

T. C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Kulak Burun Boğaz
Anabilim Dalı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

Yüz Cildi Kanserlerinin Cerrahi Tedavisi ve Rekonstrüksiyon Metotları

(İHTİSAS TEZİ)

Dr. Cafer YİĞİT

T. C.	
DİCLE ÜNİVERSİTESİ	
KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	0036512
Tasnif No.	616.5
	456
	1983

DİYARBAKIR, 1983

İ Ç İ N D E K İ L E R

Sayfa No:

1-GİRİŞ.....	1
2-GENEL BİLGİLER.....	3
3-MATERYAL ve METOT.....	24
4-BULGULAR.....	26
5-TARTIŞMA.....	34
6-SONUÇ.....	36
7-ÖZET.....	37
8-LİTERATÜR.....	38

GİRİŞ

Günümüzde teşhis ve tedavi olanaklarının oldukça gelişmiş olmasına rağmen kanserin teşhis ve tedavisi bir sorun olmaktan tamamen kurtulmuş değildir. Gerek kanser etyolojisinin tam olarak aydınlatılamaması ve kanser türlerinin oldukça fazla olması tedavi sorununun çözülmesini güçleştirmektedir. Buna rağmen bugün için kanser teşhis ve türlerinin tayin ve tedavisinde pek çok kolaylıklar sağlanmış bulunmaktadır.

Tıp mensupları için güncelliğini koruyan kanserler içinde gerek sayı gerekse görünüm yönünden cilt kanserleri önemli bir yer işgal etmektedir. M.D. Anderson(2) Kanser Hastanesinde dört kanserliden birinin cilt kanseri olduğu ve Teksasda iki bin kişiden birinde cilt kanseri olduğu ve bu cilt kanserlerinin yüzde doksanının baş-boyun sahasında lokalize olduğu bildirilmiştir(2). Memleketimizde de yapılan araştırmalarda Erzurum bölgesinde tespit edilen kanserlerin % 18,66 sının, Diyarbakır bölgesinde % 18,67 ve Ankara Onkoloji Hastanesinde yapılan araştırmada ise % 30,4 olarak tespit edildiği bildirilmiştir(12,16,11). Dünya Sağlık Teşkilatı 1940-1941 yılları arasında yaptığı bir araştırmada yüz cildi kanserlerinin diğer bütün kanserlerin % 26 sını teşkil ettiğini bildirmiştir(8).

Yukarıda belirttiğimiz gibi kanserler içerisinde önemli yeri olan yüz cildi kanserlerinin yüzde meydana getirdikleri fiziki ve estetik bozukluklar hastaları ruhsal yönden de etkilemektedir. Bu bakımdan yüz cildi kanserlerinin doğurduğu psikolojik ve sosyolojik faktörler hayli önem kazanmaktadır.

Bugün için cilt kanserlerinin cerrahi eksizyonla temizlenmesinin en iyi netice veren tedavi şekli olduğu kabul edilmektedir(28,13).

Bölgemizde de sık rastlanan bir durum olması nedeniyle yüz cildi kanserlerinin cerrahi tedavi metotlarını incelemek gereğini duyduk. Bu çalışmamızda amacımız:

1-Bölgemizde yüz cildi kanserlerinin dağılımlarını, lokalizasyonlarını ve histopatolojik türlerini saptamak.

2-Ameliyatı uygun olan olguları cerrahi metotlarla eksize edip defektlerin kapatılmasını ve diğer tedavi metotlarıyla karşılaştırmak.

3-Bulguların bu konuda yapılan çalışmalarla mukayeselerini amaçladık.

GENEL BİLGİLER

Bilindiği gibi epiteliyal dokunun anormal çoğalmasıyla karakterli tümöral oluşumlara kanser denilmektedir. Bütün tümörlerde olduğu gibi burada doku fonksiyonları gerilerken diğer dokular aleyhine hücrelerin anormal çoğalması söz konusudur. Yüzün deri kanserleri meydana getirdikleri organik tahribatları yanında yüzde oluşturdıkları şekil bozukluklarıyla da önem kazanırlar. Yüz cildi kanserleri özellikle güneş ışığına fazla maruz kalan kişilerde daha sık görülmektedir. Aynı zamanda malign tümörlerin en çok görülenleridir. Lokalize oldukları yerlerde uzun zaman kalırlar. Gelişmeleri yavaş olup geç metastaz yaparlar(28,20). Cilt kanserlerinin etyolojisinde dolayısıyla yüz cildi kanserlerinin etyolojisinde güneş ışını, kimyasal maddeler, röntgen ışınları, scar ve kronik ülserasyonlar, pigmentasyon, heredite, yaş ve seksin rol aldığı bildirilmektedir(28,2,9).

Güneş ışını : Cilt kanserlerinin el, yüz gibi güneş gören kısımlarda ve dünyanın belirli coğrafik bölgelerinde açıkta çalışan insanlarda fazla oluşu cilt kanseri etyolojisinde güneş ışınlarının etkin olduğunu göstermektedir. Keza 1. Dünya Savaşı sırasında güneşe fazla maruz kalmış kişilerde 10-15 yıl sonra deride dejenerasyonların görüldüğü tespit edilmiştir. Yapılan deneysel çalışmalar 2800-3200 Amstrong dalga boyları arasındaki ultraviyole ışınlarının etkin olduğunu ortaya koymuştur. Amerikanın Teksas bölgesinde ve ülkemizde Orta Anadolu bölgesinde cilt kanseri insidansının yüksek olması buraların fazla güneşli olmasına bağlanmıştır(28,8,24). Bütün bunlara rağmen güneş ışınının ne şekilde normal bir hücreyi dejenerasyona sevk ederek maligneştirdiği bilinmemektedir.

Kimyasal maddeler : Bazı arsenik türevleri ve karoten yağı gibi kimyasal maddelerin deneysel olarak cilt kanseri oluşumunda etkili oldukları gösterilmiştir. Bugün için yağ rafinerilerinde çalışan işçilerin ciltlerinde kanser teşekkülü daha sık görülmektedir(9).

Röntgen ışınları : Gerek röntgen tedavisinde çalışan hekim ve personelde gerekse radyoterapi gören hastalarda zamanla cilt kanserlerinin görülmesi röntgen ışınlarının cilt kanseri etyolojisinde etkili olduğunu göstermektedir. Radyoterapi gören hastalarda tedaviden bir müddet sonra tedavi sahası cildinde prekanseroz değişikliklerin oluştuğu tespit edilmiştir(23).

Skar ve kronik ülserasyonlar : Bilhassa yanık skarlarında ve kronik ülserasyon sahalarında zamanla cilt kanserlerinin ortaya çıktığı görülmektedir. Özellikle ciltte bulunan kronik ülserasyonların tedavi maksadıyla kimyasal maddelerle irrite edilmesi ülserasyon zemininde kanser oluşumunu hızlandırmaktadır.

Pigmentasyon : Yüz cildi kanserlerinin sarışın olanlarda esmerlerden daha sık görülmesi pigmentasyonun cilt kanserleri üzerinde koruyucu etkisi olabileceğini göstermektedir. Bazı otörler Negro 'lardaki düşük cilt kanseri insidansını melanin pigmentinin koruyucu etkisine bağlamaktadırlar(8).

Hereditite : Deri kanserlerinin meydana gelişinde hereditenin de etkili olabileceği ve babadan çocuğa resessif olarak geçebileceği kabul edilmekte ise de bu durum kesin olarak aydınlatılmış değildir.

Yaş ve seks : Yapılan bir çok araştırmada cilt kanserlerinin en çok görüldüğü yaşı 65 olduğu bildirilmiştir. Bilhassa burun cildi kanserlerinin 50-60 yaşları arasında daha fazla görüldüğü saptanmıştır(7). Senilite ile birlikte subkutan dokunun atrofiye uğrayarak incelməsi

kan akımını azaltmakta ve cilt beslenmesini kısıtlamaktadır. Beslenmesi bozulan cilde güneş ışığı gibi eksternal iritanların etkisi sonucu cildin tabiatında dejeneratif değişmelerin husule geldiği kabul edilmektedir. Keza yaşlılıkla birlikte değişen metabolik aktivite de cilt karakterinin bozulmasında rol alır(24,3). Yapılan araştırmalarda cilt kanserlerinde seks tercihi dikkati çekmemekle beraber burun cildi kanserlerinin erkeklerde daha çok görüldüğü ifade edilmiştir(27). Cilt kanserlerinin karsinoma insitu şeklinde 40 yaşlarında başladığı, uzun süre bu potansiyellerini muhafaza ederek 50-60 yaşları arasında aktif hale geldikleri kabul edilmektedir(10).

Yüz cildi kanserlerinin gelişmeleri ve semptomları değişik özellik gösterir. Bazı tümörler cilt yüzeyine doğru yani dışa doğru gelişerek ekzofitik görünüm kazanırlar. Bazıları ise cildin derin tabakalarına doğru ilerliyerek ve üzerleri ülserleşerek krater manzarası alırlar. Cilt kanserlerinde tipik lezyon nodül tarzında başlar ve zamanla büyüyüp yayılır. Cilt lezyonları 3-4 haftalık tedaviye cevap vermiyorsa mutlaka maliniteden şüphe edilmelidir. Nodül şeklinde başlayan cilt kanserleri zamanla tabanları kırmızı, granüler ülserasyon şekline dönüşür ve üzerleri kabuklanır. Ülserlerin kenarları tipit olarak yukarıya doğru kalkıktır. Bazı cilt kanserlerinde ülserasyon olmadan verrüköz gelişmeler görülebilir. Squamous cell karsinomalarda gelişme diğer cilt kanserlerine göre daha hızlı seyredir. Genellikle bu tür lezyonlarda sekonder enfeksiyon mevcuttur. Basal cell kanserlerde ise gelişme daha yavaştır. Bütün bunlara rağmen cilt kanserlerinin gelişmeleri genellikle yavaştır(8). Yüz cildi kanserlerinde lokalizasyon daha çok burunda olmakta sonra sırasıyla yanak cildi, angulus nazoorbitalis, göz kapakları ve sulkus nazolabialis gelmektedir.

Larson ve arkadaşları(17) yüz cildi kanserlerinde % 27 oranında burun lokalizasyonu,İsaksonn(14) ise % 32 oranında burun lokalizasyonu bildirmiştir.Memleketimizde yapılan iki ayrı araştırmada ise yüz cildi kanserlerinin % 41 ve % 58 gibi yüksek oranlarda buruna lokalize oldukları bildirilmektedir(26,23).Literatürlerde alın cildinde de lokalizasyonların görüldüğü ifade edilmektedir.

Yüz cildi kanserlerinde klinik olarak tanı koymak mümkün ise de diğer bütün tümörlerde olduğu gibi kesin tanı için lezyondan biyopsi yaparak histopatolojik inceleme şarttır.Tümörlerde histopatolojik inceleme için materyal ya insizyon biyopsisi şeklinde ya da eksizyonla total çıkarılarak alınmalıdır.Malign melanomalar başta olmak üzere irritasyonla yayılma ve metastazları hızlanacak tümörlerde insizyon biyopsisi yapılmayıp tümör total çıkarılarak incelenmelidir. Keza 1 cm. çapından küçük tümörlerde de biyopsi yapılmayıp total çıkarılarak tetkik edilmelidir.Çapı 1 cm.den büyük tümörlerde ise insizyon biyopsisi tercih edilmeli ve biyopsi tümör dokusuyla birlikte sağlam dokuyu da ihtiva edecek şekilde alınmalıdır.Aynı zamanda biyopsiler tümörün invazyon derecesini gösterecek derinlikte olmalıdır.Hematojen yayılmayı önlemek için malign melanom şüphesi olan olgularda tümör eksizyonu için lokal anesteziğin kullanılmaması tavsiye edilmektedir.

CİLT KANSERLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

A-Görünüşlerine göre

B-Histolojik tiplerine göre

Görünüşlerine göre:

- 1-Ekzofitik(papillamatöz) tip.
- 2-Ülseratif tip(infiltratif, ulkus rodens).
- 3-Intraepidermal tip.

Histopatolojik tiplerine göre:

- 1-Squamous cell ca.(yassı epitel ca.)
- 2-Basal cell ca.
- 3-Baso-squamous cell ca.
- 4-Maliğn melanomalar.
- 5-Sebase gland karsinomları.
- 6-Prekanseroz lezyonlar.

Ayrıca yüzün cilt kanserleri klinik olarak büyüklüklerine, çevre dokulara invazyonlarına ve metastazlarına göre üç devreye ayrılırlar(6). Bu sınıflandırmanın tedavi şeklinin saptanmasında önemli rolü vardır.

Birinci devre: Çapı 3 cm. den küçük ve derine infiltrate olmamış kanserleri kapsar.

İkinci devre: Çapı 3 cm. den büyük cilt altı dokulara infiltrate olmuş fakat bölgesel lenf nodüllerine metastaz yapmamış kanserleri kapsar.

Üçüncü devre: Çapı 3 cm. den büyük, derin dokulara infiltrate olmuş ve bölgesel lenf nodüllerine metastaz yapmış tümörleri kapsar. Birinci ve ikinci devrelere dahil tümörlerde tümörün cerrahi olarak çıkarılması çoğu zaman tedavi için yeterli olmaktadır. Üçüncü devrede ise tümörün cerrahi olarak çıkarılması yanında bölgesel lenf nodüllerinin de temizlenmesi ve post-operatif devrede radyoterapi uygulanması gerekmektedir.

Cilt kanserleri TNM sistemine göre de sınıflandırılabilir.

T-Birincil tümör.

TIS İnvazyon öncesi karsinom (carcinoma in situ)

T0 Birincil tümör bulunmaması,

T1 En büyük boyutuyla 2 cm. veya daha az olan tümör, kesinlikle yüzeysel veya ekzofitik,

T2 En büyük boyutuyla 2-5 cm. arasında bulunan tümör veya büyüklük dikkate alınmaksızın dermisin minimal infiltrasyonu,

T3 En büyük boyutuyla 5 cm. den fazla olan tümör veya büyüklük dikkate alınmaksızın dermisin derin infiltrasyonu,

T4 Kıkırdak, kas veya kemik gibi diğer yapıları da kapsayan tümör.

N-Bölgesel lenf bezleri,

Ellenebilir lenf düğümlerinin metastaz kapsayıp kapsamadıkları konusundaki düşüncelerini klinisyen kayıtlayabilir.

N0 Ellenebilir lenf düğümü bulunmaması,

N1 Hareket ettirilebilir homolateral lenf düğümleri,

N1a Metastaz kapsadıkları düşünülmeyen lenf düğümleri,

Nab Metastaz kapsadıkları düşünülen lenf düğümleri,

N2 Hareket ettirilebilir kontrateral veya iki taraflı lenf düğümleri,

N2a Metastaz kapsadıkları düşünülmeyen lenf düğümleri,

N2b Metastaz kapsadıkları düşünölen lenf düğümleri.

Mo Uzak metastaz varlığına değin delil bulunması,

M1 Birincil tümörün bulunduğı bölgenin lenf düğümlerinden ötede uzak metastazların veya birincil tümör sınırlarından 5 cm.den daha uzakta satellit nodüllerin varlığı.

Yüzün cilt kanserleri içinde en çok göröleni Basal cell karsinomalardır. Bunların da en çok lokalize oldukları yer burun cildidir. McCombs(28) baş-boyun kanserlerinin % 60 ının Basal cell ve % 30 nun Squamous cell karsinom olduğunu bildirmiştir. Conley(7) ise cilt kanserlerinin % 87 sinin Basal cell karsinom olduğunu ifade etmiştir. Dr. Poyraz(23) Erzurum bölgesinde yaptığı araştırmada Basal cell karsinom oranını % 55 olarak saptamıştır. Yüz cildi kanserlerinde ikinci sırayı Squamous cell karsinomalar almaktadır. Yüz cildi kanserleri arasında Squamous cell karsinom oranını Dr. Poyraz(23) % 13, Conley(7) ise % 9 olarak bulduklarını ifade etmişlerdir. Görölme sıklığına göre bunları Baso-squamous cell karsinomalar, Maliğn melanoma ve sebace gland karsinomalar takip eder. Baso-squamous cell karsinomalarda histopatolojik olarak Basal cell ca. ve Squamous cell ca. bir arada bulunur. Maliğn melanomların nevüs hücrelerinden kaynaklandıkları ve genellikle junctional nevüslerden geliştikleri kabul edilir. Maliğn melanomların ortaya çıkmasında travma ve kronik irritasyonların önemi büyüktür.

Deri gland ve adnekslerinden kaynaklanan cilt kanserlerinin başında Sebace gland karsinomalar gelir. Bunlar cilt kanserleri içerisinde de son sıralarda yer alır. Dr. Poyraz(23) yaptığı bir araştırmada cilt kanserleri içerisinde % 3,5 oranında Sebace gland karsinoma tespit ettiğini bildirmiştir.

yüz cildinin prekanseröz lezyonları malign değişme gösteren fakat cilt bazal membranını yırtarak derinlere infiltre olmamış epidermis içinde sınırlı yerleşim gösteren lezyonlardır. Bunlar arasında lökoplaki, senil keratozis, röntgen ve radyum dermatitisleri, kseroderma pigmentozumu saymak mümkündür(2).

Yüz cildi kanserlerinde nüksler metastazlardan daha erken ortaya çıkarlar. Yapılan araştırmalarda tedaviden sonra 5 yıl içinde % 75-95 oranında şifa temin edildiği bildirilmektedir(20,17). Nüksler genellikle yetersiz bir insizyon ve başarısız bir radyoterapi sonucu ortaya çıkarlar. Gibbon(13) iyi bir cerrahi tedaviden sonra %2, radyoterapi-den sonra ise % 8,5 oranında nüks olduğunu söylemektedir. Yüz cildi kanserlerinin cerrahi olarak çıkarılmalarından sonra nüksler genellikle 6 ay ile 2 yıl içinde ortaya çıkar. Metastazlar ise çok geniş alanlara yayılmış ve hekime müracaatta geöiken hastalarda görölmektedir. Cilt kanserlerinin tedavisinde bugün için uygulanan tedavi şekilleri şunlardır:

- 1-Lokal ilaç tedavisi,
- 2-Radyoterapi,
- 3-Elektrokoter veya elektrokoagölasyonla tahrip,
- 4-Cerrahi tedavi.

Lokal ilaç tedavisi: Bilhassa nüks eden Basal cell kanserlerde kullanılmaktadır. Bu metot lezyona çinko klrit pomadı sürölerek sağlam dokü zeminine ulaşılıncaaya kadar tümörün satıhtan itibaren tabaka tabaka kesilmesi esasına dayanır. Ancak sıkıcı ve tahrip edici olması nedeniyle bugün kullanılmamaktadır(6).

Radyoterapi : Bugün için diğer kanser tedavilerinde olduğu gibi cilt kanserlerinin tedavisinde de başarı ile uygulanan bir metottur. Cerrahi tedavi ile mukayese edildiğinde hangisinin daha elverişli olduğu konusu halen kesin bir sonuca bağlanmış değildir. Son yıllarda cerrahi tedaviden sonra radyoterapi uygulanması tavsiye edilmektedir. Röntgen ışınlarının tümör dokusunu iki şekilde etkilediği kabul edilmektedir.

A-Işının tahrip edici etkisi,

B-Işının tümör hücrelerinin gelişmesini durdurucu etkisi.

Röntgen ışınlarının tümör hücrelerine bu etkilerinin yanı sıra Epiteliomaların stromasında bağ dokusu ve damarlar üzerine tenbih edici etkisi olduğu saptanmıştır. Bu tenbih damar cidarlarında proliferasyona yol açarak zamanla damarların tıkanmasına sebep olur. Bu şekilde Epiteliomanın beslenmesi bozularak ortadan kalkması mümkün olabilmektedir.

Cilt kanserlerinde lezyonun yeri, türü ve devresine göre genellikle 4000-8000 Rad arasında ışın tatbik edilmektedir. Radyoterapi yalnız başına genellikle inoperabl vakalarda uygulanmaktadır. Radyoterapiden 10-20 yıl sonra primer kanser ile ilgisi olmayan yeni bir cilt kanserinin husule gelmesi mümkündür(23). Röntgen ışınlarının kanser etyolojisinde rol almaları bu görüşü doğrular. Bu bakımdan radyoterapi dozu iyi ayarlanmalıdır. Conley(7) 51 vakada radyoterapiden 10-20 yıl sonra yaptığı araştırmada bilhassa burunda olmak üzere dejeneratif değişiklikler husule geldiğini bildirmiştir. Bu sebeplerden dolayı radyoterapi cerrahi tedavinin uygulanamadığı inoperabl kanserlerde ve yüksek nüks gösteren olgularda uygulanmalıdır.

Radyum da deri kanserlerinin interstisyel ve yüzeysel tedavisinde başarı ile kullanılmaktadır.

McCombs(28) M.D. Anderson Hastanesinde aşağıdaki şartlarda radyoterapi uygulandığını bildirmektedir.

1-Genel anesteziyi veya anestezi maddeyi alamayanlar,

2-Cerrahi müdahale ile husule gelen defektlerin giderilemeyeceği olgular,

3-Yaş ve genel durumları çok seanslı operasyona müsait olmayanlar. Bugünkü gözlemlere göre radyoterapi uygulanacak olgular aşağıdaki özelliklere göre tayin edilmelidir:

1-Yaşlı ve genel durumu operasyona müsait olmayanlar,

2-Yok geniş ve infiltrate lezyonu bulunan olgular,

3-Cerrahi tedaviyi müteakip nüks ve metastaz gösteren olgular,

4-Genel anesteziye tahammül edemeyecek veya anesteziyi kabul etmeyen olgularda,

5-Lezyonun göz kapağı, iç kantus ve ala naziye lokalize olduğu ve kozmetik problemlerin doğabileceği olgularda,

6-Ameliyatı kabul etmeyen olgularda.

Yapılan araştırmalar radyoterapi uygulanan sahalarda talenjektazi, deri atrofileri, skar ve nekrozlar gibi istenmeyen nekrozların ortaya çıktığını göstermiştir. Radyasyon netrozu radyoterapinin başarılı olması için gerekli görülmektedir(13).

Elektrokoter |: Çok küçük yüzeysel lezyonlar elektrokoterle kolayca çıkarılırlar. Keza bu lezyonları elektrokoagülasyonla da kolaylıkla tahrip etmek mümkündür. Prekanseroz cilt lezyonlarında ve küçük Basal cell karsinomalarda işe yarayan ve uygulanması kolay olan bir metottur.

Cerrahi tedavi |: Bugün için cilt kanserlerinin tedavisinde olgular iyi seçildiği takdirde % 98 oranında iyi sonuç alındığı, bilhassa güneşe maruz kalan hastalarda cerrahi tedavi uygulanmasının uygun olduğu bildirilmektedir(28,13).

Cerrahi tedavide başarı tümörün mümkün olduğu kadar geniş eksize edilmesine bağlıdır. Cerrahi tedaviden önce hasta premedikasyonu yapılmalıdır. Converse(8) premedikasyonun şu şekildi yapılmasını tavsiye etmektedir.

1-Anesteziden 90 dakika önce 50-100 mg. Barbitürat verilmesi,

2- 8-10 mg. arasında Morfin sülfat veya 50-100 mg. arasında Meperedin verilmesi,

3-Ameliyattan bir saat önce İ.M. veya subcutan 0,4-0,6 mg. Atropin sülfat verilmesi. Atropin sülfat hem sekresyonu azaltır hem de refleks aktivitesini kontrol altına alır.

4-Preoperatif ve postoperatif olarak trankilizanlar verilebilir. Bu trankilizanlar barbitürat ve narkotiklerin etkilerini arttırırken bulantı ve kusmaları da önlerler.

Ameliyat edilecek hastalarda genel ve lokal anesteziden herhangi biri seçilebilir. Lokal anestezinin komplikasyonları yok denecek kadar azdır. Aynı zamanda ekonomik olması, kolay uygulanabilmesi ve kansız bir sahada çalışmayı sağlaması tercih nedenlerindendir. Lokal anestezi, lezyonun çevresine subkutan olarak yapılmalıdır. Lezyon geniş ise ilgili sahayı innerve eden sinirlerin blok anestezisi de yapılmalıdır.

Lokal anestezide % 1 lik Novokain, % 1 lik Xylokain ve % 2 lik Citanest solusyonları kullanılabilir. Bu solusyonların % 0,00125 oranında Adrenalinli olması kanamayı azalttığı gibi anestezi süresini de uzatır.

Cerrahi tedavi yukarıda belirtildiği gibi başarılı bir tedavi metodu ise de uygulanacak olgularda aşağıdaki şartlar aranmalıdır.

1-Lezyon çok geniş ve derin dokulara infiltrate olmamalı,

2-Lezyon eksizeyonla tam çıkarılabilmelidir,

3-Lezyon yerinde estetik bir defekt kalmıyacak şekilde cerrahi yöntemlerle kapatılabilir olmalı,

4-Olgular operasyona ve anesteziye müsait olmalıdırlar.

Operatör ne kadar yetenekli olursa olsun hastane koşullarını göz önüne alarak müdahalede bulunmalıdır.Müsait olmayan olguları olanakları daha geniş servislere bırakmalıdır.Çünkü cilt kanserlerinde tam başarı ilk operasyona bağlıdır(10).Cilt kanserlerinde operasyon şekli tümörün özelliğine göre saptanmalıdır.Tümör büyük ve cilt altı dokulara infiltrasyon ise insizyon hududu tümör sınırından en az 1 cm.uzaklıkta olmalıdır(20).Keza Squamous cell kanserler gibi malignite potansiyeli yüksek olan tümörlerde de yukarıdaki duruma dikkat edilmelidir.Cilt altına infiltrasyon tümörlerde eksizyon tümör hücresi kalmıyacak şekilde derin yapılmalıdır.Tek ve küçük lezyonlarda ise eksizyon sınırı tümörden 0,5 cm.uzaklıkta olabilir.Multicentric basal cell kanserlerde olduğu gibi multipl tümör vakalarında geniş eksizyonlar gerekebilir.

Cerrahi olarak tümör eksizyonu ile meydana gelen cilt defektleri bugün için aşağıdaki yöntemlerle kapatılmaktadır.Bazı otörler bu defektlerin 6 hafta sonra yeterli bir eksizyonun yapıp yapılmadığının kontrolünü takiben kapatmayı benimsemişlerse de çoğunluk uygun bir teknik ile hemen kapatılmasını uygun görmektedir(8).

1-Primer sütür,

2-Flep çevrilmesi,

3-Serbest deri grefi.

Çok küçük lezyonlarda tümörün cerrahi olarak çıkarılmasından sonra oluşan defekt yara dudaklarının karşılıklı olarak dikilmesi suretiyle kapatılabilir.Primer sütürasyonda defektin mekik şeklinde olmasına ve yara tabakalarının karşı karşıya gelmesine dikkat etmek gerekir.Primer sütürle kapatılamayan ya flep çevrilerek ya da serbest deri grefi ile kapatılır.

FLEP: Altındaki dokulardan ayrılmış fakat nakledildiği yere adapte oluncaya kadar kendini besleyen kan damarları ile bağlantısı kesilmeyen pedikül şeklindeki cilt altı dokularını da ihtiva eden cilt parçasıdır.

Flepler pediküllü oldukları ve beslenmeleri orijinal damarları ile sağlandığı için enfeksiyona karşı dirençli olup taşındıkları yere daha çabuk uyum sağlarlar. Defektin daha çabuk kapanmasını sağlarlar. Greflere göre bandaj ve tazyike ihtiyaç göstermeden defekt sahasının kenarlarına doğrudan suture edilebilirler. Bu üstün özellikleri yanında bariz nedbe bırakmaları ve bazı durumlarda fonksiyona engel olucu durumların ortaya çıkması mahzurları da vardır. Bugün için flepler genel özelliklerine göre iki bölümde incelenmektedirler:

A-Lokal flepler: Defektin yanından uygun cilt kısmından çevrilen fleplerdir. Lokal fleplerde flep pedikülünü her zaman kesmek gerekmez. Eğer arada sağlam deri kalmışsa alın ca nazolabiyal fleplerde olduğu gibi pedikülü sonradan kesmek gerekir. Lokal fleplerin şu avantajları vardır. Bunlar :

1-Direkt olarak suture etmenin mümkün olmadığı sahalarda dokutansiyonun azaltılması,

2-Açık kemik, sinir, tendon gibi sahalara sağlıklı bir örtme tennini,

3-Cilt gerginlik hatlarını veya nedbe dokusunun gerginliğini ve ya yönünü değiştirmek,

4-Diğer kapakma usulleriyle kapatmanın elverişsiz olduğu vakalarda kullanılmasıdır.

Lokal flepler genel olarak üç kısımda incelenir.

1-Kaydırma flepler :Defekt doğrultusunda düz olarak kaydırılan fleplerdir.Defekt çevresinde cildin bol ve gevşek olduğu kısımlarda uygulanır.Erişkin ve yaşlılarda uygulanması kolaydır.Defekt yönünde bulunan deri,defekt genişliğinde ve birbirine paralel insizyonlarla serbestleştirildikten sonra defekte doğru çekilir ve karşılıklı kenarları dikilir.Bazan flep maksimum derecede çekildiğinde pedikül kaidesinde iki taraflı köpek kulağı şeklinde cilt kabarıklığı oluşabilir.Böyle durumlarda bu kısımlar üçgen tarzında çıkarılır.Kaydırma flepler burun sırtı ve iç kantus tümörlerinde kullanılan seçkin bir metottur.Bazan kaydırma flepler "Z"plastiği ile de yapılabilir.

2-Yer değiştirme flepler : Bu tip fleplerde doku gerginliğinin azaltılması yanında flebin bir yerden başka bir yere taşınması da söz konusudur.Defekte komşu cilt belirli bir açı dahilinde defekt sahasına kaydırılır.Daha çok burun çevresi cerrahisinde kullanılan bu flepler alından hazırlanır.Bu tip fleplerde flep pedikülü olup,pedikül daha sonra donör sahadan ayrılır.

3-Döndürme flepler : Bunlar geniş transpoze flepler olup genellikle sekonder bir defekt bırakmazlar.Flebin genişliği defektin distalinde kalan flep kenarının kavisli ve geniş bir hat şeklinde planlanarak kesilmesiyle temin edilir.Flebin rotasyonunu kolaylaştırmak için pedikülün distal kenarından kendisine kısa bir insizyon yapılır.Bu tip flepler bilhassa yanak defektleri için uygundur.

B-Distant flepler:Vücutta defkten uzak bir bölgeden kaldırılan ve defekt sahasına taşınan cilt parçalarıdır.

Flepler ayrıca direkt ve indirekt diye de ayrılabilirler.Direkt flepler hazırlanır hazırlanmaz alıcı sahaya taşınırlar.İndirekt olanlar ise hazırlandıktan sonra birkaç seansta defekt sahasına getirilirler.

GREFT : Vücudun herhangi bir yerinden alınan ve orijinal yeri ile hiç bir bağlantısı kalmayan, açık yara yüzeyine konulan ve orada altındaki dokulardan gelişen, damarlarla beslenen deri parçalarıdır.

Serbest deri grefi : Deri trasplantasyonları cerrahinin eski bir uğraşı bölümünü teşkil etmektedir. Araştırmalar M.Ö. 7. ve 8. asırda eski Mısır ve Hindistanda deri transplantasyonları üstüne çalışıldığını göstermektedir. Daha sonraları bu konu üzerine Persler, Grekler, Araplar ve İtalyanlar eğilmişlerdir. Eski Romada Celsus M.S. 1. yüzyılda dokuların transplante edilebileceğini ve bunların yeni yerlerinde hayat bulacağını söylemiştir. Hipokratik ekole bağlı olan Golen M.S. 2. yüzyılda kulak, burun ve yüz defektlerinin düzeltilmesi usulünü bildirdi.

Avrupada plastik cerrahi üzerine çalışmalar rönesanstan sonra gelişmeye başladı. Bologna'lı bir cerrah olan Togliacozzinin 16. yüzyılda yayınladığı eser uzun yıllar cerrahinin temel taşı olarak kabul edilmiştir. 19. asırda büyük ilerlemeler görülmüş, açık cilt lezyonları serbest deri grefleri ile kapatılarak tedavi edilmiştir(23).

20. yüzyılda bilhasa 1. dünya savaşı ve sonrası serbest deri grefleri üzerinde önemli gelişmeler olmuştur. 1919 da Davis tarafından yayınlanan plastik cerrahi kitabı ilk müsbet eserdir. Keza Brown McDovel tarafından yayınlanan 'Skin Grating' adlı eser cilt transplantasyonları ile ilgili tüm tekniklerin ve bilgilerin dünyaya yayılmasına yol açmıştır(23).

Serbest deri greflerinde klasifikasyon greftin biyolojik karakterlerine göre veya greftin teknik özelliklerine göre yapılmaktadır.

A-Biyolojik karakterlerine göre:

- 1-Autograft,
- 2-Homograft,
- 3-Heterograft.

B-Teknik özelliklerine göre:

1-Kısmi kalınlıkta serbest deri greftleri

(split thickness skin grafts)

a-Reverdin usulü ince gömme cilt grefi

b-Davis usulü kalın gömme cilt grefti

c-Ollier-Thiersch usulü ince yayma cilt grefti

d-Blair usulü kalın yayma cilt grefti

2-Tam kalınlıkta serbest deri greftleri

(Full thickness skin grafts)

3-Kompozit greftler

(Composite grafts)

Autograft : Nakledilecek doku parçası orijinal yerinden kısmen veya tamamıyla ayrılmış ve aynı şahıs üzerinde diğer bir bölgeye transplante edilmiştir. Bu gün için cilt transplantasyonlarında en çok kullanılan ve başarı şansı yüksek olan bir metottur.

Homograft : Aynı cins organizmalar arasında birinden diğerine doku nakledilmesidir. Örneğin: cilt, böbrek, kornea nakli gibi, Bu gün için tıpta gittikçe önem kazanan bir transplantasyon türüdür.

Heterograft : Değişik cins organizmalar arasında yapılan doku ve organ nakillerini kapsar.

Reverdin usulü ince gömme cilt grefti: İlk defa 1869 da Reverdin tarafından yapılmış ve tarif edilmiştir. Bu tip greftlerde verici sahan ince bir iğne ile epiderm parçası kaldırılır. Mümkün olduğu kadar

ince küçük parçalar kesilir.Bu greftlerin çapı 2-3 mm. olup uygulanacak sahaya 4-5 mm. aralıklarla dizilir.Üzerine vazelinli gas konulup bir petle kapatılır.Bir hafta sonra yara açılır,on beş gün sonra da yaranın tamamen kapanmış olduğu görülür.Bugün için bu metot modifiye edilerek dermatomlarla dört köşe greftler alınarak uygulanabilmektedir. Dermatomi:Saç traş makinesi gibi iki taraflı,kısa mesafede hızla ve kuvvetle gidip gelen,bıçakları olan ve kesme derinliği ayarlanabilen elektrikli veya manuel bir alettir.Muhtelif çeşitleri vardır.Greft alınacak yere vazelin sürüldükten sonra aletin tatbikinin faydalı olacağı tavsiye edilmektedir.Derinlik ayarlama yeri ile alınacak greftin kalınlığı tayin edilebilir.

Davis usulü kalın gömme cilt grefti :İlk defa 1914 yılında Davis tarafından uygulanmış ve tarif edilmiştir.Bu metotda greftler yara üzerine 5-6 mm. ara ile gömülür.Greft alınması Reverdin usulündeki gibidir.Ondan farklı olarak kalınlıkları biraz daha fazladır.Bunların enfeksiyonlara dirençleri daha az olup taşındıkları yerde daha belirgin iz bırakırlar.Bu bakımdan kapalı yerlerde uygulanırlar.

Ollier-Thiersch usulü ince yayma cilt grefti :Reverdin'in tarif ettiği cilt greftlerine benzer tipte fakat daha büyük olarak alınan greftlerdir.Bunlar yüzeysel epitel tabakalarından ibarettirler.Bu tip greftler bir müddet sonra taşındıkları yerde kontraksiyona uğrayarak daralmakta ve büzüşen kısım kalınlaşmaktadır.Genellikle renk itibariyle daha soluk bir görünüm arzederler.Kalınlıkları 0,2 mm.kadardır.

Blair usulü kalın yayma cilt grefti:Thiesch usulündeki fena kozmetik neticeleri gören Blair 1929 yılında daha kalın greftlerin konulmasını teklif ederek uygulamaya geçti.Cilt kalınlığının 2/3 sini ihtiva eden greftler kullanılmaya başlandı.Bunlar konuldukları yerde büzüşmedikleri gibi renk değişimi de göstermediler.Tümör cerrahisinde

geçici kapatmalar için uygun greftler olup bazı hallerde kesin kapatmalarda da kullanılabilir. Bu tip greftler tümörlerde nüks başlar başlamaz görme olanağı sağlar. Borçbakan(6) bu tip greftlerin 0-020 inch kalınlığında alınmasını tavsiye etmektedir.

Tam kalınlıkta serbest deri grefti: İnce greftlerin kozmetik neticelerinin iyi olmaması ve kontraktibiliteleri sebebiyle bilhassa yüzde 1875 yılında wolfe bütün cildi kalınlığınca kullanmayı denemiş ve başarılı sonuçlar almıştır. Kalınlıkları 0,8mm ve 1 mm. kadardır(21). Bu metotda deri derm ve epidermle birlikte altındaki yağ tabakalarından temizlenerek alıcı sahaya dikilir. Burada vaskülarizasyon, greft nispeten kalın olduğundan daha geç teşekkül eder. Buna karşılık neticede normal deri elde edilir. Bu tip greftler enfeksiyona daha az dirençli olup geniş yüzeyleri örtmede başarılı değildir. Çapları en fazla 4 cm. olmalıdır. Graft taşındığı sahaya yerleştirildikten sonra 0,5 cm. aralıklarla suture edilmeli ve üzerine vazelin sürülerek kapatılmalıdır. Lore(19) bunlarda Furacin likit kullanmayı tavsiye etmektedir. Bu tip greftler kaydırma veya pedikül fleplerin kullanılmadığı yerlerde ve burun Basal cell kanser defektlerinde ve defektlerin kesin tamirinde tavsiye edilmektedir. Gençlerde ve kadınlarda iyi sonuçlar vermektedir.

Kompozit greftler: 1943 yılında Gillian tarafından uygulama alınma konulmuş ve bir veya iki tarafında deri, deri altı dokusu ve ortasında kıkırdak ihtiva eden greftlerdir. Bu tip greftlerde donör olarak ekseriya kulak sayvanı seçilir. Bunun dışında septum kartilajı, göz kapağı da kullanılabilir. Kompozit greftlerin bir seansta yapılma, renk ve kalınlık sorunu yaratmama, revaskülarizasyona imkan sağlama ve verici sahada sekonder bir defekt bırakmama gibi avantajları vardır(4).

Kompozit greftlerin başarılı olması için greft eninin 1 cm.den fazla olmaması gerekir. Alıcı sahada hemostaz yapılırken katgüt kullanılmamalıdır. Granülasyon varsa temizlenmelidir. Graftın iç yüzü 4/0 kromik katgütle, dış yüzü 5/0 veya 6/0 atravmatik ipekle 6 mm. aralıklarla dikilmelidir. Graft dikilirken kesinlikle pensle tutulmamalı, hafifce iki parmakla tutulup dikilmelidir. Üzeri vazelinli ve Furacin Likitli gas ile baskı yapmadan kapatılmalıdır.

Greftlerde sargı : Bazı deri greftlerinde yatak ile greft arasındaki teması sağlamak için ve greft altında oluşabilecek hematomların önlenmesi için baskılı sargılar kullanılır. Baskılı sargı greftte yeterli fibrin fiksasyonunu sağlar. Bunlarda baskılı sargı greftin bütün kenarlarından bırakılan uzun ipek sütürlerle ve üzerine konacak bir pet vasıtasıyla sağlanmalıdır. Bu şekilde greft kenarları açık kalabilmekte ve sağlam cilt kısımlarından granülasyonun kolaylıkla gelişmesi sağlanmaktadır.

Greftte ameliyat sonu bakım : Ameliyat sonrası antibiyotik verilmelidir. Yara en erken 24 saat sonra açılmalıdır. Ağrıya karşı analjezikler verilmelidir. Yara açıldıktan sonra yara üzerinde ağrı, ateş ve sızıntı yoksa pansuman yapılarak kapatılır. Bu ilk açma 48 saat sonra da yapılabilir. 5. gün pansuman tekrar açılır ve baskılı sargı kaldırılır. Bu manevra esnasında grefti yerinden oynatmamaya dikkat etmelidir. Son olarak vazelinli gas kaldırılır ve greft tetkik edilir. Eğer kan, serum birikintileri varsa bunlar sivri bir bistüri ile delinerek aspire edilir. Tekrar vazelinli gas konularak yara kapatılır. Ameliyatın 7. günü sütürler alınır ve 2 gün için yara tekrar pansumanla kapatılır.

Cilt transplantasyonlarında görülen değişiklikler :

1-Plazma sirkülasyon safhası: Bu safha 24-48 saat sürer. Transplantasyondan hemen sonra alıcı saha kapillerlerinde bir dilatasyon oluşur.

plazma eksudasyonu meydana gelir. Bu plazma eksudasyonu kısa zamanda fibrin eksudasyonuna dönüşür. Fibrin grefti alıcı sahaya tespit ettiği gibi yeniden teşekkül edecek damar endotel proliferasyonu için bir iskelet vazifesi görür. Alıcı saha kapillerlerinden çıkan lökosit ve eritrositler trasplantın interstisyel mesafesini istila eder.

2-Vaskülarizasyon safhası : Genellikle 18 saat sonra alıcı sahada endotel proliferasyonu ile tüpler halinde gelişen kapillerler grefte doğru uzanırlar. Bazan greftte açık bulunan kapiller ağlarıyla doğrudan birleşirler. Eğer greft veya flebin kılcal damarları kollabe olursa lenf hücreleri ve endotel proliferasyonu grefte nüfuz edemez. Neticede beslenme bozukluğu meydana gelir. Greftteki ani renk değişimleri greft ve yatak kapillerlerinin doğrudan birleşmelerine bağlanmaktadır. Convers'e (8) göre ise greft kapillerleri alıcı saha kapillerleri ile doğrudan birleşsin veya birleşmesin transplantasyondan 3 gün sonra enzimatik aktivite kaybolmakta ve greft kapillerleri harabolmaktadır. Buna karşılık alıcı sahadan gelişen endotelial kılcal damarlar hızla gelişmekte ve 48 saat içinde greftin dermoepitelial sınırına erişmektedir.

3-Organik birleşme safhası : Bu safha 4-5. günlerde greft ile alıcı saha arasındaki lökosit infiltrasyonunun fibroblastlarla yer değiştirmesiyle başlar. 8. günde greftde hafif bir kanlanma husule gelir. 10. günde organik birleşim tamamlanır. Böylece grefti altındaki dokulara tespit eden ince ve nazik bir konnektif doku meydana gelmiş olur.

Greftin tutmama sebepleri:

- 1-Greftle alıcı saha arasında kanama veya hematom oluşması,
- 2-Yetersiz sargı ve greft yerinin hareketli olması,
- 3-Alıcı sahada nekroz meydana gelmesi,
- 4-Enfeksiyon gelişmesi,
- 5-Greft-alıcı saha uyumsuzluğu.

MATERYAL VE METOT

Materyalimizi D.Ü. Tıp Fakültesi K&B.B. kliniğine 1981 ve 1982 yılları içinde müracaat eden yüz cildi kanserli 32 hasta teşkil etti. Çalışmamıza dudak kanserleri dahil edilmemiştir. Ayrıca inoperabl durumda bulunan yüz cildi kanserleri çalışmanın dışında bırakılmıştır. Bu hastalar seçilirken, operasyona uygunluğuna, oluşacak defektin tamir edilebilirliğine dikkat edilmiştir. Hastaların genel durumları göz önüne alınmıştır. Derin dokulara infiltrate olan ve çapları 5 cm.den büyük olan vakalara operasyon uygulanmamıştır. Olguları, titizlikle yapılan palpasyonla adenopati palpe edilemeyen hastalar teşkil etmiştir.

Bu şekilde seçilen hastalar ameliyattan bir gün önce kliniğimize yatırılmış ve sistemik koruyucu antibiyotik tedavisine alınmıştır. Hastalara ameliyattan 1 saat önce 1/2 mg. Atropin ve 100 mg. Luminol yapılarak premedikasyon sağlanmıştır. Ameliyata alınan hastalara % 2 lik Lignocain ve % 0,00125 oranında Epinephrin ihtiva eden Jetokain ile tümör çevresinde infiltrasyon anestezisi yapıldı. Hastaların 25inde lezyon 0,5 cm.den büyük olup cilt altına infiltrate değildi. Bunlarda lezyon kenarının 0,5 cm. çevresinden insizyon yapılmak suretiyle tümör ekstirpasyonu yapıldı. Çapları 0,5 cm.den büyük olan lezyonlarda ise oluşan defektler aynı seansta flep çevrilerek veya serbest deri grefti konularak kapatıldı. Cilt altı dokusu, kıkırdak ve kemikli kısımlarda kıkırdak ve kemiğe kadar, yüzün gevşek kısımlarında ise yağ dokusuna kadar takip edildi. Çapları 0,5 cm.ye kadar olan lezyonlar eksizyonla çıkarılarak yara defekti primer sütürle kapatıldı. Bu kapatmada defekt kenarları eleve edilip yaklaştırıldı ve 4/0 atravmatik ipekle dikildi.

Serbest deri greftleri split thickness yöntemiyle kolun iç yüzünden alınmıştır. Bunların kalınlığı 0,45 mm. idi. Bu greftler daha ziyade geniş defektlerin kapatılmasında kullanıldı. Tümör ekstirpasyonundan sonra defekt sahasının serum fizyolojikle yıkanmasını takiben greftler alıcı sahaya uygun hale getirilip yerleştirilmiştir. Sonra greft kenarları defekt kenarlarına 6 mm. aralıklarla 5/0 a travmatik ipekle sütüre edilmiştir. Graft üzerine furasin likit sürülerek saha tamamen kapanacak şekilde baskılı sargıya alındı. Verici saha ise çift katlı gas ile kapatılmıştır. Müsait lezyonlarda tümör ekstirpasyonu yapıldıktan sonra defektler pediküllü fleplerle kapatılmıştır. Bu olgular daha ziyade lezyonu, yanak, sulkus nazolabiyaliste bulunan hastalardır. Bunlar lokal anestezi yapıldıktan sonra operasyona alınmışlardır. Defekt alanına göre yer tespit edilerek uygun şekilde çizilmiştir. Daha sonra flep, pediküllü yerinde kalacak şekilde kaldırılıp defekt yerine yerleştirilerek 4/0 a travmatik ipekle sütüre edilmiştir. Flep çevirirken oluşan köpek kulakları üçgen tarzında çıkarılarak sütürleme yapılmıştır. Ameliyat sonrası pansuman yapılarak, ameliyat sahası baskılı sargı ile kapatılmıştır.

Postoperatif olarak hastaların sistemik antibiyotikle tedavisine devam edilerek, 2 gün analjezik verilmiştir. Ameliyattan 24 saat sonra sargı, bir kenarından açılarak ameliyat sahası kontrol edilmiştir. Sütür yerlerinde oluşan küçük hematomlar sivri bir bistüri ile delinecek aspire edilip yara sınırları ve sağlam deri kısımları alkol-iode ile silinerek temizlenip, furacin likit damlatıldıktan sonra tekrar sargı ile kapatılmak suretiyle ~~yapılan~~ pansumanlara, 10 gün devam edildi. Graft ve flebin durumuna göre sütürler 6. veya 8. gün alınıp yara sahası açık bırakıldı. Sütürlerin alınmasından 2 gün sonraya kadar erkek hastalar traş ettirilmedi ve yara sahasına su temas ettirmemeleri sağlandı.

BULGULAR

Cerrahi tedavi uyguladığımız 32 yüz cildi kanserli hastada aşağıdaki bulgular izlenmiştir.

1-Çalışmamızı teşkil eden 32 hastanın en küçüğü 25 en büyüğü 84 yaşında olup 21 i kadın 11 i erkektir.Olguların yaş ve sekse göre dağılımı Tablo-1 de gösterilmiştir.

2-Hastaların tümü küçük yaştan beri güneş ışığına maruz kalan kırsal kesimdenidir.Bu hastalar aynı zamanda soğuk ve rüzgar etkisine maruz kalmışlardır.

	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	Toplam
Kadın	-	-	1	2	8	5	5	-	-	21
Erkek	-	-	1	1	3	3	1	1	1	11
Toplam	-	-	2	3	11	8	6	1	1	32
%	-	-	6,25	9,38	34,57	25,00	18,76	3,12	3,12	100

Tablo-1 : Olguların yaş ve seks dağılımı

3-Hastaların lezyonlarının histopatolojik dağılımlarında % 62,5 ile Basal cell kanserler ilk sırayı teşkil etmektedir.Bunu % 18,76 ile Baso-squamous cell kanserlerler, % 15,62 ile Squamous cell kanserler ve % 3,12 ile Sebace gland karsinomalar izlemektedir.Hastaların histopatolojik tanıları toplu halde Tablo-2 de gösterilmiştir.

Histopatolojik sonuç	Kadın	Erkek	Toplam	%
Basal cell karsinom	10	10	20	62,50
Squamous cell karsinom	5	-	5	15,62
Baso-squamous cell karsinom	5	1	6	18,76
Sebase gland karsinoma	-	1	1	3,12
Toplam	20	12	32	100,00

Tablo-2: Lezyonların histopatolojik sonuçları

4-Hastalardaki lezyonların lokalizasyonunda ise % 75 ile burun lokalizasyonu ilk sırayı işgal etmektedir.Bunu % 9,38 ile sulkus nazolabialis ve yine % 9,38 ile yanak ve % 6,24 ile temporo-zigomatik bölge lokalizasyonları izlemektedir.Lezyonların lokalizasyona göre dağılımı Tablo-3 de gösterilmiştir.

Tümörün cinsi	Burun	S.Nazolab.	Yanak	Tem.zig.bö.	Toplam
Basal cell ca.	17	2	1	-	20
Squamous cell ca.	4	-	1	-	5
Baso-squamous cell ca.	3	1	-	2	6
Sebase gland ca.	-	-	1	-	1
Toplam	24	3	3	2	32
%	75,00	9,38	9,38	6,24	100,00

Tablo-3: Lezyonların yüz cildinde lokalizasyonları.

5-Preoperatif olarak uyguladığımız premedikasyonun hiç bir yan tesiri görülmedi.Bilakis hastaların tam bir sükunet ve rahatlığını sağladı.

6-Ameliyata alınan olgularda gerek ameliyat esnasında gerekse ameliyat sonrası devrede hiç bir komplikasyon görülmedi.

7- 20 hastamızın 1 yıl, 12 hastamızın 3 aylık postoperatif dönemdeki takiplerinde nüks gözlenmemiştir. Keza bu hastalarda metastaz da tespit edilmedi.

8-Ameliyat esnasında derin infiltrasyon gösteren bir tümörle karşılaşılmadı. Postoperatif dönemde de hastalarda fonksiyon kaybı ve şekil bozukluğu izlenmedi.

9-Olgularımızda Tablo-4 de görüldüğü gibi çoğunlukla flep kullanıldı.

Uygulanan metot	Kadın	Erkek	Toplam	%
Primer sütür	4	3	7	21,87
Kaydırma flep	3	2	5	15,63
Yer değiştirme flebi	5	2	7	21,87
Döndürme flep	3	2	5	9,38
Tüp flep	-	2	2	6,25
Kısmi kalınlıkta deri grefti	6	2	8	25,00
Toplam	21	11	32	100,00

10-Küçük lezyonlarda defektlerin primer sütürle kapatılmasından oldukça iyi sonuçlar alındı. Yüz cildinin gevşek yapıya sahip bölgelerinde defekt kenarları primer sütürle kolaylıkla birleştirildi. Yüzün gergin kısımlarında ise defekt kenarları hafif dekole edildikten sonra primer sütürasyon yapıldı. Bu şekilde kapattığımız defektler beslenmede bir yetersizlik olmaması, uzun süre bakıma ihtiyaç göstermemesi ve skar dokusunun çabuk gelişmesi gibi üstünlükleriyle diğer metotlardan daha sağlıklı bulundu.

Primer sütürle kapatılma olanağı bulunmayan büyük defektler flep çevrilmek suretiyle kapatıldı.Steriliteye dikkat etmemize rağmen fleplerin sütür hatlarında mikroapseler oluşmuş ve skar teşekkülü gecikmiştir.Böylece oluşan skar primer strasyona göre daha belirgin hale gelmiştir.Greftler ise büyük defektlerin kapatılmasına olanak sağlamasına rağmen yara iyileşmesi primer sütürasyon ve fleplere göre daha geç oluşmuştur.Ayrıca daha uzun süre ve dikkatli bir bakıma ihtiyaç göstermiştir. 32 vakamızda uyguladığımız rekonstrüksiyon metotları toplu olarak Tablo-4 de gösterilmiştir.

Uygulamış bulunduğumuz bulunduğumuz rekonstrüksiyon metotlarına ait her gruptan birer hastanın peoperatif ve postoperatif resimlerini örnek olarak sunmayı uygun gördük.

Primer sütür örneği:

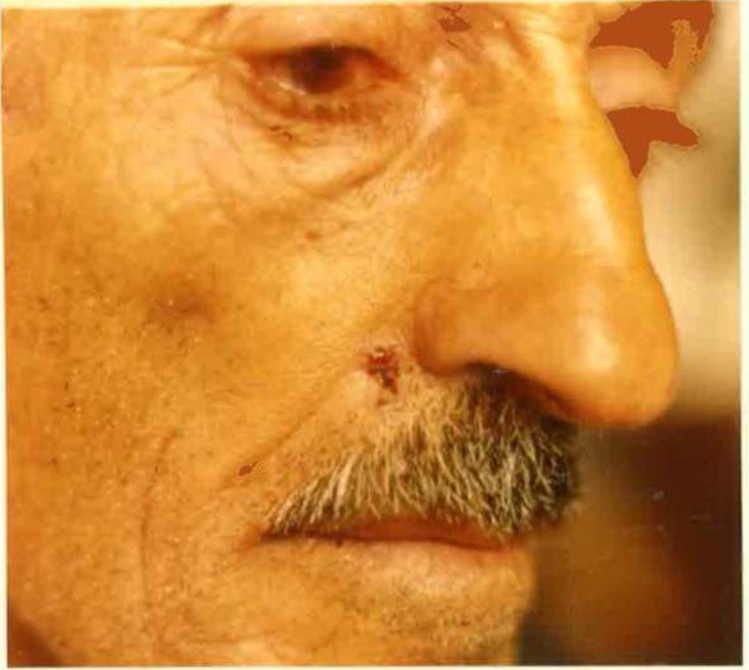


Resim-1: Operasyon öncesi

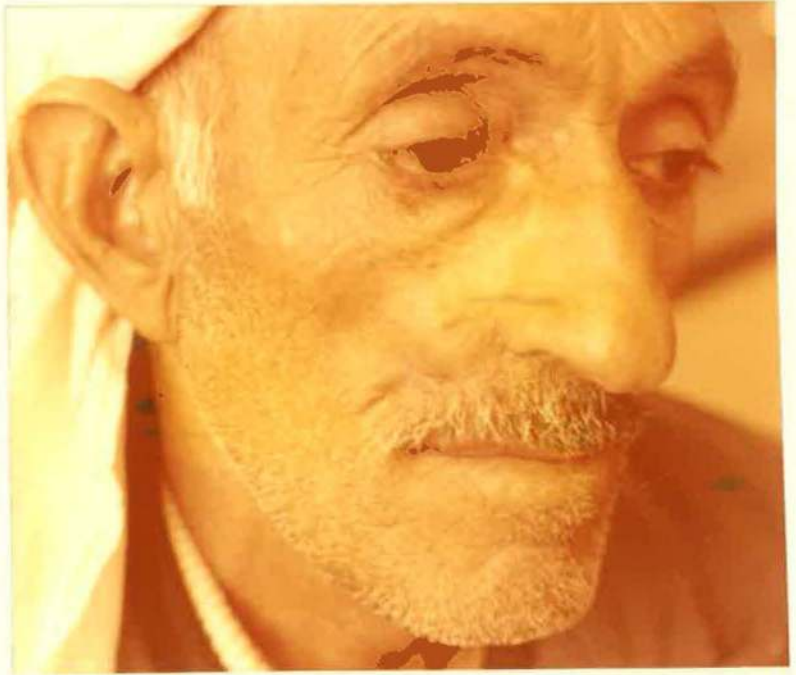


Resim-2: Operasyon sonrası

Kaydırma flep örneği:



Resim-3: Operasyon öncesi

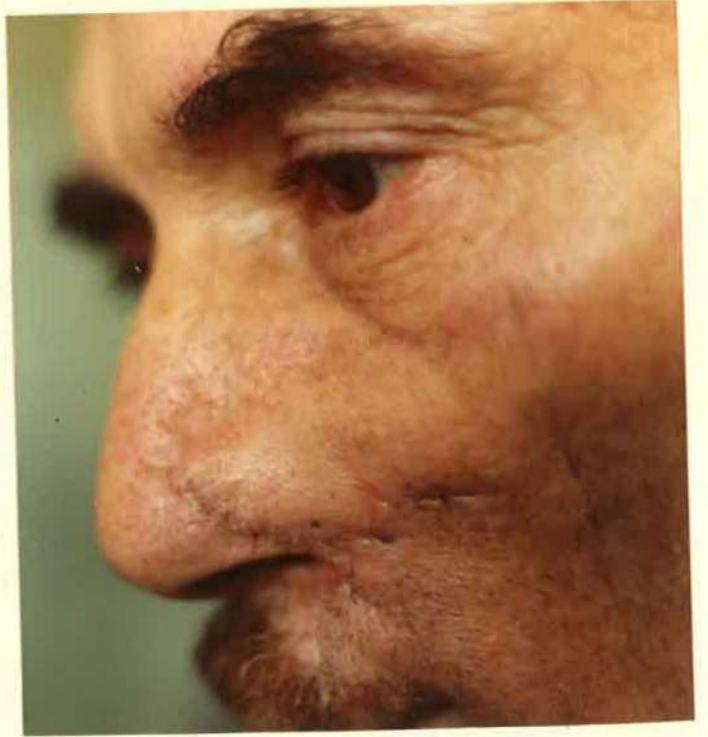


Resim-4: Operasyon sonrası

Döndürme flep örneği:



Resim-5: Operasyon öncesi



Resim-6: Operasyon sonrası

Serbest deri grefti örneği:



Resim-7: Operasyon öncesi



Resim-8: Operasyon sonrası

TARTIŞMA

Shapiro'ya(25) göre yüz,yukarıda göz,aşağıda mandibula kenarı, önde nazolabiyal sulkus,arkada ramusun ön kenarı ile sınırlanmıştır. Yüz dışta deri ile örtülü olup onun altında kas,destek dokuları ve plattizmayı ihtiva eder.Destek dokuları içinde,zengin yağ dokusu,bağ dokusu,damarlar,sinirler ve yüzün lenf nodülleri mevcuttur.Yüz kanserlerinin yayılma ve metastazlarında yüzün lenfatiklerinin önemi büyüktür. Yüzün ön kısımlarının lenfatikleri parotis bölgesi lenf nodüllerine drene olur.Burun dış yüzünün lenfatikleri ise anterior auriküler ve parotis bölgesi lenf nodüllerine,gözün iç kantusundaki lenfatiklerle yine burun dış yüzünün lenfatiklerinin bir kısmı ve yüzün alt kısmının lenfatikleri anterior fasiyal lenf nodüllerine oradan da submaksiller lenf nodüllerine drene olur.Submaksiller lenf nodülleri de superfisiyal servikal ve üst derin servikal nodüllere akar. Anterior auriküler nodüller parotis bölgesi lenf nodüllerine ya da doğrudan üst derin servikal nodüllere,parotis bölgesi lenf nodülleri de üst derin servikal lenf nodüllerine akar(17).

Cilt kanserleri özellikle yüz cildi kanserleri güneş ışığına maruz kalan ve işleri dışarda olan şahıslarda sık görülmektedir(28,20). Fakat seyirleri oldukça yavaştır ve geç metastazyaparlar.Cilt kanserli şahıslar tedavilerini ihmal etmelerine rağmen neticede yine de diğer kanserlere göre iyi sonuçlar alınmaktadır.Olgularımızda görüldüğü gibi tedaviden bir yıl sonraki kontrollerde sonuçların gayet iyi olduğu gözlenmektedir.Tablo-3 de görüldüğü gibi tedaviye aldığımız yüz cildi kanserlerinin % 75 i burun lokalizasyonu göstermektedir.Larson(17) burun lokalizasyonunu % 27,İsaksson(15) ise % 32 olarak bulmuştur.

A.Ü. Tıp Fakültesi Deri Hastalıkları Kliniğinin 10 yıllık arşivinde burun lokalizasyonun % 41 olduğu bildirilmiştir(26).A.Ü. Tıp Fakültesi K.B.B. kliniğinde yapılan araştırmada ise burun lokalizasyonu % 58 olarak bulunmuştur(23).

Tablo-2 de görüldüğü gibi yüz cildi kanserlerinin çoğunluğunu % 62,50 ile Basal cell karsinomalar teşkil etmiştir.McCombs(28) baş-boyun kanserlerinin % 60 ının,Conley(7) ise cilt kanserlerinin % 87 sinin Basal cell karsinoma olduğunu bildirmişlerdir.Yüzde Basal cell ca.ların Squamous ca.lara görülme oranlarının yaklaşık 2/4,1/4 olduğu kabul edilir. Dr.Poyraz ülkemizde yaptığı araştırmada ise Basal cell ca. görülme oranını % 65 olarak,Squamous cell ca. oranını % 13 olarak tespit etmiştir. McCombs(28) ise Squamous cell ca. oranın % 30 olarak bulmuştur.

Çalışmamızda Squamous cell karsinomalar ve Sebace gland karsinomaların görülme oranları Tablo-2 de görüldüğü gibi % 15,62 ve % 3,12 dir.

Gibbon iyi bir cerrahi tedaviden sonra yüz cildi kanserlerinin nüks oranının % 2 olarak görüldüğünü belirtmiştir.Olgularımızda 1 yıllık postoperatif devrede metastaz ve nüks izlenmemiştir.Bu durum olguların uygun seçiminden ve ekstirpasyonun tam yapılmasından kaynaklanmaktadır.Literatür verileriyle cerrahi tedavi uyguladığımız olguların mukayesesinde yüz cildi kanserlerinin müsait olanlarında cerrahi tedavinin oldukça başarılı olduğu görülmektedir.

SONUÇ

1-Olgularımızın genellikle kırsal kesimden olup uzun süre güneş ışığına maruz kalmış kişiler olması yüz cildi kanserlerinin etyolojisinde güneş ışığının önemli rol oynadığını göstermektedir. Bu durum literatür verileriyle uyumludur.

2-Yüz cildi kanserlerinin lokalizasyonunda burun % 75 oranıyla önemli yer işgal etmiştir. Bu da literatür verileriyle uyumludur.

3-Yüz cildi kanserlerinin seks dağılımında bir özellik arzetmesi literatür verilerinde belirtilmesine karşılık olgularımızda kadın erkek oranı 2/1 dir. Bu da erkeklerin şapka giymek suretiyle direkt yüze gelen güneş ışınlarına mani olmalarına ve yöremiz kadınlarının erkeği ile birlikte güneş altında çalışmalarından ileri geldiği kanaatini uyandırmaktadır.

4-Olguların büyük çoğunluğunun 41-50 yaş grubunda olması diğer araştırmacıların bulgularıyla uyumlu bulunmuştur.

5-Yüz cildi kanserleri içinde % 60,50 ile Basal cell ca. lar birinci sırayı alırken, bunu % 18,76 ile Baso-squamous cell ca., % 15,62 ile Squamous cell ca. ve % 3,12 ile Sebace gland ca. izlemektedir. Bu neticeler de literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur.

6-Cerrahi tedaviye uygun olmaları nedeniyle olgularımızda nüks ve metastaz görülmemiş olup tedaviden yüz güldürücü sonuçlar alınmıştır.

7-Olgularımızın rekonstrüksiyonunda kullanılan metotlar sonucu fonksiyon kaybı olmamış ve her hangi bir estetik kusur görülmemiştir.

-37-

ÖZET

1981 ve 1982 yılları içerisinde kliniğimize müracaat eden operasyona müsait 32 yüz cildi kanserli olgu, cerrahi tedaviye alınmıştır. Meydana gelen defektler primer sütür, flep ve serbest deri greftleriyle kapatılmıştır.

Elde edilen sonuçlar literatür verileriyle karşılaştırılarak cerrahi tedavinin üstünlükleri, rekonstrüksiyona tesir eden faktörler ve cerrahi tedavide dikkat edilmesi gereken konular gözden geçirilmiştir.

-36-

LİTERATÜR

- 1-Ackerman, L.V. and Del Regato, J.A.: Cancer, 3 Edition, C.V. Mosby Co., 1962.
- 2-Anderson, W.A.D. and Scotti, T.M.: Synopsis of pathology, 8 Edition, C.V. Mosby Co., 1968.
- 3-Aybar, S.: Cerrahi El Kitabı, İst.Ü. El Kitapları Serisi No 1, Özışık Makbaası, İstanbul-1967.
- 4-Becker, J.O.: Extended applications of free composite grafts, Transactions, 1960, 64/5 (649-659).
- 5-Birch, J. and Brenemark, T.: The vascularization of a free full the skin graft, Scand J. Plast. Reconstr. Surgery., 1969, 3 (105-108).
- 6-Borçbakan, C.: Plastik ve tamir şirurjisi, Ankara Univ. Tıp Fak. Yayınları, Sayı: 192, 1968.
- 7-Conley, J.: Cancer of the skin of nose, Arch. Otolaryng, 84/1 (55/60), 1966.
- 8-Converse, J.M.: Reconstructive Plastic Surgery, 4 edition, Vol. 1, W.B. Saunders Co, 1969.
- 9-Cruickshank, C.N.D. and Squire, J.R.: Skin cancer in the engineering industry. Brit J. Indust. Med., 7/1, 1950.
- 10-Depaulis, M.J.: La place de la chirurgie dans le traitement des epitheliomas da la face, J. Med. Bordeaux, 143/8 (1087-1096), 1966.
- 11-Erkan C. ve arkadaşları: Ankara Onkoloji Hastanesinin 1964-1968 yıllarına ait 5 yıllık çalışmalarının istatistiki değerlendirilmesi, Acta Oncologica Turcica Cilt: 2, Sayı: 4, Ankara-1969.

12-Genç T.:Dört yıllık patoloji arşivinin değerlendirilmesi;Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi;Erzurum-1971.

13-Gibbon Fitz,G.M.:The role of plastic surgery in treatement of malignant disease,Ann Roy.Coll.Surgeons England,Summer Supp.,1967,41(109-120).

14-IUAC:Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları.Ankara-1975.

15-Isaksson,I.:On the surgical treatement of basal cell carcinoma of the face,Acta Chir.Scand.,Suppl.,332(117),1965.

16-Kalfa A.Rıza:Beş yıllık patoloji arşivinin değerlendirilmesi (İhtisas Tezi); D.Ü. Tıp Fakültesi;Diyarbakır-1979.

17-Larson,D.L. and Levis,S.R.: Basal and squamous cell carcinoma of the face,Texas Rep.Biol. and Med.Fall;24(403-417);1966.

18-Levis,G.K.:Skin flaps in rekonstruction of head and neck following excision of malignant lesions,Transactions,1960,64/5(660-673).

19-Lore,J.M.: An Atlas of Head and Neck Surgery,4 Edition,W.B. Saunders Co.,1967.

20-Lynch,J.B.Rapperpert,A.and Levis,S.r.: Treatement carcinoma of the face,Plast.Surg.Div.,Sth Med.J.(Bgham,Ala.),60/1 (18-24);1967.

21-Moloney,W.H.:Otolaryngology,Hoeber Medical Division N.Y.,1969.

22-Mustafa,E.:Results of radiation therapy of skin cancer in the nose,auricle,Strahlenthherapie,1966,131/4(505-519).

23-Poyraz Ü.E.:Yüz cildi kanserlerinde Cerrahi Tedavi ve Rekonstrüksiyon;İhtisas Tezi;Erzurum-1971.

24-Rubin,L.R.,Bromberg,B.E,Walden,R.H. and Dean,R.K. Basal cell carcinoma of the nose,N.Y. st.j.Med.,66/18(2417-2423),1966.

25-Shapiro,H.H.:Maxillofacial Anatomy,Philedelphia,J.B.Lippincott Co.,1954.

11 26-Tat,L.:Deri kanserleri,Ankara Ü.Onkoloji Enst.Kanser Konferansları;163/1(381-392);1966.

27-Ural T. ve arkadaşları:Doğu Anadolu Bölgesinde Burun Cildi Kanserleri.

12 28-William McCombs.:Cancer of the Head and Neck,The Williams and Wilkins Co.,Baltimore,1967.