

Bölüm 29

SAFRA YOLLARI KANSERİ: RİSK FAKTÖRLERİ, TANI, EVRELEME, SINIFLANDIRMA, TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Mirkhalig JAVADOV¹

GİRİŞ

Safra yolları kanseri tedavisi zor, özellikli ve nadir görülen kötü huylu tümörlerdendir. Safra yolları kanserinin insidansı yapılan otopsi serilerinde yaklaşık %0,3 civarında saptanmıştır. Bu hasta grubunun ortalama tanı yaşı 50 ile 70 yaş aralığındadır. Erkek/ Kadın oranı yaklaşık 1.3/1'dir. Safra yolları kanserinin bir diğer ismi kolanjiokarsinomdur ve safra yollarının herhangi bölgesindeki biliyer epitelden gelişen nadir tümörlerdir. Yapılan araştırmalarda kolanjiokarsinomların yaklaşık üçte ikisinin hepatik kanal bifürkasyonundan kaynaklandığı saptanmıştır. Bu kanser çeşidi ve diğer birçok kanser çeşidinde olduğu gibi cerrahi rezeksiyon kür şansı veren tek tedavi yöntemidir. Tanı konulduktan sonra ilk 1 yıl içerisinde rezeksiyon şansı olmayan hastaların çoğu hayatlarını kaybetmektedir. Maalesef hastaların önemli bir kısmı tanı esnasında zaten ileri evre hastalığa sahip olduğundan cerrahi şansını kaybetmiş durumda başvurmaktadır.^(1,2)

RİSK FAKTÖRLERİ

Safra yolları kanserinin birçok risk faktörleri vardır. Bilinen risk faktörleri arasında primer sklerozan kolanjit, koledok kisti, ülseratif kolit, hepatolitiazis, biliyer-enterik anastomozlar bulunmaktadır. Bunların dışında enfeksiyöz nedenler arasında kronik tifo taşıyıcılığı ve karaciğer parazitleri de bulunmaktadır. Özellikle Clonorchis sinensis ve Opistorchis viverrini gibi safra yolları parazitleri Asyanın bazı bölgelerinde endemik olarak görülmektedir. Ayrıca diyetdeki nitrozaminler, torastrast, digoksine maruz kalmak safra yolları kanseri riskini artıran faktörlerdendir. Belirtilen risk faktörlerin üç ortak özellik üzerinden kansere neden olduğu düşünülmektedir, bunlar safra stazı, taş ve enfeksiyon varlığıdır.^(2,3,4)

PROGNOZ

Kolanjiokarsinom tanılı hastaların büyük bir kısmı hastalığın ileri evrelerinde başvurmaktadır. Cerrahi rezeksiyon şansı bulunmayan hastalarda beklenen yaşam süresi belirgin şekilde kısa olup ortalama beş ile sekiz ay arasındadır. Tam cerrahi rezeksiyon yapılan hastalarda ise beş yıllık ortalama yaşam süresi %10-30 arasındadır. Cerrahi rezeksiyon sonrası tümör nüksü açısından en yüksek risk faktörleri cerrahi sınır pozitifliği ve çıkarılan lenf nodlarında metastatik tutulumdur. Bu hasta grubunda en sık ölüm nedeni hastalığa bağlı karaciğer yetmezliği ve kolanjittir. Nüks hastalık durumunda tedavi için cerrahi tedavinin yeri sınırlıdır, bu durumdaki hastalara cerrahi genellikle palyatif amaçlı yapılmaktadır.⁷

SONUÇ

Sonuç olarak safra yolları kanseri az sıklıkta görülmesine rağmen tedavisi zor bir hastalıktır. İleri basamak sağlık merkezlerinde değerlendirilmesi gereken bu hastaların tedavi seçeneklerinin belirlenmesi mutlidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Tedavi seçenekleri birçok faktörden etkilediğinden hasta yönetimine genel cerrahi ile birlikte radyoloji, girişimsel radyoloji, medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi, gastroenteroloji ve patoloji gibi bölümlerin katılması başarı şansını artırmaktadır. Safra yolları kanserinde tam cerrahi rezeksiyon tek küratif tedavi olduğundan hasta seçiminin iyi yapılması ve cerrahi tecrübenin yüksek olduğu merkezlerde uygulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Safra yolu kanseri, kolanjiokarsinom, Klatskin tümörü, nüks tümör, rezeksiyon

KAYNAKÇA

1. Brunicaudi, F.C, et.al. (2015). *Schwartz's Principles of Surgery* (10th ed., pp. 1335-1340). Mc Graw Hill education
2. Brunicaudi, F.C, et.al. (2015). *Schwartz's Principles of Surgery* (10th edition). *Schwartz Cerrahinin İlkeleri* (M.Mahir Özmen, Çev.Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri
3. Townsend, C.M, et al. (2017). *Sabiston Textbook of Surgery* (20th ed., pp. 1514-1519). PA: Elsevier
4. Yiğitbaşı, R. (2002). Safra yolları kanserleri. *Hepato-bilier sistem ve pankreas hastalıkları sempozyum dizisi no.28 içinde* (s. 205-212)
5. Pitt HA, Dooley WC, Yeo CJ, Cameron JL. Malignancies of the biliary tree. *Curr Probl Surg* 1995; 32:1-90.
6. Nakeeb A, Pitt HA, Sohn TA, et al. Cholangiocarcinoma. A spectrum of intrahepatic, perihilar and distal tumors. *Ann Surg* 1996; 224:463-75.
7. Hadjis NS, Blenkarn JI, Alexander N, et al. Outcome of radical surgery in hilar cholangiocarcinoma. *Surgery* 1990; 107:597-604.