

ÖZOFAGUS KANSERLERİNDE CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

OUR RESULTS IN SURGICAL TREATMENT OF THE ESOPHAGEAL CANCERS

İrfan Yalçınkaya,
Metin Er,
Ahmet Feridun Işık,
Fuat Sayır,
Mehmet Kurnaz,
Ufuk Çobanoğlu,
Sönmez Serkan Sağay

YYÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Van

J Surg Arts, 2008;1(1):1-13.

ÖZET

Amaç: Dokuz yıllık süre içerisinde cerrahi uyguladığımız 86 özofagus kanserli olgudaki sonuçları irdeledik.

Materyal ve Metod: Haziran 1996 - Haziran 2005 tarihleri arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda, 47'si kadın, 39'u erkek olmak üzere 86 özofagus kanserli olgu opere edildi. Ortalama yaş 51 (25-81) idi. Tümör 1 olguda faringoözofageal bileşke, 25 olguda orta torasik özofagus, 59 olguda alt torasik özofagus + kardiya'da lokalize olup 1 olguda da multisentrik idi. Elli üç olguda sağ torakotomi + laparotomi, 16 olguda sağ torakotomi + laparotomi + servikal kesi, 3 olguda transhiyatal, 8 olguda sağ torakotomi ve 6 olguda laparotomi ile yaklaşım uygulandı.

Bulgular: Yetmiş iki olguda rezeksiyon uygulandı. Peroperatif mortalite gözlenmedi. Postoperatif dönemde 5 olgu anastomoz kaçağı, 12 olgu kardiyopulmoner sebepler olmak üzere 17 olgu kaybedildi. Patolojik evrelendirmede 26 olgu evre IIa, 8 olgu evre IIb, 43 olgu evre III ve 9 olgu evre IV idi. Takipte olan 8 sağ ve vefat eden 13 olgu dikkate alındığında sağkalım süreleri 2 ay ile 7 yıl 6 ay arasında değişmekte olup ortalama 33.4 aydır. Evre IIa olgularımızda 5 yıllık sağkalım %12'dir.

Sonuç: Özofagus kanserinde, küratif veya palyatif de olsa en etkili tedavi hala cerrahidir. Fakat ileri evrelerdeki hastalarda sağkalım oranları oldukça düşüktür ve adjuvan tedavi gereklidir.

Anahtar kelimeler: Özofagus, kanser, cerrahi tedavi.

ABSTRACT

Background: We reported the surgical outcome of 86 cases with esophageal cancer that we performed surgery in a period of 9 years.

Methods: We operated eighty-seven cases with esophageal cancer at Yüzüncü Yıl University, School of Medicine, Department of Thoracic Surgery between June 1996 and June 2005 (47 female and 39 male patients). Median age was 51 (range, 25 to 81 years old) years old. The localization of the tumors were pharyngoesophageal junction in 1 case, middle thoracic esophagus in 25 cases, lower thoracic esophagus and cardia in 59 cases, and multicentric in 1 case. A surgical approach was performed through laparotomy and right thoracotomy in 53 cases, right thoracotomy plus laparotomy and servical incision in 16 cases, transhiatal in 3 cases, and right thoracotomy in 8 cases and laparotomy in 6 cases.

Results: Resection was performed in 72 cases. There was not peroperative mortality. In postoperative period, 17 patients died because of leakage of anastomosis (5) and cardiopulmonary complications (12). In pathological staging 26 patients were stage IIa, 8 patients were stage IIb, 43 patients were stage III and 9 patients were stage IV. As we pay attention the follow-up 8 alive and 13 deceased patients, the survival time changes between 2 months- 6 years and 8 months. Mean time was 33.4 months. Five years survival rate was 12% in stage IIa.

Conclusions: In esophagus carcinoma, the most effective treatment is surgery both for curative or palliative intention. But survival rate of high stage patients is poor. Adjuvant therapy is needed.

Key words: Esophagus, cancer, surgical treatment.

GİRİŞ

Özofagus kanseri, sıklık açısından bütün kanserler arasında 6. sırada yer alır ve gastrointestinal sistem kanserlerinin %5-7'sini oluşturur [1].

Görülme sıklığı dünyada bazı coğrafi bölgelerde, hatta aynı coğrafi bölgedeki birbirine çok yakın yerleşim bölgelerinde bile büyük farklılık gösterir. Ülkemizin Doğu Anadolu Bölgesi 'nde (özellikle Van ve Erzurum) en sık görülen ve yüksek oranda ölüme neden olan kanserlerdendir. Van yöresinde, erkeklerde mide kanseri 1., özofagus kanseri 5.; kadınlarda ise özofagus kanseri 1., mide kanseri 2. sıradadır [2, 3]. Özofagus ve mide kanserlerinin toplam endoskopik prevalansı bir araştırmada %13.5 (%6 ve %7.5) bulunmuştur ve her 7 üst endoskopinin birinde özofagus veya mide kanseri teşhis edilmektedir. Bu so-

nuçlar Türkiye'de en yüksek değerlerdir ve Van yöresinde özofagus ve mide kanserlerinin toplumdaki prevalansının 40-50/100000 olduğunu düşündürmektedir [4].

Özofagus kanseri, tanı ve tedavi yöntemlerindeki bütün gelişmelere rağmen, maligniteler içinde hala en kötü prognoza sahip olanlardan birisidir. Klinik bulgular ortaya çıktığı zaman hastalar çoğunlukla kürabilite şansını yitirmiş durumdadırlar. Özofagus kanserinin primer tedavisi, medikal kontrendikasyon veya metastatik hastalık olmadığı sürece cerrahidir. Bölgede en sık karşılaşılan kanserler arasında olan özofagus kanseri, gerek göğüs cerrahisi kliniğine, gerekse genel cerrahi kliniğine yapılan hasta başvurularında ilk sıralarda yer almaktadır.

Bu çalışmada amacımız, Van ve yöresinde sıklıkla görülen başlıca kanserlerden biri olan özofagus kanserini, dokuz yıllık süre içerisinde cerrahi uyguladığımız 86 olgu temelinde çeşitli yönleriyle irdelemek, özellikle cerrahi sonuçlar ve sağkalım bağlamında deneyimlerimizi paylaşmaktır.

MATERYAL ve METOD

Haziran 1996 - Haziran 2005 tarihleri arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda 86 özofagus kanserli olgu opere edildi. Olgularımızın 47'si kadın, 39'u erkek idi. Ortalama yaş 51 (25-81) idi. 73 olgu Van (15'i Özalp ilçesi), 13 olgu çevre illerden başvurmuştu (8 Hakkari, 4 Bitlis, 1 Muş). Özofagus kanseri öntanısı ile yatırılan hastalara kesin tanı ve evreleme amacıyla baryumlu özofagus grafisi, standart akciğer grafisi, bilgisayarlı toraks tomografisi, abdominal ultrasonografi ve/veya bilgisayarlı karın tomografisi, fiber özofagoskopi ve gerektiğinde bronkoskopi yapıldı. İleri derecede kilo kaybı olan hastalara biyokimyasal ve hematolojik tahlil sonuçları da dikkate alınarak preoperatif dönemde duruma göre oral beslenme solüsyonları, intravenöz hiperalimentasyon, kan transfüzyonu, human albümin uygulandı. Hücre tipi sadece 2 olguda adenokarsinom, 84 olguda ise epidermoid karsinom idi. Tümörün lokalizasyonu olguların yaklaşık 2/3'ünde alt 1/3 torasik özofagus + kardiya idi (Tablo 1).

Tablo 1: Özofagus lokalizasyonu*.

• Servikal	1
• Üst 1/3 torasik	-
• Orta 1/3 torasik	25
• Alt 1/3 torasik	59

*Bir olgu multisentrik idi.

Olguların yaklaşık 2/3'ünde cerrahi yöntem olarak sağ torakotomi + laparotomi uygulandı (Tablo 2). Hipofarinks kanseri olan bir olguda total faringolaringoözofajektomi + total tiroidektomi + bilateral boyun diseksiyonu uygulandı. Senkron mide kanseri (özofagusta skuamöz hücreli karsinom, midede adenokarsinom) olan bir vaka hariç (subtotal özofajektomi + total gastrektomi + Roux-en-Y özofagojejunostomi) diğer tüm olgularda subtotal özofajektomi + parsiyel gastrektomi + özofagogastrostomi uygulandı. Anastomoz boyunda elle, toraks içinde ise 11 vakada elle, 42 vakada stapler ile gerçekleştirildi. Elle anastomoz bütün katları içine alacak şekilde uç yan tek tek 3/0 ipekle yapıldı. İki olgu (ilk opere edilen olgu ve mide boşalmasındaki gecikme olan diğer bir olgu) dışında piloro-plasti uygulanmadı.

Tablo 2: Cerrahi metodlar

• Sağ torakotomi + laparotomi	53
• Sağ torakotomi + laparotomi + servikal kesi	16
• Transhiyatal	3
• Sağ torakotomi + eksplorasyon	8
• Laparotomi + eksplorasyon	6

Rezeksiyon materyali ve örnekleme amacıyla alınmış olan lenf nodları patolojiye gönderildi. Operatif bulgular ve patoloji raporları ışığında yapılan evrelendirmede Japon Kanser Komitesi'nin önerdiği sınıflama kullanıldı. Postoperatif dönemde hastalara oral beslenme kesilip bir hafta total parenteral beslenme uygulandı. Bütün hastalara postoperatif 7. günde önce metilen mavisi içirilerek sonra da iyotlu kontrast maddelerle çekilen özofagus pasaj grafisi ile anostomotik kaçak kontrolü yapıldı. Daha sonra nazogastrik sonda çekilip oral beslenmeye geçildi. Takip eden günde de toraks dreni alındı. Evre III ve IV'deki hastalar adjuvan tedavi açısından medikal onkolojiye yönlendirildi.

BULGULAR

Eksplorasyonda 10 olgu anrezektabl, 4 olgu inoperabl olarak değerlendirildiğinden 14 olguda rezektif cerrahi uygulanamadı. Rezektabilite oranımız %83.7 idi. Ameliyatta aorta invazyonu saptanan 9 olgu ve inoperabl olup da palyatif rezeksiyon uygulanan 1 olgu ilave edilirse, gerçekte operabilite oranımız %72.1 idi. Olgularımızın rezeksiyon materyallerinin hiç birinde postoperatif histopatolojik incelemede cerrahi sınırlarda tümör saptanmadı. Peroperatif mortaliteye rastlanmazken, post-

operatif komplikasyon oranı %17.2 idi. Postoperatif mortalite oranımız ise %19.5 idi. Mortalite nedeni 5 olguda fistül, 12 olguda ise kardiyopulmoner sebeplerdi (Tablo 3). Postoperatif dönemde ilk bir ay içinde 16 olgu kaybedildi. En erken ilk günde aritmi ve pulmoner emboli nedeniyle 1 olgu eksitus oldu. Bir olguda ise postoperatif ilk haftada ampiyem ve 30. günde fistül gelişti. Bu olgu 53. günde sepsis sonucu kaybedildi.

Tablo 3: Fistül mortalite ilişkisi.

Fistül yeri	Olgu sayısı	Anastomoz tekniği	Mortalite
Servikal	4	Manuel (1)	1
Torakal	5	Manuel (1) Stapler (4)	1 3

* Fistül bir olguda postoperatif 2. günde saptandı ve retorakotomi ile tamir edildi.

Patolojik evrelendirmede olguların yarısı Evre III idi (Tablo 4). Bir olguya radyolojik olarak aort invazyonu şüphesiyle 3 kür neoadjuvan (ameliyatta aort invazyonu saptanmadı), 6 olguya ise 3-10 kür arası adjuvan kemoterapi uygulandı. İki olguya da adjuvan radyoterapi uygulandı. Sekiz olgu sağ ve takipte olup, takip süresi 1 yıl 11 ay ile 7 yıl 6 ay arasında değişmekte ve ortalama ise 53 aydır (Tablo 5). 13 olgu takipte kaybedilmiştir. Bu olguların sağkalım süreleri 2 ay ile 6,5 yıl arasında olup, ortalama 20.6 aydır. Halen sağ olan ve kaybedilen olguların hepsi dikkate alındığında sağkalım süreleri 33.4 aydır. Olgular ameliyattan sonra ilk 1-1.5 yıl içinde düzensiz aralıklarla da olsa kontrole gelirken, sonrasında hiç gelmediler. 19. ve 22. aylardaki kontrollerinde normal olarak değerlendirilen iki olgu dahil telefonla yada mektup yazılarak ulaşılamayan ve son durumları bilinmeyen 48 olgu ise akıbeti meçhul olarak kayda geçildi.

Tablo 4: Hastaların evreleri.

Evre	I	-
Evre	IIa	28
	IIb	8
Evre	III	43
Evre	IV	9

TARTIŞMA

Türkiye’de, özofagus kanserli olguların insidansı henüz tam olarak tespit edilmemesine rağmen, Van ilimizin de yer aldığı Doğu Anadolu bölgesindeki “İpek Yolu” olarak adlandırılan

antik yol üzerindeki yerleşim alanlarında yüksek oranda tümör izlenmektedir.

Bu yüksek oranlar nedeniyle bölgede diyet ve çevre ile ilgili risk faktörlerinin araştırılması oldukça önem kazanmıştır. Türkdoğan ve ark. [5, 6] yaptıkları çalışmalarda tutsüleme, tezek, tandır, tuzlu beslenme, sigara (10 yıl ve +, günde 1 paket ve +), sıcak "kırtlama" çay (15 yıl ve +, 15 bardak ve + /gün), toksinler (mantar), dişler (ağız ve diş hijyeninin bozuk olması), toprak, su ve besinlerde ağır madenler ve radyoaktivite, sebze ve meyveden fakir beslenme'yi üst gastrointestinal kanserlerde diyet ve ekolojik risk faktörleri arasında belirtmişlerdir. Kanaatimizce gerek özofagus kanserinin bölgedeki insidansı ve diğer epidemiyolojik özellikleri ve gerekse de etyolojide sorumlu tutulan faktörlerin kanserle ilişkisi konusunda çok merkezli ve daha geniş araştırmalara ihtiyaç vardır.

Özofagus kanseri, Kuzey Amerika ve Avrupa'da erkeklerde sık görülmesine ve son yayınlarda K/E oranı 1/2-1/4 arasında bildirilmesine rağmen, yüksek prevalansda görüldüğü bölgelerde kadın ve erkekleri eşit etkilediği bildirilmiştir. Ökten, 996 olguluk serisinde %65.6'sını erkek, %34.4'ünü kadın olarak belirtmiştir [7]. Bizim olgularımızda ise bu oran, erkeklerde %45.4, kadınlarda %54.6 olup kadın cinsiyet lehinedir. Van'da kadınlarda özofagus kanseri prevalansının erkeklerden fazla olmasının ekme ve et gibi evde pişirilen bir çok gıdanın hazırlanması ile ilişkili olabileceği (özellikle tandır yakma) yapılan bir çalışmada gösterilmiştir [8].

Özofagus kanserinin klinik belirtileri az, fizik muayene bulguları ise pratik olarak yoktur. Bu nedenle erken tanı konulması oldukça zordur. Ancak disfaji ortaya çıktıktan sonra fark edilmekte, fakat o zaman da çoğunlukla inoperabl safhada bulunmaktadır. 1996 ile 2000 yılları arasında kliniğimize özofagus kanseri öntanısı ile yatırılan 53 olgudan ameliyatı kabul etmeyen 8 olgu çıkarılırsa %37.7'si preoperatif klinik ve radyolojik değerlendirme sonucunda inoperabl olarak değerlendirilmişti [9]. Postoperatif bulguları göz önüne aldığımız zaman, o çalışmadaki olguların %71.7'si ile bu çalışmamızdaki %72.1'lik operabilite oranları, kliniğe başvuran her üç hastadan birinin inoperabl safhada olduğunu göstermektedir. 87 olguluk çalışmamızda rezeksiyon uygulanabilenlerin oranı %83.7 iken, 563 olguluk bir diğer seride bu oran %60.4 olarak bildirilmiştir [10].

Literatürde, özofagus kanserlerinde histopatolojik olarak %90-95 epidermoid karsinom, %5-10 civarında da adenokarsinom görüldüğü bildirilmekte olup bu oranlar değişebilmektedir [2, 11, 12]. Olgularımızın %2.3'ü adenokarsinom idi. Ayrıca birer olgumuzdaki gibi özofagusda iki farklı hücre tipinde kanser

bir arada olabileceği gibi aynı zamanda birden fazla odakta lokalize olabilen multisentrik tümörlere de rastlanabilmektedir [13, 14].

Tümörlü kısmın çıkarılmasında rezeksiyon marjı azaldıkça anastomoz bölgesinde nüksün arttığı ve optimal proksimal rezeksiyon marjının 5 cm olması gerektiği belirtilmektedir [15]. Bu nedenle rezeksiyon marjının rekonstrüksiyona izin verecek ve anastomozda gerginliğe yol açmayacak şekilde tümörün bitiminden itibaren en az 5 cm uzaklıkta olmasına dikkat ettik. Hiçbir olgumuzda rezeksiyon materyalinde cerrahi sınırda tümör saptanmazken, 1.5 cm uzaktan rezeksiyon yapılan bir olgumuzda, operasyondan 4.5 yıl sonra anastomoz hattında nüks gelişti. Bu olgunun ameliyat piyesinde, tümör çevresinde orta ve ağır derecede displazi mevcuttu ve ayrıca babası ve kardeşinde de özofagus kanseri saptanmıştı.

Özofagus kanseri tanısıyla opere edilen olgularda eksplozasyonda komşu yapılara invazyon mevcutsa, rest tümör kalsa dahi rezeksiyon yapma şansı varsa, gastrointestinal devamlılığın sağlanabilmesi ve tümör yükünün azaltılması açısından palyatif amaçlı gastrik by-pass yapılabileceği gibi rezeksiyon da yapılabileceğini düşünüyoruz. Aort tutulumu olan ve rezeksiyon sonrası rest tümör kalan 9 olgunun ne yazık ki preoperatif dönemde çekilen bilgisayarlı tomografilerinde yalnızca bir olguda aort invazyonu şüphesi vardı. Rest tümör kalan bu olgulardan birinin 6 yıl 6 aylık sağkalımını da ilginç olması bakımından not etmek istiyoruz. Literatürde, T₄ tümörlerde definitif kemoradyoterapiye cevap alınan olgularda özofajektomi uygulanan olgulardakine benzer sonuçlar alındığı, cevap alınamayan olgularda ise özofajektominin tercih edilebileceği belirtilmektedir [16].

Özofagus kanserinin cerrahisinde tümörün lokalizasyonu, evresi ve cerrahın kişisel deneyimine bağlı olarak farklı cerrahi teknikler uygulanabilmesine karşın, bugün için en sık tercih edilen yöntem bizim de olgularımızın yaklaşık 2/3'ünde kullandığımız sağ torakotomi + laparotomidir. Zira bu cerrahi yaklaşım, tam bir cerrahi görüş sahası sağlayarak tüm lenf nodlarını görmeye izin verir ve komşu yapılara zarar vermeden diseksiyon yapılmasına olanak sağlar ve anastomozun yapılması da daha kolaydır [17]. Bir diğer yöntem olan transhiyatal özofajektomi, operasyon süresinin kısalığı ve pulmoner komplikasyonların azalmasına paralel olarak morbidite ve mortalite oranlarının transtorasik yaklaşıma göre daha düşük olması sebebiyle bazı cerrahlar tarafından tercih edilmektedir [12, 18, 19]. Fakat bu yolla mediastinal lenf nodlarının diseksiyonu mümkün olmadığı için tümör evrelemesinin yapılamayacağı, tümörün çevre dokulardan rezidü bırakmadan çıkarılıp çıkarılmadığının bilinemeyeceğinden hastanın kür şansının azaldığı ve

ciddi komplikasyonların görülebileceği de belirtilmektedir [20, 21]. Biz özofagus alt uçta (kardiyaya yakın) ve kardiyopulmoner rezervi kısıtlı iki olgu ve hipofarinks tümörlü bir olgu dışında bu tekniği kullanmadık. Ayrıca olgularımızın çoğu evre III'de olup dokuzunda da aort invazyonu vardı. Anastomozun servikalde yapılmasının fistül gelişse bile mortalite açısından daha uygun olduğu bir gerçektir. Zira servikalde fistül daha fazla gelişse bile mortalite düşüktür, toraksda fistül geliştiğinde ise bu oran nerdeyse %100'e yakındır. Toraks içinde anastomoz yapılan olgulardan erken dönemde fark edilip onarım yapılan bir olgu hariç hepsi kaybedilirken, boyunda anastomoz yapılan olgulardan sadece biri kaybedildi (Tablo 3). Son yıllarda video-yardımlı endoskopik cerrahi tekniğinin bilhassa Evre I ve Evre II özofagus kanserlerinin cerrahisinde başarıyla uygulandığına dair yayınlar da bildirilmektedir [22, 23].

Gerek piloroplasti uygulamasının rutin olup olmaması, gerek el ile veya stapler ile toraks içinde anastomoz yapıldığında fistül oluşma olasılığının değişip değişmediği konusunda farklı görüşler vardır [18, 24]. Özofagus rezeksiyonlarında zorunlu total vagotomi yapıldığı için piloroplasti ilave edilmesi tartışılmakta ise de, bazı yazarların savunduğu gibi duodenum birinci kıtasında deformasyon veya pilorda patoloji bulunmayan olgularda drenaj işlemine gerek olmadığı kanaatindeyiz [20, 21]. Stapler kullanımının toraks içerisindeki anastomozlarda ve özellikle torasik giriş seviyesinde yapılanlarda daha kolay ve güvenli olduğunu, fakat elle de yapılsa dikkatli ve usulüne uygun yapıldığında anastomoz kaçağı ihtimalinin çok düşük olduğunu da vurgulamak istiyoruz.

Özofagus kanseri nedeniyle özofajektomi uygulanan hastalarda, nazogastrik sondayla erken enteral nazoduodenal beslemenin güvenli, iyi tolere edilebilir, düşük maliyetli bir yöntem olduğu ve her yerde uygulanabileceği belirtilmektedir [24]. Fakat mide dekompresyonu için kullanılan nazogastrik sonda ile besleme, anaostomozu tehlikeye atabilir.

Özofagus kanserinde tedavinin amacı öncelikle yutma güçlüğünün ortadan kaldırılarak hastanın gıda alamamaya bağlı ölümünün engellenmesi, hastalıksız yaşam süresinin uzatılması ve bu amaca ulaşabilmek için uygulanan tedavi yöntemlerinin kabul edilebilir düzeyde düşük morbidite ve mortaliteye sahip olmasıdır. Fakat cerrahi tedavide morbidite ve mortalite, cerrahi teknik ve ameliyat sonrası yoğun bakım şartlarındaki ilerlemelere rağmen yüksektir. Cerrahi mortalite çeşitli serilerde %0.8 ile %19 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir [26]. Kanser nedeniyle özofajektomi uygulanan olgularda, hastanelerin kanser cerrahisinde uzmanlaşmış olup olmamaları, büyüklükleri ve ameliyat sayılarının mortalite, morbidite ve

hastanede kalış süresi üzerine etkilerinin ele alındığı bir çalışmada, genel hastanelerde mortalite oranı %13.3 iken, oldukça büyük olgu serileri olan kanser enstitülerinde bu oran %4.2 olarak bulunmuştur [27]. Mortalite oranımızın yüksek olması; olguların büyük çoğunluğunun ileri yaşta olmaları ve buna bağlı olarak kardiyopulmoner problemlerin çokluğu, büyük kısmı ileri evrede olan hastalarda oral alımın uzun süre kısıtlanmasına bağlı olarak genel durumlarının bozuk oluşu, hastanenin teknik donanım ve ekipman sorunlarının bulunması, ayrıca özofagus kanseri cerrahisinde ilk yıllardaki tecrübe azlığı ve bu konuya spesifiye olmayışımız gibi sebeplerle açıklanabilir.

Özofagus kanseri, cerrahideki teknik gelişmelere, adjuvan ve neoadjuvan tedavilerdeki ilerlemelere rağmen, diğer gastro-intestinal sistem kanserlerine göre daha kötü bir prognoza sahiptir. Okkült uzak sistem metastazlarının varlığı da cerrahi sonrası prognozu olumsuz etkiler. Skinner ve ark. [26] prognozda, yalnızca tümörün özofagus duvarındaki invazyon derinliği ve metastatik lenf nodu sayısının önemli olduğunu; tümör boyutu, histolojik grade, hücre tipi ve tümör seviyesinin önemli olmadığını bildirdiler. Literatürde evrelere göre 5 yıllık sağkalım oranları oldukça değişiklik göstermektedir. Yalnız cerrahi uygulanan olgularda tümör ve lenf noduna göre bile farklı sağkalım oranları bildirilmektedir. Evre I'de hem metastaz olasılığı çok düşük (yaklaşık %5) hem de 5 yıllık sağkalım %90'a yakındır [18]. Yamada ve ark.[28] klinik Evre I (T₁N₀M₀) olgularında organ koruyucu definitif kemoradyoterapi sonuçlarının cerrahi uygulanan hastalardaki sağkalım oranlarıyla eşit olduğunu ve komplikasyon oranlarının daha düşük olduğunu ileri sürmüşlerdir. Hatta Evre I olgularda açık cerrahi öncesinde gerek tanısal gerekse terapötik açıdan bir endoskopik rezeksiyon metodu olan endoskopik submukozal diseksiyon tekniğinin güvenli ve etkili bir şekilde uygulanabileceği bildirilmektedir [29]. Buna karşılık Evre II tümörlerde hem metastaz olasılığı yükselmekte (%35), hem de 5 yıllık sağkalım lenf nodu durumundan bağımsız olarak %55'e, lenf nodlarında metastaz olanlarda ise %17'ye kadar düşmektedir [18]. Toplam olarak özofagus rezeksiyonu yapılan bütün olgularda total 5 yıllık sağkalım %25-30 arasındadır. Bununla birlikte lenf bezi metastazı olan vakalarda bu oran %10, olmayan vakalarda %45'tir [11]. Olgularımızın %60.9'u Evre III ve IV olduğundan sağkalım düşüktür. Evre IIa olgularımızda sağkalım ilk yıl %100 iken, 2. yılda %70, 3. yılda %30 ve 5 yıllık sağkalım da %12'dir (Tablo 5 ve 6) [8]. Evre IIb ve III'de 5 yıllık sağkalım yok iken, Evre IV'de 1 yıllık sağkalım yoktur.

Tablo 5: Yaşayan olgularla ilgili veriler (30/03/2007 tarihi itibariyle).

Olgu no	Operasyon tarihi	Evre	Sağkalım süresi	Son durum
1	10/1999	T2N0M0	7 yıl 6 ay	İyi
2	11/1999	T2N0M0	7 yıl 5 ay	İyi
3	05/2001	T3N0M0	5 yıl 10 ay	İyi
4	05/2002	T3N1M0	4 yıl 10 ay	İyi
5	02/2003	T3N0M0	4 yıl 1 ay	İyi
6	09/2004	T2N1M0	2 yıl 6 ay	Orta
7	02/2005	T2N0M0	2 yıl 1 ay	Orta
8	04/2005	T3N1M0	1 yıl 11 ay	Lokal nüks

Tablo 6. Evrelere göre olguların sağkalım analizi (06/1996-12/2001; opere 61 olgu) [8]

Sağkalım	1 yıl	2 yıl	3 yıl
Evre IIa	%100	%70	%30
Evre IIb	%66	%33	%33
Evre III (+adjuvan kemoterapi)	%50	%25	%8.3
Evre III (tüm olgular)	%41.4	%10.3	%3.4
Evre IV	%0	-	-

Özofagus kanserinde rezektif cerrahi sonrası multimodal tedavi yöntemleriyle nüksleri azaltmak ve sağkalımı uzatmak amaçlanmaktadır. Bu amaçla neoadjuvan ve adjuvan protokoller ile çalışmalar yapılmaktadır. Ancak bu çalışmalarda neoadjuvan ve adjuvan tedavilerin cevaplarının heterojen olduğu dikkati çekmektedir [30]. Cerrahi rezeksiyon ile beraber kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavisine rağmen 5 yıllık sağkalım %5-20 arasında değişmektedir. Adjuvan ve neoadjuvan tedavinin sağkalımı artırmaktan ziyade, hastalığın lokorejyonel kontrolünde etkili olduğu belirtilmektedir [31]. Lenf nodunda mikrometastaz varlığında sağkalım oranlarının düşük olduğu, bu durumda radikal en-blok özofajektomi yapılsa dahi sistemik hastalık kabul edilip adjuvan tedavinin gerekli olduğu bildirilmektedir [32]. Hastalarımızın büyük çoğunluğunun taburcu olduktan sonra kontrollere gelmeyişi, medikal kayıtların iyi tutulmaması ve medikal onkoloji ile işbirliğinin yetersiz oluşu, adjuvan kemoterapinin sonuçlarını belirleme konusunda yeterli ve sağlıklı veri elde edilmesine olanak vermemiştir. Sadece Tablo 5'e bakıldığında, Evre III'de adjuvan kemoterapi alanların sağkalım sonuçlarının, almayanlara nispeten biraz daha iyi

olduğu söylenebilir. Fakültemizde radyoterapi ünitesi olmadığından hastaların başka merkezlere sevki ve takibi sorun oluşturmuştur.

Sonuç olarak; özofagus kanserli ve özellikle ileri evredeki hastalarda sağ kalım oranları oldukça düşüktür. Bu nedenle erken tanı büyük önem kazanmaktadır. Cerrahi rezeksiyon, belirli bir oranda morbidite ve mortalite riski taşımasına karşın, özellikle erken evrelerde kürabilite şansına olanak vermesi ve palyatif bile olsa ileri evre özofagus kanserlerinde gastrointestinal yolun devamlılığını sağlayarak adjuvan kemoterapi ve/veya radyoterapi yöntemleri ile kombine bir şekilde iyi bir yaşam kalitesi ve daha uzun bir sağkalım sağlaması nedeniyle tedavi seçenekleri arasında hala en etkili yöntem olmaya devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kutlay H, Cangır AK, Ökten İ: Özofagus kanserlerinde epidemiyoloji ve risk faktörleri. T Klin Cerrahi 2000;5:1-3.
2. Turkdogan MK, Akman N, Tuncer I ve ark.: The high prevalence of esophageal and gastric cancers in eastern Turkey. Med Biol Environn. 1998;26(1):79-84.
3. Kösem M, Uğraş S, Özen S ve ark: Van gölü havzasında kanser sıklığı ve dağılımı. Çukurova Tıp Fak Dergisi 2001; 26:30-6.
4. Turkdogan MK, Akman N, Tuncer I ve ark.: Epidemiological aspects of endemic upper gastrointestinal cancers in eastern Turkey. Hepatogastroenterology 2005;52(62):496-500.
5. Türkdoğan MK, Testereci H, Akman N ve ark.: Dietary nitrate and nitrite levels in endemic upper gastrointestinal (esophageal and gastric) cancer region of Turkey. Turk J Gastroenterol. 2003;14(1):50-3.
6. Turkdogan MK, Kılıçel F, Kara K ve ark.: Heavy metals in soil, vegetables and fruits in the endemic upper gastrointestinal cancer region of Turkey. Environ Toxicol and Pharmacol. 2003;13:175-9.
7. Ökten İ: Özofagus kanserleri. In: Ökten İ, Güngör A (Eds.), Göğüs Cerrahisi, 1. Baskı, Sim Matbaacılık, Ankara, 2003, s:1247-1307.
8. Sayır F: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi. 2002:1-66.
9. Yalçınkaya İ, Sayır F, Kurnaz M: Özofagus kanserli yirmi üç vakada cerrahi sonuçlar ve sağkalım. Türk Onkoloji Dergisi 2001;16(3):127-31.
10. Ökten İ: Esophageal carcinoma; an analysis of 563 cases. J Ank Med Sch. 1995;17:115-23.

11. Ökten İ: Özofagus kanseri. In: Ünal A (Ed.), Klinik Cerrahi Onkoloji, Özkan matbaacılık, Ankara, 1997, s:455-67.
12. Watson A: Özofagus kanseri. In: McArdle CS (Ed.), (Çeviri Ed. Kapkaç M). Cerrahi Onkoloji. Egem Tıbbi Yay., İzmir, 1996, s:1-27.
13. Ugras S, Akpolat N, Er M, Yalcynkaya I, Karaayvaz M: Primary composite tumour with bipartite differentiation of the esophagus. Acta Chir Belg. 2000;100:39-43.
14. Dilek FH, Yalcinkaya I, Dilek ON, Akpolat N: Multicentric tumor of the esophagus and its clinical significance; case report and review of the literature. Acta Gastroenterol Belg. 2001;64(4):321-3.
15. Pac M, Basoglu A, Kocak H ve ark.: Transhiatal versus transthoracic esophagectomy for esophageal cancer. J Thorac Cardiovasc Surg. 1993;106:205-9.
16. Fujita H, Sueyoshi S, Tanaka T ve ark.: Esophagectomy: is it necessary after chemoradiotherapy for a locally advanced T4 esophageal cancer? Prospective nonrandomized trial comparing chemoradiotherapy with surgery versus without surgery. World J Surg. 2005;29(1):25-30.
17. Visbal AL, Allen MS, Miller DL, Deschamps C, Trastek VF, Pairolero PC: Ivor Lewis esophagogastrectomy for esophageal cancer. Ann Thorac Surg. 2001;71:1803-8.
18. Topuz E, Akyan NF (Eds.) Sindirim Sistemi Kanserleri. Biyoloji, patoloji, tanı, tedavi. İstanbul Ün. Onkoloji Enst. Yay. 5, İstanbul, 1998, s:121-80.
19. Cangır AK, Kutlay H, Sarper A, Ökten İ: Özofagus kanser cerrahisinde lokal ve lökorejyonel rekürrens sorunu. T Klin Cerrahi 2000;5:46-9.
20. Ökten İ: Özofagus kanserlerinin cerrahi tedavisi. T Klin Cerrahi 2000;5:22-30.
21. Başoğlu A, Çapan A, Karaoğlanoğlu N ve ark: Özofajektomi yapılan total vagotomili hastalarda piloromiyotominin mide boşalımına etkisi. GKDC Dergisi 1998;6:64-70.
22. Osugi H, Takemura M, Higashino M, Takada N, Lee S, Kinoshita H: A comparison of video-assisted thoracoscopic oesophagectomy and radical lymph node dissection for squamous cell cancer of the oesophagus with open operation. Br J Surg. 2003;90(1):108-13.
23. Yamamoto S, Kawahara K, Maekawa T, Shiraishi T, Shirakusa T: Minimally invasive esophagectomy for stage I and II esophageal cancer. Ann Thorac Surg 2005;80(6):2070-75.
24. Kotan Ç, Kisli E, Sönmez R ve ark: Özofagus kanserinin cerrahi tedavisinde deneyimimiz: 57 olgunun analizi. Van Tıp Dergisi, 2001;8(2):54-60.

25. Aydın M, Güler O, Özgören E, Dilek ON, Karaayvaz M . Özofajektomi sonrası erken enteral beslenme. Çağdaş Cerrahi Dergisi, 1999;13:39-41.
26. Bains MS, Shields TW: Squamous cell carcinoma of the esophagus. In: Shields TW, LoCicero III J, Ponn RB (Eds.), General Thoracic Surgery. Philadelphia: LW&W, 2000, s:1905-33.
27. Swisher SG, Deford L, Merriman K ve ark.: Effect of operative volume on morbidity, mortality, and hospital use after esophagectomy for cancer. J Thorac Cardiovasc Surg. 2000; 119:1126-32.
28. Yamada K, Murakami M, Okamoto Y ve ark.: Treatment results of chemoradiotherapy for clinical stage I (T₁N₀M₀) esophageal carcinoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2006; 64(4):1106-11.
29. Kakushima N, Yahagi N, Fujishiro M, Kodashima S, Nakamura M, Omata M: Efficacy and safety of endoscopic submucosal dissection for tumors of the esophagogastric junction. Endoscopy 2006;38(2):170-74.
30. Krasna MJ, Teper J: The role of multimodality therapy for esophageal cancer. Chest Surgery Clinics of North America 2000;10:591-603.
31. Lew JI, Gooding WE, Ribeiro U, Riberio AVS: Long term survival following induction chemoradiotherapy and esophagectomy for esophageal carcinoma. Arch Surg 2001;136:737-43.
32. Yekebas EF, Schurr PG, Kaifi JT ve ark.: Effectiveness of radical en-bloc-esophagectomy compared to transhiatal esophagectomy in squamous cell cancer of the esophagus is influenced by nodal micrometastases. J Surg Oncol. 2006; 93(7):541-49.

İletişim: Doç.Dr.İrfan Yalçınkaya
S.B.Süreyyapaşa Göğüs Hast. ve Göğüs Cerr. EA Hastanesi, 4.
Göğüs Cerrahisi Kliniği, İSTANBUL
E-posta: yalcinkayairfan@hotmail.com

III. Ulusal Göğüs Cerrahisi Kongresi, 1-3 Eylül 2005, Gaziantep'te sözlü bildiri olarak sunulmuştur.