

Kondrodermatitis Nodularis Helisis Kronika

Chondrodermatitis Nodularis Helicis Chronica: Answer of the Last Issue Case Question

Dr. Özer ARICAN,^a
Dr. Süleyman PiŞKİN,^a
Dr. Neşe ÖNVER,^a
Dr. Fulya ÖZ PUYAN^b

^aDermatoloji AD,
^bPatoloji AD,
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne

Geliş Tarihi/Received: 25.09.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 06.04.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Özer ARICAN
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Dermatoloji AD, Edirne
TÜRKİYE/TURKEY
ozerari@gmail.com

Kondrodermatitis nodularis helisis kronika (NHK), nispeten sık görülen, genellikle kulak kepçesi heliksinde ya da bazen antiheliksinde yerleşen ağrılı papül veya nodüller ile seyreden, iyi seyirli inflamatuvar bir hastalıktır.¹⁻⁵ İlk olarak 1915 yılında Winkler tarafından tanımlandığından “*Winkler hastalığı*” adıyla da bilinir.^{2,4,5} Ayrıca 1941’de “*c-lavis helisis*” adıyla Carol ve Van Haren tarafından, 1944’te de “*hemangi-acanto-keratoma*” adıyla Mangabeira-Albenez ve Monteiro-Sales tarafından tanımlanmıştır.⁴ Lezyonlar çoğunlukla sağ kulakta yerleşir ancak olgumuzda olduğu gibi bilateral vakalar da bildirilmiştir.³⁻⁵ Beyaz ırkta ve 40 yaş üzerindeki erkeklerde daha sık rastlanır, kadınlarda daha nadir görülür. Erkek/kadın oranı 10/1’dir.^{1,4}

KNHK’in etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte; soğuk, aktinik hasar, tekrarlayan lokal travmalar, basınç nekrozuna bağlı dejeneratif değişiklikler (meslekleri gereği başlık kullananlar, telefon operatörleri, cep telefonu kullanımı, uyku sırasında basınca maruz kalma gibi), lokal kan akımı yetersizliğine yol açan yetersiz subkutan yağ dokusu ve radyoterapi suçlanmaktadır.¹⁻⁵ Son çalışmalarda lezyonların oluşumunda perikondrial vaskülitin üzerinde durulmaktadır.⁵ Vasküler yetmezliğin primer ya da travma veya aktinik hasar gibi diğer faktörlere sekonder olarak gelişip gelişmediği ise hâlâ tartışmalıdır. Aynı zamanda skleroderma gibi kollajen doku hastalıkları ile ilişkili olabileceği de bildirilmiştir.⁵

Lezyonlar genellikle 1 cm’den küçük (3-6 mm arasında), bazen sadece palpasyonla fark edilebilen, tek ya da birden fazla, pembe ya da incimsi gri renkte, iyi sınırlı, oval, hareketsiz, sert ve kıkırdak matrikse yapışık nodüllerdir.^{1,3,5} Lezyonların etrafı bazen eritemli bir alanla çevrelenmiş olabilir ve yüzeyleri genellikle altında santral bir depresyon bulunan kurut ile örtülmüştür.^{3,5} Bu lezyonlar spontan olarak ortaya çıkarlar ve genellikle hastalar travma öyküsü tanımlamazlar.³ En sık görülen semptom, kendiliğinden ya da dokunmakla ortaya çıkan ve hastalar tarafından batıcı veya kesici tarzda tarif edilen şiddetli bir ağrı hissidir.¹ Kronik seyirli bu lezyonlarda spon-

tan gerileme oldukça nadir olup, malign dönüşüm söz konusu değildir.³

Histopatolojik incelemede, lezyonların dermis, epidermis, perikondrium ve bazen kıkırdığı etkilendiği görülür.^{1,5} Epidermiste irregüler epitelyal hiperplazi tarafından çevrelenen, sıklıkla akantoz ve parakeratoza bağlı oluşan santral hiperkeratotik plak ya da ülserasyon vardır. Ödemli dermis ve perikondriumda kronik granümatöz inflamasyon (lenfosit, plazma hücreleri ve histiyositlerden oluşan) ve hatta nekroz görülür.^{2,5} Elastin ve kollajenin transepidermal atılmasındaki defektten dolayı üst dermiste fibrin depolanması görülebilir.⁵ İlginç olarak bazen küçük glomus benzeri arteriyovenöz anastomozlar görülebilir. Perikondriumda granülasyon dokusu oluşması ve perikondrium içinde bulunan küçük sinir liflerini sıkıştırması eşlik eden ağrıyı açıklayabilir.¹ Kıkırdakta meydana gelen fokal dejenerasyon ve arkasından oluşan hiyalinizasyonla homojenite kaybolmuştur. Bu lezyonlarda ayrıca kondral laminada kalsifikasyon ve ossifikasyon görülebilir.^{1,4}

KNHK genellikle klinik olarak tanısı konan bir hastalıktır. Ancak tanıyı doğrulamak ve şüpheli durumlarda özellikle benzer klinik görünüm gösteren başta bazal ve skuamöz hücreli karsinom olmak üzere malign hastalıkları dışlamak için biyopsi yapılması gerekebilir.²⁻⁴ Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken benign durumlar ise aktinik keratoz, keratoakantom, antiheliks elastotik nodülleri, kalsinozis kutis, kutanöz horn ve siğiller, daha az olarak da klavus, tofus, romatoid nodüller, psödokist, amiloidoz ve diskoid lupus eritematozudur.^{4,5} Ancak polikondrit ile ilişkili romatoid artrit, glomerülo nefrit, sistemik lupus eritematozus, morbus Reiter, sklerit, irit, aort yetmezliği, aort anevrizması ve elektrokardiyografik değişiklikler gibi durumlar da ayırıcı tanıyı kapsamalıdır.⁴ Bu hastalıkların kendilerine özgü klinik bulguları tanıyı kolaylaştırabileceği gibi klinik olarak ayırlamadığı durumlarda da kesin tanı için histopatolojik inceleme yapılması en uygun yaklaşımdır olacaktır.

İyi seyirli bir durum olan KNHK'nın tedavisinde birçok medikal ve cerrahi seçenek bulunmasına rağmen nüks sık gözlenir.¹⁻⁵ Tedavide basitrasin gibi topikal antibiyotikler, topikal veya intralezyonel kortikosteroidler, intralezyonel kollajen, intralezyonel prokain, pentoksifilin, elektrosikasyon-küretaj, kriyoterapi, CO₂ ve argon lazer ile cerrahi eksizyon uygulanmaktadır.¹⁻⁵ Öte yandan %0.05 klobetazol ile konservatif tedavi yapılan hastaların %20-30'unda başarılı sonuçlar alındığı bildirilmiştir.⁴ KNHK tedavisinde en sık uygulanan yöntemlerden birisi kortikosteroidlerin intralezyonel enjeksiyonudur. Bu uygulama daha konservatif bir yöntem olup kulak kepçesinde anatomik bir defekte yol açmaz.¹ Kulak koruyucu yastıklar veya protezler gibi konservatif yöntemler uygulanarak izlenen hastalarda lezyonların gerilediğini bildiren yayınlar da vardır. İnvaziv girişimlerden önce bu da göz önünde bulundurulması gereken önemli bir noktadır.^{2,3} Elektrosikasyon ve küretaj yöntemi kolay olmasına rağmen kozmetik bozukluğa yol açması ve %25'e varan nüks oranından dolayı tercih edilen bir yöntem değildir.¹ CO₂ lazer ile ağrı, nüks ve kozmetik açıdan son derece başarılı sonuçlar alındığını bildiren yayınlar vardır.¹ Cerrahi eksizyon bir miktar deriyle beraber lezyon altındaki kıkırdığın da çıkartılmasından ibarettir. Küçük lezyonlarda kozmetik bir sorun olmazken, büyük lezyonlarda problem olabilir. Bu problemi aşmak için sadece kıkırdak rezeksiyonunu içeren cerrahi yöntemler de uygulanmıştır.¹⁻³ Hastamızda potent topikal steroid (%0.05 klobetazol propiyonat krem) tedavisi başlanmış olup ilk ayda lezyonlarda bir değişiklik olmamıştır ve hastanın takibi sürmektedir.

Sonuç olarak KNKH, nadir görülen ve iyi seyirli bir hastalık olmasına rağmen bazal ve skuamöz hücreli deri kanserleri ile benzer klinik görünüme yol açtığından, histopatolojik incelemenin mutlaka yapılması gereken bir durumdur. Burada genç bir erkek hastada çift taraflı olarak saptanan klinik ve histopatolojik inceleme ile tanısı konulan bir KNKH olgusu sunulmaktadır etyolojisi, kliniği ve güncel tedavi seçenekleri literatür eşliğinde tartışılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Çankaya H, Metin A, Delice I. [Chondrodermatitis nodularis helicis: A case healed with steroid jet injection.] Van medical Journal 1999;6(2):47-9.
2. Timoney N, Davison PM. Management of chondrodermatitis helicis by protective padding: a series of 12 cases and a review of the literature. Br J Plast Surg 2002;55(5): 387-9.
3. Zuber TJ, Jackson E. Chondrodermatitis nodularis chronica helicis. Arch Fam Med 1999; 8(5):445-7.
4. Oelzner S, Elsner P. Bilateral chondrodermatitis nodularis chronica helicis on the free border of the helix in a woman. J Am Acad Dermatol 2003;49(4):720-2.
5. Upile T, Patel NN, Jerjes W, Singh NU, Sandison A, Michaels L. Advances in the understanding of chondrodermatitis nodularis chronica helices: the perichondrial vasculitis theory. Clin Otolaryngol 2009;34(2):147-50.