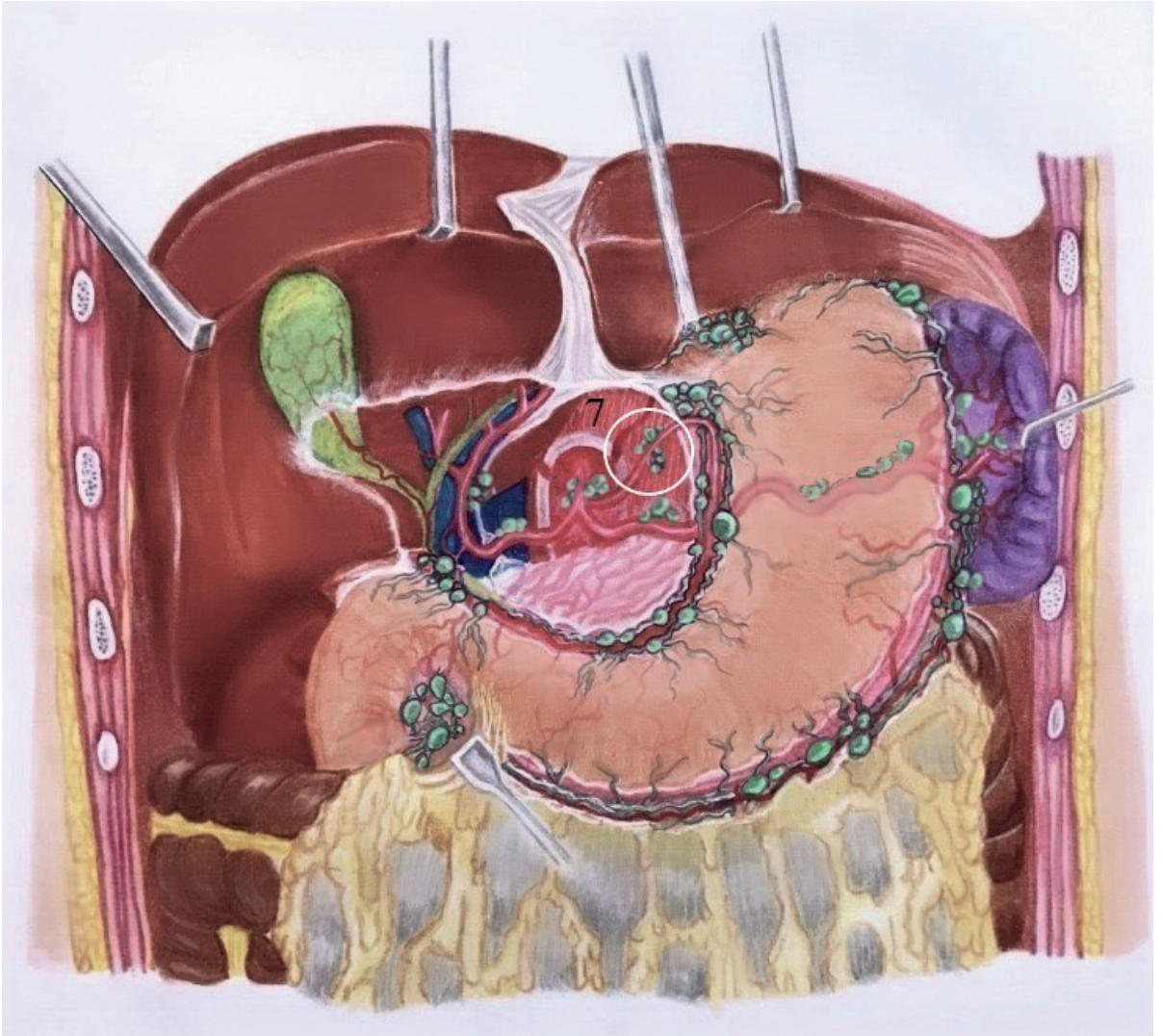


Konu  
**6**

## Sol Gastrik Arter (7) ve Sol Gastrik Ven Diseksiyonu

Dr. Ömer YALKIN, Dr. Ali Ekrem ÜNAL



**Şekil 3:** 7 nolu lenf nod istasyonu.

Açık cerrahiye göre sol gastrik arter ve sol gastrik ven ligasyonu ve 7. istasyonun diseksiyonu laparoskopik yöntemler ile yapıldığında nispeten zordur. Lenf nodu diseksiyonundaki ayrıntılara dikkat edilmesi başarılı diseksiyon için şarttır. Cerrahi pozisyonu sık sık değiştirmekten kaçınmak, cerrahi alanı iyi ortaya koymak iyi bir lenf nodu diseksiyonu için uygulanması önerilen stratejilerdir. Uygunsuz manüplasyon implantasyona bağlı metastaz riskini artırır (6,7).

Maksimum derecede 'en blok rezeksiyon' için diseksiyon aşağıdan yukarıya yapılmalıdır. Lenf nodu diseksiyonu sırasında bir kerede çok fazla miktarda doku tutulmasından kaçınılmalıdır. Klemlenen dokuda aşırı gerginlik yapmak gereksiz kanamalara neden olur. Ayrıca körlemesine kapatma-kesme işlemi yapmak gereksiz doku hasarına neden olur. Çok büyümüş lenf nodları diseksiyonunda doğru anatomik planı bulmak önemlidir. Damara çok yakın bir alandan yol bularak lenf nodu daha kolay çıkarılabilir. Büyük lenf nodları çıkartılırken gereğinden fazla tutulup sıkılması gereksiz kanamalara neden olur. Genelde bu kanamayı durdurmaya çalışmak kanamayı artırır. Bu yüzden lenf nodu kanamasında en uygun yaklaşım anatomik plandan ilerlenerek lenf nodunu çıkarmaktır. Eğer bu kanama cerrahi alanı etkiliyor ise lenf nodu üzerine spanç ile basınç yapılabilir. Buna rağmen durmayan ve cerrahi alanı etkileyen kanamalarda sol gastrik arter bulunarak bağlanabilir.

Gastrik periferik damarların 3D-CT vasküler remodeling ile dağılımı preoperatif olarak belirlenebilir. Bu sayede teknik olarak cerrahi zorluk ve operasyon süresi azalır, vasküler yaralanma insidansı azalır ve cerrahın laparoskopik lenf nodu diseksiyonuna olan güveni artar (8).

Diseksiyon esnasında yaralanmaya en müsait damar sol gastrik vendir. Bazı vakalarda sol gastrik ven silüeti diseksiyona başlamadan önce belirebilir. Ancak vücut kitle indeksi yüksek yağ dokusu yoğun hastalarda ortaya çıkarmak zordur. Bu vakalarda ve suprapankreatik geniş lenf nodu diseksiyonu yapılan vakalarda sol gastrik ven yaralanma riski yüksektir.

Cerrah sol gastrik arter etrafındaki 7. istasyon lenf nodlarını diseke ederken bir seferde çok fazla doku tutmamalıdır. Yapılacak bu hatalı tutuş şekli

iki duruma neden olabilir. Birincisi sol gastrik arter ince olduğunda ve lenfatik yağ dokularında gizlendiğinde sol gastrik arter'in enerji cihazı ile diseksiyonu sırasında yaralanmasına neden olabilir. Bu durum peroperatif kontrol altına alınır. Çok fazla miktarda doku sıkıştırıldığında oluşabilecek ikinci durum postoperatif kanamadır. Enerji cihazları ile diseksiyon yaparken sol gastrik arter'in kökü farkedilmeden hasarlanabilir. Bu alan klipsin altında kaldı ise ameliyat sonrası kanama oluşabilmektedir. Sol gastrik arter hasarına neden olan diğer bir neden ise ultrasonik disektörün fonksiyonel yüzünün artere direk temas etmesi ve hasara neden olmasıdır. Hasar arteri tam kat etkiler ise ameliyat esnasında kanama meydana gelir ancak tam kat değil ve ameliyat sırasında fark edilmez ise postoperatif kanamaya neden olabilir.

## Kaynaklar

1. Michels NA. Blood supply and anatomy of the upper abdominal organs, with a descriptive atlas. *Lippincott*, Philadelphia. 1955;139-143.
2. Huang CM, Chen QY, Lin JX et al. Short-term clinical implications of the accessory left hepatic artery in patients undergoing radical gastrectomy for gastric cancer. *PLoS ONE*. 2013;8(5):e64300.
3. Noussios G, Dimitriou I, Chatzis I et al. The Main Anatomic Variations of the Hepatic Artery and Their Importance in Surgical Practice: Review of the Literature *J Clin Med Res*. 2017;9(4):248-252.
4. Okano S, Sawai K, Taniguchi H et al (1993) Aberrant left hepatic artery arising from the left gastric artery and liver function after radical gastrectomy for gastric cancer. *World J Surg* 17:70-73.
5. Rebibo L, Chivot C, Fuks D et al. Three-dimensional computed tomography analysis of the left gastric vein in a pancreatectomy. *HPB (Oxford)*. 2012 Jun; 14(6): 414-421.
6. Huang CM (2015). Laparoscopic Gastrectomy for Gastric Cancer: Surgical Technique and Lymphadenectomy. C.-H. Zheng (eds.) (pp.1-2) *Springer Science+Business Media Dordrecht and People's Medical Publishing House*.
7. Hirabayashi Y, Yamaguchi K, Shiraishi N et al. Development of port-site metastasis after pneumoperitoneum. *Surg Endosc*. 2002;16(5):864-8.
8. Wang JB, Huang CM, Zheng CH et al. Role of 3D-CT in laparoscopic total gastrectomy with spleen-preserving splenic lymph node dissection. *World J Gastroenterol* 2014;20: 4797-805.