

Klinik Çalışma

ALT DUDAK KANSERİ TEDAVİSİ VE REKONSTRÜKSİYON SEÇENEKLERİ: 51 HASTANIN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

N. Sinem ÇİLOĞLU¹, K. Güray YEŞİLADALI², Kayhan ZEYTİN¹

ÖZET

Dudak kanserleri baş boyun bölgesi kanserlerinin önemli bir kısmını oluşturur. Cilt kaynaklı olmayan baş-boyun bölgesi kanserlerinin % 12 si dudak kaynaklıdır. Diğer baş boyun kanserleri göz önüne alındığında uygun bir tedaviyle kür sağlanma olasılığı yüksektir.

2004 – 2010 yılları arasında dudak kanseri nedeniyle Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniğine başvuran 51 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelenerek yaş, cinsiyet, lezyon yerleşimi, lezyon büyüklüğü, lokal nüks, kullanılan yöntem gibi verileri toplandı.

Hastaların yaş ortalaması 65,4 olarak hesaplandı. Hastaların % 85'inde sigara kullanma hikayesi mevcuttu. %70 hastada tümör 2 cm'den küçük bulundu. % 61 hastada histolojik grade iyi diferansiye karsinom olarak görüldü. Ameliyat sonrası uzun dönem takiplerinde lokal nüks tespit edilen 12 hasta evreleri açısından incelendiğinde lokal nüks ile tümör büyüklüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamadı.

Alt dudak kanserleri konumu itibari ile kolayca farkedilip, tanı koyularak tedavi edilebilecek kanserlerdendir. Erken evrede tanı, uygun marj

ile geniş eksizyon, gerekli vakalarda boyun diseksiyonu ve tekrar eden olgulara erken müdahalenin tedavi başarısını etkileyen en önemli parametreler olduğu düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Alt dudak kanseri, rekonstrüksiyon seçenekleri.

LOWER LIP CANCER TREATMENT AND RECONSTRUCTION OPTIONS: A RETROSPECTIVE EVALUATION OF 51 PATIENTS

Summary

Lip cancer is a common malignancy of the head and neck region that comprises 12% of all non-cutaneous head and neck cancers. It is more curable than other head and neck cancers if it is diagnosed early and treated properly.

Medical records of the patients, who were treated between 2004 and 2010 in Plastic and Reconstructive surgery clinic of Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, were reviewed retrospectively concerning age, gender, location and size of lesion, cervical metastasis at presentation, histological grade, and reconstruction type.

The mean age was 65,4. Most common histopathological diagnosis was well differentiated (61 %) squamous cell carcinoma. Smoking his-

1- Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği-İstanbul/Türkiye
2- Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği- Gaziantep/Türkiye

tory was present in 85 % of patients. Local recurrence was observed in 12 patients (23,5 %) there was no statistically significant relation between tumor size and recurrence.

Our findings are similar to literature except the relation between tumor size and recurrence rate. Wide local excision, regular follow-up and rapid intervention to local and regional recurrences are crucial to obtain best possible result.

Key words: Lower lip cancer, reconstruction options.

GİRİŞ

Dudak kanserleri baş boyun bölgesi kanserlerinin önemli bir kısmını oluşturur. Cilt kaynaklı olmayan baş-boyun bölgesi kanserlerinin % 12 si, oral kavite tümörlerinin %25- 30'u dudak kaynaklıdır¹. Diğer baş boyun kanserleri göz önüne alındığında uygun bir tedaviyle kür sağlanma olasılığı yüksektir. Değişik serilerde % 96 ya varan kür oranları belirtilmiştir². Alt dudak kanserlerinin %95' i skuamöz hücreli karsinom iken üst dudakta bazal hücreli karsinomlar daha sık görülür³. Alt dudakta görülebilen diğer maligniteler; bazal hücreli karsinom, tükrük bezi tümörleri, malign fibröz histiositom, leomiyosarkom, fibrosarkom, anjiosarkom, ve rabdomyosarkomdur⁴. Dudak kanserleri sıklıkla radiodermatit, kronik çelilt ve kseroderma pigmentozum gibi durumlarda görülen prekanseröz lezyonlardan kaynaklanır. Güneş ışınlarına uzun süre maruziyet, sigara içiciliği, kronik alkol kullanımı ve özellikle immünsüprese hastalarda viral onkogenler kanser riskini arttırır⁵. Alt dudak kanseri erkeklerde kadınlara oranla 5-6 kat daha sık görülür². Alt dudak kanserlerinin uygun tedavisi cerrahi olarak uygun sınırla eksizyon ve eş zamanlı rekonstrüksiyondur⁶. Uygun sınır ile tümöral doku uzaklaştırıldıktan sonra oluşan defekti hem fonksiyonel hem de estetik açıdan makul bir dudak olarak yeniden restore etmek için tanımlanmış bir çok rekonstrüktif yöntem vardır. Her metodun birbirine göre avantaj ve dezavantajları mevcuttur⁷. Kliniğimizde alt dudak kanseri ne-

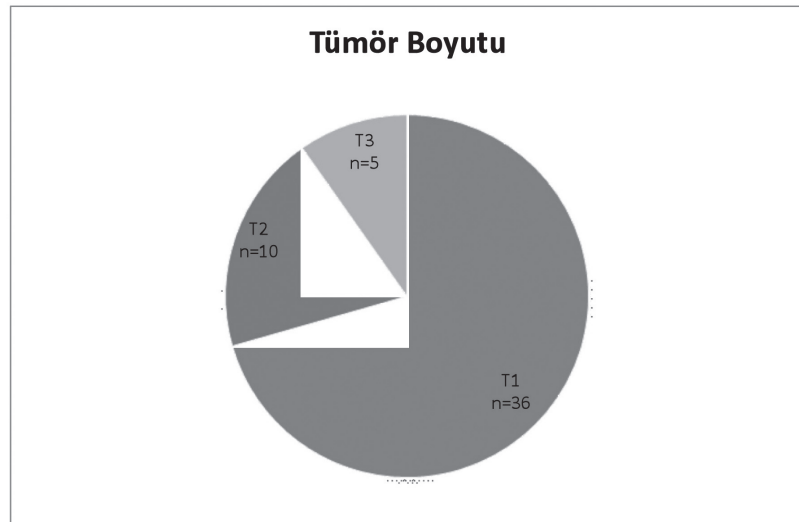
deniyle opere ettiğimiz hastalar literatür gözden geçirilerek retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

MATERYAL VE METOD

2004 – 2010 yılları arasında dudak kanseri nedeniyle Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniğine başvuran 51 hastanın hastane kayıtları retrospektif olarak incelenerek yaş, cinsiyet, lezyon yerleşimi, lezyon büyüklüğü, klinik evre, rekonstrüksiyon yöntemi, hastanede kalış süresi, histolojik grade, nüks oranı, bölgesel lenf nodu metastazı verileri toplandı. Tümör büyüklüğü ve lokal rekürrens arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirildi.

SONUÇLAR

Hastaların yaş ortalaması 65,4 olarak hesaplandı. Hastaların % 80,4'ü erkek (n=41), % 19,6'sı kadındı (n=10). Lezyonun yerleşimi değerlendirildiğinde % 43'ünde lezyon alt dudak sağ lateral bölgede yerleşmekteyken, % 29 hastada alt dudak sol lateral, % 20 hastada ise alt dudak orta 1/3 bölgede yerleşmekteydi. Hastaların % 92 'sinde tanı alt dudak yerleşimli yassı epitel hücreli karsinom olarak rapor edildi. % 85 hastada sigara kullanma hikayesi mevcuttu. %70 hastada tümör 2 cm'den küçük bulunmuştur (Diyagram 1).



Diyagram 1: Hastaların tümör büyüklüğüne göre dağılımı

Patoloji sonucunda tesbit edilen histolojik grade-ler değerlendirildiğinde % 61 hastada histolojik grade iyi differansiye, % 35'inde orta differansiye, % 2'sinde ise az differansiye olarak rapor edilmiştir.

Tedavi seçeneği olarak hastaların % 48'ine kama eksizyon kullanılırken, % 46 hastada lokal felpeler, % 6 hastada ise serbest doku aktarımı ile rekonstrüksiyon yapıldı (Tablo 1).

Tablo 1: Kullanılan rekonstrüktif yöntemler

Rekonstrüktif Yöntem	n	%
Gillies Flep	3	6
Mc Gregor Flep	2	4
Gate Flep	7	14
Bernard-Webster Flep	8	16
Karapandzic Flep	3	6
Serbest Ön Kol Flebi	3	6
Kama Eksizyon	24	48

51 hastanın 11 tanesine klinik olarak palpe edile-bilen lenf nodu varlığı nedeniyle boyun diseksiyonu uygulandı. Boyun diseksiyonu yapılan 11 hastanın % 45'inde histopatolojik inceleme sonu-cu boyun lenf nodlarında metastaz tespit edildi.

Ameliyat sonrası uzun dönem takiplerinde lokal nüks tespit edilen 12 hasta evreleri açısından incelendi. Hastaların 9 tanesi T1, 2 hasta T2, 1 hasta T3 tümöre sahipti. Bu değerler ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi ve tümör boyutu ile nüks arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p=0,92$).

Ortalama hastanede yatış süresi 3.9 gün olarak hesaplandı. Boyun diseksiyonu yapılan hastalarda bu süre ortalama 10 gün, yapılmayan hastalarda ise 2,25 gün olarak tesbit edildi.

TARTIŞMA

Alt dudak kanserleri konumu itibari ile kolayca farkedilip, tanı koyularak tedavi edilebilecek kanserlerdendir. Dudak yerleşimli kanserlerde en sık görülen histopatolojik tanı yassı epitel hücreli karsinomdur. Literatürde bildirilmiş 6-8 : 1 erkek kadın oranı ile farklı olarak bizim serimizde erkek

kadın oranı 4:1 olarak hesaplanmıştır¹.

Alt Dudak kanserleri uygun cerrahi tedaviyle erken evrelerde %96 lara varan kür oranlarına sahiptir. Yine erken evrelerde bölgesel lenf nodlarına yayılım insidansı %20 den daha azdır⁸. Bu dönemde makroskopik olarak tanındıkları ve uygun sınırla eksize edildikleri takdirde bölgesel lenf nodu tulumu ve uzak metastaz göstermezler. Literatürde yayınlanmış birkaç nadir vaka dışında özellikle Evre 1 tümörlerde elektif lenf nodu diseksiyonu endike değildir. Şayet lenf nodu tutulumu varsa uygun boyun diseksiyonu yapılmalıdır⁹.

Tümoral kitlenin uygun sınır ile eksizyonu tedavinin önemli bir basamağıdır. Eksizyonun minimum 10mm normal çevre doku ile yapılması onkolojik olarak kabul edilebilir sonuçlar oluşturur¹⁰. Literatürde bildirilen tanı esnasında klinik olarak pozitif lenf nodu tesbit edilmesi oranı yaklaşık olarak %2 ila %15 dir. Serimizde klinik olarak lenf nodu palpe edilen 11 hastaya lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır. Boyun diseksiyonu yapılmış olan hastaların % 45'inde lenf nodu patolojik olarak pozitif bulunmuştur. Diğer lenf nodları reaktif olarak değerlendirilmiştir. Her ne kadar boyun diseksiyonu morbiditesi ve hastanede kalım süresini artıran önemli bir unsur olsa da klinik olarak pozitif lenf nodu tutulumu olan hastalarda ve geniş yüksek gradeli ve postoperatif takibin iyi yapılamayacağı düşünülen hastalarda da profilaktik olarak lenf nodu diseksiyonu yapılmalıdır¹⁰.

Literatürde lokal nüks oranı %5 ila %15 arasında bildirilmiştir. Bizim serimizde lokal nüks oranı % 23,5 ile literatüre göre bir miktar daha yüksek bulunmuştur^{11,12}. Tümör büyüklüğü ve nüks oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Beklenenin aksine, daha büyük tümörlerde küçük olanlara göre daha az lokal nüks görülmesinin sebebi olarak, büyük tümörlerde kompleks tekniklerle yapılacak rekonstrüksiyon öncesi eksizyonun daha agresif yapılmasının etkili olabileceği düşünülmüştür.

Rezeksiyon sonrası oluşan defektin fonksiyonel ve estetik açıdan kabullenilebilir bir dudak oluşturacak şekilde yeniden restore edilmesi de en az onkolojik rezeksiyon kadar önemlidir. Alt yüzün önemli bir estetik ünitesi olan dudağın fonksiyonel ve estetik açıdan defektli olması hastanın

beslenme, konuşma gibi davranışlarını ve emosyonel durumunu olumsuz etkiler.

Oral kompetansın yeterli miktarda sağlanması için orbikularis oris kasının devamlılığı ve fonksiyonel olarak çalışması önemlidir. Ablatif cerrahi sonrası oluşan defektin boyutuna göre uygun rekonstrüksiyon yöntemi seçilmelidir.

Alt dudağın üçte birlik ya da daha az olan defektlerinde değişik varyasyonlarla yapılan kama eksizyonların fonksiyonel ve kozmetik sonuçları mükemeldir¹³. Daha büyük defektler için daha komplike rekonstrüksiyon metodları değerlendirilmeli ve oral kompetans kaybına ya da mikrostomiye sebebiyet vermeyecek en ideal yöntem kullanılmalıdır. Lokal dudak ve yanak flepleri gibi farklı yöntemlerin ve modifikasyonlarının avantajları ve dezavantajları mevcuttur⁷. Oral komissürleri ve total alt dudağı kapsayan defektler için ise yeterli miktarda doku ancak serbest fleplerle sağlanır. Oral komissürlerin etkilendiği durumlarda hemen her zaman sekonder komissüroplastiler gerekir.

Alt dudağın üçte ikilik kısmını kapsayan defektlerde kullanılan majör lokal flepler Abbe ve Estlander gibi transoral çapraz dudak flepleri ve Karapandzic , Gillies gibi sirkumoral ilerletme ve rotasyon flepleridir(Resim 1). Bunların dışında nazolabial dokuyu içeren Gate flepler, ve seçilmiş olgularda dil flepleri de kullanılabilir¹⁴.

Fonksiyonel ve estetik sonuçları iyi olan Abbe flebi in dezavantajları iki aşamalı bir rekonstrüktif işlem olması ve bu iki aşama arasında hastanın sadece yumuşak sıvı gıdalarla beslenebilmesidir. Bu yüzden hiçbir olgumuzda tercih edilme-

mişti. Estlander flep rotasyon noktası komissür olan bir Abbe flep modifikasyonudur ve tek aşamalıdır. Uygulandığı tarafta komissür pozisyonunu değiştirir ve sekonder komissüroplasti gerektirir¹⁵.

Gillies Fan Flep geriye kalan dudak dokusunun ipsilateraldeki üst dudağın bir kısmını da içerecek şekilde kullanıldığı bir rotasyon ve ilerletme flebidir. Daha fazla doku sağladığı için mikrostomiye daha az yol açar.

Özellikle orta hat defektleri için tercih edilen Karapandzic flepte radial uzanımlı perioral insizyonlarla arta kalan dudak kısımları rotasyon yaptırılarak ilerletilir. Nörovasküler yapılar korunduğu için fonksiyonu, mobilitesi ve duyusu olan bir alt dudak sağlanmış olur.

Total alt dudak defektlerinde kullanılabilecek lokal flep seçeneği Bernard-Webster flebidir. Fazla miktarda doku perioral dokulardan sağlandığı için yaygın perioral skarlar belirgindir ve yeterli doku sağlanamadığı takdirde mikrostomiye yol açabilir. Total alt dudak rekonstrüksiyonunda en ideal seçenek serbest flepler olsa da ağır sistemik hastalığı bulunan ve uzun cerrahi süresini tolere edemeyecek hastalarda uygulanabilir. Bizim bu flebi uyguladığımız 8 hastanın 5 inde diyabet, geçirilmiş by-pass, kronik böbrek yetersizliği ve serebrovasküler hastalık öyküleri mevcuttu. Sadece bir hastada mikrostomi görüldü. Fakat hasta ek revizyonel bir operasyona ihtiyaç duymadı.

Total alt dudak rekonstrüksiyonunda en çok kullanılan serbest flep radyal ön kol flebidir(Resim 2). Yeterli miktarda cilt sağlanması flebin dudak



Resim 1: Alt dudak sol lateraldeki bir tümörün eksizyon sonrası Gillies fleple onarımı



Resim 2: Alt dudağın tamamını kaplayan bir tümörün eksizyon sonrası serbest radyal ön kol flebi ile onarımı

dış yüzeyi ve mukozal yüzeyi sağlayacak şekilde bükülmesine olanak sağlayan incelikte olması tercih sebebidir. Fakat oral kompetansın sağlanabilmesi için oral rim düzeyinde statik bir desteğe ihtiyaç duyulur. Palmaris longus tendonu flebe dahil edilerek ve her iki uçları modioluslara ya da komisürlere sütüre edilerek statik destek sağlanmış olur. Kendi olgularımızdan 2 tanesinde palmaris longus tendonu bu amaçla kullanılmıştır. Palmaris longus tendonu olmayan bir hastada ise strip şeklinde alınan tensor fascia lata grefti kullanılmıştır.

Son yıllarda kullanılmaya başlanan serbest gracilis transferi ile ve serbest gracilis ile birlikte serbest radyal önkol flebi kullanılarak fonksiyonel rekonstrüksiyonlar yapılabilmektedir. Ancak bu operasyonlar ile ilgili geniş seriler ve değerlendirmeler henüz mevcut değildir.

SONUÇ

Baş boyun bölgesinde sık görülen kanserlerden olana alt dudak kanserinde erken evrede tanı, uygun sınır ile geniş eksizyon, gerekli vakalarda boyun diseksiyonu ve tekrar eden olgulara erken müdahalenin tedavi başarısını etkileyen en önemli parametreler olduğu düşünülmektedir. Tümör eksizyonu sonrası oluşan defekt, hastanın genel durumu, hastanın uyumu göz önünde bulundurularak fonksiyonel ve estetik açıdan en iyi sonuç verecek şekilde planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Regezi J, Sciubba J Oral Pathology. Clinical –Pathologic Correlations. Philadelphia, PA : Saunders; 1994.p 79-84
2. Zitsch RP. Carcinoma of the Lip. Otolaryngology Clinics of North America 1993; 26 :265-277
3. Silapunt S, Peterson SR, Goldberg LH Basal Cell carcinoma on the vermilion lip: a study of 18 cases J Am Acad Dermatology 2004 ;50:384-7
4. Bailey BM A rare malignant connective tumor arising in the upper lip Br J Oral Surg 1983;21 :129-135
5. Galyon SW, Frodel JR. Lip and perioral defects Otolaryngol Clin North Am 2001;34:647-66
6. Vrebos J, Dupuis CJG, Hierzel. A lip switch flap in 1756 Plast reconstr surg 1998,101:1624-9
7. Abbe R. A new plastic operation for the relief of deformity due to double hare lip Plast reconstr Surg. 1968,42:481-3
8. Renner GJ, Zitsch RP. Cancer of the lip. In: Myers EN, Suen JY, eds Cancer of the Head and Neck. Philadelphia: WB Saunders, 1996:294-320
9. Baker SR, Krause CJ. Carcinoma of the lip. Laryngoscope 1980 ;90:19-27
10. Bilkay U., Kerem H., Ozek C., Gündoğan H., Güner U., Gurler T., Akin Y. Management of Lower Lip Cancer: A Retrospective Analysis of 118 Patients and Review of the Literature Ann. Plast. Surg 2003; 50(1):43-50
11. Yılmaz S, Ercocen AR is elective Neck dissection in T1-2, No patients with Lower Lip Cancer necessary? Ann Plast Surg 2009;62(4):381-383
12. Rifaat MA Lower Lip reconstruction after Tumor resection; a single Author's Experience with various Methods J Egyptian nat. Cancer Inst Vol.18 No 4 323-333
13. Yotsuyanagi T, Yokoi K, Urushidate S, Sawada Y. Functional and aesthetic reconstruction using a nasolabial orbicularis oris myocutaneous flap for large defects of the upper lip Plast Reconstr Surg 1998,101:1624-9
14. Anvar B., Evans B.C.D., Evans G.R.D. Lip reconstruction CME Plast Reconstr Surg 2007,120:4 57-64
15. Kroll, S(Ed) Lip reconstruction. In Reconstructive Plastic Surgery for Cancer. St. Louis, Mo: Mobsy Year Book ,1996.Pp 201-209.