

OPERASYON SIRASINDA TESPİT EDİLEN BEKLENMEDİK BİR TİP 1 MİRİZZİ SENDROMU: OLGU SUNUMU

Osman KURUKAHVECİOĞLU, Hasan BOSTANCI, Tolga ŞAHİN, Mustafa ŞARE

ÖZ

Mirizzi Sendromu tıkanma sarılığının nadir görülen sebeplerinden biridir. Elektif kolesistektomilere göre postoperatif morbidite oranının yüksek olması nedeniyle preoperatif tanı koyulması oldukça önemlidir. Ancak preoperatif tanı koyulması bu sendromdan şüphe edilmesine bağlı olduğu için güçtür. İlk olarak gebeliğinin 28. haftasında subakut kolesistit tanısı ile tedavi edilen hastaya doğum sonrası yapılan elektif kolesistektomi sırasında intraoperatif Mirizzi Sendromu Csendes- tip 1 tanısı koyulmuştur.

Bu olgu sunumu ile Mirizzi sendromunun güncel tanı ve tedavi seçenekleri literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Mirizzi Sendromu, Obstrüktif İkter, Kolelitiazis, Kolelitiazis Komplikasyonu.

UNEXPECTED TYPE 1 MIRIZZI SYNDROME DETECTED DURING THE OPERATION: CASE REPORT

ABSTRACT

Mirizzi syndrome is a rare cause of obstructive jaundice. Preoperative diagnosis is important owing to that its postoperative morbidity rate is higher than elective cholecystectomy. The diagnosis of the disease, however, is difficult since it depends on the suspicion of Mirizzi Syndrome. The patient was diagnosed as subacute cholecystitis in 28th week of pregnancy. Interval (elective) cholecystectomy was planned after the delivery and during the operation Mirizzi Syndrome Csendes type 1 is diagnosed.

In this case report, diagnosis and treatment for Mirizzi Syndrome is reviewed under the current literature.

Key Words: Mirizzi Syndrome, Obstructive Jaundice, Cholelithiasis, Complication of Cholelithiasis.

GİRİŞ

Tıkanma sarılığı, kronik taşlı kolesistitin en önemli komplikasyonlarından biridir ve genellikle kese içindeki taşların koledoka düşmesi sonucu ortaya çıkar (1). Daha nadir sebepler arasında ise Mirizzi Sendromu gelmektedir. Mirizzi Sendromu ilk olarak Pablo Mirizzi tarafından 1948 yılında Arjantin’de tanımlanmıştır (2). Burada görülen tıkanma sarılığı ise sistik kanal veya Hartmann poşundaki sıkışan taşlara veya bu taşların kitle etkisine bağlı gelişen inflamasyon sonucu oluşur (3). Mirizzi sendromunun görülme sıklığı %0.7-2.5 arasında değişmektedir. Bu sendrom ana safra kanalına minor eksternal bası etkisinden, kolesistobiliyer fistüle kadar farklı klinik bulgularla ortaya çıkabilir ve sarılığa neden olur (2). Normal safra kanalı anatomisinin bozulması ve gelişen kolesistokoledokal fistüle bağlı peroperatif safra kanalı yaralanma riskinin artmasından dolayı preoperatif tanısı önemlidir (4). Ancak literatürde preoperatif laboratuvar ve klinik bulguları normal olan ve intraoperatif olarak tespit edilen Mirizzi sendromu vakalarında mevcuttur (5).

Bu makalede, intraoperatif Mirizzi Sendromu saptanan bir olguda tanı ve tedavi aşamaları, güncel literatür bilgileri ışığında tartışılacaktır.

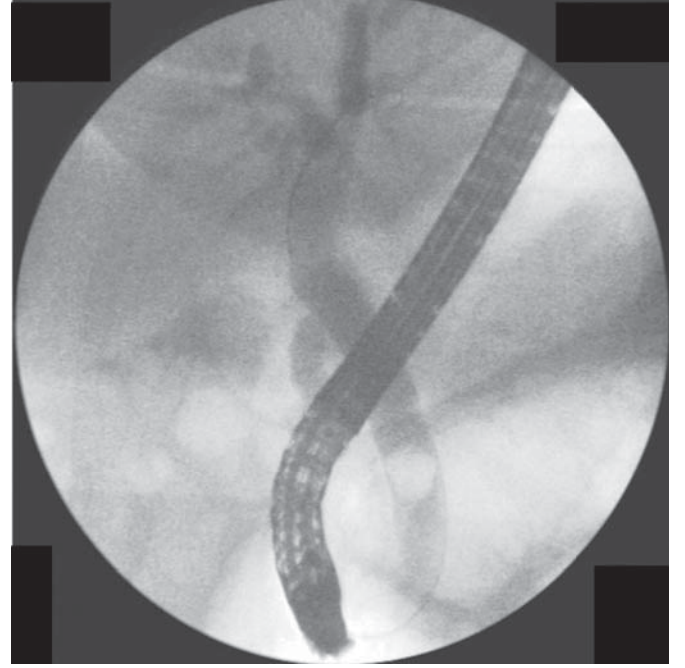
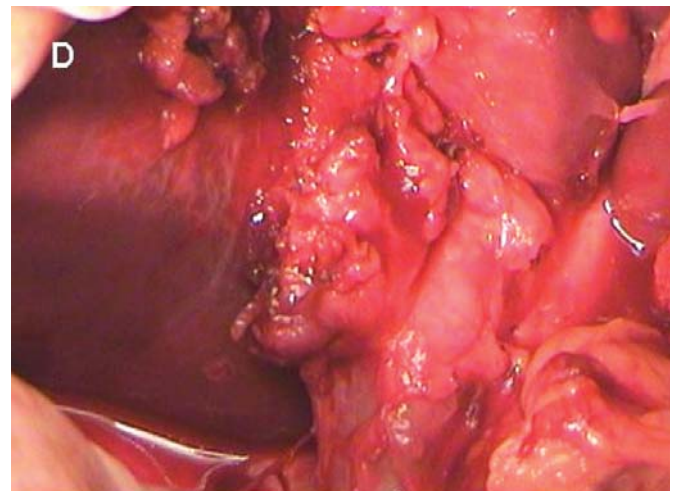
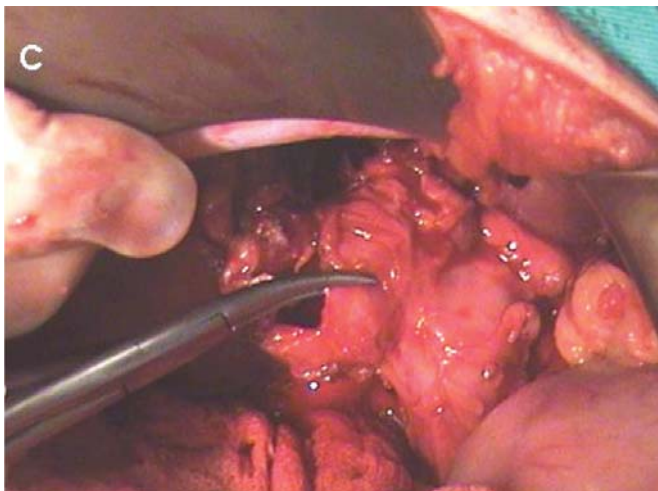
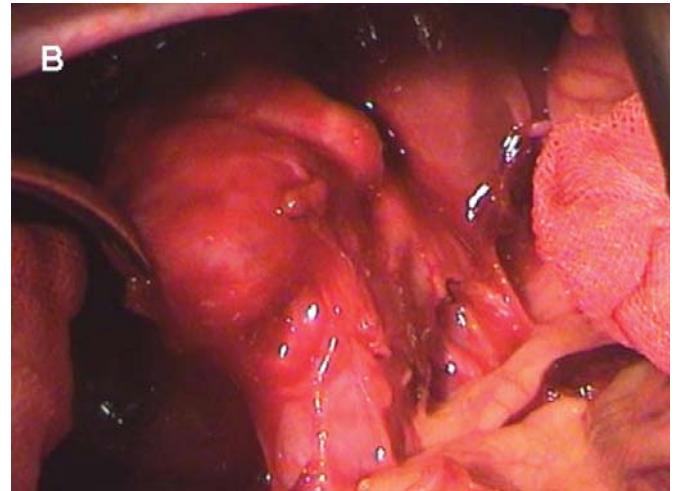
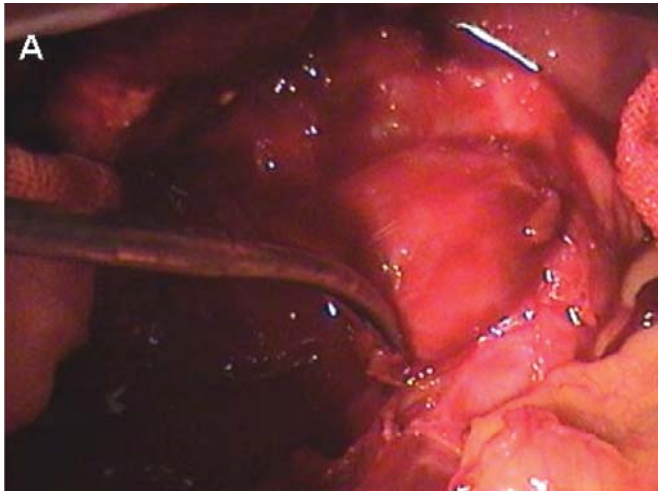
OLGU SUNUMU

Bulantı ve sağ üst kadranda ağrısı ile başvuran 36 yaşında, gebeliğinin 28. haftasında olan kadın hasta değerlendirildiğinde, subfebril devam eden vücut ısısı saptandı. Sağ üst kadranda ağrısı yaklaşık 1 haftadır süren hastanın şikayetlerine son 3 gündür bulantı ve kusma da eklenmiş. Gebelik öncesi benzer şikayetlerinin olmadığı öğrenilen hastanın yapılan fizik muayenesinde safra kesesi hidropik olarak palpe edildi. Sağ üst kadranda hassasiyet dışında defans ve rebound saptanmadı. Yapılan biyokimyasal ve hematolojik testler normaldi. Abdominal ultrasonografide kese duvar kalınlığı ve transvers çapı normaldi ve kese içinde en büyüğü 18 mm çapında birkaç adet taş saptandı. Hastanın takiplerinde spontan karın ağrısının ve bulantı-kusma şikayetlerinin geçtiği tespit edildi. Takip ultrasonografisinde safra kesesinin transvers çapının normal, ancak duvar kalınlığı 5 mm olduğu ve minimal perikolesistik sıvı bulunduğu rapor edildi. Mevcut bulgular ışığında subakut kolesistit olarak kabul edilen hastanın konservatif izlemine karar verildi. Doğuma kadar herhangi bir sorunu olmayan hasta, postpartum 1. ayında gelişen sağ üst kadranda ağrısı ve aralıklı olan ateş şikayeti nedeniyle kliniğimize tekrar başvurdu. Hastanın incelemesinde 38 derecedeki ateşi ve subklinik ikteri mevcuttu. Fizik muayenede, sağ üst kadranda hassasiyet ve solunumla kırılabilen bir defansı vardı. Hastanın laboratuvar bulguları Tablo 1’de özetlenmiştir. Yapılan abdomen ultrasonografisinde koledok proksimali 9 mm ve intrahepatik safra yollarının dilate olduğu saptandı. Bu bulgular ışığında koledokolitiazis ön tanısı ile

Tablo 1: Hastanın ERCP öncesi ve Kolesistektomi öncesi biyokimyasal değerleri.

Biyokimyasal Değerler	ERCP Öncesi	Operasyon Öncesi
Alanin Aminotransferaz (ALT) (U/L)	1267	14
Aspartat Aminotransferaz (AST) (U/L)	636	15
Gamma-glutamil Transferaz (GGT) (U/L)	471	210
Alkalen Fosfataz (ALP) (U/L)	294	77
Bilirubin Total/Konjüge (mg/dl)	4.84/4.27	0.4/0.2

hastaya ERCP (Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatikoduktografi) planlandı. ERCP sırasında; sfinkterotomi yapıldı ve balonla taş ekstraksiyonu denendi, taş ekstrakte edilmedi ancak bol miktarda pürülan drenaj gözlendi (Resim 1). ERCP sonrasında klinik ve laboratuvar olarak düzelme olması nedeniyle 12 hafta sonra ertelenmiş kolesistektomi kararlaştırıldı. Elektif kolesistektomi için yatırılan hastanın fizik muayenesi normaldi ve ultrasonografisinde de safra kesesi lümeninde en büyüğü 18 mm olan birkaç adet taş gözlendi. Safra kesesinin

**Resim 1:** ERCP görüntüsü. Koledoktan taş ekstraksiyonu ve pürülan madde drenajı oldu. Ana hepatik kanala dıştan net bası izlenmemektedir.**Resim 2:** Operasyon görüntüsü. A ve B: Koledoğu basılayan safrakesesi, C: Parsiyel kolesistektomi yapılmış safrakesesi- kese lümeni açık, D: Parsiyel kolesistektominin tamamlanmış görüntüsü

duvar kalınlığı ve transvers çapı normaldi. Laparoskopik başlanan ameliyatta safra kesesinin transvers kolona yoğun yapışıklıkları olması nedeniyle laparotomiye geçildi. Laparotomi sonrası transvers kolon ve duodenum safra kesesinden ayrıldı, kesenin anatomik diseksiyonu aşırı fibrotik yapı nedeniyle mümkün görülmedi. Retrograd diseksiyon ile safra kesesi karaciğer yatağından serbestlenerek açıldı ve taş ekstraksiyonu yapıldı. Lümen içerisinde safra gözlenmedi, infundibulum koledoktan ayırt edilemiyordu. Sistik kanal bulunarak stile ile kontrol edildi ve tıkalı olduğu izlendi (Resim 2). Bu bulgular ışığında hasta Mirizzi –Csendes tip I olarak kabul edildi ve kısmi kolesistektomi yapıldı. Postoperatif 3. ay kontrolünde herhangi bir sorun saptanmayan hastanın izlenmesine devam edilmektedir.

TARTIŞMA

Mirizzi Sendromu ilk kez 1948 yılında tarif edildiğinden bu yana sınıflamasında değişiklikler gözlenmiştir. Bunun ana nedeni Pablo Mirizzi'in ilk gözlemlediği fonksiyonel hepatik sendromdan bu yana, kronik safra kesesi taşlarına bağlı gelişen komplikasyonların daha iyi anlaşılması ile birlikte ayrı hastalıklar gibi gözlenen kolesistokoledokal fistüllerin de bu sendroma dahil edilmesidir. Bu sendromun ilk sistematik sınıflaması Csendes ve arkadaşları tarafından 1989 yılında yapılmıştır (Tablo 2) (6).

Tablo 2: Csendes ve arkadaşlarının Mirizzi Sendromu sınıflaması.

Csendes Tipi	Karakteristik Özellikler
Tip I	Sistik kanal veya infundibulumda var olan taşların ana hepatik safra kanalına basısı
Tip II	Ana hepatik safra kanalının çapının 1/3'lük bir kısmı olacak şekilde kolesistokoledokal fistül olması
Tip III	Kolesistokoledokal fistülün ana hepatik kanal çapının 2/3'ünden fazla olması
Tip IV	Kolesistokoledokal fistülün ana hepatik kanalın çapının tamamını ilgilendirmesi

Mirizzi Sendromunda tanı şüpheye dayalıdır. Hastalığın karakteristik semptomu yoktur (3). Yapılan çalışmalar incelendiğinde sağ üst kadranda ağrısının görülme sıklığı %87- 100 arasındadır. Buna %50-70 oranında sarılık eşlik etmekte ve daha düşük oranlarda da kolanjit bulguları saptanabilmektedir (1,2,3). En sık 44-62 yaş arasında görülmektedir ve cinsiyet farkı saptanamamıştır (1, 3, 6, 7).

Safra yollarında taş olmaksızın gelişen biliyer obstrüksiyon varlığında diğer nedenler elendikten sonra Mirizzi Sendromu tanısından şüphelenilmelidir.

Literatür incelendiğinde, serum tümör belirteç düzeylerinin ve safra kesesi kanseri görülme insidansında artış olduğu bildirilmektedir (8, 9). Mirizzi Sendromu farklı şekillerde ortaya çıkabilir; buna en ilginç örnek Csendes ve arkadaşlarının 2005'de yayınladığı bir tip II Mirizzi Sendromu olgusunda eşzamanlı saptanan safra taşı ileusudur (10).

Ayrıca parapapiller koledokoduodenal fistüller ile kolesistointestinal fistüller de patogeneze değerlendirildiği zaman, Mirizzi sendromunun farklı tiplerinin olabileceği düşünülebilir (11-14). Çünkü bu patolojilerde de kitle etkisi ve inflamasyon

ona sekonder olarak iki organ arasında önce adezyon daha sonra da luminal devamlılık görülmektedir.

Hastalığın tanısında yüzde yüz güvenilir görüntüleme yöntemi yoktur. Ultrasonografinin hassasiyeti %8.3-%27 arasında bildirilmektedir (3, 6, 15) Fakat bir çalışmada duyarlılığın %87 olduğu bildirilmiştir (1). Bu durum değerlendirmede kişisel farklılığa bağlanabilir. Yine 2003 yılında yapılan bir çalışmada ultrasonografi veya tomografinin tanıda tek başına etkili olmadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada ultrasonografi ile safra yolları içinde hava dansiteleri ve infundibulumda taş saptanmıştır (16). Byong Wook Choi ve arkadaşları tarafından Magnetik rezonans görüntüleme eşliğinde kolanjiyopankreatikoduktografi'nin fistülün ortaya konmasında etkili olduğu saptanmıştır (17). Al-keely ve ekibi tıkanma sarılığı varlığında mutlaka safra yollarının görüntülenmesi gerektiğini bildirmiştir (1).

Mirizzi Sendromunun tedavisinde yaklaşım sınıflamaya göre değişmektedir (6). Csendes tip I vakalarda kolesistektomi veya parsiyel kolesistektomi tedavide yeterlidir. Fakat tip II ve III hastalıkta ise biliyoenterik diversiyon gereklidir. Burada genellikle tercih edilen yöntem koledokojunostomidir (1-3, 6, 18). Sandblom ve arkadaşları tip II Mirizzi Sendromunda parsiyel safra kesesi flebini tariflemişlerdir. Fakat yüksek komplikasyon oranları gözlenmiştir (19).

Şare ve arkadaşları; tip I Mirizzi Sendromun'da laparoskopik yaklaşımın mümkün olduğunu ileri sürmüşlerdir. Grubun çalışmasında laparoskopik cerrahi uygulanan 22 Mirizzi Sendromu olgusundan 1 tanesinde biliyer fistül gelişmiş ve biliyoenterik bypass cerrahisi gerçekleştirilmiştir (20). Qi wei ve arkadaşları "Hand assisted laparoscopic surgery" yöntemi ile diseksiyon güçlüğü olan aşamada sağ subkostal insizyonla el yardımı ile laparoskopi yapılabileceğini bildirmişlerdir (21). Lai ve arkadaşları laparoskopinin diseksiyon güçlüğü ve yüksek komplikasyon oranı nedeniyle Mirizzi Sendromu varlığında dikkatli ve hassasiyetle gerçekleştirilmesi gereken bir yöntem olduğunu bildirmiştir. Ayrıca bazı durumlarda kontrendikasyon oluşturduğu ifade edilmektedir (4). Mirizzi tip II ve III, özellikle kolesistokoledokal fistülün geliştiği vakalarda hem kolesistohepatik üçgen diseksiyonundaki güçlük hem de koledokla olan luminal devamlılık nedeniyle safra yolu yaralanmaları kaçınılmaz hale gelmektedir ve bu nedenle bu durumda laparoskopik yaklaşım kontrendikedir. Perkütan ve endoskopik kolanjiyografi eşliğinde litotripsi ve biliyer drenaj yöntemleri ile yüksek riskli hastalarda operasyona kadar geçen sürede semptomatik iyileşme sağlanabilir (22).

Sonuç olarak Mirizzi Sendromu karmaşık cerrahi girişimler gerektiren klinik bir durumdur. Preoperatif dönemde patognomonik bulgu vermediğinden tanı şüpheye dayalıdır ve birçok görüntüleme yöntemiyle birlikte değerlendirilmesi ile tanı konulması mümkündür. Eğer safra yollarında obstrüksiyon bulgusu varsa, ancak taş veya tümör saptanamıyorsa, bu durumda Mirizzi Sendromundan şüphelenilmelidir.

Yazışma Adresi

Osman Kurukahvecioğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Tel: (0312) 2024195

Faks: (0312) 2150494

e-mail: osmank@gazi.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Al-Akcely MH, Alam MK, Bismar HA, Khalid K, Al-Teimi I, Al-Dossary NF. Mirizzi syndrome: ten years experience from a teaching hospital in Riyadh. *World J Surg.* 2005; 29(12): 1687-1692.
2. Waisberg J, Corona A, de Abreu IW, Farah JF, Lupinacci RA, Goffi FS. Benign obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome): diagnosis and operative management. *Arch Gastroenterol.* 2005; 42(1): 13-18.
3. Tan KY, Chng HC, Chen CY, Tan SM, Poh BK, Hoe MN. Mirizzi syndrome: noteworthy aspects of a retrospective study in one centre. *ANZ J Surg.* 2004; 74(10):833-837.
4. Lai EH, Lau W. Mirizzi syndrome: history, present and future development. *ANZ J Surg.* 2006; 76(4):251-257.
5. Posta CG. Unexpected Mirizzi Anatomy: A Major hazard to the common bile duct during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc.* 1995; 5(5):412-414.
6. Csendes A, Diaz JC, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg.* 1989;76(11):1139-1143.
7. McSherryCK, Ferstenberg H, VirshupM. The Mirizzi syndrome: suggested classification and surgical therapy. *Surg Gastroenterol* 1982;1:219-225
8. Sanchez M, Gomes H, Marcus EN. Elevated CA 19-9 levels in a patient with Mirizzi syndrome: case report. *South Med J.* 2006;99(2):160-163.
9. Chiam QL, Lau K. Coexistent gallbladder carcinoma in Mirizzi syndrome. *Australas Radiol.* 2003; 47(1):58-60.
10. Beltran MA, Csendes A. Mirizzi syndrome and gallstone ileus: an unusual presentation of gallstone disease. *J Gastrointest Surg.* 2005; 9(5):686-689.
11. Harrison N, Hashimoto L. Coexistence of Mirizzi Type II syndrome with a parapapillary choledochoduodenalfistula: a case report. *Curr Surg.* 2002; 59(4):416-417.
12. Lim MS, Davaraj B, Kandasami P. Endoscopic drainage of empyema of the gallbladder through a concurrentcholecystoduodenal fistula. *Asian J Surg.* 2006; 29(1):55-57.
13. Wang WK, Yeh CN, Jan YY. Successful laparoscopic management for cholecystoenteric fistula. *World J Gastroenterol.* 2006; 12(5):772-775.
14. Reimann AJ, Yeh BM, Breiman RS, Joe BN, Qayyum A, Coakley FV. Atypical cases of gallstone ileus evaluated with multidetector computed tomography. *J Comput Assist Tomogr.* 2004; 28(4):523-527.
15. Chan CY, Liao KH, Ho CK, Chew SP. Mirizzi syndrome: a diagnostic and operative challenge. *Surgeon.* 2003; 1(5):273-278.
16. Ozkan U, Akgul E, Okur N. [Case report: Mirizzi syndrome in a patient with emphysematous cholecystitis:ultrasonographic and computed tomographic findings] *Tani Girisim Radyol.* 2003; 9(2):220-223.
17. Choi BW, Kim MJ, Chung JJ, Chung JB, Yoo HS, Lee JT. Radiologic findings of Mirizzi syndrome with emphasis on MRI. *Yonsei Med J.* 2000;41(1):144-146.
18. Karakoyunlar O, Sivrel E, Koc O, Denecli AG. Mirizzi's syndrome must be ruled out in the differential diagnosis of any patients with obstructive jaundice. *Hepatogastroenterology.* 1999; 46(28):2178-2182
19. Sandblom P, Tabrizian M, Rigo M, Fluckiger A. Repair of common bile duct defects using the gallbladder or cystic duct as a pedicled graft. *Surg Gynecol Obstet.* 1975; 140(3):425-432
20. Sare M, Gurer S, Taskin V, Aladag M, Hilmioğlu F, Gurel M. Mirizzi syndrome: choice of surgical procedure in the laparoscopic era. *Surg Laparosc Endosc.* 1998; 8(1):63-67.
21. Wei Q, Shen LG, Zheng HM. Hand-assisted laparoscopic surgery for complex gallstone disease: a report of five cases. *World J Gastroenterol.* 2005; 11(21):3311-3314
22. Gomez G. Mirizzi Syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2002; 5(2):95-99.