

Büyük Kommissür ve Alt Dudak Defekt Rekonstrüksiyonunda Zisser ve Bernard-Burow Flep Modifikasyonu

Bernard-Burow and Zisser Flap Modification in Large Commissure and Lower Lip Defect Reconstruction

İbrahim KESKİNÖZ¹, Mehmet TURANLI¹, Üstün OSMA², İskender Emre İNAN¹, Caner KILIÇ¹, Kadir FIRAT¹, Nalan Alev ALP¹

¹ SB Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, I. Kulak Burun Boğaz Kliniği,

² SB Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Kulak Burun Boğaz Kliniği, ANKARA

ÖZET

Alt dudak ve kommissür kanseri nedeniyle yapılan rezeksiyon sonrası geniş defekti olan 2 olgu lokal fleplerle rekonstrükte edildi. Birinci olguda modifiye Bernard-Burow yöntemi yanında lokal rotasyon flebi uygulandı. İkinci olguda Zisser flebi modifiye edilerek uygulandı. Birinci olguda karşı yanak cildi alt dudak oluşturulmasında kullanıldı. Üst dudak kalıntısının alt dudağa primer sutureasyonu yerine defekt tarafında oluşturulan nasolabial rotasyonel fleple rekonstrüksiyon yapıldı. Bu cerrahi müdahaleler uygun oral açıklığın oluşmasını sağladı. İkinci olguda Zisser flebinin oluşturulması sırasında horizontal ve vertikal insizyonun meydana getirmiş olduğu olumsuzluklar Z-Plasti ile düzeltildi. Rekonstrüksiyonu büyük zorluklar arz eden geniş kommissür ve alt dudak defektlerinde uygun seçimle Bernard-Burow ve Zisser gibi tekniklerin modifikasyonlarla uygulanması daha iyi sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dudak rekonstrüksiyonu, kommissür, rotasyonel flep, dudak flebi, alt dudak kanseri.

SUMMARY

After resection, because of lower lip and commissure carcinoma, two cases were reconstructed by local flaps. In the first case, in addition to modified Bernard-Burow method, local rotation flap was applied. In the second case, the modified Zisser flap was applied. In the former case, the opposite cheek skin was used in order to make a lower lip. Instead of the primer suturation of upper lip remnant and lower lip, the reconstruction of the defected area through nasolabial rotation flap was performed. These surgical procedures lead to an appropriate oral entry. In the latter case, the problems occurred because of horizontal and vertical incision during the Zisser flap procedure were reconstructed by Z-plasty. It is considered that better results can be accomplished when the modified Bernard-Burow and Zisser methods were used in the cases which the reconstruction seems difficult to be applied in large commissure and lower lip defects.

Key Words: Lip reconstruction, commissure, rotational flap, lip flap, lower lip carcinoma.

GİRİŞ

Dudak kanseri nedeniyle cerrahi rezeksiyon sonrası kommissürü içeren dudak defektlerinin rekonstrüksiyonunda çeşitli yöntemler mevcuttur. Bunlar direkt kapatma, lokal cilt ve mukozal fleple rekons-

trüksiyon, uzak cilt flepleriyle rekonstrüksiyon şeklinde gruplandırılabilir (1). Küçük defektler kalan dudak dokusu kullanılarak primer sutureasyonla kapatılabilir (2). Büyük defektlerin rekonstrüksiyonu ayrı bir zorluk oluşturur. Özellikle kommissürü içeren geniş dudak

defektlerinin yeniden oluşturulması sonrasında oral sfinkter fonksiyonlarında tam olarak düzelme gerçekleşmeyebilir. Ancak üst ve alt dudağın fonksiyonel bütünlüğü korunarak uygun flep tasarımları ile yapılan rekonstrüksiyon teknikleriyle yeterli estetik ve fonksiyonel sonuçlar alınabilir (3,4).

Perioral bölgenin yassı hücreli karsinom cerrahi rezeksiyon sınırları 1-2 cm'lik normal görünümlü dokuları içermelidir (2,5). Operasyon sırasındaki çeşitli nedenlerle güvenlik sınırının genişletilmesine bağlı olarak büyük cerrahi defektlerle sıklıkla karşı karşıya gelinmektedir.

Cerrahi rezeksiyon sonrası dudak defektlerinin rekonstrüksiyonunda lokal olarak uygulanan çeşitli teknikler Abbe, Karapandzic, Estlander, Bernard, Webster, Zisser ve Gillies tarafından tariflenmiş ve bir çok yazar tarafından modifiye edilerek kullanılmıştır (5-8).

Bernard özellikle geniş, alt dudağı içeren defektlerde rekonstrüksiyonu tariflemiştir. Zisser ise oral kommissür bölgesinde oluşan defektlerin rekonstrüksiyonunu bildirmiştir (6,7,9).

Yassı epitel hücreli karsinom nedeniyle cerrahi eksizyon sonrası, geniş kommissür ve alt dudak defekti olan, modifiye Bernard-Burow ve lokal rotasyon flebi ile modifiye Zisser flebi kullanarak rekonstrüksiyonunu yaptığımız, iki olgumuzu sunduk.

MATERYAL ve METOD

Birinci olgu 65 yaşında erkek hasta idi. İki aydır sağ taraf alt dudak köşesinde iyileşmeyen yara nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ kommissür bölgesinde üst dudak ve alt dudağa uzanım gösteren yaklaşık 3.5 cm'lik yüzeyden kabarık, ülserasyon gösteren lezyon tespit edildi. Lezyondan yapılan biyopsi sonucu yassı epitel hücreli karsinom olarak raporlandı (T2N0MX). Cerrahi yöntem olarak kitle eksizyonu, boyun disseksiyonu ve dudak rekonstrüksiyonu planlandı. Kitle, çevresindeki 2 cm'lik normal doku ile birlikte eksize edildi. Rezeksiyon sonrası sağ kommissür bölgesi, alt dudağın %60'ı ve üst dudağın %30'unu içeren 7 cm'lik defekt oluştu.

Cerrahi rezeksiyon sonrası (Olgu 1 a) alt dudak oluşturulması amacıyla sağlam tarafta Bernard-Burow flepleri oluşturuldu. Orijinal teknikten farklı olarak kommissür bölgesinden geçen insizyon yerine, üst transvers insizyon yapılırken dudak köşesi korundu. Böylece kommissür bölgesinin devamlılığı bozulmadı. Alt dudak oluşturulduktan sonra defekt tarafındaki nasolabial oluktan bir rotasyon flebi planlandı (Olgu 1

b). Rotasyon flebinin pedikülü 1 ay sonra kesilip Z-plasti ile düzeltildi. Ayrıca alt dudak vermillon hattı yeniden oluşturuldu (Olgu 1 c). Uygulanan rotasyonel flep neticesinde üst dudak için yaklaşık 2 cm'lik doku kazanıldı (Olgu 1 d). Olgunun boyun disseksiyon spesmeninde metastatik lenfadenopati tespit edilmesi nedeniyle postoperatif dönemde radyoterapi verildi.

İkinci olgu 58 yaşında bayan hasta idi. Altı aydır sol taraf alt dudak köşesinde iyileşmeyen ağrılı yara nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede, alt dudak ve sol kommissür bölgesini tutmuş ülsere kurutlu yaklaşık 2.5 cm'lik lezyon tespit edildi. Yapılan biyopsi sonucu lezyon, yassı hücreli karsinom olarak raporlandı (T2N0MX). Hastaya kitle eksizyonu, boyun disseksiyonu ve dudak rekonstrüksiyonu planlandı. Kitle eksizyonu sonrası alt dudağın %50'si, üst dudağın %20'si ve kommissür bölgesini içeren 6.5 cm'lik defekt oluştu.

Rezeksiyon sonrası oluşan defektin (Olgu 2 a) rekonstrüksiyonda, nasolabial oluk ve lobiomental oluğa uyan bölgelerden eksize edilmiş üst ve alt dudak dokusu oranında üçgen şeklinde cilt eksizyonları yapıldı. Kommissür bölgesinin oluşturulması amacıyla Zisser tekniği yanında, yanak cildine doğru eksize edilmiş alt dudak uzunluğunda transvers bir insizyon yapıldı (Olgu 2 b).

Postoperatif birinci ayda horizontal skar revizyonu planlandı. Postoperatif 8. ayda ise vertikal insizyon skarı Z-plasti ile düzeltildi (Olgu c, d).

Hastaya cerrahi sonrası ek bir tedavi düşünülmüdü.

BULGULAR

Hastaların postoperatif dönemdeki sonuçları olgu 1 (a, b, c, d) ve olgu 2 (a, b, c, d, e) resimlerinde görülmektedir.

Olgu 1 c resminde, Z-plasti ve vermillon rekonstrüksiyonundan sonraki görünüm izlenirken, olgu 1 d resminde, radyoterapi tedavisi dönemindeki görünüm ve kazanılmış 2 cm'lik üst dudak bölümü izlenmektedir. Hasta postoperatif erken dönemde oral olarak gıda alımına başladı. Konuşması doğaldı. Balon üfleme, ıslık çalma gibi fonksiyonları kabul edilebilir düzeydeydi.

Olgu 2 c resminde transvers Z-plasti sonrası, iyileşmiş yanak dokusu ile beraber vertikal insizyon skarı görülmektedir. Olgu 2 d resminde ise vertikal skar revizyonu ve hastanın postoperatif 8. aydaki görünümü izlenmektedir. Hasta postoperatif erken dönemde oral gıda alımına başladı. Konuşması doğaldı. Balon üfleme, ıslık çalma fonksiyonları yeterliydi. Ayrıca hastanın dudak mimikleri kabul edilebilir düzeydeydi.



Resim 1A. Cerrahi rezeksiyon sonrası oluşan defekt (B); postoperatif erken dönem görünüm (ok rotasyonel flebi göstermekte) (C); postoperatif birinci ay (rotasyon flebi pedikülünden ayrılmış ve yeni vermillon hattı oluşturulmuş) (D); postoperatif 2. ay hasta radyoterapi almakta (ok rotasyon flebi ile kazanılmış üst dudak bölümünü göstermekte).

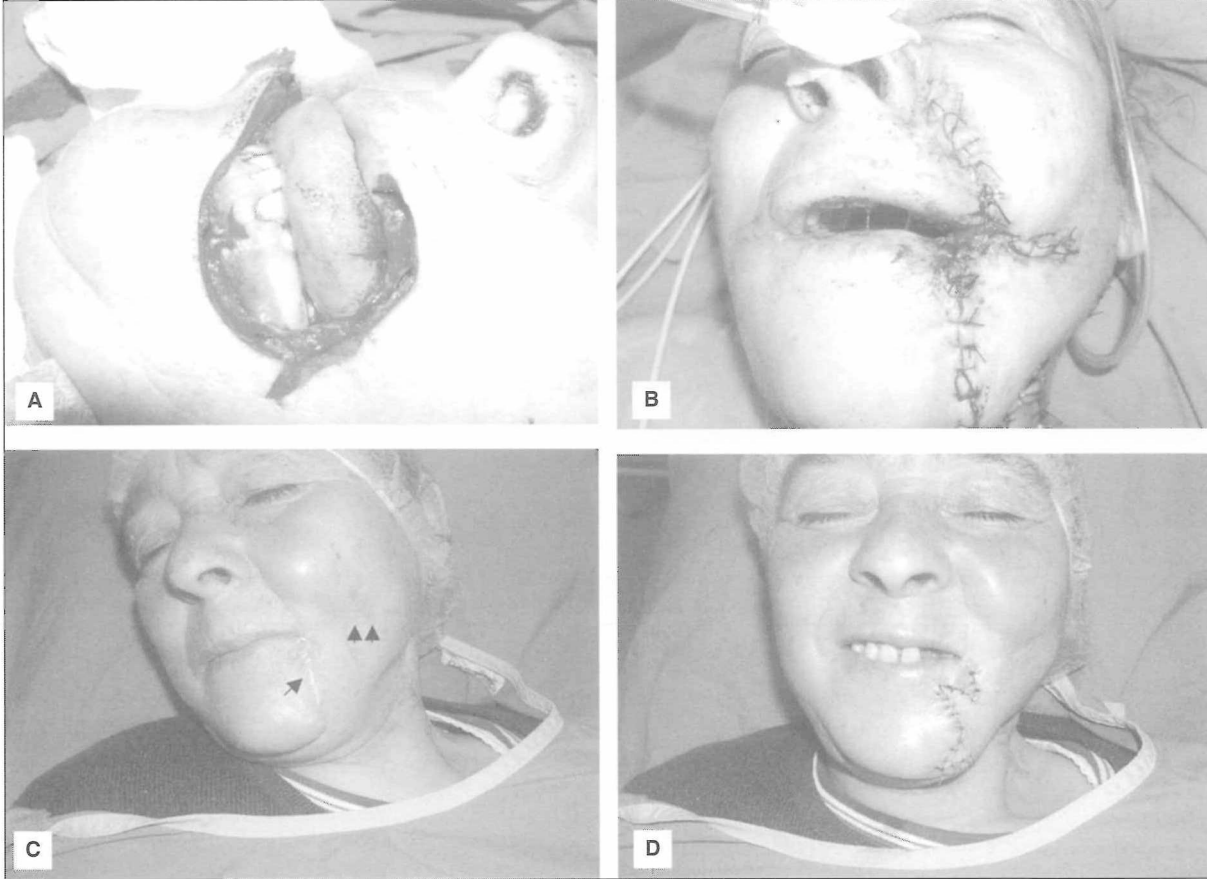
TARTIŞMA

Perioral bölgenin yassı hücreli karsinom tedavisinde öncelikle onkolojik kriterlere önem verilmelidir. Bunun yanında rekonstrüksiyon aşaması hastaların kozmetik ve fonksiyonel bakımdan iyi durumda olabilmeleri için özenle programlanmalıdır. Bölgesel fleplerle alt dudak ve kommissür defektlerinin rekonstrüksiyonunda Abbe, Bernard, Gillies, McHugh, Karapandzic ve Zisser gibi teknikleri içeren değişik flep tasarımları birçok yazar tarafından modifikasyonlarla kullanılmaktadır (5,8).

Birinci olguda üst dudağı, yeniden yapılan alt dudağı primer sütüre etmek yerine oral açıklığı sağlamak amacıyla lokal rotasyonel flep uygulandı. Böylece üst dudak için 2 cm'lik doku kazanıldı. Postoperatif dönemde kommissür bölgesinde meydana gelen bozulmalara bağlı olarak flep nekrozu ve dudak fonksiyonlarında yetersizlik görülebilir. Olguda, sağlam kommissür bölgesinin devamlılığı korunarak bu komplikasyonlar önlenmiştir. Mitsuo sağlam kommissür bölgesinden

rhomboid şekilli alt dudak oluşturup, buradaki defekti üst dudaktan çevirdiği 2. bir fleple rekonstrükte etmiştir. Rekonstrüksiyon sonrası oral açıklığın yeterince olmamasının, problem oluşturduğunu bildirmiştir (1). Ancak biz üst dudak mevcut bütünlüğünü değiştirmeden rezeksiyon sonrası kalan sınırlı oral sfinkter fonksiyonlarını korumayı ve gerektiğinde yeni rekonstrüksiyonlar için bu bölgeyi kullanmayı düşündük.

İkinci olguda kullanılan Zisser flebinin büyük kommissür defektlerinde de başarıyla kullanılabileceğini gördük (9). Closmann'ın kommissür bölgesindeki defekt için kullandığı Zisser flebini biz daha büyük defekti olan hastada uyguladık (5). Defekt bölgesindeki yanak dokusunun direkt olarak bölgeye transferini kolaylaştıran teknikte aynı zamanda kommissür bölgesinin de yeniden oluşturulması sağlanmaktadır. Olguda Zisser tekniği yanında, uygulanan transvers insizyon ile üst ve alt yanak dokusundan oluşturulan fleplere rahat rotasyon imkanı sağlandı. Oluşan horizontal ve vertikal skar dokusu Z-plasti ile kolayca düzeltildi.



Resim 2. (A); Cerrahi rezeksiyon sonrası görünüm (B); postoperatif erken dönem görünüm (C); postoperatif 8. ay (çift ok Z-plasti sonrası iyileşmiş horizontal skar dokusunu göstermekte, tek ok vertikal skar revizyonu planlanan skar dokusunu göstermekte) (C); postoperatif 8. ay (vertikal insizyon skarına uygulanan Z-plasti sonrası görünüm).

Cerrahi sınırın geniş tutulduğu 2 hastadanda, fonksiyonel ve estetik iyi sonuç alınmıştır. Bölgesel fleple yapılan rekonstrüksiyon neticesinde hastaların takibi, rekürrens problemleri veya sekonder maligniteleri kolayca gözlemlenebilmektedir. Seçilmiş olgularda uygun modifikasyonlarla uygulanan bölgesel fleplerle, daha morbid cerrahi yaklaşım uygulanmasına gerek kalmayabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Hatoko M, Tada H, Kuwahara M. Lip Reconstruction of Comparatively Large Defect Including the Commissure Using Remaining Lip Tissue: A Modification of Reconstructed Method. *Aesthetic Plastic Surgery* 2001;25:25-8.
2. Ono I, Yamashita T, Kamiya T, Takada T, Kaneko R, Jimbow K. Lower Lip and Vermilion Reconstruction with Buccal Musculomucosal Flap Combined with V-Y Plasty after Malignant Tumour Excision. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2006;117:133-9.
3. Demir Y, Latifoğlu O, Yavuzer R, Atabay K. Oral Commissure Reconstruction with Masseter Muscle Transposition and Cheek Skin Flap. *Journal of Cranio Maxillofacial Surgery* 2001;29:351-4.
4. Sakai S, Kawaguchi T, Haibara H. Cheek Flaps for Reconstruction of Full-Thickness Lip Defects. *Annals of Plastic Surgery* 1991;26:188-93.
5. Clossmann JJ, Pogrel MA, Schmidt BL. Reconstruction of Perioral Defects Following Resection for Oral Squamous Cell Carcinoma. *Journal Oral Maxillofacial Surgery* 2006;64:367-74.
6. Williams III EF, Setzen G, Mulvaney MJ. Modified Bernard-Burow Cheek Advancement and Cross-Lip Flap for Total Lip Reconstruction. *Archives Otolaryngol Head Neck Surgery* 1996;122:1253-8.
7. Wechselberger G, Gurunluoglu R, Bauer T, Piza-Katzer H : Functional Lower Lip Reconstruction with Bilateral Cheek Advancement Flaps: Revisitation of Webster Method with a Minor Modification in the Technique. *Aesthetic Plastic Surgery* 2002;26:423-8.
8. Jeng SF, Kuo YR, Wei FC, Su CY, Chien CY. Reconstruction of Concomitant Lip and Cheek Through-and-Through Defects with Combined Free Flap and an Advancement Flap from the Remaining Lip. *Plastic Reconstructive Surgery* 2004;113:491-8.
9. Zisser G : A Contribution to the Primary Reconstruction of the Upper Lip and Labial Commissure. *Journal Maxillofacial Surgery* 1975;3:211.