

Üst Dudak Adenokistik Karsinoması ve Karapandzic Metodu ile Üst Dudak Rekonstrüksiyonu (Vaka Raporu)

ADENOCYSTIC CARCINOMA OF UPPER LIP AND ITS RECONSTRUCTION WITH KARAPANDZIC METHOD (CASE REPORT)

Nihat TUNCER*, Alper ALKAN**, Ahmet KESKİN*, Erdal ERDEM***

ÖZET

Amaç: Bir üst dudak adenokistik karsinoma vakasının Karapandzic metodu ile yapılan cerrahi tedavisini sunmayı amaçladık.

Vaka Raporu: Hastamız 63 yaşında bir erkekti. Üst dudağın sağ tarafında palpe edilebilen bir lezyon mevcuttu. Indurasyon, dudağın içine doğru yaklaşık 1 cm. kadar uzanmaktaydı. Palpe edilebilir servikal lenf nodu yoktu. Lezyon, total olarak eksize edildi. Oluşan defekt, Karapandzic metodu kullanılarak rekonstrükte edildi. Histopatolojik değerlendirme, lezyonun adenokistik karsinoma olduğunu gösterdi.

Sonuç: Dudak karsinomlarının eksizyonlarından kaynaklanan defektlerin kapatılması için çok sayıda görüş mevcuttur. Dudak karsinomlarının cerrahi tedavisi; dudağın fonksiyonlarını korumalı, tatmin edici postoperatif görünüm ve hızlı rehabilitasyonu sağlamalıdır. Bu yüzden dudak rekonstrüksiyonlarında, Karapandzic metodunun kullanımı güncelliğini korumaktadır.

Anahtar Kelimeler: Adenokistik Karsinoma, Dudak Rekonstrüksiyonları, Karapandzic

SUMMARY

Purpose: We aimed to present the surgical treatment of an adenocystic carcinoma of upper lip by using Karapandzic method.

Case Report: The patient was a 63-year-old man. A palpable lesion was present on the right side of the upper lip. Induration extended approximately 1 cm. deep into the lip. No cervical lymph nodes were palpable. The lesion was excised totally. The resultant defect was reconstructed by using Karapandzic method. Histopathologic evaluations showed adenocystic carcinoma.

Conclusion: A myriad of options are available for the reconstruction of defects resulting from the excision of lip carcinomas. Surgical management of lip carcinomas must accomplish the following objectives; preservation of lip function, satisfactory postoperative appearance and rapid rehabilitation. Therefore, the frequent use of Karapandzic method in lip reconstruction still keeps the current interest.

Key Words: Adenocystic Carcinoma, Lip Reconstructions, Karapandzic

GİRİŞ

Dudak kanserleri yaygın olmakla birlikte, tüm baş ve boyun kanserlerinin %12'sini oluşturmaktadır. En yaygın olarak görülen dudak kanseri, 'squamous cell' karsinomadır. Daha nadir olarak 'basal cell' karsinoma ve tükürük bezleri karsinomaları görülür (1,2).

Adenokistik karsinoma (AKK) ilk olarak 1856'da Billroth (3) tarafından tanımlanmış ve histolojik görünümünden dolayı 'cylindroma' olarak adlandırılmıştır. Berdel ve Mylius (5)'a göre, bazaloma, bazaloid adenoma ve kribiform adenokarsinoma olarak da bilinen tümöre AKK adı, 1928'de Ewing tarafından verilmiştir.

* Doç.Dr.A.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Ab.D.

** Araş.Gör.A.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Ab.D.

*** Prof.Dr.A.O. Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Ab.D.

%u çalışma 27 Ekim - 3 Kasım 1996 tarihleri arasında Alanya'da yapılan, Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği, 5. Uluslararası Bilimsel Kongresi'nde sözlü bildiri şeklinde sunulmuştur.

AKK, tüm tükürük bezleri neoplazmalarının yaklaşık %10'unu ve tüm baş ve boyun malinitelerinin yaklaşık %1'ini oluşturan nispeten yaygın bir tümördür. En yaygın olarak submandibular ve minör tükürük bezlerinde görülür (4,6,7). En çok yaşamın 5. dekadında görülmesine rağmen, 20 yaştan daha gençlerde de oluştuğu tespit edilmiştir. Çok değişik anatomik bölgelerde ortaya çıkabilir. Bu bölgeler genellikle; minör ve major tükürük bezleri, lakrimal bezler, solunum-sindirim yolunun müköz bezleri, burun, paranasal sinüsler, deri ve göğüstür.

AKK, yavaş gelişim, multiple rekürrens ve geç uzak metastaz ile karakterizedir. Karakteristik yayılımı, sinir kılıfları boyunca olup, kötü bir prognoz ve rekürrens gösterir. (8,9,10). Bununla birlikte diğer bazı otörler, perinöral invazyon ile prognoz arasında bir korelasyon kuramışlardır (11). Metastaz, görünüşte başarıyla tedavi edilmiş tümörden birkaç yıl sonra görülebilir. Bu durum, en iyi olarak, postoperatif 6. yılda hastaların %50'sinde kan yolu ile metastaz geliştiği, bir seri ile gösterilmiştir (9). Uzak metastaz literatürde rapor edilen vakaların %25-50'sinde oluşmuştur ve en sık görülen bölgeler; akciğerler, kemik, karaciğer, böbrek ve diaframdır. Ayrıca AKK için, uzak metastazın başlamasından sonra ortalama

hayatta kalma süresi, 4 ile 6 yıl veya daha fazladır ki bu da diğer herhangi bir malineden çok daha uzundur (6,11).

AKK'un histolojik görünümü ve prognozu arasında bir korelasyon mevcuttur. Histolojik bazda AKK'un 3 ana tipi vardır (9,12).

-Kribriform

-Tubulär

-Solid veya bazaloid tip. En kötü prognozu, solid bazaloid tip gösterir. 5 yıl içerisinde %70 rekürrens gözlenir. En iyi prognozu, tubulär tip gösterir. 5 yıldan sonra %14 rekürrens gözlenir.

Bu makalede, üst dudakta AKK tanısı konmuş bir hastada tümörün total eksizyonu ve oluşan defektin Karapandzic metodu ile rekonstrüksiyonu anlatılmaktadır.

VAKA RAPORU

Vakamız 63 yaşında bir erkek hastaydı. Üst dudakta, orta hattın hemen sağ tarafında, dudak iç yüzünde daha iyi lökaleze olarak görülebilen, yaklaşık 2,5 x 2 cm. büyüklüğünde bir kitle klinik muayenede tespit edildi (Resim1). Klinik derecelendirme, 1988'de "American Joint Committee on Cancer" tarafından bildirilen T2 ile uyumlu idi(1). Hasta, bu kitlenin 6 aydır mevcut olduğunu yavaş da olsa büyüdüğünü ifade etti. Hastanın geçmiş tıbbi hikayesi dikkate değer değildi ve genel sağlığı iyiydi. Baş ve boyun muayenesi, dudaktaki kitle dışında normaldi. Boyun ve yanak bölgesinde palpe edilebilir nodul yoktu. Baş, boyun ve akciğer CT'sinde metastaza rastlanılmadı. Lezyonun eksizyonel biopsisi başka bir merkezde bir genel cerrah tarafından yapılmış ve histopatolojik raporunda cerrahi sınırların + (pozitif) olduğu AKK tanısı ile kliniğimize sevk edilmiş. Bu veriler göz önüne alınarak lezyonun temiz marjin ile total eksizyonu ve Karapandzic metodu ile rekonstrüksiyonuna karar verildi.

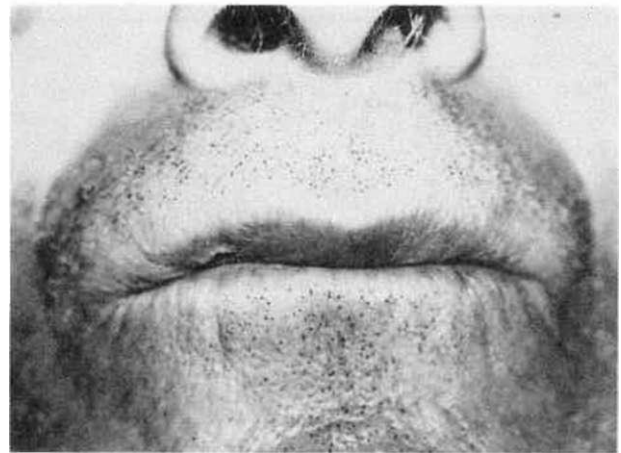
Hasta intratrakeal genel anestezi altında operasyona alındı. Planlama yapıldıktan sonra rutin cerrahi hazırlık yapıldı. Önce kitle, palpe edilebilir sınırlardan yaklaşık 8'er mm. uzaklıkta temiz marjin ile dörtgen şeklinde işaretlendi (Resim2). Kitle çıkarıldığından dudak defekti, total dudak uzunluğunun yaklaşık %40'ı kadardı (Resim3). Kanama kontrolü yapıldı. Daha önceden planlandığı gibi, sulkus nasolabialis rehber alınarak cilt insizyonu yapıldı. Cilt altı dokular, hemostat ile damarların seyri boyunca dokuyu açarak diseke edildi. A. labialis superior görüldükten sonra, flebin yeterli hareketine izin vermek için yaklaşık 1,5 cm. kadar ekspozite edildi (Resim4). Nörovasküler bandın altına, mukozaya doğru makasla kunt diseksiyonla geçildi. Mukozaya sadece gevşetici küçük insizyonlar yapılması yeterli oldu ve flep yeterli

kapamayı sağlayacak şekilde mobil hale getirildi.Orbikularis oris kas tabakası, 3-0 vikril ile, submukoza ve dermal tabakalar, 4-0 kromik katgüt ile, cilt 4-0 prolen ile, vermilion sınırı, 4-0 atravmatik ipek ile suturlandı (Resimö). Çıkartılan parça histopatolojik incelemeye gönderildi ve sonucu cerrahi sınırların - (negatif) olduğu AKK tanısı konuldu (Resim 6). Hastanın postoperatif erken ve uzun dönem kontrollerinde fonksiyon ve estetik açıdan tatminkar sonuç elde edildiği izlendi (Resim 7,8).

TARTIŞMA

AKK'daki klinik görüntü, salivar yapılardaki şişkinliktir.Bu lezyonlar sıklıkla ağız içinde ve damakta oluştuğundan dolayı, karakteristik bir kiraz kırmızısı renk ve düz yüzeyle karakterize kazanırlar. Karakteristik olarak ülserasyon, geniş lezyonlar dışında oluşmaz (9). Bizim vakamızda da hafif şişlik olmasına rağmen ülserasyon yoktu. AKK'da histopatolojik olarak multipl ufak kistik kaviteleri çevreleyen yuvarlak ve irregüler koyu boyanan hücre adacıkları (karakteristik "isviçre Peyniri" görüntüsü) izlenir (10). Bizim vakamızda da bu görüntü izlenmiştir (Resim 6).

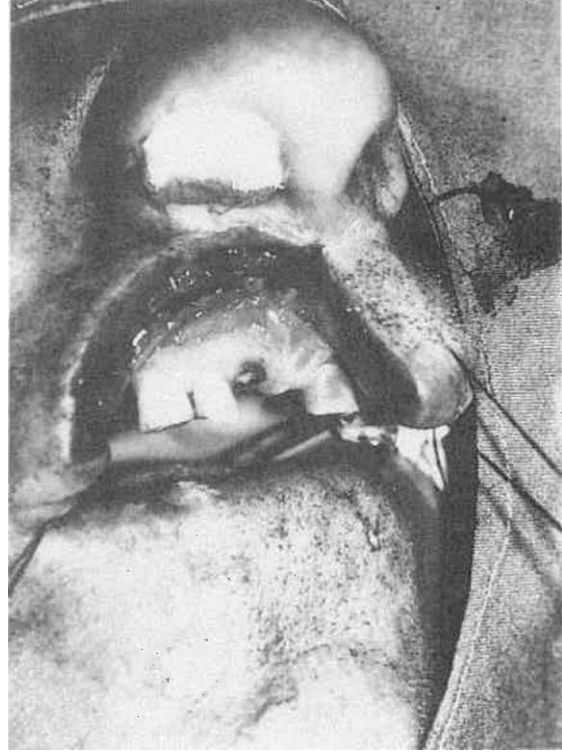
Bu hastalıkta tecrübeli cerrahlar, tedaviyi yüklenmekten ziyade, histopatolojik tanının çok daha fonksiyonel olduğuna inanmaktadırlar. Şöyle ki; AKK'dan rejyonel lenf nodlarına metastaz insidansı düşüktür. Bu durum, cerrahların aşırı radikal cerrahiden uzaklaşıp, sadece temiz marjin ile tümörü uzaklaştırmaya konsantre olmalarına sebep olmuştur. Bizim vakamızda da kitle temiz marjin ile total olarak çıkarılmış ancak boyun diseksiyonuna gerek görülmemiştir. AKK'lar genelde radyasyon ile iyileştirilememelerine rağmen, postoperatif radyoterapinin kuşkusuz hayatta kalma zamanını uzattığı düşünülür (4,9,10). Bizim vakamızda postoperatif radyoterapi, hasta kabul etmediği için uygulanmamıştır.



Resim 1. Preoperatif lezyonun görünümü..



Resim 2. Preoperatif olarak çizilen flep planlaması.



Resim 3. Lezyon ekize edildikten sonraki total dudak defekti.

Derecelendirme, dudak kanserinin eksizyonu bakımından hastanın değerlendirilmesinde ilk basamaktır. Lezyonların çoğu intraoral ve ekstraoral palpasyonla doğru bir şekilde ölçülebilir. Bu ölçüm, rezeksiyonun boyutunun esas belirleyicisi olacaktır.

Perinöral yayılımın oluşup oluşmadığını saptamak için tam bir nörolojik inceleme endikedir. Perinöral invazyona rağmen, nörolojik inceleme normal bulgular verebileceğinden dolayı herhangi bir soru varsa yüzün radyografi de elde edilmelidir (13). Bizim vakamızda, hastanın baş ve boyun bölgesi tomografi ile taranmış, ayrıca yapılan nörolojik incelemede perinöral invazyona rastlanmamıştır.

Dudak karsinomlarının eksizyonlarından kaynaklanan defektlehn rekonstrüksiyonu için çok sayıda görüş mevcuttur, Rekonstrüksiyonun hedefi, özellikle fonksiyonel açıdan mümkün olduğunca normale yakın bir anatomik dudak birimini yeniden yaratmaktır. Mümkün olduğunca defektin primer kapatılması en istenendir (1). Dudak uzunluğunun %30'una kadar olan defektler, V veya W şeklinde primer olarak kapatılır, %70'ine kadar olan defektler, kommlssuralar etrafındaki dudağın etkilenmemiş bölgelerinden, kompozit dudak dokusunun

transferini kullanan bir rekonstrüktif metoda ihtiyaç gösterir. Dudak uzunluğunun tamamını içeren defektler, rejyonel flepler ile kapatılır (1).

Üst dudak rekonstrüksiyonu için kullanılan birçok teknik vardır. Bu tekniklerden hangisinin kullanılacağı, defektin büyüklüğü ve lokalizasyonu ile yakından ilgilidir.

Üst dudak rekonstrüksiyonunda sıklıkla kullanılan flepler;

- Lip-switch flap (Abbe')
- Estlander flap
- Nörovasküler Fan flap (Karapandzic)
- Modifiye Zisser-Madden-Bernard flebi
- Perialar kresentik eksizyonlarla İlerletici yanak flebi (14).

Üst dudak rekonstrüksiyonunda kullanılan rejyonel flepler;

- Tek veya çift pediküllü skalp flebi
- Çift pediküllü boyun deri flebi (14,15).

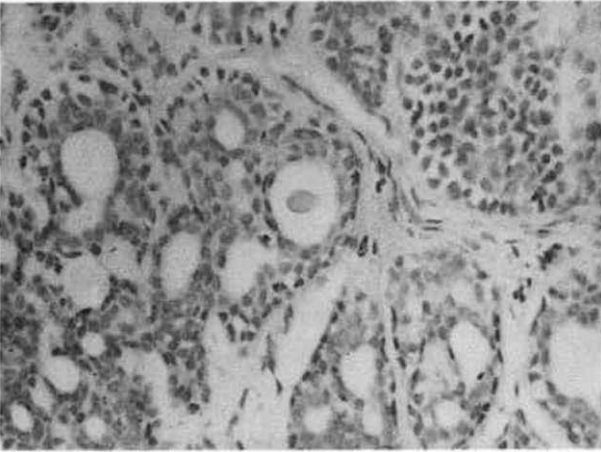
Bizim vakamızda da, oluşan defekt total dudak uzunluğunun %40'ı kadarı olup, Karapandzic metodu ile



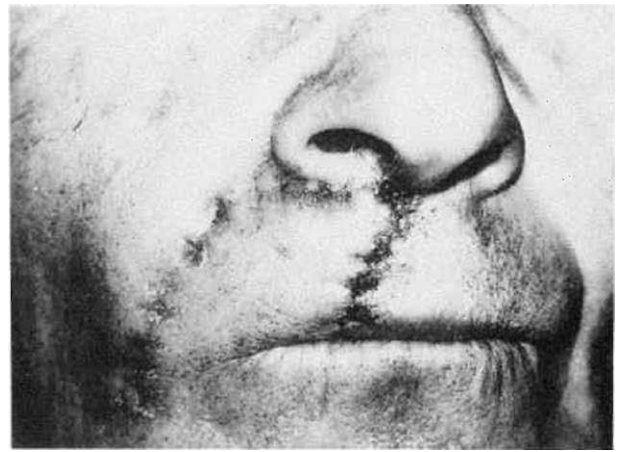
Resim 4. A. labialis superior'un korunarak flebin serbestleştirilmesi.



Resim 5. Flebin suture edilmiş şekli



Resim 6. Lezyonun histopatolojik görüntüsü.

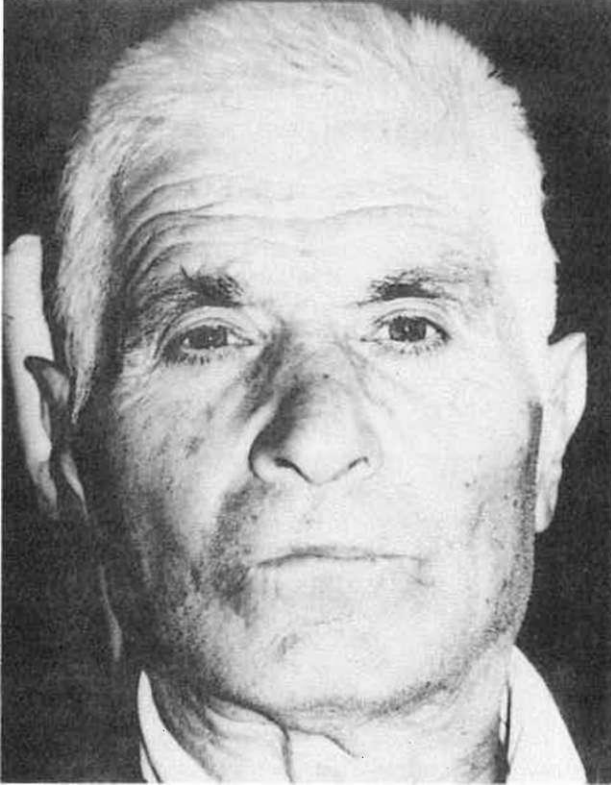


Resim 7. Suturların alınmasını takiben flebin klinik görünümü.

rekonstrükte edildi.

Sonuç olarak; Karapandzic metodunun en büyük avantajı, fasiyal arterlerden dudağa olan besleyici damarlar üzerine oturan bir myonörokutanöz flep olmasıdır. Bu flep, sağlam olan nörovasküler bandları

korur. Oldukça iyi bir kozmetik sağlanması ve hemen post-operatif immédiate dönemde fonksiyonel olması diğer avantajlarıdır. Bu tekniğin tek dezavantajı, nörovasküler bandın diseke edilmesinde gösterilmesi gereken dikkatten dolayı, rekonstrüksiyonun biraz daha uzun sürmesidir.



Resim 8. Postoperatif 3 ay sonraki görünüm.

KAYNAKLAR

1. Robert P. Zitsch: Carcinoma of the lip. Otolaryngologic Clinics of North America 26:265, 1993
2. Rice DH, Spiro RH: General management guidelines. In Current Concepts in Head and Neck Cancer. Atlanta, The American Cancer Society 1989, p:1-15
3. Billroth T: Die Cylinderges chwulst (cylindroma). In: Untersuchungen über die Entwicklung der Blutgefäße,

nebst Beobachtungen aus der königlichen Chirurgischen Universtats-Künk zu Berlin 55-69, 1856

4. Kwang Hyun Kim, Myung Whun Sung, Phü Sang Chung, Chae Seo Rhee: Adenoid Cystic Carcinoma of the Head and Neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 120:721, 1994
5. Berdel P, Mylius E. Cylindroma of the salivary gland. Acta Otolaryngol Suppl (Stockh) 263:170, 1970
6. Matsuba HM, Spector GJ, Thawley SE, Simpson JR, Mauney M, Pikul FJ. Adenoid cystic salivary gland carcinoma: a histopathologic review of treatment failure patterns. Cancer 67: 519, 1986
7. Spiro RH, Huvos AG, Strong EW. Adenoid cystic carcinoma: factors influencing survival. Am J Clin Pathol 138: 579, 1979
8. Tarpley TM, Giansanti JS. Adenoid cystic carcinoma: analysis of fifty oral cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol; 41:434, 1976
9. Larry J. Peterson, A.Thomas Indresano, Robert D. Marciani, Steven M. Roser Principles of Oral and Maxillofacial Surgery 1992, p:802
10. R.A. Cawson: Essentials of Dental Surgery and Pathology. 1991,p:407
- H. Szanto PA, Luna MA, Tortoledo E, White RA. Histologic grading of adenoid cystic carcinoma of the salivary glands. Cancer 54:1062, 1984
12. Batsakis JG, Luna MA, El- Neggar A. Histopathologic grading of salivary gland neoplasms : adenoid cystic carcinomas. Ann Otol Rhinol Laryngol 99:1007, 1990
13. Byron J. Bailey. Surgery of the Oral Cavity. Abbe'- Estlander Reconstruction of the Lips. Chapter 3 1989, p:15
14. McCarthy : Plastic Surgery. Vol 3 The Face. Part 2 1990, p:2034
15. Byron J. Bailey. Surgery of the Oral Cavity. Regional Flap Reconstruction of the Lip. Chapter 6 1989, p:36

Yazışma Adresi: Dr.Nihat TUNCER

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Ab.D.
Beşevler ANKARA