

## Özofagus leiomyomunun torakoskopik enükleasyonu

### *Thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma*

Pınar Varer,<sup>1</sup> İrfan Yalçınkaya,<sup>2</sup> Cemal Asım Kutlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özofagus leiomyomu, benign özofagus tümörlerinin en sık görülenidir. Torakoskopik enükleasyon, günümüzde bu lezyonların çoğunda tercih edilen yaklaşımdır. İngilizce literatürde çok sayıda çalışma olmasına karşın, Türkçe literatürde bugüne kadar yayınlanmış bir makaleye dahi rastlanmadı. Bu yazıda, video yardımcı torakoskopik cerrahi ile enükle edilen özofagus leiomyomlu 69 yaşında bir kadın olgu sunuldu.

**Anahtar sözcükler:** Özofagus; leiomyom; video yardımcı torakoskopik cerrahi.

Oldukça nadir rastlanmasına karşın özofagus leiomyomu, benign özofageal tümörler içerisinde en sık görülen patolojidir. Leiomyomun eski otopsi çalışmalarında sıklığı %0.006 ve %0.59 arasında değişmek ile birlikte genel insidans %1'in altındadır.<sup>[1]</sup> Leiomyomların çoğu orta veya alt özofagusta yerleşik, tek, düzgün sınırlı submukozal kitleler olarak karşımıza çıkar. Asemptomatik olabilen bu tümörün tedavisi enükleasyondur.

Video yardımcı torakoskopik cerrahi (VYTC) ile enükleasyonun, torakotomiye göre hastanede kalış süresi, ağrı ve pulmoner komplikasyonların azalması konusunda avantajları yabancı literatürde sıkça bildirilmiş olmasına rağmen, Türkçe literatürde yayınlanmış bir makaleye dahi rastlanmadı.

### OLGU SUNUMU

Temmuz 2009 tarihinde kliniğimize başvuran 69 yaşında kadın hasta, iki yıldır var olan öksürük ve midede şişkinlik yakınması ile ara ara gastroözofageal reflüye yönelik medikal tedaviler almış idi. Son altı aydır katı gıdaları yutar iken takılma hissi olması üzeri-

Esophageal leiomyoma is the most common benign esophageal tumor. Thoracoscopic enucleation is currently a preferred approach for the most of these lesions. Although many reports are available in the English literature, no reports has been published in the Turkish literature so far. In this article, we reported a case of a 69-year-old female with a leiomyoma of the esophagus enucleated using video-assisted thoracic surgery.

**Key words:** Esophagus; leiomyoma; video-assisted thoracic surgery.

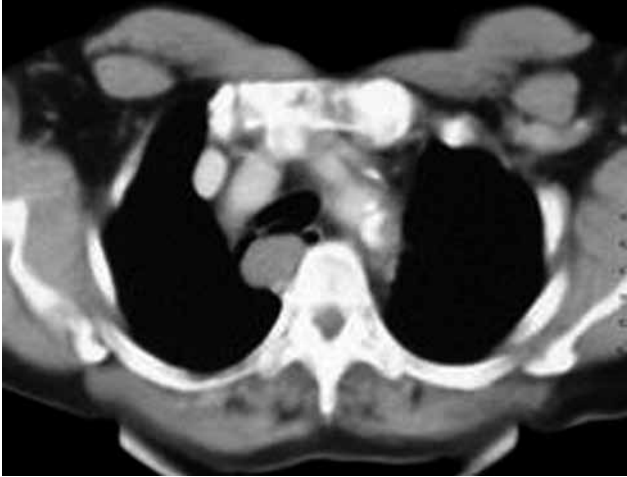
ne kliniğimize başvuran hastanın fizik muayenesinde ve laboratuvar değerlerinde patoloji saptanmadı.

Hastanın arka-ön akciğer grafisinde sağ paratrakeal alanda kitle saptandı, toraks bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde ise supraaortik düzeyde paraözofageal yerleşimli yaklaşık 2 cm çaplı yumuşak doku yoğunluğunda lezyon görüldü (Şekil 1). Özofagus divertikülü ve özofagus leiomyomu ön tanıları ile yapılan özofagoskopide, özofagusun 20 cm'sinde submukozal yerleşimli, düzgün yüzeyle, hareketli kitle saptandı. Mukozal yapı düzenli olduğundan biyopsi yapılmadan işlem sonlandırıldı.

### Cerrahi teknik

Ameliyat öncesi incelemeleri tamamlanan hastaya genel anestezi altında sağ VYTC ile yaklaşım uygulandı. Sol tarafa yan yatar pozisyonda sağ arka aksiller hat 6. kaburgalar arası aralık, orta aksiller hat 4. kaburgalar arası aralık ve bu insizyonun 4 cm arkasından üç adet trokar girişi açıldı (Şekil 2). Eksplorasyonda azygos venin superiorunda, azygos ven ile ilişkisi olmayan yaklaşık 4x3 cm'lik paraözofageal kitle görüldü.





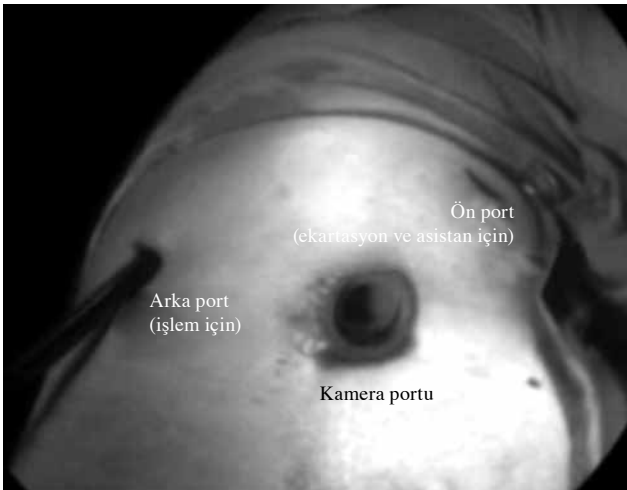
Şekil 1. Toraks bilgisayarlı tomografide sağ plevral kaviteye doğru büyümüş özofageal tümör.

Mediastinal plevra açılarak kitle küt ve keskin diseksiyon ile enükleye edildi (Şekil 3). Ameliyat sonrası drenaj kamera port girişinden sağlandı ve ameliyat yaklaşık olarak bir saat sürdü. Ameliyat sonrası sekiz saat sonra hastaya metilen mavisi damlatılmış su içirilerek kaçak kontrolü yapıldı ve oral sulu gıda başlandı. Ameliyat sonrası 1. gün katı gıdalar başlanarak dreni sonlandırıldı. Hasta ameliyat sonrası 2. gün taburcu edildi.

Video yardımcı torakoskopik cerrahi ile kitle enükleasyonu yapılan hastanın ameliyat sonrası patoloji sonucu leiomyom olarak bildirildi. Hasta iki aydır sorunsuz bir şekilde takip edilmektedir.

## TARTIŞMA

Özofagus leiomyomu, nadir görülen düz kas orijinli benign bir tümördür. Genellikle erkeklerde ve 2-5. dekatlar arasında sık görülür.<sup>[1]</sup>



Şekil 2. Port yerleşim yerleri.

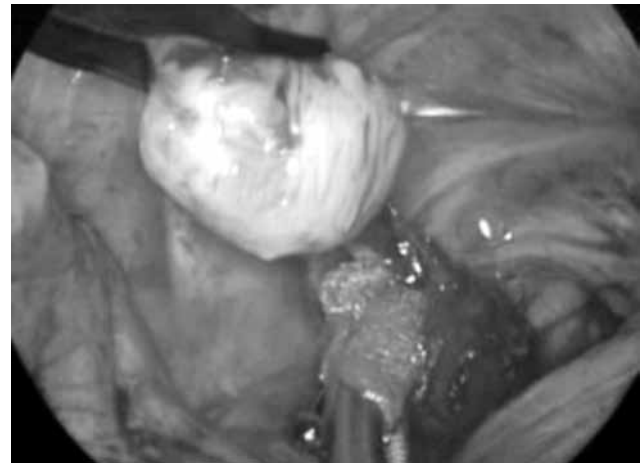
En sık karşılaşılan semptomlar; disfaji, nonspesifik göğüs ağrısı ve retrosternal ağrı, daha seyrek olarak da regürjitasyon, epigastrik hassasiyet, nefes darlığı ve kilo kaybıdır. Tanı; özofagogram, özofagoskopi ve BT ile konulur. Son zamanlarda kullanılan özofagus ultrasonu, benign lezyonların tanımlanmasında son derece faydalıdır.

Malign dejenerasyon çok nadir görülmesine rağmen, leiomyomun eksizyonu semptomların giderilmesi için gereklidir. Bu şekilde hem tanı hem de tedavi aynı anda gerçekleştirilmiş olur. Bu tümörlerin kesin tanısı ancak histolojik inceleme ile konulabilir. Cerrahi öncesi yapılabilen özofageal ultrason tanıda faydalı olmasına karşın transözofageal iğne biyopsisi çok ciddi gerekçelerle benign olduğu düşünülen lezyonlarda genellikle uygun değildir ve tavsiye edilmez.<sup>[1]</sup>

Sauerbrush<sup>[2]</sup> 1932'de ilk defa özofageal leiomyom nedeni ile cerrahi rezeksiyonu bildirmiştir. Bundan bir yıl sonra da Oshawa<sup>[3]</sup> ilk başarılı cerrahi enükleasyonu uygulamıştır. 1992'de ise ilk defa özofageal leiomyomda minimal invaziv yöntemle torakoskopik enükleasyon uygulanmış iki çalışma bildirilmiştir.<sup>[1]</sup>

Bu tümörlerin klasik tedavisi cerrahi enükleasyondur, çok nadiren özofagus rezeksiyonu da gerekebilir. Cerrahi yaklaşıma karar vermede, tümörün tek ya da çoklu oluşu, büyüklüğü ve yerleşim yeri yol göstericidir. Torakal yerleşimde cerrahi yaklaşım, torakotomi veya torakoskopi ile sağlanabilir. Sağ torakotomi/torakoskopi toraks içi özofageal lezyonların çoğunda mükemmel görüş sağladığı için tercih edilir.

Özofagus leiomyomlarına klasik yaklaşım torakotomi olmasına rağmen, 1992'de yapılan ilk torakoskopik enükleasyondan sonra videotorakoskopik enükleasyon yapılan olgu sayıları artmaya başlamıştır.<sup>[4-8]</sup> Aynı



Şekil 3. Video yardımcı torakoskopik cerrahi ile leiomyom enükleasyonu.

sunumlar gastroözofageal bileşkede veya yakınında yerleşik benign tümörlerde laparoskopik ile tedavi edilmiş olguları da içermektedir.

Torakoskopik yaklaşımın, torakotomi ile mukayese edildiğinde, daha az ameliyata bağlı travma, daha az ağrı ve ameliyat sonrası solunum fonksiyonlarının daha iyi olması gibi avantajları vardır.

Video yardımcı torakoskopik cerrahi, daha çok özofageal leiomyomların tek olduğu durumlarda tercih edilmektedir. Tümör boyutunun 1 ila 5 cm arasında olmasının uygun olduğu belirtilmiştir.<sup>[8]</sup> Daha büyük boyutlu tümörlerde aynı plevral yapışıklıkların yoğun olduğu durumlardaki gibi torakotomiye geçilme ihtimalinin yükseldiği ifade edilmektedir. Diğer bir çalışmada ise VYTC için tümör boyutunun cut-off değerinin 7 cm olabileceği bildirilmiştir.<sup>[5]</sup> Tümör boyutları büyüdükçe VYTC ile enükleasyonun zorlaşacağı ve mukozal yaralanma olasılığının artacağı elbette bilinen bir durumdur.

Jiang ve ark.nın<sup>[8]</sup> 40 olguluk özofageal leiomyom çalışmasında, iki olgu tümör çok küçük olduğu için görüntülenemediğinden, bir olgu torasik kavite adezyonları ve üç olgu da tümör boyutları çok büyük olduğu için açık cerrahiye geçilmiştir. Ortalama ameliyat süresi 70 dk (dağılım, 50-210 dk) ve ortalama tümör boyutu ise 3.7 cm (dağılım, 0.5-10 cm) olarak bildirilmiştir. Ameliyat sonrası dönemde majör komplikasyon gelişmemiş, kısa ve uzun dönem takiplerde de nüks ya da başka herhangi bir sorun yaşanmamıştır.

Bazı çalışmalarda dört port ya da yardımcı torakotomi kullanılmış olsa da torakoskopik enükleasyon üç port girişi ile herhangi bir özel enstrümantasyona gereksinim duyulmadan gerçekleştirilebilir.<sup>[9]</sup> Biz de olgumuzda üç port girişi ile işlemi tamamladık, ameliyat masasını sağ torakotomi pozisyonunda hafif öne doğru çevirerek akciğerin ameliyat sahasından uzaklaşmasını sağladık. Leiomyom enükleasyonu edildikten sonra endobag içine alındı ve port deliklerinden biri hafif genişletilerek torakstan dışarıya çıkarıldı.

Literatürde enükleasyon sonrası miyotomi uygulanan bölgenin kapatılıp kapatılmaması ile ilgili tam bir fikir birliği yoktur.<sup>[1]</sup> Nadir de olsa özofagusun propulsif aktivitesine bağlı psödodivertikül gelişimi gibi komplikasyonlara engel olmak için enükleasyon sırasında çok dikkatli davranılmalıdır. Bizim olgumuzda leiomyom küçük olduğu ve diseksiyon sırasında çok özenli davranıldığı için kas tabakalarını yaklaştırmaya dikiş konulmadı.

Video yardımcı torakoskopik cerrahi ile enükleasyon uygulanmış olgularda mukozal yaralanma ve psödodivertikül gelişimi dışında ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonlar içinde gastroözofageal reflü gelişimi ya da daha önceden var olan reflünün

daha kötüleşmesi de sayılabilir. Reflü daha çok gastroözofageal bileşkede veya yakınında yerleşmiş olan benign tümörlerde görülmekte ve bu durumda özellikle laparoskopik enükleasyon sonrası fundoplikasyon eklenmesi önerilmektedir.<sup>[5,6]</sup> Fakat bunun aksine başka bir çalışmada, özofagogastrik bileşke veya yakınında yerleşik 14 olguda torakoskopik enükleasyon yapılmış, sadece bir olguda ameliyat sonrası dönemde reflü gözlenmiştir.<sup>[7]</sup>

Torakoskopik enükleasyon sırasında mukozal yaralanma olasılığına karşı uyanık olunmalıdır. Farkına varılamayan bir mukozal defekt, ameliyat sonrası çok ciddi sonuçlara yol açabilir. Hatta bunun farkına varabilmek için ameliyat esnasında endoskopi ile enükleasyon hattı boyunca hava insuflasyonu yapılarak mukozal bütünlüğün bozulup bozulmadığını kontrol edenler bile vardır.<sup>[6]</sup> Biz, ameliyat sonrası dönemde hastaya metilen mavisi damlatılmış su içirilerek ve bunun drenaj gelip gelmediğine bakılarak kaçak kontrolünün yapılmasının yeterli olduğunu düşünüyoruz.

Torakoskopik yaklaşım torakotomiye göre daha az invaziv ve estetikdir. Torakoskopik ve açık yaklaşımın ameliyat süreleri literatürde benzer olarak verilmiştir. Ameliyat sonrası analjezik gereksinimi, ameliyat sonrası pulmoner fonksiyonlarda bozulma, hastanede kalış-drenaj süresi ve skar dokusunun az olması torakoskopik cerrahinin açık cerrahiye karşı avantajlarıdır.

Sonuç olarak, özofagus leiomyomlarının tek ve boyutlarının da 5 cm'ye kadar olduğu durumlarda minimal invaziv cerrahi konusunda deneyimli merkezlerde, VYTC ile enükleasyonun etkin ve güvenli bir biçimde yapılabileceğini, bu yöntemin açık cerrahiye göre birçok avantajının olduğunu belirtmek istiyoruz.

### **Çıkar çakışması beyanı**

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

### **Finansman**

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

### **KAYNAKLAR**

1. Facktor MA, Katlic MR. Benign tumors, cysts, and duplications of the esophagus. In: Schields TW, LoCicero III J, Reed CE, Feins RH, editors. General thoracic surgery. Philadelphia: Wolters Kluwer, LW & W; 2009. p. 1973-82.
2. Sauerbruch F. Presentations in the field of thoracic surgery. Arch Klin Chir. 1932;173:457.
3. Oshawa T. Surgery of the esophagus. Arch Jpn Chir 1933;10:605

4. Mutrie CJ, Donahue DM, Wain JC, Wright CD, Gaissert HA, Grillo HC, et al. Esophageal leiomyoma: a 40-year experience. *Ann Thorac Surg* 2005;79:1122-5.
5. Kent M, d'Amato T, Nordman C, Schuchert M, Landreneau R, Alvelo-Rivera M, et al. Minimally invasive resection of benign esophageal tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007;134:176-81.
6. Zaninotto G, Portale G, Costantini M, Rizzetto C, Salvador R, Rampado S, et al. Minimally invasive enucleation of esophageal leiomyoma. *Surg Endosc* 2006;20:1904-8.
7. Li ZG, Chen HZ, Jin H, Yang LX, Xu ZY, Liu F, et al. Surgical treatment of esophageal leiomyoma located near or at the esophagogastric junction via a thoracoscopic approach. *Dis Esophagus* 2009;22:185-9. doi: 10.1111/j.1442-2050.2008.00868.x.
8. Jiang G, Zhao H, Yang F, Li J, Li Y, Liu Y, et al. Thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma: a retrospective study on 40 cases. *Dis Esophagus* 2009;22:279-83. doi: 10.1111/j.1442-2050.2008.00883.x.
9. Akaraviputh T, Chinswangwatanakul V, Swangsri J, Lohsiriwat V. Thoracoscopic enucleation of a large esophageal leiomyoma using a three thoracic ports technique. *World J Surg Oncol* 2006;4:70.