

MEME BAŞI VE AREOLANIN NEVOİD HİPERKERATOZU: OLGU SUNUMU Nevoid Hyperkeratosis of the Nipple and Areola: Case report

Nihal KILINÇ¹, Mehmet YALDIZ¹, Fahri YILMAZ², Sedat AKDENİZ³, Selver ÖZEKİNCİ⁴

Özet: Meme başı ve areolanın nevoid hiperkeratozu etyolojisi bilinmeyen nadir benign bir durumdur. Karakteristik özellikleri meme başı ve areolanın verrüköz kalınlaşması ile kahverengi renkte renk değişimidir. Mikroskopik incelemede hiperkeratoz, papillomatoz, akantoz ve keratotik plaklar izlendi ve nevoid hiperkeratoz tanısı kondu. Biz nadir görülen bu olguyu ilgili kaynakların ışığında tartışarak sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Keratozis, Meme başı

Abstract: Nevoid hyperkeratosis of the nipple and areola is a rare benign condition of unknown etiology, its characteristic properties are verrucous thickening and brownish discoloration of the nipple and areola. In microscopic examination, hyperkeratosis, papillomatosis and acanthosis with keratotic plugging were observed and nevoid hyperkeratosis was diagnosed. We discussed this rare condition in the light of current literature.

Key Words: Keratosis, Nipples

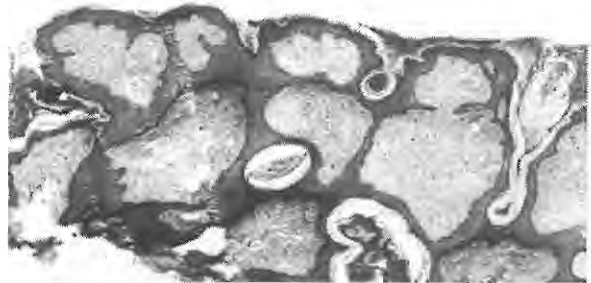
Meme başı ve areolanın nevoid hiperkeratozu etyolojisi bilinmeyen nadir benign bir durumdur. İlk kez 1923'te Tauber (Oberste-Lehn'nin yayınından alınmıştır) tarafından meme başı ve areolanın hiperkeratozu, meme başı ve areolanın kahverengi pigmentasyonu ve verrüköz kalınlaşması ile karakterize nadir görülen bir rahatsızlık olarak tanımlanmıştır (1). Sıklıkla kadınlarda yaşamın ikinci veya üçüncü on yılında görülür, genellikle bilateral olup, asemptomatiktir ve memenin fonksiyonlarını bozmaz fakat hasta üzerinde psikolojik ve kozmetik etki yapar. Hastalık gebelikte de gelişebilir ve genellikle gebelik sırasında daha belirgin hale geldiğinden dolayı etyolojide hormonal sebepler ileri sürülmüştür (2).

OLGU SUNUMU

29 yaşındaki bayan hasta, her iki meme başında şişlik ve renk değişimi nedeniyle cildiye polikliniğine başvurdu. 10 yıl önce lezyonun başladığını ve giderek tüm meme başı ile çevresine

yayıldığından şikayet ediyordu. Fizik muayenede her iki meme başı ve areolanın tamamını kapladığı ve verrüköz görünümünde kahverengimsi yer yer keratinize olmuş yumuşak lezyon izlendi. Lezyondan punch biyopsi alındı ve histopatolojik inceleme yapıldı.

Mikroskopik incelemede; hiperkeratoz, papillomatoz, akantoz ve keratotik plaklar içeren çok katlı yassı epitelle örtülü dokuda epitel altında yer yer yoğun mononükleer iltihabi hücre infiltrasyon izlendi. Olguya meme başı ve areolanın nevoid hiperkeratozu tanısı kondu (Resim 1,2).

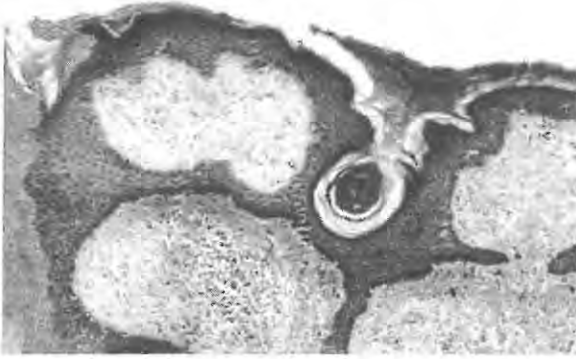


Resim 1. Hiperkeratoz, papillamatoz, akantoz ve keratotik plaklar görülmektedir (HE 100)

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi 21280 DİYARBAKIR
Patoloji. Y.Doç.Dr.¹, Doç.Dr.², Araş.Gör.Dr.⁴, Dermatoloji.
Y.Doç.Dr.³.

Tablo I. Farklı serilerde nevoid hiperkeratoz olguları

	Yaş	Cins	Lokalizasyon	Yerleşim yeri
Alpsoy ve ark.3	18 ve 23	kadın	Bilateral	Meme başı
Kuhlman ve ark.8	67 ve 75	erkek	Unilateral	Meme başı ve areola
Revart ve ark.9	15	kadın	Unilateral	areola
Marin-Bertolin ve ark.10	25	kadın	Bilateral	areola
Ortonne ve ark.11	38	kadın	Bilateral	Meme başı ve areola
D'Sousa ve ark.12	35	erkek	Unilateral	Meme başı ve areola
Olgumuz	29	kadın	Bilateral	Meme başı ve areola



Resim 2. Büyük büyütmede epitel altında mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu ve keratotik plak görülmekte (HE 200).

TARTIŞMA

Meme başı ve areolanın hiperkeratozu üç kategoriye ayrılmıştır. Birinci tip; meme başı ve areolanın hiperkeratozu verrüköz nevusun bir genişlemesidir. İkinci tip; iktiyozis ile birlikte olan meme başı ve areolanın hiperkeratozu genellikle bilateraldir ve her iki cinsten görülür. Bu tip genellikle iktiyozis, lenfoma, akantozis nigrikans ve Darier hastalığı durumunda meydana gelir. Üçüncü tip; nevoid formdur. Yaşamın ikinci veya üçüncü on yılında bilateral olarak görülür (3). Bazı uzmanlara göre nevoid form pubertede, gebelikte ve östrojen tedavisi alan prostat adenokarsinomlu erkeklerde

görülmür (4). Bu tipte üç alt grup vardır. Birinci tip; meme başı ve areolanın idiopatik hiperkeratozisi. İkinci tip; meme başının idiopatik hiperkeratozisi. Üçüncü tip; areolanın idiopatik hiperkeratozisi. Bu tipte areolayı kalın, hiperpigmente ve papiller çıkıntılar örter (9).

Literatürde; 19 meme başı hiperkeratozu rapor edilmiş ve bunlardan sadece iki tanesinin erkek olduğu bildirilmiştir (2,4). Schwartz (4) 66 yaşındaki prostat adenokarsinomlu hastanın dietilbesterol ile beş yıllık tedavisinden sonra meme başında ve areolasında bilateral kalınlaşma ve hiperpigmentasyon geliştiğini rapor etmiştir. Emziren kadınlarda da meme başında nevoid formda hiperkeratozis geliştiği rapor edilmiştir ve bu nedenlerle östrojen ile bu lezyon arasında bir ilişki olabileceği ileri sürülmüştür. Ayrıca Rodallec ve ark. (6), gebelik sırasında tek taraflı hiperkeratozis gelişen bir hasta bildirmişlerdir.

Mehregan ve Rahbari (2) 1977 yılında iki vaka rapor etmişler ve daha önce rapor edilen 13 vakayı gözden geçirmişlerdir. Rapor edilen vakaların çoğu kadın olup bunların kortikosteroid krem ve keratolitik ajanların topikal uygulamalarına iyi yanıt vermediğini tesbit etmişlerdir.

Nevoid hiperkeratozda görülen histopatolojik bulguların benzeri akantozis nigrikans da görülmektedir. Bu nedenle özellikle meme başı ve

areoladaki lezyonlarda bu iki rahatsızlığı histopatolojik olarak ayırmak zor hatta imkansız olabilir. Ayrım daha çok klinik görünüm, lokalizasyon ve hormonal dengesizliğinin olmaması temeline dayanır (5).

Meme başı ve areolanın nevoid hiperkeratozisinin iktiyosiz ve human papilloma virusu ile ilişkili olduğu düşünülüp epidermal nevusun bir uzantısı olduğu şeklinde vakalar vardır (2,7). Bizim olgumuz yukarıda bahsedilen bulgulara sahip değildi.

Nevoid hiperkeratoz genellikle kadınlarda bilateral, meme başı ve areolada yaşamın ikinci veya üçüncü on yılında daha sık izlenmektedir. Çeşitli yazarlar tarafından meme başı nevoid hiperkeratozu ile ilgili yaş, cins, lokalizasyon ve yerleşim yeri hakkındaki özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Nevoid hiperkeratozun tedavisinde farklı ajanlar kullanılmasına rağmen en iyi sonuçlar topikal retinoik asit tedavisi ve kriyoterapi ile olmaktadır. Yanıt alınamadığı vakalarda cerrahi tedavi gerekli olabilir. Bizim hastamız şu anda topikal retinoik asit kullanmaktadır.

Sonuç olarak; meme başı ve areolada nadir görülen böyle bir antitenin varlığına dikkat çekilerek çeşitli özellikleri sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Oberste-Lehn H: *Hyperkeratosen im bereish von mamille und areola, haut Geschlechtskr*, 1950;8:388-393.
2. Mehregan AH, Rahbari H: *Hyperkeratosis of nipple and areola*, *Arch Dermatol*, 1977;113:1691-1692.
3. Alpsoy E, Yılmaz E, Akyol A: *Hyperkeratosis of the nipple: Report of two cases*. *J Dermatol* 1997;24:43-45.
4. Schwartz RA: *Hyperkeratosis of nipple and areola*. *Arch Dermatol* 1978;114:1844-1845.
5. Schwartz RA: *Acanthosis nigricans, florid cutaneous papillomatosis and the sigh of Leser-Trelat*. *Cutis*. 1981;28:319-334.
6. Rodallec J, Morel P, Guilaine G, et al: *Hyperkeratoze de l'areola mammaire unilaterale recidivante chez une femme enceinte*. *Ann Dermatol Venereol* 1978;105:527-528.
7. Gissman L, Zur Hausen H: *Human papilloma virus DNA: physical mapping and genetic heterogeneity*. *Proc Natl Acad Sci USA* 1976;73:1310-1313.
8. Kuhlman DS, Hodge SJ, Owen LG: *Hyperkeratosis of the nipple and areola*. *J Am Acad Dermatol* 1985;13:596-598.
9. Revart A, Banuls j, Montesinos E, et al: *Nevoid hyperkeratosis of the areola*. *Int J Dermatol* 1993;32:745-746.
10. Marin-Bertolin S, Gonzalez-Martinez R, et al: *Plast Reconstr Surg. Nevoid hyperkeratosis of the areola*. 1998;102:275-276.
11. Ortonne JP, El Baze P, Juhlin L: *Nevoid hyperkeratosis of the nipple and areola mammae: Ineffectiveness of Etretnate therapy*. *Acta Derm Venereol*. 1986;66:175-177.
12. D'Sousa M, Gharami R, Ratnakar C, et al: *Unilateral nevoid hyperkeratosis of the nipple and areola*. *Int J Dermatol*. 1996;35:602-603.