

Mammae accessoria: Jaringan payudara supernumerari pada perempuan sehat

Stefanny Sartono^{1,*}, Raden Mas Soerjo Adji², Yonathan Adi Purnomo³

¹ Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia

² Bagian Bedah RS Bhayangkara TK II, Semarang, Indonesia

³ Bagian Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia

*korespondensi email: stefanny.406242058@stu.untar.ac.id

Naskah masuk: 23-07-2025, Naskah direvisi: 28-08-2025, Naskah diterima untuk diterbitkan: 12-10-2025

ABSTRAK

Mammae accessoria atau polimastia merupakan kelainan kongenital akibat kegagalan regresi jaringan mammae pada garis susu selama embriogenesis sehingga menghasilkan jaringan payudara ektopik dan paling sering terletak di aksila. Prevalensinya pada wanita berkisar 1–6%. Diagnosis sering terlambat, terutama bila tanpa disertai adanya puting-areola, dan bisa dianggap sebagai lipoma atau limfadenopati. Laporan kasus ini bertujuan menyoroti pentingnya mempertimbangkan polimastia dalam diagnosis diferensial dan menambah literatur mengenai kondisi yang jarang terjadi ini. Kasus terjadi pada seorang perempuan berusia 35 tahun dengan benjolan di aksila dekstra yang membesar dan nyeri, terutama saat aktivitas. Pemeriksaan menunjukkan jaringan glandular tanpa tanda keganasan. Eksisi massa dilakukan dan dikonfirmasi melalui pemeriksaan histopatologi sebagai *mammae accessoria* tanpa puting atau areola. Literatur menunjukkan bahwa polimastia dapat mengalami perubahan patologis seperti mastitis, fibroadenoma, bahkan karsinoma, sehingga penting untuk diagnosis dan penanganan yang tepat. Tindakan eksisi bedah dilakukan untuk mencegah komplikasi dan memperbaiki estetika. Kasus ini menambah bukti bahwa polimastia harus dipertimbangkan dalam evaluasi massa di daerah aksila.

Kata kunci: *mammae accessoria; polimastia; payudara supernumerari; massa aksila*

ABSTRACT

Mammae accessoria or polymastia is a congenital disorder resulting from the failure of the regression of the breast tissue on milk line during embryogenesis, which results in ectopic breast tissue, most often in the axillary. Its prevalence in women ranges from 1–6%. Diagnosis is often late, especially when without a nipple-areola, and can be mistaken for lipoma or lymphadenopathy. This case report aims to highlight the importance of considering polymastia in differential diagnosis and add to the literature on this rare condition. Case: a 35-year-old woman with a lump in her right armpit that enlarges and hurts, especially during activity. Examination showed glandular tissue without signs of malignancy. Mass excision was carried out and confirmed by histopathological examination as mammae accessoria. This case is in accordance with the Kajava Type IV Classification, which is glandular tissue without nipples or areola. The literature shows that polymastia can undergo pathological changes such as mastitis, fibroadenoma, and even carcinoma, making it important for proper diagnosis and treatment. A surgical excision is done to prevent complications and improve aesthetics. This case adds to the evidence that polymastia should be considered in the evaluation of an axillary mass.

Keywords: *mammae accessoria; polymastia; supernumerary breast; axillary mass*

PENDAHULUAN

Mammae accessoria merupakan kondisi medis yang menggambarkan keberadaan jaringan payudara berjumlah lebih dari dua buah pada individu manusia. Keadaan ini juga dikenal sebagai *mammae supernumeraria*, *mammae ektopik*, *mammae aberrans*, atau polimastia. Jaringan payudara tambahan tersebut memiliki potensi untuk mengalami perubahan patologis, baik yang bersifat jinak maupun ganas, sebagaimana jaringan payudara normal.¹⁻⁴ Jaringan payudara ektopik dapat muncul di mana saja di sepanjang garis susu, dari aksila hingga inguinal.^{4,5} Secara terminologis, jaringan payudara ektopik merupakan istilah umum yang mencakup baik *mammae accessoria* maupun *jaringan payudara aberrans*. *Mammae accessoria* biasanya ditemukan di sepanjang *milk line*, yaitu garis embriologis yang membentang secara bilateral dari lipatan aksila anterior hingga ke regio inguinal dan bagian medial paha. Sementara itu, *jaringan payudara aberrans* didefinisikan sebagai kumpulan jaringan payudara yang terletak secara ektopik, umumnya berdekatan dengan payudara normal. Jaringan ini merupakan fragmen tambahan dari parenkim payudara yang berada di luar batas anatomis kelenjar utama. Berbeda dengan *mammae accessoria*, jaringan *aberrans* tidak memiliki sistem duktus atau sekresi yang

terorganisasi.⁶

Perkembangan kelenjar payudara bermula di tahap awal kehidupan embrionik sebagai penebalan jaringan ektodermal. Pada usia kehamilan sekitar minggu ke-6, terbentuk sepasang struktur yang dikenal sebagai garis susu (*mammary ridge*), yang merupakan hasil penebalan ektodermal bilateral dan memanjang dari regio aksila hingga ke regio inguinal pada sisi lateral tubuh embrio. Struktur ini menandai lokasi potensial dari tonjolan *mammae* embrionik. Sebagian besar tonjolan pada garis susu nantinya akan mengalami regresi atau involusi, kecuali dua segmen di daerah toraks anterior, yang akan berdiferensiasi menjadi payudara definitif. Bila salah satu tonjolan tersebut gagal mengalami involusi, maka dapat terbentuk jaringan *mammae* tambahan atau *mammae accessoria* di sepanjang jalur garis susu tersebut.^{7,8} **(Gambar 1)**

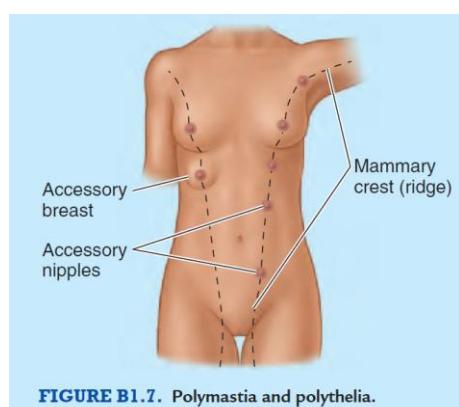


FIGURE B1.7. Polymastia and polythelia.

Gambar 1. Gambar menunjukkan garis susu (*milk line*) dengan kelainan *mammae accessoria* (polimastia) dan puting tambahan (polythelia) yang berkembang disepanjang garis tersebut⁵

Prevalensi jaringan *mammae accessoria* dilaporkan dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain jenis kelamin, ras, faktor genetik (*herediter*), serta distribusi geografis. Insidensi kondisi ini pada populasi umum bervariasi, dengan kisaran antara 0,22% hingga 6%.⁷ Prevalensinya diperkirakan antara 1% hingga 6% pada wanita, dengan lokasi paling umum di aksila.^{9,10} Pada umumnya, pasien tidak menyadari keberadaan jaringan *mammae accessoria* hingga terjadi perubahan fisiologis tertentu, misal karena masa pubertas.¹¹ Jaringan tersebut dapat menjadi lebih menonjol dan tampak jelas selama fase menarke, masa kehamilan, atau periode laktasi akibat respons terhadap stimulasi hormonal. Manifestasi klinis yang mungkin timbul meliputi rasa nyeri (*mastalgia*), keluarnya sekret berupa air susu dari jaringan tersebut (*galaktore*), serta iritasi lokal pada kulit di sekitar area yang terdampak.¹²

Sebagian besar kasus *mammae accessoria* tidak menimbulkan gejala sebelum masa pubertas. Namun, kondisi ini tetap memerlukan pemantauan secara berkala melalui pemeriksaan radiologis, mengingat jaringan tersebut memiliki potensi untuk mengalami perubahan patologis serupa dengan jaringan mammae normal, termasuk inflamasi (*mastitis*), kelainan fibrokistik,

maupun transformasi neoplastik seperti karsinoma.¹³

Artikel ini melaporkan suatu kasus yang jarang terjadi, yakni keberadaan *mammae accessoria unilateral* di regio aksila pada seorang perempuan berusia 35 tahun. Massa tersebut mengalami pembesaran disertai nyeri setelah proses persalinan. Seringkali kondisi ini dapat membungkungkan diagnostik dengan kelainan lainnya yang memiliki gejala adanya massa di aksila. Oleh karena itu, laporan kasus ini bertujuan memperdalam literatur mengenai kondisi yang jarang terjadi ini dan mempertimbangkan *mammae accessoria* atau polimastia sebagai diagnosis diferensial massa di aksila.

LAPORAN KASUS

Seorang perempuan berusia 35 tahun datang ke poliklinik bedah RS Bhayangkara, Semarang dengan keluhan utama berupa benjolan pada ketiak kanan yang membesar dalam beberapa bulan terakhir dan disertai rasa nyeri serta pegal, terutama saat melakukan aktivitas fisik. Nyeri dirasakan menjalar dari payudara kanan menuju aksila kanan, dengan skala nyeri *Visual Analog Scale* (VAS) sebesar 7. Pasien menyatakan keluhan ini mulai mengganggu kenyamanan dan aktivitas sehari-hari.

Berdasarkan anamnesis, benjolan tersebut pertama kali muncul saat pasien masih

duduk di bangku SMP. Saat itu, benjolan sudah diperiksakan ke klinik dan dinyatakan tidak berbahaya, sehingga tidak ditindaklanjuti lebih mendalam. Setelah melahirkan anak pertama sekitar 11 tahun yang lalu dan tanpa pemberian ASI langsung, pasien mengamati bahwa benjolan tampak semakin membesar. Selama beberapa tahun terakhir, benjolan mulai menimbulkan rasa tidak nyaman yang kian memberat, terutama selama beraktivitas.

Pasien dirawat di RS Bhayangkara sejak tanggal 21 April 2025. Pemeriksaan fisik umum menunjukkan status gizi baik dengan BB 63 kg dan TB 150 cm, disertai tanda vital dalam batas normal. Tidak ditemukan kelainan sistemik pada pemeriksaan lainnya. Riwayat kesehatan sebelumnya tidak

menunjukkan adanya penyakit kronis, alergi, trauma, atau penggunaan obat rutin. Riwayat keluarga tidak menunjukkan kelainan serupa, kecuali seorang paman dari pihak ayah pasien yang memiliki benjolan di lengan. Pemeriksaan fisik menunjukkan adanya jaringan kelenjar payudara ektopik tanpa puting atau areola, sesuai dengan diagnosis *mammae accessoria* atau polimastia tipe IV menurut klasifikasi Kajava¹⁴ (**Tabel 1**) dan didapatkan jaringan glandular tanpa tanda-tanda keganasan, seperti batas tidak rata atau massa terfiksir dengan dasar. Pasien ditatalaksana dengan tindakan eksisi massa pada tanggal 22 April 2025. Hasil pemeriksaan Patologi Anatomi (PA) setelah operasi ialah sesuai gambaran *mammae accessoria* tanpa tanda keganasan.

(Tabel 2)

Tabel 1. Klasifikasi Kajava¹⁴

Tipe (Kelas)	Deskripsi
Kelas I	Terdiri dari payudara lengkap termasuk jaringan kelenjar, puting, dan areola
Kelas II	Terdiri dari hanya jaringan kelenjar dan puting, tanpa areola
Kelas III	Terdiri dari hanya jaringan kelenjar dan areola, tanpa putting
Kelas IV	Terdiri dari hanya jaringan kelenjar
Kelas V	Terdiri dari hanya puting dan areola, tanpa jaringan kelenjar (pseudomamma)
Kelas VI	Terdiri dari hanya puting (polythelia)
Kelas VII	Terdiri dari hanya areola (polythelia areolaris)
Kelas VIII	Terdiri dari hanya rambut (polythelia pilosa)

Tabel 2. Hasil pemeriksaan Patologi Anatomi (PA) setelah operasi

Makroskopik	Diterima sebuah jaringan dari axilla dextra, ukuran 7,5 x 4 x 2 cm, warna kuning abu-abu, padat, kenyal dan sebagian besar berupa lemak.
Mikroskopik	Jaringan menunjukkan kelompok – kelompok ductus asinus dikelilingi jaringan fibrokolagen, diantara jaringan lemak dewasa. Tak tampak tanda ganas.
Kesimpulan	Sesuai dengan diagnosis klinis <i>Mammae asesoria</i>

Pasien diberikan edukasi mengenai kondisi yang dialaminya, prognosis, serta pentingnya pemantauan terhadap kemungkinan perubahan patologis di kemudian hari. Tindak lanjut direncanakan dalam 1 bulan pasca operasi untuk evaluasi luka dan gejala sisa. Tidak ditemukan komplikasi pascaoperasi, dan pasien menyatakan kepuasan terhadap hasil pengobatan.

PEMBAHASAN

Laporan kasus ini membahas mengenai *mammae accessoria* yang terletak di regio aksila pada seorang perempuan berusia 35 tahun yang timbul sejak masa remaja. Literatur menunjukkan bahwa *mammae accessoria* dapat mengalami perubahan patologis seperti mastitis, fibroadenoma, bahkan karsinoma, sehingga penting untuk diagnosis dan penanganan yang tepat.¹⁴ Andaloussi, et al menekankan pentingnya eksisi bedah untuk mencegah komplikasi dan memperbaiki estetika.¹³

Meskipun jaringan *mammae accessoria* sudah ada sejak lahir, umumnya jaringan ini tetap tidak aktif secara fungsional hingga terjadi perubahan hormonal signifikan seperti pada masa pubertas, kehamilan, atau menyusui.¹⁵ Mazine, et al menyebutkan bahwa *mammae accessoria* biasanya tampak sebagai pembesaran jaringan lunak di luar lokasi normal payudara, dan dapat

disertai atau tanpa struktur areola maupun puting.¹⁴ Hal ini sesuai dengan temuan pada kasus kami bahwa secara klinis, manifestasi awal dari massa ini dapat menyerupai limfadenopati atau massa jaringan lunak jinak seperti lipoma, terutama karena tidak ditemukannya struktur puting dan areola yang khas, sehingga menyulitkan penegakan diagnosis awal secara klinis. Diagnosis *mammae accessoria* baru ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan yang menunjukkan adanya jaringan glandular khas *mammae* tanpa tanda-tanda keganasan. Kasus ini menunjukkan pentingnya mempertimbangkan *mammae accessoria* atau polimastia menjadi diagnosis banding untuk massa di aksila, terutama pada pasien wanita dengan riwayat massa aksila progresif tanpa tanda keganasan. Pemeriksaan klinis yang menyeluruh, disertai pencitraan seperti USG *mammae* dan konfirmasi histopatologi dengan *Fine Needle Aspiration Biopsy* (FNAB) merupakan langkah penting dalam menegakkan diagnosis.¹⁶ Penentuan apakah massa tersebut merupakan jaringan lemak aksila biasa atau jaringan payudara ektopik seringkali menjadi tantangan diagnostik bagi klinisi. Shukla, et al menyatakan bahwa sitologi aspirasi jarum halus (FNAC) merupakan metode diagnostik yang sederhana namun efektif dalam mengatasi dilema ini. Selain itu, setiap pertumbuhan

massa yang berlangsung cepat harus segera dievaluasi menggunakan FNAC untuk memungkinkan deteksi dini terhadap kemungkinan transformasi maligna.¹⁷

Penatalaksanaan utama *mammae accessoria* ialah melalui tindakan pembedahan. Namun, pada kasus yang bersifat asimtomatik dan berukuran kecil, pendekatan konservatif dapat dipertimbangkan.¹⁸ Mazine, et al juga mengatakan bahwa eksisi jaringan direkomendasikan terutama bila ukuran cukup besar, baik untuk alasan estetika maupun untuk mencegah komplikasi klinis di kemudian hari.¹⁴ Hal tersebut sejalan dengan temuan dalam laporan ini, di mana penatalaksanaan yang dipilih untuk pasien ialah tindakan eksisi jaringan *mammae accessoria*, mengingat ukuran massa yang cukup besar serta adanya keluhan subjektif berupa nyeri dan gangguan aktivitas, sehingga intervensi bedah dinilai tepat baik dari aspek kosmetik maupun pencegahan komplikasi di kemudian hari.¹⁹

Selain pertimbangan estetika dan keluhan subjektif seperti nyeri atau pembesaran lokal, salah satu dasar utama dilakukannya tindakan eksisi bedah pada jaringan payudara ektopik termasuk *mammae accessoria* dan *mammae aberrans* ialah potensi terjadinya perubahan patologis. Walaupun insidensnya tergolong rendah, jaringan ektopik ini memiliki kemampuan

untuk mengalami transformasi menjadi lesi jinak, ganas, maupun proses inflamasi seperti mastitis, yang dapat mempersulit diagnosis dan tatalaksana klinis.²⁰ Hal ini diperkuat oleh laporan Shukla, et al yang mendokumentasikan kasus karsinoma pada jaringan payudara ektopik dengan keberhasilan penegakkan diagnosis melalui pemeriksaan sitologi. Mereka menyoroti bahwa meskipun keganasan pada jaringan ektopik jarang terjadi, diagnosisnya sering kali tertunda akibat lokasi yang tidak lazim serta kemiripan klinis dengan lesi jinak lainnya seperti lipoma atau limfadenopati.¹⁷ Studi tersebut menyoroti pentingnya kesadaran diagnostik terhadap kemungkinan keganasan pada jaringan ektopik, terutama pada pasien dengan massa di regio aksila atau area di luar payudara anatomis.

Di samping keganasan, jaringan payudara ektopik juga rentan terhadap pertumbuhan tumor jinak. Studi oleh Motsumi, et al menggambarkan kejadian fibroadenoma yang muncul pada jaringan *mammae accessoria* di regio aksila. Ia menjelaskan bahwa meskipun fibroadenoma merupakan tumor jinak yang lazim ditemukan pada jaringan payudara normal, kemunculannya pada lokasi ektopik relatif jarang dan dapat menimbulkan kesulitan diagnostik karena kerap disangka sebagai lipoma, limfadenopati, atau massa jaringan lunak lainnya. Oleh karena itu, penting untuk memasukkan

kemungkinan jaringan payudara ektopik dalam diagnosis banding massa aksila guna mencegah keterlambatan diagnosis dan memilih intervensi yang tepat.¹

Selain itu, kasus mastitis granulomatosa pada jaringan payudara ektopik juga telah dilaporkan oleh Salih, et al yang menggambarkan manifestasi klinis langka berupa inflamasi granulomatosa kronis pada jaringan ektopik di aksila. Laporan tersebut menegaskan bahwa jaringan ektopik tetap memiliki potensi untuk mengalami reaksi inflamasi serupa dengan jaringan payudara normal, terutama selama masa menyusui atau perubahan hormonal.²¹ Meskipun *mammae accessoria* merupakan kelainan kongenital jinak, keberadaannya di lokasi aksila tergolong tidak lazim dan dapat menimbulkan kesulitan dalam diagnosis banding²², khususnya pada pasien tanpa riwayat menyusui langsung atau perubahan hormonal yang signifikan. Kasus ini menekankan pentingnya kewaspadaan klinis terhadap kemungkinan keberadaan jaringan *mammae ektopik* sebagai salah satu pertimbangan dalam menegakkan diagnosis massa aksila, serta urgensi untuk memahami klasifikasi Kajava dalam mengevaluasi *mammae accessoria* dan menentukan kebutuhan intervensi bedah guna mencegah potensi komplikasi di masa mendatang. Kasus ini menambah bukti bahwa polimastia, meskipun jarang tetapi harus

tetap dipertimbangkan dalam evaluasi massa aksila.

KESIMPULAN

Mammae accessoria merupakan kondisi yang jarang terjadi dan dapat menimbulkan kebingungan diagnostik. Pemeriksaan klinis, pencitraan, dan gambaran patologi yang tepat sangat penting untuk diagnosis. Eksisi bedah merupakan pilihan terapi yang efektif untuk mencegah komplikasi dan memperbaiki kualitas hidup pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Motsumi M, Narasimhamurthy M, Gabolwelwe M. Fibroadenoma in the axillary accessory breast. S Afr J Surg. 2018;56(3):30–1.
2. Shreshtha S. Supernumerary Breast on the Back: a Case Report. Indian J Surg. 2016;78(2):155–7.
3. Surd A, Mironescu A, Gocan H. Fibroadenoma in axillary supernumerary breast in a 17-year-old girl: Case report. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29(5):e79–81.
4. Tiwary SK, Kumar P, Khanna AK. Fibroadenoma in axilla: another manifestation of ectopic breast. BMJ Case Rep. 2015;2015:bcr2015209535.
5. Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. The Developing Human: Clinically Oriented Embryology, 9th Ed. India: Elsevier Saunders; 2013.
6. Marshall MB, Moynihan JJ, Frost A, Evans SRT. Ectopic breast cancer: case report and literature review. Surg Oncol. 1994;3(5):295–304.
7. Yefter ET, Shibiru YA. Fibroadenoma in axillary accessory breast tissue: a case report. J Med Case Rep. 2022;16(1):341.
8. Sadler TW. Langman's Medical Embryology. 12th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

9. de Silva NK. Breast development and disorders in the adolescent female. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018;48:40–50.
10. Singh S, Kumar A, Yadav A, Singh RP, Maurya AP. Unilateral enlarged right accessory axillary breast tissue in a male: A case report. Cureus. 2024;16(1):e51844.
11. Gandhoke CS, Syal SK, Singh H, Singh D, Saran RK. Dorsal accessory ectopic breast with polythelia - A marker of occult spinal dysraphism. Surg Neurol Int. 2018;9:143.
12. Robledo N, Chico MJ, Swiecicki MP, Contos M, Pesce KA, Andrieu PC. A Case Report of Accessory Breast Cancer in the Anterior Chest Wall. Medical Research Archives. 2022;10(6):1-5.
13. Andaloussi MS, Mahdaoui S, Kawtari S, Bouffetal H, Samouh N. A rare case of unilateral axillary supernumerary breast. Radiol Case Rep. 2021;16(9):2804–7.
14. Mazine K, Bouassria A, Elbouhaddouti H. Bilateral supernumerary axillary breasts: a case report. Pan Afr Med J. 2020;36:282.
15. Aydogan F, Baghaki S, Celik V, Kocael A, Gokcal F, Cetinkale O, et al. Surgical treatment of axillary accessory breasts. Am Surg. 2010;76(3):270–2.
16. Hiremath B, Subramaniam N, Chandrashekhar N. Giant accessory breast: a rare occurrence reported, with a review of the literature. BMJ Case Rep. 2015;2015:bcr2015210918
17. Shukla S, Sehgal S, Rai P, Agarwal K. Carcinoma in ectopic breast: A cytological diagnosis. Breast Disease. 2015;35(3):217–9.
18. Husain M, Khan S, Bhat A, Hajini F. Accessory breast tissue mimicking pedunculated lipoma. BMJ Case Rep. 2014;2014:bcr2014204990.
19. Down S, Barr L, Baildam AD, Bundred N. Management of accessory breast tissue in the axilla. Br J Surg. 2003;90(10):1213–4.
20. Singal R, Mehta SK, Bala J, Zaman M, Mittal A, Gupta G, et al. A study of evaluation and management of rare congenital breast diseases. J Clin Diagn Res. 2016;10(10):PC18–24.
21. Salih AM, Pshtiwan LR, Latif S, Ali HO, Abdullah AM, Baba HO, et al. Granulomatous mastitis in accessory breast tissue: A rare presentation and surgical management. Biomed Rep. 2024;20(4):1–4.
22. Tago M, Katsuki NE, Yamashita SI. Accessory axillary breasts versus axillary tumours: diagnostic challenge. BMJ Case Rep. 2019;12(9):e231715.