

ביבליוגרפיה:

1. *Joselson B, Superstein S, Gutman R & Magura P*. The quality of treatment with narcotics for relief of pain of hospitalized patients. *Harefauh*, 1986; 110: 143—145.
 2. *Paine R*. Cancer pain, anatomy, physiology and pharmacology. *Cancer*, 1988; 63: 2266—2274.
 3. *Stein C, Comisei C, Haimerl E & al*. Analgesic effect of intraarticular morphine after arthroscopic knee surgery. *N Engl J Med*, 1991; 325: 1123—1126.
 4. *Porter J & Tick H*. Addiction rare in patients treated with narcotics. *N Engl J Med*, 1980; 302: 123.
 5. *Jaffe HJ*. Drug addiction and drug abuse. *Goodman and Gilman. The Pharmacological Basis of Therapeutics*. Eighth edition. Pergamon Press, New York, 1990; pp 522—573.
 6. *Twycross RG*. Uses and constraints of presently available opioid drugs in the treatment of cancer pain. Proceedings of a Symposium Torquay — 28th September, 1983. Current Clinical Practice series 13. *Excerpta Medica*, 1984; 77—90.
 7. *Weinstock M*. Site of action of narcotic analgesic drugs in peripheral tissues in narcotic drugs. *Biochemical Pharmacology*. *Clonet D (ed)*, Plenum Press, New York and London, 1971, pp 394—407.
 8. *Kanner RM & Foley KM*. Pattern of narcotic drug use in a cancer pain clinic. *Ann NY Acad Sci*, 1981; 362: 161—172.
 9. *Swerdlow M & Sjernsward J*. Cancer pain relief — an urgent problem. *World Health Forum*, 1982; 3: 325—330.
 10. *Rowbotham DJ, Bamber PA & Simmo S*. Comparison of the effect of cisapride and metoclopramide on morphine induced delay in gastric emptying. *Br J Clin Pharmac* 1988; 26: 741—746.
 11. *Ventifridda V, Fochi C, De Conno F & al*. Use of non-steroidal antiinflammatory drugs in the treatment of pain in cancer. *Br J Hospice Care*, 1989; 6: 13—23.
 12. *Young RR & Delwade PJ*. Drug therapy: spasticity. *N Engl J Med* 1981; 304: 28—33; 96—99.
 13. *Hanks WG, Trueman T & Twycross GR*. Corticosteroids in terminal cancer — a prospective analysis of current practice. *Postgraduate Med J*, 1983; 59: 702—706.
 14. *Kirkham SR*. The palliation of cerebral tumors with high-dose dexamethasone: a review. *Palliative Medicine*, 1988; 2: 27—33.
 15. *Glynn CH*. An approach to management of the patient with differentiation pain. *Palliative Medicine*, 1989; 3: 13—21.
 16. *Twycross GR & Lack AS*. Therapeutics in terminal cancer. Second edition. Churchill Livingstone, 1990, pp 34—36.
 17. *Twycross GR & Lack AS*. Symptom control in far advanced cancer: pain relief. Pitman Publishing Ltd, 1984, pp 271.
 18. *Foley MK*. The treatment of cancer pain. *N Engl J Med*, 1985; 313: 84—94.
 19. *Tuttle B*. Drug management of pain in cancer patients. *Can Med Assoc J*, 1985; 132: 121—134.
 20. *Gorman DJ*. Opioid analgesics in the management of pain in patients with cancer: an update. *Palliative medicine*, 1991; 5: 277—294.
 21. *Maloney CM, Kesner K, Klein G & al*. The rectal administration of MS contin: clinical implication of use in end stage cancer. *The Am J Hospice Care*, 1989; 6: 34—35.
 22. *Kaye P*. Notes on symptom control in hospice and palliative care. *Hospice Education Institute*, 1990, pp 192—197.
 23. *Foley MK & Inturrisi EC*. Analgesic drug therapy in cancer pain: principles and practice. *Medical Clin North Am*, 1987; 71: 207—232.
 24. *Lipman GA*. Opioid analgesics in the management of cancer pain. *Hospice Care*, 1989; 6: 13—23.

המשמעות הקלינית של הפרשה מפיטמת השד

יצחק חייזמן, יצחק ליפשיץ, יורם קנטורי, און שושני, תמר פרץ, פתחיה ריסמן, צבי גימן ואליה דורסטן,
המח' לכינוגיה ולאנתרופולוגיה, בהרhot האוניברסיטה יהודסה', עין כרם, ירושלים ויחד עם הרכבת הרופאים יהובג'ין, חיפה

אצל 4 – הפרשה נסיבית, ואצל 2 – הפרשה מימית.
שכיחות הפרשה מופיעה בסידרה של 8,703 ניחוחי שר,
שבוצעו ב- New York Medical College. היהת כרדי 7.4% מהמי

רובה Copeland & Higgins [2] מצאו שהפרשה נטולות-הדים היא דמית אצל חלונות מתחזק ליותר מ-50 ה"א, בדרך כלל, במחלות פכניות. ואולם אצל חלונות מעלה גל וה עם הפרשה כזוואת שכיחות הסרטן

בעבודתם של Tabar וחב' (3) לקו 38% מהחולות עם הפרשה מהפטומות כ-*intraductal papillomas* — 53% — במטופתיה ו-

הטיבת השכיה לדירומות מהפיטה או להפרשה נסוכית או נסוכית-ידנית היא מהפיטה intraductal papilloma. מחלת סרטן השד גורמת להפרשה מהפיטה ב-12% – 15% מכל מקרי סרטן השד. [4] איזו במאנו. שהפרשה מהפיטה אל חלות

חשיות מתופsha

ל פרשה מפיטמה שד של אשה לא-ימינקה ואירועים מוניה אונגה שכיחה. הרוב קורה אצל 10% – 15% מהנשים. בתחום פוריות האשה תיכון הפרשה והובנה מוגעתה, במיוחד לאחר נסiron מצד האשה לרבייה שד עצמי או בנשים הנוטלות גלגולות למניעת

חטיבת הפרשה מהפטמות היא בשכיחות הקשר עם סרطن השד או בקשרים במצב של מסטופתיה טרום-סרטנית.

שכיחות

[1] Leis & Pilnik מצאו, שמדובר ב-1868 ניחוחים שכובעו בשד בשל סיבות פתולוגיות שונות, היה אצל 152 חולות (8.14%) הפרשנה עצמות מהבטלה ומהchner גנגלת אצל 19 חולות (12.5%) סרטן. אצל 6 מהו היה הפרשנה מטמ. אצל 7 – הפרשה נזירית-דרםית.

חלבי, מעוכת, או ירוק. קיימים 7 סוגים של הפרשות: דביקה ורכיגונית, חלבית, הפרשה ורדרדה או נסיבית-ידמית, נסיבית או צחובת, מימית או שkopfia, מוגלתית ודמית. טיפול בשלושת הסוגים הראשונים הוא רפואי שמנרי להוציא נשים, שכן מן הצורך לנתקו מורות. ארכעת האחרונים הם לרוב מסיבה טבה, אך יכולות לבזע מוחלט טרנטלית או טרומ-טרנטלית ולפיכך מצריכים בדיקה הייסטולוגית.

לחולות עם הפרשה לבנה, נחלית או בעלת אופי של משחה, יש פיטמה מהרצת או הפרשה מרובה מהציגוריות. לרוב, נובעת ההפרשה מנירוי הוומוני או ממוללה פיברו-קיטזית. יש לנתק את רמת הפולאקטין בסיסוב נשים עם הפרשה חלבית, כדי לשולב שאט ביצירת המוח המפרישה פולאקטין. הפרשה חלבית היא, ברוך כל, נשים שהרו פעם אחת, לפחות. הדבר קורה לאחר לחיצה יונית על הפיטמה. הפרשה יוקראה-שטוריה, הנובעת ממפסוף צינורות קשורה למחלת *adnexa* בנשים בחורייה האורית ובൺשיס בתקופה המימית של אדרת חידת האורה. הגון נע מירוק-כחיר לשחור. לעיתים הפרשה מצינור יחיד נובעת מפאפילומה. נידר שהפרשה שkopfia ומימית מהויה סימן לממאיות. דוח על 3 צעירות עם הפרשה מהפיטמה מחמת גירוי הפטימה ע"י בגד שלבשו. הפרשה הייתה נסיבית-מוגלתית עד לדמית [13].

שני הגרסאות האחרים הם: הפרשה מגנתית, "חלבית" ורכיגונית. דביקה. הפרשה מהפיטמה יכולה ל��ות בשל סיבות מערכתיות, נירואנוקירניות וביקובות ניטילת חרוזות:

1. אצל נשים הנוטלות גולגולות למניעת הרין במשך תקופה שלם. ארכאה יכולה לדוחה הפרשה נסיבית או הפרשה חלבית. ההפרשה היא זו-צדנית ולא דמית. תיתכן גם הנגלה השורית.

2. תופעה נדירה כיוחר היא הפרשה דמית זו-צדנית כהרין. במקרים אלה מתחילה ההפרשה הרומית בשליש השני או בשליש השלישי של הרין וממשיכה עד כחוות לאחר הלידה. יתכן, שהרבו נובע מشيخונג אפיקול השד. התופעה חולפת עצמה.

3. תופעה נדירה נוספת היא הפרשה פיטולוגית הקשורה למזהור החודשי אצל נשים צעירות עם שריריהם התופחים למבדדים גורליים יחסית. ההפרשה היא של טיפה אחת או שתיים של הפרשה נסיבית כימים הראשוניים של הוותם.

4. הפרשה בכיתת החזה יכולה לנבוע מתנווגה של לחיצה על הפטמות. ההפרשה תהיה אז של מסטר טיפות של חומר נצעץ אפרפר. נשים הדגולות לבעצם פעולות ואת יכולות לזרום ללקטציה לאורך זמן. יש להציג לנשים להפטיק לחוץ על הפטמות.

5. אבלה בכיתת החזה או כל נתנות באורו בית החזה, כמו: כריתת ראה או *thoracoplasty*, או לאחר ניתוח לב. לאחר מכן יכולה להיות הפרשה מהפיטמה. ההסרה הוא, שנירוע העצבים החורקליים מגירה את יתרות המוח להפרשת פולאקטין.

6. לקטציה קבועה בעטו של נמק של זיהרת המוח במרקם

עם ממירות של השד, היא כשיעור של 8% – 11%, ואצל חולות במחלות שכותה השיעור הוא כדי 89% – 92%. מעוניין, שאצל 15% מהחולות סימן ראשון למחלת Paget הוא ההפרשה מהפיטמה. יותר של סרטן השד אצל חולות עם פאפילומות, במיוחד כאשר הן כורדות. לעומתם, לא ראו [5] McPherson & MacKenzie [6] שכיחות כבואה יותר של סרטן שד בחולות עם *intraductal papilloma*. תוך מעקב של 10 שנים. גם Haagensen [7] ריוו על קשר בין פאפילומות מרכבות לבין סרטן השד.

הגורומים להפרשה

הפרשה מהפיטמה יכולה לנבוע משינויים מפושטים כשר או שניים מפושטים מלווים בשינויים סיסטמיים-פיזיולוגיים, כמו: הרין, טיפול הרכומי, או שאחותה בעליה פעילות הרכומית, כמו הפיטש פולאקטין ונגולות למינית הרין. הפרשה בעקבות שניים מפושטים בשד היא, ברוך כלל, לא-יעצמנית ודו-צדנית. נובעת מצינורות רבים והצעב הוא בהיר עד החלב. שניים מוקומיים בשד יכולים לנבוע משינויים מוקריים ב-*intraductal epithelium* הגורומים להפרשה מהפיטמה. באוכלוסייה נשים עם תסמים הנובעים מהshed, היה אצל 25% מהחולות הפרשה מסוג אחד או שני דסוגים הנזקרים.

הפרשה עצמונהית

הפרשה עצמונהית משר של אשא לא-אמינה ואייחסמיה אינה שכיחה. היא קורה אצל 3% – 8% מנשים הסטטוניות [8]. ב-40% עד 60% מהחולות עם הפרשה עצמונהית מהפיטמה, ממושש גוש גורם להפרשה. Nowell & Farrow [9] ציינו בסקרת ספורות, שב-3% – 47% היה קשר בין הפרשה מהפיטמה לבין סרטן השד. הפרשה עצמונהית מהפיטמה משר שאינו בהנקה, יכול להיות לבנה, נסיבית-ידמית, נסיבית שkopfia, שחורה-ירוקה, דמית קרשה, בעלת אופי של משחה ורדיית. ההפרשות החשוכות ביותר לאבחנה המבリスト לסרטן הן נסיבית-ידמית ורדיית. Haagensen בספרו "מחלה השד" [10] ע' 504, מציג טבלה של הסיבות לפרשה עצמונהית מהshed.

אצל חולות עם הפרשה נסיבית, נסיבית-ידמית או דמית, יש להתחשב בשני הרכבים: (1) זיהוי וכירח מוקור ההפרשה; (2) אבחנה מיקרוסקופית של הרקמה הנגעוו. Ibarra [11] ציינו, שההפרשה מהפיטמה, כאשר הסיבה לכך היא סרטן, מסווגת כדרקון: מימית. רדיית, הגם שיכולה להיות גם נסיבית-ידמית והפרשה בעכבר ורוד.

המחלקה הרטומית קשה לאבחן מוקור ההפרשה. או או יש להפוך ברחיפות סיבת הירימות. לנעים רוחקות הפרשה נסיבית היא מכירח מואר שמתוחה להילich הפיטמה. אצל גברים הפרשה דמית מהפיטמה, המעידת על ממירות, היא כ-14% [12].

הפרשה מלחיצת הפיטמה

הפרשה לא-יעצמנית נובעת לעיתים מהבדיקה העצמתית של האשא הלוחצת על הפיטמה ונורמת להפרשה של מסטר טיפות של חומר

טבלה מס' 1: הערכת אבחנתית של חולות עם הפרשה מהפיתמה

| ההפרשה | אנאמנוּה | טיפול | ביזופתיה | דמפריש | לעינור | הווקה | בדיקה | | | נפנימית | טיפומית | ממוגרפיה | דמפריש מהחתה | אין הוריה | אין הוריה | אין הוריה | לגיל 40 | לגיל 40 | לגיל 40 | דבב | | |
|--------|----------|-------|----------|--------|--------|-------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------|---------|
| | | | | | | | טיפומית | נפנימית | בדיקה | | | | | | | | | | | | | |
| לכן | | | | | | | — בדיקת שד עצמית | — אין הוריה | — אין הוריה | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | — בדיקת גופנית אחת לשנה | — אין הוריה | — אין הוריה | ספירות מהחתה | דבב | |
| | | | | | | | — מוגדרמה אחת לשנה, אם מעל לגיל 40 | | | לגיל 40 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | — בדיקת שד עצמית | — אין הוריה | — אין הוריה | | | | | | | | | | | | | דבב |
| | | | | | | | — בדיקת גופנית אחת לשנה | — אין הוריה | — אין הוריה | ספירות מהחתה | דבב | |
| | | | | | | | — מוגדרמה אחת לשנה, אם מעל לגיל 40 | | | גיל 40 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | — בדיקת שד עצמית | — אין הוריה | — אין הוריה | | | | | | | | | | | | | grumous |
| | | | | | | | — בדיקת גופנית אחת לשנה | — אין הוריה | — אין הוריה | ספירות מהחתה | דבב | |
| | | | | | | | — מוגדרמה אחת לשנה, אם מעל לגיל 40 | | | גיל 40 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | — בדיקת שד עצמית | — אין הוריה | — אין הוריה | | | | | | | | | | | | | ירוקן |
| | | | | | | | — בדיקת גופנית אחת לשנה | — אין הוריה | — אין הוריה | ספירות מהחתה | ירוקן | |
| | | | | | | | — מוגדרמה אחת לשנה, אם מעל לגיל 40 | | | גיל 40 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | — בדיקת שד עצמית | — אין הוריה | — אין הוריה | | | | | | | | | | | | | שחור |
| | | | | | | | — בדיקת גופנית אחת לשנה | — אין הוריה | — אין הוריה | ספירות מהחתה | שחור | |
| | | | | | | | — מוגדרמה אחת לשנה, אם מעל לגיל 40 | | | גיל 40 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | — בדיקת שד עצמית | — אין הוריה | — אין הוריה | | | | | | | | | | | | | נסיבית |
| | | | | | | | — בדיקת גופנית אחת לשנה | — אין הוריה | — אין הוריה | ספירות מהחתה | נסיבית | |
| | | | | | | | — מוגדרמה אחת לשנה, אם מעל לגיל 40 | | | גיל 40 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | — בדיקת שד עצמית | — אין הוריה | — אין הוריה | | | | | | | | | | | | | דמית |
| | | | | | | | — בדיקת גופנית אחת לשנה (או לעתים תכופות יותר כבכלות מביבזאים המיקרוסקופיים) | — אין הוריה | — אין הוריה | | | | | | | | | | | | | דמית |
| | | | | | | | — מוגדרמה אחת לשנה, אם מעל לגיל 40 | | | גיל 40 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | — בדיקת שד עצמית | — אין הוריה | — אין הוריה | | | | | | | | | | | | | צלולן |
| | | | | | | | — בדיקת גופנית בצלולן | — אין הוריה | — אין הוריה | | | | | | | | | | | | | בלור |
| | | | | | | | — בדיקת גופנית או נוש | — אין הוריה | — אין הוריה | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | — בדיקת פיטוקליות | — אין הוריה | — אין הוריה | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | — מוגדרמה אחת לשנה, אם מעל לגיל 40 | | | גיל 40 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | — אין הוריה, אלא אם כן | — אין הוריה, אלא אם כן | — אין הוריה, אלא אם כן | | | | | | | | | | | | | מנגלה |
| | | | | | | | — מבחן כרוני, עלל | — מבחן כרוני, עלל | — מבחן כרוני, עלל | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | לזהות מסטיסודהר | לזהות מסטיסודהר | לזהות מסטיסודהר | | | | | | | | | | | | | |

x — יש לבצע הבדיקה המסתמכת באות x.

* — לא בחולות עם הפרשה דמית וריצידית, בין היתר או הנקה.

של דימום מיילדותי בתיסמוניה או Chiari-Frommel Sheehan.

.7. יכולות להפרע לקשר בין ההיפו-אלאומים לבין יתמות וליאור לקטציה.

.8. הבדיקה מהפנטומות עצל חוליה עם רטינופתיה וראכטיה.

.9. היפו-ויראריסט יכול לגורם ללקטציה.

.10. שאחות כרונוכוגנית והיפרנפורמה יכולות לגרום ללקטציה.

11. גם תרופות, כמו: phenothiazines, reserpine, methyldopa

12. נשים שהנפטר קופה מסוימת, ישנה לעתים הפרשה חלבית בכמות מוגעת וחורשיות ולעתים שניים לאחר מכן.

גלקטוריאה

גלקטוריאה מוגדרת כהפרשה עצמונהית של תוכן חלבוי מהפיתמה. הפרשה זו Nobetta מגירוי השיר ע"י עליה כהפרשה הפרולاكتין מיותרת המוצה. היפרפרולاكتינמייה מעכבה את הבדיקה של מירורת המוח. היפרפרולاكتינמייה מוגדרת כהפרשה של gonadotropin releasing hormone ופליקן קיימות הפרעות כמחזר

עבודה אחרת של Lamberis וחב' [19] הצכעה על ייעילות מבחן פרגולאקטין על ברומוקרייפטן בטיפול בחולים עם רמה גבוהה של פרולאקטין.

Romero-Gutierrez וחב' [20] ניסו למצוא מאפיינים קליניים ליתר-פרולאקטין הדם. מבחן 58 שהיו בקשר היו עם יתר-פרולאקטין הדם ו-35 הרץ בקצבוצה בקרלה. התסמונת הקלינית של החולים עם יתר-פרולאקטין הדם זו גאלاكتוריה (43.4%) ואליזמת (17.3%).

החוקרים מצאו מיאום סטטיסטי בין רמת הפרולאקטין الدم ובין התסמיניות הקליניות בחולים עם יתר-פרולאקטין הדם ($P < 0.01$).

תוואר מקרה של גלקטוריאה לאחר reduction mammoplasty [21]. Jones [22] שיתר-פרולאקטין הדם הוא סיבת אנדרוגינית ידועה לעקרות האשא. המחבר תאר דרכי אבחנה וטיפול באמצעות המפרשות פרולאקטין מוחות המוח. עכבה אחרת הא של Schurtz וחב' [23]. המחברים ציינו, שמחוץ ל-20 נשים עם גלקטוראה היו ל-66.2% עריכים קיימים של פרולאקטיןدم. ל-33.4% היו עריכי פרולאקטין נגובהים ול-0.4% – עריכים של יתר-פרולאקטין הרם. בתב Chin TRH stimulation סיע – לאבחן יתר-פרולאקטין הרם הדם אצל 13.5% מהחולים, 81.5% לא הגיעו לתפקיד במלות החירות חיקני, היפותריאידיסם או כבוננו ב-13.9% והדיפרתוירואידיים ב-4.6%. גלקטוריאה היתה במלותם שונה עם התסמיניות והסימנים הבאים:

| | |
|---------------------------------|-------|
| יתר-פרולאקטין הדם ב-34.8% | 67.4% |
| הפרעות בומסת – | 30.2% |
| מכוכבים בשד – | 30.2% |
| פרולאקטינומה – | 18.6% |
| מחלה פיברו-רכistica של השדדים – | 11.6% |
| שערנות יתר – | 4.6% |
| סוכרת – | 2.3% |

מקרה נדיר של פרולאקטינומה נדולה עם גלקטוריאה אובדן וטופל אצל ילד בן 8 [24]. כמו כן דווח על 6 נשים שלקן יתר-פרולאקטין הרם, אליזמת גלקטוריאה לאחר חבלה בעמוד השדרה [25].

פטולוגיה לפי הפרשה מהפיטמה

| פטולוגיה | Urban [26] | Chaudary [8] |
|----------------------------------------|------------|--------------|
| intraductal papilloma (papillomatosis) | 45% | 45% |
| duct ectasia | 36% | 32% |
| carcinoma | 8% | 5% |
| infection (chronic subareolar abscess) | 8% | |
| other | 2.5% | 10% |

ב-ductectasias יכול להיות הפרשה מפיטמה אחת או משתיין. גם במקרים של ductal adenoma הדמייה הפרשה דמית מהפיטמה [27].

גם Lippman [29] הביא טבלה מפורטת של הפרשה מהפיטמה במצביים פתולוגיים שונים.

החדשוני. היפרפרולאקטינימה יכולה להיווראות בהפרעה בוסת או גלקטוריאה כלבר.

גלקטוראה יכולה להתרחש בעקבות הנקה ממושכת, או נטילת תרופות, כמו: methyldopa, phenothiazides, reuwolfia, alkoloides ועוד. או נטילת גלולות למניעת הרוון או תרופות להרגעת מערכת העצבים המרכזית. היא יכולה להיות הפרשה מייננת לשאה המפרישה פרולאקטין ומיצאת בורותת הבוטה, או במקרים של הפרעות בתפקיד בלוטת התורס, ניתוח בכיתת הchoe, או של שאחותם שבות במוח, או שאחותם, כמו: craniopharyngioma pituitary adenoma ו-prolactinoma.

בדיקת נשים עם גלקטוראה כולה בדיקת היפוך בלוטת החירס ורמת הפרולאקטין الدم. ערך מעיל 50 נ"ג/מ"ל טעון בירור של שרוט ראייה וכיצוע טומוגרפיה מחשבית לגומת היפופיזה.

טיפול ב-bromocriptine יביא למיפוי בויזי חקין. במקרים של שאחות הסמיניות יש לבצע נזות דרך כירטה טרנס-ספנוצידית: להלן מסדר עבודות העוסקות בהפרשת יתר של פרולאקטין: Langer וחב' [14] ריאיננו 33 נשים עם non-hyperprolactinemic galactorrhea. ל-5 מהם היו עריכים נגובהים מ-18 נ"ג/מ"ל. כמו לב لكن, נששיהם עם גלקטוראה היו יותר דיכיאניות לעומת הבקרה. היו להן יותר אירועים מעזיבים, וכן ממושך יותר של תסמניות ופחות פחדים ממחלתן.

תיאור מעניין הוא של גלקטוראה אצל נכר. התסמיניות והסימנים היו דגשנות כמו שמאל והרחה שני הצדדים של הפרשה חלבית מהפטמות. החולה עבר כירטה-שר תחת-עורית דר-צדדיות [15].

עבודה ניסויית קלינית דוחה ע"י Melnichenko וחב' [16]. החוקרם טיפול ב-lysenyl-forte ובי-lysensyl hyperprolactinemic hypogonadism ומתקנן טיפול ניתן 33 lysenyl forte ב-12 מ"ג ליום, ול-16 חולות ניתן lysenyl lysenyl forte ב-12 מ"ג ליום, במשך 3 חודשים. החוקרם הסיקו, שהן ההשפעה הקלינית וההסבירות הטובה לתרופה זו באלה שטופלו ב-lysenyl.

עבדורה נספח הוצאה פ"י Kira וחב' [4] מופיע. החוקרם בדק את רמת הפרולאקטין الدم ב-27 חולות עם טרשת נפוצה (ט") * וב-22 אנשים בריאס. כמגמה להציג על ליקויות אנדודרגריניות בחולים עם טרשת נפוצה. נמצא עריכים גבוהים של פרולאקטין ב-75% בהשוואה לבראים – בשני המינים. לחולה אשר הייתה גלקטוראה ולהוללה אחת עם טין התה ליקות באורו הריאנטצפאלி בהשכויות לחדר השלישי. החוקרם הסיקו, שעלייה ברמת הפרולאקטין الدم היא הוריה טבה וריגשה בשאותם היפותאלאמיות במהלך הטרשת הנפוצה.

טיפול חדש ביתר-פרולאקטין הדם דוחה ע"י van-der Heijden [18]. 47 חולות עם רמות נבותות של פרולאקטין מעל 1500 U/I וטפלו בחכשיר חדש שהינו אגוניסט הדופאמין והוא 205-502 C.V. זהה באנטוגנוטו לברומוקרייפטן למשך 24 שבועות מסקנת המחברים הרות, ש-205-502 C.V. הינו בעל ייעילות רבה יותר מאשר ברומוקרייפטן בטיפול בחולים עם יתר-פרולאקטין הדם.

לטיפול, חשיבות ההפרשה מהפטמות היא בשכיחות הקשר עם סרטן ושר. מן הצורך לבדוק ההפרשה הן בקטריאולוגית והן ציטולוגית. במידת הצורך, יש לבצע בדיקות עור נוספת, כמו: מומוגרפיה, גלקטוגרפיה ואחרות.

בהתאם למימצאים יש לטפל בחולה באופן שמרני, או לנתח אותו.

ביבליוגרפיה:

- Leis HP Jr & Pilnik S, Nipple discharge. Hosp Med, 1970; 6: 11.
- Copeland M M & Higgins CG, Significance of discharge from the nipple in nonpuerperal mammary conditions. Ann Surg, 1960; 151: 638.
- Tabar L, Kadas I, Marion Z & al, The significance of mammography, galactography and pneumocystography in detecting occult carcinomas of the breast. Surg Gynecol Obstet, 1973; 137: 965.
- Donnelly BA, Nipple discharge: its clinical and pathological significance. Ann Surg, 1950; 181: 342.
- Buhl-Jorgensen SE, Fischermann K, Johnsen H & al, Cancer risk in intraductal papilloma and papillomatosis. Surg Gynecol Obstet, 1968; 127: 1307.
- McPherson VA & MacKenzie WC, Lesions of the breast associated with nipple discharge: prognosis after local excision of benign lesions. Can J Surg, 1962; 5: 6.
- Haagensen CD, Diseases of the breast. WB Saunders Company, Philadelphia, PA, USA, 1971, pp 276-291.
- Chaudary MA, Milio RR, Davies GC & al, Nipple discharge: the diagnostic value of testing for occult blood. Ann Surg, 1982; 196: 651.
- Holleb AJ & Farrow JH, The significance of nipple discharge. A Cancer J for Clinicians, 1966; 16: 182.
- Haagensen CD, Diseases of the Breast. WB Saunders Company, Philadelphia, PA, USA, (third edition), 1986, p 504.
- Ibarra J, Bloody discharge from the nipple: the utility of cytology. JAMA, 1989; 261: 2202.
- Roisman I, Gimmon Z & Barak V, Male breast cancer. Harefuah, 1989; 117: 68.
- Casteels Van Deale, Wijndaele R, Eeckels R & al, Nipple discharge in children and adolescents: an irritating cause. Clinical Pediatrics, 1990, p 53.
- Langer M, Fiegl J, Riegel V & al, Psychosomatic aspects of galactorrhea. Arch Gynecol Obstet, 1991; 248: 167.
- Leggett CA, Galactorrhea. Report of a case in a male patient. Aust NZ J Surg, 1991; 61: 540.
- Melnichenko GA, Dedov II, Gitel EP & al, Use of lysenyl-forte and methergoline in the therapy of hyperprolactinemic hypogonadism. Probl Endokrinol Mosk, 1991; 37: 20.
- Kira J, Harada M, Yamaguchi Y & al, Hyperprolactinemia in multiple sclerosis. J Neurol Sci, 1991; 102: 61.
- Van-der Heijden PF, de-Wit W, Brownell J & al, CV 205-502, a new dopamine agonist, versus bromocriptine in the treatment of hyperprolactinaemia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1991; 40: 111.
- Lambris SW & Quick RF, A comparison of the efficacy and safety of pergolide and bromocriptine in the treatment of hyperprolactinemia. J Clin Endocrinol Metab, 1991; 72: 635.
- Romero-Gutierrez G, Aquirre-Beltran AF & Figueroa-Solana MI,

שימוש אבחנתי של ההפרשה

מן הצורך לצבוע ולבדוק מירוסקופית את ההפרשה. כן ניתן לבדוק ההפרשה לסוגים שונים שאחטיים (tumor markers). לעתים ההפרשה נראית דמיית, כמו ב-ductectasia, למקרה שאין לה. ההפרשה קבועה, ולא בעת הנקה. ישנו מספר מצבים, שבهم ההפרשה היא לא-אדרמית, או שקיימת הפרשה מודרמת. פטמה רתעה, פיטולאה, שינויים אקזומוטיים, הרפס פשוט, דלקות או מורשת

ע"ש Montgomery.

— 74% – 46% מהחולות במחלה ממאורות ההפרשה חיובית לה מגילבון. המיאומס בין המוגלבין והובי בין ממאורות הוואר ע"ז Chaudary וחת' [8].

למומוגרפיה שיעור כובד שלילי כ-9.5% וכובד חיובי כ-1.6%. ישנה מיגבלה למומוגרפיה לדוחה intraductal papilloma. פעלה זו עלילם לפיך הוא השציג את הלקטו-טיפוף [30]. מאמוריה יוחר [31] מאשר מומוגרפיה כ-2% להרוגים intraductal papillomas קטנות, אולם היכלות של הבדיקה בין געושים טבילים למאירים היא מוגבלת, וכן לנבדקת נגרמת אינגוניות קשה. ביצטולוגיה שיעור כובד שלילי הוא כ-17.8% וכובד חיובי – 2.6%.

— 80%, ועם כובד שלילי – בין 12% ל-35%. איבחוון ציטולוגי של ממאורות מבחן את האבחנה, אבל אין לכך את הטיפול לעizard על פי אבחנה זה בלבד. הוא הרין לגבי תשובת ציטולוגית שלילית. במקרה של הפרשה מהפיטה מה שלבצע מומוגרפיה ולהשווות לציילומים קדומים. בכיבוע דוקטוגרפיה הגישו לאבחנה של כ-70% מהנברחות.

Tekeda וחת' [32] הראו, שבעת נוכחות כרויות דם אזרומות ו-30 papillary clusters של תאים מהדורות או יותר, יש לחוש על ממאורות במישטח, וזאת לאחר צביעה ההפרשה על מישטח כוכבית הנושא אלבומין.

טיפול כירוגי

הטיפול הוא כירור של טיפול הצעיר המרכזי, כפי שמתאר [33]. Leis

הפעולה הניתוחית כנסייס ביחס לא מושחה מסה או שחם מוגרפיה לא הצבעה על אוור חזות, היא כריחת הצינור המרכזי. מבצעים חנק של 180° באורור הדילת הפיטה עם הרמת העור וכירורת כל האזור של הצינור המרכזי והעכבר התכשורי לבריה היסטולוגית. בחולות עם הפרשה מצינור אחד, שהוא עצמוני, קבועה, ולא חריגות נוספת בסידור בדיקה פיסקלית או במומוגרפיה, מן החזוק לכירור מערכת הצינורית של אותו ריבוע מהחלק הקיריבני של הצינור עד ליציאתו מהפיטה. לעומת זאת, בירור צינורות שכנים, כמו במקרה של ductectasia או בקרים של תוליך ריבומוקרי, כפי שהוא אפשרי בשל מעורבותם של צינורות שכנים. שרוואים בפפילומטוז. במקרים אלה יש כירור את כל מערכת הצינורות דרכם מסביב להילת-הਪיטה, כפי שמתארים Urban State, [26] & Egeli-modified.melitz על כירור שוד מעוצב (radical mastectomy) אשר להן אגאנזודה משפחתיות של סרטן השד.

- Correlation between hyperprolactinemia and galactorrhea. *Gynecol Obstet Med*, 1989; 57: 294.
21. Menendez-Grano F, Pena-Fernandez C & Burrieza PI. Galactorrhea after reduction mammoplasty (letter, comment). *Plast Reconstr Surg*, 1990; 85: 645.
 22. Jones EE. Hyperprolactinemia and female infertility. *Pediatr Clin North Am*, 1989; 36: 601.
 23. Schurz B, Enzelsberger H, Kubista E & al. The value of hyperprolactinemia determination within the scope of galactorrhea. *Zentralbl Gynakol*, 1989; 222: 33.
 24. Ross RJ, McEniry JM, Grossman A & al. Massive prolactinoma with galactorrhea in a prepubertal boy. *Postgrad Med J*, 1989; 65: 403.
 25. Berezin M, Ohry A, Shemesh Y & al. Hyperprolactinemia, galactorrhea and amenorrhea in women with a spinal cord injury. *Gynecol Endocrinol*, 1989; 3: 159.
 26. Urban JA & Egali RA. Non lactational nipple discharge. *A Cancer J for Clinicians*, 1978; 28: 130.
 27. Dixon JM. Periductal mastitis/ductectasia. *World J Surg*, 1989; 13: 715.
 28. Lammie GA & Millis RR. Ductal adenoma of the breast — a review of fifteen cases. *Human Pathology*, 1989; 20: 903.
 29. Lippman ME, Lichter AS & Danforth N. Diagnosis and management of breast cancer. WB Saunders Company, Philadelphia, PA, USA, 1988, p 76.
 30. Tabar L, Dear P & Pentek Z. Galactography: the diagnostic procedure of choice for nipple discharge. *Radiol*, 1983; 149: 31.
 31. Katz R, Lerner MA & Feller N. Galactography in nipple discharge: a statistical analysis and comparison with mammography. *J Breast*, 1982; 8: 18.
 32. Tekeda T, Suzuki M, Sato Y & al. Cytologic studies of nipple discharge. *Acta Cytol*, 1982; 26: 35.
 33. Leis HP. Management of nipple discharge. *World J Surg*, 1989; 13: 736.
 34. State D. Nipple discharge in women. Is it cause for concern? *Postgrad Med*, 1991; 89: 65, 68.

השפעת מזג האוויר על מחלות מיפרקים

שאלן טוקני, דניאל פלוסר ודן בוסקילה,

חוודה לרופטולוגיה, מרכז רפואי אוניברסיטאי סורוקה, קופת חולים, הפולקלטה למוץ הנראות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר שבע

או חרלי אוטואורחריטיס (א)**. נהוג לסובב את החולים במחלות אלו לשתי קבוצות: קבוצה אחת הכוללת חרלים הרגשים לשינויי מזג האוויר, ובבוצה שנייה, הכוללת חרלים שאינם גושים לשינויים אלה. לדעת חוקרים, הרוב המכריע של החולים משתייך לקבוצה הראשונה [1, 2]. המנגנונים הפיזיולוגיים הקובעים את הרגשות הראשונה [1, 2], מעניין לציין, או חסור הרגשות לשינויי מזג האוויר, אינם ידועים. וכי בפרק, שהחכטס על מילוי שאלונים על ידי 92 חרלי ומי"ש הוכדר, כי בעוד שר 34% מהחולים קשוו את ההחמרה במצבם לשינויי מזג אוויר 6.6%, ייחסו את עצם הופעת המחלת לאקלים מסוים [3], לפי מחקר אחר, 11% מחוללי דמ"ש האמיןו, כי מחלתם גורמה עקב שהייתם במצב אויר לח [4].

אחד הנסיכונות הראשוניות לטפל בחולי דמ"ש על ידי בידודם למשך קופפה מסוימת בחודר בו יצרו חנאי אקלים מבודדים, בוצע בשוודיה בשנת 1948 ע"י Edstrom וחב' [5]. חוקרים אלה והפכו את אחד האזרחים במחלה מסויימת בכיתה החולים לחדר בו נשמרו תטפרורה קבועה של 32 מ"ץ ולחות יחסית של 35%. מתוך 18 חוללי דמ"ש, שהו בחודר זה במשך 100 ימים, השנוו אצל 8 חולמים הפגיעה מלאה, ואצל 6 — שיטר ניכר וממושך. כ-2 החולים הנותרים החלו הפגיעה חלקיים ומוגנית במשך שנה עד שלוש שנים. על תוצאות מציגותם באלו, התובות יותר מalto המושגות באמצעות חרטופת, לא דוחה כאן בשום מחקר אחר. לא ברור מה היו המדידות להגדלת הפגיעה וקרוב לוודאי שחלק מהחולים לא היו מאובחנים ביום כחולי דמ"ש, ולכן יש להתייחס למחקר זה בהתחשב.

בשנות הישים האחרונות, החלו מספר חוקרים לבנות

השפעות הרופאות הדנה בהשפעת מזג האוויר על מחלcn של מחלות מיפרקים היא עתיקה ומשמעותה עוד בתקופתו של היפוקרטאס. למורת הרעה הוויזות בקשר הרופאים וביצירוי כי כאבי מיפורקים יכולים להיות מושפעים באופן ניכר משינויי מזג אוויר, הרי שסוגיה זאת טרם הובאה די צורכה. קיימות מספר מיגבלות אובייקטיביות המקשות על ביצוע מחקרים הדנים בקשר שכין מחלות מיפורקים ובין מזג האוויר. ראשית, אין לנו ידיעות בכיוון, מהם הוכחים השונים של מזג האוויר שיכולים להשפיע לטובה או לרעה על התסמינים השונים של מיפורקים. שנית, אין כל ביחסון שירותים שונים, כגון: לחץ ברומטרי, טמפרטורה, לחות יחסית, כמות טשיקעים, עצמות ומחילות רוח, ענקות ואחרים הם בעלי חשיבות זהה. שלישיית, ריבוי ריכבים אלה המשת辉ים בקביעת מזג האוויר מחייבים מחקרים שהיו מבוססים על מספר רב של חולמים, עובדה המייקרת אולם. בונקס, יש גם להזכיר, כי שינוי מזג האוויר, כפי שנרשמים במכשורו המדידה בתמונות הדטאותולוגיות והשנות, אינם בודיק אלה שלגולביהם נחשף החולה המתבלה את רוכב שעותם היום והלילה במקומות מוגנים וסגורים, בהם חנאי האקלים שונים באופן מהותי מלאה הנרשמים במכשורו המדידה. בעיה נוספת כפי שנראה היא העובדה, שרוב המחקרים שנערכו, הבססו על רישום התסמינים וחומרם על ידי החולים עצםם, ורק במייעוט המחוקרים נבדקו גם מימצאים אובייקטיביים כגון, מדד Lansbury ואחרים. המיפורקים המורלקים, מדדים שונים כמו מדד משפיקים על זה שניות רבות היה ידוע, כי שינוי מזג האוויר ישגרונית דמ"ש*. החסמים השונים של חוללי דלקת מיפורקים ישגרונית דמ"ש**.

* דמ"ש — דלקת מיפורקים ישגרונית.

** א' — אוטואורחריטיס.