

- hypertrophy. Circulation, 76: 135, 1987.
28. Hyman AL, Spannake EW & Kadowitz PJ, Prostaglandins and the lungs. Am Rev Respir Dis, 117: 111, 1978.
  29. Wier EK & Grover RF, The role of endogenous prostaglandins in the pulmonary circulation. Anesthesiol, 48: 201, 1978.
  30. Szczeklik J, Dubier JS, Mysik M & al, Effects of prostaglandin E<sub>1</sub> on the pulmonary circulation in patients with pulmonary hypertension. Br Heart J, 40: 1397, 1978.
  31. Rubin LJ, Groves BM, Reeves JT & al, Prostacyclin induced vasodilatation in primary pulmonary hypertension. Circulation, 66: 334, 1982.
  32. Jones DK, Higenbottam TW & Wallwork J, Treatment of primary pulmonary hypertension with intravenous epoprostenol (Prostacyclin). Br Heart J, 57: 270, 1987.
  33. Rubin LJ, Mendoza J, Hood M & al, Treatment of primary pulmonary hypertension with continuous intravenous prostacyclin (epoprostenol). Ann Int Med, 112: 485 I, 1990.
  34. Rich S, Hart K, Kieras K & al, Thromboxane-synthetase inhibition in primary pulmonary hypertension. Chest, 91: 356, 1987.
  35. Rich S, Brundage BH & Levy PS, The effects of vasodilator therapy on the clinical outcome of patients with primary pulmonary hypertension. Circulation, 71: 1191, 1985.
  36. Coulson RL, Rubio E, Bove AA & al, Digoxin prophylaxis for prevention of the cardiac contractile defect produced by pressure overload. Clin Res, 23: 177, 1975.
  37. Chatterjee K & Parmley WW, Vasodilatation therapy for acute myocardial infarction and chronic heart failure. J Am Coll Cardiol, 1: 133, 1983.
  38. Fuster V, Steele PM, Edwards WD & al, Primary pulmonary hypertension. Natural history and the role of thrombosis. Circulation, 70: 580, 1984.
  39. Swan HJC, Burchell HB & Wood EH, Effect of oxygen on pulmonary vascular resistance in patients with pulmonary hypertension associated with atrial septal defect. Circulation, 20: 66, 1959.
  40. Bishop JM, Hypoxia and pulmonary hypertension in chronic bronchitis. Prog Resp Res, 9: 10, 1975.
  41. Nagasaki Y, Hiroshi A, Yong Sik L & al, Long term favorable effect of oxygen administration on a patient with primary pulmonary hypertension. Chest, 74: 299, 1978.
  42. Rich S & Lam B, Atrial septostomy as palliative therapy for refractory primary pulmonary hypertension. Am J Cardiol, 51: 1560, 1983.
  43. Reitz BA, Wallwork JL, Hart SA & al, Heart-lung transplantation: Successful therapy for patients with pulmonary vascular disease. N Engl J Med, 306: 557, 1982.
  44. Dawkins KD, Jamieson SW, Hunt SA & al, Long term results, hemodynamics, and complications after combined heart and lung transplantation. Circulation, 71: 919, 1985.
  45. Glanville AR, Burke CM, Theodore J & al, Primary pulmonary hypertension. Length of survival in patients referred for heart-lung transplantation. Chest, 91: 675, 1987.
  46. McCaffrey RM & Dunn LJ, Primary pulmonary hypertension in pregnancy. Obst Gyn Surg, 19: 567, 1964.

## הערכתה של גוש בשד אצל ילדה וצעירה מותבגרת

יצחק וויזמן, צבי גימון, וויאן ברתק, אורן שושני, יצחק ליפשיץ, מנשה ברדיי, דב ספריר, יוסף הוניגמן,  
אלימלך אוקון ואוריה דורוט,

מחל' פנורוגיה, לאנטקולוגיה ולפטולוגיה, הדסה, עין כרם, ירושלים, מיח' לאונקלוגיה, מרכז רפואי העמק, עפולה.

ההבלשות משנית מעלה שטח פין השדר.  
השלב ה-V — שד בשל.

מיקרופסיה מרכוב בהתארכות והסתעפות של צינורות החלב של השד והצצברות שונות ויקילת חיבור בין העיניירות. ברוכ הילוזה הפחותה וشد מתחילה בגלאים 9–13 שנה, יכולת להיוות כרך בכבר עם הופעה החוסת או להקרים סימני מן משנים אחרים. במספר לדרות הפחתה השד יכולת להיות תר-זרדית, כשברוב המקרים הללו לא נמצאה הפרינה אנדוקרינית. הגדלת השד מצינית ובגיטות של ריקמת השד לרמה תקינה נורמלית של האסתטונג שברם [2].

[3] סיוגו את הליקרים בהתקפות השדים בחיקות הילוזה וההבלשות. מספר ההפריעות מוכאות בסכלה מס' 1.

1) לקיות מיליה  
הלקות יכולה להתבצע בייחור מוג שדים אחר ב-*supernumerary breasts, polymastia*

ה או הרופא עשויים, באקרה, למשג גוש בשד אצל ילדה או נערה מתבגרת. מימצא זה פערור, בדרך כלל, דאגה רבתה אצל האם. אפשר למונע פגיעה نفسית אצל הנבדק, כשרופא ברופאות ילדים שמיישש זה גויס, עורך את הבדיקות המתאימות ומציג אותו מסקנותיו בפני החולה והוריה. גושים בשדריים אצל הגירה נורמים, חס피ים. בדרך כלל הם טבים. פגמים כהתקפות השד או חוליכים טמאיים נורמים כיבורו כshed של אנגרה ומקרים יכול להיות כירקמת השד או במשיטתה. ההתקפות התקינה של השד מתחלקת עפ"י Marshall & Tanner [1] לתמיסיה שלבים:

השלב ה-I — גיל החיבור (בטרום התבגרות) (stage prepuberal). אין ההתקפות של רקמת השד מלבד הרמת הפיטמה. השלב ה-II — ההתקפות נצוץ דנד (breast bud) מתחילה להיליה בורובבה.

השלב ה-III — הבירה נצוצה של השד וההיליה עם היוזגדות צורה של שד בשל קטן ב מידתו, אבל ללא הפורה של צוורת היליל. השלב הרביעי — הנדרלה נסכת של הפיטהמה וההיליה ויצירת

ולאמה את אופי המימצא, אולם כל טיפול מיותר. לעיתים קיימים כאבים מוחוריים ומתחילים לפני המחוור החדש וחולפים לאחר מכן. השד געשה תפוח וబדיקה דינית ניתן להבחין במבנה קישי עדין. מצב זה הוא תגונה לתגובה ברמות ההורמוניים. הטיפול הוא לבישת חיזיה מותאמת ומטען משכני כאבים.

ג'. **אייסימטודיה**  
אייסימטודיה יכולה להיות בין התפתחות התקינה של השד. ניתן השד יכול להתקה בצד אחד לפני התפתחותו בצד השני.

ד'. **הגולה בתוליה**  
במצב זה קיימת הנוליה מסיבית של שני השדיים או של אחד בלבד במרקם נורדים בתקופת ההתבגרות. האטיאולוגיה להגדלה הנילגת של השדיים אינה ידועה.

המקה הרואשן של הנוליה בתוליה תואר ב-1669. [4] תואר איש בת 23 שנה עם שדיים עוקיים כמשקל של 104 פאונרים שגדלו באופן פתאומי. החוללה נספחה בעת יתרה להקנת שדייה. בתיסמנת זו הנוליה השד היא סימטרית, הפיטה והגוליה מהירות וההורידים השתחים מוחחים. בבריקה מושך גוש עם גבלות בלתי בחרום וקשירות רכבות. לעיתים מחלגות החוללה על כאבי גב וכחפיים בשל המשקל הרב של השדיים.

טיקדוסקופית: היפרטרופיה של גומר המשתייה עם גוון כיטמי של הצינורות ובצקת אינטראקציאלית. הנוליה השדיים יכולה להשאר קבועה אחרי שנה עד שלוש שנים. הגולה מהירה יכולה להיות לפני תחילת הוסת. לא אובחנו הפרעה ההורמוניים בספעילות האסתטונן בהולות אלו.

הטיפול מתבצע על עבורה של May ואח' [5]: עיצוב ניתוחי של השד עם או בלי מניטולציה הורמונית.

#### ה'. **גלקטוריאיה**

תופעה זו מוגדרת בהפרשה עצמונהית של חומר חלבוי מהפיטמה. הפרשה זו נובעת מעלייה בהפרשת הפורולאקטין מיוורת המותם. רמת הפורולאקטין הנובעת בدور פגבתה הופשה פעימית של הורמון משחרן גונאדו-פרופוין וכשל כך גורמת להפרעות במתחור החדש, כמו אל-זוט או מיעוט וסת, הוגם שהיפרולאקטינימיה יכולה להחבטה רק בגלקטוריאיה.

הערכה מצבה של האשה עם גלאקטוריאיה כוללת בדיקה חרורית של רמת הפורולאקטין כרום וטיסטוקרי בלוטת התירס. אם קיימת עלייה משמעותית של רמת הפורולאקטין כרום, יש לעורר בדיקת שרות ראייה וטומוגרפיה מחשבית של האוקף התורכי בשאלת של קיומ שאה טבה של יותרת המותם ופורולאקטינומת, נידר יותר: קאנטוגניאומה. טיפול בתכשיר ברומקורפטין רוכב הנשים תקלה מהזר בירין תקן.

באבחנה מבדלת, הפרשת פורולאקטין יכולה להיות גבואה בהפרשות בזיסקוז בלוות התווך, או עקב שימוש בחכשיידם למניעת הרין או כתרופה והגעה של מערכת העצבים המרכזית.

4) **התפתחות מיצות מוגדרת**  
התפתחות ניכרת של השדיים מתחילה אצל בנות החל מגיל 8 שנים, ולעתם הוא היטמן הראשון להתקה מיצית משנית. יש שלוש קבוצות של צירויות עם התפתחות מוגדרת של השד:

#### טבלה מס' 1: שיגור ליקוי שד בילדים ובגאות מוגדרת

1. מומים מלאה	העד
טוכם	טוכם
2. תיקון של תגונה פיזיולוגית	יתר גירול בילד
ארהומות	ארהומות
טיפות יסודות הרקמה	יתר גידול בתלי
דילול	דילול
ריכת חלב	ריכת חלב
3. התפתחות מינית טרם וממנה	הנוליה מינית מוקומת של פיבמה הנור
בגרות מינית מוקומת פרומת	בגרות מינית מוקומת פרומת
סת רاشתית סרט זמינה	סת רашתית סרט זמינה
4. גנטים ולקוריים	גנטים
5. גידולים	טבים
טבים	טבאים
6. חוטר התפתחות	חוטר תפתחות יעקב ריברי ריקמת יתורת הכליה
כורות פולחת יעקב ריברי ריקמת יתורת הכליה	לי-קרוי התפתחות של בלוטות המין
תאי-תאי התפתחות בלוטות המין, ספקור בלוטות יתורת המין	חוטר שדים
כורית גינורית של הנבל	כורית גינורית של הנבל
עיקור יעקב קרוי X	עיקור יעקב קרוי X
אנדרוגניות	אנדרוגניות
מיוקר ונתוח	מיוקר ונתוח
7. גנים של היפטמה והילת היפטמה	7. גנים של היפטמה והילת היפטמה
8. גנים חבלתיים	8. גנים חבלתיים

בשדיים amastia או בהעד פטמות (athelia) או בהעד פטמות (amastia). ההירגיות יכולות להיות חד-צדדיות או דו-צדדיות. אם מציה amastia, קיים עיגון בית החזה באוזו צד, כמו: העוד שרידי החזה או מומים בצלעות.

2) **אי התפתחות השד**  
אי-התקה של השד יכול להיות במקרים של hy-pogonadism, gonadal dysgenesis, untreated adrenal hyperplasia, hermaphroditism. א-התקה של המאנגיומת, או במקרה של כרחת נט השד ע"י כירוגן שמיישס "מסה" באוזו הפטמות (מעשה שלא עשה!).

3) **עיצוב התגונה היפטומולוגית**  
א'. **היפטומליה גאנגולרית**  
בשבע הרואשן או השגி לחץ מתחה ניצן השד. במספר מקרים קיימת הנוליה של שד אחד עם הפרשת נול בחדיר מהפיטמה. הפרשה זו נקראת "חלב מכשפות". נפיחות זו אינה תליה במנ הילוד, אלא בספעילות הגירוי ההורמוני שהיתה בהיות הלוד ברום אמו.

ב'. **כאבי גודש בשור בעזה ההתבגרות**  
בעת התקה טימני מן משניות אצל נערות מתבגרות, יתכןו כאבים באוזן נציגי השד. לאחר בדיקה גונומית יש להסביר לנערה

<p>בנוסף ל- 551 מקרים של פיברואדרנומה, נמצאו 130 מקרים של מחלת פיברוכיסתית; 14 מקרים של מורסה; 1 מקרה של נמק שומני; 2 מקרים של שאת עם תאים מגוועניים. בסידורם לא היה כל שונות כל שנות פמאריה. מסקונתיים: בשנותם שד אצל צעירות יש לפחות אחד אחר פיברואדרנומה במשך כ-5 שנים לפני עירכה ביופסיה. גם Chamadol ואחות [12] דיווחו בסקריה על 123 צעירות עם 128 גושים בשדיים עד גיל 20 את החלוקה הבאה:</p> <table border="0"> <tr><td>65.2%</td><td>— פיברואדרנומה;</td></tr> <tr><td>6.2%</td><td>— שגשוג עצומי;</td></tr> <tr><td>1.5%</td><td>— אדרנומה;</td></tr> <tr><td>0.8%</td><td>— שאת פילוחית;</td></tr> <tr><td>5.1%</td><td>— דלקת קרונית של השד;</td></tr> <tr><td>0.8%</td><td>— פאפיולומה חוד---</td></tr> <tr><td>0.8%</td><td>— ליפית;</td></tr> <tr><td>0.8%</td><td>— חיבורת הנשימה;</td></tr> <tr><td>67.6%</td><td>— פיברואדרנומה;</td></tr> <tr><td>16.8%</td><td>— פיברואדרנסיס;</td></tr> <tr><td>14.3%</td><td>— גושים אחרים, כמו: תחליכים דלקתיים, נמק שומני, כיסות, גלאקטוצילה, ריקמת שומן, אדרנומה, שאת פילוחית.</td></tr> </table> <p>שני מאייר בתרן פיברואדרנומה מיר ביחסו דוות על ידי Pick ואחות [14]. פיברואדרנומה בברורות דומה לו של המבוגרים. אך ציינה גם גדרה מהירה יותר, ללא אכבים. כמו זאת פיברואדרנומה התאית של עלולים (<i>juvenile cellular fibroadenoma</i>). השאות נוראיות כרוביים ממשית עם גוש סביחטלתי ושינוי אופייתי. לשאות זו תכונה להופיע ברזמנית ובמספר מוקדים [15].</p> <p>פחות מ-5% מהפיברואדרנומות הן ענקיות. הגדרתן: שאות מעל 5 ס"מ או כמשקל מעל 500 גרם. פיברואדרנומה יכולה לתרוף בגיל ההחנברות חלק גורל מהshed. עד היום תוארו פחות מ-50 שאות ענקיות [16, 17].</p> <p style="text-align: right;">טיטרול</p> <p>אם נמצא גוש יש לחכות שניים עד שלושה חודשים של הוסת כדי לקבוע האם הגוש נעלם או נשאר. מכיוון שפיברואדרנומות הן לעיתים קרובות מרכיבות כאותו שד [9] ולאחר בריחת מוקדמת תיליה חזרות השאות ב-10%-20% מההמגמות לאחר כ-5 שנים. יש הממליצים על מעקב שנתי שMRI קליני ו.ct וטיטרולי אחר גושים לטבים בשדי ביששים מהתקפת גיל 25 שנה, ריצה המקובלת גם על תגרום לניזוחים מרובים במספר רב של חולות, אך Pick ואחות [13] כתבו: "כי מעתים יכולו זאת".</p> <p>Bauer ואחות [9] מציעים, שויוח בשדר אצל גורה מומלץ רק במקרים של ארטימטריה של שני הצדדים עם גדרה קבועה. הרכיה תבזבז ורק לאחר התפתחות מלאה של שניהם. הגיטה כריריה בפיברואדרנומה עלולים הוא גורל וכל לריתת השאות ובדיז'ט או ארטימוקרי (25% מהמקרים) או דיז'טורי (25% מהמקרים).</p> <p style="text-align: right;">היפיברואדרנומה מסוגת ריסטלולוית:</p> <p style="text-align: right;">pericanalicular juvenile mixed intracanalicular</p> <p>פיברואדרנומה היא בעלת גבולות ברורים ומצויה בבדיקת השד. היא נוצרת מההשתית ומהצינוריות של החלק הרחיקי של פערוכת העצמות כshed, ומוגנת בתגובה יתרה מקומית של ריקמת השדר לרמות אסתורון [9].</p> <p>דוחות על חסינה עצמנית ב-10% מהפיברואדרנומות [10]. Naraynsingh ואחות [11] ערכו במשך 7 שנים אחר 658 צעירות בנות 13 עד 17 שנה עם שאות פיברואדרנומה. השאות סוגנו על דוחם כدلילן:</p>	65.2%	— פיברואדרנומה;	6.2%	— שגשוג עצומי;	1.5%	— אדרנומה;	0.8%	— שאת פילוחית;	5.1%	— דלקת קרונית של השד;	0.8%	— פאפיולומה חוד---	0.8%	— ליפית;	0.8%	— חיבורת הנשימה;	67.6%	— פיברואדרנומה;	16.8%	— פיברואדרנסיס;	14.3%	— גושים אחרים, כמו: תחליכים דלקתיים, נמק שומני, כיסות, גלאקטוצילה, ריקמת שומן, אדרנומה, שאת פילוחית.	<p>א' קרצזה ראשונה — constitutional precocious — מוצבינה על התפתחות מיניה מלאה: הגולה השד, השערורית הקשורה לדיללה מיטית, ומת' וכו'. לא ניתן על טיפול בעוררות אלו.</p> <p>ב' קרצזה שנייה — התפתחות משנית מוקדמת מזומה (pseudoprecocious puberty). כאן אסתורון נוצר בכמירות עדפתה בעיטה של שאה או לאחד מן אסתורוגן. הטיפול במקרים אלה הוא כריתת השאת או הפסיקת מתן אסתורוגן.</p> <p>ג' קרצזה שלישית — premature thelarche — היה הגדלת השדים ללא חלבתאיות אחרות של התפתחות מינית. במקורה דן אין צורך בטיפול. קיימת הוריה-ינגד מהלצת לביצוע ביופסיה (breast biopsy). כ-50% מהמקרים תתרחש חסינה עצמנית. אבחנה מבלית בין הקרצזה הראשונית (premature thelarche) לקידוח השילישית (coccygous puberty) קשה והגופה בראשונה קיימת הנוגנה את צורת "שעון החול". בראשונה האופייני לאשה בגורת, ואילו בקדוחה האחורה אין מוגבל היפוך. בראשונה צורה כבדרך כלל הנוגנה גבורה ובדוק, בקדוחה האחורה קיימת הפטיטה. שאלות של הפטיטה, ואילו בקדוחה השלישית הפטיטה אינה מתחפתה.</p> <p>ד) גושים מוזלקים ואוטם מזוקם נעימים מוזלקים מtabektaim באורום מקומי של השד עם היוצרות גוש מוגבל היפוך. חסינה זו מוגלה כצעירות ובנות מתחה לגיל 20. התופעה נראית לעיתים כבדין. אוטם בפרקם השד מתבקט נס. הוא בהירוץות גוש. גם חסינה זו מוגלה בתקופת הרין, בעיקר בשליש האחורי או בתקופת ההנקה.</p> <p>ה) גושים מזוקם מזרען על ציריה בת 17 שנים, Newman &amp; Kahn שלקתה 4 חודשים לאחר הלידה באוטם בפיברואדרנומה, הייתה קיימת בשד, ובעורה כריתת גנגע. נזיר לממצא מזרען מזרען בשדר אצל גורה מינימל נערה מתבגרת. בדוחות מ-Los Angeles Children's Hospital אבחנה אצל 1/4 מהחולים מתחה לגיל 18 שנה שטופלו בשל גוש בשד מזרען [7]. שתיים מהם היו בנות 6 ו-7 שנים.</p> <p>ו) שאות גבורה קשורים בשדר אצל ילדותם הם על-פיירוב קשיים טבים. מפיאודות השד נדירה ביותר.</p> <p>שאות גבורה פיברואדרנומה היא שאה טבה אצל גורה מינימל נערה מתבגרת ומהויה כ-3/4 מכלל השאות בקדוח ציל זיל. השאה יכולת להיות גוש בדור או ריבטוקרי (25% מהמקרים) או דיז'טורי (25% מהמקרים).</p> <p style="text-align: right;">hypothalamic juvenile mixed intracanalicular</p> <p>פיברואדרנומה היא בעלת גבולות ברורים ומצויה בבדיקת השד. היא נוצרת מההשתית ומהצינוריות של החלק הרחיקי של פערוכת העצמות כshed, ומוגנת בתגובה יתרה מקומית של ריקמת השדר לרמות אסתורון [9].</p> <p>דוחות על חסינה עצמנית ב-10% מהפיברואדרנומות [10]. Naraynsingh ואחות [11] ערכו במשך 7 שנים אחר 658 צעירות בנות 13 עד 17 שנה עם שאות פיברואדרנומה. השאות סוגנו על דוחם כدلילן:</p>
65.2%	— פיברואדרנומה;																						
6.2%	— שגשוג עצומי;																						
1.5%	— אדרנומה;																						
0.8%	— שאת פילוחית;																						
5.1%	— דלקת קרונית של השד;																						
0.8%	— פאפיולומה חוד---																						
0.8%	— ליפית;																						
0.8%	— חיבורת הנשימה;																						
67.6%	— פיברואדרנומה;																						
16.8%	— פיברואדרנסיס;																						
14.3%	— גושים אחרים, כמו: תחליכים דלקתיים, נמק שומני, כיסות, גלאקטוצילה, ריקמת שומן, אדרנומה, שאת פילוחית.																						

## הר פואת

טבלה מס' 2: פרטי החולמים בפדרה של המתרבים

מספר גל	היסטוגרפיה מיאור ומיון	טיפולוגיה קיומית (גודל ונש.)	בית החולים	טיפולוגיה חוטולוגית קיומית	טיפול	מספר גל
1 16	כאבים, הפרשה דרכו ספיקת גוש בגודל 15x15x15 ס"מ, שמאל, הווריר, ותת בלתי נדרה	סרטן כליה מטמן קשירות לסתה חיובית גלד	+ ברופסיה נימוחות ע"י חיטוך נפרה ב-25.2.68+	הקטנה, טיפול כימי, כריתת שחלות, טיפול הורומטי		6/67
16 2	שי גושים בגודל 5 ס"מ, קוות של העור	סרטן כליה מטמן גלד	+ כירית שד מלאה מאוחרת 22.11.72 נפרה ב-73.1.73	כירית שד מלאה מאוחרת		
3 17	גוש בגודל 4 x 3 ס"מ, גלד	سارוקמה כיסיתית דסיטית עליה, טמאניזם ברורה נטוכה כירית נרחבת לאחר שנה אחת	+ כירופסיה כרומתית, ובעקבותיה עלה, כירופסיה כיסיתית דסיטית עליה מאוחרת	חיה		8/82
4 16	גוש טקעה 5 גלד	سارוקמה כיסיתית דסיטית עליה ממאירה כירית שד מלאה מאוחרת + הקרבה + טיפול כימי	+ כירופסיה צעירה מטמין גוש נזקן נפרה ב-8.3.82 נפרה ב-8.3.82	הגבול שד ימן כמשן 5		2/79
5 14	גוש בגודל 6 x 5 x 3 ס"מ, גביש, הנחלת קשירות לסתה משפאל גביש בשדר שמאל, חום נפרה ב-10.6.74 נפרה ב-10.6.74	לייפומת טמאנית גביש בשדר שמאל, חום נפרה ב-10.6.74 נפרה ב-10.6.74	+ ברופסיה ע"י חיטוך + הקרבה + הטיפול כימי	ברופסיה ע"י חיטוך + הקרבה וטיפול כימי		1/74
6 15	גוש, רגשות, כתם קפה בחבל לחץ ימינו גביש, רגשות, כתם גביש כבוקע ימן ולאורן גביש, רגשות, כתם נפרה ב-10/74 נפרה ב-5.3.76	רוביומיסטארוקמה רוביומיסטארוקמה + ברופסיה ע"י חיטוך + הקרבה - טיפול כימי; 16.1.75 - לטיגנטומיה S5-S2, בירית השאה	+ ברופסיה ע"י חיטוך + הקרבה - טיפול כימי			
7 15.5	גוש בגודל 7 x 6 x 7 ס"מ, רגיש גביש גביש תפרחות כבש שמאל גביש	לייפומת בקרית לייפומת בקרית כימי כימי	ברופסיה ע"י חיטוך + טיפול כימי	ברופסיה ע"י חיטוך + טיפול כימי		12.9.84 חיה

Hospital הגיביע על 5.5% של ביופסיות משד העצירות שבchan נראתה בעג זה [24]. בוגינזר לבן, הריווחים בספרותה הם של מקרים בוורדים אצל עצירות, כמו והידוח של Hendrick [25] על מקרה אחד של פאפילומה תורן-צינורית מטרח 209 נשים. הגענו הרא טב, והטיפול מטופס על כירתה מקומית.

Cystosarcoma phyllodes גידר מאו למתזאה בין הלידות ובגיל ההתקבגרות. השאת מהוות שתרא את התהיטומנות היה Muller [26] ב-1838. מאו נורשת האבחנה בין שאת שבח לשאה מטאנירה. השאת מטניה בשדר אחד או בשני השדרים (כ-25%), ויכולת להגען לגודל עד 28 ס"מ. השם והצורה בעליים תנכליים בשם מסעים, שכן הצורה הכתונית של השאת וצורתה בעליים תנכליים בשם מסעים, שכן הצורה הכתונית של יוזע-עטאות, Norris & Taylor [27] הי' הראשונים שהשתתפו בקביעת דפוסים הסטולוניים לאבנהן בין שאות טבוח לבן שאחות מטאנירה. הסיגוג והבטס על cellular anaplasia, stromal findings, מידה פעילות ההלוקה, הסתוירות מוקנית, ואם אומנם קיימת התגנוגות מטאנירה. בסידורה שלם, בין 94 חולות היו רק 3 מחחה לגיל 20 שנה.

Azzopardi התיחס להבדלה בין השאות הממאירות

פיירואדרנומה עלולים שונה מזו של המבוגרת והוא רב-כלוטנית ונזרלה יותר. השאת גדרה מהר לאורך מספר חודשים, תוך הרחבות ורידים שיטתיים על פני השד, ומולות באדים וחומם מוקמי [20]. מאוגורפה איננה עיליה בגין זו, משום שריקת השדים צפופה ביותר ומווגעת איבחון דידלוגי נאות.

טיסמונה נוספת לאצל צעירות בשנים האחרונות היא פאפילומטוסיטים עלולים של השד. היא מאופיינת ע"י באפר-לומטוסיטים צינורי קשה בכנורות, כפי שוראים במחלפת פיברואדרנומה [22, 23]. החיסכונת היא של גוש יחיד הדומה לפיברואדרנומה. פאפילומטוסיטים עלולים יכול להחאים לאנאמנזה משפחית של סדרן ש, ולחולות נטיה לפתח סטן שד יותר מאשר לאחורי. עלולים. 9 חתכי רקמה נברקו שוב עפוי ומדידם קראטה Bazzocchi הקיריטריונים של Rosen ואח' [22] דווח על 13 חולות עם פאפילומטוסיטים בטאנרים. 9 חתכי רקמה נברקו שוב עפוי ומדידם קראטה בטאנרים עלולים.

טאסלוליה תורן-צינורית השאת שכיהה יותר בשדים בשל פוריותם או התקופת הקטליה, אך מזוהה גם בעוירות. באחרונות הן מרובות וחותפות את הצינוריות ההיילקטיים של השדר במרקם לא שכיהים מתחילה היליה עד קיימת הפרשה, לעיתים דטי, מהפירמה. דז'יון Memorial

כירית שד פשוטה ואחת קבלה הקרן לבית השחי לאחר ניתנתן, אחת עברה כירית שד ודיוקלית מאוריכת ו-3 עברים כירית שד דיוקלית. ל-2 מתוך 4 שערכו ביופסיה כירית, חלה השינויים מקומיות. בממוצע של 6.5 שנים לא אירעה הישנות מקומית, ובממוצע של 6.5 שנים לא אירעו מקרים מותה. המחברים מליליטים על כירית שד פשוטה עם גנטילת דגימה של קשור לימפה מכית השחי.

שאותות ממאריות לא-דריאשזיות של השדר באופון נוריר ביוור נמצאה גם עם ליפוממה של השדר בעיצורים מתחת לגיל 20 שנה. מקרה אחד חואר ע"י Dixon וחב' [41] בצעירה בת 16 שנה מתן 15 חולות עם ליפוממה יאשנית של השדר. גם

המחברים תארו צעריה בת 15% שנה עם המחלה [33]. במאמורפיה ניתן לאאות את גורש של הלימפוסמה כבוש מוגדר היטב עם שלולים מוקפים ישובנה דקה חלקה. נוריר מאד למיצוא קרצינומה ולקחית שד אzell צעריה. זיהוח על צעריהodialנורית בת 12 שנה עם שחואתו ובעוד שמאל. החלקה קיבלה טיפול הקרןוי וכטומורטיה. שככל מהן אדריאטמין, ציקלוטוספאטאמיד.

היא נפוצה כ-8 חוותים לאחר קביעת האבחנה [42]. Farrow & Ashikari [34] ריזוור על שני מקרים של מוגרבות metastatic embryonal rhabdomyosarcoma. גם המחברים ריזוור על נערה בת 15 שנה, שחולתה במחללה זו [33]. כמו כן דוח על צעריה בת 13 שנה שחולתה במאולמה נפרזה עם סטנים ריאשטים של המחללה, שהותבטה בגירוש כבד [44].

על הרופא המתפלל לזכור, כי למורות האפשרות הנדרה ביוור של ממאריות בשדר, הרוב המכירע של גושים בשדי צעריה מתרבגרות הוא טב. העדרה הטיפולית חייכת להיות שמנית והריה.

#### ביבליוגרפיה:

- Marshall WA & Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child*, 44: 291, 1969.
- Drife JO. Breast development in puberty. *Ann NY Acad Sci*, 464: 58, 1986.
- Capraro VJ & Dewhurst CJ. Breast disorders in childhood and adolescence. *Clin Obstet Gynecol*, 18: 25, 1975.
- Durston W. Concerning a very sudden excessive swelling of a woman's breasts. *Philosophical transactions for anno 1669*. Vol IV, London, Royal Society, 1670, pp 1047-9.
- Mayl N, Vasconez L & Jurkiewicz M. Treatment of macromastia in the actively enlarging breast. *Plast Reconstr Surg*, 54: 6, 1974.
- Newman J & Kahn LB. Infarction of fibro-adenoma of the breast. *Br J Surg*, 60: 738, 1973.
- Turby W, Buntain W & Dudgeon D. The surgical management of pediatric breast masses. *Pediatrics*, 56: 736, 1975.
- Gogas J, Sechas M & Skalkeas G. Surgical management of diseases of the adolescence female breast: a clinicopathologic study. *Am J Surg*, 137: 634, 1979.
- Baur BS, Jones KM & Talbot CW. Mammary masses in the adolescent female. *Surg Gynec Obstet*, 165: 63, 1987.
- Furnival CM, Irwin JRM & Gray GM. Breast disease in young women — when is biopsy indicated? *Med J Austr*, 2: 167, 1983.
- Naraynsingh V, Raju GC & Sieunarine K. Treatment of breast

לבן השאותה הפטבורה על פ"י 4 מודדים:

(1) דוחיקת השולדים;

(2) נידול יתר של ריקמת המשתית;

(3) שלוש או יותר טיסות;

(4) חוסר טיפות תאית.

מכאן השאותה והקבות, נציג את זו שתוארה ע"י Orenstein וחב' [29]

חו שתוארה ע"י המחברים [30].  
Cystosarcoma phyllodes הבiology דומה לטאוקרומת השדר. היא יכולה להכיל יטרות גומיים, סחוטים שריריים, טיביים, שומניים או ריריים.

הגוררות מתחפשות בדרך המטונגית Hoover וחב' [31] תארו לרשותה ציסטוסאקרומה פילודס ממירה בלבד בת 10 שנים, שנפטרה מהמחללה עם גוררות מרווחת והישנות מקומית לאחר שערבה כירית שד. עד מקרה של מות מציסטוסאקרומה פלודס של צעריה בת 15 וחואר ע"י Turalba וחב' [32].

גם המחברים דיווחו על מקרה מות מציסטוסאקרומה פילודס ממירה [33]. יש הממליצים על כירית ודיוקלית נרחבת של השאתה במקרה של שעת טבה. הישנות מקומית היא בן 7.5%-10%.

הטיפול בהישנות מקומית הוא ע"י כירית שד פשוטה. במקורה של שעתה ממירה ממליצים על כירית ודיוקלית וכימותרפיה לאחריה [34]. לנבי טיפול קרינוביים וכיום – יש הטוענים שבציסטוסאקרומה פילודס אין כל ערך להקרמה, ואילו אחרים טוענים שהדבר תלוי בגודל השאתה.

#### שאותה ממאיירות

סרtan שד בילוזת נוריר ביוור ומהווה פרותת מ-5% מכלל סוגיו הסרטן בילוזת ופחות מ-0.1% מכלל סרטני השדר [34].

שאותה ריאנוזית ממארות השדר הן נורירות ביוור מתחת לגיל 17 שנה. למורות נירירון הן מעוררות עין'ין רכ, משם השוני בהתנהגות הקלינית. חלון הן בעלות מהלך קליני אט' ולהלן מתחפשות במהירות וגורמות למתן החולה. המחברים תארו 7 צעריות בישראל, בתחום של כ-22 שנים, מגיל 14 ועד 17. שאובחנו ללקות בסרטן שד מטוגנים היסטולוגיים שונים, חלוקם ראשונים וחלקם מישניים. (ר' טבלה מס' 2) [33].

Pirquet, כפי שצוטט ע"י Haagensen [35] דיווח שמתוך 247 נשים עם סרטן שד היו רק 7 מתחת לגיל 20 שנה. Bassler [36] בסקרת ספרות עולמית מזא, שבכל המאה הנוכחית (עד לסקרתו ב-1978) דוחה רק על 67 צעריות עם קרצינומה של השדר. Stone ואח' [37] דיווחו על צעריה של השדר מבין 143 צעריות בנות 14 – 20 שנה עם גושים בשדיים. Oberman וחב' [38] אספו עד שנות 1972 – 30 חולות בסרטן השדר עד גיל 20. Haagensen [35] סקר ב-1955 את הספרות על סרטן עולמים מפריש. Karl וחב' [40] תארו ילד בן 3 שנים עם קרצינומת עולמים מפרישה וגוררות לבית השחי, ואספו מהספרות 17 חולות מגיל 3 עד גיל 17 שנים. בכל חולות היהת הספה בשד איתיסומונית. ב-15 שנה עם 5 שנות הישרדות כרי 100% של הסוג ההיסטולוגי של סרטן עולמים מפריש.

Karl וחב' [40] תארו ילד בן 3 שנים עם קרצינומת עולמים מפרישה וגוררות לבית השחי, ואספו מהספרות 17 חולות מגיל 3 עד גיל 17 שנים. בכל חולות היהת הספה בשד איתיסומונית. ב-8 חולות בוצעה כירית מקומית ובכ"ז – כירית רבייע בלבד. 4 עברים

- lumps in the teenager. *Br J Surg.* 74: 1168, 1987.
12. *Chamadol W, Spiranaskul A & Puapairoj A*, Breast masses in adolescents. *J Med Ass Thai.* 70: 504, 1987.
  13. *Cant PJ, Madden MV, Close PM* & al, Case for conservative management of selected fibro-adenomas of the breast. *Br J Surg.* 74: 857, 1987.
  14. *Pick PW, Ioulias A & Iossifides IA*, Occurrence of breast carcinoma within a fibroadenoma. *Arch Pathol Lab Med.* 108: 590, 1984.
  15. *Fekete P, Petrek J, Majmudar B* & al, Fibroadenomas with stromal cellularity. A clinicopathologic study of 21 patients. *Arch Pathol Lab Med.* 111: 427, 1987.
  16. *McDonald JR & Harrington SW*, Giant fibroadenoma of the breast (Cystosarcoma Phylloides). *Ann Surg.* 131: 243, 1950.
  17. *Marquez Sarraga RH, Menendez A & Figueroa I*, Giant fibroadenoma in an adolescent Puerto Rican female. *Bol Assoc Med P Rico.* 78: 293, 1986.
  18. *Preece P*, Fibroadenoma, *Blanney RW* (ed). In: *Complications in the Management of Breast Disease. Complications in Surgery Series*, *Smith JAR* (ed). London. Bailliere Tindall, 1986, pp 239–43.
  19. *Ashikari R, Farrow JH & O'Hara J*, Fibroadenomas in the breast of juveniles. *Surg Gynecol Obstet.* 132: 259, 1971.
  20. *Wulsin JH*, Large breast tumors in adolescent females. *Am J Surg.* 152: 151, 1960.
  21. *Kuusk U*, Multiple giant fibroadenomas in an adolescent female breast. *Can J Surg.* 31: 133, 1988.
  22. *Bazzocchi F, Santini D, Martinelli G* & al, Juvenile Papillomatosis (Epitheliosis) of the Breast. A clinical and pathologic study of 13 cases. *Am J Clin Pathol.* 86: 745, 1986.
  23. *Rosen PP, Cantrell B, Mullen DL* & al, Juvenile papillomatosis (Swiss cheese disease) of the breast. *Am J Surg Pathol.* 4: 3, 1980.
  24. *Farrow JH & Ashikari H*, Breast lesions in young girls. *Surg Clin N Am.* 49: 261, 1969.
  25. *Hendrick JW*, Intraductal papilloma of the breast. *Surg Gynecol Obstet.* 105: 215, 1957.
  26. *Muller J*, Über den feinern Bau und die Formen der krankhaften Geschwülste. Lfg 1. Berlin 6, Beimer, 1838, pp 54–60.
  27. *Norris HJ & Taylor HB*, Relationship of the histologic features to behavior of cystosarcoma phyllodes. Analysis of ninety-four cases. *Cancer.* 20: 2090, 1967.
  28. *Azzopardi JG*, Problems in breast pathology in Bennington JL (ed): Volume II in the series: *Major Problems in Pathology*. Philadelphia, WB Saunders Co, 1987, pp 346–65.
  29. *Orenstein A & Tsur H*, Cystosarcoma phyllodes treated by excision and immediate reconstruction with silicon implant. *Ann Plast Surg.* 18: 520, 1987.
  30. *Roisman I, Barak V, Okon E* & al, Benign cystosarcoma phyllodes of breast in an adolescent female. In: *Breast Disease — An International Journal* (in press).
  31. *Hoover HC, Trestioreanu A & Ketcham AS*, Metastatic cystosarcoma phyllodes in an adolescent girl. An unusually malignant tumor. *Ann Surg.* 181: 279, 1975.
  32. *Turalba CIC, el-Mahdi AM & Ladagas L*, Fatal metastatic cystosarcoma phyllodes in an adolescent female: case report and review of treatment approaches. *J Surg Oncol.* 33: 176, 1986.
  33. *Roisman I, Barak V, Robinson E* & al, Adolescent breast malignancies in Israel (1967–1989). In: *Breast Disease — An International Journal* (in press).
  34. *Altman AJ, Schwartz AD* (eds), *Malignant Diseases of Infancy, Childhood and Adolescence* (ed 2). WB Saunders, Philadelphia, 1983, p 505.
  35. *Haagensen CD*, The relation of age to the frequency of breast carcinoma. In: *Disease of the Breast*. (3d ed.). WB Saunders Company, Philadelphia, 1986, p 402.
  36. *Bassler R*, *Pathologie der Brustdrüse*. Springer Verlag, Berlin, vol 2, 1978, pp 208–211.
  37. *Stone AM, Shenker IR & McCarthy K*, Adolescent breast masses. *Am J Surg.* 134: 275, 1977.
  38. *Oberman HA & Stephens PJ*, Carcinoma of the breast in childhood. *Cancer.* 30: 470, 1972.
  39. *McDivitt RW & Stewart FW*, Breast carcinoma in children. *JAMA.* 195: 388, 1966.
  40. *Karl SR, Ballantine TVN & Zaino R*, Juvenile secretory carcinoma of the breast. *J Pediatr Surg.* 20: 368, 1985.
  41. *Dixon JM, Lumden AB, Krajewski A* & al, Primary lymphoma of the breast. *Br J Surg.* 74: 214, 1987.
  42. *Chamadol W, Pesis M & Puapairoj A*, Inflammatory carcinoma of the breast in a 12-year old Thai girl. *J Med Assoc Thai.* 70: 543, 1987.
  43. *Farrow JH & Ashikari H*, Breast lesions in young girls. *Surg Clin N Am.* 49: 261, 1969.
  44. *Maeda K, Abesamis CM, Kuhn M* & al, Multiple myeloma in childhood: report of a case with breast tumors as a presenting manifestation. *Am J Clin Pathol.* 60: 552, 1973.

— רלקת כבד נגיטית של חאי נזק סינציטיאליים – אורה בלתי מוגדרת זו בה של רלקת בברידורה: לאחרונה תוארה בגילין של הילס N Engl J Med 324: 455, 1991 (10 חולים מקרים, כולל 5 חולים עד 41 שנה), שלקו בדלקת קשה של הכלב עם מיזוגם הייסטוטומולוגיים, שלא יודדו עד כה. האבחנה הקלינית והמשוערת במחצית מהחולים היהוה ורעד מנגי B (NANB hepatitis) ולא מנגי A. ובירות – רלקת כבד לא אוטואוטוית עם גונדומים זעימים. מחלק המחלקה היה טוור: 5 חולים עברו השלהת כבד מinalg'ת, ללא השתתת המחלקה בככובות המסתלים וככל השאר נפטרו.

הabhängigה של רלקת כבד נגיטית של חאי נזק סינציטיאליים נקבעה בCiscofitiyot של הכלב, בכל החולים היהוה תוממה אופיינית ברורה, שבה החלוף קוריות תמיי הכלב בתאי נזק סינציטיאליים, שהיכלו עד 30 ורעים של תא. בנוסף הופיעו מיטג'אים אופייניים לדלקת כבד נגיט, כמו נמק של תאים, צבירים של תאים מתתקלאים ולקלת ברוחני השער וטסיב להם.

באלקטرون מיקורסקופ נראו בשטומה גזימות מתוק העשוי מיבום תוך תאיים, שההווים נלקלאוקפטי של הנוגדים מקבוצה גני הפקראמייקן. שימשו זטמים גניימי החזבנה, החזרה והפראאנטילוקגנזה. בסיסי להוכחה, כי אכן מדובר בזיהום על ידי נזק כהה, החזקה הממציא שהופקה מכובן של אחד החולים לשני קווטרים. אלה לא תלוי, אך בדומה של אחד מהם הלה עלייה ניכרת ברמת הנוירוטים לחצנת ולפאואניפרלוצזיה. 4. המציגו מושך כרך, שבחמצית שהזרקיה וההנטקון נזק של פראומיקסן, אם כי לא נזק ח', אשר מתקן, שמת בתנאי ההבקה והשיטור.

לטיפול, בחולים בדלקת כבד קשה, יש לשקל נס אפשרו של תא נזק סינציטיאליים. דוזות מתחקים ונטופים כדי לאפסין בחוזקה את הגני. השיך נפי הרואה לקבוצה גניימי פראומיקסן.