
Tre primære stenter ved langstrakt cancer oesophagi

KLINIKK OG FORSKNING

ØISTEIN HOVDE

BJØRN OLAV ÅSVOLD

Medisinsk avdeling

ERIK HOLSTAD

Oppland sentralsykehus, Avdeling Gjøvik

2819 Gjøvik

Radiologisk avdeling

De fleste tilfeller av cancer oesophagi er ikke operable på diagnosetidspunktet. Dysfagi er det vanligste symptomet. Dysfagi forårsaket av cancer oesophagi kan behandles med bl.a. laserablasjon og selvekspanderende metallstenter. Selvekspanderende metallstenter finnes i to ulike typer: dekkede og udekkede. Udekkede stenter har den ulempen at tumor kan vokse gjennom stenten. Tumorinnvekst gjennom stent kan behandles med laserablasjon eller argonplasmakoagulasjon.

Vi presenterer en 54 år gammel mann med cancer oesophagi med metastaser. På grunn av dysfagi fikk han selvekspanderende stenter i oesophagus. Primærtumor var langstrakt, 23 cm ved stentinnsettingen. Pasienten fikk tre stenter à 10 cm. Pasienten fikk god svelgefunksjon og ingen fremmedlegemefølelse, smerte eller sur dyspepsi. Det ble benyttet udekkede stenter. Tumorinnvekst ble behandlet med argonplasmakoagulasjon.

Hos denne pasienten, med en lang svulst, førte bruk av tre stenter til redusert dysfagi.

Årlig insidens av cancer oesophagi i Norge i perioden 1993 – 97 var 3,3 per 100 000 menn og 0,9 per 100 000 kvinner (1). Røyking og høyt alkoholforbruk er blant risikofaktorene, særlig for utvikling av plateepitelkarsinom (2). De fleste tilfeller er ikke operable på diagnosetidspunktet (3, 4).

Femårsoverlevelsen er 5 – 15 % (5, 6). Selv hos pasienter som opereres i kurativt øyemed, er femårsoverlevelsen bare 20 % (7). Følgelig har palliativ behandling en stor plass (8). Etter hvert som svulsten vokser, vil de fleste pasientene få vanskeligheter med å svelge (9). I denne fasen tar lindrende behandling sikte på å holde spiserøret åpent slik at pasientene kan svelge. En nokså hyppig brukt behandlingsmåte er stenting. Vi beskriver et tilfelle der langstrakt stenting var nødvendig.

Pasienten. 54 år gammel mann, storøyker og med et mangeårig alkoholmisbruk. Han hadde to ganger vært innlagt for brystsmarter uten holdepunkter for koronarsykdom. Den siste tiden hadde han hatt økende dysfagi og den siste måneden et vekttap på ca. 10 kg. Ved gastroskopi fant man en ulcerert, polypøs tumor som strakte seg fra rett ovenfor cardia og 12 – 13 cm oppover i oesophagus. Biopsier viste ikke-forhornet plateepitelkarsinom med infiltrasjon av glatt muskulatur.

CT thorax viste multiple bilaterale lungemetastaser og muligens lymfeknutemetastaser i mediastinum, samt en ekspansiv prosess i øvre mediastinum, 5,5 cm i diameter. Pasienten kunne derfor ikke opereres. Han kunne på dette tidspunktet spise alt unntatt kjøtt. Man valgte å avvente palliativ behandling til dysfagien ble mer uttalt.

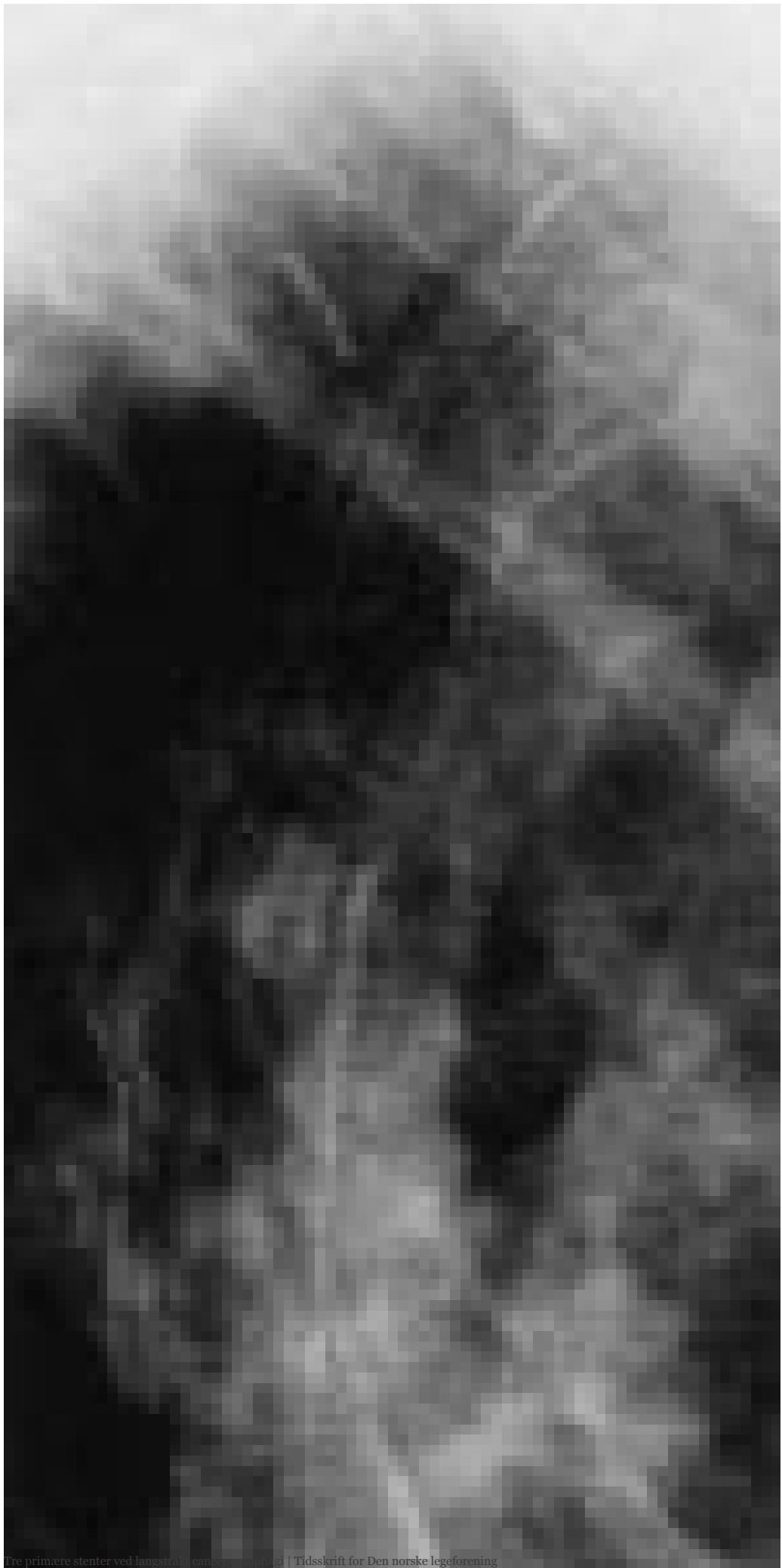
De følgende månedene tiltok pasientens dysfagi, men han kunne fremdeles spise suppe og most mat. Han var også plaget av dyspné og fikk påvist en patologisk fraktur av høyre trochanter minor.

Fire måneder etter diagnostidspunktet fikk pasienten brått økt dysfagi: Han hadde problemer med å svelge tabletter og var plaget med sliming. Tumor var nå 23 cm lang, bedømt ut fra CT-bilder og endoskopi. Oesophagus ble blokket til 15 mm. To stenter av udekket type (Ultraflex, Microvasive, Boston Scientific Corporation), hver på 10 cm, ble lagt distalt i oesophagus med 2 cm overlapping (fig 1). Pasienten hadde etter dette mindre dysfagi, men det gjenstod 5 cm av stenosen proksimalt i oesophagus som ikke var dekket av stent. En uke senere ble derfor en tredje stent av samme type satt inn. Proximale begrensning av denne stenten ble liggende ca. 2 cm distalt for øvre oesophagusmunn (fig 2). Nå hadde pasienten ingen dysfagi. Han hadde ingen fremmedlegemefølelse eller smerte av stentene og heller ingen dyspné, men fortsatt noe sliming.





Figur 1 De to kaudale stentene er anlagt med et par centimeters overlapping og enden godt nedenfor cardia





Figur 2 Alle tre stenter er på plass, og hele tumor er dekket

Det ble ved siste stenting sett tumorinnvekst gjennom den distale stenten. Denne ble behandlet med argonplasmakoagulasjon.

Pasienten døde hjemme fem måneder etter diagnosetidspunktet og tre uker etter siste stenting. Obduksjon ble ikke foretatt.

Diskusjon

Det finnes flere muligheter for palliativ behandling av pasienter med cancer oesophagi, bl.a. blokking, plastproteser, selvekspanderende metallstenter, strålebehandling, laserablasjon og argonplasmakoagulasjon. Laserablasjon og stenting er de vanligste metodene i vestlige land (4, 10). Hensikten med behandlingen er å redusere pasientens dysfagi. Samtidig bør behandlingen innebære liten risiko for komplikasjoner. Disse pasientene har svært begrenset levetid, og behandlingen bør innebære minst mulig tid i sykehus og færrest mulig reintervensjoner (8). Ingen av behandlingsmodalitetene oppfyller alle disse kravene fullt ut (5).

Endoprotreser med fast diameter har vært tilgjengelige lenge, men har medført komplikasjoner som høy perforasjonsrate og høy prosedyrerelatert dødelighet (3). Selvekspanderende metallstenter har vært tilgjengelige siden 1990 og er lettere å plassere (10), har lavere perforasjonsrisiko (3, 10) og fører til bedre palliasjon (10). Men disse metallstentene er dyrere, vanskeligere å flytte eller fjerne og har en høyere reintervensjonsrate enn plaststenter (10).

Selvekspanderende stenter er prinsipielt av to typer: dekkede og udekkede (covered og uncovered). Udekkede stenter, som ikke består av annet enn et metallnettverk, har den ulempen at tumorvev kan vokse inn gjennom nettverket. I dekkede stenter er metallnettverket dekket av en polyuretanmembran. Dekkede stenter medfører derfor mindre problemer med tumorinnvekst (4, 10), men forekomsten av migrasjon er større sammenliknet med udekkede stenter (10, 11). Det er vist at dekkede stenter medfører lavere reintervensjonsrate enn udekkede stenter (8). Der det foreligger trakeoøsofageale fistler, anbefales dekkede stenter (4, 8). Både ved bruk av dekkede og udekkede stenter kan reintervensjon bli nødvendig pga. tumorovervekst ved endene av stenten (4, 10). Lange stenter reduserer risikoen for tumorovervekst (7), men medfører at en større del av oesophagus blir aperistaltisk, og man kan tenke seg at motiliteten derfor blir dårligere (11). Både tumorinnvekst og tumorovervekst kan behandles med restenting, dvs. nedsetting av en ny stent (7). Tumorinnvekst gjennom stenter kan dessuten behandles med laser eller argonplasmakoagulasjon (12).

Strikturer i den cervikale delen av oesophagus, dvs. 0 – 2 cm distalt for øvre oesophagusmunn, er vanskelige å behandle. Laserbehandling kan være risikabelt og gir ikke tilfredsstillende resultater (6). Stenter i denne delen har vært benyttet med varierende resultat; noen pasienter har vært plaget med fremmedlegemefølelse og/eller smerte (6).

Studier viser at opptil 17 % av pasientene som får stenter i oesophagus, initialt trenger to stenter, enten for å dekke en lang striktur eller fordi den første stenten ikke kom i optimal posisjon (11). Det spesielle med vår pasient var at han hadde en svært langstrakt tumor og derfor trengte langstrakt stenting. Pasienten kunne spise vanlig mat som kjøtt og poteter og fikk ingen fremmedlegemefølelse, smerte eller sur dyspepsi.

LITTERATUR

1. Cancer in Norway 1997. Oslo: Kreftregisteret, Institutt for epidemiologisk kreftforskning, 2000.
2. Zambon P, Talamini R, La Vecchia C, Dal Maso L, Negri E, Tognazzo S et al. Smoking, type of alcoholic beverage and squamous-cell oesophageal cancer in northern Italy. *Int J Cancer* 2000; 86: 144 – 9.
3. Lam YH, Chan A, Lau J, Lee D, Ng E, Wong S et al. Self-expandable metal stents for malignant dysphagia. *Aust NZ J Surg* 1999; 69: 668 – 71.
4. Rajjman I, Siddique I, Ajani J, Lynch P. Palliation of malignant dysphagia and fistulae with coated expandable metal stents: experience with 101 patients. *Gastrointest Endosc* 1998; 48: 172 – 9.
5. Gevers AM, Macken E, Hiele M, Rutgeerts P. A comparison of laser therapy, plastic stents, and expandable metal stents for palliation of malignant dysphagia in patients without a fistula. *Gastrointest Endosc* 1998; 48: 383 – 8.
6. Conio M, Caroli-Bosc F, Demarquay JF, Sorbi D, Maes B, Delmont J et al. Self-expanding metal stents in the palliation of neoplasms of the cervical esophagus. *Hepatogastroenterology* 1999; 46: 272 – 7.
7. Lagattolla NRF, Rowe PH, Andersen H, Dunk AA. Restenting malignant oesophageal strictures. *Br J Surg* 1998; 85: 261 – 3.
8. Hills KS, Chopra KB, Pal A, Westaby D. Self-expanding metal oesophageal endoprostheses, covered and uncovered: a reviews of 30 cases. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10: 371 – 4.
9. Daly JM, Fry WA, Little AG, Winchester DP, McKee RF, Stewart AK et al. Esophageal cancer: results of an American College of Surgeons Patient Care Evaluation Study. *J Am Coll Surg* 2000; 190: 562 – 72.
10. Watson A. Self-expanding metal oesophageal endoprostheses: which is best? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10: 363 – 5.
11. Nelson D. The Wallstent I and II for malignant esophageal obstruction. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1999; 9: 403 – 12.
12. Grund KE, Storek D, Zindel C, Becker HD. Hochflexible selbstexpandierende Metallgitterstents: Neuartige Palliativtherapie der malignen Dysphagie. *Z Gastroenterol* 1995; 33: 392 – 8.

Publisert: 20. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 18. februar 2026.