

# Konu 1

## Gastroözefageal Bileşke Tümörlerinde Transhiatal ve Transtorasik Yaklaşım

Dr. Onur Can GÜLER, Dr. Bülent AKSEL

### Giriş

Özefagogastrik bileşke (ÖGB; ayrıca gastroözefageal bileşke de denebilir -GÖB-) ve gastrik kardiya, adenokarsinom insidansının oldukça hızlı artış gösterdiği anatomik lokalizasyondur.

Anatomik olarak ÖGB, His açısı seviyesinde lokalize olup tübüler özefagusun midenin kardiya ile birleştiği yerdir. Fizyolojik olarak alt özefageal sfinkterin distal sınırı olup manometre ile tespit edilir. Endoskopik olarak ÖGB longitudinal gastrik katlantıların en proksimaldeki uzantısıdır. Skuamo-kolumnar bileşke anlamına gelmemektedir çünkü burası midenin kolumnar epitel ile özefagusun skuamöz epitelinin birleştiği Z-çizgisidir. Skuamo-kolumnar bileşke, ÖGB'nin anatomik lokalizasyonundan 3 – 10 mm proksimalindedir (Şekil 1).

Patolojik olarak ÖGB, özefagogastrik spesmen açıldığında en proksimaldeki gastrik katlantı olarak tanımlanır. Patolog tarafından tanımlanan lokalizasyon, endoskopist tarafından tanımlanan lokalizasyondan daha kesindir çünkü endoskopi işlemi sırasındaki respiratuar ve diafragma hareketleri ile hiatal herni varlığı tam lokalizasyonu belirlenmesini güçleştirir.

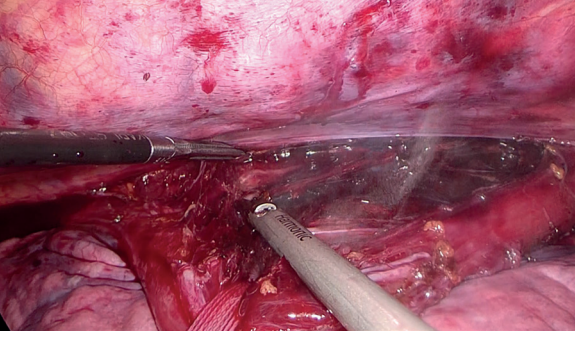
Gastrik kardiya kesin olarak tanımlanamamıştır. Anatomistler, tübüler özefagusun orifisine komşu yapı olarak tanımlarlar. Ancak kardiyanın

distal sınırı için bir anatomik belirteç yoktur. Kardiya Japonya'da genel olarak ÖGB'nin 2 cm üstü ve altı olarak tanımlanır. ÖGB ve gastrik kardiyanın lokalizasyon olarak net tanımlanamaması, bu bölgenin tümörlerinin sınıflamasında güçlükler doğurmakta olup ideal çok modlu tedavi stratejisini engellemektedir.

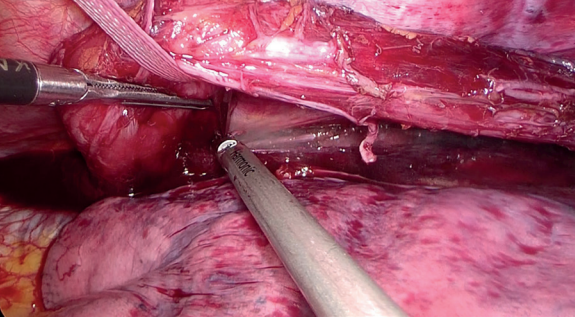
ÖGB adenokarsinomları için standardize edilmiş bir tanım veya sınıflama yoktur. Kardiya adenokarsinomu, bileşke adenokarsinomu ve alt özefagus adenokarsinomu farklı tiplerde tümörlerdir ve hepsine genel olarak ÖGB adenokarsinomları demek daha doğru olur. 'ÖGB kanserlerinin sınıflamasında ve tedavisinde yaklaşım, mide kanseri veya özefagus kanseri gibi mi olmalıdır?' sorusunun cevabı günümüzde halen net değildir.

### Siewert Sınıflaması

Siewert ve Holsher, 1987 de ÖGB'nin adenokarsinomları için topografik-anatomik alt sınıflama şeması yayınlamıştır (1). 1995 te 7. Uluslararası Özefagus Hastalıkları Birliği ve 1997 de 2. Uluslararası Gastrik Kanser Kongresinde bu sınıflama kabul edilmiştir. Bu sınıflamada ÖGB adenokarsinomları, anatomik Z çizgisinin 5 cm proksimali veya distali dahilinde merkezi olan tüm tümörleri kapsar. Siewert, ÖGB adenokarsinomunun anatomik lokalizasyonuna bağlı olarak



**Resim 10:** Tape askı ile özefagusu traksiyon uygulanması.



**Resim 11:** Hiatusun transtorasik diseksiyonu.

Diseksiyon sırasında perikard, aorta, vena cava, akciğer parankimi, vagus siniri, ductus torasikus ve sağ ana bronş membranöz dokusuna dikkat edilmelidir. Yapıların yakın komşuluğu nedeniyle bu alanlarda yaralanma sık gözlenmektedir.

### Laparoskopik Transhiatal ve Torakoskopik Diseksiyon Komplikasyonları

- **Pnömotoraks:** Transhiatal diseksiyon uygulanan hastaların büyük çoğunda bri veya her iki hemitoraksa girilebilir. Önemli olan plevra açıklığını perop farkedilmektedir. Yalnızca toraks tüpü uygulamak efektif tedavidir.
- **Kanama:** Özefagusun beslenmesine katılan aortadan çıkan arterler özefagus duvarına ulaşmadan önce küçük dallara ayrılırlar. Distal özefajektomi uygulanan bu grup hastada bu küçük dal arteryel kanamalar çok ciddi miktarlara ulaşmadan (<1000cc) genellikle spontan dururken dirençli kanamalarda bölgeye kompres uygulamak hemostaz için yeterli olmaktadır. Eğer eksplorasyonda

diafragmatik hiatustan aortaya veya periözefageal dokulara invazyon transhiatal yaklaşımdan kaçınılmalıdır.

- **Şilotoraks:** Transhiatal diseksiyon sonrası miktarı azalmayan göğüs tüpü drenajı olursa duktus torasikus yaralanmasına bağlı olarak şilotorakstan şüphelenmelidir. Hastanın oral lipid alımına başlamadan tipik şilotoraks görünümü olmaz. Bu yüzden henüz oral almamış hastada toraks tüpü drenajı 8 saatte 200 – 400cc arasındaysa ve 48 saat sonrası drenaj halen devam ediyorsa şilotoraks akla gelmelidir. Tanı, enteral lipid solüsyonu alımını takiben tüpten tipik şilöz vasıflı mayi gelmesi ile konur. Uygun beslenme protokolü ile genellikle birkaç gün içinde iyileşme sağlanırken, ciddi vakalarda torakotomi ile hasarlı duktus torasikusun ligasyonu gereklidir.
- **Sempatik Plevral Efüzyon:** Mediasten diseksiyonundan sonra ilk hafta semptomatik plevral efüzyon gelişebilir. Bu efüzyon asemptomatiktir, çoğunlukla tedavi gerektirmez ve spontan rezolüsyon olur. Nadiren dispneye neden olan efüzyonlar gelişir ve çoklu torasentez gerektirebilir. Rekürren plevral efüzyonların şilotorakstan mutlaka ayrımı yapılmalıdır.

### Kaynaklar

1. Siewert J, Hölscher AH, Becker K et al. Cardia cancer: attempt at a therapeutically relevant classification. Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin. 1987;58(1):25-32.
2. Hasegawa S, Yoshikawa T, Aoyama T et al. Esophagus or stomach? The seventh TNM classification for Siewert type II/III junctional adenocarcinoma. Ann Surg Oncol. 2013;20(3):773-9.
3. Warneke VS, Behrens HM, Hartmann JT et al. Cohort study based on the seventh edition of the TNM classification for gastric cancer: proposal of a new staging system. J Clin Oncol. 2011;29(17):2364-71.
4. Amin MB, Edge SB. AJCC cancer staging manual: Springer; 2017.
5. Mullen JT, EL Kwak, TS Hong et al. What's the Best Way to Treat GE Junction Tumors? Approach Like Gastric Cancer. Ann Surg Oncol. 2016;23(12):3780-5.
6. Rice TW, DM Gress, DT Patil et al. Cancer of the esophagus and esophagogastric junction-Major changes in the American Joint Committee on

- Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(4):304-17.
7. Jezerskyte E, MI van Berge Henegouwen, Cuesta MA et al. Gastro-esophageal junction cancers: what is the best minimally invasive approach? *J Thorac Dis.* 2017;9(Suppl 8):S751.
  8. Haverkamp L, MF Seesing, JP Ruurda et al. Worldwide trends in surgical techniques in the treatment of esophageal and gastroesophageal junction cancer. *Dis Esophagus.* 2017;30(1):1-7.
  9. Martin JT, A Mahan, JB Zwischenberger et al. Should gastric cardia cancers be treated with esophagectomy or total gastrectomy? A comprehensive analysis of 4,996 NSQIP/SEER patients. *J Am Coll Surg.* 2015;220(4):510-20.
  10. Blank S, T Schmidt, P Heger et al. Surgical strategies in true adenocarcinoma of the esophagogastric junction (AEG II): thoracoabdominal or abdominal approach? *Gastric Cancer.* 2018;21(2):303-14.
  11. Kneuert PJ, WL Hofstetter, YJ Chiang et al. Long-term survival in patients with gastroesophageal junction cancer treated with preoperative therapy: do thoracic and abdominal approaches differ? *Ann Surg Oncol.* 2016;23(2):626-32.
  12. Fuchs H, AH Hölscher, J Leers et al. Long-term quality of life after surgery for adenocarcinoma of the esophagogastric junction: extended gastrectomy or transthoracic esophagectomy? *Gastric Cancer.* 2016;19(1):312-7.
  13. Sugita S, T Kinoshita, A Kaito et al. Short-term outcomes after laparoscopic versus open transhiatal resection of Siewert type II adenocarcinoma of the esophagogastric junction. *Surg Endosc.* 2018;32(1):383-90.
  14. Zhao Y, J Zhang, D Yang et al. Feasibility of laparoscopic total gastrectomy for advanced Siewert type II and type III esophagogastric junction carcinoma: A propensity score-matched case-control study. *Asian journal of surgery.* 2019.
  15. Hulscher JB, van Sandick JW, de Boer AG et al. Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the esophagus. *N Engl J Med.* 2002;347(21):1662-9.
  16. Sasako M, T Sano, S Yamamoto et al. Left thoracoabdominal approach versus abdominal-transhiatal approach for gastric cancer of the cardia or subcardia: a randomised controlled trial. *The lancet oncology.* 2006;7(8):644-51.
  17. Rudiger Siewert J, M Feith, M Werner et al. Adenocarcinoma of the esophagogastric junction: results of surgical therapy based on anatomical/topographic classification in 1,002 consecutive patients. *Ann Surg.* 2000;232(3):353-61.
  18. Feith M, et al. Adenocarcinoma of the esophagogastric junction: surgical therapy based on 1602 consecutive resected patients. *Surg Oncol Clin N Am.* 2006;15(4):751-64.
  19. Tosolini C, HJ Stein, JR Siewert et al. Influence of the surgical technique on survival in the treatment of carcinomas of the true cardia (Siewert Type II) - Right thoracoabdominal vs. transhiatal-abdominal approach. *Eur J Surg Oncol.* 2019;45(3):416-24.
  20. Nishigori T, H Okabe, S Tsunoda et al. Superiority of laparoscopic proximal gastrectomy with hand-sewn esophagogastric anastomosis over total gastrectomy in improving postoperative body weight loss and quality of life. *Surgical endoscopy.* 2017;31(9):3664-72.
  21. Jung DH, DW Kim, YS Park et al. Laparoscopic proximal gastrectomy with double tract reconstruction is superior to laparoscopic total gastrectomy for proximal early gastric cancer. *Surgical endoscopy.* 2017;31(10):3961-9.
  22. Sugoor P, S Shah, R Dusane et al. Proximal gastrectomy versus total gastrectomy for proximal third gastric cancer: total gastrectomy is not always necessary. *Langenbeck's archives of surgery.* 2016;401(5):687-97.
  23. Hasegawa S, T Yoshikawa, Y Rino et al. Priority of lymph node dissection for Siewert type II/III adenocarcinoma of the esophagogastric junction. *Ann Surg Oncol.* 2013;20(13):4252-9.
  24. Yamashita H, H Katai, S Morita et al. Optimal extent of lymph node dissection for Siewert type II esophagogastric junction carcinoma. *Ann Surg.* 2011;254(2):274-80.
  25. Nakamura M, M Iwahashi, M Nakamori et al. Lower mediastinal lymph node metastasis is an independent survival factor of Siewert type II and III adenocarcinomas in the gastroesophageal junction. *The American Surgeon.* 2012;78(5):567-73.
  26. Lee I-S, JY Ahn, JH Yook et al. Mediastinal lymph node dissection and distal esophagectomy is not essential in early esophagogastric junction adenocarcinoma. *World J Surg Oncol.* 2017;15(1):28.
  27. Suh Y-S, KG Lee, SY Oh et al. Recurrence pattern and lymph node metastasis of adenocarcinoma at the esophagogastric junction. *Ann Surg Oncol.* 2017;24(12):3631-9.