

Troidektomi Sonrası Endoskopik Özofagus Stenti Uygulaması

Endoscopic Esophageal Stenting After Thyroidectomy

Fahrettin Acar, Hüsnü Alptekin, Hüseyin Yılmaz, M.Ertuğrul Kafalı, Mustafa Şahin

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Konya

Özet

Bening veya malign nedenlere bağlı özofagus obstruksiyonlarının palyasyonunda, özofagus stentleri etkili bir şekilde uygulanmaktadır. Üst servikal özofagus darlıklarında stent yerleştirilmesi, boynunda sürekli yabancı cisim hissi nedeniyle hastaya endişe ve rahatsızlık veren özel zorluklar içerir. Ayrıca, endoskopist proksimal stent sınırını düzgün ayarlaması için üstün beceride olması gerekir. Biz postoperatif bening darlıkta, kendiliğinden genişleyebilen metalik stent ile üst servikal darlığın stentlenmesine ait deneyimimizi sunuyoruz. Disfaji kaybolmuş ve endoprotez iyi tolere edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Disfaji, Benign özofagus hastalığı, Özofagus metal stent

Abstract

Palliation of esophageal obstruction due to benign or malignant causes, esophageal stents effectively implemented. Strictures of the upper cervical esophagus stent placement, foreign body sensation in his neck due to constant worry and discomfort that the patient has particular challenges. Additionally, the endoscopist needs to have great skill to properly adjust the proximal stent end. We present the experience of stenting high cervical esophageal strictures with a self-expanding metallic stent, in postoperative benign stenosis. Dysphagia disappeared and the endoprosthesis was well tolerated.

Key words: Dysphagia, Benign esophageal disease, Esophageal metal stent

GİRİŞ

Özofagusun basit bening darlıkları; düz, fokal ve çoğunlukla normal çaplı bir endoskopun geçişine izin veren tiptedirler. Bu darlıklar buji veya balon dilatasyon ile tedavi edilebilirler. Sıklıkla nedenleri Schatzki halkası, peptik yaralanmalar ve özofajial web'lerdir. Bir ila 3 kez dilatasyon, semptomların rahatlatılmasında genellikle yeterlidir. Kompleks bening özofajial darlıklar; uzun (> 2 cm), dolambaçlı ve endoskopun geçişine izin vermeyen çaptadır. Kostik madde alımı, radyasyon hasarı, anastomoz darlıkları ve şiddetli peptik hasar sık nedenleri arasındadır. Kompleks darlıklar daha zor tedavi edilirler, en az 3 kez dilatasyon seansları gerektirir ve yüksek nüks oranları ile birliktedirler. Bu darlıklar yeterli çapta dilate edilemezler ise kısa bir zaman aralığı içerisinde sürekli dilatasyona ihtiyaç duyarlar ve dirençli olarak kabul edilirler. Bu tip darlıkları genişletmek için kendiliğinden genişleyebilen metalik stent (KGMS) veya kendiliğinden genişleyebilen plastik stent (KGPS) çeşitleri tasarlanmıştır (1). Bening özofajial darlık nedeniyle, cerrahi endoskopi ünitemizde özofagusa metal stent uyguladığımız olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU

72 yaşında erkek olgu, 5 yıl önce papiller troid kanseri nedeniyle total troidektomi ve santral lenf nodu disseksiyonu ameliyatı geçirmiş. Ameliyat epikrizinde disseksiyon sırasında özofagusun iyatrojenik perfore

edildiği ve primer onarım yapıldığı öğrenildi. Ameliyat sonrası ilerleyici yutma güçlüğü gelişen olguya, aralıklı dönemlerde balon dilatasyon (6 seans) işlemi uygulanmış. Kliniğimize mevcut şikayeti ile müracaat eden olgunun tetkiklerinde troid kanserine ait nüks veya metastaza ait bulgulara rastlanmadı ve striktüre ait inatçı bening özofagus darlığı düşünüldü. Özofagogastroskopi işleminde endoskopun distale geçişine izin vermeyen darlığa KGMS uygulandı. İşlem öncesi ve sonrasına ait kontras madde ile özofagus pasaj grafleri alınan olguda, obstrüksiyona ait bulgularda düzelme gözlemlendi (Şekil 1,2). İşlem sonrası 4. hafta da endoskopik kontrolleri normal olan hasta halen işlem sonrası 12. haftada endoskopik ünitemizde aralıklı takip edilmektedir (Şekil 3).

TARTIŞMA

Batı dünyasında bening striktürlerin major nedenini asit reflüsü oluşturur. Bunların çoğu buji veya balon kullanılarak endoskopik yöntemle dilate edilebilmektedir. Benign striktürlerde stent uygulaması özellikle seçilmiş hastalarda son seçenek olarak düşünülmelidir. Bunun nedeni doku hiperplazisine sekonder rekürrent striktürlerin kaçınılmaz olmasıdır. Unutulmamalıdır ki bu hasta gurubunda uzun süreli sağkalım söz konusudur. Konvansiyonel yöntemlere refrakter veya cerrahi kontrendikasyon halinde bu hasta guruplarına stent kaçınılmaz olur. Aşırı doku hiperproliferasyonu gelişen olgularda, tam kaplamalı stent yerleştirilebilir veya radyoterapi uygulanabilir. Plastik stentlere bağlı



Şekil 1. Kendiliğinden Genişleyebilen Metal Stent öncesi



Şekil 3. Stent sonrası endoskopik görünüm

komplikasyonlar daha fazladır. Metal stentler titanyum-nikel alaşımı olan nitinol veya paslanmaz çelik olmak üzere iki ana çeşide ayrılır. Nitinol stentler nontrombojenik, biyolojik uyumlu, nonparamagnetik, nonkorozif ve zorlanmalara dirençlidirler (2). Ayrıca termal hafızaya sahip olup vücut ısısında genişlerler (3). Stentler içten ve/veya dıştan kaplamalı veya kaplamasız olabilir (Şekil 4). Kaplamasız olanlarda migrasyon riski diğerlerine oranla daha düşük olmakla beraber, tümör in-growth insidansı yüksektir. KGMS'lerin benign hastalıklarda kullanımı ile ilgili tartışma özofagus lümenine verdikleri hasar ve çıkarılmalarındaki oluşabilecek komplikasyonlar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Özofagusun benign hastalıklarındaki kısıtlı vakada bildirilen komplikasyonlar; stentin mekanik etkisi ile fibrozis oluşumu ile proksimal ve distalinde darlık (% 40), stent migrasyonu (% 30), göğüs ağrısı veya reflü şikayetleri (% 20), trakeoözefageal fistül gelişimi (% 6), anemi ve abse oluşmasıdır (4,5). Ancak KGMS'lerin giderek artan oranda benign hastalıklarda kullanımı ile ilgili deneyimler yayınlanmaktadır. Özellikle anastomoz kaçaklarında, radyoterapiye bağlı trakeoözefageal fistüllerde ve benign darlıklarda kullanımı söz konusudur (6). Metal stentlere getirilen en büyük eleştiri bu genişleme basınçlarının fazla olması nedeni ile özofagus lümeni

içine gömüleceği ve etraf dokudan ortaya çıkan mukozal hiperplazi ile epitelyumun 'overgrowth' etkisi ile stentin çıkarılmayacağı idi. Bu etkinin 1-8 hafta içinde ortaya çıktığı düşünülmektedir (7). Son dönemde yayınlanan ufak serilerde 3-4 haftada rahatlıkla ve güvenle çekilebileceği belirtilmektedir (8). Bu zaman dilimini belirleyen 'epitel ingrowth/overgrowth' zamanıdır. KGMS'lerin çıkarılma aşamasında ortaya çıkabilecek potansiyel sorunlar nedeniyle özofagusun benign hastalıklarda silikon stentlerin kullanımı tartışmaya açılmıştır. Ancak trakeada yaygın olarak kullanılan plastik stentlerin migrasyon oranlarının yüksekliği nedeniyle darlıklar dışında özofagusta kullanımları sınırlıdır (9). Son dönemde araştırmalar 2 ile 3. haftada kendiliğinden eriyebilen veya kendiliğinden kollabe olabilen stentler üzerine yoğunlaşmıştır (10). Sonuç olarak genel durumu kötü ve ameliyatın riskli olduğu hastalarda KGMS'ler cerrahi tedavilere iyi bir alternatiftir (9). Serilerin henüz sınırlı sayıda olması nedeniyle beklenen yaşam kalitesi ve kondüsyonu iyi saptanan özofagusun selim hastalıklarında kullanımı konusunda iyi karar vermek gereklidir. Bizim vakamız refrakter darlığın yeterli derecede dilate edilmesi, çıkarılması gerektiğinde kolaylıkla çıkarılabilmesi yönüyle, benign hastalıkta KGMS'in kısıtlı bir deneyimdir.



Şekil 2. KGMS yerleştirildikten sonra kontrol pasaj grafisi



Şekil 4. Kendiliğinden Genişleyebilen Metal Stent

KAYNAKLAR

1. Siersema P D. Stenting for benign esophageal strictures. *Endoscopy* 2009; 41: 363-73.
2. Lucas LC, Dale P, Buchanan R, et al. *J Invest Surg. In vitro vs in vivo corrosion analyses of two alloys.* 1991; 4(1): 13-21.
3. Petruzzello L, Costamagna G. Stenting in esophageal strictures. *Dig Dis* 2002; 20(2): 154-66.
4. Sandha GS, Marcon NE. Expandable metal stents for benign esophageal obstruction. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1999; 9: 437-46.
5. Boulis NM, Armstrong WS, Chandler WF, et al. Epidural abscess: A delayed complication of esophageal stenting for benign stricture. *Ann Thorac Surg* 1999; 68: 568-70.
6. Radecke K, Gerken G, Treichel U. Impact of a self-expanding, plastic esophageal stent on various esophageal stenoses, fistulas, and leakages: a single-center experience in 39 patients. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: 812-8.
7. Eubanks PJ, Hu E, Nguyen D, et al. Case of Boerhaave's syndrome successfully treated with a self-expanding metallic stent. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 780-3.
8. Low DE, Kozarek RA. Removal of esophageal expandable metal stents: description of technique and review of potential applications. *Surg Endosc* 2003; 17: 990-6 .
9. Wadhwa RP, Kozarek RA, France RE, et al. Use of self-expandable metallic stents in benign GI diseases. *Gastrointest Endosc* 2003; 58:207-12.
10. Fry SW, Fleischer DE. Management of a refractory benign esophageal stricture with a new biodegradable stent. *Gastrintest Endosc* 1997; 45: 179-82.