

prevailed grade IV and V. The causes of conversion were: perivesicular inflammatory and hepato-duodenal ligament plastron (n=4), laparoscopic uncontrollable intraoperative hemorrhage (n=3), gangrenous AC with perforation and perivesicular abscess (n=2). NLR was significantly higher in the conversion group (8.6) compared to the non-conversion group (3.9).

**Conclusions.** LC conversion is a rational step in the treatment of complicated AC. Predictive factors of conversion were male sex, advanced age, late addressing. NLR may be useful as a prognostic factor regarding the severity of AC.

**Keywords.** Laparoscopic cholecystectomy, conversion

## GAZ ÎN SISTEMUL PORTAL INTRAHEPATIC ÎN ISCHEMIA MEZENTERICĂ ACUTĂ



Ion Crăciun<sup>1</sup>, Igor Mișin<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Catedra chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, <sup>2</sup> Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, <sup>3</sup> Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Moldova

**Scopul lucrării.** Tomografia computerizată multispiralată cu angiografie este metoda de bază în diagnosticul ischemiei mezenterice acute (IMA). Semnele radiologice specifice ale IMA au o frecvență de depistare diferită, dar cu valoare diagnostică importantă. De exemplu: prezența gazului în sistemul portal intrahepatic în IMA se întâlnește destul de rar, însă poate fi considerat, din punct de vedere a prognosticului – semn radiologic nefavorabil (referitor la letalitatea postoperatorie).

**Rezultate.** Bărbat 69 ani, trei zile de la debut, dureri abdominale pe toată suprafața abdomenului. La palpate dureros, defans muscular prezent, leucocitoză  $25 \times 10^9/L$ , hiperglicemie 15.5 mmol/L. La tomografia computerizată multispiralată cu angiografie se constată: tromboza primului segment al arterei mezenterice superioare, gaz în sistemul portal la periferia lobului stâng al ficatului. S-a intervenit chirurgical. La revizie se determina necroza subtotală a intestinului subțire și hemicolonului drept. S-a efectuat rezecția intestinului necrozat. Evoluție nefavorabilă postoperatorie - deces la 24 ore după intervenție.

**Concluzie.** Cazul clinic relatat relevă faptul că prezența gazului în sistemul portal intrahepatic, depistat la tomografia computerizată cu angiografie, rămâne a fi un semn nefavorabil pentru evoluția stării pacientului cu ischemie mezenterică acută.

**Cuvinte cheie.** Gaz în sistemul portal intrahepatic, ischemia mezenterică acută

## GAS IN THE INTRAHEPATIC PORTAL SYSTEM IN ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA

Ion Craciun<sup>1</sup>, Igor Mishin<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Department of Surgery N.1 “N. Anestiadi”, <sup>2</sup> Laboratory of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, Medical University “N. Testemitanu”, <sup>3</sup> Institute of Emergency Medicine Chisinau, Moldova

**Aim of study.** Multispiral computed tomography with angiography is the basic method in the diagnosis of acute mesenteric ischemia (AMI). Specific radiological signs of AMI have a different detection frequency, but with important diagnostic value. For example: the presence of gas in the intrahepatic portal system in AMI is a rare condition, but it can be considered an unfavorable radiological sign (regarding postoperative lethality).

**Materials and methods.**

**Results.** Sixty nine-year-old man, three days after onset, complains of abdominal pain. On palpation, the abdomen is painful, muscle defense is present, leukocytosis  $25 \times 10^9/L$ , hyperglycemia 15.5 mmol/L. Multispiral computed tomography with angiography revealed: thrombosis of the first segment of the superior mesenteric artery, gas in the intrahepatic portal system located at the periphery of the left lobe. Surgery was performed. On revision, subtotal necrosis of the small intestine and right hemicolon is determined. Resection of the necrotic intestine was performed. Unfavorable postoperative evolution - death 24 hours after the intervention.

**Conclusions.** The reported clinical case reveals the fact that the presence of gas in the intrahepatic portal system, detected by computed tomography with angiography, remains an unfavorable sign for the evolution of the patient's condition with acute mesenteric ischemia.

**Keywords.** Gas in the intrahepatic portal system, acute mesenteric ischemia

## ICTERUL MECANIC LITIAZIC



Iacob V., Guțu E., Popa Gh., Cojocaru C.

Catedra Chirurgie Generală Semiologie nr.3, Universitatea de Stat de Medicină “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

**Scopul lucrării.** Incidența obstrucției căii biliare principale (CBP) cu calcul și dezvoltarea icterului mecanic variază de la 5 la 15% dintre pacienții cu litiază biliară. Tratamentul variază în funcție de mai mulți factori: vârsta și comorbiditățile pacientului; durata icterului; circumstanțele apariției acestuia.

**Materiale și metode.** Pe parcursul anului 2022 în clinica de chirurgie generală a IMSP SCM nr.1 au fost tratați 17 pacienți cu calculi în CBP. Repartizarea bărbați/femei – 10/7. Vârsta cuprinsă între 22 și 76 ani. Patologiile concomitente au fost atestate la 13 (76,5%) bolnavi. Tratamentul la 4 (23,5%) pacienți a constat în sfincterotomia endoscopică (SE) cu extragerea calculilor pe cale endoscopică, apoi colecistectomia laparoscopică; la 4 (23,5%) bolnavi s-a efectuat colecistectomie laparoscopică, care ulterior au necesitat SE cu litextracție; 4 (23,5%) bolnavi au suportat laparotomie cu colecistectomie, coledocotomie cu litextracție și drenare CBP; la 3 (17,6%) pacienți s-a aplicat anastomoză biliodigestivă pe ansa Roux, iar la 2 (11,8%) pacienți a fost suficient doar colecistectomia laparoscopică.

**Rezultate.** La doi pacienți s-a atestat pancreatită acută evoluție medie după papilosfincterotomie, un bolnav a dezvoltat supurația plăgii postoperatorii după laparotomie, în două cazuri a fost diagnosticată pneumonia postoperatorie. Toți pacienții au fost externati în stare satisfăcătoare. Decese nu au fost înregistrate.

**Concluzii.** Icterul mecanic este o complicație acută, care adesea agravează evoluția colelitiazei; Sfincterotomia endoscopică este metoda optimă și efektivă în tratamentul icterului mecanic cauzat de coledocolitiiza.

**Cuvinte cheie.** Coledocolitiază, icter mecanic, sfincterotomia endoscopică, litextracție, colecistectomie

## MECHANICAL JAUNDICE DUE TO CHOLEDOCHOLITHIASIS

Iacob V., Guțu E., Popa Gh., Cojocaru C.

Department of General Surgery and Semiology nr.3, State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemițanu", Iasi, Republic of Moldova

**Aim of study.** The incidence of common bile duct (CBD) stones complicated by jaundice varies from 5 to 15% in patients with biliary stones disease. The modalities of treatment depend on several factors: the patient's age and comorbidities; length of jaundice; the circumstances of its occurrence.

**Materials and methods.** During 2022, 17 patients with jaundice caused by CBD stones were admitted into the General Surgery Department of Municipal Clinical Hospital no.1. There were 10 males and 7 females, with ages ranging from 22 to 76 years. Concomitant illnesses were revealed in 13 (76.5%) patients. In 4 (23.5%) patients treatment included endoscopic sphincterotomy (ES) with stones removal, followed by laparoscopic cholecystectomy (LC); 4 (23.5%) patients underwent LC and subsequent ES with stones extraction; 4 (23.5%) patients were committed to open cholecystectomy, CBD exploration with stones extraction and CBD drainage; in 3 (17.6%) patients, biliodigestive anastomosis in Roux-en-Y fashion was performed, and 2 (11.8%) patients had only LC.

**Results.** Mild acute pancreatitis occurred in two patients after ES, one patient developed wound infection, in two cases postoperative pneumonia was noted. All patients were discharged in good conditions. No deaths were registered.

**Conclusions.** Concomitant choledocholithiasis is often complicated by jaundice, and ES being the most reliable and effective treatment method.

**Keywords.** Choledocholithiasis, jaundice, endoscopic sphincterotomy, stones extraction, cholecystectomy

## OPȚIUNI DIAGNOSTICE ȘI MEDICO CHIRURGICALE ÎN SINDROMUL MIRIZZI



Liuba Strelțov<sup>1</sup>, Rojnovanu Gh.<sup>1</sup>, Revencu S.<sup>1</sup>, Berliba S.<sup>1</sup>, Sângereanu A.<sup>2</sup>, Băbălău I.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> USMF "Nicolae Testemițanu", Chisinau, R.Moldova, <sup>2</sup> IMSP SCM "Sf. Arh. Mihail", Chișinău, R. Moldova

**Scopul lucrării.** Prezentându-se cu o incidență rară la pacienții cu litiază biliară de 1 la 1000, sindromul Mirizzi(SM) rămâne o provocare serioasă atât pentru un chirurg începător, cât și pentru un bun practicant. În pofida modernizării tehnicilor de abordare, subiectul rămâne unul dificil în chirurgia biliară. Scopul lucrării este evaluarea rezultatelor tratamentului pacienților cu sindrom Mirizzi

**Material și metode.** Experiența diagnostică și terapeutică a 13 pacienți cu SM, tratați în anii 2006 - 2019. Vârsta a variat 54-81 ani, cu media 69,9±2,6 ani. Raport f/b – 8/5. Anamneză de litiază biliară -10,1±0,43 ani

**Rezultate.** Analiza a confirmat la toți pacienții prezența durerilor colicative, icter obstructiv asociat și angiolitită recurentă, cu o suferință litiazică de 7- 14 ani. 11 pacienți au manifestat un icter recurent tranzitoriu, icterul continuu a fost în 2 cazuri. Conform clasificării Csendez: tip I - 2 cazuri, tip II - 4, tip III - 5, tip IV - 2 cazuri. Metode electiv sugestive de diagnostic preoperator: colangiografie RMN, CPGR endoscopică asociată cu PST și drenarea căilor biliare în sindrom icteric persistent. În 10 cazuri a fost utilizată colangiografia intraoperatorie. Volumul operator a fost selectat dependent de tipul leziunii. Înlăturarea calculului și lichidarea defectului fistular prin utilizarea de preferință a unui lambou vezicular menajat(4) cu drenare Kehr - 6 cazuri; colecistectomia, coledocolitotomie în 4 cazuri; colecistectomia, coledocolitotomie coledochoduodenostomie Roux-în-Y în 3 cazuri. Morbiditate în 3 cazuri(27,3%), mortalitate - 0%

**Concluzii.** Preoperator diagnosticul sugestiv de sindrom Mirizzi se axează pe colangiografia RMN și CPGRE, diagnosticul de certitudine fiind dat de colangiografia intraoperatorie premergătoare disecției veziculei biliare. Obiectivele intervenției necesită adaptate tipului și particularităților morfologice, în funcție de topografia fistulei.

**Cuvinte cheie.** Sindrom Mirizzi, icter, tratament chirurgical

## DIAGNOSTIC AND MEDICO-SURGICAL OPTIONS IN MIRIZZI SYNDROME

Liuba Strelțov<sup>1</sup>, Rojnovanu Gh.<sup>1</sup>, Revencu S.<sup>1</sup>, Berliba S.<sup>1</sup>, Singereanu A.<sup>2</sup>, Babalau I.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SUMPh "Nicolae Testemițanu", Chisinau, Republic of Moldova, <sup>2</sup> MCH "St. Arch. Michael", Chisinau, Republic of Moldova

**Aim of study.** Presenting with a rare incidence in patients with biliary lithiasis 1 in 1000, Mirizzi syndrome(MS) remains a serious challenge for both the novice surgeon and the good practitioner. Despite the modernization of approach techniques, the subject remains a difficult one in biliary surgery. The aim of study was the evaluation of treatment outcomes of patients with Mirizzi syndrome.

**Materials and methods.** The diagnostic and therapeutic experience of 13 patients with MS, treated between 2006 and 2019. The age ranged from 54 to 81 years, with an average of 69.9±2.6 years. f/m ratio – 8/5. History of gallstones -10.1±0.43 years.

**Results.** The analysis confirmed in all patients the presence of colic pains, signs of associated obstructive jaundice and recurrent angiolititis, on the background of 7-14 years of biliary lithiasis. 11 patients showed transient recurrent jaundice, continuous jaundice was in 2 cases. According to the Csendez classification : type I - 2 cases, type II - 4, type III - 5, type IV - 2 cases. Suggestive elective methods of preoperative diagnosis: MRI cholangiography, endoscopic CPGR associated with PST and drainage of bile ducts in persistent jaundice syndrome. Intraoperative cholangiography was used in 10 cases. The operative volume was selected depending on the type of lesion. Removal of the calculus and liquidation of the fistula defect by preferably using a managed vesical flap with Kehr drainage - 6 cases; cholecystectomy, choledocholithotomy choledochoduodenostomy in 4 cases; cholecystectomy, choledocholithotomy, Roux-in-Y choledochojejunostomy in 3 cases. Morbidity in 3 cases (27.3%), mortality - 0%.

**Conclusions.** Preoperatively, the suggestive diagnosis of Mirizzi syndrome focuses on MRI cholangiography and CPGRE, the