

Tolga AKÇAM²²

GİRİŐ

Karaciğer nakli , Hepatosellüler Kanser (HCC) dışı primer veya metastatik karaciğer malignensileri için göz önünde bulundurulabilecek bir tedavi seçeneği olmaya başlamıştır. Ancak konunun çok yeni olması sebebi ile literatürde geniş seriler bulunmamaktadır (1,2)

HCC dıŐında kolorektal kanser metastazları, kolanjiyokarsinoma, nöroendokrin tümör karaciğer metastazları, hepatoblastoma ve anjiosarkoma gibi bazı malignensilerin tedavisi için farklı başarı oranları ile karaciğer nakli yapılmaktadır (Tablo 1) . Son yıllarda karaciğer nakli alanında artan deneyim , gelişmiş teknolojiler ve canlı vericili karaciğer nakli uygulamaları sayesinde HCC dışı malignitelerinin tedavisinde karaciğer nakli önemli bir seçenek olmuŐtur (1,2).

Çeşitli malignesiler için karaciğer nakillerinin sağladığı faydalar yıllar içerisinde belirgin olarak artış göstermiştir. Karaciğer nakli, yaygın olarak HCC tedavisinde kullanılmakta ve 5 yıllık % 75 sağkalım elde edilse de ; kolorektal kanser karaciğer metastazları, kolonjiokarsinoma, nöroendokrin tümör karaciğer metastazları, hepatoblastoma ve anjiosarkoma gibi bazı malignensilerin tedavisinde de göz önünde bulundurulmaya başlanmıştır. Bu durumun oluşmasında, onkolojik tedavilerde görülen ilerlemelere paralel olarak transplantasyon tekniklerindeki gelişmeler de rol oynamıştır (1-3).

Hepatosellüler Kanser Dışı Malignitelerde Karaciğer Nakli

Kolorektal karsinoma batılı ülkelerde en yaygın görülen malignitelerden birisi olup karaciğer metastazı olasılığı çok yüksektir. Kolorektal kanserin ilk tanı anında % 25 olguda karaciğer metastazı

bulunmaktadır. Loko-rejyonel tedaviler her ne kadar yoğun olarak kullanılsa da cerrahi tedavi halen küratif tedavi olarak önemini korumaktadır.

Son zamanlarda metastazektomi, segmentektomi, lobektomi ve Associating Liver Partitioning and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy (ALLPS) prosedürüne ek olarak karaciğer nakli de gündemde yerini almaya başlamıştır. Cerrahi rezeksiyon sonrası nükslerin çok yüksek oranda olması ve rezektable olmayan olguların çok azında 5 yıllık yaşam sansı yakalanması bu gerekliliğin oluşmasında etken olmuŐtur (1,3,4).

Kolorektal karaciğer metastazları için organ donör havuzu yetersizliği, transplantasyon perioperatif ve postoperatif mortalite yüksekliği nedeni ile transplantasyon , geçmiş yıllarda tedavi seçeneği olarak göz ardı ediliyordu. Ancak son 20 yıl içerisinde gerek canlıdan canlıya ve kadaverik karaciğer naklinde kaydedilen teknik ilerlemeler gerekse de organ donör havuzunun gelişmesi, kolorektal karaciğer metastazlarının cerrahi tedavisinde transplantasyon seçeneğini düşünülür hale getirmiŐtir. Kolorektal kanser karaciğer metastazları için sadece kemoterapi alan

²² Doçent Doktor, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, tlgakcam@yahoo.com

rin tümör karaciğer metastazları için bazı kriterlerin olumlu prognostik faktör olabileceğini göstermişlerdir. Tümörün primer odağının portal vene drene olan organlardan birinde olması, olgunun 50 yaşından küçük olması, tümörün iyi differensiye nitelikte olması, tümörün karaciğerin % 50'den azında yer kaplaması, primer tümörün çıkartılmış ve 6 aydan fazla süredir nüks olmaması, ekstrahepatik metastaz olmaması bu kriterlerdendir. Diğer çalışmalarda ise tümörün nonfonksiyonel olması, Ki-67 poliferasyon indeksinin %5'in altında olması iyi prognostik faktör; primer organın pankreas olması ve lenf nodu metastazı olması kötü prognostik faktör olarak kabul edilmiştir. Çeşitli serilerde 5 yıllık sağkalım % 36-90 arasında belirtilmiş olup yukarıda bahsi geçen Milan kriterlerine uygun olgu serilerinde bu oran ortalama % 90 olarak tespit edilmiştir (8).

Hepatoblastoma çocukluk çağında en yaygın görülen primer karaciğer tümörüdür ve genellikle hayatın ilk 3 yılında teşhis edilir. Tedavisi kemoterapi ve cerrahi kombinasyonundan oluşmaktadır. Tanı anında olguların % 60'a yakını unrezektable durumdadır. Neoadjuvant kemoterapi sıklıkla hastaları cerrahi rezeksiyon sınırına ulaşmasını sağlamaktadır. Ancak olguların %15-20'si halen unrezektable durumda kalabilmekte ve bu olgular için ise karaciğer nakli tedavi seçeneği olarak göz önünde bulundurulabilmektedir. Rezektable olgularda 5 yıllık sağkalım ortalama % 80 civarındadır. Hepatoblastom olgularına uygulanan karaciğer nakli ile ilgili yapılan çalışmalarda ilk zamanlarda 5 yıllık sağkalım % 50' lerde belirtilirken son zamanlarda yayınlanan serilerde bu oran ortalama % 80 olarak güncellenmiştir. Ayrıca hepatoblastoma için canlıdan canlıya ve kadaverik nakil başarı oranları da benzer olarak gösterilmektedir (9,10).

Hepatik anjiosarkomalar çok nadir görülen yumuşak doku sarkomu olup tüm sarkomların % 1'ini , primer karaciğer tümörlerinin % 2' sini oluşturmaktadır. Avrupa kayıtlarından elde edilen verilere göre karaciğer nakli olan 22 olgunun hiçbirisinin 2 yıl yaşamadığı gözlemlendi. Diğer

serilerde ise en uzun sağkalım ortalama 10 ay olarak tespit edildi. Bu nedenle primer hepatik anjiosarkom için karaciğer nakli kontrendike olarak kabul görmüştür (11,12).

Sonuç

Karaciğer nakli HCC dışı primer veya metastatik karaciğer malignensileri için göz önünde bulundurulabilecek bir tedavi seçeneği olmaya başlamıştır. Ancak konunun çok yeni olması sebebi ile literatürde geniş seriler bulunmamaktadır. Zamanla birlikte literatür desteğinin daha artacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hagness M, Foss A, Line PD et al .Liver transplantation for nonresectable liver metastases from colorectal cancer. Ann Surg. 2013 May; 257(5):800-6
2. Sapisochin G, Fernández de Sevilla E, Echeverri J et al .Liver transplantation for cholangiocarcinoma: Current status and new insights. Worl J Hepatol. 2015 Oct 8;7(22):2396-403
3. Dueland S, Guren TK, Hagness M . Chemotherapy or liver transplantation for nonresectable liver metastases from colorectal cancer? Ann Surg. 2015 May;261(5):956-60.
4. Gorgen A, Muaddi H, Zhang W et al. The New Era of Transplant Oncology: Liver Transplantation for Nonresectable Colorectal Cancer Liver Metastases .Can J Gastroenterol Hepatol.2018Jan 10;2018:9531925.
5. Simoneau E, D'Angelica M, Halazun KJ. Liver transplantation for colorectal liver metastasis. Curr Opin Organ Transplant. 2019 Apr;24(2):175-181.
6. Vilchez V, Shah MB, Daily MF et al . Long-term outcome of patients undergoing liver transplantation for mixed hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma: an analysis of the UNOS database. HPB (Oxford). 2016 Jan;18(1):29-34.
7. Goldaracena N, Gorgen A, Sapisochin G. Current status of liver transplantation for cholangiocarcinoma. Liver Transpl. 2018 Feb;24(2):294-303.
8. Shimata K, Sugawara Y , Hibi T. Liver transplantation for unresectable pancreatic neuroendocrine tumors with liver metastases in an era of transplant oncology .Gland Surg. 2018 October; 7(5): 499.
9. Trobaugh-Lotrario AD, Meyers RL, Tiao GM et al .Pediatric liver transplantation for hepatoblastoma. Transl Gastroenterol Hepatol. 2016 May 20;1:44.
10. Kirnap M, Ayvazoglu Soy E, Ozcay F et al . Pediatric Liver Transplant For Hepatoblastoma: A Single-Center Experience. Exp Clin Transplant. 2017 Feb;15(Suppl 1):50-52.

11. Tran Minh M, Mazzola A, Perdigao F et al . Primary hepatic angiosarcoma and liver transplantation: Radiological, surgical, histological findings and clinical outcome. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2018 Feb;42(1):17-23
12. Orlando G , Adam R, Mirza D et al . Hepatic heman-giosarcoma: an absolute contraindication to liver transplantation – the European Liver Transplant Registry experience. Transplantation.2013. 95 (6) , pp. 872-877