

KEPÇE KULAK KIKIRDAĞININ ÖNDEN DİLİMLEME YÖNTEMİYLE DÜZELTİLMESİ*

Yağmur AYDIN, M. Zeki GÜZEL,
Alpagan Mustafa YILDIRIM

Background.- Prominent ears are frequent in the white population with an incidence of 5 percent. Many surgical techniques can roughly be classified as the cartilage-incision techniques versus the suture-placement techniques have been described to correct prominent ears. The purpose of this article is to demonstrate the details of anterior scoring technique for the correction of prominent ears and compared with other published ones.

Design.- A total of 63 prominent ears underwent repair. The age of patients at surgery ranged from 9 to 23 years (mean age, 11.8 years). Of 33 patients, 20 were female and 13 were male. The procedure was bilateral in 30 cases, unilateral 3 cases. All patients were treated with anterior scoring technique alone. All patients were placed into a head bandage for 5 to 7 days and then usually for 3 weeks in a headband.

Results.- Average follow-up was performed at 4,2 years. There was no encountered any complication. The patient satisfaction survey found that all patients were either very satisfied or extremely satisfied with the overall appearance of the ears. Symmetry was noted to be good to excellent by all the patients-parents and surgeon.

Conclusion.- Anterior scoring technique is safe, efficacious for correction of prominent ears with excellent long-term results.

Aydın Y, Güzel MZ, Yıldırım AM. Correction of prominent ears using anterior scoring technique. Cerrahpaşa J Med 2001; 32: 31-36.

Kepçe kulak deformitesi beyaz ırkta % 5 oranında görülür ve herediter otozomal dominant geçiş gösterir.¹ Deformitede kulağın üst-dış kenarı saçlı deriden 2 cm den daha uzak, kafa ile arasındaki açı normalden geniş (normalde 23 derece) ve kulak kıkırdak kıvrımları siliktir.² Bu görüntü kepçe kulak ve normalden büyük kulak izlenimi verir. Özellikle okul çağındaki çocukları psikolojik olarak da etkileyen bu deformitenin düzeltilmesi için eskiden beri birçok cerrahi yöntem tarif edilmiştir. 150 yıl kadar önce Diffenbach kepçe kulak kıkırdağını mastoide dikerek düzeltmeye çalışmış, 1910 yılında ise Luckett tarafından deformitenin esas nedeni olan sığ veya hiç olmayan antihelikal katlantının oluşturulmasına yönelik girişim tarif edilerek yeni bir boyut kazanılmıştır.^{3,4} O zamandan beri bu teknikle yapılan ameliyatlarda görülen özellikle superior crusta olmak üzere keskin antiheliks ve derin scaphal çukurluğu önlemeye yönelik birçok girişim tanımlanarak, kulağın üst bölgesindeki kepçenin düzeltilmesi, önden bakışta her iki kulak heliksinin antiheliks gerisinde görünür olması, heliksin tamamının düzgün olması, kulak arkası oluşunun aşırı azaltılmaması, heliksin başın temporal yüzeyinden 15 mm ile 20 mm arasında bir uzaklıkta olması ve her iki kulağın herhangi bir pozisyon için birbirinden farkının 3 mm içinde olması olarak özetleyebileceğimiz temel ilkeler ortaya konuldu.^{5,6} Bu ilkeler doğrultusunda uygulanan teknikler kıkırdağı sadece kalıcı dikişlerle şekillendirmek,⁷ kıkırdağı birkaç insizyon ile birlikte kalıcı

* XXII. Türk Ulusal Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği Kongresinde sunulmuştur; *Anahtar Kelimeler:* Kepçe kulak düzeltilmesi, Önden dilimleme; *Key Words:* Correction of prominent ear, Anterior scoring; *Alındığı Tarih:* 30 Ekim 2000; Uzm. Dr. Yağmur Aydın, Doç. Dr. M. Zeki Güzel: İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı; Yard. Doç. Dr. Alpagan Mustafa Yıldırım: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı; *Yazışma Adresi (Address):* Dr. Y. Aydın, Mine Sokak, Çamlık Apt No: 3, D: 7 Suadiye, 81070, İstanbul.
e-posta: yaydin@istanbul.edu.tr
<http://www.ctf.istanbul.edu.tr/dergi/online/2001v32/s1/011a5.htm>

veya geçici dikişlerle desteklemek⁸⁻¹⁰ ve kıkırdağı anterior scoring tekniği ile dikişsiz yada kalıcı veya geçici dikiş desteği ile şekillendirmek olarak özetlenebilir.¹¹⁻¹⁴ Günümüzde bu tekniklerden kulak kıkırdağının önden dilimlenmesi ile şekillendirilmesi dikişsiz veya bunun dikişlerle desteklenen şekli yaygın olarak kullanılmaktadır. Son yıllardaki yayınlardan da anlaşılacağı gibi önden kıkırdağın dilimlenmesi dikiş ile desteklendiğinde yüksek oranlarda komplikasyonlarla sonuçlanmaktadır.^{7,15}

63 kepçe kulakta önden yapılan dilimlemelerle destek sütürleri koymaksızın verilen yeni şekil kalıcı olmuştur. Yazıda teknik ayrıntılar sunularak literatür verileriyle karşılaştırılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Haziran 1993-Eylül 1998 yılları arasında kepçe kulak nedeniyle 33 hasta ameliyat edildi. Hastaların 30 unda her iki kulak 3 ünde ise tek kulak olmak üzere 63 kepçe kulak önden dilimleme yöntemi ile kıkırdağın şekillendirilerek düzeltildi. Kepçe kulak görünümü dışında kulakta konjenital deformitesi olanlar dahil edilmedi. Hastalar 9 ile 23 yaşları arasında, ortalama 11.8 ve 13'ü erkek, 20'i kadın idi. Bunlardan 30 hastada iki kulak 3 hastada ise tek kulak olmak üzere 63 kulakta kulak kıkırdağı önden dilimleme yöntemi ile düzeltildi.

Cerrahi Teknik: Her iki kulak aynı cerrah tarafından ameliyat edildi. Ergenlik çağından öncekiler genellikle genel anestezi ile erişkinler ise lokal anestezi ile ameliyat edildiler. Kulak arkaya yatırılarak antiheliks ve cruslar boya maddesine batırılmış iğne ile önden arkaya 8-10 kere tam kat geçilerek işaretlendi. Antiheliks helikse ne yakın ne de uzak olmamasına dikkat edildi. Kanamanın az olması ve disseksiyonu kolaylaştırması için 1/200 000 adrenalini %2 lidokain injeksiyonu yapıldı. Kulak arkasında cilt insizyonu bu işaretli hattın 1-2 mm medialine yapıldı. Çok belirgin kepçe kulaklarda perikondrium ve üzerindeki damar ağı yerinde bırakılarak en fazla

5 mm genişliğinde cilt eksizyonu yapıldı. Cilt insizyonu ile perikondrium üzerinden helikse doğru makasla yapılan disseksiyonla gidilerek antiheliks işaretlendiği hattın 3-4 mm lateralinden antihelikal katlantıyı (scaphoid fossa) oluşturmayı düşündüğümüz hat boyunca kıkırdağın bistüri ile kesildi ve kıkırdağın önüne makasla subperikondial olarak geçilerek bu insizyonun helikse yaklaştığı en tepe noktadan 3-4 mm lik back-cut yapıldı (Şekil 1). Kıkırdağın ön yüzeyinde antiheliks, cruslar ve antragusun bir bölümü subperikondial olarak ortaya kondu. Antiheliks işaretli hat boyunca istediğimiz şekli alana kadar 8-10 insizyonla dilimlendi. Dilimleme genellikle tam kata yakın yapıldı, nadiren tam kat insizyonlar da gerekti. Antiheliks özellikle yüksek noktalarına enlemesine tam kat olmayan küçük dilimlemeler de yapıldı. Bu tarz dilimlemenin yetersiz kaldığı nadir durumlarda antiheliks kuyruğuna yakın bölgede üçgen bir parça çıkarıldı. Crusların belirgin olmadığı bazı durumlarda superior crusta ve nadiren inferior crusta da dilimleme devam etti. Kıkırdağın dilimlendikten sonra kendi haline bırakıldığında istenen şekli aldığı zaman (Şekil 2) cilt üstüne örtüldü ve kulağın aldığı şekil yeniden gözden geçirilerek gerektiğinde ek dilimlemeler yapıldı. Dilimleme ile indirilemeyecek kadar konkal kıkırdağın yüksekliği fazla olan olgulardan birinde konkaya tam kat insizyon yapılarak



Şekil 1. Ameliyatta kulak kıkırdağının antihelikal katlantının oluşturulacağı hat boyunca subperikondial olarak önüne geçmek üzere kesilmesi



Şekil 2. Anterior scorin uygulandıktan sonra kendi haline bırakılan kulak kıkırdağında normalleşmiş antiheliks ve cruslar

ikisinde ise elips bir parça çıkararak kendi üstüne kruvaze olması sağladı. Hiçbir hastaya kıkırdak dilimlenerek şekillendirildikten sonra daha iyi şekillendirmek veya verilen şekli

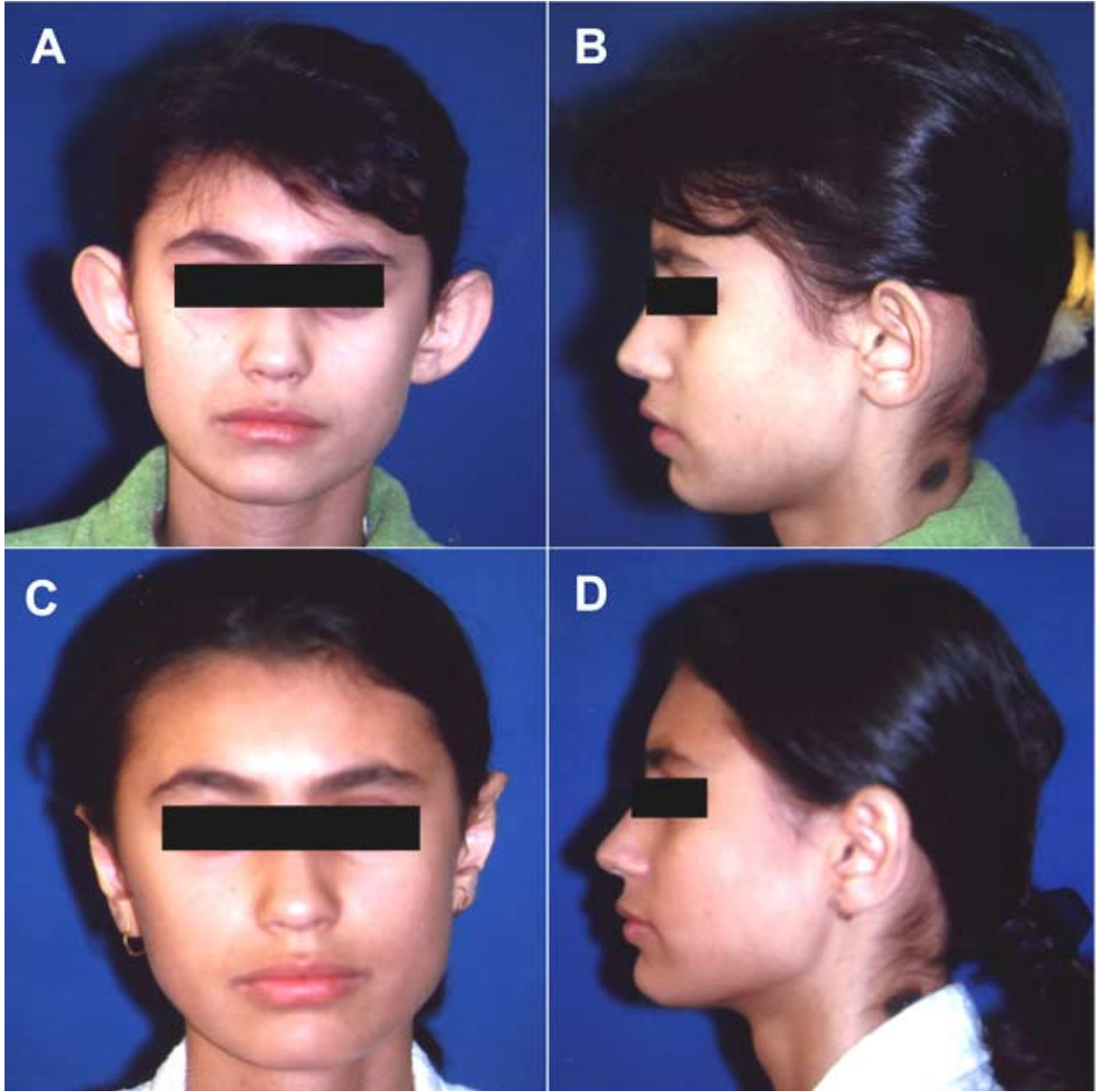
korumak için kalıcı veya geçici dikiş konmadı ve başka destekleyici işlem yapılmadığı gibi cilt eksizyonu ile kulağın arkaya yatırılmasına gereksinim duyulmadı. Cilt altına 2-3 adet 5/0 vicryl dikiş konduktan sonra cilt 4/0 polypropylene devamlı dikiş ile kapatıldı. Kulak kıkırdaklarının pozisyonuna göre vazelinli gaz şekillendirilerek yerleştirildikten sonra gaz örtüsü ve sargı ile kapatıldı. Ameliyattan sonraki gün pansumanı açmadan kenarından bakılarak kulağın durumu, beslenmesi ve hematoma olup olmadığına bakıldı. Pansuman 5-7 gün sonra açıldı. Bundan sonra 1 hafta gece gündüz (iki kere yarım saat ara verilerek) ve sonra iki hafta sadece gece saç bandı kullanıldı.

BULGULAR

Hastalar en az 3, en çok 7 yıl ve ortalama 4,2 yıl izlendi. Erken komplikasyon olarak 2 olguda drenaj gerektirmeyen hematoma ve iki olguda fazla baskıya bağlı ciltte erozyon (girişimsiz iyileşti) dışında bir komplikasyon ile karşılaşılmadı. Geç



Şekil 3. Olgu 1. Kepçe kulaklı 13 yaşındaki kız. Ameliyattan önce önden (A), yandan (B), arkadan (C). Ameliyattan 3 yıl sonra önden (D), yandan (E), arkadan (F)



Şekil 4. Olgu 2. Kepçe kulaklı 12 yaşındaki kız. Ameliyattan önce önden (A), yandan (B), Ameliyattan 2 yıl sonra önden (C), yandan (D)

dönemde bir hastada soğuğa karşı hassasiyet dışında, yetersiz rekonstrüksiyon, deformitede kalıntı, asimetri, kulağın başa çok yakın veya uzak olması, keloid, inklüzyon kisti, egzematik deri lezyonları gibi literatürde bahsedilen komplikasyonlarla karşılaşılması. Birçok insanda normalde zaten var olan ve estetik olarak sorun yaratmayan kulağın 1/3 orta kısmında heliksin antiheliksin arkasında görünmez olması 4 olguda rastlandı. Hiçbir has-

taya yeniden cerrahi girişim yapılmadı. Bütün hastalarda % 100 memnuniyet vardı (Şekil 3,4)

TARTIŞMA

Ameliyat yaşları bakımından genellikle literatürde 5-7 yaş gurubu büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Bizim serimizde ameliyat yaş gurubu ilkökul çağında yoğunlaşmayıp neredeyse homojen dağılım gös-

termektedir. Bu tercih 5 yaş civarındaki çocuklarda bazen kulak kıkırdağının ince ve güçsüz olması ile ilgili olmayarak tamamen hasta ve ailenin tercihine bağlıdır.

Kepçe kulak ameliyatları çok eskiden beri yapıla gelmesine rağmen hala bazı modifikasyonlara ihtiyaç duyulmaktadır. Kepçe kulağı düzeltmeye yönelik cerrahi girişimler, kulak kıkırdağına sadece kalıcı dikişler koyarak şekillendirme, kulak kıkırdağına birkaç insizyon yaptıktan sonra kalıcı veya geçici dikişlerle şekillendirme, kulak kıkırdağını çok sayıda insizyonla önden dilimledikten sonra kalıcı veya geçici dikişlerle oluşturulan şekli desteklemek ve kulak kıkırdağını çok sayıda insizyonla önden dilimleyerek kalıcı veya geçici dikişe ihtiyaç duyulmadan şekillendirmek olarak özetlenebilir. Günümüzde genellikle son iki teknik kabul görmektedir. Kıkırdağı önden dilimleme (*anterior scoring*) ile şekillendirme tekniği tek başına veya oluşturulan kıkırdağın formunun korunması için buna ek olarak kalıcı veya geçici dikişlerle desteklenerek uygulanmaktadır.

Kulak kıkırdağına özellikle kulağın alt 1/3 ünde disseksiyon yapılmaması önerilmektedir.¹⁶ Kıkırdağın beslenmesinde sorun yaratabileceği gibi üstüne yeniden örtülen derinin uyumsuzluğu, dilimlenmiş kıkırdağın kolay malpozisyonu ve hematoma potansiyeli nedeniyle geniş disseksiyon önerilmez. Önden dilimleme yönteminde oluşturan şeklin kalıcı olmasını desteklemek için kulak arkasındaki derinin eksizyonu gerekli olmadığı bilinmektedir.^{16,17} Bu daha gözükmez bir iz bırakması ve gelecekte kulak arkasında greft gerektiğinde kullanılabilmesi açısından önem taşıması yanında cildin yeni oluşturulan kıvrımlarına uyumunu da kolaylaştırmaktadır. Olgularımızdan çok belirgin kepçe kulağı olan 17'sinde bol kalan yaklaşık 0,5 cm'lik cilt eksize edildi. Diğer olgularda cilt eksizyonu yapılmadı.

Önden dilimleme tekniği ile oluşturulan

kulak kıkırdağı şeklinin korunması için birçok cerrah kalıcı bazıları da geçici dikişlerle desteklemektedirler. Kulak kıkırdağı, elastik özelliğinden dolayı tek başına anterior scoring ile düzeltildiğinde şekli son derece kalıcı olabilmekte ve böylece kalıcı dikişlerin kullanıldığı tekniklerde karşılaşılan düzetmenin bozulması ve sinüs oluşumu gibi sık görülen komplikasyonların^{7,16-20} yanında, yabancı cisim reaksiyonu, enfeksiyona zemin gibi potansiyel komplikasyonlar da önlenmiş olmaktadır.

Heliks ve antiheliks arasındaki kıkırdağın boyunca kesilerek antihelikal katlantının (*scapha*) oluşturulması ve öne ulaşılması soyulmuş cilt yeniden yerleştirildiğinde heliksin posteriora doğru malpozisyonuna neden olabilmektedir. Bu durumla hiç karşılaşılma. Ancak yine aynı nedenle olabilen heliksin antiheliks arkasına doğru yer değiştirerek gözükmez duruma gelmesi hastanın ve ailesinin farkına varamadığı ölçülerde olmak üzere 4 olguda karşılaşıldı. Bu olguların hepsinde kulak arkasından muhtemelen 0,5 cm'den biraz fazla cilt eksizyonu sonucu oluşan gerginliğin yanında sıkı bandajın da etkisi olduğu kanısındayız. Kulaklarının normal olduğunu kabul ettiğimiz birçok insanda heliksin antiheliks arkasında konumu doğal olarak hiçbir estetik sorun yaratmamaktadır. Bu nedenle bu durum estetik cerrah gözüyle de önemsenmemiştir.

Geç sonuçların değerlendirilmesi ile ilgili yayınlanmış literatür çok azdır. Buna karşın uzun takiplerde karşılaşılan komplikasyonların tahmin edilenden daha fazla olacağı belirtilmektedir.¹⁶ Bizim uzun takiplerimizde erken dönemde farkına varılmamış veya daha sonra gelişen herhangi bir komplikasyonla karşılaşılma.

Elde ettiğimiz sonuçlara dayanarak kepçe kulak deformitesinde hiçbir dikiş desteğine gereksinim duyulmadan tek başına *anterior scoring* tekniği ile hasta, ailesi ve cerrahı memnun edecek estetik sonuçların alınabileceği kanısındayız.

ÖZET

Kepçe kulak beyazlarda %5 oranında görülür. Kepçe kulağı düzeltmek için günümüze kadar birçok teknik tarif edilmiştir. Bu teknikler kabaca kıkırdak-insizyon veya kıkırdağa dikiş koyma teknikleri olarak sınıflandırılabilir. Bu yazının amacı kıkırdak-insizyon tekniklerinden *anterior scoring* tekniği ile dikiş desteği olmadan kepçe kulak düzeltilmesinin teknik detaylarını sunmaktadır.

Toplam 63 kepçe kulak onarıldı. Hastaların ameliyat olurken yaşları 9 ile 23 arasında (ortalama 11.8) idi. 33 hastanın 20 si kadın, 13 ü erkekti. 30 hastada ikişer ve 3 hastada tek kulak düzeltildi. Bütün hastalarda kepçe kulak *anterior scoring* tekniği ile dikiş desteği olmadan düzeltildi. Hastalar 5-7 gün bandajlı kaldı ve bundan sonra 3 hafta süreyle saç bandı kullanıldı. Hastalar ortalama 4.2 yıl takip edildiler. Herhangi bir erken veya geç komplikasyonla karşılaşmadı. Hasta memnuniyeti bütün hastalarda ya memnun ya da çok memnun olarak değerlendirildi. Simetri hasta ailesi ve cerrah tarafından iyi ve çok iyi olarak değerlendirildi. Sonuç olarak, uzun sonuçları göz önüne alındığında *anterior scoring* tekniğinin kepçe kulak düzeltilmesinde güvenli ve etkili bir yöntem olduğu görüldü.

KAYNAKLAR

1. Adamson PA, Strecker HD. Otoplasty techniques. *Facial Plast Surg* 1995; 11: 284-300.
2. Farkas LG. A antropometry of the head and face. New York. Raven, 1984; 100.
3. Jeffery SLA. Complications following correction of prominent ears: an audit review of 122 cases. *Br J Plast Surg* 1999; 52: 588-590.
4. Luckett WH. A new operation for prominent ears based on the anatomy of the deformity. *Surg Gynecol Obst* 1910; 10: 635-637.
5. McDowell AJ. Goals in otoplasty for protruding ears. *Plast Reconstr Surg* 1968; 41: 17-27.
6. Wright WK. Otoplasty goals and principles. *Arch Otolaryngol* 1970; 92: 568-572.
7. Mustardé JC. The treatment of prominent ears by buried mattress sutures: A ten-year survey. *Plast Reconstr Surg* 1967; 39: 382-386.
8. Lee D, Bluestone CD. The Becker technique for otoplasty: Modified and revisited with long-term outcomes. *Laryngoscope* 2000; 110: 949-954.
9. Graham KE, Gault DT. Endoscopic assisted otoplasty: a preliminary report. *Br J Plast Surg* 1997; 50: 47-57.
10. Hilger P, Khosh MM, Nishioka G, Larrabee WF. Modification of the Mustardé otoplasty technique using temporary contouring suture. *Plast Reconstr Surg* 1997; 100: 1585-1586.
11. Stenström SJ. A "natural" technique for correction of congenitally prominent ears. *Plast Reconstr Surg* 1963; 32: 509-518.
12. Tolhurst DE. The correction of prominent ears. *Br J Plast Surg*. 1972; 25: 261-265.
13. Yıldırım İ, Çetinkale O. Sayvan plastiğinde modifiye "anterior scoring" yönteminin biyomekanik incelemesi. *Türk Otolarengol Arş* 1986; 24: 78-83.
14. Chongchet V. A method of antihelix reconstruction. *Br J Plast Surg* 1963; 16: 268-272.
15. Calder JC, Naasan A. Morbidity of otoplasty: a review of 562 consecutive cases. *Br J Plast Surg* 1994; 47: 170-174.
16. Caouett-Laberge L, Guay N, Bortoluzzi P, Belleville, BSN. Otoplasty: Anterior scoring technique and results in cases. *Plast. Reconstr Surg* 2000; 105: 504-515.
17. Senechal B, Chauffeté JP, Senechal G. Complications et échecs des otoplasties. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1983; 100: 493-498.
18. Elliot RA Jr. Complications in the treatment of prominent ears. *Clin Plast Surg* 1978; 5: 479-490.
19. Adamson PA. Complications of otoplasty. *Ear Nose Throat J* 1985; 64: 568-574.
20. Weerda H, Siegert R. Complications in otologic surgery and their treatment. *Facial Plast Surg* 1994; 10: 287-297.