Type 2 Mirizzi Syndrome: Case Report

Tip 2 Mirizzi Sendromu: Olgu Sunumu

Eyüp Murat Yılmaz[1], Ahmet Sencer Ergin[1], Pakize Özçiftci Yılmaz[3], Vedat Menderes Özçiftci[4]
[1]Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,
[2]Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği,
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medical Student, Ankara, Türkiye

Özet

Mirizzi sendromu safra kesesi taşının nadir bir komplikasyonu olup taşın hartman poşu veya sistik kanala basısı sonucu gelişmektedir. Modern görüntüleme yöntemlerine rağmen tüm olgularda ameliyat öncesinde tanı konamamaktadır. Mirizzi sendromunun tedavisi cerrahi onarımdır. Bu olguda tıkanma ikteri nedeniyle kliniğimize başvuran 70 yaşında bayan hasta sunulmuştur. Preoperatif koledokta 25 mm 'lik taş çıkartılamamış ancak stent ile biliyer drenaj yapılmıştır. ERCP işlemine rağmen preoperatif mirizzi sendromu tanısı konamayan hastaya konvensiyonel cerrahi uygulanıp intraoperatif Tip 2 mirizzi sendromu tanısı konmuştur. Parsiyel kolesistektomi,koledokotomi ile T tüp drenaj yapılan hasta postoperatif takipleri sonucu sorunsuz olarak T tüp çekildikten sonra taburcu edilmiştir.

Anahtar Kelimeler

Mirizzi; Sendrom; İkter

Abstract

Mirizzi sendrom which is a rare complication of gallbladder stone takes place as a result of the stone's pressure towards cystic duct or hartmann. Despite modern imaging methods,ıt cannot be diagnosed prior to the operation in all cases.The treatment of mirizzi syndrome is surgical repair.ın this case a woman patient (70) who applied to our clinic due to the obstruction in icterus is submitted.25 mm calibre stone in the preoperative choledoch could not be taken out but stent and biliary drainage were performed.Conventional surgical treatment was performed the patient who was not diagnosed as mirizzi syndrome in spite of ERCP process and she was diagnosed as intraoperative type 2 mirizzi syndrome.The patient performed partial cholecystectomy,choledochotomy and t tube drainage was discharged without any trouble as a consequence of postoperative observations after t tube was taken out.

Keywords

Mirizzi; Syndrome; Jaundice

DOI: 10.4328/JCAM.2695 Received: 22.07.2014 Accepted: 09.08.2014 Printed: 01.02.2014 J Clin Anal Med 2014;5(suppl 1): 32-4
Corresponding Author: Eyüp Murat Yılmaz, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye.
GSM: +905056005995 E-Mail: drmyilmaz80@gmail.com

Giriş

Mirizzi Syndrome ilk kez 1948 yılında Pablo Mirizzi tarafından tanımlanan, hartman poşu veya sistik kanala oturmuş bir taşın ortak hepatik kanala basısı sonucu oluşan tablodur [1].Safra kesesi taşı hastalığının nadir bir komplikasyonu olup yaklaşık %1 civarında görülmektedir [2].Uzun süreli safra kesesi taşı olan kadın hastalarda daha sık olmakla beraber klinik olarak aralıklı olarak tıkanma ikteri tablosu ile karşımıza çıkabilmektedir [3].Yine klinik olarak biliyer kolik, tıkanma ikteri, akut pankreatit ve kolanjit tabloları gelişebilir. Hastaların %90'ında ALP, GGT ve bilirubin değerlerinin artmış olduğu görülür. Görüntüleme yöntemlerinde batın ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi değerlidir. Bunlara ek olarak endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi(ERCP) koledokta obstruksiyon,dilatasyon, impakte taş,maligniteye ait bulgular yanında fistül gelişmiş ise bunun hakkında da son derece yardımcı olur.Ayrıca aynı seansta stent yerleştirilerek biliyer dekompresyona da olanak sağlar [4]. Artmış modern görüntüleme yöntemlerine rağmen olguların bir kısmına ameliyat öncesinde tanı konamamakta, bir kısmına da malignite lehine tanı konmaktadır.

Olgu Sunumu

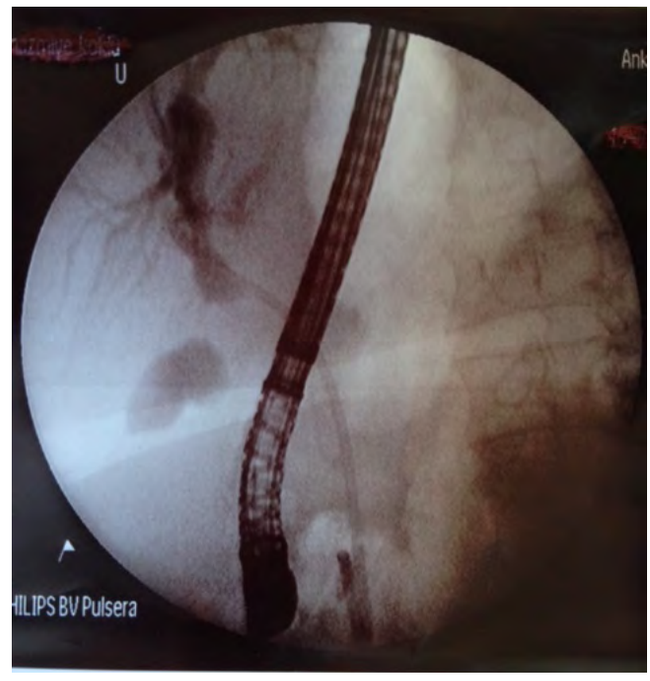
70 yaşında kadın hasta, polikliniğimize sağ üst kadranda sırta vuran karın ağrısı , bulantı ve sarılık şikayetleri ile başvurdu. Şikayetleri 3 gündür devam eden hastanın yapılan rutin tetkiklerinde Hb:9,7 g/dl, WBC:5600/mm3, AST:192U/L, ALT:100U/L, GGT:654U/L,ALP:854IU/L, Amilaz:852U/L,, T.Bil:4,1 mg/dl,D. Bil:3,4 mg/dl Üre:71 mg/dl, Cre:1,54 mg/dl , Na:139 mmol/L, K: 4,7 mmol/L olarak saptandı. Bunun üzerine hasta tıkanma ikteri ön tanısı ile kliniğimize interne edildi. Yapılan abdominal USG'sinde safra kesesi duvarı diffüz kalın(7 mm), perikolesistik sıvı ve enflamasyon izlendi. Kese boynunda 26 mm lik taş izlendi. İntrahepatik safrayolları (İHSY) ve koledok dilate olarak saptandı. Pankreatik kanal 4 mm olarak ölçüldü (şekil 1).Ekstrahepatik safra yollarının görüntülenmesi ve drenaj amacıyla ERCP yapılmasına karar verildi. Yapılan ERCP sonucunda İHSY ve koledok dilate olarak saptandı. Sistik kanalın altından itibaren yaklaşık 2,5 cm lik taşın koledok altından distale uzandığı gözlendi. Taş aşağı çekilemedi. Bunun üzerine stent konarak işlem sonlandırıldı(şekil 2).Olası malignite ekartasyonu açısından tümör markerları istendi. AFP:1,25 ng/ml, CEA: 0,64 ng/ml, CA19-9:4,2 U/ml, CA125:13,8U/ml, CA15-3: 13,6 U/ml olarak normal sınırlarda rapor edildi. Bunun üzerine hasta koledokolithiazis ön tanısı ile koledok eksplorasyonu ve kolesistektomi amacıyla operasyona alındı. Eksplorasyonda safra kesesi ödemli ve çevresinde ampiyem mevcuttu. Koledok ile safra kesesi arasında koledoğun 1/3 inden azını erode eden fistül mevcuttu.(tip 2 mirizzi sendromu). Bunun üzerine hastaya parsiyel kolesistektomi+ koledokotomi+T tüp drenaj yapılıp işlem sonlandırıldı. Hastanın takiplerinde herhangi bir sorun yaşanmadı ve hasta taburcu edildi. T tüp operasyondan 3 hafta sonra çekildi. Herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Tartışma

Mirizzi sendromu ilk olarak 1948 yılında Pablo Mirizzi tarafından tanımlanmıştır [1]. McSherry tarafından 2 alt tipe ayrılan bir sınıflama yapıldıktan sonra 1989 yılında 4 alt tipe ayrıldı[5]. Tip 1' de ortak hepatik kanala dıştan bası, Tip 2'de safra kanalı



Resim 1. Preoperatif hepatobiliyer USG görüntülemesi



Resim 2. Preoperatif ERCP görüntülemesi

çevresinin 1/3 inin daha az bir kısmında erezyona yol açmış kolesistobiliyer fistül,Tip 3'de safra kanalı çevresinin 2/3 üne kadar erezyona yol açmış kolesistobiliyer fistül,Tip 4 de ise safra kanalının tümünde harabiyet tanımlandı.Csendes son yıllarda bu sınıflamaya beşinci bir alt tipi getirerek Tip 5 olarak kolesistoenterik fistülü ekledi ve bunu da içinde ikiye ayırarak Tip5a ve Tip5b olarak tanımladı [1]. Buna göre Tip5a'da safra taşı ileusu mevcut ve Tip5b'de safra taşı ileusu olmayan tablo şeklinde sınıflandı. Tip 1 en sık gözlenen tip olup en sık sebebi inflamasyon yani akut veya kronik kolesistittir. Akut kolesistitteki inflamatuar olay MS başlamasındaki ilk adım olarak düşünülebilir. Ancak bu olay kronikleşirse Tip 1 olan bu MS fistülleşerek ve ortak he-

patik kanala bası yapıp erozyon ile harabiyete sebep olarak diğer tip Mirizzi sendromlarına sebep olmaktadır [6].

Mirizzi sendromu varlığı cerrahi esnasında safra yolu yaralanmasına neden olabileceği için ameliyat öncesinde tanı konması ve gerekirse biliyer anatominin ortaya konması önemlidir[1,2]. Ancak bizim olgumuzda da olduğu gibi çoğu olguda patognomik bulgu olmadığı için ameliyat önesi tanı koymak kolay değildir. Tanıda ilk yöntem abdominal ultrasonografidir. Koledokta taş, koledok dilatasyonu,intrahepatik safrayolu dilatasyonu gibi bulgular gösterebileceği gibi hiçbir spesifik bulgu da vermeyebilir.Daha sonra abdominal bilgisayarlı tomografiden yararlanılabilir.Bizim vakamızda USG kolelithiazis ve koledokolithiazis tanılarını koydu.ERCP'de de koledokolithizis tanısı kondu ancak MS tanısını preoperatif biz de koyamadık.Mirizzi sendromunda tanı konunca ilk olarak cerrahi planlanmalıdır.Tip 1 de yapılması gereken cerrahi total kolesistektomidir.Geciken veya enflamasyondan dolayı morbiditesi yüksek vakalarda parsiyel kolesistektomi de yapılabilirken parsiyel kolesistektominin postoperatif dönemde komplikasyon oranı total kolesistektomiye göre daha fazladır [1]. Laparoskopik olarak yapılaması denenebilir ancak başarılı olunamazsa safra yollarına zarar verilmemesi için açığa geçiş cerrahi ekip için başarısızlık olarak kesinlikle görülmemelidir. Tip 2 Mirizzi sendromunda total ya da parsiyel kolesistektomi, koledokotomi ve defekt küçük ise T tüp drenaj yapılabilir. Eğer defekt büyük ise Koledokoduodenostomi yapılmalıdır [1,2]. Tip 3 ve 4 Mirizzi sendromlarında koledokoduodenostomi veya roux-en-Y hepatikojejunostomi yapılmalıdır [1,2]. Tip 5 Mirizzi sendromunda ise safra kesesi ile barsak arasındaki fistül ayrıldıktan sonra kolesistektomi yapılıp barsaktaki açıklık primer tamir edilmelidir [1,2].

Sonuç

Mirizzi sendromu safra taşının nadir bir komplikasyonu olup preoperatif her zaman tanı konamamaktadır. Bu yüzden intraoperatif safra yolu yaralanma riski mevcuttur. İntraoperatif tanı konan Mirizzi sendromu için en uygun cerrahi prosedürün uygulanması gerekmektedir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Pemberton M, Wells AD. The Mirizzi Syndrome. Postgrad Med J 1997;73(862):487-90.
2. 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.
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(10):2237-43.
4. Jin PP, Cheng JF, Liu D, Mei M, Xu ZQ, Sun LM. Endoscopic papillary large balloon dilation vs endoscopic sphincterotomy for retrieval of common bile duct stones: A meta-analysis. World J Gastroenterology 2014;20(18):5548-56.
5. 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(34):5579-81.
6. Hazzan D, Golijanin D, Reissman P, Adler SN, Shiloni E. Combined endoscopic and surgical management of Mirizzi syndrome. Surg Endosc 1999;13(6):618-20.

How to cite this article:
Yılmaz EM, Ergin AS, Yılmaz PÖ, Özçiftci VM. Type 2 Mirizzi Syndrome: Case Report. J Clin Anal Med 2014;5(suppl 1): 32-4.