

# İNVERTE MEME UCU: LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

\* Galip AĞAOĞLU, \* İlker MANAVBAŞI, \*\* Yalçın KÜLAHÇI, \* Onur EROL,

\* Onep Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

\*\* Cleveland Clinic Foundation, Microsurgery Laboratory, Cleveland OH

## ÖZET

İnverte meme ucu, estetik ve fonksiyonel sorunlara neden olmaktadır. Şiddetli vakalarda inflamasyon, enfeksiyon ve emzirme sorunlarına neden olabilmektedir. İlk olarak Sir Ashely Cooper tarafından tarif edildiğinden bu yana tedavisinde bir çok teknik tarif edilmiştir. İnverte meme ucu konjenital ve edinsel olmak üzere iki tipte görülür. Konjenital inverte meme ucu olguların büyük bir kısmını oluşturur. İnversiyonun şiddetine göre hastalar üç grupta sınıflandırılmıştır. Bu çalışmada literatürde inverte meme ucunun görülme sıklığı, sınıflandırılması, cerrahi ve cerrahi olmayan tedavisi, ve tedavi sonrası olası komplikasyonları gözden geçirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Meme ucu, İnverte meme ucu

## SUMMARY

Inverted nipple is a deformity that causes both aesthetic and functional problems. In severe cases, it may cause inflammation, infection and nursing problems. Since its first description by Sir Ashely Cooper, many techniques have been described over years to correct the deformity. The inverted nipple is most often congenital, but it may be acquired. According to the severity of the inversion, patients are divided into three groups. No single procedure could be applied to all the patients. This article presents a review of the literature concerning inverted nipple prevalence, classification, surgical and nonsurgical treatment and the possible complications following surgical treatment.

**Keywords:** Nipple, Inverted nipple

## GİRİŞ

İnverte meme ucu, meme ucunun bir kısmının veya tamamının içe doğru gömülmesidir. İnverte meme ucu genel olarak ergenlik çağında memelerin gelişmesi ile ortaya çıkmaktadır. İnverte meme ucu, estetik, fonksiyonel, ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır. Meme ucundan salgılanan salgıların birikimi ve temizlik zorluğu nedeni ile inflamasyon ve enfeksiyon gibi sorunlara neden olurken bebek emzirmede de güçlükler doğurur<sup>1,2</sup>.

Duktal sistemin yetersiz gelişimi bu deformitenin oluşmasındaki en önemli faktördür. Diğer faktörler ise; normal meme ucunu evert eden düz kas liflerinin yetersizliği ve meme ucu altında normalden daha az bağ dokusunun bulunmasıdır<sup>3,5</sup>. Bu bantların serbestleştirilmesi cerrahi tedavinin temelini oluşturmaktadır.

İnverte meme ucu konjenital ve edinsel olmak üzere iki tipte görülür<sup>1,6</sup>.

Konjenital inverte meme ucu: Olguların çoğunluğunu oluşturur. Skoog'a göre konjenital olguların %50'sinde aile hikayesi pozitifdir<sup>7</sup>. Konjenital inverte meme ucu umblike ve invajine olmak üzere iki şekilde olabilir. Umblike meme

ucu hafif traksiyonla rahatlıkla dışarı alınabilir. İnvajine meme ucu ise traksiyonla dışarı alınmaz<sup>1</sup>. Van Wingerden<sup>8</sup> umblike yerine "retractile" geri çekilebilir sözcüğünü kullanmıştır.

Edinsel inverte meme ucu: Hamilelik, estetik meme cerrahisi (reduksiyon mammoplasti, mastopeksi), meme kanseri ve mastit sonrası görülür.

## GÖRÜLME SIKLIĞI

Park ve arkadaşları<sup>1</sup>, yaşları 19-26 arasında değişen 1,625 evli olmayan kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada konjenital inverte meme ucunun görülme sıklığının % 3.26 olduğunu tesbit etmişlerdir. Kadınların %87 sinde çift taraflı ve %13 de tek taraflı olduğu görülmüştür. Sol tarafta daha sık görüldüğü tesbit edilmiştir. İnverte meme ucunun %96 sının umblike ve %4 invajine olduğunu bildirmişlerdir. Crestinu<sup>9</sup> umblike meme ucunun % 73 ve invajine meme ucunun % 26 olduğunu bildirmiştir. Schwager ve ark.<sup>3</sup> 339 otopsi ve radikal mastektomi sonrası meme örneklerin incelemesinde inverte meme ucunun görülme sıklığının % 1.77 olduğunu bildirmişlerdir.

### SINIFLANDIRILMASI

Han ve Hong<sup>2</sup>, inverte meme ucunun tanısına ve uygun cerrahi yöntemin seçimine yardımcı olması amacı ile, meme ucunun inversiyonunun ve fibrozisinin şiddetine göre bu deformiteyi üç gruba ayırmışlardır. Altmış hastadaki 107 inverte meme ucunun değerlendirilmesinde 14 meme ucunun Grade I, 84 meme ucunun Grade II ve 9 meme ucunun Grade III olduğunu tesbit etmişlerdir.

**Grade I:** Meme ucu, manual traksiyonla kolayca dışarı alınır ve projeksiyonunu traksiyon yapılmaksızın korur. Meme ucu altında fibrozis minimaldir. Meme ucuna traksiyon ve tabanına tek "purse-string" sütür atılarak tedavi edilir.

**Grade II:** Olguların büyük bir kısmını oluşturur. Meme ucu manual traksiyonla dışarı alınabilir. Ancak projeksiyonunu Grade I'deki kadar kolay muhafaza edemez ve tekrar retrakte olur. Meme ucu altındaki fibrotik doku daha fazladır. Süt kanallarını koruyacak şekilde künt diseksiyonla fibrotik bantlar traksiyon olmaksızın meme ucu dışarıda kalacak şekilde serbestleştirilir. Daha sonra intradermal purse-string sütür konulur.

**Grade III:** Olguların çok az bir kısmını oluşturur. Meme ucunun manual traksiyonla dışarı alınması oldukça zordur. Fibrotik dokuların aşırı olması nedeni ile süt kanallarına zarar vermeden bu dokuların serbestleştirilmesi hemen hemen imkansızdır. Traksiyon sütürü ile meme ucu dışarıda tutulur. Meme ucu altındaki tüm fibrotik dokular serbestleştirilir ve retrakte süt kanalları, özellikle meme dokusunun orta kısmından ayrılır. İki veya 3 dezepitelize dermal flep meme ucunun altında birleştirilir. Daha sonra purse-string sütürü konulur.

Grade II ve III'un tedavisindeki en önemli nokta, retraksiyona neden olan tüm fibrotik dokuların disseke edilmesidir. Meme ucu kendiliğinden traksiyon yapılmaksızın dışarıda kalacak şekilde serbestleştirilmelidir.

Sakai ve ark.<sup>10</sup> yukarıda bahsedilen sınıflamaya benzer inverte meme ucu sınıflaması yaparak, deformiteyi üç dereceye ayırmışlardır. Tedavi ettikleri 255 inverte meme ucunun, 23'ünün Grade I, 88'in Grade II ve 144'ünün Grade III olduğunu bildirmişlerdir.

Teng ve ark.<sup>11</sup> tedavi ettikleri 26 inverte meme ucunun 6'sinin Grade I, 9'unun Grade II ve 11'nin Grade III olduğunu bildirmişlerdir.

Sakai ve ark. ile Teng ve ark., Han ve Hong'un aksine Grade III deformitenin en sık görüldüğünü bildirmişlerdir.

### CERRAHİ TEDAVİ

İnverte meme ucu 1840'ta Sir Ashely Cooper tarafından tanımlanmıştır. Cerrahi tedavisi ilk olarak 1879'da Kehrer tarafından tarif edilmiş ve günümüze kadar literatürde çok sayıda yöntem bildirilmiştir<sup>12</sup>. Bu yöntemlerin tek tek gözden geçirilmesi kaplayacağı yer açısından olanaksızdır. Tarif edilen yöntemler çoğunlukla ortak aşamalardan oluşmaktadır. Mevcut olan deformitenin şiddetine göre genelde meme ucu etrafındaki dokular aşağı tabana doğru kesilir, retraksiyona neden olan tüm fibroduktal dokular

serbestleştirilir ve projeksiyonu korumak için meme ucu altına dermal flepler yerleştirilir ve tabanı daraltılır. Yanı sıra meme ucu altındaki bağ dokusunu desteklemek amacı ile buraya tendon, kıkırdak veya sütürler konulmaktadır<sup>5,7,12,26</sup>.

Bu yöntemleri genel olarak iki gruba ayırabiliriz:

1- Süt kanallarını koruyan yöntemler<sup>7,12,17,19,25</sup>.

2- Süt kanallarının durumuna bakılmaksızın meme ucuna giden tüm dokuların serbestleştirilmesi ve meme ucu altındaki yetersiz dokuların artırılmasına yönelik yöntemler<sup>18,21,26,27</sup>.

Ayrıca cerrahi yöntemler meme ucu altındaki doku yetersizliğini gidermek amacı ile kullanılan doku tipine göre iki grupta toplanabilir:

1- Areola flepleri kullanarak rekonstrüksiyon<sup>14,19,20</sup>.

2- Meme dokusunu kullanarak rekonstrüksiyon<sup>18,24</sup>.

Süt kanallarını koruyan yöntemleri:

Ehlsahy<sup>19</sup> areoladan hazırladığı iki adet dezepitelize üçgen dermal flebi eleve ettiği meme başı altında hamak benzeri bir yapı oluşturacak şekilde birleştirmiştir.

Hauben ve Mahler<sup>17</sup> tekniğinde meme ucunu retrakte ettikten sonra meme ucu tabanına doğru insizyon yapılarak meme başı çevresindeki dokular disseke edilir. Daha sonra meme ucu projeksiyonunu korumak için tabanına purse-string sütürü konulur.

Lee ve ark.<sup>12</sup> süt kanallarını koruyarak meme ucu altında oluşturulan tünele karşılıklı areoladan hazırladıkları dezepitelize iki üçgen flep kaydirmişlerdir. Meme ucunu desteklemek için flepler meme ucunda oluşturulan yarıktaki birleştirilmiştir. Otuz beş inverte meme ucunun tedavisinde kullandıkları bu yöntem ile her hangi bir komplikasyonla karşılaşmamışlardır. Ortalama 24 aylık takiplerde meme ucunda yeterli projeksiyon elde etmişlerdir.

Sakai<sup>10</sup> özellikle, Grade II ve III vakalar için, emzirmeyi bozmamak amacıyla, meme ucu meridyeni üzerinden areolaya devam eden cilt insizyonu yapmış, süt kanallarını korumak amacıyla diseksiyona makas ile devam etmiştir. Tüm bantları serbestleştirdikten sonra meme ucunu eleve ederek yumuşak doku onarımını tamamlamış, retraksiyonu engellemek için de cildi her iki ucunda Z plasty flepler oluşturarak kapatmıştır.

Huang<sup>25</sup>, Elsahy'in yöntemini modifiye ederek, rekürrensi azaltmak amacı ile ikili flep yerine üçlü dermal flep kullanmıştır. Meme ucu eleve edildikten sonra en geniş yeri meme ucu tabanında olacak şekilde uçları areola ve meme ucuna uzanan birbirlerine eşit uzaklıkta üç adet elmas şekilli dermal flep hazırlamış, areola üzerinde kalan kısımları dezepitelize ederek, eleve edilmiş meme ucu altına turn-over edilip birbirleri ile birleştirmiştir. Böylece meme ucunu destekleyen ve relapsı engelleyen bir yapı oluşturmuştur. Kırk altı inverte meme ucu tedavisinde kullanılan bu yöntem her hangi bir ciddi komplikasyona neden olmamıştır. Sadece 5 meme ucu derisinde kısmi dezepitelizasyon oluşmuştur.

Süt kanallarını korumayan yöntemler:

Broadbent ve Wolff<sup>18</sup> meme ucu ve areola üzerinden geçen bir insizyon ile alttaki duktusları, fasiyal bantları, kasları ve mevcut bantları transekte etmişlerdir. Böylece, iki seviyeli kesi ile oluşan ve derin dokuları içeren karşılıklı iki adet flep elde etmişlerdir. Bu flepler, eleve edilerek meme ucu altında birleştirilmiştir.

Hartrampf ve Schneider<sup>26</sup> meme ucuna traksiyon yaptıktan sonra, meme ucu-areola bileşkesinden küçük insizyonla girerek, retraksiyona sebep olan, süt kanalları dahil tüm dokuları bistürü ile kesmişlerdir. İki adet horizontal matres sütürü meme ucu tabanından geçecek şekilde koymuşlar ve bu sütürleri iki hafta sonra almışlardır. Oluşan granülasyon dokusunun meme başı eversiyonu için yeterli olduğunu tesbit etmişlerdir.

Teimourian ve Adham'da<sup>20</sup> iki üçgen flep kullanmışlardır. Ancak Elshahy yöntemin aksine meme ucuna giden tüm süt kanalları ve fibrotik bantları kesmişlerdir.

Pereira Filho ve ark.<sup>27</sup> Grade II ve III vakalara mikroinsizyon prosedürünü uygulamışlardır. Bu yöntemde, 16-18 gauge ADMIX 11/2 MTW NoKor no. 5215 ve no. 5216 iğneler kullanılmıştır. Meme ucu, traksiyon sütürü ile eleve edildikten sonra areola bileşkesinde saat 3 veya 9 hizasında tarif edilen iğneler ile cilt perfore edilip, inversiyona sebep olan bantlar kesilir. Meme ucu serbestleştirildikten sonra daha önce konmuş olan traksiyon sütürü gergin bir şekilde meme cildine yapıştırılır. 7-10 gün bu şekilde kalması sağlanır.

Cerrahi yöntemlerin yanısıra, cerrahi olmayan yöntemler de invertte meme ucunun tedavisinde kullanılmıştır. Scholten<sup>28</sup> ve Tal<sup>29</sup> basit, uygulaması kolay, ve süt kanallarını kesmeden, "piercing" yöntemini kullanmıştır. Meme ucuna traksiyon uygulandıktan sonra, areola ile bileşke hattı işaretlenir, ardından iv. kateter ile cilt perfore edilir. Meme ucu orta hattına kadar kateter derine doğru ilerletilirken, daha sonra yüzeye doğru yöneltilir ve giri deliğinin tam karşısından (areola-nipple bileşkesinden) ciltten çıkılır. Kateterin içinden çelik piercing ilerletilir ve her iki ucundaki toplar vasıtası ile tesbit edilir.

Teng<sup>11</sup> invertte meme ucuna sürekli distraksiyon sağlayan tel, yay ve enjektörden oluşan bir aparey kullanmışlardır. Saat 3, 6, 9, 12 hizasından asılan meme ucu, yay sistemi vasıtasıyla sürekli traksiyona maruz kalır. Bir aylık bir sürenin yeterli olduğunu belirten yazar, 3 ve hatta 6 aya kadar sistemi yerinde tutmasını gerektiren olgularla da karşılaştığını bildirmiştir.

### AMELİYAT SONRASI KOMPLİKASYONLAR

Meme ucu dolaşımının bozulması, duyu kaybı, emzirme sorunu ve rekürrens cerrahi sonrası oluşabilecek başlıca komplikasyonlardır.

Han ve Hong'un<sup>2</sup> 107 invertte meme ucunun tedavisinde 1 hematoma, 3 meme ucunda dezepitelizasyon ve 3 nüks (% 2.8) bildirmişlerdir. Diğer çalışmalarda ise % 3.9-10.6 nüks bildirmişlerdir<sup>17,30,31</sup>. En korkutucu komplikasyon ise meme ucu dolaşımının bozulmasıdır. Bu komplikasyon daha çok Grade II,ve III'te görülmektedir. Genelde purse-string sütürün oldukça sıkı bağlanması ve

ve fibrotik bantların disseksiyonu sonrası görülmektedir<sup>2</sup>.

Sakai ve ark.<sup>10</sup> 255 vakalık serilerinde 4 parsiyel nekroz ve 8 (% 3) nüks bildirmişlerdir. Parsiyel nekrozlu olguların tamamının takip sırasında iyileştiğini ve tatmin edici sonuçlar elde edildiğini bildirmişlerdir.

Rekürrensi belirleyen en önemli faktör, meme ucuna traksiyon olmaksızın projeksiyonunu koruyana kadar retraksiyona neden olan tüm bantların serbestleştirilmesidir.

Diğer önemli bir komplikasyon ise meme ucu duyu kaybıdır. Terill ve Stapleton'un<sup>32</sup> 26 vakalık serilerinde, kalıcı duyu kaybı oranı %20 olarak bildirilmiştir. Diğer bir çalışmada ise ( 8 vakalık ) herhangi bir duyu kaybına rastlanmamıştır<sup>27</sup>.

İnsizyonların büyüklüğü ve nörovasküler dermal ve subdermal pleksusların korunması duyu kaybını belirleyen faktörlerdir<sup>5,9,27,32</sup>.

İnverte meme ucunun tedavisinde, tartışmalı olan bir diğer husus ise hastanın emzirebilmesidir. Purse string sütür tekniği ile tedavi edilen hastalarda emzirme fonksiyonunun korunduğu bildirilmiş olsa da bu konu tartışmalıdır<sup>2,9,12,27</sup>.

Olguların Grade'ine göre uygun cerrahi yöntemin seçimi ile komplikasyon ve rekürrens oranları azaltılabilmektedir.

Son olarak, invertte meme ucunun tarif edilmesinden bu yana tedavisinde oldukça çok sayıda yöntem tanımlanmıştır. Kullanılan onlarca cerrahi yöntemlerin ve bir o kadarda tarif edilen yöntemlerin modifikasyonları gözden geçirildiğinde uygulanacak tedavinin seçiminde dikkat edilmesi gereken faktörler; 1- mevcut olan deformitenin şiddeti, 2- hastanın hamilelik ve emzirme beklentisi, ve 3- cerrahın yatkın olduğu tekniktir.

*Dr. Galip Ağaoğlu  
Manolyalı sok No 33 Levent  
İstanbul 80620*

### KAYNAKLAR

1. Park HS, Yoon CH, Kim HJ. The prevalence of congenital inverted nipple. *Aesth. Plast. Surg.* 23(2):144-6, 1999.
2. Han S, Hong YG. The inverted nipple: its grading and surgical correction. *Plast. Reconstr. Surg.* 104(2):389-95; 1999 discussion 396-7.
3. Schwager RG, Smith JW, Gray GF, Goulian D Jr. Inversion of the human female nipple, with a simple method of treatment. *Plast. Reconstr. Surg.* 54(5):564-9, 1974.
4. Chandler PJ Jr, Hill SD. A direct surgical approach to correct the inverted nipple. *Plast. Reconstr. Surg.* 86(2):352-4, 1990.
5. Crestinu JM. The correction of inverted nipples without scars: 17 Years' experience, 452 operations. *Aesth. Plast Surg.* 24(1):52-7, 2000.
6. Hoehn JG, Georgiade GS, Georgiade NG. Congenital and developmental deformities of the breast and breast asymmetries. In Georgiade NG (Ed). *Textbook of plastic, maxillofacial and reconstructive surgery*, Baltimore,

- Williams and Williams Company, 1992 pp 78
7. Skoog T. An operation for inverted nipples. *Br J Plast Surg.* 5(1):65-9, 1952.
  8. van Wingerden JJ. The correction of inverted nipples without scars. *Aesth. Plast. Surg.* 25(3):246, 2001
  9. Crestinu JM. Inverted nipple: the new method of correction. *Aesth. Plast. Surg.* 13(3):189-97, 1989.
  10. Sakai S, Sakai Y, Izawa H. A new surgical procedure for the very severe inverted nipple. *Aesth. Plast. Surg.* 23(2):139-43, 1999.
  11. Teng L, Wu GP, Sun XM, Lu JJ, Ding B, Ren M, Ji Y, Jin XL. Correction of inverted nipple: an alternative method using continuous elastic outside distraction. *Ann Plast Surg.* 54(2):120-3, 2005.
  12. Lee HB, Roh TS, Chung YK, Kim SW, Kim JB, Shin KS. Correction of inverted nipple using strut reinforcement with deepithelialized triangular flaps. *Plast Reconstr Surg.* 102(4):1253-8, 1998.
  13. Lamont E. Congenital inversion of the nipple in identical twins. *Br J Plast Surg.* 26(2):178, 1973.
  14. Wolfort FG, Marshall KA, Cochran TC. Correction of the inverted nipple. *Ann Plast Surg.* 1(3):294-7, 1978.
  15. El Sharkawy AG. A method for correction of congenitally inverted nipple with preservation of the ducts. *Plast Reconstr Surg.* 95(6):1111-4, 1995.
  16. Hamilton JM. Inverted nipples. *Plast Reconstr Surg.* 65(4):507-9, 1980.
  17. Hauben DJ, Mahler D. A simple method for the correction of the inverted nipple. *Plast Reconstr Surg.* 71(4):556-9, 1983.
  18. Broadbent TR, Woolf RM. Benign inverted nipple: trans-nipple-areolar correction. *Plast Reconstr Surg.* 58(6):673-7, 1976.
  19. Elsayh NI. An alternative operation for inverted nipple. *Plast Reconstr Surg.* 57(4):438-91, 1976.
  20. Teimourian B, Adham MN. Simple technique for correction of inverted nipple. *Plast Reconstr Surg.* 65(4):504-6, 1980.
  21. Pompei S, Tedesco M. A new surgical technique for the correction of the inverted nipple. *Aesthetic Plast Surg.* 23(5):371-4, 1999.
  22. Kurihara K, Maezawa N, Yanagawa H, Imai T. Surgical correction of the inverted nipple with a tendon graft: hammock procedure. *Plast Reconstr Surg.* 86(5):999-1003, 1990.
  23. Brent B, Bostwick J. Nipple-areola reconstruction with auricular tissues. *Plast Reconstr Surg.* 60(3):353-61, 1977.
  24. Crestinu JM. The inverted nipple: a blind method of correction. *Plast Reconstr Surg.* 79(1):127-30, 1987.
  25. Huang WC. A new method for correction of inverted nipple with three periductal dermofibrous flaps. *Aesth. Plast. Surg.* 27:301-304, 2003
  26. Hartrampf CR, Schneider WJ. A simple direct method for correction of inversion of the nipple. *Plast. Reconstr. Surg.* 58: 678-679, 1976
  27. Pereira Filho OJ, Bins-Ely J, Granemann AS, Bertelli JA, Abdalla SC. Closed inverted nipple treatment through a microincision procedure. *Plast Reconstr Surg.* 108(4):1000-5, 2001.
  28. Scholten E. A contemporary correction of inverted nipples. *Plast Reconstr Surg.* 107(2):511-3, 2001.
  29. Tal MG. Correction of inverted nipple using piercing. *Plast Reconstr Surg.* 112(4):1178-9, 2003.
  30. Megumi Y. Correction of inverted nipple with periductal fibrous flaps. *Plast Reconstr Surg.* 88(2):342-6, 1991.
  31. Kami T, Wong AC, Kim IG. A simple method for the treatment of the inverted nipple. *Ann Plast Surg.* 21(4):316-21, 1988.
  32. Terrill PJ, Stapleton MJ. The inverted nipple: to cut the ducts or not? *Br J Plast Surg.* 44(5):372-7, 1991.