

# Kondrodermatitis Nodularis Helicis: Olgu Sunumu

Hande Altıntaş<sup>1</sup>, Hüseyin Özcan Çakmak<sup>2</sup>, Selçuk Bilgili<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Sağlık Grubu Kadıköy Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş ve Boyun Cerrahisi, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Acıbadem Sağlık Grubu Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>Acıbadem Sağlık Grubu Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

## ÖZET

Kondrodermatitis nodularis helicis (Winkler Hastalığı), inflamatuvar dejeneratif bir hastalıktır. Özellikle 50 yaş üzeri beyaz erkeklerde, heliks yerleşimli olarak görülür. Etiyolojisi kesin bilinmemekle birlikte oluşumunda mikrovasküler yetersizlik suçlanmaktadır. Neoplastik olmayan bu lezyon yüksek tekrarlanma oranına sahiptir. Tedavide geçmişte çok çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Günümüzde tekrar oranını azaltan cerrahi tedavi önerilmektedir. Birçok klinisyen bu hastalığın klinik seyri, tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. Bu makalede ağrılı kulak lezyonu olan 39 yaşında erkek hasta sunulmuştur. Kondrodermatitis nodularis helicis klinik bulguları, patogenezi, tedavi seçenekleri ile tekrar gözden geçirilmiştir

**Anahtar sözcük:** kondrodermatitis nodularis helicis, ağrı, heliks

## CHONDRODERMATİTİS NODULARIS HELICIS

### ABSTRACT

Chondrodermatitis nodularis helicis (Winkler's Disease) is an inflammatory, degenerative disease. It commonly affects the helix on white men over 50 years of age. While the etiology remains unknown, microvascular insufficiency is thought to contribute its occurrence. This non neoplastic lesion has high recurrence rate. Various methods have been used in the past. Surgery is recommended for treatment with reduced recurrence rate nowadays. Many of the physicians are not familiar with its clinical progression, treatment modes. 39 years old man with a tender ear lesion is presented in this article. Chondrodermatitis nodularis helicis is reviewed with clinical findings, pathogenesis, and treatment methods.

**Key Words:** chondrodermatitis nodularis helicis, pain, helix

## Giriş

Kondrodermatitis nodularis helicis (KNH) sıklıkla kulak kepçesi heliksini etkileyen dermatolojik bir durumdur. Çok seyrek olarak antiheliks ve tragusta da görülebilir. İlk olarak 1916 yılında Winkler tarafından tanımlanmıştır (1). Genellikle orta yaşlı (50-80 yaş) erkeklerde görülür (2,3). Literatürde sporadik juvenil ve pediatrik olgular da bildirilmiştir. Erkek kadın görülme oranı 10:1'dir (4). Gerçek etiyolojisi bilinmemektedir. Tekrarlayan travma, aktinik ve soğuk hasarı, uyku sırasında oluşan veya sık cep telefonu kullanımına bağlı basınç gibi tetikleyici faktörlerle oluşan iskemik dermal hasarın neden olduğu öne sürülmüştür (3, 5, 6). Otoimmün hastalıkların eşlik ettiği mikrovasküler yetersizlik özellikle 40 yaş altındaki hastalarda KNH patofizyolojisinde yeri olabileceği düşünülmüştür. (4). Yapılan son çalışmalarda hastalığın genetik

komponenti de belirtilmektedir (8). Bu makalede KNH klinik bulguları, patogenezi, tanı ve tedavi yöntemleri ile tekrar gözden geçirilerek tartışılmıştır.

## Olgu Sunumu

39 yaşında erkek hasta sağ kulağında yüzeyden kabarık lezyon nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hasta özellikle üzerine yattığında oluşan hassasiyetten yakınmaktaydı. Lezyon 3 ay kadar önce birden gelişmişti. Hastanın özgeçmişinde özellikli herhangi bir hastalık öyküsü bulunmamaktaydı.

Fizik muayenesinde sağ kulak heliks bölgesinde yerleşmiş yaklaşık 0,8 cm boyutlarında oval, eritematöz nodüler bir lezyon olduğu görüldü. Lezyon ortasında kabuklanma vardı (Şekil 1) ve dokunmakla hassasiyet mevcuttu.



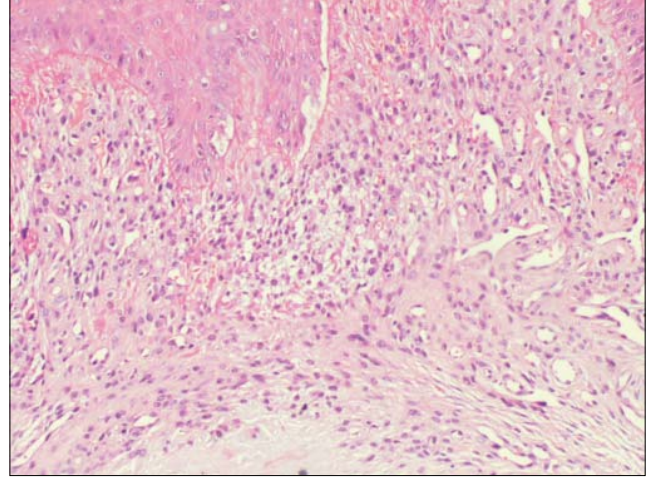
Şekil 1. Heliks yerleşimli kondrodermatitis nodularis heliksis nodülü.

Lezyonun cerrahi olarak çıkartılmasına karar verildi. Nodül çevresine fusiform şekilde cilt insizyonu yapıldı. Lezyonun altındaki kıkırdak da tutulu olması nedeniyle sağlıklı dokuya ulaşılacak şekilde bir miktar kıkırdak da içerecek edilecek şekilde çıkartıldı. Serbest cilt kenarları primer olarak suture edilerek kapatıldı. Çıkartılan örnek incelenmek üzere patolojiye gönderildi. Histolojik inceleme epidermiste hiperplazi, inflamasyon ve vasküler proliferasyon (Şekil 2) ve kıkırdakta perikondrit (Şekil 3) görüldü. Bu bulgular doğrultusunda patolojik inceleme sonucu KNH olarak bildirilmiştir. Kesitlerde displazi ve maligniteye rastlanmadığı belirtilmiştir. Altı aylık takipte hasta tam olarak iyileşti, tekrarlama izlenmedi.

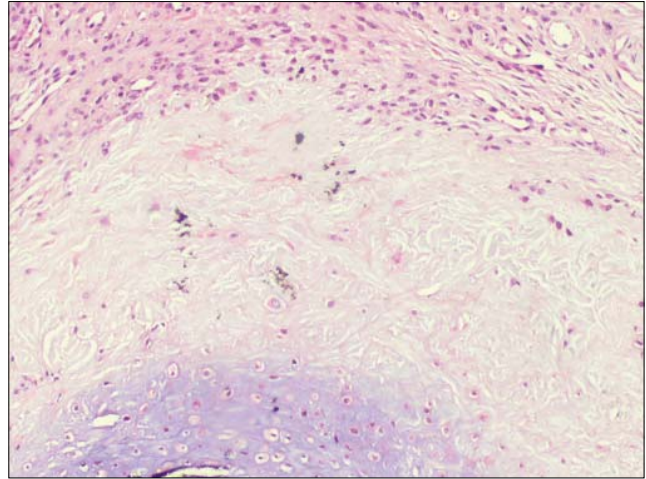
## Tartışma

KNH kulak kepçesinden yapılan biyopsilerde karşılaşılan lezyonlardan biridir (4). Kendiliğinden ya da dokunmakla ortaya çıkan batıcı tarzda ağrılı nodül ile belirti verir. Ağrı, uykudan uyandıracak şiddet olabilir (3). Bazen sadece palpasyon ile fark edilebilen nodüler lezyonlar başlangıçta ortalama 3-10 mm boyutlarında, yuvarlak, kırmızı, kabarıklık şeklindedir. Günler ve haftalar içinde lezyon ortasında kabuklu bir çöküntü oluşur. Üzerinde ülserasyon olabilir (6). Kendiliğinden gerileme çok enderdir, malign dönüşüm görülmez (3).

KNH, dermiste başlayan nekrotik değişikliklerin alttaki kıkırdak ve epidermise doğru yayıldığı transepidermal bir hastalıktır (3,5). Histopatolojik incelemelerde epidermiste akantosis ve dermal papillalarda derinleşme ve hiperkeratoza bağlı düzensiz genişleme görülür. Epitel genellikle ülseredir. Perikondrium kalınlaşmış veya granulomatöz değişikliğe uğramıştır. Karakteristik ağrının sebebinin bu bölgedeki granülasyon dokusunun organize olması ve küçük sinir liflerinin skar dokusu ile sarılması olabileceği



Şekil 2. Epidermiste hiperplazi, enflamasyon ve vasküler proliferasyon H&E x 200.



Şekil 3. Perikondrit H&E x 200.

düşünülmüştür. Altta bulunan kıkırdak yapı bozulmuş, hemorajik, nekrotik olabileceği gibi tamamen normal de bulunabilir. Perikondrit şeklinde başlayıp cildi tutacak şekilde dışarı doğru yayılabilir (2, 3, 5, 8).

Aurikulanın bazal hücreli ve skuamöz hücreli kanserleri KNH ile benzer klinik görüntüye sahip olabilir (3,5). Histolojik inceleme ile kesin ayırıcı tanı yapılmalıdır. Lezyonlar, aktinik keratoz, kutanöz horn, keratoakantom, kalsinozis kutis, amyloid, gut tofüsü, amyloid ve siğil ile karıştırılabilir. Kulağı etkileyen diğer ağrılı iskemik durumlar (örn. Burger hastalığı, Reynaud sendromu, hipersensitivite ülserleri vb.) da ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır (2, 9).

İyi karakterli KNH tekrarlama oranı yüksek bir hastalıktır. Hastalığın, kıkırdak destrüksiyonu ilerlemeden erken evrede tedavisi önemlidir. Bu dönemde ilk olarak basınç azaltıcı yastık ve araçların kullanımı önerilebilir (6). Steroidlerin

topikal veya enjeksiyon yolu ile uygulanması diğer bir konservatif yaklaşımdır. Tedavinin yetersizliği ya da tekrarlama durumlarında diğer tedavi modellerinin seçimine imkân verdiği için sık uygulanan bir yöntemdir (10).

Küretaj ve elektrodiseksiyon yöntemi uygulanmış alternatif bir yöntemdir. Kolay fakat kozmetik sonuçları ve tekrarlama oranı nedeniyle çok tercih edilmemektedir (11). Kollajen enjeksiyonu, lazer, kriyoterapi de KNH tedavisinde uygulanmış tedavi yöntemlerdir (12,13).

KNH tedavisinde sıklıkla cerrahi rezeksiyonu uygun görmektedir. Literatürde, sadece kıkırdak eksizyonu, kıkırdak ve üzerindeki cildin kama şeklinde çıkarılması ve sütün ile primer kapatılması, flepler gibi değişik cerrahi yöntemler kullanılmış ve değişik başarı oranları elde edilmiştir (9,14-16).

İlk tarif edilen teknikler cilt ve kıkırdağın geniş olarak çıkartılmasından ibaretti. Küçük lezyonlarda kozmetik bir sorun olmazken büyük lezyonlarda geniş rezeksiyonlarda problem olabileceğinden sadece kıkırdak rezeksiyonunu içeren cerrahi yöntemler tanımlanmıştır. Sert ve düzensiz kıkırdak kenarlarından gelişen tekrarlama önlemek için kama şeklinde kıkırdak rezeksiyonu tarif edilmiştir (15).

Hudson-Peacock ve Lawrence (16) yaptıkları çalışmada sadece hastalıklı kıkırdağı çıkarılmasının lezyonların tedavisinde etkili olabileceğini öne sürmüşlerdir. Yaptıkları çalışmada uzun dönem hastaların takibinde %83 iyileşme oranı elde edilmiştir. Munnoch ve arkadaşları (9) ise ciltteki nodüler lezyonu fusiform bir insizyonla, hastalıklı kıkırdak dokusunu ise horizontal olarak traşlayarak eksize etmişlerdir. Cilt kenarlarının primer dikiş ile kapatıldığı bu teknikte, tekrarın önlenmesi için kıkırdak kenarlarının künt bırakılmamasına dikkat çekilmiştir. Rajan ve arkadaşları (16) ise çalışmalarında punch biyopsi ile lezyonları çıkartmış, tam kat greft ile bu bölgeyi tamir etmişlerdir. Kozmetik bir sorun olmadan tedavi edilen hastalarda diğer serilerdekine benzer %83 iyileşme oranı elde edilmiştir.

Biz de cerrahi tedavi tercih ettiğimiz hastamızda fusiform insizyon ile cilt nodülünü çıkardıktan sonra sağlıklı kıkırdak dokuya ulaşana dek eksizyona devam ettik. Tekrarlama oranını azaltmak için kıkırdak kenarlarını yumuşak bırakmaya özen gösterdik.

KNH lokalizasyon nedeniyle kulak burun boğaz hastalıkları hekimlerinin sık karşılaşılabileceği bir durumdur. KNH'in primer bir cilt hastalığı olmadığı, kıkırdakta oluşan basınç nekrozunun asıl lezyona neden olduğu akılda tutularak uygun tedavi planlanmalıdır.

## Kaynaklar

1. Winkler M. Chondrodermatitis nodularis chronica helicis. Arch Dermatol Syphilol 1915;121:278
2. Hurwitz RM. Inflammatory reactions of the folliculosebaceous unit. In: Farmer ER, Hood AF, eds. Pathology of the skin. New York: McGraw-Hill, 2000.
3. Santa Cruz DJ. Chondrodermatitis nodularis helicis: a transepidermal perforating disorder. J Cutan Pathol 1980;7: 70-6.
4. Avitia S, Hamilton JS, Osborne RF. Chondrodermatitis nodularis chronica helicis. Ear Nose Throat J 2005; 84: 406-7.
5. Trompson LD. Chondrodermatitis nodularis helicis Ear Nose Throat J 2007; 86:734-5.
6. Elgart ML. Cell phone chondrodermatitis. Arch Dermatol 2000; 136: 1568.
7. Chan HP, Neuhauns IM, Maibach HI. Chondrodermatitis nodularis chronica helicis in monozygotik twins. Clinical Exp Dermatol 2008; 34: 358-9.
8. Moncrieff M, Sassoon EM. Effective treatment of chondrodermatitis nodularis chronica helicis using a conservative approach. Br J Dermatol 2004; 150:892-4
9. Munnoch DA, Herbert KJ, Morris AM. Chondrodermatitis nodularis chronica helicis et antihelicis. Br J Plast Surg 1996; 49: 473-6.
10. Cox NH, Denham PF. Intralesional triamcinolone for chondrodermatitis nodularis helicis: a follow-up of 60 patients. Br J Dermatol 2002;146:712-3.
11. Kromann N, Hoyer H, Reyman F. Chondrodermatitis nodularis chronica helicis treated with curettage and electrocauterization: follow-up of a 15-year material. Acta Derm Venereol. 1983; 63: 85-7.
12. Arıcan O, Pıksın S, Onver N et al. Kondrodermatitis nodularis heicis kronika. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010; 30:2074-6.
13. Taylor MB. Chondrodermatitis nodularis chronica helicis successful treatment with the carbon dioxide laser. J Dermatol Surg Oncol. 1991; 17: 862-4.
14. Lawrence CL: The treatment of chondrodermatitis nodularis with cartilage removal alone. Arch Dermatol 1991; 127:530-5.
15. Hudson-Peacock M.J, Cox N.H. & Lawrence C.M. The long-term results of cartilage removal alone for the treatment of chondrodermatitis nodularis. Br. J. Dermatol. 1999; 141:703-5.
16. Rajan N, Langtry JAA. The punch and graft technique: a novel method of surgical treatment for chondrodermatitis nodularis helicis. Br J Dermatol 2007;157:744-7.