

AMPULLA VATERİ KANSERİ

(Radikal cerrahi tedavi uyguladığımız bir vak'a nedeniyle)

Dr. Dursun Akdemir x
Dr. Şefik Güney xx
Dr. Nevruz Erez xxx
Dr. Selçuk Atamanalp xxxx
Dr. Engin Aydın xxxxx

ÖZET: Tıkanma sarılığına neden olan bir ampulla vateri adenokarsinoma pankreatikoduodenektomi ameliyatı yapıldı. Metastaz bulgusuna rastlanmadı. Ameliyat sonrası erken devrede diabetes ve gastrointestinal kanama komplikasyonları ortaya çıktı. Komplikasyonlar tıbbi tedavi ile düzeltildi. Ameliyatın 23. günü taburcu edildi. Dört ay sonraki kontrol muayenesinde hasta oldukça sağlıklıydı. Ondört kilogram kilo almıştı.

Bu vak'a nedeniyle literatür taranarak ampulla vateri kanseri çeşitli yönleriyle tartışıldı.

GİRİŞ:

Ampulla vateri kanseri, gastrointestinal kanserlerden nadir görülenidir. Çeşitli serilerde gastrointestinal kanserlerin % 0,2-0,5'ini teşkil ettiği bildirilmektedir (13,20).

Periampuller bölge kanserleri diye bilinen pankreas başı, duodenum ve kodedok distal ucu kanserleri, ampulla vateri kanserleriyle benzer klinik bulgular verdiklerinden tanı yönünden zorluk çıkarırlar. Fakat son 15 yılda ultrasonografi, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), computerized axial tomography (CAT) ve selektif anjiyografi sayesinde, periampuller kanserlerin ayrıntılı tanısında oldukça ilerlemeler kaydedilmiştir (7,11,17,20,24).

x Atatürk Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yrd. Doçenti.

xx Atatürk Üniv. Tıp Fak. Radyoloji Anabilim Dalı Doçenti.

xxx Atatürk Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Arşt. Gör.

xxxx Atatürk Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Arşt. Gör.

xxxxx Atatürk Üniv. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Yrd. Doçenti.

Periampuller kanserler içinde en sık oranda (% 85) pankreas başı kanseri, ikinci sıklıkla ampulla vateri kanserine rastlanır. Ampulla vateri kanseri, pankreas başı kanserinden daha erken belirti vermesi sayesinde erken teşhis edildiğinden, geç metastaz yaptığından ve genel durum bozulmadan uygun radikal cerrahi girişim yapılma ihtimali olduğundan prognozu pankreas başı kanserine oranla çok daha iyidir (8,9,11,14).

VAK'A TAKDİMİ

N.B. 52 yaşında erkek hasta, hazımsızlık iştahsızlık, idrarının çay rengine gelmesi, gözlerinde sarılık ve vücudunda kaşıntı şikâyetleriyle, 10.2.1987 tarihinde 1495/1495 protokol numarasıyla yatırıldı. Hikâyesinden, bir ay önce hazımsızlığının başladığı, iştahının azaldığı, 15 günden beri idrarının çay rengine geldiği, gözlerinin sarardığı, kaşıntısının olduğu ve aşırı bir zayıflamasının olmadığı (1,5 ayda 4 kg) öğrenildi.

Öz ve soy geçmişinde, 30 yıl önce nedenini bilmediği bir sarılık geçirmesinin dışında bir özellik yoktu.

Fizik Muayene: Müsbet bulgu olarak; skleralar ve cilt sarı, dil kuru ve kah-verengi paslı, 5 cm künt, üstü düz, az hassas hepatomegali ve safra kesesi hidropsu tesbit edildi. Gaita akolikti. Ateşi yoktu. Diğer sistemlerin muayenesinde patoloji tesbit edilemedi. Hastanın ağırlığı 48 Kg. idi.

Ameliyat öncesi müsbet laboratuvar bulguları:

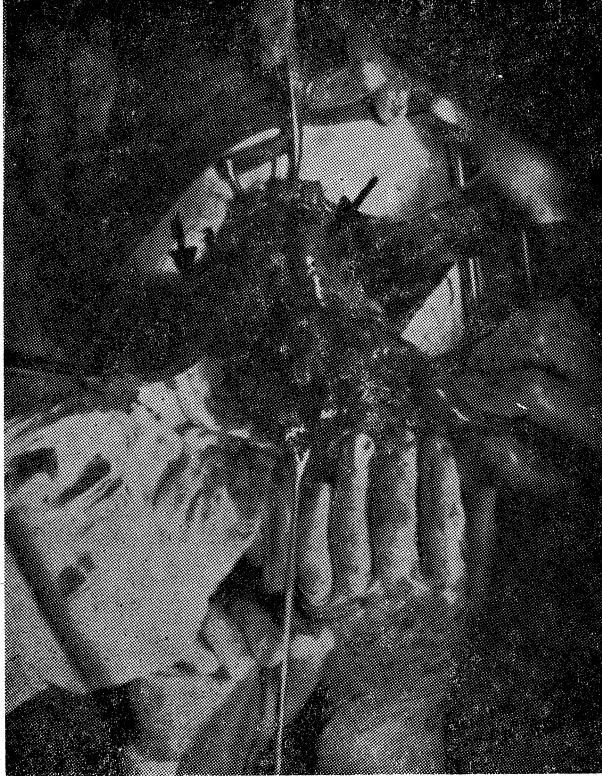
- a) İdrar (11.2.1987): Ürobilinogen normal, bilirubin++
- b) Kan (11. 2.1987): Hb 11 g., direkt bilirubin % 7,3 mg, indirekt bilirubin % 6mg, total bilirubin % 13,3 mg, alkalen fosfataz 217 iü, total protein % 6,9 g., albumin % 3,6 g., SGOT 51 ü, SGPT 89 ü ve protrombin zamanı normaldi.
- c) Gaita (11.2.1987): Akolik, sterkobilinojen (—)
- d) Radyoloji (27.1.1987): Mide-duodenum grafisi özel laboratuvar da çekilmiş, hafif gastritis, gastropitozis ve duodenit, IVP'de pyelonefrit ve hepatomegali olduğu, rapor edilmiştir.
- e) Ultrasonografi (12.2.1987): Karaciğerin 4 cm kadar büyüdüğü, koledok çapının 20 mm'ye eriştiği, akut kalesistit ve kolanjit bulgularının bulunduğu, koledok distal bölümünde taş olma ihtimali rapor edilmiştir (Resim-1).

Yukarıdaki anemnez, fizik muayene bulguları ve laboratuvar sonuçlarına göre tıkanma sarılığı düşünüldü. Tıkanmanın nedeninin taştan ziyade, ampuller bölgede bir tümör olabileceği kanaatine varıldı. Endoskopik ve CAT tetkiklerinin gerektiği düşünüldüğü halde imkânsızlıklardan ötürü yapıtılamadı.



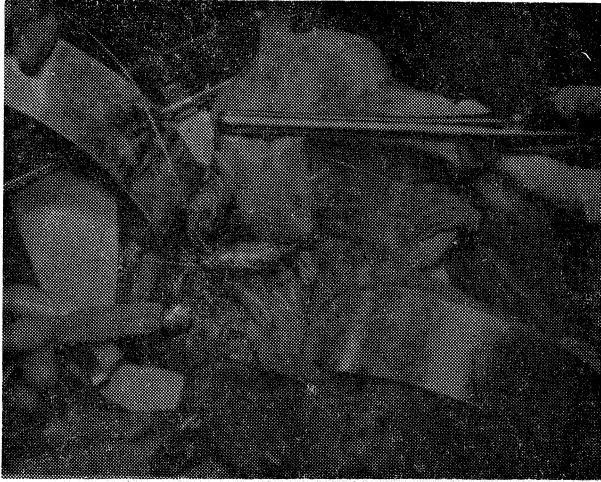
Resim-1: Vak'amızın ultrasonografik görünümü

Ameliyat: Tıkanma sarılığı nedeniyle 13.2.1987 tarihinde ameliyata alındı. Göbek üstü ve altı median kesiyle karın içine ulaşıldı. Eksplorasyonda safra kesesi ileri derecede hidrops halindeydi ve koledok 2.5 cm çapına erişmişti (Resim-2). Karaciğer staz nedeniyle diffüz bir şekilde büyümüştü.



Resim-2: Safra kesesi hidropsu ve koledok dilatasyonu bariz bir şekilde görülmektedir.

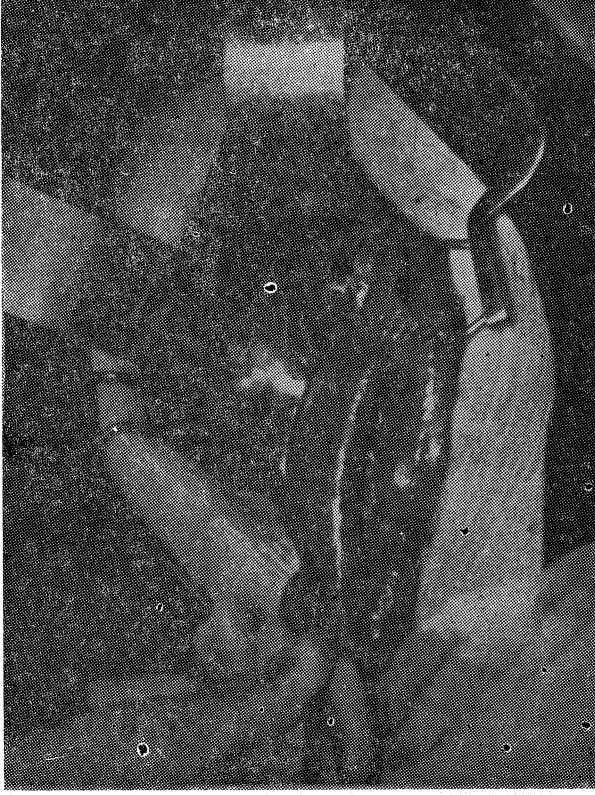
Kocher manevrası yapılarak koledok distal ucu, duodenum, ampulla vateri ve pankreas palpe edildi. Ampulla'yı tutan, etrafa infiltre olmayan, dalından koparılmış iri bir zeytin tanesi intibasını (tahminen 1,5 cm çaplı) veren sert kıvamlı tümoral bir kitle tesbit edildi. Pankreas başı, duodenum ve koledokta başkaca patolojik kitle palpe edilemedi. Duodenotomi yapılarak ampullada kitlenin var olduğu doğrulandı. Bölgesel lenf bezlerinde ve dokularda metastaz bulguları tesbit edilmedi. Ampulladaki tümörün kürabil kanser olduğuna karar verilerek pankreatikoduodenektomi (Whipple) ameliyatına başlandı. Kolesistektomi yapıldıktan sonra ameliyat tekniğine bağlı kalınarak midenin distali, pankreasın başı , duodenumun tümü ve koledok distal ucu anblok olarak rezeke edildi. Wirsung kanalına bir adet plastik kateter yerleştirildi (Resim-3). Kateter jejunum lümeninde ilerletilerek yapılacak olan pankreatikojejunal ve koledokojejunal anastomozların distalinden tüp jejunostomiye benzer şekilde cilde ağızlaştırıldı.



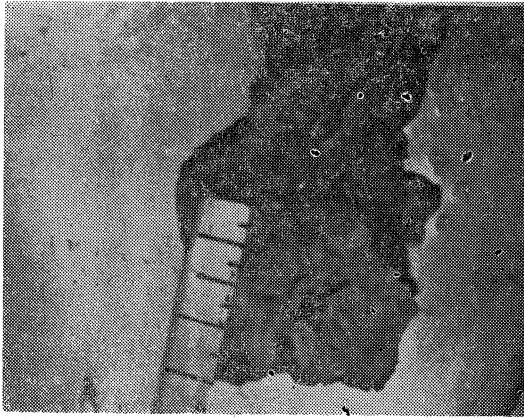
Resim-3: Wirsung kanalına yerleştirilen kateter.

Pankreas gövde kısmı ile jejunum uç-uca anastomoz edildi. Omentum, anastomoz üzerine kapatıldı. Bu anastomozdan 10 cm kadar distalden uç-yan koledokojejunostomi yapıldı. Koledokojejunostomi ameliyatından 25 cm distalden de, Hofmeister-Finsterer tipinde antekolik ve izoperistaltik uç-yan gastrojejunostomi uygulanarak gastrointestinal devamlılık sağlandı (Resim-4). Ameliyat süresince herhangi bir cerrahi komplikasyon olmadı. Hemostazı takiben loja bir adet penröz diren konularak tabakalar kapatıldı.

Ameliyattan sonra ampulladaki tümoral kitlenin kesitinin makroskopik görünümü Resim-5'de izlenmektedir.



Resim-4: Anostomozların tamamlanmış görünümü.



Resim-5: Tümör ampullaya lokalize olarak görülmektedir.

Histopatolojik tanı: Tümörün iyi differensiye ampulla vateri adenokarsinomu ve seroza lenf düğümlerinin hiperplazik yapıda olduğu, pankreas başında tümöral gelişme bulunmadığı rapor edildi (biyopsi no: 472/87) (Resim- 6-7).



Resim-6: İri hiperkromatik nükleuslu atipik hücrelerin döşediği glandüler yapılar görülmektedir.



Resim-7: Küçük normal asinilerin oluşturduğu lobulus yapı ve hiperkromatik nükleuslu silindirik hücrelerin döşediği atipik glandlar yapılar izlenmektedir.

Postoperatif seyir: Ameliyat sonrası 8 gün iyi seyretti. Sekizinci gün normal gıda verilmeye başlandı. Onikinci gün gastrointestinal kanama ortaya çıktı. Kanamanın nedeninin gastrik veya jejunal stress ülseri olduğu düşünüldüğünden cimetidine tedavisine i.v. olarak başlandı. Üç gün içinde 5 ünite kan transfüzyonuna ihtiyaç duyuldu. Üç günde kanama tamamen durdu.

Tıkanma ikteri bulguları postoperatif dönemde giderek normal değerlere yaklaştı.

Postoperatif birinci gün gelişen diabet problem olmadı.

14.2.1987 günü; idrarda şeker ++, kanda % 165 mg olarak bulundu. 16.2.1987 günü; şeker ++++ ve % 165 mg idi. 18.2.1987 tarihinde; kanda total bilirubin % 8,7 mg, direkt bilirubin % 7 mg, idrarda; bilirubin +++ ürobilinojen + tesbit edildi. 25.2.1987 tarihinde ise; idrarda bilirubin, ürobilinojen ve şeker negatifti. Hb 5 g. (kanama başladığı gün), total bilirubin % 7,2 mg, direkt bilirubin % 5 mg, alkalen fosfataz 118 iü, şeker % 156 mg idi.

5.3. 1987 tarihinde yani taburcu edilmeden bir gün önce; idrarda bilirubin, ürobilinojen, şeker negatif, Hb 14,79, total bilirubin % 3.1 mg, direkt bilirubin % 2 mg, alkalen fosfataz 80 iü, şeker % 94 mg bulundu. Ağırlığı 40 kg idi.

Postoperatif 23. gün yani 6.3.1987 tarihinde taburcu edilen hastanın 1 ve 4 ay sonra yapılan kontrol laboratuvar ve fizik muayeneleri normaldi. Görünümü gayet sağlıklı ve ağırlığı 54 kg. idi.

TARTIŞMA:

Ampulla vateri kanseri klasik bir konu olmasına rağmen bu vak'ayı sunmamız, fakültemizin açıldığından (1966) bu yana geçen 20 yıl içinde erkenden müracaat ederek radikal cerrahi uygulanan ilk ampulla vateri kanseri olmasındandır. Yalnız, Ocak 1973 yılında, pankreas başı kanseri nedeniyle bir vak'aya aynı ameliyat (pankreatikoduodenektomi) uygulanmış ve 5,5 yıl yaşamıştır.

Ampulla vateri kanseri seyrek rastlanan bir neoplazmdır. Genel postmortem muayenelerde % 0,2 civarında tesbit edildiği bildirilmektedir. Distal koledok tıkanmasına neden olan neoplazmların ancak % 10'una ampulla kanseri nedendir. Koledok tıkanmasına sebep olan neoplazmların % 85'ini pankreas başı kanseri teşkil eder (3,10,11,12,17,20,24,25).

James ve Longmire (7) , Los Angeles'da UCLA Tıp Fakültesi Cerrahi Kliniğinde, pankreas ve periampuller bölge (koledok alt ucu, ampulla, duodenum) kanseri nedeniyle 1956-1976 yılları arasında (21 yıl), 279 hastayı ameliyat ettiklerini, bunların 245'inin pankreas kanseri, 34'ünün periampuller bölge kanseri olduğunu bildirmektedirler. Otuzdört periampuller bölge kanserinin 21'i ampulla, 8'i koledok alt ucu, 5'i duodenum kanseriymiş. Ampulla kanserlerinin 19'una, pankreas kanserlerinin 51'ine Whipple (pankreatikoduodenektomi) ameliyatı uygulanmışlardır.

Biz 20 yılda sadece bir vak'ayı radikal ameliyat yapılacak safhada yakaliyabildik. Bunun nedenleri, neoplazmlara bağlı tıkanma sarılıklarının inoperabl safhada müracaat etmeleri, ultrason ve CAT gibi tanı araçlarından faydalanamayışımız ve poliklinik sayımızın nisbeten azlığı olabilir.

Minkari(16) , 1954'den bu yana 37 yıl içinde, 20 vak'aya pankreatikoduodenektomi ve total pankreatektomi yaptıklarını, bunların 13'ünün pankreas başı

kanseri, 3'ünün ampulla vateri kanseri, 2'sinin duodenum kanseri, 2'sinin kronik pankreatit olduğunu bildirmektedir.

Vak'amız 52 yaşında erkek hastadır.

Ampulla vateri kanserinin erkeklerde, kadınlardan iki kat fazla olduğu, hastaların çoğunluğunun 60-70 yaş arasında bulunduğu belirtilmektedir (10,13,20,23,24).

Hastada görülen hazımsızlık, iştahsızlık, sarılık ve kaşıntı yakınmaları ampulla vateri kanserinde spesifik bir özellik değildir. Ancak, bu tür şikâyetler tıkanmaya neden olan bir ampulla vateri kanseri lehine yorumlanabilir. Yukarıda belirtilen şikâyetler en çok pankreas başı kanseriyle ilişkili de olabilir. Fakat pankreas başı kanserinde, yakınmalar daha belirgin, inatçı ve progressivdir. Gene hastamızda 1,5 ay içinde 4 kg zayıflama hastalığın lehinedir. Pankreas başı kanserinde zayıflama hızlı ve çok daha aşikârdır.

Zaten literatürde, sarılık, kaşıntı ve zayıflamanın ampulla vateri kanserinde en sık karşılaşılan belirti olduğu, sarılık ve kaşıntının ilk 4-6. hafta ortaya çıktığı, zayıflamanın pankreas başı kanserine göre az ve yavaş geliştiği, sarılığın açılıp kapanmalarla seyrettiği ve enfeksiyon belirtilerinin görülmediği kabul edilmektedir (6,10,13,20,21,23,24,25).

Açıklanmaya çalışılan bilgilerin ışığında, vak'amızdaki şikâyetleri ampulla vateri kanseri lehine yorumladık.

Safra kesesi hidropsu ağrısızdı. Beş cm. kadar kot kenarını geçen karaciğerde nodül yoktu ve az hassastı. Bu bulguları neoplazmın neden olduğu tıkanma sarılığı sonucu geliştiğini kabul ettik.

Larry ve arkadaşları (23), Alabama Üniversitesi Tıp Merkezinde, 1953-1975 yılları arasında 22 yılda, eksploratris laparotomi yapılan 228 hastada, periampuller kanser tesbit etmişlerdir. Bunlardan 53 hastaya pankreatikoduodenektomi uygulanmış ve 53 hastadan ancak 9 vak'ada ampulla vateri kanseri tesbit edilmiştir. Radikal ameliyat uyguladıkları vak'aların büyük çoğunluğunda safra kesesi hidropsu olduğu müşahede edilmiştir.

Ağrısız safra kesesi hidropsu ve hepatomegali, tıkanmaya neden olmuş ampulla vateri kanseri için mutad bir bulgudur (10,13,20,23,24).

Laboratuvar bulguları göz önüne alındığı zaman, tüm müsbet bulguların tıkanma ikterini izah ettiğini, fakat ampulla vateri kanseri için kesin delillerin bulunmadığını görmekteyiz. Ancak ERCP, CAT ve selektif anjiyografi gibi bu hastalıkta tanı değeri yüksek olan tetkiklerin yaptırılmıyışı, hastanemiz ve bölgemiz için büyük bir noksanlıktır.

Periampuller bölge kanserlerinin neden olduğu tıkanma ikterinde total bilirubin genelde % 10 mg'ın üstündedir. Özellikle ampulla vateri kanserinde bilirubin

bin düzeyinde azalıp çoğalmalar dikkat çekicidir. Alkalen fosfataz çok yüksektir. Gaitada sterkobilinojen olmaz. İdrarda bilirubin çıkar. Ayrıca mide-duodenum grafisi, hipotonik duodenografi, endoskopik muayene, perkütan transhepatik kolanjiografi, CAT, selektif anjiyografi ve ultrasonografi periampuller bölge kanserlerinin teşhisinde çok önemli bulgular vermektedir(1,5,13,14, 20,21,24).

Hastanın anemnezi, fizik muayene bulguları ve yaptırabildiğimiz laboratuvar tahlillerine göre tıkanma ikteri olduğuna kesinlikle karar verildi. Tıkanmanın nedeni hakkında kati kanaat sahibi olamadık. Çünkü, ultrasonografi bulgusu, koledok distal ucu taşını ima ediyordu. Bununla beraber anemnez taşla uymuyordu. Hastanın hiç safra kolığı geçirmemesi, ateşinin bulunmaması, lökositozun olmayışı, kolanjiolit tablosunun çıkmaması taş aleyhineydi. Müracaatından bir ay önce iş-tahsitsılığı ve hazımsızlığının başlaması, 15 gün önce sarılığı ve kaşıntısının ortaya çıkması, 1,5 ay içinde 4 kg kadar zayıflaması periampuller tümör lehineydi. Hastamızın genç erişkin (52 yaşında) oluşu, semptomlarının hikâyesinin kısalığı ve ve aşırı zayıflamaması gibi özellikler göz önüne alınarak pankreas başı kanserinden ziyade ampulla vateri kanseri olabileceği varsayıldı. Bu yorumlamalar ışığında ameliyat öncesi tanımız az ihtimalle koledok taşı, büyük bir ihtimalle ampulla vateri kanseri oldu.

Eksplorasyonda staza bağlı diffüz hepatomegali, safra kesesi hidropsu ve koledokun dilate olmuş olması tıkanma sarılığını doğruladı. Safra kesesinde taş ve taşla bağlı herhangi bir enfeksiyon bulgusu yoktu. Pankreas başı, ampulla ve duodenumun palpasyonu sırasında tahminen 1,5 cm çapındaki sert ve etrafa infiltrat olmayan tümöral kitle tesbit edilmesiyle patolojinin ampullada yerleştiği intibasını verdi. İkinci defa palpasyonla duodenum, pankreas başı ve koledok tekrar değerlendirildi. Bu kısımlarda başkaca kitle ve infiltrasyon bulguları tesbit edilmedi. Sonuçta kitlenin kesinlikle ampullada oturduğu kanaatine varıldı. Duodenotomiyle vejatan olmayan orta sertlikteki kitlenin ampullayı tuttuğu görüldü. Frozen section yaptırmayı planladığımız halde yaptıramadık. Dolayısıyla hastanın yaşı, anemnezi, fizik muayene bulguları, eksplorasyonda tümörün rezektabil olarak değerlendirilmesi ve konu hakkındaki klasik bilgiler göz önüne alınarak pankreatikoduodenektomi (Whipple) ameliyatına karar verildi. Rezeksiyon klasik pankreatikoduodenektomi yöntemiyle tamamlandı. Wirsung kanalına plastik bir kateter yerleştirilmesinin amacı pankreatikoduodenal anastomozda sıklıkla gelişen fistül komplikasyonuna karşı tedbir almaktı(16.,17,20). Pankreatikojunostomi, koledokojunostomi ve gastrojejunostomi anastomozları, günümüzde en çok kullanılması nedeniyle, Child'ın 1943 modeli ile sağlandı(16).

Ameliyat öncesi ve ameliyat sırasında histopatolojik tanı konmadan radikal bir ameliyat yapılması tenkid edilebilir. Ancak ampullada tesbit edilen tümörün malign olacağının düşünülmesini aşağıdaki bilgiler desteklemektedir..

Şöyle ki; ekstrahepatik safra yolları ve ampulla vateri tümörleri çok büyük oranda kanserdir. Benign tümörleri çok çok nadirdir. Bu nedenlerden ötürü safra yolları ve ampulla vateri tümörü denince kanser akla gelir. Benign ampulla vateri tümörlerinde zayıflama olmaz. Benign vak'aların 1/3'ü semptomsuzdur. Bir kısmında hiç sarılık olmaz. Eğer sarılık bulunursa % 10 mg'ın üzerine çıkmaz. Tıkanma varsa inkomplet ve semptomlar geçicidir. Ampulla polipleri tümöre predispozedir. Polipoid ve adenomatöz ampulla tümörlerinin çoğunlukla bazı kısımlarında, kanser odağı bulunur. Ayrıca ampulla vateri kanserinin ameliyat öncesi ve ameliyatta histopatolojik tanısı oldukça zordur. Eksploasyonda tesadüfen ortaya çıkarlar. Bunun yanında metastazı olmıyan ampulla kanserlerinde en seçkin ameliyat pankreatikoduodenektomidir (3,6,7,9,17,19,20,23,24).

Resenberg ve arkadaşları(19), 1963-1983 yılları arasında Hartford Hastanesi ile Massachusetts Genel Hastanesinde, incelenen bir milyondan fazla cerrahi specimen içinde 6 tane benign ampulla vateri villöz adenomasına rastlamışlar ve İngilizce literatüründe 100 benign ampulla tümörü yayınlandığını, benign tümörlerden en fazla görülmekte olan villöz adenomanın bu 100 vak'adan 38'ini teşkil ettiğini bildirmişlerdir. Halbuki literatürde son 5 yılda, 600 ampulla vateri kanseri yayınlandığı belirtilmektedir(3).

Ampulla vateri, koledok ve duodenumu tutan periampuller bölge kanserlerinin, bazen periampuller bölgedeki hangi dokudan kaynaklandığını frozen section ile tesbit etmek mümkün olmadığından bu tür vak'alarda pankreatikoduodenektomi ameliyatını tercih etmek tavsiye edilmektedir(23).

Yukarıdaki açıklamalardan çıkan sonuca göre, şayet frozen section yapma imkânı sağlanamıyor ve kesin olarak histopatolojik tanı konamıyorsa, ampulla vateride tesbit edilen bir tümörü malign tarafta düşünmek ve cerrahi yaklaşımı ona göre seçmek mantıki yaklaşım olacaktır. Zaten metastaz yapmamış ampulla kanserlerinde klasik tedavi olarak pankreatikoduodenal rezeksiyon salık verilmektedir(20).

Ampulla vateri kanserinde ameliyat olarak rezeksiyon, bypass, lokal eksizyon ve lokal eksizyon ile birlikte bypass kullanılmaktadır. İdeal ameliyat şekli pankreatikoduodenal rezeksiyon olmalıdır. Pankreatikoduodenal rezeksiyondan sonra 5 yıl yaşama şansı % 30-40, metastaz tesbit edilenlerde ise % 10 civarındadır (3,9,18,20).

Papilla kanserlerinde tıkanma belirtilerinin erkenden çıkmaları nedeniyle genelde bu hastalar pankreatikoduodenal rezeksiyon adaydırlar (3,20,24).

Douglas (13), 'ın derlediği 502 vak'alık papilla kanserli bir seride rezektabilite %65 ve mortalite oranı % 19 olarak tesbit edilmiştir. Oysa pankreas başı kanserinde rezektabilite oranı ancak % 10-15 arasında bulunmaktadır (16),

Warren ve arkadaşları(13), 1942-1981 yılları arasında pankreatikoduodenal rezeksiyon yaptıkları 112 vak'alık bir seride, peroperatuar olarak % 10 ampuller kanserli vak'ayı yanılıyla pankreas kanseri olarak tanımlamışlar. Operatif mortaliteyi % 15, beş yıllık ortalama yaşam süresini % 32, lenf bezi metastazı olmayanlarda 5 yıl yaşama şansını % 40 ve 10 yıl yaşama şansını % 35, lenf bezi metastazı olanlarda 5 yıl yaşama şansını ise % 9 olarak bildirmektedirler.

Vak'amızın yaşlı olmaması, radikal ameliyata engel olacak dahili bir patolojisi bulunmayışı büyük bir avantajdı.

Zaten bu tür hastaların 65 yaşının üzerinde oluşu, akciğer ve kalp problemlerinin bulunması ve ameliyatta metastaz odaklarının tesbit edilmesi pankreatikoduodenal rezeksiyon için engel olan durumlar olup ameliyat prognozunu kötü yönde etkilemektedir. Bu şartlarda olan vak'alarda daha çok bypass veya lokal eksizyon ameliyatları tavsiye edilmektedir (3,13,20).

Pankreatikoduodenal rezeksiyondan sonra anostomozonların tamamlanması değişik yöntemlerle yapılmaktadır (12,17,20). Fakat günümüzde sıklıkla Whipple ve Child'ın ameliyat modelleri kullanılmaktadır (12,16).

Vak'amızın histopatolojik tanısı, iyi differensiye papilla vateri adenokarsinomu olmasına rağmen seroza lenf bezlerinde metastaz olmayışı ve pankreas başında tümöral gelişme bulunmayışı, hastanın prognozu açısından sevinilecek bir durumdur.

Ampulla vateri kanseri histopatolojik olarak % 90'nın üzerinde adenokarsinomdur. Lenf bezi metastazı olan, 60-65 yaşından fazla bulunan, kalp-akciğer hastalığı tespit edilen ve hekime geç müracaat eden ampulla vateri kanserinde ister küratif ister palyatif ameliyat yapılsın prognoz iç açıcı değildir (1,3,9,13,15, 20,25).

Hastanın postoperatif döneminin 12. gününde ortaya çıkan gastrointestinal sistem kanamasının jejunal veya gastrik stress ülserine bağlı olabileceğini düşündük. Şöyleki: hastanın 12. güne kadar kontrol altında tutulan diabeti dışında bir problemi yokken, kanama başlamadan bir gün önce ziyaretine gelen kardeşi ile aralarında ailevi nedenlerle bir münakaşanın olduğu, bundan sonra sıkıntılı ve huzursuz davrandığı müşahade edildi. Arkasından kanama gelişti.

Gastrointestinal kanamanın, tıbbi tedavide kullandığımız Cimetidine'in etkisiyle düzeldiğini kabul etmekteyiz.

Pankreatikoduodenektomiden sonra bikarbonat sekresyonunun azalması mide ülserinin gelişmesine istidadı artırır. Gene marjinal ülser oluşmasında sık görülen durumdur. Gelişen bu ülserler de postoperatif dönemde, gastrointestinal kanamaya neden olmaktadır. Fakat marjinal ülserler geç gelişen komplikasyondur. On gün ile 4 yıl arasında geliştiği müşahade edilmiştir. Ancak % 80'den fazlası postoperatif devrenin 3. ve 4. ayından sonra ortaya çıkar (1,9,15,24).

Postoperatif dönemde gelişecek ülserlerden kaçınmak için turunkal vagotomi tavsiye edilmektedir (1,9). Fakat bazı otörler komplikasyonları nedeniyle turunkal vagotomiye karşıdırlar (24).

Vak'amızdaki gastrointestinal kanamanın stress ülserine bağı olabileceğini herne kadar teorik olarak düşündüysek de, bunu açıklamakta güçlük çekmekteyiz. Ancak yukarıda belirtildiği üzere gastrik ve marjinal ülserlerin postoperatif dönemin geç devresinde ortaya çıkması beklenebilir. Ancak hastanın maruz kaldığı psikolojik stress'e ek olarak radikal ameliyat travmasının etkisi gibi nedenler akut bir stress ülseri gelişmesine neden olabilir.

Postoperatif 1. günde ortaya çıkan diabetes durumu, kristal insülin ile kolayca regüle edildi. Zaten pankreas rezeksiyonu nedeniyle diabetesin gelişmesi beklenen bir durumdur (4,20,24).

İkter tablosundaki düzelme yavaş oldu. Ameliyat öncesi total bilirubin % 13,3 mg, direkt bilirubin % 7,3 mg, alkalin fosfataz 217 iü iken, ameliyatın 23. gününde yani taburcu olmadan bir gün önce total bilirubin % 3,1 mg, direkt bilirubin % 2 mg, alkalin fosfataz 80 ü oldu. Ayrıca AKŞ ve karaciğer fonksiyon testleride normaldi.

Ampulla vateri ve taşa bağı tıkanma sarılıklarında cerrahi tedaviden sonra bilirubin değerlerindeki düşüşler, nisbeten uzun sürmektedir(6).

Hastanın durumu, erken postoperatif devre yönünden özetlenecek olursa: ciddi şekilde bir gastrointestinal kanama ve klinik yönden bir problem yaratmayan diabetes tablosu oluşmuştur. Her iki komplikasyonda tıbbi tedaviyle rahatlıkla giderilmiştir.

Pankreatikoduodenektomi, komplikasyonları ve mortalitesi yüksek bir ameliyattır. Çeşitli serilerde erken komplikasyonlar (ilk 30 gün içinde görülen), farklı oranlarda bildirilmektedir. Komplikasyon oranı genellikle % 50-65 arasında bulunmaktadır. Gastrointestinal kanama, ameliyat arasından intraperitoneal veya intralumener kanama, pankreas ve safra fistülü, pulmoner ve üriner enfeksiyon, yara ve karın içi enfeksiyonu, böbrek yetmezliği, myokard infarktüsü, pankreatit, düzensiz diabetes belli başlı önemli komplikasyonlardır. Ölüme neden olan komplikasyonların başında hemoraji, fistül, sepsis ve böbrek yetmezliğidir (4,9,16,20).

Geç komplikasyonlar ise, intraabdominal apse, kolanjit, safra yolları obstruksiyonu, ince barsak ve gastrojejunal anastomoz obstruksiyonu, marjinal ülser, gastrointestinal kanama, diabetes ve pankreatit olarak bildirilmektedir (9,16,20,25).

Walsh ve arkadaşları (24), 51 ampulla vateri karsinomundan 44'üne (22 yıllık sürede), pankreatikoduodenal rezeksiyon yapmışlar, bunlarda % 63 oranında komplikasyon oluşmuş ve postoperatif ilk bir ay içinde mortalite oranı % 15,9

olmuştur. Komplikasyonların % 45'i anastomoz ülseri bulunmuş ve bunların % 12'sinde kanama ortaya çıkmıştır.

Genellikle mortalite oranı % 10-30 arasında belirtilmektedir. Eskiden pankreatikoduodenektominin mortalitesi % 30-50 civarındayken, günümüzde bu oran % 10'a kadar düşürülmüştür (13,16,23).

Cerrahi mortaliteyi, cerrahın tutum ve becerisi, hasta seçimi, kanserin türü, evresi ve yerleştiği anatomik bölge önemli ölçüde etkileyen faktörlerdir (2,7,16).

Ampulla vateri kanserinde, hastayı radikal ameliyat devresinde yakalayıp ameliyata almak prognoz açısından ümit vericidir. Böyle vak'alara yapılan pankreatikoduodenal rezeksiyonlardan sonra 5 yıl yaşama şansı, % 30-40 arasındadır (13,16,17,20,24).

SONUÇ:

- 1- Hastamız erken müracaat ettiğinden metastaz tesbit edilmemiştir.
- 2- Cerrahiye zamanında alındığı için pankreatikoduodenektomi endikasyonu, uygun bir müdahale olmuştur.
- 3- Ameliyat öncesi ve sırasında histopatolojik tetkik yaptıramadığımız halde, eksplorasyonda karar verdiğimiz ampulla kanseri tanısı, spesmenin histopatolojik incelenmesi ile doğrulanmıştır.
- 4- Ameliyat sonrası görülen gastrointestinal kanama hastanın hayatını tehdit eder olmuş, fakat tıbbi tedavi ile kanama 3 gün içinde durmuştur. Diabet komplikasyonu kolay kontrol edilmiştir.
- 5- Taburcu olduktan 4 ay sonra, 14 Kg alması hastanın prognozu açısından mükemmel bir gelişmedir.
- 6- Literatür, ampullar tümörlerin tanısında, ultrosonografi, endoskopi, CAT ve selektif anjiyografinin önemini, ayrıca ampulla tümörlerinin çok büyük oranda kanser olduğunu, metastazı olmayan ampulla kanserinde ideal ameliyatın pankreatikoduodenektomi olduğunu vurgulamaktadır.

SUMMARY

Carcinoma of the Ampulla of Vater

Pancreaticoduodenectomy was performed in an adenocarcinoma of the Ampulla of Vater which caused to obstructive jaundice. There was no metastasis. At the early postoperative period, complications such as diabetes and gastrointestinal bleeding were observed. The complications were treated medically. The patient

was left the hospital on twenty third day after operation. When patient was reexamined four months later he was very healthy and put on weights 14 kilos.

In respect of this case, literature reviewed and carcinoma of the ampulla of Vater was discussed its different points.

KAYNAKLAR

- 1- Börsch G, Schmidt G, et al: Advanced Periampullary Carcinoma. Endoscopic Palliation by Sphincterotomy. South Med J 78: 1251, 1985.
- 2- Braasch JW: Pancreatoduodenectomy. Arch Surg 111: 499, 1976.
- 3- Cooperman AM: Cancer of the Ampulla of Vater, Bile Duct, and Duodenum. Surg Clin North Am 61: 99, 1981.
- 4- Cooperman AM, Herter FP, et al: Pancreatoduodenal resection and total pancreatectomy-An Institutional review, Surgery 70: 707, 1981.
- 5- Değerli, Ü: Cerrahi Gastroenteroloji, ikinci baskı, Bayrak Matbaacılık, İstanbul, S. 35-60, 398-341, 1987.
- 6- Doğru, A.M.: Ameliyat öncesi, Ameliyat, Ameliyat sonrası, cilt: 2, ikinci baskı, Öztekin Matbaacılık, Ankara, S. 621-631, 715-719, 1981.
- 7- Forrest JF, Longmire WP: Carcinoma of the Pancreas and Periampullary Region. Ann Surg 189:129, 1979.
- 8- Fortner JG: Regional Pancreatectomy for cancer of the Pancreas, Ampulla and Other Related Sites. Ann Surg 199: 418, 1984.
- 9- Herter, FP: Cooperman AM, et al: Surgical experience with pancreatic and periampullary cancer. Ann Surg 195: 274, 1982.
- 10- Knox RA, Kingston RD: Carcinoma of the ampulla of Vater. Br J Surg 73: 72,1986.
- 11- Liechty RD, Soper RT: Synopsis of Surgery. Fourth edition, The C.V. Mosby Company. St Lois-Toronto-London, p. 169-173, 1980.
- 12- Madden JL: Atlas of Technics in Surgery. Second edition, vol 1, Appleton-Century-Crofts, New York, p. 544-559, 1964.
- 13- Makipour H, Cooperman AM, et al: Carcinoma of the ampulla of Vater. Review of 38 cases with emphasis on treatment and prognostic factor. Ann Sur 183: 341, 1976.
- 14- McKena RJ, Murphy GP: Fundamentals of Surgical Oncology, Macmillan Publishing Company, New York-Toronto-London, p. 669-677, 1986.

- 15- Minkari, T: Pankreas Kanseri Cerrahisi. Çağdaş Cerrahi Dergisi 1: 1, s. 8-32, 1987.
- 16- Minkari, T: Pankreas Kanseri Cerrahisi. Çağdaş Cerrahi Dergisi 1:2,s. 70-117, 1987.
- 17- Najarian JS, Delaney JP: Advances in Hepatic, Biliary and Pancreatic Surgery, Year Book Medical Publishers, inc. Chicago 1985.
- 18- Pilch YH: Surgical Oncology. McGraw-Hill Book Company, New York, p. 559-579, 1984.
- 19- Rosenberg JR. Welch JP, et al: Benign Villous Adenomas of the Ampulla of Vater. Cancer 58: 1563, 1986.
- 20- Schwartz SI, Ellis H: Maingot's Abdominal Operations, Eighth edition, vol 2, Appleton-Century-Crofts, p. 2183-2230, 1985.
- 21- Schwartz SI, Shires GT, et al: Principles of Surgery. Fourth edition, McGraw-Hill Book Company, p. 1360-1365, 1985.
- 22- Shires GT: Advances in Surgery. Vol. 17, Year Book Medical Publishers. Inc., p. 175-183, 1984.
- 23- Stephenson LW, Blackstone EH, Aldrete JS: Radical resection for Periapillary Carcinomas. Arch Surg 112: 245, 1977.
- 24- Walsh DB, Eckhouser FE, et al: Adenocarcinoma of the Ampulla of Vater. Ann Surg 195: 152, 1982.
- 25- Way LW: Current Surgical Diagnosis and Treatment. Seventh edition, LANGE Medical Publications. Los Altos, p. 532-537, 1985.