

certainty diagnosis being given by the intraoperative cholangiography preceding the dissection of the gallbladder. The objectives of the intervention need to be adapted to the type and morphological particularities, depending on the topography of the fistula.

Keywords. Mirizzi syndrome, jaundice, surgical treatment

SINDROMUL MIRIZZI TENDINȚE ACTUALE ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL CHIRURGICAL



Adrian Hotineanu, Alexandru Ferdohleb, Dumitru Cazacu, Ion Cucu

Laboratorul de Cercetări Științifice „Chirurgia Reconstructivă a Tractului Digestiv”, USMF „Nicolae Testemițanu” Chișinău, Republica Moldova

Scopul lucrării. Evaluarea particularităților de diagnostic și tratament chirurgical al pacienților cu Sindrom Mirizzi.

Materiale și metode: Din lotul total de studiu ce a inclus 75 pacienți, 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 constituit 48 (64%) cazuri, unde constatarea SM a fost intraoperatorie.

Rezultate. Tratamentul chirurgical a fost adaptat tipului de SM. Tip I-17 (22,6%) pacienți, a fost prezentă confluența vezico-coledociană, un început de formare a fistulei, a fost efectuată colecistectomia. Tip II-28 (37,3%), defectul parietal CBP a fost sub 1/3 din diametrul lui, s-a efectuat plastia defectului CBP pe drenajul Kehr. Tip III-18 (24%), defectul CBP a constituit 2/3 din diametru, dintre care în 12 cazuri (16%) s-a efectuat plastia CBP cu lambou vascularizat din vezicula biliară și drenarea CBP tip Robson, în alte 6 cazuri (8%) s-a efectuat hepaticojejuno-anastomoză pe ansa „Y” a la Roux. Tip IV-10 (13,3%), defectul parietal a fost de peste 67% din diametrul CBP, s-a efectuat exclusiv hepaticojejuno-anastomoză pe ansa „Y” a la Roux. Tip V-2 (2,6%) s-a efectuat drenarea CBP tip Kehr și suturarea fistulei enterice.

Concluzii. Arsenalul laparoscopic a permis soluționarea integrală minim invaziv a 22 cazuri ce a inclus pacienți cu SM tip I și II. SM tip III, IV necesită obligatoriu intervenții chirurgicale cu elemente de reconstrucții biliodigestive.

Cuvinte cheie. Sindrom Mirizzi, diagnostic, tratament.

Din contul proiectului de stat: 20.80009.8007.37., Bolile cronice hepatice și pancreatice: aspecte nutriționale și chirurgicale”.

MIRIZZI SYNDROME CURRENT TRENDS IN SURGICAL DIAGNOSIS AND TREATMENT

Adrian Hotineanu, Alexandru Ferdohleb, Dumitru Cazacu, Ion Cucu

Scientific Research Laboratory "Reconstructive Surgery of the Digestive Tract", USMF "Nicolae Testemițanu" Chișinău, Republic of Moldova

Aim of study. Evaluation of the particularities of diagnosis and surgical treatment of patients with Mirizzi Syndrome.

Materials and methods. From the total study group that included 75 patients, 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 constituted 48(64%) cases, where the finding of MS was intraoperative.

Results. The surgical treatment was adapted to the type of MS. Type I-17 (22.6%) patients, the bladder-choledochal confluence was present, a beginning of fistula formation, cholecystectomy was performed. Type II-28 (37.3%), the CBP parietal defect was below 1/3 of its diameter, the CBP defect plasty was performed on the Kehr drainage. Type III-18 (24%), the CBP defect constituted 2/3 of the diameter, of which in 12 cases (16%), CBP plasty with a vascularized flap from the gallbladder and Robson-type CBP drainage was performed in another 6 cases (8%) hepaticojejunostomy was performed on the Roux "Y" loop. Type IV-10(13.3%), the parietal defect was over 67% of the CBP diameter, exclusively hepaticojejunostomy was performed on the Roux "Y" loop. Type V-2(2.6%) was performed Kehr-type CBP drainage and enteric fistula suturing.

Conclusions. The laparoscopic arsenal allowed the complete minimally invasive solution of 22 cases that included patients with type I and II MS. MS type III, IV necessarily requires surgical interventions with elements of biliodigestive reconstructions.

Keywords. Mirizzi syndrome, diagnosis, treatment.

From the account of the state project: 20.80009.8007.37 "Chronic liver and pancreatic diseases: nutritional and surgical aspects”.

VOLVULUS AL VEZICII BILIARE



Ghidirim Gh.¹, Malcova T.^{1,2}, Șcerbatiuc-Condur C.³, Sor E.^{1,4}, Mișin I.^{2,4}

¹ Catedra de chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, ² Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, ³ IMSP Institutul Oncologic, ⁴ IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Moldova

Scopul lucrării. Volvulus al vezicii biliare (VVB) reprezintă o patologie rară, ce se caracterizează prin torsiune organo- axială mecanică în sensul acelor de ceasornic sau în sens invers acelor de ceasornic de-a lungul axei longitudinale a vezicii biliare, cu implicarea arterei și ductului cistic. Obiectivul este cercetarea literaturii de specialitate și evidențierea particularităților evoluției, a caracteristicilor diagnostice și gestionarea VVB.

Materiale și metode. Analiza surselor bibliografice și a datelor disponibile din bazele de date online PubMed și Google Scholar, utilizând termeni MESH: „gallbladder volvulus” și „gallbladder torsion”, raportate în perioada aa. 1982 – 2022, în conformitate PRISMA.

Rezultate. VVB predomină la adulți (85%), dar vârsta poate varia de la 5 zile până la 100 de ani, cel mai frecvent fiind diagnosticată la femeii (raport 3 : 1) cu vârstă cuprinsă între 60 – 80 de ani. Torsiunea poate fi cauzată atât de modificările mecanice, cât și de cele hormonale, care afectează vezica biliară. VVB poate fi completă (>180°) sau parțială (<180°), predominând direcția rotației în sensul ceasornicului. Simptomele mimează colecistita acută, prin urmare evaluarea preoperatorie este dificilă, iar diagnosticul ca regulă