

Alt dudak kanserlerinde primer kitle ve boyna yaklaşım: 24 olgunun analizi

Approach to the primary mass and neck in lower lip cancers: analysis of 24 cases

Dr. Çağatay Han Ülkü, Dr. Yavuz Uyar

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada 24 alt dudak kanseri olgusunda primer kitle ve boyun tedavisi için uyguladığımız cerrahi yaklaşım ve sonuçları analiz edildi.

Hastalar ve Yöntemler: Kliniğimizde, Mart 1995-Mart 2007 tarihleri arasında alt dudak kanseri tanısıyla ameliyat edilen ve uzun süre takip edilebilen 24 hasta (5 kadın, 19 erkek; ort. yaş 56.8; dağılım 41-72 yıl) bu çalışmaya dahil edildi. Cerrahi olarak tümör, 1-2 cm'lik güvenlik sınırı bırakılarak çıkarıldı. Oluşan doku eksikliği primer kapama ya da lokal veya bölgesel flepler ile onarıldı. Tümör dudağın bir tarafında ise tek, orta hatta yakın ise iki taraflı boyun diseksiyonu yapıldı. Boyunda yayılım saptanan olgularda ameliyat sonrası radyoterapi uygulandı. Fonksiyonel sonuçlar, beş yıllık ortalama takip süresinde yineleme ve mortalite oranları yönünden değerlendirildi.

Bulgular: Tümör, 20 olguda izole alt dudaktan kaynaklanıyordu. Dört olguda ikincil komissür tutulumu saptandı. TNM (tümör, nodül, metastaz) sınıflamasına (AJCC, 2002) göre, olguların dağılımı; T₁N₀M₀ (n=10), T₂N₀M₀ (n=9), T₃N₁M₀ (n=3), T₄N_{2a}M₀ (n=1), T₄N_{2c}M₀ (n=1) idi. Onarım teknikleri olarak, primer kapama (n=7), Abbe-Estlander flep (n=9), Karapandzic flep (n=4), Melolabial flep (n=3), Fan flep (n=1), pektoralis majör miyokütanöz flep (n=2) kullanıldı. Histopatolojik olarak dört olguda boyunda yayılım saptandı. Takip süresince, iki olguda lokal yineleme, bir olguda bölgesel yayılım gelişti. İki olgu uzak yayılım nedeniyle kaybedildi. Erken evre ve geç evre tümörlerde beş yıllık hastaliksız sağkalım oranları sırası ile %100 ve %20 idi. Onarım sonrası elde edilen fonksiyonel sonuçlar, pektoralis majör miyokütanöz flebi ile onarım yapılan iki olgu dışında tatminkardı.

Sonuç: İleri evre tümöre ve N pozitif boyna sahip olgularda, beş yıllık hastaliksız sağkalım oranları belirgin olarak düşüktü. Bu sonuç, tümör evresi ve boyun tutulumunun prognoz üzerine olan etkisini vurgulamaktadır. Ayrıca, erken evre olgularda daha tatminkar fonksiyonel sonuçlar elde edildi.

Ahtar Sözcükler: Dudak kanseri; rekonstrüksiyon; cerrahi.

Objectives: In this study, we analyzed the surgical approach which we carried out for treatment of the primary mass and neck in 24 lower lip cancer cases and its results.

Patients and Methods: 24 patients (5 females, 19 males; mean age 56.8; range 41 to 72 years) who were operated on in our clinic for lip cancer between March 1995 and March 2007 and whom we were able to long term follow-up were included in this study. Tumor was resected with 1-2 cm surgical margin in all cases. The tissue defect was reconstructed by either primary closure or local/regional flaps. If the tumor was located in the middle of the lip, bilateral neck dissection, otherwise unilateral neck dissection was performed. Postoperative radiotherapy was used in cases who had neck metastatic disease. Functional results were evaluated regarding recurrence and mortality rates during five-year mean follow-up period.

Results: Tumor was originated from the lower lip alone in 20 cases. There was secondary commissure involvement in four cases. According to the TNM (tumor, node, metastasis) classification (AJCC, 2002), distribution of the cases was T₁N₀M₀ (n=10), T₂N₀M₀ (n=9), T₃N₁M₀ (n=3), T₄N_{2a}M₀ (n=1), T₄N_{2c}M₀ (n=1). Primary closure (n=7), Abbe-Estlander flap (n=9), Karapandzic flap (n=4), Melolabial flap (n=3), Fan flap (n=1), pectoralis major myocutaneous flap (n=2) were used as reconstruction techniques. Histopathologically, metastatic disease was determined in the neck in four cases. During the follow-up period, there occurred local recurrence in two cases and regional metastasis in one. Two cases with distant metastasis died. Survival rates without illness for early and advanced stage tumors were 100% and 20%, respectively. Functional results after reconstruction were satisfactory, except in two cases which we used pectoralis major myocutaneous flap for reconstruction.

Conclusion: Five-years survival rates without illness were significantly lower in cases with advanced stage tumor and N positive neck. This result indicates that stage of the tumor and neck involvement have a significant effect on prognosis. Furthermore, more satisfactory functional results were achieved in early stage tumors.

Key Words: Lip cancer; reconstruction; surgery.

Dudak karsinomu, oral kavitenin sık görülen malign tümörlerinden biridir.^[1] Olguların %95'inde histopatolojik tanı, skuamöz hücreli karsinomdur. Güneş ışınlarına uzun süre maruz kalma ve tütün kullanımı risk faktörleri arasında yer alır.^[2,3] En etkin tedavi cerrahi eksizyon ile yapılır. Erken evre olgularda prognoz iyidir.^[4]

Bu çalışmada, kliniğimizde dudak kanseri tanısı ile ameliyat edilen olgular, TNM (tümör, nodül, metastaz) sınıflaması (AJCC, 2002), onarım teknikleri, yineleme ve mortalite oranları yönünden literatür eşliğinde değerlendirildi.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Mart 1995-Mart 2007 tarihleri arasında kliniğimizde, dudak kanseri tanısıyla ameliyat edilen ve uzun süre takip edilebilen 24 hasta (5 kadın, 19 erkek; ort. yaş 56.8; dağılım 41-72 yıl) çalışma kapsamında değerlendirildi. Tüm olgularda, ayrıntılı bir öykü ile olası hazırlayıcı faktörler, lezyonun süresi, hacim artış hızı, kabuklanma/kanama özelliği belirlendi. İleri evre (T3-T4) olgularda boyun bölgesi, ayrıca manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile incelendi. Kommissür tutulumu söz konusu ise görüntü alanına parotis bölgesi de dahil edildi. Cerrahi olarak, tümör 1-2 cm'lik güvenlik sınırı bırakılarak çıkarıldı. Oluşan doku eksikliği primer kapama ya da lokal veya bölgesel flepler ile onarıldı. İki olguda kombine teknikler kullanıldı. Tümör dudağın bir tarafında ise tek, orta hatta yakın ise iki taraflı boyun diseksiyonu (BD) yapıldı. Histopatolojik olarak boyunda yayılım saptanan olgulara radyoterapi uygulandı. Olguların fonksiyonel sonuçları, beş yıllık ortalama takip süresince yineleme ve mortalite oranları açısından değerlendirildi.

BULGULAR

Histopatolojik tanı, tüm olgularda iyi diferansiye epidermoid karsinomdu. Tümör, 20 olguda izole alt dudaktan kaynaklanıyordu. Dört olgu-

da ikincil komissür tutulumu saptandı. TNM sınıflamasına göre, olguların dağılımı; T1N0M0 (n=10), T2N0M0 (n=9), T3N1M0 (n=3), T4N2aM0 (n=1), T4N2cM0 (n=1) idi (Tablo 1). Onarım teknikleri olarak, Abbe-Estlander flep (n=9), primer kapama (n=7), Karapandzic flep (n=4), melolabial flep (n=3), pektoralis majör miyokütanöz flep (n=2) ve fan flep (n=1) kullanıldı (Tablo 2). İleri evre (T3-T4) olgularda istenilen MRG incelemeleri sonucunda, fizik muayene bulguları ve kitle özelliklerinin belirlenmesi haricinde ilave bir bilgiye ulaşamadı. Hiçbir olguda, damar sinir paketi ya da parotis bezi tutulumu saptanmadı. Histopatolojik olarak dört olguda boyunda yayılım saptandı. Takip süresinde, iki olguda (T3N1M0; T4N2cM0) lokal yineleme, bir olguda (T0N1M0) bölgesel yineleme gelişti. İki olgu (T4N2aM0; T4N2cM0) uzak yineleme nedeniyle kaybedildi. Erken evre ve geç evre tümörlerde beş yıllık hastaliksız sağkalım oranları sırası ile %100 ve %20, hastalığa spesifik beş yıllık sağkalım oranları ise %100 ve %60 idi. Oral sfinkter fonksiyonu, pektoralis majör miyokütanöz flebi ile rekonstrüksiyon yapılan iki olgu dışında tam olarak sağlandı.

TARTIŞMA

Dudak kanseri, baş boyun bölgesi kanserleri arasında sık görülür.^[1] Çoğunlukla alt dudakta (%90), orta-ileri yaş erkeklerde ortaya çıkar.^[5] Olguların yaklaşık %95'i iyi diferansiye skuamöz hücreli karsinomdur. Bazal hücreli karsinom komşu ciltte gelişir, genellikle üst dudakta sekonder olarak ortaya çıkar.^[3,4] Bin otuz altı olguluk bir çalışmada, bazal hücreli karsinomun alt dudak kanserlerinin %0.6'sını, üst dudak kanserlerinin ise %13'ünü oluşturduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, tümörün alt dudak, üst dudak ve komissürde gelişme oranları, sırasıyla %95.6, %3.7 ve %0.7 olarak belirlenmiştir.^[4]

Skuamöz hücreli karsinom, genellikle kabuklanma ve kanama gösteren, iyileşmeyen yara şeklinde görülür ve yavaş büyür. Tanı, lezyon ortaya çıktıktan ortalama altı ay sonra konur.^[6] Tanı sırasında tümörün %90'ı T1-T2 evresindedir.^[4,7]

Tablo 1. Olguların tümör-nodül-metastaz sınıflamasına göre dağılımı

T/N	N0	N1	N2a	N2c
T1	10	-	-	-
T2	9	-	-	-
T3	-	3	-	-
T4	-	-	1	1

T: Tümör; N: Nodül.

Tablo 2. Uygulanan onarım teknikleri

Onarım tekniği	Sayı
Primer kapama	7
Abbe-Estlander flep	9
Karapandzic flep	4
Melolabial flep	3
Pektoralis majör miyokütanöz flep	2
Fan flep	1

Tedavide 1-2 cm'lik cerrahi güvenlik sınırı bırakılarak rezeksiyon yapılır. Oluşan defekt, yerleşim yerine ve genişliğine göre primer kapamadan, serbest doku fleplerine kadar değişen farklı tekniklerle rekonstrükte edilir.^[8,9] Lenfatik drenaj özellikleri göz önüne alınarak BD ve gereğinde süperfiyöz parotidektomi yapılmalıdır.

Bu bölge kanser cerrahisinde alt dudak, özellikle vermilyon hattı estetik ve fonksiyonel olarak önemlidir.^[10,11] Oral sfinkter, ses çıkarma, ağızdan dışarı akıntıyı önleme ve çiğneme fonksiyonunda kritik role sahiptir. Tümör rezeksiyonu sonrası oluşan defekt büyüklüğü arttıkça onarım ile elde edilen fonksiyonel ve estetik sonuçlar istenen düzeyden uzak kalır. Defekt alt dudak genişliğinin $\frac{3}{4}$ 'üne kadar olduğunda lokal dokular ile birçok rekonstrüksiyon tekniği tanımlanırken, daha ileri defektlerde uzak dokulara ya da serbest fleplere yönelinir.

Rezeke edilen miktar dudak genişliğinin $\frac{1}{3}$ 'ünden az ise primer kapama yapılabilir. Buna karşın dudak genişliğinin $\frac{1}{3}$ 'ünden fazla defekt söz konusu ise oral sfinkter fonksiyonunu korumak için flep kullanımı gereklidir.^[12-15] Defektler $\frac{1}{3}$ ile $\frac{1}{2}$ arası ve lateral yerleşim gösteriyor ise komissürün etkilendiği olgularda Estlander, sağlam olduğu olgularda Abbe tekniği tercih edilir. Dudak orta bölümündeki defektlerinde iki taraflı kaydırma flepleri ile rekonstrüksiyon uygundur. $\frac{1}{2}$ ile $\frac{3}{4}$ arası defektler için fan flep, Bernard flep ya da Karapandzic fleple rekonstrüksiyon yapılır.^[8,14,16]

Karapandzic flep genellikle daha iyi fonksiyonel sonuçlarla birlikte, ancak mikrostomaya neden olabilir.^[16] Alt dudağın daha geniş rezeksiyonlarını gerektiren olgularda rekonstrüksiyon zordur ve iki taraflı fan flep, vasküler pediküllü cilt-kas flebi ya da serbest ön kol flebi kullanılabilir. Ancak, uzak dokularla yapılan rekonstrüksiyonlarda oral sfinkter fonksiyonunda yetersizlik sık görülür.^[17-19] Rezeksiyon ve rekonstrüksiyon sırasında rahat çalışılması için genel anestezi altında yapılan ameliyatlarda nazal entübasyon uygulaması önemlidir.

Olgularımızda, lezyonun ortaya çıkması ile tanı konması arasında geçen ortalama süre 10.4 ay olarak belirlendi. Ülserovegetan kitle, kabuklanma ve kanama en sık rastlanan bulguları. Dört olguda servikal lenf nodu ve bir olguda mandibula tutulumu vardı. Histopatolojik tanı iyi diferansiye skuamöz hücreli karsinom idi. Olguların %83.3'ünde izole alt dudak ve %16.7'sinde sekonder komissür tutulumu vardı, %79.2'si erken evre (T1-T2) ve %20.8'i ileri evre (T3-T4) kanseri idi. Doku eksikliği onarımında, primer kapama, Abbe-Estlander, Karapandzic, melolabial flep, fan flep, pektoralis majör miyokütanöz flebi kullanıldı. İki olguda kombine teknikler uygulandı (Şekil 1a-c) Gingivabukkal sulkus ve mandibula tutulumu olan T4 evresindeki bir olguda marjinal mandibulektomi yapıldı. Diğer bir T4 evresindeki olguda ise geniş yanak tutulumu vardı (Şekil 2). Her iki olgunun yaşı 65 yaş üzeri idi ve sistemik hastalıkları vardı. Ameliyat süresini uzatmamak ve yaş



Şekil 1. (a) Sol komissür tutulumu ile beraber olan alt dudak kanserli olgunun (T3) ameliyat öncesi (b) tek taraflı Melolabiyal ve Karapandzic flebi kombinasyonu ile rekonstrükte edilmiş ameliyat sonrası (c) rekonstrüksiyon sonrası yeterli oral sfinkter fonksiyonuna sahip olduğunu gösteren görüntüleri.



Şekil 2. Sol komissür ve yanak tutulumu ile beraber olan alt dudak kanserli olgunun (T4) cerrahi güvenlik sınırı ile kanser rezeksiyonu sonrası ameliyat sırası görünümü, pektoralis majör miyokütanöz flebinin rekonstrüksiyon için hazırlanması.

ile artan olası beslenme sorunları nedeniyle defekt onarımı için serbest mikrovasküler flep yerine pektoralis majör miyokütanöz flebi kullanıldı. Bu flep, ayrıca hacmi ile var olan geniş defektleri doldurmak için tercih edildi. Ancak, oluşan defektin büyüklüğü ve onarım için uzak bir doku kullanılması nedeniyle oral sfinkter fonksiyonunda kısmi yetersizlik görüldü. Karapandzic flep ile rekonstrüksiyon yapılan olguların ise ikisinde kabul edilebilir ölçülerde mikrostomi izlendi. Buna karşın fonksiyonel sonuçlar tüm olgularda başarılı idi.

Zitsch ve ark.^[4] 3 cm'den büyük, yüksek dereceli, servikal lenf adenopati ile birlikte olan, üst dudak ve komissür orijinli dudak kanserlerinde prognoz daha kötü olduğunu ve agresif cerrahi gereğini vurgulamışlardır.

Alt dudak kanserlerinde, servikal lenf nodu tutulum oranı %10'dur. Üst dudak kanserleri, %13 servikal yayılım ve daha kötü bir prognozla birlikte. Komissür kanserlerinde bu oran %31'dir ve lenfatik drenaj farklı olarak preauriküler ve intraparotis lenf nodlarına da olmaktadır.^[4]

Rezidiv/yineleme tümör veya servikal lenf nodu yayılımı varlığında yapılan cerrahilerde alınan sonuçlar, birincil cerrahi uygulanan olgular ile kıyaslandığında daha kötüdür.^[20] Servikal lenf nodu yayılımlarında beş yıllık sağkalım oranı %90'lardan %50'lere düşer. Boyunda yineleme, hastalık söz konusu ise bu oran %10 civarındadır.^[7] Suprahiyoid BD'nin, gizli lenf nodu yayılımlarının belirlenmesinde etkili olduğu vurgulanmıştır.^[21]

Bu bilgiler ışığında, özellikle kötü prognostik faktörlerle birlikte olan dudak kanseri olgularında uygulanacak cerrahi tedavi protokolü, primer kitle rezeksiyonu ve profilaktik supraomohiyoid ya da gereğinde radikal BD'yi de kapsamalıdır.^[7]

Boyun muayenesinde, olgularımızın %79.1'i N0, %12.5'i N1, %4.2'si N2a ve %4.2'si N2c evresinde idi (%20.9'unda servikal LAP). Boyun tutulumunun, sağkalım oranı üzerindeki etkisi nedeniyle tüm olgularda BD yapıldı.

N0 boyunlarda (n=19) biyopsi amaçlı olarak, tümör orta hattan uzak ise tek (n=13; %54.1), orta hatta yakın ise iki taraflı (n=6; %25) supraomohiyoid BD uygulandı. N1 boyunlar (n=3) için tümör orta hattan uzak ise tek taraflı (n=1; %8.3) fonksiyonel BD, orta hatta yakın ise karşı supraomohiyoid BD ile birlikte lezyon olan tarafa (n=2; %4.2) fonksiyonel BD yapıldı. N2 boyunlar (n=2) için radikal BD ile birlikte, N2b olgusunda, karşı boyuna supraomohiyoid BD (n=1; %4.2) N2c olgusunda ise, karşı boyuna fonksiyonel BD (n=1; %4.2) uygulandı. Sekonder komissür tutulumu olan dört hastada (%16.7) preauriküler ve intraparotis lenf nodları da diseke edildi. N pozitif boyunlardan dördünde (%80) histopatolojik düzeyde yayılım saptandı. Bu olgular radyoterapiye gönderildi.

Vukadinovic ve ark.,^[5] dudak epidermoid karsinomlarının başarılı tedavisi için erken tanı ve multidisipliner yaklaşımın gereğini vurgulamışlardır. Aynı yazar grubu 223 olguluk çalışmalarında 56 aylık ortalama takip süresi sonunda %10.8 lokal yineleme, %4.5 bölgesel yayılım ve %2.2 mortalite bildirmişlerdir.

Altmış (23-132) ay olan ortalama takip süresinde, iki olguda (%8.3) (T3N1M0; T4N2cM0) lokal yineleme, bir olguda (%8.3) (T3N1M0) bölgesel yayılım gelişti. İki olgu (%8.3) (T4N2aM0; T4N2cM0) uzak yayılım nedeniyle kaybedildi.

Sonuç olarak, uygun onarım teknikleri ile, özellikle erken evre tümörlerde başarılı fonksiyonel sonuçlar elde edildi. Takip süresinde, lokal, bölgesel ya da uzak yayılım gelişen tüm olgular ileri evre (T3, T4) tümöre ve N pozitif boyna sahipti. Bu olgularda, hastalığa özgü beş yıllık sağkalım oranı %60 idi. Erken evre (T1, T2) tümör ve N0 boyna sahip olgularda ise bu oran %100 idi. Bu sonuç, tümör evresi ve boyun tutulumunun prognoz üzerine olan etkisini vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Alam M, Ratner D. Cutaneous squamous-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2001;344:975-83.
2. Spitzer WO, Hill GB, Chambers LW, Helliwell BE, Murphy HB. The occupation of fishing as a risk factor in cancer of the lip. *N Engl J Med* 1975;293:419-24.
3. Keller AZ. Cellular types, survival, race, nativity, occupations, habits and associated diseases in the pathogenesis of lip cancers. *Am J Epidemiol* 1970;91:486-99.
4. Zitsch RP 3rd, Park CW, Renner GJ, Rea JL. Outcome analysis for lip carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;113:589-96.
5. Vukadinovic M, Jezdic Z, Petrovic M, Medenica LM, Lens M. Surgical management of squamous cell carcinoma of the lip: analysis of a 10-year experience in 223 patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:675-9.
6. Alho OP, Keränen MR, Kantola S, Riihimäki S, Jokinen K, Alho P, et al. Lip cancer in Northern Finland: changing incidence and clinical characteristics. *J Oral Pathol Med* 2000;29:299-302.
7. Cruse CW, Radocha RF. Squamous cell carcinoma of the lip. *Plast Reconstr Surg* 1987;80:787-91.
8. Closmann JJ, Pogrel MA, Schmidt BL. Reconstruction of perioral defects following resection for oral squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:367-74.
9. Ezzoubi M, Benbrahim A, Fihri JF, Bahechar N, Boukind el H. Reconstruction after tumour's excision in lip's cancer: report of 100 cases. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 2005;126:141-6.
10. Iwahira Y, Yataka M, Maruyama Y. The sliding door flap for repair of vermilion defects. *Ann Plast Surg* 1998;41:300-3.
11. Zilinsky I, Winkler E, Weiss G, Haik J, Tamir J, Orenstein A. Total lower lip reconstruction with innervated muscle-bearing flaps: a modification of the Webster flap. *Dermatol Surg* 2001;27:687-91.
12. Lupo G, Mazzola RF. Our experience with lip reconstruction. A lesson from history. *Clin Plast Surg* 1984; 11:619-35.
13. Constantinidis J, Federspil P, Iro H. Functional and aesthetic objectives in the reconstruction of lip defects. *Facial Plast Surg* 1999;15:337-49.
14. Larrabee WF, Sherris DA. Lips and chin. In: Larrabee WF, Sherris DA, editor. *Principles of facial reconstruction*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1995. p. 170-219.
15. Ono I, Ariga K, Gunji H, Hasegawa T, Sato M, Kaneko F. A method with three triangular flaps as a secondary operative procedure after reconstruction of the lower lip by Estlander's method. *Plast Reconstr Surg* 1992;90:700-6.
16. Calhoun KH. Reconstruction of small- and medium-sized defects of the lower lip. *Am J Otolaryngol* 1992;13:16-22.
17. Goldstein MH. The elastic flap for lip repair. *Plast Reconstr Surg* 1990;85:446-52.
18. Ord RA. The pectoralis major myocutaneous flap in oral and maxillofacial reconstruction: a retrospective analysis of 50 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54:1292-5.
19. Aygıt AC, Güzel MZ, Bayramiçli M, Aydın Y, Yücel A. Alt dudak tam kayıplarının iki yanlı 'fan flep' ile onarımı. *Cerrahpaşa J Med* 1999;30:171-4.
20. Dediol E, Luksic I, Virag M. Treatment of squamous cell carcinoma of the lip. *Coll Antropol* 2008;32(Suppl 2):199-202.
21. Kocatürk S, Ozdemir N, Erkam U, Uzun H, Babila A, Oztürk E. Evaluation of occult lymph node metastasis in lower lip cancers and approach to N(0) neck metastasis. [Article in Turkish] *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2002;9:41-5.