

# Mirizzi Sendromu

Doç.Dr. Nihat BENGİSU, Dr. Mustafa ŞAHİN, Dr. İsmet TOLÜ,  
Yard.Doç.Dr. Abdullah SAĞLAM, Yard.Doç.Dr. Erdoğan SÖZÜER

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyoloji Ana Bilim Dallar, KAYSERİ

## ÖZET

*Mirizzi sendromu dış safra yollarının benign bir hastalıdır. Safra kesesi boynu veya sistik kanala yerleşen bir taş koledoğa yandan bası yaparak tıkanma sanlığına neden olmaktadır. Son 13 yıl içinde kliniğimizde safra taşı nedeniyle öpere edilen 824 hastanın 4'ünde operatif olarak Mirizzi sendromu tesbit edilmiştir. Preoperatif olarak teşhis yüksek bir klinik tecrübeyi gerektirmektedir. Ancak Ultrasonografi ve Perkütan Transhepatik Kolanjiografi preoperatif teşhiste yardımcı olmaktadır.*

Anahtar Kelimeler Mirizzi Sendromu Sanlık Safra Taşı.

Koledoğun safra kesesi boynundaki veya sistik kanaldaki taş veya taşlar tarafından, beraberinde inflamasyonla birlikte benign mekanik obstrüksiyonu tıkanma sarılıklarının nadir görülen bir sebebidir. Koledoğun bu tip parsiyel mekanik obstrüksiyonu ilk defa 1905 yılında Kehr, 1908 yılında da Ruge tarafından tarif edilmiştir (1,2). Mirizzi 1948'de safra kesesi boynu veya sistik kanaldaki taşla bağlı olarak koledokta gelişen reaksiyoner inflamasyon nedeniyle meydana gelen bu sarılığı "Fonksiyonel Hepatik Sendrom" olarak tarif etmiştir (3). Mirizzi bu inflamasyona bağlı olarak koledoktaki sirküler kaslarda anatomik ve fizyolojik bir spazmın geliştiği görüşündedir (2,4).

## HASTALAR VE METODLAR

Bu çalışmada, Haziran 1973 ile Haziran 1990 yılları arasında Kliniğimizde safra taşı nedeniyle öpere

Geliş Tarihi: 29.3.1990

Kabul Tarihi: 16.8.1990

Yazışma Adresi: Doç.Dr. Nihat BENGİSU  
Nato Cad. 63/13  
38010, KAYSERİ

## SUMMARY

### MIRIZZISYNDROME

*The Mirizzi syndrome refers to benign obstruction of the common hepatic duct by a stone impacted within the neck or cystic duct of the gallbladder, which causes extrinsic compression of the common hepatic duct and obstructive jaundice. Four patients with the Mirizzi syndrome were culled from 824 patients undergoing operation for gallstone disease for 13 years. Diagnosis requires a high index of clinical suspicion but can be confirmed with the use of Ultrasonography and (PTC).*

KeyWords: Mirizzi Syndrome Jaundice Gallstone.

edilmiş olan 824 hasta Mirizzi Sendromu yönünden retrospektif olarak incelendi. Bunlardan 685 hastada basit kolesistektomi, 139 hastada ise koledok eskplorasyonu yapıldı. Bu hastalardan sistik kanala yerleşmiş olan taşların koledoğa yandan basısına bağlı olarak sarılık meydana gelmiş olan dört hastayı inceledik. Hastaların klinik özellikleri, laboratuvar bulguları, diagnostik test sonuçları ve operasyon bulguları gözden geçirildi.

## BULGULAR

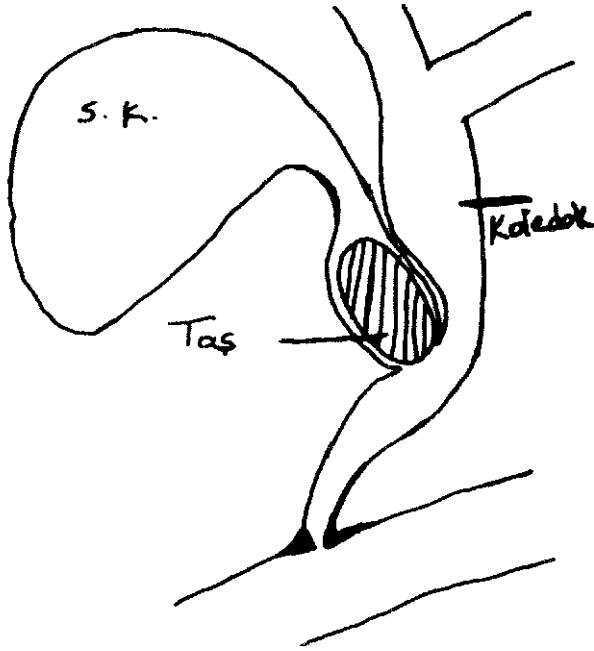
Mirizzi sendromu olan dört hastamızla ilgili klinik ve laboratuvar bulguları Tablo 1 'de gösterilmiştir.

Bütün hastalarda kolesistektomi ve koledok eskplorasyonu yapıldı, Koledok pasajı Bakes dilatatörleriyle kontrol edildi. Dört hastada T-tüp koledokostomi yapıldı, Bir hastada koledoktaki defekt primer olarak tamir edildi.

Takdim edilen dört hastanın sarılığı kısa sürede çözüldü ve karaciğer fonksiyon testleri normale döndü. Hastaların T-tüp kolongiografileri çekildi ve pasajın normal olduğu gözlemlendi (Şekil 1).

Tablo 1.

Yaş	Cins	Semptomlar	Laboratuvar Bulguları			
			B.K.(x103)	Alk.Fosf. (U/l)	SGOT (U/l)	T.Biil. (mg/dl)
67	E	Kannağnsı, Sanlık, zayıflama.	7.2	160	70	11.1
65	E	Üşüme, titreme, yan ağrısı zayıflama, sarılık	4.0	388	57	14.3
59	E	Kannağnsı, sanlık ateş.	14.8	256	20	3.1
83	E	Kannağnsı, sanlık,	11.0	270	45	8.9



Şekil 1. Mirizzi sendromunun şematizasyonu: Taşın yerleştiği yerin üstünde kalan safra yolları dilate olurken, distalde kalan koledok normal yapısını korumaktadır.

## TARTIŞMA

Sistik kanala veya safra kesesi boynuna yerleşmiş olan taşların koledoka yandan bası yapmasına bağlı olarak ortaya çıkan benign obstrüksiyonlar safra taşlarının çok nadir bir komplikasyonudur (5). Çeşitli yayınlarda Mirizzi sendromu sıklığı % 0.5 ile 1/2000 arasında bildirilmektedir (4). Kliniğimizde bu oran 4/824 olarak bulunmuştur.

Mirizzi sendromu kolanjiografi ve operasyon bulgularına göre iki tipe ayrılmaktadır (8,7). Birinci tip akut formdur. Safra kesesi, Hartman poşu veya sistik kanaldaki taşlardan kaynaklanan bir bası ile birlikte koledok duvarının bütün katlarında akut inflamasyon vardır, iki vakamızda akut inflamasyon belirtisi olarak koledok boyunca ödem ve hiperemi ve buna bağlı lümen daralması mevcuttu, ikinci tip kronik formdur. Bu durum koledoka lateral bası olduğunu gösterir. Erozyonla kolesisto-koledokal veya diğer organ fistüllerine neden olur, inflamatuvar darlıklar ortaya çıkar. Bu tipdeki fistüller sık rastlanan bir olgu değildir. Corlette ve Bizinuth 15 yıllık sürede 3300 bilier operasyon yapılmış hastada 24 tane benzeri fistül tespit etmişlerdir (8). Mallet Guy ise 3650 bilier operasyonlu hastanın % 1.1'inde safra kesesi ile koledok arasında fistül tespit etmiştir (9). Thomas C. Bower 9000'in üzerindeki bilier operasyonlu hastada beş mirizzi sendromu tespit ettiğini ve bunların ikisinde interbilier fistül olduğunu bildirmektedir, internal safra fistüllerinin % 16'sını interbilier fistüller oluşturmaktadır (4,10). Bizim çalışmadaki dört mirizzi sendromu hastanın ikisinde interbilier fistül olduğunu belirledik.

Mirizzi sendromunun anatomik yerleşimi genellikle sistik kanal veya koledoktaki anormalliklerle yakınlık göstermektedir. Dietrich'e göre sistik kanal koledoka alt seviyeden açılabilir veya daha nadir olarak sistik kanal ile koledok arasında bir mukoza septumu bulunabilir. Buna bağlı olarak birleşim yerine safra taşı takılarak Mirizzi Sendromunun patogenezi izah etmektedir (11). Starling ve arkadaşları benzer şekilde bunu vurgulamışlardır (12). Bu tür anatomik varyasyonların sarılık ve kolanjit veya her ikisiyle beraber parsiyel mekanik obstrüksiyona neden olan yoğun bir periduktal inflamasyon odağı oluşturduğunu savunmuşlardır. Aslında bu tür anatomik anormallikler oldukça nadirdir. Hayes ve arkadaşları safra yolu operasyonu geçiren 400 hasta arasından 189 hastada kanal anomalisi olduğunu

göstermişlerdir (13). Sistik kanalın, Bizim bi vakamızda olduğu gibi, koledoğa alt seviyeden girişi °A 49, Sistik kanalın koledokla birleşim anomalisi % 6 mukozal septum ise % 1 oranında görülmektedir. (11) Bower kendi serisinde sadece iki hastada sistik kane ile koledok arasında anomali saptadığını bildirmekte (4). Bizim çalışmamızda Mirizzi Sendromlu dört hastanın sadece birinde benzer bir anomali saptadık.

Mirizzi sendromunun preoperatif tanış şüphelenilmezse çok zordur (14). Hastanın hikayes muayene bulguları ve laboratuvar bulguları keski olmayıp sadece obstrüktif veya kolestatik sarılıç düşündürür, inflammasyon olmaksızın safra keses koledok veya hepatik kanal karsinomları ve koledoğu; banign obstrüksiyonlarında benzer bir tabii olabileceği için ayırıcı tanıda göz önüne alınmalıdır. Bilier kanalın dikkatli incelenmesi Mirizzi sendromunu preoperatif tanışının konulmasını ve diğer patolojiler den ayırtilmesini kolaylaştırır.

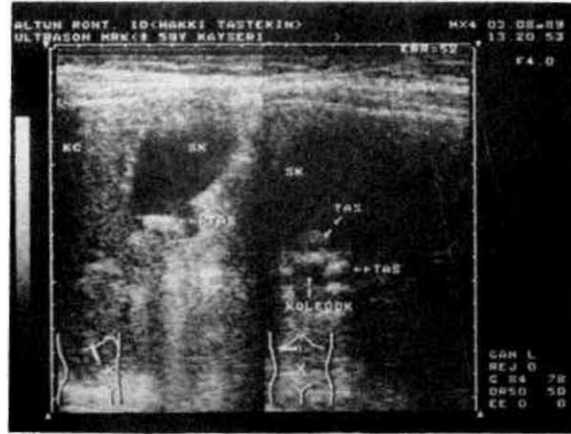
Safra yolları, görüntüleme teknikleriyle in celenirken Mirizzi sendromu teşhisini kolaylaştıran bazı özellikler vardır: 1) Kесе duvarının anormal kalınlaşması, 2) Büyük Safra taşları, 3) Taşa yakın küçük ekzantrik kanal darlıkları, 4) Diffüz proksimal safra kanalı dilatasyonu. Abdominal USG ve kolanjiografinin birlikte kullanılmasıyla bu özellikler İyi bir şekilde tespit edilebilir (4). Devvbury Mirizzi sendromunun bazı Ultrasonografik özelliklerini şöyle tanımlamaktadır: 1) Dilate intrahepatik kanallar, 2) taşın karakteristik ekodansitesinin görüldüğü seviyede, taşın altındaki kısımda daralma ve üstündeki kısımlarda genişlemedir. Buna ilaveten USG sistik kanaldaki bifurkasyona veya koledoğa komşu, karaciğer hilusuna doğru uzanan, safra kesesi boynundaki impacte taşı gösterebilir (8), (Şekil 2).

Clemett ve Loman Mirizzi sendromlu iki hastada iv. kolanjiografik bulguları tanımladılar: Taşın parsiyel obstrüksiyonla birlikte koledoğa lateralden genişçe bir bası yaptığını, proksimal kanalın dilate olduğunu ve kontrast maddenin geç boşaldığını belirttiler (15). Şekil 3'de bizim hastamızda da operasyonda tespit ettiğimiz gibi, Clemett ve Loman'ın tarifleri şematize edilmiştir. Cornud benzer şekilde bu bulguları PTK ile göstermiştir ve Bilio-bilier fistüllerin ikinci tip Mirizzi sendromu ile birlikte olabileceğini savunmaktadır (16). Bu durumda sistik kanal inflammatuar reaksiyon nedeniyle farkedilmez. interbilier fistüller malign durumlardan daha çok benign hadiselerde görülmektedir (8).

Mirizzi sendromunun cerrahi tedavisi için safra yolu patolojisinin tam olarak tanımlanması gerekmektedir. Safra yollarının preoperatif görüntülenmesi,



Şekil 2. Postoperatif T-tüp kolanjiografisi çekilen hastada, intrahepatik safra yolları ve koledok proksimali dilate olarak gözükmektedir.



Şekil 3. Safra kesesi boynuna yerleşmiş olan taş, yandan bası yaparak koledokta parsiyel bir obstrüksiyona neden olmaktadır.

sıklıkla fragil ve kronik inflammasyon gösteren kanalların intraoperatif diseksiyon kolaylığını sağlaması yanısıra, fistül olup olmadığını, varsa lokalizasyonunu ve bilio-enterik baypasın gerekli olup olmadığını da gösterebilmektedir (4).

Kolesistektomi ve koledok eksplorasyonu cerrahi tedavinin değişmez komponentleridir. Akut ve kronik perikolesistik inflammasyon teknik olarak kolesistektomiye zorlaştırır ve operasyon riskini artırır. Calot

üçgenindeki yoğun inflammasyon safra kanalı anomalilerinin sık görülmesi ve interbilier fistül olması gibi nedenlerden dolayı kolesistektomi diseksiyonu fundustan sistik kanala doğru yapılmalıdır. Bu yöntem Hartman poşu ve sistik kanal kullanılarak interbilier fistüllerin ve koledok darlık veya defektlerinin mukozal tamarine de imkan vermektedir. Bir hastamızda Hartman poşunu kullanarak koledokta oluşmuş olan tam kat duvar defektini tamir ettik.

Koledok eksplorasyonu koledoktaki taşların çıkarılmasına imkan sağlamaktadır. Ayrıca inflammatuvar darlığın derecesi de tam olarak değerlendirilmektedir. Eğer inflammatuvar bir reaksiyon yoksa emniyetli bir eksplorasyon yapılabilir. Kolanjiografi eksplorasyona yardımcı olur ve Mirizzi sendromu bulunan hastalarda negatif eksplorasyondan kaçınılmasını sağlar. Koledoğun duodenuma giriş yeri anomalilerinin değerlendirilmesi için öncelikle koledokotomi yapılmalıdır. Dilate safra yollarında yapılan koledokotomi özellikle distalde yapıldığı zaman taşların çıkarılmasında, enstrumantasyonda, darlığın ciddiyetini anlamakta ve eğer gerekirse bili-enterik bypass yapılmasında kolaylık sağlamaktadır. Eğer intraoperatif patoloji kolanjiokarsinom görünümü veriyorsa direkt veya koledokoskop yardımıyla biyopsi

alınmalıdır. İnterbilier fistüllü hastalarda koledok safra kesesinin bir parçasıyla tamir edilir veya kolesisto-koledoko-duodenostomi oluşturacak şekilde safra kesesinin geri kalan kısmı duodenuma anostomoz edilir (17). Safra kanallarının defektlerinin tamarinde alternatif bir metod olarak duodenumla anostomoz etmek denenebilir (18). interbilier fistül kapatılmasında veya sert inflammatuvar darlıklarda nadiren Roux en Y tipinde Hepatiko-jejunostomi yöntemi kullanılabilir, inflammasyonun tam olarak çözülmesine kadar T-tüp koledokostomi duktal sisteme yardımcı olabilir (4,19).

## SONUÇ

Benign tıkanma sarılıklarının nadir bir sebebi olan Mirizzi sendromuna çeşitli yayınlarda değişik oranlarda rastlandığı bildirilmektedir. Bizim serimizde safra taşı nedeniyle öpere edilmiş olan 824 hastanın dördünde Mirizzi sendromu tespit ettik. Preoperatif olarak teşhis edilebilmesi için hastalığın düşünülmesi gerekmekte ve teşhis için USG ile PTK'nın birlikte kullanılması büyük yarar sağlamaktadır. Seyrek de olsa inisrbilier fistül ve koledok defektleri oluşabilmekte, bu patolojilerin tamarinde safra kesesi kullanılabilir. Cerrahi olarak kesin düzelleme sağlanabilmekte ve hastalar hızlı bir remisyon göstermektedirler.

## KAYNAKLAR

1. Kehr H: Die in einer klinik geübte technik der gallensteinoperationen mit einen hinweis auf die indikationen und die dauererfolge, (Munich), J J Lehmann, 1905.
2. Ruge E: Dietrage zur chirurgischen anatomie der grossen gallenwege (ductus hepaticus, choledocus, und pancreaticus). Arch clin surg, vol 2:47,1908.
3. Mirizzi PL: Síndrome del conducto hepático, J int Surg, vol 8:731,1948.
4. Thomas CB, et all: Mirizzi syndrome, HPB Surgery, vol 1: 67-76,1988.
5. Lubbers EJC: Mirizzi syndrome, World J Surg, vol 7: 780-785,1983.
6. McSherry CK, Ferstenberg H, Virshup M: The mirizzi syndrome: Suggested classification and surgical therapy, Surg Gastroenterol, vol 1:219-225,1982.
7. Morelli A, Narduci F, Ciccona R: Can Mirizzi syndrome be classified into acute and chronic form? Endoscopy, vol 10: 109-112,1978.
8. Corlette MB, Bismuth H: Bibliografi of biliary fistula. A trap in the surgery of cholelithiasis, Arch Surg, vol 110: 377-383,1975.
9. Mallet-Guy P, Roget C: Les fistules cholestocholedocrines, Lyon Chir, vol 56: 231-245,1960.
10. Kourias P, Tsoufis E: Fistuls biliaries internes spontanees d'origine lithiasique, J Chir (Paris), vol 75: 353-374,1959.
11. Dietrich KF: Die hepaticusenose bei gallenblasenhals und zystikusstienen (Mirizzi syndrome), Bruno Beitr Klin Chir, vol 9:206,1963.
12. Starling JR, Matallana LH: Benign mechanical obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome). Surgery vol 88:737-740,1980.
13. Hayes MA, Goldenberg IS, Bishop CO. The developmental basis for bile duct anomalies, Surg Gynecol Obstetrics, vol 107:447-455,1958.
14. Ökten A, Tözün N, Yalcin S, Anogul O, Yeginsu O, Uluagay I: Mirizzi Syndrome (Report of 3 cases). Med. Bull. Istanbul, 17:137-143,1984.
15. Clemett AR, Loman RM: The roentgen features of the Mirizzi syndrome, Am J Roentgenol, vol 94: 480, 1965.
16. Cornud F, Girenier P, Belghiti, et all: Mirizzi syndrome and biliobiliary fistulas: Roentgenologic appearance, Gastrointestinal Radiol, col 6: 265-268,1981.
17. Blumgart L H: Editor. Surgery of the liver and biliary tract, p. 721-752, London: Churchill Livingstone, 1988.
18. Rutledge RH: Methods of repair of noncircumferential bile duct defects, Surgery, vol 93: 333-342,1983.
19. Dewbury KC: The features of the Mirizzi syndrome on ultrasound examination, Br J Radiol, vol 52: 990-992,1979.