

26. Мумладзе, Р.Б., Чеченин, Г.М., Эминов М.З. и др. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения больных с механической желтухой в неопухолевого генеза. *Анналы хирургии*, 2004; 4: 41 – 45.
27. Прудков, М.И., Кармацких, А.Ю., Столин А.В. Малоинвазивная хирургия в лечении острого холецистита. *Эндоскопическая хирургия*, 2006, № 1, с. 46 – 47.
28. Калитеевский, П.Ф. Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов. М., 1993, с. 221 – 225.
29. Решетников, Е.А., Миронов, А.С., Малов Ю.Я. Диагностика и дифференцированное лечение острого панкреатита билиарной этиологии. *Хирургия*, 2005; 11: 25 – 27.
30. Родионов, В.В., Филимонов, М.И., Могучев В.М. Калькулезный холецистит (осложненный механической желтухой). М. „Медицина”, 1991, 320 с.

## **PSEUDOCYSTUL DE PANCREAS - METODE CONTEMPORANE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT**

**Elena Fosa, Vladimir Hotineanu, Adrian Hotineanu, Anatol Cazac, Carmen Neamțu**

Laboratorul științific Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv,  
Catedra Chirurgie nr.2 USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Pancreatic pseudocyst. Contemporary methods of diagnosis and treatment***

This report represents a study of the contemporary diagnostic methods and treatment of the pancreatic pseudocyst, applied to a number of 265 patients during 1995-2011. The most efficient methods in pancreatic pseudocyst diagnosis turned to be: ecography, CT, RMN, ERPC. In 94.33% cases, the median laparotomy approach was applied. The approach undertaken provides easy access to abdominal structures and organs, with a detailed inspection, as well as an adequate cleaning of the abdominal cavity. In 5.67% cases, mini invasive methods have been undertaken. The surgical treatment decreased considerably the number of patients with a dolor syndrome, with an obvious improvement of the overall health situation.

### **Rezumat**

Lucrarea reprezintă un studiu al metodelor contemporane de diagnostic și tratament a pseudochistului de pancreas, aplicat unui lot de pacienți în număr de 265 în perioada anilor 1995–2010. Metodele cele mai eficiente în diagnosticul pseudochistului pancreatic s-au dovedit a fi: ecografia, CT, RMN, ERCP. În 94,33% cazuri s-a îndeplinit abordul chirurgical prin laparotomie mediană. Această cale de abord a permis accesul la structurile și organele abdominale cu o inspecție minuțioasă a acestora, precum și o asanare adecvată a cavității abdominale. În 5,67% cazuri s-a recurs la metode chirurgicale miniinvazive. Tratamentul chirurgical a redus considerabil numărul pacienților cu sindrom dur, și a îmbunătățit calitatea vieții lor.

### **Actualitatea**

În ultimul deceniu numărul pacienților cu pseudochist de pancreas a crescut de 2 ori. Creșterea totală a numărului de bolnavi cu pancreatită distructivă, succesele tratamentului conservativ și miniinvaziv a pancreatitelor, datorită cărora se obține o localizare și cupare a procesului inflamator în condiții aseptice, ulterior favorizează formarea de pseudochiste. Luînd în considerație saltul tehnologic în sfera chirurgiei miniinvazive și multitudinea metodelor de abordare, este necesar de a face o sinteză asupra metodelor eficiente de diagnostic și tratament a pseudochistului.(1-19)

## Obiectivul

Stabilirea unui algoritm diagnostic și elaborarea unui management chirurgical rațional, prin corelarea tehnicilor chirurgicale cu momentul optim operator determinat de gradul de maturație al peretelui pseudochistului, astfel încât rata complicațiilor și recidivelor să fie minimă.

## Material și metodă

În studiu sînt relevate datele obținute de la un lot de 265 pacienți operați cu pseudochisturi de pancreas în perioada 1995 – 2011. Pacienții cu pseudochist pancreatic au fost repartizați în două loturi: primul lot a inclus 119(45%) pacienți – lot I l cărora nu li s-a aplicat algoritmul (Fig. 1), al II-lea lot a inclus 146 (55%) pacienți –lot de studiu- cărora li s-a aplicat algoritmul diagnostic și managementul terapeutic, prezentate mai jos:

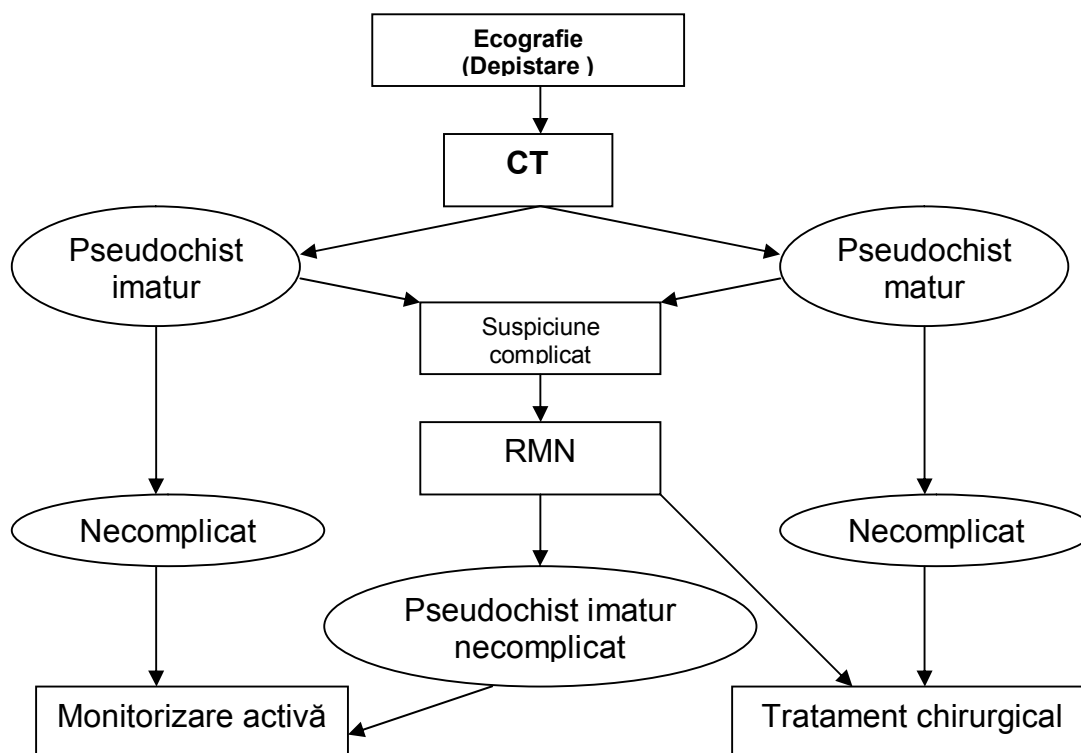


Fig. 1

Repartizarea după sex a demonstrat predominanța genului masculin – 201 (76 %) pacienți, față de genul feminin – 64 (24%), în I-ul lot numărul bărbaților a constituit – 86 (72,22%), iar al femeilor – 33 (27,77%), în lotul II - bărbații au constituit 115 (79,10%), iar femeile 31(20,90%). Vîrsta pacienților a variat între 27 – 78 ani, cu o medie de 45, 78 ani lot I – 44,27 ani, lot II - 47 ani). Din numărul total de pacienți, 201 (76%) erau activi social.

## Rezultate și discuții

Manifestările clinice sunt puțin specifice: durerea nu are o localizare fixă, apărînd în etajul abdominal superior și mediu care pot iradia în spate, uneori poate avea caracter de centură. La mai mult de jumate din numărul pacienților sindromul dolo este de o înaltă intensitate și persistă un timp îndelungat. De regulă, durerea se intensifică după alimentație, de obicei după 30 minute (îndeosebi cînd ducturile pancreatice sînt stenozate). La aproximativ 18 % din pacienți durerea lipsește. Majoritatea pseudochisturilor sunt asimptomatice, dar pot avea și diferite manifestări clinice în dependență de volum, localizare și prezența complicațiilor (Tabelul 1):

**Manifestări clinice:**

Semne clinice la internare	Frecvența cazurilor					
	lot I	%	lot II	%	Total	%
Dureri abdominale-epigastru/ hipocondru stâng	97	81,48	122	83,58	219	82,64
Prezenta formațiunii tumorale de volum	41	35,19	68	46,27	109	41,32
Scadere ponderala	47	38,89	65	44,78	112	42,15
Semne dispeptice	75	62,96	91	62,69	166	62,81
Astenie generala	62	51,85	54	37,31	116	43,80
Icter mecanic	11	9,26	20	13,43	31	11,57
Diabet zaharat	31	25,93	15	10,45	46	17,36
Febra, frison	20	16,67	13	8,96	33	12,40
Pleurezie	4	3,70	7	4,48	11	4,13
Modificari hemodinamice	26	22,22	11	7,46	37	14,05

Investigațiile de laborator au evidențiat următoarele modificări biochimice (Tabelul 2):

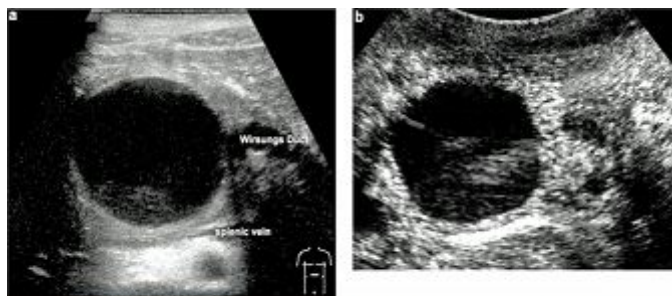
**Examinări de laborator:**

Schimbările patologice determinate	Număr de cazuri					
	lot I	(% din 119)	lot II	(% din 146)	Total	(%)
Leucocitoza (10 - 15x10 /l)	15	12,96	17	11,94	33	12,4
Leucocitoza (15 - 25x10 /l)	9	7,41	13	8,96	22	8,26
Deviere spre stanga in formula leucocitara	20	16,67	24	16,42	44	16,53
VSH > 15 mm/ora	93	77,78	133	91,04	226	85,12
Bilirubinemie > 20,0 mmol/l	7	5,56	33	22,39	39	14,88
Hipoprotrombinemie < 80 %	11	9,26	13	8,96	24	9,09
Hipoproteinemie < 60 g/l	77	64,81	96	65,67	173	65,29
Anemie B12 deficitara	7	5,56	11	7,46	18	6,61
ALAT > 0,7 mmol/ora, ASAT > 0,5 mmol/ora	40	33,33	22	14,93	61	23,14
Hiperglicemie	31	25,93	15	10,45	46	17,36
Hiperamilazemie	33	27,78	22	14,93	55	20,66
Hiperlipazemie	13	11,11	13	8,96	26	9,92
Hiperamilazurie	26	22,22	22	14,93	48	18,18
Steatoree	11	9,26	9	5,97	20	7,44
Creatoree	13	11,11	13	8,96	26	9,92

**Diagnosticul** unui pseudochist pancreatic poate fi uneori destul de complicat aceasta fiind în strânsă legătură cu localizarea, mărimea acestuia și manifestările clinice, care îl fac pe pacient să se adreseze la medic.

**Ecografia** (Fig.2)zonei hepato-bilio-pancreatice preoperatorie și intraoperatorie în scop diagnostic a fost efectuată la 265(100%) pacienți, depistând prezența pseudochistului la 223 (84,34%) cazuri -lot I - 102(86%) cazuri, lot II -121(83%) cazuri.

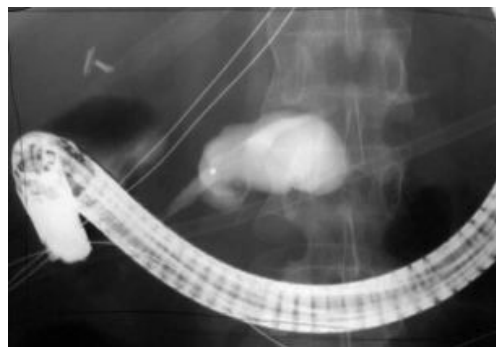
Ecografia și-a demonstrat fiabilitatea în diagnosticul de pseudochist având o acuratețe de 95%. Pseudochistul se prezintă ecografic ca o imagine transsonică situată în pancreas și/sau regiunile învecinate, cu puține ecouri și cu circumscriere imprecisă la început; uneori evidențiază septări și ecouri endocavitare determinate de necroze, detritusuri,sau hemoragii intrachistice.



**Fig. 2** Imagine ultrasonografică a unui P

### **Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică(Fig. 3)**

Metodă modernă de investigație introdusă în practică curentă în ultimii 10-15 ani are deopotrivă valoare diagnostică și terapeutică evidențiază obstrucția parțială sau totală a Wirsungului și/sau efracțiile canale, diferențiază colecțiile fluide de pseudochistul constituit (pereți subțiri în colecțiile fluide și grosi cu calcificări parietale în pseudochistul matur) și este în același timp o metodă de drenaj al pseudochistului (drenaj trans-papilar-transductal în cursul CRPE sau drenaj transgastic/transduodenal ghidat ecoendoscopic). Realizată preoperator la 215 (80,99%) pacienți, I- ul lot 86(72,22%)pacienți, lotul II – 129 pacienți(98,05%), a permis stabilirea stării coledocului și ductului pancreatic, prezența stricturilor, nivelul obstrucției și deplasarea coledocului, gradul de dilatare, comunicare/necomunicarea ductului cu pseudochistului, este o metodă de elecție pentru alegerea tacticii chirurgicale. Dilatarea ductului a fost evidențiată în 235(88,67%) cazuri, în I-ul lot – 110(92,3%) la pacienți, în lotul II la 111(76,11%) bolnavi. Comunicarea ductului cu pseudochistul a fost stabilită în 100 (37,75%) cazuri, I-ul lot – 35 (28,20%) pacienți, lotul II la 65(44,06%).



**Fig.3** ERCP cu vizualizarea unui PP comunicant cu ductul Wirsung

**Tomografia computerizată** (Fig. 4) a fost efectuată în 186 (70,25%) cazuri –lot I -53 (44,44%), lot II -133(91%). Pseudochistul pancreatic a fost depistat în 253 (95,3%) cazuri-lot I -115 (95,8%),lot II -138 (93,44%) cazuri. Având o rezoluție superioară; poate depista colecția de câțiva milimetri, localizează cu precizie sediul pseudochistului pancreatic, măsoară cu exactitate grosimea peretelui și gradul lui de maturație. Nu este influențată de obezitate sau aerocolie. Datorită sensibilității și specificității superioare, tomografia computerizată rămâne totuși metoda diagnostică de elecție pentru evaluarea inițială a pacientului cu pseudochist de pancreas.



**Fig. 4** Imagine a unui PP la CT

**Rezonanța magnetică** (Fig.5)permite un mai bun studiu anatomic al structurilor în cele trei planuri și în consecință vasele pot fi perfect vizualizate fără injectare de produs de contrast, datorită fenomenelor de flux - angio IRM. Efectuată la 114 (42,97%) pacienți, din primul lot – 46 (38,88%), din lotul II - 68(46,26%) cazuri

a demonstrat modificarea ductului Wirsung la 26 (23,07%) pacienți (I-ul lot 4 pacienți - 9,52%, al II-lea lot 22 - 32,26%). Dilatarea ductului Wirsung a fost depistată la 44 (38,6 %) pacienți, I-ul 18(38,10%) la al II-lea lot 26(38,71%) cazuri. Sensibilitatea metodelor de diagnostic s-a reflectat în felul următor: ecografia - 245 (97%), I lot - 106 (96,5%), lotul II - 139 (98,0%), tomografia computerizată - 184 (98,75%), lot I - 52 (98,5%), lot II - 131 (99,0%); ERCP - 197 (91,75%), lot I - 85 (97,5%), lot II - 112(86,0%); IRM - 113 (99,0%), I-ul lot - 45 (98,9%) lotul II - 68(99,1%). Alegerea corectă a momentului optim operator este într-o strânsă legătură cu gradul de maturare a peretelui pseudochistic, de aici vine necesitatea abordării următoarei clasificării:



Fig.5 RMN al unui PP pancreatic

1. **Pseudochiste imature** (Fig.6)(1-3 luni de la apariție) - aceste leziuni nu au un perete "propriu" clar definit, acesta fiind constituit de parenchim pancreatic remaniat profund, cu focare de citosteatonecroză dispersate intrapancreatic; cu liponecroza impregnată cu săruri de calciu și/sau săruri biliare; cu necroza epitelială care a distrus o parte din lobuli, pe care oi reduce la placarde de material granular, eozinofil, cu detritusuri celulare și bogate infiltrate inflamatorii cu polimorfonucleare; cu marcat edem interstițial și tromboza vaselor mici;

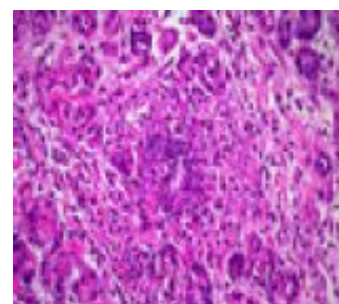


Fig.6 PP imatur

2. **Pseudochiste în curs de maturare** (Fig.7)(3-6 luni de la apariție) - cu perete compus din țesut fibroconjunctiv, țesut adipos și bogat infiltrat inflamator cronic limfoplasmocitar și mononuclear prezent, fără un epiteliu propriu de acoperire, iar materialul amorf care tapetează porțiunea internă a pseudochistului este constituit din detritusuri necrotice, trombi de fibrină și depozite de hemosiderină, alături de hematii lizate;

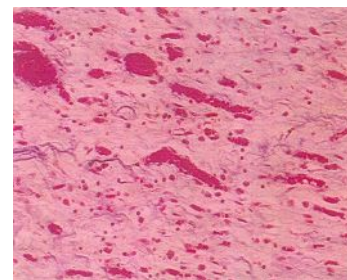


Fig. 7 PP în curs de maturare

3. **Pseudochiste mature** (Fig.8)(6-12 luni de la apariție)- prezintă un perete mult îngroșat, masiv fibrozat, dens, acelular, aproape avascular, fără remanieri inflamatorii, care delimitează o cavitate chistică fără epiteliu propriu de acoperire;

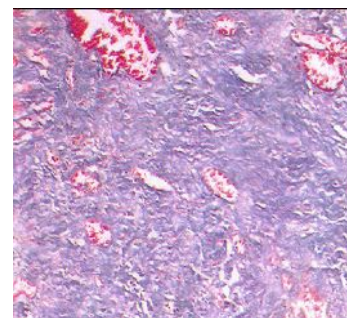


Fig.8 PP matur

Această clasificare ne permite o nouă abordare a managementului chirurgical al pseudochistului de pancreas cu stabilirea unui nou algoritm terapeutic.

#### Tratamentul chirurgical:

- **Terapia conservatoare** se adresează pseudochisturilor necomplicate, cu diametrul < 6 cm, descoperite la minimum 4 săptămâni de la debutul unei pancreatite acute severe, fără expresie clinică după rezoluția pancreatitei acute, cu toleranță digestivă bună. Bolnavii sunt urmăriti în dinamică (clinic, biologic și imagistic) până la resorbția completă.
- **Drenajul** se impune în pseudochisturile cu diametrul > 6 cm, apărute la 4-6 săptămâni de la debutul unei pancreatite acute severe, simptomatice (durere epigastrică persistentă, intoleranță digestivă, sațietate precoce) și/sau complicate. Acest obiectiv poate fi realizat

chirurgical, prin procedee de radiologie invazivă sau endoscopic. Chirurgia dispune de trei opțiuni terapeutice: drenajul intern, drenajul extern și terapia rezecțională (Tabelul 3).

Tabelul 3

Tipul tehnicilor chirurgicale aplicate în tratamentul pseudochistului pancreatic

<b>Varianta operatorie</b>	<b>Lot I</b>	<b>Lot II</b>	<b>Total</b>
CPJA pe ansa Roux	42	77	119
Drenaj extern chirurgical	64	44	108
CPJA+colecisto+jejunoanastomoza cu ansa Omega	0	2	2
CPJA+colecisto+jejunoanastomoza pe ansă spiculată Roux	2	5	7
Rezecție pancreatică caudală cu derivație pancreatico-jejunală+splenectomie	2	0	2
CPJA+coledoco-jejunoanastomoză pe anse spiculate Roux+ colecistectomie	2	2	4
CPJA+gastro jejunoanastomoză+coledoco-jejunoanastomoză+colecistectomie	2	0	2
CPJA+colecistectomie	0	2	2
Puncție eco-ghidată	0	11	11
ERCP+papilosfincterotomie endoscopică	0	4	4
Chisto-duodenoanastomoza	2	0	2
Chisto-gastroanastomoza	2	0	2
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>147</b>	<b>265</b>

Tratamentul medical preoperator al pacienților cu pseudochist pancreatic a avut drept scop cuparea sindromului algic, prevenirea complicațiilor, stabilizarea metabolismului energetic și al funcțiilor organelor vitale: respiratorii, cardiovasculare, hepatice, renale și inhibiția funcției exocrine a pancreasului.

Durata medie de spitalizare postoperatorie a fost de 15,73 zile - 21,11 zile la lotul I respectiv de 11,40 zile la lotul II.

S-a semnalat un singur (0,82%)deces postoperator la o persoana pluritarată, cu un pseudochist gigant complicat, cu patologie multiplă asociată la care s-a efectuat un gest chirurgical minim de drenaj extern și care a evoluat postoperator cu o stare constant gravă, asistată mecanic respirator.

Dereglări ale funcției exocrine a pancreasului au fost apreciate la 38(14,29%) pacienți - lot I -16(13,16%), lot II -22(15,0%). Diabetul zaharat apărut în perioada postoperatorie tardivă la 5 (2,04%)- pacienți -lot I -3(2,63%), lot II -2(1,7%) s-a dovedit a fi insulino-independent și a necesitat corecție terapeutică.

Durata medie de funcționare a drenajului cavității abdominale a fost de 3,67 zile , la pacienții fără complicații postoperatorii. Durata medie de spitalizare postoperatorie a fost de 15,73 zile , 21,11 zile la lotul I respectiv de 11,40 la lotul II ,variind în limite largi de la 6 la 61 zile, în funcție de prezența patologieilor concomitente și a complicațiilor existente.

Tratamentul chirurgical a avut ca urmare în 96,93% - 257 cazuri diminuarea sindromului algic, îmbunătățirea stării generale la lot I – 116 (97,36%), lot II – 141 (96,66%) pacienți.

## Discuții

Rata complicațiilor precoce a reprezentat 46 pacienți(17,35%) -lot I -31 (25,92%), lot II - 15(10,44%) - din totalul pacienților din lotul de studiu, comparativ cu o rată a complicațiilor recunoscută internațional de 12-23%, observându-se însă, la lotul martor o valoare peste limita superioară a acestui interval, în timp ce la lotul II, căruia i s-a aplicat algoritmul de diagnostic și managementul terapeutic propriu, valoarea ratei complicațiilor este sub valoarea internațională.

## Concluzii

1. Pseudochistul pancreatic reprezintă o patologie ce se adresează pacienților: cu vârstă medie de 45 ani, în perioada de maximă capacitate socio-profesională, încadrați în păturile sociale cele mai defavorizate. Pseudochistul pancreatic evoluează în proporție de 48% spre complicații preoperatorii.
2. Întîietatea în depistarea primară a PP îi revine USG, iar pentru o evaluare inițială și aprecierea gradului de maturitate a peretelui PP, ce este în strînsă legătură cu momentul optim operator, îi revine CT și IRM. În stabilirea comunicării ductului Wirsung cu PP rolul cheie îi aparține ERCP.
3. Tratamentul chirurgical este singura soluție terapeutică în scop curativ a acestei patologii.
  - În cazul PP complicate metoda de tratament chirurgical, mai ales pentru cele infectate, este drenarea externă;
  - Prezența unui PP necomplicat, care poate fi “dirijat” pînă la maturarea peretelui său(nu mai devreme de 6 luni), are ca metodă de elecție pseudochisto-jejuno-anastomoza cu ansa în Y a la “Roux”, din considerentul că este cea mai bună din punct de vedere fiziologic, iar rata complicațiilor în cazul acestui tip de intervenție sunt reduse la maxim.
4. Tratamentul complex postoperator va include: analgetice, antibiotice, inhibarea funcției pancreatice exocrine, H-2 blocatori, anticolinergice, corecția echilibrului hidro-electrolitic, corecția echilibrului proteic, profilaxia complicațiilor tromboembolice.

## Bibliografie

1. ANDRONESCU, P., Miron A. - Tratamentul chirurgical al chisturilor și pseudochisturilor de pancreas – Rev. Chirurgia – 1995/2, pag. 1-9.
2. ANDRONESCU, P. - Pancreatita cronică. On “Tratat de patologie chirurgicală“, vol II. Sub redacția Angelescu, N. Editura Medicală (Bucuresti) 2001, pag. 2021 - 2022.
3. Angelescu, N. - Tratat de patologie chirurgicală, vol. 2, Editura Medicală 2001, p:2008 –2025.
4. ANGELESCU, N., Patologie chirurgicală pentru admiterea în rezidențiat. Ed.Celsius, Bucuresti,1997, vol I, p.375-398.
5. ANGELESCU, N. Tratat de patologie chirurgicală. Editura Medicala, Bucuresti, 2001, p.934-2009.
6. ANGELESCU, N. Tratat de patologie chirurgicală , București, 2003, p 2008-2027;
7. CAZAC A, Teză de doctorat, Diagnosticul și managementul chirurgical al pancreatitei cronice calculoase, Chișinău, 2005.
8. DUMITRU E., VOINEA F., Pancreatita cronică în Pancreasul de VOINEA F., Ed Ex Ponto, pag. 118 – 185, 2006;
9. GHIDIRIM GH. Aspecte contemporane de disgnostic si tratament a pancreatitei acute severe. Arta Medica, Chisinau, 2004, nr.3, p.3-6.
10. HOTINEANU V., CHIRURGIE, Curs selectiv, Centrul Editorial – Poligrafic Medicina, Chișinău, 2008, pag. 490 – 537 .
11. HOTINEANU V., CAZAC A., HOTINEANU A. Current surgical management of chronic pancreatitis and complications ei treatment. Congresul Național de Chirurgie, ediția XXV-a, revista „Chirurgia”, număr special –rezumate, Cluj-Napoca 2010, România, vol.103, supliment 1, 2010, p.190.

12. HOTINEANU A. CAZAC A.V., RUSU., PRIPA V., COTONEȚ A. Tratatul chirurgical al pancreatitelor cronice. Gastroenterologia: actualitati si specific autohton. Chisinau, Moldova, 2001, p.112-117.
13. LIPPINCOTT WILIAMS& WILKINS; Southern Medical Journal 2009;102(12):1253-1256.
14. NEAMȚU CARMEN, Teză de doctorat, Diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas, Chișinău 2006;
15. STEFFEN R. and WOLFRAM W. Differentiation of Cystic Pancreatic Neoplasms and Pseudocysts by Conventional and Echo-Enhanced Ultrasound; J Gastroenterol Hepatol. 2004;19(7) © 2004 Blackwell Publishing
16. POPESCU I., Tratat de Chirurgie , Chirurgie generală, vol. IX, partea a II-a, București, 2009;
17. CBEURAN M., GRIGORESCU M., PASCO O., Actualități în patologia pancreasului, Cluj-Napoca, 2005;
18. DUMITRU E., VOINEA F., Pancreatita cronică în Pancreasul de VOINEA F., Ed Ex Ponto, pag. 118 – 185, 2006;
19. КОПЧАК В.М., ХОМЯК И.В., КОПЧАК К.В., ЗЕЛИНСКИЙ А.И., Дренирующие и резекционные операции в хирургическом лечении хронического панкреатита. Анналы хирургической гепатологии, 2008, том 13, номер 3, стр. 167 – 168.

**ASPECTELE DE DIAGNOSTIC AL PATOLOGIEI CĂII BILIARE PRINCIPALE PE  
FONDAL DE MALROTAȚIE DUODENALĂ ASOCIATĂ CU DUODENOSTAZĂ**  
**Artur Hurmuzache, Vladimir Hotineanu, Adrian Hotineanu, Eduard Bortă, Alexandru  
Ferdohleb, Anatol Cazac, Sergiu Bujor, Valeriu Pripa, Iulian Balan**  
 Laboratorul Chirurgia Reconstructivă a Tractului Digestiv, USMF “N. Testemițanu”

**Summary**

***The diagnostic aspects of the main biliary flow pathology in duodenal malrotation with duodenostasis***

This article is dedicated to the problem of chronic duodenal obstruction – actual problem of diagnosis of duodenal malrotation as a main component of the pathology in biliopancreatoduodenal region. In a group of patients although the biliary flow was reestablished after endoscopic retrograde cholangiopancreatography, the biliary pathology persist manifested through the clinical picture of transitory mechanical jaundice, chronic cholangitis and choledocholithiasis. In a 5-15% cased the biliary pathology was reinstated by the development of duodeno-biliary reflux, on the background of duodenal malrotation (MRD) with duodenostasis and insufficiency of papilla Vater. This research was carried out for a period of 11 years (1998-2009), including a number of 110 patients. All the patients underwent colecistectomy and afterwards reinterventions on biliary tract including endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), endoscopic papillosfincterotomy (PSTE), choledochoduodenoanastomosis (CDA) with choledocholitotomy (CLT). The diagnostical algorithm included: clinical findings, biochemical tests, USG, gastroduodenography with contrast, bilioscintigraphy, electrogastroenterography( EGEG), TC-RMN, ERCP. The paraclinical investigations demonstrated the presence of duodenostasis and duodenal malrotation, duodenobiliary reflux, CBD over 1 cm with primary stones, cholodocholithiasis, cholangitis.

**Rezumat**

Acest articol este dedicat problemei de diagnostic în malrotația duodenală asociată cu duodenostază ca o componentă principală a patologiei zonei hepatobiliopancreatice. La o serie de pacienți, în pofida restabilirii fluxului biliar după efectuarea colangiopancreatografiei retrograde endoscopice (ERCP), persistă patologia biliară, manifestată clinic prin icter mecanic