

# Gastrointestinal ve Biliyer Sistem Anastomozlarında Kontinü Tek Kat Dikiş Tekniği

## CONTINUOUS SINGLE LAYER ANASTOMOSIS IN THE GASTROINTESTINAL AND BILIARY TRACTS

Dr.Ömer Faruk AKINCI, Dr.Şükrü Aydın DÜZGÜN,  
Dr.Ali COŞKUN, Dr.Ali UZUNKÖY, Dr.Mikdat BOZER

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,  
ŞANLIURFA

### ÖZET

**Amaç:** Kliniğimizde gastrointestinal, kolonik ve bilioenterik anastomozlarda uyguladığımız tekniğin sonuçlarını ve komplikasyonlarını bildirerek konuyu irdelemeyi amaçladık.

**Durum Değerlendirmesi:** Gastrointestinal ve bilioenterik anastomozlar, tek kat, çift kat, hatta üç kat yapılabilir. Sütür materyali olarak absorbabl ya da nonabsorbabl materyaller, dikiş tekniği olarak da kontinü veya tek tek sütürlerle anastomozlar yapılmaktadır. Herbir tekniğin değişik oranlarda komplikasyonları, avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır.

**Yöntem:** Çalışma prospektif olarak planlandı. Hastaların tanı, tedavi ve takipleriyle ilgili bilgiler önceden hazırlanan formlara işlendi. Çalışmaya, elektif olarak, gastrointestinal veya bilioenterik herhangi bir anastomoz yapılan hastalar dahil edildi. Hastalar elektif şartlarda opere edildi ve kolorektal operasyon planlanan hastalara mekanik barsak hazırlığı yapıldı. İntestinal, gastrik ve kolonik anastomozlar, açık teknikle, 3/0 veya 4/0 polyglactin kullanılarak, tek kat, kontinü, serosubmukozal dikişlerle yapıldı. Bilioenterik anastomozlarda ise bilier yapılardan tam kat, enterik oluşumlardan ise yine serosubmukozal geçildi.

**Çıkarımlar:** 46 hastamızdan 25'i malign, 21'i ise benign hastalıklar nedeniyle opere edildi. Bir anastomoz ortalama 9 dk. da tamamlandı. 67 anastomozdan birinde anastomoz kaçağı, birinde anastomoz darlığı oluştu. Üç hastamız kaybedildi.

**Sonuç:** Tek kat, kilitlemeden, kontinü, serosubmukozal dikiş tekniğinin, uygulanması ve öğrenilmesi kolay ve özellikle gastrointestinal anastomozların yapımında güvenle kullanılabilen bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

**Anahtar kelimeler:** Anastomoz, tek kat, absorbabl sütür materyalleri

### SUMMARY

From July 1995 to October 1997 all patients with gastric, enteric, colonic and bilioenteric anastomoses were included in a prospective study. Sixty-seven anastomoses were performed on 46 patients during this period. The age of the patients ranged from 15 to 78 years, with a mean age of 54 years. All of the procedures were elective and mechanical bowel preparation performed on patients operated by colorectal surgery. Intestinal, colonic and gastric anastomoses were performed using an open single layer serosubmucosal technique. Biliary-enteric anastomoses were made with a single layer of continuous sutures taking the full thickness of the bile duct or gallbladder and the serosubmucosal layers of the intestine. Information relating to diagnoses, operations and outcome was recorded on standart forms at the time of operation, on discharge and at follow-up 1 month, 6 months and 1 year after leaving hospital. Follow-up ranged from a minimum of 1 month to 30 months.



Complications that included anastomotic leak, stricture, obstruction of the bowel, wound complications, prolonged ileus, unexplained fever, suture line bleeding and death were analysed. The diagnosis of anastomotic leakage was made on clinical criteria. One patient that operated for pancreatic cancer developed signs of an anastomotic leak. Anastomotic stricture and intraabdominal collection developed in one patient. There were four deaths and two wound complications.

**Keywords:** Anastomose, single layer, absorbable suture material

Anastomozlar yapılırken kullanılan teknik ve seçilen sütün materyali önemlidir. Gastrointestinal ve bilioenterik anastomozlar için, çeşitli stapler aletleri ve sütürsüz anastomozları mümkün kılan biyolojik materyaller gibi birçok farklı anastomoz tekniği uygulanmaktadır. Elle yapılan anastomozlarda anastomozu tek kat yapanlar olduğu gibi, çift kat, hatta üç kat yapanlar da vardır. Sütün materyali olarak absorbabl ya da nonabsorbabl materyaller, dikiş tekniği olarak ise kontinü veya tek tek sütürlerle anastomozlar yapılmaktadır. Herbir tekniğin kendine göre avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır.

Biz Haziran 1995'ten beri, elektif olarak opere ettiğimiz bütün hastalardaki, gastrointestinal, enteroenterik, enterokolik, kolokolik ve bilioenterik bütün anastomozları polyglactin (Vicryl) kullanarak, tek kat üzerinden ve kontinü dikiş tekniği ile yaptık. Erken sonuçlarımızı bildirerek konuyu irdelemeyi amaçladık.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Haziran 1995-Ekim 1997 tarihleri arasında abdominal bir operasyon geçiren ve anastomoz yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Bu süre zarfında 46 hastaya 67 anastomoz yapıldı. Anastomozlar genel cerrahi kliniğindeki 5 öğretim üyesi tarafından gerçekleştirildi. Hastaların yaşları 16-84 arasında değişmekteydi, yaş ortalaması 54 idi. Takip süresi ise 1 ay ile 30 ay arasında değişmekteydi. Hastaların tümü elektif şartlarda opere edildi ve kolorektal girişim planlanan hastalara mekanik barsak hazırlığı yapıldı. Barsak hazırlığı, ameliyattan 24 saat önce ağızdan gıda alımının kesilmesi, 3 gün süreyle eritromisin ve metronidazol verilmesi ve lavman yapılmasını içermekteydi. Hastaların tanı, tedavi ve takipleriyle ilgili bilgiler önceden hazırlanan formlara işlendi. Hastalar hastaneden taburcu edildikleri tarihten itibaren, 1. ay, 6. ay ve 12. ayda kontrole çağrıldılar. Bir yılın sonunda, yıllık kontroller yapıldı. Sağ kalan hastaların %85'i (39 hasta) düzenli olarak kontrole geldiler. 3 hastanın kontrollerinde eksikler oldu, 3 hasta

ise hiç kontrole gelmedi. Anastomozla ilgili, anastomoz kaçağı, anastomoz darlığı, barsak tıkanması, uzamış ileus, açıklanamayan ateş, sütün hattından kanama gibi komplikasyonlar, ayrıca yara komplikasyonları ve ölümler kaydedildi.

## Cerrahi Teknik

İntestinal, gastrik ve kolonik anastomozlar, elle, açık teknikle, 3/0 veya 4/0 polyglactin kullanılarak, tek kat, kontinü kilitlemeden, serosubmukozal dikişlerle yapıldı. Anastomoz edilecek anslar hazırlandıktan sonra lümenler izotonik serumla temizlendi. Lümenleri birbirine yaklaştırmak için iki adet askı sütünü yerleştirildi. Ucuca anastomozlara posterior duvardan başlandı ve ilk sütün bağlandı. Anastomoz, çepeçevre dolanılarak başlandığı yerde bitirildi. Gastrik, enterik ve kolonik anastomozlarda serosubmukozal tabakalardan geçildi ve mukozadan geçilmemesine özen gösterildi. Bilioenterik anastomozlarda ise bilier oluşumlardan tam kat, enterik oluşumlardan ise yeni serosubmukozal geçildi.

## SONUÇLAR

46 hastamızdan 25'i malign hastalıklar, 21'i ise çeşitli benign hastalıklar nedeniyle opere edildi (Tablo 1). Bu süre içerisinde anastomoz yapılmayan, güdük kapatılması, kolostomi gibi işlemler çalışma kapsamına alınmadı. Ayrıca Whipple operasyonu uygulanan hastalardaki pankreatikojunal anastomozlar da çalışma dışı tutuldu.

Kronik duodenal ülserli hastalarımızdan birinde stenoz, birinde ise kanama vardı. Bu hastalarımıza bilateral trunkal vagotomi ve Heineke-Mikulicz tarzında piloroplasti yapıldı. Piloroplastide tek kat, kontinü ve serosubmukozal dikiş tekniği kullanıldığından vakalar çalışmaya dahil edildi. Safra yollarına drene olan 3 karaciğer kist hidatiği olgusuna, koledok çapının da uygun olması nedeniyle koledokoduodenostopi yapıldı. Bir hastamız travma nedeniyle başka bir hastanede opere edilmiş ve batında unutulmuş gaz tampon barsak ansları arasında