

## Pankreas koruyucu duodenektomi: Olgu sunumu

Pancreas sparing duodenectomy: A case report

Metin Ertem\*, Melih Paksoy\*, Saliha Avcı\*

Onkolojik cerrahinin genel ilkelerinden biri cerrahi sınırların kanserli dokudan güvenli uzaklıkta olmasıdır. Nadir de olsa bu tür cerrahi sorunlarla karşılaşmaktadır. Pankreası koruyarak duodenektomi yapma endikasyonu oldukça sınırlıdır ve bu işlemin teknik zorlukları tahmin edilebilir.

Bu makalede mide rezeksiyonu sonrası distal cerrahi sınırın pozitifliği nedeniyle pankreas başı korunarak duodenektomi uyguladığımız hasta ir-delenmiştir.

### Olgu Bildirimi

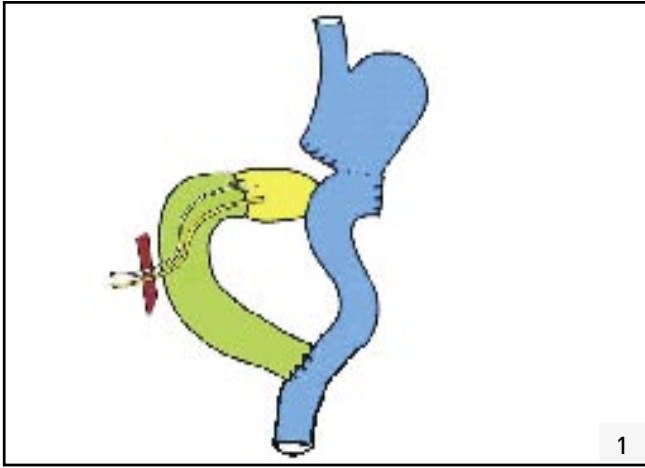
38 yaşında erkek hasta. Babası mide kanseri, annesi parotis bezi kanseri. Anneanne akciğer kanseri nedeniyle kaybedilmiş. Şubat 2007 de mide antrum yerleşimli adenokarsinom nedeniyle ameliyat edilmiş ve Billroth II rezeksiyonu (subtotal gastrektomi), kısa urve gastro-jejunostomi tarzında rekonstrüksiyon yapılmış. Patolojik tanı sonucu antrum yerleşimli, subserozaya infiltre, lenfatik ve vasküler invazyonun olup perinöral invazyonun olmadığı invaziv adenokarsinom olarak gelmiş. Proksimal cerrahi sınır negatif, distal cerrahi sınır pozitif (tümör muskularis propriayı genellikle tek hücreler halinde infiltre etmiş, cerrahi sınırda duodenum mukozasında tümör yok, ancak submukoza, muskularis propriada tümör infiltrasyonu mevcut) olarak gelmiş. 14 lenf nodülünün üçünde metastaz görülmüş. Evre pT2, pN1, M0 olarak saptanmış.

Kliniğimize başvuran hasta, 14.02.2007 tarihinde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na yatırıldı. Preoperatif dönemde yapılan değerlendirmelerde; biyokimyasal tetkiklerinde, abdominopelvik BT ve PET incelemede özellik saptanmadı. Hasta ameliyata alınarak pankreas koruyucu duodenektomi yapıldı. Kocher manevrasını takiben pankreas başı retroperitondan serbestleştirildi (Resim 1). Tüm diseksiyon 5 mm'lik kısa şaftlı Vessel Sealing System (Ligasure®, Valleylab, Covidien) ile gerçekleştirildi. Mobilize edilen tüm duodenum kolon mezenteri içinden çıkartılarak Treitz ligamentinden 15 cm uzaklıktan lineer stapler ile ayrıldı. Mevcut gastroenterostomi bozularak regastrektomiye takiben Roux-en Y tarzında rekonstrüksiyon yapıldı. Pankreas başında koledok ve Wirsung birer adet stent ile kanülize edildi (Resim 2). Jejunum ağzı tüm pankreas başını içine alacak şekilde teleskop tarzında anastomoz edildi (Resim 3). Stentler anastomozdan 20 cm mesafede, batın duvarına tespit edilen jejunum içerisinden çıkartılarak cilt dışına alınıp tespit edildi (Şekil 1). Gastrojejunosto-

Makalenin Geliş Tarihi : 13.03.2008  
Makalenin Kabul Tarihi : 03.04.2008

\* İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Prof. Dr. Metin ERTEM  
İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD,  
Aksaray / İSTANBUL  
Tel: (0212) 414 30 00 / 22308 Faks: (0212) 633 48 41  
e.posta: metinertem@hotmail.com

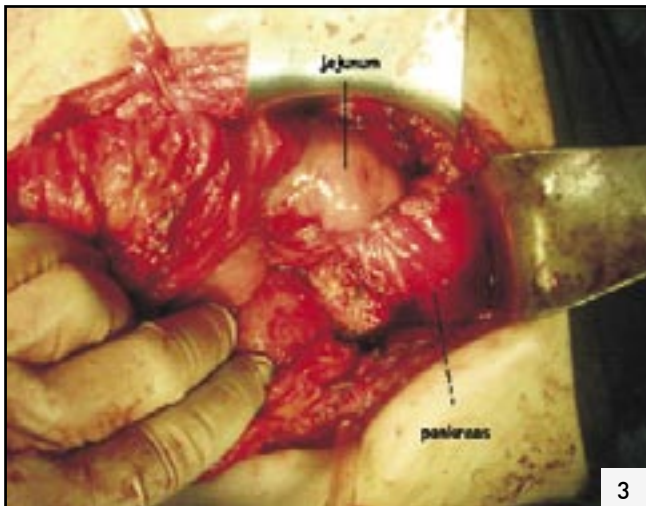
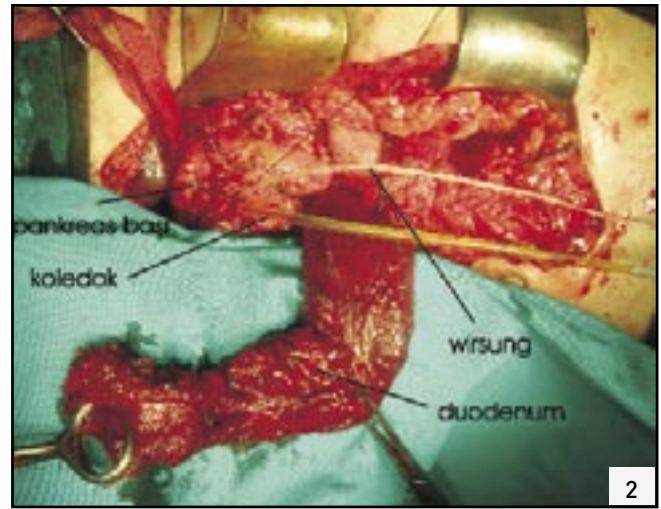
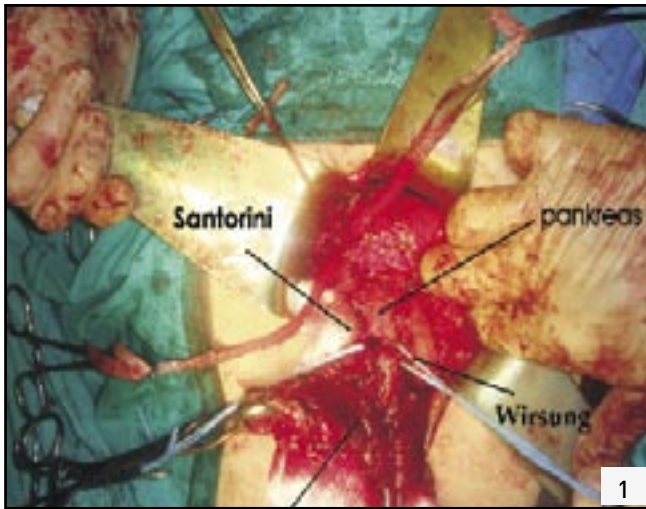


Şekil 1: Rekonstrüksiyon.

miden yaklaşık 50 cm, pankreatikojejunostomiden 30 cm mesafede olacak şekilde Roux bacakları uç-yan olacak şekilde anastomoz edildi. Ameliyat

150 dak. sürdü. Stentler postoperatif 5. günde alındı. Patolojik inceleme sonucunda periduodenal retropankreatik 10 adet lenf nodülünün ikisinde iyi

diferansiye adenokarsinom metastazı saptandı. 10. gün medikal onkoloji polikliniğine yönlendirilerek taburcu edildi.



Resim 1: Pankreas ve duodenum diseksiyonu.

Resim 2: Koledok ve Wirsung kanalları içine yerleştirilen stentler.

Resim 3: Pankreatikojejunostomi anastomozu.

## Tartışma:

Son yıllarda tanı yöntemlerindeki gelişmeler ve pankreatikoduodenal bölge anatomisinin daha iyi anlaşılması ile pankreas korunarak duodenektomi yapılması mümkün olmaktadır (1).

Kimura ve ark.(1) retroperitoneal liposarkom olgusunda major papillayı intraluminal olarak ortaya koyarak ampullar-jejunal anastomoz gerçekleştirmişlerdir.

Son yıllarda pankreasın tutulumu olmayan olgularda pankreas korunarak total duodenektomi veya infra-papiller duodenektomi olguları tercih edilir yaklaşımlar olmaktadır (2,3).

Pankreasın korunarak supra-papiller duodenektomi uygulanması, infra-papiller duodenektomiye göre oldukça zor olmaktadır. Her iki seviyede duodenum ile pankreas arasındaki ilişki farklıdır. Ampullanın üstündeki seviyede duodenum pankreasa yoğun yapışıklık göstermektedir (4). Yoğun yapışıklıktan dolayı bu seviyede intramural diseksiyon ile duodenum duva-

rının en dış kas tabakasını pankreas başında bırakarak rezeksiyon yapanlar vardır (5). Cho ve ark.(5) intramural diseksiyon planında minimal kanama olduğunu söylemektedirler. Bu tür diseksiyonun familial adenomatöz poliposis sendromu, villöz adenom gibi premalign lezyonlarda ve duodenal travmalarda uygulanabileceği vurgulanmaktadır(5). Olgumuzda preoperatif tanı yöntemleri ile makroskopik olarak submukozal tümör tarif edilmesi nedeniyle pankreatikoduodenal rezeksiyonun (Whipple ameliyatı) morbiditesinden kaçınılarak pankreas koruyucu duodenektomi tercih edilmiştir.

Duodenumun segmental veya lokal eksizyon sonrası duodenal defektin onarımı yetersiz metastatik periduodenal lenf nodülleri diseksiyonu ile sonuçlanabilmektedir (6). Yine tanı esnasında süperior mezenterik kökte metastatik lenf nodülü olasılığında yapılması gereken pankreatikoduodenektomidir (6). Bu nodüllerin diseksiyonu ancak bu yöntemle mümkündür.

Pankreas korunarak yapılan duodenektomide mesoduodenal lenf nodülleri enbloc olarak çıkartılabilir ve biliyer-enterik; pankreatiko-enterik anastomozların olmaması ameliyat süresini kısaltmaktadır (6). Yine bu anastomozların olmaması postoperatif %50'lere ulaşan morbiditenin görülmesini engellemektedir (7,8).

Pankreasın ikinci bölümünde yerleşen tümörlerde pankreas başının korunmasının zor olmasına rağmen üçüncü ve dördüncü bölümlerde yerleşenlerde segmenter veya lokal rezeksiyonlar mümkün olmaktadır (6).

Olgumuzda duodenumla birlikte enbloc olarak 10 adet lenf nodülü çıkarılmıştır. Oldukça vaskülarize olan duodenal pankreatik diseksiyon Ligation 5 mm'lik ile yapılmıştır. Yine rekonstrüksiyonda pankreas başı teleskop tekniği ile jejunumla anastomoz edildiğinden postoperatif anastomoz kaçağı gözlenmemiştir.

Sonuç olarak endikasyonu oluşturduğunda pankreas koruyucu duodenektomi ile Whipple ameliyatının yüksek morbidite ve mortalitesinden kaçınılmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Kimura Y, Mukaiya M, Honma T, et al . Pancreas-sparing duodenectomy for a Recurrent Retroperitoneal Liposarcoma: Report of a case. Surg Today 2005; 35:91-93.
2. Chung RS, Church JM, van Stolk R . Pancreas-sparing duodenectomy: indication, surgical technique, and results. Surgery 1995; 117:254-259.
3. Maher MM, Yeo Cj, Lillemoe Kd, et al. Pancreas-sparing duodenectomy for infra-ampullary duodenal pathology. Am J Surg 1996; 171:62-67.
4. Kimura W, Nagai H. Study of Surgical anatomy for duodenum-preserving resection of the head of the pancreas. Ann Surg 1995; 221:359-363.
5. Cho A, Ryu M, Ochiai T. Successful resection, using pancreas-sparing duodenectomy, of

### Summary:

#### Pancreas sparing duodenectomy: A case report

Here in, we present 38 year-old male patient whom we performed pancreas preserving duodenectomy after gastric resection with positive margine. This surgical procedure which is a very rare entity is discussed in the review literature.

**Key Words:** Pancreas sparing duodenectomy, duodenectomy

6. Suzuki H, Yasui A. Pancreas-sparing duodenectomy for a huge leiomyosarcoma in the third portion of the duodenum. J Hepatobiliary Pancreat Surg 1999; 6:414-417.
7. Cameron JL, Pitt HA, Yeo CJ et al. One hundred extrahepatically growing hepatocellular carcinoma associated with direct duodenal invasion. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2002; 9:393-396.
8. Miedema BW, Sarr MG, van Herden Ja. et al. Complications following pancreaticoduodenectomy: current management. Arch Surg 1992; 127:945-950.

## KATKIDA BULUNANLAR:

### Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:

Metin Ertem, Melih Paksoy

### Verilerin elde edilmesi:

Metin Ertem, Melih Paksoy

### Verilerin analizi ve yorumlanması:

Metin Ertem, Melih Paksoy

### Yazının kaleme alınması:

Metin Ertem, Saliha Avcı

### İstatistiksel değerlendirme:

Yok