

## SAĞ HEMİKOLEKTOMİ

Ali BAL<sup>1</sup>

## KOLEKTOMİ VE SAĞ HEMİKOLEKTOMİ TARİHÇE

Barsak ameliyatıyla ilgili ilk bildirimler genellikle travma, özellikle delici yaralanmalardır. Barsak yaralanmalarının tedavisine ilişkin ilk açıklamalar MÖ 6. yüzyılda Doğu Hindistan'da yaşamış, tıbbı üretken bir katkıda bulunan Sushruta'ya atfedilir. Eğer bağırsak yaradan dışarı çıkmış ise dikkatlice incelenmesi gerektiğinden, sütle yıkandıktan sonra doğal yerine nazikçe yerleştirilmesi gerektiğinden bahsetmiştir. Barsak delinmişse, karın içine geri konulmadan önce deliğin kapatılması için siyah karınca uygulanmasını önermiştir. M.Ö. 4. YY da Hipokrat barsak yaralanmalarının her zaman ölümcül olduğunu düşünmüştü ve bu düşünce birkaç yüzyıl boyunca batılı düşünce olarak benimsendi. Ruggero de Frugardo; “Eğer hassas barsağın bir kısmı yaralanırsa tedaviyi insana bırakmaktansa tanrıya bırakmak daha iyidir, çünkü bunu çok yakında ölüm takip edecektir.” demiştir. (1)

MS 8. yüzyılda Rhazes, yaraları dikmek için siyah karıncalara güvenmek yerine koyun bağırsağından suturler kullandı. 1843'te anestezinin ortaya çıkışı, hasta hissiz bir durumdayken daha büyük, daha karmaşık operasyonlara olanak sağ-

ladı. Ancak yine de karın bölgesine girmenin genellikle ölümcül olduğu düşünüldüğünden karın ameliyatından kaçınıldı. (2) 1823'te Reybard, uç uca anastomozla ilk sigmoid kolon rezeksiyonunu gerçekleştiren kişi olarak tanınır. Hasta hayatta kaldı ancak o zamanlar böyle bir ameliyatın sert ve tehlikeli olması nedeniyle önerilmiyordu. Reybard, bu ameliyatı gerçekleştirdiği için Paris Tıp Akademisi tarafından eleştirildi.(1)

Lowson'un 25 Mart 1893'te yayınlanan The Lancet'teki harika makalesinde primer anastomozlu sağ kolektomiden ilk kez söz ediliyordu. Çıkan kolondaki kitle için sağ kolonun mobilizasyonundan ve mezenter damarlarının kapatılmasından, sonrasında da çift kat ileokolik anastomoz yapıldığından bahsedilmiştir. Böylece, Aberdeen Üniversitesi'nden D. Lowson, açık sağ kolektominin öncüsü oldu.(3)

Lowson sonrasında; Starr, Muir, Shier, Arawattigi gibi cerrahların tekniği geliştirmeleri ve tıptaki diğer gelişmelerle Sağ hemikolektomi uygulamaları artmış ve günümüzde rahatlıkla uygulanabilen bir prosedür olmuştur. (2)

## ANATOMİ

Sağ kolon çekumdan hepatik fleksuraya kadar sağ retroperitona sabitlenmiş olarak bulunur. Sağ ko-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Cerrahi Onkoloji, dr\_alibal@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-1507-0354

karın ön duvarına doğru ekarte edilir. Bu hareket daha fazla diseksiyona ve lesser sac a girişe izin verir. Diseksiyon hepatik fleksuraya doğru devam ettikçe önceki diseksiyon düzlemiyle karşılaşılır. Sağ kolon lateral olarak geri çekilir ve proksimal transvers kolon kaldırılarak mezokolon ortaya çıkar. Mezokolon başlangıçta sağ kolik ve orta kolik pediküller arasındaki hepatik fleksuradan disseke edilir. İleokolik ve sağ kolik pediküllerin üzerindeki mezokolon disseke edilir ve daha sonra bu arterler klipslenir ve orijinlerine yakın bir yerden bölünür. Ekstrakorporeal anastomoz, intrakorporeal anastomozla kıyasla nispeten kolay bir şekilde ve numune ekstraksiyonu için gereken yaranın boyutunu arttırmadan gerçekleştirilebilir. Ayrıca marjların daha doğru bir şekilde değerlendirilmesine olanak tanır. Yara genişletildikten ve yara koruyucusu yerleştirildikten sonra örnek terminal ileumla birlikte dışarı çıkarılır. Terminal ileum kısmı lineer stapler ile bölünür. Kolon benzer şekilde bir zımbalama cihazıyla numunenin distalinden disseke edilir. Lineer stapler kollarının yerleştirilmesine izin vermek için kolon ve ileumun uçlarında enterotomi ve kolotomi yapılır. Daha sonra lineer stapler ile mezenter içermemesine dikkat edilerek yan yana anastomoz yapılır. Kalan açıklıkların olduğu kısım lineer stapler ile kapatılır. Anastomozun bütünlüğünün dikkatli bir şekilde incelenmesi çok önemlidir, herhangi bir eksiklik varsa gözetim gerektirir.(14)

Sağ hemikolektomi , single insizyon laparoskopik sağ hemikolektomi veya Robotik sağ hemikolektomi teknikleri ile de gerçekleştirilebilmektedir. Bu tekniklerin uygulanmasında da temel prensip laparoskopik sağ hemikolektomi ile benzerdir. (15,16)

### Postoperatif Bakım

Hastalar ameliyat sonrası takip ve ağrı kontrolü amacıyla genel bakım katına alınır. Nazogastrik tüp gerekli değildir. Hastalar erken mobilizasyona teşvik edilmeli ve derin ven trombozu profilaksisine devam edilmelidir. Uygun hastalarda nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve diğer narkotik olmayan analjezi yöntemleri narkotik gerek-

sinimlerini en aza indirmek için kullanılmalıdır. Sıvı diyeti ameliyat sonrası erken dönemde başlanmalı ve diyet bağırsak fonksiyonunun tam dönüşü sonrası normale doğru artırılmalıdır. Hastalar 3-5 günlük tahmini yatış süresine sahiptirler. Bağırsak fonksiyonu, oral alımı tolere etme, yürüme ve uygun ağrı kontrolü ne göre taburculukları planlanır. (4)

### Komplikasyonlar

Anastomoz kaçağı, abdominal apse, pulmoner emboli, derin ven trombozu, paralitik ileus, karın içi enfeksiyon, diğer pulmoner, kardiyak ve ürolojik komplikasyonlar hem laparoskopik , hem açık prosedürde benzer şekildedir. Pulmoner emboli ve derin ven trombozu, özellikle ameliyat sonrası daha uzun süre sıkı yatak istirahatine ihtiyaç duyan hastalar için sıklıkla yaygın bir postoperatif komplikasyon olmuştur. Laparoskopik cerrahi hastanede kalış süresinin kısa olmasıyla ilişkilidir, bu da hastanın ameliyattan sonra daha çabuk hareket etmesine olanak tanır ve herhangi bir pulmoner emboli veya derin ven trombozu riskini azaltmak için daha iyi bir avantaj olabilir. (17) Ek olarak, laparoskopik ameliyatlarda daha küçük karın kesileri yapılır, bu da sağ taraflı kolon karsinomu için açık karın ameliyatlarıyla karşılaştırıldığında daha hızlı iyileşme süresi sağlar ve cerrahi yara enfeksiyonlarına daha az şans verir. (18)

### KAYNAKLAR

1. Meade RH. An Introduction to the History of General Surgery. Philadelphia: W.B. Saunders, 1968:261-90
2. Fong, C. F., & Corman, M. L. (2019). History of right colectomy for cancer. *Ann Laparosc Endosc Surg*, 4(6), 49-49.
3. Lowson D, Aberd CM. Çıkan kolonun malign hastalığı için çekumun, çıkan kolonun büyük kısmının ve beş inç ileumun rezeksiyonu. *Lancet* 1893;141:648-9.
4. Paul Olson, T. J., & Heise, C. P. (2016). Right Hemicolectomy. *Illustrative Handbook of General Surgery*, 395-411.
5. National Comprehensive Cancer Network Guidelines Panel. National Comprehensive Cancer Network Guidelines version 2.2014. Carcinoid tumor. [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/neuroendocrine.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/neuroendocrine.pdf). Accessed 16 Oct 2014.

6. Yeung JMC, Maxwell-Armstrong C, Acheson AG. Colonic tattooing in laparoscopic surgery – making the mark? *Colorectal Dis.* 2009;11(5):527–30.
7. National Comprehensive Cancer Network Guidelines Panel. National Comprehensive Cancer Network Guidelines version 2.2015. Colon cancer.
8. Güenaga KF, Matos D, Wille-Jørgense P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(9):CD001544. doi:10.1002/14651858.CD001544.pub4
9. Cannon JA, Altom LK, Deierhoi RJ, et al. Preoperative oral antibiotics reduce surgical site infection following elective colorectal resections. *Dis Colon Rectum.* 2012;55:1160–6.
10. Kumar CM, Corbett WA, Wilson RG. Spinal anaesthesia with a micro-catheter in high-risk patients undergoing colorectal cancer and other major abdominal surgery. *Surg Oncol.* 2008;17(2):73–9.
11. Carli F, Trudel JL, Belliveau P. The effect of intraoperative thoracic epidural anesthesia and postoperative analgesia on bowel function after colorectal surgery: a prospective, randomized trial. *Dis Colon Rectum.* 2001;44(8):1083–9.
12. Hida J, Okuno L, Yasutomi M, et al. Optimal ligation level of the primary feeding artery and bowel resection margin in colon cancer surgery: the influence of the site of the primary feeding artery. *Dis Colon Rectum.* 2005;48(12):2232–7. The Joint Commission. Surgical Care Improvement Project. [http://www.jointcommission.org/surgical\\_care\\_improvement\\_project/](http://www.jointcommission.org/surgical_care_improvement_project/). Accessed 16 Oct 2014.
13. Toyota S, Ohta H, Anazawa S. Rationale for extent of lymph node dissection for right colon cancer. *Dis Colon Rectum.* 1995;38:705–11.
14. Mitchell, B. G., & Mandava, N. (2020). Hemicolectomy.
15. Vettoretto N, Cirocchi R, Randolph J, et al. Single incision laparoscopic right hemicolectomy: a systematic review and metaanalysis. *Colorectal Dis.* 2014;16(4):O123–32. doi:10.1111/codi.12526.
16. Formisano, G., Misitano, P., Giuliani, G. et al. Laparoscopic versus robotic right colectomy: technique and outcomes. *Updates Surg* 68, 63–69 (2016). <https://doi.org/10.1007/s13304-016-0353-4>
17. Li, Y. S., Meng, F. C., & Lin, J. K. (2020). Procedural and post-operative complications associated with laparoscopic versus open abdominal surgery for right-sided colonic cancer resection: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 99(40).
18. Yoshinori Kagawa, Daisaku Yamada, Makoto Yamasaki, et al. The association between the increased performance of laparoscopic colon surgery and a reduced risk of surgical site infection. *Surg Today* 2019;49:474–81.