

3. Χειρουργική Παγκρέατος: Η 5-ετής Εμπειρία της Κλινικής μας.

Λαμπρόπουλος Παύλος, Φιλίππου Γεώργιος, Καλαϊτζής Ιωάννης, Μπασιούκας Πάρις, Ρίζος Σπύρος
Α΄ Χειρουργική Κλινική, «Τζάνειο» ΓΝ Πειραιά

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αντιμετώπιση του καρκίνου του παγκρέατος αποτελεί ένα πολυσύνθετο πρόβλημα, τόσο λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης και ανάγκης της εξειδικευμένης χειρουργικής απαίτησης, όσο και του μεγάλου αριθμού υποτροπών και της περιορισμένης επιβίωσης.

Μέθοδος-Υλικό: Την τελευταία πενταετία, στην κλινική μας, 36 ασθενείς υποβλήθηκαν σε παγκρεατεκτομή (18 άνδρες, 18 γυναίκες, με διάμεση ηλικία 68 έτη (35-82)). Η προεγχειρητική διάγνωση ήταν καρκίνος παγκρέατος σε 35 ασθενείς και χρόνια παγκρεατίτιδα σε 1 ασθενή. Παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή με διατήρηση του πυλωρού διενεργήθηκε σε 28 ασθενείς, κλασική Whipple σε 6, περιφερική παγκρεατεκτομή σε 1 και Frey σε 1 ασθενή, ενώ σε τρεις ασθενείς προηγήθηκε διερευνητική λαπαροσκόπηση.

Αποτελέσματα: Σημαντικές επιπλοκές καταγράφηκαν σε 21 ασθενείς (58%), με κυριότερες την διαφυγή από την αναστόμωση του παγκρέατος σε 7/33 ασθενείς (21%), την αιμορραγία σε 6/36 (16%) και την διαφυγή από την χολοπεπτική αναστόμωση σε 2/34 (5%). Η θνητότητα ήταν 2/36 (5%). Η ιστολογική διάγνωση έδειξε αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος σε 29 ασθενείς, καρκίνωμα τελικού χοληδόχου πόρου σε 1, αδενοκαρκίνωμα φύματος σε 2 και χρόνια παγκρεατίτιδα σε 4 ασθενείς.

Συμπέρασμα: Η σωστή επιλογή των ασθενών, η ριζικότητα της εκτομής, η ομαλή μετεγχειρητική πορεία και η γρήγορη έναρξη συμπληρωματικής θεραπείας φαίνεται να αποτελούν τους κύριους παράγοντες για την επιβίωση των ασθενών.

Ο καρκίνος του παγκρέατος αποτελεί την πέμπτη συχνότερη αιτία θανάτου από κακοήθεια [1]. Ακόμη και με την επικουρική θεραπεία, η συνολική 5-ετής επιβίωση είναι περίπου 10-27%. Τα μικρά αυτά ποσοστά οφείλονται, στην εξαιρετική ανθεκτικότητα του παγκρεατικού καρκίνου στη χημειοθεραπεία, στην πρόωρη λεμφογενή και αιματογενή μετάσταση, όπως και στη συχνή τοπική επέκταση του καρκίνου [2].

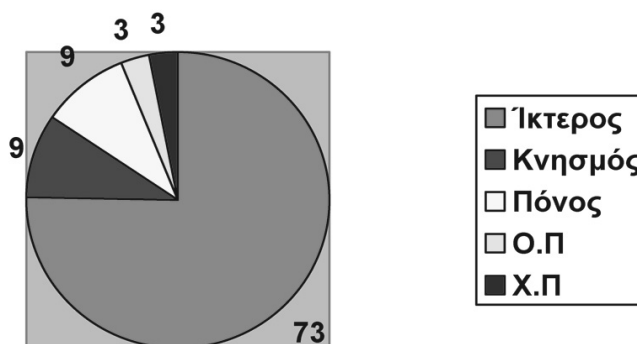
Σε παθολογοανατομικές μελέτες, καρκινικά κύτταρα ανευρίσκονται στα όρια εκτομής σε ένα ποσοστό περίπου 75%. Αυτή είναι πιθανώς και η αιτία της αυξημένης τοπικής υποτροπής του όγκου. Η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή με διατήρηση ή όχι του πυλωρού και η περιφερική παγκρεατεκτομή με σπληνεκτομή αποτελούν τις συνηθέστερες χειρουργικές επιλογές [3].

Σε διεθνή κέντρα με μεγάλο αριθμό περιστατικών, και κατ' επέκταση εμπειρία, η θνητότητα είναι 0%-6%. Οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες θεωρείται ότι είναι η R0 εκτομή και οι λεμφαδένες ελεύθεροι νεοπλασματικής διήθησης N0. Με αυτές τις προϋποθέσεις, οι ασθενείς έχουν μέση επιβίωση περίπου 2 ετών, με καλή ποιότητα ζωής [4].

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του παγκρέατος αποτελεί ένα πολυσύνθετο πρόβλημα, λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης, της ανάγκης εξειδικευμένης χειρουργικής αντιμετώπισης, του μεγάλου αριθμού υποτροπών και της περιορισμένης επιβίωσης

[5]. Η χειρουργική εκτομή, ωστόσο εξακολουθεί να παραμένει η θεραπεία εκλογής.

Την τελευταία πενταετία, στην κλινική μας, 36 ασθενείς υποβλήθηκαν σε παγκρεατεκτομή (18 άνδρες, 18 γυναίκες, με διάμεση ηλικία 68 έτη (35-82)). Η προεγχειρητική διάγνωση ήταν καρκίνος παγκρέατος σε 35 ασθενείς και χρόνια παγκρεατίτιδα σε 1 ασθενή. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάστηκαν με κυρίαρχο σύμπτωμα τον ίκτερο (93%), τον πόνο (9%), τον κνησμό (9%), οξεία παγκρεατίτιδα (3%) και χρόνια παγκρεατίτιδα (3%) [Σχήμα 1]. Σε 32 η προεγχειρητική μελέτη έγινε με ασθενείς έγινε CT με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού και U/S, σε 17 ασθενείς με MRI, ενώ σε 8 ασθενείς με ενδοσκοπικός υπέρηχος [Σχήμα 2]. Σχεδόν οι μισοί



Σχήμα 1. Κύρια συμπτώματα εισόδου (επί τοις %)

Διαφυγή από αναστόμωση παγκρέατος	7/33 (21%)
Αιμορραγία	6/36 (16%)
Διαφυγή από χολοπεπτική	2/34 (5%)
Διάφορες	6/36 (14%)
Σύνολο	21/36 (58%)
Επανεπεμβάσεις	3
Θνητότητα	2/36 (5.5%)

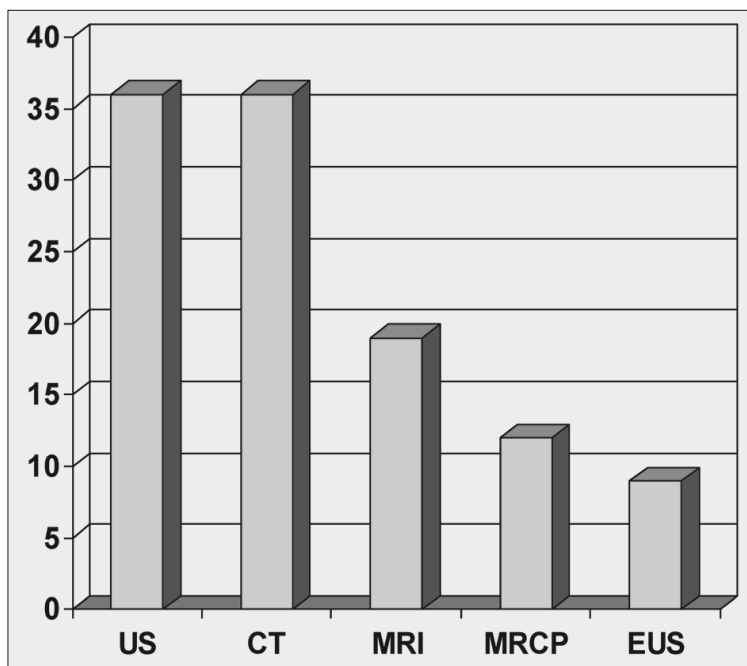
Σχήμα 3. Μετεγχειρητικές επιπλοκές

ασθενείς (16) υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική παροχέτευση του ίκτερου (ERCP 15, PTC 1).

Η απόφαση για παγκρεατεκτομή σε 10 ασθενείς έγινε μόνο με τα ευρήματα της ERCP, ενώ μόνο 7 ασθενείς είχαν επιβεβαιωμένη ιστολογική διάγνωση (ERCP βιοψίες 3, EUS 3, CT-FNA 1). Παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή με διατήρηση του πυλωρού διενεργήθηκε σε 28 ασθενείς, κλασική Whipple σε 6, περιφερική παγκρεατεκτομή σε 1 και επέμβαση Frey σε 1 ασθενή, Σε τρεις ασθενείς προηγήθηκε διερευνητική λαπαροσκόπηση.

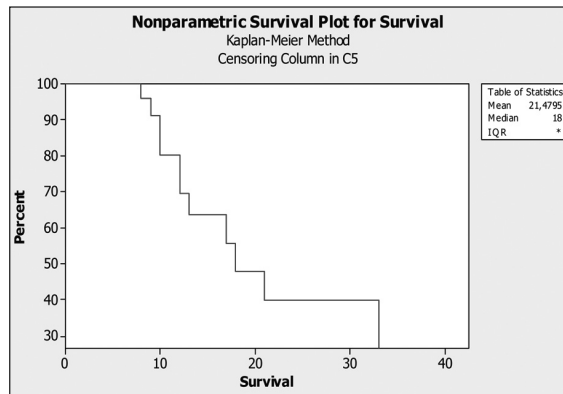
Επιπλοκές καταγράφηκαν σε 21 ασθενείς (58%), με κυριότερες την διαφυγή από την αναστόμωση του παγκρέατος σε 7/33 ασθενείς (21%), την αιμορραγία σε 6/36 (16%) και την διαφυγή από την χολοπεπτική αναστόμωση σε 2/34 (5%) [Σχήμα 3]. Όλοι οι ασθενείς αντιμετώπισθηκαν συντηρητικά, εκτός από 2 στους οποίους απαιτήθηκε επανεπέμβαση. Η θνητότητα ήταν 5% (2/36), ο ένας ασθενής λόγω γενικευμένης σήψης και ο δεύτερος λόγω μη ελεγχόμενης αιμορραγίας.

Ο διάμεσος αριθμός των αφαιρεθέντων λεμφαδένων



Σχήμα 2. Προεγχειρητικός παρακλινικός έλεγχος

ήταν 13,5 (3-27) και ήταν θετικοί για διήθηση σε 11 ασθενείς. Η εκτομή ήταν R0 σε 25/30 ασθενείς. Η ιστολογική διάγνωση έδειξε αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος σε 29 ασθενείς, καρκίνωμα τελικού χοληδόχου πόρου σε 1, αδενοκαρκίνωμα φύματος σε 2 και χρόνια παγκρεατίτιδα σε 4 ασθενείς.



Σχήμα 4. Επιβίωση στην 5-ετία

Η ανάλυση επιβίωσης με Kaplan-Meier έδειξε διετή επιβίωση 45% και μέση επιβίωση 21 μήνες [Σχήμα 4].

Το ποσοστό μετεγχειρητικής νοσηρότητας, όπως προκύπτει από την παρακολούθηση των ασθενών, αγγίζει το 58% όταν σε διεθνείς σειρές το ποσοστό είναι περίπου 20-30% [6, 7, 8]. Συχνότερη επιπλοκή είναι η διαφυγή από την παγκρεατονησιδική αναστόμωση και ακολουθεί η αιμορραγία. Η μετεγχειρητική θνητότητα είναι 5,5%, ποσοστό που πλησιάζει το 3-4% της διεθνούς βιβλιογραφίας [9, 10]. Η διετής επιβίωση αγγίζει το 45% και η μέση επιβίωση τους 21 μήνες ποσοστό που συμβαδίζει με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.

Γίνεται αντιληπτό λοιπόν ότι η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή είναι μια σχεικά ασφαλής επέμβαση στα χέρια ενός έμπειρου χειρουργού, αλλά τα ποσοστά μετεγχειρητικής νοσηρότητας παραμένουν υψηλά αυξάνοντας το κόστος και τη διάρκεια νοσηλείας [11].

Συμπερασματικά, σε μια Γενική Χειρουργική Κλινική, η παγκρεατεκτομή είναι επέμβαση που συνοδεύεται από σημαντικό αριθμό επιπλοκών, με την απόκτηση εμπειρίας όμως, η θνητότητα παραμένει χαμηλή. Ο προεγχειρητικός απεικονιστικός έλεγχος παραμένει προβληματικός.

Η σωστή επιλογή των ασθενών, η ριζικότητα της εκτομής, η ομαλή μετεγχειρητική πορεία και η γρήγορη έναρξη συμπληρωματικής θεραπείας φαίνεται να αποτελούν τους κύριους παράγοντες για την επιβίωση των ασθενών.

ABSTRACT

Introduction: The treatment of pancreatic cancer is a complex issue because of the delayed diagnosis, the frequent recurrences, the low overall survival as well as the high level of surgical technique required.

Method-Material: During the last 5 years in our department 36 patients underwent pancreatectomy (18 males, 18 females with median age 68 years). In 35 patients the pre-operative diagnosis was pancreatic cancer and one patient had chronic pancreatitis. Pancreaticoduodenectomy with pylorus preservation was done in 28 patients, Whipple procedure in 6 and peripheral pancreatectomy in 1 whereas in 3 patients explorative laparotomy was done.

Results: Severe complications was recorded in 21 patients (58%), most serious being anastomotic leakage of the pancreas (7/33, 21%), hemorrhage (6/36, 16%), leakage from the bile duct anastomosis (2/34, 5%). Overall mortality was 5% (2/36). Histological results showed pancreatic adenocarcinoma in 29 patients, bile duct carcinoma in 1, Vater papilla adenocarcinoma in 2 and chronic pancreatitis in 4.

Conclusion: The right selection of patients, the extent of the tumor removal, the smooth postoperative rehabilitation and adjuvant chemotherapy seem to be the major factors in overall patient survival.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Crist DW, Sitzman JV, Cameron JL. Improved hospital morbidity, mortality, and survival after the Whipple procedure. *Ann Surg* 1987;206:358.
2. Evans DB, Abbruzzese JL, Willet CG. Cancer of the pancreas. In: DeVita VT, Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott; 2000.
3. Fortner JG. Regional pancreatectomy for cancer of the pancreas, ampulla, and other related sites. *Ann Surg* 1984;199:418.
4. Geer RJ, Brennan MF. Prognostic indicators for survival after resection of pancreatic adenocarcinoma. *Am J Surg* 1993;165:68.
5. Itani KM, Coleman RE, Akwari OE, et al. Pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy: a clinical and physiologic appraisal. *Ann Surg* 1986;204:655.
6. Kwon RS, Brugge WR. New advances in pancreatic imaging. *Curr Opin Gastroenterol* 2005;21(5):561.
7. Lieberman MD, Kilburn H, Lindsey M, et al. Relation of perioperative deaths to hospital volume among patients undergoing pancreatic resection for malignancy. *Ann Surg* 1995;222:638.
8. Pisters PWT, Abbruzzese JL, Janjan NA, et al. Rapid-fractionation preoperative chemoradiation, pancreaticoduodenectomy, and intraoperative radiation therapy for resectable pancreatic adenocarcinoma. *J Clin Oncol* 1998;16:3843.
9. Rumstadt B, Schwab M, Schuster K, et al. The role of laparoscopy in the preoperative staging of pancreatic carcinoma. *J Gastrointestinal Surg* 1997;1(3):245.
10. Yeo CJ, Abrams RA, Grochow LB, et al. Pancreaticoduodenectomy for pancreatic adenocarcinoma: postoperative adjuvant chemoradiation improves survival. A prospective, single-institution experience. *Ann Surg* 1997;225(3):621.
11. Yeo CJ, Cameron JL, Lillemoe KD, et al. Pancreaticoduodenectomy for cancer of the head of the pancreas: 201 patients. *Ann Surg* 1995;221:721.