

İNOPERABL ÖZOFAGUS KANSERLERİNDE CELESTİN TÜP UYGULANMASI

CELESTIN TUBE APPLICATION IN INOPERABLE ESOPHAGUS CANCER CASES

Dr. Abdullah İĞCİ, Dr. Vahit ÖZMEN, Dr. Naim KADIOĞLU,
Dr. Mustafa KEÇER, Dr. Temel DAĞOĞLU

Istanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD C Servisi Çapa/İSTANBUL

ÖZET: İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, C-Servisinde, 1986-1989 yılları arasında, 35 olguda özofagus kanseri nedeniyle cerrahi girişim uygulandı. 16 vakada (%45.7) torakotomisiz özofajektomi total ve faringogastrostomi, servikal lokalizasyonlu inoperabl nonrezektabl 7 olguya (%20) gastrostomi, torakal ve distal lokalizasyonlu inoperabl nonrezektabl 12 olguda (%34.2) traksiyon yöntemiyle kalıcı Celestin tüp yerleştirildi. 11 olguda (%91.6) arzulanan palyasyon (hipersialorenin azalması, rahat yutma) sağlandı. Bir olgu (%8.3) erken postop dönemde, kardiovasküler yetmezlik nedeniyle kaybedildi. İki olguda (%16.6) tüp yer değiştirdi.

SUMMARY: 35 patients were operated for esophagus cancer in "C-Clinic" of the Department of General Surgery of Istanbul Medical Faculty between 1986-1989. In 16 cases (45.7%) total esophagectomy without thoracotomy and pharyngogastrostomy was performed. 7 cases (20%) with inoperable and non-resectable tumors localized in the cervical part were treated by gastrostomy, while 12 cases (34.2%) with inoperable and non-resectable tumours in the thoracal and distal segments had a permanent Celestin tube placed by the traction method. In 11 cases the desired palliation (easy swallowing, decrease in hypersialorrhea) was achieved. One case (8.3%) was lost in the early postoperative period due to cardiovascular insufficiency. In 2 cases (16.6%) the tube shifted from its original place.

GİRİŞ

Özefagus karsinomları, tüm karsinom vakalarının %1'ini oluşturmaktadır (4). Radyoterapi ve kemoterapideki gelişmelere rağmen distal özefagus ve kardial kanserlerinin %65'i non-rezektabl olarak saptanmıştır (4). Özofagogastroskopinin %99 oranında tanıya varmada güvenilir olmasına ve diğer teşhis kriterlerine rağmen özofagus kanseri, fatal hastalık olma özelliğini korumaktadır. Çünkü disfaji, hipersialore ve ağrı, ancak lümenin %50'ye yakın bölümünün tutulmasından sonra ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle hekime başvuru, tanı ve tedaviyi geciktirmektedir. Tüm tedavi olanaklarına rağmen son 20 yılda 5 yıllık sürevide bir değişiklik olmamıştır (4).

Özefagus kanserlerinde en etkin tedavi yöntemi, cerrahi olarak tümörün çıkarılması ve bypass işlemidir. Genel durumu cerrahi girişime uygun olmayanlarda, non-rezektabl ve trakeo-özofageal fistülü olanlarda, palyatif cerrahi girişimler denlenmektedir (12). Palyatif cerrahi girişimler, transtümöral endo-özofageal protez yerleştirilmesi veya gastrostomi

veya jejunostomi ile hastanın beslenmesinin sağlanmasıdır. Palyatif girişim olarak Soutter (21), 1824'te dar lümenli, metal fleksibl tüpü, özofagoskop içinden özefagusa yerleştirmiştir (Push-through yöntemi). 1856'da Mousseau Barbin (17) ve 1959'da Celestin (5) tarafından tüp kullanılmaya başlanmıştır. Servisimizde 12 inoperabl, non-rezektabl özofagus kanseri olgusuna tüp yerleştirilmiştir ve sonuçları tartışılmıştır.

MATERYAL VE METOD:

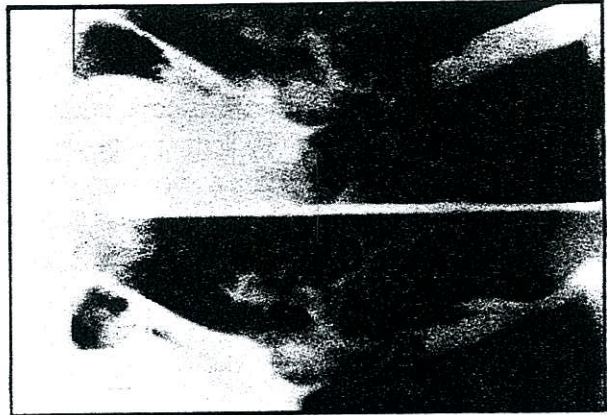
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, C-Servisinde, 1986-1989 yılları arasında 35 olguya özefagus kanseri tanısı konulmuş ve primer inoperabl, non-rezektabl özofagus kanseri olduğu thorax CAT'i ile saptanan 12 olguya traksiyon yöntemiyle Celestin tüp yerleştirildi. Celestin tüp uygulanan olgulardan 5'i (%41.6) erkek, 7'si (%58.4) kadın olup, ortalama yaş 59.5 tur. Kanser lokalizasyonu olarak 6 olguda kardial, 4 olguda özofagus 1/3 alt uçta, 2 olguda ise 1/3 orta kısımda idi. Olguların tanısı, tedavi ve komplikasyonları Tablo 1'de gösterilmektedir.

TABLO I OLGULARIN ANALİZİ

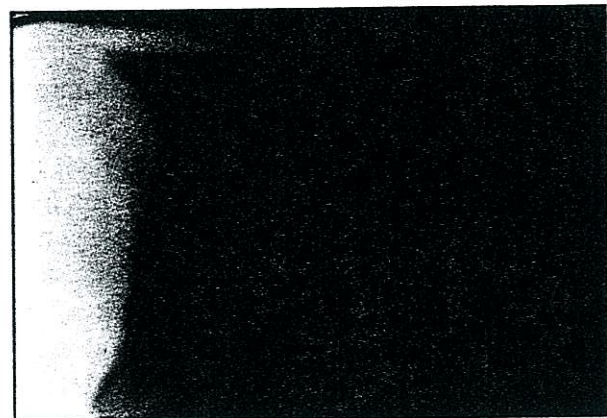
| Yaş-Cinsiyet | Lezyon Yeri | Yakınmalar | Semptom Süresi | Uzak Metastaz | Komplikasyon | Mortalite | Yaşam Süresi |
|--------------|-------------------|--------------------|----------------|---------------|--------------------------|-------------------|--------------|
| 79 ♀ | Kardia | Disfaji +zayıflama | 5 ay | KC | - | - | 3,5 ay |
| 57 ♀ | Özofagus 1/3 alt | " | 3 ay | - | - | - | 6 ay |
| 60 ♀ | " | " | 9 ay | KC | Yara enfeksiyonu | - | 3 ay |
| 65 ♂ | Kardia | " | 3 ay | - | - | - | 5 ay |
| 70 ♀ | " | " | 6 ay | KC | - | - | 3 ay |
| 59 ♀ | " | " | 6 ay | - | - | - | 3,5 ay |
| 63 ♀ | Özofagus 1/3 alt | " | 8 ay | - | - | - | 1 ay |
| 40 ♂ | Özofagus 1/3 orta | " | 6 ay | - | Tüp mideye 2 gün düştü | - | 3 ay |
| 43 ♂ | " | " | 4 ay | - | - | - | 4 ay |
| 38 ♂ | Kardia | " | 6 ay | - | Tüp rektal yolla atıldı. | - | Yaşıyor |
| 65 ♀ | Özofagus 1/3 alt | " | 6 ay | KC | Kardiopulmanor yetmezlik | Postop 1. gün ex. | - |
| 75 ♀ | Kardia | " | 8 ay | - | - | - | 4 ay |
| Ortalama | 59,5 yaş | " | 5,8 ay | | | | 3,6 ay |

Disfaji ve kilo kaybı, ortak yakınma olup hepsinde ileri derecede protein-kalori malnutrisyonu vardı ve prognostik beslenme indeksi %60'ın üzerindediydi. Ameliyat öncesi en az bir hafta süreyle Total Parenteral Beslenme (TPN) uygulandı. Ameliyat sonrası 2. gün çekilen grafilerde celestin tüpün yerinde olduğu saptandı ve oral beslenmeye geçildi (Resim 1-2). Celestin tüp, traksiyon yöntemiyle yerleştirildi. Genel anestezi altında, 4-5'cm lik göbek üstü kesi yapılarak özofagus veya kardiada yerleşen tümörün operabl veya rezektabl olup olmadığı bir kez daha kontrol edildi. Non-rezektabl tümörlerde oral yolla 14F nasogastrik tüp mideye geçirilmeye çalışıldı. (Şekil 1). İki olguda tüp geçmedi. Nasogastrik tüp bu yolla mideye geçemediğinden, fundus ön yüzüne yapılan 3'cm lik gastrotomiden özofagus girişi palpe edilerek nasogastrik tüp retrograd olarak sokuldu ve ağızdan dışarıya alındı. Celestin tüpün alt ucu, nasogastrik tüpün üst ucuna ipek dikişlerle tesbit edilerek nasogastrik mideden dışarıya çekildi. Celestin tüpün alt ucu mideye girdiğinde, tüp yavaş yavaş çekilerek huni şeklindeki üst ucu, tümörün üstüne oturtuldu. Tübün yukarıya kaçmasını önleyen manşon pens ile yukarı itildi (Şekil 2). Tübün alttaki fazla kısmı kesilerek reflüyü engelleyen parçası, ipek dikişlerle tüpe tesbit edildi. Aynı dikişlerle, midenin mukosa ve müsküler tabakasından 3-4 ipek dikiş (1/0) geçilerek ikinci bir tesbit yapıldı. Olgulara postop dönemde uygulanan yöntem ve oluşabilecek komplikasyonlar hakkında detaylı bilgi verildi.

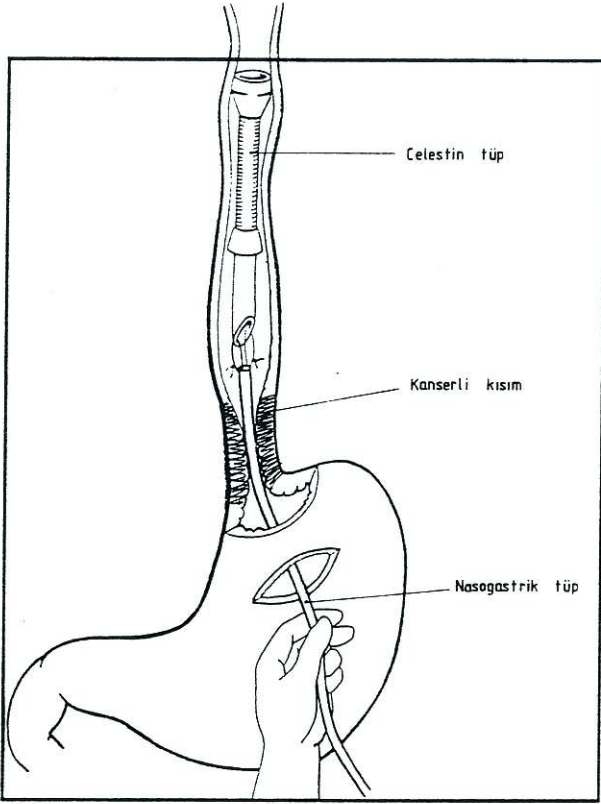
Tübün tıkanmaması için, gıdaların çok iyi çiğnenmesi ve bol sulu gıda alınması taösiye edildi. Olgular, 15'er günlük periodlar halinde kontrol edildi. Gelemeyenlerle telefonla irtibat sağlandı.



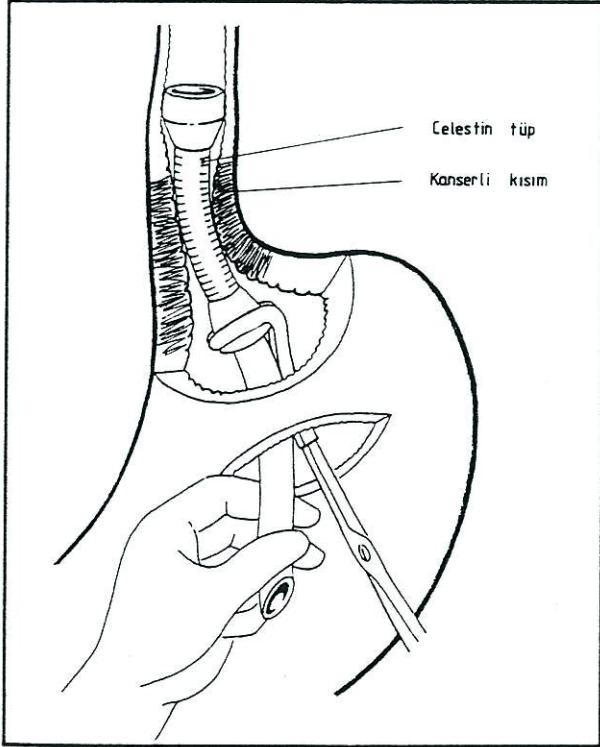
RESİM 1



RESİM 2



ŞEKİL 1: Celestin tüpün Nasogastrik aracılığıyla yerleştirilmesi



ŞEKİL 2: Celestin tüpün tümörlü kısma yerleştirilmesi

SONUÇLAR

Celestin tüp yerleştirilen 12 olgudan birinde postop. 1. gün tüp mideye düştü ve reoperasyonla tekrar yerleştirildi. Kardia kanseri nedeniyle distal özefajektomi ve proximal gastrektomi (1 yıl önce) uygulanıp, anastomozda nüks nedeniyle Celestin

tüp konulan olguda, postop 5. ayda tüp rektal yolla atıldı.

Bir olgu, postop 4. günde, kardiopulmoner yetmezlik sonucu kaybedildi. Mortalite oranımız %8.3'tür.

Celestin tüp sonrası yara infeksiyonu ve üst solunum yolu infeksiyonu gözlenmedi.

Ortalama yaşam süresi, Celestin tüp sonrası 3-6 ay (ortalama 3.6 ay) olup, bu süre içinde, olgularımızda disfaji şikayeti olmadı.

TARTIŞMA

İnoperabl ve non-rezektabl özofagus kanserleri kötü prognoza sahiptir. Radyoterapi, özellikle disfajiyi geriletir ancak trakeobronşiyal tutulumlarda faydasızdır. Hastaların çoğu, kanserin yayılması, lokal komplikasyonlar ve ciddi kaşeksi nedeniyle kaybedilir. Lokal komplikasyonlar arasında, disfaji, trakeoözofageal fistül ve kanama sayılabilir. İnoperabilite kriteri olarak, lokal infiltrasyon, karaciğer metastazı ve uzak metastazların varlığı belirtilmiştir. Palyatif rezeksiyonlar ve bypass işlemleri majör operasyonlardır. Sürviye etkisi olmadığı gibi mortaliteleri yüksektir. Diğer palyasyon yöntemlerinden radyoterapi, gastrotomi ve beslenme jejunostomisinin, disfaji, saliva regürjitasyonu ve aspirasyon pnömonisi üzerine etkinliği söz konusu değildir. İnoperabl kardial ve özofagus kanserlerinde esas amaç, disfajiyi ortadan kaldırmaktır. Bu amaçla, radyoterapi ile kombine dilatasyon veya sadece dilatasyon uygulanmıştır (11). Ancak, dilatasyondan ortalama 2 hafta sonra malign striktürün tekrar oluştuğu, benign striktürlerde ise dilatasyondan ortalama 6 ay sonra triktürün tekrarladığı gözlenmiştir (6, 13). Bu nedenlerden dolayı, özefageal prostetik tüp uygulaması tercih edilmiştir. Literatürdeki ilk uygulama 1887'de Soutter (21, 23) tarafından yapılmış ve tüpün rijid özofagoskopun içinde yerleştirilmesiyle popülerite kazanmıştır. Daha sonraları peroral özefageal tüp yerleştirilmesi konusunda çeşitli tüp ve yöntemler denenmiştir (2, 3, 24). Bu tüpler arasında, Harring, Mousseau Barbin, Celestin ve Livingstone tüpleri sayılabilir. Tüplerde ortak amaç, disfajinin, reflü özefajitin ve aspirasyon pnömosinin engellenmesidir.

Tüplerin arzulanan palyasyonu sağlayabilmesi için yeterli lümene sahip olması, fleksibl olması, tümörün büyümesi ile sıkıştırılmaması ve yerinde sabit kalması gerekir. Fleksibilite ve rezistans gümüş, paslanmaz çelik, lastik, kauçuk ve plastik ile sağlan-

mıştır. M. Barbin ve Celestin'in istenen uzunlukta kesilebilmesi büyük avantajdır.

Celestin tüp, günümüzde, en çok taraftar bulmuş ve iyi sonuçlar bildirilmiştir (5, 8). Tüm tüplerde olduğu gibi Celestin'de de obstrüksiyonun, işlemin ortalama 1. ayında çıktığı ve nedeni olarak mukozal prolapsus, tümör büyümesi ve alınan katı gıdalar olduğu saptanmıştır (14). Katı gıda ile tıkanmalarda özefagoskopi ile gıda temizlenir. Olgularımızda, gıda ile obstrüksiyona rastlanmamıştır ve bu ameliyat sonu dönemde verilen detaylı bilgiye bağlandı. Tüpün oluşturduğu mukozal erozyon sonucu, kanama oluşabileceği belirtilmiştir, ancak olgularımızda rastlanmamıştır (16). Celestin tüp migrasyonunun (kaymanın) genellikle teknik problemlere bağlı olduğu ve uygulanan radyoterapinin herhangi bir etkisi olmadığı ve uygulanan radyoterapinin herhangi bir etkisi olmadığı savunulmaktadır (16). Olgularımızın birinde, Celestin tüpün postop. 11. gün mideye indiği saptandı ve işlem tekrarlandı. Bir diğer olguda tüp 5 ay sonra rektal yolla atıldı. Tüp migrasyonu %20 olarak saptandı. Olgularımızdan biri, genel anestezi etkisinden çıkamayarak, postop 11. gün Reanimasyon servisinde kaybedildi. Mortalite oranımız %8.3 olarak hesaplandı. Endoskopik yöntemlerde mortalite %10-16 arasında değişmektedir (6).

Yöntemimizde olduğu gibi, gastrotomi ile (pull-through, traksiyon) yerleştirilen Celestin tüplerde en büyük avantaj tümörü palpe etmek ve görerek yerleştirmektir. Olgularımızda mortalite oranı, diğer endoskopik yöntemlerdekinin sınırları içinde olduğu halde, birçok yazar traksiyon yönteminde morbidite ve mortalitenin daha yüksek olduğunu savunmuşlardır. Amman ve Collis (1), 59 vakada %29.4 mortalite bildirmekte ve push-through tekniğinin üstünlüğünü savunmaktadır. Lishman ve ark. (15), endoskopik yerleştirmede %25, cerrahi olarak yerleştirildiğinde %45 mortalite bildirmişlerdir. Push-through ile (yada endoskopik) endoözofajial protez yerleştirmede, dilatasyon sırasında veya tüpü yerleştirirken yada basınç nekrozu ile özofagus perforasyonu gelişebilir, %8-12.5 perforasyon riski bildirilmiştir (2, 9). Olgularımızda özofagus perforasyonu oluşmadığı gibi aspirasyon pnömonisi ve bronkopnömoni görülmedi. Sanders (20), %28.4 bronkopnömoni bildirmektedir. Bazı araştırmacılar malign striktürlerde uygulanan tedrici dilatasyonun tek seansta dilatasyon ve entübasyon yönteminin üstünlüğünü savunmaktadırlar (11).

Olgularımızda Celestin tüp fragmantasyonuna rastlanmadı. Fragmantasyonun devamlı hareket (peristaltizm ve respirasyon) gastrik ve oral sekresyonların şimik erozyonuna bağlı materyel stresi sonucu olduğu savunulmuş ve buna bağlı intestinal obstrüksiyon vakaları bildirilmiştir (4). Celestin sonrası uygulanan radyoterapinin, protezin yaşamını etkilemediği savunulmuştur (7). Trakeoözofageal fistüllerde, Celestin tüpün fistül traktının kapanmasına neden olduğu ve bu nedenle tedavi seçeneği olduğu belirtilmiştir (5). Olgularımızda trakeoözofageal fistüle rastlanmadı. Olgularımızın tamamında tüp rahatlıkla yerleştirildi ve yutma problemi oluşmadı. Ortalama yaşam süresi 3.6 ay olarak tesbit edildi. Bu, literatür verileriyle uygunluk göstermektedir (2-6 ay).

Celestin tüp uygulaması, inoperabl ve non-rezektabl özofagus ve kardial kanserlerinde sürviye etkisi olmamasına rağmen, sağladığı yaşam kalitesi nedeniyle kabul edilebilir bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Amman J.F., Collis J.C: Palliative intubation of the oesophagus: Analysis of 59 cases. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1971, 61: 863-9
2. Atkinson M and Ferguson R: Fiberoptic endoscopic polliative intubation of inoperable oesophagogastric neoplasms. Br. Med. J. 1977, 1: 266-7
3. Boyce H.W: Nonsurgical measures to relieve distresses of late oesophageal carcinoma. Geriatrics, 1973, 29: 97-102
4. Cancer Statistics: American Cancer Society. CA 1984, 34: 7-23
5. Celestin L.R: Permanent intubation in inoperable cancer of the oesophagus and cardia. Ann. R. Coll. Surg. Engl: 25: 165, 1959
6. D. Brian Jones, Phillips, Davies and Paul M. Smith: Endoscopic insertion of palliative oesophageal tubes in oesophagogastric neoplasms. Br. J. Surg. Vol. 68 (1981): 197-198
7. Desmond S.C., Procter M.B: Esophageal intubation for carcinoma of the oesophagus. World J. Surg. 4, 451-461, 1980
8. Duovisin GE, Ellis FH Jr., Payne WS: The value of palliative prostheses in malignant lesions of the Esophagus. Surg. Clin. North Am, 47: 827, 1967
9. Giardet R.E., Randell H.T. and Wheat M.W: Palliative intubation in the management of esophageal carcinoma. Am. Thorac. Surg. 18: 417, 1974
10. Haiderel O.O, Mesri Z.H, Giardet R.E, and Ransdell: Palliation of advanced esophageal carcinoma by permanent intubation. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 67: 491, 1974
11. Heit H.A, Johnson F.L, Siegel S: Palliative Dilatation for Disphagia in oesophageal carcinoma: Ann. Intern. Med. 1978, 89: 621-631
12. Johnson C, Clagett O.T: Palliative esophagogastric junction. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 60: 369, 1970
13. Jones D.B and Smith P.M: Conservative management of benign esophageal strictures. Endoscopy, 1981
14. Laughlitz E.H., Walker W.Y: Fragmentation of Celestin tubes: A cause of fatal intestinal perforation. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 80: 17-20, 1980
15. Lishman A.H., Dellipian A.W. and Dewlin H.B.: The insertion of oesophagogastric tubes in malignant oesophageal strictures: Endoscopy or Surgery?.
16. Mac Gowen K.M: Celestin tube disruption. Br. J. Surg. 67: 421-424, 1980
17. Moussou M. Lee Forestier, J. Barbin J: Plac de intubation a deneuve dans le traitement palliatif de cancer de L'oesophage, Arch Fr. Mol. App. Dig: 45: 208, 1956
18. San Felippo, P.M, Berratz P.E: Celestin tube palliation for malignant oesophageal obstruction. Surg. Clin North Am. 53: 921, 1973
19. Shaw JFL, Combes G.B: Multiple intestinal perforation due to Celestine tube. Br. J. Surg. 66: 807-808, 1979
20. Saunders N.R: The Celestin tube in the palliation of carcinoma of the oesophagus and cardia. Br. J. Surg. 1979, 66: 419-21
21. Soutter H.S. A method of intubation the oesophagus for malignant stricture. Br. Med. J. 1: 782, 1924