

**Nasıl yapılır?****How to do it?**

## Otoplastide anterior yaklaşım tekniği

### Anterior approach in otoplasty

Dr. Yaşar Çokkeser, Dr. Emre Karaoğlu

*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye*

Kepçe kulak deformitesi, dış kulağın otozomal dominant geçişli bir anomalisidir. Nüfusun yaklaşık %5'ini etkilemektedir. En fazla iki anatomik nedenle ortaya çıkar; birincisi antiheliks az gelişmişliği, ikincisi ise konkal çukurun aşırı gelişmesidir. Bu durum okul çağındaki çocuklarda psikolojik açıdan önemli sorunlara neden olabilmektedir. Kepçe kulak deformitesi olan bireylerde birden çok anatomik sorun, bir arada ya da ayrı ayrı bulunabilir. Bu sorunlara yönelik çeşitli cerrahi yöntemler geliştirilmiştir. Otoplastide günümüze kadar 200'den fazla cerrahi tekniği bildirilmiştir. Bu teknikler çoğunlukla antiheliks oluşturmaya ve konkal çukurun ya da lobülün biçimlendirilmesine odaklıdır. Konkal yapılar daha kolay ve direkt yaklaşım sunan anterior otoplasti tekniği tartışılmıştır. Bu teknikte, gerektiğinde direkt görüş altında yarım ay şeklinde bir kıkırdak eksizyonu ve subdermal çekme sütürleri ile antihelikal kıvrımın oluşturulması tartışılmıştır. Dolayısıyla, tekniğimiz, konkal çukur kıvrımının yeni seviyesinin elde edilmesine olanak vermiştir.

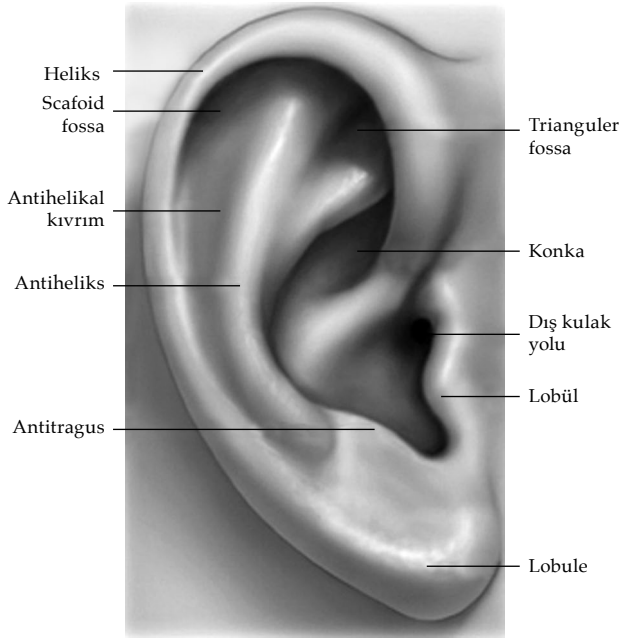
**Anahtar Sözcükler:** Anterior yaklaşım; otoplasti; gizli sütür.

Prominent ear deformity is an autosomal dominant inherited anomaly of the external ear. It's found to be affecting approximately 5% of the population. It most frequently results from two reasons, one being the poor developmental of the antihelix and the other being the overdevelopment of the conchal bowl. This condition can cause psychological problems in school-age children. One or more anatomical problems of prominent ear may be existing in the individuals. Several surgical methods were developed for these problems. More than 200 surgical techniques have been described up to date in otoplasty. These techniques are mostly focused on creating antihelix or on shaping the conchal bowl or the lobule. Anterior otoplasty that provides an easier and direct approach was discussed. In this technique, formation of the anti-helical fold by excision of a crescent shaped cartilage, if required, and by using subdermal pull sutures under direct visualization were discussed. Thus our technique enabled obtaining the new level of the conchal bowl ridge.

**Key Words:** Anterior approach; otoplasty; secret suture.

Kepçe kulak deformitesi, otozomal dominant geçişli ve beyaz ırkta nüfusun %5'ni etkileyen bir durumdur. En fazla iki anatomik nedenle

ortaya çıkar; birincisi antiheliks az gelişmişliği, ikincisi ise konkal çukurun aşırı gelişmesidir (Şekil 1).<sup>[1]</sup>



Şekil 1. Aurikula anatomisi.

Özellikle okul çağındaki çocuklarda psikolojik açıdan önemli sorunlara neden olabilmektedir. 1992'de yapılan bir çalışmada; kepçe kulak cerrahisi uygulanacak hastalarda %10'unun psikiyatri konsültasyonuna gereksinim duyulduğu ortaya konmuştur.<sup>[2]</sup>

Kepçe kulak deformitesinde birden çok anatomik sorun, bir arada ya da ayrı ayrı bulunabilir. Bu sorunlara yönelik çeşitli cerrahi yöntemler geliştirilmiştir. İlk olarak 1881 yılında Ely tarafından tanımlanan otoplastinin; günümüze kadar 200'den fazla cerrahi tekniği bildirilmiştir. Bu teknikler

antiheliks oluşturan teknikler, konkal çukura ve lobüle yönelik teknikler olarak sıralanabilir.<sup>[3,4]</sup>

Konkal yapılar daha kolay ve direkt yaklaşım sunan anterior otoplasti tekniği tartışılmıştır. Bizim tekniğimiz sayesinde; heliks ve konka sorunlarına yönelik olarak direkt anterior yaklaşımla göz önünde yeniden konkal kıvrımın seviyesinin oluşturulmasını temin eden konkadan gereklilik halinde yarım ay şeklinde kıkırdak eksizyonu ve sub dermal gizli çekme sütürleriyle yeni antiheliks ve heliks kıvrımları elde edilişi tanımlanmıştır.

### Cerrahi teknik

Anterior teknik seçiminin bazı avantajları vardır. Bunlar;

- Kıkırdak fazlasını rahatlıkla belirleyerek; gerektiği kadar çıkarmanın sağlanabilmesi,
- Konkal çukurun lateral seviyesinin isteğe göre ayarlanabilmesi,
- Geriye katlamada kolaylık,
- Kulak kontürlerine direkt hakimiyet,
- Antiheliks kıvrımına uygun sütürasyonun sağlanabilmesidir.

Patolojik anatomik yapının ameliyat öncesi tanı ve değerlendirmesi önemlidir (Şekil 2).

Cerrahi teknik genel ve lokal anestezi altında uygulanabilmektedir. Cerrahi tekniğin ilk aşaması, konkal kıkırdak hipertrofik olgularda konkal kıkırdak eksizyon aşamasıdır (Şekil 2). Konkal hipertrofisi olmayan ve kıkırdak eksizyonu



Şekil 2. Hastalardan örnekler.

gerektirmeyen küçük yaştaki yumuşak bükülebilir kıkırdaklı hastalarda gizli sütürlerle antiheliks oluşumu için 4/0 prolene sütürle kalıcı bükülme sağlanabilir.

Kanamamanın az olması ve lokal anestezi sağlanması amacıyla 2 cc lidokain + 1/1000'lik adrenalin içeren lokal anestetik enjeksiyonu ile lokal anestezi sağlanır (Şekil 3a). Daha sonra, konka lateral sınırının 3 mm medialine, yaklaşık 2 cm'lik vertikal insizyon yapılır (Şekil 3b). Bu insizyonun derinliği konkal kıkırdak perikondriyumu seviyesine kadar yapılır (Şekil 3c). İnsizyon tamamlandıktan sonra subperikondriyal planda anterior ve posteriyora doğru insize edilecek kartilaj kadar yarım ay şeklinde serbestleme yapılarak konkal kıkırdak ortaya konulur (Şekil 3d, e). Konka patolojisine göre konkal kıkırdaktan gerekli redüksiyon miktarında yarım ay şeklinde uzun eksenini yaklaşık 1 cm'lik kıkırdak posteriyorda perikondrium korunarak eksize edilir (Şekil 3f). Tam kat kesi sayesinde konkal çukurlukta küçültme ve antiheliks kıvrımında düzeltmeler daha rahat ve kalıcı olarak uygulanabilir.

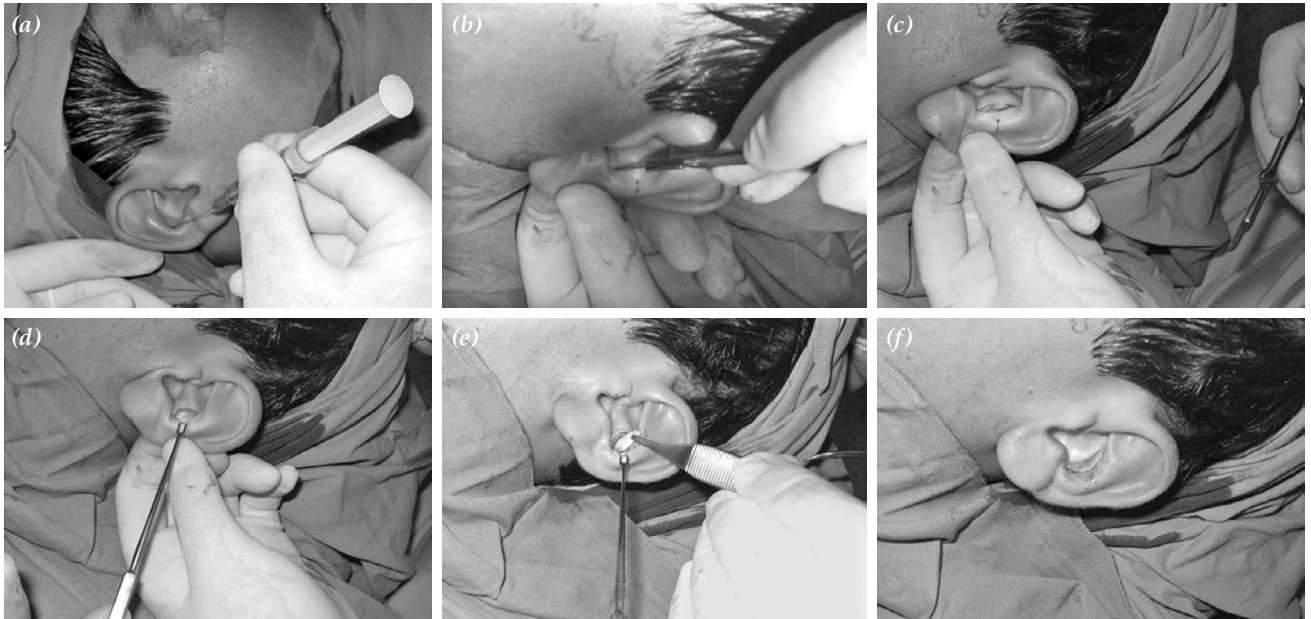
Tekniğin ikinci aşaması, subdermal çekme sütürlerinin atılması aşamasıdır (Şekil 4).

Bu aşamada ilk olarak, kıkırdak eksizyon defektinin lateralindeki kıkırdağın posteriyorundan 4/0 polipropilen sütür ile medialden laterale doğru iğne geçirilir (Şekil 4a). Burada dikkat edilmesi gereken nokta; aurikulanın posteriyorunda ciltten çıkmadan; hemen antiheliks kıkırdağının

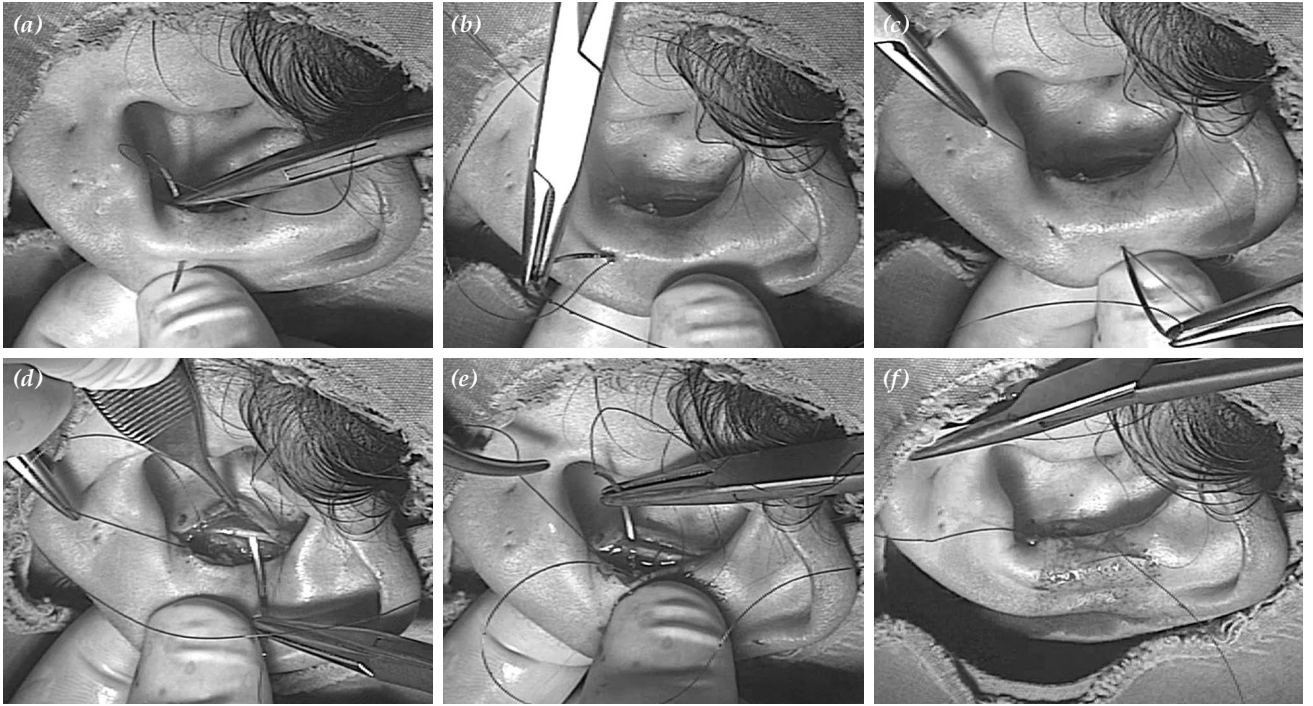
posteriyorundan iğneyi döndürerek antiheliks-heliks arasında anteriorlarda ciltten çıkmak gerekir. Sonraki aşamada sütürün çıktığı yerden girerek bu defa superiyordan anteriora doğru yine posteriyorda ciltten çıkmadan aynı işlem tekrar edilir (Şekil 4b). Üçüncü aşamada son sütürün anteriorlarda ciltten çıktığı yerden girilerek bu defa lateralden mediale doğru posteriyorda ciltten çıkılmadığına dikkat edilerek aynı işlem tekrar edilir (Şekil 4c). Son sütürün çıktığı yer kıkırdak eksizyon defektinin lateral serbest kenarının posteriyor yüzü olacaktır (Şekil 4d). Sonraki aşamada kıkırdak eksizyon defektinin medial serbest kenarının posteriyor yüzünden anterior yüzüne doğru iğne geçirilir; sütürün çıktığı noktanın 6-7 mm superiyorundan aynı yüzey bu kez anterior-posterior yönünde geçilir ve sütür işlemi bitirilir (Şekil 4e).

Bu aşamadan sonra; kıkırdak eksizyon defektinin medial ve lateral kenarlarının posteriyorlarından çıkan sütür uçları, patolojiyi düzeltecek pozisyonu sağlayan en doğru sıkılık düzeyinde bağlanarak işlem tamamlanır (Şekil 4f). Bu sütür ortalama iki kez atılır. Gerekli görüldüğünde daha çok da atılabilir.

İnsizyon sütürasyonu primer 5/0 polipropilen ile yapıldıktan sonra hastada herhangi bir bandaj veya sargı olmaksızın ameliyat sonlandırılabilir. Sütürlerin 7. günde alınması uygun olacaktır.



Şekil 3. Kıkırdak eksizyonu.



Şekil 4. Subdermal süttür.

#### HASTALAR VE YÖNTEMLER

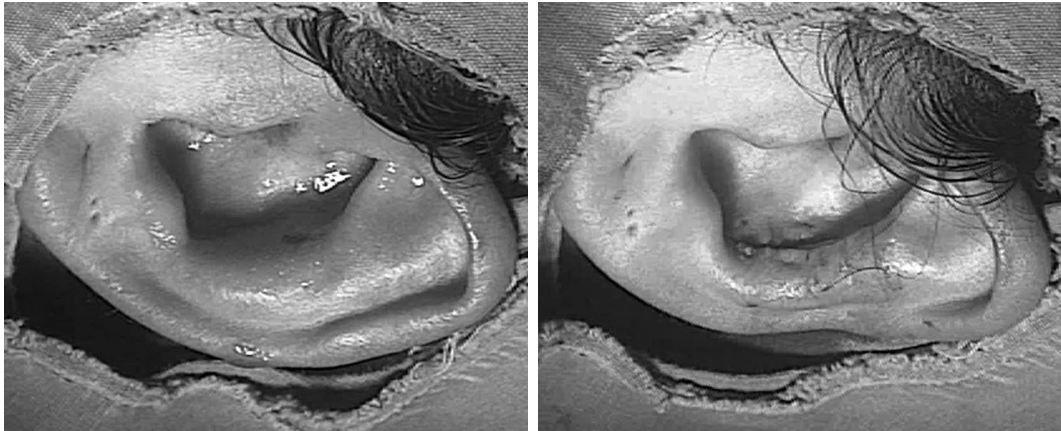
2003-2011 yılları arasında 35 olgu (12 kadın, 23 erkek; ort. yaş 15 yıl; dağılım 5-41 yıl) bu teknikle ameliyat edildi. Ameliyat sonrası hematoma, kanama dahil herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

#### TARTIŞMA

Kepçe kulak deformitesi, yüzün görünümünde çok büyük değişikliklere yol açtığından önemli bir kozmetik sorundur. Bu nedenle birçok cerrahi teknik geliştirilmiştir. En sık kullanılan teknik Furnas'ın 1965'te tanımladığı "klasik konkal setback tekniği" olarak da bilinen

konka mastoid sütün tekniğidir.<sup>[5]</sup> Bu teknikte geniş bir retroauriküler insizyon yapılarak; mastoid kemik periostuyla konkal kıkırdak arasına kalıcı sütürler atılmaktadır. Bu teknikte, posteriyorda geniş bir insizyon gerekmesi ve kalıcı sütün ile naturel olmayan aurikula tespiti olmaktadır. Tekniğimizde, naturel bir heliks ve antiheliks kıvrımı, minimal bir insizyon ve diseksiyonla sağlanabilmektedir.

Stenstroem,<sup>[6]</sup> antiheliks yokluğunu gidermeye yönelik anterior çentikleme yöntemini kullanarak; çentiklenmeyen yüze doğru kıvrım ile antiheliks oluşturma tekniğini tanımlamıştır. Ancak bu



Şekil 5. Ameliyat sonrası.



Şekil 6. Ameliyat öncesi ve sonrası.

teknikte, ince kıkırdaklı hastalarda teknik başarısızlık ve kıkırdak nekrozu sorunları ile karşılaşlabilmektedir.

Gibson ve Davis'in<sup>[7]</sup> tanımladığı yöntemde kıkırdağa skorlama yapılarak karşı tarafa bükülme sağlanırken; bizim tekniğimizde perikondrium sıyrılarak, kıkırdak periostun intakt olduğu tarafa doğru bükülmesine katkı sağlanmaktadır.

Otoplasti cerrahisinde genel kural olarak; eğer bir hastada antiheliks ve konka sorunları bir arada ise önce konka cerrahisinin yapılması; sonra antiheliks patolojisinin düzeltilmesi önerilir.<sup>[8]</sup> Ancak anterior yaklaşım tekniğimizde, iki patoloji de aynı ameliyat içinde çözümlenebilmektedir.

Birçok teknikte, düzeltme sonrası antiheliks kıvrımının aşırı belirginleşmesi sorunu ortaya



Şekil 7. Ameliyat öncesi ve sonrası.



Şekil 8. Ameliyat öncesi ve sonrası.

çıkarken; bizim tekniğimizde eksizye edilen konkal kıkırdak sayesinde bu belirginleşme sorunu görülmemektedir.

Otoplasti sonrası en sık görülen erken komplikasyonlar hematom ve enfeksiyondur. Geç komplikasyonlar ise sütürlerin atması ve hasta tatmin-

sizliğidir. Bizim uyguladığımız bu teknikte subperikondrial mesafede çalışılıp, çevre bölgelere doğru geniş diseksiyon yapılmadığından ve açık insizyon tekniği de drenaja yardımcı olduğundan hematom riski diğer cerrahi tekniklere göre daha düşüktür. Yine aynı nedenlerden dolayı enfeksiyon sıklığı da



Şekil 9. Ameliyat öncesi ve sonrası.



Şekil 10. Ameliyat öncesi ve sonrası.



Şekil 11. Ameliyat öncesi ve sonrası.

düşüktür. Nitekim hiçbir olgumuzda hematoma dahil belirgin bir komplikasyon gözlenmemiştir.

Kepçe kulak cerrahisi, tanımlanan bu teknikle yapıldığında hem cerrah, hem de hasta için çok tatmin edici olabilmektedir (Şekil 6-11).

#### KAYNAKLAR

1. Adamson PA, Strecker HD. Otoplasty techniques. *Facial Plast Surg* 1995;11:284-300.
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.
3. Campbell AC. Otoplasty. *Facial Plast Surg* 2005;21:310-6.
4. Janis JE, Rohrich RJ, Gutowski KA. Otoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2005;115:60e-72e.
5. Furnas DW. Correction of prominent ears by conchamastoid sutures. *Plast Reconstr Surg* 1968;42:189-93.
6. Stenstroem SJ. A "Natural" technique for correction of congenitally prominent ears. *Plast Reconstr Surg* 1963;32:509-18.
7. Gibson T, Davis WB. The distortion of autogenous cartilage grafts: its cause and prevention. *Br J Plast. Surg* 1958;10:257
8. Burres S. The anterior-posterior otoplasty. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;124:181-5.