

NADİR GÖRÜLEN BİR MEME ANOMALİSİ: YARIK MEME BAŞI

A RARE ANOMALY OF THE BREAST: CLEFT NIPPLE

*Osman Kelahmetoğlu, **Çağlayan Yağmur, ***Remzi Fırıncioğulları

*Tarsus Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, MERSİN

**Mehmet Aydın Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, SAMSUN

***Özel Tarsus Medical Park Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, MERSİN

ÖZET

Yarık meme başı deformitesi, meme başı yokluğu (athelia), meme başı fazlalığı (polythelia), aksesuar meme başı ve içe dönük meme başı gibi daha önce tanımlanmış doğumsal anomalilerin dışında yeni bir deformite olarak sınıflanabilir.

Bu yazıda, tek taraflı yarık meme başı deformitesi bulunan ve transpozisyon flebi ile onarım yapılan bir genç bayan hastaya ait deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Yarık, meme başı, transpozisyon, flep

ABSTRACT

Cleft nipple deformity may be classified as a new deformity which is different from well known anomalies such as athelia (absence of nipple), polythelia (extra nipples), accessory nipples and inverted nipples.

In this report we have tried to present the case of a young woman whose one sided cleft nipple deformity was reconstructed by using a transposition flap.

Keywords: Cleft, nipple, transposition, flap

GİRİŞ

Yarık meme başı deformitesi, Shah ve Floyd tarafından ilk olarak tanımlanmıştır.¹ İngilizce literatürde bu anomalinin rapor edildiği tek makale olarak karşımıza çıkmaktadır. Meme başı yokluğu, içe dönük meme başı, meme başı fazlalığı ve aksesuar meme başı iyi tanımlanmış deformitelere aittir. Meme başı yokluğu görülme sıklığı bilinmemesine rağmen² içe dönük meme başı %2, meme başı fazlalığı %1 ve aksesuar meme başı %1-5 oranlarında toplumda görülmektedir.³ Bu deformiteler başka deformitelere eşlik edecek şekilde görülebilirler. Özellikle aksesuar meme başı varlığı ile üriner sistem anomalileri arasında bağlantı olduğu gösterilmiştir.⁴ Diğer yandan, Öztaş ve ark. tarafından ilk olarak aksesuar meme başlarında yarık görünümünden bahsedilmiştir.⁵ Shah ve Floyd ise dört vakalık serilerinde deformiteyi gerçek meme başında tanımlayarak, cerrahi onarım teknikleri önermişlerdir.¹

Bu yazıda multikistik böbrek hastalığı nedeniyle böbrek transplantasyonu yapılmış 26 yaşında bayan hastada, Shah ve Floyd tarafından önerilmiş olan transpozisyon flebi ile onarılan tek taraflı yarık meme başı deformitesine ait deneyimimizi sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yirmi altı yaşında bayan hasta sol meme başının tam olmaması şikayeti ile başvurdu. Her iki meme dokusu hipoplastik görünümde ve sağ meme başı ise sağlamdı (Şekil 1). Hikayesinde 2 yıl önce multikistik böbrek hastalığı nedeniyle böbrek transplantasyonu yapıldığını belirtti.

Cerrahi işlem lokal anestezi altında uygulandı. Shah ve Floyd tarafından tanımlanan transpozisyon flebi tekniğine uygun olarak planlanan çizimlerin (Şekil 2) ardından yarık içinde kalan deri, dışarıya taşınarak oluşturulan defekt; transpozisyon flebi oluşturulan uç ile kapatıldı (Şekil 3).

TARTIŞMA

Meme dokusu, altıncı gestasyonel haftadan itibaren aksilladan inguinal bölgeye doğru uzanan ve süt çizgisi olarak bilinen hat üzerindeki ektodermal hücrelerden oluşmaya başlar. Onuncu gestasyonel haftaya kadar pektoral bölge hariç diğer bölgelerdeki meme dokusu apoptozise uğrar.⁶ Areola ise 20. gestasyonel haftada süt çizgisi üzerinde pektoral bölgede oluşur.⁶ Meme başının oluşumu ise perinatal dönemde areola altındaki mezenkimal dokunun proliferasyonu ile olur.¹



Şekil 1. Her iki meme başının preoperatif görünümü



Şekil 2. Preoperatif işaretleme ve ameliyat planı



Şekil 3. Erken postoperatif görünüm

Bu gelişim ve apopitozis döneminde ortaya çıkan aksaklıklar doğumsal anomalilere neden olurlar. Oluşan ektodermal defektler iki taraflı veya tek taraflı "amastia" (memenin yokluğu) sebep olabilirken, eş zamanlı olacak şekilde "athelia" (meme başı yokluğu) da görülebilmektedir. Ayrıca amastia ve athelia Poland sendromuna bağlı olarak da görülebilmektedir.⁶ Diğer bir yandan, apopitoziste oluşan aksaklıklar polymastia (meme fazlalığı) polythelia (meme başı fazlalığı) ile sonuçlanırlar. Genellikle fazla meme dokusu meme başı süt çizgisi üzerinde görülse de, ektopik dokunun oluşturduğu vulva, sırt ve gluteal bölgelerinde de görülebilir. Meme ve meme başı fazlalığı toplumun %1'inde görülebilir ve kalıtsal olabileceği düşünülmektedir. Malign transformasyonu riski nedeniyle eksizyonları önerilmektedir.⁷

Yarık meme başı deformitesi, özellikle intraerolar meme başı fazlalığı ile karışabilmektedir. Embriyolojik oluşum açısından; yarık meme başı deformitesi, epitelial dokunun yetersiz büyümesi ve diziliminde bozuluktan dolayı oluşurken, intraerolar meme başı fazlalığı, gerilemesi beklenen ektodermal çıkıntının devam etmesinden kaynaklanmaktadır.¹ İlk olarak Öztaş ve ark. tarafından aksesuar meme başlarında tariflenen yarık görünüm,⁵ Shah ve Floyd tarafından dominant meme başında bir deformite olarak tanımlanmıştır.¹ Onarımda yarık bölgenin eksizyonu, transpozisyon flebi ve Z-plasti ile onarım gibi farklı teknikler kullanılmaktadır.¹

Memenin doğumsal anomalileri, üriner sistem anomalilerine eşlik edebilmektedir.⁸⁻⁹ Meme başı fazlalığı, bu birliktelik için daha yüksek riskli olarak tanımlanmıştır.⁸⁻⁹ Vakamızın hikayesinde multistik böbrek hastalığına bağlı oluşan böbrek transplantasyonu, bu deformitenin de üriner sistem anomalileri ile beraber görülebileceğine işaret etmektedir.

SONUÇ

Yarık meme başı anomalisi geç tanımlanmış ve intraerolar meme başı fazlalığı ile karışabilecek doğumsal bir meme deformitesidir. Meme hipoplazisi, meme hipertrofisi ve tüberöz meme ile beraber görülebilmektedir. Onarımı, lokal anestezi altında ve etkili bir şekilde yapılabileceği kanısındayız. Bununla beraber; diğer meme anomalileri gibi üriner sistem anomalilerinin eşlik edebileceğinin akılda tutulması gerektiğini ve hastaların bu açıdan değerlendirilmesini önermekteyiz.

Dr. Osman KELAHEMETOĞLU

Tarsus Devlet Hastanesi,

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Tarsus, MERSİN

E-posta: osmankelahmetoglu@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Shah AK, Floyd D. The congenital cleft nipple and its surgical treatment. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2012;65(4):e75-9.
2. Latham K, Fernandez S, Iteld L, Panthaki Z, Armstrong MB, Thaller S. Pediatric breast deformity. *J Craniofac Surg.* 2006;17(3):454-67.
3. Kulkarni D, Dixon JM. Congenital abnormalities of the breast. *Womens Health (Lond Engl).* 2012;8(1):75-86.
4. Grotto I, Browner-Elhanan K, Mimouni D, Varsano I, Cohen HA, Mimouni M. Occurrence of supernumerary nipples in children with kidney and urinary tract malformations. *Pediatr Dermatol.* 2001;18(4):291-4.
5. Oztas MO, Gurer MA. Dermoscopic features of accessory nipples. *Int J Dermatol* 2007;46:1067-8.
6. Onesti MG, Anniboletti T, Spinelli G, Meggiorini ML. Bilateral intra-areolar polythelia: report of a rare case. *Aesthetic Plast Surg.* 2010;34(3):381-4.
7. Martin VG, Pelletiere EV, Gress D, Miller AW. Paget's disease in an adolescent arising in a supernumerary nipple. *J Cutan Pathol.* 1994;21(3):283-6.
8. Schmidt H. Supernumerary nipples: prevalence, size, sex and side predilection a prospective clinical study. *Eur J Pediatr* 1998; 157:821-3.
9. Meggyessy V, Mehes K. Association of supernumerary nipples with renal anomalies. *J Pediatr* 1987;111:412-23.