

7.0  
293

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
NICOLAE TESTEMIȚANU

Eva GUDUMAC Jana BERNIC Natalia COJUȘNEANU

**DIAGNOSTICAREA PRECOCE  
A ABDOMENULUI CHIRURGICAL ACUT  
LA COPIL. ERORI ȘI DIFICULTĂȚI**

Recomandări metodice

Chișinău  
2012

617.5  
693

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
*NICOLAE TESTEMIȚANU*

Catedra Chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică

Eva GUDUMAC Jana BERNIC Natalia COJUȘNEANU

**DIAGNOSTICAREA PRECOCE  
A ABDOMENULUI CHIRURGICAL ACUT  
LA COPIL. ERORI ȘI DIFICULTĂȚI**

Recomandări metodice

705248

Universitatea de Stat de  
Medicină și Farmacie  
«Nicolae Testemițanu»  
Biblioteca Științifică Medicală

88

Chișinău  
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*  
2012

CZU 616.33-053.2-07(076.5)

G 93

Aprobat de Consiliul metodic central al USMF

*Nicolae Testemițanu*, proces-verbal nr.1 din 6 octombrie 2011

**Autori:** *Eva Gudumac* – dr. hab. med., prof. univ., academician al AȘRM

*Jana Bernic* – dr. hab. med., prof. univ.

*Natalia Cojușneanu* – doctorandă

**Recenzenți:** *Petru Moroz* – dr. hab. med., prof. univ.

*Gheorghe Hîncu* – dr. hab. med., conf. univ.

**Redactor:** *Sofia Fleștor*

#### DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

**Gudumac, Eva**

Diagnosticarea precoce a abdomenului chirurgical acut la copil. Erori și dificultăți: Recomandări metodice / Eva Gudumac, Jana Bernic, Natalia Cojușneanu; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*. – Ch.: CEP *Medicina*, 2012. – 35 p.

50 ex.

ISBN 978-9975-113-01-4.

616.33-053.2-07(076.5)

G 93

ISBN 978-9975-113-01-4

© CEP *Medicina*, 2012

© Eva Gudumac s.a., 2012

*În orice durere abdominală acută avem obligația sacră să excludem prezența unei apendicite acute.*

**Gheorghe Goldiș**

## **Actualitatea diagnosticului precoce al apendicitei și peritonitei acute la copil**

Un diagnostic poate fi stabilit numai prin efectuarea unei anamneze minuțioase și a unei examinări fizice complete, doar dacă se cunosc stadiile precoce ale bolii și sunt prezente cele dintâi simptome. Un diagnostic-fulger poate fi magnific, dar nu și temeinic; impresionează, dar nu este sigur, ba chiar periculos.

Procesele deductiv și inductiv pornesc de la fapte și observații reale, necesare pentru formarea unor opinii clare, și îi asigură medicului o bună disciplină mintală.

Examinările radiologice, ultrasonografice, tomografia computerizată și un șir de teste de laborator, pe care le avem la dispoziție, nu vor putea compensa o anamneză superficială și o examinare fizică incompletă. În boala abdomenului acut chirurgical la copil, de cea mai mare importanță este diagnosticul precoce.

Prognosticul în abdomenul acut chirurgical este favorabil în cazurile în care diagnosticul și tratamentul chirurgical sunt efectuate la timp. Având un tablou clinic înșelător și o afecțiune cu evoluție diferită – uneori lentă, alteori foarte rapidă –, stabilirea diagnosticului poate întârzia, ceea ce determină amânarea intervenției chirurgicale. În aceste cazuri, prognosticul rămâne rezervat, cu urmări imprevizibile, deoarece mortalitatea infantilă, în ciuda progreselor medicinei, este destul de înaltă.

O soluție ideală a acestei probleme este ca pacientul să fie luat în primire cât mai repede posibil de chirurg sau de chirurgul-pediatru. Doar el poate realiza într-o perioadă de timp scurtă o anamneză minuțioasă și un examen clinic fizic pertinent, completat de explorări paraclinice adecvate și o conduită medico-chirurgicală corectă.

Administrarea unui narcotic, spasmolitic, antibiotic, aplicarea termoforului pe abdomen de un medic care nu este responsabil de diagnosticul și tratamentul final al pacientului cu abdomen acut chirurgical vor târâgăna nejustificat stabilirea diagnosticului și calmarea precoce a durerii. Se știe că frecvența vindecărilor, evitarea complicațiilor cazurilor de abdomen acut chirurgical cresc direct proporțional cu precocitatea diagnosticului și a tratamentului. În ultimele decenii s-a constatat o scădere esențială a mortalității în afecțiunile abdomenului acut chirurgical, în ocluziile intestinale și, în special, în apendicita acută și în alte procese infecțioase abdominale. Acest fapt se explică prin precocitatea diagnosticării abdomenului acut chirurgical.

Odată cu implementarea noilor concepții despre sepsis și a explorărilor imagistice moderne, s-a ameliorat esențial diagnosticul și tratamentul afecțiunilor abdominale chirurgicale acute la copil și s-a redus mortalitatea postoperatorie. Totodată, morbiditatea prin peritonite și alte complicații a rămas la același nivel.

Deci, și în prezent, problemele actuale ale medicinei sunt profilaxia și tratamentul maladiilor abdominale chirurgicale acute, determinate de complicațiile majore și de letalitatea sporită. Incidența infecțiilor chirurgicale la copil este destul de înaltă. Grupul de risc îl constituie copiii de până la 4 ani, cu dezvoltare tardivă, cu deficiențe în sistemul imunitar și cu utilizarea nerațională a antibioterapiei, la care scade treptat eficacitatea metodelor tradiționale de tratament al infecției chirurgicale generalizate. Adaptabilitatea continuă a florei bacteriene impune elaborarea și implementarea noilor tehnici de diagnosticare și tratament, a unor medicamente noi, costisitoare și a tehnologiilor moderne de tratament. Astfel, tratamentul unui pacient cu sepsis devine destul de costisitor, deoarece îngrijirile în staționarul chirurgical sunt de durată (Davâdov B. N., Rumeanțev G. N.; 2006).

În ultimii ani, în diagnosticarea și tratamentul infecției chirurgicale, se utilizează pe larg noi tehnologii și metode imagistice moderne – ecografia, tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară, tomografia spiralată reconstructivă –, ce permit vizualizarea dimensională și localizarea zonelor cu țesuturi distruse și a focarelor septice profunde inaccesibile altor metode. În cele din urmă, ele fac posibilă salvarea a mai multor vieți de copil și ameliorarea tratamentului în cazurile pacienților cu forme grave de sepsis.

Cu pași simțitori, se dezvoltă un compartiment nou, de perspectivă, în chirurgia septică și a sepsisului abdominal la copil – tehnologiile moderne prin metode endovideochirurgicale (Beleaeva V. N., Roshali L. V.; 2007).

Studiile clinice randomizate și controlate au reușit să atragă atenția chirurgilor-pediatri asupra importanței recunoașterii și diagnosticării precoce a afecțiunilor abdominale chirurgicale, ca prim pas în profilaxia peritonitei acute, ceea ce va contribui la scăderea morbidității prin aceste complicații și a costului tratamentului.

Numeroase studii confirmă că infecția abdominală chirurgicală (sepsisul abdominal) reprezintă o totalitate de patologii, care reflectă evoluția complicată a mai multor afecțiuni chirurgicale acute – apendicita acută, peritonitele, ocluziile intestinale, hemoragiile tubului digestiv superior, infarctul entero-mezenteric, torsiunea anexelor normale și patologice la fetețe, traumatismele – și care pot fi tratate de pe o singură poziție – cea a abdomenului chirurgical acut.

Unele studii atestă că apendicita acută rămâne o urgență chirurgicală a abdomenului, o afecțiune de tip cameleon, pe care o găsești nu acolo unde o cauți, ci acolo unde o bănuiești cel mai puțin. Aceste argumente clinico-statistice ne obligă ca, în orice formă de suferință abdominală acută la copil, primul act medical să fie diagnosticul de excludere a apendicitei acute. Superficialitatea, temporarizarea nejustificată, omiterea trimerii copilului cu cel mai mic semn de suspiciune de apendicită acută la un eșalon superior de specialitate pot avea consecințe de nerecuperat. În statisticile privind frecvența mortalității copiilor, după diferite accidente, afecțiunile maligne, neoformațiuni, urmează apendicita acută. Prin urmare, apendicita acută este o problemă serioasă, pe care o întâlnesc adesea medicul de familie, medicul de urgență, pediatrul, chirurgul-pediatru.

Prima descriere a apendicitei acute a făcut-o, în 1554, Jean Fornel, prezentând rezultatele necropsiei unei fetețe de 7 ani, care decedase de apendicită perforată.

## **Anatomie patologică**

***Apendicele vermiform*** – organ tubular localizat la nivelul segmentului inferior al cecului. Are o lungime de 6-8 cm. Mezoul apendicelui conține artera apendiculară, ramura terminală a arterei ileocecale. Drenajul venos se face prin venele ileocecale și colica dreaptă în vena portă.

## **Fiziopatologie**

Mecanismul de producere cel mai des incriminat în fiziopatologia apendicitei acute este obstrucția lumenului apendicular, care se produce prin hiperplazia țesutului limfoid, localizat la nivelul apendicelui (foliuli limfoizi submucoși), sau obturarea lumenului cu un coprolit (materii fecale), prin paraziți, corpi străini, aderențe, mononucleoză, infecții respiratorii, gastroenterite. În consecință, au loc: împiedicarea drenajului limfatic, creșterea presiunii intralumenale, multiplicarea exagerată a florei microbiene, invazia bacteriană la nivelul peretelui apendicular, congestie. Dereglările venoase diminuează fluxul arterial și se produc leziuni ischemice, ce pot provoca apendicita gangrenoasă, care se poate complica prin perforație și peritonită.

### **Apendicita acută**

Apendicita acută – inflamație acută a apendicelui vermiform – este o cauză importantă a sindromului dureros abdominal și reprezintă una dintre cele mai frecvente cauze de abdomen chirurgical acut și deci a laparotomiei la copil. În clinică, din totalul intervențiilor chirurgicale de urgență apendicita acută constituie circa 80,5%. Statisticile denotă că pacienții cu vârsta cuprinsă între 15 și 30 ani fac de 7 ori mai frecvent apendicită acută decât adulții (după Selter), iar vârsta cu cea mai mare incidență în populația pediatrică este de 6-10 ani.

Djanelidze I. I., Sergeev M. M. susțin că la adulți erorile de diagnostic constituie circa 30%, pe când în chirurgia copilului, ținând cont de dificultățile anamnezei, în special la copiii de vârstă fragedă (până la 5 ani), și ale examenului obiectiv, de particularitățile evoluției clinice, similaritatea semnelor clinice cu ale altor afecțiuni (pneumonie, helmintoze, rujeolă, scarlatină etc.), riscul erorilor de diagnostic crește considerabil, constituind 50-70-80% (Sluțkaia S. P. ș. a.). Deci, o acuratețe a diagnosticării apendicitei acute la nou-născut, sugar, copilul mic este foarte dificilă, deoarece micii pacienți sunt incapabili să ofere date anamnestice, o istorie a bolii, iar durerile abdominale nespecifice sunt un simptom comun în patologia sugarilor și a copiilor. Totodată, la aceste vârste, apendicita acută se întâlnește rar.

### **Clasificarea apendicitei acute**

- Formele nedistructive:

- 1) apendicita catarală;
  - 2) calculii;
  - 3) apendicita cronică.
- Formele distructive:
    - 1) flegmonoasă;
    - 2) gangrenoasă;
    - 3) gangrenoasă-perforată.

Pentru nou-născut este caracteristică o hipofuncție corticosuprarenală, legată de lipsa de maturare a sistemului nervos simpatic. Datorită acestui fenomen, au loc o serie de reacții postagresive reduse sau exagerat de mari. La nou-născut și sugar există un deficit de factori de apărare, în special în perioada 1–6 luni, când valoarea anticorpilor primiți de la mamă scade și urmează perioada de formare a propriilor anticorpi. La nou-născut, sugar, copilul de vârstă fragedă există o rapiditate a dezechilibrelor ionice și acido-bazice, care se instalează chiar și după mici intervenții chirurgicale.

Putem afirma că complicațiile în apendicita acută sunt determinate de particularitățile de vârstă și diagnosticul tardiv. Astfel, cunoașterea manifestărilor clinice și capacitatea de a recunoaște această afecțiune la copiii mici au o importanță majoră.

Este esențial ca cele mai precoce semne și simptome ale apendicitei acute să fie clare, iar intervenția chirurgicală – să fie efectuată cât mai curând (în 24 ore de la debut).

Statisticile denotă că există două rațiuni pentru care copilul cu apendicita acută ajunge în atenția medicului mai târziu de acest interval de timp: prima – părinții consideră că simptomele de debut al apendicitei acute nu sunt suficient de serioase pentru a consulta un medic; a doua – medicul consultat este de părerea că simptomele nu sunt tipice pentru apendicita acută ori insuficient de severe pentru o intervenție chirurgicală.

Pentru remedierea primei rațiuni este nevoie de educarea populației, iar a celei de a doua este necesar ca medicul să-și amintească că așa-numitele simptome tipice de apendicită acută de multe ori indică deja un stadiu avansat al bolii.

Oricum, este necesar, iar în multe cazuri – chiar posibil, ca diagnosticul de apendicită acută să fie stabilit până a apărarea iritația peritoneului sau peritonita, care însoțește orice proces inflamator al intestinului.



Polimorfismul manifestărilor clinice ale apendicitei acute, lipsa semnelor specifice conduc adesea la erori de diagnostic. Mai mult decât atât, există suficiente date referitoare la erorile de diagnostic la debutul bolii, când copilul nu este investigat mai întâi de un chirurg-pediatru.

Tabloul clinic al apendicitei acute la copil este nespecific, evoluând cu o simptomatologie deosebită a pacienților de această vârstă. Formele grave ale apendicitei gangrenoase sunt însoțite de o simptomatologie ștearsă, în timp ce unele apendicite catarale se manifestă zgomotos.

Oricare ar fi forma apendicitei acute, elementul constant îl constituie triada simptomatică a lui **Dieulafoy**:

- durerea;
- rigiditatea musculară;
- hiperestezia cutanată.

**Fevre** insistă asupra triadei funcționale:

- durerea în fosa iliacă dreaptă;
- vărsături, oprirea tranzitului de mase fecale;
- semnele fizice: durerea în fosa iliacă dreaptă, rigiditatea musculară, însoțită de semnele clinice generale (febră, tahicardie, facies peritoneal).

Pentru confirmarea diagnosticului de apendicită acută la copil, se va respecta algoritmul de diagnosticare bazat pe istoricul bolii, simptomele și indicatorii răspunsului inflamator sistemic (SIRS), particularitățile procesului patologic, modificările homeostaziei acidobazice și metabolice, pe datele imagistice – informații utile și precise în stabilirea formelor complicate de apendicită acută și a indicațiilor terapeutice.

Succesul tratamentului depinde de conduita terapeutică la toate etapele, de la stabilirea diagnosticului și până la tratamentul și reabilitarea pacientului.

Majoritatea **complicațiilor septice** în apendicita acută la copil au la bază următorii factori cauzali:

- adresabilitatea tardivă a părinților cu copilul la medic;
- diagnosticul dificil al apendicitei acute și al altor procese intraabdominale la copilul mic în instituțiile medicale;
- erorile de tactică în tratamentul apendicitei acute, traume etc.

Cauzele adresabilității tardive a pacienților cu apendicită acută pot fi clasificate condiționat în:

- a) controlabile (92%);

b) necontrolabile (8%) (Roshali L. V.; 1996).

68% din cauzele controlabile sunt determinate de adresarea tardivă a părinților la medicul specialist, având drept cauze: neglijarea acuzelor copilului, aprecierea inadecvată a stării pacientului (63%), administrarea de sine stătător a substanțelor medicamentoase (spasmolitice, analgezice, antibiotice, aplicarea termoforului pe abdomen etc. (37%)). Cauzele necontrolabile au fost condiționate de dificultățile de transportare, obstacole de distanță etc.

### **Erori în diagnosticarea apendicitei acute**

Cauzele dificultăților de diagnosticare a apendicitei acute la copil sunt particularitățile de vârstă.

Astfel, la copilul mic, durerea abdominală apare ca o senzație globală și doar în cazuri rare se pot obține date convingătoare de localizare anatomico-topografică.

În patologia copilului sugar, antepreșcolar, preșcolar, o serie de suferințe subiective sau obiective sunt direcționate spre abdomen, fără să existe o patologie reală a acestuia. Deci, existența sau localizarea durerilor spontane sau provocate are o doză importantă de incertitudine. Realizarea condițiilor optime de examinare, reușita colaborării cu copilul suferind pot interveni ca o condiție obligatorie a unui diagnostic cert.

Semnele clinice generale sunt mai exprimate și îndepărtează cu mult atenția practicianului de la diagnosticul apendicitei acute.

Studiile clinice indică un șir de erori în examenul primar de stabilire a diagnosticului (circa 22%):

- erori de diagnostic în serviciul pediatric (63%);
- erori de diagnostic la nivelul asistenței medicale de urgență (33%);
- erori de diagnostic la nivelul chirurgului și chirurgului-pediatru (4%).

Erorile la etapa de diagnosticare pot fi manifestate prin:

- 1) **hipodiagnostic** – în locul apendicitei acute se stabilește o altă afecțiune (infecție virală acută, pneumonie, coprostază, afecțiuni urologice, gastroenterologice, otită, maladii infecțioase ale copilului, invaginație intestinală, tumori, helmintoze etc.);
- 2) **hiperdiagnostic** – durerile abdominale sunt condiționate de o altă afecțiune (chist ovarian torsionat, glomerulonefrită, ulcer gastric, pneumonie bazală etc.), dar copilul este operat de apendicită acută.

În funcție de perioada în care au fost comise, erorile de diagnostic pot fi clasificate în felul următor:

- de tactică și conduită în perioada preoperatorie;
- de tactică și tehnică intraoperatorie;
- de tactică și tehnică în perioada postoperatorie.

**Erorile în diagnosticarea** apendicitei acute și peritonitei la copil sunt condiționate de:

- vârsta copilului;
- evoluarea atipică a apendicitei acute și a peritonitei acute la copil;
- cunoașterea insuficientă a particularităților evoluției apendicitei acute și a peritonitei acute la copilul mic, a formelor atipice ale apendicitei acute la copil;
- contactul dificil în examenul obiectiv al copilului mic.

Erorile de diagnostic pot fi sistematizate în trei niveluri.

**Erorile de nivelul I** (comise de medicul de familie, asistența medicală de urgență, serviciul pediatic) sunt determinate de:

- *deficiențele în cunoașterea particularităților apendicitei acute la copil:* colectarea inadecvată a anamnezei, lipsa supravegherii active în dinamică a pacientului suspect la afecțiune chirurgicală acută, neglijarea examenului rectal, limitarea timpului pentru examinarea pacientului;
- *erorile de tactică:* administrarea analgezicelor, antibioticelor, spasmoliticele; efectuarea unor manipulații fizioterapeutice; neglijarea indicațiilor chirurgului, în special în cazul copilului cu dureri abdominale de până la 3 ani, netransportarea copilului cu sindrom algic abdominal la chirurgul-pediatru.

**Erorile de nivelul II** (comise de chirurgul generalist în staționarul de chirurgie generală, iar de pediatru – în staționar):

- *erorile de diagnostic:* neglijarea examenului rectal, aprecierea inadecvată a datelor obiective, evoluția atipică a apendicitei acute, cunoașterea insuficientă de către medicii specialiști a particularităților evoluției apendicitei acute la nou-născut, sugar și copilul de vârstă fragedă și a particularităților anatomico-fiziologice ale organismului în creștere;
- *erorile de tactică:* cunoașterea insuficientă a principiilor de diagnosticare și tratament în chirurgia pediatrică: neglijarea terapiei infuzionale, consultarea întârziată a chirurgului-pediatru, adminis-

trarea antibioticelor și a analgezicelor până la excluderea diagnosticului de afecțiune chirurgicală acută; neglijarea ordinului MS de a-i interna în staționarul de chirurgie pediatrică pe toți copiii cu dureri abdominale cu vârsta de până la 3 ani și excluderea afecțiunii chirurgicale acute printr-un consiliu a nu mai puțin de 2 chirurghi; erorile tehnice în timpul intervențiilor chirurgicale, deficiențele în tratamentul postoperator etc.

**Erorile de nivelul III** (comise în staționarul specializat de chirurgie pediatrică) sunt condiționate de:

- cauzele deja elucidate și dificultățile de diagnosticare a formelor atipice ale apendicitei acute la copil; asocierea mai multor afecțiuni, inclusiv a unor afecțiuni somatice (vasculită hemoragică, coagulopatie, bulbită erozivă etc.);
- în cazul asistenței chirurgicale pediatrice, erorile de diagnostic și tactică sunt individuale, legate de experiența insuficientă a specialistului și nerespectarea algoritmului și metodologiei privind diagnosticul și tratamentul apendicitei acute și peritonitei la copil.

Putem conchide că potențialul pacient cu apendicită acută trebuie să fie diagnosticat și tratat în orice serviciu chirurgical și în orice moment (24/24 ore).

Ținând cont de cele expuse mai sus, pentru diagnosticarea precoce a apendicitei acute și peritonitei acute, este obligatorie **evaluarea clinico-paraclinică a pacientului la toate etapele de acordare a asistenței medicale**. Astfel, va fi respectată deducția lui Charles McBurney, care a descris, în 1889, diagnosticarea precoce a apendicitei acute și apendicectomia ca unica metodă de tratament chirurgical.

Totodată, la unii pacienți, în pofida existenței semnelor clinice generale, tabloul clinic al apendicitei acute și peritonitei acute este divers și variabil, ceea ce determină nu doar dificultăți de diagnosticare, ci și erori în abordarea adecvată a pacientului.

Studiile multicentrice efectuate demonstrează că tabloul clinic al abdomenului chirurgical acut la copil, spre deosebire de adult, este în concordanță cu vârsta copilului, particularitățile organismului în creștere, răspândirea procesului patologic în cavitatea peritoneală, fazele peritonitei, durata bolii, poziția anatomică a apendicelui în relație cu simptomele. Apendicele situat în apropierea joncțiunii ileocecale și cu vârful îndreptat spre splină, apendicele ascendent, iliac, pelvian sau situat în

cadrul abdominal inferior pe stânga, în caz de inflamație, face diagnosticarea dificilă.

Orice anamneză a pacientului cu apendicită acută sau peritonită acută trebuie să includă anumite aspecte care impun diagnosticul pozitiv.

De regulă, **anamneza** dezvăluie o stare de indigestie, de „gastrită”, cu puține ore sau zile înainte de apariția crizei dureroase de apendicită. Dacă aceste semne apar la un pacient care nu a suferit în trecut de crize dureroase localizate în regiunea apendiculară, se poate suspecta o apendicita acută. Dacă la copil se notează neregularități de tranzit intestinal (constipație, diaree), se poate suspecta apendicită acută. Adesea, diareea precoce trebuie diferențiată de varietatea apendicitei acute cu apariție tardivă, datorită iritației rectului prin peritonită pelviană sau prin abces pelvian.

După cum am menționat deja, nu trebuie neglijate semnele generale (neliniștea copilului, refuzul de alimentație, subfebrilitatea, sindromul algic abdominal, semnele inflamației peritoneului (de excitare peritoneală), rigiditatea musculară abdominală locală, semnele parezei intestinale (greață, pierderea acută a apetitului, vome repetate), absența scaunului, gazelor, sensibilitate dureroasă la palpate (pe abdomen sau rect), distensia abdominală, lipsa peristaltismului intestinal, „abdomenul mut” (la auscultație), cât și cele ale endotoxicozei (febra, paloarea tegumentelor, senzație de sete, scăderea turgorului țesutului subcutanat, encefalopatie toxică), ale sindromului de răspuns inflamator sistemic (SIRS) (tahicardie, dispnee, hipertermie, leucocitoză, deviere spre stânga, anemie toxică, VSH cu valori crescute, hipoproteinemie, hipokaliemie, hiponatriemie), semnele CID (hiperfibrinogenemie, hipoprotrombinemie), datele ecografice ale parezei intestinale, constatată prin: prezența lichidului în cavitatea peritoneală, dilatarea anselor intestinale, lipsa peristaltismului intestinal și semnele ocluziei intestinale (radiografie abdominală).

În opinia unor autori (2, 3), una din particularitățile organismului copilului este capacitatea de mobilizare și compensare maximă. Astfel, la început starea generală a copilului este puțin alterată, ceea ce provoacă dificultăți de diagnosticare, iar mai apoi are loc decompensarea foarte rapidă, complicând evaluarea adecvată a pacientului. Acest fenomen este o explicație a faptului că în grupul de vârstă de până la 3 ani, frecvența formelor complicate de apendicită și peritonită este de 4-5 ori mai mare.

Potrivit celor relatate mai sus, pentru stabilirea diagnosticului este foarte important să se respecte **metodologia algoritmului de diagnosticare**.

Screening-ul inițial include:

- vârsta;
- caracterul durerii;
- prezența febrei;
- lipsa poftei de mâncare;
- dereglarea scaunului;
- anamneza epidemiologică etc.

Aplicând această metodologie, trebuie să verificăm dacă au fost administrate medicamente (analgice, antibiotice), proceduri termice (aplicarea termoforului, băilor etc.).

În unele cazuri, dificultatea diagnosticării constă în imposibilitatea de a comunica cu micuțul pacient, iar părinții deseori accentuează și alte momente, mai puțin importante, ce determină erori și, prin urmare, conduc la stabilirea cu întârziere a diagnosticului.

O altă cauză ce determină erori în diagnosticarea apendicitei acute și peritonitei acute la copil este imposibilitatea de a stabili exact debutul, intensitatea și durata bolii. Alterarea stării generale a pacientului, vomelile repetate, agravarea durerilor sunt considerate ca manifestări clinice de debut al apendicitei acute.

### **Diagnosticarea apendicitei acute**

Formularea unui diagnostic precis de apendicită acută și peritonită include:

1. **Anamneza**, iar în mod deosebit, următoarele aspecte:

a) debutul bolii (acut sau insidios), caracterul durerilor și localizarea, prezența afecțiunilor ce pot duce la peritonită (apendicită, colecistită, pancreatită, ocluzie intestinală, ulcer perforat, prezența traumatismului în anamneză etc. și durata lor;

b) prezența în anamneză a afecțiunilor cronice potențiale de a se complica cu peritonită (ulcer gastric și duodenal, colită ulceroasă, hernii etc.);

c) stările imunodeficitare: diabet, terapie cu glucocorticoizi, afecțiuni purulente cutanate, IRVA frecvente etc.;

d) prezența afecțiunilor extraabdominale în faza decompensată: cardiace, pulmonare, renale, metabolice etc.

Modificările în comportamentul copilului, apariția setei, creșterea frecvenței contracțiilor cardiace în disociere cu febra sunt semne ale complicațiilor și ale peritonitei.

Datele acumulate din anamneză sunt în concordanță cu vârsta copilului.

La sugar și copilul mic, de regulă, predomină scaunele lichide, diareea, cu predominarea semnelor generale asupra celor locale, determinate de imaturitatea funcției de reglare și integrare a SNC, prezența semnelor insuficienței multiorganice, endotoxicoză, deshidratare, convulsii, somnolență și exprimarea moderată a semnelor locale abdominale.

**2. Prezența semnelor generale:** febră sau subfebrilitate (37-38°C), inapetență, vomă repetate, cefalee, facies palid, suferind, limbă saburată, semne de endotoxicoză, dereglări circulatorii și respiratorii.

**3. Particularitățile evaluării obiective și dificultățile etapei** date sunt condiționate de interpretarea subiectivă a stării copilului (de medic) și de prezența contactului psihologic. Prin urmare, este obligator examenul în somn medicamentos al copilului, cu aprecierea obiectivă a formei abdomenului și a participării lui în actul de respirație, desenului tegumentar, durerii la palpate și a defansului muscular pasiv etc.

*Simptomatologia locală* completează diagnosticul:

- la debut – diminuarea amplitudinii mișcărilor respirației abdominale sau imobilizarea peretelui abdominal;

- în fazele complicate cu peritonită – abdomenul este retractat, imobil, pe când în fazele de după instalarea ocluziei paralitice se constată distensia abdominală;

- durere la nivelul fosei iliace drepte;

- semnele peritoneale – pozitive (Rovsing, Șciotkin-Blumberg, Virhov etc.);

- rigiditate musculară generalizată, scăderea peristaltismului la auscultația abdomenului (faza toxică);

- contractura reflexă a peretelui abdominal (involuntară, permanentă), ce trădează inflamația peritoneului;

- palparea la nivelul fosei iliace drepte poate produce flectarea coapsei pe bazin, semn destul de valoros mai ales la copiii mici și sugari;

- tușeul rectal aduce informații valoroase, în special dacă apendicele este situat în pelvis;

- în diagnosticul tardiv și la instalarea peritonitei, la nou-născut și sugar apare edemul inflamator al peretelui abdominal în regiunea subombilicală, tegumente lucioase, circulație venoasă evidentă;

- în blocul apendicular se palpează în fosa iliacă dreaptă o formațiune tumorală dureroasă, inițial greu delimitată, fixată în profunzime, iar în rest abdomenul este nedureros și chiar suplul.

Astfel, *tușeul rectal* este indispensabil în cazurile dificile de diagnostic și pozitivează diagnosticul la aprecierea formațiunilor abdominale, a tumefierii dureroase pe dreapta, a semnelor de ocluzie intestinală, a spațiului Douglas dureros, relaxării sfinctrelui anal.

Auscultativ, se determină „abdomen mut”, percutor – matitate în unele regiuni, distensie accentuată a abdomenului.

Examenul clinic este completat de cel paraclinic.

**4. Examenul paraclinic** determină gradul obiectiv de severitate a maladiei prin estimarea gradului de endotoxicoză, a dezechilibrelor homeostazice și acidobazice.

*Diagnosticul de laborator* al apendicitei acute și peritonitei acute include:

- hemoleucograma desfășurată, care va pune în evidență leucocitoza cu predominarea neutrofilelor ( $L - 8,0-12,0$  în formele de apendicită catarală;  $15\ 000-20\ 000\ \text{mm}^3$  – în formele distructive);

- echilibrul acidobazic;

- analiza biochimică a sângelui:

- ionograma (K, Na, Ca, Cl);

- enzimele hepatice (ALT, AST);

- produsele metabolismului tisular (proteina totală, glucoza, colesterolul, ureea, creatinina etc.);

- indicii sistemului de coagulare (protrombina, fibrinogenul, timpul de coagulare etc.);

- aprecierea gradului endotoxicozei (ILI, citokinelor);

- aprecierea diurezei și examinarea sedimentului urinei;

- examenul bacteriologic (hemocultura);

- termometria;

- indicii hemodinamici (FCC, TA, PVC);

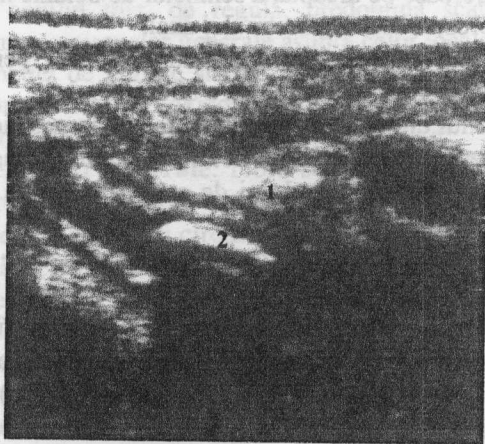
- indicii imunologici (la necesitate).

**5. Examenul imagistic** include *radiografia abdominală pe gol*, care stabilește un diagnostic pozitiv și diferențial și include determinarea semnelor peritonitei acute (lichid liber în cavitatea abdominală, dilatarea anselor intestinale), gradul parezei intestinale, modificările din organele intraabdominale, ficat, pancreas, prezența formațiunilor și abceselor intraabdominale (*fig. 1, 2*).



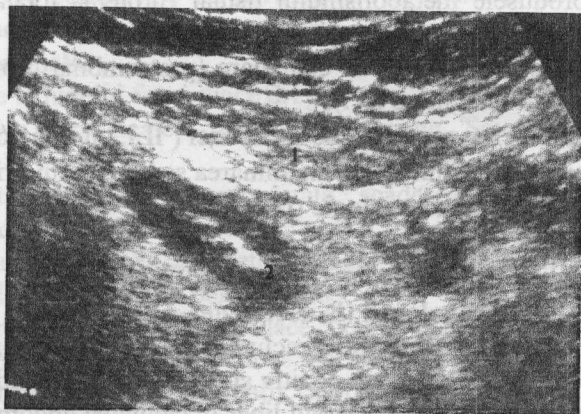
*Ecografia abdominală* – un instrument diagnostic util, foarte informativ, accesibil în orice situație și aplicabil în orice stare a pacientului. Specificitatea și sensibilitatea acestei metode depind, în mare măsură, de gradul aptitudinilor profesionale și de experiența specialistului.

În cazurile dificile sunt indicate CT, RMN.



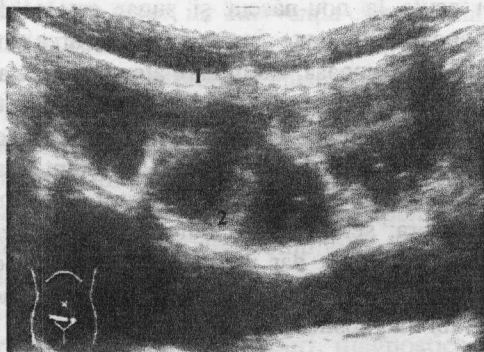
**Fig. 1. Apendicită flegmonoasă (ecografie):**

1 – apendicele vermiform pe secțiune sagitală; 2 – concrețiune în lumenul apendicelui.



**Fig. 2. Apendicită flegmonoasă:**

1 – apendicele vermiform în secțiune transversală;  
2 – omentul mare infiltrat.



**Fig. 3. Apendicită gangrenoasă-perforată:**

1 – apendicele vermiform în secțiune transversală perforat cu halou de lichid; 2 – anse intestinale dilatate.

Deci, ordinea apariției simptomelor este de extremă importanță în stabilirea diagnosticului. Desfășurarea evenimentelor este următoarea:

- durere, de obicei, în epigastru sau ombilic;
- anorexie, greață sau vărsături;
- sensibilitate dureroasă la palpate (în abdomen sau în pelvis);
- febră;
- diaree sau constipație;
- leucocitoză.

Apendicita acută trebuie diagnosticată, de regulă, înainte de apariția leucocitozei, deoarece leucocitoza exprimă începutul peritonitei locale.

Dacă febra precedă durerea sau dacă vărsăturile însoțesc sau precedă primul acces de durere, se pune la îndoială diagnosticul de apendicită acută.

**Trebuie să știm:** o criză acută de apendicită debutează adesea noaptea, trezind bolnavul din somn.

### FORMELE ATIPICE DE APENDICITĂ ACUTĂ

#### Apendicita atipică retrocecală

Dacă apendicita este cu localizare retrocecală, durerea este mai redusă și simțită, la început, numai local; vărsăturile nu sunt atât de frecvente, iar rigiditatea musculară deasupra focarului lezional – moderată.

Studiile denotă că 2% din apendicitele acute se întâlnesc la nou-născut și sugar. De regulă, aceste forme de apendicită acută se diagnostichează doar în stadiul de peritonită totală, forma generalizată. Așadar, diagnos-

ticarea apendicitei acute la nou-născut și sugar este tardivă și dificilă. Suspiciunea unei apendicite acute impune spitalizarea imediată, drenaj nazogastric, perfuzie endovenoasă, examinare atentă și repetată. Se știe că la această vârstă nivelul mortalității prin apendicită acută constituie 20%.

Diagnosticarea apendicitei acute în stadiul ce precedă perforația apendicelui depinde de unele semne rigurose constante sau inconstante. Semne aproape constante sunt: durerea în epigastru, vărsăturile, durerea în fosa iliacă dreaptă, febra; sensibilitatea dureroasă locală este invariabilă; rigiditatea locală este frecventă, dar inconstantă. În astfel de cazuri, doar examenul ultrasonografic poate demonstra o îngroșare netă a pereților apendicelui, ce ar grăbi diagnosticarea.

### **Clasificarea apendicitelor atipice în funcție de:**

a) localizare:

- retrocecală;
- pelviană;
- pe stânga;
- subhepatică;
- mezenterală;
- retroperitoneală;

b) evoluție: cronică sau acută.

**Apendicita atipică pelviană** are o frecvență de 10%. În această formă nu rareori sunt prezente disuria, polakiuria, uneori retenția acută de urină.

Clinic, apendicita evoluează asimptomatic, semnele de iritare peritoneală (vărsăturile, durerea în fosa iliacă dreaptă, contractura peretelui abdominal) lipsesc.

La tușeul rectal se vor constata dureri.

**Toxemia apendiculară (apendicita acută toxică)** se caracterizează prin alterarea continuă a stării generale:

- febră marcantă;
- vome repetate;
- tahicardie;
- oligurie;
- subicter;
- diaree.

**Apendicita mezoceliacă** are formă clinică polimorfă, deoarece apendicele este situat între ansele intestinale. Se asociază cu o peritonită difuză; rar de tot se localizează.

Prognosticul este sever, iar intervenția chirurgicală – foarte dificilă.

**Apendicita retrocecală** are un debut insidios, cu dureri de intensitate medie, o ușoară contractură musculară deasupra arcadei crurale, crestei iliace. Evoluează spre supurare.

**Apendicita atipică pe stânga** este prezentă în mezoul mobil al cecului (cec mobil), mezoul comun (apendicele este lung sau în situs inversus). Semnele caracteristice inflamației apendicelui sunt prezente pe stânga. Diagnosticarea este foarte complicată și tardivă.

**Apendicita acută subhepatică** este determinată de sediul apendicelui, înalt și profund. Manifestările clinice sunt cele ale unei gastro-duodenito-veziculo-pancreatite. Deseori, diagnosticarea este inaccesibilă. Starea generală este alterată, iar semnele clinice generale pot sugera abdomen chirurgical acut.

Semnele prezente: dureri în hipocondrul drept la percuție pe coastă, vome repetate, defans muscular, semnul Șciotkin-Blumberg pozitiv. Tușeul rectal – fără particularități. Uneori este prezent subicterul (inflamația ficatului, compresiunea căilor biliare). Stabilirea diagnosticului – cu întârziere.

**Apendicita acută gangrenoasă** este însoțită de diminuarea sindromului algic (necrozarea receptorilor) și prezența unei perioade „luminoase” – stare de bine, tahicardie. La examenul fizic, abdomenul participă la respirație, este moale, puțin dureros la palpate profundă. Semnele peritoneale – slab exprimate. La tratamentul chirurgical se depistează un apendice gros cât un „police de adult”, cu lichid peritoneal liber.

**Apendicita concomitentă** se întâlnește în cursul unor boli infecțioase contagioase. De exemplu, rujeola este însoțită, uneori, în stadiul prodromal, de o apendicită concomitentă. Astăzi se discută doar apendicite acute în imunizările active.

**Apendicita gripală** este o realitate în prezent. În studiile epidemiologice de gripă se constată o creștere importantă a numărului de apendicite acute. Ele au un debut, de regulă, gripal, cu fenomene catarale, nazo-faringiene, febră, stare generală alterată. După 5-7 zile se asociază durerile abdominale, vărsăturile și semnele clinice și locale ale apendicitei acute.

**Apendicita acută în infecțiile acute ale tractului urinar inferior** este consecința unor infecții din vecinătate. Prin urmare, în toate formele de apendicită acută examenul urinei este obligatoriu.

**Apendicita parazitară**, în special cu *Ascaris lumbricoides*, se caracterizează prin debut acut, cu dureri sub formă de colici în regiunea ileocecală, care se intensifică la presiune. Contractura peretelui abdominal lipsește.

Afecțiunea se produce prin obturarea lumenului apendicelui de către parazit.

**Apendicita mascată** este o formă a apendicitei acute, mascată de tratamentul cu antibiotice. După utilizarea antibioticelor, apare o formă individualizată. La administrarea preparatelor antibacteriene, temperatura scade, dar abdomenul rămâne balonat, starea generală se alterează, apar vomelle. La intervenția chirurgicală se constată un apendice perforat cu o peritonită generalizată.

### **Formele complicate de apendicită acută**

**Apendicita perforată** – peretele apendicular rupt, fistulizat, mai frecvent la bază. Epiploonul și câteva anse intestinale acoperă perforația. Are o frecvență de circa 5%, evoluează lent sau acut, cu dureri violente la perforarea apendicelui. Se asociază semnele de endotoxicoză, hipodinamie, somnolență, facies hipocratic, tahicardie, febră (39-40°C).

Pacientul are o poziție forțată (culcat pe dreapta, cu picioarele flectate). La poziția anteflexie a copilului, la mers, în special pe trepte, examenul fizic va indica dureri în fosa iliacă dreaptă, diminuarea mobilității peretelui abdominal în flancul drept.

Tușeul rectal determină durere caracteristică apendicitei acute. Examenul fizic: abdomenul nu participă la respirație, este balonat; durere în punctele McBurney, Lanz, Monroe; semnele Rowzing, Blumberg, Jaworski, Mondor, semnul psoitei spontane, semnul psoitei provocate – pozitive. Datele de laborator: leucocitoză (18 000 - 25 000), acidoză metabolică, hipokaliemie, hiponatriemie, hipoalbuminemie. Radiografia: pareză dinamică, niveluri hidroaerice, sindrom ocluziv.

**Abcesul apendicular** se caracterizează printr-un bloc de anse și marele epiploon, care înconjoară apendicele perforat și delimitează o cloacă de puroi cu miros fetid. Blocul se conturează în jurul cecului, retrocecal, medial de cec, sub cec.

**Plastronul apendicular** constă dintr-un conglomerat de anse și epiploon în jurul apendicelui total transformat într-o masă tumorală palpabilă la peretele abdominal, prin tușeul rectal sau la ecografia abdomenului.

## **Dificultăți de diagnosticare a formelor clinice ale apendicitei acute**

**Forma comună** – apendicită simplă, fără supurație.

**Forma gravă** – caracteristică mai frecvent copiilor, în special de vârstă fragedă; ea se explică prin faptul că:

- la copil, infecția apendicelui evoluează mult mai rapid și apendicele sfacelează mult mai repede decât la adult;
- organismul copilului rezistă mai greu la toxinele bacteriene;
- la unii copii, deși evoluția apendicitei acute pare să fie benignă și organismul pare că e suficient de rezistent, tabloul clinic al apendicitei acute se poate schimba în decurs de 2-3 ore, cu o rapiditate uimitoare.

**Formele clinice** pot fi marcate prin tratament (pungi cu gheață, supterie hidrică). În astfel de cazuri, evoluția apendicitei acute continuă, pentru ca după 3-4 zile să apară din nou toate fenomenele precedente, dar cu un aspect dramatic.

### **Dificultăți privind calitatea actului medical**

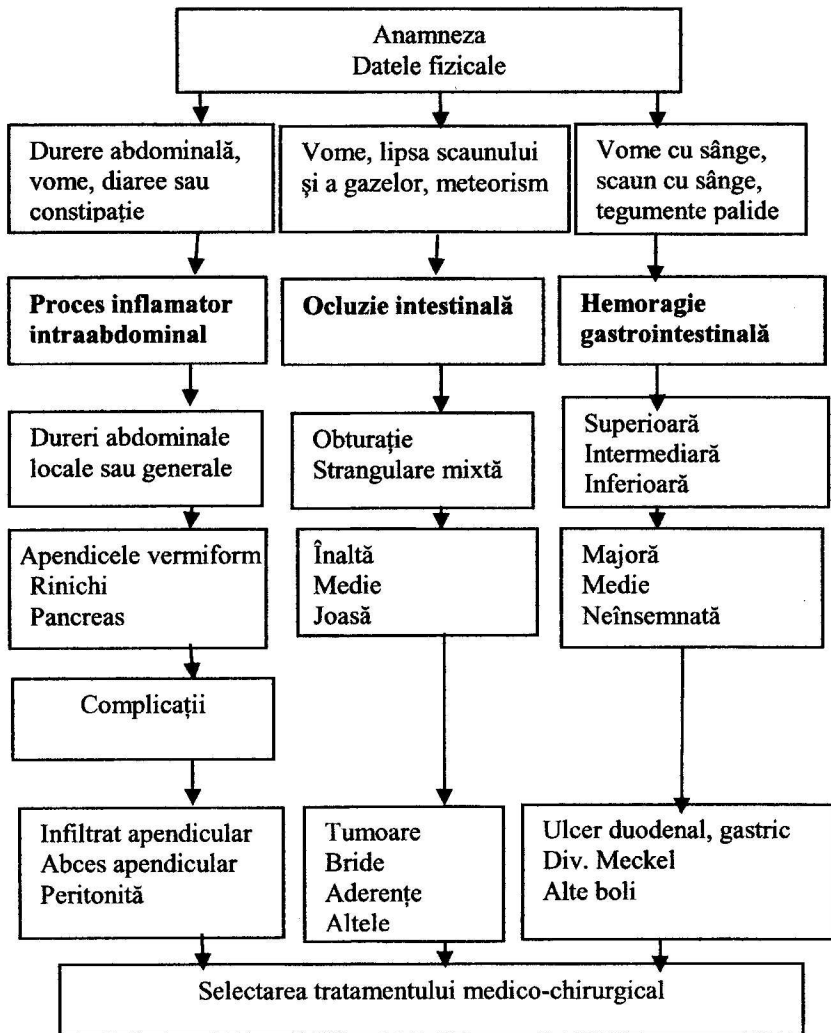
- Datele anamnezei – sumare.
- Examinările obiective – superficiale.
- Cunoștințele profesionale teoretice și practice – lacunare.
- Lipsa de răbdare față de copilul examinat.
- Performanța psihică și fizică a medicului examinator.
- Temporizarea examinării pacientului.
- Supraevaluarea unor date de laborator – cauza insucceselor profesionale.
- Lipsa responsabilității părinților și a tutorilor.
- Neglijența.
- Adresare cu întârziere la medic.
- Lipsa de cultură sanitară și temporizarea consultației medicului.

#### **Semnele evoluării apendicitei acute în peritonită:**

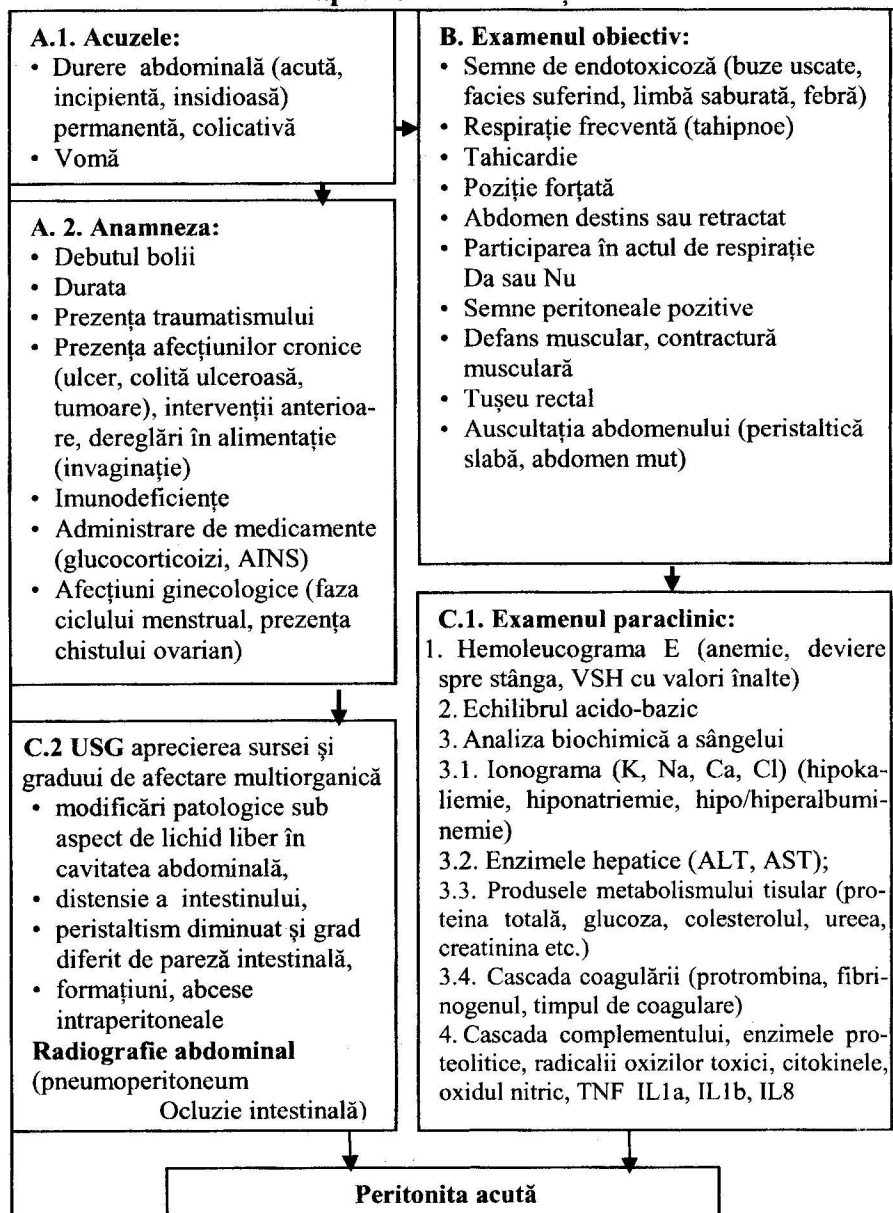
- generalizarea durerii abdominale pe toate ariile abdomenului;
- instalarea contracturii musculare generalizate;
- diareea;
- febra;
- durerea vie în fosa iliacă dreaptă; distensia ileonului (semnul Rowsing);

- creșterea leucocitozei cu formula deviată spre stânga;
- deshidratarea, acidoza;
- proteina C reactivă cu valori înalte.

### Algoritmul de diagnosticare a abdomenului chirurgical acut la copil



## Algoritmul de diagnosticare a peritonitei acute la copil și de apreciere a severității ei





# PERITONITA ACUȚĂ

## D. Evoluarea fazelor peritonitei acute

Durata bolii

## E. Evoluarea severității peritonitei

### Faza reactivă

Predomină manifestările locale determinate de sursa peritonitei (apendicită, ulcer, diverticulită)  
 Dureri acute prin perforare sau permanente prin inflamație  
 Vome reflectorii, grețuri  
 O-v: poziție forțată, facies suferind  
 Conștiință clară, vorbire lentă  
 Subfebrilitate  
 Puls tahicardic, umplere slabă  
 Limbă saburată, obraji umezi  
 Abdomenul nu participă la respirație, triaj intercostal  
 Contractură musculară (la palpație)  
 Abdomen puțin balonat (inițial)  
 Peristaltică scăzută  
 Exsudat seros sau seros-fibrinos

24 ore

1. Fără SIRS
  2. SIRS 2 (4 semne: febră, tahipnee, tahicardie, leucocitoză)
  3. SIRS 3 (3 semne)
  4. SIRS 4 (4 semne)
  5. Sepsis sever +MODF (modificări poliorganice cu insuficiență poliorganică) cu afectarea și insuficiența unuia sau mai multor sisteme:
    - ficat: citoliză, modificări ecografice, hiperbilirubinemie, insuficiență hepatică;
    - rinichi: creșterea ureei, creatininei, micșorarea diurezei, nefrită;
    - insuficiență intestinală (pareză avansată gr. III), translocatie bacteriană, lipsa peristaltismului;
    - insuficiență cardiovasculară (tahicardie, dereglări de repolarizare, bloc, etc.);
    - insuficiență respiratorie (tahipnee, sindromul de detresă respiratorie, plămân de șoc);
    - encefalopatie, comă
  6. Șoc septic toxico-infecțios  
 Criteriu: scăderea tensiunii arteriale, colaps
- Forma clinică atipică:**  
 1) supraacută (fulminantă, stenică, endotoxicoză gr. III);  
 2) astenică (stări imunodeficitare)

### Faza toxică

Proces inflamator avansat  
 Exsudat cu puroi și fibrină  
 Dereglări de circulație în pereții intestinului

24-72ore  
(2-3 zile)

Stare generală gravă  
 Slăbiciuni, sete  
 Vome de stază, fecaloide  
 Dereglări microcirculatorii  
 Ps tahicardie (120-140 b/min.)  
 Tahipnoe, respirație aritmică  
 Diminuarea suflurilor intestinale (picătura în cădere.)  
 Lipsa scaunului, meteorism, distensie abdominală.  
 Urină întunecată  
 Disurie  
 Encefalopatie, sopor, inhibare

După 48 ore

### Faza terminală

Stare generală extrem de gravă, critică, facies hipocratic  
 Conștiința dereglată, obnubilare, comă, delir  
 Tegumente acrocianotice, icter  
 Semne locale slab exprimate, durere diminuată, respirație superficială, aritmică  
 Insuficiență CV (puls filiform, hipotonie)  
 Oligoanurie  
 Colaps  
 Șoc

## **Diagnosticul diferențial al apendicitei acute**

Diagnosticul diferențial al abdomenului chirurgical acut se face cu un șir de afecțiuni somatice, care evoluează cu dureri abdominale ce pot mima apendicita acută, și în funcție de vârsta copilului.

**La copilul de vârstă fragedă, diagnosticul diferențial al apendicitei acute se face cu următoarele afecțiuni:**

- enterocolitele acute, gastroenterocolitele;
- infecția respiratorie virală acută;
- coprostaza;
- infecția tractului renourinar;
- pneumopatiile acute;
- afecțiunile tractului digestiv (diverticulul Meckel, limfadenita acută mezenterică, invaginația intestinală);
- peritonita pneumococică;
- infecțiile tractului urinar;
- adenopatia iliacă acută;
- voma acetonemică;
- chistul ovarian torsionat;
- chistul mezenteric;
- adenopatia mezenterică acută;
- bolile infecto-contagioase;
- otita;
- infecțiile copilului;
- pleurezia diafragmatică.

**La copilul mic diagnosticul diferențial al apendicitei acute se face cu:**

- afecțiunile tractului digestiv (pancreatite, gastroduodenite);
- afecțiunile căilor biliare (colecistite, colangite, dischinezii biliare);
- infecția urogenitală (pielonefrite, cistite, urolitiază);
- coprostază;
- IRVA;
- pneumoniile;
- afecțiunile anexelor genitale la fetițe (torsiunea unui ovar sau chist ovarian sau tumoral);
- afecțiunile dobândite ale joncțiunii ileocecale (colita ulceroasă, maldadia Crohn etc.);
- infecțiile copilului;
- adenopatia iliacă externă;

- vasculita hemoragică, purpura abdominală;
- peritonita primitivă;
- diverticulita acută Meckel;
- limfadenita mezenterică acută;
- invaginația copilului mai mare;
- tuberculoza;
- parazitozele digestive;
- pielonefrita acută;
- peritonita pneumococică;
- colica renală pe dreapta;
- adenoamigdalitele acute;
- reumatismul articular acut;
- voma acetonemică;
- purpura Henoch-Schonlein;
- intoxicația cu plumb;
- hepatita epidemică;
- ulcerul perforat etc.

### Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu infecția respiratorie virală acută

Infecția respiratorie virală acută	Apendicita acută
<i>Sindrom abdominal (durere, vomă, febră)</i>	
<p>Semne catarale Hiperemia obrazilor Tuse Hiperemia faringelui Sindrom abdominal secundar (durere abdominală difuză, generală, dureri de spate, la nivelul globilor oculari) Semnele locale ale apendicitei acute – negative.</p>	<p>Diagnosticul se stabilește pe baza triadei simptomatice a lui Dieulafoy (durere abdominală, apărare musculară, hiperestezie cutanată) și este susținut de explorările paraclinice (imagistice și de laborator) sau manifestările după Fevre. Triada funcțională (durere în fosa iliacă dreaptă, vărsături, oprirea tranzitului intestinal), însoțită de semnele intoxicației generale, febră, tahicardie, facies peritoneal</p>

### Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu afecțiunile inflamatorii ale tractului gastrointestinal

Afecțiunile inflamatorii ale tractului gastrointestinal (gastroduodenita, boala ulceroasă etc.)	Apendicita acută
<p>1. Anamneza: vărsături, dureri recidivante în epigastru, diaree 2. Examenul obiectiv: - dureri în epigastru sau în regiunea paraumbilicală (abdomen moale, lipsa durerii localizate în FID); - semnul Șciotkin-Blumberg negativ; - zgomote intestinale (balbarisme)</p>	<p>Triada clasică Durere abdominală în punctul fix McBurney Febră Leucocitoză moderată (<math>10\ 1200/\text{mm}^3</math>) Neutrofiloză Proteina C reactivă ridicată Tușeul rectal: la palpate bimanuală – durere în fosa iliacă dreaptă</p>

### Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu infecțiile intestinale acute

<b>Infecțiile intestinale acute</b>	<b>Apendicita acută</b>
<i>Sindrom abdominal (durere, vomă, febră)</i>	
Primar apar dereglările dispeptice Vome repetate Scaune lichide (exicoză, toxicoză) Local: abdomen moale, moderat balonat, dureros pe parcursul mezenterului, fără defans muscular	Diagnosticul se stabilește pe baza triadei simptomatice (dureri abdominale, vărsături, stare febrilă) și este susținut de explorările paraclinice (imagistice și de laborator).

### **Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu coprostaza**

<b>Coprostaza</b>	<b>Apendicita acută</b>
<i>Sindrom abdominal (durere, vomă, febră)</i>	
Anamneza: lipsa scaunului, temperatura corpului – normală Starea generală nu este dereglată. Examenul obiectiv: balonarea abdomenului, durere în regiunea iliacă stângă, pe parcursul colonului	Diagnosticul se stabilește pe baza triadei simptomatice (dureri abdominale, vărsături, stare febrilă) și este susținut de explorările paraclinice (imagistice și de laborator).

### **Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu infecțiile tractului urinar**

<b>Patologia sistemului renourinar</b>	<b>Apendicita acută</b>
<i>Sindrom abdominal (durere, vomă, febră)</i>	
Diagnosticul diferențial este dificil la copilul de vârstă fragedă. Durerea abdominală (de scurtă durată; periodică) iradiază în regiunea inghinală, organele genitale externe. Anamneza: familială (uronefropatii), personală (febră acuzală, disurie, uneori piurie) Leucocitoză USG Urografie i/v	Diagnosticul se stabilește pe baza triadei simptomatice (dureri abdominale, vărsături, stare febrilă) și este susținut de explorările paraclinice (imagistice și de laborator).

### Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu pneumonia acută

<b>Pneumonia acută</b>	<b>Apendicita acută</b>
<i>Sindrom abdominal (durere, vomă, febră)</i>	
La copiii de vârstă fragedă: - evoluție gravă - forme distructive - pleurezie Particularități: - stare foarte gravă - dispnee - cianoză - IR	Diagnosticul se stabilește pe baza triadei simptomatice (dureri abdominale, vărsături, stare febrilă) și este susținut de explorările paraclinice (imagistice și de laborator).
Local: durere moderată, defans muscular pasiv Radiografia toracică (semne specifice)	
!!! Pot fi concomitente.	

### Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu afecțiunile ginecologice

<b>Afecțiunile ginecologice</b>	<b>Apendicita acută</b>
<i>Sindrom abdominal (durere, vomă, febră)</i>	
Fetițele de vârstă pubertară (10-14 ani) 1. Sindromul premenstrual 2. Sindromul algic (dureri de lungă durată, colicative; vome, diaree) 3. Sindromul de ovulație (durere la mijlocul ciclului menstrual, localizată sub hipogastru) Examenul paraclinic (USG org. genitale) Examenul rectal	Diagnosticul se stabilește pe baza triadei simptomatice (dureri abdominale, vărsături, stare febrilă) și este susținut de explorările paraclinice (imagistice și de laborator).
!!! Pot fi concomitente.	

### Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu infecțiile copilului

<b>Infecțiile copilului</b>	<b>Apendicita acută</b>
<i>Sindrom abdominal (durere, vomă, febră)</i>	
Rujeola, rubeola, varicela, hepatita infecțioasă deseori sunt confundate cu apendicita. Examenul obiectiv al tegumentelor și mucoaselor (semnele și erupțiile specifice infecției, icter, dureri localizate paraombilical, fără defans muscular)	Diagnosticul se stabilește pe baza triadei simptomatice (dureri abdominale, vărsături, stare febrilă) și este susținut de explorările paraclinice (imagistice și de laborator)
Supraveghere în dinamică	

### Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu vasculita hemoragică

Vasculita hemoragică	Apendicita acută
<i>Sindrom abdominal (durere, vomă, febră)</i>	
Sindromul abdominal (hemoragii subseroase în peretele intestinal) Examenul obiectiv (hemoragie digestivă; durerea colicativă nu este localizată; fără defans muscular; erupții caracteristice pe tegumentele feselor și membrelor inferioare)	Diagnosticul se stabilește pe baza triadei simptomatice (dureri abdominale, vărsături, stare febrilă) și este susținut de explorările paraclinice (imagistice și de laborator).

### Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu invaginația intestinală

Invaginația intestinală la copilul mai mare de 1 an	Apendicita acută
<i>Sindrom abdominal (durere, vomă, febră)</i>	
Examenul obiectiv (dureri abdominale colicative, semne clinice de ocluzie intestinală)	Diagnosticul se stabilește pe baza triadei simptomatice (dureri abdominale, vărsături, stare febrilă) și este susținut de explorările paraclinice (cele imagistice și de laborator).

### Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu limfadenita acută mezenterică

Limfadenita acută mezenterică	Apendicita acută
În IRVA ea nu poate fi deosebită de apendicita acută. <b>Diverticulul Meckel</b> Semne clinice similare, adică semne confundabile cu ale apendicitei acute	Diagnosticul se stabilește pe baza triadei simptomatice (dureri abdominale, vărsături, stare febrilă) și este susținut de explorările paraclinice (imagistice și de laborator).

### Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu chistul ovarian torsionat

Chistul ovarian torsionat (hidrosalpinx)	Apendicita acută
Cu pedicul torsionat Durerea, vărsăturile apar simultan din cauza torsiunii de organ. Vomele sunt mai puține decât în apendicita acută.	Diagnosticul se stabilește pe baza triadei simptomatice (dureri abdominale, vărsături, stare febrilă) și este susținut de explorările paraclinice (imagistice și de laborator).
<b>!!! Diagnosticarea apendicitei pelviene este deosebit de dificilă</b>	

## Stările clinice care pot simula apendicita acută

### 1. *Poziția ascendentă a apendicelui (retrocecal, paracecal):*

- hidronefroza;
- ulcerul duodenal;
- colecistita;
- calculii renali;
- pielitele;
- torsiunea epiploonului;
- hepatita acută;
- chistul mezoului, epiploonului;
- poziția ridicată a apendicelui.

### 2. *Poziția iliacă a apendicelui:*

- ulcerul duodenal perforat;
- boala Crohn;
- diverticulul Meckel;
- boala TBC a șoldului, tuberculoza ileocecală;
- osteomielita șoldului;
- calculii ureterali;
- adenita nespecifică;

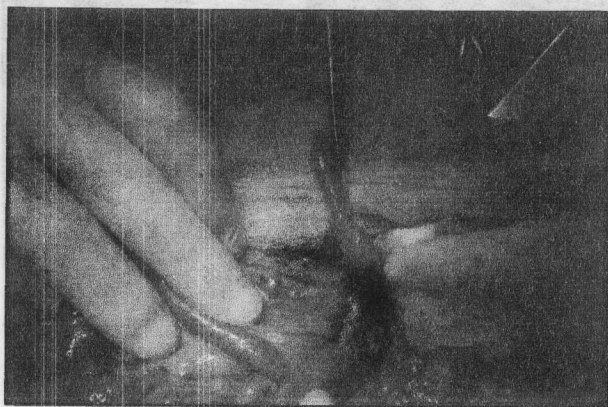
### 3. *Poziția pelviană a apendicelui:*

- ocluzia intestinală;
- gastroduodenita;
- diverticulita;
- salpingita;
- ruptura chistului folicular.

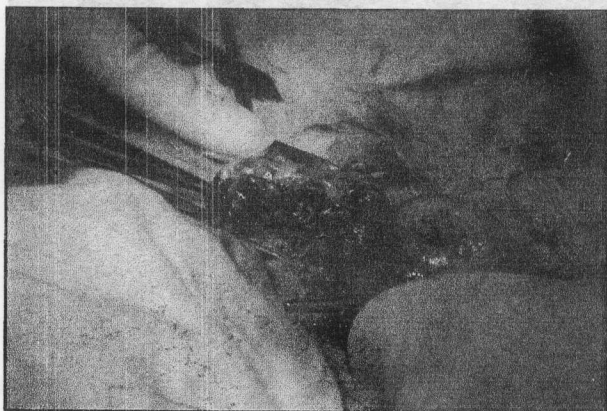
Tratamentul apendicitei acute este cel chirurgical. După o pregătire preoperatorie se efectuează laparatomia, cu îndepărtarea apendicelui vermiform inflammat. Tratamentul chirurgical în abdomenul acut la copil se poate face prin laparoscopie, respectându-se aceleași principii.

Îngrijirile postoperatorii sunt cele obișnuite pentru intervențiile pe tubul digestiv, la care se adaugă măsurile de terapie intensivă, iar în cazuri grave – și antibiotice.

## IMAGINI INTRAOPERATORII

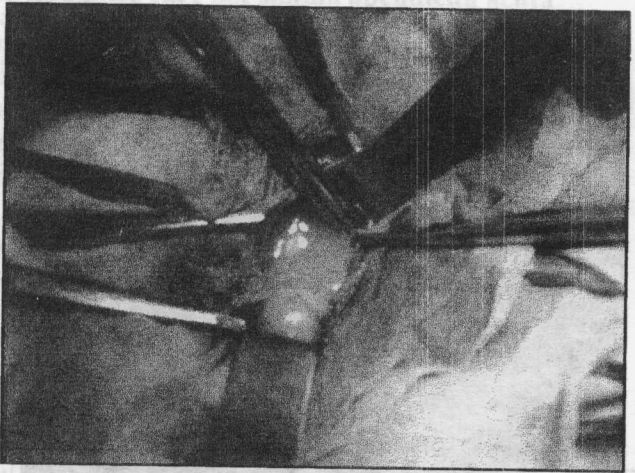


*Fig. 1. Apendicită acută flegmonoasă*

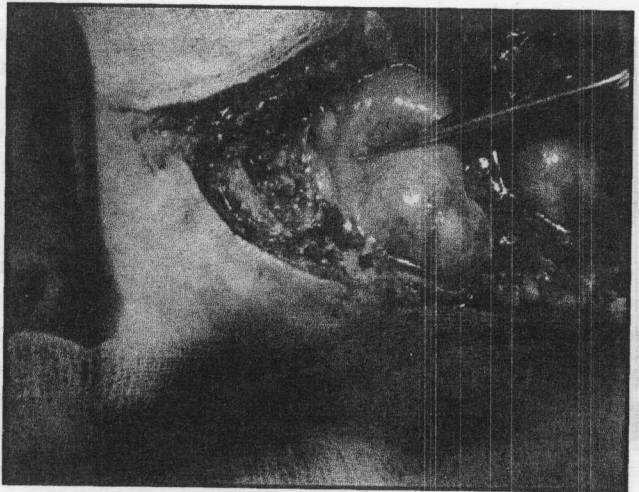


*Fig. 2. Apendicită acută gangrenoasă-perforată*

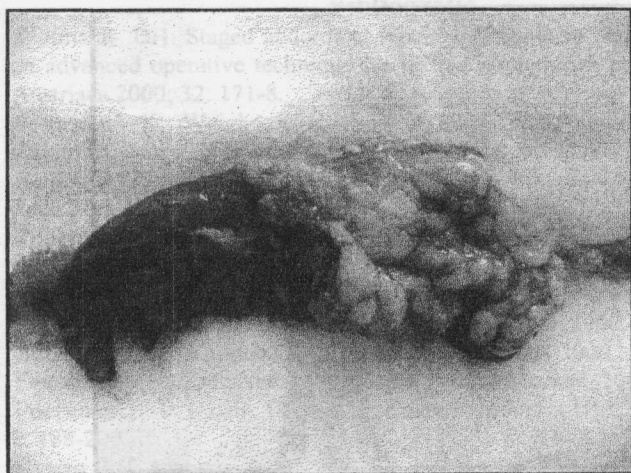




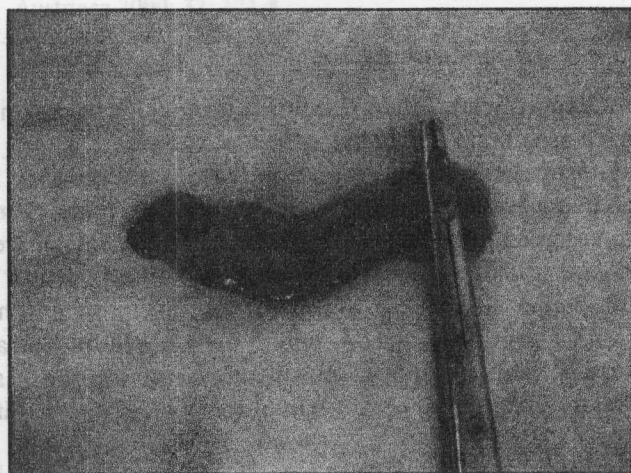
**Fig. 3. Peritonită purulentă**



**Fig. 4. Peritonită purulentă totală**

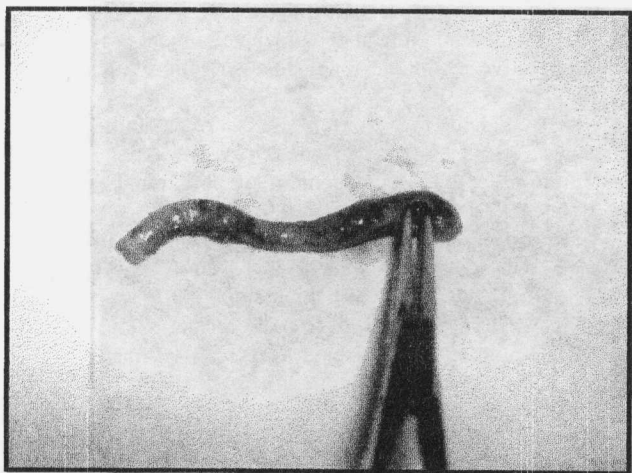


**Fig. 5. Absces apendicular**



**Fig. 6. Apendice flegmonos modificat**

- 2000, p. 563-571.
21. Săleșay C. „Tratamentul chirurgical al abscesului apendicular”. Ed. „Arius” Cluj-Napoca, 2004, p. 423-431.
22. Peitz H G. „Volvulus in childhood”. Radiologic, June 1997, p. 439-445.
23. Nelariț P., Avondyone J., Barge F. „Chirurgie Abdominală de l'enfant”. Ed. „Doin”, 1990, p. 304-322.



*Fig. 7. Apendice gangrenos-perforat cu perforație la apex*

### **Concluzii**

1. În prezent, diagnosticarea abdomenului chirurgical acut prezintă o problemă clinică, ce suscită un număr semnificativ de erori.

2. Doar diagnosticarea precoce a afecțiunilor chirurgicale, în special a apendicitei acute, face posibilă diminuarea frecvenței peritonitei acute și a complicațiilor ei, contribuind astfel la micșorarea gradului de invalidizare și la creșterea calității vieții micuților pacienți.

3. Această problemă necesită o abordare interdisciplinară (chirurghi, pediatri) și numai prin colaborare îi putem oferi copilului bolnav cu abdomen chirurgical acut, în special cu apendicită acută, șansa să ajungă la timp pe masa de operație, pentru o evoluție postoperatorie fără complicații.

## Bibliografie

1. Wittmann DH: Staged abdominal repair: development and current practice of an advanced operative technique for diffuse suppurative peritonitis. *Acta Chir Austriaca* 2000; 32: 171-8.
2. Emmanuel K, Weighardt H, Bartels H: Current and future concepts of abdominal sepsis. *World J Surg* 2005 Jan; 29(1): 3-9
3. Berger D, Buttenschoen K: Management of abdominal sepsis. *Langenbecks Arch Surg* 1998 Mar; 383(1): 35
4. Коперна Т, Schulz F: Prognosis and treatment of peritonitis. Do we need new scoring systems? *Arch Surg* 1996 Feb; 131(2): 180-6
5. Казаков О., Брантев А.В. «Детская хирургия». 2006, т. IV, с. 20-22.
6. Щетинин И.А., Арапова И.А. «Детская хирургия». 2000, т. II, с. 32-36
7. Либерзан Д.М., Карпов С.А. «Детская хирургия». 2000., т. I, с. 54-57.
8. Гельфанд Б.Р., Савельев В. С. «Перитонит». Москва, 2006, с. 141-149.
9. Гостищев В.К., Сажин В.П. «Перитонит». Москва. Изд. «Медицина», 1992; с. 188-200.
10. Цуман В.Г., Машков А.Е. «Гнойно-септические осложнения острых хирургических заболеваний у детей», Москва, изд. «Медицина», 1992, с. 24-58.
11. Wittmann DH: Staged abdominal repair: development and current practice of an advanced operative technique for diffuse suppurative peritonitis. *Acta Chir Austriaca* 2000; 32: 171-8.
12. Emmanuel K, Weighardt H, Bartels H: Current and future concepts of abdominal sepsis. *World J Surg* 2005 Jan; 29(1): 3-9.
13. Berger D, Buttenschoen K: Management of abdominal sepsis. *Langenbecks Arch Surg* 1998 Mar; 383(1): 35.
14. Коперна Т, Schulz F: Prognosis and treatment of peritonitis. Do we need new scoring systems? *Arch Surg* 1996 Feb; 131(2): 180-6.
15. Craig S. „Appendicitis acute”, *Medicine Web MD Updated* October 24, 2006.
16. Ake Sandberg, Ioan Păraian. „Apendicita acută”. Ed. Medicală Universitară „Iuliu-Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2002.
17. Silen W. „Apendicitis: Copes early diagnosis of the acute abdomen, 12<sup>th</sup> ed, New York, Oxford University Press, 2000.
18. Fevre M. „Chirurgie pediatrique et ortopedique”. Flammarion, 1967, 1:537.
19. Morrow S.E., Newman K.D. „Apendicitis”. In: Aschraft K.W. „Pediatric Surgery”. 4th Edition, Elsevier-Saunders, Philadelphia, 2005, 42:577.
20. Aschraft K.W., Holder T. „Pediatric Surgery”, Second Edition, ed. Saunders, 2000, p. 563-571.
21. Saletay C. „Patologia chirurgicală pediatrică”. Ed. „Arius”, Craiova, 2004, p. 423-432.
22. Peitz H.G. „Volvulus in childhood”. *Radiologie*, June 1997, p. 439-445.
23. Helardt P., Biondyeme J., Bary F. „Chirurgie digestive de l'enfant”. Ed. „Doin”, 1990., p. 368-382.