

TİPİK VE ATİPİK HEPATEKTOMİLER *

Prof. J. Fagarasanu **

Hepatektomiler, son yıllarda, hepato-biliaire cerrahide gittikçe artan bir önem kazanmaktadır. Bu hususta reanimasyon alanında elde edilen terakkilerin, karaciğer fizyolojisi ve damar ve safra sistemi yapısının daha iyi tanınmasının rolü büyüktür.

Son zamanlarda, karaciğerin, damar ve safra yolları dağılımı bakımından, oldukça bütünlük arzeden birtakım parçalara ayrılabilceği gösterilmiştir. Bu anatomik yapıya istinaden yapılan ekserezlere *tipik veya standart-regle hepatektomi* adı verilmektedir. Bu şekilde bir ayırma yapmanın esas faydaları, hasta karaciğerin oldukça büyük parçalarını, kalan parankimada nekroz olmadan ve çok az bir kanama ile çıkartabilmektedir. O halde tipik hepatektomilerin esas vasfı, safra kanalları ve damar pedikülünün önceden bağlanarak karaciğerin belli bir anatomik plân dahilinde kesilebilmesidir.

Atipik hepatektomilerde ise, karaciğerin damar ve safra kanallarının yapısına riayet etmeksizin yapılan rezeksiyonları anlaşılır; tabiidir ki bu şekildeki atipik veya istenildiği gibi yapılan rezeksiyonlar hepatektomilerin avantajlarına malik değildir. Yani ekseriya alâkalı damarlar ve kanallar kesildiğinden az veya çok yaygın nekrozlar meydana gelir.

Hepatektomilerin *tarihi*, 1879'da Tillmans'ın hayvanlarda yaptığı çalışmalarla başlar. 1886'da Lins, insanda ilk atipik hepatektomi yapmaya muvaffak olmuştur. 1897'de Keen, ilk sol atipik lobektomi yapmıştır. Huard ve Meyer-May, ilk defa solda tipik ve regle lobektomi yaptılar. İlk tipik sağ lobektomi ise 1952'de Lortat Jacob'a nasip oldu¹⁵.

Memleketimde son asrın sonlarında, Balacescu karaciğer rezeksiyonlarıyla meşgul oldu ve daha sonra Amza Jianu, karaciğer rezeksiyonlarında kullandığı özel bir hemostase metodunu yayınladı. İlk

* Prof. J. Fagarasanu tarafından 26/2/1960 tarihinde Ankara Tıp Fakültesinde verilen konferansın Türkçeye tercümesidir. Tercüme Doç. Dr. İ. Kayabalı tarafından yapılmıştır.

** Tıp Fakültesi 3. ncü Şirürji kliniği direktörü, Tıp akademisi muhabir üyesi (Bükreş - Romanya)

tipik sol hepatektomiler J. Fagarasanu tarafından yapılmıştır; bu vak'alar 1956'da Bükreş cerrahi cemiyetinde ve tıp ilimleri akademisinde tebliğ olundular^{9,10}. Bundan başka hepatektomi probleminin etüdünde, tipik rezeksiyonlarda per-operatoire cholangiographie'lerin kıymetini ve ameliyattan sonra geri kalan karaciğerin bir fonksiyon testi olarak cholecysto-cholangiographie'lerin önemini de gösterdik (I. Fagarasanu, 1955 Kopenhague international cerrahi kongresi ve 1956 Fransız cerrahi kongresi¹¹).

Size arzedeceğim bu kısa konferansda, tipik ve atipik karaciğer rezeksiyonlarının sonuçlarını, bu alandaki tecrübelerime dayanarak bildirmek istiyorum. Önce sizlere hali hazır bilgilerimize göre karaciğer anatomisi, fizyolojisi ve standart hepatektomilerin anlaşılması için lüzumlu olan bazı teknik hususlardan kısaca bahsetmeye müsaade ediniz.

Fizyopatoloji bakımından hepatektomiler, çok önemli olan 2 probleme sıkıca bağlıdır :

1 — Hayatla kabili telif olarak karaciğerin ne kadar kısmı çıkarılabilir?

2 — Geri kalan karaciğer kısmında ne gibi hâdiseler vuku bulur? Mann, Managth, Cor, Ponfick ve diğerlerinin araştırmalarına göre, 1889'dan beri, tecrübe hayvanlarında hiçbir bozukluk meydana getirmeden karaciğerinin % 70 inin rezeke edilebileceği anlaşılmış bulunmaktadır. Diğer araştırmacılar ve biz de mesai arkadaşlarımız Jönescu-Bujor ile birlikte bu sonuçların doğru olduğunu teyid ettik. 1956'da Junes geniş hepatektomilerden sonra plasma serin globuline'lerinin, kalitatif ve kantitatif bakımdan değişikliklerini ve karaciğer fonksiyon testlerinin, ancak ameliyattan 15 gün sonra normale döndüğünü tesbit etti¹⁴.

Yaygın hepatektomi yaptığımız hastalarımızda, ameliyattan önce ve sonra karaciğer fonksiyonları şöyle idi: Dysprotheinemie, lactose yükleme testi, hyperglycemie provoqué, prothrombine testi ve angiocholecystographie bulumları oldukça fazla derecede bozukluk gösteriyordu ve bu hal, ameliyattan ancak 20-40 gün sonra normale avdet etmekteydi.

Ponfick, Podvisotzki, Meister gibi araştırmacılar, az veya çok geniş karaciğer rezeksiyonlarından sonra kalan karaciğerin, karaciğer hücrelerinin bölünmesi sayesinde 40-60 gün zarfında eski normal ağırlı-

ğını bulduğunu gösterdiler. Bu hususa safra kanalları epitelleri ve bağ dokusu hücreleri de iştirak etmektedir. Bu hal insanda yaygın traumatic lezyonlar gösteren bir vak'ada, L. Localis tarafından teyid edilmiştir. Burada bilinmesi önemli olan husus, karaciğerin eski ağırlığına avdetinin hücre miktarının çoğalmasıyla mı, yoksa geride kalan hücrelerin kompensatris hiperplazileri şeklinde mi olduğudur. 1952 de Mallet-Guy, karaciğerin yalnız eski ağırlığını kazanmakla kalmadığını, fakat aynı zamanda eski normal morfolojisini de elde ettiğini ve bu şekilde eski ameliyatın izlerini bulmanın imkânı kalmadığını meydana koydu¹⁶.

O halde geniş atipik rezeksiyonlarda cerrahların karşılaştıkları esas güçlük karaciğerin kompleks anatomik yapısı ve damar bakımından zengin oluşudur. Karaciğerin iki pedikülü olduğu malûmunuzdur; Art hepatica, vena porta ve duct. Hepaticus'dan müteşekkil alt veya glisson pedikülü, vena sus-hepaticalardan müteşekkil üst veya arka pedikül. İşte karaciğer dokusu içinde bu iki ayrı pedikülden gelen damarların meydana getirmiş oldukları anatomo-tomografik sistem, cerraha büyük zorluklar vermekte ve ameliyat esnasında, bilhassa geniş rezeksiyonlar yapılırken, özel bir dikkat sarfetmesini icap ettirmektedir. Yalnız alt pedikül gözönünde tutularak yapılan rezeksiyonlarda üst pediküle ait önemli damar yolları yaralanabilir ve bunlara tevafuk eden sahalarda geniş nekrozlar husule gelebilir.

Bu nahoş hâdiseleri önlemek için önce karaciğer anatomisi hakkındaki bilgilerin gelişmesi lâzımdı. 1923'de A. V. Melkinov¹⁷, 1935'de Huard ve Meyer May, 1952'de Patel ve Couinaud¹⁸, 1953'de ve 1956'da P. Hunes¹⁴ ve memleketimde; Jagnov¹³, Z. Andronescu¹, P. Fagarasanu ve diğerlerinin yaptığı çalışmaların bu hususta önemli rolleri olmuştur. Gene anatomo-radyolojik bakımdan Descops ve Lalobie, Hiportsjö ve Nordman da önemli olan çalışmalar yapmış bulunmaktadır¹². Bu araştırmaların sonuçları, ikinci ve hattâ üçüncü derecedeki dalları da gözönünde tutulmak suretiyle, karaciğerin bir çok anatomik ünitelere taksiminin mümkün olduğunu meydana koymuştur ki böylelikle tamiri imkânsız bozukluklar meydana getirmeden, geniş rezeksiyonlar yapmak kabildir.

Artık karaciğerin büyük insizurası vasıtasıyla ayrılmış bulunan sağ ve sol karaciğer mefhumları ortaya atılmışdır. İnsanda bu insizuranın dışarıdan görülür hiçbir hatta tekabül etmediğini söylemek

lâzımdır. Karaciğerin alt yüzünde bu esas sissür, damar ve safra kanalları yatağı boyunda ilerler, karaciğer hilusunu çaprazlar ve vena cava inf. un sol kenarına varır ki bu suretle Spiegel lobunu iki gayri müsavi kısma bölmüş olmaktadır. Bu sissürün meydana getirmiş olduğu sağıttal plân, karaciğerin alt yüzüne dik değil, bil'akis onunla 60°-80° lik bir açı teşkil etmek suretiyle sola meyil etmektedir. Karaciğerin üst yüzünde de insanda sol ve sağ karaciğeri işaret edecek hiçbir iz mevcut değildir; ameliyat esnasında bu hudut, alt pedikülün bağlanması neticesinde husule gelen renk değişikliği ile belli olur.

Sağ karaciğer, sağ art. hepatica, vena portanın sağ kolu ve sağ duct. hepaticus'la irrigué olur. Venöz kanı da bir veya iki vena ile drené edilir.

Sol karaciğer sol lob, lobus quadratus, lobus caudatus'un bir kısmı ve safra kesesi yatağının sol kısmından müteşekkildir. Bu parçaların venöz kanı sol vena hepatica vasıtası ile drene edilir. Sol karaciğer, sol fissura sagittalis vasıtasıyla ikiye ayrılmaktadır. Karaciğerin alt yüzünde bir fissura ligamentum rotundum ve duct. Arantius kanalinin bakiyesiyle kendini belli eder, ki esas fissura'ya 40° lik bir açı yaparak birleşir. Sol fissura sagittalis, sola bakan ve 40°-60° bir açı yapan sağıttal bir plân teşkil eder.

Bu vesileyle bazı *cerrahi terimlerin* mânalarına da işaret etmek yerinde olacaktır. *Sağ hepatektomi*, sağ karaciğerin rezeksiyonu, *sol hepatektomi* de sol karaciğerin rezeksiyonudur. Geniş sağ *hepatektomi*, sağ karaciğerin lobus caudatus'lardan biri veya her ikisiyle birlikte rezeksiyonu mânasına gelmektedir. *Sub-total sol hepatektomi* sağ karaciğerin, yukarıda ismi geçen lobuslardan birinin yerinde bırakılarak yapılan rezek siyonu ifade eder. *Sol lobektomi*, insizuranın sol tarafında kalan karaciğer parçasının çıkartılması, *sağ lobektomi* ise lobus caudatus'un sağ yarısı yerinde bırakılarak sağ karaciğerin rezeke edilmesi halidir.

Son yıllarda karaciğerin *segment* ismi verilen daha küçük ünitelere ayrılabilceği gösterilmiştir. Hali hazırda tamamen hudutlandırılmış 8 segment tanınmaktadır. Bunların 5 tanesi, kan damarları önceden bağlanmak suretiyle rezeke edilebilir.

Tipik ve atipik hepatektomi *endikasyonları* afetin hududuna tabidir. Atipik hepatektomiler, afet karaciğerin periferinde, genel olarak ön yüzüne yakın olduğu hallerde bir tatbik yeri bulmaktadır. Atipik

rezeksiyonlar, ancak çok geniş yapıldıkları takdirde tehlikeli olurlar. Umumiyetle küçük nekroz odakları hayat bakımından tehlikeli değildir. Cuneiforme rezeksiyonların sonuçlarını ise önceden tâyine imkân yoktur. İşte bundan dolayı geniş rezeksiyon icap ettiren hallerde bütün bir lobu hatta sağ veya sol karaciğerin tamamını feda etmek daha iyi olur.

Hepatektomiler, aşağıda arzedilen karaciğer hastalıklarında endikedir :

1 — Karaciğer yaralanmalarında lezyonlar hudutlu ise atipik, geniş ise tipik bir rezeksiyon yapılmalıdır.

2 — Bir lobu tamamen işgal eden ve karaciğer dokusunu ince bir dilim şeklinde sıkıştıran büyük kyste hydatique'lerde veya cerahatlanmış veya calcifiyé kystlerde tipik bir rezeksiyon yapmak daha iyidir.

3 — Yukarıda arzetmiş olduğumuz genel kaideler solitaire congenital kistler, karaciğerin polykystique hastalığı, primer veya metastatique tümörleri için de aynen caridir.

4 — Selim tümörlerin en büyük kısmı basit énucléation'la çıkarılabilir; bunlar arasında fibrome ve schwanom'ları zikretmek lâzımdır. Solitaire adénome'lar, hémangiome'lar, kistik lymphangiome ve cholangiome'lar, vak'asına göre az veya çok geniş tipik veya atipik rezeksiyonla çıkartılması icap eden selim tümörleri teşkil etmektedir.

5 — Tümörün tek başına olduğu ve ganglion métastase'ları bulunmayan hallerde habis tümörler, geniş ve tipik bir hepatektomiyle tedavi edilebilirler. Sekonder habis tümörlerde, esas tümör tedavi edildiği ve métastase da tek olduğu takdirde hepatektomiye indikasyon vardır, komşu organların karaciğere temadiyet suretiyle yayılan tümörlerinde, bir konjonktif doku mâiasıyla tümörün ilerleyişinin, durdurulduğu nadir hallerde geniş karaciğer rezeksiyonu yapılabilir.

6 — Hepatektomilerin özel bir indication'u malûm dérivation ameliyatlarının mümkün olmadığı, tümöre veya nedbeğe bağlı olarak teşekkül eden extra-hepatique safra yollarının total tıkanması vakalarıdır. Bu vak'alarda drenege, bir veya bir kaç dilate safra kanalının bulunması için yapılan hepatektomi sayesinde mümkün olmaktadır. Biz bir çok vak'alarda, karaciğerin III. ncü segment'inin rezeksiyonu suretiyle yapılan şahsi bir metodu ortaya atmış bulunuyoruz.

HEPATEKTOMİ TEKNİKLERİ

Atipik hepatektomiler :

Biopsi rezeksiyonları, enükleasyon ve enükleasyon-rezeksiyonlar; aynı şekilde sathi bir karaciğer laminin çıkartılması, özel bir yönü olmadan tanınmış ameliyat şekilleridir.

Cunéiforme rezeksiyon, umumiyetle karaciğerin ön kenarını alâ-kadar eder. Hattâ hudut çizgisi geniş bir zaviye teşkil eden marginal rezeksiyonlarda da durum aynidir. Bu ameliyatlarda, bazan hy-lus'a kadar uzanan geniş karaciğer parçaları çıkartılır. Kanama ve safra akıntısı, karaciğerin bütün kalınlığını içine alan ve alt yüzünde düğümlenen U veya zincir şeklindeki tranfiksian dikişlerle temin edilir. Bütün kanal ve damarları içine alan bu baraj tesis edildikten sonra rezeksiyon yapılır. Eğer imkân olursa yaranın her iki yüzü tek tek dikişlerle birbirine yaklaştırılır. Bir çok hallerde bu mümkün olmayacağı için, ameliyat, yara omentumla kapatılarak bitirilir. Bu şekildedeki rezeksiyonlarda kanama tehlikesi oldukça fazladır. İplikler karaciğer dokusunu keser veya sütürler gevşek olduğu için rezeksiyondan sonra sıkıştırılan damarlar kanamaya başlar. Bu gibi hallerde damarları ayrı ayrı bağlamak lâzımdır. Kapiller kanamaya, lokal olarak thrombine veya oxycéle edilerek hakim olunabilir. Kliniğimizde geniş cunéiform résection, 2 hemangiom, 6 kyste hydatique vak'asına ve 4 defa karaciğere kadar intikal etmiş safra kesesi kanserine tatbik edildi. Bir vak'ada safra kesesindeki Ca. kolona da yapışık olduğundan segmentaire colectomie yapılmak mecburiyeti hasıl olmuştur. Bu vak'aların hepsinde ameliyat sonuçları iyi olmuş ve şifa 8-25 günde elde edilmiştir. *Drainage için rezeksiyon*, klasik bilio-digestive anostomose'ların tatbik edilemediği total extra-hepatique safra yolları tıkanması vak'alarında faydalıdır. Bu ameliyat, ya Longmire usulü ile veya benim şahsi usulümle, yani sol ventro-latéral segment'in (III. segment) cunéiforme rezeksiyonu ile yapılabilir⁸. Usulümüzün hedefi bu hizada bulunan ve stase sebebiyle çok genişlemiş olan safra kanallarını bulmak ve bunları drene etmektir. Anostomoz dikişleri, göbek hizasından kesilen ve kendi üzerine kıvrılarak buraya getirilen ligamentum falciforme ile takviye edilir. Bu usule tarafımızdan *hepatokolanjiogastrostomi* adı verilmiştir. Usulümüz Dogliotti'nin gastrointra hepato-duktostomi metodundan, hepatektominin yeri ve anos-

tomozun bütün karaciğer kesim yüzü ile yapılması sebebiyle ayrılmaktadır.

Şimdiye kadar bu metodla 4 vak'ayı ameliyat ettik.

İlk ameliyat 1955'de, hepato-cysticus muntikasında lokalize bir safra kanalları kanseri için yapıldı. İkter ameliyattan bir kaç gün sonra tamamen kayboldu. Hasta 14 ay hayatta kaldı. Diğer 4 vak'ada aynı şekilde sarılığın çok çabuk kaybolduğunu ve hastaların genel durumlarının iyileştiğini tesbit ettik. Fakat skleralarda hafif bir sub-ictere devam ediyordu. Bu ameliyat nedbevi tıkanmalar için tatbik edildiği vak'alarda sonuçlar iki yıldan beri devam etmektedir. Bu metod Bur-lie, Papahagi, Ratiu ve diğer cerrahlar tarafından da başarıyla kullanılmaktadır.

TİPİK HEPATEKTOMİLER

Alt karaciğer pedikülüne varmak için 2 yol mevcuttur. Hylus ve sissür yolları. Birinci usulde, pedikül başlangıçta bulunur ve lüzumlu olan şekilde bağlanır; ikincisinde ise sissürü geniş bir şekilde açmak lâzımdır.

Büyük bir tümörün varlığı karaciğer dokusunu ve komşuluklarını ileri derecede değiştirdiği için loblar arasındaki hudutların tesbiti her vak'ada kolay olmaz. Bu hallerde hylus da gizlenebilir, veya komşulukları ileri derecede bozulur. Bu vak'alarda kat'i bir şekilde ameliyat yapabilmek için ameliyat esnasında cholangiographie metodunu tatbik ediyoruz. Bu şekilde arter ve vena dallarıyla aynı komşuluğu göstermekte olan kanalların gidiş dağılışlarını meydana koymuş oluyoruz. 1956 yılı fransız cerrahi kongresinde hepatektomiler esnasında kolonjiografi metodunun tekniğini elde ettiğimiz sonuçları bildirmişdik ¹¹.

SOL HEPATEKTOMİ

Hylus yolu : Daha çok sol loba kolayca varılmasını mümkün kılan göbek üstü median laparatomiyi kullanıyoruz, ve genel olarak processus enciformis'i rezeke ediyoruz. Exploration'dan sonra ligamentum rotundum, ligamentum falciparum ve ligamentum triangulareyi keserek sol lobu, soldan vena cava inf. a kadar mobilise ediyoruz. Omentum minus açılır ve art. Coronaria stomachica'nın karşılaşılan

kolları bağlanır. Bundan sonra pedikül içinde sol karaciğere ait elemanlar bulunur; önce arterin sol dalı bulunarak bağlanır. Bunun için arteria hepatica communis'den başlanarak sol dala varılır ve geçici olarak klampe edilir. Eğer bu esnada sol lobün rengi değişmezse başka bir anostomose var demektir. Bu anostomose'lar bulunup bağlanmalıdır. Gevşek bir bağ dokusu ile çevrili bulunan sol vena porta da bağlanır. Glisson kapsülünün fibroz bir uzantısıyla çevrili olan sol hepaticus kanalı, ancak büyük sissür açıldıktan sonra bağlanır ve kesilir. Bu manevra bu kanalın bulunmasını büyük nisbette kolaylaştırır. Büyük sissür, arter bağlandıktan sonra meydana gelen renk farkının işaret ettiği hat boyunca kesilir. Bundan sonra safra kesesini, yatağının sol kısmında décollé etmek lâzımdır. Bu esnada arteria cystica muhafaza edilir. Bundan sonra vena cava inf. ile karaciğer arasına, sağ ve sol vena sus-hepatica'lar arasından girilir. Sissür büyük sagittal vena istikametinde açılmaya devam edilir. Bu vena sol karaciğer ve sağ karaciğerin paramedian kısmının kanlarını toplar ve yaralanmadan sağ karaciğere yapışık olarak, hattâ mümkünse üzeri karaciğer dokusuyla örtülü olarak bırakılmalıdır. Bu venanın yaralanması sağ para-median bölgede nekrozlara sebep olur. Bundan sonra sol lobdan bu venaya gelen kollar bağlanırlar. Hylus hizasında; *hylus plak'ı* adı verilen mukavim bir fibroz tabaka vardır ki, bunun içinden sol duct. Hepaticus seyrederek sağ karaciğere giden dalı yaralamamak için bu safhada bir cholangiographie yapılması lüzumludur. Eğer bu muayene yapılamaz ise plâk'ı ihtiyatla disseke etmeli ve sol kanalı hylus'un uzağında bağlamalıdır.

Bundan sonra lobüs caudatus'un sol kısmı disseke edilir ve bu hizada vena cava inferior'a açılan venalar bağlanarak kesilir. Bu şekilde sol karaciğer rezeksiyonu tamamlanmış olur.

Rezeksiyondan sonra açık kalan karaciğer kısmı, karaciğer mümkün olduğu kadar yakından kesilen ve bu şekilde tamamı muhafaza edilmiş bulunan ligamentum suspensorium ile peritonize edilir.

Sissür yolu teknik veya patolojik sebeplerden dolayı hylus yolu kullanılamıyan vak'alarda intihap edilir. Bu yolun tercih edilmemesinin sebeplerinden en önemlisi, arteria hepaticanın sol kısmı tutulduğu zaman husule gelen renk değişikliğinin olmamasıdır. Burada mümkün olduğu kadar, büyük sagittal venaya yakın kalmak lâzımdır.

Bu şekilde rezeksiyonlarda cholangiographie ve portographie peroperative çok yardımcı olurlar.

Biz 4 tane standart, tipik ve regle sol hepatektomi yapmış bulunuyoruz:

Birinci vak'ada kalsifiye ve ölü büyük bir kist vardı ve bu sol lobun hudutlarını aşıyordu. Burada sissür yolundan faydalandık, çünkü tümör çok büyüktü ve hylus'u tamamen kapatıyordu. Alt pedikül en son olarak bağlandı ve ameliyat esnasında yapılan radyolojik kontrol bunun ileri derecede itilmiş olduğunu gösterdi. Karaciğer yarası iyi bir şekilde peritonize edildi ve drainage 24 saat sonra kaldırıldı, şifa 8 günde tamamlandı, ameliyattan 2 hafta sonra yapılan cholangiographique kontrol baki kalan karaciğerin çok iyi bir şekilde çalışmakta olduğunu gösterdi.

Diğer bir vak'a sol karaciğerin polikistik hastalığı idi. Bu hastada art. Coronaria stomachica'dan gelmekte olan karaciğer dalı bulunarak bağlandı ve hepatektomi basit bir şekilde cereyan etti. Şifa 10 günde tamamlandı. Post operatif cholangiographie, sağ karaciğer, safra yollarının ve safra kesesinin memnurluk verecek şekilde çalıştığını gösterdi.

3. ncü vak'a sol loba ait suppuré bir kyste hydatique vak'asıdır. Tümörün yapışıklıklarından dolayı lobüs caudatus'a ait aksesuar venalardan birinin kanaması sütür ve tamponu icap ettirdi. Hasta 32 günde iyileşti. Hasta bir yıl sonra sağ lob kyste hydatique'i ile yeniden geldi ve basit drainage ile tedavi edildi. Bu vesile ile karaciğerin tamamen régénéré olmuş olduğu tesbit edildi. Bu vak'ada yaptırılan laboratuvar muayeneleri de hemen tamamen normaldi.

4 ncü vak'ada sol lobdan menşе alan primer bir karaciğer kanseri mevcuttu ve standart sol hepatektomiyle tedavisini denedik. Hasta daha önce bir başka taşra hastahanesinde de tedavi edilmek istenmişti. Ameliyat esnasında yapışıklıklar ve önceki laparatomiden dolayı büyük güçlükler ortaya çıktı ve vak'a kanamayla kaybedildi. *Sol lobektomi*, sol hepatektomiden daha kolaydır, çünkü burada, hylus pedikülünün bağlanması uzaktan yapılır. Teknik sol hepatektomiye benzer. Burada da sekonder vena sagittalis'e önem vermek lâzımdır. Bu vena sol lob venasına açılır ve sol lobu sol paramedian muntakadan ayıran sissürün yolunu takip eder. *Sağ hepatektomi*, çok daha nadiren kullanılır. 1955 Kopenhagúe kongresine arzedilen vak'aların en büyük kısmı A. Brucschwig tarafından ameliyat edilmişti¹³. Sağ hepatektomi tekniğinin, ilk defa bu metodu başarıyla kullanan Lor-

tat-Jacob ve Robert tarafından vaz edildiği malûmunuzdur¹⁵. Sol hepatektomiye karşılık sağ hepatektomide bir thoraco-phrenolaparatomie yapılması şarttır. Üst pedikül solda olduğu gibi karaciğer parankiması içinde değil, fakat vena cava inferior'a döküldüğü hizada bağlanır. Burada da aynen sol hepatektomide olduğu gibi sağ büyük sagittal venanın temadiyetine büyük bir önem verilir.

Sağ hepatektomide komplikasyonlar pek çoktur. Bunlar arasında kanama, safralı peritonit, ameliyat şoku, hepato-renal sendrom ve diğerleri zikredilebilir. Kliniğimizin bu husustaki tecrübesi bir vak'aya inhisar etmektedir. Bu sağ karaciğerden menşe alan bir primer neoplazma vak'asıdır. Ve arkadaşlarım tarafından ameliyat edilmiştir. Fakat hasta ameliyattan sonra hayatta kalmamıştır.

Sizlere tipik ve atipik hepatektomilerde elde ettiğimiz sonuçları ve bu husustaki tecrübelerimizi arzettim. Gördüğünüz gibi elde edilen sonuçlar çok cesaret vericidir. Artık karaciğer eskiden telâkki edildiği gibi "noli me tangere" değildir.

Dünyanın her tarafında çalışan cerrahların elde ettikleri iyi sonuçlara rağmen bize yapacak henüz pek çok şey kalmaktadır.

Memleketim ve başka memleketlerde yapılan anatomik ve tecrübî çalışmalar sayesinde gittikçe daha geniş ve daha emin ameliyatlara yapmak kabil olmaktadır.

Öyle telâkki ediyoruz ki, insanlığın diğer faaliyetlerinde olduğu gibi cerrahide de terakki, fikir teatisi, çalışmalar, denemeler ve karşılıklı ziyaretler sayesinde mümkündür, en iyisi bu olduğu için bu yolu takip edelim.

LİTERATÜR

- 1 — ANDRONESCU, P., FAGARASANU, D. ET CONSTATINESCU, N., communication a la section chirurgicale de la S. S. M., Bucarest, Seance du 24. 5. 1956.
- 2 — BURGEON, R., et coll., Mem. Ac. chir., No. 28, 708-714, 1953.
- 3 — BRUNSCHWIG, A., the surgery of hepatic neoplasms with special reference to right and left hepatic lobectomy, communication au 16. congres intern. chir., Copenhague, pp. 1122-1138, 1955.
- 4 — CONIAUD, cl., j. chir., 68: 706, No. 11-12, 1952.
- 5 — CONIAUD, j. chir., 70: 933-947, No. 12, 1954.
- 6 — CONIAUD, j. chir., 71: 578-584, No. 8-9, 1955.
- 7 — DIDANSKY, Publ. Mem. Soc. Anat., 1925, Masson, Paris.
- 8 — FAGARASANU, I., CHITLARU, L. ET CRISTEA, M., Aprupa ee l'hepatectomie pour drainage: L'hepato-Cholangio-Gastrostomie dans les obstructions neoplasiques ou cicatricielles des voies biliaires (technique personnelle). 16. congres Inter. Chir., Copenhague, pp. 1186-1193, 1955.
- 9 — FAGARASANU I., CHITLARU, L. ET ROSENBERG, A., Hepatectomie gauche typique sous controle cholangiographique per-operatoire, Comm. S. S. M., section chir., 25. 1. 1956, Chirurgia (Bucarest), No. 4, 1956.

- 10 — FAGARASANU, I., POPESCU, gh. et Aloman, D., Hepatectomies typique et atypique Comm. Ac. Sciences Med. Roumanie, 7. 8. 956, Probleme de therapeutica, 9: 9-18, No. 1, 1958.
- 11 — FAGARASANU, I., La valeur de la cholangiographie dans les hepatectomies, Comm. au Congres Fran. Chir., Paris, 1956, pp. 311-312.
- 12 — Hjortsjö et Nördmann, the topography of the intrahepatic duct system Acta anatomica, 11: 599-615, No. 4, 1951.
- 13 — IAGNOV, Z., ANDRONESCU, P. et GEORGESCU, R., Incercari de sistematizare a regmentatoci hepatici.
- 14 — JONES, P., Les hepatectomies systematisees d'apres l'anatomie biliovasculaire intrahepatique, Rev. Inter. hepatologie, 6: 129-155 No. 1, 1956.
- 15 — LORTAT-JACOB, J. L. ET ROBERT, G. g., Hepatectomie droite reglee, Le presse Med., No. 26, 1952 et 16. Congres Inter. chir., Copenhague, 1955, pp. 1060-1098.
- 16 — M-g, P. et coll., Congres Inter. chir., Lisbonne, 1952 et Lyon chir., No. 7-8. 1954.
- 17 — MELNIKOV, A. V., Congres Inter. chir., Copenhague, 1955, pp. 1044-1059.
- 18 — Patel. j. et Coninaud, Cl., Reivarque sur la vasculaires, La presse Med., 60: 19824, No. 83, 1952.
- 19 — Patel. j. et Coninaud, Bases anatomiques des resections hepaticues reglees, 16. Congres Inter. chir., Copenhagues, 1955. pp. 1015-1032