

Dudakta Kitle İle Başvuran Olgularımızın Retrospektif Değerlendirilmesi

Retrospective Evaluation of the Patients with Lip Masses Admitted to Our Clinic

İbrahim Çukurova*

M. Doğan Özkul*

Süleyman Emre Karakurt*

Erdem Mengi*

M. Taner Torun*

Ümit Bayol**

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

*KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, **Patoloji Kliniği

ÖZET

Amaç: Dudak kitleleri benign, premalign ve malign olarak sınıflandırılır. Olgular dudakta noduler lezyon, yüzeysel/endure ülserasyon, iyileşmeyen ve/veya kanayan yara yakınmaları ile başvururlar. Bu lezyonlarda erken histopatolojik tanı ve tedavi önemlidir. Amacımız, son 5 yılda hastanemiz Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Kliniğine dudakta kitle nedeni ile başvuran olguları demografik özellikleri, histopatolojik tanı ve cerrahi yaklaşım yönünden irdelemektir.

Yöntem: Çalışmaya, Ocak 2001-Ocak 2006 tarihleri arasında dudakta şüpheli lezyon yakınması ile kliniğimize başvuran, median 38 ay izlenen 135'i erkek toplam 204 olgu dahil edilmiştir. Bu hastalardan 162'sinde tanı ve/veya tedavi amaçlı eksizyonel biyopsi yeterli olurken, 34 hastaya histopatoloji sonucuna göre radikal cerrahi uygulanmış, 8 hasta ise inoperatif kabul edilerek radyokemoterapiye sevk edilmiştir.

Bulgular: Yaşları 34-74 yıl olan (median 59 yıl) 204 hastanın 135'i (%66.18) erkek, 69'u (%33.82) kadındır. Hastaların histopatolojik tanıları incelendiğinde %54.4'ünün benign, %45.5'inin malign olarak rapor edildiği görülmüştür. Benign olarak değerlendirilen lezyonların çoğunu kapiller hemanjiom (%15.3), ülsere yangı (%14.4), piyojenik granülom (%9.9) ve fibrom (%9) oluşturmuştur. Malign histopatolojiye sahip 93 olgudan 88'i (%94.6) epidermoid kanser tanısı alırken, 2 hasta verrüköz karsinom, 1 hasta malign plemorfik adenom, 1 hasta kondroid sarkom, 1 hasta rabdomiyosarkom olarak rapor edilmiştir. Hastalarımıza kanserin yerleşim yerine, büyüklüğüne ve boyun yayılımına göre gerekli cerrahi girişim uygulanırken, hastalısız yaşam kadar, dudağın fonksiyonel ve kozmetik açıdan korunması planlanarak gerekli cerrahi teknik seçilmiştir. Radikal cerrahi uygulanan 34 hastanın 4'ünde tümör üst dudağa lokalize iken, 30'unda alt dudak yerleşimlidir. Ayrıca hastalığın kontrolü amacı ile 21 hastamıza gerekli görülen boyun diseksiyonu girişimleri uygulanmıştır.

Sonuç: Olgularımızdaki dudak kitlelerinin %45.5'ini malign histopatoloji oluşturmuş, bu grup içinde epidermoid karsinom %94.6 ile birinci sırada yer almıştır. Dudak kitlelerinin erken tanı ve uygun cerrahi tedavisi hem hastalısız yaşam sağlama hem de kozmetik ve fonksiyonel nedenlerle önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Dudak kitleleri, histopatolojik tanı, cerrahi yaklaşım

SUMMARY

Aim: Lip masses are classified as benign, premalign and malignant tumors. Patients with lip masses usually apply to the hospitals with nodular lesions, superficial ulcerations with or without enduration or bleeding and nonhealing wounds. Early diagnosis and surgical approach is important in patients with lip masses. Our

aim in this study is to evaluate the patients who applied to our clinic with lip masses within the last five years in terms of demographic characteristics, histopathological diagnosis and surgical approach.

Methods: 204 patients who applied to our clinic with the complaint of suspicious lesion on the lip between the dates January 2001-January 2006 were included in this study and were followed up median 38 months. Excisional biopsy was performed to 162 of them for diagnostic and/or treatment purposes whereas radical surgery was performed in 34 patients according to the histopathological results. Eight of them were accepted as inoperable and referred to radiochemotherapy .

Results: The male/female ratio was 135/69 (% 66.1 - % 33.8) and the median age at the time of diagnosis was median 59 years (range 34 to 74 years). Their histopathological evaluation revealed that 54.4% was in benign and 45.5% was in malign character. Capiller hemangioma (15.3%), ulcerate inflammation (14.4%), pyogenic granuloma (9.9%) and fibromas (9%) were the most frequent lip masses in our study. While 88 of the 93 cases with malign hispothapathology were diagnose as epidermoid cancer, 2 patients were reported as verrucous carcinoma, 1 patient malign pleomorphic adenoma, 1 patient chondroid sarcoma and 1 patient rhabdomyosarcoma. The surgical intervention was chosen according to the location and size of the cancer as well as preservation of the cosmetic and function of the lip. Cancer was detected on the upper lip in 4 and on the lower lip in 30 patients. Moreover, with the purpose of control of the disease, the necessary neck dissection interventions were applied in 21 of our patients.

Conclusion: 45.5% of our patients with masses on the lip were malign and epidermoid carcinoma was found to be most frequent lip cancer (94.6%). Early diagnosis and proper surgical approach is important in these patients both for survival without disease and cosmetic and functional reasons.

Key Words: Lip masses, histopathological diagnosis, surgical approach

Başvuru tarihi: 15.05.2006

İzmir Tepecik Hast Derg 2007;17(2):93-98

Dudakta kitle nedeniyle başvuran hastalar irdelendiğinde üst ve alt dudakta epitelyal ve epitelyal olmayan benign ve malign tümörlere rastlanır. Epitelyal tümörler arasında squamoz karsinom ve bazal hücreli karsinom daha sıklıkla görülür (1). Epitelyal olmayan tümörler; kas, yağ doku, bağ doku, vasküler ve minor tükürük bezlerinden gelişir. Dudaklarda premalign lezyonlara da rastlanabilir. Bunlar arasında lökoplazi daha çok görülür. Bu lezyonlar malignensiye dönüşüm potansiyeli nedeniyle önemlidir. Eritroplazi, hiperkeratoz, aktinik keratoz, keratoakantom, liken planus da premalign lezyonlar arasında yer alır (2-4). Dudak karsinomları en sık rastlanan oral kavite kanseridir (5). 60-70 yaş arası ve çoğunlukla erkeklerde gözlenirler (6). Etiyolojide güneş ışınlarına maruziyet, sigara, pipo, alkol içimi, kötü ağız ve diş hijyeni sorumlu tutulmaktadır (1).

Çalışmamızda; kliniğimize dudakta şüpheli lezyon yakınmasıyla başvuran olguların demografik özellikleri, lezyonların histopatolojik incelenmesi ve cerrahi yaklaşım yönünden irdelenmesi amaçlanmıştır.

HASTALAR VE YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmaya Ocak 2001-Ocak 2006 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği'ne dudakta şüpheli lezyon yakınmasıyla başvuran 204 hasta dahil edilmiştir. Hastaların genel özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Hastalarımızın 135'i (%66.1) erkek, 69'u (%33.8) kadındır. Bu hastalardan 162'sinde (%79.4) tanı ve/veya tedavi amaçlı eksizyonel biyopsi yeterli olurken, 34 hastaya (%16.6) histopatoloji sonucuna göre radikal cerrahi uygulanmış, 8 hasta (%4) ise inoperatif kabul edilerek radyokemoterapiye sevk edilmiştir. Radikal cerrahi uyguladığımız 34 hastanın 27'si (%79.4) T1 evresi, 5'i (%14.7) T2 evresi ve 2'si (%5.8) T3 evresi olarak kabul edilmiştir (34 hastaya uygulanan ameliyatlar Tablo 4, Resim 1-9'da). T1 evresindeki 27 hastanın 23 tanesine Wedge rezeksiyon, 3'üne tümör ekstirpasyonu ve 1'ine vermilyenektomi yapılmıştır. T2 evresindeki 5 hastanın 4'üne Abbe operasyonu uygulanırken birinde tümörü üst dudak kaydırma flebi ile eksize edilmiştir. T3 evresindeki bir

hastaya Bernard operasyonu uygulanmış, diğere Gille'nin fan flebi operasyonu ile müdahale edilmiştir.

Cerrahi tedavi uyguladığımız 34 hastanın 12'sinde (%35.2) görüntüleme yöntemleri ile boyunda çapı 1 cm'den küçük lenfadenopati saptandı. Hastaların hiçbirinde klinik olarak palpe edilebilen lenfadenopatiye rastlanmadı. Bu hastaların 6 tanesine bilateral olmak üzere 21'ine (%61.7) profilaktik boyun diseksiyonu uygulama gereksinimi doğmuştur. Olgular postoperatif dönemde periyodik takibimizde olup ilk 1. yıl aylık, 2. yıl 3 aylık, sonraki yıllarda 6 aylık periyodlarla değerlendirilmiştir. Bu periyodlarda operasyon bölgesinin inspeksiyonu, boyunun palpasyonu, boyun bölgesinin ultrasonografik incelenmesi ve gerektiğinde ise boyunun ve toraksın bilgisayarlı tomografik değerlendirilmesine başvurulmuştur.

BULGULAR

Yaşları 34-74 yıl (median 59 yıl) arasında değişen olguların histopatolojik sonuçlarının 111'i (%54.42) benign, 93'ü (%45.68) malign, olarak rapor edildi. Benign lezyonların histopatolojik dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. Malign histopatolojiye sahip olgularda, %94.6 oranla en sık epidermoid karsinom rapor edilmiştir (Tablo 3). Malign histopatolojiye sahip 93 hastadan 51'i takipten çıkarken, 42 hasta ortalama 38 aydır (16-70 ay) izlemimiz altındadır. Boyun diseksiyonu 21 hastamıza uygulanmıştır. Boyun diseksiyonu uyguladığımız 21 hastanın ameliyat materyalinde lenf nodları reaktif olarak saptanmıştır. Yapılan postoperatif izlemlerde 34 hastanın 4'ünde (%11.7) lökorejiyo-

Tablo 1. Çalışma grubundaki olguların genel özellikleri.

Olgu sayısı	204
Cinsiyet (E/K)	135 / 69
Yaş (yıl) (median)	59
İzlem süresi (ay) (median)	38
Histopatoloji	
• Benign	111 (% 54.42)
• Malign	93 (% 45.58)
Radikal Cerrahi uygulanan hasta sayısı	34 (%16.66)

nel nüks saptandı. Rejyonel nüks saptanan 1 hasta T₁, lokal nüks saptanan üç olgudan ikisi T₂ ve 1'i T₃ evresindeydi. Rejyonel nüks saptanan hastaya boyun diseksiyonu yapıldı ve adjuvan radyoterapi verildi. Lokal nüks saptanan

Tablo 2. Benign histopatolojiye sahip olguların dağılımı. (n:111)

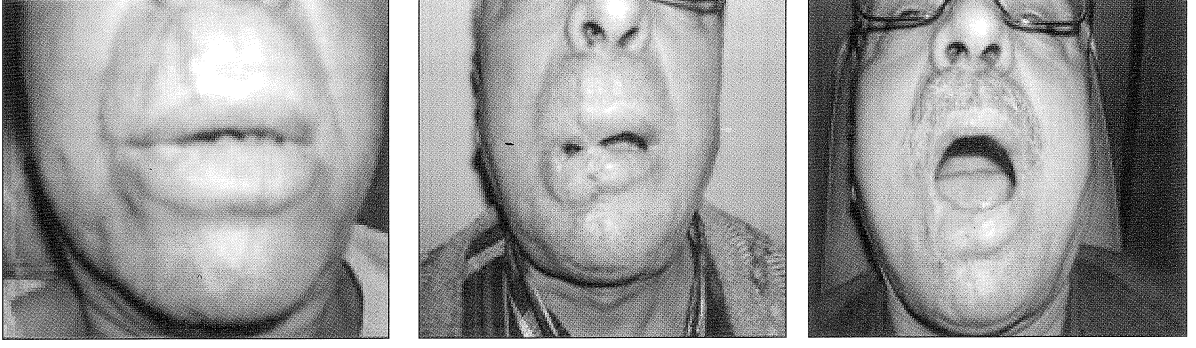
	Hasta sayısı (n:111)	%
Kapiller Hemanjiom	17	15.3
Ülsere Lezyon/yanğı	16	14.4
Piyojenik Granülom	11	9.9
Fibrom	10	9.0
Bazoselüler Karsinom	8	7.2
Keratoakantom	7	6.3
Papillom	8	7.2
Mukosel	7	6.3
Pseudoepitelial Hiperplazi	6	5.4
Hiperkeratoz/akantoz	6	5.4
Epidermoid Kist	6	5.4
Intradermal Nevus	4	3.6
Retansiyon Kisti	3	2.7
Pleomorfik Adenom	2	1.9

Tablo 3. Malign histopatolojiye sahip olguların dağılımı. (n:93)

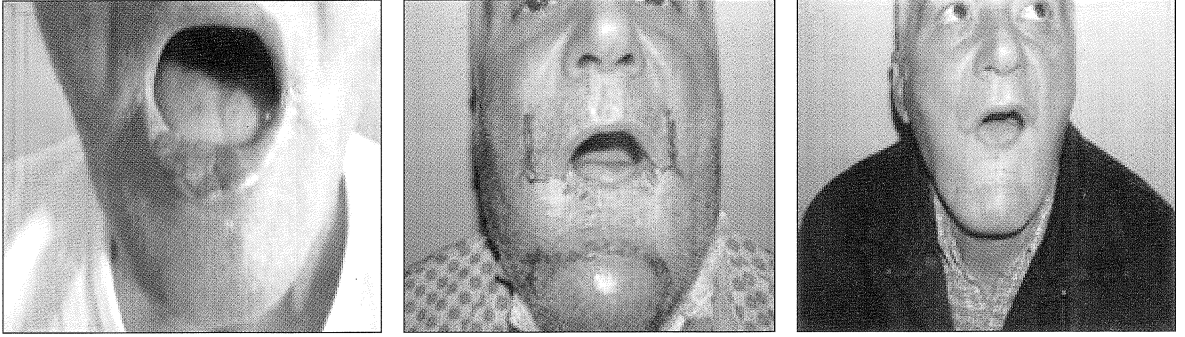
	Hasta sayısı (n:93)	%
Epidermoid Karsinom	88	94.6
Verrüköz Karsinom	2	2.1
Malign Pleomorfik Adenom	1	1.1
Kondroid Sarkom	1	1.1
Rabdomiyosarkom	1	1.1

Tablo 4. Dudak kanserlerine cerrahi yaklaşımımız. (n:34)

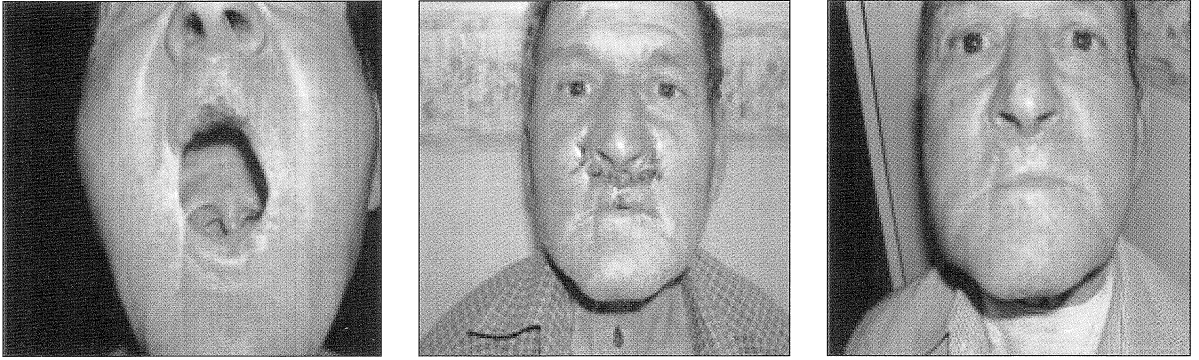
	Hasta sayısı (n:34)	%
Wedge Rezeksiyon	23	67.6
Abbe Operasyonu	4	11.7
Bernard Operasyonu	1	3
Tümör Ekstirpasyonu	3	8.7
Gille'nin Fan Flebi	1	3
Vermilyenektomi	1	3
Üst Dudak Kaydırma Flebi	1	3



Resim 1, 2, 3. Abbe flebi dizaynı, postoperatif 3. hafta ve kommisüroplastisi sonrası görünüm.



Resim 4, 5, 6. Alt dudak tümörü, Bernard operasyonu postoperatif 1. gün ve 3. ay görünümü.



Resim 7, 8, 9. Üst dudak tümörü, kaydırma flebi ile rekonstrüksiyon postoperatif 1. gün ve 3. ay görünümü.

nan 3 hasta kemoradyoterapi programına alınmış ve 2'si postoperatif ortalama 3. yılda kaybedilmiştir. Diğer hastalar sorunsuz olarak takibimiz altındadır.

TARTIŞMA

Dudakta kitle yakınmasıyla başvuran hastalar incelendiğinde benign, premalign ve malign lezyonlar dikkati çekmektedir. Bunların içerisinde dudak mukozasının hiperplazisi, hiper-

keratizasyonu, hiperkeratozis, ağrılı veziküller, endürasyonsuz yüzeysel ülserasyonlar benign ve premalign lezyonları kuvvetle düşündürür. Alt dudakta iyileşmeyen, kanayan ve kabuklanma gösteren, ekzofitik veya nodüler lezyonlar aksi ispat edilinceye kadar malign olarak kabul edilmeli ve uygun yöntem ile biyopsi alınmalıdır.

Dudak kanserleri tüm oral kavite kanserlerinin %30'undan fazlasını oluşturur (7). Hastaların çoğu (%95) epidermoid karsinomdur (5). Kalan

kısının histopatolojisini; minor tükürük bezi maligniteleri, yumusak doku sarkomları ve malign melanom oluşturur (6). Literatürle uyumlu şekilde bizim olgularımızın %94.6'sını epidermoid karsinom oluşturmaktadır. Dudak kanserlerinin yaklaşık % 90-95'i alt dudakta gelişir ve histopatolojik olarak alt dudak lezyonları; üst dudak lezyonlarına göre daha diferansiyedir (6,7). Bizim olgularımızın literatürle uyumlu şekilde %87.2'si alt dudaktan gelişmiştir. Üst dudak ve komissür lezyonları daha çok büyüme, ülserleşme ve metastaz yapma eğilimindedir (2). Alt dudakta parestezi varlığı mental foramen invazyonu açısından uyarıcı olmalıdır.

Dudak tümörleri diğer oral kavite tümörlerinde olduğu gibi primer tümörün en büyük çapına göre evrelendirilirler. Buna göre primer tümörün çapı 2 cm'den küçükse T₁, 2-4 cm arasında ise T₂, 4 cm'den büyükse T₃ olarak evrelendirilirler. Primer tümör dil, boyun cildi gibi komşu yumuşak dokuları veya kemiği invaze etmişse T₄ tümör olarak isimlendirilirler.

Yüzeyel erken evreli alt dudak tümörlerinde boyunda lenf bezi tutulumu enderdir (%10). Lenf bezi metastazları sıklıkla ileri evrelerde görülür (5). Tümörün çapı arttıkça ve özellikle 2 cm çapı ve 6 mm derinliği aştıkça lenfatik metastaz olasılığı artar (8,9). Alt dudak tümörleri submental ve submandibular lenf bezlerine, oradanda üst ve orta grup jugüler lenf bezlerine yayılım gösterir. Orta hatta ulaşan veya orta hattı geçen tümörler boyunun her iki tarafına metastaz yapabilirler. Üst dudak kanserleri önce preauriküler ve infraparotid lenf bezlerine oradanda submandibular, üst ve orta grup jugüler lenf bezlerine drene olurlar. Üst dudak lezyonlarının lenf bezi metastazları alt dudağa nazaran daha fazladır (10).

İleri evre tümörlerde tanıda kemik ve yumuşak doku invazyonu için ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme, uzak metastaz için sistem taramalarından yararlanılabilir (11).

Dudak kanserlerinin primer tedavisi cerrahidir. Alt dudağın %80'ine kadar varan defektler lokal fleplerle etkin olarak kapatılabilmektedir. Bizim olgularımızın %78.7'si T₁₋₂, %17'si T₃,

%4.3'ü T₄ evredeydi. Erken evre dudak tümörlerinde cerrahi ve radyoterapi şansı aynıdır. Mukozada sınırlı premalign lezyonlarda vermilyenektomi uygulanır. Eksize edilen tümöral doku dudağın 1/3'ünden daha küçükse Wedge Rezeksiyon (W ya da V şeklinde eksizyon), ardından oluşan defektin mukoza, kas ve cilt tabakalarının primer kapatılması yeterli olur. Alt dudak genişliğinin 1/3'ünü geçen defektlerin onarımında karşı dudaktan çevrilen flepler kullanılır. Bu amaçla en sık kullanılan cerrahi girişim Abbe-Estlander flebi ile rekonstrüksiyondur. Bu teknikte bir dudaktan karşı dudağa tam kat doku transfer ederek ve çevreleyen doku ile yakın bir cilt yapısı ve renk uyumu sağlanır. Oluşacak olan komissür distorsiyonu post-operatif dönemde ikinci bir komissüroplasti tekniği ile düzeltilebilir (1). Dudağın 2/3'ünden daha geniş olan defektlerin tamirinde yanaktan hazırlanan fan flepler kullanılır. Karapandzic flebi, Gilles flebi, Mc Gregor flebi, Bernard plasti en sık uygulanan fan flep türleridir. Dudağın %80'inden fazlasını tutan defektlerde lokal fleplerle etkin rekonstrüksiyon yapılamaz. Bu durumda myokutanöz flepler tercih edilebilir. Mandibulanın da rezeke edilmesi gerektiği durumlarda vaskülarize kompozit kemik flepleri kullanılabilir (1).

Dudak kanserlerinde boyun tedavisi tümörün yerleşimi ve evresine göre değişiklik gösterir. Evresi ve yerleşimi neresi olursa olsun N pozitif boyunlarda modifiye radikal veya radikal boyun diseksiyonu uygulanması önerilmektedir (12-14). T₁-T₂ alt dudak karsinomlarında N0 gizli metastaz oranı %1-8 arasındadır (5). Bu oran üst dudak tümörlerinde %15-25'e ulaşmaktadır (5). Bu nedenle T₁-T₂ üst dudak tümörlerine profilaktik boyun diseksiyonu önerilirken T₁-T₂ alt dudak tümörlerine profilaktik boyun diseksiyonu tartışmalıdır (15). T₃-T₄ dudak tümörlerinde servikal metastaz oranı %50'dir. İleri evre tümörlerde elektif boyun diseksiyonu önerilmektedir (16). T₃-T₄ tümörlerde, rekürrens gösteren tümörlerde perinöral invazyon ve pozitif cerrahi sınır varlığında lenf nodu metastazı ve ekstrakapsüler yayılım varlığında adjuvan radyoterapi endikedir (1).

Tanı koyup cerrahi tedavi uygulayarak takip ettiğimiz 34 hastanın, takibinde lokal nüks saptadığımız 1 hasta T₃, ikisi T₂ evresinde ve 1'i T₁ evresindeydi. Yapılan bir çalışmada T₁ evresindeki dudak tümörlerinde %15 ve T₂ evresindeki dudak tümörlerinde %44 oranında nüks saptanmıştır (17). Bizde bu oranlar sırasıyla %3.7 ve %40'dır. Dudak kanserlerine uyguladığımız tedavi modalitelerinin uygun ve etkili olduğu kanısındayız.

Sonuç olarak, dudak kitlelerinde erken tanı ve uygun cerrahi yaklaşım önemlidir. Histopatolojik olarak tanısı konan dudak kanserlerinin primer tedavisi cerrahidir. Cerrahinin onkolojik ve kozmetik üstünlükleri vardır. Onkolojik olarak çıkarılan tümörün tam olarak incelenmesine olanak sağlar, cerrahi sınırlar hakkında bilgi edinilir. Erken evre tümörlerinin çıkarılmasının kozmetik sonuçları da çok iyi olup tüm dudak fonksiyonları mevcuttur. Bu nedenle ilk tedavi yöntemi seçimi çok önemlidir. Erken tespit edilebilen ve tanısı kolayca konabilen bu grup kanserler genellikle saptandığında metastaz yapmış olma olasılığı çok yüksektir. Bu olasılık nedeni ile primer tümörle birlikte mutlaka bölgesel lenf bezleri de incelenmelidir. Aynı zamanda hastalısız yaşamda önemli bir unsurda boyuna yayılımın söz konusu olmasıdır. Bu neden ile boyunun tetkiki ve tedavisi göz ardı edilmemelidir. Bunun için lezyon ile beraber en azından supraomohiyoid bölge lenf bezi diseksiyonu ameliyat spesimenine dahil edilmelidir. Hastanın ve hastalığının postoperatif takiplerinde boyun incelemeleri yaşam kalitesi ve süresi açısından vazgeçilemez bir standarttır.

KAYNAKLAR

1. Kaya S. Dudak neoplazmları. In: Çelik O editor. Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş boyun cerrahisi. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2002. p. 585-601.
2. Backer SR. Malignant neoplasms of the oral cavity. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology-head and neck surgery. 2nd ed, St. Louis: Mosby Year Book; 1992. p. 1248-305.
3. Zitsch RP. Carcinoma of the lip. *Otolaryngol Clin North Am* 1993;26:265-77.
4. Duffey DC, Eversole E, Abemayor E. Oral lichen planus and its association with squamous cell carcinoma. *Laryngoscope* 1996;106:357-62.

5. Başer N. Oral kavite kanserleri. In: Engin K, Erişen L. Baş boyun kanserleri. Bursa: Nobel Yayıncılık; 2003. p. 235-71.
6. Karadeniz AN. Baş boyun ve tiroid kanserleri. In: Topuz E, Aydın A, Karadeniz AN editörler. Klinik onkoloji. İstanbul: Tunç matbaası, 2000;161-200.
7. Calcaterra TC, Juillard GJF, Blackwell KE. Oral Cavity and Oropharynx. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology-head and neck surgery. 2nd ed, St. Louis: Mosby Year Book; 1993. p. 1248-1305.
8. Frierson HF, Cooper PH. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the lower lip. *Humon Pathol* 1986;17:346-54.
9. Koc C, Akyol MU, Celikkanat S, Cekic A, Ozdem C. Role of suprahyoid neck dissection in treatment of squamous cell carcinoma of the lower lip. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997;106(9):787-9.
10. Kıvanç A. Dudak tumorleri. In: Koc C, editor. Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş-boyun cerrahisi. Ankara: Gunes Kitabevi Ltd. Şti. 2004;941-953.
11. Hoşal AŞ. Oral kavite ve orofarenks neoplazmları. In: Çelik O editor. Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş boyun cerrahisi. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2002. p. 601-619.
12. Veissler MC. Management of the primary site oral cavity. In: Pillsbury HC, Goldsmith NM, editors. Operative challenges. Ch. 17, Chicago: Year Book Medical Publication, 1990; 300-7.
13. Holt GR. Surgical therapy of oral cavity tumors. Lip tumors. In: Thawley SE, Panje WR, editors. Comprehensive management of head and neck tumors. Vol. 1, Ch. 25, Philadelphia: Saunders, 1987;557-63.
14. Esclamado RM, Krause CJ. Lip Cancer. In: Bailey BJ, editor. Head and neck surgery otolaryngology. Vol. 2 2nd ed, Ch. 106, Philadelphia: Lippincott Raven, 1993;1509-1521.
15. Gullane P. Dudak, oral kavite. In: Gluckman J, Gallone P, Johnson J, editors. (Çeviri editörleri Cevanşir B, Kıyak E.) Baş boyun tümörlerine yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp kitabevi, 1995;65-91.
16. Myers EN, Simental AA. Cancer of the oral cavity. In: Myers EN, Suen YJ, Myers NJ, Hanna EYN editors. Cancer of the head and neck. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2003.p.279-321.
17. Wilson R, Jackson J, Rassekh C. A study of squamous cell carcinoma of the lip at West Virginia University Hospitals from 1980-2000. *WV Med J* 2005;101 (5):217-9.

Yazışma adresi:

Dr. İbrahim ÇUKUROVA
1399 Sokak No: 11 D: 3, Alsancak / İZMİR
Tel&faks: +90 232 464 36 26
e-posta: cukurova@tnn.net
