

Palliasjon med stent ved kreft i oesophagus og cardia

Sammendrag

Bakgrunn. Palliativ behandling av maligne stenoser i oesophagus og cardia med innleggelse av stent er en etablert metode. Formålet med undersøkelsen var å evaluere hvordan stenene fungerer, behov for ny behandling og levetid etter innlagt stent.

Materiale og metode. Det er utført en journalgjennomgang av 37 pasienter som har fått innlagt stent for kreft i oesophagus og cardia i perioden januar 1997–mai 2004 ved Sykehuset Østfold Fredrikstad.

Resultater. En pasient døde samme dag som innleggelse av stent ble foretatt. Bortsett fra denne er det ikke sett alvorlige prosedyrerelaterte komplikasjoner. Median tid til ny kontakt med sykehuset var 25 dager, oftest på grunn av dysfagi. Innvekst og overvekst i stenten eller blødning er primært behandlet med argonplasmakoagulering (APC). Ti pasienter fikk lagt inn ny stent. Median overlevelse etter primær innleggelse av stent var 88 dager.

Fortolkning. Innleggelse av stent ved symptomgivende og inoperable maligne stenoser i oesophagus og cardia, må anses som en trygg prosedyre. I vår studie kunne mange pasienter være hjemme i flere måneder uten residiv av behandlingskrevende dysfagi.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Morten Tangen*
morten.tangen@rikshospitalet.no
Svend J. Andresen*
Bjørn Moum
Truls Hauge*
 Medisinsk avdeling
 Sykehuset Østfold
 1603 Fredrikstad

* Nåværende adresse:
 M. Tangen, Lungemedisinsk avdeling
 Rikshospitalet-Radiumhospitalet

S.J. Andresen, Medisinsk avdeling
 Sykehuset Østfold
 1502 Moss

T. Hauge, Gastromedisinsk avdeling
 Ullevål universitetssykehus

I Norge har det i perioden 1953–2003 vært en stabil årlig incidens av kreft i spiserøret, med to til fire tilfeller per 100 000 for menn og ett tilfelle per 100 000 for kvinner (1). Dysfagi er det vanligste symptom, dernest vekttap og smerter (2). Dysfagi opptrer først når passasjen i oesophagus er redusert med 50–75 % (3). På diagnosetidspunktet har sykdommen som følge av dette oftest lokal spredning. Prognosen er dårlig, med en femårsoverlevelse på 5–10 % (4). Palliativ kirurgisk behandling er forbundet med høy sykkelighet og dødelighet og gjøres derfor i liten grad. For mange pasienter er derfor palliasjon av dysfagi for å bedre livskvaliteten det primære mål for behandlingen (5). Ulike former for palliasjon har vært prøvd, som blokkering, laserbehandling og fotodynamisk behandling. Ingen av disse behandlingsmetodene gir tilfredsstillende palliasjon ved en enkel behandling, og det forekommer ofte komplikasjoner (6). I en svensk studie (7) er endokavitær stråling vist å gi dårlig effekt på dysfagi, men bedret livskvalitet for de pasienter som lever en stund.

Stive stenter for bruk i oesophagus og cardia har vært anvendt fra 1950-årene. Selvekspanderende metallstenter (SEMS) ble introdusert internasjonalt i 1983 (8). Innleggelse kan gjøres i intravenøs sedasjon, og komplikasjoner forekommer mer sjelden enn med stive stenter (9). Selvekspanderende metallstenter har en dokumentert effekt på bedring av dysfagi ved maligne strikturer i oesophagus (3, 5, 10–13), og slike stenter er derfor blitt det dominerende behandlingsalternativet ved inoperabel og stenoserende oesophagus-cancer. Stentene kan være dekkede eller udekkede. Dekkede har mindre

problemer med gjennomvekst, men de udekkede sitter bedre fast. Vanligvis velger man i dag dekkede stenter med udekkede ender.

Selvekspanderende metallstenter har vært i bruk ved Sykehuset Østfold Fredrikstad siden 1997. Ullevål universitetssykehus har nylig publisert en undersøkelse vedrørende kirurgi og innleggelse av stent ved kreft i spiserøret (14). Der konkluderer de med at innleggelse av stent er det viktigste behandlingsalternativet for inoperable pasienter. Vi har foretatt en retrospektiv gjennomgang av pasienter som har fått innlagt stent ved vårt sykehus i tidsrommet 1997–2004. Vi ønsket å registrere pasientkarakteristika, komplikasjoner til prosedyre, behov for ny behandling og overlevelse. Tumors lokalisasjon, størrelse og type, samt omfang av sykdommen ble også registrert.

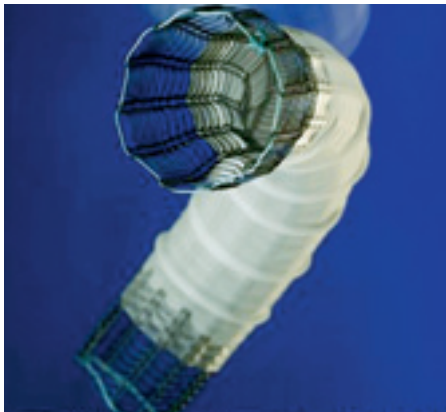
Materiale og metode

Ved gjennomgang av sykehusets database på prosedyrekode JCF 12 (endoskopisk innleggelse av stent) og diagnosekoder (oesophagus-cancer, cardiacancer og oesophagusstenose i ICD 9 og ICD 10) ble det funnet 37 pasienter som til sammen fikk innlagt 48 stenter i perioden januar 1997 til mai 2004 på grunn av malign stenose.

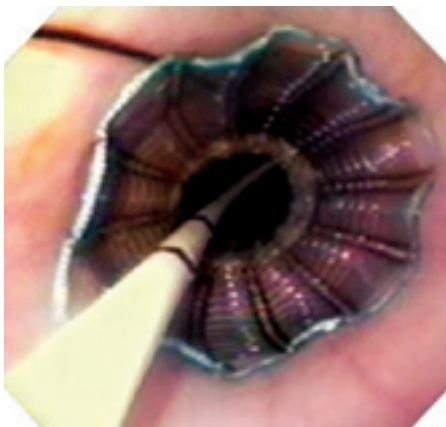
Alle stentene har vært selvekspanderende metallstenter lagt inn endoskopisk med hjelp av røntgen gjennomlysning. Pasientene har fått intravenøs sedasjon og analgesi i form av midazolam og petidin. Bortsett fra to stenter (Silky, Stentech) har alle vært av type Ultraflex (Boston Scientific, Paris, Frankrike) (fig 1). Ved stenoser lokalisert opp mot øvre oesophagussfinkter er stenter med proksimal utløsning blitt anvendt da dette gir bedre kontroll over plassering mot sfinkter. Om nødvendig er åpning av stenosen blitt utført med argonplasmakoagulering (APC) og dilatasjon. Posisjonen av stentene er blitt kontrollert endoskopisk (fig 2) og radiologisk. Pasientene har vært holdt fastende i fire timer etter prosedyren, deretter fått drikke, og fra neste dag fått tilbud om nor-

! Hovedbudskap

- Innleggelse av stent i oesophagus og cardia medfører få komplikasjoner og gir god palliasjon ved malign dysfagi
- Median levetid er tre måneder etter innleggelse av stent



Figur 1 Ultraflex stent. © Boston Scientific Corporation, gjengitt med tillatelse



Figur 2 Endoskopisk bilde av innlagt stent med introduser. © Boston Scientific Corporation, gjengitt med tillatelse



Figur 3 Innvekst/overvekst i en Ultraflex oesofagusstent

mal kost. De er blitt observert i en til to dager ved sykehuset for å se at de kan begynne å spise. Det har etter utskrivning ikke vært rutinemessige kontroller, men pasientene har tatt kontakt ved residiv av dysfagi eller andre plager.

Resultater

26 av de 37 pasientene i vårt materiale var menn, median alder for hele gruppen var 71 år (spredning 37–92 år). 16 pasienter hadde plateepitelkarzinom, 17 adenokarzinom og fire cancer med ikke-klassifiserbar histologi. Gjennomsnittlig stenose lengde var 5,6 cm (2–11 cm), og 17 av pasientene hadde påvist metastaser ved tidspunkt for innleggelse av stent, sju i lever. Totalt ble det utført 48 prosedyrer med stentinnleggelse. Ni pasienter hadde fått innlagt to stenter, en hadde fått tre. En av disse innleggelsene skyldtes glidning av stent, mens det for resten var innvekst og overvekst (fig 3). I disse tilfellene ble det lagt inn en ny stent som overlappet den gamle.

I ni tilfeller er strålebehandling blitt utført i tillegg til innleggelse av stent. Fire pasienter var initialt blitt operert og fikk senere innlagt stent pga. residiv. Det ble benyttet 27 dekkede og 11 udekkede stenter, for ti stenter mangler angivelse. Vanligste lengde var 10 cm.

En pasient døde samme dag som stent ble lagt inn. Det ble ikke utført obduksjon, og man kan ikke utelukke relasjon til prosedyren. Utover dette har vi ikke observert alvorlige prosedyrerelaterte komplikasjoner som perforasjon eller blødning. Smarter i thorax relatert til utvidelse av stent har vært vanlig

basert på vår erfaring, men er ikke rutinemessig registrert. Pasientene har i median vært i kontakt med sykehuset to ganger etter innleggelse av stent. Første kontakt med sykehuset etter innleggelse av stent var etter median 25 dager (tab 1). For 20 av pasientene var årsaken residiv av dysfagi, en pasient hadde en sivblødning, mens seks pasienter kom med andre plager, fortrinnsvis grunnet redusert allmenntilstand. Seks pasienter hadde vi ikke mer kontakt med. Ved udekkede stenter har man sett innvekst av tumor gjennom metallnettingen. Overvekst av tumor, over eller under stenten, er blitt observert ved alle typer stenter. Ikke-prosedyrerelatert blødning fra tumor er registrert hos fire pasienter. Begge tilstander er primært blitt behandlet med argonplasmakoagulasjon, i noen tilfeller med ny stent.

Median levetid etter innleggelse av stent var 88 dager. Pasienter over 70 år ved stentinnleggelse levde i median 106 dager mot 74 for dem på 70 år eller yngre. Pasientene med plateepitelkarzinom hadde kortest levetid med 72 dager mot 92 dager for dem med adenokarzinom. Derimot levde de med kreft distalt for 32 cm like lenge som de med mer proksimalt beliggende svulst (89 henholdsvis 88 dager). Det var samme levetid for pasienter med påviste metastaser og de uten (81 henholdsvis 82 dager).

Diskusjon

Innleggelse av stent i oesofagus ved oesofagus cancer kan bidra til at pasientene raskt får bedret sin svelgefunksjon. Vår gjennomgang mangler dokumentasjon på livskvalitet, men det er sannsynlig at en bedret svelgefunksjon har betydning både for livskvalitet og ernæringsstatus. En pasient døde samme dag som innleggelse av stent ble foretatt. Ingen andre prosedyrerelaterte komplikasjoner er registrert. Materialet fra Ullevål universitetssykehus (14) viste et tilsvarende antall komplikasjoner. Internasjonale materialer har vist en betydelig høyere komplikasjonsfrekvens, 15–30% (10, 12, 15). Tallene våre må anses som minimumstall og vurderes med bakgrunn i en retrospektiv undersøkelse.

Tid fra diagnose til innleggelse av stent var i dette materialet 35 dager. Hos pasienter med kreft i spiserøret og svelgevansker som blir tilbudt palliativ behandling, bør innleggelse av stent vurderes tidlig. En median levetid på tre måneder etter innleggelse av stent kan sammenliknes med internasjonale materialer (10–12, 15) og materialet fra Ullevål universitetssykehus (14). Det synes interessant at eldre over 70 år og pasienter med påviste metastaser ikke hadde kortere levetid enn andre.

Metoden som er benyttet ved innleggelse krever endoskopisk kompetanse, men er under slike forutsetninger godt egnet også utenfor regionsykehus. Endoskopører med erfaring i intervensjon bør kunne utføre prosedyren. Ved enkelte andre sentre er innleg-

Tabell 1 Funn. Alle tall angir median og spredning

Dager fra diagnose til innleggelse av stent	35 (2–384)
Antall kontakter etter innleggelse av stent	2 (0–13)
Dager fra innleggelse av stent til ny kontakt	24,5 (1–146)
Antall pasienter med innleggelse av flere stenter	10
Antall dager til ny stent	126 (4–268)
Antall dager fra diagnose til død	169 (19–576)
Antall dager fra innleggelse av første stent til død	88 (0–445)

gelse av stent i oesophagus og cardia blitt utført av radiolog uten endoskopi (6, 14). Lokal kompetanse og tradisjon vil ha betydning for valg av metode. Vi anser det viktig at endoskopørene tar opp denne metoden og får erfaring med innleggelse av selvekspanderende metallstenter. Fordelen ved å legge stentene endoskopisk vil være en mulig forbehandling med argonplasmakoagulasjon og dilatasjon. Legen får også en direkte kontroll av innleggelsen utover gjennomlysningen. Reintervensjoner utføres dessuten i all hovedsak endoskopisk. Metoden anvendes også i andre deler av mage-tarm-kanalen. Et nært tverrfaglig samarbeid mellom endoskopør, radiolog og onkolog vil være fordelaktig, både for behandlingsindikasjon og for behandlingsstrategi.

Internasjonalt er det utført prospektive studier vedrørende stentinnleggelse i oesophagus (12, 13). Vi mener det er behov for

flere slike studier nasjonalt og kanskje i Skandinavia der man setter søkelyset på grad av dysfagi før og etter innlagt stent og spesielt på livskvalitet.

Manuskriptet ble godkjent 5.4. 2006.

Litteratur

1. Kreft i Norge 2003. Oslo: Kreftregisteret, 2005.
2. Allen JW, Richardson JD, Edwards MJ. Squamous cell carcinoma of the esophagus: a review and update. *Surg Oncol* 199; 6: 193–200.
3. Mitton D, Ackroyd R. Oesophageal stenting. *Scand J Gastroenterol* 2005; 40: 1–14.
4. Fleicher D. Four things to recall about esophageal cancer. *Endoscopy* 1998; 30: 311–2.
5. Kaneko K, Ito H, Konishi K et al. Implantation of self-expanding metallic stent for patients with malignant stricture after failure of definitive chemoradiotherapy for T3 or T4 esophageal squamous cell carcinomas. *Hepatogastroenterology* 2002; 49: 699–705.
6. Morgen R, Adam A. Use of metallic stents and balloons in the esophagus and gastrointestinal tract. *J Vasc Interv Radiol* 2001; 12: 283–97.
7. Bergquist H, Wenger U, Johnsson E et al. Stent insertion or endoluminal brachytherapy as palliation of patients with advanced cancer of the esophagus and gastroesophageal junction. Results of a randomized, controlled clinical trial. *Dis Esophagus* 2005; 18: 131–9.
8. Frimberger E. Expanding spiral: a new type of prosthesis for the palliative treatment of malignant esophageal stenosis. *Endoscopy* 1983; 15 (suppl 1): 213–4.
9. Knyrim K, Wagner HJ, Bethge N et al. A controlled trial of an expansile metal stent for palliation of esophageal obstruction due to inoperable cancer. *N Engl J Med* 1993; 329: 1302–7.
10. Tomaselli F, Maier A, Sankin O et al. Ultraflex stent – benefits and risks in ultimate palliation of advanced, malignant stenosis in the esophagus. *Hepatogastroenterology* 2004; 51: 1021–6.
11. Yajima K, Kanda T, Nakagawa S et al. Self-expandable metallic stents for palliation of malignant esophageal obstruction: special reference to quality of life and survival of patients. *Dis Esophagus* 2004; 17: 71–5.
12. Kawasaki R, Sano A, Matsumoto S. Long-term outcomes and complications of metallic stents for malignant esophageal stenoses. *Kobe J Med Sci* 2003; 49: 133–42.
13. Sabharwal T, Hamady MS, Chui S et al. A randomized prospective comparison of the Flamingo Wallstent and Ultraflex stent for palliation of dysphagia associated with lower third oesophageal carcinoma. *Gut* 2003; 52: 922–6.
14. Johnson E, Gjerlaug BE, Holck-Steen A et al. Kirurgi og stenting for cancer oesophagi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 286–8.
15. Wenger U, Luo J, Lagergren J. A nationwide study of the use of self-expanding stents in patients with esophageal cancer in Sweden. *Endoscopy* 2005; 37: 329–34.