

Sadece Sütürleme Yöntemi ile Elde Ettiğimiz Otoplasti Sonuçlarımız

Our Otoplasty Results with Suture-only Techniques

Şaban ÇELEBİ,¹ Öner ÇELİK,² Çiğdem TEPE KARACA³

¹Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, İstanbul

²Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, İstanbul

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, İstanbul

Özet

Amaç: İnsan kulağı estetik fasiyal ünitelerin önemli bir parçasını oluşturur. Kepçe kulağı düzeltici ve komplikasyon oranlarını azaltıcı çok sayıda teknik bildirilmiştir. Amacımız tek başına sütür otoplasti tekniği ile elde ettiğimiz sonuçları ve tecrübelerimizi paylaşmaktır.

Gereç ve Yöntem: Mustarde tekniği ve konkomastoid sütür tekniği ile tedavi edilmiş olan 17 hastanın 33 kepçe kulağı çalışmaya dahil edildi. Genel anestezi altında, herhangi bir kartilaj insizyonu, eksizyonu, abrazyon veya skorlama yapılmadan antiheliks oluşturulup konkomastoid sütür atıldı ve aurikülanın fazla gelen cilt kısmı çıkarıldı. Ameliyat sonrası sıkı baskılı sargı uygulandı.

Bulgular: Majör komplikasyon olarak bir hastada hematoma (%3.3), bir başka hastada asimetri (%3.3) gelişti. Hasta memnuniyeti %100 olarak saptandı.

Sonuç: Sadece sütürleme yöntemleri ile yapılan otoplasti basit ve kolay uygulanabilir bir yöntemdir. Abrazyon, insizyon ve/veya tüp oluşturma gibi tekniklere alternatif olarak kullanılabilir.

Anahtar sözcükler: Kepçe kulak; konkomastoid sütür; otoplasti.

Abstract

Background: The human auricles are important parts of the aesthetic facial units. Many techniques have been published for correcting and reducing the complication rates of prominent ear. The present report aims to report our experience and results with suture-only otoplasty techniques.

Methods: Seventeen patients with 33 prominent ears were treated with Mustarde and conchomastoid suture techniques. Under general anesthesia, all patients were operated without cartilage incision, excision, abrasion, or scoring. After the antihelix was composed, the conchomastoid suture was tied and then the excessive skin excised. A tight dressing was applied.

Results: Complications of the operations included hematoma in one ear as the major complication (3.3%) and asymmetric ear as the other (3.3%). All patients were satisfied with the results (100%).

Conclusion: The suture-only technique is a safe and simple technique that may be an alternative to the other techniques that involve abrasion, incision and/or tubing.

Key words: Prominent ear; conchomastoid suture; otoplasty.

İletişim: Dr. Öner Çelik,
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı,
Maltepe, İstanbul
Tel: 0216 - 262 48 32

Başvuru tarihi: 01.02.2011
Kabul tarihi: 06.04.2011
e-posta: onercelik@msn.com

Giriş

Kepçe kulak aurikülanın sık görülen konjenital anomalilerinden biridir. Otozomal dominant geçiş gösterir ve insidansı %5 civarındadır. Kepçe kulak deformitesine yol açan artmış sefalauriküler açığı, gelişmemiş veya çok az gelişmiş antiheliks, aşırı gelişmiş konkak, tek başına aurikülanın kafa tasına anormal yapışması veya bunların bir kombinasyonu ile oluşabilir.^[1] Geniş serili bir çalışmada olguların %90'ında konkal protrüzyon ve antihelikal deformitenin birlikte olduğu saptanmıştır.^[2]

Oluşturduğu psikolojik sıkıntılar nedeniyle erken dönemlerde cerrahi tedavi uygulamak gerekliliği ortaya çıkmıştır.^[3] Bildirilen ilk cerrahi yaklaşım 1845 yılında Dieffenbach'a aittir.^[4] Cerrahi düzeltmede hedef doğal antiheliks ve skafal katlantıyı oluşturmak, konkal ve lobüler düzeltilmeyi sağlamaktır.

Günümüzde kepçe kulağı düzeltici birçok prosedür bildirilmiştir.^[1,5,6] Tek başına geçerliliği olan hiçbir teknik bulunmamaktadır. Biz ilk olarak Mustarde tarafından bildirilen^[7] yöntem ile konkomastoid sütür tekniği kullanılarak herhangi bir çentiklenme, abrazyon veya kartilaj insizyonu yapmadan tek başına sütür yardımıyla elde ettiğimiz otoplasti sonuçlarımızı literatür bilgileri eşliğinde tartıştık.

Hastalar ve Yöntem

Kliniğimizde 2007 ile 2010 yılları arasında az gelişmiş veya hiç gelişmemiş antiheliks, aşırı ve/veya az gelişmiş konkası nedeniyle tedavi edilen 17 hastanın (11 erkek, 6 kadın) 33 kulağı retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşları 10 ile 29 arasına değişmekteydi. Ayrıntılı anamnezi alınmış olgular çalışmaya dahil edildi. Klinik verileri eksik olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Cerrahi öncesi anormal görünüme sebep olan anatomik yapılar; konkoskafal açığı, antiheliks varlığı veya yokluğu, lobüler yapının büyüklüğü ve pozisyonu, aurikülanın büyüklüğü ve konkal derinlik analiz edildi.

Yaş, cerrahi teknik, cerrahinin komplikasyonları, ikincil operasyon gerekliliği, uygulanması gereken ek prosedürler, takip süresi ve cerrahinin sonuçları değerlendirildi.

On beş hasta genel anestezi, iki hasta lokal anestezi altında ameliyat edildi. Tüm hastalara auriküla posteriorunda, auriküla serbest kenar ve postauriküler sulkusu

sa 1 cm'den fazla yaklaşmamak şartı ile 3-4 cm'lik insizyon yapıldı. Antihelikal kıvrımı oluşturacak şekilde, Mustarde otoplasti tekniği (antihelikal kartilaj düzeltici kalıcı sütür) ile, 5/0 polipropilen monofilament iplik kullanılarak, auriküler kartilaj üst sınırına 0.5 cm kalıncaya kadar, horizontal matris sütürler atıldı. İki kalıcı konkomastoid sütür atılmasının ardından fazla gelen cilt eksize edildi. Sütürlerin, özellikle ön yüzdeki perikondriumdan geçerken, ciltten geçmemesine özen gösterildi. Cilt de aynı sütür materyali kullanılarak kapatıldı. Helikal kıvrımı oluşturmak için anterior veya posterior yaklaşımlı herhangi bir çentiklenme ve abrazyon tekniği kullanılmadı. Konkak kartilaja veya lobüle yönelik herhangi bir eksizyon yöntemi uygulanmadı. Sodyum fusidat emdirilmiş tamponlar auriküla ön yüzüne hematoma engellemek amacıyla yerleştirildi. Ameliyat sonrası ikinci gün sargılar açıldı. Bir hafta boyunca baskılı pansumana devam edildi. Aynı süreçte hastalara antibiyotik tedavisi verildi.

Bulgular

Otuz üç kulağın altısında asıl problem tek başına antiheliks yokluğu iken, 27 kulakta hem antiheliks yokluğu hem de aşırı konkak gelişimi kombine şekilde bulunmaktaydı (Şekil 1A). Olguların tamamına Mustarde sütür tekniği ile anterior çentiklenme oluşturmadan antiheliks oluşturularak konkomastoid sütür atıldı. Operasyon tamamlandıktan sonra medial yüzdeki cilt fazlalığı kontrollü olarak eksize edildi.

Olgular 6 ay ile 36 ay arasında (ortalama 21 ay) takip edildi. Toplam 33 kulağın 4'ünde komplikasyon gelişti (%12). Majör komplikasyon olarak erken dönemde 1 kulakta hematoma (%3.3) gelişti. İğne ile drene edilerek baskılı sargı ile tedavi edildi ve herhangi bir deformite gelişmedi. Üç kulakta sütürlerin mavi reflesi dışardan görüldü (%9.3). Bir kulakta ise operasyon sonrası asimetri gelişti (%3.3). Revizyon cerrahi ile konkomastoid sütür atılarak asimetri düzeltildi (revizyon cerrahi oranı %3.3). Serimizde cilt nekrozu, seroma, enfeksiyon, sütürlerin ciltten atması, lobülde protrüzyon veya ciltte deformite gibi komplikasyonlar görülmedi.

Cerrahi ile amaçlanan kulaklar arasındaki simetri (Şekil 1B), skafal ve antihelikal katlantılar, auriküla ile mastoid arası mesafe, aurikülosefalik açığı sağlanmış oldu. Hasta memnuniyeti %100'dü. Bu sonuçlar 1 revizyon olgu hariç ilk operasyonla elde edildi. Revizyon olguda gevşemiş olan konkomastoid sütür yeniden atıldı.



Şekil 1. Örnek hastaların (A) ameliyat öncesi ve (B) ameliyat sonrası görünümleri.

Tartışma

Yüz estetiğini etkilemesi açısından burundan sonra kulak görünümünü ön sıralarda yer almaktadır. Kepçe kulak deformitesinin düzeltilmesinde cerrahi ve cerrahi olmayan teknikler yaş ve cinsiyete göre farklılıklar göstermektedir.^[8,9] Ameliyat yaşı 4-6 arasında değişmektedir.

Kepçe kulağı düzeltmek için öncelikle anatomik anormallikler ortaya konmalıdır. Kepçe kulak deformitesinin en sık görülen üç sebebi üst 1/3'ün görünümünü etkileyen az gelişmiş antiheliks, orta 1/3'ü etkileyen aşırı gelişmiş konka ve alt 1/3'ü etkileyen protrude kulak memesi ya tek başına ya da kombine olarak bulunabilir. Anatomik olarak etkilenen kısımlar hesaba katılırken otoplastideki temel hedef olan kulakları geri çekip kontürlerin yumuşak ve doğal görünmesini sağlayarak herhangi bir cerrahi iz kalmasını engellemek, unutulmamalıdır.

Çok sayıda düzeltici yöntem tariflenmiştir.^[10,11] Tekniklerin çeşitliliği ideal tekniğin bulunamadığına işaret etmektedir. Cerrahi girişim anterior ve posterior yaklaşım şeklinde iki ana kısımda incelenebilir.^[8,12] Posterior yaklaşımda sütür protrüzyonu %0-10 arasında değişmektedir.^[9,13] Bizim serimizde sütür protrüzyonu gelişmedi. Bununla birlikte bu komplikasyon önden bakılınca görülmediği için ciddi sıkıntılarda oluşturamaktadır. Tekniğin avantajlı tarafı ise hassas, simetrik kaliteli sonuçlar elde edilip, iyileşmenin daha kısa sürede sağlanmasıdır. Anterior yaklaşım tekniğinin ise bir takım eksi tarafları bulunmaktadır. Yapılmış bir çalışmada sütür ekstrüzyonunun ve revizyon cerrahi gereksiniminin posterior yaklaşıma göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.^[14]

Cerrahi tekniklerin sadece sütür teknikleri, kartilaj zayıflatma teknikleri ve her ikisinin kombinasyonu şeklinde uygulanan alt grupları da vardır. Antihelikal kıvrımın oluşturulmasına yönelik uygulanan Mustarde^[15] kartilaj sütürleme tekniği olgularımızda tercih ettiğimiz yöntem oldu. Bu yöntemle skafa ve/veya triangüler fossadan konkaya Mustarde tarafından tarif edildiği şekliyle matris sütürler yerleştirilir. Sütürler bağlanırken yeterli gerilim sağlanıp antihelikal fold oluşturularak kulak kepçesinin geriye doğru çekilmesi sağlanır. Matris sütürler yerleştirildikten sonra konka problemi olanlara kullandığımız ikinci teknik ise ilk olarak Furnas^[16] tarafından tariflenmiş olan tek başına konkomastoid sütür tekniğidir. Bu teknikte mastoid periotunu içerecek şekilde kulak arkası açılıp mastoid pe-

riostu ile konkal kartilaj arasına kalıcı sütürler atılarak konka mediale ve posterosüperiora doğru çekilir.

Abrazyon ya da kartilaj zayıflatma tekniğini ilk Stenström^[17] tarif etmiştir. Bu yöntemde antiheliks ön yüzünde abrazyon oluşturularak (Gibson prensibi) kıvrımın daha kolay oluşması sağlanır. Lockett ise 1910 yılında düşünülen kurvatür boyunca tek tamkat "full-thickness" bir insizyon yöntemini tarif etmiştir. Bir diğer yöntem ise konkal kartilaj anterior ve posteriorundan tamkat yarım ay şeklinde parçalar çıkararak küçültme ve düzeltme yöntemidir. Tüm bu yöntemlerle yazarların bildirmiş oldukları hasta memnuniyet oranları %100'lere yakındır. Fakat komplikasyon görülme sıklığı, tek başına sütürleme yöntemi kullanımına göre daha yüksektir.

Bizim serimizde 6 hastada tek başına helikal problem varken 27 kulakta kombine konkal ve helikal problem vardı. Kombine problemi olanlara öncelikle helikal kıvrım oluşturacak sütürleme, ardından Furnas tekniği ile konkomastoid sütür atıldı. Hiçbir hastamıza konkal ekizyon yapma gereği duymadık ve bu yüzden gelişebilecek komplikasyonlardan da kaçınmış olduk.

Literatürde en yüksek komplikasyon oranı %20 civarındadır.^[18] Sonuçların kötü olmasının sebebi operasyon dizaynının ve cerrahi tekniğin kötü oluşuna bağlanmıştır. En sık görülen komplikasyonun ise rezidüel deformite nedeniyle hasta tatminsizliği olduğu bildirilmiştir. Otoplasti sonrası komplikasyonlar erken ve geç dönem olarak ikiye ayrılır. Erken dönemde hematoma ve enfeksiyon en sık karşılaşılan komplikasyonlardır. Cıncık ve ark.^[19] 32 kulağı içeren serilerinde majör komplikasyon (%9.3) olarak bir kulakta hematoma olduğu, bir kulakta sütürlerin cilt altından dışarı çıktığı ve bir olgunun da iki kulağı arasında asimetri oluştuğunu bildirmişlerdir. Bizim serimizde majör komplikasyon olarak 1 olguda (%3.3) hematoma gelişirken 1 olguda ise konkomastoid sütürün gevşediğini gördük. Hematom iğne yardımıyla boşaltıldı. Asimetri geliştiren sütür gevşemesi ise revizyon cerrahi ile düzeltildi.

İyi sonuç için uygun tekniğin uygulanması ve cerrahi tecrübe ön plana çıkmaktadır. Aşırı invazif girişimler ciddi komplikasyonlara da yol açabileceği için hastaya göre teknik seçimi önemlidir. Bize göre en iyi teknik en basit olanıdır. Bu yüzden uygulanması en kolay ve komplikasyon geliştirme oranı en düşük tekniği tercih ettik. Amaç düzgün kontürlü simetrik kulak oluş-

turmaktı ve bu açıdan baktığımızda sonuçlarımızın tatminkâr seviyede olduğunu gördük. Abrazyon, tamkat "fullthickness" insizyon ve/veya tüp sütür tekniklerinin komplikasyon oranları yüksek ve başarı oranları kullanmış olduğumuz yöntemle aynıdır.

Sonuç olarak, bize göre bu tarz olgularda kullandığımız tek başına sütürleme yöntemi bu tekniklere tercih edilebilecek iyi bir alternatif yöntemdir.

Kaynaklar

1. Salgarelli AC, Bellini P, Multinu A, Landini B, Broccaioli E, Consolo U. Combined technique for the correction of prominent ears: results in 140 patients. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2009;47(7):545-9.
2. Adamson JE, Horton CE, Crawford HH. The growth pattern of the external ear. *Plast Reconstr Surg*. 1965;36(4):466-70.
3. Bradbury ET, Hewison J, Timmons MJ. Psychological and social outcome of prominent ear correction in children. *Br J Plast Surg* 1992;45(2):97-100.
4. Hassanpour SE, Moosavizadeh SM. Posterior scoring of the scapha as a refinement in aesthetic otoplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010;63(1):78-86.
5. Campbell AC. Otoplasty. *Facial Plast Surg* 2005;21(4):310-6.
6. Janis JE, Rohrich RJ, Gutowski KA. Otoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2005;115(4):60-72.
7. Mustardé JC. The treatment of prominent ears by buried mattress sutures: a ten-year survey. *Plast Reconstr Surg* 1967 ;39(4):382-6.
8. Scuderi N, Tenna S, Bitonti A, Vonella M. Repositioning of posterior auricular muscle combined with conventional otoplasty: a personal technique. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2007;60(2):201-4.
9. Gosain AK, Recinos RF. Otoplasty in children less than four years of age: surgical technique. *J Craniofac Surg* 2002;13(4):505-9.
10. Vuyk HD. Cartilage-sparing otoplasty: a review with long-term results. *J Laryngol Otol* 1997;111(5):424-30.
11. Rubino C, Farace F, Figus A, Masia DR. Anterior scoring of the upper helical cartilage as a refinement in aesthetic otoplasty. *Aesthetic Plast Surg* 2005;29(2):88-94.
12. Erol OO. New modification in otoplasty: anterior approach. *Plast Reconstr Surg* 2001;107(1):193-205.
13. de la Torre J, Tenenhaus M, Douglas BK, Swinburne JK. A simplified technique of otoplasty: the temporary Kaye suture. *Ann Plast Surg* 1998;41(1):94-6.
14. Echarri San Martín R, Hernando Cuñado M, Montojo Woodeson J, Plaza Mayor G. Otoplasty: results after anterior versus posterior approach. [Article in Spanish] *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011;62(3):188-93.
15. Mustarde JC. The correction of prominent ears using simple mattress sutures. *Br J Plast Surg* 1963;16:170-8.
16. Furnas DW. Correction of prominent ears by concha-mastoid sutures. *Plast reconstr Surg* 1968;42:149.
17. Stenstrom SJ. A "natural" technique for correction of congenitally prominent ears. *Plast Reconstr Surg* 1963;33:509.
18. Calder JC, Naasan A. Morbidity of otoplasty: a review of 562 consecutive cases. *Br J Plast Surg* 1994;47(3):170-4.
19. Cıncık H, Erkul E, Çekin E, Doğru S, Güngör A, Poyrazoğlu E ve ark. İki yıllık otoplasti deneyimi ve sonuçlarımız. *KBB-Forum* 2007;6(1):1-5.