

IV. NOI TEHNOLOGII CHIRURGICALE

IV. 1. Actualități în chirurgie

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN SINDROMUL MIRIZZI

Ivan Cucu¹, Adrian Hotineanu², Alexandru Ferdohleb²,
Dumitru Cazacu³

¹Laboratorul de cercetări științifice „Chirurgia reconstructivă a tractului digestiv”, USMF „Nicolae Testemițanu”,

²Catedra de chirurgie nr. 2, USMF „Nicolae Testemițanu”,

³Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”.

Introducere. Una din complicațiile litiazei biliare este sindromul Mirizzi (SM), reprezentând compresia de către calcul sau formare a unei fistule la nivelul căilor biliare extrahepatice. Tratamentul fiind exclusiv chirurgical cu o rată a mortalității postoperatorie de la 4.8 până la 23,8%. **Scopul lucrării.** Analiza și optimizarea diagnosticului și tratamentul chirurgical în SM. **Material și metode.** Lotul total de studiu a inclus 75 pacienți, diagnosticați cu SM, dintre care în 27 cazuri (36%) diagnosticul a fost stabilit preoperator, utilizând următoarele investigații: USG – 75 (100%), ERCP – 69 (92%), MRCP – 18 (24%), CT cu contrast – 12 (16%). Complexitatea majoră a fost atestată în 48 cazuri (64%), unde constatarea SM a fost intraoperatorie. **Rezultate.** Tehnica chirurgicală folosită a fost adoptată conform tipului de SM. Tip I – 17 (22,6%), confluență dintre colecist și calea biliară principală (CBP) fără fistulă, s-a efectuat colecistectomie. Tip II – 28 (37,3%), defectul parietal a constituit 1/3 din diametru CBP, s-a efectuat plastia defectului pe drenajul Kehr. Tip III – 18 (24%), defectul a constituit 2/3 din diametru, dintre care în 12 (16%) s-a efectuat plastia CBP cu lambou vascularizat din colecist și drenarea tip Robson, în alte 6 (8%) s-a efectuat hepaticojejuno-anastomoză pe ansa Roux. Tip IV – 10 (13,3%), defectul parietal a fost de peste 67%, s-a efectuat hepaticojejuno-anastomoză pe ansa Roux. Tip V – 2 (2,6%) s-a efectuat drenarea CBP tip Kehr și suturarea fistulei enterice. **Concluzii.** Fiind una din cele mai nefavorabile evoluții a litiazei biliare, sindromul Mirizzi necesită două sau mai multe metode de investigare ce măresc rata de stabilire a diagnosticului preoperator. Sindromul Mirizzi tip III,IV necesită obligatoriu intervenții cu elemente de reconstrucții biliodigestive. **Cuvinte-cheie:** Sindrom Mirizzi, diagnostic, tratament.

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT IN MIRIZZI SYNDROME

Ivan Cucu¹, Adrian Hotineanu², Alexandru Ferdohleb²,
Dumitru Cazacu³

¹Laboratory of scientific research „Reconstructive surgery of the digestive tract”, Nicolae Testemițanu University,

²Surgery Department No. 2, Nicolae Testemițanu University,

³Timofei Moșneaga Republican Clinical Hospital.

Background. One of the complications of gallstones is the Mirizzi syndrome (MS), representing compression by calculus or fistula formation in the extrahepatic bile ducts. Treatment being exclusively surgical with a postoperative mortality rate from 4.8 to 23.8%. **Objective of the study.** Analysis and optimization of diagnosis and surgical treatment in MS. **Material and methods.** The total study group included 75 patients, diagnosed with MS, of which in 27 cases (36%) the diagnosis was established preoperatively, using the following investigations: USG – 75 (100%), ERCP – 69 (92%), MRCP – 18 (24%), CT with contrast – 12 (16%). The major complication was attested in 48 cases (64%), where the finding of MS was intraoperative. **Results.** The surgical technique used was adopted according to the type of MS. Type I – 17 (22.6%), confluence between the gallbladder and the main bile duct (CBP) without fistula, cholecystectomy was performed. Type II - 28 (37.3%), the parietal defect was 1/3 of the CBP diameter, the defect was plasty on the Kehr drainage. Type III-18(24%), the defect constituted 2/3 of the diameter, of which in 12 (16%) CBP plasty with a vascularized flap from the gallbladder and Robson type drainage was performed, in another 6(8%) was performed bilio-jejunal anastomosis on the Roux loop. Type IV - 10 (13.3%), the parietal defect was over 67%, bilio-jejunal anastomosis was performed on the Roux loop. Type V - 2 (2.6%) was performed Kehr-type CBP drainage and enteric fistula suturing. **Conclusion.** Being one of the most unfavorable evolutions of gallstones, Mirizzi syndrome requires two or more methods of investigation, which increases the rate of preoperative diagnosis. Mirizzi syndrome type III, IV necessarily requires interventions with elements of biliodigestive reconstructions. **Keywords:** Mirizzi syndrome, diagnosis, treatment.

* Studiu realizat cu suportul proiectului 20.80009.8007.37” Bolile cronice hepatice și pancreatice: aspecte nutriționale și chirurgicale” din cadrul Programului de Stat (2020-2023), conducător de proiect: Iulia Lupașco, dr. hab. șt. med., prof. univ., autoritatea contractantă: Agenția Națională pentru Cercetare și Dezvoltare.