

Egyetemi Doktori (Ph.D.) Értekezés Tézisei

**A PANCREAS-MŰTÉTEK BIZTONSÁGÁNAK FOKOZÁSÁRA
IRÁNYULÓ TÖREKVÉSEK.
MŰTÉT-TECHNIKAI ELEMZÉSEK**

Dr. Árkosy Péter

**Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum
Általános Orvostudományi Kar
II. sz. Sebészeti Klinika
Debrecen, 2001.**

I. BEVEZETÉS, CÉLKITŰZÉSEK

A pancreas gyulladáisos és tumoros megbetegedései egyre gyakrabban előforduló, az életet veszélyeztető állapotot hozhatnak létre. Irodalmi adatok szerint minden 100 emberből kettő hal meg pancreas-betegség miatt. Ennek egyik felét a carcinoma adja, a másikat a gyulladáisos betegségek jelentik.

Magyarországon a krónikus pancreatitis az egyik leggyakrabban előforduló idült gastroenterológiai kórkép.

Daganatok vonatkozásában ismert, hogy a pancreas a rákos halálozásban a 4. helyet foglalja el, a statisztika szerint évente 24000 új esetet fedeznek fel és az 5 éves túlélési arány 5 % körüli.

Ezeknek a megbetegedéseknek a kezelése főként sebészi, számuk évről-évre növekvő tendenciát mutat.

A pancreas-carcinoma a legtöbb esetben későn kerül felismerésre, ami szerepet játszik a rossz prognózisban. A rezekabilitási arány 10-30 % közötti.

A hasnyálmirigy-betegségek nagyobbik része a pancreas-fejet érinti. A Vater papilla és környékén elhelyezkedő daganatokat összefoglaló néven periampullaris daganatoknak nevezzük, melyeket a pancreas-fej carcinomától sokszor nem lehet elkülöníteni. A műtéti megoldás ugyanaz mindkét megbetegedés esetében, a pancreatoduodenectomia, amit Whipple első alkalommal Vater papilla carcinoma miatt végzett.

A krónikus pancreatitis sebészi kezelésének fő célja a fájdalom megszüntetése, dekompressziós vagy rezekciós sebészi eljárás révén. Krónikus gyulladás esetén a pancreas-vezeték morfológia rendkívül fontos szerepet játszik. Tágult vezetékrendszer esetén dekompressziós, szegmentális pancreatitis illetve súlyos fokális destrukció kezelésére rezekciós műtét a választandó megoldás.

A hasnyálmirigyen végzett műtéteket nagy körültekintéssel kell végezni, tekintettel a mirigy speciális anatómiai helyzetére, szöveti felépítésére, a

pancreasnak a nagyerekkel való kapcsolatára, a környező szervekhez, fontos képletekhez, a ductus choledochushoz, a duodenumhoz való viszonyára. A műtéti elbíráláshoz hozzájárul még a mirigy exocrin és endocrin természete is.

A fentieket figyelembe véve nem véletlen, hogy a pancreas sebészete más szervek műtéteivel szemben később fejlődött ki és napjainkban is újabb műtétek, technikai módosítások kerülnek bevezetésre.

A pancreas-betegségek miatt végzett műtétek száma növekvő tendenciát mutat, azonban a műtéti kockázat nagy, annak ellenére, hogy a 90-es években a műtéti halálozás 5 % alá csökkent szemben a 70-es évekkel, amikor a halálozás 20 % körüli volt.

Értekezésem célja a pancreas-szal készített anastomosisok vizsgálata, a maradék pancreas biztonságos ellátására irányuló sebészi módszerek elemzése, a lehetséges műtéti megoldások közül az eredményesebb eljárás igazolása.

A pancreas megbetegedéseinek sebészi kezelésében alkalmazott módszerek értékelése 269 betegben végzett műtét és az ezzel kapcsolatos vizsgálatokon alapul.

Munkám során a következő kérdésekre kerestem választ:

1. Krónikus pancreatitisben végzett dekompresziós műtétek során a Wirsungo-gastrostomia vagy a Wirsungo-jejunostomia műtéti eredményei a kedvezőbbek?
2. Dekompresziós műtétek során van-e összefüggés a szövődmények előfordulása és az intraoperative észlelt patológiai elváltozások között?
3. Dekompresziós műtéteket követően hogyan változik a betegek életminősége a késői postoperatív szakban?
4. Mikor alkalmazhatók és milyen korai postoperatív eredménnyel az általunk módosított duodenum-megtartásos pancreas-fej rezekciók a krónikus pancreatitis kezelésében?

5. A pancreas-fej eltávolítását igénylő pathológiai elváltozások esetén alkalmazott pancreatoduodenectomia során hogyan történjen a maradék pancreas ellátása?
6. Vater papilla carcinoma miatt végzett rezekciók alkalmával az általunk alkalmazott új műtéti rekonstrukció csökkenti-e a postoperatív morbiditást?
7. Csökkentik-e a pancreas secretióját glukagon és somatostatin analógok, és hogyan változik a pancreas-nedv összetétele?

II. ANYAG ÉS MÓDSZER

A pancreas megbetegedéseinek sebészi kezelésében alkalmazott módszerek értékelése 269 betegen végzett műtét és ezzel kapcsolatos vizsgálatokon alapul. A krónikus gyulladás miatt végzett 123 dekompressziós műtét korai és késői eredményeinek retrospektív vizsgálatát végeztem. Összehasonlítottam a ductalis drainage műtéteknél végzett Wirsungogastrostomia és Wirsungo-jejunostomia korai és késői eredményeit.

Vizsgáltam a műtét közben észlelt pathológiai elváltozások és a kialakult szövődmények közötti összefüggést.

A késői eredmények vizsgálata 4,7 év átlagos követési idő után történt, amely során figyelembe vettük a fájdalom mértékét, a testsúly változását, a hasmenés előfordulását, újabb pancreatitis-es attack jelentkezését, diabetes kialakulását és a késői halálozást. Három csoportot különítettünk el:

1. „Jó” műtéti eredmény csoportjába tartoztak a panaszmentes betegek – exocrin pancreas szubsztitúció mellett.
2. „Közepes” műtéti eredmény után a fájdalom időnként és enyhe fokban jelentkezett, a betegek testsúlya lényegesen nem változott, székletük továbbra is naponta 2-3 alkalommal volt.
3. „Rossz” műtéti csoportban a fájdalom erősebb, a testsúly csökkent, késői szövődmény (diabetes mellitus) jelentkezett. Ide tartoztak a közben elhunyt betegek is.

Elemeztem 21 duodenum-megtartásos pancreas-fej rezekció műtéti eredményeit a krónikus pancreatitis sebészi kezelésében.

Vizsgáltam a pancreas-fejet érintő gyulladás és tumor miatt végzett radikális rezekciós műtétek eredményeit.

Elemeztem a 11 Whipple-típusú pancreas-rezekciók és a 114 esetben végzett pylorus-megtartásos pancreatoduodenectomia műtéti eredményeit, a

maradék pancreas sebészi ellátásának módszereit, a szövődmények és a halálozás előfordulását.

Külön foglalkoztam a 24 Vater-papilla carcinoma miatt végzett rezekciók eredményeivel. A korai szövődmények csökkentése céljából új műtéti módosítást alkalmaztunk és ezek eredményeit is értékeltem.

A retrospektív elemzéseket a betegek kórlapjában található adatok alapján végeztem. A kórelőzményt, a különböző vizsgálatok adatait, a műtéti leírást és a kórlefolysást vettem figyelembe a műtétek korai eredményeinek értékeléséhez. A késői eredmények értékelését az operált betegek ellenőrző vizsgálata és kérdőíves felmérés segítségével végeztem.

A 31 korcs kutyában végzett kísérletek során a glukagonnak és egy somatostatin készítménynek, a Stilaminnak a pancreas exocrin működésére kifejtett hatását vizsgáltam.

III. AZ ÉRTEKEZÉS EREDMÉNYEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA

1. Dekompressziós műtét 123 betegnél történt, 52 esetben Wirsungo-gastrostomia, 37 esetben Wirsungo-jejunostomia, 23 esetben cysto-Wirsungo-gastrostomia és 11 betegnél cysto-Wirsungo-jejunostomia.

Vizsgálataink alapján megállapítható, hogy a Wirsungo-gastrostomia technikailag könnyebben elvégezhető, gyorsabb, azonban a szövődmények gyakrabban fordultak elő Wirsungo-gastrostomia után, mint Wirsungo-jejunostomiát követően. Postoperatív vérzés 7 esetben fordult elő gyakorlatunk során és elsősorban a pancreaticogastrostomiás csoportban. A késői postoperatív eredmények tekintetében szignifikáns eltérés nincs a kétféle műtéti eljárást összehasonlítva.

2. A szövődmények okait keresve retrospektív vizsgálataink alapján azt találtuk, hogy vérzéses szövődmények azokban a betegekben fordulnak elő szignifikánsan gyakrabban, akiknél műtét során nem extrém tágult (7-8 mm átmérővel) pancreas-vezeték (7 beteg), gyulladós vizenyőt (6 beteg), portalis hypertensióra utaló tüneteket (tágult hasüregi vénákat 6 betegben) észleltünk, illetve akiknél korábban gyakrabban fordult elő pancreatitisessé (4-nél több attack 6 betegben). Véleményem szerint, bár a Wirsungo-gastrostomia könnyebben kivitelezhető – alkalmanként, amikor a pancreas-vezeték tágassága 8 mm, vagy kisebb, a műtéti területben oedema van jelen, portalis hypertensióra utaló tágult ereket találunk a hasüregben –, a Wirsungo-jejunostomia nagyobb biztonsággal elvégezhető.

3. Irodalmi adatok szerint dekompressziós műtétek után a halálozási arány alacsony, 4 % körüli, klinikánkon ez 2,5 %. Szintén irodalmi adat, hogy

néhány év elteltével a betegek kb. 70 %-a fájdalommentesen él. Saját anyagunkban átlagosan 4,7 évvel a pancreas dekompresziós műtét után a betegeknek kb. 80 %-a tartozik a „jó” műtéti eredmény csoportjába. Az enzim szubsztitúciót illetően a súlyos krónikus pancreatitis esetekben műtét után minden betegünk számára enzimpótlást javaslunk.

4. A rezekciós műtétek közül a pylorus-megtartásos pancreatoduodenectomia és a duodenum-megtartásos pancreas-fej rezekció is jól alkalmazható a krónikus pancreatitis kezelésében. Az általunk alkalmazott, módosított duodenum-megtartásos pancreas-fej rezekciót a krónikus pancreatitis kezelésében azokban az esetekben végezzük, amelyekben a megnagyobbodott pancreas-fej icterust, duodenum stenosiszt nem okozott és a ductus choledochus sem volt tágabb (ultrahang-vizsgálat szerint 7-8 mm) és nem volt cholestasis. Minden egyéb esetben, amikor pancreas-fej elváltozás áll előtérben, gyakorlatunkban a pylorus-megtartásos pancreatoduodenectomia a választandó módszer. Előnye a duodenum-megtartásos pancreas-fej rezekciónak a pancreatoduodenectomiákkal szemben, hogy a beteg számára kisebb műtéti megterhelést jelent, mivel 2 anastomosissal kevesebbet kell készíteni, mint a pancreatoduodenectomia esetén és a rezekció mértéke kisebb.
5. Vater papilla carcinoma során az esetek egy részében a pancreas indurációja nem jön létre és a puha, mirigyes szerv varrása nehéz, nem biztonságos, a maradék pancreas ellátása fokozottan szövődmény veszélyével fenyeget. 4 beteg esetében alakult ki pancreatogastrostomia anastomosis elégtelenség, amiért a műtéti rekonstrukciót megváltoztattuk. További 11 esetünkben a Vater papilla carcinoma miatt végzett pylorus-megtartásos pancreatoduodenectomia során a nem indurált pancreas-fej

eltávolítását követően pancreaticojejunostomia („duct to mucosa”) volt az első, choledochojejunostomia a második és duodenojejunostomia a harmadik anastomosis, mely kb. 40 cm-re esik a pancreas-anastomosisától. Így biztosítható, hogy a táplálék a bélperisztaltikával szemben nem jut a pancreas közelébe, így esetleges pancreaticojejunostomia insufficientia esetén az spontán záródhat, illetve az anastomosis területe biztonsággal drainálható. A betegek szövődménymentesen gyógyultak. Ez a műtéti megoldás az eredmények alapján biztonságosnak látszik a nem indurált pancreas-fej eltávolítását követő rekonstrukciók között.

6. A pancreas-műtétek komplikációi elsősorban a pancreas exocrin funkciójával kapcsolatosak. A perioperatív időszakban a pancreas-secretio gátlása csökkentheti, vagy megelőzheti ezeket a szövődményeket. Kísérleteink alapján arra a megállapításra jutottunk, hogy a csepp-infúzióban alkalmazott Glucagon és Stilamin hatására a pancreas-secretio csökken, melynek mértékét összehasonlítva megállapítható, hogy az átlagos csökkenés Stilamin hatására kifejezettebb. Úgy gondolom, hogy a glukagon és a somatostatin egyaránt sikerrel alkalmazható – secretio csökkentő hatásuk révén – a klinikai gyakorlatban is a pancreas-műtéteket követő szövődmények csökkentésében.