

T. C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KULAK - BURUN BOĞAZ
ANABİLİM DALI

**YÜZ BÖLGESİNDEKİ DERİ KANSERLERİNDE
CERRAHİ TEDAVİNİN YERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Yaşar ÜNLÜ

KAYSERİ — 1986

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	3
MATERYAL VE METOD	16
BULGULAR	18
TARTIŞMA	29
SONUÇ	45
ÖZET	46
KAYNAKLAR	48
EKLER	53

GİRİŞ

Deri kanserleri, vücutta en fazla görülen kanserlerdir ve % 90'ı baş, boyun bölgesinde bulunur. Güneşe maruz kalan açık tenli kişilerde sık karşılaşırlar ve yaşlandıkça deri kanserine yakalanma ihtimali artar. Kolay görülebilmeleri nedeniyle başlangıç döneminde tespiti ve yapılacak uygun müdahale ile tedavi oranı en yüksek olan kanserlerdir.

Deri kanserlerinin tedavisinde değişik metodlar olmakla birlikte en çok kullanılanlar radyoterapi ve cerrahi eksizyondur.

Son yıllarda başarı oranının daha yüksek olması, tümörün patolojik tipinin ve eksizyon sonucunun bilinmesi, daha iyi estetik görünüm sağlaması gibi sebeplerle cerrahi tedaviye eğilim gittikçe artmaktadır. Birçok yerde dermatologlarla KBB uzmanları birlikte çalışmaktadır.

Yurdumuzda da bilhassa çiftçilerde deri kanseri oldukça sık görülmektedir. Ancak cerrahi tedaviye yeterince önem verilmemesi ve radyoterapi merkezlerinin sadece büyük şehirlerde bulunması sebebiyle hastalar buralara ya hiç gidememekte ya da çok geç dönemde gittikleri için tedavi sonuçları yüz güldürücü olmamaktadır.

Bu amaçla yüz bölgesindeki deri kanserleri ve cerrahi tedavileri üzerinde bir çalışma yapmaya karar verdik.

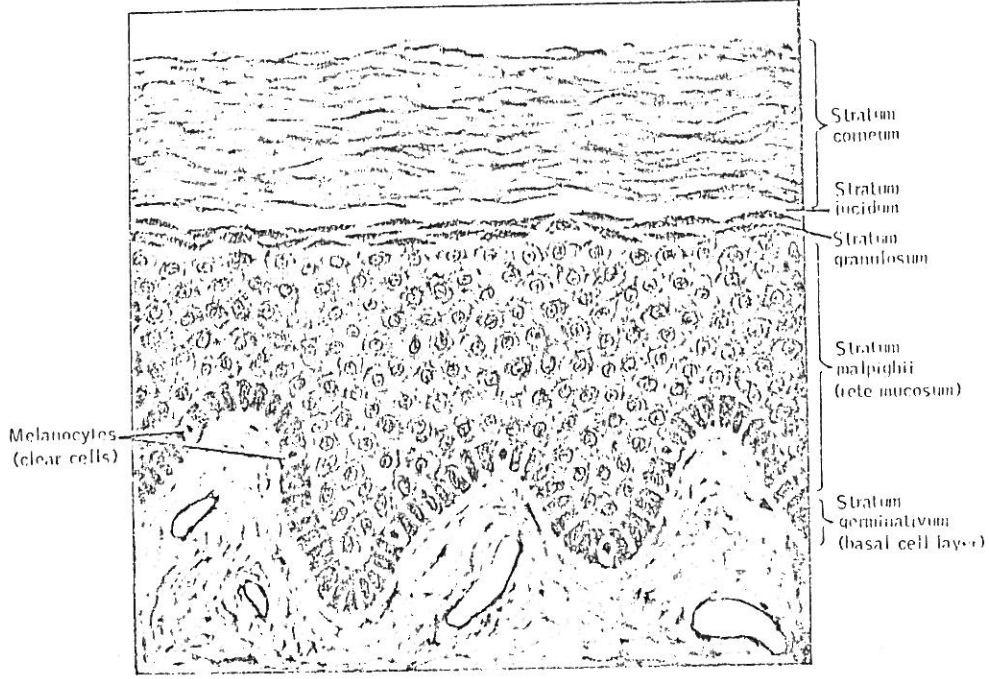
GENEL BİLGİLER

DERİ

Deri, epidermis ve kütis (korium) olmak üzere iki tabakadan meydana gelir. Kütisin altında ise subkutis (tela subcutanea) bulunur. Epidermisin katları Şekil 1'de görülmektedir. Epidermisin bütün katları basal tabakadan meydana gelir.

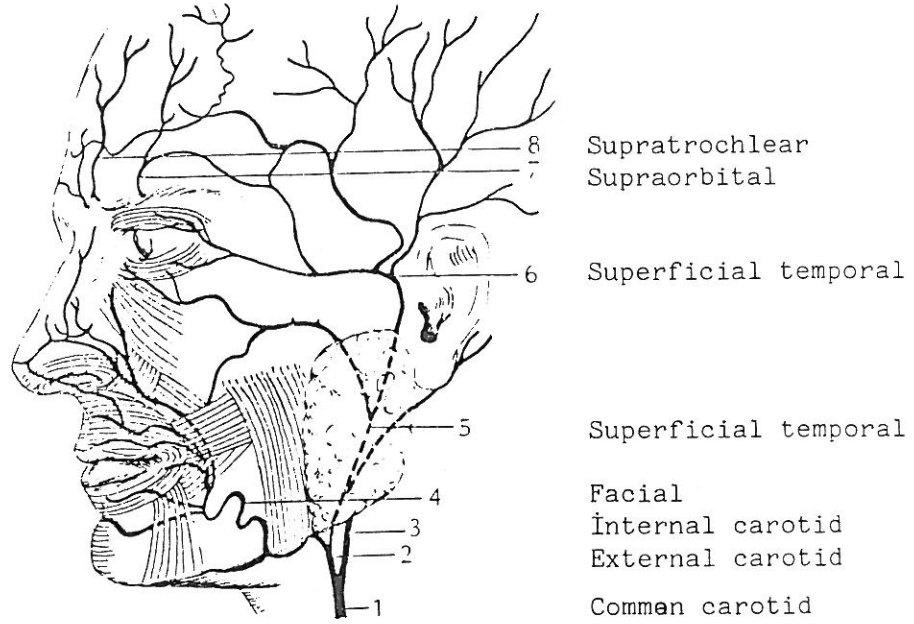
Korium tabakasında kollajen ve elastik lifler ile bunlar arasında damar ve sinir ağları, fibrosit, histiosit, mast hücreleri ve kromatofor hücreler bulunur.

Subkutiste ise deri altı yağ dokusu damar ve sinirler bulunur. Orijinini epidermisten alan ter ve yağ bezleri, kıl ve tırnaklara **derinin ekleri** denir.

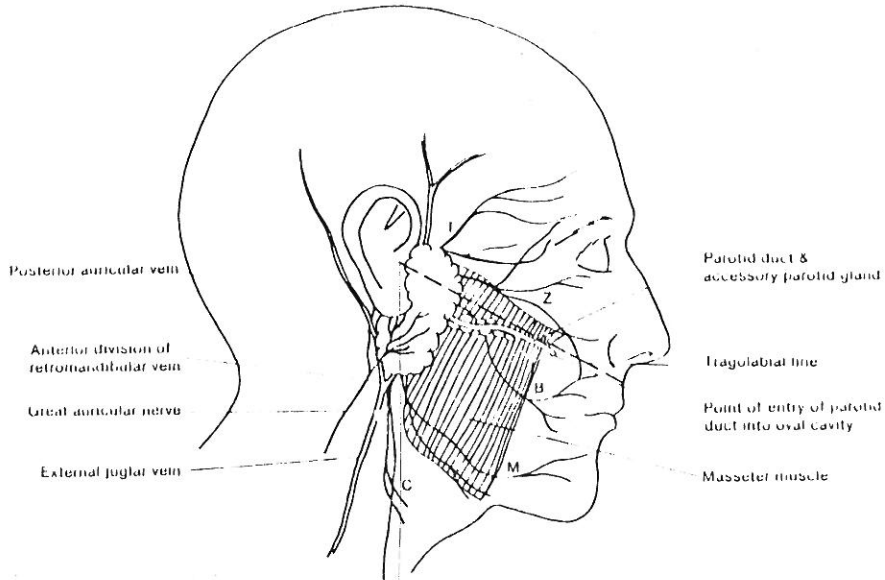


Şekil 1. Epidermisenin Tabakaları (Domonkas'tan)¹².

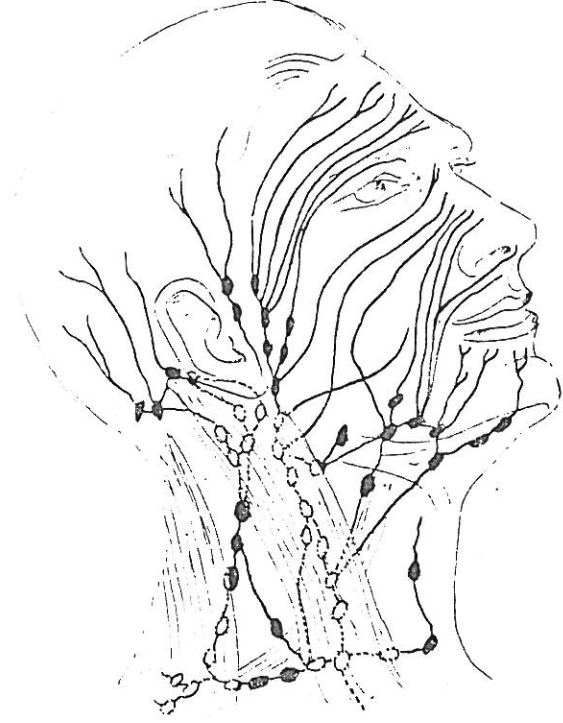
Yüz bölgesindeki arterler, sinirler, lenfatik yollar ve derideki Langer's çizgileri Şekil 2,3,4,5'de görülmektedir.



Şekil 2. Yüzün Arterleri (Lewis'ten) (22).



Şekil 3. Facial Sinirin Dalları (Smith'ten) (39).



Şekil 4. Yüzün Lenfatikleri (Lewis'ten)(22).



Şekil 5. Yüz Çizgileri (Langer's Çizgileri)
(Lewis'ten)(22).

DERİ KANSERLERİ

Başlıca deri kanserleri şunlardır:

Epidermoid Karsinom (Squamous Cell Ca) : Keratinize epitel hücrelerinden çıkan erkeklerde sık bulunan bu kanserin ortalama görüldüğü yaş 60'tır. En önemli dış faktör güneş ışınıdır. Radyoterapi epidermoid Ca meydana getirebilir. Yüzün üst kısmında alt dudak ve el sırtında görülür.

Aktinik keratoz, lökoplaki, Bowen Hastalığı, yanık skarları, kronik granülomlar epidermoid Ca'ya dönebilir. Lokal karsinojenler ve herediter faktörler (açık tenli, mavi gözlü) de karsinom gelişmesinde önemlidir.

Epidermoid karsinomlar lokal olarak invazif ve regional lenf bezlerine metastaz yapma eğilimindedir.

Basal Hücreli Karsinom (Basal Cell Epithelioma, Rodent Ulcer, Keratinize Olmayan Ca, Basiloma): Epidermis veya eklerinden çıkar. Tümör pilosebasöz foliküllerin fazla olduğu yüz gibi bölgelerde sık görülür. Epidermoid Ca'nın aksine genç yetişkinler arasında daha fazla bulunur.

Basal Ca'nın 3 ana klinik şekli vardır:

1. Solid veya Nodüler Tip: Düzgün, yuvarlak sınırlıdır. Kenarları hafif kabarık olup ülserasyon yoktur. Pigmente olmayan nevüs veya epidermoid kist ile karışabilir.

2. Rodent Ülser Tipi: Ortası ülsere, kenarı kabarmak ve endüredir. Derine invaze olur, gayet maligndir.

3. Sikatrize Tip : Ortası sönmüştür, çevresinde aktif alan bulunur ve yayılır. Çayır ateşi görünümündedir. Patologlar tarafından multisentrik tümör olarak tarif edilir (28).

Adneksiyal Karsinom: Ter veya yağ bezlerinden çıkar. Genellikle tektir ve ileri yaşlarda görülür. Yüz ve saçlı deride sıktır. Lezyonların çoğu lokal olarak agresiftir. Regional metastaz ve nüks sık görülür.

Malign Melanom: Deri veya diğer organların melanosit sisteminden çıkar. Tümör güneşe maruz kalan açık tenli kişileri etkiler. Baş, boyun ve alt ekstremitelerde sık görülür. Melanomların % 90'ı mukozal olmayanlardır ve tüm lezyonların % 50'si önceden bulunan nevüsten meydana gelir (23). Lokal invazyonu takiben sıklıkla metastaz yapar. Bu, önce regional lenf bezlerine sonra hematojen yolla akciğer ve karaciğere olur. Beş yıllık yaşam % 70-80 arasındadır.

Melanomla Karışan Lezyonlar ve Ayırıcı Özellikleri (23)

a. Junctional Nevüs: Puberteden önce nadirdir. Genellikle düz, yassı ve kılsızdır. Melanoma dönüşebilir.

b. Hutchinson Çili: Orta yaşlı hastalarda kahverengi makul olarak başlar, melanoma dönüşebilir.

c. Pigmenta Basal Ca: Yavaş büyür, düz mavi-siyah renktedir.

d. Skleroze Hemanjiom: Son derece yavaş büyüyen, yüzeysel, hassas olmayan, sert, kırmızıya yakın lezyonlardır.

e. Seboreik Keratoz: Orta ve ileri yaşlarda görülür.

f. Mavi Nevüs: Sınırları düzenli, kabarık, düz yüzeylidir. Değişme hikayesi yoktur.

g. Compound Nevüs: Junctional nevüsten gelişir. Çocuklardaki pigmente nevüslerin çoğunluğunu oluşturur. Kıl ihtiva edebilir, genellikle kahverengi-siyah renktedir.

Fibrosarkom: Lokal invazyon yapan dermis ve komşu dokulardan çıkan fibroblastik tümördür. Lezyon başlangıçta yavaş büyürken sonra hızı artar. İnfiltratif yapısından dolayı nüks ihtimali yüksektir. Geniş ve derin eksizyon gerekir. Radyoterapiye dirençlidir (36).

Deri Kanserlerinin Tedavi Metodları

Deri kanserlerinin tedavisinde kullanılan çeşitli metodlar vardır. Küretaj ve elektrokoter dermatologlar tarafından yaygın şekilde kullanılmaktadır. Ancak bunlar 0.5 cm'den küçük lezyonlarda uygulanabilir (11).

Radyoterapi: En fazla kullanılanlardan birisidir. Teorik olarak daha iyi kozmetik sonuç meydana getireceği ve geniş cerrahi işlemlere gerek kalmayacağı düşünülürse de

pratikte radyoterapiden sonra geç veya erken deri atrofisi, fibrosis, kıkırdak ve kemik nekrozu gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Radyoterapideki nüks oranı klasik cerrahi eksizyondan daha fazladır ve nüks vakaları genellikle radyoterapiye cevap vermez (9).

Mohs Tekniği (Tespit Edilmiş Doku Tekniği): Doku çinko klorür ile kimyasal olarak tespit edildikten sonra tabakalar halinde yapılan kesitlerde her defasında cerrahi sınırlar mikroskopik olarak incelenir. Böylece klinik olarak belirlenen sınırlar dışındaki tüm kanser hücreleri temizlenmiş olur. Ayrıca kimyasal tespit yapmadan lokal anestezi enjeksiyonundan (taze doku tekniği) sonra mikroskopik kontrolle da eksizyon yapılabilir. Mohs tekniği deri kanserlerinde en yüksek tedavi oranı sağlar (89). 1387 vakalık bir nüks basal karsinom serisinde 5 yıllık tedavi oranı % 96.8, 3299 vakalık epidermoid karsinom serisinde ise 5 yıllık tedavi oranı % 94 olarak bulunmuştur (27). Bu teknik nükseden kanserlerin, morpheaform basal karsinomların tedavisinde bilhassa tercih edilmelidir. Bu teknik özel personel ve alet ister ve eksizyonun yapılması uzun zaman alır.

Klasik Cerrahi Eksizyon: Enfazla kullanılan ve başarı oranı en yüksek olan ikinci metoddur. Çalışmamızda bu metodu kullandık.

Preoperatif Medikasyon

Bu tür müdahaleler dışarıdan gelen hastalarda uyuşukluğa sebep olur. Bundan dolayı gerekli mi yoksa arzuya mı

bağlı olduğu tartışma konusudur. Küçük cerrahi işlemlerde en uygun zaman hastanın görüldüğü andır. Büyük müdahalelerde preoperatif medikasyon gereklidir. Genel olarak 0.4 mg Atropine veya scopolamine vagotonik olarak kullanılır. Müdahaleden 1 saat önce 10-15 mg morphine sulfate veya 100 mg demerol ya da 90-180 mg nembutal verilebilir (14).

Antisepsis

Deriyi tamamen temizlemek imkânsızdır. Ama tam sterilizasyon gerekli değildir. Sabun veya pH iso-hex gibi temizleyici maddeler, % 70'lik alkol kolay bulunur, lezyonu saklamaz ve iyi tolere edilir. Zephiran gibi quartenary ammonium bileşikleri nadiren dermatit yapması nedeniyle çok yaygın kullanılır. Merthiolate ve Metaphen gibi civalı bileşikler hassas kişilerde reaksiyon yaptığı için kullanılmaları sınırlı kalmıştır.

Anestezikler

Bunlar lokal ve genel olmak üzere ikiye ayrılır . Enjeksiyon halinde kullanılan lokal anesteziklerin hepsi % 1-2'lidir. Lidocaine ve mepivacaine gibi lokal anestezikler daha çok tercih edilir. Benzocain ve procain preparatları allerjik komplikasyonlara karşı daha risklidir (31). Anestezik maddeye epinephrine hydrochloride (1/100.000) eklenmesi damarlarda geçici kontraksiyona ve operasyon sahasındaki kanamanın azalmasına sebep olur. Uygulanan anestezik madde miktarı her seansta 30-40 cc'yi geçmemelidir. Yarım saat sonra 5 cc daha yapılabilir. Direkt operasyon sahasına

enjeksiyon tavsiye edilmez. Tümör hücrelerinin yayılmasına sebep olabilir. Ayrıca enjeksiyonun meydana getirdiği ödem ile eksize edilecek dokunun normal yapısı bozulmaz.

Genel anesteziye ise lokal anesteziye göre çalışma alanında kanama daha fazla olur. Kalp ve dolaşım sistemine ait tehlikeler artar. Çok fazla lokal anestezi madde ve geniş eksizyon gerektiren operasyonlarda genel anestezi uygulanır.

İnsizyon ve Suture Teknikleri

İnsizyon cilde dik yapılmalı, subkutan kanayan damarlar tutularak 3/0-5/0 atravmatik katgüt ile bağlanmalı veya koterize edilmelidir. Yabancı cisim granülomlarını önlemek için mümkün olduğu kadar az ve ince katgüt kullanılmalıdır. Deri monofile polyester veya ipekle dikilmelidir. İpek emilmeyen dikişlerden en sık kullanılanıdır. Nylon tamamen inaktif ve inert olma özelliğine sahiptir. Enfekte yaralarda ve ağız içinde idealdir. Multibl düğüm kullanarak suturelerin gevşemesi önlenir. Suturelerde yara kenarlarını çekmek yerine hafifçe karşılıklı biraraya getirmek daha iyidir. Dudaklarda ve göz kapaklarında 5/0-6/0, yüzde 4/0 kullanılır. Dikişlerin erken alınması süpürasyonu önler, daha iyi kozmetik görünüş sağlar. Yüzdeki dikişler 3-4 gün sonra veya en geç 7-8 nci günde alınmalıdır.

Skarı Azaltma

Skar cerrahinin normal sonucudur. Problem, skarın nasıl önleneceği değil, nasıl azaltılacağıdır. Yaranın açıl-

ması, enfeksiyon, keloid halinde skar dokusu fazla gelişir. Yara uygun şekilde desteklenmeli, dikişler çok erken alınmamalı, çok fazla da bırakılmamalıdır. Yabancı cisim reaksiyonu yaparak dokuyu keser. Dikiş izini önlemek için subkutan dikiş atılabilir. Görülen yerlerde iğne giriş, çıkış yerleri yara kenarına 1-2 mm'den daha uzak olmamalıdır (31).

Bilinen keloidlilerde hipertrofik değişiklikler farkedildiği zaman radyoterapi uygulanması faydalıdır. Daha önce dokuya hyaluronidase enjeksiyonu radyoterapinin etkisini artırır. Hydrocortisone enjeksiyonu da hipertrofik skar dokusunu azaltabilir veya önleyebilir (14).

Deri Biyopsisi

2 cm veya daha küçük lezyonlarda total eksizyon yapılmalıdır (23). Daha büyük lezyonlarda ise lezyonun en kalın ve aktif yerinden biyopsi yapılmalıdır. Malign melanomdan şüphe ediliyorsa tümör hücrelerinin kan dolaşımına geçmesini önlemek için biyopsi yapılmamalıdır. Biyopsi ile tümörün yayılması ve derinliği tespit edilemez. Bazı merkezler teşhisten 48 saat sonra müdahale yapılmasını tavsiye eder, fakat birkaç hafta geciktirmenin fazla önemi yoktur(23).

Genel olarak 1-2 aylık konservatif tedaviye cevap vermeyen şüpheli bir lezyon eksize edilmeli ve histolojik olarak incelenmelidir. Böylece muhtemel bir malign lezyonun tespit edilerek büyümesi önlenir, nüks ihtimali azaltılmış olur. Makroskopik olarak lezyonun genişliğini tayin etmek güç ise operasyon esnasında rezeksiyon kenarlarının frozen

kesiti yapılmalı, yetersiz eksizyon halinde derhal sağlam dokuya kadar eksize edilmelidir.

Eksizyon Sonucu Meydana Gelen Defektlerin Kapatılmasında Kullanılan Metodlar

1. Granülasyon İle İyileşme: Genellikle uzar, geniş ve derin defektlerde kontraktür ve deformite meydana getirir.

2. Primer Kapatma: Çok iyi sonuç verir fakat bu teknik geniş defektlerde kullanılamaz.

3. Graft Koyma: Burun ucu ve auricula ön yüzündeki küçük defektleri kapatmak için idealdir. Doku kaybının fazla olduğu defektlerde geç konan greft (eksizyondan yaklaşık olarak 3 hafta sonra) anında konan grefte göre daha fazla doku kalınlığı sağlar(10). Kontraksiyonu önlemek için greft, defekten biraz daha büyük olmalıdır. Split thickness greftlerde fullthickness greftlere göre daha fazla kontraktür gelişir. Split thickness greftler beslenmesi bozuk yüzeylerde daha fazla tutma şansına sahiptir. Graft için en iyi donor alan postauricular ve supraclavicular bölgedir.

4. Flep Çevirme: Deri ve subkutan dokunun yer değiştirmesi gerektiği zaman flep kullanılır. Flep basit veya kemik ve kıkırdağı da ihtiva eden compound şekilde olabilir. Erken veya geç büzülmeye karşı defekten 1/3 daha büyük hazırlanmalıdır. Fleplerin greftlere göre üstünlükleri:

- a. Greftlere göre daha az büzülür,
- b. Kemik ve kıkırdak için üstün koruma sağlar,
- c. Enjeksiyona dirençlidir,
- d. Yeterli doku kalınlığı sağlar,
- e. Pigment değişikliği çok azdır,
- f. Daha iyi kozmetik görünüm sağlar,
- g. Deri ve kıkırdak ile birlikte kompozit olarak

kullanılabilir.

MATERYAL VE METOD

Eylül 1983'den Mart 1986'ya kadar KBB polikliniğine müracaat eden 68 hasta incelenmiştir. Hastalarımızın büyük çoğunluğunu Dermatoloji polikliniğinden gönderilen hastalar oluşturmuştur.

Bu çalışmada hastaların yaşı, cinsiyeti, tümörün lokalizasyonu, büyüklüğü, lenf metastazının olup olmadığı kaydedildi. Deri kanseri düşünülen hastaların fotoğraf ve slideları çektilirdi. Eksize edilen lezyonlar patolojiye gönderilerek histolojik tipleri ve cerrahi sınırların tümör yönünden sağlam olup olmadığı tesbit edildi. Deri kanseri dışındakiler (benign tümörler, prekanseröz lezyonlar) değerlendirilmeden çıkarıldı. Uygulanan rekonstrüksiyon metodu kaydedildi. Postop ilk birkaç gün içinde fotoğrafları çekildi. Üç aylık kontrollere çağrıldı.

Genel anestezi gerektirmeyen hastalara lokal müdahale odasında TA ölçüldükten ve kanama diyatezi yönünden araştırıldıktan sonra zefiran ile lokal saha temizliği yapıldı. Uzun sürecek vakalarda genellikle diazem ile IM olarak hafif sedasyon yapıldı. Lezyon çevresine % 1'lik Lidocain ve 1/100.000 epinefrin ile anestezi yapıldı.

Basal Ca düşünülen vakalar 5-10 mm epidermoid Ca düşünülen vakalar 8-10 mm cerrahi sınırlarda eksize edildi. Vakaların hepsine aynı anda rekonstrüksiyon yapıldı. Bu amaçla primer kapatma, greft ve flepler kullanıldı. Ciltaltı 3/0-4/0 kromik cilt 3/0-5/0 ipekle dikildi. Her hastaya post-operatif dönemde bir hafta süreyle antibiyotik (genellikle penisilin grubu) ve gerekli oldukça kullanmak üzere analjezik verildi. Günlük pansumanları yapıldı.

BULGULAR

Yüz bölgesinde deri kanseri olan 68 hastadaki 72 lezyona müdahale yapıldı (3 hastaya genel anestezi altında, diğerlerine ise lokal anestezi altında eksizyon yapıldı).

Hastaların 36'sı erkek, 32'si kadındı. Basal karsinomlu hastaların yaş ortalamasını 60.08, epidermoid karsinomlu hastaların 62.7, deri kanseri olan tüm hastaların yaş ortalamasını ise 60.19 bulduk. Basal ve epidermoid karsinomların yaş ve cinse göre dağılışı Tablo I'de görülmektedir.

Tablo I. Basal ve Epidermoid Karsinomların Yaş ve Cinse Göre Dağılışı.

		30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Toplam
Ep. Ca	Erkek	-	1	6	3	3	1	14
	Kadın	-	-	2	3	-	2	7
Ba. Ca	Erkek	2	-	5	8	6	1	22
	Kadın	1	4	8	10	2	1	26

Basal karsinomların kadınlarda biraz daha fazla görülmesine karşılık epidermoid karsinomlar erkeklerde iki kat daha fazlaydı. Hem basal hem de epidermoid karsinomların en sık görüldüğü yaş dönemi 5 nci, 6 ncı dekadlardı.

Hastaların 49'u açık tenli (beyaz,sarışın,kumral), 19'u ise esmerdi. Meslek olarak 56'sı çiftçilikle(kadın,erkek) uğraşmaktaydı, 5'i ev hanımı, 3'ü işçi, 2'si memurdu. İşçi ve memur olanlar da genellikle açık havada çalışan kişilerdi.

68 hastadan 7'sinde sadece biyopsi yapıldı. Bu hastalardan 3'ünde morphea tipi basal hücreli karsinom vardı. Lezyonlar yüzde çok yaygın olduğundan cerrahi müdahale yerine radyoterapi tavsiye edildi. Biyopsi yapılan diğer 4 hastada epidermoid karsinom vardı ve cerrahi müdahaleyi kabul etmediler. 61 hastadaki 65 lezyona total eksizyon yapıldı. Bunlardan 8'ine daha önce başka yerlerde küretaj ve ko-terizasyon uygulanmıştı. Patolojik inceleme sonucu 4 hastada hem basal hem epidermoid karsinom (birisi elde),bir hastada fibrosarkom ve basal karsinom,birer hastada malign melanom ve sebaceous karsinom, 13 hastada epidermoid karsinom, kalan 48 hastada ise sadece basal karsinom vardı.Epidermoid karsinomlu hastalardan birisinde kronik lenfoid lösemi vardı.

Tümörlerin yüzdeki anatomik dağılımını incelediğimizde tüm kanserlerin % 53.6'sının, basal karsinomların ise % 71'inin yüzün 1/3 orta bölgesinde bulunduğunu gördük (Tablo II).

Tablo II. Yüzdeki Deri Kanserlerinin Anatomik Dağılışı ve Patolojik Tipleri.

	Basal	%	Epidermoid	Diğerleri	Toplam	%
Nasal Bölge	25	55.5	4	-	29	42.0
Maksiller Bölge	7	15.5	1	-	8	11.6
Frontal Bölge	3	6.7	-	-	3	4.4
Dudak	1	2.2	8	-	9	13.0
Mental Bölge	3	6.7	-	-	3	4.4
Temporozigomatik Bölge	3	6.7	1	-	4	5.8
Auricular Bölge	2	4.4	5	3	10	14.5
Preauricular Bölge	1	2.2	2	-	3	4.4
Yüzde Yaygın Lezyonlar	3					

Burun basal karsinomların yüzde en sık görüldüğü yerdi. Yaygın 3 lezyon hariç 45 basal karsinomun 25'i burun bölgesindeydi. Epidermoid karsinomlarında dudak ve kulaktan sonra en fazla görüldüğü yer burundu ve bu bölgede basal karsinomlar epidermoid karsinomlardan yaklaşık olarak 6 kat daha fazlaydı (iç kantüse yakın lezyonlar da burun bölgesine katılmıştır).

Maksiller bölge basal hücreli karsinomların yüzde ikinci sık görüldüğü yerdi ve 6 basal, 7 epidermoid karsinom vardı. Lezyonların hepsi infraorbital bölge ve nasolabial oluk çevresindeydi. Tek basosquamous olan lezyon da bu bölgedeydi.

Basal hücreli karsinomların histopatolojik alt grupları şöyleydi; Pigmente basal (1), morpheaform basal(3), adenoid basal (3), kistik basal (3), basosquamous(1) diğerleri ise solid basal karsinomlardı.

Lenf metastazı yönünden değerlendirirken dudak ve kulak bölgesi ayrı ayrı incelenmiştir. Bu bölgeler dışında yüzdeki gerek basal, gerekse epidermoid karsinomlarda lenf metastazı yoktu.

Lezyonların eksizyonunda küçük, sınırları düzgün basal karsinomlarda 4-5 mm, ülserle lezyonlarda 7-10 mm, epidermoid karsinomlarda ise 8-10 mm cerrahi sınır kullandık. Total eksizyon yaptığımız 65 lezyonun 7'sinde histopatolojik inceleme sonucu cerrahi sınırlarda tümör olduğu anlaşıldı. Bunların 6'sı basal, birisi epidermoid karsinomdu. Tek basosquamous lezyon da bunlar arasındaydı. Bu vakaların 4'ü burunda, 2'si maksiller bölgede, birisi ise frontal bölgede idi (Tablo III). Basal karsinomların hepsi klinik olarak ülserle şekilde olanlardı.

Tablo III. Yetersiz Eksizyon Yapılan Lezyonlar.

	Basal	Basosquamous	Epidermoid
Burun ala	1 (X = 0.7 cm)		1 (X = 0.7 cm)
Burun apeks	2 (X = 0.6 cm) (X = 0.8 cm)		
Maksiller Bölge	1 (X > 3 cm)	1 (X=1.5 cm)	
Frontal Bölge	1 (X = 2.5 cm)		

Bir vaka hariç hepsinde alt cerrahi sınırdaki tümör olduğu belirtilmişti.

Yetersiz eksizyon yapılan epidermoid karsinomlu hasta 6 ay sonra nüks nedeniyle müracaat etti. Burun kanadındaki ilk müdahaleye ait skar dokusu eksize edilerek de-

fekt yeri orta hat frontal flepi ile kapatıldı. Patolojik inceleme sonucu cerrahi sınırlar sağlam bulundu. İkinci eksizyondan bir yıl sonra yapılan kontrolde normal olduğu görüldü.

Eksizyonun yetersiz olduğu basal karsinomlu 6 hastanın 3'ünün 1 yıllık takip döneminde nüks görülmedi. İki hasta kontrollere gelmemiştir. Bir hastada ise müdahaleden henüz 4 ay geçmiştir. Bu vakada infraorbital bölgedeki lezyon orbita tabanını ve maksiller kemiğin alveoler kısmını infiltre ettiği için yetersiz eksizyon vakaları arasına alınmıştır. Bu hastaya orbita ekzantrasyonu ile birlikte parsiyel maksillektomi yaptık (Vaka 66).

Eksizyon sonucu meydana gelen defektlerin hepsini aynı anda kapattık. Mental, frontal, temporal bölge ve nasolabial oluk yakınındaki defektleri primer olarak kapatırken maksiller (infraorbital) bölgedeki defektlerde kaydırma flepi kullandık.

Burun kanadındaki küçük defektler için nasolabial, daha büyük olanlar için orta hat frontal flepi kullandık. Burun ucundaki küçük lezyonlarda greft, büyüklerde frontal orta hat flepi, burun kökündeki defektleri kapatmak için ise glabellar flep kullandık (Tablo IV).

Tablo IV. Defektlerin Kapatılmasında Kullanılan Metodlar.

	apeks	greft(2), frontal orta hat flepi(2)
Burun	ala	nasolabial flep(9),Frontal orta hat flepi(2),primer(1), greft(1)
	dorsum	primer(2), kaydırma flepi(3) glabellar flep(5)
Maksiller Bölge		Kaydırma flepi(7), rotasyon flepi(1)
Frontal Bölge		Primer(2), rotasyon flepi(1)
Temporozigomatik Bölge		Primer(3)
Mental Bölge		Primer(3)

* Dudak ve kulaktaki defektlerin kapatılması ayrı bölümlerde incelenmiştir.

Frontal orta hat flepi kullandığımız vakalarda 3 hafta sonra flep pedikülünü keserek revizyon yaptık.Nasolabial flep çevirdiğimiz vakalarda flep tabanında nasolabial oluk bozulmaktaydı. Bu hastalara ikinci bir müdahale ile oluşu yeniden yapmayı teklif ettik,ancak hastalar buna gerek görmediler. Burnun kıkırdak bölgesinde defekt olan 3 hastaya postauricular bölgeden alınan greft koyduk.Bunlardan birisinde nekroz gelişti ve daha sonra granülasyon ile iyileşmeye bıraktık. Diğer ikisi ise tuttu.Greft konan vakalardan ikisi eksizyonda alt cerrahi sınırdaki tümör olduğu belirtilen hastalardı.

Auricular ve Periauricular bölgede karsinom olan 12 hastanın 11'i erkek, birisi kadındı. En genci 30,en yaşlısı 82 yaşında olup yaş ortalaması 61.8 idi. Lezyonların yaş ve cinse göre dağılımı Tablo V'de görülmektedir.

Tablo V. Auricular ve Periauricular Karsinomların Yaş ve Cinsine Göre Dağılışı.

Yaş	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
Erkek	-	1	3	2	3	1
Kadın	1	-	-	-	-	-

Auricular ve periauricular bölgedeki lezyonların lokalizasyon ve patolojik tipleri Tablo VI'da görülmektedir.

Tablo VI. Auricular ve Periauricular Karsinomların Lokalizasyon ve Patolojik Tipleri.

Helix	E(1), B(1), MM(1), S.Ca(1)
Scaphoid	F.S.(1)
Posteromedial	E(2)
Preauricular	B(1), E(2)
Lobule	B(1), E(1)
Concha	E(1)

E: Epidermoid Ca B: Basal Cell Ca
 F: Fibrosarcoma MM: Malign Melanoma
 S.Ca: Sebaceous Ca

12 hastadaki 13 karsinomun 7'si epidermoid, 3'ü basal hücreli karsinom, 3'ü de nadir görülen diğer karsinomlardı.

Üç hastada karsinom preauricular bölgedeydi, tragus ve üst helikse doğru yayılıyordu. Bu hastalardan basal karsinomu olana auricula amputasyonu + superficial parotitektomi + mastoidektomi yapıldı. Lenf bezlerindeki büyümenin reaktif olduğu tesbit edildi. Defekt yeri parietal bölgeden çevrilen flep ile kapatıldı. Parietal bölgedeki defekt yeri

ise 2 hafta sonra femoral bölgeden alınan split thickness greft ile kapatıldı.

Dört hastada lezyon heliksteydi. Malign melanom ve sebaceous karsinom bu bölgede bulunmaktaydı. Sadece malign melanom 1.5 cm büyüklüğündeydi. Diğerleri ise 1 cm'den küçüktü. Epidermoid karsinom olan hastada kıkırdağın invave olduğu görüldü. Bu hastada ayrıca servikal lenfadenopati mevcuttu. Boyun diseksiyonu tavsiye ettik ancak kabul etmedi. Diğer 3 hastada ise lenfadenopati yoktu.

Scaphoidte bulunan tek lezyon fibrosarkomdu. Bu hastada diğer auriculada da lezyonlar mevcuttu ve daha önce iki defa kazınmış olduğu öğrenildi. Hastaya auricula amputasyonu yapıldı, üst servikal zincirdeki lenfadenopatiler çıkarıldı. Bunların reaktif olduğu görüldü, ayrıca lobulusta bir basal karsinom tesbit edildi.

Choneal bölgeyi dolduran ve dış kulak yolu arka duvarına kısmen yayılan epidermoid karsinomlu hastanın burunda da kistik basal hücreli karsinom vardı. Sonuç biyopsi ile doğrulandıktan sonra cerrahi müdahale tavsiye edildi, fakat hasta tarafından kabul edilmedi.

Auricula arka yüzünde ve lobulusta bulunan 3 epidermoid karsinomun büyüklüğü 1 cm'den azdı. Posterior yüzdeki lezyonlar 7-8 mm cerrahi sınırlarda eksize edildi. Lobulustakine ise lobulektomi yapıldı. Her üç vakada da lenfadenopati yoktu. Patolojik inceleme sonucu cerrahi sınırlar sağlam bulundu.

Auricula karsinomları ile ilgili bilgiler Tablo VII'de görülmektedir.

Tablo VII. Auricula ve Periauricular Bölgedeki Karsinomlar.

X < 1 cm	Patolojik		Lenfadenopati	Yapılan Müdahale	Cerrahi Sı- nırda Tumor
	Tipi	Lokalizasyonu			
	E	Heliks	+	V eksizyon	-
	B	Heliks	-	V eksizyon	-
	1E,1B	Lobulus	-	Lobulektomi	-
	E	Posterior yüz	-	Eksizyon + postauricular flep	-
	E	Posterior yüz	-	"	-
	S.Ca	Heliks	-	V eksizyon	-
X > 1 cm	MM	Heliks	-	V eksizyon	-
	E	Concha	+	Biyopsi	
X > 3 cm	E	Preauricular	+	Biyopsi	
	E	Preauricular	+	Biyopsi	
	B	Preauricular	+ (Reaktif)	Auricula Amputasyonu	-
	F.S	Scaphoid	+ (Reaktif)	Auricula Amputasyonu	-

Dudak Karsinomları

Dudak kanseri olan 9 hastadan 5'i erkek, 4'ü kadındı. Yaş ortalaması 62.3'tü. Mukozal yüzeyde kanser olan 6 hastadan 4'ü sigara içiyor, ikisi içmiyordu. Lezyon 7 hastada alt, 2 hastada üst dudaktaydı. Üst dudaktaki lezyonların her ikisi de epidermoid karsinomdu ve deri üzerinde bulunuyordu. Bu hastalardan birisinde frontal bölgede basal hücreli karsinom vardı ve aynı hastaya 6 yıl önce burun ka-

nadındaki basal karsinoma nedeniyle bölümümüzde greft konmuştu.

Alt dudaktaki lezyonların 6 tanesi mukozal yüzeydeydi ve hepsi de epidermoid karsinomdu. Alt dudağın deri kısmında bulunan tek lezyon ise basal hücreli karsinomdu. Sadece bir hastada submandibüler lenfadenopati vardı ve bu en büyük lezyondaydı. İnceleme sonucu lenf bezinin reaktif olduğu anlaşıldı.

Lezyonlar 1 cm cerrahi sınırlarda eksize edildi ve hepsinde de cerrahi sınırlar tümör yönünden sağlam bulundu. Beş hastaya V-eksizyon, iki hastaya W-eksizyon yapılarak primer kapatıldı. Bir hastaya Abbe-Estlander tekniği uygulandı. Diğer hastada ise alt dudağın yarısı ile birlikte bir komissur eksize edildikten sonra Bruns tekniği ile nasolabial bölgeden tüm katları içine alan flep çevrilerek yeniden Vermillion hattı yapıldı.

Dudak kanserleri ile ilgili ayrıntılı bilgi Tablo VIII'de görülmektedir.

Tablo VIII. Dudak Kanserleri.

	Yaşı	Cinsi	Y e r i		Büyüklüğü	Lenfadenopati	Patolojik Yapılan		
			Alt	Üst			Tipi	Müdahale	CST
1	73	Erkek	+		2x3.5 cm	+ (reaktif)	Epidermoid	V eksizyon - Suprahyoid diseksiyon	
2	51	Erkek	+		2x1.3 cm	-	Epidermoid	W eksizyon	-
3	82	Erkek	+		2x1.5 cm	-	Epidermoid	V eksizyon	-
4	50	Erkek	+		1.5x1 cm	-	Epidermoid	Abbé-Est - lander T.	-
5	50	Kadın	+		0.5x0.8cm	-	Epidermoid	V rezeksi- yon	-
6	52	Erkek	+		2.5x1.5cm	-	Epidermoid	Bruns Tek.	-
7	68	Kadın	+		0.5x0.5cm	-	Basal	W eksizyon	-
8	55	Kadın		+	0.7x0.8cm	-	Epidermoid	V eksizyon	-
9	80	Kadın		+	0.6x0.5cm	-	Epidermoid	V eksizyon	-

* Lezyon deri üzerinde

CST: Cerrahi sınırdaki tümör Abbé-Estlander T: Abbé-Estlander Tekniği
Bruns T: Bruns Tekniği

TARTIŞMA

Deri kanseri insanlarda en sık görülen malignite çeşitidir ve hastaların yaklaşık olarak % 12'sinde deri kanseri bulunur (3). Baş ve boyun bölgesinde kanser olan 2600 hastada yapılan inceleme sonucunda basal hücreli karsinomun en sık görülen histolojik tip olduğu ve % 69'unu meydana getirdiği gösterilmiştir (3).

Moore (28) ise basal karsinomların % 90'ının yüzde bulunduğunu ve epidermoid karsinomdan 5 kat daha fazla görüldüğünü söylemektedir .

Levine ve Bailin (21) 811 hastanın baş ve boyun bölgesinde 1271 tümör tesbit ettiklerini ve bunların 1159'unun basal, 87'sinin epidermoid, 25'inin ise diğer çeşitli deri kanserleri olduğunu bildirmektedirler.

Biz ise 68 hastada 72 lezyon tesbit ettik. Bunların 48 (% 66.6)'i basal, 21 (% 29.6)'i epidermoid, 3 (% 4.1)' ü ise diğer nadir görülen karsinomlardı.

Shanoff ve arkadaşları(37) 625 hastada 1168 basal karsinom tesbit ettiklerini, bunların sadece 8'inin kadın olduğunu belirtmektedirler.

Sundell ve arkadaşları(41) basal hücreli karsinom olan 109 hastadan 61'inin kadın, 48'inin erkek olduğunu söylemektedirler.

Griffith ve Mc Kinney(16) 375 hastalık basal karsinom serilerinde 178 (% 47.5) erkek, 197 (% 52.5) kadın olduğunu, 40-70 yaşlar arasında fazla bulunduğunu, en sık 6 ncı dekada görüldüğünü ve yaş ortalamasının 59.8 olduğunu bildirmektedirler.

Bostwick ve arkadaşları (7) basal karsinomların erkeklerde hafif daha sık olduğunu ve en sık 6 ncı dekada görüldüğünü belirtmektedirler.

Bizim çalışmamızda ise 48 basal karsinomlu hastanın 22 (% 46.6)'si erkek, 26 (% 53.4)'sı kadındı. 50-70 yaşlar arasında sık olup 6 ncı dekada en fazlaydı ve hastaların yaş ortalaması 60.08 idi.

Bu sonuçlar Griffith ve Mc Kinney'in çalışmasına oldukça yakındır.

Basal karsinomların anatomik dağılımı Sundell ve arkadaşları (41)'nin çalışmasında, frontal bölgede 6, kulak-

ta 6, alt ve üst göz kapağında 15, burunda 31, yanakta 21 , dudakta 12, boyunda 6, göğüs ve ekstremitelerde ise 12 tane dir.

Griffith ve Mc Kinney (16) ise 375 hastadaki 634 basal karsinomun 571 (% 91)'inin baş ve boyunda olduğunu ve frontal bölge ve kaşta 133 (% 21), saçlı deri ve temporal bölgede 43 (% 6.8), göz kapaklarında 57 (% 9), burunda 132 (% 21), yanakta 90 (% 14.2), dudakta 57 (% 9), mental bölgede 14 (% 2), auriculada 20 (% 3.2) ve vücudun diğer yerlerinde ise 90 (% 14.2) lezyon bulunduğunu bildirmektedirler.

Bizim çalışmamızda ise frontal bölgede 3 (% 6.7), temporozigomatik bölgede 3 (% 6.7), burunda 25 (% 55.5), dudakta 1 (% 2.2), mental bölgede 3 (% 6.7), auricula ve preauricular bölgede 3 (% 6.7), maksiller bölgede ise 7 (% 15.5) lezyon vardı (Tablo II).

Gerek bizim, gerekse diğer çalışma sonuçlarında da görüldüğü gibi basal karsinomların en fazla bulunduğu yer yüzün 1/3 orta kısmındaki bölgedir.

Epidermoid karsinomların ise alt dudakta, kulaklarda ve yüzün üst kısmında görüldüğü yayınlanmaktadır(11).

Biz ise epidermoid karsinomun yüzdeki dağılışını; burunda 4 (% 19.04), maksiller bölgede 1 (% 4.76), dudaklarda 8 (% 38.09)(bunların 6'sı alt dudak mukozasındaydı), Auricular ve preauricular bölgede 7 (% 33.33), temporozigomatik bölgede 1 (% 4.76) lezyon bulduk. Epidermoid karsinomun en fazla

görüldüğü yerler sırasıyla dudak, kulak ve burun bölgesiydi.

Panje ve Ceilley (29) yüzün orta bölgesinde basal karsinomların epidermoid karsinomlardan yaklaşık olarak 9 kat daha sık görüldüğünü söylemektedirler. Bizim çalışmamızda ise bu oran yaklaşık olarak 5 kat (32/7) daha fazlaydı. Aradaki bu farkın küçük basal karsinomların dermatologlarca tedavi edilmeleri sonucu bize müracaat eden basal karsinomlu hastaların sayısındaki azalmadan ve çalışmamızdaki hasta sayısının az olmasından dolayı olduğu görüşündeyiz.

Burun, deri kanserlerinin en sık görüldüğü yerdir ve tüm deri kanserlerinin % 27'si burunda bulunur(4). Binder ve arkadaşları(4) burunda 1700 basal karsinoma karşılık 114 epidermoid karsinom bulmuşlar ve epidermoid karsinomun basal karsinomdan 15 kat daha az olduğunu ileri sürmektedirler.

Bizim çalışmamızda ise yüz bölgesindeki tüm kanserlerin % 42 (29/69)'si burun bölgesindeydi ve epidermoid karsinom basal karsinomdan 6 (4/25) kat daha azdı.

Yüzün orta kısmı basal karsinomların en sık nüks ettiği yerdir (21). Bizde ise histopatolojik inceleme sonucu eksizyonun yetersiz olduğu 7 vakadan 6'sı bu bölgede bulunuyordu ve bunların 5'i basal, birisi ise epidermoid karsinomdu.

Yüzün orta bölgesinde nüks oranınının yüksek oluşu ile ilgili değişik sebepler ileri sürülmektedir. Bu bölgede deri ve subkutan doku incedir ve altındaki periost ve peri-

kondriuma yakındır. Böylece tümör periost ve perikondrium boyunca yayılma imkanı bulur (21). Burnun kıkırdak yapısı tümör sınırlarının tesbitini güçleştirir (27). Bu bölgedeki doku kaybı son derece önemli olduğundan cerrahın mümkün olduğu kadar muhafazakâr davranmasına sebep olur.

Panje ve Ceilley (29) ise yüzün orta bölgesindeki embriyolojik birleşme yerleri ile kanser yayılması arasında yakın ilişki olduğunu ileri sürmekte ve kanser yayılması ile ilgili 5 ayrı anatomik bölge bulunduğunu ifade etmektedirler. Buna göre burun ucu ve kolumelladaki lezyonların septum boyunca burunu içine, kolumelladakilerin üst dudağın orta kısmına ve premaksillaya, burnun yan kısmındaki lezyonların kaudo-sefalik yönde, nasolabial oluktakilerin önce apertura priformise sonra üst dudağın lateral kısmına doğru, yanaktaki lezyonların buruna geçmeden çevreye eşit olarak, burun kökü ve glabellar bölgedekilerin derine ve medial kantüse doğru yayıldığını belirtmektedirler.

Levine ve Bailin (21)'e göre nüks ihtimali fazla olan basal karsinomlar histolojik alt grubu morphea (sklerozan) adenoid veya basosquamous olanlar ve yüzün orta bölgesi ile kulak ve kulak önünde bulunan lezyonlardır.

Moore (28) da 10 nüks vakalarından 3'ünde lezyonun basosquamous olduğunu ifade etmektedir. Biz ise histopatolojik olarak morphea tipi olan 3 lezyona çok yaygın olduğu için müdahale yapmadık. Bizde de tek basosquamous olan lezyon yetersiz eksizyon yapılan vakalar arasındaydı.

Fakat adenoid olanlarda nüks oranında artış gösterecek bir sonuç bulamadık.

Basal karsinomların metastaz yapması nadirdir(16, 28), fakat nükseden ve invazif lezyonlarda dikkatli olunmalıdır (16). Biz basal karsinom vakalarının hiçbirisinde metastaz görmedik.

Epidermoid karsinomların metastaz oranı % 0-50 arasında değişir (40). Binder ve arkadaşları (4) epidermoid karsinomların kemik ve kırıkta invazyonundan sonra metastaz eğiliminin arttığını, lokal olarak daha agresif olduğunu 3 cm'den küçük lezyonların nadiren nüks ve metastaz yaptığını ifade etmekte, 114 hastadan (burun bölgesinde) 9 (% 8)'unda lenf metastazı bulduklarını bildirmektedirler.

Bizim çalışmamızda kulaktaki epidermoid karsinomlardan 4'ünde, dudaktakilerden birinde klinik olarak lenfadenopati vardı. Burundaki lezyonların hiçbirinde yoktu. Dudaktaki lezyona ait lenfadenopatinin reaktif olduğunu gördük. Kulaktaki lezyonlara ait lenfadenopatilerin ise histolojik incelemesini hastalar kabul etmediği için yapamadık.

Auriculanın malign tümörleri tüm deri kanserlerinin yaklaşık % 6'sını meydana getirir (8,9).

Hansen ve Jensen (18) ise auriculayı tutan malignitelerin % 9.7 olduğunu bildirmektedir. Biz ise bu oranı % 18.9 bulduk.

Bumsted ve arkadaşları (9) 71 auricula karsinomu olan 57 hastanın 51'inin erkek, 6'sının kadın ve yaş ortalamasının ise 71 olduğunu belirtmektedir.

Blake ve Wilson (5) 149 hastada 168 auricula karsinomu tesbit etmiş ve 135 hastadaki 146 (% 87) tümörün auriculadan çıktığını, 121'inin erkek, 14'ünün kadın ve yaş ortalamasının 64 olduğunu görmüşlerdir.

Bizim çalışmamızda ise auriculer ve preauriculer bölgede karsinom olan 12 hastanın 11'i erkek, birisi kadındı. Yaş ortalaması ise 61.8 idi. Görüldüğü gibi auricula karsinomları kadınlarda oldukça nadir görülmektedir. Bu oran diğer serilerde 1/9 bulunmuştur. Bizde ise 1/12 dir.

Kulakta meydana gelen karsinomların % 60'ı auriculayı, % 28'i dış kulak yolunu, % 2'si orta kulağı tutar(2).

Blake ve Wilson (5) auriculadaki tümör lokalizasyonunda heliksin % 44.6 ile ilk sırayı aldığını, postauricular sulcusta % 15, posteromedial yüzde % 13, scaphoid ve antihelikste % 11.7, conchada % 5.5, periauriculer bölgede % 4.8, tragus ve lobulde ise % 2.7 olduğunu bildirmektedirler.

Bailin ve arkadaşları(2) 122 hastada auricular ve periauricular bölgede bulunan 145 karsinomdan 124'ünün basal 8'inin squamous ve 3'ünün basosquamous olduğunu, yerleşim yeri olarak preauricular bölgede 33 basal, helikste 25 basal, 4 squamous, antihelikste 8 basal, 3 squamous, conchada 2 basal, 2 squamous, antihelikste 8 basal, 3 squamous, lobülde 1 basal,

posteromedial yüzde 8 basal, 1 squamous, 1 mikst, postauricular bölgede 12 basal ve 1 squamous karsinom bulunduğunu bildirmektedirler.

Biz ise Tablo VIII'de görüldüğü gibi; helikte 1 squamous, 1 basal, 1 malign melanom, 1 sebaceous karsinom, scaphoidte 1 fibrosarcom, posteromedial yüzde 2 squamous, preauricular bölgede 1 basal, 2 squamous. lobulde 1 basal, 1 squamous, conchada ise bir squamous olmak üzere toplam 12 hastada 13 karsinom bulduk. Heliks 4 (% 30.8) lezyon ile auricula karsinomlarının en sık görüldüğü yerdirdi.

Grabb ve Smith (15) yüzde basal karsinomun, auriculada ise squamous karsinomun daha fazla olduğunu söylemektedir. Blake ve Wilson'un çalışması da aynı sonucu vermiştir.

Bizim çalışmamızda ise 13 karsinomun 7'si squamous 3'ü basal, 3'ü ise diğer nadir görülen karsinomlardı ve squamous karsinom en fazla görülen patolojik tipti.

Regional lenf metastazını Blake ve Wilson(5) % 12 oranında bulmuşlardır. Yine bu yazarların naklettiğine göre Scheme ve Pappalardo % 6.9, Lederman ise % 18 lenf metastazı tesbit etmişlerdir.

Bizim çalışmamızda bir fibrosarkom, bir basal, 4 epidermoid karsinomda servikal lenfadenopati vardı. Fibrosarcom ve basal karsinom vakalarındaki lenfadenopatilerin reaktif olduğu görüldü. Total eksizyon yapılan bir epidermoid karsinomda kıkırdağın invaze olduğu anlaşıldı. Boyun

diseksiyonunu kabul etmedi. Lenfadenopati olan diğer 3 hasta da cerrahi müdahaleyi kabul etmedikleri için histopatolojik olarak lenf metastazı olup olmadığını tesbit edemedik.

Tümörlerin normal yayılma yollarının bilinmesi bazı bölgelerde daha geniş, bazı bölgelerde ise konservatif davranma imkânı verir. Tedaviden sonra nüks için daha yakından izlenmesi gereken bölgeleri gösterir.

Bailin ve arkadaşları (2) kulak karsinomlarının yayılmasında embriyolojik birleşme yerlerinin önemli rol oynadığını belirterek preauricular ve postauricular bölgeden çıkan tümörlerin kulağa doğru yayıldığını, helikste bulunan tümörlerin başlangıçta heliks boyunca aşağı ve yukarı doğru daha sonra ise antiheliks ve postauricular bölgeye doğru yayıldığını, antiheliksten çıkan tümörlerin konsantrik olarak büyüdüğünü, preauricular bölge, üst heliks ve/veya tragustan çıkan tümörlerin conchaya, oradan dış kulak yoluna doğru yayıldığını bildirmektedirler.

Postauricular sulcus, concha, tragus gibi tümörün başlangıç yeri ne kadar medialde ise prognozun da o kadar kötü olduğu kabul edilir (5). Auricula karsinomu dış kulak yoluna, orta kulağa, parotis veya mandibulaya yayılırsa mortalite ve morbidite oranı artar (2).

Hansen ve Jensen(18) kulak karsinomlarındaki nüks oranının ortalamadan iki kat daha fazla ve % 3.8 olan tüm deri kanserlerindeki mortalite oranının % 13.5 olduğunu söylemektedir. Nüks riski yüksek olan lezyonların 1 cm'den bü-

yük karsinomlar, morphea form basal karsinomlar ve nüks vakalarının tamamı olduğu kabul edilir (8). Nüks vakalarında lezyonun büyüklüğüne ve tavsiye edilen eksizyon kenarlarına bakmaksızın önceki müdahaleye ait tüm skar dokusu eksize edilmelidir.

Borçbakan (6) Alt dudak kanserlerinin erkeklerde, üst dudak kanserlerinin ise kadınlarda sık görüldüğünü söylemektedir. Bizim çalışmamızda da üst dudakta kanser olan her iki hasta kadındı. Alt dudakta karsinom olan 7 hastadan 2'si kadın, 5'i erkekti. Aşçıoğlu (1) da alt dudak kanseri olan 23 vakalık serisinde 20 erkek ve 3 kadın bulunduğunu söylemektedir.

Hastaların yaş ortalamasını Ural ve Avşar (44) 52.3 olarak bildirirken Konuralp ve İskeçeli(20) hastaların % 80'inin 40 yaş üzerinde, Aşçıoğlu ise hastaların % 61'inin 50-69 yaşlar arasında olduğunu bildirmektedir. Biz ise hastaların yaş ortalamasını 62.3 bulduk ve hepsi de 50 yaş üzerindeydi.

Alt dudak kanserlerinin çoğu epidermoidtir, basal karsinom dudağın deri kısmında bulunur (35). Bizim çalışmamızda alt dudaktaki 7 lezyonun 6'sı mukozal yüzeydeydi ve hepsi de epidermoid karsinomdu. Dudağın deri kısmında bulunan tek lezyon ise basal karsinomdu (Tablo VIII).

Konuralp ve İskeçeli (20) dudak karsinomlarının % 83'ünün alt, % 13'ünün üst dudakta, % 4'ünün komissürde olduğunu, Ural ve Avşar (44) ise % 82 alt, % 18 üst dudakta

bulduğunu bildirmektedir. Biz 9 vakanın 7 (% 78)'sini alt, 2 (% 22)'sini üst dudakta bulduk.

Dudak kanseri olan hastaların % 5-10'unda servikal lenf metastazı görülür ve normal yayılma lezyon tarafındaki submental bezlere olur (35). Konuralp ve İskeçeli (20) ye göre metastaz oranı % 15-20 dir. Biz sadece bir hastada lenfadenopati bulduk ve bunun da reaktif olduğu anlaşıldı. Dudak kanserlerinin geç döneme kadar metastaz yapmadığı görüşündeyiz. Lezyonların eksizyonu ile ilgili olarak ileri sürülen görüşler şu şekilde özetlenebilir. Sınırları düzenli küçük ekzofitik basal karsinomlar 2-3 mm, 1cm'den büyük lezyonlar en az 1 cm cerrahi sınırlarda eksize edilmelidir(16).

Sundell ve arkadaşları (41) basal karsinomların en az 5-10 mm sağlam doku ile birlikte eksizyonunu ve mümkünse radyoterapi gören dokunun tamamının çıkarılmasını tavsiye etmektedirler.

Pless (33) tarafından tavsiye edilen cerrahi sınırlar ise, 3 cm'den küçük primer basal karsinomlarda 8 mm, 3 cm'den küçük primer epidermoid karsinomlarda 10 mm, 3 cm'den büyük lezyonlarda ve tüm nüks vakalarında 15 mm'dir.

Biz ise sınırları belirli küçük ekzofilik lezyonlarda 4-5 mm, ülserle basal karsinomlarda 7-10 mm, epidermoid karsinomlarda 8-10 mm cerrahi sınırlarda 3 cm'den büyük lezyonlarda ise 1.5 cm civarında sağlam doku ile birlikte eksizyon yaptık. Sadece çapı 2.5 cm olan bir basal karsinomda bir yan cerrahi sınırda tümör vardı. Yetersiz eksizyon yap-

tığımız diğer 6 lezyonda alt cerrahi sınırdaki tümör olduğu tesbit edildi ve bunların dördü burnun kıkırdak kısmında bulunuyordu. Yine maksiller bölgede bulunan ve 3 cm'den daha geniş olan basal karsinom vakasında da kemik infiltrasyonu olduğu için eksizyonun yetersiz olabileceğini düşündük.

Raporlardaki nüks oranı % 1'in altına kadar ine-bilmekte (25) ise de Sundell ve arkadaşları (41) basal karsinomlarda nüks ile tedavi arasındaki sürenin ortalama 30 ay olduğunu (6 ay-10 yıl) Moore (28) da bu sürenin 10-15 yıl olabileceğini söylemektedir.

Bizim yetersiz eksizyon yaptığımız basal karsinom vakalarının hiçbirisi henüz nüks nedeni ile müracaat etmedi (Bu süreler 3 ay ile 2 yıl arasında değişmektedir).

Tedavi

Bugün deri kanserlerinin eksizyonu sonucu meydana gelen ve primer olarak kapatılamayan defektler için en fazla lokal flepler kullanılmaktadır. Mandibulomasseterik bölge, nasolabial oluk, glabellar bölge ve lateral kantusun dış kısmındaki bölge flep hazırlanabilecek yerlerdir (26).

Nasolabial oluk ve glabellar bölge bizim de en fazla kullandığımız yerlerdir.

Lokal flepler hem greftten hem de uzaktan getirilen fleplerden daha iyi görünüm sağlar (26,42). Kemik veya kıkırdağın açıkta olduğu ya da bunlara ait defekt bulunduğu anda flep kullanılmalıdır. Biz de burun kanadında kıkırdak

ile birlikte eksizyon yaptığımız üç hastada kullandığımız nasolabial ve frontal orta hat flepinden çok iyi sonuç aldık.

Deri greftine göre flep, kalınlığının fazla olması sebebiyle tümör nüksünü gizler. Epidermoid karsinomlar basal karsinomlardan daha infiltratif olduğundan epidermoid karsinomlarda flepler daha az kullanılır(26). Nüks durumunda greftlerde eksize edilmesi gereken skar dokusu daha az olur. Burun ucu ve auricula ön yüzündeki küçük defektleri kapatmakta greft tercih edilir (43). Biz de burun ucundaki üç defekti kapatmak için greft kullandık. İki tane birisinde nekroz gelişti ve skarlı iyileşti.

Burun kanadına ait defektleri kapatmakta nasolabial flepler çok iyidir (16). Daha büyük defektler için frontal orta hat flepi kullanılır. Burun kökündeki defektleri kapatmak için ise glabellar bölgeden flep çevrilir. Maksiller bölgedeki defektlerin kapatılmasında kaydırma flep uygundur(41).

Biz Tablo IV'de görüldüğü gibi burun kanadındaki defektleri kapatmakta öncelikle nasolabial flep, bu şekilde kapatamayacağımız defektlerde ise frontal orta hat flepi kullandık. Nasolabial flepte nasolabial oluk kaybolduğu için ikinci bir müdahale ile yeniden yapılmalıdır. Ancak hastalarımızdan hiçbirisi ikinci müdahaleye gerek görmedi. Burun kökündeki lezyonları kapatmak için glabellar flep ile çok iyi sonuç aldık. Maksiller bölgede ve bilhassa nasolabial oluk yakınındaki defektleri kaydırma flepi ile kapattık. Bu teknikle ikinci bir düzeltme işlemine gerek kalmadığı gibi, kozmetik görünüm de çok iyiydi (Vaka 16).

Auricula'nın üst yarısındaki küçük lezyonlar V-eksizyon yapılarak primer olarak kapatılır (5,17). Heliks kenarını içine alan daha geniş lezyonların eksizyonunda ve heliksin 1/3 alt kısmının segmental rezeksiyonunda defekti kapatmak için postauricular flep kullanılır. Biz heliksteki 4 lezyonda V-eksizyon yaparak primer kapattık. Auriculada hafif küçülme dışında deformite meydana gelmedi. Lobulektomi yaptığımız bir hasta ise tamire gerek görmedi (Tablo VII). Geniş lezyonlar auricula amputasyonunu (5,17), mastoidektomi, dış kulak yolunun çıkarılmasını hattâ temporal kemik rezeksiyonunu gerektirebilir. Klinik olarak lenf bezi tutulmuşsa superfisyal paratitektomi ile birlikte radikal boyun diseksiyonu yapılmalıdır. Biz ise auricular ve preauricular bölgedeki iki lezyona auricula amputasyonu yaptık. Bunlardan birisine superfisyal parotitektomi ile birlikte mastoidektomi de uyguladık.

Dudak tamirinde;

- Dudak hareketleri ve sfinkter fonksiyonu sağlanmalı,
- Vermillion hatlı düzgün olmalı,
- Perioral skar ve deformite en az olmalıdır.

Dudak rekonstrüksiyonunda üçler kuralına göre(30):

- 1/3 veya daha küçük defektler-primer kapatılır.
- 1/3-2/3 arasındaki defektler-dudak çevirme veya lokal flep ile
- 2/3- tam dudak defektleri-lokal flep veya uzak flep çevrilerek kapatılır.

Standart eksizyon lezyon çevresinde 1 cm sağlam doku çıkarılmasını gerektirir (38).

Dudağın 1/3 kadar olan defektlerinin düzeltilmesinde V-insizyon gayet iyi sonuç verir (30,38,41).

1/3 - 1/2 kadar olan defektlerde dudak çevirme (Stein-Abbé-Estlander) seçilecek en iyi metoddur. Fonksiyonel ve estetik bozukluk yapmaz. Flep genişliği defektin yarısı kadar olmalıdır .

Defekt dudak uzunluğunun 2/3'ünden fazla ise full thickness lokal veya uzak flep gerekir. Totale yakın dudak defektlerinde en fazla kullanılan lokal flep nasolabial flep (Bruns) veya bunun çeşitleridir(30). Bu flepin avantajı iyi beslenmesi, skarı az bırakması iki taraflı kullanılabilmesi ve alt dudak için kullanıldığında commissure yeterli destek ve kalınlık sağlamasıdır.

Klinik olarak regional lenf metastazının bulunması halinde bunların tedavisi dudak karsinomunun tedavisinden 3 hafta sonraya kadar geciktirilebilir(38). Profilaktik boyun diseksiyonu gerekmez ancak metastazdan şüphelenildiği zaman boyun diseksiyonu yapılmalıdır (34).

Biz dudak karsinomu olan 9 hastadan 5'ine V-eksizyon ve primer kapatma uyguladık.Bu hastalardan dördünde defekt dudağın 1/3'ü kadardı. Bir hastada ise dudağın yarısını geçiyordu. Dört hastada estetik görünüm gayet iyiydi.Son hastada ise dudakların küçülmesine bağlı balık ağzı görünümü

meydana geldi. Hastanın yaşı olmasi sebebiyle bu durumdan bir şikayeti yoktu. Yine bu hastaya lenfadenopati nedeniyle suprahoid diseksiyon yapıldı. Büyümenin reaktif olduğu görüldü. İki hastaya W-eksizyon uygulandı.

Bir hastaya Abbé-Estlander tekniği uyguladık. Sonuç gayet iyi oldu. Alt dudağın yarısı ile birlikte bir commissürün çıkarıldığı hastaya ise Bruns tekniği ile nasolabial bölgeden flep çevirdik ve yeniden vermilion hattı yaptık. Normal büyüklükte dudak oldu. Ancak skar yönünden diğerleri kadar iyi değildi (Vaka 54).

SONUÇ

Yüz bölgesindeki deri kanserlerinin büyük çoğunluğunu basal ve epidermoid karsinomlar oluşturmaktadır. Yüzün 1/3 orta bölgesi kanserlerin en sık görüldüğü ve yetersiz eksizyonun en fazla olduğu yerdir.

Uzun süre ihmal edilen vakalar dışında lezyonları lokal anestezi altında eksize ederek farklı bölgelerdeki defektleri değişik plastik cerrahi teknikleri ile rahatlıkla kapatabildik.

ÖZET

Bu çalışmada deri kanseri olan 68 hasta incelendi. Bunların 36'sı erkek, 32'si kadındı. Basal karsinomların erkeklerde biraz daha fazla görülmesine karşılık, epidermoid karsinomlar erkeklerde iki kat fazlaydı. Basal karsinomlu hastaların yaş ortalaması 60.08, epidermoid karsinomlu hastaların ise 62.7 idi.

68 hastada müdahale yapılan 72 lezyonun 48 (% 66.6)'i basal hücreli karsinom, 21 (% 29.6)'i epidermoid karsinom, 3 (% 4.1)'ü ise diğer nadir görülen tümörlerdi.

Tüm deri kanserlerinin % 53.6'sı, basal hücreli karsinomların % 71'i yüzün 1/3 orta bölgesinde bulundu.

Epidermoid karsinomların en çok görüldüğü yerler sırası ile dudak, kulak ve burun bölgesiydi.

En malign ve çeşitli lezyonlar auriculadaydı ve epidermoid karsinom basal hücreli karsinomdan daha fazlaydı.

Dudak karsinomlarının çoğu alt dudaktaydı ve dudak mukozasındakilerin hepsi epidermoid karsinomdu. Hiçbirinde histopatolojik metastaz yoktu.

Yetersiz cerrahi eksizyonun en fazla görüldüğü yer başta burun olmak üzere yüzün 1/3 orta bölgesiydi.

Primer olarak kapatılamayan defektlerde lokal fleplerden çok iyi sonuç aldık.

KAYNAKLAR

1. Aşçioğlu Ö: Alt dudak epitheliomalarında fraksiyone radyoterapinin yeri. Ege Üniv Dermatol Kürsüsü, İhtisas Tezi, İzmir 1978.
2. Bailin PL, Levine HL, Wood BG, et al: Cutaneous carcinoma of the Auricular and Periauricular Region. Arch Otolaryngol 106:692-696, 1980.
3. Baker SR, Swanson NA: Management of Nasal Cutaneous Malignant Neoplasms. An Interdisciplinary Approach. Arch Otolaryngol 109:473-479, 1983.
4. Binder SC, Cady B, Catlin D: Epidermoid Carcinoma of the Skin of the Nose. Am J Surg 116:506-512, 1968.
5. Blake GB, Wilson JSP: Malignant Tumours of the Ear and Their Treatment. Br J Plast Surg 27:67-76, 1974.
6. Borçbakan C: Alt dudak kanserlerinde Alt Çene Metastazı. 1 nci Ulusal Kanser Kong 296-300, 1976.

7. Bostwick J, Vasconez LO, Jurkiewicz MJ: Basal Cell Carcinoma of the Medial Canthal Area. *Plast Reconstr Surg* 55:667-676, 1975.
8. Bumsted RM, Ceilley RI: Auricular Malignant Neoplasms Identification of High-Risk Lesions and Selection of Method of Reconstruction. *Arch Otolaryngol* 108:225-231, 1982.
9. Bumsted RM, Ceilley RI, Panje WR, et al: Auricular Malignant Neoplasms When is Chemotherapy (Moh's Technique) Necessary? *Arch Otolaryngol* 107:721-724, 1981.
10. Bumsted RM, Panje WR, Ceilley RI: Delayed Skin Grafting in Facial Reconstruction When to Use and How to do. *Arch Otolaryngol* 109:178-184, 1983.
11. Caro WA: Tumors of the Skin. In Moschella SI, Pillsbury DM, Hurley HJ (eds): *Dermatology*. Philadelphia, WB Saunders 1975, pp 1323-1406.
12. Domonkos AN: *Andrew's Diseases of the Skin*. Philadelphia, WB Saunders 1971, pp 1-16.
13. Eckert MCT, Petry JL: Carcinoma of the Lip. *Surg Clin North Am* 24:1064-1075, 1944.
14. Epstein E, Pollack RS: General Principles of Skin Surgery. In Epstein E: *Skin Surgery*. Philadelphia, Lea & Febiger 1962, pp 23-32.
15. Grabb WC, Smith JW: *Plastic Surgery*. London, J & A Churchill 1968, pp 590-593.
16. Griffith BH, Mc Kinney P: An Appraisal of the Treatment of Basal Cell Carcinoma of the Skin. *Plast Reconstr Surg* 51:565-574, 1973.

17. Hammond V: Affections of the External Ear. In Ballantyne J, Groves J: Scott-Browns' Diseases of the Ear, Nose and Throat. London, Butterworths 1979, Vol 2, pp 93-114.
18. Hansen PB, Jensen MS: Late Results Following Radiotherapy of Skin Cancer. Acta Radiologica (Therapy) 7:307-319, 1968.
19. Jackson R, Adams RH: Horrifying Basal Cell Carcinoma: A study of 33 cases and a Comparison with 435 Non-Horror Cases and a Report on four Metastatic Cases. J Surg Oncol 5:431-463, 1973.
20. Konuralp Z, İskeçeli O: Dudak Kanserleri. İst Tıp Fak Mec 26:228-233, 1963.
21. Levine HL, Bailin PL: Basal Cell Carcinoma of the Head and Neck: Identification of the High-Risk Patient. Laryngos 90:955-961, 1980.
22. Lewis JR: Atlas of Aesthetic Plastic Surgery. Boston, Little, Brown 1973, pp 1-21.
23. Macht SD: Current Concepts in Melanoma. Otolaryngol Clin North Am 15:241-249, 1982.
24. May H: Plastic and Reconstructive Surgery. Philadelphia, FA Davis Co 1971, pp 379-442.
25. Mc Callum DI, Kinmont PDC: Basal-Cell Carcinoma An Analysis of Cases Seen at a Combined Clinic. Br J Dermatol 78:141-146, 1966.
26. Mc Gregor IA: Local Skin Flaps in Facial Reconstruction. Otolaryngol Clin North Am 15:77-98, 1982.
27. Mohs FE: Chemosurgical Techniques. Otolaryngol Clin North Am 15:209-223, 1982.

28. Moore JR: Treatment of Cicatrising Basal Cell Carcinomas
Plast Reconstr Surg 47:371-374,1971.
29. Panje WR,Ceilley RI: The Influence of Embryology of
the mid-face on the Spread of Epithelial Malignancies.
Laryngoscope 89:1914-1920,1979.
30. Panje WR: Lip Reconstruction. Otolaryngol Clin North
Am 15:169-178,1982.
31. Petres J,Hundeiker M: Dermatosurgery.New York,Springer
-Verlag 1978,pp 33-49.
32. Pickrell KL: Georgiade N,Adamson J, et al: Surgical
Treatment of Early Carcinoma of the Face. Postgrad Med
27:406-415,1960.
33. Pless J: Carcinoma of the External Ear. Scand J Plast
Reconstr Surg 10:147-151,1976.
34. Pollack RS: The Surgical Treatment of Advanced Visible
Cancer. In Epstein E: Skin Surgery. Philadelphia, Lea
& Febiger 1962,pp 168-184.
35. Rush BF: Tumors of the Head and Neck. In Schwartz SI,
Shires GT,Spencer FC (eds): Principles of Surgery. New
York,McGraw-Hill 1979,pp 593-633.
36. Schwartz SI: Skin and Subcutaneous Tissue. In Schwartz
SI,Shires GT,Spencer FC (eds): Principles of Surgery.
New York,McGraw-Hill 1979,pp 547-561.
37. Shanoff LB,Spira M,Hardy SB: Basal Cell Carcinoma: A
Statistical Approach to Rational Management. Plast
Reconstr Surg 39:619-624,1967.
38. Smith PG,Muntz HR,Thawley SE: Local Myocutaneous
Advancement Flaps. Alternatives to cross lip and
distant flaps in the reconstruction of ablative Lip
defects. Arch Otolaryngol 108:714-718,1982.

39. Smith TE: Surgical Anatomy of the Face. Otolaryngol Clin North Am 15:3-18,1982.
40. Stoll HL: Squamous Cell Carcinoma. In Fitzpatrick TB, Arndt KA, Clark WH (eds): Dermatology in General Medicine. New York, McGraw-Hill 1971, pp 407-425.
41. Sundell B, Gylling U, Soivio AI: Treatment of Basal Cell Carcinoma by Plastic Surgery. Acta Chir Scand 131:249-253,1966.
42. Tardy ME, Becker OJ: Surgical Correction of Facial Deformities. In Ballanger JJ: Diseases of the Nose Throat and Ear. Philadelphia, Lea & Febiger 1977, pp 23-79.
43. Thomas JR, Mechlin DC, Templer J: Skin Grafts The unsuture Technique. Arch Otolaryngol 108:437-438,1982.
44. Ural T, Avşar O: Erzurum ve çevre illerdeki dudak karsinomu. Atatürk Üniv Tıp Fak Bül 2(8):253-259,1970.

Adı	Yaşı	Cinsiyeti	Lezyon Yeri	Lenfadenopati	Patolojik Tipi	Tümör	Defekt Tamir Şekli	Müdahale Tarihi
1	KŞ	43	K	Burun	-	B	-	Nasolabial Flep Eylül 1983
2	MÖ	82	E	Dudak	-	E	-	V-eksizyon Primer "
3	YB	44	E	Auricular Bölge	-	E	-	Postauricular F. "
4	YB	52	E	Burun	-	B	-	Nasolabial Flep Aralık 1983
5	ZC	61	K	Burun	-	E	+	Nasolabial Flep Ekim 1983
							-	Frontal Or.H.F. Nisan 1984
6	MÇ	57	K	Burun	-	B	-	Primer Aralık 1983
7	DÖ	62	E	Temporozigomatik B.	-	B	-	Primer "
8	AN	65	K	"	-	B	-	Primer Nisan 1984
9	MA	53	E	Burun	-	E	-	Greft Ocak 1984
10	HB	35	E	Burun	-	B	-	Primer Mart 1984
11	DB	65	E	Preauricular Bölge	+	E	X	Biyopsi Ocak 1984
12	EK	59	E	" "		E	X	Biyopsi Aralık 1983
13	MU	70	E	Burun	-	B	-	Nasolabial Flep Ocak 1984
14	KD	54	E	Preauricular Bölge	+	B	-	Auricula Amp. Mart 1984
								reaktif
15	ZY	65	K	Mental Bölge	-	B	-	Primer Şubat 1984
16	ST	54	K	Maksiller Bölge	-	B	-	Kaydırma Flepi Mart 1984
17	NK	54	K	Maksiller Bölge	-	Bsg	+	Kaydırma Flepi Nisan 1984
18	AE	80	K	Dudak	-	E	-	V-eksizyon Pri. Ağustos 1984
19	HA	62	E	Auricular Bölge	+	E	-	V-eksizyon Pri. Temmuz 1984
20	ÖLK	66	E	Burun	-	B	+	Greft Eylül 1984
21	EK	80	K	Maksiller Bölge	-	E	-	Kaydırma Flepi Aralık 1984
								Frontal Or.H.F. Mayıs 1985
22	ZS	44	K	Maksiller Bölge	-	B	-	Kaydırma flepi Aralık 1984
23	DA	30	K	Auricular Bölge	-	MM	-	V-rezeksiyon Aralık 1984
24	AY	54	E	Burun	-	E	-	Kaydırma Flepi "
25	FD	64	E	Burun	-	E	-	Nasolabial Flep. Şubat 1985
26	HH	65	E	Temporozigomatik B.	-	B	-	Primer Ocak 1985
27	HHP	73	E	Dudak	+	E	-	V-eksizyon Pr. Şubat 1985
								Reaktif
28	FÖ	60	K	Burun	-	B	+	Nasolabial Flep "
29	MM	70	E	Burun	-	E	X	Biyopsi Aralık 1984
30	Fİ	46	K	Frontal Bölge	-	B	-	Primer Mayıs 1985
31	AE	55	K	"	-	B	-	Primer Haziran 1985
				Dudak	-	E	-	V-eksizyon "
32	AOB	51	E	Burun	-	B	-	Nasolabial "
33	FÜ	57	K	Maksiller Bölge	-	B	-	Kaydırma Flepi Temmuz 1985
34	HB	60	E	Burun	-	B	-	Front.O.H.F. Ağustos 1985
35	NT	65	E	Burun	-	B	-	Glabellar Flep "
36	NK	50	K	Dudak	-	E	-	V-eksizyon Temmuz 1985
37	EP	65	K	Burun	-	B	-	Rotasyon Flepi Ağustos 1985
38	MÇ	72	E	Yüzde Yaygın Lezyon	-	B	X	Biyopsi Nisan 1985

39	Nİ	60	K	Burun	-	B	-	Glabellar Flep	Nisan 1985
40	MY	58	E	Auricular Bölge	-	E	-	Postauricular F.	Haziran 1985
41	TE	61	E	Burun	-	B	-	Glabellar Flep	Nisan 1985
42	ZK	71	E	Auricular Bölge	-	S.Ca	-	V-eksizyon	"
43	ZD	68	K	Burun	-	B	-	Glabellar Flep	"
44	HI	70	E	Maksiller Bölge	-	B	-	Kaydırma Flepi	Eylül 1985
45	AB	70	K	Burun	-	B	-	Kaydırma Flepi	"
46	AT	66	K	Burun	-	B	-	Nasolabial Flep	Ağustos 1985
47	SA	59	K	Maksiller Bölge	-	B	-	Kaydırma Flepi	Eylül 1985
48	BE	50	E	Dudak	-	E	-	Abbé-Estlander	"
49	İA	50	E	Yüzde Yaygın Lezyon	-	B	X	Biyopsi	Ekim 1985
								Radyoterapi tavsiye edildi	
50	HT	38	E	Frontal Bölge	-	B	+	Rotasyon Flepi	Ekim 1985
51	HÖ	82	E	Auricular Bölge	-	B	-	V-eksizyon	"
52	SÖ	62	K	Burun	-	B	-	Kaydırma Flepi	Kasım 1985
53	KV	58	K	Burun	-	B	-	Nasolabial Flep	Aralık 1985
54	HA	52	E	Dudak	-	E	-	Nasolabial Flep	"
55	RD	76	K	Yüzde Yaygın Lezyon	-	B	X	Biyopsi	Kasım 1985
56	HÇ	60	K	Burun	-	B	+	Greft	Nisan 1985
57	HÇ	67	K	Temporozigomatik B.	-	E	-	Primer	Haziran 1985
58	İB	51	E	Dudak	-	E	-	W-eksizyon	Nisan 1985
59	İY	67	E	Auricular Bölge	-	E	-	Lobulektomi	Haziran 1985
60	MŞ	75	E	Auricular Bölge	+	FS	-	Auricula	Temmuz 1985
					Reaktif	B	-	Amputasyon	"
61	NMT	75	E	Auricular Bölge	+	E	X	Biyopsi	Ekim 1985
				Burun		B	X	Biyopsi	"
62	FM	68	K	Dudak	-	B	-	W-eksizyon	"
63	KP	72	E	Mental Bölge	-	B	-	W-eksizyon	"
64	AÖ	44	K	Mental Bölge	-	B	-	Primer	Şubat 1986
65	EB	56	K	Mental Bölge	-	B	-	Primer	"
66	NK	68	E	Maksiller Bölge	-	B	+	Servikofasyal	
								F.,Fron.O.H.F.	Ocak 1986
67	DN	30	K	Burun	-	B	-	Glabellar Flep	Mart 1986
68	RK	65	E	Burun	-	B	-	Frontal O.H.F.	"

YAKALARDAN BAZI ÖRNEKLER



A



C



B

Vaka 16. S.T.54 y K, Basal Karsinom. A: Ameliyat Öncesi, B: Ameliyat Sonrası, C: Bir Yıl Sonra.



A

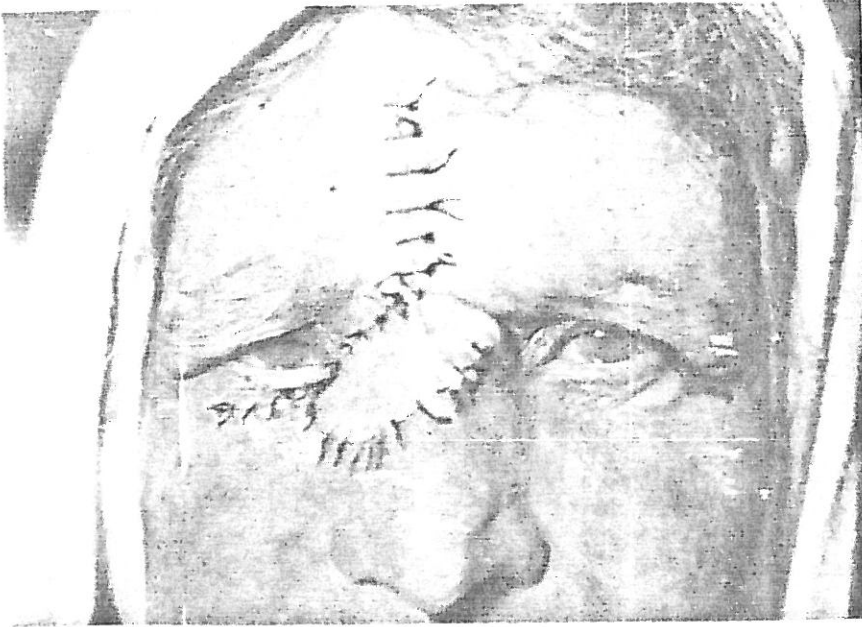


B

Vaka 25. F.D. 64 y K Epidermoid Karsinom. A: Ameliyat Öncesi,
B: Ameliyat Sonrası.



A



B

Vaka 43. Z.D. 68 y K. Kistik Basal Karsinom. A: Ameliyat Öncesi,
B: Ameliyat Sonrası.



A



B

Vaka 45. A.B. 70 y K Basal Karsinom. A: Ameliyat Öncesi,
B: Ameliyat Sonrası.

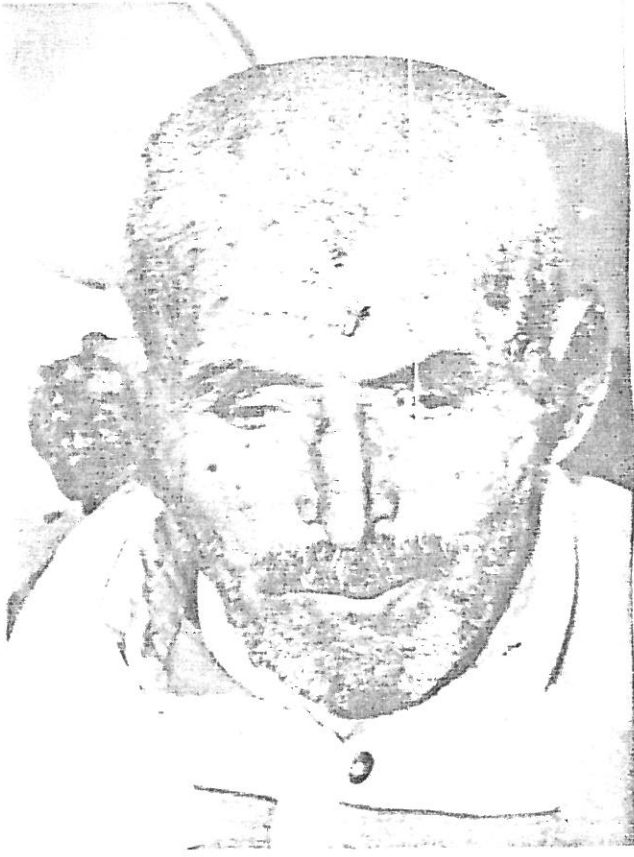


A



B

Vaka 54. H.A. 52 y E. Epidermoid Karsinom. A: Ameliyat Öncesi, B: Ameliyat Sonrası.



A



B

Vaka 60. M.Ş. 75 y E. Fibrosarkom. A: Ameliyat Öncesi,
B: Ameliyat Sonrası.



A



B

Vaka 53. K.P. 72 y E. Basal Karsinom. A: Ameliyat Öncesi,
B: Ameliyat Sonrası.



A



B



C

Vaka 66. N.K. 68 y E. Basal Karsinom. A: Ameliyat Öncesi,
B,C: Ameliyat Esnasında ve Sonrasında.