

616.366-003.7-07:616.36-008.5

MIRIZZIHO SYNDRÓM

MUDr. Anton KOPČÁK, plk. MUDr. Vasil ŠPAK, pplk. MUDr. Vierošlav BALUŠÍK

Chirurgické oddelenie Vojenskej nemocnice, Košice

(náčelník: plk. MUDr. V. Špak)

Röntgenologické oddelenie Vojenskej nemocnice, Košice

(náčelník: pplk. MUDr. V. Balušík)

V súčasnosti počet chorých na choroby žlčníka a žlčových ciest značne stúpol. Adekvátne k nim stúpol aj počet chorých so žltackou. Nehľadiac na veľké pokroky v diagnostike a v liečbe žltáčiek, zaznamenané zvlášť v posledných rokoch, nie vždy sa podarí jednoznačne určiť ich príčinu. Základným diferenciálnym diagnostickým problémom zostáva odlíšenie mechanickej (obštrukčnej, chirurgickej) žltacky od žltacky pečenej.

Z chirurgického hľadiska má byť všeobecne uznávanou zásadou, ktorú podčiarkuje Niederle (1977), že ak sa do troch týždňov jednoznačne nezdiagnostikuje žltacka, u takého chorého

je plne indikovaná chirurgická explorácia. Dlhšie vyčkávanie je často zbytočné a škodlivé, pretože operačné riziko po tejto dobe u obštrukčnej žltacky prudko stúpa. Operácie pri mechanickej žltacke majú podľa Niederleho (1977) tri až štyrikrát vyššiu mortalitu.

Pomocou biochemických, röntgenologických a iných metód je možné skoré odlíšenie primárnej pečenej choroby, hoci s výrazným cholestatickým rysom od extrahepatálnej cholestázy. Dôležité je extrahepatálnu cholestázu zaradiť do správnej chirurgickej skupiny a to nielen z hľadiska operačného riešenia, ale aj predoperačnej a pooperačnej starostlivosti.

Práve z hľadiska upresnenia predoperačnej diagnózy chceme poukázať na jeden extrahepatálny (chirurgický) cholestatický syndróm — sydróm Mirizziho. V našej odbornej literatúre Mirizziho syndróm nie je často uvádzaný. S chorými, ktorých klinické a paraklinické prejavy zodpovedajú Mirizziho syndrómu, sa stretávame čoraz častejšie. Jeho význam vystupuje do popredia so zavádzaním inštrumentálnych predoperačných a peroperačných rtg vyšetrení do každodennej praxe. Práve Mirizzi bol ich priekopníkom, keď r. 1931 ako prvý vykonal peroperačné cholangiografické vyšetrenie [Věšin, 1963].

Klinický materiál

Na našom oddelení sme sledovali pacientov po cholecystektómii za obdobie 5 rokov. Z celkového počtu operovaných (589 pacientov) bol u siedmych chorých diagnostikovaný Mirizziho syndróm. Jednalo sa o tri ženy a štyroch mužov vo vekovom rozpätí 23 až 73 rokov, s prevahou výskytu v 6. a 7. decénii.

Všetci siedmi pacienti v anamnéze udávali typické žlčníkové ťažkosti (žlčníkové koliky), na ktoré nadväzoval údaj o žltacke rôznej intenzity, od subikteru sklér po ikterus kože celého tela s pruritom. U štyroch chorých k žlčníkovým kolikám a žltacke sa pridružila aj teplota so zimnicou, u troch chorých strata chuti do jedla.

Z laboratórnych vyšetrení: U štyroch chorých leukocytóza a zvýšené hodnoty FW (70 za h), u všetkých chorých bol pozitívny nález v moči na žltové farbivá (Ubg a Bi), u všetkých chorých boli zvýšené hodnoty konjugovaného Bi, u všetkých chorých boli zvýšené hodnoty alkaických fosfatáz (ALP), u troch chorých boli zvýšené hodnoty transamináz — asparágovej (AST) a alanínovej (ALT). Jedenkrát boli zvýšené hodnoty glutamát transferáz (GMT). Hodnoty amyláz v sére i v moči boli zvýšené u dvoch chorých. Infekčný pôvod žltacky bol vylúčený celkovým klinickým vyšetrením. Vyšetrenie na Austrálsky antigén nebolo vykonané.

Rtg vyšetrenia: Cholecystografia p. o. bola vykonaná trikrát so záverom — žlčník sa kontrastne neznázornil. Cholecystografia i. v. bola vykonaná trikrát so záverom — blokáda ductus cysticus s možnosťou prekážky aj na papile Vaterskej, viditeľná dilatácia žľčovodov, jedenkrát — zvráštelený žlčník, jedenkrát — porucha vylučovacej funkcie pečene. Cholecystografia infúzna bola vykonaná jedenkrát so záverom — žlčník ani žľčovody sa kontrastne neznázornili. Sonografické vyšetrenie sme nevykonali.

Liečba: U všetkých pacientov bola vykonaná základná chirurgická liečba — cholecystektómia. U dvoch pacientov uvedený operačný zárok bol vykonaný po inštrumentálnom peroperačnom cholangiografickom vyšetrení sondážou cez ductus cysticus a bol definitívnym

riešením. U piatich pacientov pre operačný nález značne dilatovaných extrahepatálnych žľčových ciest sa pristúpilo k primárnej choledochotómii, raz aj k duodenotómii. Pri chirurgickej explorácii hepatocholedochu s následným inštrumentálnym peroperačným rtg vyšetrením žľčových ciest (cez T drén) sa ani raz nález konkrementov v extrahepatálnych žľčových cestách nezistil.

Operačný nález: U všetkých siedmych chorých bola cholecystolitíza s blokujúcim konkrementom v ductus cysticus, prípadne v infundibule žľčníka (v Hartmannovej burze). U troch chorých bola pridružená akútna cholecystitída, u troch chorých empyém žľčníka, u jedného chorého akútna pankreatitída. Pooperačný priebeh bol u všetkých chorých bez vážnejších komplikácií a subjektívnych ťažkostí.

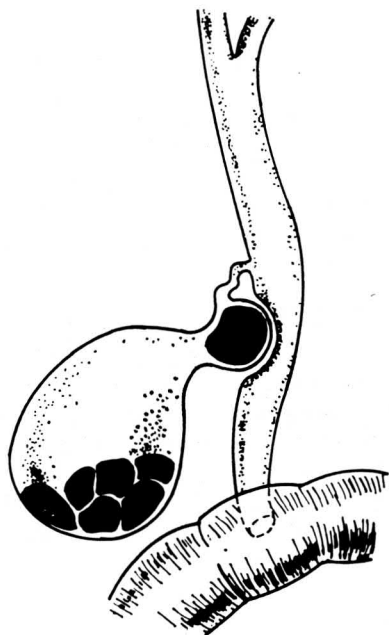
Diskusia

Všetci siedmi chorí sú patologicko-anatomicky i klinicky typickým obrazom Mirizziho syndrómu.

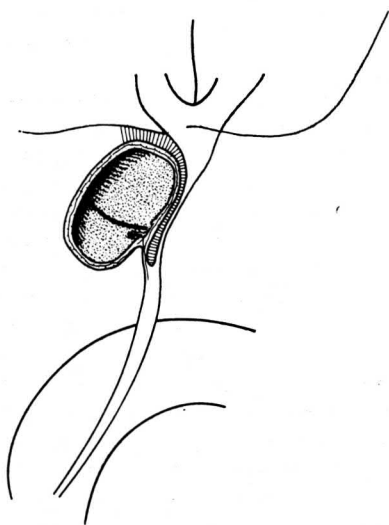
Podobný klinicko-patologický obraz prvýkrát popísal Kehr r. 1905 a neskôr Ruge r. 1908. Mirizzi referoval o takomto klinickom syndróme r. 1945, odkedy sa v odbornej literatúre tento syndróm spája s jeho menom [Heil, 1978]. Obraz Mirizziho syndrómu popisujú vo svojich prácach Heil [1978], Morelli [1978], Brünner [1979], Koehler [1979]. Podľa týchto autorov sa jedná o klinicko-patologický obraz izolovanej nezhubnej stenózy hepatocholedochu s prejavmi obštrukčného ikteru pri základnom ochorení — cholecystolitíze. Vedľa hlavného klinického príznaku obštrukčnej žltacky rôznej intenzity, sprevádzanej typickými žľčníkovými kolikami, môžu byť prítomné aj teploty a zimnica. Morelli [1978] podľa priebehu zápalovej zložky tohto syndrómu — pericholangiolitídy — rozdeľuje Mirizziho syndróm na akútny a chronický. Patologicko-anatomicky podľa Brünnera [1979] jedná sa o extramurálnu stenózu až blokádu ductus hepaticus communis s následnou dilatáciou proximálnych extra a intrahepatálnych žľčových ciest (obr. 1).

Blokádu spôsobuje konkrement fixovaný v ductus cysticus, pričom sa znázorňuje anatomický priebeh ductus choledochus. Pre blokádu ductus cysticus sa pri bežnom rtg vyšetrení žľčníka (cholecystografii) žľčník kontrastne neznázorní. Heil [1978] uvádza, že k extramurálnej stenóze až blokade môže dôjsť aj v anatomickej oblasti priebehu ductus choledochus (obr. 2).

Z uvedených schematických cholangiogramov vyplýva, že príčinou klinicko-patologického nálezu je prítomnosť žľčového konkrementu a jeho trvalá fixácia v infundibule alebo v krčku žľčníka, prípadne v samotnom ductus cysticus. Konkrement svojím objemom spôsobuje v tejto lokalizácii mechanickú kompresiu hepatocholedochu zvonku, alebo je vyvolávajúcim



Obr. 1. Schematický cholangiogram znázorňujúci extramurálnu stenózu až blokádu v priebehu ductus hepaticus communis (Brünner 1979)



Obr. 2. Schematický cholangiogram znázorňujúci stenózu v anatomickej oblasti priebehu ductus choledochus (Heil 1978)

činiteľom pericholangoitídy s edémom, ktorý spôsobuje v tejto oblasti cirkulárnu kompresiu hepatocholedochu. Pravdepodobnou predispozíciou pre vznik popísaného klinicko-patologického obrazu je anatomická variabilita tvaru infundibula žľzníka a variabilita priebehu, dĺžky a tvaru napojenia ductus cysticus na hepatocholedochus.

Celkové klinicko-biochemické vyšetrenia potvrdzujú mechanickú (obštrukčnú) mimopečeňovú cholestázu aj s možnosťou sprievodného parenchymatózneho poškodenia pečene.

Podľa Heila (1978) a Morelliho (1978) rozhodujúcou vyšetrovacou metódou pre stanove-

nie predoperačnej diagnózy Mirizziho syndrómu je ERCP (endoskopická cholangiopankreatikografia). Touto metódou je možné u ikterických pacientov dobre dokázať popísanú patologicko-anatomickú stenózu a znázorniť normálny priebeh, prípadnú stenózu i prestenotickú dilatáciu hepatocholedochu.

Podľa našich skúseností z posledných rokov chceme poukázať na význam stanovenia predoperačnej diagnózy Mirizziho syndrómu perkutánnou transhepatickou cholangiopankreatikografiou — PTC. Dôležitosť predoperačného diagnostikovania Mirizziho syndrómu pomocou PTC opisuje Pernice (1979). PTC metóda je jednoduchá z hľadiska prístrojového vybavenia a zaškolenia odborných pracovníkov. Klasické klinické a paraklinické vyšetrenie vystupujú pri stanovení predoperačnej diagnózy Mirizziho syndrómu len ako vyšetrenia pomocné.

Záver

Mirizziho syndróm je zvláštnou klinickou formou cholecystitídy, spojenej s mechanickou žltáčkou. Podľa rôznych autorov percento výskytu Mirizziho syndrómu kolíše od 2,3 do 6 %. V nami sledovanom súbore predstavoval 1,36 % výskytu.

Pre predoperačné diagnostikovanie tohto syndrómu je rozhodujúce posúdenie celkového klinického stavu a paraklinických vyšetrení. Predoperačné diagnostikovanie Mirizziho syndrómu urýchlí chirurgické riešenie tejto zvláštnej formy cholecystitídy spojenej s extrahepatálnou cholestázou a ďalej umožní naplánovanie šetrnej operačnej taktiky a techniky.

K predoperačnému diagnostikovaniu Mirizziho syndrómu napomáha PTC vyšetrenie. Výsledok PTC vyšetrenia určuje voľbu správneho operačného postupu, znižuje počet exploratívnych choledochotómií, čo má význam pri predchádzaní postcholedochotomických komplikácií, a tým aj pri skracovaní celkovej ošetrovacej doby u ikterických chorých.

Súhrn

Autori sledovali súbor 589 pacientov po cholecystektómii za obdobie 5 rokov. U 7 zistili Mirizziho syndróm — zvláštnu formu cholecystolithiázy spojenej s mechanickou žltáčkou. K stanoveniu predoperačnej diagnózy tohto klinicko-patologického syndrómu vyzdvihujú okrem základných klinických a paraklinických predoperačných vyšetrení dôležitosť PTC vyšetrenia. Výsledok PTC vyšetrenia umožňuje naplánovanie správnej operačnej taktiky a techniky pri chirurgickej liečbe popísaného syndrómu.

Literatúra

1. Brünner, H.-Smitt-Köppler, A.: Taschenbuch der Chirurgie, Band II. Stuttgart, G. Fischer Verlag 1979.

2. Heil, T.: The Mirizzi syndrome as a special form of obstructive icterus. *Chir.*, 49, 1978, č. 1, s. 57—59.
 3. Horák, J. - Antoš, Z. - Sobota, J. - Válka, J.: Instrumentální cholangiografie v diagnostice žloutenek. *Čs. Radiol.*, 35, 1981, č. 3, s. 182—187.
 4. Horák, J. - Sobota, J. - Antoš, Z.: Úskalí perkutánní transhepatické cholangiografie. *Čs. Radiol.*, 36, 1982, č. 3, s. 183—190.
 5. Koehler, R. E.: Common hepatic duct obstruction by cystic duct stone: Mirizzi syndrome. *Amer. J. Rtg.*, 132, 1979, č. 6, s. 1007—1009.
 6. Majat, V. S.: Diagnosis and therapeutic procedure in mechanical jaundice. *Vest. chir.*, 124, 1980, č. 2, s. 50—53.
 7. Morelli, A. - Narducci, F. - Ciccone, R.: Can Mirizzi Syndrome be Classified into Acute and Chronic Form? *Endoscopy*, 10, 1978, s. 109—112.
 8. Niederle, B.: *Chirurgie žlučových cest*. Praha, Avicenum 1977.
 9. Pernice, H. - Braun, B. - Georgi, M.: Das Mirizzisyn-drom als Ursache des Verschlussicterus-Darstellung durch Sonographie und PTC. *Fortschr. Röntgenstr.*, 131, 1979, č. 6, s. 615—618.
 10. Prokubovskij, V. I.: Diagnostic potentials of angiography in mechanical jaundice. *Vest. chir.*, 124, 1980, č. 2, s. 53—59.
 11. Røding, H.: Differential diagnosis of obstructive jaundice. *Zbl. Chir.*, 104, 1979, č. 18, s. 1185—1190.
 12. Sarles, H.: Cholestasis and lesions of the biliary tract in chronic pancreatitis. *Gut.*, 19, 1978, č. 9, s. 851—857.
 13. Taylor, T. V.: Pancreatic-duct reflux in patients with gallstone pancreatitis. *Lancet*, 1, 1980, s. 848—850.
 14. Věšín, S.: *Instrumentální cholangiografie*. Praha, SZN 1963.
 15. Welsby, P. D.: Coincidental obstructive and post hepatic cholestatic jaundice. *Post. Med. J.*, 53, 1977, č. 626, s. 751—755.
- Klíčové slová: Cholecystolitiáza; Mechanická žltačka; Mirizziho syndróm; PTC vyšetření.