

Özofagus Kanserleri ve Cerrahi Tedavi Yöntemleri

*Mustafa PAÇ**
*İlker OKTEN**
*Fevzi SAĞIROĞLU**
*Hikmet KOÇAK**

Göğüs boşluğuna girilerek özofagus müdahale yapılamazdan önce yalnız servikal bölümüne cerrahi girişimde bulunulabilirdi. Bu bölümde yapılan ilk ameliyat yabancı cisimlerin çıkartılması olmuştur. Servikal özofagus bölümündeki malign lezyonlara girişim ilk kez 19. yüzyılın ikinci yarısında Billroth ve Czerny tarafından gerçekleştirilmiştir. Kussmaul tarafından 1863 yılında ilk özofagoskopi uygulanmıştır. O zamandan beri endoskopi ve radyoloji alanında gerçekleştirilen aşamalar özofagus tümörlerinin erken tam ve tedavi olanağını sağlamıştır. 1977'de Czerny servikal özofagus kanseri sebebiyle yaptığı bir ameliyatı bildirmiştir. Chevalier ve Jackson 1907'de selim bir özofagus tümörünü özofagoskop aracılığı ile çıkarma işlemini başarmıştır. Terex ilk kez 1913'de torasik özofagus rezeksiyonunu uygulamıştır. Yine 1913 yılında Soov, Ohsawa intratorasik özofagus rezeksiyonunu ve özofagogastrik rekonstrüksiyonları başarı ile uyguladıklarını bildirmişlerdir (11, 12).

İlk başarılı özofagogastricostomi işlemi Adams ve Phemister tarafından 1933'de gerçekleştirilmiştir (1). Bundan sonra göğüs cerrahisinin gelişmesine paralel olarak anestezi, kan nakli ve cerrahi teknik alanlarındaki ilerlemeler, özofagus cerrahisinin mortalite ve morbidite oranlarını kabul ettirilebilir düzeylere indirdi. Bu ilerlemelere rağmen özofagus cerrahisi bazı aksamalara uğramıştır. Ancak İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Code ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen, özofagus fonksiyonlarının karmaşık yönlerinin açıklanması daha iyi sonuçların elde edilmesine yardımcı olmuştur (4).

Özofagus kanserlerinin en önemli belirtisi yutma güçlüğüdür. Disfaji önce katı besinlere, daha sonra yumuşak besinlere ve en sonunda sıvı besinlere karşı ortaya çıkar. Disfajiye ağırlı veya ağrısız retrosternal dolgunluk hissi eşlik edebilir. Regürjitasyon, siyalore ve geç dönemde kilo kaybı kendini gösterir (14,15).

Özofagus kanserlerinin incelenmesinde en sık kullanılan radyolojik yöntem baryumlu özofagus grafisi

çekmektir. Filimlerde dolma noksanlığı, şekil bozukluğu ve motilite değişiklikleri görülebilir. Kanser şüphesi bulunan tüm hastalarda mutlaka özofagoskopi uygulanmalıdır. Rijit özofagoskopi ile hastaların yaklaşık % 80'inde biopsi yapılarak tanıya ulaşılabilir. Benign tümörlerde üst düzeydeki ödem ve tıkanıklık, endoskopistin tümörün intraluminal bölümünü görmesi ve biopsi almasını engeller. Ancak fiberoptik özofagoskoplarla daha olumlu histopatolojik tanı elde etmek mümkündür (4, 5, 7, 8, 9).

Özofagus kanserlerinde tedavi iki ayrı bölümde sınıflandırılmaktadır:

1. Hastalığın iyileştirilmesi amacıyla yönelik yöntemler (Radikal yöntemler)

a. Cerrahi rezeksiyon

b. Cerrahi rezeksiyon ve ışın tedavisi

2. Hastanın daha rahat koşullarda ömrünü tamamlamasına yardımcı olan palyatif yöntemlerdir.

Bu metodların amacı hastaya yutma yeteneğini yeniden kazandırmaktır. Özofagus kanserlerinin tedavisinde kesin etkili bir kemoterapötik ajan henüz bulunamamıştır. 5FU'e kullanılan bir ajan olarak değerlendirilebilir.

Işın tedavisi; kanserli hücre sayısını azaltmak palyasyon sağlamak veya cerrahi rezeksiyona yardımcı olmak amacı ile yapılır. Doğrudan doğruya kanseri ortadan kaldırmak amacı ile uygulanıyorsa, 6-7 haftalık bir dönem içerisinde toplam 6000-6500 rad.lık bir doz verilir. Yalnızca palyasyon ve yutma güçlüğü'nün giderilmesini hedef alan ışın tedavisinde verilen toplam doz genellikle 3.5-4 hafta süre ile 4000 - 4500 rad sınırlarında tutulur. Cerrahi rezeksiyona yardımcı olmak amacı ile uygulanması esnasında, cerrahi girişimden 2-4 hafta önce sona ermek şartı ile hastaya 2500-4000 rad. verilir (10, 14,18).

Wu Ying-Kai bu metodun tümörün kitlesini küçültüp mediastinumda bir çeşit ödem oluşturarak diseksiyonu kolaylaştırdığını belirtmiştir (3, 21).

İşın tedavisinin en önemli komplikasyonları, özofajit, özofagus delinmesi, kanama, özofajial darlık ve radyasyon pnömonisidir. Ayrıca aşırı doz verilmesi omuriliği tahribe uğratabilir. Bunun için ışınlanan alanın boyutlarını gereğince kısıtlamak, tedavi ilerledikçe bu alanı daha da küçültmek ve çok yüksek doz vermektan kaçınmak gibi önlemlerle bu komplikasyonların sıklığı azaltılabilir.

Özofagus kanserli hastaların çoğunluğu radikal cerrahi tedavi sınırını aşmış durumda olduklarından, hastaların beslenmelerini sağlamak ve daha rahat bir yaşam sürmesini temin etmek için çok sayıda palyatif yöntem geliştirilmiştir. Bu palyatif yöntemler şu hallerde uygulanır.

— Radyolojik incelemede özofagustaki habis tümörün uzunluğu 8 cm veya daha fazla ise,

— Rijit özofagoskop ile yapılan muayenede kanserli özofagus parçası oynatılmıyorsa (Kanserin etraf organlara infiltre olduğu durumlar),

Özofagusta trakeal veya özofagobronşial fistül oluşmuş ise,

— N. rekürrens felci oluşmuş ise,

— Lenfatik veya visserai metastazlara bağlı boyunda lenfadenopati, plevral mayi, karında asit gibi durumlar mevcutsa,

— Hasta çok yaşlı veya ameliyat riskini arttıran başka bir ciddi rahatsızlığı varsa,

— Hasta radikal bir ameliyatın yapılmasını kabul etmiyorsa palyatif cerrahi metodlar uygulanır (12, 14).

Özofagus rezeksiyon ve rekonstriksiyonunda cerrahi girişim yolları genellikle değişiktir ve çoğunlukla torakoabdominal şekilleri kapsamaktadır. Özofagus üst ve orta 1/3 bölümü lezyonlarında laparotomi-sağ torakotomi, alt 1/3 ve kardial lezyonlarında sol torakotomi-frenotomi yahut sol torakofrenolaparotomi, özofagus üst ucuna yakın lezyonlarda, boyunda anastomoz gereken olgularda laparotomi-sağ torakotomi servikal kesi kullanılmaktadır (2, 7, 12,14,15).

Özofagus rezeksiyonu sonrası rekonstriksiyon amacı ile pek çok yöntem uygulanmıştır. 19. yüzyılın sonlarında Bircher'in deri tüpünden sonra 20. yüzyılın başlarında midenin deri altı yolla anastomozu Jinu, Fink, Kirscher, Beck, Helpert, Hirsch, Kummel tarafından denenmiştir (12,15, 19, 20).

İntratorasik özofagogastroskopi önce Adams ve Phemister'in çabaları ile başarılıdır. Heimlich (1961) midenin büyük kurvaturundan yararlanarak tüp oluşturmuştur ve rekonstriksiyonu sağlamıştır (9).

Jejenumun antetorasik kullanımını Wullenstein (1904) ilk defa düşünmüştür. Bu metod Roux ve Herzen tarafından uygulanmıştır. Reinhoff (1942) retrosternal yolla jejenum anastomozu yapmıştır. Je-

jenum replasmanı mobilizasyonun güçlüğü, yetersiz kanlanması, nekroz, fistül, strüktürün gelişimi, özofajitin yüksek oranda görülmesi, motilitenin hızlı oluşu, yağ ve protein kaybının fazla olması nedeni ile pek tercih edilmemiştir (13,15).

Moroney, replasman aracı olarak kolon segmentini denemiş Robertson, Howe ve Smithwich transvers kolon segmentini özofagus alt uç rezeksiyonu sonrası rekonstriksiyon için kullanmıştır. Ayrıca kolon serbest barsak rezeksiyonu şeklinde de anastomoz edilmiştir.

Özofagus replasmanı için liyofilize dura, teflon, tantalium, heavy marlex mesh, paslanmaz çelik ve diğer plastik vasküler otogreftler denenmiş ama başarılı olunamamıştır (15, 17).

Kliniğimizde özofagus kanserlerinde rezeksiyondan sonra rekonstriksiyon için midenin kullanımı tercih edilmektedir. Bu tercihimizin nedenleri şunlardır.

— Mide iyi kanlanan bir organdır,

— Sağlam yapısı nedeniyle intratorasik negatif basınca dayanıklı bir organdır,

— Mide büyük bir organ olduğu için, arzu edilen bütün cerrahi girişimlere cevap verebilir,

— Mide özofagus yerine kullanıldığında en az anastomozu gerektiren bir ameliyat modelidir,

Gastrointestinal sistemde fizyolojik prensiplere uygun devamlılığı sağlayan en iyi organdır,

— Anatomik yeri özofagusa yakın ve onun devamı oluşu nedeni ile midede cerrahi manüplasyonlar daha kolay olmaktadır,

— Steril bir organ olduğu için ameliyat esnasında bile toraksa bakteriyel bir bulaşma olmaz,

— Özofagus rezeksiyonu ve rekonstriksiyondan sonra, sindirim yolunda glob adı verilen kapak benzeri bir oluşumun yapılmasına müsait olduğu için regürjitasyon ve özofajit önlenir (17).

Özofagogastrotomi yapılan olgularda postoperatif olarak görülen başlıca komplikasyonları şöyle sıralayabiliriz.

1. Solunum yetmezliği,
2. Anastomoz yerinde kaçak-fistül,
3. Postvagotomi semptomları,
4. Yara enfeksiyonları,
5. Reflüx semptomları,
6. Tromboflebitis,
7. Pulmoner emboli,
8. Sağ vokal kord paralizisi,
9. Persistant plevral effüzyon,
10. Şilotoraks,

11. Aspirasyon pnömonisi,
12. Konjestif kalp yetmezliği,
13. Mide perforasyonu.

Postoperatif erken dönemdeki en büyük tehlike anastomoz kaçağıdır. Özellikle ameliyattan sonra 3-8. günler bu tehlikenin en yüksek olduğu dönemdir. Kendisini pnömotoraks veya hidropnömotoraks ile gösterir.

George ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada özofagogastrostomide ölüm sebepleri olarak, koroner arter hastalığı, hemorajik komplikasyonlar, konjestif kalp yetmezliği, pnömoni ve midenin nekrosizi olarak bildirmişler, kolon interpozisyonlarında postoperatif komplikasyonlara ek olarak klavikula osteomyeliti ve kolon nekrozu müşahade etmişlerdir (7).

KAYNAKLAR

1. Adams R, Juria SB: Uncommon benign lesions of low[re]sophagus diafragma, and cardia. JAMA 154 : 662, 1954.
2. Akiyama H, Hiyama M, Hashamoto C: Resection and reconstruction for carsinoma of thoracal oesophagus. Br. J. Surg. 63 : 206, 1976.
3. Allison PR: Report of four cases of oesophageal Carcinoma treated by excision, Br. J. Surg. 30 : 132, 1942.
4. Anson BÍ, Maddock WC: Surgical Anatomy W.B. Saunders Company Third Edition. P. 398, 1952.
5. Bumin O: Sindirim Sistemi Cerrahisi. A.O. Tıp Fak. Yayınlarından 283. sayfa 60, 1973.
6. David-Christopher.: Textbook of Surgery. 1977 by W.B. Saunders Company. Volume 2.475.
7. George F, Schuchmann et all; MD Gibonel, MC, USA, Ford Sam Houston, Texas, Treatment of esophageal carcinoma. J. Thorac Cardiovasc. Surg. 79 : 67-73, 1980.
8. Gibbon's: Surgery of the chest Third Edition.
9. Heimlich HJ: Replacement of the entire esophagus for malignant or benign stenosis. Am. J. Gastro entr. 35 : 311, 1961.
10. Lortot-Jacop JT, Mailland JN, Fekete F: A procedure to prevent reflux after esophagogastric resection experience with 17 patients. Surgery 50 : 600, 1961.
11. Lyman A, Brewer: III. MD, Los Angeles California History of Surgery of the Esophagus. The American Journal of Surg. June, 1980.
12. Minkari, T: Özofagus Cerrahisi 1. cilt Ceylan Yayınları, İstanbul 1980.
13. Nakayama K, Orihata II, and Yamaguchi K: Surgical treatment combined with preoperative concentrated for esophageal cancer, 20 : 778, 1967.
14. Nakayama K: Preoperative irradiation in the treatment of patients with carcinoma of the oesophageus and some other sides. Clin. Radiol 15 . 232, 1964.
15. Ökten İ: Esophagus alt ucu ve cardia kanserlerinin tedavisinde sol torakofrenolaparotomi ile girişimin değeri. 52 sayfa, İhtisas Tezi, 1975.
16. Pack GT, Mc Neer G: Surgical treatment of cancers of the gastric cardia surgery, 23 : 976, 1948.
17. Paç M: Özofagus rezeksiyon ve rekonstriksiyonunda glob tekniğinin regürjitasyon ve özofajiti önlemedeki önemi. 41 sayfa, İhtisas Tezi, 1983.
18. Steven R, Gundry et al.: Candida csophajitis following cardiac operation and short-term antibiotic prophylaxis. J. Thorac cardiovasc. surg. 80 : 661-668, 1980.
19. Sweet RH: Late results of surgical treatment of carcinoma of the esophagus, JAMA 155 : 422-425, 1954.
20. Yalav E, Ökten İ: Özofagus rezeksiyon ve rekonstriksiyonu. Tıp Dünyası, 52 : 62, 1979.
21. Wu Ying-Kai et at: Bijing, Peoples Republic of China Progress in the Study and Surgical treatment of cancer of the esophageus in China, 1940-1980. The Journal of Thoracic and Cardiovasc. Surg. September, 1982, Number 3, volume 84