



Olgu Sunumu

Eş Zamanlı Poland Sendromu ve Jinekomasti: Olgu Sunumu

Erkan Yüce,¹ Selami Serhat Şirvan,² Işıl Akgün Demir,² Hikmet Ihsan Eren,² Semra Karşıdağ²

¹Kırıkkale Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Kırıkkale

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Özet

Jinekomasti ve Poland sendromunun aynı hastada bulunması oldukça nadir görülen bir durumdur. Poland sendromu etkilediği tarafta yumuşak doku rekonstrüksiyonu gerektirir; jinekomasti meme dokusu redüksiyonunu gerektirir. Bu tip vakalarda farklı yöntemler birlikte kullanılarak simetri sağlanmaya çalışılmalıdır.

29 yaşında erkek hasta göğüs bölgesindeki asimetri nedeniyle tarafımıza başvurdu. Yapılan değerlendirme sonucu sağ taraflı Poland sendromu ve sol taraflı jinekomasti tanısı konulan hastaya asimetrisini düzeltmek amacıyla sol meme küçültme ve sağ meme-ye yağ grefti uygulandı.

Birbirine zıt bu iki durumun aynı hastada görülmesi her iki durumu olduğundan daha dramatik hale getirirse de doğru yapılan bir planlama ve uygun tekniklerin seçilmesi ile simetriyi sağlamak mümkündür.

Anahtar sözcükler: Jinekomasti; meme küçültme; poland sendromu; yağ grefti.

Atf için yazım şekli: "Yüce E, Şirvan SS, Demir IA, Eren HI, Karşıdağ S Coexistence of Gynecomastia and Poland syndrome: Case Report. Med Bull Sisli Etfal Hosp 2019;53(3):314-317".

Aynı hastada jinekomasti ve Poland Sendromu görülmesi çok nadir bir durumdur. Literatürde bu duruma sahip farklı yayınlarda olmak üzere 3 vakadan bahsedilmektedir.^[1-3] Bu iki göğüs duvarı deformitesi, farklı etiyolojik sebeplerden kaynaklanır.

Poland sendromu yaklaşık 170 yıl önce Sir Alfred Poland tarafından tanımlanmıştır.^[4] İnsidansı 1/30000 olarak bildirilmiştir.^[5] Bu sendrom genellikle sporadik ortaya çıkar; fakat %1'in altında ailesel ilişki görülmektedir.^[3] Genellikle unilateraldir, sağ tarafı ve erkek cinsiyeti daha çok etkiler. Etkilenen tarafta pektoralis major ve minör kasları, meme, nipple areola kompleksi, subkutan doku ve aksiller kılların hipoplazisi veya aplazisi görülür. Bunlarla birlikte göğüs duvarı ve üst ekstremitte anomalileri de görülmektedir.^[4-6] Poland tanısı koyulabilmesi için hastanın pektoral kasının

etkilenmesi dışında 1 veya daha fazla diğer özelliklerden olması gerekir. Beraberinde vücudun başka bölgelerinde sıklıkla anomaliler görülür. Ribeiro et al.^[7] çalışmasında Poland sendromunu hafif, ağır ve çok ağır olmak üzere 3 grupta sınıflandırmıştır (Tablo 1).

Jinekomasti erkeklerdeki en sık meme hastalığıdır. Memedeki stromal ve duktal elemanların benign artışı ile oluşur. İnsidansı %32 ile 36 arasında değişmektedir ve otopsi serilerinde %40 olarak bildirilmiştir.^[8] Ayırıcı tanıda pseudojinekomasti, meme kanseri, hipogonadizm, hiperprolaktinoma, lenfanjiomlar düşünülmesi gereken hastalıklardır. İdiyopatik jinekomastinin dolaşımdaki androjen azalması, östrojen artışı ve ya androjen reseptörlerindeki defekte bağlı fizyolojik cevap olarak geliştiği düşünülmektedir. Rohrich et al.^[8] çalışmasında jinekomastiyi 4 evrede sınıflandırmıştır (Tablo 2).

Yazışma Adresi: Işıl Akgün Demir, MD. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sisli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Turkey

Telefon: +90 535 399 87 36 **E-posta:** isilakgundemir@gmail.com

Başvuru Tarihi: 14.06.2017 **Kabul Tarihi:** 21.08.2017 **Online Yayımlanma Tarihi:** 28.08.2019

©Telif hakkı 2019 Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni - Çevrimiçi erişim www.sislietfaltip.org

OPEN ACCESS This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



Tablo 1. Poland sendromunun klinik ve radyolojik sınıflaması

Derecesi	Memedeki değişiklikler	Kas-iskelet ilişkili göğüs değişiklikleri	İpsilateral superior ekstremitte değişiklikleri	Diğer konjenital değişiklikler
Birinci (hafif)	Amasti; hipomasti veya areolar asimetri	Yok veya pektoralis majör kasının kısmi yokluğu	Yok	Görülebilir
İkinci (ciddi)	Hipomasti veya amasti; areolar asimetri	Pektoralis majör kasının total yokluğu; ipsilateral göğüste kas ve/veya kemiklerin farklı derecelerde değişiklikleri	Yok ya da minimal değişiklikler	Görülebilir
Üçüncü (ileri derece)	Amasti; areolar asimetri	Değişken belirtiler	Var	Görülebilir

Bu iki durumun birlikte görülmesi her iki deformitenin daha dramatik görünmesine sebep olmaktadır ve rekonstrüksiyonda kompleks bir cerrahi yaklaşım gerektirmektedir. Bu olguda Poland Sendromu ile birlikte jinekomasti görülen hastada iki deformiteye eş zamanlı yaklaşımımız bildirilmektedir.

Olgu Sunumu

29 yaşında, normal vücut kitle indeksine sahip erkek hasta, göğsündeki asimetrik görünüm nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde söz konusu asimetrinin sol taraftaki hipertrofik meme dokusu ve sağ tarafta gelişim göstermeyen meme dokusundan kaynaklandığı görüldü (Şekil 1, 2). Sağ memede doğuştan itibaren gelişme geriliği görülürken, sol memede puberte sonrasında fazla gelişme olduğu öğrenildi. Meme başı seviyeleri arasında vertikal aksta belirgin asimetri izlendi. Sol taraftaki meme hipertrofisi Rochrich et al. çalışmasına göre 3. derece jinekomasti olarak değerlendirildi.^[8] Hastada sağ taraftaki meme agenezisinin Poland sendromunu düşündürmesi üzerine hastaya çekilen toraks manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sağ pektoral kasın sternal başının olmadığı saptandı. Hastada Poland sendromu ile beraber görülebilen ek üst ekstremitte ve göğüs ön duvar anomalisi saptanmadı ve Riberio et al.^[7] çalışmasına göre hafif derece Poland Sendromu olarak değerlendirildi. Jinekomasti etiyojisi açısından, hastanın endokrinoloji konsültasyonu

doğrultusunda taramaları yapıldı ve herhangi bir hormonal bozukluk saptanmadı. Yapılan meme ultrasonunda herhangi bir kitleye rastlanmadı. Hastanın rutin ilaç kullanımı ve marijuana kullanımı olmadığı, sosyal içicilik düzeyinde alkol tüketimi olduğu öğrenildi. Jinekomastinin idiyopatik nedeni olduğu belirlendi.

Hastaya asimetrinin düzeltilmesi amacıyla operasyon önerildi. Hastanın onayı alınarak sol memeye mastektomi, sağ memeye yağ enjeksiyonu yapılması planlandı. Sol aerola inferiorunda planlanan semilunar insizyon hattından girilerek meme yağ ve gland dokularından uygun kontürü sağlayacak şekilde rezeksiyon yapıldı. Abdominal alana 1000 ml izotonik, 100 ml %1'lik lidokain, 1 ml 1:1000'lik adrenalin ile hazırlanan tümesan solüsyon infiltrasyonu yapıldı. Liposuction standart Coleman tekniği ile yapıldı. 2 mm çaplı yağ aspirasyon kanülü ve Luer Lock 10 cc'lik enjektörler aracılığı ile yağ greftleri alındı. Alınan materyal yer çekimi etkisiyle ayrıştırılarak 75 cc yağ grefti elde edildi. Yağ greftleri sağ pektoral alana uygun konturu oluşturacak şekilde subkutan doku ve pektoral fasya altı planlara infiltre edildi ve operasyon sonlandırıldı. Operasyon sonrası 6 ay sonra yağ greftlerinin kısmi rezorbe olması nedeniyle tekrar operasyon planlandı. Önceki operasyonla aynı teknikle abdomenden elde edilen 125 cc yağ grefti uygun kontürü ve simetriyi sağlayacak şekilde enjekte edildi (Şekil 3, 4). Operasyonlar sonrasında herhangi komplikasyona rastlanmadı ve hasta ertesi gün taburcu edildi. Takiplerinde hastaya nipple areola kompleks asimetrisini düzeltme amacıyla operasyon önerildi; ancak hasta ek bir müdahaleyi kendi isteği ile reddetti.

Tartışma

Jinekomasti tedavisi standart bir protokole uyulmadan hasta bazında planlanmalıdır. Gland veya yağ dokusunun yoğunluğu kadar cilt fazlalığının olup olmadığı da tedavi yaklaşımını etkileyen önemli bir faktördür. Yapılan değerlendirmeler sonucunda meme dokusunun eksizyonu, lipo-

Tablo 2. Rohrich ve arkadaşlarının jinekomasti sınıflaması

I. derece	Minimal hipertrofi (<250 g meme dokusu) pitoz olmaksızın I A. Glandüler yapıda I B. Fibröz yapıda
II. derece	Orta derece hipertrofi (250-500 g meme dokusu) pitoz olmaksızın II A. Glandüler yapıda II B. Fibröz yapıda
III. derece	Ciddi hipertrofi (>500 g meme dokusu) I. derece pitoz ile beraber
IV. derece	Ciddi hipertrofi II. veya III. derece pitoz ile beraber

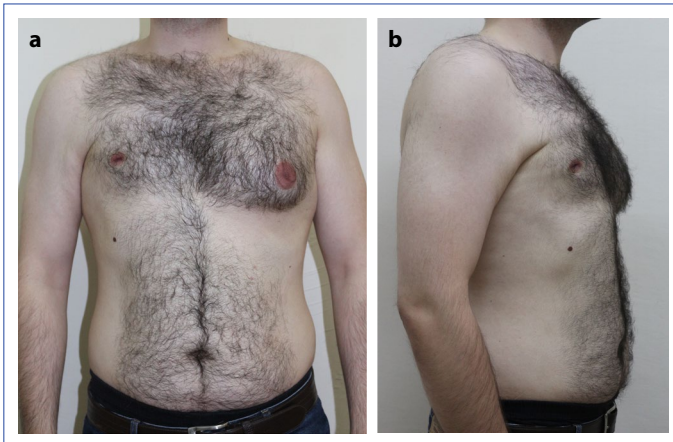


Figure 1. (a) Preoperatif anterior görünüm. **(b)** Preoperatif oblik görünüm.

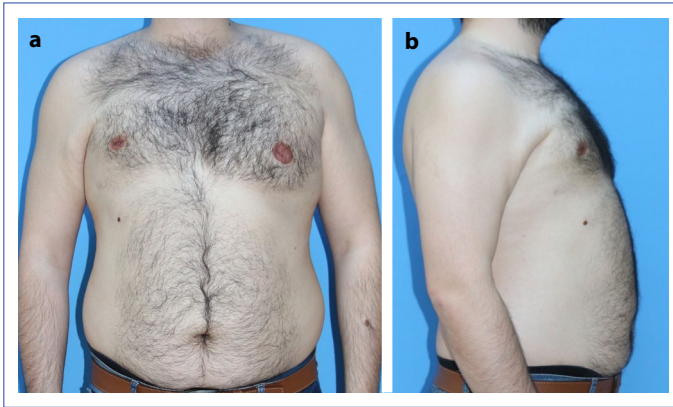


Figure 2. (a) Postoperatif anterior görünüm. **(b)** Postoperatif oblik görünüm.

suction veya iki yöntemin kombinasyonu tercih edilebilir.^[9] Liposuction yağ dokusu fazla olan jinekomastilerde tek başına yeterli olabilirken, gland dokusunun daha yoğun olduğu vakalarda eksizyon yapılması daha iyi sonuçlar vermektedir.^[8] İleri derece jinekomastilerde ise Lejour mastopeksi^[8, 9] gibi yöntemlerle redüksiyon sağlanan olgular bulunmaktadır. Ayrıca liposuction uygulanan olgularda rezidüel meme dokusuna yönelik uygulanan pull through yöntemi de kullanılabilir.^[10] Hastamızda gland dokusunun daha yoğun bulunması nedeniyle areolar insizyon aracılığıyla mastektomi tercih edilmiştir.

Poland sendromu rekonstrüksiyonundaki temel amaç kontralateral göğüs duvarı ve meme kontürünün sağlanmasıdır. Kontür simetrisiyle beraber meme ucu simetrisine de dikkat edilmelidir ve sendromun derecesine göre kosta rekonstrüksiyonu da planmaya dahil edilmelidir. Erkek hastalarda tedavi seçenekleri arasında implant veya otolog doku ile rekonstrüksiyon bulunmaktadır.^[6-11]

İmplantlar kişiye özel tasarlanabilir veya rektangüler ve

çeşitli boylarda hazır formları kullanılabilir.^[12, 13] Ancak tüm implant kullanılan vakalarda olduğu gibi komplikasyon oranı otolog doku ile rekonstrüksiyona göre daha fazladır. Otolog dokular ile rekonstrüksiyonda ise yağ greftleri, pediküllü flepler veya serbest flep seçenekleri bulunmaktadır. Genellikle pediküllü latissimus dorsi flebi tercih edilmekle beraber transvers musküklokutanöz grasilis flebi,^[14] antero-lateral uyluk flebi^[15] de cerrahın isteğine göre diğer seçenekler arasında değerlendirilebilir.

İlk yağ grefti uygulaması 1895 yılında Czerny tarafından bildirilmiştir. Sırttan alınan lipomatöz doku meme augmentasyonunda kullanılmıştır.^[16] Coleman yağ grefti uygulamalarını popülerize etmiştir.^[17, 18] Yumuşak doku augmentasyonu yöntemi olarak yağ grefti uygulamaları yüzde, memede, gluteal bölgede, ellerde ve skarların altında yaygın olarak kullanılmaktadır.^[17] Yağ grefti uygulaması, komplikasyon görülme olasılığı, uygulama süresi ve işlem kolaylığı açısından oldukça ideal bir yöntemdir. Memeye yönelik yağ grefti uygulamaları zamanla artmaktadır. Düşünülenin aksine güvenli ve etkili bir yöntem olduğu bildirilmektedir.^[19] Memeye yağ enjeksiyonları sonrasında görülebilecek komplikasyonlar, palpabl endurasyon ve nodül oluşumu, derin ve yüzeysel enfeksiyonlar, his kaybı, ağrı, hematom, sepsis, anormal meme sekresyonu, pnömotoraks ve yağ nekrozudur.^[20, 21] Memeye yağ enjeksiyonu sonrasında radyolojik değişiklikler görülme oranı 1 yıl sonra %13 olarak bildirilmiştir ve memeye yönelik diğer cerrahi girişimlerle karşılaştırıldığında anlamlı bir fark yoktur.^[20] Veber et al.^[22] çalışmasına göre yağ enjeksiyonu, şüpheli bir radyolojik değişikliği ayırt etmekte güçlük oluşturmamaktadır. Poland sendromu tedavisinde de yağ enjeksiyonları sıklıkla yer bulmaktadır.^[6, 11, 21] Kendi olgumuzda da olduğu gibi abdominal alana uygulanacak liposuction ile edilen yağ dokusunun çeşitli yöntemlerle ayrıştırılmasıyla elde edilen greftlerin, kontralateral göğüs duvarı ve meme simetrisini sağlayacak şekilde infiltre edilmesi tatmin edici bir sonuç vermektedir. Pinsolle et al. çalışmasına göre simetrinin yakalanması için gereken infiltrasyon miktarı 25-200 cc arasında değişmektedir.^[21] Genellikle birden fazla seansa istenen simetriye ulaşılabilir. Tek taraflı 3. derece jinekomastisi olan olgumuzda meme dokusu rezeksiyonu sonrası istenen kontür toplam 200 cc yağ grefti uygulanması ile sağlanmıştır. Jinekomasti öyküsü olmayan olgularda hastanın kontralateral pektoral bölgesi direkt olarak baz alınabilir; ancak bizim olgumuza benzer durumlarda, mutlaka jinekomastisi olan memede istenen küçülme sağlandıktan sonra yağ enjeksiyonu miktarı belirlenmelidir. Yağ grefti uygulaması tek başına yeterli olabildiği gibi, implant veya flep ile rekonstrüksiyonu desteklemek ve minör rezidüel kontür deformitelerini gidermek için de kullanılabilir.

Açıklamalar

Bilgilendirilmiş onam: Olgu sunumunun ve eşlik eden görüntülerin yayınlanması için hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Hakemli: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Yazarlık Katkıları: Konsept – E.Y., S.S.Ş., S.K.; Tasarım – E.Y., S.S.Ş., H.İ.E., I.A.D.; Kontrol – S.S.Ş., S.K.; Materyal – E.Y., S.S.Ş., H.İ.E., I.A.D.; Veri toplama ve/veya işleme – E.Y., S.S.Ş., H.İ.E., I.A.D.; Analiz ve/veya yorumlama – E.Y., S.S.Ş., I.A.D.; Kaynak taraması – E.Y., S.S.Ş., H.İ.E., I.A.D.; Yazan – E.Y., I.A.D.; Kritik revizyon – S.S.Ş., S.K.

Kaynaklar

- Altıntoprak F, Gundogdu K, Ergonenc T, Dikicier E, Cakmak G, Celebi F. Retrospective review of pilonidal sinus patients with early discharge after Limberg flap procedure. *Int Surg* 2014;99:28–34.
- Hap W, Frejlich E, Rudno-Rudzińska J, Kotulski K, Kurnol K, Hap K, et al. Pilonidal sinus: finding the right track for treatment. *Pol Przegl Chir* 2017 28;89:68–75.
- Yildiz T, Elmas B, Yucak A, Turgut HT, Ilce Z. Risk Factors for Pilonidal Sinus Disease in Teenagers. *Indian J Pediatr* 2017;84:134–8.
- Afşarlar CE, Yılmaz E, Karaman A, Karaman I, Özgüner IF, Erdoğan D, et al. Treatment of adolescent pilonidal disease with a new modification to the Limberg flap: symmetrically rotated rhomboid excision and lateralization of the Limberg flap technique. *J Pediatr Surg* 2013;48:1744–9.
- Karydakis GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg* 1992;62:385–9.
- Carnali M, Ronchi R, Finocchi L, Spuri Capesciotti S, Paggi B. Retrospective study on the use of negative pressure wound therapy in the treatment of pilonidal cysts (sinus pilonidalis) operated on using an open technique or complicated by dehiscence of the surgery site through sepsis. *Acta Vulnologica* 2016;14:24–39.
- Cubukçu A, Gönüllü NN, Paksoy M, Alponat A, Kuru M, Özbay O. The role of obesity on the recurrence of pilonidal sinus disease in patients, who were treated by excision and Limberg flap transposition. *Int J Colorectal Dis* 2000;15:173–5.
- Bradley L. Pilonidal sinus disease: a review. Part one. *J Wound Care* 2010;19:504–8.
- Arda IS, Güney LH, Sevmiş S, Hiçsönmez A. High body mass index as a possible risk factor for pilonidal sinus disease in adolescents. *World J Surg* 2005;29:469–71.
- Akinci OF, Bozer M, Uzunköy A, Düzgün SA, Coşkun A. Incidence and aetiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. *Eur J Surg* 1999;165:339–42.
- Bolandparvaz S, Moghadam Dizaj P, Salahi R, Paydar S, Bananzadeh M, Abbasi HR, et al. Evaluation of the risk factors of pilonidal sinus: a single center experience. *Turk J Gastroenterol* 2012;23:535–7.
- Saber A, Bayumi EK. Sacrococcygeal Pilonidal Sinus Disease. In: *Recent Clinical Techniques, Results, and Research in Wounds*. Springer, Cham; 2017. p. 1–16.
- Chamberlain JW, Vawter GF. The congenital origin of pilonidal sinus. *J Pediatr Surg* 1974;9:441–4.
- Onder A, Girgin S, Kapan M, Toker M, Arıkanoglu Z, Palanci Y, et al. Pilonidal sinus disease: risk factors for postoperative complications and recurrence. *Int Surg* 2012;97:224–9.
- Doll D, Matevosian E, Wietelmann K, Evers T, Kriner M, Petersen S. Family history of pilonidal sinus predisposes to earlier onset of disease and a 50% long-term recurrence rate. *Dis Colon Rectum* 2009;52:1610–5.
- Kayadibi A, Hasanoğlu A, Akkuş MA. The relationship between occupation, age, sex, body mass index and pilonidal sinus disease. *Turkish Med J* 2007;1:123–7.
- Brown J, Farquhar C, Lee O, Toomath R, Jepson RG. Spironolactone versus placebo or in combination with steroids for hirsutism and/or acne. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;CD000194.
- Youssef AT. The value of superficial parts and endoanal ultrasonography in evaluating pilonidal disease and exclusion of perianal sepsis. *J Ultrasound* 2015;18:237–43.