

Dudak Rekonstrüksiyonunda Webster Flep Modifikasyonu

Webster Flap Modification for Lip Reconstruction: Surgical Technique

Dr. İbrahim KESKİNÖZ,^a
Dr. Mehmet TURANLI,^a
Dr. Caner KILIÇ,^a
Dr. İskender Emre İNAN,^a
Dr. Nalan Alev ALP,^a
Dr. Kadir FIRAT^a

^a1. KBB Kliniği,
Dr. Abdurahman Yurtarlan
Ankara Onkoloji Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 11.06.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 23.10.2008

*Bu çalışma, 8. Uluslararası
Kulak Burun Boğaz ve
Baş Boyun Cerrahisi Kongresi
(15-17 Mayıs 2008, Ankara)'nde
poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. İbrahim KESKİNÖZ
Dr. Abdurahman Yurtarlan
Ankara Onkoloji Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
1. KBB Kliniği, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
Keskinoz2006@yahoo.com

ÖZET Dudak kanser cerrahisi sonrası iki olguda modifiye Webster metodu kullanıldı. Birinci olguda defekt alt dudakın üçte ikisi büyüklüğünde ve komissüre uzanmaktaydı. Olguda tek taraflı modifiye Webster tekniği uygulandı. Üst nazolabial üçgen cilt eksizyonu sonrası bu bölgedeki mukoza ve kas dokusundan hazırlanan ikinci bir flep ile alt dudak vermillion ve komissür bölgesi oluşturuldu. Fazla mukoza dokusu bir ay sonra üst dudak, alt dudak ve komissür bölgesi değerlendirilerek rezeke edildi. Üst dudak total defekti olan ikinci olguda üst nazolabial bölgeden Burow üçgeni alt labiomentalden Webster modifikasyonu yaparak gerçekleştirdiğimiz total üst dudak rekonstrüksiyonunu yeni teknik olarak ilk kez kullanmaktayız. Üstte Burow üçgen eksizyonu uygulanırken alar-fasiyal cilt dokusu gerektiğinde filtrum rekonstrüksiyonu için rezeke edilmedi. Dudak komissür bölgesinden uzakta labiomentalden bölgeye doğru yapılan üçgen cilt eksizyonu ile alt dudak fonksiyonel bütünlüğü korundu. Prospektif klinik araştırma gerçekleştirmek için yeterli olgu sayısına ihtiyacımız olmakla birlikte, çalışmada her iki olgunun estetik görünümü yanında dudak fonksiyonları da yeterli düzeyde bulundu.

Anahtar Kelimeler: Dudak neoplazmaları; cerrahi flepler

ABSTRACT The modified Webster method was used in the two cases after lip cancer surgery. In the first case, the defect included two thirds of the lower lip and extended to the commissure. A lower lip vermillion and commissure were created by the excision of the upper nasolabial trigone skin in which a second flap was formed from the mucosa and muscle tissue. One month later, the excess mucosa tissue was removed by resection following the evaluation of the relation between the upper lip, lower lip and commissure. In the second case with upper lip total defect, a new technique was used for the first time in which total upper lip reconstruction was accomplished by upper nasolabial Burow trigone excision and lower labiomentalden Webster flap modification. As the Burow trigone excision was performed, the alar-facial skin tissue was left in place in order to enable the filtrum reconstruction if necessary. The functional continuity of the lower lip was protected by performing the trigone skin excision at a location far from the lip commissure towards the labiomentalden area. The esthetic appearance as well as lip function was satisfactory in both cases; however, more cases are needed to carry out prospective clinical research.

Key Words: Lip neoplasms; surgical flaps

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(3):778-83

Tümör rezeksiyonu sonrası oluşan geniş dudak defektlerinin rekonstrüksiyonunda iyi planlanmış bölgesel flepler güncelliğini korumaktadır. Bu teknikler arasında bulunan nazolabial, Bilobe flepler, Webster, Bernard-Burow ve Karapandzic gibi teknikler birçok yazar tarafından, geniş alt veya üst dudak rekonstrüksiyonunda modifikasyonlarla

kullanılmaktadır.¹⁻³ Karapandzic flep tekniğinde labial arterden beslenen duyuşal nöromusküler flep, kalan orbikularis oris kası ile oluşturulmaktadır. Tekniğin doku canlılığı ve fonksiyonel faydaları bulunmaktadır. Özellikle dental protez tatbiki gereken bazı durumlarda oral açıklığın yeterli olması önemli dezavantajdır.³ Webster tekniğinde, Bernard-Burow yönteminden farklı olarak üçgen cilt eksizyonları dudak köşesinden uzakta yapılmakta ve komissür bölgesinin devamlılığı korunmaktadır. Yeterli oral açıklığın sağlanması özellikle dental protez tatbiki için önemli bir avantajdır. Ancak orta hatta gerginlik ve nekroz oluşması ve buna bağılı olarak ileri dönemde tükürük kaçağı görülmesi tekniğin dezavantajlarındanır. Webster tekniğinde yapılan modifikasyonlar ile insizyon skarlarında daha kozmetik görünüm elde edilmiştir.⁴

Çalışmamızda, yassı epitel hücreli karsinoma nedeni ile cerrahi eksizyon sonrası geniş alt dudak defekti olan bir olgu ile total üst dudak defekti olan bir olguda, modifiye Webster flebi ile rekonstrüksiyonu inceledik.

CERRAHİ TEKNİK

Birinci olguda alt dudak sol tarafta yassı hücreli karsinoma mevcuttu (T2N0MX). Cerrahi rezeksiyonda alt dudakın %70'i eksize edildi (Resim 1). Bu gibi geniş defekli olgularda rutin uygulanan bilateral ilerletme flep tekniklerinden farklı olarak, bu olguda tek taraflı yanak ilerletme flebi planlandı. Böylece daha az insizyon skarı, daha küçük operasyon alanı ve daha fonksiyonel bir alt dudak oluşturmak hedeflendi. Sonuç olarak, daha küçük bir cerrahi girişim ile benzer sonuçlar veren yeni cerrahi flep tekniklerini ortaya çıkarmak ve alternatifleri tartışmak amaçlandı. Rezeksiyon sonrası, sol tarafta yanağı doğru uzanan iki transvers insizyon yapıldı. Üsteki transvers insizyon komissür bölgesinden yanağı doğru rezeke edilmiş alt dudakın transvers uzunluğuna eşit miktarda uzatıldı. Benzer şekilde alt transvers insizyon rezeke edilmiş alt dudakın alt sınırından ve buna paralel ve eşit uzunlukta olarak gerçekleştirildi. Bu insizyonların bittiği yerden nazolabial ve labio-mental bölgeye doğru, rezeke edilmiş alt dudak

transvers uzunluğunun yarısı büyüklüğünde üçgen cilt eksizyonları yapıldı (Resim 2). Üçgen cilt insizyonları, yanak dokusundan oluşturulan yeni alt dudakın anatomik lokalizasyonuna kolaylıkla ilerletilmesi amacı ile yapılmaktadır. Bunun yanında üçgen insizyonların tepesi yeni vermillon ve komissür bölgesi için düşünölen mukoza dokusu kadar uzatılmalıdır. Böylece komissür bölgesi için yeterli mukozal flep hazırlanabilecektir. Gereğinden fazla mukoza rezeksiyonu yapılmışsa, dudak köşesinde yukarı doğru asimetrik bir görünüm ve fonksiyonel yetmezlik oluşabilmektedir. Alt dudak kalıntısının orta hatta doğru basit traksiyon ile kolaylıkla getirilmesi tek taraflı yanak ilerletme flebinin fonksiyonel ve estetik başarısı için gereklidir. Böylece ilerletilen yanak flebinin orta hatta ulaşması ile dudak rekonstrüksiyonu gerçekleştirilebilmektedir. Yanak flebi oluşturulurken önemli bir nokta da Stenon kanal ağzının görülmesi ve korunmasıdır. Bu olguda kanal flepte bırakılmıştır. Yeni oluşturulan alt dudakın vermillon mukozası, nazolabial üçgen cilt eksizyonu sonrası kalan cilt altı kas dokusu ve mukozadan elde edilen fleple gerçekleştirildi (Resim 3). Labio-mental bölgede sadece cilt ve cilt altı doku rezeksiyonu uygulanırken, dengeli bir traksiyon oluşturmak amacı ile buradaki üçgen cilt eksizyonu nazolabial üçgen cilt eksizyonuna eşit oranda çıkarıldı. Flepler oluşturulduktan sonra mukozal yüzeyler, cilt altı kas tabakası ve cilt ayrı ayrı suture edildi. Mukoza ve cilt altı kas tabakasının sutureasyonu absorbabl polyglactin bir poliflaman olan 4/0 Vicryl® ile gerçekleştirildi. Cilt sutureleri için non-absorbabl polypropylen bir monoflaman olan 4/0 Premilene® kullanıldı. Olguda rekonstrüksiyon aşamasında komissür bölgesi için fazla tutulan vermillon mukozası, bir ay sonra üst dudakla birlikte değerlendirilerek düzeltildi (Resim 3, 4, 5). Özellikle yeni alt dudak vermillon ve komissür bölgesi için nazolabial bölgeden oluşturulan mukozal flebin büyüklüğü tek taraflı yanak ilerletme flebinin başarısı için çok önemlidir. Bu flebin normalden biraz büyük hazırlanması ile komissür bölgesi ve alt dudak simetrisi değerlendirilerek daha sonradan yapılacak rezeksiyonlar ile başarı şansı artırılabilir. Oluşturulan geniş yanak flebinin gerginliği istenmeyen bir durum gibi görünse de



RESİM 1: Rezeksiyon sonrası görünüm.



RESİM 2: Planlanan insizyonlar.



RESİM 3: Komissür bölgesinde bırakılan mukoza dokusu, ameliyat sonrası erken dönem görünüm.

özellikle tükürük kaçağının engellenmesinde dayanıklı bir alt dudak görevi yapmakta aynı zaman-

da ileriki dönemlerde bu gerginlik azalabilmektedir.

İkinci olguda üst dudak orta hatta yassı hücreli karsinoma mevcuttu (T2N0MX). Cerrahi rezeksiyon sonrası üst dudak total olarak eksize edildi (Resim 6). Basit ve fonksiyonel bir flep oluşturmak amacı ile aynı zamanda özellikle orta hatta oluşabilecek flep nekrozunun rekonstrüksiyonunu kolaylaştıracak, kolumella bazlı bir flebin imkânına olanak veren ve komissür bölgesinin devamlılığını bozmadan oral açıklığın yeterli olmasını sağlayacak bir flep planlandı. Eksizyonun üst sınırından alar-fasiyal cilt dokusu korunarak iki taraflı nazolabial bölgeye uzanan, rezeke edilmiş dudağın yarısı büyüklüğünde üçgen cilt eksizyonları yapıldı (Resim 7). Korunmuş alar-fasiyal cilt dokusunun



RESİM 4: Ameliyat sonrası birinci ay, fazla mukoza eksize edildi.



RESİM 5: Yeterli oral açıklık mevcut.



RESİM 6: Rezeksiyon sonrası görünüm.



RESİM 7: Korunmuş alar-fasiyal bölge ve labiomenal bölge cilt insizyonları.

özellikle kolumella ile ilişkili olmasına özen gösterildi. Bu gibi kolumella ile ilişkili alar-fasiyal cilt dokusu varlığında, kolumella bazlı bir flep ile gerektiğinde filtrum rekonstrüksiyonu, alt dudaktan oluşturulan Abbe flebine bir alternatif olabilir. Alt dudak mevcut bütünlüğü bozulmadan komissür bölgesinden yanağa doğru uzatılan ikinci bir transvers insizyon gerçekleştirildi. Bu insizyonun bitim yerinden labiomenal oluğa uzanan üçgen cilt eksizyonu yapıldı (Resim 7). Üst üçgen cilt insizyonu üst dudağın yarısı büyüklüğünde yapılırken bu bölgeden mukoza eksizyonu yapılmamıştır. Altta dudak komissür bölgesinden uzakta yapılan üçgen cilt eksizyonu, üst üçgen cilt eksizyonunun yarısı büyüklüğünde yapılmıştır. Bu bölgede yeni üst dudak vermillonu için gerekli mukozal flep üst dudağın yarısı büyüklüğünde planlanıp, yarısı üçgen cilt eksizyonu altından ve diğer yarısı ise komissür bölgesine doğru uzanan transvers insizyonun altındaki 0.5 cm'lik ek mukoza ve kas dokusundan oluşturulmuştur. Alt dudak yanak ilerletme flebinde olduğu gibi Stenon kanal ağzına dikkat edilmiştir. İki taraflı flepler oluşturulduktan sonra mukozal yüzeyler, cilt altı kas tabakası ve cilt ayrı ayrı sütüre edildi. Mukoza ve cilt altı kas tabakasının sütürasyonu absorbabl polyglactin bir poliflaman olan 4/0 Vicryl® ile gerçekleştirildi. Cilt sütürleri için non-absorbabl polypropylene bir monoflaman olan 4/0 Premilene® kullanıldı. Üst dudak bilateral yanak flebinin gerginliği alt dudak yanak flep gerginliğine göre daha az önemlidir. Bu



RESİM 8: Ameliyat sonrası üçüncü ay, ıslık çalarken görünüm.

olguda zamanla üst dudak gerginliği azalmış ve üst dudak aşağı doğru sarkmıştır. Bu durum istenen bir gelişme olarak hastada olumlu fonksiyonel ve estetik sonuç vermiştir.

SONUÇ

Birinci olguda yapılan nasolabial ve labiomenal üçgen cilt eksizyonları Resim 2'de, Resim 3'te ise bırakılan fazla mukozal doku ve rekonstrüksiyon sonrası erken dönem görünüm mevcuttur. Resim 4 ve 5'te, postoperatif birinci aydaki görünüm mevcuttur. Fazla mukozal doku üst dudakla birlikte değerlendirilip rezeke edilmiştir. Olgunun ameliyat sonrası konuşma, ıslık çalma gibi dudak fonksiyonları yeterli düzeyde bulunmuştur (Resim 8).

İkinci olguda nazolabial ve labiomenta cilt ek-sizyonları Resim 7'de, postoperatif erken dönem görünüm Resim 9'da, postoperatif birinci aydaki görünüm Resim 10'da mevcuttur. Olgunun postoperatif üçüncü ayda ağız açıklığı ve dudak mimikleri Resim 11 ve 12'de izlenmektedir.

Basit bir yöntem olan tek taraflı veya iki taraflı yanak ilerletme fleblerinin geniş dudak defektlerinin rekonstrüksiyonunda, bazı modifikasyonlarla şekillendirildiğinde başarı ile kullanılacağı görülmüştür. Yeterli olgu birikimi ve olguların uzun dönem sonuçları ile, yanak ilerletme fleplerinin modifikasyonlarla kullanımının artabileceği düşünülmektedir.

Alt dudak rekonstrüksiyonu için Webster tekniği, tek taraflı komissüre kadar uzanan küçük de-



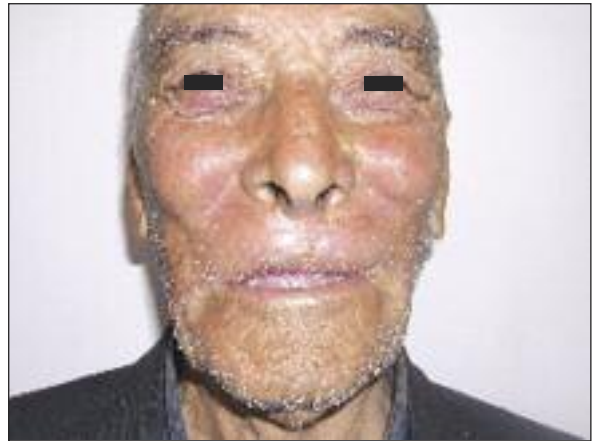
RESİM 9: Ameliyat sonrası erken dönem görünüm.



RESİM 10: Ameliyat sonrası birinci ay, ısıklık çalarken görünüm.



RESİM 11: Ameliyat sonrası üçüncü ay, yeterli oral açıklık mevcut.



RESİM 12: Ameliyat sonrası üçüncü ay, gülümserken görünüm.

fektlerde veya geniş alt dudak defektlerinde bilateral olarak uygulanmaktadır.⁴ Çalışmamızda komissüre uzanan geniş alt dudak defekti olan olguda modifiye tek taraflı Webster tekniği ile rekonstrüksiyon yaptık. Alt dudak oluşturulduktan sonra üst dudağın yeni komissüre adaptasyonu büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle olguda komissür bölgesinde fazladan mukoza dokusu bırakılmıştır. Teknikte flep tek taraflı oluşturulduğundan oral bölgede asimetrik bir görünüm ortaya çıkabilmektedir. Karşı taraf dudak kalıntısının orta hatta doğru basit traksiyonu simetri açısından önemlidir. Orta hatta sütür gerginliğine bağlı nekroz ve tükürük kaçağı ileri dönem takiplerde önemli bir sorun oluşturabilmektedir. Bu nedenle orta hat sütürleri uygulanırken bu bölgede dudak vermillon hattı bi-

raz yukarda tutulmalı ve işlem titizlikle uygulanmalıdır.

Kanser cerrahisi sonrası oluşan total üst dudak defektlerinin rekonstrüksiyonu ayrı bir zorluk oluşturmaktadır.⁵ Bu amaçla, alar-fasiyal bölgenin korunmasıyla yapılan üst nazolabial üçgen cilt eksizyonu ve dudak komissür bölgesinden uzakta alt labiomenta üçgen cilt eksizyonu ile oluşturulan bilateral ilerletme flebini, total üst dudak rekonstrüksiyonunda yeni teknik olarak ilk kez kullanılmaktadır. Olguda alt dudak mevcut bütünlüğü yanında alar-fasiyal bölge cilt dokusu gerektiğinde filtrum bölgesinin yeniden oluşturulmasında kullanılmak üzere korundu. Kullanılan teknikte, fleplerde geç dönem kollaps görülebilir. Bunun özellikle cilt elastikiyeti bozulmuş yaşlı hastalarda izlenmesi olasıdır. Ancak bu komplikasyon yeni üst

dudağın alt dudağa yaklaşması ile sonuçlanan istenen bir gelişme olabilir. Bilateral ilerletme flebi ile oluşturulan üst dudak rekonstrüksiyonunda tüm insizyonların paralel ve simetrik olarak yapılması estetik bir görünüm açısından önemlidir.

Geniş alt dudak ve komissüre uzanan defekti olan olguda tek taraflı Webster teknik modifikasyonu ile başarılı sonuç alındı. Burow üçgen ve Webster flep modifikasyonu ile total üst dudak rekonstrüksiyonunun yeni teknik olarak başarılı olabileceği düşünüldü. Daha önceden bilinen bir tekniğin modifikasyonunun uygulanarak klinik olarak anlamlı bir çalışma ortaya çıkabilmesi için yeterli sayıda olgu birikimine ihtiyaç vardır. Çalışmamız olgu düzeyinde olmakla birlikte yeterli hasta sayısına ulaşıldığında, elde edilecek uzun dönem sonuçlar, klinik açıdan daha anlamlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. 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(7):687-91.
2. Tuncer N, Alkan A, Keskin A, Erdem E. [Adenocystic carcinoma of upper lip and it's reconstruction with karapandzic method (case report)]. *Turkiye Klinikleri J Dental Sci* 1997; 3(2):79-83.
3. Saray A, Dolanmaz D, Öztürk A. [Bilobed flap for reconstruction of upper lip: a case report]. *Turkiye Klinikleri J Dental Sci* 1999;5(3):159-61.
4. Wechselberger G, Gurunluoglu R, Bauer T, Piza-Katzer H, Schoeller T. Functional lower lip reconstruction with bilateral cheek advancement flaps: revisitation of Webster method with a minor modification in the technique. *Aesthetic Plast Surg* 2002;26(6):423-8.
5. Yotsuyanagi T, Yamashita K, Urushidate S, Yokoi K, Sawada Y. Aesthetic reconstruction for large upper lip defects in men. *Aesthetic Plast Surg* 1999;23(4):271-4.