

# Kulak Lobu Keloidlerinin Tedavisine Kombine Yaklaşım (Klinik Ön Çalışma)

COMBINED APPROACH TO THE TREATMENT OF EAR LOBE KELOIDS  
(PRELIMINARY REPORT)

Tayfun AKÖZ\*, Bülent ERDOĞAN\*\*, Metin GÖRGÜ\*, Orgun DEREN\*, Gürcan ASLAN\*

\* Dr.Ankara Numune Hastanesi 1. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği,

\*\* Doç.Dr.Ankara Numune Hastanesi 1. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, ANKARA

## ÖZET

Çeşitli nedenlerle kulak lobülü keloidi oluşmuş hastalarda; cerrahi, postoperatif erken steroid enjeksiyonu ve yine erken dönemde klipsli küpe içerisine yerleştirilmiş silikon jel yaprak uygulamasını kombine ederek kullandık. Çalışmamızda kulak lobülünde keloidi olan 3 hastaya önce eksizyon uygulanmış, postoperatif 7. günde silikon jel yaprak tatbik edilmiş, 14. günde triamsinolon asetonid enjeksiyonu yapılmıştır. Hastaların geç dönem takipleri yapılarak, olgularımızda nüksle karşılaşılmamış, kozmetik sonuçları kabul edilir bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Kulak lobu, Keloid, Kombine tedavi, Eksizyon, Steroid, Silikon

T Klin Dermatoloji 1997, 7:81-84

## SUMMARY

We used a combined therapy that consisted of excision, steroid injection, and application of silicone gel sheet in early postoperative period for the patients having ear lobe keloids. First of all, surgical excision was performed, and then silicone gel sheet placed in clips of earring was applied in the postoperative 7th day, triamcinolon acetonid was injected to the lesion site in the postoperative 14th day. After late postoperative period, we did not encounter recurring of the lesions, and cosmetic results were acceptable.

**Key Words:** Auricula, Keloid, Combined therapy, Excision, Steroid, Silicone

T Klin J Dermatol 1997, 7:81-84

insan vücudunda yara iyileşme sürecinin yanlı gelişip, artmış kollajen içeren skarla sonuçlanması, keloid veya hipertrofik skar oluşumuna neden olur. İnsan yumuşak dokusu temel olarak rejenere olmaz. Tahrip olan doku daha az diferansiye olan bağ dokusu ile yer değiştirir. Yani, skar iyileşme sürecinin kaçınılmaz sonucudur (1,2),

Hipertrofik skar ve keloid aşırı kollajen birikimi ile karakterize lezyonlar olup, biyokimyasal olarak da prolin hidrosilaz aktivitesinde artış gösterilmiştir (1-3). Fakat nedeni halen net olarak ortaya konulamamıştır (4). Etiyolojik ve predispozan faktörler arasında yaranın gergin olarak kapatılması, siyah ırka mensup olmak, genç olmak, yaranın lokalizasyonu, genetik yatkınlık bulunmaktadır. Normal yara iyileşmesinde kollajenin sentez ve yıkım süreçleri dengedeysen, bu tür lezyonlarda bu denge bozulmuştur ve sonuç olarak çok fazla kollajen oluşmuştur (3).

**Geliş Tarihi:** 03.10.1996

**Yazışma Adresi:** Dr.Tayfun AKÖZ  
Meşrutiyet Cad. No:36/6  
06429, Kızılay, ANKARA

Not: XVIII. Ulusal Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kongresinde sunulmuştur (Bursa, 4-8/Eylül/ 1996).

T Klin J Dermatol 1997,7

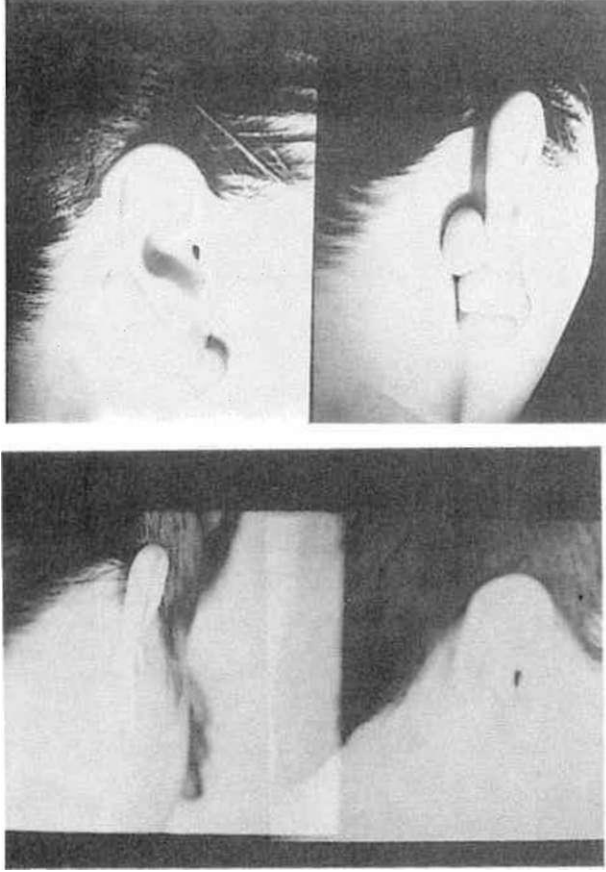
Keloid tedavisinde birçok yöntem tek tek ya da kombine olarak kullanılmıştır. Basit cerrahi eksizyondan sonra lezyonlar sıklıkla tekrarlamıştır. Değişik cerrahi tedavilere rağmen nüksler önlenememiştir. Yan etkilerinin fazlalığı ve keloid üzerinde çok etkin tedavi edici rol oynamaması radyoterapinin terk edilmesine neden olmuştur. Cerrahi ve radyasyona ek olarak kullanılan steroidlerin tedavi sonuçları değişik olarak bildirilmiştir (5). Keloid tedavisinde halen kesin sonuç verecek yöntem konusunda fikir birliği yoktur (3,5). Bu verilerden hareketle kulak lobülü keloidi olan hastalarda; cerrahi eksizyon, lezyon yerine erken triamsinolon enjeksiyonu, aynı bölgeye içine silikon jel yaprak yerleştirilmiş klipsli küpe takılması uygulamasını kombine ederek kullandık ve aldığımız sonuçları bildirdik.

## MATERYEL VE METOD

Kliniğimize tek taraflı kulak lobülünde keloidle başvuran 3 hastaya belirlediğimiz tedavi protokolü uygulandı.

Olgu 1: 18 yaşındaki bayan hasta 3 yıl önce küpe takmak için kulak memelerini deldirmiş ve daha sonra sağ lobülde keloid gelişmiş. Altı ay sonra eksizyon yapılmış fakat kısa sürede nüks edip etkisinden daha büyük olarak keloid oluşmuş (Şekil 1a-b).

Olgu 2; 21 yaşındaki bayan hastanın sol kulak lobülünde küpe deliği açılmasından 3 ay sonra kulak



Şekil 1. İlk olgudaki kulak lobulündeki keloidin  
a) Preoperatif görünümü.  
b) Postoperatif 9. aydaki görünümü.

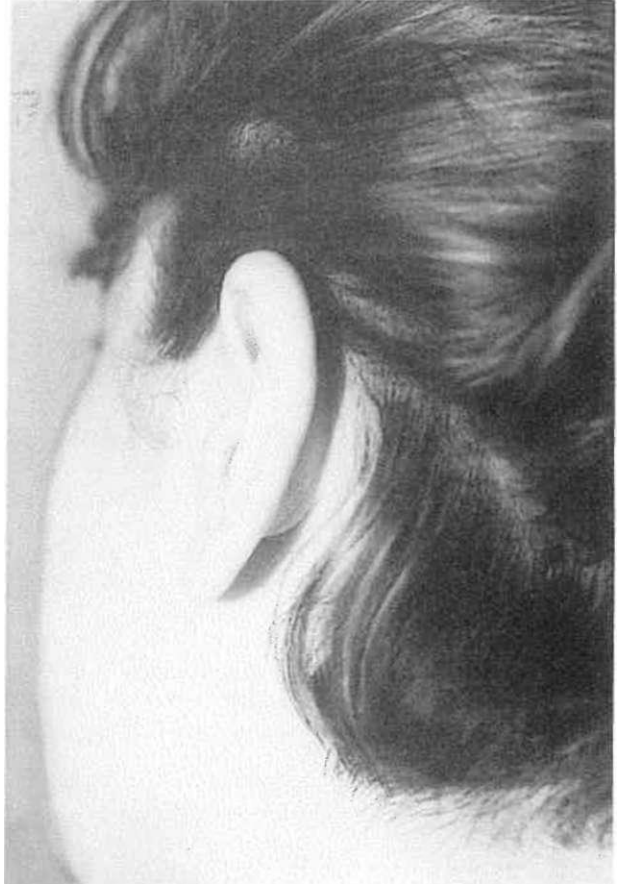
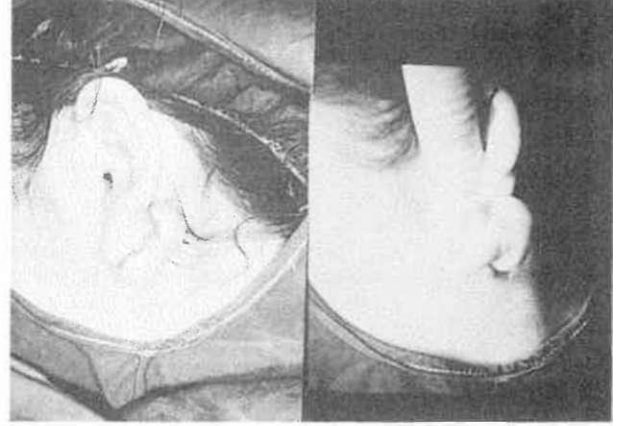
arkasında keloid gelişmiş. Lokal steroid pomad uygulamasından fayda görmemiş (Şekil 2a-b).

Olgu 3: 24 yaşında erkek hastanın sağ kulak arka yüzünden 1.5 yıl önce pigmente bir lezyon eksize edilmiş ve ameliyat sonrasında aynı yerde keloid oluşmuş. Hastaya keloidi için daha önce bir tedavi uygulanmamış (Şekil 3a-b).

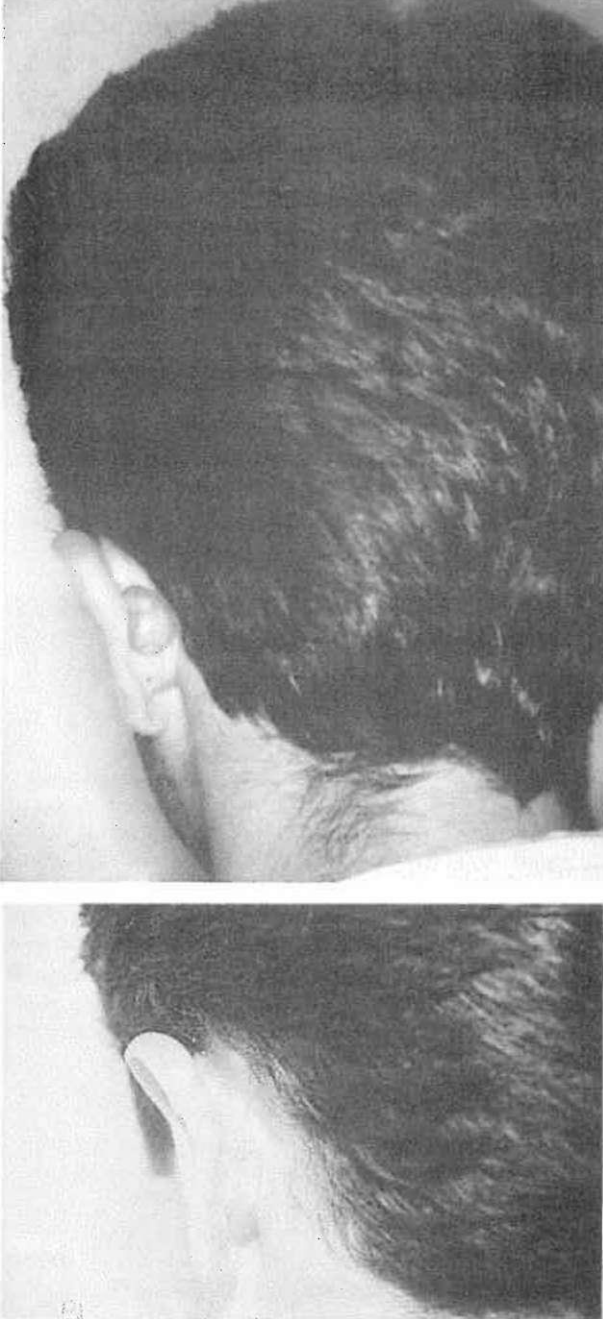
Öncelikle hastalarımızdaki keloide cerrahi eksizyon uygulandı. Yara, kenarlarında minimal gerginlik olacak şekilde 5/0 polipropilen ile sütüre edildi. Sütürler postoperatif 7. günde alındı. Aynı gün takılan klipsli küpelere yapıştırılan silikon jel yaprak en az 4 ay uygulandı. Erkek hastada silikon jel küpe olmaksızın tatbik edildi. Postoperatif 14. günde sütür hattı çevresine triamsinolon asetonid enjekte edildi. Hastalar ikişer ay aralıklarla kontrole çağrıldı ve 12-15 ay arasında izlendi.

Hastalar takip sırasında yüzeysel kabarıklık, kızarıklık gibi objektif bulguların yanında ağrı ve kaşıntı gibi sübjektif bulguların gelişip gelişmediği yönünden izlenip değerlendirildi.

Hastalarımızda takip süreleri sonunda yukarıda kullanılan kriterlere rastlanmadı. Bu nedenle 3 hastanın tedavi sonucu başarılı olarak kabul edildi. Erkek olan hastada klipsli küpe takma sosyal nedenlerle mümkün olmadığından, bu hastada az alerjen flastere tesbit edilen silikon jel yaprak tatbik edildi. Bunun dışında problemle karşılaşılmayıp, hastalarımızda tedaviyi kesmeye neden olacak komplikasyon gelişmedi ve silikon jel yaprağa karşı reaksiyon oluşmadı.



Şekil 2. ikinci olgunun  
a) Operasyon sırasındaki görüntüsü.  
b) Postoperatif 1. yıldaki görünümü.



**Şekil 3.** Erkek hastanın  
a) Preoperatif görünümü.  
b) Postoperatif 4. aydaki görünümü.

### TARTIŞMA

Keloid tedavisinin ilk yöntemlerinden olan basit cerrahi eksizyon yöntemi ilk 1844'de Druitt uygulamış, ancak sıklıkla nüks görülmüştür. Cerrahide yapılan varyasyonlar nüksleri önleyememiştir. 1906'da DeBeurmann ve

Gourgerot radyoterapiyi keloid tedavisinde tek başına veya cerrahiye ek yöntem olarak kullanmıştır. Radyasyonun gerek yan etkilerinin fazla olması gerekse keloid üzerinde çok etkin tedavi edici rol oynamaması bu yöntemin terk edilmesine neden olmuştur. Steroidler ise ilk kez Convay ve Stark tarafından 1951'de cerrahi ve radyasyona ek olarak kullanılmışlardır. Daha sonraları, farklı serilerde farklı sonuçlar bildirilmişse de en sık kabul gören yöntem cerrahi eksizyonla intralezyonel steroid enjeksiyonunun kombine kullanımı olmuştur (5). Bu sık kullanılan yöntemlerin yanısıra laserler, basınç uygulaması, splintleme gibi fiziki yöntemler ile retinoik asid, thioTEPA, oral BAPN gibi kimyasal ajanlar da denenmiştir. Bu yöntemlerin sonuçları ise farklı merkezlerde birbirini destekler şekilde bulunmamıştır (5-7).

Keloid tedavisinde tek yöntem kullanılarak yapılan çalışmaların başarı oranları düşük olarak bildirilmiş ve aynı yöntem kullanılan farklı çalışmalar incelendiğinde sonuçların da birbirini desteklemediği görülmüştür (5). Sık olarak uygulanmış olan cerrahi eksizyonun başarı oranı %7 ile %55 arasında bildirilmiştir (8,9). 1980'lerde umut bağlanan laserlerin kaderi de farklı değildir. Argon laser kullanan araştırmacılar başarı oranlarını %7-%55 arasında değişebilen farklı sonuçlarla bildirmişlerdir (8-11). Radyasyon, steroid enjeksiyonu, basınç uygulaması gibi farklı yöntemlerin değerlendirilmesinde görülmüştür ki, birçok benzer tedavi protokolü uygulanan çalışmalar karşılaştırıldığında tutarsız sonuçlar karşımıza çıkmaktadır (5).

İkili kombine yöntemlerde başarı oranı yükselmeye rağmen istenilen tedavi sonuçlarına halen ulaşılamamıştır. En popüler tedavi protokolü olarak kabul edilen cerrahi ile triamsinolon asetonid enjeksiyonunun kombinasyonunda dahi başarı oranı, çalışmalar arasında büyük farklılıklar göstermekte ve çoğunluğu tatmin edici olmaktan uzak kalmaktadır (5).

Üç yöntemin kombine edildiği çalışmamızın bir yönü eksizyonun tedavi edici, triamsinolon asetonid ve silikon jel yaprak uygulamasının ise profilaktik olarak nüksü önlemek amacıyla kullanılmış olmasıdır. Tedavi protokolümüzde triamsinolon asetonidin erken dönemde kullanılması nedeni bu maddenin yeni bir yaranın kenarlarından enjekte edildiğinde inflamatuvar cevabı değiştirerek, daha az fibroblast ve daha az kollajen salınımına sebep olmasıdır (11).

Literatürde silikon jel yaprak, keloid tedavisinde genellikle tek başına doğrudan keloid üzerine tedavi edici ajan olarak kullanılmıştır. Silikon jel yaprağı bu şekilde kullanan yazarların makalelerinde kaşıntı, ağrı ve görünümün düzelmesi için 2-3 ay kadar bir sürenin geçmesi gerekmektedir ki, bu da önemli dezavantajdır. Silikonun etki mekanizmasında; baskının, ısının, oksijen basıncının yeri yoktur. Derinin dış yüzeyinin hidrasyonu ve düşük molekül ağırlıklı sıvı silikon salınımı, etki mekanizmasının ana hatlarını oluşturur (13,14).

Hipertrofik skar ve keloid oluşumunda hipoksinin varlığı gösterilmiş, kompresyonla düzeltilmiş skardaki hipoksinin normal doku oksijen tansiyonuna ilerlediği be-

İlerlenmiştir. Ayrıca mekanik baskının erken yara iyileşmesinde, glikozaminoglikan içeriğini ve damar geçirgenliğini değiştirdiğini, böylece skar oluşum süresini kısalttığı ileri sürülmüştür. Diğer çalışmalarda baskı ile kollajenaz aktivitesinin arttığı bildirilmiştir. Uzun süreli (4-12 ay) baskı yöntemi yanık sonrası oluşacak anormal skarların önlenmesinde başarılı olmuştur (6,15,16). Baskı ile kollajen liflerinin deri yüzeyine paralel olacak şekilde reoriente olduğu ve daha matür liflere dönüştüğü söylenebilir. Basınç aynı zamanda anormal skar oluşumu ile beraber olan kondroitin sülfat düzeyini düşürüp, hyaluronik asit düzeyini normale yükseltir (11). Postoperatif baskı, bu olumlu sonuçları nedeni ile kombine tedavimizin bir parçasını meydana getirmiştir. Ancak bu tedavi şeklinin en önemli dezavantajı uzun süreli basınç uygulaması gerekliliğidir. Erken dönemde baskı sonlandırılırsa lezyonların nüks edebileceği hatırlanmalıdır.

Yapılan çalışmanın ilerisi için ümit verebilmesi için serideki olgu sayısının artması gerekmektedir. Çalışma ile ilgili bir diğer nokta ise kontrol grubunun olmamasıdır. Ancak kulakta keloidi olan hastalarla karşılaşılan kliniklere çalışma ve sonuçları bir fikir verecektir.

#### KAYNAKLAR

1. Cohen IK, Keiser HR and Sjoerdsma A. Collagen synthesis in human keloid and hypertrophic scar. *Surg Forum* 1971; 22:488-9.
2. Cohen IK, Beaven MA, Horakova Z and Keiser HR. Histamine and collagen synthesis in keloid and hypertrophic scar. *Surg Forum* 1972; 23:509-10.
3. Ketchum LD, Cohen IK and Masters FW. Hypertrophic scars and keloids; A collective review. *Plast Reconstr Surg* 1974; 53:140-54.
4. Cohen IK, Diegelman RF, Keiser HR. Collagen metabolism in keloid and hypertrophic scar. In: Longacre JJ, ed. *The Ultrastructure of collagen*. Springfield, Charles C Thomas Publisher 1976.
5. Lawrence WT. In search of the optimal treatment of keloids: Report of a series and a review of the literature. *Ann Plast Surg* 1991; 27:164-74.
6. Brent B. The role of pressure therapy in management of ear-lobe keloids: preliminary report of a controlled study. *Ann Plast Surg* 1978; 1:579-81.
7. De Limpens AMPJ. The local treatment of hypertrophic scars and keloids with retinoic acid. *Br J Dermatol* 1980; 103:319-23.
8. Oluwasanmi JO. Keloids In the African. *Clin Plast Surg* 1974; 1:179-95.
9. Conway H, Gillette RW and Finley A. Differential diagnosis of keloids and hypertrophic scars by tissue culture technique with notes on therapy of keloids by surgical excision and decadron. *Plast Reconstr Surg* 1960; 25:117-32.
10. Henderson DL, Cromwell TA and Mes LG. Argon and carbon dioxide laser treatment of hypertrophic and keloid scars. *Lasers Surg Med* 1984; 3:271-7.
11. Hennig JPH, Roskam Y and van Gemert MJG. Treatment of keloids and hypertrophic scars with an argon laser. *Lasers Surg Med* 1986; 6:72-5.
12. Cohen IK, McCoy BJ. Keloid and hypertrophic scars. In: Rudolph R, ed. *Problems in aesthetic surgery*. St Louis: The CV Mosby, 1986: 141-57.
13. Ohmori S. Effectiveness of silastic sheet coverage in the treatment of scar keloid (hypertrophic scar). *Aesth Plast Surg* 1988; 12:95-9.
14. Hirshowitz B, Ullmann Y, Har-Shai Y, Vilenski A and Peled IJ. Silicone occlusive sheeting (SOS) In the management of hypertrophic and keloid scarring, Including the possible mode of action of silicone, by static electricity. *Eur J Plast Surg* 1993; 16:5-9.
15. Berry RB, Tan OT, Cooke ED, et al. Transcutaneous oxygen tension as an index of maturity in hypertrophic scars treated by compression. *Br J Plast Surg* 1985; 38:163.
16. Kischer CW, Shetlar MR, Shetlar CR. Alteration of hypertrophic scars induced by mechanical pressure. *Arch Dermatol* 1975; 111:60.