

**OESOPHAGUS KANSERİNİN KLİNİĞİ, OPERASYON
METODLARI VE TARİHÇESİ**

İrfan DUYGULU (*)
İlker ÖKTEN (*)**
Gökalp ÖZGEN (**
Erdoğan YALAV (**)**

GİRİŞ :

Oesophagus Kanseri yemek borusunun sıklıkla rastlanan hastalıklarından olup, malign epitelyal tümörlerin % 5'ini teşkil etmektedir.

Oesophagus kanserinin prognozu organın hususiyeti nedeni ile diğer karsinomlara nazaran daha fenadır. Erkeklerde kadınlara nazaran daha sık rastlanır. 50 - 70 yaşları arasında erkeklerde, 50 - 60 yaşları arasında kadınlarda görülür. Bununla beraber boyundaki cesophagus kanserleri daha doğru deyimle Postkrikoid Karsinom kadınlarda erkeklere nisbetle 5 defa daha sık görülür.

Kanserin lokalize olduğu bölgeler öncelikle cesophagus darlıklarıdır.

Uzak Doğu, Rusya ve Skandinav ülkelerindeki sıklık derecesi tam anlamı ile izah edilememiştir.

Etyolojide tütünün ve alkolün predispozan faktör olarak rol oynadığı kabul edilmektedir.

Şua tedavisinin verdiği zararlar, nedbe yapan asidli içkiler, lökoplaziler, distrofik mide mukozasının bulunduğu adacıklar, divertiküller prekanseröz olarak kabul edilirler (7, 27, 36, 41, 48).

(*) D. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Kürsüsü Başkanı

(**) D. Ü. T. F. Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Kürsüsü Öğr. Görevlisi

(***) A. Ü. T. F. Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Kürsüsü Uzmanı

(****) A. Ü. T. F. Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Kürsüsü Profesörü

TARİHÇE :

Oesophagusa ait cerrahi müdahalelerin zengin ve enterasan bir tarihçesi mevcuttur. Bu nedenle kısaca üzerinde durmayı uygun bulduk.

NELATON 1843'te ilk defa regurgitationa mani olabilmek için fistül tarzında bir gastrostomi uygulamıştır.

WITZEL 1891, PENIERE 1893, KADER 1896. Oesophagus pasajının tıkalı olduğu hallerde beslenme gayesiyle bilinçli metodlarla gastrostomiye tatbik etmişlerdir (23, 43, 56).

DEPAGE 1902, TAVEL 1906. Bu konuda çalışmalarını sürdürmüşlerdir. Bu çalışmalar gelecekte oesophagus plastiği uygulanmasında önem kazanmıştır.

HEINRICH, BIRCHER 1894. Servikal cesophagostomayı gastrostomi ile sternum önünden ciltten yapılmış bir boru ile birleştirmişlerdir.

EOGEN 1907. Oesophagus yerine ikame edilmek üzere dermoplasti uygulamıştır.

ROUX 1907. Korosiv madde ile meydana gelen stirüktürlerde uyguladığı operasyonlarda başarı kazandığını bildirmiştir (4, 44).

WOLLSTEIN, TAVEL, HERZEN çeşitli şekillerde jejonoplastiği başarıyla tecrübe etmişlerdir.

KELLING 1911. Oesophagus yerine isoperistaltik olarak kolon transversumu koymayı bulmuş ve uygulamıştır (18, 24, 51, 58).

VUILLET ise anisoperistaltik yapacak şekilde kolon transversumu kullanmıştır. KIRSCHNER 1920. Mideyi isoperistaltik olarak, ROITH 1924. Kolon assendensi oesophagus plastiğinde cerrahi alana sokmuşlardır. Mideyi bir boru haline getirerek rekonstruktion yapabilme imkânları araştırılmıştır (26, 54).

BECK, CAREL, HIRSCH, RUTKOWSKI, JIANU, HALPERN mide büyük kurvaturundan boru yaparak iso veya anisoperis-

taltik oesophagus plastiği yaparak pasaj teminine çalışmışlardır. KIRSCHNER istisna edilirse bütün bu otoriteler mideyi kullanmışlar fakat birkaç operation aktı içerisinde deri plastiği ile kombine etmek mecburiyetinde kalmışlardır (8, 14, 19, 21, 46).

YUDİN devrinin aktif çalışmalarına paralel olarak Rusya'da oesophagusla ilgili başarılı cerrahi girişimlerde bulunmuştur.

YUDİN 1944, HERZEN'in jejunoplastiğini modifiye ederek başarılı neticeler aldığını bildirmiştir. YUDİN'in talebesi PAPO'da aynı tarihlerde başarı kazandığı jejunoplasti metodlarından bahsetmiştir (18, 42, 61).

MİKULICZ ve talebesi SAUERBRUCH 1904 - 1905. Oesophagus cerrahisi üzerindeki çalışmalarına başlamışlardır.

TOREK 1913. İlk olarak transtorakal yemek borusu rezeksiyonunu başarıyla uygulamıştır.

KIRSCHNER 1920. Oesophagus 1/3 alt kısmı karsinomunda toraks ve karın boşluğunu aynı zamanda açarak mideyi mobilize etmek suretiyle tipik bir rezeksiyon yapmıştır (26, 33, 53).

OSHAWA ve SEO 1933. Oesophagus 1/3 alt kısmında rezeksiyon ve aynı seansta Oesophago-gastrostomi yaptığını bildirmiştir.

GARLOCK 1944. İlk defa TOREK metodunu tatbik etmiş, rezeksiyondan sonra aorta altında Oesophago-gastrostomi uygulamıştır. GARLOCK 1948. Tek zamanlı oesophagus rezeksiyonu ile servikal nahiye Oesophago-gastrostomi başarıyla yaptığını tebliğ etmiştir (13, 41).

BREWER, WYLIE, NISSEN 1949. Aynı cerrahi metodu başarıyla uygulamışlardır (7, 38, 39, 59).

KERNER 1934, KING 1937. TOREK usulü Oesophagektomi ile Anthethorakal rekonstruksiyonu başarıyla tatbik etmişlerdir. Bu çalışmalarda BIRCHER başarılarıyla meslekdaşlarına katkıda bulunmuştur (4, 25, 53).

CLAIRMONT 1924. Kısmi Oesophagus rezeksiyonlarının kötü neticelerinden dolayı Total Eosophagektomiye tavsiye etmiştir. Oesophagusun longitudinal submüköz yayılması bugün katiyetle bilindiğine göre Total Oesophagektominin önemi kesinlikle ortaya çıkmaktadır.

ROİTH 1924. İlk defa sağ kolonu Oesophagus yerine koyarak metodu üstün bir başarıyla uygulamıştır.

BORDEAUX 1950 ve okulunun mensupları VİLLEMİN, LA-FARGOE, DUFOUR, CABANİE İleo-Kolon-Plastik metodunu bilinçli bir şekilde tekamül ettirmişlerdir. FERRON 1948. Aynı metodla başarılı neticeler aldığını bildirmiştir (10, 28). RUDLER 1951. İleo-Kolon-Plastik metodu modifiye ederek retrosternal olarak yerleştirmeyi tavsiye etmiştir.

ORSONİ ve TOUPET 1950. Anisoperistaltik Colon descendens kullanarak rekonstruksiyonu tavsiye etmişlerdir.

Bugüne dek rezeke edilen Oesophagus yerine kullanılan bütün suni materyel veya bu materyelden yapılan protezler başarılı sonuç vermemiştir (40, 45).

BERMAN 1952. Oesophagus yerine kullanılmak üzere polyethylen boru silikonise lastik veya teflon tavsiye etmişlerdir. YOUNG ve DAGRADİ Oesophagektomiden sonra aorta transplantasyonu denemişler, fakat başarılı olamamışlardır (3, 60).

LONGMİRE 1947, ANDROSOV ve NAKAYAMA 1962. Oesophagus yerine konacak organın serbest trasplantatını, örneğin kalın barsağa ait damar arkusunu boyunda A. Thoracica interna veya A. Sublavia ile anostomoze etmeyi haklı ve önemli bir şekilde tavsiye ve tatbik etmişlerdir (2, 31, 34, 35, 36, 37).

MATERYEL VE METOD :

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniğine 1971 - 1975 dönemindeki 5 yıl içerisinde 68 Oesophagus kanserli hasta tetkik ve tedavi için yatırılmıştır.

Vak'aların çoğunluğunu erkekler teşkil etmekte olup 58 erkek (% 85,4), 10 kadın (% 14,6) hastadan oluşmaktadır. Litera-

tür taramalarında büyük çoğunluğun erkek hastalar olduğunu göstermektedir.

En genç hastamız 25, en yaşlı hastamız 75 yaşındadır. Vak'aların 46'sı toplamın 2/3'ü 50 yaştan üzerinde, 22 vak'a toplamın 1/3'i 50 yaştan altındadır. Bu sayılar Oesophagus karsinomunun 50 - 70 yaşları arasında sıklıkla görüldüğü gerçeğini ispatlamaktadır.

Vak'alarımızda lokalizasyon şöyledir : 10, 1/3 üst, 18, 1/3 orta, 40 1/3 alt Oesophagus kısmına ait karsinom olarak tesbit edilmiştir. 1/3 alt Oesophagus kısmına ait carsinom olarak tesbit edilmiştir. 1/3 alt Oesophagus kısmına ait carsinom diğer bölgelere nazaran daha sıklıkla görülmüştür (Tabela : 1).

Histopatolojik olarak 28 Yassı Epitel Hücreli Carsinom, 11 Adenocarsinom tanımlanmıştır (Tabela : 2). Hastalarımızda teşhis edilen adenocarsinomların tümü 1/3 alt Oesophagus kesimine aittir. 29 vak'ada ise histopatolojik teşhis koymak imkânı elde edilememiştir. Bu hastalardan bir kısmı müdahaleyi kabul etmemiş, birkaçında Oesophagoskopide alınan materyel yeterli olmamıştır. Birkaç vak'ada ise kaşektik durum nedeni ile hiçbir girişimde bulunulmamıştır. Bu nedenle histopatolojik teşhis konamayan vak'aların sayısı çoğalmıştır. Fakat bu vak'alarda klinik ve radyolojik olarak Oesophagus carsinomu diagnosedan şüphemiz yoktu.

Çeşitli klinik semptomlar arasında Dysphagie tüm vak'alarda müşahade edilmiş olup, sırayla sıklık derecesine göre regurgitation, epigastriumda ve retrosternal bölgede ağrı görülüyor (Tabela : 3). Dysphagie semtomu teşhiste geç kalındığını kanıtlar. Vak'alarımızı diagnostik ve cerrahi tedavi yönü ile analiz ettiğimizde aynı neticeye vardığımızı görmekteyiz.

Tedavi amacıyla uyguladığımız cerrahi girişimlerin ancak 10'unda radikal cerrahi tedavi yapmak imkânı olmuş, 12 vak'ada ise internal derivation uygulanmıştır. Tümörün yerinde bırakılmasına rağmen, gastrostomi yapmadan hastalar peroral yolla beslenerek yaşamları temin edilmiştir. 26 Gastrostomi, 2 jejunostomi yapmak mecburiyetinde kaldık. Ancak bir vak'ada Oesophagusa tüp yerleştirebildik (Tabela : 4).

OESOPHAGUS KANSERİNİN LOKALİZASYONU

Vaka sayısı	Üst 1/3	Orta 1/3	Alt 1/3
68	10	18	40

TABELA : 1

OESOPHAGUS KANSERİNİN HÜCRE TİPLERİ

Vaka sayısı	Yassı Ep. Hüc. Car.	Adend Car.	belli olmayan Hücre tipi
68	28	11	29

Tabela : 2

TARTIŞMA :

Oesophagus carsinomu diğer organ carsinomlarına nisbetle daha malign ve prognoz itibarıyla de daha kötüdür. Başlangıçta carsinom süratli büyümez, semptomlar gözden kaçabilir. Bu dönemde ekseriya diağnoz koymakta güçlük vardır.

68 vak'amızın tümü kardinal semptom olarak kabul ettiğimiz dysphagie şikâyeti ile hekime müracaat etmişlerdir. Dysphagieden sonra en sık görülen semptom regurgitation ve epigastriumda ağrıdır. Semptomların sıklık derecesi ve oranı (Tabela 3) görülmektedir. Birçok otoritelerle beraber bizde kardinal semptom olan dysphagienin vak'aların bir kısmında inoperabiliteyi ifade ettiği kanısına katılırız.

Etyolojide eksogen faktörlerin mühim rolü vardır. Tütün ve alkolün müşterek etkisinin tesiri kesinlikle kabul edilmiştir. Devamlı ve fazla içilen sıcak içkiler, çiğnenmeden yutulan sıcak yiyecekler, örneğin Japon'ların sıcak pirinci çiğnemedi yemeleri, alkollü içkilerini sıcak içmeleri bu ırkta insidansın sıklığını izah etmeye yardımcı olabilir.

Mikroskopik olarak % 90 - 95 Yassı Epitel Hücreli Carsinoma, 1/3 alt Oesophagus kısmında mideye giriş yerinde dystophik mide mukozası adacıklarından orijinini alan % 8 nisbetinde Adenocarsinoma rastlanabilir. Adenocarsinomlar kısa sürede obstruksiyona sebep olacaklarından hastalığın başlangıç döneminde tanımlanabilir.

Histopatolojik olarak 28 Yassı epitel hücreli carsinom, 11 Adenocarsinom tesbit ettik. Çoğunluğu teşkil eden hücre tipi Oesophagus mukozasının constructionuna uymaktadır. Adenocarcinomlar ise 1/3 alt Oesophagus, daha doğru deyimle Oesophagusun mideye en yakın bölgesinden orijinini almıştır (Tabella : 2).

Yemek borusunda mikst malign tümör olarak Carsinosarkomlar görülebilir. Carsinosarkomatoslar çabuk büyür, Oesophagus duvarını geniş bir alanda infiltre ederler.

Oesophagus carsinomunun makroskopik olarak medüller, sirhöse, polypöse şekilleri vardır. Medüller carsinomlar Oesophagus lümeninde expansiv bir gelişme gösterir, aralıklı ve produktiv bir şekilde büyümesi nedeni ile değişik klinik tabloların ortaya çıkmasına sebep olur.

Oesophagus carsinomlarında infiltre ve fistülize olmaya büyük bir eğilim vardır. Bu eğilim tümörün yüksek malignitesinin pathophysiolojik fenomenine işarettir. Pathophysiolojik fenomen infiltration veya stenoz yapan tümörün cinsine bağlıdır (20, 27, 38, 39, 48, 50, 52).

Tümörün lymphangitis carsinomatosa tarzında yayılışında epitel intakt görülür, fakat submukozada yayılma sözkonusudur.

Intramural longitudinal büyüme formu sık görülür. Stenoz yapan carsinom şekillerinde ön plânda dysphagie şikâyeti vardır.

Oesophagus carsinomu lokal komplikasyonlar yanında karaciğer, akciğer, kemik ve plevraya uzak metastazlar yapar. Lymphatik yolla nodüller metastazlar çeşitli olup cerrahi teda-

viye karar vermede önemli bir yer işgal eder. Cervical bölgedeki Oesophagus carsinomları anterior jugulair, supraclaviculair bölge ganglionlarına, thorax içindeki carsinomlar supraclaviculair, mediastinal, subdiaphramatik ganglionlara, Oesophago-gastrik bölge carsinomları en yakın mediasten bölgesi, dalak, karaciğer hilusu, subdiaphramatik bölge ganglionlarına metastaz yapar. SWEET'e göre bütün Oesophagus carsinomlarında % 70 diaphragmatik lenf bezleri metastazları bulunur.

Carsinom lokalisationu 1/3 üst Oesophagus kısmında alt ve orta 1/3 kısımlarına nisbetle daha azdır. Oesophagus carsinomunun bölgelere göre lokalizasyonu tabela - 1 de görülmektedir.

Symptomatologie variation gösterebilir. Bazen semptomlar nadir olmakla beraber komşu organlara infiltration ve metastaz şeklinde meydana çıkabilir.

NISSEN dysphagieden evvel başlayan hypersalivationun erken semptom olarak kabul edilmesinde ısrar etmektedir.

Dysphagienin Oesophagus lümeninin 5 mm daralana kadar sübjektif bir şikâyet olarak ortaya çıkmıyacağını düşünürsek bu kardinal semptomun başlamış olmasıyla beraber NISSEN, WATSON, GOODNER, PETİT'in carsinomu inoperabl olarak kabul etmelerini olumlu karşılamalıdır. Sol ses telindeki felç aortaya tümör infiltrationu şeklinde düşünülerek inoperabilite kriteri olarak değerlendirilmelidir. Sırtta veya sternum arkasındaki yutkunma ile ilişkisi olmayan devamlı ağrı carsinomun tracheaya, bronchusa, mediastinal plevraya veya aortaya infiltrasyonu olduğunu gösterir.

Oesophago-tracheal fistül genellikle geç komplikationdur. Aspiration pneumonisi nedeni ile erken zamanlı exitusletales kaçınılmaz bir sonuçtur. İki hastamızı Oesophagotracheal fistül komplikasyonu nedeni ile meydana gelen bronchopnömoni sonucu kaybettik. Diagnostik problem erken çözömlenip carsinom teşhisi konursa bu organın cerrahisinde uygulanacak yeni yöntemler değeri kazanır. Erken diagnos ve tedavi surveyi uzatır (6, 12, 17, 36, 37, 38, 39, 49, 50, 52).

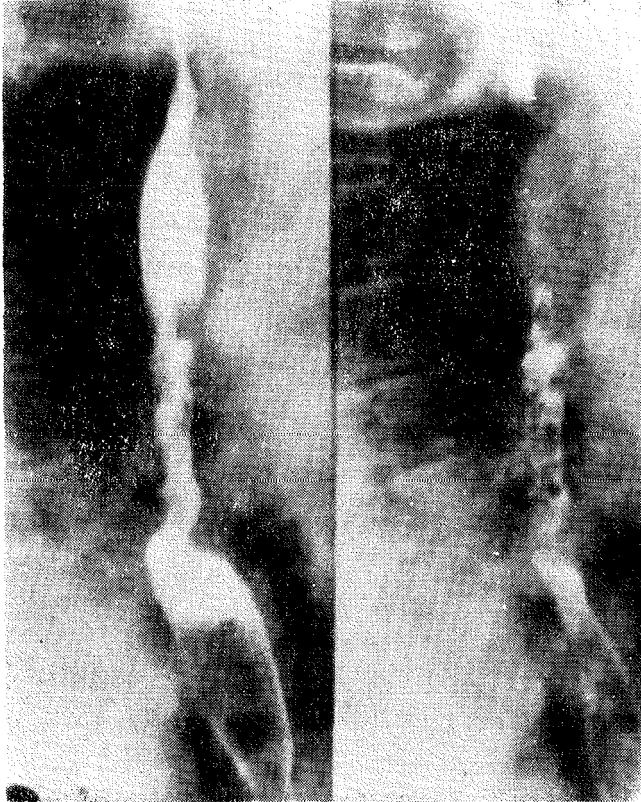
Stenoz yapan Oesophagus hastalıklarının hemen tümünde carsinom sözkonusu olmuştur. Bu nedenle klinisyenler diferensiyel diagnostik değeriendirmede sorumluluk altındadır. Klinik bulguları uyguladığımız diagnostik metodların neticeleri ile birleştirerek değeriendirip carsinomun erken dönemde teşhisine alışmalıdır.

Diagnostik metodları şöyle sıralayabiliriz :

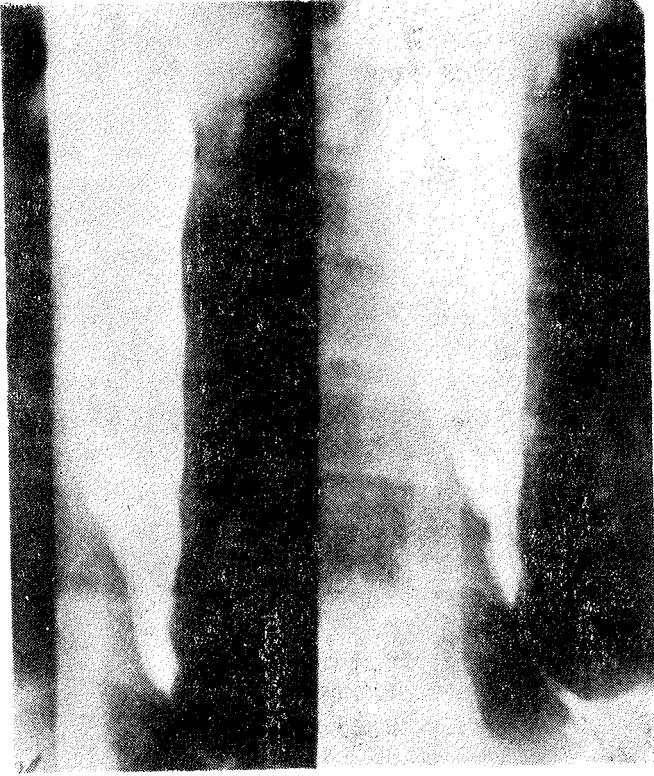
- 1 — Radiologie (Oesophagogram ve beraber skopik değeriendirme)
- 2 — Oesophagoskopie (Probe eksizyon, Sitoloji).
- 3 — Chromoendoskopie.
- 4 — Radio-aktiv fosfor P³² (Fonksiyonel ve bioşimik değeriendirme).
- 5 — Pharmakoradiographie.
- 6 — Çift kontrast metodu.
- 7 — Kinematographie.
- 8 — Mediastinoskopie.

Bu metodların verdiği geniş diagnostik imkânlarla carsinomun erken tanımlanması yapılabilmelidir.

Hastalarımızın çoğunluğu Oesophagus carsinomunun inoperabilite hududuna yaklaştığı dönemde kliniğimize müracaat etmişlerdir. Vak'alarımızda operasyon öncesinde histopatolojik teşhis koyabilmek için gerekli diagnostik yöntemler uygulanmıştır.



Resim : 1



Resim : 2

Oesophagogram I'de Oesophagus 1/3 orta kısmında, Oesophagogram II'de 1/3 alt kısmında ve Oesophagogram III'de cardiooesophagien kısmında inoperabl carsinomlar görülmektedir.

Erken dönmede teşhis edilmiş Oesophagus carsinomlarında tedavi cerrahi olmalıdır. Bununla beraber cerrahi tedavinin başarısını önliyen muhtelif nedenler mevcuttur. Şöyleki :



Resim : 3

- 1 — Erken diagnos zordur.
- 2 — Hastaların büyük bir çoğunluğu yaşlı olduğu için genel durumları iyi değildir. Karaciğer ve Cardiovasculaire sistem genç hastalara nisbetle normlardan sapmıştır.
- 3 — Uygulanacak operasyonlar güç girişimler olup ekseriyetle aynı akt içerisinde thorax ve karın boşluğu beraber açılır; teknik komplikedir, bu nedenlerle mortalite yüksektir.
- 4 — Anastomoz sütürlerinin geleceği organ serozasız olduğu için tehlike içindedir.

5 — Oesophagus dokusu gastro-intestinal sistemin diğer organlarına nisbetle daha kolay yırtılır.

6 — Oesophagusun kanlanması oldukça kısıtlıdır.

7 — Yutkunma esnasındaki hareketler anastomozu daima basınç altında tuttuğu için fistüllere ve açılmalara sebep olur.

8 — Oesophagus patolojik mikroplarla doludur.

Bütün bu faktörlerin dezavantajına rağmen radikal ve pal-yativ cerrahi metodlarını uyguladığımız hastalarımızda postop. dönemde exitus letales görülmemiştir.

Oesophagus carsinomunun radikal tedavisi için iki esas metod düşünülmektedir :

1 — Carsinomlu Oesophagus kısmı çıkarılır ve mide yukarı çekilerek thorax boşluğunda sağlam Oesophagus ile anastomoz yapılır.

2 — Oesophagus total olarak çıkarılır, defekt araya konan bir organla (Colon, Jejenum) kapatılır, veya mideden tüp yapılarak anastomoz yapılır. İlk dönemde 1/3 alt Oesophagus carsinomlarında ilk yöntem çok sık uygulanmıştır.

NAKAYAMA, ALLGÖWER, SWEET, LINDER, HECKER rezidivin sıklıkla görülmesi nedeni ile subtotal Oesophagus reseksiyonu yerine Oesophagusun total olarak çıkarılmasını tercih etmektedirler.

Total ekstrepsiyondan sonra defekti kapamak için çeşitli cerrahi metodlar uygulanabilir. Kolon ve jejenumla yapılan transplantationlarda yeterli damar arcusuna ihtiyaç vardır. Transplantat ve anastomozun yeteri kadar beslenmesi çok önemsenir. Aksi takdirde nekroz ve anastomozda fistüller meydana gelir. Colon ince barsağa nazaran kenara yakın seyreden kuvvetli damar kavislerine sahiptir.

LINDER, HECKER retrosternal olarak yerleştirilen colon transplantatını önemler. Retrosternal yol kısa ve intraplevral bir anastomoz söz konusu değildir. Karın ve torax boşluğu aynı

anda açılmaz. Tek zamanlı yapılan colon transplantationunda mortalite % 40'a kadar çıkmıştır. İki zamanlı cerrahi müdahale ile bu mortalite nisbeti oldukça azalmıştır. SHERMAN ve MAHONEY ilk akt'ta % 2,2 ikinci akt'ta % 14'dür.

Resektionu müteakip colonla interposition yapılır. Post vagotomi tesirlerini yok edebilmek için de ekstra mucosal pyloromyotomi veya pyloroplasti (HEİNEKE-MİCULİCZ) tatbik edilir (1, 5, 16, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 42).

ALLGÖWER erken dönemde diagnos konmuş vak'alarda total Oesophagus ile kombine edilen rekonstruktion ile on senelik sürvi temin ettiğinden bahsetmektedir. ALLGÖWER ilk akt'a cervical Oesophago-colo-gastrostomi yapar. Dört haftalık bir intervelden sonra neoplasma şulanır. Kısa bir süre sonra Oesophagektomie yapılır. Bu cerrahi müdahale rizikosuzdur. Bu girişim esnasında Oesophagektomi yapılamazsa, daha doğru bir deyimle inoperabl ise yeni bir cerrahi girişime ihtiyaç yoktur. Çünkü ilk akt'a yapılan cervico-abdominal Bypass ile sürviyi uzatmamasına rağmen phisiolojik beslenme temin edilmiştir.

Midenin tüp şekline getirilerek Oesophagusun subtotal veya totale yakın resektionundan sonra intrathorakal veya anthethorakal Oesophagogastrostomi ile olumlu sonuçlar alınmaktadır. Mideyi tüp şekline sokarak yapılan Oesophagogastrostomilerde thorax içindeki organlara herhangi bir tazyik söz konusu değildir.

NAKAYAMA irradiationla kombine ederek colon veya mide interpositionu ile cerrahi tedaviyi üç ayrı dönemde yapmakta idi. Preoperativirradiation resektionla birlikte irradiation tek başına yapılan resektiona daima üstünlük sağlar.

Irradiationun tatbikatında striktür, perforation, hemoragie, stenosis, pnömonitis, spinal kordon zedelenmesi gibi komplikasyonlar nedeni ile dikkatli olmamız icabeder.

NAKAYAMA Oesophagus carsinomlarının cerrahi tedavisinde mortaliteyi % 6'ya kadar düşürmüştür. NAKAYAMA'dan sonra mortalitesi en düşük cerrah SWEET'tir.

**OESOPHAGUS KANSERLERİNDE UYGULANDIĞIMIZ
CERRAHİ TEDAVİ METODLARI**

1. Radikal Operationlar	10
A — Mide tüpü + Oesophagektomie Oesophagogastrostomie	6
B — Oesophagektomie + Oesophago - Gastrostomie	3
C — Oesophagektomie + Gastrektomie + Oesophagojejunostomie+ Braun	1
2. İnternal Derivationlar	12
A — Oesophagogastrostomie	8
B — Oesophagojejunostomie	4
3. Gastrostomie	26
4. Jejunostomie	2
5. Tüp Yerleştirme	1
6. Cerrahi Tedavi Uygulanmıyan	17
Toplam	68

Tabela ; 3

İnoperabl carsinomlarda radikal cerrahi uygulanamazsa palyativ metodlara başvurulur (1, 34, 35, 36, 37, 47, 48, 50, 53, 55).

Palyativ usuller :

- 1 — CELESTİN, HÄRING tüpleri ve SOUTTAR sondası.
- 2 — BYPASS tekniği (JOHNSON, CLAGETT).
- 3 — Gastrostomi veya jejunostomie (9, 11, 15, 21, 22, 43, 49, 51).

Sonuç olarak bugüne dek ekstrpationdan sonra meydana gelen defekti kapatmak için tatbik edilen radikal metodlar şunlardır :

- 1 — Antethorakal deri tüneli (BİRCHER).
- 2 — Colon-Oesophagoplastik (KELLİNG ve ROİTH).
- 3 — Jejun-Oesophagoplastik (ROUX ve HERZEN).
- 4 — Jejun-dermato-Oesophagoplastik (WULSTEİN).
- 5 — Antethorakale Oesophagogastrrostomi veya serbest colon transplantasyonu (NAKAYAMA).

1/3 alt Oesophagus bölgesindeki ve cardiooesophagien carsinomlarda Oesophagektomiden sonra mide ile yapılan anastomoslar, Oesophagogastrrostomiler başarılı olmuştur. Oesophagusun üst bölgesindeki carsinomlarda totale yakın Oesophagektomiden sonra mideden tüp yaparak intrathoraxik thorax üst kısmında veya cervical bölgede anastomoz yaparak iyi neticeler almak mümkündür. Colon transplantatına nisbetle bu metoda daha olumlu ve komplikationsuz neticeler aldık. Prensip itibarıyla midenin beslenmesini bozmayacak şekilde iskeletize ettikten sonra tüp yapılır.

Radikal cerrahi tedavi uyguladığımız vak'aların 6'sında mide tüpü yaparak Oesophagektomiden sonra meydana gelen defekt cervical bölgeye yakın thorax kısmında Oesophago-gastrrostomi yapılarak kapatılmıştır. Postoperatif dönemde küçük veya büyük bir komplikation görülmedi.

3 hastada Oesophagektomiden sonra thorasik mide intra-thorasik Oesophagogastrostomi operasyonu uygulanmış, post-operatif dönemde thorasik midenin akciğer ve kalp üzerine mekanik bir etkisi müşahade edilmemiştir.

Bir hastamızda carsinom Oesophagusun alt ucu ile midenin büyük bir kısmını infiltre ettiği için Oesophagektomi ile beraber gastrektomiye kombine ettik, meydana gelen defekti Oesophago-jejunostomi yaparak kapattık. Postoperatif komplikation görülmemiştir.

Radikal operation uyguladığımız 12 hastada 4 seneye yakın survi gösterenler olmuştur. Kontrole gelebilen hastalarımızda metastaza ait bulgular tesbit edilmemiştir.

12 vak'ada internal derivation, bir vak'ada tüp yerleştirme uygulanmıştır. İnoperabl 26 hastada gastrostomi yapmak mecburiyetinde kaldık. İnoperabl vak'alarda internal derivation yapmayı veya Oesophagusa tüp yerleştirmeyi tercih ederiz. Böylece hastalar yaşadıkları süre içerisinde survi uzamamakla beraber phisiolojik yolla beslenerek gastrostominin yarattığı ruhi depretiondan kurtulurlar.

Tabela 3'te uyguladığımız cerrahi metodlar toplu halde görülüyor.

Kanımızca Oesophagus carsinomlarında total veya totale yakın Oesophagektomiden sonra anthethorakal veya intrathorakal yapılabilecek Oesophagogastrostomi uygun ve geçerli bir metoddur (4, 18, 19, 35, 36, 41, 44, 48, 50, 53, 57, 59, 60, 61).

ÖZET

OESOPHAGUS CARSİNOMUNUN KLİNİĞİ, OPERASYON METODLARI VE TARİHÇESİ

Oesophagus kanseri genel olarak çabuk büyüyen bir tümör değildir. Maalesef diagnos geç tesbit edilmektedir.

Oesophagus carsinomunun meydana gelişinde etyolojik ek-sogen faktörler çok mühim rol oynamaktadır. Bilhassa sigara ve fazla alkol kullanma predispozan faktörlerdir.

% 95 Yassı epitel hücreli kanser sözkonusudur.

Neticelerin daha iyi olabilmesini temin ancak erken diagnos-la mümkün olabilir.

Carsinomun 1/3 alt ve orta kısımlarda bulunduğu hallerde tedavi cerrahi olmalıdır. Oesophagusun 1/3 üst kısmındaki carsinomlarda cerrahi ve radiolojik tedavi neticeleri hemen he-men birbirine eşit şekilde kötüdür.

ZUSAMMENFASSUNG

SEIN KLİNİK, CHIRURGISCHE METHODEN UND GESCHICHTE DES OESOPHAGUSKARSINOMS

Das Oesophaguskarzinom ist im allgemein kein sehr rasch wachsender Tumor. Die Diagnose wird leider oft zu spät gestellt.

Ätiologisch spielen bei Entstehung des Oesophaguskarzi-noms exogene Faktoren eine wichtige Rolle. Insbesondere der Tabakabusus und übermässiger Alkoholgenuss stellen einen prädisponierenden Faktor dar.

In etwa % 95 handelt es sich um Plattenepithelkarzinome.

Eine Verbesserung des Resultate lässt sich nur durch frühzeitigere Diagnosestellung erreichen.

Bei Sitz des Karzinoms im distalen und mittleren Drittel ist die chirurgische Behandlung die Methode der Wahl. Bei Karzi-nomen der oberen Drittel der Speiseröhre sind die Ergebnisse der operativen und radiologischen Behandlung etwa gleich schlecht.

L I T E R A T Ü R

- 1 — ALLGÖWER, M., ROSETTI, TH., RÜEDI. : Totale Oesophagektomie mit zerviko - abdominaler Überbrückungsplastik beim Karzinom des mittleren und hohen Oesophagus.
Thoraxchirurgie 21: 1, 1973.
- 2 — ANDROSOV, P. I. : Künstliche Speiseröhre aus Dickdarm.
Khirurgiia (Mosk.) 33: 7, 1957.
- 3 — BERMAN, E. F. : The plastic esophagus.
J. int. coll. Surg. 18: 695, 1952.
- 4 — BIRCHER, E. : Ein Beitrag zur plastischen Bildung eines neuen Oesophagus. Zbl. Chir. 34: 1479, 1907.
- 5 — BREWER, L. A. : One - Stage resection of Carcinoma of the Oesophagus with subpharyngeal Oesophago - Gastrostomy. Ann. Surg. 130: 9, 1949.
- 6 — BRUNI, H. C., NELSON, R. S. : Carcinoma of Oesophagus and Cardia. Diagnostic evaluation in 113 Cases.
J. Thor. Cardiovasc. Surg. 70: 367, 1975.
- 7 — BRUNNER, A. : Allgemeine und spezielle Chirurgische Operationslehre Zweite Auflage, VI/1: 779, 1967.
- 8 — CARREL, A. : La technique operateure des anostomoses et la transplantation des visceres.
Lyon méd. 38: 859, 1902.
- 9 — CELESTIN, L. R. : Permanent intubation in inoperable cancer of the esophagus and Cardia.
A new tube. Ann. R. Coll. Curg. Engl. 25: 165, 1959.
- 10 — CLAIRMONT, P. : Zur Radikaloperation des Oesophaguskarzinoms. Zbl. Chir. 51: 42, 1924.
- 11 — DEPAGE : Neur Methode zur Gastrostomie.
Zbl. Chir. 29: 308, 1902.
- 12 — DILLON, M. L., MOBIN - UDDIN, K., UTLEY, J. R., BRYANT, L. R. : What is rational treatment for Carcinoma of the Oesophagus and Cardia. J. Thor. Cardiovasc. Surg. 68: 321, 1974.
- 13 — GARLOCK, J. : The Surgical treatment of Carcinoma of the thoracic Oesophagus. Surg. Gynec. Obstet. 66: 534, 1938.
- 14 — HALPERN, J. O. : Zur Frage der Speiseröhrenplastik.
Zbl. Chir. 40: 1834, 1913.
- 15 — HARING, R. : Eine neue Oesophagusendprothese als palliativmassnahme beim inoperablen Oesophagus und Kardiocarcinom. Chirurg 35: 549, 1964.
- 16 — HECKER, CH. : Problematik und Klinik der Kongenitalen Atresien des Digestionstraktes.
Ergebn. Chir. Orthop. 44: 247, 1962.

- 17 — HELLINGER, J. : Differentialdiagnose des Oesophaguskarzinomes. Chir. praxis 11: 27, 1967.
- 18 — HERZEN, P. : Eine Modifikation der Roux'schen Oesophagojejunogastrostomie. Zbl. Chir. 35: 219, 1908.
- 19 — HIRSCH, M. : Plastischer Ersatz des Oesophagus aus dem Magen. Zbl. Chir. 38: 1561, 1911.
- 20 — HORNYKIEWYTSCH, TH. und BARGON. : Das Oesophaguskarzinom, Die Medüllare und Polypöse Form. Chir. praxis 8: 395, 1964.
- 21 — JIANU, A. : Gastrostomie und Oesophagoplastik. Dtsch. Z. Chir. 118: 383, 1912.
- 22 — JOHNSON, C. L., CLAGETT, O. T. : Palliative esophagogastrostomy for inoperable carcinoma of the esophagogastric junction. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 60: 269, 1970.
- 23 — KADER, B. : Zur Technik der Gastrostomie. Zbl. Chir. 23: 665, 1896.
- 24 — KELLING, G. : Oesophagusplastik mit Hilfe des Quercolon. Zbl. Chir. 38: 1209, 1911.
- 25 — KING, W. S. J. : A case of esophagectomy (Torek operation) for carcinoma and esophagoplasty. Aust. N. Z. J. Surg. 6: 307, 1937.
- 26 — KIRSCHNER, M. : Ein neues Verfahren der Oesophagusplastik. Langenbecks Arch. Klin. Chir. 114: 606, 1920.
- 27 — KREBS, H., SCHÖNING, F. : Das Oesophaguskarzinom. Chir. praxis 9: 69, 1965.
- 28 — LAFARGUE, P., DUFOUR, H., CABANIE, CHAVANNAZ, J. : Ileo-colo-oesophagoplastie. Mém. Acad. Chir. 77: 420, 1951.
- 29 — LINDER, F. : Über die chirurgische Behandlung der Speiseröhrenmissbildungen. Arzl. Wschr. 8: 320, 1953.
- 30 — LINDER, F., HECKER, W. CH. : Oesophagusersatz durch Colon. Langenbecks Arch. Klin. Chir. 301: 316, 1962.
- 31 — LONGMIRE, W. P. : A modification of the Roux technic antethoracic reconstruction anastomosis of the mesenteric internal mammary blood vessels. Surgery 22: 94, 1947.
- 32 — MAHONEY, E. B., SHERMAN, C. D., Jr. : Total esophagoplasty using intrathoracic right Colon. Surgery 35: 937, 1957.
- 33 — MIKULICZ, J. V. : Zur Operativen Behandlung des stenosierenden Magengeschwürs. Verh. Dtsch. Ges. Chir. 5: 337, 1887.
- 34 — NAKAYAMA, K. : Eine neue Methode der radikalen chirurgischen Behandlung des mittleren thorakalen Oesophaguscarcinoms. Chirurg 25: 163, 1954.
- 35 — NAKAYAMA, K. : Erfahrungen mit autuethorakalem Oesophagus, Zbl. Chir. 82: 769, 1957.

- 36 — NAKAYAMA, K.: Erfahrungen bei etwa 3000 Fallen von Oesophagus und Cardiacarcinom. Langenbecks Arch. Klin. Chir. 295: 81, 1960.
- 37 — NAKAYAMA, K.: Carcinoma of the esophagus and the Cardia. J. Int. Coll. Surg. 35: 143, 1961.
- 38 — NISSEN, R.: Die transpleurale Resektion der Kardia. Dtsch. Z. Chir. 219: 311, 1937.
- 39 — NISSEN, R.: Cervical Oesophagogastrostomy following resection of Supraaortic Carcinoma of the Oesophagus. Ann. Surg. 130: 21, 1949.
- 40 — ORSONI, P., TOUPET, A.: Utilisation du Colon descendant et de la partie gauche du Colon transverse pour l'Oesophagoplastie préthoracique. Presse méd. 804, 1950.
- 41 — OSHAWA, T.: The Surgery of the Oesophagus. Arch. Jap. Chir. 10: 605, 1933.
- 42 — PAPO, J.: Antetorakalna plastika jednjaka. Vajnosanit. pregl. 1954.
- 43 — PENIERE, L.: De la gastrostomie par la méthode de la vavule ou du plissement. Arch. Surg. 89: 169, 1964.
- 44 — ROUX, C.: L'Oesophago-jejuno-gastrostomose, nouvelle Operation pour rétrécissement infranchissable de l'Oesophage. Sem. méd. (Paris) 27: 37, 1907.
- 45 — RUDLER, J. C.: Sur 28 Oesophagoplasties prethoracique avec le colon. Rev. Chir. (Paris), 1951.
- 46 — RUTKOWSKI, M.: Oesophagoplastica totalis. Pol. Przegl. Chir. (1923).
- 47 — SHERMAN, C. D., Jr and WATERSTON, D.: Esophageal reconstruction in the children using intrathoracic colon. Am. J. Dis. Child. 11: 11, 1957.
- 48 — SELLORS, T. H.: Carcinoma of esophagus. Ann. roy. Coll. Surg. Engl. 11: 229, 1952.
- 49 — SOUTTAR, H. S.: Treatment of Carcinoma of the Esophagus based on 100 personal Cases and 18 postmortem reports. Brit. J. Surg. 15: 76, 1928 - 1929.
- 50 — SWEET, R. H.: The results of radical Surgical extirpation in the treatment of Carcinoma of the Osophagus and Cardia. Surg. Gynec. Obstet. 94: 46, 1952.
- 51 — TAVEL, E.: Eine neue Methode der Gastrostomie. Zbl. Chir. 23: 634, 1906.
- 52 — THOMAS, A. N.: The treatment of malignant Oesophageal obstruction by endo Oesophageal intubation. Ann. J. Surg. 128: 306, 1974.
- 53 — TOREK, F.: First successful resection of thoracic portion of Oesophagus. J. Amer. med. Ass. 60: 1533, 1913.
- 54 — VULLIET, H.: De l'oesophagoplastie et des divers modifications. Sem. méd. (Paris) 31: 529, 1911.
- 55 — WATSON, W. L., CLIFFTON, E. E.: Total esophagoplasty using the right Colon. Cancer Philad 10: 488, 1957.

- 56 — WITZEL, O.: Zur Technik der Magenfistelanlegung. Zbl. Chir. 18. 601, 1891.
- 57 — WILKIN, E. W., BURKE, J. G.: Colon Oesophageal bypass. An. J. Surg. 129: 394, 1975.
- 58 — WULLSTEIN, L.: Über antethorakale Oesophago-jejunostomie und Operation nach gleichem Prinzip. Dtsch. med. Wschr. 30: 734, 1904.
- 59 — WYLIE, R. H., FRAZELL, E. L.: Cervical Oesophagogastric anastomosis following subtotal resection of the Oesophagus for Carcinoma. Ann. Surg. 130: 1, 1949.
- 60 — YOUNG, G. A., DAGRAD, A. E.: Ersatz des cervicalen Oesophagussegmentes durch Aortentransplantat. Amer. J. Surg. 102: 687, 1961.
- 61 — YUDIN, S. S.: The surgical construction of 80 Cases of artificial Oesophagus. Surg. Gynec. Obstet. 78: 561, 1944.