

ÖSOFAGUSUN REZEKSİYON VE MİDE İLE REKONSTRÜKSİYONLARINDAN SONRA GEÇİCİ SERVİKAL GASTROSTOMİNİN FAYDALARI

Erdoğan Yalav* Kadir Koç**

Ösofagus karsinomlarının tedavisinde cerrahi metodların geçerlik ve değerliliği her geçen gün biraz daha iyi anlaşılmaktadır. Organın rezeksiyonu rekonstruktif bir cerrahiye gerektirmektedir. Bu maksatla mide, kolon veya jejunum gibi organlar kullanılmaktadır. Bütün bu metodlar içerisinde müşterek problem faringo-intestinal kanalın devamlılığını sağlayan anastomozların sağlıklı olmasını temin edebilmektedir. Bu kısa raporumuzda bu konuda başarılı sonuçlar aldığımız ufak bir teknik detayı sunmak istemekteyiz.

MATERYAL ve METOD

Ösofagus karsinomunda organın geniş rezeksiyonu kaçınılmazdır. Faringo intestinal devamlılık ancak rekonstrüksiyonla temin edilir. Bugün için en çok uygulanan rekonstrüksiyon aracı mide olmaktadır. Mide bütün boyutlarınca boyna kadar çekilmekte ve ösofagogastrik anastomoz boyunda yapılmaktadır. Son 5 yıl içinde yaptığımız 300 ü aşkın rezeksiyon ve rekonstrüksiyonlarda mide dekompresiyonu nazogastrik tüp aracılığı ile temin edilmiştir. Genelde ösofagusun rezeksiyon sınırları tümörün yaygınlığına paralel olarak gerçekleştirilir ve tümörün 7-8 cm üstünden yapılan bir rezeksiyonun yeterli olduğu savunulurdu. Bugün için daha ileri bir görüşle ösofagus karsinomlarında organın bütünüyle rezeksiyonu ön görülmektedir. Boyunda gerçekleştirilen ösofagogastrik anastomozlarda midenin konumu servikal gastrostomiye imkan vermektedir.

BULGULAR

Anabilim Dalımızda son 5 yıl içinde boyunda ösofagogastrik anastomozdan sonra servikal gastrastomi uyguladığımız 6 vak'a mevcuttur. Bu vak'aların 4 ü koroziv madde striktürü ikisi ise skuamöz cell karsinoma idi. Servikal gastrostomi açıklığından sokulan uzun aspi-

* A.Ü. Tıp Fak. Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı

** A.Ü. Tıp Fak. Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Araş. Görevlisi

rasyon tüpü duodenuma kadar itilmekte ve bu seviyede tesbit edilmektedir. Çok delikli olan aspirasyon tüpü aracılığı ile hem duodenum hemde mide aspirasyonu kolayca yapılabilir. Bu uygulamanın denendiği 6 hastamızda postoperatif dönemde hiçbir solunum problemi ortaya çıkmamıştır. Hastaların yutkunma, öksürme refleksleri kaybolmamış nazogastrik tüpün yarattığı patolojik ve psikolojik bozukluklar görülmemiştir.

TARTIŞMA

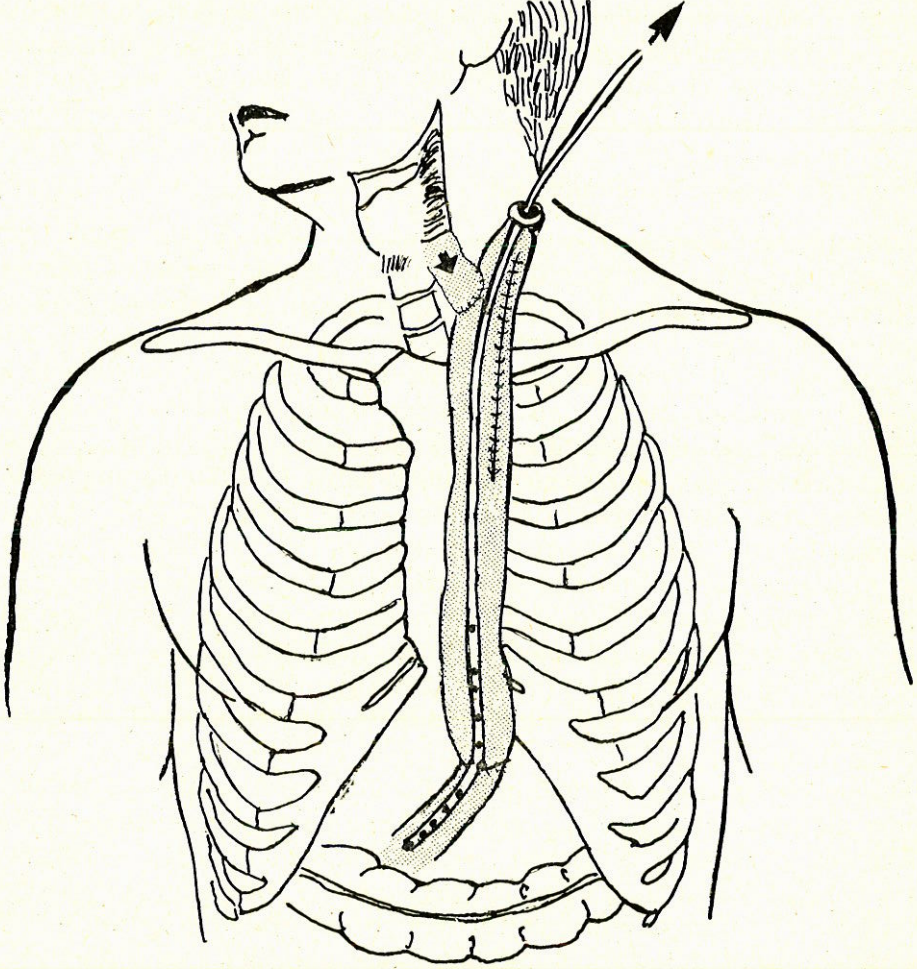
Ösofagus kanserleri bütün tümörler arasında % 1.5, gastrointestinal kanserler arasında ise % 7 arasında bulunmaktadır. Japonya'da bu hastalıktan her sene ortalama yüzbinde 43.33, Çin'de 31.7, Amerika'da ise 10 kişi ölmektedir (1). Yurdumuzda bu konuda belirgin bir istatistik verilmemesine karşın şahsi kanımız bu hastalığın ihmal edilemeyecek bir sayıda var olduğudur. Kanser sebebi olarak bilinen bütün faktörlerin sık bulunduğu (tek yönlü beslenme, yağlı baharatlı yeme alışkanlığı, tütün, alkol, çay, kahve tiryakiliği) yurdumuzda hastalığın Japonya veya Çin istatistiklerine yakın bir oranda görülebileceği kanısını bize vermektedir. Nitekim son 10 yıl içerisinde Anabilim Dalımıza müracaat eden hastaların total sayısı içinde değişik kanser oranı % 17.34 bulunmasına karşılık bu hastalar arasında ösofagus kanseri oranı % 34.14 oranında bulunmuştur. Anabilim Dalımızın bu konudaki çalışmaları ve eğitim programlarında özellikle bu konuya önem verilmesi sonucu hasta potansiyeli gün geçtikçe artmaktadır.

Hastalığın tedavisinde Radyoterapi ve Kemoterapi metodları yetersiz kalmaktadır. Bunda muhakkakki en önemli sebep hastaların geç müracaatlarıdır (2). Hastalık teşhis edildiğinde genellikle çok geç kalınmış olduğundan palyatif tedavi önerilmesi hatıra gelmektedir. Bu tedaviler arasında seçimin radyoterapi, kemoterapi, palyatif operasyonlar, endoskopik olarak protez konulması, laser tedavisi arasında yapılmalıdır. Geçen 30 yıl içinde ösofagus kanseri prognozunu değiştirecek çok az gelişme olmuştur. Kanımızca başarısızlık sebebi vakaların geç gelmesi kadar tedavi yöntemlerinin bilinçli olarak kullanılmamasıdır. Maalesef hemen hemen yeğane hastalık belirtisi olan disfaji ösofagus pasajının % 75 ni tıkandığı zaman ortaya çıkmaktadır (4). Bu durumda müracaat eden bir hastada radyoterapi ile başarıya varılsa bile dokuda darlık, striktür gelişmekte, en azından bu bölgede fonksiyonel bir pasaj bozukluğu ortaya çıkmaktadır. Radyoterapinin

hastalarda etkin bir tedavi yöntemi olabilmesi için ışınlanacak bölgelerin çok iyi bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Kabaca yapılan bir değerlendirmenin hiçbir faydası olmayacaktır. Yaptığımız araştırmalarda torasik ösofagus kanserlerinde abdominal metastaz oranının % 53.63 gibi çok yüksek değerlerde bulunması, bu metodla hastalığın tedavisindeki başarısızlıkların sebebini ortaya koymaktadır (5). Cerrah, patalog ve radyologun yoğun bir işbirliği ile geniş bir disseksiyon alanının belirli ve gerekli bölgelerinin ışınlandırılmasının en etkin tedavi tarzı olduğu şüphesizdir. Ne kadar etkin olursa olsun tek başına radyoterapinin faringo intestinal devamlılığının temininde ösofagus pasajını açık tutabilmesi ancak çok nadir ve çok erken vak'alarda başarılı olabilmektedir.

Ösofagus kanserlerinin modern tedavi yönteminde rezeksiyon tartışmasız kabul edilmektedir. Geniş vak'a serimiz içerisinde preoperatif ve operatif detaylı araştırmalar ile inoperabilite oranının % 86 olduğu tesbit edilmiştir. Bu grubun içerisinde tümörün rezeksiyon imkanı ancak % 46 civarında başarılılabilmektedir. Ösofagus kanserlerinde hastalara yaklaşım açımızdan ilk hedef yutma fonksiyonunu yerine getirmek ve hastayı açlıktan ölüme mahkum etmemektir. Ancak ösofagusun en ufak bir rezeksiyonundan sonra bile uç uca anastomozu hemen hemen imkansızdır denebilir. Tümör gibi geniş bir segmentin çıkarılmasını gerektiren hastalıklarda ise rekonstrüksiyon kaçınılmazdır. Anabilim Dalımız son 20 seneden beri mideyi rekonstrüksiyon organı olarak kullanmaktadır. Deneyimlerimiz organın total veya totale yakın bir boyutta çıkarılması lazım geldiğini ortaya koymaktadır. Ancak bu sayede ösofagusa has olan intramüral lenfatik yayılma hududunun dışına çıkılmış olabilmektedir (5). Araştırmalarımız tümör segmentinin 5 cm üzerinde intramüral lenfatik yayılmanın % 60 ın üzerinde olduğunu göstermektedir. Tümör hudutlarının 20 cm ötesinde bile lenfatik yayılmanın görülmesi bu hastalıkta rezeksiyon hudutlarının çok geniş tutulması gerektiğini ortaya koyar. Ösofagus tümörlerinde karın ve mediastinumun çok iyi araştırılması gerekir. Tümörün lokalizasyonunun, lenfatik yayılmada önemli olmadığı vak'alarımızın analizinde ortaya çıkmıştır. Bu bakımdan hangi lokalizasyonda olursa olsun laparatomiyi kaçınılmaz görmekteyiz (5). Geniş bir gözlem olanağı verdiği kadar rekonstrüksiyon için gereken organın hazırlanması da laparotomi sırasında yapılmaktadır. Mideyi beslenmesi en iyi organ olduğu için diğer organlara tercih etmekteyiz. Bu organın yeterince geniş, sağlam yapısı cerraha güvenli çalışma or-

tamı hazırlamaktadır (3). Ancak normal anatomik bölgesinin çok üzerine çıkarılan ve mobilizasyonu gereği arterleri bağlanmış olan midenin beslenme imkanları çok daraltılmıştır. Postoperatif en büyük sorun ise iskemiye bağlı anastomoz sızmaları ve kardio pulmoner komplikasyonlardır.



Şekil 1 : Ösofagus rezeksiyonundan sonra intratorasik konuma getirilmiş mide, servikal ösofagogastrostomi ve servikal gastrostomi şematik olarak görülmektedir. Genelde plöroplasti uygulanmayan vak'alarımızda mide dekompresiyonu nazogastrik tüp yerine geçici olarak açılan servikal gastrostomi içerisine yerleştirilen aspirasyon tüpü aracılığı ile yapılmaktadır.

Anastomozun sağlığı açısından iskemiye mani olmak dikkatli bir disseksiyonu gerektirir. Seçkin bir cerrahi girişim olarak kabul edilen ösofagus cerrahisinin ancak belirli birkaç yerde uygulanabilmesi bu yönden kaçınılmazdır. Ameliyat süresince olduğu gibi postoperatif dönemde anastomozun basınç altında kalmaması gerekmektedir (4). İntratorasik mide postoperatif dönemde genişlemekte ve mide içerisine bol miktarda sıvı dolmaktadır. Gerek hava ve gerekse de biriken sıvı ağırlığı anastomoz dikişleri üzerinde etkili olmakta ve sütür ensüfizansına dolayısıyla da anastomoz sızmalarına sebep olmaktadır. Bu ciddi ve sonucu daima mediastinitise dönüşecek olan komplikasyona mani olabilmek için hastalara nazogastrik tüp tatbik edilmekte ve daimi aspirasyon cihazı ile intragastrik birikime engel olunmaktadır.

Çoğu kez yaş gurupları 6 cı ve 7 ci dekatlarda olan hastaların postoperatif kardio-pulmoner komplikasyonları kronik akciğer hastalıklarından kaynaklanmaktadır. Solunum egzersizleri ile solunum kapasitesinin artırılması, bronş sekresyonunun kolayca çıkarılması, solunum komplikasyonlarını büyük oranda azaltmaktadır. Ancak mide dekompressiyonu için konulan nazogastrik tüpler hastayı büyük oranda irite etmekte, öksürük refleksini ortadan kaldırmaktadır. Devamlı ağızdan soluyan hastalarda ağız ve boğaz kuruluğu ortaya çıkmaktadır. Az olmayan bir oranda tüpün gerek irritasyonu gerekse de baskısı sonucu burun kenarlarında, ağızda tonsillerde ve en önemlisi anastomoz üzerinde dekübitis ülserleri ve nekrozları ortaya çıkabilmektedir. Bu kusurları ile nazogastrik tüp mide dilatasyonlarının ortaya çıkabileceği süre içerisinde çekilmek mecburiyetinde kalmaktadır.

Bütün bu komplikasyonları önleyebilmek için boyunda yapılan anastomozlarda geçici gastrostomi tüpü uygulanması en makul hareket tarzı olarak görülmektedir. Ösofagogastrik anastomozun tamamlanmasından sonra midenin müsait bir yerinden sirküler dikiş aracılığı ile 18 no nazogastrik tüp konulmakta boyundan ayrı bir ensizyonla tüp dışarıya alınmaktadır. Böylece hastaya hiçbir problem yaratmadan gastrik aspirasyon yapılabilmektedir. Ağız ve burun yolu serbest kalabildiği için solunum fonksiyonları bozulmamaktadır.

Rezeksiyondan sonra ösofagogastrik anastomozun boyun seviyesinde yapılmasının pek çok üstünlükleri vardır. Anastomozun tümörden uzak bölgede yapılması midenin çevre dokuya dikilerek anastomozun baskı altında kalmaması, iskemik nekroz olursa boyun gibi dışarıya kolayca açılabilir bir yerde olması çok önemli avantajlardır. Bütün bu üstünlükleri sebebiyle bugün artık ösofagogastrik anas-

tomozların boyun seviyesinde yapılmasının gereğine inanılmaktadır. Böyle bir girişimden sonra servikal gastrostomi en uygun bir dekompressiyon aracı olacaktır.

SUMMARY

Temporary Cervical Gastrostomy After Esophageal Resection

Total esophagectomy for carcinoma of the esophagus with esophagogastrostomy is a traumatic operation with high rates of postoperative complications. The most frequent causes of postoperative mortality are anastomotic failure and pulmonary complications. This brief report describes the use of temporary cervical gastrostomy after resection. In our department temporary cervical gastrostomy was performed in 6 patients after esophagogastric anastomosis for cancer and strictures of the esophagus, with good results.

ÖZET

ÖSOFAGUS REZEKSİYONLARINDAN SONRA GEÇİCİ SERVİKAL GASTROSTOMİNİN FAYDALARI

Ösofagus karsinomuna bağlı olarak gerçekleştirilen ösofagus rezeksiyonu ve ösofagogastrostomi travmatik bir ameliyat olup yüksek oranda postoperatif komplikasyon riski taşımaktadır. Postoperatif mortalitelerin en önemli sebepleri anastomoz yetersizlikleri ile pulmoner komplikasyonlardır. Bu kısa bildiriye total ösofagus rezeksiyonlarından sonra geçici servikal gastrostominin faydaları tarif edilmeye çalışılmıştır. Anabilim Dalımızda kanser ve striktüre bağlı olarak total ösofagus rezeksiyonu ve ösofagogastrik anastomoz uygulanan 6 vak'ada geçici servikal gastrostomi yapılmış ve başarılı sonuç alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Axtell L.M. et all. : Results in esophageal cancer. Report No 4 Washington D.C. US. Dept of Health Education and welfare, 1972.
2. Skinner D.B. : Esophageal malignancies : Experience with 110 cases. Surgical clinic of North America 56 : 137-147, 1976.
3. Sugimachj K., Yaita A. et all. : A safen and more reliable operative technique for esophageal reconstruction using a gastric tube. Am. J. Surg. 140 : 471-474, 1980.
4. Yalav, E. : İntratorasik ösofagogastrostomilerde refluks önleyici özel bir yöntem ve sonuçları. Hacettepe Tıp Dergisi. 17 - 2 : 104-113, 1984.
5. Yalav, E., Kara, E., Çorapçıoğlu, T. : Torasik ösofagus karsinomlarında abdominal disseksiyonun değeri. Hacettepe Tıp Dergisi 19 - 2 : 77-83, 1986.