

## Kolesistektomi sonrası oluşan Mirizzi sendromu olgusu

A case of Mirizzi's syndrome after cholecystectomy

Murat ASLAN, Yüksel ATEŞ, Mustafa GÜLŞEN, Sait BAĞCI, Güldem KILÇILER, Zülfikar POLAT, Ahmet TÜZÜN, Necmettin KARAEREN, Kemal DAĞALP

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Mirizzi sendromu, sistik kanal ya da safra kesesi boynuna impakte taşın, koledok kanalına dıştan basısı sonucu gelişir. Bu makalede, kolesistektomiden 6 yıl sonra gelişen ve tekrarlayan bir Mirizzi sendromu olgusu sunulmuştur. 48 yaşındaki erkek hastamız, ateş, bulantı, kusma ve sarılık yakınmaları ile kliniğimize müracaat etti. Biyokimyasal tetkiklerinde, kolestatik paternde karaciğer enzim yüksekliği saptandı. Yapılan ERCP'de, koledokun geniş, sistik kanal güdüğünün uzun ve distal yerleşimli olduğu görüldü. Sistik kanalda bir adet dolma defekti mevcuttu. Endoskopik sfinkteromi yapılarak, balon yardımıyla sistik kanaldan taş ekstrakte edildi. İşlem sonrasında klinik ve laboratuvar bulguları hızlı bir şekilde normale döndü. 11 ay sonra, hastamızda aynı klinik ve laboratuvar bulguları tekrar ortaya çıktı. Yinelene ERCP'de, sistik kanal güdüğünde taş görüldü ve endoskopik yöntemle çıkarıldı. 15 aylık takip süresince hasta stabil seyretti. Kolesistektomi sonrasında gelişen ekstrahepatik kolestaz tablosunda, uzun bırakılmış ve distal yerleşimli sistik kanal güdüğü bulunanlarda Mirizzi sendromu da tanılar arasında düşünülmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Mirizzi sendromu, kolesistektomi, sistik kanal, safra taşları

Mirizzi's syndrome refers to common bile duct obstruction resulting from compression by a gallstone impacted in the cystic duct or neck of the gallbladder. Herein we report a 48-year-old man with Mirizzi's syndrome presenting six years after cholecystectomy. The patient applied to our department with complaints of fever, vomiting and jaundice. Liver biochemical tests revealed enzyme elevations in cholestatic pattern. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) showed dilatation of the choledochus, and the remnant of the cystic duct was long and distally placed. There was a filling defect in the cystic duct. A stone was removed from the cystic duct via balloon extraction after endoscopic sphincterotomy. The clinical and laboratory findings returned to normal after the procedure. After 11 months, the cholestatic findings reappeared. A stone was detected and removed again in ERCP. The patient has been well at follow-up for 15 months. Mirizzi's syndrome must be considered in cholecystectomized patients with long and distally placed cystic duct stump if extrahepatic cholestasis is present.

**Key words:** Mirizzi's syndrome, cholecystectomy, cystic duct, gallstones

### GİRİŞ VE AMAÇ

Mirizzi sendromu ilk kez 1948 yılında Pablo Mirizzi tarafından tanımlanmıştır (1). Safra kesesi boynu ya da sistik kanala impakte olan taşın koledoka dıştan basısı nedeniyle oluşur. Koledok obstrüksiyonu mekanik olabileceği gibi inflamasyona ikincil olarak da oluşabilir.

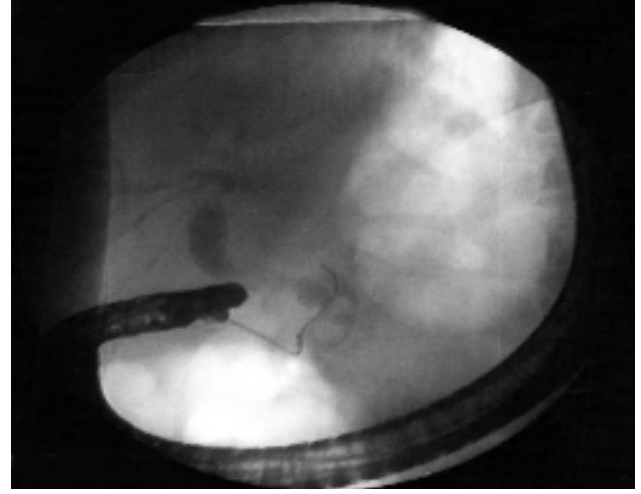
Kolesistektomi yapılan hastaların yaklaşık %0.7-1.4'ünde ve safra kesesinde taş olan hastaların ise %0.1'inde görülür. Mirizzi sendromunda, safra kesesi kanserleriyle artmış bir birliktelik söz konusudur. Kolesistolityazisli olgularda birliktelik oranı %2 iken, Mirizzi sendromunda %28 bulunmuştur (2-4). Günümüzde üç çeşit sınıflaması vardır (2, 5, 6). Klinik olarak hastalarda biliyer kolik, tıkanma sarılığı, kolanjit ve pankreatit gelişebilir. Alkalen fosfataz ve bilirubin değerleri olguların %90'ında artar. Karaciğer enzimleri, GGT ve LDH değerlerinde de artış görülebilir. Ko-

lanjit varlığında lökositoz, pankreatit varlığında amilaz değerleri yüksek saptanabilir. Tanıda Üst batin ultrasonografisi (USG), batin tomografisi (BT), endoskopik veya perkütanöz kolanjiografi değerlidir. USG'de safra kesesi boynu proksimalindeki safra yollarında dilatasyon, safra kesesi boynuna impakte taş varlığı ve taşın distalinde kalan koledok çapının normal olması tanıya yönlendiren bulgulardır. BT ile USG'ye ek fazla bilgi elde edilemez. Ancak BT, hepatik metastaz ya da porta hepatiste lenfadenopati varlığı gibi malignitenin ayırımında rol oynayabilir. Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP)'de ise koledokta obstrüksiyon, safra kesesi boynuna ya da sistik kanala impakte taş varlığı, taşın boyutu, biliyobiliyer fistülün varlığı, duodenal, pankreatik ve ampuller patolojiler ve maligniteye ait olası bulgular saptanabilir. Aynı

seansta stent yerleştirilerek biliyer dekompresyona olanak sağlar. Bu makalede, kolesistektomiden 6 yıl sonra gelişen ve tekrarlayan bir Mirizzi sendromu olgusu sunulmuştur.

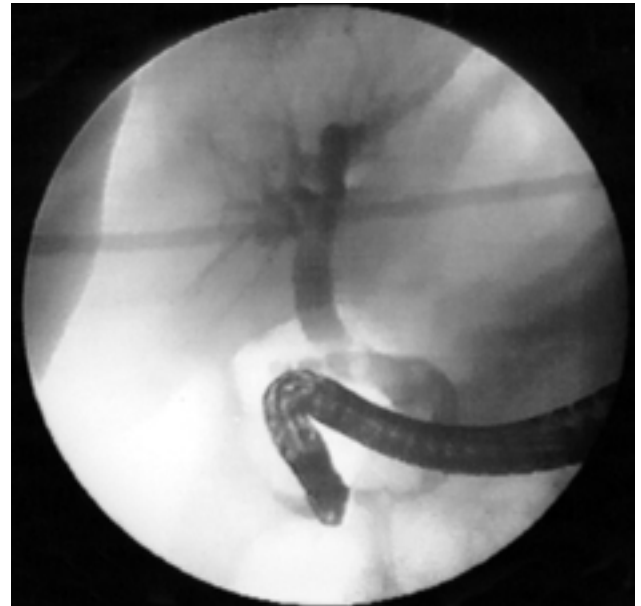
## OLGU

Kırksekiz yaşındaki erkek hasta, ateş, titreme, bulantı, kusma ve sarılık yakınmaları ile kliniğimize müracaat etti. Özgeçmişinde; 1975-1981 arasında beş kez üst gastrointestinal sistem kanaması, 1995 yılında kolesistektomi (akut taşlı kolesistit tedavisiyle) ve 2001 yılında tıbbi tedaviyle durdurulamayan üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle bilateral trunkal vagotomi + piloroplasti operasyonu öyküsü mevcut idi. Mevcut yakınmaları yaklaşık iki gün önce başlamış olup, yapılan fizik muayenesinde AKB 100/60 mmHg, ateş 38°C, vuru 110/dakika düzenli, dil kuru, cilt ve skleralar ikterik, sağ üst kadranda palpasyonla hassasiyet tespit edildi. Diğer sistem bulguları normal idi. Laboratuvar bulgularında; Hb: 15.9 gr/dl, Htc: %44.8, BK: 15.200/mm<sup>3</sup>, Plt: 193.000/mm<sup>3</sup>, eritrosit sedimentasyon hızı: 33 mm/saat, glisemi: 117 mg/dl (65-107), üre: 29 mg/dl (N), kreatinin: 1.0 mg/dl (N), ürik asit: 4.5 mg/dl (N), AST: 256 Ü/L (0-38), ALT: 576 Ü/L (8-40), ALP: 251 Ü/L (0-270), GGT: 273 Ü/L (8-61), direkt/indirekt bilirubin: 6.2/0.9 mg/dl (0-0.3/0-1.0), total protein: 6.4 g/dl (N), albümin: 3.9 gr/dl (N), total kolesterol: 216 mg/dl (N), trigliserid: 113 mg/dl (N), LDH: 760 Ü/L (240-480), amilaz: 35 Ü/L (N), protrombin zamanı: 11.8 sn (INR: 0.902), HBsAg: negatif, Anti-HCV: negatif saptandı. Yapılan üst batin ultrasonografisinde; karaciğer kraniokaudal mesafede 167 mm (hepatomegali), parankim içerisinde milimetrik kalsifiye ekojeniteler, intra ve ekstrahepatik safra yolları normal kalibrasyonda, koledok 10 mm, dalak normal boyutta, içerisinde birkaç adet milimetrik kalsifiye alanlar tespit edildi. Pankreas ve paraaortik alanlar normal bulundu. Batin tomografisinde; karaciğer, dalak, pankreas, abdominal aorta normal idi. Batin içinde serbest mayi izlenmedi. Yapılan ERCP'de, koledokun geniş, sistik kanal güdüğünün uzun ve distal yerleşimli olduğu görüldü. Sistik kanalda bir adet dolma defekti mevcuttu. Endoskopik sfinkterotomi sonrası, sistik kanala girilerek basket ve balonla taş ekstrakte edildi (Resim 1). İşlem sonrasında klinik ve laboratuvar bulguları hızlı bir şekilde normale döndü. 11 ay sonra, hastamızda epigastrik bölgeden başlayıp, sırta vuran, 3-4 saat süren karın ağrısı ve bulantı ya-



Resim 1. Hastamızın ilk yapılan ERCP görüntüsü

kınmaları ortaya çıktı. Ateş 39°C olup, cilt ve skleralar ikterik idi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; BK: 19.200/mm<sup>3</sup>, eritrosit sedimentasyon hızı: 18 mm/saat, glisemi: 101 mg/dl, üre: 10 mg/dl, kreatinin: 0.92 mg/dl, ürik asit: 3.5 mg/dl, AST: 451 Ü/L, ALT: 753 Ü/L, ALP: 368 Ü/L, GGT: 202 Ü/L, direkt/indirekt bilirubin: 2.83/2.39 mg/dl, total protein: 7.5 gr/dl, albümin: 4.6 gr/dl, total kolesterol: 190 mg/dl, trigliserid: 122 mg/dl, LDH: 588 Ü/L, amilaz: 65 Ü/L saptandı. Yinelene ERCP'de, sistik kanal güdüğünde taş görüldü. Balonla sistik kanala girilerek, bol miktarda çamur ve minik taş ekstrakte edildi (Resim 2). 15 aylık takip süresince hasta stabil seyretti.



Resim 2. Hastamızın 11 ay sonra tekrarlanan ERCP görüntüsü

## TARTIŞMA

Mirizzi sendromu, sistik kanal ya da safra kesesi boynuna impakte taşın, koledok kanalına dıştan basısı sonucu gelişir. Hastalık tipik olarak biliyer obstrüksiyona sekonder ağrısız sarılık veya kolanjit ile kendini gösterir. Karaciğer fonksiyon testleri kolestatik paternde olup, CA 19.9 sıklıkla artmıştır.

Mirizzi sendromu tedavisi cerrahi veya endoskopik olarak yapılabilir. Cerrahi öncelikle seçilecek tedavi şeklidir. Cerrahi tedavi; inflame safra kesesi, sistik kanal, impakte taş gibi olaydan sorumlu faktörlerin uzaklaştırılmasını sağlar. Klinik olarak obstrüktif sarılık varlığında cerrahi öncesi ERCP ya da MRCP yapılması ve cerrahi tekniğe karar verilmesi önerilmektedir. Koledok hasarı riskinin yüksek olması nedeniyle laparoskopik kolesistektomi önerilmemektedir. Endoskopik tedavi biliyer drenajı sağlar, cerrahiye zaman kazandırır. Cerrahiye uygun olmayan hastalarda ise kesin tedavi yöntemidir. Ayrıca elektrohidrolik litotripsiye olanak sağlar.

Biliyer drenaj amacıyla sfinkterotomi, nazobiliyer kateter veya stent uygulamaları yapılabilir. Tek başına endoskopik yaklaşımla taşın çıkarılması ya da uzun süreli stent uygulanmasıyla başarılı sonuçlar alınan olgular da vardır.

Binmoeller ve arkadaşları 14 hastada elektrohidrolik litotripsi yöntemi ile 12 hastada tek seansta, 2 hastada ise çok sayıda taş olması nedeniyle birden fazla seansta başarılı sonuç almışlar (7). Seitz ve arkadaşları 38 hastada elektrohidrolik litotripsi uygulamışlar ve tümünde başarılı sonuçlar almışlardır. Aynı çalışmada bir hastada perforas-

yon gelişmiş ve konservatif tedaviyle düzelme olmuştur (8). Literatürde, gerek olgu sunumlarında gerekse çalışmalarda Mirizzi Sendromu, tanımda anılan lokalizasyonlara taşın impakte olmasından kaynaklanmıştır. Taşın olmadığı ya da kolesistektomili hastalarda sadece bir kaç olgu bildirilmiştir. Ippolito ve arkadaşları, taşsız kolesistitin inflamasyon nedeniyle koledokta tam obstrüksiyona neden olduğu Mirizzi sendromu olgusu yayınlamışlardır (9).

Chaudhuri ve arkadaşları ise sistik kanalın koledoka yakın bağlanması nedeniyle sistik kanal koledok birleşim yerinde ödem gelişmesi sonucunda oluşan Mirizzi sendromu bildirmişlerdir (10).

Sowula ve arkadaşları, 53 yaşında bir bayan hastada, kolesistektomiden 20 yıl sonra sistik kanal artığındaki taşa bağlı olarak gelişen Mirizzi sendromu olgusu bildirmişlerdir (11). Bizim olgumuzda da kolesistektomi sonrası Mirizzi Sendromu oluşması yönüyle Sowula ve arkadaşlarının olgusuna benzemektedir. Ayrıca olgumuzda Mirizzi sendromu tekrarlamış ve her iki tablo da endoskopik olarak tedavi edilmiştir. Olgumuzda sistik kanal güdüğünün uzun kalması ve distal yerleşimli olması, ayrıca duodenumdaki deformasyon varlığı sistik kanala reflü olan safranin boşalması güçlükle oluşturmuş, bu da enfeksiyon ve taş oluşumunu kolaylaştırmış olabilir. Hastanın her ikisinde de kolanjit atağı ile prezente olması da bunu destekleyebilir. Sonuç olarak; kolesistektomi sonrasında gelişen kolestatiz tablosunda, uzun bırakılmış ve distal yerleşimli sistik kanal güdüğü bulunanlarda, Mirizzi sendromu da tanımlar arasında düşünülmeli ve tekrarlayabileceği akılda bulundurulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Mirizzi PL. *Sindrome del conducto hepatico*. *J Int Chir* 1948; 8: 731-37.
2. Csendes A, Diaz JC, Burdiles P, et al. *Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification*. *Br J Surg* 1989; 76: 1139-43.
3. Hazzan D, Golijanin D, Reissman P, et al. *Combined endoscopic and surgical management of Mirizzi syndrome*. *Surg Endosc* 1999; 13: 618-20.
4. Pemberton M, Wells AD. *The Mirizzi syndrome*. *Postgrad Med J* 1997; 73: 487-90.
5. McSherry CK, Ferstenberg H, Virshup M. *The Mirizzi syndrome: suggested classification and surgical therapy*. *Surg Gastroenterol* 1982; 1: 219-25.
6. Nagakawa T, Ohta T, Kayahara M, et al. *A new classification of Mirizzi syndrome from diagnostic and therapeutic viewpoints*. *Hepato-gastroenterology* 1997; 44: 63-7.
7. Binmoeller KF, Thonke F, Soehendra N. *Endoscopic treatment of Mirizzi's syndrome*. *Gastrointest Endosc* 1993; 39: 532-6.
8. Seitz U, Bapaye A, Bohnacher S, et al. *Advances in therapeutic endoscopic treatment of common bile duct stones*. *World J Surg* 1998; 22: 1133-44.
9. Ippolito RJ. *Acute acalculous cholecystitis associated with common hepatic duct obstruction: a variant of Mirizzi's syndrome*. *Conn Med* 1993; 57: 451-5.
10. Chaudhuri A. *Mirizzi's syndrome after cholecystectomy*. *Gastrointest Endosc*. 2002; 55: 456.
11. Sowula A, Groele H. *Mirizzi syndrome caused by the gallstone in long remnant of a cystic duct*. *Wiad Lek (Eng Abstr)* 1999; 52: 85-8.