

Virginal Breast Hypertrophy and Symptomatic Treatment: A Case Report

Virjinal Meme Hipertrofisi ve Semptomatik Tedavi: Olgu Sunumu

Ebru Menekşe, Safa Önel, Faruk Karateke, Koray Daş, İlhan Bali, Hilmi Bozkurt, Selim Sözen, Mehmet Özdoğan
Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

ABSTRACT

Virginal breast hypertrophy is a rare benign disease. It is characterized by rapid and excessive growth of one or two breasts during peripubertal period. There is no specific treatment algorithm, subcutaneous mastectomy and prosthesis replacement, reduction mammoplasty, medical treatment with particularly tamoxifen are all recommended in the literature. Unfortunately, all treatment methods have some disadvantages in this patient group who have not completed their sexual and physical maturation. Although these treatments are usually required, it should be noted that spontaneous remission could rarely be seen in virginal hypertrophy. We aimed to present a case of virginal hypertrophy, in whom symptomatic treatment has been used and breast growth regressed spontaneously.

Key words: Breast, hypertrophy, adolescent gynecomastia, mammoplasty, mastectomy

ÖZET

Virjinal meme hipertrofisi nadir görülen benign bir hastalıktır. Peripubertal dönemde bir veya iki memenin hızlı ve aşırı büyümesiyle karakterizedir. Belirli bir tedavi algoritması yoktur, ancak literatürde subkutan mastektomi ve protez uygulaması, küçültme mamoplastisi, özellikle tamoksifen olmak üzere bazı medikal tedaviler önerilmektedir. Ne yazık ki seksüel ve fiziksel gelişimini tamamlamamış bu hasta grubunda tüm tedavilerin bazı dezavantajları vardır. Genellikle bu tedaviler gerekli olsa da virjinal hipertrofiye nadiren spontan remisyon görülebileceği unutulmamalıdır. Biz de bu olguda semptomatik tedavi uyguladığımız ve meme büyümesinin kendiliğinden durduğu virjinal hipertrofi olgusunu sunmayı amaçladık.

Anahtar sözcükler: Meme, hipertrofi, adölesan jinekomastisi, mamoplasti, mastektomi

Giriş

Virjinal meme hipertrofisi (VMH) ilk olarak 1669 yılında Durston tarafından bildirilmiştir (1). VMH bir veya iki memenin çok hızlı aşırı büyümesiyle karakterize, memenin nadir görülen benign bir hastalığıdır. Peripubertal dönemde, genellikle de menarştan önce bir veya iki yıl içinde görülür. Literatürde bildirilen VMH'lı olgular 10-24 yaşları arasındadır (2-6). Bu hastalık genellikle sporadiktir, nadiren konjenital anonişi ile ilişkili familial vakalarda bildirilmiştir (7, 8).

Virjinal meme hipertrofisinin kesin tedavisi bilinmemektedir. Önerilen tedavi yöntemleri; subkutan mastektomi silikon protez uygulaması, meme küçültme mamoplastisi, hormon tedavisi ve bu tedavilerin kombinasyonlarıdır (9). Ancak bu tedavilerin her biri seksüel ve fiziksel gelişimini tamamlamamış hasta grubu için bazı problemleri de beraberinde getirmektedir.

Biz bu olguda, nadir görülen bir durum olan meme büyümesinin kendiliğinden durduğu virjinal meme hipertrofisini ve uygulanan semptomatik tedavinin başarılı sonucunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

12 yaşında kadın hasta 2 ay içinde her iki memesinde hızlı büyüme, kızarıklık ve ağrı şikayetleri ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu ve kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde her iki memenin cildinde ileri boyut artışına bağlı olduğu düşünülen ödem, eritem, ısı artışı ve yüzeysel venlerde belirginleşme mevcuttu (Resim 1). Sağ memenin hacmi 1300 cc, sol memenin hacmi 1000 cc olarak ölçüldü. Bilateral meme ve aksilla muayenesinde başka patoloji saptanmadı. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Menarş yaşı 11'di. Son 3 aydır 28 günde bir, 6 gün süren düzenli menstrual siklus tarifliyordu. Meme ultrasonografik ve manyetik rezonans incelemesinde, her iki memede cilt ve cilt altı dokusunda kalınlaşma, glandüler hiperplazi izlendi ve her iki rapor da BIRADS 3 olarak yorumlandı. Abdominopelvik ultrasonografide patoloji saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde (hemogram, biyokimya, C-reaktif protein, hormon paneli, tiroid hormonları (sT3, sT4), tiroid uyarıcı hormon (TSH), follikül uyarıcı hormon (FSH), lüteinize edici hormon (LH), estradiol, progesteron,

*This case was presented at the 18th National Surgical Congress, 23-27 May 2012, İzmir, Turkey
Bu olgu, 18. Ulusal Cerrahi Kongresi'nde sunulmuştur, 23-27 Mayıs 2012, İzmir, Türkiye.*

Address for Correspondence/Yazışma Adresi:

Ebru Menekşe, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye
Phone / Tel.: +90 322 355 01 01 e-mail / e-posta: drebrumenekse@gmail.com

Received / Geliş Tarihi: 04.10.2012
Accepted / Kabul Tarihi: 03.12.2012



Resim 1. Virjinal hipertrofi olgu

total testosteron, prolaktin, dihidroepiandrosteron sülfat (DHEAS)) hastanın anemisi olduğu saptandı (Hb:10,9 ve Htc:32), diğer değerler normaldi. Hastaya meme elevasyonu, ılık pansuman, oral nonsteroid antiinflamatuar (NSAİ) tedavisi başlandı. Mevcut inflamasyon 1 hafta içerisinde geriledi. Hastaya uygulanabilecek cerrahi ve medikal tedavi yöntemlerinden bahsedildi. Aynı zamanda sadece takip edilmesi halinde hastalığının ilerleyebileceği ve bu tedavilere yine gereksinim olabileceği anlatıldı. Ancak şikayetleri azalan hasta kozmezisle ilgili ciddi bir endişesinin de bulunmadığı gerekçesiyle takipte kalmayı tercih etti. 2. ay ve 6. ay kontrollerinde meme volümü ölçülerek meme büyümesinin durduğu görüldü. Hastanın 6 ayda bir fizik muayene, boy ve kilo ölçümü, meme ultrasonografisi ve kifoz riskine karşı servikal, torakal, lomber grafileri ile takip edilmesi, eğer takiplerde rekürrens ve ek patoloji görülmezse cerrahi ve medikal tedavi için pubertal dönem sonrasında tekrar değerlendirilmesi planlandı.

Tartışma ve Sonuçlar

Kadın memesinin normal fiziksel gelişimi, organdaki tüm komponentlerin proliferasyonu ile 3-5 yıl içinde yavaş yavaş tamamlanır. Aksine, VMH'de normal gonadal hormon düzeylerine rağmen bir veya her iki memenin hızlı ve aşırı miktarda büyümesi söz konusudur (9).

Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber östrojene bağlı çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Bu teoriler içinde en popüler olanı normal östrojen düzeylerine rağmen son organ hipersensitivitesidir (3, 10).

Virjinal meme hipertrofinde patoloji meme ile sınırlıdır, vücutta başka herhangi bir deformite olmaksızın normal büyüme ve seksüel gelişim söz konusudur. Klinik olarak memenin hızlı büyümesi ve buna bağlı mastalji, sırt ve boyun ağrısı, meme yüzeysel venlerinin dilatasyonu, ciltte hiperemi, cilt ülserasyonları ve cilt nekrozu görülebilir. Bazen de ciddi psikolojik ve kozmetik rahatsızlıklara yol açabilir (8, 11-13).

Virjinal meme hipertrofisi (VMH) nadir görülen bir hastalıktır ve literatürde vaka sunumları olarak bildirilmiştir. Bu yüzden de kabul edilmiş belirli bir tedavi algoritması yoktur. Ancak önerilen medikal, cerrahi ve bunların kombinasyonları şeklindeki tedaviler söz konusudur (8).

Virjinal meme hipertrofisi (VMH) için uygulanan tedavi genelde cerrahidir. Bazen cerrahi tek başına yeterli olabilir, ancak özellikle küçültme mamoplastisi yüksek nüks oranı nedeniyle tartışılmaktadır. Subkutan mastektomi ve implant uygulaması ise tüm meme dokusu çıkarıldığı için rekürrensi en düşük cerrahi tekniktir. Ancak subkutan mastektominin estetik sonuçları küçültme mamoplastisine göre daha

az tatmin edicidir, hastanın laktasyon rezervi kalmamaktadır ve ömür boyu implant komplikasyonları ile karşı karşıyadır (3, 5, 7, 14).

Medikal tedavide tek başına veya küçültme mamoplastisinden sonra kullanılan ajanlar; tamoksifen, bromokriptin, medroksiprogesteron, danazol, didrogesteron, koryonik gonodotropin hormon ve tiroid özleri olmuştur. Bu tedavilerin birinin diğerine göre daha üstün olduğunu söylemek zordur. Tamoksifen ise bu ajanlar içerisinde en popüler olanıdır. Preoperatif olarak meme büyümesini durdurduğu ve postoperatif olarak da meme büyümesini inhibe ettiği belirtilmiştir. Ne yazık ki endometrial hiperplazi ve endometrial kanser riskini artırması, sıcak basması, venöz tromboz riskini artırması, kemik dansitesi değişiklikleri, kognitif fonksiyonları olumsuz etkilemesi ve depresyon gibi iyi bilinen yan etkileri kullanımını kısıtlamaktadır (3, 5, 7, 8, 10).

Virjinal meme hipertrofisi (VMH) için önerilen ve hiçbiri mükemmel olmayan bu tedavi seçenekleri gözden geçirilirken nadir de olsa spontan remisyon görülebileceği unutulmamalıdır (12). Literatürde bu ihtimale ve semptomatik tedaviye pek değinilmemiştir. Kliniğimizde takip ettiğimiz VMH hastasında cilt ülserleri ve cilt nekrozu olmaması nedeniyle öncelikle inflamasyona yönelik semptomatik tedavi başlandı. Tedaviye iyi yanıt alındı ve yaklaşık bir ay içinde de spontan olarak büyümenin durduğu gözlemlendi. Takiplerde spontan remisyon olmadı ancak hastanın hafif sırt ağrısı dışında belirgin bir fiziksel ve psikolojik şikayeti yoktu. Rekürrens gözlenmediği takdirde pubertal dönem ve fiziksel gelişim tamamlandıktan sonra hastanın rekonstrüksiyon için tekrar değerlendirilmesi planlandı. Postpubertal dönemde yapılacak rekonstrüksiyon ile estetik sonucun daha tatminkâr olacağı ve laktasyonu koruyabilen cerrahi bir işlemin uygulanabileceği düşünüldü.

Virjinal meme hipertrofisi (VMH) için önerilen medikal ve cerrahi tedavilere genellikle ihtiyaç duyulur. Ancak bu tedavilerin peripubertal dönemdeki olumsuz etkileri dikkate alındığında, meme büyümesinin kendiliğinden durması ve gerilemesi olasılığı göz ardı edilmemelidir. Bu olguda olduğu gibi, klinik durumu uygun bazı virjinal hipertrofi hastalarında ilk basamak olarak semptomatik tedavi uygulanabilir ve rekonstrüksiyon işlemi postpubertal döneme ertelenebilir.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients who participated in this case.

Author Contributions: Concept - E.M., S.Ö.; Design - E.M.; Supervision - S.Ö., M.Ö.; Funding - F.K., İ.B.; Materials - H.B.; Data Collection and/or Processing - H.B.; Analysis and/or Interpretation - E.M., F.K., K.D.; Literature Review -E.M., F.K., K.D., İ.B.; Writer - E.M. ; Critical Review - S.S., M.Ö.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastalardan alınmıştır.

Yazar Katkıları: Fikir - E.M., S.Ö.; Tasarım - E.M.; Denetleme - S.Ö., M.Ö.; Kaynaklar - F.K., İ.B.; Malzemeler - H.B.; Veri toplanması ve/veya işlemesi -H.B.; Analiz ve/veya yorum - E.M., F.K., K.D.; Literatür taraması - E.M., F.K., K.D., İ.B.; Yazıyı yazan - E.M.; Eleştirel İnceleme - S.S., M.Ö.

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

Kaynaklar

1. Sperling RL, Gold JJ. Use of an anti-estrogen after a reduction mammoplasty to prevent recurrence of virginal hypertrophy of breasts. Case report. *Plast Reconstr Surg* 1973; 52:439-442. (PMID: 4742276) [\[CrossRef\]](#)
2. Baker SB, Burkey BA, Thornton P, LaRossa D. Juvenile gigantomastia: presentation of four cases and review of the literature. *Ann Plast Surg* 2001; 46:517-525. (PMID: 11352426) [\[CrossRef\]](#)
3. Hoppe IC, Patel PP, Singer-Granick CJ, Granick MS. Virginal mammary hypertrophy: a meta-analysis and treatment algorithm. *Plast Reconstr Surg* 2011; 127:2224-2231. (PMID: 21617457) [\[CrossRef\]](#)
4. Fiumara L, Gault DT, Nel MR, Lucas DN, Courtauld E. Massive bilateral breast reduction in an 11-year-old girl: 24% ablation of body weight. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009; 62:263-266. (PMID: 18291739) [\[CrossRef\]](#)
5. Ağaoglu G, Özgür F, Erk Y. Unilateral virginal breast hypertrophy. *Ann Plast Surg* 2000; 45:451-453. (PMID: 11037172) [\[CrossRef\]](#)
6. Sagot P, Mainguené C, Barrière P, Lopes P. Virginal breast hypertrophy at puberty; a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 34:289-292. (PMID: 2311814) [\[CrossRef\]](#)
7. Koves IH, Zacharin M. Virginal breast hypertrophy of an 11-year-old girl. *J Paediatr Child Health* 2007; 43:315-317. (PMID: 17444838) [\[CrossRef\]](#)
8. Govrin-Yehudain J, Kogan L, Cohen HI, Falik-Zaccari TC. Familial juvenile hypertrophy of the breast. *J Adolesc Health* 2004; 35:151-155. (PMID: 15261644) [\[CrossRef\]](#)
9. Griffith JR. Virginal breast hypertrophy. *J Adolesc Health Care* 1989; 10:423-432. (PMID: 2681107) [\[CrossRef\]](#)
10. Ryan RF, Pernoll ML. Virginal hypertrophy. *Plast Reconstr Surg* 1985; 75:737-742. (PMID: 3983282) [\[CrossRef\]](#)
11. Güneş D, Mutafoğlu-Uysal K, Canda T, Saydam S, Cemeroglu AP, Olgun N. Unilateral juvenile (virginal) hypertrophy of the breast. *Turk J Pediatr* 2008; 50:278-281. (PMID: 18773676)
12. O'Hare PM, Frieden IJ. Virginal breast hypertrophy. *Pediatr Dermatol* 2000; 17:277-281. (PMID: 10990575) [\[CrossRef\]](#)
13. Gözü A, Yoğun F, Özsoy Z, Özdemir A, Özgürhan G, Tuzlalı S. Juvenile breast hypertrophy. *J Breast Health* 2010; 6:122-124.
14. Cardoso de Castro C, Aboudib JH, Salema R, Valladares B. Massive breast hypertrophy in a young girl. *Ann Plast Surg* 1990; 25:497-501. (PMID: 2073084) [\[CrossRef\]](#)