

ÖZOFAGUS KANSERLERİ (YEMEK BORUSU KANSERLERİ)

Yrd Doç Dr Fatih METEROĞLU

Özofagus kanserleri dünya genelinde tüm kanserler arasında 6. sırada yer almaktadır ve sıklığı 6.4/100.000 olarak bildirilmektedir. Tüm kanserlerin %1.5-2' sini, gastrointestinal sistem kanserlerinin ise %5-7'sini oluşturmaktadır. İnsidansın da ülkelere, hatta aynı ülkede yörelere göre coğrafi farklılıklar sergiler. İran'da Gonbat ve Hazar Denizi kıyıları, Güney Afrika'da Transkei, Kuzey Çin'de özellikle Linksiyen eyaletinde, Rodezya, Türkmenistan, Kazakistan, Porto Riko, Hindistan'da Bombay, Singapur, Sri Lanka, Japonya, Kore insidansın belirgin şekilde yüksek olduğu bölgelerdir. Bazı kaynaklara göre de Çin'in yüksek riskli bölgelerinde her 3-5 kişiden biri özofagus kanseri nedeni ile ölmektedir. İran'da bu sayı 245/100.000 gibi yüksek orandadır. Avrupa ve ABD'de genel popülasyonda insidans 3-10/100.000 olarak bildirilmektedir. Ülkemizde ise en sık Doğu Anadolu bölgesinde görülmekte insidansı tespit edilmemekle birlikte İran'da ki oranlarla benzerlik göstermektedir.

Yaş

30 yaşın altında seyrek görülmektedir. 13523 özofagus kanserli hastanın ancak 22'sinde (%0.16) 30 yaş altında tespit edildiği bildirilmiş olmasına rağmen son yıllarda genç yaşlara doğru kayma görülmektedir. Bu toplanmış seride averaj yaş 60 olarak tespit edilmiştir. Genel olarak 5 ve 6. dekadlar en sık görüldüğü yaş gruplarıdır. Ülkemizde orta yaşta görülme sıklığı artmaktadır. Bizim serimizde ortalama yaş 58 olup 20 yaşın altında ameliyat ettiğimiz 3 hasta vardır.

Cins

Literatürde toplanmış 19532 özofagus kanserli hastada %71.1 erkek, %28.9 kadın, Duke'nin serisinde %69 erkek, %31 kadın olarak rapor edilmiştir. Bizim 1280 vakalık serimizde 829 (% 64.77) erkek, 451 (% 35.23) hasta kadındı.

Yerleşim yeri

Özofagus kanseri tespit edilen 28.959 hastayı kapsayan kollektif bir seride %14.7 üst 1/3, %52.3 oranında orta 1/3, %33 ise alt 1/3 özofagusta lezyon bulunmuştur.

Bizim serimizde özofagus kanserlerinin yerleşim yeri:

- % 18.97 hipofarenks ve servikal özofagusta,
- % 9.23 üst 1/3 torasik özofagusta,
- % 28.71 orta 1/3 torasik özofagusta,
- % 22.8 alt 1/3 torasik özofagusta,
- % 20.68 abdominal özofagus ve kardiada tespit edilmiştir.

ETYOLOJİ

Özofagus kanserlerinde risk ve yüksek insidansa eşlik eden faktörler:

- I. Alkol, sigara kullanımı ve madde bağımlılıkları
- II. Beslenme yetersizliği
 - a) Vitamin A, Karoten, vitamin C, riboflavin eksikliği
 - b) Eser element eksikliği

- c) Meyve ve sebzedden yetersiz beslenme
- III. Aşırı miktarda sıcak çay içme alışkanlığı
- IV. Genetik ve çevresel faktörler
- VI. Predispozan hastalıklar olarak beş başlıkta toplanabilir.
 - a) Tylosis
 - b) Akalazya
 - c) Kronik özofajit
 - d) Kostik striktürler
 - e) Barrett özofagus
 - f) Konjenital kolumnar epitel kalıntıları

I- Sigara, alkol kullanımı ve madde bağımlılıkları:

ABD, İngiltere ve Fransa da özofagus kanserinin en önemli sebebi alkol suçlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda kanser gelişme riskinin yüksek oranda alkol ihtiva eden içki kullananlarda 25 kez daha çok olduğu bildirilmektedir. Aşırı bira içenlerde ise risk normal kişilere göre 10 kat fazladır. Özofagus kanserinin sık görüldüğü diğer bölgelerde beslenme ile ilgili faktörler sigara ve alkolden daha ön plandadır. Hastalar alkol ve tütünü genellikle birlikte kullanmamakla birlikte her ikiside birbirinden bağımsız risk faktörü olarak rol oynamaktadır.

Alkolün etkisi tek başına oldukça az olup, sigara ile birlikteliğinde özofagus kanseri riski doz ve süreye bağlı olarak çok yükselmektedir.

II- Beslenme ile ilgili faktörler:

Beslenme yetersizlikleri de etiyojide suçlanmaktadır. Özellikle eser elementlerin (molibden, manganez, demir, silikon, baryum, titanyum, selenyum, magnezyum) kanserin sık görüldüğü bölgelerde yetersiz alındığı tesbit edilmiştir. Ayrıca, Beta karoten, A, B, C, E vitaminleri, folik asit, riboflavin gibi vitaminlerinin de eksik alınmasına bağlı olarak hücre rejenerasyonu ve hücre bölünmesi üzerindeki etkileri bilinmektedir. Bu maddelerin yetersiz alımı özellikle buğday, mısır ve pirinçten zengin, taze meyve ve sebzedden fakir diyet sonucu önemli risk oluşturmaktadır. Sigara, alkol, taze sebze ve meyvenin yetersiz alımı, özofagus kanseri için risk oluşturan en önemli 3 etken olarak kabul edilmiştir. Bu 3 etken özofagus kanserli hastalarda %83 oranında saptanmıştır. A ve B vitaminleri özofagus mukozasında proliferasyonun kontrolünde rol oynarlar. Bunlardaki eksikliğin prekanseröz lezyonların gelişiminde etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Beslenme alışkanlıkları, özellikle de çok sıcak içeceklerin fazla miktarda ve sık alınması belirgin risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Özofagus epitelinin yüzeyinde sigara ve çevresel faktörlerle depolanan kimyasal karsinojen maddeler, sıcak içecek ve alkol gibi iritanlarla epitele penetre olmakta ve bazal tabakaya kadar ulaşabilmektedir.

Ülkemizde Doğu Anadolu'da sigara ile birlikte çok sıcak ve fazla miktarda çay

içme alışkanlığının olması ve bu bölgeye iklim koşulları nedeniyle taze sebze ve meyva transportundaki güçlükler özofagus kanserinin sık görülmesinin nedenleri olarak düşünülebilir.

III- Genetik ve çevresel faktörler:

Özofagus kanserinde hücre ve moleküler biyoloji

Hücre ve tümör gelişimindeki genetik bilgilerimizin şu anda yeterli olmamasına rağmen özofagus kanser hücresinde bazı kesin değişiklikler saptanmıştır. Tümör gelişiminde en önemli faktörlerden biri tümör hücrelerinin kendilerinin büyüme faktörü üretmeleridir. Bu üretim kendi ürettikleri biyolojik aktivasyona sahip bu faktör ile OTOKRİN LOOP adı verilen bir siklus sonucu proliferasyondur. Epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR- epidermal growth factor reseptör) tümör gelişiminden sorumlu bir diğer faktördür. Fosforilat tirozin kalıntısı olan onkogenler viral enfeksiyonlar sonrasında tümör gelişiminden sorumludur. Bu onkogenlerin EGFR değiştirerek hücresel değişiklikler yaptıkları kanıtlanmıştır. Özofageal kanser gelişiminde çeşitli büyüme faktörlerinin etkisi vardır.

Tümör supressör genler

Özofagus kanseri gelişiminde elimine olduğu veya silindiği düşünülen tümör supressör genler p53 (375 aminoasitli bir fosfoprotein), Rb (retinoblastoma geni), APC (kolonun ailesel adenomatöz polip gelişimindeki gen) ve MCC (sporadik kolon kanseri gelişiminden sorumlu gen)'dir. Özofageal malignite gelişimi için bu genlerin her iki kopyasının da elimine edilmiş veya kaybolmuş olması gereklidir. Barrett özofagusunda epitelyal displazi gösteren ve adenokanser gelişmiş her 8 olgudan 5'inde p53 mutasyonu saptanmıştır. Diğer 3 olguda saptanmamış olması mukozanın multiklonal yapılanmasına ve kanserin oluşumundaki diğer faktörlere bağlanmıştır.

Çevresel faktörlerden, özellikle sulardaki karsinojen bileşiklerin etkisi üzerinde durulmaktadır. Petrol bölgelerinde suyun petrol ile kontaminasyonu, insidansın yüksek olduğu bazı bölgelerde sudaki nitrojen bileşiklerinin, bazı bölgelerde ise riboflavin eksikliğinin gösterilmesi, bazı bölgelerde hayvanlarda özofagus kanseri saptanmış olması, çevresel faktörlerin etkisini desteklemektedir. Çevresel faktörler arasında asbest maruziyeti, radyasyon ve viral etkenler, yiyecek ve içeceklerin nitrozo bileşiklikleri karsinojenler, tohumlar ve mikrotoksinler kontaminasyonunun DNA'da spesifik mutasyona neden olabildikleri ve böylece etiopatogeneizde rol oynayabilecekleri öne sürülmektedir, buna bir örnekte sigara dumanındaki karsinojenlerin karakteristik gen mutasyon patternlerine yol açabileceği, bunların arasında p53 tümör supresör gen mutasyonlarının da bulunabileceğine dair ipuçları vardır.

IV- Predispozan hastalıklar

Bazı benign özofagus hastalıkları da özofagus kanseri gelişmesinde predispozan kabul edilir. Akalzyalı olgularda hayatın bir döneminde % 5-10 malignleşme gözleendiği bildirilmiştir. Özofagus mukozasındaki bazı lezyonlarda kanser insidansı yükselmektedir, özellikle yüksek riskli bölgelerinde, toplumun %80'lere kadar varan büyük bir kısmında özofajit saptanmıştır. Genellikle hayatın erken dönemlerinden itibaren çevresel faktörlerin, diyetteki bazı faktörlerinde eksikliği eşliğinde, kronik mukozal inflamasyona neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yiyeceklerin, çeşitli tohumlar ve silika ile kontaminasyonu sonucunda, mekanik irritasyon ile özofajite neden olabilecekleri ileri sürülmektedir. Bu olgular özofagus kanseri yönünden sıkı takip edilmeli, özofagus kanseri riskinin önlenmesi ve mevcut semptomların giderilmesi

amacıyla zamanında tıbbi ve cerrahi tedaviye alınmalıdır. Sözü edilen bu risk faktörlerinden sırayla daha geniş olarak bahsedelim.

Barret özofagusu ve özofageal kanser

Barret özofagus, distal özofagustaki yassı hücreli epitelyumin anormal şekilde kolumnar epitel ile yer değiştirmesi durumuna denir. Önceleri konjenital bir anomali olarak düşünülmüş son zamanlarda ise ciddi derecede kronik reflü özofajiti olanlarda mideden distal özofagusa kolumnar epitelin migrasyonu sonucu meydana geldiği yolundaki görüş ağırlık kazanmıştır. Sık görülmeyen bu durum, genellikle reflü özofajitlilerin %10'u civarında görülmektedir. Sıklıkla skuamo-kolumnar bileşkede striktür bulunur. Genellikle kronik gastroözofageal reflüsü olan kişilerde görülür ve özofageal adenokarsinom için predipozisyon oluşturması nedeniyle önemli bir hastalıktır.

Barret özofagusunda kanser gelişme riski normal populasyondan 60-100 kez fazladır. Bu hastaların takibi ve erken tanı malignitenin %100 oranında rezeksiyonunu sağlar. İyi bir endoskopik takip ile kanserli olguların yaklaşık %75'i evre 0, I veya IIA'da saptanabilir. Endoskopik takip ve bu evrelerin dışında saptanarak özofajektomi uygulanan olgularda 5 yıllık sağ kalım oranı %20'lerde iken endoskopik takip ile erken tanı alan olgularda bu oran %60'ın üzerine çıkmaktadır. Bu nedenle bu olgularda endoskopik ve sitogenetik markerlarla takip kürabilite ve iyi bir sağ kalım için kesinlikle gereklidir.

Akalazya

Yunanca 'gevşeyememe' anlamına gelir. Akalazya terimi dışında kardiyospazm, megaözofagus, idiyopatik özofagus dilatasyonu, özofagusun aperistaltizmi, aganglionik veya amiyenterik akalazya gibi terimlerle de ifade edilir.

Bu hastalığın birbiriyle, ilişkili 3 ana karakteri vardır.

- a) Yutmaya cevap olarak AÖS' nin gevşeyemememesi,
- b) AÖS' de istirahat basıncının çok yüksek olması,
- c) Özofagus gövdesinde peristaltizmin kaybolması ve aşırı dilatasyonu.

Etiyoloj halen belirsizliğini korusa da Cassella ve ark. Alt özofagus gövdesinde daha yoğun olması gereken Aurbach pleksusu ganglionlarında dejenerasyon ve sayıca azalma saptamışlardır. Akalazya özofagus kanseri gelişimi için predispozan hastalıklardan birisi olarak kabul edilmektedir. Bu kişilerde normal populasyona göre 8-33 (ort:10 kat) kat fazla kanser geliştiği bildirilmektedir.

Bu hastalıkta görülen başlıca semptomlar; disfaji, kilo kaybı ve göğüs ağrısı, regürjitasyo gibi akalazyaya bağlanabilecek semptomların başlamasından, kanser gelişimine kadar geçen süre ortalama olarak 20 yıl olup, akalazyalı hastalarda kanser gelişme sıklığı yüzbinde 3-4'dür. Sekresyonların ve yiyeceklerin stazı ile retansiyon sonucunda, mukozada kronik inflamasyonun karsinoma zemin hazırladığı bildirilmektedir.

Tylosis

Tylosis, avuç içleri ve ayak tabanlarının belirgin hiperkeratozu ile karakterli otozomal dominant geçiş gösteren bir hastalıktır. En az 28 ayrı formu vardır, özofagus kanseri gelişme riski çok yüksektir. Bu hastaların %50'sinde 45 yaşta, %95'inde ise 65 yaşa gelindiğinde özofagus kanseri gelişir.

Baş boyun bölgesi kanserleri

Baş boyun bölgesinde özellikle yassı hücreli kanser bulunan hastalarda genellikle ikinci bir odakta da yassı hücreli kanser gelişme riski fazladır. Bu nedenle baş boyun bölgesinde kanser olan hastalarda özofagusun belirli aralıklarla endoskopik olarak kontrolü önerilmektedir.

Striktürler

Özofagusun kronik striktürleri yiyeceklerin birikmesine, özofajite ve epitel hiperplazisine neden olarak kanser gelişmesine yol açabilir. Gıdaların retansiyonu diyetteki nitrozaminler ile mukozanın temas süresini uzatır. Koroziv maddelere bağlı olarak gelişen darlıklarda özofagus kanseri gelişme riski fazladır. Ancak bu striktürlerden sonra kanser gelişmesi için bazı hastalarda 50-60 yıl geçmesi gerekebilir.

Parsiyel gastrektomi

Özofagus kanserli hastaların yaklaşık %2-10'unda daha evvelden parsiyel gastrektomi uygulanmış olması parsiyel gastrektomi ile özofagus kanseri arasında bir ilişki kurulmasına yol açmıştır. Gastrektomiden sonra gelişen gastroözofageal reflü ve beslenme yetersizlikleri özofagus kanseri gelişiminden sorumlu olabilir

Plummer-Vinson sendromu

Plummer-Vinson sendromunda özofagusun üst ucunda yer alan web ve demir eksikliğine bağlı hipokrom mikrositer anemi, el parmaklarında kaşık tırnak görünümü, angular stomatitis, orofarinjial mukozada atrofi ve mide hidroklorik asit salgısında yetersizlik ile karakterlidir. Hem özofageal weblerde hemde özofagus kanserlerinde demir eksikliği anemisi sık olmakla birlikte her ikisinin de demir eksikliğinden kaynaklandığını gösteren yeterli bulgu yoktur.

PATOLOJİ

Özofagus kanserleri makroskopik olarak çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir. Özofagus duvar ve lümenindeki yerleşimine göre ekzofitik, endofitik veya intramural olabilir. Tümörün penetrasyon, infiltrasyon ve orijin noktasına göre de klasifiye edilmiştir. Bugünde kullanılan bu klasifikasyona göre iki ana grup ve bunların varyantları olarak ayrılmıştır.

- a- Mantar benzeri (fungating), ülseratif veya ülsero-vegetatif tip
- b- Annular veya skiröz tip

Mikroskopi

Özofagusta gelişen kanserlerin %90-95'i yassı hücreli kanser olarak görülmekle birlikte bu oran her geçen yıl adenokanser lehine değişmektedir. Son yapılan çalışmalarda yassı hücreli kanser %76, adenokarsinoma %16, küçük hücreli karsinomayı da içeren diğer tipler %3, metastazlar %7.7 olarak bildirilmekte ve özellikle ABD'de özofagusta gelişen karsinomların %40'ını adenokarsinomların oluşturduğu kaydedilmektedir. Bütün bu yayınlara rağmen Türkiye ve bizim serimizde halen yassı hücreli kanserler, bütün özofagus kanserlerinin yaklaşık %95'ini oluşturmaktadır.

Erken özofagus karsinomu

Submukoza invazyonu bulunmayan yüzeysel tümörler ile submukozal invazyonu olup lenf nodülü metastazı bulundurmayan tümörlere denir.

EVRELEME

Özofagus karsinomalarında evreleme tüm malignitelerde olduğu gibi en önemli terapotik ve prognostik belirleyicidir. Doğru bir evrelendirme hasta için en doğru tedavi veya tedavi kombinasyonunun seçimini sağlayacaktır. Evreleme; tümör, lenf nodu metastazı ve uzak organ metastazı olmak üzere üç önemli faktöre bağlı olarak yapılır.

YAYILMA YOLLARI

Özofagus kanserinin yayılma yolları direkt invazyon, lenfatik metastaz ve uzak organ metastazı olmak üzere 3 ayrı ana grup halinde incelenebilir.

Direkt invazyon: Organın tüm uzunluğu boyunca komşu organlarla olan sıkı ilişkisi ve serozal tabakalardan yoksun olması direkt invazyonu kolaylaştırılan en önemli faktörlerdendir.

Lenfatik yayılım: Özofagus zengin bir lenfatik drenaja sahiptir. Özofagus duvarı içinde biri mukoza diğeri submukozal tabakada iki ayrı lenfatik plexus vardır. Mukozal lenfatikler yukarıda farinks aşağıda ise midenin lenfatikleri ile birleşecek şekilde tüm özofagus boyunca uzanır. Muskuler tabaka kısmen daha bağımsız ve bölgesel drenaja sahiptir.

- a) Servikal: Lateral servika, derin servikal, paraözofajial, supraklavikular
- b) Üst mediastinal: Paraözofajial, paratrakeal, aortikopulmoner pencere, innominate arter
- c) Orta mediastinal: Trakeo-bronşial, subkarinal, hiler, paraözofajial
- d) Alt mediastinal: Paraözofajial, diyafragmatik
- e) Üst Abdominal: Superior gastrik, sol gastrik arter ve küçük kurvatür, çölyak aks, kommon hepatik arter, splenik arter, paraaortik

Uzak organ metastazı: Hematojen yolla bilhassa hipofarenks ve servikal bölge tümörlerinde beyin metastazı, akciğer parankimi, kemik ve karaciğer metastazları görülebilir.

KLİNİK TABLO

Özofagus kanserinde klinik semptomlar, tümörün oluşturduğu özofageal bozukluklara, tümörün lokal yayılımına veya uzak metastazlarına bağlı olabilir. İlerlemiş özofagus kanserli bir olguda iyi bir sorgulama ile ortalama 10 –12 ayrı semptom saptanır. Kısa bir süre önce başladığı belirtilen semptomlara karşın bu tür olguların bir kısmının inoperabl olması semptomların hasta ve hekimler tarafından yeterli incelenmemesi ve analiz edilmemesi sonucudur.

Semptom	Oran (%)
Disfaji (yutma güçlüğü)	87
Kilo kaybı	70
Substernal/epigastrik yanma ve ağrı	46
Regurjitasyon veya kusma	28
Aspirasyon pnömonisi	14
Palpabl servikal LAP	14
İştahsızlık	8
Ses kısıklığı	7
Hemoptizi	4
Öksürük ve boğulma hissi	3
Hematemez	3

Özofagus kanserinde semptom ve bulgular

TANI YÖNTEMLERİ

Anemnez bir önceki bölümde anlattığımız gibi semptomların erken ve dikkatli değerlendirilmesi için son derece önemlidir. Özofagografiler, özofagus kanserinin tanısında endoskopiden sonra ikinci derecede önem taşır.

Özofagusun Full Kontrastlı Pasaj Grafisi: Bu teknik ile, özofagusun konturunu etkileyebilen striktürler, Webler, sirkumferensiyel karsinomlar, büyük ülserler ve ekstresek kitleler gibi hastalıklar ortaya çıkabilir.

Hava Kontrastlı Özofagografi: Hava kontrast tekniğinin değeri, küçük özofageal tümörler ve özofajit ile ilgili gizli mukozal düzensizlikleri gösterebilme yeteneğidir.

Bilgisayarlı Tomografi (BT): Ekstraözofageal yayılım ve metastazlarını tesbitinde en yararlı teknik BT'dir.

Özofagoskopi: Özofagus kanseri şüphesi olan tüm hastalarda endoskopik incelemeye gerek vardır. Özofagoskopinin önemi sadece teşhis konulmasında değil cerraha lezyonun üst sınırı ile fiksasyonun tesbit imkanını da sağlamasıdır. Endoskopik tanıda en büyük zorluk kardiada lokalize kanserlerdir. Eger konstrikسیون nedeniyle biopsi yapılamazsa büyük bir buji ile pasajın sağlanması faydalı olabilir. Özellikle akalazyaya da buji kolayca geçerken kansere bağlı obstrüksiyonda geçemez. Çok küçük lezyonu olan hastalarda görüntüleme zor olduğundan mukozal boyanma önem taşır.

Kromoskopi (%1-2 lik lugol, %1-2 lik toluidin mavisi veya metilen mavisi) kanseröz lezyonları ve lezyonların yaygınlığının tesbitini kolaylaştırır. Erken özofagus kanserlerinde konvansiyonel endoskopik tetkiklerle yakalama şansı %80 iken lugol solüsyonu kullanıldığında bu oran %100 çıkmaktadır.

Endoskopik Ultrasonografi: Endoskopik USG'nin yüksek rezolüsyon gücü sayesinde malign lezyonların penetrasyon derinliği, komşu organ ve yapılara infiltrasyonları ve regional lenf nodlarına metastatik yayılımı tespit edebilir. Böylece tümörün evrelendirilmesi ve uygun tedavi yöntemi seçilmiş olur.

TEDAVİNİN SEÇİMİ

Özofagus ve kardiya kanserlerinin cerrahi tedavisi öncesinde iyi bir değerlendirme ve hazırlık yapılmalıdır. Hasta seçimi yapılırken gereken dikkat gösterilmelidir. Hastanın kardiyovasküler durumu optimal düzeyde olmalıdır. Preoperatif değerlendirme ve fizik muayene tedavinin seçiminde yol göstericidir. Preoperatif sıvı replasmanı sağlanmalıdır. Özofagus kanserlerinde tedavinin seçimi öncelikle tümörün evresi ve lokalizasyonu olmak üzere birçok faktöre bağlıdır. Sadece cerrahi tedavinin veya radyoterapinin kür temin edemeyeceği bazı vakalarda kombine tedaviler düşünülebilir. Tümörün lokalizasyonuna göre bazı vakalarda hastanın yutma restorasyonu ve konforu alternatiflerin olmadığı durumlarda tedavinin sürecini etkileyebilir ve bu gibi vakalarda palyasyon, kürden daha önemli olabilir.

Çok dikkatli muayene ve araştırmada bazı hastalarda tümörün invazyonu ve metastatik yayılım hastanın inoperabl olduğunu gösterebilir. Erken teşhis çabalarına rağmen özellikle ülkemizde vakaların çoğunun ileri bölgesel hastalık aşamasında veya metastaz yaptıktan sonra teşhis edilmektedir. Yani çoğunlukla evre III veya IV' te tedaviye müracaatı inoperabl ve unrezektabl vakaların ilk planda değerlendirilmesi açısından önemlidir. Ses kısıklığı ile n.larengeus inferior'un invazyonu, axiller ve supraclavicular lenf bezleri invazyonu, retrotrakeal fiksasyon ile tiroid ve larinks invazyonu tesbit edilebilir. Trakea ve bronş invazyonların da karakteristik öksürük ve nefes darlığı vardır, fistül mevcudiyeti endoskopi ile belirlenebilir. Akciğer veya kemik metastazı radyografide görülebilir. Karaciğer, kemik ve beyin metastazlarının tesbitinde isotopla taramalar yararlı olur. Yemekten hemen sonra gelen ve lezyonun alt kısımları seviyesinde hissedilen derinden gelen ağrı tümörün komşu organlara yayıldığını düşündürülebilir. Ateş mediastinal tutulumda görülebilirse de özellikle tümörün mediastane veya akciğer içine lokal perforasyonu için belirleyici bir semptomdur. Epigastriumda palpabl nodüler kitle ve LAP, nodüler karaciğer, asit veya rektal shelf tümörün iyice yayıldığının belirtisidir.

Cerrahi tedavi için hasta seçimi klinik değerlendirme sonucu yapılan evreleme esas alınarak yapılır. Klinikte evrelemenin ideal şekilde nasıl yapılacağı konusunda genel bir uzlaşma yoktur. Bu nedenle çeşitli merkezler arasında cerrahi tedavi endikasyonları değişmektedir. Sonuç olarak cerrahi tedavi oranları da merkezlere göre %50-80 arasında farklılıklar göstermektedir. Uzak metastaz gösterilemeyen kalp ve aort invazyonu, malign trakeobronşial fistül ve intraabdominal yayılım olmayan hastalar cerrahi tedavi için adaydır.

Lezyonun yerleşim lokalizasyonu da tedavinin seçiminde önemlidir. Genelde özofagusun 1/3 alt bölümündeki tümörler rezektabl, servikal bölümdeki tümörlerin ise rezektabilité şansı daha azdır. Erken lezyonlar cerrahi için uygunken invazyon ve metastazlar cerrahi dışı yöntemlerin aranması gerektiren sebeplerdir. Lezyonun boyu, derinliği ve kitlenin total büyüklüğü tedavi seçimini yönlendirebilir çünkü 7-8 cm. den uzun tümörlerin komşu dokulara invaze olma ihtimali fazladır. Diğer taraftan semptomların süresi de hastalığın evresi açısından önemlidir.

Hastanın fizyolojik yaşı, operatif risk ve tedavinin seçiminde rol oynar. Senil ve kaşektik hastalar da hem cerrahi hem de radyoterapide morbidite ve mortalite yüksek seyreder, ilave olarak akciğer hastalığı, kardiyak lezyonlar, karaciğer hasarı, böbrek fonksiyonlarındaki bozukluk operatif riski artırıcı faktörlerdir. Yapılan araştırmalarda operatif riskte teknik nedenlerden daha fazla olarak kardiyak ve pulmoner ek lezyonlar rol oynar.

Tümörün cerrahi rezeksiyonundan önce kemoterapi ile birlikte veya yalnız radyoterapi ve rezeksiyondan sonra yalnız radyoterapi veya kemoterapi ile birlikte radyoterapi düşünülüyorsa 1980'li yıllarda varılan konsensusa göre 1/3 alt bölüm tümörlerinde cerrahi

rezeksiyonun öncelikle düşünülmesi, servikal lezyonlarda radyoterapinin rekonstrüksiyonda problemler çıkartabileceği için cerrahiden sonra uygulanması, supraaortik karsinomlarda torasik inlette sıklıkla lokal invazyonlar olabileceği için öncelikle radyoterapinin düşünülmesi gerektiği bildirilmiştir.

Genelde tümörün özofagusun 1/3 orta bölümünde lokalize olduğu vakalarda, belirgin kontrendikasyon yoksa cerrahi eksplorasyon mutlaka yapılmalıdır, unrezektabl tümörlerde mide ile torax içinde internal derivasyon da yapılabilir.

Preoperatif kemoterapi tedavinin seçiminde bir diğer alternatiftir. Bu konuda kapsamlı bir çalışma ilk kez 1982 yılında Cisplatin, Vindesin, Bleomisin kombinasyonu ile Bains ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Bu seride %82 rezeksiyon oranı ve %65 objektif yanıt bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

- 1)Özofagus Hastalıklarının Tıbbi ve Cerrahi Tedavisi; İstanbul: 2002
- 2) Türk Göğüs Cerrahisi Derneği; Göğüs Cerrahisi, Cilt II.