

Özefagus Tümörlerinde Metalik Stent Uygulaması

Dr. Turhan CUMHUR, Dr. Tülay ÖLÇER, Dr. Burhan ŞAHİN, Dr. Ensar ÖZDEMİR,
Dr. Ahmet MAVİŞ, Dr. Mehmet YURDAKUL, Dr. Yankı ÇELİK, Dr. Uğur YILMAZ

Özet: Malign özefageal striktürü olan 7 olguda disfajinin ortadan kaldırılması için palyatif amaçla metalik self-ekspandable stentler yerleştirilmiştir. Olguların üçünde self-ekspandable Nitinol stent, dördünde self-ekspandable Wallstent kullanılmıştır. Girişim sırasında komplikasyon görülmemiş, tüm hastalarda stent uygulamasından sonra disfajide belirgin iyileşme izlenmiştir. Takip süremiz ortalama 14 hafta olup 1 hastamız 8 hafta sonra disfajisi gelişmeksizin kalp hastalığı nedeni ile ex olmuştur. 1 hastada stent 6 hafta sonra gıda ile tıkanmış ve endoskopi ile temizlenmiştir. 1 hastada 10 hafta sonra stent proksimalinde tümör tıkanması görülmüş üçüncü stent yerleştirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Özefagus, neoplazm, stent.

Özefagus ve kardiyak kanserleri progressif disfajiye neden olurlar. Tanı konulduğu zaman olguların %60'ı inoperabldır.

Bu hastalarda mevcut olan disfaji, yaşam kalitesini düşüren ve yolaçtığı malnütrisyonla yaşam sürelerini daha da kısaltan bir semptomdur.

Bu nedenle hastalara yaklaşım disfajiyi ortadan kaldırmaya yönelik palyatif amaçlı yöntemlerdir. Son yıllarda self-ekspandable metalik stentler bu amaçla kullanılmaya başlanmıştır. Biz de özefagusta malign striktürü olan 7 olguda bu tür stentler kullandık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Malign özefageal striktürü olan 7 olguya palyatif amaçla floroskopik kontrol altında self-ekspandable metalik stentler yerleştirilmiştir.

Summary: METALLIC STENT PLACEMENT FOR PALLIATION OF MALIGNANT ESOPHAGEAL STRICTURES

In 7 patients with malignant esophageal strictures, metallic self expandable stents were placed into obstructed segments to overcome dysphagia. In three patients, self expandable Nitinol stents were used and self-expandable Wallstents were used in four. No complications were seen during procedure and all patients had improvement of dysphagia after stent placement. Mean duration of follow-up was 14 weeks. One patient died after 8 weeks without symptoms of stent obstruction. In one patient, stent was obstructed due to tumor growth was seen at the proximal end of the stent and another stent was placed.

Key words: Esophagus, neoplasms, stents and prostheses.

Olguların 4'ü erkek, 3'ü kadın olup yaşları 43-68 arasında değişmekte idi (Ort.:58,4). Histopatolojik incelemede 6 olgu adeno Ca, 1 olgu Squamöz Cell Ca tanısı almıştı. 4 olgu daha önce operasyon geçirmiş, sonra operasyon sahasında nüks gelişmişti. Operasyon geçirmemiş olan 1 olguda stent uygulamasından önce 2 kez buji ve balon dilatasyonu yapılmıştı. Disfajileri Grade 3-1 arasında değişmekteydi. (Grade 0: Disfaji yok, Grade I: Normal gıdalara karşı disfaji, Grade II: Yumuşak gıdalara karşı disfaji, Grade III: Sıvılara karşı disfaji). Baryumlu özefagus tetkiklerinde striktür lokalizasyonları, uzunlukları ve dar bölgenin çapı tesbit edilmiş ve bu veriler Tablo 1'de gösterilmiştir (Uzunluk: 2,5-14cm (Ort. 5,14cm); darlık:1-5mm (Ort. 3mm). Lezyonların uzunluklarına uygun olarak lezyon sahasının distal ve proksimalini 2cm geçmek üzere stent boyutları seçilmiş ve self-ekspandable Nitinol stent (Jyilling, Denmark) ve self-ekspandable wallstent (Medinvent, Schneider) kullanılmıştır.

Tablo I: Lezyonların karakteri ve neden oldukları disfajinin derecesi

Yaş cinsiyet	Lezyonun lokalizasyonu	Darlığın uzunluğu	En dar bölgenin çapı	Histolojik tanı	Disfajinin derecesi
58 Y,E	Distal özefagus	3 cm.	1 mm.	Skuamöz Cell Ca	Grade III
60 Y,E	Orta özefagus	14 cm.	5 mm.	Adeno Ca	Grade III
55 Y,E	Anastomozda nüks (Parsiyel özefagektomi + Gastroenterostomi)	5 cm.	2 mm.	Adeno Ca	Grade III
60 Y,E	Distal özefagus	5 cm.	1 mm.	Adeno Ca	Grade III
65 Y,K	Anastomozda nüks distal özefagektomi + özefago-gastrektomi	3, 5cm.	2 mm.	Adeno Ca	Grade III
43 Y,K	Distal özefagus anastomoz yerinde infiltrasyona bağlı darlık (Distal özefagektomi + tama yakın gastrektomi)	3 cm.	2 mm.	Adeno Ca	Grade III
68 Y,K	Anastomozda nüks (Proksimal subtotal gastrektomi +distal özefagektomi özefagogastrostomi)	2, 5cm.	1 mm.	Adeno Ca (Operasyona sekonder benign striktür)	Grade IV

Tüm girişimler floroskopik kontrol altında yapılmış, kılavuz tel dar segmentten direkt veya endoskop aracılığı ile geçirildikten sonra lezyon sahasına önce 15mm çaplı balonlu kateterle balon dilatasyonu yapılmış, daha sonra stent yerleştirilmiştir. Stent yerleştirildikten sonra tekrar endoskopi ve baryumlu özefagus incelemesi yapılarak özellikle pasajın durumu ve stentin lokalizasyonu kontrol edilmiştir. Resim 1,2,3,4.

SONUÇ

Girişim sırasında hiçbir hastada komplikasyon görülmemiştir. Uygulamadan sonra yapılan endoskopik ve radyolojik muayenede tüm hastalarda yeterli özefagial lümen sağlanabilmiştir.

-Takip süresi 1,5-30 haftadır (Ort. 14, 3 hafta).

-1 hasta disfaji gelişmeksizin 8 hafta sonra ex olmuştur.

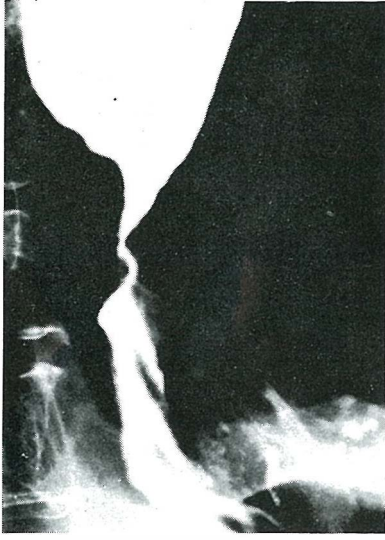
-1 olguda stent 6 hafta sonra gıda ile tıkanmıştır.

-1 olguda 10 hafta sonra stentin proksimalinde tümör gelişmesi nedeni ile tıkanma meydana gelmiş olup üçüncü stent yerleştirilmiştir.

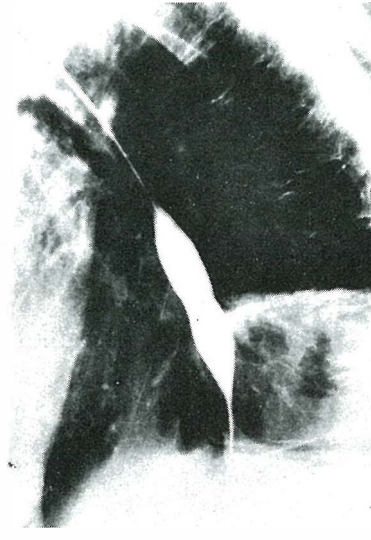
Sonuçla ilgili bilgiler Tablo 2'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

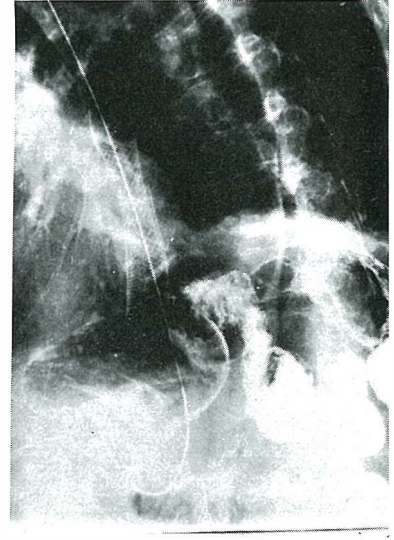
Malign özefagial striktürler sıklıkla Squamöz Cell Ca, Adeno Ca ve bazen diğer özefagial veya



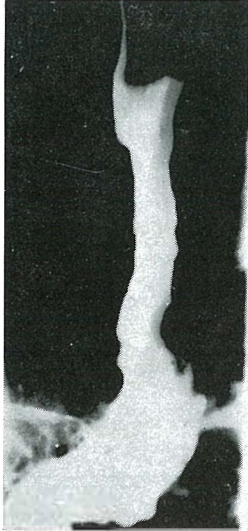
Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4

Resim 1: Özefagus distalinde malign infiltrasyon (Squamöz Cell Ca).

Resim 2: Dar segmente balon dilatasyonu uygulanması.

Resim 3: Darlık bölgesine yerleştirilen iki stent.

Resim 4: Stent sonrası kontrol grafisi.

Tümör içine alkol verilerek tümör nekrozu yapılması (3).

Tümör içine sklerozan madde ve kemoterapötik verilmesi (4).

Fotodinamik tedavi (6).

Cerrahi tedavi

Radyoterapi

Lazer

Buji ve balon dilatasyonları

Plastik endoprotez yerleştirilmesi.

Metalik endoprotez yerleştirilmesi.

İlk üç yöntemle ilgili literatürde yorum yapılabilecek kadar geniş çalışma serileri yoktur.

Palyatif cerrahinin mortalitesi %60'lara kadar varmaktadır. Cerrahiden sonra %20 olguda rekürrens veya anastomoz sahasında striktür gelişmektedir (1,6).

Palyatif cerrahiden sonra 1 yıllık yaşam süresi %9,2 yıllık yaşam süresi %4,9 civarındadır (7).

Radyoterapi tedavisinde olguların %41-48'inde disfajide rahatlama görülmüşse de bunların %25'inde rekürrens izlenmektedir (1,6,8).

Lazer tedavisinde başarı oranı torasik özefagusta %77-95, kardiada %50-59 dur (9). Tümör eksofitikse veya kanama varsa kullanılabilir, fakat

mediastinal tümörler nedeni ile gelişirler (2). Tanı konulduğu zaman olguların %60'dan fazlası inoperabldır (1). En önemli semptom disfajidir. Disfajiyi takip eden malnütrisyon hastaların yaşam süresini daha da kısaltmaktadır.

İnoperabl tümörlerde veya cerrahi tedaviden sonra anastomoz yerinde rekürrens görülen olgularda disfaji en önemli klinik problemdir (3). Bu nedenle bu hastalarda temel yaklaşım disfajinin palyasyonudur (2).

Disfajinin palyasyonu için çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Bunlar:

Tablo II: Uygulanan stent tipleri ve girişim sonrası takipler

Yaş cinsiyet	Stent tipi ve sayısı	Stentsonrası disfaji derecesi	Komplikasyon	Sonuç ve Takip süresi
58 Y,E	Wallstent 2 adet	Grade I	Yok	30 Haftadır izleniyor
60 Y E	Wallstent 3 adet	Grade I	10 hafta sonra proksimal kesimden tümör ile tıkanması	Proksimale 3. stent yerleştirildi 22 haftadır izleniyor
55 Y,E	Wallstent 2 adet	Grade I	6 hafta sonra gıda ile tıkanması	Endoskopik olarak stent temizlendi 22 haftadır izleniyor
60 Y,E	Nitinol stent 1 adet	Grade I	Yok	8 hafta sonra disfaji görülmeden hastalığın ilerlemesine bağlı ex oldu
65 Y,K	Nitinol stent 1 adet	Grade I	Yok	14 haftadır izleniyor.
43 Y,K	Wallstent 1 adet	Grade I	Yok	2.5 haftadır izleniyor
68 Y,K	Nitinol stent 1 adet	Grade II	Yok	1,5 haftadır izleniyor

çoğu hastada relatif olarak kısa intervaller ile tekrarlanmalıdır (2). Lazer tedavisi sırasında perforasyon gelişebilir (2,9).

Buji ve balon dilatasyonu ile %89 oranında palyasyon sağlanabilmektedir (9). Komplikasyon oranı (Kanama, perforasyon vs.) %3-11 arasında değişmektedir (10).

Symonds'un 1885 de indwelling özefagial kateterlerini kullanmasından bugüne kadar cerrahi ve endoskopik olarak değişik tipte özefagial protezler geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Fakat bunlar disfajide sınırlı bir rahatlık sağlamasına rağmen morbidite ve mortaliteyi de beraberinde getirmiştir (1).

Konvansiyonel endoprotezler palyatif amaçla kullanıldığında başarı oranı %95'dir. Uygulanması zor bir yöntemdir. Mortalitesi %14'lere kadar çıkmaktadır. Komplikasyon oranı (Perforasyon, bası nekrozu, kanama, dislokasyon) %38'dir.

Függer ve arkadaşları %16 mortalite, %20 dislokasyon olmak üzere %36 (1), Barın ve arkadaşları konvansiyonel stentlerle yaptıkları çalışmalarında %40 komplikasyon belirtmişlerdir (1).

Son yıllarda kullanılan metalik self-ekspandable stentler özefagus kanserinin palyatif tedavisinde iyi sonuçlar vermiştir.

Disfajinin tedavisinde metalik stent uygulanması ilk defa 1983 de Frimberg tarafından önerilmiştir. Bu amaçla çeşitli metalik stentler kullanılmış ve geliştirilmiştir. Yapılan çalışmalarda metalik stentlerin kullanılmasında komplikasyon oranının düşük olduğu görülmüştür. Metalik stentlerin uygulanmasındaki kolaylığın yanı sıra, plastik stentlerdeki 10-12 mm lik iç lümeneye karşılık 18-20 mm. lik bir lümen içermesi nedeni ile disfajide daha iyi bir palyasyon sağlanmaktadır (1).

Özefagusta kullanılan stentler:

-Rolling Membran WALLSTENT

-Unistep WALLSTENT

-Strecker Nitinol Stent

-GIANTURCO STENT

-Gianturco-Rosch Covered Stent

Bizim çalışmalarımızda 3 olguda Strecker Niti-

nol Stent, 4 olguda Wallstent uyguladık. Hiçbir olguda stent uygulamasında veya daha sonra komplikasyon görülmedi.

Knynim ve arkadaşları çalışmalarında 8 olgunun 2 sinde wallstent içine tümör büyümesi rapor etmişlerdir (20). Silikonla kaplanmış olan Z stentte tümörün stent içine büyümesinin önlenmesinin yanı sıra aynı zamanda da özefagus Ca larda %5-10 oranında görülebilen trakeoözefagial fistül tedavisinde kullanılmıştır (6,13).

Song ve arkadaşları 1992 de yaptıkları çalışmada stent endikasyonlarını daha da genişleterek

şöyle belirtmişlerdir: Katı gıdalara karşı disfajisi olan inoperabl veya nonrezektabl özefagogastrik neoplazmlı hastalar, malign tümöre bağlı özefagorespiratuar fistül gelişmiş hastalar, cerrahi veya radyoretapi sonrası striktür rekürrensine bağlı katı gıdalara karşı disfajisi olanlar, özefagus malignitesi olup da cerrahi kabul etmeyen hastalar, cerrahi öncesi beslenmesi gerekenler, balon dilatasyonundan sonra sık rekürrens gösteren benign özefagial striktürler (6).

Biz de böyle olgularda metalik protezlerle palyasyon sağlanmasının emin ve etkili bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Song HY, Choi KC, Cho BH et al. Esophagogastric neoplasms: Palliation with a Modified Gianturco Stent. *Radiology* 1991; 180:349-354.
2. Cwickel W, Stridbeck H et al. Malignant Esophageal Strictures: Treatment with a Self-expanding Nitinol Stent. *Radiology* 1993;187:661-665.
3. Payne-James JJ, Spiller RC et al. Use of ethanol-induced tumor necrosis to palliate dysphagia in patients with esophagogastric cancer. *Gastrointest. Endosc* 1990; 36: 1: 43-46.
4. Wright RA, O'Connor KW. A Pilot study of endoscopic injection chemo/sclerotherapy of esophageal carcinoma. *Gastrointest. Endosc* 1990; 36: 1: 47-48.
5. Allardice JT, Rowland ac et al. A new light delivery system for the treatment of obstructing gastrointestinal cancers by photodynamic therapy. *Gastrointest Endosc* 1989;35: 6: 548-551.
6. Song HY, Choi KC et al. Esophageal strictures: Treatment with an new design of modified Gianturco Stent. *Radiology* 1992;184: 729-734.
7. Sons HU, Streicker HJ. Palliative and curative surgical therapy of Malignant stenoses of the esophagus and cardia. *J Surg Oncol* 1989; 40: 162-169.
8. Mercke C, Albertsson M et al. Cisplatin and 5-FU combined with radiotherapy and surgery in the treatment of squamöz cell carcinoma of the esophagus. *Acta Oncol* 1991, 30: 617-622.
9. Loizou LA, Grig D, Atkinson M et al. A prospective comparison of laser therapy and intubation in endoscopic pellation for melign dysphagia. *Gastroenterology* 1991;100: 1303-1310.
10. Lindor KD, Ott BJ et al. Balloon dilatation of upper digestive tract strictures. *Gastrointest. Endosc* 1990; 36: 1: 43-46.
11. Cwikiel W, Stridbeck H. LEsophageal stenting. 8th. LEuropean şCongress of Radiology. Vienna 1993, Abstract no:13
12. Wagner HJ, Kyyrim K, Bethge N et al. Controlled trial of plastic prostheses vs. metal stents in the treatment of malignant dysphagia. 8th. European Congress of Radiology, Vienna 1993; Abstract no: 134,page: 73.
13. Schaer J, Katon RM, Ivancev K et al. Treatment of malignant esophageal obstruction with silicone-coated metallic self-expanding stents. *Gastrointest Endosc* 1992; 38:1: 7-11.