

Özofagus Kanserleri ve Endoprotez Uygulamasının Sonuçları

Dr. Hanefi ÇAVUŞOĞLU, Dr. Ahmet MUSOĞLU, Dr. Nadir YÖNETÇİ,
Dr. Ulus AKARCA, Dr. Ahmet AYDIN, Dr. Ömer ÖZÜTEMİZ

Özet: Özofagus kanserlerinin çoğu tanı konduğunda inoperabl evrededir. Kliniğimizde bu tür olguların palyatif sağaltımında yararlı bir yöntem olan protez uygulamasına 15 ay önce başlanmıştır. İleri dercecede malin striktürü olan 4 yaşlı hastaya protez konmuştur. Bir olguda çok hafif ve bir olguda aşikar perforasyon olmuş, bu durum bizzat protez ile ortadan kaldırılmıştır. Bir olguda bir yıl, ikinci bir olguda 1,5 ay sonra dislokasyon olmuş fakat her iki olguda özofagus lumeni açık kalmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına ve literatüre göre özofagus kanserlerinin palyatif sağaltımında protez uygulaması yararlı bir yöntemdir.

Summary: ESOPHAGEAL CARCINOMA AND THE RESULTS OF PALLIATIVE ESOPHAGEAL INTUBATION

Most of the esophageal carcinomas are inoperable at the time of diagnosis. Esophageal intubation, a useful method in the palliative treatment of esophageal carcinoma has been used in our Department for 15 months. Esophageal prosthesis has been introduced in 4 elderly patients with advanced malignant stricture. Perforation has developed in two cases that was resolved by prosthesis itself. Dislocation occurred in two cases 1 year and 1,5 month after intubation respectively. In both cases esophageal lumen remained patent.

According to the results of this study and the literature esophageal intubation is a useful method in the palliative treatment of esophageal carcinoma.

Anahtar Kelimeler: Özofagus kanseri, protez uygulaması

Key words: Esophageal carcinoma, palliative esophageal intubation, prosthesis.

Özofagus kanserleri geç belirti verirler ve tanı konduğunda genellikle inoperabl evreye ulaşmış olurlar. Bu nedenle radikal cerrahi sağaltımdan bu hastalar çoğu kez yararlanamazlar. Özofagusta gelişen malin striktür disfajiye neden olduğundan hastalar yeme ve içmenin zevk ve fizyolojik yararlarından yoksun kalırlar. Buna ek olarak hastalar özofagopulmoner fistül ve bronkopulmoner aspirasyonun

ciddi komplikasyonları ile karşı karşıya kalırlar. Hasta ölünceye dek sürekli iv yolla, nazogastrik sonda veya gastrostomi yolu ile beslenme ve tıbbi bakıma gereksinim duyar.

Özofagus kanserinde buji ile dilatasyona ek olarak endoskopik protez uygulaması ilk kez Symonds tarafından 1887'de gerçekleştirilmiştir (12). Bu uygulamada kullanılan protezlerin çaplarının küçük olması önemli

Ege U. Tıp Fak. Gastroenteroloji Bilim Dalı

Tablo 1: Endoprotez Uygulanmış 4 Hastanın Özellikleri

OLGU	YAŞ	CİNS	TÜMÖR LOKALİZ	PROTEZLİ SÜRE (AY)	KOMPLİKASYON	
					Türü	Zaman
1	74	E	ORTA	12	DISLOK	11
2	84	K	ORTA	4	DISLOK	1.5
3	80	E	DİSTAL	3		
4	84	E	ORTA	2		

bir dezavantajdı. Daha sonra 1924'te Souttar (11), 1957'de Carter(2) ve 1959'da Weisel ve ark. (15) yöntemin gelişmesini sağlamışlardır. Çeşitli protez ve protez yerleştiricileri üretilmiştir (1,4,9,13,14). Endoskopik olarak kolayca uygulanabilen bu protezlerin, rahat yeyip içmeyi sağladıklarından hastaya kaliteli bir yaşam sağladığı gözlenmiştir (3, 4, 13, 14). Batı ülkelerinde yaygın olarak uygulanan bu yöntem ülkemizde üzümlerle belirtilim ki çok az kullanılmaktadır. Bu yöntem Bilim Dalımızda 15 ay önce kullanılmaya başlanmıştır. Bu yöntemin sınırlı sayıda hastada uygulamasından elde olunan sonuçlarını sunmak bu yazının amacı olmuştur.

MATERYEL ve METOD

Bu çalışmanın materyeli yaşları 74-84 arasında değişen 3 erkek ve bir kadın, toplam 4 hastadan oluşur. Birinci hastaya laparotomi yapılmış, inoperabl ve irrezektabl olduğu saptanmıştır. Olguların tümünde tanı radyolojik, endoskopik ve biyopsi materyelinin patolojik incelemesi ile konmuştur. Üç olgunun cerrahi konsültasyonunda inoperabl olduklarına karar verilmiştir.

Dilatasyon Savary-Gulliard bujileri ile yapılmıştır. Wilson-Cook protezleri, aynı firmanın introducer'ı ile yerleştirilmiştir. İleri yaşta olan hastalarını tümü kliniğimize tam veya tama yakın obstruksiyon belirtileri ile gelmişlerdir. Dilatasyon kılavuz tel aracılığı ile ve gerektiğinde röntgen kontrolünde yapılmıştır. Daralmış olan segmenti protezin yerleştirilmesine elverişli duruma getirmek için 2 veya daha çok seans dilatasyona gereksinim duyulmuştur.



Şekil 1: Tama yakın obstruksiyonu olan 1. olgunun özofagus radyogramı



Şekil 2: Özofagusu protez yerleştirilmiş olan 1. olgu

BULGULAR

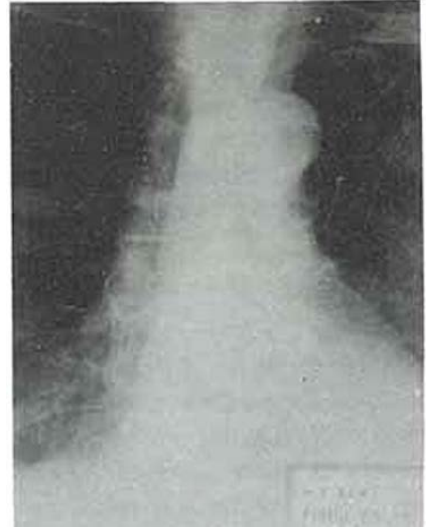
Bulguların bir bölümü Tablo 1'de gösterilmiştir. Özofagus kanseri 4 olgunun 3'ünde özofagusun orta, birisinde distal bölümündeydi. Protezin hastalarda kalma süresi 4-12 aydır. Laparatomide inoperabl tümör olduğu saptanmış olan birinci hastada ameli-



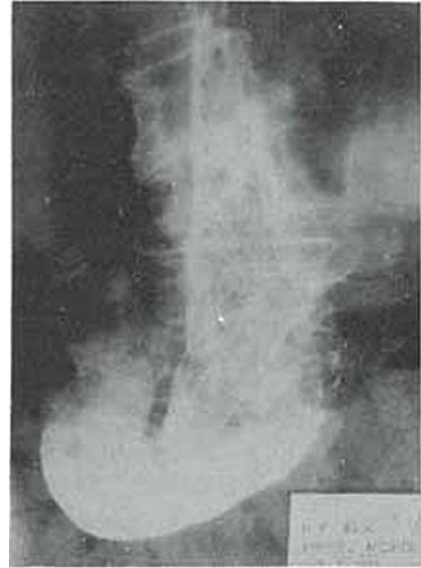
Şekil 3: Protez yerleştirildikten hemen sonra yapılan kontrolde radyopak madde kaçağı görülmektedir.

yattan 4 ay sonra ileri derecede disfaji gelişmiştir (Şekil 1). Buji dilatasyonundan sonra protez takılmıştır (Şekil 2). Protez uygulanmasından sonra rahat yeyip içtiğinden hasta kısa sürede kilo almış, rahat ve kaliteli bir yaşama kavuşmuştur. Bir yıl sonra disfaji tekrar belirince yapılan kontrolde protezin mideye geçtiği ve anal yolla çıktığı saptanmıştır. Tümörün yalnız distal ucundaki darlık buji ile dilate edilmiş, hasta rahat yeyip içebildiğinden bu evrede yeni protez takmaya gerek duyulmamıştır.

Konuktan 1.5 ay sonra yapılan periyodik kontrolde protezi midede saptanan 2. olguda protez, lümenin çapı elverişli olduğundan dilatasyon yapmadan endoskopik olarak çıkarılmıştır. Başlangıçta ileri derecede daralmış ve bu nedenle protezi güçlüklerle takılabilmış olan bu olguda nekrotik tümör dokusu dökülmüş ve lümen tamamen serbestleşmiştir. Kontrollerde bu durumun devam ettiği görüldü. Her türlü lokmayı rahatça yutabilen bu hastaya da bu evrede yeni protez takmaya gerek duyulmamıştır. Diğer iki hasta protez uygulamasından sonra rahatça yeyip içebilmektedirler.



Şekil 4: İki gün sonra yapılan kontrolde Şekil 3'te saptanmış olan kaçak ortadan kalkmıştır.



Şekil 5: Protez, yerleştirildikten 1,5 ay sonra mideye geçmiştir.

KOMPLİKASYON PERFORASYON

İkinci olguda daha önce fistül bulunmamasına ve dilatasyon sırasında herhangi bir olay olmamasına karşın protezin konmasından sonra yapılan kontrolde özofagopulmoner hafif bir kaçak görüldü (Şekil 3). Herhangi bir sağaltım uygulanmadan ertesi gün yapılan

kontrolde kaçak olmadığı gözlemlendi (Şekil 4).

4. olguda protez yerleştirme sırasında aşikar perforasyon gözlenmesine karşın protez yerinde bırakılmış ve hasta antibiyotik sağaltımına alınmıştır. Önemli bir olay gelişmeyen ve iyileşen hasta taburcu edilmiştir.

DİSLOKASYON

Birinci olguda 1 yıl sonra, 2. olguda 1.5 ay sonra tüp distale doğru göç etmiştir. Şekil 5'te 2. olgunun protezi midede görülmektedir. Her iki olguda özofagus lümeni radyolojik ve endoskopik olarak yeterli genişlikte görüldüğünden yeni protez koymaya gerek duyulmamıştır.

TARTIŞMA

Özofagus kanserlerinin sağaltımında en etkin yöntem kuşkusuz cerrahi girişimdir. Ne yazık ki tanı konduğunda özofagus kanserlerinin çoğu inoperabldır. Bu nedenle palyatif sağaltıma gerek duyulur. Palyatif sağaltımda birçok yöntem kullanılmaktadır. Radyoterapi dışında sık sık başvurulmuş endoskopik yöntemlerdir. Bunlar dilatasyon, laser, Bicap ve endoprotezdir. Bu yöntemler arasında endoprotez ucuz, etkili ve uygulanması kolay bir yöntemdir.

Bu çalışma kliniğimizde uygulanmaya yeni başlanmış olan eski bir yöntemin başlangıcını oluşturur. Bu nedenle sınırlı sayıda hasta materyeline dayalıdır. Birinci hastamız bu sağaltımından sonra bir yıl rahat ve kaliteli bir yaşam yaşamış ve halen yaşamaktadır. Diğer 3 olguda bu süre henüz 4-6 ay arasındadır. İkinci olguda protez erken düşmüş fakat geride açık bir lümen kalmıştır ve hasta rahatça yemek yiyebilmektedir. Özofagus kanserlerinde dilatasyon ve protez uygulamasında başarı ortalama %90 dolayındadır(1,7,9,10,14,15).

Özofagobronşiyal fistül endoprotez yerleştirilmesi için ikinci önemli endikasyondur.

Hegarty ve ark'nın (7) protez yerleştirdikleri 181 hastanın 49'unda, Palmer'in (10) 75 hastasının 18'inde özofagobronşiyal fistül vardı. Protez yerleştirilmesinden sonra genellikle fistül sorunu ortadan kalkar. Özofagus kanserlerinde dilatasyon ve protez uygulamasında başlıca başarısızlık nedenleri: sert ve tam obstrüksiyon, tümör dokusunun lümeninde açılıştırması ve tümör dokusunun aşırı derecede sert veya nekrotik olması ve hasta kooperasyonunun olmamasıdır.

Özofagusa protez konmasının hastaya kaliteli bir yaşam sağladığı kesindir fakat hastanın yaşam süresini uzatıp uzatmadığı konusunda kesin bir şey söylemek güçtür. Fransada 1986 yılından sonra özofagus kanserli hastaların yaşam sürelerinin uzadığı gözlenmiş ve bunun palyatif sağaltım yöntemlerinin yaygın olarak uygulanmasına bağlı olduğu iddia edilmiştir(6).

Buji ile dilatasyon zor veya olanaksız olabilir. Bu durumda lümeni açabilmek için, olanaqlar elverişliyse laser veya Bicap tümör probu kullanılması uygundur(8).

Özofagus tümörlerinin buji ile dilatasyonu ve protez yerleştirilmesinde çeşitli komplikasyonlar gelişebilir. Perforasyon en ciddi komplikasyondur ve %0-16 oranında rastlanır (7,9,10,13,14). Bizim uygulamamızda bir olguda silik, diğer bir olguda aşikar perforasyon gelişmiş, protezin kendisi perforasyonun kapanmasını sağlamıştır. Protez yerinden çıkabilir (13). Protez lezyonunun proksimaline çıkabileceği gibi bizim iki olgumuzda olduğu gibi mideye geçebilir. Diğer komplikasyonlar: kanama, bası nekrozu ve protezin lokma ile tıkanmasıdır. Bu uygulamalarda prosedür ile ilgili ölüm oranı %0-16.6 arasında değişir (7,9,10,13).

Özofagus kanserli hastalar çeşitli disiplinlerce sağaltılırlar, fakat genellikle aralarında koordinasyon yoktur(5).

KAYNAKLAR

1. Atkinson M, Ferguson R, Parker GC: Tube introducer and modified Celestin tube for use in palliative intubation of oesophagogastric neoplasm at fiberoptic endoscopy. *Gut* 1978; 19: 668-71.
2. Carter MG: Endoscopic intubation and dilatation in the managements of esophageal carcinoma. *Am J Surg*. 1957; 93: 266-270.
3. Cotton PB, Williams CB: *Practical Gastrointestinal Endoscopy*. Blackwell Scientific Publications. Cambridge. 1990; 56-71.
4. Earlam R, Cunha-Melo JR: Malignant oesophageal strictures: a review of techniques for palliative intubation. *Brit J Surg*. 1982; 69: 61-68.
5. Fleischer D: The management of patients with esophageal cancer involves multiple disciplines but is seldom coordinated. *Gastroenterology*. 1991; 100: A363.
6. Garvin JM: Esophageal cancer in a French Country. Survival analysis of 784 patients. *Gastroenterology*. 1991; 100: A353.
7. Hegarty MM, Angorn IB, Bryer JV, Handerson BJ, Le Roux BT, Logan A: Pulsion intubation for palliation of carcinoma of the oesophagus. *Brit J Surg*. 1977; 64: 160-5.
8. Jensen DM, Brunetand JM, Machicado GA, Maunoury V, Dolmote JS: Palliation of obstructing esophageal cancer with BICAP tumor probe. *Gastroenterology*. 1989; 96: A238.
9. Jones B, Davies PS, Smith PM: Endoscopic insertion of palliative oesophageal tubes in oesophagogastric neoplasms. *Brit J Surg*. 1981; 68: 197-8.
10. Palmer ED: Peroral prosthesis for the management of inoperable esophageal carcinoma. *Am J Gastroenterol*. 1973; 59: 487-598.
11. Souttar HS: A method of intubating the oesophagus for malignant stricture. *Brit Med J*. 1924; 782-3.
12. Symonds CJ: The treatment of malignant stricture of the oesophagus by tube or oral catheterism. *Brit Md J*. 1887; 1: 870-74.
13. Tytgat GNJ: Benign and malignant tumors of the esophagus. *Gastroenterologic endoscopy* (Ed: Sivak MV), W.B. Saunders Company, Philadelphia. 1987; 373-400.
14. Tytgat GNJ, Hurlbregtse K, Bartelsman JFWM, Den Hartog Jager FCA: Endoscopic palliative therapy of gastrointestinal and biliary tumors with prostheses. *Clinics in Gastroenterology* (Guest Ed: Classen M), 1986; 15: 249-257.
15. Weisel W, Raine F, Wattson RR et al: Palliative treatment of esophageal carcinoma: a method and its evaluation. *Ann Surg*. 1959; 149: 207-216.