

Bir taşla üç kuş: Perkütan ve endoskopik yolla aynı seansta biliyer ve enterik metalik stent uygulaması

Hitting three birds with one stone: Placement of multiple biliary enteric metallic stents in the same session by percutaneous and endoscopic approach

Nuretdin SUNA¹, Bülent ÖDEMiŞ¹, Erkin ÖZTAŞ¹, Ufuk Barış KUZU¹, Serkan TORUN¹, Mehmet YURDAKUL², Ertuğrul KAYAÇETİN¹

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹Gastroenteroloji Kliniği, ²Radyoloji Bölümü, Ankara

Opere mide kanseri sonrası nüks olan tümörlerin çoğu inoperabl veya palyatif cerrahi için uygun olmamaktadır. Bu hastalarda gelişen malign intestinal ve biliyer darlıklarda palyatif tedavi amacıyla metalik stent yerleştirilmesi artık rutin olarak uygulanmaktadır. Bu yazıda opere mide kanseri nüksüne bağlı malign intestinal ve biliyer darlık gelişen ve aynı seansta endoskopik ve perkütan yol ile 3 adet metalik stent konan bir olguyu sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Malign darlık, çoklu metalik stent

Recurrent tumors following surgery for gastric cancer are largely inoperable and are not suitable for palliative surgery. Metallic stent placement as a palliative therapy is routinely used in patients with malignant intestinal and biliary obstructions. In this report, we present the case of a patient who developed a malignant intestinal and biliary obstruction due to the recurrence of gastric cancer; 3 metallic stents were placed in the same session using an endoscopic and percutaneous approach.

Key words: Malignant obstruction, multiple metallic stent, gastric cancer

GİRİŞ

Opere mide kanseri sonrası nüks eden çoğu tümörler inoperabl olup palyatif cerrahi için de uygun olmamaktadır. Günümüzde nüksle bağlı gelişen malign intestinal obstrüksiyonun palyatif tedavisinde floroskopi altında endoskopik olarak genişleyebilen metalik stentler yerleştirilmektedir (1-4). Aynı şekilde tümörün hepatobiliyer sisteme metastazı sonucu gelişen darlıklarda palyatif tedavi amacıyla perkütan yol ile genişleyebilen metalik stentlerin yerleştirilmesi güvenli ve klinik olarak etkili olmaktadır (5). Biz bu yazıda opere mide kanseri sonrası nüks nedeniyle eşzamanlı gelişen malign intestinal ve biliyer darlığa endoskopik ve perkütan yolla birlikte kullanılarak aynı seansta 3 adet metalik stent uygulanan bir olguyu sunuyoruz.

OLGU

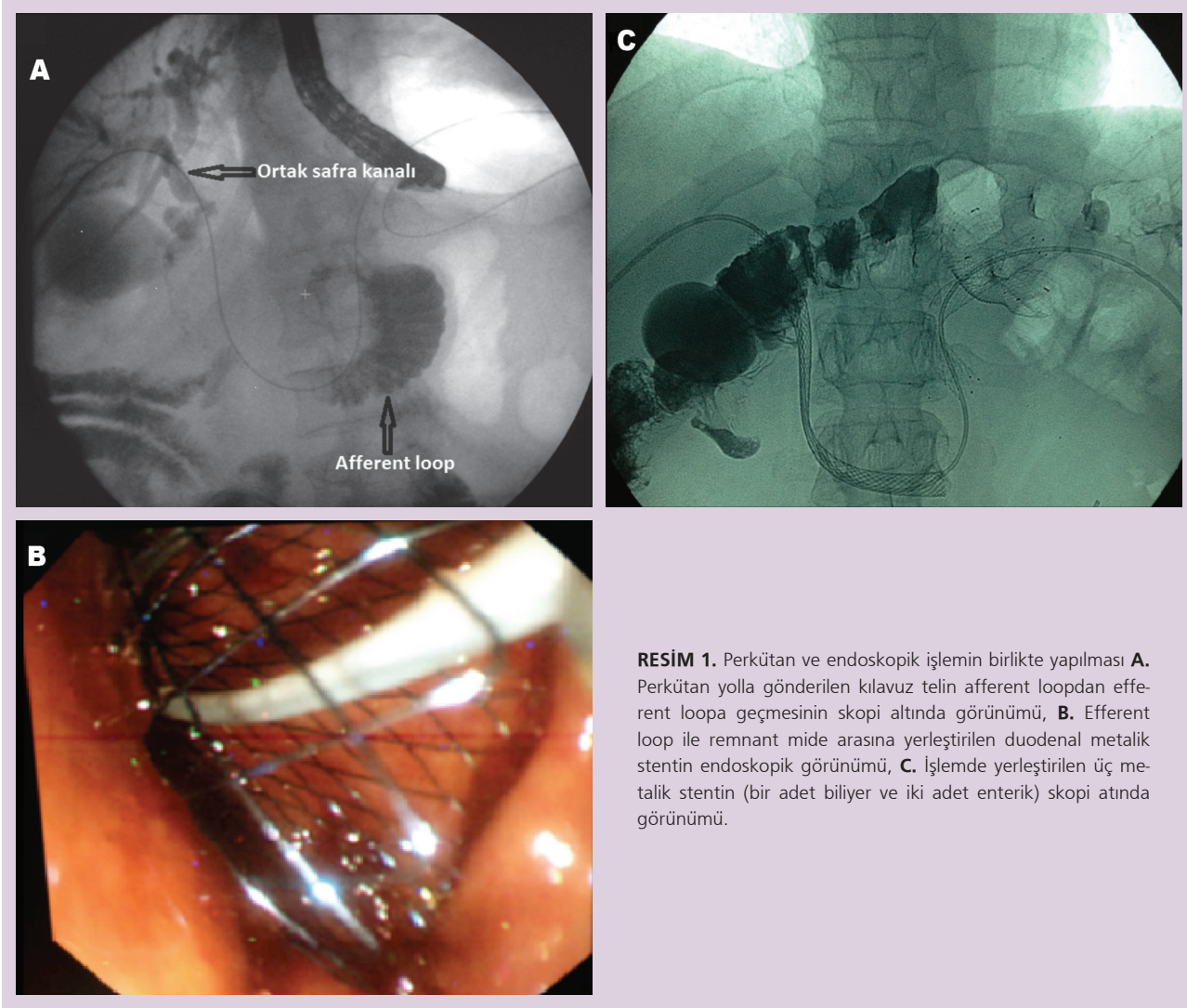
2009 yılında mide kanseri operasyonu (distal rezeksiyon ve Billroth-II) olan ve sonrası kemoradyoterapi öyküsü olan 60 yaşında erkek hasta, progresif kusma, ikter ve kaşıntı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde palpabl hepatomegali, sarılık ve kaşeksi mevcuttu. Laboratuvar parametrelerinde; aspartat aminotransferaz 112 U/l (<40), alanin aminotransferaz 100 U/L (<41), gama glutamil transferaz 383 U/L (8-61), alkalin fos-

fataz 478 U/L (40-130), amilaz 25 U/L (28-100), total bilirubin 15.8 Gfmg/dl (<1.2), direkt bilirubin 13.1 mg/dl (<0.30), beyaz kan hücresi $10.8 \times 10^3/\mu\text{l}$ (3.7-9.7), C-reaktif protein 28 mg/dl (0-8), eritrosit sedimentasyon hızı 34 mm/saat (0-15) ve CA 19-9 1200 U/ml (0-37) saptandı. Abdominal ultrasonografide bilateral intrahepatik safra yollarında ve koledokta dilatasyon izlendi. Üst gastrointestinal endoskopide gastroenterostomi anastomozunda hem afferent hem de efferent loopa endoskopun geçişine izin vermeyen infiltrasyon ile uyumlu alan izlendi. Bu nedenle hastanın hem biliyer hem de gastroenterostomi anastomoz hattındaki darlığa yönelik girişimsel radyoloji ile beraber ortak işlem yapılması planlandı. Perkütan yolla biliyer sistem içinden gönderilen kılavuz tel afferent loopdan efferent loopa geçirildi (Resim 1A). Duodenoskopi girilerek stomada bulunan malign darlıktan kılavuz tel ile efferent loop bulundu. Eş zamanlı olarak endoskopik olarak metalik duodenal stent efferent loop remnant mide arasına yerleştirilirken (Resim 1B) perkütan yol ile afferent loopdan efferent loopa uzanacak şekilde başka bir metalik stent takıldı. Daha sonra biliyer darlığa perkütan yol ile metalik stent yerleştirildi (Resim 1C). İşlem sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

İletişim: Nuretdin SUNA

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği,
06100 Ankara, Telefon: +90 312 306 13 34 • Faks: +90 312 312 41 20
E-mail: nurettinsuna.44@hotmail.com

Geliş Tarihi: 03.10.2014 • **Kabul Tarihi:** 11.11.2014



RESİM 1. Perkütan ve endoskopik işlemin birlikte yapılması **A.** Perkütan yolla gönderilen kılavuz telin afferent loopdan efferent loopa geçmesinin skopi altında görünümü, **B.** Efferent loop ile remnant mide arasına yerleştirilen duodenal metalik stentin endoskopik görünümü, **C.** İşlemden yerleştirilen üç metalik stentin (bir adet biliyer ve iki adet enterik) skopi altında görünümü.

TARTIŞMA

Duodenum ikinci kıta, ampulla vateri, pankreas ve mide antrum malign tümörü olan veya postoperatif nüks gelişen hastalarda, genellikle intestinal obstrüksiyonun yanı sıra biliyer obstrüksiyon da gelişmektedir. Yaşlılık, vasküler invazyon, uzak metastaz, geçirilmiş operasyonlara bağlı kompleks anatomik yapılar ve radikal cerrahiyi tolere edememe durumlarında minimal invaziv, hızlı iyileşme ve tatmin edici klinik etkinliği olan palyatif tedavi yöntemleri öncelikli seçenekler olmalıdır (6-9). Malign biliyer ve intestinal darlık birlikteliğinde koledokojejunostomi ve gastrojejunostomi gibi palyatif operasyonların komplikasyon oranlarının yüksek olması nedeniyle günümüzde daha az invaziv olan endoskopik veya perkütan yolla ya-

pılan tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (10-13). Ancak geçirilen operasyona bağlı değişen anatomisi, antral ve/veya duodenum darlığı veya papillanın tümör invazyonu olan hastalarda endoskopik işlem zor olmaktadır. Bu durumlarda olgumuzda olduğu gibi palyatif tedavi amacıyla eş zamanlı endoskopi ve perkütan yöntemlerinin kullanılması kolaylık sağlamasına rağmen bu konuda yeterince çalışma bulunmamaktadır.

Sonuç olarak olgumuzda olduğu gibi, nüks opere mide kanseri nedeniyle eş zamanlı gelişen intestinal ve biliyer darlıklara endoskopi ve perkütan yol ile aynı seansta multipl metalik stent uygulaması, tekrar cerrahi girişime göre daha az invaziv olup komplikasyon oranı daha düşüktür.

KAYNAKLAR

1. Johnsson E, Thune A, Liedman B. Palliation of malignant gastroduodenal obstruction with open surgical bypass or endoscopic stenting: clinical outcome and health economic evaluation. *World J Surg* 2004;28:812-7.
2. Song HY, Kim TH, Choi EK, et al. Metallic stent placement in patients with recurrent cancer after gastrojejunostomy. *J Vasc Interv Radiol* 2007; 8:1538-46.
3. Cho YK, Kim SW, Nam KW, et al. Clinical outcomes of self-expandable metal stents in palliation of malignant anastomotic strictures caused by recurrent gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2009;15:3523-7.
4. Tong DK-H, Law S, Wong KH. The use of selfexpanding metallic stents (SEMS) is effective in symptom palliation from recurrent tumor after esophagogastrectomy for cancer. *Dis Esophagus* 2010;23:660-5.
5. Hong HP, Seo TS, Cha IH, et al. Percutaneous placement of self-expandable metallic stents in patients with obstructive jaundice secondary to metastatic gastric cancer after gastrectomy. *Korean J Radiol* 2013;14:789-96.
6. Kaw M, Singh S, Gagneja H. Clinical outcome of simultaneous self-expandable metal stents for palliation of malignant biliary and duodenal obstruction. *Surg Endosc* 2003;17:457-61.
7. Mutignani M, Tringali A, Shah SG, et al. Combined endoscopic stent insertion in malignant biliary and duodenal obstruction. *Endoscopy* 2007;39:440-7.
8. Lopera JE, Brazzini A, Gonzales A, et al. Gastroduodenal stent placement: current status. *Radiographics* 2004;24:1561-73.
9. Schiefke I, Zabel-Langhennig A, Wiedmann M, et al. Self-expandable metallic stents for malignant duodenal obstruction caused by biliary tract cancer. *Gastrointest Endosc* 2003;58:213-9.
10. Polikarpov AA, Kozlov AV, Tarazov PG, et al. Role of interventional radiography in the treatment of the hepato-pancreato-duodenal area, complicated by ob-structive jaundice. *Vopr Onkol* 2002;48:238-43.
11. Seo EH, Jung MK, Park MJ, et al. Covered expandable nitinol stents for malignant gastroduodenal obstructions. *J Gastroenterol Hepatol* 2008;23:1056-62.
12. Phillips MS, Gosain S, Bonatti H, et al. Enteral stents for malignancy: a report of 46 consecutive cases over 10 years, with critical review of complications. *J Gastrointest Surg* 2008;12:2045-50.
13. Jeurnink SM, Van Eijck CH, Steyerberg EW, et al. Stent versus gastrojejunostomy for the palliation of gastric outlet obstruction: a systematic review. *BMC Gastroenterol* 2007;7:18.