

Mirizzi Sendromu

Bir Olgu Nedeniyle

Dr. Necmettin KARAEREN, Dr. Sait BAĞCI, Dr. Mehmet KARALAR,
Dr. Can UYGURER, Dr. Savaş KARAOVA, Dr. Kemal DAĞALP, Dr. Ahmet ALPER

Özet: 62 yaşında erkek hasta, kliniğimize bir haftadır devam eden ateş, karın ağrısı, ikter şikayetleriyle başvurdu. Transkutan ultrason, batın BT ve endosonografide; intrahepatik safra yolları, koledok ve sistik kanal dilatasyonu ile koledok distalinde taş imajı görüldü. ERCP ile sistik kanal ve kese doldurulamadı. Ayrıca koledok alt ucunda parsiyel obstrüksiyon saptandı. Kolesistektomi+koledokotomi ve T tüpü drenajı ile başarılı bir şekilde tedavi edildi. Burada sunduğumuz olgu, Mirizzi sendromunun tipik klinik ve radyolojik özelliklerini gösteriyordu.

Anahtar kelimeler: Mirizzi sendromu, safra taşı, litotripsi, sistik kanal aşağı açılımı.

Koledok kanalının, sistik kanal ya da safra kesesi boynunu tıkayan bir taş nedeniyle obstrüksiyona uğraması, biliyer obstrüksiyon sebepleri arasında nadiren görülür. Bu tür obstrüksiyon Mirizzi sendromu olarak bilinir (1,5,6).

Mirizzi sendromunun preoperatif olarak tanınması önemlidir. Aksi halde safra kanalının yanlış ligasyonu ya da gereksiz eksplorasyonu nedeniyle hastaya zarar verilebilir (11). Günümüzdeki olanaklarla preoperatif tanı mümkün olabilmektedir(1).

OLGU

62 yaşında erkek hastanın, yaklaşık 1 yıldır üst sindirim sistemine ait nonspesifik yakınmaları varmış. Son 2 aydır her yemek sonrası epigastrium ve göbek etrafında ağrı, şişkinlik, ekşime-yanma tarif ediyor. Bir hafta önce ateş, titreme ve idrar renginde koyulaşma, birgün sonra da göz aklarında sararma ile gaita renginde açılma olmuş. Öz geçmişi-ne ait önemli bir hastalık tanımlanıyor.

Summary: MIRIZZI SYNDROME

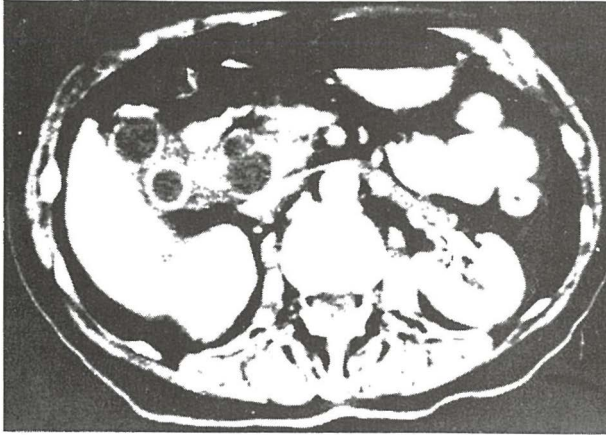
A 62 year old man was admitted to our clinic because of icterus, fever and abdominal pain of 1 week duration. During his evaluation, ultrasound, CAT, and endosonography revealed dilatation of intrahepatic bile ducts, choledochus and cystic duct and a stone at the level of the distal choledochus. Cystic duct and gallbladder was not visualized by ERCP. But there was partial obstruction at the distal choledochus. Successful management was accomplished with cholecystectomy, choledocotomy and T tube drainage. The case herein reported illustrates the typical clinical presentation and radiographic features of the Mirizzi Syndrome.

Key words: Mirizzi syndrome, gallstone, lithotripsy, low junction of cystic duct.

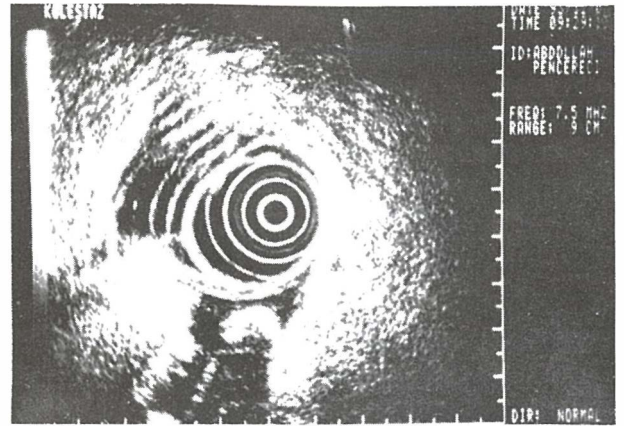
Fizik muayene: AKB: 150/80 mmHg, N:72/dak. ve ritmik, ateş: 38°C, cilt ve skleralar belirgin ikterik, KVS ve solunum sistemi normal. Batın muayenesinde, Murphy (+) olup organomegali, defans, rebound yoktu. Diğer sistemlere ait muayenede kayda değer patoloji saptanmadı.

Laboratuvar: Hb: % 11 gr, Hkt: %34, KK:3.700.000, BK: 7700/mm³, Bilirubin (++++), ürobilinojen (++) , bilirubin direk: %4,6 mg., B. İndirek:%5.3 mg., Alkalen fosfataz: 297mÜ/ml (normalin üst sınırı 94mÜ), SGOT: 80Ü (Normalin üst sınırı 40Ü), SGPT: 87Ü (Normalin üst sınırı 40Ü), T. Protein:% 5,6gr., ürik asit: % 8.9mg., Kreatinin: % 0.5mg., Ptz: 13sn., Pıhtılaşma Z: 8'45", Kanama Z: 2'55".

Abdominal Ultrasonografik Muayenede, intra hepatik safra kanalları dilaté ve koledok çapı 13 mm olup safra kesesi normaldi. Koledok distali ve pankreas, aşırı intestinal gaz nedeniyle vizualize edilemedi.



Şekil 1: Hastanın komputeze batin tomografisinde kist izlenimi veren büküntülü, dilate sistik kanal kesitleri.



Şekil 2: Duodenal bulbustan alınan endosonografik görüntü.

Komputeze Aksiel Batin Tomografisinde (Şekil 1), karaciğer içi safra yolları ve koledok dilate idi. Safra kesesi boyutları normaldi. Karaciğer sol lobu komşuluğunda mide küçük kurvatürüne bası yaparak indentasyon oluşturan kistik bir lezyon mevcuttu. Bu kistik lezyonun komşuluk ilişkileri net olarak değerlendirilemedi. Pankreas boyutları normal olup pankreas başı bölgesinde koledok genişliği yaklaşık 3 cm çapa ulaşmakta idi. Koledok distal ucunda, 1.5x2 cm büyüklükte, taşa ait hiperdens görünüm mevcuttu.

Endoskopik Ultrasonografide, duodenal bulbustan alınan görüntülerde koledok alt ucunda 1cm ebadındaki taşa ait hiperekojen görünüm ve akustik gölgesi gözlemlendi (Şekil 2).

ERCP'de papilla belirgin idi. Koledok kanüle edilerek opak ilaçla dolduruldu. Safra kesesi ve sistik kanal doldurulamadı. Koledok dilate olup obstrüksiyon yapabilecek bir lezyon saptanmadı. Papillotomi sonrası basket ve daha sonra balon kateterle girilerek koledok temizlendi. Koledokun duodenuma giriş yapan distal kısmında yarım ay şeklinde lümeni kısmen daraltan, dolma defekti yapan bir lezyon görüldü. Bunun sistik kanala impakte olup koledoka bası yapan taşa ait olduğu düşünüldü (Şekil 3).

Ameliyat raporuna göre, safra kesesi ödemli ve fibrotik idi. Sistik kanal ve koledok oldukça genişlemiş olup sistik kanalın koledok ile birleştiği nokta koledokun duodenuma açılma seviyesinde idi. Bu seviyede sistik kanal ağzında

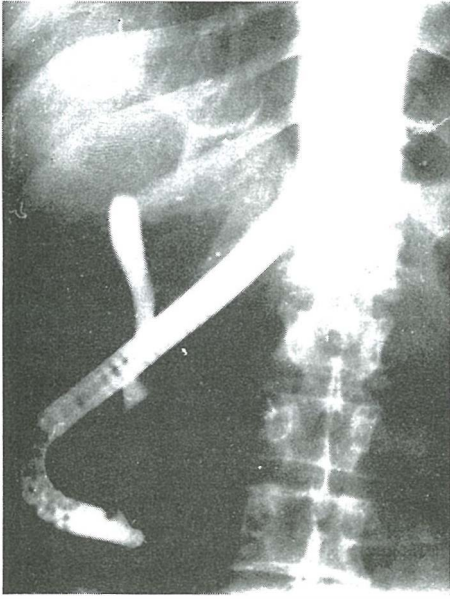
1x1.5 cm ebadında taş mevcuttu. Koledok ve sistik kanalın distal bölümü ödemli, kalın ve birbirine yapışık idi. Kolesistektomi + koledokotomi + T tüp drenajı uygulandı.

TARTIŞMA

Mirizzi sendromu ilk kez 1948'de "fonksiyonel hepatik sendrom" adı altında, obstrüktif sarılık-ların nadir bir sebebi olarak tarif edilmiştir (6,10). Bu sendromdaki fizyopatolojik mekanizmayı izah için iki teori ileri sürülmektedir. Birinci teoriye göre, sistik kanalda spastik bir durum mevcuttur. İkincisi ve daha çok kabul göreni ise anatomik teori olup 4 komponent belirtilmektedir(5):

1. Sistik kanalın, ortak hepatik kanala paralel şekilde seyri,
2. Sistik kanal ya da safra kesesi boynuna bir taşın impakte olması,
3. Koledokun taş ya da taşın oluşturduğu inflamasyonla parsiyel obstrüksiyonu,
4. Tekrarlayan kolanjit ya da bunun nihai sonucu kolanjitik biliyer siroz.

Sistik kanalın ortak hepatik kanala açılımı, varyasyonlar göstermektedir. Bu açılım; a) angüler, b) uzun ya da kısa ve paralel, c) spiral şekilde olabilmektedir. Geniş vaka serilerinin bu açılım şekilleri yüzde olarak sırasıyla: %65, %25 ve %10 olarak bildirilmiştir(7). Sistik kanalın uzunluğu



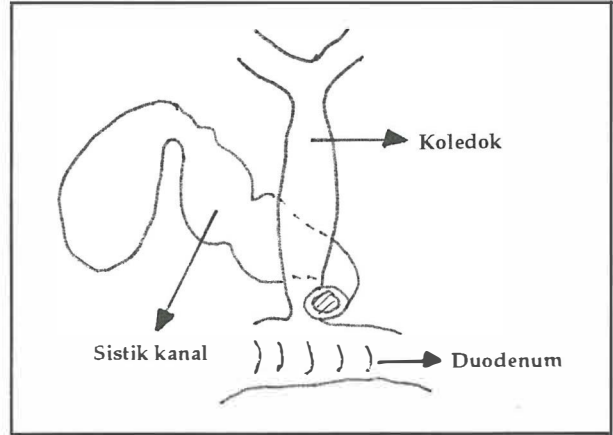
Şekil 3: ERCP'de hafif dilate koledok ve alt uçta parsiyel dolma defektine ait görünüm.

da, ortak hepatik kanala açılış yerine bağlı olarak, değişik olabilmektedir. Yukarı, ortak hepatik kanala yakın ya da aşağı, duodenuma açılış yerine yakın olabilir.

Sistik kanalın, ortak hepatik kanala aşağı lokalizasyonda açılımının, Mirizzi sendromuna bir predispozisyon yarattığı bildirilmektedir(5,9).

Koledok obstrüksiyonu en çok taş nedeniyle olmaktadır. Bunun yanında safra kesesi ve sistik kanal kanserleri de bu sendromu taklit edebilir. Hatta Mirizzi sendromunun kolesistektomili hastalarda, uzun bırakılan sistik kanal güdüğünde de olabileceği rapor edilmiştir.

Hastaların klinik tablosunu genellikle karın ağrısı ve biliyer obstrüksiyon bulguları oluşturur. Ayrıca, gelip geçici ikter ve nadiren pruritis de tabloya eklenebilir. Laboratuvar olarak, alkalen fosfataz ve bilirubin artışı safra yolu hastalığını düşündürür. Safra yolu görüntüleme yöntemleriyle tanıya varılır. Tanıya katkıda bulunan yöntemler ultrason, CAT, endoskopik ultrasondur. Ancak karar verdirici metod ERCP'dir(8).



Şekil 4: Hastadaki patolojik oluşumun şematik görünümü.

Sunduğumuz olgu Mirizzi sendromunun tüm predispozan faktörleri, klinik ve laboratuvar özelliklerini taşıyordu. Hastamız tipik kolanjit atağı ve obstrüktif ikter tarif etmekteydi. Laboratuvar analizleri de safra yolu hastalığına yönlendiriciydi. Ultrason, endosonografi ve CAT ile sadece safra yollarının dilate oluşu ve taşın varlığı saptanabilmiş, ancak ERCP ile son tanıya varılabilmektedir. İlgiç olan bir yönü de; sistik kanalın, ileri derecede dilatasyon nedeniyle, CAT'da mideye bası yapan kistik bir tümör zannı vermiş olmasıdır. Sistik kanal açılımı ise nadir görülen formda, koledokun ampullaya açılış bölgesinde olup safra kanalını arkadan çaprazlamaktadır (Şekil 4).

Mirizzi sendromunda klasik tedavi cerrahidir. Ancak son yıllarda, genel durumu operasyon için risk oluşturan hastalarda terapötik endoskopik yollar da denenmektedir. Bu maksatla, perkütan elektrohidrolik litotripsi yöntemlerinin başarıyla uygulandığını bildiren raporlar sunulmaktadır (2,3,4).

Biz teknik yetersizlik nedeniyle cerrahi yöntemi tercih ettik. Hastaya kolesistektomi + koledokotomi ve T tüp dışı drenaj operasyonu uygulandı. Postoperatif onuncu günde şifa ile taburcu edildi.

KAYNAKLAR

1. Alberti, Flor, J.J., Iskandarani, M. et al.: Mirizzi Syndrome, *Am. J. Gastroenterol*, 80: 822-823, 1985.
2. Baer, H.U., Matthews, B.J. et al.: Management of the Mirizzi Syndrome and the Surgical Implications of Cholecystcholedochal Fistula, *Br. J. Surg.* 77: 743-745, 1990.
3. Binmoeller, F. K., Thonke, F., Soedendra, N.: Endoscopic Treatment of Mirizzi's Syndrome. *Gastrointest. Endosc*, 39: 352-356, 1993.
4. Cairns, S. R., Watson, G. N. et al.: Percutaneous Lithotripsy and Endoprosthesis: A New Treatment for Obstructive Jaundice in Mirizzi's Syndrome. *BMJ*, 295: 1448, 1987.
5. Dewburg, K.C.: The Features of the Mirizzi Syndrome on Ultrasound Examination. *Br. J. Radiol*, 52: 990-992, 1979.
6. Sherlock, S.: Diseases of the Liver and Biliary System, Ninth Edition. Oxford, London, Boston, Blackwell Scientific Publications 1993, p. 584.
7. Sivak, V.M.: Gastroenterologic Endoscopy. First Edition. Philadelphia, London, Toronto, W.B. Saunders Company 1987, p. 657-659.
8. Tulassay, Z.: Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in Mirizzi Syndrome. *Am. J. Gastroenterol*, 82: 391, 1986.
9. Uetsuji, S., Okuda, Y. et al.: Clinical Evaluation of a Low Junction of the Cystic Duct. *Scand. J. Gastroenterol*, 28: 85-88, 1993.
10. Yamada, T., Alpers, D., Owgang, G.: Textbook of Gastroenterology. First Edition. Philadelphia, New York, London, J. B. Lippincott Company 1991, p. 2014-2270.
11. Zeman, K.R., Garrn, S.B.: Gallbladder Imaging. *Gastroenterology Clinics of North America*, s: 127-156, 1991.