

ÜST DUDAK DEFEKTLERİNDE PERİALAR KRESENTİK İLERLETME FLEBİ İLE REKONSTRÜKSİYON

A.Cemal AYGIT*, Akın DEMİRALAY*, H.Nazmi BAYÇIN*

ÖZET

Üst dudakta oluşan cilt defektlerinin onarımında birbirinden farklı teknikler tanımlanmıştır. Bu teknikler arasında defekte konşu olan dokular kullanılarak yapılan rekonstrüksiyon kozmetik olarak daha iyi sonuçlar vermektedir. Bu çalışmada üst dudaklarında bazal hücreli karsinom nedeniyle ameliyat edilmiş 16 hasta sunuldu. Tümör eksizyonu sonrası oluşan defektler perialar kresentik ilerletme flebi ile rekonstrükte edildi. Operasyon sonrası elde edilen sonuçlar ve üst dudak rekonstrüksiyonunda uygulanan teknikler literatür verileri ile tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Üst dudak, defekt, perialar presentik ilerletme, flep.

SUMMARY

Perialar crescentic advancement flap for reconstruction of upper lip defects. Different techniques, have been described for repairing upper lip defects. Among these techniques reconstruction by using tissues adjacent to the defect gives better cosmetic results. In this study, 16 patients operated upon basal cell carcinoma on the upper lip were presented. Defects were repaired by perialar crescentic advancement flap.

Postoperative results and techniques for upper lip repair were discussed with literature data.

Key Words: Upper lip, defects, perialar crescentic advancement, flap

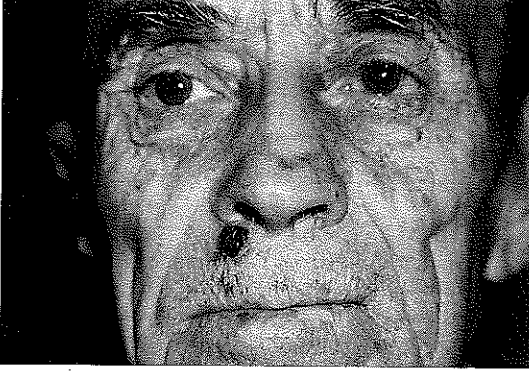
GİRİŞ

Dudaklar kendilerine özgü anatomik yapılarıyla yüzün 1/3 alt kısmında yer alan fonksiyonel yapılardır. Alt ve üst dudak birlikte tek bir anatomik üniteyi oluşturur. Üst dudak kendi içinde birbirinden farklı topografik bölgelere ayrılır. Lateral subüniti, medialde filtrum sütunu ile yukarıda burun deliği ve burun kanatlarıyla, lateralde ise nazolabial çizgi ile sınırlıdır. Üst dudanın medial subüniti ise filtrumun yarısını içerir. Üst dudakta eksizyon sonrası oluşan defekte komşu dokular ile onarım yapıldığında en iyi sonuçlar alınmaktadır (1). Bu çalışmada üst dudakta bazal hücreli karsinom eksizyonu sonrası oluşan defektlerin, perialar kresentik ilerletme flebi ile rekonstrüksiyonundan elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir.

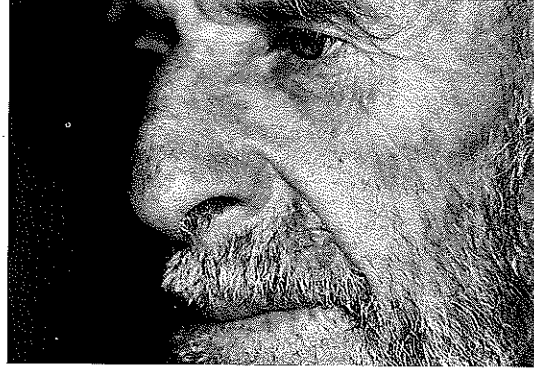
MATERYAL ve METOD

Bu çalışmaya kliniğimizde Eylül 1995 - Ekim 1998 tarihleri arasında üst dudakta bazal hücreli karsinom tanısı konarak tümör eksizyonu yapılan 11 erkek, 5 kadın hasta katılmıştır. Hastaların yaşları 43 ile 67 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 59.6 dır. Üst dudaklarında iyileşmeyen yara şikayeti ile başvuran olgulara yapılan biyopsi sonucunda bazal hücreli karsinom tanısı kondu. Lezyonların 7' si sağda (Şekil 1 A), 1'i filtrum üzerinde (Şekil 2 A), diğer 8' i ise sol tarafta (Şekil 3 A) lokalizeydi. Lezyonlar 0.5-0.7 cm emniyet marjı bırakılarak eksize edildi. Tümör eksizyonu sonrası oluşan cilt defektleri, 1.5 ile 2.7 cm arasında değişmekte, ortalama 1.9 cm idi. Oluşan cilt defekti tüm olgularda kresentik ilerletme flebi ile rekonstrükte edildi. Ameliyat 7

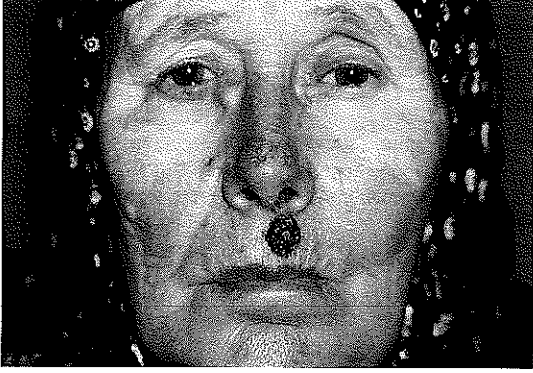
Şekil 1A: Olgu 8' in ameliyat öncesi görünümü.



Şekil 3A: Olgu 7' nin ameliyat öncesi görüntümü.



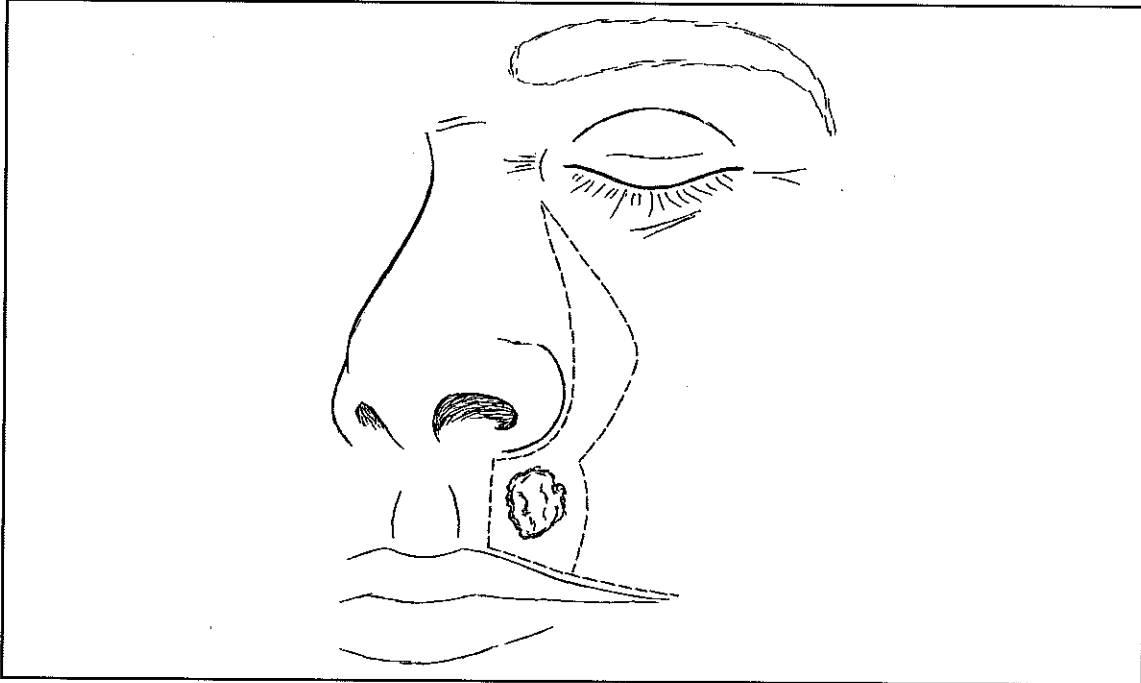
Şekil 2A: Olgu 3' ün ameliyat öncesi görünümü.



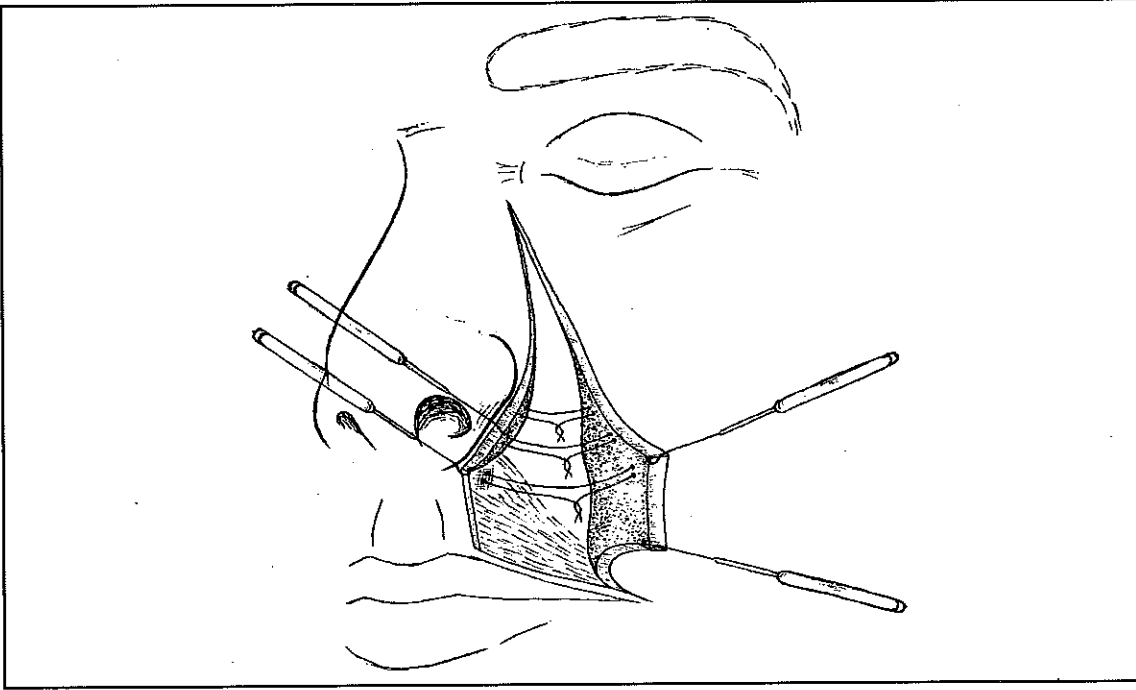
olguda lokal, 9 olguda ise genel anestezi ile yapıldı. Tümör eksizyonundan sonra ala na-

si' nin dış kısmındaki yanak dokusundan kresentik bir eksizyon yapıldı (Şekil 4A). Daha sonra defektli alana komşu yanak cildi dekole edilerek ilerletildi. Hazırlanan bu perialar flep absorbe olmayan 4/0 monoflaman sütürlerle burun kanadının cilt altı dokularına, ayrıca tek bir sütürle de apertura piriformisin kenarındaki periosta adapte edildi (Şekil 4 B, C). Tümörü filt-rum üzerinde olan bir hastaya bilateral, lateral bölgede lokalize diğer hastalarda ise unilateral olarak perialar kresentik ilerletme flebi ile rekonstüksiyon uygulandı (Tablo 1).

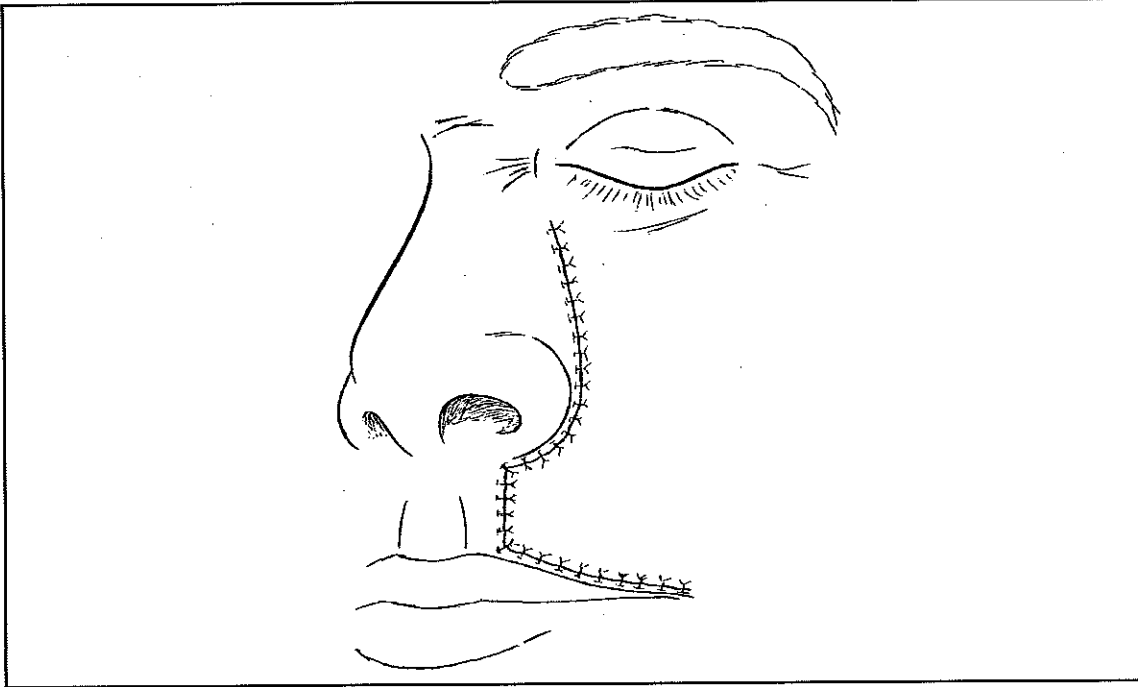
Şekil 4A. Perialar kresentik ilerletme flebinin planlanması



Şekil 4B. Hazırlanan perialar flebin absorbe olmayan sütürlerle burun kanadının cilt altı dokularına, ayrıca apertura piriformisin kenarındaki periosta adapte edilişi.



Şekil 4C. Üst dudağın rekonstrükte edilmiş hali.



BULGULAR

Hastalarda erken ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gözlenmedi. Eksizyon sonrası yapılan histopatolojik tetkik sonucu

tüm olgular bazal hücreli karsinom olarak değerlendirildi ve cerrahi sınırlarında tümör yoktu. Yapılan en erken 6 ay en geç 3 yıllık takiplerinde (ortalama 17 ay) herhangi bir

Tablo 1. Hastaların yaş, cins, lokalizasyon, eksizyon sonrası oluşan defekt çapı ve takip sürelerine göre dağılımı

Olgu No	Yaş	Cins	Lokalizasyon	Defekt Çapı (cm.)	Anestezi	Takip Süresi
1	43	K	Sağ	1.5	Lokal	3 yıl
2	63	E	Sol	1.9	Genel	2 yıl 9 ay
3	62	K	Orta hat	2.2	Genel	2 yıl 6 ay
4	54	E	Sol	1.6	Lokal	2 yıl 2 ay
5	61	E	Sol	1.8	Genel	1 yıl 8 ay
6	62	E	Sol	2.0	Genel	1 yıl 8 ay
7	67	E	Sol	2.6	Lokal	1 yıl 3 ay
8	64	E	Sağ	1.8	Lokal	1 yıl 2 ay
9	58	K	Sağ	1.8	Genel	1 yıl 1 ay
10	54	K	Sağ	1.5	Lokal	1 yıl 1 ay
11	53	E	Sağ	2.0	Genel	11 ay
12	66	E	Sol	1.6	Lokal	10 ay
13	67	E	Sol	1.8	Lokal	10 ay
14	59	K	Sağ	2.0	Genel	8 ay
15	58	E	Sağ	1.8	Genel	8 ay
16	63	E	Sol	2.7	Genel	6 ay

E: Erkek K: Kadın

* : Bu olguda kresentik ilerletme flebi bilateral olarak hazırlanmıştır.

nüks ile karşılaşılması (Şekil 1B, 2B, 3B). Hastaların dudak fonksiyonlarında bir kayıp gözlenmedi. Elde edilen sonuçlar kozmetik olarak tatmin ediciydi ve erkek hastalarda bıyık restorasyonu sağlandı.

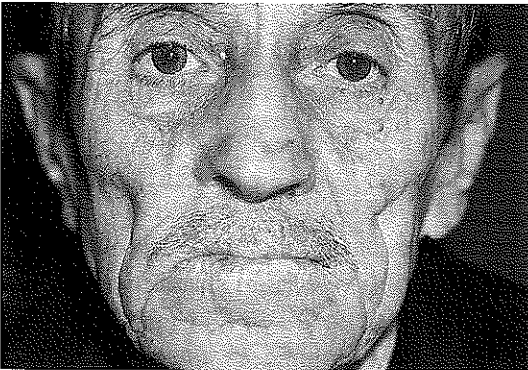
TARTIŞMA

Üst dudak kompleks ve simetrik bir yapıya sahip olmasından dolayı tümör rezeksiyonları sonrasında rekonstrüksiyonun iyi planlan-

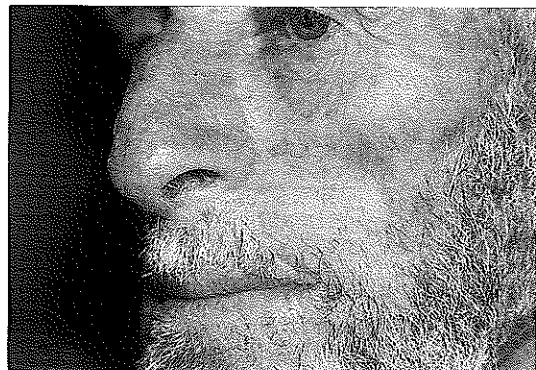
Şekil 2B: Olgu 3' ün ameliyat sonrası görüntüsü.



Şekil 1B: Olgu 8' in ameliyat sonrası görüntüsü.



Şekil 3B: Olgu 7' nin ameliyat sonrası görüntüsü.



ması gerekir. Bu bölgenin onarımlarında, burun kanatlarının ve nazolabial çizginin pozisyonunun değiştirilmemesine dikkat edilmelidir (3,4). Tümör eksizyonlarından sonra oluşan defektler küçük de olsa burun kanadı, filtrum, dudak ve nazolabial çizginin birbirleriyle oluşturduğu anatomik uyumu bozmadan bu defektlerin primer onarımı zordur (7). Webster tarafından tanımlanan perialar kresentik ilerletme flebi bu bölge defektlerinin onarımında anatomik uyumu bozmayan bir fleptir ve lokal anestezi ile uygulanabilir (8). Bu flep, burun kanatları, dudak ve oral komissürde herhangi bir deformiteye sebep olmaksızın 3 cm.'ye kadar genişlikteki defektleri kapatabilir. Özellikle erkeklerde bıyık görünümünün bozulmaması amacıyla kılıklı bir dokunun getirilmesi gerekliliği vardır. Perialar kresentik ilerletme flebi uygulamalarında, flep kılıklı bir bölgeden hazırlandığı için bıyık restorasyonu sağlanır, nazolabial çizgi korunur ve burun kanatlarının yeri ve simetrisi değişmez. Bu bölgedeki küçük defektler eliptik bir eksizyonla primer sütüre edilerek kapatılabilir ancak elipsin uzun eksenini vertikal doğrultuda planlandığında, üst dudağın vertikal uzunluğunun artmasına sebep olur. Elipsin uzun eksenini horizontal doğrultuda planlandığında ise üst dudağın vertikal uzunluğunda azalmaya sebep olur (7). Bu nedenle eliptik eksizyon hangi doğrultuda planlanırsa planlansın primer olarak kapatıldığında deformiteye sebep olacaktır (8). Üst dudak cilt defektlerinin onarımında kısmi ya da tam kalınlıklı deri greftleri de kullanılabilir. Deri greftleri uygulandıktan sonra oluşacak sekonder kontraksiyon nedeniyle geç dönemde deformiteye yol açarlar. Renk farkı nedeniyle de çevre dokularla uyumsuzluk ve erkeklerde bıyık restorasyonunu sağlayamama diğer dezavantajlarından (5). Üst dudağın dış kısmındaki defektlerin onarımında nazolabial bölgeden hazırlanan V-Y ilerletme flebi kullanılabilir, ancak bu flebler daha medialdeki defektlerin kapatılması için elverişli değildirler ve olu-

şan-transvers skar gülümseme sırasında daha belirgin hale gelir (10). Superior pediküllü nazolabial fleplerle üst dudak defektleri onarılabilir. Bu flep uygulandığında erkeklerde bıyığın çıkış yönünde değişme olur ve flebin rotasyonu ile oluşabilecek "dog ear" için sekonder revizyon da gerekebilmektedir (11). Abbe flebi üst dudaktaki %30-50 arasındaki tam kat defektleri kapatmak için uygun bir fleptir (2). Bizim olgularımızda tam kat defekt oluşmadığı için Abbe flebi ile rekonstrüksiyon yapılmadı. Subkutan pediküllü ada flebi üst dudak defektlerinin onarımında tek başına ya da diğer lokal flepler ile birlikte kullanılabilir. Wlodarkiewicz ve ark. subkutan pediküllü ada flepleri ile rekonstrüksiyonu içeren çalışmalarında fonksiyonel ve estetik olarak iyi sonuçlar elde etmişler ancak 13 olgudan birinde kısmi nekroz bildirmişlerdir (9). Üst dudak defektlerinin onarımında erkekler için bıyık restorasyonunu sağlamak üzere skalp ve boyun flepleri de kullanılmıştır (5,6,11).

Tsur ve ark. (6,11) bıyık restorasyonunu sağlamak üzere üst dudak defektlerinin onarımında bipediküllü boyun flebi uygulamışlardır. Bu flep üst dudak defektlerinin onarımında uygulanabilir ancak iki aşamalı ameliyat gerektirir. Bizim olgularımızdakilerden daha geniş olan ve lokal flepler ile onarılması imkansız olan defektlerde kullanılabilir. Lyons ve ark. (5) ise üst dudakta yanık skarı eksizyonu sonrası oluşan defektlerinin onarımında temporal bölgeden hazırlanan ve kıl içeren serbest skalp flebi uygulamışlardır. Ancak bu flep de üst dudağın tamamını içeren defektlerde, bıyık restorasyonunu sağlamaya yönelik hazırlanan ve mikrocerrahi teknik gerektiren bir fleptir. Bizim sunmuş olduğumuz olgularda ise oluşan defektler lokal flepler ile onarılması mümkün olan defektlerdi. Bu nedenle uzak flepler ile onarım ihtiyacı duymadık.

Sonuç olarak üst dudakta oluşan defekti onarken dudağın orjinal yapısına kontur, kalın-

lık, renk uyumu, esneklik ve kıl içeriği yönünden uyumlu bir dokunun kullanılması gerekir. Biz anatomik uyumu bozmaması, çevre dokulara gösterdiği uygunluk, erkeklerde bıyık görünümünde bozukluk yaratmaması ve kozmetik olarak iyi sonuçlar vermesi nedeniyle, perialar kresentrik ilerletme flebinin üst dudak defektlerinin onarımında uygun bir seçenek olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Burget G.C., Menick F.J.: Aesthetic restoration of one-half the upper lip. *Plastic Reconstructive Surg* 75:583 (1986).
2. Hodgkinson D.: Reconstruction of the upper lip with lip switch (Abbe' flap reconstruction). *Austral J Dermatol* 38:97 (1997).
3. Iwahira Y., Maruyama Y., Yoshitake M.: A miniunit approach to lip reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surg* 93:1282 (1994).
4. Jackson L.T.: *Local Flaps in Head and Neck Reconstruction*, The C V Mosby Company, Toronto, 344 (1985).
5. Lyons G.B., Milroy B.C., Lendvay P.G., Teston L.M.: Upper lip reconstruction: use of the free superficial temporal artery hair-bearing flap. *Brit Plastic Surg* 42:333 (1989).
6. Tsur H., Winkler E., Zilinsky: Elongation by weight of a bipedicle hair-bearing neck flap. *Ann Plastic Surg* 31:550 (1993).
7. Van Dorpe E.J.: Advancement Musculocutaneous and Skin Flaps for upper lip repair, in: "Grabb's encyclopedia of flaps, Ed: Strauch B., Vasconez L.O., Hall-Findlay E.J. Little Brown and Company, Boston 649 (1990).
8. Webster J.P.: Crescentic perialar cheek excision for upper lip flap advancement with short history of upper lip repair. *Plastic and Reconstructive Surg* 16:434, (1995).
9. Wlodarkiewicz A., Wojszwillo-Geppert E., Placek W., Roszkiewicz J.: Upper lip reconstruction with local island flap after neoplasm excision. *Dermatol Surg* 23:1075 (1997).
10. Zide B.M., Stile F.L.: *Reconstructive Surg of the Lips*, in: "Grabb and Smith's Plastic Surgery", Ed.: Aston S.J., Beasley R.W., Thorne C.H.M. Lippincott-Raven, Philadelphia 483 (1997).
11. Zide B.M.: Deformities of the Lips and Cheeks, in: "Plastic Surgery", Ed.: McCarthy J.G., W.B. Saunders Company, Philadelphia 2209 (1990).