

Torasik Özofagus Karsinomlarında Transhiatal Özofajektomi

Dr. Hakan HALICI, Dr. Musa AKOĞLU, Dr. Vedat KTRİMLİOĞLU,
Dr. Onay GÜNEŞ, Dr. Haldun GÜNDOĞDU, Dr. Özar AKALIN, Dr. Orhan ELBİR

Özet: 1991 yılı içinde üç olgumuza transhiatal özofajektomi uygulandı. Ameliyat sırasında hemorajiy-le karşılaşılmaı. Toraks tüpü yerleştirilmeyen hastalarda pnomotoraks veya hemotoraks görölmedi. Nervus laryngeus inferior yaralanması olmadı. Ameliyatlar, ortalama 3 saat 45 dakika sürdü. Postoperatif 8. gün çektirilen pasaj graşilerinde sızdırma olmadığı anlaşıldı. Çıkartılan piyeslerin patolojik incelenmesinde proksimal kenarda tümör hüccresine rastlanılmadı. Postoperatif 3. ay yapılan endoskopik kontrollerinde pasajın normal olduğu, nüks bulunmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler:Özofagus karsinomu, Transhiatal özofajektomi.

Özofagus karsinomlu hastaların 5yıllık yaşam süreleri %5'den azdır (1-2). Geleneksel özofagus rezeksiyonları bazı hastalarda tedavi sağlamakla birlikte, yaşlı ve genel durumu düşkün olanlarda %10-46 morbiditeye yol açmaktadır (3-4). Mortalite oranları%10-12 olarak bildirilmiştir (3-5).

Transhiatal (abdomino-servikal) özofajektomi, ameliyat süresini kısaltan, minimal respiratuar morbiditeyle seyreden girişim olarak özofagus karsinomlarının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (6).

Transhiatal özofajektomi (THÖ) 1913 yılında Denk (7) ve VonAch (8) tarafından tarif edil

Summary: TRANSHIATAL ESOPHAGECTOMY WITHOUT THORACOTOMY FOR CARCINOMA OF THE THORACIC ESOPHAGUS

In 1991 , we performed three transhiatal esophagectomies for the patients who suffered from esophageal carcinom. We did not have any hemo or pneumothorax. N. Laryngeus inferior was not injured. Operations lasted approximately 3 hours and 45 minutes. No leak was confirmed in the passage graphies which were completed on the 8th postoperative day. Microscopilly we didn not have any residual tumor at the proximal edge of the specimen. Three months later control endoscopies were completed. There were no sign of the tumor recurrence.

Key Words: Esophageal carcinoma, Transhiatal esophagectomy.

miştir. 1933 yılında Turner, torasik özofagus karsinomu için ilk başarılı THÖ'yü gerçekleştirmiştir (9). Transtorasik özofajektomilerin (TTÖ) güncelleştiği 1950'li yıllarda gözardı edilen transhiatal girişim, 1970'li yıllarda pratik ve yeterli olması nedeniyle yeniden cerrahi gündeme gelmiştir.

Bu yazıda, özofagus karsinomlu hastalarda transhiatal özofajektomi yaparak elde ettiğimiz erken sonuçları sunduk.

MATERYAL ve METOD

T. Y. I. H. Gastroenteroloji Cerrahisi Servisinde 1991 yılında özofagus karsinomu tanısıyla 3 olguya THÖ yapıldı. Olgularımızın ikisi kadın, biri erkek olup 32,50 ve 82 yaşlarındalar-



Şekil 1: Transhiatal özofajektomide abdominal ve servikal kesiler.



Şekil 2: Servikal planda özofagogastrostomi.

dı. Anamnezlerindeki temel yakınma katı gıdalara karşı disfaji olup kilo kaybettiklerini bildirdiler. Baryumlu özofagus-mide pasaj grafilerinde darlık ve dolma defekti görüldü. Özofago-gastroskopiesinde, bir olguda 27-30 cm'de infiltratif lezyon, bir olguda 28. cm'de ülserovejetan kitle, bir diğer olguda 30-35 cm'lerde vejetan kitle saptandı. Endoskopik biopsi patolojileri squamöz hücreli karsinom olarak rapor edildi. Her üç hastanın abdominal ultrasonografilerinde metastaz, bilgisayarlı tomografilerinde çevre dokulara invazyon olmadığı görüldü. Preoperatif total parenteral nütrasyon uygulandı. Peroperatuar tek doz sefriakson profilaksisi yapıldı. Abdomene göbek üstü median kesi ile girildi (Şekil 1). A. gastroepiploica dextra korunarak mide iskeletize edildi. Olgularımızın ikisine piloromiyotomi, birine piloroplasti yapıldı. Serbestleştirilen özofagus ve mide, servikal kesiden boyuna çekildi. Özofajektomi tamamlanarak servikal özofagusla, mide arasında özofagogastrostomi gerçekleştirildi (Şekil 2). Olgularımıza torasik tüp konulmadı.

TARTIŞMA

Özofagus karsinomlarında ideal tedavi, mini-

mal mortalite ve morbiditeyle, tümörün ve nükse neden olabilecek çevre dokuların çıkarılması, semptomları ortadan kaldırarak uzun yaşam süresi elde edilmesidir (10).

THÖ, radikal küratif cerrahi prensiplere uymadığı için eleştirilmiştir (11). Transtümöral yayılım (%91), lenf nodları metastazı (%80) olsa bile, hayati organlara yakınlık özofagus karsinomlarında yeterli radikal rezeksiyona engel olmaktadır (12). Papachristou bilateral torakotomi yapmaksızın mediastinal lenf nodu temizliğinin mümkün olmayacağı görüşündedir (6). Belki bu nedenlerden, transhiatal veya transtorasik gerçekleştirilen değişik özofajektomi serilerinde üç yıllık yaşam sürelerinde farklılık olmadığı görülür. THÖ uygulayan Orringer'in (13) serisinde 3 yıllık yaşam süresi %17 iken TTÖ uygulayan Skinnerin (11) serisinde %14'tür. THÖ sonrası servikal özofagogastrostomi yapılması çeşitli avantajlar sağlamaktadır. Servikal özofagogastrostomi, teknik olarak, toraks içinde gerçekleştirilen anastomozlardan daha hızlı ve kolay olmaktadır. THÖ uyguladığımız kendi serimizde ortalama ameliyatsüresi 3 saat 45 dakika iken TTÖ girişimlerimizde bu süre 4 saat 30 dakikadır. TTÖ girişimleri sonrası anasto-

Tablo I: Transhiatal Özofajektomi Serileri

Yazar	Referans Yılı	Hasta Sayısı	Mortalite %	Kardiyor Respiratuar Morbidite	Hemoraji nedeniyle Torakotomi
Tryzelaar (19)	1982	13	7.7	15	
Orringer (13)	1984	100	6		
Baker (20)	1986	20			
Terz (21)	1987	36	8	35	3

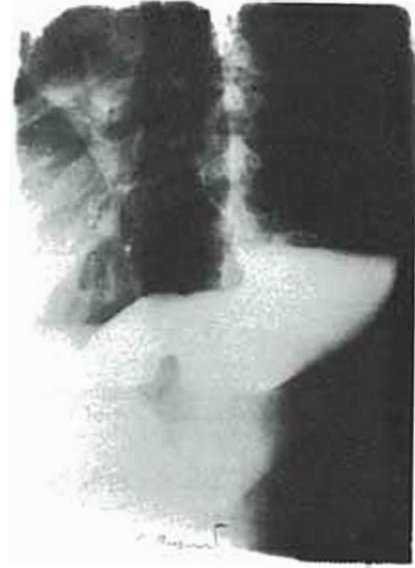
mozun mediastene sızdırılması ve gelişen respiratuar komplikasyonlar mortalitenin önemli nedenlerindendir (14). Servikal anastomozda sızdırma olsa bile yerleştirilen dren yardımıyla komplikasyonların önüne geçilir. Anastomoz kaçakları spontan olarak kapanmaktadır (10).

Özofagus karsinomlarında, rezeksiyon kenarının proksimal uzunluğuyla, anastomoz yerinde tümör nüksü insidansı ters orantılıdır (15). Parsiyel özofajektomi sonrası spesmenlerin %25'inde squamöz karsinomların submukozal infiltrasyonları nedeniyle proksimal rezeksiyon çizgisinde artık tümör saptanmıştır (16). THÖ uygulamalarımızın patolojik incelenmesinde artık tümör hücresi görülmedi.

Torakotomi yapılmaması, servikal anastomozu mümkün kılması THÖ'nün avantajları arasında sayılabilir. Girişimin körleme yapılması nedeniyle mediastinal yapıların travmatize edilmesi ihtimali unutulmamalıdır (17). THÖ girişimi sırasında mediastinal plevra yaralanmasına bağlı pnömotoraks insidansı oldukça yüksektir. Orringer, olgularının %63'üne drenaj gerektiğini bildirmiştir (13). Biz pnömotoraksla karşılaşmadık. S. Starino körleme diseksiyon sırasında trakeal bifurkasyon, sağ plevra tepesi ve aort kavsindeki anatomik fiksasyonlara dikkat etmek gerektiğini bildirmektedir (18).

Nervus laryngeus inferior yaralanması karşılaşılabilecek bir diğer komplikasyondur. Gotley serisinde %11 olarak bildirmiştir (12). Olgularımızda bu komplikasyonu görmedik.

THÖ sonrası, torakotomiye gerektirecek hemoraji ile karşılaşmadık. Tryzellar (19) onüç



Şekil 3: Postoperatif 8. günde çekilen postaj grafisi.

olguluk, Baker (20) yirmi olguluk THÖ serilerinde hemoraji olmadığını bildirdiler. Otuzaltı olguluk THÖ serisinde üç torakotomiyi gerektiren hemorajiyle karşılaşan Terz (21), bunun sebebinin tümör tarafından invaze olan V. azygosun yaralanması olduğunu bildirmiştir. THÖ girişimi sonrası hemoraji nedeniyle yapılacak torakotomi insidansı %1,5, TTÖ sonrası hemoraji nedeniyle torakotomi insidansı ise %2 olarak belirtilmiştir (22).

TTÖ girişimlerinde respiratuar fonksiyonların kısıtlandığı bir gerçektir (23). Birçok yazar, özellikle torasik rezeksiyonu kaldıramayacak respiratuar fonksiyon bozukluğu olan özofagus karsinomlu hastalarda THÖ girişimini tercih etmektedir (24).

THÖ girişimi, özofagus karsinomlu hastaların tedavisinde morbitide ve mortalite açısından en az torakotomiyle gerçekleştirilen özofajektomiler kadar başarılıdır. Erken postoperatif sonuçlar, THÖ'nün özofagus karsinomunun tedavisinde güvenilir ve yeterli girişim olduğunu göstermiştir.

SONUÇLAR

THÖ girişimleri ortalama 3 saat 45 dakika

sürdü. Peroperatuar 3-4 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Postoperatif 1., 6., 12., saatlerde ve hergün toraks grafileri çekildi. Pnömotoraks ve hemotoraks olmadığı görüldü. Total parenteral nutrisyona devam edildi. Postoperatif 8. gün özofagus pasaj grafileri çektilirdi (Şekil 3). Anastomozların normal olduğu, sızdırma olmadığı gözlemlendi. Hastalara oral beslenme

başlandı. Tümörlü özofagus piyes patolojileri squamöz hücreli az diferansiye karsinom olarak rapor edildi. Rezeksiyon çizgisinde tümöral hücre görülmedi. Hastalar postoperatif ortalama 10 günde taburcu edildiler. Üç ay sonra yapılan kontrol endoskopilerde, anastomozların normal olduğu, nüks bulunmadığı görüldü.

KAYNAKLAR

1. Earloin R, Cunha-Melo JR. Oesophageal squamous cell carcinoma: A critical review of surgery. *Br. J. Surg* 1980; 67: 381-90.
2. Silverberg E. Cancer statistics 1979. *Cancer J. Clin* 1979.
3. Mitchell RL. Abdominal and right thoracotomy approach as standart procedure for esophagogastrrectomy with low morbidity. *J Thorac Cardiovasc Surgery* 1987; 93: 205-11.
4. Lam KH, Wong J. The present state of surgical treatment of carcinoma of the oesophagus. *J. R Coll. Surg. Edinb.* 1982;27: 315-26.
5. Hennessy TPS, O'Connell R. Surgical treatment of squamous cell carcinoma of the oesophagus. *Br. J. Surg.* 1984; 71:750-1.
6. D.N. Papachristou, P. Skandalakis. Total esophagectomy without thoracotomy for cancer. *The American Surgeon*, October 1987;487-91.
7. Denk W. Zyr. Radical operation des oesophagus karzinoms. *Zentralbl Chir* 1913; 40:1065.
8. Von Ach A. Beitrageya Zur Oesophagus Chirurgie. *Verh Otsch Ges Chir* 1913; 42:260.
9. Turner GG. Excision of the oesophagus for carcinoma with construction of extrathoracic gullet. *lancet* 1933; 2: 1315.
10. Richard J. Finly. The results of Esophagogastrrectomy without thoracotomy for adenocarcinoma of the esophagogastric junction. *Ann Surg.* Oct. 1989;535-43.
11. Skinner D.B. En bloc resection for neoplasms of the esophagus and cardia J. *Thorac. Cardiovasc Surg.* 1983;35:59-71.
12. D.J. Gotley, J. Beard. Abdominocervical oesophagectomy in the management of oesophageal carcinoma. *Br. J. Surg.* 1990; Vol 77 July 815-19.
13. Orringer M.B. Transhiatal esophagectomy without thoracotomy for carcinoma of the thoracic esophagus. *Ann Surg* 1984; 200: 282-8.
14. Postlethwait R. W. Complications and deaths after operations for esophageal carcinoma. *Thorac. Cardiovasc. Surg* 1983; 85: 827-31.
15. Wong T. Ösefagcal resection for carcinoma. *Am. J. Surg.* 1987; 153: 18-24.
16. Earlam R. Öesophageal squamous cell carcinoma. *Br. J. Surg.* 1980; 67: 381-90.
17. John R. Hankins, Safah Attar. Carcinoma of the esophagus: A comparison of the results of transhiatal versus transthoracic resection. *Ann thorac Surg.* 1989; 47: 700-5.
- S. Strano, C. G. Bremner Transhiatal blunt esophagectomy. *Surgery, Gynecol-obst.* June 1988; 541-44.
18. Tryzelaar JF, Neptune W. B. Esophagogastrrectomy without thoracotomy for carcinoma of the esophagus. *Am. J. Surg.* 1982; 143: 486-9.
20. Bacer JW. Management of panesophageal cancer by blunt resection without thoracotomy and reconstruction with stomach. *Ann Surg.* 1986; 203: 491-9.
21. Terz JJ, Beatty JD Transhiatal esophagectomy *Am. J. Surg.* 1987; 154: 42-8.
22. King RM, Trastek VF. Turler Lewis esophagogastrrectomy for carcinoma of the esophagus: early and late functional results. *Ann Thorac Surg.* 1987; 44: 119-22.
23. Fan ST, Law WY Prediction of postoperatif pulmonary complications in oesophagogastric cancer surgery. *Br. J. Surg.* 1987; 74: 408-10.
24. Fekete F, Gatey B. Radicality in esophageal cancer surgery. *Ital J. Surg. Sci* 1987; 17: 15-20.