

# Papilla Vateri Kanseri Whipple Ameliyatı ve Olgunun Analizi

Burçin KUTLAY\*  
Yılmaz ÖZEN\*\*

## ÖZET

*Papilla vateri kanseri giderek artma eğilimi gösteren pankreatikoduodenal bölge maligniteleri içinde % 10 dolayında yer alır. Erken bulgu vermesi ve tedavi sonuçları bakımından pankreas kanserine göre daha iyidir. Tedavide Whipple ameliyatı tek seçenek durumundadır.*

*Yazıda üç olgumuzun analizi yapılarak literatür gözden geçirilmiştir.*

## SUMMARY

### The Carcinoma of the Papilla of Vater, the Whipple Operation and the Analysis of Three Cases

*The incidence of this disease with choledocoduodenal junction tumors is increasing. Because of the earlier symptoms, better answer to the surgery and better prognosis differs from cancer of the pancreas. The Whipple operation is the best choice of the surgery.*

*In this article our three cases are analysed and the literature is reviewed.*

Papilla vateri karsinomu ayrı bir klinik antite olarak bu yüzyılın başından itibaren bilinmektedir. Gittikçe artma eğilimi gösteren bu karsinom ile pankreas başı karsinomu, safra kanalının son 2 cm'sinin ve bitişik duodenal mukozasının karsinomları benzer özelliklere sahip olduklarından, bu tümörlerin klinik ve patolojik niteliklerinin ayırt edilmesi güç olmaktadır. Bu bölgedeki yapıların küçük boyutlarda oluşları karmaşık bir yerleşim göstermeleri ve anatomik ilişkilerinin değişken oluşu nedeniyle gelişen bir karsinomun başlama yerinin kesin olarak belirlen-

\* Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

\*\* Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

mesi güç olmaktadır. Papilla vateri karsinomu gelişme süreci içinde özellikle pankreas başı kanserinden farklı olarak daha erken belirti vermesi ve cerrahi tedaviye uygun olması bakımından farklı olarak ele alınmalıdır<sup>1,2</sup>.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 1985-1988 yılları arasında (34 ay) 3 hastaya papilla vateri karsinomu nedeniyle Whipple ameliyatı uygulandı. Hastalık ve uygulanan cerrahi tedavi yöntemi hakkındaki bilgiler, literatür ışığı altında gözden geçirildi, olgularımız sunuldu.

## BULGU VE GÖZLEMLER

### OLGU 1:

M.F.Ü. 61 Y. E., Sarılık, kaşıntı, çay renginde idrar, akolik gaita ve karında şişkinlik yakınmalarıyla 10.6.1985 tarihinde başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde ikterik görünümde, karın sağ üst kadranda hassasiyet, istemli defans vardı. Karaciğer yan kot kavsinin altında palpabl durumdaydı. Yapılan ultrasonografide intra ve ekstra hepatic safra yolları dilate, safra kesesi hidropik koledok distalinde obstrüksiyon yapan oluşum saptandı. Klinik ve laboratuvar tetkikler sonucu koledok distalinde obstrüksiyona bağlı mekanik ikter tanısı ile (13.6.1985 tarihinde) operasyona alındı. Peroperatuar bulgulara kese hidropik koledok dilate (yaklaşık 2.5 cm), karaciğer kosta kavsinin 10 cm aşmış durumdaydı. Palpasyonla ampulla vateri lokalizasyonunda yaklaşık 1 cm çapında kitle saptandı. Duodenostomi yapılarak lezyonun ampulla vateri lokalizasyonunda tümör olduğu görüldü. Yapılan frozen çalışmasının sonucu malign geldi. Vak'a operabl kabul edilerek Whipple operasyonu uygulandı. Postoperatif 5. gün oral gıdaya geçildi ve 18. günde taburcu edildi. Periyodik kontrolleri yapıldı. 25.10.1987 tarihinde karında kitle yakınması ile yeniden başvuran hastanın yapılan tetkikleri sonucu batın duvarına metastaz ön tanısı ile 26.10.1987 günü operasyona alındı. Batın duvarına karaciğerdeki metastatik lezyondan infiltrasyon sonucu gelişen 5x4x3 cm lik kitle total eksize edildi. Postoperatif 4. günde taburcu edilen hasta halen periyodik kontrollere gelmektedir (Postoperatif 36. ay).

### OLGU 2:

E.E. 47 Y. E., 20.12.1985 tarihinde karın ağrısı, halsizlik, sarılık, koyu renkte idrar, akolik gaita yakınmalarıyla başvurdu. Soy geçmişinde babası 72 yaşında mide kanserinden ölmüş. Fizik muayenesinde ikterik görünümde karaciğer 4 cm palpabl safra kesesi hidropik olarak ele gelmekteydi. Batın US: Safra kesesi normalden büyük, safra yolları dilate, koledok 12 mm. ampulla vateri lokalizasyonunda 3 cm. çapında kitle.

24.2.1985 tarihinde ampulla vateri tümörü ön tanısıyla operasyona alındı. Eksplorasyonda ampulla vateri'de 2.5 cm çapında tümöral kitle saptandı. Frozen sonucu malign geldi. Hastaya Whipple operasyonu uygulandı. Postoperatif dönemde olağanüstü sorunu olmayan hasta 13. günde taburcu edildi. Periyodik kontrolleri yapıldı. 21.8.1986 tarihinde karın ağrısı yakınmasıyla yeniden başvurdu. Dört gün süre ile klinikte yatırılarak medikal tedavi uygulandı. Yakınmaları azaldı. Laboratuvar sonuçları normal sınırlardaydı. Radyoterapiye sevkle taburcu edildi (18 ay).

### OLGU 3:

K.K. 67 Y. E., 20.4.1988 tarihinde karın ağrısı, sarılık, bulantı, kusma ve kilo kaybı yakınmaları ile başvurdu. Yapılan muayenede belirgin ikter ve sağ üst kadranda hassasiyet, karaciğer 2 cm. palpabl ve safra kesesi hidropik olarak değerlendirildi. Batın ultrasonografisinde, safra kesesi hidrops halde, koledok 3 cm. çapında ve Ampulla Vateri lokalizasyonuna uyan bölgede 3 cm çaplı kitle saptandı. Yapılan solunum fonksiyon testlerinde konstriktif ve restriktif tipte solunum yetersizliği belirlendi. Göğüs Hast. kliniğinde gerekli preoperatif tedavi ve hazırlıktan sonra 28.4.1988 tarihinde operasyona alındı. Ampulla vateri lokalizasyonunda 3 cm çapında tümöral kitle saptandı. Metastas bulguları yoktu. Whipple ameliyatı yapılan hastada postoperatif dönemde solunum sistemi yetmezliği belirginleşti. Postoperatif 6. günde üst gastrointestinal kanama gelişti. Konservatif tedavi ile aynı gün durduruldu. Batın ile ilgili komplikasyon olmadı. İlerleyen solunum yetmezliği nedeniyle 9. günde Reanimasyon Kliniğine devredilerek respiratöre bağlandı. Onaltıncı günde kardiyopulmoner yetmezlik nedeniyle exitus oldu.

### TARTIŞMA

Ampulla vateri kanseri, etyolojisi tam olarak bilinmeyen ve giderek artma eğilimi gösteren malignite olarak periampuller neoplazmaların içinde % 10'luk bir oranda yer almaktadır<sup>1.3.4.5</sup>. 3610 olguluk bir seride % 12.7 olarak bildirilmiştir<sup>6</sup>. Ortalama görülme yaşı 55 olup, erkeklerde daha sık rastlanmaktadır<sup>7.8</sup>. Pankreas kanserinden farklı olarak daha erken belirti vermesi ve yayılım özelliği nedeniyle prognozu daha iyidir ve küratif cerrahi girişimlerden sonra yaşam süresi daha uzundur<sup>1.7.8</sup>.

Hastalığın tanınmasında periampuller bölge malignitelerinin oluşturduğu ortak yakınmalar ve muayene bulguları söz konusudur. Ancak ağrı daha çok kolik tarzda olup sarılık daha az şiddette ve % 25 intermitten karakterdedir. Tümörün boyutları henüz çok küçük iken belirgin bir ikter tablosu oluşturduğundan erken evrede tesbit edilmesi daha kolay olmakta, hatta birçok olguda peroperatuar palpabl belirgin kitle ele gelmemektedir. 3 olgumuzda da kitle 1-3 cm boyutlardaydı.

Hastalığı kanda belirleyici marker'lar henüz mevcut değildir.

Laboratuvar tetkikleri olarak tıkanma sarılığı ile ilgili testler uygulanır. Bu yolla hepatik ikterle belirgin ölçüde ayırım yapılabilir. Radyolojik anormallikler bu bölgenin malignitelerinde % 50-60 oranında görülürse de belirleyici olmaktan uzaktır<sup>7.8</sup>. Hepatik kolanjiografi ise malignite taş ayırımında anlamlı olmakla birlikte meydana gelebilecek komplikasyonlar açısından ancak operasyona hazır durumdaki hastalara uygulanmasının gerekliliği gibi bir dezavantaja sahiptir. Tanıda ideal yardımcı fleksible duodenoskop aracılığıyla elde edilen donelerdir. Bu yolla alınan biopsi sonucu kesin tanı koyma olanağı verir<sup>2.9</sup>.

Erken cerrahi girişim halen tek tedavi ümidi olup, genellikle Whipple ameliyatı uygulanmaktadır. Halsted'in 1898'de safra kanalına implantasyonlu papilla tümörünü başarıyla çıkarmasından sonra çeşitli cerrahlar değişik sonuçlar veren benzer lokal rezeksiyon ameliyatları uygulamışlardır.

İlk pankreatikoduodenektomi 1935'de Whipple, Parsons ve Mullins tarafından tanımlanmıştır<sup>1</sup>. Bundan önce hastalara ya cerrahi tedavi uygulanmıyor ya da kole-

sistogastrotomi v.b. palpatif, bypass ameliyatları yapılyordu. Bu durumda ise hastaların tedavi sonrası yaşam süresi birkaç ayı geçmiyordu. Lokal rezeksiyon ya da by pass ameliyatlarna bir alternatif tedavi yöntemi olarak görülen Whipple ameliyatı sonraki dekadlarda tekniğin giderek gelişmesine rağmen operatif mortalitesinin yüksek oluşu, yaşam süresine katkısının yetersiz olması açısından hayal kırıklığı yaratmıştır. Ancak son yıllardaki destekleyici teknik gelişmelerle birlikte risklerin anlaşılması kabul edilebilir bir operatif morbidite ve mortalite sağlanmış ve böylece pankreatikoduodenektomi ameliyatı periampullar malignite için seçilen bir cerrahi tedavi yöntemi olarak tekrar gündeme gelmiştir. Kabul edilebilir operatif ristlerine rağmen bu yöntemin daha az radikal yöntemlere göre tedavi oranı veya yaşama süresi üzerine fazla bir üstünlüğü olmadığını savunanlar azda olsa halâ mevcuttur<sup>10, 11</sup>.

Ameliyata alınacak olan hastalarda ilerlemiş yaşa ve hastalığın komplikasyonlarına bağlı olarak ortaya çıkmış olan beslenme bozukluğu, anemi sıvı elektrolit denge bozukluğu ile kardiak, pulmoner ve renal fonksiyonlar açısından çok iyi bir preoperatif bakım ve tedaviye alınarak eksiklikler mümkün olduğunca giderilmelidir.

Ameliyat esnasında lezyonun çok iyi değerlendirilmesinin önemi açıktır. İnoperabilite kriterlerini, uzak metastaz ve çevredeki hayati öneme sahip oluşumlara invazyonlar teşkil eder<sup>9</sup>. Bölgesel LAP kontrendikasyon teşkil etmez<sup>7</sup>. Ampulla vateri, ana safra kanalı ve duodenuma ait periampuller kanserlerin % 10 kadarı pankreas başı kanseri olarak değerlendirilmekte ve bu olgularda sıklıkla bir by-pass ameliyatı tercih edildiğinden prognozu çok daha iyi olabilecek radikal bir ameliyat tercihi tehlikeye düşmektedir<sup>3</sup>. Whipple ameliyatı ampulle vateri kanserlerinde ilk tercih olmalıdır<sup>7</sup>. Bu ameliyata ait morbidite ve mortalite son yıllarda hızla azalmıştır<sup>12, 13</sup>. Bölgesel lenfadenopati bulunan olgularda bile hemen hemen yaklaşık derecede iyi bir prognoz sağlar<sup>2</sup>. Lenfatik yayılımı genellikle posterior pankreatikoduodenal sahaya doğru olması nedeniyle bu bölge iyi eksplore edilmelidir<sup>14</sup>.

Pankreasın anastomozunda dikiş materyali olarak Vikril kullandık. Vikril'in üstünlükleri yabancı cisim reaksiyonu oluşturmaması, rezorbe olması ve pankreatik enzimlerden etkilenmemesidir.

Pankreas rezeksiyonundan sonra kanalının bağlandığı durumlarda yağ emiliminin % 80-90 oranında normal şekilde sağlandığı ve steatore görülmediği belirtilmekte ise de bu gibi olgularda kaçak komplikasyonu intestinal anastomozlu olgulara göre daha sık görülmektedir<sup>15, 16</sup>. Olgularımızda anastomoz kaçağı oluşmadı. Dren olarak sump dren konulması, anastomoz kaçaklarında mortaliteyi azaltmada önemlidir<sup>3</sup>.

Whipple ameliyatında operatif mortalite % 5-9.2 arasında değişik oranlarda bildirilmiştir<sup>2, 4, 6, 7, 12</sup>.

Başlıca komplikasyonlar peroperatuar ya da postoperatif kanamalar, kardio-pulmoner komplikasyonlar, renal yetmezlik, anastomoz kaçakları, sepsis ve pankreas yetmezliğidir.

Postoperatif devrede intraabdominal veya gastrointestinal kanamalarda başlangıçta konservatif tedavi tercih edilmelidir. Re eksplozasyon sadece agresif bir konservatif tedaviye rağmen durumu gittikçe bozulan ve 10-12 litre kan transfüzyonu yapılan hastalara uygulanmalıdır<sup>7</sup>. Bir olgumuzda 6. günde gelişen üst GIS kanama konservatif tedavi ile durduruldu.

Pankreatikoduodenektomiden sonra % 50 oranında pankreas yetmezliği gelişmektedir. Pankreasın 1/3 kısmının kalması halinde normal ekzokrin fonksiyonun devam ettiği bilindiğine göre bu hastalarda gelişen pankreas yetmezliğinin nedeni, pankreas kanalının tıkanması, pankreatit veya gastrektomi ve duodenektomiye bağlı olabilir<sup>1,7</sup>.

Ampulla vateri kanseri nedeniyle yapılan Whipple ameliyatından sonra yaşam süreleri pankreas kanserine göre oldukça iyidir. Bu süre 1. yıl için % 40-83.2; 3. yıl için % 10-49.2; 5. yıl için % 6-40 ve 10. yıl için % 3-35 olarak bildirilmiştir<sup>3,4,5,6,7,8</sup>.

## KAYNAKLAR

1. SCHLIPPERT, W., LUCKE, D., ANURAS, S., CHRISTENSEN, J.: Carcinoma of the Papilla of Vater, *Am. J. Surg.* 135 (6): 763-770, 1978.
2. BJÖRCK, S., SVENSSON, O.J., MACPHERSON, S., EDLUND, Y.: Cancer of the head of the pancreas and choledocoduodenal junction: A clinical study of 88 Whipple resections. *Acta Chir. Scand.*, 147: 353-359, 1981.
3. WARREN, K.W., CHOE, S.D., PLAZA, J., RELIHAN, M.: Results of radical resection for periampullary cancer. *Ann. Surg.*, 181(5): 534-540, 1975.
4. CRIST, D.W., SITZMANN, J.V., CAMERON, J.L.: Improved hospital morbidity, mortality and survival after the Whipple procedure. *Ann. Surg.*, 206(3): 358-365, 1987.
5. KAIRALUOMA, M.I., KIVINIEMI, H., STAHLBERG, M.: Pancreatic resection for carcinoma of the pancreas and the periampullary region in patients over 70 years of age. *Br. J. Surg.*, 74(2): 116-118, 1987.
6. NAKASE, A., MATSUMOTO, Y., UCHIDA, K., HONJO, I.: Surgical treatment of cancer of the pancreas and the periampullary region. Cumulative results in 57 institutions in Japan. *Ann. Surg.* 185(1): 52-57, 1977.
7. SABISTON, D.C. (ed.) DAVIS - CHRISTOPHER: Temel Cerrahi (Çeviri: Kazancıgil, A.), Cilt 2, Güven Kitabevi, Ankara, 1977, s. 742-748.
8. HOOVER, H.C.: Pancreatic an periampullary carcinoma (Nonendocrine). In: *Surgery of the Alimentary Tract* (Ed. Shackelford, R.T., Zuidema, G.D.), W.B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1983, p. 89-122.
9. CHILD III, C.G., HINERMAN, D.L.: Pancreaticoduodenectomy. *Surg. Gyn. Obstet.*, 147 (10): 529-533, 1978.
10. CRILE, G.C.: The a vantages of by-pass operations over radical pancreaticoduodenectomy in the treatment of pancreatic carcinoma. *Surg. Gyn. Obstet.*, 130: 1049, 1970.
11. WILSON, S.M., BLOCK, G.E.: Periampullary Carcinoma, *Arch. Surg.*, 108: 539, 1974.
12. TREDE, M.: The Surgical treatment of pancreatic carcinoma. *Surgery*, 97: 28-35, 1985.
13. BRAASCH, J.W., DEZIEL, D.J., ROSSI, R.L. et al.: Pyloric and gastric preserving pancreatic resection: Experience with 87 patient. *Ann. Surg.*, 204: 411-418, 1986.

14. CUBILLA, A.L., FORTNER, J., FITZGERALD, P.J.: Lymph node involvement in carcinoma of the head of the pancreas area. *Cancer*, 41 (3): 880-887, 1978.
15. KAUFMAN, L.W., WILSON, G.W.: Carcinoma of the head of the pancreas and periampullary region. *Am. J. Med. Sci.* 230: 200-212, 1955.
16. MILLER, E.M., DOCKERTY, M.B., WOLLAEGER, E.E., WAUGH, J.M.: Carcinoma in the region of the ampulla of Vater. *Surg. Gyn. Obstet.*, 92: 172-182, 1951.
17. MORI, K., MISUMI, A., SAKAMOTO, Y., ISHIL, J., KANEKO, T., AKAGI, M.: Postoperative evaluation of the exocrine function of the pancreas after pancreaticoduodenectomy. *Surg. Gyn. Obstet.*, 148: 16-18, 1979.

Doç. Dr. Burçin KUTLAY  
Uludağ Üniv. Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı  
BURSA