

T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

DUDAK KANSERLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr.Selman AHİPAŞAOĞLU

ESKİŞEHİR, 1990

Anadolu Üniversitesi
Merkez Kütüphane

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	2
GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
BULGULAR.....	19
TARTIŞMA.....	29
SONUÇ.....	37
ÖZET.....	39
KAYNAKLAR.....	40

GİRİŞ

Dudak kanserleri ağız boşluğu tümörlerinin yaklaşık %50'sini oluşturması, çabuk farkedilebilmesi, tedavi yöntemleri ile başarılı sonuçların elde edilmesi gibi nedenlerle kulak burun boğaz doktorlarının özel bir ilgi alanını oluşturmaktadır.

Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalına 4.1.1978-31.10.1989 tarihleri arasında başvuran ve histopatolojik olarak dudak kanseri tanısı konan 80 olgunun yaş, cinsiyet, meslek dağılımlarını, etyolojide rol oynayan faktörleri, hastalığın öyküsünü, hastaların sosyoekonomik durumlarını, kliniğini, radyolojik ve laboratuvar bulgularını, olgulardaki lenfadenopatileri ve değişik olgularda uygulanan ameliyat yöntemleri ile bunların sonuçlarını incelemek amacıyla bu çalışmayı yaptık.

GENEL BİLGİLER

TARİHÇE

Dudak kanserlerinin tarihçesi M.Ö. yıllara dek uzanmaktadır. Asklepiades ve Galen yazdıkları kitaplarında geniş açıklamalar yapmışlar, dudak kanserlerinin semptomlarından ve klinik seyirinden geniş bir şekilde söz etmişlerdir. Boerhave (1668-1738) tonsil kanserleri konusunda yazdığı kitabında dudak kanserlerine geniş yer ayırmıştır. Kesin tanı ilk defa Virchow tarafından yapılan modern anlamda histopatolojik çalışmalarla konmuştur. Karl V.Rokitasky (1804-1878) ise hastalığın anatomopatolojisini aydınlatmıştır. Yirminci yüzyıl dudak kanserlerinin cerrahi tedavisinde dev ilerlemelere tanık olmuştur. Bakamjian(1941), Bernard(1951), Estlander(1954), Abbé(1955), Gillies(1959), Burow(1961), Dırvana(1964) peşpeşe kendi adları ile anılan yöntemlerini sundular. Dudak kanserlerinde radyoterapi ise 1903'te L.Marton ile cerrahiye oranla daha geç yıllarda uygulanmış bir yöntemdir.

ANATOMİ

Dudakların esas görevi ağzın kapanmasını sağlamaktır. Konuşma ve çiğneme de önemli rol oynamasına karşın

başarılı bir rekonstrüksiyon için ana belirleyici ağzın yeterli açılıp kapanmasıdır(2,3). Bunu orbikularis oris ve birer çift destek görevi yapan depresör ve elevatör adale sağlar. Karşılanmayan bir kayıp işlevi zorlaştırır (3,4). Adalelerin tek tek hareket hali veya değişik çift adalelerin antagonistik hareketi ile sonsuz değişik hareket elde edilebilir(5).

Dudakların beslenmesi fasiyal arterden ayrılan superior ve inferior labial arterler ile sağlanır. Bu birer çift arter mukozal yüzde olmak üzere mukokutanöz kenarda damarsal bir ağ oluşturur. Bunlar çağdaş myokutanöz rekonstrüksiyonlar için temel yapılardır. Üst dudak venleri fasiyal vene, alt dudak venleri submental vene dökülürler(2,3).

Motor innervasyon fasiyal sinirin bukkal ve mandibular dalları ile sağlanır. Duyu sinirleri ise infraorbital, altta mental sinirlerdir ve her ikisi de trigeminal sinirin dallarıdır. Mental sinir ve mental foramen dudak kanserinin yayılımında önemli noktalardır. Perinöral lenfatikler boyunca ilerleme tümörün mental foramenden giderek inferior alveoler kanal boyunca proksimale, posteriora ve aynı zamanda kafa kaidesine yayılmasına yol açabilir(3).

Lenfatik drenaj üç ile beş lenfatik kanalla submental ve submandibular lenf nodüllerine olmaktadır. Alt dudakın orta 1/3'lük bölümü özellikle submental gruba drene

olur ve kontrateral drenaj göreceli olarak sıktır. Lateral 2/3'lük kısım ise submandibular gruba drene olur ve kontrateral drenaj nadirdir. Üst dudağın tüm lenfatikleri submandibular lenf nodüllerine dökülürler(2,3).

SIKLIK

Dudak kanseri baş ve boyunun en sık görülen malign hastalıklarından biridir(6). Alt dudağa ait epidermoid Ca. oral kavitenin kötü huylu tümörlerinin en sık görülenidir (7). Ve yaklaşık %30'nu oluşturur. Dudak kanserleri tüm vücut kanserlerinin %1'idir(8). Ledlie, Harmer ve Garcia'ya göre de oranlar bu şekildedir(9). Manisalı 3948 oral kavite tümörlü olgu arasında bu oranı %35 olarak saptamıştır(10). Berkman'a göre ise dudak kanserleri tüm vücut kanserlerinin %6'sıdır. Amerika Birleşik Devletlerinde görülme sıklığı 100000 kişilik popülasyonda 1.8 olarak bildirilmiştir(11).

Dudak kanserleri yaklaşık %90 oranında alt dudak yerleşimlidir ve erkeklerde sık görülür. Çeşitli yayınlarda %82-98 erkeklerde saptanmıştır. Kadınlarda üst dudak kanseri daha sıktır(1,8,9). Amerikan Kanser Topluluğu'nun 1981 yılı verilerine göre yıllık 8700 yeni olgudan 500'den azı kadındır(7). İleri yaş grubunun hastalığı olduğu bir çok yazarca kabul edilmektedir. Dudak kanserleri

her ırk ve cinste görülmekle birlikte açık renk tenli, kuru ciltli, mavi gözlü, açık renk saçlı kişilerde daha sık, zencilerde ise daha az görülür. Güneş ışınının bol olduğu ekvatora yakınlaştıkça da sıklık artar. Genellikle denizciler ve çiftçiler gibi güneş ışınına, rüzgara ve toza maruz kalan işlerde çalışanlarda görülme sıklığı daha fazladır(8,11).

ETYOLOJİ

Etyoloji kesin olarak bilinmemekle birlikte dudak kanserinin oluşumunda önemli rol oynadığı düşünülen faktörleri şöyle sıralayabiliriz:

1.Sigara, pipo, tütün çiğneme alışkanlığı: Sigaranın dudak kanserindeki rolü tüm yazarlarca kabul edilmektedir. Piponun ise bir yandan alt dudakta aynı noktaya uzun süre temas ederek mekanik bir tahrişte bulunması, bir yandan da tütünün katranının kanserojen etkisi ile hastalığı daha kolay oluşturabileceği ileri sürülmektedir(1,8). Ayrıca tütün çiğneme alışkanlığının yaygın olduğu Güney-Doğu Asya ülkelerinde oral kavite tümörlerinin tüm vücut tümörleri içindeki oranının Sri Lanka'da %41, Tayland'da %21, Vietnam'da ise %16 gibi çok yüksek değerlere ulaşması da etyolojideki rolü yönünden oldukça ilgi çekicidir(10).

2.Güneş ışınları:Güneşin aktinik ışınlarına maruz

kalmanın dudak kanseri oluşumunda en önemli iki faktörden biri olduğu, hatta bazı yazarlarca ilk sırada yer aldığı savunulmaktadır.

3.Heredite:Tüm vücut kanserlerinde olduğu gibi dudak kanserlerinde de hereditenin rolü olduğu iddia edilmektedir.

4.Alkol:Aşırı dozda alkol almak ve bunu alışkanlık haline getirmek bir diğer faktör olarak sayılabilir.

5.Beslenme koşulları:Özellikle protein ve vitamin eksikliklerinin, tek yönlü beslenmenin olumsuz etkileri ileri sürülmektedir.

6.Sifilis:Önemli bir rolü olduğu iddia edilmekle birlikte birçok çalışmada sifilis olgusuna rastlanmamıştır.

7.Virüsler:Son yıllarda üzerinde en çok durulan etyolojik faktörlerdendir. Farelerle yapılan bir çalışmada Herpes Simplex Virüsü ile tütünün dudak kanseri oluşumundaki sinerjistik etkisi kanıtlanmıştır(12).

8.Kronik iltihabi irritasyonlar, diş çürükleri: Dudak kanseri etyolojisinde suçlanan diğer faktörlerdendir.

BELİRTİLER

Erken lezyonlarda devamlı ve sinsisi bir ağrı, hafif kabuklanmalar, sık sık beliren ve süratle iyileşen

yüzeysel ülserasyon öyküsü hastaların çoğundan alınabilir. Erken lezyon kalıcı bir uçuk şeklinde tanımlanabilir(13). Dudak kanserlerinin klinik tablosu sertlik, mukoza çatlamları veya siğil görünümündedir. Lezyondaki sertlik tipik bir bulgudur ve hasta tarafından belirtilmiyorsa dahi mutlaka aranmalıdır(9). Oluşumun son devrelerinde yüzeysel olan ülserasyonlar bir süre sonra nekroza uğrayıp, kenarları sert krater manzarasında vejetan görünümlü hale gelirler(9,13).

TANI

Dudak kanserinin tanısı kolaydır. Dikkatli ve detaylı bir şekilde alınan öykü, dudak üzerinde 1-2 haftadan uzun süren herhangi bir lezyonda kanserden kuşkulananmak ve dudak mukozası ile cilt mukoza sınırının palpasyonu tanıda en önemli aşamalardır. Fizik muayenede boyun palpasyonunun çok önemli olduğu anımsanmalı, özellikle submandibular bölgede bimanuel muayene yapılmasına özen gösterilmelidir. Ayrıca hastadan akciğer, mandibula, maksilla grafileri istenmelidir. Dudak kanserinin kesin tanısı insizyonel veya eksizyonel biyopsi ile konur. Lezyonun kolaylıkla görülebilen bir yerde olmasına karşın tanılarının sanıldığı kadar erken olmadığı gözlenmektedir(1,8).

AYIRICI TANI

*Dudaktaki viral herpes enfeksiyonları kanserden daha ağırlıdır ve kendiliğinden düzelir.

*Biyopsi uygulanarak hiperkeratozun kronik aktinik değişiklikleri ve lökoplaki gibi bazı epidermoid Ca.prekürsörleri ile ayırıcı tanı yapılmalıdır.

*Cheilitis'in inflamatuvar ülserleri ve stomatit semptomatik tedavi ile 10-14 gün içinde iyileşir.

*Dudak tüberküloz ülseri kronik seyri nedeni ile kanserle karışırda akciğerde aktivasyon olmaksızın görülmesi son derece nadirdir.

*Sifilitik lezyonların da ayırıcı tanısı yapılmalıdır(3,8).

HİSTOPATOLOJİ

Dudakta en sık epidermoid karsinom görülür. Willis bu kanserlerin mukoza-epidermis sınırından başladığını kabul etmektedir. Mukoza tabakasının kalınlaştığı, derinlere doğru indiği, hücrelerin atipik bir özellik kazandığı, bazı noktalarda bazal tabakanın parçalandığı ve tümör hücrelerinin koryon tabakası içine ilerlediği görülür. Luce, histopatolojik tiplerin üst dudakta bazal hücreli, alt dudakta yassı hücreli olmak üzere anatomik bir çizgi ile bölündüğünü savunmaktadır(3). Birçok yazar da buna uygun olarak dudak kanserlerinin yassı hücreli tipinin %92 ile %98 ara-

sında değişen oranlarda gözleendiğini belirtmektedir. Özellikle son yıllarda bazal hücreli karsinomun cilt kanseri olduğu, dudak kanseri denince yassı hücreli tipte organ kanserinin akla gelmesi gerektiği görüşü giderek yaygınlaşmaktadır.

Üç tip lezyon tanımlanabilir. Bunlar:

1. Verüköz tip: Nadiren görülür. Daha çok lökoplakiden veya küçük ülserden kaynaklanır. İnvazyon ve infiltrasyon yapabilir.

2. Ülseratif tip: İnvazyon ve infiltrasyon özelliği en fazla olan tiptir. %70'den fazlası iyi diferensiyedir. Grade I ve II olarak kabul edilir. Ancak %2'si indifferensiyedir. Grade III ve IV'dür.

3. Ekzofitik tip: İnvazyon ve infiltrasyon özelliği en az olandır. Yüzeyel lezyonlar ön plandadır(3,8,11).

METASTAZLAR

Metastaz genellikle geç olup lenfojen, hematojen veya mental foramen yoluyla oluşmaktadır. %10-25 oranında görülür. Tümörün büyüklüğü ve diferensiyasyon derecesi ile ilgilidir. Üst dudak kanserleri daha erken metastaz yapar. Metastazların çoğu ilk 2 yıl içinde görülür(11).

Alt dudak kanserleri lenfojen yolla önce submental ve submandibuler sonra da juguler zincir lenf nodüllerini tutabilirler. Üst dudaktakiler ise genellikle fasiyal

ve submandibular nadiren de preaurikuler ve parotis bölgesi lenf nodüllerine yayılabilirler(1,8).

Metastazların önemli bir bölümünü oluşturan mandibula tutulumu en sık mental foramen yoluyla olur. Bu durumda mental ve inferior alveoler sinirin perinöral invazyonundan dolayı oluşan duyu kaybı bir metastaz belirtisi olarak karşımıza çıkabilir(14).

TNM SINIFLAMASI VE EVRELENDİRME

Dudak kanserlerinde "Union Internationale Contré le Cancer"(UICC)in kabul ettiği sınıflama şu şekildedir(15):

T(TÜMÖR)

T_{is} : Karsinoma in situ

T_0 : Primer tümöre ait herhangi bir belirti yoktur.

T_1 : Tümörün çapı 2cm.den küçüktür.

T_2 : Tümörün çapı 2 ile 4cm. arasındadır.

T_3 : Tümörün çapı 4cm.den büyüktür.

T_4 : Tümör dudakla komşuluğu olan yapılara yayılmıştır.

N(LENF NODÜLÜ)

N_0 : Lenf nodülü palpe edilememektedir.

N_1 : Hareketli, aynı tarafta lenf nodülü ve/veya lenf nodülleri.

N_2 : Hareketli, karşı tarafta veya iki tarafta lenf nodülleri.

N_3 : Fikse lenf nodülü

M(UZAK METASTAZ)

M_0 : Uzak metastaz yok.

M_1 : Uzak metastaz var.

EVRELENDİRME

T,N,M bulgularına göre 4 evre vardır. Bunlar:

EVRE I: $T_1 N_0 M_0$

EVRE II: $T_2 N_0 M_0$

EVRE III: T_3 veya $T_4 N_0 M_0$

Herhangi T N_1 veya $N_2 M_0$

EVRE IV: Herhangi T $N_3 M_0$

Herhangi T herhangi N M_1

TEDAVİ

Dudak kanserlerinde tedavi cerrahi veya radyoterapi ya da her ikisinin birleşimi ile yapılır. Kemoterapi palyatif bir tedavi olmaktan ileri gidememektedir(1). Dudak kanserlerinin tedavisi primer olarak cerrahidir. Kullanılan cerrahi yöntemler primer tümörün V eksizyonu ile rezeksiyonu, suprahoid veya radikal boyun diseksiyonu, rekonstrüksiyon teknikleri ve gereken olgularda ek bazı operasyonları içermektedir. Cerrahi tedavinin planlanmasında göz önüne alınması gereken kriterler şunlardır:

1.Hastanın yaşı:Genç hastalarda daha erken metastaz görüldüğü için eksizyon suprahoid boyun diseksiyonu ile birlikte yapılmalıdır.

2.Lezyonun yeri:Üst dudaktaki kanserlerin daha hızlı büyüyebileceği ve daha erken metastaz yapabileceği unutulmamalıdır.

3.Lezyonun tipi:Ülseratif tip lezyonlarda metastaz diğer tiplere göre daha sık ve erkendir.

4.Tümörün büyüklüğü:Çapı 1cm.den küçük lezyonların metastazı nadirdir.

5.Histolojik grade:Az diferensiye olgularda lenf nodülü metastazı %50-60 iken iyi diferensiye olgularda bu oran %5-6 kadardır.

6.Çene altı lenf nodülleri palpe ediliyorsa veya primer lezyon yayılarak komissürü ve yanak mukozasını tutmuşsa: Bu durumda radikal cerrahiye ek olarak postoperatif radyoterapi uygulanabilir(1,3).

7.Çene kemiği tutulmuşsa:Lenf nodülü metastazı olsun olmasın radikal boyun diseksiyonu ile birlikte yeterli genişlikte mandibuler rezeksiyon tedaviye eklenmelidir. İnférieur alveoler sinir tutulumunda rezeksiyon planlanandan geniş yapılmalıdır(14).

8.Ameliyat defektinin kapatılması:Birçok yazar tü-

mörün nüks etmeyeceğine kesin karar verilmedikçe defektin kapatılmaması gerektiğini savunur. Tek seansta kapatmak için iyi endikasyon, yeterli cerrahi koşuldur(1).

Cerrahi Tedavi

Genellikle dudak kanseri ameliyatında primer tümörün çıkarılması yeterli cerrahi sınır bırakılarak V eksizyonu ile yapılmaktadır. V eksizyonun tek başına uygulandığı olgularda lokal anestezi yeğlenebilir. En iyi kozmetik sonuçlar orbikülaris oris kasının ve vermilion hattının çok dikkatlice onarıldığı olgularda elde edilmiştir(16).

V eksizyonundan sonra oluşan defektin büyüklüğü dudanın 1/3'ünden az ise operasyon bölgesinin onarımı yukarıda tanımlanan şekilde primer kapatma ile yapılabilir. Dudanın 1/3'ünden fazlasını çıkartmak gereken durumlarda ise çeşitli rekonstrüksiyon teknikleri uygulamak gerekir. Başarılı bir rekonstrüksiyonda dudak; duyusunu içermeli, adale fonksiyonu iyi olmalı, gıda veya protez dişler için yeterli açıklığı sağlamalı ve kabul edilebilir bir estetik görünümde olmalıdır(3).

Rekonstrüksiyon için yüzeysel doku kayıplarında çevre dokudan kaydırma flepleri, tüm tabakaların kaybında ise Lip-Switch flepler ile innerve olan ve adale içeren flepler kullanılabilir(17).

Dudakta rekonstrüksiyon gerektirecek defektleri rezeksiyonun büyüklüğüne bağlı olarak üç grupta toplayabiliriz:

1.%30-65'lik defektler:Estlander, Abbé,Gillies, Burow, Karapandzic teknikleri uygulanabilir.

2.%65-80'lik defektler:En yaygın olarak kullanılan teknik Bernard'dır.

3.%80'den büyük defektler:Full-thickness inferior tabanlı nazolabial flep ve gereğinde bilateral fleplerle, Ollier veya Dırvana Tekniği ile rekonstrükte edilebilirler(3,18,19).

Radyoterapi

Çok erken yakalanan yüzeysel tümörler için tek bir alanın 50-140kv. ile ışınlanması yeterlidir. Optimal doz 4 gün içinde 4000 rad ile 8-10 günde 5000 rad arasında değişir. Daha geniş ve infiltratif tümörler için 200-250 kv. kullanılır. Verilecek doz 3-4 haftaya bölünerek 5000-6000 rad arasındadır.

İntertisiyel radyum tedavisi infiltratif tümörlerde sınırlar çok iyi saptanarak, toplam doz 8 güne bölünmüş 6500 rad olarak uygulanır(8,11).

Mental, inferior alveoler veya mandibular sinir tutulumu olan olgularda, T₃ lezyonlarında, genç hastalarda

ve primer tedavi olarak radyoterapinin kullanıldığı nüks durumlarında radyoterapi kontrendike olarak kabul edilir (3).

PROGNOZ

Dudak kanserleri oral kavite tümörleri içinde en uygun prognoza sahip tümörlerdir(6). Prognoz primer olarak tümörün klinik evresine bağlıdır. Mikroskopik bulgular yaşam süresi oranını belirleyen en önemli göstergedir. Lenf nodülü metastazı olmayan T_1 , T_2 lezyonları için kür oranı %90'dan yüksektir(11,20). 5 yıllık yaşam süresi radyoterapi ya da cerrahi tedavi ile %94-96 arasındadır. Bu oran, hareketli dahi olsa palpabl lenf nodülü saptanan olgularda çeşitli yazarlara göre %36 ile %64 arasında değişmektedir(11,21). Mandibula tutulumu söz konusu ise veya lenf nodülü fikse bulunursa 5 yıllık yaşam süresi %15-25'dir(22).

Son yıllarda prognozu hasta ameliyattan çıktığı anda, daha sağlıklı bir şekilde saptayabilmek amacıyla histolojik bulgular, immün sistem hücrelerinin reaksiyonu, malignensi skorunun bulunması gibi çeşitli konularda çalışmalar yapılmıştır(23,24,25).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma grubumuz Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı'na 4.1.1978-31.10.1989 tarihleri arasında başvuran ve histopatolojik olarak tanı konan 80 dudak kanserli hastadan oluşmaktadır.

Bu olgular kliniğimiz kayıtlarından aşağıdaki özellikleri açısından incelenmiştir:

A.ÖYKÜ

Öykü mektupla davetimiz sonucu gelen hastaların kendisinden veya hasta dosyalarından öğrenildi. Öyküde önem verdiğimiz konu başlıklarını ise şöyle sıralayabiliriz:

1.Yaş

2.Cinsiyet

3.Meslek

4.Etyolojik faktörler

*Sigara, pipo alışkanlığı

*Güneş ışınlarına maruz kalma

*Hereditite

*Alkol

*Beslenme koşulları

*Sifilis

*Virüsler

*Kronik iltihabi irritasyonlar, diş çürükleri

5. Lezyonun hasta tarafından farkedilme süresi

B. FİZİK MUAYENE

1. Sistemik Muayene: Dudak kanserli olgunun sistemik hastalık yönünden incelenerek herhangi bir patolojik bulgusunun olup olmadığının saptanmasını içermektedir.

2. Kulak Burun Boğaz Muayenesi: Genel kulak burun boğaz muayenesinin yanısıra özellikle dudaktaki lezyonun büyüklüğü, lokalizasyonu, lenfadenopatilerin varlığı, TNM sınıflamasına göre değerlendirilmesi şeklindedir.

C. RADYOLOJİK İNCELEME

Hastalar akciğer ve mandibula grafileri ile metastaz yönünden araştırıldı.

D. HİSTOPATOLOJİK İNCELEME

Hastaların preoperatif biyopsi materyalleri ve ameliyat spesmenleri cerrahi sınırlarının intakt olup olmaması, metastatik lenf nodülü bulunup bulunmaması açısından değerlendirildi.

E.İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Olgulara ilişkin bulgulardan istatistiksel olarak değerlendirilebilenlerine Ki Kare analizi uygulandı(26).

BULGULAR

Araştırma grubumuzu oluşturan 80 olgunun 67'si (%83.75) erkek, 13'ü (%16.25) kadındır.

Bu olguların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo I'de sunulmuştur.

TABLO I: OLGULARIN YAŞ GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI

YAŞ GRUBU	ERKEK	YÜZDE	KADIN	YÜZDE	TOPLAM	YÜZDE
21-30	2	2.98	-	-	2	2.50
31-40	2	2.98	-	-	2	2.50
41-50	13	19.40	6	46.15	19	23.75
51-60	22	32.85	1	7.69	23	28.75
61-70	16	23.88	3	23.08	19	23.75
71-80	10	14.93	3	23.08	13	16.25
81 ve üstü	2	2.98	-	-	2	2.50
TOPLAM	67	100.00	13	100.00	80	100.00

80 olgumuzun en genci 27, en yaşlısı 86 yaşında olup, yaş ortalaması 58.36 ± 1.38 olarak bulunmuştur.

Olgularımızın meslek gruplarına göre dağılımı Tablo II'de gösterilmiştir.

TABLO II: OLGULARIN MESLEK GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI

MESLEK	ERKEK	YÜZDE	KADIN	YÜZDE	TOPLAM	YÜZDE
Çiftçi	47	70.15	-	-	47	58.75
Ev kadını			13	100.00	13	16.25
Memur	9	13.43	-	-	9	11.55
Serbest	6	8.96	-	-	6	7.50
İşçi	5	7.46	-	-	5	6.25
TOPLAM	67	100.00	13	100.00	80	100.00

$$\chi^2: 30.68 \quad SD: 4 \quad P < 0.001$$

Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucu dudak kanseri çiftçilerde çok önemli düzeyde ($P < 0.001$) yüksek bulunmuştur.

Hastalarımızın sigara içme oranları Tablo III'de gösterilmiştir.

TABLO III: OLGULARIN SİGARA ALIŞKANLIĞINA GÖRE DAĞILIMI

SİGARA	İÇEN	YÜZDE	İÇMEYEN	YÜZDE
Erkek	59	88.06	8	11.94
Kadın	2	15.38	11	84.62
TOPLAM	61	76.25	19	23.75

$$\chi^2: 27.87 \quad SD: 1 \quad P < 0.001$$

Yapılan istatistiksel analiz dudak kanserinin sigara içenlerde çok önemli düzeyde ($P < 0.001$) fazla görüldüğünü göstermiştir.

Tablo IV'de sigara içen olguların bu alışkanlıklarının süresi verilmektedir.

TABLO IV: OLGULARIMIZIN SİGARA İÇME SÜRESİNE GÖRE DAĞILIMI

SÜRE	ERKEK	YÜZDE	KADIN	YÜZDE	TOPLAM	YÜZDE
5 yıldan az	5	8.47	1	50.00	6	9.83
5-10 yıl	13	22.03	1	50.00	14	22.95
10-20 yıl	21	35.60	-	-	21	34.43
20 yıldan çok	20	33.90	-	-	20	32.79
TOPLAM	59	100.00	2	100.00	61	100.00

Tablo V'de içilen sigara miktarı ile ilgili olarak olguların dağılımı gözlenmektedir.

TABLO V: OLGULARIN SİGARA İÇME MİKTARINA GÖRE DAĞILIMI

MİKTAR	ERKEK	YÜZDE	KADIN	YÜZDE	TOPLAM	YÜZDE
1-5 adet	3	5.08	1	50.00	4	6.56
5-10 adet	12	20.34	1	50.00	13	21.31
10-20 adet	24	40.68	-	-	24	39.34
20'den fazla	20	33.90	-	-	20	32.79
TOPLAM	59	100.00	2	100.00	61	100.00

*Tablo IV ve V'de 10 yıldan fazla süre ile ve 10 adetten fazla sigara içen kadın hasta olmaması nedeniyle istatistiksel analiz yapılamadı.

Hastalarımızın sosyoekonomik durumlarına göre dağılımı Tablo VI'da sunulmuştur.

TABLO VI: OLGULARIN SOSYOEKONOMİK DURUMLARINA GÖRE DAĞILIMI

DURUM	ERKEK	YÜZDE	KADIN	YÜZDE	TOPLAM	YÜZDE
İYİ	5	7.46	1	7.69	6	7.50
ORTA	21	31.34	4	30.77	25	31.25
KÖTÜ	41	61.20	8	61.54	49	61.25
TOPLAM	67	100.00	13	100.00	80	100.00

$$\chi^2: 34.82 \quad SD: 2 \quad P < 0.001$$

Yapılan istatistiksel analiz dudak kanserinin sosyoekonomik durumu kötü olanlarda çok önemli düzeyde ($P < 0.001$) fazla görüldüğünü göstermiştir.

İl merkezi, ilçe merkezi ve köy olarak gruplandırduğumuz yerleşim birimlerine göre hastaların dağılımı Tablo VII'de verilmektedir.

TABLO VII: OLGULARIN YERLEŞİM BİRİMLERİNE GÖRE DAĞILIMI

BİRİM	ERKEK	YÜZDE	KADIN	YÜZDE	TOPLAM	YÜZDE
İl merkezi	15	22.39	3	23.08	18	22.50
İlçe "	13	19.40	1	7.69	14	17.50
Köy	39	58.21	9	69.23	48	60.00
TOPLAM	67	100.00	13	100.00	80	100.00

Tablo VIII'de lezyonun ilk farkedilişinden itibaren geçen sürenin hastalara dağılımı izlenebilir.

TABLO VIII: OLGULARIN HASTALIĞIN SÜRESİNE GÖRE DAĞILIMI

GEÇEN SÜRE	ERKEK	YÜZDE	KADIN	YÜZDE	TOPLAM	YÜZDE
İlk 3 ay	17	25.37	5	38.47	22	27.50
4-6 ay	19	28.36	3	23.08	22	27.50
7-12 ay	15	22.39	2	15.38	17	21.25
13-24 ay	10	14.93	1	7.69	11	13.75
24 aydan çok	6	8.95	2	15.38	8	10.00
TOPLAM	67	100.00	13	100.00	80	100.00

Tablo IX'da dudak kanserinin yerleşim yerine göre olgularımızın dağılımı görülmektedir.

TABLO IX:OLGULARIN KANSER LOKALİZASYONUNA GÖRE DAĞILIMI

LOKALİZASYON	ERKEK	YÜZDE	KADIN	YÜZDE	TOPLAM	YÜZDE
Alt dudak	65	97.01	11	84.62	76	95.00
Üst dudak	2	2.99	2	15.38	4	5.00
TOPLAM	67	100.00	13	100.00	80	100.00

Tablo X'da olgularımızda karşılaştığımız dudak kanserlerinin histopatolojik tiplerinin dağılımı incelenebilir.

TABLO X:OLGULARIN HİSTOPATOLOJİK TİPLERE GÖRE DAĞILIMI

HİSTOPATOLOJİK TİP	ERKEK	YÜZDE	KADIN	YÜZDE	TOPLAM	YÜZDE
Epidermoid Ca	61	91.04	11	84.62	72	90.00
Bazal Cell Ca	6	8.96	2	15.38	8	10.00
TOPLAM	67	100.00	13	100.00	80	100.00

Tablo XI'de olgularımızda karşılaştığımız tümörlerin UICC tarafından kabul edilen tümör büyüklüklerine göre dağılımını görmekteyiz.

TABLO XI: OLGULARIN TÜMÖR BÜYÜKLÜKLERİNE GÖRE DAĞILIMI

TÜMÖR	ERKEK	YÜZDE	KADIN	YÜZDE	TOPLAM	YÜZDE
T ₁	46	68.66	11	84.62	57	71.25
T ₂	10	14.93	2	15.38	12	15.00
T ₃	8	11.94	-	-	8	10.00
T ₄	3	4.47	-	-	3	3.75
TOPLAM	67	100.00	13	100.00	80	100.00

Tablo XII'de ise olgularımızda saptadığımız lenf nodüllerine ait bulgular sunulmuştur.

TABLO XII: OLGULARIMIZIN LENF NODÜLLERİNE GÖRE DAĞILIMI

LENF NODÜLÜ	ERKEK	YÜZDE	KADIN	YÜZDE	TOPLAM	YÜZDE
N ₀	42	62.69	12	92.31	54	67.50
N ₁	18	26.87	1	7.69	19	23.75
N ₂	4	5.97	-	-	4	5.00
N ₃	3	4.47	-	-	3	3.75
TOPLAM	67	100.00	13	100.00	80	100.00

Lenf nodüllerinin histopatolojik incelemesinde 5 olguda metastaz saptandı. Bunlardan ikisi 4x5cm.ve 4x4cm.lik fikse lenf nodülleri ile kliniğimize başvuran

hastalardı. Diğerleri 7 ay, 1 yıl ve 2 yıllık öyküleri olan sırası ile Stage III, II ve IV olarak değerlendirilen olgulara aitti. Bunun yanısıra 1.5 yıllık öyküsü olan Stage III bir olguda sert ancak fikse olmamış lenf nodülü ise reaksiyoner olarak rapor edildi.

Olgularımızda uzak metastaz saptamadık. Bölgesel lenf nodülleri dışında 3 olguda mandibula tutulumu söz konusu idi.

TNM sınıflamasına göre hastalarımızın evrelendirilmesi Tablo XIII'ü ortaya çıkarmıştır.

TABLO XIII: OLGULARIMIZIN EVRELERE GÖRE DAĞILIMI

EVRE	ERKEK	YÜZDE	KADIN	YÜZDE	TOPLAM	YÜZDE
I	36	53.73	11	84.62	47	58.75
II	6	8.96	1	7.69	7	8.75
III	22	32.84	1	7.69	23	28.75
IV	3	4.47	-	-	3	3.75
TOPLAM	67	100.00	13	100.00	80	100.00

Olgularımıza primer tümörün ekzisyonuna ek olarak uyguladığımız cerrahi yöntemler ve sayıları şu şekildedir:

<u>CERRAHİ YÖNTEM</u> -----	<u>SAYI</u>
*Tek taraflı suprahyoid boyun diseksiyonu.....	10
*Çift taraflı suprahyoid boyun diseksiyonu.....	10
*Tek taraflı radikal boyun diseksiyonu.....	5
*Lezyon tarafına radikal diğer tarafa suprahyoid boyun diseksiyonu.....	4
*Lezyon tarafına radikal boyun diseksiyonu ve parsiyel mandibula rezeksiyonu.....	2
*Lezyon tarafına radikal, diğer tarafa suprahyoid boyun diseksiyonu+parsiyel mandibula rezeksiyonu +ağız tabanı eksizyonu.....	1

Kullanılan rekonstrüktif yöntemlerin sayıları ise şöyledir:

<u>REKONSTRÜKTİF YÖNTEM</u> -----	<u>SAYI</u>
Primer kapatma.....	48
Bernard.....	13
Abbé-Estlander.....	9
Gillies.....	1

80 olgudan 7'si ameliyatı kabul etmemiş olup, 1 hasta ise kardiyolojik nedenlerle ameliyat edilemeyip radyoterapiye gönderilmiştir. 3 olgu inoperabl olarak değerlendirilmiştir.

Yalnızca V eksizyon + primer kapatma ile tedavi edilen 46 olgumuzdan 29'unda düzenli postoperatif kontroller yapılabilmiş olup, bunların 4'ünde operasyondan sonraki ilk 2 sene içinde nüks saptanmıştır. Bu olguların 2'sinde nüks operasyon yerinde 2'sinde ise bölgesel lenf nodüllerinde idi. İlk 2 olguya nüks rezeksiyonu + bilateral suprahyoid boyun diseksiyonu, son 2 olguya lezyon tarafına radikal, diğer tarafa suprahyoid boyun diseksiyonu yapıldı. Bu hastalardan 1'i operasyondan 1 gün sonra kardiovasküler yetmezlikle exitus oldu. Diğer 3 olgu halen hayattadır.

Lenf nodülü palpe edilmediği halde V eksizyona ek olarak tek veya çift taraflı suprahyoid boyun diseksiyonu yapılarak tedavi edilen 8 olgumuzdan düzenli kontrole gelenlerin sayısı 5 olup, bunların hiçbirinde nüks saptanmamıştır. Bu olguların operasyondan günümüze kadar geçirdikleri süre 1.5 ile 9 yıl arasında değişmektedir.

TARTIŞMA

Dünyanın birçok yerinde dudak kanserleri ile ilgili olarak yapılan çalışmaların hemen hepsinde hastalığın erkeklerde daha sık görüldüğü ortak bir bulgudur. İsveç Kanser Kayıtları'na(The Swedish Canser Registry) göre 1982'de rapor edilen 217 yeni olgunun %86.1'i erkek, %13.9'u kadındır(25). Amerikan Kanser Topluluğu'nun(American Cancer Society) 1981 yılı verilerine göre bu oranlar %94'e %6'dır (7). Ural Erzurum ve çevresinde %86'ya %14(9), Cingi Diyarbakır ve çevresinde %83'e %17(27), Borçbakan %82'ye %18 (28), Hoşal %94'e %6 (22) oranlarında erkekler aleyhine olduğunu saptamışlardır. Bizim hastalarımızın ise %83.75'i erkek, %16.25'i kadındır.

Dudak kanserinin ileri yaş grubunun hastalığı olduğu şeklindeki görüş birçok yazar tarafından kabul edilmektedir. Martin, MacComb, Blady(28) 60 yaş, Borçbakan(14), Ural(9), Cingi(1,27) 50 yaş üzerinde görülme sıklığının yüksek olduğunu gösteren seriler sunmuşlardır. Bizim olgularımızın da %92.5'i 41-80 arasındaki yaş gruplarında yer almaktadır.

Dudak kanserli olguların meslekleri de birçok araştırmacının ilgisini çekmiş ve en yaygın biçimde hastalığa yakalanan grubun çiftçiler olduğu gözlenmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda Ural'ın 139 olgusundan 102'si(%73), Borçbakan'ın 188 olgusundan 139'u (%74), Cingi'nin 123 olgusundan 73'ü (%60) ve 98 olgusundan 61'i (%62) çiftçidir(1,9,27,28). Bizim hastalarımızda da benzer sonuçları görmekteyiz. Erkek hastalarımızın %70'i çiftçi olup, 13 kadın hastamızdan da 9'u köyde oturmaktadır. Kadın olgularımızın kırsal yaşantı gereği sigara dışında çiftçilerle benzer predispozan faktörlere açık olduklarını düşünmekteyiz.

Dudak kanserlerinin etyolojisinde birçok faktör ileri sürülmekle birlikte güneş ışınları ve sigara veya pipo alışkanlığı daima ilk iki sırayı paylaşmaktadır. Hastalarda sigara içme oranları ülkemizde yapılan çalışmalarda %69 ile %85 arasındadır(1,9,27). Hatta Borçbakan 188 hastasının tamamının sigara içtiği bir dudak kanseri seriesi bildirmiştir(28). Cross, Widman ve Keller'e göre bu oran %75 ile %85 arasında değişmektedir(9). Bizim olgularımızın da %76'sının sigara içme alışkanlığı bulunmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmaların çoğunda, başta kırsal kesimdekiler olmak üzere kadın hastaların çoğunun

kültürel özellikleri nedeniyle sigara içmedikleri vurgulanmakta olup, bu durum bizim olgularımız için de geçerlidir(1,9,27).

Güneş ışınları birçok yazar tarafından en çok suçlanan etyolojik faktördür. Ebenius, Plaza, Avello, Marchinoni ve Tar güneş ışınlarının günün sadece geç saatleri dışında en yoğun olduğu dönemde alt dudağa vurduğunu ve bu nedenle kanserlerin alt dudakta daha fazla olduğunu ileri sürmüşlerdir(28). Baker alt dudak kanserli hastalarının 1/3'ünden fazlasının devamlı olarak kapalı yerler dışında çalışan kişiler olduğunu belirtmiştir(11). David ise üst dudakta sık görmesini üst dudakın alt dudağı yine güneş ışınlarından koruması şeklinde açıklamaya çalışmıştır(28).

Olguların büyük bölümünün sosyoekonomik yönden kötü durumda oldukları ülkemizde yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Cingi'nin 98 ve 123 olguluk 2 ayrı serisinde hastaların %94'ünün ve %88'inin kötü sosyoekonomik düzeylerde oldukları belirtilmiştir. Bu bizim hastalarımızda da %60'ın üzerindedir. İyi durumda olanların oranı ancak %7 kadardır. Net bir gösterge olmamakla birlikte 80 hastamızın 48'inin köyde oturuyor olması da bunu desteklemektedir. Kaldı ki buralarda oturan bireyler

gerek sosyoekonomik yapıları gerekse sağlık yönünden güvenceleri olmamaları nedeniyle doktora geç başvurmakta, güneş ışını ve sigara gibi etyolojik faktörlerle birlikte dudak kanserinin oluşumunu ve seyrini olumsuz yönde etkilemektedirler. Cingi'nin serisinde de gözlemlendiği gibi bizim olgularımızda da ancak 4 hastadan biri ilk 3 ay içinde doktora başvurmaktadır(27).

Kanserin alt dudakta daha sık olduğu görüşü Plaza, Ebenius, Avello, Baker, Borçbakan, Cingi ve Ural tarafından da doğrulanmaktadır. Bu yazarlara göre alt dudakta görülme oranı %72.6'dan %97'ye kadar değişmektedir. Yalnızca David 16 alt dudak kanserine karşın 85 üst dudak kanseri içeren bir olgu grubu ile bu görüşe karşı çıkmaktadır(28). Bizim olgularımızın %95'inde kanser alt dudak yerleşimlidir.

Dudak kanserlerinin histopatolojik tipleri konusunda son zamanlarda yaygınlaşmakta olan görüş bazal hücreli karsinomların dudak değil cilt kanseri olarak kabul edilmesi gerektiği şeklindedir. Luce bu iki tip kanserin anatomik bir çizgi ile bölündüğünü bazal hücreli karsinomun üst dudağa özgü olduğunu ileri sürmektedir(3). Birçok yazar bu görüşe tam olarak katılmamakla birlikte bazal hücreli karsinomların üst dudakta çok daha sık görüldüğünü

kabul ederler. Dudak kanserlerinde epidermoid karsinom oranı Hoşal için %88(22), Ural için %94(9), Cingi için 2 grup hastada %94 ve %98(1,27) dir. Bizim olgularımızda da bu yazarlarla uyumlu olarak %90 oranında epidermoid karsinom saptanmıştır. 4 üst dudak kanserinden 3'ünün bazal hücreli tipte olması diğer bir uyum noktasıdır. Epidermoid karsinomların çok azının indifferensiye tipte olması görüşüne (3,11) 72 olgumuzun 2'sinde bu tipin saptanmış olması nedeniyle biz de katılmaktayız.

Dudak kanserli olgularda önemli noktalardan biri metastazlardır. Luce, T₁ lezyonlarında %4, T₂ lezyonlarında %35, T₃ lezyonlarında %63 lenf nodülü metastazı saptamıştır. T₃ lezyonları 2 ile 3cm. ve 3 ile 4cm. arasında çapı olanlar olarak 2 gruba ayırdığında metastazların büyük çoğunluğunun ikinci grupta olduğunu gözlemiştir(3). McKay ve Sellers ile Jorgenson yaptıkları 2 ayrı çalışmada bölgesel metastazları %10'dan az oranda gözlemişlerdir(11). Regato ise 179 olguda 11 metastaz (%6.1) saptamıştır(9). Brabant 350 olguda %70 oranında mandibula metastazı rapor etmiştir(28). Borçbakan ise 170 olguda 19 mandibula metastazı, 188 olguda 41 boyun metastazı ile karşılaşmış olup, bunu kendi yorumu ile bu tip olguların üst merkez olmaları nedeni ile kendile-

rine gönderilmesine, komplike olmayan hastaların ise birçok yerde tedavi edilebilmesine bağlamıştır(14,28). Bordin toraks ve kol cildi uzak metastazına dikkat çekerken, Walter akciğer ve karaciğer metastazı da görülebileceğini belirtmiştir(1,28). Çalışmamızda 80 olgumuzun 5'inde (%6.25) metastatik lenf nodülü, 3'ünde (%3.75) mandibula tutulumu saptadık.

Dudak kanserli hastada seçilecek operasyon türü halen üzerinde tartışılmakta olan en önemli konudur. Paletta ve Luce yalnızca V eksizyon ile tedavisi planlanan olgulara dudak traşınının da eklenmesi ile nüks oranlarında büyük bir azalma olduğunu ileri sürmüşler, traşlama sırasında %12 oranında karsinoma insitu olgusu saptadıklarını belirtmişlerdir(3). David Lyall 65'inde lenf nodülü palpe edilmeden 123 hastaya bilateral suprahyoid boyun diseksiyonu uygulamış, 4'ünde(%3.2) histolojik olarak da kanıtlanan metastaz bulunduğunu yayınlamıştır. Hastalara özellikle takip edilebilecekse boyun diseksiyonununun gerekirse yapılmasını önermiştir(22). Loré(29), Bailey(21) ve Luce(3) de bu görüşe katılmaktadır. Oysa Hoşal 50'sine de çeşitli boyun diseksiyonları uyguladığı hastalarında suprahyoid boyun diseksiyonu uygulananlardan 7'sinde, radikal boyun diseksiyonu uygulananlardan 3'ünde metastaz saptamıştır. Mahoney

de olguların %71'inde yapılan suprahoid boyun diseksiyonunun metastazı kontrol ettiğini, en etkili tedavi yöntemi olduğunu ve bilateral yapılması gerektiğini savunmuştur (22). Bazı yazarlar radyoterapi tedavisinin nüksü önleyememesi, nüks durumunda postoperatif dönemi zorlaştırması ve derin dokularda nekroza neden olması gibi sakıncaları da beraberinde getirdiğini ileri sürerek primer tedavinin cerrahiye yönelik olması gerektiğini savunmaktadırlar. Olgularımızda saptadığımız metastatik lenf nodüllerinin sayısı az olmakla birlikte, biz de olgulara ülkemiz koşullarını da gözönüne alarak suprahoid boyun diseksiyonu uygulanması görüşüne katılmaktayız.

Dudak kanserinin prognozu ile ilgili olarak çeşitli yazarların görüşleri birbiri ile uyum göstermektedir. Anderson 3 yıllık yaşam süresinin primer tedavi görenlerde %94.5, sekonder tedavi görenlerde (daha önce tedavi gördükten sonra hastaneye kabul edilenler) ise %64 olduğunu bildirmiştir (8). Baker 143'ü cerrahi yöntemlerle, 108'i radyoterapi ile tedavi edilen T_1 ve T_2 lezyonlu olgularında üç yıllık yaşam süresini opere olgularda %96.7 ve radyoterapili olgularda %95.3, beş yıllık yaşam süresini ise yine opere olgularda %95.3 ve radyoterapili olgularda %95.2 olarak yayınlamıştır. Bölgesel metastaz gösteren olgularda

beş yıllık yaşam süresi Modlin'in 25 olgusunda %52, Mahoney'in 45 olgusunda %46.7, Cross'un 39 olgusunda %35.9, Jorgenson'un 27 olgusunda %55.5 olarak bulunmuştur(11).

Olgularımızın tamamının kontrollere gelmemesi ve mektupla davetimize de yeterli sayıda başvurunun sağlanamaması nedeni ile prognoz hakkında bir görüş ileri sürmemiz olanaksızlaşmıştır. Ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda da yazarlar aynı nedenlerle prognoza ilişkin oran veremediklerini vurgulamışlardır.

SONUÇ

Öncelikle toplum bireyleri dudak kanseri oluşumunda çok önemli rol oynayan güneş ışınları ve sigara gibi faktörlere karşı uyarılmalıdır. Güneş ışınlarına çok fazla maruz kalan meslek grupları bu konuda eğitilmeli, korunmaları konusunda önlemler alınmalıdır. Sigara konusunda kampanyalar başlatılmalı, var olanlar daha etkin bir biçimde sürdürülmelidir.

Dudakta 15 günü aşkın süredir iyileşmeyen yarası olan hastaların doktora başvurmasının sağlanması toplumumuzun eğitim düzeyi ile ilgili bir sorun olmasının yanı sıra bu konuda diğer uzmanlık dallarına ve pratisyen doktorlara da bir takım görevler düşmektedir.

Histopatolojik olarak dudak kanseri tanısı alan hastalarda lezyon çapı 1cm den büyükse veya vermillion hattını aşmışsa, lenf nodu palpe ediliyorsa veya kanser histopatolojik olarak indifferensiye tipte ise tedaviye suprahoid boyun diseksiyonu eklenmelidir. Son 5 yılda suprahoid boyun diseksiyonu yapmaksızın V eksizyon ve primer kapatma ile tedavi ettiğimiz hastaların sayısının sadece 5 olması

bu düşüncenin bir ürünüdür. Sadece V eksizyonu uygulanan olguların kontrollerine özen göstermeli, lezyonun yayılım gösterdiği hastalara postoperatif radyoterapi önermeliyiz. Fikse lenf nodu veya mandibula metastazı saptanan olgulara lezyon tarafına radikal boyun diseksiyonu, diğer tarafa suprahyoid boyun diseksiyonu aynı ameliyatta uygulanmalı, diğer tarafta metastaz saptanırsa uygun bir süre sonra radikal boyun diseksiyonu eklenmelidir. Mandibula tutulumu olan hastalarda lenf nodülü palpe edilip edilmemesinin önemi olmamalıdır. Mental ya da inferior alveoler sinirin atake olduğu durumlarda mandibula rezeksiyonu planlanandan daha geniş olmalıdır. Tümörün radikal çıkarılmasından sonra kozmetik ve fonksiyonel açıdan olguya uygun rekonstrüksiyon yöntemi seçilmelidir.

ÖZET

1978-1989 yılları arasında Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalına başvuran 80 dudak kanserli olgu, etyolojide rol oynayan faktörler, klinik ve histopatolojik bulgular, uygulanan tedaviler ve sonuçları gibi özellikleri açısından kliniğimiz kayıtlarından yararlanılarak incelenmiş olup, bulgularımız kaynaklarla karşılaştırılmıştır.

KAYNAKLAR

- 1-CİNGİ,E. ve ark.:Dudak Kanseri, Baş ve Boyun Kanserleri Sempozyumu Kitabı,190-209, Çeltüt Matbaası İstanbul,1980.
- 2-ODAR,İ.V.:Anatomi Ders Kitabı, Cilt 2, 30-34,Elif Matbaacılık,Ankara,1979.
- 3-LUCE,E.A.:Carcinoma of the Lower Lip, Surgical Clinics of North America, February, 66,1,3-11,1986.
- 4-FOGEL,M.L., et al.:Lip Function: A Study of Normal Lip Parameters, British Journal of Plastic Surgery,October, 37, 542-549,1984.
- 5-KAYHAN,V. ve ark.:K.J.Lee Kulak Burun Boğaz'ın Esasları, 156-157, Atlas Tıp Kitapçılık, İstanbul,1988.
- 6-KERR,G.A.,MCKENZIE,J.A.:Scott Brown's Otolaryngology, Fifth Edition, Vol:5, 62-63, Butterworths, London,1987.
- 7-BURKE,R.H.:Squamous Cell Carcinoma of the Lower Lip, Ear, Nose and Throat Journal,March,60,123,1987.
- 8-SÖZEN,N.:Baş ve Boyun Kanserleri, 132-137, Hilal Matbaacılık,İstanbul,1979.
- 9-URAL,T.,ÖZTÜRK,A.:Erzurum ve Çevre İllerinde Görülen Dudak Karsinomları Üzerine bir Araştırma, Baş ve Boyun Kanserleri Sempozyumu Kitabı, 451-459, Çeltüt Matbaası, İstanbul,1980.

- 10-MANİSALI,Y.:Türkiye'de Ağız Boşluğunda Meydana Gelen Kanserlerin Günümüze Kadarki Değerlendirmesi, Baş-Boyun Kanserleri Sempozyumu Kitabı, 210-217,Çeltüt Matbaası, İstanbul,1980.
- 11-CUMMINGS,C.W.:Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Vol.2,1311-1313,The C.V.Mosby Co.,St.Louis,Toronto, 1986.
- 12-PARK,N.H.,et al.:Combined Effect of Herpes Simplex Virus and Tabacco on the Histopathologic Changes in Lips on Mice, Oral Surgery,February,59,2,154-158,1985.
- 13-BALLENGER,J.J.:Diseases of the Nose, Throat,Ear, Head and Neck, 13th Edition,346, Lea and Febiger, Philadelphia,1985.
- 14-BORÇBAKAN,C.,MÜDERRİS,S.:Dudak Kanserleri İnsidansı ve Alt Çene Kemigi Metastazları, Türk Otolarengoloji Arşivi, Yıl XIV Mart-Haziran 14,1-2,23-28,1976.
- 15-BECKER,W.,et al.:Ear,Nose and Throat Diseases, 296-297, 376, 511-512, Georg Thieme Publishers, New York,1989.
- 16-SEBBEN,J.E.:Wedge Rezection of the Lip:Minimizing Problems, J.Dermatol. Surg.Oncol.11,1,60-64,1985.
- 17-KADIOĞLU,B.:Dudak Rekonstrüksiyonu, Baş ve Boyun Kanserleri Sempozyumu Kitabı, 472-473, Çeltüt Matbaası, İstanbul,1980.
- 18-LORÉ,J.M.:An Atlas of Head and Neck Surgery, 376-408, W.B. Saunders Company,Philadelphia,1988.
- 19-NAUMANN,H.H.:Head and Neck Surgery, 80-98, Georg Thieme Publishers, Suttgart,1980.

- 20-BAKER,S.R.,KRAUSE,C.J.:Carcinoma of the Lip, Laryngoscope, 90, 19-27,1980.
- 21-BAILEY,J.B.:Management of the Carcinoma of the Lip, Laryngoscope, 87, 250-269,1977.
- 22-HOŞAL,N. ve ark.:Alt Dudak Kanserlerinin Cerrahi Tedavisinden Alınan Sonuçlar, Baş ve Boyun Kanserleri Sempozyumu Kitabı, 616-622, Çeltüt Matbaası, İstanbul,1980.
- 23-FRIERSON,F.H. et al.:Prognostic Factors in Squamous Cell Carcinoma of the Lower Lip, Hum. Pathol, April, 17, 4, 346-354, 1986.
- 24-KARJÄ,J.,et al.:Immunocompetent Cell Reaction in Prognostic Evaluation of the Squamous Cell Carcinoma of the Lip,Acta Otolaryngol(Stockh) May-June,103(5-6), 640-643,1987.
- 25-FRANZEN,G.et al.:Malignancy Grading and Cytophotometric Evaluation of T₁ Lip Carcinomas, Clin Otolaryngol 12,2, 81-87, 1987.
- 26-ÖZDAMAR,K.,DİNÇER,S.K.:Bilgisayarla İstatistik Değerlendirme ve Veri Analizi, Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul,1987.
- 27-CİNGİ,E. ve ark.:Dudak Kanserli Vak'alarda Klinik, Histopatolojik Araştırmalar, Diyarbakır Tıp Dergisi, 5,1-2,83-95, 1976.
- 28-BORÇBAKAN,C.,AKTÜRK,T.:Dudak Kanserleri, Türk Otorinolaringoloji Derneği,XV.Milli Kongre Kitabı,609-615,Çeltüt Matbaası,İstanbul,1982.
- 29-LORÉ,J.M.,et al.:Surgical Management and Epidemiology of Lip Cancer, Otolaryngologic Clinics of North America,February, 12,1,81-95,1979.