



ALT DUDAK KANSERLERİNDE REKONSTRÜKSİYON SEÇENEKLERİ RECONSTRUCTION OPTIONS OF LOWER LIP CANCER RESECTION DEFECTS

İbrahim Tabakan¹


1 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: İbrahim Tabakan E-mail: ibrahimtabakan@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 11.04.2021 Kabul Tarihi-Accepted: 26.04.2021 Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi: 30.04.2021

Cite this article as: Tabakan İ. Alt Dudak Kanserlerinde Rekonstrüksiyon Seçenekleri. J Cukurova Anesth Surg. 2021;4(1):53-60

Doi: 10.36516/jocass.2021.72

 0000-0003-1031-1868

Öz

Amaç: Bu çalışmada alt dudak kanseri tanısı alan hastalara uygulanan cerrahi tedavi seçenekleri tartışılmıştır.

Materyal ve Metot: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğinde 2016-2020 yılları arasında alt dudak kanseri tanısı alan 45 hasta retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 57,9 yıl, %86,6'sı erkek %13,4'ü kadındı. %91,1'i SCC, %8,9'u BCC'ydi. Cerrahi tedavide 16 hastaya eksizyon-primer onarım, 22 hastaya lokal flepler ve yanak ilerletme flepleri, 3 hastaya pektoral flep ve 4 hastaya serbest flepler ile onarım yapıldı.

Sonuç: Alt dudak tümörlerinde erken evrelerde cerrahi tedavi ile kür şansı oldukça yüksektir. İleri evre lezyonlarda da cerrahi algoritmaya uygun olarak ve hastaya göre planlama yaparak fonksiyonel ve estetik olarak iyi sonuçlar elde etmek mümkündür.

Anahtar kelimeler: Alt dudak, skuamöz hücreli karsinom, rekonstrüksiyon, flep

Abstract

Introduction: Aim of this study is to discuss reconstruction options for patients who underwent lower lip cancer resections.

Materials and Methods: 45 patients diagnosed with lower lip cancer between 2016-2020 in the Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery Department of Çukurova University Faculty of Medicine were retrospectively analyzed.

Results: The average age of the patients was 57.9 years, 86.6% were men and 13.4% were women. 91.1% was squamous cell carcinoma(SCC) and 8.9% was basal cell carcinoma(BCC). Surgical treatment was performed with excision-primary repair in 16 patients, local and cheek advancement flap in 22 patients, pectoral flaps in 3 patients and free flaps in 4 patients.

Conclusion: Surgical treatment in the early stages of lower lip cancers has a high chance of cure. It is also possible to obtain functional and aesthetically good results in advanced stage cancers by following the reconstructional algorithm.

Keywords: Lower lip, squamous cell carcinoma, reconstruction, flap

Giriş

Dudak kanserleri oral kavite kanserlerinin %25-30'unu oluşturur ve %95'i alt dudakta görülür^{1, 2}. Alt dudak kanseri olgularının %90-95'ini skuamöz hücreli karsinom oluştururken, üst dudakta bazal hücreli karsinom daha fazla görülür^{3, 4}. Güneş ışınlarına uzun süreli maruziyet, sigaraya bağlı kronik irritasyon ve alkol kullanımı gibi etyolojik faktörler ile aktinik keilitis, radyodermatit gibi prekanseröz lezyonlar da alt dudak neoplazisi gelişimine neden olan faktörlerdir^{5, 6}.

Alt dudak kanserlerinde tedavi, lezyonun uygun şekilde çıkarılıp eş zamanlı olarak onarım yapılmasıdır. Diğer baş-boyun kanserlerine göre uygun tedaviyle yüksek oranda (%80-90) kür sağlanabildiğinden, cerrahi eksizyon sonrası dudakın fonksiyonel ve estetik yapısının tekrar kazandırılması çok önemlidir⁷. Alt dudak defektlerinde onarımın hedefi; maksimum oral açıklığın, dudak hareketlerinin, sensasyonun ve en iyi estetik görünümün sağlanması olmalıdır⁸. Bu amaçla primer kapamadan serbest flep ile onarıma kadar çok çeşitli rekonstrüksiyon tekniği tariflenmiştir. Her tekniğin avantajları ve dezavantajları mevcuttur.

Bu çalışmanın amacı; alt dudak kanseri nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalarda onarım tekniklerini retrospektif olarak inceleyip tartışmaktır.

Materyal ve Metot

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınarak (Toplantı Sayısı:110, Karar No:19, 02.04.2021) Ocak 2016 –

Ocak 2020 tarihleri arasında alt dudak tümörü nedeniyle opere edilen 45 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, tümörün histopatolojisi, onarım yöntemi, hastanede kalış süresi ve gelişen komplikasyonlar yönünden değerlendirildi.

Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 57,9 yıldır. %86,6'sı erkek (n=39), %13,4'si kadındır (n=6). Histopatolojik incelemede %91,1'i SCC (n=41), %8,9'u BCC (n=4) olarak raporlanmıştı. Tedavi seçeneği olarak 16 hasta wedge eksizyon-primer kapama ile onarılmıştır (%35,5). 3 hastaya pektoral flep (%6,6), 22 hastaya lokal ve yanak ilerletme flepleri (%48,9) ile onarım yapıldı. 1 hastaya anterolateral uyluk (ALT), 1 hastaya radial ön kol ve 2 hastaya gracillis olmak üzere toplam 4 hastaya serbest flep (%8,9) ile onarım yapıldı. Lokal flep ve yanak ilerletme flepleri; nazolabial, Estlander, Abbe, Karapandzic, Gillies, Nakajima ve Bernard-Webster flepleridir (Tablo 1).

Wedge eksizyon-primer kapama yapılan 16 hasta lokal anestezi ile diğer hastalar genel anestezi ile opere edildi. Genel anestezi ile opere edilen 27 hastada ortalama yatış süresi 9,1 gündü.

Karapandzic flep ve Estlander flep yapılan 2'şer hastaya mikrostomi nedeniyle geç dönemde komissüroplasti yapıldı. Pektoral flep ve serbest flep ile onarım yapılan hastalara geç dönemde minör revizyon operasyonları yapıldı. Hiçbir hastada total ya da parsiyel flep kaybı yaşanmadı.

Tablo 1. Hastaların Genel Özellikleri

Yaş (yıl)	42-82
Cinsiyet, Kadın/Erkek	6 (%13,4) / 39 (%86,6)
Histopatoloji, BCC/SCC	4 (%8,9) / 41 (%91,1)
Onarım Yöntemi, n (%)	
Primer onarım	16 (%35,5)
Lokal flep, yanak ilerletme flebi	22 (%48,9)
Nazolabial	2
Abbe	4
Estlander	4
Karapandzic	2
Gillies	1
Nakajima	1
Bernard-Webster	8
Pektoral flep	3 (%6,6)
Serbest flep	4 (%8,9)
ALT	1
Radial ön kol	1
Gracillis	2

ALT: Anterolateral uyuk flebi

Tartışma

Oral kavitenin en sık görülen tümörü dudağın skuamöz hücreli karsinomudur ve alt dudakta daha fazla görülür^{2, 9}. Bizim hastalarımızın %91,1'inde skuamöz hücreli karsinom kalanında ise bazal hücreli karsinom mevcuttu. Alt dudak

kanserleri genellikle erken tanı alması ve tümörün lokalizasyonu ile ilişkili olarak iyi bir prognoza sahiptir¹⁰. Lenf nodu metastazları öncelikle submandibuler ve submental lenf nodlarına olur¹⁰. Erken evrede lenf nodlarına yayılım insidansı %20'den az olmakla birlikte lenf nodu metastazı olan hastalarda sağkalım oranları düşmektedir¹¹.

Alt dudak kanserleri ileri yaş ve erkek hastalarda daha sık görülmektedir¹². Literatürle uyumlu olarak bizim hastalarımızın %86,6'sı erkekti. Yaş ortalaması 57,9 olmakla birlikte en genç hasta 42 yaşındaydı.

Dudak defektlerinin onarımında doğal, fonksiyonel ve estetik bir görünüm elde etmek için onarımı subünitelere göre yapmak gerekir. Vermiliondaki küçük defektler primer onarılabilirken, daha büyük defektlerde V-Y flebi, vermilion ilerletme flebi, mukoza ilerletme tekniği, dil flebi ve fasiyal arter myomukozal flep (FAMM) kullanılabilir¹³⁻¹⁶. Klasik olarak alt dudağın 1/3'üne kadar olan tam kat defektler primer onarılabilirken, 1/3'ten büyük defektlerde flep kullanımı gereklidir^{17, 18}. Son yıllarda bu oran alt dudağın 1/2'si şeklinde güncellenmiştir¹⁹. 1/2'den büyük santral veya lateral defektlerde ters abbe flebi, komissür tutulumu olan defektlerde Estlander flebi ve Karapandzic flep uygun seçeneklerdir. Daha büyük defektlerde ise Bernard-Webster, Gillies ve serbest flep seçenekleri önerilmektedir¹⁹. Abbe flebi estetik açıdan kusursuz olmasına karşın pedikül kesilmesi için tekrar operasyon gerekliliği tekniğin dezavantajıdır. Tek aşamalı olması Estlander flebinin avantajı iken daha sonra komissüroplasti gerektirmesi dezavantajıdır²⁰ (Resim 1). Karapandzic flebinde orbiküler kas ve sınırlar hasarlanmadığı için fonksiyonel olarak iyi bir seçenektir ancak komissürün yuvarlaklaşması ve mikrostomi nedeniyle komissüroplasti gereklidir. Biz de Estlander ve Karapandzic flep ile onarım yaptığımız hastalara geç dönemde bir ya da daha fazla seans komissüroplasti yaptık. Total veya totale yakın defektlerde yanakların mediale doğru ilerletilmesi prensibine dayanan Webster-Bernard flebi en çok tercih ettiğimiz fleptir (Resim 2).

Tekniğin birçok modifikasyonu tanımlanmıştır^{21, 22}. Biz 8 hastaya Webster-Bernard flebiyle onarım yaparken 2 hastayı sütür ayrışması nedeniyle tekrar ameliyat ettik. Geniş alt dudak defektlerinde fonksiyonel ve estetik açıdan literatürle uyumlu olarak bu flebin iyi bir seçenek olduğunu düşünmekteyiz²³. Serbest flep seçeneklerinden radial ön kol ve gracillis flepleri bizim en sık tercih ettiğimiz flepler olmuştur. Radial ön kol flebinin palmaris longus kası tendonu ile birlikte alınıp statik askı şeklinde kullanılabilme avantajı mevcuttur, böylece oral kompetans sağlanabilir²⁴. Serbest flepler total defektlerde ideal bir seçenek gibi görünse de sistemik hastalığı olan ve uzun ameliyat süresini tolere edilemeyen hastalarda uygulanması zordur. Dudak tümörlerinin bizim hastalarımız gibi genellikle ileri yaş grubunda görüldüğünü düşünecek olursak az sayıda hastada serbest flep ile onarım yapılmış olması daha iyi anlaşılabilir. Biz 4 hastada serbest fleplerle (radial ön kol, ALT ve gracillis) onarım gerçekleştirdik ve geç dönemde oral kompedans yetersizliği nedeniyle revizyonlar yaptık. Alt dudak ve yanağı da içine alan geniş tümörü olan 3 hastaya ise çok fazla yumuşak doku ihtiyacı nedeniyle pektoral flep yapılmıştır. Primer onarım yapılan hastalarda sadece lokal anestezi kullanıldı ve hastalar yatırılmadan takip edildi. Lokal flep, regional ve serbest flep ile onarım yapılan hastalarda ortalama hastanede yatış süresi 9,1 gündü. Defekt boyutlarının küçük olduğu hastalarda (genellikle Abbe ve Estlander flep ile onarım yapılanlar) hastanede kalma süresi daha az iken pektoral flep ve serbest flep ile onarım yapılan hastalarda hastanede kalma süresi artmaktadır.



1a



1b



1c



1d

Resim 1A. Preoperatif görünüm

Resim 1B. Peroperatif planlama

Resim 1C. Tümör eksizyonu sonrası Estlander flebinin hazırlanması

Resim 1D. Defekt onarımı sonrası görünüm



2a



2b



2c



2d

Resim 2A. Hastanın preoperatif görünümü

Resim 2B. Webster-Bernard flebinin planlaması

Resim 2C. Tümör eksizyonu sonrası defektin görünümü

Resim 2D. Defektin onarımı



Resim 2E. Geç dönem

Sonuç

Baş-boyun bölgesinde sık görülen alt dudak kanserlerinde erken evrelerde uygun tedavi ile kür şansı oldukça yüksektir. Lezyonun boyutu mortalite ve morbiditede üzerinde etkilidir. Erken evrelerde primer onarım ya da küçük lokal fleplerle onarım yapılabilir. Geç dönemde daha büyük tümörlerde ise defektin büyüklüğüne ve hastanın genel durumuna göre fonksiyonel ve estetik açıdan uygun şekilde onarım yapmak mümkündür.

Finansal destek:

Bu makalede açıklanan çalışma için herhangi bir finansman alınmadı.

Çıkar çatışması:

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Etik onam:

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik

Toplantı Sayısı:110, Karar No:19,
02.04.2021)

Kaynaklar

1. Cerezo L, Liu FF, Tsang R, Payne D. Squamous cell carcinoma of the lip: analysis of the Princess Margaret Hospital experience. *Radiother Oncol* 1993; 28: 142-7.
[https://doi.org/10.1016/0167-8140\(93\)90006-t](https://doi.org/10.1016/0167-8140(93)90006-t)
2. Regezi JA, Sciubba J, Jordan RC. Oral pathology: clinical pathologic correlations. Elsevier Health Sciences, 2016.
3. Silapunt S, Peterson SR, Goldberg LH, et al. Basal cell carcinoma on the vermilion lip: a study of 18 cases. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 384-7.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2003.08.027>
4. Howell RE, Wright BA, Dewar R. Trends in the incidence of oral cancer in Nova Scotia from 1983 to 1997. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 95: 205-12.
<https://doi.org/10.1067/moe.2003.49>
5. Casal D, Carmo L, Melancia T, et al. Lip cancer: a 5-year review in a tertiary referral centre. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010; 63: 2040-5.
<https://doi.org/10.1016/j.bjps.2009.12.022>
6. Galyon SW, Frodel JL. Lip and perioral defects. *Otolaryngol Clin North Am* 2001; 34: 647-66.
[https://doi.org/10.1016/S0030-6665\(05\)70010-4](https://doi.org/10.1016/S0030-6665(05)70010-4)
7. Zitsch RP, 3rd. Carcinoma of the lip. *Otolaryngol Clin North Am* 1993; 26: 265-77.
[https://doi.org/10.1016/S0030-6665\(20\)30844-6](https://doi.org/10.1016/S0030-6665(20)30844-6)
8. Papadopoulos O, Konofaos P, Tsantoulas Z, et al. Lip defects due to tumor excision: apropos of 899 cases. *Oral Oncol* 2007; 43: 204-12.
<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2006.02.015>
9. Hendricks JL, Mendelson BC, Woods JE. Invasive carcinoma of the lower lip. *Surg Clin North Am* 1977; 57: 837-44.
[https://doi.org/10.1016/S0039-6109\(16\)41293-4](https://doi.org/10.1016/S0039-6109(16)41293-4)
10. Zitsch RP, 3rd, Park CW, Renner GJ, Rea JL. Outcome analysis for lip carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113: 589-96.
<https://doi.org/10.1177/019459989511300510>
11. Califano L, Zupi A, Massari PS, Giardino C. Lymph-node metastasis in squamous cell carcinoma of the lip. A retrospective analysis of 105 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994; 23: 351-5.
[https://doi.org/10.1016/S0901-5027\(05\)80053-0](https://doi.org/10.1016/S0901-5027(05)80053-0)
12. Luce EA. Carcinoma of the lower lip. *Surg Clin North Am* 1986; 66: 3-11.
[https://doi.org/10.1016/S0039-6109\(16\)43826-0](https://doi.org/10.1016/S0039-6109(16)43826-0)

13. Ay A, Aytekin A. Meshing technique in mucosal advancement flaps for vermilionectomy defects. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112: 1739-40. <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000084802.11424.5A>
14. Kurul S, Uzunismail A, Kizir A. Total vermilionectomy; indications and technique. *Eur J Surg Oncol* 1995; 21: 201-3.
15. Chen WL, Wang YY, Zhou M, Yang ZH, Zhang DM. Double mental neurovascular V-Y island advancement flaps combined with tongue flaps for functionally reconstructing total lower-lip defects. *J Craniofac Surg* 2012; 23: 181-3. <https://doi.org/10.1111/jocd.13473>
16. Pribaz JJ, Meara JG, Wright S, et al. Lip and vermilion reconstruction with the facial artery musculomucosal flap. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 864-72. <https://doi.org/10.1097/00006534-200003000-00007>
17. Constantinidis J, Federspil P, Iro H. Functional and aesthetic objectives in the reconstruction of lip defects. *Facial Plast Surg* 1999; 15: 337-49. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1064335>
18. Lupo G, Mazzola RF. Our experience with lip reconstruction. A lesson from history. *Clin Plast Surg* 1984; 11: 619-35.
19. Kerawala C, Roques T, Jeannon JP, Bisase B. Oral cavity and lip cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol* 2016; 130: S83-s89. <https://doi.org/10.1017/S0022215116000499>
20. Estlander JA. A method of reconstructing loss of substance in one lip from the other. *Plast Reconstr Surg* 1968; 42: 361.
21. Webster RC, Coffey RJ, Kelleher RE. Total and partial reconstruction of the lower lip with innervated musclebearing flaps. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull* 1960; 25: 360-71. <https://doi.org/10.1097/00006534-196004000-00007>
22. Herrera E, Bosch RJ, Barrera MV. Reconstruction of the lower lip: Bernard technique and its variants. *Dermatol Surg* 2008; 34: 648-55. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2007.34121.x>
23. Unsal Tuna EE, Oksüzler O, Ozbek C, Ozdem C. Functional and aesthetic results obtained by modified Bernard reconstruction technique after tumour excision in lower lip cancers. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010; 63: 981-7. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2009.02.073>
24. Daya M, Nair V. Free radial forearm flap lip reconstruction: a clinical series and case reports of technical refinements. *Ann Plast Surg* 2009; 62: 361-7. <https://doi.org/10.1097/SAP.0b013e31818b4515>