

UNREZEKTABL HİLER KOLANJİOKARSİNOMLARDA PALYATİF KARACİĞER 3. SEGMENT DRENAJ AMELİYATININ YERİ VE ÖNEMİ

Tayfun YÜCEL¹, Ayhan ÇEVİK², Kemal KASAR², Zeki MEMİŞ³, Mustafa GÜLMEN⁴

Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniğinde 1993 yılında üç adet unrezekektabl hiler kolanjiokarsinom olgusu saptandı. Olguların hepsinin geliş şikayeti sarılık, kaşıntı, batında kitle idi. Hastaların tanısı bilgisayarlı batın tomografisi ve ultrasonografi sonucunda konuldu. Preoperatif olarak tümörün unrezekektabl olduğu düşünüldü. Preoperatif olarak V.porta ve A.hepatika invazyonu, karaciğer metastazi, omentum metastazi ve batında asit varlığı saptandı. Hastaların ikisi (%67) hiler kolanjiokarsinom, biri (%33) ise proksimale invaze olmuş koledok tm. idi. Hastaların hepsine palyatif amaçlı 3. segmentten transanastomotik stent aracılığı ile intrahepatik kolanjiojejunostomi uygulandı. Sonuçta, hastalarda bilirubin değerlerinin hızla düştüğü ve yaşam standartlarının iyileştiği görüldü. Bu ameliyatın unrezekektabl hiler kolanjiokarsinom vakalarında etkili bir palyatif tedavi yöntemi olduğu kanısına varıldı.

THE VALUE OF PALLIATIVE INTRAHEPATIC CHOLANGIOENTERIC ANASTOMOSIS IN UNRESECTABLE HILAR CHOLANGIOPCARINOMAS

In 1993, three unresectable hilar cholangiocarcinoma were encountered in the Second General Surgery Clinic of Kartal Hospital. All patients applied to the hospital with jaundice, itching and abdominal mass. USG and abdominal CAT were used for diagnosis. Preoperatively it was thought that, these tumours were unresectable. It was confirmed before the operation because of the hepatic and omental metastasis and ascites in the abdomen. Two of the patients (67%) had hilar cholangiocarcinoma and the other (33%) had choledocal carcinoma but profuse invasion was found at the hilar area. In all patients left intrahepatic cholangioenteric anastomosis using the duct of segment III was performed. A transanastomotik drain was used. In conclusion, we found that this operation is very effective in unresectable hilar cholangiocarcinoma cases as a palliative procedure. After this operation, the quality of patient life can be improved.

Karaciğer hilusunda obstruktif sarılığa yol açan malign patolojilerin başında hiler kolanjiokarsinom (Klatskin tm.) gelmektedir. Sarılığın hızla yükseldiği bu olgularda, hiperbilirubineminin düşürülmesi ve bu sayede yaşam standartlarının iyileştirilmesi amaçlanmaktadır (7). Günümüzde hiler kolanjiokarsinomun en iyi tedavi yönteminin tümörün rezeksiyonu olduğu bilinmektedir (1, 2, 5, 7). Unrezekektabl olgularda ise sarılığın azalması ve karaciğer fonksiyonlarının devam etmesi için palyatif amaçla bilioenterik anastomoz, eksternal drenaj, radyolojik veya endoskopik stent uygulaması önerilmektedir (2, 3, 7). Çalışmamızın amacı unrezekektabl hiler kolanjiokarsinom olgularında, karaciğer 3. segmentten yapılan intrahepatik kolanjiojejunostomi ameliyatının diğer yöntemlere göre avantaj ve dezavantajlarını literatür ışığı altında incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği'nde 1993 yılında üç unrezekektabl kolanjiokarsinom olgusu saptandı. Olguların ikisi (%67) kadın, biri (%33) erkekti. Ortalama yaş 72 idi. Hastaların başvuru şikayetleri tümünde ağrı, ilerleyici sarılık ve kaşıntı idi. Ayrıca kilo kaybı ve iştahsızlık da gözlemlendi. Gaitaları akolikti. Fizik muayenelerinde orta derecede hepatomegali bulundu. Laboratuvar tetkiklerinde; (ortalama) total bilirubin: 16.8 mg/dl (Direkt bil: 14 mg/dl), sedimantasyon: 120 mm/saat, total protein: 5 gr/dl, serum alkalin fos-

fataz: 200 U/L olarak saptandı. Olguların biri 12 ay önce kolesistektomi geçirmişti. Klinik ve laboratuvar olarak mekanik ikter düşünülen hastaların hepsinde ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile batın incelendi. Bu tetkiklerle intrahepatik safra yollarında genişleme ve hiler bölgede belirgin tümöral kitle saptandı. BT ile kitlenin V.porta ve A.hepatika'ya invaze olduğu, çevrede yaygın lenfadenopati mevcudiyeti ortaya konuldu. Bu bulgular yeterli bulundu. Perkutan transhepatik kolanjiografi ve endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi denenmedi.

BULGULAR

Hastaları ameliyata almadan önce İ.V. sıvı ve 1500 cal. parenteral nutrisyon ile gerekli hidrasyon ve beslenme sağlanmaya çalışıldı. Ameliyat esnasında olguların ikisininin (%67) Klatskin tm. olduğu, diğerinin ise proksimale hiler bölgeye doğru yayılmış ve yaygın lenfadenopatiler yapmış koledok tm. olduğu saptandı. Ayrıca olgularda omentumda, karaciğerde metastaz, batında asit mevcuttu. Kitlelerin proksimaline ulaşamadı ve porta hepatisin yaygın olarak invaze olduğu gözlemlendi. Portal yaygın lenfadenopatiler saptandı. Bunun üzerine unrezekektabl kabul edilen olguların hepsine lig. teres hepatitis'in sol tarafından karaciğerin 3. segmentinden 3-5 cm girilerek geniş intrahepatik kolanjiojejunostomi uygulandı. Bir hastaya (%33) Roux and Y şeklinde, iki hastaya (%67) Roux and Y yapılmadan side to side şeklinde (Braun anastomozu eklenerek) transanastomotik stent aracılığı ile tek kat üzerinden 3/0 ipekle kolanjiojejunostomi yapıldı. Stent anastomozdan 10 cm distalde ince barsaktan batın dışına alındı. Operasyon esnasında bir

¹ Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği Şef Muavini

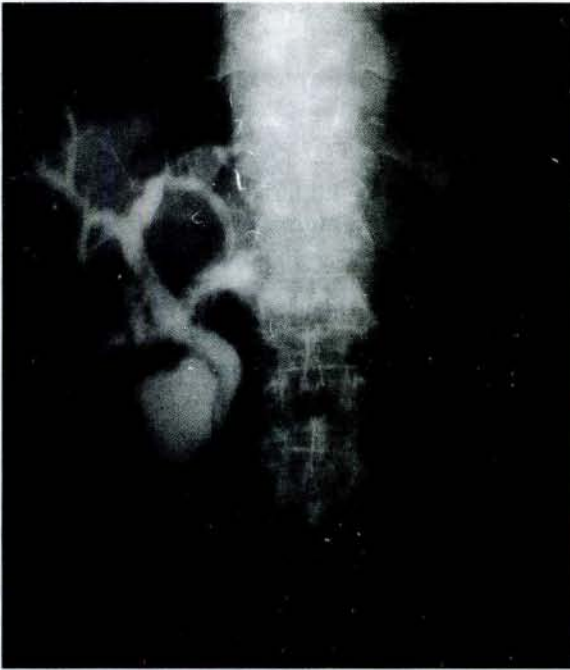
² Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği Asistanı

³ Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği Başasistanı

⁴ Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği Şefi

hastada (%33) dalak rüptürü oluştu. Splenektomi eklendi. Ortalama operasyonda 450 cc kan kaybı oluştu. Olguların bir tanesinde (%33) preop. iki ünite, hepsinde postop. ortalama iki ünite kan verildi. Hastaların operasyonda kalış süreleri ortalama iki saattir.

Operasyon esnasında mortalitemiz yoktur. Hastalar 24 saat yoğun bakım ünitesinde takip edilmişlerdir. Vital bulgular stabil seyretmiş olup, kalp yetmezliği olan bir hastaya preop. ve postop. digital verilmiştir. Hastaların ortalama postop. 1. gün bilirubin değerlerinde hafif yükselme saptanmış olup, batın dışına alınan stent aracılığı ile stent takibinde postop. 3. günden itibaren bilirubin değerlerinde belirgin bir düşme saptanmıştır. İki hastada (%67) bilirubin düzeyi normale inmiş, birinde (%33) ise preop. değer %60'ı düzeyine inmiştir. Gaitaları renklenmiştir. Postoperatif TPN uygulanmasına devam edilmiş ve yapılan takiplerinde protein değerlerinin normal olduğu gözlenmiştir. Postop. 15. gün tüm hastalara stent aracılığı ile kolanjiografi çekilmiştir (Şekil 1). Olgularda anastomoz kaçağı komplikasyonu saptanmamıştır. Hastaların stentleri 20. gün çekilmiştir. Olgularda kolanjiti önlemek için 2. kuşak sefalosporin beş gün kullanılmıştır.



Şekil 1. Stent aracılığı ile yapılan kolanjiografi

Hastaların hastanede kalış süreleri ortalama 10 gündür. Operasyon esnasında tüm hastalardan tümörül kitleden alınan biopside diferansiye kolanjiokarsinom (grade -III-) ve karaciğer biopsilerinde de intrahepatik safra yollarında genişleme saptanmıştır. Mortalitemiz yoktur. Hastalar halen takibimiz altındadır. En eskisi altı aylık olan olguların takiplerinde bilirubin değerleri stabil seyretmiş olup hastaların yaşam standartları daha iyi duruma gelmiştir.

TARTIŞMA

Kolanjiokarsinomlar yavaş ilerleyen bir tümör olarak kabul edilmelerine rağmen lokal invazyon yapma eğilimi ve %80 perinöral ve lenfatik yayılım yeteneği nedeniyle kolaylıkla çevresindeki V.porta, A. hepatica ve karaciğeri infiltre edebilir, %70 olguda, saptandığında unrezektabl durumdadır (2,5,6) Oysaki bu tümörlerin ideal tedavisinin, gerekirse karaciğer rezeksiyonu ile birlikte radikal tümör rezeksiyonu olduğu bilinmektedir (1,2,6,7). Hatta ileri evre yaygın invazyonlu olgularda karaciğer transplantasyonu önerenler de olduğu gibi, yaygın malignitelerde transplantasyonun ardından yapılacak immünosupressif tedavinin, hastalığın daha da ilerlemesine ve erken nükslere yol açacağını belirtenler de vardır (2,4). Memleketimiz koşullarında olguların oldukça geç devirde doktora müracaatları, olguların oldukça yaygın tümör invazyonu ile karşımıza çıkmasına yol açmaktadır. Hastaların teşhisinde USG, CAT, ERCP ve anjiyografinin çok önemli yeri olduğu bildirilmektedir (1,2,5,7). Biz de hastaların teşhisinde ve tümörün unrezektabl olup olmadığını saptamada imkanlarımız dahilinde USG ve CAT uygulayabildik. Anjiyografinin preop. yapılmasının, tümörün rezektabilitesi, vasküler invazyon mevcudiyeti konusunda daha ayrıntılı bilgi verdiği belirtilmektedir (2,6,7).

Safra yollarının obstrüksiyonu nedeniyle ileri düzeylere varan bilirubinemi ve bunun sonucu kaşıntı, halsizlik, bulantı, kusma şikayetleri olan hastaların biran evvel hiperbilirubinemiden kurtarılmasının önemi aşikardır. Çünkü hiperbilirubineminin plazma volümü ve interstisyel volüm üzerine negatif etkisi, böbrek perfüzyonunu bozması ve barsakta safra asidi olmamasının intestinal endotoksinlerinin absorpsiyonuna yol açıp endotoksemiye neden olması obstrüktif sarılığın önemli fizyopatolojik etkileri olarak bilinmektedir (4). Bu amaçla rezeke edilemeyen kolanjiokarsinom olgularında endoskopik veya radyolojik stentler veya eksternal perkütan bir drenle safranın dışa boşaltılması yöntemleri de düşünülebilir. Perkütan eksternal bir drenle genişlemiş intrahepatik safra kanallarına girip safrayı dışarı almak preoperatif bir yöntem olarak da düşünülmektedir (4,6). Bu işlem hastayı rahatlatır ama kolanjit riskini artırdığından, tümörün karaciğer içinde yayılımına neden olabildiğinden, sıvı elektrolit kaybına yol açtığından faydası bulunmamakta ve pek fazla önerilmemektedir (4). Fakat bilirubin %15 mg/dl üstüne çıkmış olduğu olgularda ameliyat öncesi hiperbilirubinemi düşüreceğinden uygulanabilir ve bu işlemin ameliyatta kanama riskini ve postop. komplikasyon riskini azaltacağını ileri sürenlerde vardır (2,4). Hastaları preop. sıvı elektrolit, K vit. ve nütrisyon bakımında iyice hazırlayıp ameliyatı preop. stent koymadan fakat erken bir zamanlama ile yapmanın yararlı olacağını düşünüyoruz. İyi bir hidrasyon ve nütrisyon ile ve preop. barsakların lavmanlarla boşaltılarak, hipovolemi, böbrek perfüzyon bozukluğu ve endotoksemisinin kısmen önlenebileceğini kanısındayız.

Endoskopik stent uygulanımı unrezektabl distal koledok tümörlerinde daha çok önerilmektedir (2, 5, 8). Kolay bir işlemdir. Cerrahi travmadan hastayı uzak tutmaktadır. Mortalitesi azdır fakat kolayca tıkanabilir veya kolanjite yol açabilir. Özellikle hiler kolanjiokarsinomlarda başarı şanslarının az olduğu bildirilmektedir (5, 8). Eğer hasta cerrahiye kaldırmayacak derecede düşkünse veya ileri derecede metastazları varsa önerilmektedir (3, 4, 7).

Unrezektabl hiler kolanjiyokarsinomlarda eğer hasta cerrahi müdahale yapılabilecek genel durumda ise bilioenterik bypass ameliyatı yapmanın en iyi palyatif tedavi yöntemi olduğu düşünülmektedir (3, 8). İlk kez 1957'de Soupauld ve Cousinaud'un uyguladıkları intrahepatik 3. segmentten kolanjiyojejunostomi yönteminin etkili olduğu görülmüştür (8). Bismuth 48 olguklık unrezektabl kolanjiokarsinom serisinde bu ameliyatı uygulamış %73 olguda bilirubin seviyesinin normale indiğini saptamıştır (2, 8). Habib ve ark. 20 olgukluk kolanjiokarsinom serilerinde 15 olgunun (%75) rezektabl olduğunu görüp radikal rezeksiyon uygulamışlar, beş (%25) olguyu da unrezektabl olarak değerlendirmiş ve 3. segmentten bypass ameliyatı uygulamışlardır (4). Bu hastaların bilirubin düzeyleri postop. normal düzeylere inmiştir. Unrezektabl kolanjiokarsinomların palyatif bir ameliyat sonrası ortalama yaşam süreleri 10 ay civarında olmaktadır. Fakat her iki serideki olguların hiç birinde bilioenterik anastomozda tıkanma olmamış ve reoperasyon gerekmemiştir (4, 5, 8). Hastalar postop. yaşam sürelerini sarıksız, kaşıntısız olarak geçirebilmişlerdir. Bismuth ve ark. olgu serilerinde, dört olguda (%8) bilioenterik anastomozdan kaçak olduğunu gözlemişlerdir (2). Fakat bu da 2-3 haftada spontan kapanmıştır. Biz olgularda anastomoz kaçığına rastlamadık. Transanastomatik stent uygulaması ve iyi bir cerrahi teknikle bu komplikasyonların en aza indirilebileceğini düşünüyoruz. Bu sayede olgularda postop. sarıksız bir yaşam süresi sağlamak mümkün olabilmiştir.

Unrezektabl hiler kolanjiokarsinom olgularında sadece 3. segmentten yani sol lobtan yapılan bilioenterik anastomozun etkili bir bilirubin azalmasına

yol açacağı vurgulanmaktadır (3, 4, 8). Böylelikle karaciğer parankiminin %40-45'inin direkt olarak drene edilmesi sağlanmış olmaktadır. Eğer karaciğer sağ lobunda sadece obstrüksiyon varsa yapılan ameliyatın yeterli olduğu düşünülmektedir (8). Ama olaya enfeksiyon da eklenmişse soldan yapılan drenajın tek başına yeterli olamayacağı belirtilmektedir (8). O zaman sağ ana hepatik kanalında ayrıca drene edilmesinin gerektiği belirtilmektedir (örneğin, transtümöral stent ile). Bu arada karaciğer sol lobunda fazla miktarda tümöral metastaz varsa, sol lob atrofikse 3. segment drenajının yapılmasının mümkün olamayacağı bildirilmektedir (5, 8).

Sonuç olarak, postop yaşam süreleri kısa olan bu hastaların şikayetsiz ve rahat bir hayat sürebilmesi için 3. segment drenajının (operasyonu kaldırabilecek hastalarda) etkili bir palyatif tedavi yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Bengmark S, Ekberg H, Evander A, Kiofver-Stahl B, Tranberg KG. Major liver resection for hilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg.* 207:120-5, 1988.
2. Bismuth H, Nakache R, Diamond T. Management strategies in resection for hilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg.* 125:31-8, 1992.
3. Guthrie CM, Haddock G. Changing trends in the management of extrahepatic cholangiocarcinoma. *Br J Surg.* 80:1434-39, 1993.
4. Habib N, Williamson RCN. Royal postgraduate Medical School. Hepato pancreatico-biliary surg. course. Personal communication. Hammersmith Hospital London, 1993.
5. Iygidakis NJ, Von der Heyde MN, von Dongen RJAM, Kromhout JG, Tytgat GNJ, Huibregtsc K. Surgical approaches for unresectable primary carcinoma of the hepatic hilus. *Surg Gynecol Obstet.* 166:107-14, 1988.
6. Mizamoto R, Kawarada Y, Susuki H. Surgical Treatment of hilar carcinoma of the bile duct. *Surg Gynecol Obstet.* 162:153-8, 1986.
7. Stain CS, Baer VH, Dennison RA, Blumgart HL. Current management of hilar cholangiocarcinoma. *Surg Gynecol Obstet.* 175:579-88, 1992.
8. Traynor O, Castaing D, Bismuth H. Left intrahepatic cholangioenteric anastomosis (round ligament approach): an effective palliative treatment for hilar cancers. *Br J Surg.* 74:952-4, 1987.