



## ARAŞTIRMA

# POSTERİOR ORAL KAVİTE DEFEKTLERİNİN REKONSTRUKSİYONUNDA MASSETER KAS TRANSPOZİSYON FLEBİ

Dr. Ali Şafak DAĞLI, Dr. Ertap AKOĞLU, Dr. Şemsettin OKUYUCU, Dr. Önder MUTLU  
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi AD, Hatay, Türkiye

### ÖZET

Sunulan bu makalede, retromolar trigon yassı hücreli kanseri nedeniyle ameliyat edilen ve masseter kas transpozisyon flebi ile rekonstruktö edilmiş bir hastanın sunumu yapılmış, adı geçen bu flebin endikasyonları ve cerrahi teknik özellikleri tartışılmıştır.

*Anahtar Sözcükler: Masseter, oral kavite, kanser*

### MASSETER MUSCLE TRANSPOSITION FLAP IN THE RECONSTRUCTION OF THE DEFECTS OF POSTERIOR ORAL CAVITY

#### SUMMARY

We report a case who was operated on for his squamous cell carcinoma localized in the retromolar trigon and reconstructed with masseter muscle transposition flap. The indications and surgical technical details of this flap is discussed in this presented report.

*Keywords: Masseter, oral cavity, cancer*

## GİRİŞ

İlk kez 1911 yılında yüz paralizisi olan hastaların reanimasyonu için kullanılan masseter kas flebi daha sonraları posterior oral kavite ve farinksin postoperatif mukozal defektlerinin onarılması amacı ile de kullanılmaya başlanmıştır.1 Cerrahi bölgeye yakınlığı dolayısıyla defekt bölgesine çevriminin kolaylığı ve güvenilir bir damar-sinir pedikülüne sahip olması gibi avantajları vardır.

Bu yazıda, kliniğimizde oral kavite defektlerinin rekonstruksiyonu amacı ile uygulanan masseter flebin bir olgu nedeni ile (retromolar trigon yassı hücreli karsinomu) tanıtılması amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU ve CERRAHİ TEKNİK

Altmışdört yaşında, erkek hasta, ağız içinde yara yakınması nedeni ile kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde sağ retromolar trigon bölgesine yerleşmiş, superiorda tuberositas maksillaya kadar uzanım gösteren ve yumuşak damakta 1 cm. ilerleyen tümöral doku saptandı. Molar dişler yoktu ve tümör anteriorda 2. premolar diş posterioruna kadar uzanım gösteriyordu. Tonsil ön plikası, dil kökü, gingivo-bukkal ve gingivo-lingual sulkus tutulumu yoktu. Boyun muayenesinde lenfadenopati palpe edilmedi.

İletişim kurulacak yazar: Dr. Ertap Akoğlu, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi AD, Hatay, Türkiye, Tel: 0 326 214 16 49 Faks: 0 326 214 49 77 E-mail: ertapakoglu@yahoo.com

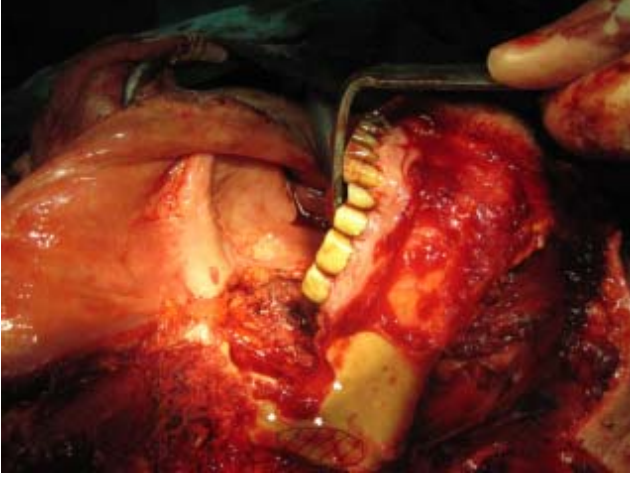
Gönderilme tarihi: 07 Aralık 2006, revizyon gönderme tarihi : 21 Şubat 2007, yayın için kabul edilme tarihi: 26 Şubat 2007

Yapılan radyolojik incelemelerde mandibula tutulumu saptanmadı. Yapılan insizyonel biyopsi ile yassı hücreli karsinom tanısı konulduktan sonra hasta ameliyata alındı.

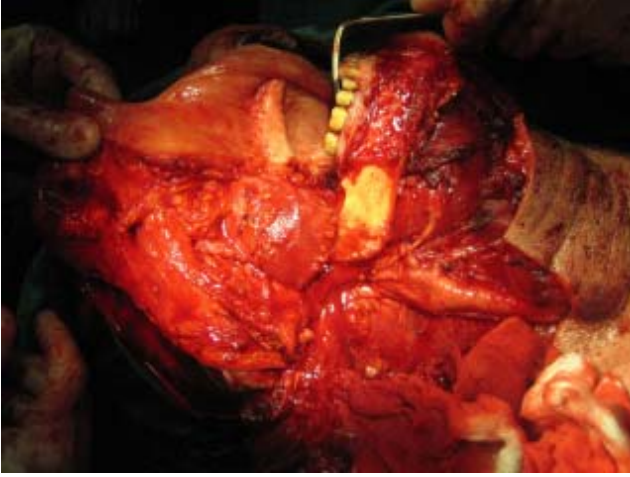
Ameliyatta sağ radikal boyun disseksiyonunu takiben lip-splitting yapılarak yanak flebi kaldırıldı ve primer tümör ortaya kondu. Kemik ve periost tutulumu olmadığı görüldükten sonra retromolar trigona komşu bölgede tümöre yaklaşık 1 cm. uzaklıktan periost kesisi yapıldı ve tur yardımı ile 3x1 cm boyutlarında marjinal mandibulektomi yapıldı. Yumuşak damak ve alveol bölgesinde tümöre yeterli cerrahi sınır bırakılarak (en az 1 cm.) mukozal insizyonlar yapıldı ve tümör mandibulektomi materyeli ile birlikte en-bloc olarak çıkartıldı. Tümör çıkartıldıktan sonra oluşan defekt resim 1'de görülmektedir. Masseter fasciası angulus mandibula boyunca insize edildi ve subfascial planda yapılan disseksiyonla yanak flebi kaldırıldı. Kas posteriorda parotis glanddan ayrıldıktan sonra, angulus mandibulaya yapışma yerinden başlayan ve ramus mandibula boyunca kondiler çentiğe dek subperiosteal planda yapılan keskin disseksiyonla serbestleştirildi. Böylece kranial pediküllü masseter kas flebi oluşturulmuş oldu (resim 2). Daha sonra oluşturulan bu flep defekt bölgesine çevrilerek orofaringeal bölgede oluşmuş olan defekt kapatıldı (resim 3). Palatal mukozaya yaklaştırma sütürleri konularak flep üzerinde mukozal örtü oluşturuldu. Açıkta kalan alanlar ise sekonder iyileşmeye bırakıldı. Mukoza ve cilt sütürleri konularak operasyon sonlandırıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi, 5-7. günlerde



drenler ve nazogastrik sonda alınarak oral beslenmeye başlandı ve hasta 10.gün taburcu edildi.



**Resim 1.** Primer tümör rezeksiyonu sonrası marjinal mandibulektomi sınırları (beyaz oklar) ve masseter kasın mandibulaya yapışma yeri (taralı alan).



**Resim 2.** Masseter kasın defekt bölgesine çevrilmesi.



**Resim 3.** Rekonstrüksiyon sonrası defekt bölgesinin görünümü.

Hastanın ameliyat materyalinin patolojik incelemesinde mukozal cerrahi sınırlar temizdi ve metastatik lenf nodu saptanmadı. Adjuvan tedavi

uygulanmayan hastanın kısa süreli (2 ay) takibinde herhangi bir sorunla karşılaşılmadı.

## TARTIŞMA

Travmatik, konjenital ya da cerrahiye bağlı fasial paralizilerde oral kommissürün reanimasyonu ya da kommissürü tutan kanserlerin eksizyonu sonrası oluşan defektlerin kapatılması masseter kas transpozisyon flebinin uygulandığı alanlardan bazılarıdır<sup>1,2</sup>. Bu amaçla kullanıldığında sfinkter fonksiyonunu oldukça iyi bir şekilde yerine getirdiği bildirilmektedir<sup>2</sup>. Oral kommissüre transpozisyonu intraoral ya da ekstraoral yolla yapılabilir.

Masseter kas felbi oral kavite ve farinksin ablatif cerrahilerinden sonra değişik amaçlarla da kullanılabilir. Conley ve Gullane<sup>3</sup> hemimandibulektomi yapılan hastalarda bu flebin değişik uygulamalarını tanımlamışlardır. Ramus mandibulanın alındığı ve rekonstruke edilmediği hastalarda yutma sırasında larinksin elevasyonuna yardımcı olmak amacı ile kasın hyoide dikilmesi, internal karotid arterin üzerinin örtülmesi ve nazofarinksteki defektlerin kapatılması bu uygulamalardan bazılarıdır.

Retromolar trigon başta olmak üzere posterolateral oral kavitede oluşan küçük ve orta büyüklükteki defektlerin kapatılması özellikle mandibulanın intakt bırakıldığı hastalarda önemli bir sorundur. Pektoralis major gibi regional muskulokutanöz fleplerin transferi aşırı kas kitlesi nedeni ile sorun yaratabilirken, lingual fonksiyonları bozması nedeni ile de dil fleplerinin kullanımı sakıncalı olabilmektedir. Mantıklı bir alternatif olan palatal ada flebi de, palatal kemik üzerinde ikincil bir cerrahi girişim ile kapatılmayı gerektiren kemik yüzey açıklığı ve radyasyon almış hastalarda uygulanamaması gibi dezavantajlara sahiptir<sup>1</sup>. Bu tür defektlerin kapatılmasında diğer seçenekler olan mikrovasküler tekniklerin kullanıldığı serbest doku transferleri ya da cilt greftleri de donör saha morbiditesi gibi sakıncalar taşımaktadır. Superiorda zigomaya yapışma yeri hariç tüm kitlesi ile defekt bölgesine çevrilebilen masseter kas transpozisyon flebi ise bu tür mukozal defektlerin kapatılmasında kullanılabilen iyi bir alternatiftir<sup>1</sup>.

Masseter kas flebinin mobilizasyonunda dikkat edilmesi gereken birinci nokta fasial sinire zarar vermemek için diseksiyonun subfasial plandan yapılması gerektiğidir. Masseterik fascia yanak flebi ile kaldırıldığında fasial sinire zarar vermeden tüm kas kitlesini ortaya koymak mümkün olmaktadır. Damar-sinir pedikülüne zarar vermemek için de kasın kondiler çentik üzerine kadar mobilize edilmemesi, dikkat edilmesi gereken ikinci önemli noktadır<sup>1</sup>.



Flebin mandibuladan subperiosteal olarak mobilizasyonu takiben flep rekonstrükte edilecek alana transpoze edilir. Daha sonra yapılması gereken flep üzerinin çok katlı yassı epitel örtüsü ile örtülmesidir. Eğer mukozal yaklaştırma sütürleri ile bu işlem başarısız ise split-thickness cilt greftleri kullanılabilir ya da yara sekonder iyileşmeye bırakılabilir<sup>1</sup>.

Biz de ameliyat ettiğimiz bu hastanın rekonstruksiyonunda masseter kas transpozisyon flebini tercih ettik ve postoperatif dönemde herhangi bir sorunla karşılaşmadık. Özellikle segmenter mandibulektomi gerektirmeyen ve bu nedenle oluşan defektin sınırlı kaldığı hastalarda, pektoralis major myokutan flebine göre kas kitlesinin oldukça az olması, defekt bölgesine yakınlığı ve ek morbidite oluşturmaması nedeni ile bu flebin kullanımının oldukça avantajlı olduğunu düşünmekteyiz.

Tiwari ve Snow<sup>4</sup> küçük posterolateral oral defektleri kapatmak için bu tekniği uyguladıkları 6 hastadan postoperatif radyoterapi uygulanan 1'inde zamanla düzelen hafif bir trismus dışında sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Masseter kas transpozisyon flebinin kullanıldığı 21 hastalık bir başka hasta grubunda ise kastaki kontraksiyona ve radyoterapiye atfedilen hafif bir trismus dışında herhangi bir komplikasyon gelişmediği bildirilmiştir<sup>5</sup>. Bizim hastamızda ise ameliyat sonrası dönemde çene hareketleri ve çiğneme fonksiyonlarında herhangi bir zayıflık olmadı ve orokutanöz fistül gelişmedi.

Zoller ve ark.<sup>6</sup> ise bu tekniği superior bazlı bir yanak transpozisyon flebi ile kombine ederek modifiye etmişlerdir. Açığa çıkan buccinatör kasın sekonder iyileşmeye bırakıldığı bu teknikte, kas ve mukoza kombinasyonu ile defekt bölgesinin iki katlı onarımı oldukça güvenilir bir şekilde başarılabilmektedir. Biz ameliyat ettiğimiz bu hastada yanak mukoza flebini kullanmadık. Flep üzerini mukozal yaklaştırma sütürleri ile kapatmaya çalıştık. Açık kalan bir alanın mukozalizasyonu da bir sorun yaşanmadan kısa süre içinde tamamlandı.

Bu flebin ada flebi şeklindeki bir modifikasyonu da Antoniadis ve ark.<sup>7</sup> tarafından tanımlanmıştır. Bu şekilde daha geniş defektlerin de kapatılabildiği ve postoperatif trismus oluşmadığı bildirilmiştir.

Burada retromolar trigon yassı hücreli karsinomu olan ve primer tümör rezeksiyonuna ek olarak marjinal mandibulektomi ve boyun disseksiyonu yaptığımız bir hastamızda oluşan defektin masseter kas transpozisyon flebi ile onarımı tanımlanmıştır. Masseter adalenin mandibulaya yapışma yerinden periostu dahil ederek

hazırlanabilen, 3x3, 3x4 cm taban çapı olan ve uzunluğu 5cm e kadar ilerleyebilen bu flep ile oral kavitedeki ve orofarenkstekteki uygun defektlerin onarımı yapılabilmektedir. Pectoralis major myokutan flebine göre kas kitlesinin oldukça az olması, defekt bölgesine yakınlığı, iyi bir nörovasküler pediküle sahip olması ve ek morbidite yaratmaması gibi oldukça önemli avantajları bu flebin seçilmesindeki önemli etkenlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Cheney L., Urken ML. Regional flaps. Muscle and musculocutaneous flaps. Masseter. In: Urken ML, Cheney ML, Sullivan MJ, Biller HF, eds. Atlas of Regional and Free Flaps for Head and Neck Reconstruction. New York: Raven press, 1995: 77-84
2. Demir Y, Latifoğlu O, Yavuzer R, Atabay K. Oral commissure reconstruction with split masseter muscle transposition and cheek skin flap. J Craniomaxillofac Surg. 2001; 29(6): 351-354
3. Conley J, Gullane PJ. The masseter muscle flap. Laryngoscope. 1978; 88 (4): 605-612
4. Tiwari RM, Snow GB. Role of masseter crossover flap in oropharyngeal reconstruction. J Laryngol Otol. 1989; 103 (3):298-301
5. Antoniadis K, Lazaridis N, Vahtsevanos K, Hadjipetrou L, Antoniadis V, Karakasis D. Oral Oncology. 2003; 39(7): 680-686
6. Zoller J, Maier H, Herrmann A. The combined masseter muscle/intraoral cheek transposition (IOCT) flap for primary reconstruction of the dorsal oral cavity. Otolaryngology Head Neck Surg. 1992; 106 (4):326-331
7. Antoniadis K, Lazaridis N, Vahtsevanos K, Hadjipetrou L, Antoniadis V, Karakasis D. Superiorly based and island masseter muscle flaps for repairing oropharyngeal defects. J Craniomaxillofac Surg. 2005; 33(5): 334-339