

Mesenterikoportal vene-resektion er en sikker operation hos patienter med pankreatikoduodenal cancer med mulig gevinst for overlevelsestiden

Jan Henrik Storkholm & Carsten Palnæs Hansen

INTRODUKTION

Pancreascancer er en af de mest alvorlige cancersygdomme, og sygdommen udgør i USA den fjerdehyppigste og i Europa den sjettehyppigste årsag til cancerrelateret mortalitet. Radikal kirurgisk behandling er den eneste mulighed for helbredelse. Imidlertid er kun 15-20% af tumorerne resektable. Flertallet af patienterne har lokalavanceret sygdom eller fjernmetastaser på diagnosetidspunktet og opereres derfor ikke. Metastatisk sygdom er veldefineret ud fra *tumour-node-metastasis* (TNM)-klassifikationen, men der foreligger ikke enighed om definitionen af lokalavanceret sygdom. Der er generelt enighed om, at tumorer, som involverer mere end 180° af cirkumferensen af arteria mesenterica superior eller truncus coeliacus, må betragtes som lokalavancerede. Disse tumorer kan teknisk være resektable, men patienterne bliver sjældent langtidsoverlevende. Derimod er der evidens for, at de mesenterikoportale vener kan reseceres ved tumorindvækst, uden at overlevelsen kompromitteres, såfremt man kan opnå mikroskopisk frie resektionsrande. Formålet med denne opgørelse var at beskrive den operative teknik og resultaterne ved resektion af de mesenterikoportale vener hos patienter med pankreatikoduodenale tumorer i det første store danske materiale.

MATERIALE OG METODER

I perioden fra 1. april 2009 til 1. april 2013 blev der på vores afdeling foretaget 354 resektioner for maligne pankreatikoduodenale lidelser. Af disse fik 47 (13,3%), i alt 22 mænd og 25 kvinder, foretaget resektion af de mesenterikoportale vener.

RESULTATER

Den gennemsnitlige indlæggelsestid var 11,4 dage (spændvidde 6-26). Af de 47 inkluderede patienter havde 44 (93,7%) ductale adenocarcinomer. I alt 39 patienter (83%) havde T3-tumorer, og flertallet svarende til 80,9% havde spredning til lokale lymfeknuder. Otte patienter (17%) måtte rekonstrueres med interpositionsgraft (Figur 1B). De resterende 39 patienter (83%) kunne alle rekonstrueres med *end-to-*

end-anastomose (Figur 1A). I alt 29 patienter (62%) fik foretaget pankreatikoduodenektomi, 15 patienter (32%) total pankreatektomi og tre patienter (6%) distal pancreasresektion. Syv patienter (14,9%) fik på grund af indvækst i naboorganer foretaget multiorganresektioner. Man opnåede mikroskopisk frie resektionsrande hos 43 patienter (91,5%). Den kirurgiske morbiditet var på 29,8%, og 19,1% af patienterne udviklede medicinske komplikationer. Den perioperative mortalitet (30 dage) var 0%. Medianoverlevelsen var på 25,2 måneder (konfidensinterval: 19-31,4). Femten patienter (32%) døde under medianobservationstiden på 11,9 måneder.

KONKLUSION.

Resektion af de mesenterikoportale vener er en sikker procedure, og den medfører ikke øget perioperativ morbiditet eller mortalitet. Medianoverlevelsen er langt bedre end forventet, specielt da vores materiale har et højt antal af patienter med lymfeknudemetastaser og med store tumorer. Der findes i den store gruppe af patienter med såkaldt lokalavanceret sygdom et stort antal patienter, som oplagt burde tilbydes operation. Operation for lokalavanceret pancreascancer er en højt specialiseret opgave, som kun bør håndteres i et højvolumcenter.

KORRESPONDANCE: Jan Henrik Storkholm, Kirurgisk Afdeling CTx, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø, Danmark. E-mail: storkholm@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk.

DANISH MEDICAL JOURNAL: Dette er et resume af en originalartikel publiceret på danmedj.dk som Dan Med J 2014;61(1):A4757.



ORIGINALARTIKEL

Kirurgisk Afdeling CTx,
Rigshospitalet

A. Portal vein/superior mesenteric vein resection with direct end-to-end anastomosis at site of resected portal vein/superior mesenteric vein. Blue arrow = end-to-end anastomosis. Yellow arrow = vascular clamp on splenic vein. Yellow band around common hepatic artery. **B.** Portal vein/superior mesenteric vein resection with interposition graft. Green arrow = portal vein. Blue arrow = interposition graft. Bulldog clamp on transected hepatic duct. Yellow arrow = common hepatic artery.

