



DOI: 10.5281/zenodo.22682115 · UDC: 616.366-003.7-072/-73-089.85

SINDROMUL MIRIZZI TIP III: PREZENTARE DE CAZ ȘI MANAGEMENT CHIRURGICAL INDIVIDUALIZAT

TYPE III MIRIZZI SYNDROME: A CASE REPORT AND INDIVIDUALIZED SURGICAL MANAGEMENT

Ivan Cucu¹, Alexandru Ferdohleb², Adrian Hotineanu², Vladimir Cazacov²

¹ Laboratorul de Chirurgie Reconstructivă a Tractului Digestiv, Centrul de Patologie Abdominală și Transplant, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova;

² Catedra de chirurgie nr. 2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova.

REZUMAT

Introducere. Sindromul Mirizzi este o complicație rară a litiazei biliare cronice, definită prin compresia extrinsecă sau fistulizarea căii biliare principale de către un calcul inclavat în infundibulul vezicular ori în ductul cistic. Tipul III al clasificării Csendes presupune o fistulă colecisto-coledociană care interesează între o treime și două treimi din circumferința ductului și impune reconstrucție ductală, nu sutură simplă. Diagnosticul preoperator este rar stabilit.

Prezentare de caz. Pacient de 77 de ani, internat pentru durere în hipocondrul drept, xerostomie și astenie, cu comorbiditate cardiovasculară severă. Ecografia a evidențiat colecistită cronică calculoasă, cu calcul inclavat la col. Biologic: anemie ușoară (hemoglobină 110 g/L), viteza de sedimentare a hematiilor 34 mm/oră, amilazemie 235,6 U/L cu lipază normală, bilirubina și transaminazele normale. Intraoperator s-a confirmat o fistulă colecisto-coledociană interesând două treimi din circumferința ductului. S-au efectuat colecistectomie subtotală, coledocotomie cu litextracție, plastia defectului cu coleret vezicular și drenaj biliar extern prin procedeul Robson-Vișnevski. Histopatologic — colecistită cronică în acutizare. Evoluția postoperatorie a fost necomplicată, cu externare la a șaptea zi.

Concluzie. Sindromul Mirizzi tip III rămâne o provocare diagnostică și reconstructivă. Absența icterului nu exclude diagnosticul, iar încadrarea intraoperatorie este determinantă pentru alegerea tehnicii. La pacientul vârstnic cu risc cardiac major, coledocoplastia cu coleret vezicular pe drenaj biliar extern a fost urmată de o evoluție postoperatorie favorabilă pe durata spitalizării.

Cuvinte-cheie: sindrom Mirizzi, fistulă colecisto-coledociană, coledocoplastie, drenaj biliar extern, litiază biliară

SUMMARY

Introduction. Mirizzi syndrome is a rare complication of chronic gallstone disease, defined by extrinsic compression or fistulization of the common bile duct by a stone impacted in the gallbladder infundibulum or the cystic duct. Type III of the Csendes classification involves a cholecystocholedochal fistula affecting between one third and two thirds of the duct circumference and requires ductal reconstruction rather than simple closure. A preoperative diagnosis is rarely established.

Case presentation. A 77-year-old patient was admitted for right upper quadrant pain, xerostomia and asthenia, with severe cardiovascular comorbidity. Ultrasonography showed chronic calculous cholecystitis with a contracted gallbladder and a stone impacted at the neck. Laboratory tests revealed mild anaemia (haemoglobin 110 g/L), an erythrocyte sedimentation rate of 34 mm/h and serum amylase of 235.6 U/L with normal lipase, whereas bilirubin and transaminases remained normal. Intraoperatively, a cholecystocholedochal fistula involving two thirds of the duct circumference was confirmed. Subtotal cholecystectomy, choledochotomy with stone extraction, repair of the defect with a gallbladder cuff and external biliary drainage by the Robson-Vișnevski procedure were performed. Histopathology showed chronic calculous cholecystitis with acute exacerbation. The postoperative course was uneventful and the patient was discharged on the seventh day.

Conclusion. Type III Mirizzi syndrome remains a diagnostic and reconstructive challenge. The absence of jaundice does not exclude the diagnosis, and correct intraoperative classification determines the choice of technique. In an elderly patient at high cardiac risk, choledochoplasty with a gallbladder cuff over external biliary drainage was followed by a favorable postoperative course during hospitalization.

Keywords: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, choledochoplasty, external biliary drainage, cholelithiasis

Introducere

Sindromul Mirizzi (SM) este o complicație rară a litiazei biliare cronice, descrisă de Pablo Luis Mirizzi în 1948 [1]. Rezultă din compresia extrinsecă a ductului hepatic comun sau a căii biliare principale (CBP) de către un calcul inclavat în infundibul ori în ductul cistic, cu sau fără fistulă colecisto-biliară; incidența este de 0,7–1,4% dintre colecistectomii [2, 3].

Clasificarea Csendes distinge cinci tipuri: tip I – compresie extrinsecă fără fistulă; tipurile II–IV – fistulă colecisto-biliară cu erodare progresivă a peretelui ductal (sub o treime, între o treime și două treimi, respectiv distrugere completă); tip V – oricare dintre acestea, cu fistulă colecisto-enterică [2, 4]. Distincția are consecințe terapeutice directe: tipul I se rezolvă prin colecistectomie, tipurile II–III impun coledocoplastie pe drenaj biliar, iar tipul IV o anastomoză bilio-digestivă [4, 5, 6]. Diagnosticul preoperator se stabilește în mai puțin de 30% din cazuri, tabloul mimând obstrucția biliară malignă [3, 7].

Prezentăm un caz de SM tip III, diagnosticat intraoperator și rezolvat prin coledocoplastie cu coleret vezicular pe drenaj biliar extern, la un pacient cu risc cardiac major.

Prezentare de caz

Un pacient de 77 de ani a fost internat la 07.07.2014 în Secția Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică, IMSP Spitalul Clinic Republican, Chișinău, pentru durere progresivă în hipocondrul drept, xerostomie și astenie. Antecedente:

hipertensiune arterială gradul II, cardiopatie ischemică (clasa funcțională II), fibrilație atrială, insuficiență cardiacă cronică, pneumoscleroză, hepatită cronică, intervenție abdominală în 2010. Obiectiv: tensiune arterială 180/90 mmHg, abdomen suplu, sensibil la palpare în hipocondrul drept.

Biologic: anemie normocromă ușoară (hemoglobină 110 g/L), viteză de sedimentare a hematiilor 34 mm/oră, amilazemie 235,6 U/L cu lipază normală (27,7 U/L), bilirubina totală (11,5 μ mol/L) și transaminazele normale (Tabelul 1). Ecografia abdominală a evidențiat o veziculă biliară deformată, retractată, cu perete îngroșat (6 mm) și un calcul inclavat la nivelul colului, cap pancreatic proeminent (24 mm) și modificări hepatice difuze. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (ERCP) și colangiografia prin rezonanță magnetică (MRCP) nu au fost disponibile.

La 08.07.2014, sub anestezie generală, s-a intervenit prin laparotomie mediană superioară (durată – trei ore). Explorarea a evidențiat aderențe inflamatorii dense între veziculă, ligamentul hepatoduodenal și CBP (figura 1A), o veziculă sclero-atrofică de 70×50×30 mm (figura 1B) și o fistulă colecisto-coledociană interesând circa două treimi din circumferința ductului (Csendes tip III), cu coledocolitiază asociată. S-au efectuat colecistectomie subtotală prin fragmentare, impusă de procesul fibrozant (figura 1C), coledocotomie cu litextracție, plastia defectului cu coleret din peretele vezicular restant, drenaj biliar extern prin procedeul Robson-Vișnevski, cu verificarea permeabilității distale (figura 1D), și drenajul subhepatic.

Tabelul 1. Valori de laborator pe parcursul spitalizării.

Parametru	Interval de referință	Ziua 1 (07.07.2014)	Ziua 4 (11.07.2014)	Ziua 7 (14.07.2014)
Eritrocite ($\times 10^{12}$ /L)	3,9–4,7	3,6	3,4	3,5
Hemoglobină (g/L)	120–140	110	108	109
Leucocite ($\times 10^9$ /L)	4,0–9,0	7,4	5,5	4,6
VSH (mm/oră)	2–15	34	20	10
Amilază (U/L)	25–125	235,6	100	60
Lipază (U/L)	8–78	27,7	25	20
ALT (U/L)	0–55	22,1	21,3	21,2
AST (U/L)	5–46	21,3	21,2	21,4
Bilirubină totală (μ mol/L)	3,4–20,5	11,5	12,3	15,3
Bilirubină directă (μ mol/L)	0,0–8,6	5,2	5,5	5,5
Potasiu (mmol/L)	3,5–5,1	5,3	4,8	5,2
Sodiu (mmol/L)	136–145	146	138	142
Protrombină (%)	70–120	92	78	89

Notă: Valorile patologice sunt marcate aldin. ALT – alaninaminotransferază; AST – aspartataminotransferază; VSH – viteză de sedimentare a hematiilor.

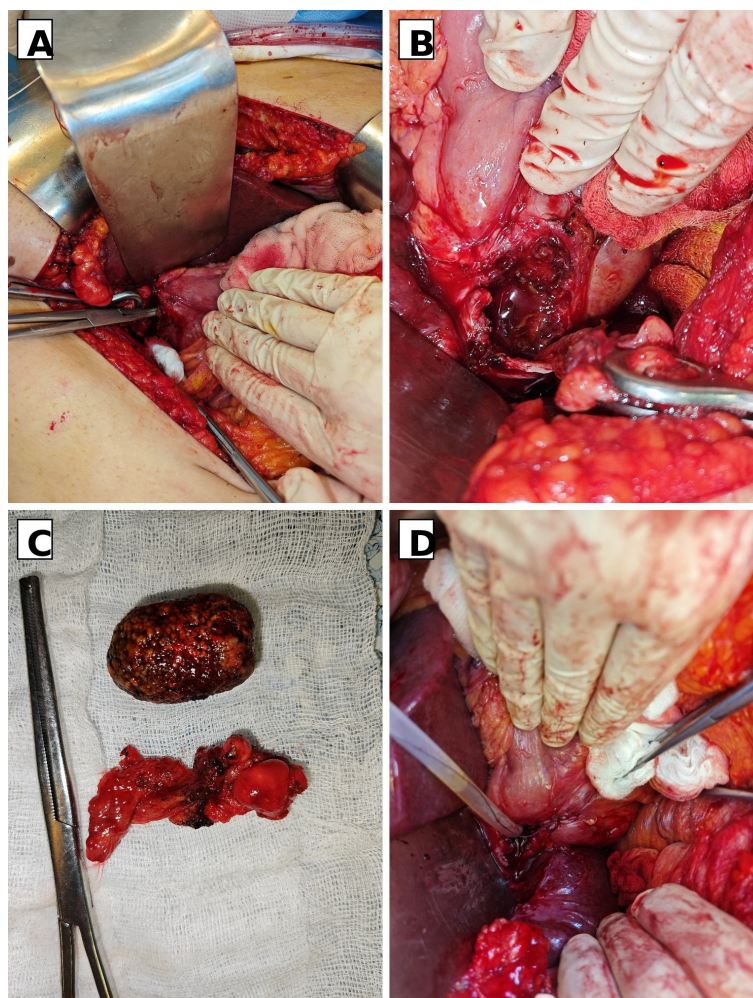


Figura 1. Aspecte intraoperatorii. (A) Spațiul subhepatic, cu aderențe dense. (B) Veziculă sclero-atrofică, aderentă la calea biliară principală. (C) Piesa operatorie: calculul inclavat și perete vezicular fragmentat. (D) Drenaj biliar extern tip Robson-Vișnevski.

Histopatologic – colecistită cronică calculoasă în acutizare, cu infiltrat limfocitar și fibroză parietală. Evoluția postoperatorie a fost necomplicată, cu o zi de terapie intensivă; externare la 14.07.2014, în a șaptea zi.

Discuții

Absența hiperbilirubinemiei se explică prin fistulizarea progresivă: comunicarea colecisto-coledociană asigură un drenaj rezidual care previne colestaza severă [5, 7], iar hepatita cronică poate masca modificările enzimatică. Absența icterului nu exclude deci diagnosticul când contextul ecografic este sugestiv [3, 7].

Amilazemia crescută în prezența unei lipaze normale a fost interpretată, în contextul clinic, drept o hiperamilazemie asociată patologiei biliare. În absența altor criterii, această constatare nu susține diagnosticul de pancreatită acută. Deși ecografia are sensibilitate limitată pentru SM [3], a orientat corect decizia operatorie.

Elementul definitoriu a fost fistula interesând două treimi din circumferința CBP. Un defect de tip III nu trebuie închis prin sutură simplă, insuficientă tehnic și grevată de risc de dehiscență și stricturi tardive [2, 4]. Coledocoplastia cu

coleret vezicular pe drenaj biliar extern a asigurat tutorizarea, decompresia și vindecarea defectului, hepaticojunostomia în Y à la Roux rămânând rezervată distrugerii ductale cvasicomplete [4, 6].

Decompresia biliară preoperatorie prin ERCP cu stentare este tot mai recomandată în tipurile II–III, reducând sângerarea și facilitând disecția [8, 9], iar abordurile minim invazive sau endoscopic-robotice sunt fezabile în cazuri selectate [10]. Chirurgia deschisă rămâne standardul când aderențele pericolectice sunt dense [8].

Comorbiditatea a influențat decisiv strategia. Într-o apreciere retrospectivă, antecedentele de cardiopatie ischemică și insuficiență cardiacă ar corespunde unui Revised Cardiac Risk Index de cel puțin 2 [11], iar o reconstrucție de lungă durată ar fi amplificat riscul. Experiența clinicii, pe 73 de pacienți (2000–2022), dintre care 18 (24,6%) de tip III – 12 rezolvați prin plastică cu lambou vezicular și drenaj tip Robson, 6 prin hepaticojunostomie – susține individualizarea tehnicii după afectarea ductală și rezerva fiziologică [12, 13].

Limitările sunt absența MRCP/ERCP preoperatorii, care ar fi permis stadializarea fistulei, și lipsa urmăririi pe termen lung, necesară pentru depistarea stricturilor tardive [5, 6].

Concluzii

Sindromul Mirizzi tip III este o complicație rară, dar tratabilă. Fistula interesând între o treime și două treimi din CBP contraindică sutura simplă și impune coledocoplastie pe drenaj biliar. La vârstnicul cu comorbiditate cardiacă majoră, colecistectomia subtotală deschisă cu plastie prin coleret vezicular și drenaj Robson-Višnevski a fost urmată de o evoluție postoperatorie favorabilă pe durata spitalizării.

Aprecierea intraoperatorie a defectului ductal rămâne determinantă pentru încadrarea Csendes.

Mulțumiri

Autorii mulțumesc echipei Secției Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică a IMSP Spitalul Clinic Republican pentru asistența acordată.

Bibliografie

1. Mirizzi PL. Síndrome del conducto hepático. J Int Chir. 1948;8:731-777.
2. Csendes A, Diaz JC, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. Br J Surg. 1989;76(11):1139-1143. doi:10.1002/bjs.1800761110
3. Beltrán MA. Mirizzi syndrome: history, current knowledge and proposal of a simplified classification. World J Gastroenterol. 2012;18(34):4639-4650. doi:10.3748/wjg.v18.i34.4639
4. Csendes A, Muñoz Pinto G. Surgical treatment of Mirizzi syndrome: report of 55 cases. Ann Surg. 1992;216(4):471-477. doi:10.1097/00000658-199210000-00015
5. Valderrama-Treviño AI, Granados-Romero JJ, Espejel-Deloiza M, Chernitzky-Camaño J, Barrera Mera B, Estrada-Mata AG, et al. Updates in Mirizzi syndrome. Hepatobiliary Surg Nutr. 2017;6(3):170-178. doi:10.21037/hbsn.2016.11.01
6. Chen H, Siwo EA, Khu M, Tian Y. Current trends in the management of Mirizzi syndrome: a review of literature. Medicine (Baltimore). 2018;97(4):e9691. doi:10.1097/MD.0000000000009691
7. Koo JGA, Tham HY, Toh EQ, Chia C, Thien A, Shelat VG. Mirizzi syndrome — the past, present, and future. Medicina (Kaunas). 2024;60(1):12. doi:10.3390/medicina60010012
8. Antoniou SA, Antoniou GA, Makridis C. Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome: a systematic review. Surg Endosc. 2010;24(1):33-39. doi:10.1007/s00464-009-0520-5
9. Karaahmet F, Kekilli M. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography-oriented surgery for accomplished treatment of Mirizzi syndrome. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2023;35(5):537-540. doi:10.1097/MEG.0000000000002534
10. Lee KF, Chong CN, Ma KW, Cheung E, Wong J, Cheung S, et al. A minimally invasive strategy for Mirizzi syndrome: the combined endoscopic and robotic approach. Surg Endosc. 2014;28(9):2690-2694. doi:10.1007/s00464-014-3529-3
11. Ducepe E, Parlow J, MacDonald P, Lyons K, McMullen M, Srinathan S, et al. Canadian Cardiovascular Society guidelines on perioperative cardiac risk assessment and management for patients who undergo noncardiac surgery. Can J Cardiol. 2017;33(1):17-32. doi:10.1016/j.cjca.2016.09.008
12. Erben Y, Benavente-Chenhalls LA, Donohue JM, Que FG, Kendrick ML, Reid-Lombardo KM, et al. Diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome: 23-year Mayo Clinic experience. J Am Coll Surg. 2011;213(1):114-119. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2010.03.008
13. Cucu I, Hotineanu A, Ferdohleb A. Sindromul Mirizzi — particularități de diagnostic și opțiuni de tratament chirurgical [Mirizzi syndrome — diagnostic features and surgical treatment options]. Bul Acad Științe Mold Științe Med. 2022;74(3):156-159. doi:10.52692/1857-0011.2022.3-74.29 (In Rom.)

Recepcionat – 08.06.2026, Acceptat pentru publicare – 09.09.2026

Autor corespondent: Ivan Cucu, ivan.cucu@usmf.md

Declarația de conflict de interese: Autorii declară că nu există conflicte de interese.

Declarația de finanțare: Această cercetare nu a beneficiat de finanțare externă.

Declarația de etică: Utilizarea retrospectivă a datelor clinice în scop științific și pentru publicarea prezentului caz a fost aprobată de Comitetul de Etică a Cercetării al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, aviz nr. 5 din 21.10.2024, emis în baza solicitării nr. 42 din 21.05.2024.

Consimțământ informat: A fost obținut consimțământul informat scris al pacientului pentru publicarea datelor clinice și a imaginilor intraoperatorii anonimizate.

Contribuția autorilor: Ivan Cucu – conceptualizare, metodologie, investigație, gestionarea datelor, redactarea versiunii inițiale a manuscrisului; Alexandru Ferdohleb – conceptualizare, metodologie, investigație, revizuire și editare; Adrian Hotineanu – investigație, revizuire și editare, supervizare; Vladimir Cazacov – supervizare.

Toți autorii au citit și au aprobat versiunea finală a manuscrisului.

Citare: Cucu I, Ferdohleb A, Hotineanu A, Cazacov V. Sindromul Mirizzi tip III: prezentare de caz și management chirurgical individualizat [Type III Mirizzi syndrome: a case report and individualized surgical management]. Arta Medica. 2026;99(2):e2026012. doi: 10.5281/zenodo.22682115