

# Bölüm 63

## PALYATİF GASTRİK BYPASS

Tayfun BİLGİÇ<sup>1</sup>  
Erdal ACAR<sup>2</sup>

### PALYATİF CERRAHİDE ETİK

Palyatif kelimesi; köklü bir çözüm olmayan, geçici olarak işe yarayan, geçiştirici anlamlarına gelir.

Terminal dönemdeki hasta ise; kalan yaşam sürelerinde herhangi bir yöntemle hastalığın tedavisinin mümkün olmadığı ancak belirti ve bulguların tedavi ve bakımla azaltılabildiği çoğunlukla ölümlü sonuçlanan hasta grubunu tanımlar.

Günümüzde palyatif cerrahi, ileri bir hastalığın sebep olduğu semptomların hafifletilmesi veya yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla yapılan cerrahi prosedürleri ifade eder.<sup>1</sup>

Şifa olmaması birçok hastalığın beklenen ve doğal sonucu olmasına ve hastalığın son aşamasında bile hastalara sunacak çok şeyler olmasına rağmen cerrahide “palyatif uygulama” kelimesi, başarısızlık kuruntusundan dolayı cerrahlar için adeta küçültücü bir çağrışım olmaktadır. Oysaki gelenek ve cerrahi miras acı kontrolünün, hastalığın tedavisine eşit öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır.<sup>2</sup> Palyatif cerrahi, cerrahi onkoloji pratiğinde yapılan tüm cerrahi uygulamaların %10-20’sini oluşturacak kadar yaygındır. Palyatif cerrahide kullanılan teknikler standart cerrahide kullanılanlardan farklı değildir. Cerrahin yeterli deneyime sahip olması gerekmektedir. Tüm iyi hasta bakımlarında olduğu gibi palyatif cerrahi uygulamalar da özerklik, yararlılık, zarar vermeme, adalet ve görev gibi temel etik ilkelere dayanmaktadır.<sup>3</sup>

Palyatif cerrahiye karar verirken;

- Her hastanın kendi farklı endikasyonları vardır ve her hasta kendi durumuna göre değerlendirilmelidir.
- Palyatif cerrahinin etik ve ahlaki olarak olarak küratif cerrahiden farkı yoktur.
- Cerrahi kararlar etik, bilimsel ve teknik prensipler çerçevesinde alınmalıdır.
- Hasta veya yakını cerrahi işlemin uygunluğunu, hedeflerini onaylamalı ve onam formunu imzalamalıdır.
- Palyatif cerrahi teklif etmeden önce anlamlı yaşam beklentileri mevcut olmalıdır.

Palyatif cerrahi uygulanacak hastaları değerlendirirken hasta veya refakatçisinin altta yatan hastalığı ve prognozunu, ameliyatın potansiyel risklerini ve faydalarını, mevcut ameliyat dışı seçenekleri anlamasına ve hastanın önerilen ameliyatı fiziksel olarak tolere edebilmesine dikkat edilmelidir.

Avrupa Konseyi’nin 2014’de düzenlediği Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz’da hastanın karar verme kabiliyetinin sorgulanması ve daha sonra da belirlenmesi için gerekli kriterler şöyle belirlenmiştir:<sup>4</sup>

- a. Anlayabilme: Hasta hastalığını, teşhisini ve tedavisini anlayabilir ve anladığını ifade edebilir olmalıdır.

<sup>1</sup> Dr Öğretim Üyesi Tayfun BİLGİÇ, Nişantaşı Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Genel Cerrahi Uzmanı, tbilgic77@gmail.com ORCID: 0000-0002-7564-3663

<sup>2</sup> Dr Erdal Acar, Beykent Üniversitesi Beykent Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, generalsurgeon2000@yahoo.com

kolik genellikle daha kolaydır ve ayrıca mezenterin kökündeki metastatikadenopati ile iltihabın tıkanmasını önler.<sup>31</sup> Anastomoz elle emilebilir bir sütür ile dikilebilir veya midenin ön veya arka yüzeyine stapler ile anastomoz sağlanır.<sup>32,33</sup>

### Laparoskopik gastrojejunostomi

Açık teknik göbek ile göbek alından torkar yerleştirilir. Karın içi CO<sub>2</sub> ile doldurulur ve 30 ° laparoskop kullanılır. Evrelemelaparoskopisinin ardından, ameliyat sırasında üçgenlemeyi sağlamak için iki trokar yerleştirilir. Gerekirse bir trokar daha yerleştirilir. Treitz'in ligamenti tanımlanır ve bunun distalinde 40-60 cm'lik bir jejunal loop antecolic gastrojejunostomi için kullanılır. Jejunum daha sonra doğrusal bir stapler kullanılarak midenin ön veya arka yüzeyine anastomoz edilir. Enterostomi daha sonra emilebilir sütürler kullanılarak kapatılır. Anastomoz metilen mavis ile kontrol edilir.<sup>34</sup>

### Sonuç

Cerrahi bypass neredeyse her zaman teknik olarak başarılıdır. Genellikle yaygın periton metastazlarından dolayı nadir olarak gastroenterostomi gerçekleşmeyebilir. Katı gıdayı tolere etmek için geçen süre değişkendir, 4-10 gün sürebilir.<sup>32,35</sup> Ancak, bir çok vakada yüksek oranda komplikasyon ortaya çıkar.<sup>36</sup> Bir raporda postoperatif mortalite ve perioperatif morbidite oranları sırasıyla yüzde 3.1 ve 22 idi ve ortalama sağ kalım 6.5 ay idi.<sup>37</sup>

Laparoskopik gastroenterostomi, cerrahi bypass için minimal invaziv bir yaklaşım olarak geliştirilmiştir.<sup>38</sup> Daha hızlı bir iyileşme sağlamıştır, ancak komplikasyon oranında anlamlı bir değişiklik yoktur. Cerrahi bypass ile ilişkili mortalite oranı yüksektir ve laparoskopik gastroenterostomi uygulanmasından sonra bile aynı kalmıştır.<sup>21,39,40</sup>

Endoskopik stent yerleşimi ile daha erken ve hızlı semptom iyileşmesi gösterir, ancak daha yüksek major komplikasyon oranları, tekrarlayan semptomlar ve yeniden müdahale ihtiyacı görülür.<sup>41</sup>

### Komplikasyonlar

Cerrahi bypass sonrası komplikasyonlar gastroenterostomi bölgesinde anastomotik sızıntı içe-

rir. Hasta stabil ise konservatif tedavi uygulanabilir. İntra abdominal koleksiyonlar perkütan olarak drene edilebilir. Hastanın durumu stabil değilse ve peritonit bulguları varsa laparotomi gerekecektir. Gecikmiş mide boşalması cerrahi bypass'ı takip edebilir. Diğer komplikasyonlar arasında sepsis, abdominal yara ayrılması, subfrenik apseler, pnömoni, anastomoz ülserinden kanama, anastomotik ülser perforasyonu, derin ven trombozu ve nadiren laparoskopik yaklaşımlarda trokar yerlerinde metastaz sayılabilir.<sup>42</sup>

### KAYNAKLAR

1. Lilley, E.J., Cooper, Z.R., Schwarze, M.L., & Mosenthal, A.C. (2017). Palliative Care in Surgery: Defining the Research Priorities. *Journal of palliative medicine*, 20/7: 702-709 .
2. Demme, R.A., Singer, E.A., Greenlaw, J., & Quill, T.E. (2006). Ethical issues in palliative care. *Anesthesiology clinics*, 24/1: 129-44 .
3. Easson, A.M., Asch, M., & Swallow, C.J. (2001). Palliative general surgical procedures. *Surgical oncology clinics of North America*, 10/1: 161-84 .
4. Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz. Avrupa Konseyi. 2014
5. Gouma, D.J., Busch, O.R., & Gulik, T.M. (2006). Pancreatic carcinoma: palliative surgical and endoscopic treatment. *HPB : the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*, 8/5: 369-76 .
6. Samad, A., Khanzada, T.W., & Shoukat, I. (2007). GASTRIC OUTLET OBSTRUCTION: CHANGE IN ETIOLOGY.
7. Tendler, D.A. (2002). Malignant gastric outlet obstruction: bridging another divide. *American Journal of Gastroenterology*, 97: 4-6.
8. Storm, A.C., & Ryou, M. (2017). Advances in the endoscopic management of gastric outflow disorders. *Current Opinion in Gastroenterology*, 33: 455-460.
9. Green, S., Drury, J.K., McCallion, J., & Erwin, L. (1987). Carcinoid Tumour Presenting as Recurrent Gastric Outlet Obstruction: A Case of Long-Term Survival. *Scottish Medical Journal*, 32: 54 - 55.
10. Barkin, J.S., Goldberg, R.I., Sfakianakis, G.N., & Levi, J.U. (1986). Pancreatic carcinoma is associated with delayed gastric emptying. *Digestive Diseases and Sciences*, 31: 265-267.
11. Hamada, T., Hakuta, R., Takahara, N., Sasaki, T., Nakai, Y., Isayama, H., & Koike, K. (2017). Covered versus uncovered metal stents for malignant gastric outlet obstruction: Systematic review and meta-analysis. *Digestive Endoscopy*, 29: 259-271.
12. Baron, T.H., Schoefl, R., Püspök, A., & Sakai, Y. (2001). Expandable metal stent placement for gastric outlet obstruction. *Endoscopy*, 33/7: 623-8 .
13. Ghaneh, P., Costello, E.A., & Neoptolemos, J.P. (2008). Biology and management of pancreatic cancer. *Postgraduate medical journal*, 84/995: 478-97 .

14. Robinson, J.O. (1960). The history of gastric surgery. *Postgraduate medical journal*, 36: 706-13 .
15. Kozarek, R.A., Ball, T.J., & Patterson, D.J. (1992). Metallic self-expanding stent application in the upper gastrointestinal tract: caveats and concerns. *Gastrointestinal endoscopy*, 38/1: 1-6 .
16. Telford, J., Carr-Locke, D.L., Baron, T.H., Tringali, A., Parsons, W.G., Gabbriellini, A., & Costamagna, G. (2004). Palliation of patients with malignant gastric outlet obstruction with the enteral Wallstent: outcomes from a multicenter study. *Gastrointestinal endoscopy*, 60/6: 916-20 .
17. Hoof, J.E., Montfoort, M.L., Jeurink, S.M., Bruno, M.J., Dijkgraaf, M.G., Siersema, P.D., & Fockens, P. (2011). Safety and efficacy of a new non-foreshortening nitinol stent in malignant gastric outlet obstruction (DUONITI study): a prospective, multicenter study. *Endoscopy*, 43/8: 671-5 .
18. Miyabe, K., Hayashi, K., Nakazawa, T., Sano, H., Yamada, T., Takada, H., Naitoh, I., Shimizu, S., Kondo, H., Nishi, Y., Yoshida, M., Umemura, S., Hori, Y., Kato, A., Ohara, H., & Joh, T. (2015). Safety and benefits of self-expandable metallic stents with chemotherapy for malignant gastric outlet obstruction. *Digestive endoscopy : official journal of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society*, 27/5: 572-81 .
19. Stark, A.P., & Hines, O.J. (2015). Endoscopic and operative palliation strategies for pancreatic ductal adenocarcinoma. *Seminars in oncology*, 42/1: 163-76 .
20. Maire, F., & Sauvanet, A. (2013). Palliation of biliary and duodenal obstruction in patients with unresectable pancreatic cancer: endoscopy or surgery? *Journal of visceral surgery*, 150/3 Suppl: S27-31 .
21. Schmidt, C.R., Gerdes, H., Hawkins, W., Zucker, E., Zhou, Q., Riedel, E.R., Jaques, D., Markowitz, A.J., Coit, D.G., & Schattner, M.A. (2009). A prospective observational study examining quality of life in patients with malignant gastric outlet obstruction. *American journal of surgery*, 198/1: 92-9 .
22. Maire, F., Hammel, P., Ponsot, P., Aubert, A., O'toole, D., Hentic, O., Lévy, P., & Ruszniewski, P. (2006). Long-term Outcome of Biliary and Duodenal Stents in Palliative Treatment of Patients with Unresectable Adenocarcinoma of the Head of Pancreas. *The American Journal of Gastroenterology*, 101: 735-742.
23. Engelken, F., Bettschart, V., Rahman, M.Q., Parks, R.W., & Garden, O.J. (2003). Prognostic factors in the palliation of pancreatic cancer. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 29/4: 368-73 .
24. Smith, R.A., Bosonnet, L., Ghaneh, P., Sutton, R., Evans, J., Healey, P.R., Garvey, C.D., Hughes, M.E., Raraty, M.G., Campbell, F., & Neoptolemos, J.P. (2008). The platelet-lymphocyte ratio improves the predictive value of serum CA19-9 levels in determining patient selection for staging laparoscopy in suspected periampullary cancer. *Surgery*, 143/5: 658-66 .
25. Mayo, S.C., Austin, D.F., Sheppard, B.C., Mori, M., Shipley, D.K., & Billingsley, K.G. (2009). Evolving preoperative evaluation of patients with pancreatic cancer: does laparoscopy have a role in the current era? *Journal of the American College of Surgeons*, 208/1: 87-95 .
26. Guzman, E.A., Dagus, A., Bening, L., & Pigazzi, A. (2009). Laparoscopic gastrojejunostomy in patients with obstruction of the gastric outlet secondary to advanced malignancies. *The American surgeon*, 75/2: 129-32 .
27. Watanapa, P., & Williamson, R.C. (1992). Surgical palliation for pancreatic cancer: developments during the past two decades. *The British journal of surgery*, 79/1: 8-20 .
28. Wong, Y.T., Brams, D.M., Munson, L.A., Sanders, L., Heiss, F.W., Chase, M., & Birkett, D.H. (2002). Gastric outlet obstruction secondary to pancreatic cancer: surgical vs endoscopic palliation. *Surgical endoscopy*, 16/2: 310-20 .
29. Gurusamy, K.S., Kumar, S., & Davidson, B.R. (2013). Prophylactic gastrojejunostomy for unresectable periampullary carcinoma. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD008533 .
30. Doberneck, R.C., & Berndt, G. (1987). Delayed gastric emptying after palliative gastrojejunostomy for carcinoma of the pancreas. *Archives of surgery*, 122/7: 827-9 .
31. Oida, T., Mimatsu, K., Kawasaki, A., Kano, H., Kuboi, Y., & Amano, S. (2009). A novel technique of laparoscopic gastrojejunostomy-modified Devine exclusion with vertical stomach reconstruction-for gastric outlet obstruction to preventing blow-out of the distal gastric remnant and delayed in return of gastric emptying. *Hepato-gastroenterology*, 56/89: 282-4 .
32. Jeurink, S.M., Steyerberg, E.W., Hof, G.V., Eijck, C.H., Kuipers, E.J., & Siersema, P.D. (2007). Gastrojejunostomy versus stent placement in patients with malignant gastric outlet obstruction: a comparison in 95 patients. *Journal of surgical oncology*, 96/5: 389-96 .
33. Johnsson, E.L., Thune, A.B., & Liedman, B. (2004). Palliation of Malignant Gastroduodenal Obstruction with Open Surgical Bypass or Endoscopic Stenting: Clinical Outcome and Health Economic Evaluation. *World Journal of Surgery*, 28: 812-817.
34. Navarra, G., Musolino, C.D., Venneri, A., Marco, M.D., & Bartolotta, M. (2005). Palliative antecolic isoperistaltic gastrojejunostomy: a randomized controlled trial comparing open and laparoscopic approaches. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques*, 20: 1831-1834.
35. Mittal, A., Windsor, J.A., Woodfield, J., Casey, P.G., & Lane, M.A. (2004). Matched study of three methods for palliation of malignant pyloroduodenal obstruction. *The British journal of surgery*, 91/2: 205-9 .
36. Mehta, S.J., Hindmarsh, A.M., Cheong, E., Cockburn, J., Saada, J., Tighe, R., Lewis, M.P., & Rhodes, M. (2005). Prospective randomized trial of laparoscopic gastrojejunostomy versus duodenal stenting for malignant gastric outflow obstruction. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques*, 20: 239-242.
37. Sohn, T.A., Lillemo, K.D., Cameron, J.L., Huang, J.J., Pitt, H.A., & Yeo, C.J. (1999). Surgical palliation of unresectable periampullary adenocarcinoma in the 1990s. *Journal of the American College of Surgeons*, 188/6: 658-66; discussion 666-9 .

38. Denley, S.M., Moug, S.J., Carter, C.R., & McKay, C.J. (2005). The outcome of laparoscopic gastrojejunostomy in malignant gastric outlet obstruction. *International Journal of Gastrointestinal Cancer*, 35: 165-169.
39. Espinel, J., Sanz, O., Vivas, S.J., Jorquera, F., Munoz, F., Olcoz, J.L., & Pinedo, E. (2005). Malignant gastrointestinal obstruction: endoscopic stenting versus surgical palliation. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques*, 20: 1083-1087.
40. Artifon, E.L., Sakai, P., Cunha, J.E., Dupont, A.W., Filho, F.M., Hondo, F.Y., Ishioka, S., & Raju, G.S. (2006). Surgery or Endoscopy for Palliation of Biliary Obstruction Due to Metastatic Pancreatic Cancer. *The American Journal of Gastroenterology*, 101: 2031-2037.
41. Jeurnink SM, Steyerberg EW, vanHooft JE, et al. Surgical gastrojejunostomy or endoscopic stent placement for the palliation of malignant gastricoutlet obstruction (SUS-TENT study): a multicenter randomized trial. *GastrointestEndosc* 2010; 71:490.
42. Huggett, M.T., Ghaneh, P., & Pereira, S.P. (2010). Drainage and bypass procedures for palliation of malignant diseases of the upper gastrointestinal tract. *Clinical oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain))*, 22/9, 755-63 .