

Mirizzi Sendromu: Tedaviye Yol Gösterici Bir Sınıflama

MIRIZZI SYNDROME: A CLASSIFICATION BASED ON TREATMENT

Dr.Sinan ERSİN, Dr. Ali MENTEŞ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, HPB Cerrahisi Birimi, İZMİR

ÖZET

Amaç: Mirizzi sendromlu hastaların tedaviye yol gösterici bir sınıflamayla değerlendirilmesi ve farklı tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi.

Durum Değerlendirmesi: Bugüne kadar pek çok sınıflama yapılmasına karşın, halen Mirizzi sendromuyla ilgili en tartışmalı noktalardan biri sınıflamasıdır.

Yöntem: 1980-1997 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine müracaat etmiş ve Mirizzi sendromu tanısı almış 32 hasta retrospektif olarak incelendi. Menteş sınıflamasına göre Tip I'de sistik kanal ya da safra kesesi boyununa oturmuş taşın koledoka eksternal basısı, Tip II'de dış safra yollarında taş olmaksızın kolesistobiliyer fistül, Tip III'de ise dış safra yolları ile safra kesesinin tamamen birleştiği ve taşın dış safra yollarında olduğu hastalar tarif edilmiştir.

Çıkarımlar: Cerrahi tedavi hastaların %93.7'sine uygulandı. Olguların %68.7'si beş ay ile 15 yıl arasında değişen sürelerde izlendi. Seride iki (%6.2) mortalite görüldü.

Sonuç: Mirizzi sendromunda başarılı cerrahi tedavinin yapılabilmesi, doğru sınıflama ile mümkün olabilmektedir. Özellikle Tip III olgularda biliyer ağacın dikkatli eksplorasyonu farklı seçeneklerden birinin etkin uygulanımını kolaylaştıracaktır.

Anahtar kelimeler: Mirizzi sendromu, tıkanma sarılığı, kolelitiazis

SUMMARY

Thirty-two patients with the Mirizzi syndrome, encountered between 1980 and 1997 were classified into three groups. Type I consisted of patients with common bile duct obstruction due to external compression by a gallstone impacted at the infundibulum of the gallbladder (18.7%); Type II included cholecystobiliary fistulization however, the stone remained in the gallbladder (25%). Type III patients had complete integration between the gallbladder and the common bile duct and the calculi occluded the common bile duct (56.3%). Surgery was performed in 93% of the patients with a mortality rate of 6.2%.

Keywords: Mirizzi syndrome, obstructive jaundice, gallstone

Mirizzi sendromu sistik kanal veya safra kesesi infundibulumuna oturmuş impakte taşın, ortak hepatik kanala yaptığı eksternal obstrüksiyon olarak tanınır (1,2,3,4). Bu durum genellikle dış safra yollarının uzun süre devam eden enflamasyonu ile ilgili bulunmuştur. Mirizzi'nin kendi adıyla 1948'de tanımladığı sendromu, daha sonraki yıllarda değişik sınıflamalarla karşımıza çıkmıştır (5). Biz burada 32 olguluk bir seriyi, literatür eşliğinde gözden geçirdik.

GEREÇ ve YÖNTEM

1980-1997 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine müracaat edip Mirizzi sendromu tanısı almış 32 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Onu (%31.2) erkek, 22'si (%68.8) kadın olan hastaların en genci 30, en yaşlısı 90 yaşında idi. Hasta dosya kayıtlarından anamnez, klinik bulgular, fizik muayene, laboratuvar ve diğer yardımcı tanı yöntemleri ile ilgili

bilgiler alınarak incelendi. Olgular operasyon sırasındaki bulgularla Mentesh sınıflamasına göre değerlendirildiler (6). Bu sınıflamaya göre, Tip I hastalarda sistik kanala ya da safra kesesi boyunca oturmuş taşın koledoka yaptığı eksternal bası sonucu oluşan sarılık söz konusudur. Burada anatomik yapılar intaktır. Mentesh Tip II'de dış safra yollarında taş olmaksızın kolesistobiliyer fistül mevcuttur. Taş safra kesesindedir ve gelişen sarılık yine eksternal basıya bağlıdır. Tip III olgularda safra kesesi ve dış safra yolu tamamen birleşmiştir ve taş dış safra yollarındadır.

SONUÇLAR

Hastaneye başvuran olguların tümünde başvuru anında, ya da anemnezinde obstruktif tip sarılık semptomlarına rastlandı. Karın ağrısı, ateş ve sarılık yakınmaları hastaların hepsinde mevcut olup, sadece dördünde (%12.5) bu bulgular bir yıldan daha uzun bir zaman dilimine yayılmıştı. Geri kalan 28'inde (%87.5) semptomlar 1-6 ay arasında (ortalama 2.3 ay) değişen sürelerde saptandı. Yirmialtı (%81.25) olguda başvuru sırasında sarılık mevcuttu. Serum total bilirubin düzeyleri 19 olguda 0.4-8.6 mg/dl, yedi olguda 10.0-15.0 mg/dl arasında, altı olguda ise 20 mg/dl nin üzerinde idi.

Preoperatif tanı amacıyla karın ultrasonografisi 22 olguda kullanıldı ve 18 olguda koledok taşı tanısı ile sınırlı bir bilgi sağlandı. İntravenöz kolanjiografi bir olguda ultrasonografi sonrası yapıldı ancak tanıya ilave bir katkı sağlayamadı. Perkütan Transhepatik Kolanjiografi (PTK) altı olguda kullanıldı ve %83 (5 olgu) doğru tanı koydu. Endoskopik Retrograt Kolanjiografi (ERK) ise 19 olguda uygulandı ve %74 (14 olgu) doğru tanı koydu.

Bu seride 30 olguya cerrahi tedavi uygulandı. Bir hasta sarılığa bağlı komplikasyonlar nedeniyle preoperatif dönemde kaybedildi. Diğer hasta ise Mirizzi sendromu tanısı aldıktan sonra başka bir hastanede opere olmayı tercih etti. Bu hastanın tanısı ameliyat sonrası takip edildi ve doğrulandı. Preoperatif tanı incelemeleri hastalardaki gerçek durumu ancak %50 oranında gösterebildi. Onaltı (%50) hastada Mirizzi sendromunun varlığı cerrahi girişim ile saptanabildi.

Olgular Mentesh sınıflamasına göre değerlendirildiğinde, Tip I'de altı (%18.7), Tip II'de sekiz (%25) ve Tip III'de 18 (%56.3) olgu mevcuttu. Tip I hastalara kolesistektomi, koledokotomi ve T tüp drenaj uygulandı. Tip

II'deki olguların yedisine de aynı işlem uygulanırken, bir olguya kolesistektomi ve koledokoduodenostomi yapıldı. İlave olarak Tip II'deki olguların tümünde ana hepatik kanaldaki fistül primer olarak kapatıldı. Bu gruptaki hastaların birinde ayrıca mevcut kolesistoduodenal fistül primer olarak kapatıldı. Tip III olgularda safra kesesi ile ana hepatik kanal arasındaki yoğun enflamasyon, biliyer ağacın anatomisini belirlemede ve yeniden devamlılığın sağlanmasında önemli zorlukları beraberinde getirdi. Bu olgularda kimi zaman safra kesesi fundusundan açılıp, taşlar çıkarıldı ve ana hepatik kanal duodenal ampullaya kadar kanüle edildikten sonra diseksiyona devam edildi. Tip III hastalarda parsiyel kolesistektomiye takiben ana hepatik kanala konulan T tüp üzerinden bir parça safra kesesi ya da sistik kanal duvarı kullanmak suretiyle biliyer drenaj devamlılığı sağlandı. Bu grupta yer alan hastalardan birine kolesistoduodenostomi, birine sfinkteroplasti ve bir diğerine de duodenal fistülün primer onarımı uygulandı. Dört olguda ana hepatik kanal rezeksiyonu ve Roux en Y hepatikojejunostomi ile biliyoenterik drenaj gerçekleştirildi.

Bu seride mortalite iki (%6.2) olguda görüldü. Hastalardan biri 69 yaşında bir erkek olup serum bilirubin düzeyi 48.6 mg/dl idi. Bu olgu preoperatif dönemde kaydedildi. Tip III olan 65 yaşındaki kadın hasta ise postoperatif erken dönemde böbrek yetmezliği nedeniyle eksitus oldu. Bu olgunun preoperatif serum bilirubin düzeyi 48 mg/dl idi.

Postoperatif morbidite üç (%9.3) olguda saptandı. Bir hastada cilt altı enfeksiyonu, bir hastada pnömoni saptandı. Kolesistektomi, T tüp drenaj uygulanmış Tip II hastalardan birinde postoperatif dönemde çekilen kolanjiografide ana hepatik kanalda negatif bir gölge belirlendi. Ancak yapılan kontrol ERK de taş saptanamadı ve T tüp çekildi. Toplam 22 (%68.7) hasta beş ay ile 15 yıl arasında değişen sürelerde takip edildi ve hiçbirisinde biliyer darlık ya da reoperasyon gereği görülmedi.

TARTIŞMA

Kolesistektomi elektif karın cerrahisinde en sık uygulanan operasyonlardan biridir. Bu cerrahi esnasında Mirizzi sendromu ile karşılaşma insidansı %0.4 ile %1.4 arasında bildirilmektedir (7,8,9,10).

Bazı yazarların öne sürdüğü gibi safra kesesi

ve yollarının anatomik varyasyonlarının hastalığın gelişiminde temel faktör olup olmadığı tartışmalıdır (11,12,13,14). Mirizzi sendromlu hastalarda semptomlara ait öykü genellikle kısadır (14,15). Serimizde semptomların ortaya çıkış süresi ortalama 2.3 ay idi. Bu da hastalığın semptomlar ortaya çıkmadan önce sessiz enflamatuvar ataklarla gelişim gösterdiğini ortaya koymaktadır. Semptomların ortaya çıkışı herhangi bir anatomik varyasyonun varlığından çok, enflamatuvar bir doku reaksiyonu ile ilgili görünmektedir. Eğer temel sebep anatomik varyasyonlar olsaydı Tip III hastalığın gelişiminden önce semptomların erken dönemde ortaya çıkması beklenirdi. Daha önce bazı yazarlar değişik sınıflamalar yapsalar da halen Mirizzi sendromu ile ilgili en tartışmalı noktalardan biri sınıflamasıdır. Bütün sınıflamalarda Tip I, sistik kanal ya da safra kesesi boynundaki impakte taşın ortak safra kanalına dıştan basısı olarak tanımlanmıştır (4,11,15). Mirizzi sendromunda Tip I hastaları ayrı bir antite olmaktan çok safra taşı hastalığına bağlı interbiliyer fistülün başlangıç fazı olarak kabul etmek gerekir. Önceki sınıflamalar genellikle tartışmaya açıktır. Hastaların büyük kısmında safra taşı hastalığına ait öykünün kısa olması, kronisiteye dayanan sınıflamaların klinik bakış açısını yansıtmadığını düşündürmektedir (4). Burada kullandığımız sınıflama ortaya koyduğu hastalık evresi ve uygulanabilecek cerrahi prosedür açısından daha akılcıdır.

Mirizzi sendromunun preoperatif dönemde tanısının konması için çoğu kez şüpheli bir yaklaşım gereklidir. Ultrasonografinin (US) yeri obstrüktif sarılığı, safra taşı hastalığını veya koledok taşını ortaya koymak dışında sınırlıdır. US ve BT tıkanma sarılığının diğer sebeplerinin ekarte edilmesinde yararlı olabilir (16). Bu seride PTK hastaların %83'ünde, ERK ise %74'ünde doğru tanı koymuştur. Preoperatif tanı oranları 80'li yılların başında daha düşük iken, son on yılda başarı ERK ve PTK'nın etkin kullanımıyla artmıştır (17).

Mirizzi sendromu Tip II'nin cerrahi tedavisinde hepatik kanal duvarındaki defekt, T tüp stent konularak primer olarak kapatılabilir. Burada fistül deliği küçük olsa bile tavsiye edilen T tüpün fistül deliğinden değil, bunun distalinden çıkarılmasıdır (16). Tip III'deki tedavi ise, başarılı bir otojen dokuyla plastiği içermelidir. Doku, safra kesesi veya sistik kanaldan alınabilir. Biz kısa süreli bir öyküyle gelen safra taşına bağlı tıkanma ikterli hastalarda, cerrahi sırasında

dikkatli bir yaklaşım öneriyoruz. Ortak hepatik kanal lokalizasyonunda sessizce ilerlemiş enflamasyona bağlı doku reaksiyonunun mevcut olduğu hastalarda, hemen diseksiyona başlamak doğru olmayacaktır. Safra kesesi içeriğinin boşaltılmasını takiben fundusdan yerleştirilen bir kateter ile kolanjiografi yapılması akılcı bir yaklaşımdır. Mirizzi sendromu kolesistektomi ve T tüp drenaj ile tedavi edilebileceği gibi, olağan dışı olgularda "Roux en Y" biliyoenterik anastomoz ile etkin bir şekilde tedavi edilebilir (4,9,11,13). "Roux en Y" anastomozu, Tip III olgularda ortak kanalın rekonstrüksiyonu için yeterli safra kesesi kalmadığında veya malignite ekarte edilemediğinde akılcı bir seçenektir. Bizim öne sürdüğümüz dışında Mirizzi sendromunun cerrahi tedavisinde alternatifler olabilir. Literatürde az da olsa laparoskopik tedavinin başarısından söz edilmektedir (2). Ancak genel kanı bu yaklaşımın tehlikeli olduğu yönündedir (18). Hatta bazı yazarlar olası ortak kanal yaralanması nedeniyle laparoskopik girişimin kontrendike olduğunu ifade etmişlerdir (19,20,21). Zira hepatoduodenal ligamandaki yoğun adhezyon ve ödem, Calot üçgenin ortaya konmasında ciddi zorluklar meydana getirmektedir. Seride yer alan hastaların onbiri (%34.3) kliniğimizde laparoskopik cerrahinin uygulandığı dönemde opere edildiler. Ancak bu süreçte hiç bir olguya laparoskopik girişim uygulanmamıştır. Anatomik yapıların ortaya konmasındaki güçlük nedeniyle, kimi zaman açık cerrahinin bile zorlukla yapıldığı bu olgularda laparoskopik girişimlerin ciddi komplikasyonlara neden olacağı ve belkide yapılacak cerrahi işlemin boyutlarını genişleteceği kanısını taşımaktayız.

KAYNAKLAR

1. Posta CG: *Unexpected Mirizzi anatomy: A major hazard to the common bile duct during laparoscopic cholecystectomy.* Surg Laparosc Endosc 1995;5(5):412-4.
2. Berta R, Pansini GC, Zamboni P: *Laparoscopic treatment of Mirizzi's syndrome.* Minerva Chir 1995;50(6):547-52.
3. Starling JR, Matallana RH: *Benign mechanical obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome).* Surgery 1980;88(5):737-40.
4. Bower TC, Nagorney DM: *Mirizzi syndrome.* HPB Surg 1988;1(1):67-74.
5. Mirizzi PL: *Sindrome del conducto hepatico.* J Int Chir 1948;8:731-37.
6. Menteş A, Çavuşoğlu H: *The Mirizzi syndrome: A*

- clinical controversy. *Dig Surg* 1992;9:61-5.
7. Mever CJ, Runge D, Gebhardt J: Mirizzi syndrome and its variants. *Z Gastroenterol* 1990;28(4):202-5.
 8. Jimenez O, Palacios JM, Correa R, Rojas M, Lopez O: Mirizzi syndrome: Experience of 77 cases. *Rev Med Chil* 1989;117(5):501-7.
 9. Yip AWC, Chow WC, Chan J, Lam KH: Mirizzi syndrome with cholecystocholedochal fistula: Preoperative diagnosis and management. *Surgery* 1992;111:335-338.
 10. Mishra MC, Vashishtha S, Tandon R: Biliobiliary fistula: Preoperative diagnosis and management implications. *Surgery* 1990; 108(5):835-839.
 11. Alberti-Flor JJ, Iskendari M, Jeffers L: Mirizzi syndrome. *Am J Gastroenterol* 1985; 80:822-3.
 12. Weiss SL, Pupols AZ, Starling JR: Mirizzi syndrome simulating a tumor by ERC. *Dig Dis Sci* 1986;31:100-2.
 13. Balthazar EJ: The Mirizzi syndrome: Inflammatory stricture of the common hepatic duct. *Am J Gastroenterol* 1975;64:144-8.
 14. Didlake R, Haick AJ: Mirizzi's syndrome: An uncommon cause of biliary obstruction. *Surgery* 1990;56:268-9.
 15. McSherry CK, Ferstenberg H, Virshup M: The Mirizzi syndrome: Suggested classification and surgical therapy. *Surg Gastroenterol* 1982;1:219-25.
 16. 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.
 17. Baer HA, Matthews JB, Schweizer WP, Gertsch P, Blumgart LH: Management of the Mirizzi syndrome and the surgical implications of cholecystocholedochal fistula. *Br J Surg* 1990;77:743-745.
 18. Peterli R, Geering P, Huber AK: Mirizzi syndrome: Preoperative diagnosis and therapeutic management. *Swiss Surg* 1995;6:298-303.
 19. Hsu YB, Yu SC, Lee PH, Wei TC: An uncommon cause of biliary obstruction (Mirizzi syndrome): Report of five cases. *J Formos Med Assoc* 1994;93(4):314-319.
 20. Moser JJ, Baer HU, Glatti A, Schweizer W, Blumgart LH, Czerniak A: Mirizzi syndrome: A contraindication for laparoscopic surgery. *Helv Chir Acta* 1993;59(4):577-580.
 21. Rust Kr, Clancy TV, Warren C, Mertesdorf J, Maxwell JC: Mirizzi's syndrome: A contraindication to coelioscopic cholecystectomy. *J Laparoendosc Surg* 1991;1(3):133-137.

YAZIŞMA ADRESİ:

Dr. Ali MENTEŞ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi ABD
HPB Cerrahisi Birimi
35100 Bornova/İZMİR