

Το Σύνδρομο Mirizzi ως επιπλοκή των μεγάλων χολόλιθων

Α. Μαρίνης, Π. Λαμπρόπουλος, Π. Μπασιούκας, Σ. Ρίζος

Α' Χειρουργική Κλινική, «Τζάνειο» ΓΝΠ

(Επιστημονικά Χρονικά 2012;17(1):15-17)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο Mirizzi (ΣΜ) ανήκει στις σοβαρές επιπλοκές της χολολιθίασης, είναι σχετικά σπάνιο και τα τελευταία χρόνια, λόγω της δυνατότητας διαγνωστικής προσπέλασης με απεικονιστικές μεθόδους υψηλής ακρίβειας, έχει περαιτέρω ταξινομηθεί και μελετηθεί τόσο όσον αφορά στην κλινική του εικόνα, όσο και στη χειρουργική θεραπεία. Το ΣΜ αποδίδεται στον Pablo Mirizzi ο οποίος ήταν ο πρώτος που περιέγραψε αυτή τη νοσολογική οντότητα το 1948 κατά την οποία ένας λίθος, ενσφηνωμένος στον κυστικό πόρο ή τον θύλακο του Hartmann, προκαλεί μηχανική απόφραξη του χοληδόχου πόρου και, ανάλογα με τη χρονιότητα και τον βαθμό πίεσης, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη χολοκυστο-χοληδόχου συριγγίου, δηλαδή επικοινωνίας μεταξύ της χοληδόχου κύστης και του χοληδόχου πόρου. Στην ανασκόπηση αυτή αναφέρονται η ταξινόμηση του συνδρόμου, οι διαγνωστικές μέθοδοι καθώς και η θεραπευτική χειρουργική τακτική.

Λέξεις Ευρητηρίου: σύνδρομο Mirizzi, Χολόλιθοι, Αποφρακτικός Ίκτερος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο Mirizzi (ΣΜ) αποδίδεται στον Pablo Mirizzi ο οποίος ήταν ο πρώτος που περιέγραψε αυτή τη νοσολογική οντότητα το 1948 κατά την οποία ένας λίθος, ενσφηνωμένος στον κυστικό πόρο ή τον θύλακο του Hartmann, προκαλεί μηχανική απόφραξη του χοληδόχου πόρου και, ανάλογα με τη χρονιότητα και τον βαθμό πίεσης, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη χολοκυστο-χοληδόχου συριγγίου, δηλαδή επικοινωνίας μεταξύ της χοληδόχου κύστης και του χοληδόχου πόρου [1]. Το ΣΜ ανήκει στις σοβαρές επιπλοκές της χολολιθίασης, είναι σχετικά σπάνιο και τα τελευταία χρόνια, λόγω της δυνατότητας διαγνωστικής προσπέλασης με απεικονιστικές μεθόδους υψηλής ακρίβειας, έχει περαιτέρω ταξινομηθεί και μελετηθεί τόσο όσον αφορά στην κλινική του εικόνα, όσο και στη χειρουργική θεραπεία.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

(1) Το 1982 οι McSherry και συν. ταξινόμησαν το ΣΜ σε δύο τύπους με βάση τα αποτελέσματά τους από την ενδοσκοπική ανάστροφη χολαγγειο-παγκρεατογραφία (ERCP) [2]: τύπος I, όταν υπάρχει απλή εξωγενής πίεση του κοινού χοληδόχου πόρου και τύπος II, όταν ο λίθος διαβρώσει τον κοινό χοληδόχο πόρο με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός χολοκυστο-χοληδόχου συριγγίου.

(2) Το 1989 οι Csendes και συν. πρότειναν μια νέα ταξινόμηση προκειμένου να αποσαφηνιστεί ο ορισμός των χολοκυστο-χοληδόχων συριγγίων και να καθορισθεί περαιτέρω η κατάλληλη χειρουργική θεραπεία σύμφωνα με την υποκείμενη παθολογία [3]. Έτσι, ορίστηκαν οι ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες: α) τύπος I: απόφραξη από πίεση του

κοινού χοληδόχου πόρου εξαιτίας ενός λίθου που ανευρίσκεται στο θύλακο του Hartmann ή τον κυστικό πόρο (συχνότητα εμφάνισης 62.5%), β) τύπος II: παρουσία ενός χολοκυστο-χοληδόχου συριγγίου λόγω διάβρωσης του πρόσθιου ή πλαγίου τοιχώματος του χοληδόχου πόρου λιγότερο από το ένα τρίτο της περιφέρειάς του (12.5%), γ) τύπος III: παρουσία όμοιου συριγγίου αλλά με διάβρωση έως τα 2/3 της περιφέρειας του χοληδόχου πόρου (12.5%), και δ) τύπος IV: παρουσία συριγγίου με πλήρη καταστροφή του τοιχώματος του χοληδόχου πόρου (12.5%).

(3) Το 2007 οι Csendes και συν. πρότειναν ότι το σύνδρομο Mirizzi μπορεί να επιπλακεί με τη συνύπαρξη ενός δεύτερου χολοκυστο-εντερικού συριγγίου λόγω πίεσης και διάβρωσης παρακείμενου κοίλου σπλάγχχνου (δωδεκαδάκτυλο, στόμαχος, κόλον) [4]. Ως εκ τούτου, μια τροποποιημένη ταξινόμηση που πλέον ισχύει σήμερα είναι η ακόλουθη: οι τύποι I-IV όπως ακριβώς προαναφέρθηκαν με τη συμπλήρωση μιας πέμπτης κατηγορίας (Τύπος V): η συνύπαρξη ενός εκ των τύπων I-IV με τη παρουσία και χολοκυστο-εντερικού συριγγίου, χωρίς ειλεό (Type Va), ή με ειλεό «εκ χολολίθου» (τύπου Vb), όπως είναι γνωστό από παλαιότερα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το σύνδρομο Mirizzi είναι μια πολύ σπάνια αιτία αποφρακτικού ίκτερου και παρουσιάζεται σε 0,1-1,4% των ασθενών με χολολιθίαση [3-6]. Επίσης, οι ασθενείς που παρουσιάζουν το σύνδρομο αυτό έχουν 25% μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου της χοληδόχου κύστης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό [7]. Ο διαλείπων ίκτερος καθιστά την προεγχειρητική

διάγνωση πολύ δύσκολη, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν ειδικά κλινικά ή εργαστηριακά σημεία για αυτό το σύνδρομο. Ωστόσο, ο αποφρακτικός ίκτερος, το άλγος στο επιγάστριο και το δεξιό υποχόνδριο και η εναλλασσόμενη βιοχημική ηπατική δυσλειτουργία μπορεί να θέσουν τη διάγνωση του συνδρόμου Mirizzi στο 80% των περιπτώσεων.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Το υπερηχογράφημα και η υπολογιστική τομογραφία κοιλίας συχνά αναδεικνύουν τη παρουσία ενός ευμεγέθους χολόλιθου και διάτασης του χοληδόχου πόρου συνήθως πάνω από την συμβολή του με τον κυστικό πόρο με απότομη διακοπή της συνέχειάς του [8]. Επιπλέον, το λαπαροσκοπικό διεγχειρητικό υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία μπορούν να αποκλείσουν την παρουσία χωροκατακτητικής εξεργασίας με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα [9, 10].

(i) MRCP. Η μαγνητική τομογραφία με τη δυνατότητα χολαγγειοπαγκρεατογραφίας (MRCP) είναι χρήσιμες μέθοδοι στη διάγνωση του συνδρόμου, καθότι μπορούν να αναδείξουν με ακρίβεια το σημείο πίεσης του χολόλιθου καθώς και το βαθμό διάτασης του χοληφόρου δέντρου. Επιπρόσθετα, μπορούν να αναδείξουν πιθανές συνυπάρχουσες ανατομικές παραλλαγές των εξωηπατικών χοληφόρων [11]. Τέλος, μια πρόσφατη μελέτη ανέδειξε ότι η MRCP, όταν συνδυάζεται με την αξονική τομογραφία, έχει υψηλότερη ευαισθησία και ειδικότητα σε σχέση με εκείνη της αξονικής μόνο [12].

(ii) ERCP. Η ERCP αποτελεί σήμερα τη μέθοδο εκλογής για την προεγχειρητική διαφορική διάγνωση του ικτέρου στους ασθενείς με υποψία ΣΜ, μολονότι δεν είναι πάντοτε δυνατό να αναδειχτεί η παρουσία ενός συριγγίου. Η ERCP παρέχει έμμεσα στοιχεία για τη διάγνωση του συνδρόμου, όπως έλλειμμα πλήρωσης του κοινού χοληδόχου πόρου, κεντρική διάταση του χοληφόρου δέντρου, εκβολή του κυστικού πόρου στο σημείο του ελλείμματος ή/και πλήρη ανυπαρξία του κυστικού πόρου [13]. Η προεγχειρητική διάγνωση του συνδρόμου Mirizzi με την ERCP είναι σημαντική προκειμένου ο χειρουργός να σχεδιάσει την εγχειρητική του τακτική (πιθανότητα διενέργειας αναστόμωσης ή παροχέτευσης των εξωηπατικών χοληφόρων, αντιμετώπιση χολοεντερικών επικοινωνιών, κλπ) [14].

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιμετώπιση των ασθενών με σύνδρομο Mirizzi αποτελεί πραγματική πρόκληση, ειδικά αν συνυπάρχει ένα συρίγγιο.

(i) Ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές. Έχουν προταθεί διάφορες ελάχιστες επεμβατικές τεχνικές, όπως η διαδερμική θεραπεία με ηλεκτρουδραυλική λιθοτριψία (EHL) υπό χολαγγειοσκοπικό έλεγχο [15], αλλά αυτές οι εξελιγμένες μέθοδοι ενδοσκοπησης δεν μπορούν να εφαρμοστούν συνήθως για πρακτικούς λόγους. Η

αφαίρεση του υπεύθυνου χολόλιθου δεν είναι συνήθως εφικτή με ERCP κι έτσι η χειρουργική προσπέλαση είναι η μοναδική θεραπευτική επιλογή. Παρόλο που έχουν δημοσιευθεί κατά καιρούς επιτυχημένες προσπάθειες λαπαροσκοπικής αντιμετώπισης του συνδρόμου, το ποσοστό μετατροπής σε ανοικτό χειρουργείο κυμαίνεται από 31,7% έως 100% [16, 17].

(ii) Χειρουργική αντιμετώπιση. Έτσι, διάφορες ανοικτές χειρουργικές τεχνικές περιγράφονται για τη θεραπεία των διαφόρων τύπων του ΣΜ. Γενικά, η χειρουργική τακτική πρέπει να βασίζεται σε τρεις βασικές αρχές: αφαίρεση της χοληδόχου κύστεως και των λίθων, αποκατάσταση της ακεραιότητας και συνέχειας του χοληφόρου δέντρου, και στην περίπτωση του τύπου V αποκατάσταση του χάσματος του γαστρεντερικού σωλήνα. Πιο συγκεκριμένα, η συνήθης χειρουργική αντιμετώπιση τύπου I ΣΜ είναι η λαπαροσκοπική ή ανοικτή χολοκυστεκτομή και η διερεύνηση του χοληδόχου πόρου. Στην περίπτωση τύπου II ΣΜ, οι περισσότερες μελέτες προτείνουν την ανοικτή προσπέλαση παρόλο που οι Binnie και συν. ανέφεραν επιτυχή λαπαροσκοπική προσέγγιση μετά από προηγηθείσα ενδοσκοπική τοποθέτηση stent στο χοληδόχο πόρο [18]. Στους τύπους II-IV εκτός από τη διενέργεια χολοκυστεκτομής έχουν περιγραφεί οι ακόλουθες προσεγγίσεις: η χοληδοχοπλαστική με χρήση τοιχώματος της χοληδόχου κύστεως, η χολοκυστοδωδεκαδακτυλική αναστόμωση και η Roux-en-Y ηπατικονη-σιδική αναστόμωση [10, 19, 20]. Η τοποθέτηση παροχέτευσης του χοληδόχου πόρου (Kehr) στο σημείο εισόδου του συριγγίου μειώνει σημαντικά το ποσοστό στένωσης του χοληδόχου πόρου [21, 22].

Όσον αφορά στη λαπαροσκοπική αντιμετώπιση του ΣΜ υπάρχει μεγάλο ποσοστό μετατροπής έως 41% λόγω κυρίως τεχνικής δυσκολίας που προκαλούν οι συμφύσεις και η ίνωση στο τρίγωνο του Calot ή/και η ασαφής ανατομία των εξωηπατικών χοληφόρων [23]. Το ποσοστό μετατροπής βελτιώνεται, όμως, όταν τεθεί προεγχειρητικά η διάγνωση του συνδρόμου. Οι επιπλοκές που σχετίζονται με τη λαπαροσκοπική προσέγγιση φθάνουν το 16% κι αφορούν συνήθως κακώσεις των εξωηπατικών χοληφόρων και υπολειπόμενη χοληδοχολιθίαση, ενώ η νοσηρότητα που σχετίζεται με την επέμβαση είναι 13,2% και το ποσοστό επανεπέμβασης φθάνει το 5% [23]. Έτσι, η λαπαροσκοπική αντιμετώπιση του ΣΜ δεν μπορεί να συστηθεί ως μέθοδος εκλογής.

Τέλος, ένα χειρουργός πρέπει να γνωρίζει ότι το σύνδρομο ΣΜ μπορεί να συνυπάρχει με καρκίνο της χοληδόχου κύστης, οπότε στη περίπτωση αυτή πρέπει να επιλέγεται μια εντελώς διαφορετική προσέγγιση στην αντιμετώπισή του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Συμπερασματικά, η συνύπαρξη ευμεγέθους χολόλιθου και διαλείποντος αποφρακτικού ικτέρου πρέπει να εμβάλλει την υποψία του συνδρόμου Mirizzi, το οποίο απαιτεί τη διενέργεια ενδελεχούς διαγνωστικής διερεύνησης για την ταξινόμησή του.

Με βάση τον τύπο του συνδρόμου θα σχεδιασθεί η χειρουργική τακτική, η οποία ποικίλει από την απλή χολοκυστεκτομή με διερεύνηση του χοληδόχου πόρου έως τη παραχέτευση των εξωηπατικών

χοληφόρων καθώς και την αποκατάσταση της πιθανής επικοινωνίας του χοληφόρου δένδρου με πιθανά παρακείμενα κοίλα σπλάγγνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Mirizzi PL. Syndrome del conducto hepatico. J Int Chir 1948;8:731-733.
- McSherry CK, Ferstenberg H, Virship M. The Mirizzi syndrome: suggested classification and surgical therapy. Surg Gastroenterol 1982;1:219-225.
- Csendes A, Carlos Diaz, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi's syndrome and cysto-biliary fistula: a unifying classification. Br J Surg 1989;76:1139-1143.
- Csendes A, Munoz C, Alba'n M (2007) Síndrome de Mirizzi—Fístula colecistobiliar, una nueva clasificació'n. Rev Chil Cir 59(Suppl):63-64.
- Bower TC, Nagorney DM. Mirizzi syndrome. HPB Surg 1988;1:67-76.
- Mishra MC, Vashishtha S, Tandon R. Bilio-biliary fistula: preoperative diagnosis and management implications. Surgery 1990;108:835-839.
- Redaelli CA, Buchler MW, Schilling MK, Krahenbuhl L, Ruchti C, Blumgart LH, Baer HU. High coincidence of Mirizzi's syndrome and gallbladder carcinoma. Surgery 1997;121:58-63.
- Lakhtakia S, Gupta R, Tandan M, Rao GV, Reddy DN. Mirizzi's syndrome: EUS appearance. Gastro-intest Endosc. 2006;63:322-323; discussion 323.
- Callery MP, Strasberg SM, Doherty GM, Soper NJ, Norton JA. Staging laparoscopy with laparoscopic ultrasonography: optimizing resectability in hepatobiliary and pancreatic malignancy. J Am Coll Surg. 1997;185:33-39.
- 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;77:743-745.
- Gomez D, Rahman SH, Toogood GJ, Prasad KR, Lodge JP, Guillou PJ, Menon KV. Mirizzi's syndrome - results from a large western experience. HPB (Oxford). 2006;8:474-479.
- Yun EJ, Choi CS, Yoon DY, Seo YL, Chang SK, Kim JS, Woo JY. Combination of magnetic resonance cholangiopancreatography and computed tomography for preoperative diagnosis of the Mirizzi syndrome. J Comput Assist Tomogr. 2009;33:636-640.
- Hazzan D, Golijanin D, Reissman P, Adler SN, Shiloni E. Combined endoscopic and surgical management of Mirizzi syndrome. Surg Endosc. 1999;13:618-620.
- Yonetci N, Kutluana U, Yilmaz M, Sungurtekin U, Tekin K. The incidence of Mirizzi syndrome in patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2008;7:520-524.
- Seitz U, Bapaye A, Bohnacker S, Navarrete C, Maydeo A, Soehendra N. Advances in therapeutic endoscopic treatment of common bile duct stones. World J Surg 1998;22:1133-1144.
- Yeh CN, Jan YY, Chen MF. Laparoscopic treatment for Mirizzi syndrome. Surg Endosc 2003;17:1573-1578.
- Schafer M, Schneiter R, Krahenbuhl L. Incidence and management of Mirizzi syndrome during laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 2003;17:1186-1190.
- Binnie NR, Nixon SJ, Palmar KR. Mirizzi's syndrome managed by endoscopic stenting and laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1992;79:647.
- Karademir S, Astarcioglu H, Sokmen S, Atila K, Tankurt E, Akpınar H, Coker A, Astarcioglu I. Mirizzi's syndrome: Diagnostic and surgical considerations in 25 patients. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2000;7:72-77.
- Corlette MB, Bismuth H. Biliobiliary fistula: A trap in the surgery of cholelithiasis. Arch Surg 1975;110:377-383.
- Sharma AK, Rangan HK, Choubey RP, Thakur SK, Kumar A. Pitfalls in the management of Mirizzi's syndrome. Trop Gastroenter 1998;19:72-74.
- Balthazar E. The Mirizzi's syndrome: inflammatory stricture of the common hepatic duct. Am J Gastroenterol 1975;81:144-148.
- Antoniou S, Antoniou G, Makridis C. Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome: a systematic review. Surg Endosc 2010;24:33-39..

Mirizzi syndrome as a complication of large gallstones

A. Marinis, P. Lampropoulos, P. Basioukas, S. Rizos
First Department of Surgery, Tzaneion General Hospital, Piraeus

(*Scientific Chronicles* 2012;17(1):15-17)

ABSTRACT

Mirizzi syndrome (MS) is included as one of the major complications of cholecystolithiasis, is relatively rare and currently, due to the availability of diagnostic workup with imaging methods of increased accuracy, has further classified and studied regarding both the clinical presentation and the surgical therapy. Mirizzi syndrome (MS) is attributed to Pablo Mirizzi who was the first to describe it in 1948 as the benign condition during which a stone in the cystic duct or in the Hartmann's pouch mechanically impinges on the common bile duct, leading to mechanical obstruction by the stone itself and, according to the chronicity and the grade of pressure, can lead to the development of a cholecysto-choledochal fistula, i.e. the communication between the gallbladder and the bile duct. In this review current classification, diagnostic workup and surgical therapeutic strategy are mentioned.

Keywords: Mirizzi syndrome, Gallstones, Obstructive jaundice.
