

Kulak Lobülünde Küpe Tarzında Bilateral Dev Keloid Olgusu

Bilateral Huge Earlobe Keloids Resembling Earrings

Dr. Sedat ÖZTÜRKCAN, Dr. Hüseyin KATILMIŞ, Dr. İsmail ÖZDEMİR, Dr. Sinem AKTAŞ, Dr. Işıl ADADAN
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kulak Burun Boğaz Kliniği

ÖZET

Keloid ve hipertrofik skar dokuları, sıklıkla ciltte yara iyileşmesini takiben gelişen ve nedeninin çoğu kez bilinmediği aşırı kolajen doku formasyonudur. Bu dokular, sıklıkla piercing, travma, yanık gibi olayları takiben normal doku-yara sınırında oluşur, spontan gerileme göstermez ve eksizyon sonrası tekrarlama oranı yüksektir. Tedaviye yönelik hem cerrahi hem de cerrahi olmayan teknikler uygulanabilir. Tedavi etkinliğini ortaya koymak için en az bir yıl takip gerekir. Kliniğimizde bilateral aurikular keloid nedeniyle opere edilen ve bir yıl takibi yapılan olguda nüks izlenmemiştir. Lokalizasyonu ve görünümü ile ilginç bulunan olgu tedavi açısından literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler

Keloid, aurikula, kollagen, hipertrofik skar dokusu

ABSTRACT

Keloids and hypertrophic scar tissues result from excessive collagen deposition. The cause of deposition is not known yet, and it usually develops after healing of a skin injury. These tissues are frequently formed at the border of normal tissue and wound after traumas like piercing, burning, etc. They usually do not regress spontaneously and tend to recur after excision. Treatment methods of keloids include both surgical and nonsurgical methods. The follow-up period of at least one year is necessary to fully evaluate the effectiveness of therapy. A case of bilateral earlobe keloids was operated in our clinic and there was no recurrence at one year follow up after surgery. This case is presented for its interesting appearance and location with a literature review.

Keywords

Keloid, auricle, collagen, hypertrophic scar tissue

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 05.06.2006 • Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 12.06.2006

Yazışma Adresi

Doç.Dr. Sedat ÖZTÜRKCAN

12. Sokak No: 92 D: 3 35350 Üçkuyular/İZMİR
Tel: 0542 687 60 22 E-posta: seralbercan@yahoo.com

GİRİŞ

Keloid, yara iyileşmesini takiben gelişen, nedeni çoğu kez ortaya konamayan aşırı fibröz doku artışıdır. Keloid, sıklıkla nükseden ve spontan gerileme göstermeyen bir lezyondur; bu nedenle tedavisinden çok oluşumunu önlemek önemlidir. Tedavide ise, örtücü pansuman, kompresyon tedavisi, intralezyoner kortikosteroid uygulaması, kryoterapi, eksizyon, radyoterapi, lazer terapisi, interferon tedavisi uygulanabilen yöntemlerdir (1–8).

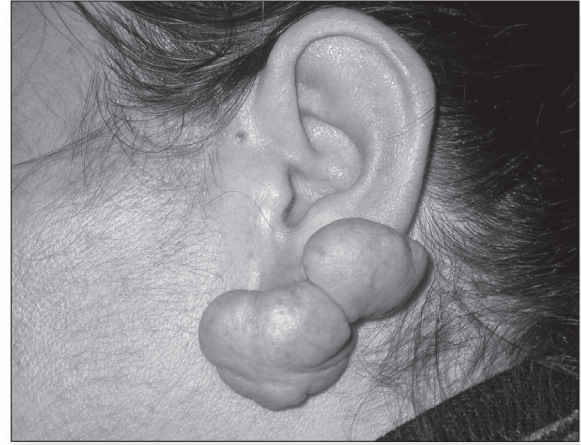
Hipertrofik skar ve keloid, tipik yara iyileşmesinin varyasyonları sayılabilir. Tipik bir yara anabolik ve katabolik süreçler arasındaki dengeye göre 6–8 haftada iyileşir. Bu aşamada yara dokusunun gücü, normal dokunun yaklaşık %30–40'dır. Skarın maturasyonunda, skarın gerilim gücü kollagen liflerinin çapraz bağlanması sonucu oluşur. Bu noktada skar, sıklıkla hiperemiktir. Zamanla düz, beyaz, olgun skar haline gelir. İyileşme sürecinde anabolik ve katabolik süreçler arasında dengesizlik oluşur, daha çok kollagen oluşursa skar dokusu tüm yönlere büyür, cilt seviyesinin üstüne çıkar ve tekrar hiperemik olur. Bu skar dokusu keloid ya da hipertrofik skar olarak adlandırılır (1–3, 8). Kliniğimizde bilateral dev auricular keloid nedeniyle opere edilen ve bir yıl takibinde nüks gelişmeyen olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Kırk yaşındaki bayan hastanın yaklaşık 4 yıl önce sağ kulak memesinde küpe takılmasını takiben nohut büyüklüğünde kitle gelişmiş. Bu lezyonu opere edilen hastanın 6 ay sonra sol kulağında da benzer şişlik meydana gelmiş. Tekrar opere olan hastanın zaman içinde bilateral lezyonlarında tekrarlama olmuş. Kliniğimize başvuran hastanın fizik muayenesinde sağ kulak lobülünde 3x6 cm'lik, solda 4x2.5 cm'lik ve 3x2 cm'lik iki adet lobulasyon gösteren yumuşak kıvamlı kitle vardı (Resim 1, 2). Kitleler cerrahi olarak eksize edilerek lokal cilt flepleri ile rekonstrüksiyon uygulandı (Resim 3). Postoperatif dönemde enfeksiyona karşı antibiyoterapi ve pansumanları yapılan hastaya 2 haftalık kortikoterapi yapılmıştır. Kontrolünün 12. ayında keloid formasyonu izlenmeyen hasta takipten çıkarılmıştır (Resim 4, 5).



Resim 1. Sağ kulak lobülündeki keloid



Resim 2. Sol kulak lobülündeki keloid



Resim 3. Keloidlerin postoperatif makroskopik görüntüsü



Resim 4. Sağ kulak lobülü postoperatif 1 yıl sonra



Resim 5. Sol kulak lobülü postoperatif 1 yıl sonra

TARTIŞMA

Hipertrofik skar ve keloid dokusunun yapısal ünitesi olarak kollagen nodülün tanımlanması gerektiği açıklanmıştır (3,8). Olgun skar dokusunda bulunmayan bu nodül, yüksek yoğunlukta fibroblast ve yüksek organizasyonlu, tek yöne uzanımlı kollagen fibriller içerir. Normal ciltten farklı olarak, yüksek vaskülarite, yüksek mezenkimal hücre dansitesi ve kalın epidermal hücre tabakası içerir. Oluşumun erken fazında, hipertrofik skar ve keloidi birbirinden ayırmak zordur. Olgun lezyonlarda klinik olarak ayırım yapmak daha kolaydır. Histo- lojik ayırmada, keloid dokuda bulunan geniş, cansız,

pake yapmış kollagen dokunun hipertrofik skarda bulunmayışı önemlidir (1,2).

Keloid doku, sıklıkla kozmetik açıdan rahatsızlık nedeni olabilir. Genel olarak mortalitesi yoktur; ancak bazı keloidlerin yerleşim yerleri eklemelerde hareket bozukluğu yapan kontraktürlere yol açarak morbidite oranını arttırabilir. Keloid ve hipertrofik skarlar ağrılı ve kaşıntılı olabilir (1,2).

Keloid oluşumu ile ilgili her hangi bir spesifik gen gösterilememiştir; ancak keloidin genetik temele dayalı artmış cilt pigmentasyonu ile ilişkisi yüksek bulunmuştur. Genetik olarak HLA B14, B21, BW16, BW35, DR5, DQW3 ve A kan grubu ile ilgilidir. Hem otozomal dominant hem de resesif geçişi bildirilmiştir. Hem fiziksel (küpe, piercing uygulamaları) hem de patolojik (akne vb.) travmalar, keloid oluşumunda primer sebep olarak tanımlanmıştır (1-3, 8).

Görülme sıklığı; siyah ırkta, beyaz ırka göre daha fazladır. Albinolarda çok enderdir. Genç yaş grubunda, küpe kullanımının yaygınlığına bağlı kadınlarda erkeklerden daha sık görülür. Ancak, diğer yaş gruplarında yaklaşık olarak eşittir (1,2,8). Keloidin başlangıcı 10-30 yaş arasında siktir. İleri yaşlarda keloidin oluşumu azalır. Ancak, koroner by-pass vb. prosedürlerin artışı ileri yaşta prester- nal keloid vakalarının sık oluşumuyla sonuçlanır.

Kulak, boyun ve abdomendeki keloidler, daha çok pediküllüdür. Oysa göğüste ve extremitedeki- ler yüzeysel büyüme eğilimindedirler. Lezyonlar kıl follikülü gibi deri ekleri içermezler (1,2).

Beyaz ırkta, keloid azalan sırayla yüzde (çene ve kulak memesi belirgin), üst extremitede, göğüsde, prester- nal alanda, alt extremite ve abdomende gö- rülür. Siyah ırkta ise azalan sırayla kulak memesi, yüz, boyun, alt extremite, göğüs ve abdomende görülür (1,2).

Keloid için tek başına bir tedavi metodu etkin değildir. Yerleşim, büyüklük, derinlik, lezyo- nun boyutları, süresi tedavi biçimini belirlemede önemlidir. Hem cerrahi hem de cerrahi olmayan yöntemler ayrı ayrı yada kombine halde kullanılabilir (1-4, 6,8).

Keloid tedavisinden önce gelişimini önlemek esastır. Bunun için cerrahi tekniklere dikkat etmek, tüm cerrahi yaraları minimal gerilimle sütürlemek, insizyonun eklem aralıklarının geçmemesine dikkat etmek, göğüs insizyonlarında mümkün olduğunca cilt plilerini takip etmek esastır.

Keloid ve hipertrofik skarın tedavisinde medikal yöntemler arasında; örtücü pansuman, kompresyon, intralezyoner steroid ya da interferon uygulaması, radyoterapi, laser tedavisi sayılabilir (1-8).

Örtücü pansuman; silikon sürülerek yapılır, farklı başarı yüzdeleri gösteren bir tedavi yöntemidir. Antikeloidal etki, örtülme ve hidrasyon kombinasyonuna bağlıdır (1,2).

Kompresyon; basınç uygulanan dokuda kollagen liflerin azalan adezivliği elektron mikroskopu ile gösterilmiştir. Bir çalışmada buton kompresyon (kulak lobülünde eksizyon sonrası sandviç şeklinde buton uygulaması) ile rekürensi 8 ay ile 4 yıl arasında önlediği gösterilmiştir (1,2).

Kortikoterapi; kollagen sentezini, glukozaminoglikan sentezini, inflamatuvar mediator üretimini, fibroblast proliferasyonunu azaltarak aşırı skar oluşumunu engeller. Yaygın kullanılan steroid; triamcinolone acetonide (TAC) 10-40 mg/ml, intralezyoner olarak 4-6 hafta uygulanır. Tedaviye iyi cevap oranı %50-100 arasında değişirken rekürens %9-50 arasındadır. Eksizyon ve postoperatif intralezyoner TAC uygulaması ile rekürens %50'den azdır (1,2,5,7).

Radyoterapi; keloid tedavisinde kullanımı tartışmalıdır. Pek çok çalışmada etkinliği ve rekürensi düşürdüğü gösterildiği halde güvenliği şüphelidir. Retrospektif bir çalışmada opere edilmiş 24 keloid olgusunda yüzeysel X-ray uygulaması sonrası rekürensi %53 bildirmiştir. operasyon sonrası iridyum 192 ile intersiyel radyasyon uygulanan hastalarda rekürens %21 bulunmuştur. Eksizyonel cerrahi sonrası uygulanacak doz minimum 12 Gy olmalıdır (1,2,5,8).

Intralezyoner interferon uygulaması; interferon (IF) gama hem in vitro hem de in vivo ortamda kollagen sentezini baskılayabilen bir lenfokindir. İn vitro çalışmalarda IF alfa, beta ve gamanın kollagen I, III ve IV'ün üretimini azalttığı gösterilmiştir. IF gama, intralezyoner olarak her hafta 0.05 mg dozda 10 haftaya kadar güvenle kullanılabilir. Yaygın yan etki başağrısıdır (6).

Cerrahi tedaviler; tek başına ya da adjuvan tedavilerle kombine uygulanabilir

Kryocerrahi; likit nitrojen uygulaması, mikrovaskülariteyi bozarak intaraselüler kristaller oluşumuna, hücre hasarına ve sonunda doku anoksisine yol açar. Tedavi 20-30 günde bir tekrarlama ge-

rektirir. Nitrojen uygulaması yol açabileceği depigmentasyon nedeniyle kısa tutulmalıdır.

Eksizyon; diğer cerrahi dışı tekniklerle kombine kullanımında rekürens oranı düşük bildirilmiştir (8). Eksizyon sonrası rekürensin düşük olması; aseptis, atravmatik teknik, düşük yara gerilimi, uygun yara sınırı belirleme ve iyi kanama kontrolü sağlama gibi faktörlere bağlanmıştır (1,2). Eksizyon için farklı teknikler bildirilmiştir. Bunlardan bir tanesi keloid core eksizyonudur. Otörler keloid dokunun esasını oluşturan iç fibroz dokuyu eksizyon etmişler ve defekti keloid cidar flebi ile kapatmışlardır. Bu operasyonun uygulandığı 24 hastanın 4 ünde flepte nekroz oluşmuştur ancak takip sırasında hastaların hiç birinde rekürens izlenmemiştir. Otörlere göre core eksizyonu adjuvan tedavi gerektirmen yeni bir teknik olabilir (3). Bir diğer teknik ise keloid filled fleptir. Bu teknikte keloid kitesinin üstündeki cilt diseke edilerek ayrılır ve kitle tamamen çıkarılır, 6-0 naylon suturele flep kapatılır. Diğer adjuvan tedaviler uygulanmadan hastalar takip edilmiştir. Düşük nüks oranı nedeniyle geliştirilecek bir teknik olarak değerlendirilmiştir (8).

Laser terapi; keloid dokunun karbondioksit lazer ile ablasyonu kesme ve koterizasyonla kansız ve atravmatik cerrahi olanağı sağlar. Tek başına laser uygulaması sonrası nüks %39-92 arasında iken steroid tedavisi ile kombine tedavi sonrası nüks %25-74 oranında bulunmuştur. Argon laser kullanımı ile rekürens %45-93 bulunmuştur (1, 2).

Kendiliğinden gerileme oranı çok düşük olan ve tedavi sonrası tekrarlama oranı çok yüksek olan keloid tedavisinde tam etkinliği değerlendirebilmek için tedavi sonrası dönemde en az 1 yıllık takip gerekir. Kliniğimizde bilateral keloid oluşumu nedeni ile opere edilen hastanın tedavisinde eksizyon kadar postoperatif dönemde enfeksiyondan korunma ve steroid tedavisi ile destek başarılı sonuç alınmasını sağlamış, hastanın 1 yıllık takibinde keloid oluşumu izlenmemiştir.

Keloid oluşumuna engel olacak biçimde cerrahi prosedürler uygulamak, piercing, küpe gibi gidererek yaygınlaşan ve keloid oluşumuna zemin hazırlayacak prosedürler hakkında bilgi vermek, keloid oluşmuşsa minimal travmatize edici yöntemlerle tedavisini sağlamak, hastayı rekürensin yüksek olduğu konusunda bilgilendirmek yaklaşım prensipleri açısından uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Burrows NP, Covell CR. Disorders of connective tissue: Keloids and hypertrophic scars. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, eds. *Rook's Textbook of Dermatology*, seventh ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2004: 54-57.
2. Shea R, Prieto VG. Fibrous lesions of dermis and soft tissue: Hypertrophic scars and keloids. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KE, Goldsmith LA, Katz SI, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, sixth ed. New York: McGraw-Hill Co.; 2003:998-1001.
3. Lee Y, Minn K, Baek R, Hong J. A new surgical treatment of keloid: keloid core excision. *Ann Plastic Reconstr Surg*. 2001;46:135-140.
4. Stern JC, Lucente FE. Carbondioxide laser excision of earlobe keloids. A retrospective study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1989;115:1107-1111.
5. Stucker FJ, Shaw GY. An approach to management of keloids. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992;118:63-67.
6. Larrabee WF, East CA, Jaffe HS, Stephenson C, Peterson KE. Intralesioner interferon gamma treatment for keloids and hypertrophic scars. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1990;116:1159-1162.
7. Lindsey WH, Davis PT. Facial keloids. A 15 year experience. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1997;123:397-400.
8. Kim D, Kim E, Eo S, Kim K, Lee S, Bek H. A surgical approach for earlobe keloid; keloid filled flap. *Plastic Reconstr Surg*. 2004;113:166-1674.