کلنۍ وروسته) لمړي لنگون دسرطان دډيروالي سبب کيږي اوپه کښته سن کي لمړی ولادت برعکس دثديې دسرطان کچه را ټيټوي. دعلمي څيړنو دمخي دلمړي ولادت دپاره مساعد سن د (۱۸-۲۸) کلنۍ پوري تثبیت سويدي. همدارنگه ثابته سويده، په ښځوکي چي لمړی ولادت ئې د ۳۰ کلنۍ وروسته صورت نيولی وي، دثديې دسرطان کچه ئې د ۲۵ کلن لمړي ولادت په پرتله جگه او دوه برابر ډيرپه سرطان اخته کيږي (نيوکومب اوهمکاران-۱۹۹۴).

- ناوخته مينوپاوز يا دحيض دتوقف او عقامت ځنډون او ناوخته پيل (په ۴۷ - ۵۰ کلنۍ کي او ياتر ۵۰ هم وروسته).

References:

1. Auriol E, Billard LM, Magdinier F, Dante R (2005) . "_Specific binding of the methyl binding domain protein 2 at the BRCA1-NBR2 locus". Nucleic Acids Research. 33 (13): 4243-54. [Doi:10.1093/nar/gki729](https://doi.org/10.1093/nar/gki729)
2. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN (July 2004). "Breast carcinoma in men: a population-based study". Cancer. 101 (1): 51-57.
3. Gunter MJ, Hoover DR, Yu H, Wassertheil-Smoller S, Rohan TE, Manson JE, et al. (January 2009). "Insulin, insulin-like growth factor-I, and risk of breast cancer in postmenopausal women". Journal of the National Cancer Institute. 101 (1): 48-60.
4. Malone KE, Daling JR, Thompson JD, O'Brien CA, Francisco LV, Ostrander EA (March 1998). "BRCA1 mutations and breast cancer in the general population: analyses in women before age 35 years and in

- women before age 45 years with first-degree family history". *JAMA*. 279 (12): 922–9
5. Margolese RG, Fisher B, Hortobagyi GN, Bloomer WD (2000). "118". In Bast RC, Kufe DW, Pollock RE, et al. (eds.). *Cancer Medicine* (5th ed.). Hamilton, Ontario: B.C. Decker. ISBN 978-1-55009-113-7. Retrieved 27 January 2011.
 6. Olson JS (2002). *Bathsheba's Breast: Women, Cancer and History*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. pp. 199–200. ISBN 978-0-8018-6936-5. OCLC 186453370.
 7. Yager JD, Davidson NE (January 2006). "Estrogen carcinogenesis in breast cancer". *The New England Journal of Medicine*. 354 (3): 270–82
 8. McTiernan A, Thomas DB (September 1986). "Evidence for a protective effect of lactation on risk of breast cancer in young women. Results from a case-control study". *American Journal of Epidemiology*. 124 (3): 353–8. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a114405. PMID 3740036.
 9. Byers T, Graham S, Rzepka T, Marshall J (May 1985). "Lactation and breast cancer. Evidence for a negative association in premenopausal women". *American Journal of Epidemiology*. 121 (5): 664–74. doi:10.1093/aje/121.5.664. PMID 4014158. Mitchell RS, Kumar V, Abbas AK, Fausto N, eds. (2007). "Chapter 19". *Robbins Basic Pathology* (8th ed.). Philadelphia: Saunders. ISBN 978-1-4160-2973-1.

10. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (October 1997). "Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer". *Lancet*. 350 (9084): 1047–59. doi:10.1016/S0140-6736(97)08233-0. PMID 10213546. S2CID 54389746.
11. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, Mittendorf R, Greenberg ER, Clapp RW, et al. (January 1994). "Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer". *The New England Journal of Medicine*. 330 (2): 81–7. doi:10.1056/NEJM199401133300201. PMID 8259187.
12. Olson JS (2002). *Bathsheba's Breast: Women, Cancer and History*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. pp. 199–200. ISBN 978-0-8018-6936-5. OCLC 186453370.
13. Yager JD, Davidson NE (January 2006). "Estrogen carcinogenesis in breast cancer". *The New England Journal of Medicine*. 354 (3): 270–82.
14. McTiernan A, Thomas DB (September 1986). "Evidence for a protective effect of lactation on risk of breast cancer in young women. Results from a case-control study". *American Journal of Epidemiology*. 124 (3): 353–8..
15. Byers T, Graham S, Rzepka T, Marshall J (May 1985). "Lactation and breast cancer. Evidence for a negative association in premenopausal

women". American Journal of Epidemiology. 121 (5): 664–74.
doi:10.1093/aje/121.5.664. PMID 4014158.

16. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, Mittendorf R, Greenberg ER, Clapp RW, et al. (January 1994). "Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer". The New England Journal of Medicine. 330 (2): 81–7. doi:10.1056/NEJM199401133300201. PMID 8259187.
17. Mitchell RS, Kumar V, Abbas AK, Fausto N, eds. (2007). "Chapter 19". Robbins Basic Pathology (8th ed.). Philadelphia: Saunders. ISBN 978-1-4160-2973-1.
18. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (1997). "Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer". Lancet. 350 (9084): 1047–59..

۵- چاغښت او حرکي کمښت:

Obesity and hypodeny:

چاغښت او اضافي وزني دثديې دسرطان دچانس دلورپدا سبب گرزي. د(۲۰۰۶) کال د معتبرو تحقيقاتو په حواله او د بي بي سي درپوت دمخي په پوست مینوپاوزال دوره کي هر (۱۰) کيلوگرام اضافي وزن د (۱۸٪) په اندازه دثديې سرطان دلورپدا سبب گرزي. د «ومين هيلت انسياتيف» د

طریقه د(جینیکوآنالین) په نرسوي پروگرام کي ښوول کيږي چي په چاغو ښځو کي دثديی دسرطان کچه نسبت نورمال وزنه ښځوته په (۵،۲) برابره ډیردی.

BBC Report: Last Updated: Wednesday, 12 July 2006, 10:21GMT11:21 UK

ثابته سویده، چي چاغي نه یوازي دثديی دسرطان دلور انسیدنت ، بلکي دکنسر دلوري کچي دریلایس (ریسیدیف) او وفیاتو سبب هم گزي ، دخودعملیات وروسته دوزن بایلل بیا برعکس دتومور دریسیدیف او وفیاتو کچه راتیټوي (لایجیبیل ج.- ۲۰۱۱).

د پروتاني. م. او همکارانو تحقیقات (۲۰۱۰) بیا داهم ښيي، چي په چاغو ښځو کي د تومور اندازه اکثرآ غټه، لمفاوي عقدات اکثرآمصاب او نامساعد انزار او پروگنوز لري، چي د وفیاتو کچه ئي (% ۳۰) تعیین سویده.

دامریکا دسرطان د ریسرچ انسیتوت دتحقیقاتود مخي دحرکت کمښت او هایپودینامي دسرطان دزیاتوالي سبب کيږي (نیلسن.م.- ۲۰۱۱).

1. Ligibel J (October 2011). "Obesity and breast cancer". *Oncology*. 25 (11): 994–1000. PMID 22106549.
2. Nelson Mya (Nov. 2011) New Research: Getting Up From Your Desk Can Put the "Breaks" on Cancer. Experts Urge Americans to Rethink Outdated Notions of Physical Activity American Institute for Cancer Research, Press release from AICR 2011 annual meeting, Retrieved 7 December 2011.
3. Protani M, Coory M, Martin JH (October 2010)."Effect of obesity on survival of women with breast cancer: systematic review and meta-analysis" (PDF). *Breast Cancer Research and Treatment*. 123 (3): 627–35.

4. Women's Health Initiative, Gyne online, 4. Juni 2007 zitiert nach Brustkrebs-Risiko bei Übergewicht (Memento vom 11. Februar 2009 im Internet Archive)

۶- شحمي او بي کیفیته غذا:

په طبي لیتیراتورکي دثديې دسرطان په پیدایښت کي دشحمیاتودتاثیراتو په هکله مختلف نظریات وجود لري: دچیلېوفسکي. ر. اوهمکاران (۲۰۰۶) دریسرج دمخي کم غوره غذا دثديې دسرطان دانسیدنت دکموالي سبب کيږي. پرینتیس. ر. اوهمکاران (۲۰۰۶) بیا د سرطان په مخنیوي کي دکم غوړي غذا مثبت تاثیرات یوازي دغذائي رژیم په ډیرجدي رعایت باندي مشروط گڼي. دبل ریسرج دمخي یوازي دحيواني شحمیاتو زیات استعمال په پریمینوپاوزال پیږود کي دثديې دانسیدنس دلورتیا سبب کيږي، خو نه دنباتي غوړو. د هونتر. ډ. اوهمکاران په ریسرج کي (۱۹۹۶) دشحمي غذا بارز تاثیرات دثديې دسرطان په زیږنده کي نه تثبیتيږي.

زونیسیتیت. ی. اوهمکاران (۲۰۰۶) همدارنگه گاگواوهمکاران (۲۰۰۳) په خپل ریسرج کي د اومیگا-۶ شحمی اسید (پولی انسچوریتی فټی اسید یا غیرمشبوع شحمي اسید) د لوړخوراکي مقدارودثديې دسرطان دانسیدنت ترمنځ مستقیم تناسب ثابتوي، خو په اکثر و نشتاتوکي بیا برعکس دامیگا-۳ اسید استعمال دثديې دسرطان په کمښت کي مؤثر گڼي.

۷- پولیسیکلک اروماتیک هایدروکاربونونه:

پولیسیکلک اروماتیک هایدروکاربونونه هغه هایدروکاربونونه چي داروماتیک حلقې سره وصل او د محروقاتي یا سونگ (سوند) توکو لکه دتیلو او سکرو اساس تشکیلوي. اروماتیک هایدروکاربونونه دغذائي موادو دسونگ او کبابیدو په نتیجه کي (کباب غوښي، سوې ږوږی او تور سوې او دود وهلي غذائي موادوکي) هم په لوړه کچه سره تولیديږي، چی خورک ئې په وجودکي دمختلفو ستونزومنجمله ارثي اپارات «دي این ای» دتخریب اوسرطاني امراضو دتأسس سبب کيږي. دډاکتر وایت. آ. او همکارانو(۲۰۱۶) دتحقیق په حواله دکباب سوو غوښو اون ورو سوځلو او دود وهلو

غذائي توکو ڊيرخورک د (۳۰-۵۰٪) پوري دثديی دسرطان چانس لوروي. همدارنگه په پخلنځي کي دسکرو، تيلو او نورو اروماتيک هايډروکاربونیک موادو استعمال او ورسره دتوليدسوي لوگيو ناوړه تاثيرات د دثديی دسرطان دزياتوالي سبب گرزي.

۸- دکلسيم، آيودين او ويتامين ډي قلت:

دکلسيم کافي مقدار دثديی دنمو او فزيالوژيکي دندو دپاره مهم رول لوبوي.

په غذاکي د کلسيم کافي مقدار يا ضميموي استعمال دثديی دسرطان دکمنيت سره په اکثره اپيديميالوژيکي څيړنيزو نشراتوکی ثابت سويدي: د شين.م.او همکارانو (۲۰۰۲) د مطالعاتو د مخي په ورځ کي د ۱۲۵۰ ميليگرامو کلسيم خوړل دسرطان واقعات ۲۰٪ راتيټوي او مک کلو او همکاران (۲۰۰۵) دکلسيم لوړ مقدار د ۳۳٪ په اندازه دثديی دسرطان دکموالي سبب گرزي.

آيودين دانتي ايسټروجن تاثير په درلودلو سره دسرطان څخه دثديی په دفاع کي مهمه دنده ترسره کوي، برعکس د آيودين ټيټ مقدار د ايسټروجن دزياتوالي دکبله دثديی دسرطان دپاره زمينه مساعدوي (وينټوري - ۲۰۰۱؛ ستودار اوهمکاران- ۲۰۰۸).

په وينوکي دويتامين ډي کافي مقدار دثديی دکانسر په کمښت کي مهم رول لوبوي. د روچسټر يونيورسټي دطبي مرکز په ريسرچ کي (۲۰۱۶) ثابته سويده، چي هايپوويتامين ډي نه يوازي دثديی دکانسر دپيرون سبب کيږي، بلکه دسرطان د اگريسويټي او وځيم سير او پروگنوز سبب هم کيږي.

۹- الکولي مشروبات:

الکولي مشروبات دخپلومضره تاثيراتو په وجه دثديی دسرطان په تأسس کي منفي رول لوبوي. دسرطان انسيدینس دمشراب په مقدار او دوام سره مستقيمه اړيکه لري يعني هر خوندي چي د استعمال سوو الکولو عمومي اندازه لوړه وي، په همغه اندازه دسرطان چانس زياتيږي. د آلین. ن.او همکارانو (۲۰۰۹) د ريسرچ دمخي په هغه بنځوکي چي د ورځي يو پيک ډرينک (۱- الکولیک بيويريج) اخلي دهغو په پرتله چي په اونۍ کي ئي يوځل يا هيڅ نه خوري په هرو زرو

۱۰۰۰ بنڄو کي (۱۱) بنڄي اضافہ ترهغوی په سرطان اختہ کيږي اودڅلور پيکه ډرينک اخیستونکو بنڄو په گروپ کي د الکول نه خوړونکو په پرتله په زرو کي (۴۴) بنڄي اضافہ په سرطان مصابيري. دبلي محسابې دمخي بيا دورځي دوه پيکه الکول دثديې دسرطان چانس تر ۱۵۰٪ پوري او د څلور پيکو الکولو استعمال د سرطان چانس تر ۳۳۰٪ پوري لوړوي.

References:

1. Allen NE, Beral V, Casabonne D, Kan SW, Reeves GK, Brown A, Green J (2009). "Moderate alcohol intake and cancer incidence in women". *Journal of the National Cancer Institute*. 101 (5): 296–305.
2. Chlebowski RT, Blackburn GL, Thomson CA, Nixon DW, Shapiro A, Hoy MK, et al. (December 2006). "Dietary fat reduction and breast cancer outcome: interim efficacy results from the Women's Intervention Nutrition Study". *Journal of the National Cancer Institute*. 98 (24): 1767–76.
3. Hunter DJ, Spiegelman D, Adami HO, Beeson L, van den Brandt PA, Folsom AR, et al. (February 1996). "Cohort studies of fat intake and the risk of breast cancer—a pooled analysis". *The New England Journal of Medicine*. 334 (6): 356–61.
4. Prentice RL, Caan B, Chlebowski RT, Patterson R, Kuller LH, Ockene JK, et al. (February 2006). "Low-fat dietary pattern and risk of invasive breast cancer: the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial". *JAMA*. 295 (6): 629–42.

5. Sonestedt E, Ericson U, Gullberg B, Skog K, Olsson H, Wirfält E (October 2008). *"Do both heterocyclic amines and omega-6 polyunsaturated fatty acids contribute to the incidence of breast cancer in postmenopausal women of the Malmö diet and cancer cohort?"*. *International Journal of Cancer*. 123 (7): 1637–43.
6. White AJ, Bradshaw PT, Herring AH, Teitelbaum SL, Beyea J, Stellman SD, et al. (April 2016). "Exposure to multiple sources of polycyclic aromatic hydrocarbons and breast cancer incidence". *Environment International*. 89–90: 185–92.
7. Shin MH, Holmes MD, Hankinson SE, Wu K, Colditz GA, Willett WC (September 2002). "Intake of dairy products, calcium, and vitamin d and risk of breast cancer". *Journal of the National Cancer Institute*. 94 (17): 1301–11.
8. McCullough ML, Rodriguez C, Diver WR, Feigelson HS, Stevens VL, Thun MJ, et al. (2005). "Dairy, calcium, and vitamin D intake and postmenopausal breast cancer risk in the Cancer Prevention Study II Nutrition Cohort". *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 14 (12): 2898–904
9. Stoddard FR, Brooks AD, Eskin BA, Johannes GJ (July 2008). "Iodine alters gene expression in the MCF7 breast cancer cell line: evidence for an anti-estrogen effect of iodine". *International Journal of Medical Sciences*. 5 (4): 189–96.
10. Venturi S (October 2001). "Is there a role for iodine in breast diseases?". *Breast*. 10 (5): 379–82. doi:10.1054/brst.2000.0267. PMID 14965610.

11. Stoddard FR, Brooks AD, Eskin BA, Johannes GJ (July 2008). "Iodine alters gene expression in the MCF7 breast cancer cell line: evidence for an anti-estrogen effect of iodine". *International Journal of Medical Sciences*. 5 (4): 189–96
12. M. Gago-Dominguez, J. M. Yuan, C. L. Sun, H. P. Lee, M. C. Yu: Opposing effects of dietary n-3 and n-6 fatty acids on mammary carcinogenesis: The Singapore Chinese Health Study. In: *British Journal of Cancer*. Band 89, Nummer 9, November 2003, S. 1686–1692, doi:10.1038/sj.bjc.6601340. PMID 14583770. PMC 2394424 (freier Volltext).
13. K. Wakai, K. Tamakoshi, C. Date, M. Fukui, S. Suzuki et al.: Dietary intakes of fat and fatty acids and risk of breast cancer: a prospective study in Japan. In: *Cancer Science*. Band 96, Nummer 9, September 2005, S. 590–599.

۱۰- د چاپيريال او اينوايرنمينتال عواملو تاثيرات:

د چاپيريال او اينوايرنمينتال ناوړه تاثيرات چي د ډډيې د سرطان په پيداښت كې سهم لري، د لاندنيو عواملو څخه عبارت دي :

Factors in the physical environment:

- Hormones, especially estrogen, affecting the carcinogenesis.
- Benzene
- Bisphenol A (BPA)
- 1, 3 –Butadien
- DDT

- Ethylen Oxide
- Dioxins
- Organic solvents
- Polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs)
- Polychlorinated biphenyls (PCBs).
- Polycyclic aromatic hydrocarbons (PAB).
- Tobacco (active and passive form)
- Radiation
- Red No.3
- Vinyl chloride
- Virus (Human papilloma virus)

دځينو موادو په هكله معلومات:

Xenoestrogen: -1

زينيستروجن هغه كيمياوي تركيبات دي، چي په بدن كي ايستروجن ته دمشابه تاثيراتو په واردولو سره د ايندوكرين دديسرپچر په حيث دايندوكرين په سيستم كي دمداخلې په وجه د هورمونو د اضافه توليد او ددې لاري دثديې دتوشواتواوسرطان دتوليد سبب كيږي. په آخرو وختوكي د زينيستروجن وسيع استعمال په پيستيسيدو او نورو موادوكي، خاصتاً د بدن دسنبال او ښكلاپه توكوكي دثديې دسرطان دانسيدنت په ډيرښت كي بارز رول لوبولى دى (برودي اوهمكاران- ۲۰۰۷).

زاین ایستروجن دمخلفوکیمیایوی مرکباتو څخه عبارت دي، چي مهم استازي یې په لاندې ډول دي:

- پولیسیکلیک اروماتیک هایدروکاربن

- پولی کلورینیتید بایفینیل

- دای اوکسین

- عضوی محلولات

۲- بیسفونات آ: 2- Besphonat A

بیسفونات آ دکیمایوی مرکباتو څخه عبارت دی، چی دپلاستیک په تولیدکی په پراخه پیمانہ سره استعمالیږي او دپلاستیکی توکو لکه پلاستیکی بوتلونه منجمله دماشومانو دشدیدو بوتلان، د وچو غذایی توکو پلاستیکی قطبانی، طبی او لابراتوری تیوبونه اوسامانونه، داوبولان، لیپتاپونه او نورو ورځني لوازمو په جوړښت کي کارېږي.

د سوکو.آ.م. (۲۰۰۹) او جینگینس.س. او همکارانو (۲۰۰۹) دتجربوي تحقیقاتو دمخې د بیسفنول آ استعمال په حیواناتو کي ددواژ مطابق دثدیې دمخلفو تغیراتومنجمله سرطان د تأسس سبب گزري. د فیرناندیس او روسو (۲۰۱۰) ریسرجي نتایج شیی، چي بیسفنول په ښځو کي دثدیې دنسج دنیوپلاستیک او سرطاني آفاتو سبب کیږي.

3- Aromatic amins

اروماتیک امینونه:

اروماتیک امینونه هغه عضوي مواددي، چی په کارخانه جاتو کي دمخلفوتولیداتو په نتیجه کي (رنگ، ډپولی یوریتان محصولات، پیستیسید اونور)، دمحروقاتي موادواو سگریټو دسونگ اودودیدا

په نتیجه کي یا دغذائي توکو خاصتاً دغونبو دکبابیدو او سوځني دکبله تولیدپري. اروماتیک امینونه درې ډوله دي: مونوسایکلیک؛ پولی سایکلیک او هیتیروسایکلیک اروماتیک امینونه. مخکي دپولیسایکلیک امینوناوړه تاثیرات پروچود باندي منجمله دسرطان په تأسس کي په تفصیل سره ذکر سول، هیتیروسایکلیک امینونه هم دندبي پرنسج باندي په ورته شان سره دمغني اثراتو په لرلو سره په بنځوکي دسرطان دتولید باعث کرزي.

4- Red No 3:

رید نمبر-۳ رنگه ماده ده، چي په ځینو غذائي موادوکي دنسایست په موخه گډپري. خوباید وویل سي چی داماده هم د دي این اي د دیفکت او موتیجینیک تاثیراتو دکبله خصوصاً په لوړمقدار سره دسرطان دتولید سبب گزي.

References:

1. Brody JG, Moysich KB, Humblet O, Attfield KR, Beehler GP, Rudel RA (June 2007). "Environmental pollutants and breast cancer: epidemiologic studies". *Cancer*. 109 (12 Suppl): 2667-711
2. Soto AM, Sonnenschein C (July 2010). "Environmental causes of cancer: endocrine disruptors as carcinogens". *Nature Reviews. Endocrinology*. 6 (7): 363-70.
3. Jenkins S, Raghuraman N, Eltoum I, Carpenter M, Russo J, Lamartiniere CA (June 2009). "Oral exposure to bisphenol a increases dimethylbenzanthracene-induced mammary cancer in rats". *Environmental Health Perspectives*. 117 (6): 910-5.
4. Fernandez SV, Russo J (January 2010). "Estrogen and xenoestrogens in breast cancer". *Toxicologic Pathology*. 38 (1): 110-22.

5. State of the Evidence, The Connection Between Breast Cancer and the Environment, 2008.

پاتوجينيزيس : Pathogenesis:

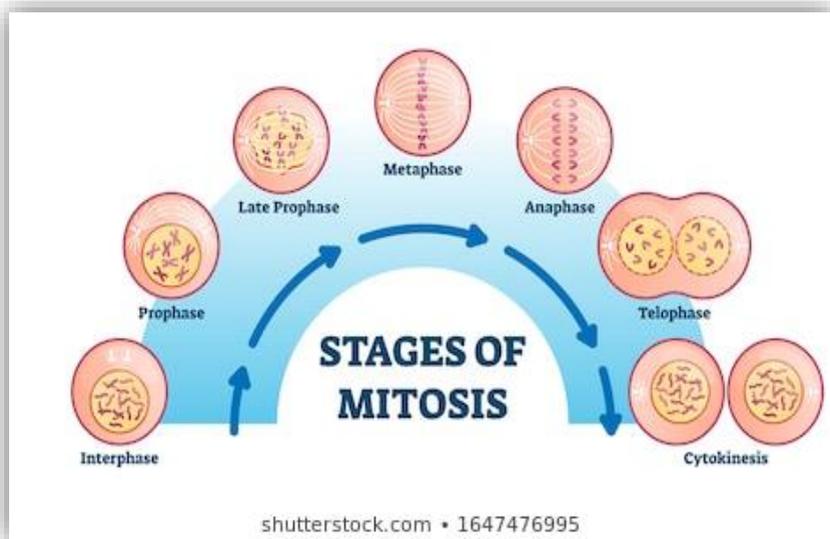
د سرطان په توليد كې بايد د حجراتو د تقسيمات دوه حالت په نظر كې ولرو:

۱- د ميتوز دمراحلو مطابق د حجرې نورمال تقسيمات

۲- د موتيشن د كبله د حجراتو غيرمنظم تقسيمات

۱- دميتوز دمراحلو مطابق د حجرې نورمال تقسيمات:

نورمال حجرات دميتوزيس د ټاڪلي مرحلوي پروگرام دمخې پر خپل معين وخت اوځای باندي په منظمه اومكرره توگه سره تقسيم او دمعيبي دورې يا حياتي سايكل وروسته چې شتون ئې نور ضرورت ونلري، دمشخص پروگرام پراساس د سوئيسيدال مړيني يا اپاپتوز (ځانمرگي) سره مخامخ او حياتي سايكل ئې پای ته رسېږي (۹۲- شکل):



د حجراتو د ژوند منظم سایکل (تکثر، وده او پلانیزه اپاپتوز) دلاندنیو دوو محافظوي میکانیزمو یا پاتوې او پکښې شاملو پروتینو دلارو ترسره کېږي:

1- The PI3K/AKT pathway;۹

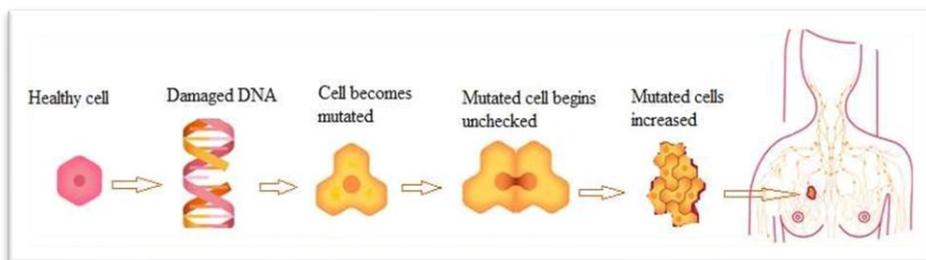
2- The RAS/MEK/ERK pathway.

د پورتنیو میکانیزمو د تعقیب او ادارې دمستولو جنینو او پروتینو اپیجینیک تغیرات او موتیشن د حجراتو د ژوند د سایکل داختلال سبب کېږي، څښې چې په خپل وار سره د سرطان درشد زمینه برابروي.

۲- د موتیشن د کبله د حجراتو غیر منظم تکثر :

کانسر و ماتوز حجرات د نورمالو حجراتو سره د شکل، تکثر او ودي دمخې توپیر لري. نورمال حجرات ځانته دخپلې وظیفې مطابق دمعین شکل، خواصو او اختصاصیت په ساتنه سره مرحلوي تکثر او وده مومي. خو د توموري حجراتو د تکثر او ودنیز نظم بیا د ارثي اپارات د صدمې، تخریب او موتیشن د امله د نورمالو حجراتو د ودنیز بهیر څخه د انحراف یا دیفیرینسیشن په نامه دیو سلسله جوړښتیزو توپیرو او وظیفوي تغیراتو سره مواجهه کېږي.

په داسې حالاتو کې د حجراتو نورمال سیکل د پورته ذکر سوو داخلي او خارجي عواملو په واسطه، چې د ارثي اپارات (دی این ای) دموتیشن سبب گرزي، خپل دطبعي سپرڅخه د انحراف یا دیفیرینسیشن په نتیجه کې د سریع، بی کنتروله او نامنظم تکثر او په معین وخت سره د اپاپتوز د نه قابلیت د امله د سرطانې حجراتو او کتلې د تشکیل سبب کېږي (۹۳- شکل):



د تغیراتو میخانیکیت:

د ډیپي په فعالیت کي لاندني دوه ډوله متضاد جینونه برخه نیسي:

۱- تومورسوپریسور جینونه

۲- انکوژینیک جینونه

۱- تومورسوپریسور جینونه عبارت دي:

APC (Antigen Presenting Cell)

BRCA1

BRCA2

P53

تومورسوپریسور جینونه په خپل وار سره د لاندنیو محافظوي پروتینو، چي د ډیپي په ساتنه او ریگولیشن کي مهم رول لوبوي، د تولید سبب کیږي:

CHEK2, ATM, PTEN

۲- انکوژینیک جینونه په لاندني ډول دي:

RAS, MYC

همدارنگه لاندني جینونه هم د ډیپي دکانسر په لوړیدو کي سهیم گڼل کیږي:

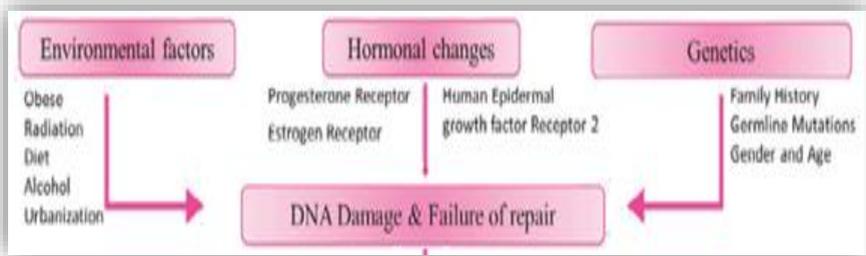
CHEK2; RIP1; ATM; PALB2; 8RAD51; BARD1; 8MRE1; 8NBN; AD50

په نورمال حالت دواړه متضاد جینونه د توازن په حالت کي قرار لري، خودسرطان د ریسک د اوږد مهاله تاثیراتو په شتون سره تومورسوپریسور جینونه په موتیشن سره د اخته کیدو د کبله دا تعادل د انکوژین په گټه بدلون مومي.

دسرطاني عواملو د ناوړه تاثیراتو د کبله، کله چي پورتنی محافظوي جینونه په موتیشن اخته سي، د محافظوي پروتینو نقش هم د اختلال سره مخامخ کیږي. ددې وروسته موتانت جینونه او پروتینونه خپل تومورسوپریسور او محافظوي رول دلاسه ورکوي او برعکس انکوژینیک خواص غوره

کوي، چي پدې ترتيب سره موتانت سوي تومور سوپرېسور جينونه نو او س دنوی خواصو په لرلو سره د انکوژينیک جينو سره يوځای دندېي دسرطان په زېړنده کي داضميموي فاکتور په حيث نا رغنده رول لوبوي.

په لمړۍ مرحله کي دسرطان پورته ذکرسوي سببي عوامل (موتانت جينونه، هورمونل تغيرات او د چاپيريال مضره توکي) د دي اين اې دتخريب اوتشوشاتو سبب کيږي، پدې ترتيب سره چي ياد سوي فکتورونه د يوې خوا د دي اين اې دنخير يا ستراند دصدمې يا ديفکت سبب کيږي اودبل لوري هم د دی اين اي ترميمي ميکانزم متضرر، دی اکتيف اوخنځی کوي(۹۴- شکل):



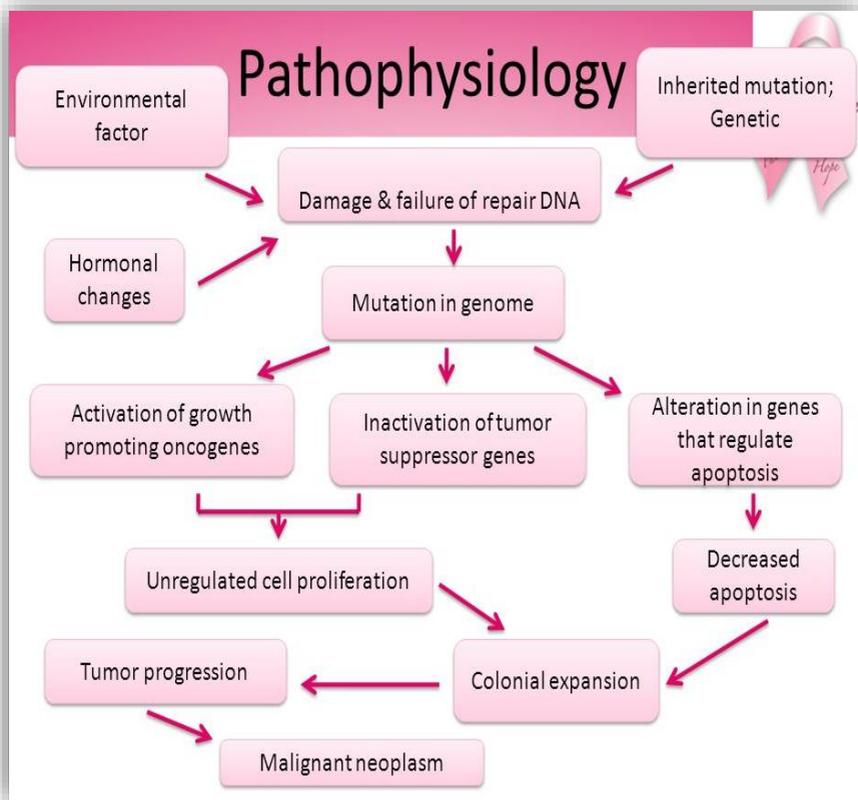
پدې ډول سره ياد تغيرات د جينوم دموتيشن باعث گرزي، چي په نتيجه کي ئې لاندني تغيرات منځته راځي:

۱- د اپاپتوتیک جينو موديفيکيشن.

۲- دتومور سوپرېسور جين دی اکتیوېشن يا بی تاثیر کيدل او انحرافي فعاليت ته اوبستل.

۳- دانکوژين اضافه توليد او ستيموليشن يا تحريک اوتقويه.

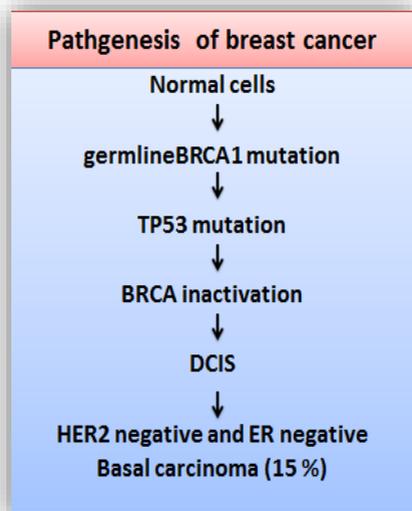
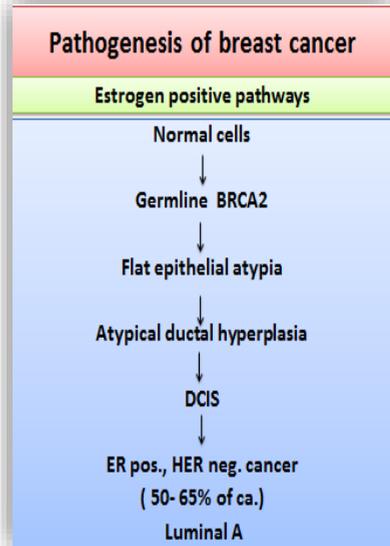
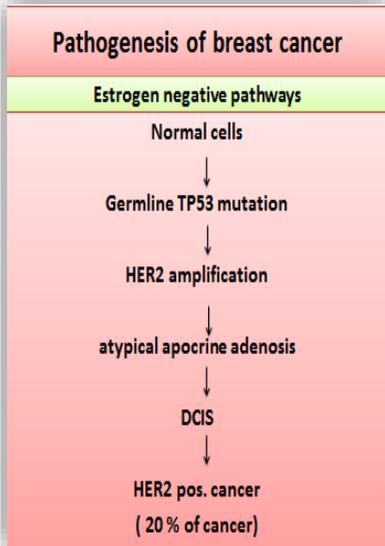
پورتنی تغيرات هريوپه خپل وار سره دلاندنيو حالاتو باعث کيږي(۹۵- شکل):



الف - نوموري حجرات داپاپتوز دپروگرام څخه په وتلو سره نوردخپل وخت مرگي قايدې دتابعينه څخه وزې اودمعين وخت وروسته هم ژوندته ادامه ورکوي.

بي - آتبيک حجرات بي کنتروله اوسريع تکثر او پروليفيريشن ته په ادامه سره دحجراتو د تراکم کيږي، څشي چي په تدريج سره دتوموري کتلې دتشکل سبب گرزي دپاتوجينيز دعمومي شمې سربيره لاندي به دسرطان دمختلفو ماليکولر گروپو د پاتوجينيز ځانگړتياوي شرح کړل سي (۹۶، ۹۷، ۹۸- شکلونه):

۹۶، ۹۷، ۹۸- شکلونه: دانوازیف دکتال کارسینوما دمختلفو تایپو میکانزم



کلاسیفیکیشن:

دنديې دکانسر کلاسیفیکیشن دلاندنیو معیاراتو پراساس صورت نیسي:

I- دحجروي آتیپیزم او انوازبویتي دمخي (گریډنگ)

II- دوسعت اوانتشار دمخي (تي این ایم- کلاسیفیکیشن)

III- د تومور ویشون دهستوپاتولوژي تیپ دمخي

IV- دسرطان ډولونه دمالیکولر تیپ اوتوموردریسیپتورو دمخي:

I - گریډینگ: Grading:

کانسروماتوز حجرات دنورمالو حجراتو سره دشکل، تکثر او ودي دمخي توپیر لري. نورمال حجرات ځانته دخپلی وظیفې مطابق دمعین شکل، خواصو او وظایفو په ساتنه سره تکثر او وده مومي. خو توموري حجرات بیا د یاد اختصاصیت قابلیت دلایسه ورکوي، دنکثر او ودي نظم ئې د اختلال سره مواجهه او دنورمالو حجراتو دنکثر او ودنیز بهیرخه توپیریا دیفیرینسیشن غوره کوي. دتومورل حجراتو دتوپیر یا دیفیرینسیشن درجه دکانسر دگریډینگ په نامه یادېږي. پدې اساس هر څونده چې ددیفرینسیشن درجه لوړه وي، په هغه اندازه دتومور دخباثت یا مالیگنانسي او تعرضیت یا انوازبویتي قدرت هم لوړ وي. دتومور هیستولوژیکي تیپ یا گریډنگ، چې دنسجي او حجروي اوصافو او نوکیلر دیویژن یا هستوي تکثر دسرعت او اختصاصیت دمخي تعیینېږي، پر درې ډوله دی:

۱- ټیټه درجه یا Low grade

۲- منځنۍ درجه یا Intermediate grade

۳- جگه درجه High grade

۱- ټیټه درجه: Low grade

ددیفرینسیشن یا توپیر په سپکه درجه یا لوگریډ کې توموري حجرات دنورمالو حجراتو په پرتله ډیر لږ توپیر لري. په لوگریډ تومور کې توموري نسج د وړو، مونومورفیک متراکمو حجراتو خه چې

گنبدی یا قوسی، میکروپاپیلر او کریبریفورم یا غلبیلی اشکال لری، تشکیل سویدی. هستی د شکل دمخه یوډولیزاو یونیفورم او رنگ په لحاظ ریگولر اومساویانه رنگ لری. نوکلیولای (هسته چي) خاص تبارز نه لری او میتوتیک کنفیگوریشن په ندرت سره لیدل کیږي.

۲- منځنی درجه:

Intermediate grade

د متوسطي درجې سایتولوژیکي خصوصیات د مخکنی درجې سره مشابه تغیرات لری، خو سربیره پر دې په ځینو قناتو کې داخل قناتي یا انترالومینر نکروریزس هم لیدل کیږي او هستوي کروماتین بعضاً په نا برابر او غیر منظم تلوین سره تبارز کوي.

۳- جگه درجه: High grade

په دې درجه کې یوقطاره فوق العاده آتیپیک او پولیمورفیک او غیرمنظم سرحدده حجرات دمتبارزو نوکلیولیسو یا هسته چو او میتوتیک شکلو سره شتون لری. همدارنگه کومیدو نکروریزس چي د پولیمورف غټو تومورل حجراتو پواسطه احاطه سوېوي، وجودلری.

II - Staging: د ټپي این ایم پر اساس

TNM- Classification

ټپي این ایم د لاندنیو لاتینی کلماتو مخففات تشکیلوي:

T (Tumor)

N (Nudle)

M (Metastasis)

- تومور: د دانې څخه عبارت دی، چي دغټی او غونډوري په نامه هم یادېږي اود (۹۸، ۹۹، ۱۰۰)،
په شکلونو کې ښوول کیږي. (۱۰۱، ۱۰۲)

- نوډیل یا ناجل: دلمفاوي عقدې څخه عبارت دی، چي دلمغري یا مرغري په نامه هم یادېږي.

- میتاستازیس: دسرطان د رینبو یا تخم څخه عبارت دی، چي داوولیه دانې څخه بهرته د پاش او کرنی وروسته هلته بیا په مستقلا نه ډول سره وده کوي. دامریکا دسرطان پرضد د اتحاد کمیته او دسرطان ضد بین المللی اتحادیه د ټي این ایم کلاسیفیکیشن، چي د دوو برخو څخه متشکله ده، توصیه کوي. په لمړۍ برخه کي دټي این ایم فاکتورونه هر یو په جلا توگه ارزول کیږي او په دوهمه برخه کي یاد فاکتورونه په مجموعي ډول سره دستیجینگ په نامه راټول او د معالجوي تکتیک دتعیین په موخه کتگورایز کیږي.

The American Joint Committee on Cancer (AJCC) and the International Union Against Cancer (UICC)

دټي این ایم لمړۍ مرحله:

اوس به دهر فاکتور پر ځانگړتیاوو باندي ورغیږو:

I-T:

T0:

Tumor in situ- Tis (ductal cancer in situ- DCIS and Lobar cancer in situ- LCIS),
Paget's disease

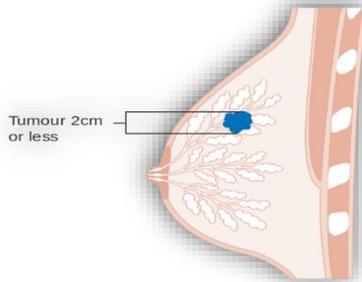
T1: T < 2cm

T1a = 0,1- 0,5;

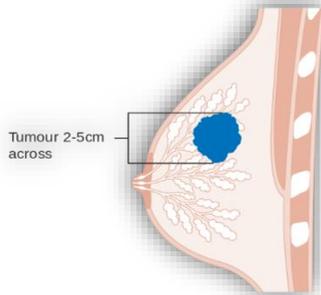
T1b = 0,5-1,0;

T1c = 1,0- 2,0.

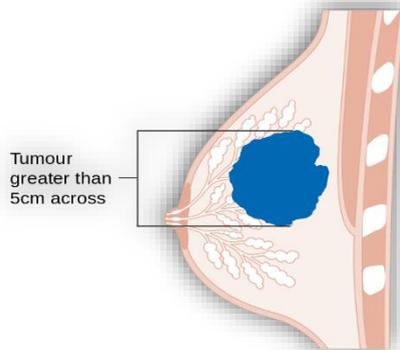
T1- T2- T3- T4 - ۱۰۳ شکلونه: -



T2: T = 2- 5 cm.



T3: T > 5cm.



T4:

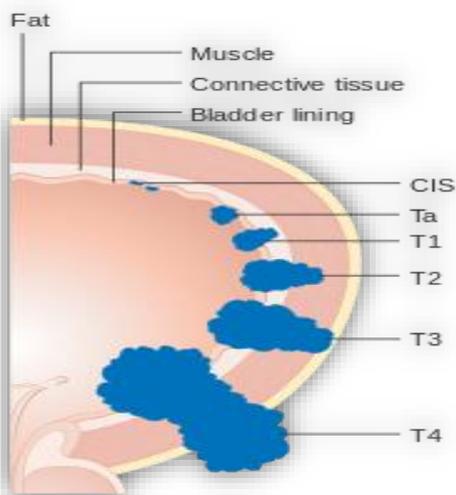
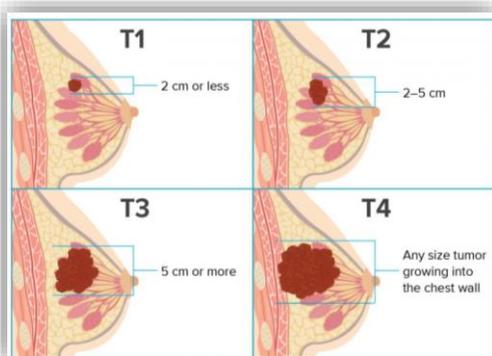
د تومور اندازه هرڅونه چې وي او لاندني اوصاف ولري، په تي-۴ کي حسابيږي:

T4a - Chest wall involvement.

T4b - Skin involvement.

T4c - Both (4a + 4b).

T4d - Inflammatory breast cancer.



II-N:

N0:

په دي مرحله کي د کلينيکي او راديولوژيکي دنظره په لمفاوي عقداټو کي ميتاستاز وجود نلري. په (اين صفر) گروپ کي که څه هم ميتاستاز شتون نلري، خوبياهم کيدای سي چي په لمفاوي عقداټو کي په ډير لږمقدار سره سرطاني حجرات وجود ولري، چي يوازي د هستولوژي يا ايمون هستوکيميسټري په مرسته سره تثبيتلدای سي. ځکه داگروپ په مختلفو سب گروپو باندي تقسيميري:

N(i+):

دا سبگروپ د ايزوليتيد تومورسيل کلسيټر يا دمجزا توموري حجراتو دټولني څخه عبارت دی، چي تر (۲) مليمترو په اندازه قطر او يا په يوه هستولوژيک کروس- سکشن کي تر ۲۰۰ عدده حجراتو پوري چي دمروجه هستولوژي يا ايمون هستوکيميسټري پواسطه تثبيت کرل سي.

N (mol-):

RT- PCR test:

ددې سبگروپ په هستولوژي معايناتو کي هم سرطاني حجرات وجود نلري، يوازي د ماليکوليېر تست پواسطه تثبيټيري، چي پوزيټيف تست (اير تي/ پی سي اير) دسرطان پر موجوديت دلالت کوي.

N1:1-3 nodes in axilla.

N2: 4-9 nodes in axilla.

N3: > 9 in axilla:

N3a- Ipsilateral infraclavicular nodes

N3b- Ipsilateral internal mammary nodes

N3c- Ipsilateral supraclavicular nodes

III-M:

M: - Hematogenic metastasis or distant metastasis

M0: - No evidence of distant metastases (negative).

په دې مرحله کې د کلینیکي او پاراکلینیکي معایناتو پواسطه د میټاسټازیس موجودیت نه تثبیتېږي.

M (i+):

په دې مرحله کې که څه هم د کلینیکي او پاراکلینیکي معایناتو پواسطه د میټاسټازیس موجودیت نه تثبیتېږي، خو د وینو او عظمي نخاع (هډمغز) په معایناتو کې سرطاني حجرات تثبیتوي او همدارنگه په غیرموضعي لمفاوي عقداتو کې تر (۰،۲) ملیمتره پورې میټاسټاتیک نقاط تثبیتېږي.

M1- distant metastasis- positive (most: lung, lever, bones)

په دې مرحله کې د میټاسټازیس موجودیت، چې تر (۰،۲) ملیمتره زیات قطر ولري، د کلینیکي او پاراکلینیکي معایناتو پواسطه تثبیتېږي.

د « ټي این ایم » دوهمه یا سټیجینګ مرحله: Staging

په دې مرحله یا دوهمه برخه کې یاد فاکټورونه په مجموعي ډول سره د سټیجینګ په نامه راټول او د معالجوي تکنیک د تعین په موخه کټګورایز کېږي.

د « ټي این ایم » پواسطه مجموعي سټیجینګ پرلاندنیو پنځو (۵) درجوا سټیجیو باندي ویشل کېږي (۱۰۴- شکل):

Stage 0

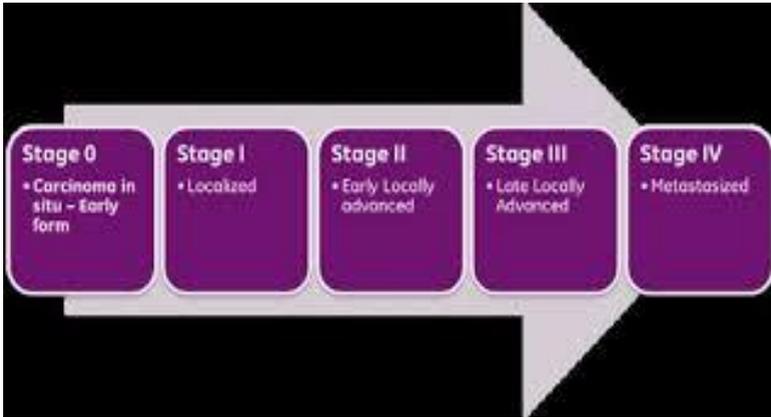
Stage I

Stage II

Stage III

Stage IV

شکل - ۱۰۴



دستیجنگ مشخصات:

Carcinoma in situ (Stage 0):

په صفرستیج یا صفردرجه کي نومورل حجرات بيله دې چي بیزيک ممبران ته انتشار ومومي، پرخپل ځای باندي تکثراو وده کوي، ځکه په لاتین کي د « کارسینوما این سائتو» یعنی پر خپل ځای یا ځائيز کارسینوما په نامه یادېږي.

I: Stage

لمړۍ درجه چي د مقدماتي مرحلې یا (پرلي ستيج) په نامه هم یادېږي، سرطانې حجرات د اساسي یا بیزيک ممبران ترمصابت اونفوذ وروسته قسماً مجاوري ستروما ته هم نشر مومي. په دې مرحله کي په عملیات سره د توموري کتلې دکامل ایستلومکان وجود لري.

Stage II:

په دوهمه درجه کي نومور د ابتدائي حالت څخه په موضعي محدود نشر «لوکال ادوانسید» شکل تبدیلېږي، چي تداوي ئې دجراحی، کیمو یا رادیشن تیراپی پواسطه ترسره کېږي.

Stage III:

په دریمه درجه کي ابتدائي نومور دموضعي وسیع نشر «ریجیونل ادوانسید سٹیج» په حالت کي او اکثرأ دموضعي لمفاوي کولکترو دمیتاستازیس سره ملگريت لري، پدې ډول چي نوموري کتله وسیع اومحجم شکل لري او یا داسی چي موضعي لمفاوي عقدات په وسیع توگه سره په میتاستاز مصاب سوېوي.

Stage IV:

په دې مرحله کي هیموتوجن میتاستاز د بدن په بعیده اعضاوو کي وجود لري.

۱۰۵- تابلو: دکانسر سٹیجینگ د «ټي این ایم» دمجموعي فاکتورو پواسطه

TNM-overall Staging of National Center for Biotechnology Information. Last Update: June 4, 2019. Creative Commons Attribution 4.0 International License

Stages	T	N	M
Stage 0	Tis	0	0
Stage I	T1	0	0
	T2	0	0
	T3	0	0
Stage II	T0	N1	0
	T1 or T2	N1	0
Stage III	Invasive into skin or ribs,	Matted LN	0
	T3	N1	0
	T0	N2	0

	T1	N2	0
	T2N2; T3N2; locally advanced breast cancer	N3; Any T	
		T4 any N	0
Stage IV	Advanced breast cancer	Any N	M1

Originally copied from Fadi M. Alkabban; Troy Ferguson. "[Cancer, Breast](#)". [National Center for Biotechnology Information](#). Last Update: June 4, 2019. [Creative Commons Attribution 4.0 International License](#)

III- پاتوهستولوژيکي کلاسیفیکیشن:

دکانسر ویشون دپاتوهستولوژيکي تغیراتو(شکل اوتیپ) دمخي، چه معمولاً دبايوپسي د مطالعې په نتیجه کي لاسته راځي، صورت نیسي.

پاتوهستولوژيکي کلاسیفیکیشن

دثديې کانسر د شکل اوتیپ دمخي مجموعاً پردوه ډوله دی:

I- نان اینوازيف کارخینوما (کارسینوما این سیتو)

II- اینوازيف کارسینوما

1- نان اینوازيف کارخینوما:

نان اینوازيف یا پری کارسینوماپه خپل وارسره دري ډوله ده:

۱ - دکتال کارسینوما این سیتو

۲ - لوبولر کارسینوما این سیتو

۳ - پاجیت دیزیز (دحليمي سرطان)

2- اینوازيف کارسینوما:

اینوازيف کارسینوما لاندني ډولونه لري:

۱- انوازیف دکتال کارسینوما

۲- انوازیف لوبولار کارسینوما

۳- انفلاماتوری کانسر

۴- نورشکلونه

* توبولریا کریبریفورم کارسینوما

* موخینوز یا کلوتید کارسینوما

* میدولاری کارسینوما

* پا پیلری کارسینوما

* میتاپلاستیک کارسینوما

دثدیپ مختلف اشکال دکثرت دمخپ په لاندنی کچه سره لیدل کیږي:

- انوازیف دکتال کارسینوما- ۵۴٪.

- پری اینوازیف دکتال کارسینوما یا دکتال کانسر این سایتو- ۲۳٪.

- انوازیف لوبولار کارسینوما- ۷٪.

- توبولریا کریبریفورم کارسینوما- ۴٪.

- موخینوز یا کلوتید کارسینوما- ۱،۵٪.

- میدولاری کارسینوما- ۱،۵٪.

- پا پیلری کارسینوما- ۰،۵٪.

- میتاپلاستیک کارسینوما- ۰،۵٪.

- نورشکلونه - ۲٪.

IV- دکانسر مالیکولر کلاسیفیکیشن دتومور ریسپیتور و دمخي:

دډیې کانسر دسرطاني حجراتو پر سطح باندي دمخلفو ریسپیتور ودمخي په لاندنيو گروپو باندي ویشل کیږي:

۱- ایستروجن پازیتیف او نیگاتیف

Estrogen positive and negative

۲- پروجیسټرون پازیتیف او نیگاتیف

Progesterone positive and negative

۳- هیر-۲ پازیتیف او نیگاتیف

Her-2 positive and negative

ایستروجن پازیتیف دډیې دسرطان ۸۰٪، پروجیسټرون پازیتیف ۶۳٪ او هیر-۲ پازیتیف (۲۰٪) تشکیلوي. که چیری دهورموني ریسپیتور وکمینیشن یا مرکب حالت په نظرکي ونيول سي، نولاندني گروپونه چي مختلف خواص لري، تشکیلېږي:

ER+/PR+ ؛ ER+/PR- ؛ ER-/PR+ ؛ ER-/PR-

دهورموني ریسپیتور و سره دهیر-۲ تومور ریسپیتور و دکمینیشن یا ترکیبي محاسبې په صورت کي (۸) مختلف الوصفه گروپونه منځ ته راځي:

(PR+/HER2+)، (ER+/PR+/HER2-)، (ER+/PR-/HER2+)، (ER+/PR- /HER2-)

(ER-/PR+/HER2+)؛ (ER-/PR+/HER2-)؛ (ER-/PR-/HER2+)؛ (ER-/PR-/HER2-)

په پرکتیکي لحاظ دپورتنیوسب تیپوڅخه یوازي لاندني څلورتیپه ، چي دمخلفو خواصو او انزارو دمخي د تداوي د مختلفو طریقو ایجاب کوي، مهم گڼل کیږي:

۱- لومینل ای تیپ = ۵۰٪

۲- لومینل بی تیپ = ۲۰٪

۳- هیر-۲ تیپ = ۱۵٪

۴- بازال تیپ یا تریپل نیگاتیف تیپ = ۱۵٪

- Luminal A Type (ER+/PR+/HER2-) = 50 %

- Luminal B Type (ER+/PR+/Her2+) = 20 %

- HER2 type (ER-/PR-/HER2+) = 15%

- Basal type or triple negative (ER-/PR-/HER2-) = 15%

۱۰۶-۱- تابلو: دمالیکولر کلاسیفیکیشن دمختلفو گروپو مشخصات اوانزار

Prognosis	BRCA2	BRCA1	HER2	PR	ER	Status
good	Mutation (+)	-	-	+	+	Luminal A
poor	Mutation (+)	-	+	+	+	Luminal B
poor	-	-	+	-	-	HER2 (+)
worst	-	Mutation (+)	-	-	-	Basal (triple negative)

References:

1. <https://www.krebshilfe.de/informieren/presse/neues-aus-der-forschung/brustkrebs-neue-therapie-mit-cholesterinsenkern/> abgerufen am 10. Oktober 2019.

2. Alexander Katalinic, Carmen Bartel: **Epidemiologie Mammakarzinom.** Universität Lübeck, 2006. (krebsregister-sh.de (Memento vom 6. Oktober 2007 im **Internet Archive**)).
3. WHO/IARC: World Cancer Report. Lyon 2003 (Memento vom 1. Februar 2008 im Internet Archive).
4. J. Eucker, P. Habel, K. Possinger: Metastasiertes Mammakarzinom: Differenzierte, möglichst zielgerichtete medikamentöse Therapie. In: Oncologic. Band 19, 2013, S. 487- 493.

تشخيص:: Diagnosis::

تشخيصي مراحل:

۱- انامنيزيس

۲- فزيكي معاينات

۳- لابراتوري معاينات

۴- راديولوژيک اوتصويري معاينات

۵- مورفولوژيكي معاينات

۱- انامنيزيس:

دمريضانو انامنيزيس د هغه دجينيكولوژيک اوفاميلي انامنيزيس څخه عبارت دی:

۱- جينيكولوژيک انامنيزيس:

- دحيض دشروع وخت (ميناركي).

- دلمړی حمل اوولادت سن.

- دحمل او ولادت تعداد.

- ماشوم ته دشيډو ورکول.

- دحيض توقف (مينوپاوز) سن اووخت.

- په انانمیزکي دنورواعضاؤ دسرطاني امراضو شتون.

- شعاعي لوړ دوزاژ (دشعاع په ساحه کي وظايف، مکرر ایکسري او اشعوي تداوي)

آآ- فاميلي انانمیزيس:

- د ټيبي دسرطان انانمیزپه مور، خوندو، خاله اوهمدارنگه په نرينه لين کي (پلار يا وروڼه).

- په فاميل کي دنورو اعضاووخصوصاً تناسلي اورگانوسرطاني امراض.

۲- کلينیکي معاينات:

A- سبجکتيف علايم (دناروغو شکايات):

- په ټديه يا ابطي ناحيه کي د درد احساس.

- دټيو آسيميتري ياعدم تناظر(دتي دشکل او اندازې تغير) اودنيپيل تغيرات.

- د تي يا تخرگ (اکسيلا) پرسوب اودجلد تغيرات.

- په ټديه کي دقوام دتغير، کلکتيا اوغتي احساس، چي خپله مريض ورته متوجه کيږي.

- دنپيل ديسچارج يادتي خځه دمابع اخراج (سيروز يا هومورج).

B- ابجکتيف يا کلينیکي علايم:

ابجکتيف علايم، عمدتاً دټيبي دمشاهدې اوجس پواسطه، چي بعضاًخپله دمريض اواساساً د

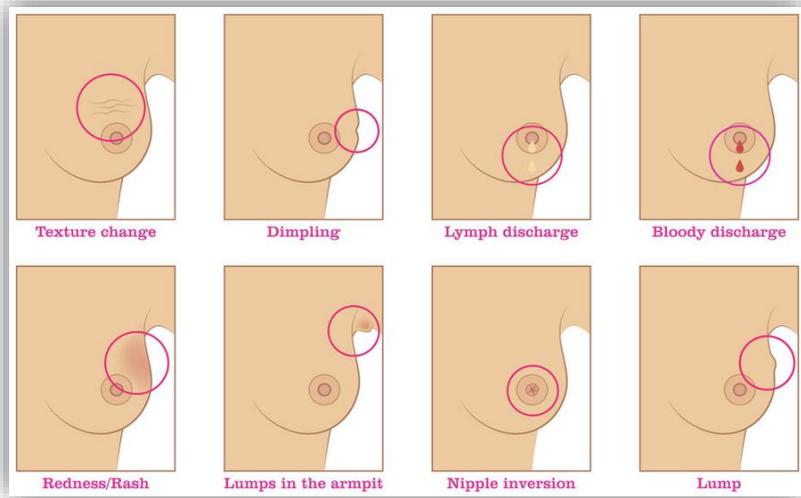
معالج ډاکټر په واسطه ترسره کيږي، لاندني تغيرات تثبیتوي:

1- مشاهده: دټيبي په مشاهده کي لاندني علايم دپاملرني وړ گڼل کيږي (۱۰۷- شکل):

۱- دټيو عدم تناظر- دمقابلي ټيبي په تناسب دشکل او حجم تغير) لوئيدل، څرپدل اونور

تغيرات).

- ۲- دثديې دجلد درنگ تغير- سوراو احمراري لرنګ دالتهاب دامله (انفلاماتوري کانسر).
 ۳- دجلد دشکل او قوام تغير(نارنج پوسته جلد، پارسوب، جلد گنجه کول يادننه کشيدل).
 ۴- دنپيل اينويرژين اود اخل ته کشيدل (دمصابوقناتودلنډيدودکبله).
 ۵- دنپيل ديسچارچ يادحليمې مصلي (سيروزيتي) يا وينه ئيز(هيمورج) افرازات.
 ۶- پيجيت ديزيز(دنپيل سورواله، وچواله، سوخت، درد او بيموقع افرازات).
 ۱۰۷- شکل: دسرطان پورتنۍ علامې په لاندني شکل کي



2- جس يا پالپيشن:

- ۱- په تي کي دمختلف الجسامته غټي ياغونډورۍ (لمپ) اويا سخت نسج موجوديت، چي دثديې دمټباقي نسج سره توپيرلري، بعضا دسرطان متعدد لمپونه اوغټي هم شتون لري.
 ۲- دغټي يا ماس قوام سخت، غيرمنظم او غيرمعين منتشر سرحدونه لري.
 ۳- کتله يا ماس په جس سره بعضاً وجعناکه اوددرد سره مل وي. ماستودينيا يا دثديې درد عمدتاً دکتلې په برخه کي، خوبعضا منتشر شکله او کله هم په خرګ يا ابطي ناحيه کي شتون لري.

۴- د نیپیل په فشار سره بعضاً د غیرعادي مایع اخراج.

۵- توموري کتله دواړه جسامت په صورت کې محرکه او خوځنده وي، خودغټو کتلو په صورت کې تومور عضلاتو او جلد ته دانتشار د کبله غیر محرک او فیکسید حالت غوره کوي.

۶- په تخرگ یا ابطني ناحیه کې بعضاً د ضخاموي لمفاوي عقدا تو موجودیت.

۴- د وینو لابراتوری معاینات:

د وینو معاینات د دوو موخو دپاره ترسره کېږي:

۴-۱- د مرض د تشخیص په هکله (د سرطان مختص مارکر اوبي ایر کا موتیشن).

۴-۲- د عمومي وضع ارزون په موخه :

- د وینو عمومي معاینات (سي بي سي)

- کېډي معاینات (ایل ایف ټي)

- د وینو د تخثر تستونه (کواگولوگرام)

- کلیوي معاینات (کي ایف ټي)

همدارنگه د مرض تشخیصي تستونه:

- بي ایرکا مودیفیکیشن

- د ټډبي د کانسر مارکرونه:

- کانسرانټیجین (سي اي ۱۵-۳)؛ کانسرانټیجین (سي اي- ۲۷-۲۹) کارسینو ایمبرو جینیک

انټیجین (سي اي اي) او بی ایرکا- جین.

- BRCA Gene
- Cancer antigen 15-3 (CA 15-3)
- Cancer antigen 125 (CA 125)
- Cancer antigen 27.29 (CA 27.29)
- Carcinoembryonic antigen (CEA)

۵- رادیولوژیکی معاینات:

- ولتراسوند

- ماموگرافي

- سي تي، ايم آر آی او پيت سکن

۱- ولتراسوند:

ولتراسن که خه هم دڌيپي دسرطان په تشخيص کي داموگرام په شکل داساسي معاینې او سکریننگ په حيث نه استعماليري، ځکه دتومور په واړه اوابتدائي حالت کي تشخيصي قابليت نه لري، خوبعضاً داموگرام ترڅنگ داموگرام دمشکوکيت په وضاحت کي ممده رول لوبوي. همدارنگه په ځينو حالاتو کي بيا داساسي تشخيصي ميتود په حيث عمدہ رول غوره کوي:

- حامله نښي.

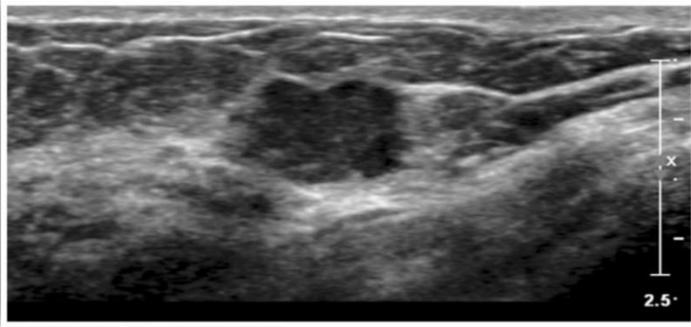
- دڌيپي ډيرمتکاثف يادینس نسج، په کوم کي چي داموگرام نفوذي قدرت کافي نه وي.

- په ډير ځوان سن کي (تر ۲۵ کلنی پوري).

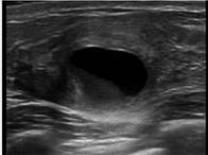
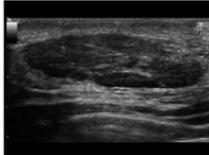
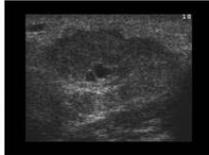
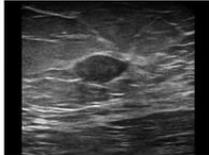
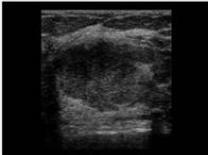
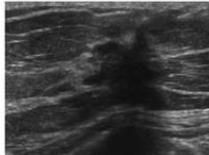
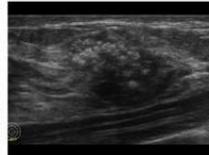
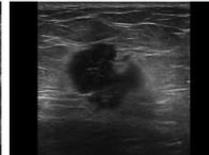
- دلمفاوی عقداتو دتشخيص اوارزوني دپاره.

- دبيوپسی دکنترول په موخه (ولتراسن گ ايډيډ بيوپسي).

۱۱۴- شکلونه: دولتراسن مختلفي کليشي



۱۱۵- شکلونه: - د ولتراسن کلیشي د ثديي په مختلفو سلیمه او خبیثه آفاتو کی

Benign			
			
Infected cysts	Lipomas	Inflammation	Fibro adenomas
Malignant			
			
Metastases	Spreading bilateral	Carcinoma in situ	Microcalcification

۲- ماموگرافي:

ماموگرافي د سرطان د تشخیص دپاره مهم او مؤثر رادیولوژیکي میتود گڼل کیږي او پر دوه ډوله ده:

۱-۲- کنټرولي یا سکریننگ ماموگرافي

۲-۲- تشخیصی ماموگرافي

۱-۲- سکریننگ ماموگرافي په لاندنيو حالاتو کي ترسره کيږي:

- د جينيتيک، فاميلي اومضره توکو د تاثيراتو دامله د لوړ رسک په صورت کي.

- دمعين سن (۴۰ کلنۍ) وروسته د کنترول او تعقيب په موخه.

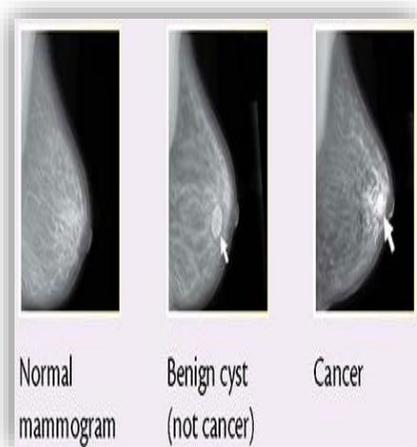
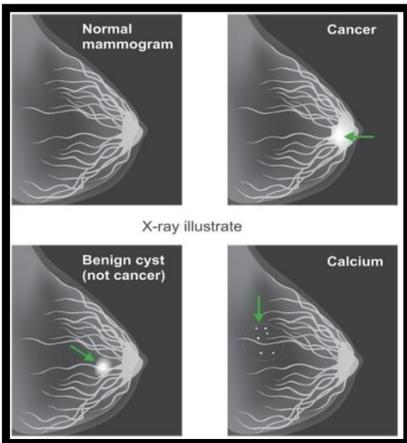
دا ډول ماموگرافي چي دشعاع په کم دوزاژ سره ترسره کيږي، د وضاحت او تشخيصي قابليت دمخي د تشخيصي ماموگرافي په مقايسه د ډيرو جزئياتو د ښودلو وس نه لري.

۲-۲- تشخي ماموگرافي په لاندنيو واقعاتو کي ترسره کيږي:

- په کنترولي ماموگرافي کي د شک او ترديد موجوديت.

- په ثديه کي د کتلې يا غونډوري اود سرطان دنوروعلايمو پيدا ايښت.

د تومورغټي په ماموگرافي کي دنورمال چاپيرن انساچو په پرتله دمختلف القطره غيرمنظم تکائف يا ډينس (ماس) خخه عبارت دی، چي سپين وبره او غيرمنظم شکل لري. په همدا ډول د ماموگرام پواسطه د کتال کرسينوما اين سیتوهم دقنات په جوف کي د حجاتو د تراکم او کالسيفيکيشن په شکل تشخيصيږي (۱۱۲-۱۱۳ - شکلونه):



۳- سي تي، ايم آر آي او پيت سکن:

سي تي سکن او ايم آر آي دروتيني معایناتو څخه نه، بلکي په مشخصو حالاتو کي ترسره کيږي:

- دلوبولر اينوازيف کارسينوما دريزيکشنې سرحد دتعيين دپاره.

- دمولتپيل تومورو په حالت کي دتوموروددقيق موقعيت دتعيين په موخه.

- بعضاً دبيوپسي دکنترول په موخه (ايم آر آي گايديډ بيوپسي).

۴- پوزيترون- ايميشنس نوموگرافي (پيت):

پيت دروتين معایناتو څخه نه شميرل کيږي اوحتی دايم آر آي په نسبت نورهم محدود او يوازي هغه وخت چی اوليه تومور يا ميتاستاز دنورو ميتودو پواسطه تشخيص نه کړل سي، استطباب موندي. دپورتنیو راډيولوژيکي پرسيجروسريبره دتومور دانتشار او ميتاستازدموقعيت اواختلاطاتو دتعيين دپاره لاندني معاینات هم لازمي گنل کيږي:

- دصدر راډيوگرافي.

- دبطن ولتراسن.

- دقحف سيټيسکن.

- دسکليټ سينتوگرافي.

ج- بيوپسي:

بايوپسيا دثديې دنسج دغيرعادي تغير يا ماس د موجوديت په صورت کي دمشکوک نسج څخه د موفولوژيکي معایناتو دپاره دسمپل اخيستلو څخه عبارت دی، چي دمتغيره نسج د اصلیت، تغيراتي نوعیت، هورموني فعالیت اومايکولر ريسپيټورو او سب تايپ دتعيين په موخه، چي د تداوي دمنجمنت اساس تشکيلوي، دسایتولوژيکي يا پاتوهستولوژيکي معایناتو په شکل ترسره کيږي. دثديې بيوپسي لاندني ډولونه لري:

Fine needle biopsy - فاين نيډل بيوپسي

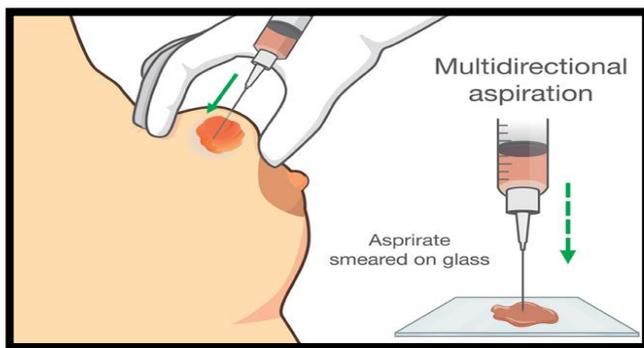
Core needle biopsy - کور نیډل بیوپسی

Open biopsy - بیوپسی دشق پواسطه

Sentinel lymph node biopsy - سینسینیل لمف نود بیوپسی

۱- **فاین نیډل بیوپسی** - داډول بیوپسی، چی طریقہ ئی مخکی تشریح سویده، دموضعی یا لوکل انسٹیزیا په مرسته معمولاً د ولتراسن او دډیرو وړو تومورو په صورت کی (محدود څوملیمتره) بعضاًدایم آرای تر کنترول لاندی په ستیریل شرایطوکی دډیری نری ستنی دطریقہ دآسپیریشن پواسطه سره اجراکیږی. دفاین نیډل بیوپسی د بیوپتات محتویات، چی دسرنج پواسطه آسپیری کیږی، معمولاً ډیرکم او دنسج په شکل نه بلکی د حجراتوپه شکل وی، چی پرسلاید یا کیټ باندي هوار اونشریږی (۱۱۶- شکل). داډول بیوپتات یوازی د سایتو لوژیکی مطالعی قابلیت لری، نو ځکه تشخیصی قدرت ئی دکور نیډل بیوپسی یا نسجی بیوپتات په پرتله، چی دهستولوژیکی معیناتوقابلیت لری، کښته دی.

۱۱۶- شکل: دنیډل بیوپسی طریقہ



دفاین نیډل بیوپسی نتایج په لاندی ډول وی:

۱- مشکوکه نتیجه

بی- سلیمه یا بیناین پتالوژی

ج - مالگننسي

۱- دمشکوکي نتیجې په صورت کي کور نیدل بیوپسی یا بیوپسی دشق پواسطه اجرا کیږي.

بي- دسليمه پتالوژي په صورت کي مريض ترکنترولې تعقيب او فلوپ لاندې نیول کیږي.

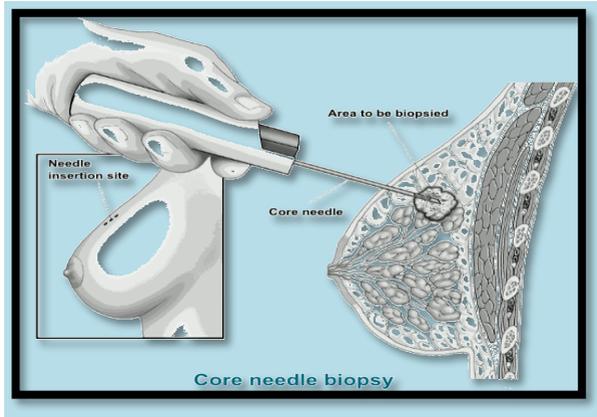
ج- دمالگننسي په حالت کي دعمليات اولازمه ضميموي تداوي تصميم نیول کیږي.

۲- **کور نیډل بیوپسی**- داډول بیوپسی په عین شکل اوشرايطوکي اجرا کیږي، خویوازي د بایوپسیا

دستني اندازه اوقطر ئې توپیرلري، پدې ترتیب چي دیوپسی مخصوصه ډبله ستن د وسیع کانال

په لرون سره دغټ نسجي سمپل دراایستلودپاره دمساعدا امکان څخه برخمنه ده (۱۱۷- شکل).

۱۱۷- شکل: دکور نیډل بیوپسی طریقه



۳- **بیوپسی دشق پواسطه:**

بیوپسی دشق پواسطه دفاين یا کورنیډل دشرايطو دنشتون اویا دهغودمشکوکو نتایجو په صورت

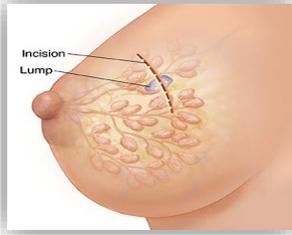
کي دجراحی عمل په مرسته ترسره کیږي. بیوپسی دموضعي انستیزیا په مرسته دکتلی یا ماس

په حصه کي دغټي دپاسه د ۳-۴ سانتمترو په اوږدوالي اکثرآ رادیال یا شعاعي اودثدي په محیطی

برخه کي همدارنگه بعضاً قوسي یا عرضاني جلدي انسیزن یاشق اجرا اودتیز او پخ تسلیخ وروسته

غټي ته په رسیدو سره دغټي یا لمپ مکمل اخراج او ایکسیژن دهستولوژي معایناتو د پاره اخستل

کیږي (۱۱۹ او ۱۱۸- شکلونه):



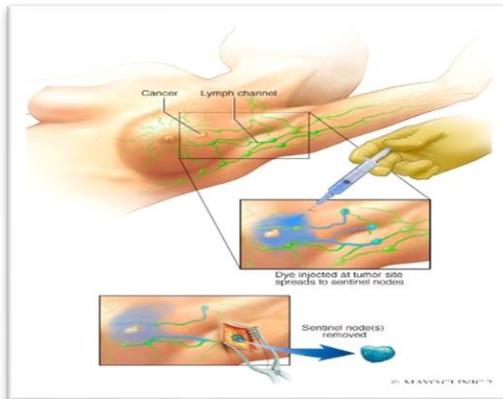
۴- سینسینیل لمف نود بیوپسی:

دجراحی عملیې څخه عبارت دی، چې حوزوي لمفاوي عقداتوته دابتدائي تومور دانتشارد تعین په موخه د تومور په ساحه کې د رنگه یا خفیف رادیواکتیف موادو دزرق اونشر په مرسته ترسره کېږي.

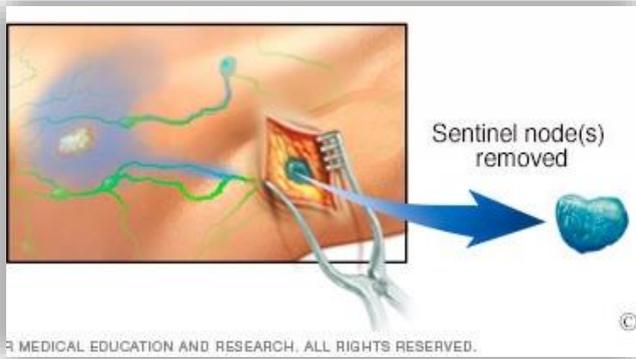
۱- درنگه موادو پواسطه:

دعملیات ترمنځه دتومورپه ساحه کې میتیلین بلو یا مشابه بې ضرره رنگه محلول زرقیږي (۱۲۰- شکل). زرقی محلول دلمفاوی اوعیو دلاري په تدریج سره جذب او سینسینیل یا اولیه لمفاوي عقدې ته په رسیدو سره د عقدې درنگیدوسبب کېږي (۱۲۱- شکل)، چې د عملیات په وخت کې رنگه سوی لمفاوي عقده ایکسیژن او لابراتور ته دهستولوژیکي معایناتو په موخه استول کېږي. دعملیات وروسته د زرقی ناحیې جلد اوهمدارنگه ادار د دوو یا درو ورځو په موده کې شین وبره رنگ لري، چې دتشویش وړ نه دی او په تدریج سره زایلېږي.

۱۲۰- شکل: دسینسینیل بیوپسی په موخه درنگه محلول زرق



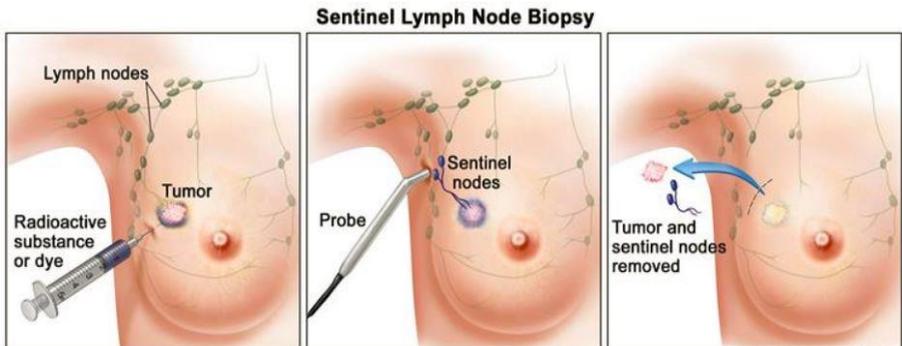
۱۲۱- ش: داكسيلر شق دلاري دسينسينيل نود اخراج



۲- دراديو اکتيف محلول پواسطه:

تقریباً ۴ ساعته يا يوه ورځ د عملیات تر مخه د تومور په ساحه کې خفیف راديو اکتيف محلول زرقیږي. راديو اکتيف محلول په تدریج سره د لمفاوي سیستم د طریقې جذب اولمفاوي نودل ته رسیږي. د عملیات په وخت کې د پورتاتيف گاما دیتکتور د تفتیش او مخصوص سیگنال په مرسته راديو اکتيف لرونکي عقده کشف، اخراج او دهستوپا تو لویکي مطالعاتو دپاره لابو ته استول کیږي (۱۲۲- شکل):

۱۲۲- شکل: سینسینیل نودیوپسیا درادیاکتيف موادو او گامادیدیکتور په مرسته



دثديې دسرطان دمشخصو اشكالو كلينيكې خصوصيات:

پاجيت ديزيز: (1-5%) Paget's disease

پجيت ديزيز دثديې دسرطان په (1-5%) كې په لاندني مشخصاتوسره ليدل كيږي (ش-108):

- 1- دنپل او اريولا په حصه كې دسوخت، كا اودرد موجوديت.
- 2- جلد سور التهابي، تقرحي، ايريتيماتوز او په خپرو پټ وي.
- 3- جلدي تغيرات دايكزيماتوئيد يا ايكرزيمادوله ديرماتائيس شكل لري، خوايكرزيمانه ده. دپجيت ديزيز اوايكزيمادتوپير په هكله بايد دوه اصله په نظر كې ونيول سي:
 - لمړي په پجيت ديزيز كې وتيره يوطرفه اوپه ايكرزيمادوه طرفه وي.
 - دوهم پجيت ديزيز دايكزيمادتاووي په مقابل كې جواب نه وائي.
- 4- دنپل دطريقه دمايع اخراج (ايكستراسلولر مايه)، چي سيروزيټي (مصلي) يا وبنيزه (هيمورج) شكل لري.

5- تقريباً په 50٪ واقعاتوكې د ورسره مل دكتل كارسينوما دكله لمپ يا غټي هم ورسره شتون لري.

6- دمايكروسكوپيك دنظره دپجيت ديزيزحجرات لاندني خصوصيات لري:

- دپجيت حجرات دنورمالو حجرو په پرتله غټي اومحجمي وي.
- سايتوپلازم كمرنگه اومحجم وي.
- په نوكليس كې نوكلای وجود لري.
- په سب اپيديرمال طبقه كې تومورل حجرات ځای لري.

- Pruritus, erythematous rash (exzematid) and scaly crust.

- Microscopic: big cells with abundant pale cytoplasm and nucleoli and sub-epidermal infiltration of cancer cells

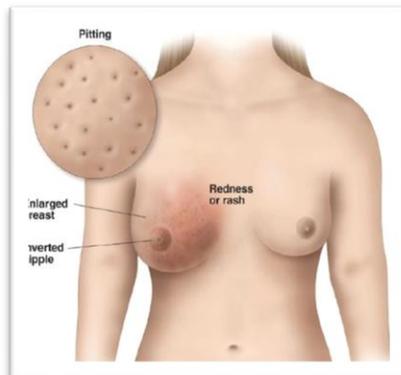
108- شكلونه: دپجيت ديزيز مختلف اشكال



انفلاماتوري يا التهاب ڊوله کانسر: Inflammatory breast cancer (4-5%)

انفلاماتوري سرطان دثديي سرطان تقريباً (5٪) تشکيلوي، خودسرطان دټولواشکالو په پرتله ډيراگريسيف سیرلري. په التهاب ډوله کانسر کي جلد سور، پړسیدلی، التهابي اوکثراً دنارنج د پوست په شکل ضخیم اودانه ئي (شکل لري، چي فرانسوي اصطلاح ئي (پبودو اورنج) عامه طبي اصطلاح گرزیدلې ده. یاد تصویردسرطاني حجراتو پواسطه دلمفاوي اوعيو دبنډبنت يا بلاکيزاو لمفوستاز په وجه منځته راځي. انفلاماتوري سرطان دکتلې يا ماس دنه درلودلو دکبله اکثراً ناوخته تشخيص کيږي. دسرطان داډول اکثراً په ځوانونښځو اوياهم چاغو ښځوکي ليدل کيږي. انفلاماتوري کانسرظاهراً دماستايټيس په شکل وي، ځکه بعضاً د حاد ماستايټيس سره هم مغالطه کيږي (۱۰۹-۱۱۱ شکلونه):

۱۰۹-۱۱۱- شکلونه: انفلاماتوري بړست کانسر يا التهاب ډوله سرطان



د سرطان تفریقه تشخیص:

د ټیډي سرطان تفریقه تشخیص باید چي د ټیډي د سلیمه امراضو او تومورو سره په خاصه توگه فیرواډینوما او فیروسیسیتیک امراضوسره، چي د سلیمه تومورواکسریت تشکیلوي، د لاندني جدول مطابق ترسره سي:

۱۲۳- شکل: د سلیمه (اډینوم، کیست) او خبیثه تومورو تفریقه تشخیص

شاخصونه	اډینوم	کیست	سرطان
---------	--------	------	-------

Usual Age	15-25, usually puberty and young adulthood, but up to age 55	30-50, regress after menopause except with estrogen therapy	30-90, most common over age 50
Number	Usually single, may be multiple	Single or multiple	Usually single, although may coexist with other nodules
Shape	Round, dislike, or lobular	Round	Irregular or stellate
Consistency	May be soft, usually firm	Soft to firm, usually elastic	Firm or hard
Delimitation	Well delineated	Well delineated	Not clearly delineated from surrounding tissues
Mobility	Very mobile	Mobile	May be fixed to skin or underlying tissues
Tenderness	Usually nontender	Often tender	Usually nontender
Retraction Signs	Absent	Absent	May be present

تداوي

Treatment

دنديې دسرطان تداوي يوه مغلقه مختلف الجهته وظيفه ده، چې دمخترفو عواملو لکه دتومور جينيتيک، گريډينگ، ستيجينگ، هورموني اومايکولر خصوصياتو په اړوند دلاندنيو میتودو په ترکیبې اوکمپلکس شکل سره ترسره کېږي:

I- جراحي میتود عملياتي

II- ريډيوتيراپي يا شعائي تداوي

III- ميديکيشن تيراپي

I- جراحي میتود:

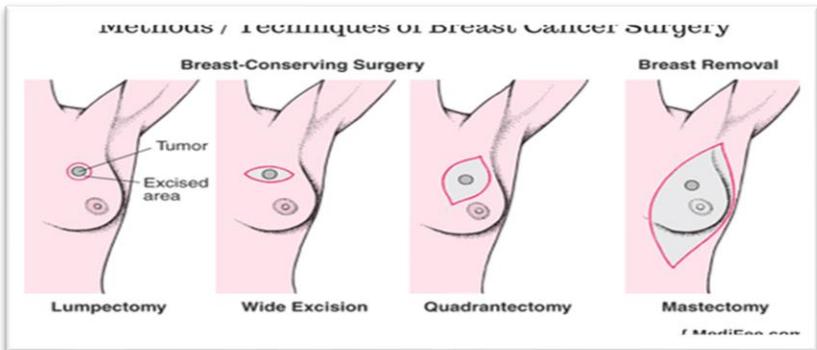
دجراحي مداخلاتو حجم چې دتومور داندازې، انتشار اونوعيت دمخي توپيرلري، په لاندې ډول دي (۱۲۴- شکل):

1- لمپيکتومي

2- کوادرانتيکتومي

3- ماستيکتومي

۱۲۴- شکلونه: دمخترفو عملياتو شيماتيکه تصاویر



1- لمپيکتومي:

لمپيکتومي دواړه اومحدود عملیات څخه عبارت دی، چې دتومور دنسج دراایستلوپه موخه ترسره کېږي. لمپيکتومي دمقطوعه نسج دوسعت دمخې پر دوه ډوله ده:

آ- ستاندارد لمپيکتومي

بي- وسیع یا ایکستینډ لمپيکتومي

آ- ستاندارد لمپيکتومي:

داډول لمپيکتومي معمولاً په سلیمه آفاتوکی مستقیماً دغټې په سرحد کې دموضعي یا عمومي انستیزیا په مرسته اجرا کېږي.

بي- متوسع لمپيکتومي:

داډول لمپيکتومي دمالیگنانس اوخبيثه تومورپه صورت کې د سالم اوبي خطر زون دتامین په خاطر تومور تقریباً ۱د سانتیمتر په فاصله دتومور د سرحد څخه بهر دچاپیرن سلیمه نسج په ساحه کې (وايد ایکسیژن یا متوسع استئصال) تسلیخ او اخراج کېږي.

مقطوعه تومورل نسج د بیخطر زون د موجودیت دکنترول اوعاجلي بیوپسي په موخه د پتالوژی لابراتور ته استول کېږي. دتومور په چاپیریال کې دکافي نورمال او بي تومور زون موجودیت د بیوپتات نتیجه منفي اود ډاډ وړ ارزول کېږي. دتومور په چاپیریال کې د سرطاني نسج موجودیت دمثبي نتیجه په نامه یاد اوپه عاجله توگه داصلاح او تکراري استئصال یا ری ایکسیجن ایجاب کوي.

دللمپيکتومي استطببات:

۱- ستاندارت لمپيکتومي د سلیمه تومورو اومراضو دتداوي دپاره استعمال کېږي.

۲- متوسع یا ایکستینډ لمپيکتومي په لاندني حالاتوکی استطببات لري:

- ووړ اومحدود تومور په وختي مرحله کې.

- دکتل کارسینوما این سایتو.

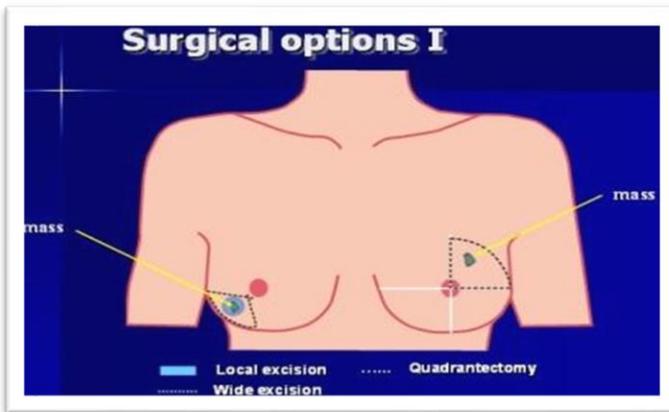
- اینوازیف دکتال کارسینوما.

2- کوادرانتیکتومي:

کوادرانتیکتومي دثديې دکوادرنت یا دنسج دیو پرخلرمي برخي دایستلو یا ایکسیژن څخه عبارت ده، چي معمولاً دعمومي انستیزیا په مرسته اجرا کیږي. کوادرانتیکتومي دمقطوعه نسج د حجم دمخي د لمپیکتومي په پرتله وسیع شکل لري (۱۲۵- شکل).

۱۲۵- شکل: دلامپیکتومي (تومورایکسیژن)، وسیع ایکسیژن

او کوادرانتیکتومي شماتیکه مقایسه



3- ماستیکتومي:

ماستیکتومي په خپل وار سره لاندني ډولونه لري:

۱- ساده یا سیمپل ماستیکتومي

۲- جذري یا رادیکال ماستیکتومي

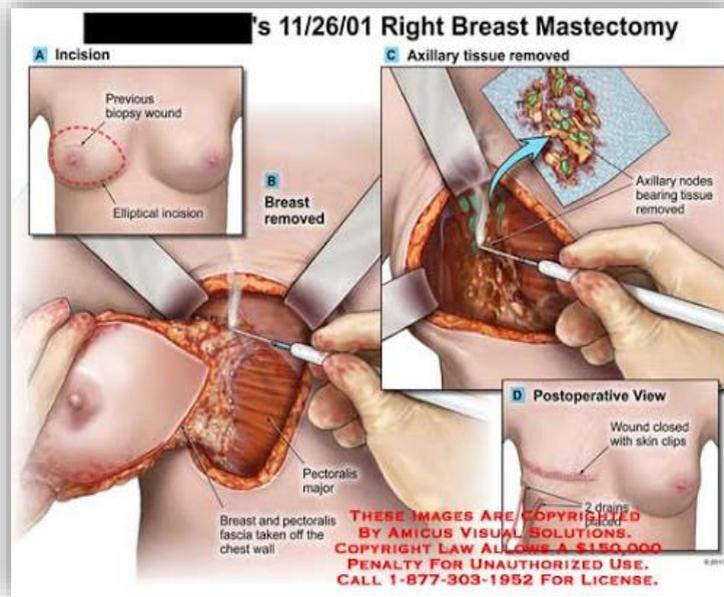
۳- موډیفایډ رادیکال ماستیکتومي

۴- متوسع یا ایکستینډیډ رادیکال ماستیکتومي

۱- سیمپل ماستیکتومی:

په سیمپل ماستیکتومی کې د بیضوي یا ایلپیتوئید شق پواسطه مکمله ثدیه دمربوطه جلد سره یوځای د عظیمه پیکتورال عضلې څخه تسلیخ، ایکسیژن او رایستل کېږي. هیموستاز دقیق کنترول، عملیاتي ساحه دریناژ او جرحه خیاطه کېږي (۱۲۶- شکل):

۱۲۶- شکل: د سیمپل ماستیکتومی دا جرا طریقه



۲- رادیکال یا هالستید ماستیکتومی:

(1882) Willi Mayer Halsted

په داډول ماستیکتومی کې د ثدېې دمکمل نسج سربیره لاندني اعضاي هم ایستل کېږي (۱۲۸- ۱۲۷ شکلونه):

۱- صدري عظیمه عضله یا میجر پیکتورال مسل.

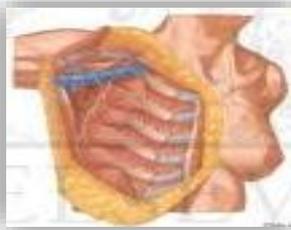
۲- صدري صغیره عضله يا ماینر پیکتورال مسل.

۳- لیول-۱ ابطي يا اکسیلر لمفاوي عقدات، چي دماینور پیکتورال عضلي دخارجي خنڊي بهرني لورته واقع اودقدامي، خلفي، مرکزي اولاتیرال گروپوو خخه متشکل دي د شحمی نسج سره (۱۳۰- ۱۲۹ شکلونه).

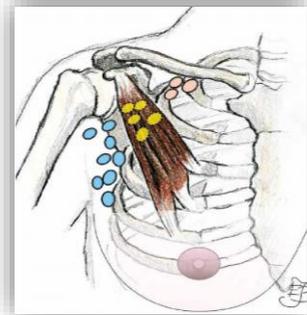
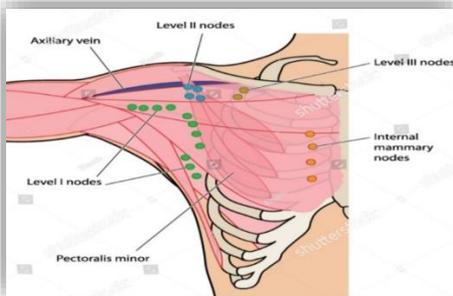
۴- لیول-۲ اکسیلر لمفاوي غدود، چي دپیکتورال ماینور شاته (ريتروپیکتورال) واقع دي دشحمی نسج سره.

۵- لیول-۳ اکسیلر لمفاوي عقدات، چي دپیکتورال ماینور داخلي لورته داکزیلر حفري په ذروه کي واقع دي (اپیکل یاذروه ئي) دشحمی نسج سره.

۱۲۷-۱۲۸ شکلونه: درادیکال ماستیکتومي تخنیک



۱۳۰ او ۱۲۹- شکلونه: ددرې لیوله لمف نودیکتومی شمه



۳- مودیفایډ رادیکال ماسټیکتومي:

John Madden (1972)

څرنگه چې درادیکل ماسټیکتومي دمقطوعه محتویاتو څخه ښکاري، داډول ماسټیکتومي خورا تراوماتیکه، اختلاطاتي اوپه وظیفوي لحاظ ډیره معیوبونکي عملیه ده، نوڅکه په څو وروستیو لسيزوکي ئې استطببات ډیرمحدود او یوازې دصدري جدار دمصابیت په صورت او څلرمه درجه کنسرکي استعمالیږي. په حاضر وخت کې د رادیکال ماسټیکتومي پرځای ئې دموډیفایډرادیکل ماسټیکتومي په نامه نسبتاً کم تراوماتیکه، خودتاثیرپه لحاظ مؤثره ماسټیکتومي په لوړه کچه سره استعمال موندلی دی (پلیسکا اوهمکاران- ۲۰۱۶). په مودیفایډ ماسټیکتومي کې بېله دې چې صدري عضلات قطع او اخراج سي، یوازې د ثديي ایکسیژن اودتخرگ دلمفاوي غدودو دیسیکشن ترسره کیږي.

M Plesca, C Bordea, B El Houcheimi, E Ichim, and A Blidaru. Evolution of radical mastectomy for breast cancer. J Med Life. 2016 Apr-Jun; 9(2): 183–186.

۴- متوسع یا ایکستینډیډ رادیکال ماسټیکتومي:

په دا ډول ماسټیکتومي کې د رادیکال ماسټیکتومي دمحتیاتو سربیره انتراماري لمف نود، چې د صدر په جوف کې دهمنومي شریان په امتداد په میتاستاز ماؤف سویوي، داضافي شق دلري هم ایستل کیږي (م. نوگوجي اوهمکاران- ۱۹۸۳).

Noguchi, M; Sakuma, H; Matsuba, A; Kinoshita, H; Miwa, K; Miyazaki, I (1983).

"Radical mastectomy with intrapleural en bloc resection of internal mammary lymph node by sternal splitting". The Japanese Journal of Surgery. 13 (1): 6–15.

۵- پروفیلاکتیک یا وقایوي ماسټیکتومي:

پروفیلاکتیک ماسټیکتومي هغه دوه طرفه ماسټیکتومي ده، چې په هغه ښځوکي چې فعالاً جوړي، خو دثديي دسرطان دلوررسک د موجودیت دکبله په نامعین راتلون کې دسرطان د خطر سره

مخامخ دي، دوقايې اومخنيوي په موخه ترسره كيږي. دپروفیلاکتیک ماستيکتومي استطبابت د شخص دغوښتني سره سم په لاندي ډول دي:

- دثديې سرطان فاميلي انامنيز.

- د بي اير-۱ يا بي اير-۲ موتیشن.

- آتیبیکل لوبولر هايپرپليزیا.

۶- جلد ساتنيز يا سكين- سپارینگ ماستيکتومي:

Skin-sparing mastectomy:

داډول ماستيکتومي دپيري اريولرخط دشق دطريقه دثديې دمکمل اخراج خخه عبارت دی، چي دکافي جلد دساتني او دعمليات وروسته دثديې دريکنسترکشن اوفورميشن داسانتيا په موخه ترسره كيږي. بايد وويل سي چي ساتنيزه يا محافظوي ماستيکتومي په انفلاماتوري کانسر کی استطباب نه لري.

حليمه ساتنيز ماستيکتومي: Nipple-sparing mastectomy

په حليمه ياغوتي ساتنيزماستيکتومي کي دسيمپل ماستيکتومي په شان دثديې مکل نسج ايستل كيږي، خو غوتي او هاله پرخپل خای پاتيږي. داډول ماستيکتومي که څه هم اساساً دوقايوي هدف او سليمه امراضو په تداوي کي استعمالیږي، خو په آخروکلوکي ځني مؤلفين دکنسريه تداوي کي هم دمطمئن ميتود په حيث کارځني اخلي (گيربر اوهمکاران- ۲۰۰۳؛ موکبيل- ۲۰۰۶؛ ساچيني اوهمکاران- ۲۰۰۶).

References:

Gerber B, Krause A, Reimer T, et al. (2003). "Skin-sparing mastectomy with conservation of the nipple-areola complex and autologous reconstruction is an oncologically safe procedure". Ann. Surg. 238 (1): 120-7.

Mokbel R, Mokbel K (2006). "Is it safe to preserve the nipple areola complex during skin-sparing mastectomy for breast cancer?". Int J Fertil Female's Med. 51 (5): 230-2.

Sacchini V, Pinotti JA, Barros AC, et al. (2006). "Nipple-sparing mastectomy for breast cancer and risk reduction: oncologic or technical problem?". J. Am. Coll. Surg. 203 (5): 704-14.

II- راديشن تيراپي:

دنديي دسرطان اساسي تداوي که څه هم دجراحی عمليې پواسطه دتومور اویا نديې داخراج اویاکسیژن څخه عبارت ده، خواکثراً دعملیات وروسته (ادیووانت راديشن تيراپي) اویا هم دعملیت ترمنځه (نیوادیووانت راديشن تيراپي) دکمینیښن تداوي په حیث چي راديشن تيراپي پکښي مهم رول لوبوي، ترسره کيږي. راديشن تيراپي د اديووانت شعائي تداوي په حیث د نديې دمحافظوي عملیاتو وروسته (لمپیکتومي، متوسع لمپیکتومي، کوادرانتیکتومي، هیمی ماسیکتومي) په نديه کي دپاته سوو اېنارمل حجراتو دمکمل تخریب اومحو په برخه کي مهم رول تر سره کوي.

استطیبات:

- دتوموراندازه لوړه تر ۵ سانتیمتره.

- په تخرگ کي دمیټاستاتیک نودول تعداد ډیر تر ۴.

- د اخراج سوي تومور په سرحدي سیمه کي دسرطاني حجراتو شتون.

- دسرطان دلوکال اډوانسید ستيچ په صورت کي دمعین پروتوکول دمخي.

شعائي تداوي د لوړ انرژیتیکه ضرباتو یا های انرژیتیک بیمس لکه ایکسري یا پروتون پواسطه په دوو طریقو ترسره کيږي:

۱- خارجي اشعوي ضربات یا ایکسترا بیم

۲- داخلي رادیواکتیف منبع یا براكیوتیراپي

۱- خارجي اشعوي ضربات يا ايڪسٽرا بيم: پر ماؤفہ ساحه باندي شعاع خارجي منبع په واسطه متمرکزہ کيڙي اودايڪسٽرا بيم په شکل هدفمنده تخريبي ضربات پر واردوي.

۲- براكيوٽيراڀي: براكيوٽيراڀي دتومورساحي ته دمخصوصو آلاتو پواسطه دراديوآڪٽيف موادو د تطبيق پواسطه، چي پاته سوي توموري حجرات د هدفمنو ضرباتو په واردولو سره تخريبيوي، ترسره کيڙي.

په وږو توموروكي چي كامل اخراج ئي ممكن وي، راديوٽيراڀي لزوم نه لري، يوازي په غٽو تومورو كي، چي مطمئن ايڪسيشن ئي مشكوك وي، توصيه كيڙي.

III- ميديڪيشن تيراڀي:

ميديڪيشن تيراڀي دفارموکولوژيكي دمختلف الډوله ضدسرطاني مستحضراتو دتطبيق څخه عبارت دي، چي دتائيراتي ميکانزم دمخي عمدتاً لاندني ډولونه په برکي نيسي:

- کيموتيراڀي

- هورمون تيراڀي

- ايمون تيراڀي

- تارگيٽ تيراڀي

۱- کيموتيراڀي:

کيموتيراڀي دسرطان ضد کيمياوي مستحضراتو دتطبيق څخه عبارت دي، چي دسرطان په تداوي كي دسرطاني حجراتو دتخريب او امحا په موخه عمدتاً په کمبينيٽن ډول او بعضاً هم په مستقل ډول سره دسيستمیک يا فمي دطريقه ترسره کيڙي.

کيموتيراڀي په سيڪليک يادوره ئي شکل اکثراً دعمليات وروسته د «اديووانت تيراڀي» په نوم دپاته سوو سرطاني حجراتو دکامل تخريب په موخه اوبعضاً هم دعمليات ترمخه د «نيو اديووانت تيراڀي»

په نامه دتومور دتکشمش (راتولیدو، ویلي کیدو، کوچني کیدو) او عملیات ته دتیاریدو په هدف ترسره کيږي.

استطبابات:

دثديې دسرطان په تداوي کي دکيموتيرابي استطبابات عمدتاً دتوموردستيچ، گريډ، هورموني خصوصيت اوماليکولر ريسپتورو دنوعيت دمخي تعينيري، چي عمدتاً په لاندي ډول دي:

- دسرطان ۲-۴ ستيژ واقعات.

- ايسټروجن ريسپتور نيگاتيف واقعات.

- هير-۲ پازيتيف واقعات.

- تريپل نيگاتيف واقعات.

- انفلاماتوري کانسر.

په هغه پيښوکي چي هورمون ريسپتور مثبت، دتوموراندازه تر ۲ سانتي وړه او په اکزيلا يا خرگ کي نودولر ميتاستاز شتون ونلري، دعملیات وروسته يوازي انتی هورمونل تداوي کافي او دکيموتيرابي څخه صرف نظرکيږي.

په حاضر وخت کي دثديې دسرطان شيموتيرابي معمولاً ددوايي مستحضراتو په مرکب يا کمينيشن استعمال سره دلاندنيو شيماءو په مرسته ترسره کيږي:

AC, EC, FAC, FEC

1- AC: Adriamycin + Cyclophosphamide

2- EC: Epirubicin or Doxorubicin + Cyclophosphamide

3- FAC: Fluorouracil + Adriamycin + Cyclophosphamide

4- FEC: Fluorouracil + Epirubicin + Cyclophosphamide

CAT (Cyclophosphamide + Adriamycin + Taxan):

دلمفاوي غدودو دمصابيت په صورت کي دپورتنیو شیموسره همدارنگه د«کات» دشمی په نوم دنکسانین دگروپ مستحضرات لکه پاسلیتاکسیل او دوکسیتاکسیل هم توصیه کیږي.

CMF (Cyclophosphamide+ Methotrexate+ Fluorouracil):

دسي ایم اف پخوانی شیمای په اوس وخت کي خپل اهمیت دلایه ورکړیدی.

۲- هورمون تیراپي:

هورمون تیراپي په هغومریضانو کي چي ایستروجن مثبت سرطان ولري، د عملیات یا شعائي تداوي وروسته دضمیموي تداوي او ریسیدیف دوکایي اومخنیوي دپاره دسرطان په وده کي دسهیم هورمونو (ایستروجن، پروجسترون) دتائیراتو دزایلیدو اوبلاکیژ په موخه دلاندنیو مستحضراتو پواسطه تطبیق اوتر سره کیږي:

۱- تاموکسیفین

۲- اروماتایز اینهیبیټور

باید وویل سي چي هورمون تیراپي اوږد مهال په برکي نیسي، پدې ډول چي تاموکسیفین دلسو کالو دپاره (بورستایناوهمکاران- ۲۰۱۴) او اروماتایز اینهیبیټر (اناسترازول یا لیترو زول) د ۵ کالو دپاره مسلسل تطبیق ته اړتیا لري (تینگ باو اوهمکاران- ۲۹۱۱).

اروماتایز اینهیبیټور یوازي په پوست مینوپاوزال پیږودکي دښه تاثیر دکبله توصیه کیږي (کولایریشن گروپ- ۲۹۱۵).

References:

1. Burstein HJ, Temin S, Anderson H, Buchholz TA, Davidson NE, Gelmon KE, et al. (July 2014). "Adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer: American society of clinical oncology clinical practice guideline focused update". Journal of Clinical Oncology. 32 (21): 2255–69.

2. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG) (October 2015). "Aromatase inhibitors versus tamoxifen in early breast cancer: patient-level meta-analysis of the randomized trials". *Lancet*. 386 (10001): 1341–1352.

3. Ting Bao; Michelle A Rudek (2011). "The Clinical Pharmacology of Anastrozole". *European Oncology & Haematology*. 7 (2): 106–8.

۳- ایمون تیراپی:

ایمون تیراپی دهیر-۲ پازیتیف سرطان د موجودیت په صورت کي دمونوکلونل انتی باډي دلاندنیو مستحضراتو پواسطه ترسره کیږي:

Monoclonal antibodies to HER2:

- **Trastuzumab**

- **Pertuzumab**

۴- **تارگیټ تیراپی**: Immun-Checkpoint Inhibitors:

تارگیټ تیراپی دایمون تیراپی هغه شکل دی، چي په هغه کي مستحضرات دچیک پوینټ دریسپیتورو دطریقو دسرطاني حجراتو دتکثر اورشد مخه نیسي.

ایمون- چیکپوینټ هغه ریسپیترونه دي، چي دتي- لمفوسایټو پرممبراني سطح پراته او د ایمون ریسپانس د تنظیم اومودولیشن دنده ترسره کوي. چیکپوینټ ریسپیترونه دخپل دوه گوني فعالیت په مرسته، چي تنبهي او تنفیهي شکل لري، دضرورت مطابق دلمفوسایټو د ایمون غبرگون دتقويي یا کمښت سبب کیږي. اکثره سرطاني حجرات دسیگنال په نشرولو سره دایمون چیکپوینټ دطریقو

دایمون سیستم دفاعی عکس العمل د بلاکیژ اوخنی کیدو سبب گزري اوپدې ترتیب سره ځانته دتکثر او ودي زمينه برابروي.

چیکوپینټ بلاکر یا اینهیبیټر په چیکپاینټ ریسپیتوروي دسرطاني حجراتو سیگنال توقیف اوخنی کوي اوپدې ترتیب سره دفاعي سیستم ته زمينه برابروي، چي دسرطاني حجراتو په مقابل کي دخپلي دفاعي دندي په سرته رسولوسره دهغوي دتخریب اوامحاسب وگزي.

باید وویل سي، چي چیکپاینټ انهیبیټرکه څه هم دمیلانوم اوهمدارنگه دجلد، کلیي اوسرو په سرطان کي ترډیره حده داستعمال ساحه موندلې ده، خوددیی دسرطان په تداوي کي لا تر اوسه پوري ابتدائي مراحل طی کوي، چي د بیلگي په توگه دډاکټر اني پولک او همکارانو (۲۰۱۸) تحقیقات ددی دسرطان په ځینو حالاتوکي دامید وړ نتایج ترلاسه کړيدي.

Anne Polk, Inge-Marie Svanea, Michael Andersson, Dorte Nielsena:
Checkpoint inhibitors in breast cancer – Current status. Cancer Treatment Reviews: Volume 63, February 2018, Pages 122-134.

دثدی دسرطان دتداوي دمیتودومفصل پیژندون وروسته به اوس دسرطان داوصافو مطابق لکه دوست سټیجینگ، دخباثت او اگریسیویټي گریډینگ اومالیکولی سترکچر، چي دتریپل اسیسمنت یا دری گوني ارزون دنتیجوي تشخیص دمخي تعین اودمریض دتداوي په نتایجو اوانزاروکي مهم رول لوبوي ، دیادومیتودومشخص استعمال په لاندی ډول شرح کړل سي:

I- تداوي دتومور دنشر اوستیجینگ دمخي

II- تداوي دتومور دگریډینگ او خباثت دمخي

III - تداوي دتومور دریسپیتورو اومالیکولي سترکچردمخي

I- دسرطان تداوي دتومور دنشر اوستیجینگ دمخي:

دمخکني معلوماتودمخي دثدی دسرطان ویشون دستیجینگ دمخي په لاندني ډول دی:

Stages: Stage 0 (DCIS) ; Stage I ; Stage II ; Stage III ; Stage IV

a- ددکتال کارسینوما این سایتو تداوي:

Treatment for DCIS:

ددکتال کارسینوما این سایتو با قنات محدوده کارسینوما دستاندارد تداوي عمومي شمه په لاندې ډول ده:

- ۱- لمپیکتومي په یوازې توگه.
- ۲- لمپیکتومي دبعدي راډیشن تیرایې سره.
- ۳- لمپیکتومي اوهورمون تیرایې (دهورمون پازیتیف په صورت کې).
- ۴- سیمپل ماسټیکتومي.

۱- لمپیکتومي:

لمپیکتومي د عملیاتي پروسیجر د طریقه د لمپ یا کنلې دخروج اوایکسیجن څخه عبارت دی. د ډنډې په سلیمه آفاتو کې لمپ یا نوموړي کتله مستقیماً د لمپ په تماسي سرحد کې تسلیخ او خارجېږي، خو په سرطاني آفاتو کې، چی د سرطاني حجراتو نشردقیق نه څرگندیږي، احتیاطي زون ته په نظر سره د لمپي نسج سربیره، یو اندازه چاپیرن نارمل نسج هم قطع اوايستل کېږي.

- وسیع لمپیکتومي یا ډنډه ساتونکي عملیات :

Breast sparing treatment:

په سرطاني واقعاتو کې د نوموړد پټ رازه او نامعلومه نشردمخي د لمپیکتومي حجم وسعت مومي اولمپ د سرطاني حجراتو دا احتمالي نشردکبله دا احتیاطي زون په نامه د چاپیرن نارمل انساجو په ساحه کې تسلیخ او قطع کېږي.

بیوپتات د نسجي نشر د کنترول اوسرطان دنوعیت دارزون دپاره پتالوژي ته استول کېږي.

جينوميک تست: Oncotype DX DCIS test

دلچسپيکتومي دڊيوپٽات په هستولوژيکي معايناتوکي دهورمونل اومايکولري ريسپيټرو موجوديت او دسرطان دگريډينگ درجه، چي دسرطان دجينوميک تست يا دريکورينس سکور پواسطه ترسره کيږي، دمريض د بعدني تداوي دنوعيت اوتکتیک دتعيين دپاره اساسي رول لوبوي. دجينوميک تست مقياس يا ريکورينس سکور چي دصفر څخه تر سلو پوري (۰-۱۰۰) د اعدادو پواسطه تعينیږي، په لاندني ډول سره ارزول کيږي:

۱- (۰) - ۳۹ پوري.

۱۱- ۴۰ - ۵۵ پوري.

۱۱۱- تر ۵۵ لوړ عدد.

۱- په لمړي گروپ کي دمرض درجعت يا ريکورينس چانس کاملاً لږدی، ځکه دراديشن تيرابي څخه چي زيان ئې په دې صورت کي تر گټه ډيردی، صرف نظر کيږي.

۱۱- په دوهم گروپ مريضانو کي دسرطان درجعت چانس متوسط يا انترميدين اندازه لري، ځکه دراديشن تيرابي په برخه کي، چي گټه اوزيان ئې سره مساوي دي. دمريض عمومي وضع اومتتمه امراضو په نظر کي نيونه سره تصميم نيول کيږي.

۱۱۱- په دريم گروپ کي دمرض درجعت يا ريکورينسي سکور ډير لوړ اود ريديشن تيرابي گټه تر زيان ډيره ده.

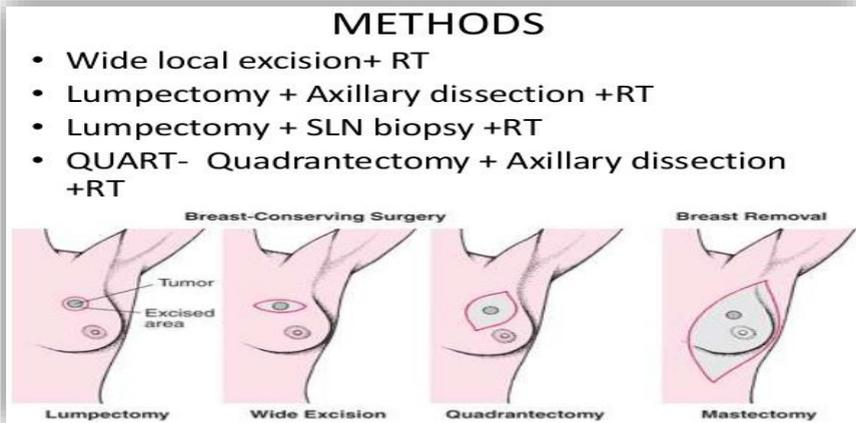
پدې اساس دراديشن تيرابي په برخه کي دمريض دسن اوسرطان دنورواگريسيف فاکتورو لکه سايز، گريډينگ اوهورمونل ريسپيټرو پراساس تصميم نيول کيږي.

۲- راديشن تيراپي:

دندېې دسرطان تداوي که څه هم په دې مرحله کي عمدتاً دتومور داخراج اوايکسيژن څخه عبارت ده، خو اکثراً هم دراديشن اوهورمون اديووانت ياضميموي تداوي په لاندني ډوله تطبيق سره اوږدمهاله اودقناعت وړ تداوي ميسروي:

لمپيکتومي اکثراً دشعائي ضميموي تداوي پواسطه تکميليري، څو په ثديه کي پاته سوي ابنارمل حجرات کاملاً تخريب اومحو کړل سي. شعائي تداوي د لوړ انرژيتيکه ضرباتو يا های انرژيتيک بيمس لکه ايکسري يا پروتون پواسطه ترسره کيري، چي پر ماؤفه ساحه باندي داخارجي شعاع دايکسترا بيم په شکل اويا دتومورساحي ته دمخصوصاًلاتوپواسطه دراديواکتيف موادوپه تطبيق سره (براکيو تيراپي) عملي کيري. بايد وويل سي چي راديو تيراپي په ټولو واقعاتوکي خصوصاً ورتوموروکي چي کامل اخراج ئي ممکن وي، حتمي نه دی، بلکي يوازي په غټو توموروکي، چي مطمئن ايکسيژن ئي مشکوک وي، دلاندنی شمې مطابق توصيه کيري (۱۳۱- شکل).

۱۳۱- شکل



۳- ماستيکتومي او استطببات:

- غټ تومور، چي دندېې وسيع ساحه ئي په برکي نيولې وي.

- دڌيږي په مختلفو برخو کې دمولتييل تومورو موجوديت.

- دلمپيکتومي وروسته دڌيږي دکازميتيک حالت دنه تامين په صورت کې.

- دلمپيکتومي بيوپتات په مقطوعه څنډو يا نژدې ساحه کې دابنارمل حجراتوموجوديت، چې داضافي وسيع ريزيکشن ايجاب کوي.

- مريض ته دمتممه امراضو (حاملگي، لوپوس ايريتيماتوزوس اونور جلدي آفات) د کبله دلمپيکتومي وروسته دشعا تيرابي مضاد استطباب.

- دلمپيکتومي پرمؤثریت باندي دمريض بی باوری اوپرځای ئي دماستيکتومي غوښتنه.

۴- هورمون تيرابي:

هورمون تيرابي دعمليات يا شعائي تداوي وروسته دضميموي تداوي اوريسيديف دوقايي اومخنيوي دپاره دسرطان په وده کې دسهيم هورمونو(ايسټروجن، پروجسټرون) دتاثيراتو دزابلیدو په موخه دلاندنيو مستحضراتو پواسطه تطبيق اوتر سره کيږي.

- تاموکسيفين

- اروماتاييز بلاکر يا انهيبيټور

دکنسر د این سایتو واقعاتو دتداوي دپورتنې پرينسيپ په مرسته په ۹۸٪ ناروغانو کې دلس کلن ژوند بقا لاسرسی موندې.

آ-۱۱- داینوازيف کانسر تداوي:

دناوازيف کانسرپه تداوي کې هم دتريپل اسيسمنت يا دري گوني ارزون دنتيجوي تشخيص مشخصات لکه دمرض سټيجينگ، گريډنگ اوهدارنگه ماليکول سب ټايپ دمريض دتداوي په نتايجو اوانزارو کې مهم رول لوبوي.

دناوازيف سرطان دمريضانو تداوي دتومور دستيچ دمخي په لاندي ډول ده:

آ-۱۱-۱: دڌيږي مقدم سرطان (پرلي پرست کانسر) چی درجه-۱ اودرجه-۲ په برکی نيسي.

آ-۱۱-۲: موضعي منتشر سرطان (لوکال ادوانسيڊ پڻست کانسر) يا دريمه درجه تومور.

آ-۱۱-۳ - منتشر سرطان (ادوانسيڊ پڻست کانسر) يا څلرمه درجه کانسر.

اوس به دهر گروپ دتداوی مشخصات په لاندې ډول وړاندې سي:

آ-۱۱-۱ - مقدم سرطان يا پرلي کانسر (ستيچ ۱ او ۲):

دمقدم يا پرلي ستيچ اساسي تداوی دجراحي او راديوتيراپی څخه عبارت ده چي دثديې دمحافظوی ريزيکشن ياموډيفايډ ماستکتومي په حجم ترسره کيږي. دثديې محافظوي جراحي ياپڻست کنسروينگ تيراپي، چي په تعقيب ئي داديووانت راديوتيراپي ترسره کيږي، په لاندنيو ابعادوکي صورت نيسي:

۱- دثديې محافظوي ريزيکشن:

- لمپکتومي

- دتومور وسيع ايکسيژن

- کوادراتايکتومي

- اکسيلري ديسيکشن (داستطباب دمخي)

- دصدر دعلوي برخي اديووانت ريډيوتيراپي

۲- موډيفايډ ماستيکتومي

آ-۱۱-۲- موضعي منتشريا لوکال ادوانسيډ سرطان (ستيچ-۳):

دسرطان په دريم ستيژ کي دتوموردسايډ مطابق کمينيشني تداوي په دوه ډوله تر سره کيږي:

۱- دعمليات وړ يا اپيرايل تومور تداوي (عمليات + اديووانت تيراپي).

۲- نان- اپيرايل يا عمليات ته نامساعد تومور (نيواديووانت + عمليات + اديووانت تيراپي).

۱- داپیریل تومور په صورت کې عملیات او اډیوانت تیراپي په ترتیب سره ترسره کېږي، پدې ډول چې په لمړۍ مرحله کې موډیفایډ ماسټکتومي اجرا، په تعقیب کې ریډیوتیراپي او ورپسې د کیموتیراپي کورس تکمیلېږي:

- موډیفایډ ماسټکتومي.

- اډیوانت ریډیوتیراپي + اډیوانت کیموتیراپي + د مثبت هورمون ریسیټور په صورت کې هورمون تیراپي.

۲- دنان- اپیریل او وسیع تومور په صورت کې د تومور د حجم د کمښت او عملیات د اسانتیا د پاره د عملیات تر مخه د نیوادیوانت تیراپي په نامه مقدماتي تدابیر د کمینیشن تیراپي په حیث په لاندني سلسلوی شکل تر سره کېږي:

۱- د عملیات تر مخه: نیوادووانت کیموتیراپي + نیوادیوانت ریډیوتیراپي.

۱۱- موډیفایډ ماسټکتومي.

۱۱۱- د عملیات وروسته: اډیوانت ریډیوتیراپي + اډیوانت کیموتیراپي او د مثبت ایستروجن ریسیپټر په صورت کې هم هورمون تیراپي.

آ- ۱۱- ۳- اډوانسید کانسر (خلرم سټیژ):

د کانسر په منتشر یا اډوانسید مرحله کې جراحي عملیه د پالیاتیف هدف د پاره اکثراد رادیکال ماسټکتومي په شکل اجرا او په تعقیب کې اډیوانت ریډیو- کیمو او د لوزوم په صورت کې هورمون تیراپي ترسره کېږي.

II- د سرطان تداوي د خباثت او گریډنگ دمخې:

د گریډنگ درجه د میتوتیک سکور په اساس تعینېږي. میتوتیک سکور د میکرو سکوپ په لس څلیزه لوړ قدرته فیلد کې د میتوز د فیگور یا د تقسیم په حال کې د حجراتو د تعداد څخه عبارت دی، چې د سرطان د بیکنترول له تکرار معیار گڼل کېږي او په لاندني جدول کې ښوول کېږي

(۱۳۳- شکل - جدول):

Mitotic count per 10 high-power fields (HPFs)					Score
Area per HPF					
0.096 mm ²	0.12 mm ²	0.16 mm ²	0.27 mm ²	0.31 mm ²	
0-3	0-4	0-5	0-9	0-11	1
4-7	5-8	6-10	10-19	12-22	2
>7	>8	>10	>19	>22	3

1. 3-5 Grade: tumor (well-differentiated). Best prognosis.
2. 6-7 Grade: Tumor (moderately differentiated). Medium prognosis.
3. 8-9 Grade tumor (poorly differentiated). Worst prognosis.

دپورتني جدول څخه دمخلفو قطارو دارقامو د مجموعي په نتيجه كې ميتوتيك سكور او د تومور د گريډينگ درې درجې تعينېږي:

۱- گريډ-۱: ميتوتيك سكر (۳-۵). تومور د ښه انزار او پروگونوز لرونكى دى.

۲- گريډ-۲: ميتوتيك سكر (۶-۷). تومور متوسط الحاله پروگونوزيس لري.

۳- گريډ-۳: ميتوتيك سكر (۸-۹). تومور د پړناوړه انزار لري.

دلمرې گروه مريضان د ښو انزارو په لرلوسره د ضعيف ډوله تداوي په مقابل كې ښه جواب وائي اود اگريسيف تداوي ضرورت نه ايجابوي، حال داچې دريم گروه ناروغان دريكورنس دلورچانس په لرلو سره برعكس د تداوي دقوي او اگريسيف ميتودو ايجاب كوي.

III- تداوي د ماليکولي سترکچر دمخي:

خرنگه چي مخکي وښودل سوه نوموړدمليکولر سترکچر دمخي پر څلور گروپو وپشل کيږي، چي هر شکل ئې د تداوي د عمومي شيما ترڅنگ ځانته مختصه تداوي هم ايجابوي:

- Luminal A Type (ER+/PR+/HER2 -)
- Luminal B Type (ER+/PR+/Her2+)
- HER2 Type (ER-/PR-/HER2+)
- Basal Type or triple negative (ER-/PR-/HER2-)

لومينل اي:

د لومينل اي په مريضانو کي چي ايستروجن مثبت سرطان ولري، د عمليات يا شعائي تداوي وروسته د ضميموي تداوي او ريسيديف دوقايې اومخنيوي دپاره د سرطان په وده کي د سهيم هورمونو (ايستروجن، پروجسترون) د تاثيراتو د بلاکيز په موخه دلاندنيو مستحضراتو په واسطه تطبيق اوتر سره کيږي:

۱- تاموکسيفين

۲- اروماتاز اينهيبيتور

بايد وويل سي چي هورمون تيراپي اوږد مهال په برکي نيسي، پدې ډول چي تاموکسيفين د لسو کالو دپاره (بورستايانو همکاران- ۲۰۱۴) او اروماتاز اينهيبيتور (اناسترازول يا ليتروزول) د ۵ کالو دپاره مسلسل تطبيق ته اړتيا لري.

هیر-۲ پازیتيف:

هیر-۲ پازیتيف سرطان د موجودیت په صورت کي ایمون تیراپي دلاندنيو مونوکلونل انتی باډي د مستحضراتو پواسطه ترسره کيږي:

- Trastuzumab

- Pertuzumab

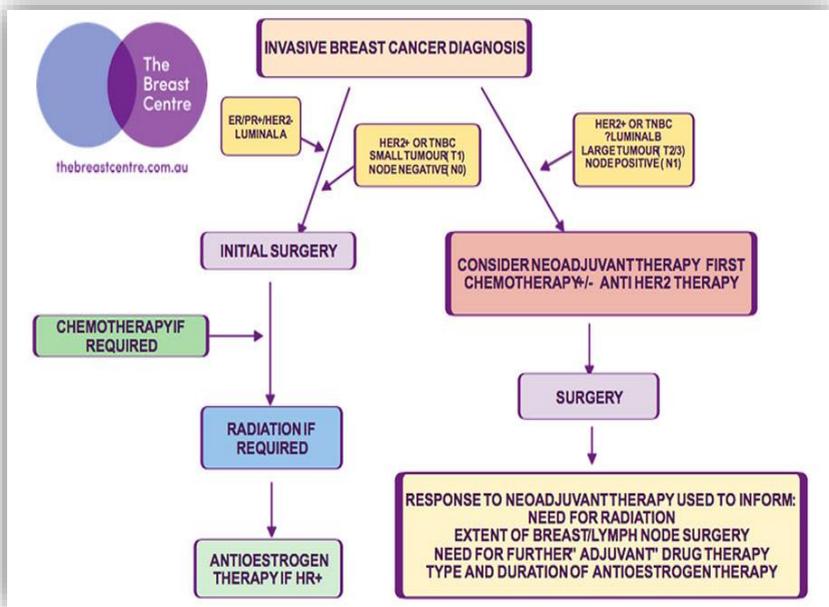
لومينل بي:

په دې گروه مريضانوكي دتداوي دمومي پرينسيپوترخنگ هورمون تيراپي (تاموكسيفين يا اروماتيز بلاكر) او ايمون تيراپي دمونوكلونل انتي باډي (ترستوزوماب) په واسطه تر سره كيږي.

تريپل نيگاتيف يا بازال تيپ:

ددې گروه مريضانوپه تداوي كي، چي دهورمون او هير-۲ ريسپيټور په نشتون سره د انتي ايسټروجن-پروجسټرون اوانتي هير-۲ تداوي دنه مؤثريت دكله دتداوي دعمومي شمې درعايت ترخنگ د انتنسيف كيمو تيراپي + ايمون تيراپي اوبعضاً تارگيټ تيراپي پر كمبينيشن تيراپي باندي تمرکز كيږي.

دډيې دسرطان دمختلف الجتهته پارامټرو دارزون په نتيجه كي دكمبينيشن تداوي شمه مجموعاً په لاندني شكل سره خلاصه كولاى سو (۱۳۴- شكل):



۱- اول گروپ اینوازیف کانسر:

- لومینل ای (هورمون پازیتیف)

- هیر-۲ پازیتیف

- تریپل نیگاتیف

- وروکی تومور (تی-۱)

N0 - لمف نود صفر

اینوازیف کانسر دپورتنیو شرایطو په لرلوسره په لاندی توگه تداوی کیږي:

۱- لمړی باید جراحی عملیات (لمپکتومی یا ماستکتومی) ترسره سي.

۲- رادیشن تیراپی داستطباب په صورت کی.

۳- دلزوم په صورت کی بعضاً کیموتیراپی.

۴- انټی ایستروجن هورمون تیراپی دلومینل ای یا ایستروجن مثبت په صورت کی.

۱۱- دوهم گروپ انوازیف کانسر:

- هیر-۲ مثبت

- لومینل بی

- غټ تومور (تی-۲ او ۳)

N1 - لمف نود-۱ پازیتیف

۱- په لوړو حالاتو کی لمړی نیوا دیوانت تداوی په لاندنیو محتویاتو سره ترسره کیږي:

- کیموتیراپی.

- انټی هیر تیراپی (تراستوزوماب).

۲- په دوهمه مرحله کی جراحی عملیات (ماستیکتومی + لمفادیونکتومی) اجرا کیږي.

۳- دعمليات وروسته ادبوانت تيراپي:

- راديشن تيراپي.

- کيموتيراپي.

- انتي ايستروجن هورمونل تيراپي.

اتم سپرکی

دمریضانو انزار، تعقیب او فلوپ

Prognosis and follow up

۱- دمریضانو تعقیب او فلوپ:

دعملیات وروسته دمرض د ریسیدیف یا راگرزیدون دپروخت پیژندې دپاره دناروغ کنترولې فزیکي اورادیولوژیکي معاینات دلاندني وختنیز پلان دمخي ترسره کيږي:

- دمخکني هداياتومطابق هره میاشت یوخل دمریض دلوري دخپلي جوړي نديې او ابطي ناحيو معاینه دټول عمر په موده کي.

- دعملیات وروسته دلمړیودوو کالوپه موده کي هري درې میاشتي بعد اوپه ځینو هیوادو کي لکه هند څلور میاشتي بعددمؤظف ډاکټر دلوري دثديې کنترولي معاینات.

- دعملیات وروسته د۳-۵ کلوپه موده کي په هرو ۶ میاشتو کي دمؤظف ډاکټردلوري دثديې تعقیبي معاینات.

- دعملیات وروسته په کال کي یوخل دمتقابلي نديې ماموگرافي.

۲- انزار اوپروگنوزیس:

دتداوي نتایج، انزار اوپروگنوز دمریض دمراجعي او تشخیص په وخت کي دمرض په ستيج اوهمدارنگه دمرض په گریډ اومالیکولر سب ټایپ پربنسټ تعینيږي. دکتل اولابولر کنسر این سایتو دعملیات (لمپیکتومي اوبعضاً ماستکتومي) وروسته خصوصاً که دشعاعی تدایوي سره یوځای وي، په ۹۸٪ مریضانو کي د لس کلن ژوند سبب کيږي. په هره کچه چي دمرض ستيج لوړ وي په همغه اندازه دژوند ددوام موده هم لږيږي. په څلرم ستيج کي داوپتیمال خواړخیزه تدایوي سربیره پنځه کلنه بقاد ۱۰-۱۵٪ او لس کلن ژوند یوازي د۵٪ مریضانودپاره میسریري (۱۳۵- تابلو).

۱۳۵- تابلو: دسرطان په مختلفو سټیجوكي دكمپنیشن تداوي دتاثيراتو

ارزونه دپنځه كلن ژوند دمخې

Breast cancer stage (AJCC 5th edition)	5-year overall survival of over 50,000 patients from 1989
Stage 0	92%
Stage I	87%
Stage II	75%
Stage III	46%
Stage IV	13%

دپروگنوز دارزون محاسبه دنوتینگهم پروگنوسټیک انډیکس یا فارمول دمخې تعینېږي:

$$\text{Nottingham Prognostic Index (NPI)} = [0.2 \times S] + N + G$$

دفورمول شرح:

- د «ایس» توری دتومور اندازه دسانټیټر په حساب تعینوي.

- «ن» په اکسیلا کې د نودولو دمصابیت شاخص دی.

- د«جی» توری دتومور دگریډ ددرجې نښوونډوی دی.

- S is the size of the index lesion in centimeters

- N is the node status:

0 nodes = 1, 1-3 nodes = 2, >3 nodes = 3

- G is the grade of tumor:

Grade I =1, Grade II =2, Grade III =3

دمريضانو انزار دپنځه كلني ژوند دبقا چانس دنوتينگم فارمول دمجموعې پر اساس د لاندني جدول په مرسته تعينېږي:

۱۳۶- جدول: دپنځه كلني بقا دنوتينگم دفارمول پرساس

Score	5-year Survival
≥ 2.0 to ≤ 2.4	93%
> 2.4 to ≤ 3.4	85%
> 3.4 to ≤ 5.4	70%
> 5.4	50%

- ختم -

د مؤلف ژوندونلیک



Professor Dr. Dr.

Mohammad Sharif Sarwary

محمد شریف سروري د حاجي محمد موسی خان زوی په ۱۳۲۹ هجري کال کې دکندهار ښار په ۴ څلورمه ناحیه کې په یوه منوره اومتدینه کورنۍ کې نړۍ ته سترګې پرانیستي دي.

لومړنۍ زده کړې ئې تر شپږمې ټولګۍ پورې د(۱۳۳۴-۱۳۳۹) کلونوپه جریان کې د کندهار په تیمورشاهي ښوونځۍ کې ترسره کړيدي.

په کال ۱۳۳۹ کې دکابل نه د اعزام سوي هیئت دلوري د ذکي او زیارکښو متعلمینو په جمله کې کابل ته انتخاب اود کابل په حربي ښوونځۍ کې (۱۳۳۹-۱۳۴۶) دبعدينو زده کړو د بشپړيدا وروسته د ۱۲ ټولګۍ څخه په ډیره بڼه درجه سره فارغ سویدی.

په حربي ښوونځۍ کې هم دخپل زیار او اهلیت دمخې پر خپلواستادانو ډیر گران وو، خپل نوټونه به ئې په ډیر شوق ، خاصه سلیقه او ښکلې لیک سره رسول، دهمدې کبله داتم اونهم صنفونو په ختم کې ددوی دکیمیا دمضمون دنوټ کتابچه چه په خاصه علاقه سره دیزاین اومزینه سوې وه ، د استاد غلام نبي خان بلوڅ په غوښتنه د یادگار په توګه ځنی واخیستل شول اودبعدي صنفونودتشیق دپاره ئې دنمونې په څیر وړښودل.

دهغه طبعی استعداد دمخې چه دالله جل جلاله په لطف اومرحمت خاصتاً په ساینسی مضامینو کې ئې ور په برخه سویوو ، په لوړو صنفو کې دلمړي ځل دپاره دفزیک، الجبر، مثلثاتو او هندسې داستادانوداسیستانت په حیث داستاد په موجدیت یاحتی غیابت کې دنوودرسي موضوعاتو تشریحات او دمغلقوضیو اوسوالونودحل دنده ورپه غاړه کیدل، چه دا نوي درسي میتودپه واقعیت

کي دمتعلمينو دځان باوري، اعتماد، تشويق اوروحياتو دتقويې دپاره ځان ديوې ځانگړې نوې اومؤثري ميتودولوژي په توگه تثبيت اوحتی وروسته په تدريج سره عمومييت وموند.

۱۳۴۶ دحوت په مياشت کي حربي پوهنتون ته شامل چه وروسته ددوه ځليزه کانکور دآزمويڼي وروسته دلومړي مقام په نيولو سره بريالی چه دلومړي په نتيجه کي طب ته کامياب او بيا ئې خارج ته دبرس اخيستلو حق تر لاسه کړ.

- سنبله ۱۳۴۷- جوزا۱۳۵۴ د روسيې دسان پيتيربورگ (ليننگراد) دنظامي طب اکادمي کي عالی تحصيلات اوپه ډيره ښه درجه سره فراغت.

- اسد۱۳۵۴- سنبله ۱۳۵۵- کابل، داردودقواي مرکزروغتون، ديورولوژي او جراحي سرويسو دډاکتريه حيث.

- ميزان ۱۳۵۵- سنبله ۱۳۵۶- کابل، په ۴۰۰ کتيزه روغتون کي دجراحی سرويس ډاکتر (۴۰۰ بستر).

- دوي ۱۳۵۶ داسد په مياشت کي روسيې ته د دتخصص اواسپيرانتري د تحصيلاتو د پاره د عسکري ډاکترانو تر مينځ دکانکور په امتحان کي گډون وکړاودلومړي مقام په نيولو سره ئې د نوموړي بورس امتياز ترلاسه کړ.

- ميزان ۱۳۵۶- ميزان ۱۳۵۹- دپيتيربورگ دطبي علومو داکادمي دهسپيتال جراحي په دپيارتمنت کي ئې د کلينيکي ډاکتراواسپيرانتور په حيث دعمومي جراحي او انتانسيف تيرابي په سرويسونوکي دتخصصي پروگرام مطابق وظيف اوپه صدي سرويس کښي ئې دسري دکانسرد مقدم تشخيص اوتداوي په برخه کي علمي څيړنيز پروگرام پربنسټ دندي مخته بيولي.

- ۱۳۵۹ دميزان په مياشت کي دتخصص او(پ.ا.ج.ډي) دپيلوموپه اخيستلو سره هيواد ته راستون او د ۴۰۰ کتيزه روغتون دصدي جراحي اوپوليتراوما د سرويس دشف په حيث وټاکل سو چه د ۱۳۷۱ کاله پوري ئې دا دنده د نورو علمي اوتدريسي دندو تر څنگ داساسي يا ضمني وظيفي په حيث په غاړه درلودل، چه په دې موده کي ئې د صدي جراحي اساسات ايجاد، ستر

صدري اوقلبي عملياتونه اجرا اوزيات شمير صدري جراحن ئي د اردو، امنيت اوڅارندوی د روغتونودپاره وروزل، نو ځکه دوی د مسلح قواوو د صدري جراحي مؤسس گڼل کيږي. په دې ترڅ کې همدارنگه پروفیسور سروري به کله ناکله د ضرورت په صورت کې دعلي آباد او ابن سینا په روغتونوکي د مغلوقصدري مریضانو د تشخیص اوتداوي دپاره مشورې ته رابلل کیدئ.

- په کال ۱۳۶۰ کې په هیوادکي د جنگي شرایطواوکتلوي مجروحینواومریضانو د شتون او ور سره راپیداسو ستونزو دمخې دوخت دوزیرانودشورا دمصوبې پر اساس دکابل په دولتي طب انستیتوت کې (ننی دطب پوهنتون) دحربي طبابت په نامه نوی دیپارتمنت تاسیس کړ سو، چې استادان ئې د ۴۰۰ بستریز روغتون دعلمي کدرونو دجملې څخه تعین، پوهنتون ته تبدیل او دنوموړي دیپارتمنت په بست کې توظیف کړل سوه، چې پروفیسور سروري هم یوددغه کدرونوڅخه وو.

- د ۱۳۶۱-۱۳۶۴ دکابل ددولتي طب انستیتوت په چوکاټ کې د جدیدالتأسیسه حربي طب د آمادگي دیپارتمنت دحربي جراحي د استاد، سرمعلم اوتدريسي مسئول په حیث تقرر وموند. په ۱۳۶۱ کې دطب پوهنتون دعلمي شورا دفیصلې دمخې دعلمي رتبو دلایحې پر اساس دپي ایچ ډي ډکري دلرلو دکبله دپوهنملي رتبه دوی ته تثبیت اودعالی تحصیلاتود وزارت دلوري منظور کړل سوه. پدې ډول سره دهیواد په تاریخ کې دلمرې ځل دپاره نظامي ډاکترانو دپوهنتون په ساحه کې دتدریس جوازتر لاسه اویوتعداد ئې د پی ایچ ډي ډگری په لرلو سره په علمي رتبومفتخر وگرزیدل.

- پروفیسور سروري ددې اساسي دندی ترڅنگ په عین وخت کې د ۴۰۰ بسترسره د همکاري اوکدری قلت درفع په موخه د صدري جراحي یوازني کدر اواستاد په حیث د صدري جراحي دشف افتخاري وظیفه هم په غاړه لرل.

- په ۱۳۶۴ کال کې دهیواد دطبابت په ساحه کې نوی پرمختیائي گام واخیستل سو، پدې ترتیب چې د مسلح قوتونو دنظامي ډاکترانو دروزني اویپاوپتیاپه موخه د وزیرانوشورا دمصوبې پراساس دلمرې ځل دپاره دکابل دطب پوهنتون په چوکاټ کې دنظامي طب پوهنځی پراستل سوه.

- په همدې ډيروسختواو كاملاً نووشرابطوكي پروفيسور سروري دخپل عالي مسلکي علمي او اورگنيزاتوريوهي اواستعداد دمخي دکابل ددولتي طب انستيتوت په چوکاټ کي دهمدي نوتاً سيسه نظامي طب پوهنځي دعلمي اوتدريسي معاون په صفت وټاکل سواو دا دنده ئې د ۱۳۶۴ - ۱۳۷۰ پوري په پوره مهارت سره مخته بيول. دپوهنځي د مقررې طرحه اومسوده، دپوهنځي دعمومي درسي پلان او درسي تقسيم اوقات ترتيب او هغه دپوهنتون د عمومي تدریسي پلان اوتقسيم اوقات په چوکاټ کي کوردينه اوځايول، دديپارتمنتونو درسي کوریکولومونو ترتيب اوتهييه، دمحصلانو دپاره ددرسي اسانتياوو په موخه طباعتي هلي ځلي اوحتي درخصتياو په ورځو کي شخصاً په خپله دگستدرنماشين ته کښينستل، درسي کتابونه چاپول او په عاجله توگه دمحصلانو درسي اړتياوي پوره کول ددوی دابتکاراوتوبيلگه گڼل کيږي، چي البت دپوهنځي درئيس مرحوم پروفيسور محمدموسی وردگ اودديپارتمنتودآمرينو په همکاري اوملاترترسه کيدل. همدارنگه دوی دديپارتمنت دمخکښ استاد په صفت دپنځم صنف دجراحي زيات شمير لکچرونه ترتيب اوشخصاً مخته بيول. دهمدي خدماتواو ابتکاراوتدمخي دوی دپروفيسور محمد موسی وردگ، دديپارتمنتو دآمرينو- محترم دوکتور خان آقا سيد، مرحوم دوکتور عبد الودودقيومي، محترم دوکتورجان محمد خلازايي اومحترم دوکتورعبدالمتين صافي او يو تعداد فعالو استادانو په شمول دنظامي طب پوهنځي اساسي مؤسسین گڼل کيږي.

- د ۱۳۶۵ دثور په مياشت کي دوی دخپلي نوبتي علمی رتبې دپاره د صدى جروحاتو په نامه ليکل سوئ کتاب، دترفيح دنورو معيارونود تکميل سره علمي شورا ته وړاندي کړ.

- دنیکه مرغه دوی د ۱۳۶۶ دعقرب په مياشت کي دجراحي په ديپارتمنت، نظامي طب پوهنځي او طبي علوموداکادمي دعلمي شوری دلوري دتائيد سوي علمي- تحقيقاتي پلان داجرادپاره، چي دسان پيتيربورگ په علمي شوری کي هم منظورسوي وو، دهابيليتيشين دوه کلن دولتي بورس په لاسته راوړلوسره د ۱۳۶۸ د دلويه مياشت کي د پروفيسوري مکمل پروگرام تکميل او دمافوق پ. ايچ. ډيدوکتورا(ډاکټر آف ميديکل ساينس) ديپلوم تر لاسه کړ، چه دادنړۍ تر ټولو لوړ علمي ديپلوم او دنیکه مرغه چه په افغانستان کي هم دوه طبي عالمان (مرحوم پروفيسور صاحب محمد

موسی وردگ او پروفیسور محمد شریف سروري) ددغه عالی علمي ډگري وپاړتلاسه اومفتخر سویدی.

- هیواد ته دراستونیدو وروسته پروفیسورصاب ته دپخوانیووظایفوسربیره دطبي علومواکادمي دعلمي منشي دنده هم وروسپارل سوه، چي دخپلوهمکارانوسره په ډیره دوستانه اوصمیمي فضا کي په خاص عاجزانه اوصداقتمندانه چلند سره دپخواپه شان په خپلومعالجوي، تدریسي اوعلمي وظایفو بوخت اوتول وخت ئي دمريض او روغتون په خدمت کي تیراوه، دشخصي معاینه خانې درلودلومخالف اوحتی دجمعی او اخترونو په ورځوکي هم دوی دخپلووخیمومریضانو ویزیت اومراقبت ترسره کاوه اودا طریقه ئي خپل مسلکي پرنسب اواساسي دین گانه. ددوی اخلاصمندانه مهربانه کرکتر خصوصاً دمحصلینو اوځوانوډاکټرصاحبانودپاره د تشویق وسیله اودمسلکي سرمشق نمونه وه.

- پروفیسور صاحب سروري دمسلکي اواجتماعي عادلانه اوبیطرفانه دریزپه لرلو سره دایم دخپلوهم مسلکانو دحقوقو په دفاع کي ولاړوو، ځکه نودوی دخپل صادقانه کرکتر اوچلنددمخي دځینومغرضانه اشخاصواناوپرواهدافوسره دټکراومقاومت په خاطر اکثراً دخپلو حقوقي قربانیواونورو ناخوالوسره مخامخ اودبیعدالتیو بنکاروو.

- دوی په ۱۳۶۹ کي دپوهنځي داموراتودنیمگرتیاوودمکررواصلاحاتي وړاندیزو دنه منلو په وجه دپوهنځي دمعاونیت ددندي څخه خپله استعفی وړاندي کړل.

- په ۱۹۹۳ م کال کي کله چي پرهیوادباندي دوحشت پرده راپریوتل اودجاهلو زورواکو دلوري دفزیکي زوروني په نتیجه کي دسختوصحي ستونزوسره لاس په گریوان سو، دمجبوری په وجه ئي دمهاجرت لوري ته مخ سواو دخپلي کورنۍ سره ئي المان ته دمؤقت دپاره دمهاجرت دترخه اوزهرناکه ژوند په قیدکي راشکیل کړسو.

- پروفیسورصاحب په مهاجرت کي هم د خپلو هیوادولو په مقابل کي خپل وظایف هیږنه کړل، دشعراو ادب په عرصه کي ئي چي لادپخواڅخه ورسره لیوالتیادرلوده، قدم کښینیښود اودروان ظلم اوستم پرضد ئي دهیوادوالودپوهاوی اوتحرک په موخه دوطن په درداوغم کي دویښولۍ حماسي

شعرونه ولېکل او همدارنگه د الماني ژبي د زده کړي وروسته ئې د مهاجرو وطنوالو د ضرورت پر اساس ډير ژرد الماني ژبي گرامر په پښتو ژبه ترتيب او طبع کړ.

- دوی ۱۹۹۶-۲۰۰۲ پوري د مونشین، فرانکفورت او دليردښار (هانوور پوهنتون) په روغتونونو کي د عمومي جراحي په سرويسونو کي وظيفه مخته وړل.

- په کال ۲۰۰۳ کي د هيواد د بيارغوني پروسې د پيل سره سم د ملي دفاع د وزارت په بلنه د ۴۰۰ بستر روغتون د جراحي شف په نامه هيواد ته راستون سو، خودرنگ وروسته د حالاتو د بدلون او يو تعداد نازولو د نارضايتيو او لور صاحبانو د تصاميمو د اوبستني د کبله ئې جبراً د اردود صحبې رياست په چوکاټ کي د ريسيرچ او تحقيقات د يوې پاسيفي ادارې مسؤليت قبول او په غاړه واخيست (جنوري ۲۰۰۳ - اکتوبر ۲۰۰۴)، چي ډير ژر ئې په خاص ابتکار سره د اداره په يوه فعال مرکز تبديله کړل. دوی د نورو علمي او مسلکي فعاليتونو تر څنگ د مختلفو ذيلعلاقه علمي مؤسساتو لکه د افغانستان د علومو اکاډمي، د لوړو تحصيلاتو، عامي روغتيا او زراعت وزارتو د څيړنيزو فعاليتو، نوښتي ابتکاراتو او علمي پرمختيا دپاره د هيواد په سطح د واحد علمي-تحقيقاتي مرکز د تاسيس پلان او پروپوزل ترتيب او د صحبې رياست د عمومي رئيس ډاکتر صاحب يفتلي د طريقه د دفاع وزارت مقام ته وړاندي کړ سو، خودوزير د موافقې په صورت کي د پورتنيو اداراتو سره شريک اود قانوني مراحلو د تکميل وروسته د جمهوري رياست مقام ته د منظوري په موخه وړاندي کړسي.

- د ۲۰۰۵ کال په نومبر کي د روغتيا دوزير ښاغلي فاطمي صاحب په غوښتنه دابن سينا د خرابه سوي صدي روغتون د احيا، مسلکي فعاليت او اموراتو د تنظيم په غرض د اردو څخه د روغتيا وزارت ته درتې په تعديل سره تبديل او د دغه روغتون د رئيس او جراحي د مسئول په صفت وټاکل سو (۲۰۰۵-۲۰۰۶). د دوی د خاصي توجه، هدفمنده هلوځلو او ماهرانه مانجمنت د برکته په خورا لرموده کي د روغتون ترميماتي کارونه تکميل، په روغتون کي يو منظم اداري سيستم جوړ او نظم او ديسيپلين سروصورت وموند. دورځني سهارني رپوټ په ترڅ کي د کنفرانسو او تشریحاتو په اړه سره ئې د منسوبينو د مسلکي ظرفيت په لوړيدا خاصتاً د جراحي ډاکترانو تيوريټيکي پياوړتيا کي مهم رول ولوباوه، چه حتی د داخله شعباتو ډاکتر صاحبانو هم په

خاصه مسلکي ليوالتيا سره پکښي گډون کاوه. د ديمونستريټيف اونمايشي صداري او اوعيوبي عملياتونوپه اجرا سره ئي دجراحي ډاکټران تشويق او دهغي دترينگ پروسه په مؤثره توگه تنظيم کړه.

- دموډرنې کارډيولوژي او صداري جراحي دايجادپلان ئي چه هيواد ورته اشد ضرورت درلود، په ۱۵ صفحه ئيزه انکشافې وړانديزکي دوزارت دمعالجي مقاماتومسؤلينوته وسپاري، خوځرنگه چي بيا وروسته معلومه سول، دېده مرغه ترډيري مودې پوري حتی دوزيرحضورته هم نه وه وړاندي سوې او ترن ورځي پوري ئي هم عملی جنبه موندلې نه ده.

- متاسفانه په ابن سيناروغتون کي ئي د ۹مياشتني صادقانه وظيفې وروسته دببعلتې او تعصب يوه بله نوبتي څپيره پرمخ وخوړل، پدې ډول چي دروغتيا دوزيرد عدم توافق او ناخبري په صورت کي دهغه دخارجي سفر دغيابت څخه په استفاده سره بيله موجه عامله، قبلي شفاهي او کتبي خبرتيا، د اداري اصلاحاتو درئيس مشاهد نومي شخص او وزارت دمعيين ډاکټرسحردتوطوي پلان پراساس په ناڅاپي او کودتائي شکل دنيم ساعت په جريان کي تبديل کړسو، پداسي حال کي چي په دې موده کي ئي حتی ديوې ورځي عادي دولتي يا وعده سوی سوپرسکيل معاش هم ترلاسه نه کړ.

- مای ۲۰۰۶ - مارچ ۲۰۰۷ داکاميت دنوي افتتاح سوي روغتون سرطبيب اودجراحي شف.

- ۲۰۰۸ - ۲۰۱۱ کلونو پوري د جرمني دمونشين او لير په ښارونوکي دعمومي او واسکولير جراحي په سرويسونو کي دجراح په صفت وظايف مخته بيول.

- په کال ۲۰۱۳ کی دابن سینا صداري روغتون دجراحي خدماتودپياوړتيا اونوبت په موخه دروغتون درياست دلوري ديا د روغتون دجراحي دمشاورپه پوست کی دعلمی همکار په حيث دروغتياوزارت مقام ته وړاندي کړسو، خو په وزارت کي دبودجې د نشتون او معاش دمدرک دنه موندلو او داسی نورو نیمگړتياوو په بهانوديونيم کال سرگردانيو وروسته وړانديز بی نتیجې پاته اودههم مسلکانو دياس سره مخامخ سو.

- ۲۰۱۵ او ۲۰۱۶ کلونه جريان کي د طبي علومو د احيا او تنظيم په موخه دارود صحیه قوماندانی د علمي مشاور په حیث دنده ترسره کول. په دې ترڅ کې د پروفیسور سروری په ابتکارانه مرسته او توجه سره د تیرو کلونو په جريان کي وران او ویجاړسوی اکادمیک اساسات، علمی- تدریسی پلانونه او پروگرامونه بیرته احیا او دنړیوال د نوو نورماتیفو پر بنسټ عیار کړل سوه، د نظامي طب د محصلینو روزنیز پلان اود اړونده مستقلي پوهنځی د بیا ایجاد د پروژې پلان او تشکیلاتی جوړښت ترتیب اود ذیصلاح مقامو د منظوري دپاره چمتو کړل سوه. د ډاکترانو او استادانو د کدري امتیازاتو لایحه دهغو د لیاقت، مسلکي مهارت او تجارو پر اساس د عالی تحصیلاتو او روغتیا وزارت د کدري قوانینو مطابق طرح او د علمی رتبه او مسلکی درجو د اعطا حقوقی پروسه تکمیل کړل سوه. د دې سره سم د طبي علومو اکادمی د لمړنی علمی کدرونو د غړي په حیث، چه د اکادمي په تنظیمی چارو کي عین دافتتاح نه مخکي فعاله ونډه درلودل اود یادې اکادمي اوهیواد د نظامی طب د ودی او مرحلوی انکشاف په هکله د کره معلوماتو په لرلو اود نظامی طبیب په حیث دجهانی نظامي طب د تاریخ سره دپوره پیژندنې دمخې دخپلو همکارانو دغوښتنو او ضرورتو پر اساس د نظامي طبي ارشیف د ایجاد په موخه په ۲۰۱۶ کال کي د نظامی طب د تاریخ په نوم کتاب تالیف اود اکادمي اوصحیه قومانداني دوخت لارښود مقاماتو او مسئولینو ته د چاپ دپاره وسپارل سو.

پروفیسور سروري، چی اکثره وخت په کابل یا کندهار کی اوسي، اوس بیا هم د ابن سینا په صدري روغتون او میروس روغتون کي دخپلی عالی اخلاقي روحيې دمخې دخپلو هم مسلکانوسره افتخاری همکاری مخته وړي او دمغلقو اووخیمو ناروغانوپه تشخیص او تداوی کي خپلو مرستو ته په خاصه لیوالتیا سره ادامه ورکوي او هر وخت دهغو مسلکی او مشورتی غوښتنو ته حاضر او بعضا هم د ډاکتر صاحبانود مسلکی ودې په موخه ښودنیز اونمایشي عملیاتونه ترسره کوي.

په خاصه درناوي

Book Name Breast Disease
Author Prof. Dr. Mohammad Sharif Sarwary MD, MS, PhD
Publisher Afghanic
Published 2021, First Edition
Copies 550
Serial No 322
Download www.ecampus-afghanistan.org
 www.kitabona.org



This publication was financed by Salu Khan Yaqubi.
Administrative and technical support by Afghanic.
The contents and textual structure of this book have been developed by
concerning author and being responsible for it.
Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks, please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Karte – 4, Kabul

Office 0780232310, 0706320844

Email textbooks@afghanic.org

All rights reserved with the author & publisher.

Printed in Afghanistan 2021

ISBN 978-9936-633-55-1