

# GASTROINTESTINAL

## Inoperabl Özofagus ve Kardia Kanserlerinde Endoskopik Endoprotez Uygulaması

ENDOSCOPIC ENDOPROSTHESIS INSERTION IN INOPERABLE CARCINOMA OF THE ESOPHAGUS AND CARDIA

Dr.Ülkü SARITAŞ, Doç.Dr.Ali GÖREN, Dr.Nurgül ŞAŞMAZ, Dr.İ.Kemal ÖZDEMİR, Dr.M.Zeki OKUDAN, Dr.Tülin ŞAHİN, Dr.K.Balrı ATEŞ, Doç.Dr.Burhan ŞAHİN

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Bölümü, ANKARA

### ÖZET

Beş özofagıtı, iki kardia kanseri ve bir radyoterapiye bağı benign striktür gelişen toplam sekiz olguya endoskopik endoprotez yerleştirildi. Bir olguda özofagusta perforasyon, bir olguda endoprotezin mideye düşmesi ve bir olguda da itici ile protezin geri çıkması olmak üzere üç olguda komplikasyon gelişti. Bir olgu endoprotez konulduktan 1.5, bir diğeri 2 ay sonra primer hastalığın ilerlemesi ile öldüler. İki olgu izlenemedi, diğeri dört olgu halen hayattadır. Endoskopik endoprotez inoperabl malign özofagus tıkanmalarında hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde artıran, ucuz, kolay uygulanabilir ve emin bir palyatif tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler. Özofagus kanseri, Endoskopik endoprotez.

1' Klin Gastroenterohepatoloji, 1991, 2: 3-6

Özofagus kanserinde survive oldukça kısadır. Tanı konulduğı zaman hastalık çok ilerlemiş ve metastazlar meydana gelmiştir. Olguların %65'i doktora ilk başvurduklarında inoperabl hale gelmiş bulunurlar (1). Bu hastalarda progressif disfaji nedeniyle malnutrişyon gelişir. Ortaya çıkan kaşeksi prognozu kötü yönde etkileyip hastayı hızla ölüme sürükler. Radikal girişim yapılamayan bu hastalar için palyatif tedavi yöntemlerinden birini seçmek zorunluluğı vardır. Palyatif tedaviden amaç özofagusta pasajı sağlayarak hastanın tat ve yutma zevklerinin devamını ve yaşam kalitesini artırmak ve

Geliş Tarihi: 23.8.1990

Kabul Tarihi: 26.11.1990

Yazışma Adresi: Doç.Dr.Ali GÖREN  
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi  
Gastroenteroloji Kliniğı/ANKARA

Turk J Gastroenterohepatol 1991, 2

### SUMMARY

Eight patients five with inoperabl esophagus cancer, two with inoperabl cardia causer and one patient with benign esophageal stricture result of the radiotherapy, were inserted endoscopic endoprostheses. Complications were occurred as follows: perforation in one case, migration of the prosthesis in two cases (one of them proximally and the other distally). Two patients died after 75 months and two months respectively from advanced primary diseases. Two patients could not be followed. Another four patients are still living. The endoscopic endoprosthesis is a safe, easy application and low cost method of palliation.

Key Words: Esophagus cancer, Endoscopic endoprostheses.

Turk J Gastroenterohepatol, 1991,2: 3-6

aynı zamanda morbiditeyi düşürmektir. Palyatif tedavi olarak buji dilatasyonları, endoskopik endoprotez, laser fototerapi ve perkütan endoskopik gastrotomi uygulanmaktadır. Buji dilatasyonlarını takiben endoskopik yolla endoprotez yerleştirilmesi ucuz ve güvenli bir tedavi yöntemidir (2,3).

Biz bu prospektif çalışmada malign özofagus darlığı olan hastalarımızdan endoskopik endoprotez yerleştirdiğimiz sekiz olgunun sonuçlarını verdik.

### MATERYEL VE METOD

Kasım 1988'den Ekim 1990'a kadar Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji kliniğinde, yedisi malign özofagus darlığı, biri radyoterapiye bağı benign striktürü olan sekiz olgu özofagusa endoskopik yolla endoprotez yerleştirilerek tedavi edildiler.

Tablo 1. Olguların Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

Olgu No	Yaş	Cins	Semptom Süresi (Ay)	Ozofagus Grafisi	Özofagoskopi	Patoloji	Komplikasyon	Prognoz
1	60	E	6	Özofagus orta kısmında uzun bir segmenti tutan darlık	28 cm den itibaren özofagus lümeni çepeçevre daralmış	İltihabi vetire	-	İzlenemedi
2	53	E	2	Özofagus orta bölümünde 3.5 cm çapında tümöral kitle	Özofagus 27-36. cmler arasında lümeni daraltan malign infiltrasyon	Skuamoz hücreli Ca	Perforasyon + Ampiyem	2 ay sonra exitus
3	65	E	3	Ozofagus orta bölümünde 8 cm uzunluğunda tümöral darlık	Orta özofagusta lümeni çepeçevre daraltan malign infiltrasyon	Skuamoz hücreli Ca		15 ay sonra exitus
A	56	E	6	Özofagus 37. cmde tümör ve fistül ağzı	Özofagus alt ucunda tümöral oluşum ve tistül ağzı	Adeno Ca		İzlenemedi
5	72	E	4	Özofagus alt uç ve kardiayı tutan tümöral darlık	Özofagus alt uça lümeni daraltan tümöral oluşum	Skuamoz hücreli Ca	Protez çıktı	Hayatta
6	89	E	8	özofagus alt uça düzensiz kenarlı dar segment	Özofagus alt uça kardiayı içine alan tümöral oluşum	Yassı hücreli Ca	Protez mideye düştü	Hayatta
7	65	K	4.5	Özofagus alt uç ve kardiayı tutan tümör	Özofagus alt uça kardiayı içine alan tümör	Adeno Ca	-	Hayatta
H	53	E	3	Özofagus alt uça tümöral darlık	özofagusta 31-39.cmeler arasında lümeni daraltan yer yer vejetasyonlar gösteren sert tümöral kitle	Anoplastik Ca		Hayatta

Olguların yedisi erkek, biri kadındı. Yaşları 53-89 (ortalama 69) yıldı. En belirgin semptom disfaji olup hastaların hepsinde kilo kaybı anamnezi vardı.

Semptom süresi 2-8 ay (ortalama 4.5 ay) arasındaydı. Yandaş hastalık olarak iki olguda bronş kanseri, bir olguda hepatosellüler kanser vardı. Olguların tüm klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de toplu olarak gösterildi. Striktür lokalizasyonu (Şekil 1), üç olguda orta özofagusta, 5 olguda özofagus alt ucu ve kardial bölgesinde idi. Endoskopik olarak bu lokalizasyonlarda lümen çepeçevre daralmıştı. Patoloji sonucu iki olguda adenokanser, üç olguda skuamoz hücreli kanser, bir olguda yassı hücreli kanser, bir olguda anaplastik kanser ve bir olguda da iltihabi vetire + skuamoz epitel plağı rapor edildi (Tablo 2). Benign striktürlü olgu bronş kanseri nedeni ile radyoterapi görmüş; iki kez kliniğimizde buji dilatasyonu yapılmış ve 3. kez dilatasyonu takiben endoprotez yerleştirilmiştir. Üç olguda yandaş malign hastalık, iki olguda karaciğerde metastaz, bir olguda ameliyat sonrası nüks kanser ve karaciğerde metastaz, 1 olguda özofagotrakeal fistül bulunmaktaydı (Tablo 3).

Olguların hepsinde protez yerleştirilmeden önce buji dilatasyonu yapıldı. Komplikasyon olarak bir olguda özofagus perforasyonu sonucu ampiyem gelişti. Sualtı drenajı yapıldı. İki ay sonra hastalığın ilerlemesi nedeni ile öldü. Bir olguda protez itici buji ile birlikte geri çıktı yeniden konuldu. Bir olguda yerleştirildikten 1 gün sonra protez mideye düştü ve endoskopiyle çıkartıldı. Bu işlemler esnasında yeterli dilatasyon oluşması nedeniyle yutabilir hale gelen hastanın tüpsüz geçirdiği 1 aydan sonra disfajisi gelişmesi üzerine yeniden protez yerleştirildi.



Şekil 1. Özofagus orta kısmında tümöral infiltrasyona bağlı darlık

Tablo 2. Olguların Patolojik Tanıları

Anaplastik kanser	1
Adenokanser	2
Yassı hücreli kanser	1
Skuamoz hücreli kanser	3
İltihabi vetire + skuamoz epitel	1
Toplam hasta sayısı	8

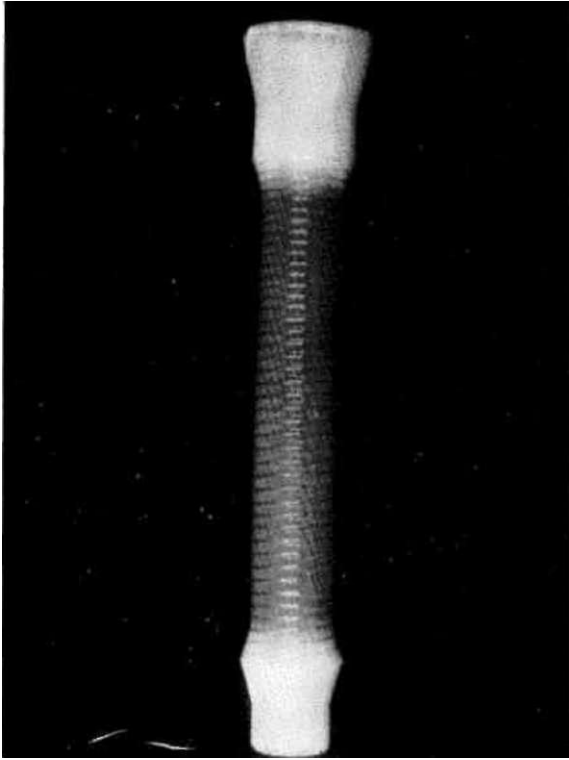
Çalışmanın başlangıcındaki hastalardan ikisi primer hastalığın ilerlemesi ile 1.5 ve 2 ay sonra öldüler. İki olgu izlenemedi. Son 4 olgu halen hayattadır. Endoprotez uygulaması işlemiyle ilgili ölüm olmamıştır.

## YÖNTEM

Endoprotez tüpü olarak Wilson-Cook firması tarafından yapılmış özofagus protezleri kullanıldı. Bunlar proksimal ucu huni şeklinde, distal uç tüpün kaymasını önlemek için omuz şeklinde desteklenmiş içinde radyoopak çelik spiraller bulunan fonksiyonel iç çapı 14 mm olan değişik uzunlukta (8.4 ve 10.4 cm) plastik tüplerdi (Şekil 2). Her bir hastada dar segmentin uzunluğu radyolojik ve endoskopik olarak belirlendikten sonra uygun uzunlukta protez seçildi.

**Tablo 3.** Palyatif Tedavi Nedeni

Uzak metastaz	2
Cerrahi sonrası nüks	1
Fistül	1
Diğer organ kanseri	3
Buji dilatasyonu sonrası nüks	1
Toplam hasta sayısı	8



Şekil 2. Endoprotezin görünümü

Topikal farenks anestezisinden sonra Olympus marka pediatrik endoskop (GIF P 20) hastaya yutturuldu. Endoskoptan geçirilen kılavuz telin ucu skopi altında darlık ötesine mideye yerleştirildi, tel içerde bırakılıp endoskop çıkartıldı. Gerektiğinde proteze pozisyon vermek için protezin proksimal ucuna sağlam iplik bağlanarak ucu dışarıda bırakıldı. Kılavuz telin üzerinden 11 mm çaplı Savary Gillard bujisi geçirildi. Üzerinden endoprotez itici ile ilerletilerek skopi altında striktür bölgesine uygun şekilde yerleştirildi (Şekil 3). İstenilen pozisyon elde edildikten sonra sıra ile itici ve buji sonradan kılavuz tel çıkartıldı.

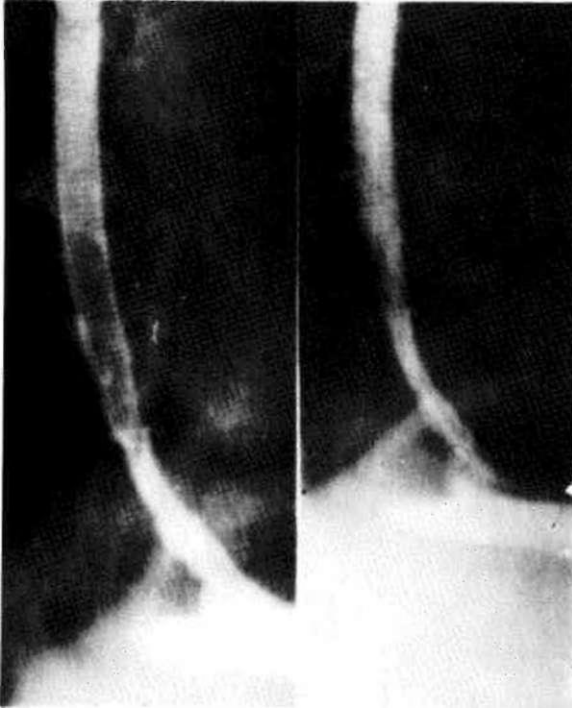
Endoskop tekrar yutturulup travma, kanama olup olmadığı ve protezin pozisyonu kontrol edildi (Şekil 4). Endoskop çıkartıldı ve bir yudum baryum verilerek protezin son şekli görüldü. Hastalara sulu diyet almaları ve besinleri çok iyi çiğnemeleri konusunda sıkı tembih yapıldı. Oral beslenmeye klinikte başlanarak hastalar kısa süre içerisinde taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Özofagus kanserinde kemoterapi yetersizdir (4). Yapılabilen iki küratif yaklaşım cerrahi rezeksiyon ve radyoterapidir. Ancak küratif tedavide bile 5 yıllık sürvive %5-6 olup, hastaların %80'den faz-



Şekil 3. Kılavuz tel üzerinden geçirilen endoprotez



Şekil 4. Dar segmente yerleştirilmiş endoprotez.

lası bir yıl içinde ölmektedir (1). Palyatif amaçla cerrahi tedavi uygulaması morbidite ve mortalitesi yüksek, risk-yarar oranı riskten yana olan bir yöntemdir. Palyatif amaçla radyoterapi sadece bir kez yapılabilen ve tekrarlamayan bir yöntemdir (5). Intubasyonun cerrahi girişimle konulması halinde mortalite oranı %25'ten fazla olup, postoperatif hospitalizasyon uzundur (ortalama 15 gün). Buji dilatasyonları birçok otör tarafından en güvenli ve kolay yöntem olarak bildirilmekte ise de tümörün içice lümeni tıkadığı dönemde etkisi yoktur. Ayrıca çok sık aralıklarla tekrarlanması dezavantajı vardır.

Bugün için endoskopik endoprotez uygulaması en güvenli ve ekonomik palyatif tedavi yöntemi olarak önerilmektedir, özellikle özofago-trakal fistül olan hastalarda tek tedavi seçeneğidir (3). Bu yöntemle özofagusun bütünlüğü elde edilerek hastanın beslenmesi, tükürük ve salyasını yutabilmesi sağlanır. Yutulmayı özofagusula birikmiş artıkların treka'ya kaçmasına bağlı aspirasyon pnömonisi önlenmiş olur. Ayrıca hospitalizasyon süresinin kısalığı ve hospitalizasyon sıklığının azalmasında bir avantaj olarak görülmektedir. Endoprotez yerleştirildikten sonra en sık görülen komplikasyon túbün lıkanmasıdır. Hastalar bu konuda yeterince eğitilir ve iyi çığcnilmemiş katı

gıda almaları önlenirse bu komplikasyonun görülmesi de azalacaktır. Servikal özofagusun malign darlıklarında ve asimetrik daralmalarda teknik olarak endoskopik entubasyon zor olmaktadır. Maercke ve arkadaşları 7 servikal lokalizasyonlu özofagus karsinomasına protez koyduklarını ve sonuçlarının da oldukça iyi olduğunu bildirmelerine rağmen bu konudaki çalışmalar genellikle az ve sonuçlar başarısızdır (6). Ayrıca asimetrik ve kısa bir segmentte lokalize, hikayici tümörlerde endoprotez ile duvar arasındaki temasın zayıf olması nedeniyle protezin düşme olasılığı oldukça fazladır. Bizim olgularımızda striktür bölgesinin uzunluğu 4 cm'den fazlaydı. Servikal özofagus lokalizasyonlu olgumuz yoktu. Bu tip olgularda laser fototerapi ile birlikte endoprotez uygulanması daha yararlıdır (2). Laser fototerapi pahalı olduğundan ancak özelliği olan ve endoprotez uygulanamayan olgularla kullanılmalıdır. Endoskopik endoprotez uygulaması tek seansta bittiği halde Laser fototerapi tekrarlayan seansları gerektiren bir yöntemdir. Ancak morbiditesi düşüktür ve ayaktan da yapılabileceği için hastaların hastanede yatma süreleri azalmaktadır (7,8).

Endoskopik endoprotez ve laser fototerapi palyatif tedavi yöntemleri olarak halen en popüler olanlarıdır. Endoskopik endoprotez uygulaması ucuz, emniyetli, tek seansta uygulanabilir olması nedeni ile ülkemiz koşullarında palyatif tedavide tek seçenek gibi görülmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Farlam R, Cunha-Melo JR: Esophageal squamous cell carcinoma: a critical review of Surgery. Br J Surg 1980,67: 381-90.
2. Buset M, Dunham F, Baize M, De Toeuf J, Cremer M: Nd-YAG laser N new palliative alternative in the management of esophageal cancer. Endoscopy 1983. IS: 353-356.
3. Gasparri G, Casalegno PA: Endoscopic insertion of 248 proshesia in inoperabl carcinoma of the esophagus and cardia: Short-term and long-term results. Gastrointest. Endoc. 1987. 33:354-356.
4. Kelsen D, Bains M, Shapman R: Cisplatin, vindesine and bleomycin combination chemotherapy for esophageal carcinoma. Cancer Treat Reports 1981. 65:181.
5. Earlam R, Cunha-Melo JR: Esophageal squamous cell carcinoma: a critical review of radiotherapy. Br J Surg. 1980,67:457-61.
6. Maercke PV, Kometz B, Buc BG: Pharyngeal placement of the funnel of an Esophageal Prosthesis in Advanced Squamous Cell Carcinoma. Endoscopy 1985, 17: 127-128.
7. Ell C, Ricmann JF, Lux G, Dcmly L: Palliative laser Treatment of Malignant Stenoses in the Upper Gastrointestinal Tract. Endoscopy 18:21-26,1986.
8. Picrafitta JJ, Dwger RM: Endoscopic laser Therapy of Malignant Esophageal obstruction. Arch Surg 121: 395-400,1986.