

Özofagus Kanseri: Wallstent İle Palyatif Tedavinin İlk Sonuçları*

Dr. A. Yüksel BARUT (1), Dr. Halil TOPRAK (2), Dr. A. Kemal GÜLEÇ (2),
Dr. H. Yücel BARUT (3), Dr. Elif Ş. SIRLIOĞLU (3)

ÖZET

Ocak 1994 ile Nisan 1995 tarihleri arasında 12 olguya inoperabl özofagus tümörü tanısı ile kliniğimizde Wallstent uygulandı. SSK İstanbul Eğitim Hastanesi polikliniklerine yutma güçlüğü ve zayıflama yakınmaları ile başvuran olgulara özofagus pasaj radyogramı, endoskopi, batin ultrasonografisi, toraks bilgisayarlı tomografisi ve gerekli gorulenlere manyetik rezonans incelemeleri yapıldı. Yapılan incelemeler sonucu inoperabl olduğu saptanan 12 olguya pasajın sağlanması amacıyla özofagusa wallstent yerleştirilerek palyatif tedavi sağlandı. 12 olgudan 6'sına bir wallstent, 6'sına tıkanmaya neden olan segmentin uzun olması nedeniyle veya tümörün ilk konan stentin uç kesimlerine ilerlemesi nedeniyle ikinci wallstent yerleştirilerek pasaj sağlandı. Kendiliğinden genişleyen wallstent ile inoperabl özofagus tümörlerinde pasajın sağlanmasının hastalar için iyi sonuç verdiği görüldü.

Anahtar kelimeler: Özofagus tümörleri, Endoprotez, Özofagusta girişimsel işlemler.

GİRİŞ

Son yıllarda teknolojiadaki gelişmelerden en çok faydalanan radyoloji bu gelişmelerle birlikte girişimsel yöntemlerle de hastalara daha yararlı olmaya başlamıştır. Radyolojideki bu gelişmeler tanı ve tedavi yöntemlerinde doktora ve hastaya büyük kolaylıklar sağlamıştır. Günümüzde cerrahi girişimin riskli olduğu, hastanın travmatize edilmemesi gerektiği veya cerrahi girişimin yan etkilerinin yararından daha fazla olduğu olgularda, girişimsel radyolojik yöntemler kolay uygulanabilmeleri ve tedavide etkin olmaları

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Radyodiagnostik Kliniği
(1) Şefi, (2) Asistanı, (3) Uzmanı

*Ankara'da RAD'95 Tıbbi Görüntüleme ve Girişimsel Radyoloji Kongresi'nde 20 Haziran 1995'de sozlu olarak sunulmuştur.

SUMMARY

Esophageal Carcinoma: Initial Results of Palliative Treatment With Wallstent

The patients with inoperabl esophageal carcinoma are performed wallstent procedure between January 1994 and April 1995 in our department. The patients who attended at ower policlinics with teh complanits of weight loss and dysphagia were etected with barium meal radiographics, endoscopy, abdominal ultrasonography, thoracal computed tomography and magnetic resonance imaging. In detected cases, 12 of which determined as inoperabl, the wallsetent is applied with the aim of relieving the patient's dysphagia complaint especially. We applied one wallstent to six patients, other six are performed to have two wallstents because the infiltrated segment was longer than the size of the stent or the first stent moved along the borders of the infiltrated segment. We conclude that, with the use of the self expanding wallstents, re-passage is performed in patients with inoperabl esophageal carsinomas and the results are wery good for the patients.

Key words: Esophagus neoplasms, Endoprostheses, Esophagus interventional procedure.

nedeniyle öncelik kazanmışlardır. İnoperabl özofagus tümörlerinde wallstent uygulaması da bu yöntemlerden birisidir. Özofagus ve kardia tümörleri ilerleyen disfajiye neden olur ve tedavi uygulanamazsa bir ölüm nedenidir. İnoperabl özofagus tümörlerinin neden olduğu disfaji ve tıkanıklığın ortadan kaldırılmasında uygulanan anastomozlar büyük ölçüde mortaliteyle sonuçlanır (1). Cerrahi girişimden sonra bile yaklaşık %20 olguda rekurrens oluşur veya anastomoz alanındaki darlığa bağlı disfaji gelişir (2). Bu nedenle inoperabl malign özofagus tümörlerinde disfajinin ortadan kaldırılmasında stent uygulanması hızlı ve basit bir yöntem olması nedeniyle öncelik kazanmaktadır (1). Kaplanmış veya kaplanmamış, kendiliğinden gelişleyen özofagus stentlerinin skopik gözlem altında yerleştirilmesi özofago-gastrik darlıkların palyatif tedavisinde mortalite ve morbiditeyi azaltması nedeniyle gittikçe önem kazanmıştır (3-4).

Özofagusta gelişen malign darlık disfajiye neden olduğundan hastalar yeme ve içmenin zevki ile fizyolojik yararlarından yoksun kalırlar. Ayrıca özofagopulmoner fistül ve bronkopulmoner aspirasyonun

komplikasyonları ile karşılaşılır. Özofago-gastrik pasaj sağlanmadığı takdirde hasta yaşamının sonuna kadar intravenöz yolla, nazogastrik sonda veya gastrostomi yoluyla beslenmek zorunda kalmaktadır.

Özofagus tümörlerinde endoprotez uygulaması ilk olarak Symonds tarafından 1887'de gerçekleştirilmiştir (5). Daha sonra 1924'de Souttar, 1957'de Carter ve 1959'da Weisel ve arkadaşları yöntemin gelişmesini sağlamışlardır (5).

Kliniğimizde de inoperabl malign özofagus tümörü tanısı konan 10 olguya ve daha önce özofagus tümörü nedeniyle özofagogastrotomi yapılmış fakat 3 ay sonra anastomoz yerinde darlık gelişmiş 2 olguya pasajın sağlanması amacı ile skopik gözlem altında wallstent yerleştirilmiş ve toplam 12 olguda sonuçlar izlenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 1994 ile Nisan 1995 tarihleri arasında SSK İstanbul Eğitim Hastanesi polikliniklerine yumuşak gıdalara karşı yutma güçlüğü veya yutamama ve zayıflama yakınmaları ile başvuruda bulunan olgulardan 12 olguya inoperabl kabul edilmeleri nedeni ile silikonla kaplanmış veya silikonsuz wallstent yerleştirilerek pasaj sağlandı. Olgulara önce özofagus pasaj radyogramı, endoskopi, batin ultrasonografisi, toraks bilgisayarlı tomografisi ve gerekirse toraks manyetik rezonans incelemesi yapıldı. Bu incelemeler sonucu özofagusta yerleşen kitlenin malign olması, 8 cm'dan uzun bir segmenti kapsaması, komşu organlara invazyonunun bulunması veya uzak metastazlarının bulunması ile inoperabl kabul edilen olgulara wallstent uygulandı.

Olgularımız 41-70 yaşları arasında, 10'u erkek ve 2'si kadın idi. 2 olgumuza tümör nedeni ile özofagogastrotomi yapılmış daha sonra anastomoz yerinde darlık olduğundan ikinci bir cerrahi girişim riskli bulunmuş, 1 olguya cerrahi girişim yapılmış ve bu girişim sırasında inoperabl olduğuna karar verilip kapatılmış, 9 olguya ise hiçbir cerrahi girişim yapılmadan radyolojik incelemeler sonucu inoperabl kabul edilerek wallstent konmasına karar verilmiştir.

Girişim öncesi olgu aç bırakıldı, girişime başlamadan önce sulandırılmış baryum ile özofagus pasaj radyogramları alındı (Resim 1). Skopik olarak geçiş gözlemlendi. Dar olan segmentin orta kesimi skopik gözlem altında hasta vücuduna metal yapıştirilerek işaretlendi. Wallstent yerleştirme işlemi üç aşamada gerçekleştirildi. Birinci aşamada kılavuz tel yardımı ile konacak stentin boyunu saptamak amacı ile dar segmentin boyu ölçüldü. Bunun için kılavuz tel dar olan özofagus segmentinin distaline kadar indirildi, daha sonra kılavuz tel ucu darlık proksimaline kadar çekilerek dudak düzeyinde çekilen kısım ölçülüp dar segmentin boyu belirlendi (Resim 2). Segmentin boyunun belirlenmesinden sonra darlık distal ve proksimalinde güvenli alan kalacak şekilde konacak stentin boyu belirlendi (6-7). İkinci aşamada stent kateterinin dar segmentten geçişini ve stentin yerleştirilmesini kolaylaştırmak amacı ile kılavuz tel üzerinden ge-

çirilen balon kateter ile dar segmente dilatasyon uygulandı (Resim 3). Dilatasyon için sönük olarak kılavuz tel üzerinden geçirilen balon kateterin balonu, dar olan segmentte genişlemesi ve opasifikasyonu için sulandırılmış ve suda eriyen opak madde ile şişirildi (Resim 3) (8). Dilatasyondan sonra kılavuz tel yerinde bırakılarak balon kateter çıkarıldı. Üçüncü aşamada kılavuz tel üzerinden wallstente ait kateter geçirildi, dar segmentin distal ve proksimalinde ikişer cm'lik güvenli alan kalacak şekilde ortalanarak stent açıldı (Resim 4). Aynı girişimde segmentin uzunluğu nedeni ile iki stent konması kararlaştırıldığında, ilk olarak alttaki stent açıldı, daha sonra proksimaldeki stentin alt ucu ilk stentin üst ucu ile birbirine bindirilerek açıldı (7,9,10). Stenti taşıyan kateter ve kılavuz tel çıkarılarak, hastaya baryum suspansiyonu içirilip pasaj ve stentin konumu skopi ve radyogramlar ile kontrol edildi. Tüm olgularda stentin yerleştirilmesinden sonra pasajın rahat bir şekilde sağlandığı, gerekli lümen açıklığının elde edildiği görüldü. Olgular girişimden sonra bir gün daha yatırılarak taburcu edilip bir ay sonra ilk kontrollerine çağırıldılar. Olgulara girişimden sonraki ilk iki gün sıvı gıdalar, sonraki üç gün sıvı ve yumuşak gıdalar, daha sonraki günlerde tüm gıdalar verildi. Bir olguda katı gıdalara hiç izin verilmedi.

RESİMLER



RESİM 1 : L. Y. 63 Y. E. Özofagus orta kısmında düzensiz kenarlı dolma noksanlığı, omuz işaretini gösteren mukoza da devamsızlık.



RESİM 2 : R. A. 64 Y. E. Özofagus distalinde, kardiayı da kapsayan dolma noksanlığı ve darlıktan geçirilen kılavuz tel.



RESİM 3 : H. S. 65 Y. K. Özofagus orta kesiminde bulunan dar segmente stent konmadan önce balon kateter ile dilatasyon.



RESİM 4 : P. B. 70 Y. K. Tümör nedeni ile daralan segmente açılan Wallstent, stent orta kesiminde kitlenin bası izi ve stentten sonra opak ilacın takıntısız geçişi.

BULGULAR

12 olgumuzda, özofagusta darlık nedeni olan kitle 4'ünde orta kesimde, 2'sinde distalde, 4'ünde özofagus distali ve kardiada yer almakta idi. 2 olguda ise distal özofagus tümörü nedeni ile özofago-gastrostomi yapılmış, daha sonra bu kesimde darlık gelişmişti. 4 olguda tümör uzunluğu 10 cm'den fazla olduğu için önce alttaki, sonra üstteki takılmak kaydı ile 2 cm üstüste bindirilerek iki stent takıldı. 2 olguda stent takıldıktan sonra 16 ve 20 hafta sonra tümörün stent proksimaline infiltre olması ve darlık gelişmesi nedeni ile ikinci stentler takıldı. 1 olguda özofagus orta kesimindeki dar segmente silikonlu wallstent başarı ile yerleştirildi, kontrol radyogramları alındı, pasajın sağlandığı görüldü. Bir gün sonra hasta taburcu edilirken alınan kontrol radyogramında wallstentin aşağı 3 cm yer değiştirdiği saptandı. Bu yer değiştirmenin kalbin ve aorta infiltre olması nedeni ile aortun ritmik pulsasyonu sonucu geliştiği kanısına varıldı ve ilk stentin proksimaline üst üste bindirilerek ikinci stent takıldı ve hasta taburcu edildi. Kullanılan stentler 18 veya 20 mm çapında ve 10 cm uzunluğunda idi. Skopi eşliğinde stent yerleştirilmesi teknik olarak başarılıydı, bütün hastalar tarafından tolere edildi. İşlem sırasında ve sonrasında perforasyon, kana-

ma gibi ciddi bir komplikasyon görülmedi. 3 olguda darlığın balon dilatasyonu ve stentin yerleştirilmesi sırasında ağrı gelişti. Oluşan bu ağrı yaklaşık bir hafta içerisinde kayboldu. 1 olgumuzda stentte yer değiştirme olmasına karşın 11 olgumuzda stentlerde herhangi bir yer değişikliği görülmedi. Özofagogastrik bileşkedeki tümör nedeni ile stent konan bir olguda regurjitasyon gelişti. Stent takıldıktan sonra en erken kaybettiğimiz olgu 5 hafta yaşadı, bu olgu laparatomiden sonra cerrahi girişim yapılmadan kapatılan olgu idi, yaygın metastaz, asit ve kaşeksi nedeni ile kaybettik. Bundan sonraki en erken kaybımız 15 hafta sonra oldu. Bir olgumuz ise 68 haftadır yaşamaktadır. 6 olgumuz süreleri değişik olmakla birlikte yaşamlarını sürdürmektedirler. Otopsi olanağı olmadığı için kaybedilen olguların gerçek ölüm nedeni bilinmemektedir.

İRDELEME

Özofagus tümörlerinin sağaltımında en etkin yöntem kuşkusuz cerrahi girişimdir. Ancak ülkemizde tanı konduğunda özofagus tümörleri hemen daima ileri evrelere ulaşmış ve büyük oranda cerrahi girişim şansını yitirmiştir. Palyatif sağaltımda birçok yöntem kullanılmaktadır, bunlar arasında endoprotez ucuz, etkili ve uygulaması en kolay olan bir yöntemdir (6,9,11,12). Bu çalışma kliniğimizde uygulanmaya yeni başlanmış olması nedeni ile olgu sayımız sınırlıdır. Özofagus tümörlerinde dilatasyon ve endoprotez uygulanmasında başarı ortalama %90 dolayındadır (3,5,13,14). Özofagusa endoprotez konmasının hasta-ya kaliteli bir yaşam sağlandığı kesindir, fakat hastanın yaşam süresini uzatıp uzatmadığı konusunda kesin birşey söylemek güçtür. Fransa'da 1986 yılından sonra özofagus kanserli hastaların yaşam sürelerinin uzadığı gözlenmiş ve bunun palyatif sağaltım yöntemlerinin yaygın olarak uygulanmasına bağlı olduğu öne sürülmüştür (5).

Endoprotez yerleştirilmesinde en ciddi komplikasyon perforasyondur (7,12,15,16). Bizim olgularımızın hiçbirinde perforasyon ile karşılaşmadık. Bazı olgularda tümör büyüyerek stent alt ve üst ucunu kapatabilir (17,18). Bizim 2 olgumuzda da tümör stent proksimaline büyümüş idi, ilk stentin ucunun üstüne oturan ikinci kısa bir stent yerleştirilerek sorun çözümlendi.

Özofagus tümürlü hastalarda trakeo-özofajinal fistül sıklığı %5-10'dur (7). Tedavi edilmemiş olgularda aspirasyon, sekonder pnomoni, akciğer absesine neden olurlar. Bizim hiçbir olgumuzda görülmemiştir. Endoprotezlerde diğer bir komplikasyon stentin yer değiştirilmesidir (7,18,20). Tümör proksimalinde omuz işareti görünümü oluşan olgularda yeterli genişlikte stent takıldığında yer değiştirme olmamaktadır, çünkü stent rahat tutunmaktadır. Bizim 1 olgumuzda stentte aşağı yer değiştirme oldu, bunun üst ucuna oturan ikinci bir stent konarak pasaj sağlandı. Schaer ve arkadaşları tümörün stent içine büyümesi

ile blokaj oluştuğunu bildirmişlerdir (7). Bizim olgularımızda bugüne kadar yaşayanlar dahil hiçbirisinde bunu görmedik. Bunu olgularımızın çoğunda silikonla kaplanmış wallstent kullanmamıza bağladık.

SONUÇ

Wallstent uygulamasında amaç inoperabl malign özofagus tümörlerinde pasajın sağlanması ve palyatif çözüm ile yaşam kalitesini iyileştirmektir. Özofagusa konan endoprotez ile yutma gücü ortadan kalkmış ve hasta ağız yoluyla beslenmeye kısa sürede başlamıştır (1,2,6,7,10,15,17,18,19,20). Bizde inoperabl malign özofagus tümörlerinde endoprotez uygulamasının genel anestezi gerektirmemesi, cerrahi girişime göre çok daha az travmatik olması, hastanede kalma süresinin çok kısa olması, cerrahi girişim sonrasında olduğu gibi bakım gerektirmemesi, yutma gücünü ortadan kaldırılması, hastaların yeme, içme zevkinin fizyolojik yararlarından faydalanmasını sağlaması nedeniyle en iyi palyatif çözüm olduğunu saptadık.

KAYNAKLAR

- 1- **Angorn IB, Haffejee AA.** Endoesophageal intubation for palliation in obstructing esophageal carcinoma. In: Manning TA, ed. *Interventional trends in general thoracic surgery*. Vol 4 St Louis, Mo: Mosby, 1988; 410-419.
- 2- **Earlam R, Cunha-melo JR.** Malignant esophageal strictures: a review of techniques for palliative intubation. *Br J Surg* 1982; 69: 61-68.
- 3- **Schaer j, Katon RM, Ivancev K, et al.** Treatment of malignant esophageal obstruction with silicone-coated metallic self-expanding stents. *Gastrointest Endosc* 1992; 38: 7-11.
- 4- **Cwikiel W, Wilen R, Stridbeck H, et al.** Self-expanding stent in the treatment of benign esophageal strictures: experimental study in pigs and presentation of clinical cases. *Radiology* 1993; 187: 667-671.
- 5- **Çavuşoğlu H, Musoğlu A, Yönetçi N, ark.** Özofagus kanserleri ve endoprotez uygulamasının sonuçları. *Gastroenteroloji* 1992; 3: 139-143.
- 6- **Knyrim K, Wagner HJ, Bethge N, et al.** A controlled trial of an expansile metal stent for palliation of esophageal obstruction due to inoperabl cancer. *The N Eng J of Med* 1993; 329: 1302-1307.
- 7- **Song HY, Do YS, Han YM, et al.** Covered, expandable esophageal metallic stent tubes: Experiences in 119 patients. *Radiology* 1994; 193: 689-695.
- 8- **Mayner M, Guerra C, Reyes R, et al.** Esophageal strictures: Balloon dilatation. *Radiology* 1988; 167: 703-706.
- 9- **Wallace MJ, Charnsangavej C, Ogawa K, et al.** Tracheobronchial tree: Expandable metallic stents used in experimental and clinical applications. *Radiology* 1986; 158: 309-312.
- 10- **Song HY, Choi KC, Kwon HC, et al.** Esophageal strictures: treatment with a new design of modified Gianturco stent-work in progress. *Radiology* 1992; 184: 729-734.
- 11- **Boyce HW Jr.** Medical management of esophageal obstruction and esophageal pulmonary fistula. *Cancer* 1982; 50: 2597-2600.
- 12- **Buess G, Schellong H, Kometz B, et al.** A modified prosthesis for the treatment of malignant esophagotracheal fistula. *Cancer* 1988; 61: 1679-1684.
- 13- **Wijburg FA, Heymans HSA, Urbanus NAM.** Austic esophageal lesions in childhood: Prevention of stricture formation. *J Pediatr Surg* 1989; 24: 171-173.
- 14- **Martini N, Goodner JT, D'Angio GJ, et al.** Tracheoesophageal fistula due to cancer. *J Thorac-Cardiovasc Surg* 1970; 59: 319-324.
- 15- **Strecker EP, Boss I, Strohm M, et al.** Mid-term follow up of stented malignant and esophageal strictures. Scientific programm and book of abstracts. *ECR 95 Vienna 1995*; pp 36.
- 16- **Do YS, Song HY, Lee BH, et al.** Esophagorespiratory fistula as sociated with esophageal cancer: treatment with a Gianturco stent tube. *Radiology* 1993; 187: 673-677.
- 17- **Song HY, Choi KC, Cho BH, et al.** Esophagogastric neoplasms palliation with a modified Gianturco stent. *Radiology* 1991; 180: 349-354.
- 18- **Pulido-Duque JM, Rivero L, Reyes R, et al.** Palliative treatment of malignant dysphagia with esophageal endoprosthesis Strecker. Scientific programme and book of abstracts. *ECR 93 Vienna 1993*; pp 73.
- 19- **Cwikiel W, Tranberg KG, Walter B, et al.** Malignant esophageal strictures, treatment by insertion of self-expandable stents. Scientific programme and book of abstracts. *ECR 95 Vienna 1995*; pp 35.
- 20- **Cwikiel W, Stridbeck H, Tranberg KG, et al.** Malignant esophageal strictures: treatment with a self-expanding nitinol stent. *Radiology* 1993; 187: 661-665.