

İntraoperatif Komplikasyonlar

Dr. Cemil YÜKSEL

Giriş

Gelişen teknoloji ve artan deneyimle beraber cerrahlar; subtotal, total, proksimal gastrektomi ve D2 lenf nodu diseksiyonu gibi ileri laparoskopik prosedürleri sıklıkla uygulamakta ve bu nedenle mide kanseri cerrahisinde laparoskopik vaka sayıları her geçen gün artmaktadır (1-3). Randomize kontrollü çalışmalarla laparoskopik distal gastrektomi ve D2 lenf nodu diseksiyonunun uygulanabilirliği ve güvenilirliği gösterilmişken, total gastrektomi konusunda fikir birliği oluşmamış ve literatürde farklı yaklaşımlar mevcuttur (4-6).

Onkolojik prensipler ve teknik açıdan birçok metanalizde bildirilen tüm bu uygulanabilirlikle beraber cerrahların endişe duyduğu en önemli konu, tüm çok basamaklı ve kompleks operasyonlardaki gibi intraoperatif komplikasyonlar ve aksiliklerdir. Cerrahın karşı karşıya kaldığı morbidite ve mortalitenin başlıca kaynağı intraoperatif komplikasyonlardır. Mide kanserinin laparoskopik cerrahisi, günümüzde birçok merkezde halen öğrenme aşamasında olmakla birlikte, uzun ve kompleks diseksiyon basamakları ile bir o kadar karmaşık, sorunlara açık rekonstrüksiyon teknikleri içeren bir operasyondur. Örnek olarak bir rektosigmoid kanserin laparoskopisine kabaca bakıldığında, bağlanan pedikül sayısı birken (inferior mezenterik pedikül), standart bir total

gastrektomi operasyonunda sırasıyla sol gastroepiploik pedikül, kısa gastrik damarlar, sağ gastroepiploik pedikül, sağ gastrik arter, sol gastrik arter, koroner ven ve nadiren posterior gastrik arter ve ven bağlanmaktadır. Ayrıca bu damarların çölyak trunkus, hepatic arter, splenic arter, sol portal ven, gastroduodenal arter gibi birçok önemli yapıya olan komşuluğu da oluşabilecek aksiliğin ciddi sonuçları konusunda adeta alarm vermektedir. Bu nedenle mide kanseri cerrahisini standardize edebilmek, en azından oluşabilecek 'öngörülen aksilikler' konusunda hazırlıklı olmakla mümkündür. Öngörülemeyen aksilikler konusunda ise laparoskopik ile devam etmek ve laparoskopik müdahale ile durumu kontrol altına almak ise tamamen cerrahın tecrübesi ile ilişkilidir. Ne yazık ki intraoperatif komplikasyonlarla ilgili literatürde çok az bilgi bulunmaktadır. Japonya'da yapılan çalışmalarda laparoskopik distal gastrektomi ve D2 lenf nodu diseksiyonu yapılan vakalarda intraoperatif komplikasyon gelişme oranı %1,1, laparoskopik total gastrektomi ve D2 lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda ise %2,7 civarında bulunmuş ve oranların konvansiyonel cerrahi prosedürlerle benzer olduğu gösterilmiştir (7, 8). Teknolojideki gelişmeler ve artan deneyimle, bu oranlar azalarak mide kanserinde laparoskopik yaklaşım daha da güvenli hale gelecektir. Japon klavuzlarında yıllara göre intraoperatif komplikasyonlardaki azalma

İntraoperatif Komplikasyonları Önleme

Öncelikli olarak cerrahi tekniğin geliştirilmesi her operasyonda olduğu gibi laparoskopik mide kanseri cerrahisinde de intraoperatif komplikasyonları azaltmak için temel prensiptir (13). Laparoskopik cerrahlar, her hastadaki komplikasyon risklerinin farkında olmalıdır. Farkındalık, oluşabilecek aksiliği önlemenin yanında, hali hazırda oluşmuş bir aksiliğin ise intraoperatif anında tespitini sağlar. Cerrah, öngörmediği komplikasyona tanı koymakta zorlanır. Ayrıca gelişebilecek her türlü komplikasyona nasıl yaklaşması gerektiği konusunda eğitimi tam olmalıdır. Operasyon sırasında ve sonrasında gelişebilecek tüm aksilikleri öngörmek aslen tam preoperatif değerlendirme sayesinde oluşmaktadır.

Bu ileri laparoskopik prosedür hakkında sınırlı tecrübesi olan cerrahlar için intraoperatif komplikasyonların ve tercih ettikleri tedavilerin belirlenmesi yararlı olacaktır. Özellikle laparoskopik mide kanseri cerrahisine yeni başlayan cerrahlar için kurslar açılması, simülasyon merkezlerinin kurulması, standart tekniklerin yaygın kullanılması intraoperatif komplikasyon oranlarını azaltacaktır.

Kaynaklar

1. Asao T, Hosouchi Y, Nakabayashi T et al. Laparoscopically assisted total or distal gastrectomy with lymph node dissection for early gastric cancer. *British journal of surgery*. 2001;88(1):128-32.
2. Tanimura S, Higashino M, Fukunaga Y et al. Laparoscopic gastrectomy with regional lymph node dissection for upper gastric cancer. *British Journal of Surgery: Incorporating European Journal of Surgery and Swiss Surgery*. 2007;94(2):204-7.
3. Ikeda Y, Sasaki Y, Niimi M et al. Hand-assisted laparoscopic proximal gastrectomy with jejunal interposition and lymphadenectomy. *Journal of the American College of Surgeons*. 2002;195(4):578-81.
4. Goh PM, Khan AZ, So JB et al. Early experience with laparoscopic radical gastrectomy for advanced gastric cancer. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2001;11(2):83-7.
5. Song K, Kim S, Park C. Laparoscopy-assisted distal gastrectomy with D2 lymph node dissection for gastric cancer: technical and oncologic aspects. *Surgical endoscopy*. 2008;22(3):655-9.
6. Lee JH, Kim Y-W, Ryu KW et al. A phase-II clinical trial of laparoscopy-assisted distal gastrectomy with D2 lymph node dissection for gastric cancer patients. *Annals of surgical oncology*. 2007;14(11):3148-53.
7. Surgery JSfE. Nationwide survey on endoscopic surgery in Japan (in Japanese). *J Jpn Soc Endosc Surg*. 2004;9:475-563.
8. Etoh T, Shiraishi N, Kitano S. Current trends of laparoscopic gastrectomy for gastric cancer in Japan. *Asian Journal of Endoscopic Surgery*. 2009;2(1):18-23.
9. Kim MC, Kim W, Kim HH et al. Risk factors associated with complication following laparoscopy-assisted gastrectomy for gastric cancer: a large-scale Korean multicenter study. *Annals of surgical oncology*. 2008;15(10):2692-700.
10. Ueda J, Ichimiya H, Okido M et al. The impact of visceral fat accumulation on laparoscopy-assisted distal gastrectomy for early gastric cancer. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 2009;19(2):157-62.
11. Etoh T, Shiraishi N, Tajima M et al. Transient liver dysfunction after laparoscopic gastrectomy for gastric cancer patients. *World journal of surgery*. 2007;31(5):1116-21.
12. Kim M-C, Choi H-J, Jung G-J et al. Techniques and complications of laparoscopy-assisted distal gastrectomy (LADG) for gastric cancer. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*. 2007;33(6):700-5.
13. Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2002;346(15):1128-37.