ORAL KAVİTE TÜMÖRLÜ HASTALARDA PLATİSMA MYOKUTAN FLEP UYGULANMASI

THE USE OF PLATYSMA MUSCULOCUTANEOUS FLAP IN ORAL CAVITY TUMOURS

Dr. Selçuk AKSOY(*), Dr. İstemihan AKIN(*), Dr. Mehmet ÖZEKMEKÇİ(*), Dr. Tuncay ÖZÇELİK(*)

ÖZET: *Ondokuz intraoral epidermoid karsinomlu ve bir oral kavite uzanımlı parotis mikst tümörü platisma myokütan flebi ile tek seanslı rekonstrüksiyon tekniği ile opere edildiler. Bu flepin distal bölümünde rezeke edilen intraoral dokunun yerine konulacak bir izole cilt adası bulunur. Fasial arterin submental dalı flepin superior uasküler pedikülünü oluşturur. Platisma cilt flepi en az bir bölgeden kanlandığında sağlam kalır. Buna ilaveten, external juguler ve/veya flepin kommünikan venlerinden biri de kullanılırsa flepin yaşama şansı artar. Kendiliğinden iyileşen dört minör komplikasyon ile karşılaşıldı. Bu flepin güvenirliği oldukça yüksektir ve baş-boyun rekonstrüksiyonunda uygulanmakta olan diğer tekniklere belirli üstünlükleri vardır.*

Anahtar Sözcükler: *İntraoral tümör, Platisma, Rekonstrüksiyon, Flepl.*

SUMMARY: *Nineteen patients were treated for intraoral epidermoid carcinoma and one parotis mixt tumor with a single stage reconstructive technique employing a myocutaneous flap based upon teh platysma muscle, This flap carries on its distal tip a portion of isolated cervical skin to be used for intraoral replacement of the resected tissue. The superior vascular pedicle, teh submental branch of teh facial artery was used. The platysma skin flap will survive if the blood supply from at least one region is preserved. in addition, it may be beneficial to incinde the external jugular and/or the communicating veins in the flap. Only four minor complications were seen and healed spontaneously. The flap has proved to be highly reliable and has significant benefit so over many other techniques commonly employed for head and neck reconstruction.*

Key words *: Reconstruction, flap, platysma, intraoral tumour.*

GİRİŞ

Baş boyun tümörleri arasında oral kavite tümörleri, cerrahi yaklaşım ve rekonstrüksiyonları açısından önemli yer tutarlar. Bildiğiniz gibi myokütan fleplerin ve son zamanlarda da free fleplerin, baş boyun cerrahisinde kullanılmasıyla rekonstrüksiyon dolayısıyla rezektabilite sınır ve imkanlarında önemli derecede genişleme olmuştur.

Kliniğimizde, 1991 ocak ve 1995 ağustos tarihleri arasında, oral kavite tümörlü hastaların rekontrüksyonunda çeşitli myokutan ve free fleplerin yanında, 20 hastaya Platisma Myokutan flebini (PMF) uyguladık.

* SSK Ankara Eğitim Hastanesi
** Bayındır Tıp Merkezi KBB Dept. ANKARA

PMF ilk defa, 1887 yılında Rob Gensuny adlı Avusturyalı cerrah tarafından, yanağında de-fekt olan bir hastada rekontrüksiyon amacıyla kullanılmıştır (2). Literatür incelendiğinde bu konu üzerindeki ilk ciddi araştırmalardan birinin, 1978 yılında Putreli tarafından 14 vaka üzerinde yapıldığı görülmektedir (9). Bu araştırma Toronto Baş Boyun Cemiyeti toplantısında tebliğ edilmiş ve PMF'nin güvenilerek kullanılabileceği belirtilmiştir. Ancak PMF flebin diğer myokütan fleplere göre bazı farklılıklar göstermesi, önceleri bu flebin gerçek bir myokütan flep olmadığını düşündürmüş ve bu nedenle fazla rağbet görmemiştir. Ancak son yıllarda güvenirliliği konusunda ümit verici yayınlar bulunması bu konuyu araştırmamıza neden olmuştur[7,10,12]

YÖNTEM VE GEREÇLER

1991-1995 tarihleri arasında 20, Stage T2 ve T4 oral kavite tümörlü hastanın, postoperatif defekt rekontrüksiyonunda PMF kullanıldı. Bu hastaların 12 tanesi dil Ca, 6 tanesi ağız tabanı Ca, 1 tanesi retromoler trigonda epidermoid Ca ve 1 tanesi de parotis dumbell tümörü idi. Cerrahi tedavide primer lezyon organın lenfatik drenaj sahası ile birlikte en-blok rezeksiyonu, periost invazyonu veya mandibula tutulumunda spesmene marjinal veya parsiyel mandibulektomi tarzında mandibula da dahil edilmiştir. Gerekli vakalarda ilk ameliyattan yaklaşık 6 hafta sonra, karşı taraf boyun diseksiyonu ve/veya radyoterapi ile kemoterapi de ilave edilmiştir. İki hastada komplikasyon olarak flepte yüzeyel alanda nekroz, bir hastada sürür yerinde açılma, bir hastada ise orokutanöz fistül oluşmuştur. Her dört vaka da, tekrar cerrahiye gerek kalmadan spontan iyileşme göstermiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

PMF, üzerinde cilt adası bulunan ince tek bir adelenin oluşturduğu gerçek bir myocutan fleptir.

Üst kutupta, ana vasküler yapısını fasial arterin submental dalı oluşturur. Alt kutupta ise transvers servikal arterin superfisial dalı beslenmesini sağlar (2,3,8,9). Ayrıca postaurikuler arterin kutaneöz dalı, oksipital, superfisial tiroid arter ve karşı taraf fasial arter ve dallarından da beslendiği gösterilmiştir (8,13). Mandibuladan klavikulaya kadar da subdermal pleksustan ferforatör dallar aldığı bilinmektedir (1,2).

Venöz drenajı ise external juguler, anterior juguler venöz sistem, aurikuler ven ve platisma adelesi altında bulunan anterior kominikan venler yoluyla olur (2,3,8,13). PMF'in beslenmesinin multiple vasküler yapılardan olması en önemli avantajlarındandır. Diğer myokutan felplerde olduğu gibi, hazırlanması sırasında takip edilerek korunması gereken tek bir arter sisteminden beslenmemektedir (3). Kanser cerrahisi prensipleri nedeniyle, arterial sistemin ligasyonu gerekse bile sadece bir vasküler sistemin korunması, flebin canlılığını sağlayacaktır. Subdermal pleksustaki 0.5 mm çaplı perforatör dalların yardımı ile flep canlılık oranı %90'nın üzerindedir (1). Ancak plebin çok ince ve küçük tutulması halinde nekroz oluşabileceği akıldan çıkarılmamalıdır (1).

Motor innervasyonu fasial sinirin servikal ve marjinal mandibuler dallarından, sensoryal innervasyonu ise servikal kutanöz dallardan olmaktadır (2,3).

PMF; orafarenks, retromoler trigon, dudak bölgesi, bukkal mukoza, yanak cildi, trakeostoma, mastoid bölge, larenks ve hypofarenks defekt rekonstrüksiyonu için kullanılabilinir (2,5,8,11). Orafarengolarengeal alanda kullanıldığında epidermisini kaybederek myodermal flep halini aldığı gösterilmiştir (6).

PMF kullanımının baş boyun bölgesindeki defekt onarımında kullanılan diğer myokutan fleplere göre bazı avantajları vardır (2,3,47). Bunlar sırasıyla şu şekilde açıklanabilir;

1- Baş boyun cerrahi alanının içinde olması,

2- Donör sahanın kozmetik deformite meydana getirmeden primer olarak kapatılabilmesi,

3- Cilt adası olarak kullanıldığında rengin bölge ringi ile uyumlu olması,

4- Kısa sürede hazırlanıp effektif hale getirebilmesi, böylece operasyon süresinin önemli ölçüde kısaltılması,

5- Dudak rekontrüksiyonu yapılan vakalarda, hem sensoryal hem de motor innervasyonunun bulunması,

6- En önemli avantajlarından bir tanesi de myokutan flebin ince olması, istenen vakalarda canlılığını koruyabilen yeterli incelikte fleplerin hazırlanabilmesidir.

PMF'nin kullanılmasını riskli olduğu bazı durumlar da mevcuttur. Bunlar:

1- Daha önceden uygulanmış olan radyoterapi, meydana getirdiği cilt değişikliği ve arteritis nedeniyle flep hayatiyetini riskli hale sokacaktır (8,10)

2- Önceden geçirilmiş boyun diseksiyonu sonucu platismanın skarlı, fibrotik olması kısmi kontrendikasyonlar arasında sayılabilir (2,3,8). Ancak önceki boyun disseksiyon insizyonu, flep pedikülünü kapsamaması halinde PMF'in kullanımı mümkün olabilecektir (10).

3- Fasial arter ligasyonu yapılan vakalarda, %40 oranında flepte kısmi veya total kayıp olabileceği önceki araştırmalara bağlı olarak düşünülmüştür. Ancak 1991 yılında yapılan bir çalışmada, aynı seansta bilateral fasial arter ligasyonu yapılmadığı taktirde flebin canlılığını koruyabileceği, bunun nedeninin de karşı taraf facial arterden ve diğer arterial sistemlerden beslenmesi olabileceği ileri sürülmüştür (1,10).

4- Diğer myokutan fleplerde olduğu gibi arterial akımının öneminin yanı sıra, venöz drenajın sağlanmasının da önemli olduğu bilinmektedir. Flebin gerilmesi veya pedikülünün katlanması sonucu venöz drenajın bozulması flebin beslenmesini riske edecektir.

İlk dönemlerde PMF'in tam anlamıyla bir myokutan flep olmadığı düşünüldü ise de son yıllarda yapılan araştırmalarda gerçek bir myokutan flep olarak özellikle oral kavite defektleri rekonstrüksiyonunda güvenilerek kullanılabilecek öncelikli alternatiflerden birisi olduğu düşünülmektedir (2,12).

Yazışma Adresi: *Dr. Selçuk AKSOY*
Tunalı Hilmi Caddesi 110/20
06700-Kavakhdere /ANKARA

KAYNAKLAR

1) CANTRELL RW: Myocutaneous Flaps. Otolaryngologic Clinics of North America, 16: 353-371,1983.

2) COLEMAN JJ, JURKIEWICZ MJ, NAHAI F. and MATHES SJ: The Platysma Musculocutaneous Flap: Experience with 24 Cases. Plast Reconst Surg, Sept: 315-321, 1983.

3) DENNIS J, HURWITZ DJ, RABSON JA, FUTRELL W: The anatomic basib for the platysma skin flap. Plast Reconst Surg, 72: 302-312, 1983.

4) De MELLO, FILHO FV, MAMEDE - RC, SADER - AA, VELLUDO-MA, VICENTE-WV: Use of the platysma myocutaneous flep for cervical trachea reconstruction. Laryngoscope, 103 (10): 1161-1167, 1983.

5) Do BRASIL, Pontes-PA : Partial vertical laryngectomies: Reconstruction with a platysma myocutaneous flap. Rev Paul Med, 108 (5): 213-220,1990.

6) ELIACHAR I, KRAUS - DH, BERGFELD WF, TUCKER-HM: Prevention of hair growth in myocutnaeous flap reconstruction. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 116 (8): 923-927, 1990.

7) ESCLAMADO RM, BURKEY BB, CARROL WR, BRADFORD CR: The platysma myocutaneous flap. Indications and caveats. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 120 (1): 32-35,1994.

8) FRIEDMAN M, SCHILD J, VENKATESAN TK: Platysma myocutaneous flap for repair of hypopharyngeal strictures. Ann Otol Rhinol Laryngol, 99: 945-949,1990.

9) FUTRELL JW, JOHNS ME, EDGERTON MT, CANTRELL RW, FITZ HUGH GS: Platysma myocutaneous flap for intraoral reconstrustion. The American Journal of Surgery, Oct: 504-507,1978.

10) Mc GUIRT WF, MATTHEWS BL, BRODY JA MAY JS: Platysma myocutaneous flap: Caveats reexamined. Laryngoscope, 101: 1238-1244,1991.

11) RUARK DS, McCLAIREN WC, SCHLEHAIDER UK, ABDEL MISIH RZ: Head and neck reconstruction using the platysma myocutaneous flap. Am J Surg, 165(6): 713-719,1993.

13) SMITH MM- SHULTS S, WALDRON DR, MOON M.: Platysma myocutaneous flap for head and neck reconstructon in cats. Head Neck, 15(5): 433-439, 1993.