

KISA ÖZEFAGUS VE ADENOKARSİNOM

SHORT ESOPHAGUS AND ADENOCARCINOMA

Volkan ŞAYKOL, Osman ŞAN, Birol ŞAFAK, Coşkun POLAT, Sezgin YILMAZ,
Osman Nuri DİLEK

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.D, Afyon

ÖZET:Son zamanlarda sıklığı ve popülaritesi artmış olan gastroözofageal reflü hastalığı'nın (GÖRH)'ün komplikasyonlarından en önemlisi şüphesiz özofagusda adenokanser gelişmesidir. Uzun süre asit ile temas eden özofagusta "kısa özofagus" gelişmektedir. Kısa özofagusun varlığı reflünün şiddetini ve uzun zamandır var olduğunu düşündürür ki, adenokanser gelişimi için uyarıcı nitelikte olabilir.

[Anahtar kelimeler: Kısa özofagus, adenokanser, gastroözofageal reflü hastalığı, hiatal herni.]

ABSTRACT:One of the most important complications in gastroesophageal reflux disease (GERD) is the formation of esophageal adenocarcinoma. Its frequency and popularity has been increased recently. "Short esophagus" occurs in the organ that contacts with acid for a long time. The presence of short esophagus reflects that the reflux is too high and long standing, it may be a stimulating factor for the formation of adenocancer.

[Key Words: Short esophagus, adenocarcinoma , gastroesophageal reflux disease, hiatal hernia.]

GİRİŞ

Kısa özofagus, klinikte nadir karşılaşılan bir antite olmakla birlikte özellikle hiatal herni ve gastroözofageal reflü hastalığı'nın (GÖRH) birlikte olması durumunda daha sık düşünülmesi gereken bir antitedir. GÖRH ve/veya hiatal herni asemptomatik olabileceği gibi ağrı, özofajit, özofagus ülseri, Barrett özofagusu, striktür gelişimi ve özofagus adenokarsinomu gibi ciddi komplikasyonlarla karşımıza çıkabilmektedir (1-7).

Burada hiatal herni ve GÖRH sonucunda kısa özofagus ile özofagus alt uçta adenokanser geliştiği düşünülen bir olgumuz literatür verileri ışığında tartışılmıştır.

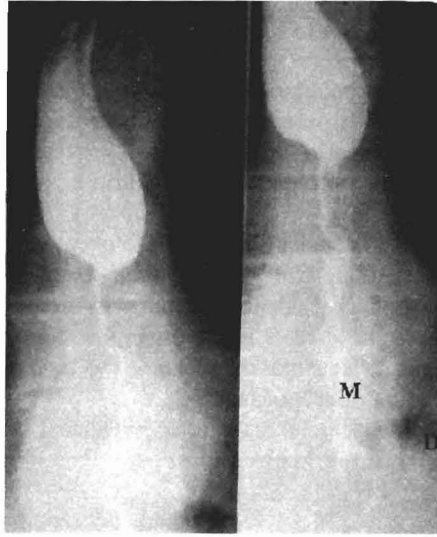
OLGU

76 yaşında erkek hasta yutma güçlüğü ve kusma yakınması ile Mayıs 2002 tarihinde hastanemiz genel cerrahi polikliniğine müracaat etti. Fizik muayenesinde epigastrik

sahada derin palpasyondaki minimal hassasiyet dışında herhangi bir bulgu saptanmadı. Özofagus mide duodenum grafisinde, özofagusun orta kısmında submuköz infiltratif kanser ile uyumlu dolun defekti belirlendi. Ayrıca özofagogastrik bileşkenin belirgin bir biçimde toraksa deplase olduğu büyük bir hiatal herni de saptandı. Üst GİS endoskopisinde 30.cm'de özofagus orta bölümünden başlayan obstrüktif ülsero-vejetan bir kitle saptandı (Resim-1). Alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelenmesinde Barrett özofagus zemininde gelişen adenokarsinom saptanması üzerine hasta opere edilmek üzere yatırıldı. Yapılan toraks BT'sinde, özofagus ortasından başlayan ve distale uzanım gösteren duvar kalınlaşması ve lümeninde daralma saptandı (Resim-2). Batın BT'sinde; hiatal herni, benign prostat hipertrofisi, böbrek taşı ve kistleri saptandı. Hastanın klinik değerlendirilmesinde; özgeçmişinde 1 yıllık DM öyküsü mevcuttu. Soygeçmişinde; herhangi bir özellik yoktu.

Akciğer grafilerinde KOAH ile uyumlu bulgular mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde; CA-19.9 =107,9 U/ml (10-37 U/ml), PSA=160ng/ml (0-4 ng/ml), ALP=308 U/L (79-270 U/L) olarak saptandı. Hasta özofagus adenokarsinomu tanısıyla opere edildi. “Transhiatal total özofajektomi ve gastrik pull up” yapılan hastadan çıkarılan materyalden özofagus uzunluğunun 16 cm,

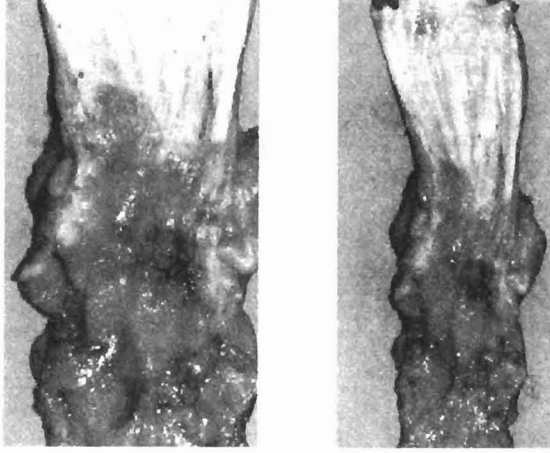
genişliğinin 6 cm olduğu saptandı. Bu specimenin 12,5 cm’i özofagus, 4,5 cm’i mideye aitti. Proksimal uçtan 6,5 cm uzaklıkta 4,5 cm çapında ülser görünümde tüm duvar kalınlığını tutan çevre dokuya infiltre görünümde tümör mevcuttu(Resim3). Histolojik değerlendirmesi iyi diferansiye adenokarsinom, Barrett özofagus ve beş adet reaksiyonel lenf nodu olarak değerlendirildi.



Resim 1 : Hastanın özofagus grafisinde hiatal herni ile lezyonun yeri ve birlikteliği



Resim 2 : Özofagus orta bölümündeki tümoral lezyonun BT görünümü



Resim 3 : Hastadan çıkarılan özofagusta lezyonun görünümü

TARTIŞMA

Ameliyat esnasında, gastroözofageal bileşkenin karın boşluğuna tespit edilmeden getirilememesi veya diafragma altında gerilimsiz tamir işlemi yapılabilecek yeterli uzunlukta özofagus olmaması “Kısa özofagus” olarak tanımlanmaktadır (2). Özofagusun anatomik olarak kısa yapıda olması cerrahın gerilimsiz bir tamir yapabilmesini engellemektedir. Kısa özofagus varlığında oluşturulan yakalığın yırtılarak toraks içine kaçma olasılığı bulunmaktadır (2). Başarısız antireflü işlemlerinin büyük bir kısmının yanlış lokalizasyon ya da kaymış funduplikasyonun da dahil olduğu teknik hatalardan kaynaklandığı bildirilmiştir. Geçmişte “kaymış Nissen” olarak adlandırılmasına karşın bu durum gerçekte kısa özofagus varlığında funduplikasyon uygulanması girişimi nedeniyle oluşmaktadır (1). Kısa özofagus olasılığını göz önünde bulundurmak bu problemlerden korunmaya yardımcı olacaktır.

Özofagusun uzunluğu en iyi videoradyografik kontrast çalışmaları ve endoskopik bulgular ile değerlendirilebilmektedir. Endoskopide 5 cm.’den büyük hiatal herni ve özellikle de baryumlu özofagus grafisinde hasta ayağa kaldırıldığında herni poşunun küçülmemesi kısa özofagus olarak kabul edilmektedir(1).

Olgumuzda mevcut hiatal herni ile kronik, tekrarlayıcı mide asit içeriğinin reflüsü sonucunda gelişen özofajit, ülserasyon, ve inflamasyonun fibrozis ve skatrizasyona, ayrıca Barrett mukozasına (metaplazi) yol açtığı, bunun sonucunda da karsinom geliştiği düşünüldü. Histopatolojik olarak adenokarsinom tanısı alması da bu yargıyı güçlendirmiştir.

GÖRH’lü bulunan hastalarda özofagus kanserine dört kat daha fazla rastlanmaktadır Birliktelikleri GÖRH’ün süresiyle yakından ilişkilidir. Kısa Özofagus; hiatal herni ve GÖRH birlikteliğinin en önemli geç komplikasyonlarından birisi olup, geç dönemdeki en önemli komplikasyonu ise adenokarsinom gelişebilmesidir (8).

Kanımızca kısa özofagusun asıl önemi GÖRH ve hiatal herninin etyolojisinde yer aldıkları Barrett özofagus zemininden gelişen adenokarsinom için hekimi uyarıcı bir konumda olabilmesidir. Çünkü beş cm.den büyük hiatal herni varlığı, şiddet ve süreyle ilişkili olan displazi ve derecesi hakkında fikir verebilir. Yüksek derecede displazi premaligın lezyon olarak kabul edilmektedir. Bu düzeydeki displaziden sonra dört yıl içerisinde adenokarsinom geliştiğini ortaya koyan çalışmalar vardır (4). Sonuç olarak, günümüzde görülme sıklığı ve poplaritesi artan GÖRH’ün daha sık takip edilmesi

gereklidir. GÖRH'ün kısa özofagus veya hiatal herni ile birlikte olduğunda riskin daha da fazla olabileceği konusunda ilgili hekim popülasyonunu uyarmak istedik. Amacımız 'Sizde yemek borusu kanseri var' cümlesini olabildiğince az duymak ve kullanmaktır.

KAYNAKLAR

1. Eyüboğlu E: Gastroözofageal Reflü Hastalığı. In: Ergüney S., Çiçek Y. (Çeviri Editörü). Güncel Cerrahi Tedavi, 1.Baskı, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd.Ş., İstanbul, 2001, S: 34-47.
2. Crookes PF DeMeester TR: Physiologic dysfunction of the esophagus. In: Miller TA. (Editör). Modern Surgical Care, 2. Baskı, Quality Medical Publishing Inc., U.S.A. 1998, S: 314-362.
3. Çevikbaş U: GİS Hastalıkları. In: Çevikbaş U. (Çeviri Editörü). Temel Patoloji, 5. Baskı, W.B. Saunders Company, 2000, ss: 473-523.
4. Tygot GNJ Hameeteman W. The Neoplastic potential of Columnar-Lined (Barret Esophagus) World J Surg 1992;16:302-12
5. Weston AP Badr AS, Hassanein RS: Prospective multivariate analysis of clinical endoscopic and histological factors predictive of the development of Barrett's multifocal high-grade dysplasia or adenocarcinoma. Am J Gastroenterol 1999;94(12):9395-6
6. De Backer AI, De Schepper AM, Pelckmans P. The value of medical imaging in uncomplicated and complicated Barrett's esophagus. Acta Gastroenterol Belg 2000;63(1):22-8
7. Avidan B, Sonnenberg A, Schnell TG, Sontag SJ: Gastric surgery is not a risk for Barrett's esophagus or esophageal adenocarcinoma. Gastroenterol 2001; 121(16): 1502-6
8. Chow WH, Finkle WD, McLaughlin JK. The relation of gastroesophageal reflux disease and its treatment to adenocarcinomas of the esophagus and gastric cardia. JAMA 1995;274(6):474-7

Yazarlar:

V. ŞAYKOL: Dr, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp fakültesi Genel Cerrahi A.D

O. ŞAN: Dr, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp fakültesi Genel Cerrahi A.D

B. ŞAFAK: Dr, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp fakültesi Genel Cerrahi A.D

Ç. POLAT: Yrd. Doç. Dr, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp fakültesi Genel Cerrahi A.D

S. YILMAZ: Yrd. Doç. Dr, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp fakültesi Genel Cerrahi A.D

O. N. DİLEK: Prof. Dr, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp fakültesi Genel Cerrahi A.D

Yazışma Adresi:

Asist. Dr. Volkan ŞAYKOL, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D, 03200 AFYON

Tel: 0 272 2171753

Fax: 0 272 2172029

e-mail: volcanosaykol@hotmail.com