

TOTAL ÖZOFAJEKTOMİ SONRASI TRANSHİYATAL KOLON İNTERPOZİSYONU: OLGU SUNUMU

Cenan OKTAY¹, Yalçın VARNALI², Enis YÜNEY¹, Timuçin AYDIN¹, Murat KESKİN¹

Özofagusun kanser ya da selim hastalıkları nedeniyle rezeksiyonu yapıldıktan sonra rekonstrüksiyon için mide, kolon ya da jejunum kullanılmaktadır. Servikal özofagus tümörü nedeni ile servisimizde total faringo-larino-özofajektomi uyguladığımız 57 yaşındaki kadın hastaya daha önce subtotal gastrektomi yapıldığından rekonstrüksiyon için sağ kolonunu kullandık ve kolon interpozisyonlarını gündeme getirerek literatür eşliğinde sunmak istedik.

Anahtar kelimeler: Özofagus, özofajektomi, olgu sunumu

TRANSHIATAL COLON INTERPOSITION AFTER TOTAL ESOPHAGECTOMY: CASE REPORT

After esophageal resections, both for malignant and benign disorders, the reconstruction is possible by using either stomach, colon or jejunum. The case report of a 57-year old female patient, who underwent total pharyngo-laryngo-esophagectomy and a reconstruction by using right colon due to cervical esophageal cancer, is presented with the review of literature.

Keywords: Esophagus, esophagectomy, case report

Geçen yüzyıl boyunca özofajektomi sonrası rekonstrüksiyon için mide, parsiyel jejunum, kolon, lokal cilt flepleri ve pediküllü flepler başarılı bir şekilde kullanılmış; fakat cilt flepleri ve pediküllü flepler çok seanslı uygulamalar olup tedaviyi uzatmış ve çoğu zaman yutma fonksiyonunu yeterli derecede kazandıramamıştır¹⁻³. Kısa pediküllü jejunum interpozisyonu ise yetersiz kanlanma sorunlarını beraberinde getirmiştir. Transpozisyon için en sık kullanılan mide olup, kanlanması en iyi organ olmasına rağmen özofagogastrik reflü sonrasında oluşan striktür, boşalma güçlüğü ve özellikle çocuklarda ameliyat sonrası dilatasyona bağlı görülen solunum sıkıntısı sorunlar yaratmış ve günümüzde bazı yazarlar dikkatleri kolon interpozisyonlarına (KİP) çekmişlerdir.

Biz de daha önce mide rezeksiyonu geçiren 57 yaşındaki hastamıza hipofarenks tümörü nedeni ile total faringo-larino-özofajektomi yaptık ve rekonstrüksiyon için sağ kolonunu kullanarak KİP'lerini literatür eşliğinde sunmak istedik.

OLGU

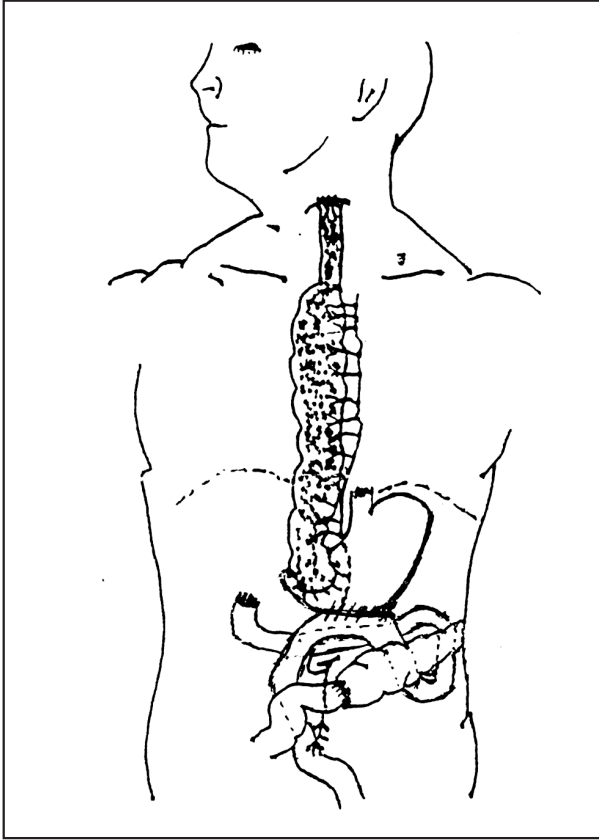
H.D. 57 yaşında, kadın hasta. Yutma güçlüğü ve ses kısıklığı şikayeti ile Nisan 2001 tarihinde hastanemize başvurdu. KBB doktorları tarafından yapılan muayenede sol sinüs piriformis medial duvarında ariepiglottik plikaya doğru ilerlemiş kitle tespit edildi ve buradan biyopsi alındı. Biyopsi sonucu az differansiye skuamöz hücreli karsinom olarak bildirilince hastaya total faringo-larino-özofajektomi + gastrik "pull-up" yapılması planlandı.

Toraks ve batin bilgisayarlı tomografilerinde özellik tespit edilmeyen hastanın servikal MR incelemesinde postkrikoid bölgede özofagusu, posteriorda larenksi doldurarak ariepiglottik plikalara uzanan mukozal-submukozal kalınlaşma ile karakterize kitle formasyonu tespit edildi. Yapılan gastroskopide hastaya Billroth-II rezeksiyonu uygulanmış olduğu anlaşılınca gastrik "pull-up" yerine KİP planlandı.

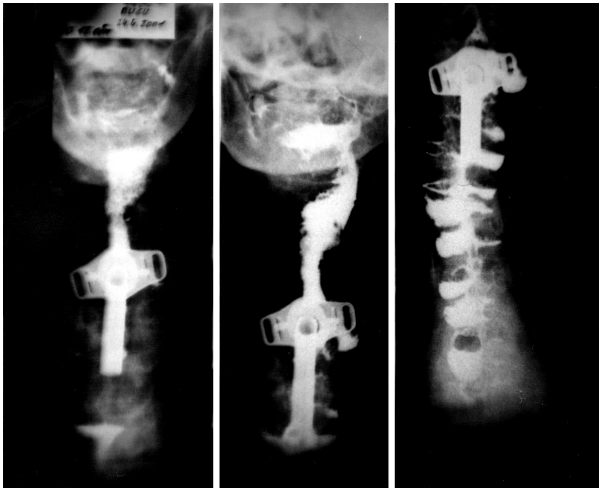
Kolon temizliği yapıldıktan sonra KBB ekibi ile birlikte ameliyata alınan hastaya total faringo-larenjektomi+bilateral genişletilmiş (n.accessorius, m.sternocleidomastoideus, v.jugularis interna ve submandibular glandın korunduğu) modifiye radikal boyun diseksiyonu (paratrakeal alan diseksiyonu dahil) yapıldı. Sonrasında intraabdominal transhiyatal yoldan total özofajektomi tamamlandı. İnterpozisyon için assendan kolon tercih edildi. Appendektomi sonrası 8 cm.'lik terminal ileum segmenti ile birlikte transhiyatal olarak özofagus yatağından yukarıya doğru dil köküne kadar çekildi. İleum ile farenks arasında ucuca çift kat üzerinden anastomoz yapıldı. Distalde kalan kolon ucu transvers kolon seviyesinde a.kolika medianın sağ dalı korunacak şekilde eksize edilerek mide "rest"ine anastomoz edildi ve GİS devamlılığı ileotransversostomi ile tamamlandı (Şekil 1).

Hasta erken postoperatif dönemde yoğun bakım şartlarında rutin biyokimya tetkikleri, PA akciğer grafileri ve KBB muayeneleri ile izlendi. Geç postoperatif dönemde ise serum kalsiyum, fosfor, magnezyum, FT4, TSH tetkikleri ve servikal MR görüntüleri ile takip edildi. Erken postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta 3. gün NGS ile, 10. gün peroral beslenmeye başlandı. Postoperatif 12. gün şifa ile taburcu edilen hasta geç dönemde baryumlu pasaj grafileri ile takibe alındı ve bir yıl içerisinde herhangi bir problemle karşılaşmadı (Şekil 2).

SSK Okmeydanı Eğitim Hastanesi ¹Genel Cerrahi Kliniği, ²KBB Kliniği



Şekil 1. Parsiyel gastrektomize hastada özofajektomiden sonra sağ kolon interpozisyonu ile sindirim yolu devamlılığının sağlanması



Şekil 2. Kolon interpozisyonu yapılan hastanın baryumlu pasaj grafisi

TARTIŞMA

Özofagusun tümüyle veya parsiyel olarak çıkarılmasından sonra replasmanı için çok değişik organlar kullanılmaktadır. Bu amaçla en sık kullanılan organ midedir⁴⁻⁶. Midenin kullanılmadığı durumlarda kolon veya jejunum tercihler

arasındadır. Bütün bu organların kullanılmadığı durumlarda ise cilt veya müskülökütanöz flepler kullanılabilir¹⁻³. Replasman için midenin en sık kullanılan organ olmasının nedenleri servikal bölgeye kadar uzatılabilmesi, kanlanmasının çok iyi olması ve tek bir anastomoza ihtiyaç duyulmasıdır. Mide herhangi bir nedenle (geçirilmiş ameliyat, mide ülseri, yanık) kullanılmıyorsa en iyi seçenek kolondur. Biz de özofagusun replasmanı için öncelikle mideyi seçmekteyiz, fakat burada sunulan hastamızın daha önceden Billroth-II mide rezeksiyonu geçirmiş olmasından dolayı ikinci en iyi seçenek olarak kolonu kullanmayı tercih ettik.

Kolonun özofagus replasmanı için kullanılabilceğini ilk defa Lundblad 1921'de belirtmiştir⁷. 1955'de Dale ve Sherman retrosternal KİP'nu ve 1957'de Waterstone transtorasik posterior mediastinal yöntemi tarif etmişlerdir^{8,9}. Sonraki yıllarda da bu orijinal tekniklerin bir çok modifikasyonu uygulanmıştır. Özellikle çocuk cerrahları özofagus atrezisi, striktürü ve korozif madde yanıkları sonrasında özofagus replasmanı için kolonu sıklıkla kullanmış ve güncel hale gelmesinde önemli rol oynamışlardır¹⁰. Fakat çocukların bu tür selim hastalıklarında nedbe dokularının özofajektomiye zorlaştırmasından dolayı, KİP retrosternal veya transtorasik olarak yapılmaktadır^{8,9}. Halbuki yetişkinlerde total veya totale yakın özofajektominin daha çok malign hastalıklar sonrasında ve KİP'lerinin da transhiyatal olarak özofagus yatağından yapıldığını görmekteyiz^{6,11}.

Kaynak gösterdiğimiz bir çok yazar rekonstrüksiyonda mide yerine uzun bir kolon segmentini tercih etmekte ve böylece gıdanın aktif kolon hareketleri ile iletilmesinin daha az regürjitasyona neden olduğunu ileri sürmektedirler. Dayanak noktaları ise, gastrik "pull-up" sonrası gıdanın aşağıya doğru tamamen yerçekimi etkisi ile iletilmesi ve midenin boşalması geciktiğinden hastaların sıklıkla regürjitasyon sorunu yaşamasıdır. Ayrıca çocuklarda erken postoperatif dönemde görülen mide dilatasyonu solunum problemleri yaratmaktadır^{12,13}.

KİP'lerinde sol kolonun sağa göre daha avantajlı olduğunu görüyoruz. Otopsi çalışmalarında ileokolik ve sağ kolon marginal arterlerinde %70 oranında anomali tespit edilmiştir. Sol kolonda marginal venöz anastomozlar yeterli iken, %20-30 hastada ileokolik venöz yetersizlik görülmüştür¹⁴. Değişik yayınların ortak değerlendirilmesinde kolon greftlerinin nekroz veya iskemisi sağ kolon için yaklaşık %10 iken sol kolon için %4,6 olarak belirtilmiştir¹⁵. Fakat yazarların bütün bu dezavantajlarına rağmen sağ kolonu daha sık tercih ettiklerini görmekteyiz. Bunun nedenleri ise sol fleksuranın serbestleştirilmesinin zorluğu, buradaki damar zedelenmelerinin kolayca nekroz veya iske mi ile seyretmesi ve sağ kolon ile izoperistaltik GİS devamlılığının sağlanması olabilir. Transvers kolon ise kişiden kişiye değişiklik gösterip uzun olmasına rağmen, yalnız başına



servikal bölgeye kadar çekilemediğinden, total özofajektomi sonrası rekonstrüksiyon için pek tercih edilmemektedir.

Değişik yazarlar tarafından KİP sonrası mortalite oranının %0-25, erken dönem (30 günlük) morbidite oranının ise %40-80 arasında değiştiği belirtilmiştir. Yüksek morbidite ile seyreden KİP'lerinin erken dönemde en sık görülen komplikasyonunun servikal anastomoz kaçağı (%6-48) olduğu belirtilmiş ve genellikle konservatif yaklaşımlarla tedavi edilmiştir^{10,12,13,16,17}. Yaklaşık bir yıl önce ameliyat ettiğimiz hastamızda postoperatif erken dönemde komplikasyon gelişmemiş ve bu süre içerisinde pasaj problemleri ile karşılaşmamıştır.

Sonuç olarak; özofagus replasmanında yıllarca değişik yöntemlerle denenilen kolon interpozisyonları, günümüzde özofagusun malign hastalıklarında dahi transhiyatal olarak yapılabilmekte ve erken dönem morbiditesi yüksek olmasına rağmen iyi bir yaşam konforu sağladığından bir çok cerrah tarafından tercih edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Anthony JP, Singer MI, Deschler DG, Dougherty ET, Reed CG, Kaplan MJ. Long-term functional results after pharyngoesophageal reconstruction with the radial forearm free flap. *Am J Surg* 1994; 168(5): 441-5.
2. Mc Connel FMS. Free jejunal flap for reconstruction of pharynx and cervical esophagus. *Arch Otolaryngol* 1981; 107: 476.
3. Cahow CE, Sasaki CT. Gastric pull-up reconstruction for pharyngo-esophagectomy. *Arch Surg* 1994; 129(4): 425-9.
4. Akiyama H, Miyazono H, Tsurumaru M, et al. Use of the stomach as an esophageal substitute. *Ann Surg* 1978; 188: 606.
5. Liebermann-Meffert DMI, Meier R, Siewert JR. Vascular anatomy of the gastric tube used for esophageal reconstruction. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 1110.
6. Orringer MB, Marshall B, Iannetoni MD. Transhiatal esophagectomy: Clinical experience and refinements. *Ann Surg* 1999; 230: 392.
7. Lundblad O. Antethoracic esophagoplasty. *Acta Chir Scand* 1921; 53: 535-40.
8. Dale WA, Sherman CD. Late reconstruction of congenital esophageal atresia by intrathoracic colon transplantation. *J Thorac Surg* 1955; 29: 344-56.
9. Sherman CD, Waterston D. Esophageal reconstruction in children using intrathoracic colon. *Arch Dis Child* 1957; 32: 11-6.
10. Khan AR, Stiff G, Mohammed AR, Alwafi A, Ress BI, Lari J. Esophageal replacement with colon in children. *Pediatr Surg Int* 1998; 13: 79-83.
11. Fürst H, Hartl WH, Löhe F, Schildberg FW. Colon interposition for esophageal replacement. *Ann Surg* 2000; 231(2): 173-8.
12. Erdoğan E, Emir H, Eroglu E, Danisment N, Yeker D. Esophageal replacement using the colon: 15-year review. *Pediatr Surg Int* 2000; 16: 546-9.
13. Raffensperger JG, Luck SR, Reynolds M, Schwarz D. Intestinal bypass of the esophagus. *J Pediatr Surg* 1996; 31(1): 38-47.
14. Nicks R. Colonic replacement of the the esophagus. Some observations on infarction and wound leakage. *Br J Surg* 1967; 54: 124-8.
15. Peters JH, Kronson JW, Katz M, De Meester TR. Arterial anatomic consideration in colon interposition for esophageal replacement. *Arch Surg* 1995; 130: 858-63.
16. Canty TG, Lo Sasso BE. One-stage esophagectomy and in situ colon interposition for esophageal replacement in children. *J Pediatr Surg* 1997; 32(2): 334-7.
17. Ahmad SA, Sylvester KG, Hebra A, Davidoff AM, Mc Clane SL, O'Neill J. Esophageal replacement using the colon: Is it a good choice? *J Pediatr Surg* 1996; 31(8): 1026-30.