

DEPRESSOR ANGULİ ORİS FLEBİ İLE ALT DUDAK DEFEKTLERİNİN FONKSİYONEL ONARIMI*

M. Erol Demirseren** • Arda Katırcıoğlu** • Serdar Gökrem**
Zeki Can** • Mustafa R. Özbek**

ÖZET

Dudaklar; sadece estetik açıdan değil aynı zamanda ifade ve mimikler 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. Küçük defektlerin onarımında başarıya kolayca ulaşılsa da, alt dudak yarısı ve daha geniş defektlerde, az sayıda yöntem fonksiyonel onarımı sağlar. Bu makalede, "quadranguler" depressor anguli oris flebi ile tedavi ettiğimiz sekiz olgu sunulmuştur. Uygulanan bu yöntem, tüm hastalarda flep kaybı olmadan, estetik olarak tatminkar görünümlü ve fonksiyonel alt dudak rekonstrüksiyonuna olanak sağlamıştır.

Anahtar kelimeler: Depressor Anguli Oris Flebi, Fonksiyonel Alt Dudak Rekonstrüksiyonu.

SUMMARY

Functional Reconstruction of Lower Lip Defects with Depressor Anguli Oris Flap

Lips are important structures not only of aesthetic value but also for expression and vitality. 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 reinstitution of function. To achieve these results, different reconstructive methods are used. Although in reconstruction of small defects, success can be obtained easily, limited number of methods achieve functional restoration for half and larger defects of the lower lip. In this paper eight patients, who were treated with "quadranguler" depressor anguli oris musculocutaneous flap, are presented. This applied method has aesthetically achieved a satisfactory appearance and functional lower lip reconstruction without flap fealature in all patients.

Key words: Depressor Anguli Oris Flap, Functional Lower Lip Reconstruction.

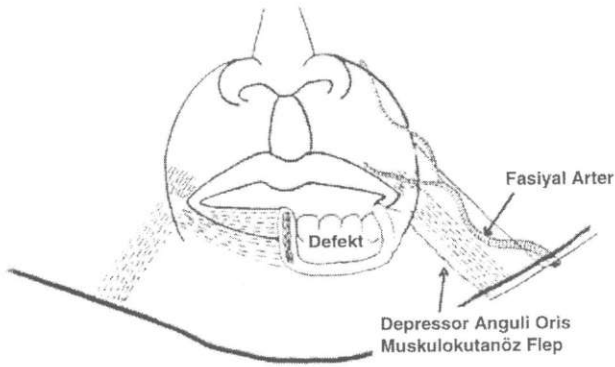
Dudaklar kendilerine özgü anatomik yapılarıyla yüzün 1/3 alt kısmında önemli bir estetik ünite oluştururlar. Bunun yanı sıra motor ve duyuşal fonksiyonlarıyla da rekonstrüksiyon açısından özellik arzederler (1). Dolayısıyla herhangi bir sebeple alt dudakta defekt meydana geldiğinde; beslenme, konuşma, 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 kalmamıştır. Alt dudak rekonstrüksiyonunda kullanılacak olan dokular arasında öncelik sırası, dudanın sağlam kısmındadır. 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 kullanılamadığı durumlarda uzak fleplere başvurulur (3).

Depressor anguli oris flebi ilk kez Tobin tarafından tanımlanmıştır (4). Daha sonraki yıllarda özellikle "wedge" rezeksiyon ve primer onarımın yetmeyeceği tek yanlı alt dudak defektlerinin onarımında kullanılmıştır (5). Vasküler pedikülünü, flep tabanına oral komissür seviyesinde giren inferior labial arter ve eşlik eden ven oluşturur. Duyusal innervasyonu, trigeminal sinirin mental dalı ile, motor innervasyonu ise fasiyal sinirin mandibular dalı yolu ile sağlanır (Şekil 1) (4). Deri, kas ve mukozayı içeren bu kompozit flep ile, motor ve duyuşal innervasyonu olan bir oral sfinkter onarımı sağlanır.

* XXI. Ulusal Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı



Şekil 1: Depressor anguli oris flebinin şematik görünümü.

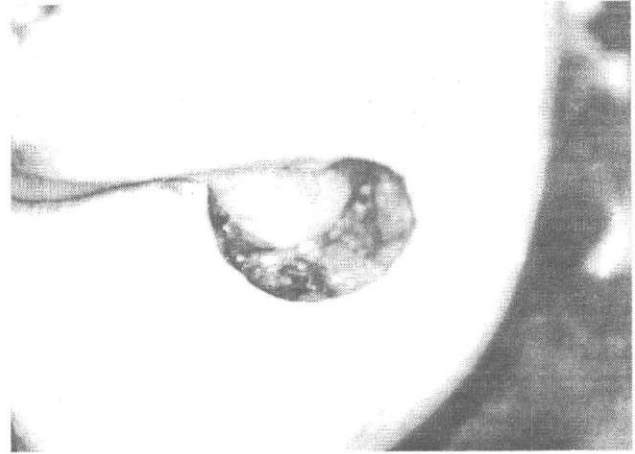
GEREÇ YÖNTEM

Bu makalede, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı'na son beş yıl içinde başvuran ve alt dudak defektlerinin fonksiyonel onarımı için "quadrangular" şekilli depressor anguli oris flebini uyguladığımız sekiz hasta sunulmuştur. Hastaların tümünde alt dudakta yassı hücreli karsinom mevcuttu ve bir cm cerrahi sınırdan total rezeksiyon yapıldı (Şekil 2a,b). Hastaların 5'i erkek, 3'ü kadın ve yaşları 52 ile 68 (ortalama 61) arasında değişiyordu (Tablo 1). Ameliyatlar 5 hastada lokal anestezi, 3 hastada genel anestezi altında yapıldı.

Tümör dokusunun total rezeksiyonundan sonra, ortaya çıkan defektlerin boyutlarına uygun olacak şekilde tek taraflı olarak "quadrangular" şekilli depressor anguli oris flebi planlandı (Şekil 2c). Fleplerin uzun aksı, nazolabial çizginin devamına uyacak şekilde dizayn edildi. Superior tabanlı olan flebin oral komissür hizasındaki eni en fazla 2.5 cm, boyu ise oral komissür ile mandibula alt kenarı arasında yaklaşık 4 cm olarak belirlendi. Mukoza kısmının uzunluğu gingival-buccal sulkusun uzunluğu kadar yani yaklaşık 3 cm



Şekil 2a: Alt dudagın sol tarafında yassı hücreli ca.

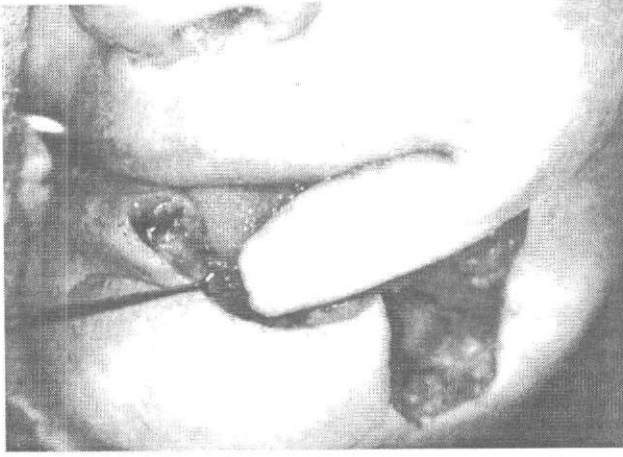


Şekil 2b: Tümör rezeksiyonundan sonra ortaya çıkan defektin görünümü.

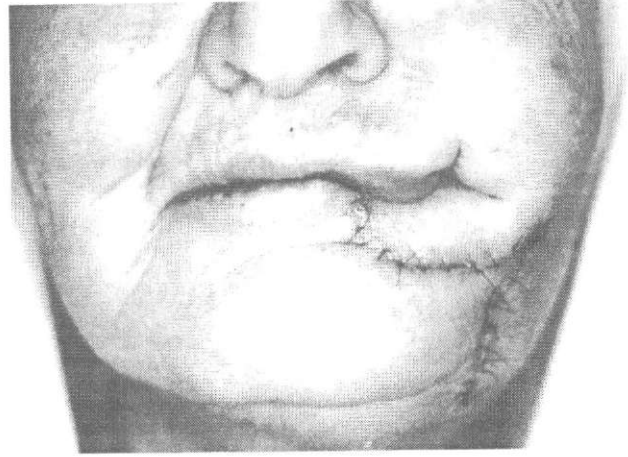
hesaplandı. Deri ve deri altı insizyonundan sonra, medialde mukozaya kadar keskin diseksiyon yapıldı. Lateralde ise nörovasküler yapılar zarar vermemek için künt diseksiyon yapılarak mukozaya ulaşıldı ve bu ya-

Tablo 1. "Quadrangular" depressor anguli oris flebi ile tedavi edilen hastalar.

Cinsiyet	Yaş	Tümör	Metastatik Lenf N.	Revizyon
E	52	Yassı h.li ca	Yok	Yapılmadı
E	56	Yassı h.li ca	Yok	Yapılmadı
E	57	Yassı h.li ca	Yok	Yapılmadı
E	63	Yassı h.li ca	Yok	Yapıldı
E	68	Yassı h.li ca	Yok	Yapılmadı
K	63	Yassı h.li ca	Yok	Yapılmadı
K	64	Yassı h.li ca	Yok	Yapılmadı
K	66	Yassı h.li ca	Yok	Yapıldı



Şekil 2c: Defekt ile aynı taraftan depressor anguli oris flebinin kaldırılmış hali.



Şekil 2d: Erken postoperatif görünüm.

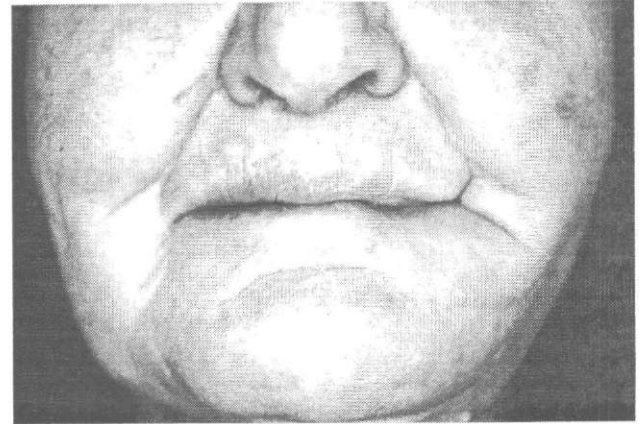
pılar korunarak mukoza insizyonu yapıldı. Daha sonra flep transpozisyonu yapılarak deri, kas ve mukoza ayrı ayrı onarıldı (Şekil 2d,e,f).

BULGULAR

Tümörler alt dudagın sağ veya sol tarafında lokalize ve rezeksiyon sonrası oluşan defektler alt dudak genişliğinin %40-60'ı (ortalama %50) arasındaydı (Şekil 3a). Hastaların hiçbirinde boyun diseksiyonu gerektirecek metastatik lenfadenopati saptanmadı. Tüm vakalarda flep kaybı olmadan estetik olarak tatminkar görümlü, fonksiyonel alt dudak onarımı sağlandı (Şekil 3b,c,d). İki hastada fleplerin alt dudagın diğer bölümlerine göre daha kalın olduğu tespit edildi. Bu hastalarda revizyon yapılarak flepler inceltildi.

TARTIŞMA

Alt dudak kanserlerinin primer tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Klasik olarak yassı hücreli kanserlerde, tümörün etrafından en az bir cm uzaklıktan total eksize önerilir. Bu durumda cerrah, alt dudagın rekonstrüksiyonu konusunda yeterli bilgiye sahip olmalıdır (6). 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 dışarisına alabileceğini hesaplamalıdır. Mikrostomik bir sonuç oluşması durumunda, sekonder revizyonlarla ağız açıklığı artırılmalıdır (1). Defekt, alt dudak genişliğinin 1/3'ünden daha az ise primer onarım yapılabilir. Bu boyutlardan daha büyük dudak defektleri için tek ya da çift taraflı

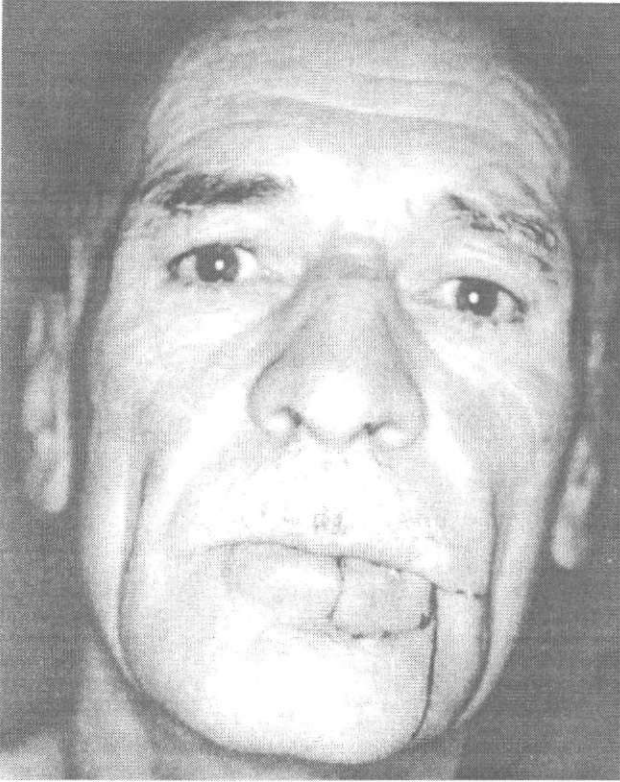


Şekil 2e: Geç postoperatif görünüm.

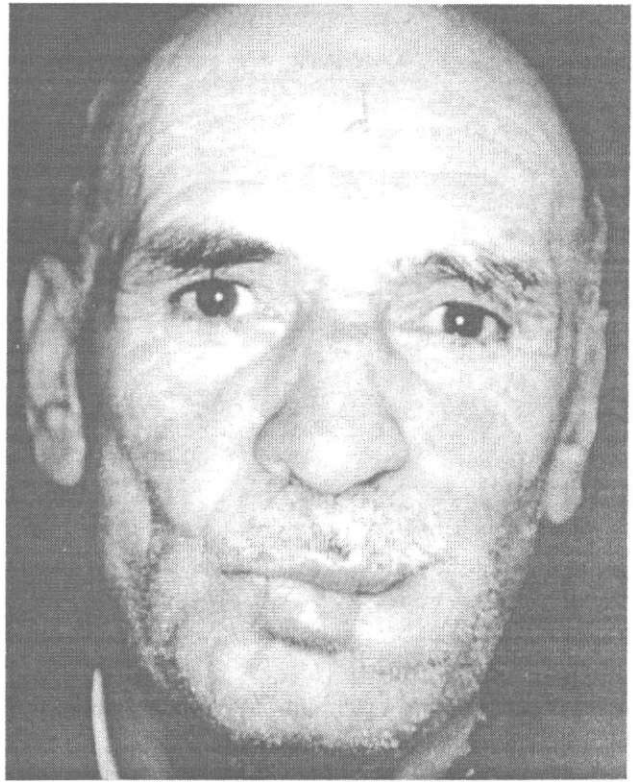


Şekil 2f: Oral sfinkter fonksiyonu korunmuştur.

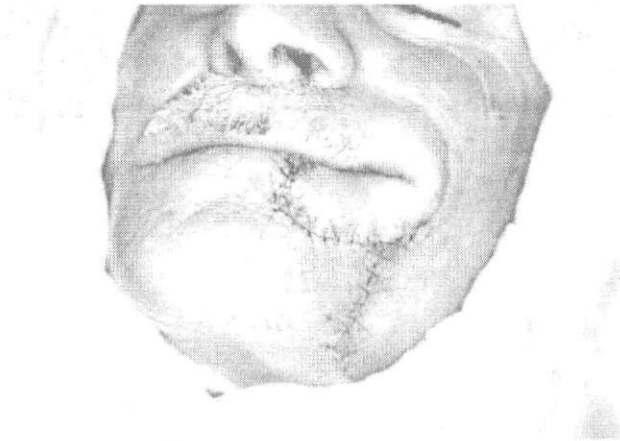
olarak farklı flepler kullanılabilir (7). Bunlar arasında arta kalan üst ve alt dudagın kullanıldığı rotasyon flepleri; Gillies, Karapandzic, McGregor, Nakajima ve di-



Şekil 3a: Alt dudağın sol tarafında yassı hücreli ca.

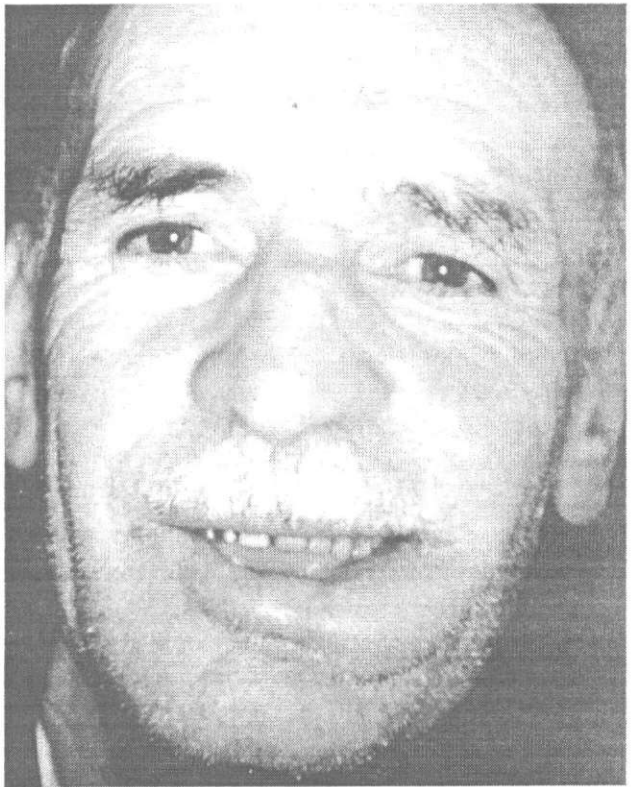


Şekil 3c: Geç postoperatif görünüm.



Şekil 3b: Erken postoperatif görünüm.

ğer çalışmacılar tarafından kendi adlarıyla anılan yöntemler olarak bildirilmiştir (8). Yanak ilerletme flepleri Dieffenbach, Webster, Bernard ve May gibi çalışmacılar tarafından tanımlanmış ve değişik şekillerde modifiye edilmişlerdir (8). Alt dudak defektlerinin rekonstrüksiyonunda "Gate" flep olarak adlandırılan ve fasiyal arterden beslenen nazolabial transpozisyon flepleri de yine değişik çalışmacılar tarafından literatüre su-



Şekil 3d: Oral sfinkter fonksiyonu korunmuştur.

nulmuştur (9). Daha sonra bu yöntemin modifiye edilmiş bir şekli uygulanmıştır. Burada çalışmacılar nazolabial flebi, deri ve mukoza olarak iki ayrı flep haline getirmişler ve böylece mentuma kadar yeterli deri ve alt labial sulkusa kadar yeterli mukoza örtüsü elde etmişlerdir (10). Ancak kullanılacak olan bu transpozisyon ve rotasyon fleplerinin kaçınılmaz dezavantajı, orbikularis oris kasının kesilmesi ve kas liflerinin oryantasyonunun bozularak denerve bir şekilde transpoze edilmesidir. Ayrıca komissür şekli bozulmakta ve mikrostomi ortaya çıkabilmektedir (7,8). Johanson ve arkadaşları daha fonksiyonel olması açısından "step" insizyonlar ile dudak defektlerinin rekonstrüksiyonunu bildirmişlerdir (11). Daha sonra bu yöntem modifiye edilmiştir. Bu yeni uygulamada, "step" insizyonlar bütün tabakalara değil, sadece deri ve derialtı tabakalarına yapılmıştır (7). Ancak bu tekniklerde de başarı, defektin sınırlı olmasıyla mümkündür. Abbe ve Estlander gibi çapraz dudak fleplerinde komissür ve oral sfinkter korunsa da, oluşan yeni komissür revizyona ihtiyaç duyar ve iki kere ameliyat etme zorunluluğu ortaya çıkar (6). Dudak cerrahisi konuşma üzerine uzun dönemde etkilere sahiptir; dudak elastikiyeti ve duygusu azalabilir. Dudak duygusunda azalma olan hastalarda, ağızlarından sıvı kaçıışı olabilir. Buna "dro-

oling" denir. Bu durumlarda vestibüloplasti sekonder prosedür olarak düşünülmelidir.

Tek taraflı depressor anguli oris flebi ile, alt dudak 2/3'üne kadar olan ve komissürü de içeren lateral defektler onarılabilir. Bilateral flepler ile tüm alt dudak ın onarımı yapılabilir (12). Bu yöntem tek seansta duryusal ve motor innervasyonu olan, fonksiyonel oral sfinkter onarımına olanak sağlar. Büyük defektlerin onarımından sonra dahi mikrostomi ve komissür obliterasyonu görülmez (2). Ayrıca üst dudak yapısı ve fonksiyonları da korunur. Flebin "quadragular" şekilli olarak transpoze edilmesi, rekonstrüksiyondan sonra "ıslık çalan ağız" deformitesinin oluşmasını önler. Bu flep sayesinde alt dudak defektlerinin onarımında, oldukça benzer dokulardan deri, kas ve mukoza ile fonksiyonel bir oral sfinkter elde edilir (4). Yanaktan kas kaydırılması ile yapılan diğer dudak onarımlarında görülebilen orbikularis oris kasının horizontal fibrillerinin yönündeki değişiklik, "quadragular" depressor anguli oris flebinde, kasın horizontal plana transpoze edilmesiyle görülmez ve dudak ın sfinkter fonksiyonunun korunmasına olanak sağlar. Bütün bu avantajlarından dolayı, alt dudakta tümör cerrahisi sonrası oluşacak 2/3 lateral defektlerin onarımında depressor anguli oris flebi, çoğu zaman ilk tercih olmalıdır.

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. 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.
3. 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.
4. Tobin GR, O'Daniel TG: Lip reconstruction with motor and sensory innervated composite flaps. Clin Plast Surg 1990; 17: 623-32.
5. Telliöglu AT, Koçer U, Çelebioğlu S, Şensöz Ö, Akyüz M. Applications of innervated depressor anguli oris flap in lower lip reconstruction. Türk Plast Cer Derg 1994; 2: 41-45.
6. Zide BM. Deformities of the Lips and Cheeks. In: McCarthy, ed. Plastic Surgery. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990: 2009-56.
7. Kutenberger JJ, Hardt N. Results of a modified staircase technique for reconstruction of the lower lip. J Cranio-Maxillofac Surg 1997; 25: 239-244.
8. Yotsuyanagi T, Nihei Y, Yokoi K, Sawada Y. Functional reconstruction using a depressor anguli oris musculocutaneous flap for large lower lip defects, especially for elderly patients. Plast Reconstr Surg 1999; 103: 850-856.
9. Fujimori R. "Gate flap" for the total reconstruction of the lower lip. Br J Plast Surg 1980; 33: 340-5.
10. Mavili E, Kayıkcıoğlu A, Gürsu G. Modified use of gate flap for the reconstruction of the lower lip. Eur J Surg Oncol 1993; 19: 327-331.
11. Johanson B, Aspelund E, Breine U, Holmström H. Surgical treatment of non-traumatic lower lip lesions with special reference to the step technique. Scand J Plast Reconstr Surg 1974; 8: 232-240.
12. Yenidünya MO, Sümer M, Hoşnüter M, Tosun Z, Savacı N. İki yanlı depressor anguli oris flebi ile tüm alt dudak rekonstrüksiyonu. Selçuk Ün Diş Hek Fak Derg 1996; 1: 42-44.