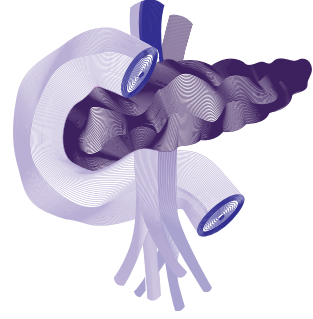


Bölüm 33

Pankreas Cerrahisinde Operabilite



Ali İmran KÜÇÜK¹

Giriş:

Pankreas kanseri, ABD’de kanserden ölüm nedenleri içerisinde dördüncü sırada bulunur ve beş yıllık yaşam şansı, evre ayırt etmeksizin yaklaşık olarak %7 dir (1). Pankreas kanserinin prognozunun zayıf olması tümörün yakınındaki kritik vasküler ve nöral dokuları infiltre etmesinden, hastalığın agresif biyolojiye sahip olmasından ve karaciğer ile peritona hastalığın erken dönemlerinde metastaz yapabilmesinden kaynaklanmaktadır. Lokalize hastalığa sahip olduğu düşünülüp operasyona alınan hastaların yaklaşık olarak %40-50’sinde cerrahi sonrası mikroskopik pozitiflik (R1) görülecektir (2). Total olarak rezekte edilemeyen veya cerrahi sınır pozitif hastalarda (rezidüel mikroskopik (R1) ya da rezidüel makroskopik (R2)) ortalama yaşam süresi metastatik hastalıkla benzerdir ve cerrahi operasyondan yarar görmezler. Bundan dolayı pankreas kanserli hastaların operasyon öncesi tetkiklerinin değerlendirilmesi ve operasyona alınabilecek hastaların ayırt edilmesi önem arz etmektedir.

Operabilite kavramı kanser vakaları için geçerli olduğundan bu bölümde ağırlıklı olarak pankreasın malign hastalıklarında operabilite kriterleri değerlendirilecektir.

¹ Op. Dr. Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği, drkucuk64@hotmail.com

nın klinikler arasında zaman kaybetmesine ve bu esnada hastalığın evresinin ilerlemesine neden olmaktadır. Tüm radyoloji raporları aynı şablon şeklinde olmalıdır. Bu şablonda; tümörün lokasyonu, boyutu, vasküler tutulumun olup olmaması (çölyak trunkus, SMA, hepatic arter, PV, SMV), arteriyel varyasyonlar, lenf nodlarındaki tutulum ve uzak metastazlardan bahsedilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(1):7-30.
2. Oettle H, Neuhaus P, Hochhaus A, et al. Adjuvant chemotherapy with gemcitabine and long-term outcomes among patients with resected pancreatic cancer: the CONKO-001 randomized trial. *JAMA.* 2013;310(14):1473-81.
3. Chun YS, Pawlik TM, Vauthey JN. 8th edition of the AJCC cancer staging manual: pancreas and hepatobiliary cancers. *Ann Surg Oncol.* 2018;25:845-7
4. Chatzizacharias NA, Tsai S, Griffin M, et al. Locally advanced pancreas cancer: staging and goals of therapy. *Surgery.* 2018;163:1053-62.
5. Al-Hawary MM, Francis IR, Chari ST, et al. Pancreatic ductal adenocarcinoma radiology reporting template: consensus statement of the society of abdominal radiology and the american pancreatic association. *Gastroenterology.* 2014;146(1):291-304.e1.
6. Pietryga JA, Morgan DE. Imaging preoperatively for pancreatic adenocarcinoma. *J Gastrointest Oncol.* 2015;6(4):343-57.
7. de la Santa LG, Retortillo JA, Miguel AC, et al. Radiology of pancreatic neoplasms: an update. *World J Gastrointest Oncol.* 2014;6(9):330-43.
8. Patel BN, Olcott E, Jeffrey RB. Extrapancreatic perineural invasion in pancreatic adenocarcinoma. *Abdom Radiol (NY).* 2018;43:323-31.
9. NCCN clinical practice guidelines in oncology for pancreatic adenocarcinoma. Version 3.2017-September 11, 2017. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pancreatic.pdf
10. Raman SP, Chen Y, Fishman EK. Cross-sectional imaging and the role of positron emission tomography in pancreatic cancer evaluation. *Semin Oncol.* 2015;42(1):40-58.
11. Motosugi U, Ichikawa T, Morisaka H, et al. Detection of pancreatic carcinoma and liver metastases with gadoteric acid-enhanced MR imaging: comparison with contrast-enhanced multi-detector row CT. *Radiology.* 2011;260(2):446-53.
12. Lee JK, et al. Prediction of vascular involvement and resectability by multidetector-row CT versus MR angiography in patients who underwent surgery for resection of pancreatic ductal adenocarcinoma. *Eur J Radiol.* 2010;73(2):310-6.
13. Tamm EP, et al. Staging of pancreatic cancer with multidetector CT in the setting of preoperative chemoradiation therapy. *Abdom Imaging.* 2006;31(5):568-74.
14. Fatima J, et al. Pancreatoduodenectomy for ductal adenocarcinoma: implications of positive margin on survival. *Arch Surg.* 2010;145(2):167-72.
15. Nagakawa T, et al. Patterns of neural and plexus invasion of human pancreatic cancer and experimental cancer. *Int J Pancreatol.* 1991;10(2):113-9.
16. Katz MH, et al. Borderline resectable pancreatic cancer: the importance of this emerging stage of disease. *J Am Coll Surg.* 2008;206(5):833-46; discussion 846-8.

17. Christians KK, et al. Neoadjuvant FOLFIRINOX for borderline resectable pancreas cancer: a new treatment paradigm? *Oncologist*. 2014;19(3):266-74.
18. Humphris JL, Chang DK, Johns AL, et al. The prognostic and predictive value of serum CA19.9 in pancreatic cancer. *Ann Oncol*. 2012;23(7):1713-22.
19. Cooper AB, Parmar AD, Riall TS, et al. Does the use of neoadjuvant therapy for pancreatic adenocarcinoma increase postoperative morbidity and mortality rates? *J Gastrointest Surg*. 2015;19:80-6; discussion 86-7.
20. Mokdad AA, Minter RM, Zhu H, et al. Neoadjuvant therapy followed by resection versus upfront resection for resectable pancreatic cancer: a propensity score matched analysis. *J Clin Oncol*. 2016;35:515-22.