



ARAŞTIRMA

İKİ YILLIK OTOPLASTİ DENEYİMİ VE SONUÇLARIMIZ

Dr. Hakan CINCIK, Dr. Evren ERKUL, Dr. Engin ÇEKİN, Dr. Salim DOĞRU, Dr. Atila GÜNGÖR,
Dr. Ethem POYRAZOĞLU, Dr. Hasan CANDAN

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Amaç: Kepçe kulak deformitesinin kozmetik sonuçlarını iyileştirmek ve komplikasyon oranlarını düşürmek için çok sayıda teknik tarif edilmiştir. Amacımız anterior çentiklemeyle bir törpü yardımıyla yaptığımız ve matris sütür ile sağlamlaştırdığımız otoplasti sonuçlarımızı ve deneyimimizi paylaşmaktır. **Yöntem:** Onaltı hastanın 32 kulağına otoplasti yapıldı. Olguların hepsi erkekti. Sekiz yaşındaki bir olgu hariç tüm olguların yaşları 18'den büyüktü. Bütün olgulara psikiyatri konsültasyonu alındı. Bir olgu genel, diğerleri lokal anestezi ile opere edildi. Tüm olgularda kulak arkasından kum saati şeklinde cilt çıkarıldıktan sonra üst uçta kıkırdakta 0,5 cm'lik kesi oluşturularak ön yüze geçildi ve subperikondral planda törpü ile kıkırdak daha esnek hale getirildi. Bunu takiben kıkırdak antiheliks oluşacak şekilde matris sütür ile desteklendi. Konkal kartilajı büyük olan olgularda kartilaj eksizyonu veya konka mastoid sütür yöntemleri kullanılarak rekonstrüksiyon yapıldı. Cilt kapatıldıktan sonra kulağa baskılı bandaj uygulandı. **Bulgular:** Postoperatif major komplikasyon (%9,3) olarak bir kulakta hematoma oluştu, bir kulakta sütürler cilt altından dışarı çıktı ve bir olgunun iki kulağı arasında asimetri oluştu. Hematom iğne aspirasyonu ile tedavi edildi, sütürleri cilt altından çıkan ve asimetri olan olgular reopere edildi. Hastaların geri kalanı sonuçtan memnundu. Hiçbir olguda cilt nekrozu, enfeksiyon ve ön tarafta görünür kartilaj düzensizliği gözlenmedi. **Sonuç:** Otoplasti hasta ve doktor için tatmini fazla olan bir operasyondur. Amaç düzgün kontürlü simetrik kulaklar oluşturmaktır, bu nedenle tek bir teknik yerine kombine edilmiş teknikler kullanılmalıdır. Biz otoplastide kıkırdakta inceltmek ve çentiklemeyle sağlamak için törpü kullandık ve sonuçlarımız tatminkardı.

Anahtar Sözcükler: Otoplasti, kepçe kulak, antiheliks

OUR TWO YEARS EXPERIENCE AND RESULTS OF OTOPLASTY

SUMMARY

Objective: A great number of surgical techniques have been described to improve the cosmetic outcome and reduce the complication rates of prominent ear. Our aim is to share our experience and results of our otoplasty technique, in which the anterior cartilage is scored using a rasp and supported with mattress sutures fixation. **Methods:** Otoplasty was performed on thirty-two ears of 16 male patients with ages over 18 years except one 8 year-old-boy. All operations were performed under local anesthesia as only the child was operated under general anesthesia. In all cases, a sand-watch shaped postauricular skin was excised followed by a 0.5 cm cartilage incision in order to reach the anterior side. The cartilage was scored superficially using a rasp in subperichondrial plane to make it more flexible. The cartilage was shaped to form the antihelix and mattress sutures were used to fix the cartilage. Tight dressing was applied after skin suturisation. **Results:** As post-operative complications (%9,3), hematoma in one ear, suture extrusion from the skin in one ear and asymmetry between two ears of a patient were seen. Hematoma was treated by needle aspiration as asymmetric ear and suture deformities were reoperated. Rest of the patients was satisfied with results. No anterior skin necrosis, infection and visible irregularity of the anterior surface of the cartilage was noted. **Conclusion:** Otoplasty is a very satisfactory operation for both the patient and the doctor. As the aim of the operation is to produce symmetric ears with smooth contour, for this reason combined techniques must be used instead of an only technique. We used a rasp in otoplasty to make cartilage thin and to provide scoring, and our results were satisfactory.

Keywords: Otoplasty, prominent ear, antihelix

GİRİŞ

Kepçe kulak deformitesi insidansı beyaz ırkta % 5 olup, otozomal dominant geçiş gösterir ve genelde iki defektin kombinasyonu ile oluşur. Bunlar antiheliksins yetersiz gelişimi ve konkanın aşırı gelişmesidir¹. Kulağın saç ile kapatılabilmesi, fonksiyonel bir eksiklik yaratmaması ve estetik amaçlı olması nedeniyle az sayıda olgu, ileri yaşlarda doktora müracaat etmektedir.

Yüzün görünen kısmında yer alması nedeniyle özellikle okul yaşı gelen çocuklar, diğer çocukların rahatsız edici şakalarına maruz kalırlar ve bu da psikolojik problemlere neden olabilir. Bradbury ve ark (1992) olgularının %10'unun operasyon öncesi bir psikiyatrist tarafından konsülte edildiğini bildirmişlerdir².

Kepçe kulak terimi aslında birden fazla anomaliyi, tek tek veya aynı anda içermektedir. Adamson ve ark (1991)³ olgularının %90'ında konkal protrüzyon ve antihelikal deformitenin birlikte olduğunu, Vuyk (1997)⁴, opere ettiği 80 kulağın 77'sinde antiheliksins gelişmediğini, 78'inde konkanın, 18'inde ise lobülün aşırı geliştiğini bildirmiştir. Bu anomalileri düzeltmek için çok sayıda teknik ortaya konmuştur. Operasyon teknikleri konkaya yönelik,

İletişim kurulacak yazar: Dr. Hakan CINCIK, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye, Tel: +90 216 5422596 Faks: +90 216 3487880 E-mail: hakancincik1@yahoo.com

Gönderilme tarihi: 27 Mayıs 2006, revizyon isteme tarihi : 29 Eylül 2006, yayın için kabul edilme tarihi: 26 Ekim 2006



lobule yönelik ve antiheliks oluşturan teknikler olup bu teknikler kombine edilebilir^{5,6}.

Biz de anterior çentiklemeyle küçük bir kartilaj insizyonu yardımıyla arkadan öne geçerek törpü ile yaptık, kıkırdağın incelmelerini sağladıktan sonra da sütür ile antiheliksi oluşturduk. Bu teknikle düzeltilen kepçe kulak deformiteli olgulardan elde ettiğimiz deneyimleri literatür eşliğinde tartıştık.

HASTALAR VE YÖNTEM

Kliniğimize 2003-2005 yılları arasında kepçe kulak deformitesi nedeniyle opere edilen 16 olgunun 32 kulağı değerlendirildi. Olguların 15'i 18 yaş üstünde olup biri 8 yaşındaydı. Tüm olgularımızdan ayrıntılı anamnez alındı. Hipertrofik skar eğilimleri, kollajen vasküler ve konnektif doku hastalıkları özellikle sorgulandı. Fizik muayenede iki taraf için ayrı ayrı aurikülomastoid açığı ve heliksten mastoide olan mesafe değerlendirildi. Fotodökümantasyon için olguların preoperatif, postoperatif birinci hafta ve 1.ay fotoğrafları çekildi.

Cerrahi yöntem: Çocuk olgu hariç bütün olgular lokal anestezi altında opere edildi (Resim 1). Operasyondan 30 dk önce 5 mg midazolam IM olarak uygulandı. Ortalama 10 mg lidokain ve 1/1000'lik adrenalin içeren lokal anestezi madde ile kulak çepeçevre anestezi edildi. Uygulamadan 10 dakika sonra antiheliks olarak planlanan bölgede cilt metilen mavisi ile işaretlendi. Aurikulanın arka kısmında, sayvan serbest kenarı ve retroauriküler sulkusa bir cm'den fazla yaklaşmamak kaydıyla yaklaşık 3-4 cm'lik insizyon yapılarak cilt kum saati şeklinde çıkarıldı. Auriküler kartilaj üst tarafının yaklaşık 0,5 cm aşağısında kıkırdağa 0,5 cm'lik insizyon yapılarak subperikondral planda ön yüze geçildi. Elevatör yardımıyla burada subperikondrial bir boşluk oluşturuldu ve törpü ile antihelikse paralel anterior çentiklemeler yapıldı. Bunu takiben 5/0 polypropylene monofilament iplik ile horizontal matris sütür atılarak antiheliks oluşturuldu (Resim 2). Konkal kartilajın geniş ve derin olduğu olgularda konkamastoid sütür veya konkal kartilajın lateral kısmından kartilaj eksizyonu yapıldı. Sütürlerin kıkırdağ ve ön yüzdeki perikondriumdan geçmesine, ancak ciltten geçmemesine dikkat edildi. Cilt de aynı sütür materyali ile kapatıldı. Mupirocin %2 krem emdirilmiş tamponlar sayvanın ön yüzünde yeni oluşturulan antihelikse ve postauriküler sulkusa destek olacak şekilde yerleştirildi. Bu şekilde olası hematoma engellenmeye çalışıldı. Tüm olgularda postoperatif 2. gün sargılar açıldı ve yara değerlendirildi. Baskılı pansumana 7 gün daha devam edildi, sonra cilt sütürleri alındı. Baskılı bandaj sonlandırıldıktan sonra, hastalara 3 hafta boyunca

geceleeri yatarken tenisci bantları kullanmaları önerildi. Hastalarımızın hepsine bir hafta süreyle antibiyoterapi (oral ampisilin sulbaktam veya sefuroksim aksetil) uygulandı.



Resim 1. Çocuk olgu preoperatif görünüm (a), postoperatif 1. ay görünüm (b,c,e,f) ve ön yüzden 2 yıl sonraki görünüm (d).



Resim 2. Kulağın metilen mavisiyle işaretlenmiş hali (a ve b), postauriküler insizyon (c), elevatörle auriküler kartilajın ön kısmının subperikondrial elevasyonu (d ve e), matris sütür (f), sütürasyon sonrası önden görünüm (g), postauriküler cilt sütürasyonu (h) ve kulağın son halinde heliksten mastoide olan mesafenin ölçülmesi (i).

BULGULAR

Olgularımızın hepsi erkekti ve yaş ortalaması 19,1 (8-24) idi. Tüm olgularımıza psikiyatri konsültasyonu alındı ve hastalarımızın 2 tanesinde çocukluk döneminde anksiyete düzeyinde bozukluk yapacak derecede psikolojik problemlerinin olduğu öğrenildi. Çocuk olguda psikopatoloji yoktu ama kulaklarının düzeltilmesini istiyordu. Olguların hepsindeki asıl problem antiheliks yokluğu idi. Konkanın geniş ve derin oluşuna veya bunların kombinasyonuna bağlı olarak sayvanda kepçe görünümü olan 5 olgu vardı (Resim 3). Bunların 2'sinde konkamastoid sütür ile rekonstrükte edilirken, 3'ünde konkal kartilaj kısmen çıkarıldı. Konkal kartilajın kısmen çıkarıldığı bir olguda ön yüzde oluşan cilt fazlalığı kötü bir görünüm oluşturdu, bunu önlemek için konkal kartilajın ön yüzü subperikondriyal olarak dış kulak yolu girişine kadar



eleve edildi ve fazlalık cilt bu bölgeye yayıldı. Olguların ortalama takip süresi 7 ay olup en kısa 3 ay ve en uzun (çocuk olgu) 2 yıl takip edilmiştir.



Resim 3. Hem antiheliks yokluğu, hem de geniş ve derin konka deformiteli bir olgunun preoperatif (a,b,c) ve postoperatif (d,e,f) görünüşleri, hafif lobül öne doğru protrüzedir.

Major komplikasyon (nekroz, enfeksiyon, hematoma) oranımız 32 kulaklık serimizde 3'dür (%9,3), bu komplikasyon bir kulakta hematoma (Resim 4) ve her hangi bir deformiteye sebep olmaksızın iğne aspirasyonu ile tedavi edildi. Bir olgumuzda iki kulağın simetrik düzeltilememesine bağlı kozmetik sonuç yetersizliği nedeniyle (Resim 5), diğer bir olguda da postoperatif dördüncü haftada sütürlerin ciltten dışarı çıkması nedeniyle unilateral revizyon otoplasti yapıldı. Revizyon otoplasti yapılma oranı %6,2 (kulak sayısına göre) dir. Toplam 5 kulakta minör komplikasyon (%15,5) gelişti. Bunlar bir olguda tek, bir olguda iki taraflı olarak lobülün öne doğru minimal protrüze olması (Resim 3), ve iki olguda birinde posteriordan diğerinde anteriordan prolen sütürlerin bazılarının mavi reflesinin görülmesidir (Tablo 1).



Resim 4. Tek taraflı hematoma gelişen bir olgu.



Resim 5. Postoperatif asimetri devam eden olgu.

	Komplikasyon sayısı	Hasta Tatminsizliği
Hematoma	1	Tam düzelme
Asimetri	1	1 (revizyon)
Lobulde hafif Öne Protrüzyon	3	Sonuç tatminkar
Sütürlerin Görülmesi	2	Sonuç tatminkar
Sütürlerin Ciltten Atması	1	1 (revizyon)
Toplam	9	2

Tablo 1. Postoperatif Komplikasyonlar (n:32). n: kulak sayısı

Otoplasti ile amaçladığımız sonuç; kulaklar arasındaki simetrinin ve doğal görünümün oluşması (Resim 6), karşıdan bakışta heliksin antiheliks arkasında görülmesi (Resim 7), sayvan ile mastoid cildi arasındaki mesafenin 2 cm'nin altında olması (Resim 8), aurikülosefalik açının 30 derecenin altında olması, kulak arkası sulkusun aşırı şekilde oblitere edilmemesi ve skafakonkal açının 90 derece civarında olmasıydı (Resim 9). Bu sonuç revizyon yaptığımız iki olgu hariç, 14 hastada ilk operasyonla elde edildi.



Resim 6. Olgunun preoperatif (a,e), hemen operasyon sonrası (b,f), postoperatif 1 hafta (c,g) ve 1.ay (d,h) görünüşleri.



Resim 7. Preoperatif ve postoperatif 1.hafta heliks antiheliks ilişkisi.



Resim 8. Kulak arkası sulkusun Preoperatif (a,c) ve postoperatif (b,d) 1. hafta da ki görünüşleri ve olgunun önden görünüşleri.



Resim 9. Preoperatif ve postoperatif aurikulocefalik açığı.

TARTIŞMA

Kepçe kulak deformitesi, yüzün görünen kısmında yer aldığı için dikkat çekici bir problemdir ve günümüze dek bunu düzeltmek için çok sayıda teknik geliştirilmiştir. Operasyon teknikleri konkaya, lobüle ve antiheliks oluşturmaya yönelik olup bu tekniklerin kombinasyonları da kullanılabilir^{5,6}. En sık kullanılan teknik “klasik konkal setback tekniği” olarak da adlandırılan Furnas (1968) tekniğidir. Bu teknikte mastoid periostunu da içerecek şekilde geniş olarak kulak arkası açılmakta ve konkal kıkırdak ile mastoid periostu arasına kalıcı sütürler atılarak, konka posterosüperior ve mediale çekilmektedir. Ancak büyük bir insizyonun kullanılması ve çok sütür atılması postoperatif sütür komplikasyonlarını artırmaktadır⁷.

En sık görülen deformite antiheliks yokluğu olduğundan en çok da bununla ilgili teknikler tanımlanmıştır^{4,8}. Bu deformiteyi düzeltmeye yönelik

olarak sütür, anterior çentikleme ve insizyon teknikleri olarak üç ana yöntem sıklıkla kullanılmaktadır⁹. Sütür tekniklerinden en bilineni Mustarde'ın “matris sütür” tekniğidir¹⁰. Chongchet ve Stenström anterior çentikleme önerirler. Burada temel mekanizma kostal kıkırdaklarda bir tarafı çentiklendiğinde karşı tarafa doğru bükülmenin meydana gelmesidir^{11,12}. Biz de hem kartilajı zayıflatmak, hem de zayıflayan kıkırdağa destek olmak için anterior çentikleme ve matris sütür tekniğini birlikte kullandık. Ön yüzde subperikondriyal planda törpü ile kıkırdağı incelttik. Diseksiyon planını subperikondral olarak gerçekleştirdik ve böylece ciltte oluşabilecek renk değişikliği ve hematoma riskini azaltmaya çalıştık. Yalnızca bir olgunun tek kulağında hematoma karşılaştık. Anterior çentiklemenin avantajlarından birisi kalın kıkırdaklı kulaklarda uygulanabilmesidir, çünkü kıkırdak kalınlığı azaltılarak daha esnek hale getirilmekte ve istenen ölçüde bükülme sağlanmaktadır.

Chongchet sayvan arka yüzüne, iki taraflı perikondriumu da içerecek ve antiheliks oluşturacak şekilde uzunlamasına transkartilajinöz insizyonlar yapmış ve ön yüze geçerek perikondriuma ve kısmen de kartilajda antiheliks paralel çentiklemeler yapmıştır. Ancak bu teknikte kesiye bağlı keskin kenarlar görülebilmektedir¹¹.

Konkal ve antihelikal problemler bir arada ise öncelikle konkal cerrahinin, sonra helikal cerrahinin yapılması önerilmektedir¹³. Bizim olgularımızın hepsinde antiheliks, yoktu ayrıca 5'inde geniş ve derin konka deformitesi ile antiheliks yokluğu bir aradaydı. Bu olgularda konkamastoid sütür konulacaksa önce antiheliks oluşturuldu, sonra konkamastoid sütürler konuldu. Ancak konkal kartilaj eksizyonu planlanıyorsa önce eksizyon yapıldı, sonra antiheliks oluşturuldu. Konkal eksizyonun medyal kısımdan yapılmasını öneren cerrahlar da vardır^{14,15}. Fakat biz bu işlemi lateralden uyguladık. Bunun dezavantajı konkal kartilaj eksizyonu sonrası cilt fazlalığının oluşması ve bu fazlalığın da o bölgede kıvrılarak kötü bir görünüm yaratmasıdır. Bunu önlemek için konkal kartilajın ön yüzünden dış kulak yolu girişine kadar cilt altı serbestleştirildi ve fazlalık öne doğru yayıldı.

Beşyüzaltmışiki olguluk bir seri incelendiğinde yeni başlayan cerrahlarda deformitenin tekrarlama, kötü şekil ve enfeksiyon gibi komplikasyonlara %20 gibi yüksek oranda karşılaşılmış, tecrübeli cerrahlarda bu oranın % 9 olduğu görülmüştür. Sonuçların tatmin edici olmayışının nedeni %73,4 olguda operasyonun dizaynı, %26,6 olguda cerrahi tekniğin kötü



olmasıdır. En sık karşılaşılan komplikasyonun rezidüel deformite nedeniyle hasta tatminsizliği (%8) olduğu saptanmıştır¹⁶. Bizim major komplikasyon oranımız 32 kulaklık olgu serimizde 3'dür (%9.3), bu da 2 (% 6,2) olguda reoperasyon, 1 olguda da hematoma iğne aspirasyonlarıyla tedavi edilmesinden sonra tam olarak düzelmiştir.

Otoplasti sonrasında ilk 14 gün içinde ortaya çıkan komplikasyonlar erken komplikasyonlar olarak kabul edilmektedir. En sık karşılaşılan erken komplikasyon hematoma ve enfeksiyondür¹⁷. Bizim bir olgumuzun tek kulağında hematoma gelişti ve hiç bir olguda enfeksiyon olmadı. Sütür atılımı ve estetik komplikasyonlar geç komplikasyonları oluşturmaktadır. Bir olgumuzda matris sütürler dördüncü haftada tek kulakta cilt dışına çıktı. Sütür atımları cerrahi revizyonu gerektirir ve biz de bu olgumuza revizyon uygulayarak istenilen sayvan görüntüsünü tekrar sağladık. Ayrıca iki olgunun tek kulağında sütürlerin mavi refleksi dışardan görülmekteydi, ancak bu olgular reopere edilmedi. Bu refleksinin olmaması için sütürler sayvan ön yüz cildine fazla yakın geçilmemelidir. Postoperatif pansumanlarla olguların günlük kontrollere gelmeleri olabilecek erken dönem komplikasyonları minimize etmektedir.

Sonuç olarak otoplasti hasta ve doktor tatmini fazla olan bir operasyondür. Amaç düzgün kontürlü simetrik bir kulak oluşturmaktır, bu nedenle tek bir teknik değil her kulağa ayrı bir teknik, hatta aynı kulakta bu tekniklerin kombinasyonları kullanılmalıdır. Bizde otoplastide kıkırdağı inceltmek ve çentiklenmeyi sağlamak için törpü kullandık ve sonuçlarımız tatminkardı.

KAYNAKLAR

1. Adamson PA, Strecker HD. Otoplasty techniques. Facial Plast Surg 1995; 11: 284-300. PMID: 9046617
2. Bradbury ET, Hewison J, Timmons MJ. Psychological and social outcome of prominent ear correction in children. Br J Plast Surg 1992; 45: 97-100. PMID: 1562855
3. Adamson JE, Horton CE, Crawford HH. The growth pattern of the external ear. Plast Reconstr Surg 1965; 36: 466-70. PMID: 5831865
4. Vuyk HD. Cartilage-sparing otoplasty: a review with long-term results. J Laryngol Otol 1997; 111: 424-30. PMID: 9205600
5. Campbell AC. Otoplasty. Facial Plast.Surg 2005; 21(4): 310-316. PMID: 16575709
6. Janis JE, Rohrich RJ, Gutowski KA. Otoplasty. Plast Reconstr Surg 2005; 115(4): 60-72. PMID: 15793433.
7. Furnas DW. Correction of prominent ears by concha-mastoid sutures. Plast Reconstr Surg 1968; 42: 189-193. PMID: 4878456
8. Rubino C, Farace F, Figus A, Marsa DR. Anterior scoring of the upper helical cartilage as refinement in aesthetic otoplasty. Aesthetic Plast Surg 2005; 29(2): 88-93. PMID: 15821969
9. Stucker FJ, Vora NM, Lian TS. Otoplasty: an analysis of technique over a 33 -year period. Laryngoscope 2003; 113(6): 952-956. PMID: 12782804
10. Mustarde JC. The treatment of prominent ears by buried mattress sutures: a ten year survey. Plast Reconstr Surg 1967; 39: 382-6. PMID: 5336910
11. Chongchet V. A method of antihelix reconstruction. Br J Plast Surg 1963; 16: 268-272. PMID: 14042756
12. Stenström SJ. A "natural" technique for correction of congenitally prominent ears. Plast Reconstr Surg 1963; 32: 509. PMID: 14078273
13. Burres S. The anterior-posterior otoplasty. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998; 124: 181-185. PMID: 9485110
14. Small A. Prevention of meatal stenosis in conchal setback otoplasty. Laryngoscope 1975; 85: 1782-1784. PMID: 1102828
15. Beasley NJP, Jones NS. Otoplasty: the problem of the deep conchal bowl. J Laryngol Otol 1996; 110: 864-868. PMID: 8949299
16. Calder CJ, Naasan A. Morbidity of otoplasty: a review of 562 consecutive cases. Br J Plast Surg 1994; 47: 170-174. PMID: 8193854
17. Weerda H, Siegert R. Complications in otoplastic surgery and their treatment. Facial Plast Surg 1994; 10: 287-297. PMID: 7835733