

ARAŞTIRMA / RESEARCH ARTICLE

Alt dudak kanserlerinde cerrahi tedavi yaklaşımlarımız

I. Akın, M. Sağıt, G. Kuran, N. Salman, E. Vuralkan, M. Mutlu, M. Şahan

Our management of the surgical treatment in lower lip cancer

Objectives: The aim of this study was to analyze the algorithms of the treatment and the oncological results in patients with lower lip carcinoma.

Methods: 30 patients with lower lip carcinoma treated at our department during March 1998-March 2007 were included to the study retrospectively. Age, sex, risk factors, localization of the tumor, regional lymph nodes, surgical procedures, histopathology results, local and regional recurrences, survey were evaluated. The median age was 63.2±12.0. Twenty eight of patients were men. All tumors were squamous cell carcinoma. The tumors were localized on the right side in 9 (30%), on the left side in 14 (46.7%) and the middle in 7 (23.3%) patient. According to the TNM classification tumors were as follows, 9 (30%) patients with T1, 15 (50%) with T2, 4 (13.3%) with T3 and 2 (6.7%) with T4 tumors were followed up.

Results: In the initial physical examination, 8 patients had palpable lymphadenopathy (%26.7) and 22 patients had no palpable lymphadenopathy in the neck. All the patients with palpable lymphadenopathy underwent modified radical neck dissection. In the evaluation of dissection materials, positive regional lymph node was obtained in 6 patients. 16 of NO patients had selective neck dissection and 6 of them had modified radical neck dissection. After the tumor resection, primer reconstruction in 15 (50%), Bernard plasty in 7 (23.3%), reconstruction with Karapandzic flap in 4 (13.3%), reconstruction with Abbe-Estlander flap in 2 (%6.7), reconstruction with deltopectoralis myocutaneous flap in 2 (6.7%) patients were

performed. Median follow-up period was 35.6±19.4 months. The 3-year overall survivals were 92.7% for all stages.

Conclusion: We come across similar outcome with literature in lower lip carcinoma patients treated with lip lesion and also surgical treatment of neck.

Key Words: Lip, cancer, surgery, survey.

Turk Arch Otolaryngol, 2009; 47(2): 83-89

Özet

Amaç: Alt dudak karsinomlu hastalara yaklaşım algoritmi ve onkolojik sonuçların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde Mart 1998-Mart 2007 tarihleri arasında alt dudak karsinomu tanısıyla ameliyat edilen 30 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelenerek çalışma kapsamına alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, risk faktörleri, tümörün alt dudaktaki yerleşimi, tümörün büyüklüğü, bölgesel lenf nodlarının durumu, uygulanan cerrahi teknik, histopatolojik sonuçlar, lokal ve bölgesel nüks, sağkalım oranları değerlendirilmiştir. Olguların yaş ortalaması 63.2±12.0 idi. Hastaların 28'i erkek, 2'si kadındı. Olguların tümü yassı hücreli karsinom idi. Alt dudaktaki tümör 9 (%30) olguda sağ taraf yerleşimli, 14 (%46.7) olguda sol taraf yerleşimli, 7 (%23.3) olguda orta hat yerleşimli idi. TNM sınıflamasına göre tümör büyüklüğü; 9 (%30) olguda T1, 15 (%50) olguda T2, 4 (%13.3) olguda T3 ve 2 (%6.7) olguda T4 olarak saptanmıştır.

Bulgular: Başvuru anındaki fizik muayenelerinde 22 (%73.3) olguda boyunda ele gelen lenfadenopati saptanmazken, 8 (%26.7) olguda boyunda ele gelen lenfadenopati saptanmıştır. Boyunda ele gelen lenfadenopati saptanan olguların hepsine modifiye radikal boyun diseksiyonu yapılmıştır. Boyun diseksiyonu materyallerinin incelenmesinde 6 olguda pozitif böl-

gesel lenf nodu saptanmıştır. No olan olguların ise 16'sına selektif boyun diseksiyonu, 6'sına modifiye radikal boyun diseksiyonu yapılmıştır. Tümör rezeksiyonu sonrası 15 (%50) olguda primer kapama, 7 (%23.3) olguda Bernard plasti, 4 (%13.3) olguda Karapandzic flep, 2 (%6.7) olguda Abbe-Estlander flep, 2 (%6.7) olguda deltopektoral myokutan flep ile dudak rekonstrüksiyonu yapılmıştır. Ortalama olarak olgular 35.6±19.4 ay süreyle takip edilmiştir. Üç yıllık tüm sağkalım oranı %92.7 olarak saptanmıştır.

Sonuç: Alt dudak yerleşimli yassı hücreli karsinomlarda dudaktaki lezyon ve birlikte boynun da cerrahi tedavisi ile literatürle uyumlu sonuçlar alınmıştır.

Anahtar Sözcükler: Dudak, kanser, cerrahi, sağkalım.

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2009; 47(2): 83-89

Giriş

Dudak kanserleri, baş boyun bölgesi kanserleri içinde en yaygın kanserlerden biridir ve tüm oral kavite kanserlerinin yaklaşık %25-30'unu oluştururlar.¹ Sıklıkla alt dudakta (%88-98) görülmelerine rağmen daha az sıklıkta üst dudak (%2-7) ve kommissürde (%2) de yerleşebilirler.² Bu hastalık çoğunlukla 7. ve 8. dekattaki erkeklerde (%95) izlenmektedir ve yaşla birlikte görülme sıklığı artar.²

Histopatolojik olarak sıklıkla yassı hücreli karsinom görülmeyle birlikte nadiren bazal hücreli karsinom, malign melanom, adenokarsinom ve diğer tükrük bezi malignitelerine de rastlanılabilir. Dudakta görülen yassı hücreli karsinom esas olarak alt dudak vermilyon sınırında gözlenir.²

Dudaktaki yassı hücreli karsinomda primer tedavi 8-10 mm'lik temiz cerrahi sınırla birlikte tümörün tam kat olarak eksizyonudur. Dudakta oluşan defekt çeşitli rekonstrüksiyon teknikleriyle kabul edilebilir oral fonksiyonlar ve iyi bir estetik görünüm hedefle-

nerek tamir edilir. Eğer boyunda klinik olarak gelen lenf nodları mevcutsa cerrahi tedavinin bir parçası olarak boyun diseksiyonu da yapılır.² Literatürde N0 boyunla ilgili tartışmalı görüşler mevcuttur. Myers ve Suen alt dudak kanserli hastalarda %80 oranında boyna metastaz gelişmediği için N0 boyunda boyun tedavisine gerek olmadığını savunurken, Bucor ve Stefanescu ise alt dudaktaki tümörün cerrahi olarak çıkarılmasından sonra lokal nüks olmasa bile boyunda lenf nodları bulunmasından dolayı boynun tedavi edilmesi gerektiğini savunmaktadırlar.^{3,4}

Alt dudak kanserleri, baş ve boyun bölgesinin diğer kanserleriyle prognoz yönünden kıyaslandıklarında nispeten daha iyi prognozlu tümörlerdir. Bunun en önemli nedenlerinden biri, sıklıkla göz önünde olduklarından erken fark edilirler ve erken tanı şansları yüksektir. Ancak lokal nüks ve bölgesel metastaz yapabilirler. Çoğu vakada kontrol edilemeyen hastalık, boyundaki lenf nodlarına metastatik yayılımla ilişkilidir.^{1,2}

Çalışmamızda alt dudak karsinomu nedeniyle kliniğimizde cerrahi tedavi edilen hastalara yaklaşım algoritmimiz ve onkolojik sonuçlarımızın güncel çalışmalarla karşılaştırmalı olarak tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Mart 1998-Mart 2007 tarihleri arasında kliniğimizde alt dudak yerleşimli yassı hücreli karsinom tanısı alan ve cerrahi tedavi uygulanan, takiplere düzenli olarak gelen 30 olgu çalışmaya dahil edildi. Üst dudak veya kommissür tümörü olan hastalar, 1 cm'den küçük tümörü olup sadece tümöre cerrahi rezeksiyon yapıp boyna herhangi bir tedavi yapılmayan hastalar, ilk operasyonları dış merkezlerde yapılan ve kliniğimize nüksle başvuran hastalar çalışma dışı bırakıldı. Olgulara primer hastalık ile ilgili bilgi ve te-

davi alternatifleri anlatılmış, cerrahi tedaviyi kabul eden hastalardan olası komplikasyon ve sonuçları hakkında ayrıntılı bilgileri içeren bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Olguların dosyaları yaş, cinsiyet, meslek, sigara ve alkol kullanma alışkanlığı, tümörün alt dudaktaki lokalizasyonu, operasyon öncesi alınan biyopsi sonuçları, American Joint Cancer Committee (AJCC) 1998 kriterlerine göre yapılan TNM evrelemesi, uygulanan cerrahi yaklaşım ve rekonstrüksiyon teknikleri, operasyon sonrası histopatolojik sonuçlar, takip süresi ve lokal ve bölgesel nüks, sağkalım oranları açısından retrospektif olarak gözden geçirildi.

Kliniğimizde alt dudaktaki lezyon eksize edildikten sonra dudakta oluşan defekt 1/2'den küçükse primer kapama, 1/2 ile 2/3 arasında oluşan defektlerde Karapandzic veya Abbe-Estlander flep ile onarım, daha büyük defektlerde ise Bernard plasti ile rekonstrüksiyon yapılmaktadır. N+ boyunlu hastalarda modifiye radikal boyun diseksiyonu cerrahi tedavinin bir parçası olarak uygulanmaktadır. N0 boyunlara ise selektif boyun diseksiyonu yapılmakta, eğer operasyon sırasında şüpheli lenf nodları ile karşılaşılırsa frozen için örnekleme alınıp malign gelen olgularda modifiye radikal boyun diseksiyonu yapılmaktadır. Boyunda metastatik lenf nodu sayısının 2'den fazla olduğu, perinodal, perivasküler ve perinöral tutulum olması durumunda hastalara postoperatif radyoterapi planlanmaktadır.

Hastalar ilk yıl içinde aylık, ikinci yılda 3 ayda bir, daha sonraki yıllarda 6 ayda bir tam kan, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile ön arka akciğer direkt grafileri ile kontrolleri yapılmıştır.

Hastalara ait tanımlayıcı bilgiler ve istatistik değerler SPSS 13.0, version for Microsoft ile hesaplanmıştır. Sağkalım hesaplanmasında Kaplan Meier testi kullanılmıştır.

Bulgular

Hastaların yaşları ortalama 63.2±12.0 (33-93 yaş arasında) olarak saptanmıştır. Hastaların 28'i (%93.3) erkek, 2'si (%6.7) kadındı.

Hastaların 13'ünde (%43.3) etyolojik faktör olarak güneş ışığına maruz kalacak şekilde açık havada çalışma öyküsü tariflemiştir. Hastalarımızdan 24'ünde (%80) uzun süreli sigara kullanımı ve bu hastaların da 8'inde (%26.6) sigarayla birlikte alkol kullanımı öyküsü alınmıştır.

Ameliyat öncesi hastalardan alınan biyopsi sonuçlarının tümü yassı hücreli karsinom idi. Tümörün alt dudaktaki yerleşim yerine göre dağılımı 14 lezyon (%46.7) sol 1/3'te, 7 lezyon (%23.3) sağ 1/3'te, 9 lezyon (%30) orta 1/3 olarak tespit edilmiştir.

Hastaların kliniğimizde ilk tanı aldıkları dönemde evreleri TNM sınıflandırmasına göre klinik olarak 9 hasta (%30) T1, 15 hasta (%50) T2, 4 hasta (%13.3) T3, 2 hasta (%6.7) T4 olarak değerlendirilmiştir (Tablo 1). Başvuru anındaki fizik muayenelerinde 22 (%73.3) hastada boyunda ele gelen lenfadenopati saptanmazken, 8 (%26.7) hastada boyunda ele gelen lenfadenopati saptanmıştır. Ameliyat öncesi hastalarımızda uzak metastaz saptanmamıştır.

Tümör rezeksiyonu sonrası alt dudakta oluşan defekt 15 (%50) olguda primer kapama, 7 (%23.3) olguda Bernard plasti, 4 (%13.3) olguda Karapandzic flep, 2 (%6.7) olguda Abbe-Estlander flep, 2 (%6.7) olguda deltopektoral flep ile rekonstrüksiyon yapılmıştır (Resim 1 ve 2).

Tablo 1. Tümörlerin ameliyat öncesi evrelemesi.

	No	N1	N2a	Toplam
T1	8 (%26.7)	1 (%3.3)	-	9 (%30)
T2	13 (%43.3)	2 (%6.7)	-	15 (%50)
T3	1 (%3.3)	3 (%10)	-	4 (13.3)
T4	-	1 (%3.3)	1 (%3.3)	2 (6.6)
Toplam	22 (%73.3)	7 (%23.3)	1 (%3.3)	30 (%100)



Resim 1. Bernard plasti ile rekonstrüksiyon planlanan alt dudaktaki lezyonun ameliyat öncesi görünümü.
[Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]



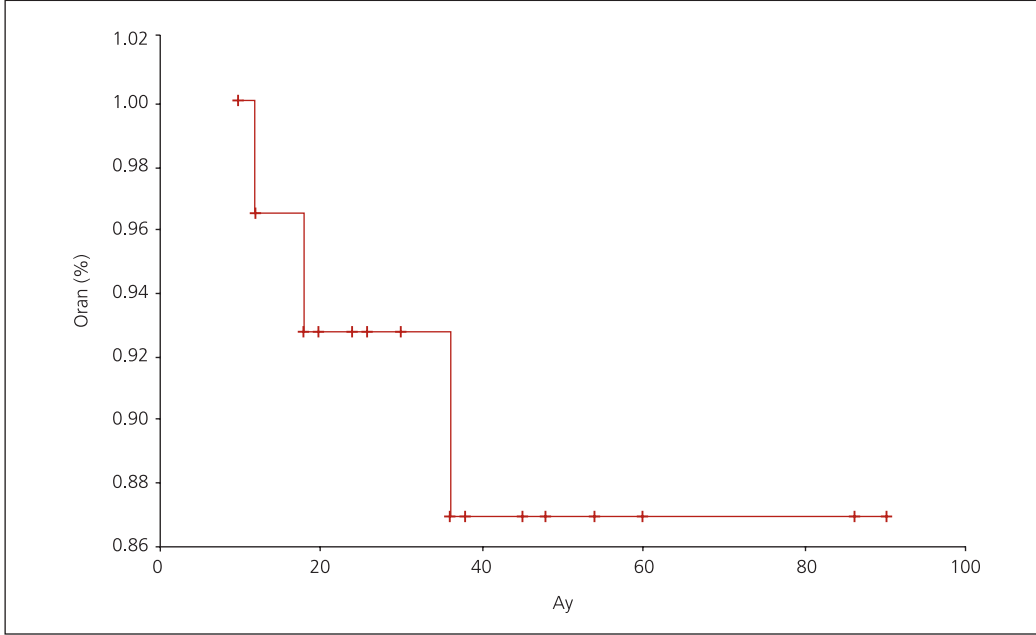
Resim 2. Ameliyat sonrası Bernard plasti ile rekonstrüksiyon yapıldıktan sonraki görünümü.
[Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]

Fizik muayenelerinde boyunda ele gelen lenfadenopati saptanan olguların hepsine modifiye radikal boyun diseksiyonu yapılmıştır. Boyun diseksiyonu materyallerinin incelenmesinde 6 olguda pozitif bölgesel lenf nodu saptanmıştır ve endikasyon durumuna göre postoperatif radyoterapi uygulanmıştır. N0 olan olguların ise 16'sına selektif boyun diseksiyonu, 6'sına modifiye radikal boyun diseksiyonu yapılmıştır. T2N0 olarak değerlendirilen 13 olgunun tümörün yerleşim yerine göre 9'una tek taraflı, 4'üne ise çift taraflı selektif boyun diseksiyonu uygulanmıştır. T3N0 olan 1 olguya ise bir tarafa modifiye radikal diğer tarafa ise selektif boyun diseksiyonu uygulanmıştır.

Tüm hastalarımızın ameliyat sonrası patoloji sonuçları yassı hücreli karsinoma olarak rapor edilmiştir. 17 hastanın (%56.7) tümörü iyi derecede diferansiyel, 8 hastanın (%26.7) tümörü orta derecede diferansiyel, 5 hastanın (%16.7) tümörü kötü derecede diferansiyeldir.

Hastalar minimum 10 ay, maksimum 90 ay ortalama 35.6 ± 19.4 ay (ortanca değer 36 ay) süreyle ta-

kip edilmiştir. Bu süre içinde 2 (%6.6) hastada lokal nüks gelişmiş, 4 (%13.3) hastada bölgesel nüks saptanmıştır. Nüks gelişen hastaların histopatolojik değerlendirmesinde 4 hastada kötü diferansiyel, 2 hastada orta diferansiyel tümör saptanmıştır. Lokal nüks gelişen olgularımızda patolojik raporlarında cerrahi sınırlar intakt olarak rapor edilmiştir. Lokal nüks saptanan hastalara cerrahi eksizyon uygulanmıştır. Bölgesel nüks gelişen 2 hastanın patoloji sonuçlarında 1'er adet metastatik lenf nodları olduğu saptanmıştır. Bölgesel nüks gelişen tüm hastalara radikal boyun diseksiyonu ve karşı tarafa selektif boyun diseksiyonu uygulanmıştır. Bu hastalara ameliyat sonrası radyoterapi verilmiştir. Bölgesel nüks gelişen hastalardan biri (%25) primer hastalık nedeniyle, 1'i (%25) 18. ayda uzak metastaz nedeniyle kaybedilmiştir. Bir hastamız da primer hastalık dışındaki nedenlerle kaybedilmiştir. Hastaların yapılan üç yıllık sağkalım oranı %92.7 olarak saptanmıştır (Şekil 1).



Şekil 1. Üç yıllık tüm sağkalım değerlendirilmesi. [Bu şekil, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]

Tartışma

Dudak kanserleri, baş boyun bölgesi kanserleri içinde en yaygın kanserlerden biridir ve genellikle 7-8. dekatlarda erkeklerde görülmektedir.¹ Alt dudak vermilyon yerleşimi en sık yerleşim yeridir. Klinik olarak sıklıkla yavaş ilerleyen alt dudakta iyileşmeyen yara yakınması mevcuttur. Sıklıkla göz önünde olduklarından erken fark edilirler ve erken tanı şansları yüksektir.

Dudak kanserlerinin gelişiminde güneş ışığına maruziyet ve sigara başta olmak üzere birçok risk faktörü olduğu gösterilmiştir.⁵ Bizim hastalarımızın da %43.3'ünde risk faktörü olarak güneş ışığına maruz kalacak şekilde açık havada çalışma öyküsü ve %80'in de sigara kullanımı öyküsü saptanmıştır.

Alt dudak kanserlerinde cerrahi tedavi birçok merkez tarafından ilk tedavi seçeneği olarak uygulanmaktadır.^{5,6} Alt dudak kanserlerinin cerrahi tedavisinde alt dudakta oluşan doku defekti yerleşim ye-

rine ve büyüklüğüne bağlı olarak değişik tekniklerle kapatılmaktadır. Küçük defektler primer olarak kapatılabileceği gibi, dudagın 2/3'üne kadar olan daha büyük defektlerde onarım için birçok teknik bulunmaktadır.⁶ Çalışmamızda alt dudakta oluşan dudagın 1/2'sinden az olan defektlerde primer onarım, alt dudagın 2/3'üne kadar oluşan defektlerde 7 (%23.3) olguda Bernard plasti, 4 (%13.3) olguda Karapandzic flep, 2 (%6.7) olguda Abbe-Estlander flep ile onarım uygulanmıştır. Alt dudagın 2/3'ünden daha fazla defekt oluşan 2 (%6.7) olguda deltopektoral flep ile onarım yapılmıştır.

Alt dudak kanserlerinde radyoterapi estetik ve fonksiyonel olarak iyi sonuçların alınabildiği başka etkili bir tedavi yöntemidir. Birçok onkoloğa göre erken evre alt dudak kanserlerinde cerrahi eksizyon veya radyoterapi ile %90 oranında başarılı sonuçlar alınabilmektedir. İleri evre tümörlerde ise cerrahi ve adjuvan radyoterapi önerilmektedir.⁷ Biz ise alt dudak kanserlerinin tedavisinde cerrahi tedavi ile daha

iyi sonuçlar alındığına inanmaktayız. Ayrıca cerrahi tedavi ile hızlı tedavi süresi, tümörün histopatolojik olarak tam olarak değerlendirilmesi, cerrahi sınırların değerlendirilmesi, ileri evre tümörlerde kür oranının radyoterapiye göre yüksek olması gibi avantajları olmasından dolayı alt dudak kanserlerinin tüm evrelerinde primer tedavi olarak cerrahi tedavi yapılması gerektiğini savunmaktayız. İleri evre tümörlerde cerrahi ve radyoterapi tedavisini birlikte uygulamaktayız.

Erken evre tümörlerde primer odağın tedavisini takiben elektif boyun diseksiyonunun yapıp yapılmayacağı konusunda halen çeşitli görüşler vardır.^{4,8} Sağkalım için en önemli prognostik faktörün bölgesel lenf nodu tutulumu ve yaygınlığı olduğu bildirilmiştir.^{9,10} Alt dudak kanserlerinde tanı anında bölgesel lenf nodu tutulumu oranları literatürde %2-15 değerleri arasında sunulmaktadır.¹⁵ Bugüne kadar bölgesel metastazlar için belirlenmiş olan oranlar T1 tümörler için %0 ile %15 arasında ve T2 tümörler için %11 ile %35 arasında değişmektedir.⁹ T2 tümörlerde gecikmiş servikal lenf nodu metastazı görülme oranı %35-%40 civarındadır.² Yapılan çalışmalarda servikal lenf nodlarına olan metastazın yüksek mortalite ve düşük sağkalımla beraber görüldüğü belirtilmektedir.^{10,11} Bu hastaların çoğu primer tümörü iyi kontrol edilmesine rağmen, ilerlemiş boyun hastalığı ile gelmekte ve çok önemli bir tedavi şansını kaçırabilmektedirler. Güney ve ark.¹² çeşitli merkezlerde boyun diseksiyonu yapılmadan sadece primer tümöre yönelik primer kapatma şeklinde uygulanmış 13 hastayı rapor ettiler. Tüm hastalarda lokal nüks olmadan boyun metastazları meydana gelmişti. Bu hastaların 9'u yapılan agresif cerrahi tedavilere ve postoperatif radyoterapiye rağmen, birinin ise adjuvan radyoterapiye rağmen kaybedildikleri bildirilmiştir. Hastalarımızın 8'inde (%26.7) boyun muayenelerinde lenfadenopati saptanmıştır. Literatürde de N0 boyunda eğer tümör T1 ise primer tümöre yö-

nelik tedaviyi takiben hastanın kontrole alınması, T2 tümörlerde ve klinik olarak palpabl nodu olan N(+) boyunlarda supraomohyoid boyun diseksiyonu veya modifiye radikal boyun diseksiyonu önerilmektedir.^{9,10} Multipl nodlarda metastaz olduğunda veya ekstrakapsüler yayılım tanısı olduğunda sadece boyun diseksiyonu ile yetinmek oldukça yüksek oranda nüksle sonuçlanmaktadır. Bu durumda sadece cerrahi tedaviye göre, adjuvan radyoterapi ile nüks insidansını azaltmak ve metastatik hastalığı daha iyi kontrol altına almak mümkün olabilmektedir.¹⁰ Hastalarımızda klinik olarak N0 boyunlu 16 hastaya selektif, 6 hastaya modifiye radikal boyun diseksiyonu uygulanmıştır. Boyunda palpabl lenf nodu saptanan hastalara ise modifiye radikal boyun diseksiyonu uygulanmıştır.

Alt dudak kanserlerinde tümör boyutu ile ilişkili olarak hastaların %5-10 arasında lokal nüks görülebilmektedir.⁵ Hastalarımızın 4'ünde (%13.3) bölgesel, 2'sinde (%6.7) lokal nüks saptanmıştır. Lokal nüks saptanan hastalarda cerrahi eksizyon, bölgesel nüks saptanan hastalarda radikal boyun diseksiyonu ve karşı tarafa selektif boyun diseksiyonu yapılmıştır.

Primer tümörün boyutu, lokal nüks oluşumu, histolojik diferansiyasyonun derecesi, tümör kalınlığı, infiltratif invazyon paterni ve perinöral invazyon bölgesel lenf nodu metastazında önemli rol oynayan faktörlerdir.^{9,10,13} Tüm bu faktörler tümörün biyolojik davranışını ortaya koymaktadırlar. Bu biyolojik davranış şekilleri aslında değişkenliğe uğramış genetik olaylara bağlı bulunmaktadır. Bu genetik değişiklikler halen araştırma aşamasındadır. Fakat şu anda bölgesel servikal metastazları kontrol edebilmek için yapılan terapötik yaklaşımlar hastalığın prognozunu tayin etmede son derecede önemli rol oynamaktadırlar. Servikal lenf nodu metastazları ortaya çıktığı anda, 5 yıllık sağkalım oranları %70-99'dan %40-80'lere düşmektedir.^{9,10,13} Çalışmamızda 3 yıllık tüm sağkalım oranı %92.7 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak alt dudak yerleşimli yassı hücreli karsinomlarda dudaktaki lezyon ve birlikte boynun da cerrahi tedavisi ile literatürle uyumlu sonuçlar alınmıştır.

Kaynaklar

1. **Zitsch RP 3rd, Park CW, Renner GJ, Rea JL.** Outcome analysis for lip carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113: 589-96.
2. **Zitsch RP 3rd.** Carcinoma of the lip. *Otolaryngol Clin North Am* 1993; 26: 265-77.
3. **Myers EN, Suen JY.** Cancer of the Head and Neck. Philadelphia: WB Saunders; 1996.
4. **Bucur A, Stefanescu L.** Management of patients with squamous cell carcinoma of the lower lip and N0-neck. *J Craniomaxillofac Surg* 2004; 32: 16-8.
5. **Bilkay U, Kerem H, Özek C, et al.** Management of lower lip cancer: a retrospective analysis of 118 patients and review of the literature. *Ann Plast Surg* 2003; 50: 43-50.
6. **Salgarelli AC, Sartorelli F, Cangiano A, Collini M.** Treatment of lower lip cancer: an experience of 48 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005; 34: 27-32.
7. **Vukadinovic M, Jezdic Z, Petrovic M, Medenica LM, Lens M.** Surgical management of squamous cell carcinoma of the lip: analysis of a 10-year experience in 223 patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65: 675-9.
8. **Hoşal İN, Önerci M, Kaya S, Turan E.** Squamous cell carcinoma of the lower lip. *Am J Otolaryngol* 1992; 13: 363-5.
9. **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.
10. **Gooris PJ, Vermey A, de Visscher JG, Burlage FR, Roodenburg JL.** Supraomohyoid neck dissection in the management of cervical lymph node metastases of squamous cell carcinoma of the lower lip. *Head Neck* 2002; 24: 678-83.
11. **McGregor GI, Davis NL, Hay JH.** Impact of cervical lymph node metastases from squamous cell cancer of the lip. *Am J Surg* 1992; 163: 469-71.
12. **Güney E, Yiğitbaşı OG.** Functional surgical approach to the level I for staging early carcinoma of the lower lip. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 131: 503-8.
13. **Zitsch RP 3rd, Lee BW, Smith RB.** Cervical lymph node metastases and squamous cell carcinoma of the lip. *Head Neck* 1999; 21: 447-53.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. Gökhan Kuran

Dikmen Cad. 220/A No: 17

Dikmen 06450 ANKARA

Tel: +90 312 483 38 45

Faks: +90 312 318 66 90

e-posta: gkuran2@yahoo.com