

STABILIREA DIAGNOSTICULUI ȘI TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN SINDROMUL MIRIZZI

Ivan Cucu¹, Adrian Hotineanu² Dumitru Cazacu³,
Victor Pîrvu³, Ion Cotoneț¹

Conducător științific: Alexandru Ferdohleb^{2,3}

¹Laboratorul de chirurgie reconstructivă a tractului digestiv, Centrul de Patologie Abdominală și Transplant, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

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

³Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Aproximativ 0,1% dintre pacienții cu litiază biliară dezvoltă sindromul Mirizzi (SM). Conduita diagnostică și curativă impune necesitatea folosirii unui algoritm de diagnostic bine definit, sporind rata de stabilire a diagnosticului preoperator și micșorarea ratei de complicații intra și postoperatorii. **Scop.** Analiza metodelor de diagnostic preoperator cu stabilirea criteriilor imagistice și clinice sugestive SM și abordarea chirurgicală în dependență de tipul morfologic al fistulei colecisto-biliare. **Material și metode.** Lotul de cercetare a inclus 79 pacienți. Metodele imagistice folosite au fost: USG-79(100%), ERCP-71(89,8%), MRCP-22(27,8%), CT cu contrast-14(17,7%). În toate cazurile sau folosit cel puțin 2 metode imagistice. Tratamentul chirurgical a inclus colecistectomia cu sau fără drenarea căii biliare principale (CBP) și rezolvarea fistulei. **Rezultate.** Tip I SM-20(25,3%) cazuri, s-a practicat colecistectomia, în 16(20,2%) cazuri laparoscopic. Tip II-29(36,7%) diametrul fistulei sub 1/3 din diametrul CBP, s-a efectuat plastia defectului cu drenarea tip Kehr. Tip III-18(22,7%) defectul CBP a constituit 2/3, din care în 12 cazuri (15,1%) s-a efectuat plastia CBP cu lambou vascularizat din vezicula biliară și drenarea tip Robson, în alte 6 cazuri (7,5%) s-a efectuat hepatico-jejuno anastomoză (HJA) pe ansa Roux. Tip IV-10(12,6%), defectul parietal a fost de peste 67% din diametrul CBP, s-a efectuat HJA pe ansa Roux. Tip V-2(2,5%) s-a efectuat drenarea tip Kehr și suturarea fistulei enterice. **Concluzii.** Algoritmul optimizat a permis stabilirea diagnosticului preoperator în 31(39,2%) cazuri. Metodele electice în diagnosticul fistulelor colecisto-biliare a fost ERCP și MRCP. Ajustarea tehnicii chirurgicale conform tipului de sindrom Mirizzi, a favorizat evoluția postoperatorie. **Cuvinte-cheie:** Fistulă colecisto-biliară, diagnostic, tratament chirurgical.

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT IN MIRIZZI SYNDROME

Ivan Cucu¹, Adrian Hotineanu² Dumitru Cazacu³,
Victor Pîrvu³, Ion Cotoneț¹

Scientific adviser: Alexandru Ferdohleb^{2,3}

¹Reconstructive Surgery of Digestiv Tract, Center for Abdominal Pathology and Transplantation, *Nicolae Testemițanu* University, Chișinău, Republic of Moldova

²Surgery Department no. 2, *Nicolae Testemițanu* University, Chișinău, Republic of Moldova

³*Timofei Moșneaga* Republican Clinical Hospital, Chișinău, Republic of Moldova

Introduction. Approximately 0.1% of patients with gallbladder lithiasis develop Mirizzi syndrome (MS). The diagnostic and curative management requires the use of a well-defined diagnostic algorithm, increasing the rate of preoperative diagnosis and decreasing the rate of intra- and postoperative complications. **Objective.** Analysis of preoperative diagnostic methods with establishment of imaging and clinical criteria suggestive of MS and surgical approach depending on the morphologic type of gallbladder-biliary fistula. **Material and methods.** The research group included 79 patients. The imaging methods used were: USG-79(100%), ERCP-71(89.8%), MRCP-22(27.8%), CT with contrast-14(17.7%). In all cases or used at least 2 imaging methods. Surgical treatment included cholecystectomy with or without drainage of the main bile duct (MBD) and resolution of the fistula. **Results.** Type I SM-20(25.3%) cases, cholecystectomy was performed, in 16(20.2%) cases laparoscopically. Type II-29(36.7%), the diameter of the fistula was less than 1/3 of the diameter of the MBD, the defect was placed with Kehr drainage. Type III-18(22.7%), the defect was 2/3, of which in 12 cases (15.1%) the defect was placed with vascularized flap from the gallbladder and Robson drainage, in other 6 cases (7.5%) hepatico-jejunostomy (HJS) was performed on Roux loop. Type IV-10 (12.6%), the parietal defect was more than 67% of the diameter of the MBD, HJS was performed. Type V-2 (2.5%) Kehr drainage and suturing of the enteric fistula was performed. **Conclusion.** The optimized algorithm allowed preoperative diagnosis in 31 (39.2%) cases. The elective methods in the diagnosis of cholecystobiliary fistulas were ERCP and MRCP. The adjustment of the surgical technique according to the type of Mirizzi syndrome favored the postoperative course. **Keywords:** cholecysto-biliary fistula, diagnosis, surgical treatment.