

YÜZ BÖLGESİNDEKİ DERİ KANSERLERİ VE CERRAHİ TEDAVİSİ

Dr. Yaşar ÜNLÜ*
Dr. Refik CEMİLOĞLU**
Dr. Şerif Ali TEKALAN***

ÖZET : Bu çalışmada 68 hastadaki toplam 72 deri kanseri incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, tümörün yerleşim yeri, histolojik tipi ve lenf bezi tutulması araştırıldı. En sık görüldüğü yaş dönemi 5'nci, 6'ncı dekadlardı. Hastaların 36'sı erkek, 32'si kadındı. 72 deri kanserinin 48'i basal hücreli karsinom, 21'i epidermoid karsinom ve 3'ü nadir görülen malign tümörlerdi.

Lezyonların çoğu bilhassa burunda olmak üzere yüzün orta bölgesindeydi. Cerrahi tedavi metodları gözden geçirildi.

CUTANEOUS MALIGN NEOPLASMS OF THE FACE AND THEIR SURGICAL TREATMENT

SUMMARY : In this study, a total of 72 malignant skin lesions were examined in the series of 68 patients. Age, sex, histologic type, location of tumor and regional lymph node involvement were investigated. The peak of the age was in the 5 th and 6 th decades. There were 32 females and 36 males. Of the 72 cutaneous tumors, there were 48 basal cell carcinomas, 21 epidermoid carcinomas and 3 miscellaneous cutaneous neoplasms. The majority of lesions was localized to the mid - face, especially to the nose. Methods of surgical treatment are reviewed.

KEY WORD. Skin cancers, surgical treatment, face

MATERYAL VE METOD : Bu çalışmada Eylül 1983 - Mart 1986 tarihleri arasında deri kanseri nedeniyle K.B.B. polikliniğine müracaat eden 68 hastadaki 72 lezyona cerrahi müdahale yapıldı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, tümörün histolojik tipi ve lokalizasyonu, lenf metastazının olup olmadığı, eksizyon sonucu meydana gelen defek-

(*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı Uzmanı

(**) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı Doçenti

(***) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı Doçenti.

tin kapatılmasında uygulanan rekonstruksiyon metodu kaydedildi. Ameliyat öncesi ve sonrası hastaların fotoğraf ve slaytları çekildi. Hastaların üçüne genel, diğerlerine lokal anestezi altında müdahale yapıldı. Uzun sürecek vakalar diazem ile sedatize edildi. Zefiran ile saha temizlendikten sonra citanest, jetocain vs. ile lokal anestezi yapıldı. Hastaların hepsine aynı anda rekonstruksiyon uygulandı. Primer olarak kapatılamayan defektlerde lokal flepler kullanıldı. Postoperatif dönemde hastalara bir hafta süreyle antibiyotik ve gerekli oldukça kullanılmak üzere analjezik verildi, günlük pansuman yapıldı. Hastalar 1'inci yıl 3, daha sonra 6 aylık kontrollere çağrıldı.

BULGULAR : Hastaların 36'sı erkek, 32'si kadındı ve yaş ortalaması basal hücreli karsinomlu hastalarda 60, epidermoid karsinomlu hastalarda 62,7 idi. En sık görüldüğü yaş dönemi 5'inci, 6'ncı dekanlardı. Basal hücreli karsinomlar kadınlarda fazlaydı, epidermoid karsinomlar ise erkeklerde iki kat daha sıkı (Tablo I).

TABLO I : BASAL VE EPİDERMOİD KARSİNOMLARIN YAŞ VE CİNSE GÖRE DAĞILIŞI

		30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	Toplam
Ca Ep.	Kadın	1	4	8	10	2	1	26
	Erkek	2	—	5	8	6	1	22
Ca Ba.	Kadın	—	—	2	3	—	2	7
	Erkek	—	1	6	3	3	1	14

Sekiz hastaya daha önce küretaj ve koterizasyon uygulandığı öğrenildi. 61 hastadaki 65 lezyona total eksizyon yapıldı. 7 lezyonda ise sadece biopsi alındı.

Histopatolojik inceleme sonucu 72 lezyonun 48 (% 66.6)'i basal hücreli Ca, 21 (% 29.6)'i epidermoid Ca, 3 (% 4.1) ü ise diğer nadir görülen tümörlerdi.

Anatomik bölge olarak tüm kanserlerin % 53.6'sı basal hücreli karsinomlar olup, bunların % 71'i yüzün 1/3 orta bölgesindeydi (Tablo II). Epidermoid karsinomların ise dudak ve kulaktan sonra en sık görüldüğü yer burundu ve bu bölgede basal hücreli karsinomlar epidermoid karsinomlardan altı kat daha fazlaydı.

TABLO II : YÜZDEKİ DERİ KANSERLERİNİN ANATOMİK DAĞILIŞI VE PATOLOJİK TİPLERİ

	Basal	%	Epidermoid	Diğerleri	Toplam	%
Nasal Bölge	25	55.5	4	—	29	42.0
Maksiller Bölge	7	15.5	1	—	8	11.6
Frontal Bölge	3	6.7	—	—	3	4.4
Dudak	1	2.2	8	—	9	13.0
Mental Bölge	3	6.7	—	—	3	4.4
Temporozigomatik Bölge	3	6.7	1	—	4	5.8
Auricular Bölge	2	4.4	5	3	10	14.5
Preauricular Bölge	1	2.2	2	—	3	4.4
Yüzde Yaygın Lezyonlar	3					

Auricula kanseri olan 12 hastadan sadece birisi kadındı ve tümör lokalizasyonunda heliks ilk sıradaydı. Nadir görülen malign deri tümörlerinin hepsi auriculadaydı ve epidermoid karsinom basal

hücreli karsinomdan daha fazlaydı (Tablo III).

TABLO III : AURİCULAR VE PERİAURİCULAR KARSİNOMLARIN LOKALİZASYON VE PATOLOJİK TİPLERİ

Helix	E(1), B(1), MM(1), S. Ca(1)
Scaphoid	F.S.(1)
Posteromedial	E(2)
Preauricular	B(1), E(2)
Lobule	B(1), E(1)
Concha	E(1)
E : Epidermoid Ca	B : Basal Cell Ca
F : Fibrosarcoma	MM : Malign Melanoma
S. Ca : Sebaceous Ca	

Lenfadenopati yönünden incelendiğinde; auriculadaki 6 lezyonda klinik olarak lenfadenopati mevcuttu. Bunlardan ikisinde (bir basal Cell Ca ve bir fibrosarkom) lenfadenopatinin reaktif ol-

duğu anlaşıldı. Diğer 4 hasta ise müdahaleyi kabul etmedikleri için incelenemedi. Dudak karsinomlarında sadece bir vakada submandibuler lenfadenopati vardı ve lezyonun en büyük olduğu vakadaydı. Bunun da reaktif olduğu tesbit edildi. Diğer bölgelerdeki basal hücreli ve epidermoid karsinomlarda lenfadenopati yoktu.

Lezyonları eksize ederken küçük, ekzofitik basal hücreli karsinomlarda 4 - 5 mm, ülseri olanlarda 7 - 10 mm, epidermoid karsinomlarda 8 - 10 mm cerrahi sınır kullanıldı. Total eksizyon yapılan 65 lezyonun 7'sinde histopatolojik inceleme sonucu cerrahi sınırlarda tümör olduğu tesbit edildi. Bunların birisi hariç hepsi yüzün 1/3 orta bölgesindeydi ve burnun kırıkdağı kısmı ilk sıradaydı. Histolojik olarak bir epidermoid, altı basal hücreli karsinom vardı.

Epidermoid karsinomlu hasta 6 ay sonra nüks nedeniyle müraaat etti ve yapılan ikinci eksizyonda histolojik olarak cerrahi sınırlar sağlam bulundu. Bir yıl sonra yapılan kontrolde nüks görülmedi. Eksizyonun yetersiz olduğu basal karsinomlu vakaların üçü bir yıl, birisi 6 ay takip edildi, ikisi ise kontrole gelmedi. Bu süreler içinde hiçbirisinde nüks görülmedi. Defektlerin kapatılmasında kullanılan teknikler Tablo IV'te görülmektedir.

TABLO IV : DEFEKTLERİN KAPATILMASINDA KULLANILAN METODLAR

Burun	greft (2), frontal orta hat flepi (2)
apeks	nasolabial flep (9), frontal orta hat flep
ala	(2), primer (1), greft (1)
dorsum	Primer (2), kaydırma flepi (3)
Maksiller Bölge	glabellar flep (5)
Frontal Bölge	Kaydırma flepi (7), rotasyon flepi (1)
Temporozigomatik	Primer (2), rotasyon flepi (1)
Bölge	Primer (3)
Mental Bölge	Primer (3)
Dudak	Nasolabial flep (1)
Kulak	V eksizyon (5), W (2), Abbe - Estlander (1), lobulektomi (1), postauricular flep (2)

Auricula karsinomu olan 3 hastada sadece biopsi yapıldı. Auricula amputasyonu yapılan bir hastaya süperfisyal parotitektomi ile birlikte mastoidektomi yapıldı.

TARTIŞMA : Deri kanserleri insanlarda en sık görülen malignite çeşitidir ve hastaların % 12'sinde deri kanseri bulunur (2). Burun deri kanserlerinin en sık görüldüğü yerdir ve tüm deri kanserlerinin % 27'si burunda bulunur (3). Biz bu oranı % 42 bulduk. Histopatolojik olarak basal hücreli karsinom çoğunluktadır. Basal hücreli karsinomlar bazı çalışmalarda (5) erkeklerde, bazılarında (9, 16) ise kadınlarda fazla bulunmuştur. Biz de kadınlarda daha fazla bulduk. Basal hücreli karsinomların yüzdeki anatomik dağılışında en sık görüldüğü yer yüzün 1/3 orta bölgesidir (9, 16). Bizim çalışmamızda bu oran % 71 idi. Epidermoid karsinomlar alt dudak, kulak ve yüzün üst yarısında bulunur.

Yüzün orta bölgesi basal hücreli karsinomların en sık nüks ettiği yerdir (11). Bizim çalışmamızda da eksizyonun yetersiz olduğu 7 vakadan 6'sı bu bölgedeydi. Burada nüks oranının yüksek oluşu ile ilgili olarak; deri ve deri altı dokusunun ince olması, periost ve perikondriuma yakın bulunması (11), burnun kıkırdak yapısının tümör sınırlarının tesbitini güçleştirmesi (12) sebep olarak gösterilirken Panje ve Ceilley (13) kanserlerin yayılması ile yüzün 1/3 orta bölgesindeki embriyolojik birleşme yerleri arasında yakın ilişki olduğunu göstermişlerdir. Levine ve Dailin'e (11) göre nüks ihtimali fazla olan basal hücreli karsinomlar; histolojik alt grubu morphea (sklerozan), adenoid olanlar, yüzün orta bölgesi ile kulak ve kulak önünde bulunan lezyonlardır. Basal hücreli karsinom vakalarımızdan bir tanesi epidermoid komponentler ihtiva ediyordu.

Auriculadaki lezyonlar deri kanserlerinin % 6'sını oluşturur (6, 7). Biz, bu oranı % 18,9 bulduk. Bailin ve ark. (1) auriculada basal hücreli karsinomu, bazı yazarlar (4, 8) ise epidermoid karsinomu daha fazla bulmuşlardır.

Bizim çalışmamızda ise epidermoid karsinomlar fazlaydı. Bloke ve Wilson (4) regional lenf metastazını % 12 olarak bildirmektedir. Biz klinik olarak auricula karsinomu olan 6 hastada lenfadenopati tesbit ettik ve ikisinin histolojik inceleme sonucu reaktif olduğu anlaşıldı.

Primer olarak kapatılamayan defektlerde lokal flepler tercih edilmektedir çünkü bunlar greftten ve uzak fleplerden daha iyi görünüm sağlamaktadır. Kemik veya kıkırdığın açıkta olduğu ve-

ya bunlara ait defektlerde de flep kullanılmalıdır. Greftler ise bilhassa burun ucu ve auricula ön yüzündeki küçük defektleri kapatmakta tercih edilmekte ve nüks durumunda eksize edilmesi gereken skar dokusu daha az olmaktadır. Bizde burun ucundaki üç cilt defektinde postauricular bölgeden alınan greft kullandık. Burun kökündeki defektleri kapatmak için glebellar flep, burun kanadındaki defektlerde nasolabial flep (9), maksiller bölgedeki defektlerde ise kaydırma flep (16) uygundur. Auricula heliksindeki küçük lezyonlar V eksizyon yapılarak primer olarak kapatılır (4, 10). Geniş lezyonlar auricula amputasyonu, mastoidektomi ve temporal kemik rezeksiyonunu gerektirebilir. Klinik olarak lenf bezi tutulmuşsa superfisyal parotitektomi ile birlikte radikal boyun diseksiyonu yapılmalıdır. Biz 4 vakada V eksizyon, 2 vakada auricula amputasyonu yaptık. Bunlardan basal cell Ca olan birisine superfisyal parotitektomi ile birlikte mastoidektomi yaptık. Dudağın 1/3'ü kadar olan defektlerde V insizyon çok iyi sonuç verir (14, 15, 16). Dudağın yarısı kadar olan defektlerde dudak çevirme seçilecek en iyi metottur. Tama yakın defektlerde ise en fazla nasolabial flep veya bunun çeşitleri kullanılır. Klinik olarak lenf metastazının bulunması halinde bunların tedavisi dudak karsinomunun tedavisinden, 3 hafta sonraya kadar geciktirilebilir (15). Proflaktif boyun diseksiyonu yapılmalıdır. Biz 9 hastadan 5'ine V eksizyon, ikisine W eksizyon yaparak kapattık. Bir hastada nasolabial flep kullandık, bir hastada ise Abbe - Estlander tekniği ile dudak çevirdik.

Yaptığımız bu çalışmada basal hücreli karsinomları kadınlarda, epidermoid karsinomları ise erkeklerde daha fazla bulduk. Lezyonların % 66,6'sını basal hücreli karsinomlar, % 29,6'sını epidermoid karsinomlar % 4,1'ini ise diğer nadir görülen malign tümörler oluşturmaktaydı. Tüm deri kanserlerinin % 53,6'sı, basal hücreli karsinomların % 71'i yüzün 1/3 orta bölgesindeydi ve yetersiz cerrahi eksizyonun en fazla görüldüğü yer başta burun olmak üzere yüzün orta bölgesindeydi. Deri kanserlerinin cerrahi tedavisinde primer olarak kapatılamayan defektlerin lokal fleplerle rahatlıkla kapatılabileceği ve özellikle ilk eksizyonda son derece dikkatli olunması gerektiği kanısına vardık.

54 y. K. : BASAL HÜCRELİ KARSİOM.



A : Ameliyat öncesi,



B: Ameliyat sonrası

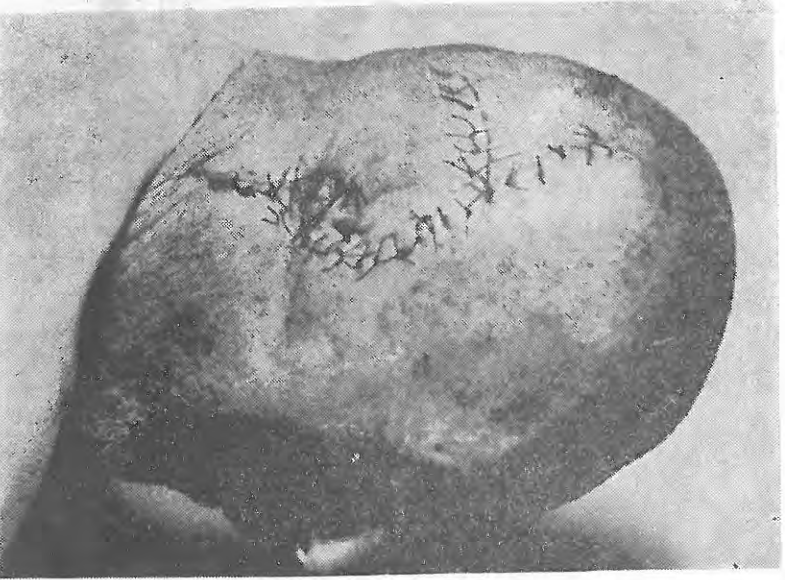


54 y. K : Basal hücreli karsinom.

FIBROSARKOM



75 y erkek : A : Ameliyat öncesi,



B : Ameliyat sonrası.

KAYNAKLAR

1. Bailin PL, Levine HL, Wood BG, et al : Cutaneous Carcinoma of the Auricular and Periauricular Region. Arch Otolaryngol 106 : 692-696, 1980.
2. Baker SR, Swanson NA : Management of Nasal Cutaneous Malignant Neoplasms. An Interdisciplinary Approach. Arch Otolaryngol 109 : 473-479, 1983.
3. Binder SC, Cady B, Catlin D : Epidermoid Carcinoma of the Skin of the Nose. Am J Surg 116 : 506-512, 1968.
4. Blake GB, Wilson JSP : Malignant Tumours of the Ear and Their Treatment. Br J Plast Surg 27 : 67-76, 1974.
5. Bostwick J, Vasconez LO, Jurkiewicz MJ : Basal Cell Carcinoma of the Medial Canthal Area. Plast Reconstr Surg 55 : 667-676, 1975.
6. Bumsted RM, Ceilley RI : Auricular Malignant Neoplasms Identification of High - Risk Lesions and Selection of Method of Reconstruction. Arch Otolaryngol 108 : 225-231, 1982.
7. Bumsted RM, Ceilley RI, Panje WR, et al : Auricular Malignant Neoplasms When is Chemotherapy (Moh's Technique) Necessary ? Arch Otolaryngol 107 : 721-724, 1981.
8. Grabb WV, Smith JW : Plastic Surgery. London, J & A Churchill 1968, pp 590-593.
9. Griffith BH, Mc Kinney P : An Appraisal of the Treatment of Basal Cell Carcinoma of the Skin. Plast Reconstr Surg 51 : 565-574, 1973.
10. Hammond V : Affections of the External Ear. In Ballantyne J, Groves J : Scott - Browns' Diseases of the Ear, Nose and Throat. London, Butterworths 1979, Vol 2, pp 93-114.
11. Levine HL, Bailin PL : Basal Cell Carcinoma of the Head and Neck : Identification of the High - Risk Patient. Laryngoscope 90 : 955-961, 1980.
12. Mohs FE : Chemosurgical Techniques. Otolaryngol Clin North Am 15 : 209-223, 1982.
13. Panje WR, Ceilley RI : The Influence of Embryology of the mid - face on the Spread of Epithelial Malignancies. Laryngoscope 89 : 1914-1920, 1979.
14. Panje WR : Lip Reconstruction. Otolaryngol Clin North Am 15 : 169-178, 1982.
15. Smith PG, Muntz HR, Thawley SE : Local Myocutaneous Advancement Flaps. Alternatives to cross lip and distant flaps in the reconstruction of ablative lip defects. Arch Otolaryngol 108 : 714-718, 1982.
16. Sundell B, Gylling U, Soivio AI : Treatment of Basal Cell Carcinoma by Plastic Surgery. Acta Chir Scand 131 : 249-253, 1966.