Duodenum ve Pankreası İnvaze Etmiş Sağ Kolon Kanserlerinde Pankreatikoduodenektominin Yeri

Pancreaticoduodenectomy in Treatment of Carcinoma of the Colon Invading the Duodenum and Pancreas

CENGİZ TAVUSBAY, HÜDAİ GENÇ, MEHMET HACIYANLI, ÖZLEM SAYIN GÜR

İzmir Atatürk Araştırma Ve Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

ÖZET

Bu makalede lokal ileri evre kolon kanseri olan, sağ hemikolektomi ve pankreatikoduodenektomi ile başarılı bir şekilde opere edilen 54 yaşındaki bir erkek hasta takdim edilmektedir. Tümör sağ hipokondriumda fikse bir şekilde palpe edilmekteydi ve abdominal batın tomografisinde sağ kolondan köken alarak dudenum, pankreas ve komşu dokuları invaze ettiği saptandı. Belirgin bir metastatik görünümde lenf bezi saptanmadı. Eş zamanlı olarak sağ hemikolektomi ve pankreatikoduodenektomi ameliyatı yapıldı. Postoperatif dönemde bir sorunu olmadı. İzleminin 7. yılında hasta iyi durumda olup, kanser nüksüne ait bir belirti saptanmamıştır. Sonuç olarak, lokal ileri evre sağ kolon tümörlerinde an blok rezektif cerrahi tedavinin faydalı olabileceği düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: Kolon kanseri, Pankreatikoduodenektomi.

ABSTRACT

We report herein the case of a 54 year-old man in whom successful pancreaticoduodenectomy and right hemicolectomy were performed for locally advanced colon cancer. A fixed tumor was palpapl in the right hypochondrium and CT showed that it originated right colon and invaded duodenum, pancreas and adjacent tissues. Concomitantly, right hemicolectomy and pancreaticoduodenectomy were performed. He had an uneventful postoperative complication. When last seen, 7 years after his operation, he was well and no cancer reccurence. We concluded locally advanced right-sided colon cancer can be successfully treated en bloc surgery.

Key words: Colon cancer, Pancreaticoduodenectomy.

Giriş

Kolorektal kanserler nispeten yavaş büyür ve diğer GİS kanserleri ile karşılaştırıldığında daha lokalize kalırlar. Ancak %5.5-16.7 oranında komşu yapılara invazyon görülür ve bu durumda tümörün küratif rezeksiyonu, ancak invaze olan yapılarında an blok olarak çıkartılması ile olasıdır.[1-4]

Bazı sağ kolon kanserli olgularda tümör duodenum ve pankreasın baş kısmını invaze edebilir. İlk kez Van Prohaska tarafından 1956 yılında pankreas ve duodenumu invaze etmiş sağ kolon tümörünün tedavisi için sağ kolon rezeksiyonu ile kombine pankreatikoduodenektomi tanımlandı.[2] O zamandan beri konu ile ilgili olarak literatürde yayınlar zaman zaman bildirilmekte ise de yeterli olgu sayısı son derece azdır. Buna rağmen yayınların çoğunda, an blok rezektif cerrahinin sağ kalımı uzattığına dair bilgiler mevcuttur.

Bu makalemizde lokal olarak duodenum ve pankreası invaze eden ve sağ kolon rezeksiyonu ile kombine pankreatikoduodenktomi ile başarılı bir şekilde opere edilen bir sağ kolon kanseri olgusu sunulmuştur.

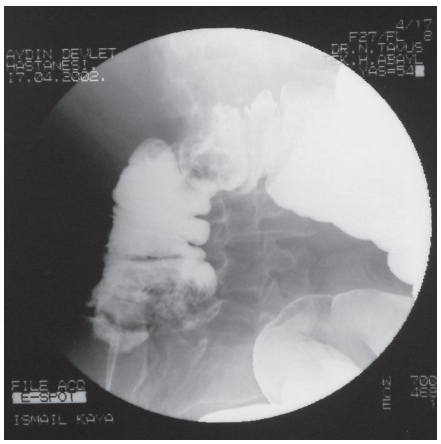
Olgu Sunumu

Elli dört yaşında erkek hasta kliniğimize karın ağrısı, kilo kaybı, karında kitle ve rektal kanama yakınmala-

Dr. Cengiz Tavusbay, Erzene Mah. 124.Sok. Özveri Sitesi 3/5, 35050, İzmir
e-posta: tavusbay2@yahoo.com

Kolon Rektum Hast. Derg. 2008; 142-145

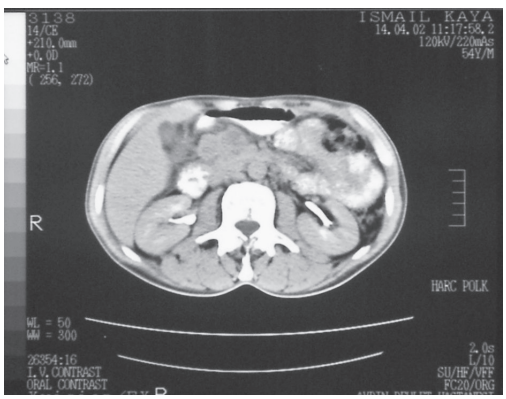
© TKRCD 2008



Resim 1. Baryumlu kolon grafisinde tümöral kitlenin lümeni ileri derecede daralttığı görülmektedir.

rı ile başvurdu. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Sağ hipokondriumda sınırları tam olarak saptanamayan, sert, ağrılı yaklaşık 8-10 cm çapında üzeri düzensiz kitle palpe edilmekteydi. Laboratuvar bulgularında hastada hipokromik anemi saptandı (Hemoglobin:9.6 g/dL) Diğer rutin biyokimyasal değerleri ve karsinoembriyojenik antijen (CEA) düzeyi normal sınırlardaydı. Baryumlu kolon grafisi (Resim 1) ve kolonoskopisinde lümeni ileri derecede daraltan tümoral kitle saptandı. Alınan biopsi sonucu kötü diferansiye adenokarsinom olarak rapor edildi. Bilgisayarlı karın tomografisinde (BT); düzensiz kenarlı, sınırları pankreas ve duodenumdan ayırt edilemeyen yaklaşık 5 cm çapında, hepatik fleksura ve transvers kolon proksimalinde lokalize, lümeni ileri derecede daraltan ve santralinde hipodens nekroz alanları içeren tümöral kitle görüldü (Resim 2-3) .

Laparotomide; sağ kolondan köken alan sağ kolon fleksurasında lokalize, barsak serozasını aşarak duodenum ve pankreas başını invaze eden tümöral kitle saptandı. Çevrede makroskobik olarak, reaktif olduğu izlenimi

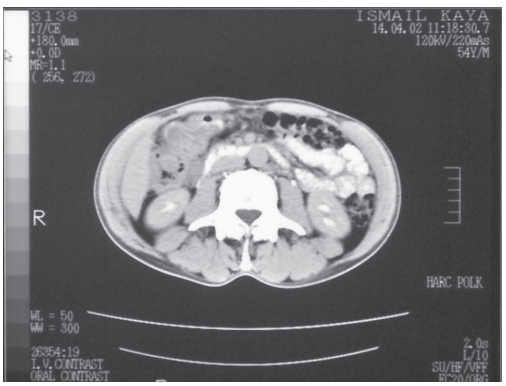


Resim 2. Abdominal BT. Tümoral kitlenin duodenum ve pankreası invaze ettiği ve sınırlarının net olarak seçilememektedir.

veren lenf nodları mevcuttu. Batın içi organlara ve karaciğere yayılım yoktu. Asit saptanmadı. Tümörün köken aldığı sağ kolon, invaze olan duodenum ve pankreas ile birlikte an blok olarak çıkartıldı. Rekonstrüksiyon uç-yan iliotransversosotomi şeklinde yapıldı. Pankreatikojejunostomi teleskopik olarak yapılırken, piylor koruyucu gastreojejunostomi uygulandı. Operasyon süresi yaklaşık 6 saat idi. Toplam kan kaybı 700 cc kadar oldu. Hasta postoperatif 8. gün taburcu edildi.

Mikroskopik tetkikte; Tümoral kitlenin kolon serozasını aşarak pankreas ve duodenumu invaze ettiği, çok sayıda damar ve sinir tutulumu olduğu saptandı. Disekke edilen 11 adet lenf nodunda metastaz yoktu ve tüm cerrahi sınırlar salimdi. Tümörün evresi T4N0M0 (EVRE II) olarak değerlendirildi. Hastaya Onkoloji Birimi tarafından adjuvan kemoterapi uygulandı.

Hasta 8 hafta sonra kontrole çağırıldı. Hasta kilo almıştı ve yakınması yoktu. CEA normal olarak ölçüldü. Hasta postoperatif 7. yılında olup, yapılan tetkiklerinde nükse ait bir belirti saptanmamıştır.



Resim 3. Abdominal BT; Tümöral kitlenin hepatik fleksura ve transvers kolon proksimalinde lümeni ileri derecede tıkadığı izlenmektedir.

İrdeleme

Kolorektal kanserler genellikle hematojen veya lenfatik yolla yayılım göstermelerine karşılık, % 5.5-16.7 oranında uzak metastaz yapmaksızın lokal olarak komşu doku ve organlara invazyon gösterirler (lokal ileri evre); bunlarında %66-89'u rektosigmoid bölgede yer alır[1-5,7,8] Pelvik organları ve ince barsakları invaze eden bu tümörlerde genellikle an blok rezeksiyon yapmak olasıdır.[2-11] Duodenum ve pankreas tutulumu ise literatürde %0-12 olarak bildirilmiştir.[10]

Sağ kolon veya transvers kolon tümörü kanama veya tıkanıklık yapabilir. Bazı olgularda duodenum ile kolon arasında fistül olabilir.[10] Önemle belirtmek gerekir ki, klinik tablo ve görüntüleme metotları ile sağ kolonunun primer kanserlerinin duodenum ve pankreası invazyo-

© TKRCD 2008

nunu preoperatif olarak saptamak güç olabilir. Karsinoembriyojenik antijen ve CA 19-9 gibi tümör markerleri normal düzeylerde olabilir. Duodenal ve pankreatik tutulum sıklıkla ameliyat esnasında değerlendirilir.[5] Olgumuzda ise preoperatif muayenesinde kitlenin palpapl ve fiske olması ve karın BT'de pankreas ile sınırların net olarak seçilememesi tümörün lokal ileri evrede olduğu ve düodenum ve pankreası invaze etmiş olduğu kanaatini verdi.

Duodenum duvarında sınırlı infiltrasyona neden olan durumlarda sadece duodenal duvarın an blok rezeksiyonu yapılarak daha geniş bir işlemden kaçınabilir.[2-3] Ancak pankreas başı ile birlikte duodenum duvarının tutulması durumunda kolektomi ve PD ye gereksinim vardır. Böyle büyük bir ameliyat uygulanacaksa hastanın genel durumu, tümörün evresi, operatif riskler, cerrahi ekibin tecrübesi, yoğun bakım olanakları, postoperatif sonuçlar göz önünde bulundurulmalıdır.[2] Bu nedenle yaşlı, genel durumu bozuk ve ek sistemik hastalığı olan yüksek riskli hastalar bu ameliyat için iyi aday değildir. Ek olarak, literatürde cerrahi tecrübe ve hastane koşullarının da önemli olduğu vurgulanarak, eğer bu şekilde bir olgu ile karşılaşıldığında söz konusu durumlar mevcutsa herhangi bir işlem yapmadan hastanın daha ileri bir merkeze gönderilmesi önerilmektedir.[6-7]

Ameliyat sırasında rezeksiyona geçmeden önce karaciğer ve periton metastaz yönünden dikkatle tetkik edilmelidir. Cerrahi sınırların salim ve an blok cerrahi yapabilecek tarzda tümörün rezektabl olup olmadığına karar verdikten sonra işleme girişilmesi önerilmektedir.[2,4,5] Lokal enflamatuvar yanıt ile invazyon arasında ayırım yapmak her zaman mümkün olmadığından bu durum cerrah için sorun teşkil eder. Sağ kolona komşu doku veya organlara yapışıklık varsa, bunlardan biyopsi veya frozen yapmak, alınan örneklerden kesin bir sonuç bulamama ve biopsi sırasında tümörün ekilme olasılıkları nedeniyle tehlikeli olduğu bildirilmiştir; bu nedenle bu yapışıklığı malign invazyon olarak kabul etmek ve mümkünse an blok rezektif cerrahi yapılması gerektiği ileri sürülmüştür.[4,5]Nitekim komşu yapılara yapışıklık gösteren kolorektal kanserlerin histopatolojik incelemede %33-84 malign olduğu anlaşılmıştır.[12]

Özellikle lenf nodu negatif olan olgularda an blok rezektif cerrahi ile tümörün tam çıkartılmasının hastanın yaşam süresini arttıracağına dair literatürde yayınlar mevcuttur.[2-6,10,11] Ancak kesin prognositk göstergeler için olgu sayısı henüz yetersizdir. Bir araştırmada komşu organ ve dokuların tümor rezeksiyonu ile birlikte an blok rezeksiyonunu takiben yaşam süresinin ortalama 40 ay, 5 yıllık yaşam süresinin ise %54 olarak bildirilmesine karşılık, palyatif amaçlı anastomozlarda ortalama yaşam süresinin 9 ay kolonun çıkartılması da dahil olmak üzere yapılan inkomplet rezeksiyonlarda ise 11 ay olduğu bildirilmiştir.[5,7] Saiura ve arkadaşları pankreası invaze eden 5 hastada sağ kolon adenokanserlerinde 10 yıldan uzun survey bildirmişlerdir.[8]An blok rezeksiyon yapılmayan olgularda ise; erken lokal nüks %70-100 oranında saptanmıştır.[2,3] Pankreatikoduodenektomi bu konuda deneyimli ellerde kabul edilebilir mortalite ve morbidite oranı ile yapılabilir.[2-7]

Lokal olarak invazyon gösteren kolorektal kanserlerde adjuvan kemoterapiye ait oldukça iyi sonuçlar bildirilse de bu konuda henüz yeterli kanıt yoktur.[5,8] Sunulan hastada adjuvan kemoterapi rejimi uygulandı.

Sonuç olarak pankreas ve duodenumu invaze eden sağ kolon kanserlerinde kolektomi ile birlikte PD güvenle ve başarıyla yapılabilir. An blok rezektif cerrahi girişimi takiben 7. yılın sonunda nüks olmaması ve hastalıksız sağ kalımın sağlanması bu prosedürün yapılabilirliği konusunda benzer olgular için cesaret vericidir. Nitekim literatürde de benzer yayınlar vardır. Lokal invaziv ileri evre kolon kanserlerinin tedavisinde an blok rezektif cerrahi yapılabilen olgularda küratif olabilmektedir.

Kaynaklar

1. Staniunas RJ, Schoetz DJ. Extended resection for carcinoma of colon and rectum. Surg Clin 1993;73:117-29.
2. Berrospi F, Celis J, Ruiz E, *et al.* En bloc pancreaticoduodenectomy for right colon cancer invading adjacent organs. J Surg Oncol 2002;79:194-97.
3. Curley SA, Evans DB, Ames FC. Resection for cure of carcinoma of the colon directly invading the duodenum or pancreatic head. J Am Coll Surg 1994;179:587-92.
4. Perez RO, Coser RB, Kiss DR, *et al.* Combined resection of the duodenum and pancreas for locally advanced coloncancer. Curr Surg 2005;62:613-17.
5. Korea JB, Conlon K, Party PB, *et al.* Pankreatic or duodenal resection or both for advanced carcinoma of the right colon. Is it justified? Dis Colon Rectum 2000;43:460-65.
6. Hunter JA , Ryan JA, Schultz P, *et al.* En block resection of colon cancer adherent to other organs. Am J Surg 1987;154:67-71.

© TKRCD 2008

7. Kama NA, Reis E, Doganay M, *et al.* Radical surgery of colon cancers directly ınvading the duodenum , pancreas and liver . Hepatogastroenterology 2001;48:114-17.
8. Saiura A, Yamamoto J, Ueno M, *et al.* Long-Term survival in patients with locally advanced colon Cancer After En Bloc Pancreaticoduodenectomy and Colectomy. Dis Colon Rectum 2008;3:1-4.
9. Hakimi AN, Rosing DK, Stabile BE, *et al.* En bloc resection of the duodenum for locally advanced right colon adenocarcinoma. Am Surg 2007;73:1063-66.
10. Yoshimi F, Asato Y, Kuroki, *et al.* Pancreatoduodenectomy for locally advanced or recurrent colon cancer: report of two cases. Surg Today 1999;29:906-10.
11. Iwasaki Y, Moriya H, Miyake H, *et al*. En block surgery for colon cancer Report of a case. Surg Today 2000;30:191-94.
12. Orkin BA, Dozois RR, Beart RW, *et al.* Extended resection for locally advanced primary adenocarcinoma of the rectum. Dis Colon Rectum 1989;32:286-92.

© TKRCD 2008