

# Superior Mezenterik-Portal Ven Rezeksiyonu Pankreatikoduodenektomi Esnasında Güvenilir Bir İşlem mi, Sağkalım ve Morbiditeyi Etkiler mi?

IS SUPERIOR MESENTERIC-PORTAL RESECTION A SAFE PROCEDURE DURING  
THE PANCREATODUODENECTOMY AND DOES IT AFFECT THE SURVIVAL  
AND MORBIDITY RATE?

Dr. M. A. Tolga MÜFTÜOĞLU, Dr. Mehmet ODABAŞI, Dr. Ali AKTEKİN, Dr. Abdullah SAĞLAM

4. Genel Cerrahi Kliniği, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üsküdar / İstanbul

## ÖZET

**Amaç:** Superior mezenterik ven rezeksiyonlu ve rezeksiyonsuz gerçekleştirilen pankreatikoduodenektominin morbidite ve sağkalım üzerine etkilerini araştırdık.

**Durum Değerlendirilmesi:** Periampuller karsinomların, rezeksiyon dışı tedavi seçeneklerinde yaşam süreleri oldukça düşüktür. Pankreatikoduodenektomi esnasında ven rezeksiyonu yapılması rezektabiliteyi artırmaktadır.

**Yöntem:** Periampuller bölge tümörlü toplam 26 hasta kliniğimizde Temmuz 2000 ve Kasım 2003 tarihleri arasında tedavi edilmiştir. Beş hastada tümöre "by-pass" cerrahisi uygulanmıştır. On üç hastaya pankreatikoduodenektomi, sekiz hastaya ise superior mezenterik portal ven rezeksiyonu ile birlikte pankreatikoduodenektomi uygulanmıştır. Standart pankreatikoduodenektomi 2 hastaya, 19 hastaya ise pilor koruyucu pankreatikoduodenektomi uygulanmıştır.

**Çıkarımlar:** Periampuller bölge tümörleri için genel rezektabilite oranımız %80 dir. Ortalama sağkalım pankreatikoduodenektomi yapılan hastalarda 22 ay, ven rezeksiyonu eklenen hastalarda 18 aydır ( $p=0.1$ ). Altı hastaya tam ven rezeksiyonu, bir hastaya ise parsiyel rezeksiyon yapılmış ve bir hastada internal juguler ven grefti kullanılmıştır. Yirmi bir hastada mortalite görülmemiştir. Her iki grupta meydana gelen komplikasyonlar birbirine çok yakındır.

**Sonuçlar:** Tüm bu veriler değerlendirildiğinde, pankreatikoduodenektomi esnasında, superior mezenterik-portal ven rezeksiyonu güvenle, gerektiğinde uygulanabilir.

**Anahtar kelimeler:** Ortalama sağkalım, pankreatikoduodenektomi, superior mezenterik-portal ven.

## SUMMARY

The aim of this clinical prospective study is to analyze the effect of pancreaticoduodenectomy with or without superior mesenteric-portal vein resection on the survival and morbidity rates. Periampullary cancers have very low survival rates and the best treatment is still surgical approach. One of the reasons of the low resectability rates is the tumoral invasion of superior mesenteric-portal vein.

Twenty-six patients with periampullary tumors were treated in our clinic. Five patients were operated with by-pass procedure. Thirteen patients underwent pancreaticoduodenectomy alone and eight patients underwent pancreaticoduodenectomy plus vein resections. Standard pancreaticoduodenectomy for 2 patients and pylorus preserving pancreaticoduodenectomy for 19 patients were done. Our general resectability rate was 80%. The mean survival for pancreaticoduodenectomy and pancreaticoduodenectomy plus vein resection were 22 and 18 months ( $p=0.1$ ), respectively. Six complete vein resections 1 partial vein resection and 1 internal jugular vein grafting were done. There was no mortality. Complications were similar in two groups.

We concluded that superior mesentericportal vein resections can be safely performed during the performance of pancreaticoduodenectomy if it is indicated.

**Keywords:** Mean survival rate, pancreaticoduodenectomy, superior mesenteric-portal vein.

Periampuller bölge tümörlerinde medyan sağkalım, en iyi merkezlerde dahi pankreas başı karsinomları için 18 ay, distal koledok kanserleri için 20 ay ve ampuller kanserler için 42 aydır.<sup>[1]</sup> Cerrahi yaklaşım, bu tümörlerin günümüzdeki etkili tedavi alternatifidir. Tıbbi literatürde gerçek anlamda ilk pankreatikoduodenektominin kimin tarafından yapıldığına dair net bir bilgi yoktur. Bir Alman cerrahi olan Kausch 1912 yılında ilk başarılı pankreatikoduodenektomi (PD) vakasını yayınlamıştır.<sup>[2]</sup> Whipple ve arkadaşları, 1935 yılında ampulla karsinomu için iki basamaklı bir pankreatikoduodenal rezeksiyon tarif etmişler ve yöntem o yıldan sonra periampuller bölgenin benign ve malign hastalıklarında bir cerrahi seçenek olarak popülerite kazanmıştır. 1960'lı yılların sonlarına doğru, PD sonrası cerrahi mortalite %20 civarında seyretmiş ve bu operasyonun güvenilirliği sorgulanır hale gelmiştir.<sup>[2]</sup> Howard ilk mortalitesiz PD serisini 1969 yılında yayınlamıştır.<sup>[3]</sup> 1990'lı yılların başında Johns Hopkins kliniğinden 145 vakalık bir serinin %0 mortalite, artmış uzun dönem sağkalım ve düşük postoperatif morbidite ile yayınlanması, bu konuda bir çığır açmıştır ve çok düşük mortalite oranları veren diğer seriler dikkat çekmeye başlamıştır.<sup>[5,6]</sup> Medikal mühendislik, cerrahi materyaller, anestezi, cerrahi yoğun bakım, beslenme ve radyolojideki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, cerrahi teknikteki ilerlemelerle birleşince, PD sonrası mortalitenin %5'in altında olması gerektiği konusunda görüş birliğine varılmıştır.<sup>[7]</sup>

Günümüzde, PD tekniği klasik kitaplarda tarif edilirken, periampuller tümörlerin superior mezenterik-portal vene (SMPV) invazyonu bir irrezektabilite kriteri olarak kabul edilmektedir. Tümör rezektabilitesi hastanın sağkalım ve yaşam kalitesi ile direkt ilişkilidir. Pankreas başı karsinomlarında rezektabilite, yüksek volümlü hastanelerde bile %30 civarındadır.<sup>[8]</sup> Pankreas başı karsinomlarında, uzak metastaz, lenf nodülü yapışıklıkları, retroperitoneal dokunun invazyonu ve SMPV ve superior mezenterik arter invazyonu tümör irrezektabilite nedenlerinin en önde gelenlerindedir.<sup>[9]</sup> Günümüzde, birçok merkezde SMPV invazyonu olan periampuller karsinomlu hastalara PD yapıl-

maktadır.<sup>[9-11]</sup> Tıbbi literatürü incelediğimizde, 14 merkezden 20'nin üzerinde SMPV rezeksiyonu yapılan 20 çalışma yayınlanmıştır. Bu çalışmamızda, SMPV rezeksiyonu yapılan hastalarımızın sonuçları analiz edilmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniğinde, Temmuz 2000 tarihinden itibaren periampuller tümürlü uygun hastalardan 16'sına; kliniğimizin bir pankreatikojejunostomi modifikasyonu olan "J-pouch- Dunking pankreatikojejunostomi" 5 hastaya ise uç-yan (duct to mucosa) pankreatikojejunostomi yapılmıştır.<sup>[12]</sup> Bu dönem zarfında 26 periampuller karsinomlu hasta kliniğimizde tedavi edilmiştir. Periampuller bölgesinde kitlesi olan ve uzak metastazı bulunmayan tıkanma sarılıklı hastalar rezeksiyon amacı ile ameliyat edilmiştir. Hastalarımızın hiçbirini için, gerek preoperatif dönemde histopatolojik tanı için ince iğne aspirasyon biyopsisi gerekse ameliyat anında "frozen section" istenmemiştir. On üç hastaya PD (Grup 1), 8 hastaya PD ve SMPV rezeksiyonu (Grup 2) ve 5 hastaya ise tümöre "by-pass" cerrahisi uygulanmıştır. PD uygulanan 21 hastanın, 13'ü erkek, 8'i kadındır. Ortalama yaş 63.8'dir (46-80). Hastalarımızın tamamına ultrasonografi ve tüm batın tomografisi (BT), 8 hastaya manyetik rezonans-kolanjiyografi, yapıldı. Beş hastaya endoskopik retrograt kolanjiyopankreatikografi (ERCP) uygulanmış, 1 hasta ise ERCP sonrası koledok içine stent yerleştirildikten sonra kliniğimize sevk edilmiştir. Yedi hastaya ise gastro-duodenoskopi uygulanmıştır. Duodenum tümürlü 1 ve ampulla Vateri tümürlü 1 hasta ise preoperatif dönemde karsinom tanısı almıştır. Hastalar, beş kişiden oluşan bir ekip tarafından ameliyat edilmiştir. *Cerrahi teknik:*

*J-pouch- Dunking pankreatikojejunostomi:* Pankreatikoduodenektomiye takiben, jejunum distalinden 20-30 cm bir segment, "J" şeklinde kısa bacağı 10-15 cm olacak şekilde katlanır. Anastomoz yapılacak pankreasa uygun ölçülerde, "J" poşun tabanına insizyon yapılır. Bir "lineer stapler"