

# MİRİZZİ SENDROMU

## MIRIZZI SYNDROME

Hasan BAKIR  
Kemal ASTARCIOĞLU  
Mehmet FÜZÜN  
Seymen BORA  
İbrahim ÖZMAN

### SUMMARY

In our department, three patients with type I Mirizzi syndrome were treated by cholecystectomy, two patients with type II Mirizzi syndrome were treated with cholecystectomy and T-tube drainage. The last patient with Mirizzi syndrome was treated with cholecystectomy and choledochoduodenostomy. We did not see any complication in our patients.

(Key Words: Bilier fistula, Cholelithiasis)

### ÖZET

Kliniğimizde Mirizzi sendromu tanısı konan 6 olgudan üçü kolesistektomiyle, ikisi kolesistektomi+T-Tüp drenaj ile diğerleri ise koledokoduodenostomi ile tedavi edilmiş ve hastalar komplikasyonsuz taburcu edilmiştir.

(Anahtar Sözcükler : Kolelithiasis, Safra Kanalı Fistülü)

---

Genel Cerrahi Anabilim Dalı Dokuz Eylül Tıp Fakültesi  
35340 İnciraltı - İzmir  
(Prof. Dr. K Astarcioglu, ABD Başkanı, Doç. Dr. M Füzün,  
Yrd. Doç. Dr. S Bora, Dr. H Bakır, Dr. İ Özman)

Yazışma : Doç. Dr. M Füzün.

Mirizzi sendromu 1948 de tanımlanmış, kolelithiazisin nadir görülen komplikasyonlarından biridir (1). Sendromda safra kesesindeki taş sistik kanala ya da Hartmann poşuna yerleşerek ortak hepatic kanala dıştan bası yapar ve tıkanma sarılığı bulguları oluşturur. Taşın oluşturduğu enflamatuar değişikliklere bağlı olarak bölgenin anatomisi bozulmuştur. Bu nedenle operasyon sırasında safra yolları yaralanması olabilir. Sendrom kolelithiazis olgularının % 0.7 - 1.1'inde görülür (2). Mirizzi sendromu 1982 de McSherry tarafından 2 gruba ayrılmıştır (3). Tip 1 de sistik kanal ya da Hartmann poşuna oturan büyük bir taş ortak hepatic kanala bası yaparak semptomlar oluşturur. Tip 2 de taşın koledoku kısmen ya da tamamen erozyona uğratmasıyla oluşan kolesistokoledokal fistül mevcuttur.

Bu çalışmada kliniğimizde opere edilen Mirizzi sendromlu olgular retrospektif olarak taranmış; uyguladığımız cerrahi girişimler ve sonuçları tartışılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

1988 - 1991 yılları arasında kliniğimizde 6 Mirizzi sendromlu hasta tedavi edildi. Bu sayı kolelithiazis olgularının yaklaşık % 1'dir. Hastaların 4'ü kadın 2'si erkekti ve yaş ortalamaları 62 idi. Hastaların dosyaları incelenerek klinik yakınmaları, fizik muayene ve laboratuvar sonuçları, tanısız ve cerrahi girişimler değerlendirilmektedir.

## SONUÇ VE BULGULAR

Hastaların hepsinde karın ağrısı ve tıkanma sarılığı bulguları mevcuttu. 3 hasta daha önce başka hastanelerde kolelityazis tanısı almıştı. Daha önce sarılık geçirme öyküsü hiçbir hastada yoktu. Hastaların en belirgin fizik muayene bulgusu hepatomegali idi. Hastalarımızın tümünde bilirubin ve alkalen fosfataz değerleri orta derecede yüksekti. 4 hastamızda transaminazlarda hafif bir yükselme saptandı. Operasyon öncesi tüm hastalara karın ultrasonografisi yapıldı. Ultrasonografide 5 has-

tada kolelityazis 1 hastada ise koledokolityazis saptandı. Hastaların hiçbirinde Murphy bulgusu, lokositoz ve hidrops kese bulunmadığından akut kolesistit düşünülmeydi 1 hastaya bilgisayarlı tomografi yapıldı ve kolelithiazis dışında patoloji saptanmadı. Koledok taşı saptanan olgumuza ERCP yapıldı ve koledokta tek taş saptandı. Hastalardaki cerrahi bulgularımız şunlardı: 3 hastamızda Hartmann poşuna oturmuş ve koledoka bası yapan taş vardı; bu hastalarda ayrıca kese ve koledok çevresinde kronik iltihabı değişiklikler saptandı. Bu hastalara kolesistektomi uygulandı. Tek taş olması nedeniyle koledok eksplorasyonuna ve intraoperatif kolonjiyografiye gerek görülmedi. Diğer 3 olgumuzda eksplorasyon sırasında taşa bağlı olduğu düşünülen kolesistokoledokal fistül tespit edildi. 1 olguda taş koledoka tamamen geçmişti. 2 olguda ise taşlar fistülün içinde idi. Bu olgulara kolesistektomi yapıldıktan sonra fistül ağzı genişletildi ve fleksible koledokoskopi ve Bakes bujileri ile koledok eksplorasyonu yapıldı. Daha sonra 2 olguya T-tüp drenaj uygulandı. Bu olgulara intraoperatif kolonjiyografi çekildi ve koledokun açık olduğu saptandı. Diğer olgumuza ise koledokoduodenostomi yapıldı. Hastalarımızın hiçbirinde postoperatif ciddi bir komplikasyon görülmedi. T-tüp konan hastalara postoperatif 7. günde kolonjiyografi çekildi. Patoloji saptanmaması üzerine 9. ve 11. günlerde T-tüpler çekildi. Tüm hastalarda postoperatif bilirubin ve alkalen fosfataz düzeyleri normale döndü.

## TARTIŞMA

Mirizzi sendromu safra kesesi taşının oluşturduğu nadir bir komplikasyondur. Taşın yaptığı bası nedeniyle safra kesesinde ve çevre dokularda enflamasyona bağlı fibrotik değişiklikler ve yapışıklıklar oluşur. Bölgenin anatomisi bozulur. Bu nedenle operasyonların mortalitesi ve morbiditesi artar hastalığın tanısı genellikle operasyon bulgularıyla konur. Bununla birlikte ultrasonografi, endoskopik retrograd ko-

lanjiopankreatografi (ERCP) ve perkutan transhepatik kolanjiografi (PTK) de tanıda ve bölgenin anatomisinin ayrıntılı olarak değerlendirme bakımından etkili görüntüleme metodlarıdır (4). Çoğunlukla hastaların serum bilirubin ve alkalin fosfataz düzeylerinde orta derecede yükselmeler görülür (5). Ayırıcı tanıda safra kesesi kanseri ile karışabileceği unutulmamalıdır (6). Mirizzi sendromunda çeşitli sınıflamalar yapılmıştır (3, 7, 8). Bugün için en sık McSherry sınıflaması kullanılmaktadır. Bu sınıflamaya Tip 1 de taş Hartmann veya kese distaline yerleşmiştir. Taş ortak hepatik kanala dıştan bası yaparak tıkanma sarılığı semptomları oluşturur. Bu olgularda genellikle tek taş olduğundan koledok eksplorasyonu gerekmez (2, 5, 7). Roulet-Audy ve arkadaşları 6 olguluk serilerinde kolesistektomiden sonra enflamatuvar lezyonların gerilediğini bildirmişlerdir (9). Baer 12 vakalık serisinde tip 1 olgularda kese boynu bırakacak şekilde bir parsiyel kolesistektomiyle başarılı sonuçlar aldıklarını bildirmiştir (10). Tireli ve arkadaşları kolesistektomiden 15 yıl sonra sistik kanala yerleşen bir taşın oluşturduğu Mirizzi sendromu olgusunu yayınlamışlardır (11). Bizim 3 olgumuzda Hartmann poşuna yerleşen taş kolesistektomiyle çıkarılmış ve komplikasyon görülmemiştir. Tip II olgularda durum biraz daha farklılık gösterir. Burada anatomik oluşumlar daha da bozulmuştur. Kese ve koledokun diseksiyonu sırasında kolaylıkla koledok yaralanması olabilir. Bu nedenle çok dikkatli diseksiyon yapılmalıdır. Koledoktaki defektin kapatılması için değişik cerrahi metodlar önerilmiştir. Bu metodlardan en sık uygulananı T-tüp drenajı ile birlikte defektin longitudinal kapatılmasıdır. (2). Defektin safra kesesi duvarını bir yama (free transplant cuff) veya flep şeklinde kullanılarak kapatılması önerilen diğer bir yöntemidir (12). Ancak kese duvarının enflamasyon nedeniyle kalınlaşmış ve yapısının bozulduğu durumlarda bu metod başarısız olabilir. Bu nedenle koledokoduodenostomi ya da Roux-en-Y şeklinde enterobilier anastomoz önerilen me-

todlar arasında yer alır. Baer kolesistokoledokoduodenostomiye emniyetli ve hızlı bir metod olarak önermektedir (10). Biz kolesistokoledokal fistülü olan üç olgumuzdan ikisinde T-tüp drenajla değerinde ise koledokoduodenostomi ile başarılı sonuçlar aldık. Sonuç olarak bu tür olgularda detaylı preoperatif incelemenin cerraha çok büyük kolaylıklar sağlayacağı ve gerekli olduğu kanısındayız. Ancak bunun yapılamadığı olgularda da titiz bir cerrahinin önemi ön plana çıkmaktadır.

#### KAYNAKLAR

1. Mirizzi PL. Syndrome del conducto hepatico. *J Int Chir* 1948; 8: 731-3.
2. Blumgart LH. *Surgery of the Liver and Biliary Tract*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1988.
3. McSherry CK, Ferstenberg H, Virshup M. The Mirizzi Syndrome: suggested classification and surgical therapy. *Surg Gastroenterol*. 1982; 1: 219-25.
4. Adolph V, Fessel W, Schonfelder M. Beitrag zum Mirizzi Syndrom. *Z Gesamte Inn Med*. 1989; 444: 161-3.
5. Meyer G J, Runge D, Gebhardt J. Das Mirizzi Syndrom und Varianten. *Z Gastroenterol*. 1990; 28(4): 202-5.
6. Radin D R, Chandrasoma P, Ralls P W. Carcinoma of the cystic duct. *Gastrointest Radiol*. 1990; 15: 49-52.
7. Csendes A, Diaz S C, Burdiles P, Maluendo F, Novo O. Mirizzi Syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg* 1989; 76: 1139-43.
8. Menteş A, Çavuşoğlu H. The Mirizzi syndrome: a clinical controversy. *Dig Surg* 1992; 393: 1-8.
9. Roullet Audy J C, Guivarch M, Mosnier H. Le syndrome de Mirizzi *Presse Med*. 1989; 18 (15): 761-4.
10. Baer H U, Matthews J B, Schweizer W P, Gertsch P, Blumgart L H. Management of the Mirizzi syndrome and the surgical implications of cholecystocholedochal fistula. *Br J Surg*. 1990; 77: 743-5.
11. Tireli M, Madran H, Demirtola O. Compression du canal hepatique commun par un calcul du canal cystique: syndrome de Mirizzi. *Lyon Chir* 1986; 82: 183-4.
12. Jimenez O, Palacios J M, Correea R, Rojas M, Lopez O. Sindrome de Mirizzi: experiencia en 77 casos. *Rev Med Chil*. 1989; 117: 501-7.