

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 Strelțov¹, Rojnoveanu Gh.¹, Revencu S.¹, Berliba S.¹, Sângereanu A.², Băbălău I.²

¹ USMF "Nicolae Testemițanu", Chisinau, R.Moldova, ² 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 practician. În pofida modernizării tehnicilor de abordare, subiectul rămâne unul dificil în chirurgia biliară. Scopul lucrării este evaluarea rezultatelor tratamentului pacienților cu sindrom Mirizzi

Materiale 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. Anamnezic 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 elective 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 coledocoduodenostomie în 4 cazuri; colecistectomia, coledocolitotomie coledochojunostomie 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 Strelțov¹, Rojnoveanu Gh.¹, Revencu S.¹, Berliba S.¹, Singereanu A.², Babalau I.²

¹ SUMPh "Nicolae Testemițanu", Chisinau, Republic of Moldova, ² 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 choledocoduodenostomy in 4 cases; cholecystectomy, choledocholithotomy, Roux-in-Y choledochojunostomy 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

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}, Șerbatiuc-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 femei (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