

Farengoözofageal Defektin Gastrik Pull-Up Tekniği İle Rekonstrüksiyonu, İki Olgu Sunumu

Reconstruction of the pharyngoesophageal defect with gastric pull-up, report of two cases

Uğur ÇINAR*, A. Tunç UZEL*, Berna USLU*, Sadık YILDIRIM**, Aras ŞENVAR*

* Şişli Etfal Hastanesi KBB-Baş ve Boyun Cerrahisi Kliniği

** Şişli Etfal Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

ÖZET

Farengoözofageal defektlerin onarımında primer hedef oral kavite ile özofagus arasındaki ilişkiyi tekrar kurarak üst sindirim yolunun devamlılığını sağlamaktır. Kliniğimizde uygulanan iki gastrik pull-up tekniği ile rekonstrüksiyon olgusu dolayısıyla çeşitli farengoözofageal defekt rekonstrüksiyon yöntemlerini irdeledik. Hastalığın kötü prognozuna ve gastrik pull-up tekniğinin yüksek mortalite oranlarına rağmen bu seçeneğin hipofarenks ve servikal özofagus kanserlerinde onkolojik ve palyatif açıdan tercih gören bir yöntem olduğunu gözlemledik.

ANAHTAR KELİMELER: Farengoözofageal defekt, gastrik pull-up

SUMMARY

The primary goal of the repair for the pharyngoesophageal defects is to maintain the continuity for the upper alimentary tract by re-establishing the relation between the oral cavity and the esophagus. We reviewed several techniques of reconstruction for pharyngoesophageal defects and evaluated our experience in two cases in which we performed reconstruction using gastric pull-up. We conclude that, despite poor prognosis of the disease and high rates on the part of gastric pull-up technique, it is a method of choice in cancers of the hypopharynx and cervical esophagus owing to oncologic and palliative grounds.

KEY WORDS: Pharyngoesophageal defect, gastric pull-up.

GİRİŞ

Hipofarenks ve servikal özofagus tümörlerinin rezeksiyonu sonrası oluşan geniş farengoözofageal defektlerin rekonstrüksiyonu, baş-boyun cerrahisinin önemli sorunlarından biridir. İlerlemiş hipofarenks ve servikal özofagus karsinomlarında prognoz kötü olduğu için, tedavinin amaçlarından önemli biri palyasyondur. Yapılacak cerrahinin hedefi, mümkün olan en kısa süreli hospitalizasyon, minimal morbidite ve yutma fonksiyonlarının iyi olduğu tek aşamalı rekonstrüksiyondur (1). Gastrik pull-up bu hedefe ulaşan tekniklerden biridir.

Bu çalışmada kliniğimizde uygulanan total larengo-farengo özofajektomiye takiben gastrik pull-up yöntemi ile rekonstrüksiyonun yapıldığı iki olgu dolay-

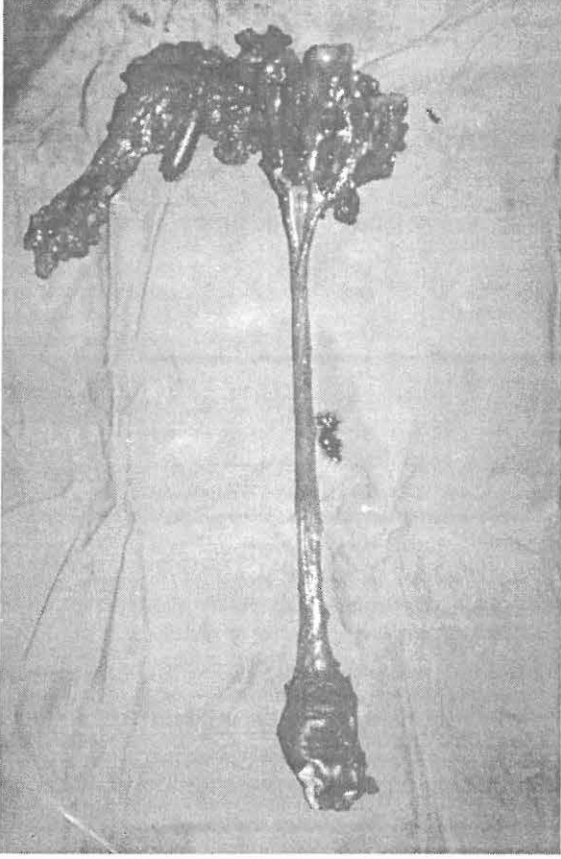
ısıyla, bu tekniği ve diğer rekonstrüksiyon çeşitlerini irdelemeyi amaçladık.

OLGU 1

Otuzaltı yaşında erkek hasta. Dört ay önce başlayan ses kısıklığı ve yutma güçlüğü nedeni ile kliniğimize başvurdu. Muayenesinde sol vokal kord fikse ve sol piriform sinüs dolu olarak görüldü ve boyunda lenfadenopati saptanmadı. Hastaya baryumlu özofagus grafisi, boyun ve toraks bilgisayarlı tomografisinin ardından, direkt laringoskopi ve özofagoskopi yapıldı. Sol piriform sinüsü dolduran, postkrikoid bölgeyi ve özofagus girimini sirküler tarzda tutarak daraltan tümöral kitle görüldü ve biopsi alındı. Sonucu epidermoid karsinom geldi. Tümör evre III olarak değerlendirildi. Genel cerrahi ekibi ile birlikte 12.2.1996 tarihinde hastaya total larengofarengoözofaektomi + sol radikal boyun diseksiyonu + gastrik pull-up ile rekonstrüksiyon operasyonu yapıldı. Histopatolojik incelemede boyunda Level III bölgesinde bir adet karsinom metastazı saptandı (Resim 1). Hasta 12. günde oral beslenmeye başlandı. Minimal rejürjitasyon şikayeti oldu. Yutma fonksiyonları iyi

Yazışma Adresi:

Op. Dr. Uğur Çınar
Ortaklar Cd. Onur Apt. 2/1
80300 Mecidiyeköy/İST.
Tel: (0 212) 266 40 59
Fax: (0 212) 266 65 57

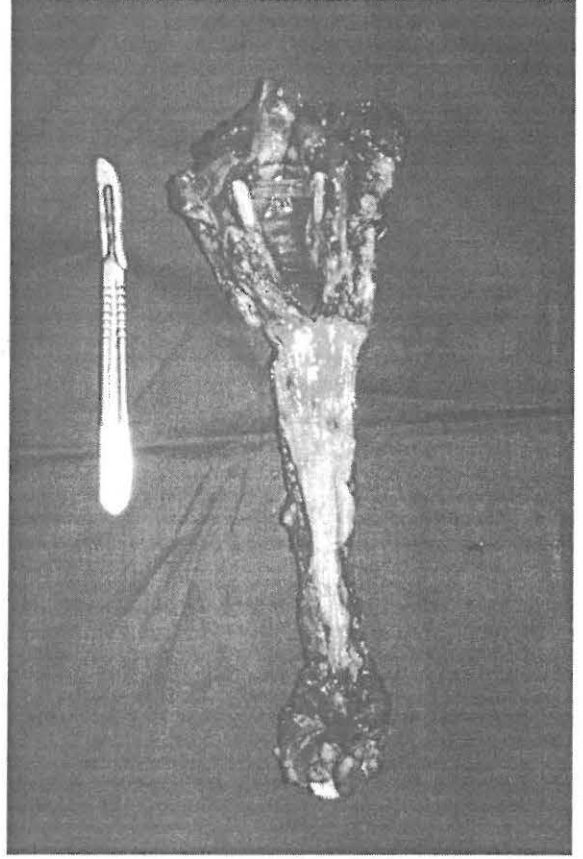


Şekil 1: Olgu 1 ameliyat spesmeni

idi. Hasta postoperatif 28. gün taburcu edildi. İkinci ayda hastaya sağ radikal boyun diseksiyonu yapıldı. Patoloji sonucunda karsinom metastazına rastlanmadı. Postoperatif radyoterapi uygulandı. Ameliyattan 6 ay sonra hastada akciğer metastazı saptanması üzerine kemoterapi uygulandı. Ancak hasta 9. ayın sonunda multipl akciğer metastazları nedeni ile kaybedildi. Hastanın operasyonu ile kaybedilişi arasında oral beslenmesinde sorun olmadı.

OLGU 2

Altmışbir yaşında bayan hasta. Üç aydan beri mevcut ses kısıklığı, yutma güçlüğü, kilo kaybı şikayeti ile başvurdu. Direkt laringoskopi, özofagoskopi, baryumlu özofagus grafisi, boyun ve toraks bilgisayarlı tomografisi sonucunda sağ vokal kordu fikse eden, sağ piriform sinüsü dolduran, özofagus girimini sirküler tarzda daraltan, servikal özofagusu torasik girime kadar tutan ve trakeayı öne iten tümöral kitle saptandı. Biopsi sonucu epidermoid karsinom geldi. Boyun muayenesinde sağ üst jugulerde 2.5 cm çapında



Şekil 2: Olgu 2 ameliyat spesmeni

lenfadenopati tespit edildi. Tümör evre III olarak değerlendirildi. Genel cerrahi ekibi ile birlikte 22.5.1996 tarihinde total larengofarengoözofajektomi + sağ radikal boyun diseksiyonu + gastrik pull-up ile rekonstrüksiyon operasyonu yapıldı.

Özofagusun diseksiyonu sırasında trakea üst ucunda arka duvar rüptüre oldu. Torakotomi yapılarak trakea onarıldı. Ameliyat spesmeninin incelenmesinde tümörün distalinde özofagus boyunca çok sayıda 0.5 cm çapında nodüler tarzda karsinom metastazları görüldü (Resim 2). Boyunda Level II'de bir adet karsinom metastazı saptandı. Onbeşinci günde oral beslenmeye geçildi. Regürjitasyon ve yutma güçlüğü nedeniyle jejunostomi ancak 35. gün çekilebildi ve hasta taburcu edildi. Postoperatif radyoterapi planlanan hasta ameliyattan 2 ay sonra solunum sıkıntısı nedeni ile başvurdu. Sol akciğerde plevral efüzyon ve metastaz saptandı. Torasentez yapıldı. Kemoterapi planlanan hasta postoperatif 5. ayda akciğer metastazı nedeni ile kaybedildi. Kaybedilişine kadar hastanın oral beslenmesi istenilen düzeyde olmadı.

TARTIŞMA

Sınırlı hipofarenks tümörlerinde parsiyel farenjektomiler ve primer onarım yeterli olmakla birlikte birçok hipofarenks kanserinde total larengofarenjektomi gerekmektedir. Servikal özofagusu tutan tümörlerde parsiyel rezeksiyonlar halen tartışılmakta olan bir konudur. Özofagus tümörlerinin submuköz yayılımı ve çok odaklı yerleşim iddialarından dolayı total özofajektominin onkolojik olarak daha emniyetli olacağı görüşü mevcuttur (2). Tedavideki başarısızlığın en önemli nedenlerinden biri olan submukozal yayılım Harrison tarafından üstte 11 mm, altta 5 mm olarak bildirilmiştir (3). Hipofarenks kanserlerinde özofagusta ikinci bir primer tümör görülme olasılığı %8 olarak bildirilmektedir (4). Hangi lezyonlara parsiyel rezeksiyon yapılması gerektiğine dair bir fikir birliği olmamasına rağmen, sınırlı servikal tümörlerde parsiyel rezeksiyonun cerrahi sınırlarının frozen ile kontrol edilmesi ve şüpheli durumlarda total özofajektomi yapılmasını önerenler mevcuttur (1, 5).

Farengoözofageal rekonstrüksiyonda değişik yöntemler kullanılmış olsa da bunları 5 ana grupta toplayabiliriz. Lokal (servikal) veya bölgesel (deltopektoral) deri flepleri, muskulokutanöz flepler (pektoralis major, latissimus dorsi, trapez), viseral transpozisyonlar (mide, kolon), serbest deri greftleri (lateral uyluk, radial önkol, skapular) ve serbest viseral greftler (jejunum, kolon).

Midenin transpozisyonu ilk defa 1960 yılında Ong ve Lee tarafından yapılmıştır. Daha sonra 1979 yılında Harrison tarafından bu teknik yeniden gündeme getirilmiştir. Yüksek mortalite oranlarına rağmen, tek anastomozun yeterli olması, tek aşamalı olması ve yutma fonksiyonlarının iyi olması nedeniyle tercih edilmektedir. Flep nekrozu, fistül ve stenoz oranları düşük olmakla beraber hastalarda ciddi regurjitasyon ve dumping sendromu sık görülmektedir. Bunların dışındaki diğer geç komplikasyonlar, karaciğer yetmezliği, batın içi komplikasyonlar ve hipokalsemidir. Erken komplikasyon olarak trakea yaralanması, kontrol edilemeyen kanamalar, pnömotoraks, myokard enfarktüsü, mediastinit görülebilir. Gastrik pull-up tekniğinde postoperatif radyoterapi güvenle kullanılabilir (1, 6, 7).

Bu teknikte postoperatif hastane mortalitesi oranları %0-31 arasında verilmektedir. Bu hasta seçimine, komplikasyon gelişimine ve cerrahi ekibin deneyimine bağlıdır (5, 6, 7).

Uzun süreli prognoz başlangıçtaki patolojiye bağlıdır. Hipofarenks ve servikal özofagusu primer olarak tutan kanserlerin prognozu larenksden bu bölgeye ilerleyenlere göre daha kötüdür. Beş yıllık survi birinci grupta %8.9 verilirken, ikinci grupta %26.8 olarak verilmektedir (5). Ayrıca servikal özofagusu tutan tümörlerin prognozu da hipofarenks tümörlerine nazaran daha kötüdür (5).

Kliniğimizde uyguladığımız iki total larengofarengo-özofajektomi + gastrik pull-up yöntemi ile onarım ameliyatı sonrası hastaların ikisinin de bir yılı tamamlamadan uzak metastaz nedeni ile kaybedildiğini gördük. Operatif mortalite riski yüksek olan bu ameliyat hastalarımıza survi sağlamaktan uzak kaldı. Hastalarımızdan birinde yutma fonksiyonu postoperatif dönemde yeterli iken, diğer hastamızda regurjitasyon ve yutma gücünün gelişti. Hipofarenks ve servikal özofagusu tutan kanserlerde, radikal operasyonlar yapılmadan önce bu operasyonların operatif mortalitelerinin yüksekliğini ve bu bölge tümörlerinin prognozlarının kötülüğünü hatırlamak gerektiği kanısındayız.

SONUÇ

Hipofarenks ve servikal özofagus tümörleri tanı konulduğunda çoğu kez evre III ya da IV olduğundan prognozları oldukça kötüdür ve tedavi palyasyona yönelik olmaktadır. Bu yüzden hastanın yaşam kalitesini yükseltmek için erken oral beslenmeye başlanabilen, kısa hospitalizasyon gerektiren ve düşük komplikasyon oranlarına sahip rekonstrüksiyon tekniği seçilmelidir. Kendilerine özgü avantaj ve dezavantajları olmakla birlikte günümüzde en çok tercih edilen yöntemler gastrik pull-up, serbest jejunal flep ve lateral uyluk serbest deri grefti rekonstrüksiyonlardır. Bununla birlikte, onkolojik açıdan ise total özofajektomi, parsiyel rezeksiyonlara göre daha güvenli olan yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. De Vries EJ, Stein DW, Johnson JT et al: Hypopharyngeal reconstruction a comparison of two alternatives. *Laryngoscope*, 99 (6 pt 1): 614-617, 1989.
2. Gluckman JL, Weisler MC, Mc Cafferty G: Partial vs. total esophagectomy for advanced carcinoma of the hypopharynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery*, 113: 69, 1987.
3. Harrison DFN: Surgical management of hypopharyngeal cancer particular reference to gastric pull-up operatio. *Arch Otolaryngol* 105: 149-152, 1979.
4. Harrison DFN: Pathology of hypopharyngeal cancer in relation to surgical management. *J Laryngol Otol*, 84: 349, 1970.
5. Ariyan S: Pharygoesophageal Reconstruction. *Cancer of the Head and Neck*, Mosby Company, Toronto, 465-512, 1987.
6. Adams GL: Malignant neoplasms of the hypopharynx. In: Cummings Cur (ed). *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. St. Louis, Mosby Year Book Inc. vol 3, 1955-1971, 1993.
7. Cahow CE, Sasaki CT: Gastric pull-up reconstruction for pharyngolaryngo-esophagectomy. *Arch Surg* 129(4): 425-430, 1994.