

ENDOSKOPIK RETROGRAD KOLANJİOGRAFİ VE PERKÜTAN TRANSHEPATİK KOLANJİOGRAFİ İLE MİRİZZİ SENDROMU TANISI

Ali Reşit Beyler* • Mustafa Sarıoğlu*

ÖZET

Kolestaz ile birlikte bulunan 9 akut ve kronik kolesistit olgusunun 8'ine Endoskopik Retrograd Kolanjiografi (ERCP) ve birine perkütan transhepatik kolanjiografi (PTK) yaparak duktus hepatikus kommunüsde darlık ile intrahepatik safra yollarında genişleme tesbit ettik. Olgulardaki darlığın muntazam olması benign darlık lehineydi. Ancak kolanjiokarsinoma ekarte edilemedi. Cerrahiye verilen olguların 7' sinde duktus hepatikus kommunüsde herhangi bir patolojinin olmadığı, sistik kanalın taşla tıkanmış ve safra yollarına bası yaptığı anlaşıldı. Çevrede ileri derecede inflamasyonun olduğu 2 vakada ise safra kesesinin duktus hepatikus kommunüse fistüle olduğu bildirildi. Bu 9 olguya Mirizzi sendromu tanısı konuldu. Bu nedenle safra kesesi taşı ile birlikte bulunan kolestaz olgularına kolanjiografi yapılırken, duktus hepatikus kommunüsde görülen bu tip darlıklarda, sebepler arasında Mirizzi sendromunu da göz önünde tutmak gereklidir kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Mirizzi sendromu, ERCP, PTK

SUMMARY

The Diagnosis of Mirizzi's Syndrome by Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography and Percutan Transhepatic Cholangiography

Nine patients with extrahepatic cholestasis who had acute or chronic cholecystitis revealed stricture of the common hepatic duct and showed dilatation in the intrahepatic bile ducts by Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) (8 patients) and Percutan Transhepatic Cholangiography (PTC) (1 patient). The strictures look like benign stricture because of the regular narrowing. In order to rule out cholangiocarcinoma surgical exploration were made. There were stones in ductus cysticus in 7 patients which made compression to the common hepatic duct by inflammation. In the other two patients there were cholecysto-choledochal fistula. Thus Mirizzi's syndrome diagnosis were made in all of the patients. As a result, we must think Mirizzi's syndrome in patients who have cholelithiasis and extrahepatic cholestasis.

Key Words: Mirizzi's syndrome, ERCP, PTC

Mirizzi sendromu akut veya kronik kolesistitin nadir bir komplikasyonudur. %1 civarında görülen bu sendrom sistik kanalın veya safra kesesi boyun kısmının taşla tıkanması sonucu safra kesesinin veya sistik kanalın duktus hepatikus kommunüse bası yapması veya fistüle olması ile meydana gelir (1-3). Duktus hepatikus kommunüste oluşan bu darlık, kolestaz veya kolanjite neden olabilir. Endoskopik Retrograd veya Perkütan Transhepatik Kolanjiografik incelemede dikkat edilmediği takdirde safra yolları kanseri ile karışır.

Bu makaledeki amacımız safra kesesi taşı ile seyreden kolestaz olgularında ERCP veya PTK esnasında Mirizzi Sendromunu göz önünde tutarak vakaları bu yönde de değerlendirmektir.

MATERYAL VE METOD

AÜTF Gastroenteroloji kliniğine son 1.5 yılda akut ve kronik kolesistit tanısı ile tetkik ve tedavi için yatan olgularda kolestaz bulguları bulunanlar, kan biyokimyası, USG ve kolanjiografi yapılarak değerlendirildi.

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Tablo 1: Safra kesesi taşı ile birlikte kolestaz bulguları olan vakaların biyokimyasal değerleri

Olgular	AST U/L	ALT U/L	ALP U/L	BİLİRÜBİN mg/dl	GGT U/L
1	46	44	389	9.8/6.1	189
2	71	51	262	7.4/5.1	111
3	51	34	247	6.3/4.8	107
4	68	39	374	8.5/5.4	132
5	48	63	594	6.9/4.3	167
6	98	87	264	5.9/3.1	98
7	63	71	298	5.7/3.3	87
8	37	40	489	6.8/4.1	213
9	34	39	567	7.4/4.7	239

dirmeye alındı. Olguların 9' unda safra kesesi taşı ile birlikte duktus hepatikus kommunüsde darlık bulunmaktaydı. Mirizzi sendromu şüphesi ile cerrahiye verilen olgular, opere edilerek Mirizzi sendromu tanısı konuldu. Olgularımızın 4' ü kadın, 5' i erkekti. Yaşları 29-58 arasında değişmekte idi. Yaş ortalamaları 42 idi.

SONUÇLAR

Safra kesesi taşı ile birlikte kolestaz bulguları tesbit edilen olguların kan biyokimyası sonuçları Tablo 1 de verilmiştir.

Ultrasonografik incelemelerinde ise, olguların tümünde safra kesesi taşı mevcuttu. Altısında multiple, 3'ünde tek taş bulunmaktaydı. Yine bu olguların tümünde intrahepatik safra yolları kısmen genişti. 3 olguda ise, koledok 8-9 mm olarak ölçüldü.

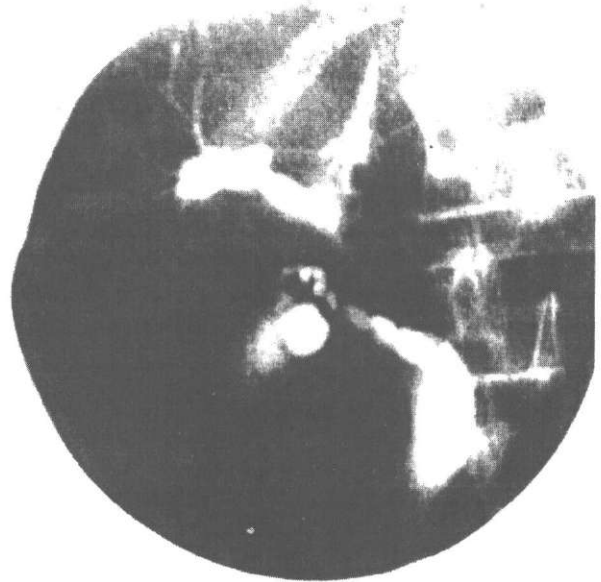
Olguların ERCP ve PTK bulguları ise: 9 olgunun 7' sinde duktus hepatikus kommunüsde muntazam darlık ve safra yollarında kısmen genişleme mevcuttu. Şekil 1. Bir olguda opak maddenin duktus hepatikus kommunüsten safra kesesi olarak değerlendirilemeyen poşa geçtiği görüldü. Diğer vakada ise opak maddenin duktus hepatikus kommunüsten safra kesesine geçtiği ve kesenin taşla dolu olduğu gözlemlendi. Bu olguda aynı zamanda safra yollarının oldukça geniş olduğu izlendi.

TARTIŞMA

Akut kolesistitte akut semptomların ortaya çıkması sistik kanal veya safra kesesi boynunun taşla tıkanması ileldir. Buda yaklaşık %40 safra taşında görülür.

Bu esnada sistik kanalın basısı veya safra kesesinin duktus hepatikus kommunüse fistüle olması ile Mirizzi sendromu ortaya çıkar. Nadir olan bu komplikasyon tüm safra cerrahilerinin % 0.7-1.4 ünde görülmektedir. 1948 yılında tanımlanan bu sendrom daha sonra 1982 yılında da Mc Sherry tarafından ERCP bazında iki tipe ayrılmıştır. Tip 1 Mirizzi sendromu sistik kanalda özellikle distalde bulunan safra taşının duktus hepatikus kommunüse bası yapması ile ortaya çıkmaktadır. Tip II Mirizzi sendromu ise, safra kesesi ile duktus hepatikus kommunüs arasında bilio-biliyar fistül ve fistül içine geçen taş ile oluşur(1-6).

Daha önceleri duktus hepatikus seviyesinde sfinkterin olduğu ve bu sfinkterin inflamasyon veya



Şekil 1: Ductus hepaticus communisusta düzenli darlık

aberrant damarla kontrakte olması ile tıkanma sarılığı oluşturduğu düşünülmekteydi. Ancak daha sonra böyle bir sfinkterin olmadığı direk olarak bası veya fistül ile duktus hepatikus kommunüs darlığının ortaya çıktığı tesbit edildi.

Son zamanlarda Mirizzi Sendromunda beybiskop ile koledoka girilerek fistül nedeni ile yerleşen taşın çıkarılması veya mekanik litotripsi ile taşın ezilmesi tedavisine başlanmıştır. Ancak olay taşlı akut kolesistit veya kronik taşlı kolesistit sonucu ortaya çıktığına göre laparoskopik kolesistektomi veya açık cerrahiyle kesenin çıkarılması da gereklidir.

Takip ettiğimiz 9 olgunun hepsinde safra kesesi taşı vardı. 6 olgumuzda taşlı akut kolesistit ile birlikte kolestaz bulguları mevcuttu. Hiperbilirubinemi, yüksek alkalen fosfataz, 4 vakada yüksek transaminaz düzeyleri bulunmaktaydı. Ayrıca tüm olgularda 2-4 kat kadar yüksek GGT değeri tesbit edildi. Yine olguların hepsinde lokositoz, orta derecede sedim yüksekliği, ultrasonografik incelemede ise olguların 4'ünde ödemli, hidropik safra kesesi, kese içinde taş mevcuttu. Diğer vakalarda ise taşlı kontrakte safra kesesi ile birlikte intrahepatik safra yollarında genişleme vardı.

Üç olgumuzda ise, taşlı kronik kolesistit ile birlikte kolanjit mevcuttu. Bu olguların tümünde lökositoz, Alkalen Fosfataz, GGT ile birlikte transaminazlarda yükseklik vardı.

9 olgunun tümüne antibiyotik tedavi verilerek enfeksiyon kontrol altına alındıktan sonra ERCP ve PTK yapıldı. Bu olguların hiçbirinde ERCP ve PTK öncesi Mirizzi sendromu düşünülmedi. Safra yolları kanseri veya koledok taşı düşünülerek kolanjiografi yapıldı. 7 olguda duktus hepatikus kommunüs seviyesinde muntazam darlık mevcuttu. 2 olguda muhtemelen sistik kanal tıkanması ile safra kesesi doldurulamadı. Bunlardan birinde duktus hepatikus kommunüsten opak maddenin poşa geçtiği tesbit edildi, fakat bu poşun ne olduğu anlaşılamadı. Diğer olguda opak maddenin duktus hepatikus kommunüsten safra kesesine geçtiği görüldü. Bu olguların ancak 2'sinde Kolanjiografi ile Mirizzi sendromu olduğu, diğer 7 olguda ise safra yolları kanseri olabileceği düşünüldü.

İki vaka laparoskopik kolesistektomiye verildi. Birinde daha sonra yapışık kese nedeni ile açık cerrahiye geçildi. Diğer 7 olguda koledok ve duktus hepatikus kommunüsün değerlendirilebilmesi için açık cerrahi yapıldı. Bu olguların hiçbirinde malign süreçte rastlanmadı. ERCP de poş tesbit ettiğimiz olgunun bilio-bilyar fistülünün olduğu, takipte ise tüm kolestaz parametrelerinin normale döndüğü anlaşıldı.

Olguların değerlendirilmesinde kolestaz bulgularının bası yada fistül sonucu oluştuğu dolayısı ile kolestazın Mirizzi sendromuna bağlı olduğu görüldü.

KAYNAKLAR

1. Curet JM, Rosendale DE, Congilosi S. Mirizzi syndrome in a native American Population. *Am J Surgery*. 1994; 168:616-21.
2. England RE, Martin DF. Endoscopic management of Mirizzi's syndrome. *Gut* 1997; 40:272-6.
3. Koehler ER, Melson GL, Lee JKT, Long J. Common hepatic duct obstruction by cystic duct stone: Mirizzi Syndrome. *AJR*. 1979; 132:1007-9.
4. Pemberton M, Wells AD. The Mirizzi syndrome. *Postgrad Med J*. 1997; 73(862):487-90.
5. Toscano RL, Taylor PH, Peters J, Edgin R. Mirizzi syndrome. *Am Surg*. 1994; 60(11):889-91.
6. Toursarkissian B, Holley Dt, Kearney PA, McGrath PC, Zweng TN. Mirizzi's syndrome. *South Med J*. 1994; 87(4):471-5.