

# OSTEOKÜTAN RADIAL ÖNKOL FLEBİ İLE TEK SEANSTA ALT DUDAK VE MANDİBULA ONARIMI

Aylin BİLGİN, Metin ERER, İsmail ERMiŞ, Fatih ŞİRİN, Ayhan KONURALP,  
Nazım ÇERKEŞ

*İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, İstanbul*

## ÖZET

*Alt dudak, çene ucu derisi, ağız mukozası ve mandibula simfizis bölgesinde segmenter rezeksiyon yaptığımız kanserli iki olgumuzda, birinde aynı seansta palmaris longus tendonu da dahil edilerek, osteokütan radial önkol flebi ile onarım yapıldı. Bu yazıda, onarımı yapılan vakalarımızın fonksiyonel ve estetik açıdan tatminkar sonuçları sunulmaktadır.*

**Anahtar Kelimeler:** Radial önkol flebi, Mandibula rekonstrüksiyonu, Serbest flep

## SUMMARY

*Two patients with carcinomas involving the lower lip, skin of the mentum, oral mucosa and symphysis of the mandible underwent resection of the tumors and had simultaneous reconstruction utilizing radial forearm osteocutaneous free flap with and without palmaris longus. In this paper, we present the cases demonstrating the functional and aesthetic results.*

**Key Words:** Radial Forearm flap, Mandible reconstruction, Free flap

## GİRİŞ

Yüzün alt 1/3 ünde, mandibuladan da bir segment çıkarılmasını gerektiren tümör rezeksiyonları, yüksek oranda morbidite hatta mortalite yaratmaktadır. Song ve arkadaşları<sup>1</sup> tarafından 1981'de tarif edilen radial önkol flebi, ince, kılsız ve katlanabilir olma özelliklerinden dolayı 1983'de Soutar<sup>2</sup> tarafından da önerildiği gibi özellikle ağız içi onarımlarında popüler olmuştur. Alt dudak, çene ucu derisi, ağız mukozası ve bunların yanısıra mandibuladan da rezeksiyon yapılmasını gerektiren tümörlerde oluşan tam kalınlıklı defektin onarımı için Soutar ve arkadaşları<sup>3</sup> tarafından vaskülarize osteokütan radial önkol flebi önerilmiştir. Flep 10 cm'ye kadar olan kemik defektlerinin onarımında güvenle kullanılabilir. Alt dudakın tamamen kaybedildiği ve lokal dokularla onarımın mümkün olmadığı durumlarda, radial önkol flebine vaskülarize palmaris longus

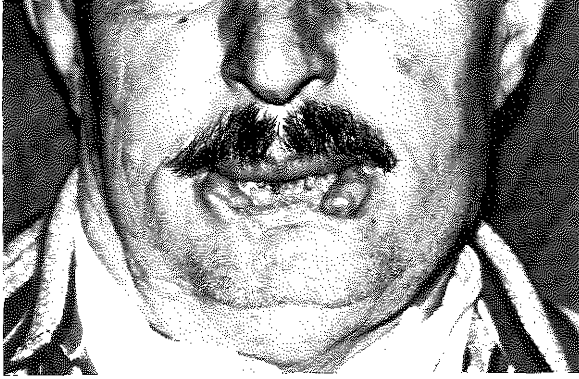
tendonunu da oral sling oluşturmak amacıyla dahil etmek mümkündür. Bu şekilde flep hem ağız içi dökmesi, hem çene ucu derisini örterken, salya akıntısı olmaksızın, alt dudak ve çene ucu onarımı tek bir estetik ünit olarak yapılmış olmaktadır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

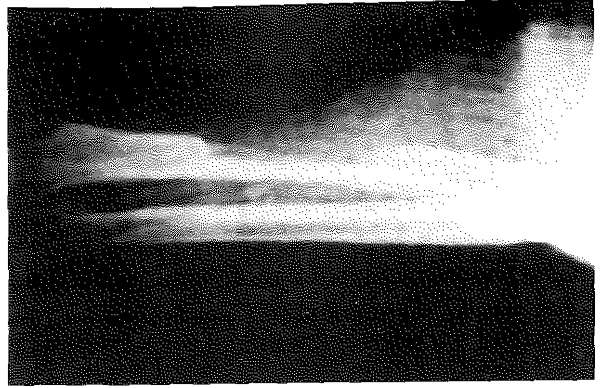
**OLGU-1:** 57 yaşında erkek hasta, 2 yıl önce alt dudak orta hatta başladığını ifade ettiği tümör ile başvurdu. (Şekil 1) Fizik muayenede tümörün tüm alt dudağı ve gingivo-bukkal sulkusu kapladığı, mandibula simfiz bölgesine invazyonu olduğu görüldü. Patolojik inceleme sonucu iyi diferansiye epidermoid karsinom olarak geldi. Boyunda palpe edilen lenf yoktu. Ameliyatta genel anestezi altında kommissürden kommissüre tüm alt dudak, alveol mukozası, mandibula simfiz bölgesi geniş eksizyon yapılarak çıkartıldı.

Ameliyat öncesi yapılan fizik muayenede

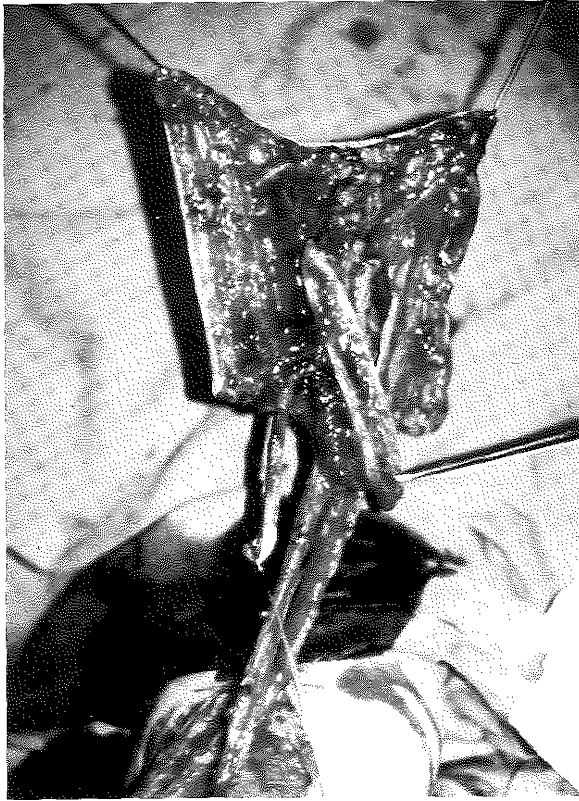
Bu çalışma 15. Ulusal Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kongresi'nde sunulmuştur.



Şekil 1: Birinci olgunun preoperatif görünümü.



Şekil 3: Radius kemiğinden "boat shaped" osteotomi yapılmış.



Şekil 2: Radius segmenti dahil edilerek hazırlanan radial önkol flebinin görünümü.

hastada palmaris longus tendonunun olmadığı görüldü. Sol önkoldan (nondominant) 8 cm'lik radius segmentini de içeren 12x12 cm boyutlarında radial önkol serbest flebi hazırlandı (Şekil 2). Radius segmentine kayık şeklinde "boat shaped" osteotomi yapıldı (Şekil 3). Flep vertikal yönde katlanacak ve 6x12 cm deri adası alt dudak 6x12 cm deri adası da ağız içini örtecek şekilde hazırlandı. İlk olarak radius segmenti osteotomi yapılmadan

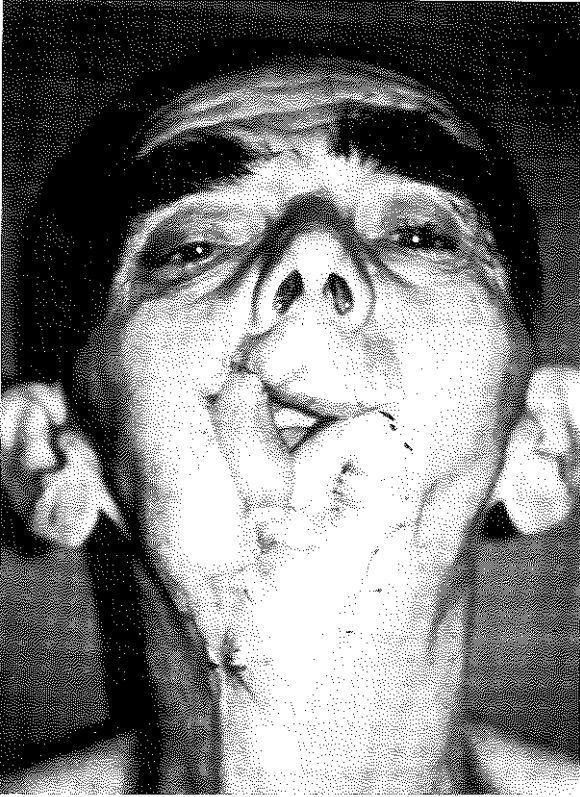


Şekil 4: Birinci olgunun postoperatif görünümü.

mandibulanın serbest uçlarına interosseöz telleme ile tesbit edildi. Flebin laterali ağız içine tesbit edildi. Boyun sol tarafında, radial arter fasial artere ve sefalik ven de fasial vene 10-0 ethilon ile anastomoz sağlandı. Dolaşım gözlemlendikten sonra, flebin ağız içinde kalan kısmı her iki komissür hizasında 1 cm laterale ve 1 cm yukarıya dikilerek, gerginliği sağlandı. Flebin medial kısmı alt dudak oluşturacak şekilde dışarıya doğru katlanarak mentum bölgesine suture edildi.

Hasta problemsiz olarak iyileşerek, onuncu günde taburcu edildi. Klinik ve radyolojik olarak kemik iyileşmesinin olduğu görüldü (Şekil 4). Sol kol 8 hafta atelde kaldı. Hastanın 1 yıllık takibinde tümör nüksü ve donör saha problemi görülmedi.

**OLGU-2:** 62 yaşında erkek hasta, öyküsünden 1.5 yıl önce alt dudaktan epidermoid karsinom eksizyonu ve lokal flepler ile onarım yapılmış. Fizik muayenede tüm alt dudak, mentum bölgesini içeren, mandibulaya



Şekil 5: İkinci olgunun preoperatif görünümü.

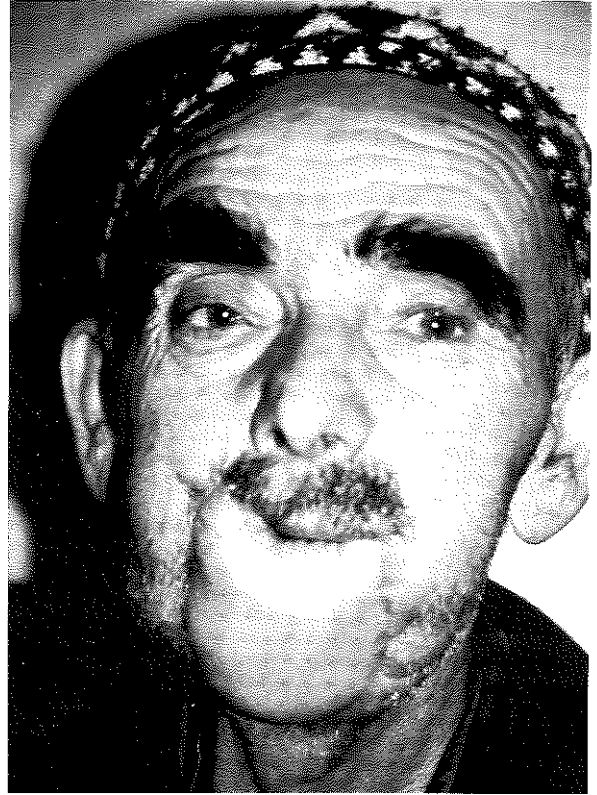
infiltrate tümör saptandı (Şekil 5). Submental bölgede orta hattın solunda 2x3 cm boyutlarında, mandibulaya yapışık lenf düğümü tesbit edildi.

Ameliyatta total alt dudak, mentum derisi, mandibula simfiz bölgesi geniş sınırlarla çıkarıldı. Solda radikal boyun diseksiyonu, sağda üst boyun diseksiyonu yapıldı. 10x13 cm boyutlarında radial önkol serbest flebi, palmaris longus tendonu ve 10 cm'lik radius segmenti içerecek şekilde yukarıda tarif edildiği gibi hazırlandı ve yerine tesbit edildi. Boyun sağ tarafında, radial arter superior tiroidal artere, konkomitan venlerden birisi de superior tiroidal vene anastomoz edildi.

Flepte ve donör sahada problem olmayan hasta postoperatif 14. günde onkoloji kliniğine sevk edildi. Postoperatif 6. ayda ağız içinde flep revizyonu yapıldı (Şekil 6-7). Hastanın 18 aylık takiplerinde tümör nüksüne ve donör sahaya ait bir probleme rastlanmadı.

#### BULGULAR

Osteokütan radial önkol flebi iki hastamızda; total alt dudak, çene ucu, ağzı ve



Şekil 6: İkinci olgunun postoperatif görünümü.



Şekil 7: Postoperatif panorex grafi.

mandibula segmenti onarımı amacıyla kullanılmıştır. İkinci olguda palmaris longus tendonu flebi kommissürlere asarak oral sling oluşturulması için flebe dahil edilmiştir. İki hastamızda da "drooling" oluşmamış, mandibulanın kemik bütünlüğü sorunsuz olarak sağlanmış, estetik ve fonksiyonel açıdan tatminkar sonuçlar alınmıştır.

#### TARTIŞMA

İlk kez Song ve arkadaşları<sup>1</sup> tarafından

1982'de tarif edilen radial önkol flebi; ince, kılsız ve üç boyutlu defektlere kolay adapte edilebilme özelliklerinden dolayı baş-boyun rekonstrüksiyonlarında popüler olmuştur. Soutar<sup>2,3</sup> flebe radius segmenti de ilave ederek yüzün alt 1/3 geniş tam kalınlıklı defektlerinin onarımında kullanılmasını önermiştir. Bu bölgenin onarımlarında, fonksiyonel olarak gözlenen en büyük sorunlardan biri, oral slingin yeterli olmayıp "drooling" oluşmasıdır. Palmaris longus tendonunun<sup>4,5</sup> bu amaçla kullanımı soruna hemen hemen çözüm getirmiştir.

Önkolda bulunan medial antebrakial kutanöz sinirin, mental sinire koaptasyonu ile flebi nörotize etmek de mümkündür. Fakat mental sinir, ablatif cerrahi girişim sırasında genellikle sakrifiye edilmektedir<sup>6</sup>. Aynı koaptasyonu nervus aurikularis magnus ve nervus lingualis ile gerçekleştirmek önerilmiştir, fakat avantaj ve dezavantajları tartışmalıdır<sup>7</sup>.

Radial önkol flebinin donör saha morbiditesinde, deri ile örtinedeki iyileşme problemleri, radius fraktürü, eklem sertliği, elde ödem ve önkolda kozmetik bozukluk tarif edilmiştir<sup>8</sup>. Bunlar arasında kozmetik ve fonksiyonel açıdan morbiditesi en fazla olanı radius fraktürüdür. Radius fraktürlerinin, hemen daima dik açılı osteotomi hattı hizasında olduğu bildirilmiştir<sup>9</sup>. Fraktürü önlemede, radiustan ince bir kortikal strip alınması, dik açılı osteotomi yerine kayık şeklinde (boat shaped) osteotomi yapılması ve altı-sekiz hafta dirsek üstü atelleme önerilmektedir<sup>9</sup>.

Önceleri alt dudakın tamamı, çene ucu derisi, ağız içi mukoza ve mandibulayı içeren kompozit defektlerde, lokal dokular ile onarım mümkün olmadığında, örneğin iç dökme için pektoral veya frontal flep, dış dökme için deltopektoral flep olmak üzere en az iki flep ve ek olarak en az iki seanlı operasyonlar gerekiyordu. Günümüzde mikrovasküler serbest doku transferlerinin gelişmesi ile aynı seansta yumuşak doku kemik, tendon ve gerekirse sinir taşımak mümkün olmaktadır.

Burada sunduğumuz her iki olguda da total olarak alt dudak, mentum derisi, mandibula simfiz bölgesi çıkarıldı. Birinci olguda 8 cm, ikinci olguda 10 cm'lik radius segmentleri, kayık şeklinde osteotomi yapılarak, radial önkol flebi

ile birlikte kaldırıldı. Radius segmenti, osteotomi yapılmadan mandibulanın her iki ucuna interosseöz telleme ile tesbit edildi. Palmaris longus tendonu birinci olgumuzda mevcut değildi. İkinci olgumuzda tendon orbikularis oris kasının uçlarına dikildi. Flepler, vertikal yönde katlanarak, her iki olguda da gingivo-bukkal sulkus oluşturuldu. Birinci hastamızda palmaris longus tendonu ile flebi asamamamıza rağmen, yeterli derinlikte gingivo-bukkal sulkus olduğu için, her iki hastamızda da tükürüğü tutamama ve konuşma bozukluğu gözlenmedi. İkinci hastamızda, 6 ay sonra flebin ağız içinde katlandığı bölgede eksizyon ve nedbe revizyonu yaptık. Uzun süreli takipte her iki olguda da mandibula-radius hattında klinik ve radyolojik olarak iyileşme saptadık. Donör alanlarda her iki hastaya da uygulanan deri greftleri çabuk iyileşti. Alt dudak ve mentum estetik unit olarak onarılabildiği için tatminkar estetik sonuç alabildik. Fakat flebin kılsız olması nedeniyle, kadın hastalarda daha iyi sonuç vereceğini düşünüyoruz.

*Dr. Aylin BİLGİN*

*I.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi*

*Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D.*

*Çapa, Topkapı/İstanbul*

#### KAYNAKLAR

1. Song R., Gao Y., Song Y., Yu Y., Song Y. The forearm flap. Clinics in Plast. Surg. 9:21,1982.
2. Soutar D.S., Schcker L.R., Tanner N.S.B. and McGregore I.A. The radial forearm flap: A versatile method for intraoral reconstruction. Br.J.Plast. Surg. 36:1,1983.
3. Soutar D.S., Widdowsen W.P. Immediate reconstruction of the mandible using vascularised segment of radius. Head Neck Surg. 8:232,1986.
4. Sakai S., Socda T., endo M., Ishii M., Uchiumi E. Case Report: A compound radial artery forearm flap for the reconstruction of lip and chin defect. Br.J.Plast. Surg. 42:337,1989.
5. Niranyan N.S., Watson P. Reconstruction of the cheek using a suspended radial forearm free flap. Br.J.Plast Surg. 43:365,1990.
6. Sadove R.C., Luce E.a., Mc Grath P.G. Reconstruction of the lower lip chin with the composite radial forearm-palmaris longus free

- flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 88:209,1991.
7. Weinzweig N., Chen L. Lower face reconstruction using a neurosensory osteocutaneous radial forearm flap and Webster modification lip repair. *Plast. Reconstr. Surg.* 94: 685, 1994.
  8. Timmons M.J., Missotten F.E.M., Poole M.D., Davics D.M. Complications of radial forearm flap donor sites. *Br.J.Plast. Surg.* 39:176, 1986.
  9. Bardsley A., Soutar D.S., Elliot D., Batchelor A.G. Reducing morbidity in the radial forearm flap donor site. *Plast. Reconstr. Surg.* 86:287, 1990.