

T. C.
DIYARBAKIR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KULAK BURUN BOĞAZ KÜRSÜSÜ
Doç. Dr. EMRE CİNGİ

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

DUDAK KANSERLİ VAK'ALARDA KLİNİK - HİSTOPATOLOJİK ARAŞTIRMALAR

T. C. DİCLE ÜNİVERSİTESİ KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	0026459
Tasnif No.	616.99017
	13712
	1976.

(UZMANLIK TEZİ)
1976

Dr. Ergun BİRHEKİMOĞLU

İ Ç İ N D E K İ L E R

1 - GİRİŞ.....	1 - 21
2 - MATERYEL VE METOD.....	22 - 24
3 - BULGULAR.....	24 - 38
4 - TARTIŞMA.....	39 - 42
5 - SONUÇ.....	43 - 44
6 - ÖZET.....	45
7 - LİTERATÜR.....	46 - 48

G İ R İ Ş

Dudak kanserleri bu gün sıklıkla karşılaşılan ve tedavi yöntemleri itibari ile oldukça iyi neticeler veren bir hastalıktır.

Dudak kanseri insidansı,bütün dünyada olduğu gibi,memleketimizde de artış göstermektedir.Bu artışın sebepleri arasında ,teşhis imkanlarının artması yanında,sosyo-ekonomik durum ve meslek gurubu itibari ile açık havada çalışan nüfusta görülen artış,tütün kullanma alışkanlığının giderek yaygınlaşması ve kadınlar arasında tütün kullanan bir kadın neslinin yetişmiş olması,prekanseroz ve irritan maddelerle temasın teknik gelişmeye paralel olarak artışı gösterilebilir.

Dudak kanserleri gerek cerrahi ve gerekse radyoterapi ile başarıyla tedavi edilebilmektedir.Ancak fakültemizde radyoterapinin henüz tatbikata geçmemiş olması dolayısı ile,inoperabl vak'aların sevkinin dışında , vak'alarımızda çeşitli cerrahi metodlar uygulanmış ve böylece bu metodlardan alınan neticelerin değerlendirilmesine çalışılmıştır.

Diyarbakır Tıp Fakültesi 1968 yılında kurulmuş olup,Güney doğu Anadolu bölgesinin sağlık hizmetlerini tek başına yürüten bir sağlık kuruluşu niteliğindedir.Bu açıdan bakıldığında Fakültemizin K.B.B. Kliniğine müracaat eden hastalar arasından dudak kanseri teşhisi konulan vak'aların ,tartışılabilir olmakla beraber,genel manâda Güney doğu Anadolu'da ki dudak kanseri insidansını ve özelliklerini yansıtabileceği kanısındayız.Bu sebepten 1973 yılı ikinci yarısından 1976 yılı 4.üü ayı sonuna kadar olan zaman süresinde,kliniğimize müracaat eden dudak kanserli vak'alar üzerinde bu araştırmayı düzenledik.Alınan sonuçları değerlendirdikten sonra gerekli tartışmayı sonduk.

İhtisasım süresince,beni tevik eden,yakın ilgilerini esirgemeyen kıymetli hocalarım;Doç.Dr.Emre CİNGİ ve Öğretim Görevlisi Op. Dr.Hayrettin MUHTAR'a minnettarlığımı sunmayı bir vazife bilirim. Preparatların hazırlanması ve fotoğraflarının çekilmesinde yardımlarını gördüğüm Doç.Dr.A.Rıza KARACA'ya , beraber çalıştığımız sürece yakınlıklarını unutamadığım Op.Dr.Hazım GÜR,Op.Dr.Çetinalp KARADEDE' ye ,baş asistan arkadaşlarım Op.Dr.İlhan ORAL,Op.Dr.Mehmet DEMİREL ve asistan arkadaşlarım Dr.Talat KÖSOĞLU ve Dr.Nejat KETANİ'ye teşekkürlerimi sunarım.

T A R İ H Ç E

Dudak kanserlerinin tarihi çok eskilere kadar uzanmaktadır. Bizimdeki ilk yazılı metinlere göre; M.Ö.91 yıllarında ASKLEPIADES ve GALEN (129 - 199) yazdıkları kitaplarında dudak kanserleri hakkında açıklamalar yapmışlar, dudak kanserlerinin semptomları ve kliniğinden de geniş bir şekilde bahsetmişlerdir.

BOERHAVE (1668 - 1738) tonsil kanseri konusunda yazdığı kitabında dudak kanserlerine de geniş yer ayırmıştır. Dudak kanserlerinin kat'i teşhisi ilk defa VIRCHOV tarafından yapılan modern histopatolojik çalışmalar sonunda olmuştur. KARL V. ROKITASKY (1804 - 1878) yılları arasında anatomo - patolojisini aydınlatmıştır.

Yirminci yüzyılın başlarından itibaren dudak kanserlerinin cerrahi tedavisinde dev ilerlemeler başladı. Sıklıkla yapılan (V)eksizyonlarından sonra geniş lezyonlarda çeşitli tümör ekstirpasyonu ve dudak rekonstrüksiyonu metodları yayınlanmaya başlandı.

BAKAMJIAN (1941), BERNARD (1951), ESTLANDER (1954), ABBEE' (1955), GILLIES (1959), BUROW (1961), DIRVANA (1964) kendi isimleri ile anılan metodları sundular. Bu arada bir çok mütellife modifiye şekiller tavsiye ettiler.

Dudak kanserlerinde ışın tedavisi çok yenidir. WILHEİM CONRAD (1895) te röntgen ışınlarını kullandı. Radyum 1899 da kullanılmaya başlandı. L. MARTON (1903) te X ışınları ile tedaviye başladı, LEDOUX ise aynı metodu geliştirdi.

DUDAKLARIN KLİNİK ANATOMİSİ

Ağız boşluğunun ön duvarını yapan dudaklar, kas ve zardan yapılmış iki kıvrım olup diş çukuru ve diş kemerlerinin ön yüzlerini örttüğü gibi, serbest kenarları ile de ağız deliğini sınırlandırır. Dudaklar birbirlerine bitişik iken enine bir yarık biçiminde olan ağız deliği, dudaklar birbirinden uzaklaşınca ağız boşluğunu dışarıya ile birleştirirler.

Dudaklar iki tane olup üsttekine üst dudak (Labium Superius - Labium Maksillare) altakine alt dudak (Labium Inferius - Labium Mandibulare) denilir.

Dudaklar, enine olarak açıklığı arkaya bakan ve çene kemiklerinin kabartısına uyan bir eğiklik gösterir ve hemen dikine dururlarsa da, zencilerde prognatismin derecesine göre az çok eğik gözükürler. Genişlik ve yükseklikçe de, şahsa göre dudaklar değişiklik gösterirler. Genel olarak her iki dudağın önden örttükları alveol veya diş çukuru ile diş kemerlerinin yüksekliğine uygun bir yüksekliği vardır. Bazen üst veya alt dudak diğerlerinden yükseklikçe farklı olabildiği gibi genişlikçe de individualizasyon gösterirler. Genel olarak serbest kenarlarının iki yanlarda birleştikleri köşeler yani Commissura Labiorum birinci büyük ağı hizasındadır (39).

Dudakların kalınlıkları da yaşa ve cinse değişiklik gösterebilir. Erkeklerin dudakları kadınlarınkinden daha kalındır. Yeni doğanlarda dudaklar, dişlerin bulunmaması, emme görevinden dolayı büyük ve kalındırlar (40). İhtiyarlarda yeni doğanların tersine olarak vestibule doğru kıvrıktırlar (25). Dudaklarda :

a) Ön yüz (Deri yüzü) b) Arka yüz (Mucosa yüzü) c) Ağız deliğini çevreleyen deri ile mucosadan yapıli serbest kenar ç) Çene kemiklerine yapışık bir kenar d) İki birleşek (Commissura Labiorum) vardır.

D U D A K H İ S T O L O J İ S İ

Dudaklar önden arkaya doğru : 1) Deri (Cutis) : Dudak derisinin kalınlığından, sağlamlığından, derin tabakalarına mimik kaslardan bir kağının yapışık olmasından ötürü değeri vardır. Dudak derisi kıl follikülleri ve bunlara bağı yağ bezleri (Glandula Sebaceae) yönünden zengindir.

2) Kas tabakası (Tunica muscularis) : Büyük bir kısmını ağız çevre kası (M. Orbicularis Oris) yapar. Bu kasta başka dudaklara m. levator labii superioris, m. levator labii superioris alaeque nasi,

m.levator anguli oris,m.depressor anguli oris,m.transversus ment.
Buccinator kastan,büyük ve küçük Zigomatik kaslardan ve m.risorius'tan lifler gelir.Bu kasların bir kısmı,derinin bir kısmı mucosanın derin yüzüne yapışırlar.Bu kaslardan yalnız M.Orbicularis dudakları büzer,digğerleri kaldırır veya gerer.

3) Submukosa tabakası ve dudak bezleri (Tela submucosa ve glandulae labiales) ;Kas ve mucosa tabakaları arasındadır.İnce elastiki lifleri olan konjunktival bir tabakadır.İçinde pek çok sayıda küçük bezler vardır.

4) Mukoza tabakası (Tunica mucosa) : Dudakların arka yüzünü ve serbest kenarlarına örten mucosa,yanlarda yanak mucosası ile devam eder.Dudakların yapışık kenarlarında kendi üzerine bükülerek çene kemiklerinin dişetini yapar.

D A M A R L A R

a) Atardamarlar : En çoğu yüz atardamarlarından (A.Facialis) dudak bileşecekleri hizasında ayrılan,dudak atardamarından gelir . Üst ve alt dudak atardamarları (A.Labialis Superior ve Inferior)orta çizgi üzerinde diğğer tarafın eş atardamarı ile ağzlaşırlar.Kas tabakası ile bez tabakası arasında ve dudakların serbest kenarlarına yakın olarak ağız çevresinde tam bir daire çizerler.Dudak kaslarına,bezlerine,deri ve mucosaya giden ince dalları vardır.Dudaklar ayrıyeten,infraorbital arter,a.transversa faciei,a.buccalis,a.mentalis ve bazen a.submentalisten dallar alır.

b) Toplardamarlar : Atardamarlarla birlikte gitmezler.Çoğu deri altındadır ve zengin bir ağ yaparlar.Üst dudak venleri Vena Facialis'e, alt dudak venleri ise bir yandan V.Facialis'e diğğer yandan V.Submentalis,bir yandanda doğruca V.Jugularis Interna'ya dökülür.

c) Lenfa Damarları : İki ağdan doğarlar.Birisi mucosa ile diğğeri deri ile komşuluktur.

Bu iki ağ , dudakların serbest kenarlarında birleşerek karışık ve ince bir ağ yaparlar. Kaslardan gelen lenfa damarları her bir yanda 4-6 tane olup köşelere giderler. Buradan V. Facialis trasesi ile Çenealtı Lenfa Ganglionlarına (Nodi Lymphatici Submandibulares) gideceklerdir. Alt dudaktakilerde 5-6 tane olup yan ve ortadan olmak üzere ikiye ayrılırlar. Yandakiler, üst dudaktakiler gibi çenealtı lenfa ganglionlarına , ortadakiler ise çeneucualtı lenfa ganglionlarına (Nodi Lymphatici Submentales) giderler. Lenfa damarları bazen de orta çizgiyi çaprazlayarak öbür taraf lenfa ganglionlarına giderler.

S İ N İ R L E R

Dudak kaslarının motor siniri N. Facialis'tir. Sensitif lifler üst dudağa N. Maxillaris'ten, alt dudağa N. Mandibularis'ten gelirler (39). Dudakların serbest kenarları bilhassa hassastırlar. Bezlerin çalışması ile ilgili olan simpatik lifler damarların çevresindeki pleksuslardan gelen , parasimpatik lifler Nucleus Salivatorius Medulla Oblangatae'den başlayan , nevraktan N. Glossopharyngeus ile beraber çıkan liflerdir.

İ N S İ D A N S

Dudak kanserleri oral kavitede husule gelen malign epitelial tümörlerin hemen hemen yarısını teşkil edecek derecede sık görülen tümörlerdir. Her ırk ve cinste görülmekle beraber negrolarda daha nadiren rastlanır. Açık renkli, kuru cildli, mavi gözlü açık saçlı ırklarda dudak kanseri ihtimali yüksektir. Kuzey ve güney enlemlerden ekvatora doğru yaklaştıkça tedricen insidansta artar (27).

Genellikle orta yaş ve üzerinde görülür. En sıklıkla rastlandığı yaşlar 40 - 75 yaşları arasındır. Daha gençlerde de görülebilir. Nitekim Amerikan ordusunda yapılan bir araştırmada 835 dudak kanseri görülmüş ve bunlarda vasati yaşın 37 olduğunu tesbit edilmiştir (6). Genç yaşlarda da görülebilir. Willis'in ifadesine göre 13 yaşında bir çocukta tek bir vak'a kaydedilmiştir (36).

Erkeklerde kadınlardan 66 defa daha fazla görülür (31). LEWIS'e göre bu oran 1/40'dır (22). Genellikle üst dudak kanserleri, alt dudak kanserlerine nazaran daha az görülür (20). Yine LEWIS'e göre bu oran 1/20'dir (22). Kadınlarda daha çok (% 60) üst dudakta rastlanır.

Genel olarak dudak kanserleri bütün vücut kanserlerinin % 1 i, baş boyun kanserlerinin % 15 i'dir (27).

Amerikada dudak kanseri bütün vücut kanserlerinin % 4 ü, ağız kavitesi kanserlerinin % 30 unu, İngilterede baş-boyun kanserlerinin % 9 unu dudak kanserleri teşkil etmektedir (35).

Dünya sağlık teşkilatı raporlarına göre İsviçre'de 1943 - 1957 yılları arasında tesbit edilen 74022 erkek tümörlü hastanın 1900 u (% 2,57) dudak kanseri, 87378 kadın hastadan 160 u (% 0,18) dudak kanseridir. Başşehirde kanserli tesbit edilen 20460 erkekten 180 i (% 0,88), 2717 kadının tümörlü hastanın 43 ü (% 0,16) dudak kanseri tesbit edilmiştir.

Başşehir banliyölerinde 3056 kanser teşhis edilmiş erkek hastanın 54 ü (% 1,77), 3564 kadın hastanın 9 u (% 0,25) dudak kanseri olarak kaydedilmiştir. Bu oran kasabalarda ise 19338 erkek hastanın 421 i (% 2,18), 23952 kadın hastadan 72 si (% 0,22) dudak kanseri olarak tesbit edilmiştir (9).

Ankara Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsü ve Ahmet Andıçen Kanser Hastanesinde yapılan araştırmada : 1967 - 1969 yılları arasında miracaat eden 5440 vak'anın 4344 üne (% 79,85) biyopsi ile kesin kanser tanısı konulmuştur. Bu vak'aların 2346 sı (% 53,87) baş boyunda, 1998 inde (% 46,13) ise vücudun diğer kısımlarda lokalize olduğu tesbit edildi. Başboyunda kanser tesbit edilmiş vak'aların 499 u ise (% 21,27) dudak kanseri olarak tesbit edilmiştir (5).

E T Y O L O J İ

Dudak kanserlerinin etyolojisi diğer kanserlerde olduğu gibi, bu gün için kesinlikle bilinmemekteyse de meydana çıkışında bazı faktörlerin önemli rol oynadıkları zannedilmektedir.

Hereditör bir intrensek veya akkiz predispozan faktör ve bunlara ila-
veten aşağıda sıralayacağımız ekstrensek faktörlerin ve nihayet son
zamanlarda sıklıkla bahsedilen virüslerin kanser etiyojisinde önem-
li yer tuttukları saptanmıştır (15).

Sigara ve bilhassa pipo alışkanlığının dudak kanseri husu-
lünde önemli bir sebep olduğuna muhakkak nazarı ile bakılmaktadır(4).
Vak'aların % 11 inde hastalar pipo veya ağızlık kullanma hikayesi ve-
rirler (15). Bir taraftan piponun alt dudakta aynı noktaya uzun za-
man tazyik ederek mekanik bir tahrişte bulunması ve diğer taraftan
tütün katranının kanserojen tesiriyle hastalığın daha kolay meydana
gelebileceği düşünülebilir.

Yapılan bir araştırmada tecrübe hayvanlarında ağız ve tenef-
füs yolları mukozaasının tütün katranını absorpsiyon hassası tetkik
edilmiş ve mukoza kısımlarının bu maddeyi absorpsiyon kabiliyeti ile
kansereleşme istidadı arasında tam bir paralelizmin mevcudiyeti somu-
cuna varılmıştır (12).

Diğer taraftan 3.cü ^Amerikan Kanser kongresinde WRIGHT 'in
yapmış olduğu bir tebliğde tütün katranından elde edilen fraksionlar
içinde 3,4 - benzpyrene kanserojen maddesinin mevcut olduğu ifade
edilmiştir (38).

Çok aşırı dozda alkol almak ve bunu alışkanlık haline ge-
tirmek etyolojik etken olarak sayılabilir. Dudak kanserlerinin kadın-
larda az görülmüş olması yaşama tarzı, aktinik tesir ve sigara itiyadı
gibi patolojik şartlara daha az maruz bulunmaları ile izah edilebilir.
SHARP , BULLOCK HAZLET dudak boyasının koruyucu bir tesire malik oldu-
ğuna inanmaktadırlar (30). Yakın zamanlarda dudak kanserli kadın hasta
sayısının eskisine oranla artma göstermesinin sebebi; sigara içen bir
kadın neslinin yetişmesidir (2). Kadınlarda meydana gelen dudak kanser-
lerinin daha ziyade üst dudakta oluşu da dikkate değer bir haldir. Bu
durum, kadınların yukarıda sayılan patolojik şartlara daha az maruz kal-
malarına karşı diğer kanserojen amillerininde rol oynamış olmasına dü-
şündürür (18).

Etiyolojide güneş ışınlarının önemli bir rolü olduğu ileri sürülmüş ve erkeklerde dudak kanserinin fazla görülmesi daha uzun zaman güneşe maruz kalmaları ile izah edilmiştir (17). Son zamanlarda yapılan araştırmalarda Keilitis aktinika ile alt dudak kanseri arasında yakın ilişki bulunmuştur (29). Gamma ışınları radyasyonun da etiolojide rol oynadığı saptanmıştır (27). Kronik iltihabi irritasyonlarında bu tümörlerin gelişmesinde rol oynadıkları kabul edilmektedir. Bir kısım vak'alarda tümöre bir lökoplakinin eklenmesi öneriyi destekler. Bu durum cildin diğer kısımlarında hiperkeretozis ile birlikte bulunabilir (7). Vak'aların % 20 sinde ateşle olan veziküller, dudaga ısırma itiyadında olanlarda tesbit edilmiştir. Dudak kanserli hastaların büyük bir kısmında ağız hijyeni bozuktur (15).

Ağız mukozası ve dudak prekanseröz hastalıklarında stoma-toskopi yapılan 13152 hastada, oral kavite muayenelerinde 524 hastada (% 3,98), ağız mukozası hasta bulundu (19). Dudaga doğru gelişen sivri dişlerin yaptığı irritasyonlarda bir sebep teşkil ederler. Sifiliz dudak kanseri vak'alarında predispozan bir faktördür (15). Beslenme şartlarının bozukluğu, bilhassa protein ve vitamin eksikliğinin'de kanser etiolojisinde bir payı olduğu düşünülmektedir (18).

Nihayet son zamanlarda VIRÜSLER 'in kanser etiolojisindeki rolünden sıklıkla bahsedilmektedir. Bu durum dudak kanserleri içinde mevcuttur. Virüsün kansere sebep oluşu şu üç mekanizma ile izaha çalışılmaktadır :

a) Virüs hücrenin normal genetik mekanizmasını bozarak anormal üremesine sebep olmaktadır.

b) Virüsler hücreye girmekte ,genlere girerek burada bölüm hücreleri vasıtasıyla başka hücrelere intikal etmekte, buralarda malign gelişmelere yol açmaktadır.

c) Hücre içinde reaksiyonsuz uyumakta olan bir virüs X ışınları gibi bir etkenle aktif olarak malign bir gelişmeye sebep olmaktadır (15).

P A T O L O J İ

Büyük çoğunluğu yassı hücreli karsinom tipinde olan dudak kanserleri ağızda husule gelen malign epitelyal tümörlerin yarısını teşkil edecek sıklıkla görülen urlardır (28). Dudak mukozasından ve cild - mukoza hududundan çıkarlar (27). Histopatolojik olarak bütün dudak kanserleri yassı hücreli kanserlerdir. Azlıkla görülen Adeno-karsinoma dudanın glandlarından gelişir (32).

Basal Cell Carcinoma ise cild kanseri kabul edilir. Melanomlar ise primer olarak seyrek görülür. J. LENTRODT, alt dudakta mezenşimal orijinli pleomorfik bir rhabdomyosarkom vak'ası neşretmiştir (21).

Dudak kanserleri bir çok gözlemcilerin belirttiği gibi en çok (% 90) alt dudakta teşekkül eder. Üst dudakta daha fazla Basal Cell Carcinoma, Silendroma, minör tükürük bezlerinden menşe alan diğer tümörlerde görülebilir. KRATZ ve MAGNERE göre yassı epitel kanserlerinin diğer tümörlere göre görülme oranı (% 80-83) tür (20). Alt dudak kanserlerinin teşekkül yeri hemen hemen sabit gibidir. Ağız kapalı bulunduğu zaman, dudak komissürü ile orta hat arasındaki saha içinde sert bir nodül veya papillom şeklinde başlar. Papiller karsinom yani ekzofitik olan şekil oldukça süratli bir gelişme gösterir. Bir müddet sonra nekroza uğrayarak ülserleşir. Bu ülserlerin kenarları kalkık olup adeta krater biçimindedir. Tümörün oturduğu doku içinde de infiltrasyon vardır. Bu yüzden kaidesi oldukça serttir. Daha ziyade çene derisine doğru inkişaf eden bu tümör tedrici surette büyür. Submental ve submandibuler ganglionlara geç metastaz yapar. İç organ metastazları nadiren olur.

Yassı ve düz kanserler daha yavaş büyürler. Bu tipin süratli ve endofitik bir gelişme göstermek suretiyle lokal tahribat ve süratli metastaz yaptığıda görülebilir.

H İ S T O P A T O L O J İ

Yassı hücreli karsinomlar genel olarak iyi diferansiye olmaş tümörlerdir. Anaplastik olanlar nadirdir. WILLIS bu tümörlerin

mukoza epidermis hududundan çıktığını kabul eder (36). Mikroskopik yapı bakımından deri tümörlerinden büyük bir fark göstermezler. Yeni teşekkül eden bir dudak kanserinde mukoza tabakasının kalınlaştığı ve derinlere doğru indiği, hücrelerin apitik bir karakter kazandığı, bazı noktalarda bazal tabakanın parçalandığı ve tümör hücrelerinin koryon tabakası içine ilerlediği görülür. Tümörün malignite derecesi vak'asına göre değişir. İyi diferansiye olmuş bir kanserde hücrelerin kerate-hiyalen değişmeye meyilli olduğu ve atipik olmalarına rağmen birleştirici ligamanlar ihtiva ettiği, bu suretle hücrelerin yine poligonal ve birbirleri ile münasebette buldukları gözlenir. Bir kısım epitel adalarında keratinizasyon hadisesi oldukça ileri gitmiş ve (Glop korne) denilen konsantrik kabakalarından ibaret teşekküller meydana gelmiş bulunur. Bunlar korneum tabakasının bir taklidinden ibarettir. Derinde, doku içinde meydana gelmiş olduğundan dolayı konsantrik bir şekilde toplanmış olurlar. Hücreler nükleuslarını tamamiyle kaybetmiş ve lameller haline dönmüşken (Keratozik glop), diğer bir kısım ise henüz teşekkül halindedir. Soğan tabakaları manzarasında piknotik çekirdekler ihtiva eden keratinize hücrelerden müteşekkildir (Parakeratozik glop). Anaplastik olanlarda kornifikasyon meyli olmadığı gibi birleştirici ligamanlar kaybolmuş ve hücreler poligonal manzaralarını kaybetmiş bulunurlar. Anaplastik epidermoid karsinomun diğer şekilde (Füzosellüler Epidermoid Karsinom) tipidir. Nadir olan bu tipte hücrelerin mekik biçiminde olduğu ve fibroblastlara benzediği görülürki fibrosarkomlardan ayırt edilebilmesi oldukça güçtür.

Dudak kanserlerinde stroma bariz bir iltihap reaksiyonu arzeder. Stromadaki iltihabın, atipi derecesi ile paralel gittiği sonucuna varılmıştır (18).

S I N I F L A N D I R M A

Dudak kanserleri klinik olarak iki ana grupta toplanmaktadır.

1) Ekzofitik Lezyonlar : Superfisial lezyonlar ön safhada görülmür.

2) Endofitik Lezyonlar : İnvazyon, ülserasyon, erkenden kas ve kemik ile cildin afetzode olması ön plandadır. Dudak kanseri metastazları fasiel ve mental lenf nodüllerine ve submaksiller gland ön kısmına daha sonra Jugular zincire olur. Ekseriya mental foramenden girip iliği istila eder. Akciğer ve Karaciğer uzak metastazları nadir olur (27).

Dudak kanserlerinin sınıflandırılmasında WALTER (1967) T.N.M. sınıflandırılmasını ileri sürmüştür (34). Bu sınıflandırma şu şekilde yapılmaktadır:

T-Tümör.....(T1,T2,T3,T4)

N-Nodül.....(No,N1,N2)

M-Metastaz.....(1,2,3,4)

T 1 : Tümörün fazla (5 mm.) çapındadır.

T 2 : Tümörün çapı (5 mm) ile (2 cm) arasındadır.

T 3 : Tümör (2 cm.) den büyüktür yahutta subkutan veya submukosal invazyon gösteren herhangi bir büyüklüktedir.

T 4 : Dudaktan başka herhangi bir dokuya invazyon yapan değişik büyüklüktedir.

N o : Klinik olarak lenf nodülü palpe edilememektedir.

N 1 : 3 cm veya daha küçük fikse olmayan nodül mevcuttur.

N 2 : 3 cm. den büyük fikse olmayan veya ipsilateral nodüller mevcuttur.

N 3 : Fikse, bilateral veya kontrilateral nodül mevcuttur.

M o : Uzak metastaz tesbit edilmemektedir.

M 1 : Klinik ve radyolojik olarak regioner nodüller dışında uzak metastaz mevcuttur.

S E M P T O M L A R

Dudak kanseri yavaş büyüyen bir kanserdir. Erken lezyonlarda devamlı ve sinsi bir ağrı ,hafif kabuklanmalar ,sık sık ortaya çıkan ve süratle iyileşen sathi ülserasyon anamnezi hastaların çoğundan alınabilir (11). Dudak kanseri tablosu ya endurasyon veya yüzeysel mucosa çatlakları yahutta siğil görünümündedir. Ağrısız endurasyon lezyonların karakteristik bir bulgusudur. Endurasyon eğer görünmüyorsa daima palpe edilerek aranmalıdır. Dudağın iki parmak arasında palpasyonu ile kolayca bilgi sahibi olunabilir (26). Lökoplaki bazen mevcut olabilir.

Kesin teşhis için yapılan biyopsilerden sonra tümörün büyüme hızının arttığı sıklıkla tesbit edilir (15). Teşekkülünün son devrelerinde dudak kanserlerinde sathi olan ülserasyonlar bir müddet sonra nekroza uğrayıp, kenarları sert, ülser etrafı krater manzarasında ,vegetan görünümü ile klasik manzarasını kazanır. Metastazlar tümörün geç devrelerinde meydana çıkar. MARTIN ve arkadaşları takip ettikleri hastalarında 12-15 aylık primer lezyon bulunan vak'alarda palpe edilebilen regioner lenf nodülü metastazi oranını % 29 olarak tesbit etmişlerdir. Başlangıçtan itibaren metastaz görülme ihtimali ise % 8 olarak bulunmuştur. Uzak metastazların klinik ve radyolojik olarak tesbiti nadirdir ve çok geç devrelerde kabildir.

T E Ş H İ S

Dudak kanserlerinin erken teşhisi prognoz bakımından çok önemlidir. Erken teşhis edilen vak'alarda tedavi edilme imkanı yüksek olduğu halde geç teşhis edilenlerde bu imkan azalmaktadır.

Dudağı ilgilendiren semptomlar karşısında sistematik muayene şarttır. Bunun için dikkatli ve detaylı bir anamnez ,dudak mukozası ve cilt - mukozası hududunun dikkatlice inspeksiyonun takiben palpasyonu teşhise götüreceği bilgi edinilmesinde yardımcı olur. Bunların yanında tam fizik muayene, bilhassa boyunun palpasyonu muayenesi ,radyolojik ve laboratuvar tetkiklerin sistematik olarak

yaptırılması ihmal edilmemelidir.

Dudak kanserlerinde kesin teşhise biyopsi ile varılır.

A Y I R T I C I T E Ş H İ S

Dudak kanserlerinden klinikte ayırt edilmesi gereken hastalıklar şunlardır :

LÖKOPLAKİ : Bilhassa çok fazla sigara içenlerde, sigaranın içildiği tarafta prekanseröz olan lökoplaki görülebilir. Bu durum cildin diğer sahalarında hiperkeratozis ile birlikte bulunabilir. Dudak önceleri kabadır ve pullanmalar gösterir. Pullar kaldırılınca kolaylıkla kanar. Daha sonra beyaz lekeler kendini gösterir. Lökoplakinin ilk devrelerinde tedavi sigarayı kesmekle ve yüzeysel olarak yağlı pomadlar kullanmakla olur. Eğer pullanmalar kalınlaşırsa elektro-koterle tedavi edilebilir. Şayet lezyon genişse biyopsi yapılmalıdır.

HERPES LABIALIS : Dudağın sıklıkla görülen benign bir lezyonudur. Akut bir hadisedir. Kısa süreli kırmızimsı kabuklanma ile kendini gösterir. Hakiki bir ülserasyon ve endurasyon yoktur.

MÜKÖZ KİSTLER : Yumuşak bir oluşum gösterirler. Submukoza kistler muküs ile doldurur. Nadiren kan ihtiva ederler. Tedavileri enükleasyondur.

ABERRAN TÜKRÜK BEZİ : Ağırsız, orta derecede düzgün, nodüller veya granüller submucosal benign tümörlerdir. Malign dejenerasyon gösterip göstermediğini anlamak için eksizyonel biyopsi gereklidir. Zira bazen muko-epidermoid karsinoma'ya dönüşebilirler (26).

KRONİK FİSSÜRLER : Çok büyük bir sıklıkla görülürler. Güneşe fazla maruz kalanlarda ; orta hatta veya komissürlere yakın yerlerde, çoğunlukla alt dudakta ve çok nadiren üst dudakta rastlanır. Şayet endurasyon tesbit ediliyorsa ve malignite düşünülüyorsa eksizyonel biyopsi yapılmalıdır.

PERLEŞ VE KEİLİTİS : Ağız köşesinde pullanma, kabuklanma, ve eritleme kendini gösteren fissürlerdir. Etyolojisinde avitaminoz mevcuttur. Çoğunlukla dişlerin yerleşme ve sıralanma hatasına bağlıdır.

SİFİLİZ : Anamnezlerinde Sifiliz tesbit edilenlerde dudak kanseri görülebilir. Ekseriyetle primer şankr düzgün, endüre, süt görünümünde, ağrısız bir nodüldür. Karsinoma zannedilebilir. Özellikle iltihabi submental nodüller palpe edilebilirse yanılma oranı fazlaşır. Ayırt etmek kolaydır, karanlık sahada muayenede Spiroketler görülebilir.

T E D A V İ

Genel olarak dudak kanserlerinin tedavisinin cerrahi ve radyoterapi veya ikisinin kombinasyonu şeklinde yapıldığı söylenebilir.

GROSS cerrahi yolla % 81, WIDMANN ise X ışınları ile % 70 şifa elde etdiklerini bildirmektedirler (12-37). Kemoterapi ise LEWIS ile MAECOMB ve arkadaşlarının yayınladıkları gibi dudak kanseri tedavisinde paliyatif olmaktan ileri gidememektedir (22-24). Bazı sikatis dokusu yapan maddelerin enjeksiyonu, elektrokoterlere yakılma daha ziyade cildiyeocular tarafından tatbik edilen bir tedavi metodudur. Radyoterapinin aşağıda sıralayacağımız mahzurları yanında, elektrokoter kullanılan vak'alarda defektler ve ülserlerin ortaya çıkması ve sonradan bu ülserasyonun düzeltilmesi problemleri göz önüne alınırsa, dudak kanserlerinde en ideal tedavi metodunun cerrahi tedavi olduğu söylenebilir (8).

RADYOTERAPİ : Radyoterapi bir anlamda X ışınları tedavisidir. Bunun yanında Radium iğneleri, Radon, altın iğneleri, radyoaktif Kobalt tedavileri de yapılmakta ise de X ışınları tedavisi en iyi netice alanıdır. Ortalama 4500-6000 R, (rads) verilir. Günde ortalama 450 R. Verilir. Beş yıllık periyotta radyoterapi ile WALTER dudak kanserlerinde % 85,02 iyi netice aldığını bildirmektedir (34). Radyoterapi her ne kadar dudak kanseri tedavisinde iyi netice veriyorsa da nükslere mani olmamaktadır. Bu nüksler bir çok radyoterapist tarafından kabul edilmez. Çünkü aradan bir müddet geçtikten sonra nüks meydana gelince hasta tekrar radyoterapiste gitmeyip cerrahî müracaat etmektedir. Böylece bu vak'alar radyoterapistin listesinde şifa bulmuş olarak kalmaktadır (8).

Radyoterapinin ikinci bir sakıncası da evvelce tedavi yapılmış ve nüks-etmiş vak'alarda cerrahi tedavinin zorluğudur. Zira ışın tedavisi hasta cildinde bir takım fibröz değişiklikler yapmaktadır. Bu tip dokular suture edildiklerinde sütürlerin açıldığı ve yara dudaklarının kolayca kapanmadığı cerrahlar tarafından sıklıkla saptanmaktadır (22). Ayrıca derine infiltrate olmuş tümörlerde radyasyonun meydana getireceği Osteonekrozu da gözden uzak tutmamak gerekir. Güneşe uzun zaman maruz kalan kimselerde primer tümörün yanında dudakın diğer sahalarında prekan-seröz değişikliklerin husule geldiğini ileri süren JESSE gibi bazı müellifler, primer cerrahi tedavi yapılırsa dahi zamanla dudakın diğer sahalarında habis karakterli değişikliklerin meydana geleceğini göz önüne tutarak radyoterapi tavsiye ederler (16). Ancak prekanseröz odakların uygulanan radyoterapi tesiri ile kanseröz dokular haline dönüştüğünde bilinen hususlardandır (14). Sonuç olarak radyoterapinin insitu dudak kanserlerinde ve post-operatif olarak tatbikinden iyi sonuçlar alındığı, bunun dışındaki durumlarda ise cerrahi tedavinin uygulanması gerektiği söylenebilir.

CERRAHİ TEDAVİ : Dudak kanserlerinin tedavisinde cerrahi tedavi oldukça yüz güldürücü sonuçlar vermektedir. Yalnız bu tedavide bazı kriterleri göz önünde bulundurmak icap etmektedir:

- 1) Hastanın yaşı : Genç hastalar yaşlılara göre daha erken metastas gösterirler. Bunlarda ilk lezyonun suprahioyid disseksiyonla birlikte yapılması tavsiye edilir (8).
- 2) Primer tümör çıkarılırken teşhis gayesi ile regioner lenf nodüllerinden biyopsi yapılmalıdır.
- 3) Lezyonun tabiatı : Endofitik invaziv olan karsinomlar eksofitik olanlara nazaran daha fazla metastaz yapma meylinde dirler.
- 4) Lezyonun büyüklüğü : 1 cm. den küçük olan lezyonların boyun metastaza nadirdir. Lokal olarak dudak rezeksiyonu ile kolayca çıkarılırlar. 1 cm den büyükler kolayca regioner lenf nodüllerine yayılırlar. Lezyonun büyüklüğü ile dudakta kalma süresi arasında bir ilgi vardır.

Uzun süre devam eden lezyonlar daha fazla boyun lenf nodüllerine metastaz yaparlar.

5) Histopatolojik olarak hücrelerin malignite derecesi : Diferansiye yassı hücreli kanserler daha az metastaz yaparlar. İndiferansiye olanların seyri daha hızlıdır ve metastazları daha süratli olur. Üst dudak kanserleri daha hızlı büyür ve erken metastaz yaparlar (1).

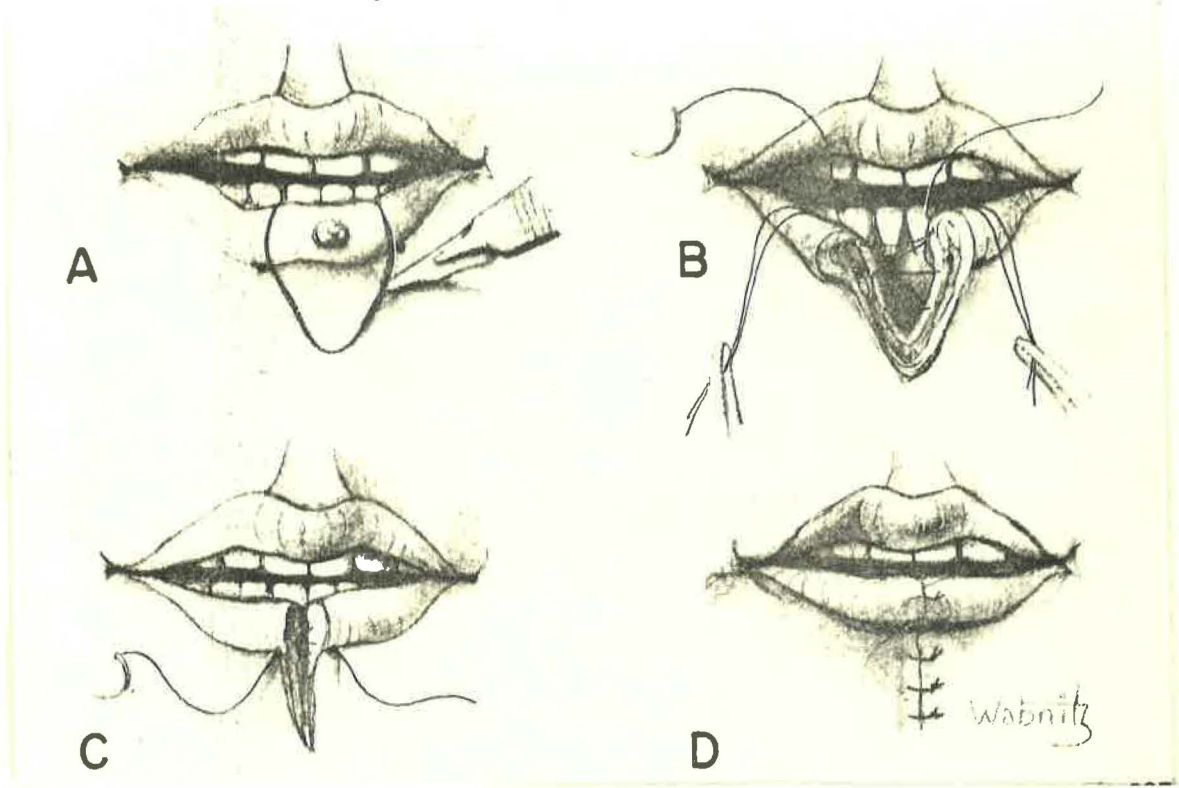
6) Çene altında lenf ganglionları büyümüşse veya primer lezyon oldukça büyüyerek komşuları ve yanak mukozasını tutmuşsa suprahiyoid boyun disseksiyonu ile beraber ilk lezyonun genişçe çıkarılması ve ondan sonra post-operatif için tedavisi tatbiki gereklidir.

7) Şayet lezyon çene kemiğini tutmuş ise çene altı ganglionlarında metastaz olsun veya olmasın radikal boyun disseksiyonu yapılması gerekir (8).

8) Ameliyat defektinin kapatılması meselesi : Bazı müellifler tümörün müksetmeyeceğine kanaat getirmediğçe defekti kapatmamayı tercih ederler. Şayet ameliyat endikasyonu iyi konulmuş ise ve müdahale iyi yapılmışsa aynı seansta tümör odağını çıkartırıp yerini kapama tercih edilebilir (8).

DUDAK KANSERLERİNDE AMELİYAT ŞEKİLLERİ

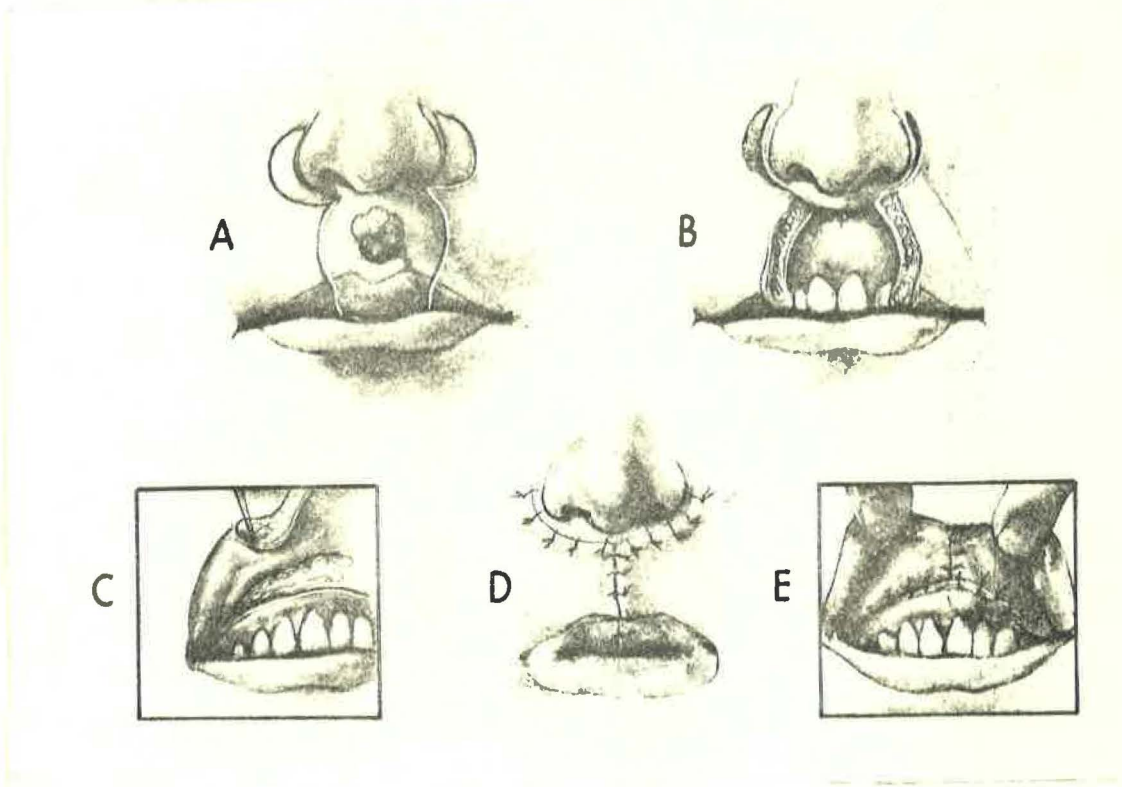
a) (V) EKSİZYONU : Üst ve alt dudanın lokalize lezyonlarında tatbik edilir. En fazla üst veya alt dudanın 1/3 ünü eksize edebiliriz. Bu ortalama olarak 1,5 ile 2,3 cm. kadar tutar. Lezyonun 0,5 ile 1 cm. dışından cilt, ciltaltı, mukoza insizyonu yapılır. Koroner arterin kesik uçları pense edilerek hemostaz sağlanır. Eksizyon dudakları karşılıklı getirilip suture edilir. (Resim - 1)



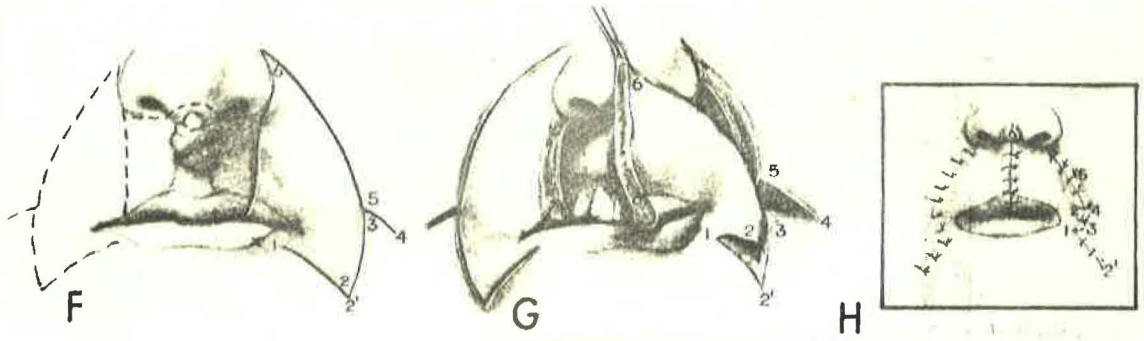
Resim -1 : Dudak kanserlerinde (V) Eksizyonu (Loré'den)

b) BUROW METODU : Üst dudağın yukarıya doğru ilerlemiş orta hat lezyonlarında aşağıdan yukarıya dudak kalınlığına lezyonun dışından sağlı sollu iki insizyon yapılır. Burun hizasından uzunlamasına yapılan bir insizyonla bu iki hat birleştirilerek lezyonla beraber dörtgen şekilde dudak parçası çıkarılıp hemostaz sağlanır. İnsizyonun üst ucundan burun kanadını çevirmek için bütün kalınlığına kesilmek suretiyle sağ ve sol dudak parçaları serbestleştirilir. Orta hatta karşılıklı suture edilir. (Resim -2)

c) GILLIES METODU : Üst dudağın geniş lezyonları çıkartıldıktan sonra bütün dudağı ilgilendiren defektlerin kapatılmasında kullanılır. Lezyonu çıkartırken içteki mukoza lambosunu cilt lambosundan daha uzun bırakmalıdır. Her iki tarafta lambo bütün kalınlığına önce burun kanadına doğru sonra yanak-burun kıvrıntısı istikametinde aşağıya doğru kesilir. Serbestleştirilen parçalar orta hatta suture edilir. (Resim-3)



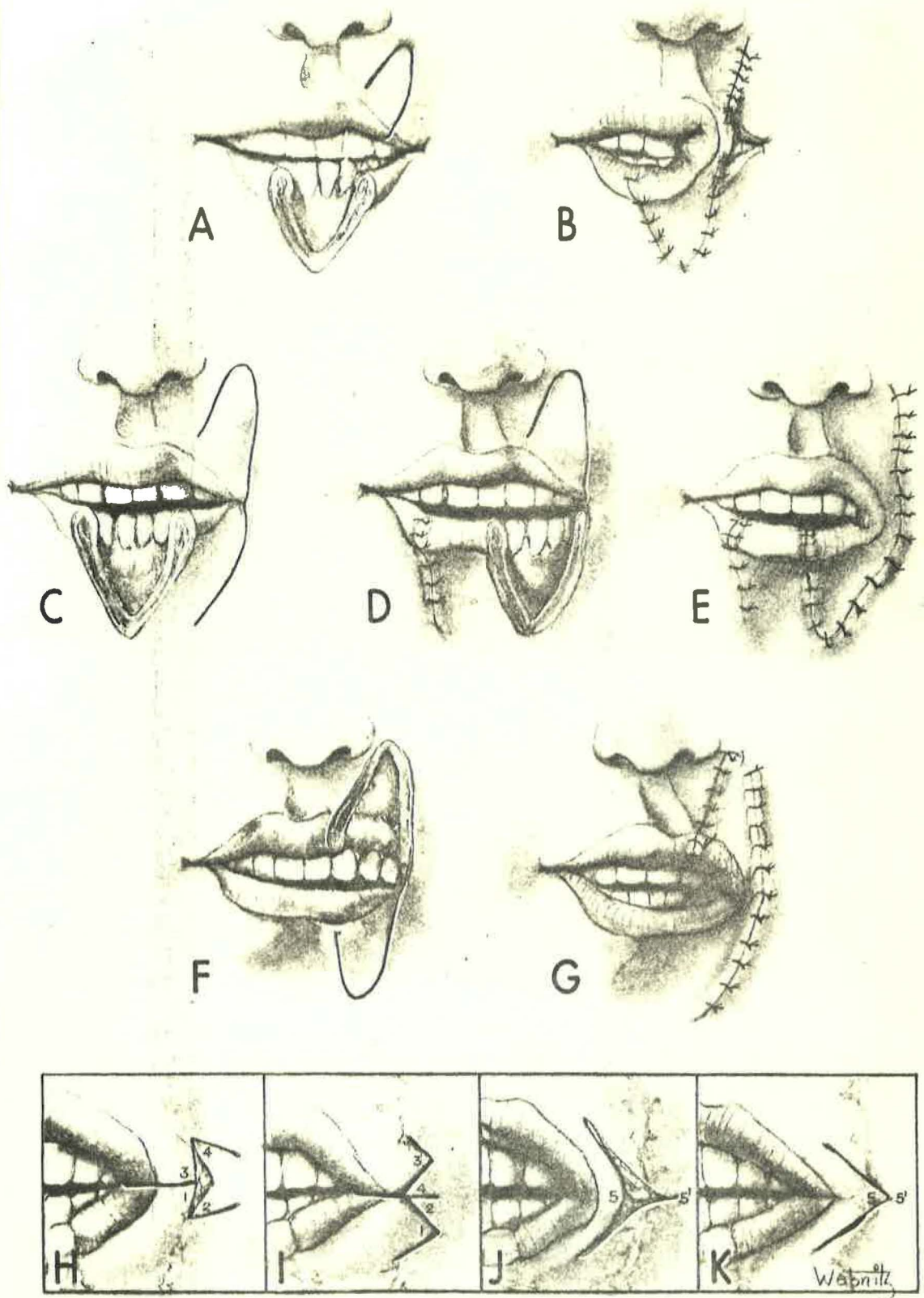
Resim - 2 : Burow ameliyat metodu (Loré'den)



Resim - 3 : Gillies ameliyat metodu (Loré'den)

2) ABBEE - ESTLANDER METODU : Üst ve alt dudanın 1/2 veya 1/3 ünün rezeksiyonu yolaçan kanserlerde derhal rekonstrüksiyonu yapılan bir metoddur. Lambo cild, adale ve mukozayı ihtiva eder. Pedikülünde A. Labialis'i korumalıdır. İkinci seansta komissürü düzeltmek için GILLIES veya MAY tekniği kullanılır.

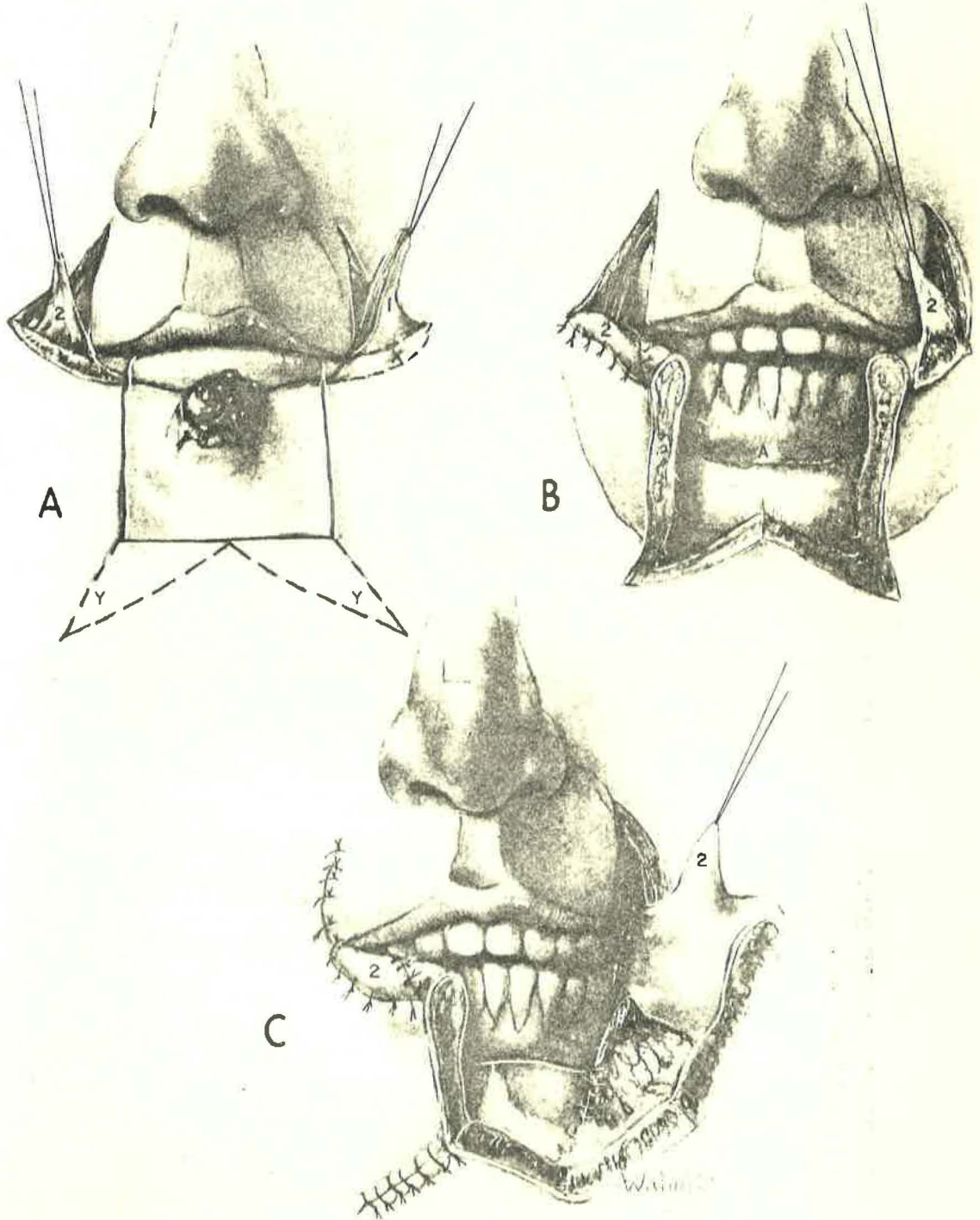
İki seans arasınının 3 ile 5 hafta olması gerekir. (Resim - 4)



Resim - 4 : Abbeé - Estlander metodu (Loré'den)

20

e) BERNARD METODU : Alt dudağın geniş tümörlerinin çıkarılmasında defekti kapatmakta kullanılır. Komissürlerin dış tarafındaki katlanmaya mani olmak için iki taraftan üçgen çıkartılır. A. Maksillaris eksterna muhafaza edilir. Üçgen şeklindeki yanak fleblerinin mukozası mevcuttur. Flep sonradan alt dudak vermillenunun yapımında kullanılacaktır. (Resim - 5)



Resim - 5 : Bernard ameliyat metodu (Loré'den)

f) OLLIER METODU : Alt dudak rekonstrüksiyonu için çene altında hazırlanan lambo kullanılır.

g) DIRVANA METODU : Alt dudak yaygın kanserlerinde eksizyondan sonra fıçı şeklinde defekt kalır. Komissürden tragus istikametine Masseter adalesinin ön kenarına kadar yanak mukozasının lehine olmak üzere ensizyon yapılır. Parotis kanalı kesilmemelidir. Kesitin sonundan yalnız cildi ilgilendiren burun kanadı istikametinde bir kesi ve oradan sulcus-nasolabialis istikametinde diğer bir kesi yapılır (Burov üçgeni). Defektin alt kenarı çene istikametinde çene köşesine kadar insize edilir. Çene köşesinden aşağıya doğru M. Sternokleidomastoideus'un ön kenarından 3 - 4 cm. takip edilip aynı şekilde üçgenler çıkartılır. Bu lambo alt çene periostundan kaldırılıp, meydana gelen lambolar orta hatta birleştirilir.

Bu metodlardan başka modifiye birçok ameliyat tekniği bildirilmiştir. Vak'aların özelliğine, lezyonun yaygınlığına göre bu metodlardan en uygun seçilmelidir.

Dudak kanserlerinde lokal nüks ve metastaza diğer organ kanserlerine göre daha az raslanmaktadır. Ancak metastazlara ve nükslere az rastlanması cerrahi veya radyoterapi ile yapılan tedavinin yeterli bir şekilde uygulanmasına bağlıdır. FRANKLİN ve arkadaşları 106 vak'aya cerrahi metodlar uygulayarak % 95 şifa, 14 vak'ada da lokal nüks tesbit etmişlerdir (3).

Dudak kanserlerinden ölüm tesbit edilmemiştir. Zaten dudak kanserlerinde ölüm seyrek rastlanan bir hadisedir. ACKERMAN yaptığı bir çalışmada 100.000 de 0,1 oranında ölüm tesbit ederken 306 dudak kanseri vak'asının 5 inin öldüğünü bildirmiştir (1). Diğer bir çalışmada 96 dudak kanserli vak'anın hiç birinde ölüm tesbit edilmemiştir (33).

M A T E R Y E L v e M E T O D

Materyelimiz 1.8.1973 ile 1.5.1976 tarihleri arasındaki periyotta polikliniğimize müracaat eden 62.189 hasta arasından dudak kanseri tanısı konulan 66 (% 0.11) hasta ile yine aynı tarihler arasında kliniğimizde yatırılarak tedavi edilen 32 dudak kanserli (%0.05) toplam 98 (% 0.16) hastadan oluşmaktadır. Polikliniğimize müracaat eden 66 hastanın 52 si (% 78.78) erkek, 14 ü (% 21.22) kadındır. Kliniğimizde yatan 32 dudak kanserli hastanın 30 u (% 93.75) erkek , 2 si (% 6.25) kadındır.

M E T O D

Metod , kliniğimize müracaat eden dudak kanseri tanısı konulan vak'alarımıza uygulanan rutin muayenelerden oluşmaktadır. Muayene metodlarını şöyle sıralayabiliriz :

1 - Anamnez

2 - Fizik muayene

a - Sistemik

b - Kulak, Burun, Boğaz

3 - Radyolojik muayene

4 - Histopatolojik muayene

5 - Laboratuvar tetkikler

6 - Diğer muayenelerden oluşmaktadır.

1 - Anamnez : Hastaların bizzat kendilerinden ve müracaat eden yakınlarından ayrıntılı bir şekilde alındı. Anamnez alınırken , özellikle hastalığın başlangıcı, devam süresi, endurasyonun mevcudiyeti, sigara içip içmediği, içiyorsa hangi cins sigara içtiği, içme süresi, sigara içerken ağızlık kullanıp kullanmadığı, pipo alışkanlığının olup olmadığı, alkol alıp almadığı, alıyorsa süresi, diş hijyeni, mesleği, yaşama şartları, açık havada mı yoksa kapalı yerlerde mi çalıştıkları, sosyo-ekonomik durumu dikkatlice araştırılıp elde edilen bilgiler değerlendirildi.

Anamnez alınırken hastalarımızın ailevi antesedanında ayrıntılı biçimde sorulmuş, ailevi Sy, Tbc, Ca veya başka bir hastalık mevcudiyeti araştırılmıştır.

2 - Fizik muayene :

a-Sistemik : Tüm vak'alarda önce sistemik fizik muayene uygulanmış olup, metastaz ve diğer yönlerden titiz bir araştırmaya tabi tutulmuşlardır. Gerekli görüldüğü hallerde ilgili kliniklerden konsültasyon istenilmiştir. Fizik muayeneler genel olarak alışılmış biçimde yapıldığından ayrıntılarına girilmemiştir.

b - Bütün vak'alar kulak, burun, boğaz yönünden sistemli biçimde muayene edildi. Tümörün lokalizasyonu, yaygınlık derecesi, şekli metastaz yapıp yapmadığı araştırıldı.

3 - Radyolojik muayene : Tüm hastalarımızda akciğer grafisi çektilirliip, gerekli hallerde diğer sistemlerin radyolojik muayeneleri yaptırılmak suretiyle uzak metastaz yönünden araştırma yapıldı.

4 - Histopatolojik muayene : Klinik muayenelerde dudak kanseri şüphesi edilen 110 hastamıza % 2 lik Cytaneste-Adrenaline infiltrasyon anestezisi ile pre-medikasyondan sonra biyopsi uygulandı. Lokal anestezinin infiltrasyonunda , tümörlü sahadan mümkün olduğu kadar uzağa yapılmasına dikkat edildi.

Gerekli hallerde boyun ve diğer bölgelerdeki palpe edilebilen lenf bezleride alışılmış usullerle çıkartılıp histopatolojik muayeneleri yaptırıldı.

5 - Laboratuvar tetkikler : Hastalarımızda kan muayeneleri (Eritrosit, Lökosit, Hb., Lökosit formülü, Sedimentasyon, açlık kan şekeri, kanama müddeti, pıhtılaşma müddeti), idrar muayeneleri (idrarda dansite, bilirubin, albumin, şeker, idrar sedimenti) muayeneleri yapılarak dudak kanserlerinde kan ve idrar bulgularına ait özelliklerin bulunup bulunmadığı araştırılmıştır.

6 - Diğer muayeneler : Daha önce ayrıntılı bir şekilde anlatılan muayenelerden başka gerekli görüldüğünde fakültemiz ilgili klinikle-

rinde ve laboratuvarlarında bazı özel tetkikler yaptırılmıştır.

Bu muayenelerin ışığında bulgularımızın değerlendirilmesi yapılmıştır.

B U L G U L A R

1 - Anamnez bulguları : Anamnez bizzat hastanın kendisinden veya yakınlarından alındı. Önce hastalar cinsiyet ve yaş guruplarına göre incelendi. Dudak kanseri tanısı konulan hastaların cinsiyet dağılımı (Tablo - 1) de gösterilmiştir.

C İ N S	VAK'A SAYISI	% ORANI
E R K E K	82	83.67
K A D I N	16	16.33
T O P L A M	98	100.00

Table-1: Dudak kanseri tanısı konulan hastalarda cinsiyet dağılımı.

Dudak kanserli hastaların yaş gurubu ve cinsiyete göre dağılımı ise (Tablo - 2) de gösterilmiştir.

YAŞ GURUBU	ERKEK	KADIN	VAK'A SAYISI	% ORANI
30 - 39 yaş arası	4	2	6	6.12
40 - 49 " "	14	1	15	15.30
50 - 59 " "	21	2	23	23.47
60 - 69 " "	17	4	21	21.43
70 - 79 " "	19	4	23	23.47
80 - 89 " "	7	3	10	10.21
G E N E L T O P L A M	82	16	98	100.00

Table-2 • Dudak kanseri vak'alarının yaş gurubu ve cinsiyet dağılımı.

Vak'alarımızın büyük çoğunluğu (% 83.67) 40 - 79 yaş gurubu arasında toplanmış olup, en genç vak'a 33, en yaşlısı ise 87 yaşındadır. Hastalarımızın yaş ortalaması ise 52.8 dir.

Hastalığın başlangıcı ve devam süresi dikkatlice araştırıldığında (Tablo - 3) deki bilgiler ortaya çıktı.

HASTALIĞIN BAŞLANGICINDAN İTİBAREN GEÇEN ZAMAN	C İ N S		VAK'A SAYISI	
	ERKEK	KADIN	NO :	%
3 AY	22	6	28	28.57
6 AY	37	5	42	42.86
1 YIL	16	3	19	19.39
2 YIL	5	1	6	6.12
2 YILDAN YUKARI	2	1	3	3.06
GENEL TOPLAM :	82	16	98	100.00

Tablo - 3 : Hastalığın başlangıcı ile kliniğimize mürecaat arasında geçen zaman.

Anamnez alınırken hastaların tütün kullanma alışkanlığı , süresi, içilen tütünün cinsi, alkol kullanıp kullanmadıkları, kullanıyorsa süresi araştırıldı. Dudak kanseri tanısı konulan 98 hastamızın 14 tanesinin (% 14.28) tütün kullanma alışkanlığının olmadığı saptandı. Tütün kullanmayan 14 vak'anın 12 si (% 85.72) kadın, 2 si ise (% 14.28) erkek hastalarımızdır. Tütün kullanan 84 vak'anın ise 80 i (% 95.24) erkek , 4 dü (% 4.76) kadın hastalarımızdır.

Dudak kanseri ile tütün kullanma alışkanlığı arasındaki ilişkiyi saptamak için yapmış olduğumuz araştırma (Tablo - 4) deki bulguları vermiştir.

TÜTÜN İÇME SÜRESİ	ERKEK	KADIN	VAK'A SAYISI	% ORANI
5 Yıllan az için	15	2	17	20.24
5-10 Yıl arası için	18	1	19	22.62
10-20 Yıl arası için	14	1	15	17.86
20 Yıllan fazla için	33	-	33	39.28
G E N E L TOPLAM :	82	16	98	100.00

Tablo - 4 : Dudak kanserli hastaların tütün kullanma alışkanlıklarının süreleri.

Tütün kullanma alışkanlığı olan hastalarımız arasında yaptığımız araştırmada, ağızlık kullanan hasta adedi 12 (% 14, 29) olarak tesbit edildi. Pipo kullanma alışkanlığının ise, gerek sosyo-ekonomik durum ve gerekse alışkanlık açısından mevcut olmadığı saptandı.

Bölgede tütün ekimi geniş şekilde yapıldığından dolayı kaçak tütün yaygın olarak (% 45 . 24) kullanılmaktadır. Bunun yanında, kullanılan tütün cinsi araştırılırken, bölgenin ekonomik geri kalmışlığı yanında, teminindeki güçlükten ötürü filtreli sigara kullanan hastaların azlığı (% 1 . 19) dikkat çekici bulundu.

TÜTÜN CİNSİ	ERKEK	KADIN	VAK'A SAYISI	% ORANI
KAÇAK TÜTÜN	36	2	38	45.24
BAFRA	14	1	15	17.86
YENİCE	9	-	9	10.71
DİĞER FİLTRESİZ	20	1	21	25.00
FİLTRELİ	1	-	1	1.19
G E N E L TOPLAM :	80	4	84	100.00

Tablo - 5 : Hastaların kullandıkları tütün cinsleri.

Alkol kullanma alışkanlığı ile dudak kanseri arasında bir ilişki kurmak amacı ile vak'alarımızda alkol kullanma alışkanlığı araştırıldı. Bölgemizdeki kuvvetli mistik duygular ve sosyo-ekonomik geri kalmışlık gibi sebepler dolayısı ile alkol kullanma alışkanlığının fazla olmadığı saptandı. Dudak kanserli 98 hastamızın 26 sı (% 26,53) alkol kullanmaktadır. Bunların hepsi erkek hastalarımızdır.

Hastalarımızın alkol kullanma süreleri (Tablo - 6) da gösterilmiştir.

ALKOL KULLANMA SÜRESİ	ERKEK	KADIN	VAK'A SAYISI	%ORANI
5 Yılden az kullananlar	3	-	3	11.54
5-10 Yıl arası kullananlar	8	-	8	30.77
10-20 Yıl arası kullananlar	6	-	6	23.08
20 Yılden fazla kullananlar	9	-	9	34.61
G E N E L T O P L A M :	26	-	26	100.00

Tablo - 6 : Dudak kanseri tanısı konulan hastaların alkol kullanma süreleri.

Tütün alkol kullanma alışkanlığı araştırılırken 30 - 39 yaş gurubunda tesbit ettiğimiz 4 erkek hastamızdan 3 ünün (% 75) , 5 - 10 yıl arası tütün ve alkol kullanma alışkanlığı tarif etmeleri dikkate değer bulundu.

Dudak kanserinin mesleklerle olan bağlantısını ortaya koymak için dudak kanseri tanısı konulan hastalarımızın meslek gurupları araştırıldı. Bulgularımız (Tablo - 7) de gösterilmiştir.

MESLEK GURUPLARI	ERKEK	KADIN	VAK'A SAYISI	% ORANI
ÇİFTÇİ	61	-	61	62.25
İŞÇİ	15	2	17	17.35
MEMUR	4	1	5	5.10
SERBEST MESLEK	2	-	2	2.04
EV KADINI(Kırsal Yerleşme)-		11	11	11.22
EV KADINI (Kentsel) "	-	2	2	2.04
G E N E L T O P L A M : 82		16	98	100.00

Tablo - 7 : Dudak kanserli hastaların meslek gurupları.

Tablo - 7 nin incelenmesinde görüldüğü gibi kadın hastaların meslek guruplarında, ev kadınları gurubu kırsal yerleşme gurubu ve kentsel yerleşme gurubu olarak iki guruba ayrılmıştır. Bu bölge - mizin özellikleri göz önüne alınarak yapılmış bir sınıflamadır. Çünkü, bölgemizdeki sosya - ekonomik durum sebebiyle, kırsal yerleşme yerlerinde bulunan kadın, ev işlerinin yanında, açık havada daha ziyade çiftçi olan eşinin uğraşına yardımcı olmakta ve tarlada güneş altında çalışmaktadır.

Sosyo - ekonomik durum ile dudak kanserleri arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmak gayesi ile hastalarımızın sosyo - ekonomik sınıflandırılması yapıldı. Araştırmalarımızın sonuçları (Tablo - 8) de şematize edildi.

SOSYO-EKONOMİK DURUM	ERKEK	KADIN	VAK'A SAYISI	% ORANI
İYİ	1	-	1	1.02
ORTA	3	2	5	5.10
FENA	78	14	92	93.88
G E N E L T O P L A M : 82		16	98	100.00

Tablo - 8 : Dudak kanseri tanısı konulan hastaların sosyo-ekonomik durumu.

Tablonun incelemesinden de anlaşılacağı üzere bölgemizde genel bir ekonomik geri kalmışlık hüküm sürmektedir. Anamnezlerine başvurduğumuz hastalarımızın tamamına yakın bir kısmı (% 93.88) , tek taraflı bir beslenme, bilhassa protein ve vitamin yetmezliği tarif etmişlerdir.

2 - Muayene bulguları :

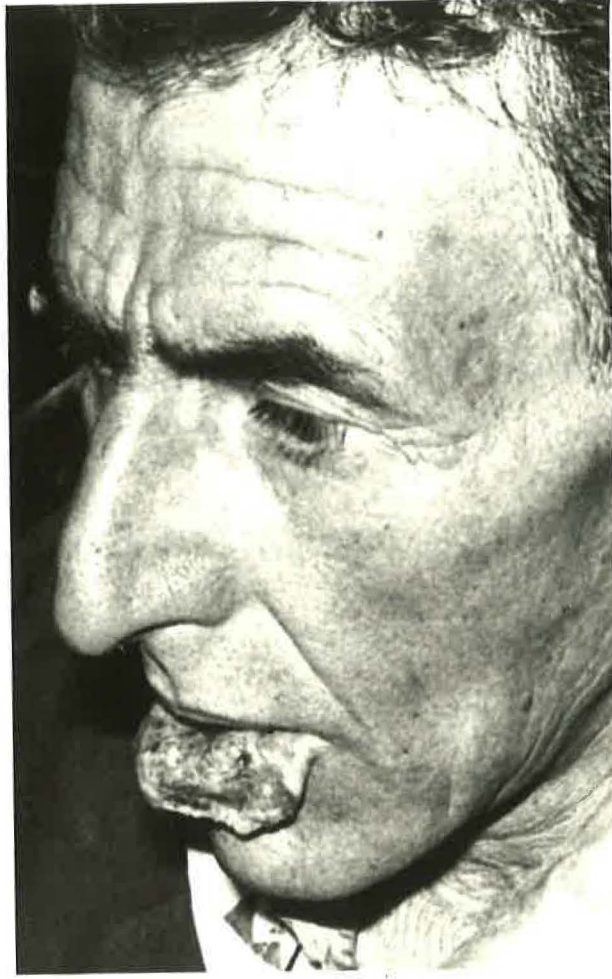
a - Sistemik muayene : Tüm hastaların fizik muayeneleri alışılmış usullerle yapıldı. Dudak kanseri tanısı konulan 98 hastamızın 7 sinde (% 7.14) tek taraflı , 2 sinde (% 2.04) çift taraflı cervical lenf adenopati tesbit edildi. Başkaca kayda değer sistemik bulgu saptanamadı.

b - Kulak, Burun, Boğaz muayeneleri; hastalarımızın hepsine sistemli bir şekilde yapıldı. Dudak kanseri tanısı konulan hastalarımızda lezyonun üst ve alt dudakta dağılımı (Tablo - 9) da gösterilmiştir.

CİNS	ÜST DUDAK	ALT DUDAK	VAK'A SAYISI	% ORANI
ERKEK	6	76	82	83.67
KADIN	5	11	16	16.33
G ENEL TOP:	11	87	98	100.00

Tablo - 9 : Dudak kanserinin hastalarımızda yerleşme yerine göre dağılımı.

Makroskopik olarak; tümörler genellikle üzerleri ülsero-nekrotizan, kenarları sert ve krater manzarasında vejetan bir kitle görünümündeydi. Vak'alarımızda tümörün büyüklüğü 0.5 cm. ile 5 cm. arasında değişmekteydi. 5 cm. civarında olan vak'alarda tek veya çift taraflı komissürlerde de tümöral infiltrasyon mevcuttu. (Resim -6).

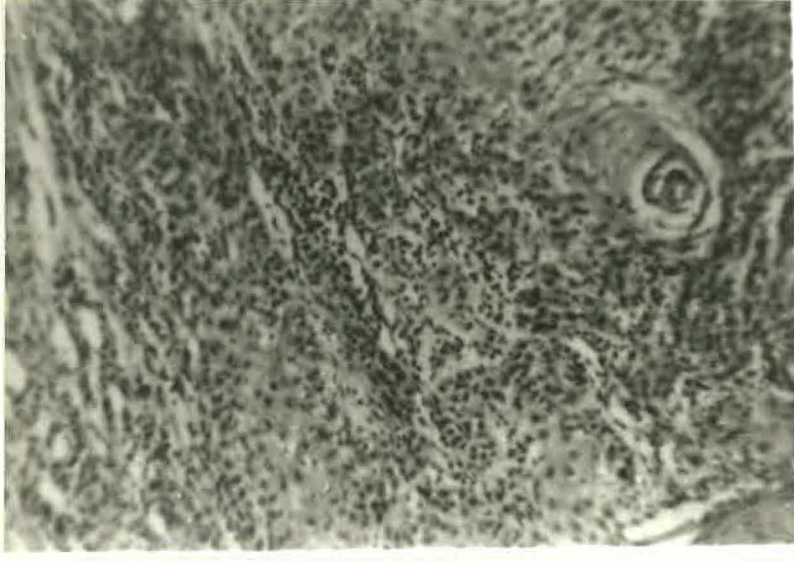


Resim-6 : 6857/285 Protokol nolu vak'amızın önden görünüşü.

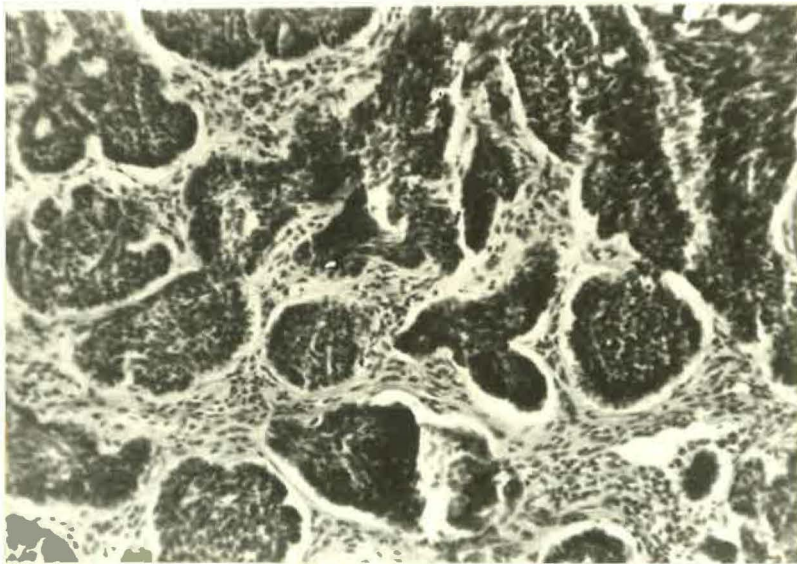
3 - Radyolojik muayene : Kliniğimizde yatırılarak tedavi altına alınan tüm hastalarımızın direkt akciğer grafileri çektirildi. Grafilerin tetkikinde akciğer metastazı tesbit edilemedi.

4 - Histopatolojik muayene bulguları : Dudak kanseri kesin tanısı konulan 98 hastamızda tümöral infiltrasyonun 11 tanesi (% 11.23) üst dudakta, 87 tanesi (% 88.77) ise alt dudakta lokalize idi. Histopatolojik tetkik sonucu üst dudak kanseri olan vak'aların 1 tanesinin (% 1.02) Bazal hücreli Ca., alt dudak kanseri olan vak'aların 1 tanesinin de (% 1.02) Bazo-skvamöz hücreli Ca. olması dışında geri kalan bütün

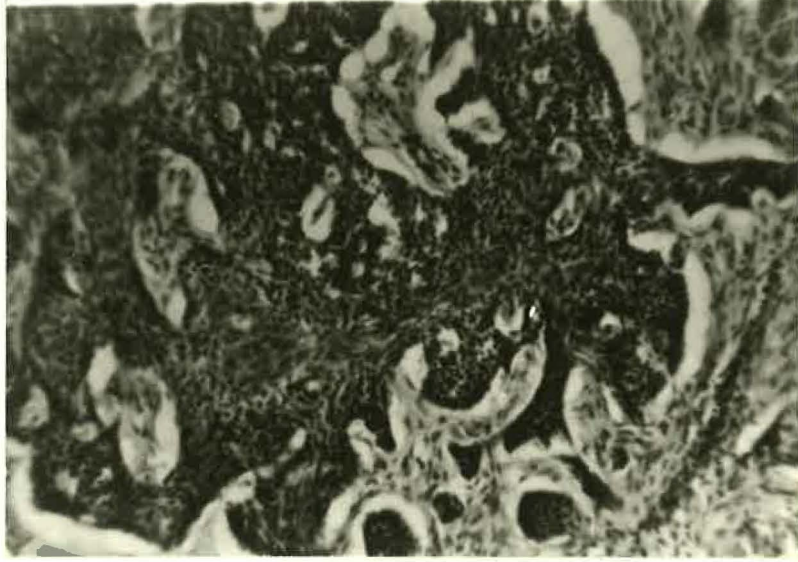
vak'alarda (% 97.96) tümörün yassı hücreli Ca. olduğu anlaşıldı.



Resim - 7 : Yassı hücreli dudak kanseri (10/32, Hem.-Eo.)
2564/975 Biyopsi nolu vak'amızdan



Resim - 8 : Bazal hücreli dudak kanseri (10/032, Hem.-Eo.)
2634/974 Biyopsi nolu vak'amızdan



Resim - 9 : Baso - Squamous hücreli dudak kanseri
(10/032,Hem.-Eo.) 3995/973 Biyopsi nolu vak'amızdan

Dudak kanserli vak'aların histopatolojik ayrımı ise
(Tablo-10) da gösterilmiştir.

TÜMÖRÜN CİNSİ	ÜST DUDAK	ALT DUDAK	VAK'A SAYISI	% ORANI
Bazal hücreli Ca.	1	-	1	1.02
Bazo-Skuamöz Ca.	-	1	1	1.02
Yassı Hücreli Ca.	10	86	96	97.96
GENEL TOPLAM :	11	87	98	100.00

Tablo - 10 : Dudak kanserli vak'aların histopatolojik ayrımı

5 - Laboratuvar tetkik bulguları : Kliniğimizde yatırılarak tedavi edilen tüm hastalarımızda rutin olarak kan muayeneleri, idrar muayeneleri yaptırılmıştır.

a - Kan muayeneleri : Dudak kanserli hastalarımızda Eritrosit, lökosit, Hb., Lökosit formülü, ağılık kan şekeri, kanama müddeti, pıhtılaşma müddeti tetkikleri yaptırılmış olup, bazı infekte vak'alarda lökositoz, bazı vak'alarda anemi, bilhassa kronik vak'alarda lökosit formülünde lenfositer hakimiyet tesbit edilmişse de bu bulgular dudak kanseri diagnosunda anlamlı kabul edilmemiştir. Tüm vak'alarımızda tesbit edilen Sedimentasyon bulguları (Tablo-11) de gösterilmiştir.

1 Saatte Sed. hızı	ERKEK	KADIN	VAK'A SAYISI	% ORANI
0 - 10 mm.	11	-	11	11.22
10 - 20 mm.	18	3	21	21.43
20 - 30 mm.	21	4	25	25.51
30 mm.den yukarı	32	9	41	41.84
GENEL TOPLAM	82	16	98	100.00

Tablo - 11 : Dudak kanserli hastalarımızda sedimentasyon hızı

Görüldüğü gibi vak'alarımızın (% 41.84) de sedimentasyon hızı bir saatte 30 mm. veya daha fazla olarak saptanmıştır. Bu bulgu kanser diagnozu açısından anlamlı kabul edilebilir.

b - İdrar muayeneleri : Yatırılarak tedavi edilen tüm vak'alarda tam idrar muayeneleri; idrarda dansite, bilirubin, albumin, şeker, idrar sedimenti yaptırılmış olup alınan sonuçlarla dudak kanseri arasında anlamlı kabul edilebilecek bir özellik saptanamamıştır.

6 - Diğer özel muayeneler : Bazı özellik gösteren vak'alarda dahiliye, radyoloji veya vak'anın özelliğine göre diğer ilgili klinik ve laboratuvarlarda ilave muayeneler yaptırılmak suretiyle

saptanan vak'a özellikleri ayrıntılı biçimde ortaya koyulmuştur.

T E D A V İ

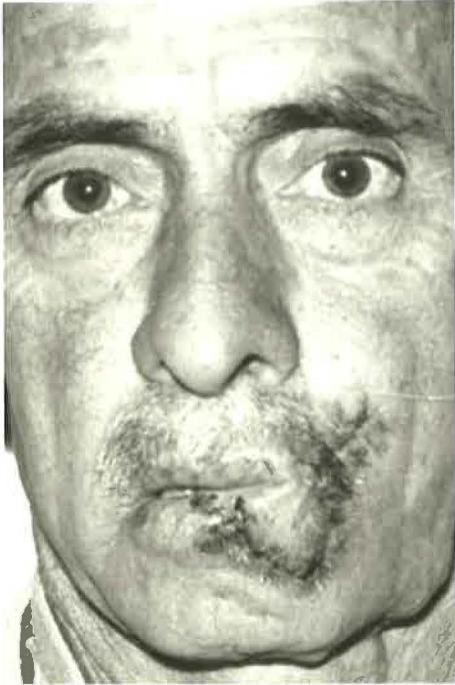
Kliniğimize müracaat eden hastalar arasından biyopsi ile kesin kanser tanısı konulan hastalarımıza tümörün dudaktaki lokalizasyonu, genişliği, histopatolojik cins ve derecesine göre çeşitli cerrahi metodlar uygulanmıştır.

Bütün cerrahi metodlarda eksizyonlar lezyon kenarının en az 0.5 ile 1 cm. dışından yapılmıştır.

98 vak'anın 19 una (% 37.26) eksizyonel biyopsi yapılmıştır. Eliptik bir ensizyonla mevcut tümöral kitle çıkarılmıştır.

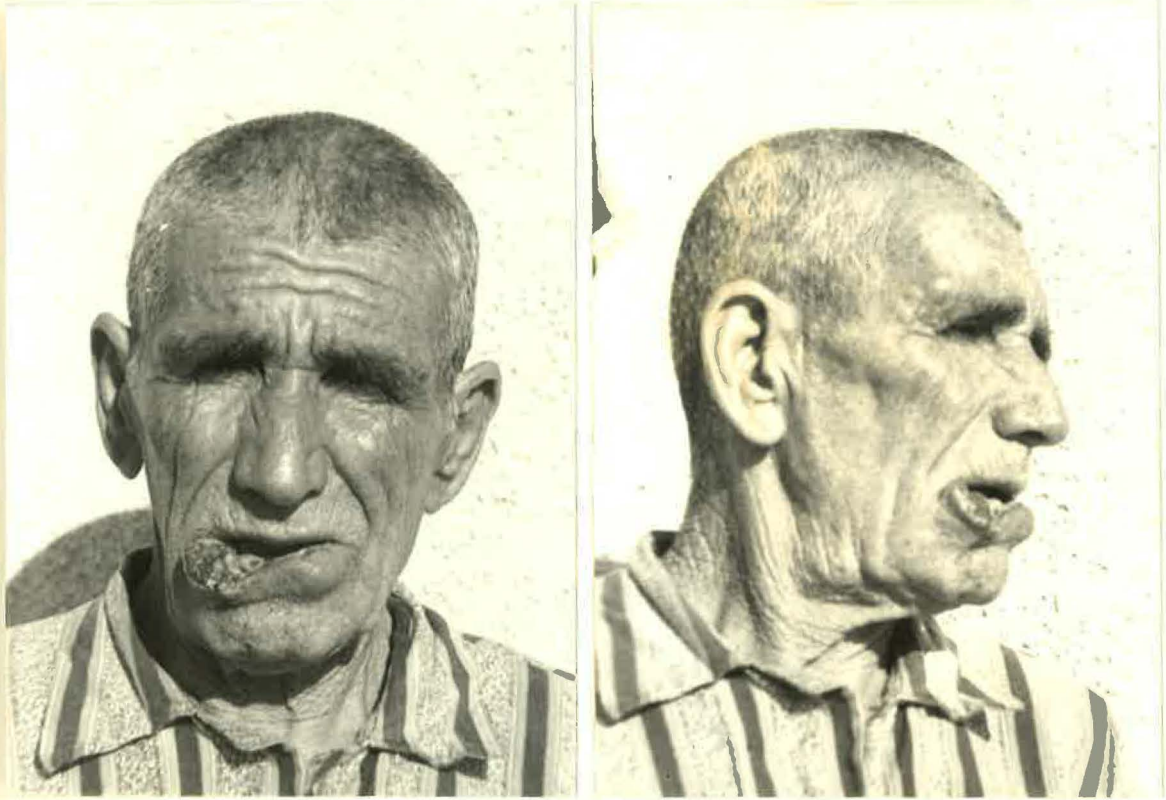
Çapı 0.5 cm.yi geçmeyen 12 vak'amızda (% 23.53) -V-eksizyonu yapılmıştır.

Lezyonun dudağın 1/3 ünü infiltre ettiği 3(% 5.88) vak'ada Abeé-Estlander metodu uygulanmıştır. (Resim - 10)

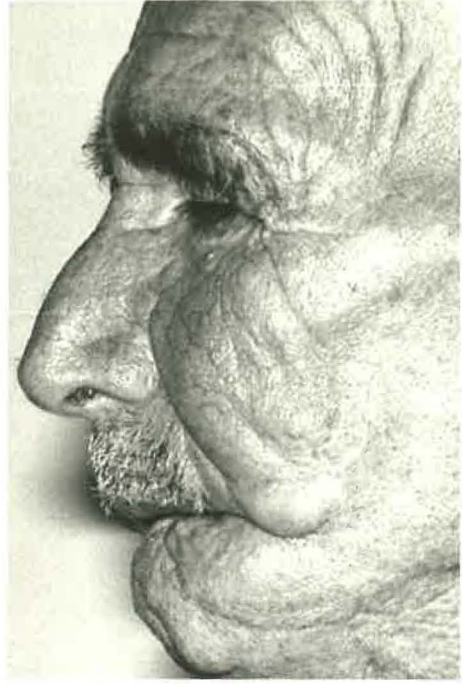
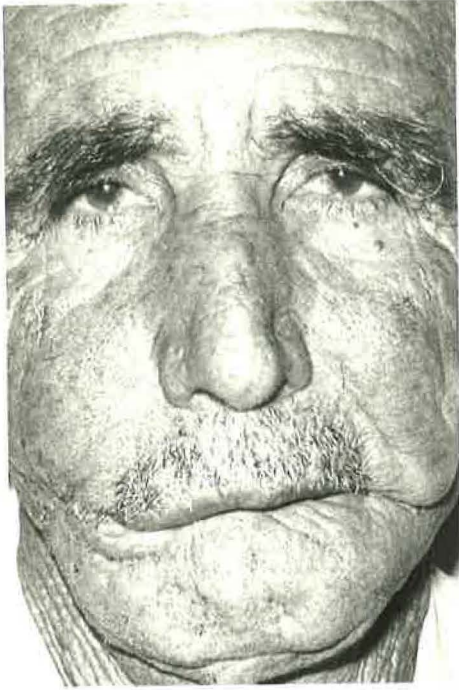


Resim - 10 : 1843/87 Protokol nolu hastamızın ameliyatından 9 gün sonra ön ve yandan görünüşü

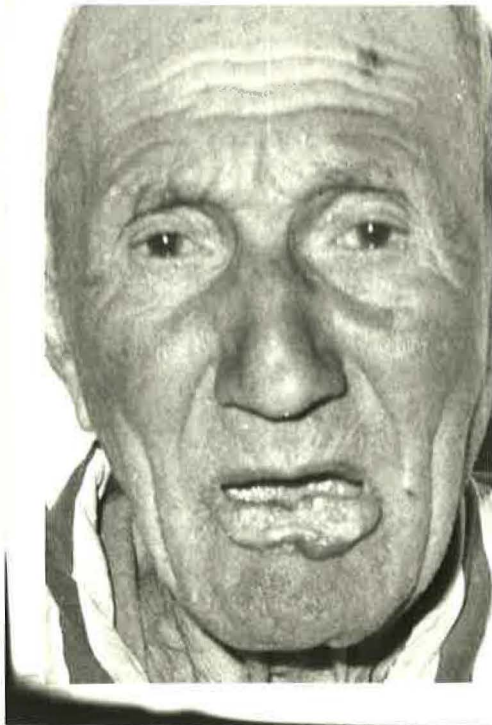
Çapı 1-4 cm. arasında olan 11 vak'amızda (% 21.57) Bernard cerrahi metodu uygulanarak tümöral kitle ekstirpe edilmiş ve dudak rekonstrüksiyonu yapılmıştır. (Resim - 11,12)



Resim - 11 : 2564/97 Protokol nolu hastamızın ameliyat öncesi
önden ve yandan görünüşü



Resim - 12 : 2564/97 Protokol nolu hastamızın ameliyattan iki ay sonra önden ve yandan görünüşü



Resim - 13 : 1499/78 Protokol nolu hastamızın ameliyat öncesi önden görünüşü



Resim - 14 : 1499/78 Protokol nolu hastamızın ameliyattan iki ay sonra önden ve yandan görünüşü

Üst dudakta ve bilhassa orta hatta lokalize tümöral infiltrasyon tesbit edilen 3 (% 5.88) hastamıza Burow metodu uygulanmıştır.

Tüm alt dudak ve her iki komissürü infiltre eden, geniş tümöral infiltrasyonu olan 3 hastamızda (% 5.88) ise tümör ekstirpasyonu ve alt dudak rekonstrüksiyonu Darvana cerrahi metodu ile sağlanmıştır.

Kliniğimizde ameliyatı yapılan dudak kanserli hastalarımıza uyguladığımız ameliyat metodları (Tablo - 12) de gösterilmiştir.

YAPILAN AMELİYAT	VAK'A SAYISI	% ORANI
V eksizyonu	12	23.53
ABBEE - ESTLANDER	3	5.88
BERNARD	11	21.57
BUROW	3	5.58
DIRVANA	3	5.58
ELİPTİK EKŞİZYON	19	37.26
GENEL TOPLAM	51	100.00

Tablo - 12 : Kliniğimizde ameliyat edilen hastalarımıza uygulanan ameliyat metodları

Tablonun incelemesinden de anlaşılacağı üzere dudak kanserli 98 hastamızın 51 tanesine (% 52.05) çeşitli ameliyat metodları uygulanmış olup, geri kalan 47 (% 47.95) vak'amızın 5 ine (% 5.10) cerrahi tedavi uygulama imkanı bulamadığımız için radyoterapi uygulanmak üzere Ankara Tıp Fakültesi veya Ankara Onkoloji hastanesine sevkleri yapılmıştır.

Cerrahi tedavi uygulanamayan 5 hastamızdan 1 i; ileri derecede yaygın hemanjion zemininde gelişmiş alt dudak kanseri bulunan parkinsonlu bir kadın hastaydı. Diğer 4 vak'amızda ise tümöral infiltrasyon çok yaygın olduğundan inoperabl kabul edildiler.

42 hasta (% 42.85) ise kesin dudak kanseri tanısı konulup, ameliyatı tavsiye edilen fakat gerek çeşitli sebeplerle ve gerekse ameliyatı kabul etmedikleri için bir daha kontrolları mümkün olmayan vak'alarımızdır.

Cerrahi tedavi uyguladığımız 51 vak'anın 1 i (% 1.96) hariç nüks tesbit edilmemiştir. Bu sonuç zamanında yapılan uygun bir cerrahi tedavinin en iyi tedavi şekli olduğunu ortaya koymaktadır.

T A R T I Ş M A

Kliniğimize müracaat eden 62.189 hastanın (% 016) sı dudak kanseri tanısı konulan vak'alarlardır. Bu oran Ankara Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsü ve Ahmet Andıçen Kanser Hastanesinde yapılan istatistiğe göre % 21.27 bulunmuştur (5). Arada bu kadar büyük bir farkın oluşu bölgemizde dudak kanseri insidansının çok düşük olduğu anlamında kabul edilmemelidir. Zira kanser hastahanelerine müracaat eden hastaların tamına yakın bir kısmını (% 79.85) kanserli hastalar oluşturmaktadır. Bundan dolayı dudak kanseri insidansında yüksek oluşu beklenen bir sonuçtur.

Dudak kanseri tanısı konulan 98 vak'amızda Kadın/Erkek oranı 1/5 tir. LEWIS'in araştırma bulgularına göre, bu oran 1/40 tir. Bölgemizde kadınların erkeklerle birlikte tarlada, açık havada çalışmaları ve hemen hemen aynı derecede güneş ışınlarına, dış tabiat şartlarına maruz kaldıkları göz önüne alındığında bu durumun sebebi kendiliğinden ortaya çıkmaktadır.

Dudak kanserli hastalarımızın çoğunluğu (% 83.67) 40 - 79 yaş gurubuna aittir. Hastalarımızda saptanan yaş ortalaması ise 52.8 dir. En genç hastamız 33, en yaşlısı ise 87 yaşındadır. BERNIER'in bulgularıda bizim bulgularımıza uygun düşmekte olup, hastalarının sıklıkla bulunduğunu tesbit ettiği yaş gurubu 40 - 75 yaşlar arasındadır (6).

Amerikan ordusunda yapılan araştırma sonucu; bulunan yaş ortalaması 37 olup, bu bulgu Amerikan ordusunda dudak kanserinin bizim vak'alarımıza nazaran daha gençlerde rastlanıldığını göstermektedir. Bu iki farklı bulgunun sebebi; Amerikan ordusu mensuplarının hemen hepsinin erkek ve dış tabiat şartları ile güneş ışınlarına fazla maruz kalan kimseler olmasındandır. Dudak kanseri tanısı koyduğumuz vak'alar ise, kliniğimize müracaat eden hastalarımız olup, her türlü meslek, cins ve sosyo - ekonomik guruplara ait vak'alarımızdır.

Hastalarımızın hastalığın ilk başlangıç belirtileri ile kliniğimize müracaatları arasında geçen zaman araştırıldığında; vak'a-

ların başlangıç belirtilerinin görülmesinden 3 - 12 ay sonra büyük bir çoğunlukla hekime müracaat ettikleri anlaşılmıştır. Dudak kanseri gözle görülür ve çabuk hissedilir bir lokalizasyon gösterdiği için hastaları hemen doktora gitmeye zorlamaktadır. Buna rağmen ilk belirtilerin görünümünden 1 - 2 yıl sonra kliniğimize müracaat eden hastalarımızın oluşu ise, bölgemizin sosyo-ekonomik ve kültürel geri kalmağı, ulaşım zorlukları gibi yan tesirlere bağlı bir özellik olarak kabul edilebilir.

Hastalarımızın tütün kullanma alışkanlığı, süresi, içilen tütünün cinsi, alkol kullanmanın mevcudiyeti ve süresi araştırıldığında; vak'alarımızın % 85.71 inin tütün kullanma alışkanlığının olduğu ve bunların % 79.76 sinin 5 yıl ve daha fazla zaman sigara içtiklerini saptadık. Sonuçlarda da görüldüğü gibi, uzun süreli ve fazla miktarda tütün kullanma alışkanlığı ile dudak kanseri arasında bir ilişkinin olduğu anlaşılmaktadır. Nitekim literatür bulgularıda bunu doğrulamaktadır (4-38). Hastalarımızın % 14.29 u ağızlık kullanmakta olup, pipo kullanma alışkanlığı olan hastamız ise bulunmamaktadır. Kullanılan tütünün cinsi araştırıldığında sıklıkla, bölgemizde geniş bir şekilde tütün ekimi yapıldığından ve teminindeki kolaylıklardan ötürü, kaçak tütünün kullanıldığı ortaya çıkmıştır. Bu sebepten kaçak tütün ile dudak kanseri arasında kesin bir ilişkinin olduğunu söylemek güçtür. Alkol kullanma alışkanlığı olan hastalarımız tüm vak'alarımızın % 26.53 ünü kapsamaktadır. Yaptığımız araştırmalar sonucu, sigara ve alkoli fazla miktarda ve birlikte kullanma alışkanlığı olan hastalarımızın % 75 inde dudak kanserine rastlanılması oldukça anlamlı kabul edilmiştir.

Dudak kanserinin mesleklerle olan ilişkisini ortaya koymak amacı ile hastalarımızın meslek gurupları araştırıldığında, birinci sırayı % 62.25 ile çiftçilerin aldığı anlaşılmıştır. Bölgemizin ekonomisi çoğunlukla tarıma dayalı olduğundan ve literatür bulgularında anlaşılabacağı gibi (17), çiftçilik mesleği gibi dış hayat şartlarına ve güneşe fazla maruz kalanlarda dudak kanserinin sıklıkla görülmesi bu

sonucu açıklamak için yeterli bir kriterdir. Kırsal bölgelerde yaşayan ev kadınlarında, kentsel bölgelerde yaşayan ev kadınlarına oranla dudak kanserlerinin daha sıklıkla görülüşü yine aynı sebeplerle açıklanabilir.

Sosyo - ekonomik durum ile dudak kanserleri arasında bir ilişkinin varlığını araştırmak üzere, hastalarımızın sosyo - ekonomik guruplandırılmaları yapıldığında, % 93.88 oranında fena sosyo - ekonomik durumlu hastalarımızın olduğu saptanmıştır. Literatür bulgularında desteklediği gibi (18), bölgemizde sosyo - ekonomik durumun iyi olması yanında, beslenme yetersizliği ve vitamin eksikliği bulunan kişilerde dudak kanserlerinin daha sıklıkla bulunması bu sonucu açıklamak için yeterli kabul edilmiştir.

Hastalarımızda dudak kanserinin lokalizasyonu araştırıldığında, kanserin % 88.76 vak'ada alt dudakta, % 11.24 vak'ada ise üst dudakta lokalize olduğu anlaşılmıştır. Aradaki oran 1/8 dir. LEWIS'in bulgularına göre, kanser alt dudakta üst dudaka oranla 20 defa fazla görülmektedir (22). Bulgular arasındaki farkı kadın hastalarımızın fazla oluşu ve literatür bulgularında kanıtladığı üzere, kadınlarda üst dudak kanserlerinin % 60 oranında fazla görülmesi ile açıklayabiliriz. Nitekim; kesin dudak kanseri tanısı konulan vak'alarımızda erkek hastalarımızda üst dudak kanseri % 0.73 oranında saptanırken, kadın hastalarımızda kanserin üst dudakta görülme oranı % 31 olarak belirlenmiştir. Böylece kadın hastalarımızda tesbit ettiğimiz üst dudak kanserlerinin erkek hastalarımıza göre daha fazla olması literatür bulgularıyla uygunluk göstermektedir (22).

Dudak kanserlerinin histopatolojik muayeneleri yapıldığında ; % 97.96 oranında yassı hücreli Ca., % 1.02 oranında bazal hücreli Ca., % 1.02 oranında ise bazo - skuamöz Ca. ya rastlanılmıştır. Bulgularımızla literatür bulguları karşılaştırıldığında, her iki bulgu arasında büyük bir paralelizmin olduğu ortaya çıkmaktadır (28).

Kan ve idrar muayene bulguları ile dudak kanseri arasında bir ilişkinin olup olmadığını ortaya koymak amacı ile, hastalarımızda rutin olarak kan ve idrar muayeneleri yaptırılmış fakat özel bir ilişki saptanamamıştır. Hastalarımızda kan muayeneleri yaptırılırken elde edilen verilere göre sedimentasyon hızının artmış olarak bulunması, tüm kanserlerde beklenen ve karşılaşılan bir sonuç olduğundan tartışmasına girmeyeceğiz. Bu bulgu kanser tanısı için sedimentasyon muayenesinin yardımcı bir teşhis vasıtası olduğunun bir defa daha ortaya konması bakımından anlamlıdır.

Fakültemizde halen radyoterapi uygulanmamakta olduğundan ancak operabl vak'aları tedavi etmek zorunluluğunda kaldık. İnoperabl olan vak'alarımız ya radyoterapiye sevk edilmişler veyahutta sitostatik ve semptomatik tedaviye tabi tutulmuşlardır.

Cerrahi tedavi uyguladığımız vak'alarımızda tedavi prensiplerimiz Loré (23) ve Ural'ın (33) da benimsedikleri prensiplere uygundur.

Dudak kanseri tanısı konulan 98 vak'amızdan % 52.05 ine geçitli cerrahi metodlar uygulanmıştır : 19 vak'amızda (% 37.26) Elip-tik eksizyon, 12 vak'amızda (% 23.53) V eksizyonu, 11 vak'amızda (% 21.57) Bernard metodu ve sırasıyla 3'er vak'amızda (% 5.88) ise Abbeé - Eslander, Burow ve Dirvana metodlarına uygun ameliyatlara yapılmıştır. Tümörün tüm alt dudak ve her iki komissürü geniş bir şekilde infiltre ettiği vak'alarımızda Dirvana metodu uygulanmıştır. Bu tip vak'alarda Dirvana metodunun uygunluğu Esen tarafından da belirtilmiştir (13).

Cerrahi tedavi uyguladığımız 51 vak'amızın 1'i (% 1.96) hariç nüks tesbit edilmemiştir. Almış olduğumuz bu sonuç, zamanında yapılan uygun bir cerrahi tedavinin en iyi tedavi olduğunu belirleyen literatür bulgularını doğrulamaktadır (8).

S O N U Ç

Diyarbakır ve çevresinde dudak kanseri sıklığını saptamak, bu tip vak'alarda klinik, radyolojik, histopatolojik ve laboratuvar araştırma yapmak suretiyle bölgeye has bir özelliğin olup olmadığını ortaya çıkarmak amacı ile, 1.8.1973 ile 1.5.1976 tarihleri arasında polikliniğimize müracaat eden 62.139 hastadan ve aynı tarihler arasında kliniğimizde yatırılarak tedavi edilen toplam 98 hastaya biyopsi ile kesin dudak kanseri tanısı konulduğunu tesbit ettik. Bu hastalar üzerinde yaptığımız araştırmalarda :

- 1 - Dudak kanseri sıklığını % 0.16 olarak saptadık.
- 2 - Dudak kanseri tanısı konulan vak'alarımızın 82 si (% 83.67) erkek, 16 sı (% 16.33) kadındır.
- 3 - Vak'alarımızın büyük çoğunluğu 40 - 79 yaş gurubundadır.
- 4 - Hastalarımızın % 28.57 si ilk 3 ay, % 42.86 sı 6 ay , % 19.39 u 1 yıl, % 9.18 i ise 2 yıl ve daha fazla zaman geçtikten sonra kliniğimize müracaat etmişlerdir.
- 5 - Hastalarımızın sigara içme süreleri araştırıldığında; % 85.72 sinin sigara içtikleri, sigara içenlerin % 20-24 ünün 5 yıldan az % 79.76 sının ise daha fazla bir zaman süresinde sigara içtiklerini saptadık.
- 6 - Bölgemizde en çok kaçak tütün kullanılmakta olup Bafra ikinci sırayı almaktadır.
- 7 - Aşırı derecede sigara ve alkol alışkanlığı olanlarda hastalığın daha sıklıkla görüldüğü gerçeği ortaya çıktı.
- 8 - Hastalarımızın % 62.25 si çiftçidir ve sosyo-ekonomik durumu bozuktur.
- 9 - Dudak kanserinin en fazla (% 83.67) alt dudakta, daha az oranda (% 16.33) üst dudakta lokalize olduğunu saptadık.

10 - Vak'aların büyük çoğunluğunda tümörün üzeri ülser - nekrotizan kenarları sert ve krater manzarasında vegetan bir kitle görünümündeydi. Tümörün büyüklüğü 0,5 ile 5 cm. arasında değişmekte olup 5 cm. ve daha fazla büyüklüklerde tek veya çift taraflı tümöral infiltrasyon mevcuttu .

11 - Histopatolojik muayene sonucu ; 1 vak'ada (% 1.02) Bazal hücreli Ca., 1 vak'ada (% 1.02) Bazo - Skuamöz Ca. dışında diğer vak'alarımızda (% 97.96) yassı hücreli Ca. tanısı konuldu.

12 - Yaptırılan kan ve idrar muayenelerinde kayda değer bulgu saptanamadı.

13 - Sedimentasyon sürati lezyon ilerledikçe ve eskidikçe daha fazla olmak üzere bütün vak'alarımızda artma göstermekteydi.

14 - Hastalarımızın % 52.05 ine çeşitli cerrahi metodlar uygulandı, % 5.10 u inoperabl kabul edilip radyoterapiye sevk edildi, % 42.85 i ise tedaviyi kabul etmeme ve diğer çeşitli sebeplerden ötürü izlenemediler.

15 - Bir vak'a (% 1.96) dışında nüks tesbit edilmemiştir.

Sonuçlar ; erken teşhis edilen,yeterli ve uygun cerrahi tedavi uygulanabilen dudak kanserli vak'alarda,cerrahi tedavinin üstünlüğünü ortaya koyar niteliktedir.

Ö Z E T

Diyarbakır ve çevresinde dudak kanseri insidansı, hastalığın klinik, radyolojik, histopatolojik ve laboratuvar özelliklerini araştırmak amacı ile; 1973 yılı ikinci yarısından 1976 yılı dördüncü ayı sonuna kadar olan zaman süresinde polikliniğimize müracaat eden ve klinikte yatırılarak tedavi edilen 98 hasta üzerinde araştırma yapılmıştır.

Tez çalışmalarında önce literatür bilgileri verilmiş daha sonra materyel ve metod, bulgular, tartışma, sonuç, özet bölümleri sunulmuştur.

Materyelimiz polikliniğimize müracaat eden ve kliniğimizde yatırılarak tedavi edilen 62.189 hasta arasından dudak kanseri tanısı konulan 98 hastadan oluşmaktadır.

Metodumuz ise klinik, radyolojik, histopatolojik, laboratuvar ve diğer muayenelerden meydana gelmektedir.

Bulgular bölümünde poliklinik ve klinikte hastalar üzerinde yaptığımız araştırmalarımıza ait bulgular sunulmuştur. Bölgemizde dudak kanseri sıklığını % 0.16 olarak saptanmıştır. Kanser en fazla (% 83.67) alt dudakta görülmekte olup, histopatolojik olarak tana yakın bir kısmı (% 97.96) yassı hücreli Ca. olarak tesbit edilmiştir.

Tartışma bölümünde bulgularımızın literatür bilgileri ile karşılaştırılması sunulup, tartışılmış, bölgeye özgü kabul edebileceğimiz özelliklerin bulunuş nedenleri araştırılıp, açıklanmağa çalışılmıştır.

Sonuç olarak; hastalığın tanısı ve tedavisi üzerinde özellikle dururken, halkın bu konuda aydınlatılması gerektiği kanaatine varılmıştır.

L İ T E R A T Ü R

- 1 - ACKERMAN, L.V., REGATO, J.A.: Cancer of the lip, fourth edition, The C.V. Comp. p.183, St. Louis, 1970.
- 2 - ALTUĞ, H., EĞİLMEZ, S. ve arkadaşları : K.B.B. Hastalıkları El Kitabı, İ.Ü. Tıp Fak. El Kitapları serisi No:5, s.283-286, İstanbul, 1967.
- 3 - ASHLEY, F.L., Mc. CONNEL, D.V., MACHIDA, R., STERLING, H.E.: Carcinoma of the lip, Amer. Surg. 110:549, 1965.
- 4 - BALLANGER, J.J.: Diseases of the nose throat and ear, eleventh edition, Lea and Febiger Comp. p.270-271, Philadelphia, 1969.
- 5 - BERKMEYER, Ş., CİNGİ, E.: Türk Oto-Rino-Laringoloji cemiyeti X. milli kongresi mecmuası, s.243-244, İstanbul, 1970.
- 6 - BERNIER, J.L., CLARK, M.L.: Squamous cell carcinoma of the lip, Mill. surg. 109:379, 1951.
- 7 - BONCINELLI, U.: Probable histologic expressions of local immunologic defenses in precancerous hyperkeratoses (lip keratomas) and incipient epitheliomas of the lower lip, Ann. Ital. Derm. Clin. Sper. 25:2, 192-198, 1971.
- 8 - BORÇBAKAN, C.: Ağız ve Çene Hastalıkları Şirurjisi, A.Ü. Tıp Fak. yayınları No:287 s.325, Ankara, 1973.
- 9 - CLEMMSEN, J.: Statistical studies in malignant neoplasms 11. basic tables, Denmark, 1943 - 1957, Regiotrato Cancerologica, Danish, 1965.
- 10 - CROSS, J.E., GURALNICK, E., DALAND, E.M.: Carcinoma of the lip; a review of 563 case records of carcinoma of the lip at the Pondville Hospital, Surg. Gynec. Obst. 87:153, 1948.
- 11 - DAVID, D., De WEESE, M.D.: Text book of otolaryngology , third edition, Mosby Comp., p.42-44, St. Louis, 1968.
- 12 - ERMALA, P., HOLSTI, L.R.: Distribution and absorption of tobacco tar in the organs of the respiratory tract, Cancer, 8, 673, 1955.

- 13 - ESEN,Ş.,GÜNGÖR,K.,YEMLIHAOĞLU,F. ve arkadaşları :Alt dudak kanserlerinin Prof.S.Darvane usulüyle tedavisi,Türk Oto - Rino-Laringoloji cemiyeti XI.milli kongresi mecmuası,s518-520,Ankara,1971.
- 14 - INGRAM,R.C. et al.: Some observation on carcinoma of the lip,Oral surg.,19,684-90,1965.
- 15 - JACKSON,C.,JACKSON,C.L.: Diseases of the nose throat and ear,second edition,W.B.Saunders Comp.,p.215,Philadelphia-Londan,1959.
- 16 - JESSE,R.H.: Extensive cancer of the lip surgical therapy, Arch.surg.94:509-16 Chicago,1964.
- 17 - JU,D.M.C.: On the etiology of cancer of the lewor lip, Dept.Surg.,Columbia Presbyt.Med.Cent.Plast.reconst.surg.New-York,1961.
- 18 - KÖKSAL,M.: Hazım Sistemi Patolojisi,A.Ü.Tıp Fak.yayınları No:89,s.20-23,1962.
- 19- KUNIN,A.A. and MENIN,E.L.: Stomatoscopy at stages of dispensary treatment of patients suffering from precancerous diseases of the oral mucous membrane and lips,Russian,1965.
- 20 - KRATZ,R.C.: Malignant lip lesion,J.Kentucky Med.Ars., 68-277-8,1970.
- 21 - LENTRODT, J.: A rere case of pleomorphic rhabdomyosarcoma of the lower lip.Chir.Abt.,Univ.Klin.p.107,Hamburg,1965.
- 22 - LEWIS,G.K.: Carcinoma of the lip,J.Int.Coll.surg.,44 : 618-31,1965.
- 23 - LORE,J.M.: An atlas of Head and Neck surgery,W.B.Saunders Comp.p.209-231 Philadelphia and London,1962.
- 24 - MAECOMB,N.S., FLETEHER,G.H.,HEALEY,J.E.: Cancer of the head and neck,Williams Wilkins Comp.,p.110,Baltimore,1967.
- 25 - ODAR,İ.V.: Anatomi ders kitabı,cilt: 2,Yeni Desen matbaası,s.30-34,Ankara,1972.
- 26 - RICHARD,T.S.: Diagnosis of surgical Disease volum: 1,W.B.Saunders Comp.p.421,Philadelphia and London,1972.

- 27 - SABISTON, C.D.: Text book of surgery, tenth edition, W.B. Saunders Comp., s.1244-1246, Philadelphia and London, 1972.
- 28 - SCHWENZER, N.: Tumescences in the area of lip and face, Abt. Kiefer-Gesichtschir. Univ. Klin. Zahn-Mund-Kieferkrankh., Tubingen-Diagnostik, 6/15, 750-754, 1973.
- 29 - SERRA, M.: Chronic actinic cheilitis and its relationship to lower lip epithelioma, Clin. Dermatol. Univ. Pavia, p.112, 1971.
- 30 - SHARP, G.S., BULLOCK, W.K., HAZLET, J.W.: Oral cancer and Tumors of the Jaws, Mac Graw-Hill Co., New-York, 1956.
- 31 - STODDART, T.G.: Conference of the lip (Bared an aneries of 3166 cares) Canal .Med.Ass.J. 90, 666-70, 1964.
- 32 - TOMICH, C.E., HUTTON, C.E.: Adenoid squamosus cell carcinoma of the lip, Depart. Oral pathol. Med. Cent., Indiana Univ., p. 93-94, 1965.
- 33 - URAL, T., AKÇALI, Ç., BAŞARAN, K.: Dudak kanserlerinde cerrahi tedavi sonuçları, Türk Oto-Rino-Laringoloji cemiyeti XII. milli kongresi mecmuası, s.269-271 İstanbul, 1974
- 34 - WALTER, T.M.: Radiation therapy, second edition, W.B. Saunders Comp., p.154-159, Philadelphia and London, 1967.
- 35 - WILSON, J.S.P. and KEMBLE, J.V.H.: Plast. Surgery unit. Queen Mary's Hosp., Roehampton, Cancer of the lip at risk. Brit. Oral Surg., p.186-194, 1972.
- 36 - WILLIS, R.A.: Pathology of tumours, Butterworth Co., London, 1948.
- 37 - WIDMANN, B.P.: Cancer of the lip, Amer.J. Roentgenol., 63 : 13, 1950.
- 38 - WRIGHT, G.F.: The chemistry of tobacco tar, third American National Cancer Conference, 1956.
- 39 - ZEREN, Z.: Anatomi Ders Kitabı, İsmail Akgün matbaası, s. 616-620, İstanbul, 1959.