

Mirizzi Sendromu

2 Olgu Nedeniyle Literatürün Yeniden Gözden Geçirilmesi

Dr. M. Mahir ÖZMEN, Dr. Can TERZİER, Dr. Mahmut KOÇ, Dr. Yılmaz KADIOĞLU

Özet: Sendrom, 1948'de P.L. MIRIZZI tarafından tanımlandı. Mc. Sherry 1982'de sendromun alt gruplarını tarif etti. Tip I, Sistik kanal ya da Hartman poşunu impakte etmiş büyük bir taşın ortak hepatik kanala dıştan basısıyla oluşur. Tedavisi, ortak safra kanalı explorasyonu'yla ya da explorasyon olmaksızın kolesistektomidir. Tip II'de ortak safra kanalını kısmen veya tamamen hasara uğratmış taş nedeniyle kolesistokoledokal fistül vardır. Tip II'de operasyon stratejisi ortak safra kanalındaki hasarın derecesine bağlıdır. Bu çalışmada Mirizzi Sendromlu 2 olgu sunularak operasyon stratejisi tartışıldı ve literatür yeniden gözden geçirildi.

Anahtar kelimeler : Mirizzi sendromu, tanı, operasyon stratejisi

Sendrom, 1948'de Arjantin'li bir cerrah olan P.L.Mirizzi tarafından "Syndrome del conducto hepatico"olarak rapor edilmiştir(1). Sendromda kese içerisindeki taş, Hartman poşuna ya da D.cysticus'a yerleşerek Ductus Hepaticus Communis'e bası ile parsiyel mekanik obstrüksiyon ve tıkanma sarılığı bulguları oluşturur (2,3). Taşın oluşturduğu inflamatuvar değişiklikler nedeniyle anatomide de bozulmalar görülür. İntraoperatif safra yolu yaralanmaları bu nedenle sıktır. Kolelitiazis olgularının % 0,7-1,1'inde Mirizzi Sendromu görülebilir(5). Morissey ve McSherry, Mirizzi Sendromunu 2 gruba ayırmıştır(4,6). Tip I'de sistik kanal ya da Hartman poşuna oturan büyük taş Hepatik kanala baskı yaparak semptomlara neden olur. Kolesistokoledokal fistül yoktur. Tip II'de taşın erozyonuna bağlı olarak kolesistokoledokal fistül oluşmuştur.

Biz, kliniğimizde karşılaştığımız 2 adet Mirizzi Sendromlu olguyu incelerken, Mirizzi Sendromu

Summary : THE MIRIZZI SENDROME; CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Syndrome was described by P.L.MIRIZZI in 1948. Mc SHERRY suggested a subclassification of the Mirizzi Syndrome into two types in 1982. Type I involves external compression of the common hepatic duct by a large stone impacted in the cystic duct or Hartmann's pouch. This treated by cholecystectomy with or without common bile duct exploration. Type II consists of a cholecystocholedochal fistula caused by a calculus which has enoded partly or completely into the bile duct. Operative strategy related to degree of the bile duct injury in type II. In this study, we reported two cases of Mirizzi Syndrome and discussed operative strategy and review of the literature.

Key words : Mirizzi syndrome, diagnosis, operative strategy

olgularında operasyon stratejisini gözden geçirmek istedik.

HASTALAR VE YÖNTEM

I. OLGU : Sarılık, halsizlik ve karın ağrısı yakınmalarıyla başvuran 75 yaşında erkek hasta; 6 ay önce halsizlik ve zaman zaman karın ağrısı yakınmaları başlamış ve zamanla artmış. Son günlerde idrar renginde koyulaşma ve dışkı renginde açılma olmuş. Daha sonra ağrı, karın sağ üst bölgesine lokalize olmuş.

Fizik incelemede; Deri ikterik görünümde, konjonktivalar sarı; batin muayenesinde sağ üst kadranda duyarlılık ve ağrı mevcut olup Karaciğer midklaviküler çizgiyi 7-8 cm. geçiyordu. Laboratuvar incelemelerde açlık kan şekeri, total, direkt ve indirekt bilirubinlerde artış, alkalin fosfatazda artış, albümin düzeyinde azalma saptandı. Ultrasonografide safra kesesi normalden geniş, 2,5X2,3 cm. boyutlu taş, koledok üzerine oturmuş, koledok normalden geniş olarak saptandı. Diğer batin içi organlar normaldi. Hastaya "Kolelitiazis-Mirizzi Sendromu Tip I?" ön ta-

nısıyla operasyon planlandı. Operasyonda Hartman poşunda 4 cm. çaplı 1 adet taş ile kese içinde 2-3 adet 1 cm. çaplı taş vardı. Hartman poşu ve taş, koledok üzerine oturmuştu. Koledok, yaklaşık 2,5 cm. çapında idi. Kolesistotomi yapıldı ve taşlar çıkarıldı. Kolesistokoledokal fistül olmadığı görüldü. Yapışıklık disseke edildi ve kolesistektomiden sonra koledok explorasyonu ve koledokoduodenostomi yapıldı. Hastada postop. 6. gün anastamoz kaçağı oldu. 15-20 cc/gün safralı drenajı vardı. TPN başlandı ve hasta postop. 21. gün taburcu edildi.

II. OLGU :Dispeptik yakınmalar, kusma, karın sağ üst bölgesinde ağrısı olan 65 yaşında erkek hasta tetkik amacıyla yatırıldı. Fizik muayene,de, ortahat eski insizyon skarı mevcut olup ciltaltı tümöral doku ekizyonu-Liposarkom-geçirdiği öğrenildi. Karaciğer non-palpable, sağ hipokondrium derin palpasyonda ağırlı olup diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuar incelemelerinde, direkt bilirubin, alkalen fosfat ve SGOT artmış olarak bulundu. Abdominal ultrasonografide safra kesesi cidarı kalın, Frigya şapkası deformitesi mevcut olup içinde safra çamuru ve collumda taş vardı. Sağ böbrek üst polde 4 cm. lik basit kist saptandı.

Hasta, "kolelitiazis" tanısıyla operasyona alındı. Kese çevresi ileri derece yapışık. Taşın koledoka oturduğu görüldü ve tip I olduğuna karar verildi. Usulünce kolesistektomi yapıldı ve hasta postop. 7. gün salih ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Mirizzi sendromu, safra taşı nedeniyle oluşan ve ender görülen bir komplikasyondur. Taşın oluşturduğu parsiyel mekanik obstrüksiyon ve çevre dokularda inflamasyona bağlı yapışıklıklar ve fibrotik değişiklikler nedeniyle bölgesel anatomi bozulur. Operasyon sırasında koledokta yaralanma oluşabilir. Preoperatif dönemde tanı konulması bu komplikasyonları azaltmak için yararlıdır. Ultrasonografi, ERCP ve PTK ile tanı koymak ve bölgesel anatomiye değerlendirmek yararlıdır. Hastaların çoğunda serum bilirubin ve alkalen fosfat düzeyleri yükselmiş olarak bulunur. Ayırıcı tanıda safra kesesi kanseri ile karışabileceği de unutulmamalıdır(8). Mirizzi sendromu ile ilgili çeşitli sınıflamalar yapılmıştır(6,9,10). Mc Sherry ve Morrisoy tarafından ya-

pılan sınıflama sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak, A. Csendes ve J. Carlos Diaz'ın sınıflandırması da popülerite kazanmaya başlamıştır. Bu yeni klasifikasyonda;

Tip I: Safra taşı nedeniyle D. hepaticus communis'e bası vardır (orijinal Mirizzi sendromu)

Tip II: Kolesistohepatik ya da kolesistokoledokal fistül vardır ve Ductus hepaticus communisin 1/3'ünden daha azını tutmuştur.

Tip III: Kolesistobilier fistül vardır ve Ductus hepaticus communis'in çapının 2/3'ünü tutmuştur.

Tip IV : Kolesistobilier fiskül vardır ve Ductus hepaticus communis duvarında komplet destrüksiyon vardır.

Tip I %14, Tip II %41, Tip III %44, Tip IV %4 görülür. Bu sınıflama tedaviye de yeni yaklaşımlar getirmiştir. Tip I'de kolesistektomi ile birlikte koledokotomi, Tip II'de fistüle absorbable materyal ile sütür ya da koledokoplasti, Tip III'de fistüle sütür atmadan koledokoplasti ve Tip IV'de de bilioenterik anastamoz önerilmektedir(9).

Bu hastalarda Calot üçgeni çevresindeki inflamasyon nedeniyle kolesistektomi zor olabilir(7). Özellikle preoperatif tanı konamayan hastalarda koledok zedelenmesi olabilir. Tip I'de taş, kese distalinde, sistik kanal ya da Hartman poşunda yerleşmiştir. Ductus hepaticus communis'e dıştan bası yaparak tıkanma sarılığı bulguları oluşturur. Genelde tek taş mevcuttur. Koledok normal ise explorasyon gerekmez(5,9).

Railett Audy ve Guiverch, tip I olgularda kolesistektomi sonrası inflamatuvar bulguların gerilediğini bildirmişlerdir(11). Beer ve Matthaus 12 olguluk serilerinde tip I olgularda kese boynunu bırakacak şekilde bir parsiyel kolesistektomi ile başarılı sonuçlar aldıklarını bildirmişlerdir(12). Tip II olgularda anatomik oluşumlar bozulmuştur. Kolesistokoledokal fistül mevcuttur ve diseksiyon sırasında kolaylıkla koledok yaralanmaları olabilir. Çok dikkatli diseksiyon yapılmalıdır. Koledoktaki defektin kapatılması için çeşitli yöntemler önerilmiştir. Operasyon sırasında 1. aşama, impakte taşın palpe edildiği yerde kese boynuna insizyon yapılmasıdır. Bunu takiben kese içindeki taş çıkartılır. Kolesistektomi takiben koledoktaki defekten explorasyon

yapılır. T-tüp yerleştirilir ve defekt longitudinal olarak kapatılır.

Ultrasonografide, dilate intrahepatik safra yolları ve midkoledokal düzeyde lokalize büyük immobil taş tespit edilmesi ile Mirizzi Sendromundan şüphelenilen hastalara, tanıyı kesinleştirmek için ERC' yapılmasını ve nasobilier dren yerleştirmeyi önermişlerdir. Operasyon sırasında, inflamatuvar fibrozis varlığında sınırlı disseksiyon yapılan olgularda ilk aşama transvers kolesistotomi ve impakte taşın çıkarılmasıdır. Böylece, nasobilier dren kolesistokoledokal fistül varlığında kolayca görülebilir. Kese retrograd gidilerek çıkartılır ve koledoka T-tüp yerleştirilerek defekt longitudinal olarak kapatılır. Nasobilier dren postop. 1. günde çıkartılır ve 10. günde T-tüp, kolanjiografi çekilerek çıkartılır. Hastalar genelde 12.-15. günde taburcu edilir(2). Koledoktaki defektin, safra kesesi duvarını bir yama ya da fleb şeklinde kullanarak kapatılmasını öneren yayınlar da vardır(13). Kese duvarı inflamasyon nedeniyle kalınlaşmış ve yapısı bozulmuşsa, bu yöntem başarısız olabilir. Koledokoduodenostomi ya da Roux-n-Y şeklinde enterobilier anastamoz, önerilen yöntemler arasında yer alır. Baer ve Matthaussen yöntemler arasın-

da yer alır. Baer ve Matthaussen, kolesistokoledokoduodenostomiye güvenilir ve hızlı bir yöntem olarak önermektedirler(12).

Dewar ve Chung ise preoperatif endoskopik nasobilier dren yerleştirilmesiyle lümeneye uygun yaklaşımın Mirizzi Sendromlu olgularda uygun bir operatif strateji olduğunu savunurlar(2).

Bizim 2 olgumuzda tip O Mirizzi Sendromu vardı. Her iki olguda da kolesistektomi yapıldı. II. olguda çok büyük taşın kompresyonu; Koledok çapının 2,5 cm. olması ve mekanik ikter varlığı nedeniyle koledok eksplorasyonu ve koledokoduodenostomi yapılmıştır.

Sonuçta, bu tür olgularda preoperatif yeterli inceleme yapılması cerraha büyük kolaylıklar sağlar. Ultrasonografi ve ERC' grafi yapılması, gerekli olgularda nasobilier dren yerleştirilmesi uygundur. Bu tür hazırlıklar yapılamayan olgularda, titiz bir cerrahi disseksistektomi ve T-tüp drenaj; Kolesistektomi ve koledokoduodenostomi; Parsiyel kolesistektomi ve kolesistokoledokoduodenostomi veya kolesistektomi ve Roux-n-Y enterobilier anastamoz ya da koledoktaki defekte safra kesesi duvarından yama yapılması gibi yöntemler kullanılabilir.

KAYNAKLAR

1. Mirizzi P.L. Syndrome del conducto hepatico. Bull. Soc. International Chir. 1948, 8: 731-7
2. Chung Sydney S.C., Operative surgery in Mirizzi Syndrome; Surgery, Gynecology and obstetrics, Vol. 171, August 1990, 157-9.
3. Bakır H., Astarcioglu K., Füzün M.; SSK Tepecik Hast. Dergisi 1992; 167-9.
4. Morissey K.P., Mc Sherry, C.K.; Cholecystocholedochal fistula including Mirizzi Syndrome In Surgery of the Liver and Biliary Tract. Edited by Blumgart. Vol O, chapter 61, Pg 785.
5. Blumgart L.H., Surgery of the Liver and Biliary Tract, 1988, Pg 248-250.
6. Mc Sherry C.K., Ferstaberger H., Virshup M?, The Mirizzi Syndrome; Suggested classification and surgical therapy; 1982 Surg. Gastroenterology; 1; 219-25.
7. Lygidakis, N.J., Spontaneous internal biliary fistulae; Early surgery for prevention, radical surgery for cure. A report of 75 cases. Med. Chir. Dig., 1981; 10; 659-99.
8. Rodin D.R., Chandross P., Rolfs P.W.; carcinoma of the cystic duct; Gastroint. Radiol., 1990; 15; 49-52.
9. Csendes A., Diaz J.C., Burdiles P.; Mirizzi Syndrome and Cholecystobiliary Fistula; A unifying classification; Br. J. Surg. 1989; 76; 1139-41.
10. ? Menteş A., Çavuşoğlu H.; The Mirizzi Syndrome; A clinical controversy; Dig. Surg. 1992; 393; 1-8.
11. Raulett Audy J. C., Guiverch M., Masnier H., Le Syndrome de Mirizzi, Presse Med. 1989, 18; (15); 761-4.
12. Baer H., Mattheus J.B., Schweiser W.P., Blumgart L.H.; Management of The Mirizzi Syndrome and the surgical implications of cholecystocholedochal fistula. Br. J. Surg. 1990; 77; 743-5.
13. Jinuez O., Polacios J.M., Corrao R., Rojas M.; Syndrome de Mirizzi; Experiencia en 77 cases; Rev. Med. Chil.; 1989; 117; 501-7.