

## KOLEDOKODUODENOSTOMİ

Orhan ASLAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Koledokoduodenostomi(KD) ilk olarak 1888 yılında Bernhard Riedel tarafından kolesistektomi sonrasında tekrarlayan sarılık nedeniyle yapıldı(1). Benign biliyer darlık ve safra yolu taşları için uzun yıllar yapılmasına rağmen, endoskopik girişimlerin artması ve koledokoduodenostominin bazı dezavantajları nedeniyle geçmişe oranla daha nadir uygulanmaktadır(2).

### ENDİKASYONLAR

Günümüzde Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatografi(ERCP)'nin yaygınlaşması nedeniyle KD endikasyonları daralmıştır. ERCP esnasında sfinkterotomi yapılarak koledok taşları çoğunlukla tedavi edilebilmektedir. KD geçmişte koledok taşlarının tedavisinde uygulanırken, artık ERCP'nin başarısız olduğu durumlarda gerekmektedir. Büyük koledok taşları, çoklu koledok taşları, distal koledokta impakte taş, hepatolitiazis, gastroenterostomi öyküsü, periampuller duodenal divertikül varlığında, ERCP başarısızlık oranları artmaktadır (3,4). KD ayrıca, benign safra yolu darlıklarında veya unrezektabl malign tümörlerde palyatif safra drenajı için uygulanabilir

bir cerrahi yöntemdir. Ancak son yıllarda ERCP ile biliyer stent yerleştirilerek safra drenajı endoskopik olarak da yapılabilmektedir. Bu gibi nedenlerle KD endikasyonları azalmıştır. ERCP, sfinkterotomi, biliyer stent yerleştirme işlemlerinin yapılamadığı durumlarda cerrahi bir seçenek olmaya devam etmektedir (5). Ayrıca periampuller bölge tümörlerinin metastatik veya unrezektabl olduğu, cerrahi sırasında fark edilebilir. Bu durumlarda da palyatif safra drenajı için KD uygulanmaktadır. Duodenumun inflame olduğu durumlarda ve 2 cm'den daha dar koledok olduğu durumlarda önerilmemektedir. KD uygulanan olgularda, anastomoz distalinde debris birikimiyle ilişkili Sump Sendromu, duodenal içeriğin safra yollarına bulaşı sonucu tekrarlayan kolanjit atakları, mideye safra reflüsü olmasına bağlı olarak da alkalin reflü gastritin sık görüldüğü düşünülerek birçok cerrah tarafından Roux-N-Y hepatojejunostomi(HJ) tercih edilmeye başlanmıştır. Bununla birlikte güncel literatürde KD'nin kabul edilebilir cerrahi sonuçları, sump sendromu ve alkalin reflü gastrit insidansının çok düşük olması nedeniyle tercih edilebilir olduğunu iddia eden yayınlar bulunmaktadır (6-8). KD'nin en basit bilioenterik anastomoz olması, anatomide daha

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., drorhanaslan@gmail.com, ORCID id:0000-0002-1982-0792

## SONUÇ

KD Sump sendromu ve kolanjit gibi korkulan komplikasyonları nedeniyle günümüzde daha seyrek uygulanmaktadır. ERCP nin yaygınlaşması ile sfinkterotomi ve biliyer stent yerleştirilmesi gibi uygulamalar da KD'ye olan gereksinimleri azaltmış görünmektedir. ERCP'nin başarısız olduğu durumlarda uygulanır hale gelmiştir. Son yıllarda ERCP ile bilier drenaj sağlanamayan durumlarda Endoskopik Ultrason rehberli KD işleminin güvenli bir şekilde yapıldığını rapor eden derlemeler yayınlanmıştır. Bu endoskopik yöntemin kabul görmesi, belki de cerrahi KD'nin daha da az tercih edilmesiyse sonuçlanacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Riedel H. Über den zungenfoermigen fortatz des rechten leberlappens und seine pathognostische bedeutung für die, erkrankungen der gallenblase nrbst bemerkungen gallensteinoperationen. Berl Klin Wschr. 1888;25:577-602
2. Asad S, Haj Z, Qureshi Z, Gul B, Ahmed S, Khattak IU. Role Of Choledochoduodenostomy Revisited In The Era Of Minimal Invasive Procedures. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2019;31:86-9.
3. Okamoto H, Miura K, Itakura J, Fujii H. Current assessment of choledochoduodenostomy: 130 consecutive series. Ann R Coll Surg Engl. 2017; 99(7):545-9.
4. Bergman JJ, van der Mey S, Rauws EA, Tijssen JG, Gouma DJ, Tytgat GN et al. Long-term follow-up after endoscopic sphincterotomy for bile duct stones in patients younger than 60 years of age. Gastrointestinal Endoscopy. 1996; 44(6):643-9.
5. Kneuert PJ, Cunningham SC, Cameron JL, Torrez S, Tapazoglou N, Herman JM et al. Palliative surgical management of patients with unresectable pancreatic adenocarcinoma: trends and lessons learned from a large, single institution experience. J Gastrointest Surg. 2011;15(11):1917-27.
6. Luu C, Lee B, Stabile BE. Choledochoduodenostomy as the biliary enteric bypass of choice for benign and malignant distal common bile duct strictures. Am Surg. 2013;79(10):1054-57.
7. Narayanan SK, Chen Y, Narasimhan KL, Cohen RC. (2013) Hepaticoduodenostomy versus hepaticojejunostomy after resection of choledochal cyst: a systematic review and meta-analysis. J Pediatr Surg 48: 2336-2342.
8. Leppard WM, Shary TM, Adams DB, Morgan KA. (2011) Choledochoduodenostomy: is it really so bad? J Gastrointest Surg 15: 754-757
9. Robert M. Zollinger(2003) Zollinger'in Cerrahi Atlası(-Çev. M. Özmen).(2003/1975 s202)
10. David. W. Mcfadden. Ankesh Nigam(2008) Maingot Abdominal Operasyonlar (Çev. Hasan Taşçı). (2008/1996 s877)
11. A. Marthe Schreuder\*, Lotte C. Franken\*, Susan van Dieren et al. Choledochoduodenostomy versus hepaticojejunostomy a matched case-control analysis. Int HPB Ass. Published by Elsevier 2020
12. İlhan E, Yıldırım M(2010) Hepatopankreatobiliyer Cerrahi s287.
13. Srivengadesh G, Kate V, Ananthakrishnan N. Evaluation of long term results of choledochoduodenostomy for benign biliary obstruction. Trop Gastroenterol. 2003;24:205-7.
14. Senthilnathan P, Sharma D, Sabnis SC, Srivatsan G, Senthil Anand E, Nalankilli VP, et al. Laparoscopic choledochoduodenostomy as a reliable rescue procedure for complicated bile duct stones. Surg Endosc. 2018;32:1828-33.
15. Qadan M, Clarke S, Morrow E, Triadafilopoulos G, Visser B. Sump syndrome as a complication of choledochoduodenostomy. Dig Dis Sci. 2012;57:2011-5.
16. Chander J, Mangla V, Vindal A, Lal P, Ramteke VK. Laparoscopic choledochoduodenostomy for biliary stone disease: a single-center 10-year experience. J Laparosc Adv Surg Tech A. 2012;22:81- 4.