

Özofagus Kanserlerinde Cerrahi Sağıtım *

Erdal BAÇÇIOĞLU**
Hayati ÖZKAN***
Mete CENGİZ****
İ. Ayhan ÖZDEMİR*****

ÖZET

1977-1983 yılları arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs-Kalb-Damar Cerrahisi Kliniğinde 41 olguya özofagus kanseri tanısı konulmuş, bunlardan 35'inin cerrahi olarak sağıtımını yapılmıştır.

Olgularımız 24 ve 86 yaşları arasında ortalama yaşı 56.9 olan 31 erkek, 10 kadın olgudan oluşmaktadır.

Kanser 1 olguda servikal, 8 olguda üst torasik, 4 olguda orta torasik, 28 olguda alt torasik ve kardiada yerleşimli idi.

Histopatolojik olarak 32 olguda yassı hücreli, 8 olguda adenokarsinom, 1 olguda lenfosarkom olarak belirlendi.

Otuzbeş olguya cerrahi girişim uygulandı. Onyedii olguya gastrostomi, intübyasyon, by-pass içeren palyatif cerrahi, 18 olguya da mide, kolon, jejunum transplantasyonundan oluşan küratif cerrahi girişimi yapıldı.

Üç olgumuz, erken postoperatif dönemde solunum yetmezliği, anastomozdan sızma, interpoze kolon nekrozu komplikasyonları sonucu kaybedildi. Diğer 32 olguya 1 ay ve 1.5 yıl arasında değişen yaşam süresi sağlanabildi.

* 17-19 Ekim 1983 tarihleri arasında V. Türk Gastroenteroloji Kongresinde sunulmuştur (Bursa).

** Uzm.Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Göğüs-Kalb-Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı

*** Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Göğüs-Kalb-Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı Araştırma görevlisi.

**** Yard. Doç.Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Göğüs-Kalb-Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi.

***** Doç. Dr.; (FACS), Uludağ Üniv. Tıp Fak. GKDC Ana Bilim Dalı Öğr. Üyesi.

SUMMARY

Surgical Treatment of the Esophageal Cancer

Forty-one cases were diagnosed as esophageal carcinoma, 35 of them were treated surgically, at The Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery of University of Uludağ Medical Faculty, between the years 1977-1983.

Our cases included 31 male and 10 female patients, 24-86 years of age with mean age of 56.9.

The localization of tumor was cervical in 1 case, mid thoracic in 4 cases, and lower thoracic and cardial in 28 cases.

Histopathological diagnosis were squamous cell carcinoma in 32, adenocarcinoma in 8, and lenfosarcoma in 1 case.

In 17 cases the surgical procedures were palliative which were gastrostomy, intubation, and by-pass, and in 18 cases surgery was applied for curative aim as stomach, colon and jejunal interposition.

Three of the cases died in postoperative period because of respiratory insufficiency, anastomosis leakage and necrosis of interposed colon, Other 32 cases survived between 1 month and 1.5 year.

Özofagus kanserleri en süratli seyreden kanserlerdendir. Disfaji ortaya çıktığında çoğu olgu küratif cerrahi sağıtım şansını kaybetmiştir. Bu geç kalınmanın nedeni özofagusun anatomik yapısından olduğu kadar, yutma şikayetlerinde ciddi bir araştırma yapılmamasından kaynaklanmaktadır¹. Semptomlar ortaya çıktığında, hızla konulacak tanının, cerrahi girişimin başarısını arttıracığı kesindir.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs-Kalb-Damar Cerrahisi Kliniğinde 1977-1983 yılları arasında, özofagus kanseri tanısı ile cerrahi girişim yaptığımız olguları arda dönük olarak inceledik.

GEREÇ ve YÖNTEM

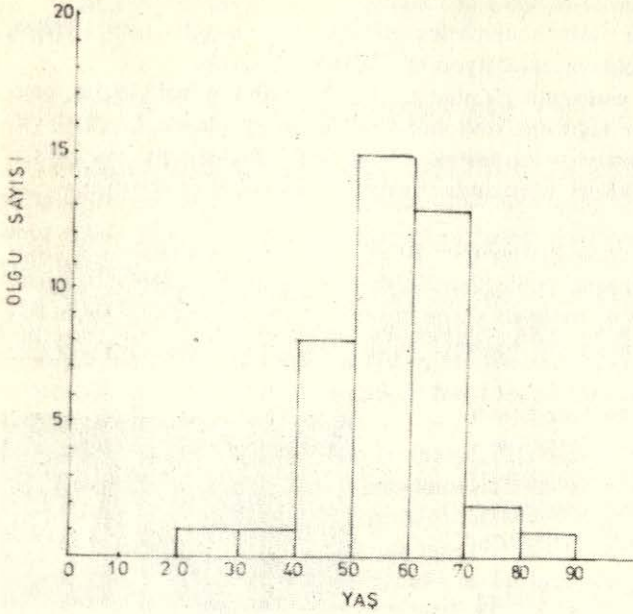
1977-1983 yılları arasında kliniğimizde 41 olguya özofagus kanseri tanısı konularak, sağıtımı yapılmıştır.

Olgularımız 24 ve 86 yaşları arasında, ortalama yaşı 56.9 olan 31 erkek, 10 kadın olgudan oluşmaktadır.

Olgularımızın çoğu tüme yakın yutma güçlüğü yakınmaları ile başvurular. Öykülerinden şikayetlerinin ortalama 3 ay önce başlamış olduğu öğrenildi.

Olgularımıza tanı baryumlu özofagus grafisi, özofagoskopi ve biopsi ile konuldu. Ancak 3 olgumuzun kesin tanısı explorasyon yapılarak frozen sonucu konulabildi (Şekil: 1, Resim: 1).

Kanserin yerleşimi, özofagusun değişik bölgelerine göre dağılımı Tablo: I'de verilmiştir. Özofagus kanserlerinin histopatolojik tanıları ise Tablo: II'de görülmektedir.



Şekil: 1
41 Özofagus Kanseri Olgusunda Yaşlara Göre Dağılım.



Resim: 1
Özofagusun Baryumlu Röntgenogramında Orta Bölümde Yerleşmiş Kanserin Görünümü

Tablo: I
41 Olguda Özofagus Kanserin Yeri

Servikal	1
Üst Torasik	8
Orta Torasik	4
Kardia	28
TOPLAM	41

Tablo: II
41 Özofagus Kanseri Olgusunda Histopatolojik Tanı

Yassı Hücreli Karsinom	32
Adenokarsinom	8
Lenfosarkom	1
TOPLAM	41

Kırkbir olgudan 6'sı ameliyat önerisini benimsemedi. Bu olgulara yalnız özofagoskopi ve özofagoskopik biopsi alınarak tanı konulmakla yetinildi.

Onsekiz olgumuza küratif cerrahi girişim amacı ile rezeksiyon ve replasman, diğer 17 olguya da palyatif amaçlı cerrahi girişim içeren yöntemler uygulandı.

Olgular ameliyat öncesi dönemde nazogastrik sonda ve gavajla, sonda geçirelemeyen olgular parenteral hiperalbuminasyonla beslendi, kan transfüzyonları ile kan tablosu düzeltilerek en iyi durumda ameliyata alındılar.

Genel durum ameliyat riskini kaldırabilen, lokalize lezyonu olan, aorta, trakea, ana bronşa yayılmamış 18 olguya, rezeksiyon ve replasman yapıldı.

Kardia ve alt torasik yerleşimli 15 olguya, sol torakoabdominal girişim, orta ve üst yerleşimli 8 olguya ise sağ torakoabdominal yaklaşım uygulandı. Lenfatik yayılım gözönüne alınarak posterior mediasten, çöliak lenf disseksiyonu, sol gastrik arter bağlanması ve splenektomi uygulandı. Kanserin proksimal ve distalinden 10 cm.lik rezeksiyon yapıldı.

Öndört olguda mide transplantasyonu, 20 yıl önce mide rezeksiyonu geçiren 1, aynı ameliyatta total gastrektomi yapılan 1 olguya jejunum transplantasyonu, servikal yerleşimli 1 olguya da transvers kolon interpozisyonu uygulandı (Tablo III). Postvagotomik gastrik retansiyonu önlemek için Heineke-Mikulicz piloroplastisi yapıldı.

Ameliyat sonrası dönemde 3 olgumuzu kaybettik. 1 olgumuz aspirasyona bağlı solunum yetmezliği, 1 olgumuz interpose kolon nekrozu, 1 olgumuz da anastomozdan sızıntı şeklinde görülen komplikasyonlar sonucu öldü.

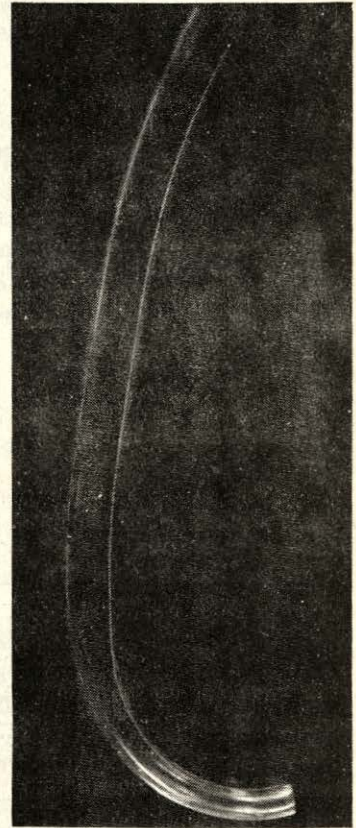
Genel durumu ameliyat riskini kaldırmayacak kadar kötü, trakea ve aortaya yapışık, trakeaözofajial fistüllü, rezeksiyon yapılması olasılığı olmayan 17 olguya da palyatif cerrahi girişim uygulandı (Tablo: IV). Bunlardan 9 olguya gastrotomi yapıldı. 1 olguya Celestin tüp takıldı, 5 olguya kendi modifiye ettiğimiz ekstrakorporal dolaşımda kullanılan taygon tüplerden yapılma tüplerle intraluminal entübasyon yapıldı. Bu işlem genel anestezi altında, özofagustan tüpün geçirilip laparotomi ile mide ön yüzünden yapılan gastrotomiden tüpün çekilerek yerleştirilmesi ve tespiti ile gerçekleştirildi (Resim 2).

Tablo: III
Replasman İçin Kullanılan Organlar

Mide	15
Jejunum	2
Kolon	1
TOPLAM	18

Tablo: IV
Özofagus Kanserlerinde Palyatif Cerrahi

Gastrotomi	9
İntübasyon	6
By-pass	2
TOPLAM	17



Resim: 2
İntraluminal Entübasyon için,
Extrakorporal Dolaşımda Kullanılan Taygon Tüplerden Yaptığımız Modifiye Tüp.

2 olgumuzda da özofagus ile mide arasında yanyana anastomozla bypass ameliyatı uygulandı.

Olgularımızın ortalama 3 yıl (2 ay-6 yıl) yapılan takiblerinde, 1 ay ve 1.5 yıl arasında değişen yaşam süresi gösterdiler.

TARTIŞMA

Özofagus kanserlerinin cerrahi olarak sağıtımında başarı sınırlıdır. Bu özofagusun anatomik yapısına, disfajinin özofagus kanserine özel olmayışına, bu semptomun hasta tarafından önemsenmeyişi ve hekim tarafından yeterince araştırılmayışına bağlıdır¹.

Bilindiği gibi özofagusun serozası yoktur ve düz adalelerinin, özofagusun çepeçevre % 90'ının kanser tarafından tutuluncaya kadar lumendeki gerilmelere dilatasyon kabiliyeti vardır. Bu nedenle disfaji ile gelen olgu, genellikle inoparabilite sınırlarına girmiştir¹. Bizim olgularımızın % 30 disfaji, % 70'i tam tıkanma ile başvurduklar.

Disfaji özofagusun mekanik ve fonksiyonel hastalıklarında peristaltizmi ilgilendiren bir semptomdur. Kanser için özel değildir. Bu nedenle yeterince araştırılmaz, olgu için çok kıymetli zaman kaybına neden olur. Baryumlu yutma grafisi ve özofagoskopi ile olguların % 90'ında tanı koymak mümkündür¹.

Özofagus kanserlerinin cerrahisinde, erken tanı yöntemleri, preoperatif hiperalimentasyon, kan tablosunun düzeltilmesi, gavajla beslenme, solunum fizyoterapisi, pre ve post operatif radyoterapinin uygulanımı cerrahinin başarısına olumlu etkileri olmuştur². Bizim çoğu olgumuz kaşeksi tablosu ile başvurdu, bu yöntemlerin bir kısmı uygulanarak ameliyat edilebildi.

Özofagus kanserinin cerrahi sağıtımında rezeksiyon ve replasman tercih edilen yöntemdir. Bu lokalize, vital organlara yayılmamış, ameliyat riskini kaldırabilen, operabilite kriterleri içindeki olgulara uygulanmaktadır^{1,2}. Ancak karaciğer, supraklaviküler lenf düğümü, metastazları bulunan olgularda da yapılması gerektiği ve bunun yaşam süresini uzattığı belirtilmektedir¹. Bizde bir kısım olgumuzda regional lenf metastazları olmasına rağmen, rezeksiyon ve replasman yaptık.

Özofagus kanser cerrahisinde rezeksiyonda hücre tipinin önemi yoktur. Önemli olan lokalizasyon ve komşu organlara yayılma eğilimidir. Orta ve üst torasik yerleşimli kanserler trakea, aortaya yayılma eğiliminde olduklarından rezeksiyonları sınırlıdır¹.

Kanserin yerleşimi ve uygulanacak ameliyat yöntemine göre yaklaşım şekli değişmektedir^{1,7}. Kardial ve alt torasik yerleşimli kanserlerde sol torakoabdominal aort kavis seviyesi ve üst kısımda yerleşmiş tümörler için, sağ torakoabdominal girişim uygulanmaktadır^{1,3,4,8}. Replasman için mide tercih edilir, çünkü en az komplikasyon görülen organdır. Ancak total gastrektomi gereken veya önceden mide ameliyatı geçirmiş olgularda sırası ile kolon ve jejunum kullanılmaktadır^{1,4}. Kanser lenfatik yayılımını önlemek için posterior mediasten, çöliak lenf diseksiyonu, splenektomi yapılmalıdır. Postvagotomik mide retansiyonunu önlemek için pilor plastinin yapılması gerekliliği vurgulanmaktadır^{1,4}.

Rezeksiyon ve replasman yaptığımız olgularda, replasmanda mide kullanıldı. Ancak önceden gastrektomi yapılmış bir ve bizim total gastrektomi uyguladığımız 3 olgumuzun, 2 sinde jejunum, 1 inde kolon interpozisyonu uygulanıldı.

Anastomozdan sızıntı en korkulan komplikasyonlarından biridir. Bunu en aza indirmek için alınacak önlemlerin, sütür materyalinin ince olması, en az travma ve reaksiyon yapması gerektiği, az sayıda anastomoz gerektiren organ transplantasyonunun seçimi, anastomoz yerinin gergin olmamasına dikkat edilmelidir. Üst torasik anastomozların servikal bölgede yapılarak sızıntı olduğunda servikal bölgeden drene edilme üstünlüğü vardır. Mideye olan anastomozun mide ön yüzüne uç-yan anastomoz şeklinde yapılmasına, kolon interpozisyonunda orta kolik arterin korunmasına özen gösterilmesi gerekliliği de vurgulanmaktadır^{1.6.9}. Bizim 1 olgumuzda kolon nekrozu, 2 olgumuzda da anastomozdan sızıntı oldu. Diğer komplikasyonlar aspirasyon pnömonisi, solunum, hepatik, kardiyak yetmezlik ve pulmoner emboli olduğu belirtilmektedir¹. Üç olgumuzda refluxa bağlı pulmoner aspirasyon görüldü. Bu nedenle olgularımızı 30° lik oturur pozisyonda tutmaya çalıştık. Bir olgumuzu bu komplikasyon sonucu kaybettik.

Küratif veya paliyatif amaçlı rezeksiyon yapılmaya çalışılmasına rağmen, çoğu olgu anrezektabl olarak karşımıza çıkmaktadır. Palyatif operasyonlar komplikasyonları ile gözönüne alındığında yaşam süresini uzatmadığı ileri sürülmektedir¹. Ancak olgunun geri kalan birkaç aylık ömrünü en rahat şekilde ve mümkünse tabii yoldan besleyerek karşılamak arzu edilen şekildir. Bu nedenle by-pass operasyonu her seviyede yerleşimli kanserlerde kullanılabilir¹. Bu, mide, jejunum, kolon interpozisyonu ile sağlanabilmektedir^{1.2.10}.

Olgularımızın 9'una gastrostomi uygularken, trakeaözofajial fistüllü 1 olguya Celestin tüpü, ekonomik olanakları olmayan diğer 6 olgumuza da kendi modifiye ettiğimiz taygon tüplerden yapılma intraluminal entübasyon tüpü takıldı. İki olgumuza mide ile özofagus arasında by-pass operasyonu yaptık.

Özofagus kanserlerinde yaşam süresi, kanserin yerleşim yeri, yayılımı, tipine bağlıdır^{1.11}. Mayo kliniğin verilerinde 3 yıllık yaşam (% 23), 5 yıllık (% 14), Parker'in serisinde 2 yıllık yaşam (% 12), 5 yıllık yaşam (% 8) olarak belirtilmiştir^{5.12}. Bizim serimizde bu rakamlar daha da düşüktür. Neden olarak tanı konulmakta gecikme, radyoterapiden yoksun oluşumuz şeklinde özetlenebilir.

KAYNAKLAR

1. SKINNER, D.B.: Esophageal Malignancies, Surg Clin N Amer, 56: 137, 1976.
2. ELLIS, F.H.: Surgery for Malignant Lesions of the Esophagogastric Junction, Surg Clin N Amer, 56: 571, 1976.
3. AKIYAMA, H., MIYAZONA, H., TSURUMARU, M., HASHIMATO, C., KAWAMURA, T.: Thoracoabdominal Approach for Carcinoma of the Cardia of the Stomach, Am J Surg, 137: 345, 1979.
4. PARKER, E.F., BALLENGER, J.F., SHULL, K.C.: Esophageal Resection and Replacement for Carcinoma, Ann Surg, 187: 629, 1978.
5. SCHWARTZ, S.I.: Principles of Surgery, McGraw Hill Book Company, 1979.

6. JAMESON, L.C.: Esophagogastrectomy: Data Favoring End-to-side Anastomosis, Ann Surg, 188: 22, 1978.
7. BELSEY, R., HIEBERT, C.A.: An exclusive right thoracic approach for cancer of the esophagus, Ann Thor Surg, 18: 1, 1974.
8. COLLIS, J.L.: Surgical Treatment of Carcinoma of the Oesophagus and Cardia, Br J Surg, 58: 801, 1971.
9. WILKINS, W.E.: Long-Segment Colon Substitution for the Esophagus, Ann Surg, 192: 722, 1980.
10. AKIYAMA, H., HIYAMA, M.: A simple esophageal by-pass operation by the high gastric division, Surg, 75: 675, 1974.
11. WILSON, S.E., PLESTED, W.G., CAREY, J.S.: Esophagogastrectomy versus radiation therapy for midesophageal carcinoma, Ann Thor Surg, 10: 195, 1970.
12. PARKER, E.F., GREGORIE, H.B.: Carcinoma of the Esophagus Long-Term Results, JAMA, 235: 1018, 1976.

Uzm. Dr. Erdal BAÇÇIOĞLU
Uludağ Üniv. Tıp Fakültesi
GKDC Ana Bilim Dalı
BURSA