

SOL HEMİKOLEKTOMİ

Kadir TOMAS¹

GİRİŞ

Sol hemikolektomi konusunda literatürdeki tanımlar, sağ hemikolektomiye kıyasla daha az netlik taşımaktadır. Rezeksiyon işlemi, transvers kolonun sol yarısından üst rektuma kadar uzanabilecek bir anatomik alanı içerebilir.

Kolon kanserinin tedavisinde amaç primer tümörün lenfovasküler desteği ile birlikte çıkarılmasıdır. Kolonun lenfatik drenajı, ana arteriyel beslenme ile paralel olduğundan, rezeke edilecek bağırsak segmentinin uzunluğu, o bölgeyi besleyen damar yapılarına bağlı olarak değişiklik gösterebilir.

Splenik fleksura ve sol transvers kolon tümörlerinde komplet mezokolik eksizyon (CME) ve santral vasküler ligasyon (CVL) için inferior mezenterik ven (İMV), middle kolik arterin sol dalı ve sol kolik arter ligasyonu dikkate alınmalıdır (1) Orta veya distal inen kolon tümörlerinin onkolojik rezeksiyonu için inferior mezenterik arterin (İMA) orjininden kesilmesi gerekmektedir. Yapılan rezeksiyon distal transvers kolonu sigmoid bileşkeye kadar içeriyor ise sol segmenter kolektomi olarak düşünülmelidir (2).

Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı'nın (NCCN) kolon kanseri için önerdiği cerrahi rezeksiyon ilkelere vardır (3)

1. Rezeksiyon sonrası yeterli proksimal ve distal cerrahi sınır 5cm olmalıdır.
2. Yeterli lenf nodu diseksiyonu ≥ 12 adet olmalıdır. Lenf nodu diseksiyonunda besleyici vasküler yapıların yüksek ligasyonu tercih edilen yöntemdir. Vasküler yapıların yüksek ligasyonu ve düşük ligasyonu kavramı tartışmalı olsa da yeterli patolojik değerlendirme için gerekli minimum sayıdaki lenf nodlarını elde etmek amacı ile tüm bölgesel lenf nodlarını temizleme amacı devam etmektedir.
3. Rezeksiyon alanı dışındaki klinik olarak pozitif lenf nodları çıkarılmalıdır.

ENDİKASYONLAR

Sol hemikolektomi endikasyonları arasında en sık sebep malign lezyonlardır. Diğer sebepler ise malign polipektomi sonrası polibin yüksek riskli patolojik özellik içermesi (< 2 mm sınır, lenfovasküler invazyon) lenf nodu pozitifliği olması, endoskopik olarak çıkarılması uygun olmayan pre-malign poliplerlerdir. Sigmoid ve sol kolektomiyi

¹ Uzm. Dr., Rize Kaçkar Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, kadir_tomas@hotmail.com, ORCID iD: 0000 0003 4129 5725

AMELİYAT SONRASI BAKIM

Ameliyat sonrası hastaların orogastrik tüpü anestezi uyanmadan önce ameliyathanede çıkarılır. Hastalar postoperatif erken dönemde mobilize edilir. Derin ven trombozu riskine karşı düşük molekül ağırlıklı heparin başlanır. Ameliyat sonrası postoperatif birinci günden itibaren hastaya ağızdan sıvı diyeti verilir, tolere edebildiği süre ağızdan sıvı ağırlıklı diyeteye devam edilir. Postoperatif birinci gün idrar sondası çekilir. Antibiyotik tedavisine ilk 24 saatte devam edilir. Dren takılmış ise taburcu olmadan dren çıkarılır. Ağrı takibine göre postoperatif analjezi sağlanır. Ortalama hastanede kalış süresi 5 gündür.

KOMPLİKASYONLAR

En yetkin cerrahlarda bile intraoperatif komplikasyonlar kaçınılmaz olabilmektedir. Diseksiyon esnasında karşılaşılabilecek temel komplikasyonlar arasında vasküler yapılardan kaynaklanan kanama, üreter yaralanmaları, intestinal yaralanmalar ve traksiyon sırasında meydana gelebilecek dalak yaralanmaları yer almaktadır. Postoperatif dönemde ise karşılaşılabilecek komplikasyonlar; yara yeri enfeksiyonları, paralitik ileus, intraabdominal apseler, anastomoz kaçakları ve postoperatif kanamalar olarak sıralanabilir. Anastomoz kaçağı, postoperatif komplikasyonlar arasında en ciddi ve hayati risk taşıyan durum olarak kabul edildiğinden, bu konuda özellikle titiz olunması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Watanabe J, Ota M, Suwa Y, et al. Evaluation of lymph flow patterns in splenic flexure colon cancers using laparoscopic real-time indocyanine green fluorescence imaging. *Int J Color Dis.* 2017;32(2):201-7
2. Martínez-Pérez A, Brunetti F, Vitali GC, et al. Surgical treatment of colon cancer of the splenic flexure: a systematic review and meta-analysis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2017;27(5):318-27.
3. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx.
4. WHO.Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection (2nd edn/2018
5. Royal College of Surgeons in Ireland/Royal College of Physicians of Ireland Preventing Surgical Site Infections, Key Recommendations for Practice 2012