Çalışma - Araştırma / Original Article

Baş boyun bölgesinin melanom dışı deri kanserlerinde cerrahi deneyimimiz

Our experience with surgery of non melanoma cutaneous malignancies of head and neck

Dr. Uygar Levent Demir,[1] Dr. Fazıl Apaydın[2]

[1]Doğubeyazıt Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, Ağrı, Türkiye;
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Amaç: Baş boyun bölgesinde melanom dışı deri kanseri tanısı ile cerrahi tedavi uygulanan olgular değerlendirildi.

Hastalar ve Yöntemler: Bu çalışmada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB kliniğinde Nisan 2004-Mart 2006 tarihleri arasında deri kanseri nedeniyle eksizyon ve onarım uygulanan 89 hastada (33 kadın, 56 erkek; ort. yaş 65.4 yıl; dağılım 41-87 yıl) saptanan 101 lezyonun kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Çalışmaya ameliyat öncesi melanom dışı deri kanseri tanısı konmuş ve dermatoloji, kulak burun boğaz ve oral diyagnoz kliniklerinin ortak konseyinde değerlendirilerek cerrahi kararı alınan hastalar dahil edildi. Olgularının tümünde cerrahi öncesi ve sonrası lezyon fotoğrafları, patoloji sonuçları, takip sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Cerrahi uygulanan 101 lezyonun 32'sinin burun estetik ünitesinde olduğu ve bunların 15'inde lezyonun ala nazi yerleşimli olduğu tespit edildi. Burun bölgesini takiben ikinci sıklıkta 29 lezyon ile dudak bölgesi gelmekteydi ve bunların da 24'ü alt dudak yerleşimliydi. Eksizyon sonrasında 23 hastaya primer kapatma ve ikinci sıklıkla 12 hastaya ilerletme flebi uygulandı. Lezyonların patoloji raporları incelendiğinde 49 lezyonda skuamöz hücreli karsinom ve 41 hastada bazal hücreli karsinom olduğu belirlendi. Üç hastada patoloji raporunda cerrahi sınırda tümörün devam ettiği bildirildi. Yedi hastaya boyun diseksiyonu uygulandı. Hastalarda takip süresinde ortalama 47.5 ay (dağılım 37-57 ay) primer tümöral lezyon açısından yineleme gözlenmedi.

Sonuç: Deri kanserleri tüm dünyada en sık görülen kanser türüdür. Bu tümörler erken tanı konarak uygun teknikle eksize edilirse, onarım uygulandığında oldukça başarılı sonuçlar alınmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Deri kanserleri; fotoğraf kayıtlama; fleple onarım.

Objectives: To evaluate the cases underwent surgery with the diagnosis of head and neck non melanoma skin malignancies.

Patients and Methods: Clinical records of 89 patients (33 females, 56 males; mean age 65.4 years; ranges 41 to 87 years) who underwent excision and reconstruction with the diagnosis of skin malignancy at ENT clinics of Ege University Hospital between April 2004 and March 2006 and 101 lesions were retrospectively reviewed. The patients who were diagnosed with non melanoma skin malignancy and whose surgical decisions were concluded at the common council of dermatology clinic, ear nose and throat clinic and oral diagnosis clinics were included in the study. In all cases pre- and postoperative pictures of lesions, pathological results and follow-up results were all evaluated.

Results: The 32 of 101 lesions were located at nasal esthetical unit and 15 of these were at alar region subunit. The second most common location was lip with 29 lesions and 24 of them were located at lower lip. The evaluation of flap techniques performed for the reconstruction of excision defect revealed that extending flap was the second common method with 12 cases after primary closure with 23 cases. The pathological results of these lesions were found to be squamous cell carcinomas with 49 lesions and basal cell carcinomas with 41 lesions. In three cases the surgical margins were positive, meaning tumor still remains in normal tissue. Neck dissection was performed in seven patients. There was no patient with recurrent malignant lesion during the follow-up period mean=47.5 months (range 37-57 months).

Conclusion: Cutaneous malignancies are the most common malignancy type worldwide. Successful results are available if these lesions are diagnosed early, excised with correct methods and reconstructed with appropriate techniques.

Key Words: Cutaneous malignancies; photographic documentation; reconstruction with flap.

Geliş tarihi / *Received:* 24 Aralık 2008 Kabul tarihi / *Accepted:* 29 Mayıs 2009

İletişim adresi / *Correspondence:* Dr. Uygar Levent Demir. Doğubeyazıt Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, 04400 Ağrı, Türkiye.
Tel: +90 472 - 312 60 47 Faks *(Fax):* +90 472 - 312 30 79 e-posta *(e-mail):* uygardemir@hotmail.com

Deri, kapladığı geniş yüzey ve sürekli olarak güneş ışığına maruz kalması nedeniyle kanser görülme insidansı çok yüksek olan bir organımızdır.[1,2] Deri kanserleri, insanlarda en sık görülen malignite türüdür,[3] yılda 2.75 milyon yeni olgu tespit edilmektedir.[4] Histopatolojik olarak incelendiğinde bu tümörlerin yaklaşık %60'ının bazal hücreli karsinom (BHK), %30'unun skuamöz hücreli karsinom (SHK) olduğu görülmektedir. Bazal hücreli karsinom, insanlarda en sık görülen malignitedir. Teoride yayılım yapmaz olarak kabul edilirse de yaşlı ve immünosüpresif hastalarda çok nadiren (%0.028-0.4)[5] yayılım olabilmektedir. Ancak bu tümörler lokal büyüme ve invazyon özelliği gösterirler. Bunu ikinci sıklıkta skuamöz hücreli karsinom takip etmektedir. En az görülen histolojik tip ise melanomdur.

Bazal hücreli karsinom ve SHK'lerde etyolojik faktörler ve risk faktörleri oldukça benzerdir. En önemli etyolojik faktör, güneş ışığına özellikle ultraviyole B dalgasına maruz kalmaktır.

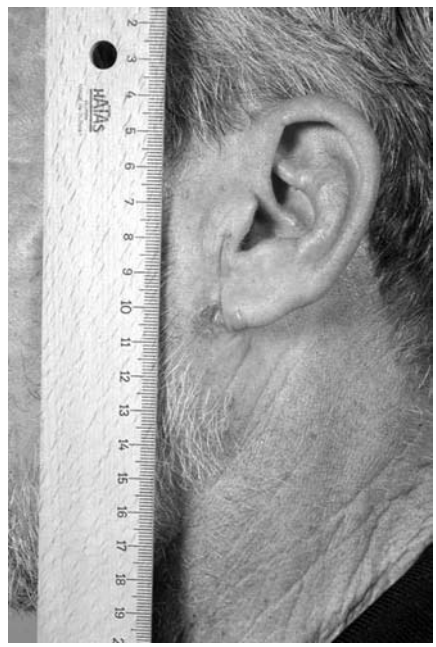
Baş boyun bölgesinde daha sık görülmesi nedeni ile deri tümörlerinin klinik doğasını bilmek, tanı koymak, bu lezyonlara yaklaşım yöntemlerini kavramak ve eksizyon kurallarını öğrenmek ayrı bir ilgi alanını oluşturmaktadır. Çoğu hastada tıbbi tedavinin yeterli olmadığı ve cerrahi eksizyon gerektiği göz önüne alındığında baş boyun cerrahlarının bu lezyonları tanıyıp tedavi etmeyi bilmesinin gerekliliği malumdur. Bu lezyonları tedavi etmek sadece rezeksiyonu içermez, bunun yanında cerrahi sonrası oluşan defektlerin uygun flep ve teknikle onarımı da önem taşımaktadır.

Bu araştırmada, deri kanseri nedeniyle cerrahi uyguladığımız hastalarda elde edilen demografik sonuçları, lezyonların patolojik sonuçlarını, yüz ünitelerine göre planlanıp uygulanan flep tipleri ile cerrahi teknikleri ve takip sonuçlarımızı içeren verileri sizlerle paylaşmayı amaçladık. Literatür eşliğinde ve çalışmamızda elde edilen veriler ışığında bu lezyonlara yaklaşım, cerrahi yöntemler ve onarım seçenekleri konusunda, meslektaşlarımıza teorik bilgiler vermek ve pratik uygulamalarına yardımcı olmak amacı ile bu makale yazıldı.

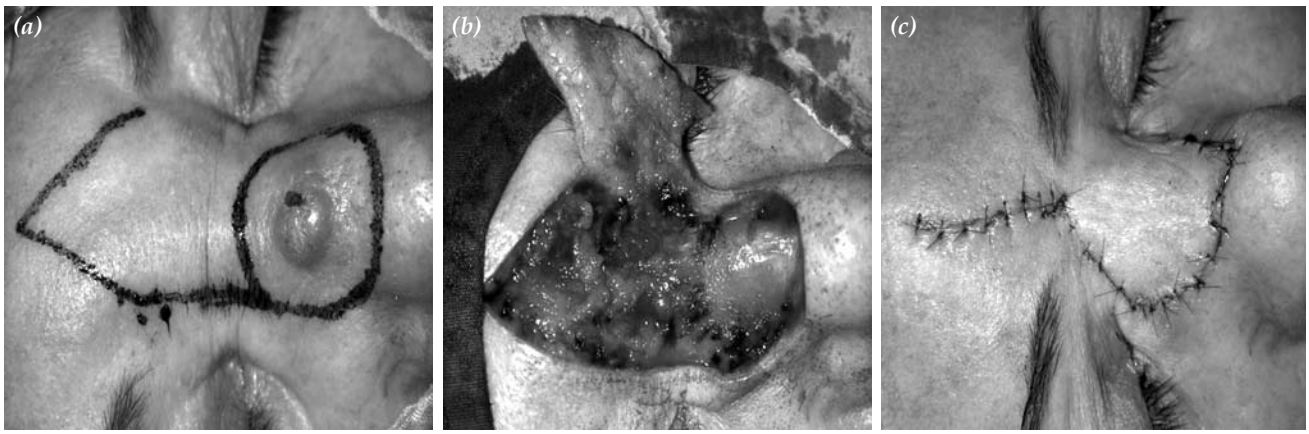
HASTALAR VE YÖNTEMLER

Bu çalışmada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Nisan 2004-Mart 2006 tarihleri arasında baş-boyun bölgesinde melanom dışı deri kanseri tanısı konan ve cerrahi tedavi uygulanan 89 hasta (33 kadın, 56 erkek; ort. yaş 65.4 yıl; dağılım 41-87 yıl) geriye dönük olarak incelendi. Dermatoloji kliniği, Kulak Burun Boğaz kliniği ve oral diyagnoz kliniğinin haftalık düzenli konsey toplantılarında birlikte değerlendirilen ve cerrahi kararı alınan hastalar bu araştırmanın konusunu oluşturdu. Hastalar kendilerini ilk gören klinik hekimi tarafından değerlendirildi ve lezyonun frontal plandan, lateral plandan ve ilgili estetik üniteyi içerecek şekilde cetvelli fotoğrafları alınarak, tanısal biyopsi sonucu ve metastatik lenf bezi şüpheli olgularda boyun USG sonuçları ile konseye çıkarıldı (Şekil 1). Cerrahi kararı alınan hastalarda uygulanan onarım tekniği, cerrahi sonrası patoloji sonucu, lezyonun cerrahi öncesi ve sonrası fotoğrafları, takip kontrol sonuçları ve hastaların demografik bilgileri bilgisayar ortamında kaydedildi. Hastalara ameliyat öncesi ameliyatla ilgili bilgi verilerek onam formu alındı.

Ameliyat öncesinde tüm hastalara tanısal biyopsi yapıldı, tanısal biyopsinin patolojik sonucuna göre cerrahi sınır belirlendi. Bazal hücreli karsinom patolojisindeki lezyonlarda güvenlik sınırı 3-5 mm, skuamöz hücreli karsinom patolojisindeki lezyonlarda ise 8-10 mm olacak şekilde belirlendi. Hastalarda tanısal amaçlı eksizyonel biopsi yapılmadı. Hasta üzerinde lezyonunun bulunduğu estetik ünite veya alt üniteye göre, gevşemiş cilt gerilim çizgilerine uygun olarak kullanılacak flep tipi çizimle planlandı. Tümör rezeksiyonunda estetik



Şekil 1. *Lateral planda hastanın görüntüsü.*



Şekil 2. *Hastanın* ***(a)*** *ameliyat öncesi,* ***(b)*** *ameliyat sırası ve* ***(c)*** *ameliyat sonrası onarım tamamlandıktan sonraki görüntüleri.*

üniteye göre üç boyutlu histografik cerrahi eksizyon ile en iyi kozmetik sonuçlar alındı. Defektlerin onarımı, kliniğimizde rezeksiyonu takiben hemen yapıldı. Yine ameliyat öncesi lezyonun rezeksiyon sınırları ve planlanan flep modelinin çizilmiş hali, ameliyat sırasında lezyonun çıkarılmış hali ve onarım tamamlandıktan sonra ise kapatılmış hali mutlaka fotoğraflandı. Bu fotoğraflar bilgisayar ortamında hasta adına açılmış dosyalarda saklandı (Şekil 2a-c).

Ameliyat sonrası lezyon bölgesi, dikişler alınana kadar günlük steril pansuman ve antibiyotikli, nemli tamponlarla kapalı tutuldu. Deri dikişleri aksi engel bir durum yoksa bir hafta sonra alındı. Hastalarımız genelde ayaktan takip edildiği için cerrahi sonrasında, antibiyotik kullanımı tercih edildi. Hastalar, ameliyatın büyüklüğüne ve hastanın genel durumuna göre aynı gün veya birkaç gün içinde tıbbi tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Cerrahi sonrası patoloji sonucunu bilgisayar programına kaydedildi. Hasta takipleri 3, 6 ve 12 aylık dönemlerde yapıldı ve her kontrol muayenesinde lezyon bölgesi fotoğraflanarak kayıt altına alındı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 89 hastadan tanısal biyopsi sonucu malign melanom lezyonu bildirilen olgular çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan hastaların bazılarında birden fazla lezyon olması nedeni ile toplam 101 lezyon incelendi. Çoklu lezyonları olan hastalarda genel sağlık durumları uygunsa aynı seansta tüm lezyonların çıkarılması tercih edildi.

Tüm hastaların, 14'ünde daha önceden yüzün farklı bölgesinde geçirilmiş deri kanseri öyküsü bulunmaktaydı. Daha önceden tedavi görenlerin çoğunluğu bu lezyonlara yönelik radyoterapi tanımlamaktaydı.

Hastaların meslek gruplarına göre incelenmesi sonucunda çiftçilikle uğraşanların sayısının 21 olduğu ve en büyük grubu bu hastaların oluşturduğu tespit edildi. Bunun yanı sıra ikinci sıklıkla ev hanımlarının geldiği görüldü. Seksen dokuz hastanın 30'unda sigara ve/veya alkol kullanımı tanımlandı. Sigara kullanımının en sık olarak tespit edildiği grup dudak kanseri görülen hasta grubu oldu ve bu 29 hastanın 15'inin sigara kullandığı görüldü.

Yüz bir lezyonun 31'i yüzün sol yarısında, 40'ı yüzün sağ yarısında diğer 30 lezyon ise orta hat yerleşimliydi. Lezyonların bulunduğu yüz estetik ünitelerinin incelenmesi sonucunda 101 lezyonun 32'sinin (%31) burun ünitesinin sınırları içerisinde olduğu görüldü. Dudak bölgesindeki lezyonlar dışlandığında geriye kalan 72 lezyonun 32'sinin (%44'lük kısmı) burun bölgesinde olduğu tespit edildi. Burun bölgesinin kendi içinde alt üniteleri incelendiğinde ise 32 lezyondan 15'inin ala nazi alt ünitesinde olduğu ve bunun tüm lezyonların yaklaşık yarısını oluşturduğu görüldü. Bu alt üniteyi sekiz lezyon ile nazal dorsum, dört lezyon ile nazal tip, dört lezyon ile nazal yan duvar ve bir lezyon ile kolumella izlemekteydi (Tablo 1).

Burun ünitesinden sonra lezyonların en sık görüldüğü üniteler alt ve üst dudak bölgeleridir. Dudakta görülen toplam 29 lezyondan, 24'ü alt dudakta ve beşi üst dudakta izlendi. Bu lezyonların 19'u orta hatta yakın lezyonlardı ve belirgin lateralizasyon sadece 10 hastada tespit edildi.

Lezyonların dokuzu yanak yerleşimli, biri nazolabial oluk, dördü preauriküler bölge, ikisi de zigomatik bölge yerleşimli idi. Bir hastada saçlı deride lezyon izlendi, iki hastada ise lezyonların boyun bölgesinde olduğu tespit edildi. Alın

Tablo 1. Lezyonların bulunduğu estetik ünite ve alt üniteler

Estetik ünite	Sayı	Yüzde	Burun estetik alt ünite	Sayı	Yüzde
Burun	32	31	Ala nazi	15	46
Kulak	8	8	Nazal dorsum	8	25
Dudak	29	28	Nazal yan duvar	4	12.5
Alın	12	11	Nazal tip	4	12.5
Yanak	9	9	Kolumella	1	3
Diğer	11	11	–	–	–

ünitesinde görülen toplam 12 lezyonun yedisi orta hatta yakın, beşi temporal üniteye uyan yerleşimli idi. Kulakta yerleşik olan sekiz lezyonun, üçü konkal bölgede, üçü helikse sınırlı ve ikisi aurikülada yaygın yerleşimli olarak belirlendi. Periorbital yerleşimli bir adet lezyonun lateral kantusta bulunduğu görüldü.

Rezeksiyon sonrası uygulanan onarım tekniği olarak; 23 lezyona primer kapatma, 12 lezyona ilerletme flebi, altı lezyona bilobe flep, üç lezyona iki taraflı ilerletme flebi, iki lezyona iki taraflı hilal ilerletme flebi, dört lezyona serbest deri grefti, üç lezyona Estlander flebi, bir lezyona romboid flep, yedi lezyona melolabial flep, beş lezyona transpozisyon flep, üç lezyona glabellar ilerletme flebi, 12 lezyona vermiliyonektomi, 11 lezyona wedge rezeksiyon, bir lezyona Abbe flep, bir lezyona yıldızvari eksizyon, üç lezyona paramedian alın flebi, bir lezyona dönen kapı flebi uygulandı, iki hasta ise sekonder iyileşmeye bırakıldı (Tablo 2).

Paramedian alın flebi, uygulanan hastaların tümünde nazal dorsumda gross kitlesel lezyon oluşturmuştu, agresif seyirli ve kartilaj destrüksiyonu yapmış olan tümör vardı. Bu lezyonların rezeksiyonu sonrasında defektin onarımında auriküladen konkal kartilaj alınarak flep altında destek doku oluşturuldu.

Serbest deri grefti uygulanan dört hastanın ikisinde greft supraklaviküler bölgeden, ikisinde ise postauriküler bölgeden alındı.

Hastalardan birinde gross ve destrüktif aurikül skuamöz hücreli karsinomu nedeni ile total auriküla amputasyonu ile birlikte yüzeyel parotidektomi ve I-II-III ve IV. bölge lenf nodlarını içeren boyun diseksiyonu uygulandı. Bir başka auriküla karsinomu hastasında ise parsiyel auriküla amputasyonu yapılması gerekli görüldü.

Çoğunluğu dudak skuamöz hücreli karsinomu olguları olan, yedi hastaya boyun diseksiyonu uygulandı. Cildin skuamöz kanserlerinde metastatik lenf nodu varlığı sağkalımı çok kötü etkilediği için, boyun diseksiyonu tedaviyi tamamlayıcı bir modalitedir. Nazal skuamöz hücreli karsinomu olan bir olguda ise ameliyat sırasında gönderilen frozen sonuçlarına göre rezeksiyon genişletilerek total nazal amputasyona gidilmek zorunda kalındı. Bu hastada onarımın nazal protez ile yapılması uygun bulundu.

Lezyonların ameliyat sonrası sonuçları ele alındığında, 49'una SHK, 41'ine ise BHK patolojik tanısı kondu. Ayrıca altı hastada aktinik keratoz, birer hastada ise bazoskuamöz, Bowen hastalığı, likenoid displazi, seboraik keratoz ve verrü-korn tespit edildi. Kırk dokuz SHK tanısılı hastanın 21'i dudak yerleşimli idi.

Tablo 2. Hastalara uygulanan cerrahi teknikler

Cerrahi flep tekniği	Sayı
Bilobe flep	6
Primer kapatma	23
İki taraflı ilerletme flebi	3
İki taraflı hilal ilerletme flebi	2
Serbest cilt grefti	4
Estlander flebi	3
İlerletme flebi	12
Romboid flep	1
Melolabial flep	7
Transpozisyon flebi	5
Vermiliyonektomi	12
Wedge rezeksiyon	11
Glabellar ilerletme flebi	3
Paramedian alın flebi	3
Abbe flebi	1
Yıldızvari eksizyon	1
Sekonder iyileşme	2
Dönen kapı flebi	1
Protez	1
Auriküla amputasyonu	2

Sadece üç hastada cerrahi sınırlarda tümörün devam ettiği bildirildi. Bu hastalardan ikisinde nazal BHK nedeniyle ameliyat uygulanmıştı ve derin cerrahi sınırda tümör görüldüğü bildirildi. Diğer hastamızda ise periferik cerrahi sınırda tümör pozitifliği bildirildi. Bu hastaların yakın klinik takiplerinde cerrahi bölgede nüks deri tümörü henüz tespit edilmedi.

Hastaların periyodik olarak üç, altı ve 12 aylık dönemlerle takipleri devam etmektedir. Mayıs 2009 tarihine kadar yapılan kontrol muayenelerinde hiçbir hastada ameliyat edilmiş primer lezyondan yineleme görülmedi. Çalışma tamamlandığında, tüm hastalarda ortalama takip süresi yaklaşık olarak 47.5 ay (dağılım 37-57) olarak tespit edildi.

TARTIŞMA

Deri lezyonları olan hastaların, öykülerinin, patolojik bilgilerin, kullanılan cerrahi tekniklerin ve fotoğraflarının bilgisayar programında kayıtlanması sayesinde hastaların takibinde ve verilerin değerlendirilmesinde oldukça kolaylık sağlanmaktadır.

Hastalarla ilgili veriler incelendiğinde; ilk gözümüze çarpan özellik erkek hasta sayısının bayanlara göre daha fazla olduğudur. Toplam 89 hastanın 33'ü bayan (%37), 56'sı (%63) erkektir. Literatür bilgileri ile çalışmamızın verilerinde, deri kanserinin erkeklerde bayanlara göre daha fazla olduğu açıkça görülmektedir.[6,7] Erkeklerde fazla görülmesinin nedeni, erkeklerin güneşe maruziyetinin mesleksel nedenlerle bayanlara göre daha fazla olması olabilir. Hastaların yaşları değerlendirildiğinde; ortalama yaş 65.4 (dağılım 41-87) olarak saptandı. Tüm kaynaklarda deri kanserlerinin görülme yaşı ortalaması 60 yaş ve üstü olarak bildirilmektedir.[6-10]

Seksen dokuz hastadan alınan öyküye göre, bu hastaların 14'ünde daha önce yüzün farklı bir bölgesinde deri kanseri tanısı nedeniyle tedavi edilen bir lezyon bulunmaktadır. Bu rakam hastaların yaklaşık %15'inde yüzün bir bölgesinde deri kanseri olmasının, ileri dönemlerde başka bir bölgede deri kanseri gelişebileceğini göstermektedir. Literatürde ilk lezyondan sonraki ilk iki ile beş yıl içinde ikinci bir lezyon görülme riskinin %50'ye kadar çıktığı belirtilmiştir.[11-13]

Deri kanserlerinin etyolojik nedenleri arasında en çok üzerinde durulan faktör güneş ışığına maruziyettir. Güneş ışığına maruziyet özellikle mesleğe bağlı olarak artış göstermektedir. Çiftçiler, denizciler ve balıkçılar bu özellik bakımında en riskli meslek gruplarıdır. Özellikle hastanemiz Ege bölgesi gibi yıl içinde güneşin etkilerinin fazlaca görüldüğü bir bölgede yer aldığından, deri kanserine rastlanma oranının yüksek olacağı tahmin edilmektedir. Bu konuda ulusal bir çalışma bölgesel farklılıkları ortaya koyacaktır. Tüm hastalar ele alındığında, tedavi ettiğimiz 21 hastanın çiftçilikle uğraştığı görülmektedir ve bu 21 hasta toplam hasta sayısının yaklaşık $^1/_4$'ü kadardır.

Hastalarımızın 30'unda sigara ve/veya alkol kullanımı bulunmaktadır. Bu sayı toplam hasta sayısının $^1/_3$'lük kısmını oluşturmaktadır. Sigara ve alkol kullanımı deri kanserinin etyolojik nedenleri arasında yer almamaktadır. Ancak sigara ve alkol kullanan hastaların 15'inin, dudak lezyonu görülen 29 hastanın içinde yer alması, yani dudak lezyonu olanların yaklaşık yarısında sigara ve/veya alkol içimi öyküsü olması anlamlıdır. Dudak kanserinin etyolojik nedenleri arasında ise sigara ve alkol içimi oldukça önemlidir.[14-16]

Seksen dokuz hastada toplam 101 lezyon incelenmiş ve bu lezyonların 32'sinin burun estetik ünitesinde bulunduğu görülmüştür. Tüm lezyonların yaklaşık %31'ini oluşturan burun yerleşimli lezyonlar yüzde en sık tutulum bölgesini işaret etmektedir. Çeşitli kaynaklarda yüz bölgesinde en sık BHK görülen ünitenin %25-30 ile burun olduğu bildirilmektedir.[1,7,8] Squmöz hücreli karsinom ise daha sık skalp ve auriküla süperior kısmında yer alır.[17] Bizim çalışmamızda da diğer kaynaklarda belirtildiği gibi, burun ünitesi deri kanserlerinin en sık görüldüğü bölgedir.

Burun ünitesinde yer alan 32 adet lezyonun, alt ünitelere göre dağılımında, 15 lezyonun görüldüğü ala nazi birinci sırada iken, sekiz lezyon ile nazal dorsum ikinci sıklıkta yeralmaktadır. Bazı kaynaklar burun alt üniteleri içinde ala nazi ve nazal tip bölgelerini en sık lezyon görülen alanlar olarak göstermektedir.[7]

Dudak bölgesinde yer alan 29 lezyonun, 24'ü alt dudaktadır. Dudak lezyonları dışarıda bırakılırsa, burun bölgesinden sonra 15 lezyon ile yanak bölgesi ve 12 lezyon ile alın bölgesi sıklıkta ikinci ve üçüncü sırada gelmektedir. Literatürde de burun ünitesini takiben alın ve yanak ünitelerinin geldiği görülmektedir.[7] Dudak lezyonlarının %80 kadarının alt dudakta olduğu çalışmamızda anlaşılmaktadır. Wilson ve ark.[18] 20 yıllık çalışmalarında dudak kanserlerinin ağırlıklı olarak alt dudağa yerleşik olduğunu bildirmişlerdir. Ezzoubi ve ark.nın[16] yaptıkları çalışmada da aynı bulgu desteklenmektedir.

Sekiz hastada ise deri lezyonunun kulak ünitesinde olduğu ve bunların üçünün helikste, diğer üçünün konkal bölgeye yerleşik olduğu görülmüştür. Kulağın skuamöz hücreli kanserlerine, güneş ışınlarını daha çok alan heliksin süperior kısmında yerleşik olarak rastlandığı, Kwa ve ark.nın[17] yaptıkları araştırmada belirtilmiştir.

Tedavi yöntemleri konusuna baktığımızda, 23 lezyonda primer kapatma uyguladığımız görülmektedir. Primer kapatma yöntemi, yüzde tüm bölgelerde özellikle yüzeyel ve küçük boyutlu tümörlerin rezeksiyonu sonrası oldukça faydalı basit bir yöntemdir. Bu teknikte önemli nokta, diktiğimiz insizyonları, gevşemiş deri gerilim çizgilerine uygun olarak dizayn etmenin önemidir. Ayrıca yara kenarlarına komşu dokuları yeteri kadar serbestleştirerek, dikiş hattında gerilimi azaltmak gereklidir. Primer kapatmaya uygun olmayan büyük defektlerde ise fleple onarım kullanılmaktadır. Uygulanacak flep modelini belirlemede, defektin yerleşim yeri, büyüklüğü, bulunduğu alt ünitenin yapısına dikkat etmek gereklidir.

Nazal dorsumda büyük ve kartilaj destrüksiyonu yapan tümörlerin onarımında özellikle serbest kartilaj ve paramedian alın flebi kullanımı uygun olmaktadır. Bu tekniği üç hastada başarıyla uygulayararak oldukça tatminkar kozmetik görüntü elde ettik. Aynı tekniğin kullanımına ilişkin literatürde çeşitli yayınlar bulunmaktadır.[19,20] Özellikle nazal yan duvar ve ala nazinin küçük boyutlu defektlerinde, bilobe flep ve melolabial flep kullanımı oldukça tatminkar sonuçlar sağlamıştır.[21] Alında santral yerleşimli geniş tümörlerde oluşacak defektlerde iki taraflı ilerletme flebi kullanımı uygundur. Kliniğimizde üst dudağın, büyük ve tam kat olan defektlerinde alar hilal ilerletme fleplerini kullanmaktayız. Bu tekniğin üst dudak defektlerinde kullanımına ilişkin Wang ve ark.nın[22] yayını bizim kullandığımız yöntemi destekler niteliktedir.

Dudağın prekanseröz hastalıklarından olan aktinik keilit lezyonlarında tıbbi tedaviye dirençli olgularda kliniğimizde vermiliyonektomi uygulamaktayız. Bu teknikte vermiliyon hattından lezyonun devam ettiği sınıra kadar olan mukoza rezeke edilir, sonrasında gingivobukkal oluktan taze mukoza eleve edilerek yukarıya kaydırılır ve vermiliyon hattına dikilir. Böylece hastaya taze bir dudak mukozası sağlanmış olur. Bu tekniğin kullanımına ilişkin Satorres Nieto ve ark.[23] ve Manstein ve ark.nın[24] yaptıkları ve tekniğin avantajlarını belirten farklı yayınları bulunmaktadır.

Sekonder iyileşmeyi teknik olarak özellikle nazal tipte ve dudak filtrum bölgesinde küçük boyutta lezyonlarda kullanmayı tercih etmekteyiz. Cordoro ve ark.[25] sekonder iyileşme, serbest deri grefti kullanımı ve primer kapatmayı minimal invazif yöntemler olarak önermişlerdir.

Serbest deri greftleri elde etmek için, retroauriküler deri veya supraklaviküler bölge derisini verici (donör) saha olarak kullanmayı tercih etmekteyiz. Böylece verici alanda oluşan defekti primer kapatmak yeterli olmaktadır. Verici saha tercihinde, defektin büyüklüğü ve verici saha derisiyle alıcı saha derisinin renk uyumunu dikkate almaktayız. Bu serbest deri greftleri konkal bölge, temporal bölge, nazal yan duvar defektlerinde kullanılabilir. Adams ve ark.[26] serbest deri greftlerinin kullanımının, belli yerlerde oldukça verimli olacağını bildirmektedirler.[25,26]

Hastalarımızdan birinde, oldukça agresif yapısı nedeniyle aurikülada destrüksiyon yapan bir skuamöz karsinom lezyonunda total auriküla amputasyonu, parotidektomi ve boyun diseksiyonu uyguladık. Literatürde derinin SHK'lerinde parotis ve boyun lenf nodu yayılımının sık rastlanabilen bir durum olduğu ve birlikte görülmesinin hastalığın gidişatında çok büyük önem taşıdığı belirtilmektedir.[27] O'Brien ve ark.[28] ayrıca parotis bezi yayılımı olan deri kanserlerinde okkült lenf nodu yayılım oranının %30'ların üzerine çıkabileceğini ve bu nedenle boynun tedavisinin, parotis ile birlikte yapılmasının gerekli olduğunu bildirmişlerdir. O.delCharco ve ark.[29] yaptıkları yayında bu hastalarda parotis yayılımlarının rezektabl ise, önce cerrahisi ve sonrasında radyoterapi yapılmasının uygun olacağı bildirmişlerdir.

Tüm lezyonların cerrahi sonrası patoloji sonuçları ele alındığında, 49'unun SHK, 41'inin ise BHK olarak bildirildiği görülmektedir. Skuamöz hücreli karsinom saptanan lezyonların 21'i, yani yaklaşık %42'si dudak yerleşimlidir. Literatürde deri lezyonlarının %60-65'lik büyük kısmının BHK olduğu bilinmektedir. Skuamöz hücreli karsinom ise tüm deri kanserlerinin yaklaşık %30'luk kısmını oluşturur. Deri kanseri insidansının en yüksek olduğu Avustralyadan Staples ve ark.nın[6] yaptığı ülke taramasında insidansa yönelik önemli veriler bunu destekler niteliktedir.[3,6,30,31] Kliniğimizde cerrahi uygulanan cilt kanserlerinin histopatolojik değerlendirilmesinde literatürün aksine SHK'nin, BHK'ye göre fazla olduğu tespit edildi. Bu durumu, kliniğimizin üçüncü basamak hastane olması

dolayısıyla dudak kanseri olan hastaların çoğunun tarafımıza yönlendirilmiş olmasına rağmen, BHK'li hastaların tedavileri ofis ortamında yapılabildiği için çoğunluğunun kliniğe sevkine gereksinim duyulmamış olmasına bağlayabiliriz. Dudak kanseri olan hastaların büyük kısmında lezyonun SHK histolojisinde olduğu bilinmektedir. Dudak kanserleri hariç tedavi ettiğimiz diğer tüm deri kanserlerinin %60'ını BHK oluşturmaktadır.

Sadece üç hastada cerrahi sonrası patoloji sonucunda cerrahi sınırlarda tümörün devam ettiği görüldü. Tüm lezyonlarda rezeksiyon sınırı olarak BHK'lerde ortalama 3-5 mm, SHK'lerde ise 8-10 mm güvenlik sınırına özen gösterildi. Sadece üç hastada sınırlarda tümörün devam ettiğinin görülmesi uygulanan tedavinin oldukça başarılı olduğunu göstermektedir. Hastanemizde Mohs cerrahisi konusunda deneyimli dermatocerrah ve patolog olmadığı için bu teknik kullanılmamaktadır. Bu tekniğin kullanımı ile cerrahi sınırlarda tümör kalmasının önüne geçilebilir.[32-34] Mohs cerrahisi kullanılmasa da, riskli bölgelerde ve agresif tümör varlığında kliniğimizde önemle uyguladığımız ameliyat sırasında gönderilen cerrahi sınır frozen biyopsilerle rezidü kalması engellenmektedir. Özellikle gross tümör varlığında, tümör sınırından itibaren yaklaşık 5 mm'ye kadar mikroskopik tümör yayılımı olabildiğini Choo ve ark.[35] yayınlarında belirtmektedirler. Bu sınır pozitif gelen, yani yetersiz rezeksiyon uygulanan üç hastanın ikisinde tümör nazal orta hat ve birinde ise preauriküler yerleşimliydi. Bu bölgeler tümörlerde yinelemenin zaten en yüksek riskli olduğu bölgeleri işaret etmektedir.[36,37] Rezeksiyonun yeterli olmadığı ve sınırlarda tümör görülen hastalarda yineleme oranları için çeşitli yayınlarda %12-43 arasında oranlar bildirilmektedir.[38-40]

Takip ettiğimiz hastaların hiçbirinde takip süresince lezyon yinelemesi izlenmedi. Hastalarımızın ortalama takip süresi 47.5 ay ve en uzun takip süremiz ise 57 aydı. Rowe ve ark.[41] ile Silverman ve ark.[42] çalışmalarında BHK'lerde eksizyonel cerrahi sonrası beş yıllık takiplerde, küçük lezyonlarda %3-5, büyük lezyonlarda ise %9-10 arasında yineleme olduğunu belirtmektedir. Bazal hücreli karsinomlarda cerrahi sınır pozitifliğinde yineleme görülmesi için ortalama iki yıllık takip yapılmasının gerekliliğini Pascal ve ark.[38] yaptıkları yayında bildirmişlerdir. Skuamöz hücreli kanserlerde ise yinelemelerin %70-85'i ilk iki yıl içinde gözlenmektedir.[43,44] Bizim çalışmamızda henüz yineleme görülmemesi takip süresinin kısa olmasına ve başarılı cerrahi uygulamaya bağlanabilir.

Sonuç olarak, deri kanserlerinin, insidansı sürekli olarak artan ve tüm dünyada en çok görülen kanser türü olması nedeni ile tüm doktorlar tarafından erken tanınması çok önemlidir. Kulak burun boğaz hastalıkları uzmanları açısından ise deri kanserlerinin en fazla baş boyun bölgesinde görülmesi ve çoğunluğunda cerrahi tedavi ve onarım gerektirmesi dikkate alınması gereken özelliklerdir.

Bu nedenlerle, bizim sınırlı sayıda olgumuzdan elde edilen veriler ışığında ve literatür taramasına dayanılarak meslektaşlarımıza, bu lezyonları erken tanıma, cerrahi yöntemleri ve onarım tekniklerini uygulama konusunda teorik bilgiler vermek ve pratik uygulamalarına yardımcı olmak amacı ile bu çalışma yazılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Alkan Z, Çelikoyar M. Baş boyun cildinin melanom dışı kanserleri. In: Engin K, Erişen L, editörler. Baş boyun kanserleri. 21. Bölüm. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2003. s. 547-77.
2. Junqueira LC. Skin. In: Junqueira LC, Carneiro J, Kelley RO, editors. Basic histology. 8th ed. Norwalk: Appleton & Lange; 1995. p. 346-58.
3. Parker SL, Tong T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1996. CA Cancer J Clin 1996;461:5-27.
4. Marcil I, Stern RS. Risk of developing a subsequent nonmelanoma skin cancer in patients with a history of nonmelanoma skin cancer: a critical review of the literature and meta-analysis. Arch Dermatol 2000; 136:1524-30.
5. Brown RO, Osguthorpe JD. Management of the neck in nonmelanocytic cutaneous carcinomas. Otolaryngol Clin North Am 1998;31:841-56.
6. Staples MP, Elwood M, Burton RC, Williams JL, Marks R, Giles GG. Non-melanoma skin cancer in Australia: the 2002 national survey and trends since 1985. Med J Aust 2006;184:6-10.
7. Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology-head and neck surgery. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1998.
8. Stucker FJ, Nathan CO, Lian TS. Cutaneous malignancy. In: Bailey BJ, Calhoun KH, editors. Head and Neck surgery-Otolaryngology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2001. p. 1223-35.
9. Gray DT, Suman VJ, Su WP, Clay RP, Harmsen WS, Roenigk RK. Trends in the population-based incidence of squamous cell carcinoma of the skin first diagnosed between 1984 and 1992. Arch Dermatol 1997;133:735-40.
10. Giles GG, Marks R, Foley P. Incidence of non-melanocytic skin cancer treated in Australia. Br Med J (Clin Res Ed) 1988;296:13-7.
11. Preston DS, Stern RS. Nonmelanoma cancers of the skin. N Engl J Med 1992;327:1649-62.
12. Raasch BA, Buettner PG. Multiple nonmelanoma skin cancer in an exposed Australian population. Int J Dermatol 2002;41:652-8.

13. Bergstresser PR, Halprin KM. Multiple sequential skin cancers. The risk of skin cancer in patients with previous skin cancer. Arch Dermatol 1975;111:995-6.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigar smoking among teenagers-United States, Massachusetts, and New York, 1996. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1997;46:433-40.
15. Wynder EL. Etiological aspects of squamous cancers of the head and neck. JAMA 1971;215:452-3.
16. 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. [Abstract]
17. Kwa RE, Campana K, Moy RL. Biology of cutaneous squamous cell carcinoma. J Am Acad Dermatol 1992; 26:1-26.
18. Wilson R, Jackson J, Rassekh C. A study of squamous cell carcinoma of the lip at West Virginia University Hospitals from 1980-2000. W V Med J 2005;101:217-9.
19. Bulut F, Demir CY. Burun defektlerinin onarımında paramedian alın flebi. Fırat Tıp Dergisi 2003;8:141-3.
20. Brodland DG. Paramedian forehead flap reconstruction for nasal defects. Dermatol Surg 2005;31:1046-52.
21. Cook JL. Reconstructive utility of the bilobed flap: lessons from flap successes and failures. Dermatol Surg 2005;31:1024-33.
22. Wang SQ, Behroozan DS, Goldberg LH. Perialar crescentic advancement flap for upper cutaneous lip defects. Dermatol Surg 2005;31:1445-7.
23. Satorres Nieto M, Gargallo Albiol J, Gay Escoda C. Surgical management of actinic cheilitis. Med Oral 2001;6:205-17. [Abstract]
24. Manstein CH. Vermilionectomy and mucosal advancement. Plast Reconstr Surg 1997;100:1363.
25. Cordoro KM, Russell MA. Minimally invasive options for cutaneous defects: secondary intention healing, partial closure, and skin grafts. Facial Plast Surg Clin North Am 2005;13:215-30.
26. Adams DC, Ramsey ML. Grafts in dermatologic surgery: review and update on full- and split-thickness skin grafts, free cartilage grafts, and composite grafts. Dermatol Surg 2005;31:1055-67.
27. O'Brien CJ, McNeil EB, McMahon JD, Pathak I, Lauer CS, Jackson MA. Significance of clinical stage, extent of surgery, and pathologic findings in metastatic cutaneous squamous carcinoma of the parotid gland. Head Neck 2002;24:417-22.
28. O'Brien CJ, McNeil EB, McMahon JD, Pathak I, Lauer CS. Incidence of cervical node involvement in metastatic cutaneous malignancy involving the parotid gland. Head Neck 2001;23:744-8.
29. delCharco JO, Mendenhall WM, Parsons JT, Stringer SP, Cassisi NJ, Mendenhall NP. Carcinoma of the skin metastatic to the parotid area lymph nodes. Head Neck 1998;20:369-73.
30. Stern RS, Laird N, Melski J, Parrish JA, Fitzpatrick TB, Bleich HL. Cutaneous squamous-cell carcinoma in patients treated with PUVA. N Engl J Med 1984; 310:1156-61.
31. Ziegler A, Jonason A, Simon J, Leffell D, Brash DE. Tumor suppressor gene mutations and photocarcinogenesis. Photochem Photobiol 1996;63:432-5.
32. Lane JE, Kent DE. Surgical margins in the treatment of nonmelanoma skin cancer and mohs micrographic surgery. Curr Surg 2005;62:518-26.
33. Cohen PR, Schulze KE, Nelson BR. Cutaneous carcinoma with mixed histology: a potential etiology for skin cancer recurrence and an indication for Mohs microscopically controlled surgical excision. South Med J 2005;98:740-7.
34. Pennington BE, Leffell DJ Mohs micrographic surgery: established uses and emerging trends. Oncology (Williston Park) 2005;19:1165-71.
35. Choo R, Woo T, Assaad D, Antonyshyn O, Barnes EA, McKenzie D, et al. What is the microscopic tumor extent beyond clinically delineated gross tumor boundary in nonmelanoma skin cancers? Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005;62:1096-9.
36. Levine HL, Bailin PL. Basal cell carcinoma of the head and neck: identification of the high risk patient. Laryngoscope 1980;90:955-61.
37. Roenigk RK, Ratz JL, Bailin PL, Wheeland RG. Trends in the presentation and treatment of basal cell carcinomas. J Dermatol Surg Oncol 1986;12:860-5.
38. Pascal RR, Hobby LW, Lattes R, Crikelair GF. Prognosis of "incompletely excised" versus "completely excised" basal cell carcinoma. Plast Reconstr Surg 1968;41:328-32.
39. Dellon AL, DeSilva S, Connolly M, Ross A. Prediction of recurrence in incompletely excised basal cell carcinoma. Plast Reconstr Surg 1985;75:860-71.
40. Gooding CA, White G, Yatsuhashi M. Significance of marginal extension in excised basal-cell carcinoma. N Engl J Med 1965;273:923-4.
41. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL Jr. Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow-up. J Dermatol Surg Oncol 1989;15:315-28.
42. Silverman MK, Kopf AW, Bart RS, Grin CM, Levenstein MS. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 3: Surgical excision. J Dermatol Surg Oncol 1992;18:471-6.
43. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL Jr. Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. Implications for treatment modality selection. J Am Acad Dermatol 1992;26:976-90.
44. Johnson TM, Rowe DE, Nelson BR, Swanson NA. Squamous cell carcinoma of the skin (excluding lip and oral mucosa). J Am Acad Dermatol 1992;26:467-84.