

## Alt dudak kanserleri: 10 yıllık retrospektif değerlendirme

Lower lip cancers: analysis retrospectively for a period of 10-years

Arif Türkmen<sup>1</sup>, Ömer Berberoğlu<sup>1</sup>, Mahmut Nuri Karatoprak<sup>1</sup>, Mehmet Bekercioğlu<sup>1</sup>,  
Mehmet Mutaf<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Gaziantep

### Özet

Tüm kanserlerin yaklaşık %2-4'ünü oral kanserlerin oluşturduğu rapor edilmiştir. Dudak kanserleri oral kanserlerinin en sık görülen formudur ve %95 alt dudakta, %4 üst dudakta ve %1 oranında dudak kommissüründe yerleşir. Bu çalışmada, kliniğimizde opere edilen alt dudak tümörlü hastaların retrospektif olarak incelenmesi amaçlandı. Ekim 1999 ve Aralık 2009 tarihleri arasında Anabilim Dalı'mıza başvuran ve tedavileri yapılan 57 dudak kanserli hasta, ağız bakım ve hijyen durumu, yaş aralığı, ilk muayenede lenfadenopati varlığı, etyolojik faktörler, yapılan boyun disseksiyonu, cerrahi sonrası yapılan RT, lezyonların TNM sınıflamasına göre dağılımı, başvuru süreleri, takip ve kontrol süreleri açısından geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Hastaların yaşlarının ortalaması 63.21 yıl, olguların %70.17'si erkek, %29.83'ü kadın genel ağız bakım ve hijyen durumu erkeklerde %8.77 iyi, %49.12 kötü iken, kadınlarda %5.35 iyi, %19.29 kötü idi. Sigara kullanımı erkeklerde %52.64, kadınlarda %5.35, hastaların ilk başvuru muayenelerinde %44.50 inde LAP pozitifliği saptandı. TNM sınıflamasına T1 %43.88, T2 %33.32, T3 %17.53, T4 %5.27 olarak belirlendi. Dudak kanseri 1 cm cerrahi sınırla eksize edilip 39 hastaya da boyun disseksiyonu yapıldı. Cerrahi işlem sonrası %33.34 hastaya RT tedavisi verildi. Ameliyat sonrası kontrol sıklığı ve takipte, ilk iki yıl içinde %89.48 oranında düzenli kontrollerinin yapıldığı, ilerleyen sürelerde ise takip ve kontrollerin azaldığı saptandı. Dudak kanserleri ileri yaşta ve sıklıkla erkeklerde görülmektedir. Erken evre tümörlerde tedavi sonrası uzun sağkalım mümkün olmaktadır. Elde edilen verilerin ilgili kaynaklar doğrultusunda tartışılması amaçlanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Cerrahi; dudak kanserleri; mortalite

### Abstract

Oral cavity cancers are reported to constitute 2-4% of all cancers. Being the most common among oral cancers, 95% of lip cancers are located on the lower lip, 4% on the upper lip and the remaining one percent at the commissure. The purpose of this article was to analyze retrospectively in lower lip cancer patients who were operated in our clinic. Between October 1999 and December 2009, 57 patients with lip cancer were analyzed retrospectively, with regards to their age, state of oral hygiene, etiological factors, nodal status at the first visit, period from the onset of symptoms to the patient's first application to our clinic, follow-up period, neck dissection, postoperative radiotherapy and the TNM classification of the tumors. Hereby, we aimed at presenting our results and comparing them with the current data. The mean ages of the patients were 63.21 years and 70.17% were male and the remaining 29.83% were female. General oral care and hygiene was good in 8.77% and bad in 49.12% of males and good in 5.35% and bad in 19.29% of females. 52.64% of males and 5.35% of females were active smokers, and 44.5% of all patients had lymphadenomegaly at first admission. According to TNM classification, 43.88% of patients had T1, 33.32% had T2, 17.53% had T3 and 5.27% had T4 tumors. The tumors were excised with 1 cm surgical margins and 39 patients had cervical lymphatic dissection. 33.34% of the patients were given postoperative radiotherapy. During the first two years postoperatively, 89.48% of the patients visited the clinic on a regular basis, however, the intervals between visits increased thereafter. Lip cancers are commonly seen in males of advanced age. Following treatment, a long survival is evident in cases of early staged tumors. With this study, we aimed at comparing our results with existing data in the literature.

**Keywords:** Surgery; lip neoplasms; mortality

### Giriş

Dudak kanserleri oral kanserlerinin en sık görülen formudur ve %95 alt dudakta, %4 üst dudakta ve %1 oranında dudak kommissüründe yerleşir (1-4). Alt dudakta genellikle orta hat ile kommissürler arasında, üst dudakta ise orta hatta yakın görülür. En sık görüldüğü yaşlar 50-70 yaşlarıdır (1,5,6). Erkek/kadın oranı alt dudak için 10-80/1ve üst dudak için 5/1'dir (1,6). Yaşla birlikte sayısı progresif olarak artar ve 7.8. dekada pik yapar (7). Spesifik etyolojik faktör gösterilememesine rağmen güneş ışığına maruz kalma, tütün kullanımı, kronik alkolizm, kötü ağız hijyeni, immunsupressif tedavi ve travma risk faktörleridir (6,8,9). Kronik çelitis, senil elastozis, lökoplazi ve hiperkeratoz predispozan faktörlerdir (8). Bu çalışmamızda on yıllık dönemde Anabilim Dalı'mıza başvuran ve tedavileri yapılan toplam 57 alt dudak kanserli hasta çeşitli yönlerden incelenmiştir.

**İletişim/Correspondence to:** Arif Türkmen, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Gaziantep, TÜRKİYE  
Tel: +90 342 3606060/76486 turkmenarif@yahoo.com

### Gereç ve Yöntemler

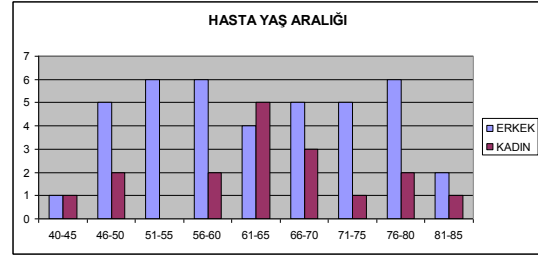
Ekim 1999-Aralık 2009 tarihleri arasında Anabilim Dalı'mızda, alt dudak kanseri tanısı ile tedavi ve takip edilen hastalar incelendi. Çalışmaya dahil edilen bütün hastalardan bilgilendirilmiş onay formu alınmıştır. Hastalar ağız bakım ve hijyen durumu, yaş aralığı ilk muayenede lenfadenopati (LAP) varlığı, etyolojik faktörler, yapılan boyun disseksiyonu cerrahi sonrası yapılan radyoterapi (RT), lezyonların TNM sınıflamasına göre dağılımı başvuru süreleri, takip ve kontrol süreleri açısından geriye dönük olarak, hasta dosyalarından ve Anabilim Dalı'mız arşivinden yararlanılarak gözden geçirildi.

### Sonuçlar

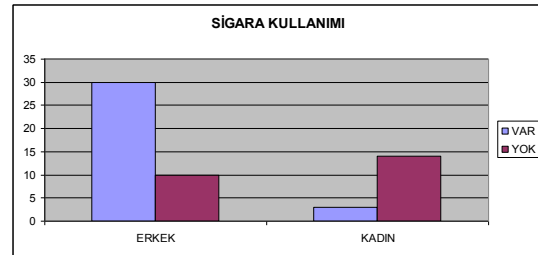
Çalışmaya alınan 57 hastanın yaşlarının (40-85) ortalaması 63.21 idi. 40 yaş altında hiçbir hastada dudak kanseri rastlanmadı. Olguların %70.17'si (40 hasta) erkek, %29.83'ü (17 hasta) kadın idi (Şekil 1). Dudak kanserli hastaların genel ağız bakım ve hijyen durumu; ağız kokusu, diş eti, diş yapısı temel alınarak erkeklerde

%8.77 (5 hasta) iyi, %49.12 (28 hasta) kötü olarak değerlendirilir iken, kadınlarda %5.35 (3 hasta) iyi, %19.29 (11 hasta) kötü olarak değerlendirildi. Dudak kanserli hastalarda sigara kullanım öyküsü sorgulandığında erkeklerde %52.64 (30 hasta) 1 paket/gün sigara en az 5 yıllık bir kullanım öyküsü var iken bu oran kadınlarda %5.35 (3 hasta) olarak saptandı (Şekil 2). Hastaların lezyon oluşumu ile hastaneye başvuru arasında geçen süre, 0-6 ay arasında %29.80 (17 hasta), 6 ay-12 ay arası %29.80 (17 hasta) ve 12-24 ay arası %21.01 (12 hasta) ve 24 aydan daha uzun bir zaman diliminde başvuran hasta %19.29 (11 hasta) idi. Hastaların ilk başvuru anında dudakta geçmeyen yara ile geldiklerinde yapılan muayenelerinde erkeklerde %31.47 (18 hasta) kadınlarda %14.03 (8 hasta) inde LAP pozitifliği saptandı (Şekil 3). TNM sınıflamasına erkeklerde T1 %33.36 (19 hasta), T2 %17.54 (10 hasta), T3 %14.03 (8 hasta), T4 %5.27 (3 hasta) olarak belirlenir iken kadınlarda T1 %10.52 (6 hasta), T2 %15.78 (9 hasta), T3 %3.50 (2 hasta) idi. Kadın hastalar lezyon T4'e ulaşmadan başvuru yapmışlardı (Şekil 4). Dudak kanserli hastaların hepsine cerrahi tedavi uygulandı. Lezyonların hepsi 1 cm cerrahi sınırla eksize edilip, çeşitli flepler ile defekt kapatımı yapıldı (Resim 1 ve 2). Cerrahi eksizyon sonrası lezyonunun büyüklüğü ve LAP varlığı göz önüne alınarak 57 hastanın 39'una boyun disseksiyonu yapıldı. Erkeklerde %36.84 (21 hasta) modifiye radikal boyun disseksiyonu (MRBD) yapılır iken kadın hastalardan %14.03'üne (8 hasta) MRBD uygulandı. Erkeklerde supraomohyoid boyun disseksiyonu (SOBD) %7.01 (4 hasta), kadınlarda ise %10.52 (6 hasta) idi (Şekil 5). Ameliyat öncesi muayenede lenf nodu metastazı saptanmayan ve boyun disseksiyonu uygulanmayan 6 hastaya (%10.5), ameliyat sonrası takiplerde saptanan lenf nodu metastazı nedeniyle MRBD uygulandı. Takip sürelerinde hastalarımızdan %7.01'inden (4 hasta) alt dudak kanserinden farklı nedenlerden dolayı hayatını kaybettiği belirlendi. Hastaların evrelere göre dağılımında, erkeklerde Evre 1 %26.31 (15 hasta), Evre 2 %7.01 (4 hasta), Evre 3 %33.33 (19 hasta), Evre 4

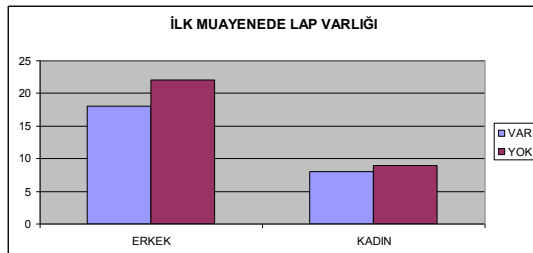
%3.51 (2 hasta) idi. Kadınlarda Evre 1 %7.01 (4 hasta), Evre 2 %8.77 (5 hasta), Evre 3 %12.29 (7 hasta), Evre 4 %1.75 (1 hasta) idi (Şekil 6). Dudak kanserli hastalar cerrahi tedavi sonrası radyasyon onkolojisine konsulte edildiler. Patoloji sonuçları ve uygulanan tedavi yöntemleri incelenip (lenf nodları pozitif ve/veya cerrahi sınıra 2 mm'den yakın) toplam 19 hastaya RT tedavisi verildi. Cerrahi işlem sonrası uygulanan RT erkeklerde %28.08 (16 hasta), kadınlarda %5.26 (3 hasta) ya uygulandı. Ameliyat sonrası kontrol sıklığı ve takip süreleri incelendiğinde, ilk iki yıl içinde %89.48 oranında düzenli kontrollerinin yapıldığı, ilerleyen süreler zarfında ise takip ve kontrollerin azaldığı saptandı. UVR'a uzun süreli maruz kalma sonucu insanlarda ve deney hayvanlarında deri kanseri oluştuğu bilinmektedir (10). Etiyolojik faktörler incelendiğinde erkek ve kadın hastalarda uzun süreli güneş ışığına maruz kalan iş grubunda çalışanlar %90 civarındaydı.



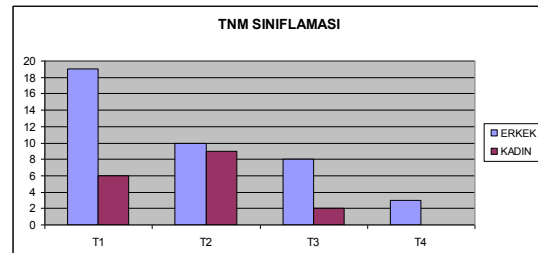
Şekil 1. Hastaların özellikleri.



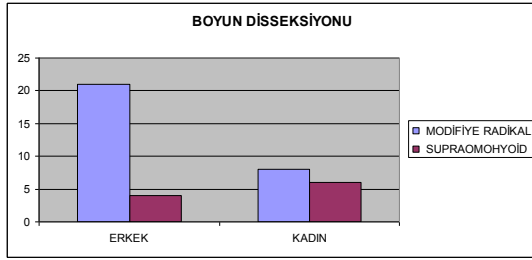
Şekil 2. Alt dudak kanserli hastalarda sigara kullanımının dağılımı.



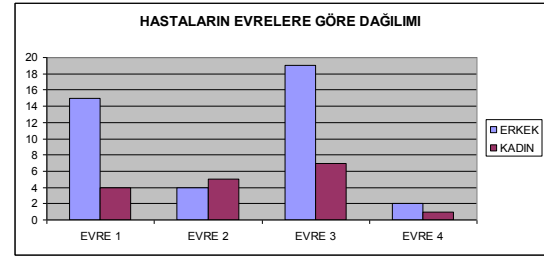
Şekil 3. Hastalarda ilk muayene sırasında saptanan LAP varlığı.



Şekil 4. Alt dudak kanserlerinin TNM sınıflamasına göre dağılımı.



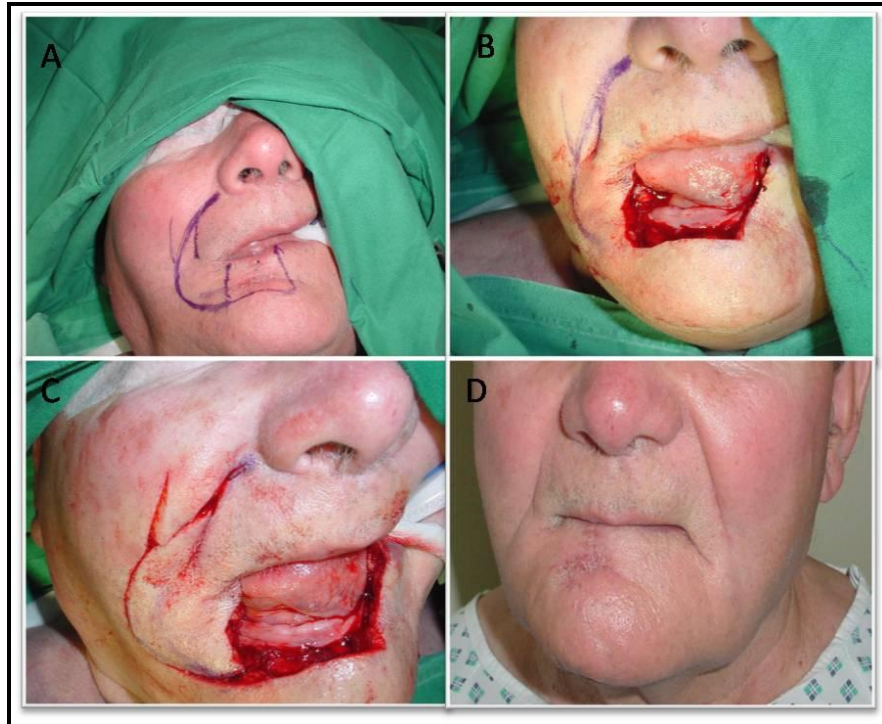
Şekil 5. Hastalara uygulanan boyun disseksiyonu dağılımı.



Şekil 6. Hastaların evrelere göre dağılımı.



Resim 1. 62 yaşında bayan hasta. Ameliyat öncesi plan (A), Wedge eksizyon sonrası oluşan defekt (B), ameliyat sonrası görünüm (C).



Resim 2. 67 yaşında erkek hasta. A-Ameliyat öncesi plan, B-Eksizyon sonrası oluşan defekt, C-Modifiye Karapandzic fleblerinin kaldırılması, D-Ameliyat sonrası görünüm.

### Tartışma

Dudaklar oral kanserlerinin en sık yerleşim gösteren yeridir (1,11). Dudak kanserli hastalar lezyonların yerleşim yeri ve tedavileri itibarıyla dermatoloji, KBB, radyasyon onkolojisi ve plastik cerrahi kliniklerine başvurabilirler. Bu bölümler arasında, farklı

değerlendirme ve tedaviler uygulanmakta, bu nedenle standart tedavi programları geliştirilememektedir. Biz bu çalışmamızda standart bir protokol uygulayarak plastik cerrahi, patoloji ve radyasyon onkolojisi ile multidisipliner uygulama ile hastaların hem cerrahi hem RT tedavisi ile kısa zamanda fonksiyonel ve estetik

açından sağlıklı bir görünüm kazandığı düşüncesindeyiz. Boyundaki nodal metastazların prognoz ve tedavi açısından değerlendirilmesi tedavi seçeneklerinde standart yaklaşımı gerektirir. Boyunda lenf nodu metastazı saptanan hastalara MOBD uygulanır iken, doğru evreleme, bölgesel kontrol sağlanması ve uzak metastaz riskini azaltmak için profilaktik olarak SOBD uygulandı. Patoloji raporlarının sonuçlarında lenf nodları pozitif ve/veya cerrahi sınıra 2 mm'den yakın hastalara ameliyat sonrası RT verildi.

Skuamöz hücreli kanserler dudak kanserleri içinde en sık görülenidir ve çoğunlukla alt dudakta yerleşir (1,12). Hastalarımızın tamamının histopatolojik tanısı skuamöz hücreli kanserdi. Dudak kanserleri en sık ileri yaşlarda ve erkeklerde görülmektedir (1,6). Hastalarımızın %70.13'ü erkekti. Erkek/kadın oranı 2.3 erkek lehine idi. Hastalarımızın yaş ortalaması 63.21 idi ve 40 yaş altı hastamız yoktu.

Dudak kanserlerinde lezyonun boyutu ve ilk muayenede lenf nodu varlığı metastaz ve mortalite üzerine etkili olduğu gösterilmiştir (1,12). Alt dudak kanserlerinde metastaz oranı yaklaşık %15 olarak belirtilmiştir (1,11,12). Erken başvuru ve küçük tümör boyutunun önemi bilinmektedir (1,12). Hastalarımızda ilk muayenede lenf nodu varlığı erkeklerde %31.47 ve kadınlarda %5.35 olarak bulunmuştur. Erkek hastaların %72.5'u (29 hasta) T1 ve T2 tümör boyutu varken bayan hastaların %88.2'si (15 hasta) T1 ve T2 tümör evresinde idi. Bu bulgulara göre hastalarımızın erken başvurduğu söylenebilir. Hastaların yarısından fazlası (%59.6) lezyon oluşumundan sonraki ilk bir yıl içinde başvurmuştu. Ameliyat sonrası boyun disseksiyonu uygulanmayan %10.5 (6 hasta) lenf nodu metastazı nedeniyle MRBD uygulandı. Takip sürelerinde hastalarımızdan %7.01'nin (4 hasta) 1 hasta (%1.75) trafik kazası, 2 hasta (%3.50) serebrovasküler, 1 hasta (%1.75) kardiyovasküler nedenlerden dolayı alt dudak kanserinden bağımsız nedenlerden dolayı hayatını kaybettiği belirlendi.

Deri kanserlerinde en büyük etiyolojik faktör güneş ışığıdır (1,8). Hastalarımızın %90'ında uzun süreli güneş ışığına maruziyet hikayesi vardı. Dudak kanserlerinde ise güneş ışığı ile birlikte sigara en etkili etiyolojik faktörlerdir (13,14). Sigara içenlerde, sigara içmeyenlere oranla dudak kanseri gelişme riski 5-9 kez artmıştır (13). Erkek hastalarımızın yarısından fazlasında (%52.14) en az beş yıllık 1 paket/gün sigara kullanımı öyküsü vardı. Bayan hastalarda bu oran oldukça düşüktü (%5.35). Kötü ağız bakımı ve kötü ağız hijyeni özellikle oral ve dudak kanserlerinin etyolojisinde bulunmaktadır (1,12). Erkek hastalarımızın %49.12'sinde ve bayan hastalarımızın %19.13'ünde kötü ağız bakımı saptanmıştır.

Alt dudak kanseri lezyonu eksizyonunu takiben pek çok kapatma yöntemi tanımlanmıştır (15-18). Kliniğimizde alt dudak kanseri nedeniyle opere edilen 21 hastanın (%36.84) defekti primer, 26 tanesi (%45.62) Üçgen defekt kapatım yöntemi, 5 hastada (%8.77) Karapandzic,

3 (%5.27) hastada Abbe flebi, 2 (%3.50) hastada Estlander flebi ile rekonstrüksiyonu sağlanmıştır. Oral mukozanın tamiri önemlidir (19,20). Oral mukozanın tamirinde primer onarım veya bilateral ilerletme mukozal flepleri ile rekonstrüksiyon sağlanmıştır.

Dudak kanserleri ileri yaşta ve sıklıkla erkeklerde görülmektedir. Güneş ışığı ve sigara etiyolojide rol alır. Lezyonun boyutu ve metastaz morbidite ve mortalite üzerinde etkilidir. Erken evre tümörlerde tedavi sonrası uzun sağ kalım mümkün olmaktadır.

#### Kaynaklar

1. Baker SR, Krause CJ. Carcinoma of the lip. Laryngoscope 1980;90(1):19-27.
2. Parkin DM, Laara E, Muir CS. Estimates of the worldwide frequency of sixteen major cancers in 1980. Int J Cancer 1988;41(2):184-97.
3. Boring CC, Squires TS, Tong T, Montgomery S. Cancer statistics, 1994. CA Cancer J Clin 1994;44(1):7-26.
4. Howell RE, Wright BA, Dewar R. Trends in the incidence of oral cancer in Nova Scotia from 1983 to 1997. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003;95(2):205-12.
5. Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1999. CA Cancer J Clin 1999;49(1):8-31.
6. Luce EA. Carcinoma of the lower lip. Surg Clin North Am 1986;66(1):3-11.
7. Karanfil H, Mısırlıoğlu A, Toksoy S, Karaca M, Bilgiç Mİ, Aköz T. Kliniğimizde alt dudak kanseri nedeniyle opere edilen hastaların retrospektif analizi. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2009;19(4):179-83.
8. Öztürkcan S, Havlucu YD. Güneş hasarı etki mekanizması. Dermatose 2005;4(3):116-21.
9. Moore S, Johnson N, Pierce A, Wilson D. The epidemiology of lip cancer: a review of global incidence and etiology. Oral Disease 1999;5(3):185-95.
10. Hawk JIM. Cutaneous Photobiology. Chapter 21, In: Rook, Williams-Ebling, Textbook of Dermatology, 1992.
11. Chi AC. Epithelial Pathology-Lip Vermillion Carcinoma. In: Oral Pathology and Maxillofacial Pathology. 3rd edition, Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE (eds), Philadelphia, 2009, p.414-20.
12. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Neoplasm-Lip Carcinoma. In: Oral Pathology, clinical pathological correlations. 4th edition Saunders, Elsevier, St. Louis, Missouri, 2008, p.52-4.
13. Jovanovic A, Schulten EA, Kostense PJ, Snow GB, van der Waal I. Tobacco and alcohol related to the anatomical site of oral squamous cell carcinoma. J Oral Pathol Med 1993;22(10):459-62.
14. Ogden GR, Wight AJ. Etiology of oral cancer: Alcohol. Br J Oral Maxillofac Surg 1998;36(4):247-51.
15. Shah JP. In: Head and Neck Surgery, Mosby-Wolfe, 2nd edition, London, 1996, p.143-66.
16. Gluckman J, Gullare P, Johnson J. In: Practical approach to the head and neck tumors. Raven Press, 1st edition, New York, 1994, p.65-76.
17. Bardach J. Local flaps and free skin grafts in head and neck reconstruction. Mosby Year Book, St. Louis, 1st edition, 1992, p.69-86.
18. Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, Stile FL: Reconstructive surgery of the lips. Zide BM. In: Grabb and Smith's Plastic Surgery. 5th edition, Lippincott-Raven, Philadelphia, 1997, p.483-500.
19. Zide B. Deformities of the lips and cheeks. In: McCarthy JG. Plastic Surgery. Vol 3, 2nd edition, Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1990, p.2009-56.
20. Achauer BM, Erikson E, Guyuron B, Coleman III JJ, Russell RC, Vander Kolk CA. Reconstructive Lip Surgery. Coleman III JJ In: Plastic Surgery Indications, Operations, and Outcomes. Mosby, Vol 3, St. Louis, Behrman RA, Rees RS. 2000, p.1193-209.