

Catedra Chirurgie Nr.1 “N. Anestiade “

USMF “N. Testemitanu “

Academician AȘ RM Gh. Ghidirim

Conferențiar R. Scerbina

Rezident D. Gutu

Apendicita acută și cronică

2019

Definitia

- Este o inflamație (acută sau cronică) a apendicelui vermicular.

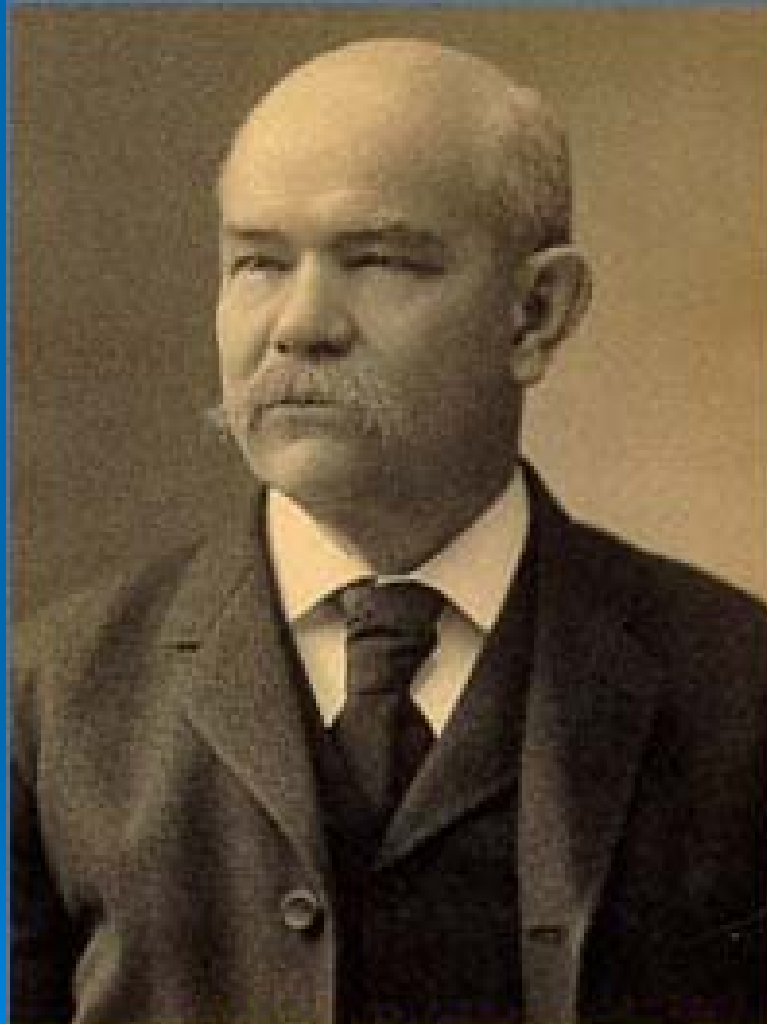
Istoric

- Acesta din urmă, ca entitate anatomică, apare deabea în secolul XVI în lucrările lui Berengario de Carpi din Bologna, fiind scos în imagine pentru prima dată de către Leonardo da Vinci. În secolul XVIII Morgagni desăvârșește descrierea anatomică a “apendicelui cecal” împreună cu valvula ileocecală

- ***Pretendenți la prima apendicectomie: Meslivier (1757), Parker (1843), Haucock (1848) – a descris un abces apendicular; Tait (1880) primul a înlăturat apendicele inflammat prin incizie abdominală, Groves în Canada (1883), Symonds (1883), Kronlein (1884), Hall (1886), Morton (1887), Treves (1887). Și totuși este recunoscut prioritatea lui Claudius Amyand sergent chirurg la regele Gheorghe II în Anglia în 1735 (cercetările lui Deaver) care a înlăturat apendicele în cadrul unei herniotomii cu plasarea apendicelui în sacul herniar – Henia Amyand. Prima apendicectomie în SUA de R.J Hall în New York (1886)***

- Ocupă primul loc între urgențele abdominale, afectând unul din 400-500 (V.S.Saveliev,2004), 500-600 (P.Simici, 1986, N.Angelescu, 2001), în Republica Moldova – 220: 100 000 cu o micșorare de la 320: 100 000 populație cu o scădere a letalității în perioada 1991-2003 de la 0,13 la 0,06%.

Autorul termenului de “apendicita”

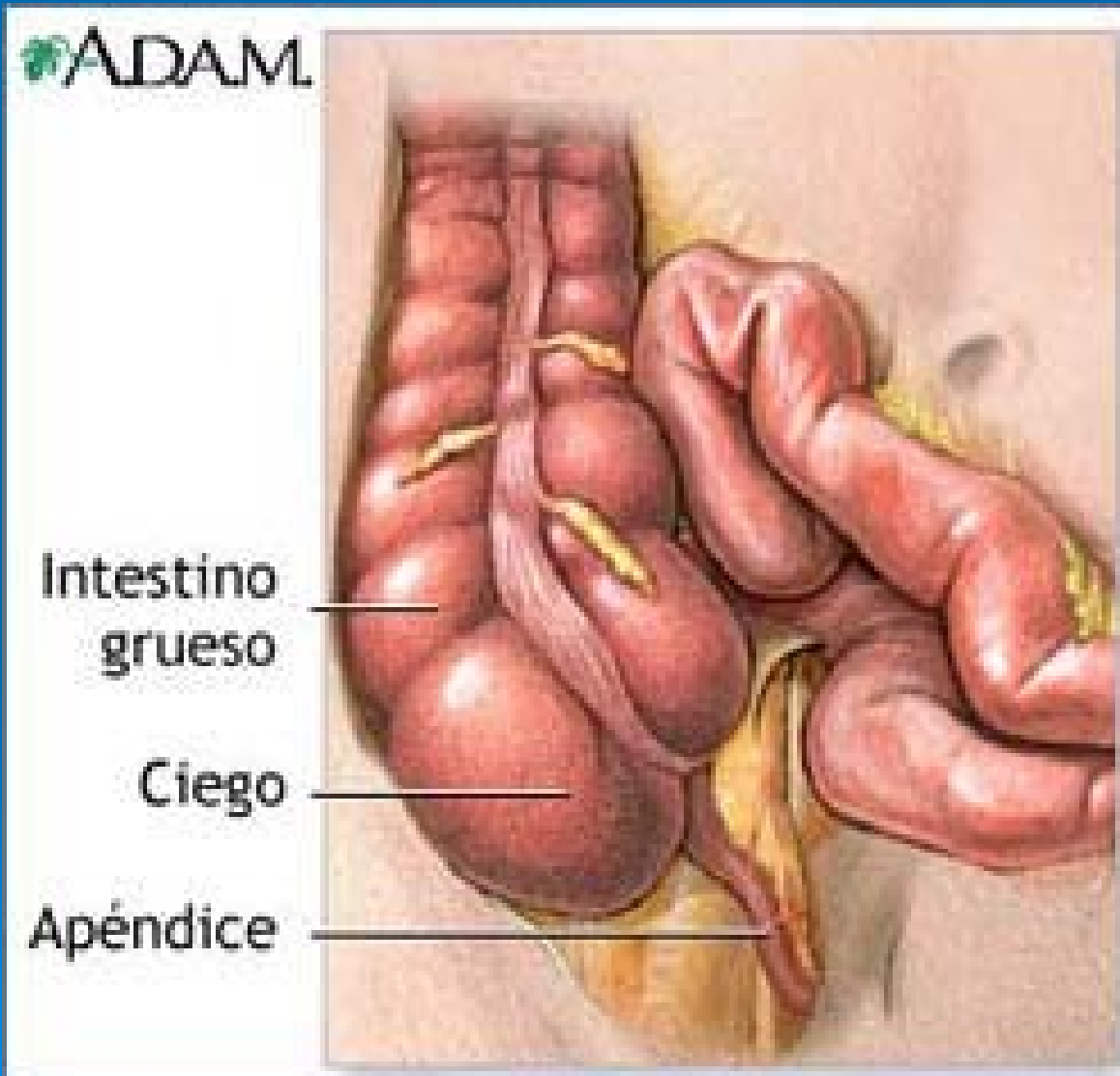


Reginald Heber FITZ (1843-1913)

ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE

- Apendicele vermicular face parte din compartimentul segmentului ileocecal care, pe lângă acesta, mai include porțiunea terminală a ileonului, cecul și valvula ileocecală (Bauhin).
- Este constituit din aceleași straturi ca și intestinul și dispune de: mucoasă, submucoasă, musculoasă (straturile longitudinal și circular) și seroasă. În submucoasă se întâlnesc în abundență aglomerări limfoide (foliculi și vase limfatice), fapt pentru care a fost supranumit “amigdala abdominală”.
- Situat intraperitoneal posedă un mezou propriu în care se găsește țesut celulo-adipos, vase și nervi. Artera apendiculară este ramură a a. ileocolică; sângele venos refluează prin intermediul venelor apendiculare, ileocolică și mezenterică superioară în trunchiul v. porte. Inervația este asigurată de către plexul mezenteric superior și cel celiac (inervație simpatică) precum și de filetele nervoase vagale (inervație parasimpatică).

Anatomia apendicelui vermicular



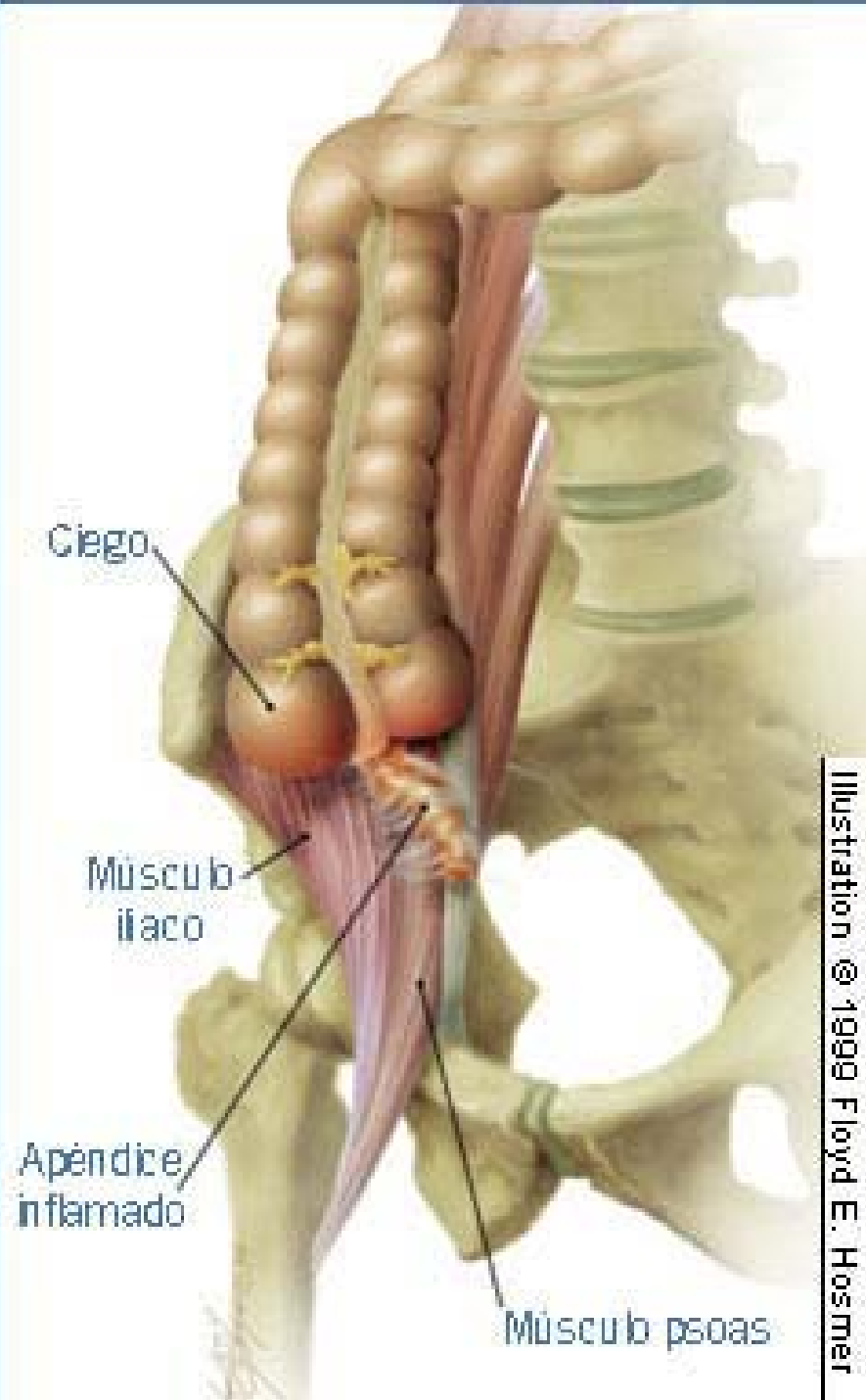
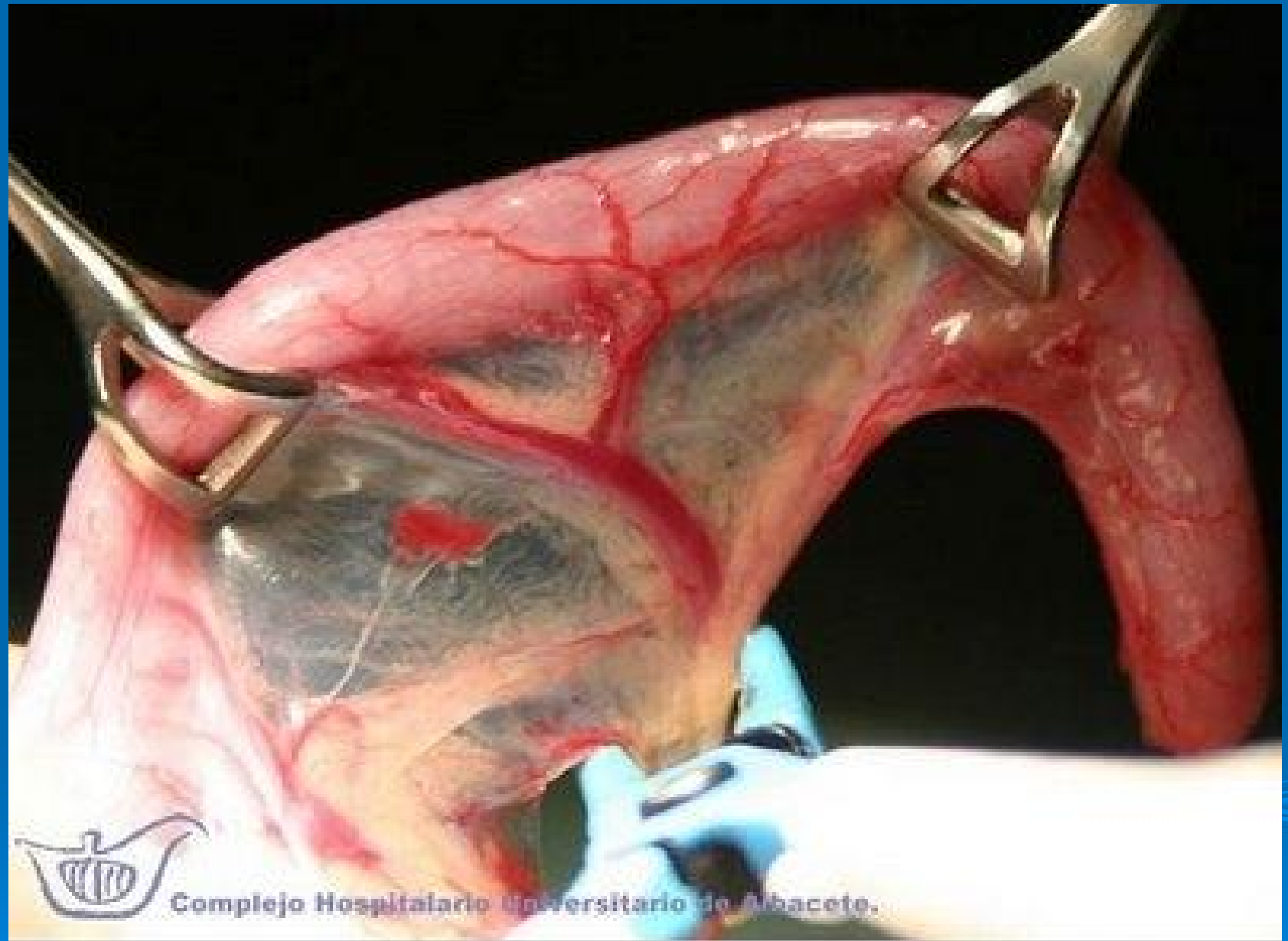


Illustration © 1999 Floyd E. Hosmer

ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE

- Apendicele vermicular se desprinde din peretele dorso-median al cecului, pe locul de joncțiune a celor 3 bandelete de mușchi longitudinali, având forma unui cilindru cu lungimea de 6-12 cm. Lumenul apendicelui are un diametru de 6-8 mm și comunică în mod normal cu cavitatea cecului în care se drenează întreaga cantitate de mucus secretat de numeroasele glande care alcătuiesc peretele mucoasei apendiculare, cât și conținutul întâmplător de materii fecale pătrunse în lumenul apendicelui în timpul undelor antiperistaltice ale cecului.



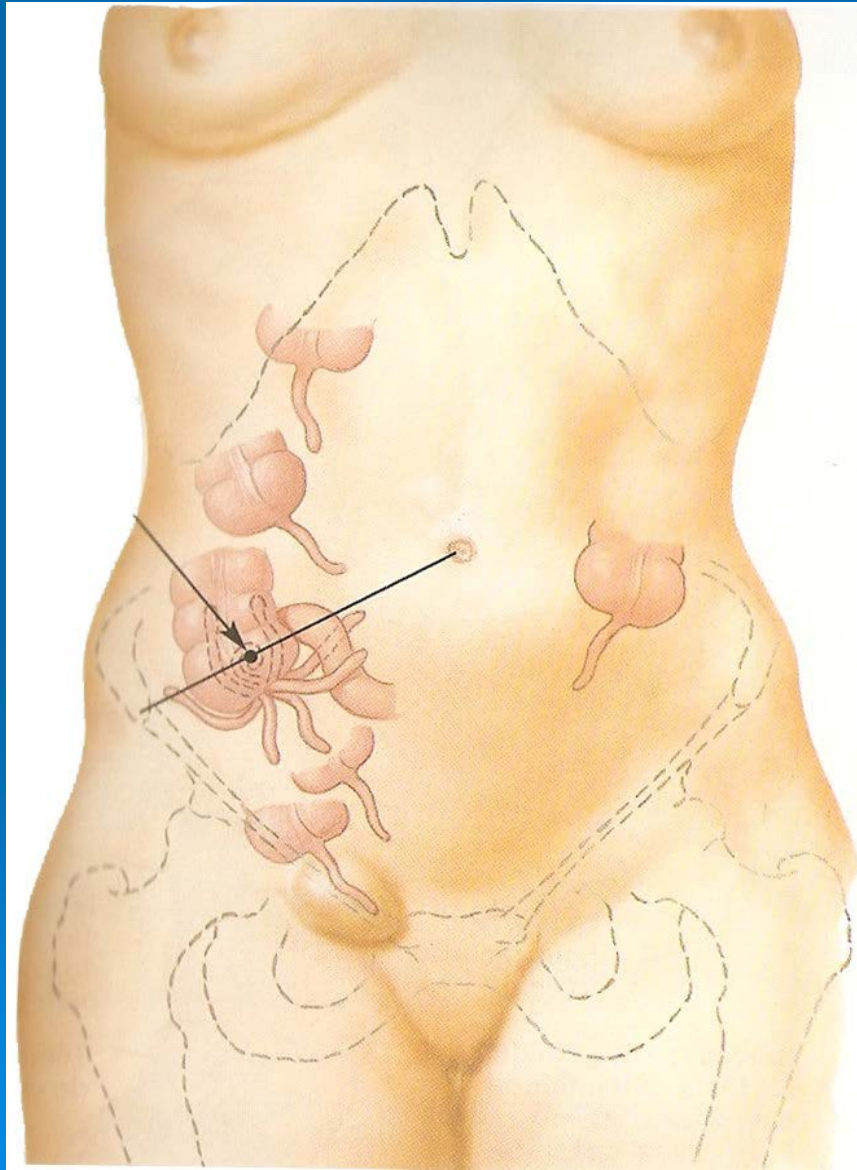
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

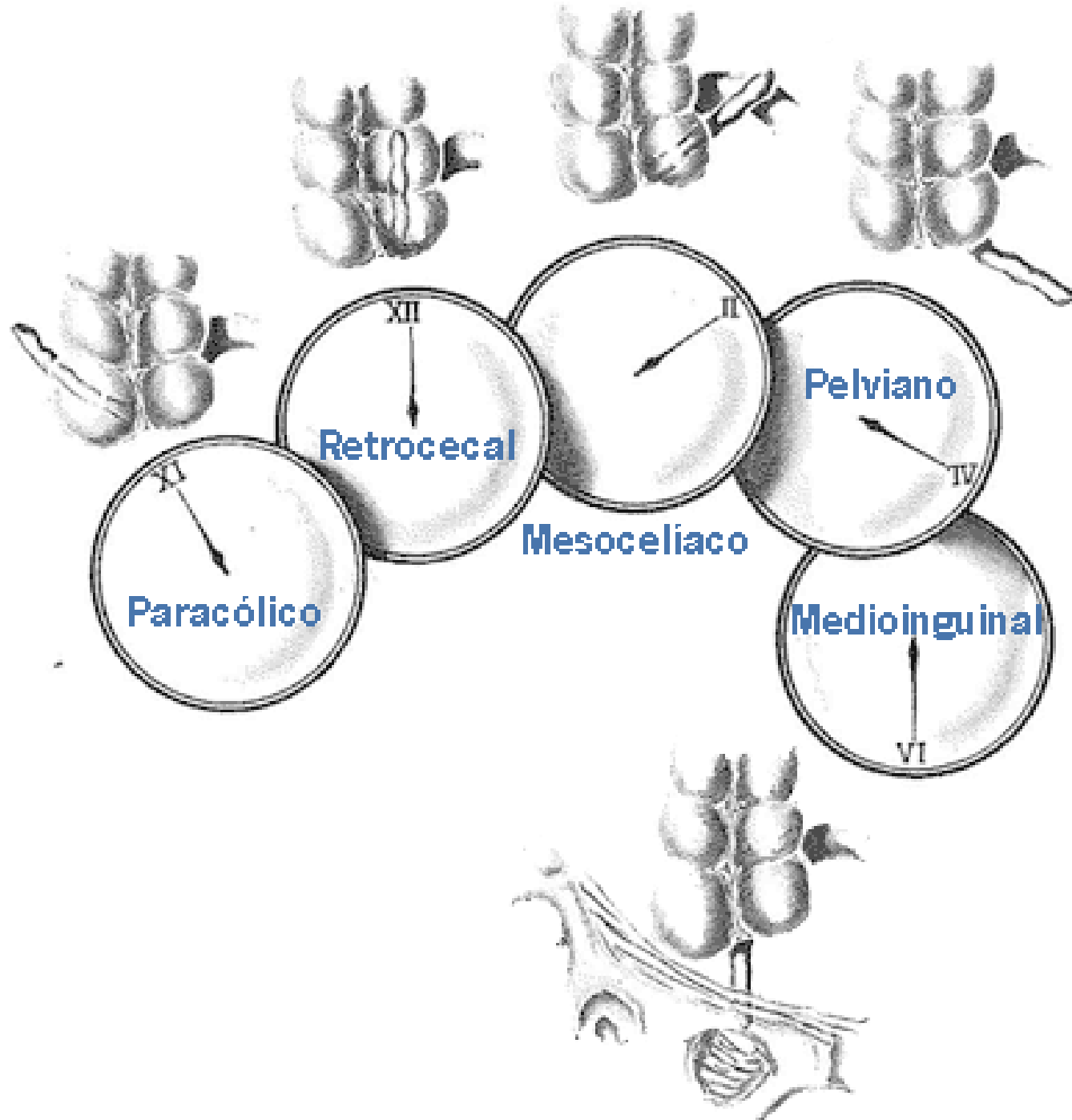
La función del apéndice esta relacionada con la enorme cantidad de bacterias que habitan en el sistema digestivo de los seres humanos, de acuerdo con el estudio divulgado por el Journal of Theoretical Biology. El organismo contiene más bacterias que células humanas. La mayoría ayudan a digerir los alimentos.

Pozitiile anatomice

- Situat în fosa iliacă dreaptă poate avea diverse poziții după cum urmează:
- 1. Descendentă – 40-50%, dintre care în 15 la sută cazuri poate fi localizat în bazin (poziție pelviană);
- Laterală – 25 %;
- Medială – 17-20 %;
- Ascendentă – 13 %;
- Retrocecală – 2-5 %.

Pozitiile apendicelui





Funcțiile apendicelui

- Privit până nu demult ca organ rudimentar, apendicele vermicular, de fapt, exercită mai multe funcții: de protecție (grație elementelor limfoide); secretorie (produce amilază și lipază); hormonală (produce hormonul care contribuie la funcția aparatului sfincterian al intestinei și la peristaltism). Deaceea, astăzi nimeni și nicăieri nu mai susține așa numita “apendicectomie profilactică” popularizată de Ledebard încă după 1900.

APENDICITA ACUTĂ

➤ APENDICITA ACUTĂ

- Ocupă primul loc între urgențele abdominale, afectând unul din 200-250 (M.Cuzin,1994), cu o incidență medie de 4-5% (B.Savciuc,1988). Ocupă primul loc între urgențele abdominale, afectând unul din 400-500 (V.S.Saveliev,2004), 500-600 (P.Simici, 1986, N.Angelescu, 2001), în Republica Moldova – 220: 100 000 cu o micșorare de la 320: 100 000 populație cu o scădere a letalității în perioada 1991-2003 de la 0,13 la 0,06%.
- Procesul inflamator apendicular poate surveni la orice vârstă, dar prezintă o frecvență maximă între 10- 40 de ani, perioada ce corespunde pe de o parte cu dezvoltarea sistemului folicular apendicular și pe de altă, cu incidența mai mare a bolilor infecțioase, este foarte rar întâlnită până la 3 și după 80 ani, femeile se îmbolnăvesc de 2-3 ori mai frecvent decât bărbații (M.Cuzin,1994).
- Conform datelor lui N.Angelescu raportul bărbați / femei este de 1:1 înainte de pubertate, 2:1 la pubertate și 1:1 la adulți.
- Pentru prima dată afecțiunile apendicelui au fost descrise de către Saraceus în 1642, însă termenul “apendicită” a fost introdus de către Fitz în 1886, care a descris și tabloul clinic al acestei afecțiuni.

ETIOPATOGENIE

- Apendicita acută este un proces inflamator nespecific. Conform datelor contemporane ea este o boală polietologică. La apariția procesului inflamator în apendice contribuie diverși factori:
- factorul microbial care pătrunde: 1) pe cale enterogenă (colibacilul de unul singur sau în asociere cu streptococul, stafilococul, pneumococul, dintre germenii aerobi și bacilul funduliformis dintre cei anaerobi; acesta din urmă este prezent în special în forma gangrenoasă a apendicitei acute) sau 2) hematogenă (în decursul unor boli ca: amigdalitele, faringitele, gripa, reumatismul), citomegalovirusul este citat în etiologie la bolnavii cu SIDA;

ETIOPATOGENIE

- factorul mecanic – în urma diferitor obstacole (coproliți, sâmburi de fructe, helminți, calculi biliari, bride, poziție vicioasă, mai ales retrocecală) apare obstrucția parțială sau totală a lumenului apendicelui cu formarea “cavității închise”, ceea ce împiedică golirea lui și provoacă stază endoapendiculară și edemul parietal;
- factorul chimic – pătrunderea sucului intestinului subțire în rezultatul antiperistaltismului cecului duce la alterarea mucoasei apendicelui;
- factorul neurogen – tulburările neuroreflexe corticale pot produce modificări neurotrofice în apendice.
- În conformitate cu cele expuse, la vremea sa au fost elaborate diverse teorii, ca: infecțioasă
- (Aschoff, 1908), mecanică (Dieulafoy), chimică, cortico-viscerală (N.N. Elanski, 1955) etc.



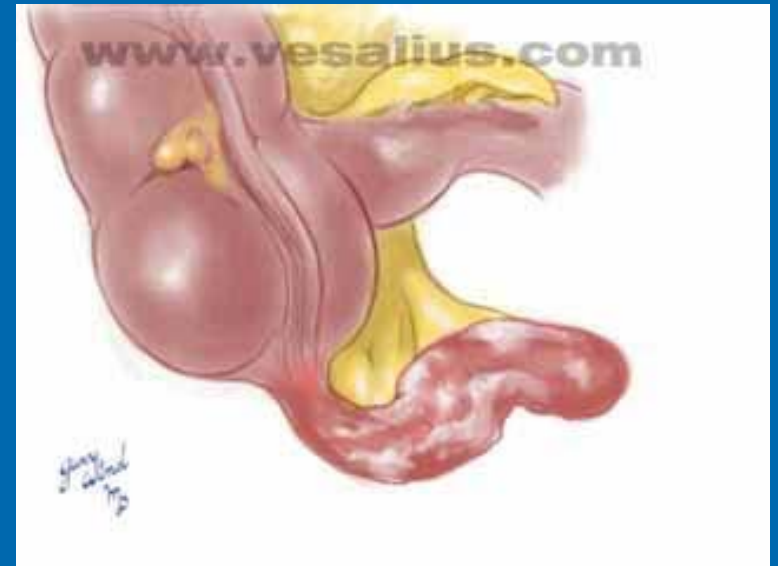
FIZIOPATOLOGIE

- Actualmente se consideră că procesul patologic începe după spasmul îndelungat al mușchilor netezi și a vaselor arteriale a apendicelui; contractarea musculară duce la stază în apendice, spasmul arterial la ischemia mucoasei și ca consecință se dezvoltă complexul pri-mar Aschoff. Concomitent, staza endoapendiculară exaltează virulenta microbiană care în prezența complexului primar invadează peretele apendicular.
- Există un acord unanim a considera factorul infecțios și cel obstructiv drept elemente determinante al procesului inflamator apendicular.
- Din punct de vedere patomorfologic constatăm o infiltrație leucocitară masivă cu început în mucoasa și submucoasa apendicelui cu antrenarea ulterioară în proces a tuturor straturilor lui.

CLASIFICARE

Printre multiplele clasificări propuse de diferiți chirurghi la diverse etape vom menționa pe cea susținută cu mici modificări de către D.Burlui, E.Proca, P.Simici, V.I.Colesov, I.M.Panțirev, M.I.Cuzin și alții ca cea mai aproape de cerințele chirurgiei practice.

- În dependentă de gradul de dezvoltare a procesului inflamator deosebim :
- apendicită catarală (congestie simplă), când inflamația cuprinde mucoasa și submucoasa apendicelui (apendicele și mezoul său sunt congestionate, tumefiate, cu edem și hipervascularizație a seroasei);
- apendicita flegmonoasă (congestie supurată) - inflamația cuprinde toate straturile organului (apendicele este mărit de volum, turgescent și friabil; mezoul este foarte infiltrat și friabil; seroasa este acoperită de false membrane de fibrină;



- apendicita gangrenoasă - rezultatul grefării infecției anaerobe pe fondul trombozei vaselor mezoapendiculare (apendicele este tumefiat cu abcese și zone de necroză a peretelui);
- apendicita perforativă - când conținutul apendicelui se revarsă în cavitatea peritoneală prin defectele peretelui.
- Unii chirurghi mai deosebesc apendicită slab pronunțată sau colică apendiculară (V.I.Colesov, 1972) și empiem apendicular (I.M.Panțirev, 1988).

TABLOUL CLINIC

- Este foarte variabil în dependență de poziția anatomică, reacitivitatea și vârsta bolnavului, etc. Pentru această diversitate clinică I.Grecov a numit-o “boală-cameleon”, iar I.I.Djanelidze - boala perfidă, cu mai multe fețe. Faptul acesta este cauza principală a multiplexelor erori diagnostice; de aceea postulatul “nu există boală ci bolnavi” mai mult ca pentru orice afecțiune se potrivește pentru apendicita acută.
- Cel mai frecvent și constant semn al apendicitei acute este durerea. Ea apare spontan, brusc, uneori este precedată de un discomfort ușor.

TABLOUL CLINIC

- De la bun început durerea poate fi localizată în epigastru și e suportabilă. Peste 4-6 ore ea se deplasează în fosa iliacă dreaptă și crește în intensitate. Acesta este simptomul Koher. El se întâlnește peste 35% cazuri. În alte situații durerea se concentrează de la bun început în fosa iliacă dreaptă, în regiunea ombilicului (mai ales la copii) sau cuprinde tot abdomenul. Violența durerii impune adesea bolnavul să se culce și să ia o poziție antalgică, de obicei culcat și cu coapsa dreaptă flectată pe bazin. Însă o poziție specifică pentru bolnavul cu apendicită nu este caracteristică, precum nu este caracteristică nici iradierea durerii.

TABLOUL CLINIC

- Peste o oră - o oră și jumătate apare voma însoțită de grețuri. Ea poartă un caracter reflector (iritația nervului splanhnic) și nu este repetată, sau poate lipsi de tot. Voma repetată mai mult este caracteristică pentru o apendicită distructivă, asociată cu o peritonită difuză. Concomitent constatăm dereglări de tranzit intestinal: oprirea gazelor, constipație, balonare a abdomenului, mai rar diaree (în poziția medială a apendicelui și la copii) poate avea loc și un scaun normal.

TABLOUL CLINIC

- Temperatura corpului în debut este subfebrilă (37,2-37,50C), dar pe măsură ce progresează modificările patomorfologice ea crește până la 38°C și mai mult. Pulsul este puțin modificat și-i în corespundere cu temperatura corpului. Anamneză poate scoate în evidență dureri în fosa iliacă dreaptă în trecut.
- Succesivitatea clasică a simptomelor este următoarea: inapetență, discomfort, durere abdominală, voma. Apariția vomei înainte de dureri în abdomen face diagnosticul de apendicită acută incert (S.I.Schwartz,1999; B.C. Савельев, 1997).

EXAMENUL OBIECTIV

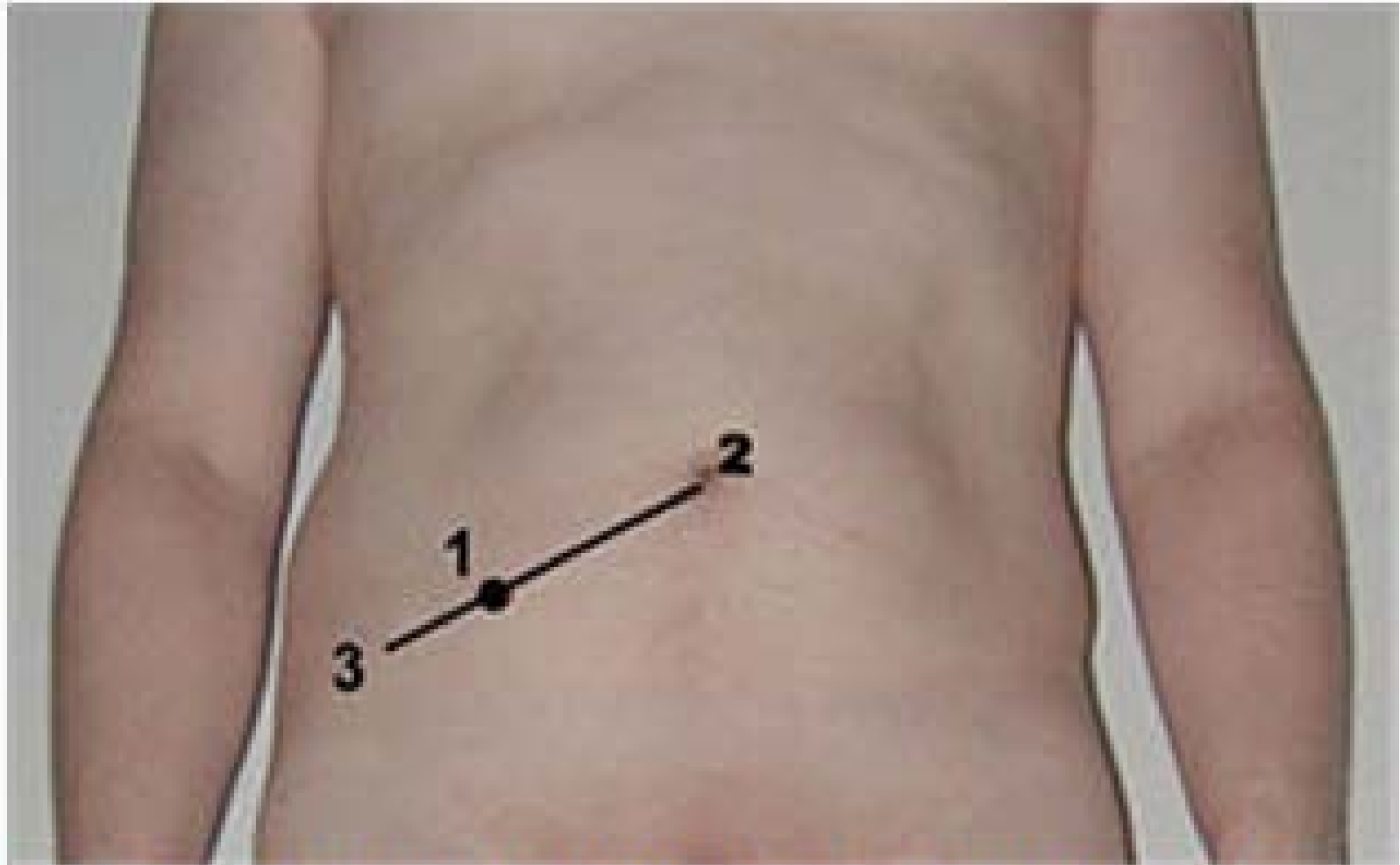
- Elucidează starea satisfăcătoare a bolnavului, care este activ (de regulă se adresează de sinestătător la medic), are față liniștită. Semnele generale - slăbiciuni, inapetență, indispoziție la început sunt rar prezente. Limba este saburată, dar umedă (limba uscată trădează o peritonită difuză, întârziată).
- Abdomenul participă în actul de respirație cu excepția regiunii fosei iliace drepte, unde observăm o reținere a mișcării peretelui abdominal.



EXAMENUL OBIECTIV

- La o palpăre superficială, care totdeauna va începe din regiunea fosei iliace din stânga și care va înainta pe traiectul colonului spre fosa iliacă dreaptă, vom depista dureri în regiunea ceco-apendiculară. Percuția (ciocănirea) peretelui abdominal în această regiune provoacă dureri, manifestându-se “semnul clopoțelului” sau a “rezonafonului” descris de Mandel și Razdolski. Executând palpărea profundă vom evidenția în proiecția apendicelui dureri violente și contractarea mușchilor abdominali. Durerea, rezistența musculară, precum și hiperestezia cutanată (triada simptomatică Dieulafoy) sunt mai pronunțate în triunghiul lui I.Iacobovici. Acest triunghi este delimitat de o linie care unește spina iliacă dreaptă cu ombilicul și alta care unește cele două spine iliace.

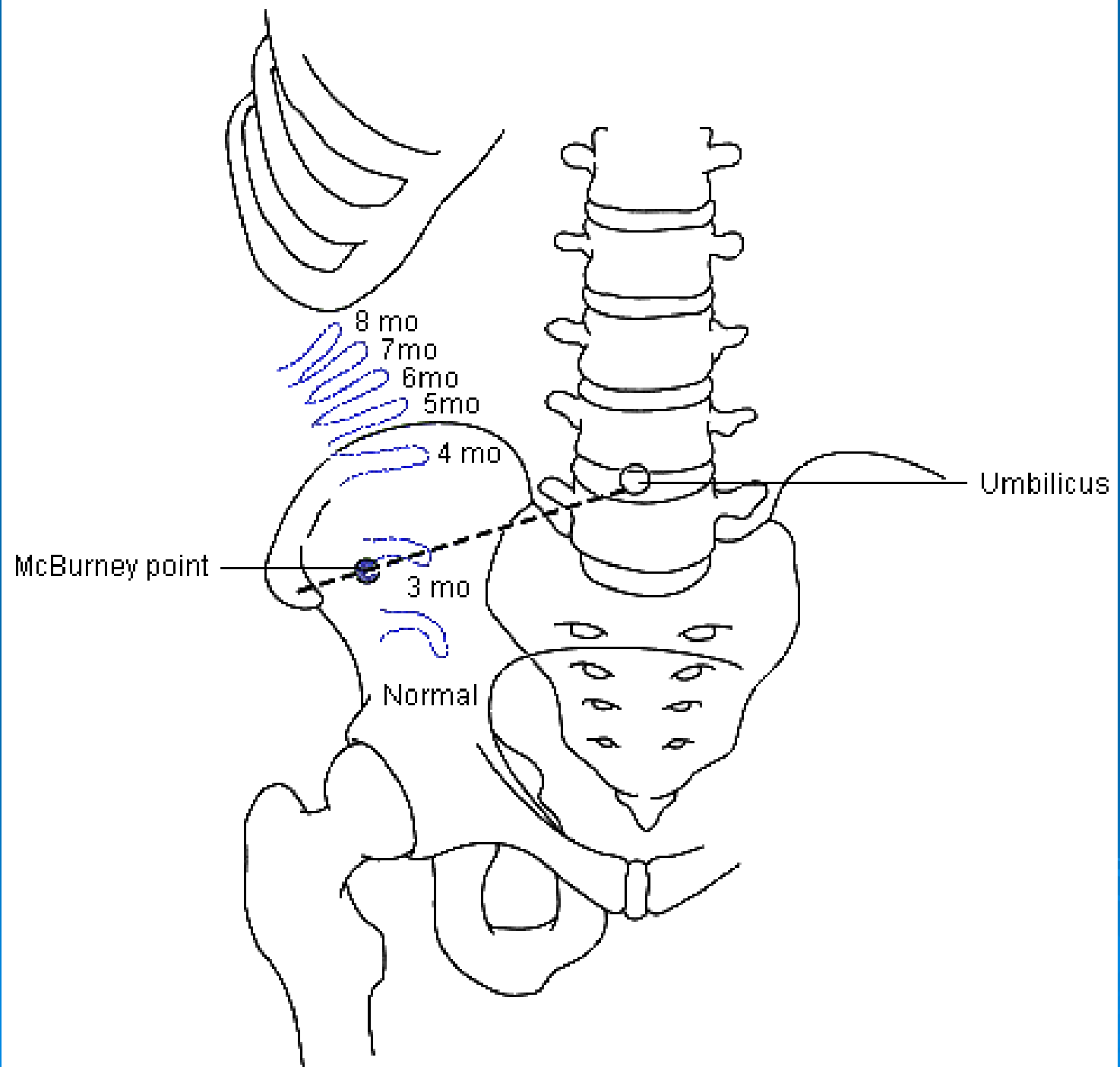
Ponto de McBurney



Localização do ponto de McBurney (1), situado dois terços da distância do umbigo (2) à espinha ilíaca ântero-superior (3)

EXAMENUL OBIECTIV

- Baza triunghiului o constituie marginea laterală a mușchiului drept al abdomenului, vârful se sprijină pe spina iliacă dreaptă. În acest triunghi se depistează diferite puncte de durere maximală: punctul Mac-Burney - la unirea treimii laterale cu cea medie a liniei ce unește spina iliacă cu ombilicul; punctul Morris-Kummel - la unirea treimii medii cu cea internă a acestei linii; punctul Lanz - la unirea treimii laterale (externe) cu treimea medie a liniei bispinoase; punctul Sonnenburg - la încrucișarea liniei bispinoase cu marginea externă a mușchiului drept abdominal.



EXAMENUL OBIECTIV

- Se cere menționat că valoarea acestor puncte este redusă, importanță având doar triunghiul Iacobovici, în limitele căreia depistăm și simptomul lui Blumberg: apăsarea lentă a perete-lui abdomenului urmată de decompresia bruscă face să apară o durere vie deseori cu iradieri în epigastru. Este un semn net de iritație peritoneală. Marele chirurg american Mondor scria că dacă se constată contractura abdomenului și apare semnul lui Blumberg “timpul discuți-ilor a trecut și trebuie să intre în acțiune bisturiul”. Pentru diagnosticarea apendicitei acute au fost propuse un șir de simptome, care însă, au o însemnătate redusă și înlesnesc depistarea acestei afecțiuni numai în ansamblu

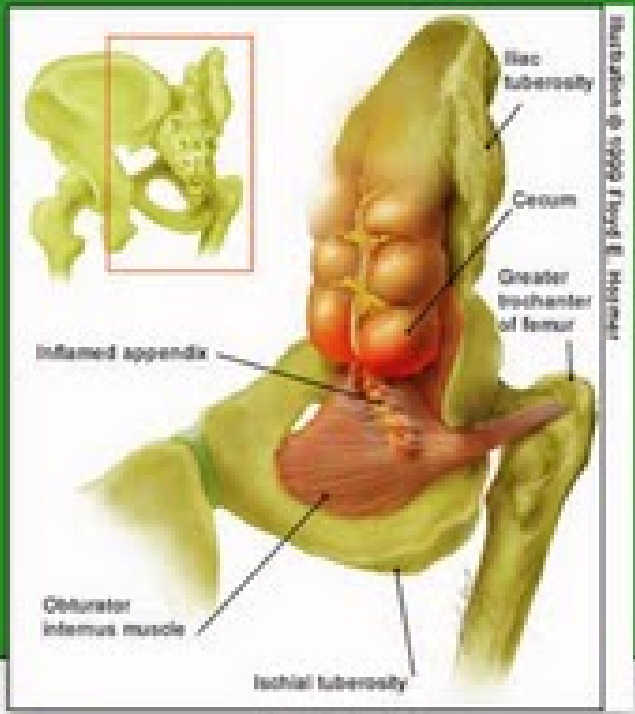
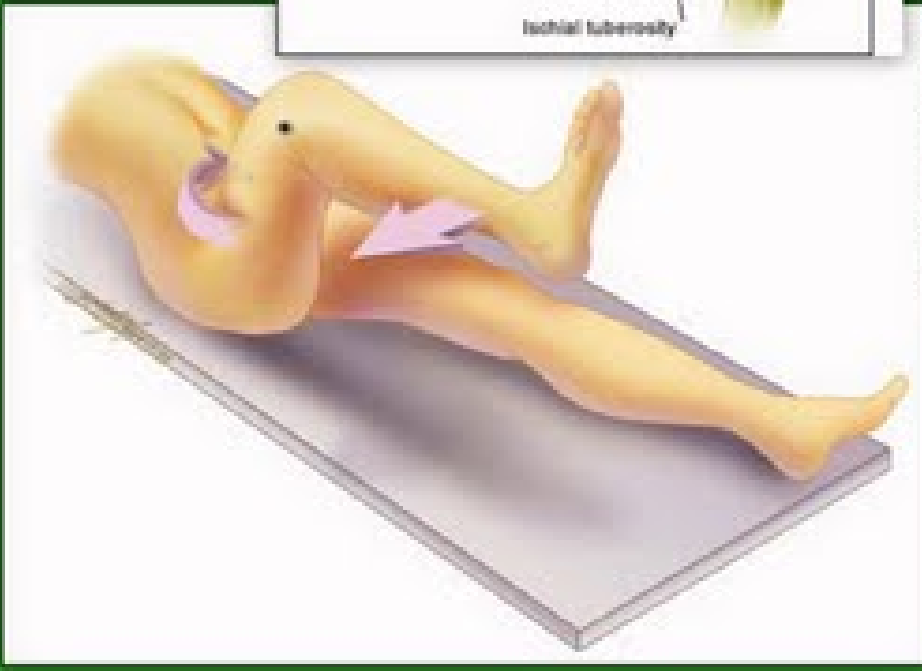
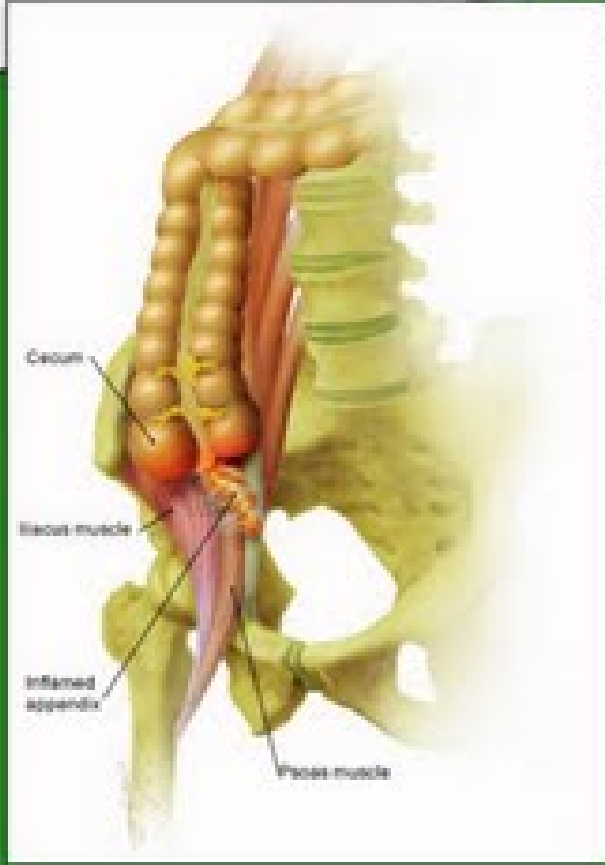


EXAMENUL OBIECTIV

- Simptomul. Rovsing: comprimarea retrogradă (de la stânga la dreapta) cu împingerea conținutului colic către cec duce la distensia cecului și apendicelui, însoțită de durere în fosa iliacă dreaptă.
- Simptomul Sitkovsky: la situarea bolnavului pe partea stângă apar dureri în fosa iliacă dreaptă din cauza deplasării cecului și apendicelui cu extinderea mezoului inflammat.
- Simptomul Bartomie-Mihelson: palparea apendicelui în poziția sus numită provoacă dureri violente, cauza fiind apropierea apendicelui inflammat de peretele abdominal și relaxarea mușchilor peretelui în asemenea poziție.

EXAMENUL OBIECTIV

- Simptomul Crâmov: la bărbați apariția durerilor la tentativa de a introduce arătătorul în canalul inghinal.
- Simptomul Koup (Coope) sau semnul psoasului: apariția durerilor în fosa iliacă dreaptă la ridicarea piciorului drept în extensie sub un unghi de 90° .
- Simptomul Obrazțov, Iavorsski-Lapinski: exacerbarea durerii la palparea regiunii cecoapendiculare, în poziția descrisă mai sus.
- Simptomul Bastedo: apariția durerilor și balonării porțiunii ileocecale la introducerea aerului în rect.
- Simptomul “tusei”: tusa redeșteaptă durerea din fosa iliacă, însoțită de reflexul de imobilizare a abdomenului.



EXAMENUL OBIECTIV

- Este de asemenea strict necesar ca fiecare bolnav cu suspiciune la apendicită să fie supus unui tact rectal, iar femeile și vaginal.
- Diagnosticul apendicitei acute este înlesnit de analiza sângelui prin care determinăm o leucocitoză ușoară (9-12.000), care rareori trece de cifra 14-16.000, cu o deviere moderată spre stânga (neutrofiloză). Analiza sângelui devine de mare valoare diagnostică la supravegherea în dinamică a bolnavului, căci astfel se poate estima caracterul evoluției procesului patologic. Analiza urinei, de regulă, nu prezintă careva modificări, cu excepția apariției hematiilor și leucocitelor în cadrul apendicitei retrocecale sau pelviene.

FORME CLINICE

Apendicita acută la copii

- La sugari este, din fericire, o eventualitate patologică extrem de rară care, atunci când se produce, este practic imposibil de diagnosticat cu siguranță. După 2 ani începe să se întâlnească tot mai des, devenind treptat, către vârsta de 9-12 ani, o urgență operatorie obișnuită. La copii este mai frecventă localizarea pelvină și cea subhepatică



FORME CLINICE

- La copiii până la 3 ani tabloul clinic se desfășoară destul de zgomotos, cu dureri violente, paroxistice ascensiune termică (39-40°C) și vome multiple, diaree (12%), hiperleucocitoză (15-20.000) cu o deviere pronunțată spre stânga. Afecțiunea nu este recunoscută totdeauna la vreme și diagnosticul este eronat, deoarece adeseori, puseul acut apendicular survine însoțind sau urmând unele afecțiuni, microbiene (anigdalite, gripă, otite) și mai ales pe acelea cu manifestări intestinale. La început se observă o disociere a pulsului față de temperatură, încordarea musculară a peretelui abdo-minal poate fi neînsemnată.

FORME CLINICE

- Durerile mai mult sunt localizate în regiunea ombilicală sau pe tot abdomenul.
- Se instalează progresiv și rapid, tabloul clinic al unei intoxicații, în care este de remarcat frecvența vărsăturilor, adeseori cu aspect negricios (vomito nigricans) hipotermia și oliguria cu albuminurie.
- Se cere menționat faptul că examinarea copilului este adeseori dificilă, iar datele furnizate de copiii mici sunt destul de vage și contradictorii. În toate cazurile vom recurge la ajutorul mamei, care completează anamneza și poate efectua și palparea.

FORME CLINICE

- Date suplimentare prețioase pot fi căpătate examinând copilul în timpul somnului natural sau medicamentos: o clismă cu soluție caldă de 3% de cloralhidrat în doze: până la un an – 10ml, până la doi ani - 15-20ml, până la trei ani 20-25ml. Sau injecții i/m cu soluții calmante (relanium).
- Din punct de vedere patomorfologic este caracteristică instalarea rapidă a schimbărilor distructive (necrotice) în apendice cu declanșarea peritonitei difuze din cauza incompetenței funcționale a peritoneului și epiploonului. Tot din această cauză plastronul apendicular este o raritate.

Apendicita acută la bătrâni

- Bolnavii peste 60 ani reprezintă 12% din cei apendicectomizați. Boala decurge mai lent, Grație reactivității scăzute; semnele clinice sunt la început atenuate: durerea nu este atât de pronunțată, temperatura este puțin elevată, contractarea musculară slabă. Semnele de bază rămân - durerea provocată de palpare în regiunea ileo-cecală și meteorismul însoțit de dureri abdominale. Leucocitoza este moderată, dar devierea formulei în stânga se păstrează. Este caracteristică frecvența înaltă a formelor distructive (factorul vascular) pe fondul unui tablou clinic searbăd. La vârsta de peste 70 de ani jumătate din apendicite sunt perforate.

Apendicita acută la bătrâni

- Ca și la copii, eventualitatea formării plastronului este rară, datorită discreșterii puterii plastice și limitative a peritoneului. În cele puține cazuri (5%) când plastronul totuși se dezvoltă, îl în-bracă aspectul pseudo-tumoral și poate conduce către supoziția unei tumori maligne de ceco-colon, când singurul element clinic valoros care orientează către o leziune benignă inflamatorie rămâne absența scaunelor sangvinolente. Fibrocolonoscopia, USG și irigografia definitivează diagnosticul. La bătrâni sunt posibile 3 forme clinice:
- ocluzia intestinală febrilă;
- forma pseudotumorală și
- apendicita cu peritonită în 2 timpi.

Apendicita acută la gravide

- Se întâlnește mai frecvent în prima jumătate a sarcinii, între luna a II și a V, mai rar în jumătatea a II-a și cu totul rar în timpul nașterii. Dificultățile diagnostice se întâlnesc în jumătatea a doua gravidității, deoarece începând cu luna II-a a gravidității cecul și apendicele sunt treptat deplasate în sus și posterior de către uterul în creștere, deaceia în jumătatea a II-a a sarcinii durerea este localizată atipic, sub rebordul costal. Din cauza relaxării peretelui abdominal și îndepărtării apendicelui contractarea musculară este slab pronunțată. Afară de aceasta durerile și voma sunt confundate cu cele din cauza sarcinii (contractii uterine). Însă este cunoscut faptul că în apendicita acută durerile și vărsăturile sunt însoțite de o stare febrilă și tahicardie.

Apendicita acută la gravide

- Durerile au un caracter continuu și progresiv. Leucocitoza crescută, semnele Bartomie-Mihelson, Obrazțov și Coop sunt de mare valoare diagnostică. La gravide apendicita acută îmbracă forme distructive, perforația și peritonita sunt frecvente, de aceea în toate cazurile când diagnosticul de apendicită acută nu poate fi suspendat se cere o operație de urgență, pentru a salva atât mama, cât și copilul. Pericolul avortului prin executarea apendicectomiei chiar și la sarcină înaintată nu este mare.



Apendicita retrocecală

- Simptoamele clinice sunt puțin evidente, din care cauză apendicita retrocecală este înșelătoare de la început până la sfârșit. Furtuna de la început trece repede, durerile rămân puțin intense, vărsăturile pot lipsi, nu există apărare musculară sau ea este foarte slabă. În zilele următoare persistă o stare subfebrilă și o ușoară durere în dreapta (partea lombară sau lombo-abdominală) cu unele aspecte de colică renală, cu iradiere în femur sau în organele genitale. Odată cu progresarea procesului în apendice se înrăutățește starea generală: devine mai pronunțată durerea, temperatura atinge 39-40°C. În aceste cazuri bolnavul trebuie inspectat în decubit lateral stâng.

Apendicita retrocecală

- Palparea bimanuală a fosei iliace drepte evidențiază dureri pronunțate și contractare musculară. Constatăm și un șir de simptoame mai specifice: semnul Djordano - durere la ciocănirea coastei a XII-a, semnul laure-Rozanov - dureri violente la palparea triunghiului Petit, semnul Gabai - creșterea durerii la desprinderea bruscă a degetului de pe triunghiul Pti ș.a. Cele mai constante, însă, sunt semnele Obrazțov și Coop. Pot fi depistate și unele simptoame urinare: polachiurie, dureri micționale, retenție de urină, hematurie. Concomitent crește leucocitoza cu neutrofiloză. Dacă se formează abcesul periapendicular el se deschide mai frecvent nu în cavitatea peritoneală ci în spațiul retroperitoneal cu constituirea flegmonului retroperitoneal.

Apendicita pelviană

- Durerile de început sunt în hipogastriu, suprapubian. Tulburările vezicale și rectale sunt foarte frecvente (tenezme, diaree, retenție de urină, dizurie, polakiurie). Durerea provocată este localizată mult mai jos și corespunde punctelor ovariene. Apărarea musculară un timp oarecare lipsește, pe urmă apare suprapubian și se răspândește de jos în sus.
- La femei pot exista metroragii. Prin tact rectal sau vaginal descoperim hiperstezia fundului de sac Douglas: “țipătul Douglas-ului” sau semnul Kulencampf-Grassmann. Dacă întârzie intervenția chirurgicală, în zilele următoare se dezvoltă în pelvis plastronul, care poate evolua spre abcesul Douglas-ului. În acest caz devin constante dizuria, apar tenezmele (false senzații de defecație) și rectita mucoasă.
- Prin tact rectal sau vaginal se simte bombarea fundului de sac peritoneal, iar prin examenul bimanual se poate simți chiar fluctuența. Puncția Douglas-ului arată prezența puroiului și stabilește diagnosticul.

Apendicita mezoceliacă

- Poziția latero-internă a apendicelui se întâlnește în aproximativ 17-20% din cazuri. Această formă oferă o posibilitate de explorare clinică minimă și se însoțește de o simptomatologie mai redusă în care predomină durerea cu sediul sub- și paraombilical.
- Sunt prezente semnele Kummel - apariția durerii la presiunea abdomenului în triunghiul Iacobovici în punctul situat la 2 cm mai jos și spre dreapta de ombilic și Crasnobaev - încordarea și durerea mușchiului drept mai jos de ombilic.
- Plastronul care se formează este “prea profund pentru a fi palpat și prea sus pentru a fi tușat”. Din cauza antrenării în procesul inflamatoriu a mezoului intestinului subțire adeseori este prezentă diareea, fapt ce duce la erori de diagnostic în urma cărora bolnavii nimeresc la început în secțiile de boli infecțioase, unde petrec câteva zile, ajungând în staționările chirurgicale cu întârziere și cu diverse complicații.

Apendicita subhepatică

- Această localizare este rară la adulți e mai frecventă la copii din cauza poziției subhepatice la aceștea a cecului și a apendicelui. Evoluează ca o colecistită acută. Apărarea musculară și durerea maxim sunt localizate în regiunea subhepatică. Poate apărea un subicter. Ea însă nu are caracterul bilioseptic din angiolocolită. Diagnosticul clinic se sprijină de obicei pe vârsta bolnavului și pe lipsa antecedentelor hepatice. Problema este mai dificilă când cele două boli se asociază cu atât mai mult, că observația clinică a arătat demult timp că între apendice și colecist există numeroase relații funcționale. Confundări diagnostice nu-s prea rare.

Apendicita în sacul de hernie

- Frecvența apendicelui în sacul hernial variază de la 1% (M.Butoianu, 1958) până la 2-4% (N.I.Cracovschi, 1955; I.I.Ibadov, 1961). Înfrățirea clinică poate prezenta câteva variante:
- inflamația apendicelui poate produce supurație în sac, care se extinde spre peritoneul abdominal. În acest caz tabloul clinic este dominat de semnele peritonitei;
- inflamația apendicelui se extinde la sacul herniei, apare edemul gâtului sacului ceea ce duce la strangularea conținutului. În acest caz tabloul clinic amintește o hernie strangulată (tip Brokk);
- inflamația apendicelui se mărginește numai cu sacul herniar și demască un abces herniar. Oricare ar fi înfrățirea clinică, problema este de a face diagnosticul diferențiar cu hernia strangulată, ceea ce nu este tocmai ușor, mai ales la bătrâni, unde simptomele apendicitei sunt destul de șterse.

Apendicita în stângă

- Inflamația apendicelui în groapa iliacă stângă se poate întâlni în 3 evenimente:
 - cec și apendice situat în stângă (situs inversus);
 - cec mobil;
 - apendice lung, care ajunge până la groapa iliacă stângă. Tabloul clinic e același ca și în poziția normală.

DIAGNOSTIC

- Diagnosticul apendicitei acute se bazează pe o anamneză completă și un examen clinic corect.
- Dintre testele paraclinice posibile sunt utilizate analiza sângelui (leucocitoză cu deviere în stânga), analiza urinei și laparoscopia.
- Diagnosticul corect al apendicitei acute rezultă din analiza minuțioasă a datelor clinice suprapuse la testele paraclinice.
- Nu vom uita însă că în unele cazuri (6-7%) se observă o discordanță între semnele clinice și datele paraclinice.
- Totodată se va memoriza că pentru stabilirea diagnosticului și alegerea tacticii chirurgicale elementul clinic are, în mod indiscutabil, valoare majoră.
- Leucocitoza nu trebuie să influențeze negativ decizia de intervenție chirurgicală la cei cu tablou clinic clar de apendicită acută.
- Ecografia are rol în diagnosticul pozitiv al apendicitei acute prin evidențierea apendicelui inflammat ca o structură nedeformabilă la compresiunea gradată cu extremitatea distală închisă, cu structură tubulară multistratificată și cu un diametru mai mare de 6 mm.

- SCORUL ALVARADO propus în anul 1986:
- Durere localizată în cadranul drept inferior (T)
- Migrarea durerii după debut (M)
- Leucocitoza peste 10000/ microlitru (L) cu deviere în stânga (S)
- Febră peste 37,3 grade C (E)
- Greață – Vomă (N)
- Anorexie (A)
- Semnul Blumberg
- Contractura musculară (R)
- Scorul MANTRELS sau MAFLTR : My Appendix Feels Likely To Rupture (2 puncte pentru L și R, câte un punct pentru celelalte – sensibilitatea – 72 %

Diagnosticul diferențial

- Computertermografia stabilește cu o precizie de 98% diagnosticul de apendicită acută flegmonoasă. Criza acută apendiculară prezintă semne comune cu alte afecțiuni colicative, de care trebuie diferențiată. Se vor avea în vedere următoarele afecțiuni: 1) ulcerul perforativ; 2) pancreatita acută; 3) colecistita acută; 4) colica nefretică și ureterală; 5) anexita acută dreaptă; 6) sarcina extrauterină; 7) pleuro-pneumonia din dreapta; 8) mezadenita acută; 9) toxicoinfecția alimentată; 10) ocluzia intestinală; 11) boala Crohn și diverticulita Meckel.
- 1. Debutul acut al bolii, apariția bruscă a durerilor în epigastriu cu deplasarea ulterioară (peste 2-4 ore) în fosa iliacă dreaptă obligă chirurgia să efectueze diagnosticul diferențial dintre apendicita acută și ulcerul gastro-duodenal perforat.

Diagnosticul diferențial

- Durerea pongitivă (ca o lovitură de pumnal-Dieulafoy) cu efect de șoc la unii bolnavi, antecedente de ulcer, lipsa vomei, bradicardia, paloarea feței, care este acoperită de sudori și trădează suferință, lipsa febrei, poza specifică (culcat pe spate cu picioarele flexate și aduse spre abdomen), respirație superficială fără participarea abdomenului, care la palpare amintește o scândură, dureri difuze și semnul Blumberg pe tot întinsul abdomenului, dispariția matității hepatice, prezența aerului sub diafragm în formă de seceră la radioscopia simplă a abdomenului și creșterea numărului de leucocite în dinamică - toate acestea formează un simptomocomplex ce permite să deosebim ulcerul perforat de apendicita acută.

Diagnosticul diferențial

- 2.. Pancreatita acută diferă de apendicită prin dureri de-o intensitate maximală, care sunt localizate în epigastriu cu o iradiere sub formă de centură și asociate cu vărsături neîntrerupte, uneori chinu-toare. Bolnavii sunt neliniștiți, nu-și găsesc locul potrivit în pat. Starea generală este mult mai alterată de cât în apendicita acută și agravează în lipsa tratamentului respectiv cu tendință spre colaps circulator. Abdomenul este balonat, în traiecul pancreasului depistăm încordare (semnul Körte). Pulsul este accelerat la maximum, este prezentă acrocianoza; are loc creșterea diastazei (alfa-amilazei) în sânge și urină și hiperleucocitoză cu deviere spre stânga; din anamneză constatăm: obezitate, etilism, calculi biliari, de cele mai dese ori debutul bolii coincide cu un abuz de grăsimi, carne prăjită, alcool

Diagnosticul diferențial

- Colecistita acută se deosebește prin antecedente de colică hepatică; debutul bolii coincide cu întrebuințarea în rațion a grăsimi-lor, mâncărilor prăjite, alcoolului. Durerile sunt concentrate în hipocondrul drept, iradiază în omoplatul drept, umărul drept și sunt însoțite de grețuri, senzația amarului în gură, vărsături repetate și febră elevată. La examenul obiectiv depistăm semnele: Greco-Orthner, Murphy, simpto-mul frenicus etc. Uneori observăm un icter și o asimetrie în rebordul costal din dreapta. La palpare determinăm o încordare musculară și fun-dul vezicii inflammat. Ultrasonografia determină calculi biliari.

Diagnosticul diferențial

- . Colica nefretică are o seamă de semne comune care pot duce la confuzie cu apendicita acută. Are însă unele semne, care înlesnesc diagnosticul: intensitatea mult mai mare a durerii, care poate duce la lipotimie, apariția durerilor după un efort sau după o zdruncinare, cu iradiere spre organele genitale și fiind însoțite de vomă repetată și dizurie, micro- mai rar macrohematurie, lipsa febrei, neliniștea bolnavului; colica încetează de obicei brusc prin eliminarea calculului (simptomul lui Spasocucoțki). Suplimentar pot fi utilizate: radiografia abdomenului, urografia, ultrasonografia, renogramla prin izotopi. Durerea dispare sau diminuează vădit în urma blocajului Lorin-Epștein a cordonului spermatic.

Diagnosticul diferențial

- 5. Anexita acută deseori poate simula tabloul apendicitei acute care, la rândul său (mai ales în poziția pelviană a apendicelui) poate aminti semnele clinice a anexitei.
- În anexită durerile apar, de regulă, după menstruație și se situează în partea de jos a abdomenului cu iradiere în regiunea sacrală și lombară. Încordarea musculară a peretelui abdominal, de regulă, lipsește. Anamneza depistează antecedente genitale - dereglări de ciclu, anexite salpingo-ooforice etc. Toate acestea decurg pe fondul temperaturii elevate și sunt însoțite de eliminări vaginale purulente. Prin tact vaginal depistăm simptomul Promptov – apariția durerii violente la devierea uterului precum și plastron în regiunea anexelor din dreapta. De mare folosință este și semnul lui Jendrinski: bolnava se găsește în decubit pe spate mîna chirurgului se află în punctul Morris-Kuminel, bolnava este rugată să se așeze - exacerbarea durerilor confirmă apendicita acută, diminuarea lor (anexele alunecă în bazin) - demască anexita acută.

Diagnosticul diferențial

- 6. Sarcina extrauterină pe dreapta cu hemoragie internă se confundă adesea cu apendicita acută. Deși teoretic există suficiente simptome care să deosebească cele două sindroame abdominale, în practică, erozile diagnostice se întâlnesc adesea, mai ales în acele hemoragii care n-au un caracter cataclizmic.
- În sarcină extrauterină găsim în antecedente întârzierea menstruației și mentroragii. În momentul rupturii bolnava are o durere intensă, în partea de jos a abdomenului iradiată în umăr și rect, vărsături și chiar contractură abdominală. Fața este palidă: o paloare caracteristică de anemie. Nu există febră, pulsul este accelerat, tensiunea scăzută chiar până la colaps. Tactul vaginal ușurează diagnosticul, dar nu este totdeauna concludent, pentru că durerea și împăstarea Douglas-ului se pot întâlni și în apendicita pelviană. Înlesnește diagnosticul analiza sângelui care trădează o anemie pronunțată și puncția Douglas-ului care extrage sânge puțin schimbat. În cazuri mai încurcate recurgem laparoscopie.

Diagnosticul diferențial

- 7. Pleuropneumonia din dreapta poate imita o apendicită acută mai ales la copii. În aceste cazuri pot apărea dureri în partea dreapta a abdomenului și chiar dureri provocate de palpație, însă dacă bolnavul este abătut de la tema durerii, palparea, inclusiv cea profundă este nedureroasă. Boala începe cu frison și ascensiune termică însemnată, dureri toracice. Bolnavul stă în decubit lateral, fața-i este voltuoasă, se constată herpes labial. La auscultație determinăm diminuarea murmurului vezical, raluri și crepitație. Examenul radiologic demască limitarea excursiei diafragmului, opacitate în segmentele inferioare, uneori lichid în sinus

Diagnosticul diferențial

- 8. Multe semne comune se pot întâlni între apendicita acută și limfadenita mezenterială acută. Pentru aceasta din urmă este caracteristică vârsta fragedă (10-20 ani) cu antecedente de răceală, amigdalită. Cu mult înainte de acces bolnavul acuză dureri nedesluite în abdomen. În debut se întâlnește durere abdominală însoțită cu temperatura (38-39°C) uneori cu herpes labial. Adeseori întâlnim grețuri, vomă; durerile poartă un caracter de acces. Abdomenul de cele mai dese ori e moale, dar pot fi întâlnite și contracții musculare regionale. Se depistează simptomul Ștemberg – localizarea durerii la palparea abdomenului pe traiectul bazei mezenterului (din hipocondrul stâng spre fosa iliacă dreaptă). De multe ori depistăm leucocitoză cu deviere spre stânga. Din cauza acestei afecțiuni uneori se efectuează apendicectomii neîntemeiate, mai ales la copii.

Diagnosticul diferențial

- . Toxicoinfecția alimentară poate trece prin crize de indigestie acută și ridică uneori probleme destul de delicate de diagnostic. De obicei apare după o alimentație abundentă și exagerată. Colicele sunt violente, dar sunt anticipate de vărsături, diaree, transpirații reci și alte semne de intoxicație. Limba este saburată și rău mirositoare. Diagnosticul diferențial este mai dificil când indigestia se însoțește de febră și leucocitoză. Lipsa de localizare concretă a durerilor sau sediul lor mai mult în jurul ombilicului este în favoarea indigestiei. Contractura abdominală lipsește, dar din cauza durerilor este destul de greu să ne dăm seama de aceasta. La o palpăre mai profundă, dar prudentă găsim un cec zgomotos. În cazuri de toxicoinfecție, provocată de salmonellatyphosa, întâlnită foarte rar, constatăm erupții cutanate, bradicardie necorespunzătoare și însămânțări pozitive

Diagnosticul diferențial

- 10. Ocluzia intestinală are simptome caracteristice care ne îngăduie să o deosebim de apendicită. Problema diagnosticului diferențial se ridică numai în formele de apendicită acută însoțite de ileus paralic. Durerea în ocluzia intestinală se răspândește pe întreg abdomenul și poartă un caracter paroxistic, în intervalele libere abdomenul nu este dureros la apăsare. Balonarea este la început localizată numai la o parte de abdomen, fapt care poate fi constatat la inspecția generală (asimetrie laterală), la percuție (timpanită), auscultație - peristaltism exagerat. Această triadă poartă numele de simptomul Wahl. În timpul colicilor se pot vedea unde peristaltice (simptomul Șlanghe). Spre deosebire de apendicită tranzitul este oprit brusc și complet, vărsăturile sunt repetate la început sunt alimentare, mai târziu bilioase și în sfârșit – fecaloide; temperatura nu este modificată, contractura musculară lipsește. Din semnele paraclinice poate fi utilizată radiografia de orientare (simptomul Kloiber - niveluri orizontale de lichid în intestine cu gaze de asupra) și de contrast (se vizualizează locul de obstacol).

Diagnosticul diferențial

- 11. Boala Krohn și diverticulul Meckel. Ambele patologii a intestinului subțire se constituie majoritatea erorilor diagnostice fiind depistate, de regulă, în timpul laparotomiilor întreprinse în vederea apendicectomiei; dacă modificările patomorfologice în apendice nu corespund gradului de expresie a tabloului clinic. Salvează situația examinarea ileonului terminal pe întinderea a 1-1 1/2m.
- 12. Invaginația care mai des este întâlnită la copiii până la 2 ani se manifestă prin scaun gelatinos de culoare vișinie, dureri spastice intermitente, palparea în cadranul inferior pe dreapta a unei tumefacții de “cârnat”. La tușeul rectal depistăm sânge schimbat.

COMPLICAȚII

- Prin limfangita transparietală sau prin leziunea perforativă unică sau multiplă apendicita acută se poate complica cu:
 - peritonită localizată
 - peritonită difuză
 - abcese regionale sau la distanță
 - flebite (în deosebi pileflebita - tromboflebita venei porte)
 - septicemie

COMPLICAȚII

- Când procesul inflamator afectează toate straturile apendicelui el se extinde asupra țesuturilor vecine. Apare exudat, care la început este seros, iar mai târziu supurat. Raspîndindu-se la peritoneu procesele capătă caracterele unei peritonite purulente generalizate. În cazul evoluției favorabile din exudat se depune fibrina, care contribuie la adeziunea anselor intestinale cu epiploonul și limitează astfel procesul inflamator. Această peritonită circumscrișă constituie așa-numitul bloc sau “plastron apendicular”.
- Peritonita localizată (plastronul apendicular) apare la a 3-5 zi după debutul bolii. Bolnavul acuză dureri surde în fosa iliacă dreaptă care se întăresc în timpul mersului. În evoluția plastronului apendicular distingem 3 faze:
 - a) faza infiltrativă b) faza de abcedare c) faza de fistularizare.

COMPLICAȚII

- În faza infiltrativă plastronul apendicular se palpează sub forma unei formațiuni tumorale de dimensiuni variate, dureroasă, fără fenomene de fluctuență și cu contururi difuze. Bolnavul este febril seara, leucocitoza în creștere treptată. În caz de evoluție pozitivă, sub influența unui tratament conservativ (repaus la pat, dieta, antibioterapie, puna ou gheață, raze ultrascurte de înaltă frecvență) plastronul treptat dispare, starea bolnavului se normalizează și el este supus unei operații de plan (apendicectomie) în perioada rece – peste 3 luni.
- Plastronul apendicular trebuie diferențiat de neoplasmele de cec sau colon, de tuberculoza ileo-cecală, de ileita terminală, de invaginațiile ileocecale, de chisturile ovariene torsionate, de tumorile retroperitoneale, de ptoză renală, abces de psoas, torsiune de epiploon etc. Prezența inapetenței, a scăderii ponderale și a tulburărilor de tranzit în ultimele luni atrage atenția asupra posibilității cancerului de colon. Cazurile acestea cer investigații suplimentare – radiografie de ansamblu și baritată, USG, computertomografie, laparoscopie, etc.

COMPLICAȚII

- În caz de dinamică negativă procesul inflamator progresează și se dezvoltă faza de abcedare când ea naște un abces centrat împrejurul apendicelui, de obicei, necrozat sau perforat. În aceste cazuri durerea se păstrează, persistă febra. La palpare constatăm durere pronunțată, contractare musculară și simptomul Blumberg; la o palpare mai prudentă se poate percepe fluctuența, leucocitoza este pronunțată cu o deviere în stângă. Diagnosticul de abces apendicular dictează o intervenție de urgență – drenarea abcesului cu o înlăturare a apendicelui amputat sau plasarea apendicectomiei pe o perioadă mai îndepărtată.

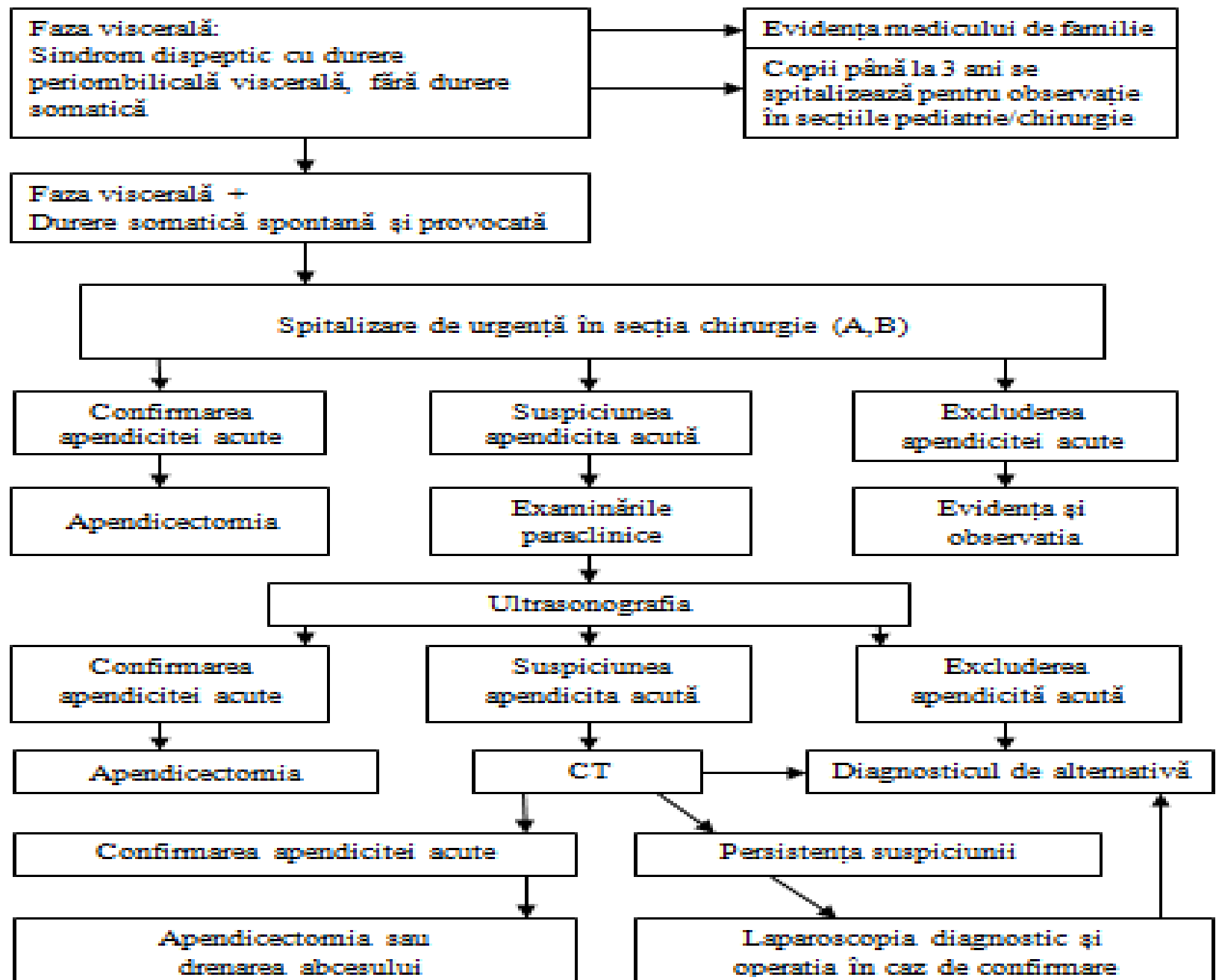
COMPLICAȚII

- Dacă drenarea abcesului a întârziat poate avea loc o fistulizare în exterior (prin peretele abdomenului) sau (de cele mai dese ori) în cavitatea peritoneală, dând naștere unei peritonite difuze (peritonită în doi timpi). Peritonita purulentă generalizată poate avea loc și în caz de perforație a apendicelui, ca consecință a lipsei de limitare a procesului inflamator.
- Abcesele regionale sau la distanță sunt: abcesul periapendicular, abcesul retrocecal, peritiflita supurată, abcesul Douglas-ului, abcesul hepatic, abcesul subhepatic, abcesul subfrenic, abcese ale spațiilor parieto-colice, mezentericocolice și intermezenterice. Tratamentul – drena-jul chirurgical. De la Hipocrate – “Ubi pus - ibi evacuatio”.

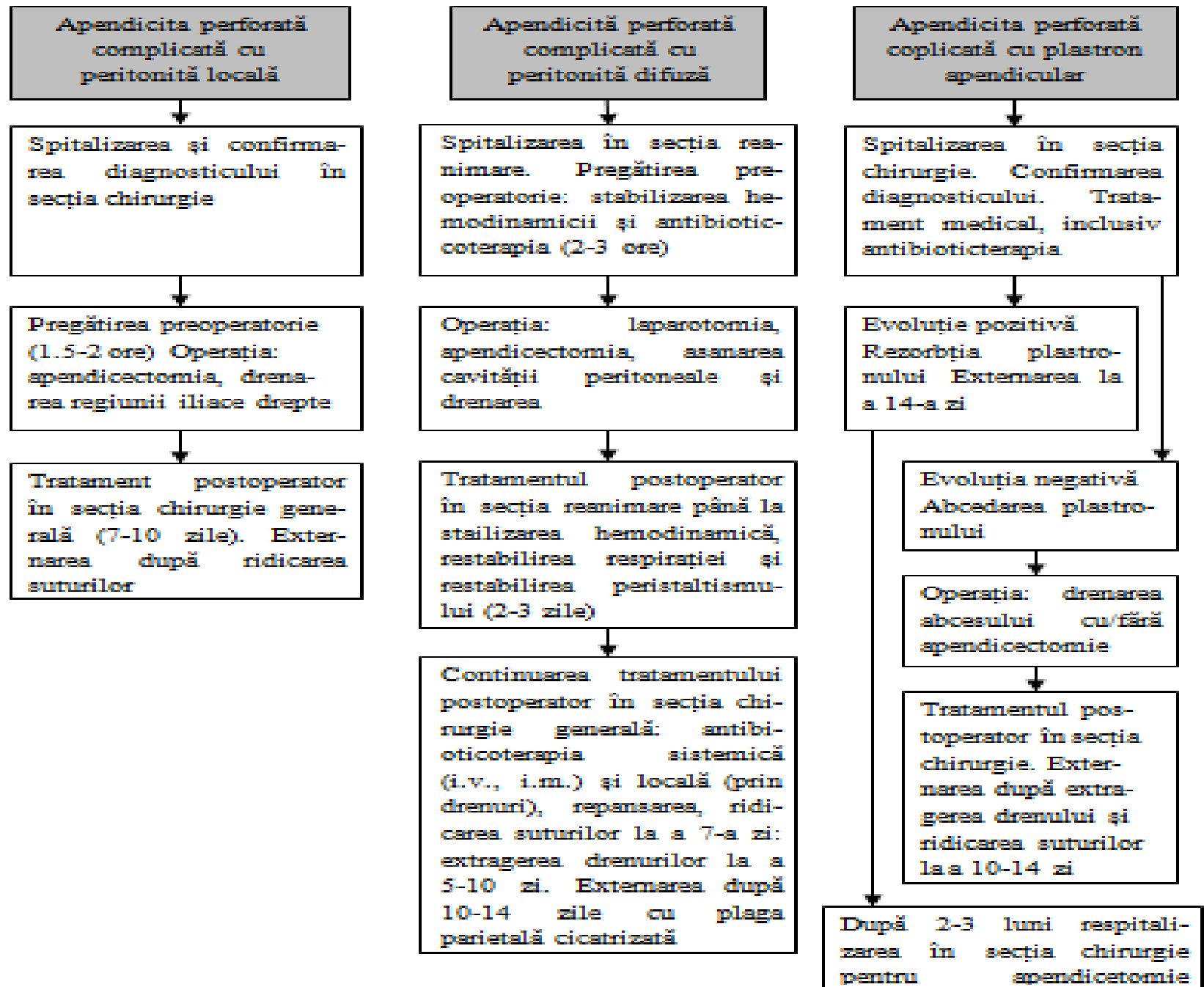
COMPLICAȚII

- Tromboflebita venei porte (pileflebita) – o complicație gravă care începe cu tromboflebita venelor apendiculare și prin intermediul venelor ileo-colică și mezenterice atacă vena portă. Pileflebita este însoțită de un sindrom acut de hipertensiune portală cu abcese miliare ale ficatului. Febră și frisonul, ficatul mărit și dureros, subicterul, circulația venoasă colaterală, ascita și pleurezia, starea generală gravă sunt simptomele clinice ale acestei complicații. Tratamentul se reduce la antibio- și anticoaguloterapie, dezagregante (reopoliglucină, hemodeză, heparină) dezintoxicare, gamaglobulină etc. Evoluția este aproape tot-deauna letală. Se întâlnește în 0,05% cazuri din numărul total al bol-navilor cu apendicită acută și în 3% cazuri în apendicită perforantă
- Septicemia apendiculară poate îmbrăca forma unei septicopioemii cu localizări supurative pluriviscerale (abcesul plămânului, gangrena plămânului, carbuncului renal, abcesul ficatului, abcesul intracranian, etc.).

Algoritmul diagnostic al apendicitei acute neperforate



Algoritmul diagnostic al apendicitei acute perforate



TRATAMENTUL APENDICITEI ACUTE

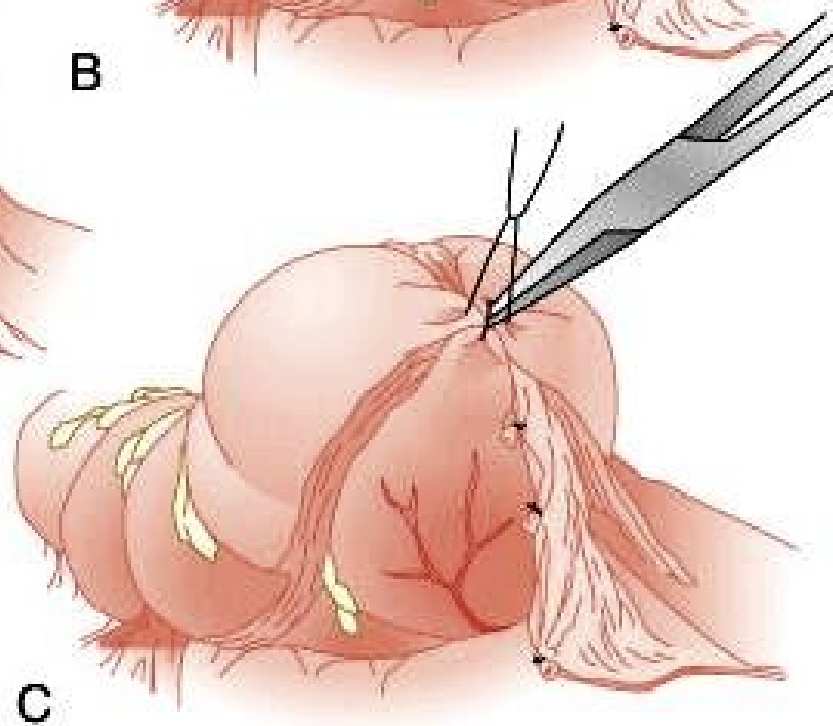
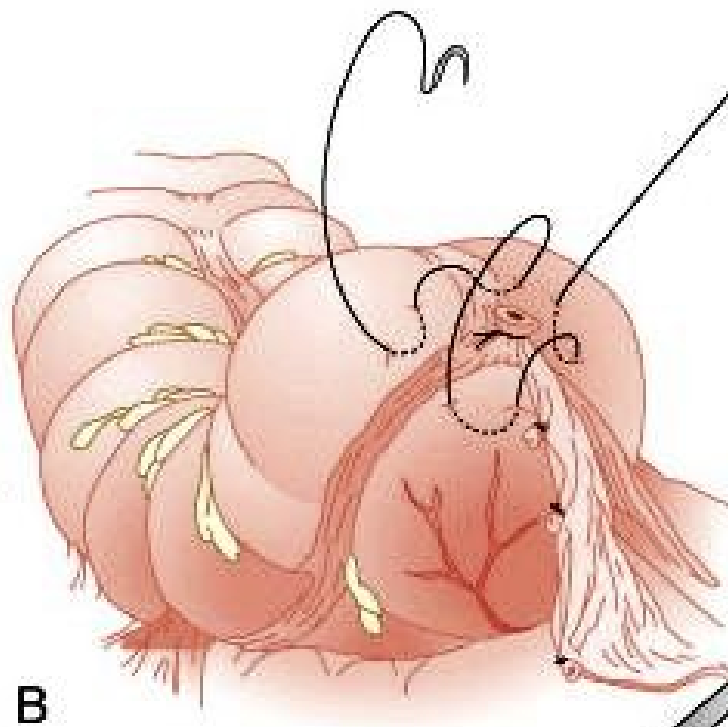
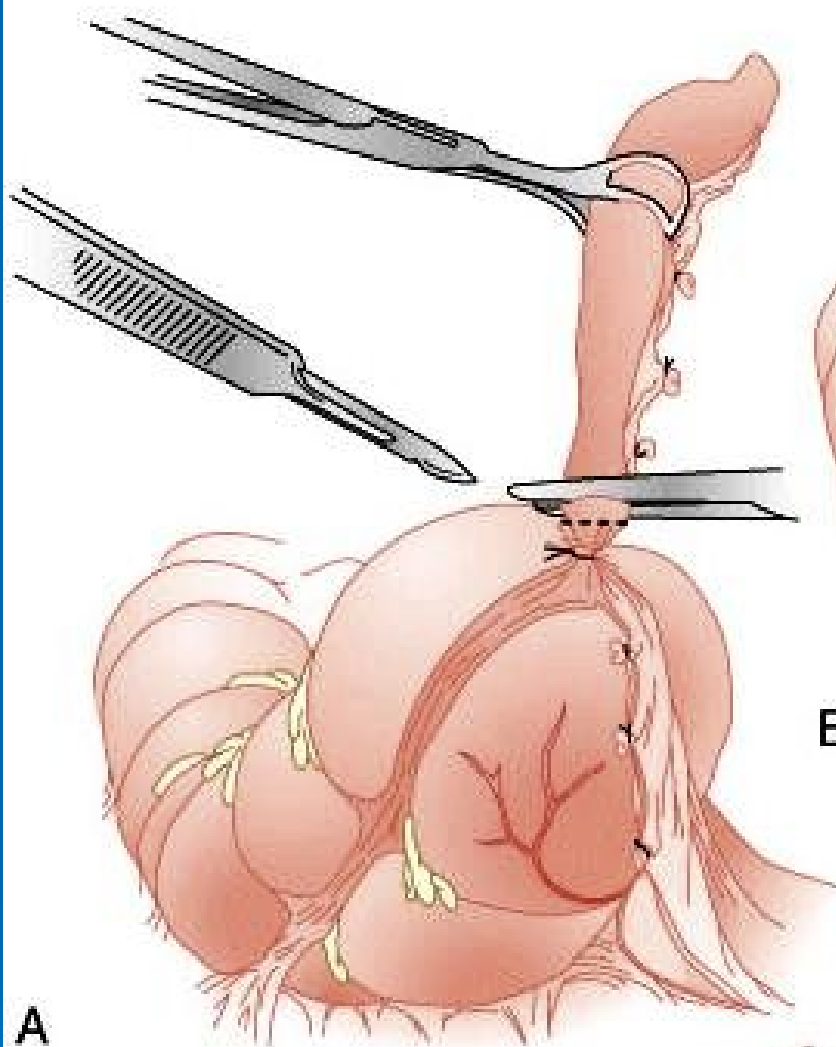
- Apendicita acută nu are decât un singur tratament: cel chirurgical. Diagnosticul de apendicită acută impune intervenția chirurgicală de urgență, fără o pregătire specială a tubului digestiv. Laxativele și clismele preoperatorii sunt contraindicate, deoarece pot agrava evoluția procesului apendicular.
- Primul care a propus o operație de urgență a fost chirurgul american Reginald Fitz care scria: “dacă după 24 ore de la apariția durerilor se declanșează peritonita și starea bolnavului se agravează este indicată apendicectomia”.
- Principiile de bază în tratamentul apendicitei acute sunt:
- spitalizarea tuturor bolnavilor cu apendicită acută (și a celor cu suspiciune) în secția chirurgicală;
- efectuarea imediată (primele 1-2 ore după internare și stabilirea diagnosticului) a apendicectomiei de urgență.

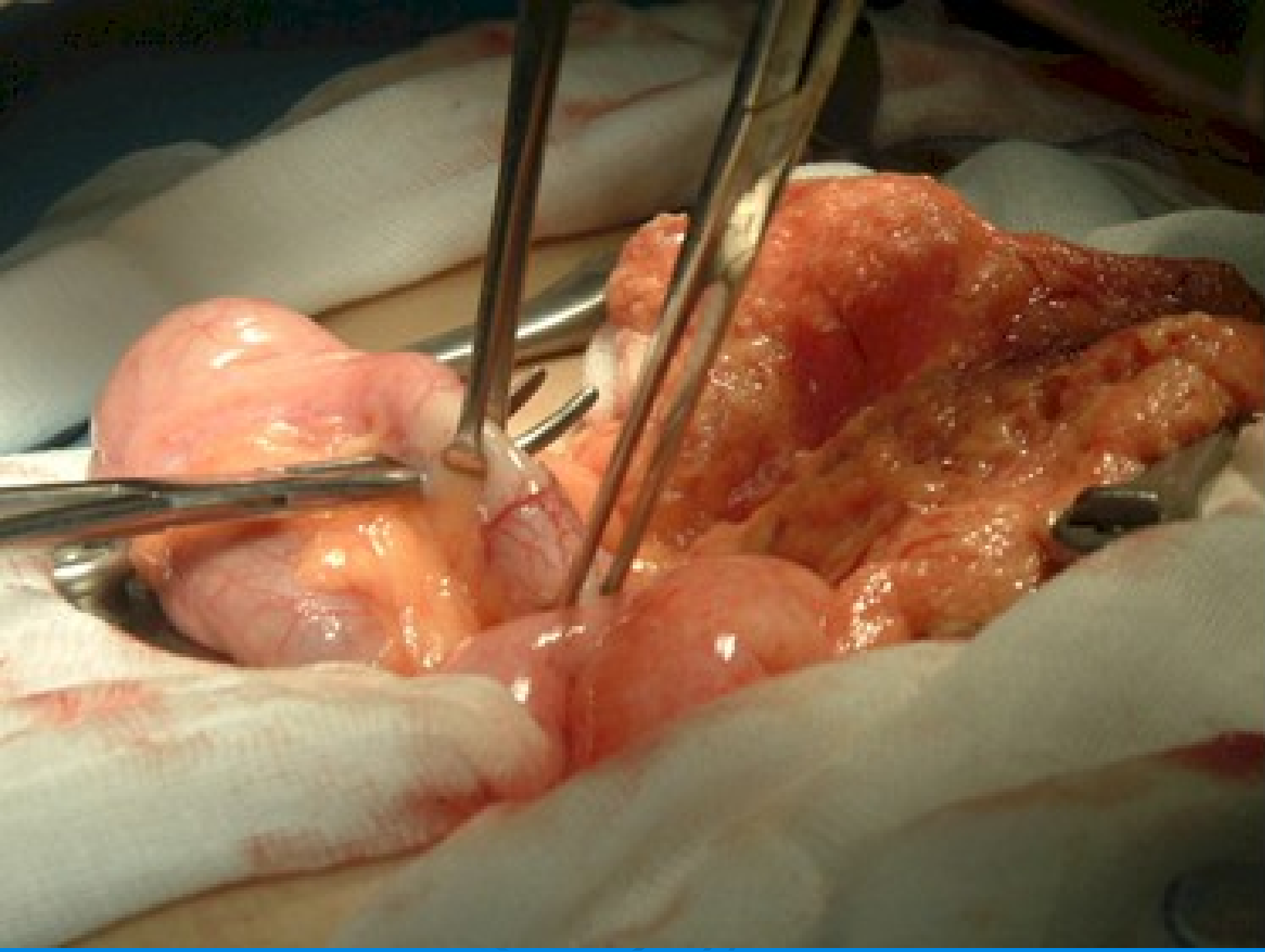
TRATAMENTUL APENDICITEI ACUTE

- Operația nu este indicată numai în 2 cazuri:
- în plastronul apendicular;
- în colica apendiculară, când bolnavul este supus unei supravegheri dinamice, urmărindu-se starea abdomenului, temperatura și leucocitoza (fiecare 2-4 ore). Dacă timp de câteva ore diagnosticul apendicitei acute n-a fost contramandat (inclusiv după aplicarea metodelor paraclinice și consultațiile altor specialiști) bolnavul trebuie operat. În aceste cazuri e de preferat calea de acces medie mediană ai anestezia generală cu relaxare.
- În cazurile când diagnosticul nu trezește dubii și nu se prevăd complicații calea de acces e mai preferată cea a lui Mac Burney-Volcovici (contopire părții externe cu cea medie a liniei spino-ombilicală). În afară de aceasta în dependență de condițiile topografice, constituții bolnavului etc., mai pot fi utilizate: incizia Roux, Delageniere, Chaput, Jalaguer-Lenander, Sonnenburg, mediană etc.

TRATAMENTUL APENDICITEI ACUTE

- APENDICECTOMIA se execută după mobilizarea și deplasarea cecului și apendicelui în plagă, (uneori fără mobilizare) și presupune următorii timpi:
- ligaturarea și secționarea mezoului apendicular (cu nylon);
- ligaturarea cu catgut și secționarea apendicelui la bază;
- înfundarea bontului apendicular în bursa legată cu fir neresorbabil.
- Drenajul cavității peritoneale este obligatoriu în apendicitele acute cu peritonită localizată sau difuză utilizându-se 1 (sau mai multe) drenuri de silicon, exteriorizate în afara plăgii. Uneori ești nevoie să drenăm și Douglas-ul ba chiar și spațiile parieto-colice drept și stâng. Prima apendicectomie (cei drept parțială) a fost efectuată în 1887 de către T.Morton. Mortalitatea oscilează între 0,1-0,3%.





APENDICITA CRONICĂ

- Apendicita cronică reprezintă un ansamblu de leziuni micro- și macroscopice, rezultate în urma unui proces inflamator apendicular. Deosebim apendicită cronică reziduală (după reabsorbția plastronului apendicular) și apendicită cronică recidivantă caracterizată prin re-petarea periodică a acceselor de apendicită acută într-o formă abortivă, ștearsă.
- Se consideră ca posibilă și existența unor leziuni cronice de aparență inițială – apendicita cronică primitivă (D.Burlui, I.Țurari C.S.Salișcev, S.D.Tarnovschi, M.I.Guzun), dar această posibilitate rămâne sub semnul întrebării, întrucât este greu de admis existența unui proces lezional cronic neprecedat de un epizod acut (P.Simici, I.M.Panțîrev).
- Din punct de vedere patomorfologic procesul dominant este cel de atro-fie, care atinge toate straturile apendicelui, inclusiv foliculii limfoizi, și care conduce în cele din urmă la scleroza organului. Macroscopic se disting 2 forme: a) scleroatrofică; b) sclerohipertrofică. În fosa iliacă dreaptă sunt aderențe între organele vecine și apendice.

TABLOUL CLINIC

- Nu există o simptomatologie proprie apendicitei cronice. Semnele ei clinice pot imita orice sindrom sau boală organică a abdomenului. Deaceea diagnosticul apendicitei cronice este foarte dificil și cere o mare erudiție și inteligență chirurgicală.
- Bolnavii se plâng de dureri cu caracter intermitent la nivelul fosei iliace drepte, cu iradiere în epigastru mai ales la palparea profundă a cecului (simptomul Koher-inversat). Iradierea poate fi simțită și în regiunea ombilicală, iar la femei pe fața internă a coapsei.
- Durerile se însoțesc de grețuri, uneori chiar de vărsături și în genere de tulburări de tranzit intestinal: constipație la adulți, diaree la copii. De menționat – foarte multe dispepsii au în spate un proces inflamator cronic apendicular

TABLOUL CLINIC

- Examenul obiectiv trebuie efectuat cu multă atenție. Fosa iliacă dreaptă este sensibilă la presiune, chiar dureroasă. Această durere est mai accentuată în anumite puncte: Mae-Burney, Lanz etc. Este de mare folosință utilizarea procedeului lavorschi-Lapinski: la palparea fosei iliace drepte în adâncime odată cu ridicarea membrului inferior drept.
- Contracția psoas-iliacului apropie cecul de planul superficial și astfel poate fi accesibil palpării. În literatura rusă acest procedeu est cunoscut sub numele lui Obrazțov. Nu trebuie neglijată nici palparea segmentului ilio-cecal în decubit lateral pe partea stângă.
- Este destul de util în realizarea diagnosticului examenul radiologic al tubului digestiv, care exclude prezența unui ulcer gastric sau duodenal, a unei hernii hiatale, a unui diverticul Meckel cu fenomene de diverticulită

TABLOUL CLINIC

- Acest procedeu ne informează asupra poziției exacte a cecului și apendicelui și ne arată modificările sale de lumen (stenoze, apendice amputat, torsionat etc.). Durerea în dreptul apendicelui localizată sub ecranul radiologie are mare valoare pentru diagnostic (procedeu Czepa). Sugerarea diagnosticului de apendicită cronică este lesnicioasă atunci când tulburările acuzate de bolnav sunt urmarea unei crize apendiculare acute. În afara acestui antecedent, nu se poate afirma cu precizie nici caracterul cronic al inflamației apendiculare și nici cauzalitatea acesteia, în determinarea tulburărilor existente (P.Simici).

TABLOUL CLINIC

- În această ordine de idei vom memoriza că înainte de a stabili diagnosticul de apendicită cronică și a lua decizia unei intervenții chirurgicale bolnavul va fi expus unei explorării minuțioase clinice și paraclinice cu participarea altor specialiști (urolog, ginecolog, radiolog) avându-se în vedere eventualitatea următoarelor afecțiuni: nefrolitiaza, mezadenita, pielonefrita, boala Krohn, diverticulul Meckel, colecistită calculoasă și necalculoasă, ulcerul gastro-duodenal, iar la femei anexitele, ovaritele sclerochistice etc.

TRATAMENTUL

- Apendicita cronică beneficiază, în mod exclusiv, de tratament chirurgical și este bine ca acesta să fie aplicat mai înainte de apariția complicațiilor. În afara de aceasta trebuie avut în vedere că apendicita cronică devine manifestă clinic uneori după o lungă perioadă de latență, în care timp local și la distanță s-au constituit leziuni inflamatorii cronice nespecifice, ireversibile și care pot evolua în continuare chiar după îndepărtarea apendicelui

**-TE-AM OPERAT DEGEABA LA CREIER !
DIN ANALIZE REIESE CA AI APENDICITĂ!**



Foto.BaRLadUL.Ro