

Љубомир Рашовић

КАРЦИНОМ ЈЕДЊАКА КАО ХИРУРШКИ ПРОБЛЕМ

ESOPHAGUS CANCER AS SURGICAL PROBLEM

Извод

Анализирајући резултате хируршког лечења рака једњака својих болесника као и резултате лечења других аутора, сам аутор тражи узроке лоших резултата у лечењу овог тешког патолошког процеса и сматра да, поред раног откривања овог обољења, опсежна и што радикалнија операција главни је и битни фактор за дуго преживљавање ових болесника. На крају аутор износи врло инструктивне примере из личног искуства који потврђују ову констатацију.

Abstract

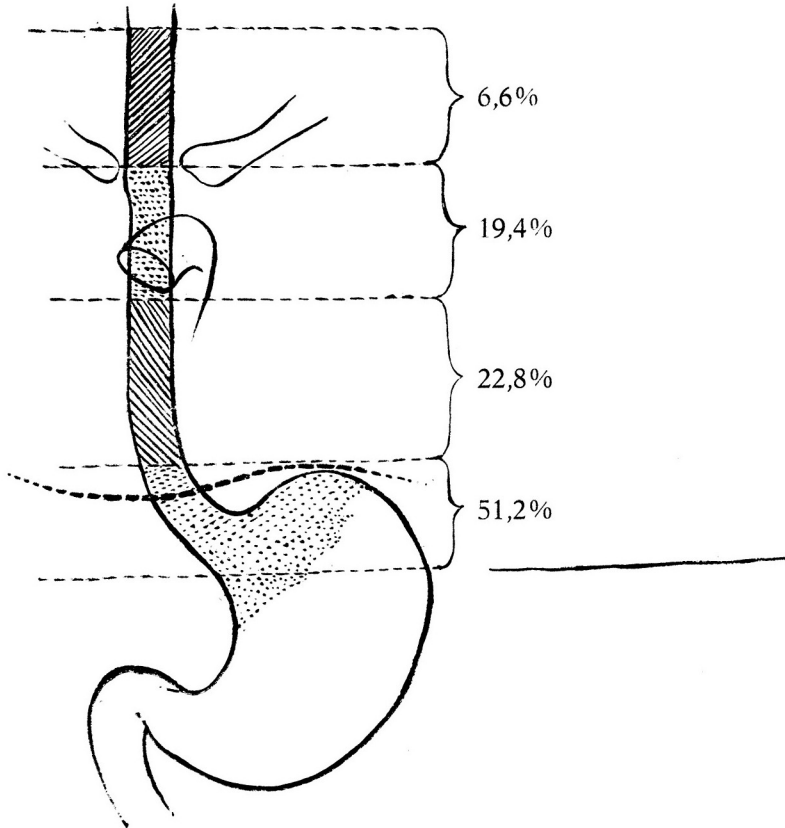
Analysing the results of surgical treatment of esophagus cancer of his patients as well as the treatment results of other authors, the author himself looks for the causes of bad results in treatment of this serious pathological process and thinks that besides early discovery of this disease, voluminous and more radical operation is the main and essential factor for the longer life of those patients. The author presents his own experience with very instructive examples which confirm this statement.

Лечење карцинома човечијег организма стоји још увек као нерешен и тежак проблем савремене хирургије, јер питање етиопатогенезе ове болести и даље је велика непозната у медицини, отуда и нема узрочног лечења ове болести. Зато се тражење најцелисходнијег и најефикаснијег лечења ове болести поставља у свој оштрини.

Позната је чињеница да малигнитет карцинома није везан само за хистолошку грађу тумора већ, у великој мери, зависи и од других фактора. Малигни потенцијал знатно зависи од локализације тумора, тј. од органа који је захваћен малигним процесом. Тако, извесни органи човечијег организма захваћени малигним процесом (кожа, дебело црево, дојка, пор. утери) имају много бољу прогнозу од других органа. Међу органе захваћене карциномом а са великим потенцијалом малигнитета спада и езофагус, јер рак овог органа, мада није најчешћи, има најлошију прогнозу од свих осталих тумора дигестивног апарата.

Малигни тумори могу да захвате било који део езофагуса, али скоро 50% њих захватају гастроезофагеални прелаз — кардију. У наших болесника тај проценат је много већи, до 77%.

Кардинални симптом болести којим се ова болест прво манифестује јесте дисфагија, која се у првом тренутку јавља на



Сл. 1. Учесталост карцинома на појединим деловима једњака (у %)
Fig. 1. Cancer frequency on some parts of esophagus (in %)

узимање чврсте хране, да би се убрзо јавиле на узимање кашасте и на послетку на узимање течне хране — типични прогресивни тип дисфагије. Бол, регургитација, хиперсаливација и губитак телесне тежине готово су редовни пратећи знаци дисфагије. Дијагноза карцинома једњака, а поготову на основу рендгенографије, не представља потешкоћу јер неправилна, ексцентрична, сужења и неправилни рељеф слузокоже једњака на рендгенском снимку сигурни су знаци за малигни процес овог органа. Езофагоскопија, уз хистолошки налаз, потврђује и даје дефинитивну дијагнозу. Цитолошка анализа узета са болесне површине при езофагоскопији представља сигурну дијагностичку методу.

Позна појава првих клиничких манифестних симптома и рана појава метастаза најчешћи су узроци лоших резултата хируршког лечења. Појава првих симптома најчешће указује да је болест у већ одмаклом стадијуму, те је откривање појединих дискретних продромалних симптома који могу да претходе дисфагији веома значајно за рано откривање рака овог органа (тренутни застој болуса у почетку саме болести, повремени тип лаког облика дисфагије, R₀ скопија — имобилност зида једњака на одређеним местима итд.).

Анализа узрока лоших резултата хируршког лечења рака једњака показала је, у првом реду, да само рано откривање ове болести може побољшати резултате лечења. То значи да је дуго преживљавање могуће само ако се болест рано открије и ако се на време предузме одговарајуће лечење. Међутим, неопходно је одмах истаћи да и други фактори могу утицати на прогнозу ове болести, као што су: локализација тумора која може да игра извесну улогу у прогнози болести, јер тумори доње и средње трећине једњака имају бољу прогнозу од тумора горњих сегмената једњака. Опсежност патолошког процеса, тј. величина тумора, такође је доста значајна за прогнозу ове болести. Данас се сматра да су само мали тумори езофагуса, који не захватају више од 4—5 cm његове дужине, погодни за успешно хируршко лечење. Ми смо на нашим оперисаним болесницима могли да потврдимо ову истину, јер сви наши болесници који су преживели 5 година после операције припадају тој групи болесника (малих тумора). Не треба, међутим, изгубити из вида да некад и велики тумори могу да имају релативно добру прогнозу и спору еволуцију. Али то су ретки случајеви. Одређивање хистолошког типа тумора исто тако је значајно за прогнозу болести, тако аденокарциноми брже и екстензивније метастазирају од сквамозних. И ширење малигног процеса у езофагусу је брже и другачије него у било којем другом органу дигестивног апарата. Езофагус је једини орган дигестивног тракта који нема сопственог серозног омотача, те је и продор малигног процеса кроз његов зид у регионалне лимфне жлезде и околне органе много бржи. Ширење малигног процеса у једњаку, за разлику од ширења у другим

органима, може да иде и кроз субмукозни слој путем лимфних и венских судова дистално и проксимално од тумора; хистолошким прегледом могу се наћи малигне ћелије у субмукози једњака и на удаљености од преко 10 cm од ивице тумора. Све ове чињенице јасно указују да при операцијама малигнух тумора једњака треба бити веома радикалан у опсежности захвата. Радикалност хируршког поступка, поред раног откривања рака, представља битан услов за успех лечења.

За последњих 13 година лечили смо 463 болесника од карцинома једњака: 47,81% ових лечених болесника био је подвргнут радикалној хируршкој интервенцији и реконструкцији, 38% палијативним операцијама или експлорацијама а остали број болесника није хируршки лечен због одбијања операције од стране болесника или су постојале контраиндикације за хируршку интервенцију.

Као што се види, поред раног откривања рака једњака, које представља битан фактор за успех лечења, само радикално хируршко лечење ове болести може да побољша његове резултате. Под радикалним хируршким лечењем овог оболења подразумева се ресекција једњака и његова реконструкција. Ова хируршка процедура састоји се из два велика хируршка захвата: први акт — торакални део — тотална или парцијална екстирпација једњака и — други акт — абдоминални део — формирање трансплантата од десног или левог колона који треба да замени извађени једњак. Радикалност у правом смислу треба да подразумева уклањање не само тумора већ и свих малигнух ћелија из организма. Међутим, овакву радикалност тешко је постићи, али уклањањем што више ових чинилаца који утичу на дужину живљења после операције постиже се и виши степен радикалности захвата. Зато се и поставља питање да ли једна опсежна ресекција једњака може да пружи боље резултате у погледу дужине живљења после операције од једне економичније ресекције овог органа. Чињеница је, а то можемо и ми из сопственог искуства потврдити, да велики број оперисаних болесника од рака једњака умире најчешће од локалних рецидива, а локални рецидиви су директна последица недовољно радикалних ресекција једњака било изнад било испод тумора.

Према томе, треба посебно нагласити да је врло често узрок кратког живљења после операције недовољно опсежна ресекција езофагуса. Ми смо у 27,2% езофагектомија на линији ресекције хистолошким прегледом нашли малигне ћелије у субмукози извађеног једњака мада смо, према нашој макроскопској и палпаторној оцени, ресекцију једњака вршили у здравом ткиву и на удаљености од преко 6 cm од ивице тумора.

Откуда онда тако велики број рецидива после ресекције езофагуса? Највероватније, ово се дешава зато што највећи број

хирурга не придаје важности начину ширења извесних тумора једњака кроз субмукозни слој путем лимфних судова у самом зиду органа. Субмукозно пропадање малигног процеса не може се макроскопски оценити ни палпаторно опипати, а већина хирурга ослања се на свој визуелни и палпаторни налаз, откуд и произилазе ове грешке. Ако се прихвати принцип радикалности, пресецање једњака треба да буде 10 до 12 cm удаљено од ивица тумора изнад и испод њега, и само после таквог захвата могу се очекивати бољи резултати лечења и мања стопа локалних рецидива. Према томе, ако желимо адекватну ресекцију једњака, сви тумори доње, средње и горње трећине езофагуса захтевају тоталну или бар субтоталну езофагектомију. Једино тумори ограничени на саму кардију, који не прелазе и не захватају доњи део једњака нити желудац, захтевају реконструкцију помоћу желуца.

Од свих наших болесника које смо подвргли радикалној реконструкцији а који су преживели интервенцију,

једну годину живело је	75%
две „ „ „	47%
пет „ „ „	6,74%
десет „ „ „	2,24%.

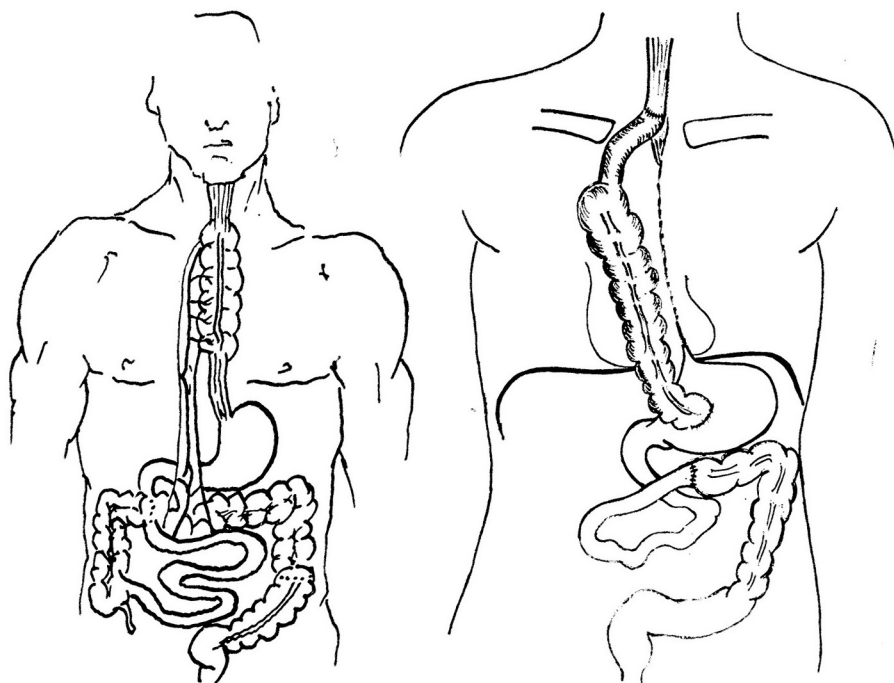
Из ове табеле јасно се види да резултати лечења рака једњака нису задовољавајући из више разлога, међу којима је и недовољна радикалност оперативног поступка на нашим болесницима. Као илустрација и потврда овог гледишта може да нам послуже 16 наших болесника у којих смо морали да ресецирамо доњу трећину једњака и да извршимо тоталну гастректомију због малигног процеса који је захватио не само дистални део једњака и кардију већ и највећи део желуца или пак цео желудац.

У свих ових болесника реконструкцију смо изводили после тоталне гастректомије и парцијалне езофагектомије на тај начин што смо интерпонирали вијугу танког црева између патрљка једњака и дванаестопалачног црева.

Прогноза у овим случајевима по правилу би требало да буде најлошија, такви болесници спадају у групу најтежих и најнезгоднији су за хируршку интервенцију јер су то дуге и трауматизирајуће операције, које болесници тешко подносе. Међутим, највећи број ових болесника живео је од 2—3 године после операције. Питање је зашто је преживљавање ових најтежих болесника дуже од оних где је процес био много ограниченији и много погоднији за хируршку интервенцију. Није ли овде у питању околност што је у ових болесника интервенција била много опсежнија а самим тим и радикалнија, за разлику од оних где је интервенција била ограниченија и економичнија?

На основу тога може се закључити да рана дијагноза и радикалност хируршког захвата, уз најцелисходнију реконструктивну оперативну методу, представља битнији фактор који утиче на успех хируршког лечења болесника са раком једњака.

Лоше резултате лечења рака једњака уопште, као и лоше резултате наших оперисаних болесника, оправдава и то што болесници на лечење долазе у одмаклом стадијуму болести, исцрпљени болешћу и у одмакло старачко доба. Скоро 70% наших болесника припадао је седмој или осмој деценији живота а, поред тога, највећи део долазио је на лечење у таквом стању у којем се не могу очекивати бољи резултати.

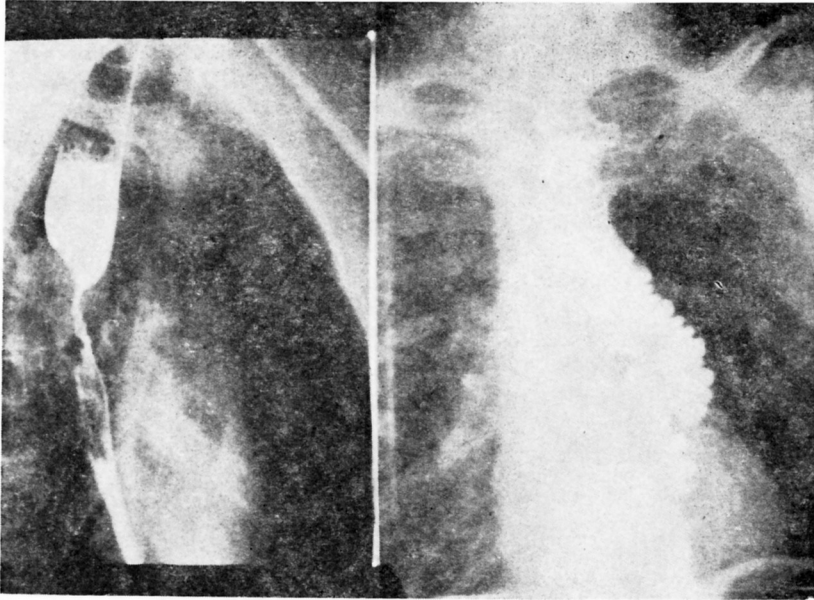


Сл. 2а. и 2б. Шема операције
Fig. 2а. and 2б. Scheme of operation

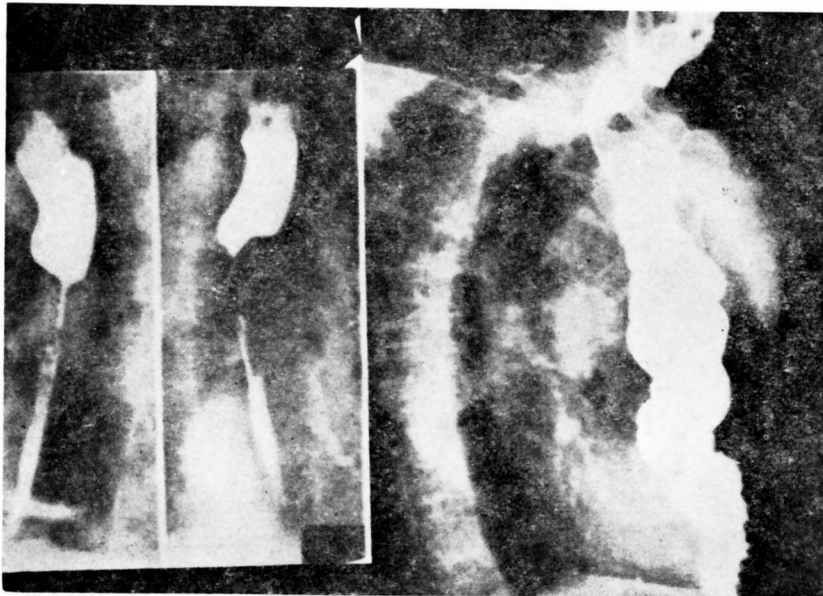
Наши болесници пристизали су на лечење после првих манифестних симптома овим редом:

После два месеца 15%, после 3—6 месеци 26%, преко 6 месеци 56%.

Као што се из ове табеле види, више од половине наших болесника долазило је на лечење већ у развијеној фази болести, када је свако лечење безуспешно.



Сл. 3. Радиографија пре и после операције
Fig. 3. Radiography before and after operation

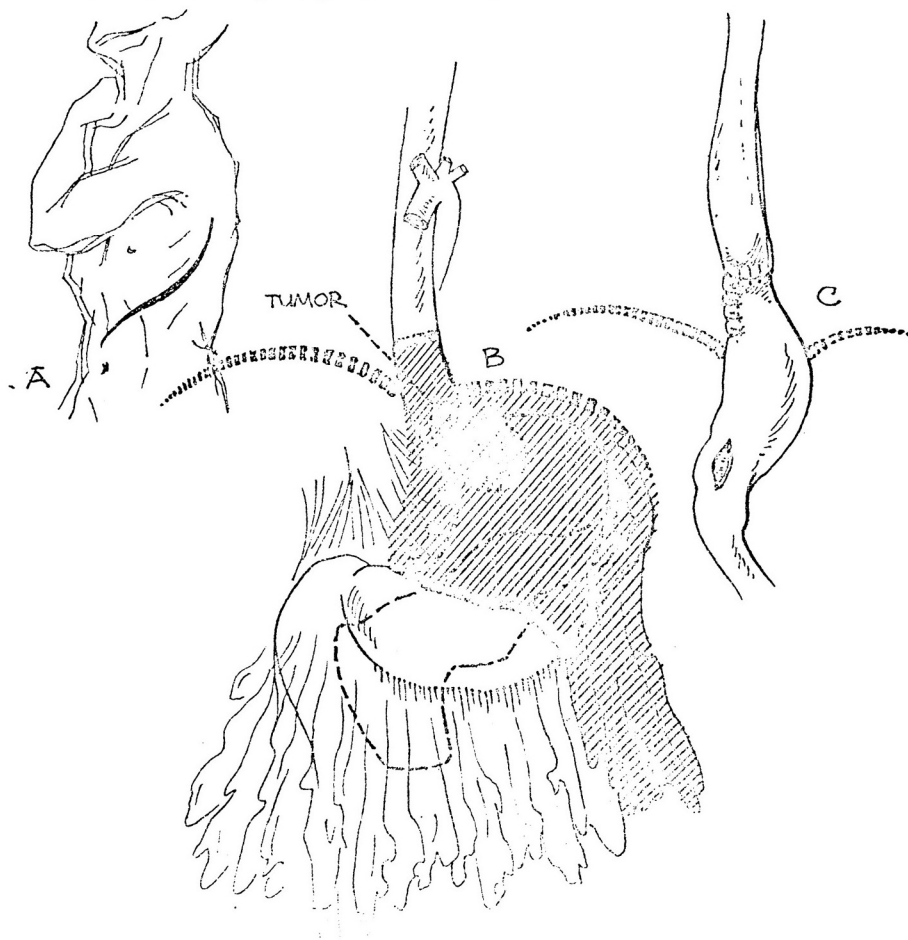


Сл. 4. Радиографија пре и после колопластике
Fig. 4. Radiography before and after coloplastic

У радикалном лечењу карцинома езофагуса ми смо примењивали углавном три реконструктивна хируршка поступка.

1. За све високо локализоване карциноме езофагуса, тј. за средњу горњу трећину, реконструкцију изводимо помоћу десног или левог колона ретростерналним путем — ретростернална езофагопластика.

Шема операције (сл. 2а. и 2б) Rö снимак пре операције и Rö снимак после операције (сл. 3. и 4).

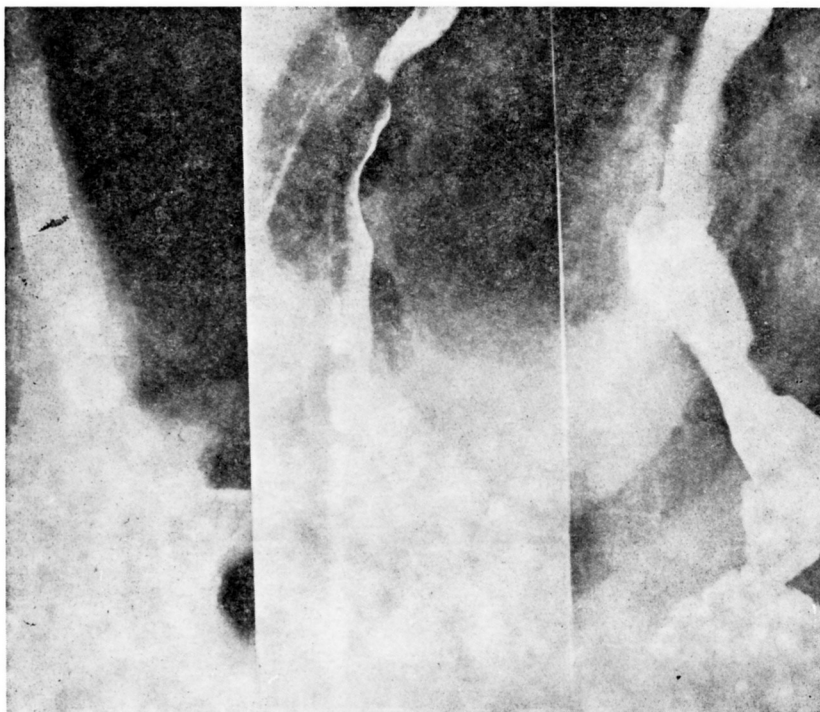


Сл. 5. Шема гастроезофагопластике

Fig. 5. Scheme of gastroesophagoplastic

2. За карциноме кардије и карциноме дисталног дела једњака реконструкцију смо углавном изводили помоћу желуца — гастроезофагопластику (сл. 5. и 6).

У последње време за карциноме доње трећине једњака радимо реконструкцију помоћу колона, уз субтоталну езофагектомију или интерпозицију јејунума између патрљака једњака и желуца (сл. 7).



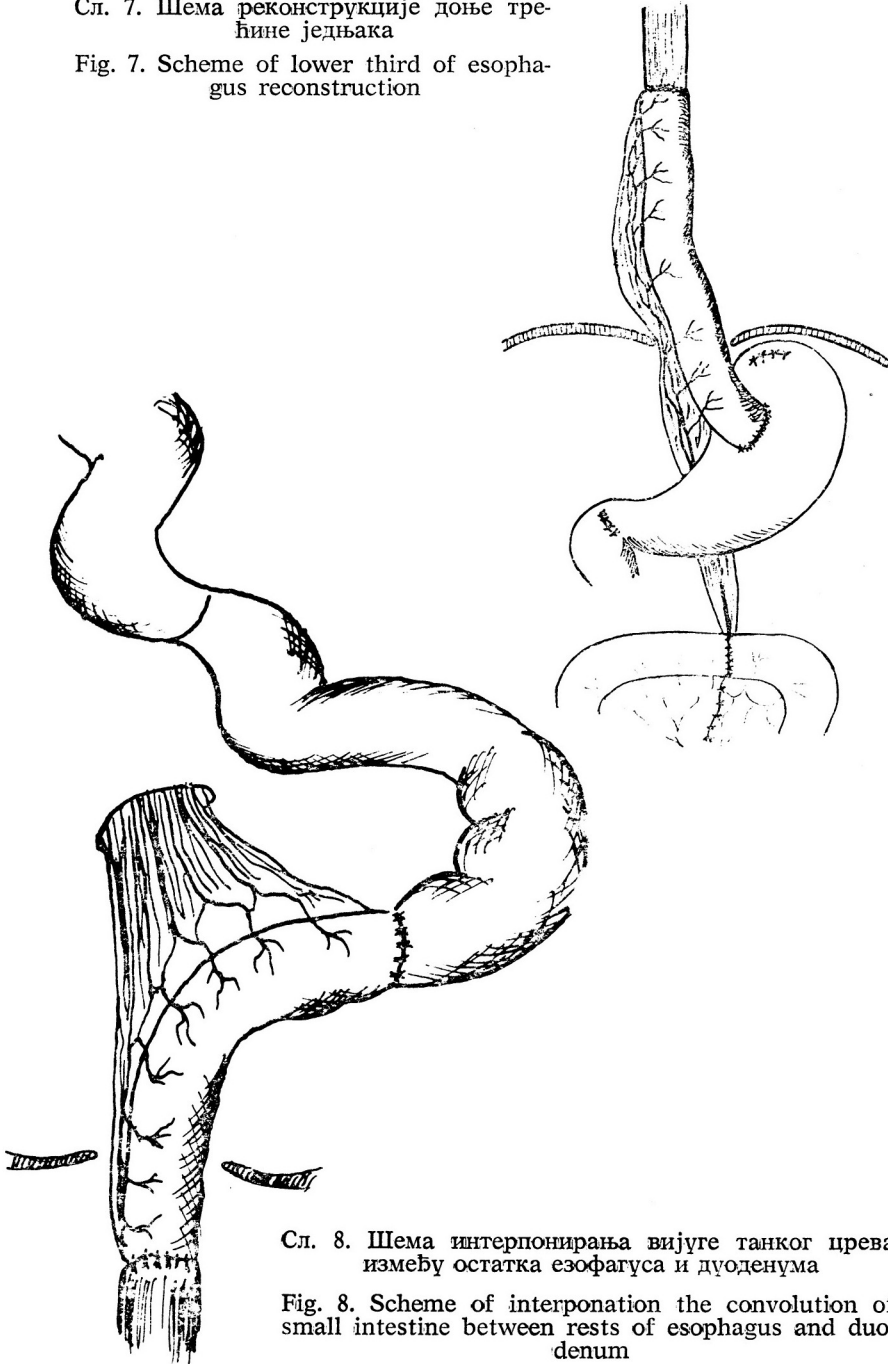
Сл. 6. Rō графича Ca cardiaе пре и после гастро-езофагопластике
Fig. 6. Rōgraphie Ca cardiaе before and after gastro-esophagoplastic

3. За све малигне процесе где је, поред доње трећине једњака, процес захватио велики део желуца или цео желудац, ресекцију изводимо тако што после тоталне гастректомије и парцијалне езофагектомије интерпонирамо вијугу танког црева између остатка езофагуса и дуоденума (сл. 8. и 9).

Езофагопластику карцинома једњака од 1974. године радимо најчешће у једном акту јер то много скраћује време лечења а дуго чекање за други акт може да отежа и компликује и цео поступак. Болесници који преживе ову интервенцију и не доживе локалне рецидиве, новоформирани езофагус омогућава им добру исхрану а самим тим нормалан живот и рад. Мора се истаћи да квалитет живота болесника у којих је реконструкција рађена са желуцом није задовољавајући јер сви болесници у

Сл. 7. Шема реконструкције доње трећине једњака

Fig. 7. Scheme of lower third of esophagus reconstruction



Сл. 8. Шема интерпонирања вијуге танког црева између остатка езофагуса и дуоденума

Fig. 8. Scheme of interponation the convolution of small intestine between rests of esophagus and duodenum

Таб. 1. — Преглед лијечених болесника
 Tab. 1. — Survey of treated patients

Врста операције Type of operation	Број Number	Процент Percentage
Радикална интервенција и реконструкција Radical intervention and reconstruction	221	47,7
Палијативне операције и експлорације Paliattive operations and explorations	164	35,2
Неоперисано Unoperated	78	17,1
Укупно Total	463	100

Таб. 2. — Преглед реконструктивних хируршких захвата
 Tab. 2. — Survey of reconstructive surgical treatments

Врста реконструкције Type of reconstruction	Број Number	Процент Percentage
Езофагогастростомија Esophagogastrostomy	138	62,5
Интерпозиција-мерендино Interposition-merendino	6	2,7
Интерпозиција са гастростомијом Interposition with gastrostomy	50	22,7
Колопластика у једном акту Coloplasty in one act	15	6,7
Колопластика у два акта Coloplasty in two acts	12	5,4
Укупно Total	221	100



Сл. 9. Rø графија Ca cardiaе et ventriculi — пре и после интерпозиције јејунума

Fig. 9. Rø graphy Ca cardiaе et ventriculi — before and after interposition of jejunum

којих је реконструкција рађена овом методом готово редовно пате од диспептичних појава, посебно од рефлукса желудачног садржаја у једњаку, са свим последицама које прате овај феномен (бол, езофагитис, улкус итд.). При овом поступку желуцац је транспонован у грудни кош у целости или делимично, при чему губи и моторне и функцијалне особине које је у нормалним околностима имао, па је тиме поремећен и цео процес варења. Предности колопластике и интерпозиције, у поређењу са гастроезофагопластиком, нису само у бољим функцијалним резултатима и где процес варења није толико поремећен већ више у томе што се овим поступком много више остварују услови за радикалну хируршку интервенцију.

На крају, слободно се може констатовати да је карцином искључиво хируршка болест, јер, бар за сада, само међу хируршки леченим болесницима може да преживи 5 година после операције од 7 до 15% док од конзервативно лечених болесника 5 година преживи веома мало њих, 1%. Међутим, усавршавањем оперативне технике, све радикалнији третман ових болесника, као и све раније откривање ове болести, даје наду да ће се и резултати лечења карцинома једњака у скорој будућности побољшати. Стопа преживљавања ових болесника повећава се сваким даном.