

ADÖLESANDA MEME ASİMETRİSİ, HİPOPLAZİSİ VE TOPİKAL ÖSTROJENİN ETKİSİ

ASYMMETRY AND HYPOPLASIA OF THE BREAST IN ADOLESCENT AND TOPICAL ESTROGEN EFFECT

Sevil Arı YUCA, Yaşar CESUR

OLGU SUNUMU

ÖZET

Meme dokusunun yokluğu veya yeterince gelişmemesi, tek taraflı meme tomurcuğunun tam veya kısmi yetersizliği sonucu asimetrik meme gelişimi, ergenlik döneminde görülen nadir bir durumdur. Meme gelişim bozukluğu ile polikliniğe iki kız çocuğu başvurdu. Onlardan birinde, ileri ergenlik evresine ulaşmasına rağmen meme gelişimi yoktu. Diğerinde asimetrik meme gelişimi vardı. Sistemik veya endokrinolojik patolojiler dışlandıktan sonra her iki hastaya topikal östrojen jel uygulandı. Düzenli olarak izlemeye devam edilen hastalarda fark edilebilecek düzeyde gelişme sağlandı. Ergenlik başlangıcında asimetrik meme büyümesi olabileceği, meme büyüme geriliğinin diğer ergenlik bulgularının ve kemik yaşı ile birlikte değerlendirilmesi gerektiği vurgulandı. Ayrıca, ergenlik tamamlandıktan sonra meme büyümesi yetersiz veya asimetrik olan kızlarda topikal östrojen uygulanması faydalı olabilir.

Anahtar kelimeler: Ergenlik, meme gelişimi, östrojen

GİRİŞ

Meme dokusunun yokluğu veya yeterince gelişmemesi, tek ya da iki taraflı meme tomurcuğunun tam veya kısmi yetersizliği sonucu gelişen, nadir görülen bir durumdur (1). Meme aplazisinde, meme ucu ve areola bulunurken glandüler dokunun yokluğu söz konusudur. Meme başı ve areolanın bulunmadığı komplet amasti oldukça nadirdir. Bilateral olduğunda %40 konjenital anomalilerle birlikte (3). Hipoplazide küçük, rudimenter meme dokusu vardır.

Ergenlik evresinin ilerlemiş olmasına rağmen meme büyümesi geliştirmeyen/asimetrik geliştiren iki

CASE REPORT

ABSTRACT

The absence or inadequate growth of breast tissue, asymmetric breast that may develop due to partial of total developmental failure of the unilateral or bilateral breast budding is a rare condition in pubertal period. It was referred to our clinic two girls because of disorder breast growth. One of the patients has not bilateral breast budding, although she was advanced pubertal period. The other patient was referred with asymmetric breast growth. After systemic or endocrinological pathologies were excluded, topical estrogen gel was applied to both patient topical estrogen gel therapy. Patients were regularly followed and significant development was obtained. At the beginning of puberty may be asymmetrical or insufficient breast growth, this situation with the other pubertal signs and bone age should be evaluated highlighted. Moreover, after completion of puberty stages breast growth in girls with insufficient or asymmetric application of topical estrogen may be useful.

Key words: Puberty, breast growth, estrogen

kız olgu sunularak ilgili literatür incelendi. Bu olguların tedavisinde topikal östrojen uygulanması tartışıldı.

OLGU SUNUMLARI

Olgu 1: İki yıldır düzenli adet gören on üç yaşındaki kız, meme gelişiminin olmaması yakınması ile başvurdu. Ağırlığı 40.8 kg (10-25 persentil), boyu 149 cm (10 persentil), boya göre ideal ağırlığının % 96'ında idi. Pubik kıllanma Tanner evre V olmasına rağmen telarş yoktu. Areola hiperpigmente, meme başı gelişmiş, ancak meme tomurcuğu palpe edilemiyordu (Resim1). Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal

Geliş Tarihi/Received: 19/03/2010 Kabul Tarihi/Accepted: 14/04/2010

İletişim:

Yrd Doç. Dr. Sevil Arı YUCA

Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji BD, Van

Tel: 533 523 90 50 Fax:0090 432 215 05 01 E mail: sevilyuca@yahoo.com

Bu çalışma Ulusal Pediatrik Endokrinoloji ve Diyabet Kongresinde 2007 yılında sunulmuştur.



Resim 1- Birinci olguda hipoplazik meme gelişimi görünmektedir.

sınırlarda, adrenokortikotropik hormon (ACTH) 15.9 pg/mL, dihidroepiandrostenedion sülfat 68.9 ug/dL, estradiol 307 pg/mL, follikül-stimulan hormon (FSH) 3.31 mIU/mL, lüteinleştirilen hormon (LH) 2.04 mIU/mL, prolaktin 14.1 ng/mL, tiroid fonksiyon testleri ötiroidik, çölyak markerları negatifti. Pelvik ultrasonografide uterus ve over boyutları yaşa göre normal ve patolojik bulgu saptanmazken, meme ultrasonunda sağda 5.8 mm ve solda 4.6 mm kalınlığında meme dokusu izlendi. Topikal estrogen tedavisi başlanan hastanın tedavisinin sekizinci ayında areola altında yaklaşık 3 cm meme tomurcuğu palpe ediliyordu ve meme ultrasonografisinde sağ meme deri-göğüs duvarı mesafesi 8 mm, sol meme deri-göğüs duvarı mesafesi 6 mm, bilateral meme parankimi yağ dokusundan zengin olup fibroglandüler yapılar izlenmemekteydi. Hasta tedavi sonrası fotoğraf çekimine izin vermedi.

Olgu 2: Sol memesinin sağa göre daha küçük olması şikayeti ile getirilen on bir yaşındaki kız, meme gelişiminin sağda altı ay önce başladığı, solda ise henüz olmadığı ifade ediliyordu. Ağırlığı 38.6 cm (25-50 p), boyu 150.7 cm (75-90 p), boya göre ideal ağırlığının % 91'indeydi. Pubik kıllanma Tanner evre II, meme gelişimi sağda evre III, solda evre I ve meme başı vardı. Kemik yaşı 11 yıl ile uyumlu idi. Kortizol 9.88 ug/dL, estradiol 33.3 pg/mL, FSH 4.54 mIU/ mL, LH 1.16 mIU/mL, prolaktin 18.2 ng/mL, progesteron <0.20 ng/mL, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda, tiroid fonksiyon testleri ötiroidikti. İki yıl boyunca tedavisiz izlenen hastanın son muayenesinde sağ meme evre V, sol evre III, sağ meme boyutu, meme başı ve areolası sola göre büyüktü (Resim 2). Ultrasonografide sol memenin fibroglandüler ve yağ dokusu sağ memeye göre hipoplazik izlenmekteydi. Topikal östrojen jel uygulamasından üç ay sonra sol memede gözle görünür büyüme gözlemlendi (Resim 3).



Resim 2- İkinci olguda topikal östrojen tedavisinden önceki asimmetrik meme gelişimi görünmektedir.



Resim 3- İkinci olguda topikal östrojen tedavisinden sonra gözlenen meme gelişimi izlenmektedir.

TARTIŞMA

Kız ergenlerde, ergenliğin başlarında görülen meme tomurcuklanması esas olarak periduktal destek dokunun gelişmesi ve yağ depolanmasıdır. Bu dönemde duktal sistemin genişlemesi ve kalınlaşması da söz konusudur. Duktal sistemin büyümesi dolaşımdaki östrojen, büyüme hormonu ve prolaktinin, lobüler gelişme ve alveoler tomurcuklanma ise progesteron'un etkisi altındadır (1,3).

Meme dokusunun yokluğu veya yetersiz gelişimi, tek veya iki taraflı olabilir ve meme tomurcuğunun kısmi veya tam yetersiz gelişimi ile sonuçlanır. Amasti ve hipoplazi, yapısal ergenlik gecikmesi olan kızların yanı sıra, konjenital adrenal hiperplazi, over yetmezliği (Turner sendromu), hipotiroidi, bazı konjenital anomalilere eşlik eden [kulak, patella, kısa boy (EPS) sendromu, AREDYLD sendromu] bir komponent ve androjen salgılayan tümörlerle birlikte görülebilmektedir (1). Çoğunlukla Poland sendromunda karşılaşılan aplazide ise, göğüs duvarının iskelet ve kas deformitesi ile o taraf ekstremitesindeki deformiteler de eşlik eder (4).

Her iki olgumuzda da püberte başlamış, birincisinde bilateral meme gelişimi yokken ikincisinde solda yoktu. İlk olguda mensturasyon başlamış, büyümesi yeterli ve hormonal değerleri normal sınırlardaydı. Olguların hiçbirinde anatomik olarak göğüs duvarında herhangi bir defekt bulunmuyordu; meme başı ve areola vardı ancak meme tomurcuğu palpe edilmiyordu. Endokrinolojik veya başka sistemik hastalık ile eşlik eden konjenital anomali saptanmadı. Her iki olguda da travma, radyasyona maruziyet veya ilaç kullanma öyküsü, ailede benzer durum tariflenmiyordu.

On üç yaşında meme gelişimi olmayan bir kız çocuğunun, ergenlik gecikmesi kabul edilerek pediatrik endokrinolog tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir (5). Ergenlikde memenin asimetrik olarak tek taraflı büyümeye başlaması normal olabilir (6) ancak ergenlik gelişiminin seyri ve hızı takip edilmelidir. Bizim olgularımızın östradiol düzeyleri düşük değildi ve ergenlik gelişimleri tamamlanmıştı. Ancak meme gelişimi bir olguda yok denecek kadar küçük, diğerinde ise asimetrikti. Bu durum bize Estrojene doku düzeyinde bir yanıtızlık olabileceğini düşündürdü. Taner evre IV-V ergenlik döneminde meme dokusu geliştirmeyen veya hipoplazik meme dokusuna sahip olan kızlarda topikal östrojen tedavisinin uygulandığına dair bir bilgiye rastlamadık ancak lokal uygulanabilir ve yan etkisinin olmayacağı düşüncesi ile hasta ve anne-babasının oluru alınarak tedaviye başlandı. Topikal östrojen uygulaması ile her iki olgumuzda da palpabl meme dokusunda artma gözlemlendi. Halen bu tedaviye devam edilmekte olup tedavi süresinin izleme göre belirlenmesi planlandı. Meme gelişiminin tamamlandığı 15-18 yaşından sonra meme asimetrisi devam eden hastalarda düzeltici ameliyatlar düşünülebilir (6,7).

Bu olgularla; ergenliğin başlangıcında asimetrik meme büyümesi olabileceği, meme büyüme geriliği-

nin diğer ergenlik bulguları ve kemik yaşı ile birlikte değerlendirilmesi gerektiği; fizyolojik kabul edilse de belli aralarla takibinin gerekli olduğuna dikkat çekildi. Ayrıca ileri ergenlik evresinde meme büyümesi geliştirmeyen ergen kızlarda meme dokusu hipoplazisi olabileceği, cerrahi düzeltmeden önce topikal östrojen uygulanmasından fayda görebileceği vurgulandı.

KAYNAKLAR

1. Carlson BM: Integumentary, skeletal, and muscular systems. In: Human Embryology and Developmental Biology. 1st ed. St. Louis, MO: Mosby-Year Book.1994;153-81.
2. Greydanus D.E., Parks D.S. and Farrell E.G., Breast disorders in children and adolescents, *Pediatr Clin North Am* 1989;36:601.
3. Rosenfield R.L. Puberty in the female and its disorders. In: *Pediatric Endocrinology*, (2nd ed.) Edited by Sperling M.A. Philadelphia, ElsevierScience, 2002; pp 477.
4. Karnak İ, Tanyel FC, Tuncbilek , Unsal M, Büyükpamukçu N. Brief Clinical Report :Bilateral Poland Anomaly. *Am J Med Gen* 1998;75:505-7.
5. P. Merlob, Congenital malformations and developmental changes of the breast: a neonatological view, *J Pediatr Endocrinol Metab* 2003;16:471.
6. S.P. Weinstein, E.F. Connant and S.G. Orel et al., Spectrum of US findings in pediatric and adolescent patients with palpable breast masses, *Radiographics* 2000;20:1613.
7. Laufer MR, Goldstein DP. The breast: examination and lesions. In: *Pediatric & Adolescent Gynecology*, (5th ed.) Edited by A. Sydor. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005, pp 729-59.