

29. BÖLÜM

LAPAROSKOPIK KARACİĞER REZEKSİYONU

Osman BARDAKÇI¹

Cerrahi dünyasına ilk olarak laparoskopi bir tanı yöntemi olarak girmiş ve birçok cerrahi girişimde altın standart olmuştur. Laparoskopi sistemlerindeki hızlı gelişmeler, cerrahi sırasında kullanılan yardımcı enstürümanlardaki (endostapler, enerji tabanlı cihazlar) yenilikler sonucu nefrektomi, splenektomi gibi solid organ cerrahisi dışında advanced laparoskopik cerrahi tekniklerle başka ameliyatların da yapılabilmesini sağlamıştır

Laparoskopik karaciğer rezeksiyonu(LLR); ilk nonanatomik rezeksiyon olarak, 1992 yılında Gagner ve ark. tarafından yapılmıştır(1). Daha sonrasında laparoskopideki gelişmelere bağlı olarak majör karaciğer rezeksiyonu, kaudat lobun izole rezeksiyonu, canlı donör karaciğer rezeksiyonu ve aşamalı karaciğer rezeksiyonunu kapsayacak şekilde genişletildi. Laparoskopik karaciğer rezeksiyonu için asıl mihenk taşları 2008’de Louisville’de Laparoskopik karaciğer rezeksiyonu konusunda uluslararası consensusun toplanması ve 2016’da Paris’te uluslararası laparoskopik karaciğer derneğinin kurulmasıydı(2). Laparoskopik karaciğer rezeksiyonunun avantajı; hastalar ve cerrahlar tarafından kabul edilmiş ve bazı dünya çapında deneyimli enstitülerde geleneksel açık karaciğer rezeksiyonun

¹ Uzm. Dr., Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, drosmanbardakci@gmail.com

yaklaşımlarda, kanama kontrolünün sağlanmasında, prosedürün “Aşıl Tendonu” olarak adlandırılan prosedür çok önemlidir. Bu yüzden açık cerrahideki gibi “Pringle Manevrası” uygulamaya yarayan Laparoskopik DeBakey Klempleri” ya da elastic vasküler askılar kanama kontrolünde faydalı olmaktadır (23).

Açık karaciğer rezeksiyonlarında istenen düşük santral venöz basınç, laparoskopik cerrahide gaz embolisi riski nedeniyle istenilmez. Laparoskopik karaciğer rezeksiyonlarında santral venöz basıncın 4-6 cm H₂O tutulması gerekmektedir (23).

Avantajları

Laparoskopiğin genel avantajları olan; daha küçük insizyonlardan operasyonun yapılması, daha iyi kozmesis, daha az ağrı ve daha az analjezik ihtiyacı, Kan transfüzyonuna olan ihtiyacın azalması, daha kısa hastanede kalış süresi ve günlük hayata daha erken dönüş gibi faydalı vardır. Ayrıca sirotik hastalarda karın duvarının anatomik bütünlüğünün bozulmaması sonucu portosistemik şantların korunması avantajıda mevcuttur.

Sonuç olarak; cerrahi teknolojideki hızlı gelişmeler önceden hayal edilen tüm laparoskopik girişimler günümüzde gerçekleştirilmektedir. Laparoskopik prosedürlerin tüm avantajları LLR da mevcuttur. Özellikle periferik lezyonlarda deneyimli ellerle LLR güvenle uygulanabilir.

Kaynaklar

1. Gagner M, Rheault M, Dubuc J. Laparoscopic partial hepatectomy for liver tumor. Surg Endosc 1992;6:97-8
2. Buell JF, Cherqui D, Geller DA, et al. The international position on laparoscopic liver surgery: The Louisville Statement, 2008. Ann Surg 2009;250:825-30.
3. Ciria R, Cherqui D, Geller DA, et al. Comparative short-term benefits of laparoscopic liver resection: 9000 cases and climbing. Ann Surg 2016;263:761-77.
4. Ciria R, Cherqui D, Geller DA, et al. Comparative short-term benefits of laparoscopic liver resection: 9000 cases and climbing. Ann Surg 2016;263:761-77.
5. Giuliani A, Bianco P, Guerra G, et al. Totally laparoscopic liver resection for colorectal metastasis located in Segment 7 in a patient with situs inversus totalis. J Surg Case Rep 2017
6. Ho KM, Han HS, Yoon YS, et al. Laparoscopic total caudate lobectomy for hepatocellular carcinoma. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2017;27:1074-8.
7. Araki K, Fuks D, Nomi T, et al. Feasibility of laparoscopic liver resection for caudate lobe: technical strategy and comparative analysis with anteroinferior and posterosuperior segments. Surg Endosc 2016;30:4300-6.

8. Cai X, Zhao J, Wang Y, et al. A left-sided, purely laparoscopic approach for anatomic caudate hepatectomy: a single-center experience. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2016;26:103-8.
9. Giuliani A, Migliaccio C, Ceriello A, et al. Laparoscopic vs. open surgery for treating benign liver lesions: assessing quality of life in the first year after surgery. *Updates Surg* 2014;66:127-33.
10. . Giuliani A, Aldrighetti L, Di Benedetto F, et al. Total abdominal approach for postero-superior segments (7, 8) in laparoscopic liver surgery: a multicentric experience. *Updates Surg* 2015;67:169-75.
11. Calise F, Giuliani A, Sodano L, et al. Segmentectomy: is minimally invasive surgery going to change a liver dogma? *Updates Surg* 2015;67:111-5.
12. Scatton O, Brustia R, Belli G, et al. What kind of energy devices should be used for laparoscopic liver resection? Recommendations from a systematic review. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2015;22:327-34.
13. Morise Z, Wakabayashi G. First quarter century of laparoscopic liver resection. *World J Gastroenterol* 2017;23:3581-8.
14. Langella S, Russoillo N, D'Eletto M, et al. Oncological safety of ultrasound-guided laparoscopic liver resection for colorectal metastases: a case-control study. *Updates Surg* 2015;67:147-55.
15. Lai EC, Tang CN, Ha JP, et al. The evolving influence of laparoscopy and laparoscopic ultrasonography on patients with hepatocellular carcinoma. *Am J Surg* 2008;196:736-40.
16. Montalti R, Scuderi V, Patrìti A, et al. Robotic versus laparoscopic resections of posterosuperior segments of the liver: a propensity score-matched comparison. *Surg Endosc* 2016;30:1004-13
17. Ji WB, Wang HG, Zhao ZM, et al. Robotic-assisted laparoscopic anatomic hepatectomy in China: initial experience. *Ann Surg* 2011;253:342-8.
18. Tsung A, Geller DA, Sukato DC, et al. Robotic versus laparoscopic hepatectomy: a matched comparison. *Ann Surg* 2014;259:549-55.
19. Morise Z. Laparoscopic liver resection for posterosuperior tumors using caudal approach and postural changes: A new technical approach. *World J Gastroenterol* 2016;22:10267-74.
20. Ikeda T, Toshima T, Harimoto N, et al. Laparoscopic liver resection in the semiprone position for tumors in the anterosuperior and posterior segments, using a novel dual-handling technique and bipolar irrigation system. *Surg Endosc* 2014;28:2484-92.
21. Ichida H, Ishizawa T, Tanaka M, et al. Use of intercostal trocars for laparoscopic resection of subphrenic hepatic tumors. *Surg Endosc* 2017;31:1280-6.
22. Nguyen KT, Gamblin TC, Geller DA. World review of laparoscopic liver resection-2,804 patients. *Ann Surg* 2009;250:831-41.
23. Abu Hilal M, Underwood T, Taylor MG, Hamdan K, Elberm H, Pearce NW. Bleeding and hemostasis in laparoscopic liver surgery. *Surg Endosc* 2010;24(3):572-7.