

# بررسی فراوانی توده پستانی در مبتلایان به پاپیلومای داخل مجرا در بیمارستانهای حضرت رسول اکرم (ص) و امام خمینی طی سالهای ۱۳۷۴-۱۳۶۵

## چکیده

تشخیص علت و درمان ترشح خونی از نوک پستان از مشکلات جدی در جراحی است چرا که علل آن طیف وسیعی از بیماریهای خوش خیم و بدخیم را در برمی گیرد. اگر کانسری ترشح داشته باشد تقریباً همیشه خونی است و از طرفی شایعترین علت ترشح خونی از نوک پستان پاپیلومای داخل مجرا است. در این بررسی به منظور جلوگیری از درمانهای افراطی (ماستکتومی غیر ضروری) و تفریطی (عدم پیگیری بیماران پس از درمانهای ساده موضعی) ضمن تعیین میزان فراوانی توده مبتلایان به پاپیلومای داخل مجرا میزان کانسر همزمان و غیر همزمان نیز مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعه به صورت گذشته نگر بر روی پرونده‌های ۱۲۱۸ بیمار که با مشکلات پستانی طی سالهای ۱۳۶۵ لغایت ۱۳۷۴ به بیمارستانهای حضرت رسول اکرم (ص) و امام خمینی مراجعه نمودند، انجام گرفت. از بین بیماران بررسی شده، تعداد ۲۸ مورد با تشخیص ضایعات پاپیلار خوش خیم مشخص شدند که ۱۵ مورد پاپیلومای داخل مجرای منفرد (Single Intraductal Papilloma, SIP)، ۹ مورد پاپیلومای داخل مجرای متعدد (Multiple Intraductal Papilloma, MIP) و ۴ مورد پاپیلوماتوزیس بوده است. سن متوسط در SIP ۴۰/۲ سال و در MIP ۳۹/۵ سال بود. در نوع SIP، ۸۰٪ بیماران ترشح نوک پستان و ۷۳/۳٪ تومور قابل لمس داشتند. یعنی فراوانی نسبی ترشح نوک پستان و تومور تقریباً یکسان بود. ۸۸/۳٪ ترشحات از نوع خونی و ۱۱/۷٪ سروز بود. در ۲۶/۷٪ ترشح از نوک پستان تنها علامت بود. در ۲۰٪ موارد نیز وجود تومور تنها علامت بود. در ۵۳/۳٪ موارد ترشح و تومور توأم وجود داشت. ۸۱/۸٪ توده‌ها مرکزی و ۱۸/۲٪ آنها محیطی بودند. در موارد MIP، ۸۸/۹٪ موارد تومور قابل لمس و در ۶۶/۷٪ موارد، ترشح وجود داشت. از این میزان ۸۳/۴٪ موارد ترشح خونی بوده است. ۲۵٪ توده‌ها مرکزی و ۷۵٪ آنها محیطی بوده است. در هیچ بیماری کانسر همزمان مشاهده نشد. اطلاعات موجود در پرونده بیماران آنقدر کامل نبود که در مورد کانسر غیر همزمان بتوان اظهار نظر نمود. همچنین در مواردی که تومور قابل لمس وجود داشت براساس این مطالعه نمی‌توان تعیین نمود که آیا بین محل تومور و ترشح نیل، همچنین بین تومور قابل لمس و ضایعه خوش خیم همراه ارتباط معنی داری وجود دارد یا خیر.

دکتر داریوش راوری<sup>I</sup>

\*دکتر بهار محبوبی<sup>II</sup>

دکتر فرناز سقطی<sup>III</sup>

کلید واژه‌ها: ۱- پاپیلومای داخل مجرا ۲- ترشح پستانی ۳- توده پستانی

این مقاله خلاصه‌ایست از پایان نامه دکتر فرناز سقطی، به راهنمایی دکتر بهار محبوبی، ۱۳۷۶، همچنین در کنگره جامعه جراحان ایران سال ۱۳۷۶ در اصفهان ارائه شده است.

(I) استادیار جراحی عمومی، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران

(II) استادیار جراحی عمومی، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران (\*مؤلف مسؤل)

(III) پزشک عمومی

## مقدمه

ترشح نوک پستان با طیف وسیعی از بیماریهای خوش خیم و بدخیم همراه است که شایعترین علل آن عبارتند از: آدنوزیس، بیماری سیستمیک پستان، اکتازی مجرا، پاپیلومای داخل مجرا و کارسینوم پاپیلاری، که در این میان تفکیک و مرزبندی بین پاپیلومای همراه با توده و کارسینوم پاپیلاری بدون توده از نظر بالینی بسیار مشکل است.

ترشح از نوک پستان هرگاه خونی شود نگرانی بیشتری را برای جراح و بیمار ایجاد می‌نماید. با وجود آن که در سال ۱۹۰۵ برای نخستین بار warren بر این نکته تاکید نمود که هر ترشح خونی مساوی با ماستکتومی رادیکال نمی‌باشد و جراح می‌بایست براساس Local excision و با تاکید به جواب پاتولوژی تصمیم به عمل جراحی وسیعتری بگیرد، لیکن در مطالعات Judd در سال ۱۹۱۷ براین اساس که ۵۷٪ بیمارانی که دارای ترشح خونی و توده بوده مبتلا به کانسر بودند، موارد ترشح خونی به همراه توده قابل لمس معادل ماستکتومی در نظر گرفته شد<sup>(۱)</sup>.

Haagensen طی مطالعات گسترده خود در فاصله سالهای ۱۹۷۳-۱۹۴۱ به ماهیت خوش خیم پاپیلومای داخل مجرا که می‌تواند با ترشح خونی به همراه توده باشد توجه نمود و با توجه به این که هیچ نوع بدخیمی را در این بیماران ملاحظه نمود، به جرات تاکید به Local excision نمود<sup>(۲)</sup>. تا آن زمان کسی به این سؤال پاسخ نداده بود که آیا در پاپیلومای داخل مجرا شانس تبدیل به کانسر بیشتر از سایر افراد اجتماع است یا خیر. بیشتر مطالعات به این سوال پاسخ می‌دادند که آیا پاپیلومای همراه با توده، کانسر است یا خیر<sup>(۳)</sup>.

در سال ۱۹۹۱ Ciatto با مطالعه ۳۳۶ بیمار مبتلا به پاپیلومای داخل مجرا و پیگیری آنان طی زمان متوسط ۶/۶ سال متوجه ابتلا ۱۰ نفر از آنها به کانسر در همان پستان گردید، در حالی که میزان بروز مورد انتظار در این جمعیت حداکثر ۳ مورد بوده است<sup>(۴)</sup>. پس از آن جراحان مطالعات وسیعی را در مورد کانسر همزمان و غیر همزمان در این بیماران آغاز نمودند که در مجموع طی سالهای ۱۹۹۱-۱۹۲۷

شانس ابتلا به کانسر همزمان همان پستان در مطالعات مختلف بین ۱۱-۰ درصد و شانس ابتلا به کانسر در پستان مقابل در مطالعات متعدد ۸-۰ درصد و کانسر بعدی در پیگیری دراز مدت در همان پستان ۱۴-۰ درصد گزارش شد<sup>(۱)</sup>. میزان خطر کانسر در پاپیلومای داخل مجرای متعدد (MIP) بیشتر از پاپیلومای داخل مجرای منفرد (SIP) می‌باشد<sup>(۲)</sup>. با توجه به مطالب فوق در مواقعی که ترشح از نوک پستان به همراه توده واضح وجود دارد، می‌توان اقدام به بیوپسی و تشخیص موارد خوش خیم و بدخیم نمود، لیکن معضل اصلی مواردی هستند که در آنها ترشح بدون توده وجود دارد. مطالعات جدید روشهای زیر را در افتراق نوع خوش خیم و بدخیم پیشنهاد نموده است.

- ۱- استفاده از اندازه توده و دانسته آن در ترشحات و ارتباط آن با کانسر
- ۲- استفاده از رنگ‌آمیزی immunohistochemical و افتراق نوع ترشحات بدخیم<sup>(۳)</sup>.
- ۳- اندازه‌گیری LDH 1,5 جهت افتراق نوع بدخیم<sup>(۴)</sup>.
- ۴- استفاده از داکتوسکوپی و یافتن توده داخل مجرا
- ۵- استفاده از ماموگرافی به همراه داکتوگرافی<sup>(۵)</sup>.

## روش بررسی

این مطالعه بصورت گذشته نگر بر روی کلیه بیماران مبتلا به ضایعات پستانی مراجعه کننده به بیمارستانهای حضرت رسول اکرم(ص) و امام خمینی طی سالهای ۱۳۷۴-۱۳۶۵ صورت گرفت. از بررسی ۱۲۱۸ مورد پرونده تعداد ۳۴۰ ضایعه پستانی (۲۰۰ مورد خوش خیم و ۱۴۰ مورد بدخیم) در بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) و ۸۷۸ ضایعه پستانی (۵۳۳ مورد خوش خیم و ۳۴۵ مورد بدخیم) در بیمارستان امام خمینی بررسی شد. از بین پرونده‌های بررسی شده، با توجه به علائم بالینی و یافته‌های پاتولوژیک، یک گروه ۲۸ نفری از بیماران با تشخیص ضایعات پاپیلاری خوش خیم مشخص شدند از این تعداد ۱۵ مورد پاپیلومای داخل مجرای منفرد، ۹ مورد

جدول شماره ۱- فراوانی علائم و یافته های بالینی در مبتلایان به پیلومای داخل مجرای منفرد و متعدد

MIP (۹ مورد)		SIP (۱۵ مورد)		علائم و یافته های بالینی
تعداد	فراوانی (%)	تعداد	فراوانی (%)	
۱	۱۱/۲	۴	۲۶/۷	ترشح نیل به تنهایی
۳	۳۳/۳	۳	۲۰	تومور قابل لمس به تنهایی
۵	۵۵/۵	۸	۵۳/۳	ترشح و تومور (همزمان)
۱	۱۱/۲	۳	۲۰	عدم اطلاع از تومور
۴	۴۴/۵	۵	۳۳/۳	مراجعه بدلیل تومور
۶	۶۶/۷	۱۲	۸۰	تعداد کل پاپیلوم یا ترشح
۸	۸۸/۹	۱۱	۷۳/۳	تعداد کل پاپیلوم یا تومور

پاپیلومای داخل مجرای متعدد و ۴ مورد پاپیلوماتوزیس بود. معیار تشخیص بیماری علائم بالینی و یافته های پاتولوژی بود. بعضی از پاتولوژیستها اصطلاح پاپیلوماتوزیس را مترادف پاپیلومای متعدد می دانند در حالی که این دو بیماری کاملاً متفاوت می باشند. پاپیلوماتوزیس علائم بالینی ندارد و تنها در پاتولوژی به همراه ضایعات دیگر دیده می شود.

### نتایج

در این مطالعه پاپیلومای داخل مجرا در حدود ۲/۳٪ کل ضایعات پستان و ۳/۹٪ از ضایعات خوش خیم را تشکیل داده است.

بطور کلی پاپیلومای داخل مجرای منفرد (SIP) حدود ۱/۲٪ کل ضایعات پستان و ۲/۷٪ ضایعات خوش خیم را تشکیل می داد. یعنی به ازاء هر ۳۲/۳ نفر با کانسر یک مورد SIP وجود داشت.

پاپیلوم داخل مجرای متعدد (MIP) حدود ۰/۷٪ کل ضایعات پستان و حدود ۱/۲٪ ضایعات خوش خیم را تشکیل می داد. یعنی در مقابل هر ۵۴ نفر با کانسر یک مورد MIP وجود داشت.

در کل، بیماران دارای ضایعه پاپیلاری خوش خیم ۲۸ نفر بودند و سن متوسط آنها در هنگام تشخیص ۳۲ سال بود.

در بین موارد ابتلا MIP، دو مورد درگیری دو طرفه گزارش شد. بنابراین گروه مورد مطالعه از نظر محل تومور شامل ۳۰ ضایعه بود. در ۱۵ مورد SIP، ۱۱ مورد تومور همزمان وجود داشت که ۶ مورد سمت راست و ۵ مورد سمت چپ بود. ۹ مورد در ناحیه مرکزی زیر آرئول و ۲ مورد محیطی بود در ۹ بیمار مبتلا به MIP، ۸ مورد تومور قابل لمس وجود داشت که ۲ مورد در ناحیه مرکزی و ۶ مورد محیطی بود.

همچنین ۴ مورد پاپیلوماتوزیس وجود داشت که سه مورد در سمت چپ و یک مورد در سمت راست قرار داشت. فراوانی علائم بالینی در موارد SIP و MIP در جدول شماره ۱ مشخص گردیده است.

از نظر درگیری دو طرفه، در ۱۵ مورد SIP. هیچ مورد دو طرفه نبود و در ۹ بیمار دچار MIP، ۲ مورد ابتلا دو طرفه گزارش شد. از نظر ارتباط با کانسینوم، هیچ کدام از بیماران دچار SIP و یا MIP مبتلا به کانسر همزمان نبودند. لیکن از آنجا که بیماران به دقت پیگیری نمی شوند، نمی توان ارتباط با کانسینوم بعدی را مشخص نمود.

درمان کلیه بیماران در موارد وجود توده Lumpectomy، و در بقیه موارد از طریق ایجاد برش در اطراف آرئول مجرای مبتلا به همراه برداشتن بافت اطراف آن بوده است. به علت عدم پیگیری، اطلاعاتی راجع به عود در بیماران در دسترس نمی باشند. همچنین ارتباط معنی داری بین تومور قابل لمس با ضایعه همراه مشخص نگردید.

### بحث

از نظر شیوع، پاپیلوم داخل مجرای منفرد حدود ۱/۲٪ کل ضایعات پستان و ۲/۷٪ ضایعات خوش خیم را تشکیل می دهد. در مقابل هر ۳۲/۳ نفر با کانسر پستان، یک مورد پاپیلوم منفرد وجود داشت. میزان شیوع بدست آمده در این بررسی از آنچه که در تحقیقات قبلی بدست آمده است بسیار کمتر می باشد. بعنوان مثال در مطالعات Haagensen در مقابل هر ۱۰ بیمار مبتلا به کانسینوم یک مورد پاپیلوم داخل مجرای منفرد وجود داشت<sup>(۷)</sup>. پاپیلوم داخل مجرای متعدد حدود ۰/۷٪ کل ضایعات پستان و حدود ۱/۲٪ ضایعات خوش خیم را تشکیل داده و در مقابل هر ۵۴ نفر با کانسر پستان، یک مورد پاپیلوم داخل

داشت. از ۶ مورد ترشح، ۵ مورد ترشح از نوع خونی و یک مورد سرروز بود.

در مطالعه Haagensen از ۵۶ ضایعه فقط در یک مورد تومور قابل لمس وجود نداشت و در ۲۰٪ موارد ترشح نیل وجود داشت. ضمناً ۶۳/۳٪ از بیماران Haagensen با پاپیلوم متعدد دارای ترشح خونی و ۳۶/۴٪ دارای ترشح سرروز بودند. در پژوهش اخیر از ۹ مورد پاپیلوم داخل مجرای متعدد، در ۳ مورد فقط تومور، در یک مورد فقط ترشح و در ۵ مورد ترشح و تومور همزمان، از علایم بیماری بودند. ضمناً ۳ نفر از بیماران از درد پستان شاکی بودند. از نظر مدت علایم از ۱۵ بیمار مبتلا به پاپیلوم داخل مجرای منفرد ۶۰٪ افراد مدت علایمشان سه ماه یا کمتر بود، نیز در ۲۰٪ موارد کمتر از ۶ ماه، یک مورد کمتر از یک سال و یک مورد سابقه ۳ ساله وجود داشت. یک مورد نیز سابقه ۱۲ ساله توده پستانی وجود داشت که از ۲۰ روز قبل از مراجعه ترشح خونی نیز به آن اضافه شده بود (جدول شماره ۲).

مدت علایم پاپیلوم داخل مجرای متعدد در ۵ نفر از بیماران کمتر از سه ماه بود. در دو مورد سابقه ۳۶-۱۳ ماهه علایم و در دو مورد سابقه ۱۴ ساله بیماری وجود داشت. (جدول شماره ۲).

در این بررسی درگیری دو طرفه در پاپیلومای منفرد وجود نداشت، ولی در نوع متعدد ۲ مورد (۲۲/۲٪) وجود داشت. در مطالعات Haagensen این میزان به ترتیب ۴٪ و ۱۳/۵٪ بود<sup>(۳)</sup>.

جدول شماره ۲- مدت علایم در بیماران مبتلا به پاپیلوم داخل مجرای منفرد و متعدد

مدت	SIP		MIP	
	تعداد	فراوانی (%)	تعداد	فراوانی (%)
۳ ماه یا کمتر	۹	۶۰	۵	۵۵/۵
۴-۶ ماه	۳	۲۰	۰	-
۷-۱۲ ماه	۱	۶/۷	۰	-
۱۳-۳۶ ماه	۱	۶/۷	۲	۲۲/۲
بیشتر از ۳۶ ماه	۱	۶/۷	۲	۲۲/۲

در جدول شماره ۳ موارد بررسی شده در مطالعه اخیر و بررسی Haagensen مورد مقایسه قرار گرفته است.

مجرای متعدد وجود داشت. شیوع پاپیلوم داخل مجرای متعدد تقریباً نصف موارد پاپیلوم منفرد بود. سن بیماران مبتلا به پاپیلوم داخل مجرای منفرد در این بررسی ۴۰/۲ سال بود که نسبت به بیماران مورد مطالعه Haagensen که سن متوسط ۴۷/۹ سال داشتند کمتر می‌باشد<sup>(۳)</sup>. در مورد پاپیلومای داخل مجرای متعدد نیز سن متوسط ۳۹/۵ سال بود که نسبت به بیماران Haagensen (با سن متوسط ۴۱/۲ سال) کمتر بود.

۴ تن از بیماران (۱۴/۲٪) سابقه مثبت فامیلی بیماری پستان داشتند که دو مورد در مبتلایان به پاپیلوم داخل مجرای منفرد و دو مورد نیز در مبتلایان به پاپیلوم داخل مجرای متعدد بود. در این بررسی در پاپیلوم داخل مجرای منفرد، ۸۱/۸٪ موارد ضایعه مرکزی و ۸/۲٪ موارد ضایعه محیطی بود.

در مطالعه Haagensen ۹۲/۲٪ ضایعات مرکزی و ۷/۸٪ محیطی بوده است. در پاپیلوم داخل مجرای متعدد ۲۵٪ موارد ضایعه مرکزی و ۷۱/۵٪ محیطی بوده است. در بیماران Haagensen ۲۶٪ موارد ضایعات مرکزی و ۷۴٪ موارد محیطی بوده است<sup>(۳)</sup>. از نظر علایم بالینی در پاپیلوم منفرد ۸۰٪ موارد ترشح نیل و ۷۳/۳٪ موارد تومور قابل لمس داشتند که ۸۸/۳٪ موارد ترشح خونی و ۱۱/۷٪ سرروز بود. در بیماران مورد مطالعه Haagensen ترشح نیل شایعترین علامت بود، یعنی ۷۶٪ بیماران از ترشح نیل شاکی بودند و ۵۷٪ تومور قابل لمس داشتند که ترشح در ۵۲٪ موارد خونی و در ۴۸٪ موارد سرروز بود. در حالی که در بیماران مورد بررسی در پژوهش اخیر، میزان خونی بودن ترشح بیشتر بود.

در ۲۶/۷٪ بیماران مطالعه حاضر که مبتلا به پاپیلوم منفرد بودند ترشح نیل تنها علامت بیماری بود و در ۲۰٪ موارد تنها علامت بیماری تومور بود. در ۵۳/۳٪ موارد نیز تومور و ترشح هر دو وجود داشته است. از ۱۵ بیمار ما ۳ نفر (۲۰٪) از درد پستان شاکی بودند.

در بیماران مورد بررسی Haagensen ۴۳٪ موارد ترشح پستان تنها علامت بالینی و در ۲۴٪ موارد صرفاً تومور داشتند و ۳۳٪ موارد ترشح و تومور با هم وجود داشت.

در این بررسی از ۹ مورد بیمار مبتلا به پاپیلوم داخل مجرای متعدد ۸ مورد تومور قابل لمس و ۶ مورد ترشح وجود

- 6- Silver bergs G; Principle and practice of surgical pathology; Vol 1, second Ed; Churchill livingstone, New Yourk; 1990; PP: 332-335.
- 7- Kawamoto M; Breast cancer diagnosis by lactate dehydrogenase isozymes in nipple discharge cancer; pathology; 1994; 73(7): PP: 1936-1941.
- 8- Martin JE; Atlas of Mamography - Histologic and Mamographic Correlations; second ed. Williams and Wilkins, Baltimore; 1988; PP: 13,197, 207,209.

جدول شماره ۳- مقایسه تظاهرات پاپیلوم داخل مجرای منفرد و متعدد پژوهش حاضر و مطالعه Haagensen

مطالعه Haagensen		پژوهش اخیر		
متعدد	منفرد	متعدد (۹مورد)	منفرد (۱۵مورد)	
۴۱/۲	۴۷/۹	۳۹/۵	۴۰/۲	سن متوسط (سال)
۱۳/۵	۴	۲۲/۲	۰	در طرفه شدن (%)
۶۳/۳	۷۶	۶۷	۸۰	ترشح نیپل (%)
۹۸	۵۷	۸۹	۷۳/۳	تومور قابل لمس (%)
۲۶	۹۲/۲	۲۵	۸۲	موقعیت در ناحیه مرکزی (%)
۷۴	۷/۸	۷۵	۱۸/۲	موقعیت در ناحیه محیطی (%)

برای بررسی ارتباط بین ترشح نیپل با محل تومور قابل لمس، از آزمون فیشر استفاده شد ( $P = ۰/۴۹$  و  $\alpha = ۰/۰۵$ ). بنابراین براساس اطلاعات بدست آمده نمی توان گفت که بین محل تومور قابل لمس با ترشح نیپل ارتباط وجود دارد یا خیر. به عبارتی در این تحقیق ارتباط معنی داری بدست نیامد. همچنین برای تعیین ارتباط تومور قابل لمس با ضایعه همراه نیز مقدار Pvalue برابر ۱/۰۵ بود. بنابراین نمی توان نتیجه گیری نمود که بین تومور قابل لمس با ضایعه خوش خیم همراه ارتباط وجود دارد یا خیر. یعنی ممکن است تومور قابل لمس به علت ضایعه خوش خیم همراه ایجاد شده باشد، اما با اطلاعات به دست آمده در این تحقیق نمی توان در این باره قضاوت کرد.

## منابع

- 1- Abe-R; The operative Management of intraductal papilloma of the breast; JPN-J-Surg; 1990; 20(92); PP: 240-245.
- 2- Haagensen CD; Disease of the breast; Third ed; W.B. Saunders; Philadelphia; 1986; PP: 136-175.
- 3- Lsaacs J.H.; Textbook of Breast disease; Mosby year book; Baltimore; 1992; PP: 163-165.
- 4- Sabiston DC; Textbook of Surgery; 14 th ed; W.B. Saunders; Philadelphia; 1991; PP: 21,523.
- 5- Raymond, WA, Leong - AS; Assessment of invasion in breast lesions using antibodies to basement membrane; Components and myoepithelial Cells; Pathology; 1991; 23(14); PP: 291-297.

# THE INCIDENCE OF BREAST MASS IN THE PATIENTS WITH INTRADUCTAL PAPILLOMA WHO ADMITTED TO HAZRAT-E RASUL AND IMAM KHOMEINI HOSPITALS (1986-1995)

D. Ravarri MD<sup>I</sup>    \*B. Mahjoubi MD<sup>II</sup>    F. Saghati MD<sup>III</sup>

## ABSTRACT

Bloody nipple discharge is among the most common problem in breast surgery. This is because the benign intraductal papilloma is the leading cause of bloody nipple discharge, although in malignant carcinoma of the breast any discharge is bloody.

This survey was carried in order to determine ranking rate of causes and coincidence of intraductal papilloma, bloody nipple discharge and breast mass, for avoidance of exaggerated or insufficiently appreciated treatment (unnecessary mastectomy versus insufficient local operation) in these patients.

This study performed retrospectively by chart review of 1218 patients with any impression of breast problems, who consecutively and admitted in Hazrat Rasul and Imam Khomeini University Hospitals during 10 years (1986-1995).

Among these patients 28 cases with benign papilloma lesions were determined and classified to solitary intraductal papilloma (SIP, 15 cases), multiple intraductal papilloma (MIP, 9 cases) and papillomatosis (4 cases).

The mean age of patients with SIP were 40.2 years and in MIP were 39.5 years. Nipple discharges were detected in 80% and palpable mass was also detected in 73.3% of patients with SIP. In patients with SIP 88.3% of discharges were bloody.

In 53.3% of patients with SIP discharges and breast mass were detected coincidentally. In patients with MIP palpable mass was determined in 88.9% and discharge 66.7%. Carcinoma of the breast was not found in these patients.

There were no significant relation between the rate of palpable breast mass, malignancy of lesions and nipple discharges in these patients.

**Key Words:** 1) Intraductal papilloma    2) Nipple discharge    3) Breast mass

*I) Assistant Professor of Surgery, Hazrat Rasul -e Akram Hospital, Niayesh st. Sattarkhan Ave. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*

*II) Assistant Professor of Surgery, Hazrat Rasul -e Akram Hospital, Niayesh st. Sattarkhan Ave. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran (\*Corresponding author)*

*III) General Physician*