

Nüks alt dudak kanserlerine yaklaşım

Management of recurrent lower lip carcinomas

Dr. Ömer Genç,¹ Dr. Hasan Mete İnançlı,¹ Dr. Şefik Sinan Kürkçüoğlu,¹
Dr. Ümit Tunçel,¹ Dr. Murat Enöz,² Dr. Mehmet Haksever¹

¹Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye;

²Memorial Hizmet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Bölümü, İstanbul, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada alt dudak kanseri tanısı ile cerrahi, elektrokoagülasyon, kriyoterapi ya da geleneksel lokal tedaviler sonrası lokorejyonel nüks gelişen hastalara uygulanacak tedavi prensipleri tartışıldı.

Hastalar ve Yöntemler: Dr. Abdurrahman Yurtarlan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği'nde, Mart 2002 - Eylül 2007 tarihleri arasında, alt dudak kanseri tedavisi gören ancak takibinde nüks gelişen 16 hastanın (1 kadın, 15 erkek; ort. yaş 58 yıl; dağılım 30-83 yıl) kayıtları geriye dönük olarak literatür eşliğinde incelendi.

Bulgular: İki hasta kendi merkezimizde tedavi alırken, 14'ü dış merkezlerde, birincil tedavi almıştı. Hastalardan dördünde nüks dudakta, dördünde sadece boynunda, kalan sekizinde ise hem dudak hem de boynunda idi. On hastaya ele gelen lenfadenopati nedeniyle radikal veya modifiye radikal boyun diseksiyonu, üç hastaya da ele gelmeyen lenfadenopati nedeniyle supraomohiyoid boyun diseksiyonu yapıldı, geriye kalan üç No boyunlu hastaya ise nüks alt dudak kanseri tanısını takiben eşlik eden ek hastalık nedeniyle boyun diseksiyonu yapılamadı. Ameliyat sonrası birinci yılda yedi hasta (%43) alt dudak kanseri nedeniyle ve üç hasta diğer nedenlerden kaybedildi. Altı hasta ilk iki yıl hastalıklı yaşadı.

Sonuç: Uygulanacak tedavi hastanın sağkalımını önemli ölçüde etkileyecektir. Birincil alt dudak tümörlü hastalar başvurduğunda lokal tedaviler yerine, onkoloji deneyimi olan KBB hekimlerince cerrahi tedavi planlanmalıdır. Lokorejyonel nüks durumunda ise zaman kaybedilmeden cerrahi tedavi planlanmalıdır.

Ahtar Sözcükler: Dudak kanseri; periost rezeksiyonu; yassı epitel hücreli karsinom; tedavi.

Objectives: In this study patients who had locoregional recurrence of lower lip carcinomas after therapies such as surgery, electrocoagulation, cryotherapy or traditional local therapies are discussed.

Patients and Methods: The records of 16 cases (1 female, 15 males; mean age 58 years; range 30 to 83 years) with recurrent lower lip carcinoma admitted between March 2002 and September 2007 to Dr. Abdurrahman Yurtarlan Oncology Training and Research Hospital, Ear, Nose and Throat Department were retrospectively reviewed.

Results: Fourteen patients had been treated in other institutions, while two had been treated in our center. Four of the patients had recurrence in the lip, four patients had recurrence only in the neck, and the remaining eight patients had both lip and neck recurrence. Ten patients received modified radical or radical neck dissection because of their palpable lymphadenopathies, three patients received supraomohyoid neck dissection due to non palpable lymphadenopathies, and the remaining three patients did not have neck dissection because of co-morbid diseases. Seven patients (43%) died in the first postoperative year because of lower lip carcinomas and three patients died because of other reasons. Six patients survived for the first two years without any evidence of disease.

Conclusion: Patient survival will be affected by the applied treatment. For patients with primary lower lip cancers, otolaryngologists experienced in oncology must plan surgery rather than local treatments. In case of locoregional recurrence, immediate treatment should be planned.

Key Words: Lip cancers; resection of periosteum; squamous cell carcinoma; treatment.

Dudak kanserleri, erkeklerde daha sık görülen, 50 ile 60'lı yaşlarda ortaya çıkan, baş boyun bölgesinde sık görülen bir malignitedir.^[1] Baş boyun da, melanomatöz olmayan cilt kanserleri hariç, tüm kanserlerin %12'sini, oral kavite kanserlerinin ise %25-30'unu oluşturur.^[2,3] Alt dudak kanseri ise dudak kanserlerinin %88-98'ini oluşturur.^[2] Bunların %95'inden fazlası yassı epitel hücreli karsinomdur ve %70'i iyi diferansiyedir.^[4,5] Üst dudak kanserleri arasında ise bazal hücreli karsinom sık görülmektedir.^[6]

Güneş ışınına maruz kalma, sigara, kötü oral hijyen, alkol kullanımı en önemli etyolojik etmenlerdir.^[1,7] Alt dudak kanserlerinde tanı sırasında servikal lenf nodu yayılımı olasılığı %2-16 arasında değişmektedir. Erken evre alt dudak kanserlerinin tedavisinde, cerrahi veya radyoterapi benzer iyileşme oranlarına sahiptir.^[8] Tümör sınırlarının ve boyun lenf nodlarının değerlendirilmesi cerrahi tedavinin en önemli avantajlarıdır.^[2] Tedavi sonrasında %5 oranında nüks ve %5 oranında ikinci primer görülebilir.^[1] Tümör çapı, histolojik derecesi, perinöral invazyon, reyonel lenf nodu yayılımı, lokal nüks kötü prognostik etmenlerdir. Lokal veya boyun nüksü durumunda prognoz belirgin şekilde kötü olmaktadır.^[9,10] Bu çalışmada alt dudak kanseri tanısı ile cerrahi, elektrokoagülasyon, kriyoterapi ya da geleneksel lokal yöntemler gibi tedaviler sonrası lokoreyonel nüksü olan alt dudak kanserli hastalara uygulanacak tedavi prensipleri tartışıldı.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Dr. Abdurrahman Yurtarlan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği'nde Mart 2002 - Eylül 2007 tarihleri arasında lokoreyonel nüks alt dudak kanseri nedeniyle daha önce cerrahi veya cerrahi dışı tedavi uygulanmış 16 hasta (1 kadın, 15 erkek; ort. yaş 58 yıl; dağılım 30-83 yıl) çalışmaya alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, risk faktörleri, tümörün alt dudaktaki yerleşim yeri, bölgesel lenf nodlarının durumu, klinik ve radyolojik evreleme, uygulanan cerrahi tedavi ve histopatolojik sonuçları, lokoreyonel nüks ve prognozu incelendi. Hastaların hepsine ayrıntılı kulak-burun-boğaz muayenesi ve fizik muayene yapıldı. Hastalar ameliyat öncesi insizyonel, eksizyonel biyopsi, ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile değerlendirildi. Lokoreyonel nüks eden tümörün yayılımı ve reyonel lenf nodlarının durumu için, ameliyat öncesinde ultrasonografi (USG), panoramik mandibula

grafisi ve gerekli olgularda BT gibi radyolojik incelemeler uygulandı.

Tümörün, klinik ve radyolojik evrenmesi için AJC (American Joint Committee) TNM (Tümör, nodül, metastaz) sınıflaması kullanıldı.^[11] Nüks alt dudak tümörü 1 cm'lik emniyet sınırı bırakılarak tam kat eksizyon ile çıkarıldı. Gerekli görülen olgularda fleple onarım yapıldı. Estlander, Webster, Abbe ya da Karapandzic flepleri kullanıldı. Nüks alt dudak hastalarına, daha önce boyun diseksiyonu uygulanmamış ise tümör tarafında N0, seçilmiş N1 boyna supraomohiyoid, N1, N2, N3 ise radikal veya modifiye radikal boyun diseksiyonu uygulandı. Orta hattı geçen N0 ve seçilmiş N1 nüks alt dudak tümörlerinde iki taraflı supraomohiyoid, klinik N+ hastalara lezyon-orta hat ilişkisine bağlı olarak tek taraflı veya iki taraflı modifiye radikal veya radikal boyun diseksiyonu uygulandı. Bu hastalar da lokal nüks ve boyun nüksü nedeniyle cerrahi tedavi sonrası daha önce radyoterapi almamış, ancak endikasyonu uygun hastalara, radyoterapi uygulandı.

BULGULAR

Hastaların çoğu uzun süreli sigara, alkol kullanıyordu. On hastada kötü oral hijyen, 12 hastada ise uzun süreli güneş ışığına maruz kalma öyküsü bulunmaktaydı. Hastaların 14'ü ilk tedavilerini dış merkezlerde, ikisi bizim merkezimizde, alt dudak karsinomu tanısı ile cerrahi veya cerrahi dışı tedavi [kriyoterapi (n=1), termal ablasyon (n=1), geleneksel yöntemler (n=1)] almakta idi.

Nükslerden dördü dudaktan bağımsız boyun bölgesinde, dördü sadece alt dudakta ve kalan sekizi ise dudak ve boyunda izlendi. Ameliyat öncesinde boyunda metastatik kitle veya alt dudaktan yapılan tanı amaçlı biyopsi sonucu tüm hastalarda yassı epitel hücreli karsinom olarak bildirildi.

Nüks tümörler 13 hastada iyi, bir hastada orta derecede, iki hastada az diferansiyeli idi. Beş hastada klinik ve radyolojik olarak mandibula invazyonu saptandı. Hastaların ilk başvurularındaki birincil tümörün TNM evreleri göz önüne alındığında T1(12), T2(4), T3(0), T4(0) ve boynun klinik ve radyolojik değerlendirilmesinde N0(16), N1(0) ve N2(0) olarak bulundu. Birincil alt dudak tümörü bulunan hastalarda lezyonların yedisi alt dudak sağ komissüre yakın, beşi sol komissüre yakın ve dördü de orta hatta yerleşim göstermekteydi (Tablo 1). Birincil tedavi sonrası lokoreyonel nüks gelişme zamanı üç ile 10 ay arasında (ort. 6.25 ay) değişmekteydi.

Tablo 1. Hastaların birincil tedavi ve TNM bilgileri

Hasta no	TNM	Birincil lezyonun yeri	Birincil tedavi
1	T ₁ N ₀ M ₀	Alt dudak orta hat	Termal ablasyon
2	T ₁ N ₀ M ₀	Alt dudak sağı	Cerrahi
3	T ₁ N ₀ M ₀	Alt dudak sağı	Cerrahi
4	T ₁ N ₀ M ₀	Alt dudak sağı	Kriyoterapi
5	T ₁ N ₀ M ₀	Alt dudak sağı	Cerrahi
6	T ₁ N ₀ M ₀	Alt dudak orta hat	Cerrahi
7	T ₁ N ₀ M ₀	Alt dudak sağı	Cerrahi
8	T ₁ N ₀ M ₀	Alt dudak solu	Geleneksel yöntem
9	T ₁ N ₀ M ₀	Alt dudak solu	Cerrahi
10	T ₁ N ₀ M ₀	Alt dudak solu	Cerrahi
11	T ₁ N ₀ M ₀	Alt dudak solu	Cerrahi
12	T ₁ N ₀ M ₀	Alt dudak orta hat	Cerrahi
13	T ₂ N ₀ M ₀	Alt dudak orta hat	Cerrahi
14	T ₂ N ₀ M ₀	Alt dudak sağı	Cerrahi
15	T ₂ N ₀ M ₀	Alt dudak solu	Cerrahi
16	T ₂ N ₀ M ₀	Alt dudak sağı	Cerrahi

TNM: Tümör, nodül, metastaz.

Hastalar alt dudak insizyonel veya boyun İİAB'si sonrası nüks tanısı nedeniyle ameliyat uygulandı. Alt dudakta nüks tümörü olanlarda en az 1 cm'lik sağlıklı dokuyu da içerecek şekilde kitle eksizyonu uygulandı. Boyunda ele gelen lenfadenopati İİAB'si ile metastatik lenf nodu saptanan hastalara tamamlayıcı klasik radikal veya modifiye radikal boyun diseksiyonu yapıldı. Boyunda ele gelen lenfadenopati İİAB ile metastatik lenf nodu saptanan hastalara tamamlayıcı klasik radikal veya modifiye radikal boyun diseksiyonu yapıldı. On hastaya ele gelen lenfadenopati nedeniyle radikal veya modifiye radikal boyun diseksiyonu ve lenfadenopati ele gelmeyen üç hastaya supraomohiyoid boyun diseksiyonu yapıldı, geriye kalan üç N₀ boyunlu hastaya nüks alt dudak kanseri tanısına karşın eşlik eden ek hastalıklar ve yaşa bağlı anestezi riski nedeniyle boyun diseksiyonu yapılamadı.

Toplam 16 hastadan 10'unda (%62) ele gelen lenfadenopati vardı. Boyun nüksü olan dokuz hastada

(%56) metastatik lenfadenopatinin boyun 1. bölgesinde fikse kitle şeklinde olduğu görüldü. Patolojik örneğin incelenmesinde dört hastada mandibula invazyonu olmadan 1. bölgede tükürük bezi çevresinde metastatik lenfadenopati tutulumu olduğu tespit edildi. Beş hastada mandibulaya invaze tümör görüldü. Perinöral invazyon (n=3), üç metastatik veya daha fazla lenf nodu, kemik tutulumu olan toplam dokuz hastaya ameliyat sonrası adjuvan radyoterapi uygulandı. Boyun nüksleri olan hastalara boyun diseksiyonu radyoterapi sonrası uygulandı. İlk bir yıl içinde yedi hasta (%43) alt dudak kanseri nedeniyle ve üç hasta diğer nedenlerden kaybedildi. Altı hasta ilk iki yıl hastaliksız yaşadı (Tablo 2).

TARTIŞMA

Dudak kanserleri oral kavite kanserleri içinde en sık görülen kanserlerdir. Tüm oral kavite kanserlerinin ¹/₄'ünü oluşturur. Lezyonların %85-93'ü alt

Tablo 2. Nüks yerlerine göre hastaların sağkalım süresi

	Alt dudak nüksü	Boyun nüksü	Alt dudak ve boyun nüksü	Toplam
İlk bir yıl içinde kaybedildi	0	2	5	7
Diğer nedenle kaybedildi	3	0	0	3
	(İleri yaş-riskli)			
Halen izlenen	1	2	3	6
Toplam	4	4	8	16

dudaktan kaynaklanır. Histopatolojisinin %97'sini epidermoid karsinom oluşturmaktadır. Oral kavite kanserlerinde %20 oranında servikal lenf nodu yayılımı görülebilmektedir.^[11,12] Boyun yayılımı varlığında sağkalım önemli ölçüde azalmakta, prognoz kötüleşmekte ve mortalite artmaktadır. Yayılım varlığında, agresif cerrahi tercih edilmelidir. Cruse ve Radocha^[13] 117 olgudan oluşan çalışmalarında servikal yayılımların bulunması durumunda yaşam süresinin %90'dan %50'ye düştüğünü, boyun nüksü gelişen olgularda ise %10'a düştüğünü belirtmişlerdir. Yaptığımız çalışmada boyun yayılımı olan hastaların %50'si takiplerinde ilk bir yıl içinde hayatını kaybetti. Alt dudakta nüks görülmesi durumunda yayılım gelişim riski daha fazla olmaktadır. Çalışmamızda alt dudakta nüksü olan 12 hastadan sekizinde (%66.6) boyun yayılımı gelişti. Etkili bir tedavi için en önemli etmen; estetik ve fonksiyonel olarak başarılı sonuçlara imkan sağlayan erken tanıdır.^[12-14] Oral kavite kanserlerinde tümör büyüklüğü, lenf nodu yayılımı varlığı, invazyon derinliği, perinöral ve vasküler invazyon varlığı, diferansiyasyon, hastanın yaşı ve genel durumu, seçilen tedavi veya tedavi kombinasyonları prognozu etkileyen faktörlerdir.^[15]

de Visscher ve ark.^[16] erken evre alt dudak kanserlerinde radyoterapi ile cerrahi karşılaştırmış ve tümör çapı arttıkça radyoterapi grubunda bölgesel nüksün arttığını gözlemişlerdir. Erken evre lezyonlarda radyoterapi ve cerrahi ile benzer sonuçlar alınmakla birlikte, hangi evrede olursa olsun, tümör sınırlarının değerlendirilebilmesi, nodal durumun belirlenebilmesi, ileri evre lezyonlarda daha yüksek iyileşme oranlarının olması, fonksiyonel veya kozmetik sonuçların iyi olması, hızlı rehabilitasyon sağlanabilmesi ve radyoterapinin erken veya geç komplikasyonlarının olması nedeniyle dudak kanserleri tedavisinde cerrahi tedavi ilk planda önerilmektedir.^[2,17]

Erken evre alt dudak kanserlerinde elektrokoagülasyon, kriyocerrahi ile eksizyon ve radyoterapi uygulanabilmektedir. Bunlarda patolojik örnek elde edilememesi ve tümörün tamamen yok edilmediğinin tam olarak anlaşılabilmesi asıl güçlüktür. Erken evre tümörlerde radyoterapi başarısı tartışılmaz ama boyun lenfatiklerine etkisi tartışmalıdır. Cerrahi, tercih edilmesi gereken tedavi şeklidir.

Çalışmamızdaki üç hastadan biri, cerrahi dışı tedavi olarak, alt dudaktaki lezyon bölgesine makine yağı ile bir aylık geleneksel tedavi denemiş ve

lezyonun geçmemesi üzerine hastaya, dış merkezde (T1N0M0) alt dudak karsinomu tanısıyla kama rezeksiyonu uygulanmış, uygulamadan üç ay sonra hasta, lokal ve mandibulaya fiske kitle ile kliniğimize başvurdu. Diğer bir hastaya da alt dudak sol kesiminde (T1N0M0) iyileşmeyen yara nedeniyle dış merkezde alt dudak kanseri tanısı ile bir dermatolog tarafından kriyoterapi uygulanmış ve mevcut tümör tedavi edilmiş. Tedaviyi takiben dört ay sonra hasta sol mandibulaya fiske kitle ile kliniğimize başvurdu. Bir diğer hastaya da T1N0M0 alt dudak tümörü nedeniyle birincil tedavi olarak radyoterapiyi takiben lezyonun iyileştiği belirtilmiş. Hasta sekiz ay sonra nüks alt dudak kanseri nedeniyle (T2N0M0) kliniğimize başvurdu. Diğer 13 hastada birincil cerrahi tedavi uygulanmasını takiben lokorejyonel nüks gelişti. Kriyoterapi ve geleneksel yöntem uygulanan hastalarda lokorejyonel nükslerin çok agresif seyir gösterdiği görüldü. Bu iki hastada nüksler, üç ve dört ay gibi kısa bir zaman sonra alt dudakta skar bölgesinde ve boyunda 1. bölgede submandibüler alanda fiske kitle (N2) şeklinde kendini gösterdi. Tomografik incelemede bu hastalarda mandibula değerlendirildi ve kortikal tutulum raporlandı. Alt dudak lezyon eksizyonunu takiben boyunda fiske kitlenin olduğu bölgeye radikal boyun diseksiyonu ve hemimandibulektomi uygulanarak, patolojik örnekte her iki hastada mevcut kitlenin metastatik lenfadenopati ile uyumlu olduğu kemik invazyonu ile birlikte perinöral invazyon izlendiği görüldü. Bu hastalardan anlaşılacağı üzere cerrahi dışı lokal girişimler, tümör erken evre olsa bile lokorejyonel nüks durumunda agresif seyir izlemekte ve patolojik örnek incelemede bu hastalarda olduğu gibi iyi diferansiye durumdan nükste orta diferansiye duruma geçebilmekte ve bu durum hastanın yaşam beklentisini olumsuz etkilemektedir. Bu iki hastamız 6-8 aylık bir zamanda hayatlarını kaybetti.

Lokal ve bölgesel kontrol, sağkalımda iki önemli etmendir. Pozitif cerrahi sınır, lokal nüksten sorumludur. Hastanın tedavisi planlanırken iki elle muayene yapılarak tümörün endürasyonuna bakılmalı ve endofitik yayılımı hakkında fikir sahibi olunmalıdır. Endürasyon sınırları lezyondan daha geniş ise eksizyon sırasında endürasyon sınırları göz önüne alınmalıdır. Bu tümörün eksizyon sınırları hakkında daha emin cerrahi sınır oluşturulmasını sağlayabilir. Hala emin olunamıyorsa ameliyat sırasında frozen kesit patoloji incelemesi ile cerrahi sınır değerlendirilmelidir. En az 1 cm cerrahi sınır gözetilerek tümör çıkarılmalıdır. Bazı

kaynaklara göre erken evre (Evre I-II) hastalarında 5 mm cerrahi sınırla çıkarılabilir.^[16] de Visscher ve ark.^[18] birincil rezeksiyon sonrası pozitif cerrahi sınırı olan yedi hastanın takiplerinde üç hastada 58, 72 ve 82 hafta sonra tekrarlayan tümör tespit etmişlerdir. İkinci önemli nokta servikal yayılımdır. Boyunun elle muayenesi ile yalancı pozitiflik oranı %41-79, yalancı negatiflik %30 olarak bildirilmiştir.^[19] Çalışmamızda hastaların yapılan patolojik incelemesinde alt dudak tümörü ve boyun örneğinde cerrahi sınırlar negatif bulundu.

Lokal nüksün birincil lezyonun boyutuyla ilişkili olduğu bildirilmiştir.^[20,21] Lezyonun büyüklüğü arttıkça lokal nüks oranı artmaktadır. İki santimetreden küçük lezyonlarda lokal nüks oranı %12-15 arasında değişmektedir.^[6] Boyun diseksiyonu yapılmayan ve nüks eden hastalarda prognoz kötüdür.^[1] Bizim hastalarımızın ilk başvurularında 12'sinde tümör boyutu T1, dördünde T2 olarak bulundu.

İleri evre tümörlerde mandibula ve ağız tabanı tutulumunda kısmi mandibula rezeksiyonuyla birlikte boyun diseksiyonu da yapılarak tümör enblok rezeke edilir. Mandibula invazyonu, tümürlü yerden dış çekilmesi, rezeksiyon sınırı pozitifliği, servikal yayılım, T3-T4 tümörler yineleme riskini artırır.^[1] Bu çalışmada hastalardan dokuzunun boyun 1. bölgesinde metastatik lenfadenopati tespit edilmesi nedeni ile yapılan radyolojik incelemede (BT, Panoramik mandibula grafisi) beş hastada mandibula kortikal tutulumu izlendi. Diğer dört hastada mandibula tutulumu radyolojik olarak izlenmedi. Mandibulaya yapılan cerrahi girişimler aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 3).

Kanser cerrahisinde lenf yolları ve yayılım sıklığı önemlidir. Alt dudak kanserlerinde yerleşim yerine göre yayılım yapacağı lenf nodları farklıdır. Ancak belirli bir sıra izler. Alt dudak orta kısım tümörleri submental ve submandibüler nodlara yayılım yaparlar. Diğer oral lezyonla-

rın aksine, bu bölgelere yayılım yaptıktan sonra üst, orta ve alt derin servikal bölgelere yayılım olur. Submandibüler ve submental nodlara yayılım olmadan bu bölgelere yayılım olmaz.^[19] Ünsal-Tuna ve ark.^[9] yaptıkları çalışmada 47 alt dudak kanserli hastadan lenf nodu saptanan sekiz hastanın, altısında (%75) yayılım boyunca I. bölge lenf nodlarında, ikisinde ise (%25) I. ve II. bölge lenf nodlarında idi. Bizim çalışmamızda 16 hastanın dokuzunda boyun yayılımı saptandı. Bu yayılımların yedisinin tükürük bezi bölgesinde, ikisinin ise submental bölgede olduğu görüldü.

Alt dudak kanserlerinde cerrahi tedavisi sırasında tümöral doku en az 1 cm'lik cerrahi sınır ile çıkarılırken tabanındaki mandibula periostunun da patolojik örneğe dahil edilmesi ve mümkünse boyun örneği ile beraber enblok olarak çıkarılması onkolojik prensip açısından uygun yaklaşım olacaktır.^[22] Çünkü buradaki lenfatiklerin mandibula periostu ile sıkı bağlantılı olduğu bilinmektedir. Alt dudak lenfatikleri periosta yakın seyrederek ve mental foramene girer. Lenfatikler üst derin juguler ve orta derin juguler nodlara boşalır.^[23] Alt dudak lenfatikleri mandibula periostuna yakın seyrettiğinden mandibula corpusunu örten periost alt kenar dahil edilerek dudak örneği ile birlikte çıkarılmalıdır. Çalışmamızda dış merkezde girişimde bulunulan 14 hastada mandibula periostuna herhangi bir girişimde bulunulmadığı gözlemlendi. Bu hastaların beşinde mandibula yayılımı izlendi ve 10 hastada mandibulektomi ameliyatlarına gereksinim duyuldu. Mandibula invazyonunun olması hastaların morbidite ve mortalitelerinin artmasına neden olmaktadır.^[24,25]

Boyun yayılımı, lokal rezeksiyon sonrası boynu tedavi edilmeyen hastalarda ortalama dokuz ayda (dağılım 3-18 ay) görüldü. Toplam dokuz hastaya radyoterapi verildi.

Çalışmamızda sunulan olgular arasında tümöre komşu mandibula periostunun patolojik örneğe dahil edilmediği olgularda, mandibulayı tutan tümör nüksü oranının yüksek olması, alt dudak kanserlerinin tedavisi sırasında mandibula periostunun tümöre yakın kısımlarının rezeke edilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Mandibula periostu rezeksiyonunun dudak kanserlerinin cerrahi tedavisindeki başarı oranlarına etkisi ile ilgili olarak literatürde yeterli kaynak bulunmaması, makalemizi bilimsel olarak değerli kılmakla birlikte, bu konunun daha kapsamlı çalışmalarda incelenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Tablo 3. Hastalara uygulanan mandibula cerrahi girişimi çeşitleri

Yöntem	Sayı
Hemimandibulektomi	5
Segmental mandibulektomi	3
Marjinal mandibulektomi	2
Yapılmayan	6
<i>Toplam</i>	16

Sonuç olarak, alt dudak kanserleri hangi evrede olursa olsun tedavileri ciddiye alınmalı ve hastaya tanı konulur konulmaz, onkolojik prensiplerden taviz vermeden, yeterli sağlam sınır göz önünde bulundurularak cerrahi tedavi önerilmelidir. Nüks olguları genellikle yetersiz cerrahi tedavi sonucu olmaktadır. Lokorejyonel nüks durumunda tedavi zaman kaybetmeden planlanmalıdır. Sonuçta uygulanacak tedavi protokolü hastanın sağkalımını önemli ölçüde etkileyecektir. Hastalar birincil alt dudak tümörü ile başvurduğunda lokal tedaviler uygulamak yerine, zaman kaybetmeden onkoloji deneyimi olan KBB hekimlerince cerrahi tedavilerinin planlanması gerekmektedir.

Birincil tedavi cerrahi olarak belirlendiğinde lezyonun birincil olarak çıkarılması ile birlikte boyun diseksiyonu sırasında boyun birinci bölge diseksiyonuna mandibula periostunun da dahil edilmesinin lokal nüks oranını azaltacağı kanısındayız. Bu konunun daha fazla olgu sayılarının olduğu kapsamlı çalışmalarla incelenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Wurman LH, Adams GL, Meyerhoff WL. Carcinoma of the lip. *Am J Surg* 1975;130:470-4.
2. Zitsch RP 3rd. Carcinoma of the lip. *Otolaryngol Clin North Am* 1993;26:265-77.
3. Renner GJ, Zitsch RP III. Cancer of the lip. In: Myers EN, Suen JY, editors. *Cancer of the head and neck*. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1996. p. 294-320.
4. Jorgensen K, Elbrond O, Andersen AP. Carcinoma of the lip. A series of 869 cases. *Acta Radiol Ther Phys Biol* 1973;12:177-90.
5. Hendricks JL, Mendelson BC, Woods JE. Invasive carcinoma of the lower lip. *Surg Clin North Am* 1977; 57:837-44.
6. Luce EA. Reconstruction of the lower lip. *Clin Plast Surg* 1995;22:109-21.
7. Baker SR, Krause CJ. Carcinoma of the lip. *Laryngoscope* 1980;90:19-27.
8. Jesse RH. Extensive cancer of the lip. *Surgical therapy*. *Arch Surg* 1967;94:509-16.
9. Unsal-Tuna E, Oksüzler O, Ozbek C, Ozdem C. Surgical management of lower lip cancers. [Article in Turkish] *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2008;18:148-52.
10. Minovi A, Hertel A, Ural A, Hofmann E, Draf W, Bockmuehl U. Is PET superior to MRI in the pretherapeutic evaluation of head and neck squamous cell carcinoma? [Article in Turkish] *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2007;17:324-8.
11. Onerci M, Yilmaz T, Gedikoğlu G. Tumor thickness as a predictor of cervical lymph node metastasis in squamous cell carcinoma of the lower lip. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:139-42.
12. Altinyollar H, Bulut H, Berberoglu U. Is suprahyoid dissection a diagnostic operation in lower lip carcinoma? *J Exp Clin Cancer Res* 2002;21:29-30.
13. Cruse CW, Radocha RF. Squamous cell carcinoma of the lip. *Plast Reconstr Surg* 1987;80:787-91.
14. Lindeløv B, Kirkegaard J, Hansen HS. Squamous cell carcinoma of the oral cavity. An unselected material from a 5-year period. *Acta Oncol* 1990;29:1011-5.
15. Uğurluer G, Ozyurt SC, Aksaray F, Aslan N, Habiboğlu R, Tümöz M. Prognostic factors and survival rates in oral cavity cancers. [Article in Turkish] *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2006;16:64-71.
16. de Visscher JG, Botke G, Schakenraad JA, van der Waal I. A comparison of results after radiotherapy and surgery for stage I squamous cell carcinoma of the lower lip. *Head Neck* 1999;21:526-30.
17. Guney E, Yigitbasi OG. Functional surgical approach to the level I for staging early carcinoma of the lower lip. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;131:503-8.
18. de Visscher JG, van den Elsaker K, Grond AJ, van der Wal JE, van der Waal I. Surgical treatment of squamous cell carcinoma of the lower lip: evaluation of long-term results and prognostic factors-a retrospective analysis of 184 patients. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56:814-20.
19. Kutluhan A, Kiriş M, Kaya Z, Kisli E, Yurttaş V, İçli M, et al. Squamous cell carcinoma of the lower lip and supra-omohyoid neck dissection. *Acta Chir Belg* 2003; 103:304-8.
20. Brown RG, Poole MD, Calamel PM, Bakamjian VY. Advanced and recurrent squamous carcinoma of the lower lip. *Am J Surg* 1976;132:492-7.
21. Creely JJ Jr, Peterson HD. Carcinoma of the lip. *South Med J* 1974;67:779-84.
22. Brown JS, Kalavrezos N, D'Souza J, Lowe D, Magennis P, Woolgar JA. Factors that influence the method of mandibular resection in the management of oral squamous cell carcinoma. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2002; 40:275-84.
23. Zitsch RP 3rd. Carcinoma of the lip. *Otolaryngol Clin North Am* 1993;26:265-77.
24. Villaret AB, Cappiello J, Piazza C, Pedruzzi B, Nicolai P. Quality of life in patients treated for cancer of the oral cavity requiring reconstruction: a prospective study. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008;28:120-5.
25. Kocatürk S, Ozdemir N, Erkam U, Uzun H, Babila A, Oztürk E. Evaluation of occult lymph node metastasis in lower lip cancers and approach to N(0) neck metastasis. [Article in Turkish] *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2002;9:41-5.