

HIPOFARENKS VE SERVİKAL ÖZOFAGUS REKONSTRÜKSİYONU

RECONSTRUCTION OF THE HYPOPHARYNX AND CERVICAL ESOPHAGUS

Dr. Ahmet KÖYBAŞIOĞLU (*), Dr. Fikret İLERİ (*), Dr. Bekir KÜÇÜKKAYIKÇI ()
Dr. Seyhun ALTUN (**), Dr. Kemal YANDAKÇI (**), Dr. Ahmet TORKUT (***),
Dr. Engin ÜSTÜNŞOY (***). Dr. İsmail GÜNEŞ (*)**

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 2:214- 218

ÖZET : Eylül 1992 ve Eylül 1993 tarihleri arasında hipofarenks ve servikal özofagus skuamöz hücre karsinomalı yedi hasta ameliyat edilmiştir. Bunlardan 6'sına total faringo-larino-özofajektomi uygulanmış ve dejekt gastrik transpozisyon ile rekonstrükte edilmiştir. Bir hastada da total faringo-larenjektomi ve raidal önkol serbest flap rekonstrüksiyonu yapılmıştır. Bir hasta pulmoner embolizme bağlı olarak erken postoperatif dönemde, iki hasta da lokal rekürrense bağlı olarak geç postoperatif dönemde kaybedilmiştir. Yaşayan 4 hastadan iki tanesine uzak metastaz nedeniyle kemoterapi uygulanmıştır.

2 ve 5 yıllık survive'ları düşük olan bu tip hastalara çok aşamalı operasyonlar yerine bizim de uyguladığımız gibi tek aşamalı ameliyatlar tercih edilmelidir.

Anahtar Sözcükler : Hipofarenks, Servikal özofagus, Skuamöz hücreli karsinoma, Rekonstrüksiyon.

SUMMARY : Between September 1992 and September 1993, seven patients were operated for hypopharyngeal and cervical esophageal squamous cell carcinoma. In 6 of them total pharyngo-laryngo-esophagectomy was performed and the defect was reconstructed with gastric transposition. Total pharyngo-laryngectomy and radial forearm free flap reconstruction was performed in one patient. Three patients, one in early and two in late postoperative period, died due to pulmonary embolism and local recurrences respectively. Two of four alive patients were undertaken chemotherapy program for distant metastases.

One stage operation, as we did, instead of multiple stage operations, should be preferred for these kind Of patients who have low 2 and 5 year survival rates.

Key Words : Hypopharynx, Cervical esophagus, Sguamous cell carcinoma, Reconstruction.

GİRİŞ

Hipofarenks ve servikal özofagus birbirlerinin devamı olan anatomik bölgeler olup bu bölgelerden gelişen tümörlerin tedavi ve rekonstrüksiyon yöntemleri ve benzer özellikler göstermektedir (6). Bu bölge tümörlerinin hızlı bir klinik seyir izlemesi 2 ve 5 yıllık survive'lerinin düşük olması nedeniyle tümör eksizyonundan sonra oluşan defektin rekonstrüksiyonu için ge-

rekli tekniklerin tek seansta gerçekleştirilmesi, mortalite ve morbiditelerinin düşük olması, oral beslenmeye çabuk ve sorunsuz geçilmesi gerekliliği vardır. Bu amacı en iyi şekilde sağlayan rekonstrüksiyon tekniklerinden olan organ transpozisyonları ve serbest flepler daha önceki yıllarda sıklıkla kullanılan lokal ve servikal deri fleplerinin yerini almış durumdadır (2, 16, 18, 21). Bu amaç için kliniğimizde opere ettiğimiz 7 olgunun değerlendirilmesi sunulmuştur.

(*) SSK Ankara Hastanesi 2. KBB Kliniği
(**) SSK Ankara Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği
(***) SSK Ankara Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği Dışkapı -ANKARA

GEREÇ ve YÖNTEM

Eylül 1992 ve Eylül 1993 tarihleri arasında yaşları 33 ile 59 arasında olan (Ortalama 49) 3'ü kadın 4'ü erkek toplam 7 hasta ameliyat edilmiştir. Hastalara tam bir KBB muayenesi yapıldıktan sonra özofagus pasaj grafisi, boyun ve toraksın CT ve/veya MRI tetkiki yapılmış, daha sonra da biopsi alınmıştır.

6 hastaya total faringo-larino - özofajektomi+gastrik transpozisyon 1 hastaya da total faringo-larenjektomi+radial önkol serbest flep ile rekonstrüksiyon uygulanmıştır. Gastrik transpozisyon uygulanan hastaların 4'üne torakotomizisiz arka mediastinal yol, 2'sine de sağ torakotomi ile birlikte retrosternal yol kullanılmıştır.

Radial önkol flebi uygulamasında sol önkol radial yüzünden 15x13 cm. boyutlarında hazırlanan serbest flap, radial arter ve venden oluşan pedikülüne ek olarak bir adet superfisial kutanöz ven ile birlikte kaldırılmış, tüb haline getirilerek boyunda radial arter A. thyroidea superior'a, radial ven V. jugularis externa'ya, kutanöz ven de V. jugularis anterior'a anastomoz edilmiş, flap proksimali dil kökündeki farengal açıklığa, distali de özofagustaki açıklığa anastomoz edilmiştir.

Operasyonu takiben hastalara yataklarında akciğer grafisi çekirilmiş ve pnömotoraks veya hemotoraks saptandığında göğüs dreni konulmuştur. Klinik ve kadyolojik iyileşme görüldüğünde dren çekilmiştir. Hastalar postoperatif 9 ile 10 gün boyunca nazogastrik yoldan beslenmiş, baryumsuz opak madde ile çekilen pasaj grafisinde fistül saptanmadığı zaman oral beslenmeye geçilmiştir. Bütün hastalara ameliyat gününden bir gece önceden başlamak kaydıyla sefotaksim sodyum ve anaeroblara yönelik ornidazol başlanmış ve bu tedaviye postoperatif 8. güne kadar devam edilmiştir.

BULGULAR

Hastaların yakınmalarının başlaması ile hekime başvurmaları arasında geçen süre 2-7 ay olup başlıca semptomlar sırasıyla yutma güçlüğü, ses kısıklığı ve boyunda kitle idi. Hastaların hepsi geç dönemde olup altısında postkrikoid bölge tutulmuş idi. (Tablo I).

Olgu No	Cins	Yaş	Lezyon	TNM	Stage
1	E	49	PS + PCB	T3N0M0	III
2	E	59	PS + PCB	T2N2AMO	IV
3	K	50	PS + PCB + SÖ	T3N0M0	III
4	E	42	SGL + PS + Dil kökü	T4N2AMO	IV
5	K	33	PS + PCB + SÖ	T3N2AMO	IV
6	K	55	PCB + SÖ	T3N0M0	III
7	E	52	PCB + SÖ	T3N0M0	III

PS : Priform sinüs PCB : Postkrikoid bölge
SÖ : Servikal özofagus SGL : Supraglottik larenks

Hastaların patolojik tamları az, orta veya iyi diferansiasyon gösteren skuamöz hücreli Ca. idi. 4 olgunun boyunu NO iken, 3 boyun da N2A olarak değerlendirilmiştir. Birinci olgu dışında bütün olgulara tek veya iki taraflı radikal veya selektif boyun diseksiyonu uygulanmıştır. N2A olarak değerlendirilen hastaların diseksiyon materyallerinin incelenmesinde birinde tümör metastazı saptanmış olmasına karşılık, NO boyunlarda sonuç (-) olarak bildirilmiştir.

Bütün olgularda güvenilir alt sınır elde edilmiş olup tüm özofagus seri kesitlerinde senkron başka bir tümöre rastlanılmamıştır. Ancak 4. ve 5. olguların üst cerrahi sınırı (+) bulunmuştur (2/7 = %29).

Boyun diseksiyonu uygulanmayan 1. hastada postoperatif 6. ayda boyun metastazı çıkmış olup, bu hasta ve diğer bütün olgular postoperatif dönemde radyoterapiye gönderilmiştir.

Bir olgumuzda postoperatif yutma güçlüğü oluşmuş, ancak dilatasyondan fayda görmüştür. Bir hastamız postoperatif 5. günde akciğer embolisi nedeniyle kaybedilmiştir. İki hastamız ise operasyonu takiben 8. ve 12. ayda kontrol edilemeyen lokal nüks nedeniyle ex. olmuştur. İki olgumuzdan birinde akciğer, diğerinde ise servikal vertebra ve akciğer metastazları ortaya çıkmış ve kemoterapi uygulanmıştır. Bu hastalarımız halen parsiyel kürdedirler. Geride kalan 2 hastamız ise postoperatif 8. ve 12.'aylarında olup hayattadırlar (Tablo II).

TARTIŞMA

Hipofarenks ve servikal özofagus tümörlerinin prognozları iyi değildir. Bu hastalara genellikle hastalıklarının ileri evrelerinde tanı konu-

lur ve 2 yıllık survive'leri %30-60; 5 yıllık survive'leri de %0-17 arasında değişmektedir (10, 15, 16). Bizim 2 yıllık survive'miz %57 (4/7) dir. Uzak metastazı bulunan hastalar da exitus olarak kabul edildiğinde bu oran %29'a (2/7) düşmektedir. Surkin ve ark. 6 ay içinde striktür veya ölüm görülmeyen olguları başarı olarak kabul etmişlerdir (18). O halde böyle hastalara yapılacak olan ameliyatın tek seansta uygulanması, morbidite ve mortalitesinin düşük olması, hospitalizasyon süresinin kısa olması ve yutma fonksiyonunun çabuk kazanılması gereklidir. Lokal ve regional fleplerde karşılaşılan komplikasyonların yüksek olması, birden fazla cerrahi girişim gerektirmesi, radyoterapi alanında bulunmaları ve boyun diseksiyonları ile uyum göstermemeleri gibi nedenlerden ötürü rekonstrüksiyon yöntemleri arasında organ transpozisyonları (kolon, jejunum, mide) ve mikrocerrahi tekniklerin gelişmesine paralel olarak da serbest fleplerin kullanılmalrı öncelik kazanmaktadır (1, 2, 6, 13, 14, 16, 18).

(1, 2, 6, 13, 14, 16, 18).

Tablo II : Uygulanan operasyonlar ve sonuçlar			
Olgu No	Operasyon	Postoperatif radyoterapi	Sonuç
1	TFLÖ+GT	+	Akc. Met. KT
2	TFLÖ+GT+Sağ RBD	+	Postop. 7. ayda ex.
3	TFLÖ+GT+Sol SBD	+	Akc., vertebra Met. KT
4	TFL+Radial ÖnkölSF Sol RBD+Sağ SBD	+	Normal izlemede
5	TFLÖ+GT+Sol RBD	+	Postop. 1. senede ex.
6	TFLÖ+GT+Bilat.servikal, torakal, abdominal LD	+	Normal izlemede
7	TFLÖ+GT+Bilat.servikal, torakal, abdominal LD	+	Akc embolisi, ex.

TFLÖ : Total faringo-larino-özofajektomi
 GT : Gastrik transpozisyon
 SBD : Selektif boyun diseksiyonu
 LD : Lenf diseksiyonu
 TFL : Total faringo larenjektomi
 RBD : Radikal boyun diseksiyonu
 SF : Serbest flep
 KT : Kemoterapi

Çevresel hipofarenks ve servikal özofagus tümörlerinde total faringo-larino-özofajektomi ile birlikte midenin transpozisyonu ve faringo-gastrik anastomoz; güvenli alt cerrahi sınır veren, tek seansta uygulanabilen ve yutma fonksiyonunun kısa sürede sağlandığı onkolojik bir ameliyattır (2, 8). Özofagusta senkron tümörlerin %5-6 oranında bulunması (10, 15) nedeniyle özofagusun tamamının çıkartılması güvenilir bir

teknik olmasının yanı sıra rekürrenslerin oluşmasını da engeller ve ayrı zamanda paratrakeal lenf nodu diseksiyonu yapılmasını da sağlar (9). Buna karşılık Ho ve ark, özofagusun tamamının ancak preoperatif panendoskopi ile senkron tümörün saptanması durumunda çıkarılması gerektiğini, bunun dışında total özofajektominin gereksiz olduğunu söyleyerek krikoid kıkırdağın alt kenarını total özofajektomi için sınır kabul etmişlerdir (10) Biz 4. olgu dışındaki bütün hastalarda submukozal yayım olasılığına ve krikoid kıkırdağın altında tümör bulunması nedeniyle özofagusun tamamını çıkardık ancak patolojik incelemelerde yapılan seri kesitlerin sonucunda özofagusta başka bir odağa rastlamadık.

Gastrik transpozisyon ameliyatlarının bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Daha önceden bir mide ameliyatı geçirilmesi, boyun, toraks ve batının açılmasının gerekmesi, hyoid kemik üzerine kadar uzanan hipofarenks tümörlerinde midenin buraya kadar ulaşamaması ve anastomoz kaçağı durumunda letal sonuçlanabilen mediasinit gelişme riski bu ameliyatın olumsuz yönlerini oluşturur. Ancak yine de kolon transpozisyonu ile karşılaştırıldığında mortalitesi (%8'e %20) ve komplikasyonları (%50'ye %70) daha düşüktür (2, 18). Hastalarımızda en sık karşılaştığımız komplikasyon pnömo ve hemotoraks olup bütün hastalarımıza bir veya iki taraflı göğüs dreni koymak zorunda kaldık. Ancak pratikte bu komplikasyonların nesnen saptanıp tedavisine gidildiğinde endişe verici olmadığını saptadık.

Hipofarenks lezyonlarında ameliyat sonucu oluşan defekt için de gastrik transpozisyon uygulayanlar (7) bulunmasına karşılık, lokal veya regional deri flepleri ile serbest radial önköl veya serbest jejunum fleplerinin kullanılması tercih edilir (2, 6, 16, 18). Serbest jejunal ve radial önköl fleplerin sonuçları birbirinin aynıdır. Serbest flep kullanılması düşünülen ancak batın ameliyatının yapılamadığı durumlarda radial önköl flebi dairesel ve parsiyel lezyonlarda kullanılabilir (2, 4, 5, 19). dil köküne uzanım gösteren olgumuzda radial önköl serbest flebini uyguladık ve herhangi bir sorun ile karşılaşmadık.

Boyunda lenfadenopati bulunması prognozu olumsuz yönde etkilemektedir (10, 12). NO

hipofarenks ve posterior duvar tümörlerinde üst, orta ve alt juguler zincirlerin bilateral çıkarılması önerilmiştir (11). Harrison (+) boyunlarda diseksiyon yapılması gerektiği vurgulanmıştır (8). Diseksiyon uygulamadığımız 1. olguda daha sonra boyun nüksü ile karşılaştık. Diğer olgularımızda NO olanları lezyon tarafında 2, 3 ve 4. bölgeleri içine alan selektif lateral boyun diseksiyonu, N2 olanlara radikal boyun diseksiyonu uyguladık. Son iki olgumuzdan itibaren NO boynulara bilateral lateral selektif boyun diseksiyonu uygulamaya başladık. 1. hasta dışında diğer hastalarda boyun nüksü ile karşılaşmadık.

Faringo-gastrik anastomozun kontinu dikiş ile yapıldığı 2. olguda striktür gelişmiş ve dilatasyondan kısmen faydalanmıştır. Tek tek sütür konulan diğer hastalarda darlık ile karşılaşmamıştır. Stapler kullanılan olgularda darlık riskinin arttığı belirtilmiş (16) olmasına karşılık bizim bütün olgularımızda stapler kullanılmasına rağmen bir sorunla karşılaşmamış tır. Radial önkol serbest flebi uygularken darlık oluşma riskini azaltmak için anastomozun alt ucunda kama şeklinde bir uzantı oluşturulmuş ve servikal özofagusta oluşturulan ve buna uyan çentiğe dikilmiştir.

Postoperatif radyoterapi, 5 yıllık survive'ı iyileştirmekte, lokoregionel nüksü azaltmaktadır (3, 13). Baş, boyun T3, T4 tümörlerinde cerrahi kenar negatif olsa bile relaps belirgin oranda yüksektir (20.) Bizim olgularımızın ikisinde üst cerrahi kenar pozitif olduğundan (birinde boynunda da metastaz saptanmıştır) ayrıca tümü ile ileri evrelerde olduklarından birinci olgu hariç (regionel nüks ortaya çıkınca bu olgu da radyoterapiye gönderilmiştir) hepsi postoperatif radyoterapi programına alınmıştır.

Sonuç olarak hipofarenks ve servikal özofagus malign tümörlerinde tek seanslı operasyonlar tercih edilmelidir. Krikoid kıkırdak altına inen tümörlerde gastrik transpozisyon uygun bir seçenek iken yüksek yerleşimli lezyonlarda serbest fasiokutanöz veya organ flepleri kullanılabilir. NO olgularda bile 2, 3 ve 4. bölgeleri kapsayan bilateral selektif boyun diseksiyonunun yapılması survive'ı artırıcı bir faktör olarak düşünülmelidir. Cerrahin alışık olduğu tekniği kullanmasının en iyi yol olarak kabul edilmekle bir-

likte cerrahi tedavinin planlanmasında ve uygulanmasında KBB, genel cerrahi ve plastik cerrahi bölümlerinin koordine çalışmaları göz önünde bulundurulmalıdır.

Yazışma Adresi : Dr. Ahmet KÖYBAŞIOĞLU

SSK Ankara Hastanesi

2. KBB Kliniği ANKARA

KAYNAKLAR

- BRADFORD CR, ESCI-AMADO RM, CARROLL WR, et al. : Analysis of recurrence, complications, and functional results with free jejunal flaps. Head Neck 16 (2) : 149 - 154, 1994
- CARLSON GW, COLEMAN JJ, JURKIEWICZ MJ : Reconstruction of The Hypopharynx And Cervical Esophagus. Curr. Probl. Surg. Vol. XXX (5) : 427-47, May 1993.
- CHAKKAPIIAK S, KKISI INAMASMY S, WALKER SJ, et al. : Treatment of carcinoma of the proximal esophagus. Surg. Gynecol. Obstet. 168; 307 - 310, 1989.
- CHANTRAIN G, DERAEMAECKER R, ANDKY G, et al. : Wide vertical hemipharyngolaryngectomy with immediate glottic and pharyngeal reconstruction using a radial forearm free flap ; Preliminary results. laryngoscope 101 : 869 - 875, 1991.
- DELAERE PR, OSTYN F, BOECKX WD, GUELINCKX ; I Hypopharyngeal reconstruction with radial forearm flap. Acta Chir. Belg. 90 : 132-135. 1990.
- DESANTO LW, CARPENTER RJ : Reconstruction of the larynx and upper esophagus after resection for cancer. Head neck Surgery 2 : 369 - 379, 1980.
- GONZALES EM, GONZALES-PINTO I, GARCIA G, et al. : Esophageal resection by cervicoabdominal approach without thoracotomy. Surgery Today Jpn. J. Surg. 22 : 517 - 522, 1992.
- HARRISON DFN, THOMPSON AE : Pharyngolaryngoesophagectomy with pharyngo gastric anastomosis for cancer of the hypopharynx : Review of 101 operations. Head Neck Surgery 8 : 418 - 428, 1986.
- HARRISON DFN : Pathology of hypopharyngeal cancer in relation to surgical management. J. Laryngol. Otol. 84 : 349-367, 1970.
- HO CM, LAM KH, WEI WI, et al. : Squamous cell carcinoma of the hypopharynx - Analysis of treatment results. Head Neck 15 (5) : 405-412, 1993.
- JESSE RI-I, BALLANTYNE AJ, LARSON D : Radical or modified neck dissection : A therapeutic dilemma. Am. J. Surg. 136 : 516-519. 1978.
- JONES AS : The management of early hypopharyngeal cancer : primary radiotherapy and salvage surgery. Clin. Otolaryngol. 17 : 545-549, 1992.
- KAJANTI M, MANTYLA M : Carcinoma of the hypopharynx. A retrospective analysis of the treatment results over a 25 - year period. Acta Oncol. 29 (7) : 903 - 907. 1990,
- ÖKTEN I, GÜNGÖR A, KESER AK : Özofagus üst ve postkrikoid tümörlerde cerrahi tedavi. Türk Otolarengoloji Arşivi 30 ; 121 - 124, 1992.
- PERECCHIAA, BARDINI R, RUOLA A, et al. : Surgical management of carcinoma of the hypopharynx and cervical esophagus. Hepato - gastroenterol. 37 : 371 - 375, 1990.
- SCHUSTERMAN MA, SHESTAK K, de Vries EJ, et al. : Reconstruction of the Cervical Esophagus : Free Jejunal Transfer versus Gastric pull-up. Plast. Reconstr. Surg. 85 (1) ; 16-21, 1990.
- SILVER CE, CUSUMANO RJ, FELL SC, STRAUCH B : Replacement of upper esophagus : Results with myocutaneous flap and with gastric transposition. Laryngoscope

99 : 819-821, 1989.

18. SURKIN MI, LAWSON W. BILLER HF ; Analysis of the methods of pharyngoesophageal reconstruction. Head Neck Surg. 6 ; 953 - 970, 1984,
19. URKEN ML, WEINBERG H, VICKERY C, BILLER HF : The neurofaciocutaneous radial forearm flap in head and neck reconstruction, A preliminary report, Laryngoscope. 100 ; 161 ~ 173, 1990.

20. URKEN ML, WEINBERG H, VICKERY C, BILLER HF : The ' neurofasciocutaneous radial forearm flap in head and neck reconstruction '. A preliminary report. Laryngoscope. 100 -. 161 - 173, 1990.

21. WATKINSON JC, BREACH NM ; Free flaps in head and neck reconstructive surgery : A review of 77 cases. Clin. Otolaryngol. 16 : 350 - 353. 1991. S