

Ampulla Adenomunda Endoskopik Tedavi; Snare Papillektomi

Endoscopic Management of Adenoma of The Ampulla: Snare Papillectomy

Mesut Aydın^{1*}, Evren Kanat¹, Necmettin Tarak², Gülsüm Kahveci Kılınc², Ayça Orhan Gökçe³

¹Batman Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Ünitesi, Batman

²Batman Devlet Hastanesi, anestezi Ünitesi, Batman

³Batman Devlet Hastanesi, patoloji Ünitesi, Batman

ÖZET

Periampuller bölge tümörleri ampullanın yaklaşık 2 cm çevresinden gelişen ve köken olarak pankreas başı, safra yolları, duodenum ve ampulladan kaynaklanan tümörlerdir. Ampullanın en sık tümörleri adenomlardır. Endoskopik papillektomi, yüksek riskli bir girişim olsa da bu bölgenin adenomatöz lezyonları için büyük ölçüde cerrahinin yerini almıştır. Bu olgu sunumunda karın ağrısı ve sarılık yakınmaları olan ve endoskopi ve biyopsi sonucunda ampulla villöz adenomu saptanan hastamıza uyguladığımız snare papillektomi işlemi ve sonuçlarını tartıştık.

Anahtar Kelimeler: Ampulla, Adenom, Papillektomi

ABSTRACT

Periampullary region tumors are the tumors which develop from around 2 cm of vater's ampulla, originating from the head of the pancreas, bile ducts, duodenum and vater's ampulla. Adenomas are the most common tumors of this region. Although endoscopic papillectomy is a high-risk procedure, it has largely replaced surgery for adenomatous lesions of this region. In this case report, we discussed the operation and results of snare papillectomy in our patient which presented with abdominal pain and jaundice and was diagnosed villous adenoma by endoscopy and biopsy.

Key Words: Ampulla, Adenoma, Papillectomy

Giriş

Periampuller bölge tümörleri ampullanın yaklaşık 2cm çevresinden gelişen ve köken olarak pankreas başı, safra yolları, duodenum ve ampulladan kaynaklanan tümörler olup gastrointestinal sistem kanserleri içindeki payı %0,5 ila %2 arasında değişmektedir(1). Bunların da yaklaşık %60'ı pankreas başından kaynaklanır(2)

Ampullanın en sık tümörleri adenomlar olup bunların yaklaşık %30'u villöz adenomlardır. Villöz komponent arttıkça adenomların malignleşme potansiyeli artmaktadır.

Endoskopik papillektomi, yüksek riskli bir girişim olsa da bu bölgenin adenomatöz lezyonları için büyük ölçüde cerrahinin yerini almıştır(3). Endoskopik papillektomiden en fazla yarar sağlayacak hastaları seçmek için kriterler bir çalışmadan diğerine farklılık gösterir. Endoskopik ultrasonun(EUS) yaygınlaşması ile beraber snare papillektomi için kriterler değişiklik göstermiştir. Her ne kadar farklı kriterler olsa da genel kabul görenler;

1-Endoskopik olarak malignite lehine bulgu olmaması(sınırlarının düzenli olması, ülsere olmaması)

2-Biyopside benign histolojik bulgular saptanması

3-Tümör çapının 4cm'nin altında olması

4-Herhangi bir enstruman ile palpasyonda tümörün yumuşak olması şeklinde özetlenebilir(4)

Bu olgu sunumunda polikliniğimize karın ağrısı ve sarılık yakınmaları ile başvuran ve patolojisinde villöz adenom tespit edilen hastamızda uyguladığımız snare papillektomi işlemi sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

64 yaşında kadın hasta son 2 aydır artan sarılık ve epigastrik bölgede ağrı yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan tetkiklerde Total bilirubin:9,8mg/dL, Direk bilirubin:8mg/dL,AST:86 IU/ml,ALT:94 IU/ml, ALP:650 IU/ml, GGT:420 IU/ml saptandı. Diğer laboratuvar parametrelerinde başkaca anormallik

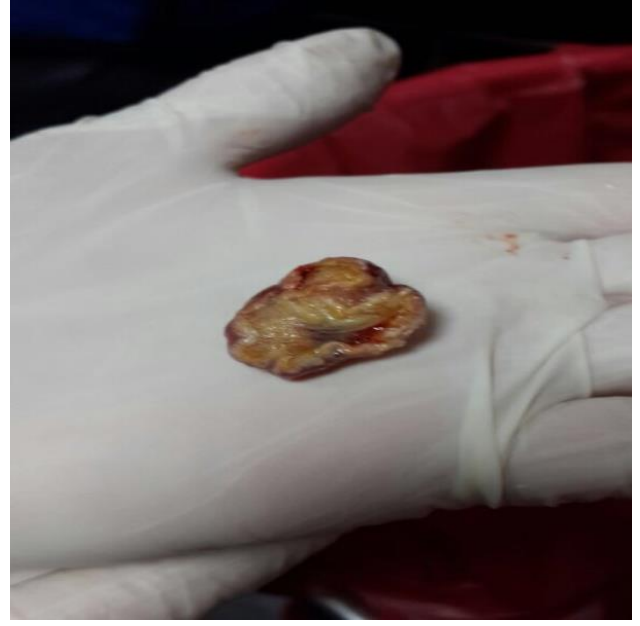


Resim 1. Snare ile kavranmış papilla adenomu



Resim 2. Papillektomi alanı,koledok ve pankreatik kanallar

yoktu. Hepatobiliyer USG’de koledok 15mm, İntrahepatik safra yolları dilate izlendi. Safra kesesi opere olduğu için izlenmedi. Bunun üzerine çekilen MR kolanjiografide koledok 14mm, intrahepatik safra yolları dilate izlendi ve safra yollarında taş saptanmadı. Hastaya Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi (ERCP) işlemi planlandı. Yan görüşlü endoskop ile girildiğinde papillanın iri, yaklaşık 3cm çapında,lobüle ve çevresinin düzenli olduğu izlendi. Biyopsi forsepsi ile dokunulduğunda yumuşak kıvamda idi. Bunun üzerine papilladan biyopsiler alınıp işlem sonlandırıldı.Biyopsi sonucunun villöz adenom ile uyumlu gelmesi üzerine 2.seansta snare papillektomi yapılmak üzere hasta çağrıldı. Genel



Resim 3. Papillektomi materyali

anestezi altında duodenoskop ile girilerek iri papilla karşıya alınıp tabanına serum fizyolojik enjeksiyonu yapıldığında eleve olduğu izlendi. Daha sonra snare ile papilla sınır temiz olacak şekilde kavranarak koterize edilip alındı(Resim 1). Pankreatik kanal ve koledok net bir şekilde ayırt ediliyordu(resim2).Açıklıkları yeterli olduğu için stentlemeye gerek duyulmadı. Materyal(resim 3) patolojiye gönderildi, patoloji sonucu sınırları temiz adenom olarak raporlandı. Takipte hastanın biyokimyasal testleri bir hafta içinde normale döndü. Hastaya endoskopik takip planlanarak.

Tartışma

Adenomlar ampullanın en sık benign tümörleridir. Ampulla tümörlerinin %80’i adenomlardan gelişir. Adenomun çapı ve villöz komponenti arttıkça malignleşme potansiyeli artar. Hastalar kliniğe sıklıkla karın ağrısı(%50) ve ağrı ile beraber veya ağrısız sarılık(%44) yakınması ile başvurur(5). Rutin tetkikler ile beraber ilk yapılması gereken görüntüleme yöntemi ultrasondur. Özellikle EUS’un kullanımının yaygınlaşması ile beraber bu lezyonlarda invazyon olup olmadığı daha yüksek bir doğruluk oranı ile saptanabilmektedir. Ampulla adenomlarında endoskopik tedaviler son zamanlarda cerrahi tedavinin yerini almıştır. Endoskopik papillektomi için uygun vakaların seçimi önemlidir. Yöntem olarak bütün çıkarmak tümörün sınırlarını belirlemek için önemli olsa da bazı büyük tümörlerde parça parça papillektomi yapılabilir. Rezeksiyon öncesi submukozal enjeksiyon tartışmalı bir konudur. Enjeksiyon ile eleve olmayan bir lezyon invazyonu

düşündürebilir. Fakat yapılan çalışmalarda submukozal enjeksiyon yapılmadan yapılan işlemlerde rezeksiyonda zorluk veya komplikasyonlarda artış tespit edilmemiştir. Yine pankreatik kanal stentlemesi konusunda da görüş birliği olmasa da yapılan çalışmalarda papillektomi sonrası pankreatik kanal stentlemesi yapılan hastalarda postpapillektomi pankreatitti daha az gelişmiştir (6). Bizim hastamızda obstrüksiyonun papillektomi ile giderilmesi sonrası gözle görünen bol miktarda safra ve pankreatik sıvı akışı olduğu ve safra ve pankreatik kanallar net görüldüğü için stentlemeye gerek duyulmadı. Ayrıca rezeke edilen materyalin barsak peristaltizmi ve verilen havanın etkisi ile endoskopun ulaşamayacağı şekilde distale kaçması mümkündür. Bu can sıkıcı bir durum olsa da bu durumda papillektomi yapılan alanın tabanından biyopsiler alınıp patolojik değerlendirme yapılabilir. Ampulla adenomlarında endoskopik tedavinin mortalitesi %1'in altındadır (7). Nüks oranının %30'lara ulaşması sebebiyle tedavi sonrası endoskopik takip gereklidir(8). Takipte nüks saptanması durumunda invazyon yoksa tekrar endoskopik tedavi uygulanabilir. Hastamızda bu nedenle 3,6 ve 12 aylarda kontrol endoskopi planlandı.

Sonuç olarak endoskopik snare papillektomi işlemi uygun hastalarda cerrahi operasyona göre daha güvenli, konforlu ve daha düşük mortalite ve morbidite oranlarına sahip bir işlemdir. Deneyimli

merkezlerde uygulanması ve işlem sonrası yakın hasta takibi işlemin nihai başarısı için önemlidir.

Kaynaklar

1. Uomo G. Periampullary carcinoma: some important news in histopathology. JOP 2014; 15(2): 213-215.
2. Berberat PO, Künzli BM, Gulbinas A, Ramanauskas T, Kleeff J, Müller MW, et al. An audit of outcomes of a series of periampullary carcinomas. Eur J Surg Oncol 2009; 35(2): 187-191.
3. El Hajj II, Coté GA. Endoscopic diagnosis and management of ampullary lesions. Gastrointest Endosc Clin N Am 2013; 23(1): 95-109.
4. Han j, Kim M-H. Endoscopic papillectomy for adenomas of the major duodenal papilla. Gastrointest Endosc 2006; 63(2): 292-296.
5. Will U1, Müller AK, Fueldner F, et al. Endoscopic papillectomy: data of a prospective observational study. World J Gastroenterol 2013; 19(27): 4316-4324.
6. Binmoeller KF, Boaventura S, Ramsperger K et al. Endoscopic snare excision of benign adenomas of the papilla of Vater. Gastrointest Endosc 1993; 39(2): 127-131.
7. Martin JA, Haber GB. Ampullary adenoma; Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. Gastrointest Endosc Clin N Am 2003; 13(4): 649-669