



PCI „Apendicita acută la adult”, Ungheni, 2025

Aprobat

Sef IMSP CS Ungheni

Oleg Belbas



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Ungheni

APENDICITA ACUTĂ LA ADULT

**Protocol clinic instituțional
(ediția II)**

PCI - 317

Ungheni 2025



INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE UNGHENI

ORDIN

Nr. 21

„28” 01 2025

*Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.963 din 04.12.24
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
"Apendicita acută la adult", ediția II
în cadrul IMSP CS Ungheni.*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 963 din 04.12.2024 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național "Apendicita acută la adult", ediția II**, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Ungheni,

ORDON:

1. De implementat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Ungheni Protocolul Clinic Național **"Apendicita acută la adult", ediția II**.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național **"Apendicita acută la adult", ediția II** în cadrul IMSP CS Ungheni de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național **"Apendicita acută la adult", ediția II**.
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN **"Apendicita acută la adult", ediția II** în cadrul IMSP CS Ungheni.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Natalia Bargan.

Șef IMSP CS Ungheni

Oleg BELBAS



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

04 decembrie 2024

ORDIN
mun. Chișinău

Nr. 963

**Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național
„Apendicita acută la adult”, ediția II**

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Apendicita acută la adult”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Apendicita acută la adult”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Apendicita acută la adult”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Apendicita acută la adult”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Apendicita acută la adult”, ediția II, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Apendicita acută la adult”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul de Medicină Urgentă, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Apendicita acută la adult”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza implementarea Protocolului clinic național „Apendicita acută la adult”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.167 din 07.02.2018 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Apendicita acută la adult”.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Alina NEMERENCO

CUPRINS

CUPRINS	2
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	4
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	6
PREFAȚĂ	7
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	7
<i>A.1. Diagnosticul</i>	7
<i>A.2. Codul bolii (CIM 10)</i>	7
<i>A.3. Utilizatorii</i>	7
<i>A.4. Obiectivele protocolului</i>	8
<i>A.5. Data elaborării protocolului</i>	8
<i>A.6. Data revizuirii protocolului</i>	8
<i>A.7. Data următoarei revizuirii</i>	8
<i>A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului</i>	8
<i>A.9. Definițiile folosite în document</i>	9
<i>A.10. Informația epidemiologică</i>	9
<i>A.11. Clase de recomandare și nivele de evidență</i>	10
B. PARTEA GENERALĂ	11
<i>B.1. Nivel de asistență medicală primară</i>	11
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	18
<i>C.2.3. Factorii de risc</i>	19
<i>C.2.4. Conduita pacientului cu apendicita acută</i>	20
<i>C.2.4.1. Acuzele, anamneza și simptomatologia</i>	20
<i>C.2.4.2. Particularitățile evoluției clinice în dependență de poziția anatomică a apendicelui vermiform</i>	22
<i>C.2.4.3. Investigațiile paraclinice</i>	23
<i>C.2.4.4. Examinările imagistice</i>	25
<i>C.2.4.5. Evaluarea probabilității apendicitei acute</i>	26
<i>C.2.4.6. Diagnosticul diferențial</i>	27
<i>C.2.4.7. Criteriile de spitalizare</i>	29
<i>C.2.4.8. Tratamentul</i>	29
<i>C.2.4.8.1. Tratamentul conservativ</i>	29
<i>C.2.4.8.1.1. Tratamentul medicamentos</i>	29
<i>C.2.6. Supravegherea pacienților</i>	42
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	43
<i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</i>	43
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	45
<i>Anexă 1. Ghidul pacientului cu apendicita acută</i>	46
<i>Anexă 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii în apendicita acută</i>	49

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Apendicita acută (AA) este o afecțiune chirurgicală caracterizată prin inflamația apendicelui vermiform, și reprezintă cea mai frecventă cauză a durerii abdominale acute și a laparotomiilor urgente.
- Incidența actuală a AA pentru bărbați este estimată la 8,6% și ceva mai redusă pentru femei – 6,7%. Totodată, riscul de a suporta apendicectomie este mult mai scăzut pentru bărbați decât pentru femei (12% versus 23%).
- Cauza exactă a dezvoltării AA rămâne necunoscută, dar este, probabil, multifactorială; obstrucția luminală, factorii alimentari și familiali sunt cei mai importanți.
- În funcție gradului de inflamație în peretele apendicelui vermiform se deosebesc AA catarală, flegmonoasă, gangrenoasă și perforativă, ceea ce mai veridic reflectă evoluție naturală consecutivă a procesului inflamator netratat sau nedignosticat. Evaluarea histopatologică constată o infiltrație leucocitară masivă cu debut în mucoasa și submucoasa apendicelui cu antrenarea ulterioară în proces a tuturor straturilor acestuia.
- Cel mai comun și constant semn al AA acute este durerea abdominală, care apare spontan, brusc fără oarecare corelație cu alimentarea sau efortul fizic. Inițial durerea poate fi localizată în epigastru sau regiunea paraombilicală, iar apoi se deplasează în fosa iliacă dreaptă (simptomul Kocher).
- Printre alte acuze asociate AA o importantă merită anorexia, greșurile și voma. Totodată, manifestare clasică cu anorexia și durerea paraombilicală, urmate de greșuri, vomă și migrarea durerii în fosa iliacă dreaptă se determine doar în 50% din cazuri.
- Manifestarea clinică a pacientului cu AA poate varia de la simptomatică comparativ ușoară până la semne de peritonită generalizată și sepsis.
- La examinare fizicală este utilă determinarea multiplelor simptoame „apendiculare”: Rovsing, Sitkovski, Bartomie-Mihelson, Cope, Dunphy și altele, dar în fine nici unul dintre ele nu este incontestabil sau specific, și absența lor nu poate fi baza pentru excluderea inflamației apendiculare.
- Rezultatele testelor de laborator (numărul leucocitelor și raportul neutrofilelor în sânge, proteina C-reactivă, analiza biochimică și analiza urinei) nu demonstrează date specifice pentru AA, dar pot fi utile pentru confirmarea diagnosticului, la pacienții cu manifestările clinice atipice, sau diagnostic diferențiat.
- Ultrasonografia transabdominală cu compresie gradată se recomandă ca metoda imagistică primară în cazul AA. Depistările ultrasonore, asociate cu AA simplă includ mărirea diametrului apendicelui peste 8-10 mm, dilatarea lumenului și lipsa compresibilității.
- Tomografia computerizată cu contrast endoluminal este indicată atât la pacienții cu prezentare atipică a AA și ultrasonografie neinformativă sau neconcludentă, cât și pentru excluderea definitivă a diagnosticului.
- Diferite sistemele de scor, ce combină parametrii clinice și de laborator (de exemplu scorul modificat Alvarado) pot fi folosite pentru a majora precizia diagnosticului de AA și a obiectiviza indicațiile către apendicectomie.
- La orice suspjecție la AA este indicată trimiterea și eventuală spitalizarea pacientului în regim de urgență în secție chirurgicală.
- Cu scopul reducerii ratei infecției plăgii postoperatorie după apendicectomie este argumentată antibioticoprofilaxia prin administrarea intravenoasă a antibioticului cu spectru larg de acțiune în doză maximă, într-o priză, cu 30 minute până la începutul operației.

- După stabilirea diagnosticului de AA, apendicectomia trebuie efectuată în mod urgent, în primele ore de la spitalizare. Amânare apendicectomiei cu câteva ore este admisibilă doar în cazul când este necesar un timp suplimentar pentru concretizarea diagnosticului sau stabilizarea dereglărilor hemodinamice și respiratorii și corecția afecțiunilor concomitente grave înainte de intervenția chirurgicală.
- Pacienții cu AA pot fi operați sub anestezie locală, regională (spinală, epidurală) și generală, în dependență de volumul presupus al intervenției, starea generală a bolnavului, gravitatea patologiilor concomitente, gradul de complianță și doleanțele pacientului.
- În majoritatea cazurilor accesul McBurney este optimal și permite efectuarea apendicectomiei, asigurând confortul operator necesar. Laparotomia mediană permite o asanare perfectă și drenare adecvată a cavități peritoneale în cazul AA complicate cu peritonită generalizată.
- Apendicectomie laparoscopică poate fi efectuată cu indicațiile identice cu cea deschisă și este reușită în aproximativ 90% din cazuri. Abord laparoscopic este îndeosebi preferabil în cazul AA necomplicate, la copii, femeile de vârsta fertilă și persoanele obeze.
- Dacă în timpul apendicectomiei se constată apendicele normal, este necesară revizia și vizualizarea ileonului terminal și a organelor pelvine (ovarele, trompele uterine, uterul) pentru a exclude alte probleme, ce trebuie tratate chirurgical.
- În cazul AA complicate (perforative, gangrenoase) administrarea postoperatorie a antibioticelor reduce semnificativ rata complicațiilor infamatorii. Durata tratamentului cu antibiotice se apreciază individual, în funcție de evaluarea clinică și, prin urmare rămâne la discreția clinicistului.
- În cazul plastronului apendicular fără semne peritoneale pacientul se internează în secția chirurgie și se urmărește evoluția sub tratament medical. Tratamentul inițial este cel conservator, cu inițierea unei repleții volemice adecvate și administrarea parenterală a antibioticelor cu spectrul larg de acțiune, repaus la pat, analgezie, preparate antiinflamatorii;
- După externare pacienților li se recomandă apendicectomie programată la distanță, de obicei, peste 3 luni după resorbția plastronului apendicular.
- Abcesul apendicular trebuie să fie confirmat prin ultrasonografie sau tomografie computerizată, și reprezintă indicație pentru tratament chirurgical în mod urgent – deschiderea și drenarea abcesului. Totodată, apendicectomia nu este un component obligatoriu al intervenției chirurgicale.
- Pacienții vârstnici tind să se adreseze după asistența medicală mai târziu în cursul AA prin urmare, durata simptomatologiei peste 24-48 de ore nu este un motiv pentru excluderea diagnosticului. La bolnavii cu comorbidități, diagnosticul întârziat se corelează cu creșterea morbidității și mortalității.
- Tabloul clinic al AA la gravide depinde de termenul gestației, severitatea procesului patologic și localizarea apendicelui vermiform. Semnele importante ale AA cuprind durerea, contractura musculară și simptomele de iritație peritoneală la palpare în regiunea iliacă dreaptă, maximale – în punctul McBurney sau, începând cu săptămâna 20 – mai cranial.
- Apendicectomia de urgență este singura posibilitate de tratament AA în timpul sarcinii, deși riscul nașterii premature este păstrat atât pentru operația convențională, cât și pentru cea laparoscopică. Ca urmare în toate cazurile când diagnosticul de AA nu poate fi suspendat se cere o operație de urgență, pentru a salva atât mama, cât și copilul.

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AA	Apendicita acută
ALT	Alaninaminotransferază
AMP	Asistență medicală primară
AMU	Asistență medicală urgențe
ASA	Societatea Americană de Anesteziologie (<i>engl. American Society of Anesthesiologists</i>)
AST	Aspartataminotransferază
AȘM	Academia de Științe a Moldovei
CMF	Centrul Medicilor de Familie
CT	Tomografia computerizată (<i>engl. Computed Tomography</i>)
DMU	Departamentul de Medicina Urgentă
ECG	Electrocardiografie
ERAT	Terapia endoscopică retrogradă a apendicitei (<i>engl. Endoscopic Retrograde Appendicitis Therapy</i>)
IMC	Indicele masei corporale
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
INR	Raportul internațional normalizat (<i>engl. International Normalized Ratio</i>)
MS RM	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
NOTES	Chirurgie endoscopică transluminală prin orificiile naturale (<i>engl. Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery</i>)
O	Obligativ
PCN	Protocol Clinic Național
PCR	Proteina C-reactivă
PS	Puls
R	Recomandabil
RMN	Rezonanța magnetică nucleară
SaO2	Puls-oximetria
SCM	Spitalul Clinic Municipal
SIRS	Sindromul de răspuns inflamator sistemic (<i>engl. Systemic Inflammatory Response Syndrome</i>)
TA	Tensiunea arterială
TTPA	Timpul de tromboplastină parțial activat
UPU	Unitate Primiri Urgențe
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
VSH	Viteza sedimentării hematiilor

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: PCN-317, „Apendicita acuta la adult”, ediția II, și Ordinul nr. 429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Belbas Oleg - șef IMSP CS Ungheni;
Bargan Natalia -șef adjunct pe probleme clinice;
Andrieș Ana – farmacist diriginte;
Mămăligă Maria - medic de familie;
Morari Tatiana – medic de familie;
Chirinciuc Iulia - medic de familie;
Mămăliga Constantin –audit medical intern

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: 19 noiembrie (Aprobat prin Ordinul
directorului 21 din 28.01.2025) în baza:

- PCN-317, „Apendicita acuta la adult „ediția II, Aprobat prin Ordinul MS al RM nr. 963 din 04.12.2024 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Apendicita acută la adult”, ediția II

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Apendicita acuta (AA)

Exemple de diagnostic clinic:

Apendicită acută catarală.

Apendicită acută flegmonoasă.

Apendicită acută gangrenoasă.

Plastron apendicular.

Apendicită cronică.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

K35.0 Apendicita acuta cu peritonita generalizata.

Apendicita (acuta) cu:

- perforație.

- peritonita (generalizată) (localizată) după ruptura sau perforație.

K35.1 Apendicita acuta cu abces peritoneal.

- Plastron apendicular.

- Abcesul periapendicular.

K35.9 Apendicita acuta, nespecificata.

Apendicita acută cu peritonita, localizată.

Apendicita acuta fără:

- peritonita generalizata.

- perforație.

- abces peritoneal.

K36 Alte forme de apendicită.

Apendicita:
- cronică.
- recidivantă.

K37 Apendicita, nespecificată.

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii de servicii medicale de AMP (medici de familie și asistentele medicilor de familie).
- Notă:** Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A facilita diagnosticarea precoce a AA.
2. A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu AA.
3. A reduce rata de complicații și de mortalitate prin AA.

A.5. Data elaborării protocolului: 2018

A.6. Data revizuirii protocolului: 2024

A.7. Data următoarei revizuirii: 2029

A.9. Definițiile folosite în document

Apendicita acută este o afecțiune chirurgicală caracterizată prin inflamația apendicelui vermiform, și reprezintă una dintre cele mai frecvente cauze ale durerilor abdominale acute.

Apendicita simplă (necomplăcată) reprezintă inflamația apendiculară obișnuită, în absența gangrenei, perforației sau abcesului periapendicular.

Apendicita complicată include apendicita gangrenoasă sau perforativă, sau prezența abcesului periapendicular sau peritonitei purulente generalizate. Rata medie a perforațiilor apendiculare constituie între 16% și 30%, dar este semnificativ mai mare la vârstnici, la care poate atinge până la 90%, în primul rând, datorită întârzierii diagnosticului.

Empiem apendicular reprezintă o noțiune macroscopică a formei apendicitei acute flegmonoase, la care în lumenul apendicelui se acumulează puroi în cantitate considerabilă, asociată cu obstrucția comunicării apendicelui cu intestinul cec.

Plastronul apendicular este o formă evolutivă rară a apendicitei acute, care se dezvoltă după 48-72 ore de la debutul maladiei, din cauza adresării tardive sau diagnosticului eronat. Este caracterizat prin formarea în fosa iliacă dreaptă a unei tumori inflamatorii.

Abces apendicular (periapendicular) – este definit ca o colecție de puroi apărută în rezultatul gangrenei și necrozei infectate a apendicelui vermiform. Pacienții pot avea abces apendicular nemijlocit în timpul internării, sau abcesul se poate dezvolta ca urmare a evoluției negative și supurației plastronului apendicular.

Apendicectomia – reprezintă intervenția chirurgicală, care constă în înlăturarea totală a apendicelui vermiform. Apendicectomia este metoda de elecție în tratamentul AA, și tot mai des se efectuează pe cale laparoscopică.

Apendicectomia negativă – termen utilizat în cazul operației efectuate pentru AA suspectată, când apendicele vermiform se dovedește a fi nemodificat la examenul histopatologic postoperator. Rata apendicectomiilor negative este de aproximativ 20-26%. Se consideră, că rata majoră existentă a apendicectomiei negative trebuie tolerată, deoarece reflectă un grad înalt de suspiciune și duce la micșorarea numărului cazurilor de AA perforativă.

Apendicectomie incidentală – înlăturarea profilactică a apendicelui normal în timpul laparotomiei pentru o altă afecțiune. Justificarea apendicectomiei incidentale rămâne controversată.

Apendicita cronică este o noțiune, care descrie caracterul îndelungat al simptomatocii specifice în fosa iliacă dreaptă. Existența apendicitei cronice este controversată. Pacienții cu fecaliți în lumenul apendicelui vermiform pot prezenta simptome cronice sau recurente de apendicită, dar acești bolnavi nu au inflamație cronică în sensul adevărat. Diagnosticul de apendicită cronică cel mai frecvent este stabilit după resorbția plastronului apendicular.

A.10. Informația epidemiologică

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

Incidența apendicitei acute a fost în deosebi mare în prima jumătate a secolului XX, când în Europa și America de Nord până la 16% din populație era supusă apendicectomiei. Începând cu anii 1970-1980 este remarcată o diminuare esențială a frecvenței patologiei și incidenței admiterii în spital pentru apendicită acută în multe țări, însă motivul acesteia rămâne neclar. Ca și factori determinanți au fost propuși: schimbările în dietă, standardele de igienă și creșterea preciziei diagnosticului. La momentul actual datorită apariției noilor metode imagistice contemporane acuratețea stabilirii diagnosticului de AA preoperator a crescut până la 87-91%. În mai multe țări apendicita acută este cea mai frecventă urgență chirurgicală abdominală. Apendicita acută afectează semnificativ productivitatea, deoarece reduce forța de muncă datorită impactului acesteia asupra unui segment relativ tânăr și sănătos al populației. La momentul actual, riscul apendicitei acute pe durata vieții este estimat în general la 7%, sau 8,6% -pentru bărbați și ceva mai redus pentru femei – 6,7%. Cu toate acestea, riscul de a suporta apendicectomie este mult mai scăzut pentru bărbați decât pentru femei (12% versus 23%) și persistă cel mai des între 10 și 30 de ani. Vârsta medie a pacienților supuși apendicectomiei este de 22 de ani.

A.11. Clase de recomandare și nivele de evidență.

Clasa I	Condiții pentru care există dovezi și/sau acord unanim asupra beneficiului și eficienței unei proceduri diagnostice sau tratament	Este recomandat/este indicat
Clasa II	Condiții pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergență de opinie privind utilitatea/ eficacitatea tratamentului sau procedurii	
Clasa IIa	Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficiență	Ar trebui luat în considerare
Clasa IIb	Beneficiul/eficiența sunt mai puțin concludente	Ar putea fi luat în considerare
Clasa III	Condiții pentru care există dovezi și/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi dăunător	Recomandare slabă, sunt posibile aborduri alternative
Nivel de evidență A	Date provenite din mai multe studii clinice randomizate	
Nivel de evidență B	Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non-randomizat de amploare	
Nivel de evidență C	Consensul de opinie al experților și/sau studii mici, studii retrospective, registre	

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară (medici de familie și asistentele medicilor de familie)

Descriere	Motive	Pași
1. Diagnosticul. 1.1. Suspectarea diagnosticului de AA. C.2.3. - C.2.4.6.	<ul style="list-style-type: none"> Acuzele, anamneza, examenul obiectiv și paraclinic permite suspectarea AA în majoritatea cazurilor. 	Standard/Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Evaluarea factorilor de risc (caseta 4). Acuzele și anamneza (caseta 7). Examenul obiectiv (caseta 8, 9). Testele de laborator (tabelul 1). Diagnosticul diferențial (caseta 12, 9, 38, 39). Evaluarea stării generale a pacientului (caseta 5). Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> Ecografia organelor abdominale (caseta 10, tabelul 1). La orice suspexie de AA, testele paraclinice necesită a fi efectuate în timp scurt.
2.1. Decizia: consultația specialiștilor și/sau spitalizarea. C.2.4.7.	<ul style="list-style-type: none"> Consultul medicului-chirurg permite depistarea altor patologii și confirmarea diagnosticului de AA. 	Standard/Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Toți pacienții cu suspexiune la AA necesită consultația chirurgului (caseta 6). La suspexia AA este indicată îndreptarea în regim de urgență în secție chirurgicală (caseta 13).
3. Tratamentul. 3.1. Tratament simptomatic preoperatoriu. C.2.4.8.1.	<ul style="list-style-type: none"> În cazul AA tratamentul simptomatic cu scop de pregătire preoperatorie în condiții de ambulator nu se efectuează. 	Standard/Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Tratamentul simptomatic preoperator se va efectua doar în condiții de staționar.
4. Supravegherea. C.2.6.	<ul style="list-style-type: none"> Supraveghere după tratamentul operator, după externarea la domiciliu. 	Standard/Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Dispensarizarea se va face în colaborare cu chirurgul, conform planului întocmit (caseta 40).

C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.3. Factorii de risc.

Caseta 4. Factorii de risc determinanți pentru AA. (clasa de recomandare IIb)

- Vârsta pacienților 10-30 ani;
- Corpi străini (fecaliți apendiculari, sâmburii de fructe);
- Dieta cu micșorarea consumului fibrelor vegetale și apei;
- Istoricul familial;
- Dereglări de pasaj intestinal (constipații);
- Infecții secundare;
- Tuberculoza;
- Tumori apendiculare / intestinale sau tumori abdominale, ce comprimă lumenul apendicelui;
- Helmintoza (specii *Schistosomes*, *Strongyloides stercoralis*).
- Dereglări de microcirculație în apendicele vermiform.

Caseta 5. Factorii de risc operator majori și minori la pacienții cu AA.

Factori majori: (clasa de recomandare I)

- Instabilitatea hemodinamică la internare;
- Dehidratarea severă și bacteremia;
- Durata simptomatologiei de peste 24 de ore;
- Comorbidități cardio-pulmonare severe asociate;
- Pacienții vârstnici;
- Diabetul;
- Ciroza hepatică;
- Clasa ASA III-IV.

Factori minori (clasa de recomandare IIa):

- Anemia;
- Subnutriția;
- Obezitatea (IMC >30 kg/m²);
- Distensia abdominală majoră;
- Terapia cu corticosteroizi;
- Terapia cu anticoagulante.

C.2.4. Conduita pacientului cu AA.

Caseta 6. Etapele obligatorii în conduita pacientului cu AA. (clasa de recomandare I)

- Culegerea acuzelor și anamnezei;
- Examinarea clinică;
- Examinarea de laborator și imagistică;
- Evaluarea riscului operator (consultația specialiștilor);
- Luarea deciziei referitor la conduita de tratament;
- Efectuarea tratamentului (intervenția chirurgicală și perioada postoperatorie);
- Supravegherea activă.

C.2.4.1. Acuzele, anamneza și simptomatologia.

Caseta 7. Acuzele și anamneza.

- Cel mai comun și constant semn al AA este durerea abdominală. În cazuri tipice, durerea apare spontan, brusc, fiind uneori precedată de un disconfort ușor. Debutul durerii nu este în corelație cu alimentarea sau efortul fizic; *(clasa de recomandare I)*
- Inițial durerea poate fi localizată în epigastru sau regiunea paraombilicală, apoi peste 4-6 ore durerea se deplasează și se localizează în fosa iliacă dreaptă și crește în intensitate (simptomul Kocher). Acest simptom se întâlnește în peste 35% cazuri; *(clasa de recomandare I)*
- În alte situații durerea apare în fosa iliacă dreaptă, regiunea ombilicului (mai ales la copii) sau cuprinde tot abdomenul. Durerea atipică se observă la 40-45% din pacienți; *(clasa de recomandare IIa)*
- Anamneză poate scoate în evidență dureri în fosa iliacă dreaptă în trecut; *(clasa de recomandare IIb)*
- La pacienții cu AA nu este caracteristică iradierea durerii, la fel ca și vreo poziție forțată antalgică. Totuși, mișcările brusce efectuate și mersul pot produce o exacerbare a durerii în regiunea dreaptă inferioară a abdomenului; *(clasa de recomandare IIb)*
- Printre alte acuze o atenție deosebită o merită anorexia, grețurile și voma. Voma are un caracter reflex și în majoritatea cazurilor este unică. Caracterul multiplu al vomei poate reflecta un proces distructiv în apendice și o peritonită difuză; *(clasa de recomandare I)*
- Mai puțin caracteristice sunt alte fenomene dispeptice: balonarea abdomenului, constipația sau diareea. *(clasa de recomandare IIa)*

Caseta 8. Simptomatologie.

- Prezentarea clinică a pacientului cu AA poate varia de la simptomatică comparativ ușoară până la semne de peritonită generalizată și sepsis; *(clasa de recomandare I)*
 - În timpul adresării bolnavul cu AA de obicei are temperatura corpului crescută până la 37,2°-37,5°C. În cazul adresării tardive pacientul cu AA poate avea febră hectică, ca consecință a progresării procesului inflamator intraabdominal; *(clasa de recomandare IIa)*
 - Pulsul este ușor accelerat, corespunzător creșterii temperaturii corpului; *(clasa de recomandare IIa)*
 - În caz tipic de AA acută abdomenul participă în actul de respirație, cu excepția regiunii iliace drepte; *(clasa de recomandare III)*
 - Palparea superficială, ce va începe mereu din partea opusă localizării durerii, va descoperi o sensibilitate algică și contractura musculară în regiunea iliacă dreaptă, cu apogeul în punctul McBurney; *(clasa de recomandare I)*
 - **Triada Dieulafoy** include: durerea, contractura musculară și hiperestezia cutanată, cu localizare maximă în punctul McBurney. *(clasa de recomandare IIa)*
- La fel se apreciază și alte simptome apendiculare:
- **Simptomul Blumberg** – în timpul palpării profunde în regiunea iliacă dreaptă, compresiunea lentă a peretelui abdominal, urmată de decompresiunea bruscă exacerbează durerea. Acesta reprezintă simptomul clasic de iritare peritoneală; *(clasa de recomandare I)*

- **Simptomul Rovsing** – impulsivitatea bruscă în zona iliacă stângă va produce durere în regiunea contralaterală, ce se explică prin deplasarea retrogradă a conținutului colonului, extinderea cecului și iritarea apendicelui; (*clasa de recomandare I*)
- **Simptomul Sitkovski** – la situarea bolnavului pe partea stângă apar dureri în fosa iliacă dreaptă din cauza deplasării cecului și apendicelui cu extinderea mezoapendicelui inflamată; (*clasa de recomandare IIa*)
- **Simptomul Bartomie-Mihelson** – palparea apendicelui în poziția bolnavului în decubit lateral stâng provoacă dureri violente, cauza fiind apropierea apendicelui inflamată de peretele abdominal, relaxarea mușchilor peretelui în asemenea poziție și deplasarea organelor mobile (intestinul subțire și omentul) spre partea stângă; (*clasa de recomandare IIa*)
- **Simptomul Mandel-Razdolski** – percuția peretelui abdominal anterior în regiunea iliacă dreaptă provoacă durere, ca urmare a iritației peritoneului inflamată; (*clasa de recomandare IIa*)
- **Simptomul Cope sau simptomul iliopsoas-ului** – apariția durerii în regiunea iliacă dreaptă la ridicarea membrului inferior drept sau rotația internă a acestuia. Ultimul simptom uneori este numit și **semnul obturator-ului**. Simptomul Cope pozitiv poate indica atât poziția retrocecală a apendicelui, cât și progresarea spre posterior a procesului inflamator; (*clasa de recomandare IIa*)
- **Simptomul Dunphy sau simptomul „tusei”** – tusea accentuează durerea din fosa iliacă dreaptă, însoțită de reflexul de imobilizare a abdomenului; (*clasa de recomandare IIb*)
- Rezultatele examinărilor rectale și vaginale ca regulă sunt normale, deși sensibilitatea din dreapta poate fi prezentă în cazul AA pelviene. Determinarea durerii la tușeul rectal este doar sugestivă, însă nu decisivă pentru confirmarea diagnosticului de AA. (*clasa de recomandare IIb*)

C.2.4.2. Particularitățile evoluției clinice în dependență de poziția anatomică a apendicelui vermiform.

Caseta 9. Particularitățile evoluției clinice în dependență de poziția anatomică a apendicelui vermiform.

Anterior au fost descrise manifestările clinice tipice ale AA, în cazul poziției obișnuite a apendicelui. Totodată, manifestările clinice clasice pot fi influențate și modificate de poziția anatomică specială a apendicelui vermiform:

Poziția retrocecală

- Deseori este prezentă durerea lombară pe dreapta, cu sensibilitate la examinare. Intensitatea durerilor abdominale subiective și provocate este scăzută; (*clasa de recomandare I*)
- Contractura musculară și iritarea peritoneală pot fi absente chiar și la palparea profundă datorită protecției intestinului cec, care acoperă apendicele. În această poziție mușchiul psoas drept poate fi iritat de către procesul inflamator, ce duce la apariția semnelor psoas și obturator (exacerbarea durerii la flexia și extensia șoldului sau rotația internă a acestuia, respectiv); (*clasa de recomandare IIa*)
- În aceste cazuri bolnavul trebuie examinat în decubit lateral stâng. Palparea bimanuală a fosei iliace drepte evidențiază dureri pronunțate și contractură musculară; (*clasa de recomandare IIb*)
- Deseori manifestările clinice cu localizarea durerii în partea lombară și iradiere în membrul inferior drept sau în organele genitale pot fi confundate cu colica renală. Pot fi prezente și alte

simptome urinare: polachiurie, dureri micționale, retenție de urină, hematurie; **(clasa de recomandare III)**

- Odată cu progresarea procesului în apendice se agravează starea generală: devine mai pronunțată durerea, temperatura atinge 39-40°C. Abscesul periapendicular format mai frecvent implică spațiul retroperitoneal cu constituirea flegmonului retroperitoneal. **(clasa de recomandare III)**

Poziția pelviană

- Predomină durerea suprapubiană cu micțiuni frecvente și dureroase. De asemenea, poate fi prezentă diareea și tenesmele ca rezultat al iritării intestinului rect; **(clasa de recomandare I)**
- Reacția abdominală poate lipsi, iar defansul muscular apare târziu, suprapubian, dar sensibilitatea rectală sau vaginală din partea dreaptă sunt prezente; **(clasa de recomandare IIa)**
- În analiza urinei pot fi determinate hematurie și leucociturie (piurie); **(clasa de recomandare IIa)**
- Dacă intervenția chirurgicală este temporizată se dezvoltă un plastron pelvin, care poate evolua spre abscesul spațiului Douglas. Devin constante dizuria și tenesmele. La tușeul rectal sau vaginal se determină ramolire, iar prin examenul bimanual se poate simți chiar fluctuența. **(clasa de recomandare IIa)**

Poziția mezoceliacă (postileală)

- Poziția postileală a apendicelui se întâlnește în aproximativ 5% din cazuri. Această formă topografică limitează posibilitățile explorării clinice și poate fi însoțită de lipsa simptomatologiei specifice; **(clasa de recomandare I)**
- Durerea poate fi localizată dificil de către bolnavi și se resimte în zona paraombilicală. Vomele pot fi mai frecvente și mai abundente, iar diareea este prezentă permanent ca urmare a iritării ileonului distal; **(clasa de recomandare IIa)**
- În cazul formării plastronului acesta este localizat profund, fiind cu greu accesibil palpării. **(clasa de recomandare IIa)**

Poziția subhepatică

- Această localizare evoluează cu manifestări clinice similare colecistitei acute; **(clasa de recomandare IIa)**
- Defansul muscular și durerea maximă sunt localizate în regiunea subhepatică. În cazuri rare poate apărea un subicter; **(clasa de recomandare III)**
- Diagnosticul clinic se stabilește în baza anamnezei, examinărilor paraclinice (Ecografia organelor abdominale, CT) și laparoscopiei diagnostice. **(clasa de recomandare I)**

Apendicita în sacul herniar

- Tabloul clinic se poate manifesta în câteva variante: (1) Apendicele poate produce inflamație de sac herniar, care se extinde spre peritoneul abdominal evoluând cu tablou clinic de peritonită; (2) Inflamația apendicelui se extinde spre peritoneul sacului cu dezvoltarea edemului porților herniare și ca urmare strangularea conținutului (tip Brock); (3) Inflamația apendicelui mărginește numai cu sacul herniar și evoluează în absces herniar; **(clasa de recomandare I)**
- Orice formă, mai ales în cazurile de adresare tardivă, este practic imposibil de diagnosticat preoperator. **(clasa de recomandare IIa)**

C.2.4.3. Investigațiile paraclinice.**Tabelul 1. Investigațiile paraclinice la pacienții cu AA. (clasa de recomandare IIb)**

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru AA	Caracterul	
Numărătoarea leucocitelor sângelui.	Leucocitoza înaltă poate mărturisi despre prezența unui proces inflamator și gradul elevat de schimbări morfologice în apendice. Doar în 5-10% cazuri nivelul leucocitelor în sânge poate fi normal. Aproape la 95% dintre pacienții cu AA se observă predominarea leucocitelor polimorfonucleare (devierea formulei leucocitare spre stânga) și limfopeniei relative. De asemenea, prezența procesului inflamator poate fi sugerată de mărirea vitezei sedimentării hematiilor (VSH).	O	
Numărătoarea eritrocitelor, dozarea hemoglobinei, hematocritul.	Hemoconcentrația indică deshidratare și dereglări hidroelectrolitice în cazul vomelor multiple. Viceversa, anemia poate sugera prezența unui neoplazm de colon drept.	O	
Analiza generală a urinei.	Piuria sau hematuria marcată denotă prezența unei patologii renale asociate. În apendicita pelvină și retrocecală sedimentul urinar poate conține hematii și leucocite, nefiind asociat cu afecțiunile rinichilor. Trebuie menționat faptul, că aproximativ 40% dintre bolnavii cu AA pot avea schimbări în analiza urinei până la apendicectomie.	O	
Electrocardiografia în stare de repaos.	Pot fi schimbări în caz de patologie a sistemului cardiovascular.	O	
Determinarea grupului sangvin după sistemul ABO și după sistemul Rhesus.	Se determină de rutină ca măsură de siguranță în cazuri de eventuale hemoragii intra/postoperatorii.	O	
Însămânțarea lichidului patologic din cavitatea peritoneală în timpul intervenției chirurgicale	Se indică cu scop de determinare a microorganismelor implicate și a sensibilității / rezistenței acestora la antibioticele disponibile.	O	
Determinarea proteinei C-reactive (PCR).	Poate fi prezent un nivel crescut, dar absența acestuia nu exclude diagnosticul de AA.		R
Determinarea parametrilor biochimici (dozarea proteinei totale, ureei, creatininei, glucozei, AST, ALT și bilirubinei).	În mai multe spitale testele biochimice se efectuează de rutină la majoritatea pacienților urgenți. Se indică cu scop de evaluare preoperatorie.		R
Teste de coagulare: indexul protrombinic, raportul internațional normalizat (INR), fibrinogenul, timpul de tromboplastină parțial activată (TTPA)	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie și modificarea / corijarea regimului de terapie antitrombotică (la necesitate).		R

Determinarea echilibrului acido-bazic.	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie și determinarea volumului tratamentului medicamentos preoperator.		R
Determinarea natriului seric, kaliului seric, calciului, clorului în serul sangvin.	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie și determinarea volumului tratamentului medicamentos preoperator.		R
Radiografia cavității abdominale cu compresie gradată.	Permite stabilirea diagnosticului de AA și diferențierea de alte patologii. Sensibilitatea metodei este 94%, iar specificitatea – 80%.		R
Radiografia cavității abdominale.	Nu are valoare în diagnosticarea AA, deși în unele cazuri poate fi vizualizat un fecalit în partea dreaptă inferioară a abdomenului. Se efectuează cu scop de diagnostic diferențial cu alte cauze ale abdomenului acut.		R
Tomografia computerizată (CT) abdominală.	Permite diagnosticul cazurilor dificile de AA. Facilitează stabilirea diagnosticului la pacienții obezi sau cu distensie abdominală gazoasă, când rezultatele ecografiei organelor abdominale sunt neinformativ sau neconcludente. În cazul AA complicate sensibilitatea și specificitatea CT sunt 76-100% și 83-100%, respectiv.		R
Rezonanța magnetică nucleară (RMN).	Indicațiile se limitează la cazurile, în care alte modalități diagnostice, legate de utilizarea radiației ionizante, sunt contraindicate sau nedorite (de exemplu, în timpul sarcinii). Sensibilitatea – 97%, specificitatea – 95%.		R
Irigoscopia (irigografia).	Contrastarea baritată permite depistarea patologiei colonului drept sau ileonului terminal, care poate simula AA; determinarea dereglărilor conturului colonului ca consecință a plastronului apendicular sau efectelor secundare ale apendicitei; evaluarea permeabilității lumenului apendicular. Când masa de bariu umple apendicele, AA este puțin probabilă, dar nu imposibilă.		R
Laparoscopia diagnostică.	Permite diferențierea formelor patomorfologice ale AA și a gradului de răspândire a peritonitei. Este utilizată ca metodă de diagnostic și, eventual, de tratament în caz de suspiciune de apendicită acută și pentru diferențierea AA de o altă patologie intraabdominală acută.		R

La orice suspexție de AA, testele paraclinice necesită a fi efectuate în timp scurt (pe parcursul a 1-1,5 ore de la internare)!

Dacă diagnosticul de AA nu poate fi exclusă, este necesară stabilirea indicațiilor către intervenție chirurgicală de urgență!

Notă: O – obligatoriu, R – recomandabil

C.2.4.4. Examinările imagistice.

Caseta 10. Examinările imagistice. (clasa de recomandare IIb)

Când istoricul bolii și examinarea clinică sunt suficiente pentru stabilirea diagnosticului de AA, alte investigații nu sunt necesare. Examinările paraclinice suplimentare trebuie rezervate pentru pacienții cu manifestările clinice dubioase și discutabile. Cele mai frecvent utilizate metode imagistice la pacienții cu suspiciune clinică de AA sunt ultrasonografia (Ecografia organelor abdominale), tomografia computerizată (CT) abdominală și rezonanță magnetică nucleară (RMN).

Ultrasonografia transabdominală

- Ecografia transabdominală a devenit o completare importantă a examenului clinic, mai ales la pacienții cu simptome atipice ale AA, datorită dezvoltării metodologiei și interpretării datelor ultrasonografice; ***(clasa de recomandare IIa)***
- Pentru vizualizarea apendicelui vermiform se utilizează o manevră specială, numită compresie gradată, cu ajutorul emițătorului ecografic. Scopul compresiei gradate este deplasarea gazelor și materiilor fecale în lumenul intestinal și apropierea regiunii amplasării apendicelui către zona vizualizării semnalului ultrasonor; ***(clasa de recomandare I)***
- Depistările ultrasonore, asociate cu AA simplă includ mărirea diametrului apendicelui peste valorile normale de 8-10 mm, dilatarea lumenului și lipsa compresibilității. Apendicele vizualizat de obicei coincide cu locul durerii și sensibilității maxime; ***(clasa de recomandare I)***
- Apendicita distructivă este manifestată sonografic prin îngroșarea asimetrică a pereților, formarea abceselor care pot comunica cu lumenul apendicular, prezența lichidului liber în cavitatea peritoneală, prezența gazului în peretele apendicelui și edemul țesuturilor adiacente; ***(clasa de recomandare I)***
- Ecografia organelor abdominale este o metodă neinvazivă, nu utilizează radiație și este însoțită de o rată a sensibilității de circa 94% și a specificității – de 80%. Prin urmare, ultrasonografia este în stare să confirme prezența apendicitei, dar nu poate exclude cu siguranță procesul inflamator în apendicele vermiform; ***(clasa de recomandare IIb)***
- La pacienții obezi și cu distensie abdominală gazoasă precizia diagnosticului ultrasonor este diminuată. Mai mult ca atât, se va lua în considerație faptul, că rezultatele ultrasonografiei sunt subiective și foarte dependente de investigator; ***(clasa de recomandare IIa)***
- Astfel, rezultatele neconcludente ale scanării ultrasonore, în primul rând datorate imposibilității vizualizării apendicelui, determină necesitatea altor investigații imagistice suplimentare. ***(clasa de recomandare IIa)***

Tomografia computerizată abdominală

- Apendicele normal poate fi dificil de vizualizat la CT, din cauza variabilității localizării, grosimii stratului celulo-adipos adiacent și calității scanării. Totodată, sensibilitatea CT în detectarea apendicelui este mult mai înaltă, decât cea a radiografiilor abdominale simple; ***(clasa de recomandare IIa)***
- Semnele tomografice specifice ale AA sunt mai evidente în boala avansată. Acestea includ vizualizarea structurii tubulare edematoase, cu pereți groși și lumen dilatat, inflamație periapendiculară și prezența fecalitului (apendicolitului); ***(clasa de recomandare I)***
- În afară de aceasta, în cadrul CT deseori pot fi determinate cauzele non-apendiculare ale durerii abdominale; ***(clasa de recomandare IIb)***
- CT în cazul AA suspectate posedă rate de sensibilitate și specificitate între 76-100% și 83-100%, respectiv, și, prin urmare, este mai superioară ultrasonografiei; ***(clasa de recomandare IIa)***

- Spre deosebire de ecografia organelor abdominale, acuratețea diagnosticului la CT nu este dependentă de indicele mărit al masei corporale la pacienții obezi și nu-i influențată de subiectivitatea examinatorului. **(clasa de recomandare IIa)**

Rezonanță magnetică nucleară

- RMN este utilizată la femeile gravide și la copiii, care au rezultate ultrasonografice neconcludente; **(clasa de recomandare I)**
- Precizia diagnostică a RMN în caz de AA este comparabilă cu cea a CT. Totodată, aceste rezultate trebuie interpretate cu atenție, deoarece majoritatea studiilor au fost efectuate pe un grup selectat de pacienți; **(clasa de recomandare IIb)**
- Procedura RMN este asociată cu un cost semnificativ, iar interpretarea imaginilor necesită experiență specială. **(clasa de recomandare III)**

C.2.4.5. Evaluarea probabilității apendicitei acute.

Caseta 11. Evaluarea probabilității apendicitei acute.

- Diagnosticul AA este bazat pe date anamnestice, examinarea clinică minuțioasă și investigații de laborator, selectiv completate de metode imagistice. Totodată, AA poate evalua clinic foarte divers, ceea ce face dificilă stabilirea diagnosticului cert și a indicațiilor către intervenție chirurgicală. Ghidurile internaționale recomandă divizarea gradului de suspiciune al AA în trei categorii: cu (1) „probabilitate înaltă”, (2) „probabilitate medie” și (3) „probabilitate joasă” a patologiei; **(clasa de recomandare IIa)**
- Pentru a majora precizia diagnosticului de AA și a obiectiviza indicațiile către apendicectomie pot fi folosite scorurile clinice. Particularitatea lor comună este utilizarea complexă atât a parametrilor clinici cât și de laborator, pentru determinarea probabilității că patologia abdominală existentă este AA; **(clasa de recomandare IIb)**
- Cel mai acceptat scor clinic reprezintă scorul modificat Alvarado (*Modified Alvarado Scoring System*). **(clasa de recomandare I)**

Tabelul 2. Scorul clinic Alvarado. (clasa de recomandare III)

Parametrul	Caracteristici	Puncte
Acuze	Deplasarea durerii în fosa iliacă dreaptă	1
	Greață / vomă	1
	Anorexia	1
Semne	Contractură musculară în fosa iliacă dreaptă	2
	Febra (>37,5°C)	1
	Iritarea peritoneală	1
Teste de laborator	Leucocitoza (leucocitele în sânge >10.000 x10 ⁹ /l)	2
	Devierea formulei leucocitare spre stânga (neutrofile >75%)	1
Scor maximal		10

- În baza calculării scorului Alvarado, pacienții pot fi clasificați în cei cu probabilitate joasă a AA (scor total <4 puncte), probabilitate medie (scor 4-8 puncte) și probabilitate înaltă (scor >8 puncte). **(clasa de recomandare I)**

Notă:

- Sistemele de scor propuse pentru a ameliora diagnosticarea AA nu sunt utilizate pe scară largă.

- S-a demonstrat că scorul Alvarado este îndeosebi util pentru „excluderea” AA, cu o specificitate de peste 80%.

C.2.4.6. Diagnosticul diferențial.

Caseta 12. Diagnosticul diferențial. (clasa de recomandare IIa)

Tabloul clinic de AA este foarte variabil în funcție de poziția anatomică a apendicelui vermiform, reactivitatea și vârsta bolnavului, etc. Pentru această diversitate clinică AA este numită „boală-cameleon”, ceea ce este cauza principală a multiplelor erori diagnostice. La momentul actual datorită apariției noilor metode imagistice contemporane acuratețea stabilirii diagnosticului preoperator de AA a crescut până la 87-91%. Totodată, rata apendicectomiilor negative rămâne destul de înaltă.

Diagnosticul diferențial al AA depinde de trei factori esențiali: (1) Poziția anatomică a apendicelui vermiform inflammat; (2) Stadiul evolutiv al procesului (inflamație simplă sau complicată); (3) Vârsta și genul pacientului. Patologiile ce pot simula manifestările clinice ale AA sunt enumerate în cele ce urmează:

- **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 chinuitoare. Starea generală a bolnavului este mult mai gravă, decât în AA, și se agravează progresiv în lipsa tratamentului adecvat cu tendință spre șoc. Abdomenul este balonat, în proiecția pancreasului se determină rezistență musculară (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 se constată: obezitate, etilism, calculi biliari; de cele mai dese ori debutul bolii coincide cu un abuz alimentar.
- **Colecistita acută.** Se deosebește prin antecedente de colică biliară; debutul bolii coincide cu întrebunțarea în alimentație a bucatelor copioase și a alcoolului. Manifestările clinice (durerea, voma, constipațiile, febra) sunt foarte asemănătoare, însă diferă după sediul durerii. La examenul obiectiv se depistează semnele: Orthner, Murphy, simptomul frenicus. Uneori se observă un icter / subicter și o proeminență în rebordul costal drept. În unele cazuri, în special la subiecții obezi cu colecistul inflammat și situat inferior, cu peritonită și rigiditate musculară, diferențierea clinică de apendicită cu abcedare locală este aproape imposibilă. În astfel de situații se impune efectuarea examinărilor imagistice neinvazive și, uneori, invazive.
- **Diverticulul Meckel inflammat** – în majoritatea cazurilor este prezent un tablou clinic asemănător AA. Diagnosticul preoperator este dificil și, din punct de vedere a conduitei clinice, neimportant. Complicațiile diverticulului Meckel necesită o abordare similară AA – intervenție chirurgicală în regim de urgență. Diverticulectomia este posibil de efectuat din abord clasic McBurney cu o extindere în caz de necesitate.
- **Ulcerul gastroduodenal perforat.** De obicei este prezent un debut brusc cu sindrom algic pronunțat. Dacă perforația se acoperă spontan starea bolnavului se ameliorează, semnele clinice abdominale se localizează pe flancul abdominal drept. În acest caz diagnosticul diferențial este foarte dificil și întotdeauna necesită utilizarea metodelor paraclinice suplimentare (Ecografia organelor abdominale, radiografia panoramică a cavității abdominale, pneumogastrografia, CT abdominală, laparoscopia diagnostică).
- **Tumorile apendicelui** (carcinoidul, mucocelul, adenocarcinomul) se manifestă prin simptome de AA și diferențierea este posibilă doar intraoperator.

- **Cancerul cecului și colonului drept.** Durerea persistentă și localizată pe flancul drept, constipațiile și balonările intestinale, anorexia – sunt semne ale adenocarcinomului colonului drept, care pot fi ușor confundate cu AA. La destrucția și microperforația tumorii cu abcedare se determină febră 38-38,5°C și plastron palpabil dureros pe flancul abdominal drept. Caracteristic pentru cancer de colon drept este anemia, pierderea ponderală și vârsta înaintată a pacienților. Din acest considerent este recomandabilă examinarea mai minuțioasă a bolnavilor (CT, irigografia, colonoscopia, laparoscopia diagnostică), deoarece tacticile chirurgicale sunt complet diferite.
- **Patologiile sistemului respirator (pleuropneumonia bazală și pleurezia pe dreapta)** pot evolua cu iradierea abdominală a durerii, uneori și cu contractură musculară. În majoritatea cazurilor este prezentă febra înaltă precedată de frison. Auscultativ se determină atenuarea respirației și crepitația. Se diferențiază prin examinarea clinică (percuție și auscultație), confirmată de radiografia pulmonară.
- **Gastroenterita acută.** Durerea diferă prin localizare periombilicală și este colicativă. Crampele abdominale sunt urmate de diaree apoasă și vome. Lipsesc sensibilitatea locală la palpate în fosa iliacă dreaptă și contractura musculară. Datele de laborator sunt în limitele normale. Operația este contraindicată.
- **Ileita regională acută (boala Crohn)** simulează apendicita, provoacă febră, durere și rezistență musculară în fosa iliacă dreaptă. Diareea, greața și voma nu sunt elocvente pentru diferențiere. Este indicată laparoscopia diagnostică sau laparotomia exploratorie. Chiar dacă cecul și apendicele sunt de aspect normal, este indicată apendicectomia.
- **Epiploidita acută și diverticulita colonului** – durerea se localizează în proiecția cadranelor colice implicat cu durată de câteva zile, uneori însoțită de febră moderată. În prezența dolihosigmei și localizării procesului în fosa iliacă dreaptă, manifestările clinice locale sunt imperceptibile de AA. Greața și voma sunt rare. Necesită diferențiere minuțioasă, deoarece tactica curativă a patologiilor diferită complet.
- **Afecțiunile genitourinare masculine (epididimita acută și torsiunea testiculară).** Durerea epigastrică sau periombilicală poate masca semnele locale, care pot fi descoperite în cursul examinării obiective minuțioase.
- **Patologiile urologice (pielonefrita pe dreapta, urolitiaza cu calcul ureteral blocant – colica renală, cistita acută).** Sunt prezente unele semne, care înlesnesc diagnosticul: intensitatea mult mai mare a durerii, care poate duce la lipotimie, apariția durerilor după un efort fizic sau mișcare bruscă, cu iradiere spre organele genitale. Durerile sunt însoțite de vomă repetată și dizurie, micro- sau mai rar – macrohematurie, lipsa febrei, neliniștea bolnavului. Patologiile urologice se exclud prin examinare clinică, analiza urinei, ecografie și radiografie. Tratamentul antispastic contribuie la diferențierea de AA.
- **Afecțiunile ginecologice acute (anexita acută pe dreapta, piosalpinxul perforat, chistul de ovar torsionat, ruptura foliculului Graaf sau sarcina extrauterină cu hemoragie)** se diferențiază prin examinare clinică, inclusiv tușeul vaginal. În caz de hemoperitoneu este necesară puncția abdominală sau laparoscopia. Trebuie menționat faptul, că cele mai frecvente cauze ale durerii abdominale la efectuarea apendicectomiei negative sunt de origine ginecologică.
- **Boala inflamatorie pelvină (peritonita pelvină).** Deși durerea și contractura musculară sunt de intensitate moderată, este posibilă suspiciunea apendicitei. În caz de examinare clinică incertă, este necesară laparoscopia. La femeile de vârstă fertilă, ce se adresează cu inflamații la nivelul bazinului, întotdeauna este necesar un grad înalt de suspiciune a AA, deoarece poziția pelviană a apendicelui vermiform inflammat se întâlnește în până la 20% din cazuri.

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

C.2.4.7. Criteriile de spitalizare.

Caseta 13. Criteriile de spitalizare a pacienților cu AA. (clasa de recomandare I)

- La orice suspjecție a AA este indicată spitalizarea în regim de urgență în secție chirurgicală, unde sunt asigurate condițiile necesare pentru asistență medicală de urgență adecvată.

C.2.4.8. Tratamentul.

Tratamentul simptomatic preoperator se va efectua doar în condiții de staționar.

C.2.5. Forme clinice particulare.

C.2.5.1. Apendicita la vârstnici.

Caseta 38. Apendicita acută la vârstnici. (clasa de recomandare IIa)

- Deși incidența apendicitei la bătrâni este mai scăzută pe motivul regresiei și atrofiei foliculilor limfatici, morbiditatea și mortalitatea sunt semnificativ mai crescute la această categorie de pacienți;
- Datorită reactivității scăzute; manifestările clinice sunt la început atenuate cu o durere puțin manifestă, creșterea moderată a temperaturii corpului și defans muscular ușor. Totuși, durerea în partea dreaptă inferioară a abdomenului rămâne semnul clinic de bază;
- La bolnavii vârstnici leucocitoza este moderată cu deviere a formulei spre stânga. Totodată, pacienții vârstnici cu AA deseori au valori normale ale leucocitelor sângelui periferic și a formulei leucocitare;
- Este caracteristică frecvența înaltă a formelor destructive (datorită factorului vascular) pe fondalul unui tablou clinic șters. Odată cu vârsta crește direct proporțional și rata apendicitelor perforative;
- Probabilitatea evoluției apendicitei în plastron apendicular este mică, conform datelor literaturii până la 4%, datorită involuției capacității plastice și limitative a peritoneului. Când totuși plastronul se dezvoltă, acesta evoluează sub aspect pseudotumoral și poate impune necesitatea diferențierii de tumoare malignă a unghiului ileo-cecal;
- Ecografia organelor abdominale, CT, irigografia și, uneori, laparoscopia – definitivează diagnosticul plastronului apendicular.

C.2.5.2. Apendicita la gravide.

Caseta 39. Apendicita acută în timpul sarcinii. (clasa de recomandare IIa)

- Conform diverselor surse, AA se dezvoltă cu o incidență de la 1:500 la 1:6.600 sarcini. AA se poate dezvolta în orice perioadă a sarcinii, dar cel mai des – pe parcursul primelor două trimestre;

- Mortalitatea maternă în AA a scăzut la aproape 0%, în timp ce ratele morbidității din partea fătului, inclusiv decesul neonatal precoce și a nașterii premature, sunt minime (3-8%) și mai frecvent se asociază cu AA perforativă cu peritonită;
- Deși standardele diagnostice în cazul AA la gravide nu diferă de cele aplicate la restul pacienților, la interpretarea istoricului bolii și a examenului clinic ar trebui să se țină cont de modificările fiziologice și anatomice ale abdomenului, determinate de sarcină;
- Astfel de acuze clasice pentru AA, precum durerile abdominale, greața și voma, anorexia, sunt atât de tipice pentru o sarcină normală, încât adresarea pentru asistență medicală specializată, nu rareori, este foarte tardivă. Mai puțin caracteristice sunt alte simptome dispeptice: balonarea abdomenului, constipația sau anorexia;
- Tabloul clinic al AA depinde de termenul gestației, severitatea procesului patologic și localizarea apendicelui vermiform. Semnele importante ale AA cuprind durerea, contractura musculară și simptomele de iritație peritoneală la palpare în regiunea iliacă dreaptă, maximale – în punctul McBurney;
- Rezistența musculară abdominală și semnele peritoneale devin mai puțin localizate și sunt depistate difuz în partea dreaptă a abdomenului, căci mărirea volumului abdomenului, condiționată de uterul gravid, va conduce la îndepărtarea foitelor peritoneale (viscerală și parietală) de sursa inflamației – apendicele și cecul. Prin urmare, în a doua jumătate a sarcinii toate durerile la palpare în regiunea flancului drept sau a hipocondrului drept necesită a fi considerate ca posibile semne de inflamație a apendicelui vermiform;
- Leucocitoza în caz de sarcină poate fi normală sau crescută până la 15000-20000/mm³ cu o predominanță a polimorfonuclearelor;
- Intervenția chirurgicală de urgență, apendicectomia, este singura posibilitate de tratament, deși riscul nașterii premature este păstrat atât pentru operația convențională, cât și pentru cea laparoscopică. Ca urmare în toate cazurile când diagnosticul de AA nu poate fi suspendat se cere o operație de urgență, pentru a salva atât mama, cât și copilul.

C.2.6. *Supravegherea pacienților.*

Caseta 40. *Supravegherea pacienților după apendicectomie.*

Medicul de familie. (clasa de recomandare IIb)

- Indică consultația chirurgului după o lună de la intervenție, apoi o dată la trei luni pe parcursul primului an și, ulterior, o dată pe an;
- Indică analiza generală a sângelui și a urinei, ECG;
- Indică consultația altor specialiști, după indicații:
 - Pentru tratamentul altor patologii concomitente;
 - Pentru sanarea focarelor de infecție.

Chirurgul.

- Sutura de pe piele pot fi eradicat după 5-10 zile. Acest lucru poate fi efectuat de către medicul de familie sau de către chirurgul în timpul controlului ambulatoriu. Uneori se folosesc suturile absorbabile, care nu necesită înlăturare. (clasa de recomandare IIa)
- Efectuează tratamentul conservator al complicațiilor survenite (hematom, serom, supurarea plăgii, durerea postoperatorie persistentă). (clasa de recomandare I)
- Scoate de la evidență pacientul tratat după restabilirea completă. (clasa de recomandare IIa)

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PCN

<p>D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medic de familie. • Asistent medical/asistentă medicală de familie. • Medic în laborator. <p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecografia organelor abdominale (CMF). • Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei și a urinei sumare de urgență. <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spasmolitice (<i>Papaverinum, Drotaverinum</i>) • Medicamente de urgență conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010.
--	--

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1	A facilita diagnosticarea precoce a AA.	Ponderea pacienților diagnosticați precoce (primele 24 ore de la debut) cu AA pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți diagnosticați precoce cu AA pe parcursul ultimului an x100.	Numărul total de pacienți diagnosticați cu AA pe parcursul ultimului an.
2	A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu AA.	Ponderea pacienților cu AA care au beneficiat de tratament adecvat în termeni optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național <i>Apendicita acută la adult</i> , pe parcursul unui an (%)	Numărul de pacienți cu AA care au beneficiat de tratament adecvat în termeni optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național <i>Apendicita acută la adult</i> , pe parcursul unui an x100.	Numărul total de pacienți cu AA care au beneficiat de tratament chirurgical, pe parcursul unui an.

3	A reduce rata de complicații și de mortalitate prin AA.	Ponderea pacienților cu AA care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul unui an. Rata mortalității prin AA pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți cu AA, care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul ultimului an x100. Numărul de pacienți decedați prin AA pe parcursul ultimului an x100.	Numărul total de pacienți supuși tratamentului chirurgical pentru AA, pe parcursul ultimului an. Numărul total de pacienți operați pentru AA pe parcursul ultimului an.
---	---	---	--	--

F. ASPECTE MEDICO- ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostico-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația chirurg	IMSP SR Ungheni	(0236) 2-85-72
Ivestigații de laborator	IMSP CS Ungheni	Cab. 319, 320, 321

Procedura de pregătire diagnostico-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (formular 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimeterea pacientului.

1. Pentru efectuarea investigațiilor, consultației la medicul specialist în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul de familie, îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul clinic complet, rezultatele investigațiilor realizate la nivel de AMP și argumentarea necesității procedurii, consultației medicului specialist (formular 027e). Pacientul va prezenta formular 027e în instituția medicală vizată.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactarea telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRSM. Biletul de trimitere formular 027e va fi întregit în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterii) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică.

GHIDUL PACIENTULUI CU APENDICITA ACUTĂ

CAUZELE ȘI COMPLICAȚIILE APENDICITEI ACUTE

Apendicita este inflamația apendicelui vermiform, care poate provoca o durere acută (bruscă, pronunțată) în partea dreaptă inferioară a abdomenului. Apendicele vermiform este un organ tubular mic de dimensiunile unui deget, care proemină din porțiunea inferioară dreaptă a intestinului gros. Sunt informații scunde despre importanța apendicelui vermiform, dar este bine cunoscut că inflamația acestuia este foarte periculoasă. Masele fecale, deplasându-se prin lumenul intestinului gros, pot obstrucționa sau infecta apendicele vermiform ce duce la inflamație. În unele cazuri apendicita începe cu o infecție, dar uneori infecția este secundară. Edemul apendicelui vermiform poate micșora sau obstrucționa orificiul care comunică cu intestinul gros și ca rezultat se produce reținerea mai multor bacterii intraluminal. Inflamația marcată a apendicelui poate duce la necroză (apendicita gangrenoasă) și perforație (apendicita perforativă), ce este o situație extrem de periculoasă. În caz de perforație a apendicelui vermiform bacteriile din intestinul gros se răspândesc în cavitatea abdominală provocând inflamația acesteia (peritonită). Ulterior infecția poate pătrunde în patul vascular, provocând complicații cu risc major pentru viața pacientului (sepsis). În acest context unică metodă de tratament a apendicitei acute este înlăturarea apendicelui vermiform (apendicectomia).

APENDICITA ACUTĂ ȘI CRONICĂ

Apendicita practic întotdeauna este o patologie acută care debutează brusc și progresează rapid. Marea parte din ceea ce știm noi despre apendicită se referă la apendicita acută care se întâlnește foarte frecvent. Apendicita cronică este o maladie rară despre care se cunoaște puțin. Probabil aceasta apare ca urmare a iritării periodice a apendicelui pe o durată îndelungată de timp, dar nu duce la o agravare a stării. Totodată apendicita cronică poate deveni acută în orice moment. Din acest considerent tratamentul indicat este tot chirurgical.

INCIDENȚA APENDICITEI

Apendicita acută este o patologie foarte răspândită, mai ales în vârsta cuprinsă între 10 și 30 ani. Apendicita la copii mai frecvent se întâlnește în adolescență, dar copiii de vârstă mai mică tot se pot îmbolnăvi. La nivel mondial aproximativ 10% din populație pe parcursul vieții se îmbolnăvesc de apendicită acută. Aceasta este cauza principală a durerilor abdominale, care necesită o intervenție chirurgicală de urgență. Apendicita cronică se întâlnește la aproximativ 1% din populație.

MANIFESTĂRILE CLINICE ALE APENDICITEI ACUTE

Cele mai răspândite simptome caracteristice apendicitei acute sunt durerile abdominale, greața și pierderea poftei de mâncare. Manifestările tipice ale acestor simptome permite medicilor depistarea apendicitei. Dar, cu părere de rău, doar la aproximativ jumătate din cazuri de apendicită este prezentă manifestarea clasică a simptomelor. Copii, pacienții vârstnici și femeile gravide prezintă cu mult mai rar simptome clasice ale maladii.

- În cazul evoluției tipice durerea debutează în regiunea paraombilicală și se prelungește câteva ore. Ulterior durerea se accentuează, apare greața și voma. După câteva ore greața dispare și durerea se deplasează în partea inferioară a abdomenului, unde este localizat apendicele vermiform. Durerea se accentuează și continue să se intensifice.

La unii pacienți ulterior se pot dezvolta simptome suplimentare. La acestea se referă:

- Febră. La 40% de cazuri se ridică temperatura. Acest fapt se datorează progresării procesului inflamator.
- Starea de rău. Pacienții prezintă o stare de rău la general. Acuze la lipsa energiei și motivației.

- Balonarea abdomenului. Abdomenul poate fi balonat sau pacientul se simte balonat. De obicei acest simptom este tardiv, care poate fi cauzat de perforația apendicelui vermiform.
- Dizurie și diaree. Acest fapt este condiționat de iritarea de către apendicele inflamate terminațiilor nervoase, ce inervează vezica urinară sau porțiunea terminală a intestinului gros.
- Pareza intestinală. La unii pacienți apar constipații și senzația că nu pot elimina gazele. Apare senzația că defecația va ameliora starea.

Dacă aveți suspiciunea pentru apendicită obligatoriu este necesar să vă adresați medicului. Medicii determină prezența apendicitei după următoarele semne:

- Semnul McBurney. Punctul McBurney este locul cel mai probabil unde este situat apendicele vermiform și durerea localizată în acest loc este prima la ce atrag atenția medicii la examinarea pacientului. Punctul McBurney se localizează la o treime pe linia imaginară, care unește ombilicul cu partea proeminentă a osului pelvian de pe partea dreaptă.
- Simptomul Blumberg. Apăsarea lentă a peretelui abdominal în regiunea inferioară dreaptă, urmată de decompresia bruscă, duce la apariția unei dureri vii. Este un semn net de iritație peritoneală.
- Semnul Dunphy. Accentuarea durerii în fosa iliacă dreaptă la tuse datorită creșterii presiunii intraabdominale.
- Simptomul Rovsing. Comprimarea cu mână a regiunii inferioare stânga a abdomenului duce la intensificarea durerilor în partea inferioară dreaptă a abdomenului.
- Simptomul mușchiului psoas. Situarea apendicelui vermiform posterior de intestinul gros poate irita mușchiul psoas. La palparea regiunii iliace drepte durerile se acutizează când bolnavul ridică piciorul drept în poziție dreaptă.

EXAMINĂRILE ȘI TESTELE DIAGNOSTICE ÎN CAZ DE APENDICITĂ ACUTĂ

Pe motivul că apendicita acută este o situație medicală de urgență, stabilirea diagnosticului este necesar de a fi efectuat rapid. Stabilirea diagnosticului poate include:

- Acuzele: medicul vă va adresa întrebări concrete despre durerea abdominală și alte simptome.
- Anamneza: medicul vă va adresa întrebări despre istoria bolii, și anume când și cum au apărut durerile în abdomen și dacă ați suferit de alte maladii anterior.
- Examenul fizic: medicul va petrece examenul fizic pentru determinarea simptomelor apendicitei ca: contracția musculară locală și prezența durerii ca răspuns la palpate.
- Măsurarea temperaturii corpului: temperatura ridicată indică prezența unui proces inflamator.
- Analiza sângelui: poate indica prezența inflamației prin numărul ridicat al leucocitelor sau a proteinei C-reactive.

Dacă sunt prezente simptome tipice, medicul poate stabili diagnosticul imediat. În caz contrar, medicul poate indica examinări suplimentare imagistice pentru confirmarea diagnosticului și prezența complicațiilor. La acestea se referă:

- Ultrasonografia cavității abdominale: în majoritatea cazurilor metoda permite vizualizarea apendicelui vermiform inflamă și confirmă diagnosticul.
- Tomografia computerizată: este o examinare complicată cu utilizarea dozelor mici de radiație, care permite să primim imagini tridimensionale perfecte ale cavității abdominale cu confirmarea prezenței apendicitei și a complicațiilor (necroză, perforație, abces, peritonită). Dacă interacțiunea radiației (chiar și la nivel nepericulos) prezintă un oarecare risc potențial, ca exemplu femeile gravide, tomografia computerizată este necesar de înlocuit cu rezonanța magnetică care nu utilizează radiație.
- Laparoscopia diagnostică: este o operație mică care este efectuată sub anestezie generală. În cavitatea abdominală este introdus un instrument special cu camera de luat vederi și sursă de lumină, cu ajutorul cărora sunt examinate organele interne. Aceasta este metoda diagnostică definitivă, care este utilizată doar în situații extreme de complicate.

TRATAMENTUL APENDICITEI ACUTE

Apendicita acută este o urgență medico-chirurgicală și din acest considerent este tratată în secție chirurgicală. Ca regulă apendicita nu regresează de la sine și nu trebuie de contat pe asta. Tratamentul standard include atât medicație conservativă, cât și intervenție chirurgicală.

Tratamentul medicamentos:

- Antibiotice pentru profilaxia și tratamentul infecției.
- Preparate analgetice, care necesită a fi administrate majorității pacienților după operații.

Intervenția chirurgicală este efectuată sub anestezie generală sau spinală. În cazul anesteziei spinale se efectuează o injecție în regiunea spatelui, ca rezultat nu veți simți absolut durere, deși veți fi conștient în timpul procedurii. Apendicectomia (înlăturarea apendicelui) este una din cele mai răspândite intervenții chirurgicale. Este efectuată printr-o incizie deschisă mică sau laparoscopic. În cazul când apendicita este avansată și deja sunt prezente complicații (peritonită) posibil să fie necesar efectuarea unei incizii mediane mari, care oferă posibilitatea îndepărtării lichidului purulent și asanării cavității abdominale cu soluții sterile.

RECUPERAREA ȘI PERSPECTIVELE DUPĂ APENDICECTOMIE

- Înlăturarea apendicelui nu are efecte adverse și nu duce la careva schimbări în organism. Nu există certitudine dacă apendicele îndeplinește o oarecare funcție. Dacă și îndeplinește, este infimă, de exemplu, producerea anticorpilor în copilărie.
- Aflarea la spital în caz de apendicită simplă durează doar câteva zile.
- Dacă a fost prezentă o apendicită complicată, însănătoșirea poate dura mai mult timp. Posibil să fie necesar tratament de durată a infecției, care sa răspândească în afara apendicelui.
- Majoritatea pacienților se recuperează complet pe parcursul a câtorva săptămâni după operație.

PROFILAXIA ȘI RECOMANDĂRI

- Prezența anamnezei familiare de apendicită probabil ridică riscul de apariție, deși nu este clar care este motivul. Însuși apendicita nu se transmite ereditar, dar genetic poate fi o legătură cu cauzele apariției acesteia.
- Alimentele nu pot duce la dezvoltarea apendicitei. Totodată utilizarea unei cantități mari de fibre micșorează riscul de apariție a apendicitei.
- Este posibil să nu vă gândiți niciodată la apendice până în momentul când apar dureri. Dacă acest fapt sa întâmplat, indiscutabil, este necesar să vă adresați după ajutor medical. Apendicita acută este o problemă destul de serioasă, dar totodată este și o patologie răspândită și dacă veți avea nevoie de o operație urgentă, fiți siguri că veți fi operat de o echipă experimentată. Când totul se va încheia, niciodată nu veți mai fi deranjat de apendicită.

FIȘA STANDARDIZATĂ
pentru auditul medical bazat pe criterii în apendicita acută

DATE GENERALE COLECTATE PENTRU IMA			
1	Numărul fișei pacientului		
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
3	Sexul pacientului	1	Bărbat
		2	Femeie
4	Mediul de reședință	1	Urban
		2	Rural
		9	Nu se cunoaște
INTERNARE			
5	Data debutului simptomelor	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
6	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		9	Nu se cunoaște
7	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
8	Timpul adresării primare după ajutor medical	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
9	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
10	Departamentul în care s-a făcut internarea	1	Secția de chirurgie
		2	Secția de profil general
		3	Secția de terapie intensivă
		4	Alte
DIAGNOSTIC			
11	Locul stabilirii diagnosticului	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
12	Investigații imagistice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
ISTORICUL PACIENTULUI			
13	Prezența clinicii similare anterior	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
14	Prezența patologiilor asociate	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
PREGĂTIRE PREOPERATORIE			
15	Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital	1	Nu
		2	Da
16	Timpul efectuării pregătirii preoperatorii	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ			

17	Intervenția chirurgicală a fost efectuată în spital	1	Nu	
		2	Da	
18	Data efectuării intervenției chirurgicale	ZZ/LL/AAAA		
19	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM		
20	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM		
21	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM		
22	Operația efectuată în mod	Urgent		
		Urgent-amânat		
		Programat		
23	Tipul anesteziei	Generală		
		Spinală		
		Locală		
		Combinată		
EXTERNARE ȘI TRATAMENT				
24	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)		
25	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)		
26	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)		
27	Deces în spital	1	Nu	
		2	Din cauzele atribuite AA	
		3	Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate	
		4	Alte cauze neatribuite AA	
		9	Nu se cunoaște	