

Universitatea de Stat de Medicină și
Farmacie „Nicolae Testemițanu”

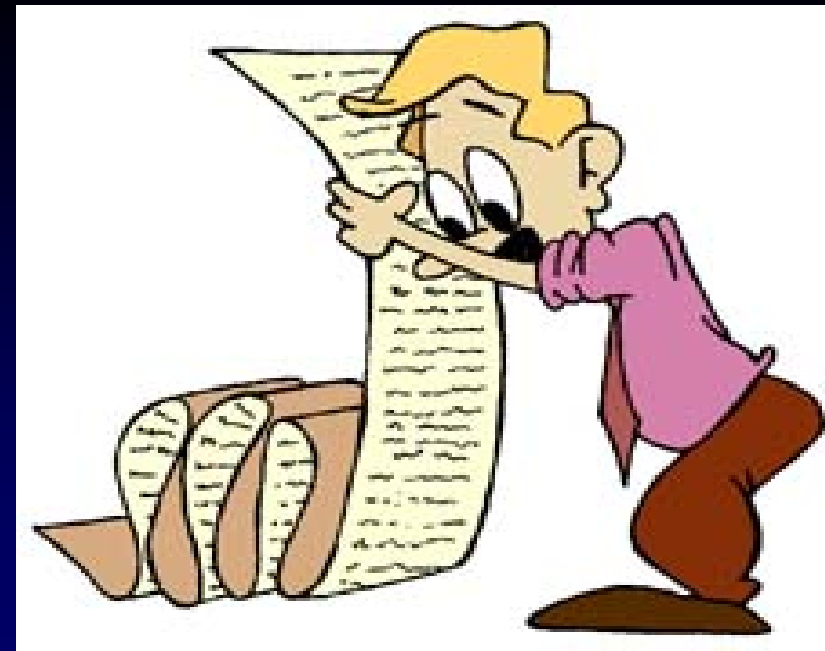
Catedra Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”

Apendicita acută și cronică

Modulul Chirurgie, anul IV
Șef catedră: Prof.Dr.Rojnoveanu

CONȚINUT

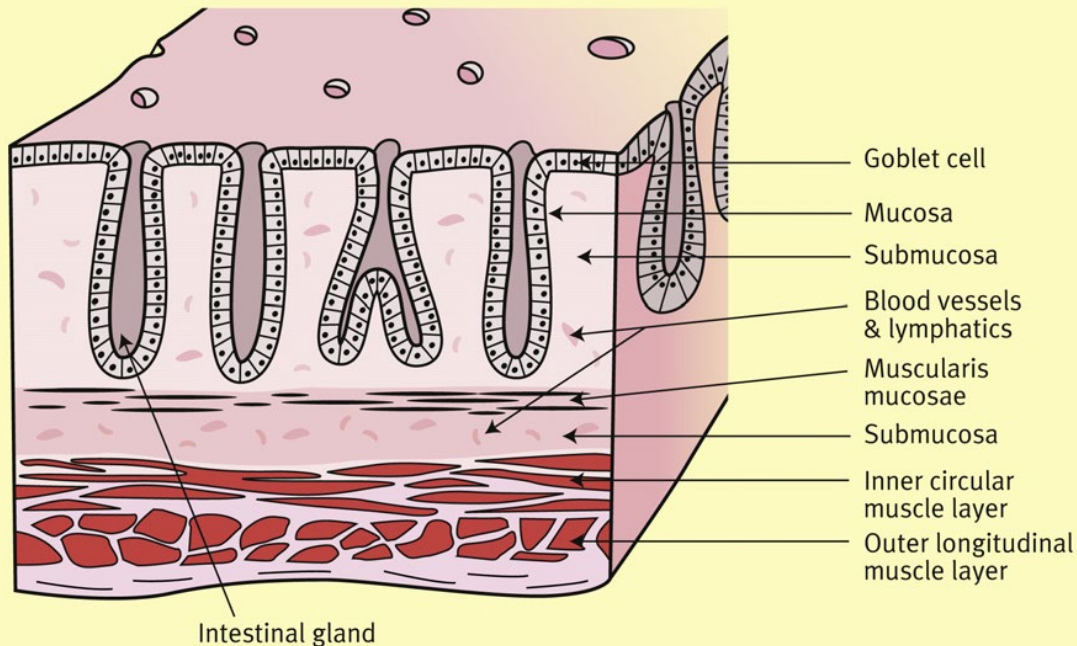
- Statistici
- Noțiuni anatomice, fiziologice
- Etiologie, patogenie
- Clasificare
- Diagnostic (clinic, paraclinic)
- Forme clinice particulare
- Diagnostic diferențial
- Tehnici chirurgicale
- Complicațiile evolutive, postoperatorii



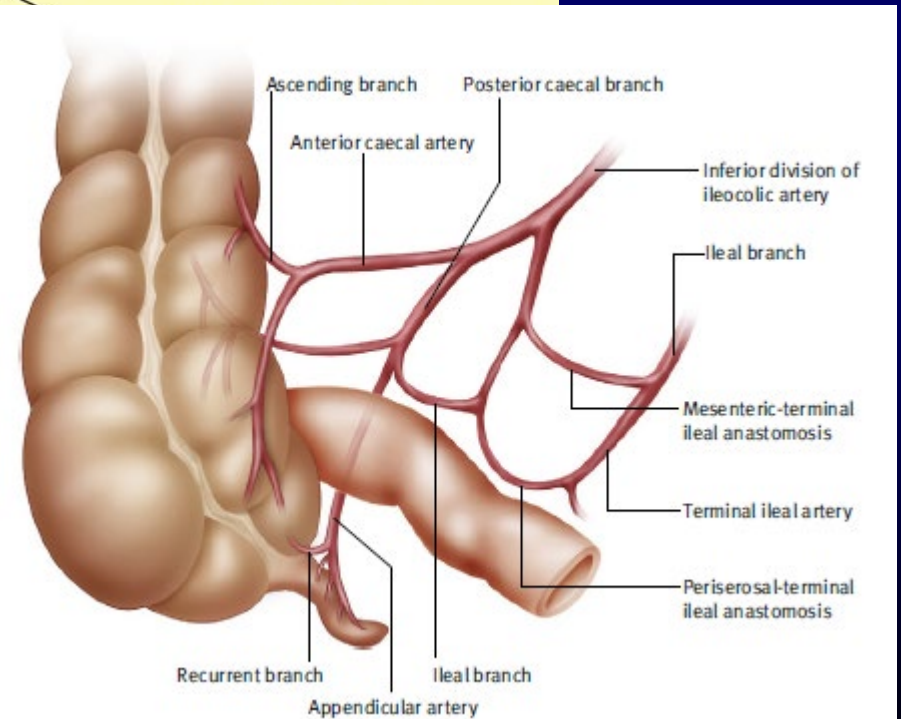
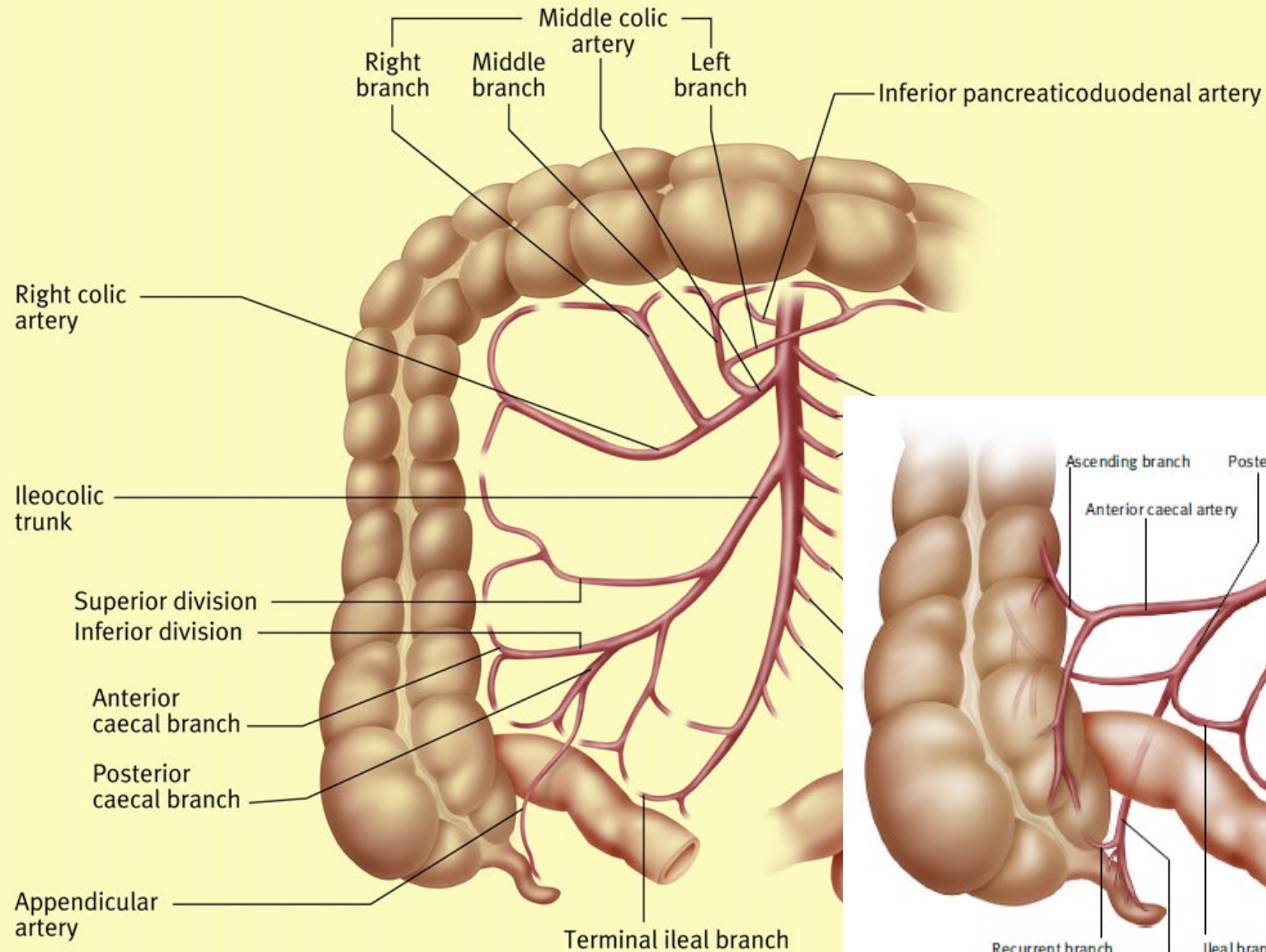
Anatomia apendicelui

Apendicele are o lungime aproximativ de 10 cm, cu extreme între 2-20 cm. Peretele apendicelui constă din 2 straturi musculare: unul circular și altul – longitudinal (colon). Stratul longitudinal este continuarea *taeniae coli*. Apendicele este căptușit cu epiteliu colonic.

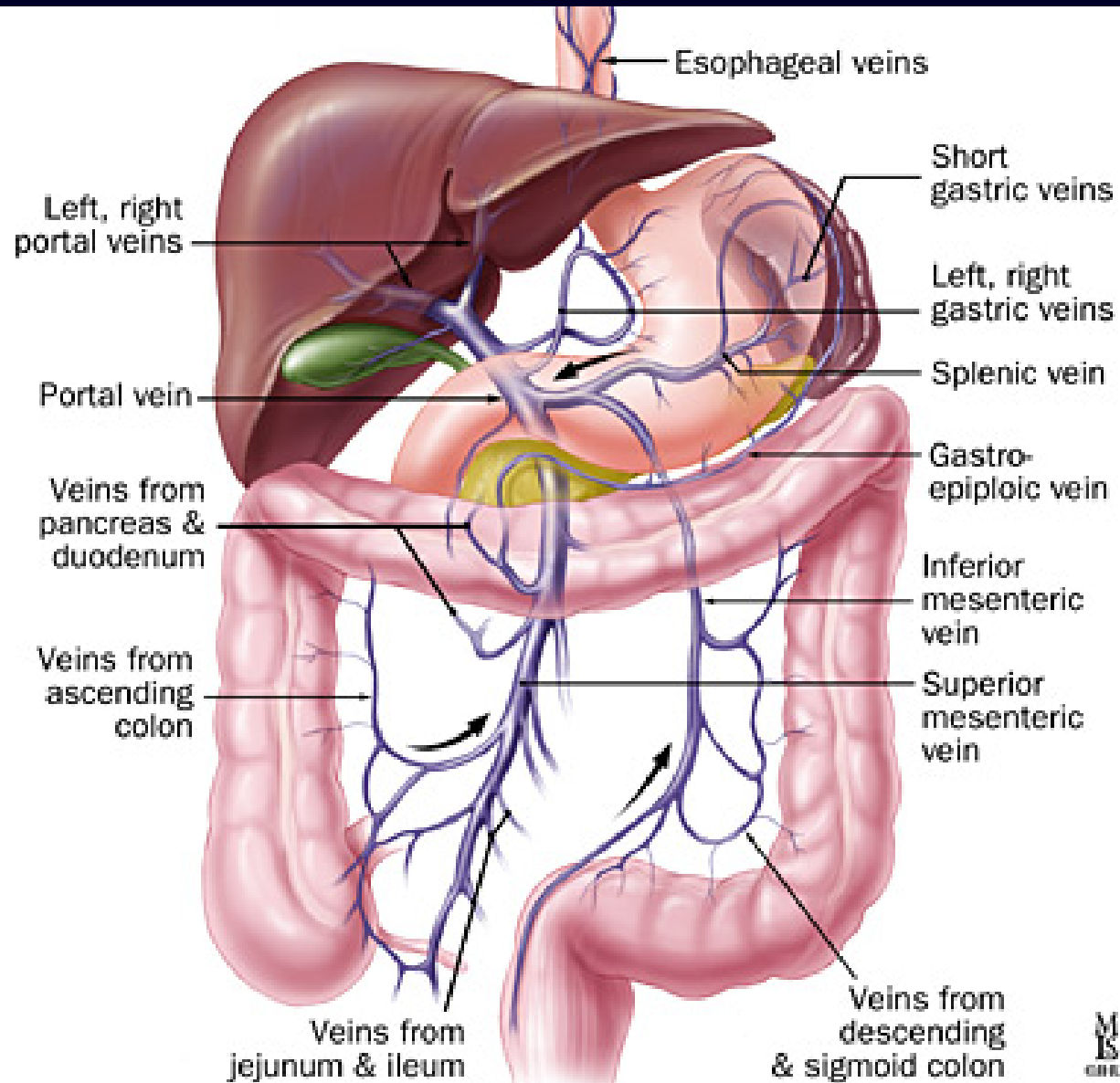
Diagrammatic longitudinal section through the large intestine



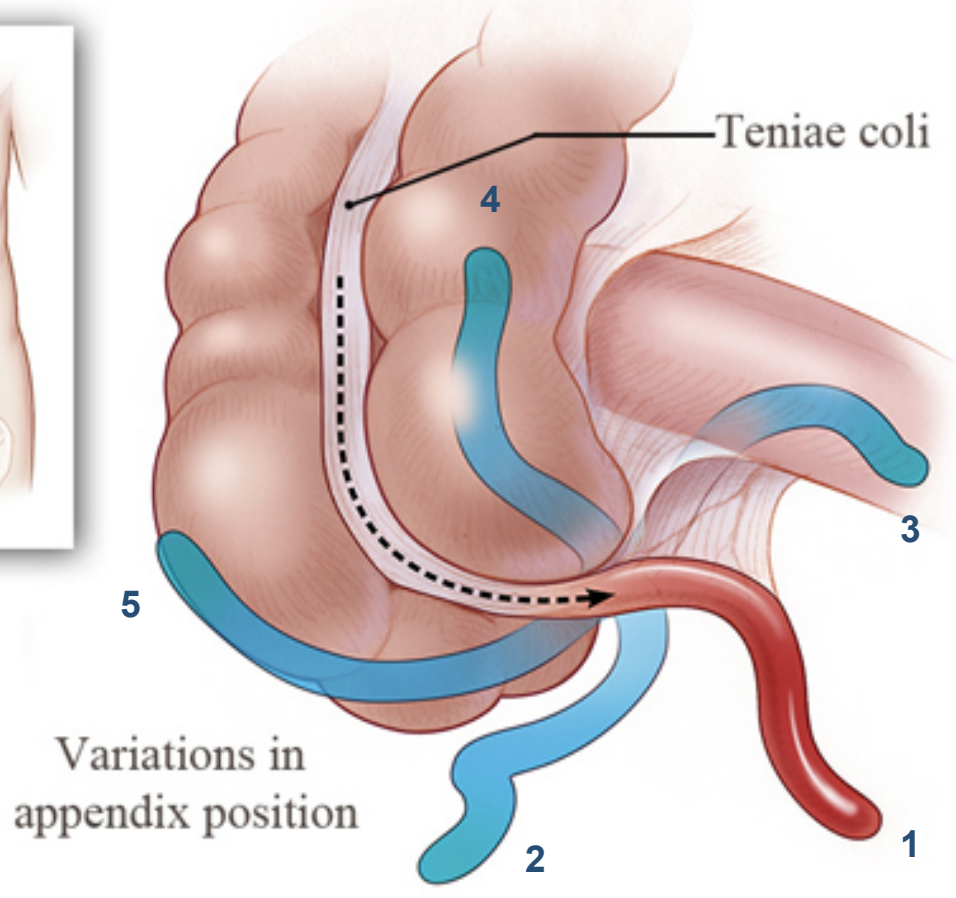
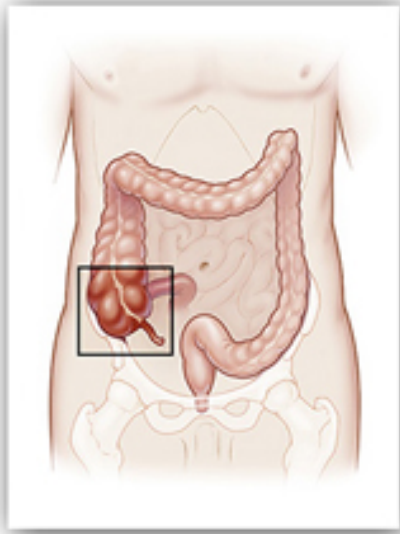
Vascularizarea apendicelui



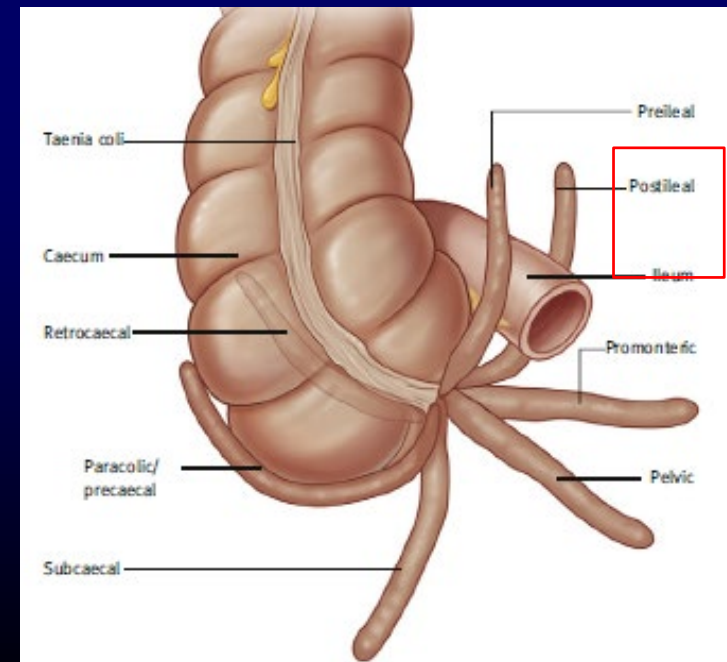
Fluxul venos



Pozițiile apendicelui vermicular



1. Descendentă – 40-50%, inclusiv pelvină – 15%
2. Laterală – 25%
3. Medială – 15-20%
4. Ascendentă – 13%
5. Retrocecală – 2-5%



Variante congenitale

Anomalii numerice

Anomalie de formă



Figure 2. Appendiceal duplication (partially) in "Y-shaped"

A



Figure 3. Duplex appendix - "Avian" type

B1

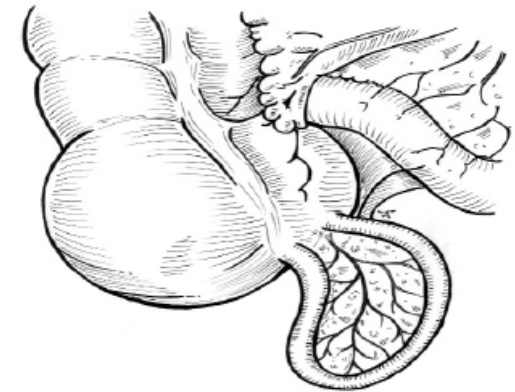


Figure 6. Horseshoe-shaped appendix with frontal disposal

Apendice-potcoavă

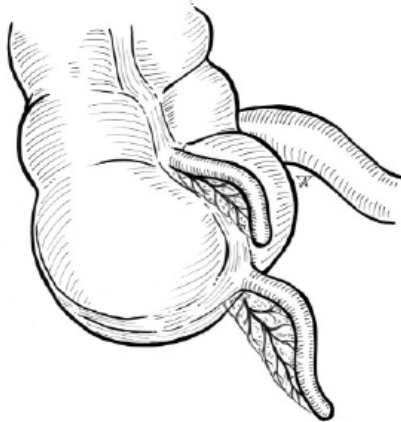


Figure 4. Duplex appendix - "Taenia coli cecum" type

B2

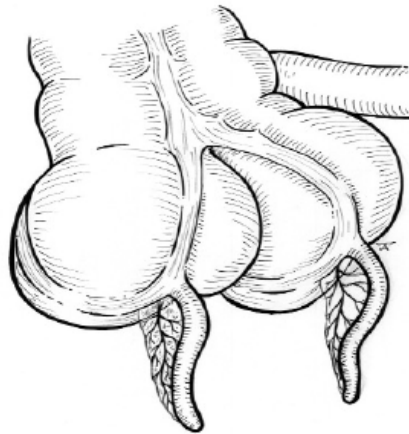


Figure 5. Duplex appendix on caecal duplication

C

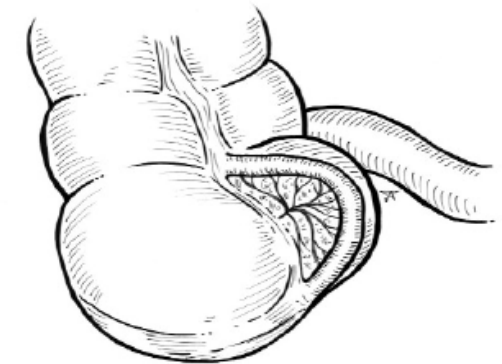


Figure 7. Horseshoe-shaped appendix with sagittal disposal

Funcțiile apendicelui vermicular

...organ rudimentar?...

Apendicele vermicular exercită mai multe funcții:

- ✓ **de protecție** (grație elementelor limfoide) – „amigdala” cavității peritoneale
- ✓ **secretorie** (produce amilază și lipază)
- ✓ **hormonală** (produce hormonul care contribuie la funcția aparatului sfincterian al intestinului și la peristaltism)

„Apendicectomie profilactică”
(Ledear, 1900) – nu este susținută!



Apendicita reprezintă inflamația (acută sau cronică) a apendicelui vermicular

Prima descriere a apendicelui – **Berengarius Carpus**, Profesor de Chirurgie la Pavia și Bologna în 1522.

În 1886 **Reginald Fitz** (1843-1913), doctor american, primul descrie entitatea de apendicită acută.

Din statistici:

Apendicita se întâlnește în 7% din populația SUA, cu o incidență de 1.1 cazuri la 1000 populație anual.

Ca și frecvență, predomină ușor la bărbații adolescenți comparativ cu adulții tineri – 3:2.

Printre adulți raportul B:F – 1.4:1

Etiologia AA

- Factorul microbian

Escherichia coli (Gram-negative)

Bacteroides fragilis (Gram-negative bacillus)

Anaerobii

- Factorul mecanic (obstrucția lumenului apendicular)

stază fecală și coproliți

paraziți

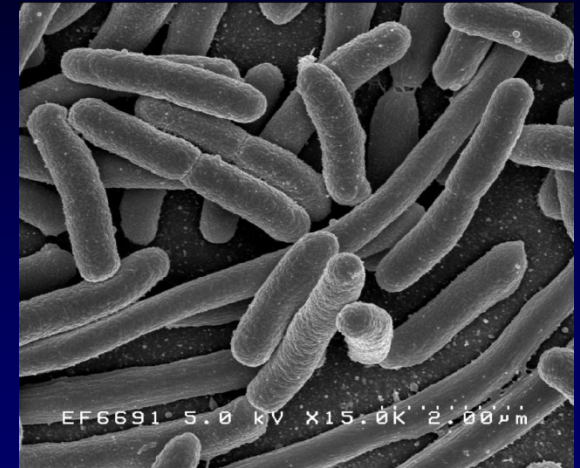
mai rar, corpi străini și neoplasme

- Factorul chimic

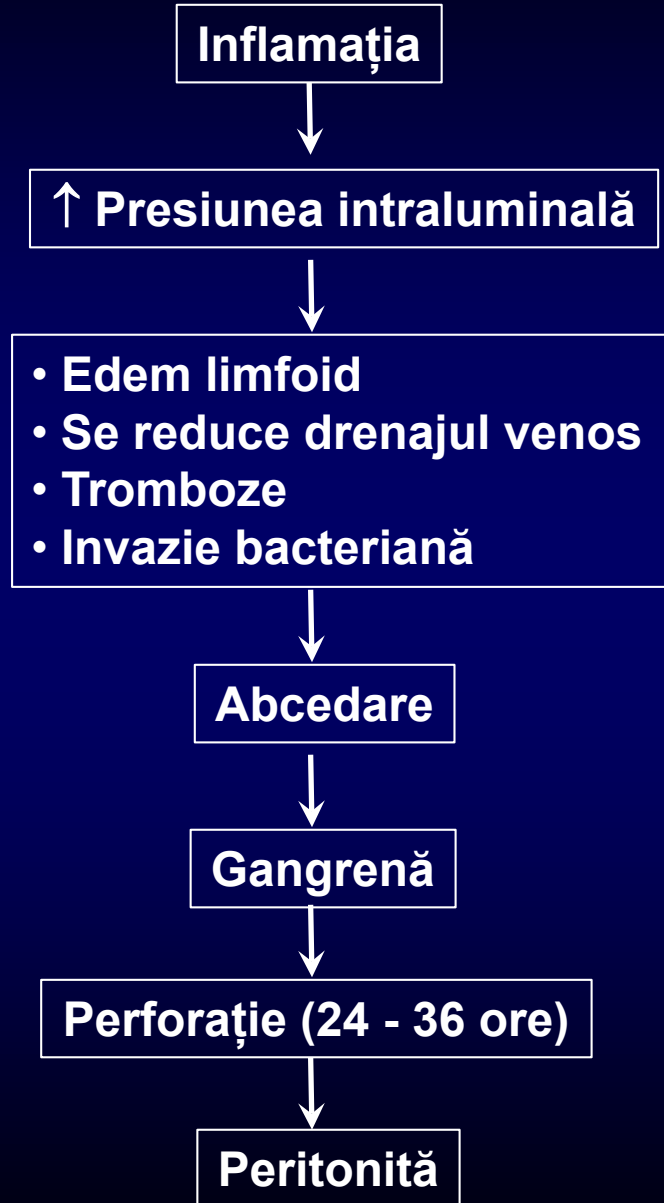
Conținutul Intestinal penetrează în lumenul apendicelui (inflamația mucoasei)

- Factorul neurogen

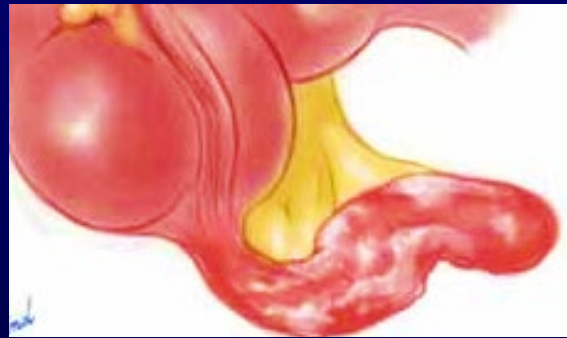
tulburări corticale neuro-reflectorii → modificări neuro-trofice în apendice



Patogenia și morfopatologia AA

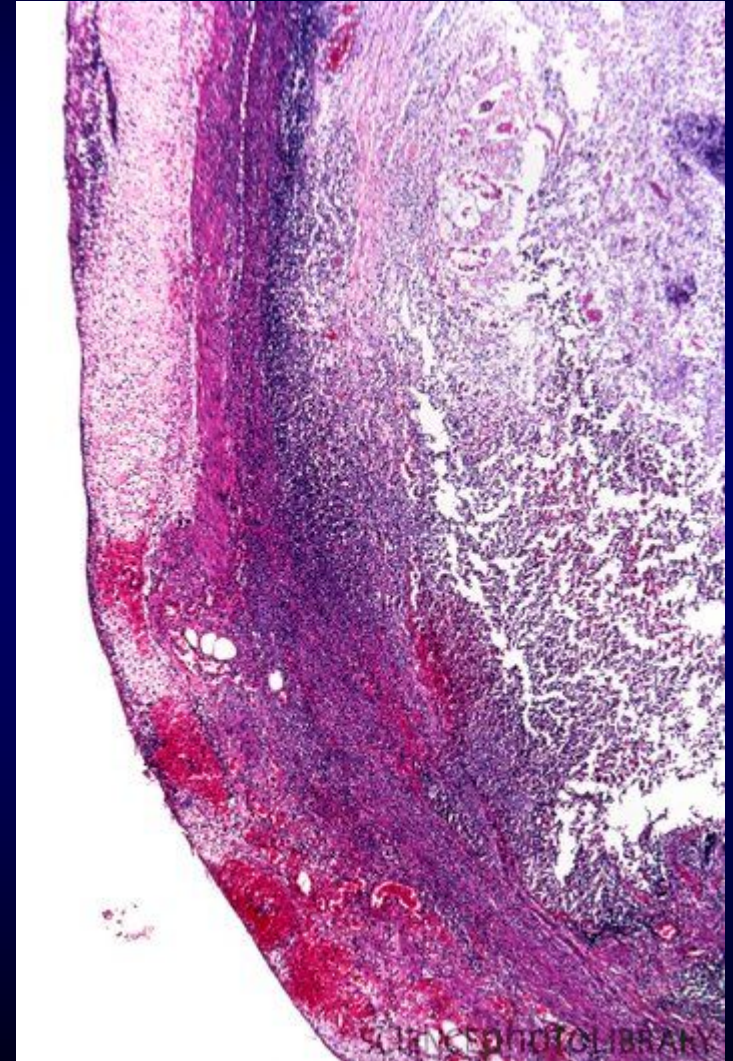


- Edem (congestie simplă)
- Flegmon
- Gangrenă | (congestie supurată)
- Necroză



Clasificarea morfopatologică AA

- Catarală (edematoasă, simplă)
Inflamația mucoasei și submucoasei
- Flegmonoasă
Inflamația tuturor straturilor parietale
- Gangrenoasă
necroză parietală (& abscese)
- Perforată



Clasificarea clinică AA

Multiple clasificări:

Variante clinice evolutive (S.Swartz, 1999; V.S.Saveliev, 2004; E.Maloman, 2006):

- AA (simplă, flegmonoasă, gangrenoasă) **necomplicată cu peritonită supurativă**
- AA **complicată distructivă** (flegmonoasă, gangrenoasă, perforativă) **complicată** cu peritonită supurativă (locală – necircumscriasă sau delimitată); generalizată
- AA **slab pronunțată** (colica apendiculară) (V.I.Colesov) și **empiem apendicular** (I.M.Panțirev)

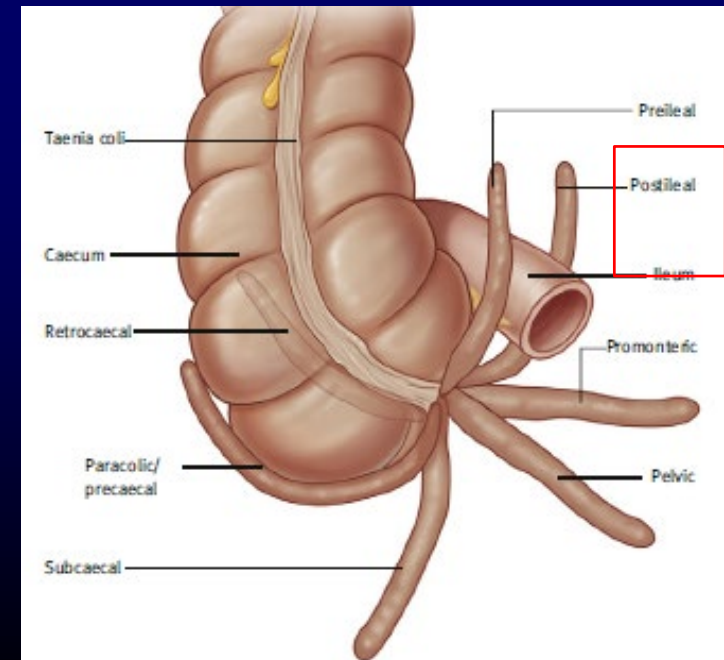
Forme particulare ale AA

AA atipică în funcție de localizarea apendicelui vermicular:

- AA retrocecală (patologia renală pe dreapta)
- AA pelvină (patologia ginecologică)
- AA mezoceliacă (enterocolita acută)
- AA subhepatică (colecistita acută)
- AA în *situs inversus* (diverticulita acută, perforația colonului stâng)
- AA în sacul herniar (pseudostrangulare – hernia Brock)

Alte forme particulare ale AA:

- AA la copii
- AA la vârstnici
- AA la gravide
- AA la pacienții imunocompromiși (HIV/SIDA)



Istoricul bolii

„... Nu există boală, ci bolnavi”

Variabil în funcție de evoluția bolii, poziția anatomică, reactivitatea și vârsta bolnavului

- „Boală-cameleon” – polimorfism simptomatologic (Grecov)
- „Boală perfidă” (cu mai multe fețe) – (Djanelidze)

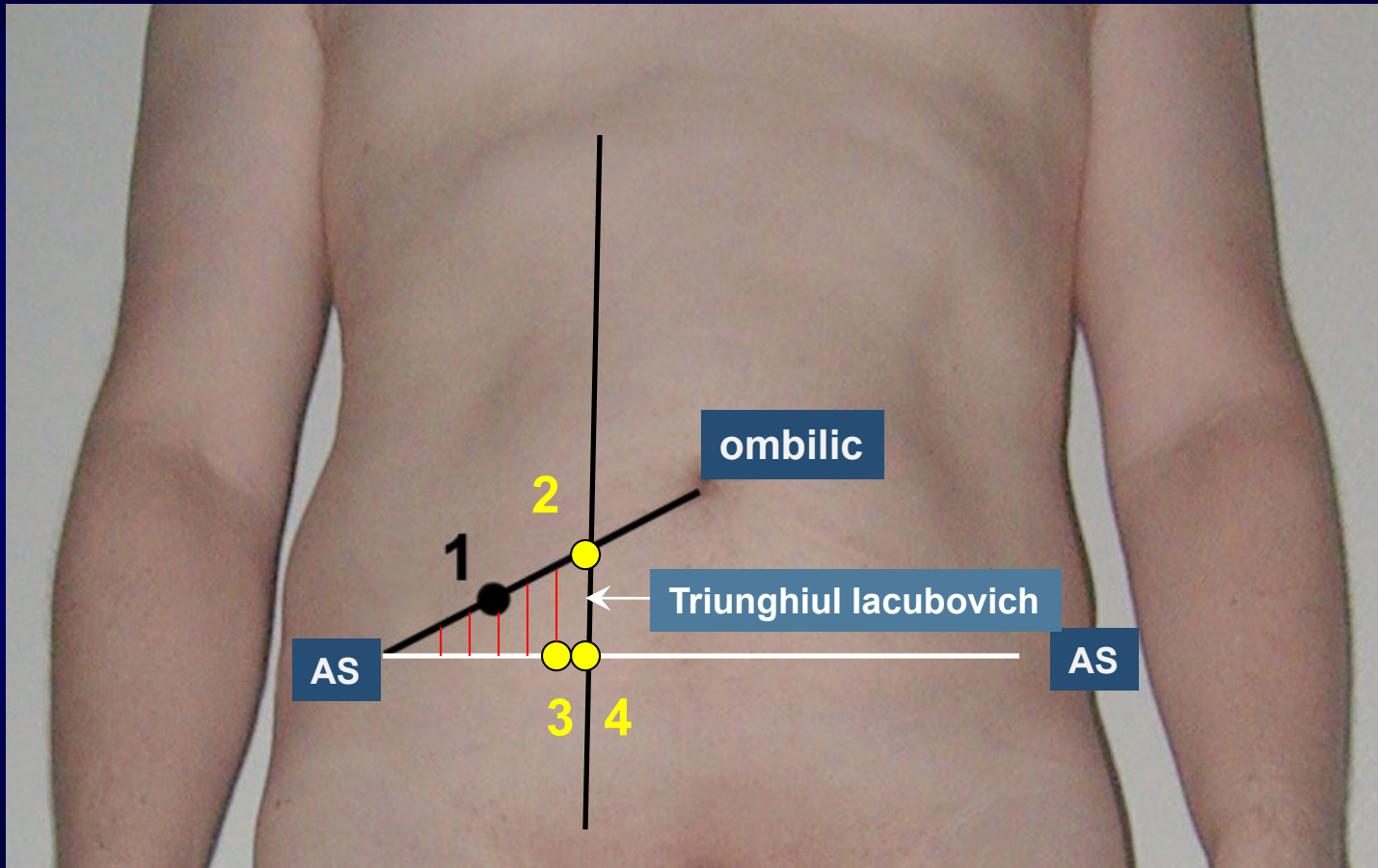
Cel mai frecvent și constant semn este durerea

- La debut incomodă, în creștere
- Apare spontan, brusc, uneori este precedată de un disconfort ușor
- Localizare în epigastriu (suportabilă), peste 4-6 ore (crește în intensitate) se deplasează în fosa iliacă dreaptă – semnul Kocher (35%)
- Nu este caracteristică iradierea durerii
- Poziție antalgică: culcat pe dreapta și cu coapsa dreaptă flectată pe bazin

Alte semne:

- ✓ Greață
- ✓ Vomă episodică
- ✓ Subfebrilitate (37.2 - 37.5°C)
- ✓ Puls normal sau ușor accelerat

Puncte dureroase în apendicita acută



1. McBurney

2. Morris-Kummel

3. Lanz

4. Sonnenberg

Semne și simptome

Semnul Dunphy („tusei”)

intensificarea durerii în cvadrantul abdominal inferior drept în timpul tusei

Semnul Mandel-Razdolsky („clopoțel”)

durere rezultată de iritarea peritoneală provocată de percuție în cvadrantul abdominal inferior drept

Semne și simptome fizicale

Triada Dieulafoy

Durere în fosa iliacă dreaptă, hipersensibilitate tegumentară, contractură musculară în pct. McBurney

Semnul Rovsing

Palparea profundă progresivă în fosa iliacă stângă poate provoca dureri în fosa iliacă dreaptă, prin propulsarea conținutului intestinal către valva ileocecală, mărinđ presiunea în jurul apendicelui

Semnul Sitkovsky (Rosenstein)

intensificarea durerii în fosa iliacă dreaptă, în cazul când pacientul se află în decubit dorsal stâng

Semnul Bartomier-Michelson

intensificarea durerii în fosa iliacă dreaptă la palpare, în cazul când pacientul se află în decubit dorsal stâng

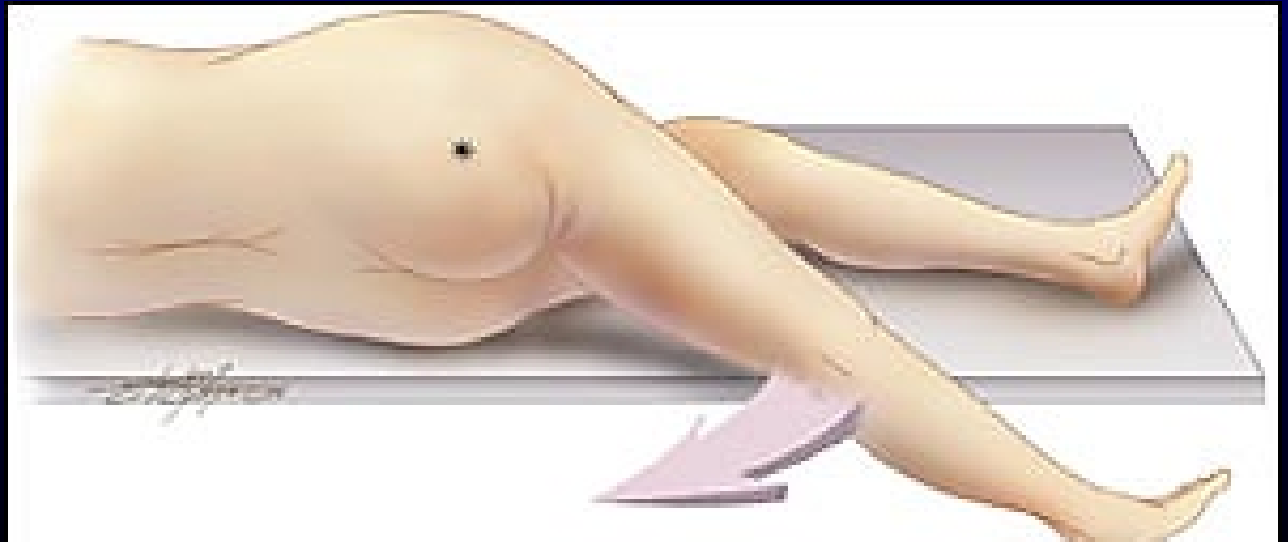
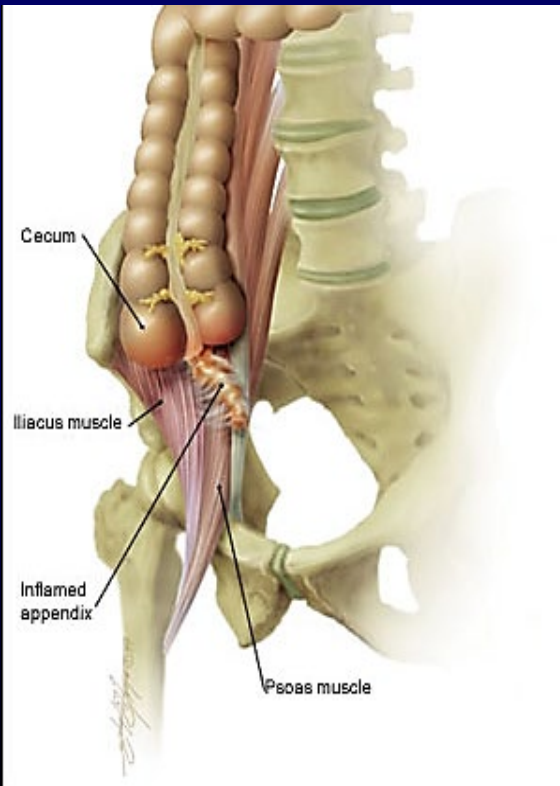
Semnul Blumberg (peritoneal)

Denumită sensibilitate la recul. Palparea profundă în regiunea suspecției de inflamație a apendicelui, urmată de decompresia bruscă a peretelui abdominal și o durere acută, care indică la semnul Blumberg pozitiv și peritonită

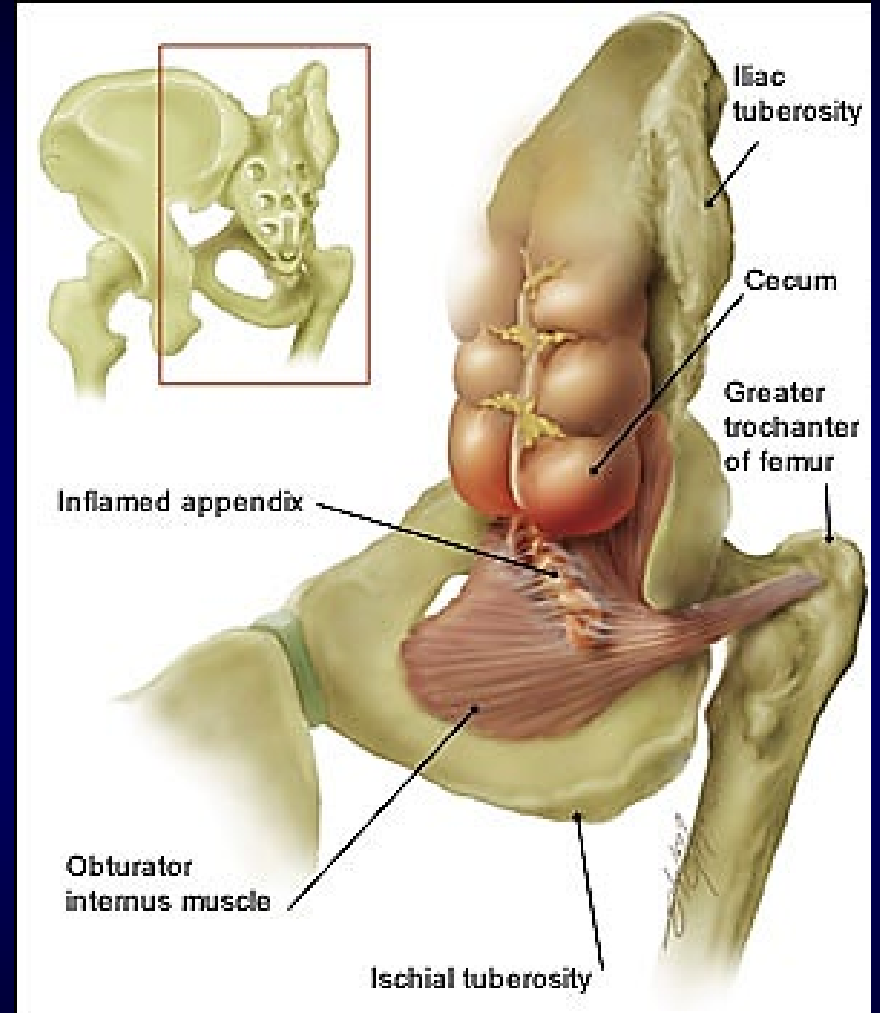
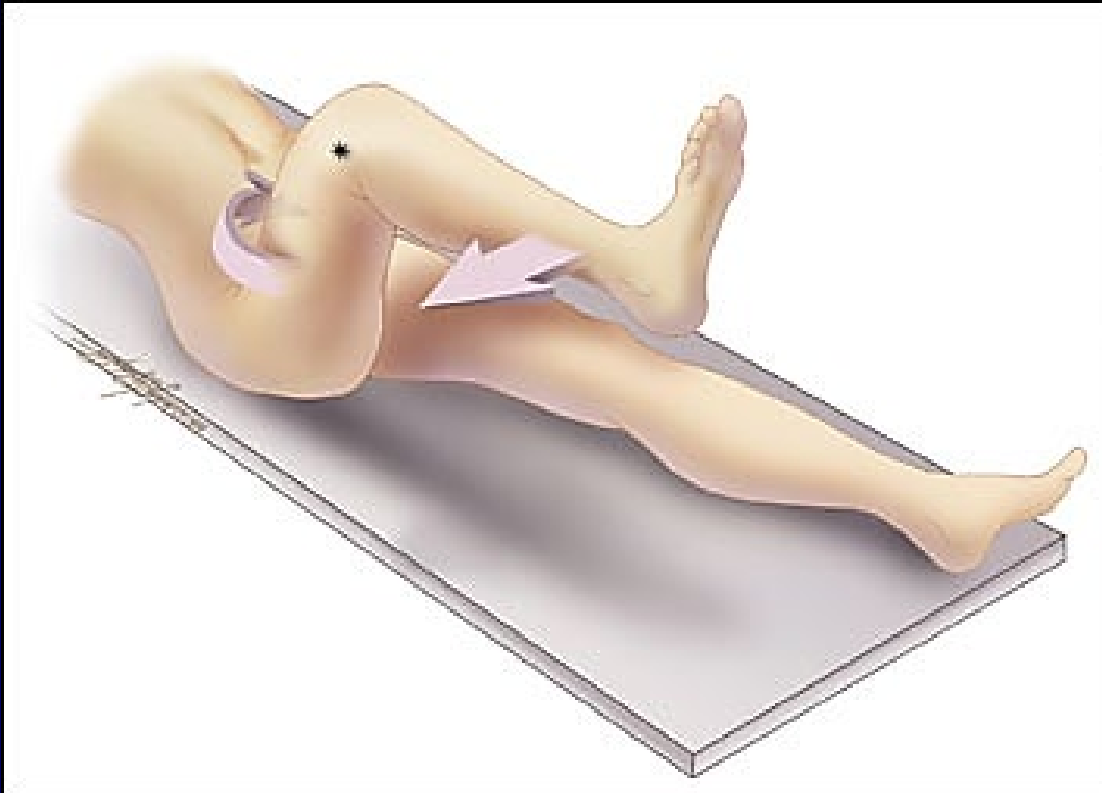
Semne și simptome

Semnul psoasului (Cope)

durere în cvadrantul abdominal inferior drept produsă de extensia pasivă a femurului drept (pacientul se va afla în decubitul dorsal stâng, cu membrul drept flexat în genunchi) sau de flexia activă a membrului inferior drept al pacientului culcat pe spate



Semnul obturatorului



Dacă apendicele inflamată se află în contact cu *m.obturator internus*, spasmul mușchiului poate fi pus în evidență prin flexia și rotația internă a femurului

Diagnosticul AA

- Tușeul rectal
- Tactul vaginal

Paraclinic:

- Leucocitoză ușoară (9-12.000) – 14-16.000
- Leucocitoza în dinamică corelează cu datele clinice
- Analiza urinei nu prezintă careva modificări (excepție **Le/Er** în AA retrocecală sau pelvină)
- USG
- TC
- Laparoscopia

Laparoscopia (semne):

- Lichid în fosa iliacă dreaptă (seros, purulent) ➡ generalizare
- Aspectul apendicelui (hiperemie, edem, îngroșare, fibrină, necroze, perforație)
- Omentul delimitează procesul inflamator („polițistul” cavității peritoneale)
- Fibrină pe organele adiacente (ileon, peritoneu, anexe)
- Reacția locală (congestie vasculară) a peritoneului parietal și visceral

Scorul Alvarado

Caracteristice

Scor

- Durere care migrează în cvadrantul abdominal inferior drept
- Anorexie
- Greață și vomă
- Sensibilitate în cvadrantul abdominal inferior drept
- Sensibilitate la recul în cvadrantul abdominal inferior drept
- Temperatura corporeală $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$
- Leucocitoză $\geq 10.0 \times 10^9/\text{L}$
- Deviere a neutrofilelor spre stânga (N 75%)

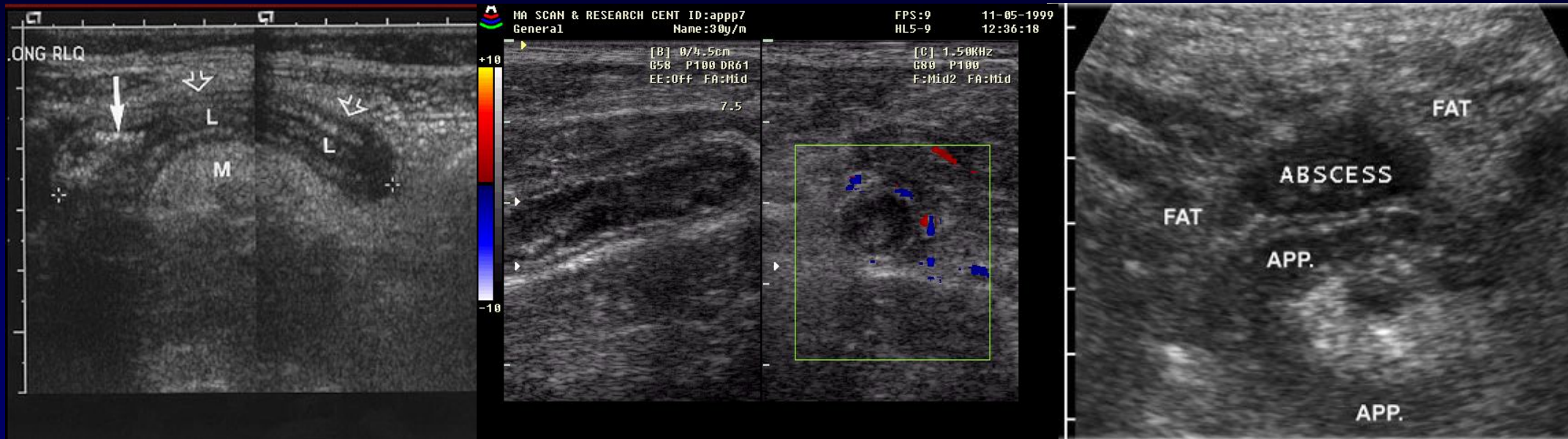
1
1
1
2
1
1
2
1

Total

10

- 0-3 Recomandare de a reveni în spital în cazul lipsei ameliorării, dependent de circumstanțe
- 4-6 Reevaluare peste 12 h și reanaliza scorului, la 4-6 pct. – tratament chirurgical
- 7-9 Bărbat/copil – Apendicectomie
Femeie – Laparoscopie

Ultrasonografia în apendicita acută



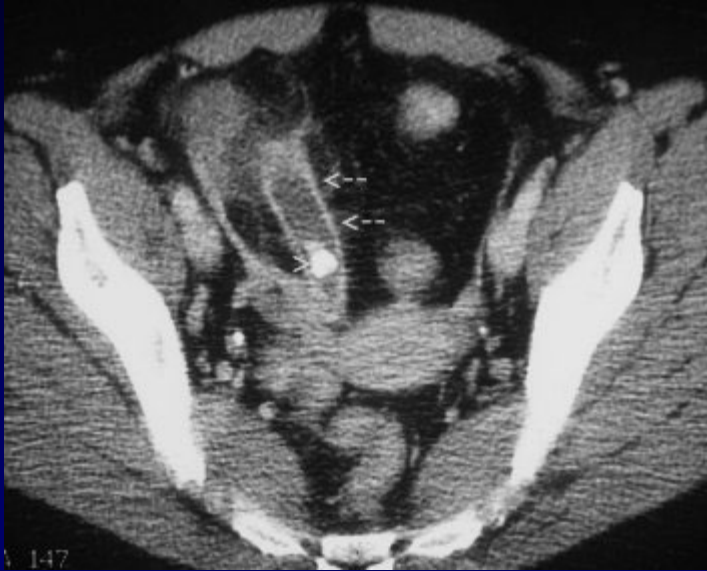
Apendice normal:

- închis orb, structură tubulară
- grosimea peretelui ≤ 2 mm
- diametrul exterior – 6 mm
- lipsa peristaltismului
- cu origine din baza cecului

AA

- Grosimea peretelui > 3 mm
- Diametrul $> 6-7$ mm
- închis orb, structură tubulară
- Noncompresibil
- Coprolit
- Mezenterul ecogenic
- Lichid liber
- Abcese

CT în apendicita acută



Avantajele CT includ:

- acuratețe mare în stadializarea inflamației periapendiculare & abcese
- mai probabil să ofere diagnostic alternativ la pacienții fără apendicită
- mai sensibil în detectarea apendicelui normal
- nu are limite pentru pacienții obezi

Apendicita acută la copii

- AA nu este caracteristică pentru copii sub 2-3 ani
- diagnosticul de AA este dificil
- boala evoluează dramatic de rapid
- durere violentă (atipică, nelocalizată, difuză, periombilcală)
- febră (39-40°C)
- vomă persistentă
- diaree (12%)
- hiperleucocitoză (15.000 – 20.000/mL)
- intoxicație (oligurie și anurie)
- examen fizical în somn natural / medicamentos (clismă cu cloralhidrat sau relanium i/m)
- apendice situat în pelvis sau poziție ascendentă
- cec mobil, apendice lung
- insuficiență funcțională a peritoneului și omentului → gangrenă (sau perforație)



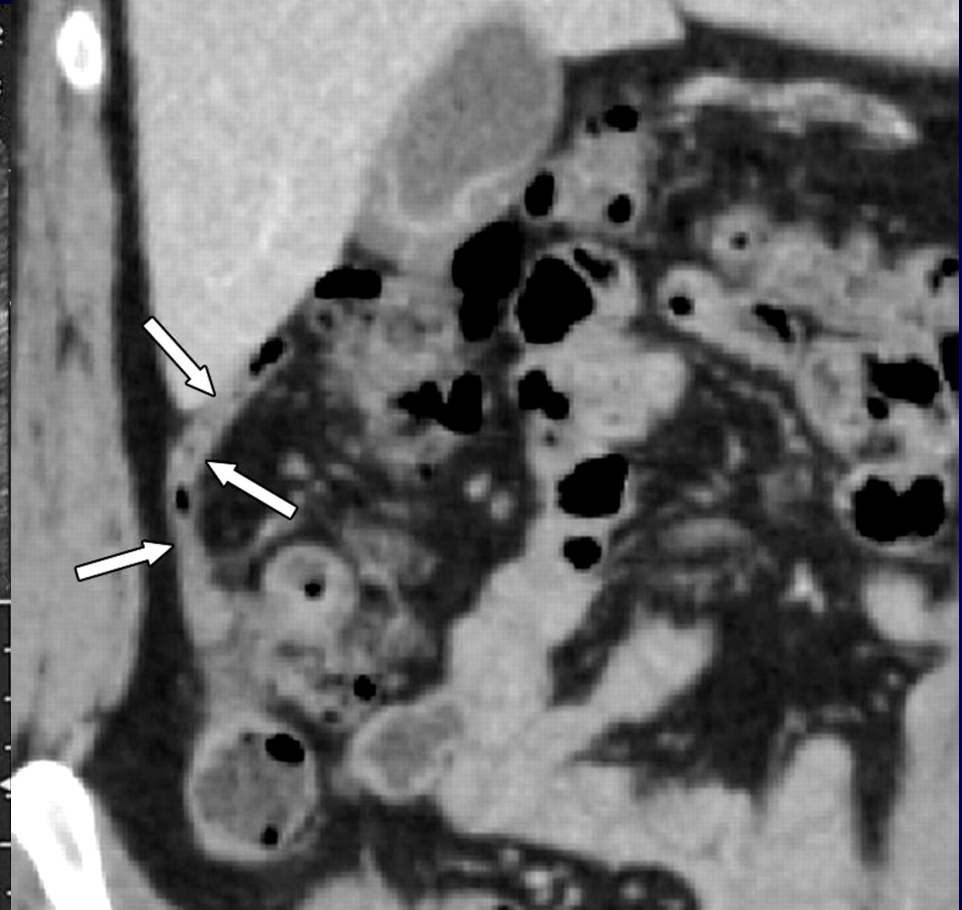
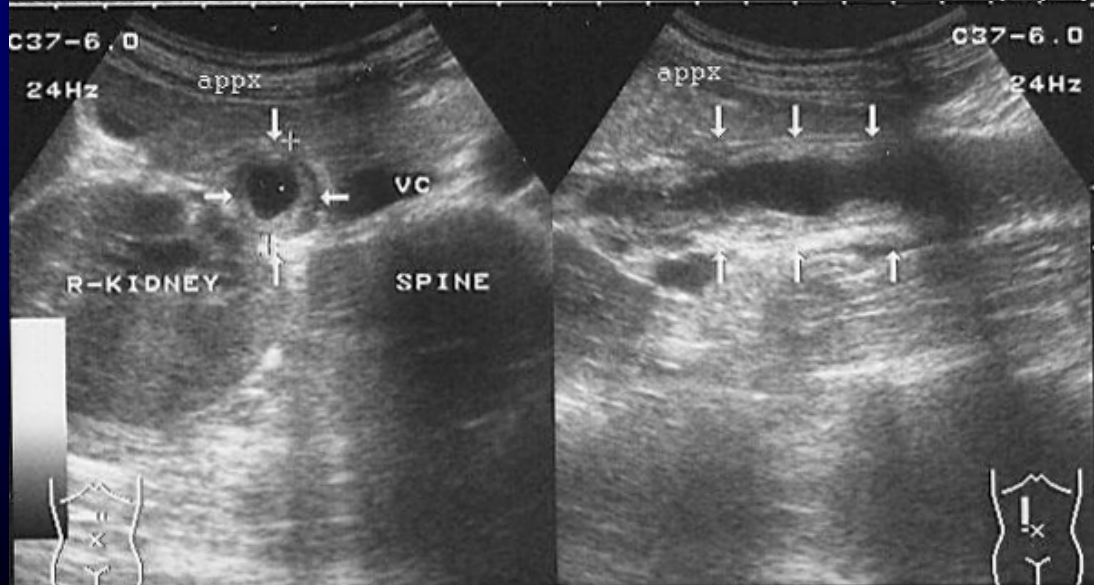
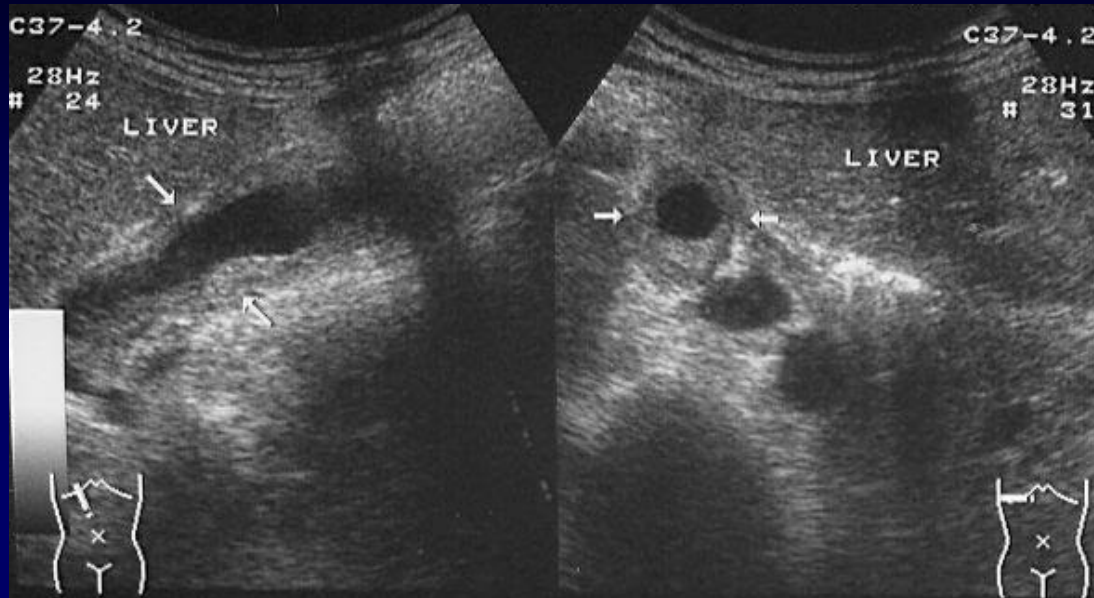
Apendicita acută la vârstnici

- > 60 ani – 12% din numărul total de apendectomii
- semnele clinice sunt puțin evidente (durere nepronunțată, sensibilitate locală mai puțin acută, febră necaracteristică)
- simptom de bază – durere la palpare și alterarea motilității intestinului
- leucocite – nivel moderat sau normal
- incidență mai înaltă a formelor distructive a apendicitei (factorul vascular)
- 1/2 dintre pacienți >70 ani – apendice perforat la intervenție
- **carcinom de colon drept?** (anemie!!!)

Forme clinice principale ale AA la vârstnici:

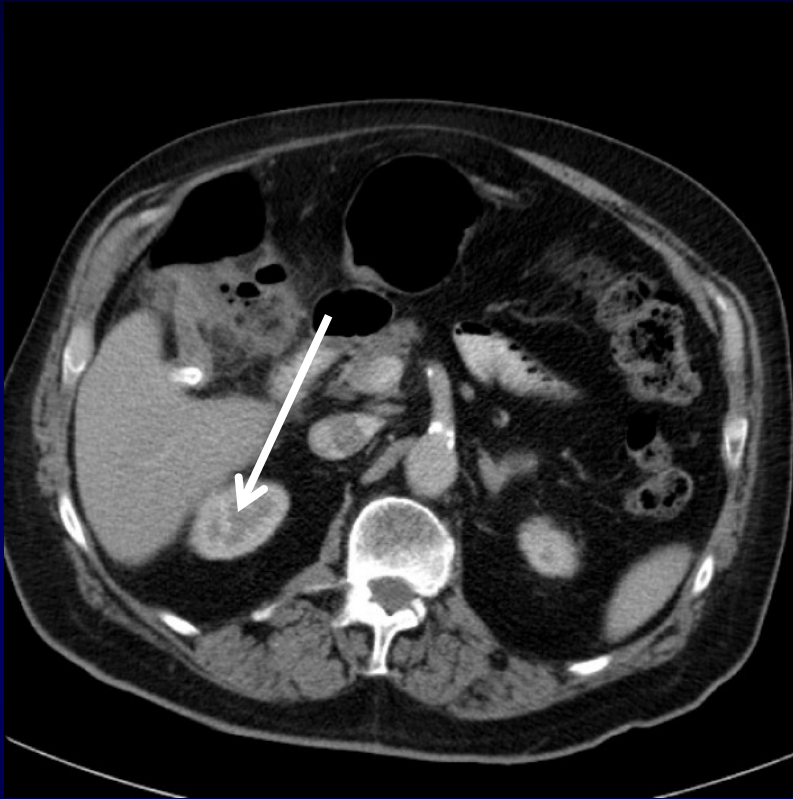
1. formă de obstrucție intestinală
2. formă pseudotumorală
3. AA cu peritonită secundară

Apendicită subhepatică

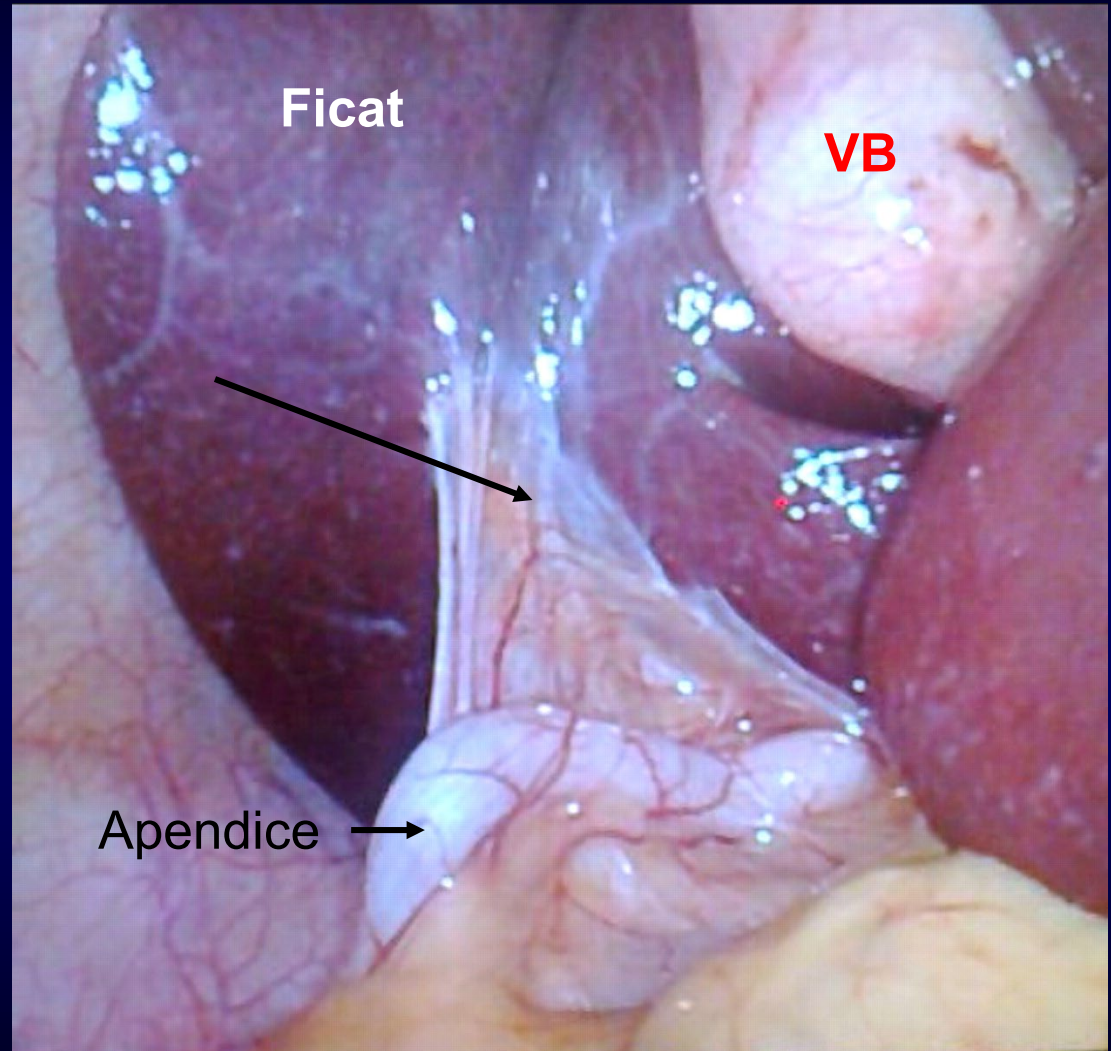


CT: Localizarea subhepatică a apendicelui normal

Apendicita subhepatică

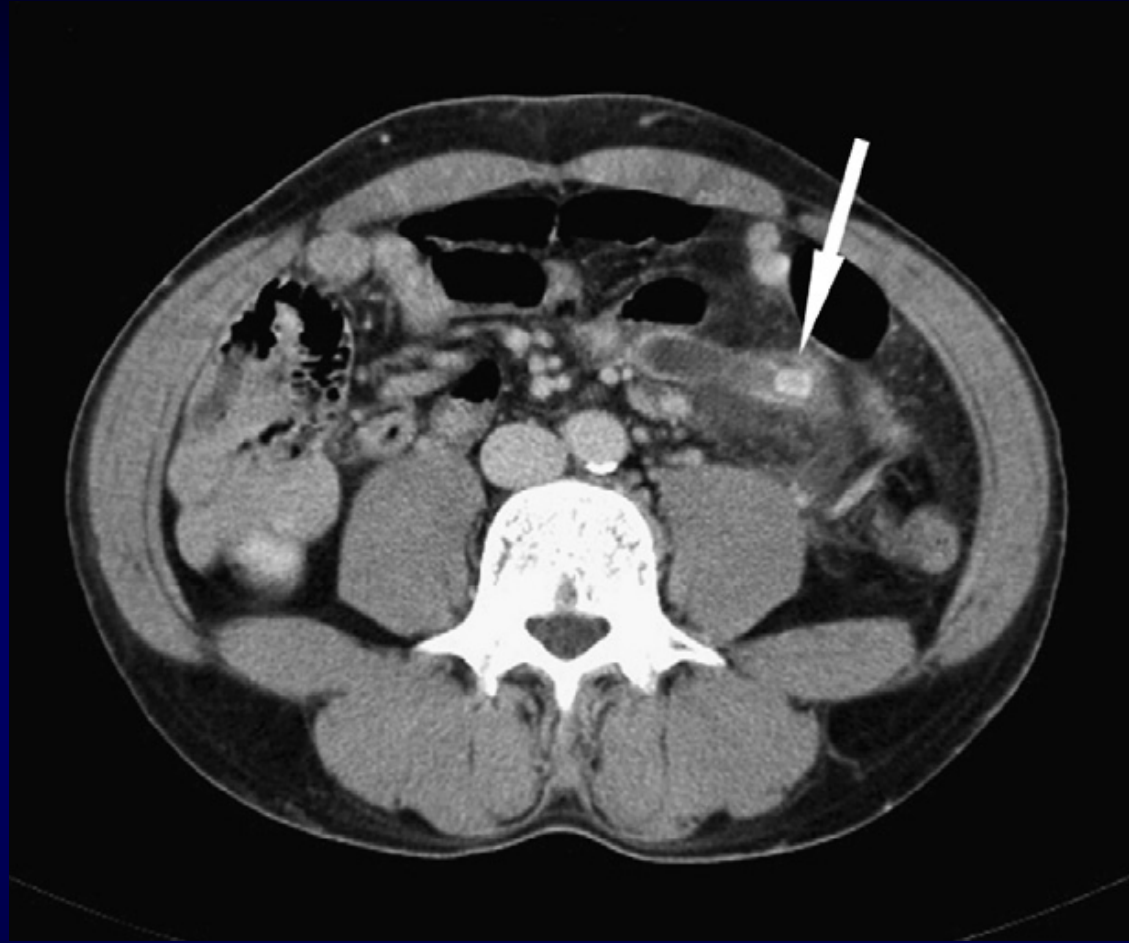


CT: Apendicită subhepatică
cu coprolit *in situ*



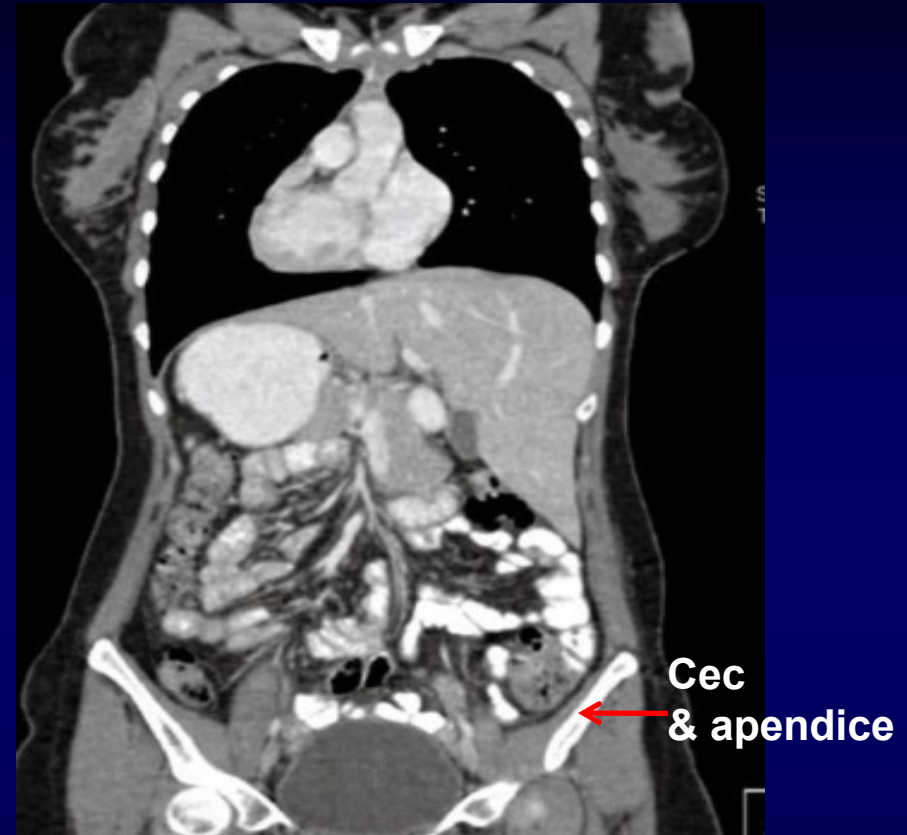
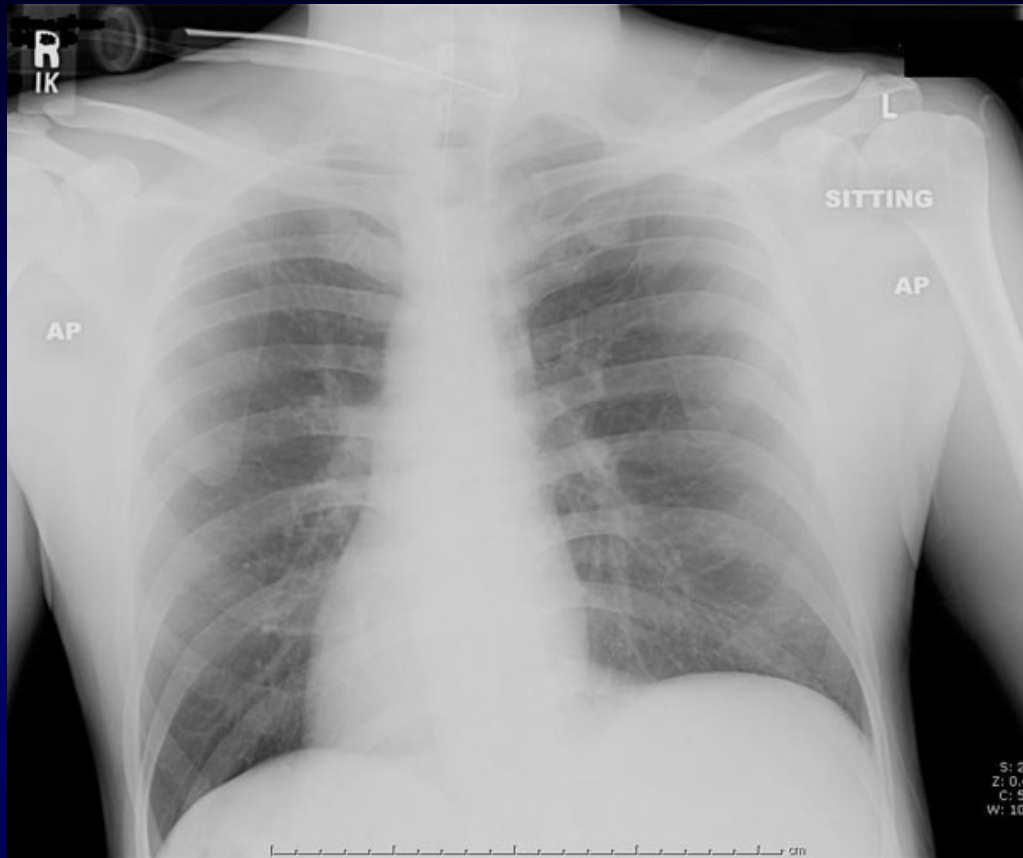
L-sc: Apendicită subhepatică (aderențe)

Apendicita acută din stânga (CT)



- cecum mobil excesiv
- malrotație intestinală
- apendice lung, care ajunge fosa iliacă stângă

Situs Viscerum Inversus

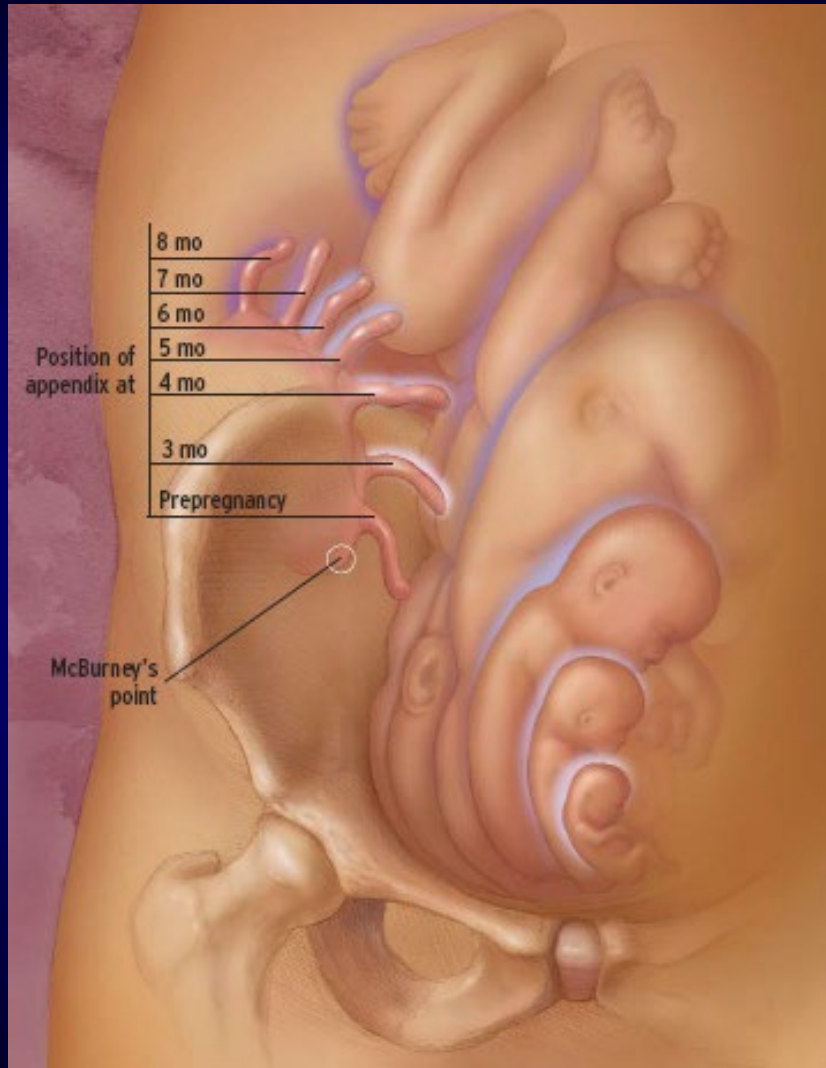


Situs inversus totalis confirmat imagistic: dextrocardie, bula gastrică în dreapta, ficatul și splina inversate

Incidența raportată în literatură: 0.001-0.01% în populația totală

Incidența AA asociată cu *SIT* – 0.016-0.024%

Apendicita acută la gravide

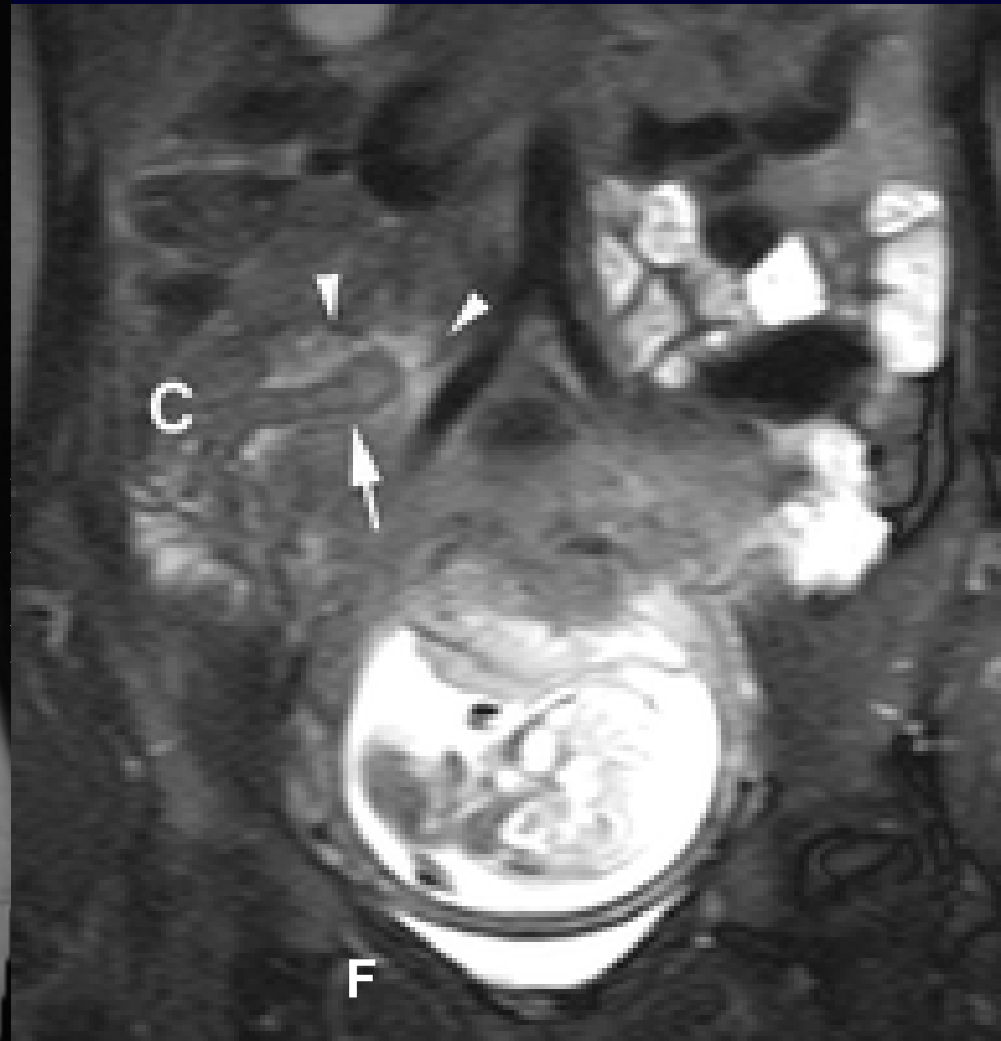
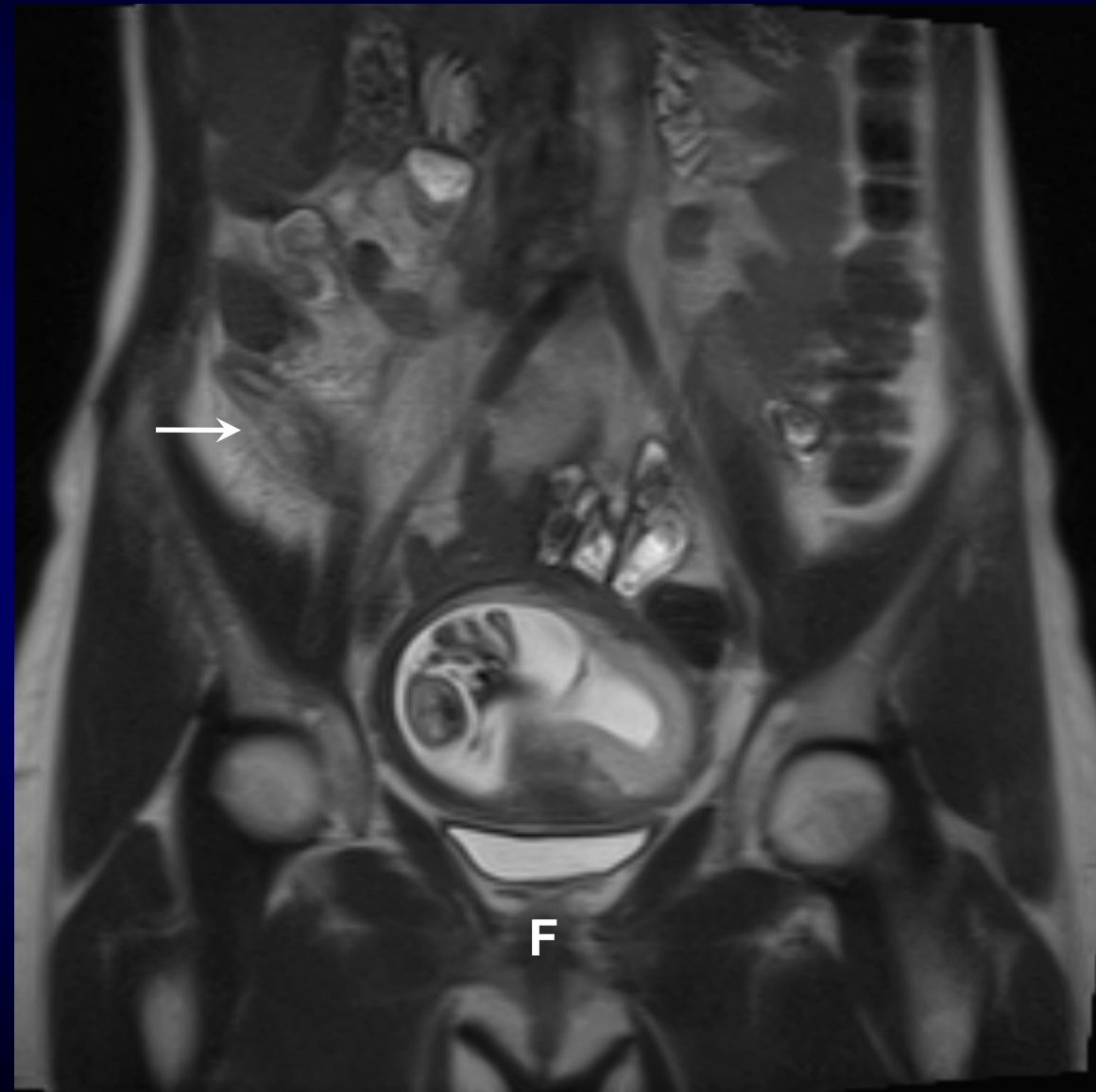


AA este o raritate în sarcină, deși se consideră că incidența este similară cu aceasta în populația negravidă – 1 la 1500 sarcini.

Majoritatea cazurilor de apendicită în sarcină se întâlnesc în trimestrul II, când sunt dificultăți în diagnosticul (clinic și imagistic).

La gravide diagnosticul morfo-patologic de AA este confirmat doar în 30-50% cazuri. Pierderea sarcinii atinge 40% în AA perforativă.

Apendicita acută la gravide

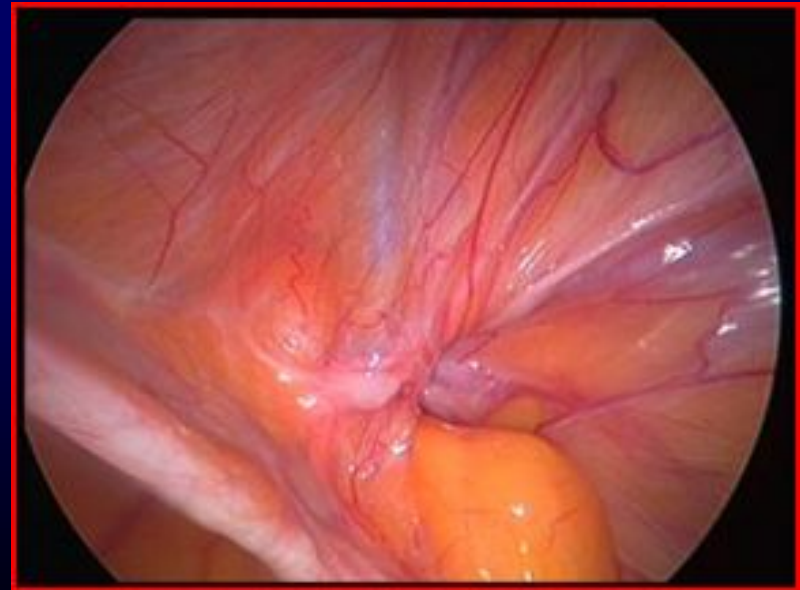


Hernia Amyand (AA în hernia inghinală)

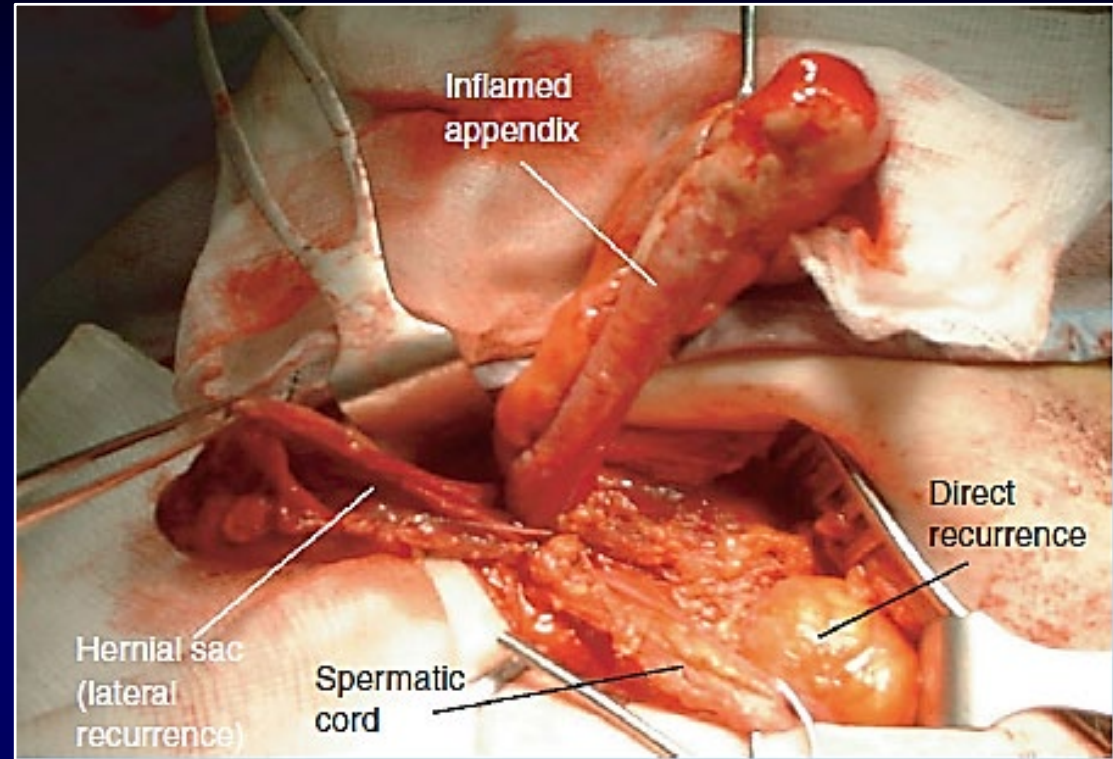
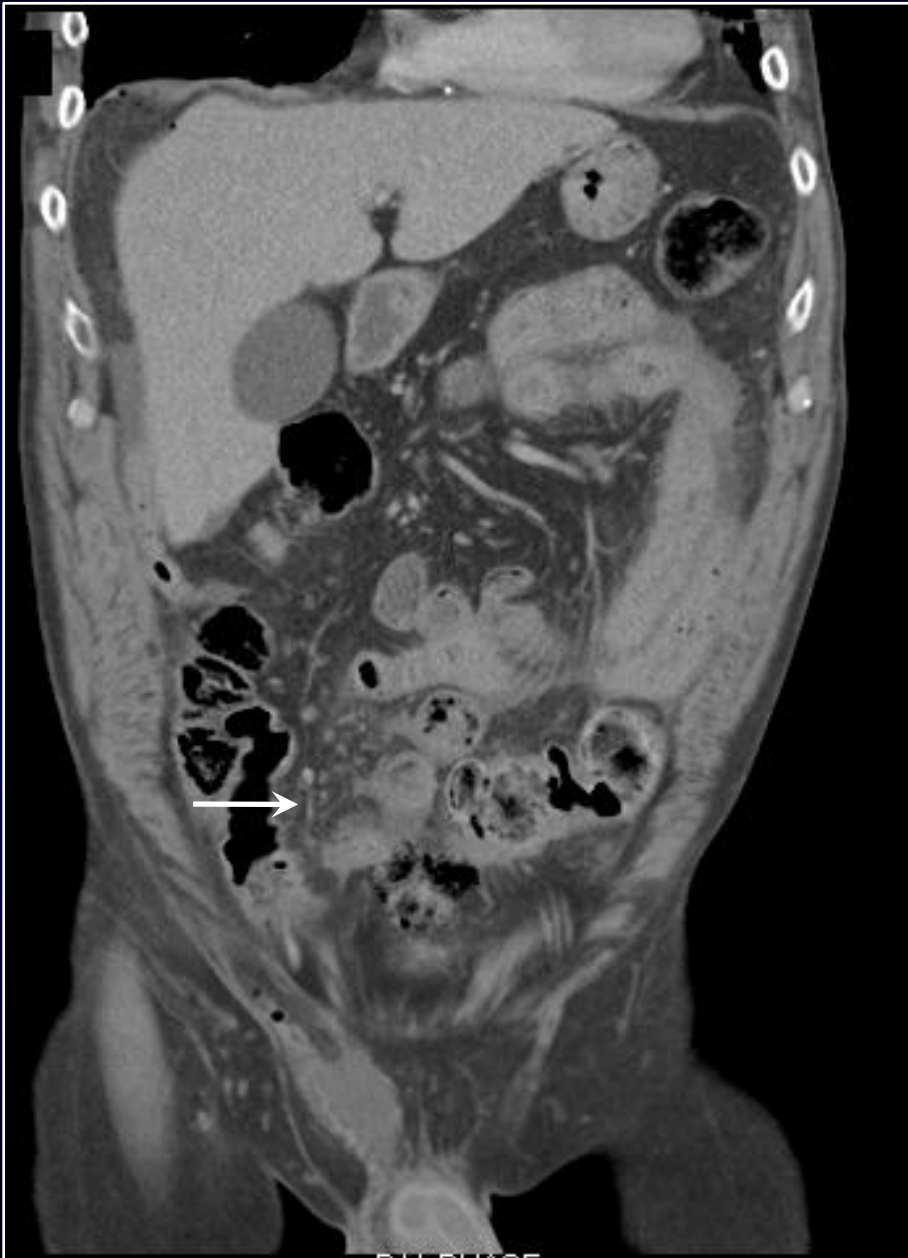


Claudius Amyand (1660–1740)
(chirurg-ordinator) a raportat regelui
George II al Angliei primul caz.

În 6 decembrie 1735 a efectuat cu succes
prima apendicectomie în aceste condiții.
Incidența – 0.13-1%



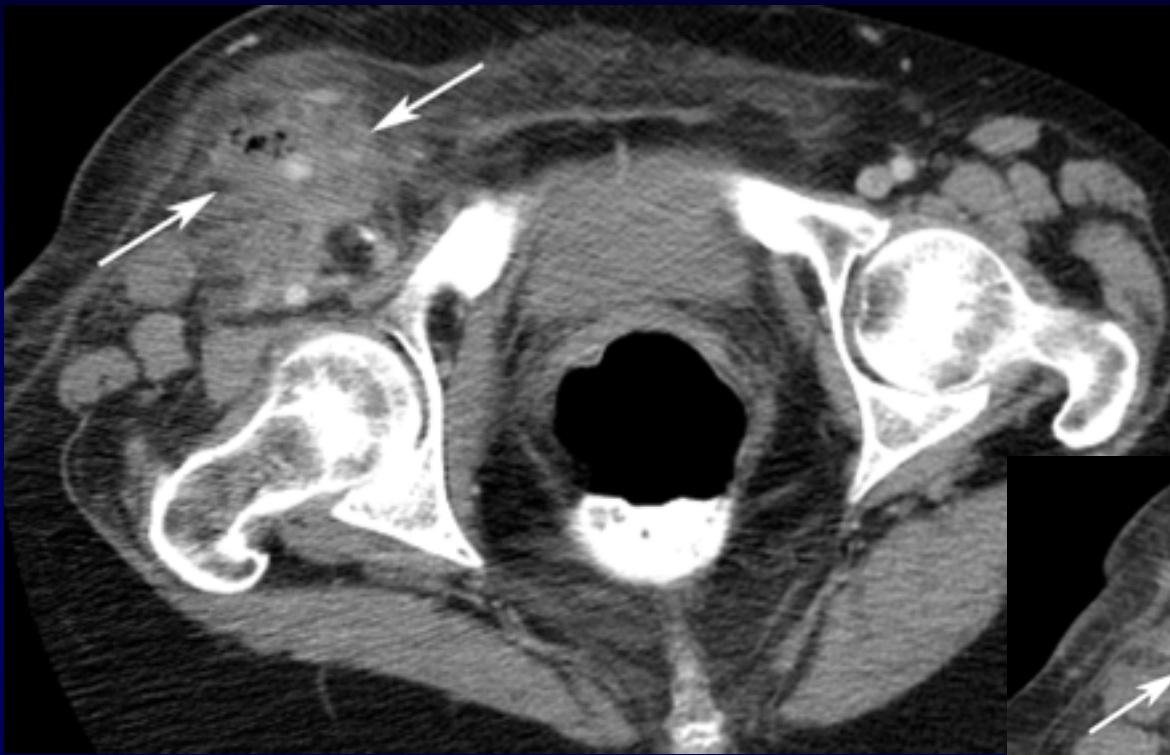
Hernia Amyand (AA în hernia inghinală)



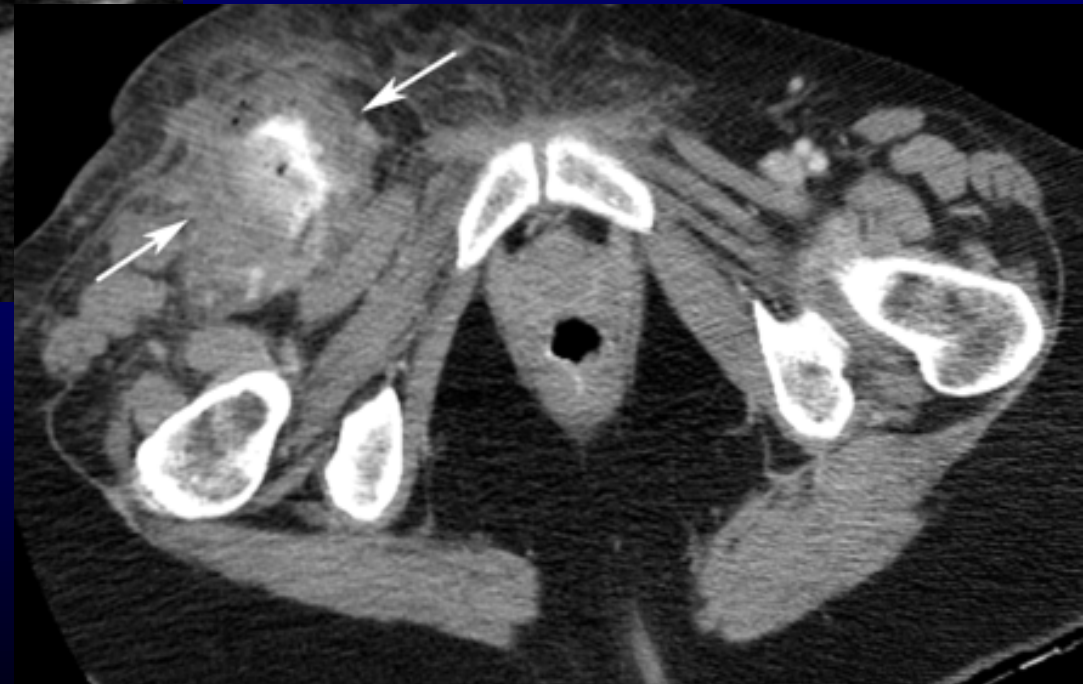
Hernia Amyand: tipuri morfopatologice:

- I – apendice normal
- II – AA cu sediu în sacul herniar
- III – AA, peritonită
- IV – AA, și altă patologie abdominală

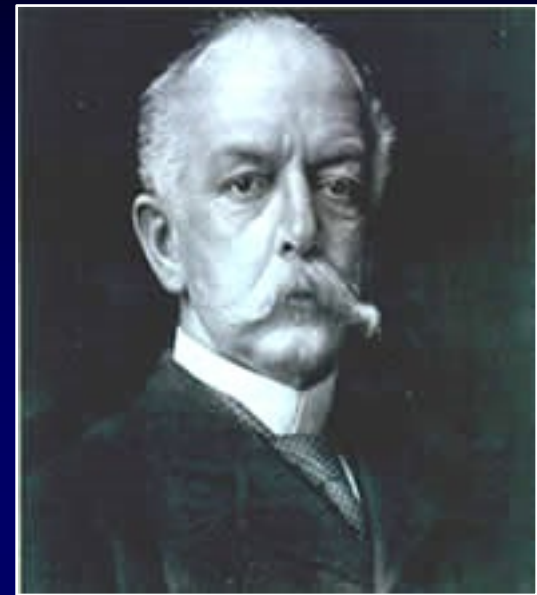
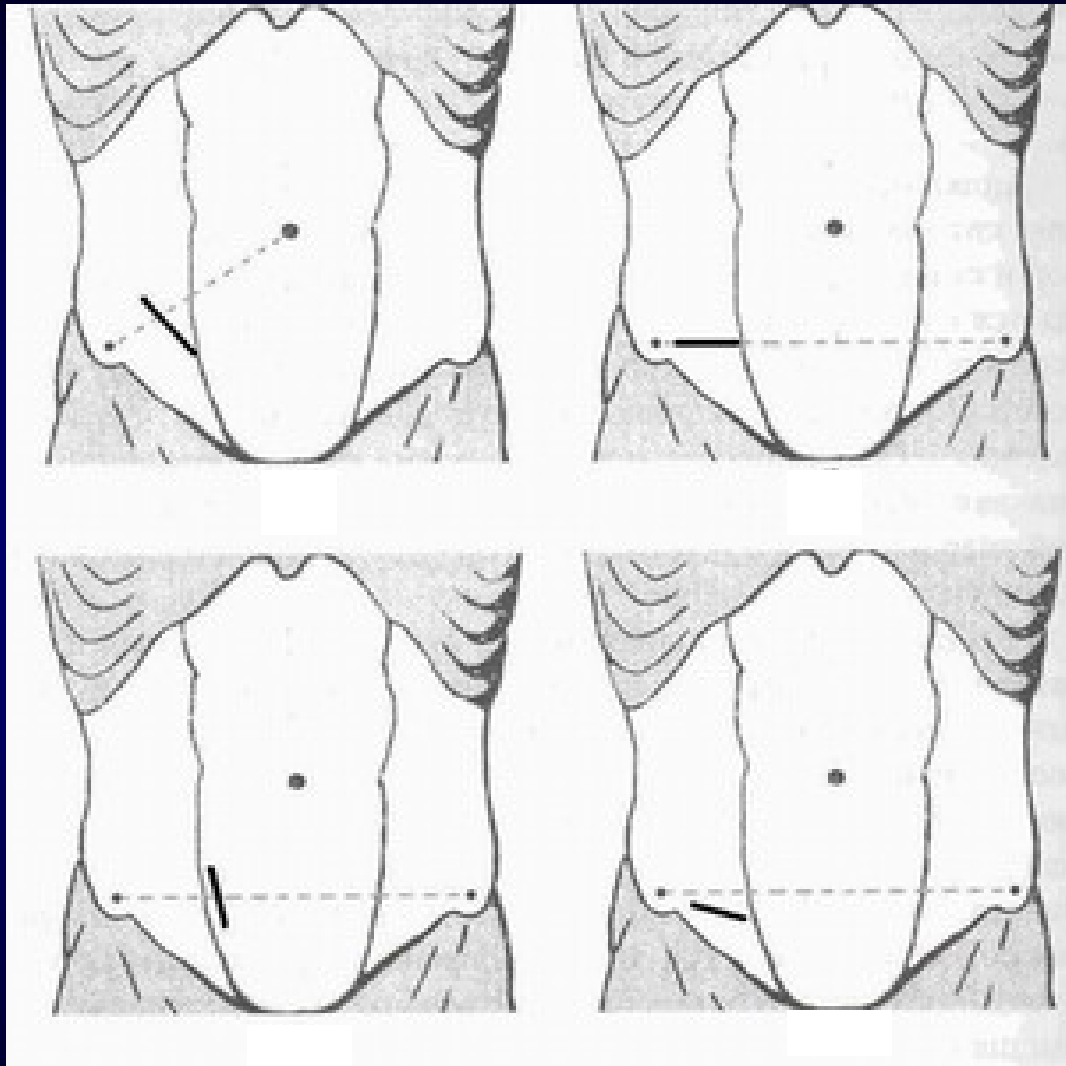
Hernia DeGarengot (în hernia femurală)



Hernierea apendicelui în sacul herniei femurale a fost raportată de DeGarengot în 1731



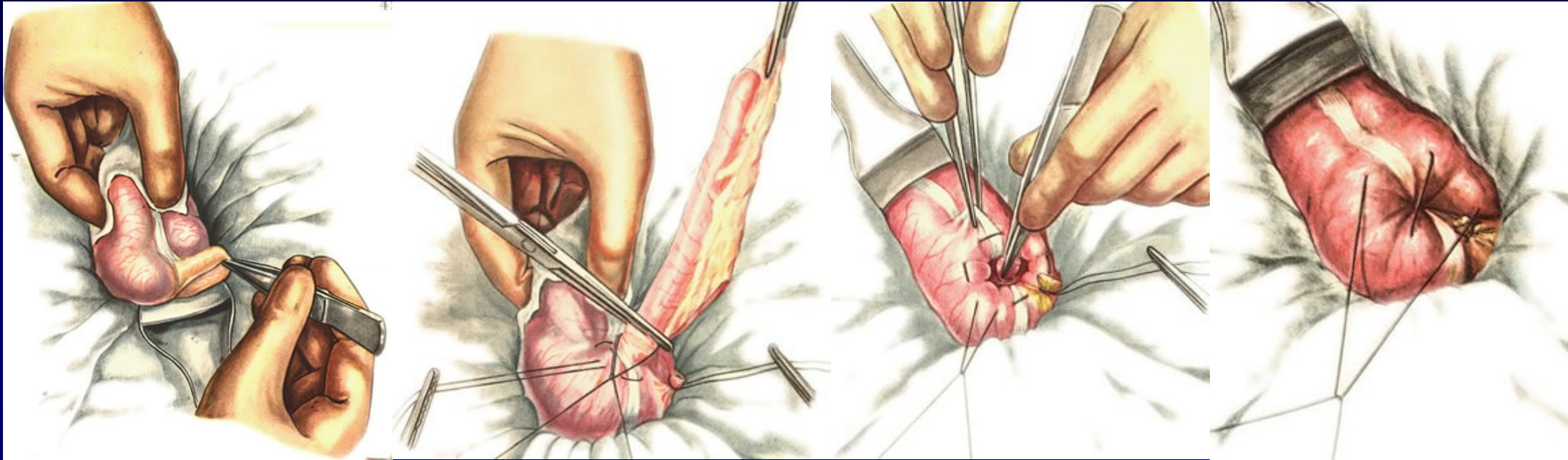
Tratamentul chirurgical (Apendicectomie)



Charles McBurney

Căi de abord

Tratamentul chirurgical (Apendicectomie)



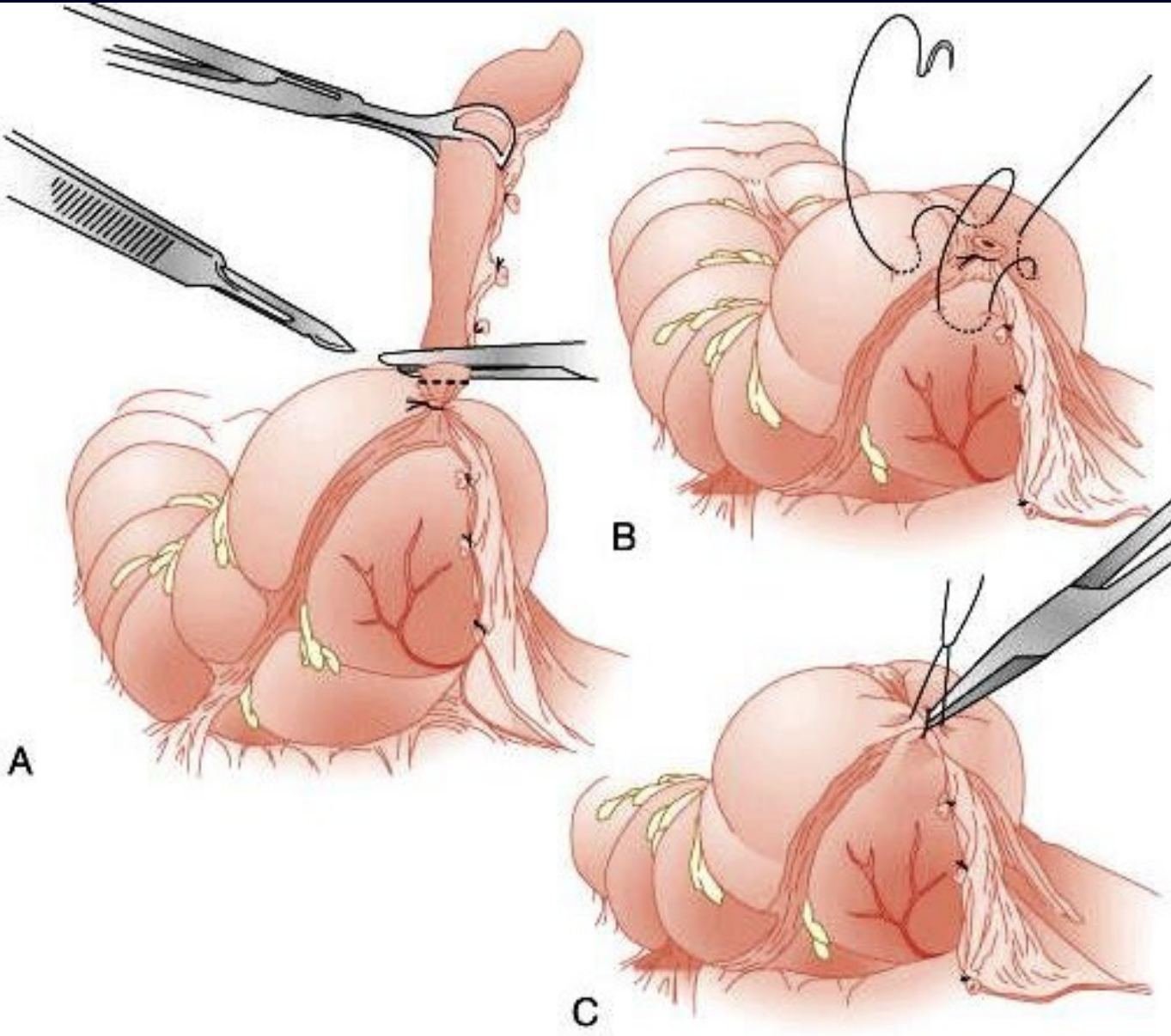
Etape:

- Mobilizarea cecului
- Inspecția apendicelui
- Prelucrarea hemostatică a mezoului apendicular
- Ligaturarea bazei apendicelui
- Sutura „în bursă”
- Sutura în „Z”

Apendicectomia antegradă

Etape:

- Mobilizarea cecului
- Inspecția apendicelui
- Prelucrarea hemostatică a mezoului apendicular
- Ligaturarea bazei apendicelui
- Sutura „în bursă”
- Sutura în „Z”

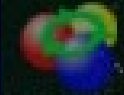


Tratamentul chirurgical (Apendicectomie)



APPENDICE-
CTOMY

Apendicectomie laparoscopică



UNREGI
STERED

Peter J. Lydon, M.D.,

F.A.C.S

herniamd.com

Norwood, MA

Diagnosticul diferențial al AA

Digestive:

Ulcer duodenal perforat
Pancreatita acută
Colecistita acută
Boala Crohn
Diverticulita acută
Gastroenterita acută
Ocluzia intestinală
Invaginație
Diverticulita Meckel
Limfadenita mezenterică
Enterocolita necrotizantă
Neoplasm (carcinoid,
carcinom, limfom)
Torsiune de oment
Perforație viscerală
Volvulusul

Ginecologice:

Sarcină ectopică
Endometrioza
Torsiune ovariană
Boala inflamatorie pelvină
Ruptura chistului ovarian
Abces tubo-ovarian

Sistemice:

Ketoacidoză diabetică
Porfirie
Trombocitopenia Schönlein-
Henoch

Pulmonare:

Pleurezie
Pneumonie (bazală)
Infarct pulmonar

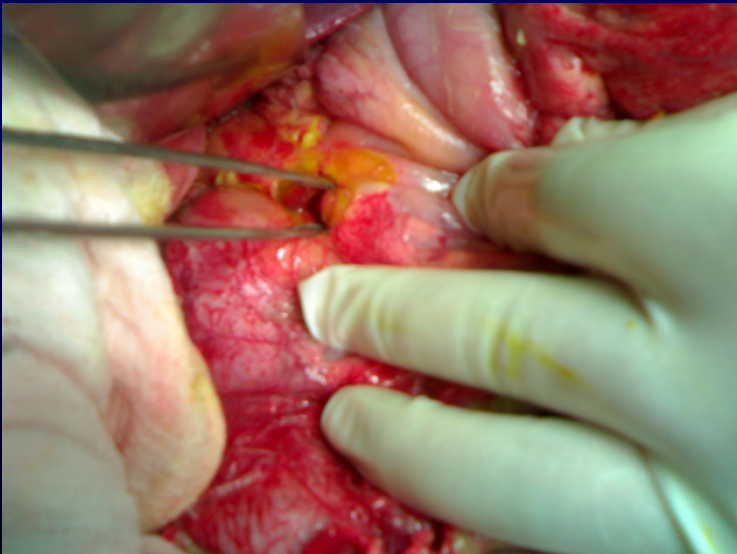
Genitourinare:

Urolitiaza
Prostatita
Pielonefrita
Torsiune testiculului
Infecție urinară
Tumora Wilms

Alte:

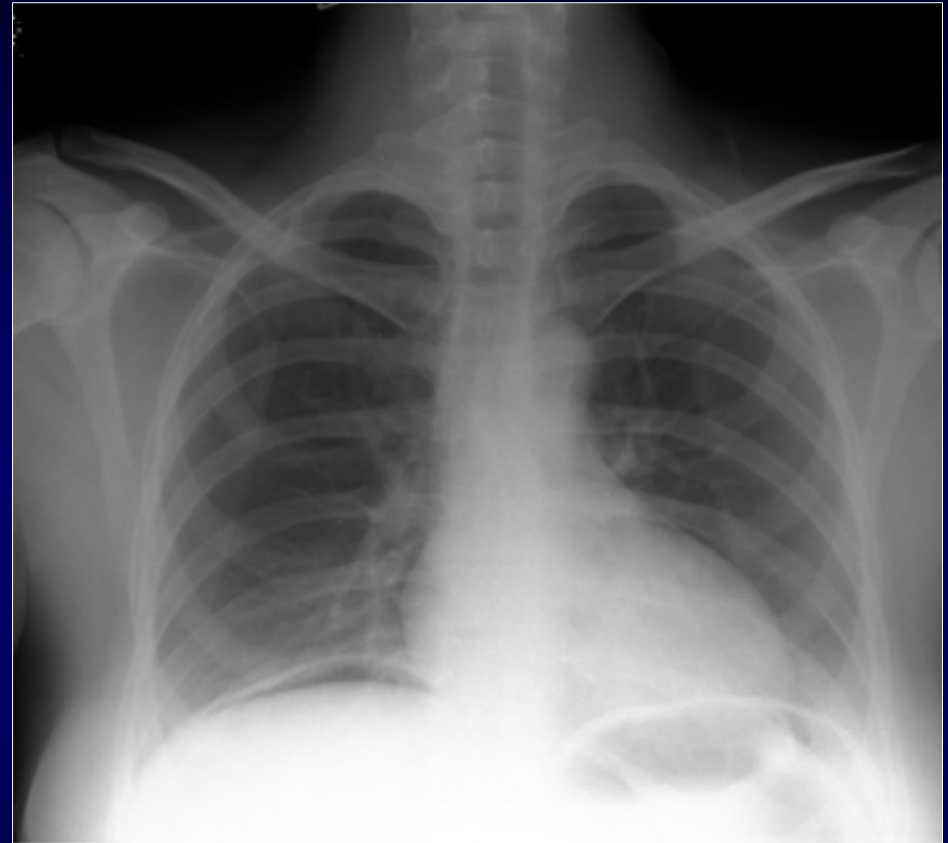
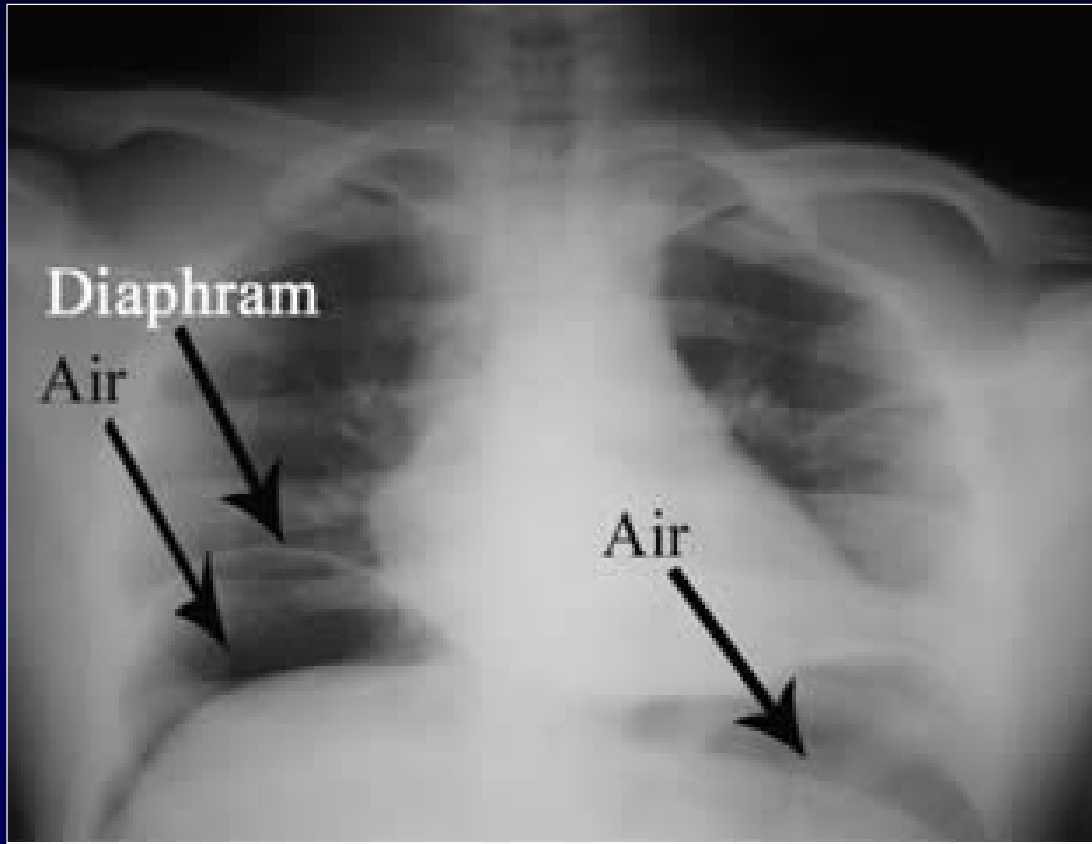
Infecție parazitară
Abcesul psoasului
Hematom în teaca *m.rectus
abdominis*

Ulcer perforat



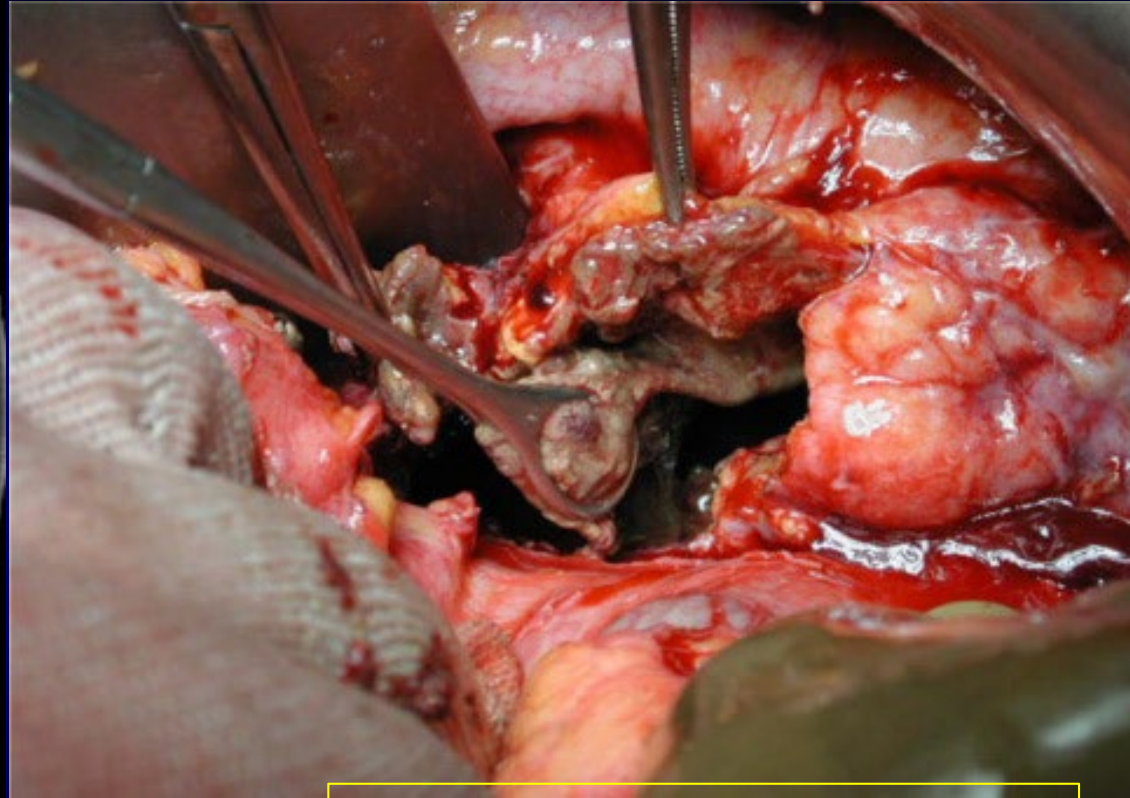
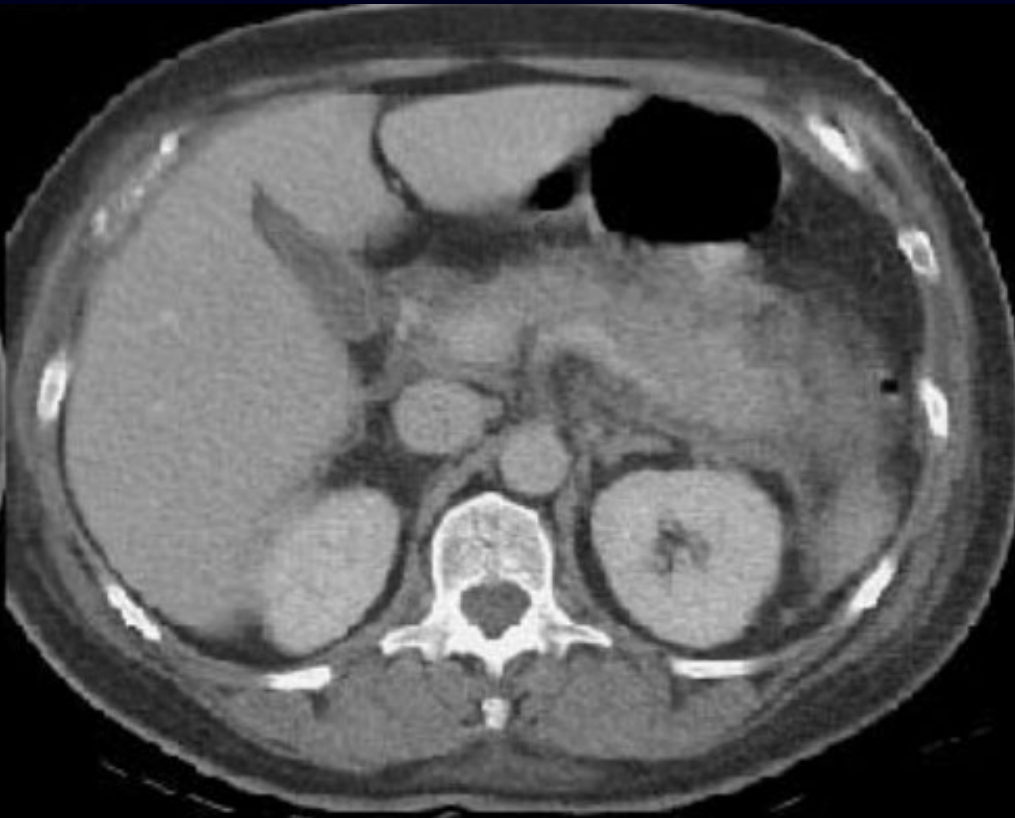
- antecedente ulceroase
- durere de „pumnal” (semnul Dieulafoy)
- șoc sau hipotensiune
- lipsa vomei
- bradicardie
- lipsa febrei
- abdomen imobil (la respirație)
- durere și sensibilitate difuză
- abdomen „de lemn”
- semnul Blumberg + pe toată aria abdominală
- dispariția matității hepatice la percuție

Ulcer perforat



X-ray: pneumoperitoneum

Pancreatita acută



- alcool și Litiază biliară
- durere pronunțată în epigastriu
- șoc
- distensie abdominală
- sensibilitate în proiecția pancreasului
- tahicardie
- cianoză

Laborator:

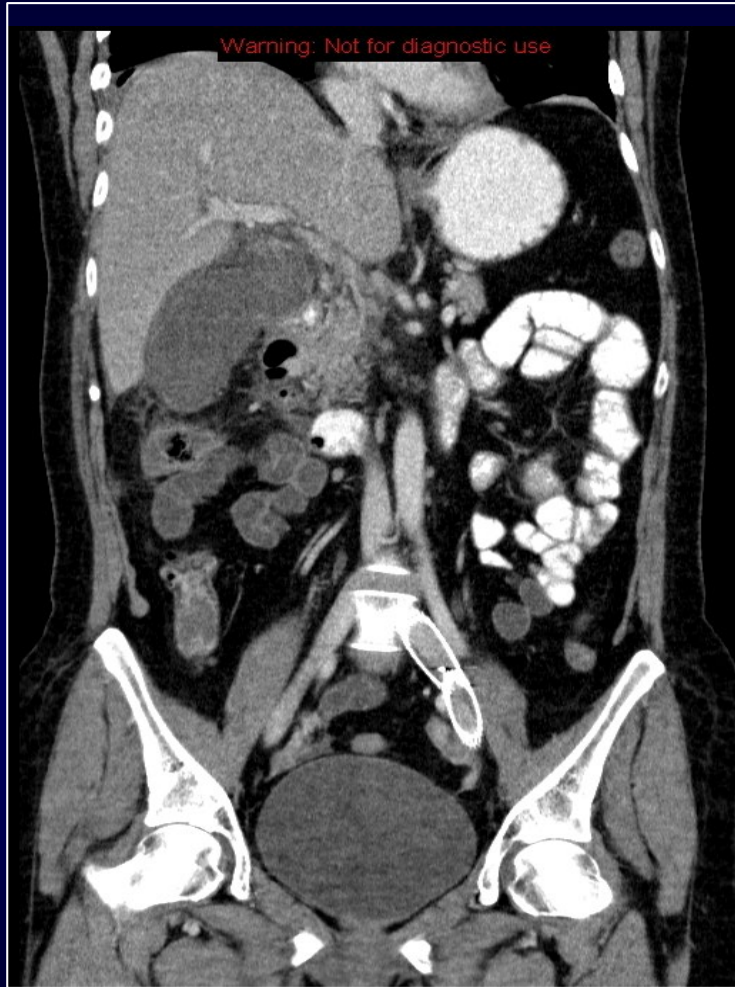
Hiperleucocitoză

Amilazemie

Amilazurie

USG, TC: edem, infiltrație

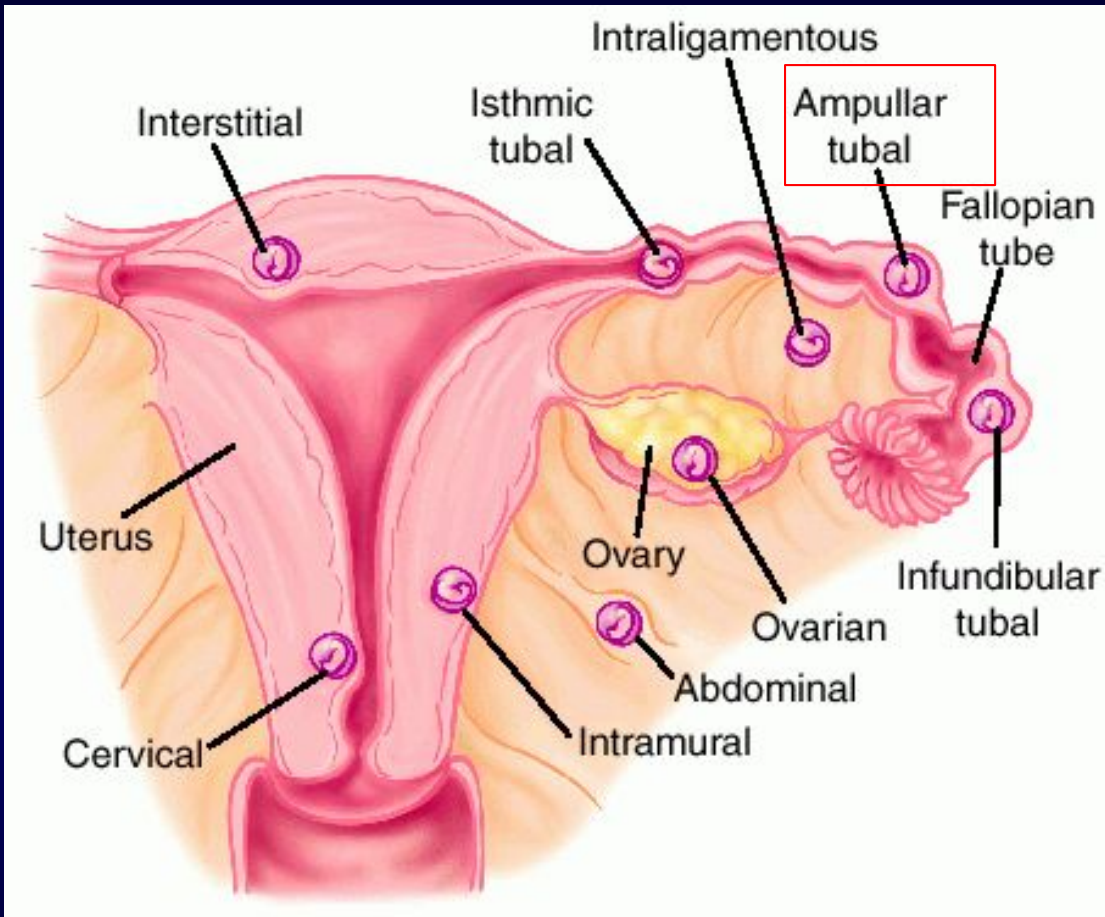
Colecistita acută



- Durerea survine după grăsimi, prăjit, alcool
- Durerea este situată în rebordul costal drept cu iradiere ascendentă
- greață
- vome multiple
- febră
- sensibilitate în rebordul costal drept
- semnul Grekov-Ortner
- semnul Murphy
- *frenicus* simptom
- plastron în rebordul costal drept
- icter
- USG
- TC



Sarcina ectopică

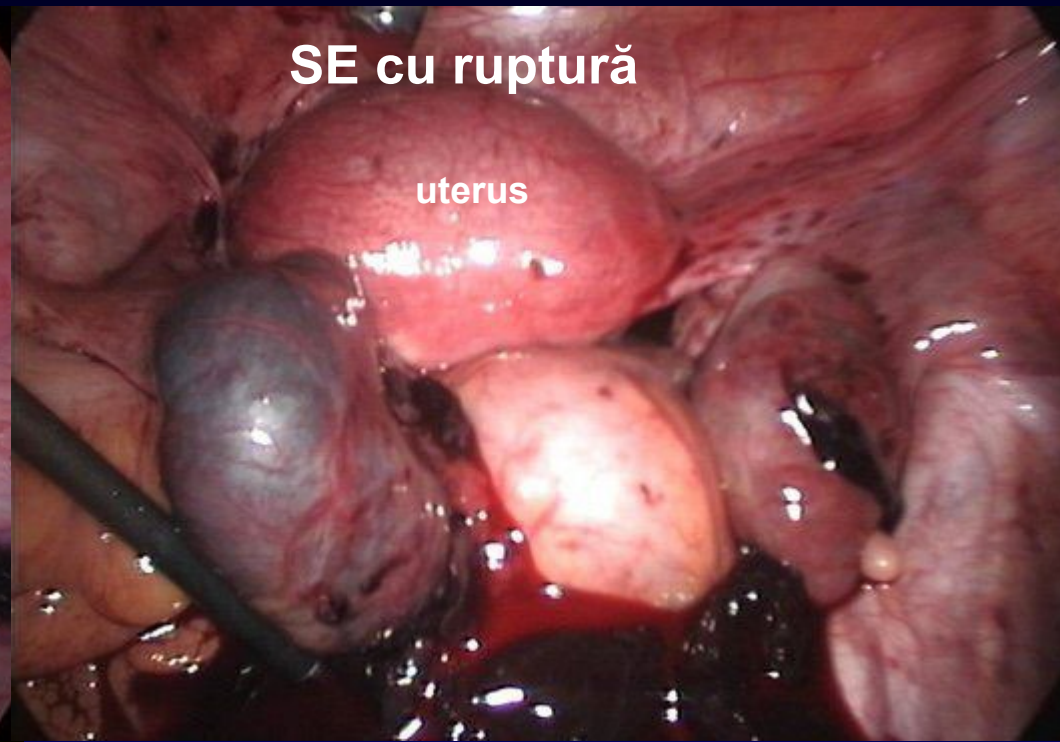
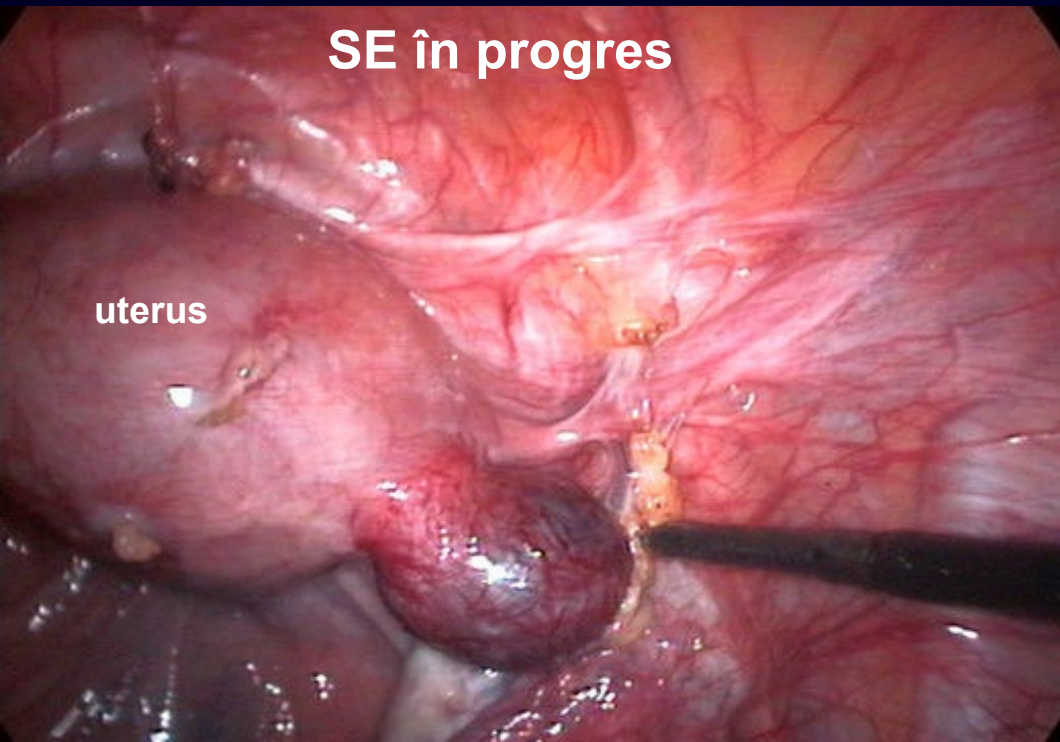


Sarcina ectopică poate evolua în:

- segmentul fimbrial (5%)
- secțiunea ampulară (80%)
- istm (12%)
- corn/parte interstițială a tubului (2%)

Prezentarea clinică – în medie la 7.2 săptămâni de sarcină, cu extreme la 5 și 8 spt.

Sarcina ectopică



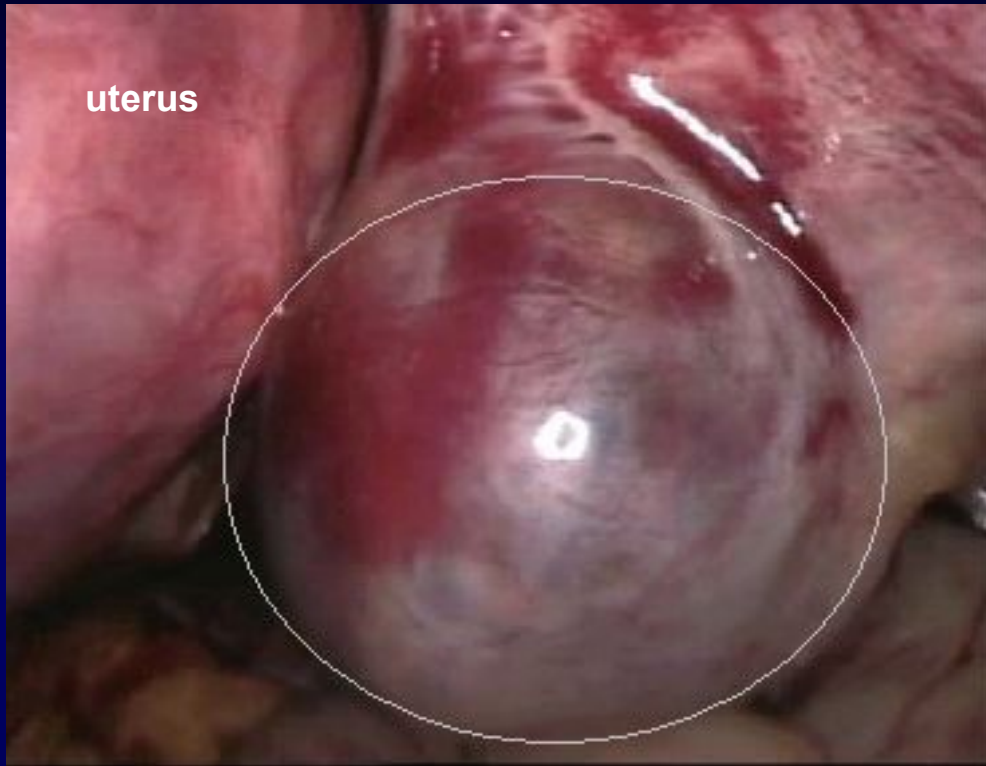
Semne și simptome:

- durere abdominală
- hemoperitoneum
- absența menses (amenoreea)
- metroragie sau sângerare intermitentă

Diagnostic:

- USG abdominală sau transvaginală
- gonadotropina corionică (β -hCG)
- Puncție vaginală – **sânge!**
- Laparoscopie

Sarcina ectopică



Tratamentul chirurgical:

- incizia tubului uterin și înlăturarea doar a fătului (salpingostomie)
- tubectomie (salpingectomie)

Tratamentul laparoscopic a sarcinii tubare



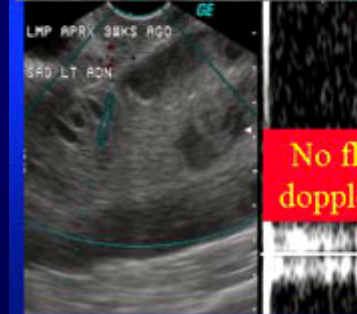
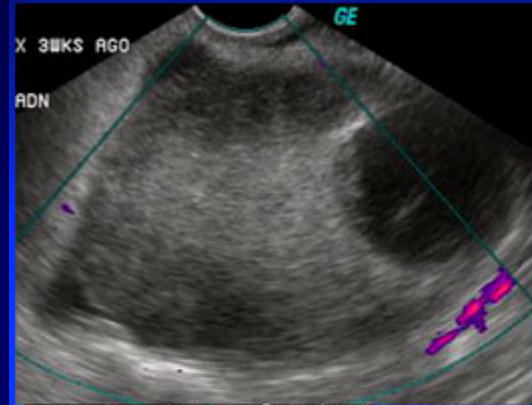
Torsiune ovariană

Torsiunea ovariană reprezintă răsucirea ovarului datorate influenței unor condiții de boală:

- anomalii ale tubului falopian: lungimea exagerată sau lipsa mezosalpinxului
- prezența chistului ovarian sau a fibroamelor, tumori ovariene

Aproximativ 70-75% din cazuri reprezintă femeile sub 30 ani, iar în 60% - din partea dreaptă.

Tabloul clinic dominat de dureri suprapubiene pronunțate (ischemice).

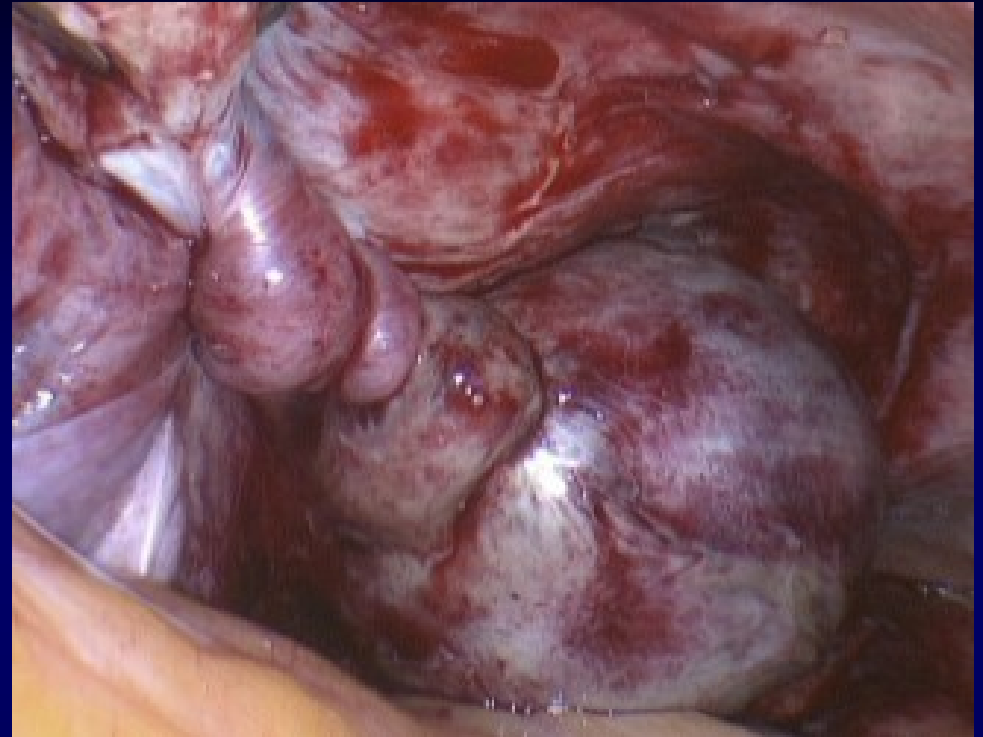
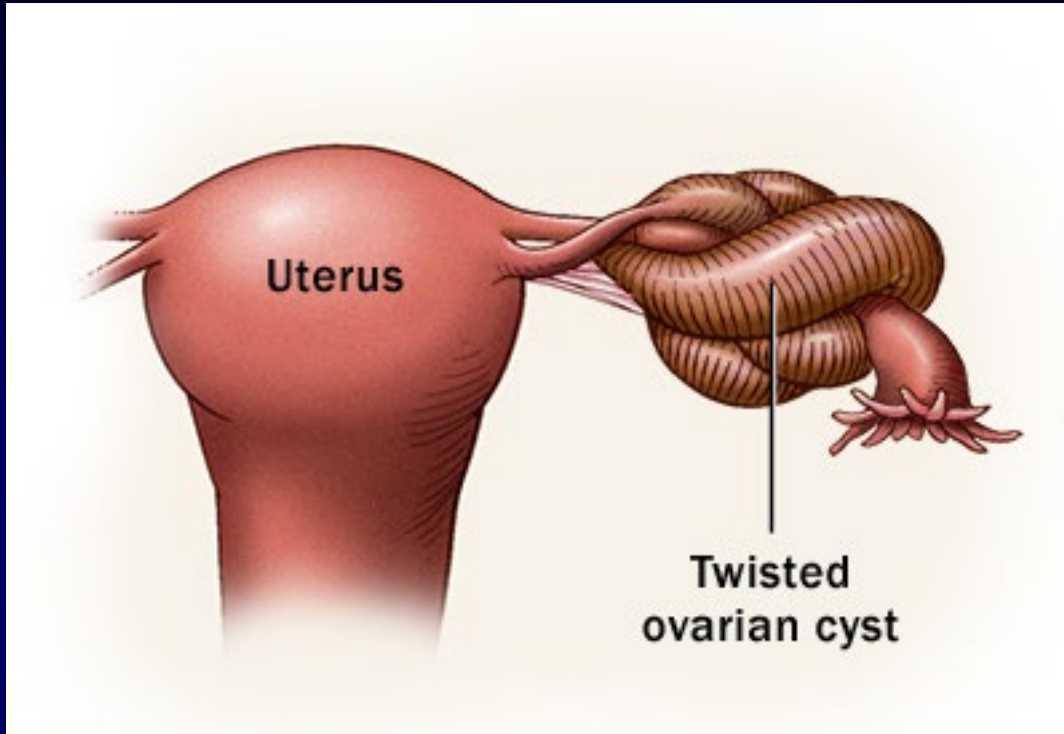


No flow on color doppler or spectral

Ovarian torsion & necrosis



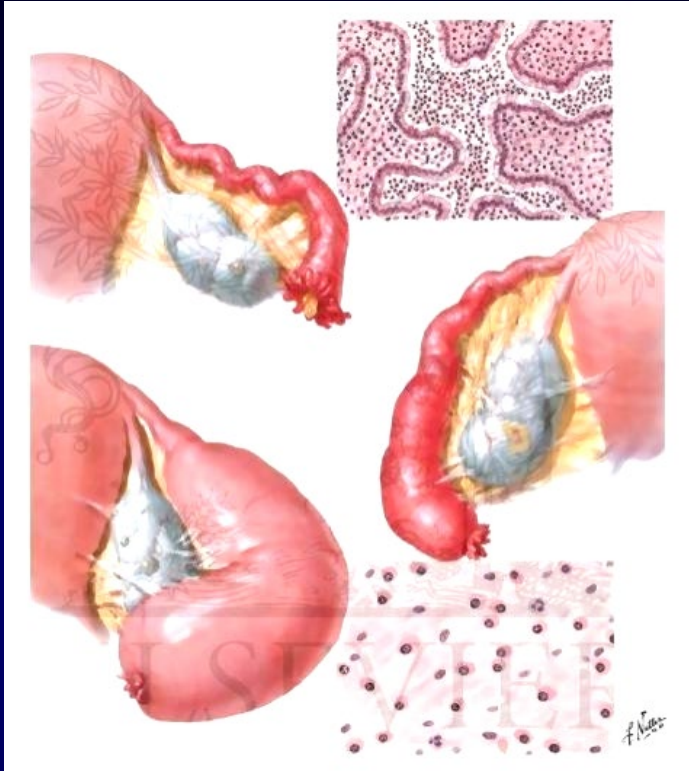
Torsiune ovariană



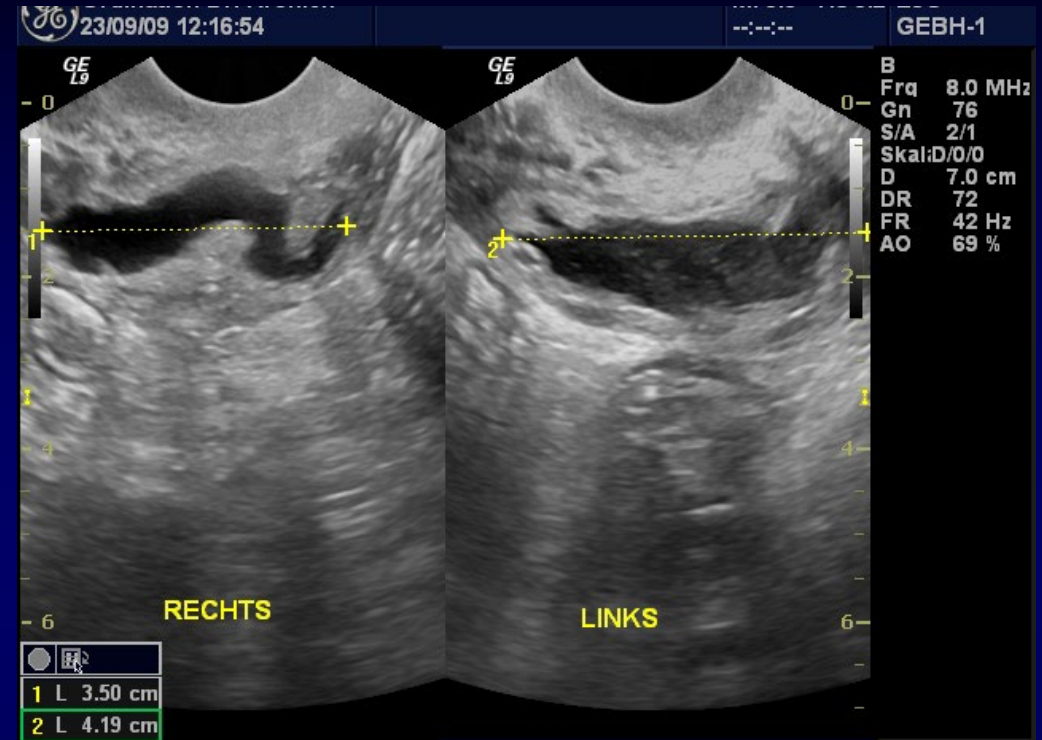
- Salpingo-ooforectomie



Salpingită acută



- Miros și culoare anormale a eliminărilor vaginale
- Dureri în timpul ovulației
- Dureri în timpul raportului sexual
- Dureri periodice
- Dureri abdominale
- Dureri lombare inferioare
- Febră de la debut ($>38^{\circ}\text{C}$)
- Greață
- Vome

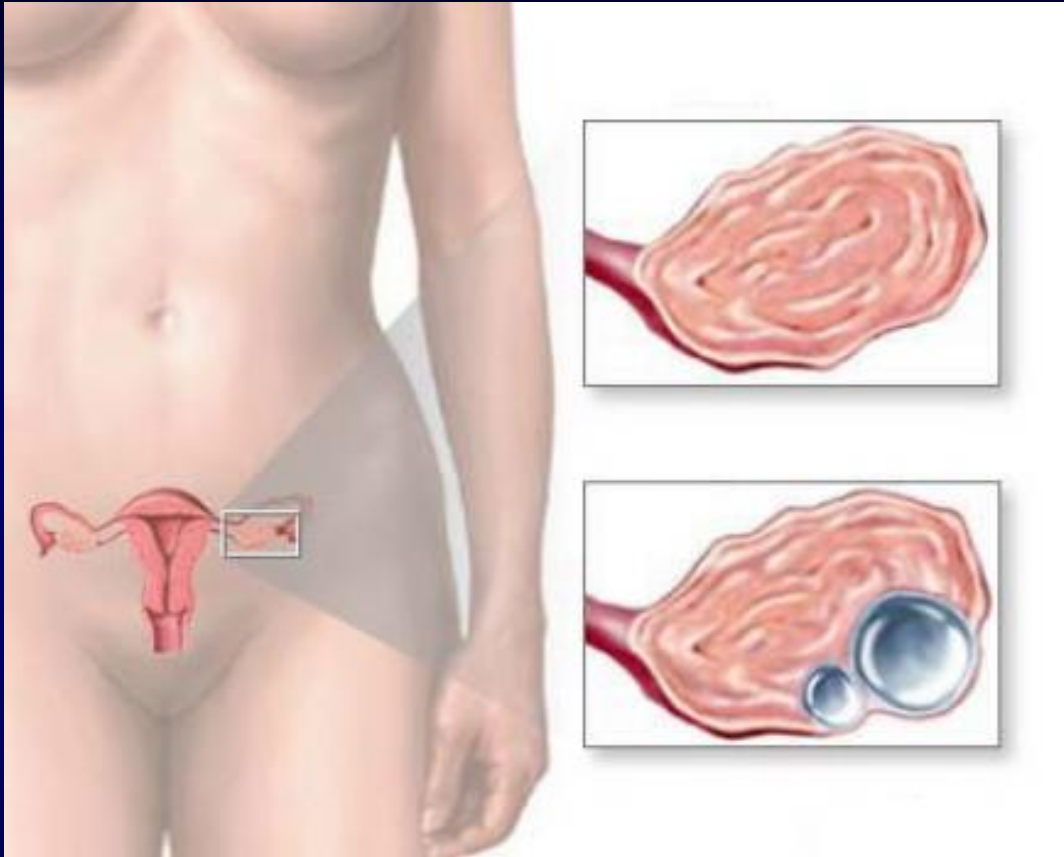


Flora bacteriană în salpingită sunt:

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trachomatis*
- *Mycoplasma*

Devierea colului uterin provoacă dureri (semnul Promptov)

Apoplexia ovariană



Apoplexia ovariană reprezintă
ruptura bruscă a ovarului:

- Chist ovarian
- Modificări distrofice și sclerotice în țesutul ovarian
- Sindromul ovarelor polichistice

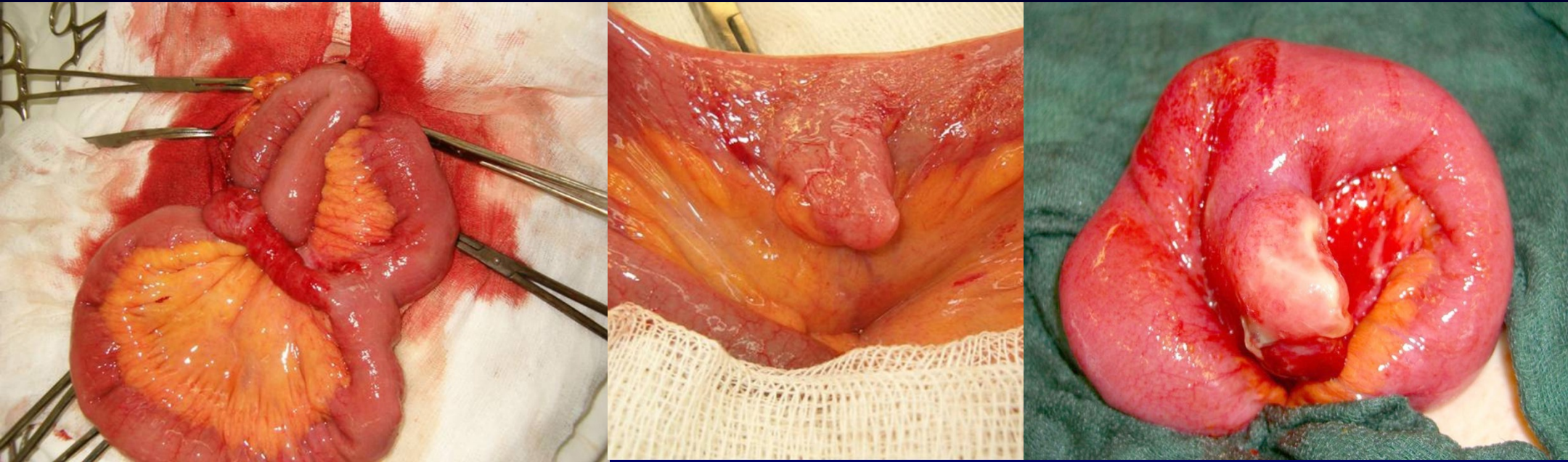
Simptome clinice:

Dureri în mijlocul ciclului menstrual sau după o reținere minoră a menstruației, localizată în regiunea inferioară a abdomenului. Uneori are iradiere în rect, în regiunea lombară sau ombilicală.

Hemoragie în țesutul ovarian și/sau intraperitoneală!

- hipotensiune
- tahicardie
- sincopă

Diverticulul Meckel



Diverticulul Meckel este cea mai comună anomalie congenitală a tractului digestiv, constituind 1-2% din toată populația. Este situat aproximativ la 100 cm de la valva ileocecală. De obicei, este asimptomatic și *devine evident la complicații:*

- ✓ inflamație
- ✓ ischemie și infarct
- ✓ hemoragie digestivă, ocluzie prin strangulare (mai rar, obstrucție)

Patologii rare: Mucocelele apendicular (MA)



Teza dr.șt.med. – M.Vozian (2015)

Prima descriere a mucozelului apendicular – Rokitansky (1842)

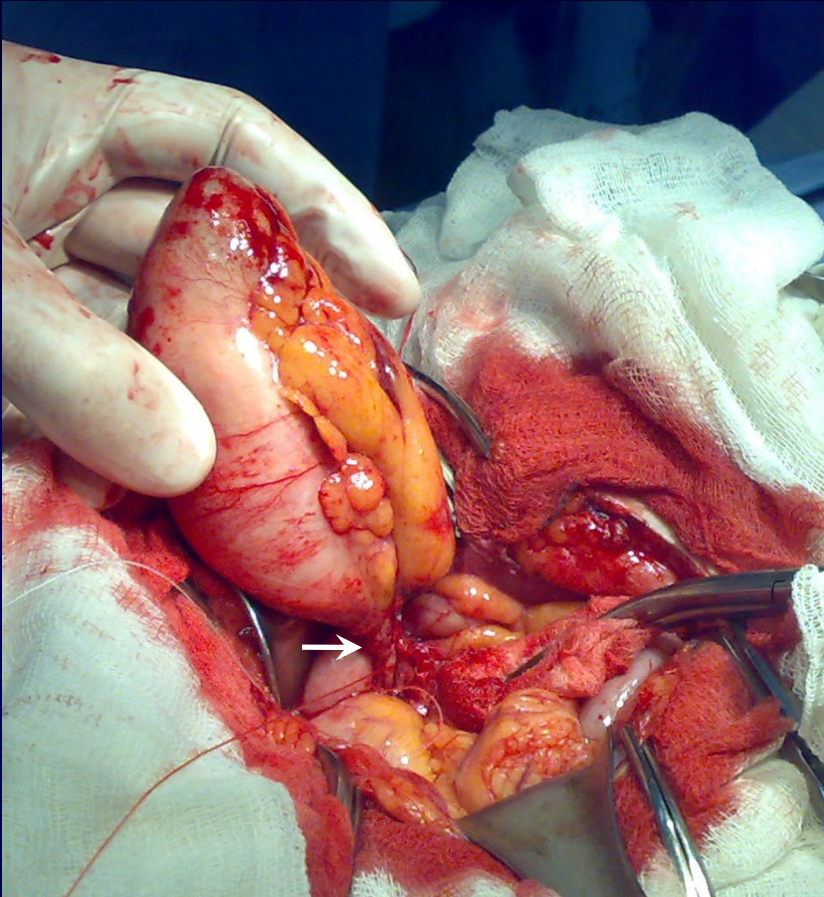
Conform studiilor morfopatologice incidența MA este aproximativ **0.07-0.3%**

- chist de retenție a apendicelui (mucocele simplu)
- hiperplazia mucoasei apendicelui
- chistadenom apendicular
- chistadenocarcinom

— apendicectomie

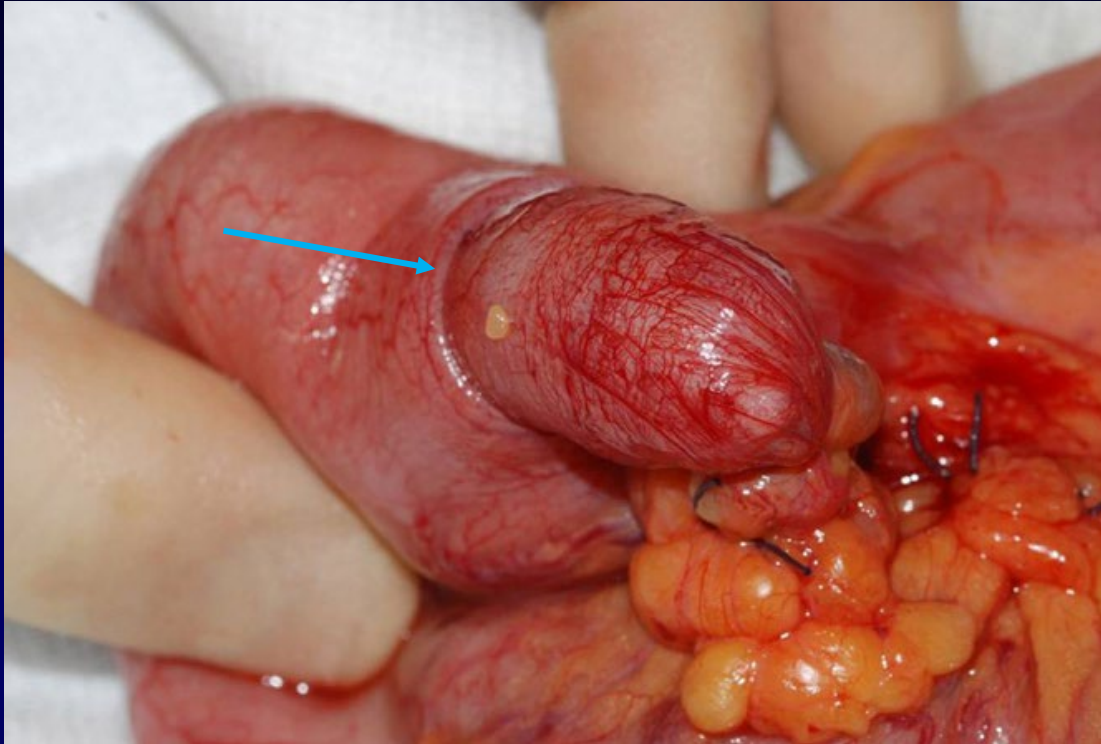
— hemicolectomie dreaptă

Patologii rare: Torsiunea apendicelui vermicular

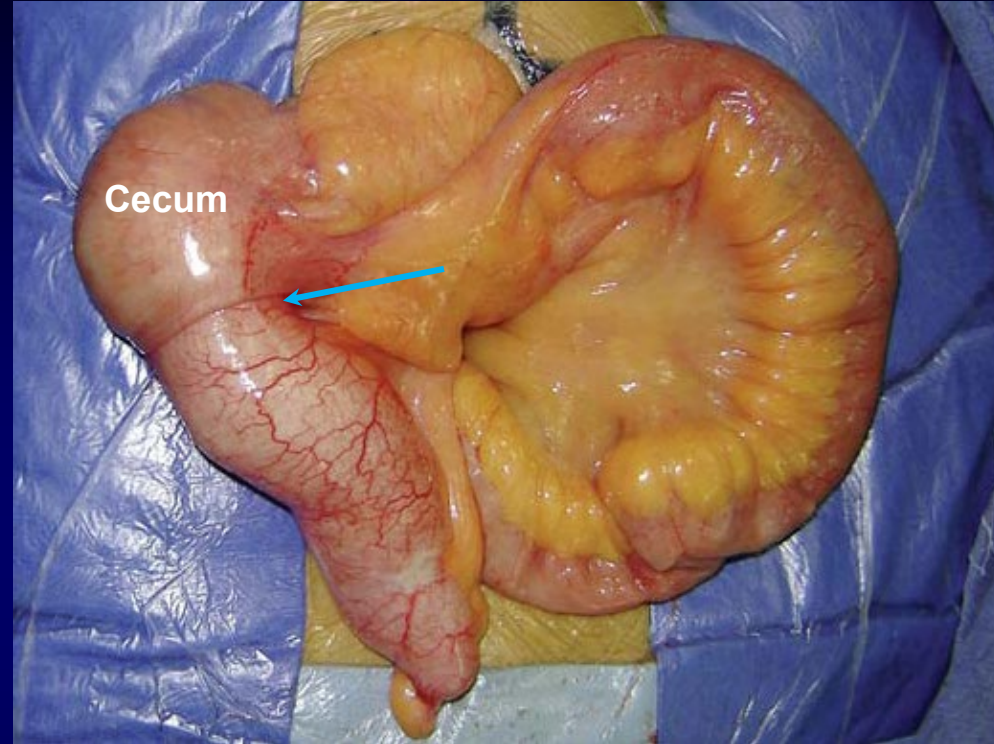


Mishin I, Ghidirim G, Zastavniy G, Popa C. Torsion of an appendiceal mucinous cystadenoma. Report of a case and review of literature. *Ann Ital Chir.* 2012;83(1):75-8.

Patologii rare: Invaginația apendiceală



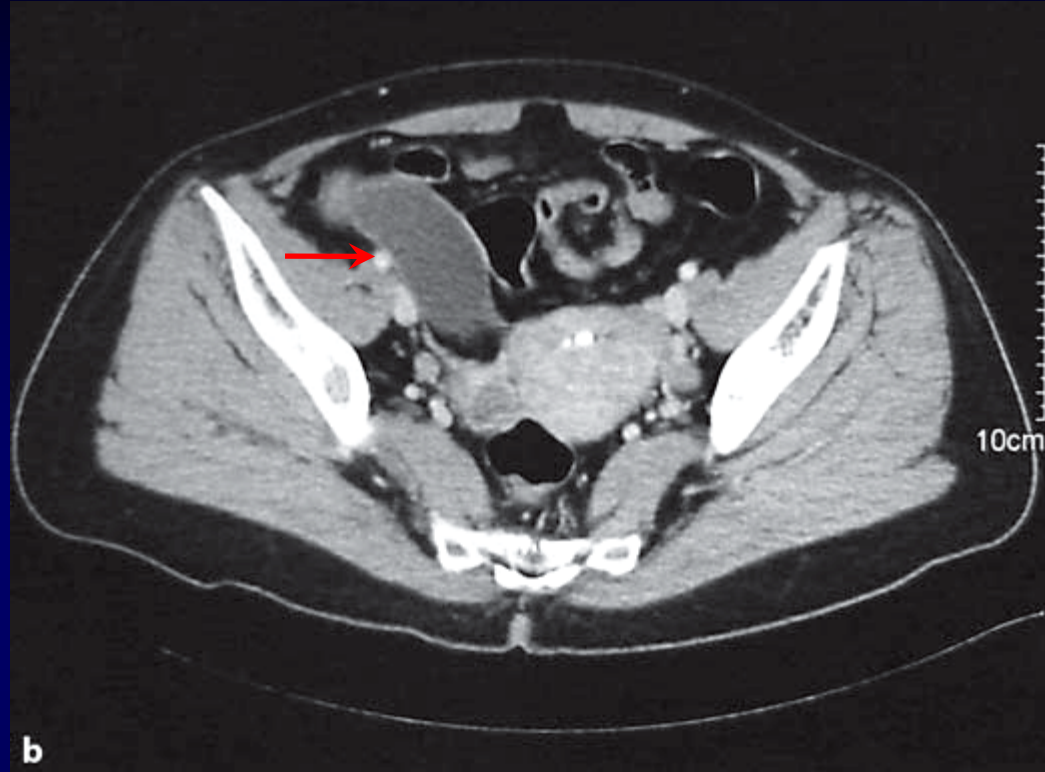
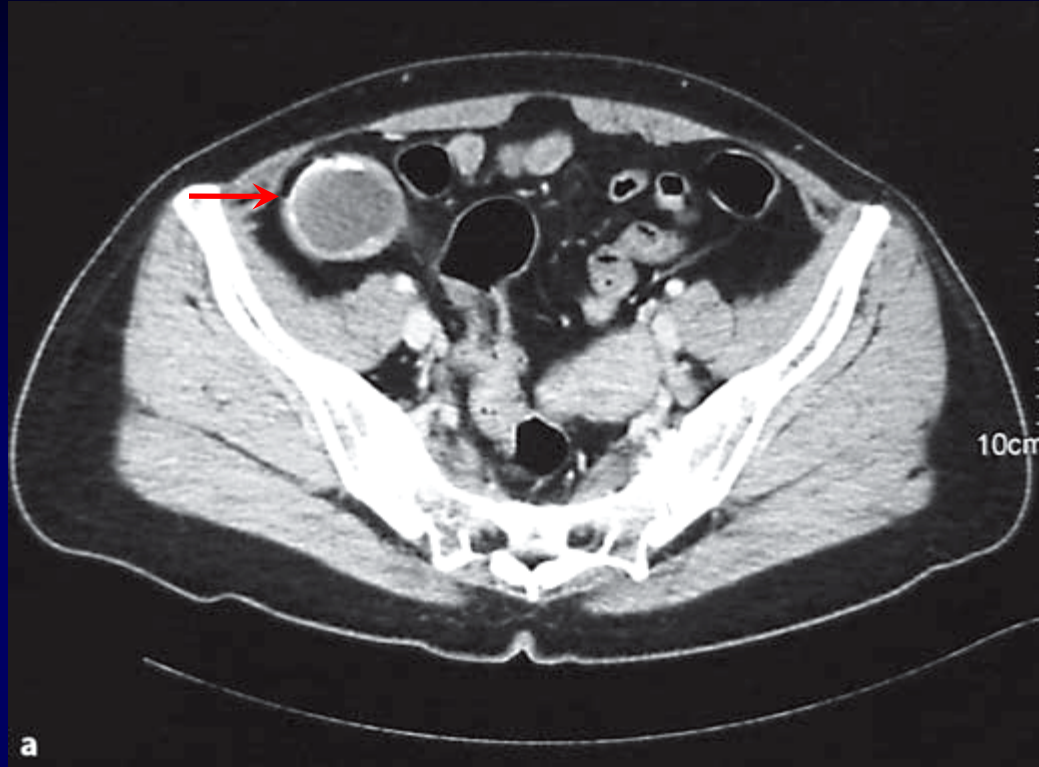
Imagine intraoperatorie: invaginație apendico-apendiculară



Descoperire intraoperatorie: mucocele apendicular cu invaginație parțială în cec

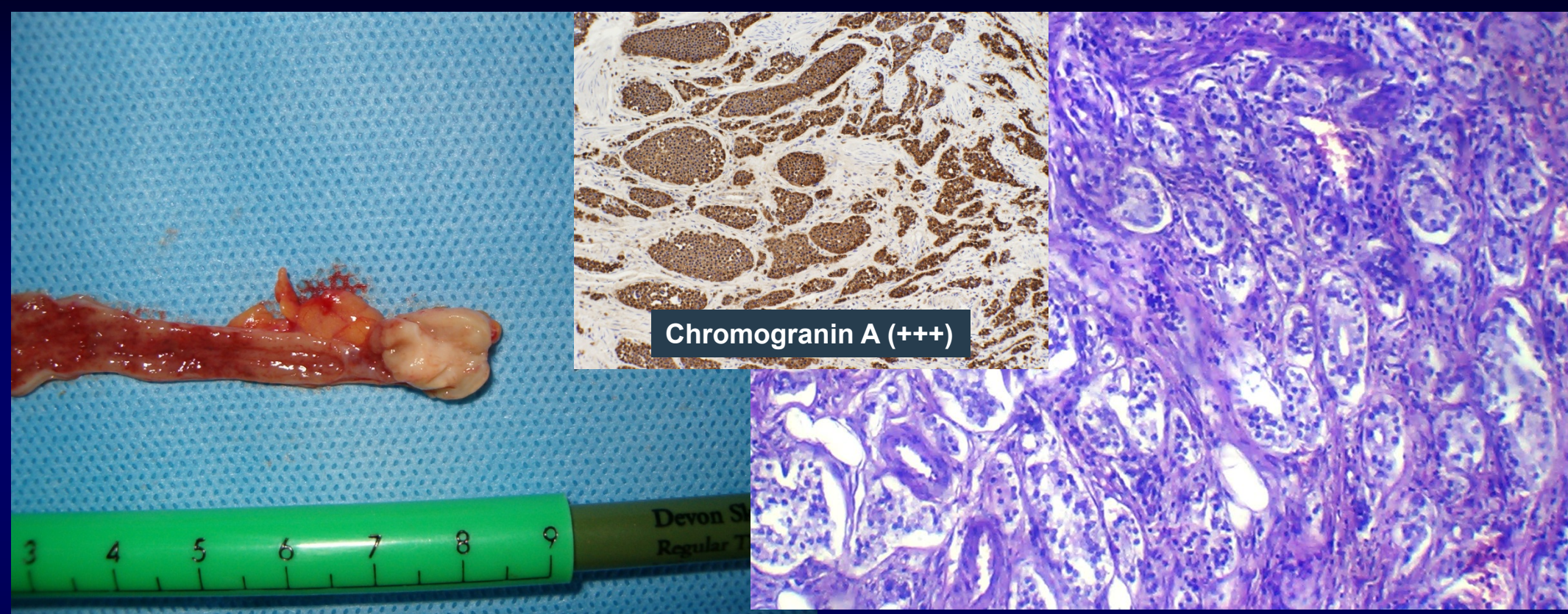
- Tipuri:
- I – apendicele invaginează în lumenul proximal
 - II – apendicele distal invaginează în lumenul proximal
 - III – apendicele proximal invaginează în lumenul distal
 - IV – invaginație completă a apendicelui în cec

Patologii rare: Invaginația apendiceală



CT: masă chistică de 4cm în diametru, hipodensă, incapsulată, cu pereți calcificați, comunicând cu cecul

Patologii rare: Tumorile carcinoide (neuroendocrine) ale apendicelui



Tumorile carcinoide ale apendicelui sunt depistate în 0.3-0.9% dintre apendicectomii

□ < 1 cm, partea distală – apendicectomie

□ >2 cm, partea proximală, (↑ metastaze) – hemicolectomie dreaptă

Complicații evolutive

- **plastron apendicular**
- **peritonită (locală, difuză, totală)**
- **abces periapendicular**
- **pileflebita**

Plastronul apendicular

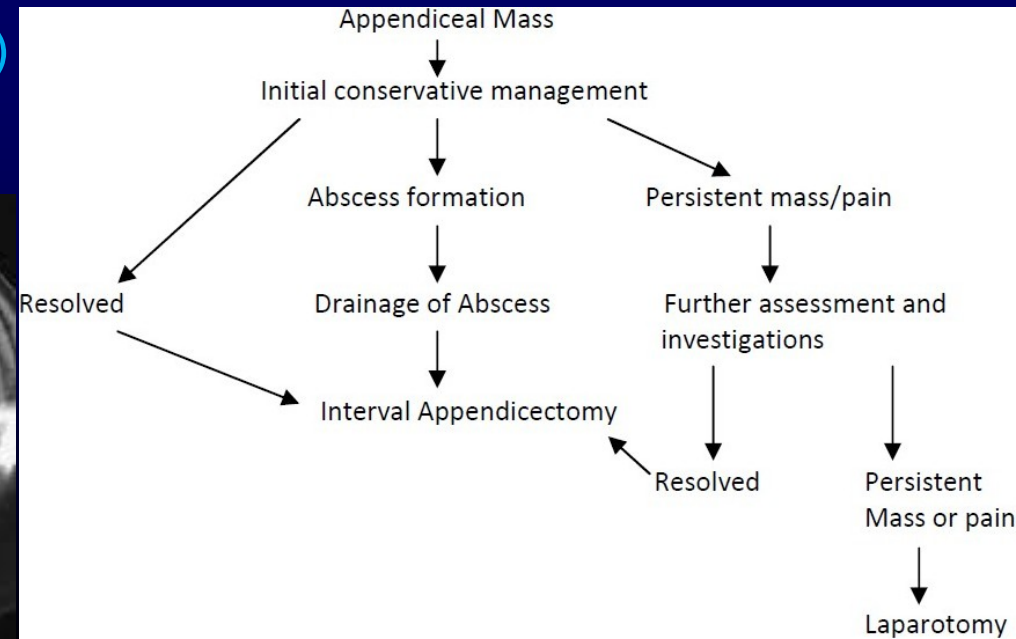
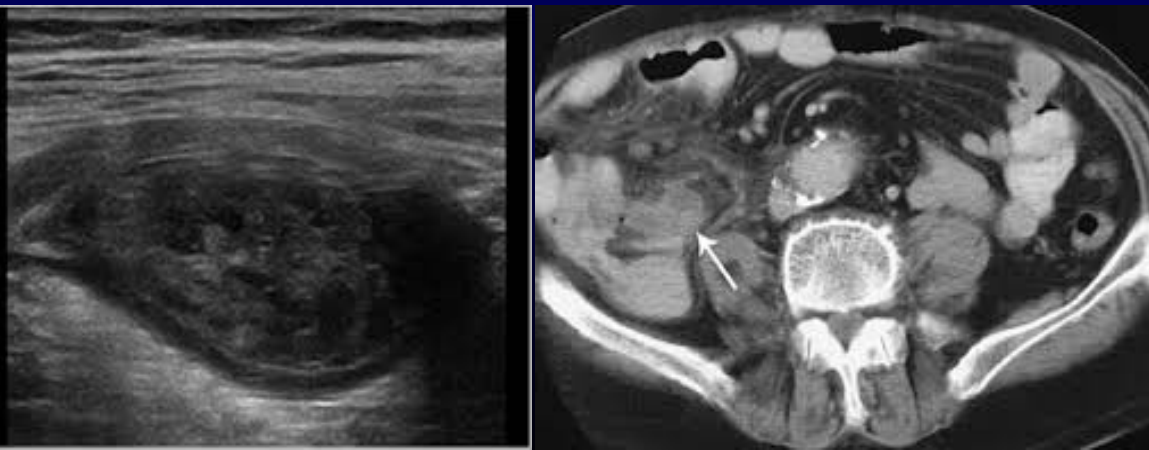
În AA netratată procesul inflamator este limitat de organele adiacente (oment, ileon, peritoneu, anexele pe dreapta) care aderă în jurul apendicelui inflammat. Acest proces este denumit “*PLASTRON APENDICULAR*” sau “*INFILTRAT*”.

Plastronul apendicular se instituie la 3-5 zile de la debutul bolii.

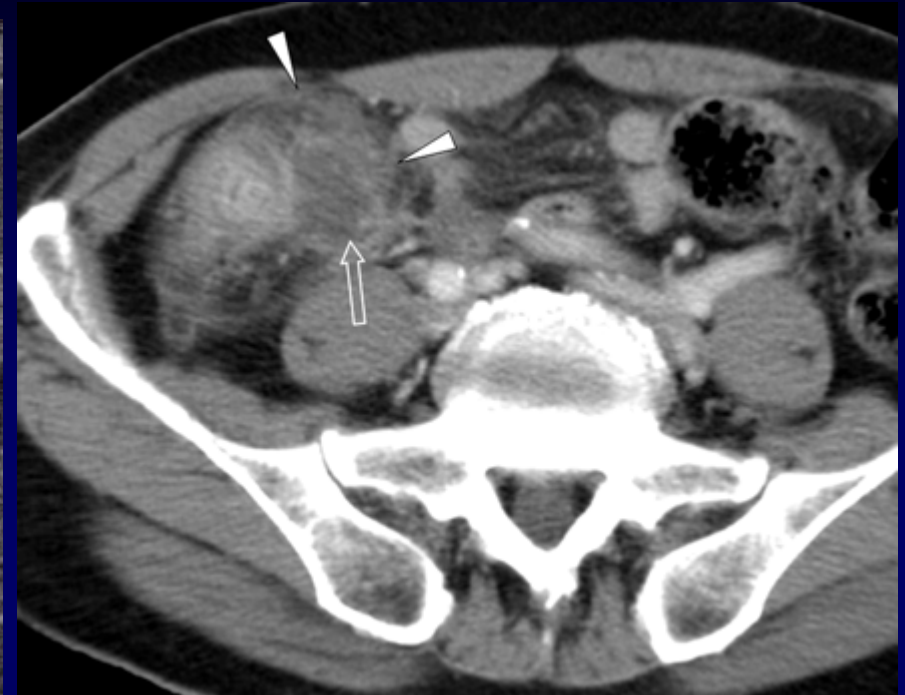
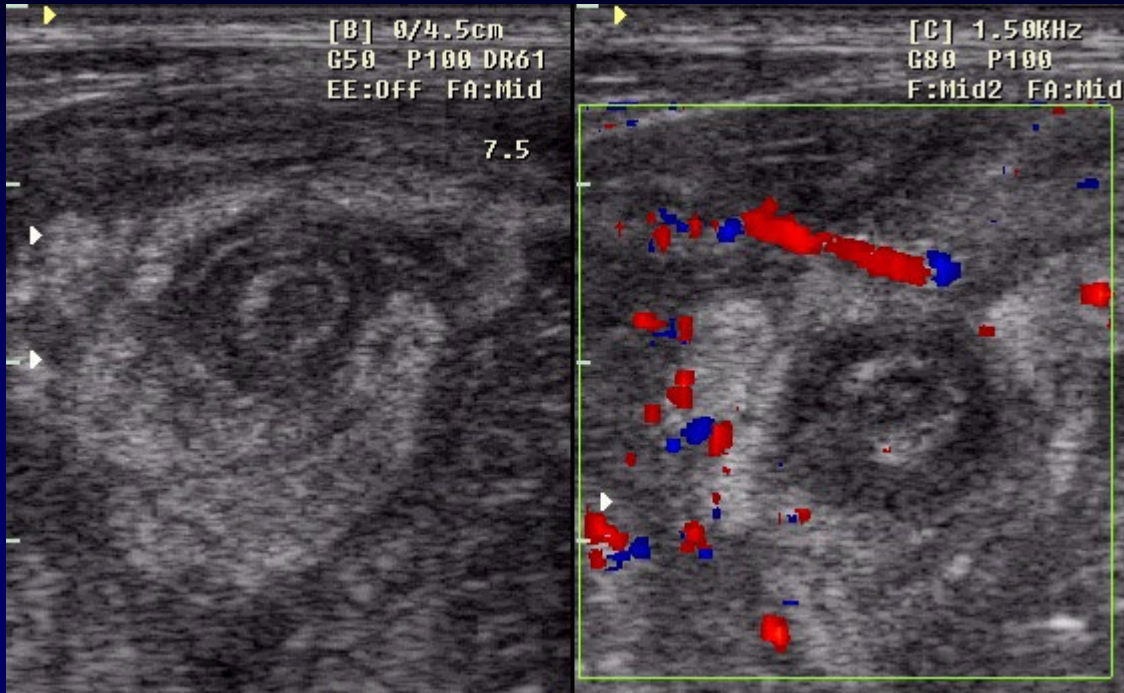
Prezentare: dureri surde în cvadrantul abdominal inferior drept, subfebrilitate - 38°C

Se deosebesc **3 faze** evolutive:

- **faza infiltrativă** (tratament exclusiv conservativ)
- **faza de abcedare** (debridare – abord Pirogov)
- **faza de fistulizare** (laparotomie)



Abces periapendicular



CT: abces periapendicular

- intensificarea durerii (pulsatilă)
- febră hectică
- frisoane
- hiperleucocitoză
- local: semnul Blumberg pozitiv



Tratament chirurgical – drenarea abcesului
abord Pirogov (extraperitoneal)

Pileflebita (tromboflebita septică a v.porta)

Drenajul venos din regiunea ileocecală se înfăptuiește direct în sistemul portal.

Microorganismele care cel mai frecvent sunt cultivate în sânge sunt *bacteroides* (*Bacteroides fragilis*) și *E. coli*.

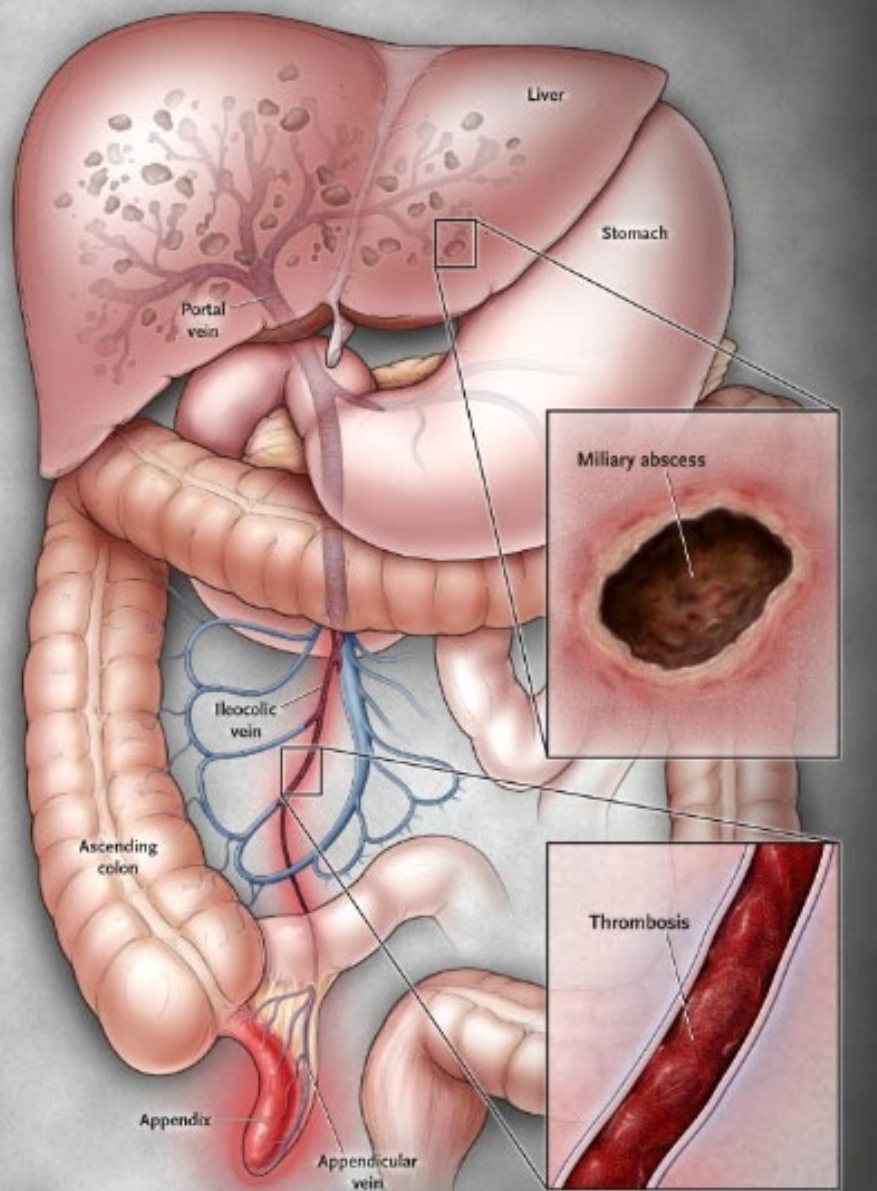
Această entitate constituie 0.4% dintre pacienții cu AA până în 1950, dar devine foarte rară datorită avantajelor terapiei antibacteriene și tratamentului chirurgical.

Pileflebita este considerată o condiție severă!

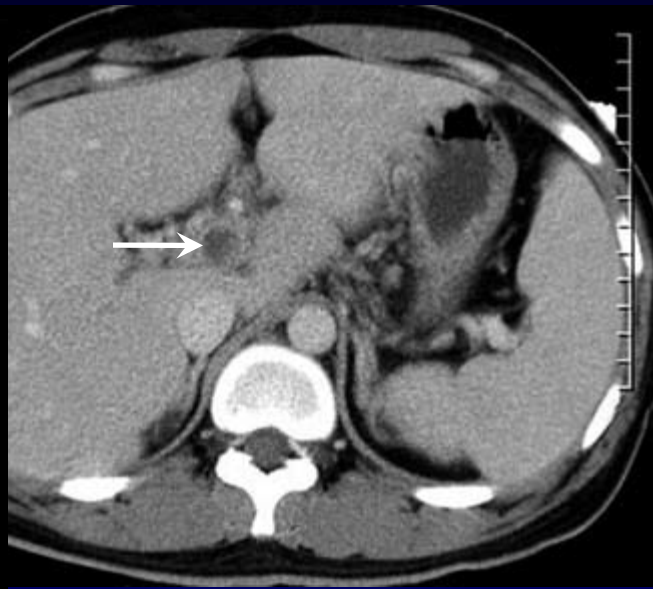
Rata mortalității raportată referitor pileflebitei este 30-50%, datorită omiterii diagnosticului din cauza semnelor clinice atipice și gradului jos de suspiciune.

Diagnostic:

- Dureri, febră, icter, stare septică
- Examen ultrasonor cu Doppler color
- CT



Pileflebita (tromboflebita septică a v.porta)



CT: 1) ocluzie totală a v.porta cu tromb (săgeată) cu extindere pe v.mezenterica superior; 2) bule de aer sau trombi în sistemul portal venos; 3) abces hepatic

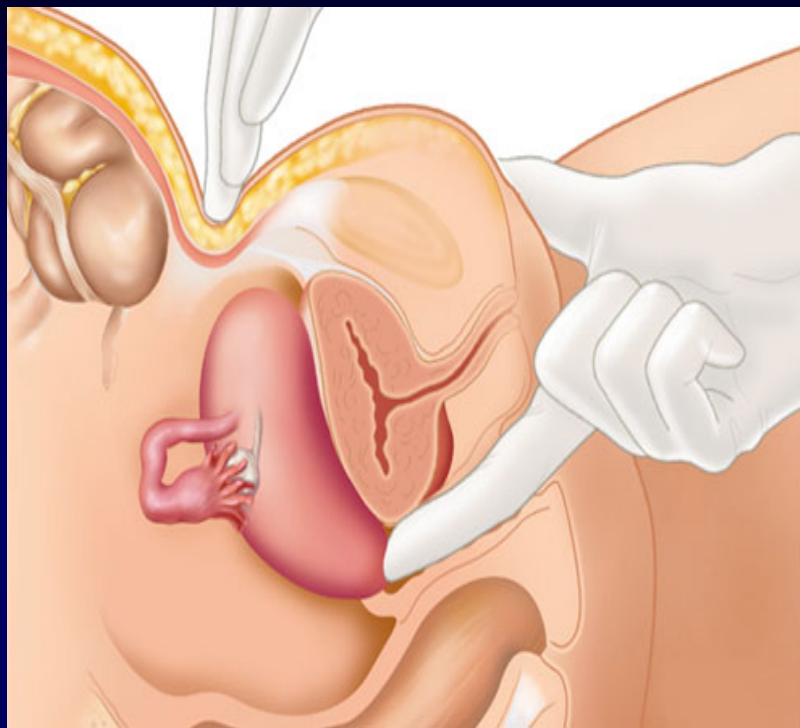
Principiile tratamentului pileflebitei:

- Eradicarea sursei de infecție și toxicității microorganismelor prin antibioticoterapie țintită – antibiotice sistemice, generația IV (4 spt.), în abces hepatic (cel puțin 6 spt.)
- Detoxicare
- Reologice
- Terapie cu anticoagulante

Complicații postoperatorii

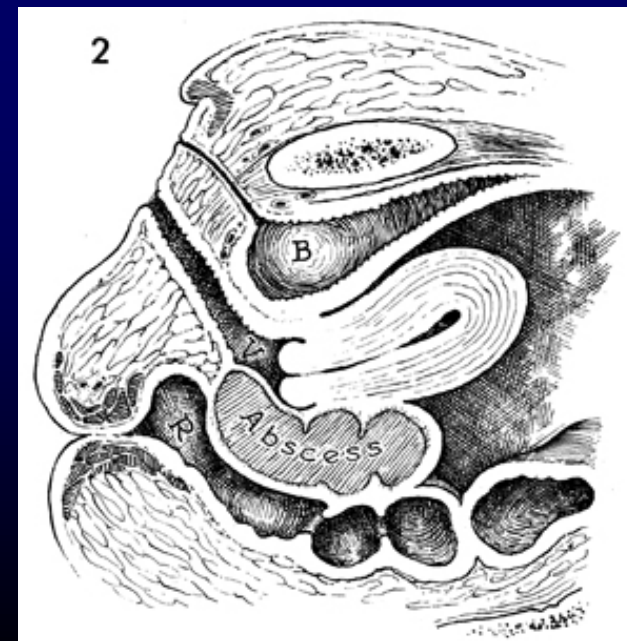
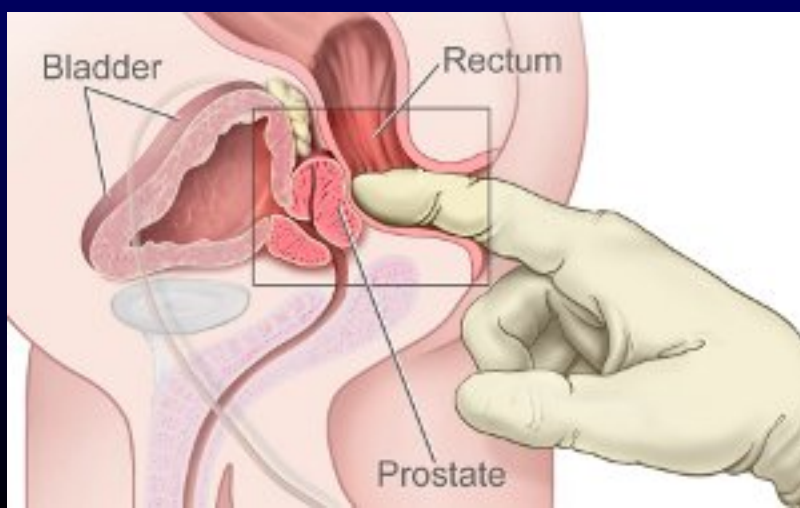
- hemoragie din mezoapendix (a.apendiculară)
- fistulă stercorală
- abcese intraabdominale (de sac Douglas, paraapendicular, subfrenic, subhepatic, mezoceliac)
- peritonită
- hematom în plagă
- supurarea plăgii
- hernie incizională postapendicectomie
- **Mortalitatea în apendicita acută este 0.1-0.3%**

Abcesul de sac Douglas



Abcesul de sac Douglas este o colecție de puroi în bazin sau în abdomenul inferior. Abcesul, de obicei, apare la **2-3 săptămâni** după operația primară.

La bărbați abcesul se localizează între vezica urinară și rect, la femei – între uter și fornixul vaginal posterior și rect.



Abcesul de sac Douglas

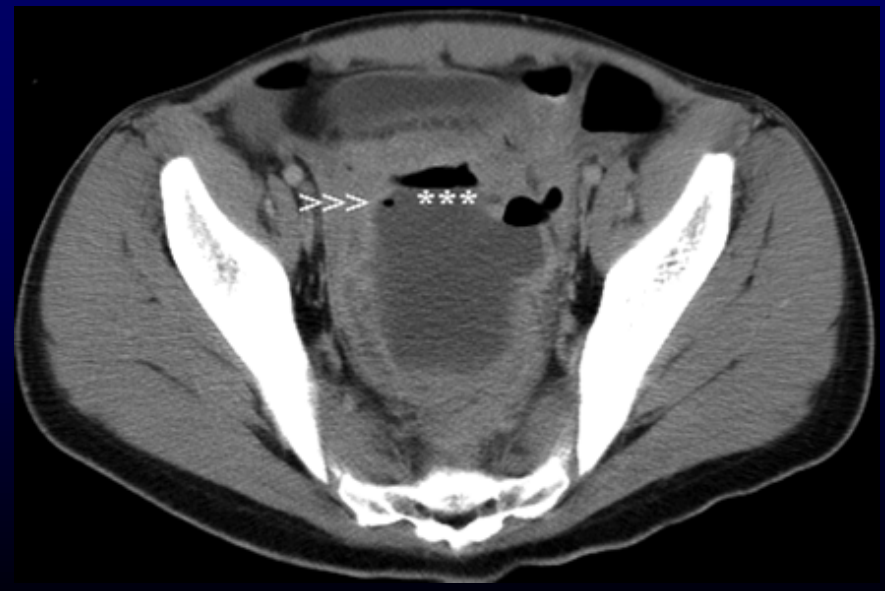
Semne generale: febră, inapetență, anorexie, greață, vome.

Semne locale: durere în perineu, sensibilitate profundă în ambele cvadrante inferioare, diaree, tenesme, eliminări mucoase rectale, micții frecvente, dizurie.

Tușeul rectal/vaginal: bombarea dureroasă a peritoneului – „țipătul Douglasului”

Leucocitoză

X-Ray, USG, CT, RMN sunt eficace în identificarea originii abcesului

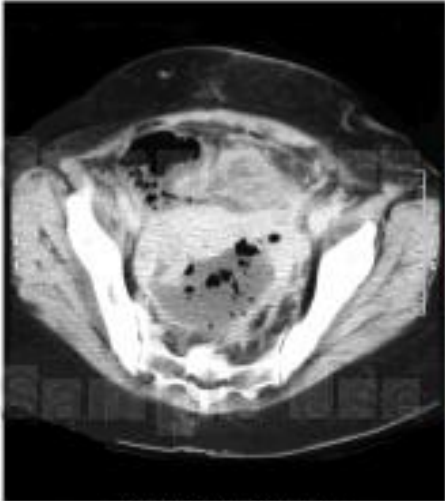


Abcesul de sac Douglas

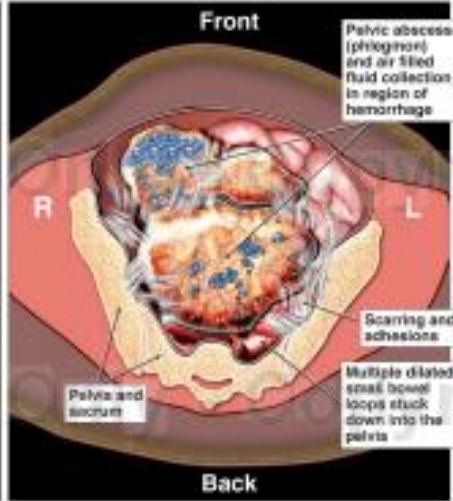
CT Guided Percutaneous Drainage of Pelvic Abscess

CT scan

CT scan interpretation

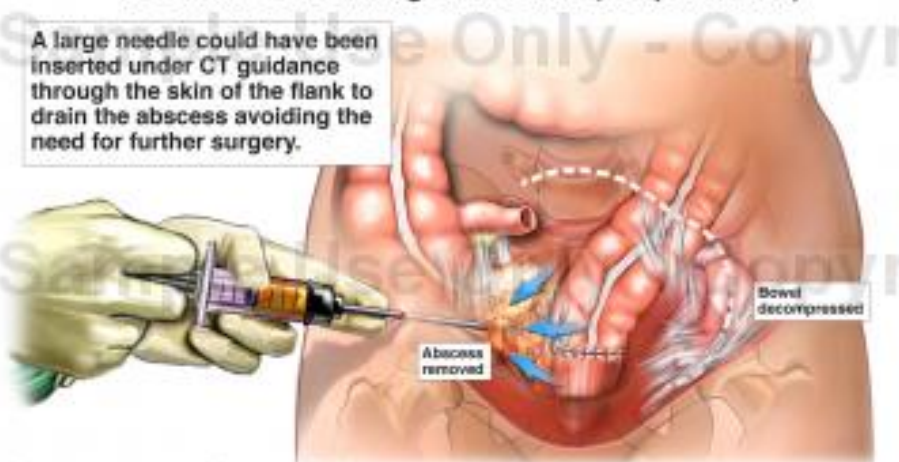


Cut-section view through pelvis



Percutaneous Drainage Procedure (not performed)

A large needle could have been inserted under CT guidance through the skin of the flank to drain the abscess avoiding the need for further surgery.

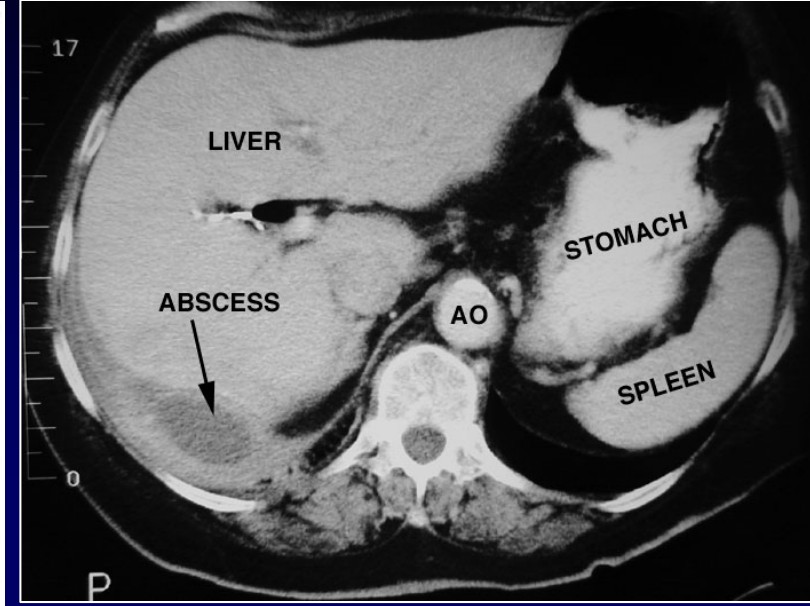
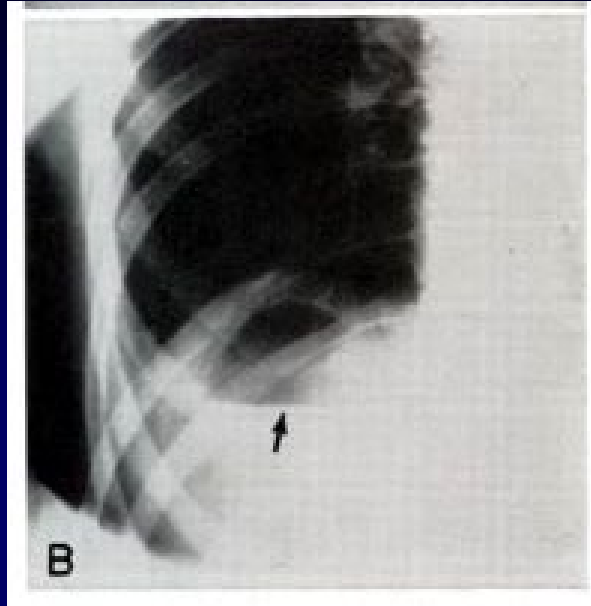
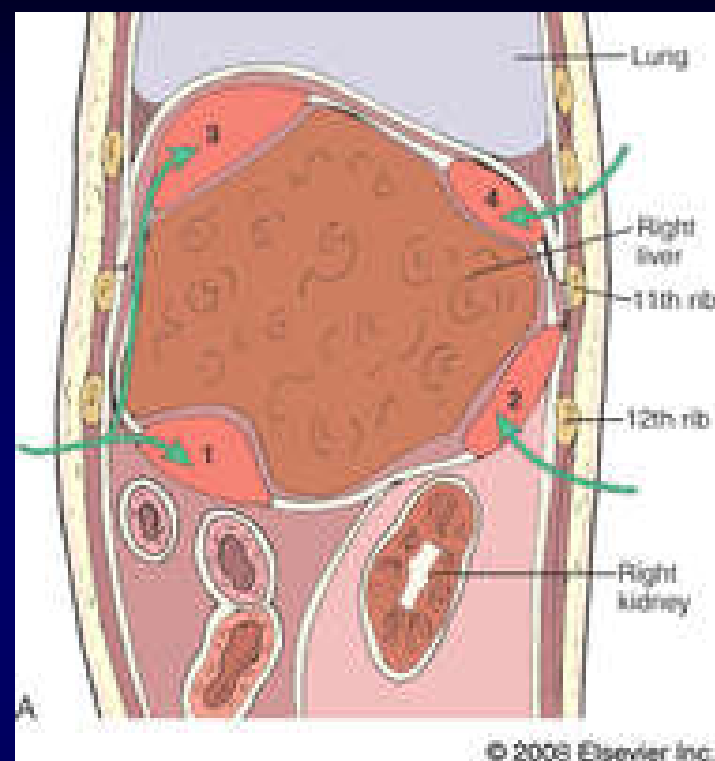


Abcesul trebuie drenat **transrectal** la bărbați și la femei

- ❑ Atitudine tradițională
- ❑ Drenare echoghidată
- ❑ Drenare percutană sub controlul CT sau USG



Abces subfrenic



Abcesul subfrenic este o acumulare de puroi localizată în cavitatea abdominală sub diafragmă

Tratamentul chirurgical al abcesului subfrenic include drenajul prin puncție (drenajul percutan), sau unul din 4 căi chirurgicale deschise diferite (transpleural, extrapleural, extraperitoneal, transperitoneal - Kocher)

Apendicita cronică (ACr)

ACr - ansamblul de leziuni micro- și macroscopice, rezultate în urma unui proces inflamator apendicular.

Se deosebesc:

- ACr reziduală (după reabsorbția plastronului apendicular)
- ACr recidivantă (accese repetate de AA)

Morfopatologic: domină atrofia, care atinge toate straturile apendicelui, inclusiv foliculii limfoizi și care conduce în cele din urmă la scleroza organului.

Macroscopic se disting 2 forme: a) sclero-atrofică; b) sclero-hipertrofică

În fosa iliacă dreaptă sunt aderențe între organele adiacente și apendice

Clinic: dureri intermitente în fosa iliacă dreaptă (colici), cu iradiere în epigastru la palparea profundă a cecului (Kocher-inversat)

Iradiere - regiunea ombilicală, iar la femei pe fața internă a coapsei

Alte semne: grețuri, uneori vome, tulburări de tranzit intestinal: constipație la adulți, diaree la copii

Apendicita cronică (ACr)

Diagnosticul în rezultatul:

Examenului clinic

Investigațiilor paraclinice:

USG (abdomen, rinichi, bazinul mic)

Examen al colonului (FCS, irigoscopia)

FEGDS

Cons.urologului

Cons.ginecologului

Diagnostic diferențial:

nefrolitiaza, mezadenita, pielonefrita, boala Crohn, diverticulul Meckel, colecistita calculoasă și acalculoasă, ulcerul cronic gastroduodenal, anexita, sindromul ovarelor sclerochistice

Tratament: Apendicectomie programată

?

