

Sällsynt orsak till gallvägshinder

Vid Mirizzis syndrom orsakar en större sten i gallblåsan en förträngning eller en avstängning av ductus hepaticus communis. Detta är en ovanlig orsak till ikterus och ibland även kolangit. Tillståndet erbjuder differentialdiagnostiska svårigheter främst visavi maligniteter i gallvägarna/pankreas. Vid kolecystektomi kan en defekt i de djupa gallvägarna bli ofrånkomlig.

En 69 år gammal man fick i samband med en trafikolycka tio år tidigare en tvärsnittlesion i halsryggmärgen och har sedan dess en tetraplegi. Under de senaste åren har han vid några tillfällen sjukhusvårdats på grund av besvärliga decubitus över sittben. Han har vid ett par tillfällen också behandlats för vad som uppfattats som besvärliga urinvägsinfektioner.

Patienten kom in till sjukhuset akut med hög feber och frossa. Han hade då också konstaterat att ögonen och huden blivit gula samt att urinen blivit mörk. Vid den kliniska undersökningen var mannen febrig med ikteriska sclerae. Urinen i hans uribag var mörkfärgad. Den kraftiga buken palperades mjuk och några säkra resistenser kändes ej. Rektalpalpationen var utan anmärkning. Små mängder ljus avföring noterades på undersökningshandsken. Bland laboratorieproverna noterades: temp 39,1°, LPK 15 10⁹/l, ALAT 0,78 µkat/l, ASAT 0,68 µkat/l, ALP 16 µkat/l, bilirubin total 68 µmol/l, bilirubin konjugerad 47 µmol/l och SR 65 mm.

En sten på 3 cm

Ultraljudsundersökning av gallvägarna visade en tjockväggig gallblåsa med åtminstone en sten, vars diameter var cirka 3 cm. De intrahepatiska gallvägarna föreföll vidgade. Ductus choledochus var svår att se. Inga förändringar sågs i leverparenkymet. Då

Författare

ANDERS THULIN

verksamhetschef, kirurgiska kliniken, Centralsjukhuset, Kristianstad.



Figur 1. Kolangiografi eller »mirizzigrafia«. Normal anatomi, god kontrastpassage till duodenum.

patienten var tetraplegiker var det svårt att genomföra ERCP-undersökning. Istället förbereddes han för laparotomi, på misstanke om choledochus-sten med åtföljande kolangit.

Vid operation upptäcktes att gallblåsan var väldigt inflammerad. Dissektionen var besvärlig och man försökte lösa gallblåsan från toppen. Det var emellertid svårt att utreda anatomin vid Charcots triangel och gallblåsan öppnades därför. Den på ultraljud visualiserade gallstenen togs bort. Det visade sig att stenen eroderat genom gallblåseväggen och den intilliggande väggen av ductus hepaticus communis.

Gallblåsans cysticus-gång gick parallellt med och mynnade distalt mot ductus choledochus. Kolecystektomi utfördes. Man fann att defekten i ductus hepaticus communis omfattade två tredjedelar av dess omkrets och var drygt 1 cm lång. I kanten på defekten var gallgången rejält inflammerad. Ductus hepaticus communis delades därför ovan-

för det inflammerade partiet och kontinuiteten mellan gallvägar och tarm återställdes genom hepaticojejunostomi, Roux-en-y. Det postoperativa förloppet var komplikationsfritt.

De följande fem åren hade patienten inte några symtom på gallvägarna förrän han på nytt insjuknade med tecken på stasikterus. Ultraljudsundersökning visade en dilatation av de intrahepatiska gallvägarna. En perkutan kolangiografi gjordes som visade en stenosis vid den tidigare anlagda hepaticojejunostomin. Denna stenosis ballongdilaterades. Patientens har sedan dess förblivit anikterisk.

Lång ductus cysticus

Den argentinske kirurgen P L Mirizzi beskrev år 1948 att en gallsten inkilad i gallblåsehalsen kan ge upphov till gallvägsstas på sätt som beskrivits ovan [1]. Mirizzis syndrom är ovanligt och

syns hos drygt 1 procent av patienterna som kolecystektomer och vid mindre än 1 procent av utförda ERCP-undersökningar [2]. Typiskt vid Mirizzis syndrom är att ductus cisticus är lång, löper parallellt med ductus hepaticus communis och mynnar distalt i denna. McSherry och medarbetare särskilde två typer av Mirizzis syndrom. Vid typ 1 komprimerar den stora gallblåsestenen ductus hepaticus communis och vid typ 2 fistulerar gallstenen genom gallblåsan och ductus hepaticus communis väggar. Stenen kommer då att fylla ut gallgången [3].

Svårigheterna att utreda gallvägsanatomien vid operation av patient med Mirizzis syndrom är välkända. En väl utförd ERCP eller perkutan kolangiografiundersökning preoperativt kan ge god vägledning inför operation [4]. Vid dessa undersökningar kan det emellertid vara svårt att skilja mellan en neoplasi och gallstenssjukdom som orsak till gallvägshindret. Datortomografi kan vara ett värdefullt komplement för denna differentialdiagnostik.

Vid operation av patient med Mirizzis syndrom typ 1 görs kolecystektomi. Vid typ 2, då en biliobiliär fistel uppkommit, kan ingreppet bli mycket besvärligt och en risk för gallvägsskada är uppenbar. Kolecystolitotomi kombinerat med kolecystojejunostomi har föreslagits liksom kolecystektomi med åtföljande koledokoduodenostomi [2]. Föreligger preoperativt misstanke om Mirizzis syndrom skall man operera patienten med laparotomi. Om ingreppet påbörjats laparoskopiskt får man konvertera till öppen kirurgi.

Mannen bakom syndromet

Pablo Luiz Mirizzi föddes 1893 i Cordoba, Argentina. Sjutton år gammal påbörjade han sina medicinska studier vid Universidad Nacional de Cordoba och vid 25 års ålder blev han biträdande professor i kirurgi. År 1926 utnämndes han till professor i kirurgi vid samma universitet – en tjänst som han innehade i 28 år fram till sin pensionering 1954. Mirizzi ägnade sin forskning framför allt åt gallvägarnas morfologi, funktion och patologi.

Vid en kirurgkonferens 1931 i Argentina beskrev Mirizzi tekniken för den peroperativa kolangiografien (Figur 1) och framhöll betydelsen av undersökningen för att kartlägga gallvägsanatomien och för att identifiera stenar i det djupa gallträdet. Den peroperativa kolangiografien fick snabbt internationell spridning och den introducerades under 1930-talet i Sverige av professor Olle Hultén i Uppsala. Den peroperativa kolangiografien betraktas i dag som en integrerad del av gallstensoperationen.

Mirizzi gjorde under 1930-talet en rad morfologiska och funktionella studier av gallvägarna. Dessa sammanfattade han i boken »Fisiopatologia del hepatocoleoco colangiografia Operatoria» som han utgav 1939.

Vann internationellt rykte

Genom sin kliniska forskning och

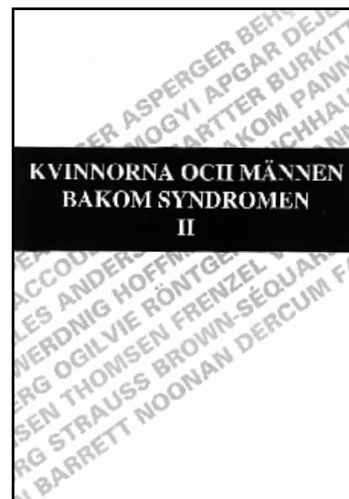
kirurgiska verksamhet vann Pablo Mirizzi ett internationellt rykte inom kirurgin. Han förknippades framför allt med den peroperativa kolangiografien. »Mirizzi-graffia» kom aldrig att bli ett vedertaget namn på denna vanliga undersökning. Istället blev det den ovanliga formen av gallstenssjukdom som givits Mirizzis namn. Flera av Mirizzis elever kom genom hans kontakter för att arbeta vid olika kirurgiska institutioner i Europa, bland annat Sverige där Mirizzi hade goda kontakter

med bland andra kirurgprofessorerna Jack Adams Ray och Clarence Craaford.

Luis Alberto Civalero har bidragit med biografiska data om P L Mirizzi.

Referenser

1. Mirizzi PL. Sindrome del conducto hepatico. J Int Chir 1948; 8: 731-77.
2. Feldager Hansen E, Halver B. Mirizzi syndrom. Ugeskr Laeger 1993; 155: 1056-8.
3. McSherry CK, Festenberg H, Virshup M. The Mirizzi syndrom: Suggested classification and surgical therapy. Surg Gastroenterol 1982; 296: 74-5.
4. Bremmer S, Rudberg U, Lamke LO. Mirizzi-syndrom – en ovanlig komplikation till kronisk cholecystit. Läkartidningen 1987; 84: 1969.



Ännu en syndrombok!

- Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i Läkartidningen under perioden 1990–1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

- Denna bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).

Beställ här:

..... ex "Kvinnorna och männen bakom syndromen" à 190 kronor + porto.

BESTÄLLARE.....

ADRESS.....

POSTNUMMER/POSTADRESS

Insändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm.

Telefax 08-20 76 19