

# Hiperplastik Tip Konjenital Meme Anomalilerinin Ek Anomaliler Açısından İncelenmesi ve Klinik Yaklaşım Algoritması

Tuğçe Yasak, Özay Özkaya, Derya Bingöl, Onur Egemen, İlker Üsçetin

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

## ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada, aksesuar meme dokusu tanısı ile kliniğimizde opere edilen hastalar geriye dönük olarak incelenerek, klinik yaklaşım algoritmamız, uygulanan operasyonlar ile birlikte ek anomaliler açısından tarama sonuçlarımızın sunulması amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Ağustos 2010-Temmuz 2014 tarihleri arasında, kliniğimizde, aksesuar meme dokusu nedeni ile opere edilen 26 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hasta dosyalarından detaylı öykü ve fizik muayene bulguları ve fotoğraf arşivi incelendi, aile öyküleri sorgulandı ve kaydedildi. Eşlik eden nefroüriner anomaliler açısından hastaların tam idrar tetkikleri, renal ultrason görüntülemeleri, idrar kültürleri incelendi. Endokrinolojik açıdan yakınması ya da fizik muayene bulgusu olan hastalara, ilgili sisteme yönelik yapılan hormonal testler değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastaların %7,7'sinde (n=2) aile öyküsü pozitif olarak saptandı. Sporadik görülen aksesuar meme olgularından politeli olan bir hastada ve polimasti olan bir hastada eşlik eden henüz tanı almamış unilateral renal agenezi saptandı ve ileri tetkik açısından nefroloji bölümüne yönlendirildi. Hastalardan %3,8'inde (n=1) ise ötiroid multinodüler guatr saptandı.

**Sonuç:** Konjenital meme anomalisi saptanan hastalarda detaylı aile öyküsü araştırılmalı, eşlik eden nefroüriner, endokrinolojik anomaliler açısından detaylı fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile hasta olası ek anomaliler açısından taranmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** aksesuar meme, konjenital meme anomalileri, polimasti, politeli

## ABSTRACT

**Investigation of Hyperplastic Type Congenital Breast Abnormalities and Algorithm for Clinical Approach**

**Objective:** In this study; patients with congenital breast abnormality has been retrospectively examined. Our clinical approach algorithm is aimed to be presented with implemented operations in terms of scan results for additional abnormalities.

**Material and Method:** 26 patients have been included to this study operated for congenital breasts abnormality between August 2010-July 2014. Detailed patient history, physical examination findings, complete urine analysis renal ultrasound screening and urine culture have been examined in the sense of concomitant nephrouinary abnormalities. Results of hormonal tests devoted to related systems have been evaluated for the patients with physical examination findings or endocrinologic complaints.

**Results:** Positive family history has been determined in 7.7% of the included patients (n=2). Among patients who had sporadic accessory nipple, in two patients; one with polythelia and the other with polymastia, concomittant unilateraly renal agenesis were detected and patients were referred to nephrology for further examination. Euthyroid multi-nodular goitre has been determined in 3.8% of the patients.

**Conclusion:** Detailed family history should be questioned for the patients with congenital breast abnormality and concomitant nephrouinary or endocrinologic abnormalities, detailed physical examination should be conducted. Additionally patients are required to be scanned with laboratory and screening methods for detection of any possible additional abnormalities.

**Keywords:** accessory breast, congenital breast abnormalities, polymastia, polythelia

## GİRİŞ

Konjenital meme anomalileri hiperplastik, hipoplastik ve deformasyonel olmak üzere üç gruba ayrılır. Aksesuar meme dokusu (politeli ve polimasti) hi-

perplastik tip konjenital meme anomalilerindedir (1). Gestasyonun 5. haftasında ektodermden kaynaklanan primitif süt çizgisi; bilateral aksiller bölgeden inguinal bölgeye doğru bir kabartı şeklinde oluşmaya başlar. Meme dokusunun geliştiği 4. interkostal alan

Alındığı Tarih: 28.01.2015

Kabul Tarihi: 27.04.2015

Yazışma adresi: Ass. Dr. Tuğçe Yasak, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Servisi Kat:2, Şişli-34100-İstanbul  
e-posta: tuceyaassak@gmail.com

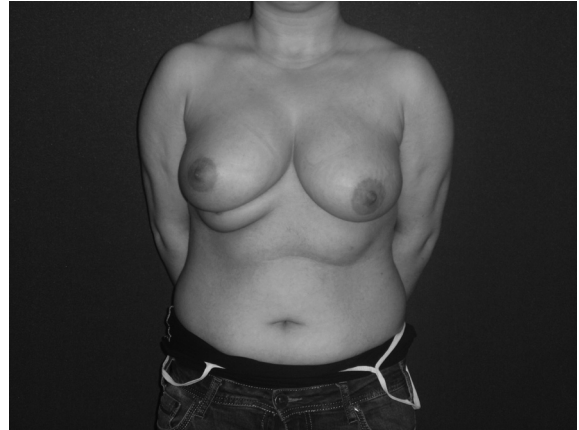
dışındaki primitif süt çizgisi üzerindeki, ektodermal kabartılar 6.-8. haftalarda regrese olur. Regresyonda oluşan bir duraklama, aksesuar meme dokusunun oluşumu ile sonuçlanır<sup>(2)</sup>. Aksesuar meme dokusunun en sık görülen formları politeli ve polimastidir<sup>(3)</sup>. Politeli (supernumerary nipple); ekstra meme başı veya meme başı-areola kompleksinin bulunması şeklinde tanımlanmış olup; %0,22-5,6 insidans ile en sık görülen konjenital meme anomalisidir<sup>(3-5)</sup>. Hem kız hem erkek çocuklarda bulunabilmektedir<sup>(4,5)</sup>. Sporadik politelinin, nefroüriner anomalilere eşlik ettiği bildirilmiştir<sup>(6)</sup>. Polimasti (supernumerary breast); normal meme dokusuna eşlik eden aksesuar meme dokusu şeklinde tariflenmiştir<sup>(7)</sup>. Kadınlarda %2-6, erkeklerde %1-3 sıklıkla görülmekte olup, genellikle puberte, laktasyon veya gebelik dönemlerinde, gland dokusunun büyümesi ile tanı almaktadır<sup>(8,9)</sup>. Politeli ve polimasti, sıklıkla sporadik olsa da %6-10 oranında ailesel olabilmektedir<sup>(4,10)</sup>. Otozomal dominant ve X'e bağlı dominant olarak genetik geçişler tanımlanmıştır<sup>(10)</sup>. Sporadik görülen politeli ve polimastinin konjenital kardiyak ve ürogenital anomalilere eşlik ettiğini bildiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır<sup>(11)</sup>.

Bu çalışmada, aksesuar meme dokusu tanısı ile kliniğimizde opere edilen hastalar geriye dönük olarak incelenerek, klinik yaklaşım algoritmamız, uygulanan operasyonlar ile birlikte ek anomaliler açısından tarama sonuçlarımızın sunulması amaçlandı.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Ağustos 2010-Temmuz 2014 tarihleri arasında, kliniğimizde, aksesuar meme dokusu nedeni ile opere edilen 26 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastaların hepsi kadın olup, yaşları 16-43 yıl arası (ort:28,3) değişmekteydi. Yirmi altı hastanın %42,3'ü bilateral aksiller (n=11), %26,9'u sağ aksiller (n=7), %7,7'si sağ inframammarian (n=2), %7,7'si sol aksiller (n=2) aksesuar meme dokusuna sahipti. %7,7 hastada (n=2) sağ inframammarian bölgede polimasti, %7,7 hastada (n=2) sağ inframammarian bölgede politeli mevcuttu. Kajawa sınıflandırmasına göre; %7,7 hastada (n=2) tip 2, %7,7 hastada (n=2) tip 6, %84,6 hastada (n=2) tip 4 aksesuar meme dokusu bulunmaktaydı. Amasti nedeni ile başvuran hastalar çalışmaya dâhil edilmedi. Hasta dosyalarından detaylı öykü ve fizik muayene bulguları ve fotoğraf arşivi incelendi, aile öyküleri sorgulandı ve kaydedildi. Eşlik eden nefroüriner ano-

maliler açısından hastaların tam idrar tetkikleri, renal ultrason görüntülemeleri, idrar kültürleri incelendi. Endokrinolojik açıdan yakınması ya da fizik muayene bulgusu olan hastalara, ilgili sisteme yönelik yapılan hormonal testler değerlendirildi. Aksesuar memenin klinik prezentasyonlarından, inframammarian lokalizasyona ait hasta örneği Resim 1'de gösterilmiştir.



Resim 1. Sağ inframammarian bölgede aksesuar meme dokusu preoperatif görüntü.

## CERRAHİ TEKNİK

Operasyon öncesi her hastada ayakta her iki kol abduksiyonda iken, kitlenin yerleşimine göre çizimler yapıldı. Kitle etrafına, 1/400.000'lik adrenalinli lokal anestetik solüsyonu enjekte edildi. Cilt fazlalığı mevcut olan her hastada eliptik şekilde cilt eksizyonu uygulandı. İnsizyon kitlenin lokalizasyonuna göre planlandı; aksilla yerleşimli kitleler için insizyon minimum skar elde edebilmek için ön aksiller hat üzerinden, inframammarian bölge yerleşimli kitleler için insizyon inframammarian katlantı üzerinde ka-



Resim 2. Postoperatif 2. hafta görüntüsü.

lacak şekilde planlandı. Politeli dışındaki olgularda, eksizyon sonrası loja negatif basınçlı dren yerleştirildi. Tüm hastalarda operasyondan sonraki 1. ya da 2. günlerde drenler çekildi. Eksizyon materyalleri patolojik incelemeye gönderildi. Resim 1'deki İnframammarian aksesuar meme olgusunun cerrahi tedavi sonrası görünümü Resim 2'de gösterilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların %7,7'sinde (n=2) aile öyküsü pozitif olarak saptandı. Sporadik görülen aksesuar meme olgularından politeli olan bir hastada ve polimasti olan bir hastada eşlik eden henüz tanı almamış unilateral renal agenezi saptandı ve ileri tetkik açısından nefroloji bölümüne yönlendirildi. Hastalardan %3,8'inde (n=1) ise ötiroid multinodüler guatr saptandı. Aksesuar meme dokularının incelenmesi sonrasında, hiçbir hastada malignite saptanmadı. Hiçbir hastada cerrahiye ait erken dönem komplikasyon gözlenmedi.

## TARTIŞMA

Embriyolojik hayatın 5.-6. haftasında, her iki aksiller bölgeden kasığa kadar uzanan ektodermal kalınlaşmalar olur. Bu kabarıklığa süt çizgisi denir. Süt çizgisinin 4. interkostal alan dışında kalan bölümleri 6.-8. haftalar arasında regrese olur. Regresyonda olan bir duraklama, aksesuar meme dokusu oluşumu ile sonuçlanır (2). Aksesuar meme dokusu, genellikle süt çizgisi üzerinde oluşsa da ender olarak bu çizgi dışında herhangi bir yerde de ektopik olarak oluşabilmektedir. Yüz, boyun, uyluk, vulva, kalça vb bölgelerde tanımlanmış aksesuar meme dokusu olguları literatürde bulunmaktadır (12). Semptomlar genellikle etkilenen bölgede; şişlik ağrı ve hassasiyet şeklindedir. Puberte, menstrüasyon veya gebelik dönemlerinde yakınmalarda artma gözlenmektedir. Hiperplastik tip konjenital meme anomalileri için tanımlanmış

çeşitli sınıflandırmalar mevcuttur. Bu sınıflandırmalar içinde günümüzde en sık kullanılan; Kajawa'nın 1915 yılında tanımladığı bu sınıflandırma, Tablo 1'de gösterilmektedir (13).

Aksesuar meme dokusunun kardiyak aritmi, üriner trakt malformasyonları gibi birçok kardiyolojik ve nefroüriner anomali ile birlikte bulunduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Politeli, ileti bloğu ve konjenital kalp bloğu vb. hastalıkların önemli bir kutanöz marker'ı olarak kabul edilmiştir (14,15). Literatürde, ürogenital anomalilerin genel toplumda görülme sıklığı %1-2 iken, aksesuar meme dokusu bulunan hastalarda yapılan ultrason taramasında %14,5 oranında renal ve üriner anomali saptandığını bildiren yayınlar mevcuttur (16). Later, Mehes ve Pinter'in yaptığı çalışmada, nefroüriner anomalisi olan 1970 hastada %9 oranında politeli görülmüştür (10).

Politeli ve polimastinin %10 oranında ailesel olabildiği bildirilmiştir. Otozomal dominant, X'e bağlı dominant, X'e bağlı resesif genetik geçişler literatürde bildirilmektedir (17). Bu nedenle aksesuar meme dokusu ön tanısı varlığında detaylı aile öyküsü sorgulanmalıdır. Politeli, X'e bağlı resesif geçişli bir sendrom olan Simpson- Golabi-Behmel Sendromunun bir bulgusudur (fasiyal dismorfik görünüm, politeli, kardiyak anomaliler, yarı damak, postaksiyel polidaktili (17).

Embriyonik süt çizgisi üzerinde yer alan pigmentte lezyonlar, politeli yönünden değerlendirilmeli ve özellikle kadın hastalarda puberte öncesinde eksize edilmelidir. Puberte ile birlikte glandular dokunun gelişmesiyle eksize edilmesi gereken doku büyüyüp, daha büyük skara yol açabilmektedir (4). Politeli olgularından kaynaklı, meme kanseri gelişimi literatürde bildirilmiş olup, bu durum puberte öncesi eksizyonlar için ayrıca bir gerekçe oluşturmaktadır. Meme başı areola kompleksinin eliptik eksizyonu tedavi için genellikle yeterli olmaktadır (3).

Gerçek meme başı areola kompleksine yakın veya meme dokusu üzerinde yerleşen politeli olgularında, dikkat edilmesi gereken sorunlardan biri de hangi meme başının gerçek olduğu, yani meme gland dokusu ile ilişkili olduğunun ortaya konulması, ve hangi meme başının aksesuar olduğunun tespit edilmesidir.

**Tablo 1. Aksesuar memelerde Kajawa sınıflaması.**

Tip 1	Nipple, areola, gland dokusunun birlikte bulunması
Tip 2	Areola olmaksızın supernumerary nipple ve gland dokusu bulunması
Tip 3	Nipple olmadan areola ve gland dokusu bulunması
Tip 4	Yalnızca aberran gland dokusu bulunması
Tip 5	Nipple, areola ve yağ dokusu (psödogland) bulunması
Tip 6	Yalnızca supernumerary nipple (politeli)
Tip 7	Supernumerary nipple ve areola (politelia areolaris)
Tip 8	Politelia pilosa, lokalize kıl büyümesi ile birlikte

Bu durumlarda tanıyı koymak için MR görüntülerinde meme gland dokusu ile devamlılık gösteren meme başı areola kompleksi belirlenebilir ve aksesuar olan meme başı için eliptik eksizyon planlanabilir. Bu olgularda meme gland dokusu ile ilişkili korunacak meme başı mastopeksi gibi cerrahi işlemlerle karşı memeye simetri sağlayacak şekilde olması gereken yere taşınabilir (4,5).

Aksesuar meme dokusu, hastalarda estetik kaygı yaratmasının yanı sıra normal meme dokusunda olduğu gibi abse, enfeksiyon, benign ya da malign tümörler de gelişebilmekte, puberte dönemindeki hormonal değişikliklere sekonder olarak galaktore gözlenebilmektedir (18,19). Aksesuar meme dokusu ile ilgili olarak, bilinmesi gereken en önemli konu bu dokudan kanser gelişebileceğidir. Razemon ve Bizard (18) yaptıkları bir çalışmada 76 ektopik meme dokusunun 43 ünde karsinoma rastlamışlardır. Bu nedenle aksesuar meme tanısı konulduğu zaman, önleyici olarak cerrahi yapılması literatürde önerilmektedir (13).

## SONUÇ

Konjenital meme anomalisi saptanan hastalarda detaylı aile öyküsü araştırılmalı, eşlik eden nefrourener, endokrinolojik anomaliler açısından detaylı fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile hasta olası ek anomaliler açısından taranmalıdır. Eksize edilen dokulardan malignite gelişebileceği göz önüne alınarak, kesinlikle histopatolojik inceleme yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Pryor LS, Lehman JA Jr, Workman MC. Disorders of the female breast in the pediatric age group. *Plast Reconstr Surg* 2009;124:50e-60e. <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aa0ef9>
2. Loukas M, Clarke P, Tubbs RS. Accessory breasts: a historical and current perspective. *Am Surg* 2007;73(5):525-8.
3. Rosenbloom AL. Breast physiology: normal and abnormal development and function. In: Bland KI, Copeland EM (eds). *The Breast: Comprehensive Management of Benign Malignant Diseases*. 3rd edition. Philadelphia: WB Saunders; 1998, 38.
4. Sadove AM, van Aalst JA. Congenital and Acquired Pediatric Breast Anomalies: A Review of 20 Years' Experience. *Plast Reconstr Surg* 2005;115(4):1039-50. <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000154214.99641.72>
5. Urbani CE, Betti R. Aberrant mammary tissue and nephroureteric malignancy. *Cancer Genet Cytogenet* 1996;87(1):88-9. [http://dx.doi.org/10.1016/0165-4608\(95\)00259-6](http://dx.doi.org/10.1016/0165-4608(95)00259-6)
6. Casey HD, Chasan PE, Chick LR. Familial polythelia without associated anomalies. *Ann Plast Surg* 1996;36(1):101-4. <http://dx.doi.org/10.1097/00000637-199601000-00021>
7. Patel PP, Ibrahim AM, Zhang J, et al. Accessory breast tissue. *Eplasty* 2012;12:5. Epub 2012 Apr 23.
8. Lesavoy MA, Gomez-Garcia A, Nejdil R, et al. Axillary breast tissue: clinical presentation and surgical treatment. *Ann Plast Surg* 1995;35(4):356-60. <http://dx.doi.org/10.1097/00000637-199510000-00004>
9. Shermak MA. Management of Breast Diseases. In: Jatoi I, Kaufmann M (eds). *Congenital and developmental abnormalities of the breast. Management of Breast Diseases*. Berlin: Springer Berlin Heidelberg 2010, 37-51. [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-540-69743-5\\_2](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-540-69743-5_2)
10. Leung W, Heaton JP, Morales A. An uncommon urologic presentation of a supernumerary breast. *Urology* 1997;50(1):122-4. [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(97\)00125-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(97)00125-8)
12. Urbani CE, Betti R. Aberrant Mammary Tissue and Nephroureteric Malignancy. *Cancer Genet Cytogenet* 1996;87(1):88-9. [http://dx.doi.org/10.1016/0165-4608\(95\)00259-6](http://dx.doi.org/10.1016/0165-4608(95)00259-6)
13. Godoy-Gijon E, Yuste-Chaves M, Santos-Briz A, Esteban-Velasco C. Accessory Breast on the Vulva. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103(3):229-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adengl.2012.04.001>
14. Camacho F, González-Cámpora R. Polythelia pilosa: A particular form of accessory mammary tissue. *Dermatology* 1998;196(3):295-8. <http://dx.doi.org/10.1159/000017924>
15. Rajaratnam K, Kumar PD, Sahasranam KV. Supernumerary Nipple as a Cutaneous Marker of Mitral Valve Prolapse in Asian Indians. *Am J Cardiol* 2000;86(6):695-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9149\(00\)01057-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9149(00)01057-2)
16. Urbani CE. Supernumerary nipple and cardiocutaneous associations. *J Am Acad Dermatol* 2004;50(6):9-10. [http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622\(03\)00764-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622(03)00764-3)
17. Brown J, Schwartz RA. Supernumerary Nipples and Renal Malformations: A Family Study. *J Cutan Med Surg* 2004;8(3):170-2. <http://dx.doi.org/10.1007/s10227-003-0166-1>
18. Urbani CE, Betti R. The significance of familial polythelia. *J Am Acad Dermatol* 1995;32(4):687-8. [http://dx.doi.org/10.1016/0190-9622\(95\)90388-7](http://dx.doi.org/10.1016/0190-9622(95)90388-7)
19. Evans DM, Guyton DP. Carcinoma of the axillary breast. *Journal of Surgical Oncology* 1995;59(3):190-5. <http://dx.doi.org/10.1002/jso.2930590311>
20. Kyo A, Oka M, Sasaki Y, et al. Axillary accessory breast associated with galactorrhoea in an adolescent girl. *Dermatoendocrinol* 2010;2(1):39-40. <http://dx.doi.org/10.4161/derm.2.1.12489>