

Olgu Sunumu

Laparoskopik Kolesistektomi Sırasında Karşılaşılan Sağ Hepatik Arter Varyasyonu: Olgu Sunumu

Sezai KANTAR^{1,a}

¹Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Amasya, Türkiye

ÖZET

Laparoskopik kolesistektomi 1990'larda cerrahi alanında uygulanmaya başlanmış ve kısa sürede tedavide altın standart hale gelmiştir. Laparoskopik kolesistektomide genellikle uygulanan yöntem infundibular tekniktir ve güvenli bir kolesistektomi için calot diseksiyonu büyük önem arz etmektedir. Biz bu sunumda, laparoskopik kolesistektomi sırasında yaptığımız calot diseksiyonu sonrası farkına vardığımız nadir bir hepatic arter varyasyonunu literatür ışığında sunduk.

Anahtar Sözcükler: Laparoskopik Kolesistektomi, Calot, Sağ Hepatik Arter.

ABSTRACT

Right Hepatic Artery Variation Encountered During Laparoscopic Cholecystectomy: Case Report

Laparoscopic cholecystectomy has been started to be applied in the field of surgery in the 1990s and became the gold standard in treatment in a short time period. The generally applied method in laparoscopic cholecystectomy is the infundibular technique and calot dissection is of great importance for a safe cholecystectomy. In this presentation, we presented a rare hepatic artery variation that we noticed after calot dissection during laparoscopic cholecystectomy in the light of the literature.

Keywords: Laparoscopic Cholecystectomy, Calot, Right Hepatic Artery.

Bu makale atfta nasıl kullanılır: Kantar S. Laparoskopik Kolesistektomi Sırasında Karşılaşılan Sağ Hepatik Arter Varyasyonu: Olgu Sunumu. Fırat Tıp Dergisi 2021; 26(2): 115-117.

How to cite this article: Kantar S. Right Hepatic Artery Variation Encountered During Laparoscopic Cholecystectomy: Case Report. Fırat Med J 2021; 26(2): 115-117.

Kolesistektomi, batı ülkelerinde en sık yapılan abdominal operasyondur. Carl Langenbuch 1882 yılında ilk başarılı kolesistektomi yapmıştır ve yaklaşık 100 yılı geçkin bir süredir safra taşları için standart tedavidir. 1987' de ilk kez Fransa' da Philippe Mouret tarafından laparoskopik kolesistektomi yapılmış ve safra taşlarının tedavisinde hızla altın standart hale gelmiştir (1).

Laparoskopik kolesistektomide anatomik yapıların daha iyi belirlenebilmesi için çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Özellikle diseksiyon aşamasında farklı bakış açıları ortaya konulmuştur. Bu yöntemlerden biri Strasberg tarafından 1995 yılında tanımlanan " güvenlik için kritik görüş (GKG) " olarak sunulan yöntemdir. GKG' de üç kriter bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, calot üçgenindeki yağ ve fibroz dokuların temizlenmesidir. İkincisi, safra kesesinin en alt kısmının sistik alandan ayrılması, üçüncüsü ise safra kesesine sadece iki tane yapının girdiğinin belirlenmesidir (2).

Hepatosistik üçgenin sınırlarını, sağda safra kesesinin proksimal parçası ve sistik kanal, solda ortak hepatic kanal ve üstte karaciğerin sağ lobunun alt kenarı oluşturur. Bu üçgeni ilk tanımlayan kişi olan Calot; üçgenin üst kenarının sistik arter tarafından çevrelendiğini söylemiştir. Moosman' ın bölgesi de, hepatosistik üçgen

açısının içerisine oturan 30 mm çapında yuvarlak bir alandır. Proper hepatic arterden ayrıldıktan sonra sağ hepatic arter, insanların % 85' inde hepatosistik üçgene, ortak hepatic kanalın arkasından geçerek ulaşır. Sağ hepatic arter ve dalları insanların %15'inde ana safra kanalının önünden geçer. Kısa bir mesafeyi sistik kanalın paralel seyrederek katettikten sonra, karaciğere girmek için yönünü yukarıya çevirir (3).

Güvenli bir kolesistektomi için dikkatli bir calot diseksiyonu şarttır. Ancak bu bölgede vasküler yapılar ve safra yolları ile ilgili anomalilerin de olabileceği akılda tutulmalı, komplikasyon ve istenmeyen yaralanmaların önüne geçebilmek için diseksiyon sırasında dikkatli olunmalıdır. Biz bu sunumda, sağ hepatic arterin nadir de olsa sistik kanal ile paralel seyredebileceğini ve sistik arter dalını hepatosistik üçgen dışında verebileceğini gösteren bir olguyu sunduk. Kolesistektomi sırasında sağ hepatic arter ile ilgili vasküler yaralanma ve komplikasyonların önüne geçebilmek adına literatüre katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

OLGU SUNUMU

Elli beş yaşında kadın hasta genel cerrahi polikliniğine epigastrik bölgede ve sağ üst kadranda ağrı şikayeti ile

^aYazışma Adresi: Sezai KANTAR, Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Amasya, Türkiye

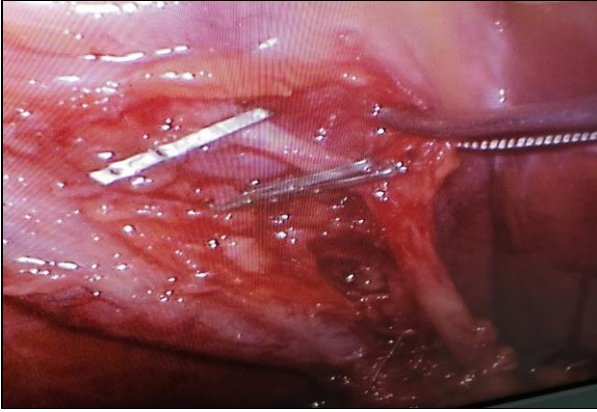
Tel: 0358 513 4444

Geliş Tarihi/Received: 11.06.2020

e-mail: sezaikantar@hotmail.com

Kabul Tarihi/Accepted: 12.11.2020

başvurdu. Yapılan tetkikleri sonucunda, kolelitiazis tanısı konulan hasta operasyona alındı. Yeterli calot diseksiyonunu takiben yapılan eksplorasyonda, sağ hepatic arterin ana hepatic kanalın önünden geçtiği ve sistik kanal ile bir miktar paralel seyrettikten sonra safra kesesi superior kenarının 1/3 distalinde sistik arter dalını verdiği görüldü. Sonrasında hepatic arterin safra kesesi kenarı boyunca 1-2 cm daha ilerledikten sonra karaciğere girdiği görüldü (Resim 1).



Resim 1. Sistik kanal ile paralel seyreden ve hepatosistik üçgenin dışında sistik arter dalını veren sağ hepatic arterin intraop çekilen görüntüsü.

Sistik arter ve sistik kanal diseksiyon edildi ve 3'er adet metal klips konulduktan sonra kesildi. Ardından retrograd olarak safra kesesi karaciğer yatağından ayrıldı. Kolesistektomi komplikasyonsuz olarak tamamlandı. Postoperatif birinci gün, takiplerinde sıkıntı olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Sistik arter, genellikle sağ hepatic arterin dalıdır. Sağ hepatic arterden, koledok kanalının sağ tarafına geçmek için hepatosistik üçgen içinde ilerlerken ayrılır. Yapılan bir çalışmada; orijini anjiyografik yöntemlerle saptanabilen 9896 sistik arterin %79,02'sinin sağ hepatic arter kaynaklı olduğu görülmüştür. Olguların %81,5'inde sistik arterin hepatosistik üçgen içerisinde yer aldığı saptanmıştır. Calot lenf nodülü sistik üçgen içinde sistik arterin hemen üst tarafında yer aldığından, bu lenf nodülü arterin bulunması ve bağlanması rehberlik eden bir yapıdır (3, 4). Bizim vakamızda calot lenf nodu sistik arterin inferiorunda ve hepatic arter komşuluğunda yer almaktaydı. Sistik arter ise hepatosistik üçgenin dışında sağ hepatic arterden ayrılmaktaydı.

Moosman, incelediği kadavra örneklerinin % 20'sinde sağ hepatic arteri sistik kanalın 1 cm yakınında bul-

muştur ve bu nedenle sağ hepatic arterin böyle olgular- da sistik arter sanılabileceğine dikkat çekmiştir (3). Bizim olgumuzda da sağ hepatic arter sistik kanalın yaklaşık 1 cm yakınında izlendi.

Abdominal aortadan köken alan çölyak trunkus; ortak hepatic arter, sol gastrik arter ve splenik arter dallarını verir. Ortak hepatic arter daha sonra, proper hepatic arter ve gastroduodenal artere ayrılır. Proper hepatic arter, porta hepaticten itibaren sağ ve sol ana dallara, daha distale doğru da segmental dallara ayrılır. Ancak tariflenen bu klasik hepatic arteriyal anatomi, toplumun yalnızca yarısında bulunmaktadır (5). Michels ve ark. (6) yapmış oldukları bir çalışmada hepatic arter varyasyonlarını 11 tipe ayırmışlardır. Bu tiplendirmede varyasyonlardan 5 tanesi sağ hepatic arter ile ilgilidir (6).

Sağ hepatic arter, genellikle hepatic safra kanalının arkasından, ara sıra da önünden (%15) sağ tarafa geçer ve genellikle hepatosistik üçgen içerisinde sistik arter dalını verir. Sonrasında anterior ve posterior segment dallarını vermek üzere dallanır. Bu dallanma karaciğer içinde ve dışında, yani portada da olabilir (7). Mugunhan ve ark. (7), cinsiyet ayrımı gözetmeksizin, 50-80 yaş aralığında olan 60 hasta ile yaptıkları bir çalışmada, vakaların 86,6'sında sağ hepatic arterin duktal sistemin dorsalinden, %8,3'ünde ise ventralinden geçtiğini görmüşlerdir. Ayrıca %2 hastada sağ hepatic arterde, caterpillar hump ile karşılaşmışlardır.

Olguların %13,3'ünde saptanan aksesuar ve replace sağ hepatic arterlerin ise duktal sistemin dorsalinden geçtiğini saptamışlardır (8). Bizim vakamızda sağ hepatic arter ana safra kanalının önünde seyretmekte idi.

Olgumuzda yeterli calot diseksiyonu yapmış olmamız, mümkün olduğunca keseye yakın çalışmamız ve var olan varyasyonun farkına varmamız neticesinde komplikasyonsuz bir şekilde laparoskopik kolesistektomi işlemi gerçekleştirdik.

Sonuç olarak laparoskopik kolesistektomi her ne kadar çok sık yapılan bir cerrahi işlem olsa da, güvenli kolesistektomi kriterlerine uyulması, beklenmeyen komplikasyonlarla karşılaşılması açısından çok önemlidir. Olgumuzda da olduğu gibi nadir de olsa sağ hepatic arterin ana safra kanalının anteriorundan geçebileceği, sistik kanala paralel seyredebileceği ve sistik arter dalını daha superiora verebileceği unutulmamalıdır. Yeterli calot diseksiyonunun önemini vurguluyor ve mümkün olduğunca keseye yakın çalışılmasını öneriyoruz. Laparoskopik kolesistektomi esnasında bu tür varyasyonlarla karşılaşılabilirliği kesinlikle unutulmamalıdır. Bu konuda olgumuzun literatüre katkı sağlama- çasını umuyoruz.

KAYNAKLAR

1. Pham TH, Hunter JG. Safra kesesi ve ekstrahepatik biliyer sistem. In: Brunicaardi FC, editor. Schwarts Cerrahinin İlkeleri Ankara, Güneş 2016; 32: 1324-1325.
2. Akçakaya A, Hatipoğlu E, Kartal E, Yaprak E. Güvenli Kolesistektomi, Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Topics 2014; 7: 11.
3. Skandalakis JE, Branum GD, Colborn GL et al. Karaciğer dışı safra yolları ve safra kesesi. In: Skandalakis JE, editor. Skandalakis Cerrahi Anatomi Modern Cerrahinin Embriyolojik ve Anatomik Temelleri, Ankara, Palme 2008; 20: 1122-9.
4. Andall RG, Matusz P, Plessis M et al. The clinical anatomy of cystic artery variations: a review of over 9800 cases. Surgical and Radiologic Anatomy 2015; 38: 529-39.
5. Ugurel MS, Battal B, Bozlar U et al. Anatomical variations of hepatic arterial system, coeliac trunk and renal arteries: an analysis with multidetector CT angiography. Br J Radiol 2010; 83: 661-7.
6. Michels NA. Newer anatomy of the liver and its variant blood supply and collateral circulation. Am J Surg 1966; 112: 337-47.
7. Skandalakis JE, Branum GD, Colborn GL et al. Karaciğer. In: Skandalakis JE, editor. Skandalakis Cerrahi Anatomi Modern Cerrahinin Embriyolojik ve Anatomik Temelleri, Ankara, Palme 2008; 19: 1040-1.
8. Mugunthan N, Kannan R, Jebakani CF et al. Variations in the origin and course of right hepatic artery and its surgical significance. J Clin Diagn Res 2016; 10: 1-4.