

Özofagus skuamoz hücreli karsinomunun endoskopik submukozal diseksiyonla tedavisi: Olgu sunumu

Treatment of esophageal squamous cell carcinoma by endoscopic submucosal dissection; A case report

Fatih ASLAN¹, Emrah ALPER¹, Cem ÇEKİÇ¹, Zehra AKPINAR¹, Neşe EKİNCİ², Derya ARSLAN YURTLU³, Belkis ÜNSAL²

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹Gastroenteroloji Bilim Dalı, ²Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, ³Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İzmir

Endoskopik submukozal diseksiyon mukozal ve submukozal lezyonların en-blok çıkarılabilmesini sağlayan, etkin ve güvenli bir yöntemdir. Son 10 yıldır Japon gastroenterologlar tarafından sık uygulanan bu yöntem, son zamanlarda batı ülkelerinde de uygulanmaya başlanmıştır. Bu yazıda endoskopik submukozal diseksiyonla başarılı olarak çıkarılan, 4 cm çapındaki özofagus skuamoz hücreli karsinom olgusunu sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Endoskopik submukozal diseksiyon, ESD, özofagus kanseri

Endoscopic submucosal dissection is an effective and safe method that provides en bloc resection of mucosal and submucosal lesions. This method has been applied frequently by Japanese gastroenterologists in the last decade, and it has also been applied recently in western countries. In this paper, we report a case with a 4-cm in diameter lesion of esophageal squamous cell carcinoma that was successfully resected by endoscopic submucosal dissection.

Keywords: Endoscopic submucosal dissection, ESD, esophageal cancer

GİRİŞ

Endoskopi ve kromoendoskopinin gelişmesiyle birlikte son yıllarda erken evre özofagus ve mide kanserlerinin tespit edilme olasılığı artmıştır (1). Bu gelişmeyle birlikte erken evre kanserlerin tedavisinde endoskopik mukozal rezeksiyon (EMR) veya endoskopik submukozal diseksiyon (ESD) gibi minimal invaziv teknikler sık kullanılmaya başlanmıştır (2,3). ESD endoskopun içinden geçirilen kesici aygıtların kullanımıyla submukozaya sınırlı lezyonların tek parça olarak çıkarılmasını sağlayan yöntemdir. Bu yöntem uygulanırken, öncelikle lezyon sınırlarının belirlenmesi önemlidir. Bu amaçla kromoendoskopi uygulanır. Kromoendoskopiye takiben lezyon sınırları işaretlenir. İşaretlenen kısmın tabanına uygun sıvı enjeksiyonları yapılarak lezyon kabartılır. Sonraki aşamada önce lateral kenarlar, sonra submukozal alan kesilerek lezyon dışarı alınır (4). Japonya'da geliştirilen bu yöntemler batı ülkelerinde de sıklıkla uygulanmaya başlanmıştır (5). Özofagusda skuamoz hücreli karsinomun ESD yöntemiyle tedavisini sunuyoruz.

OLGU

Elli iki yaşında bayan hasta dispeptik yakınmalar ile polikliniğimize başvurdu. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde; kesici dişlerden itibaren 26-30 cm'ler arasında çevre mukozaya göre hiperemik, düzensiz, nodüler görünümde lezyon saptandı. Önce dar bant görüntüleme -narrow band imaging (NBI) ile inceleme, ardından lugol ile boyama yapıldı. NBI ve kromoendoskopik incelemede yaklaşık 40 mm çapında makroskopik olarak malignite şüphesi uyandıran lezyon saptandı ve biyopsiler alındı (Resim 1A, B). Histopatolojik değerlendirme ile lezyonun skuamoz hücreli karsinom olduğu belirlendi. Endoskopik ultrasonografide (Hitachi VISION Preirus Plus Radial 360 echoscope) submukozal invazyon veya lenf nodu tutulumu saptanmadı. Hastaya genel anestezi eşliğinde ESD planlandı. İşlem öncesi, ESD işleminin daha rahat uygulanabilmesi için, özofagusa 30 cm uzunluğunda overtüp yerleştirildi. İşlem su jet kanalı bulunan gastroskop (Olympus 180H) ile karbondioksit insuflatörü olmadan yapıldı. İşlemden önce kromoendoskopi yapılarak lezyon sınırları belir-

Adres: Fatih ASLAN

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Gastroenteroloji Kliniği, 35160, Karabağlar, İzmir, Türkiye

Tel: +90 232 244 44 44/ 1910 • E-posta: drfatihhaslan@hotmail.com

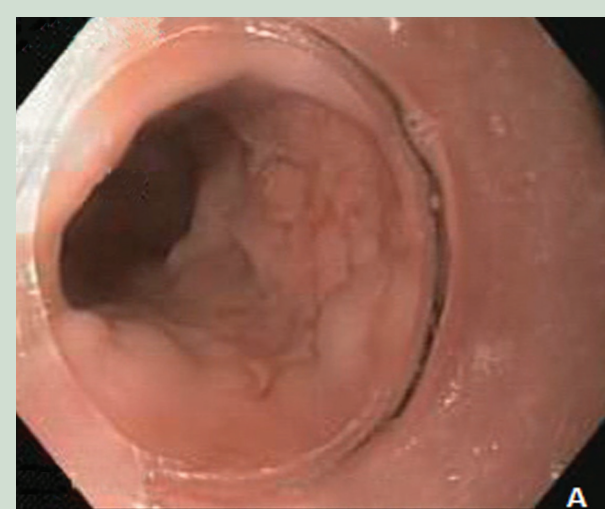
Geliş Tarihi: 13.08.2013 • **Kabul Tarihi:** 25.10.2013

lendi ve soft koagülasyonla işaretleme yapıldı (Resim-1 B, C). Lezyon tabanı hyarulonik asit, serum fizyolojik, adrenalin ve indigokarmin karışımı verilerek kabartıldı. Önce dual knife (KD-650L, Olympus-Japonya) ile işaretlenen kısmın lateralinden itibaren insizyon uygulandı. Ardından aynı bıçakla submukozal alana diseksiyon uygulandı (Resim 1D, E). Diseksiyon sırasında kanamalı vasküler alanlara hemostatik forsepsle (Olympus-Coagrassper) koagülasyon uygulandı. Lezyon en-blok olarak dışarı alındı (Resim 1F, G). Total işlem süresi 95 dakika olup, işlem esnasında 600 mg propofol ve 150 mcg fentanil kullanıldı. İşlem sırasında anesteziyeye bağlı (hipoksi, hipotansiyon vb.) ve endoskopiye bağlı herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. İşlem sonrası çekilen akciğer ve ayakta direkt

batın grafisi normal olarak değerlendirildi. Histopatolojik incelemede lezyon, tüm lateral sınırlar ve submukozası salim olan "skuamoz hücreli karsinom" olarak raporlandı (Resim 1H). İşlem sonrası hasta 5. gün taburcu edildi. Hastanın 3. ay ve 6. ay kontrol endoskopik ve histopatolojik incelemelerinde nüks saptanmadı.

TARTIŞMA

Erken evre özofagus kanserleri cerrahi tedavinin yanında, son yıllarda EMR ve ESD gibi minimal invaziv tekniklerle tedavi edilebilmektedir (6). Japon kılavuzlarına göre özofagusda ESD için kesin endikasyonlar, özofagus lümenini çepçevre 2/3'ünden azını tutan yüksek dereceli intraepitelial neoplazi ve m2 (lamina propria) mukozal lezyonlar-



Resim 1-A. Lezyonun konvansiyonel gastroskopi görünümü.



Resim 1-B. Lezyonun lugol ile boyama sonrası kromoendoskopik görünümü.



Resim 1-C. Lezyon sınırlarının işaretlenmesi.



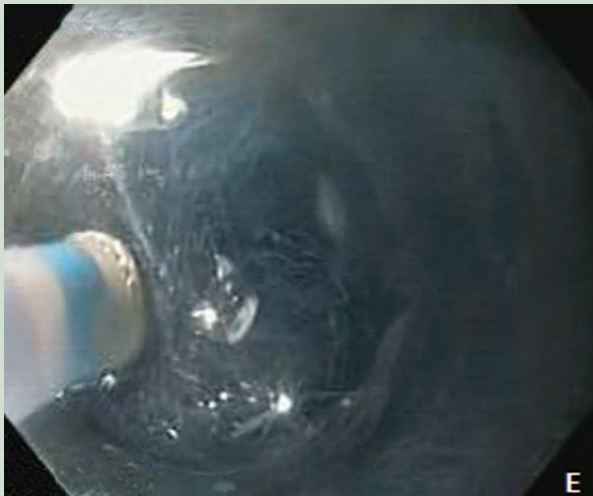
Resim 1-D. Dual Knife ile lateral insizyon.

dir (7). Olgumuzda lezyon mukozaya sınırlıydı ve endoskopik ultrasonografik incelemede submukozal invazyon ve lenf nodu tutulumu gözlenmemişti.

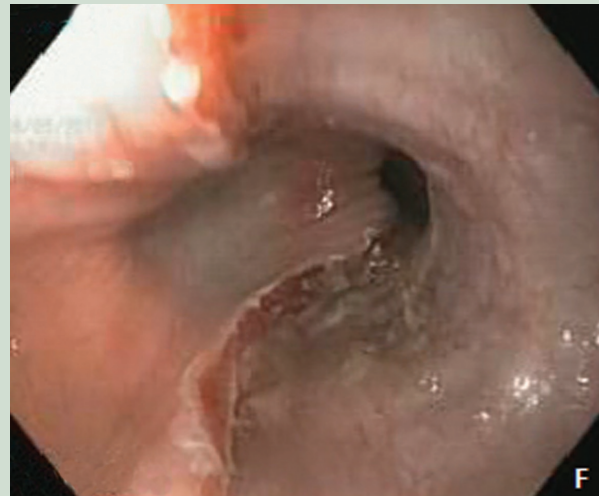
EMR seçilmiş vakalarda kolay uygulanabilir yöntem olmasına rağmen, lezyon çapı arttıkça rezidü lezyon ve lokal nüks olasılığı artmaktadır (8). Çünkü lezyon çapı arttıkça strip biyopsi-EMR, cap-EMR veya EMR-ligasyon gibi EMR teknikleriyle lezyon parçalı olarak çıkarılabilmektedir (9). Bu durum işlem sırasında koter etkisi ve kanama nedeniyle endoskopistin tümörsüz alanı değerlendirmesinde sorun oluşturmaktadır ve daha fazla normal doku çıkarılmasına neden olabilmektedir. Diğer açıdan patolojik gözle parçalı olarak alınmış materyalin lateral sınırlarını değerlendirmesi zordur (10,11). Erken evre özofagus kanser-

lerinde uygulanan özofajektomi gibi cerrahi girişimler sonrası cerrahi ile ilişkili morbitide ve mortalite oranları yüksektir (10). ESD en-blok rezeksiyon oranlarına paralel olarak tedavinin başarı oranı artmaktadır (12). Literatüre göre özofagus ESD en-blok oranı %95-100 (10,12), küratif rezeksiyon oranı %88-97 arasındadır (13,14). Olgumuzda lezyon en-blok olarak çıkarıldı ve küratif rezeksiyon elde edildi.

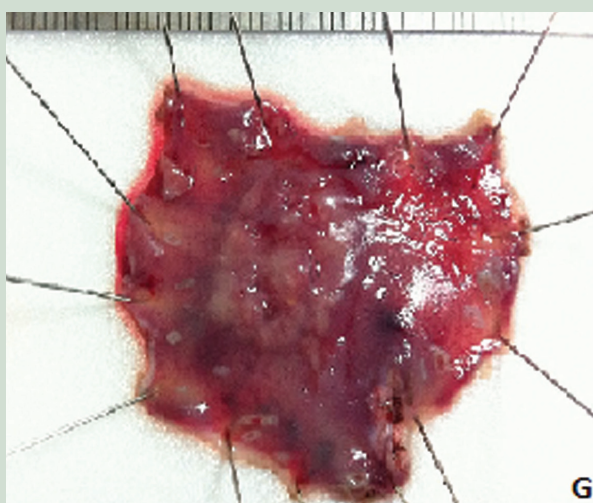
ESD, 2 cm çapından büyük lezyonların en-blok olarak çıkarılabilmesini sağlayan avantajlı yöntem olmasının yanında daha çok zaman ve personel gerektiren, kanama ve perforasyon gibi komplikasyonları olan bir yöntemdir (4-6). Özofagus kanserlerinde uygulanan ESD yönteminde kanama %1,1 ve perforasyonun %0-6,9 arasında olduğu



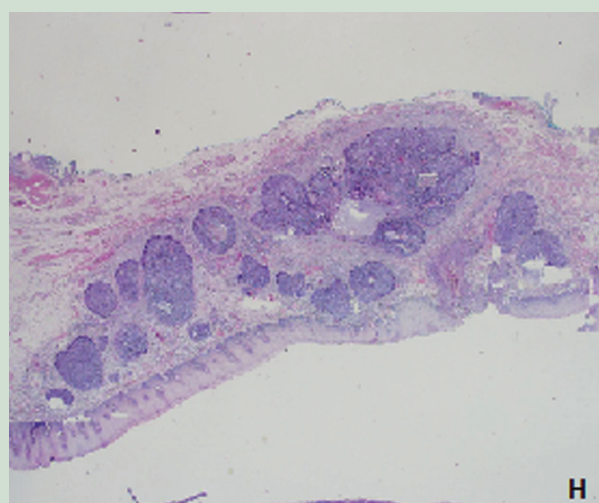
Resim 1-E. Dual Knife ile submukozal diseksiyon.



Resim 1-F. Lezyon çıkarıldıktan sonra ESD alanının görünümü.



Resim 1-G. En-blok olarak çıkarılmış lezyon.



Resim 1-H. Lezyonun histopatolojik görünümü, "Skuamoz hücreli karsinom".

bildirilmiştir. Kanama ve perforasyonun tüm olgularda endoskopik olarak tedavi edildiği rapor edilmiştir (6, 11-12). Bu nedenle ESD, EMR yönteminin büyük lezyonlardaki dezavantajını ve cerrahi tedavinin neden olabileceği komplikasyon riskini azaltmaktadır. Bunun yanında ESD ve parçalı EMR işlemi sonrası %7-18,9 arasında sekonder strüktür gelişebileceği belirtilmiştir (6, 12). Olgumuza bu nedenlerden dolayı cerrahi tedavi ve EMR düşünülmedi. Klinik takiplerinde perforasyon ve gecikmiş kanama gibi

herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Olgunun takibinde disfaji şikayeti olmadı ve endoskopik kontrolünde strüktür gözlenmedi. Özefagus ESD sonrası rekürrensin %0-4,5 arasında olabildiği bildirilmiştir (11, 12). Olgumuzun şuaana kadar yapılan kontrollerinde rekürrens gözlenmedi. Sonuç olarak erken evre özofagus kanserlerinin endoskopik tedavisinde endoskopik submukozal diseksiyon yöntemi anatomik yapıyı bozmayan, etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Mandard AM, Tourneau J, Gignoux M, et al. In situ carcinoma of the esophagus. Macroscopic study with particular reference to the Lugol test. *Endoscopy* 1980;12:51-7.
2. Inoue H, Takeshita K, Hori H, et al. Endoscopic mucosal resection with a cap-fitted panendoscope for esophagus, stomach, and colon mucosal lesions. *Gastrointest Endosc* 1993;39:58-62.
3. Yamamoto H, Sekine Y, Higashizawa T, et al. Successful en bloc resection of a large superficial gastric cancer by using sodium hyaluronate and electrocautery incision forceps. *Gastrointest Endosc* 2001;54:629-32.
4. Yamamoto H, Kita H. Endoscopic therapy of early gastric cancer. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2005;19:909-26.
5. Repici A, Hassan C, Carlino A, et al. Endoscopic submucosal dissection in patients with early esophageal squamous cell carcinoma: results from a prospective Western series. *Gastrointest Endosc* 2010;71:715-21.
6. Yamamoto H. Endoscopic submucosal dissection—current success and future directions. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2012;9:519-29.
7. Ono S, Fujishiro M, Koike K. Endoscopic submucosal dissection for superficial esophageal neoplasms. *World J Gastrointest Endosc* 2012;4:162-6.
8. Katada C, Muto M, Manabe T, et al. Local recurrence of squamous-cell carcinoma of the esophagus after EMR. *Gastrointest Endosc* 2005;61:219-25.
9. Ishihara R, Iishi H, Uedo N, et al. Comparison of EMR and endoscopic submucosal dissection for en bloc resection of early esophageal cancers in Japan. *Gastrointest Endosc* 2008;68:1066-72.
10. Kato H, Tachimori Y, Watanabe H, et al. Superficial esophageal carcinoma. Surgical treatment and the results. *Cancer* 1990;66:2319-23.
11. Fujishiro M, Yahagi N, Kakushima N, et al. Endoscopic submucosal dissection of esophageal squamous cell neoplasms. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:688-94.
12. Oyama T, Tomori A, Hotta K, et al. Endoscopic submucosal dissection of early esophageal cancer. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;3(7 Suppl 1):S67-70.
13. Ono S, Fujishiro M, Niimi K, et al. Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for superficial esophageal squamous cell neoplasms. *Gastrointest Endosc* 2009;70:860-6.
14. Takahashi H, Arimura Y, Masao H, et al. Endoscopic submucosal dissection is superior to conventional endoscopic resection as a curative treatment for early squamous cell carcinoma of the esophagus (with video). *Gastrointest Endosc* 2010;72:255-64, 264.e1-2.