

Meme ve Meme Başının İnflamatuvar Hastalıkları

INFLAMMATORY DISEASES OF THE BREAST AND THE NIPPLE

Dr. Lyazzat NURALİNA,^a Dr. Gonca BOZTEPE,^a Dr. Nilgün ATAKAN^a

^aDermatoloji AD, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, ANKARA

Özet

İnsan vücudunun önemli organlarından biri olan meme inflamatuvar, enfeksiyöz ve neoplastik olaylarla etkilenebilmektedir. Memede gelişen herhangi bir patolojik durum hastalarda öncelikle "kanser" endişesini yaratmaktadır. Bu yüzden hastaları doğru yönlendirmek, bilgilendirmek ve hastalara doğru tanı koymak kritik öneme sahiptir. Pek çoğumuz memeyi sıklıkla etkileyen inflamatuvar hastalıkların ayrıntılarını diğer dermatolojik hastalıkları bildiğimiz kadar iyi bilmiyoruz.

Bu derleme meme ve meme başı hastalıklarının dermatologlar tarafından daha iyi anlaşılmasına, dermatologların bu durumlara daha doğru tanı koyabilmeleri ve uygun yaklaşımlarda bulunabilmelerine yardımcı olabilmek amacıyla kaleme alınmıştır.

Derlemede öncelikle meme anatomisi kısaca gözden geçirilmiş, ardından sırasıyla meme ve meme başının dermatitleri, memenin kötücül bir hastalığı olmasına rağmen meme ve meme başının dermatitleri ile klinik olarak kolaylıkla karışabilen Paget hastalığı ve memenin hiperkeratozları tartışılmıştır. Derlemede ayrıca göğüs ön duvarı venlerinin obliteratif yüzeysel tromboflebiti olan Mondor hastalığı ve meme kanseri benzeri klinik özellikler sergileyen granüloamatöz mastit gibi meme ve meme başının diğer inflamatuvar hastalıklarına ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Memenin göreceli olarak sık rastlanan enfeksiyöz hastalıklarına da değinilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Meme, meme başı

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2006, 16:14-22

Abstract

Breast, which is one of the most important organs of the human body might be effected by inflammatory, infectious and neoplastic processes. Any pathologic changes in this part of the body frequently lead to "cancer" anxiety. This is one of the reasons why we had to make prompt correct diagnosis of the diseases of the breast and the nipple and to inform our patients accurately. Most of us do not know the details of the inflammatory diseases of the breast as we know the other inflammatory diseases of the skin.

The aim of this review was to help the dermatologists to understand the nature of the diseases of the breast and the nipple, and to aid them for the differential diagnosis and the appropriate treatment of these conditions.

In this review, you will find the anatomy of the breast, and you will find the dermatitis of the breast and the nipple, Paget's disease which mimics dermatitis clinically in contrast to its malign nature, and the hyperkeratosis of the nipple, respectively. Additionally other inflammatory diseases of the breast such as Mondor's disease which is an obliterative superficial thrombophlebitis of the anterior chest wall and granulomatous mastitis which may present with similar features resembling breast cancer had been discussed. Relatively common infectious diseases of the breast had been included.

Key Words: Breast, nipple

Meme ve meme başı insan vücudunun fonksiyonel, seksüel ve kozmetik açılarından önemli organlarından biridir. Meme, özellikle kadınlarda doğumdan başlayarak yaşam boyu kolayca izlenebilen değişikliklere sahne olmaktadır. Dünyaya gelen bebeğin annesiyle ilk buluşması, tanışması ve anne sıcaklığını hissetmesi

annesinin memesini emmesiyle başlar. Bu duygu her birimizin hayatında önemli bir noktadır.

Pek çoğumuz memeyi sıklıkla etkileyen inflamatuvar hastalıkların ayrıntılarını diğer dermatolojik hastalıkları bildiğimiz kadar iyi bilmiyoruz. Oysa dermatologların meme ve meme başını tutan hastalıkları iyi bilmelerinin bir gereklilik olduğunu düşünmekteyiz.

Bu derleme meme ve meme başı hastalıklarının dermatologlar tarafından daha iyi anlaşılmasına, dermatologların bu durumlara daha doğru tanı koyabilmeleri ve uygun yaklaşımlarda bulunabilmelerine yardımcı olabilmek amacıyla kaleme

Geliş Tarihi/Received: 27.06.2005

Kabul Tarihi/Accepted: 21.12.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Gonca BOZTEPE
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Dermatoloji AD, 06100, Sıhhiye, ANKARA
gboztepe@hacettepe.edu.tr

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

alınmıştır. Derlemede memenin normal anatomisi, meme ve meme başının sık görülen inflamatuvar hastalıkları gözden geçirilecek ve klinik olarak memenin inflamatuvar hastalıklarıyla karışabilecek bazı enfeksiyöz hastalıklara değinilecektir.

I. Memenin Normal Anatomisi

Meme bezleri vücut ön yüzünde aksilladan kasıklara uzanan iki süt çizgisinden doğar. Her bir meme “glandulae mammaria” adıyla anılan süt bezlerini içerir. Her bir süt bezinde yaklaşık 15-25 adet meme lobu vardır. Her bir lob “ductuli lactiferi” denilen kanalcıklara akar ve bunlar birleşerek en sonunda meme başına açılırlar.¹ Meme derisi kendisine komşuluk eden gövde ön yüz derisinden yapısal olarak farklılıklar içermezken, meme başı ve areola oldukça belirgin farklar göstermektedir. Meme başı memenin en büyük çıkıntısıdır ve etrafı areola denilen halka şeklinde pigmentli bir alan tarafından çevrelenmiştir. Bu pigmentasyonun dolaşımdaki östrojenin bu bölgedeki melanositleri uyarılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.² Areolanın periferinde kıl folikülleri mevcuttur, bu bölgede kalın terminal kılların gelişmesi bazı kadınlar için önemli bir kozmetik problem oluşturabilmektedir. Meme başı ise kılsızdır. Süt kanalları, sebace ve apokrin bezler sadece meme başına açılırlar. Ayrıca duysal sinir son organları da memede sadece meme başında bulunurlar.

Erkek ve ergenlik öncesi kız çocuklarında benzerlik gösterir. Ergenlik çağındaki kız çocukta meme bezleri yavaş yavaş büyüyerek over kaynaklı hormonların etkisiyle yarımküre biçimini alır. Over kaynaklı hormonlar, kortikosteroidler, somatotropin, prolaktin ve progesteron hamilelik sırasında lobuloalveolar sistemin büyümesinde rol oynarlar. Hamilelik sırasında memeler büyür ve venler belirginleşir. Areola büyür ve koyulaşır. Doğumdan sonra bu pigmentasyon azalsa da tam olarak eski rengine dönmez. Menstrüel siklustaki hormonal değişimler memenin siklik değişimine neden olur. Bu değişiklikler menapoza kadar devam eder, menapozda meme dokusu atrofiye uğrar.

Aksesuar Meme

Aksesuar meme “politelia” olarak bilinmektedir ve nadir görülen bir durum değildir. Süt çizgisi

olarak bilinen aksilla, meme başı ve kasıklara doğru uzanan hat üzerinde meme başı benzeri küçük kahverengi papül şeklinde görülmektedir. Eğer altında meme dokusu mevcutsa, bu dokudan fibrokistik hastalık, apse veya kanser gelişebilir. Politelia varlığında üriner sistem anomalileri görülebilmektedir. Bu nedenle detaylı üriner sistem muayenesi yapılmalıdır. Tedavi olarak eğer hasta istiyorsa, basit eksizyon yeterlidir.

II. Meme ve Meme Başının Dermatitleri

Meme ve meme başı dermatitleri oldukça yaygın görülen bir grup hastalıktır.

Bu grup içerisinde meme başı ekzeması, memenin alerjik ve iritan temas dermatitleri, memeyi tutan psoriasis, seboreik dermatit, nörodermatit ve radyasyon dermatiti tartışılacaktır.

Meme başı ekzeması

Meme başı ekzeması atopik dermatitin en yaygın belirtilerinden biridir ve minör tanı kriterleri arasında yer alır.² Kişisel ve/veya ailesel atopi öyküsü eşlik edebilir. Kronik, tekrarlayıcı bir seyir izleyen meme başı ekzeması kendini meme başına sınırlayabilir veya areola ve deriye yayılabilir. Genellikle emzirme esnasında görülen meme başı ekzeması bebeğin emme hareketine ikincil olarak, fizik travma ile gelişmektedir. Ayrıca katı gıdalar almaya başlayan bebekleri emziren annelerde bebeklerin ağzında kalan yemek artıklarına karşı emzirirken gelişen alerjik reaksiyon şeklinde de ortaya çıkabilir: Klinik olarak çift taraflı yerleşimli, eritemli, kepekli plaklar şeklinde izlenir. Yanma ve kaşıntı tipik semptomlardır. Meme başı ekzeması eritem ve ağrıya sebep olabileceğinden kandidal bir enfeksiyondan ayırt edilmelidir. Tedavi olarak topikal düşük veya orta güçlü kortikosteroidli kremler, nemlendiriciler önerilebilir. Parfüm, deodorant gibi tetikleyici etkenlerden kaçınılması önemlidir. Emziren annelerde yaklaşım biraz daha farklıdır. Tedaviye ek olarak emzirdikten hemen sonra meme uçlarının açık havada kurutulması, sert sabun ve şampuanların sık kullanılmasından kaçınılması önerilmektedir.

Memenin Alerjik Temas Dermatiti

Memenin alerjik temas dermatiti daha nadir görülür, ama klinik olarak atopik dermatitte izle-

nen dermatite çok benzer görünümündedir. Literatürdeki bazı yayınlarda emzirme sırasında koruyucu amaçla kullanılan nemlendiricilerin içerisindeki lanolin ve balmumuna karşı alerjik temas dermatit geliştiği bildirilmektedir.^{3,4} Ayrıca göz kapağı dermatiti yapabilen tırnak cilasının aynı zamanda memenin alerjik temas dermatitine de yol açabileceği ileri sürülmektedir.⁵ Bu nedenle emzirme sırasında gelişen meme başı ekzemasının ayrıca tanısında alerjik temas dermatiti de düşünülmelidir. Alerjik temas dermatitinin sürekli olmayan, aralıklı tekrarlayan seyri, çok kaşıntılı oluşu, sınırlarının keskin olmayışı ve meme başında şekil bozukluğuna yol açmaması Paget hastalığından ayırt ettirici özellikleridir. Memenin alerjik temas dermatiti temas eliminasyonu ve kısa süreli topikal kortikosteroidli kremler ile tedavi edilir.

Memenin İrritan Temas Dermatiti

Memenin irritan temas dermatiti daha çok atletlerde görülür. Bu durum meme başının tişörtle tekrarlayan sürtünmesi sonucu ortaya çıkar. Özellikle uzun mesafe koşucularında izlenen bu duruma “jogger’s nipple” adı verilir. Sütyen takmayan kadın atletler ve askılı fanila kullanan erkek atletlerde daha sık rastlanır.⁵ Tanı genellikle yoğun egzersiz sırasında veya sonrasında gelişen akut ağrı, kanama ve eritemin izlenmesiyle konur. Bu hastalara sürtünmenin azaltılmasına yönelik vazelin, pudra, rahat sportif sütyenler önerilebilir.

Psoriasis

Psoriasis memenin herhangi bir yerini etkileyebilir. Genellikle meme altında iyi sınırlı, nemli görünümlü, çok az kepeklenen veya hiç kepeği olmayan eritemli plak şeklinde görülür. Memedeki psoriasis klinik olarak seboreik dermatit, intertrigo veya kandidal enfeksiyonlardan ayırt edilemeyebilir. Ayrıca memeyi tutan psoriasis lezyonları vücudun diğer bölgelerindeki psoriazise benzer şekilde izlendiğinde atopik dermatit, irritan veya alerjik temas dermatiti ve Paget hastalığıyla da klinik olarak kolayca karışabilir. Bu durumda kesin tanıda histopatolojik incelemenin önemi büyüktür. Tedavi olarak uygun psoriasis tedavisi önerilir.

Seboreik Dermatit

Memede, çoğunlukla meme altında olmak üzere seboreik dermatit görülebilir. Klinik olarak eritemli zeminde beyaz veya sarımsı kepeklenmeler şeklinde görülür. Vücudun diğer bölgelerinde görülen seboreik dermatit tedavisi gibi topikal ketakonazol, orta güçlü topikal kortikosteroidli kremler veya çinko içeren kremler önerilebilir.

Nörodermatit

Nörodermatit memede nadir görülür. Genellikle iyi sınırlı likenifiye, ekzoriye, eritemli, hiperpigmente plak şeklindedir. Bu olayı kaşıma ortaya çıkardığı için, tedavi bu kısır döngüyü kırmaya yönelik olmalıdır. Vücudun diğer bölgelerinde izlenen nörodermatite benzer şekilde topikal kortikosteroidli merhemlerle kapatma (oklüzyon) tedavisi önerilebilir. İntralezyonel kortikosteroid enjeksiyonları bu dermatiti kontrol altına almada yararlıdır.²

Radyasyon Dermatiti

Meme kanserinin tedavisi amacıyla memeye radyasyon uygulanması sonrasında gelişen radyasyon dermatiti radyoterapi uygulanan bölgenin sınırları dışında, hatta bu bölgeden tamamen ayrı alanlarda görülebilir. Klinik olarak radyasyon uygulanan bölgede telenjektaziler, eritemli maküller, ekimoz ve kepeklenme izlenir. “Radyasyon recall” fenomeni kemoterapi sonrası daha önce radyoterapi almış bir alanda yukarıda belirtilen klinik bulguların yeniden gelişmesidir.⁶ Tedavi olarak soğuk uygulama ve antiinflamatuvur ajanlar kullanılabilir.

III. Meme Başının Paget Hastalığı

Memede izlenen tüm dermatitlerde, özellikle dermatit tek taraflı ise aksi ispat edilene kadar Paget hastalığı düşünülmelidir. Meme başının Paget hastalığı altta yatan kötücül tümörün yüzeysel bulgusudur. Paget hastalığı tüm meme kanserlerinin %1-3’ünü oluşturur.² Bu hastalık erkeklerde nadir görülür, ancak erkeklerde görüldüğünde prognozu kadınlara göre daha kötüdür. Lezyon ilk olarak meme başında ortaya çıkar, sonra areolaya yayılır. Klinik olarak tek taraflı yerleşen, iyi sınırlı, eritemli, kepekli, meme başı ve areolayı içeren ağrılı bir plak olarak izlenir. Seröz veya kanlı akın-

tı, ağrı, kurutlanma, kaşıntı, yanma, epitelial kalınlaşma, ülserasyon, meme ucu çekilmesi ve meme kitlesi gelişebilir. Meme başında hafif veziküller bir döküntü, sürekli yanma, ağrı veya kaşıntısı olan bir hasta mutlaka Paget hastalığı yönünden ayrıntılı değerlendirilmelidir. Tanıyı koymak için biyopsi şarttır. Histopatolojik olarak ayırt edici bulgu Paget hücrelerinin varlığıdır. Paget hücreleri soluk vakuollu sitoplazmaları olan, polimorfik hiperkromatik çekirdekli ve belirgin çekirdeçikleri olan hücrelerdir. Tedavi olarak cerrahi tedaviler, kemoterapi ve radyoterapi uygulanabilir.

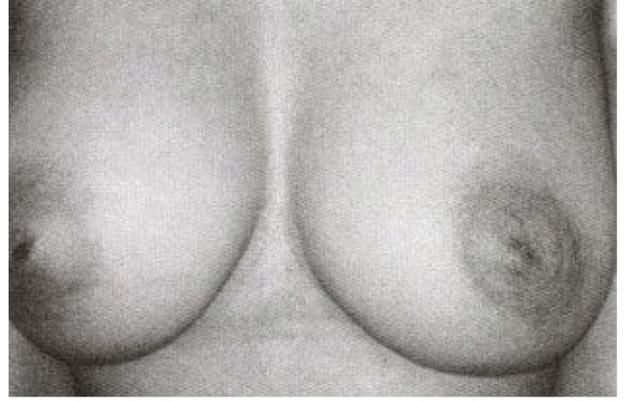
IV. Meme ve Meme Başının Hiperkeratozları

Meme başı veya areola hiperkeratozu nadir bir bulgudur. İlk olarak 1923 yılında Tauber tarafından tanımlanmıştır. Meme başı derisi ve areolanın tümüyle kalınlaştığı ve renginin koyulaştığı, filiform veya papüler çıkıntılı yapılar ile kaplandığı bir durumdur. Asemptomatik bir durum olmakla birlikte bazen emzirmeyi engelleyecek kadar yaygınlaşabilmektedir.⁷ Levy-Frenkel tarafından üç alt tipi tanımlanmıştır.

1. Epidermal nevus: Epidermal nevusun bu alana uzanması sonucu görülür. Her iki cinsiyet etkilenbilir. Genelde tek taraflı olma eğilimindedir.

2. İktiyoz ile birlikte görülen hiperkeratoz: İlk olarak iktiyozis vulgarisli hastalarda tanımlanmıştır. Ancak bu tip hiperkeratoz iktiyozis vulgaris dışında iktiyoziform eritroderma, Darier hastalığı, akantozis nigrikans, seboreik keratoz, kronik dermatit veya kutanöz T-hücreli lenfoma ile birlikte de bildirilmiştir.⁸ İktiyozis ile birlikte görülen hiperkeratozda erkek ve kadın eşit oranda etkilenir, lezyonlar genelde bilateral yerleşimlidir.

3. Nevoid hiperkeratoz: Çok nadir görülür. Primer olarak doğurgan yaştaki kadınların etkilediği düşünülse de, erkek hastaları da etkilediği bildirilmiştir.⁹ Memenin nevoid hiperkeratozu genellikle bilateral ve simetrikdir. Vakaların yaklaşık üçte birinde hiperkeratoz sadece meme başında, üçte ikisinde ise hem meme başında hem de areolada yerleşir. Resim 1'de meme başının bilateral yerleşimli nevoid hiperkeratozu görülmektedir. Lezyonlar genellikle menarşla birlikte



veya hamilelik sırasında ortaya çıkmaktadır. Kimi
Resim 1. Meme başının bilateral nevoid hiperkeratozu.

zaman varolan lezyon hamilelik sırasında büyümekte veya tek taraflıysa çift taraflı bir hal almaktadır. Erkeklerde izlendiğinde çoğu kez ekzojen östrojen tedavisi veya endokrin bir bozuklukla ilişkili olmaktadır. Bu gözlemler memenin nevoid hiperkeratozunun östrojen seviyesi ile yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir.^{2,7,10}

Meme başında hiperkeratozun tüm tiplerinde klinik olarak meme başı ve areolada kalınlaşma, hiperpigmentasyon görülür. Histopatolojik olarak epidermal akantoz, hiperkeratoz, papillomatoz ve keratin tıkaçlar izlenir. 1997 yılında Alpsoy ve arkadaşları 18 ve 23 yaşında iki kadın hastada memenin nevoid hiperkeratozunu bildirmişler ve her iki vakanında akantozis nigrikans ile benzerliğine dikkat çekerek ayrıca tanı için klinik özelliklerin, lezyonların lokalizasyonunun ve hastanın hormonal durumunun ayrıntılı incelenmesi gerektiğini savunmuşlardır.⁷ Tedavi modaliteleri arasında salisilik asitli jel,⁹ topikal tretinoin,¹⁰ topikal %12 laktik asitli losyon ve yüzeysel krioterapi¹¹ önerilebilir. Etreinatın etkisiz olduğu bildirilmiştir.^{9,12} Tedaviye yanıt oldukça değişkendir.

V. Meme ve Meme Başının Diğer İnflamatuvar Hastalıkları

Mondor Hastalığı (Göğüs Duvarının Sklerozan Periflebiti)

Mondor hastalığı lateral torasik ve torakoepigastrik veya superior epigastrik venler gibi göğüs ön duvarı venlerinin obliteratif yüzeysel



tromboflebitidir. Lateral torasik ven en sık etkile-

Resim 2. Mondor hastalığında izlenen kordon benzeri lezyonlar (Dr. Helger Stege'nin rızasıyla).

nen damardır. Nadir de olsa hastalık üst ve alt ekstremitelerde, karında ve peniste de izlenebilir.¹³ Genellikle unilateral görülmektedir. Çoğunlukla 30-60 yaş arası kadınlarda erkeklere oranla 3 kat fazla görülmektedir. Hastalığın oluşması sıklıkla mammoplasti, cerrahi biyopsi, mastektomi gibi lokal travma ile veya kaslarda gerilmeye neden olan sportif faaliyetler ile ilişkilidir. Son olarak Talhari ve ark. 31 yaşında bir erkek hastada ağır bir sırt çantasını uzun süre taşıdıktan 2 hafta sonra Mondor hastalığı gelişimi bildirmişlerdir.¹⁴ Aynı raporda ayrıca 38 yaşında düzenli olarak jimnastik salonuna giden bir kadın hasta tanımlanmıştır. Resim 2'de bu hastanın sol meme alt dış kadranda yerleşen belirgin kordon benzeri lezyonları görülmektedir. Daha nadir olarak intravenöz ilaç kullanımı, denizanası ısırığı, prokainamide bağlı lupus eritematozus ile birliktelik bildirilmiştir.¹⁵ Ancak çoğu vakada neden belirsiz kalmaktadır. Tipik prezentasyonu memede veya göğüs ön duvarında ani başlangıçlı ağrıdır. Bunu sert, kırmızı, hassas bir kordonun belirmesi izler. Lezyon üstteki deriye yapışık olduğundan klinik olarak derin bir oluk görülür. Çoğu zaman hastalar hiçbir semptom olmadan memenin yan tarafından abdominal bölgeye kostalar üzerinden uzanan kırmızı lineer bir kordonu fark ederek doktora başvururlar. Kordon genellikle 2-3mm çaplarında ve birkaç santimetre uzunluğundadır, ancak 30-40cm uzunluğa da ulaşabilmektedir. Klinik bulgular meme kanserini taklit edebilir. Bu nedenle kötücül bir tümörün atlanma-

ması için mammografi sıklıkla önerilmektedir. Ayrıca Mondor hastalığı ile birlikte olan meme kanseri de bildirilmiştir.¹⁶ Mondor hastalığı tipik olarak haftalar boyu nadiren de aylar boyunca devam edebilir. Daha sonra kendiliğinden embolizasyon riski olmaksızın iyileşir.² Hastalığın bilinen bir komplikasyonu yoktur. Tedavi genellikle gerekmezken, ağrının kontrolü için analjezikle kullanılabilir.

Granümatöz Mastit

Nedeni tam olarak bilinmeyen, idiyopatik olduğu düşünülen, genelde laktasyon ve hamilelikte genç ve doğum yapmış kadınlarda görülebilen, meme kanserine benzer klinik özelliklere sahip kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Malezya'dan bir çalışmada 25 kadın hastanın 13'ünün meme kanseri düşündürülen kitle ile 12'sinin ise memede sertlik ve apse ile başvurduğu rapor edilmiştir.¹⁷ Ayrıca bu hastaların %50'sinde hastalık tekrarlayıcı bir seyir izlemiş ve uzun dönem takip gerektirmiştir. Klinik görünümü tek taraflı, sert, sınırları belirgin endüre bir plak şeklindedir. Sıklıkla deride inflamasyona sekonder bulgular mevcuttur. Tanı genelde biyopsi ile konur. Yukarıda belirtilen 25 hastalık seriyeye ait raporda ayrıca klinik bulgular ve görüntüleme yöntemlerinin tanıda histopatolojik bulgular kadar yardımcı olmadığı vurgulanmıştır.¹⁷ Histopatolojik incelemede meme lobüllerini tutan granümatöz infiltrasyon görülür. Histopatolojik olarak granümatöz infiltrasyon yapan diğer hastalıklardan örneğin, duktus ektazisi, yağ nekrozu ve yabancı cisim reaksiyonundan, sarkoidoz, tüberküloz ve diğer enfeksiyöz durumlardan ayırt edilmelidir. Bu nedenle biyopsi materyallerinde mutlaka bakteriyel, mikobakteriyel ve fungal kültürler çalışılmalıdır. Ayrıca altta yatabilecek bir meme kanseri olasılığı gözden kaçırılmamalıdır. Granümatöz mastitin tedavisinde lezyonun total cerrahi eksizyonu önerilmektedir. Tedaviye kortikosteroid eklenmesi hem lezyon büyüklüğünü azaltmakta hem de iyileşmeyi hızlandırmaktadır.

Gelişebilecek komplikasyonlar arasında hastalığın tekrarlaması, fistül gelişimi ve sekonder enfeksiyonlar yer alır.

Hidradenitis Süppürativa

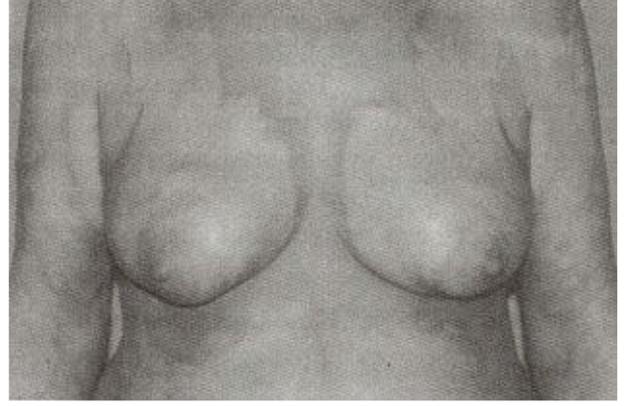
Hidradenitis süppürativa apokrin bezleri tutan kronik inflamatuvar bir hastalıktır.

Hidradenitis süppürativa areola ve meme altı bölgelerini tutabilir. Daha çok ergenlik sonrası görülen bu hastalığın sebebi tam olarak bilinmemekte; folliküler oklüzyona sekonder gelişen apokrin bez inflamasyonu ve bakteriyel enfeksiyon etkisiyle geliştiğine inanılmaktadır. Klinik olarak büyük açık komedonlarla başlayan hastalık apse oluşumu, çok sayıda sinus oluşumu ve skarlaşmayla sonlanmaktadır. Tedavi hastalığın kronik doğasından ve tedaviye karakteristik olarak zayıf cevap vermesinden ötürü oldukça zordur. Tedavi seçenekleri arasında uzun süreli antibiyotik kullanımı, oral retinoid tedavisi, intralezyonel kortikosteroid, lokal veya yaygın cerrahi eksizyon bulunmaktadır. CO₂ lazerin tedavide yeri olabileceği de bildirilmiştir.¹⁸

Lupus Eritematozus

Lupus eritematozus seyrinde gelişen yağ dokusu tutulumu "lupus panniküliti" veya "lupus eritematozus profundus" adlarıyla anılmaktadır. Meme tutulduğunda lupus mastiti tablosu oluşur. Lupus panniküliti sistemik lupus eritematozuslu hastaların %2-3'ünde ortaya çıkmaktadır.² Kadınlar erkeklerden 2 kat daha sık etkilenir ve çoğunluğu 20-60 yaş arasındadır. Lupus panniküliti tipik olarak sert, mobil, sıklıkla ağrılı deri altı nodülü şeklinde görülür. Yüzey deride hiçbir değişiklik olmadan ortaya çıkabileceği gibi; atrofi, ülserasyon, eritem, morumsu renk değişikliği, poikiloderma, hiperkeratoz ve tipik diskoid lezyonlar şeklinde de görülebilir. Hastalık alevlenmeler ve remisyonlarla karakterizedir. Atrofi ve şekil bozukluğu ve meme ucunda çekilmeye neden olabilen skar oluşumu kuraldır. Meme tutulduğunda lipoatrofi oldukça şiddetli olabilir. Hastalarda nadiren halsizlik veya artralji gibi semptomlar gelişmektedir, ancak genellikle sistemik semptomların gelişmesi beklenen bir durum değildir.

Tanı genellikle derin insizyonel biyopsi ile doğrulanır. Karakteristik histopatolojik bulguları lenfositik vaskülit, lenfositik lobüler pannikülit, kan damarı ve yağ dokusunda hiyalin nekroz ve sıklıkla germinal merkezleri izlenebilen lenfoid



Resim 3. Jeneralize morfealı hastada meme tutulumu.

folliküllerdir. Tedavi olarak antimalaryal ilaçlar önerilir. Bazı vakalarda erken dönemde sistemik steroid kullanımı gerekebilir. Cerrahi travma hastalığı alevlendirebileceğinden mümkün olduğunca cerrahiden kaçınılmalıdır.¹⁹

Morfea

Morfea nedeni bilinmeyen bir deri sklerozudur; ancak travmanın rolü olduğuna inanılmaktadır. Birçok morfea vakası tipik olarak adölesan dönemi takip eden dönemde genellikle 20-50 yaşlar arasında tanı almaktadır.²⁰ Klinik olarak karakteristik lezyonu iyi sınırlı, endüre, mor renkli, etrafı morumsu bir sınırla çevrelenmiş alttaki dokuya sıkıca bağlı plaktır. Morfea memeyi etkilediğinde gelişebilecek deformiteler oldukça kötü olabilir. Resim 3'te jeneralize morfealı hastanın meme tutulumu görülmektedir. Nadiren memenin olgunlaşması öncesinde memeyi tutan morfea vakalarında asimetri veya memenin şiddetli hipoplazisi görülebilir. Erişkin başlangıçlı meme morfealı hastalarda meme kanseri nedeniyle radyasyon tedavisi alma öyküsü iyi tanımlanmıştır.²⁰⁻²² Günümüzde meme kanseri olan ve radyoterapi uygulanan hastalarda tedavi sonrasında morfea gelişme riski tam olarak hesaplanamamaktadır. Bunun nedeni uygulanan radyasyonun tipi ve dozu ile deri reaksiyonunun şiddeti arasındaki ilişkinin tam olarak kurulamamış olmasıdır.^{21,22} Radyasyon tedavisi sonrasında memede gelişen morfeanın ayrııcı tanısında metastatik meme kanseri, carsinoma en cuirasse, kronik radyasyon dermatiti, liken sklerozus et atrofikus, graft

versus host hastalığı ve bleomisine bağlı skleroz akılda tutulmalıdır. Tedavi olarak topikal, intralezyonel ve sistemik kortikosteroidler uygulanabilir. Penisilamin uygulanması değişken sonuçlara yol açmıştır.²³⁻²⁵ Deri altı dokusunun atrofisine yol açabileceğinden steroidlerin kullanımında dikkatli olunmalıdır.

Warfarine Bağlı Meme Derisi Nekrozu

Deri nekrozu oral antikoagülan tedavisinin oldukça nadir, ancak ciddi bir komplikasyonudur. Bu hastalık kumadin alan hastaların %0.01-0.1'nde görülür.^{2,26}

İlk kez 1943 yılında tanımlanmıştır. En sık orta yaşta perimenopozal ve obez kadınlarda görülür. Kadınlarda erkeklere göre dört kat daha sık ortaya çıkar.²⁷ Sebebi tam olarak bilinmese de, warfarin tedavisine başlandığı zaman protein C'nin plazma konsantrasyonunda ve aktivitesinde önemli azalmadan dolayı gelişen geçici parodoksik hiperkoagülasyon durumuna bağlı olabileceği düşünülmektedir.^{2,28} Normalde protein C ön koagülasyon faktörleri olan faktör VIIa ve Va üzerinde inhibisyon etkisini gösterir. Böylelikle pıhtılaşmayı inhibe eder. Protein S, protein C'nin faktör VIIa ve Va üzerine olan etkisini artırır. Çalışmalar warfarine bağlı deri nekrozu vakalarında artmış bir protein C, S veya antitrombin III eksikliği insidansı olduğunu göstermiştir. Kumadinin yüklemeye dozlara bağlı erken dönemlerde protein C seviyesinde azalma olmaktadır. Ayrıca yüksek kumadin yüklemeye dozlarının deri nekrozu ile ilgili olduğu bulunmuştur. Tedavinin ilk 3-5 gününde gelişebilen bu hastalık en sık uyluk, meme ve kalçaları tutar. Azalmış kan akımı, düşük sıcaklık veya dış basınç nedeniyle deri nekrozunun bu alanlarda geliştiği düşünülmektedir.²⁸ Başlangıçta bir veya birden fazla şiddetli ağrılı, iyi sınırlı eritemli plaklar görülür. Lezyonlar bazen deriye portakal kabuğu görünümünü verebilir. Saatler içinde hızla peteşi oluşur, bunu ekimoz, hemorajik bül oluşumu, hemorajik infarktlar ve mavi siyah nekroz oluşumu izler. Nekrotik alanda sınırlı normal deri alanları bulunabilir. Lezyonlar sıklıkla tek taraflıdır, ancak bilateral nekroz da gelişebilir. Nekrotik deri değişikliği görülür görülmez warfarin kesilmelidir. Hafif vakalar kendiliğinden düzelse de, %50'den

çok vakalarda cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulur. Şiddetli meme tutulumu olan vakalarda basit mastektomilere gerek duyulabilir.² Tedavide warfarinin kesilmesine ek olarak K vitamini ve taze donmuş plazma hemen verilmelidir. Uzun süreli antikoagülan tedavisine gerek duyulan durumlarda heparin ile idame tedavisi gerekebilir. Vakaların çoğunluğu kumadinin tekrar verilmesini tolere edebilse de, warfarine bağlı deri nekrozunun tekrarlayabildiği bildirilmiştir.²⁹

VI. Meme ve Meme Başının Göreceli Sık Rastlanan Enfeksiyöz Hastalıkları

Memenin Fungal Enfeksiyonları

Memenin fungal enfeksiyonları genellikle az görülür. İntertriginöz kandida kandidanın en sık görülen tipidir. Predispozan faktörler arasında obezite, diyabet, iri ve sarkık memeler sayılabilir. Nemli ortam yaratan herhangi bir durum intertrigo gelişmesine yol açabilir. Tedavide topikal antifungal, antikandidal ajanlar önerilir. Bölgenin kuru tutulması önemlidir. Meme başı ve areola kandidiyazisi genelde ağzında pamukçuk olan bebeği emziren kadınlarda görülür. Klinik olarak meme başında kaşıntılı hafif bir eritem görülür. Tedavide meme başının nazikçe silinmesi, emzirme sonrası havada kurutulması, temizleyici maddelerden ve sabunlardan uzak durulması önerilir. Topikal antifungal ajanlar kullanılabilir. Düşük güçlü kortikosteroidli kremlerin tedaviye eklenmesi klinik semptomları baskılamada etkili olabilir.

Meme implantlarının çeşitli fungal enfeksiyonlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir. *Aspergillus flavus* özellikle silikon meme implantları ile, *Candida albicans*,

Curvularia, *Aspergillus fumigatus*³⁰ ve *Paecilomyces variotti*'nin ise özellikle tuzlu su ile yapılan meme implantlarıyla³¹ beraber görüldüğü bildirilmiştir. Bu enfeksiyonlar genellikle nadirdir ve implantların içinde veya çevresinde gelişir. Klinik olarak birbirlerinden ayırt edilemezler.

Tüberküloz Mastiti

Mycobacterium tuberculosis memeyi etkileyebilen mikobakteriler içerisinde en önemlisidir. Diğer organlara göre meme nadiren tutulur. Ço-

ğunlukla genç, çok doğum yapmış, emziren kadınlarda görülür. Tüberküloz mastiti primer ve sekonder olarak gelişebilir. Primer tüberküloz çok nadirdir ve tonsilleri tüberküloz mikobakteri ile enfekte olan infantları emziren annelerde görülür. Sekonder tüberküloz vücuttaki başka bir tüberküloz odağından lenfatik yayılımla gelişir. Tüberküloz mastitinin klinik görünümü 3 grupta sınıflandırılmaktadır.

1. *Nodüler tip*: En sık görülen, tek taraflı, yavaş büyüyen soliter bir nodül ile karakterizedir. Bu nodül giderek ülserleşir ve zamanla akıntılı sinüsler oluşturabilir.

2. *Dissemine tip*: Üzerindeki deriyi kalınlaştıran, ya da ülser eden birbirleriyle bağlantılı çok sayıda tüberküloz odakları ile karakterizedir. Sinüs traktları gelişebilir.

3. *Sklerozan tip*: Meme başında geri çekilmeyle beraber yavaş büyüyen, sert, endüre bir kitle şeklinde kendini gösterir. Klinik olarak ağrı, aksiller lenfadenopati, meme başı akıntısı gibi belirtiler tüm tiplerde izlenebilen özelliklerdir.

Tanı genellikle histopatolojik bulgulara, doku kültürü veya aside dayanıklı basil boyaması ve PPD testi sonucuna dayanarak konulur. Tedavi esas olarak enfekte olan dokunun cerrahi eksizyonu ve sistemik antitüberküloz ilaçlarla yapılmaktadır.

Lyme hastalığı memeyi karakteristik bir şekilde etkiler. *Borrelia* enfeksiyonuna bağlı lenfositoma öncelikle Avrupada görülen bir çeşit B hücreli psödolenfomadır.³²

Klasik olarak meme başı ve areolada veya kulak memesinde görülür.³³ Klinikte sert, eritemli, mavi veya kırmızı nodül veya plak şeklinde görülür. Ağrı ve lenfadenopati görülebilir. Tedavi edilmeyen lenfositoma kendi kendine düzelse de, uygun antibiyotik tedavisinin hastalığın iyileşmesini hızlandırdığına inanılmaktadır.^{32,34}

Meme ve meme başının dermatolojik hastalıklarını ayrıntılı bilmek hem doktor, hem hasta açısından önemlidir. Memede gelişebilecek herhangi bir patolojik durum hastalarda öncelikle "kanser" endişesini yaratmaktadır. Bu yüzden hastaları doğru yönlendirmek, bilgilendirmek ve

hastalara doğru tanı koymak kritik öneme sahiptir. Erken tanı, erken tedavi demektir. Erken tanı ile hem hastalığın erken dönemde tedavi edilebileceği, hem de hastalarda oluşabilecek kozmetik ve psikolojik sorunların önlenilebileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Snell RS. Üst ekstremitte. In: Yıldırım M, ed. Tıp Fakültesi Öğrencileri İçin Klinik Anatomi. 6. Baskı, Çeviri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2004. p.391-5.
2. Whitaker-Worth DL, Carlone V, Susser WS, Phelan N, Grant-Kels JM. Dermatologic diseases of the breast and nipple. J Am Acad Dermatol 2000;43:733-51.
3. Garcia M, del Pozo MD, Diez J, Munoz D, de Corres LF. Allergic contact dermatitis from a beeswax nipple-protective. Contact Dermatitis 1995;33:440-1.
4. Mc George BC, Steele MC. Allergic contact dermatitis of the nipple from Roman chamomile ointment. Contact Dermatitis 1991;24:139-40.
5. Ward KA, Burton JL. Dermatologic diseases of the breast in young women. Clin Dermatol 1997;15:45-52.
6. Perez EA, Campbell DL, Ryu JK. Radiation recall dermatitis induced by edatrezate in a patient with breast cancer. Cancer Invest 1995;13:604-7.
7. Alpsoy E, Yılmaz E, Aykol A. Hyperkeratosis of the nipple: report of two cases. J Dermatol 1997;24:43-5.
8. Ahn SK, Chung J, Soo Lee W, Kim SC, Lee SH. Hyperkeratosis of the nipple and areola simultaneously developing with cutaneous T-cell lymphoma. J Am Acad Dermatol 1995;32:124-5.
9. Kuhlman DS, Hodge SJ, Owen LG. Hyperkeratosis of the nipple and areola. J Am Acad Dermatol 1985;13:596-8.
10. Perez-Izquierdo JM, Vilata JJ, Sancher JL, Gargallo E, Millan F, Aliaga A. Retinoic acid treatment of nipple hyperkeratosis. Arch Dermatol 1990;126:687-8.
11. Vestey JP, Bunney MH. Unilateral nevoid hyperkeratosis of the nipple: The response to cryotherapy. Arch Dermatol 1986;122:1360-1.
12. Ortonne JP. Naevoid hyperkeratosis of the nipple and areolae mammae. Ineffectiveness of tretinate therapy. Acta Derm Venereol 1986;66:175-7.
13. Godoy JM, Godoy MF, Batigalia F, Bralio DM. The association of Mondor's disease with protein S deficiency: a case report and review of literature. J Thromb Thrombolysis 2002;13:187-9.
14. Talhari C, Mang M, Megahed M, Ruzicka T, Stege H. Arch Dermatol 2005;141:800-1.
15. Cooper RA. Mondor's disease secondary to intravenous drug abuse. Arch Surg 1990; 125:807-8.
16. Catania S, Zurrida S, Veronesi P, Galimberti V, Bono A, Pluchinotta A. Mondor's disease and breast cancer. Cancer 1992;69:2267-70.
17. Azlina AF, Ariza Z, Arni T, Hisham AN. Chronic granu-

- lomatous mastitis: diagnostic and therapeutic considerations. *World J Surg* 2003;27:515-8.
18. Lapins J, Marcusson JA, Emtestam L. Surgical treatment of chronic hidradenitis suppurativa: CO₂ laser stripping-secondary intention technique. *Br J Dermatol* 1994;131:551-6.
 19. De Bandt M, Meyer O, Grossin M, Kahn MF. Lupus mastitis heralding systemic lupus erythematosus with antiphospholipid syndrome. *J Rheumatol* 1993;20:1217-20.
 20. Trattner A, Figer A, David M, Luire H, Sandbank M. Circumscribed scleroderma induced by postlumpectomy radiation therapy. *Cancer* 1991;68:2131-3.
 21. Davis D, Cohen P, McNeese M, Duvic M. Localized scleroderma in breast cancer patients treated with super-voltage external beam radiation: radiation port scleroderma. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35:923-7.
 22. Colver G, Rodger A, Mortimer P, Neill S, Hunter J. Postirradiation morphea. *Br J Dermatol* 1989;120:831-5.
 23. Treiber E, Goldberg NS, Levy H. Breast deformity produced by morphea in a young girl. *Cutis* 1994;54:267-8.
 24. Slavin S, Grupta S. Reconstruction of scleroderma of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1997; 99:1736-41.
 25. Falanga V, Medsger T. D-Penicillamine in the treatment of localized scleroderma. *Arch Dermatol* 1990;126:609-12.
 26. Chan YC, Valenti D, Mansfield AO, Stansby G. Warfarin induced skin necrosis. *Br J Surg* 2000; 87:266-72.
 27. Toprak Ö, Öğretmen Z, Altun Y, Aslan SL. Warfarine bağlı gelişen deri nekrozu. *T Klin Dermatoloji* 2004;14:50-4.
 28. Bauer KA. Coumarin-induced skin necrosis. *Arch Dermatol* 1993;129:766-8.
 29. Teepe RG, Broekmans AW, Vermeer BJ, Nienhuis AM, Loeliger EA. Recurrent coumarin-induced skin necrosis in a patient with an acquired functional protein C deficiency. *Arch Dermatol* 1986;122:1408-12.
 30. Young VL, Hertl MC, Murray PR, Jensen J, Witt H, Schorr MW. Microbial growth inside saline-filled breast implants. *Plast Reconstr Surg* 1997;100:182-96.
 31. Young VL, Hertl MC, Murray PRLambros VS. Paecilomyces variotti in contamination the lumen of a saline-filled breast implant. *Plast Reconstr Surg* 1995;96:1430-4.
 32. Malane MS, Grant-Kels JM, Feder HM, Luger SW. Diagnosis of Lyme disease based on dermatologic manifestations. *Ann Intern Med* 1991;114:490-8.
 33. Hovmark A, Asbrink E, Olsson I. The spirochetal etiology of lymphadenosis benigna cutis solitaria. *Acta Derm Venereol* 1986;66:479-84.
 34. Strle F, Maraspin V, Peterski-Rigler D, et al. Treatment of borreliac lymphocytoma. *Infection* 1996;24:80-4.