

## Stemplės vėžio chirurginio gydymo galimybės (10-ties metų patirtis)

Saulius Cicėnas, Eugenijus Stratilovas, Povilas Miliauskas, Egidijus Sangaila,  
Dainius Amerigas Piščikas, Renata Jakubauskienė, Renatas Aškinis, Sigitas Zaremba  
Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Chirurgijos klinika

**Raktažodžiai:** *stemplės vėžys, chirurginis ir kombinuotas gydymas, ligonių gyvenimo trukmė.*

**Santrauka.** Darbo tikslas. Įvertinti stemplės vėžio chirurginio gydymo galimybes atliekant vienmomentinio vientisumo atkūrimo operacijas, išanalizuoti komplikacijas, mirčių priežastis bei ligonių vidutinę gyvenimo trukmę. 1992–2002 m. Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Chirurgijos klinikoje operuota 213 ligonių, sergančių stemplės vėžiu, 177 ligoniams (83,0 proc.) buvo atliktos transtorakalinės stemplės rezekcijos, 34 ligoniams (15,9 proc.) transhiatalinės ir dviem ligoniams (0,9 proc.) Lewis tipo operacijos. Transtorakalinių rezekcijų atvejais pašalinti trijų zonų limfmazgiai, kitų operacijų atvejais – dviejų zonų limfmazgiai. Pagal TNM ligoniai buvo: T3N1M0 – 99 (46,4 proc.), T2N1M0 – 17 (7,9 proc.), T2N0M0 – 16 (7,5 proc.), T4N2M0 – 54 (25,3 proc.), T2-3N2M1 – 27 (12,6 proc.) ligonių. Bendra ligonių būklė atitiko 0-2 Pasaulinės sveikatos organizacijos skalę. Per šešis mėnesius ligoniai neteko 10–12 kg svorio. Užfiksuota tokių pooperacinių komplikacijų: vagusinė pneumonija – 52 ligoniams (24,4 proc.), širdies kraujagyslių nepakankamumas – 13 ligonių (6,1 proc.), aortos kraujavimas – 3 ligoniams (1,4 proc.), anastomozės siūlių nelaikymas – 33 ligoniams (15,4 proc.), skrandžio stiebelio nekrozės – 6 ligoniams (2,8 proc.), grįžtamojo nervo pažeidimas – 17 ligonių (7,9 proc.), pleuritai – 29 ligoniams (13,6 proc.). Pooperacinis mirštamumas po transtorakalinių rezekcijų – 29,3 proc. atvejų, po transhiatalinių – 15 proc., Lewis tipo rezekcijų – 0 proc. Vidutinė gyvenimo trukmė po transtorakalinių rezekcijų – 29 mėn., transhiatalinių – 34 mėn., Lewis tipo rezekcijų – 39 mėn.

**Išvados.** Stemplės vėžio chirurginis gydymas yra vienas efektyviausių stemplės vėžio gydymo būdų. Dviejų, trijų zonų limfmazgių pašalinimas leidžia tikėtis vėlesnio ligos ataugimo laiko. Pooperacinis mirštamumas svyruoja nuo 15–29,3 proc., o vidutinė gyvenimo trukmė – nuo 29–39 mėnesių.

### Įvadas

Stemplės vėžio chirurginis gydymas tebėra pagrindinis gydymo metodas. Radioterapija sumažina naviko masę ir padidina rezektabilumą, bet nepagerina vėlesnių pooperacinių gydymo rezultatų. Chemoterapija iki operacijos sumažina metastazių atsiradimą, bet nesumažina naviko ataugimo ir neprailgina gyvenimo trukmės. Sergamumas stemplės vėžiu per pastarąjį dešimtmetį lieka stabilus: 68,5 iš 100 tūkstančių gyventojų tarp vyrų ir 0,8 iš 100 tūkstančių moterų. 2002 m. diagnozuoti 152 pirminiai stemplės vėžio atvejai. Mirtingumas nuo stemplės vėžio išlieka 8,0 iš 100 tūkstančių vyrų ir 1,2 iš 100 tūkstančių moterų. Chirurgiškai gydoma apie 20 proc. ligonių, 35 proc. ligonių taikoma radioterapija, o 45 proc. – gydomi simptomiškai (stentavimas, lazerinės rekanalizacijos, fotodinaminės terapijos ir t. t.). Nuo 1992 m. Vilniaus uni-

versiteto Onkologijos institute atsisakyta daugiaetapių stemplės vėžio operacijų ir atliekamos tik vienmomentinės rekonstrukcinės operacijos panaudojant skrandžio vamzdelio transplantantą. Stemplės vėžys priklauso blogos prognozės ligų grupei, nes greitai atauga, anksti atsiranda slaptų metastazių. H. Orniger (1) pastebėjo, kad stemplės vėžys yra sisteminė liga ir kiekviena operacija yra paliatyvi, todėl geriau atkurti stemplės praeinamumą konservatyviais būdais negu operuoti radikaliai. B. Skiennner, H. Kato (2, 3) nustatė, kad pašalinant stemplę su 2–3 zonų limfonodektomija, pagerina tolesnius gydymo rezultatus. Įvairius operacinių technikų, galima žymiai sumažinti pooperacinį mirštamumą ir prailginti ligonių gyvenimo trukmę. D. J. Matisen, H. C. Grillo, G. N. Pradham ir kiti nurodė, kad pooperacinis mirštamumas siekia 5 proc. (5–8). Kokį rekonstrukcijos modelį intratorakalinį ar retrosternalinį tai-

kyti, gali parinkti pats chirurgas. Šio darbo tikslas – įvertinti Vilniaus universiteto Chirurgijos klinikos dešimties metų patirtį chirurgiškai vienmomentiškai gydant stemplės vėžį.

### Tirtųjų kontingentas ir tyrimo metodai

1992–2002 m. Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Chirurgijos klinikoje atlikta 213 operacijų ligoniams, sergantiems stemplės vėžiu. Atliekant trans-torakalinę stemplės rezekciją su skrandžio stiebelio perkėlimu į kairę kaklo pusę, buvo atliekama ir kaklo trijų l/m lygių limfadenektomija. Darant transhiastalinę rezekciją, atliekama tik dviejų zonų limfodanektomija. Ligonų pasiskirstymas pagal TNM pateikiamas pirmoje lentelėje.

### 1 lentelė. Operuoti ligoniai pagal TNM (1992–2002)

TNM	Ligonų skaičius, proc.
T3N1M0	99 (46,4 proc.)
T2N1M0	17 (7,9 proc.)
T2N0M0	16 (7,5 proc.)
T4N2M0	54 (25,3 proc.)
T2-3N2M1	27 (12,6 proc.)
Iš viso	213 (100 proc.)

Ligonų bendra būklė atitikdavo 0-2 PSO skalę. Vidutinis svorio netekimas per šešis mėnesius buvo 10–12 kilogramų. Antroje lentelėje pateikiamas ligonių pasiskirstymas pagal naviko išsidėstymą stemplės aukštyje.

Mobilizavę ir atidaliję dvylikapirštę žarną pagal Kocherį ir suformavę stiebelį iš didžiosios skrandžio kreivės, mes jį perkeldinome į kairę kaklo pusę, kur per papildomą pjūvį buvo atidalijama kaklinė stemplės dalis. Jungtys tarp stemplės ir skrandžio buvo atliekamos „galas į galą“. Pastebėjome, kad 15 proc. ligonių randasi striktūrų. Pastaraisiais metais pradėjome taikyti modifikuotą H. Orrniger anastomazės jungtį „šo-

nas į galą“, kai skrandžio ir stemplės sienelės įpjauamos ne tiesiai, o trikampio formos pjūviais. 1–4 pa-veiksluose grafiškai vaizduojama anastomazės atlikimo technika.

### Rezultatai ir jų aptarimas

Bendras pooperacinis mirštamumas svyravo nuo 0,9–29,3 proc. Trečioje lentelėje pateikiamos pagrindinės komplikacijos po operacijų (1992–2002 m.).

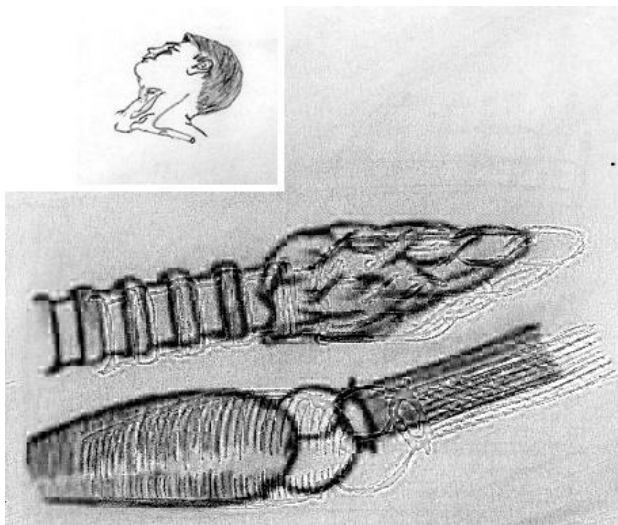
Vienas pagrindinių stemplės vėžio gydymo prognozinių faktorių yra operacijos radikalumas. Tą patvirtina mūsų ir kitų autorių duomenys (9–12). Žinoma, kad apie 50 proc. limfmazgių pažeisti metastazės (13, 14), todėl juos būtina pašalinti operacijos metu. Pagrindinė stemplės naviko ataugimo priežastis – neradikaliai pašalinti sritiniai limfmazgiai. K. Isano, S. Onoda, T. Ishikawa, H. Seto ir kiti (15) 80 proc. atvejų nustatė metastazes pašalintuose limfmazgiuose. Atrodytų, kad būtina pašalinti visus limfmazgius, tačiau A. Logan (16) teigia, kad nėra visuotinai priimtų nuomonės ir atsitiktinės atrankos tyrimo rezultatų. Hipotezė, kad epidermoidinis vėžys yra mažiau agresyvus, už liaukinį, abejotina. Nei naviko dydis, nei morfologija neturi didelės įtakos gyvenimo trukmei (18–22). Svarbiausia, į kokias zonas metastazuoja stemplės vėžys. Trečioje lentelėje mes išanalizavome pooperacines komplikacijas. J. Siewert atliko 1585 stemplės rezekcijas ir pooperacinis mirtingumas siekė 5 proc., o penkerių metų gyvenimo trukmė – 29 proc. atvejų (23). Japonų vėžio registro duomenimis penkerių metų gyvenimo trukmė po chirurginės rezekcijos turėtų siekti 30 proc. (22).

### Išvados

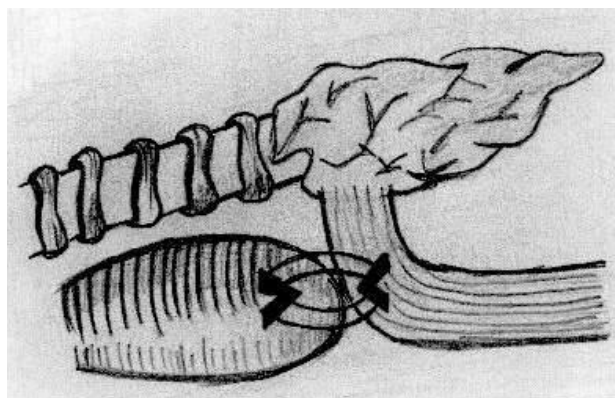
Stemplės vėžio chirurginis gydymas yra vienas efektyviausių stemplės vėžio gydymo būdų. Pašalinus dviejų, trijų zonų limfmazgius, galima tikėtis, kad navikas ataugės vėliau. Pooperacinis mirštamumas svyruoja nuo 15–29,3 proc., o vidutinė gyvenimo trukmė – nuo 29–39 mėnesių.

### 2 lentelė. Ligonai pagal naviko išsidėstymą stemplės aukštyje

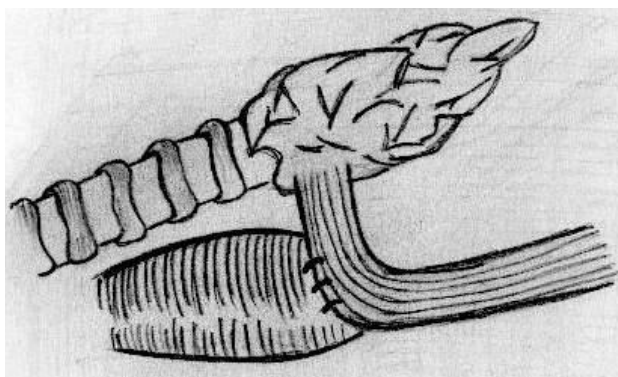
Operacijos	Viršutinis trečdalis	Vidurinis trečdalis	Apatinis trečdalis
	ligonių skaičius, proc.	ligonių skaičius, proc.	ligonių skaičius, proc.
TTR (177)	3 (1,65 proc.)	157 (88,7 proc.)	17 (9,6 proc.)
THR (34)	–	10 (29,4 proc.)	24 (70,5 proc.)
Lewis operacija (2)	–	2 (0,9 proc.)	–
Iš viso (213)	3 (1,4 proc.)	169 (79,3 proc.)	41 (19,2 proc.)



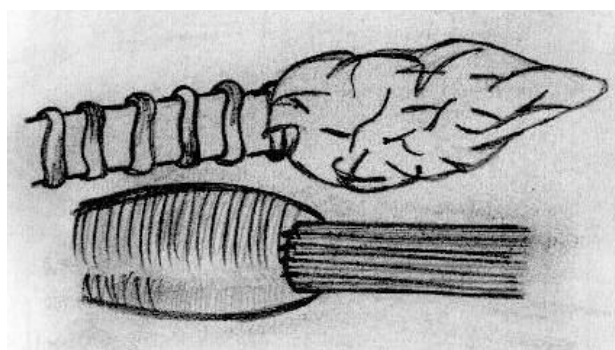
**1 pav.** Formuojama stemplės kaklinės dalies bei skrandžio konduito jungtis „šonas į galą“



**3 pav.** Stemplės ir skrandžio trikampio formos įpjovos prieš užpakalinės sienelės jungtį ir jungties formavimas



**2 pav.** Užbaigta jungtis tarp skrandžio konduito ir stemplės kaklinės dalies „šonas į galą“



**4 pav.** Užbaigta jungtis tarp skrandžio konduito ir kaklinės stemplės dalies

**3 lentelė.** Pagrindinės komplikacijos po operacijų (1992–2002)

Komplikacijos	Ligonių skaičius, proc.
Vagusinė pneumonija	52 (24,4 proc.)
Širdies kraujagyslių nepakankamumas	13 (6,1 proc.)
Aortos kraujavimas	3 (1,4 proc.)
Anastomazės siūlių nelaikymas	33 (15,4 proc.)
Skrandžio stiebelio nekrozė	6 (2,8 proc.)
Grįžtamojo nervo pažeidimas	17 (7,9 proc.)
Pleuritai	29 (13,6 proc.)
Iš viso	153 (71,8 proc.)

## Surgery for esophageal cancer: 10 years experience

Saulius Cicėnas, Eugenijus Stratilatovas, Povilas Miliauskas, Egidijus Sangaila,  
Dainius Amerigas Piščikas, Renata Jakubauskienė, Renatas Aškinis, Sigitas Zaremba

*Clinic of Surgery, Institute of Oncology, Vilnius University, Lithuania*

**Key words:** esophageal cancer, surgical and combined treatment, patient's life expectancy.

**Summary.** *Objective* of work was to evaluate efficacy of surgery for esophageal cancer with one-step gastric pipe reconstruction, to analyze postoperative complications, causes of deaths and patient's life expectancy.

In 1992–2002 in Clinic of Surgery Vilnius University Institute of Oncology 213 patients underwent surgery for esophageal cancer; 177 patients (83.0%) were applied transthoracic approach, 34 patients (15.9%) transhiatal and 2 patients (0.9%) Lewis type operations. TNM of patients were T3N1M0 – 99 (46.4%), T2N1M0 – 17 (7.9%), T2N0M0 – 16 (7.5%), T4N2M0 – 54 (25.3%), T2-3N2M1 – 27 (12.6%). Patient performance status according to WHO scale was 0–2. The following postoperative complications were observed: vagus pneumonia – 52 (24.2%) patients, heart insufficiency – 13 patients (6.1%), aortal bleeding 3 (1.4%) patients, suture leakadge – 33 (15.4%) patients, injury of *n. reccurentis* 17 (7.9%) patients, pleurites 29 (13.6%). Postoperative mortality after transthoracic approach – 29.3%, transhiatal – 15%, Lewis resections – 0%. Median survival after transthoracic approach – 29 months, transhiatal – 34 months, Lewis resections – 39 months.

**Conclusions.** Surgery for esophageal cancer is the most sufficient way of esophageal cancer treatment. Three-level lymphadenectomies postpone early relapses. Postoperative mortality varies from 15 to 29.3%, median survival from 29 to 39 months.

Correspondence to S. Cicėnas, Clinic of Surgery, Institute of Oncology, Vilnius University, Santariškių 1,  
2021 Vilnius, Lithuania. E-mail: [cicenas@loc.lt](mailto:cicenas@loc.lt)

### Literatūra

- Orringer H. Ten years survival after esophagectomy for carcinoma. *Ann Surg* 1984;200:282-8.
- Skiener DB, Soriano A, Little AG. Selection of patients for en block esophagectomy in diseases of the esophagus. In: Siewert JZ, Holshiner A. *Disease of the esophagus*. Berlin: Springer Verlag; 1988. p. 411-55.
- Kato H, Watanabe H, et al. Evaluation of med. l/n dissection for thoracic esophageal carcinoma. *Ann Thor Surg* 1995;51:931-5.
- Sugimadu K, Matsuda H, Ohno, et al. Long term effects of hyperthermia combined with chemotherapy and irradiation for the treatment of patients with carcinoma of esophagus. *Surg Gynecol Obstet* 1988;167:319.
- Sugimachi K, Tsutsui S. Development of diagnosis and surgical treatment for patients with carcinoma of the esophagus. *Semin Surg Oncol* 1990;6:3.
- Akiyama H, Tsurumaru H, Watanabe G, et al. Development of surgery for carcinoma of esophagus. *Am J Surg* 1984;147:9.
- Matisen DJ, Grillo HC, Wilkins, et al. Thoracic esophagectomy: a safe approach to trating carcinoma of aesophagus. *Ann Thorac Surg* 1988;45:137.
- Pradham GN, Eng J, Sabanathan S. Left thoracotomy approach for resection of carcinoma of esophagus. *Surg Gynaecol Obstet* 1989;168:49.
- Akiyama H, Tsurumaru M, Watanabe G, Ono J, et al. Development of surgery of the esophagus. *Am J Surg* 1984;147:9-16.
- Goldfaden D, Orringer H, Appelman HD, Kolish R. Adenocarcinoma of the distal esophagus and gastric cardia. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986;91:242-7.
- Guldminc M, Maddern G, Le Price E, Meuner B, Champion JP. Esophagectomy by a transhiatal approach or by thoracotomy: a prospective randomised trial. *Br J Surg* 1993;80:367-70.
- Sugimatchi K, Akatsura K, Kai H, Hanematsu, T et al. Prognostic factors of esophageal carcinoma: univariable analysis. *J Surg Oncol* 1986;31:108-12.
- Akiyama H, Tsurumaru M, Kawayama T, Ono J. Principles for surgical treatment for carcinoma of esophagus. *Am J Surg* 1981;194:438-46.
- Launois B, Paul JL, Lydiakis NJ, et al. Results of the surgical treatment of carcinoma of the esophagus. *Surg Gynaecol Obstet* 1985;156:753-60.
- Isano K, Onoda S, Ishikawa T, Seto H, Nakiyama K. Studies on the causes of deaths from esophageal carcinoma. *Cancer* 1982;49:2173-9.
- Logan A. The surgical treatment of carcinoma of the esophagus and cardia. *J Thor and Cardiovasc Surg* 1963;46:150-61.
- Heidel G, Langhans P, Funnerhof B, et al. Adeno versus Plattensepithelkarzinomas des Oesophagus. In: *Aktuelle Therapie des Oesophagus Karzinomas*. Berlin: Springer Verlag; 1990. p. 98-110.
- Muller JM, Jarczyk AJ, Huber P, et al. Ergebnisse der Resektion Der Spriserohre wegen eines Carcinomas. *Chirurg* 1988;5:398-406.
- Muller JM, Erasmi H, Stelzner M, et al. Surgical therapy of esophageal carcinomas. *Br J Surg* 1990;77:845-57.
- Pichelmaier H, Muller JM, Huber P. Chirurgische Therapie des Plattenepithelkarzinoms des Oesophagus – eingeschränkte Radikalität. *Langenbecks Arch Chir* 1987;372:123-8.
- Malthiesen DJ, Grillo HC, Willkins EW, et al. Transthoracic esophagectomy: A safe approach to carcinoma of the esophagus. *Am Thorac Surg* 1988;45:137-43.
- Japanese Commitee for registration of esophageal cancer. A proposal for a new TNM classificacion of esophageal carcinoma. *Jpn J Clin Oncol* 1986;14:625-36.
- Siewert JR, Holschner AH, Roder J, et al. En-block Resection der Speiserohre bein Oesophaguskarzinom. *Langenbecks Arch Chir* 1988;5:373-6.

*Strapsnis gautas 2003 09 10, priimtas 2003 11 05*

*Received 10 September 2003, accepted 5 November 2003*

*MEDICINA (2004) 40 tomas, 1 priedas*