

Özofagus Üst Uç ve Hipofarenks Karsinomalarında Total Faringo-Laringo-Ozofajektomi

Prof. Dr. L. Ökten, Yrd. Doç. Dr. A. Güngör

Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Eylül 1990 ile Mayıs 1994 tarihleri arasında Özofagus üst uç, hipofarenks ve invaziv larenks karsinomalı 29 olgu (18 erkek, 11 kadın) ameliyat edildi. Ortalama yaş 51 (27-71)'di. Tümör 26 olguda hipofarenks, 2 olguda larenks, bir olguda ise trakeal stomada lokalizasyonundaydı. Tüm olgularda lezyon üst diş kavsinden itibaren 14 ile 19 cm'ler arasındaydı. Girişim yöntemi olarak 20 olguda transhiatal, 9 olguda ise sağ torakotomi, laparotomi ve servikal eksplorasyon kullanıldı. Olguların 23'üne bilateral servikal lenf diseksiyonu, 9'una ise bilateral servikal lenf diseksiyonu ile birlikte mediastinal lenf diseksiyonu uygulandı. Rekonstrüksiyon için 27 olguda gastrik transpozisyon, daha önce intratorasik anastomoz uygulanmış bir olguda kolon ve bir olguda serbest vaskülarize jejunal greft uygulandı. Histopatolojik teplemede tüm olgularda epidermoid karsinoma saptandı. Postoperatif 7 olguda oluşan minimal anastomoz kaçağı spontan olarak kapandı. Bir olgu mediastinit, bir olgu serebral infarkt ve iki olgu miyokard infarkti nedeni ile erken postoperatif dönemde eksitus oldu. Olgulardan üçü postoperatif 2, 3 ve 6 ayda tümör rekürrensi nedeni ile kaybedildi. En uzun takip süremiz 51 ay olup, bu süre içinde yaşayan diğer 22 olguda herhangi bir metastaz ve rekürrens saptanmadı.

GKD Cer. Derg. 1995; 3:89-92

Summary

Twenty-nine patients, 18 male 11 female, with esophagus superior end, hypopharynx and invasive larynx carcinoma were operated between September 1990 - May 1994. Median age was 51 years (from 27 to 71). The localization of the tumor was esophagus superior end and hypopharynx in 26 patients, larynx in 2 patients and tracheal stoma in 1 patient. All the lesions were located between 14 and 19 cms from upper teeth archs. Transhiatal approach was used in 20 patients, thoracotomy and laparotomy and cervical approach in 9 patients. Bilateral cervical lymph dissection was performed in 23 patients. A mediastinal lymph dissection plus bilateral cervical dissection was performed in 9 (31%) patients. Gastric transposition was used for reconstruction in 27 patients. Oropharyngocologastrostomy was performed for one patient who previously underwent intrathoracic anastomosis. Free vascularized jejunal graft was performed for one patient. All the patients had epidermoid cell carcinoma. Minimal anastomotic leakage developed in 7 (24.13%) patients that healed later spontaneously. The cause of perioperative mortality was postoperative mediastinitis in the first patient, cerebral infarct in the second patient and myocardial infarction in the other two patients. Three patients died because of tumor recurrence 2, 3 and 6 months after the operation. There are 22 patients that we could be able to follow up. We have not detected any recurrence of metastasis of the tumor in the surviving group although our longest follow up period was 44 months.

Uzun yıllardan beri inrezeke tabl kabul edilen Özofagus üst uç ve hipofarenks karsinomlarında ancak radioterapi ve palyatif amaçlı küçük cerrahi girişimlerle çözüm sağlanmaya çalışılmıştır. Bu lokalizasyondaki tümörlerde Özofagus karsinomlarının genel semptomları yanında hızla gelişen üst hava yolu obstrüksiyonu, trakeoözofageal fistül ve

gıda aspirasyonu hastanın yaşadığı süre içinde hayat standardını düşüren önemli etkenlerdir. Diğer taraftan tanı konulduktan sonra cerrahi tedavi uygulanmayan Özofagus karsinomlu olguların en fazla %20'si hipofarenks karsinomlarında ise en fazla %40'ının 1 yıl yaşama şansı bildirilmiştir⁽¹⁾. Bu nedenle bu lokalizasyonda lezyonu olan olgularda

cerrahi tedavi, iyi bir palyasyon ve kürabilite olasılığı sağlayabilen tek yöntem olarak öngörülmektedir.

Materyal ve Metod

Eylül 1990 - Mayıs 1994 arasında Özofagus üst uç, hipofarenks ve özofageal invazyon yapılmış, larenks karsinomali 29 olguya cerrahi girişim uygulandı. Olgular yaş, cinsiyet, lezyon kaynağı ve seviyesi, cerrahi girişim yöntemi, rekonstrüksiyon yöntemi, evrelendirme, postoperatif komplikasyonlar ve survive açısından değerlendirildi. Olgu sayısının kısıtlı olması nedeniyle istatistiksel çalışma uygulanmadı. Evrelendirmede Mannel'in 1982'de yaptığı sınıflandırma kullanıldı.

Sonuçlar

Toplam 29 olgunun 18 (%62)'i erkek, 11 (%38)'i kadındı. Ortalama yaş 51 (en genç 27, en yaşlı 71) olarak saptandı. Lezyon 1 (%3.4) olguda (larenjektomili) trakeal stomada, 2 olgu (%6.8)'da larenks, diğer 26 olgu (%89.6)'da ise özofagus üst uç ve hipofarenks orijinli idi. Lezyon seviyesi üst diş kavşından itibaren 14 ile 19 cm'ler arasında başlamakta idi.

Olguların 20 (%68)'sine transhiatal, 9 (%32)'ine sağ torakotomi, laparotomi ve servikal insizyonla girişimde bulunuldu. Eksplorasyon bulgusuna göre 10 (%34.48) olguda total tiroidektomi, 19 (%65.51) olguda ise hemitiroidektomi uygulandı. Altı olguda (%20.68) unilateral, 23 olguda (%79.31) ise bilateral servikal lenf diseksiyonu uygulandı. Bu 23 olgunun 9'u sağ torakotomi ile torasik özofagus diseksiyonu ve mediastinal lenf diseksiyonu uygulanan olgulardı.

Rekonstrüksiyon için 27 olguda mide transpozisyonu, daha önce intratorasik anastomoz uygulanmış 1 olguda sol kolon transpozisyonu, sınırlı segment tutulumu olan bir diğer olguya ise serbest vaskularize jejunal greft uygulandı.

Histopatolojik incelemede tüm olgularda yassı hücreli karsinoma saptandı.

Postoperatif 7 (%24.13) olguda minimal anastomotik kaçak oluştu ve tümü 3-17 gün arasında spontan olarak iyileşti. Bir olgumuz preoperatif mediastinite, bir diğer olgumuz trakeal rüptür sonucu oluşan serebral hemorajik infarkta, iki olgumuz ise miyokardiyal infarkta bağlı nedenlerle postoperatif 5., 7., 8. ve 11. gün exitus oldu.

Bir olgumuz postoperatif 3. ayda nasofarenks ve serebral metastaz, bir diğer olgu 3 ayda serebral metastaz, orofaringokologastrostomi uygulanan olgu ise intratorasik rezidiv tümöre nedeniyle pos-

tooperatif 6.5 ay sonra exitus oldu. Mayıs 1994 tarihinde en uzun survive 44 ay olup, diğer olgularımızda metastaz, nüks ve rezidiv saptanmadı.

Tartışma

Özofagus üst uç ve hipofarenks karsinomalarında yapılacak cerrahi girişimin cerrahi onkoloji kurallarına uyması için kesinlikle laringoözofageal alanın rezeksiyonu gereklidir. Parsiyel ve/veya kısıtlı yapılan rezeksiyonlarda tümör nüksü yanında cerrahi girişim nedeniyle bozulan innervasyon sonucu massif gıda aspirasyonu, organik veya fonksiyonel hava yolu obstrüksiyon ve komplikasyonları kaçınılmazdır.

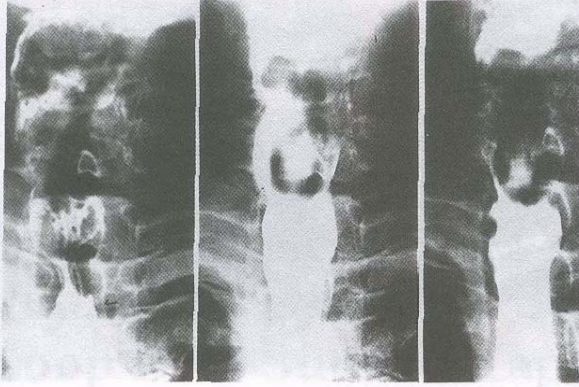
Laringofaringoözofageal alanda yapılan rezeksiyon sonrası rekonstrüksiyon için 4 ana uygulama vardır:

- serbest deri greftleri,
- lokal veya bölgesel deri, deri adale greftleri,
- gastrointestinal sistemin distal organlarından birinin transpozisyonu ve
- serbest jejunum ve kolon greftleridir⁽²⁾.

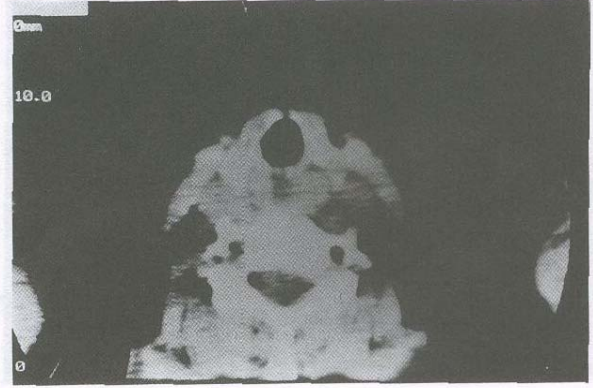
Faringolarinjektomi sonrası rezeksiyon amacıyla ilk uygulanan teknik olan serbest deri greftleri, yalnızca sınırlı rezeksiyon gerektiren olgularda uygulanabilirliği, multipl uygulamalar, uzun hospitalizasyon süresi %70-90 oranına ulaşan morbiditesi, %7-16 oranındaki mortalitesi ve postoperatif disfonksiyon nedeniyle öngörülmeyen bir yöntemdir^(3,4).

Lokal ya da bölgesel deri greftleri, özellikle deri adale greftleri sınırlı rezeksiyon sonrasında yüksek kürabilite ve sürvi oranı sağlamasına karşın anastomotik yetmezlik ve postoperatif disfonksiyon nedeniyle daha çok nüks revizyonlarında öngörülmektedir.

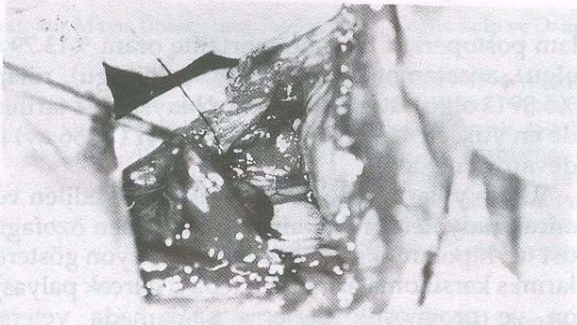
Son iki yöntem olan mide ve kolon transpozisyonu ile kolon jejunum serbest greftlerinin birbirine olan üstünlükleri hâlâ tartışılmaktadır. Transpozisyonda her ne kadar kolon interpozisyonunun avantajlarını bildiren yayınlar olsa da gastrik transpozisyon için uygun olan olgularda en azından anastomoz fazlalığı, steril çalışma zorluğu ve anastomotik kaçak oranı yüksekliği gibi dezavantajları nedeniyle daha çok kısıtlı bir kullanım alanı mevcuttur. Serbest vaskularize kolon greftlerinde de benzer dezavantajlar söz konusudur. En iyi operatif başarı, düşük postoperatif morbidite ve mortalite oranı, yüksek anastomotik fonksiyon, yüksek sürvi ve kürabilite oranı nedeniyle gastrik transpozisyon ve serbest vaskularize jejunal greft en çok öngörülen ve uygulanan yöntemdir. Serbest vaskularize jejunal greftin sınırlı bir rezeksiyon sonrası uygulanabilmesi ve bu nedenle postoperatif nüks olasılığını



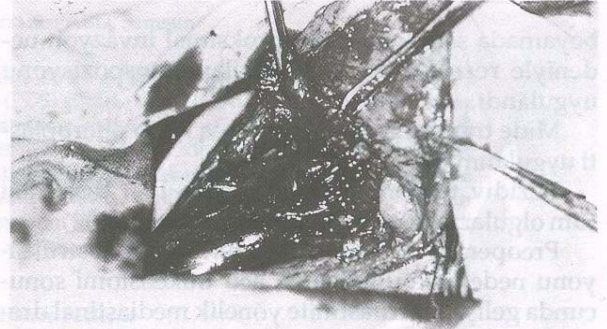
Resim I. Özofagus üç uç karsinomlu bir olgunun preoperatif özofagus pasaj grafisi



Resim II. Aynı lezyonun preoperatif servikal CT'deki görüntüsü



Resim III. İntraoperatif rezeksiyon sonrası orofaringogastrostomik anastomozun arka duvarı tamamlandıktan sonraki görünümü



Resim IV. Anastomozun tamamlanmış görünümü

artırması, vasküler ve intestinal ek anastomozlar nedeniyle yüksek morbidite ve operasyon süresi en önemli dezavantajlarıdır⁽⁵⁾. Gastrik transpozisyon güvenli vaskülarizasyonu, yeterli uzunluğu nedeniyle sütür gerilimi yapmaması, tek anastomoz ve ameliyat gerektirmesi ve rezidüel tümör kalma olasılığının minimal olması gibi avantajları nedeniyle birçok otör tarafından tercih edilen yöntemdir^(6,7).

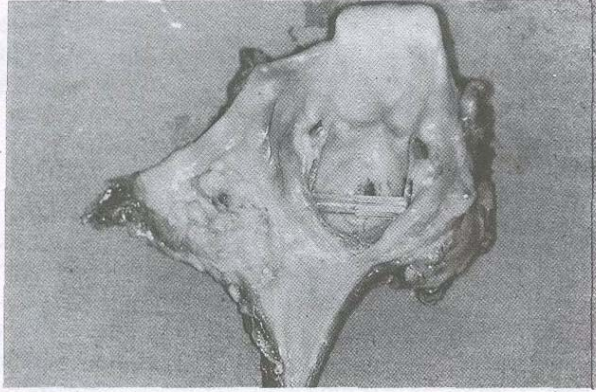
Eylül 1990 ile Mayıs 1994 arasında özofagus üst uç ve yüksek servikal lokalizasyonlu toplam 29 olguya cerrahi girişim uygulandı. Girişim yöntemi seçiminde lezyon lokalizasyonu ve uzunluğu yanında preoperatif trakeobronkoskopi, mediastinal bilgisayarlı tomografi ve daha önce yapılan uygulamalar en önemli etkenlerdi. Torasik girişe kadar uzanan lezyonlarda veya patolojik boyutta mediastinal lenf nodu saptanan olgularda (9 olgu) girişim sağ torakotomi, laparotomi ve servikal insizyon şeklinde uygulandı. Diğer olgulara (20 olgu) transhiatal girişim uygulandı.

Transtorasik girişim uygulanan 9 olgu ve trans-

Total Faringo-Larngo-Özofajektomi

hiatal girişim uygulanan olgulardan 14'üne bilateral servikal lenf diseksiyonu uygulandı. Son yıllarda bildirilen çalışmalarda geniş lenf diseksiyonunun survive üzerindeki pozitif etkisi ile kendi olgularımızdan çıkartılan ve patolojik görünümde olmayan çok sayıda lenf nodunun histopatolojik inceleme sonucunda tümör içerdiği saptanması nedeniyle son olgularımızda bilateral lenf diseksiyonunun uygulamaktayız⁽³⁾. Tiroid glandın tümör tarafından invazyonunun ölçüsüne bağlı olarak 10 olguda total tiroidektomi, 19 olguda ise hemitiroidektomi uygulandı. Total tiroidektomi uygulanan olgularda, paratiroid glandlar diseke edilerek subkütan inoküle edildi.

Daha önce başka bir merkezde uygulanan parsiyel özofagogastrektomi sonrası proksimal anastomoz lokalizasyonunda çevre invazyonu gösteren intra torasik rezidiv tümör saptanan ve çok sınırlı segment tutulumu olan iki olgu dışındaki tüm olgularımıza gastrik transpozisyon uygulandı. Özofagogastrektomili olguda preoperatif endoskopik



Resim V. Postoperatif rezeksiyon materyalinde tümörün makroskopik görünümü

boyamada saptanan uzun proksimal invazyon nedeniyle rezeksiyon sonrası kolan transpozisyonu uygulandı.

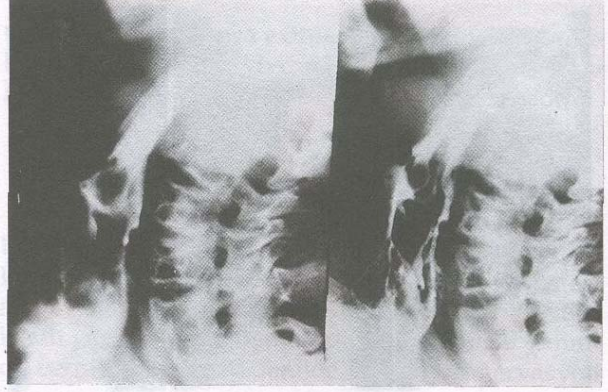
Mide transpozisyonu sırasında rutin piloroplasti uygulanmadı.

Rezidiv tümörü olan olgu evre IV, dışındaki tüm olgularımız evre III'de yer almaktaydı.

Preoperatif dönemde akut hava yolu obstrüksiyonu nedeniyle uygulanan acil trakeostomi sonucunda gelişen mediastinite yönelik mediastinal drenaj planlandığında primer lezyona da girişim uygulandı. Bu olgumuz postoperatif 5. gün sepsis nedeniyle exitus oldu. Bir diğer olgumuz da ameliyatta endotrakeal tüp kafının hiperinflasyonu sonucu oluşan trakeal rüptüre bağlı serebral infarktın postoperatif 7. gün hemorajik infarkta dönüşmesi ve serebral herniasyon nedeniyle eksitus oldu. İki olgumuz ise postoperatif 8. ve 11. gün miyokardiyal infarkt nedeniyle eksitus oldu. Yedi olgumuz da minimal anastomotik kaçak oldu. Bu olguların tümü kaçağın saptanmasından sonraki 3-17 gün içinde spontan olarak iyileşti. Gastrik transpozisyon uygulanan olgularda antireflü valv nedeniyle hiçbirinde postoperatif reflü saptanmadı. Preoperatif radyoterapi gören olgu dışında tüm olgulara postoperatif ortalama 50 Gy servikal veya mediastinal radyoterapi uygulandı.

Postoperatif takipte, preoperatif radyoterapi sonrası rezeksiyon uygulanan olgu ve diğer bir olguda postoperatif 2. ve 3. ay sonunda nasofarenks ve beyinde metastaz saptandı ve 15 gün içinde exitus oldu. Kolon transpozisyonu uygulanan olgu postoperatif 6. ayda multipl metastazlar nedeniyle exitus oldu. Diğer 22 olgu yaşamakta. Şu anda nüks ve rezidiv saptanmadı.

Operatif mortalite olmadan postoperatif iki olgu ekstrem sayılabilecek nedenlerle kaybedildi. Top-



Resim VI. Postoperatif pasaj grafisi. Anastomoz hattı ve hemen altındaki antireflü valvin fonksiyone olduğu görülmekte

lam postoperatif hastane mortalite oranı %13.79 (4 olgu), anastomotik sızıntı %24.13 (7 olgu), rölaps %6.89 (2 olgu). Yaşayan 22 olgu Mayıs 1994 tarihinde en yüksek 44, en kısa 3 aylık sürvi (17.86 ay) ile devam etmektedir.

Uzun yıllar irrezektibl olarak kabul edilen ancak radyoterapi ile palyasyon önerilen özofagus üst uç, hipofarenks ve özofageal invazyon gösteren larinks karsinomalarında bu tedavi gerçek palyasyon ve prognostik ilerleme sağlamada yetersiz kalmıştır. Sonuç olarak; bu olgularda cerrahi tedavinin, iyi bir palyasyon, sürvi ve kürabilite şansı taşıyan tek yöntem olduğuna inanıyoruz. Radyoterapi ve/veya kemoterapi ancak cerrahi tedavi ile birlikte adjuvan veya neoadjuvan tedavi olarak yararlıdır.

Kaynaklar

1. Bains SM, Spiro RH: Pharyngolaryngectomy, total extrathoracic esophagectomy and gastric transposition. Gyn& Obst 149:693,1979.
2. Bafitis H, Stalling JO, Ban J: A reliable method for monitoring microvascular patency of free jejunal transference in reconstructing the pharynx and cervical esophagus. Plastic and Reconstructive Surg 83:896,1989.
3. Kato H, Watanabe H, Tachimori Y, Iuzuka T: Evaluation of lymph node dissection for thoracic esophageal carcinoma. Ann Thorac Surg 51:931,1991.
4. Biel M, Maisel RH: Free jejunal outgraft reconstruction of the pharyngoesophagus: Review of a 10-year experience. Otolaryngo Head Neck Surg 97:369,1987.
5. Flynn MB, Banis J, Acland R: Reconstruction free bowel outgrafts after pharyngoesophageal or laryngopharyngoesophageal resection. Am J Surg 158:333,1989.
6. Goldberg M, Freeman J, Gullane PJ, Patterson GA, Todd TRJ, McShane D: Transhiatal esophagectomy with gastric transposition for pharyngolaryngeal malignant disease. J Thorac Cardiovasc Surg 97:327,1989.
7. Schechter GL, Baker JW, Gilbert DA: Functional evaluation of pharyngolaryngeal reconstructive techniques. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 113:40,1987.