**OTOPLASTİ**

*Dr. Özgür KARAMEŞE*

*SBÜ İstanbul Haydarpaşa Numune EAH, KBB Kliniği*

 Kulak kepçesi, kartilaj ve cildin kompleks bir kombinasyonundan oluşur. İçerdiği birçok girinti ve çıkıntı ile 5 önemli bölüme ayrılır; Heliks, antiheliks, konka, lobul ve tragus.

 Kepçe kulak deformitesi, genellikle yetersiz gelişmiş bir antiheliks ve anormal geniş bir konka ile birlikte görülür. Cerrahide amaç, kabul edilebilir şekil ve simetriye sahip normal görünümlü bir kulak oluşturmaktır. Kepçe kulak deformitesine neden olan anatomik özelliklerin doğru anlaşılması sorunun etkin çözümüne izin verir.

 Otoplastide en iyi teknik; basit, kolay uygulanabilen ve geri dönüşümlü olandır. Operasyon öncesi yapılan değerlendirme ışığında antiheliks’e, konka’ya, ve/veya lobul’e yönelik teknikler tek ya da kombine şekilde kullanılır.

 Kepçe kulak deformitesi olgularında, antiheliks yetersiz gelişimi %96.25, konka hipertrofisi %97.5 ve lobul hipertrofisi %22.5 oranında rapor edilmiştir. Otoplasti kulak kepçesinin gelişiminin tamamlandığı beş yaşından itibaren uygulanabilir. Bu şekilde kalıcı emosyonel etkilenme olmadan deformite düzeltilmiş olur. Bu yaşta sayvan kartilajı karakteristik olarak yumuşaktır, ancak yaş ile elastisite azalır. Erişkin yaşta yapılan otoplastide daha agresif cerrahi gerekebilir.

 **McDowell** otoplasti cerrahi hedefleri:

* Sayvan 1/3 üst bölüm protrüzyonlarının düzeltilmesi,
* Önden bakışta heliksin antiheliks arkasında ve düzgün bir hat şeklinde olması,
* Postaurikular sulkus derinliğinin kaybolmaması,
* Heliks–mastoid uzunluğunun, sayvan üst 1/3’te 10-12 mm, orta 1/3’te 16-18 ve alt 1/3’te 20-22 mm ve kulaklar arası farkın her noktada 3 mm’yi geçmemesidir.

Literatürde kepçe kulak deformitesi için pek çok teknik tanımlanmıştır. Cilt ve kartilaj’ın tam kat eksizyonundan oluşan ilk teknik 1881 yılında Ely tarafından yayınlanmıştır. Ardından birçok teknik geliştirilmiştir. Kartilajı kesen ve kartilajı koruyan teknikler olarak iki ana grupta değerlendirilebilir: İlk grup özellikle Avrupa’da tercih edilmekte ve yapılan düzeltmenin daha uzun süre kalıcı olacağı savunulmaktadır. İkinci grup Kuzey Amerika’da popülerdir, kartilaj desteğini maksimum korur, skar gelişimi ve kontur düzensizliğini minimalize ederek rekonstrüksiyon’a izin verir. Mustarde ve Furnas tarafından tanımlanan sütür teknikleri bu grupta yer alır.

 Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Kliniğimizde biz sütür ve kartilaj rezeksiyonu tekniklerini harmanlayarak, hasta ve deformitesine göre en uygun tekniği kullanmaya çalışmaktayız. Video sunumumuzda buna bir örnek olabilecek bir operasyon kaydı sunulmuştur.

**Kaynaklar**

1. Sevin K, Sevin A. Otoplasty with Mustarde suture, cartilage rasping, and scratching. Aesthetic Plast Surg 2006; 30: 437-41.

2. Burningham AR, Stucker FJ. Otoplasty technique: how I do it. Facial Plast Surg Clin North Am 2006; 14: 73-7.

3. Adamson PA, Litner J. Otoplasty technique. Facial Plast Surg Clin North Am 2006; 14: 79-87.

4. Vuyk HD. Cartilage-sparing otoplasty: a review with long-term results. J Laryngol Otol 1997; 111: 424-30.

5. McDowell AJ. Goals in otoplasty for protruding ears. Plast Reconstr Surg 1968; 41: 17-27.

6. Nuara MJ, Mobley SR. Nuances of otoplasty: a comprehensive review of the past 20 years. Facial Plast Surg Clin North Am 2006; 14: 89-102.

7. Mustardé JC. The correction of prominent ears using simple mattress sutures. Br J Plast Surg 1963; 16: 170-8.

8. Ülkü ÇH. Our surgical approach and results for protruding ear deformity . Türk Otolarengoloji Arşivi, 2009; 47(3): 117-122.