

## YÜZ BÖLGESİ ORTA ve KÜÇÜK ÇAPLI DEFEKTLERİNİN REKONSTRÜKSİYONU

M. Oğuz Yenidünya\*

Kutlu Sevin\*\*

İbrahim Aşkar\*

Erdem Yormuk\*\*\*

Kliniğe yatırılarak tedavi gerekmeyecek hastalarda yüz bölgesindeki küçük ve orta çaplı defektler dikkatli bir preoperatif planlama yapılarak lokal fleplerle kapatılabilir(1,2,16,17).

Vücudun başka yerleri ile kıyaslandığında, hastaların yüz ile ilişkili patolojilerinde plastik cerraha ulaşmak daha kolay olmaktadır. Çünkü yüz, görünüm nedeniyle vücudun diğer bölgelerinden daha önemlidir. Yüzdeki en küçük bir sorun bile estetik kaygı yaratır. Bu bazen bir nevüs olabilir, bazen ciddi bir tümör, bir yassı epitel hücreli kanser olabilir. Yüz bölgesindeki küçük ve orta çaplı defektlerin rekonstrüksiyonunda mükemmele ulaşmak için, derinin renk ve yapı uyumunun sağlanması, daha az skar oluşturulması amaçlanır (16). Bu sebeple primer sütürle kapatılmayan defektlerin onarımında lokal flep ilk seçenek olarak kullanılmaktadır (2).

Biz, bu klinik çalışmada, son on yılın ayaktan tedavi görmüş hastalarını gözden geçirerek küçük ve orta çaplı defektlerin rekonstrüksiyonuna ait deneyimlerimizi ortaya koymaya çalıştık.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya, son on yılda, randevü verilerek, küçük cerrahi girişim için çağrılan hastalar dahil edilmiştir. Bazen çocuklarda yapmak durumunda kaldığımız İ.M. ketamin hariç, diğer olgularda lokal anestezi kullanılmıştır (14).

\* A.Ü. Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

\*\* A.Ü. Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Doç. Dr.

\*\*\* A.Ü. Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Prof. Dr.

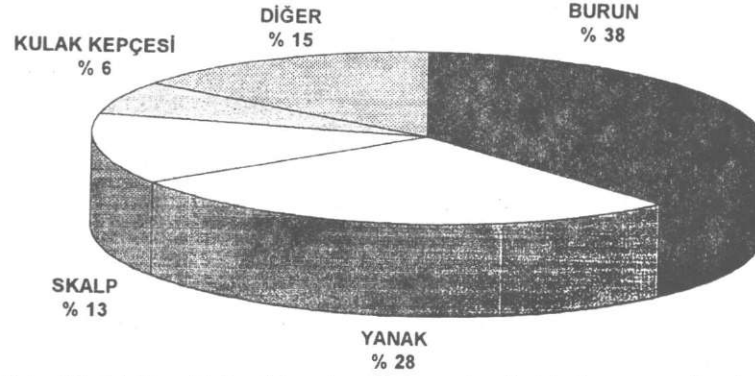
Geliş Tarihi : Şubat 16, 1995      Kabul Tarihi : Ekim 4, 1995.

Seçkin olgular fotoğraflanmış, tüm olgular histopatolojik tetkik için gönderilmiştir. Histopatolojik inceleme sonucu malign gelenler ile, skar oluşumu açısından risk taşıyan olgular daha uzun kontrollere çağırılmıştır. Bazal hücreli karsinomlarda bir yıl takip süresi yeterli görüldü. Diğer malign tümörlerde (yassı hücreli karsinom, malign melanom, v.b.) hastalar halen kontrole çağırılmaktadır. Şu ana kadar en uzun takip süresi iki yıldır.

Son on yılda lokal anestezi altında 2507 hastanın yüz bölgesine çeşitli ameliyat uygulanmış ve bunlar ayaktan takibe alınmışlardır.

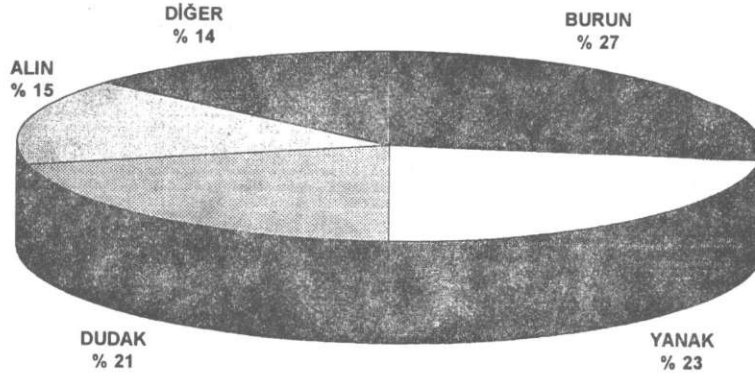
### BULGULAR

Hastaların çoğunluğunu nevüslü genç hastalar ve bazal hücreli yaşlı hastalar oluşturmaktadır. Hastalara ait ayrıntılı bilgi Şekil 1,2 ve 3'te verilmiştir.

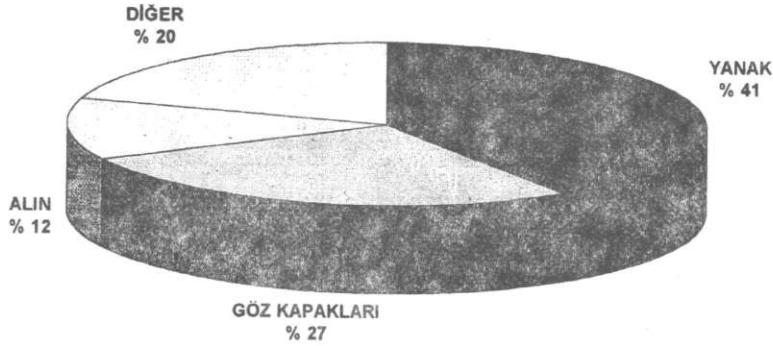


Şekil 1 : Yüzdeki bazal hücreli karsinomların anatomik lokalizasyona göre dağılımı verilmiştir.

Son on yılın gözden geçirilmesi sonucunda, poliklinikte gerçekleştirilen rekonstrüksiyonların, 996'sının (% 40) bazal hücreli karsinom, 632'sinin (% 25) nevüs (konjenital ve akkiz), 379'unun (% 15) sebace kist, 121'inin (% 5) yassı epitel hücreli karsinom, 40'ının (% 1.6) pyojenik granülom ve 334'ünün (% 13.4) diğer patolojiler olduğu görülmüştür. Bunlar arasında, bütün vücut derisinde görülen bazal hücreli karsinomların % 78'i ve yassı epitel hücreli karsinomların % 78'i ve yassı epitel hücreli karsinomların % 83'ünün yüzde olduğu görülmüştür. Yüzdeki bazal hücreli karsinomların % 29.5'i burunda, % 21.5'i yanakta, % 10'u saçlı deride, % 5'i kulak kepçesinde ve % 12'si diğerleri; yassı epitel hücreli karsinomların % 27'si burunda, % 23'ü yanak-



Şekil 2 - Yassı hücreli karsinomların yüzdeki anatomik lokalizasyona göre dağılımı görülmektedir.



Şekil 3 - Nevüslerin yüz bölgesindeki lokalizasyona göre dağılımı verilmiştir.

ta, % 21'i dudakta ve % 15'i alında; nevüslerin % 40.2'si yanakta, % 72'si göz kapaklarında ve % 12'si alında bulunmuştur.

Kayıtlarda görülen nevüsler epidermal nevüs, displastik kozmetik olmuştur. Ancak konjenital dev kıllı nevüslerde durum böyle değildir.

Cerrahi tedavi bazal hücreli karsinomlarda güvenlik sınırı tümör kenarından 5mm, yassı hücreli karsinomlarda 1 cm olarak kabul edilip derin rezeksiyon şeklinde gerçekleştirilmiştir. Sebace kistleri çıkarmak için eliptik insizyon açılıp kist çıkarıldıktan sonra defekt primer sütür tekniği ile kapatılmıştır. Pyojenik granülomun derin rezeksiyonu yapıp, patolojik doku bırakılmamasına dikkat edilmiş ve primer sütür ile rekonstrüksiyon yapılmıştır. Çıkarılan bütün parçalar patolojiye gönderilmiştir.

Yüzdeki küçük ve orta çaplı tümörlerin rekonstrüksiyonunda dikkat edilmesi gereken; büyüklük, şekil, derinlik ve lokalizasyona göre planlama yapılmış ve en uygun lokal flep tipinin seçilmiştir. Örnek olarak yuvarlak şekilli defektlerde S-plasti veya nota flebi ve dörtgen şekilli defektlerde romboit flep veya «double Z-romboit» flep kullanılarak rekonstrüksiyon yapılabilmektedir. Burun ucu, yan duvarı ve alar bölge defektlerinde ise nazolabial transpozisyon flebi, nota flebi ve bilobe flep kullanılmıştır. Yanak defektlerinde S-plasti tercih edilmiştir. Alt göz kapağı parsiyel defektlerinde periorbital transpozisyon flebi veya Tripiyer flebi ve üst göz kapağı parsiyel defektlerinde malar bölgeden transpozisyon flepleri kullanılmıştır.

### TARTIŞMA

Yüzdeki defektlerin onarımında ilk kez lokal flep kullanımı eski Roma zamanında Celsus tarafından düşünülmüş; burun ve dudak defektleri için ilerletme flepleri kullanılmıştır (12). Antonio Branca dudak ve kulak defektleri için kol flebi ile onarımı gerçekleştirmiştir (12). Szymanowski tarafından 1870 yılında Rusya'da yayımlanan «Manual of Operative Surgery» adlı kitapta transpozisyon ve rotasyon-ilerletme fleplerinden bahsedilmiştir (2,12). Bilobe flep ilk kez 1918 yılında Esser tarafından tanımlanmış iki loblu transpozisyon flebidir ve yüzün her yerinde kullanılabilir (2,17,19,26).

Yüzdeki küçük ve orta çaplı defektlerin kapatılmasında sıklıkla tercih edilen teknikler Tablo I'de verilmiştir. İlk seçenek lokal flepler olmalıdır (1,2). Esasında bazen bu bir zorunluktur. Örneğin burun 1/3 kaudal bölge defektlerinde deri greftinin uygulanabilmesi için, perikondriumun korunmuş olması gerekmektedir 'Şekil 4a,4b,4c) (2,17). Oysa, genellikle rastladığımız gibi bu bölge sorunlarının çoğunu bazal hücreli karsinomlar oluşturmaktadır ki, perikondrium üzerinden rezeksiyon yapmak yeterli olmayabilir. Bu bölgenin nevüs vb. kozmetik kaygı yaratan benign oluşumlarının çıkarılmasından sonra greft uygulamak ise, greftin pigmentasyon özellikleri taşıması ve sekonder kontraksiyon oluşması sebebiyle kozmetik sorun yaratacaktır (1,17,19). Deri greftinin öncelikle kullanılması gereken bir durum varsa o da, malign bir lezyonun yeterince genişlikte çıkartılıp çıkartılmadığından emin olmadığımız durumlardır ki, bu olgular genellikle nüks eden ve kontrolden çıkan lezyonlardır (1).

Bilobe flep özellikle tek loblu transpozisyon flebi ile defektin kapatılması halinde sekonder defekt alanının primer kapatılmasının sıkıntılı olabileceği yerlerde büyük kolaylıklar sağlar. Buna en iyi örnek olarak burun ucu ve saçlı derideki küçük ve orta çaplı defektlerin rekonstrüksiyonu verilebilir (Şekil 5a,5b,5c,6a,6b,6c). Burun defektlerinin rekonstrüksiyonunda alışlagelmiş yöntemlerin dışında S-plasti, nota flebi ve bilobe flep de hatırlanmalıdır (Şekil 5a,5b,5c,7a,7b,8a,8b, 8c.) (2,9,11,19,26). S-plasti ve nota flebi özellikle burun sırtı 2/3 üst kısmı ve burun kanadına yakın bölgelerde daha kolay hazırlanabilir. Hatta burun kanadı defektlerinin kapatılmasında, bu tür flepleri nazolabial sulkustan planlanan diğer lokal fleplere nazaran iyice kabul edilebilir kılar (Şekil 7a, 7b, 8a, 8b, 8c).

Göz kapağı rekonstrüksiyonu defekt sadece deriyi içerdiğinde genellikle kolaydır (13,15,17,23). Deriye ilave olarak defekt kapsamına giren derinliğine doku miktarı artışları üst göz kapağı için bir sorun yaratmaz. Açıkçası üst göz kapağının yarısını ilgilendiren tam kat kayıplarda sadece deri onarımı ile, tars ve kasa ait fonksiyonel kayıp olmaksızın başarılı sonuçlar elde edilebilir (Şekil 9a, 9b, 9c). Ancak benzer bir patoloji alt göz kapağında yer aldığında sadece flepi ile yapılacak bir onarımdan sonra yerçekiminin etkisiyle ektropion kaçınılmaz olacaktır. Bazen defekt sadece bir kapağı değil, her iki göz kapağını da içine alabilir (18). Genellikle her iki göz kapağını etkileyen defektler kantal bölgelerde yerleşik defektlerdir (21). Bu tip lateral kantal defektler için superior tabanlı malar flep iyi bir seçenektir (Şekil 10a, 10b, 10c).

Yanak defektlerinde primer sütür tekniği ile kapatma şansı biraz daha yüksektir. Ancak primer sütür ile kapatmanın mümkün olmadığı durumlarda hemen hemen bütün lokal flep teknikleri diğer bölgelere kıyasla daha kolay yapılabilir (1,2,3,4,7,8,17).

Dudak defektlerinde primer kapamanın mümkün olmadığı durumlarda, Estlander flebi, Abbé flebi, rotasyon-ilerletme flebi, peroral transpozisyon ve rotasyon flebi (özellikle alt dudak fonksiyonel onarımlarında), S-plasti, Z-plasti ve romboid flep ile onarım yapılabilmektedir (5,6,10,17,20,22,24,25). Dudakların sfinkter görevini yapabilmesi için fonksiyonel bir rekonstrüksiyon önemlidir. Total alt dudak defektlerinde kolay bir teknikte hem estetik ve hem de fonksiyonu sağ-

layan bilateral depressör anguli oris flebi hatırlanmalıdır (Şekil 11a, 11b, 11c).

Mentum defektlerinin rekonstrüksiyonu kolaydır. Tablo I'de gösterilen tekniklerden herhangi biri bu amaçla kullanılabilir (Şekil 12a, 12b) (22):

Tablo I : Yüzdeki küçük ve orta çaplı defektlerin rekonstrüksiyonunda sıklıkla kullanılan teknikler :

- 
1. Direk kapama
  2. Lokal flepler
    - Transpozisyon flebi
    - S-plasti
    - Z-plasti
    - Nota flebi
  3. Yerel flepler
    - Glabellar flep
  4. Uzak flepler
  5. Deri greftleri
    - Kısmi kalınlıkta deri greftleri
    - Tam kalınlıkta deri greftleri
  - Rotasyon-ilerletme flebi
  - V-V ve Y-V tekniği
  - Romboïd flep
  - Bilobe flep
  - Alın flebi
- 

Yüz bölgesinde küçük ve orta çaplı bir tümörle karşılaşıldığında, tümör rezeksiyonu ile beraber rekonstrüksiyon da yapılmalıdır (1). Tümörün rezeksiyonu, biyopsi ile doğrulanmış histopatolojisi ne kadar genişlikte çıkartılmayı gerekli kılıyorsa ona uygun genişlikte yapılmalıdır. Ayrıca histopatolojik olarak cerrahi sınırlar incelenmeli, gerekirse yeniden rezeksiyon yapılmalıdır. Rekonstrüksiyon için eli-

mizde çok sayıda lokal flep seçeneği vardır. (1,2,3,17). Ayrıca bölgenin kanlanması son derece iyi olması flep yaşayabilirliğine ait kaygılarımızı hemen hemen sıfıra indirmektedir (1).

Sonuç olarak, baş bölgesi küçük ve orta çaplı defektlerinin rekonstrüksiyonunda renk uyumu ve skar formasyonunun az olması sebebiyle lokal flepler deri greftlerine tercih edilmelidir (1,2,4,13,15,17, 19,21,23). Çeşitli lokal flepler arasında saçlı deri ve burun sırtı defektlerinin kapatılmasında bilobe flep, lateral kantus defektlerinin onarımında ise süperior tabanlı malar flep uygulaması oldukça iyi sonuç vermektedir. Nota flebi özellikle burun kanadı defektlerinde ve bilobe flep gerekmeyecek küçük çaplı burun sırtı defektlerinde akla getirilmelidir.



Şekil 4a



Şekil 4b

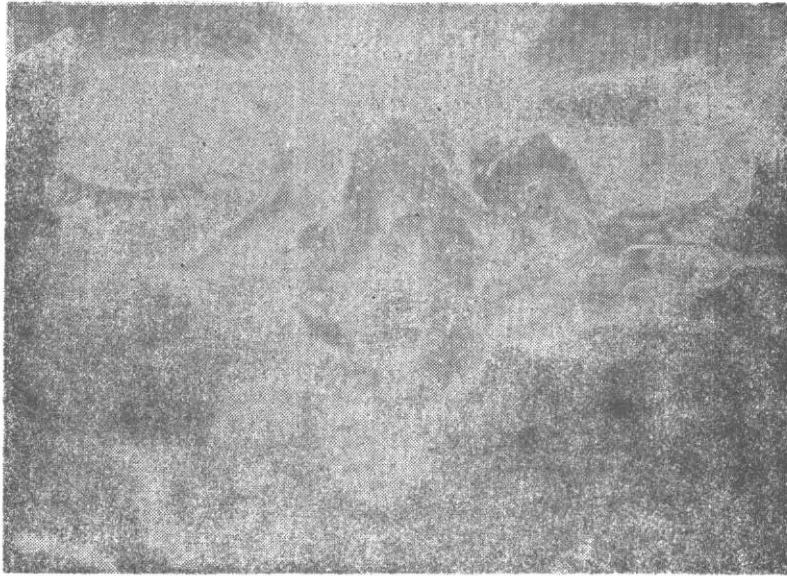


Şekil 4a, 4b, 4c - Burun 1/3 distal kısım defektlerinin deri grefti ile rekonstrüksiyonu, ancak perikondrium korunmuşsa mümkündür.





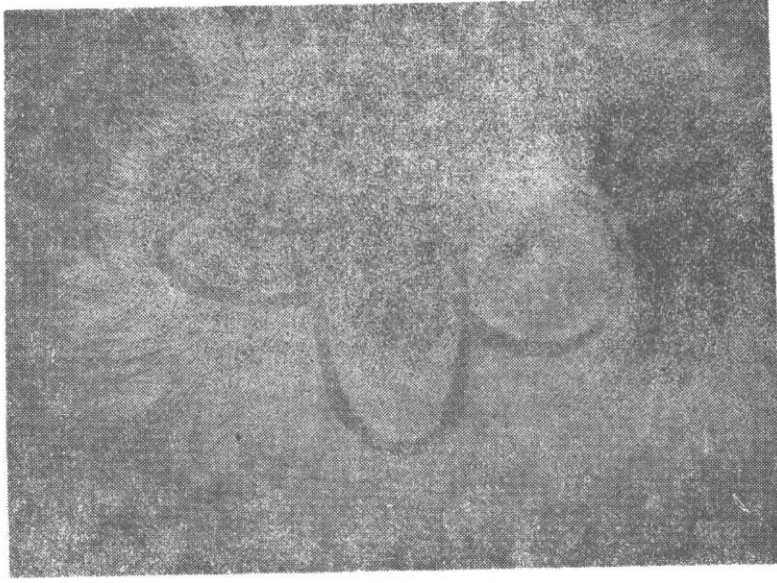
Şekil 5a



Şekil 5b



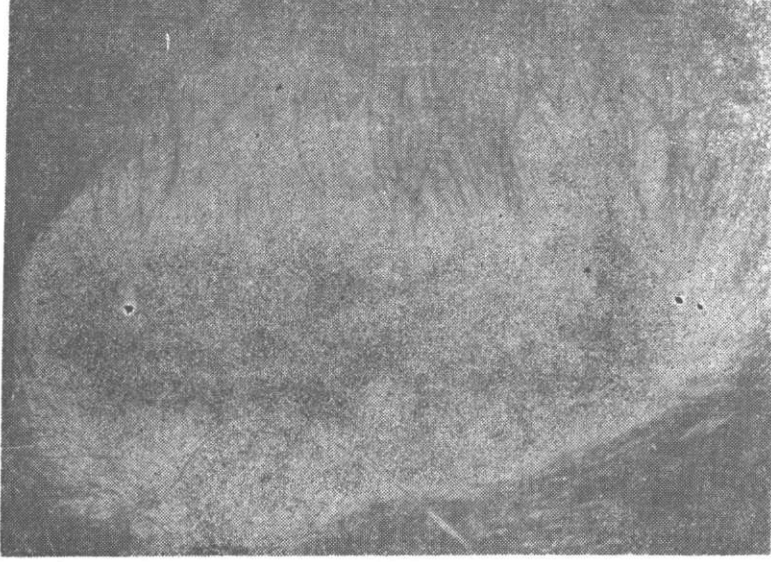
Şekil 5a, 5b, 5c : Burun 1/3 distal kısımda yerleşik bazoselüler karsinom vakası için perkondrium korunmadığından bilobe flep ile rekonstrüksiyon sağlanmıştır.



Şekil 6a



Şekil 6b



Şekil 6a, 6b, 6c : Skalp vertekste yerleşik psödolenfomanın rekonstrüksiyonu tek loblu transpozisyon flebi ile yapıldığı takdirde donör alanın kapatılması sorunlu olabileceği için bilobe flep tercih edilmiştir.



Şekil 7a



Şekil 7b



Şekil 7a, 7b 7c, : Burnun alar bölgesinde yerleşik bazoselüler karsinomun nota flebi ile onarımı sağlanmıştır.



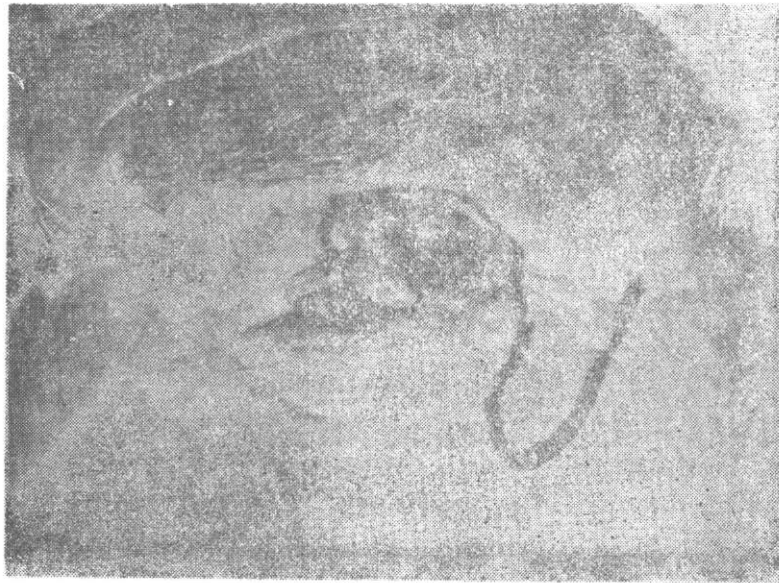
Şekil 8a



Şekil 8b



Şekil 8a, 8b, 8c : S-plasti ve nota flebi birbirlerine benzeyen iki transpozisyon flebi türüdür.



Şekil 9a

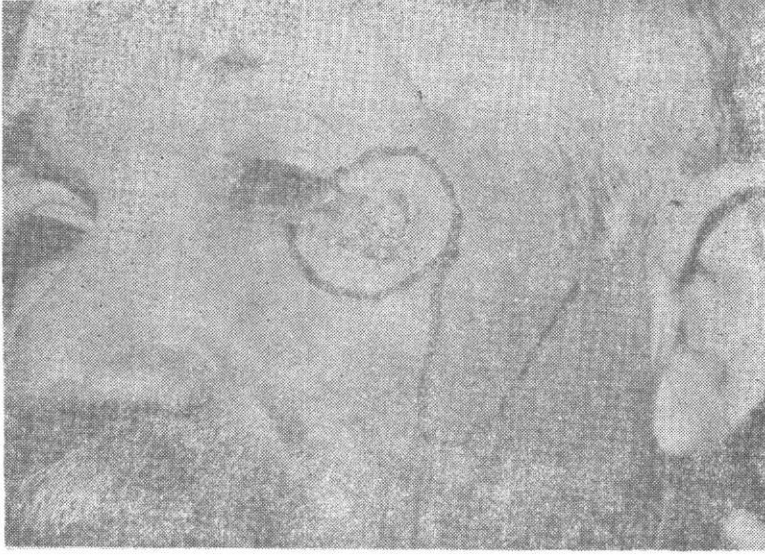


Şekil 9b

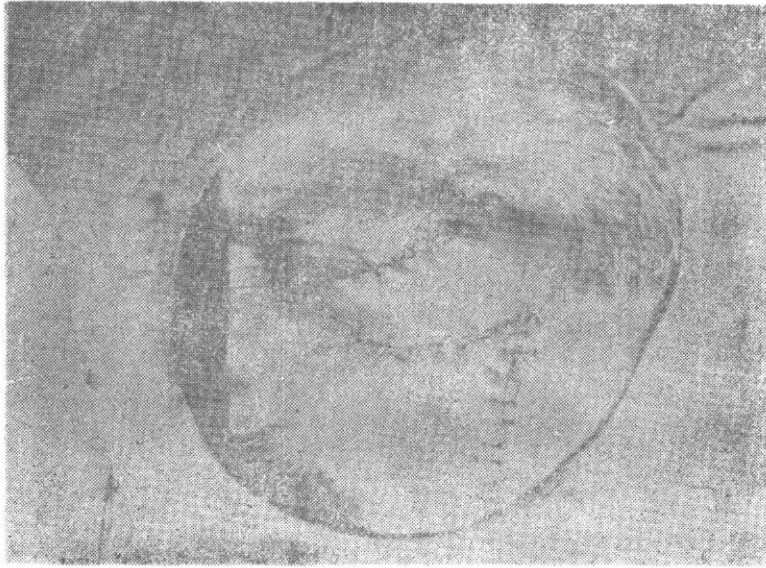


Şekil 9a, 9b, 9c : Üst göz kapağında yerleşik bazoskuamöz hücreli karsinom için transpozisyon flebi ile rekonstrüksiyonu yapılmıştır.

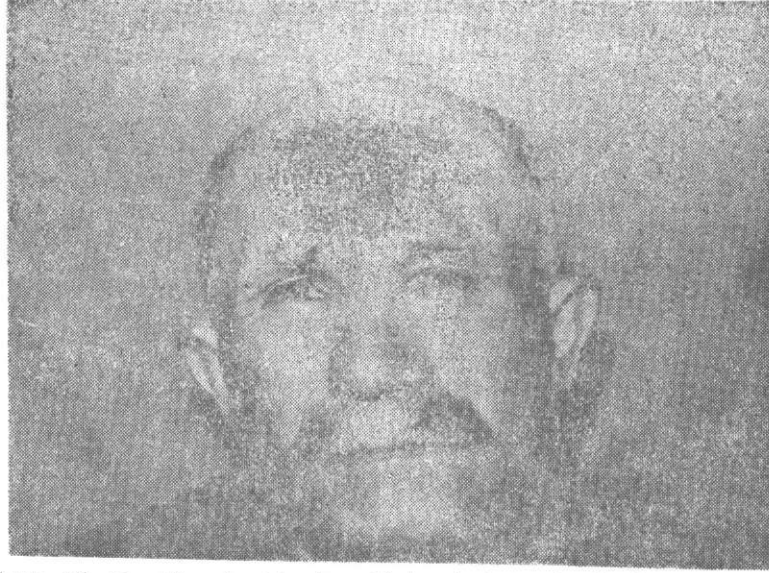




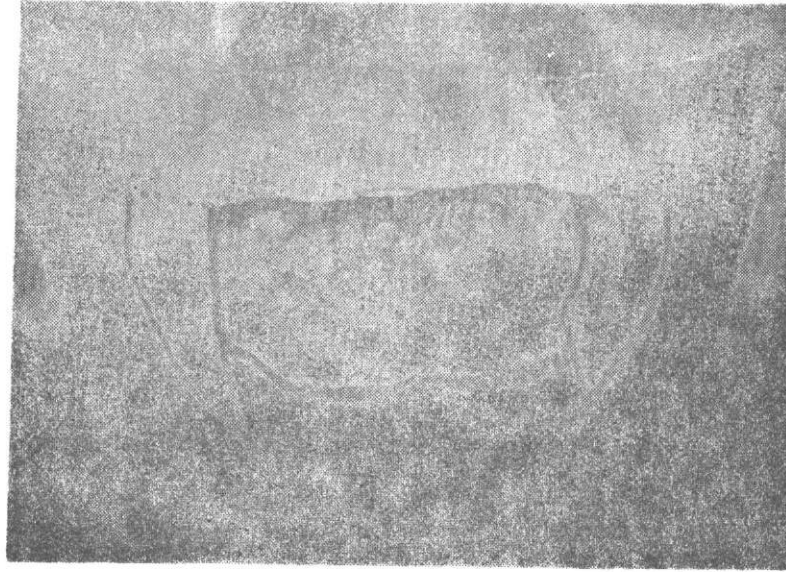
Şekil 10a



Şekil 10b



Şekil 10a, 10b, 10c : Superior tabanlı vertikal yerleşimi malar flep kompleks lateral kantal bölge defektleri için iyi bir seçenektir.



Şekil 11a



Şekil 11b



Şekil 11a 11b, 11c : Bilateral depressör anguli oris flebi lokal anestezi altında yapılabilecek duysal ve motor komponentleri olan total alt dudak kayıplarının rekonstrüksiyonu için en seçkin fleptir.



Şekil 12a



Şekil 12a, 12b : Mentum bölgesindeki bazoselüler karsinom için S-plasti ile onarım gerçekleştirilmiştir.

## ÖZET

Bu yazıda, yüz bölgesinde orta ve küçük çaplı tümörlere sahip ve tedavileri kliniğe yatırılmadan yapılan hastalara ait sonuçlar sunulmuştur. Olguların çoğunluğunu benign pigmentli deri lezyonuna sahip gençler ile bazal hücreli karsinoma sahip yaşlılar oluşturmaktadır. İki bin beş yüz yedi hastada daha çok lokal fleple rekonstrüksiyon yapılmıştır. Primer sütür tekniği ile kapatmanın uygun olmadığı olgularda lokal fleplerin, deri greftinden önce tercih edilmesinin daha doğru olacağına inanıyoruz. Böylece, hem olgularda ameliyat sonu takipte kolaylık sağlanmakta, hem de kozmetik yönden daha iyi sonuçlar alınmaktadır.

Anahtar Sözcükler : Bazal hücreli karsinom (BHK), yassı hücreli karsinom (YHK), lokal flep.

## SUMMARY

### The Reconstruction Of The Small - And Medium - Sized Defects In Facial Area

In this paper, the results of treatments of patients with small and medium sized defects on the head area who were treated as out-patient were presented. Most of the cases were young patients with benign pigmented lesions and elderly with basal cell carcinoma. The defects of tumours in 2507 patients were reconstructed more commonly with local flaps. We consider that, in cases of which primary suture is not feasible, local flaps must be considered earlier than the grafts. By this way, easier follow-up and better cosmetic results are obtained.

Key Words : Basal cell carcinoma (BCC), squamous cell carcinoma (SCC), local flap.

## KAYNAKLAR

1. Bardach J : Analysis of defects and planning of reconstruction using flaps and grafts in Bardach J. (ed) : Local Flaps and Free Skin grafts in Head and Neck Reconstruction, Mosby Yearbook, 1991.
2. Bardach J Levine SN Buchanan RT Cohen M Marschall MA : Surgical techniques using local flaps in head and neck reconstruction, in Bardach J. (ed) : Local Flaps and Free Skin grafts in Head and Neck Reconstruction, Mosby Yearbook, 1991.
3. Bennet RG : Local skin flaps on the cheeks. J Dermatol Surg Oncol 17 : 161-165, 1991.
4. Bunkis J Mulliken JB Upton J Murray JE : The evolution of techniques for reconstruction of full-thickness cheek defects. Plast Reconstr Surg 70 : 319-327, 1982.

5. Burget GC Menick FJ : Aesthetic restoration of one-half of the upper lip. *Plast Reconstr Surg*, 78 : 583-593, 1986.
6. Camacho F Moreno JC Conejo-Mis JS : Total upper lip reconstruction with bilateral fan flaps. *J Dermatol Surg Oncol* 18 : 627-628, 1992.
7. Cuono CB : Double Z-plasty repair of large and small rhombic defects. The double Z-rhomboid. *Plast Reconstr Surg* 71 : 658-666, 1983.
8. Dzubow LM Miller SJ : The dual rhombic flap. *Arch Dermatol* 127 : 1772-1774, 1991.
9. Field LM Dachow-Siwie E Szywanczyk J : Combining flaps. *J Dermatol Surg and Oncol* 20 : 205-208, 1994.
10. Karapandzic M : Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. *Br J Plast Surg* 27-32 : 93-97, 1974.
11. Kolbusz RV Goldberg LH : The labial-ala transposition flap. *Arch Dermatol* 130 : 162-164, 1994.
12. Mc Carthy JG : Introduction to plastic surgery, in Mc Carthy J.G. (ed) : *Plastic Surgery*. Philadelphia, W.B. Saunders 1-68, 1991.
13. Moy RL Ashjian AA : Periorbital reconstruction. *J Dermatol Surg Oncol* 17 : 153-159, 1991.
14. Randle HW Salassa JR Roenigk RK : Local anesthesia for cutaneous lesions of the head and neck-Practical applications of peripheral nerve blocks. *J Dermatol Surg Oncol* 18 : 231-235, 1992.
15. Ross JJ Pham R : Closure of eyelid defects. *J Dermatol Surg Oncol* 18 : 1061-1064, 1992.
16. Summers BK Siegle RJS : Racial cutaneous reconstructive surgery : General principles. *J Am Acad Dermatol* 5 : 669-681, 1993.
17. Summers BK Siegle RJS : Facial cutaneous reconstructive surgery : Facial flaps. *J Am Acad Dermatol* 6 : 917-941, 1993.
18. Tangco MI Stark GB : Transformation of the glabellar flap into an island flap. *European J Plast Surg* 17 : 121-123, 1994.
19. Tardy ME Tenta LT Azem K : The bilobed flap in nasal repair. *Arch Otolaryngol* 95 : 1, 1972.
20. Uchendu BO : Primary closure of human bite losses of the lip. *Plast Reconstr Surg* 5 : 842-845, 1992.
21. Vögelin E de Roche R Lüscher NJ : Reconstruction of the medial canthus : Full-thickness skin graft or local flap? *European J Plast Surg* 17 : 94-97, 1994.
22. Wheeland RG : Reconstruction of the lower lip and chin using local and random-pattern flaps. *J Dermatol Surg Oncol* 17 : 605-615, 1991.
23. Wiggs EO : Periocular flaps. *J Dermatol Surg and Oncol* 18 : 1069-1073, 1992.
24. Zisser G : A contribution to the primary reconstruction of the upper lip and labial commissure. *J Maxillofacial Surg*, 3 : 211-216, 1975.
25. Zitelli JA Brodland DG : A regional approach to reconstruction of the upper lip. *J Dermatol Surg Oncol* 17 : 143-148, 1991.
26. Zitelli JA Fazio MJ : Reconstruction of the nose with local flaps. *J Dermatol Surg Oncol* 17 : 184-189, 1991.