

## Özofagus Karsinomlarında Tedavi Yöntemleri

Dr. Metin Aydın<sup>1</sup>, Dr. Osman Güler<sup>1</sup>, Dr. Muammer Karaayvaz<sup>1</sup>, Dr. Serdar Uğraş<sup>2</sup>

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp fakültesi Hastanesinde 1994-1996 yılları arasında 30 özofagus kanseri olgusu tedavi edildi. 20 olgu erkek, 10 olgu kadındı. Ortalama yaş 43 (28-76) idi. Yutma güçlüğü ve kilo kaybı en sık rastlanan semptomlardı. Endoskopi ve biyopsi tanıda esas teşkil etti. Tümörün en çok yerleştiği yer 1/3 alt bölüm idi (%76.6). Hastaların %56.7'si evre III, %43.3'ü evre II idi. Bir olgu hariç tüm hastalarda cerrahi rezeksiyon yapıldı. Operatif mortalite olmadı. Tüm olgularda postoperatif kemoterapi uygulandı. Sosyoekonomik şartların bozukluğu nedeniyle hastalar radyoterapiye gönderilemedi. 13 olguda ilk bir yıl içinde metastaz tespit edildi ve bunların 8'i vefat etti. 8 olgu halen remisyonundadır. Ortalama takip süresi 16 (5-23) aydır. Sonuç olarak, özofagus kanserinde ister küratif ister palyatif amaçla olsun en etkili tedavi yöntemi cerrahidir. [Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 1997;4(4):434-437]*

**Anahtar Kelimeler:** Özofagus, karsinoma, tedavi

### The procedures of treatment in esophagus carcinomas

*Thirty patients with esophagus carcinoma were treated in Medical Faculty Hospital of Yüzüncü Yıl University between 1994 and 1996. Twenty cases were male and 10 cases were female. The median age was 43 (28-76). Dysphagia and weight lose were the most seen symptoms. Endoscopy and biopsy were essential diagnostic procedures. The most common site of tumor was the lower third of the esophagus (76.6%). The stage III patients were 56.7% and stage II patients were 43.3%. Surgical resection was performed all of them except one patient. The mortality did not happen operatively. Postoperative chemotherapy was carried out all of them. We couldn't send the patients for radiotherapy because of the socioeconomic difficulties. In 13 cases, metastases were found in the first year and 8 of them died. Eight patients are still in remission. The mean follow up period is 16 months (5-23). In conclusion, in esophagus carcinoma, the most effective treatment is surgery even if curative or palliative. [Journal of Turgut Özal Medical Center 1997;4(4):434-437]*

**Key Words:** Esophagus, carcinoma, treatment

Özofagus karsinomu bütün kanserler arasında % 1.5 gastrointestinal kanserler arasında % 7 oranında görülmektedir (1,2). Epidemiyolojik faktörleri çok iyi tespit edilmesine rağmen son zamanlarda özellikle hücre tipinde ve diyetle olan ilgisinde belirgin değişiklikler saptanmıştır. Farklı diyet alışkanlıkları,

beslenme yetersizliği, radyasyon, fazla sıcak içeceklerin sürekli alınımı, alkol ve sigara yassı hücreli kanser oluşumunda en sık suçlanan etkenlerdir.

Özofagus adenokanserleri ise, son yıllarda hızla artan oranda görülmektedir. Bu kanserlerin yaklaşık

<sup>1</sup> Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van

<sup>2</sup> Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Van

%90'ını Barret özofagusundan gelişenler teşkil etmektedir (1,3).

Ülkemizde, özellikle doğu Anadolu'da "ipek yolu" olarak adlandırılan antik yol üzerinde özofagus kanserlerinin görülme sıklığının yüksek olduğu bilinmektedir. Fakültemizin bulunduğu Van ili, bu bölge dahilindedir.

Bu çalışmada, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde 1994-1996 yılları arasında tedavi edilen 30 özofagus kanserli hastaya ait veriler sunulurken, sonuçlar literatür eşliğinde tartışılmıştır.

## MATERYAL VE METOD

Y.Y.Ü. Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde özofagus tümörü nedeniyle yatan her hastaya tanı ve takip formu dolduruldu. Bu formda:

1. Predispozan faktörler
2. Semptomlar
3. Tanıya yönelik tetkik
  - Özofagografi
  - Endoskopi ve biyopsi
  - Toraks ve üst karın BT'si
  - Tüm karının ultrasonografik tetkiki
4. Hastanın evresi (TNM)
5. Yapılan tedavi
6. Komplikasyonlar ile ilgili bilgiler kaydedildi.

Kasım 1996 tarihine kadar tedavi ve takip edilen 30 olgunun verileri toplandı.

## BULGULAR

Tedavi ve takip edilen 30 olgunun 20'si (%66.6) erkek, 10'u (%33.3) kadındı. Ortalama yaş 43 (28-76) idi. Predispozan faktörlerden yöresel alışkanlıklara

bağlı olarak sıcak içeceklerin sürekli alınımı, sigara ve alkol en belirginleriydi. Yutma güçlüğü ve kilo kaybı en sık rastlanan semptomlardı. Olguların özofagusta yerleşim yerleri ve histopatolojik tanı Tablo 1'de, evreler ile yapılan ameliyat türleri ve komplikasyonlar Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tümör kitlesinin büyüklüğü 3-6 cm arasında değişmekte idi. Olguların hastanede kalış süresi ortalama 16 (9-21) gün oldu. Kontrole gelmeyip irtibat sağlanamayan 9 olgu takipten çıkarıldı. Evre III'deki 13 olguda ameliyat sonrası dönemde 5-6'ncı aylarda lokoregional nüks ve karaciğer metastazı tespit edildi. Metastazı olanlardan 8'i ameliyat sonrası 8-10'uncu aylar arasında kaybedildi. Kalan 8 olgu (II. evrede) remisyonda olup hastalısız yaşamını sürdürmektedir. Ortalama takip süresi 16 ay (5-23) dir.

Olguların tümüne ameliyat sonrası dönemde kemoterapi uygulandı. Özellikle yassı hücreli karsinomlarda Cysplatin + 5 Fluorouracil, adenokarsinomlarda 5 Fluorouracil + Methotrexate verildi. Radyoterapi endikasyonu konulanlar ise sosyoekonomik şartlar nedeniyle gönderilemedi.

**Tablo 1.** Tümör lokalizasyonları ve histopatolojik tanıları

Yerleşim yeri	Olgu sayısı	Histopatolojik tanıları	
		Yassı hücreli Ca	Adeno Ca
Özofagus 1/3 üst	1	1	-
Özofagus 1/3 orta	6	5	1
Özofagus 1/3 alt	23	15	8
Toplam	30	21	9

## TARTIŞMA

Özofagus karsinomlarının tedavisinde halen geçerli yöntem cerrahidir. Özellikle erken evre tümörlerde (evre I) 5 yıllık yaşam süresinin sadece cerrahi uygulananlarda %68-85 olduğu bildirilmektedir. Daha ileri evrelerde ise bu oran birden bire %15-40'lara düşmektedir (4-9). Bu nedenle özofagus karsinomu nedeniyle başvuran 30 hastanın yapılan muayene ve tetkikleri sonucunda ameliyatına karar verildi. Ancak evre III'deki bir hasta

**Tablo 2.** Evrelere göre yapılan ameliyat türleri ve komplikasyonlar.

Evreler	Olgu sayısı	Total özofajektomi + özofagogastrostomi	Uygulanan Tedaviler		Komplikasyonlar		
			Subtotal özofajektomi + total gastrektomi + Roux- en-Y	Subtotal özofajektomi + özofagogastrostomi	Stent	Enfeksiyon	Pleuro pnömonik
Evre I	-	-	-	-	-	-	-
Evre II	13	12	1	-	-	1	1
Evre III	17	15	-	1	1	1	4
Evre IV	-	-	-	-	-	-	-
Toplam	30	27	1	1	1	2	5

ameliyatı kabul etmediğinden disfaji şikayetinin ortadan kalkması için "Self Expandable" metal stent konuldu (Resim 1).

Aynı zamanda radyoterapi ve kemoterapinin,



**Resim 1.** "Self Expandable" metal stent'in görünümü.



**Resim 2.** Piloniyotomisiz olgunun postoperatif pasaj grafisinde mide boşalımı.

özellikle de yassı hücreli karsinomlarda, diğer

gastrointestinal karsinomlara nazaran daha etkili olduğu bilinmektedir. Olgularımızın tümünde patolojik tanıya uygun olarak kemoterapi uygulanmıştır. Ancak bölgenin coğrafi konumu ve sosyoekonomik şartların bozukluğu nedeniyle hastalarımızda radyoterapi yapma imkanı olamadı.

Özofagus kanserlerinin en belirgin semptomları disfaji ve kilo kaybıdır. Bunlar olgularımızda da tespit edilen en yaygın semptomlardı. Özofagusun incelenmesinde endoskopi, radyografi ve BT en sık kullanılan görüntüleme yöntemleridir. Özofagografiler endoskopiden sonra ikinci sırada önem taşımaktadır. BT ise ekstraözofageal yayılım ve metastazların tespitinde en değerli tanı aracıdır. Bu nedenle olgularımızın tümünde endoskopik muayene ile biyopsi alınarak tanı konuldu. Daha sonra özofagografileri çekildi. Tümörün lokal invazyonunu ve metastazları belirlemede ise BT kullanıldı. Ameliyat öncesi klinik değerlendirmeler sonucu hastalar evrelendirildi. Hastaların genel durumu ve kardiyopulmoner fonksiyonları değerlendirilerek ameliyata hazırlandılar.

Özofagus kanserinin tedavisi cerrahi, kemoterapi, radyoterapi veya her üç yöntemin kombinasyonu ile yapılmaktadır (10). Cerrahi tedavi yüksek morbidite ve mortalite oranına rağmen tek küratif tedavi şansının olduğu veya en iyi palyasyonun sağlandığı yöntemdir. Kontrendikasyon olmayan olgularda en iyi tedavi seçeneğidir. İlk başarılı özofajektomi 1913'de Franz Torek tarafından yapılmıştır. Adams ve Plemister ise 1938'de başarılı bir şekilde özofajektomi + özofagogastrotomi ameliyatını uygulamışlardır (5,11). Ameliyat tekniği organın anatomik konumu nedeniyle günümüze kadar fazla değişikliğe uğramamıştır. Son yıllarda torakotomisiz transhiatal özofajektomiler de sık uygulanmaktadır (7,11,12). Transhiatal yöntemle ameliyat süresinin kısaldığı ve respiratuar fonksiyonları bozuk olan hastalarda tercih edilmesi gerektiği bildirilmektedir (7,13). Transhiatal torakotomisiz yöntem konusunda yeterli deneyimimiz olmadığı için torakotomili yöntemi tercih ettik.

Ameliyat ettiğimiz 29 olgunun 27'sinde total özofajektomi, 2'sinde subtotal özofajektomi yaptık. Rekonstrüksiyon amacıyla 28 olguda mide kullanıldı. Fundus ve kardiada da tümör invazyonu olduğu için 1 olguda total gastrektomi yapıldığından rekonstrüksiyon jejunum ile yapıldı. Rekonstrüksiyon amacıyla mide anatomik konumu, alanı, hacmi ve damarsal yönden zenginliği nedeniyle iyi bir rezervuar gibi görünmektedir (11,14). Her ne kadar mide

rekonstrüksiyonunda piloromiyotomi veya piloroplasti yapılması tavsiye edilmekteyse de olgularımızda ameliyat anında pilordan geçişin rahat olduğunu saptadığımız 5 olguda drenaj işlemi yapmadık. Bu olguların hiçbirinde ameliyat sonrası çekilen pasaj grafiğinde mide boşalmasında gecikme saptanmadı (Resim 2).

Özofagus rezeksiyonlarından sonra en ciddi komplikasyonların anastomoz kaçağı, pnömoni, respiratuar yetmezlik ve miyokard infarktüsü olduğu bilinmektedir. Bu komplikasyonlardan hiçbiri bizim serimizde görülmedi. Ancak olgu sayımız henüz azdır. Yara enfeksiyonu 2, atelektazi 5 olguda saptandı.

Cerrahi tedavide mortalite oranının %0-40 arasında değiştiği bildirilmektedir (11,15). Tümörün yeri, teknik uygulama, özofagus yerine konulacak organ seçimi, ameliyat öncesi dönemde uygulanan radyoterapi ve kemoterapi ile tümörün histopatolojik özellikleri mortaliteye etki eden faktörlerdir (10). Son yıllarda mortalite ve morbidite oranlarında anlamlı şekilde düşmeler olduğu ve rezektabilite oranlarının da artmaya başladığını bildiren yayımlar mevcuttur (5,6). Serimizde operatif mortalite gözlenmedi.

Özofagus kanserinde ister küratif ister palyatif amaçla olsun en etkili tedavi yöntemi cerrahidir. Özellikle erken evre tümörlerde 5 yıllık sağ kalım oranlarının belirgin derecede yüksek olduğu bilinmektedir. Bu nedenle erken tanı ve cerrahi tedavi yaşam süresini etkileyen en önemli faktörler olarak görülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Cameron AJ, Ott BJ, Payna WS. The incidence of adenocarcinoma in Barrett's esophagus. *N Engl J Med* 1985; 313; 857-8.
2. Roth JA, Lichter SA, Putnam JB, Forastiere AA. Cancer of the esophagus. In: De Vita VT eds. *Cancer*, Philadelphia, JB Lippincott Co 1993: 776-817.
3. Peters JH, DeMeester TR. Esophagus and diaphragmatic hernia. In: Schwartz SI, eds. *Principles of surgery*. USA, McGraw Hill 1994: 1088-98.
4. Berger HD, Feig WB, Fuhrman MG. The M.D. Anderson surgical oncology handbook. M.D. Anderson cancer center, department of surgical oncology 1995: 100-6.
5. Le-tian X, Zhen-fu Ş, Ze-dian L, Lian-hun W. Surgical treatment of carcinoma of esophagus and cardiac portion of the stomach in 850 patients. *Am Thorac Surg* 1983; 35; 542-7.
6. Sebastin MU, Wolfe WG. The multimodality treatment of esophageal cancer. *Advances in surgery* 1995; 28;385-95.
7. Terz U, Beatty JD, Kokal WA, Wagman LD. Transhiatal esophagectomy. *Am J Surg* 1987; 154; 42-8.
8. Kakegawa T, Yamana H, Anda N. Analysis of surgical treatment for carcinoma situated in cervical esophagus. *Surgery* 1985; 97; 150-7.
9. Hernandez LJJ, Zornoza G, Chamorro A, Ahenke A, Albiach M, Voltas J. Esophagectomy for esophageal cancer excluding cardiac involvement. *Rev Med Univ Navarra* 1989; 33; 155-60.
10. Terz JJ, Leong LA, Lipsett JA, Wagman LD. Preoperative chemotherapy and radiotherapy for cancer of the esophagus. *Surgery* 1993; 114; 71-5.
11. Yalav E. Özofagus tümörleri. *Temel Cerrahi*, Ed Sayek İ: 1. baskı Güneş Kitabevi Ankara 1991: 661-76.
12. Peracchia A, Bardini R. Total esophagectomy without thoracotomy: results of a European questionnaire (GEEMO). *Int Surg* 1986; 71;171-5.
13. Prevost F, Fourtanier G, Pessey JJ, Yandza T, Serrano E. Total esophagectomy by stripping without thoracotomy in cancer of the pharynx, esophagus and cardia. *Presse Med* 1987;16;1269-71.
14. Fisher RD, Brawley RK, Kielfer RF. Esophagogastrectomy in the treatment of carcinoma of the distal two-thirds of the esophagus. *Ann Thorac Surg* 1972; 14; 658-70.
15. Shi GN. Total esophagectomy and colon transplantation in treatment of upper neck esophageal carcinoma. *Chung Hua Wai Ko Tsa Chih* 1992; 30; 214-5.

**Yazışma adresi:** Dr. Metin AYDIN  
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Araştırma Hastanesi  
Maraş Caddesi  
65200 VAN