

Bölüm 67

MALİGN SAFRA YOLU OBSTRÜKSİYONLARINA CERRAHİ YAKLAŞIM

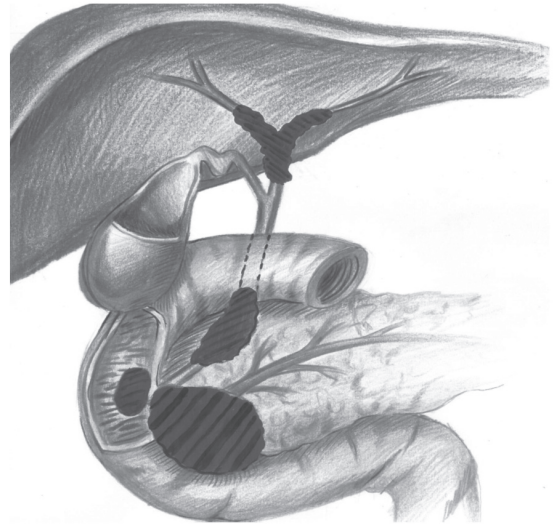
Türkmen Bahadır ARIKAN¹

GİRİŞ

Yaşam kalitesini iyileştirmek veya ilerlemiş hastalığın neden olduğu semptomları hafifletmek için kullanılan cerrahi prosedür, palyatif cerrahi olarak tanımlanabilir. Palyasyonun etkinliği, hastayı rahatsız eden semptomların giderilmesi ile değerlendirilir. Tıkanma sarılığı unrezektabl maling bilier tıkanıklığı olan hastalarda en sık görülen semptomdur ve hasta üzerinde önemli sonuçları vardır. Hastaların% 80'inde hastalıklarının doğal öyküsü sırasında sarılık gelişir. Tıkanma sarılığı proinflatuar bir durum oluşturur , bozulmuş bağışıklık fonksiyonu ve pıhtılaşma bozuklukları ile ilişkilidir. Sarılık olan hastalarda böbrek fonksiyon bozukluğu, kolanjit ve kanama riski yüksektir. Klinik olarak hastalarda yağ emilim bozukluğu nedeniyle kaşıntı, ishal ve yetersiz beslenme gelişir (1). Bu semptomların giderilmesi son derece önemlidir, semptomlar palyatif olarak endoskopik/transhepatik stent veya cerrahi müdahale ile giderilebilir. Hiperbilirubinemi, kolanjit ve diğer semptomların giderilmesi, hafifletilmesi hayat kalitesini iyileştirmekte ve beklenen yaşam süresini uzatmaktadır. Bu bölümde maling safra yolu tıkanıklıklarında palyatif cerrahi tedaviden bahsedilecektir.

Safra yollarını tıkayan maling lezyonlar, kolanjiokarsinom, pankreas başı tümörü, duodenum tümörü ve ampulla tümörleridir şekil 1'de gösterilmiştir. Ayrıca safra kesesi tümörleri, mide antrum tümörleri, hiler yerleşimli lenfomalar, meme, kolon, over gibi birçok tümörün karaciğer

metastazları ana safra yollarına bası oluşturarak safra yolu tıkanıklığına neden olabilir. Kolanjiokarsinomlar periferik, hiler ve distal kolanjiokarsinomlar olmak üzere, yerleşim yerine göre 3'e ayrılır periferik kolanjiokarsinomlar ekstrahepatik safra yollarında tıkanıklığa neden olmadığından periferik kolanjiokarsinomların palyatif tedavisi bu bölümün konusu dışındadır. Proksimal safra yollarında tıkanıklığa neden olan, hiler (klatskin tm) ve distal koledokta obstrüksiyona neden olan distal kolanjiokarsinom, pankreas başı, ampulla ve duodenum tümörlerinde cerrahi palyatif tedavi yöntemlerinden bahsedilecektir.



Şekil 1. Safra yollarını tıkayan maling lezyonlar, kolanjiokarsinom, pankreas başı tümörü, duodenum ve ampulla tümörleridir, resimde tümör yerleşimleri gösterilmiştir.

¹ Dr Öğr.Üyesi Türkmen Bahadır Arıkan,Erciyes Üniversitesi,turkmenarikan@gmail.com

göre daha etkili bir palyatif yöntem olduğu belirtilmiştir (11).

Ancak malign distal biliyer tıkanıklığı olan hastalarda palyatif yöntemleri karşılatıran üç prospektif randomize çalışmada . cerrahi ve endoskopik plastik stentler arasında teknik başarı, terapötik başarı, sağkalım ve yaşam kalitesi açısından fark olmadığı gösterilmiş ve stent uygulanan hastalarda , biliyer tıkanma sık olmasına karşın komplikasyon riski önemli ölçüde azalmış olduğu gözlenmiştir. Son çalışmalarda, palyatif biliyer bypass sonrası cerrahi mortalite düşük olmuştur. Bununla birlikte, metal stentlerle elde edilen sonuçların tekrarlayan biliyer tıkanıklık söz konusu olduğunda plastik stentlerden daha olumlu bir şekilde karşılaştırılması muhtemeldir . Günümüzde, cerrahi olmayan stentleme, kısa ömür beklentisi olan hastalar için ilk palyasyon seçimidir.Stentlemenin başarısız olduğu durumlarda ve ameliyat öncesi görüntüleme rezektabl olarak gözlenen ve laparotomi sırasında, unrezektabl kabul edilen hastalarda performans skoru iyi veya düşük volümlü metastazı olan ve aynı zamanda daha uzun sağkalım süresine sahip olan hastaların cerrahi bypass için aday olarak kabul edilmesi gerekir (5). Karsinomatoz veya multifokal metastatik hastalık durumunda ise, kısa medyan sağkalım nedeniyle endoskopik müdahale tercih edilmelidir. Distal safra yollarını tıkayan maling tümörlerin bir kısmı, özellikle pankreas başı ve duodenum tümörü , duodonumuda tıkadığından gastrojejunostomi de yapılabilir (12).

Önceki yıllarda distal safra yolları maling obstrüksiyonlarında cerrahi palyasyon olarak yapılan ameliyatlarda kolesistoduodonostomi, kolesistojejunostomi, koledokoduodonostomi ve koledokojejunostomi/ hepatikojejunostomi idi. Koledokojejunostomi veya hepatikojejunostomi diğer cerrahi bypass anastomozlarına üstündür çünkü tümörün ilerlemesi ile sistik kanal ve duodenum invazyonu gözlenir(13). Bu yüzden maling distal safra yolu tıkanıklarında Roux-en-Y koledokojejunostomi veya hepatikojejunostomi uygun nüks oranı (<% 13) ile etkili bir safra drenajı için tercih edilmelidir (14).

HEPATİKOJEJUNOSTOMİ / KOLEDOKOJEJUNOSTOMİ

Hepatikojejunostomi veya koledokojejunostomi açık,laparoskopik veya robotik cerrahi yöntemlerden herhangi biri ile yapılabilir.Ameliyata önce kolesistektomi yapılır daha sonra koledok çevre yapılardan ayrıştırılıp kesilir ve distali bağlanır. Treitz ligamanının 20 cm distalinden jejunum stapler ile kesilip kolonun ön tarafından subhepatik bölgeye çekilir.Jejunum ansı retrokolik olarak geçirilmemelidir ilerleyen zamanlarda tümörün bağırsağı infiltre edebilme riski vardır. Koledok veya anahepatik kanal ile uç yan 4/0 emilebilen bir dikişle tek tek veya devamlı sütür yöntemi ile anastomoz yapılır. Daha sonra bilioenterik anastomozun 40-60 cm distalinden jejunojunostomi anastomozu yapılır (15).

Laparoskopik hepatikojejunostomiler ve koledokojejunostomiler teknik olarak daha zordur ve tecrübe gerektirir. Laparoskopik biliyer bypass da açık cerrahi gibi distal biliyer tıkanıklıkların tedavisinde düşük perioperatif morbidite, semptomların etkili uzun süreli palyasyonlanması ile etkin bir şekilde uygulanmaktadır (16).Yine robotik hepatikojejunostomi maling biliyer darlıklarda bypass için güvenle yapıldığı gösterilmiştir (17).

Anahtar Kelimeler: Maling safra yolu tıkanıklığı, palyatif, cerrahi

KAYNAKÇA

1. Nakakura EK, Warren RS. Palliative care for patients with advanced pancreatic and biliary cancers. Surg Oncol 2007;16:293-7
2. DeOliveira ML, Cunningham SC, Cameron JL, et al. Cholangiocarcinoma: thirty-one-year experience with 564 patients at a single institution. Ann Surg. 2007;245(5):755-62
3. Cidon EU. Resectable cholangiocarcinoma: reviewing the role of adjuvant strategies. Clin Med Insights Oncol. 2016;10:43-48.
4. Jarnagin WR, Fong Y, DeMatteo RP, et al. Staging, resectability, and outcome in 225 patients with hilar cholangiocarcinoma. Ann Surg. 2001;234(4):507-17. discussion 517-9.
5. Witzigmann H, Lang H, Lauer H .Guidelines for palliative surgery of cholangiocarcinoma. HPB (Oxford). 2008;10(3):154-60.
6. Jarnagin WR, Burke E, Powers C, Fong Y, Blumgart LH. Intrahepatic biliary enteric bypass 13 Biliary Tract and Liver provides effective palliation in selected patients with malignant obstruction at the hepatic duct confluence. Am J Surg. 1998;175(6):453-60.).

7. HU Baer, M Rhymer, SC Stain, et al. The effect of communication between the right and left liver on the outcome of surgical drainage for jaundice due to malignant obstruction at the hilus of the liver *HPB Surg*, 8 (1994), pp. 27-31
8. Connor S, Wigmore SJ, Madhavan KK et al. Surgical palliation for unresectable hilar cholangiocarcinoma. *HPB (Oxford)*. 2005;7(4):273-7
9. Niederhuber JE, Brennan MF, Menck HR. The National Cancer Data Base report on pancreatic cancer. *Cancer* 1995;76:1671-7
10. K.F.D. Kuhlmann, D. Van Poll, S.M.M. De Castro, N.T. Van Heek, et.al. Initial long-term outcome after palliative surgical drainage of 269 patients with malignant biliary obstruction *EJSO*, 33 (2007), pp. 757-762
11. Qinghui Fu , Ying Chen , Xiaohan Liu 3 .The Choice of Palliative Treatment for Biliary and Duodenal Obstruction in Patients With Unresectable Pancreatic Cancer: Is Surgery Bypass Better? *International Surgery Volume* 101, Issue 1-2 Jan.-Feb. 2016
12. Perone JA, Riall TS, Olino K. Palliative Care for Pancreatic and Periampullary Cancer. *Surg Clin North Am*. 2016 Dec;96(6):1415-1430.
13. Gouma DJ, Van Geenen R, Van Gulik T, et al. Surgical palliative treatment in biliopancreatic malignancy. *Ann Oncol*. 1999;10 Suppl 4:269-72
14. Scott EN, Garcea G, Doucas H, et al. Surgical bypass vs. endoscopic stenting for pancreatic ductal adenocarcinoma. *HPB (Oxford)*. 2009;11(2):118-24
15. William E.F, Dana K.A, John A.W, et al.(2019) *Pancreas*, (F.Charles Brunnicardi .Ed) *Schwartz's Principles of Surgery* 1429-1515 .USA. Mc.Graw-Hill Education
16. Berti S, Ferrarese A, Feleppa C, Francone E, et al. Laparoscopic perspectives for distal biliary obstruction. *Int J Surg*. 2015 Sep;21 Suppl 1:S64-7. Epub 2015 Jun 26.
17. Lai EC, Tang CN. Robot-assisted laparoscopic hepaticojejunostomy for advanced malignant biliary obstruction. *Asian J Surg*. 2015 Oct;38(4):210-3.