

BENİGN ÖZOFAGUS TÜMÖRLERİ

- Granüler hücreli tümör, fibrovasküler polip, skuamöz papillom, lipom, fibrom, hemanjiom ve nörofibromlar
- Muskularis propriadan köken alan leiomyom ise en sık görülen benign özofagus tümörüdür
- Genellikle 2-5. dekadlar arasında, orta ve alt 1/3'lük kısmında, tek, düzgün sınırlı submukozal kitle olarak karşımıza çıkar
- leiomyomatozis vakalarında multipl leiomyomlar görülebilir
- yavaş büyüme gösterir, genellikle asemptomatik ve başka nedenlerle yapılan incelemelerde tesadüfen saptanır
- En sık karşılaşılan semptomlar; disfaji ve retrosternal ağrı
- Tanı; özofagografi, özofagoskopi-EUS, BT
- Tedavi cerrahi eksizyon

ÖZOFAGUS KANSERLERİ

Epidemiyoloji

Coğrafi dağılım (dünyada en sık gözlenen bölgeler)

Çin, Japonya, Kore, Hindistan, Singapur, Sri Lanka, Porto Riko, Güney Afrika, Rusya, Türkmenistan, Hazar denizi kıyıları ve İran (tarihi İpek Yolu)

Ülkemizde

Erzurum, Van, Ağrı, Kars, Gümüşhane, Muş, Hakkari, Artvin, Erzincan ve Bitlis

SEMPTOMATOLOJİ

- Klinik tablo
 - tümörün oluşturduğu özofageal bozukluklara (disfaji, odinofaji, regürjitasyon, kanama)
 - tümörün lokal yayılımına
trakeabronşial fistül, ses kısıklığı, ağrı
 - uzak metastazlara
akciğer, karaciğer, iskelet ve santral sinir sistemi
- Progresif disfaji en sık görülen semptom
takılma hissinden salivayı yutamama durumuna kadar
değişkenlik gösterir

- Yassı hücreli karsinom ve adenokarsinom özofagus kanserinin en sık görülen iki tipi
 - En sık yassı hücreli kanser
 - Genellikle özofagusun üst 2/3'ünde, çoğunlukla multisentrik ve %25'inden fazlasında senkron tümör
 - Özofagus alt 1/3 kısmında ve kardiada genellikle adenokarsinom
 - Adenokarsinomlar invaziv ilerlerler ve multisentrik değil
 - Melanom, lenfoma, leiomyosarkom, küçük hücreli ca nadir görülen subtipler

TANI

- Radyolojik incelemeler;
 - Direk boyun ve göğüs grafileri
 - Baryumlu özofagus pasaj grafisi
 - BT
- Endoskopi
 - Özofagoskopi ve biopsi
 - EUS
 - Bronkoskopi (Servikal, üst ve orta 1/3 tümörlerde)
- PET

TEDAVİ

- Özofagus kanserinde tedavinin seçimi;
 - tümörün evresi
 - Lokalizasyonu
 - hücre tipi
 - hastanın genel durumu
 - daha önce geçirilmiş GIS ameliyatları etkili faktörler
- Metastazı olmayan ve operasyon için kontrendikasyon bulunmayan hastalara cerrahi rezeksiyon uygulanmalı
- CERRAHİ ± ADJUVAN TEDAVİLER
- NEOADJUVAN KEMO/RADYOTERAPİ + CERRAHİ

- İnooperabilite kriterleri;
 - tümör perforasyonu
 - trakea invazyonu
 - trakeobronşial fistül
 - aorta, kalp invazyonu
 - intraabdominal yayılım (peritoneal tutulum, organ metastazı)
 - uzak organ metastazı
- İndirekt inooperabilite kriterleri;
 - genel durumun ileri derecede bozuk olması,
 - karaciğer, böbrek ve kardiyak fonksiyonlarda ileri derecede bozukluk oluşturan hastalıklar

Cerrahi Yöntem ne olursa olsun

Temel Prensipler

- Yeterli genişlikte rezeksiyon
- Lenf nodu diseksiyonu
- Hasta için en uygun yöntemlerle rekonstrüksiyon
mide (her zaman ilk tercih), sol kolon, jejunum

- Servikal özofagus ve hipofarenks kanserlerinde günümüzde cerrahi değil (total farengolarengoözofajektomi) definitif KRT tercih edilmekte
- Üst/orta torasik özofagus kanserlerinde (20-30. cm'ler arası) sağ torakotomi-laparotomi-servikal kesi ile boyunda özofagogastrostomi
- Alt torasik (30-40. cm'ler arası) özofagusla mide kardial kanserlerinde genellikle laparotomi-sağ torakotomi (Ivor-Lewis prosedürü) ile intratorasik özofagogastrostomi
- Torakotomisiz transhiatal yaklaşım
- Sol torakoabdominal girişimler alternatif prosedürler