

بررسی خصوصیات دموگرافیکی و شاخص توده بدنی در زنان مبتلا به فیبروآدنوم پستان و مقایسه آن با زنان سالم مراجعه کننده به کلینیک خاتم الانبیاء جهرم در سال ۱۳۹۸

دکتر مرضیه حق بین^۱، الهام رفیعی^۲، نوید کلانی^{۳*}

۱. استادیار گروه جراحی، مرکز تحقیقات سلامت و بیماری‌های زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
۲. کارشناس بهداشت، مرکز تحقیقات سلامت و بیماری‌های زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
۳. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان پیمانیه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۰۸

خلاصه

مقدمه: بیماری‌های خوش خیم پستان، یکی از بیماری‌های شایع در زنان هر جامعه است. مطالعه حاضر با هدف تعیین خصوصیات دموگرافیکی، سوابق بیماری و شاخص توده بدنی در زنان مبتلا به توده‌های خوش خیم پستان و مقایسه آن با زنان سالم مراجعه کننده به کلینیک خاتم الانبیاء جهرم انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۸ با مشارکت ۶۱۰ زن مراجعه کننده به کلینیک خاتم الانبیاء جهرم انجام گرفت. ۱۴۸ نفر دارای فیبروآدنوم و ۴۶۷ نفر فاقد فیبروآدنوم بودند. داده‌های مربوط بیماران از طریق پرسشنامه شامل خصوصیات فردی و دموگرافیکی و سوابق بیماری زنان مراجعه کننده جمع آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: سابقه افزایش چربی خون در زنان شرکت کننده در مطالعه در گروه‌های فیبروآدنوم و بدون فیبروآدنوم دارای بیشترین فراوانی بود. در گروه فیبروآدنوم، ۲۹ نفر (۲۹/۹٪) از زنان دارای اضافه وزن و ۱۰ نفر (۱۰/۳٪) چاق بودند، در حالی که در گروه فاقد فیبروآدنوم، ۱۲۵ نفر (۴۳/۳٪) از زنان دارای اضافه وزن و ۷۲ نفر (۲۴/۹٪) چاق بودند. اضافه وزن، احتمال ابتلاء به توده‌های خوش خیم سینه را $22/2\%$ (CI $95\%: 0/057-0/836$) و چاقی، احتمال ابتلاء به توده‌های خوش خیم سینه را $15/8\%$ (CI $95\%: 0/036-0/693$) کاهش می‌داد و اثر محافظتی داشت.

نتیجه گیری: اضافه وزن و چاقی، بروز بیماری‌های خوش خیم پستان را کاهش می‌دهد، لذا پیشنهاد می‌شود این مطالعه با تعدیل دیگر متغیرهای مخدوش کننده و در سطح وسیع تر انجام گیرد.

کلمات کلیدی: پستان، شاخص توده بدنی، فیبروآدنوم

* نویسنده مسئول مکاتبات: نوید کلانی؛ واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان پیمانیه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران. تلفن: ۰۷۱-۵۴۳۳۶۰۸۵ پست الکترونیک: navidkalani@gmail.com

مقدمه

پستان ارگانی است که تحت تأثیر عوامل هورمونی در طول زندگی زنان و تغییرات ماهیانه قرار می‌گیرد. بیماری‌های پستان شامل بیماری‌های مادرزادی، عملکردی، التهابی، نئوپلاسم و بیماری‌های دیگر است (۱، ۲). بیماری‌های خوش‌خیم پستان، یکی از بیماری‌های شایع در زنان در هر جامعه است. این گروه از بیماری‌ها مشکل‌ساز هستند، اما سرطانی نیستند و به سمت سرطانی شدن نیز پیش نمی‌روند. حدود ۳۰٪ از زنان از این ضایعات رنج می‌برند و به این دلیل به دنبال درمان آن هستند (۳). در سرتاسر دنیا این مورد ثابت شده است که بیماری‌های خوش‌خیم پستان از بیماری‌های بدخیم شایع‌ترند. در مطالعه سایامی و همکاران (۲۰۰۱) که در نیپال انجام شد، ۶۱/۷٪ مبتلا به بیماری خوش‌خیم و ۱۵/۳٪ از بیمار بدخیم پستان رنج می‌بردند (۴). هورمون‌ها و فاکتورهای رشد که بر روی سلول‌های استرومال و اپی‌تلیال فعالیت می‌کنند و در رشد و تکامل طبیعی پستان نقش دارند، عامل ایجاد اغلب بیمارهای خوش‌خیم پستان هستند (۵، ۶). ارزیابی سه‌گانه پستان شامل: معاینه پستان توسط خود فرد، معاینه پستان توسط پزشک معالج و یافته‌های تصویربرداری روش‌های تشخیص بیماری‌های پستان می‌باشند (۲، ۷). آسیب‌شناسان اغلب ضایعات اپی‌تلیال خوش‌خیم پستان را با اصطلاحات مختلفی از جمله کیست، بیماری فیروکیستیک، ماستیت کیستیک، ماستوپاتی کیستیک، هیپرپلازی اپی‌تلیال و دیسپلازی پستان تعریف می‌کنند. بسیاری از توده‌های پستان که از نظر بالینی مشکوک به بدخیمی هستند، پس از بررسی‌های هیستوپاتولوژیکی، خوش‌خیم تشخیص داده می‌شوند (۸). یکی از شایع‌ترین بیماری‌های خوش‌خیم پستان، فیبروآدنوم است. فیبروآدنوم توده‌ای بدون درد، یک‌طرفه و جامد است و اغلب در زنان ۱۴-۳۵ سال مشاهده می‌شود، اما ممکن است در هر سن دیگری نیز تشخیص داده شود. بروز فیبروآدنوم با افزایش سن کاهش می‌یابد، بنابراین در زنان یائسه کمتر شایع است. ۱۰٪ از جمعیت زنان جهان، یک‌بار در طول زندگی از بروز این بیماری رنج می‌برند. این توده‌ها به دلیل تحرک

زیاد، به‌عنوان موش پستان شناخته می‌شوند. فیبروآدنوم شبیه سنگ مرمر می‌باشد، به این دلیل که شامل هر دو نوع بافت اپی‌تلیال و استرومال می‌باشند و در زیر پوست پستان قرار گرفته‌اند. این توده‌ها، محکم و لاستیکی و با حاشیه‌های منظم بوده و از نظر اندازه، متغیر می‌باشند (۹). در مطالعه ساگار و همکاران (۲۰۲۰-۲۰۱۸) که در هند انجام شد، ۵۸٪ افراد دچار توده‌های پستان، مبتلا به فیبروآدنوم و ۳۴٪ مبتلا به سرطان پستان بودند. در این مطالعه انجام نمونه‌برداری با سوزن نازک مطمئن‌ترین راه جهت افتراق توده‌های پستان بود (۱۰). پس از تشخیص توده‌های خوش‌خیم پستان، عوامل خطر سرطان پستان بر اساس یافته‌های هیستوپاتولوژیکی توده و سابقه خانوادگی سرطان پستان ارزیابی می‌شوند. سابقاً مشخص شده بود که تشخیص ضایعات خوش‌خیم پستان از طریق یافته‌های تصویربرداری (ماموگرافی، سونوگرافی و MRI) انجام می‌شود و نیازی به عمل جراحی نمی‌باشد (۵، ۱۱). در اغلب مطالعات، عوامل خطر مؤثر بر ایجاد بیماری‌های خوش‌خیم پستان و بالاخص فیبروآدنوم را مورد بررسی قرار داده‌اند که از جمله این عوامل می‌توان به سابقه فامیلی سرطان پستان، دور کمر، شاخص توده بدنی، عوامل هورمونی، سابقه شیردهی، سن منارک و به‌طور کلی سن زنان اشاره کرد (۱۶-۱۲). مطالعه حاضر با هدف تعیین خصوصیات دموگرافیکی، سوابق بیماری و شاخص توده بدنی در زنان مبتلا به توده‌های خوش‌خیم پستان و مقایسه آن با زنان سالم مراجعه‌کننده به کلینیک خاتم‌الانبیاء جهرم انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۸ با مشارکت ۶۱۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به کلینیک سرطان سینه خاتم‌الانبیاء جهرم انجام گرفت. روش نمونه‌گیری از نوع در دسترس و آسان بود و پس از کسب رضایت آگاهانه در صورت تمایل به همکاری، به‌عنوان نمونه انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه زنان بالای ۲۰ سال که دارای سونوگرافی از پستان بودند و علاقه‌مند به شرکت در پژوهش بودند، وارد مطالعه شدند. بنابراین

پایایی این مطالعه توسط ۵ نفر از اساتید گروه زنان و جراحی تأیید شد. پایایی این مطالعه نیز با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ تأیید شد. پرسشنامه فوق برای هر دو گروه تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و روش‌های آمار توصیفی (میانگین، درصد و انحراف معیار) و آزمون‌های کای اسکوئر، تی‌تست و رگرسیون لجستیک با استفاده از شاخص OR صورت گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۱۰ نفر از زنان ۲۰-۶۰ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک خاتم‌الانبیاء چهارم در مطالعه شرکت کردند. ۲۴٪ از زنان مراجعه‌کننده به کلینیک خاتم‌الانبیاء مبتلا به فیبروآدنوم و ۷۶٪ از آنان بدون فیبروآدنوم بودند. در گروه زنان فیبروآدنوم سن بین ۴۰-۴۹/۹ سال بیشترین فراوانی (۴۱ نفر) و سن بالای ۶۰ سال کمترین فراوانی (۱۴ نفر) و در گروه زنان بدون فیبروآدنوم، سن بین ۴۰-۴۹/۹ سال بیشترین فراوانی (۱۴۹ نفر) و سن کمتر از ۳۰ سال دارای کمترین فراوانی (۳۱ نفر) بودند ($p=0/001$). ۴۲ نفر (۲۸/۶٪) از زنان در گروه فیبروآدنوم و ۸۶ نفر (۱۸/۷٪) از زنان در گروه بدون فیبروآدنوم دارای تحصیلات دانشگاهی ($p=0/005$) بود. سابقه افزایش چربی خون در زنان شرکت‌کننده در مطالعه در گروه‌های فیبروآدنوم و بدون فیبروآدنوم دارای بیشترین فراوانی نسبت به سایر بیماری‌ها بوده است (جدول ۱).

زنان فاقد این معیارها از پژوهش خارج شدند. قبل از ورود بیماران در این مطالعه، در مورد روند پژوهش توضیح داده شد و رضایت آگاهانه از آنها اخذ گردید. در تمام مراحل مطالعه، محققان به اصول اعلامیه هلسینکی و محرمانه بودن اطلاعات بیمار پایبند بودند. تمامی هزینه‌های این پروژه توسط محققان تحت پوشش قرار گرفت و هیچ هزینه اضافی برای بیماران ایجاد نشد. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جهرم تحت کد اخلاقی IR.JUMS.REC.1398.015 تأیید شد.

در ابتدا زنانی که از طریق فراخوان جهت غربالگری سرطان پستان به کلینیک خاتم‌الانبیاء مراجعه داشتند، توسط جراح ویزیت شدند و از طریق معاینه و سونوگرافی سرطان در آنها رد و فیبروآدنوم در آنها تشخیص داده شد. این زنان در گروه زنان مبتلا به فیبروآدنوم قرار گرفتند. سپس زنان دیگری که توسط پزشک آموزش دیده در زمینه غربالگری سرطان پستان معاینه شده بودند و در سونوگرافی آنها نیز شواهدی از فیبروآدنوم مشاهده نشده بود، در گروه کنترل قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شد. این پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیکی از جمله: سن، وزن، قد، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، سن قاعدگی، سن بارداری، تعداد سقط جنین، تعداد زایمان، تعداد ماه‌های شیردهی، تعداد فرزندان و سوابق بیماری‌های دیگر و درمان آنها از جمله: سابقه بیمار خوش‌خیم پستان، سابقه جراحی پستان، سابقه افزایش چربی خون، دیابت، پرفشاری خون، کم‌کاری و پرکاری تیروئید، ام‌اس، سابقه سرطان دهانه رحم، سابقه انجام رادیوتراپی و سابقه خانوادگی سرطان پستان بود. روایی و

جدول ۱- متغیرهای دموگرافیک زنان در گروه‌های فیبروآدنوم و بدون فیبروآدنوم

سطح معنی داری	فیبروآدنوم		متغیرهای دموگرافیکی	
	خیر (۴۶۷)	بلی (تعداد ۱۴۸)		
۰/۰۰۱	۳۱ (۶/۶)	۲۷ (۱۸/۲)	۲۰-۲۹/۹	
	۱۰۸ (۲۳/۱)	۳۵ (۲۳/۶)	۳۰-۳۹/۹	
	۱۴۹ (۳۱/۹)	۴۱ (۲۷/۷)	۴۰-۴۹/۹	
	۱۲۶ (۲۷/۰)	۳۱ (۲۰/۹)	۵۰-۵۹/۹	
	۵۳ (۱۱/۳)	۱۴ (۹/۵)	بیشتر از ۶۰	
۰/۰۰۵	۳۰ (۶/۵)	۵ (۳/۴)	بی سواد	
	۱۷۰ (۳۷/۰)	۳۴ (۲۳/۱)	ابتدایی	
	۳۳ (۷/۲)	۱۴ (۹/۵)	راهنمایی	
	۱۴۰ (۳۰/۵)	۵۲ (۳۵/۴)	دیپلم	
	۸۶ (۱۸/۷)	۴۲ (۲۸/۶)	دانشگاهی	
۰/۰۵۳	۴۰۱ (۸۵/۹)	۱۱۷ (۷۹/۱)	خانه‌دار	
	۶۶ (۱۴/۱)	۳۱ (۲۰/۹)	شاغل	
۰/۰۰۳	۲۳ (۴/۹)	۱۸ (۱۲/۲)	مجرد	
	۴۳۱ (۹۳/۱)	۱۲۳ (۸۳/۱)	متاهل	
	۹ (۱/۹)	۷ (۴/۷)	سایر	
	۴ (۰/۹)	۲ (۱/۴)	مطلقه	
۰/۶۱۵	۳۴ (۷/۴)	۱۰ (۶/۸)	دیابت	
	۶۹ (۱۴/۹)	۱۹ (۱۲/۸)	پرفشاری خون	
	۹۱ (۱۹/۷)	۲۲ (۱۴/۹)	افزایش چربی خون	
	۵۵ (۱۱/۹)	۱۶ (۱۰/۸)	کم کاری تیروئید	
	۱۰ (۲/۲)	۰	پرکاری تیروئید	
	۲ (۰/۴)	۰	MS	

فیبروآدنوم ۳ نفر (۰/۰۶) دارای سابقه سرطان دهانه رحم، ۳۶ نفر (۰/۷/۸) دارای سابقه جراحی پستان، ۷ نفر (۰/۷/۸) دارای سابقه رادیوتراپی، ۶۹ نفر (۰/۱۵) دارای سابقه فامیلی سرطان پستان بودند (جدول ۲).

در این مطالعه ۱ نفر (۰/۰۷) از زنان مبتلا به فیبروآدنوم دارای سابقه قبلی سرطان رحم یا تخمدان، ۱۹ نفر (۰/۱۲/۸) سابقه قبلی جراحی پستان، ۱ نفر (۰/۰۷) سابقه قبلی رادیوتراپی و ۲۹ نفر (۰/۱۹/۶) دارای سابقه خانوادگی سرطان پستان و در گروه بدون

جدول ۲- بررسی سوابق بیماری و درمان در زنان گروه‌های فیبروآدنوم و بدون فیبروآدنوم و خانواده‌های آنان

سطح معنی داری	فیبروآدنوم		سوابق بیماری و درمان در فرد و خانواده	
	خیر (۴۶۷)	بلی (تعداد ۱۴۸)		
۰/۹۶۵	۳ (۰/۶)	۱ (۰/۷)	بلی	
	۴۵۹ (۹۹/۴)	۱۴۷ (۹۹/۴)	خیر	
۰/۰۵۷	۳۶ (۷/۸)	۱۹ (۱۲/۸)	بلی	
	۴۲۶ (۹۲/۲)	۱۲۹ (۸۷/۲)	خیر	
۰/۶۸۷	۷ (۷/۸)	۱ (۰/۷)	بلی	
	۴۵۵ (۹۸/۵)	۱۴۷ (۹۹/۳)	خیر	
۰/۲۱۱	۶۹ (۱۵/۰)	۲۹ (۱۹/۶)	بلی	
	۳۹۲ (۸۵/۰)	۱۱۹ (۸۰/۴)	خیر	

	درجه ۱	۷ (۲۵/۰)	۲۳ (۳۷/۱)
	درجه ۲	۱۳ (۴۶/۴)	۲۲ (۳۵/۵)
سابقه سرطان پستان در عضو خانواده	درجه ۳	۵ (۱۷/۹)	۹ (۱۴/۵)
	درجه ۱ و بقیه	۲ (۷/۱)	۶ (۹/۷)
	غیر درجه ۱ و بقیه	۱ (۳/۶)	۲ (۳/۲)

داد که اضافه وزن، احتمال ابتلاء به توده‌های خوش خیم سینه را $۲۲/۲\%$ ($۰/۵۷-۰/۸۳۶$ CI $۰/۹۵$) کاهش و چاقی، احتمال ابتلاء به توده‌های خوش خیم سینه را $۱۵/۸\%$ ($۰/۳۶-۰/۶۹۳$ CI $۰/۹۵$) کاهش می‌دهد و اثر محافظتی دارد (جدول ۳).

بر اساس نتایج مطالعه در گروه فیبروآدنوم ۲۹ نفر ($۲۹/۹\%$) از زنان دارای اضافه‌وزن و ۱۰ نفر ($۱۰/۳\%$) چاق بودند، در حالی که در گروه فاقد فیبروآدنوم ۱۲۵ نفر ($۴۳/۳\%$) از زنان دارای اضافه وزن و ۷۲ نفر ($۲۴/۹\%$) چاق بودند. نتایج رگرسیون لجستیک با تعدیل اثر سن، تحصیلات و وضعیت تأهل و ضریب تعیین $۰/۲۵۷$ نشان

جدول ۳- بررسی ارتباط بین شاخص توده بدنی با توده‌های خوش خیم سینه با تعدیل اثر سن، تحصیلات و وضعیت تأهل

متغیر	فیبروآدنوم		سطح معنی داری	OR (۹۵٪ CI)
	خیر (n=۴۶۲)	بلی (n=۱۴۸)		
سن	۳۱ (۶/۶)	۲۷ (۱۸/۲)	۰/۵۴۴	۰/۷۰۸ (۰/۲۳۲-۲/۱۶)
	۱۰۸ (۲۳/۱)	۳۵ (۲۳/۶)	۰/۱۷۸	۰/۵۲۳ (۰/۲۰-۱/۳۴)
	۱۴۹ (۳۱/۹)	۴۱ (۲۷/۷)	۰/۲۱۹	۰/۵۶۱ (۰/۲۲-۱/۴۱)
	۱۲۶ (۲۷/۰)	۳۱ (۲۰/۹)	۰/۱۹۹	۰/۵۳۶ (۰/۲۱-۱/۳۹)
بیشتر از ۶۰	۵۳ (۱۱/۳)	۱۴ (۹/۵)		رفرانس
دانشگاهی	۸۶ (۱۸/۷)	۴۲ (۲۸/۶)		رفرانس
بی سواد	۳۰ (۶/۵)	۵ (۳/۴)	۰/۱۵۶	۰/۲۵۲ (۰/۰۳۸-۱/۶۹۴)
تحصیلات ابتدایی	۱۷۰ (۳۷/۰)	۳۴ (۲۳/۱)	۰/۰۲۸	۰/۴۵۲ (۰/۲۲-۰/۹۱۹)
راهنمایی	۳۳ (۷/۲)	۱۴ (۹/۵)	۰/۹۷۰	۰/۹۸۱ (۰/۳۴-۲/۸۶)
دیپلم	۱۴۰ (۳۰/۵)	۵۲ (۳۵/۴)	۰/۱۶۵۰	۰/۸۶۸ (۰/۴۷-۱/۶۰)
وضعیت تأهل	۲۳ (۴/۹)	۱۸ (۱۲/۲)	۰/۰۱۲	۰/۱۳۵ (۰/۰۲۸-۰/۶۵)
متأهل	۴۳۱ (۹۳/۱)	۱۲۳ (۸۳/۱)	۰/۰۰۳	۰/۱۲۹ (۰/۰۳۴-۰/۴۹۰)
سایر	۹ (۱/۹)	۷ (۴/۷)		رفرانس
لاغر	۵ (۱/۷)	۶ (۶/۲)		رفرانس
شاخص توده بدنی	۸۷ (۳۰/۱)	۵۲ (۵۳/۶)	۰/۳۷۷	۰/۵۵۷ (۰/۱۵۲-۲/۰۴۴)
دارای اضافه وزن	۱۲۵ (۴۳/۳)	۲۹ (۲۹/۹)	۰/۰۳۰	۰/۲۲۲ (۰/۰۵۷-۰/۸۳۶)
چاق	۷۲ (۲۴/۹)	۱۰ (۱۰/۳)	۰/۰۱۴	۰/۱۵۸ (۰/۰۳۶-۰/۶۹۳)

بحث

در مطالعه فمی و همکاران (۲۰۱۶) که در نیجریه انجام شد، فیبروآدنوم شایع‌ترین بیماری خوش خیم پستان بود که در دهه دوم و سوم زندگی زنان بیشتر اتفاق می‌افتاد (۱۵).

در مطالعه حاضر اکثر زنان گروه مبتلا و غیرمبتلا به این ضایعه، خانه‌دار و متأهل بودند که این موضوع را می‌توان بیشتر با شرایط فرهنگی-اجتماعی جامعه ما مرتبط دانست. در مطالعه کوهورت ورشام و همکاران (۲۰۰۷) که در خصوص بروز سرطان پستان در زنان مبتلا به

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، حدود ۲۴% از زنان مراجعه‌کننده به کلینیک خاتم‌الانبیاء مبتلا به فیبروآدنوم و ۷۶% از آنان بدون فیبروآدنوم بودند. در مطالعات قبلی در خصوص شیوع بیماری‌های خوش خیم در مقابل سرطان پستان بررسی‌هایی انجام شده بود که نتیجه اغلب آنها این بود که بیمارهای خوش خیم پستان بسیار شایع‌تر از سرطان پستان هستند، ولی تمامی بیماران دارای علائم را بایستی مورد بررسی بالینی قرار داد (۱۰).

بیماری‌های خوش‌خیم پستان انجام شد، ۶۰٪ زنان متأهل بودند (۱۷). همان‌گونه که در مبحث نتایج ذکر شد، اغلب زنان مراجعه‌کننده چه در گروه فیبروآدنوم و چه در گروه غیرفیبروآدنوم ۴۹/۹-۴۰ سال داشتند. طبق نتایج اکثر مطالعات قبلی، فیبروآدنوم در سنین بلوغ بروز می‌کند و یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات دیگر هم‌خوانی ندارد (۱۷، ۱۸). مطالعه اوبرین و همکار (۲۰۱۴) که در آمریکا انجام شد، نشان داد که فیبروآدنوم در دهه دوم زندگی اتفاق می‌افتاد و در بیماران بالای ۵۵ سال و یائسه کمتر مشاهده می‌شود (۱۶). از دلایل محتمل وجود این تناقض، حجم نمونه کم در این مطالعه و مراجعه کمتر زنان زیر ۳۰ سال جهت غربالگری سرطان پستان می‌توان ذکر کرد.

نکته دیگر اینکه در بین بیمارهای زمینه‌ای، سابقه افزایش چربی خون و پرفشاری خون در بین زنان چه مبتلا و چه غیرمبتلا، به نسبت سابقه ابتلاء به دیگر بیماری‌ها بیشتر بود؛ که متأسفانه به دلیل شیوع بالای سندرم متابولیک در جهان و از جمله در کشور ما نتیجه احتمالی بود (۱۹، ۲۰).

در مطالعه حاضر سابقه فامیلی سرطان پستان و جراحی پستان در زنان مبتلا به فیبروآدنوم اندکی بیشتر بود، اما این مورد از نظر آماری معنادار نبود که با نتایج مطالعه برکی و همکاران (۲۰۱۱) که در بوستون انجام شد، مطابقت داشت. در آن مطالعه مشخص شد که دختران جوانی که مادر، عمه و یا خاله آنها مبتلا به سرطان پستان بودند، به احتمال زیاد بیماری‌های خوش‌خیم پستان در آنها تشخیص داده می‌شد. در مطالعه مذکور در دخترانی که سابقه خانوادگی سرطان پستان نداشتند و مبتلا به نوعی از بیماری‌های خوش‌خیم پستان بودند، احتمالاً به عوامل دیگری از جمله شاخص توده بدنی، دور کمر و قد در بزرگسالی بستگی داشت (۱۳). در مطالعه وب و همکاران (۲۰۰۲) سابقه خانوادگی بیماری‌های خوش‌خیم پستان بالاخص در خانواده درجه یک، احتمال ابتلاء به سرطان پستان را افزایش می‌داد (۲۱). از طرف دیگر در مطالعه هو و همکاران (۲۰۲۰) در سنگاپور در ارتباط با سابقه خانوادگی و خطر ابتلاء به سرطان پستان و بیماری‌های خوش‌خیم پستان، تعداد اندکی از زنان

شرکت‌کننده در غربالگری سرطان پستان، سابقه فامیلی سرطان پستان را گزارش کردند (۲۲). اخیراً پژوهشگران به سبک زندگی سالم (تغذیه سالم، مدیریت استرس و هیجانات و ...) در پیشگیری از ابتلاء به بیماری‌های خوش‌خیم و بدخیم پستان پی برده‌اند (۲۳، ۲۴).

در مطالعه حاضر، اغلب بیماران مبتلا به فیبروآدنوم دارای شاخص توده بدنی نرمال بودند و درصد زنان سالم چاق به‌طور معناداری نسبت به زنان مبتلا به فیبروآدنوم بیشتر بود. بنابراین اضافه وزن و چاقی در بروز بیماری‌های خوش‌خیم پستان اثر محافظتی داشت. این نتیجه با نتیجه مطالعه اوبرین و همکار (۲۰۱۴) که در آمریکا انجام شد، تقریباً مطابقت داشت (۱۶). در این مطالعه و در مطالعه کیم و همکاران (۲۰۱۴) افزایش شاخص توده بدنی با افزایش خطر ابتلاء به سرطان پستان ارتباط داشت، اما با افزایش خطر بیماری‌های خوش‌خیم پستان ارتباطی نداشت (۲۵). البته در مطالعه حاضر تمامی بیماری‌های خوش‌خیم پستان با افزایش شاخص توده بدنی کاهش یافتند، به جز فیبروآدنوم که میزان بروز آن در شاخص توده بدنی ۲۹/۹-۲۵ به اوج خود رسید و در مقابل در مطالعه بتانی و همکاران (۲۰۱۹)، شاخص توده بدنی بالا یک عامل خطر اساسی برای ابتلاء به فیبروآدنوما به‌ویژه در زنان جوان بود (۱۶، ۲۶). با توجه به مطالعات موجود، هنوز دلیل اصلی این عدم تناقض بین ارتباط شاخص توده بدنی با سرطان پستان و شاخص توده بدنی با بیماری‌های خوش‌خیم پستان در هیچ‌کدام از مطالعات عنوان نشده است. فقط همان‌طور که پیشتر نیز ذکر شد، در اغلب مطالعات شاخص توده بدنی بالا خطر سرطان پستان و فیبروآدنوما را افزایش می‌داد. بنابراین این نکته باید مدنظر پژوهشگران قرار گیرد که مطالعات کوهورت وسیع‌تر با حجم نمونه بیشتر جهت دستیابی به علت این موضوع را در آینده انجام دهند. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به پیگیری مجدد بیماران و تشکیل پرونده برای آنان اشاره کرد. همچنین یکی از نقاط ضعف این مطالعه می‌توان به کم بودن جامعه آماری اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با حجم نمونه بسیار بالاتر صورت گیرد.

نتیجه گیری

اضافه وزن و چاقی بروز بیماری‌های خوش خیم پستان را کاهش می‌دهد. لذا پیشنهاد می‌شود این مطالعه با تعدیل دیگر متغیرهای مخدوش کننده و در سطح وسیع‌تر انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی به شماره 1398.015 مصوب دانشگاه علوم پزشکی جهرم و کد

اخلاق IR.JUMS.REC.1398.015 می‌باشد. بدین وسیله از کلیه پرسنل معاونت پژوهشی دانشگاه مربوطه و پرسنل محترم کلینیک خاتم‌الانبیا جهرم که در انجام این پژوهش مؤثر بودند و همچنین از واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی پیمانیه دانشگاه علوم پزشکی شهرستان جهرم بابت تأمین تسهیلات لازم برای انجام این تحقیق، تقدیر و تشکر می‌شود. از نظر تعارض و منافع، در این مطالعه هیچ گونه تعارض منافع وجود ندارد.

منابع

1. Guray M, Sahin AA. Benign breast diseases: classification, diagnosis, and management. *The oncologist* 2006; 11(5):435-49.
2. Karki OB, Kunwar D, De A. De A. Benign breast diseases: profile at a teaching hospital. *American Journal of Public Health Research* 2015; 3(4A):83-6.
3. Yadava SS, Bishwas NC, Kidwai M. Pattern of breast diseases in breast lump. *JNGMC* 2003; 3:49-51.
4. Sayami P, Singh BM, Singh Y, Timila R, Shrestha U, Sayami G, et al. Retrospective analysis of breast cancer cases and surgical treatment in a period of ten years. *J Nepal Med Assoc* 2001; 40:112-9.
5. Houssami N, Cheung MN, Dixon JM. Fibroadenoma of the breast. *Med J Aust* 2001; 174(4):185-8.
6. Santen RJ, Mansel R. Benign breast disorders. *N Engl J Med* 2005; 353(3):275-85.
7. Riedl CC, Luft N, Bernhart C, Weber M, Bernathova M, Tea MK, et al. Triple-modality screening trial for familial breast cancer underlines the importance of magnetic resonance imaging and questions the role of mammography and ultrasound regardless of patient mutation status, age, and breast density. *J Clin Oncol* 2015; 33(10):1128-35.
8. Santen RJ. Benign breast disease in women. In: *Endotext* [Internet] 2018.
9. Ajmal M, Van Fossen K. *Breast Fibroadenoma*. StatPearls. Treasure Island FL: © 2020, StatPearls Publishing LLC.; 2020.
10. Sagar A, Iyengar S, Sikarwar S, Mangal KS. Clinical and Histocytological Correlation of Breast Lesions. *IOSR-JDMS*. 2020;19(5):6-12.
11. Abhijit MG, Anantharaman D, Sumanth B, Ranjani R. Benign breast diseases: experience at a teaching hospital in rural India. *Int J Res Med Sci*. 2013; 1(2):73-8.
12. Berkey CS, Tamimi RM, Rosner B, Frazier AL, Colditz GA. Young women with family history of breast cancer and their risk factors for benign breast disease. *Cancer* 2012; 118(11):2796-803.
13. Berkey CS, Willett WC, Frazier AL, Rosner B, Tamimi RM, Colditz GA. Prospective study of growth and development in older girls and risk of benign breast disease in young women. *Cancer* 2011; 117(8):1612-20.
14. Chalya PL, Manyama M, Rambau PF, Kapesa A, Ngallaba SE, Masalu N, et al. Clinicopathological pattern of benign breast diseases among female patients at a tertiary health institution in Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research* 2016; 18(1).
15. Femi AA, Nnaetio OK, Ayedima MM. Profile of Benign Breast Diseases in an African Population. *Journal of Surgery* 2016; 4(2):35-9.
16. O'Brien S, Kowdley GC. Benign breast diseases and body mass index: is there a correlation? *Am Surg* 2014; 80(5):461-5.
17. Worsham MJ, Abrams J, Raju U, Kapke A, Lu M, Cheng J, et al. Breast cancer incidence in a cohort of women with benign breast disease from a multiethnic, primary health care population. *Breast J* 2007; 13(2):115-21.
18. Stachs A, Stubert J, Reimer T, Hartmann S. Benign Breast Disease in Women. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116(33-34):565-574.
19. Saklayen MG. The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome. *Curr Hypertens Rep* 2018; 20(2):12.
20. Sigit FS, Tahapary DL, Trompet S, Sartono E, Willems van Dijk K, Rosendaal FR, et al. The prevalence of metabolic syndrome and its association with body fat distribution in middle-aged individuals from Indonesia and the Netherlands: a cross-sectional analysis of two population-based studies. *Diabetol Metab Syndr* 2020; 12:2.
21. Webb PM, Byrne C, Schnitt SJ, Connolly JL, Jacobs T, Peiro G, et al. Family history of breast cancer, age and benign breast disease. *Int J Cancer* 2002; 100(3):375-8.

22. Ho PJ, Lau HS, Ho WK, Wong FY, Yang Q, Tan KW, et al. Incidence of breast cancer attributable to breast density, modifiable and non-modifiable breast cancer risk factors in Singapore. *Scientific reports* 2020; 10(1):503.
23. Bai A, Li H, Huang Y, Liu X, Gao Y, Wang P, et al. A survey of overall life satisfaction and its association with breast diseases in Chinese women. *Cancer Med* 2016; 5(1):111-9.
24. Fairbanks F, Andres MP, Caldeira P, Abdo C, Podgaec S. Sexual function, anxiety and depression in women with benign breast disease. A case-control study. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2017; 63(10):876-82.
25. Kim A, Scharf K, Senthil M, Solomon N, Garberoglio C, Lum SS. The prevalence of overweight and obesity in a breast clinic population: consideration for weight loss as a therapeutic intervention. *Surg Obes Relat Dis* 2014; 10(2):348-53.
26. Bhattani MK, Rehman M, Altaf HN, Ahmed SM, Tahir AA, Khan MS, et al. Correlation Between Body Mass Index and Fibroadenoma. *Cureus* 2019; 11(7):e5219.

