

Kanlı meme başı akıntısı ve intraduktal papilloma

Salih ÇETİNKURŞUN, Bülent CELASUN, Haluk ÖZTÜRK, Turgay SAKARYA, Fahrettin ALPASLAN
GATA ve Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Patoloji Anabilim Dalları, Ankara

Summary

Bloody nipple discharge and intraductal papilloma

Bloody nipple discharge seldom occurs in childhood and likewise, the diagnosis of intraductal papilloma is quite rare. We report a 12-year-old girl who presented with the complaint of bloody nipple discharge. On physical examination, she had a discrete, painless, firm and mobile mass on the right upper quadrant of her left breast. The mass measured 5x4x4 cm. The laboratory investigations revealed an endocrinological profile within the normal limits. The ultrasonographic examination and the galactography findings were consistent with an intraductal papilloma. The tumor was removed by a local excision. Histopathological examination confirmed the diagnosis of intraductal papilloma. The patient has been followed up for one year with no breast deformity or recurrence.

Key words: Nipple discharge, intraductal papilloma, child

Giriş

Erişkin yaş grubunda kanlı meme başı akıntısının en sık rastlanan nedeni intraduktal papillomalardır. Çocukluk yaş grubunda ise hem kanlı meme başı akıntısı, hem de intraduktal papilloma ender rastlanan bulgulardır (6,9). Farrow, 10 yıl içinde cerrahi girişim uyguladığı 237 adolesan olgudan 13'ünde intraduktal papillom saptamıştır. 15-19 yaş grubunda yeralan bu olgulardan üçünde kanlı meme başı akıntısı bulgusu mevcuttur (3). Literatürden saptayabildiğimiz kanlı meme başı akıntısı ve intraduktal papillom birlikteliğine sahip en küçük olgu 4 yaşındadır (6,7).

Bu yazımızda, 12 yaşında bir kız çocuğunda, memede kitle ve kanlı meme başı akıntısına neden olan intraduktal papillom olgusu sunulmuş ve çocukluk çağında kanlı meme başı akıntısı yaratan nedenler gözden geçirilmiştir.

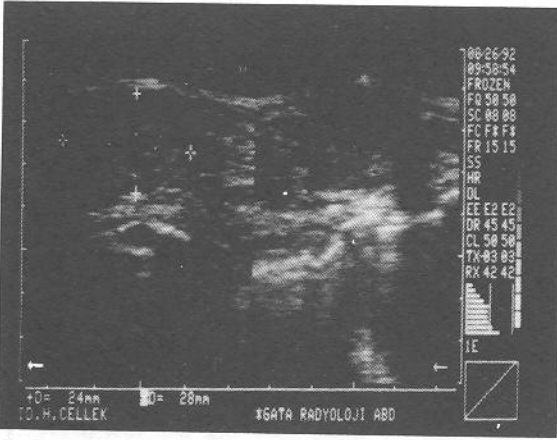
Olgu Sunumu

12 yaşındaki kız olgu, sol memede kitle ve kanlı meme başı akıntısı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Memedeki kitle 1 yıl önce farkedilmiş, giderek büyümüş ve 5 ay önce tabloya kanlı meme başı akıntısı eklenmişti. Fizik muayenede sol meme üst dış kadranda lokalize 5x4x4 cm boyutlarında sert, ağrısız ve deriye herhangi bir yapışıklığı olmayan kitle palpe edildi. Kitle üzerine uygulanan hafif bir baskı ile meme başından kanlı akıntı gelmekteydi. Yapılan endokrin incelemelerde, serum prolaktin ve human koryonik gonadotropin (HCG) değerlerinin sınırlarda olduğu görüldü. Olguda yapılan ultrasonografik (USG) incelemede sol meme üst kadrantları kaplayan 46x21 mm boyutlarında, düzgün konturlu, lobule, izoekoik, fibroadenom ya da intraduktal papillomaya uyabilecek kitle saptandı. Kitlenin arkasında kalan duktal yapıların ektazik olduğu görüldü (Resim 1). USG inceleme sonucu galaktografi önerildi. Galaktografi seti ile akıntı gelen kanala girildi. İlk verilen opak madde, distal duktal yapıları doldurdu ancak proksimal duktal yapılar görüntülenemedi.

İkinci kez verilen opak madde ise ekstravaze oldu. Kanlı meme başı akıntısından yapılan sitolojik incelemede malign hücre görülmedi, proteinöz bir zeminde bol polimorf nüveli lökosit, histiosit ve az sayıda duktal epitel hücreleri izlendi. Bu bulgular ışığında fibroadenom ya da intraduktal papillom düşünülerek eksizyona karar verildi.

Sol memeden semisirkumareoler kesi ile, 4x3 cm boyutlarındaki yer yer kanamalı ve nekroze görünümlü kitle tümü ile eksize edildi. Frozen kesit inceleme sonucu malignite saptanmaması üzerine girişim sonlandırıldı. Histopatolojik incelemede; lezyonun fibrovasküler sapsları çift sıralı bir tabaka halinde çevreleyen kübik epitel hücreleri ile karakterize pa-

Adres: Dr. Salih Çetinkurşun, GATA ve Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 06018, Etlik-Ankara



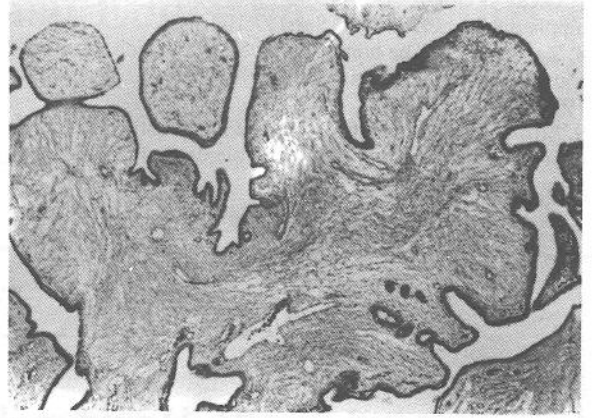
Resim 1. Olgumuzda sol memenin ultrasonografik görünümü.

pilller yapılardan oluştuğu izlendi. Epitel hücrelerinde atipi saptanmadı. Papiller yapıların stromasında yer yer ödem, yer yer köpüklü histiosit toplulukları görüldü (Resim 2). Olgu, herhangi bir yakınması olmaksızın bir yıldır periyodik kontrollere gelmekte-dir.

Tartışma

Çocuk yaş grubunda, kanlı meme başı akıntısına yol açabilen nedenler, infantil ve adolesan dönemde birbirinden farklıdır. Infantil dönemde, spontan olarak gerileyebilen, gebelik benzeri endokrin değişikliklerin etken olduğu düşünülen tablolar ön plandadır (1,4). Ancak infantil jinekomasti ya da memenin duktal ektazisi gibi cerrahi girişim gerektirebilen lezyonlar da bildirilmiştir (7,9). Infantil dönemden sonraki çocukluk yaş gruplarında ise kanlı meme başı akıntısı, intraduktal papilloma, memenin kistik hastalığı, adolesan gebelik ve kronik kistik mastit olgularında bildirilmiştir (1,3,5,6,8). Bazı genç erişkinlerde meme malignitelerinde kanlı meme başı akıntısı bulgusu saptanmış ancak bu özelliğe sahip çocuk yaş grubundan olgu bildirilmemiştir (9).

Olgumuzda kanlı meme başı akıntısına yolaçan diğer nedenler; USG (kistik lezyonları ayırmada) galaktografi (duktal yapıları belirlemede), sitolojik inceleme (maligniteyi araştırmada) ve endokrin inceleme (gebeliği ekarte etmek için) ile ayırde-dilmeye çalışılmıştır. Kesin tanı ise, lezyonun eksizyonel biyopsisi ile gerçekleştirilmiştir.



Resim 2. Histopatolojik görünüm: Intraduktal papillomun fibrovasküler sapsları çift sıra halinde kaplayan kübik epitel hücreleri ile karakterize tipik histopatolojik görünümü (HEX100).

İnfantil lezyonlarda ileride gelişebilecek meme deformiteleri gözönüne alınarak, bu olguların biyopsi ya da diğer cerrahi girişim yöntemleri uygulanmaksızın izlenmesi ancak bulgular inatçı olursa biyopsiye başvurulması önerilmektedir (1,4,9). Özellikle adolesan olgularda kitle ve kanlı meme başı akıntısı yakınmaları uzun süreli ise diğer tanı yöntemlerinin yanısıra meme biyopsisinin yapılmasının uygun olacağı bildirilmektedir (3). Ender rastlansa bile malignite olasılığının da gözardı edilmemesi, en azından iğne biyopsisine başvurulması, maligniteli olguların erken tanınmasına olanak sağlayabilir (10,11).

İnaduktal papillomalı olgularda, olgumuzda olduğu gibi lokal eksizyon yeterli olmaktadır (3,6). Eksizyon sonrası belli aralıklarla nüks açısından kontroller yapılması önerilmektedir ancak nüks oranı düşük olarak bildirilmiştir (3).

Kaynaklar

1. Berkowitz CD, Inkelis SH: Bloody nipple discharge in infancy. J Pediatr 103:755, 1983
2. Bower R, Bell MJ, Ternberg JL: Management of breast lesions in children and adolescents. J Pediatr Surg 11:337, 1976
3. Farrow JH, Ashikari H: Breast lesions in young girls. Surg Clin North Am 49:261, 1969
4. Fenster DL: Bloody nipple discharge. J Pediatr 104:640, 1984
5. Gogas J, Sechas M, Skalkeas G: Surgical management of diseases of the adolescent female breast. Am J Surg 137:635, 1979
6. Küçükaydın M, Ökten T, Okur H, Altın MA: Çocuklarda intraduktal papilloma. Erciyes Üniv Tıp Fak Derg 9:547, 1987

7. Olcay I, Gököz A: Infantile gynecomastia with bloody nipple discharge. J Pediatr Surg 27:103, 1992
8. Ravitch MM: The breast. Ravitch MM, Welch KJ, Benson CD (eds) "Pediatric Surgery", Chicago, Yearbook, 1979, s.401
9. Stringel G, Perelman A, Jimenez C: Infantil mammary duct ectasia: A cause of bloody nipple discharge. J Pediatr Surg 21:671, 1986

10. Stromberg BV, Golladay SE: Cystosarcoma phylloides in the adolescent female. J Pediatr Surg 13:423, 1978
11. Yamashita J, Ogawa M, Inada K, Yamashita S, Nakashima Y, Saishoji T, Nomura K, Sera Y: Carcinoma of the breast in a 6 year old girl: A review of the Japanese literature. Pediatr Surg Int 8:423, 1993

PEDİATRİK ÜROLOJİ GÜNÜ

26 Haziran 1995, Pazartesi

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı
Pediatrik Üroloji Bilim Dalı ve American Academy of Pediatrics A.A.P.
Pediatrik Üroloji Bölümü Öğretim Üyelerinin katkıları ile

Frank Hinman, Jr.

A short history of pediatric urology

Richard P Lyon

Urinary diversion and growth

John M Palmer

Diuretic enhanced duplex Doppler in 35 children presenting with hydronephrosis

John M Barry

*The transplantation of adult kidneys to small children
Ureteral replacement by autotransplantation*

Paul C Peters

Accidental ligation of both renal veins with polycystic kidneys

Harold W Calhoun

The Ratz urethropexy

Nur Danişmend

Mesane ekstrofisi tedavisinde sorunlarımız

Haluk Ander

Veziko-üreteral reflüde teflon injeksiyonu ile alınan sonuçlar

Konferans yeri: Pak Holding Ana Konferans Salonu, Saatçi Bayırı Sokak, Büyük Sürmeli Otelı Yanı,
Gayrettepe-İstanbul

Başvuru: Dr. Cenk Büyükkunal, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi, Pediatrik Üroloji Bilim Dalı,
34301, Cerrahpaşa-İstanbul Tel ve Fax: (0212) 632 00 46