

Pilor Koruyucu Pankreatikoduodenektomi Bir Olgu Nedeniyle

Dr. Hakan HALICI, Dr. Musa AKOĞLU, Dr. Haldun GÜNDOĞDU,
Dr. Vedat KIRIMLIOĞLU, Dr. Canbek SEVEN

Özet: Antrum ve pilor korunarak yapılan pankreatikoduodenektomi gıdaların daha iyi sindirilmesi, postgastrektomi sendromlarının oluşmaması, anastomoz ülseri sıklığının düşük olması nedeniyle pankreas başı kanserli hastalarda Whipple ameliyatının yerini almaya başlamıştır. Pilor koruyucu pankreatikoduodenektomi (PKPD) yaptığımız bir olguyu sunarak, konuyu literatürün desteği ile inceledik.

Anahtar Kelimeler: Pankreas başı karsinomu, whipple ameliyatı, Pilor koruyucu pankreatikoduodenektomi.

Antrum ve pilor korunarak yapılan ilk başarılı radikal pankreatikoduodenektomi olguları Kausch (1) ve Whipple (2) tarafından yayınlandı. Periapüller karsinom için yapılan bu girişimler iki seansta gerçekleştirildi. Bu ameliyatta duodenumun ikinci kıtası, pankreas başı ve distal koledok kanalı çıkartılıp antrum ve pilor kör uç olarak bırakılıyor, sindirim sistemi devamlılığı gastrojejunostomiyle sağlanıyordu.

Tek seansta yapılan ilk başarılı distal gastrektomili radikal pankreatikoduodenektomi olguları 1941 yılında Whipple (3) ve Trimble (4) tarafından yayınlandı.

Summary: PYLOR PRESERVING PANCREATICO-DUODENECTOMY (PPPD) : A CASE REPORT

Antrum and pylor preserving pancreaticoduodenectomy takes place of the whipple procedure performed for the cancer of the head of the pancreas to ensure better digestion of foods to avoid postgastrectomy sendrom and to minimise the incidence of anastomose ulcer.

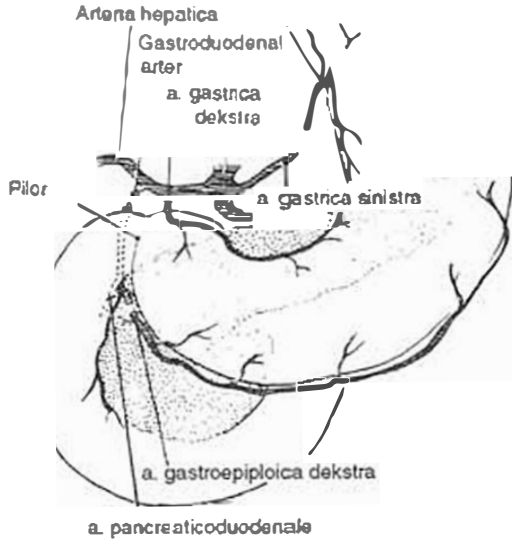
We report a case compared with the literature in whom we performed pylor preserving pancreaticoduodenectomy.

Key words: Carcinoma of the head of the pancreas, Whipple procedure, Pylor preserving pancreaticoduodenectomy (PPPD).

Watson (5), 1944 yılında, ampulla vater karsinomlu olguya antrum, pilor, duodenumun iki santim proksimalini koruyarak yaptığı pankreatikoduodenektomi girişimini bildirdi. Gastrointestinal pasajı duodenojejunostomiyle sağlayarak antrum, pilor ve duodenumun birinci kıtasının fonksiyonel devamlılığını oluştuyordu. Watson, duodenojejunostomi yapmakla anastomoz ülserlerinin de önüne geçileceği inancındaydı.

Pankreas başı karsinomları, ampulla vater tümörleri için vagotomili yada vagotomisiz, distal gastrektomili Whipple ameliyatı yaklaşık 35 yıl standart, küratif girişim olarak kullanıldı.

Traverso ve Longmire (6), 1978 yılında, piloru koruyarak pankreatikoduodenektomi yaptık-



Şekil 1: Piloroduodenal alanda kan dolaşımının korunması.

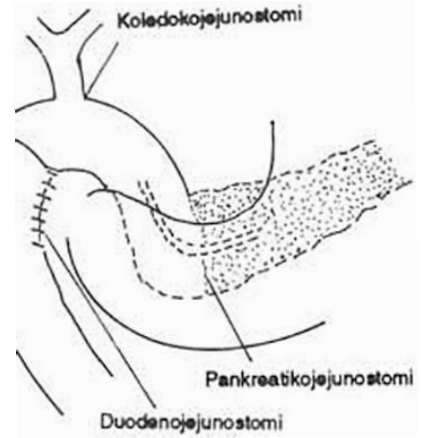
ları iki olguyu yayınladı. Bu olgularda gastrointestinal devamlılık uç-yan duodenojejunostomiyle sağlanıyordu. Yapılan ameliyat daha sonra pilor koruyucu pankreatikoduodonektomi (PKPD) olarak adlandırıldı. Bu yazar da Watson gibi pilorun korunmasıyla jejunumun yüksek mide asiditesiyle karşılaşmayıp, anastomoz ülseri sıklığının düşeceği inancındaydı.

İtanı ve arkadaşları (7), PKPD fonksiyonel sonuçlarının Whipple girişimine göre daha başarılı olduğunu 1986 yılında bildirdi.

Kliniğimizde, 1991 yılında, biri pankreas başı karsinomu, üçü papilla vater tümörü olan dört olguya pankreatikoduodonektomi uygulandı. Girişim bir olguda duodenal ülser olması, diğer iki olguda teknik sebeplerden dolayı Whipple ameliyatı olarak yapıldı. Yazımızda antrum, pilor ve duodenumun iki santim proksimalini koruyarak pankreatikoduodonektomi yaptığımız, pankreas başı adenokarsinomlu olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU

Erkek, 57 yaşında, 70kg ağırlığında olan has-



Şekil 2: PKPD sonrası, gastrointestinal sistemin yeniden oluşturulması.

tamız karın ağrısı, akolik gaita, idrarda renk değişikliği şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde palpasyonla sağ hipokondriumda hassasiyet saptandı. Biyokimyasal incelenmesinde total bilirubin 7.7 mg/dl, direkt bilirubin 5.6 mg/dl, Alkalen fosfataz 743 U/L idi. Bilgisayarlı tomografisinde pankreas başında 37 mm tümöral kitle görüldü. Lenfadenopati yoktu. Tanı sonografik olarak doğrulandı. Gastroduodeneskopisinde mide, bulbus, duodenum ikinci kıta ve papilla vaterin' nin normal olduğu görüldü.

Karına göbek üstü ve kısmen göbek altı orta hat kesisi ile girildi. Gözlemde pankreas başında yaklaşık 4 cm çapında tümöral kitle saptandı. Lenfadenopati ve uzak metastaz olmadığı görüldü. Arteria gastrica dekstra korunarak arteria gastroduodenale, arteria hepatica ile birleşme yerinden kesildi (Şekil 1). Böylece antrum ve pilorun kanlanması, vagal innervasyonu bozulmamış oldu. Duodenum, pilorun 2cm distalinden kesildi. Kolesistektomi yapıldı. Koledok, ductus hepaticus communis seviyesinde kesildi. Duodenum ve pankreas başı mobilize edildi. Jejunum, treitzın 10 cm distalinden kesildi. Vena mezenterica superior üzerinden pankreas kesilerek tümörlü

piyes çıkartıldı. Wirsung kanalına ince stent yerleştirilip tüpün diğer ucu jejunumdan geçirildi. Jejunumla pankreas arasında uç uca pankreatikojejunostomi yapıldı. Bu anastomozun 10 cm distaline uç-yan hepatikojejunostomi, hepatikojejunostominin 25 cm distaline ise uç-yan duodenojejunostomi anastomozları yapıldı (Şekil 2). Ameliyat 4 saat sürdü. Whipple girişimlerinde bu süre ortalama 4 saat 30 dakika idi. Postoperatif 6 gün total parenteral nutrisyon uygulandı. Nazogastrik aspirasyon sürdürüldü. Postoperatif 7. gün oral beslenme başlandı. Gastrik boşalmada gecikme olması üzerine oral beslenme kesilip, nazogastrik aspirasyona devam edildi. Postoperatif 12. gün yapılan pasaj grafisinde anastomoz sahasının açık ve normal olduğu görülünce oral beslenmeye yeniden başlanıldı (Şekil 3). Kontrol sonografisinde patoloji saptanmadı. Çıkartılan piyesin patolojik incelenmesi iyi diferansiye adenokarsinom olarak rapor edildi. Koledok çevresinde ve cerrahi sınırlarda tümör hücresi görülmedi. Hasta postoperatif 17. gün taburcu edildi. Postoperatif 3. ve 6. ay yapılan kontrol sonografi ve endoskopileri normal olarak değerlendirildi. Ameliyat öncesi 70 kg. olan hasta üç ay içerisinde kilosunun %95'ine ulaştı.

TARTIŞMA

PKPD ameliyatının, malign olgularda rezeksiyon sınırlarını daraltıp, yaşam süresini olumsuz etkileyebileceği şeklinde düşünce oluşabilir. Surviv ile ilgili çalışmalar bu kuşku ortadan kaldırmaktadır. Cubilla ve arkadaşları (8), pankreas karsinomu için yaptıkları 33 olguluk Whipple ameliyatında, mide küçük ve büyük kurvaturda lenf metastazı saptanmadığını bildirdiler. Mide çevresindeki lenf bezlerinde metastaz olmadığını gösteren bu çalışma, PKPD ameliyatının radikal bir girişim olduğunu desteklemektedir. Braasch ve arkadaşları (9), pankreas başı karsinomu nedeniyle yaptıkları PKPD serisinde 5 yıllık yaşam süresini %20 olarak bildirirken, Whipple girişimi uygulanan pankreas karsinomlu hastalarda bu süre değişik serilerde %6 (10) ve %18



Şekil 3: Postoperatif 12. gün çekilen pasaj grafisi.

(11) arasında rapor edildi.

Son araştırmalar, mortalitenin Whipple girişimlerinde %5 (11,12), PKPD serilerinde ise %3.8 (13,14) olduğunu ortaya koymaktadır.

PKPD sonrası midenin yeterli boşalıp boşalmayacağı kuşkusunu üzerinde durulan bir diğer konudur. Retrospektif olarak 284 hastanın incelenmesinde (9,11,14,15). Braasch (9), PKPD sonrası hastaların %50'sinde 7günden fazla nazogastrik aspirasyon yapıldığını bildirdi. Aynı yazarın 5 kontrol ve 5 PKPD'li olgu üzerinde izotop kullanarak midenin katı ve sıvı gıdaları boşaltma fonksiyonu üzerine yaptığı araştırmada, her iki grupta da farklılık olmadığı anlaşıldı. PKPD'de pilorun yaklaşık 0.5 cm distalindeki pacemaker (16) çıkartılmayacağı için gastrik myoelektrik aktivitenin normal olacağı kuşkusuzdur. Grace ve arkadaşları (17) gastrik boşalma gecikmesinin en sık sebebinin pankreatikojejunal anastomoz kaçacağı veya postoperatif akut pankreatit olduğunu bildirdiler.

Pilorun korunmasıyla alkalen reflü gastrit gelişmesi engellenip, muhtemel oluşabilecek gastrik ülserasyonların önüne geçilmiştir.

Whipple girişimi sonrası anastomoz ülseri sıklığı değişik serilerde %15 ve %17 arasında bildirilmiştir (18,19). Anastomoz ülseri sıklığı 80 olguluk PKPD serisinde ise % 2,5 olarak yayınlanmıştır (12,14,15).

KAYNAKLAR

1. Kausch W. Das carcinom der papilla duodeni und seine radikale entfernng. Beitrage Z Klin Chir 1912;78:439-486.
2. Whipple AO, Parsons WB. Treatment of carcinoma of the ampulla of vater. Ann Surg 1935; 102: 763-779.
3. Whipple AO. The ration ale for cancer of the pancreas and ampullary region. Ann Surg 1941; 114: 612-15.
4. Trimble IR, Parson WB. A ono stage operation for the cure of carcinoma of the ampulla of Vater and the head of the pancreas. Surg. gynecol obstet 1941; 73:711-22.
5. Watson K. Carcinoma of the ampulla of vater. Successful radical resection. Br. J. Surg 1944;31:368-73.
6. Traverso LW, Longmire WP. Preservation of the pylorus in pancreaticoduodenectomy. Surg gynecol obstet 1978; 146: 959-62.
7. Itani KMF, Coleman RE. Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy. A clinical and physiological appraisal. Ann Surg 1986;204:655-64.
8. Cubilla AL, Fortner J. Lymph node involvement in carcinoma of the head of the pancreas area. Cancer 1978;41: 880-887.
9. Braasch JW, Rossi RL. Pyloric and gastric preserving pancreatic resection. Ann Surg 1986; 204:411-8.
10. Connolly MM, Dawson PJ. Survival in 1001 patients with carcinoma of the pancreas. Ann Surg 1987; 206:366-73.
11. Crist DW, Sitzmann JW. Improved hospital morbidity, mortality and survival after Whipple procedure. Ann Surg 1987; 206 358-65.
12. Grace PA, Pitt HA. Decreased morbidity and mortality following pancreaticoduodenectomy. Am. J. Surg. 1986; 151: 141-9.
13. Eck G, Murry JW. Pyloric preservation with pancreaticoduodenectomy. South med. J. 1987; 80: 1048-50.
14. Newman KD, Braasch JW. Pyloric and gastric preservation with pancreaticoduodenectomy. Am. J. Surg. 1983; 145: 152-6.
15. Warshaw AL, Torchiana DL. Delayed gastric emptying after PPPD. Surg gynecol obstet 1985; 160 (1): 1-4.
16. Taylor JH, Code CF. Localization of the duodenal pacemaker. Gut 1971; 12: 40-7.
17. P. A. Grace H. A. Pitt pylorus preserving pancreaticoduodenectomy: an overview. Br. J. Surg. 1990; Vol 77 September 968-974.
18. Scott WH, Dean RH. The role of vagotomy in pancreaticoduodenectomy. Ann Surg 1980;191: 688-96.
19. Lerut JP, Gianello PR. Pancreaticoduodenal resection. Ann Surg 1984; 199: 432-7.

PKPD ameliyatı, Whipple girişimine göre daha basit ve kısa sürede yapılması, pilorun korunmasıyla gıdaların daha iyi sindirilmesi, postgastrektomi sendromlarının oluşmaması nedenleriyle tercih sebebi olmuştur (7).