

Mirizzi Sendromu Tip 2: Olgu Sunumu

Mirizzi Syndrome Type 2: A Case Report

Aydemir Ölmez¹, Reşat Doğan¹, Cemalettin Aydın², Turgut Pişkin², Cüneyt Kayaalp²

¹Beydağı Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Malatya

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

ÖZET

Mirizzi sendromu safra kesesi taşı hastalığının nadir bir komplikasyonu olup, bu hastaların yaklaşık %1' inde meydana gelmektedir. Modern görüntüleme tekniklerine rağmen bazı olgular ameliyat öncesi dönemde belirlenmemektedir. Mirizzi sendromunun günümüzdeki tedavisi cerrahidir. Mirizzi sendromu varlığında, özellikle laparoskopik cerrahide, safra kanalı yaralanma riski artmaktadır. Bu nedenle, gerek preoperatif gerekse laparoskopi esnasında erken tanı önemlidir. Burada tıkanma sarılığı ile müracaat eden, kolelitiazis ve koledokolitiazis tespit edilen 29 yaşında bir kadın hasta sunulmuştur. Preoperatif endoskopik retrograd kolanjiografi ile koledok taşı alınmış ancak Mirizzi sendromu tanısı preoperatif koyulamamıştır. Laparoskopi esnasında erken dönemde Mirizzi sendromu olduğu düşünülen olguda konversiyon uygulanmıştır. Herhangi bir safra yolu yaralanması oluşmayan, kolesistektomi ve koledoka T-tüp uygulaması ile tedavi edilen hasta sorunsuz olarak taburcu edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Mirizzi sendromu, kolelitiazis, laparoskopi, endoskopik retrograde kolanjiografi

GİRİŞ

Mirizzi sendromu (MS) safra kesesi taşı hastalığının nadir bir komplikasyonu olup, bu hastalığı olan tüm hastaların yaklaşık %1'inde meydana gelir¹. MS, Hartman poşuna yada sistik kanala oturmuş safra kesesi taşının dıştan bası ile ortak hepatik kanalda obstrüksiyon yapmasıyla oluşur². Klinik olarak aralıklı veya devamlı tıkanma sarılığı ile karakterizedir¹. MS uzun süredir safra kesesinde taşı olanlarda ve kadınlarda daha sık görülmektedir³. Modern görüntüleme tekniklerine rağmen olguların bazılarında ameliyat öncesinde tanı konulamamakta, bazen de kolanjiokarsinom veya safra kesesi kanseri olarak yanlış tanı konulabilmektedir¹.

ABSTRACT

Mirizzi syndrome is an unusual complication of gallstone disease and occurs in approximately 1% of these patients. Some cases can not be identified preoperatively, despite modern imaging techniques. Today, treatment of Mirizzi syndrome is surgical. If Mirizzi syndrome is present, the risk of bile duct injury increases, particularly during laparoscopic surgery. Therefore, preoperative or intraoperative diagnosis is important. Here, we presented a 29 year-old woman with obstructive jaundice who diagnosed as cholelithiasis and choledocholithiasis. Preoperative endoscopic retrograde cholangiography relieved the common bile duct stone but could not diagnose the Mirizzi syndrome preoperatively. During laparoscopy, the diagnosis of Mirizzi syndrome was suspected early and the procedure was converted to open cholecystectomy and T-tube to common bile duct. There was no bile duct injury and postoperative course was uneventful.

Key words: Mirizzi syndrome, cholelithiasis, laparoscopy, endoscopic retrograde cholangiography

OLGU SUNUMU

Yirmidokuz yaşında kadın hasta sarılık ve üst abdominal ağrı ile cerrahi polikliniğine başvurdu. Abdominal sonografide safra kesesinde; en büyüğü 15 mm boyutta taş ekoları izlendi. Koledok 10 mm boyutta ve geniş izlendi, intrahepatik safra yolları dilate idi. Biyokimyasal tetkikleri de tıkanma sarılığı ile uyumluydu (total bilirubin 5 mg/dl, alkalen fosfataz 247 U/L, alanin aminotransferaz 454 U/L, aspartat transaminaz 181 U/L, gama glutamil transferaz 348 U/L). Yapılan endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi (ERCP) ile koledokta taş tespit edildi ve sfinkteretomi yapılarak taş çıkartıldı. Ancak Mirizzi sendromu tanısı konulamadı. ERCP yapıldıktan 20 gün sonra tekrarlanan

Tarihi / Received: 08.04.2009, Kabul Tarihi / Accepted: 21.05.2009

Yazışma Adresi /Correspondence: Dr. Aydemir Ölmez, Beydağı Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Malatya
Email: aydemirolmez@hotmail.com

labarotuar değerlerinin normal olduğu görüldü (total bilirubin 1.6, alkelen fosfataz 142, alanin aminotransferaz 54, aspartat transaminaz 34, gamaglutamil transferaz 49) ve hasta kolelitiazis tanısı ile laparoskopik kolesistektomi planlanarak ameliyata alındı. Eksplorasyon esnasında safra kesesi Grade 3 yapışıklıklar ile sarılmıştı. Safra kesesi ile karaciğer hilusu birbirinden ayrılamıyordu. Mirizzi sendromu ön tanısı düşünülerek ve safra yolu yaralanmasına neden olmamak için erken dönemde açık ameliyata geçildi. Açık cerrahide de Tip 2 Mirizzi sendromu olduğu tespit edilen hastaya, kolesistektomi yapıldıktan sonra koledoka T-tüp üzerinde kapama uygulandı. Postoperatif erken dönemde sorunu olmayan hastaya 14. günde kolanjiografi yapıldıktan sonra T-tüp'ü çekildi ve hasta sorunsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

MS ilk olarak 1948 yılında tanımlanmıştır¹. McSherry (1982) MS'ünü önce iki alt tipe, daha sonra ise (1989) dört alt tipe ayıran bir sınıflama bildirildi⁴. Tip 1 de ortak hepatik kanala dıştan bası, Tip 2 de safra kanalı çevresinin 1/3 ünden daha az bir kısmında erezyona yol açmış kolesistobilyer fistül, Tip3 de safra kanalının çevresinin 2/3 üne kadar erezyona yol açmış fistül, Tip 4 de ise safra kanalında tümüyle harabiyetini tanımladı¹⁻⁴. Son zamanlarda Csendes ve ark. bu sınıflamaya yeni bir tip ekleyerek, Tip 5 de ilk 4 tipten herhangi birisine eklenen koloenterik fistül tanımladı ayrıca Tip 5 de kendi arasında ikiye ayırdı (Tip5a; safra taşı ileusu yok, Tip5 b; safra taşı ileusu var)³. Tip 1 en sık saptanan tiptir ve genellikle akut kolesistitli hastalarda gözlenen bir durumdur³. Akut kolesistitle ilişkili inflamatuvar sürecin MS gelişimindeki ilk adım olduğu düşünülür.

Eğer bu inflamatuvar süreç devam ederse ve kronikleşirse; safra taşı ortak safra kanalını aşındırarak diğer tiplerin meydana gelmesine sebep olur⁵. MS varlığı cerrahi esnasında safra kanalı yaralanma riskini arttırdığından, cerrahi öncesi tanı konulması ve biliyer anatomisinin ortaya konulması oldukça önemlidir². Ancak; bizim vakamızda da olduğu gibi herhangi bir patogonomik bulgu olmadığından klinik olarak cerrahi öncesi tanı koymak oldukça zordur. Teşhiste ilk görüntüleme metodu ultrasonografidir; fakat, MS varlığı ultrasonografi ile gözden kaçabilir. Aynı durum bilgisayarlı tomografi için de geçerlidir. Periduktal inflamasyon varlığında bu kitle lezyonlar ultrasonografi veya

bilgisayarlı tomografide yanlışlıkla safra kesesi kanseri, kolanjiokarsinom veya metastaz olarak değerlendirilebilir⁶. Bazende ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi MS'nu düşündürebilecek hiç bir bulgu vermeyebilir. Bizim olgumuzda da ultrasonografi kolelitiazis ve şüpheli koledok taşını ortaya koydu ancak MS konusunda bize yardımcı olmadı. ERCP vakaların yarısında tanıyı doğrulayabilir. Magnetik rezonans kolanjiopankreatikografi de ERCP kadar başarılıdır¹. Bizim olgumuzda öncelikle ERCP yapıldı ve koledoktaki taş çıkartıldı, ancak ERCP'nin MS ile ilgili bize bilgi vermemesi ameliyat öncesi tanıyı koymamızı engelledi.

MS'nin tedavi seçimi cerrahidir. Cerrahi stratejiyi temelde belirleyen; fistülün olup olmamasıdır. Tip 1 MS'de seçilecek cerrahi strateji safra kesesinin tamamen veya kısmen (subtotal kolesistektomi) ortadan kaldırılmasıdır¹. Hatta Tip 1'de kolesistektomi laparoskopik olarak ta yapılabilir ancak fistülizasyon olan olgularda genel kabul açık cerrahiye geçilerek koledok müdahalesinin yapılmasıdır. Tip 2 MS'de defekt küçük ise, bizim olgumuzda olduğu gibi, kolesistektomi yapıldıktan sonra koledok T-tüp üzerinden kapatılabilir. T-tüp drenajı ile birlikte subtotal kolesistektomi yapılması da diğer bir cerrahi seçenektir¹. Defekt dahada büyükse (Tip3-4) koledokoduodenostomi veya Roux-en-Y hepatiko-jejunostomi seçilebilecek cerrahi seçeneklerdir¹.

KAYNAKLAR

1. Safioleas M, Stamatakos M, Safioleas P, Smyrnis A, Revenas C, Safioleas C. Mirizzi Syndrome: an unexpected problem of cholelithiasis. Out experience with 27 cases. *Int Semin Surg Oncol* 2008;5:12-17.
2. Pemberton M, Wells AD. The Mirizzi Syndrome. *Postgrad Med J* 1997; 73: 487-490.
3. Marcelo A. Beltran, Attila Csendes, Karina S. Cruces. The Relationship of Mirizzi Syndrome and Cholecystoenteric Fistula: Validation of a Modified Classification. *World J Surg* 2008; 32:2237-2243.
4. Safioleas M, Stamatakos M, Revenas C, Chatziconstantinou C, Safioleas C, Kostakis A. An alternative surgical approach to a difficult case of Mirizzi syndrome: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 5579-5581.
5. Csendes A, Diaz JC, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg* 1982;76:1139-1143.
6. Becker CD, Hassler H, Terrier F. Preoperative diagnosis of the Mirizzi syndrome: limitations of sonography and computed tomography. *AJR* 1984; 143: 591-9.