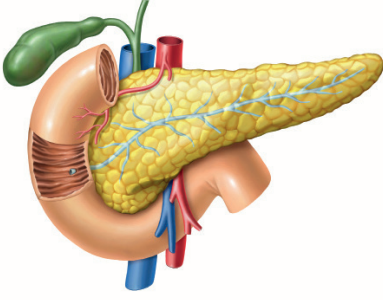


BÖLÜM 40



PANKREAS TÜMÖRLERİNDE PALYATİF TEDAVİLER

Onur SAKALLI¹

GİRİŞ

Pankreas kanseri tanısı hastaların %80'lik kısmında hastalık lokal ileri veya metastatik hale geldiğinde mümkün olmaktadır. Bu sebeple prognoz hastaların büyük kısmında kötüdür. 5 yıllık sağ kalım %9 düzeyindedir ve kansere bağlı ölümlerde 4.sırada yer almaktadır(1,2). Hastaların tanı anında genellikle küratif tedavi şansını kaybetmiş olmaları palyatif tedavinin önemini arttırmaktadır. Palyatif tedavide amaç hastalığın ortaya çıkardığı semptomlarla mücadele ederek hasta ve ailesi için olabilecek en iyi hayat kalitesini sağlamaya çalışmaktır. Pankreas kanserinde palyatif tedavinin ana başlıkları hastalığa bağlı ortaya çıkan sarılık, mide çıkış obstrüksiyonu, ağrı ve kaşeksinin tedavisidir. Ayrıca hastalığın ortaya çıkardığı psikolojik sorunlar da palyatif tedavide mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve tedavisi sağlanmalıdır(2,3,4).

SARILIK

Pankreas kanseri sıklıkla (%60-70) pankreas başında lokalizedir. Bu sebeple obstrüktif sarılık çoğu hastada karşımıza çıkmaktadır. Unrezeke-table hastaların %51-72'sinde ilk başvuru anında sarılık mevcuttur. Hastaların %81'inde hastalığın seyri sırasında sarılık görülür. Biliyer obstrük-

siyon kaşıntı ve yağ malabsorbsiyonuna neden olur. Buna bağlı gelişen anoreksiya ve diyare, malnütrisyon ve kaşeksiyi arttırır. Ayrıca yağda çözünen vitaminlerin emilimi bozulur. K vitamini eksikliğine bağlı koagülopati görülebilir. Uzun süre devam eden biliyer obstrüksiyon kolanjit, karaciğer fonksiyon bozukluğu ve karaciğer yetmezliği riskini arttırmaktadır. Sarılık için palyasyon uygulanmayan pankreas kanserli hastaların %38'den fazlası biliyer obstrüksiyon komplikasyonları sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Bu sebeple pankreas kanserinde ortaya çıkan sarılığın tedavisi oldukça önemlidir.

Sarılığın düzeltilmesinde günümüzde cerrahi drenaj, endoskopik stentleme, radyolojik (perkütan transhepatik) stentleme yöntemleri kullanılabilir.

Cerrahi drenaj amacıyla en sık koledokoenterostomi uygulanmakla birlikte hepatojejunostomi ve kolesistoenterostomi yöntemleri de kullanılabilir. Kolesistoenterostomide koledokoenterostomiye göre daha yüksek mortalite (%20 - %14) ve daha düşük başarı oranı (%93 - %50) görülmektedir.

Gelişen teknoloji ile birlikte özellikle 1990'lar itibariyle endoskopik girişimlerin uygulanabilirliği önemli ölçüde artmıştır. Pankreaslı kanserli hastalarda ortaya çıkan biliyer obstrüksiyonun

¹ Uzm. Dr., Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, onurskll@hotmail.com

lar ve bunların palyatif tedavilerinde uygulanabilecek yöntemler iyi bilinmelidir.

KAYNAKLAR

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020 Jan;70(1):7-30.
2. Perone JA, Riall TS, Olino K. Palliative Care for Pancreatic and Periampullary Cancer. *Surg Clin North Am.* 2016 Dec;96(6):1415-1430.
3. Kılıçturgay S., Sarkut P. Pankreas Tümörlerinde Palyatif Tedavi. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics* 2015;8(4)
4. Adiwinata R, Livina A, Waleleng BJ. Palliative Management of Advanced Pancreatic Cancer: The Role of Gastroentero-hepatologist. *Acta Med Indones.* 2020 Apr;52(2):185-191.
5. Kneuert PJ, Cunningham SC, Cameron JL. Palliative surgical management of patients with unresectable pancreatic adenocarcinoma: trends and lessons learned from a large, single institution experience. *J Gastrointest Surg.* 2011 Nov;15(11):1917-27.
6. Stark A, Hines OJ. Endoscopic and operative palliation strategies for pancreatic ductal adenocarcinoma. *Semin Oncol.* 2015 Feb;42(1):163-76.
7. Huguier M, Baumel H, Manderscheid JC. Surgical palliation for unresected cancer of the exocrine pancreas. *Eur J Surg Oncol.* 1993;19: 342-7.
8. Sarfeh IJ, Rypins EB, Jakowatz JG. A prospective, randomized clinical investigation of cholecystoenterostomy and choledochenterostomy. *Am J Surg.* 1988;155:411-4.
9. Dumonceau JM, Tringali A, Blero D. Biliary stenting: indications, choice of stents and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline. *Endoscopy.* 2012;44: 277-98.
10. Maire F, Sauvanet A. Palliation of biliary and duodenal obstruction in patients with unresectable pancreatic cancer: endoscopy or surgery? *J Visc Surg* 2013;150(3 Suppl):S27-31.
11. House MG, Choti MA. Palliative therapy for pancreatic/biliary cancer. *Surg Clin North Am* 2005;85(2):359-71.
12. Kneuert PJ, Cunningham SC, Cameron JL. Palliative surgical management of patients with unresectable pancreatic adenocarcinoma: trends and lessons learned from a large, single institution experience. *J Gastrointest Surg.* 2011 Nov;15(11):1917-27.
13. Nakakura EK, Warren RS. Palliative care for patients with advanced pancreatic and biliary cancers. *Surg Oncol.* 2007 Dec;16(4):293-7. doi: 10.1016/j.suronc.2007.08.003. Epub 2007 Sep 14. PMID: 17855076.
14. Navarra G, Musolino C, Venneri A. Palliative antecolic isoperistaltic gastrojejunostomy: a randomized controlled trial comparing open and laparoscopic approaches. *Surg Endosc.* 2006 Dec;20(12):1831-4.
15. Lillemoe KD, Cameron JL, Hardacre JM. Is prophylactic gastrojejunostomy indicated for unresectable periampullary cancer? A prospective randomized trial. *Ann Surg* 1999;230(3):322-8.
16. Van Heek NT, DeCastro SM, van Eijck CH. The need for a prophylactic gastrojejunostomy for unresectable periampullary cancer: a prospective randomized multicenter trial with special focus on assessment of quality of life. *Ann Surg* 2003;238(6):894-902.
17. Gurusamy KS, Kumar S, Davidson BR. Prophylactic gastrojejunostomy for unresectable periampullary carcinoma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(2):CD008533.
18. Rudolph HU, Post S, Schlüter M. Malignant gastroduodenal obstruction: retrospective comparison of endoscopic and surgical palliative therapy. *Scand J Gastroenterol* 2011;46(5):583-90.
19. Jeurnink SM, Steyerberg EW, van Hooft JE. Surgical gastrojejunostomy or endoscopic stent placement for the palliation of malignant gastric outlet obstruction (SUSTENT study): a multicenter randomized trial. *Gastrointest Endosc* 2010; 71(3):490-9.
20. Lohse I, Brothers SP. Pathogenesis and Treatment of Pancreatic Cancer Related Pain. *Anticancer Res.* 2020 Apr;40(4):1789-1796.
21. Wong GY, Schroeder DR, Carns PE. Effect of neurolytic celiac plexus block on pain relief, quality of life, and survival in patients with unresectable pancreatic cancer: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291(9):1092-9.
22. Erdek MA, King LM, Ellsworth SG. Pain management and palliative care in pancreatic cancer. *Curr Probl Cancer* 2013;37(5):266-72.
23. Fazal S, Saif MW. Supportive and palliative care of pancreatic cancer. *JOP* 2007; 8(2):240-53.
24. Uomo G, Gallucci F, Rabitti PG. Anorexiacachexia syndrome in pancreatic cancer: recent development in research and management. *JOP* 2006;7(2):157-62
25. Wigmore SJ, Barber MD, Ross JA et al. Effect of oral eicosapentaenoic acid on weight loss in patients with pancreatic cancer. *Nutr Cancer* 2000;36(2): 177-84
26. Khorana AA, Fine RL. Pancreatic cancer and thromboembolic disease. *Lancet Oncol* 2004;5(11):655-63.
27. Lee AY, Levine MN, Baker RI, et al. Low-molecular-weight heparin versus a coumarin for the prevention of recurrent venous thromboembolism in patients with cancer. *N Engl J Med* 2003;349(2):146-53.