

TEKRARLAYAN ATEŞ ATAKLARI: MİRİZZİ SENDROMU OLGU SUNUMU

Reccurent Fever Attacks: Mirizzi Syndrome A Case Report

Ayşegül TUNA¹ , Canver ÖNAL² , Okan ÇALIŞKAN¹ 

¹Kars Harakani Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, KARS, TÜRKİYE

²Kars Harakani Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, KARS, TÜRKİYE

ÖZ

ABSTRACT

Mirizzi sendromu safra kesesi taşına bağlı gelişen ve nadir görülen bir komplikasyondur. Mirizzi sendromu olan hastanın abdomen cerrahisi sırasında inflame kese ve kese kanalının yaralanma riski olduğu için preoperatif tanı konulması çok önemlidir. Ancak patognomonik görüntüsü olmadığı için, modern görüntüleme tekniklerine rağmen preoperatif tanı konulması zordur. Bu nedenle çoğu zaman intraoperatif tanı koyulur. Tedavisi cerrahidir. Bu yazıda titremeye yükselen ateş nedeniyle hastaneye başvuran 85 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur. Tekrarlayan ateş atakları nedeniyle hastaneye yatırılan hastanın, antibiyotik kullanımı sırasında ateş yüksekliğinin gelişmesi sonucu intravenöz kontrast madde verilerek çekilen magnetik rezonans görüntüleme sonrası hastaya Mirizzi sendromu tanısı konulmuş ve hasta tedavi edilmiştir.

Mirizzi syndrome is an unusual complication due to gallstones. Preoperative diagnosis is very important because there is a risk of injury to the inflamed gallbladder and gallbladder duct during surgical treatment of a patient with Mirizzi syndrome. However, preoperative diagnosis is difficult despite modern imaging techniques, since it does not have a pathognomonic image. For this reason, Mirizzi syndrome can often be diagnosed intraoperatively. The treatment is surgery. In this case report, an 85-year-old male patient who was admitted to the hospital due to fever rising with chills is presented. The patient was hospitalized for recurrent episodes of fever. As a result of the development of fever during antibiotic use, magnetic resonance imaging with intravenous contrast was obtained and the patient was diagnosed with Mirizzi syndrome and treated thereafter.

Anahtar Kelimeler: *Mirizzi sendromu, kolesistit, kolelitiiazis*

Keywords: *Mirizzi syndrome, cholecystitis, cholelithiasis*



Yazışma Adresi / Correspondence:
Kars Harakani Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, KARS, TÜRKİYE
Tel / Phone: +90 538 0270138
Geliş Tarihi / Received: 24.06.2021

Dr. Ayşegül TUNA
E-posta / E-mail: draaslan87@gmail.com
Kabul Tarihi / Accepted: 26.07.2021

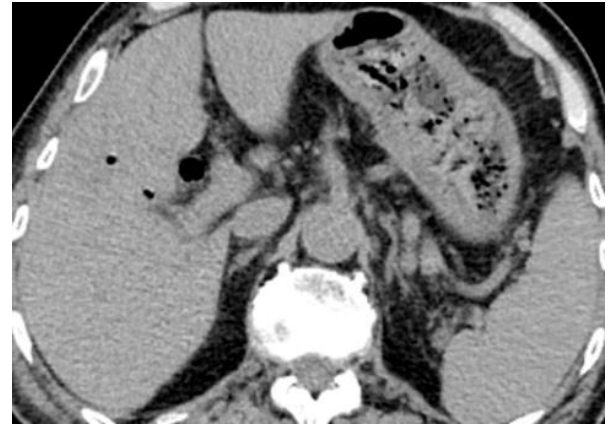
GİRİŞ

Mirizzi sendromu (MS) safra kesesi taşına bağlı olarak gelişen ve nadir görülen bir komplikasyondur. Kolelityazis hastalarının %1'inde görülür. MS safra kesesinin sistik kanalı veya infundubulumda gömülü bir taşın dıştan bası ile hepatik kanal obstrüksiyonuna sebep olmasıyla gelişen klinik tablodur (1-3). Oluşan baskıya bağlı olarak kesenin tamamını kaplayacak genişlikte fistül açılabilir ve fistül boyutuna göre sınıflandırılması yapılır (4,5). Preoperatif tanı konulması cerrahi sırasında inflame kese duvarı ve kese kanalının yaralanma riskini azaltır (3). Tıkanma sarılığı ile karakterize klinikle takip edilen hastalara tanı modern görüntüleme tekniklerine rağmen çoğu zaman operasyon sırasında konulmakta veya safra kesesi duvarında kronik inflamasyona sekonder gelişen düzensizlikler nedeniyle nadir de olsa safra kesesi malignitesi ile karıştırılabilmektedir (1,6).

OLGU SUNUMU

Seksen beş yaşında erkek hasta titremeye yükselen ateş şikayetiyle enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji polikliniğine başvurdu. Hastadan alınan anamnezde son iki yıldır aralıklı olarak şikayetlerinin tekrarladığı, bu şikayetlerle başvurduğu dış merkezde bir sene önce ERCP yapıldığı öğrenildi. Hastada titremeye yükselen ateş haricinde herhangi bir semptom yoktu. Fizik muayenesinde odağa yönlendirecek herhangi bir patoloji saptanmadı. Farenks doğaldı, menenjismus bulguları yoktu, her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyordu, batin muayenesi normaldi, defans, rebound, hassasiyet, Murphy bulgusu saptanmadı. Suprapubik hassasiyet ve kostovertebral açılı hassasiyeti yoktu. Vücudunda erizipel, selülit, döküntü saptanmadı. Ele gelen servikal, axiller, inguinal lenfadenopatisi yoktu. Hastanın laboratuvar testleri bakteriyel enfeksiyon ile uyumluydu (Beyaz küre sayısı 27.730 u/L, %92 nötrofil hakimiyeti mevcut, CRP: 228 mg/L, AST: 93 u/L, ALT: 71 u/L, Total bilirübin: 0.97

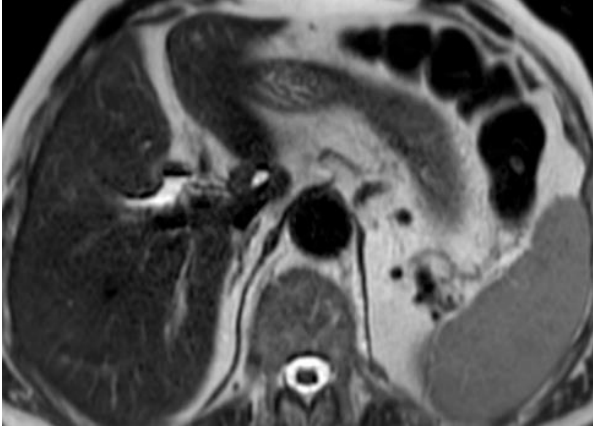
mg/dl, Direk bilirübin: 0.38mg/dl, Üre: 103.1 mg/dl, Kreatinin: 1.76 mg/dl). Ateş etyolojisi araştırmak için istenen abdomen ultrasonografisi sonucunda safra kesesi distandü, transvers çapı 40 mm, kese duvar kalınlığı 4 mm ölçüldü. Kesede kolestrol kristali ve safra çamuru izlendi. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografi sonucunda akciğerde patoloji saptanmamakla birlikte görüntüye giren üst batin kesitlerinde pneumobilia saptandı ancak geçirilmiş ERCP'ye sekonder olduğu düşünüldü. Başlanan meropenem tedavisi ile dramatik cevap alınan hastanın kan kültürlerinde GSBL olumsuz *E. coli* üremesi saptanması üzerine antimiktobiyal duyarlılığına göre tedavi deescale edilerek seftriakson tedavisine geçildi. Tedavinin 14. gününde hastada titremeye yükselen ateşin tekrarlaması ve laboratuvar bulgularında reenfeksiyon şüphesi (CRP: 103 mg/dl, Beyaz küre: 18000 u/L ve %88 nötrofil hakimiyeti) olması üzerine hastadan abdomen ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi istendi. Kliniği açıklayacak patoloji saptanmadı. Ancak tomografi görüntülerinde intrahepatik safra yollarında hava imajları fark edildi (Resim 1).



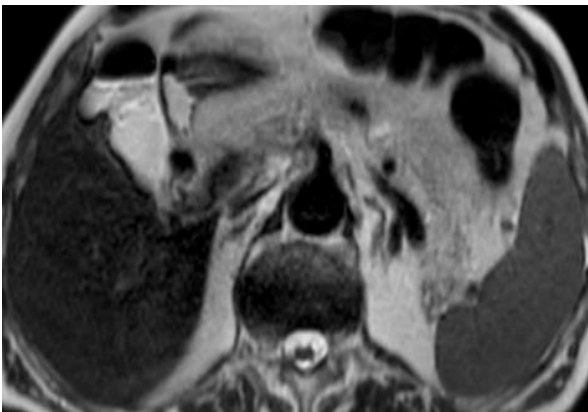
Resim 1: Abdominal Tomografide görülen intrahepatik kanallardaki hava imajları

Antibiyoterapinin 21. gününde çekilen intravenöz kontrastlı abdomen magnetik rezonans görüntüleme sonucunda safra kesesi sınırlarının düzensiz olması,

kese içerisinde kolonla benzer hava imajı, kese çevresinde inflame alan oluşu ve hastanın kliniği ile Mirizzi sendromu ön tanısı konuldu. Resim 2’de ana hepatik kanal ve koledokta hava, Resim 3’te kese duvarı düzensizliği, kese ve koledok içerisindeki hava görüntüsü ve muhtemel fistül alanı görülmektedir. Hasta laparoskopik işlem için cerrahiye devredildi. Hastaya yapılan laparoskopik cerrahi sonrası tip 2 Mirizzi sendromu tanısı konuldu. Geriye dönük yapılan incelemede tomografide kontrastsız çekildiği için içinde hava imajı olması nedeniyle kolon ile karışan safra kesesi ve muhtemel fistül hattı Resim 4’te gösterilmiştir.



Resim 2: Abdominal MR’da görülen ana hepatik kanal ve koledokta hava imajı



Resim 3: Abdominal MR’da görülen kese duvar düzensizliği, kese içerisinde hava, koledokta hava imajı ve muhtemel fistül alanı



Resim 4: Abdominal BT’de görülen safra kesesi

TARTIŞMA

MS 1948 yılında tanımlanan ve günümüzde 5 alt tip için ayrı tedavi seçeneği olan bir sendromdur. Akut kolesistit ile başlayan tabloda hepatik kanala bası sonucu tip 1 MS gelişir. Süreç kronikleştikçe safra kanalının aşınmasına bağlı olarak diğer tipler oluşur (5). MS’nun ayırıcı tanısında safra kesesi kanseri, kolanjiokarsinom, pankreas kanseri, sklerozan kolanjit veya metastatik hastalık gibi tıkanma sarılığı yapan nedenler düşünülmelidir (7,8). Bizim olgumuzda ise daha önce geçirdiği ERCP sonrası koledok ile duodenum arasına stent koyulmuş olması nedeniyle tıkanma sarılığı görülmemiştir.

Cerrahi öncesi tanı koyulması zordur. Özellikle ilk görüntüleme yöntemi olan ultrasonografide MS varlığı için patognomonik bulgu olmaması gözden kaçmasına sebep olabilir (9). Bizim olgumuzda da ultrasonografide safra çamuru görülmüştü ancak MS yönünden tanı koymaya yardımcı olmadı. Toraks tomografisinde de görülen pnömobilianın ERCP sonrasında görülebiliyor olması sebebiyle ayırıcı tanı yapılamadı. Ancak tomografi neoplastik lezyonları, lenfadenopatileri, hepatik infiltrasyonları ekarte edebildi (10). Magnetik rezonans görüntülemenin de MS tanısına yönlendirmesi açısından ERCP kadar başarılı sonuç verdiği bilinmektedir (1,11). Olgumuzda çekilen kontrastlı magnetik rezonans görüntüleme sonucunda kese

içindeki hava imajı ile birlikte kese duvarının düzensizliği, çevre dokularda inflamasyona bağlı kirlenmelerin görülmesi sonucu hastada MS tanısı düşünülmüştür.

MS tedavisi cerrahidir. Fistül varlığına göre tamamen veya kısmen yapılacak olan kolesistektomi ile tedavi edilir (12). Bizim hastamızda da antibiyotik tedavisi kliniğin ve laboratuvar bulgularının düzelmesini sağlamış ancak küratif etkisi olmamıştır. Cerrahi sonrası hasta kür sağlamıştır.

Akut kolesistit ve ERCP hikayesi olan hastalarda tekrarlayan ve açıklanamayan ateş gelişmesi durumunda nadir görülen komplikasyonların da ayırıcı tanıya eklenmesi hastaların tanı ve tedavi yaklaşımında yol gösterici olmaktadır.

Çatışma Beyanı: Bu çalışma sırasında, herhangi bir ilaç, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma ile herhangi bir ticari firmadan maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı: Planlaması, analizi ve yazımı Ayşegül Tunaya ait olan bu çalışmanın ana fikri, verilerin sağlanması, gözden geçirme ve düzeltmelerin yapılması Canver Önal ve Okan Çalışkan tarafından yapılmış olup, herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur/Onam Formu: Alınmıştır.

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. Alberti-Flor JJ, Iskandarani M, Jeffers L, Schiff ER. Mirizzi syndrome. *Am J Gastroenterol.* 1985;80(10):822-3.
3. Ölmez A, Doğan R, Aydın C, Pişkin T, Kayaalp C. Mirizzi Sendromu Tip 2: Olgu Sunumu. *Dicle Tıp Dergisi.* 2009;36 (4):314-5.
4. Beltran MA, Csendes A, Cruces KS. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. *World J Surg.* 2008;32(10):2237-43.
5. Csendes A, Díaz JC, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg.* 1989;76(11):1139-43.
6. Pemberton M, Wells AD. The Mirizzi Syndrome. *Postgrad Med J.* 1997;73(862):487-90
7. Beltran MA. Mirizzi syndrome: history, current knowledge and proposal of a simplified classification. *World J Gastroenterol.* 2012;18(34):4639-50.
8. Lai EC, Lau WY. Mirizzi syndrome: history, present and future development. *ANZ J Surg.* 2006;76(4):251-7.
9. Becker CD, Hassler H, Terrier F. Preoperative diagnosis of the Mirizzi syndrome: limitations of sonography and computed tomography. *AJR.* 1984;143(3):591-6.
10. Reverdito R, Moricz AD, Campos TD, Pacheco AMJ, Silva RA. Mirizzi syndrome grades III and IV: surgical treatment. *Rev Col Bras Cir.* 2016;43(4):243-7.
11. Chen H, Siwo EA, Khu M, Tian Y. Current trends in the management of Mirizzi Syndrome: A review of literature. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(4):e9691.
12. Baer HU, Matthews JB, Schweizer WP, Gertsch P, Blumgart LH. Management of the Mirizzi syndrome and the surgical implications of cholecystcholedochal fistula. *Br J Surg.* 1990; 77:743-5.