

## Καρκίνος του παγκρέατος και παγκρεατοδωδεκαδακτυλοτομή (Whipple) Η εμπειρία μας την τελευταία 12ετία (1988-1999)

Σ. Γ. Κούλας, Ι. Τσιμογιάννης, Ι. Παϊζης,  
Α. Θεοδώρου, Ι. Καραμήτρος, Ι. Τσιμάρης,  
Ε. Κ. Τσιμογιάννης

Χειρουργική Κλινική,  
Π.Γ.Ν.Ι. "Γ. Χατζηκώστα"

Ο καρκίνος παγκρέατος (Κ. Π.) αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως <sup>(1,2)</sup>. Αν και η επίπτωση είναι χαμηλή σχετικά με άλλους καρκίνους, η θνητότητα παραμένει υψηλή λόγω του γεγονότος ότι οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα πολύ αργά.

Περίπου 2.000-3.000 υποβάλλονται κάθε χρόνο σε επέμβαση παγκρεατεκτομής λόγω Κ.Π. στις U.S.A. <sup>(1,2)</sup>

Από στοιχεία που προκύπτουν από την N.C.D.B. (USA) κάθε χρόνο έχουμε 26.000 νέες περιπτώσεις από Κ.Π.; από αυτούς οι 26.000 καταλήγουν κατά την διάρκεια του αυτού έτους <sup>(2,4,5,8)</sup>

Από 15.210 περιπτώσεις με Κ.Π. μόνο το 14.2% ήταν χειρουργήσιμο κατά το χρόνο της διάγνωσης, σύμφωνα πάντα με στοιχεία του N.C.D.B. <sup>(2,8,13)</sup>

Απώ 30-09-1988 έως 31-12-1999 στην χειρουργική κλινική του νοσοκομείου μας χειρουργήθηκαν 91 ασθενείς με Κ.Π.; από αυτούς 48 ήταν άνδρες ενώ 43 ήταν γυναίκες (αναλογία: 1/0,9)

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 68 έτη (εύρος: 47-88 έτη)

71 ασθενείς (78%) υποβλήθηκαν σε παρηγορητική επέμβαση για την αντιμετώπιση του ικτέρου, ενώ 20 ασθενείς (22%) υποβλήθηκαν σε επέμβαση παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομής

Σε όλους τους ασθενείς προεγχειρητικά έγινε CT κοιλιάς η οποία και έθεσε την διάγνωση.

Κανείς ασθενής δεν απεβίωσε διεγχειρητικά ή άμεσα μετεγχειρητικά.

Σε 58 ασθενείς (63%) ο όγκος εστιαζόταν στην κεφαλή του οργάνου, 14 ασθενείς (16%) έπασχαν από καρκίνο σώματος; σε 4 (4%) ασθενείς ο όγκος αφορούσε μόνο την ουρά ενώ στους υπόλοιπους 15 (17%) ο όγκος ήταν διάχυτος σε ολόκληρο το παρέγχυμα.

53 ασθενείς (58%) τη στιγμή της διάγνωσης παρουσίαζαν ήδη ηπατικές μεταστάσεις (στάδιο III), ενώ 18 ασθενείς (20%) είχαν μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες (στάδιο II). Τέλος σε 20 άρρωστους (22%) ο όγκος δεν ξεπερνούσε τα όρια του παρεγγύματος.

Η μετεγχειρητική νοσηλεία ήταν 10-45 ημέρες (μ.ο.νοσηλείας: 18 ημέρες) ενώ οι επιπλοκές που παρουσιάστηκαν στις εκτομές ήταν 5 (26%):

διάσπαση τραύματος:	2
παγκρεατικά συρίγγια:	2
ατελεκτασία:	1

Στις παρηγορητικές επεμβάσεις οι επιπλοκές που παρατηρήθηκαν ήταν 10 (15%):

ατελεκτασία:	4
διαπύση τραύματος:	3
ε.β.φ.θ:	3

Οι εκτομές που πραγματοποιήθηκαν ήταν 26:

Whipple:	18
Traverso-Logmire:	2
Περιφ. παγκρεατ/μη:	4
ολική παγκρεατ/μη:	2

Στους υπόλοιπους 65 ασθενείς πραγματοποιήθηκαν παρηγορητικής φύσεως επεμβάσεις: σε 51 ασθενείς με σα κεφαλής έγινε χόλο-πεπτική και ΓΕΑ για την αντιμετώπιση του ίκτερου, ενώ στους 14 εναπομείναντες έγινε διήθηση του ηλιακού φίλέγματος με οινόπνευμα για τον έλεγχο του πόνου.

Από την μελέτη μας προκύπτει ότι σε ποσοστό που φτάνει το 78% ο Κ.Π. διαγιγνώσκεται όταν έχουν εκδηλωθεί ήδη μεταστάσεις (στάδιο II-III) Από ξένες εργασίες, το ποσοστό αυτό είναι περίπου 70%<sup>(2,4,5,7,12)</sup>

Κατά την τελευταία δεκαετία, σε παγκόσμια κλίμακα (αλλά και στην μελέτη μας) παρατηρείται πτώση της εγχειρητικής νοσηρότητας αλλά και θνητότητας, μείωση της απώλειας αίματος διεγχειρητικά καθώς και αύξηση της χειρουργικής εμπειρίας<sup>(2,8,9,13)</sup>.

Η 5ετής επιβίωση όμως σε καμία μελέτη δεν ξεπερνά το 20%<sup>(2,3,6,7,13)</sup>.

Η CT κοιλιάς αποτελεί την μέθοδο εκλογής για την διάγνωση του παγκρεατικού καρκίνου<sup>(6,7)</sup>.

Η πρόγνωση τέλος εξαρτάται άμεσα από (α) το μέγεθος του όγκου, (β) την διεγχειρητική απώλεια αίματος, (γ) την ηλικία αλλά και την γενικότερη κατάσταση του ασθενούς και (δ) την μετεγχειρητική θεραπεία<sup>(2,10,11)</sup>

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την εργασία μας είναι ότι ο καρκίνος του παγκρέατος διαγιγνώσκεται συνήθως αργά. Σε έγκαιρη διάγνωση η θεραπεία εκλογής είναι η εκτομή.

Η 5ετής επιβίωση δεν ξεπερνά, στην καλύτερη των περιπτώσεων, το 20%. Η παρηγορητική θεραπεία τέλος βελτιώνει την ποιότητα ζωής.

#### Βιβλιογραφία

1. Traverso LW, Longmire WP Jr: Preservation of the

pylorus in pancreaticoduodenectomy. Surg Gynecol Obstet 146: 959-962, 1978

2. Steele GD Jr, Osteen RT, Winchester DR, et al: Clinical highlights from the National Cancer Data Base: 1994. Ca Cancer J Clin 44: 71-80, 1994

3. Farley DR, Schwall G, Trede M: Completion pancreaticectomy for Surgical complications after pancreaticoduodenectomy. Br J Surg 83: 176-179, 1996

4. Yeo CJ, Cameron JL, Lillemoe KD, et al: Pancreaticoduodenectomy for cancer of the head of the pancreas: 201 patients. Ann Surg 221: 447-458, 1990

5. Geer RJ, Brennan MF: prognostic indicators for survival after resection of pancreatic adenocarcinoma. Am J Surg 165: 68-73, 1993

6. Fernandez-del Castillo C, Rattner DW, Warshaw al: Further experience with laparoscopy and peritoneal cytology in staging for pancreatic cancer. Br J Surg 82: 1127-1129, 1995

7. Trede M, Schwall G, Saeger H: Survival after pancreaticoduodenectomy. Ann Surg 211: 721-733, 1995

8. Willet CG, Lewendrowski K, Warshaw AL, et al: Resections margins in carcinoma of the head of the pancreas. Ann Surg 217: 144-148, 1993

9. Whittington R, Bryer MP, Haller DG, et al: Adjuvant therapy of resected adenocarcinoma of the pancreas. Int J Radiat Oncol Biol Phys 21: 1137-1143, 1991

10. Conlon KC, Klimstra DS, Brennan MF: Long-term survival after curative resection for pancreatic ductal adenocarcinoma: clinicopathologic analysis of 5-years survivors. Ann Surg 223: 273-279, 1996

11. Lillemoe KD: Current management of pancreatic carcinoma: Ann Surg 222: 133-148, 1995

12. Kaufman JL: Percutaneous palliation of unresectable pancreatic cancer. Surg Clin North Am 75: 989-999, 1995

13. Lillemoe KD, Pitt HA: Palliation: Surgical and otherwise. Cancer 78 (3 suppl): 605-614, 1996