

## ÖZOFAGUS KARSİNOMU NEDENİYLE CERRAHİ TEDAVİ UYGULADIĞIMIZ 55 OLGUNUN ANALİZİ

### THE ANALYSIS OF THE 55 CASES OPERATED ON FOR ESOPHAGUS CARCINOMA

Dr. Serdar HAN, Dr. Koray DURAL, Dr. Ünal SAKINCI, Dr. Erkan YILDIRIM, Dr. Neslihan ULAŞAN,  
Dr. Hamidiye SAYGIN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, ANKARA

Adres: Dr. Serdar HAN, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği / ANKARA

#### Özet

Özofagus karsinomu geç semptom vermesi, teşhisin genellikle ileri devrelerde konulabilmesi, erken lenfatik yayılım yapması ve multisentrisite özelliği nedeniyle tedavisinde zorluklar yaşanan bir hastalıktır. Kliniğimizde 1990 - 2000 yılları arasında özofagus karsinomu tanısı alarak cerrahi tedavi uyguladığımız 55 olguyu retrospektif olarak inceledik.

#### Materyal ve Metod:

Bütün olgulara preoperatif olarak rutin hematolojik ve biokimyasal tetkikleri ile beraber baryumlu özofagus-mide pasaj grafisi, toraks tomografisi, abdominal ultrasonografisi ve rijit özofagoskopi yapıldı. Tetkik sonuçlarına göre girişim planlandı. Postoperatif hastalar takip edilip morbidite, mortalite ve yaşam süreleri değerlendirildi.

Olgularımızın 16'sı kadın (%30), 39'u erkek (%70) idi. En küçük olgumuz 18, en yaşlı olgumuz ise 76 yaşında erkek (ortalama yaş  $52 \pm 1$ ) olgu idi.

Olgularımızda görülen en sık semptom disfaji (%95) ve kilo kaybı (%30) idi. Olgularımızın histopatolojik incelemesinde 49 olgu (%90) yassı hücreli, 6 olgu (%10) adeno hücreli karsinomdu. Olgularımızın çoğunda karsinom özofagusun orta 1 / 3 (%45), alt 1 / 3 (%38), üst 1 / 3 (%7) ve kardiada (%10) yerleşim göstermekteydi.

Olgularımızın 20 tanesinde laparotomi + sağ torakotomi + distal özofajektomi + özofagogastromi uygulandı. Olgularımızın 18 tanesinde sol torakofrenolaparotomi + distal özofajektomi + proksimal gastrektomi + özofagogastromi uygulandı. Dört olguya da laparotomi + total özofajektomi + total larenjektomi + radikal boyun diseksiyonu + orofaringogastromi uygulandı. Olgularımızın çoğunda replasman için mide kullanıldı. Bir hastamıza da daha önce peptik ulcus nedeniyle mide opere edildiğinden laparotomi + sağ torakotomi + özofagojejunostomi uygulandı. Hastalarımızdan biri postoperatif 7. günde MI nedeniyle kaybedildi. İki hastamızda fistül gelişti. Postoperatif takip edilebilen hastalarda yaşam süresi ortalama 15 ay bulundu.

Anahtar kelimeler: Özofagus karsinomu, cerrahi

#### Summary

Esophagus cancer treatment is difficult to do because of its multicentricity, early lymphatic invasion and late symptoms. We have presented here 55 operated esophagus carcinoma cases between 1990 and 2000 and observed them retrospectively.

Preoperatively we have taken routine biochemical and hemathological tests and have done esophagogastric passage graphy with barium and chest tomography, abdominal ultrasonography and rigid esophagoscopy to the all patients. Postoperatively, we tested the patients for morbidity, mortality and survey.

Sixteen patients were women (%16) and 39 patients were men (%70). The youngest patient was 18 years old boy and the elder was 76 year old man (average age  $52 \pm 1$  years). Most frequent symptom was dysphagia (%95) and weight loss (%30). Histopathologically, 49 cases (%90) were squamous cell, 6 cases (%10) were adenocarcinoma. The carcinoma localization was at the middle 1 / 3 rd in the %45, lower 1 / 3 rd in the %38, upper 1 / 3 rd in the %7 and at the cardia in the %10 of patients.

We did laparotomy + right thoracotomy + distal esophagotomy + esophagogastrostomy in the 20 patients and in the other 18 patients left thoracophrenolaparotomy + distal esophagectomy + proximal gastrectomy + esophagogastrostomy. And we did laparotomy + total esophagotomy + total laryngectomy + radical neck dissection + oropharyngogastrostomy. We used the stomach for the replacement in almost every patient. Only in the one case we did laparotomy + right thoracotomy + esophagojejunostomy because of his prior operation for peptic ulcus. Only one case died from myocard infarction in the 7th postoperative day. We have determined fistulae in the 2 patient. Average survey was found to be 15 months.

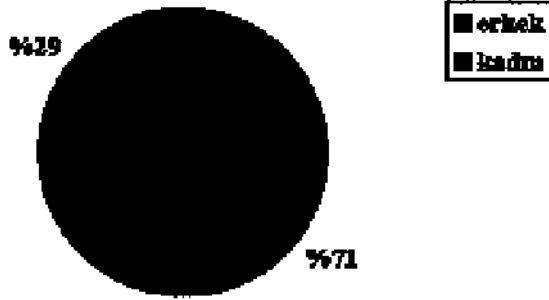
Keywords: Esophagus carcinoma, surgery

#### Giriş

Özofagus karsinomu, geniş submukozal yayılımı nedeniyle geç semptom vermesi, erken lenfatik metastaz nedeniyle de bölgesel yayılım göstermesi ve multisentrisite özelliğinden dolayı prognozu kötü maligniteler arasındadır. Ayrıca daha çok ileri yaşlarda görüldüğünden, önemli kardiyovasküler ve pulmoner problemler nedeniyle olguların toleranslarının kötü olması da prognozu kötüleştiren nedenler arasındadır [2]. Son zamanlara kadar yapılan çalışmalar göstermiştir ki, asıl tedavi cerrahidir [2,4,5]. Bunun yanısıra birlikte kemoterapi ve/veya radyoterapi de uygulanmaktadır. Bu yöntemle ile tedavi edilen geniş retrospektif serilerde 5 yıllık yaşam oranları %4-10 arasında bildirilmiştir [6-9].

## Materyal ve Metod

Erkek olgu sayısı 39 (%70), kadın olgu sayısı 16 (%30) olan toplam 55 olgumuzda ortalama yaş 52 (18-76) olarak saptandı (Tablo 1). Kadın ve erkek olguların yaş dağılımına bakıldığında 5. dekatta yoğunlaştığı gözlemlendi (Tablo 2).



Tablo 1: Olgularımızın cinsiyetlerine göre dağılımı

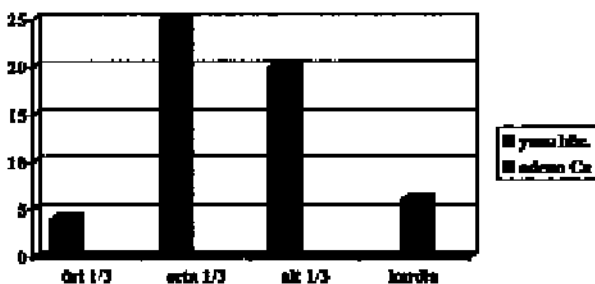
En sık görülen semptom olguların tamamında izlenen ve



Tablo 2: Olgularımızın yaşlarına göre dağılımı

çoğunlukla katı gıdalara gelişen disfajiydi. Fizik muayene ve anamnezde saptanan kilo kaybı ikinci sıklıkta görülen bulguydu. Olgularımızın 15 tanesine nutrisyonel destek uyguladık. Olguların büyük bir çoğunluğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşamaktaydılar (%65). Karsinom olguların 4'ünde (%7) üst 1 / 3, 25'inde (%45) orta 1 / 3 de, 20'sinde (%38) alt 1 / 3 özofagusta ve 6 olgudada (%10) kardiada tespit edildi. Endoskopik biopsi tanısı 49 olguda (%90) yassı hücreli karsinom, 6 olguda (%10) adenokarsinom idi (Tablo 3).

Preoperatif yapılan baryumlu özofagus-mide pasaj grafisi,



Tablo 3: Olguların tümör lokalizasyonu ve cinsine göre

ultrasonografi, özofagoskopi ve tomografik incelemelerde

olguların genelde evre III'de (%50) olduğunu saptadık. Bu durumu peroperatuvar ve patolojik incelemede de gözledik. Evre I'de olgumuz yoktu. Evre II a'da 5 olgu (%10), evre II b'de 16 olgu (%30), evre III'de 28 (%50) olgumuz mevcuttu. Evre IV olan 6 olgumuz (%10) preoperatif tetkiklerde II b ve III olarak saptanmışlardı.

Operasyon şekli tümör lokalizasyonuna göre belirlendi. Bir olguda daha önce peptik ülser nedeniyle mide rezeksiyonu yapılmasından dolayı jejunum kullanıldı.

Diğer olguların hepsinde özofagus rekonstrüksiyonunda mide kullanıldı. Operasyon uygulanan olguların 12'si (%22)

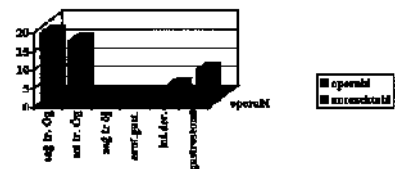


Tablo 4: Olguların peroperatuvar ve patoloji raporlarına göre dağılımı

peroperatuvar anrezektabil bulundu. Bu olguların 4'üne internal derivasyon, 8'ine gastrotomi operasyonu uygulandı. Bu olguların tümü adjuvan tedavi için onkoloji kliniğine gönderilmiştir.

## Bulgular

Olgularımızın 43'ü (%78) operabilidi. Bu olgularımızdan 20'sine laparotomi + sağ torakotomi + distal özofajektomi + proksimal gastrektomi + özofagogastrotomi uygulandı. Bir olguya laparotomi + sağ torakotomi + özofagojejunostomi uygulandı. 18 olguya sol torakofrenolaparotomi + distal özofajektomi + proksimal gastrektomi + özofago-gastrotomi uygulanmıştır. Dört olguyada laparotomi + total özofajektomi + t o t a l a l a r e n j e k t o m i + r a d i k a l b o y u n d i s e k s i y o n u + o r o f a r i n g o g a s t r o s t o m i operasyonu uygulanmıştır (Tablo 5).



Tablo 5: Olgulara uygulanan cerrahi tedavi

Olgularımızın hepsinde barsak sesleri başladıktan sonra, metilen mavisi ile anastomoz kaçacağının kontrolü yapıldı. Nazogastrik tüp çekilerek oral tedaviye başlandı. Ortalama 3-4 günde olgularda oral grıda alımına başlandı. Olgularımızdan biri postoperatif 7. günde MI nedeniyle exitus oldu. Servikal anastomozlu iki olguda fistül gelişti. İrrigasyon ve drenaj ile kapandı.

Diğer olgularımız salih ile taburcu edildiler. Postoperatif dönemde takip edilebilen 30 olgudan stage IV olan olguların yaşam süresi 5.3 ay, stage IIB ve III olan olgularda 17 ay, stage

IIA olan iki olgudan biri 38 ay yaşadı. Diğeri ise postoperatif 24. ayda olup halen takibimiz altındadır. Yüksek rezeksiyon yapılan hastalarda nüks oranı daha az bulundu.

## Tartışma

Özofagus karsinomu prognozu kötü maligniteler arasındadır. Tek başına veya kombine cerrahi tedavi ile bildirilen 5 yıllık yaşam oranları %4-10 arasındadır [7-11]. Özofagus karsinomunun tedaviye yanıt oranının düşüklüğü karsinomun çeşitli özelliklerinden kaynaklanır. Bunlardan biri geniş submukozal yayılım potansiyelinden dolayı geç semptom vermesi, diğeri erken lemfatik yayılım nedeniyle erken bölgesel yayılım göstermesidir. Bir diğeri özellik ise tümörün çoğu kez multisentrik olmasıdır. Tümörün, uzun süreli yaşam ve lokal nüksü etkileyen en önemli prognostik verileri lenf bezleri tutulumu ile mural ve ektramural tümör invazyonudur. Cerrahi tedavi uygulanan olgularda ise uzun süreli yaşamı etkileyen en önemli faktör ise tümör rekürrensidir [2,9,16,19,20]. Özofagus karsinomunun teşhisinde rutin tetkiklerin ve uzak metastazların taranmasının yanısıra baryumlu özofagus-mide pasaj grafisi, toraks tomografisi ve endoözofageal ultrasonografi tetkikinin yapılması gerekmektedir. Özellikle son zamanlarda rutin tetkik arasına giren endoözofageal ultrasonografi tümörün derecesini belirlemede önemli bir yer tutmaktadır. A y r i c a

preoperatif lugol boyama testinde cerrahi sınırın belirtilmesinde ve buna bağlı olarak uzun dönemde nüksü ve uzun süreli yaşamı etkileyen önemli bir testtir [14,16]. Çalışmamızdaki hastalardan çıkartılan sonuçlarda özofagus kanserleri daha çok 5. dekatta ve erkeklerde görüldüğü, hastaların çoğunda disfaji ve kilo kaybının olduğu, buna bağlı olarak nutrisyonel destek gerektiğidir. Hastalarımızın çoğunluğunun Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşadığını ve özofagus kanserlerinin evrelerinde ülkemizde son evrelerde olduğunu gözledik [11,12,16].

Özofagus replasmanı için literatürle uyumlu olarak kliniğimizde de yaygın olarak mide tercih edilmektedir. Midenin özofagus için ideal bir replasman organı olarak tercih edilmesinin sebebi, gerek mesafe olarak boyuna kadar uzatılabilmesi ve gerekse kanlanmasının iyi olmasıdır. Ayrıca daha fazla anastomoz gerektirmediğinden cerrahi süreyi de kısaltmaktadır. Özofagus cerrahisinde ayrıca önemli bir hususda cerrahi sınırın iyi belirlenmesidir ve buna göre girişimin planlanmasıdır. Bilindiği gibi özofagus tümörlerinde multisentrisite özelliği mevcuttur. Bu nedenle özofagusta bu yerlerin tespiti ve buna göre cerrahi girişim uygulanması gerekmektedir. Bu amaçla uygulanan lugol boyaması en ideal tespit şeklidir. Kliniğimizde de yeni uygulanmaya başlanmıştır. Bunun yapılamadığı durumlarda bu özellik akıldan tutularak özofagus rezeksiyonu mümkün olduğunca geniş tutulmalıdır. [11,16,17,19,20].

Son zamanlarda uygulanan neoadjuvan amaçlı kemoterapi ve/veya radyoterapi ile kombine formlarının, cerrahi tedaviye ve uzun süreli yaşama belirgin üstünlüğü gösterilememiştir. Halen genişletilmiş lemf bezli disseksiyonlu cerrahi tedavi özofagus karsinomunun temel tedavi şeklini oluşturmaktadır [1,5,18].

## Kaynaklar

1. Kelsen DP. Multimodality therapy of esophageal cancer; An update. Cancer J. Sci Ann. 2000;6(suppl 2):177-81.

2. Daly JM, Fry WA, Little AG, et al. Esophageal cancer: Results of an American College of Surgeons Patient Care Evolution Study. J Am Coll Surg 2000;190:562-72.
3. Mathew G, Myers JC, Watson DI, et al. Motility across esophageal anastomoses after esophagectomy or gastrectomy. Dis Esophagus 1999;12:276-82.
4. Heitmiller RF, Fischer A, Liddicoat JR. Cervical esophagogastric anastomosis. Results following esophagectomy for carcinoma. Dis Esophagus 1999;12:264-9.
5. Murakami M, Kurado Y, Matsusue S, et al. Treatment results of esophageal carcinoma of clinical T3, T4M0: Historical comparison between neoadjuvant chemoradiotherapy followed by surgery or definitive radiotherapy and conventional surgery. Oncol Rep 2000; 7:571-8.
6. Blazeby JM, Farndon JR, Donovan J, et al. Prospective longitudinal study examining the quality of life of patients with esophageal carcinoma. Cancer 2000;88:1781-7.
7. Green RJ, Haller M. Neoadjuvant therapy for cancer of the esophagus. Cancer Control 1999;6:43-52.
8. Teng S, Karl R. Surgical approaches to esophageal Cancer. Cancer Control 1999;6:36-42.
9. Chan WH, Wong WK, Chan HS, et al. Results of surgical resection of oesophageal carcinoma in Singapore. Ann Acad Med Singapore 2000;29:57-61.
10. Gentile M, Cecene C, Elia S, et al. Palliative surgical treatment of thoracic esophageal cancer. Minerva Chir 1999;54: 835-42.
11. Ökten İ. Özofagus kanserleri. Güncel Gastroenteroloji 1999;3:94-105.
12. Ökten İ. Özofagus kanseri ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde ki görünümü. Atatürk Üniv Tıp Fak Bülteni 1986;18:337.
13. Blot WJ, McLaughlin JK. The changing epidemiology of esophageal cancer. Semin Oncol 1999;26:(suppl)2-8.
14. Özdemir H, Yücel C, AYTEKİN C, ve ark. Özofagus tümörlerinin tanısında ve evrelemede endosonografi. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Dergisi 1994;1:148-52.
15. Kulling D, Feldman DR, Kay CL, et al. Local staging of esophageal cancer using magnetic resonance imaging: prospective comparison with endoscopic ultrasound. Endoscopy 1998;30:745-9.
16. Ökten İ. Esophageal carcinoma, An analysis of 563 cases. J Ankara Med School 1995;17:115.
17. Lerut T, Coosemans W, De Leyn P, et al. Treatment of esophageal carcinoma. Chest 1999;116(6 Suppl):463-5.
18. Forastiere AA, Heitmiller R, Kleinberg L, et al. Long follow up patients with esophageal cancer treated with preoperative cisplatin/5-FU and concurrent radiation. ASCO Proceedings 1996;18:270(abstract 1036).
19. McManus K, Anikin V, McGuigan J. Total thoracic oesophagectomy for oesophageal carcinoma: has it been worth it? Eur J Cardio-thorac Surg 1999;16:261-5.
20. Lerut T, Coosemans W, De Leyn P, et al: Is there a role for radical esophagectomy. Eur J Cardio-thorac Surg 1999;16 (Supl.1):44-7.