



# Parsiyel Vermilion Defektlerinin Mukozal Transpozisyon Flebi ile Onarımı

## Reconstruction of Partial Vermilion Defects with Mucosal Transposition Flap

Süleyman Taş

Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

### Öz

### Abstract

**Giriş:** Dudak hem estetik hem fonksiyonel açıdan yüzün 1/3 alt kısmında bulunan çok önemli bir anatomik yapıdır. Vermilion ise dudağın estetik ve duyuşsal fonksiyonu açısından çok önemli subünittir. Travma ya da kanser cerrahileri sonrası, vermilion onarımı da bu önemli özellikler nedeniyle zor ve tecrübe gerektiren bir cerrahiye gerektirmektedir. Bu makalede, alt dudağın prekanseröz lezyonlarının eksizyonu sonrası oluşan parsiyel vermilion defektlerinin onarımı için kullanılan mukozal transpozisyon flebi ile ilgili deneyimin, operasyon tekniği, hasta sonuçları ve detaylı literatür tartışması ile birlikte aktarılması amaçlanmaktadır.

**Yöntemler:** Şubat 2014 - Mayıs 2015 tarihleri arasında, punch biyopsi ile prekanseröz lezyon tanısı alan, yaşları ortalaması 45 olan (34-52 yaş), dokuz hasta (sekiz erkek, bir kadın), lokal anestezi altında tümör eksizyonu ve tariflenen teknik ile vermilion rekonstrüksiyonu operasyonu geçirdi. Hastalar 1 yıl süre ile belirli intervallerde takip edildi (postoperatif 7. gün ve 1, 3, 6, 12. ay). Histopatolojik tanıları kayıt edilerek, fonksiyonel ve estetik sonuçları değerlendirildi.

**Bulgular:** Tüm hastalarda fonksiyonel ve estetik açıdan mükemmel sonuçlar elde edilirken, takip süresi boyunca herhangi bir komplikasyon ya da nüks gözlenmedi.

**Sonuç:** Fonksiyonel ve estetik açıdan başarısı ve donör morbiditesi bırakmaması ile parsiyel vermilion defektlerinin onarımında oral mukozal transpozisyon fleplerinin ilk tercih olabilecekleri düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Dudak, vermilion, onarım, mukoza, transpozisyon, flep

**Aim:** Lip, located in lower 1/3 of the face, is very important unit from aesthetic and functional aspect. Vermilion is a subunit of the lip and also has aesthetic and sensorial functions. Following the trauma and cancer surgeries, vermilion reconstruction is needed and it needs experienced and meticulous procedures. Here, it is aimed to describe the experience of mucosal transposition flap in reconstruction of partial vermilion defects with a detailed operation technique, the results of the patients and review of the literature.

**Methods:** Between February 2014 and May 2015, nine patients (eight male, one female; mean age 45, range 34 to 52) were diagnosed precancerous lesion with punch biopsy and were underwent a surgical excision and vermilion reconstruction under local anesthesia. The patients were followed up 1 year with a interval of postoperative 7. 7. day and 1, 3, 6 and 12. month. The histopatologic, functional and aesthetic records were evaluated.

**Results:** Functional and excellent aesthetic results were achieved in all patients. No complication nor recurrence was observed during follow-up period.

**Conclusion:** Oral mucosal transposition flap was considered as first choice in reconstruction of the partial vermilion defects since its functional and aesthetic success and no donor tissue morbidity.

**Keywords:** Lip, vermilion, reconstruction, mucosa, transposition, flap

### Giriş

Dudağın prekanseröz lezyonları; eritroplaki, lökoplaki, aktinik keilitis (aktinik keratoz), displazi vermilionektomi prosedürü ile cerrahi eksizyonu gerektirir (1). Vermilion ise dudağın estetik ve duyuşsal fonksiyonu açısından çok önemli subünittir. Fonksiyonel ve estetik sonuçları

optimize edebilmek için, vermilion rekonstrüksiyonu, defekt boyutunda, şeklinde, aynı özelliği ve rengi taşıyan bir doku ile yapılmalıdır (2).

Total vermilion rekonstrüksiyonunda genel olarak "lip shaving" prosedürü olarak adlandırılan, vermilionun eksiz edilmesinden sonra dudak iç mukozasının dekolle edilmesinden sonra ilerletilerek defekti kapatacak şekilde

sütüre edilmesi ile yapılmaktadır. Ancak bu teknikte, alt dudak vermilion ünitesinin ince kalması, bukkal mukozanın sığlaşması, dudakta kuruluk oluşması gibi dezavantajlar bulunmaktadır. Parsiyel vermilion rekonstrüksiyonunda ise genel olarak, dudak iç mukozasından planlanan V-Y ilerletme flebi kullanılmaktadır. Ancak bu teknikte de, mukozanın yeteri kadar ilerlememesinden kaynaklanan, vermilion kontur problemleri, vermilionun onarılan kısmında ince kalması gibi estetik problemlere neden olabilmektedir (1-4).

Bu makalede, parsiyel vermilion defektlerinin onarımı için kullanılan mukozal transpozisyon flebi ile elde edilen sonuçlar, operasyon tekniği ve literatürün gözden geçirilmesi ile birlikte sunulması amaçlanmıştır.

### Yöntemler

Şubat 2014 - Mayıs 2015 tarihleri arasında, punch biyopsi ile prekanseröz lezyon tanısı alan, tümör eksizyonu ve mukozal transpozisyon flebi ile rekonstrüksiyon yapılan tüm hastalar retrospektif olarak incelendi. Yaş ortalaması 45 olan (34-52 yaş), toplam dokuz hastanın (sekiz erkek, bir kadın), lokal anestezi altında tümör eksizyonu ve mukozal transpozisyon flebi ile vermilion rekonstrüksiyonu operasyonu geçirdiği tespit edildi. Hastalara ait bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir. Tüm hastaların defekti alt dudakta idi. Hastalara preoperatif punch biyopsi yapılarak, histopatolojik tanı konuldu. Hastaların etiopatogenezinde; beş hastada aktinik keilitis, üç hastada displazi, bir hastada lökoplaki vardı. İki mm güvenlik marjı bırakılarak yapılan eksizyonlar sonrası, vermilion hattına sınırlı, 2x1 cm'den 4x2 cm'ye değişkenlik gösteren defektler, mukozal transpozisyon flebi ile onarıldı. Çıkarılan spesmenler, incelenmek üzere patoloji laboratuvarına gönderildi. Tüm hastalar, yapılacak işlem ile ilgili detaylı olarak bilgilendirildi. Hastalar, ameliyat sonrası 7. gün, 1., 3., 6. ve 12. aylarda kontrole çağrılarak takip

edildi. Aydınlatılmış yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan tüm hastalardan alınmıştır.

### Cerrahi Teknik

Mutad ameliyat hazırlığının ardından, mevcut lezyonun 2 mm'lik cerrahi güvenlik marjı bırakılacak şekilde eksizyon sınırları marker kalem ile işaretlenir. Cetvel yardımı ile oluşacak olan defekt ölçülerek, ağız içi mukozasından defektten fornikse doğru, oluşacak olan defekt büyüklüğünde, pivot noktası defektin sağ ya da sol köşesi olacak şekilde, defekte 60 derece açı ile mukozal transpozisyon flebi işaretlenir. 1/200,000'lik adrenalinli lidokain solüsyonu enjeksiyonu ile lokal anestezi sağlandıktan sonra operasyona başlanır. Lezyon eksizyonunun ardından, mukozal transpozisyon flebi, orbikularis oris kası üzerindeki plandan eleve edilir ve bipolar koter ile yapılan kanama kontrolünün ardından, defekte 4/0 sütür ile adapte edilir (olgu 1; Şekil 1, 2, 3, olgu 2; Şekil 4, 5). Donör alan 4/0 sütür ile primer onarılır. Lokal pansumanın ardından operasyona son verilir.

### Bulgular

Mukozal transpozisyon flebi, tüm olgularda sorunsuz bir şekilde yaşadı. Yara iyileşme problemi, parsiyel ya da total nekroz, sütür reaksiyonu, yara dehiscansı, kanama gibi herhangi bir komplikasyon görülmedi. Histopatolojik inceleme sonucu, beş hastada aktinik keilitis, üç hastada displazi ve bir hastada lökoplaki olarak geldi. Cerrahi sınırlar tüm hastalarda temiz ve cerrahi güvenlik marjı (2 mm) içerisinde idi. Hasta takip süresi 12 ay idi. Onarılan dudak bölgesindeki dokunun renk ve uyumu, normal vermilionla çok yakındı ve fark edilebilir bir skar yok idi (Şekil 3, 5). Donör alanda herhangi bir skar ya da skar kontraksiyonu takip süresi boyunca gözlenmedi (Şekil

**Tablo 1. Hastalara ait veriler**

Hasta no	Yaş (Yıl)	Cinsiyet	Lezyon lokalizasyonu	Tanı	İntraoperatif defekt boyutu
1	44	E	Alt dudak orta hat	Aktinik keilitis	2x2 cm
2	47	E	Alt dudak paramediyan	Displazi	4x2 cm
3	41	E	Alt dudak orta hat	Aktinik keilitis	2x1 cm
4	52	E	Alt dudak köşe	Displazi	3x1 cm
5	51	E	Alt dudak orta hat	Aktinik keilitis	4x2 cm
6	48	E	Alt dudak orta hat	Lökoplaki	3x2 cm
7	46	E	Alt dudak paramediyan	Aktinik keilitis	4x2 cm
8	42	K	Alt dudak paramediyan	Aktinik keilitis	3x1 cm
9	34	E	Alt dudak orta hat	Displazi	2x1 cm

E: Erkek, K: Kadın  
Yaş ortalaması: 45

5b). Tüm hastalarda, dudak fonksiyonları ve duyu özelliği normal idi. Tüm hastalar fonksiyonel ve kozmetik sonuçtan memnun idi.

## Olgu Sunumları

### Olgu 1

Kırk altı yaşında erkek hastaya, alt dudak paramediyan hatta, aktinik keilitis tanısıyla lokal anestezi altında operasyon planlandı (Şekil 1). Mevcut lezyon, 2 mm'lik güvenlik marjı ile orbikülaris oris kası korunarak eksize edildi ve 4x2 cm defekt olduğu izlendi (Şekil 2a). Oluşan defekt aynı ebatta planlanan mukozal transpozisyon flebi ile onarıldı (Şekil 2b, 2c). Hastanın postoperatif birinci yılındaki görüntüsü hem cerrah hem de hasta için sorunsuzdu (Şekil 3).



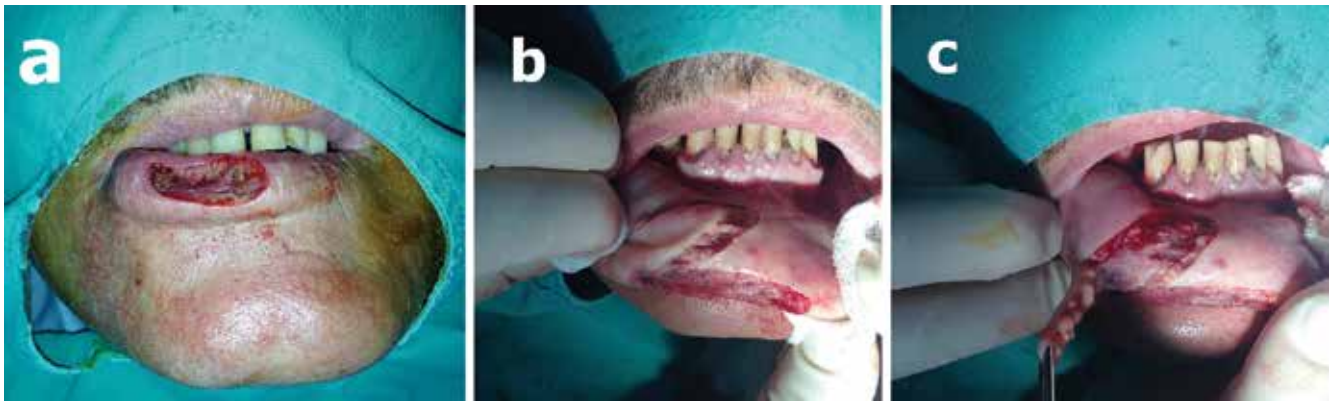
**Şekil 1.** Kırk altı yaşında erkek hasta, alt dudak paramediyan hatta, aktinik keilitis tanısıyla opere edildi, preoperatif görüntüsü

### Olgu 2

Kırkyedi yaşındaki erkek hastaya, alt dudak paramediyan hatta, mukozal displazi tanısıyla operasyon planlandı (Şekil 4a). Cerrahi güvenlik marjı (2 mm) bırakıldıktan sonra orbikülaris oris kası üzerindeki plandan tümöral lezyon eksize edildi (Şekil 4b, 4c). 4x2 cm ebadındaki defekt aynı boyuttaki mukozal transpozisyon flebi ile onarıldı. Operasyondan bir yıl sonraki görüntü hem fonksiyonel hem de estetik açıdan sorunsuzdu. (Şekil 5a, 5b).

### Tartışma

Vermilion, her iki dudağın birbirine değdiği mukoza hattından deri bileşkesine kadar uzanan kırmızı renkli anatomik üniteye verilen isimdir. Vermilion, her iki dudağın birbirine değdiği bölgede ıslak ve dışa bakan kısmında kuru olmak üzere iki farklı alan daha içermektedir. Vermilionun prekanseröz lezyonları, vermilionektomi adı verilen, eksizyon içeren bir cerrahi işlemi gerektirmektedir. Sadece yüzeysel lezyonların tedavisinde uygulanmaktadır. Özellikle, aktinik keilitis gibi displazik lezyonların tedavisinde efektif bir tedavi yöntemidir. Bu durumda oluşan defektin rekonstrüksiyonu klasik olarak, dudak ya da yanak mukozasından planlanan bir ilerletme flebi ile yapılabilir. Undermine edilen flep, defekti kapatacak şekilde ilerletilerek sütüre edilir. Bu prosedür "lip shave" olarak adlandırılmaktadır (5). Vermilion onarımında etkili tedavidir. Ancak, bazen hastalar, dudak kuruluşundan şikayetçi olabilirler. Bu durum hasta konforu ve memnuniyetini azaltmasına rağmen, nemlendirici kremler ile bu şikayet azaltılabilir. Ancak, hastalar vermilion bölgesindeki duyu azalması ve vermilion hattının incilmesi açısından uyarılmalıdır. İlerletme flebinin uygun bir şekilde undermine edilmesi ve ilerletilmesi hem dudağın incelmesini önlemek hem de dudak ekstropion riskini önlemek açısından önemlidir. Yine de, alt dudağın incelmesi ve gingivobukkal sulkusun siğlaşması bu teknik ile



**Şekil 2.** a) Mevcut lezyon, 2 mm'lik güvenlik marjı ile orbikülaris oris kası korunarak eksize edildi ve 4x2 cm defekt olduğu izlendi, intraoperatif görüntüsü, b) Mevcut defekti onarmak için ağız içi mukozasından planlanan flep insize edildi, c) Planlanan flep, orbikülaris oris kası üzerindeki plandan eleve edildi

görülen komplikasyonlardır (1-5). Gingivobukkal sulkusun sığlaşması, yeme esnasında yiyeceklerin dökülmesine neden olabilmektedir. Aynı zamanda, dudak kenarı da içeri çekileceği için özellikle erkeklerde alt dudakın sakallı bölgesi üst dudakta erozyona sebep olabilmektedir (6). Wilson ve Walker (7), bu problemlerin üstesinden gelebilmek için, bu ilerletme flebine, gingivobukkal sulkusta bir serbestleme



Şekil 3. Hastanın postoperatif 12. ay görüntüsü

insizyonu eklemiştir. Böylece mukoza flebi bipediküllü flep olarak kullanılmıştır.

Vermilion rekonstrüksiyonundaki diğer yöntemler başında; mukozal V-Y ilerletme flebi gelmektedir (6-8). Daha sıklıkla parsiyel vermilion rekonstrüksiyonunda kullanılan bu flep tekniğinde, oral mukozadan planlanan V şeklindeki mukozal flep, dekolle edildikten sonra ilerletilerek defekte adapte edilir ve Y şeklinde bir sütürasyon hattı elde edilir. Teknik olarak basit olması, vermilionun kalan kısmı ile renk ve doku uyumu sağlaması gibi nedenlerden dolayı sık tercih edilmesine rağmen bu teknik ile kısıtlı ilerleme kayıt edilmesi, vermilion kontur problemleri, vermilionun onarılan kısmında ince kalması gibi estetik problemlere neden olabilmektedir (1-4).

Bahsedilen problemlerden dolayı, ideal flep arayışları hep devam etti. Literatüre bakıldığında alt dudak vermilion onarımı ile ilgili ilk makalede 1894 yılında Schulten (9) tarafından üst dudaktan bipediküllü flep ile yapıldığı görülmektedir. Schulten'dan (9) sonra çeşitli vermilion flepleri tarif edildi. Komşu vermiliondan ilerletme flebi küçük defektlerin onarımında ilk seçenek olarak önerilmektedir (10-12). Karşı dudaktan planlanan vermilion flepleri ise diğer bir alternatiftir. Bu teknikler ile iyi sonuçlar rapor edilmesine rağmen genel olarak 2 majör



Şekil 4. a) Kırk yedi yaşındaki erkek hasta, alt dudak paramedian hatta, mukozal displazi tanısıyla opere edildi, preoperatif görüntüsü b) lezyonun eksizyon sınırları 2 mm'lik güvenlik marjı bırakılarak belirlendi, intraoperatif görüntüsü c) ağız içinden defekt ile 60 derece açılı yapacak şekilde 4x2 cm ebadındaki mukozal transpozisyon flebi planlandı



Şekil 5. a) Hastanın, postoperatif 12. ay görüntüsü, b) hastanın takip süresi boyunca, ağız içinde, flebin kaldırdığı donör sahada herhangi bir skar kontraksiyonu ya da fornikte sığlaşma gibi bir, komplikasyon ile karşılaşmadı, operasyona bağlı skar fark edilecek ölçüde değildi



dezavantajdan bahsetmek gerekir; operasyon iki aşamalıdır, karşı vermilionda da deformiteye neden (13,14). Dil flebi, vermilion onarımında kullanılan başka bir seçenektir. Dil flebinin zengin vaskülarizasyonu bu flebi olanaklı hale getirmiştir. Ancak yine 2 aşamalı bir prosedür olması ve flep ayrılana kadar hasta konforunu göz ardı eden bir teknik olması ama en önemlisi her zaman sonucun estetik açıdan başarılı olamaması bu tekniğin dezavantajlarıdır (15).

Pelly ve Tan (16) alt vermilion rekonstrüksiyonu için üst dudak bukkal kısmından kommissür bazlı, muskulomukozal bir flep kullanmışlardır. Ancak, üst dudaktaki limitli doku nedeniyle, geniş defektlerin onarımında bu teknik ile kısıtlılık yaşanabilmektedir.

İlk mukozal ada flebi Carstens ve ark. (17) tarafından tarif edilmiştir. Yaptıkları çalışmada fasiyel arter bazlı 7x5 cm ebadında, bu flebin kaldırılabilirliğini göstermişlerdir. Bu teknik, loop ile dikkatli bir diseksiyon ve eksternal nazolabial bir insizyon gerektirmektedir. Daha sonra, Pribaz ve ark. (18) fasiyel arter bazlı başka bir tip muskulomukozal flep tarif etmiştir. Bu flep, Doppler ultrason ile tespit edilen fasiyel arter trasesi boyunca planlanır ve mukoza, submukoza ve bir miktar buccinator kas içeren fasiyel arter bazlı aksiyel bir fleptir. Flebin pivot noktası, retromolar trigondur ve üst gingivobukkal sulkusa kadar uzanmaktadır. Ameliyat boyunca diseksiyon dikkatli ve özenli yapılmalıdır. İyi ve yüz güldüren sonuçlar bildirilmesine rağmen, cerrahi olarak zor bir tekniktir (19). Tezel ve ark. (20) komissür bazlı random paternli bir bukkal mukozal flep tariflemişlerdir. Bu flep parotid duktaya kadar uzanmaktadır ve mukoza submukoza ve sadece ilk 1,5-2 cm'lik mesafesinde kas içermektedir. Flebin 3x6 cm ebadında kaldırılabilirliği rapor edilmiştir.

### Sonuç

Sunulan çalışmada, defektin hemen yanını pivot nokta olarak alan, random paternli mukoza ve submukozayı içeren alt dudak iç mukozasından eleve edilen bir transpozisyon flebi, ölçüleri 2x1 cm den 4x2 cm arasında değişkenlik gösteren vermilion defektlerinin onarımında kullanılmış, estetik ve fonksiyonel sonuçları, literatür gözden geçirilerek sunulmuştur. Oral mukozal transpozisyon flepleri, parsiyel vermilion defektlerinin onarımında hem estetik hem de fonksiyonel açıdan başarılı bulunmuş ve vermilion rekonstrüksiyonunda cerrahların ilk tercih seçeneği olarak kullanabilecekleri bir teknik olduğu düşünülmektedir.

### Etik

Etik Kurul Onayı: Retrospektif çalışma.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafınca değerlendirilmiştir.

### Kaynaklar

1. Sand M, Altmeyer P, Bechara FG. Mucosal advancement flap

versus primary closure after vermilionectomy of the lower lip. *Dermatol Surg* 2010;36:1987-92.

2. Neligan PC. Strategies in lip reconstruction. *Clin Plast Surg* 2009;36:477-85.
3. Jin X, Teng L, Zhang C, et al. Reconstruction of partial-thickness vermilion defects with a mucosal V-Y advancement flap based on the orbicularis oris muscle. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2011;64:472-6.
4. Tezel E. Buccal mucosal flaps: a review. *Plast Reconstr Surg* 2002;109:735-41.
5. Neligan P, Gullane P, Werning J. Lip reconstruction. In: Werning J, editor. *Oral cancer*. New York: Thieme Medical Publishing Inc; 2006. p. 180-93.
6. Kolhe PS, Leonard AG. Reconstruction of the vermilion after lip-shave. *Br J Plast Surg* 1988;41:68-73.
7. Wilson JS, Walker EP. Reconstruction of the lower lip. *Head Neck Surg* 1981;4:29-44.
8. Carvalho LM, Ramos RR, Santos ID, Brunstein F, Lima AH, Ferreira LM. V-Y advancement flap for the reconstruction of partial and full thickness defects of the upper lip. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002;36:28-33.
9. Schulten MW. En method att erstta en defekt af ena lappen medelst en byggformad lamba fran den andra. *Finska Lök-Sallsk-Hande* 1894;35:859.
10. Goldstein MH. A tissue-expanding vermilion myocutaneous flap for lip repair. *Plast Reconstr Surg* 1984;73:768-70.
11. Ohtsuka H, Nakaoka H. Bilateral vermilion flaps for lower lip repair. *Plast Reconstr Surg* 1990;85:453-6.
12. Sakai S, Soeda S, Terayama I. Bilateral island vermilion flaps for vermilion border reconstruction. *Ann Plast Surg* 1988;20:459-61.
13. Standoli L. Cross lip flap in vermilion reconstruction. *Ann Plast Surg* 1994;32:214-7.
14. Wagner JD, Newman MH. Bipedicled axial cross-lip flap for correction of major vermilion deficiency after cleft lip repair. *Cleft Palate Craniofac J* 1994;31:148-51.
15. Baumann D, Robb G. Lip reconstruction. *Semin Plast Surg* 2008;22:269-80.
16. Pelly AD, Tan EP. Lower lip reconstruction. *Br J Plast Surg* 1981;34:83-6.
17. Carstens MH, Stofman GM, Hurwitz DJ, Futrell JW, Patterson GT, Sotereanos GC. The buccinator myomucosal island pedicle flap: anatomic study and case report. *Plast Reconstr Surg* 1991;88:39-50.
18. Pribaz J, Stephens W, Crespo L, Gifford G. A new intraoral flap: facial artery musculomucosal (FAMM) flap. *Plast Reconstr Surg* 1992;90:421-9.
19. Pribaz JJ, Meara JG, Wright S, Smith JD, Stephens W, Breuing KH. Lip and vermilion reconstruction with the facial artery musculomucosal flap. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:864-72.
20. Tezel E, Numanoğlu A, Celebiler O, Bayramiçli M. Commissure-based buccal mucosal flap. *Plast Reconstr Surg* 1998;101:1223-7.