

ALT DUDAK DEFİKTLERİNİN REKONSTRÜKSİYONU: 43 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Arda KATIRCIOĞLU, Serdar GÖKREM, O. Murat ÖZDEMİR,
H. Rifat ÖZAKPINAR , Atilla ERSOY, Zeki CAN, Murat EMİROĞLU

ÖZET

Dudaklar, sadece estetik açıdan değil aynı zamanda ifade, mimikler, yemek yeme ve konuşma açısından da önemli yapılardır. Bu yüzden hasarlı kısımların onarımı, hem estetik hem de fonksiyonel açıdan büyük önem taşımaktadır. Dudak onarımlarının amacı, görünümün ve fonksiyonun yeniden kazandırılmasıdır. Bu amaçla değişik rekonstrüksiyon yöntemleri kullanılmaktadır. Dudak defektinin cerrahi planından önce bazı değişken durumların önceden tesbit edilmesi gerekmektedir: Defektin boyutu ve lokalizasyonu, lezyonun etiyolojisi, hastanın yaşı ve cinsiyeti gibi. Hastalarda cilt, kas, mukoz ve bunların kombinasyonu gibi değişik derecelerde doku kaybı bulunabilir. Kayıp, travma sonucunda olabileceği gibi, enfeksiyöz hastalıklar, vaskülit, konjenital nevüs, hemanjiom, yarık ve neoplazmalara bağlı olarak da gelişebilir. Rekonstrükte edilmiş dudak; duygusu olan, sfinkter veya kas fonksiyonunu devam ettiren, alt ve üst vermillionlar arasında su kaçırmaz özellikte olan, yemek ve dental bakım için yeterli ağız açıklığı sağlayan ve kabul edilebilir bir estetik görünüme sahip olmalıdır. Önemli olan cerrahın uygun yöntemi doğru vakalarda uygulamasıdır. Bu makalede; "V" rezeksiyon, "W" rezeksiyon, "Barrel shaped" eksizyon, "Stair Step" eksizyon, "Abbe" flep, "Webster Bernard" flep, "Estlander" flep, "Gilles" fan flep, "Karapandzic" flep, "Nakajima" flep, "Depressör Anguli Oris" flepleri kullanılarak gerçekleştirdiğimiz kırk üç olgu ve sonuçları sunulmuştur.

AnahtarKelimeler: Alt Dudak Rekonstrüksiyonu, Fonksiyonel Onarım

SUMMARY

Reconstruction Of Lower Lip Defects: Analysis Of 43 Cases

Lips are important structures not only of aesthetic value but also for expression, vitality, feeding and speaking. As such, both functional and aesthetic restoration of deformed parts receive high priority. The aims of reconstruction of the lips are the restoration of appearance and reinstatement of function. To achieve these results, different reconstructive methods are used. Prior to formulation of a surgical plan for a lip defect, the following variables are evaluated: Size and location of the defect, etiology of the lesion, and the age and sex of the patient. Patients present with varying degrees of tissue loss, which may include skin, muscle, or mucosa, or a combination of layers. Loss may be a result of trauma, infectious disease, vasculitis, congenital nevi, hemangiomas, clefts, or neoplasm. The reconstructed lip should be sensitive, maintain sphincter or muscle function, and allow apposition of lower vermillion to upper vermillion for a watertight seal, provide sufficient opening for food and dental care, and be of acceptable aesthetic appearance. The important part is, surgeon must apply the appropriate method to the correct cases. In this paper fortythree patients, who were treated with "V" resection, "W" resection, "Barrel shaped" excisions, "Stair Step" excisions, "Abbe" flap, "Webster Bernard" flap, "Estlander" flap, "Gilles" fan flap, "Karapandzic" flap, "Nakajima" flap, "Depressor Anguli Oris" flap, and their results are presented.

Key Words: Lower Lip Reconstruction, Functional Repair

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

Geliş Tarihi: 02 Mayıs 2001

Kabul Tarihi: 01 Kasım 2001

Dudaklar kendilerine özgü anatomik yapılarıyla yüzün 1/3 alt kısmının fonksiyonel ve estetik kısmını oluşturmaktadır. Çeşitli sebeplerle oluşabilen dudak defektlerinin onarımı, sadece fonksiyonel değil estetik yönden de önem kazanmaktadır. Bu yüzden motor ve duyuşal fonksiyonların rekonstrüksiyonu özellik arzeder (1). Dolayısıyla herhangi bir sebeple alt dudakta defekt meydana geldiğinde; beslenme, konuşma, soluk alıp verme, öpme, üfleme gibi oral kavite önünde motor ve duyuşal fonksiyonlara sahip bir onarımın yapılması zorunludur. Sadece örtü özelliği olan rekonstrüksiyon yöntemlerinin günümüzde değeri azalmıştır. Alt dudak rekonstrüksiyonunda kullanılacak olan dokular arasında öncelik sırası, dudanın sağlam kısımlarıdır. Eğer sağlam kısımlar yetersiz ya da kullanımı olanaksız ise üst dudaktan faydalanılabilir (2). Yeterli dudak dokusu olmayan durumlarda çevre yumuşak dokular kullanılır. Çevre yumuşak dokuların skar gibi nedenlerle kullanılmadığı durumlarda uzak fleplere başvurulur (3).

Hemen hemen tüm alt dudak rekonstrüksiyonları tümör cerrahisine bağlı olup, travma, enfeksiyöz hastalıklar, vaskülitler, konjenital nevüs, hemanjiyoma da bağlı olabilir. Kayıp cilt, kas, mukoza ve tüm tabakaların kombinasyonu olabilir (3).

İlk dudak onarımı, Sushruta tarafından 1000 yılında denenmiştir. 1597'de Tagliacozzi üst ve alt dudayı omuz flebi ile onarmıştır. 1768'de Louis ilk wedge eksizyon ve primer onarımı uygulama-

mıştır. 1834'de Dieffenbach alt dudayı iki inferior tabanlı yanak flebi ile onarmıştır. 1872'de Estlander lateral trianguler üst dudak flebini alt dudak için kullanmıştır. 1909'da Lexer dudak rekonstrüksiyonu için dilin kullanımını önermiştir. 1954'de Schuchardt inferior tabanlı yanak flebini kullanmıştır. 1974'de Karapandzic oral sfinkter onarımının önemi üzerinde durmuştur (2).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu makalede, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı'na son dört yıl içinde başvuran kırk üç alt dudak maligniteli hastada uyguladığımız onarımlar sunulmuştur. Hastaların tümünde alt dudakta yassı hücreli karsinom mevcuttu ve bir santimetre cerrahi sınırdan total rezeksiyon yapıldı. Hastaların 35'i erkek, 8'i kadın ve yaşları 38 ile 68 (ortalama 48) arasında değişiyordu. Ameliyatlar 18 hastada lokal anestezi, 25 hastada genel anestezi altında yapıldı. Tümörler alt dudanın orta hattında lokalize olanlar, sağ veya sol tarafında tutulumu olanlar, komissür tutulumu olanlar şeklinde tesbit edildi. 12 hastada "V" rezeksiyon, 4 hastada "W" rezeksiyon, 2 hastada "Barrel shaped" eksizyon, 2 hastada "Stair step" eksizyon, 2 hastada "Abbe" flep, 3 hastada "Webster-Bernard" flebi, 1 hastada "Estlander" flebi, 1 hastada "Gilles" fan flep, 5 hastada "Karapandzic" flebi, 3 hastada "Nakajima" flebi, 8 hastada "Depressör Anguli Oris" flebi kullanıldı. Toplam 2 vakada nüks görüldü ve bu vakalar tekrar operasyona alındı. Tümör dokusunun total rezeksiyonundan sonra, ortaya çıkan

Tablo 1. Son dört yılda klğimize başvuran alt dudak ca. lı hastalar ve uygulanan tedavi yöntemleri.

Yapılan Operasyon	Vaka Sayısı	Ortalama Tutulum %	Metastatik Lenf N.	Nüks	Revizyon
"V" rezeksiyon	12	20-30	Yok	Yok	Yapılmadı
"W" rezeksiyon	4	30-40	Yok	Yok	Yapılmadı
"Barrel shaped" eksizyon	2	30-40	Yok	Yok	Yapılmadı
"Stair Step" eksizyon	2	40-50	Yok	Yok	Yapılmadı
"Abbe" flep	2	35-50	Yok	Yok	Pedikül kesildi
"Webster-Bernard"	3	70-90	Var	Yok	1 vakada
"Estlander"	1	40	Yok	Yok	Yapıldı
"Gilles" fan flep	1	50	Yok	Yok	Yapıldı
"Karapandzic"	5	70-90	Var	1	3 vakada
"Nakajima"	3	100	Var	1	1 vakada
"Depressör Anguli Oris"	8	40-100	Yok	Yok	2 vakada

defektlerin boyutlarına bağlı olarak planlanan yöntemler ile rekonstrüksiyon işlemi gerçekleştirildi. (Tablo 1).

BULGULAR

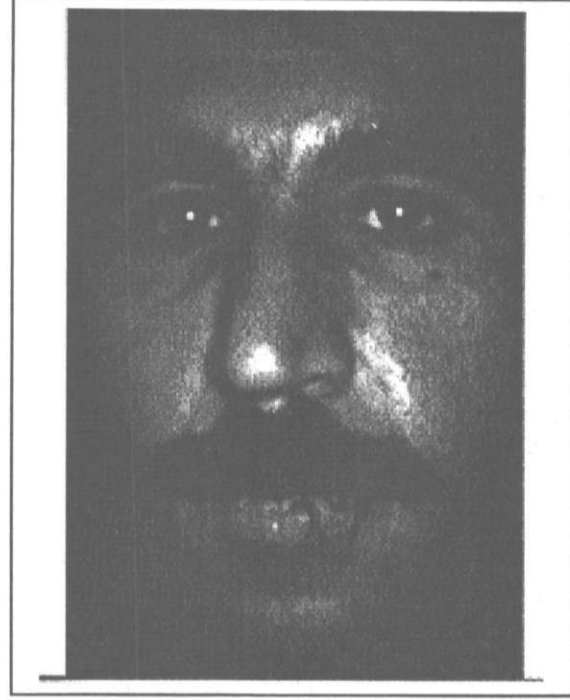
Rezeksiyon sonrası oluşan defektler alt dudak genişliğinin %20'sinden %100'e kadar olan değişik sınırlar içermekteydi. Hastaların onbirinde boyunda bilateral metastatik lenfnodu saptandı ve bunlara bilateral modifiye radikal boyun diseksiyonu uygulandı. Kalan vakalarda boyun diseksiyonu gerektirecek metastatik lenfnodu saptanmadı. Tüm vakalarda flep kaybı olmadan estetik olarak tatminkar görünümü, fonksiyonel alt dudak onarımı sağlandı. İki hastada postoperatif birinci yılda nüks gözüksü, bu vakalar tekrar operasyona alınarak daha geniş eksizyonlarla ve postoperatif radyoterapi ile tedavi edildi. Dört hastada fleplerin alt dudağın diğer bölümlerine göre daha kalın olduğu tespit edilerek revizyon yapıldı ve flepler inceltildi. Altı hastada mikrostomi ile karşılaşıldı ve bunlarada postoperatif üçüncü ayda komissür revizyonu uygulandı.

TARTIŞMA

Alt dudak kanserlerinin primer tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Klasik olarak yassı hücreli kanserlerde, tümörün etrafından en az bir santimetre uzaklıktan total eksizyon önerilir (4). Bu durumda cerrah, alt dudağın rekonstrüksiyonu konusunda yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Rekonstrüksiyon bilgisi yetersiz olan cerrahın, defektin büyük olmasından korkarak, lezyonu yetersiz sınırlardan rezeke etmesi nüksleri arttırmaktadır. Bu durumda, donör saha da kaybedilmektedir. Hastanın değerlendirilmesinde, tümörün boyutu ve oluşacak doku defekti önceden tesbit edilmeli ve santimetre olarak ölçülmelidir. Rekonstrüktif metod, ağız açıklığını azaltabileceği için cerrah; hastanın protez dişlerini ağız içerisine ve dışarısına alabileceğini hesaplamalıdır. Mikrostomik bir sonuç oluşması durumunda, sekonder revizyonlarla ağız açıklığı arttırılmalıdır (1). Bu durum için ideal sonuç, yemek kaşığının veya protezin girebileceği açıklıktır.

Dudak cerrahisi konuşma üzerine uzun dönemde etkilere sahiptir; dudağın elastikiyeti ve duyusu azalabilir. Dudak duyusunda ve sulkus

derinliğinde azalma olan hastalarda, ağızdan sıvı kaçıışı olabilir (5). Bu durum, alt dudakta üste oranla daha fazla gözlenmektedir. Vestibüloplastik sekonder prosedür olarak düşünülebilir. Yanaktan kas kaydırılması ile yapılan dudak onarımlarında dudak kaslarında düzensizlik meydana gelebilir. Özellikle dudağın; sfinkter fonksiyonu ve

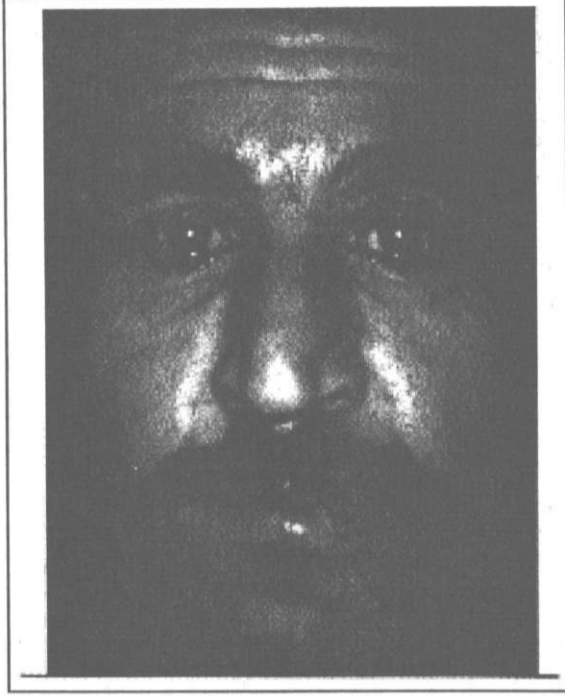


Şekil 1a: Alt dudakta yassı hücreli ca. "V" rezeksiyon.

kuvveti azalabilir, emosyonel dudak hareketleri bozulabilir (1). Tam kat nazolabial doku içeren teknikler ise, üst dudak kaslarını büyük ölçüde denerve edebilirler. Ameliyat öncesinde cerrah, lateral kenarlarda tümör oluşumunu engellemek için vermilyonu koruyup korumayacağına da karar vermelidir (2). Birçok teknik total vermilionektomi önerirken, bununda rekonstrüksiyonu dil flebi ve daha sonra da ayrılmasıyla oluşabilir.

Alt dudağın 1/3'üne kadar olan lezyonlar "V" eksizyonlarla düzeltilebilir (Şekil 1a,1b). Buna ek olarak herhangi bir "V" eksizyon labiomental oluşu hipertrofik skar oluşumu nedeniyle geçmemelidir (5).

"W" eksizyon daha geniş (yaklaşık iki santimetrelik) eksizyonlara olanak sağlar ama bunda-

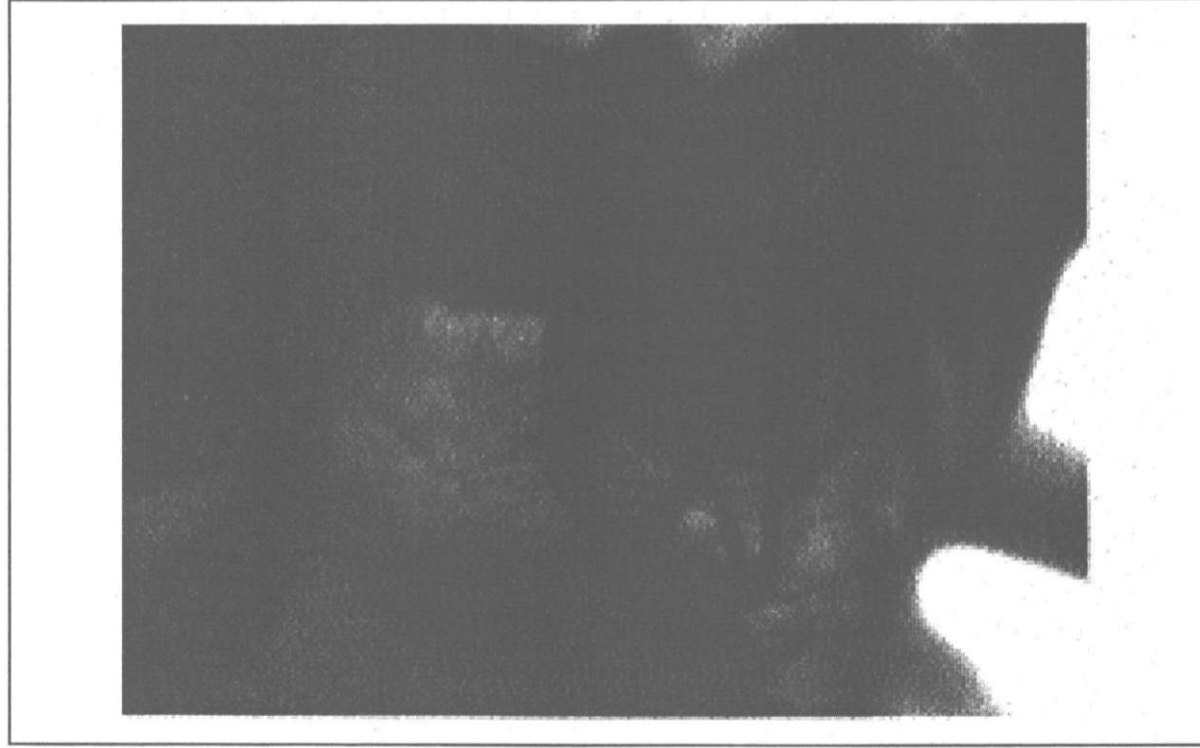


Şekil 1b: Erken postoperatif görünüm.

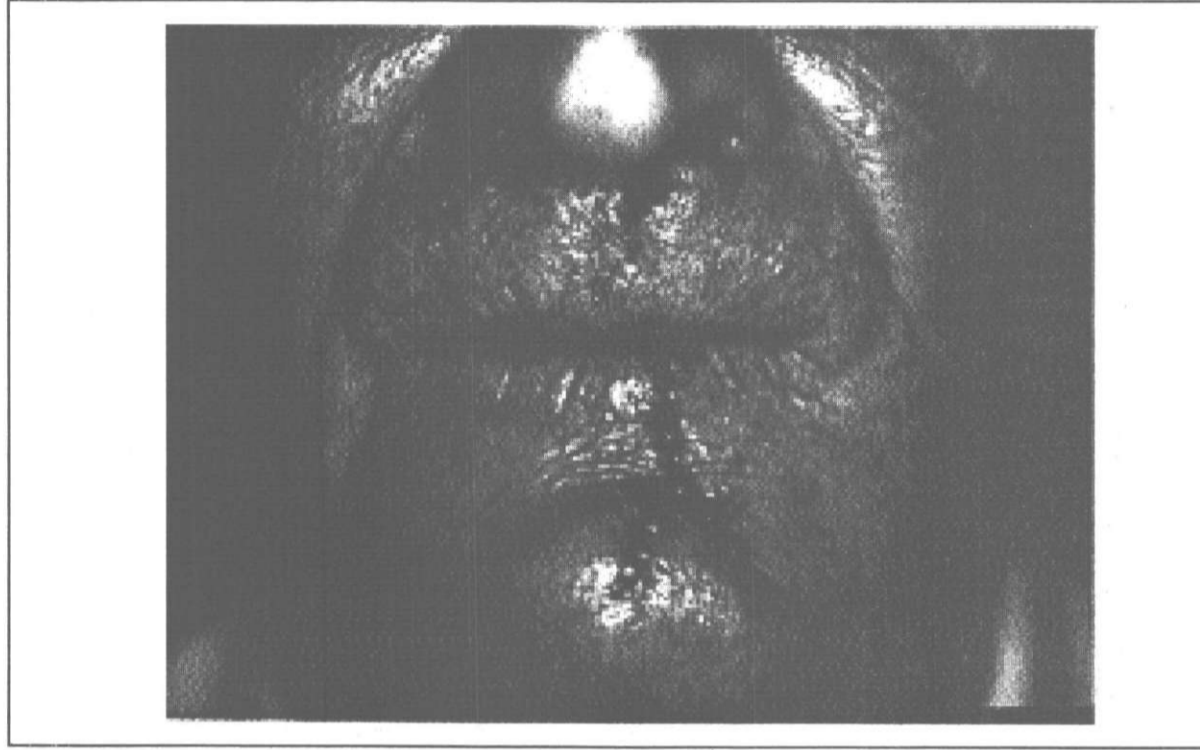
da inferior insizyon labiomental oluğu geçer ve istenmeyen bir skar oluşabilir (Şekil 2a,2b). Daha geniş lezyonlarda estetik açıdan daha avantajlı "flared W plasty" veya "barrel shaped" eksizyonlar kullanılmalıdır (2).

"Schuchardt" flebi ile rekonstrüksiyonda, "Barrell" benzeri bir eksizyon labiomental oluk çevresinden uzatılarak, her iki tarafta submental bölgeye ulaşılır. Orijinal prosedür, ilerlemeyi tam sağlamak için submental bölgede üçgen eksizyonları içerir. %40-50'lik dudak defekti bu yolla kapatılabilirken, daha geniş defektlerde dudak çok gergin olur (2).

Merdiven tekniğinde; her ne kadar skar belirgin olsa ve dudakta gerginlikler oluşsa da, bu teknikle özellikle komissüre doğru uzanan 2/3'e kadar olan defektler kapatılabilir. Bu flep rölatif olarak iyi bir duyuya sahiptir, kas devamlılığı vardır, üst dudağın devamlılığını bozmaz, sfinkter fonksiyonu devam eder ve lateral defektler için de adapte edilebilir. Genellikle iki ile dört basamak kullanılır (6).



Şekil 2a: Alt dudakta yassı hücreli ca. "W" rezeksiyon.



Şekil 2b: Erken postoperatif görünüm.

"Steeple" deri-kas-mukoza flebi; 1/2 den fazla olan alt dudak defektlerinde fonksiyonel onarım sağlar. Bilateral kullanımı total rekonstrüksiyonda kullanılabilir. Stranc ve Robertson 1983'de labial damarlar üzerinde, bir ada flebi planlamışlar ve buna "steeple flep" (kule uçlu) adını vermişlerdir (7). Bu flep, medial nazolabial ada flebi şeklindedir. Flebin adaptasyonundan sonra vermilyon için mukozal ilerletme sağlanılır. Her ne kadar mikrostomi önlenmiş ve sensoryal geri dönüşüm olsa da, çoğu hastada belirgin his kaybı olmaktadır.

"Abbe" flep; alt dudak defekti %30'un üzerinde ise, üst dudaktan bir flebin kullanılmasıyla gerçekleştirilir. Tabii ki üst dudak santral kısımlar donor alan olarak kullanılmaz, çünkü filtral kolonlar yer değiştirir (5). Orta ve lateral 1/3'den bir "switch" flep idealidir. Flep kare şeklinde ya da nazolabial oluğa uyacak şekilde planlanır ve ihtiyaç halinde ek dokularda kullanılabilir. Flebin herhangi bir tarafı arterini taşıyabilir. "Abbe"nin donor alanı minimal skarla iyileşir ve nadiren revizyona ihtiyaç duyar. Pedikül iki hafta ke-

silir ve sıklıkla fleple transfer edilen vermilyonla, alıcı sahadaki vermilyon arasında olan uyumsuzluklar için sekonder revizyon yapılır.

"Bernard" operasyonu; orjinalinde tam kalınlıkta üçgen eksizyonlar için kullanılır (2). Bu orjinal operasyonun geniş alt dudak defektleri için birçok modifikasyonu oluşturulmuştur. Bunlardan "Freeman" modifikasyonunda; tam kalınlıkta lateral üçgenler yerine sadece cilt ve cilt altı dokusunun çıkartılması gerekliliği savunulmuştur. Aynı zamanda nazolabial oluğu bozmamak için üçgen eksizyonları, daha lateralde bırakılmıştır. "Webster" modifikasyonunda; "Freeman" modifikasyonuna ilaveten, fizyolojik onarımlar için çeşitli öneriler getirilmiştir. Bu yolla innerve kas, yeni oluşturulacak dudağa taşınarak, duyusu olan, kozmetik ve fonksiyonel bir dudak oluşturulur.

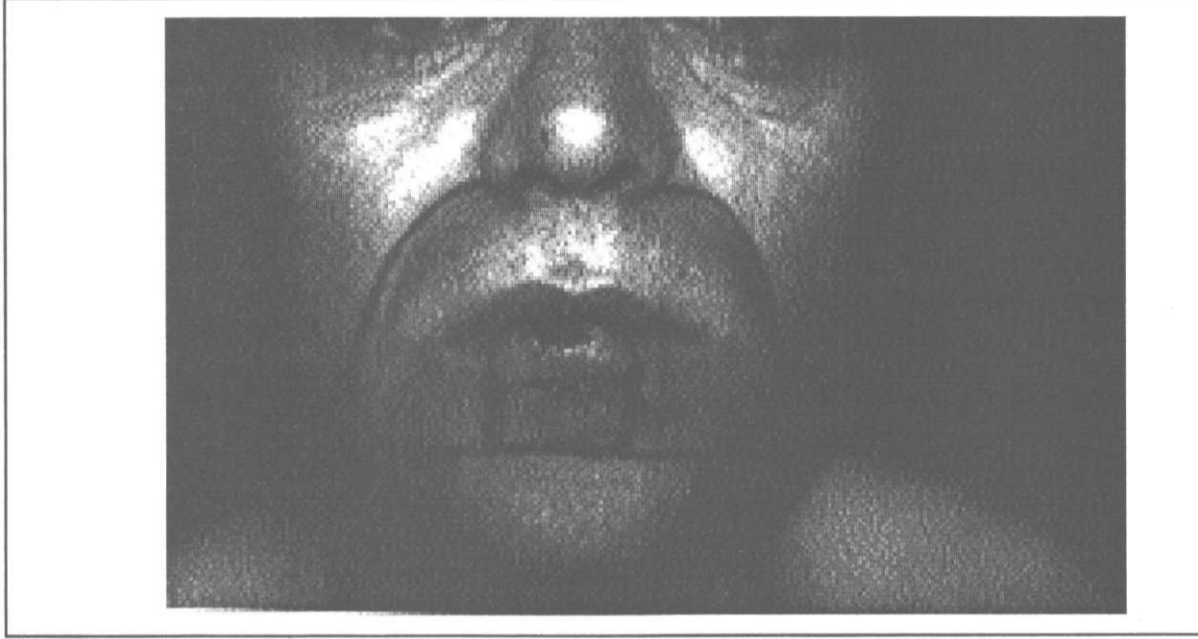
"Estlander" flebi; alt dudak laterali ve komisürü oluşturmak için tam kalınlıkta, diğer tarafın medialinden, superior labial arter tabanlı üçgen şeklinde bir üst dudak flebidir (1). Bu flep komisürün medialinden başlar ve 1.5 X 3 santimetre çaplarındadır. Her ne kadar oral sfinkter sağlansa

da, oluşan yuvarlak komissür, ikinci bir revizyona ihtiyaç duyar.

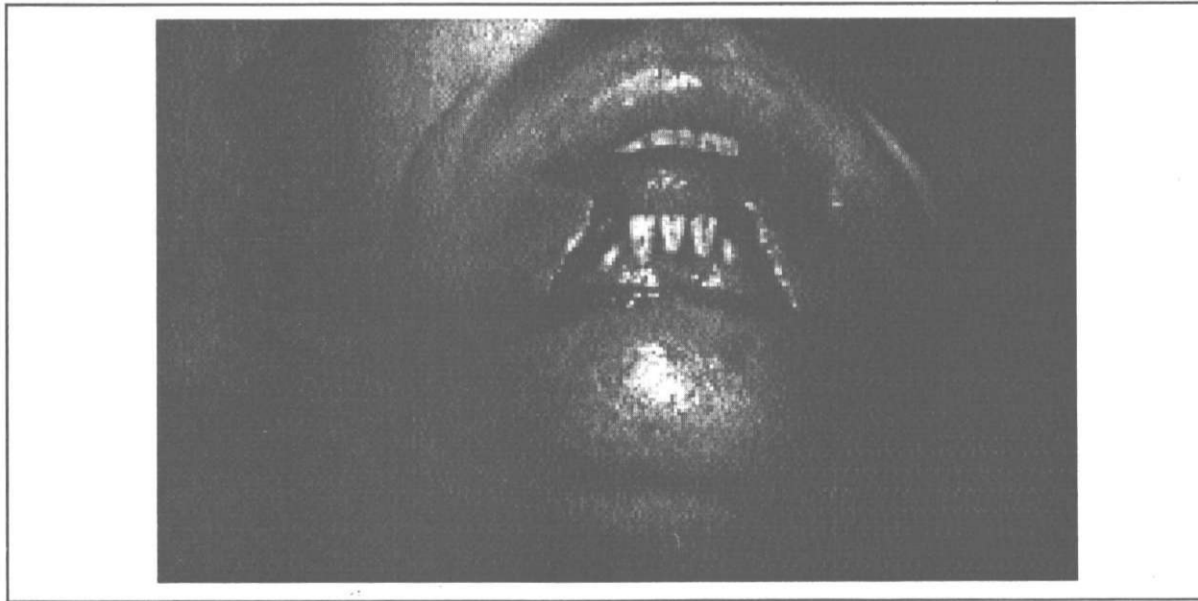
"Gilles" fan flep; "Estlander" flebinin genişletilmiş bir modifikasyonudur. Bu flep alt dudak 1/2 defektleri için tariflenmiş olup, superior labial arter tabanlıdır ve santralini oral komissür oluşturur (3). Flep defektin lateralinden, nazolabial oluğun

etrafını dönecek şekilde planlanır. Flep; cilt, kas, mukoza ihtiva eder. Yalnız bu flep ağız genişliğini azaltır, oral komissürü aşağı çeker ve alt dudak kısılır.

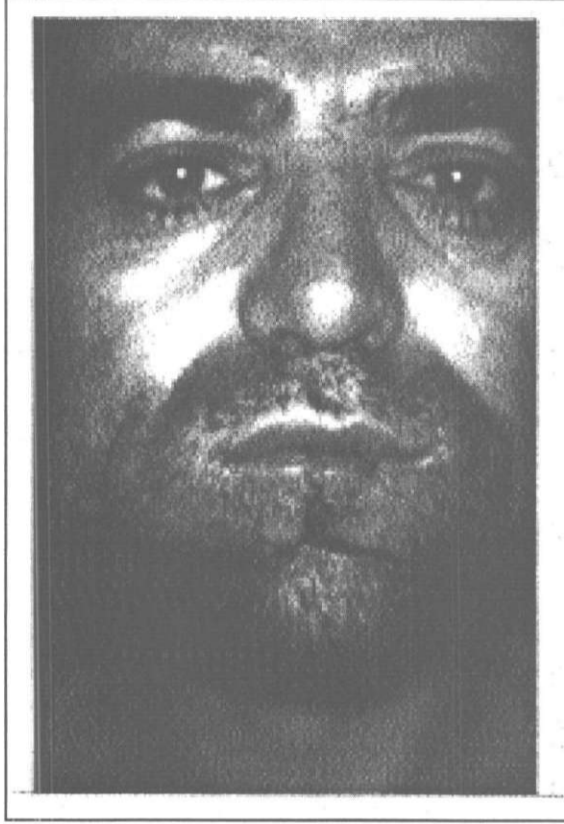
"Karapandzic" flebi; 3.5-7 santimetrelük alt dudak santral defektlerinin rekonstrüksiyonu için, "Gilles" fan flebinin modifiye edilmiş bir şeklidir.



Şekil 3a: Alt dudakta yassı hücreli ca. Bilateral "Karapandzic" flebi ile onarım.



Şekil 3b: Fleplerin kesilmiş görünümü.



Şekil 3c: Erken postoperatif görünüm.

Nörovasküler pedikül korunarak, muskulokutanöz flepler fonksiyonel bir dudak için içeriye döndürülürler (Şekil 3a,3b,3c,3d). Müsküler fibrillerin yönü uygun olarak sağlanır ve sfinkter oluşumu korunur (3). Skar oluşumu belirgindir ve de geniş defekt rekonstrüksiyonu sonrası mikrostomi oluşabilir.

McGregor klasik fan flebi eleştirmiş, kalan vermilyonun tümör riski taşıyabileceğini ve dolayısıyla çıkartılması gerektiğini savunmuştur. Bu yüzden McGregor fan flebi modifiye ederek, hasarlanmış vermilyonuda düzeltmek istemiştir (8). Gilles fan flebine göre McGregor, rektangular bir flep tarif etmiştir. Hem "Gilles" fan flep hem de "McGregor" modifikasyonu superior labial damarları ihtiva eder fakat fleplerin transferi farklılık gösterir. "Gilles" fan flebi, rezeke edilmiş dudak kenarını kalan medial kenara sütüre ederek ilerler. Flebin ilerlemesi ağız kenarında flep boyunca gerçekleşir. "McGregor" ise komissürü pivot noktası olarak alır ve kesilmiş kenarı yukarıya taşır. Yani komissür etrafında döner ve dolayısıyla komissür yerinde kalır. Fakat flebin serbest kenarı boyunca vermilyon kalmaz. Uygulanacak yöntem sadece flep için değil kalan dudak parçası



Şekil 3d: Geç postoperatif görünüm.

içinde dilden vermilyon için bir flep hazırlamaktır. Klasik fan flepleri ve nörovasküler modifikasyonları ve de "McGregor" flebi, nazolabial cildi

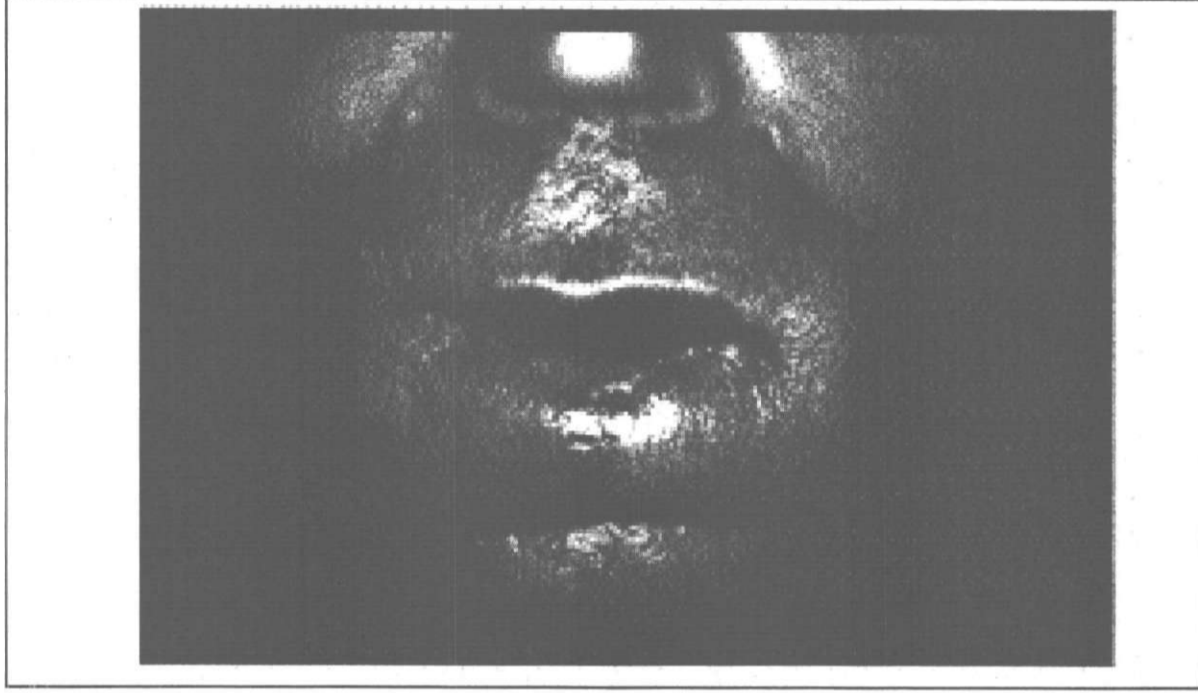
kapamak için kullanılırlar. "McGregor" da, kas fibrillerinin yönü değişmekte ve sfinkter fonksiyonu "Karapandzic" yöntemindeki kadar kuvvetli



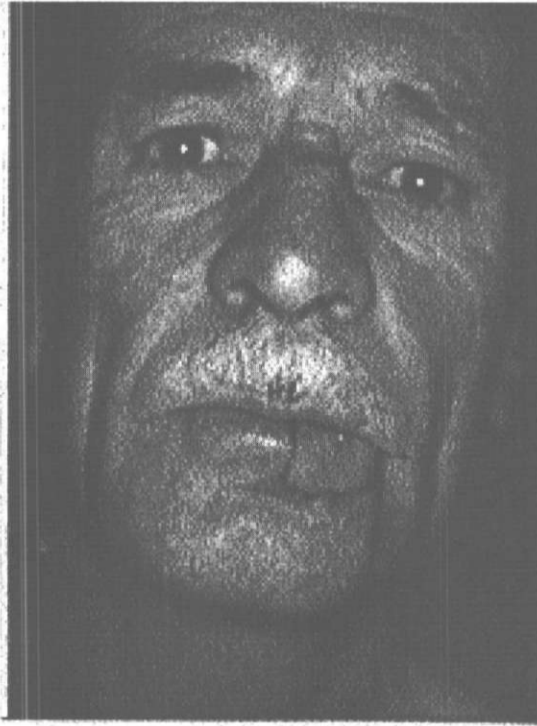
Şekil 4a: Alt dudakta yassı hücreli ca. Bilateral "Nakajima" flebi ile onarım.



Şekil 4b: Erken postoperatif görünüm.



Şekil 4c: Geç postoperatif görünüm.



Şekil 5a: Alt dudakta yassı hücreli ca. Depressör anguli oris flebi ile onarım.

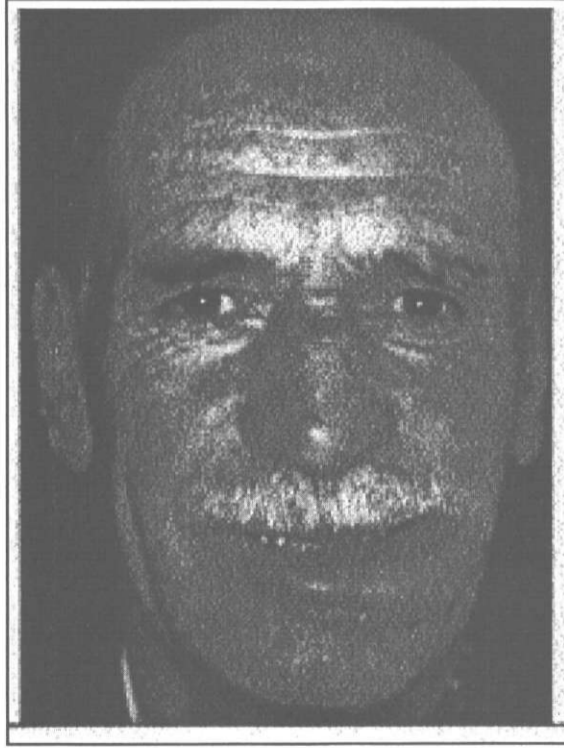
olmamaktadır. Ayrıca bu metod, motor ve sensoriyal desteği bozduğu için ağız içinden sıvıların kaçışı olabilmektedir.

"Nakajima" flebinde; Nakajima, Yoshimura ve Kami 1984'de "McGregor" flebini modifiye ederek, flebe fasial arteri dahil etmişler, superior labial arterede karşı çıkmışlardır. Bu da üst dudakta vermilyona doğru bir kesi sağlamış ve mobilizasyon artmıştır. Bu flep daha büyük planlanabilir ve daha kolay çevrilebilir (2) (Şekil 4a,4b,4c).

Nazolabial flep ve modifikasyonları total rekonstrüksiyon için kullanılabilir (9). Ancak tam kalınlıkta nazolabial flep elevasyonu, üst dudağın innervasyonunu bozar, yine burada bipediküllü dil flepleri, vermilyon rekonstrüksiyonu için kullanılır. Fujimari 1980'de, arterial nazolabial "gate" flebi planlamıştır (10). Arterial nazolabial "gate" kas-deri-mukozal flep her iki nazolabial olukdan kaldırılır. Bu flep alt dudak total defektlerinde, fonksiyonel bir dudak rekonstrüksiyonu sağlar.



Şekil 5b: Erken postoperatif görünüm.



Şekil 5c: Oral sfinkter fonksiyonu korunmuştur.

Alt dudak için bilateral deltopektoral flep; bu bölgedeki geniş doku kayıpları olduğu zaman kullanılabilir (2). Denerve bir alt dudak meydana gelir, genelde zaman içerisinde kendi ağırlığına ve yer çekimine bağlı olarak sarkar. İki aşamalı bir prosedürdür, flep pedikülü üç hafta sonra kesilir.

Innervasyon depressör anguli oris flebi; alt dudak fonksiyonlarını koruyan, oral sfinkter rekonstrüksiyonuna olanak sağlayan, cilt, mukoza, vermilyon ve duyu oluşumlarını sağlayan komplike bir fleptir (11) (Şekil 5a,5b,5c). Depressör anguli oris flebi, diğer alt dudak rekonstrüksiyonlarında kullanılan fleplerin sahip olduğu; üst dudanın kısmi kaybı ve denervasyonu ile oluşabilecek orbikularis oris sfinkter kaybı, oral komissürün obliterasyonu, mikrostomi gibi dezavantajları içermez. Depressör anguli oris flebi flebi, 1/2 dudanın rekonstrüksiyonunda kullanılırken, bilateral kullanımı total alt dudak rekonstrüksiyonuna olanak verir (12). Innervasyonun korunduğu alt dudak santral defektlerinde kullanılırken, innervasyonun

platismal flep, depressör anguli oris kasının hasar gördüğü durumlarda kullanılmalıdır (13).

Alt dudak total rekonstrüksiyonuna bakacak olursak; bazı subtotal dudak rekonstrüksiyonları, total rekonstrüksiyonlara adapte edilmiştir. "Karapandzic" yöntemi santral %80-90'lık defektleri kapatabilir. Bilateral "McGregor-Nakajima" %90 ve üzerinde kullanılabilir. "Webster-Bernard" tekniği %100'lük defektleri kapatmak için modifiye edilebilir. Bilateral kullanılan depresör anguli oris flebi ile de total olarak dudağın fonksiyonel bir şekilde rekonstrüksiyonu mümkün olur. Yine bilateral deltopektoral fleplerle geniş defektlerin rekonstrüksiyonu sağlanabilmektedir.

Özellikle alt dudağın %50'ine kadar olan defektlerin kapatılmasında herhangi bir zorlukla karşılaşılmazken, daha büyük defektlerde bilateral flep kullanma zorunluluğu, kas fibrillerinin

yönünün değişmesi, innervasyon bozuklukları, mikrostomi gibi durumlar karşımıza çıkmaktadır. Özellikle "Karapandzic", "Estlander", "Webster Bernard", "Nakajima" flepleriyle onarımdan sonra genellikle mikrostomi ve vermilyonda düzensizliklerle karşılaşmaktayız. (Tablo II). Bu yüzden %40 ve üzerindeki defektlerde, tek seansta duyu-sal ve motor innervasyonu olan, fonksiyonel oral sfinkter onarımına olanak sağlayan, büyük defektlerin onarımından sonra dahi mikrostomi ve komissür obliterasyonu görülmeyen "Depressör Anguli Oris" flebini sıklıkla tercih etmekteyiz.

Sonuçta alt dudakta meydana gelebilecek herhangi bir defekte, cerrahın uygun cerrahi prosedürü seçerek fonksiyonel ve estetik görünümü yeniden kazandırması gerekmektedir. Aksi takdirde, bir çok komplikasyon meydana gelebilecek ve hastanın yaşam kalitesi düşecektir.

Tablo 2. %50' den daha büyük defekte sahip 21 vakada uygulanan yöntemler ve revizyon oranları.

Yapılan Operasyon	Vaka Sayısı	Yüzde	Revizyon	Revizyon Oranları
"Webster-Bernard"	3	%14.1	1 vakada	%33
"Estlander"	1	%4.7	1 vakada	%100
"Gilles" fan flep	1	%4.7	1 vakada	%100
"Karapandzic"	5	%23.5	3 vakada	%60
"Nakajima"	3	%14.1	1 vakada	%33
"Depressör Anguli Oris"	8	%37.6	2 vakada	%25

KAYNAKLAR

1. Stranc FM. Reconstruction of the Lips. In: Mimis Cohen. Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery. Boston, Little Brown and Company, 1994: 906-20.
2. Zide BM. Deformities of the Lips and Cheeks. In: McCarthy, ed. Plastic Surgery. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990: 2009-56.
3. Cosman B., Niklison J. Reconstruction of the Facial Muscles, Lips and Cheeks. In: Grabb, ed. Plastic Surgery. Boston: Little, Brown and Company, 1979: 336-353.
4. Cruse CW, Radocha RF. Squamous cell carcinoma of the lip. Plast. Reconstr. Surg. 1987: 787-791.
5. Pelly AD, Tan EP. Lower lip reconstruction. Br J Plast Surg. 1981: 34-83.
6. Kuttenger JJ, Hardt N. Results of a modified staircase technique for reconstruction of the lower lip. J Cranio-Maxillofac Surg 1997; 25: 239-244.
7. Stranc FM. Steeple Skin Muscle Mucosal Flap for Lower Lip Reconstruction. In: Grabb's Encyclopedia of Flaps Volume I, Little Brown and Company, 1990: 659-662.
8. Mc Gregor IA. Reconstruction of the lower lip. Br J Plast Surg. 1983: 36-40
9. Wilson JSP, Walker EP. Reconstruction of the lower lip. Head Neck Surg, 1981: 4-29.
10. Fujimori R. "Gate flap" for the total reconstruction of the lower lip. Br J Plast Surg 1980; 33: 340-5.
11. Tobin GR. Functional Lower Lip and Oral Sphincter Reconstruction with Innervated Depressor Anguli Oris Flaps. In: Berish Strauch, Luis O. Vasconez, Elizabeth J. Hall-Findlay: Encyclopedia of Flaps. Boston, Little Brown And Company, 1990: 665-69.
12. Kushima H, Iwasawa M, Kiyono M, Ohtsuka Y, Hataya Y: Functional reconstruction of total lower lip defects with a radial forearm free flap combined with a depressor anguli oris muscle transfer. Ann Plast Surg 1997; 39: 182-5.
13. Tobin GR, O'Daniel TG: Lip reconstruction with motor and sensory innervated composite flaps. Clin Plast Surg 1990; 17: 623-32.