

## KOLEDOKO-DUODENOSTOMİLER

Dr.Burçin Kutlay<sup>(x)</sup>

Dr.Duruhan Çulha<sup>(xx)</sup>

### ÖZET

*Bu makalede koledoko-duodenostomi ameliyat endikasyonları, yapılış teknikleri, komplikasyonları tartışılmış ve bu ameliyat uygulanan ikivak'a takdim edilmiştir.*

### SUMMARY

*In this paper, surgical indication, techniques and complications of choledocho-duodenostomy were discussed and two additional cases were reported.*

Ekstra hepatik safra yolları cerrahisinde koledoko-duodenostomiler sıklıkla kullanılan bir ameliyat tekniğidir. Genel olarak bu tür ameliyatlar yapılış teknikleri gözönüne alınarak iki grupta incelenebilir :

A - Yan-yana koledoko-duodenostomiler.

B - Uç-yana koledoko-duodenostomiler.

A - Yan-yana Koledoko-duodenostomi : İlk kez 1891 de Riedel ve Sprengel tarafından yapılmıştır. 1913 de ise Sasse ameliyatı koledok taşlarında uygulamıştır<sup>(1)</sup>.

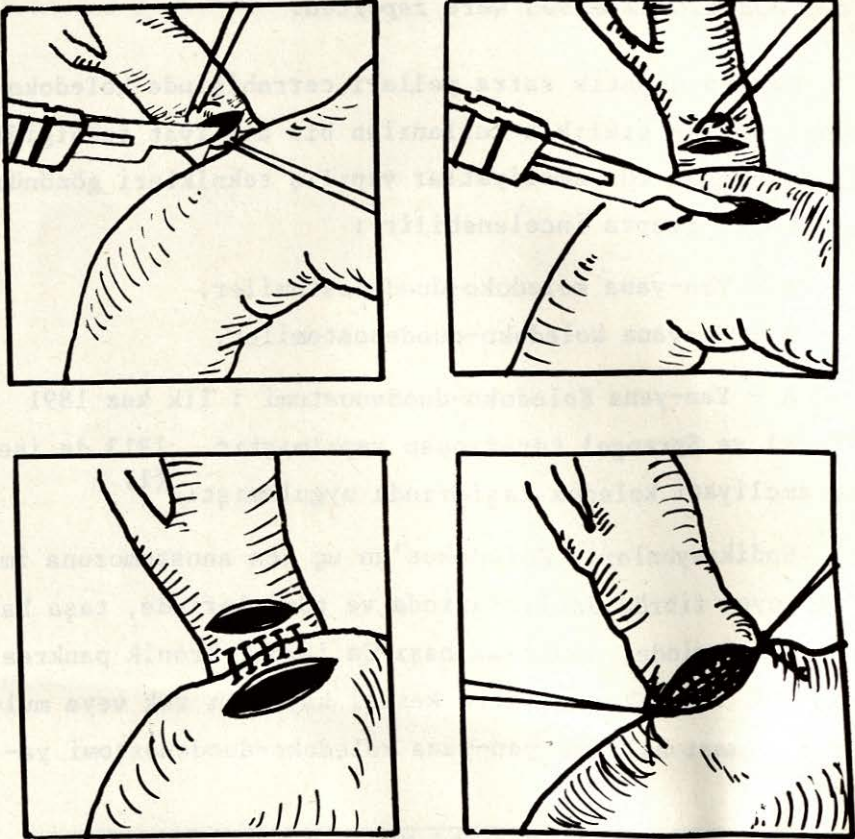
Endikasyonları: Koledokus'un uç uca anostomozuna imkan vermeyen fibröz darlıklarında ve tümörlerinde, taşa bağlı staz hallerinde, pankreas başı Ca larda, kronik pankreatitlerde, koledokusta safra kesesi kaynaklı tek veya multibl taş olması halinde yan-yana koledoko-duodenostomi yapılabilir.

---

(x) Bursa Tıp Fakültesi Cerrahi Kürsüsü Başasistanı

(xx) Bursa Tıp Fakültesi Cerrahi Kürsüsü Asistanı

Teknik: Koledok prepare edildikten sonra enjektör yardımı ile içindeki safra boşaltılır. Anostomozun gergin olmaması için Kocher manevrası ile duodenum mobilize edilir. Anastomoz duodenumun birinci veya ikinci kıtalarına yapılabilir. Duodenum ve koledok serozasından geçirilen askı diğışlerinden sonra (4-0) atravmatik ipekle arka yüz dikilir. Koladok'a vertikal ve duodenuma longitüdinal iki cm. uzunluğunda insizyon yapılır. Mukozalar (4-0) atravmatik katküt ile arka ve ön tarafta kapatılır. Ön yüze seroza sütürleri konur. Karına dren yerleştirildikten sonra ameliyata son verilir. Resim: 1.



Resim: 1 - Yan Yana Koledoko-Duodenal Anastomoz

Komplikasyonlar: Başlıcaları reflux,stenoz, alt parçanın oluşturduğu cul-de-sac ta taş oluşumudur. Kolanjiolitits'te buna eklenebilir. Pi-Figueras bu ameliyatı uyguladığı 128 hastayı 1-13 sene izlemiş ve ancak 7 hastada (% 6,7) komplikasyon saptamıştır<sup>(1)</sup>. Lateste'ye göre bu oran % 1,2 dir<sup>(2)</sup>.

#### Ameliyat Modifikasyonları:

1 - Finsterer Tekniği: Koledok insizyonu vertikal, duodenal insizyonsa vertikaldir<sup>(3)</sup>.

2 - Floercken Tekniği: Duodenal insizyon posterior ve longitüdünel, koledok insizyonu duodenumunkine dik olacak şekilde vertikaldir<sup>(4)</sup>.

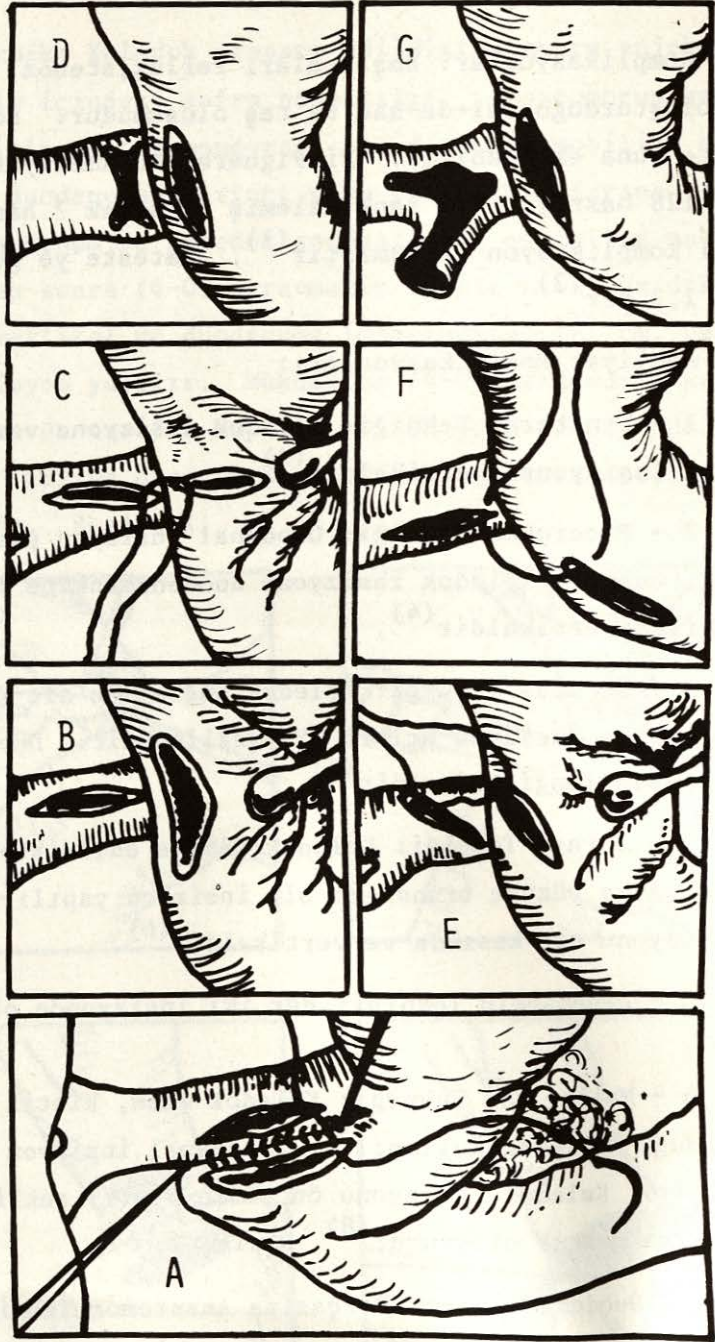
3 - Strauss Tekniği: Koledok insizyonu alt kısımda, horizontal ve insizyon uçları (Y) şeklindedir. Duodenumda ise insizyon longitüdüneldir<sup>(5)</sup>.

4 - Jurasz Tekniği: Koledok diseke edildikten sonra duodenum arka yüzüne transfers bir insizyon yapılır. Koledok insizyonu alt kısımda ve vertikaldir<sup>(6)</sup>.

5 - Degenshein Tekniği: Her iki insizyonda obliktir<sup>(7)</sup>.

6 - Mallet Guy Tekniği: Koledok uzun, kistik ve dilate olduğu hallerde kullanılır. Duodenal insizyon longitüdüneldir. Koledok insizyonu ön yüzde ve (Y) şeklindedir. Böylece iki duktus oluşturur<sup>(8)</sup>, Resim: 2.

7 - Duodenum İkinci Parçasına Anastomoz Tekniği: Duodenum birinci parçasının duvarının kalınlaştığı, infiltrate olduğu durumlarda sütür yetmezliği olanağı vardır. Bu gibi hallerde koledoko-jejunostomi yanısıra Kocher manev-



Resim: 2 - A.Finsterer; B.Floercken; C.Jurasz; D.Strauss.  
E.Degenshein; F.Roesner; G.Mallet-Guy

rasından sonra duodenumun ikinci parçasına anastomoz da yapılabilir. Koledok insizyonu sağ kenarda ve vertikaldir. J. Roesner tarafından uygulanan bu teknikle duodenuma direkt pasaj açıldığı gibi reflux minimaldir<sup>(9)</sup>.

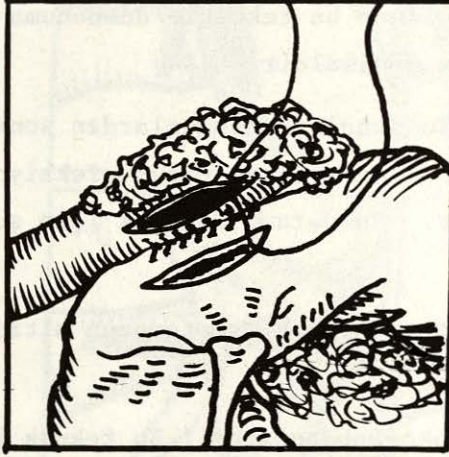
Yan-yana koledoko-duodenal anastomozlardan sonra koledok alt kısmında kalan cul-de-sac'ta staz, infeksiyon, taş oluşumu beklenebilir. Bu durumu önlemek için şu teknikler öngörülmüştür:

1 - Soupault Tekniği: Koledok anastomozun altında bağlanır<sup>(10)</sup>

2 - İnternal Koledoko-Duodenostomi: Bu teknik ilk kez 1899 da Kocher tarafından tanımlanmış ve günümüzde Mırrızlı tarafından yeniden gözden geçirilmiştir<sup>(11)</sup>. Tekniğin uygulama alanı oldukça kısıtlıdır. Özellikle papiller staz vakalarında kullanılır. Koledok içine bir metal sonda sokularak bunun duodenuma geçişi sağlanır. Sonda etrafından posterior duodenal mukoza açılır. Tek tek dikişlerle her iki duvar birleştirilir. Bazen duvarlar aralıklı kalabilir; bu durum tehlikeli değildir. Bunun yanısıra pankreas ve arter yaralanmaları olabilir.

3 - Yan-Yana Posterior Koledoko-Duodenostomi: Koledoğun retropankreatik bölümü kullanılır. Sfinkterotomi yapılır.

4 - Rodney-Smith Tekniği: Kocher manevrasından sonra intrapankreatik koledok ortaya konur. Koledoğun alt kısmında ve papillanın hemen üstünde duodenumda birbirine paralel vertikal insizyon yapılır. Daha sonra tek tek dikişle anastomoz tamamlanır. Bu yöntemle cul-de-sac bütünüyle elimine edilir<sup>(12)</sup>. Resim: 3.



Resim: 3 - Rodney-Smith

5 - Finochietto Tekniği: Üstteki teknik gibidir, farklı olarak anostomoz transkoledokal yapılır<sup>(13)</sup>.

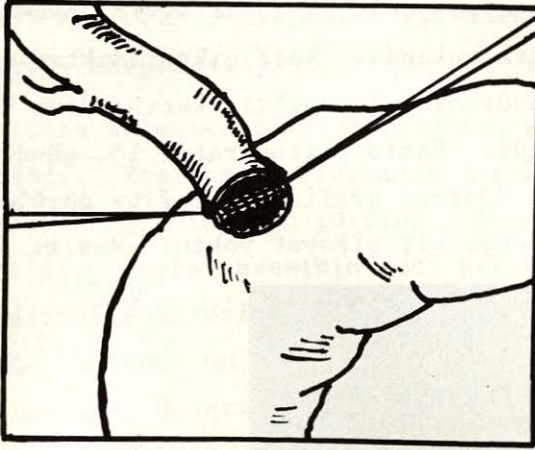
Reflux eliminasyonu içinde şu teknikler öngörülmüştür:

- Witzel tip implantasyonda kendi üzerine yuvarlanan kısa duktus kullanılmıştır.
- Duodenum mukozasının çekilmesi ile hazırlanan kısa bir duktus'tan faydalanılır.
- Seyrek olarakta 2/3 mide rezeksiyonu yapılır.

B - Uç-Yana Koledoko-Duodenostomiler : Bu teknikte aynı enkasyonlarla kullanılır. Günümüzde Amerika ve İngiltere de çok kullanılmaktadır.

Teknik: Duktus koledokus bulunarak prepare edilir. Darlığın hemen üstünden koledok kesilir. Distal uç bağlanır.

Kocher manevrası ile serbestleştirilen duodenum koledokusun proksimal ucuna doğru çekilir. Koledokusun arka yüzü duodenum serozasına 4-0 atravmatik ipekle dikilir. Koledok çarpına uygun şekilde duodenum ön duvarı insizyonla açılır. Koledok ve duodenum mukozaları 4-0 krome katküt ile dikilir. Anostomozun ön yüzü aynı yöntemle kapatılır. Anostomozun gergin olmaması için duodenum, ligamentum hepatoduodenaleye asılır. Resim: 4



Resim: 4 - Uç-Yana Koledoko-Duodenostomi

Komplikasyonlar: Başlıcaları reflux, kolonjiolitis, stenozdur. Cul-de-sac kalmadığı için taş teşekkülünün olmaması diğer şekle oranla üstünlüğüdür.

#### VAK'ALARIN SUNULMASI

S.D. 52 yaşında, ev kadını.

Şikâveti: Karın sağ üst kadrındaki ağrı, bulantı ve kusma.

Hikâyesi: 4 aydan beri hastanın karın sağ üst kadranında, omuz ve sırtına vuran ağrıları oluyormuş. Ağrılarla birlikte hastada bulantı ve kusmada olurmuş. Yağlı ve yumurtalı gıdaların yenmesinden sonra ağrılarda ileri derecede artma oluyormuş.

Fizik Muayenesi: Karın sağ üst kadrani palpasyonla ileri derecede ağrılı ve hassas. Murphy müspet.

Hastanın kolesistogramında kesenin boşalmadığı saptandı. Yapılan laparatomide, kesenin ileri derecede büyüdüğü ve boşalmadığı, koledokusun genişlediği ve oddi'de fibrozis olduğu palpasyonla saptandı ayrıca pankreas başı ödemli ve fibrotik bulundu. Kese çıkarıldıktan sonra yan yana koledoko-duodenostomi yapıldı, karına dren konarak ameliyata son verildi. Hasta postoperatif 15. günde şifa ile taburcu edildi. Kontrol grafisinde reflux görülmesine rağmen hastada herhangi bir şikayet yoktu. Resim: 5.



Resim : 5



F.İ. 71 yaşında, ev kadını.

Şikâyeti: Karın sağ üst kadrânındaki ağrı, bulantı ve kusma.

Hikâyesi: 20 seneden beri karın sağ üst kadrânında kolik tarzında ağrıları olurmuş. Ağrı, sağ omuza ve sırtta vurur, yağlı yumurtalı yemeklerle gelirmiş. Ağrı ile birlikte hastada bulantı ve kusmada olurmuş.

Fizik Muayenesi: Karın sağ üst kadrânı palpasyonla ağrılı, Morphy müspet.

Hastanın kolesistogramında negatif kolesistografi imajı saptandı. Yapılan laperatomide karında ileri derecede yapışıklıkların bulunduğu görüldü. Diseksiyonla yapışıklıklar ayrıldı. Safra kesesinin eski perforasyon sonucu medikal tedavi ile karaciğer yatağında fibröz bir bant haline geldiği, koledok un proksimal kısmının ileri derecede genişlemiş olduğu, duvarının kalın, ödemli ve fibrotik olduğu saptandı. koledok eksplorasyonunda koledok içinde taşa rastlanmadı; ancak koledokun orta kısmının uc uca anastomoza imkân vermeyecek şekilde daralmış ve fibrotik olduğu ve safranin duodenuma rahatça geçmesine imkân vermediği görüldü. Koledoko-duodenostomi endikasyonu konarak yan yana koledoko-duodenostomi yapıldı. Postoperatif devrede cilt altı süpürasyonu görüldü, tedavi edildi. Bu nedenle hasta postoperatif 21. günde şifa ile taburcu edildi. Kontrol grafisinde reflux saptanmasına rağmen hastada herhangi bir şikâyet olmadı. Resim: 6.



Resim: 6

### SONUÇ

Koledoko-duodenostomi ameliyatlarının çeşitli komplikasyonları otörlerce belirtilmiştir. Fakat bu komplikasyonların, literatür incelemelerimize göre, görülme oranı çok düşüktür. Bize göre endikasyon prensiplerine sadık kalınarak, iyi bir teknik uygulanan hastalarda başarılı sonuçlar alınabilir.

### KAYNAKLAR

1. Drs, I.S., Ravdin and Gerald,, W. Peskin.: Atlas of Technics in surgery. Second Edition. Volum 1. Devision of Meredith Publishing Company.

2. Lateste, J. and Docouier, J. C.: Les anastomoses bilio-digestives extrahepatiques dans les affections (a prosos da 86 cas). -J. Chir. (Paris), 1966, 92, 313, 330
3. Finsterer, H.: Des anastomoses biliodigestives (Surtout la choledocho-duodenostomie). Mem. Acad. Chir., 1938, 64, 1252-1270
4. Floercken, H. and Storcksoieck, H.: Chirurgische Ergebnisse der Anastomose zwischen der Gallenwege und des Magen-Darmtrakts mit Ausnahme der Choledocho-duodenostomie. Zbd. Chir., 1943, 70, 1207-1212
5. Strauss, A.A., Strauss, S.F., Crawford, R.A. and Strauss, H. A.: J. Amer. Med. Ass., in (49).
6. Jurasz.: Choledochoduodenostomie als Methode der Wahl für die Drainage der tiefen Gallenwege. - Zbl. Chir., 1923, 1000
7. Degensheim, G.A. and Hurwitz, A.: The Techniques of Side-to-Side Choledochoduodenostomy. -Surgery, 1967, 61, 972-974
8. Mallet-Guy, P. and Marion, P.: La choledoco-duodenostomie d'indication relative, 1 vol. -Doin, edit., Paris, 1943
9. J. Roesner.: Die passagegerechte post-bulbare choledocho-duodenostomie. Chirurg., 1968, 39, 291-293
10. Soupault, R.: Les anastomoses bilio-digestives et pancreatico-digestives, 1 vol. Masson, edit., Paris, 1961
11. Mirizzi, P.L.: Lithiase de la voies biliaires principale, 1 vol. Masson, edit., Paris, 1957

12. Smith,R. and Sherlock,S.: *Surgery of the Gallbladder and Bile Ducts*,1 vol. Butterworths, Pub., London, 1964
13. Finochietto,R. and Rabinovich, M.: *Choledocho-Duodenostomie transcholedocienne.*,Sem. Med. (Paris), 1961, 68,123-124