

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL APENDICITEI ACUTE

Introducere

Caracterizare. În țările europene și în Statele Unite ale Americii apendicita acută este cea mai frecventă urgență chirurgicală (sau cauză de abdomen acut). Apendicele are o lungime de 6-9 cm, variațiile posibile fiind de la 1 la 30 cm, și un lumen îngust, iar în submucoasă există un bogat conținut de țesut limfoid. Un timp îndelungat apendicele era considerat ca un organ vestigial cu funcție necunoscută. Astăzi este recunoscut că apendicele este un organ imunologic, care participă la secreția imunoglobulinelor, în special IgA. Dar funcția sa nu este esențială, deci nu este un organ indispensabil, înlăturarea căruia ar predispuce la sepsis sau alte tulburări imunologice. Într-același timp fiind inflamată apendicele poate deveni periculos^{1,2}.

Scurt istoric. Deși cunoscute din cele mai vechi timpuri inflamațiile acute supurative în fosa iliacă dreaptă purtau denumirea de „peritiflită” și erau atribuite inflamației cecului. Doar în 1886 Reginald Fitz, bazându-se pe date morfopatologice, propune termenul „apendicita” și recomandă înlăturarea apendicelui ca tratament curativ al acestei maladii. Prima apendicectomie în epoca chirurgiei contemporane a fost efectuată în 1884 de Krönlein după recomandarea lui Miculitz. În a.1889 Charles McBurney descrie simptomatologia apendicitei acute, bazându-se pe 6 observații clinice, iar 5 ani mai târziu propune incizia, care respectă musculatura, vascularizarea și inervația parietală^{1,2,3}.

Incidența. În Federația Rusă se consideră că apendicita acută afectează anual 4-5 persoane la 1000 locuitori, adică 400-500 la 100.000 populație⁴, în Franța 400-600 la 100.000⁶. În Republica Moldova incidența apendicitei acute este 220 : 100.000⁶. În România este cea mai frecventă urgență abdominală (1/50-60 din locuitori prezintă în timpul vieții apendicită acută)¹. În S.U.A. incidența apendicitei acute este 52 cazuri la 100.000 populație^{2,3}. Conform unui studiu efectuat între anii 1975-1991 frecvența apendicitei acute în SUA s-a micșorat de la 100 cazuri la 52 / 100.000 populație². În Republica Moldova în perioada aa. 1982-2003 frecvența apendicitei acute s-a diminuat de la 320 la 220 cazuri la 100.000 populație⁶. Aceste diferențe doar parțial pot fi explicate prin defecte de diagnostic. Menționăm, că în toată lumea se observă un declin al frecvenței acestei patologii.

Conform studiului menționat mai sus în prezent în S.U.A. 84% din toate apendicectomiile se efectuează pentru patologie acută, iar 16% este rata apendicectomiei „normale” (tabloul clinic de apendicită fără schimbări patomorfologice în apendice)^{2,15}.

Etiologie și patogenie. Cauza determinantă a apendicitei acute este infecția microbiană (teoria infecțioasă și afectul primar a lui Aschoff). Mecanismul predominant de declanșare al acestei patologii este obstrucția lumenului apendiceal. Cauzele obstrucției în mod obișnuit sunt coproliții, edemul și hipertrofia țesutului limfoid, bariul impactat din examinările radiologice precedente, diferiți corpi străini, sâmburi de vegetale și fructe, paraziții intestinali (oxiură, ascaride).

Lumenul apendicelui conține în mod normal 0,1 ml de secret mucos. Obstrucția duce la distensie și acumularea distal de bloc a unei secreții de aproximativ 5 ml cu o presiune aproape de 60 ml H₂O. Această distensie și valurile de peristaltism pentru depășirea blocului sunt substratul și cauza durerii viscerale (durerii periombilicale colicative). Astfel, obstrucția provoacă stază, proliferare microbiană și leziuni mucosale, iar hipertensiunea afectează vascularizarea parietală a apendicelui cu apariția focarelor de ischemie. Inflamația în scurt timp cuprinde tot apendicele, devenind flegmonoasă, se propagă la peritoneul parietal și declanșează faza somatică. Zonele de ischemie duc la necroză (apendicita gangrenoasă) și perforație. Apendicita perforativă se complică cu peritonita locală (uneori cu formarea plastronului-abcesului) și generalizată^{2,7}.

Bacteriologia. Însămânțarea exudatului peritoneal a descoperit o varietate de aproximativ 10 diverse micororganisme: E.coli și B.fragilis în majoritatea cazurilor, Peptostreptococcus (80%), Pseudomonas (40%), Bacteroides splanchnicus (40%) și Lactobacillus (37%). Cytomegalovirusul asociat cu apendicita acută a fost izolat la un pacient cu SIDA².

Clasificarea apendicitei acute

- În conformitate cu clasificările morfopatologice curente ale apendicitei acute (V.S.Saveliev, 2004; S.Schwartz, 1999) considerăm posibil să diferențiem 3 variante clinice evolutive ale apendicitei.
- A. Apendicita acută necomplicată: inclusiv apendicita acută simplă (catarală), flegmonoasă, gangrenoasă, necomplicată cu peritonita supurativă (pacienții spitalizați în primele 12-24 ore) și eventual complicată postoperator cu supurația plăgii parietale.
- B. Apendicita acută distructivă, inclusiv apendicita flegmonoasă, gangrenoasă și perforată, complicată cu peritonita supurativă (locală liberă, delimitată – plastron apendicular, difuză), abcese intraabdominale, hepatice, ocluzie intestinală și hemoragie.
- C. Apendicita cronică (reziduală).

A. APENDICITA ACUTĂ NECOMPLICATĂ,

inclusiv apendicita acută simplă (catarală), flegmonoasă, gangrenoasă, necomplicată cu peritonita supurativă (durata de la debut:12-24 ore).

Spitalizarea în secția chirurgie generală a oricărui spital, care acordă asistența chirurgicală de urgență.

Diagnosticul (vezi algoritmul – anexa 1).

La internare se fixează: timpul adresării către medicul de familie (de urgență) și timpul spitalizării în secția chirurgie. Se menționează durata și cauza întârzierii.

Anamneza (istoricul)

Primul semn al apendicitei acute este durerea abdominală (viscerală) spontană cu localizare incertă periombilicală sau în hipogastru, moderat severă sau colicativă (cu crampe intermitente, supraadăugate).

După o perioadă variabilă între 1-12 ore (mai frecvent 4-6 ore) durerea devine *somatică*, se localizează în fosa iliacă dreaptă (în caz de poziție anatomică normală a apendicelui). Se schimbă caracterul durerii, ea devine *constantă* și *progresantă*. Această schimbare a localizării și caracterului durerii este cunoscută sub denumirea simptomului Kocher și este observată la aproximativ 60% din pacienți. În celelalte cazuri apendicita se începe cu durerea somatică în zona localizării apendicelui.

Apariția durerii este precedată de *anorexie*.

Voma reflectorie apare în 75% din cazuri și nu este accentuată sau de durată.

Constipația anterioară apariției durerii se observă la majoritatea pacienților, dar în caz de localizare atipică a apendicelui (retrocecală, pelvină sau mezoceliacă la copii) poate avea loc diarea.

Sucesiunea apariției simptomelor: *anorexia*, urmată de *durerea abdominală* și *vomă*, - este importantă în diagnosticul diferențial.

Examinarea obiectivă

Semnele generale în apendicita necomplicată sunt puțin schimbate: temperatura 37,5-38,0°C, pulsul normal sau ușor accelerat.

Pacienții cu apendicită preferă poziția antalgică în supinație cu coapsa dreaptă ușor flexată. Mișcările, tusea accentuează durerea.

Mișcările respiratorii sunt diminuate în hipocondrul drept. Limba este saburată, ușor uscată.

Palparea evidențiază simptomele fizice în cazul poziției anatomice tipice a apendicelui (poziție anterioară în fosa iliacă dreaptă):

- *sensibilitatea (durere) în regiunea iliacă dreaptă* (inclusiv punctele dolore Mc Burney, Kummel, Lanz);
- *apărarea (contractura) musculară* directă (voluntară) și indirectă (involuntară) în aceeași zonă;
- *simptomul de decompresie bruscă (Blumberg)*;

- *hiperestezia cutanată* în ariile nervilor spinali T₁₀, T₁₁ și T₁₂ este semnificativă în formele incipiente ale bolii, când durerea la palpare și apărarea musculară sânt incerte;
- *simptomul Rowsing*: durere în fosa iliacă dreaptă, când se exercită o presiune palpatorică la nivelul fosei iliace stângi;
- *simptomul Sitcovski și Bartomier-Michelson*: durere spontană și la palpare în regiunea iliacă dreaptă, când pacientul este poziționat în decubit lateral stâng;
- tușeul rectal/vaginal este puțin sensibil.

Tabloul clinic descris caracterizează *forma comună a apendicitei acute necomplicate*.

Semnele de localizare atipică a apendicelui inflammat

Durerea abdominală. Componenta viscerală a durerii este simțită de pacient în funcție de localizarea apendicelui, iar componenta somatică este percepută la examinarea obiectivă în regiunea, în care s-a oprit cecul din rotație.

Apendicita acută retrocecală.

Durerea și apărarea musculară în zona supra- și retroiliacă Leriche, cauzată de contractura inflamatorie a mușchiului iliopsoas drept, se evidențiază prin *manevra psoasului – simptomul Cope I* (pacientul este poziționat în decubit lateral stâng, examinatorul extinde încet membrul pelvin drept al bolnavului, aceasta provoacă durere în fosa iliacă dreaptă). Pe același fenomen (contractura inflamatorie a mușchiului iliopsoas drept) se bazează simptomele Obrazțov și Razdolski. (Figura 1)

Apendicita acută pelvină.

Semnele subiective abdominale pot fi absente, doar *tușeul rectal* sau *vaginal*, exercitând o presiune asupra peritoneului fundului de sac Douglas, *provoacă durerea percepută de pacient* în regiune hipogastrică sau suprapubiană. Când apendicele inflammat este aderent la peretele lateral pelvin, mușchiul obturator intern este în stare de contractură inflamatorie. Acest fenomen permite suspiciunea unei apendicite acute pelvine cu ajutorul *manevrei obturatorului – simptomul Cope II* (testul se realizează prin rotația internă pasivă a membrului pelvin drept flectat, pacientul fiind în supinație). (Figura 2 a,b)

Apendicita acută mezoceliacă.

Durerea și apărarea musculară la palpare se localizează periombilical. În caz de localizare retroiliacă poate să apară durerea testiculară, probabil prin iritația arterei spermatică și a ureterului.

Apendicita acută subhepatică.

Durerea și apărarea musculară se localizează sub rebordul costal drept, dar fără iradierea n.phrenicus.

Apendicita în stângă:

poate avea loc în caz de situs inversus sau malrotație, această formă atipică de apendicită acută poate fi suspectată, când durerea somatică spontană și provocată prin palpare, apărarea musculară și simptomul Blumberg sunt percepute în fosa iliacă stângă.

Apendicita herniară.

Simulează semnele herniei strangulate.

Notă: principalele simptome ale apendicitei acute necomplicate, care determină diagnosticul chirurgical sunt: *durerea somatică (spontană)*, *sensibilitatea (durerea) provocată prin palpare*, *semnele de iritație peritoneală (apărarea – contractura musculară, simptomul de decompresie bruscă)* și *secvența (consecutivitatea) semnelor: anorexia-durerea-greața/voma*.

B. APENDICITA ACUTĂ DISTRUCTIVĂ (flegmonoasă, gangrenoasă și perforată), complicată cu peritonita supurativă.

Acești pacienți se internează tardiv (după 24-72 ore de la debut) din cauza adresării întârziate a bolnavului sau greșelilor de diagnostic a medicilor de familie sau a altor specialiști din instituțiile medicale prespitalicești. Inflamația distructivă și perforația apendicelui se poate declanșa și la bolnavii, spitalizați în secția chirurgie sau alte secții cu diagnostic incert și supuși timp îndelungat

observației fără folosirea oportună a metodelor paraclinice de diagnostic necesare (ultrasonografia, laparoscopia).

Spitalizarea (transferarea) în secția chirurgie/reanimare a oricărui spital, care acordă asistența chirurgicală de urgență, este obligatorie. În caz de apendicită acută, complicată cu peritonita difuză se recomandă spitalizarea (transferarea) urgentă în secția chirurgie/reanimare a unui spital interraional, municipal sau republican.

Diagnosticul se face cu certitudine pe baza variantei clinice (complicației) apendicitei distructive (vezi algoritmul – anexa 2):

1. Apendicita acută distructivă, complicată cu peritonita locală.
2. Apendicita acută distructivă, complicată cu plastronul (blocul) apendicular.
3. Apendicita acută distructivă, complicată cu peritonita difuză.

1. **Diagnosticul apendicitei acute, complicate cu peritonită locală**

Anamneza și simptomele inițiale ale apendicitei corespund formei comune având însă deosebirea unei manifestări clinice neclare sau confuze până la momentul complicației, care dezvoltă semnele principale de peritonită. Are loc *exacerbarea durerii somatice spontane*, urmată de vomă repetată.

Examinarea obiectivă descoperă:

- poziția antalgică în decubit dorsal sau lateral drept cu coapsa dreaptă flexată;
- fața pacientului este congestionată de suferință cu semne de dehidratare extracelulară;
- limba saburată, uscată.

Semnele generale caracterizează intoxicația septică: *temperatura* (38-39,5°), *tahicardie* (puls >100/min) și *hipotonie* (<100 mmHg).

Mișcările, tusea exacerbează durerea spontană.

Respirația abdominală este diminuată în hipoabdomenul drept.

Palparea regiunii iliace drepte evidențiază simptomele principale:

- sensibilitatea abdominală (durerea) este maximă;
- contractura musculară involuntară, pronunțată și simptomul de decompresie bruscă (Blumberg);
- celelalte regiuni ale abdomenului sunt puțin sensibile și relaxate.

Tușeul rectal/vaginal este dureros.

Leucocitoză crescută (>18-20.000/mm³).

2. **Diagnosticul apendicitei acute, complicate cu peritonita difuză (generalizată).**

Sunt cunoscute trei mecanisme de dezvoltare a peritonitei apendiculare difuze.

Generalizarea primară se poate produce după un interval scurt de 1-2 zile de la debutul clinic al apendicitei acute (pacient spitalizat tardiv sau observat îndelungat cu sau fără tratament conservator). Exacerbarea durerii spontane și provocate, durerea la palpare și contractura musculară devin difuze, se oprește tranzitul intestinal. Se alterează starea generală, febra devine septică cu leucocitoză ~20.000/mm³ și neutrofiloză. În cazuri grave se poate dezvolta șocul septic.

Peritonita difuză se dezvoltă în 2 timpi, când după peritonita inițială locală (timpul întâi) se produce o ameliorare spontană prin tratament medical, urmată după un interval de ore sau zile de generalizarea procesului (timpul al doilea).

Peritonita generalizată în 3 timpi se dezvoltă în etapele următoare: apendicita inițială cu peritonita locală la pacienții care se spitalizează după 24-72 ore de la debutul crizei (timpul întâi), urmată de formarea plastronului (timpul al doilea) cu abcedarea plastronului și eruperea abcesului în marea cavitate peritoneală (timpul III).

Diagnosticul peritonitei apendiculare difuze se bazează pe aceleași semne ca și ale peritonitei apendiculare locale, dar cu o *stare generală și intoxicație mai gravă* (uneori cu șoc septic) și cu *diseminarea rapidă sau treptată a simptoamelor peritoneale* (durere somatică, contractură musculară și ileus paralytic) asupra întregului abdomen.

Monitorizarea procesului septic peritoneal și *aprecierea gravității* se efectuează conform sistemului APACHE-II^{8,9}.

3. Diagnosticul apendicitei acute, complicate cu plastronul (blocul) apendicular.

La pacienții, care se spitalizează tardiv, de obicei după 48-72 ore de la debutul crizei din cauza adresării tardive sau greșelilor de diagnostic ale medicilor de familie, uneori (1-3%) se formează în regiunea iliacă dreaptă o tumoare inflamatorie cu sensibilitate dureroasă vie la palpare și contur șters, numită plastron sau bloc apendicular. Acești bolnavi se spitalizează în secția chirurgie pentru observație și tratament. Sub tratamentul medical (regim alimentar hidric, infuzii și antibioticoterapie) poate avea loc resorbția plastronului sau evoluția negativă spre formarea abcesului apendicular.

Anamneza și semnele inițiale ale apendicitei corespund formei comune cu ameliorarea treptată a simptomelor durere și reducerea contracturii musculare.

Examinarea obiectivă constată:

- *temperatura febrilă,*
- *hiperleucocitoză cu neutrofiloză,*
- *limba saburată, uneori uscată,*
- *obstipația,*
- palparea regiunii iliace drepte descoperă o *tumoare inflamatorie cu sensibilitate dureroasă* și contur șters, nedepresionabilă, fixată postero-lateral și uneori aderentă la peretele anterior abdominal;
- celelalte regiuni ale abdomenului sunt puțin sensibile și relaxate.

Evoluția clinică a plastronului în majoritatea cazurilor este pozitivă: are loc ameliorarea stării generale, normalizarea temperaturii, dispariția durerilor și resorbția treptată a tumorii inflamatorii timp de 2-3 săptămâni. Acești pacienți se vor prezenta după 2-3 luni pentru operația programată – apendicectomia (apendicectomie de interval).

Evoluția clinică negativă a plastronului: se menține febra septică, leucocitoza și neutrofiloza, durerile la palparea plastronului devin mai puternice, iar conturile se lărgesc. Fără a aștepta apariția fluctuenței, chirurgul constată formarea *abcesului apendicular* care trebuie drenat.

Notă: la compartimentele A,B. Simptomatologia-diagnosticul apendicitei acute necomplicate și complicate au fost expuse conform lucrărilor clasice Mondor¹⁰, Nielubowicz¹¹, Cope¹², Leger¹³, Schwartz², Saveliev⁴.

Examinările paraclinice:

1. Analiza de sânge^{1,7}:

leucocitoza:

- moderată $\sim 12.000/\text{mm}^3$ în 25 % din cazuri, este prezentă la pacienții cu apendicita necomplicată;
- creșterea peste $18-20.000/\text{mm}^3$ caracterizează apendicita perforată;
- în 20-30% cazuri poate fi normală,

leucograma – raportul neutrofile/limfocite $> 3,5^{18}$ este sugestiv pentru apendicita acută.

2. Analiza urinei este folosită pentru diferențierea de patologia urologică.

La apendicita pelvină și retrocecală sedimentul urinar poate conține hematii și leucocite.

3. Scintigrafia cu leucocite marcate cu $\text{Tc}^{99\text{m}}$ ¹⁸.

4. Radiografia abdominală simplă^{2,7}: are importanță semnificativă pentru diagnosticul diferențial:

- ocazional, în caz de apendicită tardivă și flegmon retroperitoneal conturul mușchiului iliopsoas drept lipsește sau este estompat;
- pneumoperitoneul pentru diferențierea de ulcerul perforat; în caz de apendicita acută perforată apare rar (0-7%);
- imaginile hidro-aerice facilitează diferențierea de ocluzia intestinală și ileusul paralic în caz de peritonită;
- radiografia toracică este indicată pentru diferențierea de un proces pneumonic localizat la nivelul lobului pulmonar inferior.

5. Ultrasonografia cu presiune gradată^{2, 14, 16, 17} permite:
 - evidențierea apendicelui sănătos sau inflammat (structura tubulară nedeformabilă, multistratificată, Ø >6 mm);
 - vizualiza unei mase tumorale sau a exudatului pericecal;
 - diferențierea de litiaza biliară și renală;
 - evidențierea patologiei ginecologice. (Figura 3 a,b)
6. Computer-tomografia¹⁹:
 - evidențierea apendicitei flegmonoase,
 - evidențierea abcesului apendicular.
7. Radiografia baritată (irigoscopia)^{2, 7}:
 - evidențierea plastronului apendicular,
 - identificarea tumorii cecale.
8. Laparoscopia^{20,21} este folosită ca metodă de diagnostic și eventual de tratament în caz de suspiciune de apendicita acută și pentru diferențierea apendicitei de patologia acută ginecologică.
9. ECG – aprecierea funcției cardiace pre- și postoperator.

Examinările paraclinice vor fi folosite în ordine secvențială:

- dacă diagnosticul clinic este pozitiv (are loc durerea somatică, asociată cu orice grad de contractură musculară) sunt necesare pentru confirmare doar analizele de sânge și urină, iar în unele cazuri – radiografia abdominală;
- dacă în procesul diferențierii diagnosticul rămâne neclar sau incert (există doar durerea somatică, dar localizarea ei și alte simptome ale apendicitei nu pot fi evidențiate prin palpate) se practică celelalte metode paraclinice după necesitate, și doar atunci când în trecut se recomanda laparotomia exploratorie, astăzi este indicată laparoscopia diagnostică, dacă spitalul dispune de laparoscop.

FORMELE CLINICE DUPĂ VÂRSTĂ

Apendicita acută la copiii primului an de viață^{1,2}. Atâta timp cât copilul se alăptează, apendicita este foarte rară și gravă. Anamneza este interpretată doar după relatările subiective ale mamei, iar apărarea musculară voluntară a copilului face aproape imposibilă examinarea obiectivă prin palpate. Totuși, această examinare, efectuată de un chirurg cu experiență în chirurgia pediatrică, facilitează diagnosticul corect. Folosirea analgeziei superficiale, care suprimă apărarea musculară voluntară, permite chirurgului perceperea contracturii musculare involuntare și uneori palparea unei mase inflamatorii în regiunea iliacă dreaptă.

Copiii după vârstă de 2 ani suferă de apendicită mai frecvent. Debutul brusc al durerii somatice abdominale survine mai frecvent după o afecțiune infecto-contagioasă. Simptomele – febră, tahicardie, vărsături abundente apar după apariția durerii viscerale și somatice. Dar localizarea durerii somatice și decelarea simptomelor de iritație peritoneală sânt afectate de apărarea musculară voluntară a copilului. Este foarte important ca pediatrul chirurg să câștige încrederea copilului pentru examinarea obiectivă prin palpate. Este utilă recomandarea lui H.Bailey de palpate cu mânuța copilului³². (Figura 4) Deoarece copiii mai mari de frică nu relatează durerea, în timpul examinării abdomenului prin palpate, se va urmări mimica copilului. Când acest contact și încredere nu pot fi obținute, este indicată aceeași analgezie superficială.

Progresia rapidă a inflamației distructive și perforației apendicelui și incapacitatea epiploonului insuficient dezvoltat de a localiza și limita perforația crește rata complicației cu peritonita difuză³³. Astfel, pentru stabilirea diagnosticului corect, sunt foarte importante semnele de iritație peritoneală coraborate cu leucocitoză, creșterea VSH-ului și proteina C reactivă.

Apendicita la bătrâni. Se întâlnește mai rar, deoarece în vârsta senilă are loc o regresie-atrofie a foliculilor limfatici. Reactivitatea scăzută face debutul fazei somatice mai estompat, durerea spontană și la palpate în regiunea iliacă dreaptă este de intensitate redusă, contractura musculară în perioada avansată a bolii poate lipsi, doar simptomul Blumberg, fiind prezent. În 49%

din cazuri la pacienții peste 70 ani apendicele este perforat³⁴ și complicat cu peritonita locală sau generalizată.

Apendicita la gravide. Apendicita acută este cea mai frecventă patologie extragenitală, care cere intervenție chirurgicală de urgență în timpul sarcinii³⁵. Se observă aproximativ 1: 2000 de sarcini. Mai frecvent apare în timpul primelor două trimestre. Toxicozele, care complică sarcina, se manifestă prin grețuri, vărsături și durere abdominală de tip visceral. Dar în caz de apendicită durerea abdominală este somatică și apărarea musculară involuntară este prezentă, deși intensitatea ei este redusă din cauza relaxării parietale abdominale. Leucocitoza în caz de sarcină poate fi normală sau crescută până la 15.000-20.000/mm³ cu o predominanță a polimorfonuclearelor.

Incertitudinea diagnosticului apendicita acută la gravide este indicație pentru ecografie, iar ineficiența acesteia cere imperativ laparoscopie³⁶. Complicația apendicitei cu peritonită amenință cu moartea atât fătul, cât și mama. Intervenția chirurgicală de urgență – apendicectomia este singura posibilitate de tratament, deși riscul nașterii premature este de 10-15% atât pentru operația convențională, cât și laparoscopică.

Apendicita acută la pacienți cu SIDA sau infecția HIV³⁷. Cauza apendicitei acute la acești pacienți și tabloul clinic este similar cu cel din populația normală. Este indicată intervenția chirurgicală convențională sau laparoscopică cu respectarea măsurilor de protecție a contaminării personalului operator.

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL^{1,2}.

Diagnosticul pozitiv corect al apendicitei depinde de următorii factori majori: poziția anatomică a apendicelui inflammat, stadiul procesului (apendicita simplă, necomplicată cu peritonită, și apendicita distructivă, complicată cu peritonita locală sau difuză), vârsta și sexul pacientului. Diagnosticul acestor varietăți a apendicitei a fost expus.

Deoarece apendicita acută este cea mai frecventă formă a abdomenului acut, există un număr mare de afecțiuni intra- și extraabdominale, care se manifestă prin simptome comune cu faza viscerală a apendicitei, iar uneori și cu simptome de inflamație somatică. Diferențierea de aceste patologii (diverticulul Meckel, ulcerul peptic perforat, invaginația iliocolică la copii, peritonita primară, ciucurii (apendicii) epiploici infarctizați prin torsie, ischemia acută mezenterică, colecistita acută, pancreatita) este obligatorie pentru un diagnostic preoperator corect. În caz de incertitudine diagnostică este indicată laparotomia exploratorie sau laparoscopia.

Afecțiunile respiratorii – pneumonii, pleurezii bazale drepte – cu iradierea abdominală a durerii, uneori și cu contractura musculară, se diferențiază ușor prin examinarea clinică (percuție și auscultație), confirmată de radiografia toracică.

Adenita acută mezenterică este frecvent confundată cu apendicita la copii. Fiind asociată cu o afecțiune respiratorie (cefalee, tuse, febră), se manifestă cu durere și sensibilitate moderată în fosa iliacă dreaptă, uneori și cu apărare musculară voluntară, dar fără contractură musculară adevărată. Incertitudinea diagnostică cere o supraveghere a pacientului timp de câteva ore. Dacă durerea și sensibilitatea la palpare persistă, este indicată intervenția chirurgicală. Intraoperator, în caz că apendicita acută nu se confirmă, se constată un apendice normal și ganglioni mezenterici inflamați.

Gastroenterita acută, gastroenterita virală, gastroenterita cu Salmonella provoacă durerea viscerală periombilicală cu crampe, urmate de diaree acvatică. Lipsesc sensibilitatea locală la palpare în fosa iliacă dreaptă și contractura abdominală. Operația este contraindicată.

Febra tifoidă, rară în prezent, se manifestă prin intoxicație generală – prostrație, erupții cutanate maculo-papulare, bradicardie și scaun lichid cu sânge. Este posibilă perforația ileonului (1% din cazuri), care provoacă peritonita și cere intervenție chirurgicală de urgență.

Enterita regională acută simulează apendicita, provoacă febră, durere și apărare musculară în fosa iliacă dreaptă. Diareea, greața și voma nu sunt suficiente pentru diferențiere. Este indicată laparoscopia diagnostică sau laparotomia exploratorie. Deși cecul și apendicele sunt normale este indicată apendicectomia.

Afecțiunile genito-urologice masculine (epididimita acută și torsia testiculară). Durerea epigastrică sau periombilicală poate masca semnele locale, care pot fi ușor descoperite în cursul examinării obiective.

Afecțiunile urologice (pielonefrita dreaptă, urolitiaza cu calcul ureteral, cistită acută) se exclud printr-o examinare clinică, analiza urinei, ecografie și radiografie. Tratamentul antispastic contribuie la diferențierea de apendicita.

Afecțiunile ginecologice acute (anexita acută dreaptă, piosalpinxul perforat, chistul de ovar torsionat, ruptura foliculului Graaf sau sarcina extrauterină cu hemoragie) se diferențiază ușor prin examinare clinică, inclusiv tușeul vaginal. În caz de hemoperitoneu este necesară puncția fornixului sau laparoscopia.

Boala inflamatorie pelvină (peritonita pelvină). Deși durerea și apărarea musculară sunt scăzute, este posibilă suspiciunea apendicitei. În caz de examinare clinică incertă, este necesară laparoscopia.

Plastronul apendicular trebuie diferențiat de neoplasmele cecale și de colon, de tuberculoză ileocecală, de enterită regională, maladia Crohn. Inapetența, scăderea ponderală, tulburările de tranzit în anamneză sugerează posibilitatea cancerului de colon, dar este necesară confirmarea prin radiografie pe gol și baritată, laparoscopie.

Tumorile apendicelui (carcinoidul, mucocelul, adenocarcinomul) se manifestă prin simptome de apendicită și diferențierea este posibilă doar intraoperator.

Alte afecțiuni – purpura Henoch-Schönlein, colica saturnină, crizele tabetice – provoacă durerea abdominală de tip vegetativ fără contractură musculară, dar au și semne specifice, care favorizează diferențierea.

Astfel, când examinarea clinică corectă nu rezolvă incertitudinea diagnostică sunt indicate investigațiile paraclinice în ordine segvențială. Laparoscopia diagnostică, care limpezește confuzia diagnostică în ultima instanță poate fi urmată de procedee curative celioscopice sau de conversia la intervenții chirurgicale convenționale. Laparotomia exploratorie astăzi se practică doar atunci când laparoscopia este contraindicată sau imposibilă.

*Acuratețea diagnosticului preoperator*² al apendicitei acute depinde în primul rând de corectitudinea examinării clinice și paraclinice. În SUA acest indicator ar putea fi în jur de 85%. Dacă este semnificativ mai redus, se recomandă un diagnostic diferențial preoperator mai riguros. Deoarece ultrasonografia și tomografia computerizată n-au redus substanțial rata greșelilor de diagnostic, pentru acuratețe diagnostică de peste 90% ar fi necesară o observație mai îndelungată a pacienților, dar aceasta după experiența lui Haller și colaboratorii (citată în Schwartz S, Principles of Surgery, 1999) ar contribui la creșterea ratei apendicitei perforate.

O altă cauză a limitelor acestui indicator al corectitudinii diagnostice este apendicectomia „normală” sau abuzivă, când apendicele excizat la pacienții cu simptomele clinice ale apendicitei la examinarea histopatologică este normal³⁸⁻⁴². Apendicectomia în majoritatea acestor cazuri liniștește simptomele. Examinarea histopatologică extensivă a acestor apendici normali a descoperit în foarte puține cazuri focare de inflamație (infiltrație polimorfonucleară) în submucoasă și lamina proprie, care ar fi rezultatul acțiunii unor mediatorii (TNF-alfa și interleukina-2), considerați markeri sensibili ai inflamației apendiculare. Poate aceste focare de inflamație sunt semnele cele mai precoce ale apendicitei?

Astfel, apendicectomia este recomandată la pacienții cu tabloul clinic de apendicită chiar dacă apendicele nu pare inflamate la explorarea operatorie. Procentajul acestor apendicectomii „normale” sau abuzive este diferit, de la 8% la 41%. În SUA rata apendicectomiei normale este de 16%², în Finlanda – 12%, în Suedia – 40% cu reducere remarcabilă în ultimii ani³⁸⁻⁴². Conform rezultatelor finale ale tratamentului apendicitei acute se poate admite o frecvență a apendicectomiei normale sau abuzive de 16% și o acuratețe a diagnosticului de 85%.

TRATAMENTUL APENDICITEI ACUTE

Diagnosticul apendicitei acute impune intervenția chirurgicală de urgență – apendicectomia indiferent de câte ore au trecut de la debutul bolii. Singura contraindicație este plastronul (blocul) apendicular.

1. Pregătirea preoperatorie.

Premedicația: diazepam, dimedrol, fentanil, se asociază cu antibioticoprofilaxia: un cefalosporin de generația II și cu metronidazol.

Anestezia locală, peridurală, rahidiană sau generală după preferințele chirurgului, anesteziologului și acordul bolnavului.

Indicațiile pentru anestezia generală:

- copii până la 12 ani,
- bolnavi psihici,
- în caz de probleme tehnice (proces aderențial, obezitate)

3. **Acordul bolnavului** sau rudelor în cunoștință de cauză (anexa 3).

4. **Apendicectomia convențională** (etapele intervenției):

Accesul: incizie oblică Mc Burney cu disocierea mușchilor oblic intern și transvers, sau incizie verticală Lenander, vizualizarea și derularea cecului, descoperirea apendicelui la convergența teniilor și mobilizarea lui.

Exereza apendicelui:

- ligatura mezoului apendicular,
- apendicectomia antero- sau retrogradă,
- tratarea bontului apendicular (ligatura-infundarea sau ligatura simplă); la copii doar ligatura simplă cu fir nerezorbabil.

Examinarea ultimilor 100 cm de ileon pentru descoperirea eventuală a unui diverticul Meckel.

Dacă intraoperator nu se confirmă apendicita și este necesară investigația organelor genitale pelvine la femei, pentru investigarea etajului inferior se practică extensia mediană a plăgii parietale cu incizia tecii dreptilor abdominali.

Dacă se presupune un proces patologic în etajul abdominal superior, incizia parietală în regiunea iliacă dreaptă se închide și se efectuează o incizie mediană superioară.

Recoltarea exudatului peritoneal pentru analiza bacteriologică. Asanarea fosei iliace drepte prin lavaj antibacterial și controlul hemostazei.

Refacerea parietală prin sutură pe straturi anatomice.

Piesa operatorie (apendicele) se expediază pentru analiza morfopatologică.

Drenajul:

- în caz de exudat seros se introduce un microirigator; în caz de exudat purulent se introduce un tub bilumen pentru antibioticoterapia postoperatorie;
- în caz de hemostază nesigură (hemoragie capilară) se tamponează patul apendicular.

Drenajele se exteriorizează prin puncție sau contraincizie în afară plăgii operatorii.

În caz de apendicită gangrenoasă sau perforativă pielea și țesutul subcutanat pot fi lăsate deschise pentru sutura primară întârziată a 4-5 zi sau sutura secundară.

Apendicectomia laparoscopică^{2, 22, 23, 24}

Indicațiile apendicectomiei laparoscopice astăzi sunt limitate la sindromele algice cu simptomatologie peritoneală, când diagnosticul clinic este incert și este indicată laparotomia exploratorie. Laparoscopia permite stabilirea diagnosticului corect și, când acesta este apendicita acută, se continuă cu apendicectomia laparoscopică. Situațiile, când laparoscopia diagnostică nu descoperă leziuni de apendicită acută sau altă patologie de abdomen acut și se renunță la intervenția chirurgicală, constituie aproximativ 20% din cazuri.

Până în prezent se discută indicațiile pentru laparoscopie în caz de apendicita certă, iar avantajele apendicectomiei laparoscopice nu par atât de convingătoare ca cele ale colecistectomiei. Astfel, apendicectomia laparoscopică astăzi este recomandată în următoarele 3 situații⁴²:

- ca urmare a laparoscopiei diagnostice la pacienții cu diagnostic neclar;
- la femeile tinere de vârstă fertilă pentru a minimaliza traumatismul inciziei parietale;
- la pacienții obezi, care ar necesita o incizie largă pentru o abordare corespunzătoare sau în cazul unor particularități clinice ce implică factorii cosmetici.

Apendicectomia laparoscopică poate fi folosită doar în spitalele dotate cu echipament celioscopic modern și chirurghi specializați în chirurgia laparoscopică.

Antibioticoterapia^{2, 25, 26} (anexa 4)

Antibioticoterapia este o componentă esențială a tratamentului de urgență al apendicitei acute în asociere sau după operație.

În caz de apendicita acută simplă și flegmonoasă necomplicată cu peritonită locală este suficientă antibioticoprofilaxia.

În caz de infecție intraabdominală modestă sau moderată Societatea Infecțiilor Chirurgicale recomandă tratamentul cu o cefalosporină de generația a II-a (cefexitina, cefotetan) sau cu carboxipenicilină cu durată de 5-10 zile.

Pentru infecția abdominală majoră (peritonita purulentă locală sau difuză, abcesele intraperitoneale) sunt recomandate cefalosporinele de generația a III-a (ceftriaxonul) în asociație cu tobramicina sub acoperire antianaerobă (metronidazol sau clindamicina); în cazurile extrem de grave (peritonita generalizată, abcesele de ficat, pileflebita) se recomandă imipinemul sau monobactamii.

Durata antibioticoterapiei este variabilă (până la 3-4 săptămâni) și se efectuează în conformitate cu rezultatele analizelor bacteriologice și antibiogrammei.

Oprirea terapiei antiinfecțioase este indicată după cel puțin 48 ore de afebrilitate a pacientului.

Regimul postoperator

În caz de apendicită acută neperforată fără peritonită locală:

- nutriția bolnavului se admite din momentul restabilirii peristaltismului (emisii de gaze),
- combaterea durerii (analgezia) doar în prima zi după operație,
- externarea sub observația și tratamentul ulterior al medicului de familie se permite a 3-4 zi cu respectarea următorilor condiții:
 - afebrilitate în ultimele 48 ore,
 - nr. normal de leucocite,
 - peristaltism restabilit,
 - plaga parietală fără semne de supurație (edem, hiperemie, infiltrație),
 - acordul și posibilitățile materiale ale familiei,
 - suturile plăgii parietale vor fi ridicate de medicul de familie/ chirurgul din policlinică a 7-ea zi după operație sau pacientul se va prezenta pentru aceasta în secția chirurgie, în care a fost operat.

În caz de apendicită acută, complicată cu peritonita locală:

- spitalizarea va dura 7-10 zile,
- alimentația se va permite după rezolvarea parezei postoperatorii, sonda nazo-gastrică și prozerina, fiind folosite doar în cazurile de ileus paralic persistent;
- antibioticoterapia se va continua 5-7 zile postoperator;
- combaterea durerii (analgeticele) – cel mult 3-4 zile,
- infuziile i/v se vor efectua până la reluarea alimentației orale;
- plaga parietală va fi controlată în fiecare zi, iar suturile vor fi ridicate a 7-ea zi,
- externarea după 48 ore de afebrilitate, fără leucocitoză și fără semne de supurație a plăgii parietale.

TRATAMENTUL PERITONITEI APENDICULARE DIFUZE^{2, 23, 27, 28, 29}

Pregătirea preoperatorie cu scopul stabilizării hemodinamice, corecției hipovolemiei și deficitelor hidro-electrolitice. Durata până la 2-3 ore. Se asociază cu antibioticoterapia de urgență. Criteriile operabilității: puls <100/min, TA>100 mmHg, diureza > 25 ml/oră.

Anestezia generală cu intubație oro-traheală.

Accesul: incizie mediană subombilicală.

Lichidarea sursei de infecție – apendicectomia.

Asanarea cavității peritoneale prin aspirație și lavaj antibacterian.

Decompresie gastro-intestinală (sonda nazo-gastrică, în cazurile grave – sonda nazo-gastro-intestinală Miller-Abbott).

Drenarea cavității peritoneale cu tuburi bilumen, introduse în focarul de infecție (fosa iliacă dreaptă), canalele parietocolice, spațiul Douglas și subdiafragmal drept. Tuburile de drenaj se exteriorizează prin contraincizii în afara plăgii parietale.

Refacerea plăgii parietale în straturi. În cazuri extrem de grave (scorul APACHE-II >15, abcese intraabdominale multiple, nesiguranța suturilor intestinale) – închiderea provizorie pentru relaparotomiile programate ulterioare.

În perioada postoperatorie se continuă terapia infuzională, antibioticoterapia sistemică (i.v.) și locală, decompresia nazo-gastro-intestinală și stimularea peristaltismului. Cu scopul analgeziei și restabilirii peristaltismului se recomandă blocajul peridural postoperator.

Complicațiile postoperatorii (după apendicectomie)³⁰

Peritonita continuă.

Abcesele intraabdominale: apendicular, pelvic, subdiafragmal.

Fistulele intestinale.

Tromboflebita septică a v. porta și v.v. intrahepatice – pileflebita.

Hemoragia în plaga parietală.

Hemoragia intraperitoneală.

Ocluzia intestinală.

Complicațiile plăgii parietale:

- a) Supurația plăgii parietale,
- b) Eventrația,
- c) Seroma plăgii,
- d) Fistulele de fir (ligatură)

Apendicita cronică¹.

Sub termenul apendicită cronică certă astăzi sunt recunoscute leziunile inflamatorii cronice apărute după retrocedarea inflamației din apendicita acută, cel mai frecvent după resorbția plastronului apendicular.

Diagnosticul pozitiv.

Anamneza (istoricul):

Date clare documentate de apendicită acută neoperată.

Plastron apendicular.

Sindrom dureros sub forma de înțepături sau presiune localizat în regiunea iliacă dreaptă.

Sindrom dispeptic postprandial, inapetență, anorexie.

Examinarea obiectivă:

Sensibilitatea dureroasă la palparea regiunii iliace drepte.

Manevra psoasului (Cope I sau Jaworski) cu sensibilitate moderată.

Timpanism exagerat la percuția cecului (simptomul Binet).

Simptomul Rowsing moderat.

Tușeu rectal/vaginal cu sensibilitate redusă.

Din *examinările paraclinice* doar radiografia baritată (sulfat de bariu – sulfat de magneziu) furnizează date incerte de suferință apendiculară cronică.

Diagnosticul diferențial. Suspiciunea de apendicită cronică, la pacienții în anamneza cărora lipsesc date clare de apendicită acută neoperată, necesită o diferențiere complicată de alte sindroame dispeptice și doli și nu este niciodată sigură.

Tratamentul apendicitei cronice.

În caz de diagnostic cert - apendicectomia programată.

Evoluția postoperatorie - fără complicații.

Apendicectomia incidentală^{7,43}. Înlăturarea apendicelui în timpul laparotomiei pentru o altă patologie cu scopul profilaxiei apendicitei acute la pacientul respectiv în viitor depinde de raționamentul risc/beneficiu. Deoarece majoritatea populației își trăiește viața fără a suferi de apendicită, doar estimarea individuală poate admite apendicectomia incidentală, când riscul complicațiilor apendicitei acute potențiale ar fi prea mare, iar intervenția chirurgicală prea dificilă sau imposibilă.

Concluzii finale

Rezultatele tratamentului apendicitei acute în Republica Moldova par favorabile. Mortalitatea postoperatorie a scăzut în perioada aa. 1991-2004 de la 0,13% la 0,07%. Mortalitatea generală raportată la populație pare și ea satisfăcătoare: în a.2004 au decedat din cauza apendicitei acute 7 bolnavi, ceea ce la o populație de 3.603.000 constituie 0,19 : 100.000.

Ne alarmează totuși creșterea indicatorului spitalizării tardive (>24 ore) – 25,67%, deci și a ratei apendicitelor perforate. Conform datelor din Principles of Surgery 7th ed. (1999) apendicita perforată (appendiceal rupture) duce la o mortalitate de 30 ori mai înaltă – 3% și respectiv, la o morbiditate foarte însemnată la persoanele în vârstă cu sepsis – peritonita necontrolabilă, abcese intraabdominale și septicemie gram-negativă.

Un alt indicator statistic îngrijorător este frecvența înaltă a apendicitei acute în Republica Moldova – 219,7 la 100.000 și o rată destul de mare a așa-numitei „apendicite catarale”, adică a pacienților cu sindromul clinic de apendicită acută fără schimbări morfopatologice în apendice. Acești pacienți constituie în ultimii 10 ani aproximativ 30% din numărul total de bolnavi cu apendicita acută. Pentru comparație, în SUA rata „apendicectomiei normale” este 16%.

Considerăm că ar fi rațional ca în fiecare spital, care acordă ajutorul chirurgical de urgență, periodic să fie calculată acuratețea diagnosticului apendicitei acute. În caz că acest indicator va fi mai scăzut decât 85%, iar rata apendicectomiei „normale” sau abuzive mai mare decât 16%, să fie luate măsurile necesare de perfecționare a diagnosticului acestei maladii.

Astfel datele statistice menționate ne atenționează în privința diagnosticului corect și oportun în domeniul medicinei primare și chirurgiei de urgență.

Bibliografia

1. Jecu A.: Patologia chirurgicală a apendicelui. In: *Tratat de Patologie Chirurgicală*. Sub red.: N.Angelescu, Ed. Medicală, București, 2001, 1595-1615.
2. Schwartz, Shires, Spencer – *Principles of Surgery*, Mc Graw Hill, 7-th Ed., 1999.
3. Williams, R., *Pathology of the appendix and its surgical treatment*, London, Chapman and Hall, 1994.
4. Савельев В.С., Петухов В.А., Савчук Б.Д.: Острый аппендицит. Руководство по неотложной хирургии. Под ред. Савельева В.С., изд. «Триада-Х», Москва, 2004, стр.153-208.
5. Tiret, L., Rotman N., Hatton F., Fagniez P.L. – *La chirurgie digestive en France. Une enquete epidemiologique nationale (1978-1982)*. *Gastroenterol.Clin.Biol.*, 1988, 12, 354-360.
6. Sănătatea publică în Moldova. Anul 2003, Chișinău 2004.
7. Carson D. Liu and David W.McFadden: ch. 54, *Acute Abdomen and Appendix*, In: *Greenfield Surgery. Scientific Principles and Practice*. Second Ed. Lippincott-Raven Publishers. C.D. 1997.
8. Farthmann E.H., Schoffel U. : *Principles and Limitations of Operative Management of Intraabdominal Infections*. *World J.Surg.*, 14, 210-217, 1990.
9. Knaus W.A., Zimmerman J., E., Wagner, D.P. et al.: *APACHE - Acute Physiologic and Chronic Health Evolution a Physiologically based classification system*. *Crit. Care Med.* 9: 951, 1981.
10. Mondor H. *Diagnostics urgents*. Masson Et.Cie, Paris, 1965.
11. Nielubowicz J. – *Ostre Schorzenia Jamz Brzuszej*. Warszawa, 1958, Panstwowz Zakland Wzdawnietw Lekarskich.
12. Cope Z. *The early diagnosis of acute abdomen*. London Oxford University Press, 1968, 181 p.181.
13. Leger L. Nagel M.: *Chirurgische Diagnostic*. Springer-Verlag. Berlin, New York, 1974, p. 209-215.
14. Adams D.H., Calliope Fine, Brooks O.C. – *High resolution real time ultrasonography a new tool in the diagnosis of acute appendicitis*. *Am.J.Surg.*, 1988, 155, 93-97.
15. Silverman V.A., *Appendectomy in a large metropolitan hospital: retrospective analysis of 1013 cases*. *Am.J.Surg.*, 1981, 142: 615-618.
16. Jeffrey R.B., Faye C.L., Lewis F.R., - *Acute appendicitis: high resolution real-time US Findings*. *Radiology*, 1987, 163, 11-14.
17. Puylaert J.B., Rutgers P.H., LAlisang R.I., De Vries B.C. et al.- *A prospective study of ultrasonography in the diagnosis of appendicitis*. *N..Engl. J.Med.*, 1987, 317, 666-669.
18. Goodman D.A., Goodman C.B., Monk J.S. *Use of the neutrophyl:limphocyte ratio in the diagnostic of appendicitis*. *Clin.Imaging*, 1998, Jule-Aug; 22(4); 252-271.
19. Choi I.H.,Fisher E.,Hoda S.A.at al.-*Appendiceal CT in140 cases. Diagnostic criteria for acute or necrotizing appendicitis*.*Clin.Imaging*,1998,Jul.-Aug.;22(4);252-71.
20. Connor T.J., Garcha I.S., Ramshaw B.J., et al. *Diagnostic laparoscopy for suspected appendicitis*. *Am. Surg.*, 1995; 1995; 61:187.
21. Deutsh A.A., Zelikowski A., Reiss R. *Laparoscopy in the prevention of unnecessary appendicectomies: a prospective study*. *Br.J.Surg.*, 1982, 69, 336-337.
22. Duca S. (sub red.) *Chirurgia laparoscopică*, Ed.Dacia, 1997.
23. Nyhus *Mastery of Surgery*, Third Ed., Lippincott-Raven Publ., Ch. 129. *Appendicitis and Appendiceal Abscess*, Th.V. Berne and Adrian Ortega, Ch.130. *Laparoscopic Appendectomy*, R.J.Fitzgibons jr. and Konan M. Ulnalp. Ch.9 *Special Comment: Newer methods of operative therapy for peritonitis*. Dietmar H.Wittmann.

24. Ortega A.E., Hunter J.G., Peters J.H., Swanstrom L.L., Shimer B. A prospective, randomized comparison of laparoscopic appendectomy with open appendectomy. Laparoscopic Appendectomy Study Group. *Am.J.Surg.*, 1995 Feb; 169(2):208-12: discussion 212-3.
25. Almqvist P., Lenandoer L., Tornqvist A., Timing of antibiotic treatment in non-perorated gangrenous appendicitis. *Eur.J.Surg.*, 1995 Jun; 161(6); 431-3.
26. Hopkins J.A., Wilson S.E., Bobey D.G. Adjunctive antimicrobial therapy for complicated appendicitis; bacterial overkill by combination therapy. *World J.Surg.*, 1994; 18:933.
27. Wittmann D.H. Itraabdominal infection. Introduction. *World J.Surg.*, 14, 145-147, 1990.
28. Wittmann D.H., Aprahamian C., Bergstein J.M. Etappenlavage: Advanced diffuse peritonitis managed by planned multiple laparotomies utilizing zippers, slide fastener and Velcrol analogue for temporary abdominal closure. *World J.Surg.*, 1990, 14, 218-226.
29. Păunescu V. Peritonitele acute. In: *Tratat de Patologie Chirurgicală Sub red. N.Angelescu, Ed.Medicală, București, 2001, 2116-2153.*
30. *Surgery 3d ed.*, Editors Jarrell, Bruce E., and Carabasi R.A. Williams and Wilkins, Baltimore 1997, p.408-12.
31. Puri P, Boyd E, Guiney E et al. Appendix mass in the very young child. *J Pediatr Surg*, 1981; 16:55.
32. Bailey H. Demonstration of physical signs in clinical surgery. Baltimore, 1960, p. 487.
33. Stone HH, Sanders SL, Martin JD. Perforated appendicitis in children. *Surgery*, 1971; 69:673.
34. Paajanen H, Kettinen J, Costiainen S. Emergency appendectomies in patients over 80 years. *Am Surg*, 1994; 60:12.
35. Bailey LE, Finley RK et al. Acute appendicitis during pregnancy. *Am Surg*, 1986; 52:218.
36. Cox MR, Mc Call JL, Pedbury RT et al. Laparoscopy in women with a clinical diagnosis of acute appendicitis. *Med J Aust*, 1995; 162:130.
37. Mueller GP, Williams RA. Surgical infections in AIDS patients. *Am J Surg*, 1995; 169:5A.
38. Anderson RE, Hungander AP, Ghazi N et al. Diagnostic value of disease history, clinical presentation and inflammatory parameters of appendicitis. *World J Surg*, 1999; 23 (2): 133-40.
39. Blind PJ, Dahlgren ST. The continuing challenge of the negative appendix. *Acta Chir Scand*, 1986; 152: 623.
40. Blair PM, Bugis PS, Turner LJ et al. Review of the pathologic diagnosis of 2216 appendectomy specimens. *Am J Surg*, 1993; 165:618.
41. Wang G, Reen OJ, Puri P. Is a histologically normal appendix following emergency appendectomy always normal? *Lancet*, 1996; 347:1076.
42. Hung S. Appendectomy. In *ACS Surgery: Principles and Practice*, on-line version, 2005, Section 5, Gastrointestinal Tract and Abdomen.
43. Fisher KS, Ross DS. Guidelines for therapeutic decision in incidental appendectomy. *Surg Ginecol Obstet*, 1990; 171:95.

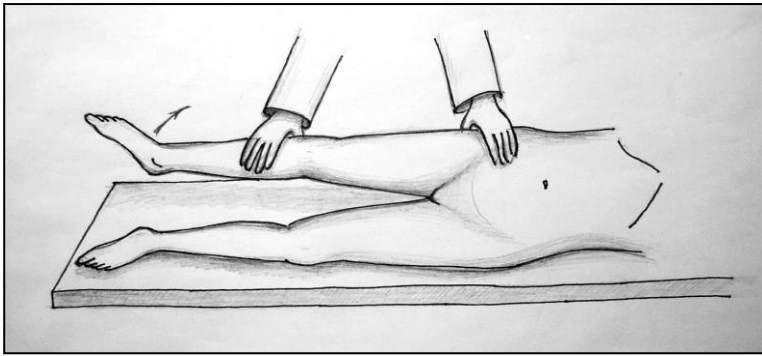
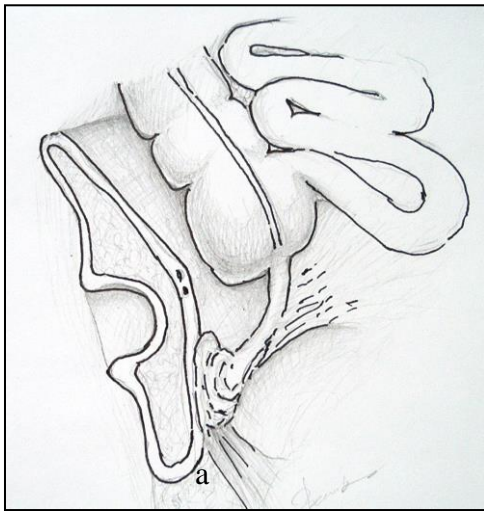
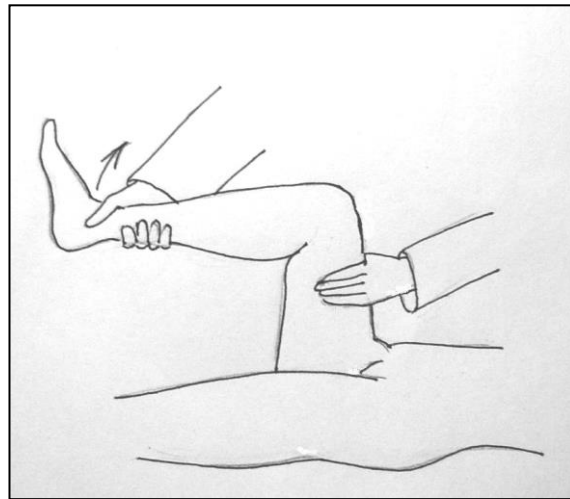


Figura 1. Simptomul Cope I (manevra m. psoas)



a



b

Figura 2 a,b. Simptomul Cope II

- a) apendicele inflammat aderent la peretele lateral pelvin;
- b) manevra m.obturator

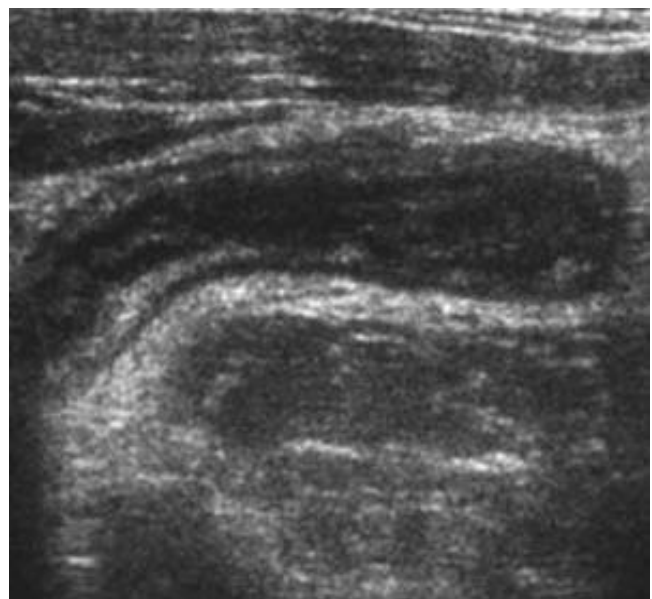


Figura 3. Ultrasonografia în caz de apendicita acută cu presiune gradată evidențiază apendicele inflammat (morfofopatologic – apendicita flegmonoasă). US din colecția dr. S.Puiu.



Figura 4. Palparea abdominală cu mânuța copilului (recomandarea H.Bailey)

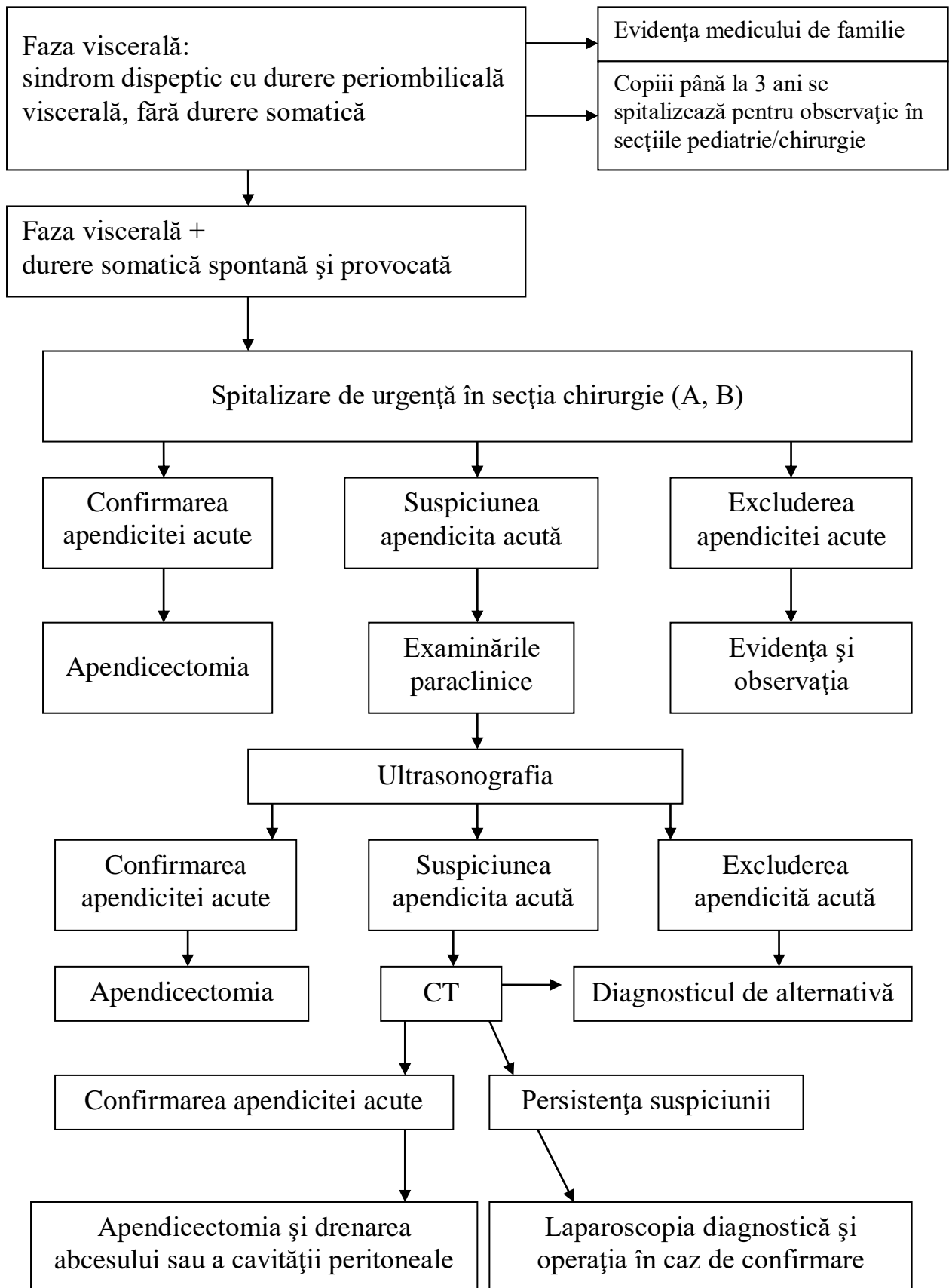


Figura 5. Algoritm diagnostic al apendicitei acute necomplcate (ordinare)

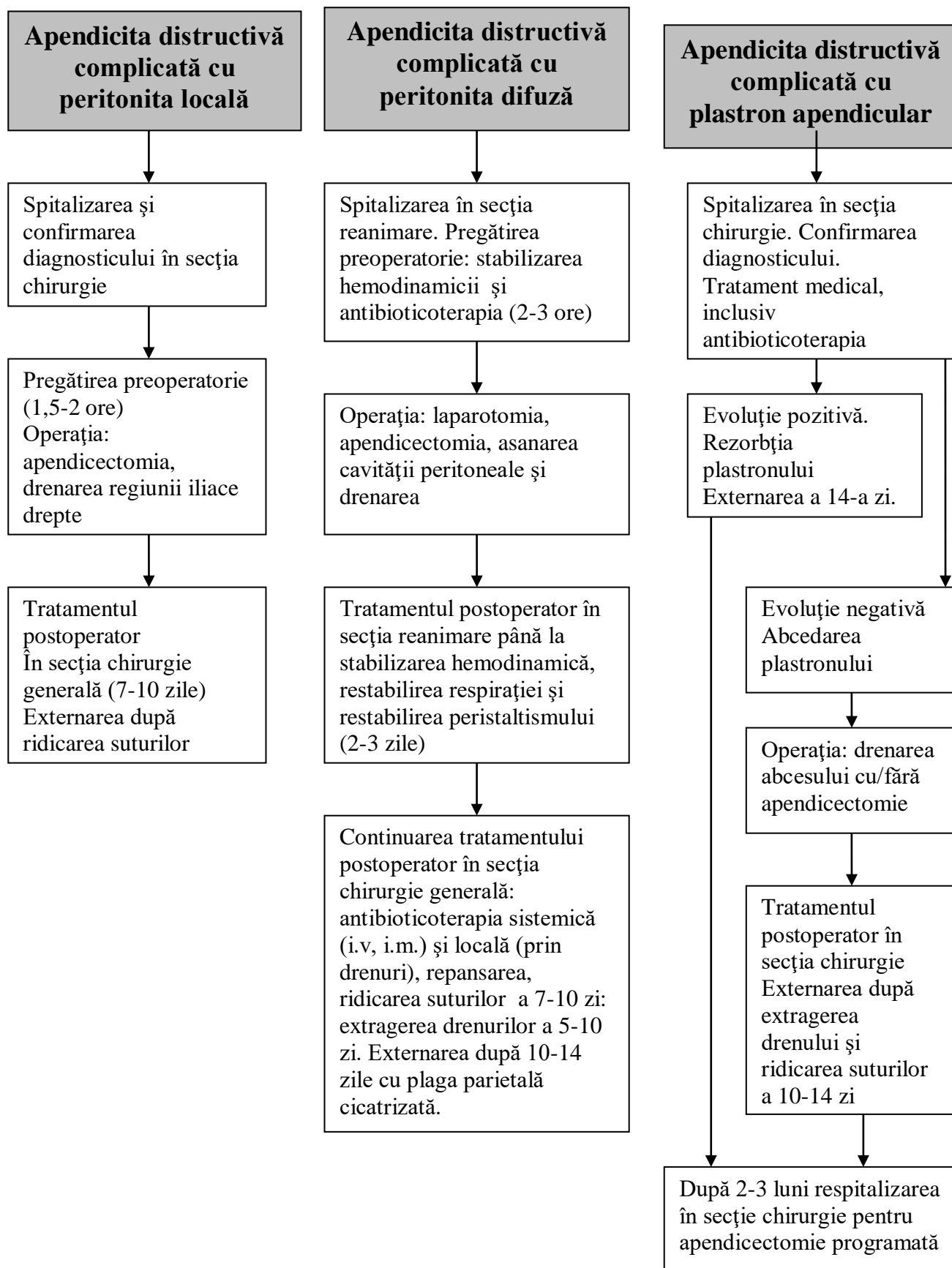


Figura 6. Algoritm diagnostic al apendicitei acute distructive, complicate cu peritonită

RISCURILE TRATAMENTULUI ȘI ACORDUL ÎN CUNOȘTINȚĂ DE CAUZĂ AL PACIENTULUI

„Medicii trebuie să comunice pacienților lor toate elementele necesare pentru ca aceștia să decidă dacă acceptă operația – cât de mult trebuie să afle pacientul este o problemă de opțiune, dar trebuie expuse riscurile cunoscute și cele previzibile”.(National Consumer Council, 1983)

Criteriile de validitate ale consimțământului unui pacient:

- **Discernământul:**

Pacientul în vârstă >16 ani + capacitatea mentală de a-și da consimțământul.

Copiilor le este necesar consimțământul în cunoștință de cauză al părinților.

Pentru persoanele în stare de confuzie mentală sau pentru vârstnici – consimțământul rudelor apropiate. Dacă acestea nu există – acordul autorităților sanitare (medicale-administrative), care acționează în beneficiul pacientului.

- **Informarea:**

Informații cât mai complete și adecvate asupra investigațiilor și procedurilor în raport cu aprecierea clinica.

- **Voluntarismul:**

Consimțământul trebuie obținut fără a folosi forța sau înșelătoria, iar asupra pacientului nu trebuie exercitate nici un fel de presiuni.

Acordul în cunoștință de cauză poate fi:

- Subînțeleles prin circumstanțe:

Pacientul lasă să se înțeleagă că este pregătit să se lase supus investigațiilor preliminare, de exemplu, ECG, Rx, prezentându-se pentru internare la data și ora prestabilită.

- Verbal: de exemplu, recoltarea probelor de sânge și alte procedee invazive.

- Scris: când trebuie efectuată o investigație sau operație, care necesită anestezie, trebuie obținut consimțământul special pe formularul special furnizat de autoritatea sanitară în acest scop.

Bibliografie:

National Consumer Council 1983.- Patients' Right. AMSO, London.

General Medical Council (1989) – “Advice on standards of professional contact and on medical ethics.” In: “Professional Conduct Discipline”. Fitness to practice, pp. 10-28, GMC. London.

Schema Antibioticoterapiei, în patologia chirurgicală

I Antibioticoprofilaxie

Antibioticul este administrat în doza uzuală nu mai târziu de 1 oră înaintea intervenției, preferabil imediat înaintea inducției analgezice.

Schemele uzuale de antibioticoprofilaxie în chirurgie:

- chirurgia gastroduodenală: cefalosporina,
- chirurgia biliară: cefalosporina + aminoglicozid generația I
- chirurgie intestinală și colonică: cefalosporina + metronidazol (sau ampicilina + gentamicina + metronidazol).

În cazuri programate se adaugă pregătirea mecanică a intestinului (clizme) și administrarea per os de neomicină și eritromicină

II Antibioticoterapie curativă

Antibioticoterapia de urgență sau empirică (în primele 5 zile pînă la obținerea rezultatelor analizei bacteriologice și antibiogramei):

- în caz de infecție chirurgicală acută se recomandă un *cefalosporin* de generația a II-a, în cazuri grave asociat cu un *aminoglicozid* de generația a II-a și *metronidazol*;
- la pacienții cu procese septice majore (colangită, septicemie, complicațiile pancreonecrozei, peritonite acute difuze sau locale) se poate recurge la *cefalosporina* de generația a III-a în asociație cu tobramicina și metronidazolul;
- la pacienții extrem de gravi și la cei imunodeprimați în afară de antibioticele menționate poate fi folosit imipinemul.

III Antibioticoterapie curativă de elecție

După obținerea rezultatelor analizei bacteriologice și antibiogramei vor fi folosite antibioticele active conform antibiogramei și recomandărilor precedente.

Durata antibioticoterapiei 5-7 zile cu o anumită variabilitate în funcție de natura procesului septic (pînă la 3-4 săptămîni în cazul septicemiilor și supurațiilor torpide retroperitoneale). Oprirea terapiei antiinfecțioase este indicată după cel puțin 48 ore de afebrilitate a pacientului.

IV Antibioticoterapie locală

Pentru lavajul cavității peritoneale, abceselor, fistulelor purulente se recomandă *aminoglicozidele* de gen I (canamicina), chinolonele (*ciprofloxacina*, *ofloxacina*) în asociere cu fermenții proteolitici, în conformitate cu antibiograma.

Nota: În toate cazurile de antibioterapie vor fi luate măsurile necesare de profilaxie și combatere a candidomicozei.

Electia definitivă a preparatului o face medicul curant în raport cu eficiența clinică, antibiograma și costul medicamentului.