

Özofagus Kanserli Olgularımızın Sonuçları (78 Olgunun Retro-prospektif Analizi)

OUTCOME OF OUR ESOPHAGEAL CANCER CASES (RETRO-PROSPECTIVE ANALYSIS OF 78 CASES)

Tank ÇAĞA*, Adnan ŞAHİN*, Enver İHTİYAR*, Haluk KİPER*

* Dr.,Üsmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, ESKİŞEHİR

Özet

Özofagus kanserleri, erken tanı problemi oluşturan, gelişen tıbbi bilgi ve teknolojiye rağmen lokal tedavisi mutlaka cerrahi girişim gerekli ren kanserlerdir. Kliniğimizde, tedavi ve takip ettiğimiz 78 olgumuzu dünya literatürü ışığında irdeledik. Gelişen cerrahi teknikler ile daha cesur girişimler sayesinde rezektabilite sınırları iyice zorlanmaktadır. Geç dönemdeki olgularımızdan, rezektabl olanlarına uyguladığımız cerrahi girişim sonrası, palyatif tedavi uygulananlara göre daha uzun bir yaşam süresi sağladık. %93.5 olgumuzun slage III ve IV içinde olması, >ostoperatif komplkasyon oranımızın %26.4. />ostoperatif erken mortalite oranımızın da "7,7.5 gibi yüksek oranlarda olmasına yol açmıştır. Olgularımızı takip süremiz, 1 ay ile 3 yıl artısında değişmektedir. Ülkemiz koşullarında erken tanı problemi yaşadığımız ve bu nedenle geç dönemde tanı koyabildiğimiz özofagus kanserli olgularımızı 1 ay-3 yıllık takip süreleri ile sunarken uluslararası literatürü gözden geçirdik.

Anahtar kelimeler: Özofagus kanseri. Cerrahi.
Transhiatal yaklaşım

T Klin Gastroenterohepatoloji 1998, 9:70-74

Özofagus kanserleri, malignitelerin %1.5'unu, tüm gastrointestinal sistem (GİS) malignitelerinin ise, %7'sini oluşturur (1). Görüldüğü gibi malign tümörler içinde çok büyük bir yeri yoktur. Ancak, tanı olanaklarındaki ilerlemelere rağmen, özofagus kanserli olguların çoğuna ileri aşamalarda tanı konulabilmektedir. Bu nedenle, cerrahi tedavi uzun yıllar istenilen başarıdan uzak kalmıştır (2).

Geliş Tarihi: 09.01.1997

Yazışma Adresi: Dr.Tank t'AtiA
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi AD,
Meşelik 26480, ESKİŞEHİR

Summary

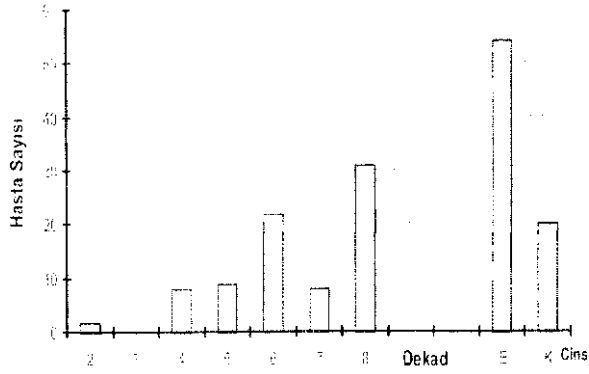
For the local treatment of cancer of esophagus, with standing problems due to delayed diagnosis, surgical Intervention is needed eveithough improved medical knowledge and technology. In our clinics, we tried to elucidate 78 eases-according to the world literature. In paralellsm with dcvelo/-ing surgical technics, preferring more encouraged approaches, resectability limits are being forced. The resectable cases in advanced stages which lias undergone surgical procedures had prolonged survival as compared with those ones that only palliative treatment was applied to. Since 93.5% of oar cases were in stages lit ve IV, this resulted in high pasoperalire complication and postoperative early-mortality rates as such; 26.4%, and 7.5%, respectively. The follow-up the cases ranged in between one month to three years. In current eireinuustauces of our country, we have early diagnosis problem so that great part of our cases are with very advanced stage. In this paper, we reported our cases who were followcd-up within 1 month to 3 years and we compared the results with the literature.

Key Words: Esophagus cancer. Surgery,
Transhiatal approach

T Klin J Gastroenterohepatol 1998, 9:70-74

Transtorasik girişim "Gold Standard"olarak kabul edilmiş, ancak yüksek morbidite ve mortalite oranları ile her zaman yüksek riskli bir yaklaşım olarak kalmıştır (1,3). 1980 sonrası, deneyimli ekiplerce başarılı sonuçlan yayınlanan trans-hiatal girişim, yeniden popularize edilmiştir (4,5).

Günümüzde irradyasyon ve transtümoral entii-basyon yöntemleri kullanım açısından yaygınlaşmıştır. Palyasyon yöntemlerinin seçiminde "Quality of Life" kriterleri ve indeksleri önem kazanmıştır. Ancak yine de özellikle yutma fonksiyonunun düzeltilmesi ve gastrointestinal devamlılık sağlanması açısından cerrahi rczeksiyonlar pal-



Şekil 1.

yasyon yöntemleri arasında önemli bir yer işgal etmektedir (1.2).

Materyel ve Metod

Bu çalışmada, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 1983-1986 yılları arasında tedavi edilip, takip edilen 78 özofagus kanserli olgumuzun retro-prospektif olarak sonuçlarını sunmak istiyoruz.

Olgularımızın yaş ve cinsiyet dağılımı Şekil 1 'de verildiği gibidir.

Görüldüğü gibi, olgularımızın %39'u 8. dekada, %78'i ise 6., 7. ve 8. dekadlarda toplanmıştır. 56 erkek olguya karşılık 22 kadın olgumuz vardır. Erkek/kadın oranı 2.5/1 'dir. En genç olgu 27 yaşında bir erkek olgudur, en yaşlı olgu ise 91 yaşında bir erkek olgudur. Olgularımızı kliniğe getiren sebepler Tablo I 'de sıralanmaktadır.

Olgularımızın %65'inde en az 20 yıldır 2 paket, gün kadar sigara kullanımı ve uzun yıllar alkol alımı söz konusu idi. İleri yaş grubunu oluşturan olgularımızda beklenildiği gibi kardiyak ve akciğer problemleri oldukça sık bulundu. 56 olgumuzda (%71) solunum fonksiyonlarında, değişik derecelerde bozulmalara yol açan KOAH, 67 olgumuzda ise (%85), yine değişik derecelerde atrosklerotik kalp ve damar problemleri saptanmıştır.

Taniya gidişte tüm olgularımızda, baryumdu radyolojik inceleme, endoskopi ve biyopsi yapıldı. Tümör yayılımı ve uzak organ metastazlarını değerlendirmek için, tüm olgularımızda batın USG ve %90 oranında CT uygulandı. Endoskopi ile radyolojik inceleme Ki 100 uyumlu bulundu.

Biyopsi incelemelerinde, 70 olguda (%89.7) skuamöz hücreli Ca., 8 olguda (%10.2) adenokarsinoma saptanmıştır. Adeno Ca. olan olgulardan 3 tanesi intraabdominal parçayı tutan, geri kalan 5 tanesi ise 1/3 alt torakal lokalizasyonlu tümörlerdi. Olgularımızın tumoral yerleşimi Tablo 2'de görüldüğü gibi belirlendi.

En genç iki olgumuz olan 27 yaşında erkek ve 39 yaşında kadın olgularımızın ikisinde de tümör servikal bölge lokalizasyonlu bulunmuştur. American Joint Committee on Cancer Staging (AJCCS) klasifikasyonuna göre olgularımızın dağılımı Tablo 3'de verilmiştir.

Erken evre hiçbir olgu yok iken, tüm olgularımız evre III ve IV'de toplanmıştır. Toplam olgu (%33.5) Evre III ve 52 olgu (%66.5) Evre IV olarak saptanmıştır. Olgularımızdan toplam 25 tanesi inoperabl-inrezektabl olarak saptanmış, 4 tanesine trans-tümoral entübasyon uygulanabilmiştir. Diğer 21 tanesine değişik tekniklerle gastrotomi açıldı.

Tablo 1. Hastaların başvuru sebepleri

| Yakınma | n | % |
|---------------------|----|-----|
| Distaji | 78 | 100 |
| Kilo kaybı | 75 | 96 |
| Retrosternal ağrı | 73 | 93 |
| Regürjitasyon-Kusma | 70 | 89 |

Tablo 2. Tümöral yerleşim sıklığı

| Lokalizasyon | n | % |
|------------------|----|------|
| Servikal | 3 | 3.8 |
| 1/3-üst torasik | 12 | 15.3 |
| 1/3-orta torasik | 17 | 21.7 |
| 1/3-alt torasik | 34 | 43.5 |
| Intraabdominal | 12 | 15.3 |

Tablo 3. Olguların başvuru evresi ve sıklığı

| Evre | n | % |
|------|----|------|
| I | - | 0 |
| II | - | 0 |
| III | 26 | 33.5 |
| IV | 52 | 66.5 |

Tablo 4. Laparotomi+sol torakotomi grubu

| total özofajektomi | segment rezeksiyonu | toplani |
|-----------------------|------------------------|---------|
| 21 | 18 | 39 |

Kalan 53 olgumuza rezeksiyon yapılabildi. Bunların 39 tanesine laparotomi+ sol torakotomi ile rezeksiyon uyguladık (Tablo 4).

Segment rezeksiyonu yaptığımız (servikal özofagus Ca.lı) 2 olgumuza izole jejunal segment ototranspozisyonu ile rekonstrüksiyon yaptık. Diğer 16 olguda, rezeksiyonda mide kullanıldı. Total özofajektomi uyguladığımız 21 olgumuzun 2 tanesinde rekonstrüksiyon kolon ile, kalan 19 tanesinde ise mide ile yapıldı. 14 olguda ise, torakotomisiz-transhiatal yol ile total özofajektomi uyguladık. 4 olguda rekonstrüksiyonu kolon ile diğer 10 olguda ise mide ile gerçekleştirdik.

Palyatif amaçlı gastrotomi uyguladığımız 21 olgudan 7 tanesinde kesi yeri süpürasyonu gelişti. Transtümoral entübasyon uyguladığımız 4 olgumuzdan 1 tanesinde post-operatif 1 ay sonra tümör nekrozu nedeniyle tüpün mide içine düştüğünü saptadık ve yem bir girişim ile tüpü çıkardık.

Bu gruptaki toplam 25 olgumuzun takip edebildiğimiz 18 tanesinin postoperatif 3 hafta-3 ay içinde exitus olduğunu saptadık. Diğer 53 olguda saptadığımız postoperatif komplikasyonlar şöyle sıralanmaktadır:

Laparotomi +torakotomi ile total özofajektomi uygulanıp, kolon ile rekonstrüksiyon yaptığımız 2 olguda anastomoz kaçağı oldu. Bir tanesinde fistül 2 hafta içinde kapanırken, diğeri postoperatif ilk ay içinde eklenen ağır enfeksiyon nedeni ile kaybedildi (Tablo 5).

Laparotomi+sol torakotomi ile total özofajektomi+mide interpozisyonu yapılan diğer 18 hastada herhangi bir problem gözlenmedi (Tablo 6).

Segment rezeksiyonu+jejunal serbest Hep uyguladığımız 2 olgunun 1 tanesinde, postoperatif radyoterapiye bağlı olarak nekroz gelişti, fistül ve diğer problemlere bağlı olarak 3 ay sonra exitus oldu.

Transhiatal girişim ile total özofajektomi4 mide ile rekonstrüksiyon yapılan toplam olgu sayısı 10'dtur. 2 olguda, servikal özofagus anastomozundan fistülizasyon oldu. Her iki olguda da fistül spontan kapandı ve hastalar taburcu edildi. Diğer 8 olguda problem olmadı. Komplikasyon oranı %20'dir.

Tablo 5. Laparotomi+sol torakotomi ile total özofajektomi+kolon interpozisyonu

| Olgu (n=2) | Komplikasyon | | Prognoz |
|------------|------------------|--------|----------------------------|
| I | Anastomoz kaçağı | Fistül | 2 haftada spontan kapandı. |
| II | Anastomoz kaçağı | Fistül | 1 ay içinde exitus |

Tablo 6. Laparotomi+sol torakotomi ile total özofajektomi+mide interpozisyonu

| ülgü(n= 19) | Komplikasyon | | Prognoz |
|-------------|-------------------|--------|------------------|
| | Anastomoz. kaçağı | Fistül | Spontan kapandı. |

Tablo 7. Laparotomie sol torakotomi ile total özofajektomi grubu

| | n | Komplikasyon (n) Anastomoz kaçağı akciğer problemi | Prognoz |
|-----------------|----|--|---|
| Rekonstrüksiyon | 11 | | 3 olguda şifa |
| Mide ile | 10 | 4 | 1 olgu 1 ay içinde exitus |
| Kolon ile | 2 | | 1 olguda 2 haftada spontan şifa 1 olgu exitus |

Komplikasyon oranı "4/21.erken postoperatif mortalite oranı %5.26'dır.

Tablo 8. Segmenter Özofajektomi+mide ile rekonstrüksiyon grubu

| Olgu sayısı | Komplikasyon | n | Prognoz |
|-------------|--------------------------------|---|------------------|
| 16 | düşük debili fistül | 3 | spontan şifa |
| | mediastinit + yara süpürasyonu | 1 | sepsis ve exitus |

Komplikasyon oranı %25, erken postoperatif mortalite oranı %6.25dir.

Kolon ile rekonstrüksiyon yapılan 4 olgunun, 1 tanesi anastomoz kaçağı, yoğun akciğer problemi ve mediastinit sonucu postoperatif birinci ayda kaybedildi. Diğer 3 olguda ise problem olmadı. Toplam 14 olguda 3 komplikasyon, 1 mortalite görüldü.

Toplam komplikasyon oranı %21.4, erken mortalite oranı ise %7.1 dir. Genel olarak, 53 olguda görülen komplikasyon oranı %26.4, erken postoperatif mortalite oranı ise %7.5'dir. Olguları takip süremiz 1 ay ile 3 yıl arasında değişmektedir.

Tartışma

Özofagus tümörleri ile ilgili ilk gözlemler, 1884 yılında Mekenzie tarafından yapılmıştır. 1868 yılında, Kusmaul ilk kez özofagoskopi denemesini gerçekleştirmiştir. Torek, 1913 yılında ilk başarılı özofagus rezeksiyonunu yapmıştır. Özofagus Ca.'ların %90T skuamöz hücreli karsinomadır (1,6). Özofagusun primer adenokarsinomaları ender olup, genellikle Barret özofagusunda veya reflü özofajitis zemininde gelişmektedir. Serimizde, 70 olguda (%89.7) skuamöz hücreli karsinoma, 8 olguda ise (% 10.2) adenokarsinom saptanmıştır. Bunlardan 3 tanesinin intraabdominal özofagus lokalizasyonunda oluşu dikkat çekicidir.

Cardia bölgesinde lokalize olan, adenokarsinomalar, özellikle submukozal lenfatik yayılım ile ve skip area metastazlar ile, özofagus alt ucunda yayılarak klinikte primer özofagus kanseri ile karıştırılmalarına neden olabilirler. Ancak bizim serimizde bahsettiğimiz 8 olguda böyle bir yayılım histopatolojik olarak gösterilemedi. Kalan 5 olgu ise alt 1/3 torasik özofagusta yerleşim göstermekteydi. Oldukça sinsi seyreden özofagus kanserinde, üzücüdür ki, erken semptom pek yoktur. En dikkati çeken semptom olan progresif disfaji, lümen çapı Vi veya 3/4 oranında daralmca ortaya çıkmaktadır. Tümörün çok büyümediği dönemlerde, hatta karsinoma-insitu veya erken evre kanserlerde de özofagusta motilite bozuklukları ve disfaji olabilir.

Ancak serozanın olmaması, böylece tümörün intraluminal büyümesinin daha fazla, ekstraluminal

olarak da büyüebilmesi sonucu tümör boyutları çok ileri aşamaya geldiğinde, disfajinin netleşmesine neden olmaktadır. Serimizde en önemli semptom, tüm olgularımızda saptadığımız disfajidir. Bunu %96 oranında kilo kaybı, %93 oranında retrosternal ağrı ve %89 oranında regürjitasyon ve kusma izlemektedir.

Olgularımızda, semptom başladığından hekime gelinceye kadar geçen süre, 4 ay ile 1 yıl arasında değişmektedir. Özofagus kanserinde, yaşam süre ve kalitesini uzatabilecek tedavi ancak erken tanı konulmasına bağlıdır (7-9). Olgularımızın hepsinde, konvansiyonel baryum grafisi sonrası, endoskopi+biyopsi ile tanıya ulaşılabilmektedir.

Ancak ülkemiz koşullarında, olabildiğince erken tanı konulabilmesi için disfaji yakınmalarının çok iyi irdelenmesi gerekmektedir.

Özofagus kanseri, en az sıklıkla (%3) 1/3 üst torasik özofagusta, en çok da %32 oranında 1/3 orta torasik ve yine aynı oranda intraabdominal parçada yerleşim gösterir (2). Serimizdeki en az yerleşim bölgesi %3.8 ile servikal özofagustur. En çok ise %43.5 oran ile 1/3 alt torasik özofagus olarak belirlenmiştir. Özofagus kanseri için, en çok kullanılan klinik sınıflama yöntemi TNM klasifikasyonudur (1). Bu sisteme göre, olgularımızın dağılımı, Tablo 3'de verilmiştir. Maalesef % 100 oranında stage III ve IV olarak saptanmıştır. Özofagus kanseri tedavisinde en önemli yol, cerrahi rezeksiyondur. Erken evrelerde, yaşam süresi ve kalitesini uzatan bu yöntem, geç evrelerde etkin palyasyon sağlamaktadır (10,11). Bu gerekçelerle, tüm dünyada olduğu gibi, biz de kliniğimizde sınırı zorlayarak rezeksiyon yapma eğilimindeyiz. Özofagus kanserinin multisentrik olması, mediasiten içinde bırakılan anastomozların iyileşme problemlerine açık olması, total özofajektomi yapılmasının daha doğru olduğu inancını doğurmuştur (10-13).

Kontrendikasyon olmadıkça, midenin çekilerek servikal bölgeye anastomozu en çok tercih edilen yoldur (11,13,14). Bizim bilgi ve tecrübe-

riniz eşliğinde, klinik olarak eğilimimiz de bu şekilde. Torakotominin getirdiği ilave morbidite ve mortaliteden kaçınabilmek için, transhiatal yol, son 14 olguda, teknik bir engel olmadıkça tercih ettiğimiz girişim olmuştur (15-18).

Özofajektomilerde Peroperatuar mortalite yüksek olup, %2-10 arasında bildirilmektedir (19,20). 30 günlük hastahane mortalites! %5'dir. Pulmoner kompiikasyonlar en sık rastlanan morbidite nedenidir (19). Sırviv üzerinde etkili olan en önemli faktörler duvar penetrasyon derecesi ve lenf bezi tutulumudur. Skinner yaptığı detaylı bir çalışmada , 4'den az lenf bezi tutulumu olanlarda survivin çok daha iyi olduğunu göstermiştir (20). 5 yıllık yaşam süreleri, tümör lokalizasyonu ile de çok yakından ilgilidir. Servikal bölge kanserlerinde ortalama 5-yıllık yaşam %24. orta-toraksik kanserlerde %19, distal kanserlerde ise % 10-50 olarak verilmektedir (20).

Serimizdeki tüm olgular, evre III ve IV olduğu için, kemoterapi, özofagus kanserinde henüz tartışmalı olduğu için, hiçbirinde adjuvant kemoterapi uygulamadık.

Serimizde rezeksiyon yapabildiğimiz 53 olgudan 6 tanesi postoperatif erken dönem cerrahi problemler nedeni ile 1-3 ay içinde exitus oldu. Takip edebildiğimiz toplam 47 olgumuzda takip süreleri 1 ay -3 yıl arasında değişmektedir. Laparotomi+sol torakotomi ile total özofajektomi ve mide ile rekonstrüksiyon yapılan 1 olgumuz, 3 yılını doldurmuştur. Transhiatal yolla total özofajektomi ve kolon ile rekonstrüksiyon yapılan 1 olgumuz 2 yıl sonunda exitus olmuştur. 5 olgumuz. 7-9 ay sonra, 32 olgumuz, 10-12 ay içinde, kalan 8 olgumuz da 12-16 ay içinde exitus olmuştur. Olgularımızın ortalama yaşam süresi 11 aydır.

Günümüzde , pre-operatif kemoterapi ve/veya radyasyon, sonra cerrahi rezeksiyon gibi stratejiler ile rezektabilite oranları bir parça artsa bile yaşam oranları açısından aynı artış sağlanamamaktadır (19,20).

Preoperatif dönemde, enterai ve parenteral besleme yöntemleri ile hastanın iyi hazırlanması, postoperatif komplikasyon ve mortalite oranlarını kabul edilebilir sınırlara çektiği görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Orringer ME. Palliative procedures for Esophageal cancer. Surg Clin N Am 1983; 63(4): 941-50.

2. Schwartz Shires Spencer. Principles of Surgery. 6th ed 1994; 1:1088-98.
3. Mathisen DJ, Grillo HC, Wilkins PR Jr, Moneare AC, Hilgenberg AD. Transthoracic esophagectomy: a safe approach to carcinoma of the esophagus. Ann Thorac Surg 1988; 45:137-43.
4. Orringer MB. Transhiatal esophagectomy for benign disease. J Thorac Cardiovasc Surg 1985; 50:649-55.
5. Kron IL, Joob AW et al. Blunt esophagectomy and gastric interposition for tumors of the cervical esophagus and hypopharynx. Am J Surg 1986; 52: 140-4,
6. Rice TW, Boyce GA, Sivak MV, Adelstein PI and Kirby T. Esophageal carcinoma : Esophageal ultrasound assesment of preoperative chemotherapy. Ann Thorac Surg 1982; 53:972-7.
7. Levine DS, Reid BJ. Endoscopic diagnosis of esophageal neoplasms. Gastrointest Clin N Am 1992; 2(3):395-403.
8. Sugimachi K, Olmo S, Matsuda H, Mori M and Kuavan II. Lugol-combined endoscopic detection of minute malignant lesions of the thoracic esophagus. Ann Surg 1984; 208:(No:2):179-83.
9. Sugarbaker AJ, Jaklitsch MT, Liptay M.I. Thoraeospic staging and surgical therapy for esophageal cancer. Chest 1995; 107:2185-235.
10. Balton JS, Ochsner JL, Abdoh AA. Surgical management of esophageal cancer. Ann Surg 1994; 219:475-80.
11. Matsubara T, Mamorco V, Yangida O et al. How extensive should Lymph node dissection be for cancer of the thoracic esophagus ? J Thorac Cardiovasc Surg 1994; 107:1073-8.
12. Shinner DB, Ferguson MK, Soriano A, Little AG, Stazzak VM. Selection of operation for esophageal carcinoma based on staging. Ann Surg 1986; 04:391-401.
13. Maillet R, Baulieux Boulez S, Benhaini R. Carcinoma of the thoracic esophagus. Results of one-stage surgery (271 cases) Am J Surg 1982; 143:629-34.
14. Rice TW, Boyce GA, Sivak MV. : Esophageal ultrasound and the preoperative staging of carcinoma of the esophagus. J Thorac Cardiovasc Surg 1991; 101:536-44.
15. Sugumachi K, Watanabe M, Sadonage N, Ikebe M,, Kitamura K, Mori M and Kiwano H. Recent advances with carcinoma of the esophagus. J Am Collage Surg 1994; 178:363-8.
16. Shahion DM, Wilford BN, Ellis FIT and Watkms E. Transthoracic versus extra thoracic esophagectomy.. Mortality, morbidity and long-term survival. Ann Thorac Surg 1986; 41:237-46.
17. Orringer MB and Orringer JS.: Transhiatal esophagectomy without thoracotomy, A dangerous operation J Thorac Cardiovasc Surg 1984; 85:72-4.
18. Wong J. Transhiatal esophagectomy for carcinoma of the thoracic esophagus. B J Surg 1986; 73:89-90.
19. Ökteni İ. Esophageal carcinoma: Analysis of 563 cases. Ank Med Sch 1995; 17(2): 115-23.
20. Lee BR, Miller J. Esophagectomy for [cancer.Si.ig](#) Clin N Am 1997; 1(5): 1169-96.