


PATOLOGIA APENDICELUI CECAL

Clinica Chirurgie Nr.4
Conf.Dr. N.Șipitco

PATOLOGIA APENDICELUI CECAL

PUNCTE DE INTERES

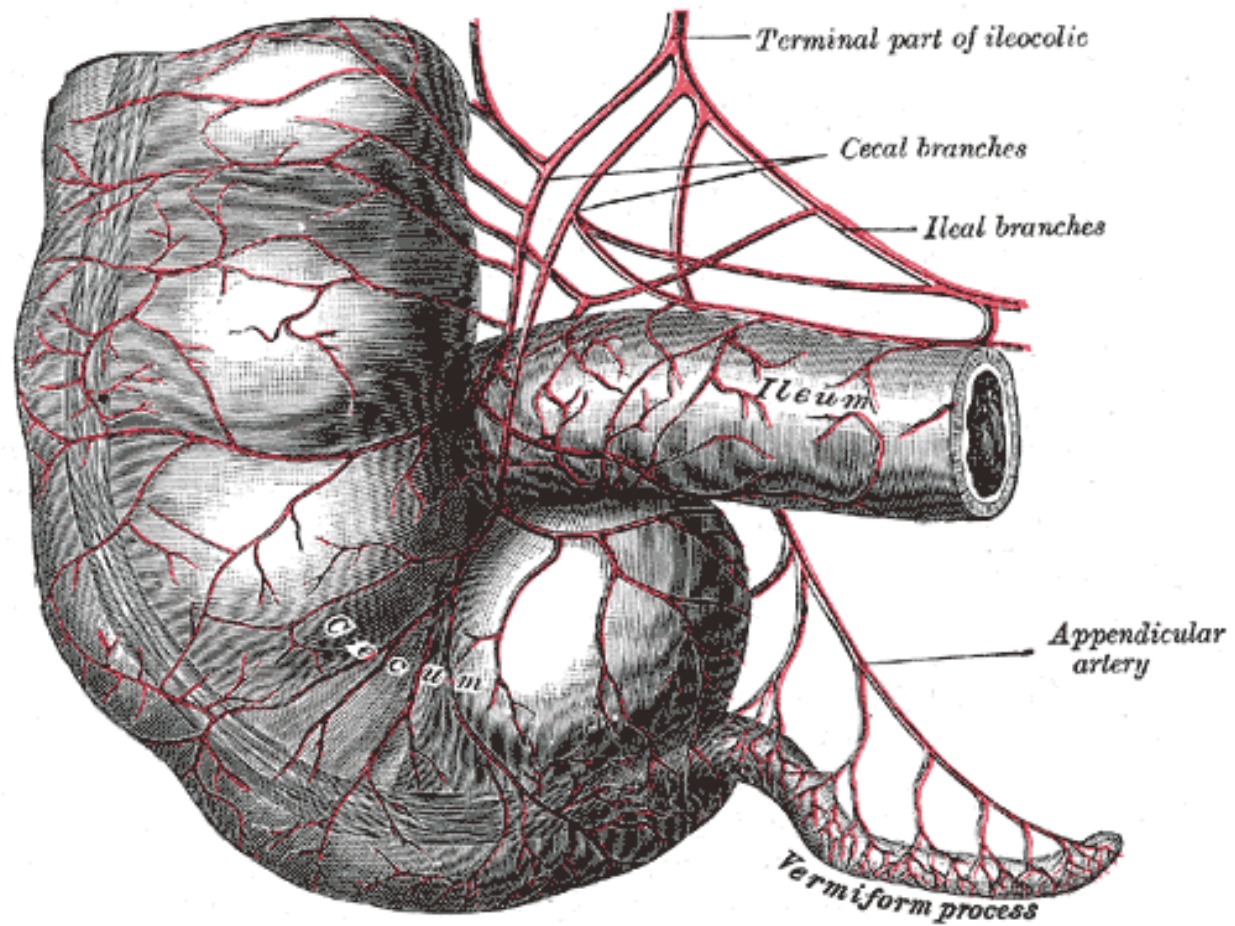
- Apendicita acuta este cea mai frecventa urgenta chirurgicala abdominala
 - Diagnosticul diferential al acesteia este foarte dificil, implicand multe entitati patologice
 - Tumorile apendiculare (desi rare) au particularitati anatomo-patologice si clinico-evolutive bizare
 - Apendicectomia este, de obicei, prima interventie din viata unui chirurg (dar si a unui pacient) si are particularitati tehnice unice
 - Preocuparea pentru reducerea numarului apendicectomiilor inutile este foarte actuala
- 

PATOLOGIA APENDICELUI CECAL

NOTIUNI DE ANATOMIE

- Organ vestigial; functie necunoscuta
- La fat si nou-nascut prelungeste distal cecul, avand forma de palnie; ulterior devine tubular, cu lungime de 2-20cm. si diametru de cca 6mm.
- Structura peretelui este similara cu a colonului; particularitatea o reprezinta bogatia foliculilor limfoizi din submucoasa (ating un maxim de 200 spre 20 de ani)
- Artera apendiculara este ram din artera ileocolica; impreuna cu vena omonima se gasesc in mezoapendice

VASCULARIZATIA APENDICELUI



PATOLOGIA APENDICELUI CECAL

NOTIUNI DE ANATOMIE

■ Posibile pozitii atipice ale cecului:

- vicii de rotatie: mezenter comun, situs inversus
- vicii de coborare: de la cec subhepatic la cec pelvin
- vicii de acolare: de la cec mobil la cec complet fix

■ Baza apendicelui se situeaza constant la unirea celor 3 tenii, dar varful poate fi orientat in orice directie, ca "aratatorul pe cadranul ceasului"

■ Pozitia cecului si apendicelui influenteaza simptomatologia si tehnica operatorie




LOCALIZARI ALE CECULUI SI APENDICELUI




APENDICITA ACUTA

NOTIUNI DE EPIDEMIOLOGIE

- Cea mai frecventa urgenta chirurgicala abdominala, afectand cca 7% din populatie (dar apendicectomia este mai frecventa)
 - Frecventa maxima in decadele 2 si 3 de viata
 - Mai frecventa in tarile occidentale decat in Asia si Africa; in SUA, mai frecventa la albi decat la negri si asiatici
 - Mai frecventa la persoanele cu dieta saraca in fibre
 - Mai frecventa la barbat: sex ratio 1,6-2/1 (dar apendicectomia este mai frecventa la femei)
- 

APENDICITA ACUTA

ETIOPATOGENIE

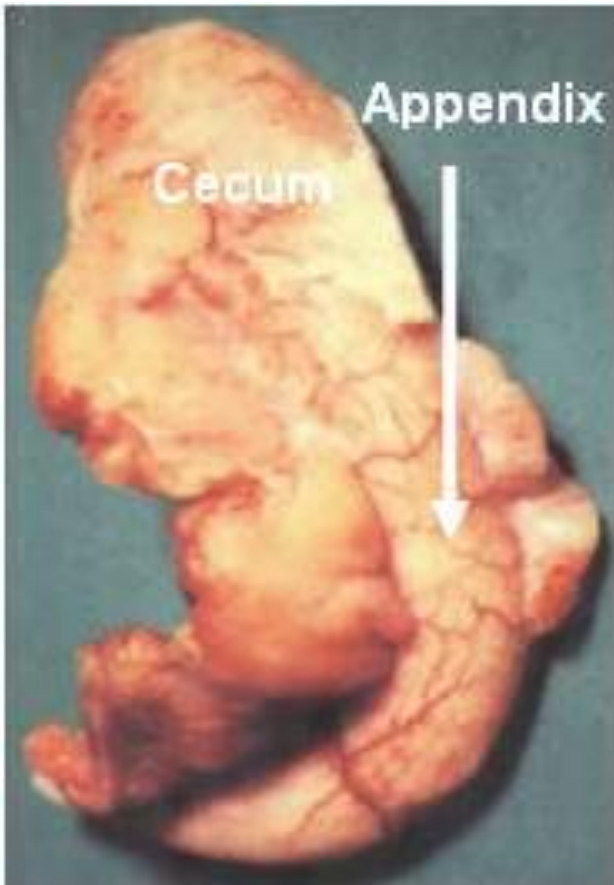
- Este o boala infectioasa (Aschoff)
 - Dar, in majoritatea cazurilor, factorul declansator este obstructia lumenului apendicelui, ce poate avea urmatoarele cauze:
 - cel mai frecvent, un coprolit
 - un corp strain (samburi)
 - hiperplazia limfoida
 - o cudura/brida (eventual secundare unor pusee inflamatorii anterioare)
 - un parazit (oxiur, schistostoma)
 - o tumora
- 

APENDICITA ACUTA

ETIOPATOGENIE

- Obstrucția lumenului determină acumularea de mucus și creșterea presiunii intraluminale, cu două consecințe:
 - proliferarea microbilor din lumen (aerobi - E.coli și anaerobi - Cl.perfringens, B.funduliformis)
 - staza limfatică și venoasă ce determină edem și ulceratii ale mucoasei, favorizând patrunderea germenilor în perete
- Ulterior este afectată și vascularizarea arterială; ischemia și infecția acționează sinergic către gangrenă și perforație; aceasta este urmată de peritonită localizată (abces) sau difuză

ETIOPATOGENIA APENDICITEI ACUTE



APENDICITA ACUTA

ETIOPATOGENIE

- In cca 40% din cazuri nu se identifica un factor obstructiv
- Infectia, virala sau bacteriana, se poate transmite pe cale hematogena, de la un focar situat la distanta (situatie mai frecventa la copii)
- In alte cazuri, infectia se poate propaga la apendice din vecinatate (cel mai frecvent de la o anexita, la sexul feminin)



APENDICITA ACUTA

ANATOMOPATOLOGIE

- Forma catarala: edem si congestie ale apendicelui si mezoapendicelui; infiltrat inflamator acut cu PMN
- Forma flegmonoasa: apendice turgescient, friabil, cu puroi in lumen si false membrane pe seroasa; exudat peritoneal sero-purulent, inodor, steril la insamantare
- Forma gangrenoasa: apendice cu aspect de "frunza vesteda", cu abcese si necroza parietala; revarsat peritoneal purulent, fetid si hiperseptic

APENDICITA ACUTA

TABLOUL CLINIC

■ Durerea reprezinta semnul major

- debutul poate fi in epigastriu sau periombilical
- debutul poate fi brusc sau insidios, cu crestere treptata in intensitate
- dupa cateva ore, durerea migreaza spre fosa iliaca dreapta (la unii pacienti este localizata la inceput la acest nivel)
- de obicei, durerea este continua ("colica apendiculara")
- in caz de perforatie, creste in intensitate si ulterior cuprinde tot abdomenul

APENDICITA ACUTA

TABLOU CLINIC

- Inapetenta: semn constant si precoce, dar nespecific
- Greturi/varsaturi: survin mai tardiv; initial reflexe (alimentare, ulterior biliouse), pot deveni fecaloide in caz de ileus prin iritatie peritoneala
- Tulburari de tranzit: frecvent constipatie; posibil diaree (forma pelvina, cea toxica sau la copii)
- Febra: de obicei pana in 38° (sub-febra); mai ridicata in caz de perforatie si peritonita; frisonul este un semn al formei gangrenoase

APENDICITA ACUTA

EXAMENUL OBIECTIV

■ Inspectia:

- la debut pacient agitat, ulterior (la aparitia iritatiei peritoneale) linistit, deoarece orice miscare agraveaza durerea
- limitarea miscarilor respiratorii si evitarea acceselor de tuse (agraveaza durerea)
- pozitie antalgica, reprezentata de flexia coapsei drepte pe bazin
- aparitia iritatiei peritoneale determina limitarea miscarilor respiratorii ale peretelui abdominal

APENDICITA ACUTA

EXAMENUL OBIECTIV

- **Palparea (principala metoda de examinare):**
 - exacerbaria la palpare a durerii din fosa iliaca dreapta
 - in caz de agravare, apare apararea musculara localizata in fosa iliaca dreapta, ulterior generalizata, iar in final contractura musculara
 - manevra Blumberg: durerea se accentueaza brutal la decompresie brusca dupa o palpare profunda a peretelui abdominal (semn de iritatie peritoneala)

APENDICITA ACUTA

EXAMENUL OBIECTIV

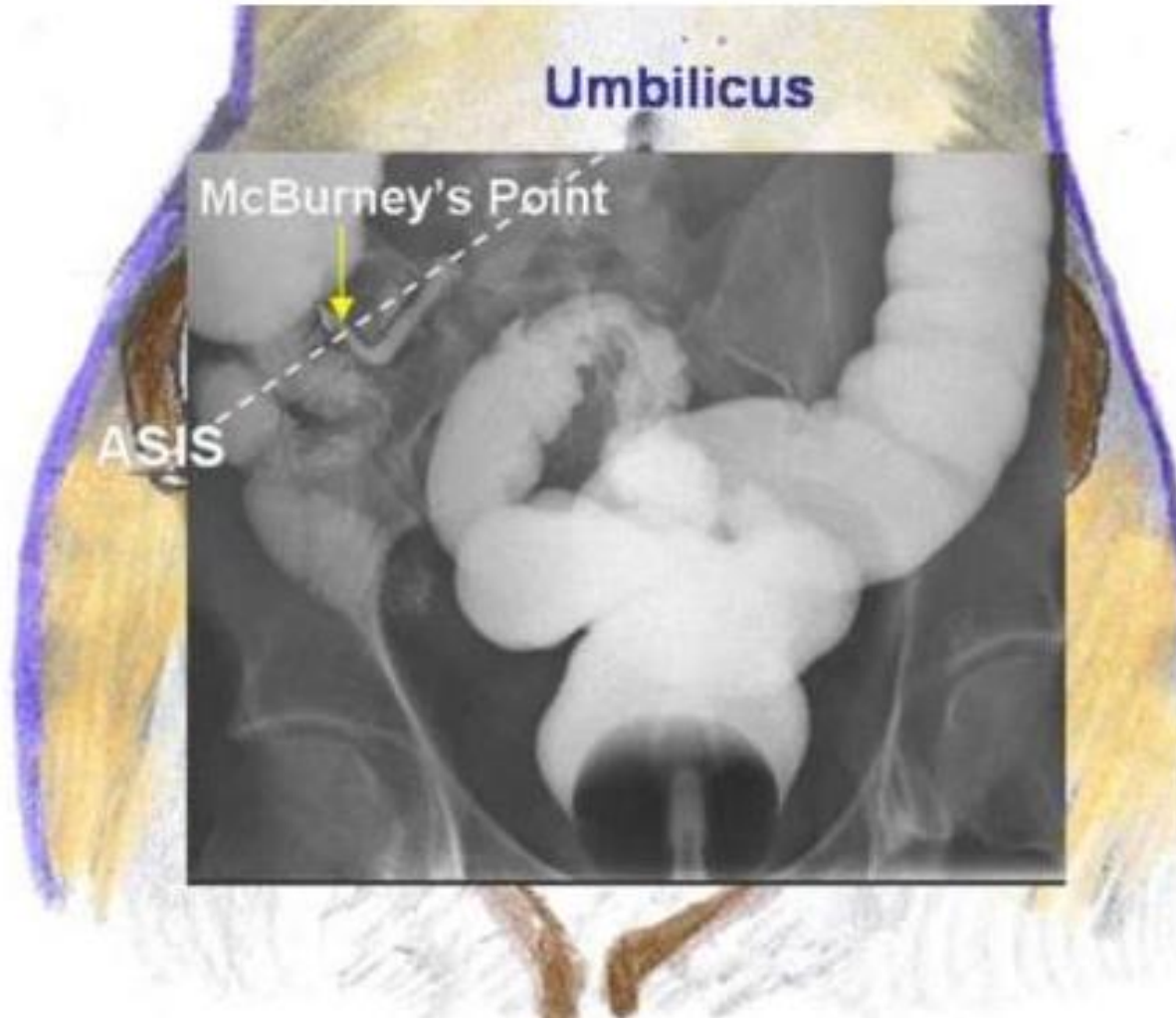
- **Puncte dureroase:**
 - **McBurney:** linia spino-ombilicala, la 5 cm de spina (sau $1/3$ externa cu $2/3$ interne)
 - **Morris:** aceeași linie, la 3-4 cm de ombilic
 - **Sonnenburg:** linia bispinoasa cu marginea externa dreapta a dreptului abdominal
 - **Lanz:** linia bispinoasa, $1/3$ dreapta cu $1/3$ medie
- **Triunghiul Iacobovici:** delimitat de spina iliaca antero-superioara dreapta și punctele Morris și Lanz

MANEVRELE DE PROVOCARE

- **Manevra Rousing** - comprimă colonul descendent și transvers în sens antiperistaltic obținând o durere vie la distensia cecului și apendicelui - semn de apendicită acută
- **Manevra ileopsoasului** - constă în plasarea mâinii examinatorului în fosa iliacă dreaptă (zona cecoapendiculară) pacientul fiind invitat să ridice membrul inferior drept întins la 90° față de planul trunchiului; în momentul ridicării piciorului apare o durere vie la nivelul zonei apendiculare



CORESPONDENTA PUNCTULUI MCBURNEY CU BAZA APENDICELUI



APENDICITA ACUTA

EXAMENUL OBIIECTIV

■ Triada Dieulafoy:

- durere (accentuata de palpate) in fosa iliaca dreapta
- hiperestezie cutanata in triunghiul Iacobovici
- aparare musculara in fosa iliaca dreapta

Reprezinta triada simptomatica caracteristica apendicitei acute cu iritatie peritoneala.



APENDICITA ACUTA

EXAMENUL OBIECTIV

■ Percutia:

- semnul clopotelului (Mandel): durere vie in fosa iliaca dreapta la percutia superficiala a peretelui abdominal

■ Ascultatia:

- reducerea (pana la disparitie) a zgomotelor intestinale in faza de ileus paralytic

■ Tuseul rectal:

- durere pe marginea dreapta a rectului; colectie in fundul de sac Douglas ("tipatul Douglas-ului")

■ Tuseul vaginal:

- in plus fata de precedentul permite examinarea anexei drepte (principalul dg. diferential)

APENDICITA ACUTA

EXAMENE BIOLOGICE

- Leucocitoza cu deviere la stanga a formulei leucocitare
 - in formele tipice 10-12 000/mm³
 - nr. de leucocite poate fi normal (20-30%)
 - creste la 15-20 000/mm³ in caz de perforatie/abces
 - leucopenia este atribut al formei gangrenoase cu soc toxic
- VSH, proteina C reactiva, IL-2 crescute
- Sumarul de urina: pentru dg. diferential cu afectiuni urinare (**atentie!** : posibila hematurie si leucociturie discrete in apendicita acuta)

APENDICITA ACUTA

EXPLORARI IMAGISTICE

Rx abdominala simpla:

- putin contributiva; poate vizualiza coprolitul (rar); poate evidentia semne ale complicatiilor: nivele hidro-aerice (ileus), pneumoperitoneu (perforatie); poate incurca dg. diferential

Ecografia si TC (ideal, focusata pe apendice, cu administrare intrarectala de subst. de contrast):

- azi "gold-standard"; vizualizeaza cca 95% din apendicii inflamati; diagnosticheaza si multe afectiuni ce intra in dg. diferential

Scintigrafia cu leucocite marcate cu Tc

Irigografia: in forme atipice

Laparotomia/laparoscopia diagnostica



RX ABDOMINALA SIMPLA



ECOGRAFIA ABDOMINALA



TOMOGRAFIA COMPUTERIZATA



SCINTIGRAFIA CU LEUCOCITE MARCATE CU Tc



APENDICITA ACUTA

EVOLUTIE

- Remisie: spontana sau sub tratament medical; deseori urmata de recaderi sau complicatii
- Plastron apendicular: virulenta redusa+reactivitate buna a organismului; bloc inflamator cu participarea ileonului, epiplonului, anexei drepte
- Abces apendicular: in caz de evolutie nefavorabila a plastronului; durere intensa, febra, leucocitoza mare; nedrenat chirurgical, poate fistuliza spontan la piele, in diferite organe sau in peritoneu
- Peritonita generalizata: poate apare direct, in urma unei perforatii sau in 2 sau 3 timpi; stare generala grava, durere abdominala difuza, febra, contractura musculara

APENDICITA ACUTA

FORME CLINICE (GRAVITATE)

- Forma comuna (cea descrisa)
- Forma subacuta: simptomatologie atenuata
- Forma toxica: copii si adulti tarati; germeni foarte virulenti; evolutie rapida (cateva ore) spre soc toxic cu stare grava, adinamie, varsaturi abundente, diaree, puls tahicardic si slab, hipotermie; simptomatologie abdominala redusa
- Peritonita apendiculara
 - a) purulenta: stare generala alterata, febra, varsaturi, contractura difuza
 - b) septica: stare generala alterata, diaree frecventa, aparare musculara cu maxim in fosa iliaca dreapta


APENDICITA ACUTA

FORME CLINICE (VARSTA/TEREN)

- Sugar, copil mic: anamneza imposibila; ex. obiectiv dificil (plans); adesea complica o alta boala infectioasa; deseori forma toxica
- Varstnic: reactivitate scazuta; evolutie torpida; forma pseudotumorală și pseudoocluziva; dg. tardiv și dificil
- Gravida: modificarea pozitiei cecului, dar și a reactivitatii; confuzie cu pielonefrita sau colecistita
- Diabet, insuficienta renala: reactivitate redusa și simptomatologie modificata; dg. intarziat
- Sub antibiotice și antialgice: simptomatologie atenuata

APENDICITA ACUTA

FORME CLINICE (TOPOGRAFICE)

- Retrocecala (30%): mimeaza afectiuni urologice (litiaza, infectie); durere lombara; aparare absenta; iritatiea psoasului
 - Pelviana (10%): durere hipogastrica; simptomatologie urinara (disurie, polachiurie, tenesme, modificari in sumar), tenesme rectale; tuseul rectal sau vaginal
 - Mezoceliaca (a "promontoriului"): pre- (5%) sau retroileala (15%); durere periombilicala; bloc inflamator si tablou de "ocluzie febrila"
 - Subhepatica: confuzie cu colecistita acuta
 - Herniara: confuzie cu hernia strangulata
 - In stanga: in caz de situs inversus; confuzie cu patologia sigmoidiana (diverticulita, etc.)
- 

APENDICE IN SACUL DE HERNIE



APENDICITA ACUTA

DIAGNOSTICUL POZITIV

- In forma tipica, examenul clinic este edificator in majoritatea cazurilor; din pacate, aceasta reprezinta doar putin peste jumatate din cazuri (55%)
- Analizele biologice, desi utile, ridica doua probleme: pot fi normale (cel putin in formele incipiente) si sunt nespecifice, necontribuind la diagnosticul diferential
- In ultimii ani se acorda o importanta tot mai mare explorarilor imagistice



APENDICITA ACUTA

DIAGNOSTICUL DIFERENTIAL

Copil:

- gastro-entero-colita
- limfadenita mezenterica
- diverticulita Meckel
- invaginatia ileo-cecala
- pneumonia lobara inferioara dreapta
- infectia urinara
- purpura Henoch-Schönlein



APENDICITA ACUTA

DIAGNOSTICUL DIFERENTIAL

- Adult tanar de sex masculin:
 - colica ureterala dreapta
 - boala Crohn (ileita terminala)
 - ulcerul gastro-duodenal perforat
 - torsiunea testiculara
 - pancreatita acuta
 - hematomul tecii dreptului



APENDICITA ACUTA

DIAGNOSTICUL DIFERENTIAL

■ Adult tanar de sex feminin:

- chistul ovarian drept (rupt, torsionat)
- anexita acuta dreapta (inclusiv hidro- sau piosalpinx)
- afectiuni urologice (pielonefrita acuta dreapta, colica ureterala dreapta)
- sarcina extrauterina
- endometrioza
- Mittelschmerz (durerea din ziua a 14-a a ciclului)



APENDICITA ACUTA

DIAGNOSTICUL DIFERENTIAL

Varstnic:

- diverticulita sigmoidiana
- ocluzia intestinala
- cancerul de ceco-ascendent
- torsiunea unui ciucure epiploi
- infarctul mezenteric sau ischemia mezenterica cronica
- anevrismul de aorta



APENDICITA ACUTA

ATITUDINEA TERAPEUTICA

- Interventia chirurgicala este indicata de urgenta in apendicita acuta, complicata sau nu
- Tratamentul conservator (repaus, dieta, antibiotice, antispastice, punga cu gheata) nu este recomandat; eventuala remisiune poate fi urmata de recadere sau direct de complicatii
- Exceptia o reprezinta plastronul apendicular
- Interventia indicata in majoritatea situatiilor este apendicectomia, cu sau fara drenaj peritoneal, pe cale deschisa sau mini-invaziva

APENDICITA ACUTA

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

■ Anestezia:

- preferabil generala (confort optim pentru chirurg si pacient); singura posibila pentru abordul laparoscopic
 - rahianestezia - utila (relaxare buna), cost redus, uneori nedorita de catre pacient
 - locala - nerecomandata; confort redus, dificultate majora de rezolvare a unor eventuale complicatii
- ### ■ Antibiotico-profilaxie: doza unica in formele necomplicate



APENDICITA ACUTA

APENDICECTOMIA

■ Tehnica deschisa:

- incizie oblica in fosa iliaca dreapta (McBurney) sau mediana pubo-ombilicala (in formele complicate)
- identificarea cecului si apendicelui (nu totdeauna facila)
- explorarea cavitatii peritoneale, mai ales daca aspectul apendicelui nu explica simptomatologia
- ligatura mezoapendicelui, urmata de ligatura apendicelui la baza si sectiunea acestuia
- infundarea bontului in bursa cecala nu mai este astazi recomandabila
- drenaj peritoneal in caz de probleme hemoragice sau contaminare septica masiva
- parietorafie; in cazuri foarte grave plaga se poate lasa (semi)deschisa

APENDICITIS ACUTA CATARAL (ASPECT INTRAOPERATOR)



APENDICITA ACUTA

APENDICECTOMIA

■ Tehnici mini-invazive:

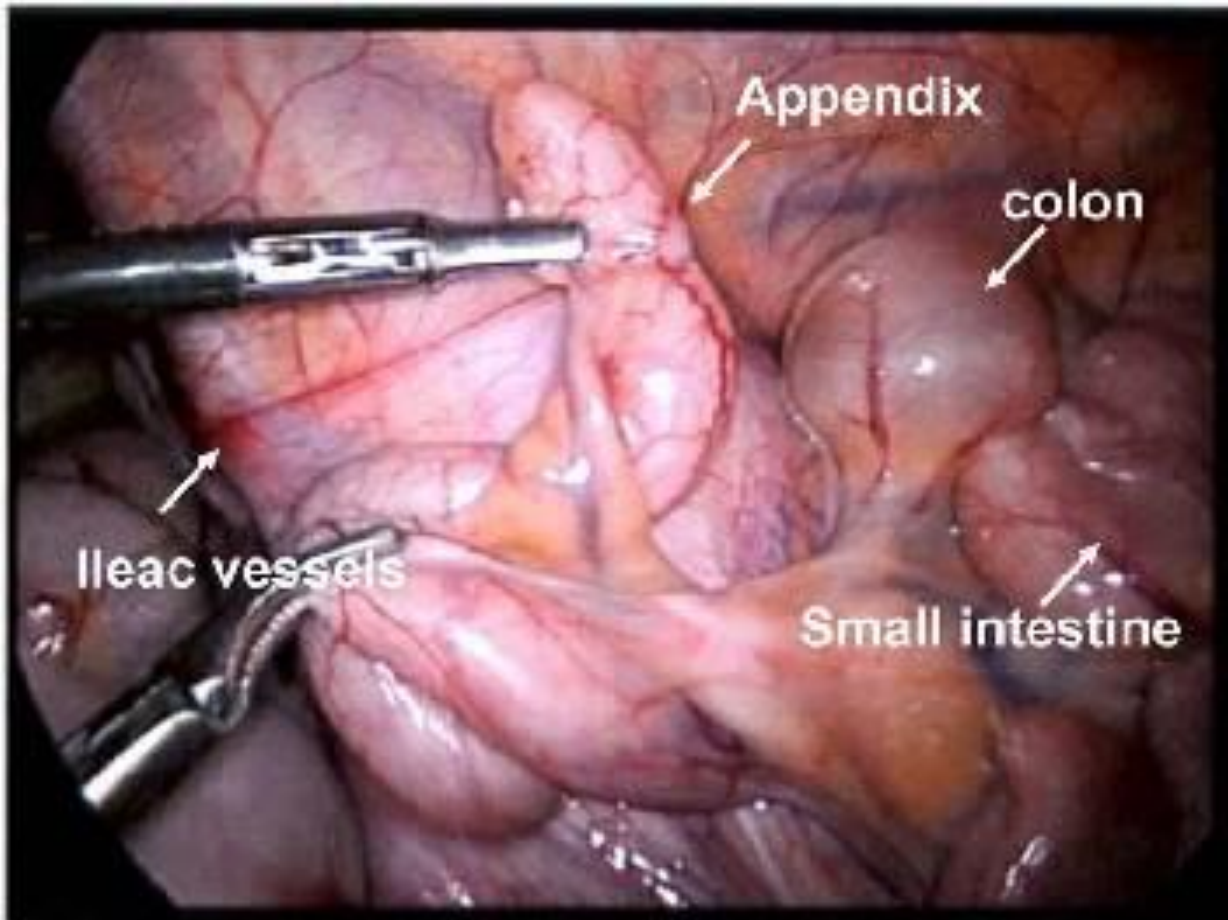
a) laparoscopica

- recomandata in special in sindromul dureros de fosa iliaca dreapta la femeie sau copil cu diagnostic incert - explorare mult mai buna a cavitatii peritoneale
- foarte utila si la obezi - reduce complicatiile parietale
- in apendicitele grave tehnica este dificila, dar morbiditatea postoperatorie mai mica decat in tehnica deschisa

b) NOTES



APENDICITA ACUTA CATARALA (ASPECT LAPAROSCOPIC)



Tehnica chirurgicala

- <http://www.youtube.com/watch?v=kx1s9Gibarc>
- <http://www.youtube.com/watch?v=U9wV-R0Txxg>
- [http://www.youtube.com/watch?v=4s69S1u5YdA
&feature=youtube_gdata_player](http://www.youtube.com/watch?v=4s69S1u5YdA&feature=youtube_gdata_player)



APENDICITA ACUTA

MORBIDITATE SI MORTALITATE

- Sunt reduse; sunt net crescute in formele complicate, ceea ce pledeaza pentru interventiile precoce; nu sunt nule nici in formele usoare, ceea ce pune in discutie apendicectomia inutila sau profilactica
- Complicatii postoperatorii:
 - hemoragia intraperitoneala sau parietala
 - supuratia plagii
 - peritonite generalizate sau localizate (abces in Douglas sau intre anse)
 - fistule digestive (in special cecale)
 - ocluzii dinamice sau mecanice, precoce sau tardive

APENDICITA ACUTA

ATITUDINEA IN PLASTRONUL APENDICULAR

- **Tratament conservator si supraveghere atenta**
- **Exista 2 posibilitati evolutive:**
 - favorabila, spre rezolutie; se recomanda apendicectomie dupa minim 6 saptamani (indicatie contestata azi de unii autori)
 - nefavorabila, spre constituirea unui abces



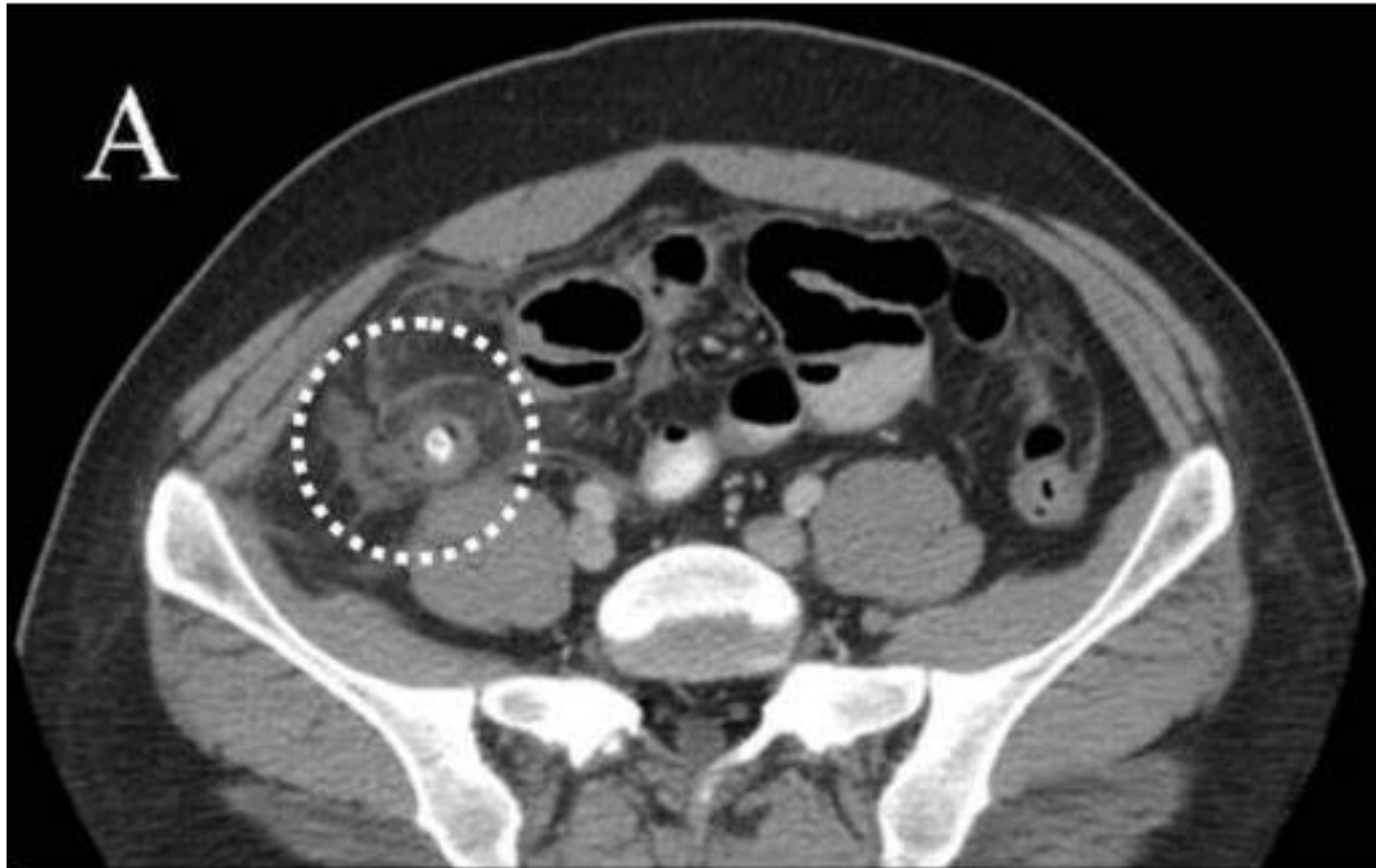
APENDICITA ACUTA

ATITUDINEA IN ABCESUL APENDICULAR

- In trecut se recomanda o interventie seriata: ca prim timp evacuarea abcesului printr-o incizie minima, pe calea cea mai directa; apendicectomia era indicata in timpul 2, dupa minim 3 luni
- Azi drenajul abcesului se poate face pe cale percutanata (sub ghidaj imagistic), urmat de apendicectomie la distanta
- Daca se intervine chirurgical de la inceput, este dezirabila si apendicectomia in acelasi timp



ABCES APENDICULAR (ASPECT CT)




APENDICITA ACUTA

ATITUDINEA IN PERITONITA DIFUZA APENDICULARA

- Preoperator: reechilibrare hidro-electrolitica energica si scurta, antibiotico-terapie cu spectru larg
- Interventie chirurgicala de urgenta, pe cale deschisa (incizie mediana) sau laparoscopica
- Timpii operatori: recoltare de lichid intraperitoneal (cultura, antibiograma); lavaj abundent; plasarea de tuburi de dren in Douglas; identificarea si rezolvarea leziunii cauzale; inchiderea peretelui
- Postoperator: antibiotico-terapie curativa
- Morbiditate si mortalitate importante, mai ales la varste extreme
- Avantajele laparoscopiei: inspectie buna, toaleta minutioasa, complicatii parietale reduse

APENDICITA ACUTA

APENDICECTOMIA INUTILA (ABUZIVA)

- Procent important de apendici extirpati (cvasi)normali la examenul histopatologic
- Dogma "examenul clinic sugestiv primeaza in fata tabloului biologic normal" nu mai este actuala; creste importanta investigatiilor imagistice
- Dilema: interventii precoce cu complicatii putine (dar nu nule!), insa deseori inutile sau expectativa cu riscul evolutiei spre forme complicate, cu morbiditate importanta
- Apendicectomia profilactica: persoane izolate, sportivi de performanta, descoperirea intraoperatorie a unui apendice prost plasat; riscuri (b. Crohn?) 

APENDICITA CRONICA

CONSIDERATII GENERALE

- Reprezinta o entitate clinica si anatomo-patologica din ce in ce mai controversata si mai putin acceptata
- Mai degraba o sechela a unor pusee repetate de apendicita sub-acuta, remise spontan sau sub tratament



APENDICITA CRONICA

ANATOMIE PATOLOGICA

- ❖ Doua forme:
 - sclero-atrofica
 - sclero-hipertrofica
- ❖ Limfangita regionala cu retractia mezoapendicelui
- ❖ Aderente, bride, valuri membranoase Jackson in jurul apendicelui, cecului, ileonului
- ❖ Leziuni la distanta: pericolecistite, periduodenite, perianexite



APENDICITA CRONICA

EXAMENUL CLINIC

■ **Subiectiv:** durere minima, cu diverse localizari; sindrom dispeptic postprandial; anorexie; insomnii; ameteli; lipotimii; tulburari nervoase

■ **Obiectiv:**

- durere la palpare in fosa iliaca dreapta
- manevra psoasului (Javorski-Lapinsky): la palparea fosei, pacientul ridica membrul pelvin drept intins, ceea ce produce durere
- manevra Rovsing: mobilizarea retrograda a gazelor din colon dinspre fosa iliaca stanga destinde cecul si provoaca durere



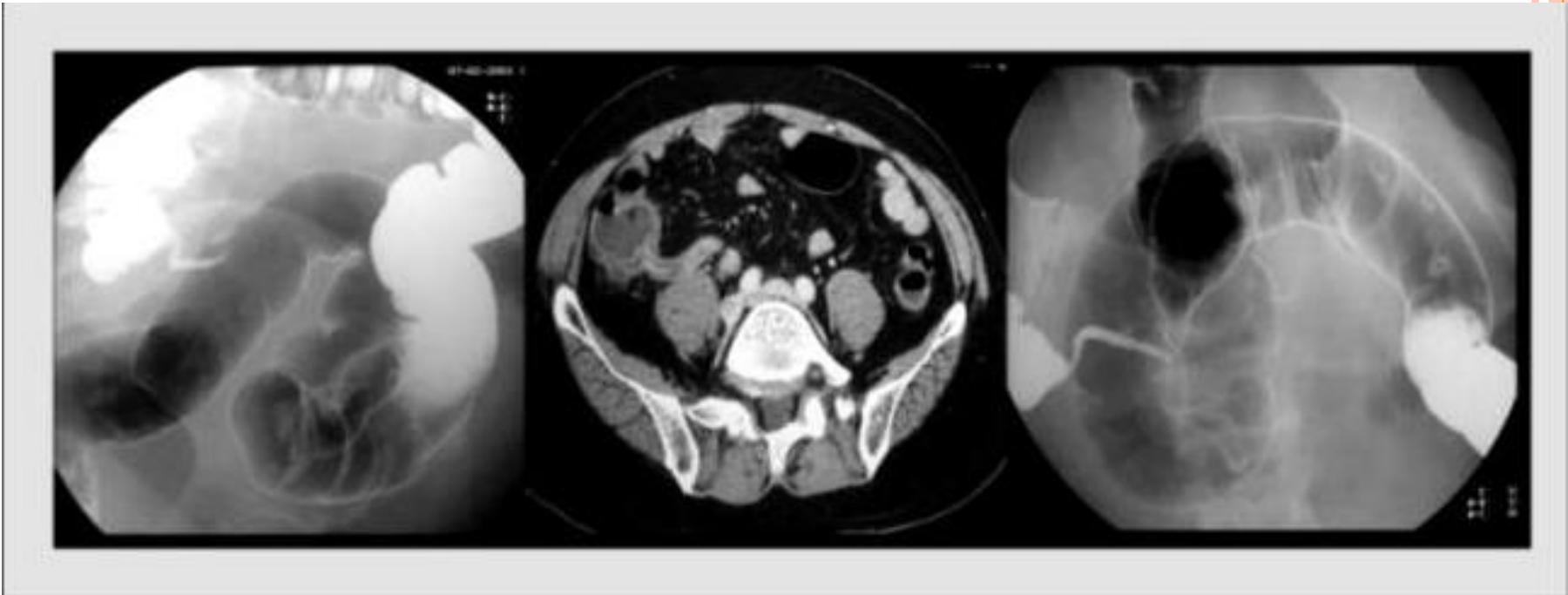
APENDICITA CRONICA

EXPLORARI PARACLINICE

- **Tablou biologic normal**
- **Irigografia:**
 - lipsa de umplere a apendicelui; cuduri; umplere neomogena; lumen neregulat, filiform; staza apendiculara
 - azi nu mai sunt considerate argumente diagnostice
- **Variate explorari pentru excluderea altor cauze de suferinta**



EVIDENȚIEREA APENDICELUI (ASPECT IRIGOGRAFIC ȘI CT)



APENDICITA CRONICA

ATITUDINEA TERAPEUTICA

- De fapt, diagnosticul este de excludere, dupa eliminarea tuturor altor cauze posibile de suferinta
- Singura optiune: apendicectomia; liza aderentelor poate pune probleme
- Atitudinea este inca acceptata, deoarece morbiditatea si mortalitatea postoperatorii sunt foarte reduse (dar nu nule!); uneori se obtine ameliorarea sau disparitia simptomatologiei



TUMORI APENDICULARE

CONSIDERATII GENERALE

- Sunt rare: cca 1% din totalul apendicectomiilor
- Posibilitati diagnostice:
 - tablou clinic de apendicita acuta → interventie chirurgicala → descoperire intraoperatorie sau histopatologica
 - tablou clinic atipic, tumora palpabila in fosa iliaca dreapta, ocluzie → investigatii imagistice → suspiciune diagnostica
 - descoperire fortuita in cursul interventiilor pentru alte patologii

TUMORI APENDICULARE

ANATOMIE PATOLOGICA

- Pseudotumori inflamatorii: boala Crohn, yersinioza, actinomicoza
- Tumori benigne: adenoame, endometrioză, neurinom, neurofibrom
- Tumori endocrine (carcinoide)
- Mucocelul apendicular
- Tumori maligne: adenocarcinomul, sarcomul, limfomul




LIMFOM BURKITT APENDICULAR



Piesa de hemi-colectomie dreapta
Cupa traversand masa tumorală ce urmează axul longitudinal al capatului distal al apendicelui (sageți)



TUMORI ENDOCRINE APENDICULARE (CARCINOIDUL APENDICULAR)

- Cea mai frecventa tumora apediculara (85-90%)
 - (In trecut) cea mai frecventa localizare a tumorilor endocrine digestive (40-50%)
 - Derivate din celulele caliciforme Kultschitzky
 - Mai frecvente in perioada 30-50 de ani
 - Mai frecvente la femei
 - In majoritatea cazurilor nesecretante
 - In majoritatea cazurilor benigne, fara potential de diseminare la distanta
- 

TUMORI ENDOCRINE APENDICULARE (CARCINOIDUL APENDICULAR)

- Localizate mai frecvent la varful apendicelui (aspect de "bat de toba")
- Tumora alb-galbuie, de obicei sub 1-2 cm
- Cele secretante: cresterea serotoninei in sange si a acidului 5-hidroxiindolacetic in urina
- Sindromul carcinoid: flash cutanat, vasodilatatie paralitica, insuficienta cardiaca, spasm bronsic, colici intestinale urmate de diaree




TUMORI ENDOCRINE APENDICULARE (CARCINOIDUL APENDICULAR)

- Criterii de invazivitate: marimea >2cm, localizarea proximala, invazia vasculara, invazia mezoapendicelui, tipul histologic (adenocarcinoidul); **nu** si invazia seroasei
- In absenta acestora, apendicectomia este suficienta
- In prezenta lor, poate fi necesara o operatie largita (hemicolectomia dreapta) si bilantul diseminarilor la distanta



MUCOCELUL APENDICULAR

- Reprezinta acumularea de mucus steril in lumenul apendicular, apendicele fiind dilatate si cu pereti subtiri (pana la o membrana hialina acelulara)
 - Recunoaste mai multe entitati etio-patogenice:
 - obstructia lumenului prin brida sau corp strain
 - hiperplazie epiteliala
 - adenom mucoid
 - tumora apendiculara mucoida de malignitate incerta
 - adenocarcinom mucoid
- 

MUCOCEL APENDICULAR




MUCOCELUL APENDICULAR

- Ruperea spontana sau traumatica (inclusiv iatrogena) produce peritonita gelatinoasa (pseudomixomul peritoneal)
- In formele benigne, apendicectomia este suficienta
- Cele maligne, cu diseminare peritoneala, necesita chirurgie citoreductionala, asociata cu chimio-hipertermie intraperitoneala



ADENOCARCINOMUL APENDICULAR

- Tumora maligna rara (4% din tumorile apendiculare)
 - Mai frecvent spre 50-60 de ani
 - Mai frecvent la barbati
 - Histopatologic, similar cu cel colonic
 - Clinic si imagistic nu se poate diferentia de cel cecal
 - Interventia chirurgicala consta in hemicolectomie dreapta cu curaj ganglionar extins si eventuala chimioterapie
- 

TUMORA APENDICULARA (ASPECT INTRAOPERATOR)

