

Bölüm 29

PALYATİF ERCP UYGULAMALARI

Süleyman GÜNAY¹

GİRİŞ

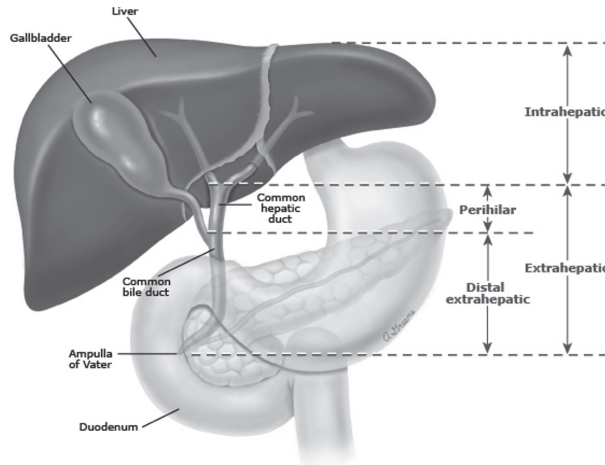
Palyatif ERCP uygulamaları perihiler ve distal ekstrapatik safra yolu malign darlıklarında kullanılır (şekil1) (1). Ekzokrin pankreatik kanserlerin çoğu (yüzde 85), duktal epitelden kaynaklanan adenokarsinomlardır. Cerrahi rezeksiyon potansiyel olarak küratif tek tedavidir. Dünya sağlık örgütünün 2018 yılındaki verisine göre Türkiye de Pankreas kanseri insidansı %6.7'dir (2). Bu durum her yıl yaklaşık 5-6 bin yeni pankreas kanseri tanısı demektir. Bu hastaların sadece %15 ile 20 si cerrahi küratif tedavi için adaydır.

Büyük serilerde bile beş yıllık sağ kalım oranları sadece yüzde 10 ila 25 ve medyan sağ kalımı 10 ile 20 ay arasında değişmektedir. Sonuç olarak beş yıl içinde sağ kalım %6'nın altındadır ve bi-

liyer obstrüksiyon sağ kalım sürelerinin azalması ile ilişkilidir

Kolanjiokarsinomlu hastaların üçte ikisi perihiler olup diğer %25'i distal safra yollarından kaynaklanmaktadır. Biliyer tıkanıklığın hafifletilmesi, sarılık, kaşıntı, anoreksiya, ishal ve bozulmuş uyku düzeni gibi ilişkili semptomlardan kurtulmayı sağlar, böylece yaşam kalitesini artırır (3). Aynı zamanda, toplam bilirubin seviyelerinin, bazı kemoterapi rejimlerinde toksisiteyi önlemek için gerekli olan normalin üst sınırınının 1.5 katından daha az düşmesine izin vererek tedaviyi kolaylaştırabilir (4)

İdeal bir palyatif prosedür, obstrüktif kolesta- zın hafifletilmesi, prosedürle ilgili morbidite ve mortalitenin düşük olması ve dayanıklı palyasyon



Şekil 1

¹ Doktor Öğretim üyesi, Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği
suleyman.gunay@gmail.com

Distal koledok malign darlıklarında stent yerleştirmeden önce çoğu merkez sfinkterektomi uygulaması yapsada bu konu tartışmalıdır. Kimi çalışmalardan elde edilen sonuçlardan dolayı; Sfinkterektomi ile asendan enfeksiyon, stent migrasyonu, kanama ve perforasyon riski nedeni ile önerilmemektedir (14). Öte yandan sfinkterektomi yapmadan takılacak stentin pankreatit yapma riski vardır. Ancak sadece pankreas dışı kanser vakalarının tam kaplı SEMS ile stentlenmesi sonrası pankreatit için prediktif faktör olarak bildirmiştir (15). Sonuçta eğer koledok distalinin malign obstrüksiyonu pankreas kanseri dışındaki bir nedenden kaynaklanıyorsa (distal kolanjiokarsinom, metastazlar) pankreatik kanalın neoplazm ile ilişkisi yoktur ve ana pankreatik kanal intaktır. Bu hastalara stent takmadan önce pankreatit riskine karşı sfinkterektomi yapılması önerilir. Eğer tıkanıklığın sebebi pankreas kanseri ise sfinkterektomi yapmadan stent takılabilir (16).

SONUÇ

ERCP malign hastalıkların palyasyonunda önemli bir role sahiptir. Hem hiler hemde distal koledok malign obstrüksiyonlarının palyasyonunda cerrahi ve gişimsel radyolojik işlemlere tercih edilir. Bu hastaların palyasyonunda hastanın bulunduğu merkezin olanakları ve gastroenterolog deneyimi önemlidir. Safra drenajını sağlamakta plastik veya metal stentler kullanılabilir. Metal stentlerin maliyetli olduğu düşünülse de uygun endikasyonlarda toplam maliyete bakıldığında plastik stentlerden daha kost-efektif olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir. (Plastik stentler daha erken tıkanır, daha çok yeniden endoskopik girişim ve hastaneye yatış oranına sahiptir). Hangi tür stentin kullanılacağı klinik senaryo ve özellikle beklenen yaşam süresine bağlıdır. Endoskopik palyasyonda kullanılacak stent türünden başka tartışmalı konular vardır. Bizmut tip 2 de çift kanal mı tek kanal mı drene edilecek? Bizmut tip 3 veya 4 olan hastalara endoskopik müdahale edilebilir mi? Distal malign obstrüksiyonlarda sfinkterektomi yapılacak mı? gibi tartışmalı konular var. Bu yüzden bu hastaların palyasyonunda gastroenterolog, girişimsel radyolog, tıbbi onkolog ve cerrahın bir ekip olarak beraber çalışması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Treatment of post-cholecystectomy biliary strictures with fully-covered self-expanding metal stents – results after 5 years of follow-up December 2019 BMC Gastroenterology 19(1):214
2. *Classifications defined by: American Joint Committee on Cancer (AJCC) Cancer Staging Manual, 8th Edition, Amin MB (Ed), Chicago: Springer Science+Business Media, LLC, 2017. Graphic 52489 Version 6.0*
3. <http://gco.iarc.fr/today/homeadresinden> 3/01/2020 tarihinde ulaşılmıştır.
4. Nakakura, E.K. & Warren, R.S.(2007). *Palliative care for patients with advanced pancreatic and biliary cancers. Surgical Oncology, 16(4), 293–297. doi:10.1016/j.suronc.2007.08.003*
5. Van Laethem JL, De Broux S, Eisendrath P, W et al. J. Clinical impact of biliary drainage and jaundice resolution in patients with obstructive metastases at the hilum. *Am. J. Gastroenterol.* 2003; 98: 1271–1277.
6. Park YJ, Kang DH. Endoscopic drainage in patients with inoperable hilar cholangiocarcinoma. *Korean J Intern-Med.* 2013 Jan;28(1):8-18. doi:10.3904/kjim.2013.28.1.8. Epub 2012 Dec 28. Review. PubMed PMID: 23345990; PubMed Central PMCID: PMC3543964.)
7. Almadi MA, Barkun A, Martel M. Plastic vs. Self-Expandable Metal Stents for Palliation in Malignant Biliary Obstruction: A Series of Meta-Analyses. *Am J Gastroenterol.* 2017 Feb;112(2):260-273. doi: 10.1038/ajg.2016.512. Epub 2016 Nov 15. Review. PubMed PMID: 27845340.)
8. Moss AC, Morris E, Leyden J, et al. Do the benefits of metal stents justify the costs? A systematic review and meta-analysis of trials comparing endoscopic stents for malignant biliary obstruction. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2007 Dec;19(12):1119-24. Review. PubMed PMID: 17998839.)
9. Kaassis M, Boyer J, Dumas R, et al. Plasticor metal stents for malignant stricture of the common bile duct? Results of a randomized prospective study. *Gastrointest Endosc.* 2003;57:178–182.
10. Freeman ML, Sielaff TD. A modern approach to malignant hilar biliary obstruction. *Rev Gastroenterol Disord.* 2003;3:187–201
11. Lee JH, Krishna SG, Singh A, et al. Comparison of the utility of covered metal stent versus uncovered metal stents in the management of malignant biliary strictures in 749 patients. *Gastrointest Endosc.* 2013;78:312–324.)
12. Classen M, Hagenmuller F. Endoscopic biliary drainage. *Scand J Gastroenterol Suppl*1984;102:76–83 PMID : 6591377.
13. Dowsett JF, Vaira D, Hatfield AR, et al. Endoscopic biliary therapy using the combined percutaneous and endoscopic technique. *Gastroenterology*1989;96:1180–1186 PMID : 2925062.
14. Prat F, Chapat O, Ducot B, et al. Predictive factors for survival of patients with inoperable malignant distal biliary strictures: a practical management guideline. *Gut.* 1998 Jan;42(1):76-80. PubMed PMID: 9505889; PubMed Central PMCID: PMC1726974.)

15. Artifon EL, Sakai P, Ishioka S *et al.* Endoscopic sphincterotomy before deployment of covered metal stent is associated with greater complication rate: A prospective randomized control trial. *J. Clin. Gastroenterol.* 2008; 42: 815– 81
16. Shimizu S, Naitoh I, Nakazawa T *et al.* Predictive factors for pancreatitis and cholecystitis in endoscopic covered metal stenting for distal malignant biliary obstruction. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2012; 28: 1440– 1746.)
17. Irisawa A, Katanuma A, Itoi T. Otaru consensus on biliary stenting for Unresectable distal malignant biliary obstruction. *DigEndosc.* 2013 May;25 Suppl 2:52-7. doi: 10.1111/den.12069. Review. PubMed PMID: 23617650.)