

KARACİĞER REZEKSİYONU

Emil HÜSEYİNOĞLU¹

GİRİŞ

Parsiyel karaciğer rezeksiyonu ilk defa 1716 yılında Berta tarafından kendini bıçakla yaralayan bir vakada uygulanmıştır. 1886 yılında Louis karaciğer sol lobundan solid kitle eksize etmiş ve hasta post op 6 saatte kanamadan kaybedilmiştir. Tiffany 1890 da tümör için karaciğer rezeksiyonu yapmış ilk Amerikan cerrahdır. Anatomik karaciğer lobektomi için moder dönem Lortat-Jacob ve Robert in 1952 de yayınları ile başlar. 1953 te Quattlebaum ikisi Giyotin tekniği ile olmak üzere üç majör karaciğer rezeksiyonu vakası yayınlamıştır. Bu vakalardan birisi primer Hepatoselüller karsinom (HCC) nedeniyle yapılmış ilk sağ hepatic lobektomi olgusu olarak literatürde yer almıştır (1.2).

Son yıllarda özellikle radyodiagnostik yöntemlerdeki gelişmeleri sonucunda karaciğer bölümlerinin daha iyi anlaşılması ve tanımlanmasını sağlamıştır. Karaciğer yapısal ve fonksiyonel kapasitesi ile ilgili yeni tanımlar karaciğer cerrahisinde ilerlemeler bir çok bakımdan kolaylıklar getirmektedir (1.2).

Damar yapıların ve safra kanallarının karaciğerdeki dağılımının daha iyi belirlenmesi, karaciğer fonksiyonel rezervinin ve rejenerasyon potensiy-

yelinin saptanması, karaciğer cerrahisinin daha bilinçli yapılmaktadır (1).

Karaciğer cerrahisinde kanama kontrolü sorunu hep karşımıza çıkmaktadır ve bu günkü karaciğer cerrahisi minimal kanama şeklinde ameliyatı gerçekleştirmek için bir çok gelişmelere bağlıdır biyomedikal cihazlar yeni 3 boyutlu görüntülemeler intra operatif ultrason cihazları kullanımı, yüksek enerjili cihazlar elektro koter, argon gazı, ultrasonik aspiratör cihazları (CUSA). Bunların karaciğer rezeksiyonunda kullanım kombinasyonu ve anatomiye e tecrübeler hakimiyet sağladıkça karaciğer ameliyatları daha kontrollü ve daha keyifli bir hale gelmiştir.

Per-op hastaların değerlendirilmesi ameliyat stratejilerin iyi planlanması ile birlikte daha başarılı ameliyatlar elde edilmiştir.

Kitabın amacı karaciğer rezeksiyonlarında yüksek başarı elde edilmesi amaçlandı ve bazı ipuçların verilmesi ameliyat stratejilerin iyi belirlenmesi dikkat edilmesi gereken hususlar ve noktalara dikkat çekilecek.

KARACİĞER CERRAHİ ANATOMİ:

Karaciğer insan vücudunun en büyük iç organıdır erişkinlerde yaklaşık 1500 gr dır, zengin kan-

¹ Uzm. Dr., Bursa Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği dremilguseinov@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-7564-3911

jör yaralanmalarda veya kanamalarda stratejinin önceden planlanması hayati risk taşır. Karaciğer anatomiya iyi hakim olunması ve gereğinde varyasyonların farkına varılması olası varyasyonlarla karşılaşıldığı zaman. Tabii ki sadece anatomiye iyi bilmek değil başta olması durum deneyim ve bu konuda iyi deneyim sahibi olunması en önemli meselelerden biridir. Karaciğer rezeksiyonu bir cerrahin boyun ölçüsünü almasını çok iyi bilir hatayı affetmez. Karaciğer ameliyat hatalarından dolayı ölüm riski çok yüksek komplikasyonlar çok yüksek ve bazen karaciğer nakil tek seçenek olur organ temini ve nakil ameliyatları bir çok yerde yapılmadığı için bu hatalar hastanın ölümü ile sonuçlanır genelde. Bu ameliyatları yapmadan önce bunların bilincinde olunması bir çok hatadan cerrahı kurtarır. Buradaki sonuç kısmı tabii ki sizi korkutmasın yapılamayacak hiçbir şey yok bir cerrah isterse her şeyi yapabilir fakat her şeyin farkına varılması ve bilinçli yapılması önemlidir.

James H. Foster karaciğeri böyle özetlemiştir: karaciğer affetmeyen ve sıra dışı zor cerrahi anatomisi ve karmaşık fizyolojisi nedeniyle cerrahların **Everest Dağı** organı olarak kalacaktı. O cesur cerrahlarla boy ölçüşmeye devam edecektir. Dolayısıyla karaciğer cerrahisinde başarılı olmak için anatomik yapısını ve varyasyonlarını çok iyi bilmek gerekmektedir ve deneyim çok önemlidir.

Karaciğer siroz hastaların ameliyatları iyi planlanmalı, çünkü bu hastalar yüksek mortalite ve morbiditeye yol açabilir. Bu hastaların kliniğinde karaciğer yetmezliği temel nedendir ve bunlara majör cerrahi uygulanması bere berinde mortaliteye yol açmak demektir. Karaciğer kanserleri çoğu HCC ile sirotik zeminde gelişir bu hastalara majör rezeksiyonlarda mortalite ve morbidite kaçınılmazdır. Pre-operatif değerlendirme bu hastalarda daha da hassas olunmalı ve en ufak kuşkuda cerrahiden kaçınılmalı, nakil için nakil merkezlere yönlendirilmeli. Ne yazık ki karaciğer yetmezliği durumun geri çevirmek için pek yapılabilecek yoktur. Bu zaman içinde karaciğer belli bir düzeyde rejenerasyonu ile çözülmesi muhtemel bir sorundur.

KAYNAKLAR

1. Maimot R. Abdominal operations: Seventh Edition. New York ACC. 1980 1275-351.
2. Joishy SK, Balasegaram M Hepatik reseksiyon of malignant tumors of the Liver: Essentials for a unified surgical approach. Am J Surg 1980. 139. 360-9
3. Bismuth H. Surgical anatomy and anatomical surgery of the Liver. World J Surg 1982;6(1):3-9.
4. Michels NA Blood Supply and Anatomy of the Upper Abdominal Organs. Philadelphia: Lippincott,1955.
5. Dasele E, Anson B, Hambley W, Reiman A. Cystic artery and constituents of the hepatic pedicle. Surg Gynecol Obstet 1947;85:47.
6. Michels NA. Never anatomy of the Liver and variant blood supply and collateral circulation. Am J Surg 1966;112 (3):337-47.
7. Nagasue N, Yukaya H, Ogawa Y, Sasaki Y, Chang YC, Niimi K. Clinical experience with 118 hepatic resections for hepatocellular carcinoma. Surgery 1986; 99:694-701.
8. Emond JC, Samstein B, Renz JF. A critical evaluation of hepatic resection in cirrhosis: optimizing patient selection and outcomes. World J Surg 2005;29:124-30.
9. Tsukada K, Yoshida K, Aono T, et al. Major hepatectomy and pancretoduodenectomy for advanced carcinoma of the biliary tract. Br j Surg 1994;81:108-10.
10. Blumgart LH, belghiti J: Liver resection for benign disease and for liver and biliary tumors. In Blumgart LH (ed):Surgery of the Liver Biliary Tract and Pancreas 4th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2007, pp 1341-1388.