

KULAĞIN AĞRILI NODÜLÜ: KONDRODERMATİTİS NODÜLARİS KRONİKA HELİSİS, BİR OLGU SUNUMU

A PAINFUL NODULE OF THE EAR: CHONDRODERMATİTİS NODULARİS CHRONICA HELİCİS, A CASE REPORT

Engin ŞENEL

Çankırı Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Çankırı.

Özet

Kondrodermatitis nodularis kronica helicis (KNKH), dış kulağın ağrılı inflamatuvar nodül ya da nodülleriyle karakterize bir hastalıktır. Hastalığın etiyolojisi, sıklıkla orta yaşlı erkeklerde görülmektedir. Burada, bu sık karşılaşılan durumdan haberdar olması gereken sağlık profesyonellerinin dikkatini çekmek amacıyla, KNKH hastalığı olan 53 yaşındaki bir kadın hasta sunulmuştur. (Anatol J Clin Investig 2011;5(2):102-103).

Anahtar kelimeler: kondrodermatitis nodüler kronica helicis, kulak, nodül

Abstract

Chondrodermatitis nodularis chronic helicis (CNCH) is a disease characterized with painful inflammatory nodule or nodules of the external ear. The etiology of the disorder is not clear. CNCH is commonly seen in middle-aged men. A 53-year-old female patient with CNCH was presented here to take the attention of the physicians that should be aware of this frequent condition. (Anatol J Clin Investig 2011;5(2):102-103).

Key words: chondrodermatitis nodularis chronica helicis, ear, nodule

Giriş

Kondrodermatitis nodularis kronica helicis (KNKH) ya da kronik nodüler kondrodermatit, dış kulağın ağrılı bir nodülü ile karakterize olan; sık görülen ancak nadir olarak tanı konulan bir hastalıktır. Aşırı hassas nodül genellikle erkeklerde helikse yerleşirken kadınlarda antiheliks yerleşimlidir.

Olgu

Elli üç yaşında kadın hasta, sol kulağında yaklaşık bir yıldır mevcut olan ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta, sol kulağında şiddetli ağrı yapan, bir yıldır büyümesi olmayan bir şişlik bulunduğunu ve bu nedenle sol tarafa dönerek uyku uyuyamadığını belirtmekteydi. Dermatolojik muayenesinde, sol kulak antiheliksinde 6 mm çapında, merkezi ülser ve oldukça hassas olan eritemli bir nodül bulunmaktaydı (Resim 1).

Tamamen eksize edilen lezyonun histopatolojik incelemesinde epidermiste hiperkeratoz, akantoz ve dermiste inflamasyon, fibrozis ve kollajen dejenerasyonu saptandı (Resim 2). Kondrodermatitis nodularis kronica helicis tanısı konan hastada altı aylık kontrolde nüks gözlenmedi.

Tartışma

Kondrodermatitis nodularis kronica helicis, ilk olarak 1915 yılında Winkler tarafından

tanımlanmıştır [1]. Hastalık dış kulağın ağrılı, inflamatuvar bir nodülü ile karakterizedir. Sıklığı konusunda literatürde çelişkili bilgiler mevcuttur. Nadir bir hastalık değildir ancak klinikte hastaların birçoğuna tanı konmadığı için az rapor edilmiş olabilir.



Resim 1. Sol kulak antiheliksinde 6 mm çapında merkezi ülser, eritemli ve hassas nodül.

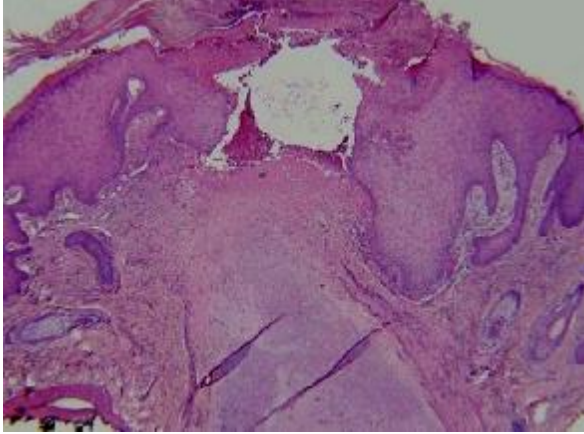
Kondrodermatitis nodularis kronica helicis genellikle kırk yaşın üzerindeki erkek hastaların kulak heliksinde rapor edilmiştir. Hastalık kadınlarda nadir görülür. Rickli ve Hardmeier'in çalışmasında hastaların sadece % 19,6'sı kadın hasta olarak bildirilmiştir. Kadın hastalarda nodül

Engin ŞENEL

Çankırı Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Çankırı.

E-mail: enginsenel@enginsenel.c

genellikle sağ kulakta ve antiheliks yerleşimli olarak rapor edilmiştir [2]. Hastalık genellikle tek kulak yerleşimlidir. Newcomer ve ark. [3], 69 hastanın dördünde, Eberius ve ark., 33 hastanın birinde bilateral yerleşim rapor etmiştir [2]. Nodül ya da nodüller dış kulakta aniden çıkabilir veya zamanla büyüebilir. Tipik olarak 1 cm çapını geçmezler. Yuvarlak, kubbe şeklinde, iyi sınırlı, mobil olmayan ve karakteristik olarak ağrılı olan nodüllerin merkezinde krut ya da çöküklük bulunabilir .



Resim 2. Epidermiste hiperkeratoz, akantoz ve dermal kollajen rejenerasyonu.

Kondrodermatitis nodularis kronika helisis'in etiyojisi bilinmemektedir. Winkler, kulak kartilajındaki dejeneratif değişikliklerin deride inflamatuvar etkilere yol açarak hastalığın oluşumuna neden olabileceğini öne sürmüştür [1]. Nodülün en sık sağ kulağa yerleştiği ve insanların çoğunun uyku sırasında sağ taraflarına yattıkları öne sürülerek uyku sırasındaki kulağa uygulanan basıncın hastalığın patogenezinde rolü olabileceği düşünülmüştür ancak bu teori kanıtlanamamıştır [4]. Bu bölge

subkütan yağ tabakası içermediğinden kıkırdak dokunun iskemiye daha meyilli olduğu düşünülmektedir. Uzun süreli soğuk veya güneş ışığı gibi çevresel maruziyetlerin de patogeneizde rolü olabileceği öne sürülmüştür [5]. Mobil telefonla uzun süreli konuşarlarda lezyonların tragusta yerleştiği yeni bir KNKH varyantı rapor edilmiştir. Uzun süreli telefonla konuşmanın; özellikle mobil telefon kullanımının da basınç ve mekanik travma etkisiyle hastalığa neden olabileceği iddia edilmiştir [6].

Histopatolojik incelemede, epidermiste hiperkeratoz, akantoz ve bazen de merkezi ülserasyon; dermiste ise granülasyon dokusu ile çevrelenen kollajen nekrozu görülebilir [5, 7].

Hastalığın ayırıcı tanısında aktinik keratoz, verrü ve keratoakantom düşünülebilir. Bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom lezyonları da benzer morfoloji ile gelebilir. Klinikte bu hastalıklar genellikle KNKH gibi ağrılı değildir. Kondrodermatitis nodularis kronika helisis tedavisinde cerrahi ve cerrahi olmayan tedavi seçenekleri kullanılabilir. Topikal ve intralezyonel kortikosteroid gibi konservatif tedavilerin yararı sınırlıdır. Potent topikal steroid tedavisi ile hastaların % 20-30'unda ağrıda ve lezyon büyüklüğünde azalma rapor edilmiştir [2]. Cerrahi olmayan tedavi seçeneklerinin cerrahi tedavilere oranla nüks riski daha fazladır [8].

Literatürde kriyoterapi, CO₂ lazer, elektrokoterizasyon gibi yöntemlerin tedavide başarılı olduğu olgu raporları mevcut olsa da etkilenmiş kıkırdak ile cerrahi eksizyon hala KNKH'nin standart tedavi yöntemidir [8-10].

Kaynaklar

1. Winkler M. Knoetchenfoermige Erkrankung am Helix. Archives of Dermatological Research. 1915;121: 278-285.
2. Oelzner S, Elsner P. Bilateral chondrodermatitis nodularis chronica helices on the free border of the helix in a woman. J Am Acad Dermatol. 2003;49(4):720-2.
3. Munnoch DA, Herbert KJ, Morris AM. Chondrodermatitis nodularis chronica helices et antihelices. Br J Plast Surg. 1996;49(7): 473-6.
4. Metzger SA, Goodman ML. Chondrodermatitis helices: a clinical re-evaluation and pathological review. Laryngoscope. 1976;86(9):1402-12.
5. Cribier B, Scrivener Y, Peltre B. Neural hyperplasia in chondrodermatitis nodularis chronica helices. J Am Acad Dermatol. 2006;55(5):844-8.
6. Elgart ML. Cell phone chondrodermatitis. Arch Dermatol. 2000;136(12):1568.
7. Chan HP, Neuhaus IM, Maibach HI. Chondrodermatitis nodularis chronica helices in monozygotic twins. Clin Exp Dermatol. 2009;34(3):358-9.
8. Moncrieff M, Sassoon EM. Effective treatment of chondrodermatitis nodularis chronica helices using a conservative approach. Br J Dermatol. 2004;150(5):892-4.
9. Zuber TJ, Jackson E. Chondrodermatitis nodularis chronica helices. Arch Fam Med. 1999;8(5):445-7.
10. Long D, Maloney ME. Surgical pearl: surgical planing in the treatment of chondrodermatitis nodularis chronica helices of the antihelix. J Am Acad Dermatol. 1996;35(5):761-2.