

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Doç.Dr. A. Cemal AYGIT

86955

ALT DUDAK KANSERLERİNİN TEDAVİSİNE
CERRAHİ YAKLAŞIM

(Uzmanlık Tezi)

Dr. H. Nazmi BAYÇIN



86955

Edirne-1999

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	2
<i>A- Dudağın İşlevsel Anatomisi.....</i>	2
<i>B- Dudak Kanserleri</i>	4
<i>C- Dudak Kanserlerinin Tedavisi ve Prognozu.....</i>	7
<i>D- Alt Dudak Rekonstrüksiyonu</i>	9
Tarihçe	9
Primer Onarım	11
Abbé Yöntemi.....	12
Estlander Yöntemi.....	13
Johanson yöntemi	13
Gillies yöntemi.....	14
Karapandzic yöntemi	15
McGregor yöntemi.....	15
Nakajima Yöntemi.....	16
Webster-Bernard yöntemi	17
Fujimori “Gate flaps” yöntemi	18
Uzak ve serbest flepler.....	18
YÖNTEM VE GEREÇLER.....	19
BULGULAR.....	24
TARTIŞMA	30
SONUÇ	35
ÖZET	36
SUMMARY	37
KAYNAKLAR.....	38

GİRİŞ

Dudaklar kendilerine has anatomik yapılarıyla yüzün 1/3 alt kısmında yer alan işlevsel yapılardır. Alt ve üst dudak birlikte tek bir anatomik üniteyi oluşturur. Bu ünitenin kendine has işlevi maddelerin ağız boşluğuna giriş ve çıkışlarının düzenlenmesidir. Bu şekilde yaşamsal işlevler yönünden ağız kontinansı sağlanmış olur. Ayrıca konuşma, gülümseme, ıslık çalma, öpüşme, emme gibi sosyal ve iletişimsel işlevleri de vardır.

Dudak kanserleri ağız boşluğunda oluşan kanserler arasında en sık görülen kanserlerdir ve tüm Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun 1.8/100.000'inde dudak kanseri gelişmektedir. Dudak kanserlerine sık olarak rastlanmakla birlikte erken evrelerde tanı konarak uygun bir şekilde tedavi edildiğinde iyileşme oranı %90'ın üzerine çıkmaktadır (1). Alt dudak kanserlerinin cerrahi rezeksiyonları sonucu oluşan kayıpların onarımı, gelişen yöntem ve teknik imkanlara bağlı olarak daha iyiyi elde etme amacı ile üzerinde çok çalışılan bir rekonstrüksiyon alanıdır. Dudakların yaşamsal ve sosyal işlevler açısından önemi ve bir bütün olarak alınması gereken çevre doku ve kaslarla oluşturdukları karmaşık denge sistemi bu bölge girişimindeki zorluğun ve çeşitliliğin asıl nedenini oluşturmaktadır. Rekonstrüksiyon planlanırken kaybın oluş şekli ve zamanı, kayıp büyüklüğünün dudak büyüklüğüne oranı, hastanın yaşı, cinsi ve sosyal durumu önemli faktörler olduğu için cerrah her olgu için ayrı değerlendirme yapmak durumundadır.

Dudak kaybını mümkün olduğunca aynı yapıda, innervasyonu ve kanlanması sağlanmış ya da korunmuş lokal dokular ile onarmaya çalışmak, kayıp bölgesinin esas işlevlerini mümkün olduğunca korumak, doğal çizgilere ve estetik yapısına bağlı kalarak simetri ve dengeyi oluşturmak, en az travma ile en az skar elde etmek rekonstrüksiyonun temel prensipleridir.

Dudağın anatomik sınırlarının tanımlaması oldukça çeşitlilik gösterir. "American Joint Committee on Cancer" tarafından yapılan tanımlamaya göre dudak, vermilion ile derinin birleşim hattından, dudakların birbirleriyle karşılıklı temas ettiği çizgiye kadar olan vermilion yüzeyini içerir (2,3). Bu çalışmada dudak için "American Joint Committee on Cancer" tarafından yapılan tanımlama esas alınmıştır ve bu tanım ile uyumlu bölgede ortaya çıkan kanserler dudak kanseri olarak kabul edilmiştir. Bu çalışma, alt dudak kanseri tanısı ile kliniğimizde cerrahi olarak tedavi edilen hastalarda uygulanan rekonstrüksiyon yöntemlerini ve bu yöntemlerin birbirleriyle karşılaştırılmasını içermektedir.

GENEL BİLGİLER

A- Dudağın İşlevsel Anatomisi

Dudaklar, orbikularis oris kasını, labial damar ve sinirleri, fibroadipoz bağ dokusunu ve ağız içine tükürük salgılayan birçok küçük tükürük bezini içeren, dış yüzeyi deri, iç yüzeyi mukoza ile örtülü alt ve üst olmak üzere iki kıvrımdan oluşan yapılardır. Alt ve üst dudak beraber tek bir anatomik üniteyi oluşturur. İşlevsel anatomik dudak ünitesi sağ ve solda komissürler ile birleşen bir yumuşak doku oluşumudur. Bu ünite üstte burun tabanı, altta mental çizgi yanlarda nazolabial oluk ile sınırlıdır.

Dudakların kendilerine özgü işlevi maddelerin ağız boşluğuna giriş ve çıkışlarının düzenlenmesidir. Dudakların bu işlevi lifleri esas olarak horizontal planda yerleşen *orbikularis oris kası* ile kontrol edilir. Bu kasın lifleri komissürlerin lateralinden başlar, orta hatta doğru uzanır ve modiolus adı verilen bölgede diğer mimik kaslarının lifleri de karışır. Orbikularis kasının lifleri orta hatta çaprazlaştıktan sonra karşı tarafın filtral sütunu içine girer. Horizontal kas lifleri dudağın büzülmesini sağlar. Oblik lifler ise dudağın dışa çevrilmesini (eversiyonunu) sağlar, bu lifler modiolustan yukarıya doğru ilerleyerek spina nazalis anteriora, nazal septuma ve ön burun tabanına girerler.

Levator labii superior, zigomatikus major ve levator anguli oris kasları, üst dudağın elevasyonunu sağlayan kaslardır. Levator labii superior kası alt ve medial orbital kenardan başlar, alar taban çevresinden kıvrılarak orbikularis oris liflerine karışır ve aynı tarafta filtral sütuna girerler. Levator anguli oris kası levator labii superiorun lateral kenarının altındadır. Zigomatikus major kası malar eminensten başlar ve modiolusa girer.

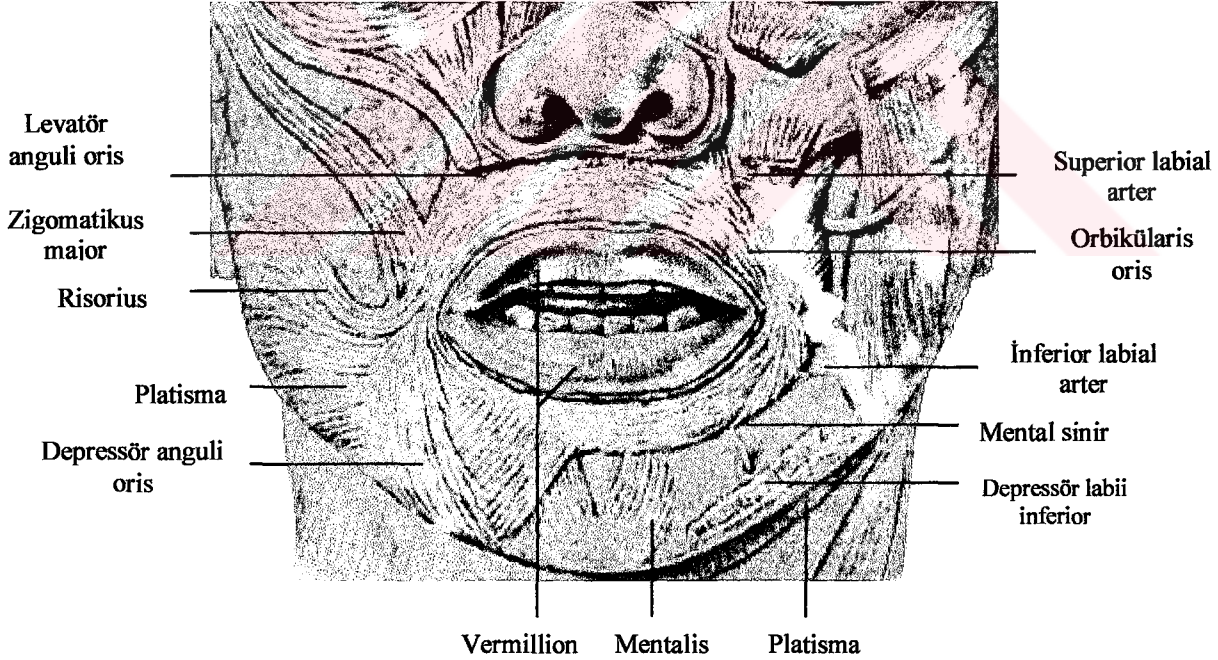
Nazalis kası, apertura piriformisin altındaki kemik yapıdan doğan üç parçalı bir kاستır. Depressör septi kası bu üç parçanın en medialde olanıdır. Bu kas medial ve lateral kesici dişler üzerindeki periost dokusu ve orbikularis orisin lifleri arasından doğar ve burunda medial kruraya doğru uzanır. Bu kasın asıl işlevi burun ucunun aşağıya doğru çekmesi, diğer işlevi ise üst dudağın orta bölümünü yukarıya kaldırmasıdır. Nazal kasın alar paçasının lifleri burun kanatlarına, transvers nazal parçasının lifleri burun sırtına doğru uzanır.

Mentalis kası, alt dudağın orta kısmının elevasyonunu ve protrüzyonunu sağlar. Mental kas lifleri vestibuler sulkusun hemen altında alveolar periostun 2 cm kadar yakınından başlarlar, oblik olarak aşağıya doğru uzanarak çene derisine doğru girerler.

Depressör labii inferior kası, mandibulanın alt kenarında simfizis ile mental foramen arasından başlar, lifleri yukarı ve mediale doğru ilerler ve orbikularis oris lifleri arasına karışırlar. Bu kas alt dudağı aşağıya doğru çeker. *Depressör anguli oris kası*, depressör labii inferior kasının altından doğar ve modiolusa doğru yukarıya devam eder. Kas lifleri bu noktadaki başlama yerinde platisma kasının liflerine karışır. Ağız köşelerinin aşağı ve laterale doğru çekilmesinde rol alırlar (2,4,5).

Dudak kaslarının motor sinirleri VII. kranial sinirin bukkal ve marjinal mandibular dalıdır. Komissürlerin elevatör kasları ve orbikularis oris, bukkal dallar ile innerve edilir. Depressör kaslar marjinal mandibular dallar ile innerve edilir. Alt dudağın duyuşal innervasyonu V. kranial sinirin mandibular bölümünden gelen mental sinir ve alt alveolar sinirin terminal dalı ile sağlanır. Üst dudağın duyuşal innervasyonu V. kranial sinirin maksiller bölümünden gelen infraorbital sinirin dalları ile sağlanır.

Her iki dudağın da kanlanması fasial arterler ile sağlanır. Her bir tarafta fasial arterlerden çıkan alt ve üst labial dallar orbikularis oris kasının derinlerine doğru teğet geçerek ilerlerler (2,5) (Şekil 1).



Şekil 1: Dudağın anatomik yapısı

(“Sobotta Atlas of Human Anatomy -1982-” den değiştirilerek alınmıştır)

Alt dudağın orta bölümünün lenfatik kanalları submental lenf nodlarına drene olurken lateral bölümünün lenfatik kanalları fasial damarlar ile beraber seyreder ve

submandibular lenf nodlarına drene olurlar. Alt dudağın orta bölümünün lenfatik drenajı submental lenf nodlarına olabileceği gibi submandibular nodlara da olabilir. Lateral bölümün lenfatik drenajı nadiren karşı tarafa drene olur. Üst dudağın lenfatik drenajı kapiller sistem ile aralarında bağlantılı olarak başlar ve sıra ile orta hattın her iki tarafındaki submandibular lenf nodlarına drene olur. Bazen preaurikuler ve infraaurikuler parotid lenf nodlarına drene olabilir. Buna ilaveten nadiren de oral komissürün etrafından geçerek submental lenf nodlarına drene olabilirler. Üst dudak lenfatiklerinde sağ ya da soldan karşı tarafa geçiş olmaz. Submental ve submandibuler lenf nodlarının her ikisi de ve bazen de preaurikuler ve infraaurikuler parotid lenf nodları dudağın drenajını oluşturan lenf nodlarının ilk dizilimini oluştururlar. Drenaj, bu gruplardaki lenf nodlarından ikinci lenf nodu dizilimine doğru devam eder. Submental lenf nodları submandibular lenf nodlarına drene olurlar. Parotis ve submandibular lenf nodlarının her ikisi de yüzeysel servikal ve internal juguler lenf nodu zincirine drene olurlar (2,3,5).

B- Dudak Kanserleri

Dudak kanserleri baş boyun bölgesinde sık görülen kanserlerdendir (3,6) ve baş boyun bölgesinde görülen diğer kanserlere göre tedavi imkanı daha yüksektir (3). Alt dudak kanserlerinin büyük bir kısmını skuamöz hücreli kanserler oluşturur, bazal hücreli kanserler ise üst dudakta ortaya çıkarlar (1-3,7). 1991 yılında yapılan 3600 dudak kanseri olgusunu içeren bir çalışmada erkek / kadın oranı 6 / 1 olarak saptanmıştır (3). Dudak kanserleri genellikle açık tenli insanlarda, yaşamın 6. ve 7. dekadında ve erkeklerde görülür (1,3,5-8). Uzun süre güneş ışınlarına maruz kalmış kırsal bölgelerde yaşayan insanlarda daha sık rastlanır (1,3,7,9,10). Dudaklar, koruyucu olan pigment tabakası içermediği için solar hasara karşı daha dayanıksızdır. Etiyolojide kesinliği daha az olan diğer faktörler ise alkol ve sigara kullanımı, ağız hijyeninin kötülüğü ve sifilistir (1,3,7). Lökoplaki, hiperkeratoz ve atrofi kanser gelişimine zemin hazırlayabilir (9,10). Dudak kanserleri yerleşimlerine göre üst dudak, alt dudak ve komissür bölgesi olmak üzere üç alt gruba ayrılır. Kanserlerin dudak üzerindeki yerleşim bölgesine göre farklı klinik tablolar ortaya çıkar (3,5,9). Tüm dudak kanserlerinin %88-98'i alt dudakta (1,3,7,11), %2-7'si üst dudakta (2,3,5,7,9), %2'si ise komissür bölgesinde (3,5) ortaya çıkar. Kanserlerin alt dudakta daha sık görülmesi alt dudağın güneşe daha fazla maruz kalmasıyla açıklanabilir (1,3,9). Dudak kanserleri morfolojik olarak ülseratif, eksofitik

ve verrüköz olmak üzere üç gruba ayrılırlar (1,3,10). Dudak kanserlerinin büyük bir kısmı eksofitik tiptedir, bu tip histolojik olarak iyi diferansiye olma eğilimindedir ve aylar içinde yavaş olarak ilerler (1,9). Ülseratif tip histolojik olarak kötü diferansiye olma eğilimindedir ve hızla yayılarak derin dokuları infiltre edebilir (1,3,9,10). Verrüköz tip nisbeten daha nadir ortaya çıkar, tümör vertikal olarak yayılmaz, lateral yayılıma eğilimi vardır (1,3). Dudak kanserleri özellikle alt dudakta vermilion üzerindeki hasar görmüş bölgelerden ya da var olan premalign lezyonlardan ortaya çıkar. İyileşmeyen lezyonlar, eritem alanları ve verrüköz değişiklikler, aktinik çelitis malignite için şüpheli kabul edilen durumlardır (3,12).

Alt dudak kanserlerinin farklı klinik seyirleri olabilir. Lezyon, çoğu zaman lokalize olarak kalır, uzun bir zaman içinde yavaş olarak gelişir, ara sıra çevre dokulara yayılarak büyük boyutlara ulaşabilir. Bu yavaş gelişen tümörler derin invazyondan ziyade lateral ve periferik yayılım eğilimindedir. Diğer taraftan bazıları hızla yayılıp yumuşak dokuları ve dudagın altındaki kemik dokuyu tutabilir (1,3). Mental sinir tutulumu, tümörün intrakranial ilerleyebilmesinden dolayı ayrı bir önem taşır ve büyük bir problem teşkil eder. Alt dudak kanserleri direkt ya da perinöral olarak bölgesel servikal lenf nodlarına yayılabilir (3). Lenf nodları etkilenen dudak kısmına bağlı olarak değişik gruplar halinde tutulabilir. Submental lenf nodu tutulumu orta hatta lokalize tümörlerde oluşur. Lateral yerleşimli tümörlerde en sık olarak submandibular lenf nodu tutulumu oluşur (1,3). Ancak istatistiksel olarak submandibular grupta en sık olmak üzere sıklıkları sırayla azalarak submental, juguler zincir ve intraparotid gruplar takip eder. Diğer servikal lenf nodu grupları nadiren tutulur (3).

Alt dudak kanserli hastalarda ilk tanı konduğunda lenf nodu tutulmuş olanların oranları bildirilen çoğu seride zayıf bir tutarlılık gösterir. Bu oran ortalama %8 olup, %2-16 arasında değişmektedir (1,3,9,11,13). Komissür tümörlerinin alt dudak tümörlerine göre lenfatik yayılım eğilimi daha fazladır, ilk tanı konduğunda lenf nodu tutulumu %15-20 arasındadır (1,3,9). Servikal lenf nodu metastazları dudak kanserinin primer tedavisinin takibi sırasında da ortaya çıkabilir. Bu durum ilk başvurusu sırasında servikal lenfadenopatisi olmayan hastaların %5-20'sinde ortaya çıkar (1,3). Ancak lokal nüks gelişmiş hastalarda ise ardından servikal lenfatik tutulum gelişme oranı ise yaklaşık %30'dur (3).

Dudak kanseri olan her olgu için klinik evreleme yapılmalıdır. Tablo I'de gösterildiği gibi "American Joint Committee on Cancer" tarafından önerilen evrelendirme (13) tümörün tahmini yayılımını standardize eder ve prognozu konusunda fikir verir.

Tablo I: Dudak kanserlerinin sınıflaması (TNM sınıflaması)

Tümör (T): T _{is} : Karsinoma in situ T ₁ : En büyük çapı 2 cm den küçük primer tümör T ₂ : En büyük çapı 2-4 cm olan primer tümör T ₃ : En büyük çapı 4 cm den büyük primer tümör T ₄ : Kas, kemik gibi komşu yapıları tutan en uzun çapı 4 cm den büyük primer tümör
Lenf nodu (N): N ₀ : Klinik olarak palpabl lenf nodu yok N ₁ : İpsilateral 3 cm den küçük tek bir lenf nodu var N ₂ : (a) İpsilateral 3-6 cm arasında tek bir lenf nodu var (b) İpsilateral 6 cm den küçük multipl lenf nodu var N ₃ : İpsilateral 6 cm den büyük lenf nodu ya da bilateral ya da kontrilateral lenf nodu var
Metastaz (M): M ₀ : Uzak metastaz yok M ₁ : Uzak metastaz var
Evrelendirme: Evre I : T ₁ N ₀ M ₀ Evre II : T ₂ N ₀ M ₀ Evre III: T ₃ N ₀ M ₀ T _{1-2,3} N ₁ M ₀ Evre IV: T ₄ N ₀₋₁ M ₀ T _{1-2,3,4} N _{2,3} M ₀ T _{1-2,3,4} N _{0-1,2,3} M ₁

Dudak kanserleri histolojik olarak, sitoplazmik ve nükleer matürasyon durumlarına göre derecelendirilirler. Broders sınıflama sistemi tümörün histolojik derecelendirmesinde yaygın olarak kullanılan bir sistemdir. Bu sisteme göre tümörler 4 derecede gruplandırılmıştır (14):

- Grade I : Lezyonun %75'inden fazlası iyi diferansiyedir.
- Grade II: Lezyonun %50-75'i iyi diferansiyedir.
- Grade III: Lezyonun %25-50'si iyi diferansiyedir.
- Grade IV: Lezyonun %25'inden azı iyi diferansiyedir.

Grade I tümörler, kolaylıkla tanınabilen skuamöz epitel ve bol miktarda keratinizasyon ile karakterizedir. Tümörde görülen pleomorfizm ve mitotik figürler esas olarak bazal bölgededir. Grade II tümörlerde daha fazla yapısal düzensizlik görülür, nükleer ve sitoplazmik pleomorfizm daha sıktır. Grade III tümörlerin biyolojik aktivitesi daha yüksektir. Pleomorfik bazal ve skuamöz hücreler tüm tümör hücrelerinin %50'den fazlasını oluşturur, hücrelerde nükleus / sitoplazma oranı azalmıştır. Grade IV tümörlerde nükleer atipi belirgindir ve küçük odaklarda az miktarda keratinizasyon görülür (8,14).

Dudak kanserlerinin %85'ten fazlası Grade I ve II tümörlerdir (1,3,11). Günümüze dek yapılan çalışmalar dudak kanserlerinde evreleme sisteminin prognostik değerini vurgulamıştır. İleri dereceli kötü diferansiye tümörlerin düşük dereceli iyi diferansiye tümörlere göre lokal nüks ve lenfatik yayılım eğilimleri daha fazladır ve prognozları da daha kötüdür (1,3,8). Tümör çapının 2 cm den büyük olması, tümörün kötü diferansiye olması, lezyonun nüks etmesi, lenfatik tutulum ve perinöral invazyon prognozu kötü yönde etkileyen faktörlerdir (11). Yapılan çalışmalarda TNM sınıflaması ve histolojik derecelerinin dışında tümör kalınlığı, yapısal model, mitoz sıklığı, inflamatuvar yanıt gibi faktörlerin dudak kanserlerinin prognozu ile ilişkisi incelenmektedir (8).

C- Dudak Kanserlerinin Tedavisi ve Prognuzu

Alt dudak kanserlerinin tanısını biyopsi yaparak doğrulamak gerekir (1,3). Biyopsi sonucu histopatolojik tanı konmasının ardından tedavi olarak radyoterapi ve cerrahi metodlar uygulanmaktadır. Erken evrelerdeki dudak kanserlerinde radyoterapi ve cerrahi tedavinin sonuçları birbirlerine yakın olmasına rağmen tüm evrelerde sıklıkla uygulanan tedavi şekli cerrahidir (1,3,7,9,10). Radyoterapi, genellikle cerrahi tedaviyi kabul edemeyecek riskteki hastalara önerilmektedir (3). Cerrahi tedavinin daha yaygın uygulanmasının sebebi radyoterapiye göre daha avantajlı olmasıdır. Bu avantajlar;

1. Uygulamanın ve rehabilitasyonun hızlılığı
2. Cerrahi sınırların ve tümörün tamamının histolojik derecesinin değerlendirilebilmesi
3. Daha iyi işlevsel ve kozmetik sonuç elde edilebilmesi
4. İlerlemiş ve geniş lezyonlarda iyileşme oranının daha yüksek olması
5. Radyasyona bağlı erken ve geç komplikasyonların ortadan kaldırılması olarak sayılabilir (3,9,13).

Alt dudak kanserlerinde uygulanacak cerrahi girişimin hedefi, tümörle birlikte çevresindeki normal dokunun bir bütün olarak çıkarılması ve hem işlevsel, hem de kozmetik onarımın sağlanmasıdır (3). Tümörün tam olarak çıkarılabilmesi için cerrahi sınırların tümör sınırlarının 8-10 mm uzağından planlanması gerekir (3,13). Cerrahi tedavideki temel prensip dudağın tam kat rezeksiyonudur. Tam kat rezeksiyon "V", "W" ya da dikdörtgen şeklinde yapılabilir (1,3,10). Vermillion yüzeyinde tümör ile birlikte malignite potansiyeli taşıyan lezyonların varlığında tümör rezeksiyonu ile birlikte vermilionektomi de yapılmalıdır. Vermillionektomi sonrası oluşan kayıp mukozal ilerletme flebi ile kapatılabilir (1-3,9). Dudağa komşu olan dokulara uzanan,

geniş ve ilerlemiş tümörlerde rezeksiyon daha geniş planlanmalıdır. Alveolar arka ya da mandibula korteksine ulaşan tümörlerde dudak rezeksiyonuna marjinal mandibulektomi de dahil edilmelidir. Mandibulayı saran tümörlerde kısmi mandibulektomi de gerekir. Mental sinir tutulumuna bağlı olarak hipoestezi ya da anestezi olduğu durumlarda tümörün tamamını çıkarabilmek için mental sinirin distalinden olduğu gibi inferior alveolar sinirin de proksimalinden biyopsi örneği almak gerekir. Tümör çıkarıldıktan sonra ameliyat sırasında cerrahi sınırların değerlendirmesi yapılmalıdır. Cerrahi sınırlarda tümör olduğu belirlendiğinde daha ileri eksizyonlar gerekir. Tümörün tamamen çıkarıldığı belirlendiğinde doku kaybının onarımına geçilebilir (3).

Dudak kanseri ile ilişkili olarak lenf nodlarında tutulum saptandığında tedavisi hem radyoterapi ile hem de cerrahi olarak yapılabilir (1). Ancak cerrahi tedavinin radyoterapiye göre daha yüksek başarıya ulaşmasından dolayı (1) tümör tarafından tutulan lenf nodlarının cerrahi olarak tedavi edilmesi önerilmektedir (1,3,10,13). Dudak kanseri olan her olguda boyun diseksiyonu uygulaması gerekliliği tartışmalıdır (3,8,10). Lenfatik tutulum bulgusu olmayan hastalarda daha sonradan lenfatik metastaza rastlama oranı çoğu seride %10'un altında bulunmuştur. Diğer taraftan tedavi amacı ile boyun diseksiyonu uygulanan hastalar ile profilaktik amaçlı boyun diseksiyonu uygulanan hastaların iyileşme oranları da birbirleri ile uyumlu olarak bulunmuştur. Bu sebeplerden dolayı her hastaya rutin olarak profilaktik boyun diseksiyonu uygulaması önerilmemektedir (1). Başlangıçta ele gelen lenf nodu varlığında, primer lezyon 3 cm den büyük olduğunda, tümör iyi diferansiye olmadığında ve nüks olgularında bilateral suprahyoid boyun diseksiyonu yapılmasını, bunun sonucu olarak histopatolojik değerlendirmede pozitif lenf nodu saptandığında radikal boyun diseksiyonu yapılması önerilmekle birlikte (10,13) klinik olarak ele gelen lenf nodu saptandığında doğrudan radikal boyun diseksiyonu yapılması da önerilmektedir (3). Çok sayıda metastatik lenf nodu olduğunda, lenf nodları çapının büyük boyutlara ulaştığında ya da bilateral tutulum olduğunda cerrahi tedavi ve radyoterapinin birlikte uygulanmasının hastalığın kontrolü açısından daha yararlı olacağı düşünülmektedir (1).

Dudak kanserlerinin tedavisinden beklenen genellikle iyi bir sonuçtur. Tedavi edilen hastaların prognozu, tümörün evresi ile ilişkilidir. Cerrahi olarak çıkarılmış ya da radyoterapi almış evre I ve II gibi erken dönemdeki tümörlerde 5 yıllık yaşam oranı yaklaşık %90'dır. Lenf nodlarında tutulum olması prognozu şüphesiz etkilemektedir. Lenf nodlarında tutulumu olan olgularda 5 yıllık yaşam oranı ortalama %50'ye düşmektedir (1,3,7,9,13). %50'nin altındaki tedavi oranları tümör çapının büyük ve

tümörün çevre kasları, kemik yapıları tuttuğu olgularda ya da metastatik lenf nodlarının derin dokulara yapışık olduğu durumlarda beklenir (1,3). 40 yaşın altında ve 80 yaşın üzerindeki hastalarda prognozun daha kötü olması beklenmelidir (13).

Cerrahi tedaviyi takiben tümörün ilk ortaya çıktığı yerde, boyunda ya da her iki bölgede de nüks gelişebilir. Olguların %5-15'inde dudakta lokal nüks gelişebilmekte olup bu oran orijinal tümörün büyüklüğü ile paralellik gösterir. Lokal nüks sebeplerinin başında tedavide yetersizlik gelir. Ameliyat sırasında cerrahi sınır kontrolü yapılarak lokal nüksler önlenir. Nüks olgularında klinik olarak belirlenemeyen gizli lenf nodu tutulumu %25 oranındadır. Bu sebeple nüks olgularında cerrahi tedavinin bir parçası olan radikal boyun diseksiyonu yapılması da önerilmektedir. Cerrahi tedavi lokal nüks olgularında %75-80'e ulaşan oranlarda iyi sonuç verir. Başlangıçta ya da sonradan lenf nodu tutulumu olan nüks olgularındaki iyileşme oranı daha düşüktür. Boyunda gelişen lenfatik tutulumun kontrolü de zordur. Boyundaki nüks oranları bölgesel lenf nodu tutulumunun tedavisinden sonra nodal tutulumun evresi ile paralel olarak artar. Boyunda nüks oranı nodal tutulum evresi N₁ olan olgularda %40 olup, N₃ olan olgularda %100'e dek ulaşmaktadır (3).

D- Alt Dudak Rekonstrüksiyonu

Tümörlerin rezeksiyonundan sonra dudakın rekonstrüksiyonu da ayrı bir önem taşır. Dudaktaki doku kaybının, mümkün olduğunca dudak ile aynı yapıda, innervasyonu ve kanlanması korunmuş ya da sağlanmış doku ile yeterli bir bukkal sulkus oluşturularak kapatılmaya çalışılması, kayıp bölgesinin esas işlevlerinin mümkün olduğunca devamlılığının sağlanması, en az travma ve skar dokusu ile kabul edilebilir bir kozmetik sonuç elde edilmesi rekonstrüksiyonun temel prensipleridir (15-19).

Tarihçe

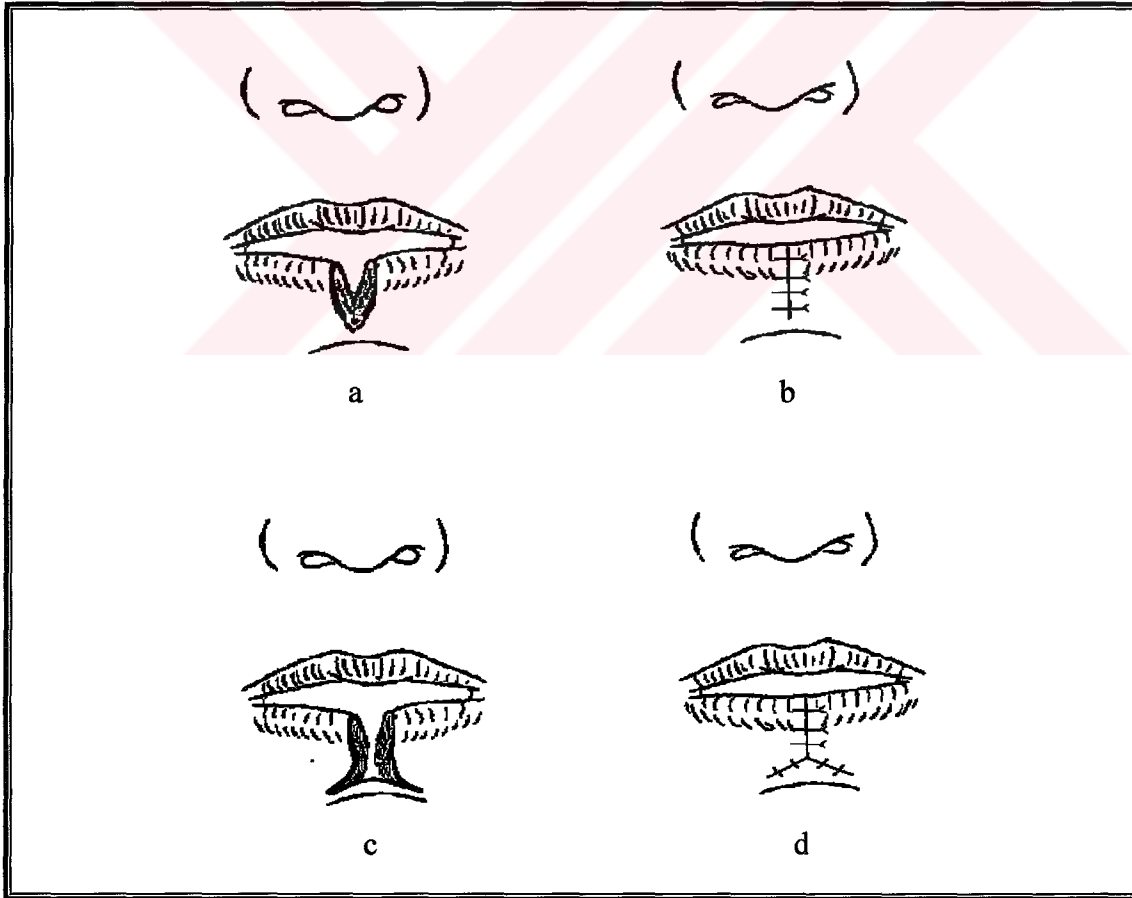
Dudak rekonstrüksiyonu ile ilgili günümüze dek tanımlanmış pek çok teknik ve bunların modifikasyonları vardır. M.Ö. 3000'li yıllarda Hintliler'in alın flebi ile dudak ve burun rekonstrüksiyonu yaptıkları bildirilmiştir (20). Ancak dudak onarımı ile ilgili ilk yazılı tanımlama M.Ö. 1000 yılında Sushruta'ya aittir (5,20). Milattan sonra ise 1597 yılında Tagliacozzi uzak kol flebi ile alt ve üst dudak onarımı yapmıştır (5,9). 1768 yılında Louis ilk olarak "V" eksizyon ve primer onarımı tanımlamıştır (5). Dudak onarımı ile ilgili modern teknikler ise 19. yüzyılda tanımlanmaya başlamıştır. 1834

yılında Dieffenbach inferior pediküllü tam kat yanak flebi ile alt dudak onarımı yapmıştır (5,18,21). Zymanowsky (1858), Nelaton-Ombredanne (1907) ve May (1941) bu tekniğin modifikasyonlarını bildirmişlerdir (18). 1853 yılında Bernard tarafından tanımlanan teknik alt dudaktaki üçgen şeklindeki defektin onarımı için komissürlerin lateralinden kası da içeren tam kat üçgenlerin çıkarılmasıyla alt yanak dokusunu mediale ilerletilmesi esasına dayanır (18,22). Bu teknik birçok yeni tekniğin temelini oluşturmuştur, Martin (1932), Fries (1973) (18) ve Konstantinovic (1996) (23) temeli Bernard tekniğine dayanan kendi yöntemlerini yayınlamışlardır. 1859 yılında Von Bruns nazolabial çizgi üzerinden yapılarak hazırladığı nazolabial fleplerle alt dudak onarımı tanımlamıştır (9,21), 1878 yılında Maas bu tekniği total alt dudak defektlerinin onarımında kullanmıştır (21). 1872 yılında Estlander, lateral alt dudak defektleri için üst dudak komissür kenarından labial arter pediküllü flep ile onarım yöntemini tanımlamıştır (5,9,22). Abbé (1898) bu tekniği orta hat defektlerinin onarımında kullanmak üzere kendi modifikasyonunu tanımlamıştır (9,18,22). 1954 yılında Schuchardt labiomenta çizgi çevresinde yapılan hilal şeklindeki cilt eksizyonu ile alt dudanın yarısına ulaşan defektlerin onarımını tarif etmiştir (5,22). 1957 yılında Gillies dudanın yanındaki yanak dokusundan hazırlanan fleplerin alt dudayı oluşturacak şekilde orta hatta rotasyonu esasına dayanan tekniğini tanımlamıştır (5,18,21,22). 1966 yılında Grimm alt dudayı oluşturacak şekilde yanak dokularının orta hatta ilerletilmesi esasına dayanan tekniğini tanımlamıştır (21). 1969 yılında Bakamjian alt dudak onarımı için deltopektoral flebi öne sürmüştür (5). 1974 yılında Karapandzic nörovasküler pediküllü orbikularis oris kas-deri flebi ile oral sfinkter bütünlüğünü koruma esasına dayanan tekniğini ileri sürmüştür (5,18,21,22). Yine 1974 yılında Johanson dikdörtgen şeklindeki alt dudak defektinin alt köşelerinden aşağı ve laterale doğru yaptığı merdiven basamağı şeklindeki insizyonlar ile kalan dudak kısımlarının orta hatta birleştirilmesi şeklinde bir teknik tarif etmiştir (5,22), Kuttenger ve arkadaşları bu tekniğin modifikasyonunu bildirmişlerdir (24). 1983 yılında McGregor oral komissürün pivot nokta olarak alındığı yanaktan hazırlanan transpozisyon flebi ile alt dudak onarımını yaptığı tekniği tanımlamıştır (5,22). 1997 yılında Bayramiçli ve arkadaşları mental V-Y ada ilerletme flebi ile alt dudanın işlevsel rekonstrüksiyonunu sağlayan ayrı bir teknik tanımlamışlardır (19). Mikrocerrahi tekniklerin ilerlemesi ile son yıllarda alt dudak onarımında serbest flepler de yerini almaya başlamıştır (16). Freedman ve arkadaşları (25), Furuta ve arkadaşları (26), Serletti ve arkadaşları (27), Kushima ve arkadaşları (28) serbest ön kol flebi ile alt dudak onarımı uygulamalarını sunmuşlardır. Günümüzde

ise bugüne dek tanımlanmış olan birçok teknik içinde defektin yeri ve büyüklüğüne göre en iyi işlevsel ve kozmetik sonucun elde edilebileceği belli başlı teknikler kullanılmaktadır.

Primer Onarım

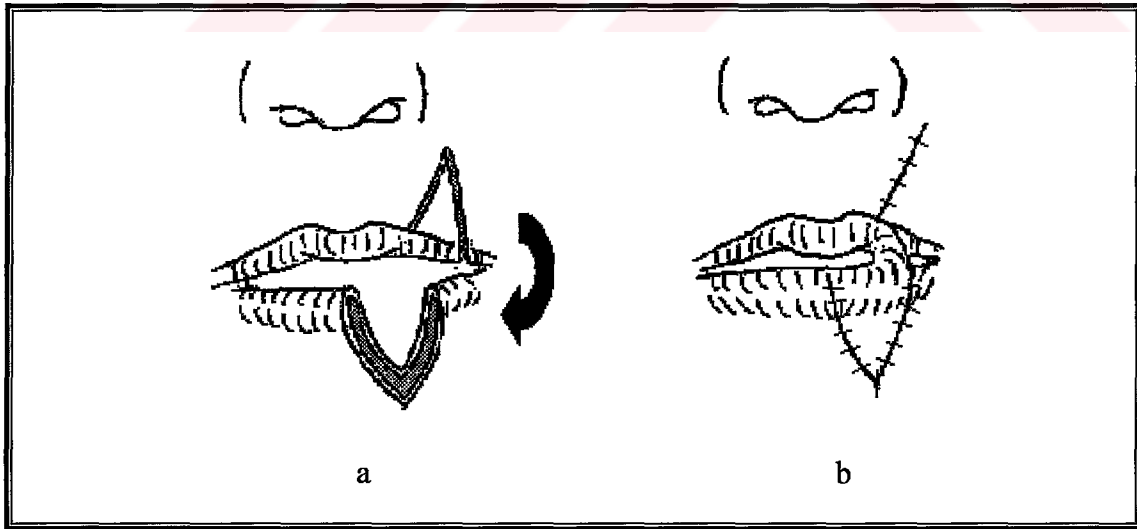
Tümör rezeksiyonu sonrası oluşacak doku kaybı, dudak uzunluğunun 1/3'ünü aşmayacaksa, "V" ya da "W" şeklinde yapılan rezeksiyon ile kayıp, primer olarak onarılabilir (Şekil 2a,b,c,d) (1-3,5,9,10,17,29,30). Labiomental çizgiyi aşacak rezeksiyonlarda belirgin bir skar kalmaması için "W" rezeksiyon tercih edilmelidir (2,5,22). Primer onarım, mukozaya, kas tabakası ve deriyi içerecek şekilde yapılmalıdır. Kas tabakasının onarımı, orbikularis oris kasının devamlılığını sağlar ve dudak işlevleri korunmuş olur (1,2,17,29). Onarım sırasında mukokutan çizginin devamlılığını sağlamak üzere her iki yara kenarında mukokutan çizginin tam karşılıklı gelmesine dikkat edilmelidir (1,2,5,17).



Şekil 2: (a,b) "V" eksizyon ve primer onarımı, (c,d) "W" eksizyon ve primer onarımı

Abbé Yöntemi

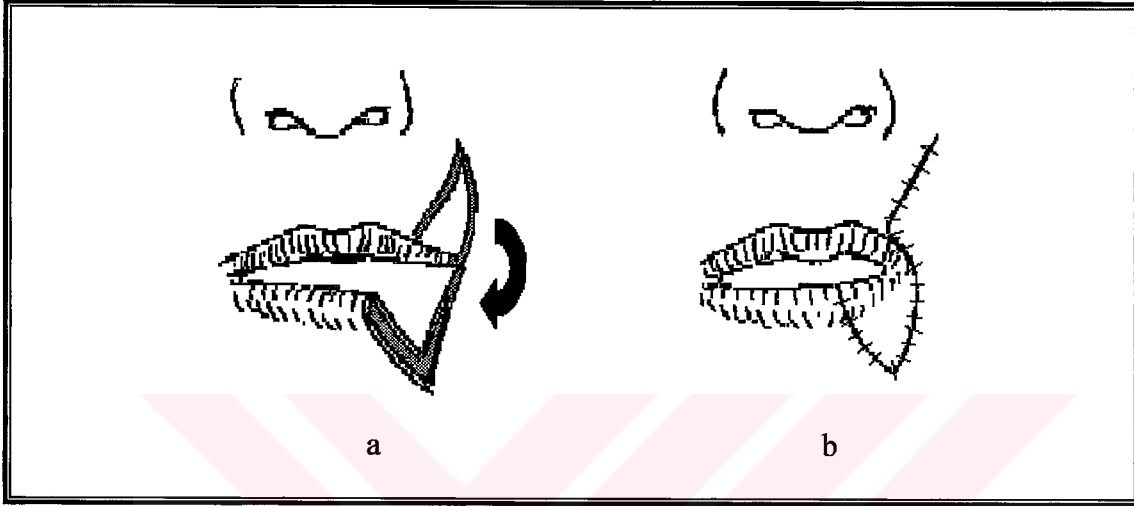
Primer onarımın mümkün olmadığı daha geniş olan “V” şeklindeki defektlerin onarımında Abbé yöntemi ile onarım mümkündür (1-3,5,17,22,29). Abbé yöntemi, tek başına ya da diğer yöntemlerle birlikte uygulanabilir. Dudağın 1/3’ünü aşan kayıplarda üst dudaktan filtrumun lateralindeki dokudan hazırlanan flepler alt dudak için uygun bir onarım dokusudur (Şekil 3a,b) (22). Üst dudağın orta kısmı ise filtrumun konumunu değiştireceği için donör alan olarak tercih edilmemelidir. Flebin medial ya da lateral kenarı pedikül olarak hazırlanabilir (2,5). Medial ya da lateralde labial arterin ve venöz dönüşü sağlamak amacıyla bir miktar arteri çevreleyen yumuşak dokunun korunmasıyla oluşturulan pedikül iki hafta sonra ayrılır. Flebin donör alanı az miktarda bir skar bırakarak iyileşir (2,5,17,22,29). Hazırlanan flep başlangıçta denervedir. Buna rağmen tüm flepler 1 yıl içinde hem motor ve hem duysal olarak innervasyonunu tekrar kazanabilmektedir. Abbé yöntemi ile onarım yapıldığında orbikülaris oris kasının da onarımının sağlanmış olması nedeniyle elde edilen işlevsel sonuçlar da iyidir. Ancak yaşı ileri ve orta hatta yakın, geniş doku kaybı oluşmuş hastalarda işlev bozuklukları gelişebilmektedir (17,22,29). Abbé yönteminin, iki aşamalı bir girişim gerektirmesi önemli bir dezavantajdır. İkinci girişim yapılınca kadar geçen süre içinde flep pedikülü ağız hareketlerini ve beslenmeyi önemli derecede kısıtlar. Hastanın farkında olmadan ağızını açmaya teşebbüs etmesi flep pedikülüne zarar verebilir (17).



Şekil 3a,b: Abbé yöntemi

Estlander Yöntemi

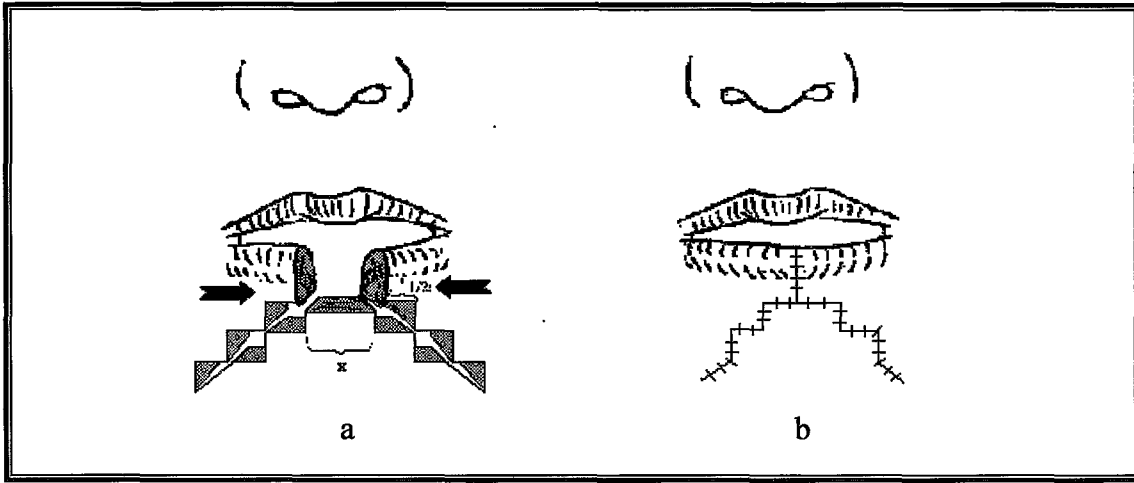
Estlander yönteminde, oral komissürlere bitişik olan, alt dudağın lateral defektlerinin onarımı için üçgen şeklinde, tam kalınlıklı bir flep üst dudaktan nakledilir (Şekil 4a,b). Flebin medial kenarından pedikül hazırlanır ve flebin pedikülü oral komissürü oluşturur. Abbé yönteminden dudaktaki doku kaybının ve hazırlanan flebin konumlarının farklı olması ile ayrılır (2).



Şekil 4a,b: Estlander yöntemi

Johanson yöntemi

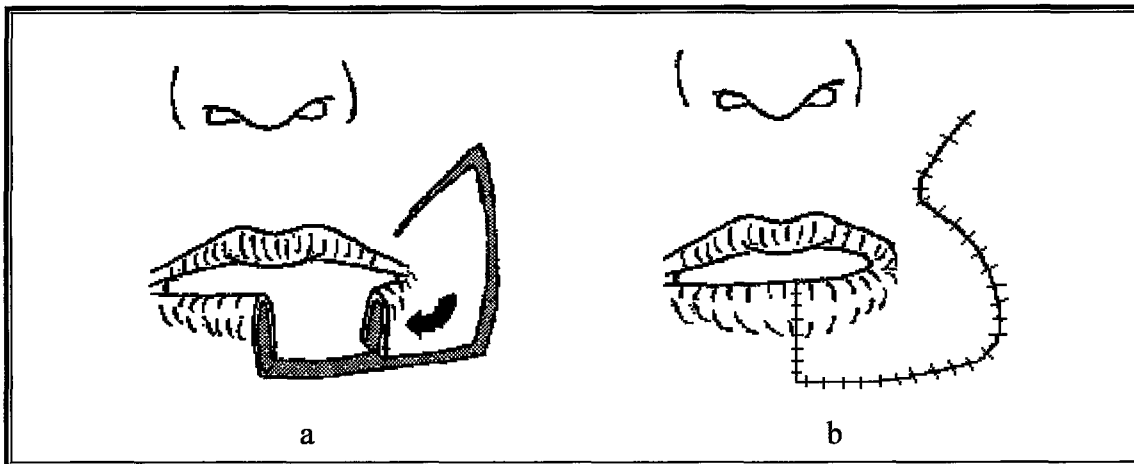
Bu yöntemde, rezeksiyon kenarından 2-4 adet merdiven basamağı şeklinde tam kat insizyon yapılarak kalan sağlam dudak dokusu orta hatta doğru kaydırılır (Şekil 5a,b) (5,22,24). Alt dudağın 2/3'üne ulaşan doku kayıplarının onarımı için uygun bir yöntemdir (5). Kaybın genişliğine göre tek ya da çift taraflı olarak uygulanabilir (16,24). Sağlam dudak dokularının karşılıklı olarak birleşmesi ile orbikülaris oris kasının devamlılığı sağlanmış olur. Alt dudağın sinirlerinin korunması duyu hissini devamını sağlar (17). Basamak şeklindeki insizyonlar belirgin bir skar bırakabilmesine rağmen duyu hissi, kas devamlılığı ve işlevi açısından nisbeten iyi bir yöntemdir (5,22). Bu yöntem ile geniş defektlerin onarımından sonra mikrostomi oluşabilir (16).



Şekil 5a,b: Johanson yöntemi

Gillies yöntemi

Alt dudaktaki doku kayıplarının onarımı için oral komissürlerin çevresindeki üst dudak ve yanak dokusunun fan şeklinde bir flep olarak hazırlandığı ve oral sfinkter onarımının sağlandığı bir yöntemdir (Şekil 6a,b) (2,5,9,17,21,29). Bu yöntem ile tek ya da çift taraflı olarak yanağın tüm katlarını içeren geniş bir doku nakledilebilir (17,21). Alt dudağın 2/3'üne ulaşan defektlerin onarımı için uygun bir yöntemdir (2). Flep, labial arteri içerdiği için iskemik nekroz riski düşüktür (9). Flep ile birlikte üst dudağın elevatör kaslarının birleştiği modiolus bölgesi yer değiştirir ve oral komissür de mediale doğru kayar (2,5,9,17). Genellikle flepler motor ve duyusal olarak innervasyonunu kazanırlar, bu sayede tatmin edici işlevsel sonuçlar elde edilebilir. Gerçek komissürlerin mediale doğru kayması ile sonradan oluşan komissürler daha yuvarlak bir görünüm kazanır, belirgin bir komissür görünümü oluşmaz (17).



Şekil 6a,b: Gillies yöntemi

Karapandzic yöntemi

Alt dudağın 3.5-7 cm lik merkezi kayıplarının onarımı için uygun bir yöntemdir (2,5). Alt dudaktaki kaybın kenarlarından nazolabial bölgeye dek ulaşan orbikularis oris kasının dış sınırına paralel bir cilt insizyonu ile innervasyonu ve vasküler yapıları korunmuş kas-deri flepleri hazırlanarak orta hatta ilerletilir (Şekil 7a,b) (2,5,16,17,31-34). Orbikularis oris kasının liflerinin devamlılığı sağlanarak dudak işlevleri korunmuş olur ve oral kontinansı sağlayacak yeterli bir labial sulkus oluşturularak oral sfinkter onarılır (2,5,15,31,32). Dudağın innervasyonu korunmuş olduğu için duyu kaybı oluşmaz (15,16,31,32). Bu yöntem ile geniş doku kayıpları onarıldığında daha sonradan komissürotomi yapılmasını gerektirebilecek derecede mikrostomi gelişebilir (2,5,15,17,20,22,31,32,34). Karapandzic yöntemi total alt dudak defektlerinin onarımı için tek başına yeterli bir yöntem değildir, total defektlerin onarımı için diğer yöntemler ile birlikte uygulanabilir (15). Oral komissürlerin mediale doğru kayması ile yeni oluşan komissürler daha yuvarlak bir görünüm kazanır (17). İnsizyon hattının mentolabial ve nazolabial çizgiler üzerinde olması, belirgin bir skar görünümünü engeller (29,32).

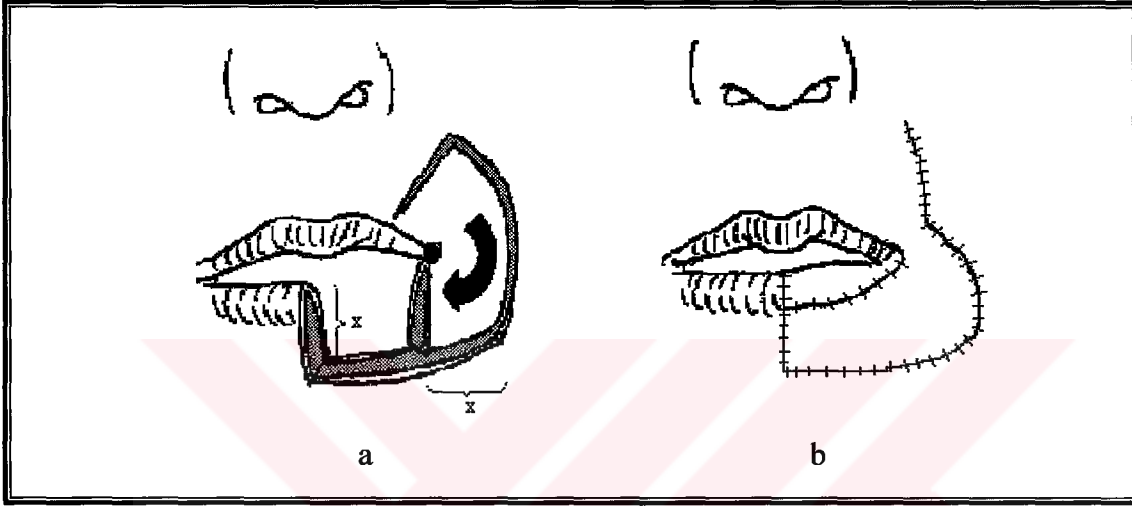


Şekil 7a,b: Karapandzic yöntemi

McGregor yöntemi

Bu yöntemde alt dudağın rekonstrüksiyonu için dudağın lateralindeki yanak dokusundan oral komissürün pivot nokta olarak alındığı fan şeklinde transpozisyon flebi hazırlanır (Şekil 8a,b). Flebin transpozisyonu ile rezeksiyon sınırı yeniden oluşturulacak olan vermillion yerine gelir (2,5,22). Hazırlanan flep, superior labial damarlar ile

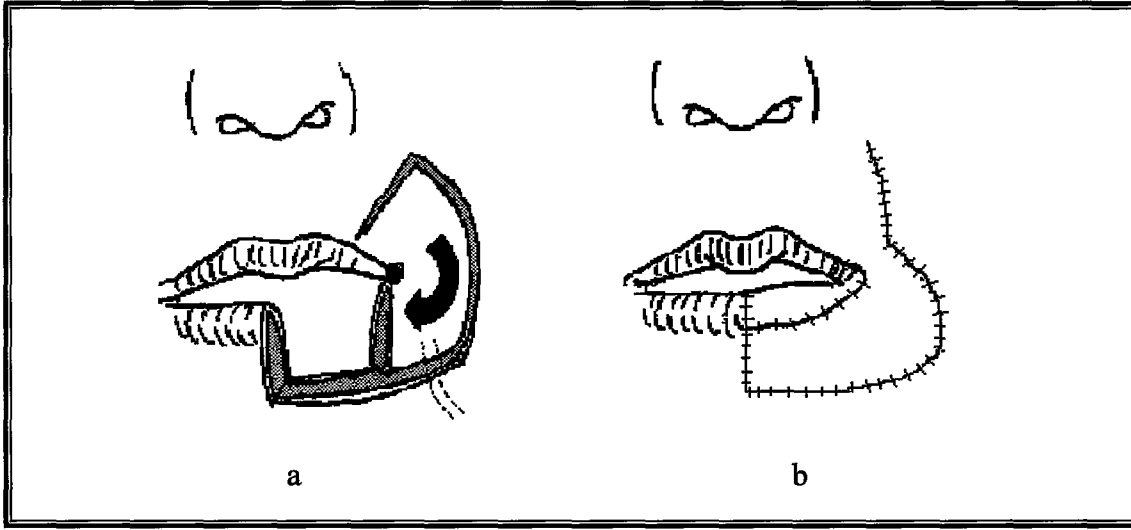
kanlanır. Flebin tasarımından dolayı orbikularis oris kasının liflerinin yönü değişir, motor ve duyuşal denervasyon oluşur. Bu nedenle orbikularis oris kasının sfinkterik aksiyon gücü azalır ve oral inkontinans gelişmesi beklenir. Duyu kaybının önemsenmeyecek derecede olduğu ve işlevsel iyileşmenin zamanla gelişeceği ifade edilmiştir (2,5). Bilateral olarak hazırlanan flepler ile total ve totale yakın alt dudak kayıpları bu yöntem ile onarılabılır (5).



Şekil 8a,b: McGregor yöntemi

Nakajima Yöntemi

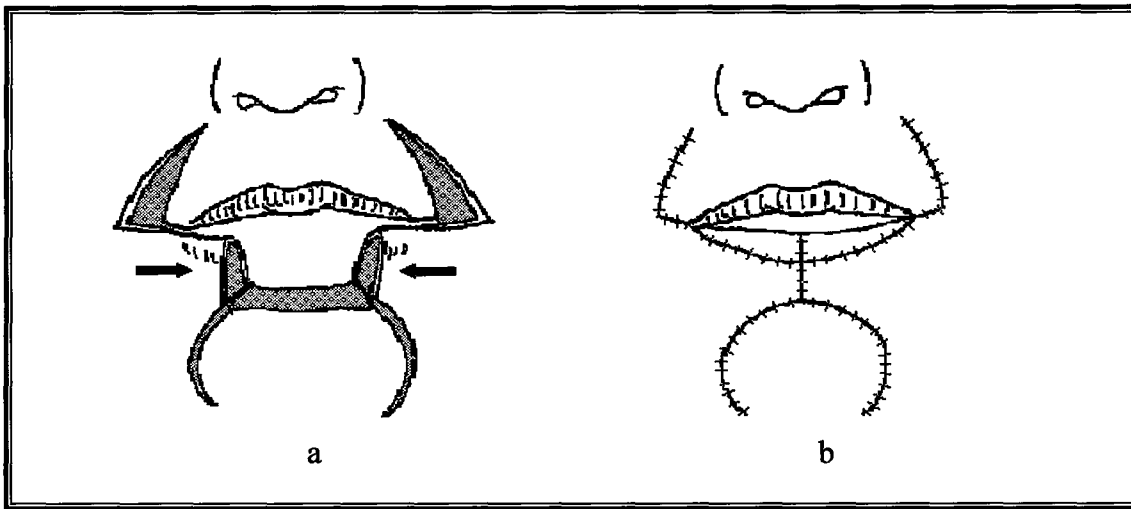
Bu yöntem ile total ya da totale yakın alt dudak defektlerinin onarımı mümkündür (22). Bu yöntem McGregor yöntemi modifiye edilerek geliştirilmiştir. Bu yöntemde fasial arter korunur ve böylece flep, McGregor yönteminden farklı olarak superior labial damarlar yerine fasial arter ile kanlanır. Bu durum “back cut” kesisinin daha da uzatılmasına olanak sağlayarak flebin daha geniş hazırlanmasına fırsat verir ve ayrıca rotasyonunu kolaylaştırır (5) (Şekil 9a,b).



Şekil 9a,b: Nakajima yöntemi

Webster-Bernard yöntemi

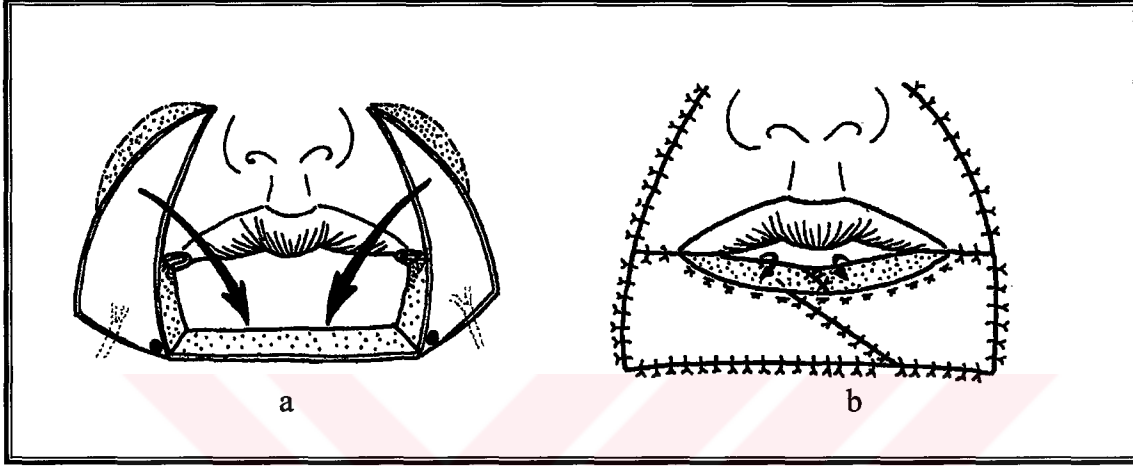
Bu yöntem total ve totale yakın alt dudak kayıplarının onarımı için uygun bir yöntemdir. Alt dudaktaki dikdörtgen şeklindeki kaybı onarmak üzere labiomentall çizginin her iki kenarından hilal şeklinde ve oral komissürlerin lateralinde nazolabial bölgede üçgen şeklinde cilt adacıkları çıkarılarak alt yanak dokusu orta hatta doğru ilerletilir (Şekil 10a,b) (2,5,22). Yaşlı ve dokuları gevşemiş olan hastalarda iyi sonuç vermeye birlikte çoğu kez onarım sonrası üst dudak, alt dudağın gerginliğine bağlı olarak öne doğru çıkar. Ayrıca onarımı sağlamak üzere bol miktarda sağlam dokunun çıkarılma zorunluluğu vardır (22).



Şekil 10a,b: Webster-Bernard yöntemi

Fujimori “Gate flaps” yöntemi

Bu yöntem total alt dudak kayıplarının rekonstrüksiyonu için uygun bir yöntemdir. Her iki nazolabial bölgeden fasial arterleri içeren tam kat ada flepleri (Gate flaps) hazırlanarak alt dudak onarımı sağlanır (Şekil 11a,b). Fleplerin mukozal yüzeyi daha geniş hazırlanır ve mukozal fazlalık vermilion oluşturulmasında kullanılır. Çoğu kez “Z plasti” ya da flep dolgunluğunu azaltmaya yönelik revizyon ameliyatları gibi ikinci bir girişim gerekir (5).



Şekil 11a,b: Fujimori yöntemi

Uzak ve serbest flepler

Dudak ile birlikte oral komissürler, yanak ve çene gibi dokuları kapsayan daha geniş rezeksiyonların rekonstrüksiyonu için deltopektoral flep (1,2,5,29), pektoralis major kas-deri flebi (1,29) ve platisma kas-deri flebi (35) gibi yöntemler uygulanabilir. Dorsalis pedis flebi, radial ön kol flebi gibi serbest flep uygulamaları da son yıllarda yaygınlaşmaya başlamıştır (2,25-28). Serbest flepler özellikle kıl içermeyen bölgelerden hazırlanabilmesi nedeniyle tercih edilmektedirler (25). Ayrıca radial ön kol flebi ile yapılan onarımlarda palmaris longus kas ve tendonu da kullanılarak dudakın sarkmasını önleyecek bir destek de oluşturulabilmektedir (27). Uzak flepler ile rekonstrüksiyonu yapılmış dudak, çoğu kez immobil ve duyusu olmayan bir dokudur. Bu doku, dinamik bir doku olmaktan çok bir set olarak işlev görmektedir (2).

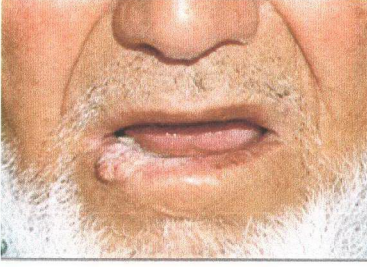
YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu çalışma 1993-1999 tarihleri arasında alt dudak kanseri tanısı ile kliniğimizde cerrahi olarak tedavi edilen 78 olguyu içermektedir. Hastalar alt dudaklarında iyileşmeyen yara şikayeti ile müracaat ettiklerinde ayrıntılı bir anamnez alındı, fizik muayeneleri yapıldı ve biyopsi yapılarak histopatolojik tanıları kondu. Histopatolojik tanıları dudak kanseri olan hastalar çalışmaya alındı. Hastalar, “American Joint Committee on Cancer” tarafından önerilen evrelendirme sistemine göre gruplandırıldılar. Ameliyatlar, tümörün ve yapılacak girişimin büyüklüğü göz önüne alınarak genel ya da lokal anestezi altında planlandı. Genel anestezi altında ameliyat planlanan hastalarda ameliyat öncesi tam kan sayımı, biyokimyasal kan analizi, elektrokardiografi ve akciğer grafisi gibi rutin tetkikleri yapıldı. Lokal anestezi altında ameliyat planlanan hastalarda tam kan sayımı, kanama ve pıhtılaşma zamanı ölçümleri yapıldı. Tetkikler sonucu ameliyata engel bir durum görülmediğinde hastaların ameliyat öncesi hazırlıkları yapıldı. Erkek hastaların ameliyattan önceki gece sakal tıraşı olmaları sağlandı. Hastalar ameliyata alındığında girişime başlamadan önce ameliyat sahası temizlendi, tümörün ve endürasyon sınırlarının çevresinde 10-15 mm sağlam doku bırakılarak rezeksiyon sınırları işaretlendi. Lokal anestezi ile ameliyatı planlanan hastalarda lokal anestetik olarak %2 lignocain + %0.0012 epinefrin (Jetokain® ampul) kullanılarak her iki mental sinire ve çevre yumuşak dokulara enjeksiyon yapıldı. Rezeksiyon, planlanan rekonstrüksiyon yöntemi ile uyumlu olacak şekilde yapıldı. Rezeksiyon sonrası çıkarılan piyesin cerrahi sınırları “frozen” yapılarak değerlendirildi. Alt dudakta tümörün çevresindeki vermilion üzerinde dejeneratif değişiklikler gözlemlendiğinde bu alana vermilionektomi de yapılarak tümörle birlikte tek parça halinde çıkarıldı. Onarım yönteminin seçiminde doku kaybının genişliği ve dudak üzerindeki konumu dikkate alındı. Rezeksiyon sonucu oluşan defektlerin rekonstrüksiyonunda primer onarım (Şekil 12), Estlander yöntemi (Şekil 13), Karapandzic yöntemi (Şekil 14), Johanson step plasti yöntemi (Şekil 15), McGregor yöntemi (Şekil 16,17), Brusati tarafından tanımlanan yanak ilerletme flebi (36), pektoralis majör kas- deri flebi teknikleri ve bazı hastalarda bu tekniklerin ikili kombinasyonları kullanıldı. Klinik olarak ele gelen lenf nodu saptanan hastalarda tümör rezeksiyonu ile birlikte radikal boyun diseksiyonu, klinik olarak ele gelen lenf nodu olmayıp, ancak tümör çapı 3 cm den büyük olan 1 hastamızda suprahyoid boyun diseksiyonu uygulandı. Ameliyattan sonra hastalara 2 gün süre ile antibiyotik

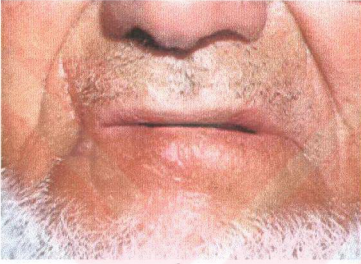
profilaksisi ve 1 hafta süre ile antiseptik solüsyonlar ile ağız gargarası uygulandı, 4-5 gün süre ile sıvı ve yumuşak gıdalar verildi. Ameliyat sonrası günlük yara temizliği yapıldı, sütürler ameliyattan 6-8 gün sonra alındı. Hastalar ameliyattan sonra 4 ay-64 ay (ortalama: 28.53 ay) takip edildiler. Takipleri sırasında tümör nüksü ve dudak işlevleri yönünden değerlendirildiler.



Şekil 12: (a) 34 yaşındaki hastanın ameliyat öncesi görünümü, (b) Vermillionektomi ile birlikte "V" rezeksiyon ve primer onarım uygulanan hastanın ameliyattan 3 ay sonraki görünümü, (c) Orbikülaris oris kasının devamlılığı sağlanarak kazanılan sfinkterik işlev.



a

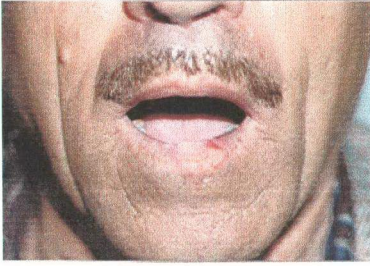


b

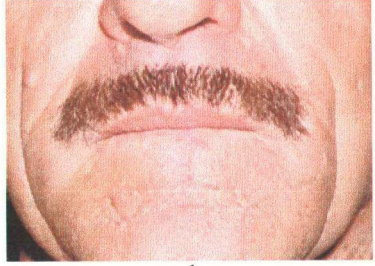


c

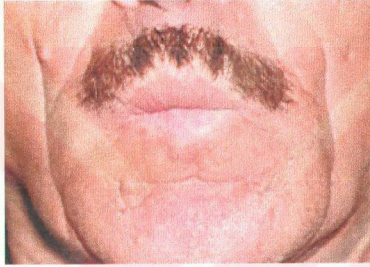
Şekil 13: (a) 72 yaşındaki hastanın ameliyat öncesi görünümü, (b) Vermillionektomi ile birlikte Estlander yöntemi uygulanan hastanın ameliyattan 3 ay sonraki görünümü, (c) Orbikülaris oris kasının devamlılığı sağlanarak kazanılan sfinkterik işlev.



a

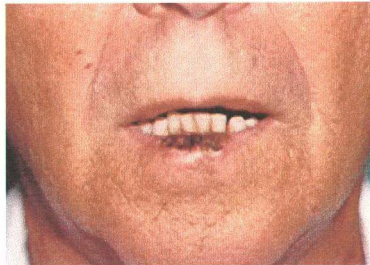


b

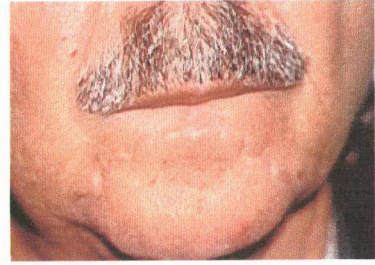


c

Şekil 14: (a) 53 yaşındaki hastanın ameliyat öncesi görünümü, (b) Tümör rezeksiyonu ile birlikte iki taraflı Karapandzic yöntemi uygulanan hastanın ameliyattan 1.5 yıl sonraki minimal skar ile iyileşmiş görünümü, (c) Orbikülaris oris kasının devamlılığı sağlanarak kazanılan sfinkterik işlev.

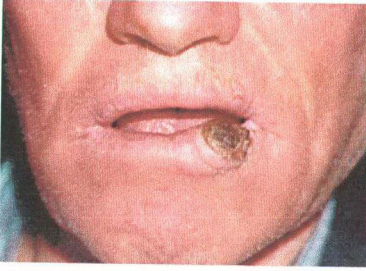


a

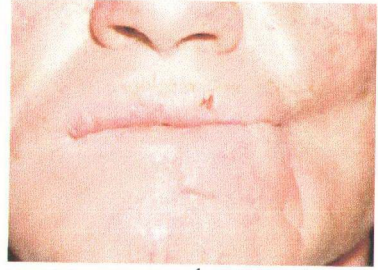


b

Şekil 15: (a) 50 yaşındaki hastanın ameliyat öncesi görünümü, (b) Tümör rezeksiyonu ile birlikte Johanson yöntemi uygulanan hastanın ameliyattan 1 yıl sonraki hafif belirgin olan basamak şeklindeki skar ile iyileşmiş görünümü.



a

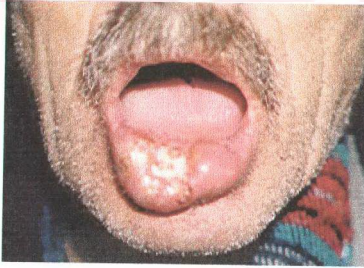


b

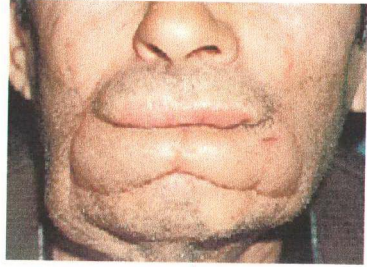


c

Şekil 16: (a) 67 yaşındaki hastanın ameliyat öncesi görünümü, (b) Tümör rezeksiyonu sonrası tek taraflı McGreggor yöntemi uygulanan hastanın ameliyattan 1 yıl sonra hafif belirgin skar ile iyileşmiş görünümü, (c) Orbikularis oris kası kasıldığında flep kasılmaya tam olarak iştirak etmemektedir.



a

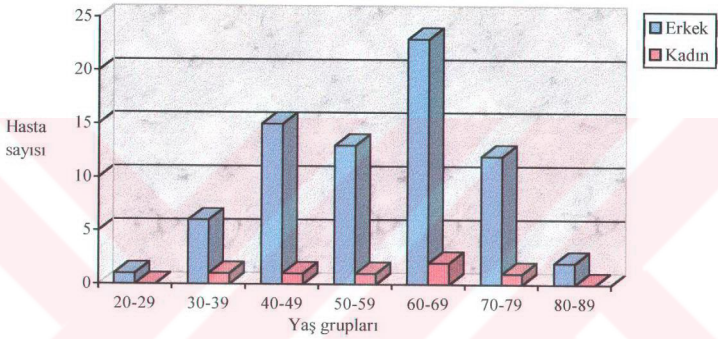


b

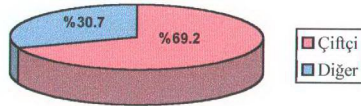
Şekil 17: (a) Alt dudağın tamamının tutulduğu 71 yaşındaki olgu, (b) Tümör rezeksiyonundan sonra bilateral McGreggor yöntemi ile onarımından 6 ay sonraki görünümü.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 78 hastanın 72'si erkek (%92.3), 6'sı kadın (%7.6) olup yaşları 23 ile 84 arasında değişmekteydi (ortalama: 57.53) (Şekil 18). Hastaların 54'ü (%69.2) çiftçilikle uğraşmakta olup (Şekil 19), 62'sinde (%79.4) sigara kullanım öyküsü mevcuttu (Şekil 20).

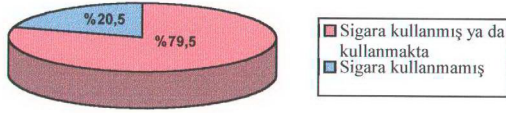


Şekil 18: Hastaların yaş ve cinsiyetlerine göre dağılımı



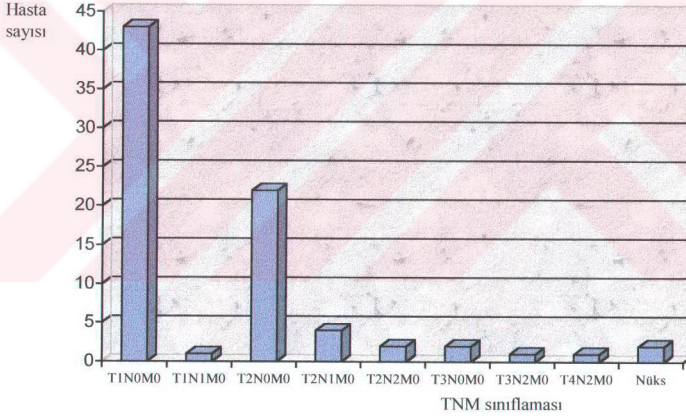
Diğer meslek grubunda esnaf, memurlar, emekliler ve ev hanımları yer almaktadır.

Şekil 19: Hastaların mesleklerine göre dağılımı

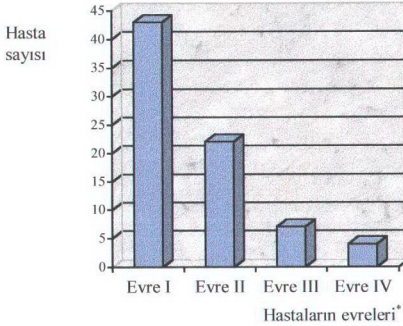


Şekil 20: Hastaların sigara kullanım öykülerine göre dağılımı

Alt dudakta saptanan tümörlerin ortalama çapı 1.8 cm idi. 2 olguda (%2.5) alt dudaktaki tümörün oral komissürleri de tuttuğu saptandı. 78 hastanın 9'unda (%11.5) klinik olarak ele gelen lenf nodu tutulumu saptandı. TNM sınıflamasına göre 43 hastada (%55.1) evre I, 22 hastada (%28.2) evre II, 7 hastada (%8.9) evre III, 4 hastada (%5.1) evre IV döneminde tümör saptandı ve 2 hasta (%2.5) nüks tümör ile başvurdu (Şekil 21,22).



Şekil 21: Hastaların TNM sınıflamasına göre dağılımı



*Nüks ile başvuran hastalar, primer tümörleri değerlendirilememiş olduğu için evrelemedinin dışında tutulmuşlardır.

Şekil 22: Tümörlerin evrelere göre dağılımı

Hastaların tümünde tümörler cerrahi olarak çıkarılmıştır. Tümörlerin çapı, yayılımı ve dudak üzerindeki yerleşimlerine göre farklı girişimler uygulanmıştır. 25 hastada (%32.0) “V” eksizyon sonrası primer sütür, 27 hastada (%34.6) eksizyon sonrası Karapandzic yöntemi ile rekonstrüksiyon, 13 hastada (%16.6) eksizyon sonrası McGregor yöntemi ile rekonstrüksiyon, 6 hastada (%7.6) eksizyon sonrası McGregor ve Karapandzic yöntemlerinin kombinasyonu, 4 hastada (%5.1) “V” eksizyon sonrası Estlander yöntemi ile rekonstrüksiyon, 1 hastada (%1.2) eksizyon sonrası Johanson yöntemi ile rekonstrüksiyon, 1 hastada (%1.2) eksizyon sonrası McGregor yöntemi ile yanak ilerletme flebi kombinasyonu, 1 hastada (%1.2) eksizyon sonrası pektoralis major kas-deri flebi ile rekonstrüksiyon uygulanmıştır (Tablo II). Tümör ile birlikte alt dudaklarında dejeneratif değişiklikler gösteren 9 hastada (%11.5) vermilionektomi ve klinik olarak ele gelen lenf nodu tutulumu saptanan 9 hastada (%11.5) radikal boyun diseksiyonu, 1 hastada (%1.2) suprahoid boyun diseksiyonu uygulanmıştır. Boyun diseksiyonu uygulanan 10 hastanın 5’inde histolojik olarak lenfatik tutulum, diğerlerinde lenfatik reaktif hiperplazi saptandı.

Tablo II: Uygulanan cerrahi tedavi yöntemlerinin dağılımı

Primer Cerrahi Girişim	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
“V” eksizyon + Primer sütür	25	32.0
Eksizyon + Karapandzic yöntemi ile rekonstrüksiyon	27	34.6
Eksizyon + McGregor yöntemi ile rekonstrüksiyon	13	16.6
Eksizyon + Karapandzic ile McGregor yöntemlerinin kombinasyonu	7	7.6
Eksizyon + Estlander yöntemi ile rekonstrüksiyon	4	5.1
Eksizyon + Johanson yöntemi ile rekonstrüksiyon	1	1.2
Eksizyon + McGregor yöntemi ile yanak ilerletme flebi kombinasyonu	1	1.2
Eksizyon + Pektoralis major kas-deri flebi ile rekonstrüksiyon	1	1.2
Vermillionektomi	9	11.5
Radikal boyun diseksiyonu	9	11.5
Suprahoid boyun diseksiyonu	1	1.2

Rezeksiyonu yapılan tümörlerin yapılan histopatolojik incelemesinin sonunda tümü skuamöz hücreli karsinom olup, 71'i (%91.0) iyi diferansiye (Grade I), 6'sı (%7.6) orta diferansiye (Grade II), 1'i (%1.2) kötü diferansiye (Grade III) olarak değerlendirildi (Tablo III).

Tablo III: Rezeksiyonu yapılan tümörlerin histopatolojik derecelerine göre dağılımı

Tümörün Histopatolojik Derecesi	Sayı	Yüzde (%)
Grade I	71	91.0
Grade II	6	7.6
Grade III	1	1.2
Grade IV	0	0

78 hastanın ameliyatından sonra gelişen komplikasyonlar Tablo IV ve V'te gösterilmiştir. 15 hastada gelişen duyu kaybı en sık rastlanan komplikasyon olarak dikkat çekmektedir. Duyu kaybı gelişen 15 hastanın 11'i (%55.0) McGregor yönteminin tek başına ya da kombine olarak uygulandığı hastalarda, 3'ü (%75.0) Estlander yönteminin uygulandığı hastalarda, 1'i pektoralis major kas-deri flebi ile rekonstrüksiyonu yapılan hastada (%100) gelişmiştir. Dudak deformitesi 8 olguda (%10.2) gelişmiş olup, 6'sı McGregor yönteminin uygulandığı hastalarda, biri pektoralis major kas-deri flebi ile rekonstrüksiyonu yapılan hastada, diğeri de McGregor yöntemi ve yanak ilerletme flebinin kombine olarak uygulandığı hastada görülmüştür. Mikrostomi, Karapandzic yöntemi ile onarım yapılan 2 hastada (%7.4) gelişti. Alt dudak ile birlikte komissür tutulumunun da olduğu 2 hastada ameliyattan sonra oral inkontinans gelişmiştir. Bunlardan biri pektoralis major kas-deri flebi ile rekonstrüksiyon yapılan hastada, diğeri ise McGregor yöntemi ve yanak ilerletme flebinin kombine olarak uygulandığı hastada gözlenmiştir. Yara detaşmanı ise yine oral komissür tutulumu olup da McGregor yöntemi ve yanak ilerletme flebinin kombine

olarak uygulandığı hastada gelişmiştir. Bu hastada gelişen oral inkontinansın nedeni de yara detaşmanıdır. Pektoralis major kas-deri flebi ile rekonstrüksiyon yapılan hasta 2 ay sonra tekrar ameliyat edilerek flep revizyonu uygulandı ve alt dudak politetrafluoroetilen (Gore-Tex®) şerit ile her iki malar bölge periostuna asılarak oral kontinansı sağlandı. McGregor ve yanak ilerletme flebinin kombine olarak uygulandığı hastaya daha sonra iki kere komissür revizyonu uygulandı. Komissür revizyonundan sonra hastada orokutan fistül oluştu. Fistül, sternokleidomastoideus kas-deri flebi ile onarıldı. Birincil ameliyatlardan sonra infeksiyon, hematom, apse, orokutan fistül ve hipertrofik nedbe gibi diğer komplikasyonlara rastlanmadı.

Tablo IV: Ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar

Komplikasyon	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Duyu kaybı	15	19.2
Dudak deformitesi	8	10.2
Mikrostomi	2	2.5
Oral inkontinans	2	2.5
Yara detaşmanı	1	1.2

Tablo V: Komplikasyonların yapılan girişimlere göre dağılımı

Cerrahi Girişim	Mikrostomi	Duyu kaybı	Oral inkontinans	Yara detaşmanı	Dudak deformitesi
Karapandzic yöntemi	2				
McGregor yöntemi		11			6
Estlander yöntemi		3			
Johanson yöntemi					
Yanak ilerletme flebi			1	1	1
Pektoralis major kas-deri flebi		1	1		1

Duyu kaybı gelişen 15 hasta bu durumu dudaklarının üşümesi ya da uyuşması şeklinde tanımladılar ve bu durumun kendilerini olumsuz etkilemediğini ifade ettiler. Mikrostomi gelişen 2 hastanın ağızlarının küçülmesinden dolayı herhangi bir şikayetleri olmadı. Her ikisinde de normal bir çorba kaşığını ağızlarından sokabilmeye yetecek ağız açıklığı vardı. Oral inkontinans gelişen 2 hasta istirahat halinde tükürük salgılarının ve beslenmeleri sırasında gıda maddelerinin ağız dışına akmalarından şikayetçi oldular. Diğer hastalarda böyle bir şikayete rastlanmadı. Konuşma bozukluğu, 2'si bilateral McGregor yöntemi ile onarımı yapılan hasta, 1'i McGregor yöntemi ve yanak ilerletme flebinin kombine olarak uygulandığı hasta, diğeri ise pektoralis major kas-deri flebi ile rekonstrüksiyon yapılan hasta olmak üzere dudak deformitesinin geliştiği 4 hastada gözlemlendi. Hastalar konuşmaları sırasında "p, b, v, f" gibi alt dudadığın

yardımı ile çıkarılan sesleri içeren kelimeleri söylemede zorlandıkları belirlendi. Dudak deformitesi gelişen hastalar dışındaki hastaların gün ışığında 3-4 m uzaktan bakıldığında dudaklarının kozmetik olarak kabul edilebilir görünümde olduğu saptandı. Bu hastalarda belirgin skar ve hipertrofik nedbe gözlenmedi.

Ameliyatlardan sonra yapılan 4 ile 64 aylık takiplerde lokal nüks olgusuna rastlanmadı. Ancak 4 olguda (%5.1) bölgesel lenfadenopati gözlemlendi. 42 yaşında orta diferansiye tümörü olan bir hastada ameliyattan 1 yıl sonra sol submandibular bölgede mandibulaya fikse 3 cm çaplı lenfadenopati ortaya çıktı. Hastaya kısmi mandibulektomi ile birlikte radikal boyun diseksiyonu uygulandı. 84 yaşında iyi diferansiye tümörü olan bir hastamızda ameliyattan 4 ay sonra sol submandibular bölgede 2 adet 1 cm çaplı lenfadenopati ortaya çıktı. Hastanın genel durumunun ameliyata uygun olmamasından dolayı tedavisinin devamı için onkoloji merkezine gönderildi ve radyoterapi uygulandı. Nüks tümör ile başvuran 68 yaşında orta diferansiye tümörü olan bir hastamızda ameliyattan 6 ay sonra hastanın sol servikal bölgesinde 4 cm çaplı lenfadenopati ortaya çıktı. Hastanın ailesinin ihmalinden dolayı hasta ameliyat edilemedi ve hasta kaybedildi. 41 yaşında iyi diferansiye tümörü olan bir hastamızda ilk ameliyatında sol submandibular bölgede lenfadenopati olmasından dolayı radikal boyun diseksiyonu da uygulandı. Histopatolojik olarak lenf nodlarında tutulum saptandı. Bu ameliyattan 2 ay sonra sağ servikal bölgede 2 adet 1 cm çaplı lenfadenopati saptanması üzerine sağ radikal boyun diseksiyonu yapıldı. Yapılan ikinci radikal boyun diseksiyonunda lenf nodlarında tümöre rastlanmadı. Histopatolojik olarak lenf nodlarında reaktif hiperplazi saptandı. Hastanın ikinci ameliyatından sonraki 10 aylık takibinde herhangi bir nüks bulgusu saptanmamış olup hasta halen sağlıklı olarak yaşamaktadır.

TARTIŞMA

Alt dudak kanserlerine genellikle yaşamın 6. ve 7. dekadında ve çoğunlukla erkeklerde rastlandığı görülmektedir (1,3,5-8). Bu çalışmada hastaların yaş ve cinsiyetleri incelendiğinde literatür ile uyumlu olarak alt dudak kanserlerine en sık 7. dekatta rastlandığı ve erkek / kadın oranının 12 / 1 olduğu görülmektedir (Şekil 18). Çalışmaya katılan hastaların %69.2'sinin kırsal bölgelerde yaşıyor olup çiftçilikle uğraşması ve yıllarca güneş ışınlarına yoğun olarak maruz kalması güneş ışınlarının, hastaların %79.5'inin sigara kullanmış ya da kullanıyor olması ise sigara kullanımının kanser gelişimindeki etkisini ortaya koymaktadır.

Cerrahi tedavide tümörler en az 10 mm emniyet marjı bırakılarak iki hasta dışında uygulanacak rekonstrüksiyon yöntemine uygun olarak "V" ya da dikdörtgen şeklinde çıkarıldı. Bir hastada sol oral komissür tutulumu, diğerinde ise oral komissür ile birlikte mandibular kemik tutulumu olduğu için bu iki hastada standart şekilde rezeksiyon yapılmadı.

Alt dudaktaki tümör rezeksiyonlarından sonra oluşan yumuşak doku kayıplarının onarımında amaca uygun olarak çeşitli dokulara başvurulur. Dudak rekonstrüksiyonunda kullanılacak doku seçilirken öncelikle doku kaybı olan dudanın sağlam kısımları kullanılır, sağlam kısımlarının yetersiz ya da kullanılması olanaksız olduğu durumlarda diğer dudanın kullanılması, yeterli dudak dokusu olmadığında ise çevre yumuşak dokuların kullanılması gerekir. Çevre yumuşak dokuların da yetersiz olduğu durumlarda uzak fleplere başvurulur (22,32). Bu çalışmaya katılan hastalarda tümör rezeksiyonu sonrası oluşan geniş alt dudak defektlerinin rekonstrüksiyonu için çevre yumuşak dokuların kullanıldığı primer onarım, Estlander yöntemi, Karapandzic yöntemi, Johanson yöntemi, McGregor yöntemi, uzak dokuların kullanıldığı pektoralis major kas-deri flebi, bir olguda oral komissür rekonstrüksiyonu için alt dudak onarımına ek olarak Brusati tarafından tanımlanan (36) yanak ilerletme flebi uygulandı.

Alt dudanın 1/3'ünü aşmayacak defektlerde "V" şeklinde rezeksiyon yapıldı. Oluşan defektin her iki kenarında sağlam dudak dokularının bulunduğu durumlarda primer onarım yöntemi uygulandı. Primer onarım, mukoza, kas tabakası ve deriyi içerecek şekilde ve mukokutan çizginin tam karşılıklı gelmesine dikkat edilerek yapıldı. Bu şekilde orbikülaris oris kasının devamlılığı sağlandı. Primer onarım ile dudak işlevlerinde herhangi bir kayıp gözlenmedi, belirgin olmayan minimal bir skar ile iyileşme sağlandı (Şekil 12). Primer onarım uygulanan hastalarda herhangi bir

komplikasyon gelişmedi. Oluşan kayıp oral komissüre bitişik olup da tek tarafında sağlam dudak dokusu kalan olgularda onarım için Estlander yöntemi uygulandı. Estlander yöntemi uygulandığında orbikülaris oris kasının devamlılığı tekrar sağlandığı için işlevsel bir kayıp gözlenmedi. Onarımın yapıldığı taraftaki oral komissürde hafif yuvarlaklaşma ile birlikte yara kontraksiyonuna bağlı olarak ağız büzüştüğünde flepte hafif bir dolgun görünüm ortaya çıktı (Şekil 13). Estlander yönteminin uygulandığı 4 hastadan 3'ü onarım yapılan dudak kısmında duyu hissinin azaldığını, ancak bu durumun kendilerini rahatsız etmediğini ifade etti. Duyu hissindeki azalma, flebin denerve olmasından dolayı beklenen bir sonuç olarak değerlendirildi.

Alt dudağın 1/3'ünü aşacak defektlerde rezeksiyon dikdörtgen şeklinde yapıldı. Oluşan defektin her iki kenarında sağlam dudak dokusunun bulunduğu durumlarda 1 hastada Johanson yöntemi ve diğer hastalarda Karapandzic yöntemi uygulandı. Oral sfinkter onarımının sağlanmasından dolayı Karapandzic yönteminin uygulandığı hastalarımızda işlevsel bir kayıp gözlenmedi. Belirgin olmayan bir skar ile iyileşme sağlandı (Şekil 14). Johanson yöntemini uyguladığımız hastada alınan işlevsel sonuçlar tatmin edici olup farkedilebilen basamak şeklinde insizyon skarları gözlendi (Şekil 15). Karapandzic yöntemini uyguladığımız 2 hastada ağız işlevlerini kısıtlamayacak derecede mikrostomi gelişti. Mikrostomi gelişen hastalarda tümör rezeksiyonu sonucu oluşan defektler alt dudağın 1/2'sini aşmaktaydı. Mikrostomi, geniş defektlerin onarımının sonucu olarak değerlendirildi. Ancak mikrostomi gelişen hastalarda, hastaların tercihi doğrultusunda komissürotomi uygulanmadı. Oluşan defekt oral komissüre bitişik olup da tek tarafında sağlam dudak dokusu kalan olgularda onarım için McGregor yöntemi uygulandı. McGregor yönteminde orbikülaris oris kasının liflerinin yönlerinde değişim olmasından dolayı hastalar ağızlarını büzüştürdüklerinde flebin bu büzümeye tam olarak iştirak etmediği gözlendi. Ancak ağızın dinamik işlevlerinde şikayet ettirici ölçüde kayıp gözlenmedi (Şekil 16). Dudakta belirgin skar ile birlikte dudak deformitesi, tek taraflı olarak uygulanan 4 hastada gelişti. Bu durum insizyonların iyileşme süreci içinde yara kontraksiyonundan dolayı kısalarak flebin daha şişkin hale gelmesinden kaynaklandı. Tek taraflı olarak uygulanan 9 hastada gelişen duyu kaybı ise flebin denervasyonundan dolayı beklenen bir sonuç olarak değerlendirildi.

Alt dudağın 2/3'ünü aşan kayıplarının onarım yönteminin seçiminde kaybın her iki kenarında sağlam dudak dokusunun kalıp kalmadığı dikkate alındı. Alt dudağın 2/3'ünden fazla kayıp olup da kaybın her iki tarafında da sağlam dudak dokusunun kaldığı hastamız olmadı. Bu büyüklükte defekti olan hastaların tümünde dudağın tek

tarafında sağlam dudak dokusu vardı, rezeksiyon sınırının diğer kenarı ise oral komissüre bitişikti. Bu durumda doku kaybı, rezeksiyon sınırının oral komissüre bitişik olduğu taraftaki 1/2'lik kısmı McGregor yöntemi ile, kenarında sağlam dudak dokusunun kaldığı diğer kısmı ise Karapandzic yöntemi ile uyumlu olarak kalan dudak dokusu orta hatta ilerletilerek onarıldı. İki yöntemin birlikte uygulandığı bu hastalarımızda elde edilen sonuçlar yukarıda her iki yöntemde elde edilen sonuçlar içinde tartışılmıştır.

Evre IV tümörü olan hastaların tümünü tümör rezeksiyonu sonucu total alt dudak kaybı oluşan 4 hasta oluşturmaktadır. Total alt dudak kaybı oluşan 2 hastada McGregor yöntemi bilateral olarak uygulandı. Bu hastaların her ikisinde de ağzın dinamik işlevlerinde belirgin bir kayıp gözlemlendi. Bu durum hastalarda farkedilebilir bir konuşma bozukluğunu da beraberinde getirdi. Buna rağmen flepler ağız salgılarının dışarıya akmasını önleyebilen bir set konumunda olduğu için oral inkontinans gelişmedi. İnsizyon hattındaki yara kontraksiyonuna bağlı olarak flepler şişkin görünümde olup belirgin bir deformite gelişti (Şekil 17). Her iki hastada da flepler denerve olduğu için beklenen bir sonuç olan duyu kaybı gelişti. Tek taraflı oral komissür tutulumunun olduğu total alt dudak kaybı oluşan bir hastada oral komissür yanak ilerletme flebi ile, kalan dudak kaybı ise McGregor yöntemi ile onarıldı. Bu hastada yanak flebinin alt ve üst dudağın vermillion kısmını oluşturan bölümünde yara detaşmanın gelişmesi ve bu kısmın sekonder olarak iyileşmesi o bölgede belirgin bir açıklığa neden oldu. Bu durum oral inkontinans gelişimi ve belirgin bir deformite ile sonuçlandı. Bu hastaya daha sonra iki kere komissür revizyonu uygulandı. Komissür revizyonundan sonra hastada orokutan fistül oluştu. Fistül, sternokleidomastoideus kas-deri flebi ile onarıldı. Tüm alt dudak ve oral komissür ile birlikte mandibula tutulumunun olduğu bir hastada oluşan total alt dudak ve komissür kaybının onarımı için pektoralis major kas-deri flebi uygulandı. Flebin deri adası, kayıp bölgesinin ihtiyacından daha fazla doku içerdiği için belirgin bir dolgunluk ve fazla miktardaki dokunun ağırlığından dolayı aşağı doğru sarkıklık gelişti. Flebin dinamik bir yapı özelliğinde olmaması ağız işlevlerinin önemli ölçüde kaybına neden oldu. Bu durum belirgin bir deformite ile birlikte ağız salgılarının dışarıya akmasına yol açtı. Hastayı bu durumdan kurtarmak üzere 2 ay sonra tekrar ameliyata alındı, flep revizyonu uygulandı ve alt dudak politetrafluoroetilen (Gore-Tex®) şerit ile her iki malar bölge periostuna asılarak oral kontinansı sağlandı. Dudak deformitesinin geliştiği 4 hastanın da onarımları kalan dudak dokusundan olmayıp

onarım için yanak dokusunun ya da uzak dokuların kullanıldığı hastalar olması dikkat çekicidir.

Dudak kanseri olguların tedaviden sonra %5-15’inde dudakta lokal nüks gelişebilmekte olduğu bildirilmiştir (3). Buna rağmen her ne kadar hastaların bir kısmı için takip süresi yetersiz olsa da lokal nüks olgusuna rastlanmadı. Lokal nüks sebeplerinin başında tedavide yetersizlik gelir (3). Lokal nüks olgusuna rastlanmaması tümör rezeksiyonu sırasında tümörün çevresinden en az 10 mm sağlam dokunun çıkarılmasının yeterli olmasından ve cerrahi sınırların “frozen” yapılarak değerlendirilmiş olmasından kaynaklanabilir.

Hastaların yapılan takiplerinde 4 hastada bölgesel lenfadenopati saptandı. Bu hastalardan 2’sine radikal boyun diseksiyonu uygulandı, 1 hastada lenf nodlarında tümör tarafından tutulum, diğer hastada ise reaktif hiperplazi saptandı. Lenfatik tutulumu olan hastada lenf nodları mandibulaya fikse olmuştu ve bu hastada kısmi mandibulektomi de uygulandı. Bu hastadaki tümör orta derecede diferansiye idi, primer tümörün rezeksiyonunun yeterli olduğu düşünülmesine rağmen bölgesel nüksün primer tümör rezeksiyonu sırasında lenfatik mikrometastazların gelişmiş olmasına bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Diğer 2 hastadan biri hastanın genel durumunun uygun olmaması nedeni ile cerrahi olarak tedavi edilemeyip onkoloji merkezine gönderildi, diğeri ise hem lokal hem de bölgesel nüks ile başvuran olguydu. Bu hastada tümör rezeksiyonu ile birlikte radikal boyun diseksiyonu uygulandı. Bu ameliyattan 6 ay sonra boynun diğer tarafında lenfadenopati saptandı ancak hastanın ailesinin ihmali sebebi ile hasta tedavi edilemeyip kaybedildi. Lokal nüks gelişmiş hastalarda ardından servikal lenfatik tutulum gelişme oranı yaklaşık %30’dur (3). Nitekim lokal nüks ile başvuran bu olgumuzda bölgesel lenfatik tutulum da mevcuttu. Lokal nüks ile başvuran diğer olguda ise nüks bölgesi rezeke edildi ve takiplerinde yeni bir lokal ya da bölgesel nüks gelişmedi. Lenf nodlarında tutulumu olan olgularda 5 yıllık yaşam oranı ortalama %50’ye düşmektedir (1,3,7,9,13). %50’nin altındaki tedavi oranları tümör çapının büyük ve tümörün çevre kasları, kemik yapıları tuttuğu olgularda ya da metastatik lenf nodlarının derin dokulara yapışık olduğu durumlarda beklenir (1,3). Hastaların başvuru anında 10 hastada, takipleri sırasında 4 hastada lenfadenopati saptandı. Takipleri sırasında lenfadenopati saptanan 4 hastadan 2’sinde başvuru anında da lenfadenopatisi vardı. Toplam 10 hastada 12 boyun diseksiyonu uygulandı. Birincil girişim sırasında boyun diseksiyonu uygulanan 10 hastadan 5’inde, takip döneminde radikal boyun diseksiyonu uygulanan 2 hastadan 1’inde histolojik lenf nodu tutulumu saptandı. Boyun

diseksiyonu uygulanan 10 hastanın 6'sında lenf nodlarında tutulum saptandı, bu 6 hastanın 1'i kaybedildi. Ayrıca 2 hasta takip döneminde servikal lenfadenopati saptandığı halde ameliyat edilemedi ve kısa bir sürede her iki hasta da kaybedildi.

SONUÇ

Alt dudak kanserlerinin tedavisinde, uygulamanın hızlılığı, cerrahi sınırların ve tümörün tamamının histolojik derecesinin değerlendirilebilmesi, daha iyi işlevsel ve kozmetik sonuç elde edilebilmesi gibi avantajlarından dolayı tercih edilmesi gereken tedavi metodu cerrahidir.

Evre I ve II gibi tümör çapının küçük olduğu ve lenfatik tutulumun olmadığı erken evrelerde yapılan cerrahi girişimler daha basittir. Küçük çaplı tümörlerin rezeksiyonundan sonra geride kalan sağlam dudak dokularının kullanılması ile yapılan onarımlar ile dudak işlevlerinde hiçbir kayıp oluşmamaktadır ve son derece iyi kozmetik sonuçlar elde edilmektedir. Küçük ve orta büyüklükteki doku kayıplarının onarımı için primer onarım ve Karapandzic yöntemi ideal yöntemlerdir.

Daha ileri evrelerde büyük çaplı tümörlerin rezeksiyonu sonucu oluşan geniş doku kayıplarının onarımı için yanak gibi çevre yumuşak dokuların, hatta bazen uzak dokuların kullanımı gerekmektedir. Dudağın kendi dokularının kullanılmadığı durumlarda dudak işlevlerinde önemli derecede kayıplar olabilmekte iyi bir kozmetik sonuç elde edilememektedir.

Sonuç olarak rekonstrüksiyonda amaç, doku kaybını mümkün olduğunca dudağın kendi dokuları ile onararak işlevlerin devamını sağlamaktır. En az şekil bozukluğu ve skar elde etmek ise hastanın ameliyat sonrası sosyal hayatında önemli rol oynamaktadır.

ÖZET

Bu çalışmada alt dudak kanserlerinin cerrahi tedavisi ve rekonstrüksiyon yöntemleri değerlendirildi. Bu çalışmaya 1993-1999 tarihleri arasında alt dudak kanseri tanısı ile kliniğimizde cerrahi olarak tedavi edilen 78 hasta katılmıştır. Çalışmaya katılan 78 hastanın 72'si erkek, 6'sı kadın olup yaşları 23 ile 84 arasında değişmekteydi. Hastalar tedavi olmak üzere başvurdıklarında biyopsi yapılarak histopatolojik tanıları kondu. Hastalar, "American Joint Committee on Cancer" tarafından önerilen evrelendirme sistemine göre gruplandırıldılar. Tüm hastalara cerrahi olarak tümör rezeksiyonu uygulandı. Rezeksiyon sonucu oluşan defektlerin onarımında primer onarım, Estlander yöntemi, Karapandzic yöntemi, Johanson yöntemi, McGregor yöntemi, pektoralis major kas-deri flebi uygulandı. Oluşan defektlerin yerine ve genişliklerine göre uygulanabilecek onarım yöntemleri incelendi ve birbirleriyle karşılaştırıldı. İşlevsel ve kozmetik olarak en iyi sonuçlar sağlam kalan dudak dokularının kullanıldığı onarım yöntemlerinde alındı. Hastalar ameliyattan sonra 4-64 ay arasında takip edildi. Takiplerde lokal nüks olgusuna rastlanmadı. 4 hastada bölgesel lenfadenopati gelişti. Bu hastalardan 2'sine radikal boyun diseksiyonu uygulandı, diğer 2'si ameliyat edilemedi. Radikal boyun diseksiyonu uygulanan hastalardan birinde reaktif hiperplazi saptandı, diğerinde tümöral tutulum saptandı. Tümöral tutulum olan hasta ve diğer ameliyat edilemeyen 2 hasta kaybedildi.

Evre I ve II gibi tümör çapının küçük olduğu ve lenfatik tutulumun olmadığı erken evrelerde tanı konduğunda prognoz daha iyidir, ayrıca yapılan cerrahi girişimler daha basittir. Küçük çaplı tümörlerin rezeksiyonundan sonra geride kalan sağlam dudak dokularının kullanılması ile yapılan onarımlar ile dudak işlevlerinde hiçbir kayıp oluşmamaktadır ve son derece iyi kozmetik sonuçlar elde edilmektedir.

SUMMARY

Surgical management of the lower lip cancer and reconstruction methods were evaluated in this study. This study includes 78 cases which were treated for lower lip cancer in our clinic between 1993-1999. Of the 78 patient 72 were male, 6 were female and their age ranged between 23 and 84. Biopsy was performed in all patients at the admission and diagnosis was confirmed. Patients were classified in accordance with classification system which recommended by "American Joint Committee on Cancer". Tumors were resected surgically in all patients. Defects resulted from resection were repaired by primary closure, Estlander method, Karapandzic method, Johanson method, McGregor method and pectoralis major myocutaneous flap. Applicable methods according to localisation and size of the defect were evaluated and compared each other. Best functional and cosmetic results were obtained by methods which remainder intact lip tissues were used for reconstruction. Patients were followed up 4-64 months. No local recurrence was observed. Regional palpable lymph node were observed in 4 patients. Radical neck dissection was performed in 2 of these patients, other 2 patients could not be operated. Tumoral involvement was determined in 1 case, reactive hyperplasia was determined in 1 case which performed radical neck dissection. The patient which has tumoral involvement and the patients which could not be operated died.

Surgical procedures in which early stages such as Stage I and II that tumor size is small and lymphatic involvement is not present are simpler and also prognosis is better when diagnosed in these stages. No functional loss has been observed by methods which remainder intact lip tissues were used for reconstruction and extremely good cosmetic results have been obtained by these methods.

KAYNAKLAR

1. Baker SR: Malignancy of the lip. In Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL. (Eds) Otolaryngology Vol. 3, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1991: ch.16, 2021-2039
2. Zide BM, Stile FL: Reconstructive surgery of the lips. In Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM. (Eds) Grabb and Smith's Plastic Surgery. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997: ch. 42, 483-500
3. Zitsch RP: Carcinoma of the lip. Otolaryngologic Clinics of North America 1993; 26: 265-277
4. Williams PL, Warwick R, Dyson M, Bannister LH: Gray's Anatomy. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1989: 575-580
5. Zide BM: Deformities of the lips and cheeks. In McCarthy JG (Ed) Plastic Surgery Vol.3. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990: ch.38, 2009-2027
6. Syrjänen K, Nuutinen J, Kärjä J: Tumor differentiation and tumor-host interactions as prognostic determinants in squamous cell carcinoma of the lip. Acta Otolaryngol 1986; 101: 152-160
7. Lee KJ: Essential Otolaryngology. 6th ed. Norwalk: Appleton&Lange, 1995: 543-544
8. Frierson HF, Cooper PH: Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the lower lip. Human Pathology 1986; 17: 346-354
9. Langdon JD, Ord RA: The surgical management of lip cancer. J Cranio-Max-Fac Surg 1987; 15: 281-287
10. Luce EA: Carcinoma of the lower lip. Surgical Clinics of North America 1986; 66: 3-11

11. Teichgraeber JF, Larson DL: Some oncologic considerations in the treatment of lip cancer. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 1988; 99: 589-592
12. Manganaro AM, Will MJ, Poulos E: Actinic cheilitis: a premalignant condition. *Gen Dent* 1997; 45: 492-494
13. Cruse CW, Radocha RF: Squamous cell carcinoma of the lip. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1987; 80: 787-791
14. McKee PH: *Pathology of the Skin*. London: Mosby-Wolfe, 1996: 14.14-14.22
15. Kroll SS: Staged sequential flap reconstruction for large lower lip defects. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1991; 88: 620-625
16. Stranc MF: Reconstruction of the lips. In Cohen M (Ed) *Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol.2, 1st ed. Boston: Little, Brown and Company, 1994: ch. 63, 906-919
17. Calhoun KH: Reconstruction of small and medium sized defects of the lower lip. *American Journal of Otolaryngology* 1992; 13: 16-22
18. Oymak MO: Orta dereceli alt dudak defektlerinin msklo-ktan fleplerle rekonstrüksiyonu üzerine bir alışma. *Uzmanlık tezi* . İstanbul – 1985
19. Bayramili M, Numanođlu A, Tezel E: The mental V-Y advancement flap in functional lower lip reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1997; 100: 1682-1690
20. Williams EF, Setzen G, Mulvaney MJ: Modified Bernard-Burow cheek advancement and cross-lip flap for total lip reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 122: 1253-1258
21. Siegert R, Weerda H: The history of lip reconstruction. *Facial Plastic Surgery* 1990; 7: 63-71

22. Kayıkçıoğlu A, Mavili ME, Moray G: Dudak defektlerinin rekonstrüksiyonu. Cerrahi Tıp Bülteni 1993; 2: 173-180
23. Konstantinović VS: Refinement of the Fries and Webster modifications of the Bernard repair of the lower lip. British Journal of Plastic Surgery 1996; 49: 462-465
24. Kuttenger JJ, Hardt N: Results of a modified staircase technique for reconstruction of the lower lip. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery 1997; 25: 239-244
25. Freedman AM, Hidalgo DA: Full-thickness cheek and lip reconstruction with the radial forearm free flap. Annals of Plastic Surgery 1990; 25: 287-294
26. Furuta S, Hataya Y, Watanabe T, Yuzuriha S: Vermillionplasty using medical tattooing after radial forearm flap reconstruction of the lower lip. British Journal of Plastic Surgery 1994; 47: 422-424
27. Serletti JM, Tavin E, Moran SL, Coniglio JU: Total lower lip reconstruction with a sensate composite radial forearm-palmaris longus free flap and a tongue flap. Plastic and Reconstructive Surgery 1997; 99: 559-561
28. Kushima H, Iwasawa M, Kiyono M, Ohtsuka Y, Hataya Y: Functional reconstruction of total lower lip defects with a radial forearm free flap combined with a depressor anguli oris muscle transfer. Annals of Plastic Surgery 1997; 39: 182-185
29. Renner GJ, Zitsch RP: Reconstruction of the lip. Otolaryngologic Clinics of North America 1990; 23: 975-990
30. Ono I, Gunji H, Tateshita T, Sanbe N: Reconstruction of defects of the entire vermilion with a buccal musculomucosal flap following resection of malignant tumors of the lower lip. Plastic and Reconstructive Surgery 1997; 100: 422-430

31. Tobin GR, O'Daniel TG: Lip reconstruction with motor and sensory innervated composite flaps. Clinics in Plastic Surgery 1990; 17: 623-632
32. Abulafia AJ, Edilberto L, Fernanda V: Reconstruction of the lower lip and chin with local flaps. Plastic and Reconstructive Surgery 1996; 97: 847-849
33. Hanna DC: Staged sequential flap reconstruction for large lower lip defects (Discussion) Plastic and Reconstructive Surgery 1991; 88: 626-627
34. Hugo N: Basic principles of reconstruction of the lip, oral commissure and cheek. In Georgiade GS, Georgiade NG, Riefkohl R, Barwick WJ (Eds) Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery Vol:1. 2nd ed. Baltimore: Williams&Wilkins, 1992: 527-537
35. Barron JN, Saad MN: Platysma musculocutaneous flap to the lower lip. In Strauch B, Vasconez LU, Hall-Findlay EJ (Eds) Grabb's Encyclopedia of flaps, Vol.1. 2nd ed. Boston: Little, Brown and Company, 1990: 674-675
36. Thomson H: Comissure reconstruction: overview. In Strauch B, Vasconez LU, Hall-Findlay EJ (Eds) Grabb's Encyclopedia of flaps, Vol.1. 2nd ed. Boston: Little, Brown and Company, 1990: 702-709