

## AKSESUAR MEME TANISI ALAN HASTALARIMIZIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Meltem UĞRAŞI<sup>1</sup>  Öznur KÜÇÜK<sup>2</sup>  Gülay ÇİLER ERDAĞ<sup>1</sup>  Defne ÇÖL<sup>1</sup>  Tuğba GİRAY<sup>1</sup>  Ayça VİTRİNEL<sup>1</sup> 

1 Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim, İstanbul

2 Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

### ÖZET

Memenin sayı ve yerleşim bozuklukları süt kıvrımının gerilemesindeki sorunlar nedeniyle oluşmaktadır. Ektopik (aksesuar) meme dokusunda sadece meme başı varsa politeli; areola ve glanduler doku varsa polimasti olarak isimlendirilmektedir. Politeli çocuklarda memenin en sık görülen anomalisidir. Büyük çocuklarda nevüs veya deri katlantısı ile karışabilen küçük pigmente lezyon olarak da ortaya çıkabilmektedir. Sonuç olarak politeli hastalarda hiçbir klinik yakınmaya neden olmayan yapısal lezyondur. Politeli kozmetik açıdan önemli olması dışında böbrek anomalileri ile birlikte olma ihtimali sebebi ile idrar tahlili ve böbrek ultrasonu yapılması da akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, Meme, Politeli, Polimasti

## EVALUATION OF PATIENTS WITH ACCESSORY BREAST DIAGNOSIS

### ABSTRACT

The disorders of number and localisation of the breast is caused due to the regression anomaly of milk line. The accessory breast only has nipple it is called polythelia, and if it has glandular tissue and areola it is called polymastia. Polythelia is the most common anomaly of the breast among children. It can be misdiagnosed as nevus, small pigmented lesion or skin tag. Finally it is a lesion that does not cause any clinical problem and complaint. It may cause cosmetical problems and may be seen with renal problems infrequently, a rare problem which should be kept in mind.

**Keywords:** Child, Breast, Polythelia, Polymastia

**Cite this article as:** Uğraş M, Küçük Ö, Çiler Erdağ G, Çöl D, Giray T, Vitrinel A. Aksesuar Meme Tanısı Alan Hastalarımızın Değerlendirilmesi. Medical Research Reports 2018;1(1):15-19

### GİRİŞ

Meme gelişimi embriyolojik 4. haftadan sonra görülmeye başlamaktadır, embriyogenezisin 6. haftasında epidermal hücreler alttaki mezenkimal doku içine ilerlemekte ve aksilladan inguinal bölgeye doğru uzanan ilk meme kabartısı oluşmaktadır. Bu oluşumun 4. interkostal alan üzerindeki kısmı gelişirken diğer bölümü atrofiye olarak kaybolmaktadır [1-3]. Östrojen süt kanallarını ve fibroadipoz dokuyu etkilerken, progesteron ise lobuler yapı ve alveolar tomurcuklanmayı etkilemektedir [4].

Memenin sayı ve yerleşim bozuklukları embriyonik dönem süt kıvrımının gerilemesindeki sorunlar nedeniyle oluşmakta ve genelde göğüs duvarı, vulva ve aksilla gibi süt çizgisi hattında yer almaktadır.

Ektopik (aksesuar) meme dokusunda sadece meme başı varsa politeli; areola ve glanduler doku varsa polimasti olarak isimlendirilmektedir [4-6]. Burada çocuk kliniğimizde fizik muayene sırasında aksesuar meme olduğu gözlenen hastalar sunulacaktır.

### YÖNTEM

2012-2015 tarihleri arasında Yeditepe Üniversitesi Hastanesi çocuk hastalıkları kliniğine farklı şikayetlerle başvuran hastaların dosyaları geriye dönük incelendi. Hasta dosyaları taranarak Aksesuar meme tanısı alan çocukların sosyodemografik özellikleri, eşlik eden şikayetleri muayene bulguları gözden geçirildi.

## BULGULAR

Kliniğimizde 3 yıl içinde toplam 21 hastada aksesuar meme gözlemlendi. Hastaların yaşları 4-14 yaş arasında değişmekteydi ve 12'u erkek (%57), 9'i kız (%43) çocuk idi. Hastaların hepsinde normal meme dokusunun altında süt çizgisi ile uyumlu lokalizasyonda aksesuar meme gözlemlendi. Aksesuar meme 10 çocukta sağ tarafta (%47,6), 7 çocukta sol tarafta (%33,4) ve 4 çocukta bilateral (%19,0) idi. Hastaların tümünde gözlenen meme bozukluğu, areola varlığı yani politeli idi. Başvuru yakınmaları kabızlık, reflü, ateş, üst solunum yolu enfeksiyonu gibi aksesuar meme ile ilişkisiz yakınmalar idi. Bazı ailelerin aksesuar memeyi doğum lekesi veya ben (nevüs) olarak düşündükleri gözlemlendi. Hastalardan 3 tanesinin (%14,2) annesinde de aksesuar meme olduğu aile sorgulaması ile öğrenildi. Hastaların hiçbirisinde başka yapısal anomali saptanmadı. Hastalara daha önce yapılmış olan batın ultrasonografileri de normal bulundu. Adölesandaki çocukların meme gelişim evreleri Tanner evreleri ile uyumlu saptandı.

## TARTIŞMA

Ektopik meme dokusu kadınlarda erkeklere göre daha fazla bulunmaktadır. İnsidansı %0.1-1.0'dir ve meme sayısı birden fazla olabilmektedir [7,8]. Polimasti, politeli'den daha nadir görülmektedir [9]. Polimasti embriyonik süt çizgisi boyunca her yerde oluşabilmektedir ve en sık aksillada gözlenmektedir [9]. Kadınların %0,4-6'sında bulunmaktadır [7]. Asemptomatik olabileceği gibi menstruasyon sırasında koltuk altında rahatsızlık ve huzursuzluk yaratabilir. Tanıda fizik muayene, MRG ve USG kullanılabilir. İkinci sıklıkla vulvada görülmektedir, daha seyrek olarak alt ekstremitte, dorsal gövde ve ayaklar üzerinde görüldüğü bildirilmiştir [10]. Polimasti bazen gelişmiş meme başı-areola kompleksi olan emzirme potansiyeline sahip komple bir meme olarak görülebilir [11]. Ektopik meme dokusu normal meme dokusu ile aynı potansiyel hastalık riskine sahip olup fibrokistik değişiklik, mastit, fibroadenom, filloid tümör ve kanser gelişmesine rağmen [12], bu hastalıklara yatkınlık saptanmamıştır [13]. Polimasti sporadik olarak meydana gelmektedir ancak ailesel olgularda bildirilmiştir [14]. Polimasti için ilk seçenек tedavi yöntemi ektopik meme dokusunun eksizyonudur.

Politeli meme başı veya meme başı-areola kompleksinin 2'den fazla olmasıdır. Çocuklarda memenin en sık görülen anomalisidir [9,15]. Gebeliğin 3. ayında aksilladan kasiğa devam eden süt çizgisinin gerileme bozukluğundan kaynaklanmaktadır [16,17]. Yenidoğanda küçük, pigmente veya

depigmente lekeler şeklinde görülmekte, daha büyük çocuklarda ise nevüs veya deri katlantısı ile karışabilen küçük pigmente lezyon olarak ortaya çıkabilmektedir [11]. Sunulan olgularda da bazı ailelerin doğum lekesi veya nevüs olarak düşündükleri saptanmıştır. Hem erkek hem kız çocuklarda ortaya çıkabilmektedir [9,15]. Hastalarımızda %57 oranla erkeklerde daha sık görülmüştür. Genellikle sporadik olarak ortaya çıkmaktadır [11], ailesel politeli vakaların %6'sından daha az görülmektedir. Bizim hastalarımızın % 14,2'sinde annelerinde de politeli hikayesi olduğu öğrenilmiştir. Politeliye polimastinin eşlik edip etmediği sıklıkla ergenlik yaşına kadar anlaşılmamaktadır [18]. Politeli hastaların %50'sinde bilateral olarak bildirilmiş olup bizim hastalarımızın %19'ünde bilateral saptanmıştır [7]. Sporadik politeli nefrolojik anomalilerle birlikte olabilmektedir [18], eşlik eden konjenital anomaliler olmasına rağmen hiçbir sendrom tariflenmemiştir [19]. Politeli varlığında eşlik eden renal anomali ve malignite açısından ayrıntılı inceleme gereklidir. Bizim hastalarımızda yapılan batın USG normal saptanmıştır. Politeli kozmetik açıdan kolaylıkla tedavi edilebilir bir durumdur.

Sonuç olarak politeli hastalarda hiçbir klinik yakınmaya neden olmayan yapısal lezyondur. Ergenlikte politeli ve polimasti ayırımı yapılabilmektedir. Politeli kozmetik açıdan önemli olması dışında böbrek anomalileri ile birlikte olma ihtimali sebebi ile idrar tahlili ve böbrek ultrasonu yapılması önerilebilir.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Aydoğan F, Gümüş M. Memenin Konjenital Anomalileri ve Gelişme Bozuklukları. Özmen V, Cantürk Z, Çelik V et al. ed. Meme Hastalıkları Kitabı, Güneş Tıp Kitabevi, 2012: 17-27.
2. Dufflos C, Plu-Bureau G, Thibaud E, Kuttann F. Breast diseases in adolescents. *Endocr Dev.* 2004;7:183-96.
3. Şıklar Z. Ergenlerde görülen meme hastalıkları. *Türk Ped Arş* 2011;46:85-7.
4. Greydanus DE, Matytsina L, Gains M. Breast disorders in children and adolescents. *Prim Care* 2006;33:455-502.
5. Fallat ME, Ignacio RC. Breast Disorders in Children and Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008;21:311-6.
6. Guray M, Sahin A. Benign Breast Diseases: Classification, Diagnosis and Management. *The Oncologist* 2006;11:435-49.

7. Pryor LS, Lehman JA Jr, Workman MC. Disorders of the female breast in the pediatric age group . *Plast Reconstr Surg.* 2009;124:50-60.
8. Brandt ML. Disorders of the Breast. In: Grosfeld JR, ed. *Pediatric Surgery.* PA, Mosby, 2006: 885-893.
9. Gilmore HT, Milroy M, Mello BJ. Supernumerary nipples and accessory breast tissue. *S D J Med.* 1996;49:149-151.
10. Garcia JJ, Verkauf BS, Hochberg CJ, Ingram JM. Aberrant breast tissue of the vulva. A case report and review of the literature. *Obstet Gynecol.* 1978;52:225-8.
11. Velanovich V. Ectopic breast tissue, supernumerary breasts, and supernumerary nipples. *South Med J.* 1995;88:903-6.
12. Latham K, Fernandez S, Iteld L, Panthaki Z, Armstrong MB, Thaller S. Pediatric breast deformity. *J Craniofac Surg.* 2006;17:454-67.
13. Aydoğan F, Baghaki S, Celik V, Kocael A, Gokcal F, Cetinkale O, et al. Surgical treatment of axillary accessory breasts. *Am Surg.* 2010;76:270-2.
14. Grossl NA. Supernumerary breast tissue: Historical perspectives and clinical features. *South Med J.* 2000;93:29-32.
15. Schmidt H. Supernumerary nipples: Prevalence, size, sex and side predilection. A prospective clinical study. *Eur J Pediatr.* 1998;157:821.
16. Pelligrini Jr, Wagner RF Jr. Polythelia and associated conditions. *Am Fam Physician.* 1983;28:129-132.
17. Bland KI, Copeland EM III. *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Disor-*