

pISSN 1810-1852

eISSN 1810-1879

Nr. 3 (96) 2025



Arta Medica

Scientific medical journal



ISSN 1810-1852



9 771810 185003 >

pISSN 1810-1852

eISSN 1810-1879

Nr. 3 (96) 2025



Arta Medica

Scientific medical journal

The official journal of the "Nicolae Anestiadi" Association of Surgeons of the Republic of Moldova

Editorial Team

Journal manager

Conțu Oleg

Production editor

Ferdohleb Alexandru

Online version editor

Guțu Serghei

Print version editor

Guțu Angelica

Biostatistics consultant

Ferdohleb Alina

Editor-in-chief

Ungureanu Sergiu

Associate editors

Guțu Eugen

Hotineanu Adrian

Rojnoveanu Gheorghe

Honorary members of the editorial board

Ababii Ion

Ghidirim Gheorghe

Members of the editorial board

Anghelici Gheorghe (Chișinău, R. of Moldova)
Batrînac Aureliu (Chișinău, R. of Moldova)
Bauer Ferdinand (Germany)
Bendelic Eugen (Chișinău, R. of Moldova)
Bernic Jana (Chișinău, R. of Moldova)
Beuran Mircea (Bucharest, Romania)
Bordeianou Liliana (Boston, Massachusetts, USA)
Bour Alin (Chișinău, R. of Moldova)
Brașoveanu Vlad (Bucharest, Romania)
Ceban Emil (Chișinău, R. of Moldova)
Ciubotaru Anatol (Chișinău, R. of Moldova)
Constatinoiu Silviu (Bucharest, Romania)
Conțu Ghenadie (Chișinău, R. of Moldova)

Copăescu Cătălin (Bucharest, Romania)
Copotoiu Constantin (Tg. Mureș, Romania)
Cordos Ioan (Bucharest, Romania)
Cotîrleț Adrian (Moinești, Romania)
Dumbrăveanu Ion (Chișinău, R. of Moldova)
Duța Ciprian (Timișoara, Romania)
Fokin Alexei (Chelyabinsk, Russia)
Gauthier Serghey (Moscow, Russia)
Gudumac Eva (Chișinău, R. of Moldova)
Yablonskiy Petr (Saint Petersburg, Russia)
Kopchak Volodymyr (Kyiv, Ukraine)
Mischenko Vasyl (Odessa, Ukraine)
Mișin Igor (Chișinău, R. of Moldova)

Mitish Valerii (Moscow, Russia)
Pătrașcu Traian (Bucharest, Romania)
Pitel Eleferii (Chișinău, R. of Moldova)
Polyansky Igor (Chernivtsi, Ukraine)
Popescu Irinel (Bucharest, Romania)
Razumovsky Alexandr (Moscow, Russia)
Rummo Oleg (Minsk, Belarus)
Sapalidis Konstantinos (Thessaloniki, Greece)
Sârbu Vasile (Constanța, Romania)

Scripcariu Viorel (Iași, Romania)
Șurlin Valeriu (Craiova, Romania)
Tamm Tamara (Kharkiv, Ukraine)
Tănase Adrian (Chișinău, R. of Moldova)
Târcoveanu Eugen (Iași, Romania)
Tinica Grigore (Iași, Romania)
Țurcan Aurel (Chișinău, R. of Moldova)
Zaporozhchenko Boris (Odessa, Ukraine)

Fouder:

Periodical Publication „Arta Medica”,
registered at the Ministry of Justice
of the Republic of Moldova on 02.12.2002, no. 123

Adress of the editorial office:

MD-2025, Chișinău,
29 N. Testemițanu street
Republican Clinical Hospital, 12 floor

Electronic version:

<http://www.artamedica.md>
e-mail: info@artamedica.md

Phone relations:

Production editor: 079 401 361
Journal manager: tel/fax 022 729 118; 079 434 240
The print run of the edition - 300 copies
The journal appears quarterly



Predestinat cercetării și dezvoltării

Academicianul Vladimir Hotineanu

75 ani de la naștere

(1950 - 2019)

În data de 01 octombrie 2025 se împlinesc 75 de ani de la nașterea d-lui Vladimir Hotineanu, personalitate marcantă a țării noastre: academician al AȘM, profesor Universitar, doctor habilitat în științe medicale, șef Catedra de chirurgie nr. 2 a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.



Vladimir Hotineanu ilustru chirurg, prof.univ., șef Catedră chirurgie nr.2, USMF„Nicolae Testemițanu”, prorector, academician al AȘM din R. Moldova, deputat.

Eterna amintire domnului profesor!

Personalitate complexă și dinamică, academicianul Vladimir Hotineanu s-a remarcat printr-o activitate intensă și multilaterală, îmbinând cu har vocația de medic și chirurg cu misiunea de profesor, cercetător și lider al comunității medicale. De-a lungul timpului, activitatea sa științifică a evoluat și s-a amplificat, cercetările în domeniul chirurgiei dobândind profunzime, profesionalism și recunoaștere internațională.

La 15 noiembrie 2019, s-a stins din viață academicianul Vladimir Hotineanu – o personalitate marcantă a științei naționale și internaționale, un chirurg de mare talent, pedagog de excepție, doctor habilitat în științe medicale și membru al Academiei de Științe a Moldovei. Plecarea sa a însemnat pierderea unuia dintre pilonii învățământului medical superior din Republica Moldova, un spirit vizionar, caracterizat prin perfecționism, erudiție remarcabilă și o contribuție esențială la formarea multor generații de medici, cercetători și profesori.

La 1 octombrie 2025, profesorul Vladimir Hotineanu ar fi împlinit 75 de ani – prilej pentru o comemorare plină de respect și recunoștință. Este dificil să vorbim la trecut despre o figură emblematică a medicinei naționale, un reper al învățământului superior, un mentor iubit de generații de studenți și rezidenți, pentru contribuția sa la dezvoltarea USMF „Nicolae Testemițanu”, pentru demnitatea, ambiția, înțelepciunea și corectitudinea cu care a onorat fiecare funcție de răspundere.

Biografia sa este povestea unui om care, prin muncă asiduă și devotament, a parcurs toate treptele ierarhice – de la asistent universitar la profesor, de la membru corespondent la academician. Născut la 1 octombrie 1950, în orașul Kâzâl-Orda, Republica Kazahstan, și-a petrecut copilăria la Telenești, unde a absolvit școala medie. A urmat Facultatea de Medicină a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău, absolvită în 1974, și a fost admis la internatură, specialitatea „Chirurgie”.

Între 1975-1978 a activat ca medic chirurg la spitalul din Sărătenii Vechi, Telenești, iar între 1978-1980 a urmat secundariatul clinic la Catedra de Chirurgie, sub îndrumarea academicianului Gheorghe Ghidirim. În 1980-1983 și-a continuat pregătirea în aspirantură la Institutul de Cercetări în Chirurgie „V. Vișnevski” din Moscova, unde a însușit tehnici chirurgicale avansate. În 1983 a susținut teza de doctor în științe medicale și a revenit la Chișinău ca asistent universitar la Catedra de Chirurgie de Spital.

A fost un inovator și un pionier în chirurgia peritonitelor postoperatorii, propunând și implementând metoda „abdomenului deschis” și tehnica relaparatomiiilor programate („multiple second-look”). În 1990 a susținut teza de doctor habilitat, elaborând o nouă direcție științifică. În același an a devenit profesor universitar și a promovat chirurgia minim invazivă, realizând peste 50.000 de intervenții, introducând tehnici și procedee noi, inclusiv primul transplant hepatic din Republica Moldova, împreună cu prof. univ. dr. Irinel Popescu.

Din 1992 și până în 2019 a fost șeful Catedrei de Chirurgie nr. 2 a USMF „Nicolae Testemițanu”, formând o școală puternică de chirurgie și conducând generații de studenți, rezidenți și cercetători. Sub îndrumarea sa au fost susținute 29 de teze de doctor și 5 de doctor habilitat. Profesor exigent, dar echilibrat și obiectiv, a promovat excelența academică și profesională.

A publicat peste 700 de lucrări științifice, manuale, monografii și protocoale naționale, fiind fondatorul revistei „Arta Medica” și al conferințelor „Lectura de iarnă”. A organizat 15 congrese naționale de chirurgie, 7 conferințe naționale și a participat la prestigioase evenimente internaționale. A fost membru, președinte sau membru de onoare al numeroaselor societăți științifice din țară și străinătate.

În paralel cu activitatea științifică și didactică, a deținut funcții importante de management universitar și public: proector al USMF (1992-1998), ministru al Sănătății, deputat și președinte al Comisiei parlamentare pentru Protecție Socială, Sănătate și Familie. A promovat valori culturale și naționale, publicând în 2017 cartea „Dor de Basarabia”, despre care scriitorul Nicolae Dabija spunea că este „o punte de lacrimi între generații”.

Pentru meritele sale a fost distins cu Ordinul Republicii și numeroase alte ordine, medalii și diplome, rămânând o personalitate de referință a medicinei, educației și culturii naționale.

Moștenirea academicianului Vladimir Hotineanu este una științifică, morală și umană. Comunitatea medicală îi va păstra vie amintirea, iar propunerea de a atribui numele său Catedrei de Chirurgie nr. 2 și noului bloc operator al Spitalului Clinic Republican ar reprezenta un omagiu firesc.

Eterna amintire profesorului, academicianului, chirurgului și Omului Vladimir Hotineanu!

Eva Gudumac, academician, profesor universitar

Vladimir Cazacov, dr. hab. șt. med., profesor universitar



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”
DIN REPUBLICA MOLDOVA

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

**Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu”**

IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”

Catedra 2 Chirurgie

**LCȘ “Chirurgie reconstructivă a
tractului digestiv”**

**Recomandări
practice de diagnostic și tratament
a pacientului chirurgical**

CUPRINS

LISTA AUTORILOR	8
CUVĂNT ÎNAINTE (Prefață)	9
ABCESELE INTRAABDOMINALE	10
ABCESUL HEPATIC PIOGEN ACUT LA ADULT.....	12
ABCESUL RETROPERITONEAL	14
ANTIBIOTICOTERAPIA IN CHIRURGIE.....	16
APENDICITA ACUTĂ.....	19
BOALA CROHN	21
BOALA DIVERTICULARĂ A COLONULUI (BDC)	23
HEMOROIZII SAU BOALA HEMOROIDALĂ (BH)	25
CANCERUL COLORECTAL COMPLICAT	26
CANCERUL GASTRIC.....	28
CANCERUL PANCREATIC (CP).....	30
CARCINOM HEPATOCELULAR GREFAT PE CIROZĂ HEPATICA.....	32
CHISTUL HIDATIC HEPATIC (CHH).....	35
CHISTUL PILONIDAL	37
COLANGIOCARCINOM HILAR (CCH) (TUMOR KLATSKIN)	39
COLECISTITA ACUTĂ, CALCULOASĂ.....	41
COLECISTITA CRONICĂ CALCULOASĂ.....	43
COLEDOLITIAZA.....	45
COLITA ULCERATIVĂ	47
CONDILOAMELE (CONDYLOMATA ACUMINATA)	49
DOLICOCOLON.....	51
FISTULE INTESTINALE.....	53
FISURA ANALĂ.....	55
GANGRENA FOURNIER LA ADULT.....	57
GUȘA NODULARĂ.....	59
HEMORAGIA DIGESTIVĂ DE CAUZĂ VARICEALĂ.....	61
HEMORAGIA DIGESTIVĂ INFERIOARĂ.....	63
HEMORAGIA DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ NON-VARICEALĂ.....	65

HERNIA ABDOMINALĂ EXTERNĂ LIBERĂ (HAEL)	67
HERNIA ABDOMINALĂ STRANGULATE (HAS).....	69
HERNIILE HIATALE (H-H)	71
HIPERTENSIUNEA PORTALĂ (HTP).....	73
INFECȚIILE ANAEROBE	75
ISCHEMIA MEZENTERIALA ACUTA (IMA)	77
LATROGENIILE CAILOR BILIARE	79
MEGACOLONUL IDEOPATIC. K59.3.....	81
OCLUZIA INTESTINALA SUPERIOARĂ (OIS)	83
PANCREATITA ACUTĂ.....	85
PANCREATITA CRONICA LA ADULT	87
PARAPROCTITA ACUTĂ	89
PATOLOGIA CHIRURGICALĂ, A SUPRARENALELOR	91
PERIRECTITA CRONICĂ. FISTULE PERIANALE.....	93
PERITONITELE POSTOPERATORII (K.65).....	95
PICIOR DIABETIC	97
POLIPOZA ADENOMATOASA FAMILIALĂ, (PAF)	99
PROLAPSUL RECTAL	101
PSEUDOCISTUL PANCREATIC	103
SINDROMUL MIRIZZI (SM).....	105
TROMBEMBOLISMUL PULMONAR (TEP)	107
TUMORI MALIGNNE A FICATULUI.....	109
TUMORII HEPATICE BENIGNE.....	111
ULCERUL GASTRODUODENAL COMPLICAT CU HEMORAGIE.....	113
ULCERUL PERFORAT.....	115

LISTA AUTORILOR

Hotineanu Adrian	dr. hab. șt. med., profesor universitar
Cazacov Vladimir	dr. hab. șt. med., profesor universitar
Ferdohleb Alexandru	dr. șt. med., conferențiar universitar
Tiron Vasile	dr. șt. med., conferențiar universitar
Iliadi Alexandru	dr. șt. med., conferențiar universitar
Caragat Zinaida	dr. șt. med., asistent universitar
Timiș Toader	dr. șt. med., conferențiar universitar
Cazac Anatol	dr. șt. med., conferențiar universitar
Bendelic Valentin	dr. șt. med., conferențiar universitar
Palii Lucian	dr. șt. med., conferențiar universitar
Bortă Eduard	dr. șt. med., asistent universitar
Bejenari Boris	
Bogdan Valerii	dr. șt. med
Botoșanu Marcel	
Bujac Mariana	dr. șt. med
Burgoci Serghei	asistent universitar
Cazacu Dumitru	
Cucu Ivan	doctorand
Focșa Alexandru	
Ghiderman Andrei	
Gonța Aurel	dr. șt. med.
Groapa Daniel	
Ivancov Grigore	
Lisnic Irina	
Lisnic Natalia	
Pîrvu Victor	dr. șt. med.
Sîrghi Vitalie	
Țurcan Aurel	dr. șt. med., conferențiar universitar
Țurcanu Ana	

CUVĂNT ÎNAINTE

(PREFAȚĂ)

Colectivul Catedrei Chirurgie nr.2 pune la dispoziția cadrelor medicale, rezidenților și studenților recomandări practice care tratează diverse patologii chirurgicale sistematizând aspectele de diagnostic și tratament din acest domeniu. Scopul principal este de a ajuta chirurgii în alegerea celor mai bune strategii de management pentru fiecare pacient, bazate pe datele din literatura de specialitate și experiența acumulată. Lucrarea, expusă într-o manieră conchisă, sistematizată și actualizată, reprezintă un suport metodologic care oferă acces rapid la cunoștințele esențiale pentru fiecare situație clinică și pentru fiecare afecțiune în parte. Sunt trecute în revistă datele clasice și moderne, care să prezinte un mod performant de abordare a cazurilor chirurgicale, bazat pe cele mai recente dovezi științifice disponibile. Se urmărește scopul standardizării diagnosticului și tratamentului prin strategii capabile să asigure o asistență medico-chirurgicală de calitate înaltă și cu un suport raport cost/eficiență avantajos. Am căutat să tratăm în cuprinsul acestei lucrări, temele și subiectele care sunt utile chirurgilor generaliști, dar și temele de ultraspecializare din chirurgia hepatobiliopancreatică, endocrină, cardiovasculară, colorectală, toracală. Meritul lucrării constă și în abordarea unor subiecte de granită, extrem de utile chirurgului generalist. În acest sens, subiectele includ analiza temelor referitoare la programul individualizat de recuperare perioperatorie și a răspunsului la tratament pentru a sprijini și a reflecta dezvoltarea practicianului modern și educația orientativă necesară echipei multi-profesionale. Suntem siguri că această lucrare va fi utilă celor care au preocupări în domeniul chirurgiei, care vor găsi un material judicious structurat privind strategiile de diagnostic și conduită terapeutică pentru o mare diversitate de afecțiuni din activitatea asistenței chirurgicale.

Abordările recente în chirurgie, prezentate concis în aceste recomandări, într-o manieră științifică simplificată și accesibilă tuturor specialiștilor din domeniu, se adresează și medicilor rezidenți aflați în plin proces de formare profesională. Sperăm că aceste recomandări vor fi apreciate drept utile în formarea gândirii medicale și vor reprezenta un ajutor considerabil studenților pe parcursul studiilor universitare. Apelăm la lucrătorii medicali să de-a dovadă în munca lor de cele mai importante valori, și anume „professionalism, comunicare, gândire clinică, atenție la considerațiile etice și legal”.

ABCESELE INTRAABDOMINALE

(cod CIM-10; T814) - patologie chirurgicală, caracterizată printr-o colecție sau mai multe de puroi cu capsulă piogenică, bine delimitate, rezultând dintr-o multitudine de afecțiuni.

Cauzele:

1. Apendicita acută (65%)	6. Leziuni traumatice a organelor cavității abdominale (3%)
2. Dehiscenta anastomozelor (1%)	7. Pancreatită acută severă, pancreonecroză (1%)
3. Organele genitale feminine (12%)	8. Peritonita postoperatorie (1%)
4. Perforație acoperită de duoden (ulcer), stomac (ulcer)	9. Intestinale (Boala Crohn, Colita ulceroasă, Diverticuloză)
5. Colecistită distructivă (10%)	10. Alte leziuni (corp străin, etc.) (2.7%)

Clasificarea abceselor postoperatorii

- după etiologie – bacteriene, parazitare și necrotice a cavității abdominale.
- după mecanismul patogenetic – postoperatorii, postraumatice, perforative, metastatice infectate.
- după locație față de peritoneu – intraoperatoriale, retroperitoneale și combinate.
- după localizare anatomic – subfrenic, subhepatic, interintestinal, peri-anastomotic, parapendicular, a bazinului mic, tubo-variene, psoas și intraorganice: intramezenterice, ficat, pancreas, splina, rinichi și multiple.

Clasificarea Topografică

Abcese subfrenice (colecții dezvoltate în spațiu dintre mezocolonul transvers și diafragm); Abcese interhepatodiafragmatice; Abcese subhepatice; Abcese subdiafragmatice stingi (perisplenic); Abcese retrogastrice.

Abcesele submezocolice se descriu în funcție de localizarile mai frecvente: Abces în cadrul inferior drept, sting: Centroabdominale: Abcesele pelvine.

Diagnosticul

Clinica

A. Semne generale: febra, frison, transpirații abundente, tahicardie, astenie, paloare în apetență, pierdere în greutate, fațes septic

B. Semne comune:

- sindromul dureros: precis localizat cu cit colecția este mai superficială. Abcesele profunde prod. dureri vagi accentuabile prin palpare profundă
- sindromul tumoral: se palpează tumora (plastron) mai mult sau mai puțin bine delimitată
- sindrom de iritație a unor organe din vecinătate: tenesme rectale, polakiurie și disurie în abcesele pelvine, reducerea excursiei toracice și pleureziei de vecinătate în abcesele subfrenice, hemoragii digestive superioare
- tulburări de transit gastro-intestinal: greturi, varsături, diaree mucoasă sau constipație.

C. Semne locale:

- abcesele suprmezocolice au simptomatologie toracoabdominală: durere scapulară sau supraclaviculară (prin iritație frenică), tuse iritativă, restrictive respiratorie, revarsat lichidian pleural bazal, durere la palpare sub rebordul costal sau în spațiile intercostale, stază gastrică, sușit.
- abcesele submezocolice - dureri locale, impastare, tumora inflamatorie, fluctuantă și edem local, hiperemie tegumentelor, tulburări de transit
- abcesele submezocolice - dureri pelviperineale, tenesme rectale, tulburări de micțiune (polakiurie, disurie). La tuseul rectal - bombare dureroasă a fundului de sac Douglas.

Diagnosticul de laborator

- Leucocitoză, cu deviere formulei spre stînga, VSH crescut.
- Anemie,
- Proteina C reactivă marită
- Creșterea Ureei, Creatiniei,
- Bilirubinemie, transaminazele marite
- Dereglări hidro-electrolitice, acido-bazice, hidro-saline, proteice.

Paraclinice

Radiografia abdominală de panoramă - (Prezența formațiunii cu nivel)

Radiografie pulmonară - (Pneumonie uni sau bilaterală, pneumonie septică, pleurezie)

FGDS și Colonoscopie - pentru depistarea ulcerărilor de pe tractul digestiv.

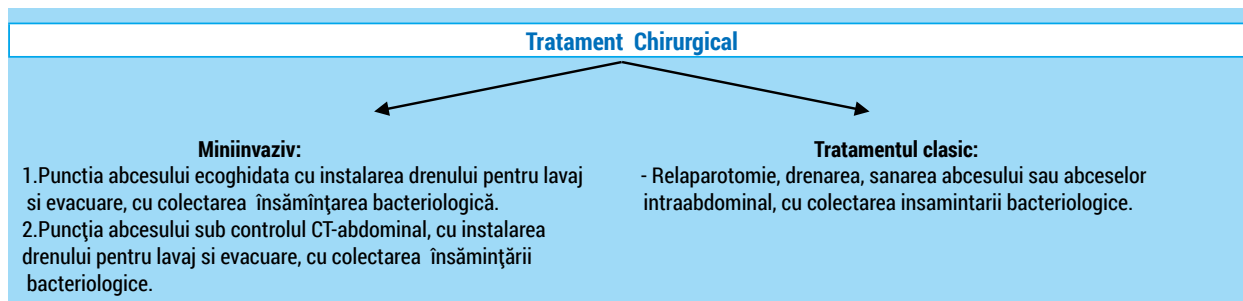
USG-abdominal - constată prezența acumulărilor de lichid, bine delimitat, sau formațiune cu conținut dens,

CT, RMN - abdominal - prezența abcesului sau abceselor intraabdominale.

Tratament

Pregătire preoperatorie:

1. Instalarea sondei nazo-gastrale, pentru decompresie, prevenirea vomelor și aspirației pulmonare.
2. Reechilibrarea hidro-electrolitică, volemică: (Terapie infuzională: Soluție de electroliți - NaCl 0.9%-500 ml până la 1000 ml în 24 ore i/v, Sol. Glucoză 5%-10% - 500 ml + KCl + Insulină)
3. Compensarea anemiei prin transfuzie de masă eritocitară (Hb 90 g/l.)
4. Compensarea dereglărilor metabolice, de coagulare și proteice (Prin transfuzie de PPC, Crioprecipitat, Masă trombocitară, Albumină 20%)
5. Inițierea tratamentului cu antibiotice - administrarea antibioticoterapiei empirice, cu asigurarea unui spectru larg de acoperire pentru bacteriile mai frecvent implicate (E. Coli, Klebsiella, Proteus, Enterococi, Bacteroides fragilis, Clostridii) cu Cefalosporine de gen. III (Sol. Ceftriaxon) + preparat din grupa 5-nitroimidazol (Sol. Metronidazol) + antibiotic de tip carbapenem (Sol. Meropenem).



Terapie postoperatorie
<ul style="list-style-type: none"> - Antibioticoterapie continuare și apoi la 48-72 ore conform antibioticogramei. - Terapie antifungică (Sol. Fluconazol 400 mg) i/v., lent, apoi Tab. Fluconazol 150 mg conform schemei. - Anestezie adecvată (preparate narcotice, opioide, analgetice) - Detoxifiere intra și extracorporală – diureza forțată, plasmafereză, hemofiltratie - Stimularea intestinului – clismă + Sol. Metoclopramid 10mg, Sol. Prozerină. - Corecția insuficienței proteice energetice – Sol. Infezol 500-1000 + Sol. Lipofundină 500-1000+ Sol. Heparină 1ml. - Terapie de detoxifierea și reechilibrare volemică, hidroelectrolitică, acidobazică, proteico-energetica prin administrarea soluțiilor cristaloidelor fiziologice, Ringher, glucoză 5%-10%, coloide (poliglucin, refortan), administrarea de plasmă, substituenți de plasmă (albumină, gelofuzin), administrarea de sine și derivate (criterii Hb 70 g/l, iar la bolnavii vîrstnici cu comorbidități Hb 100g/l). nutriție parenterală și enterală (prin sonda nazojunală, microjejunostomă) - Prevenirea complicațiilor IPP (Controloc 40 mg) pentru ulcere de stress și profilaxia anti-trombotică - Pansamente (îngrijirea plăgii postoperatorie și a tuburilor de drenaj)

Supravegherea postoperatorie
<p>Se bazează pe ameliorarea simptomelor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Generale : hemodinamice, diureza, funcția respiratorie - Locale : restabilirea tranzitului intestinal, evoluția plăgii postoperatorie(abcese, colecții), - Biologice : normalizarea hiperleucocitozei

Complicațiile abceselor
<p>Specifice : supurația plăgii p/o, eventrație, eviscerație, ileus paralytic, peritonita postoperatorie, fistule intestinale, sepsis.</p> <p>Nespecifice : complicații pleuropulmonare, tromboze, accidente vasculare tromboembolice, CID-sindrom, sepsis, formarea ulcerații acute a tractului digestiv, insuficiență cardiovasculară, renală, respiratorie acută, hepatică, stop cardio-respirator.</p>

Criterii de externare	
<ul style="list-style-type: none"> - Normalizarea stării generale și a mobilității pacientului - Necesitatea doar în medicație perorală (inclusive analgetice) - Lipsa complicațiilor postoperatorii - Lipsa leucocitozei 	<ul style="list-style-type: none"> - Restabilirea pasajului intestinal - Plagile postoperatorii sunt în curs de vindecare - Lipsa febrei - Absența schimbărilor la examenul USG-abdominal.

Recomandari la externare
<ul style="list-style-type: none"> - Evidența medicului de familie, chirurg. - Dieta în dependență de patologiile concomitente. - Pansamente aseptice zilnic. - Analizele generale de laborator peste 10 zile de la externare. - Purtarea centurii elastice 3-6 luni. - Pentru pacienții obezi la necesitate anticoagulante - USG-abdominal la necesitate

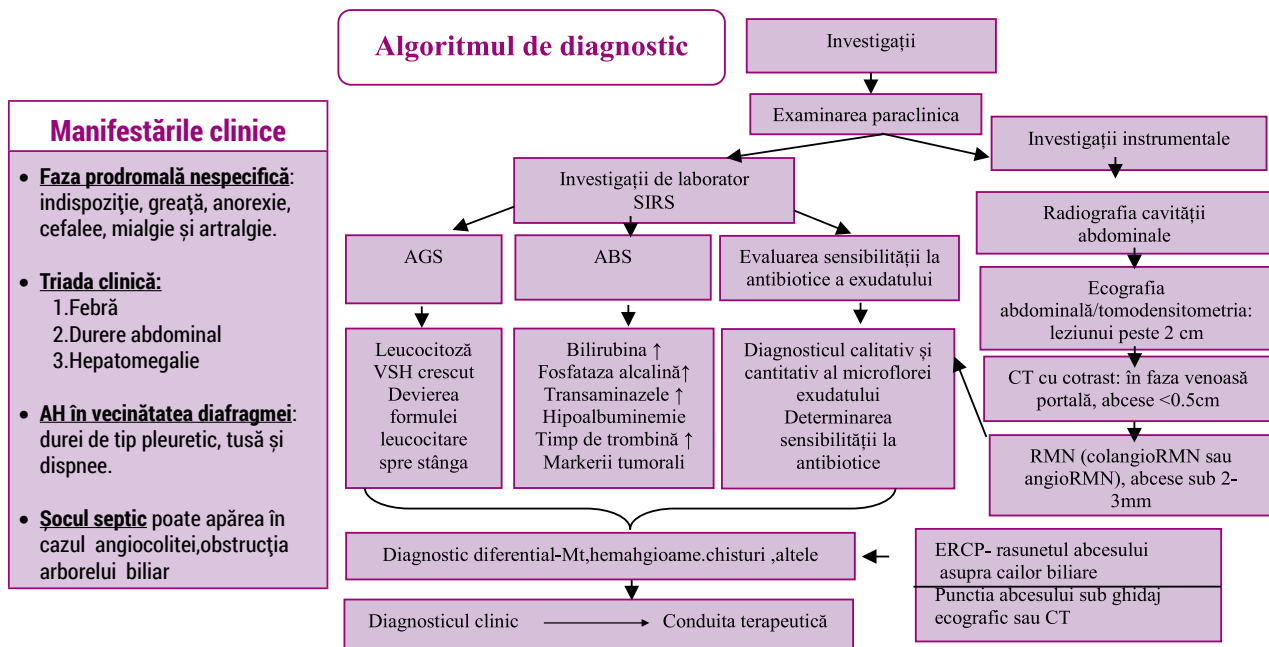
ABCESUL HEPATIC PIOGEN ACUT LA ADULT

Abcesele hepatice sunt colectii purulente dezvoltate în parenchimul hepatic și separate de acesta printr-o capsulă formată din țesut hepatic transformat și țesut fibros.

Cod K 75.0

Clasificare			
După etiologie:	După dimensiuni:	După localizare:	După număr:
<ul style="list-style-type: none"> Abcese piogene, se înregistrează în circa 80% cazuri Abcese amebiene, în circa 10% cazuri Abcese micotice, cu prevalența speciilor Candida în mai puțin de 10% cazuri 	<ul style="list-style-type: none"> Macroabcese (în mai mult de 50% cazuri) cu afectarea preponderentă a lobului drept Microabcese (în 35% cazuri, fiind frecvent multiple) Pseudotumorale (datorită fibrozei intense parenchimatose asociată la procesul abcedant) 	<ul style="list-style-type: none"> Lobul Drept (70%) Lobul Stâng (30%) 	<ul style="list-style-type: none"> Solitare (80%) Multiple (20%)

Cauzele frecvente					
Hepatobiliare:	Portale:	Arteriale:	Traumatice:	Continuitate	Criptogene/alte
<ul style="list-style-type: none"> Benigne lithiaza biliara anastomoză bilio-digestive vicioase proceduri biliare endoscopice proceduri biliare percutanate Maligne cr caile biliare, vezica biliara cr cefalopaneas 	<ul style="list-style-type: none"> Benigne: <ul style="list-style-type: none"> diverticulita supuratie anorectala si supuratie pelvica sepsis postoperator, perforatie intestinala, abces pancreatic apendicita distructiva maladie inflamatorie a intestinului Maligne: cancer de colon cancer gastric 	<ul style="list-style-type: none"> endocardita sepsis vascular infecții dentare 	<ul style="list-style-type: none"> Benigne trauma abdominala: deschisa sau inchisa Maligne chimioembolizare injecție percutanata cu etanol sau radiofrecvența 	<ul style="list-style-type: none"> Colecistita acută calculoasă Corpi străini penetranți digestivi 	<ul style="list-style-type: none"> Granulomatoza cronică Intervenții chirurgicale intraabdominale



Strategii	Managementul AH piogen			Rezolvarea sursei de infecție Procedee chirurgicale.
	Antibioticoterapia:	Punctie- aspirație sub ghidajul ecografic sau	Drenaj chirurgical cu dren	
Numărul: - solitar - multiplu Dimensiunea: - miliari (<1 cm) - mici (1-3 cm) - medii (3-6 cm) - largi (6-10 cm) - gigante (>10 cm) Factor etiologic: - bacterial - parazitar - specific Prezența complicațiilor: - sepsis sever ? - comorbidități ? - factori ± scoruri prognostice	- AH ≤ 2-3 cm - 4-6 săptăm./drenaj - 2-4 sap per os - abordare i./venoasa. .i./arteriala selective ..recanalizarea v. ombilicale	14-16Fr TC. -abcese < 5cm -cind aspiratia se termina cu esec trebuie instalat drenarea prin cateter -Rata de succes pana la 70-90%	18 Fr, abcese > 5 cm Peretele AH este gros si nepenetrabil Abcesele hepatice sunt multiloculate Puroiul este prea des pentru a fi aspirat abordare trenant 48-72 ore !!!	Clasic chirurgical: -ruptura intraperitoneala -multiple abcese obstructie biliara ; -tratamentul non-operator este ineficient peste 72 ore -complicatii catre drenajul percutanat (hemoragie sau scurgerea intraperitoneala a puroiului.) -Scorul Apache II >15 (rehepatectomie reglate) -Laparoscopie curativa

Factori de risc în abcesul hepatic:		
Antibioticoterapia Empirică		Terapie medicamentoasă
<ul style="list-style-type: none"> • Socul septic • Icterul mecanic • Coagulopatie • Leucocitoza • Hipoalbuminemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Abcese multiple • Ruptura intraperitoneala • Boli maligne = prevaleaza cele hepato-bilio-pancreatice fata de alte maladii cu caracter malign 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Scorul Apache II >15 la internre

Terapia complexă												
Antibioticoterapia Empirică prin dezesescalare		Terapie medicamentoasă										
Gram negativ bacili	<p>Preparatele selectate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - amoxicilin / clavulanat 3,6 – 4,8 g / 24 ore - aminoglicozide + beta-lactam + metronidazol 1,5 – 2 g / 24 ore -cefalosporine generația III-IV + metronidazol 1,5-2 g / 24 ore -cefoperazon / sulbactam 4-8 g / 24 ore <p>Alternative:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fluorchinolone + metronidazol 1,5- 2 g / 24 ore. 	<p>Terapia infuzională:</p> <ul style="list-style-type: none"> -sol.de electroliți-NaCl 0,9% 500 ml până la 1000 ml în 24 ore i/v -sol.de Glucoză 5%-10%-500ml în 24 ore i/v -sol.proteice – albumină, PPC. 										
Gram pozitiv coci		<p>Micșorarea secreției gastrice:</p> <ul style="list-style-type: none"> -IPP – Pantoprazol 40 mg x 2/zi per os <i>sau</i> - Omeprazol 40-80 mg/24 h i/v 										
Flora bacteriană anaerobă		<p>Jugularea sindromului algic:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Spasmolitice miotrope – Papaverină 2% s/c, i/m 1-2ml x 2/3 ori/24h -Drotaverină 40mg-2ml, i/m, s/c, i/v lent -Analgezice neopioide – Metamizol 25-50%, 1-2ml x 2-3 ori/zi, i/m sau i/v -Analgezice opioide – Tramadol la dureri puternice doza de 100mg x 4 ori/24 ore. <i>N.B. Excepția Morfinei</i> 										
Antibioticoterapia în infecții nozocomiale												
<p>Microorganisme Gram +/-</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Staphylococcus aureus (MSSA)</td> <td rowspan="10"> <p>I. Indicii hemodinamici instabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> -piperacilin / tazobactam – 3,375 i/v la fiecare 6h; -imipinem / cilastatin – 500mg i/v la fiecare 6h; -meropinem – 1-2g, i/v la fiecare 8 h; -doripinem – 500mg i/v la fiecare 8 h; -cefepim – 2g i/v la fiecare 8-12 h; -levofloxacin – 500-700 mg i/v la fiecare 24h + metronidazol 500mg i/v la fiecare 8h; -ciprofloxacina – 400 mg i/v la fiecare 12h + metronidazol 500mg i/v la fiecare 8 h; -moxifloxacin – 400mg i/v fiecare 12h+ metronidazol 500 mg i/v fiecare 8 h. <p>II. Indicii hemodinamici stabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> -levofloxacin- 500-750mg i/v la fiecare 24h + metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; -ciprofloxacina 400 mg i/v la fiecare 12 h+ metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; -moxifloxacin – 400 mg i/v fiecare 12h + metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; -ceftriaxon – 1-2g i/v la fiecare 12-24h + metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; -cefotaxim -1-2 g i/v la fiecare 6-8 h + metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; </td> </tr> <tr> <td>MRSA</td> </tr> <tr> <td>MRCoNS</td> </tr> <tr> <td>Streptococcus viridans</td> </tr> <tr> <td>Streptococcus pneumoniae</td> </tr> <tr> <td>Enterococcus faecalis</td> </tr> <tr> <td>Enterococcus faecium</td> </tr> <tr> <td>VRE</td> </tr> <tr> <td>E.coli, P.mirabilis</td> </tr> <tr> <td>Klebsiela pneumoniae</td> </tr> </tbody> </table>	Staphylococcus aureus (MSSA)	<p>I. Indicii hemodinamici instabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> -piperacilin / tazobactam – 3,375 i/v la fiecare 6h; -imipinem / cilastatin – 500mg i/v la fiecare 6h; -meropinem – 1-2g, i/v la fiecare 8 h; -doripinem – 500mg i/v la fiecare 8 h; -cefepim – 2g i/v la fiecare 8-12 h; -levofloxacin – 500-700 mg i/v la fiecare 24h + metronidazol 500mg i/v la fiecare 8h; -ciprofloxacina – 400 mg i/v la fiecare 12h + metronidazol 500mg i/v la fiecare 8 h; -moxifloxacin – 400mg i/v fiecare 12h+ metronidazol 500 mg i/v fiecare 8 h. <p>II. Indicii hemodinamici stabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> -levofloxacin- 500-750mg i/v la fiecare 24h + metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; -ciprofloxacina 400 mg i/v la fiecare 12 h+ metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; -moxifloxacin – 400 mg i/v fiecare 12h + metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; -ceftriaxon – 1-2g i/v la fiecare 12-24h + metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; -cefotaxim -1-2 g i/v la fiecare 6-8 h + metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; 	MRSA	MRCoNS	Streptococcus viridans	Streptococcus pneumoniae	Enterococcus faecalis	Enterococcus faecium	VRE	E.coli, P.mirabilis	Klebsiela pneumoniae	<p>Reechilibrarea dereglărilor metabolice și coagulare:</p> <ul style="list-style-type: none"> -PPC 600-1000ml, crioprecipitat, masa trombocitară. <p>Terapia protectoare și stimularea funcției hepatice:</p> <ul style="list-style-type: none"> -aminoacizi- Arginină 250 ml, Hepasol, Heptral 500 g <p>Antifungice – Amfotericină B-liposomală 5 mg/kg timp de 4 săptămâni, Fluconazol 6 mg/kg în decurs de 3 luni.</p> <p>Corectia insuficienței proteico-energetice: 40-60 kkal/kg 24 h. Infezol 500,0-1000,0 + Lipofundin 500-1000 ml i/v + Sol.Heparina 1.0 ml</p> <p>Corectie imuno-biologica: Imunostimulare pasiva, Plasma antistafilococica 400-600 ml, gama globuline stafilococica</p> <p>Antibioticoterapia rațională.</p>
Staphylococcus aureus (MSSA)	<p>I. Indicii hemodinamici instabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> -piperacilin / tazobactam – 3,375 i/v la fiecare 6h; -imipinem / cilastatin – 500mg i/v la fiecare 6h; -meropinem – 1-2g, i/v la fiecare 8 h; -doripinem – 500mg i/v la fiecare 8 h; -cefepim – 2g i/v la fiecare 8-12 h; -levofloxacin – 500-700 mg i/v la fiecare 24h + metronidazol 500mg i/v la fiecare 8h; -ciprofloxacina – 400 mg i/v la fiecare 12h + metronidazol 500mg i/v la fiecare 8 h; -moxifloxacin – 400mg i/v fiecare 12h+ metronidazol 500 mg i/v fiecare 8 h. <p>II. Indicii hemodinamici stabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> -levofloxacin- 500-750mg i/v la fiecare 24h + metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; -ciprofloxacina 400 mg i/v la fiecare 12 h+ metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; -moxifloxacin – 400 mg i/v fiecare 12h + metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; -ceftriaxon – 1-2g i/v la fiecare 12-24h + metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; -cefotaxim -1-2 g i/v la fiecare 6-8 h + metronidazol 500 mg i/v la fiecare 8 h; 											
MRSA												
MRCoNS												
Streptococcus viridans												
Streptococcus pneumoniae												
Enterococcus faecalis												
Enterococcus faecium												
VRE												
E.coli, P.mirabilis												
Klebsiela pneumoniae												

Recomandări la externare:
<ul style="list-style-type: none"> - Dieta nr.5 - Limitarea activitatii fizice timp de 6 luni - Controlul OAC, BAC, Proteina C reactiva, EUS la 1, 3, 6 luni - CT organelor abdominale 1, 3, 6 luni dupa indicatii

Abrevieri: AH – abces hepatic; TDM – tomodensitometria; AGS – analiza generală a sângelui; ABS – analiza biochimică a sângelui; IPP- inhibitorii pompei de protoni PPC- plasma proaspăt congelată, Mt- metastaze, SIRS- sindrom de răspuns inflamator sistemic

ABCESUL RETROPERITONEAL

Este o acumulare limitată, localizată între stratul posterior al peritoneului și fascia intraperitoneală
Codul bolii (CIM-10): K650

Clasificare

După etiologie: Aerobă/Anaerobă.

Dupa evoluție:

Primar: Leziunile deschise și închise ale cavității abdominale și retroperitoneale, (iatrogene).

Secundar: răspândirea hematogenă sau limfogenă în pancreatita purulentă, paranefrită, limfadenită, abces/carbuncul renal.

În funcție de localizare:

Abces a spațiului retroperitoneal anterior (situat între peritoneul parietal și fascia renală): abces parapancreatic (pancreonecroza), abces periintestinal (perforația duodenală, perforația colonului).

Abces a spațiului retroperitoneal posterior (situat între fascia renală anterioară și fascia transversală).

Abces a spațiului perirenal (pionefroza, apendicita retrocecală distructivă).

Abces subfrenic, în peritonita difuză, plăgi deschise și închise ale cavității abdominale.

Abces pelvin, iliopsoas, posttraumatic, inflamator, osteomielite, sacroileita purulentă, fuziuni în coxartroza purulentă, fuziuni în TBC osteoarticulară. Tumori.

Tabloul clinic

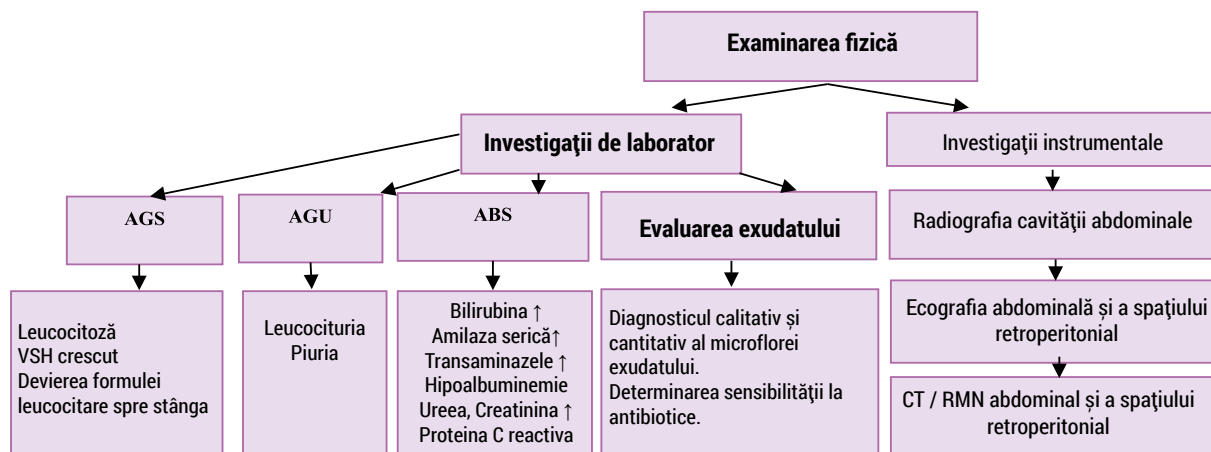
A. Semne generale: febra, frison, transpirații abundente, tahicardie, astenie, paloare, inapetență, pierdere în greutate, facies septic

B. Semne comune

- sindromul dureros :precis localizata cu cat colectia este mai superficiala. Abcesele profunde produc dureri vagi accentuabile prin palpare profunda.
- sindromul tumoral: se palpeaza o tumora (plastron) mai mult sau mai putin bine delimitabila.
- sindromul de iritatie a unor organe din vecinatate: tenesme rectale, polakiurie si disurie in abcesele pelvine, reducerea excursiilor toracice si pleurezie de vecinatate in abcesele subfrenice, hemoragii digestive
- tulburari de tranzit gastro-intestinal: greturi, varsaturi, diaree mucoasa sau constipatie.

C. Semnele locale

- abcesele retroperitoneale anterioare si posterioare: tuse iritativă , restricție respiratorie , revarsat lichidian pleural bazal , durere la palpare sub rebordul costal sau în spații intercostale ,stază gastrică, dureri locale,impastare,tumora inflamatorie,fluctuenta si edem local,hiperimie tegumentelor,tulburări de tranzit ,fistula purulenta parietala
- abcesele pelvien - dureri pelvipereineale,tenesme rectate,tulburări de micțiune (polakiurie, disurie) tușeul rectal: bombare dureroasă , simptomul „iliopsoas,, pozitiv



Diagnosticul diferențial:

Etapa inițială a abcesului retroperitoneal este similară cu evoluția bolilor infecțioase de diferită etiologie (**febra tifoidă, gripă, malarie**). **Pancreatita acută, Ulcer duodenal, Pielonefrita acută.**

NB: adresarea tardivă a pacienților cu abces retroperitoneal poate duce la o descoperire a abcesului în cavitatea pleurală și abdominală. Acest lucru contribuie la dezvoltarea **empiemului pleural** și a **peritonitei purulente difuze**. Generalizarea unui proces purulent cu apariția **sepsisului** reprezintă o amenințare pentru viața pacientului. Mortalitatea în abcesele retroperitoneale de la **10-30%**.

Tactica diagnostic curativă

- diagnosticului stabilit în baza datelor clinice, paraclinice și de laborator
- ECG, radiografia cutii toracice, consultația
- În cazul insuficienței vasculare și respiratorii se vor utiliza investigațiile funcționale pentru determinarea gradului de disfuncții sistemelor cardio-respiratorii
- puncția ecogidata în cazul dubiilor în ceea ce privește diagnosticul și indicațiile la operație.

Tratament chirurgical

Tratamentul depinde de mărimea și locația abscesului. Pentru abcese mici, se efectuaiaza drenajul percutanat ecogidat și lavajul cavității. În abcesele multiple, mari este indicată intervenția chirurgicală, deschiderea ,drenarea și sanarea focarului inflamației și revizia spațiului retroperitoneal. Alegerea abordului depinde de locația abscesului.

Abcesele perirenale - lombotomie după indicație, nefrectomie.
Abcesele subfrenice - abordul extraperitoneal sau transperitoneal
Abcesul psoas – abordul extraperitoneal(Pirogov).

Abcesele retroperitoneale cu localizare neilucidată, deschiderea spațiului retroperitoneal printr-o incizie lombară oblică după Pirogov, Israel, Shevkunenko.

Terapia complexă

Antibioticoterapia Empirică		Terapie medicamentoasă
Gram negativ bacili	Preparatele selectate: - amoxiciclin / clavulanat - aminoglicozide + beta-lactam + metronidazol -cefalosporine generația III-IV + metronidazol -cefoperazon / sulbactam Alternative: - fluorchinolone + metronidazol.	Antibioticoterapia rațională.(PCN)
Gram pozitiv coci		Antifungice:
Flora bacteriană anaerobă		Replețe volemică: Gastroprotectoare: Hepatoprotectoare: Jugularea sindromului algic: Neopioide/Opioide Reechilibrarea dereglărilor metabolice și coagulare: Corectia insuficienței proteico-energetica: Corectie imuno-biologica:

Criterii de externare:

Pacienții pot fi externați în funcție de normalizarea stării generale a pacientului, restabilirea pasajului intestinal, lipsa febrei, nr. normal al leucocitelor, lipsa complicațiilor postoperatorii.

Supravegherea pacienților după externare

Medicul de familie

- Indică consultația chirurgului după caz
- Indică analiza de laborator , fistulografia (la necesitate).
- Fluorografia la 6-9 luni în perioada postoperatorie.
- USG în dinamică la 3,6,9 și 12 luni în perioada postoperatorie. CT abdominale și a spațiului retroperitoneal după 6-12 luni
- Indică consultația altor specialiști, după indicații (cu patologii concomitente).
- Pentru sanarea focarelor de infecție (hematom, serom, supurarea plăgii), Chirurgul.
- Scoate de la evidență pacientul tratat după restabilirea completă a acestuia

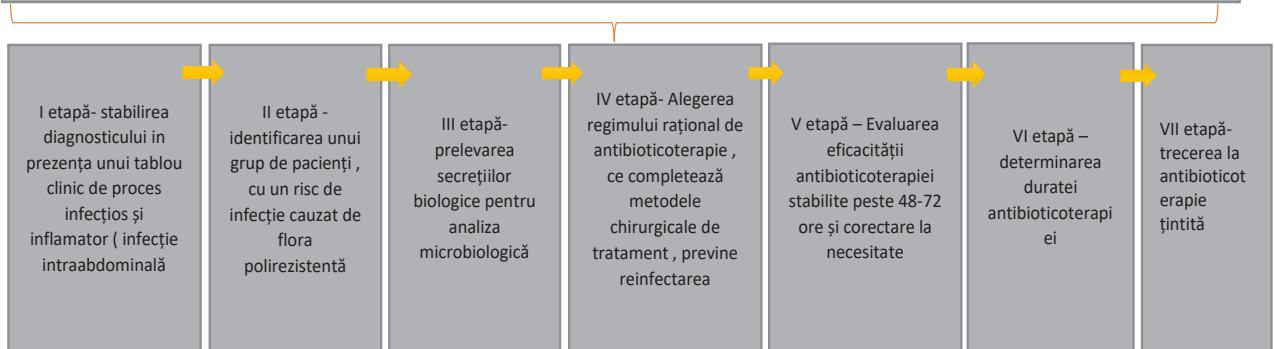
ANTIBIOTICOTERAPIA IN CHIRURGIE

Clasificarea chimică a antibioticelor	Clasificarea după mecanism de acțiune
<p>I.BETA-Lactamice A. peniciline Ureidopeniciline (Azlocilina , Mezlocilina , Piperilina , Apacilina) B. Cefalosporine Generația I (Cefalotina , Cefazolina , Cefalexin , Cefaroxil , Cdfradin) Generația II (Cefamandola , Cefuroxim , Cefoxitim , Cefotiam , Cefaclor) Generația III (Cefotaxim , Ceftriaxon , Ceftazidim , Latamoxef , Cefixim) C. Carbapenemi- Imipenem , Meropenem D. Monobactamii au ca principal exponent Aztreonamul</p> <p>II Aminoglicozide- Sunt împărțite în 3 generații Generația I (Streptomycină , Kanamicina , Neomicina) Generația II (Gentamicina , Tobramicina , Sisomicina) Generația III (Netilmicina , Amikacina , Dibekacina , Sagamicina)</p> <p>III Tetraciclina Generația I cuprinde Tetraciclina , Oxitetraciclina , Rolitetraciclina Generația II este reprezentată de Doxicilină și Minocilină</p> <p>IV. Macrolide - Eritromicina , Spiramicina , Josamicina , Claritromicina , Azitromicina</p> <p>V Chinolone – Norfloxacină , ofloxacină , enoxacină , ciprofloxacina , pefloxacină</p> <p>VI. Derivați imidazolici – Metronidazol , ornidazol , tinidazol</p> <p>VII Cloramfenicol , tiamfenicol</p> <p>VIII Lincosamine – Lincomicina , Clindamicina</p> <p>IX Glicopeptide – Vancomicina</p> <p>X Polipeptide ciclice – Colistin , polimixina , bacitracina</p>	<ol style="list-style-type: none"> Inhibitori ai sintezei peretelui celular al microorganismelor: peniciline, cefalosporine, monobactame, carbapeneme, polipeptide, fosfomicine. Încălcarea funcției membranelor citoplasmatic: polimixine, poliene. Suprimarea sintezei proteinelor și perturbarea funcțiilor ribozomilor: aminoglicozide, cloramfenicol, macrolide, fusidani, tetraciclina, lincosamide, streptogramine, oxazolidinone. Inhibitori ai sintezei ARN la nivelul ARN polimerazei: rifamicine, lincosamide. Inhibitori ai sintezei ARN la nivelul matricei ADN: actinomicine. Inhibitori ai sintezei ADN la nivelul matricei ADN: antibiotice antitumorale. Inhibitori ai ADN-girazei: fluorochinolone. Agenți patogeni care afectează metabolismul: sulfonamide, trimetoprim, acid nalidixic. <p>Bactericide!!! Bacteriostatice!!!</p>

Principiile Antibioticoterapiei	
Principiul clinic	alegerea antibioticului și durata administrării se stabilește în baza severității , formei , stadiului , stării organelor și sistemelor de organe
Principiul microbiologic	antibioticoterapia strict conform antibioticogramei , sensibilității microflorei
Principiul farmacologic	preparatul se selectează conform , absorbției , difuzării , biotransformării , concentrației serice , indicelui terapeutic și eliminării
Principiul epidemiologic	antibioticoterapia în baza situației epidemiologice locale evaluate , ținând cont de rezistența la antibiotice a tulpinilor nozocomiale circulante
Principiul farmaceutic	disponibilitatea preparatelor în rețele farmaceutice , termen de valabilitate , condițiile de păstrare

Noțiuni generale	
<p>Concentrația minima bactericida (CMB): cea mai mica concentrație de antibiotic , in mg/l , in conditii in vitro ce reduce cu 99,9% (3 log.) numarul de mi/o dintr-un mediu , intr-un interval definit de timp.</p> <p>Concentrația minima inhibitorie (CMI): cea mai joasa concentrație , exprimata in mg/l , care , in conditii in vitro , previne cresterea bacteriilor intr-o perioada definita de timp.</p> <p>CIM 50 – concentrația minimală inhibitorie a antibioticului pentru 50 % din populația microbiană depistată , exprimată în mg/l</p> <p>CIM 90 – concentrația minimală inhibitorie a antibioticului pentru 90 % din populația microbiană depistată , exprimată în mg/l</p> <p>S. Aureus meticilinrezistenți. Înzestrați cu gena mec A. Nu rezistenți la toate beta-lactamicele : peniciline , cefalosporine generația I-IV , carbapenemi . Rezistenți de obicei și către (macrolide , lincosamide , tetraciclina , aminoglicozide</p>	<p>Beta-Lactamaze –fermenți ce inactivează antibioticele beta-lactamice.se eliberează penicilinaze , Cefalosporinaze , beta-lactamaze cu spectru larg de acțiune</p> <p>Beta lactamaze cu spectru larg de acțiune –familiei Enterobacteriaceae și unele bacterii nefermentatoare , capabile să inactiveze peniciline , inclusiv aminopenicilinele , penicilinele antipseudomonale (carbenicilina , piperacilina și altele cefalosporine de generația I și II</p> <p>Beta lactamaze cu spectru extins de acțiune –familiei Enterobacteriaceae (K. Pneumoniae , E.Coli , mai rar de alte enterobacterii) , capabile să inactiveze antibioticele beta-lactamice de diferite clase , inclusiv peniciline și cefalosporine generația I-IV , în afară de cefamicine , în afară de cefalosporine de generația II și carbapeneme</p> <p>Enterococi rezistenți la vancomicină- a căror Concentrație inhibitorie minimă de 8-16 mg/l se consideră moderat rezistent , 32 mg/l rezistenți la vancomicină</p>

Algoritm de prescriere a terapiei antimicrobiene



Stratificarea pacienților după riscul prezenței agenților patogeni polirezistenți					
Tipul pacientului	Tip I	Tip II	Tip IIIa	Tip IIIb	Tip IV
Caracterul infecției	Extraspitalicească	Extraspitalicească cu factori de risc ai infecției polirezistente	Nozocomială fără factori de risc ai infecției polirezistente	Nozocomială cu factori de risc ai infecției polirezistente	Nozocomială cu factori de risc ai infecției polirezistente
Adresare la medic sau spitalizare	Lipsa solicitării asistenței medicale timp de 3 luni	Solicitarea asistenței medicale (policlinica, hemodializă , staționar) în ultimele 3 luni	Durata aflării în staționar ≤ 7 zile , lipsa intervenției chirurgicale	Durata aflării în staționar ≥ 7 zile ((în secția ATI ≤ 3 zile) sau infecție postoperatorie	Pacienții tip III cu T. 38°C ≥6 zile , stabila pe fundalul antibioticoterapiei , asanarea focarului de infecție și prezența următorilor factori de risc:
Antibioticoterapie	Lipsa ABT ultimele 90 zile	Prezența ABT în ultimile 90 zile	Lipsa ABT sau profilaxiei antibacteriene în decurs de 24 ore	Prezența ABT	1.Colonizarea răspândită cu Candida spp.(2 sau mai multe locuri)
Caracterul pacientului	Fără patologii asociate severe	Asociate cu patologii severe (ciroză ,DZ , visceropatie alcoolică , narcomanie , HIV)	Orice pacienți	Evoluția severă a patologiei de bază sau asocierea comorbidităților	2.Prezența a 2 sau mai multe FR pentru candidoză invazivă -Cateter i/v -laparotomie -Alimentare parenterală -utilizarea imunosupresoarelor sau glucocorticoizilor
Factori de risc adiționali asociați florei polirezistente	-	Călătoriile în regiunile cu nivel înalte de flora polirezistentă	-	MRAS , p.aeruginosa	
Mi/o polirezistente probabile sau candida	-	Enterobacterii producătoare de BLSL sau rezistente către fluorochinolone sau Streptococcus pneumoniae polirezistent	Enterobacterii producătoare de BLSL	Enterobacterii producătoare de BLSL și enzime către carbapenemi MRSA . bacterii gram - nerfermetatoare	Enterobacterii producătoare de BLSL și enzime către carbapenemi MRSA . bacterii gram – nerfermetatoare + candida spp.

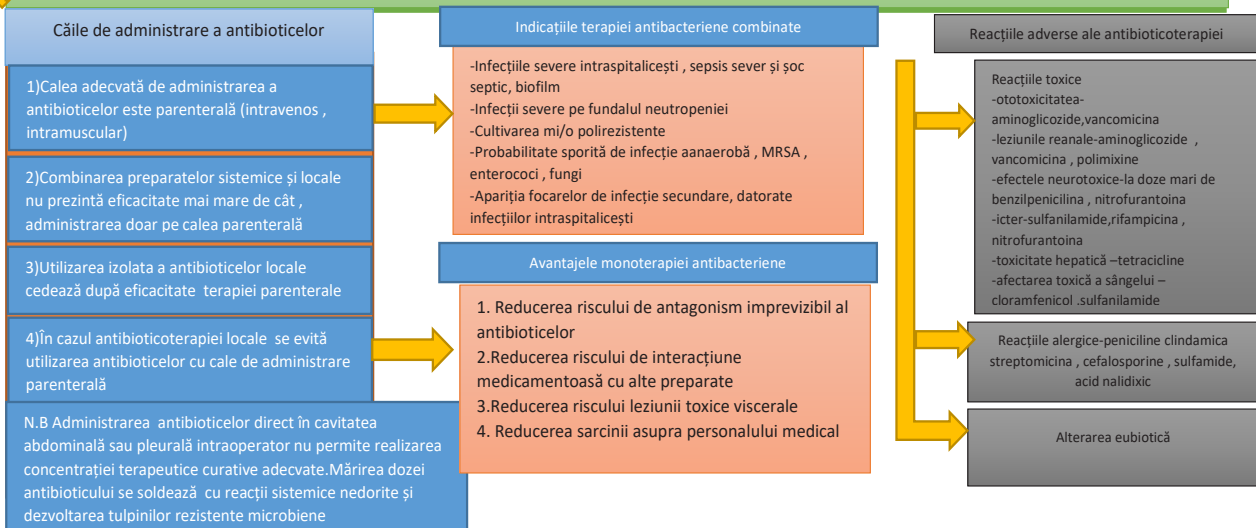
Principiile antibioticoterapiei raționale

Principiul terapiei empirice	Administrarea antibioticelor înaintea determinării microflorei și a sensibilității ei , ținând cont de posibilități agenți patogeni din cadrul infecției stabilite
Principiul terapiei de	Trecerea de la antibioticoterapia cu spectrul larg către antibioticoterapia țintită cu un spectru mai îngust
Principiul terapiei pe trepte	Trecerea de la antibioticoterapie parenterală la per os , în cazul prezenței eficacității tratamentului stabilit conform datelor clinic e de laborator
Terapia empirică inițială se modifică doar în caz de dinamică negativă a pacientului sau determinarea microflorei și sensibilității acestuia .Odată cu modificarea ABT, se corectează și coeficientul respirator (PaO2/FiO2), severitatea insuficienței poliorganice (SOFA), concentrația procalcitoninei , PCR	

Criteriile de eficacitate a antibioticoterapiei în raport cu durata tratamentului

Criteriile timpurii (48-72 h)	Dinamică clinică pozitivă , reducerea febrei , sindromului de intoxicație. Rezultat negativ la examenul bacteriologic după 3-4 zile de tratament
Criteriile târzii	Normalizarea temperaturii pacientului, lipsa recidivei febrei și frisoanelor. Lipsa recidivei infecției în decurs de 2 săptămâni după finisarea antibioticoterapiei. Rezultat negativ la examenul bacteriologic la 3-7 zi de
Rezultatele finale (1-3 luni)	Lipsa infecțiilor repetate în decurs de 2-12 săptămâni după finisarea antibioticoterapiei

N. B. Infecții cauzate mi/o poli sau panrezistente- e necesar de obținut eradicarea acestora din punct de vedere epidemiologic. În cazuri severe , peritonite sau pancreonecroză cu sepsis abdominal , în special la efectuarea relaparatoriilor etapizate de asanare sau necretomii durata antibioticoterapiei ≥ 3-4 săptămâni



Regimul empiric inițial al terapiei antimicrobiene în sepsis, luând în considerare prezența riscului agenților patogeni multirezistenți și a candidozei invazive:

Tip I	Tip II	Tip IIIa	Tip IIIa	Tip IV
<p>Cefalosporine de generația I: -Cefazolin¹ 2 gr., de 3-4 ori/zi i/v.</p> <p>Sau</p> <p>Cefalosporine antistreptococice de generația a III-a: (Alegerea AB depinde de localizarea focarului de infecție și agenții patogeni probabili declanșatori²) -Cefotaxim 2 gr., de 3-4 ori/zi (Până la 12 gr., în infecțiile SNC) i/v. -Ceftriaxon 2 gr., 1-2 ori/zi i/v.</p> <p>+/-</p> <p>-Metronidazol 500 mg, de 3-4 ori/zi, i/v.</p> <p>Sau</p> <p>-Clindamicină 600 mg 3-4 ori/zi i/v.</p> <p>Sau</p> <p><u>Inhibitori de peniciline:</u> -Amoxicilină cu acid clavulanic 1-2 gr, o dată în zi i/v.</p> <p>Sau</p> <p>-Ampicilină cu sulbactam 3 gr., 3-4 ori/zi, i/v.</p> <p>Sau</p> <p>Fluorochinolone antipneumococice -Levofloxacină 500 mg, 2 ori/zi, i/v. -Moxifloxacină 400 mg 1 dată în 24 de ore., i.v.</p>	<p><u>Peniciline cu spectru larg de acțiune în combinație cu inhibitori de betalactamază</u> -Piperacilină cu tazobactam 4-5 gr., 3-4 ori/zi. sau -Cefoperazonă cu sulbactam 2-4 gr., 2/zi., i/v. sau -Cefepim cu sulbactam 2-4 gr., 2 ori/zi i/v. sau -Cefotaxim cu sulbactam 1,5-3 gr., 2-4 ori/zi i/v. sau -Ceftriaxon cu sulbactam 1,5 – 3 gr., 1-2 ori/zi., i/v.</p> <p>Sau</p> <p>Carbapenemii grupa I: -Ertapenem 1 gr., 1 dată în zi, i/v.</p> <p>Sau</p> <p>-Tigeciclină, prima doză 100 mg, ulterior 50 mg 2 ori/zi, i/v.</p>	<p>Carbapenemii grupa I: -Ertapenem 1 gr., 1 dată în zi, i/v.</p> <p>Sau</p> <p><u>Peniciline cu spectru larg de acțiune în combinație cu inhibitori de betalactamază</u> -Piperacilină cu tazobactam 4-5 gr., 3-4 ori/zi. sau -Cefoperazonă cu sulbactam 2-4 gr., 2/zi., i/v. sau -Cefepim cu sulbactam 2-4 gr., 2 ori/zi i/v.</p> <p>+ <u>Antibiotic anti-MRSA în prezența factorilor de risc pentru bacterii MRSA³</u> -Vancomicină (în cazul MRSA concentrația de inhibiție minimă ≤ 1microgr/ml), 1 gr., 1-2 ori în zi, i/v. -Linezolid⁵ 600 mg/kg., i/v. sau -Daptomicină⁶ 4-6 mg/kg., i/v 1 dată în zi⁷ sau -Telavancin⁹ 10 mg/kg 1 dată în zi¹⁰ i/v.sau -Tigeciclină¹¹, prima doză 100 mg, ulterior 50 mg 2 ori/zi, i/v.</p>	<p>Carbapenemii grupa II: -Imipenem/cilastatin 1 gr., 3-4 ori/zi¹² i/v. sau -Meropenem 1-2 gr., 3 ori/zi (perfuzii, 3 h.) i/v sau -Doripenem 500 mg – 1 gr., 3 ori/zi (perfuzii de 4 h)¹² i/v.</p> <p>Sau</p> <p><u>Peniciline cu spectru larg de acțiune în combinație cu inhibitori de betalactamază</u> -Piperacilină cu tazobactam 4-5 gr., 3-4 ori/zi sau -Cefoperazonă cu sulbactam 2-4 gr., 2 ori/zi., i/v. . sau -Cefepim cu sulbactam 2-4 gr., 2 ori/zi i/v. sau -Cefotaxim cu sulbactam 1,5-3 gr., 2-4 ori/zi i/v. sau -Ceftriaxon cu sulbactam 1,5 – 3 gr., 1-2 ori/zi., i/v.</p> <p>Sau</p> <p>Cefalosporine de generația III-IV antipseudomas: -Ceftazidim 2 gr 3 ori/zii h., i/v. -Cefepim 2 gr., 2-3 ori/zi h⁸.</p> <p>Sau</p> <p><u>Antibiotic anti-MRSA în prezența factorilor de risc pentru bacterii MRSA³</u> -Vancomicină (în cazul MRSA concentrația de inhibiție minimă ≤ 1microgr/ml). -Linezolid⁵ 600 mg/kg., i/v. sau -Daptomicină⁶ 4-6 mg/kg., i/v 1 dată în zi⁷ sau -Telavancin⁹ 10 mg/kg 1 dată în zi¹⁰ i/v.sau -Tigeciclină¹¹, prima doză 100 mg, ulterior 50 mg 2 ori/zi, i/v.</p>	<p>1. Starea pacientului stabilă, nu au fost prezente criteriile de utilizare a antifungicelor derivate de triazol: -Fluconazol 400-800 mg., 1 dată în zi i/v.</p> <p>2. Starea pacientului nestabilă, anterior a utilizat an antifungicelor derivate de triazol sau a fost depistată Candida-nonalbicans. <u>Echinocandine:</u> -Anidulafungin, prima zi 200 mg, apoi 100 mg., în zi i/v. sau -Caspofungin, prima zi 70 mg., apoi 50 mg., o dată în 24 h., i/v. sau -Micafungin 100 mg., o dată în zi i/v.</p>

² Cefalosporina antipneumococică de generația II - III trebuie utilizată pentru infecțiile bronhopulmonare, urogenitale, ginecologice sau abdominale.

³ Factori de risc pentru MRSA: nivel ridicat de MRSA în secție, colonizarea nazală a MRSA, abuz de droguri intravenoase, prezența ulcerelor trofice sau leziuni de presiune, amplasarea prelungită a unui cateter intravascular, tratamentul cu fluorochinolone, tratamentul hemodializei.

⁴ Dozele și frecvența administrării medicamentelor antimicrobiene trebuie ajustate la pacienții cu insuficiență hepatică și renală în conformitate cu Instrucțiunile de utilizare a medicamentelor.

⁵ Linezolidul trebuie utilizat pentru pneumonie, infecția pielii necrozante și a țesuturilor moi, infecția SNC.

⁶ Daptomicina trebuie utilizată pentru infecții angiogene, infecții asociate cateterului, inclusiv pentru cele asociate protezei supape și dispozitive intraosoase, infecția pielii și țesuturilor moi, inclusiv cea cu implicarea osului, a articulației implantate.

⁷ Pentru infecții ale pielii și ale țesuturilor moi, Daptomicina trebuie utilizată în doză de 4 mg / kg; cu bacteremie și /sau endocardită infecțioasă - 6 mg/kg.

⁸ Conform rezultatelor modelării farmacodinamice, cel mai viabil efect al Cefepimei va fi cu o doză zilnică de 6 g.

⁹ Telavancin trebuie utilizat pentru infecțiile pielii și a țesuturilor moi, pneumonie nosocomială.

¹⁰ Telavancin nu trebuie utilizat în insuficiența renală acută și în clearance-ul creatininei <50 ml / min.

¹¹ Tedizolid trebuie utilizat în infecțiile pielii și a țesuturilor moi.

¹² În cazul *Enterobacterales*, Meropenemul trebuie utilizat în doză de 1,5-3 g/zi; în cazul microorganismelor gram-negative nefermentante și pentru producătorii de carbapenemaze, Meropenemul trebuie utilizat în doză de 4-6 g / zi (Doripenem - 3 g/zi

APENDICITA ACUTĂ

reprezintă inflamația apendicelui vermicular.

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.

K36 Alte forme de apendicită(cronică).

K37 Apendicită, nespecificată.

Variatăți anatomice ale apendicelui

Cea mai frecventă poziție este latero-cecală și discretă retrocecală (65%). Celelalte poziții sunt: retrocecal pur. Meso-celiac pelvian (deasupra sau dedesubtul anselor ileale) Subhepatic. În timpul sarcinii, apendicele migrează în sus și, pe măsură ce termenul se apropie, este situat sub ficat.

Diagnosticul apendicitei acute

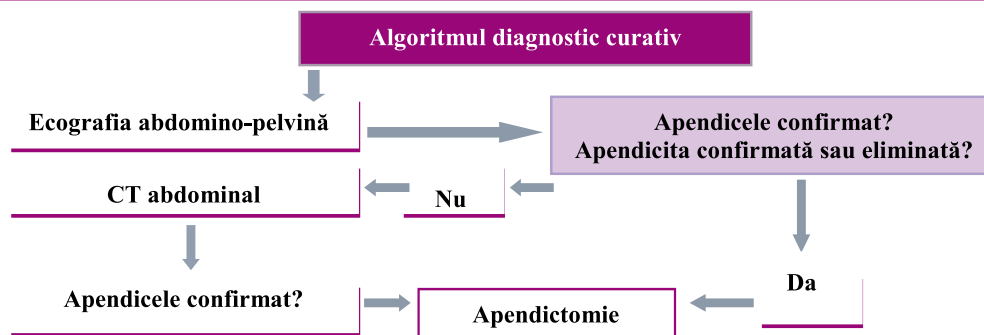
Clinic durere localizată în fosa iliică dreaptă (FID). Uneori începe la nivelul epigastrului, apoi localizată în FID. De la debut brusc, continuu, fără iradiere. Tinde să se înrăutățească în primele 24 de ore. Semne digestive: vărsături (30%), greață (50%), diaree (10%). Tranzitul este normal în jumătate din cazuri. Stare generală: conservat, febră între 37,5 și 38,5 ° C, accelerarea pulsului. Jumătate dintre pacienți sunt afebrili. Limba este saburală (sau acoperită cu o acoperire alb-gălbuie) în 30% din cazuri. Palparea abdomenului: apărare musculară sau durere cauzată de palparea(FID). Maxim la punctul Mc Burney (uniunea 1/3 externă și 2/3 internă a liniei care unește ombilicul cu spina iliică antero-superioară). Semnul lui Blumberg (durerea bruscă de decompresie a FID) și semnul lui Roswing (compresie colonului de la stînga spre dreapta, însoțită de durere în FID) indică, de asemenea, iritarea peritoneală. Apărarea flancului: prezența sa sugerează puternic o apendicită latero-cecală. Absența acestuia nu elimină diagnosticul.

Examinari complementare pentru confirmarea diagnosticului

BIOLOGIE : AGS hiperleucocitoză cu > 103/uL, la mai mult de 80% dintre pacienții cu apendicită.

Ecografia simplă pune în evidență o creștere a diametrului apendicelui > 8 mm cu un perete > 3 mm, prezența unui posibil abces, prezența unui stercolit. Alte semne sunt în favoarea diagnosticului (infiltrarea hiperecogenă a grăsimii peri-apendiculare, revărsarea în sacul Douglas, prezența unui abces (colecția hipocogenă).

CT abdominal: îngroșarea mucoasei apendiculare și infiltrarea peri-apendiculare și căutarea formelor complicate: abces, peritonită.



Tabloul clinic în dependență amplasare anatomică:

APENDICITĂ PELVICĂ durere hipogastric localizată. Asociat cu semne urinare (polakiurie, disurie) chiar rectal (nevoi false. tenesmus, diaree).

Palparea abdomenului: Durerea cauzată de palparea hipogastrului. Atingeri pelvine: de obicei, găsesc dureri latero-rectale corecte.

APENDICITĂ RETRO-CAECALĂ apendicele este în contact cu mușchiul psoas. Durerile sunt lombare și sunt însoțite de o creștere în cazul extinderii coapsei drepte (psoită). Palparea constată, durere la contactul cu creasta iliică la un pacient aflat în poziție de decubit lateral stâng.

APENDICITĂ SUBHEPATICĂ simptomele seamănă cu colecistita. Durerea hipocondrului drept (HCD), febra. Palparea găsește o apărare a HCD. Ecografia va face diferență între apendicita și patologia litiazei.

APENDICITA MESOCELIACĂ apendicita în mijlocul anselor intestinale determină ocluzia intestinală.

Complicații în absența tratamentului

ABSCES APENDICULAR poate complica apendicita supurativă. Durerea este întotdeauna localizată în FID, dar se revărsă în flancul drept și în hipogastru, se observă o oprire a materiilor și gazelor (ileus reflex). Febra este mai mare de 38,5 ° C cel mai des. AGS, hiperleucocitoză > 15.000 / mm Ecografia / CT confirmă prezența abcesului și poate permite puncția percutană.

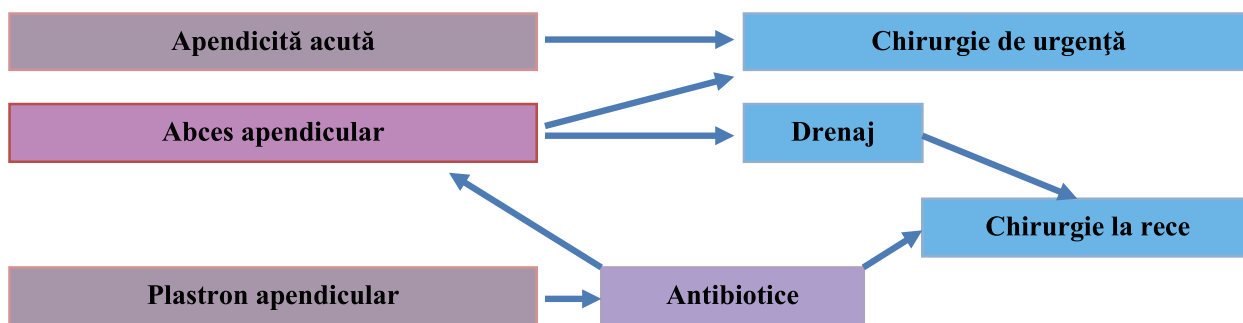
PLASTRON APENDICULAR corespunde unei infiltrații difuze a regiunii peri-apendiculare. Diagnosticul clinic este dificil. Acesta relevă o infiltrare a peretelui cu semne locale de inflamație. Palparea găsește o masă mare, slab limitată în FID. Temperatura corpului este rareori peste 38,5 ° C. Ecografia/CT abdominal este în special cel care face posibilă stabilirea diagnosticului.

PERITONITA APENDICALĂ poate apărea prin ruperea unui abces complicând un plastron apendicular. Durerea începe cu o „înjunghiere” în FID și se răspândește rapid pe întregul abdomen.

Tratament chirurgical

Formă necomplicată aceasta este o urgență chirurgicală, tratamentul apendectomie celioscopică. Poate fi efectuat prin laparotomie (incizie Mc Burney) în unele cazuri. Timpii de operare vor fi identici indiferent de abordare. Inducerea anesteziei și profilaxia antibiotică intraoperatorie (Cele mai utilizate antibiotice în calitate de monoterapie sunt cefalosporinele cu spectrul larg de acțiune și fluorochinolonele: Ceftriaxonum, Cefazolinum, Cefazidimum, Cefuroximum și Ciprofloxacinum). Explorarea întreaga cavitate peritoneală → confirmarea apendicelui, peritonită asociată, un alt diagnostic dacă apendicele este normal (diverticul Meckel, patologie ginecologică). Eșantionarea oricărui lichid peritoneal pentru analize citologice și bacteriologice. Dacă diagnosticul este confirmat, apendectomia cu trimiterea piesei pentru examen anatomopatologic (pentru a confirma apendicita, dar mai ales pentru a exclude prezența unei tumori carcinoide sau adenocarcinom). Uscarea/drenarea spatiului Douglas. Închidere.

Formă complicată în cazul peritonitei apendiculare, tratamentul poate fi efectuat prin laparoscopie sau prin laparotomie. Principiile de funcționare sunt similar apendicitei necomplicate, dar se adaugă lavajul cavității abdominale. Tratamentul cu antibiotice este prelungit timp de 5 zile și cel puțin 48 de ore după obținerea lipsei febrei. În caz de abces apendicular: Dacă abcesul este mic, tratamentul va fi chirurgical. Pentru abcesele mari, alternativa la tratamentul chirurgical obișnuit este drenajul percutanat (prin CT sau ultrasunete) combinat cu tratament cu antibiotice timp de 5 zile și cel puțin 48 de ore după obținerea lipsei febrei. Pacientul este apoi apendectomizat 2-4 luni mai târziu, cu condiții locale mai favorabile. Pentru plastronii apendiculari: Datorită inflamației locale majore, visceroliza poate fi dificilă și riscul de răni ale intestinului subțire ridicat. Tratamentul este mai degrabă medical, cu antibioterapie simplă și tratament chirurgical la distanță (2 până la 4 luni). Dacă apare o colecție, drenajul percutanat poate evita intervenția chirurgicală



Antibioticoterapia:

Profilactică, conform protocolului în cazul dezvoltării complicațiilor septice în perioada postoperatorie, selectarea antibioticelor trebuie să se bazeze pe culturile (rezultatele însămânțărilor) intraoperatorii, precum și culturile din plagă sau din colecțiile lichidiene intraabdominale.

Complicații postoperatorii

Imediate

Abces de perete (în special după laparotomie)
Ileus postoperator
Hematom de perete sau intra-abdominal
Abces pelvin postoperator (mai frecvent după laparoscopie)
Peritonită postoperatorie datorată deserozarilor

La distanță

Pileflebita
Ocluzie prin bride
Eventrație

Criterii de externare:

Chirurgia de o zi, în funcție de normalizarea stării generale a pacientului, restabilirea pasajului intestinal, lipsa febrei, nr. normal al leucocitelor, lipsa complicațiilor postoperatorii. La evidența chirurgului și medicul de familie la locul de trai cu prelungirea tratamentului simptomatic.

BOALA CROHN

Cod CIM-10: K51-K51.9

Boala Crohn este o boală multisistemică cu tablou clinic specific, caracterizat prin inflamație granulematoasă focală, asimetrică, transmurală, care afectează în primul rând tractul gastrointestinal, dar se poate manifesta și prin complicații sistemice și extraintestinale.

DATE EPIDEMIOLOGICE

În Republica Moldova incidența și prevalența BII se înregistrează în formularele statistice din anul 1998 – este marcat un nivel relativ stabil al incidenței (3-4/100000 de locuitori) și prevalenței BII (17-21/100000). Cercetările mai vechi relatează un raport CU:BC de 8-10:1, iar în publicațiile mai recente autorii documentează BII în alte proporții – 3,5-2:1.

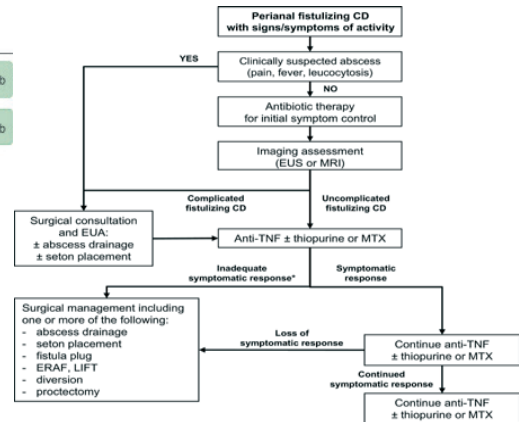
CLASIFICAREA CLINICĂ A BOLII CROHN

A) Stratificarea pacienților în funcție de vârstă:	B) După formă și localizare (clasificarea Montreal a BICI):	
A1 16 ani; A2 17 - 40 ani; A3 >40 ani.	B1 formă inflamatorie B2 formă stricturizantă B3 formă fistulizantă P formă perianală	L1 Ileita terminal; L2 Colită; L3 Ileocolită L4 Tractul gastro-intestinal superior L4 + Tractul gastro-intestinal inferior și distal
C) După gradul de activitate: În majoritatea țărilor și studiilor clinice se aplică indicele de activitate al bolii Crohn (CDAI), sau indicele Best – tabelă de criterii clinice cu punctaj aferent, după care se calculează gradul de activitate al bolii Crohn. Importanța valorii CDAI total:		
Remisie, CDAI 150; Boală activă, CDAI>150: a) CDAI 150-220 (<i>minimă</i>), b) CDAI 220-450 (<i>moderată</i>), c) CDAI >450 (<i>pronunțată</i>).		
D) Complicațiile bolii Crohn:		
- fistule externe (cutaneo-intestinale); - fistule interne (interintestinale, vezico-intestinale, recto-vaginale); - infiltrate a cavității abdominale, abcese interintestinale sau intraabdominale;	- stricturi ale tractului gastro-intestinal (cu și fără permeabilitate intestinală afectată); - fisuri anale; - abcese și fistule perianale (leziuni anorectale a bolii Crohn); - sângerări intestinale (rare); - malignizare în evoluție cronică >10 ani.	

ETAPELE DE DIAGNOSTIC A BOLII CROHN

Examinarea fizică	Cercetări de laborator	Examinări instrumentale
<p>A. Acuzele bolnavului cu boala Crohn: durerea abdominală și pierderea în greutate (60-80% dintre pacienți); diareea cronică (ileită terminală - 50÷70%); prezența sângelui în scaun, simptom tipic inflamației colonului (colită - 40÷50%); fistulele perianale (4-10% dintre pacienți).</p> <p>B. Examenul fizic:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examinarea pielii: piele uscată, fragilitatea unghiilor, turgor redus din cauza malabsorbției (absorbția afectată a oligoelementelor), prezența semnelor de eritem nodos; • măsurarea temperaturii (crește la 38-39°C, la activitate crescută a bolii, complicații); • calcularea ritmului cardiac (tahicardia – activitate mare a bolii, anemie, complicații); • examinarea cavității bucale (prezența sau absența ulcerelor aftoase, stomatitei); • rigiditate a musculaturii peretelui abdominal, infiltrat palpabil în abdomen; • examinarea obligatorie a zonei perianale și a organelor genitale (abcese, fistule, ulcere); • examinarea digitală a rectului (fisuri, polip, stenoze, abcese și fistule); • măsurarea indicelui de masă corporală (IMC): cel mai adesea pierdere în greutate; • examinarea ochilor (semne de uveită sau conjunctivită). 	<p>De bază:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma cu numărarea obligatorie a trombocitelor și formulei leucocitare; • analiza generală a urinei; • analiza biochimică a sângelui: - electroliții sângelui (K⁺, Na⁺, Cl⁻, Ca²⁺); - proteina C-reactivă (CRP) – indicator al fazei acute a inflamației; - probele funcționale a ficatului (ALT, AST) și rinichilor (creatinina, urea); - metabolismul fierului (feritina, Fe³⁺ seric); - vitaminele grupei B și D; - proteinograma (proteina totală, albumina); - fosfataza alcalină – marker al colestazei și osteoporozei; - coprograma bacteriologică; - definirea HIV (diagnosticul diferențial a sindromului diareic). - markerii biologici ai inflamației – produșii de degradare ai neutrofilelor – lizozimul, lactoferina, calprotectina fecală (sensibilă). <p>Adiționale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - studierea statutului imunologic: umoral (IgA, IgM, IgG), celular (T-, B-limfocitele), corpilor imuni circulanți (CIC). - teste serologice și de cultură pentru infecții, inclusiv C.difficile (toxine A, B) – de exclus diareea infecțioasă, colita Crohn refractară (rezistentă la terapie); - testarea serologică (ANCA, ASCA) pentru diagnosticul diferențial al CU și boala Crohn; - diagnosticul infecțiilor oportuniste înainte de startul terapiei biologice. 	<p>De bază:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metode endoscopice: - FEGDS și ileo-colonosopia – localizarea și extinderea bolii, prelevarea probelor de țesut pentru studiu morfologic. • Enterografia prin RMN / CT – împreună cu examenul endoscopic, se referă la diagnosticul primar al bolii – sensibilă în detectarea abceselor, fistulelor interne și complicațiilor perianale, stricturilor inflamatorii și fibroase, monitorizarea terapiei. <p>Adiționale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endoscopie cu capsulă video (Pill-Cam) – pentru localizarea bolii Crohn pe intestinul subțire (exclus prealabil prezența stricturilor). • Examenul histologic – semne tipice: ulcere cu fantă profundă, infiltrat inflamator transmural, prezența granuloamelor. • Examenul ecografic – sensibilitatea metodei constituie 75÷94%, specificitatea – 67÷100%. • ECG pentru a diagnostica posibile tulburări de ritm (hipokaliemie, hipomagneziemie etc.). • Metode radiologice: - Ro-grafia cutiei toracice / TC a cutiei toracice - excluderea unui proces specific; • Pasaj baritat / enteroclis – stenoze, fistule. • Imagistica prin rezonanță magnetică – exclude leziunile perianale, patologii pelvine. • Fistulografie (în prezența fistulelor externe). • Tomografia computerizată – etalonul de aur în detectarea manifestărilor extraintestinale și complicațiilor bolii (perforații, abcese, fistule), evaluarea nodurilor limfatici, grosimii peretelui zonelor afectate de intestin.

Condition	Treatment
Colitis or ileocolitis	Prednisone or metronidazole and/or ciprofloxacin → Continued activity or steroid dependence → Immunomodulator → Continued activity → Surgery or infliximab
Ileitis	Prednisone or budesonide → Continued activity → Immunomodulator → Continued activity → Surgery or infliximab
Fistula	TPN or immunomodulator or infliximab → Failure to close → Surgery
Abscess	Antibiotics, drainage, and resection
Obstruction due to inflammation	IV fluids, nasogastric suction, parenteral steroids → Failure to respond → Surgery
Obstruction due to scarring	IV fluids, nasogastric suction → Failure to respond → Surgery
Perianal disease	Antibiotics and surgical drainage
Disease in remission	Maintenance with oral 5-ASA drugs or immunomodulators



INDICAȚII OPERATORII ÎN BOALA CROHN	
INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ URGENTĂ	INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ PLANIFICATĂ
<ul style="list-style-type: none"> • sângerări intestinale profuze, cataclizmice; • perforația intestinului subțire, gros; • dilatarea toxică a colonului gradul II-III, când terapia intensivă realizată timp de 48 ore a eșuat. 	<ul style="list-style-type: none"> - forme severe de boală Crohn, în absența efectului utilizării steroizilor, terapiei anti-TNF; - recidiva (exacerbarea bolii) sau boala locală (perianală); - stenoze și stricturi, manifestate prin simptome de obstrucție; - în caz de afectare a esofagului sau a regiunii gastroduodenale - tratament chirurgical doar în prezența stricturilor simptomatice; - fistule intestino-cutanate sau intra-abdominale care comunică cu alte organe interne; - necesitatea drenării abceselor intraabdominale sau retroperitoneale; - dezvoltare fizică întârziată (cu afectarea tractului gastro-intestinal superior).

INTERVENȚIILE CHIRURGICALE PRACTICATE		
Intestinul subțire, zona ileocecală	Colonul	Rectul și canalul anal
<p>Aproximativ 1/3 din toți pacienții cu BC au localizare similară; tratament chirurgical necesită 50% dintre ei: rezeția segmentară a intestinului – la detectarea stricturilor după ineficiența primului curs de terapie.</p> <p>Preferință se acordă tehnicii latero-laterale a anastomozei mecanice, care reduce probabilitatea de dehiscență și dezvoltarea ulterioară a stricturii.</p> <p>prescrierea de antibiotice, urmată de drenaj (deschis, ecoghidat) – în prezența CD activ cu formarea unui abces abdominal;</p> <p>stricturoplastia (deschisă, laparoscopică) – o alternativă sigură a rezeției intestinale – posibilă când lungimea stricturii ≤ 10 cm.</p> <p>Contraindicații: infiltrat, flegmon, abces, formațiuni maligne, sângerări active și inflamații severe pe sector.</p>	<p>rezeția izolată a porțiunii afectate cu formarea unei anastomoze în țesuturile sănătoase – în leziuni localizate a intestinului gros (afectare ≥ 1/3 din intestin);</p> <p>colectomie subtotală / coloproctectomie – în leziuni difuze și colită Crohn distală – poate reduce riscul și întârzia reparația bolii;</p> <p>colectomie cu anastomoză ileorectală – în leziuni totale ale colonului fără manifestări clinice severe, cu activitate minimă a inflamației la nivelul rectului, funcție adecvată a sfincterului anal și absența leziunilor perianale;</p> <p>coloproctectomia restaurativă (IPAA J-pouch) – incidență ridicată a complicațiilor și indicațiilor pentru îndepărtarea rezervorului. Indicată pacienților motivați, în absența leziunilor intestinului subțire, a leziunilor perianale, care sunt de acord deplin cu riscul crescut de complicații și rezultate postoperatorii nefavorabile;</p> <p>dilatarea endoscopică a stricturilor – este metoda preferabilă, dar trebuie efectuată în instituții medicale specializate cu un departament chirurgical – în stricturi non-extinse de colon (lungimea stricturii ≤5 cm).</p>	<p>drenarea abceselor perianale / perirectale; fistulotomie / fistulectomie (după situație); fistulectomie și acoperirea orificiilor fistulare interne cu lambou mucosal la întâmpinare;</p> <p>aplicarea setonilor de drenaj, secționare – drenajul de durată a fistulei;</p> <p>plombarea fistulelor cu clei biologic;</p> <p>montarea colostomei de excludere a rectului și leziunilor perianale severe;</p> <p>proctectomia cu aplicarea unei colostome terminale ca terapie de ultimă linie.</p>

TRATAMENTUL POSTOPERATOR	RECOMANDĂRI LA EXTERNARE
<p>Continuarea tratamentului cu tiopurine (azatioprină, metotrexat) în doze preoperatorii. Corticosteroidii cresc riscul complicațiilor chirurgicale și ar trebui de anulat înainte de operație (dacă este posibil).</p> <p>Antibioterapie (metronidazol, ciprofloxacină), care reduce esențial complicațiile precoce. Compensarea carențelor hidro-electrolitice, proteico-energetice și metabolice depistate.</p> <p>Îngrijirea adecvată a plăgilor operatorii, drenajelor și stomelor.</p>	<p>Pentru rezeția ileală izolată: doze mari de mesalazină (6-12 g diurn), antibioterapie (metronidazol 20 mg / kg / zi timp de 3 luni, ciprofloxacină).</p> <p>Pacienții care au suferit rezeție intestinală extinsă cu prezența factorilor de risc a recidivei (fumatul, operații pe jejun, complicații penetrante, localizare perianală, granuloame în piesele operatorii, bioptate) – se recomandă pe termen lung tiopurine sau anti-TNF.</p> <p>Încetarea fumatului, ca unul dintre factorii predispozanți ai recidivei bolii.</p> <p>Ileocolonosopia este recomandată la 6-12 luni după operație, la o evoluție favorabilă – odată pe an, pentru a rezolva tactica ulterioară de tratament.</p> <p>Calprotectina, USG abdominală, enterografia prin RMN, endoscopia (capsulă video) intestinului subțire – metode alternative pentru diagnosticarea recidivei postoperatorii – după indicații concrete.</p>
<p>Abrevieri: ERAF – lambou endorectal la întâmpinare; EUA – examinare sub anestezie; TNF – factor de necroză a tumorii; MTX – metotrexat; BII – boli inflamatorii intestinale; CD – boala Crohn; LIFT – ligaturarea tractului fistulos intrasfincterice; EUS – ecografie endorectală.</p>	

BOALA DIVERTICULARĂ A COLONULUI (BDC)

este o boală cronică în care se formează proeminențe saculare (diverticuli) în peretele intestinului gros prin stratul muscular. BDC înglobează diverticuloza și diverticulita. Diverticuloză colonică - prezența mai multor diverticuli în intestinal gros, pe când diverticulita reprezintă inflamația diverticulului.

Clasa - Boli ale sistemului digestiv (XI). Bloc - Alte boli intestinale K55 - K63. Coduri - K57.2; K57.3. Nume: Boala diverticulară a colonului cu perforație și abces, Boala diverticulară a colonului fără perforație și abces.

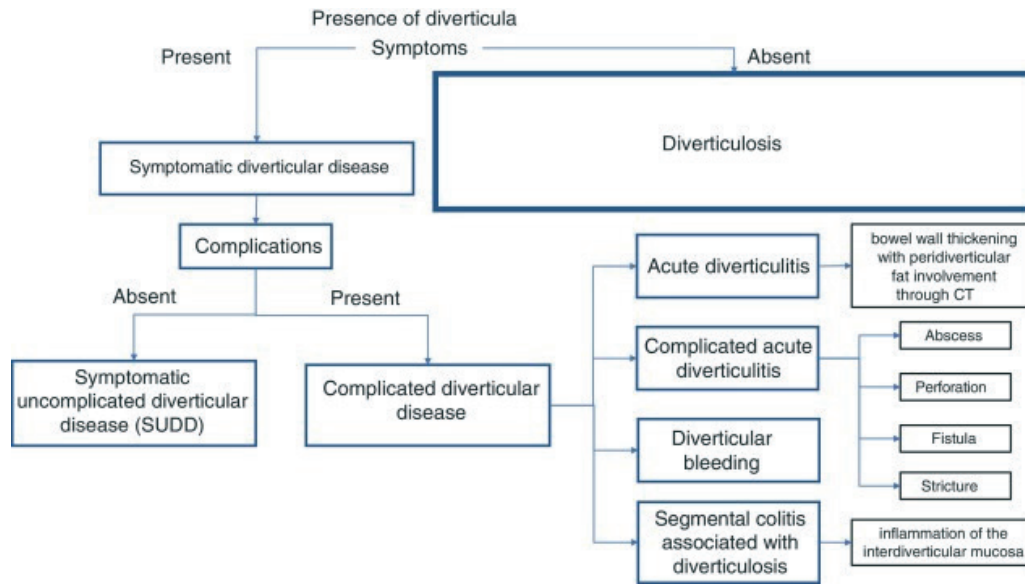
Cauzele BDC

- Modificări distrofice în peretele muscular al intestinului gros
- Modificări ale motilității ei, slăbiciune a componentei musculare
- Deregări de microcirculație și dezvoltarea aterosclerozei cu modificări ischemice la nivelul peretelui intestinal;
- Creșterea presiunii intraintestinale datorată spasmului prelungit, ducând la divergența fibrelor musculare

Clasificarea lui Hinchy (1978):

- Stadiul I – abces pericolic sau infiltrat,
- Stadiul II - pelvian, intra-abdominal sau abces retroperitoneal,
- Stadiul III - peritonită purulentă generalizată,
- Stadiul IV - peritonită fecală generalizată. splenomegalie cu hipersplenism.

Clasificarea transatlantică (prop)



Simptome BDC

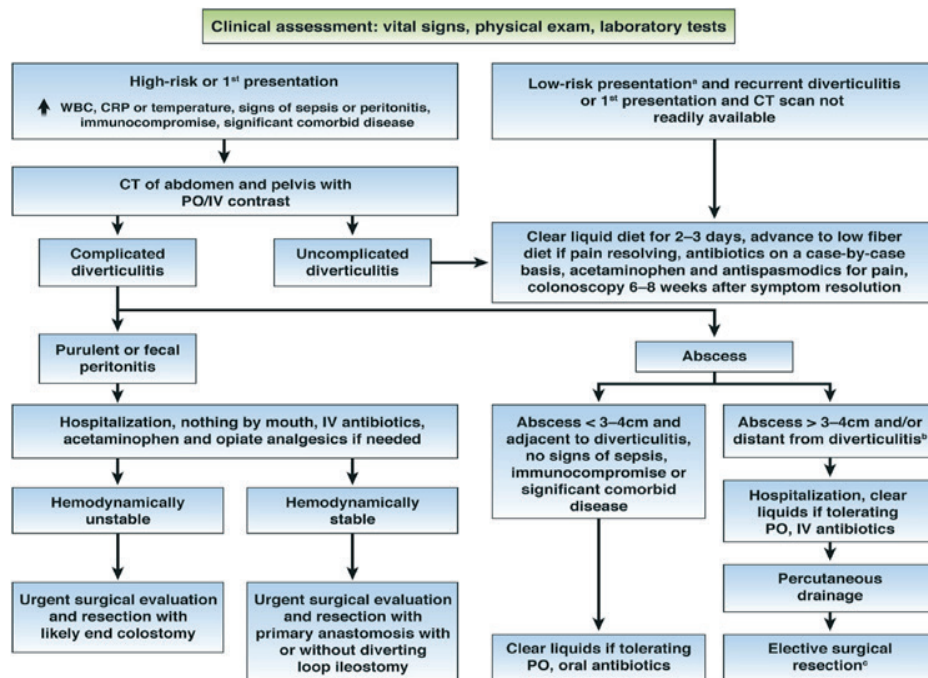
Diverticuloză: Durere periodică în regiunea iliacă stângă, în mezogastru și (sau) în regiunea iliacă dreaptă, care trece după actul defecației. Alte simptome: balonare, greață, eructatii, amărăciune în gură (nespecifice), alternarea constipației și a diareei.

Diverticulită: febra, tahicardie, voma, defans muscular al peretelui abdominal anterior și simptome ușoare sau pronunțate de iritație peritoneală.

Managementul diagnostic al BDC

Diagnosticul clinic / Laborator	Explorări instrumentale ai imagistice (obligatorii)
<ul style="list-style-type: none"> -anamneza, examenul clinic, tușeul rectal; -Explorari de laborator: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Hemoleucograma, A. biochimica sg; ➢ Coagulograma; ➢ Sumarul urinei, Coprograma ➢ Testul de sânge occult fecal este pozitiv atât pentru microperforare, cât și pentru sângerare. ➢ Determinarea concentrației de fier seric ➢ conținutul mediu de hemoglobină în eritrocit 	<ul style="list-style-type: none"> -Radiografie simplă a cavității toracice și abdominale (în picioare și culcat (suspiciune la perforație de diverticul); -Ecografia abdominală - Rectosigmoidoscopia/ FCS -Irigografia
	<p style="text-align: center;">Explorări instrumentale suplimentare (optionale)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cistoscopie și cistografie (suspecțiune la fistule colo-vezicale) -Urografie intravenoasă (proces inflamator/ uretere); -Angiografia (suspecțiune la hemoragii, embolizare); -Fistulografia; C.T. abdomino-pelvina ;RMN; Laparoscopia.

Managementul terapeutic si chirurgical al BDC	
Forma acută	Forma cronică
<p>1. Diverticulită acută (tratament conservativ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - dietă și antispastice selective; - antibiotice cu spectru larg. (Cefazosporine gen.3-4 ex.Cefuroxime 750 mg/4 ori pe (i/v)+, Metronidazol: 500 mg/3 ori pe zi), Rifamixina etc). - 5-ASA - Salofalk ,Mesalazină etc. (per os și clistere). - Corectie hidro-salină și acido-bazică și a florei intestinale. <p>2.Infiltrat para-intestinal acut (flegmon pericolic)</p> <ul style="list-style-type: none"> -acelasi tratament , obligator spitalizare; <p>3.Abcès acut: <3cm-tratament conservativ, >3cm (miniinvaziv) - puncție și drenarea abcesului ecoghidata sau CT, în caz de insucces laparotomie;</p> <p>4.Fistule colonice- laparotomie cu lichidarea fistulelor (protocol -Fistule intestinale);</p> <p>5.Diverticulita perforativă necesită tratament chirurgical de urgență:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operația de elecție este operația Hartmann sau Mikulich; - Rezecția colonului cu anastomoză colonică cu o ileo- sau colostomie proximală de protecție (în caz de abces limitat sau peritonită localizată); <p>6. Peritonita în caz de BDC, în conformitate cu principiile generale ale tratamentului sepsisului abdominal (vezi protocol- Peritonita).</p> <p>7.Hemoragii digestive inferioare - în 86% cazuri se stopează de sinestator (pentru restul cazurilor vezi protocol- HDI)</p>	<p>1.Diverticulită cronică sau infiltrat cronic paraintestinal (forma recidivanta, acutizare)</p> <p>A.Tratament conservativ analogic cu cel pentru diverticulita acută- durata >1 lună. Ex. Mesalazină 400mg de 2 ori pe zi-10zile, o dată-n luna timp de un an asociat cu probiotice, polivitamine.</p> <p>B.Tratament chirurgical programat de elecție este rezecția de colon afectat cu anastomoză primară.</p> <p>Indicații operatorii:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acutizări de 2-3 ori pe an cu constatarea semnelor de distrugere a unuia dintre diverticuli, care trebuie confirmate de cel puțin una dintre metodele de cercetare - USG, CT, RMN, FCS cu EUS; - Incapacitatea de a exclude procesul tumoral în colon; -Factori suplimentari: vârsta de până la 50 de ani, numărul de recurențe, utilizarea sistematică pe termen lung a antiinflamatoarelor nesteroidiene, terapia imunosupresivă, bolile vasculare sau colagenice, patologia concomitentă severă; <p>2.Fistule colonice- inițial tratament conservativ (scopul-reducerea intensității și răspândirii procesului inflamator parafistular), apoi în condiții favorabile tratament chirurgical programat ;</p> <p>3.Stenoză- tratamentul conservator este ineficient din cauza gravității modificărilor cicatricial-inflamatorii la nivelul peretelui intestinal. Tratament chirurgical- eliminarea obstrucției intestinale pentru a crea condiții optime pentru efectuarea intervenției chirurgicale și formarea anastomozei primare.</p>



Recomandări la externare

- Consultația și evidența la medical de familie, gastroenterolog, chirurg (CMF loc de trai);
- Regim dietetic suplimentat cu fibre vegetale și restricționare a consumului de materii grase și de carne; Tarățele cereale- 3-5g/zi cu creștere 15-20 g-zi;
- Aport de probiotice (Caps.Lacidofil, Florbionic, Opefera)- timp de o lună, cu repetare peste 3 luni;
- Polivitamine, Imunomodulatorii, preparate de fier; Antispastice la dureri(Tab.Spasmomen, No-spa etc).

Abrevieri

BDC- Boală diverticulară a colonului; ASA-aminosalicilați; FCS-fibrocolonoscopie; CT- tomografie computerizată; RMN-rezonanța magnetică nucleară; CMF-centrul medicilor de familie

HEMOROIZII SAU BOALA HEMOROIDALĂ (BH)

reprezintă dilatații varicoase a plexurilor venoase din submucoasa anorectală și a anusului, în special dilatare a corpurilor cavernoase aflate în zona det ranație între vasele arteriale și vene.
cod CIM-10-I84.0

Clasificare

1. În funcție de localizare se disting trei tipuri de hemoroizi:

- Hemoroizi interni – dezvoltăți în plexul rectal superior (proximal)
- Hemoroizi externi – localizați în plexul rectal inferior (distal)
- Hemoroizi micști – ambele plexuri rectale

2. În funcție de evoluție și complicațiile pe care le pot dezvolta, hemoroizii sunt clasificați în patru grupe:

- Gradul 1 – sângerează la defecare, sunt limitați în canalul anal și nu pot fi vizibili
- Gradul 2 – apare prolaps în timpul defecării, dar se reduc spontan/ retractează
- Gradul 3 – apare prolaps în timpul defecației, dar se reduc prin manevră manuală
- Gradul 4 – apare prolaps permanent, sunt ireductibili (rămân în afara canalului anal)

Simptome	Cauze
asimptomatici (clinic/stad.I) - pruritul anal(mâncărimi) - senzația de greutate ano-rectală în special la defecție - eliminări sero-muco-purulente - prolapsul mucos (exteriorizarea nodulilor interni împreună cu mucoasa anală) - durerea anală la defecație - sângerările (rectoragii)	1. Factori favorizanți: - predispoziție genetică - tulburări metabolice și de nutriție - sedentarismul, obezitatea 2. Factori declanșatori: - constipația cronică - procesele inflamatorii locale (ano-rectite, fisuri anale) - procese inflamatorii din vecinătate (prostatite, metro-anexite) - obezitatea - sarcinile repetate

Algoritmul managementului BH

Metode de diagnostic în cazul simptomelor pozitive

1. Tuseul rectal
2. Anuscopia
3. Rectoromanoscopia
4. Irigografia
5. Colonoscopia

Hemoroizi gr I-II

Tratament conservativ

1. **măsuri de igienă locală riguroasă**, urmată de băi călduțe de șezut cu dezinfectante ușoare (permanganat de kalium, betadină, infuzie de gălbenele +coaja de stejar)- aplicații locale de unguente antiinflamatoare, anestezice locale sau cicatrizante.
2. **prevenirea constipației** (corectia alimetara,laxative)
3. **tratamentul afecțiunilor asociate**: neurologice, endocrine sau hormonale; cele mai frecvente-hepatice, cardiace

Hemoroizi III-IV

Pregătire preoperatorie

1. Grupul de sânge și sângelui(glucoza) factorul Rh
2. Analiza generală a sângelui
3. Analiza generală a urinei
4. Coagulograma
5. Biochimia
6. ECG
7. MRS
8. Radiografia cutiei toracice

Tratamentul Chirurgical

Clasic:

1. **rezecție totală circumferențială** a mucoasei în bloc cu pachetele hemoroidale, urmată de sutura cutaneo- mucoasă (**Vercescu, Whitehead**)
2. **procedeul MILLIGAN-MORGAN**, cele trei vase hemoroidale majore sunt extirpate. Pentru a evita stenoza, trei incizii în forma de pară, sunt lăsate deschise.
3. **procedeul Ferguson**, în care inciziile sunt închise total prin suturi absorbabile.
4. rezecția hemoroizilor **cu stapler circular**, metoda de ultima generație

Miniminvaziv:

1. Ligatura cu benzi de cauciuc
2. Scleroterapia
3. Coagularea
4. DG-HAL (Ligatură Arterială Hemoroidală Doppler Ghidată) cu sau fără asocierea RAR (Reparare Recto-Anală sau Mucopexie)

Recomandări postoperatorii

1. evidența medicului de familie, chirurgului * pansament aseptice a plăgii postoperatorii
2. microclizmă după actul de defecație
3. continuarea tratamentului medicamentos (antibiotico-terapia, analgezic, spazmolitic, venotonice, local-unguente, supozitoare)
4. consultația repetată peste 1 lună
5. limitarea efortului fizic

CANCERUL COLORECTAL COMPLICAT

Codificarea CIM-10-C18.0-18.7; C19; C20;K56.6;K92.2

CCR este definit drept tumoare malignă care apare la nivelul colonului și rectului

Clasificarea clinică TNM a CCR

Stadiul 0	Stadiul I	Stadiul II	Stadiul III	Stadiul IV
Tis NoMo	T1-2NoMo	T3-T4NoMo	Orice T N1-3Mo	Orice T orice N M1

Clasificarea CCR complicat după evoluție clinică

Toxico-anemică	Enterocolitică	Dispeptică	Obturațională	Pseudoinflamatorie	Tumorală (atipică)
----------------	----------------	------------	---------------	--------------------	--------------------

Clasificarea CCR după complicații

Ocluzie	Perforație	Hemoragie
După nivelul ocluziei: <ul style="list-style-type: none"> • Înaltă(colon drept) • Joasă(colon sting si rect) După gradul dereglării pasajului: <ul style="list-style-type: none"> • Parțială • Totală După gradul de compensare: <ul style="list-style-type: none"> • Compensată • Subcompensată • Decompensată 	Perforație în zona tumorii Perforație diastatică proximal tumorii Interne: <ul style="list-style-type: none"> • liberă în cavitatea peritoneală • localizată, cu formarea unui absces • într-un organ cavitat • în spațiu retroperitoneal Externe: <ul style="list-style-type: none"> • La nivelul tegumentelor • În inelul ombilical • În vagin 	Hemoragie profuza Hemoragie cataclizmica Hemoragie oculta („anemica”)

Tabloul clinic al CCR complicat

Sindromul algic (dureri intense, sub formă de accese, dureri pe toată aria abdomenului, difuze)
Disconfortul abdominal (inapetență, eructație, greață, vomă, senzații de greutate în abdomen)
Tulburări a tranzitului intestinal (constipație, diaree, meteorism, garguiment intestinal)
Elimenări patologice (scaun sangvinolent, scaun melenic, mucozități, puroi)
Sindromul de impregnare neoplazică (slăbiciune generală, scădere ponderală, anemie, febră, paloarea, icterul tegumentelor)
Examenul clinic (inspecția) : semnul de clapotaj, semne peritoneale, tumoră palpabilă, tușeul rectal- ampula rectală goală, dereglări de peristaltică, tegumente palorate anemice, abdomen anfractuos (asimetric, tensionat), ascită, subnutriție, cașexie.

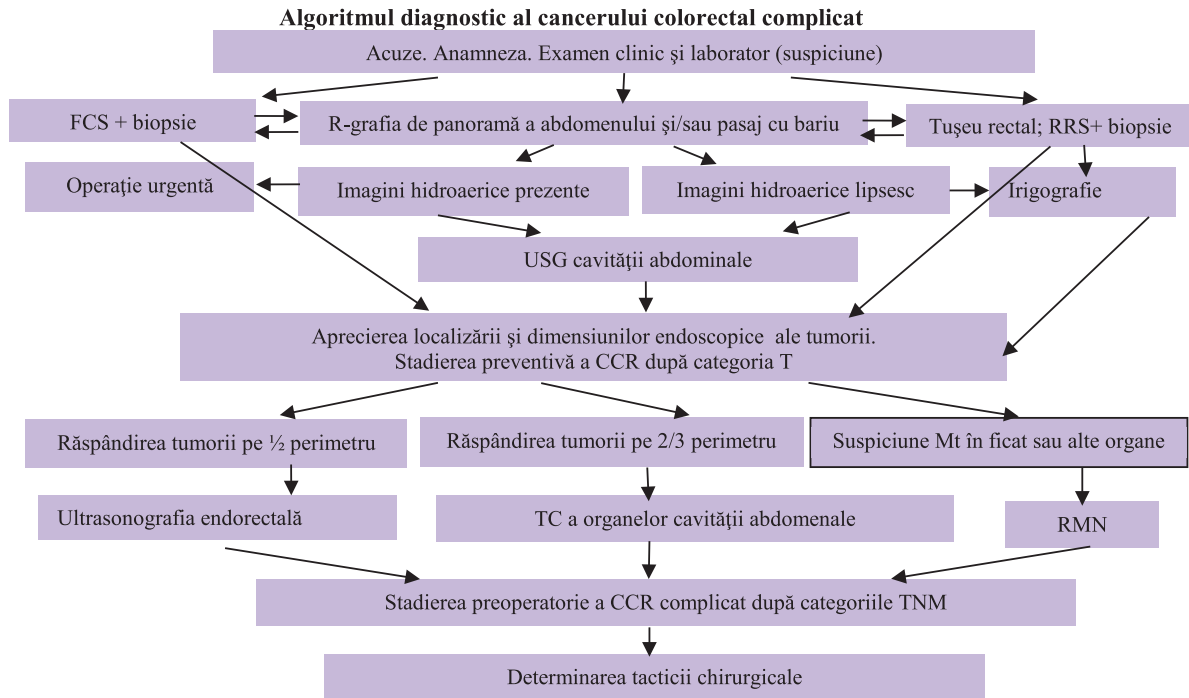
Examenul de laborator

Analiza generală de sânge (Hb, Er, Tromb, Leucocite și formula leucocitară, VSH); **Grup sangvin** + Rh factor
Analiza generală de urină, Analiza biochimică de sânge (ALT,AST,Bilirubina, Uree, createnina, amilaza, glucoza, ionograma, coagulograma, albumina, proteina generală, MRS, HIV); **Marcherii tumorali** (CEA, CA-19-9)

Tratamentul și pregătirea preoperatorie a bolnavului cu CCR complicat

Decompresia sectoarelor superioare ale tractului g-intestinal; Decompresia suprastenotica a tumorii cu tub de politen; stentarea tumorii cu stent metalic self-expandable;
 Curățarea intestinului (laxative Fortrans Dufalac), clistere evacuatorii, ulei de ricină (40 g preoperator);
 Reechilibrarea hidroelectrolitică, volemică (cristaloizi și coloizi);
 Corecția indicilor metabolici și energetici; corecția anemiei (transfuzie de concentrat eritrocitar, PPC);
 Transfuzie de PPC, sol.Albumin; continuarea/corecția tratamentului patologiilor asociate; Normalizarea TA; consultația specialiștilor (internist, cardiolog, endocrinolog, urolog ș.a);
 Determinarea statutului psiho-emoțional și corecția lui (diminuarea anxietății, reglarea activității cognitive);
 Profilaxia complicațiilor tromboembolice preoperator.

NB! Pregătirea preoperatorie începe din momentul spitalizării în staționar. În caz de operație imediată pregătirea intensivă preoperatorie durează primele 2-4 ore de la internare.



Managementul chirurgical al bolnavului cu CCR complicat

CCR ocluziv	CCR perforat	CCR hemoragic	CCR cu proces inflamator peritumoral
<p>Radicale: Hemicolonectomie dreapta cu anastomoză primară/colostomă Rezecția segmentară a colonului (transvers/sigmoid) Hemicolonectomie stângă ; Operație Hartmann Colectomie subtotală cu anastomoză primară/colostomă Operația Quenu-Milles Operația Teidler- Șlofer Paliative: Anastomoză de derivație internă; Colostomie de decompresie; Ileostomie ca I etapă; Stentarea endoscopică a tumorii</p>	<p>Radicale: Hemicolonectomie dreapta cu anastomoză/ileostomă Colectomie subtotală cu anastomoză primară/ colostomă de protecție ,Operație Hartmann Rezecții obstructive ale colonului fără anastomoză pr. Paliative: Suturarea orificiului perforat cu omentoplastie Colostomie biluminală la nivelul perforației ! în prezența posibilităților tehnice tumoarea primară trebuie înlăturată, excepție canceromatoza abdominală și șocul toxico-septic</p>	<p>Radicale: Hemicolonectomie dreapta/ stângă cu anastomoză / colostomă de protecție Rezecția colonului sigmoid cu anostomoză, Operație Hartmann, Colectomie subtotală cu anastomoză primară/ileostomă Operația Quenu-Milles Paliative: Colostomie la excludere/ terminală; hemostaza prin angiografie; endoscopie inferioară de urgență cu hemostază (clipare, injectare, fotocoagulare)</p>	<p>Radicale: Hemicolonectomie dreapta cu anastomoză Hemicolonectomie dreaptă extinsă unimomentană Hemicolonectomie dreapta cu colostomă de protecție Hemicolonectomie stângă cu anostomoză Rezecția colonului sigmoid cu colostomă de decompresie Operația Quenu-Milles Operația Teidler- Șlofer Paliative: Colostomie de decompresie Sanarea și drenarea cavității peritoneale</p>

Conduita medico-chirurgicală postoperatorie

Tratament medicamentos: Antibioticoterapia (5-7 zile Cefalosporine gen.III-IV + metronidazol sau aminoglicozide gen. III)
Corecția metabolismului hidro-electrolitic; volemică (crystalozizi); Corecția indicilor metabolici și energetici; transfuzie de concentrat eritrocitar, PPC, sol. Albumin (la necesitate); Antisecretor și gastroprotector; analgezică, spasmolitică, hepatoprotectoare, disensibilizante; medicația hormonală; profilaxia complicațiilor tromboembolice; tratamentul patologiilor asociate.
Îngrijiri postoperatorii: reluarea activității motorice și alimentației enterale în primele 24-48 ore după operație; pansamentul plăgii cu monitorizarea elimenărilor din drenajele de siguranță din cavitatea abdominală cu diagnosticarea și evaluarea postoperatorie a complicațiilor (hemoragie, supurație, dehiscența anostomotică cu formarea fistulei intestinale).
Evaluări postoperatorii a indicilor de laborator și investigații instrumentale (USG/CT, Rx toracic, fistulografie)

Criterii de externare	Recomandații la externare
<p>Stare generală satisfăcătoare/relativ satisfăcătoare Afebrilitate; plaga cicatrizare obișnuită perioadei postoperatorii; pasajul intestinal restabilit complet. La alimentație naturală; anastomoză și colostomie în stare anatomică bună.</p>	<p>Evidența medicului de familie, chirurgului; îngrijirea plăgii p/o și drenajelor existente, Supravegherea oncoproctologului policlinicii IOM, oncologului raional; Regimul de supraveghere- I și II an-o data în 3 luni.; USG abdomen, bazin mic(o data în 6 luni); FCS(RRS,sigmoscopie)-1 data în 6-12 luni; TC abdominal-1 data în an; CEA(1 data în 3-6 luni, R-grafia cutiei toracice la 6 luni</p>

CANCERUL GASTRIC

(Codul bolii (CIM 10) - C16,0) - proces malign epitelial cu afectarea mucoasei stomacului.

Ocupă locul III-IV în structura morbidității oncologice, în RM constituie cca 11,8%. Raportul B/F este de 2/1

Acest protocol prezintă principiile de gestionare a adenocarcinoamelor gastrice și a joncțiunii gastrico-gastrice Siewert III.

Clasificarea cancerului gastric:			
După Lauren	Clasificarea macroscopică	Anatomo-patologic	Gradele de diferențiere
<ul style="list-style-type: none"> forma intestinală, bine diferențiată, se caracterizează prin tendința celulelor maligne de a forma structuri glandulare, forma difuză, slab- sau nediferențiată, se caracterizează prin lipsa formării glandelor organizate. 	<ul style="list-style-type: none"> Exofită vegetantă (encefaloidă sau polipoidă) Endofită a) Infiltrativ ulcerosă; b) Forma infiltrativă. Linita plastica (5%)- o formă particulară, histologic cu celule slab diferențiate, cel mai des „în inel cu pecete” într-o stromă fibroasă care invadează straturile peretelui fără a-l distruge și duce la transformarea stomacului într-un tub rigid. 	Adenocarcinom (95%) : <ul style="list-style-type: none"> - papilar; - tubular; - mucinos (component mucinos mai mare sau egal cu 50% din teritoriile tumorale); - cu celule izolate (slab diferențiat -mai mare sau egal cu 50% din teritoriile tumorale examinate); - nediferențiat; 	<ul style="list-style-type: none"> bine diferențiat(G1) moderat diferențiat(G2) slab diferențiat (G3) nediferențiat (G4) <p style="text-align: center;">Localizare anatomică</p> <ol style="list-style-type: none"> Cardia (C16.0) Fundică (C16.1) Corp (C16.2) Antrum (C16.3) și pylorică (C16.4)

Clasificarea conform TNM:			
T - Tumoră primară	N - Limfadenopatie regională	M - Metastaze la distanță	Stadializare:
T0 nici o tumoră primară Tis in situ: tumoare intraepitelială fără invazie a laminei proprii (displazie de grad înalt) T1 invadează lamina propria, muscularis mucosae sau submucoasa T1a invadează lamina propria sau muscularis mucosae T1b invadează submucoasa T2 invadează muscularis propria T3 invadează țesutul conjunctiv subseros, fără invazia structurilor adiacente sau peritoneului visceral T4 perforează seroasa (peritoneul visceral) sau structurile adiacente T4a perforează seroasa (peritoneul visceral) T4b invadează structurile adiacente	Nx Informații insuficiente de implicare a ganglionilor limfatici regionali N0 Niciun semn de implicare a ganglionilor limfatici regionali N1 Invazia a 1 până la 2 ganglioni limfatici regionali N2 Invazia a 3 până la 6 ganglioni limfatici regionali N3 Invazia a 7 sau mai mulți ganglioni limfatici regionali N3a Invazia a 7-15 ganglioni limfatici regionali N3b Invazia > 16 ganglioni	Mx Informații insuficiente pentru a clasifica metastazele la distanță Mo Fără metastaze îndepărtate M1 Prezența metastazelor la distanță	0: TisN0Mo IA: T1N0M0 IB: T1N1M0; T2N0M0 IIA: T1N2M0; T2N1M0; T3N0M0 IIB: T1N3M0; T2N2M0; T3N1M0; T4N0M0 IIIA: T2N3M0; T3N2M0; T4aN1M0 IIIB: T3N3M0; T4aN2M0; T4bN0N1M0 IIIC: T4aN3M0;T4b IV: T1-4bN0-3M1

Factori de risc:
<ul style="list-style-type: none"> contaminarea îndelungată cu <i>Helicobacter Pylori</i>; sociali, alimentația (bogată în sare, nitriți...), tabagismul; genetici (prezența la mai mult de 2 membri ai familiei a proceselor maligne); gastritele (cronice atrofice) și maladiile predispozante (ulcerele gastrice cu risc de malignizare de 2%, antecedente de gastrectomie)

Diagnosticul și evaluarea extensiei		
se bazează pe anamneză, examenul clinic și paraclinic al pacientului		
Semnele clinice: <ul style="list-style-type: none"> Terenul biologic (antecedente familiale (de cancer gastric și de sindromul Lynch (HNPCC) și personale (antecedente de ulcer gastric și gastrectomie); Amameza: alterarea stării generale+++ , pierdere ponderală nemotivată++, disfație (în cr cardiei), senzație de sațietate precoce (în cr pilor), anorexie, dureri epigastrice, vome postprandiale, hematemeză, melenă, anemie, semne de pseudo-achalazie (în cr joncțiunii eso-gastrice și în caz de invazie în plexul nervos Auerbach); Examenul fizic: palparea unei mase tumorale epigastrice, ganglion limfatic de santinelă (Virchow), nodulilor carcinomatoși, unei mase tumorale vaginale (Krukenberg), hepatomegalie nodulară metastatică. Sindromul para-neoplazic: hipercoagulabilitate, manifestări cutanate (plăci cutanate hiperpigmentate, keratoză seboreică difuză), manifestări autoimune (anemie hemolitică, microangiopatie, nefropatie). 	Diagnosticul pozitiv <ul style="list-style-type: none"> Fibrosogastroduodenoscopia cu biopsie multiplă (cel puțin 8) permite diagnosticarea în mai mult de 95% din cazuri <ul style="list-style-type: none"> - precizează localizarea , aspectul tumoral (vegetant, ulcerative, dur și hemoragic la contact, în caz de linita plastica- perete infiltrat, rigid), - în 60% din cancerele gastrice sunt antro-pilorice, - în toate ulcerele gastrice, în toate anomaliile de relief ale mucoasei sunt necesare biopsii multiple Biopsia multiplă ne va da: tipul histologic, gradul de diferențiere, clasificarea după LAUREN, examenul imunohistochimic, infecția cu HP. R-scopia stomacului - permite determinarea prevalenței și extinderii cancerului gastric, precum și determinarea tacticii intervenției chirurgicale 	Evaluarea extensiei <ul style="list-style-type: none"> Standard: -Interogatoriu și examen clinic; -Ecografie abdomino-pelvină și retroperitoneală; Scanare computerizată abdomino-pelvină; -R-grafie cutiei toracice, la necesitate CT toracic Opțiuni pentru cancer invaziv : -RMN hepatic ± contrast dacă există dubii la CT; -Ecoendoscopie (determinarea stadiului uT și biopsii uN ±) în cazul cancerului non-stenozant și non-metastatic; -Laparoscopie cu lavaj peritoneal și biopsii (în special T3, T4 și linită) ± jejunostomie de nutriție; -Determinarea markerilor ACE și CA 19.9 înainte de orice tratament La necesitate : -scintigrafia sistemului osos; -RMN cerebral; -Irigoscopia, fibrocolonoscopia; Imunohistochimie :

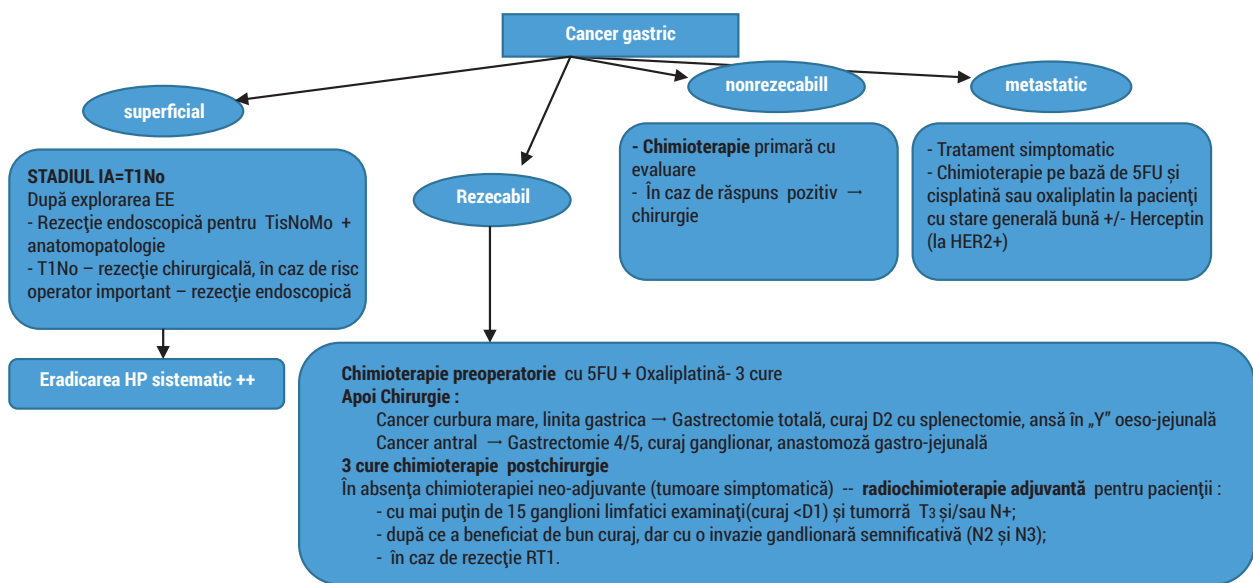
Principiile Managementului Cancerului Gastric		Managementul de evaluare și tratament preoperator		
În urma bilanțului paraclinic sunt posibile mai multe situații: <ul style="list-style-type: none"> tumoră rezecabilă, non metastatică; tumoră avansată local cu invazie în organele adiacente, non metastatică tumoră metastatică 	Posibilitățile terapeutice cuprind: <ul style="list-style-type: none"> Chirurgia Radio-chimioterapia Chimioterapia 	Investigații: analiza generală a sângelui; - analiza generală a urinei; - glicemia; - ureea; - creatinina; - bilirubina totală și fracțiile; - proteina totală; - albumina; - AlAT; AsAT - α-amilazemia; - coagulograma (indicele protrombolic, fibrinogenul, timpul activat de recalcificare, timpul de trombină, activitatea fibrinolitica, testul cu etanol); - ionograma - Na+, K+, Ca++, Cl-; - grupul sanguin, +RH - factor; - SIDA; - CPR; - ECG, Rx torace. <p>La necesitate: ecocardiografia, spirometria</p>	Tratamentul medicamentos: reechilibrare volemică, acido-bazică, hidroelectrolitică, proteico-energetică, hemostatic, de corecție a anemiei, glicemiei, de eradicare a HP, antisecretor și gastroprotector analgetic, antispastic, profilaxia complicațiilor tromboembolice.	Consultarea la necesitate a medicilor specialiști cu privire la prezența patologiilor concomitente: cardiolog, neuropatolog, endocrinology, ginecolog, ș.a..

Tratamentul chirurgical	Chirurgia curativă:
<ul style="list-style-type: none"> radicale – lipsa tumorii reziduale relativ radicale – lipsa tumorii reziduale cu probabilitatea de focare tumorale subclinice paliative – prezența tumorii reziduale 	<p>1. Gastrectomie totală în caz de tumoră proximală și linita gastrica, cu rezecția epiploonului și a organelor adiacente invadate, curaj limfoganglionar tip D2. Marginile necesare de rezecție la nivelul esofagian sunt de 6 -7 cm pentru o rezecție carcinologică în cazul adenocarcinomului bine diferențiat și de 8 -10 cm în cazul unei tumori slab- sau nediferențiate, care permite o gastrectomie totală pe calea abdominală cu ablația esofagului abdominal și anastomoza esofagiană transhiatală. Anastomoza este esojejunală. Complicații p/o sunt multiple (pierdere ponderală, masabsorbție, Dumping sindrom, necesitatea suplimentului de Vit. B12 i/m cu sau fără foliate pe viață)</p> <p>2. Gastrectomie 4/5 pentru cancere antrale și prepilorice cu exereza părții distale gastrice cu 5 cm în amonte de tumoră, limita distală situată postpiloric, rezecția epiploonului și organelor adiacente invadate, curaj limfoganglionar tip D2. Anastomoza este gastrojejunală. Principala complicație p/o este sațietatea precoce.</p>

Chirurgia paliativă:
 este indicat doar în cazul unei tumori simptomatice (sângerări inaccesibile hemostazei endoscopice, durere refractară la tratament, afagie cu incapacitate de a plasa o proteză). O rezecție ar trebui preferată unei derivări prin anastomoză gastro-jejunală, de exemplu. Nu există nicio indicație pentru o intervenție chirurgicală exercitată dacă există afectare peritoneală, ascită neoplazică sau metastaze hepatice și dacă tumora nu este foarte simptomatică

Disecția ganglionilor limfatici:		
<ul style="list-style-type: none"> Evidare D1 – constă în ablația stațiilor ganglionare perigastrice 1-6, prin ligatura la origine a pediculilor arteriali (a. gastrice dreapta și stânga, gastroepiploice, vaselor scurte) și exereza țesutului celio-grăsos din jur, omentectomie totală 	<ul style="list-style-type: none"> Evidare D2 – completează evidarea D1 prin exereza marelui și micului epilon, precum și toate stațiile ganglionare pe lângă a. gastrică stînga, trunchiul celiac, a. hepatică comună, lig. hepatoduodenal, a. splenică, hilului splenic și pe lângă coada pancreasului. 	<ul style="list-style-type: none"> Evidare D3 – completează evidarea D2 prin exereza tuturor stațiilor ganglionare situate la distanță față de stomac (ganglionul posterior de capul pancreasului, ganglionii rădăcinii mezenterului, hilului renal stîng și ale artericele medii)

Tratamentul chimioterapeutic adjuvant și neo-adjuvant:	Radiochimioterapie:	Terapie țintită:	Tratament simptomatic:
<ul style="list-style-type: none"> Chimioterapie perioperatorie (3 cure pre- și 3 cure postoperator) în combinație cu chirurgie curativă cu evidare ganglionară în cancerule rezecabile De primă intenție în tratamentul pacienților metastatici și pacienților cu tumori irezecabile. 	<ul style="list-style-type: none"> Este propus ca adjuvant la pacienții operați, cu chimioterapie efectuată preoperator, cu criterii de pronostic nefavorabil. 	<ul style="list-style-type: none"> Cu anticorpi monoclonali (Herceptina (trastuzumab) în asociație cu 5FU și cisplatină după examenul imunohistochimic la HER2. 	<ul style="list-style-type: none"> Este propus pacienților cu Mt în stare generală gravă. Este asociat cu analgetice, susținere psihologică adaptată și un suport nutritiv parenteral și enteral. Plasarea unei endoproteze poate rezolva ocluzia înaltă la pacienții inoperabili.



Conduita medico-chirurgicală postoperatorie:	Recomandări la externare:
<p>Tratament medicamentos: : analgetic, antibacterian (după protocol), de reechilibrare volemică, acidobazică, hidroelectrolitică, proteico-energetică (nutriție parenterală și enterală precoce (la 24-48 ore p/o prin sonda nazo-jejunală)), de corecție a anemiei, antisecretor, antispastic, profilaxia complicațiilor tromboembolice, etc;</p> <p>Îngrijiri postoperatorii: - decompresie nazojejunală prin sondă, cu extragerea ei după restabilirea tranzitului intestinal și în lipsa semnelor de dehiscență a suturilor; pansamentul plăgii p/o, monitorizarea eliminărilor prin tuburile de dren cu extragerea lor în lipsa eliminărilor patologice; -evaluarea și conduita medico-chirurgicală a complicațiilor conform protocoalelor; -evaluarea indicilor de laborator și a investigațiilor instrumentale (USG abdomen, Rxtorace, fistulografie, CT abdominal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> evidența și supravegherea la medicul de familie, oncogastrolog, chimioterapeut. supravegherea constă în examenul cu controlul gravității și evaluarea sechelelor, raportate la: <ul style="list-style-type: none"> - starea generală, pierderea în greutate (+++), consecințele gastrectomiei (+++), - apariția recidivelor: examenul clinic, biologic, USG abdominală, (Mt hepatice), CT abdominal (optional), markerii tumorali CEA, CA 19,9, supravegherea bontului gastric (risc de cr secundar), prin FEGDS anuală, după gastrectomie parțială, obligator cu cercetarea și eradicarea HP. <p>După gastrectomie totală - tratament vitaminic B12 cu/fără foliate- o doză săptămânală de 1000 µg per os sau i/m permanent.</p> <p>După gastrectomie totală cu splenectomie: tratament cu antiagregante (trombocite > 10⁶ / mm³), prevenirea infecțiilor responsabile de sindromul post-splenectomie cu germenii Str. Pneumonia, Haemophilus influenzae Neisseria meningitidis prin administrarea vaccinurilor, a antibioticoterapiei îndelungate.</p>

CANCERUL PANCREATIC (CP)

cod CIM-10 – C 25

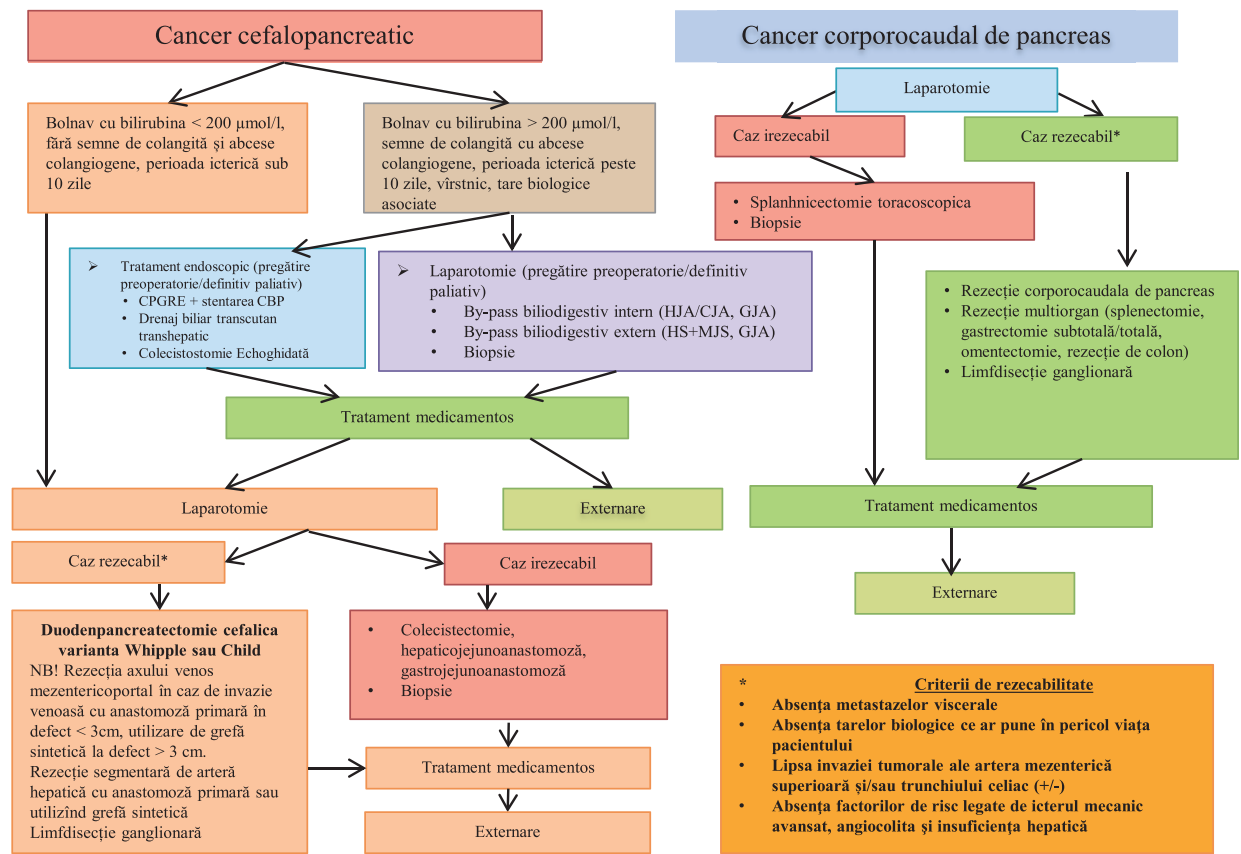
CP reprezintă un grup de celule cu morfologie atipică localizate la nivelul pancreasului ce apar ca rezultat al mutațiilor în ADN-ul pancreatic cu formarea de masă tumorală și creștere invazivă.

Clasificarea CP după localizarea anatomică Regiunea cefalică (C 25.0), corpul pancreatic (C 25.1), regiunea caudală (C 25.2), afectare pancreatică totală (C 25.8)	
• Clasificarea TNM	
<p>➤ Tumora primară (T)</p> <ul style="list-style-type: none"> Tx - Tumora primară nu poate fi evaluată T0 - Tumora primară nu a fost identificată Tis - Carcinom in situ T1 - Tumora are diametrul ≤ 2 cm și nu depășește pancreasul T2 - Tumora are diametrul > 2 cm și nu depășește pancreasul T3 - Tumora a invadat țesuturile peripancreatice, fără invazie vasulară T4 - Tumora cu invazie vasculara a trunchiului celiac și artera mezenterică superioară 	<p>➤ Ganglioni limfatici regionali (N)</p> <ul style="list-style-type: none"> Nx - Limfoganglionii regionali nu pot fi evaluați N0 - Nu există invazie a limfoganglionilor regionali N1 - Există invazie a limfoganglionilor regionali <p>➤ Metastaze la distanță (M)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mx - Prezența metastazelor nu poate fi evaluată M0 - Nu sunt semne de invazie viscerală M1 - Există semne de metastazare viscerală
Criterii de spitalizare a pacienților	
Spitalizare urgentă (Cancer cefalopancreatic)	Spitalizare programată
Prezența datelor de icter mecanic, bloc distal CBP, formațiuni cefalopancreatice → spitalizare	Prezența datelor de formațiuni a pancreasului, dereglări de evacuare a bilei și sucului pancreatic, s-m algic abdominal persistent → spitalizare
Anamneza (debutul bolii, icter, prurit cutanat, pierdere ponderala, tulburări dispeptice, urina hiperocroma, scaun acholic, disconfort abdominal, febra)	Anamneza
<p>Examenul clinic și paraclinic</p> <p>Examen obiectiv</p> <p>Analiza generală de sânge</p> <p>Analiza generală de urină</p> <p>Analiza biochimică de sânge (ALT, AST, Bilirubina, Uree, Creatinina, Amilaza, Ionograma, Glucoza, Coagulograma)</p> <p>USG abdomenului</p> <p>ECG</p> <p>Rx toracic</p> <p>Rx abdomen, CT abdomenului cu contrast, RMN regim colangiografic (la disponibilitate)</p>	<p>Examenul obiectiv</p> <p>Evaluarea datelor paraclinice de laborator (prezente în trimitere)</p> <p>Analiza generală de sânge</p> <p>Analiza generală de urină</p> <p>Analiza biochimică de sânge (ALT, AST, Bilirubina, Uree, Creatinina, Amilaza, Ionograma, Glucoza, Coagulograma)</p> <p>Biomarkerii tumorali CEA, CA 19-9, PSA, CA 125</p> <p>Evaluarea examenelor instrumentale (efectuate anterior)</p> <p>USG abdomenului, CT abdomen cu contrast și/sau regim angiografic, RMN regim colangiografic</p> <p>USG abdomenului repetat (la necesitate)</p>

Managementul de evaluare și pregătire preoperatorie a bolnavului cu CP

Bolnav suspect pentru cancer cefalopancreatic	Bolnav suspect pentru cancer corporocaudal
<ul style="list-style-type: none"> Analiza generală de sânge Analiza generală de urină Analiza biochimică de sânge (ALT, AST, Bilirubina, Uree, Creatinina, Amilaza, Glucoza, Ionograma, Coagulograma, CEA, CA 19-9, Albumina, Proteina generală, MRS, HIV) ECG, EchoCG Rx toracic, Spirometria USG abdomenului FEGDS CT abdomenului cu contrast/angiografic RMN regim colangiografic, Radioscopia stomacului, Irigoscopia (la necesitate) Consultația specialiștilor (la necesitate) 	<ul style="list-style-type: none"> Analiza generală de sânge Analiza generală de urină Analiza biochimică de sânge (ALT, AST, Bilirubina, Uree, Creatinina, Amilaza, Glucoza, Ionograma, Coagulograma, CEA, CA 19-9, Albumina, Proteina generală, MRS, HIV) ECG, EchoCG Rx toracic, Spirometria USG abdomenului FEGDS (la necesitate) CT abdomenului cu contrast/angiografic Radioscopia stomacului, Irigoscopia (la necesitate) Consultația specialiștilor la necesitate
<p>➤ Tratament medicamentos preoperator</p> <ul style="list-style-type: none"> Reechilibrare hidroelectrolitică, volemică, hematică Transfuzii de CE (la necesitate) Corecția indicilor metabolici și energetici Transfuzie de PPC, sol. Albumini (la necesitate) Antisecretor și gastroprotector Antibacterial (la bolnavii cu icter și colangită) Spasmolitic Analgezie Corecția glicemiei <p>➤ Profilaxia complicațiilor tromboembolice preoperator</p> <p>➤ Pregătirea preoperatorie igienică</p>	<p>➤ Tratament medicamentos preoperator (la necesitate)</p> <ul style="list-style-type: none"> Reechilibrare hidroelectrolitică, volemică, hematică Transfuzii de CE Corecția indicilor metabolici și energetici Transfuzie de PPC, sol. Albumini Antisecretor și gastroprotector Spasmolitic Analgezie Corecția glicemiei <p>➤ Profilaxia complicațiilor tromboembolice preoperator</p> <p>➤ Pregătirea preoperatorie igienică</p>
<p>NB! Bolnavii cu icter avansat, valorile bilirubinei > 300 μmol/l și/sau patologie asociată gravă – necesită pregătire preoperatorie în secția de TI</p>	

Managementul chirurgical al bolnavului cu CP



IMPORTANT: inhibiția secreției pancreatice intraoperatorie, drenajul orb al wirsungoanastomozei, plasarea sondei nasogastrice, drenajul extern al hepaticojeunoanastomozei în caz de icter cu valorile bilirubinei > 100 μmol/l și/sau calea biliară < 10 mm

Conduita medico-chirurgicală postoperatorie

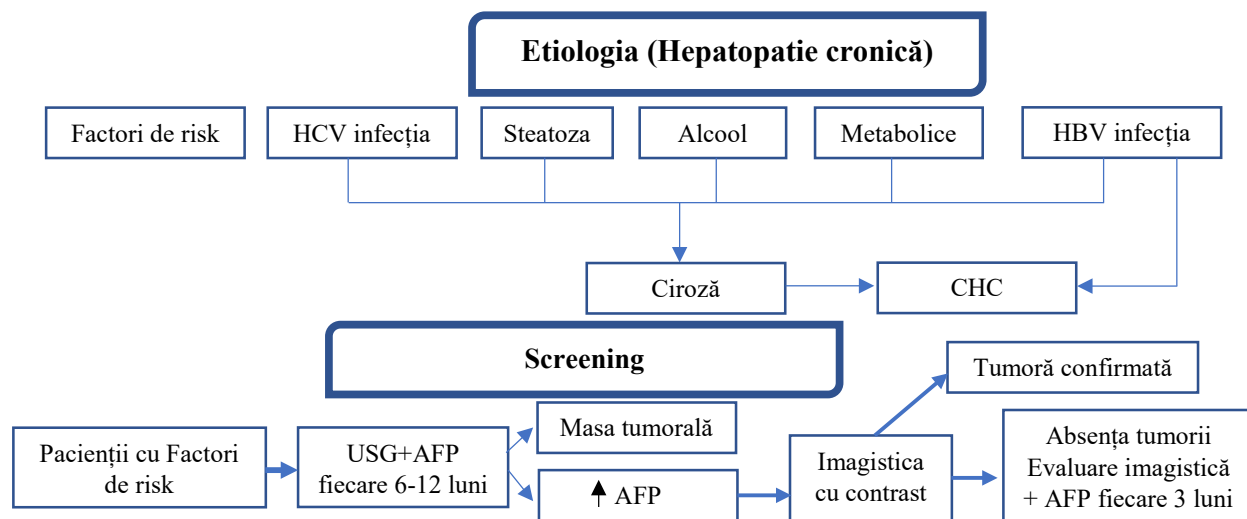
- **Tratament medicamentos**
 - Medicație spasmolitică, antisecretoare, gastroprotectoare, analgezică, terapia infuzională, transfuzii (la necesitate), alimentație parenterală, profilaxia complicațiilor tromboembolice, corecția glicemiei, tratamentul patologiilor asociate și complicațiilor.
- **Îngrijirile postoperatorii**
 - Decompresie gastrică pe sondă cu înlăturarea acesteia la reluarea tranzitului intestinal și reincluderea alimentației enterale
 - Decompresie biliară cu blocarea drenajului după reluarea tranzitului intestinal + 3 zile
 - Pansamentul plagii cu monitorizarea eliminărilor prin drenajele de siguranță cu dirijarea postoperatorie a complicațiilor (fistula, hemoragie p/o)
- **Diagnosticul și conduita chirurgicală a complicațiilor postoperatorii**
- **Evaluări postoperatorii a indicilor de laborator și investigații instrumentale (USG abdomenului, Rx toracic, Fistulografie, CT abdomenului.)**

Criterii de externare:	Recomandații la externare
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Starea generală satisfăcătoare/relativ satisfăcătoare ➤ Afebrilitate ➤ Plaga cicatrizare obișnuită perioadei postoperatorii ➤ Drenajul biliar închis ➤ By-pass biliodigestiv extern conectat ➤ În caz de necesitate cu fistule pancreatice minore și necesitatea dirijării acesteia pe tub de dren – se admite externarea cu drenaje peritoneale cu debit nesemnificativ ➤ Revizia suturii de fixare a drenajelor peritoneale și biliar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evidența medicului de familie, chirurg, medicului endocrinolog (la necesitate – medic hepatolog, gastrolog, cardiolog, pulmonolog) ➤ Consultația și evidența medicului oncolog cu evaluarea rezultatului histologic și aplicarea chimioterapiei ➤ Îngrijirea plagii p/o și drenajelor cu monitorizarea eliminărilor ➤ Continuarea tratamentului medicamentos (antisecretor, spasmolitic, analgetic, fermenți pancreatici, hepatoprotector, controlul glicemiei, continuarea tratamentului preexistent) ➤ Respitalizări la necesitate

Abrevieri

CP – cancer pancreatic	CPGRE – colagiopancreatografia retrogradă endoscopică	HJA – hepaticojeunoanastomoză
ECG - electrocardiograma	CT – computer tomografie	CJA – colecistojeunoanastomoză
USG – ultrasonografie	CBP – calea biliară principală	GJA – gastrojeunoanastomoză
PPC – plasmă proaspăt congelată	RMN – rezonanță magnetonucleară	HS – hepaticostomie
FEGDS – fibroesofagogastroscofia		MJS - microjejunostomie

CARCINOM HEPATOCELULAR GREFAT PE CIROZĂ HEPATICĂ TUMORA PRIMARĂ HEPATICĂ MALIGNĂ, CE SE DEZVOLTĂ PREDOMINANT LA PACIENȚI CU BOLI HEPATICE CRONICE SAU CIROZĂ



Managementul de bază.

Anamneză	Examenare clinică standard + Evaluarea semnelor clinice și paraclinice de insuficiență hepatică, HTP	Teste de laborator	Examenare imagistică			
Anamneză generală + Anamneză oncologică		Analiza generală a sângelui	1. Ecografie clasică 2. Ecografie cu contrast 3. EcoDoppler 4. CT cu contrast ±volumetrie 5. RMN cu contrast 6. Elastografie			
		Analiza biochimică a sângelui				
		Evaluarea funcțiilor hepatice.				
		<table border="1"> <tr> <td>Sidrom citolitic ALT, AST</td> <td>Excreto-biliar Bilirubina, FA, GGTP</td> <td>Hepatopriv Protrombina, INR, Proteina, Albumina, Fibrinogenul.</td> </tr> </table>		Sidrom citolitic ALT, AST	Excreto-biliar Bilirubina, FA, GGTP	Hepatopriv Protrombina, INR, Proteina, Albumina, Fibrinogenul.
Sidrom citolitic ALT, AST		Excreto-biliar Bilirubina, FA, GGTP		Hepatopriv Protrombina, INR, Proteina, Albumina, Fibrinogenul.		
Boli cronice hepatice	Evaluarea biomarkerilor tumorali (AFP, CEA, CA 125, CA 19-9 etc)					
Dereglări metabolice	Evaluarea markerilor hepatitelor cronice (HBsAg, AntiHBsAg, AntiHBcor, AntiHBe, AntiHCV, AntiHDV).					

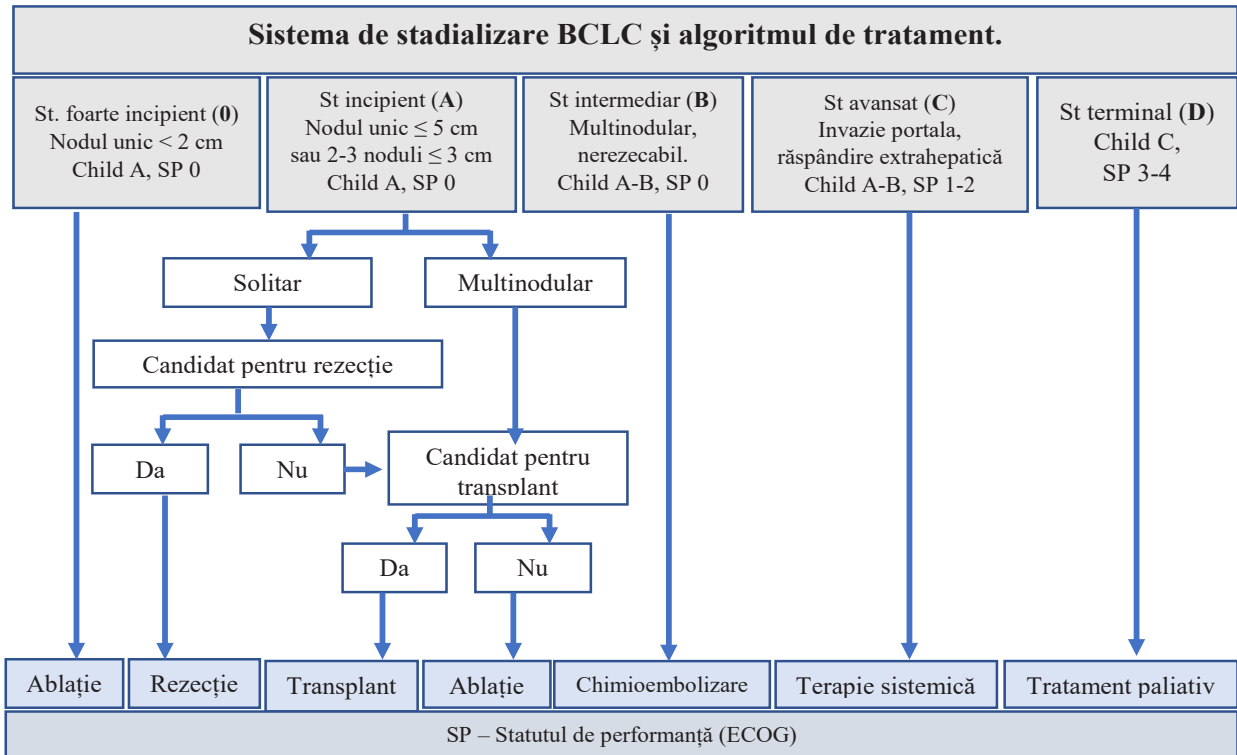
Toate acestea sunt suficiente pentru a stabili diagnosticul de CHC greșit pe ciroză

IMPORTANT!!! Biopsia hepatică pentru confirmarea diagnosticului de CHC la pacienți cu ciroză hepatică nu

Imagistica cu contrast dinamic prin CT sau RMN demonstrează nu numai hiperperfuzie arterială, ci și un fenomen wash-out crescut în faza venoasă comparativ cu țesutul hepatic normal adiacent. Un model de hiperperfuzie arterială combinată cu fenomenul de wash-out venos are o specificitate de aproape 100%, pentru CHC.

Explorarea morfofuncțională a ficatului

Fibroza/ciroză	Evaluarea funcțională	Evaluarea indirectă a HTP	CT Volumetrie
Eco Elastografia CT/RMN elastografie Biopsia(A0-A3)	ALT, AST, Protrombina, INR, Bilirubina Evaluarea biologică Child scor, MELD scor	Ascită, Trombocite Rata Ficat/Splină la CT. Șunturi colaterale, Varice esofagiene	VFR/Volumul tumoral



Ablație locală

Metode Injecție cu etanol Crioablație Ablație prin radiofrecvență Ablație cu microunde Ultrasunete cu focusare intensă	Ablație locala percutană este ghidată imagistic. Sunt utilizate metode fizice sau chimice pentru a obține necroză completă a tumorii	Indicații: 1. CHC <2cm 2. CHC cu funcția hepatică deteriorată 3. Pacienți neeligibili pentru rezecție hepatică și transplant hepatic	Indicații speciale: Bridging terapia Downstaging terapia Spitalizarea 1 zi
--	---	--	--

Rezecție chirurgicală

Candidat optimal pentru rezecție • Singură tumoră (nodul unic). Fără semne de răspândire extrahepatică. • Fără semne de invazie venei porta sau venelor hepatice. • Fără semne clinice de HTP • Child A și bilirubina norma • Status de performanță 0	Principiile abordării în rezecții hepatice 1. Rezecția anatomică curativă 2. Rezecția economică 3. Rezecția completă R0 Tipul de rezecție efectuată depinde de dimensiune, localizare, numărul de noduli tumorali și relația lor cu structurile vasculare și biliare.	Factori ce limitează rezecția HTP – nu este contraindicație pentru rezecție, dar prezența ei și gradul înalt sunt factori ce măresc morbiditatea și mortalitatea postoperatorie. Ascita – Contraindicație pentru rezecție Child C – Contraindicație pentru rezecție
---	--	--

Volumul rezecției hepatice la pacienți cu CHC greșat pe ciroză hepatică.

Volumul ficatului restant la pacienți cu ciroză hepatică nu ar trebui să fie mai mic de 50%. Rezecția ≥ 3 segm la pacienți cu HTP gr IIB este asociată cu o mortalitate postoperatorie 50%. Pacienții cu Child B se recomandă rezecții economice.

Extinderea indicațiilor pentru rezecții chirurgicale.

<p style="text-align: center;">Modelarea volumului hepatic</p> <p>(ALPPS procedura, Ligaturarea venei porta). Înțelegerea sindromului small-for-size</p>	<p style="text-align: center;">Modelarea tehnicilor de transplant</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Controlul venei cave 2. Tehnice de venoplastie 3. Controlul hemodinamic în clamparea VCI. 4. Transecție hepatică cu hemodinamică hepatică prezentă. 	<p style="text-align: center;">Modelarea tehnicilor de rezecție</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abord chirurgical anterior 2. Utilizarea dispozitivului CUSA
---	--	---

Conduita perioadei postoperatorie.

1. Gestionarea atenta a fluidelor și electrolitelor (coloizi prioritari asupra cristalozilor, restricție de sodiu)
2. Tratatamentul lactatemiei (soluții ce conțin baze de micșorat soluții ce conțin acide).
3. Controlul glicemiei
4. Controlul coagulopatiei și profilaxia complicațiilor trombotice
5. Antibioticoterapia este indicată pe tot parcursul spitalizării
6. În cazul prezenței sindromului citolitic sau hepatopriv este indicat tratament cu steroizi protejat cu medicație IPP

Evidența postoperatorie
Primii 3 ani postoperator imagistică
cu contrast fiecare 6 luni.
Următorii ani imagistică cu contrast
fiecare an

Transplantul de ficat

Transplant Hepatic de la donator aflat în moarte cerebrală
Este o sursă publică de greafă, de aceea necesită criterii
stricte pentru transplant hepatic

Transplant Hepatic de la donator viu
Este o sursă de greafă proprie, de aceea criteriile de
selecție pot fi discutate și extinse

Criteriile Milano pentru TH la pacienți cu CHC sunt bine stabilite și strict reglementate.
Acestea criterii sunt: un nodul unic până la 5cm sau până la 3 noduli, cel mai mare nu va depăși 3 cm.

Acestea criterii pot fi extinse doar pentru recipient ce primește greafă marginală
(steatoză avansată, donator vârstnic, split liver graft, DBD donor)

Tehnicele chirurgicale de prelevare și implantare a grefelor hepatice nu diferă de acelea la recipienți nontumorali

Down-staging tumoral

„Downstaging” terapie sub înțelege tratamentul utilizat
pentru a aduce pacienții la criterii acceptabile atunci
când sarcina lor tumorală (volumul și/sau numărul
tumorii) depășește criteriile standard pentru TH.

Bridging terapie

Este indicată la pacienți incluși în lista de așteptare
pentru Transplant hepatic pentru a stopa progresia
tumorii cea ce va reduce riscul de abandonare din lista
de așteptare

Include:

Rezecția chirurgicală, Ablatie locoregională, Chimioembolizare, Radioembolizare

Chimioembolizarea transarterială (TACE)

Unul sau mai multe medicamente chimioterapeutice (doxorubicina, cisplatina) sunt adăugate la agentul embolic (lipoiodol), pe baza teoriei că ischemia tumorii, cauzată de embolizarea fluxului arterial dominant are un efect sinergic cu medicamentele chimioterapeutice.

Este terapia de prima linie la
pacienți cu CHC nerezecabil

Contraindicații:

Invazie tumorală în vena porta, Tromboză venei porta
Flux hepatofugal, Child C.

Abrevieri:

LCȘ – Laboratorul de cercetări științifice	AFP – AlfaFetoProteina	ALPPS – Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged hepatectomy
HCV – Virusul Hepatitei C	CEA - Antigen carcinoembrionar	MELD – Model for End Stage of Liver Disease
HBV – Virusul Hepatitei B	CA – Cancer Antigen	TH – Transplant hepatic
USG – UltraSonoGrafie	INR – International Normalized Ratio	DBD - donation after brain death
HTP – Hipertensiune Portală	CUSA – Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator	GGTP – GamaGlutamilTranspeptidaza
ALT – AlaninAminoTransferaza	CT – Computer Tomografie	VCI – Vena Cava Inferioară
AST – AspartatAminoTransferaza	RMN – Rezonanță Magnetică Nucleară	IPP – Inhibitorii pompei de protoni
FA – Fosfatata Alcalină	VFR – Volume of Future Liver	CHC – Carcinomul Hepatocelular

CHISTUL HIDATIC HEPATIC (CHH)

Codificarea CIM-10 – B 67.0, B 67.5, B 67.8

CHH reprezintă o infecție parazitară cronică cu formarea de tumori chistice cu localizare hepatică cauzată de *Echinococcus granulosus*

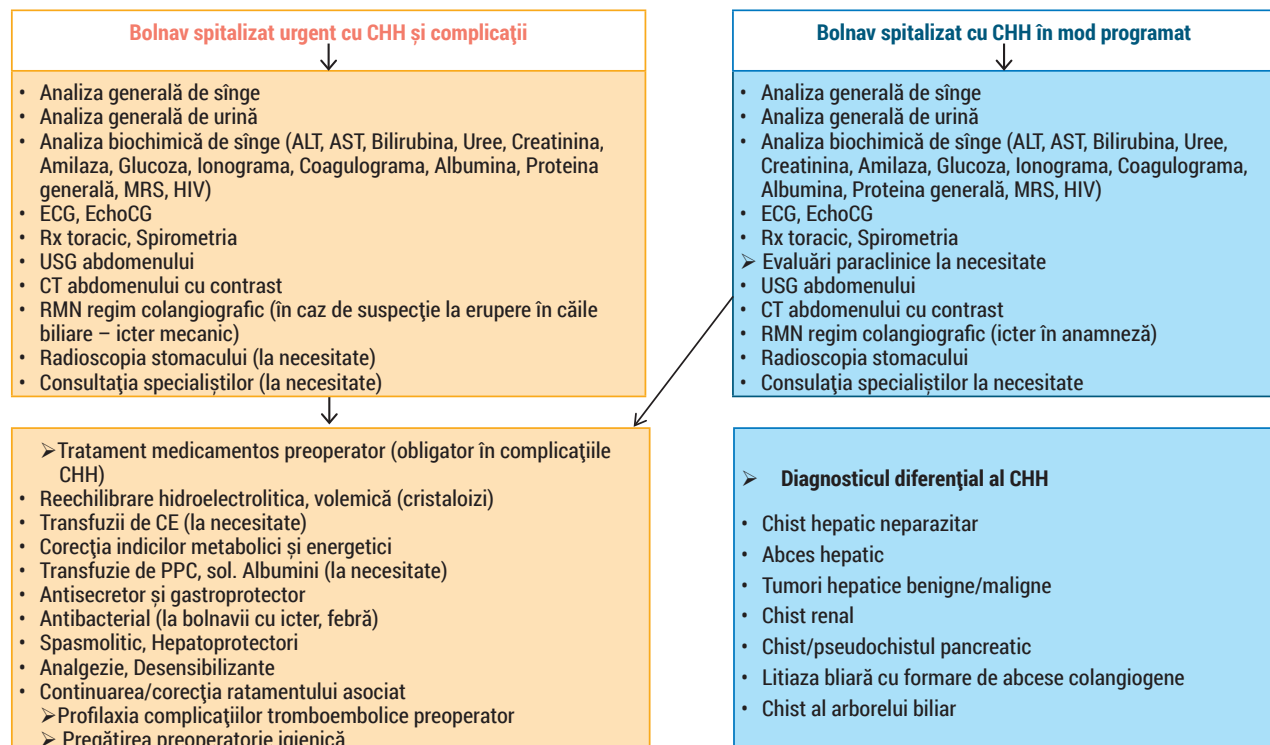
Clasificarea CHH

<ul style="list-style-type: none"> ➢ După numărul de focare hepatice <ul style="list-style-type: none"> • Chist unic • Chisturi multiple ➢ După numărul de scolecși <ul style="list-style-type: none"> • Uniocular • Multiocular (celule fiice) ➢ După formă <ul style="list-style-type: none"> • Sferică • Polilobară 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ După complicații <ul style="list-style-type: none"> • Supurație • Fistulă biliară • Erupție în căile biliare • Erupție în cavitatea peritoneală • Erupție în cavitatea pleurală • Șoc anafilactic • Compresie extraoraginică ➢ CHH calcificat
--	--

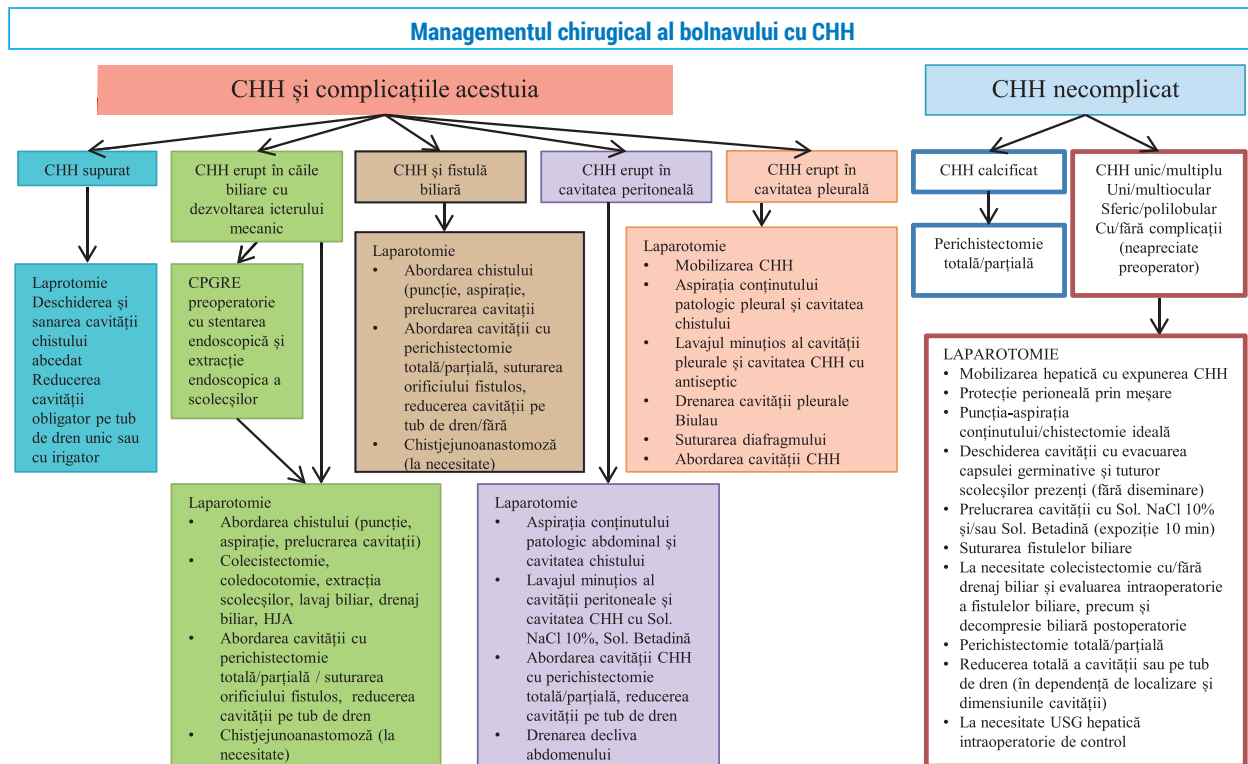
Criterii de spitalizare a pacienților cu CHH

Spitalizare urgentă (CHH complicat)	Spitalizare programată
Prezența datelor de formațiune/formațiuni chistică hepatică, icter mecanic, abces hepatic, febră, dureri abdominale, manifestări alergice acute (șoc anafilactic)	Prezența datelor de formațiune/formațiuni chistice hepatice caracteristice CHH indiferent de prezența complicațiilor acestuia
Anamneza (debutul bolii, icter, prurit cutanat, febră, disconfort abdominal pînă la dureri, pierdere ponderala, tulburari dispeptice, urina hiperchroma, scaun acholic, manifestări alergice). Acuze persistente în timp sau apărute brusc. Istoric personal, familial sau regional de infestare cu echinococ.	Anamneza (debutul bolii, disconfort abdominal pînă la dureri periodice, pierdere ponderala, manifestări alergice neexplicate, inapetență, greață). Istoric personal, familial sau regional de infestare cu echinococ.
Examenul clinic și paraclinic Examen obiectiv Analiza generală de sînge Analiza generală de urină Analiza biochimică de sînge (ALT, AST, Bilirubina, Uree, Creatinina, Amilaza, Ionograma, Glucoza, Coagulograma) USG abdomenului ECG Rx toracic, Rx abdomen CT abdomenului cu contrast, RMN regim colangiografic (la disponibilitate)	Examenul obiectiv Evaluarea datelor paraclinice de laborator (prezente în trimitere) Analiza generală de sînge Analiza generală de urină Analiza biochimică de sînge (ALT, AST, Bilirubina, Uree, Creatinina, Amilaza, Ionograma, Glucoza, Coagulograma) Evaluarea examenilor instrumentale (efectuate anterior) USG abdomenului, CT abdomen cu contrast, RMN regim colangiografic USG abdomenului repetat (la necesitate)

Managementul de evaluare și pregătire preoperatorie a bolnavului cu CHH



NB! Bolnavii cu icter avansat, valorile bilirubinei > 300 μmol/l, starea alterată din cauza supurației chistului, patologie asociată gravă – necesită pregătire preoperatorie în secția de terapie intensivă și decompresia arborelui biliar prin CPGRE



- ### Conduita medico-chirurgicală postoperatorie
- **Tratament medicamentos**
 - Medicație spasmolitică, antibacteriană, antisecretorie, hepatoprotectie, desensibilizantă (la necesitate), analgezică, terapia infuzională, transfuzii (la necesitate), alimentație parenterală, profilaxia complicațiilor tromboembolice, tratamentul patologiilor asociate.
 - **Îngrijirile postoperatorii**
 - Reluarea activității motorice și alimentației enterale în primele 24-48 ore de la intervenție
 - Pansamentul plagii cu monitorizarea eliminărilor din drenajele de siguranță și cavitatea chistului cu diagnosticarea și evaluarea postoperatorie a complicațiilor (fistula biliară, hemoragie, supurația cavității restante)
 - **Diagnosticul și conduita chirurgicală a complicațiilor postoperatorii***
 - **Evaluari postoperatorii a indicilor de laborator și investigații instrumentale (USG/CT abdomenului, Rx toracic, Fistulografie)**

- * Diagnosticul și conduita chirurgicală a complicațiilor postoperatorii**
- **Fistula biliară dirijată pe tubul de dren din cavitatea restantă**
 - Debit < 300 ml → **Tratament conservator cu închiderea acesteia în timp**
 - Debit < 300 ml → **Tratament conservator → persistența în timp → CPGRE + sfincteromie endoscopică retrogradă → tratament conservator**
 - Debit > 300 ml → **CPGRE + sfincteromie endoscopică retrogradă → tratament conservator**
 - **Hemoragie postoperatorie (hemoperitoneum), peritonită biliară, supurarea plagii etc → tratament chirurgical respectiv**

- #### Criterii de externare:
- Starea generală satisfăcătoare/relativ satisfăcătoare
 - Afebrilitate
 - Plaga cicatrizare obișnuită perioadei postoperatorii
 - Drenajul biliar închis
 - Drenajul Biulau extras postoperator conform rezultatului Rx toracic
 - Bolnavii se externează la domiciliu cu drenajul/drenajele din cavitatea restantă și cel biliar închis
 - Revizia suturii de fixare a drenajelor la tegument

- #### Recomandații la externare
- Evidența medicului de familie, chirurg, (la necesitate – medic hepatolog, gastrolog, cardiolog, pulmonolog, infecționist)
 - Îngrijirea plagii p/o și drenajelor existente cu monitorizarea caracterului și cantității eliminărilor prin acestea
 - **Tratament antiparazitar conform schemei**
 - Comp. Albendazol 400mg – 1 comp. X 2 ori/zi 28 zile
 - Pauza 14 zile + medicație per os hepatoprotectoare
 - Comp. Albendazol 400mg – 1 comp. X 2 ori/zi 28 zile
 - USG abdomenului la 1, 3, 6 și 12 luni
 - CT abdominal la 3, 6 și 12 luni (la necesitate)
 - Respilatare cu managementul cavității restante (la necesitate) sau în caz de CHH recidivant

<p>Abrevieri</p> <p>CHH – chist hidatic hepatic USG – ultrasonografie CPGRE – colangiopancreatografia retrogradă endoscopică</p>	<p>CT – computer tomografie ECG – electrocardiograma PPC – plasmă proaspăt congelată HJA – hepaticojejunostomoză</p>	<p>RMN – rezonanță magnetonucleară Rx - radiografie EchoCG - echocardiografia CE – concentrat eritocitar</p>
---	---	---

CHISTUL PILONIDAL

(Cod CIM 10: L05).

Reprezintă un canal îngust, tapetat cu epiteliu, care conține foliculi piloși, glande sebacee, și care se deschide la nivelul pielii șanțului interfesier prin unul sau mai multe orificii punctiforme.

Diagnosticul			
Anamneza:	Examenul obiectiv:	Investigații:	Simptomatologie inflamatorie
evidențiază factorii etiologici, durata și caracterul acuzelor, antecedente de traumă ale zonei sacro-coccigiene, precum și prezența disfuncțiilor organelor bazinului mic (pentru diagnostic diferențial cu meningocelul).	se efectuează cu pacientul poziționat în decubit ventral sau în genunchi și în coate, examinând prezența, numărul și localizarea orificiilor primare și secundare ale chistului pilonidal; starea tegumentelor.	<p>Tușeul rectal: Se efectuează la toți pacienții, indiferent de prezența diagnosticului confirmat de chist pilonidal. Se examinează regiunea criptelor lui Morgani, precum și starea vertebrelor sacrale și coccigiene.</p> <p>Fistulografia: se efectuează doar în cazuri dificile, pentru diagnostic diferențial.</p> <p>Ultrasonografia regiunii sacro-coccigiene: permite aprecierea localizării, dimensiunilor, structurii focarului inflamator și profunzimea acestuia în raport cu tegumentele, prezența traiectelor suplimentare, gradul de antrenare în procesul inflamator a țesuturilor adiacente, țesutului subcutanat.</p> <p>Există însă și cazuri când se indică și alte seturi de investigații: hemoleucograma (<i>leucocitoza cu neutrofilie</i>), analiza urinei, radiografie, CT, RMN, ecografia părții moi. ECG și Rx pulmonar preoperator</p>	<ul style="list-style-type: none"> • durere în zona sacrală având caracter pulsatil, violent și permanent, fiind accentuată de statul pe scaun și defecație • febră, alterarea stării generale, astenie • transpirații nocturne

Tratament:

(Tratamentul este întotdeauna chirurgical)

- Excizia chistului pilonidal cu suturarea etanșă a plagii (Chist pilonidal necomplicat)
- Excizia chistului pilonidal cu marsupializare (stadiul infiltrativ a chistului pilonidal acut)

- Tratamentul chirurgical în două etape (chist pilonidal acut cu abces)
- Excizia chistului pilonidal cu plastia defectului cutanat cu lambou (după Limberg, Karidakis, cu plastie în L,Z,Y,W)
- Excizia subcutană a chistului pilonidal (sinusectomia), (chist pilonidal necomplicat; chist pilonidal în stadiul de fistulă purulentă; chist pilonidal în faza de remisie a inflamației)

Posibile complicații evolutive a chistului pilonidal

- abcese recurente (în cazul în care auditul nu a fost efectuată în întregime);
- recurență a bolii (în cazul în care pacientul nu respectă liniile directoare pentru gestionarea modului post-operatorie);
- sepsis și pyosepticemia (atunci când sunt îmbinate prin infecție bacteriană secundară);

Sechele postoperatorii posibile

- Fistulă restantă
- recurență a bolii (în cazul în care pacientul nu respectă liniile directoare pentru gestionarea modului post-operator);
- deformarea șantului interfesier
- modificări cicatriciale în țesuturi
- închiderea incompletă a plăgii postoperatorii cu formare de recidivă
- cicatricea patologică a pereților plăgii

Conduita postoperatorie

- Pansamente zilnice cu utilizarea peroxidului de hidrogen, antisepticelor pe bază de iod sau alcool;
- Aplicarea locală a unguentului regenerativ și cu proprietăți antimicrobiene și antiinflamatorii până la cicatrizarea plăgii;
- Tratament fizioterapeutic sub formă de ședințe zilnice a câte 10 minute;
- Durata reabilitării postoperatorii constituie în medie între 3 și 5 săptămâni de la internare.

Prognosticul

- În general este favorabil în cazul selectării timpului optim pentru operație radicală.
- În cazul deschiderii obișnuite a abcesului fără înlăturarea cauzei sau fistulei formate însănătoșirea este puțin probabilă.

COLANGIOCARCINOM HILAR (CCH) (TUMOR KLATSKIN)

cod CIM-10

C 24.0 reprezintă o tumoră malignă cu dezvoltare din epitelul ductal biliar, ce interesează confluența biliară caracterizat prin creștere infiltrativă pe parcursul ducturilor biliare și în peretele acestora.

Clasificarea: Bismuth- Corlette

Stadiul I - tumora limitata la canalul hepatic comun (CHC)	Stadiul III B - tumora cuprinde CHC, bifurcația si canalul hepatic stâng
Stadiul II - tumora cuprinde CHC si bifurcația	Stadiul IV - tumora cuprinde CHC, bifurcația si ambele canale hepatice
Stadiul III A - tumora cuprinde CHC, bifurcația si canalul hepatic drept	

Clasificare TNM

TX Tumora primară nu poate fi evaluată

- T0 Fără dovezi de tumoră primară
- Tis Carcinom in situ
- T1 Tumoră limitată la canalul biliar, cu extensie până la tunica musculară sau țesutul fibros
- T2a Invazia tumorală depășește peretele canalului biliar și ajunge în țesutul adipos înconjurător
- T2b Tumoră invadează parenchimul hepatic adiacent
- T3 Tumoră invadează unilateral ramurile venei porte sau ale arterei hepatice
- T4 Tumoră invadează trunchiul principal al venei porte sau ramurile acesteia, bilateral; sau artera hepatică comună; canaliculele biliare de rang doi bilateral; canaliculele biliare de rang doi unilateral și vena portă sau artera hepatică contralateral

Ganglioni limfatici regionali (N)

- NX Ganglionii limfatici regionali nu pot fi evaluați
- N0 Fără metastaze la nivelul ganglionilor limfatici regionali
- N1 Metastaze la nivelul ganglionilor regionali (inclusiv în ganglionii situați de-a lungul canalului cistic, canalului biliar comun, arterei hepatice și venei porte)
- N2 Metastaze la nivelul ganglionilor periaortici, pericavi, situați de-a lungul arterei mezenterice superioare și/sau arterei celiace

Metastaze la distanță (M)

- M0 Fără metastaze la distanță
- M1 Cu metastaze la distanță

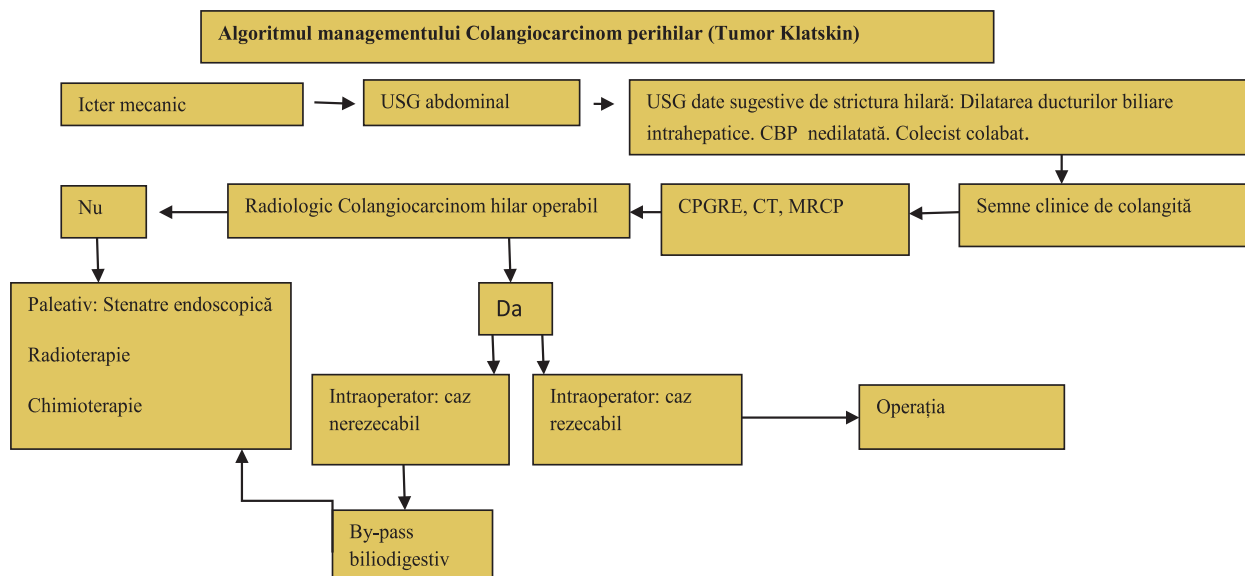
Gruparea în stadii				Simptome
Stadiul 0	Tis	N0	M0	Perioadă preicterică Simptome nespecifice (balonări postprandiale, greață, astenie, scădere ponderală, prurit, febră, dureri în hipocondru drept) Perioadă icterică - icter progresiv - hepatomegalie ± dureri ± febră, frisoane
Stadiul I	T1	N0	M0	
Stadiul II	T2a-b	N0	M0	
Stadiul IIIA	T3	N0	M0	
Stadiul IIIB	T1-3	N1	M0	
Stadiul IVA	T4	N0-1	M0	
Stadiul IVB	Orice T	N2	M0	
	Orice T	Orice N	M1	

Examen de laborator

- Teste funcționale hepatice:
 - Colestază: Bilirubina↑ pe contul fracției directe, fosfataza alcalină↑, gamaglutamiltranspeptidaza↑
 - Citoliză: AST↑, ALT↑
- Marker tumorali: CEA, CA 19-9, CA 50
- Hematologice: hipercoagulabilitate, anemie, leucocitoză
- Status nutrițional: hipoalbuminemie

Examen imagistic

- USG abdominal
- CPGRE
- CT
- MRCP
- Colangiografie transperietohepatică
- Examen histopatologic preoperator (citologie, biopsie).



Tratamentul chirurgical radical

Hepatectomia dreaptă sau dreaptă extinsă: se adresează stadiilor III A și IV (bifurcația de ordin II pe stânga liberă) sau stadiilor incipiente (I și II) cu invazie vasculară loară dreaptă implică și rezecția hepaticului comun și bifurcației

Hepatectomia stângă sau stângă extinsă: se adresează stadiilor III B și IV (bifurcația de ordin II pe dreapta liberă) sau stadiilor incipiente (I și II) cu invazie vasculară loară stângă

Hepatectomie centrală: se adresează stadiilor IV (bifurcația de ordin II pe ambele canale neinvadată)

- Criterii de nerezecabilitate:**
- Boli asociate ce contraindică intervenții chirurgicale de amploare
 - metastaze la distanță
- Criterii de nerezecabilitate locală:**
- Invazia bilaterală a bifurcației canalelor hepatice de ordinul II
 - Invazia ambelor ramuri ale venei porte (dreapta și stînga)
 - Invazia ambelor ramuri (dreapta și stînga) ale arterei hepatice
 - Invazia unilaterală a bifurcației biliare II și vasculara controlaterală

- Tratamentul paliativ**
- By-pass biliodigestiv intern (HJA)
 - By-pass biliodigestiv extern (HS+MJS)
 - Biopsie

Conduita medico-chirurgicală postoperatorie

- ✓ **Tratament medicamentos**
Medicație spasmolitică, antisecretorie, gastroprotectoare, analgezică, terapia infuzională, transfuzii (la necesitate), alimentație parenterală, profilaxia complicațiilor tromboembolice, corecția glicemiei, tratamentul patologiilor asociate și complicațiilor.
- ✓ **Îngrijirile postoperatorii**
Decompresie gastrică pe sondă cu înlăturarea acesteia la reluarea tranzitului intestinal și reincluderea alimentației enterale.
Decompresie biliară cu blocarea drenajului după reluarea tranzitului intestinal + 3 zile
Pansamentul plagii cu monitorizarea eliminarilor prin drenajele de siguranță cu dirijarea postoperatorie a complicațiilor (fistula, hemoragie p/o)
Diagnosticul și conduita chirurgicală a complicațiilor postoperatorii
Evaluări postoperatorii a indicilor de laborator și investigații instrumentale (USG abdomenului, Rx toracic, Fistulografie, CT abdomenului.)

Abrevieri

CCH - Colangiocarcinom hilar	HS - hepaticostomie
USG - Ultrasonografie	CPGRE - colagiopancreatografia retrogradă
CBP - Calea biliară principal	HJA - hepaticojejunoanastomoză
CT - Computer tomografie	CHC - canalul hepatic comun
MRCP - Rezonanță magnetonucleară regim colangiografic	MJS - microjejunostomie

COLECISTITA ACUTĂ CALCULOASĂ

CAC – este inflamația acută a vezicii biliare, cauzată de inclavarea calculului biliar în infundibulul colecistului, recesul Hartmann sau ductul cistic.

Clasificarea

Clasificarea anatomopatologică :

- Colecistită catarală sau edematoasă.
- Colecistită flegmonoasă
- Colecistită gangrenoasă

Clasificarea clinică (PCN-293)

- **Colecistita acută ușoară (gradul I)** CAC la pacient fără disfuncție de organe. Bolnavul cu CAC se clasifică în forma „ușoară” cand acesta nu are criterii pentru includerea în formele „de gravitate medie” sau „gravă”
- **Colecistita acută de gravitate medie (gradul II)** CAC prezintă cel puțin una dintre următoarele condiții:
 1. Leucocitoza (> 18.000 / mm³);
 2. Plastron inflamator palpabil în regiunea hipocondrului drept;
 3. Debutul simptomelor > 72 ore;
 4. Semne clinice și paraclinice de peritonită biliară, abces perivezical, abces hepatic, colecistita gangrenoasă, colecistita emfizematoasă
- **Colecistita acută gravă (gradul III)** prezența disfuncției a oricărui dintre următoarele organe sau sisteme:
 1. Disfuncție cardiovasculară (hipotensiune arterială refractară la resuscitare volemică de 30 ml/kg pe oră, sau hipotensiune care necesită corecția cu preparate vasopresorii);
 2. Disfuncție neurologică
 3. Disfuncție respiratorie (raportul PaO₂ /FiO₂ < 300);
 4. Disfuncție renală (oliguria < 30 ml/oră, creatinina > 200 mg/l);
 5. Disfuncție hepatică (INR > 1,5 sau nivelul protrombinei < 60%);
 6. Disfuncție hematologică (numărul trombocitelor < 100.000 / mm³).

Manifestări clinice

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza • Durerea în regiunea hipocondrului drept sau epigastru (cu posibilă iradiere) • Grețuri • Vome • Meteorism • Febra până la 38-38,5°C • Tahicardie • Palpator – Durere hipocondrul drept, posibil defans muscular. • Simptome specifice - Murphy, Ortner, frenicului, Bloomberg și Mandel -Razdolcky | <ul style="list-style-type: none"> ➤ regiunea supraclaviculară dreaptă (semnul Mussi-Gheorghievski) ➤ regiunea cordului, „sindrom colecisto-coronarian” sau sindromul Botkin). ➤ unghiul inferior al omoplatului drept ➤ umăr |
|---|---|

Diagnosticul diferențial

- Apendicita acută.
- Colangită
- Colică biliară.
- Pancreatită acută.
- Acutizarea ulcerului duodenal
- Ulcerul gastroduodenal perforat
- Ocluzia intestinală
- Hepatita acută.
- Cancerul unghiului hepatic al colonului.
- Inflamațiile renale sau colica renală pe dreapta
- Pleuropneumonia bazală și pleurezia pe dreapta
- Infarctul miocardic și angina pectorală.

Examenul paraclinc

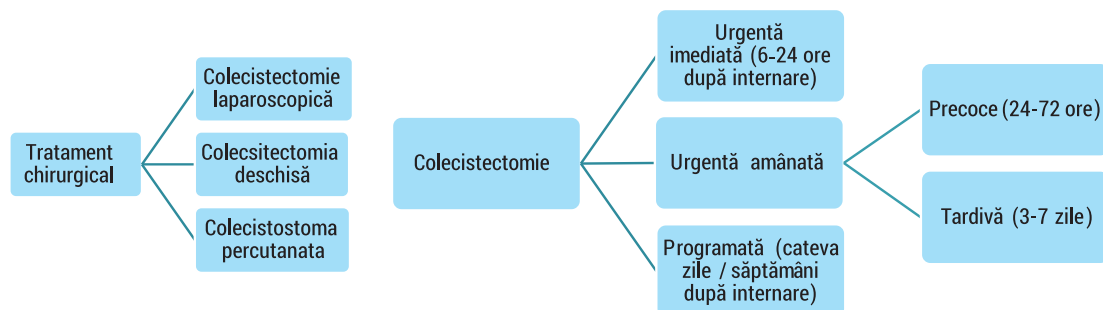
- Analiza generală a sângelui
- Analiza generală a urinei
- ECG
- Grupa +Rh
- Biochimia sângelui (Ureea, Creatinina, Bilirubina totală + directă, ALAT, AsAT, FA, LDH)
- Proteina C reactivă
- Coagulograma (Ind. Protrombinei, fibrinogen)
- USG abdomen
- Investigații opționale: CT, RMN, Rx abdomen, MRCP, FEGDS, CPGRE

Tratament

Tratamentul medicamentos standard	Antibioticoterapie: Empirică	
<ul style="list-style-type: none"> • Regim alimentar 0; • Terapia perfuzională cu soluții cristalinoide sau coloidale; • Preparate spasmolitice (platifilină, papaverină); • Analgezice parenterale, inclusiv opioide(excep: morfina) • Instalarea sondei nazogastrice în cazul persistenței grețurilor și vomei; • Remediile AINS • H2 blocatori sau IPP 	Monoterapie (CAC ușoară, medie) <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxonum • Cefazolinum • Ceftazidimum • Cefuroximom • Ciprofloxacinum 	Terapia combinată (CAC gravă și complicată) <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxonum + Metronidazolom • Ceftazidimum + Metronidazolom • Ciprofloxacinum + Metronidazolom • Ceftriaxonum + Metronidazolom + Ampicillinum • Imipenemum +Metronidazolom

NB

1. Antibioticoterapia stopată la 24 ore după intervenția chirurgicală în gr.I și II
2. Prezența intraoperatorie a abcesului perivezical, colecistitei gangrenoase, -indică prelungirea antibioticoterapiei până la 7 zile postoperator
3. Apariția complicațiilor septică în perioada postoperatorie, impune alegerea antibioticoterapiei în baza rezultatelor examenului bacteriologic intraoperatorii, precum și a celor din plagă sau din colecțiile lichidiene intraabdominale.



<p>Contraindicațiile pentru colecistectomie laparoscopică :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coledocolitiază, dar în asocieră cu insuccesul sau indisponibilitatea sfincterotomiei și coledocolitextracției endoscopice preoperatorii; • Ciroza hepatică decompensată 	<ul style="list-style-type: none"> • Coagulopatie necorijată; • Sarcina în termen avansat • Suspecție clinică și imagistică de sindromul Mirizzi • Experiența redusă sau echipament imperfect.
--	--

<p>Indicațiile pentru conversie de la CEL la CED)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Particularități anatomice • Anomalii ale căilor biliare 	<ul style="list-style-type: none"> • Leziuni biliare și vasculare majore • Aderențe multiple și masive
---	--

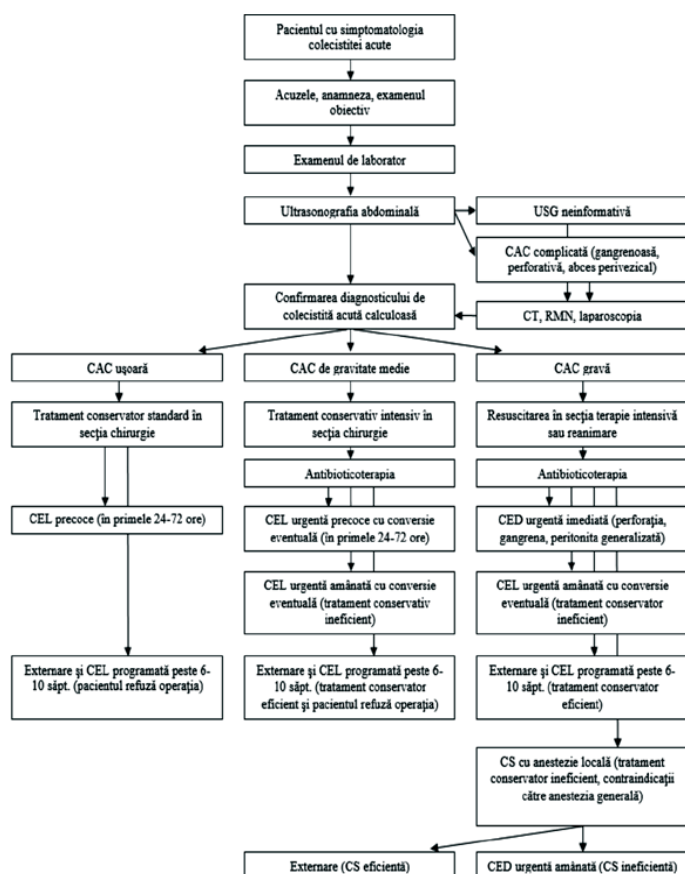
<p>Complicațiile postoperatorii după colecistectomie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilioragie din ductul Luschka (0,1-0,5%); • Leziuni majore ale căilor biliare extrahepatice cu bilioragie sau icter mecanic (0,5-1,2%); • Leziuni vasculare (0,3%); • Hemoragie intraabdominală clinic importantă; • Peritonită (0,2%); • Abcese intraabdominale (subhepatic, subdiafragmal etc.); • Supurația plăgii postoperatorii; • Complicații cardiovasculare și respiratorii (0,5-5%); • Hernii incizionale sau posttrocar

<p>Perioada postoperatorie</p> <p>Mobilizarea și alimentația precoce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalarea sondei nazogastrice la necesitate • Tratamentul durerii (AINS, Analgezie opioidă cu excep: Morfinei) • Înlăturare precoce a drenurilor în lipsa debitului sau când volumul eliminărilor seroase nepatologice scade până la un volum mai mic de 50 ml/ 24 ore);

<p>Criterii de externare</p> <p>Normalizarea stării generale a pacientului;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restabilirea pasajului intestinal; • Lipsa febrei; • Lipsa complicațiilor postoperatorii.
--

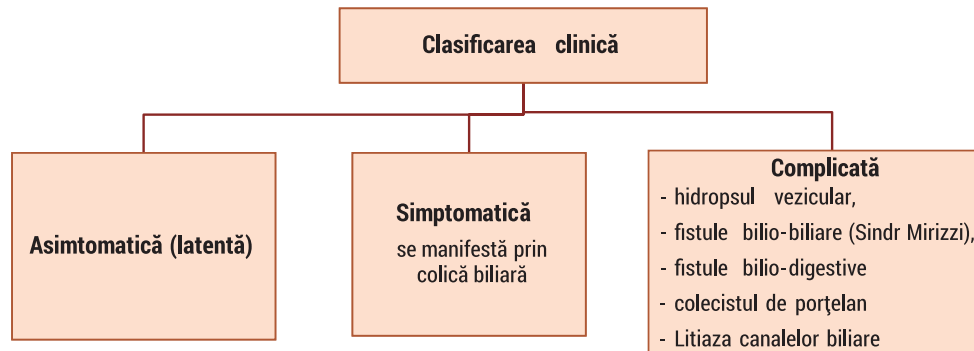
<p>Recomandații la domiciliu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta 5 (cel puțin o luna postoperator) 2. Limitare efort fizic 3. Tratament medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> • Anageltice • Spasmolitice • La necesitate : fermeți, h2 blocatori sau IPP

Algoritmul general de conduită a pacientului cu CAC în staționar



COLECISTITA CRONICĂ CALCULOASĂ

CCC – prezența calculilor doar în vezica biliară, apare ca rezultat al acceselor ușoare repetate autolimitate ale colecistitei acute, și se caracterizează prin atrofia mucoasei și fibroza pereților vezicii biliare.



Litiaza biliară asimptomatică nu necesită tratament chirurgical. Se recomandă tactică expectativă și instituirea tratamentului chirurgical la apariția simptomaticei. Excepție:

- prezența unui risc de malignizare („vezicul de porțelan”, cancerul vezicular în familie);
- pacienții transplantați care urmează să facă tratament imunosupresiv
- pacienții care trăiesc în regiuni îndepărtate, cu accesibilitate problematică la un spital în caz de urgență;
- diabeticii, care prezintă un risc crescut de complicații pe măsura progresiunii bolii.

Internarea în staționar programată, investigații ambulatorii:

- Analiza generală a sângelui
- Analiza generală a urinei
- ECG
- Grupa + Rh
- Biochimia sângelui (Ureea, Creatinina, Bilirubina totală + directă, ALAT, AsAT)
- Coagulograma (Ind. Protrombinei, fibrinogen)
- USG abdomen (recentă)
- Patologiile concomitente compensate (la necesitate consultațiile specialiștilor)
- **NB!** – repetarea în condiții de staționar, la necesitate, a investigațiilor de laborator și instrumentale, dubioase sau neconcludente

Pregătirea preoperatorie:

- Sistarea alimentației cu minim 8 ore anterior de intervenție.
- Profilaxia complicațiilor tromboembolice la necesitate
- Igiena generală, pregătirea regiunii intervenției
- Aplicarea bandajelor sau ciorapilor elastici anterior de intervenție

Tratament chirurgical

Colecistectomie laparoscopică

Colecistectomie deschisă

Contraindicațiile pentru colecistectomie laparoscopică :

- Coledocolitiază, dar în asocieră cu insuccesul sau indisponibilitatea sfincterotomiei și coledocolitextractiei endoscopice preoperatorii;
- Ciroza hepatică decompensată
- Coagulopatie necorijată;
- Sarcina în termen avansat
- Suspecție clinică și imagistică de sindromul Mirizzi sau fistulă bilio-digestivă
- Experiența redusă sau echipament imperfect.

Indicațiile pentru conversie de la CEL la CED)

- Particularități anatomice
- Anomalii ale căilor biliare
- Leziuni biliare și vasculare majore
- Aderențe multiple și masive

Complicațiile postoperatorii după colecistectomie

- Bilioragie din ductul Luschka (0,1-0,5%);
- Leziuni majore ale căilor biliare extrahepatice cu bilioragie sau icter mecanic (0,5-1,2%);
- Leziuni vasculare (0,3%);
- Hemoragie intraabdominală clinic importantă;
- Peritonită (0,2%);
- Abcese intraabdominale (subhepatic, subdiafragmal etc.);
- Supurația plăgii postoperatorii;
- Complicații cardiovasculare și respiratorii (0,5-5%);
- Hernii incizionale sau posttrocar

Perioada postoperatorie

- Mobilizarea și alimentația precoce
- Înlăturarea precoce a drenurilor în lipsa debitului sau când volumul eliminărilor seroase nepatologice scade până la un volum mai mic de 50 ml/ 24 ore);
- Tratatamentul durerii (AINS, Analgezie opioide cu excep: Morfinei)
- Remedii antiemetice, la necesitate (metoclopramida, ondasetron)
- Profilaxia complicațiilor tromboembolice
- Remedii spasmolitice (papaverina, platifilin)
- Antibioticoprofilaxie intraoperatorie (cefalosporine II generație) pentru pacienți cu risc sporit de infecție (vârsta >60 ani, prezența obstrucției biliare, epizod de pancreatită biliară anterioară, obezitatea și imunosupresia)
- Antibioticoterapie – în caz de apariția complicațiilor septice în perioada postoperatorie, în baza rezultatelor examenului bacteriologic din plagă sau din colecțiile lichidiene intraabdominale.

Criterii de externare

- Normalizarea stării generale a pacientului;
- Restabilirea pasajului intestinal;
- Lipsa febrei;
- Lipsa complicațiilor postoperatorii.

Recomandații la domiciliu:

1. Dieta 5 (cel puțin o luna postoperator)
2. Limitare efort fizic
3. Tratatament medicamentos:
 - Analgetice(AINS)
 - Spasmolitice
 - La necesitate : fermeți, h2 blocatori sau IPP

COLEDOCOLITIAZA

reprezintă afecțiunea în care se atestă prezența calculilor în calea biliară principală (CBP) cu sau fără prezența manifestărilor clinice.
Cod CIM-10-K80.50, K80.51.

Clasificarea

<p>Etiologic</p> <ul style="list-style-type: none"> - Litiiza primitivă sau autohtonă - Litiiza secundară sau migrantă <ul style="list-style-type: none"> ✓ Litiiza postoperatorie ✓ Restantă ✓ Recidivantă 	<p>Anatomo clinic</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forma comună (simplă sau favorabilă) se caracterizează prin prezența calculilor migrați, unici sau multipli, nesfărâmițoși, peretele coledocian nu este modificat, astfel obstrucția coledociană lipsește sau este parțială. - Forma complexă – consemnează prezența calculilor autohtoni (friabili) sau migrați cu situații particulare (inclavați în papilă, migrați în căile biliare principale). Colangita și afectarea organelor adiacente este prezentă. - Forma malignă (impetrirea coledociană) este o formă rară, în care CBP este dilatată, atonă, plină de calculi, realizând „megacoledocul”, ce poate atinge dimensiunile de 3-4cm.
--	--

Tabloul clinic

N.B. Coledocolitiiza este însoțită de manifestări clinice numai în condițiile în care are loc obstrucția CBP și dereglarea pasajului biliar spre duoden.

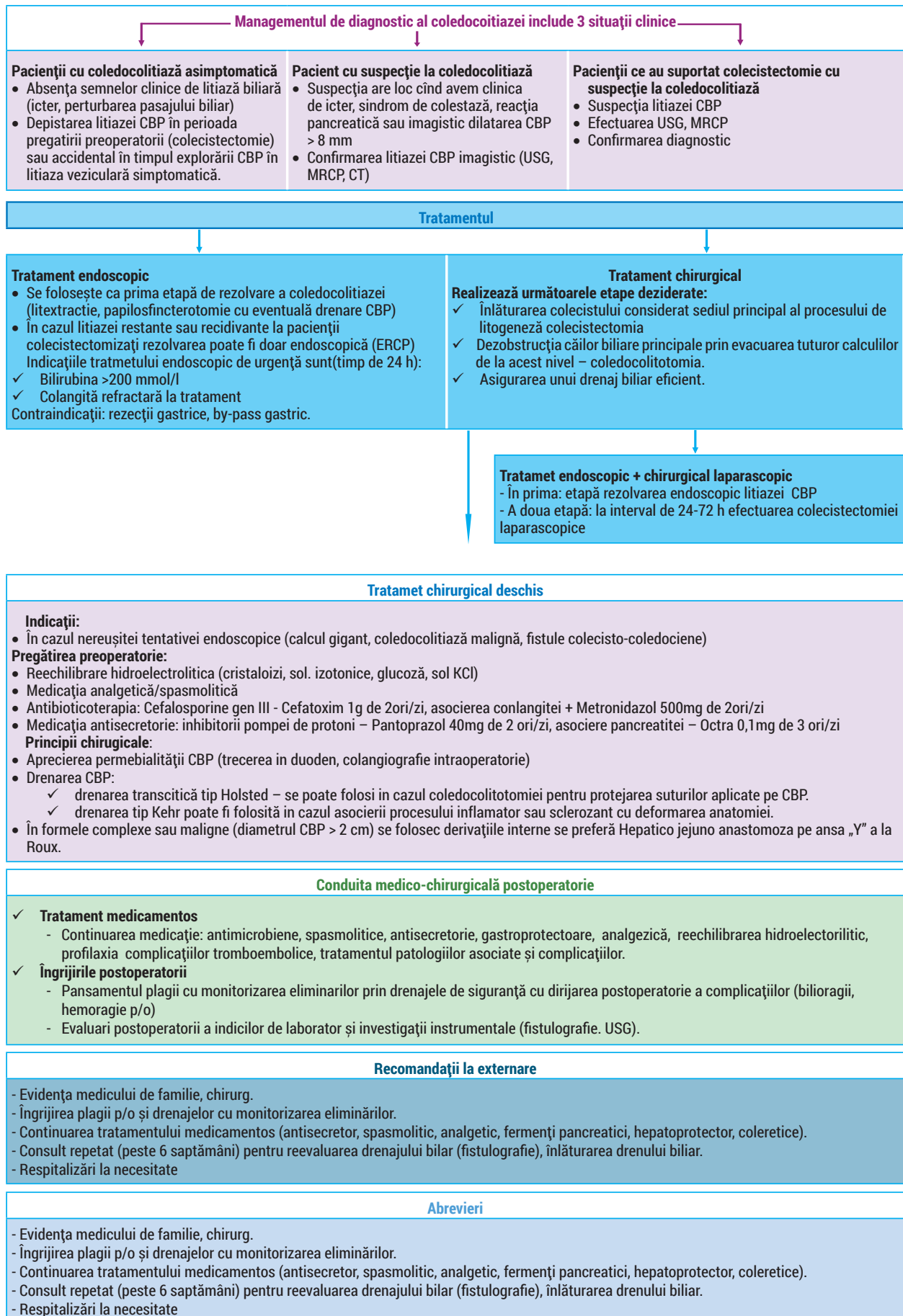
- **Durerea** apare în cca 80% din litiizele coledociene, se instalează de obicei brusc, este localizată în hipocondrul drept cu iradiere în epigastru și periombilical, precede instalare icterului, fiind la rândul ei precedată de febră și frison, complex simptomatic cunoscut ca trida „Charcot-Villard”. Durerea este vie, atroce, are caracter de crampă, continuă, fără paroxisme (evoluează în platou) și se exacerbează la mișcare.
- **Febra** întâlnită în formele de litiiază complicate cu angiocolită sau colecistită acută, apare în pusee, este înaltă (38-39 C) și aproape întodeauna însoțită de frison. sunt caracteristice accesele febrile intermitente, cu un ritm de apariție neregulat. Suprainfecția se datorează în special stazei biliare și în mod secundar intervenției bacteriilor gram-negative.
- **Icterul** sclero-tegumentar este semnul major, care apare după 12-24 h de la colică. De obicei este discret și intermitent atunci când este produs de calculi mobili din coledoc. Remisiile sunt legate de mobilizarea calculilor (eliminarea lor în duoden) sau de retrocedarea spasmului și a edemului. Urinile sunt hiperchrome, scaunele hipocolice și este prezent pruritul cutanat.

Investigații paraclinice

- **Analiza generală de sânge** poate fi relevantă la pacienții cu colecistită acută, angiocolită sau pancreatită acută edematoasă secundară obstrucției prin calcul inclavat în papilă, unde se determină:
 - leucocitoză,
 - devierea formulei leucocitare spre stânga.
- **Analiza biochimică apreciază:**
 - hiperbilirubinemie pe contul frației directe, creștere FA – sindrom de colestază.
 - nivel crescut al ALT, AST – sindrom de citoliză hepatică.
 - amilazemie – reacția pancreasului datorită colestazei.
- **Analiza generală a urinei**
- **Coagulograma (fibrinogen/protrombina)**
- **Grupa de sânge/factor Rh**
- **ECG**
- **MRS**
- **Radiografia cutie toracice**

Diagnostic imagistic

- **Ecografia abdominală** metoda de prima elecție, non-invazivă, rapidă ne permite vizualizarea veziculei biliare, ficatului, căile biliare și pancreasului fiind informativă în aprecierea dilatației căilor biliare intra- și extrathepatice, aprecierea calculilor
- **Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (ERCP)** permite atât explorarea arborelui biliar cât și a celui pancreatic. Se obține o colangiografie de bună calitate prin care se identifică litiiza CBP cu diferențierea de alte patologii. Când se constată prezența calculilor coledocieni, există posibilitatea efectuării imediate a sfincterotomiei endoscopice și a extragerii calculilor cu sonda Dormia. Asigurarea drenajului biliar prin stentarea CBP sau drenaj nazo-biliar util în tratamentul angiocolitei.
- **Colangiografia prin rezonanță magnetică nucleară (MRCP)** – aprecierea dilatarea căilor biliare, gradul de obstrucție, localizarea calculilor biliari, evaluarea gradului de inflamație în jurul veziculei biliare. Constatarea oricărui îngustare extrinsecă a CBP, identificarea variantelor anatomice la nivelul arborelui biliar. Mai puțin invazivă și cu o rată de precizie foarte înaltă.
- **Tomografia computerizată (CT) cu contrast** permite obținerea imagini concludente la bolnavii ce aerocolia ce maschează căile biliare. Calculii conținând săruri de calciu pot fi vizualizați până la un diametru de 1 mm. Efectiv în diagnosticul diferențial al tumorilor în regiuna hilară.



COLITA ULCERATIVĂ

Cod CIM-10: K51-K51.9

Colita ulcerativă este o boală cronică care duce la inflamația prelungită a mucoasei și submucoasei colonului fără granuloame pe biopsie, afectând rectul și, în diferite grade, colonul, caracterizată printr-un curs remisiv cu perioade de exacerbări. De asemenea, sunt caracteristice manifestările sistemice și extraintestinale.

Clasificarea din Montreal a bolilor inflamatorii cronice a intestinului (BICI)

E1 Proctita	Leziunea este distală de joncțiunea recto-sigmoidă sau în limită de 18 cm de la canal anal.
E2 Colită pe partea stângă	Leziunea se extinde de la colonul sigmoid la flexura stângă a colonului.
E3 Colită totală (pancolită)	Leziunea se extinde proximal către flexura stângă a colonului (inclusiv colita subtotală, precum și UC totală cu ileită retrogradă).

Clasificarea din Montreal a activității Colitei Ulcerative (modificată de Truelove & Witts)

CRITERII	Remisie	Colită ulcerativă activă		
	S0	S1 Activitate minimă	S2 Activitate moderată	S3 Activitate pronunțată
Frecvența scaunului sângeros / zi	Fără simptome	< 4	4 și mai multe	> 6
Pulsul		< 90 bătăi pe minut	≤ 90 bătăi pe minut	>90 bătăi pe minut
Temperatura		<37,5°C	≤37,8°C	>37,8°C
Hemoglobina		>115 g/l	≥105 g/l	<105 g/l
Viteza de sedimentare a eritrocitelor (VSH)		< 20 mm/oră	≤ 30 mm/oră	> 30 mm/oră
Proteina C-reactivă (CRP)		normală	≤30 mg/l	>30 mg/l

Indexul MAYO pentru Colita Ulcerativă (Mayo Clinic disease activity index)

Indexul MAYO	0	1	2	3
Frecvența scaunului	Obişnuită	+ 1-2 ori / zi	+ 3-4 ori / zi	+ ≥ 5 ori / zi
Amestec de sânge în scaun	Absentă	incluziuni	prezent	present în cantitate mare
Starea mucoasei	Normală	Eritem, sărăcirea arhitecturii vasculare a mucoasei și vulnerabilitate la contact.	Eritem sever, lipsa arhitecturii vasculare a mucoasei, eroziuni, vulnerabilitate.	Sângerări spontane, ulcere.
Starea generală a bolnavului	Bună	Satisfăcătoare	Gravitate medie	Gravă

Notă: Remisiune clinică - ≤ 2 puncte, activitate ușoară - 3-5 puncte, activitate moderată - 6 - 9 puncte, activitate severă - ≥ 10 puncte.

Clasificarea Colitei Ulcerative după caracterul evoluției clinice

Curs acut	Mai puțin de 6 luni de la debutul bolii.
Curs cronic continuu	Absența perioadelor de remisie mai mult de 6 luni pe fondul terapiei adecvate.
Curs cronic recurent	Prezența perioadelor de remisie mai mari de 6 luni.

ETAPELE DIAGNOSTICE

Metode clinice	Investigații de laborator	Investigații instrumentale
<p>➤ Examenul fizic:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Simptome intestinale: <ul style="list-style-type: none"> - diaree cu sânge și mucozități; - dureri și garguiment în abdomen; - tenezme și defecații nocturne; - senzația degajării intestinale incomplete; - hemoragii rectale. ▪ Simptome generale: <ul style="list-style-type: none"> • semne de deshidratare (piele uscată cu turgor scăzut etc); • semne de stare febrilă; • simptome de afectări caracteristice articulare, cutanate, oculare și ale cavității bucale; ▪ Palparea și percusia abdomenului: <ul style="list-style-type: none"> • fără modificări în formele ușoare și remisiune clinică; • sensibilitate crescută, mai frecvent în fosa iliacă stângă; • rigiditate musculară ușoară preponderent în partea stângă; • colonul descendent și sigmoid sub aspect de cordon rigid (coardă colică stingă); • distensia abdominală sugerează dilatația acută a colonului (megacolonul toxic); 	<p>➤ De bază:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analiza generală de sânge cu numărarea trombocitelor și leucoformulei; • analiza generală de urină; • electroliții sângelui (K⁺, Na⁺, Cl⁻, Ca²⁺); • proteina C reactivă (CRP cantitativă, marker a inflamației active); • probele funcționale a ficatului (ALT, AST, proteina totală, albumina) și rinichilor (uree, creatinină); • metabolismul fierului (ferritina, Fe³⁺); • vitaminele grupei B și D; • proteinograma (proteina totală și albuminele); • fosfataza alcalină - marker al colestazei și osteoporozei; • coprograma (microbiota colonului); • definirea HIV (diagnosticul diferențial al sindromului diareic); • markerii biologici ai inflamației - proteine, produși de degradare ai neutrofililor - lizozima, lactoferina și calprotectina fecală (cel mai sensibil). 	<p>➤ De bază:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Metode endoscopice: <ul style="list-style-type: none"> ° <i>Fibroesogastroduodenoscopia</i> (FEGDS); ° <i>Fibrocolonoscopia</i> (FCS) - activitatea endoscopică a bolii se descrie prin indexul UCEIS (the ulcerative colitis endoscopic index of severity). • Colită activă - se evită laxativele și colonoscopia, indicând <i>sigmoidoscopia flexibilă</i> fără pregătire. ▪ Examenul histologic - la diagnosticul inițial; în caz de dubii cu privire la corectitudinea diagnosticului anterior; CU cu o istorie lungă (>10 ani) - <i>chromoendoscopie cu biopsie țintită</i> a stricturilor, ulcerelor ≥ 2.0 cm sau <i>biopsie în trepte</i> (din fiecare secțiune a colonului) spre a exclude displazia.

<p>În formele severe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • perceperea mai multor zgomote hidro-aerice. • defansul muscular este un semn alarmant, sugerând iritația peritoneală consecutivă perforației sau megacolonului toxic; • semnul Blumberg pozitiv (iminența instalării unei perforații intestinale); • exagerarea timpanismului. <p>■ Examenul regiunii perianale, tactul digital a rectului – edem și eritem, fisuri, fistule, hemoroizi, stricturi, pseudopolipi etc.</p> <p>■ Măsurarea indicelui de masă corporală (IMC) – dinamica stării fizice a bolnavului, Monitorizarea eficacității terapiei.</p>	<p>■ Suplimentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • studiul statutului imunologic (celelalte, umoral, complexe imune circulante); • excluderea diareei infecțioase și colitei refractare (rezistentă la terapie) prin serologie și teste de cultură pentru infecții (<i>Salmonelle</i>, <i>Shigella</i>, <i>Campylobacter jejuni</i>, <i>Yersinia enterocolitica</i>, specii enteropatogene a <i>Escherichia coli</i> etc.), inclusiv <i>Clostridium difficile</i> (toxine A și B); • teste serologice pentru diferențierea colitei ulcerative și bolii Crohn – anticorpilor ANCA, ASCA. 	<p>■ Metode radiologice:</p> <ul style="list-style-type: none"> ° <i>Irigografia în contrast dublu</i> relevă prezența rigidității peretelui intestinal și a contururilor sale franjurate; stricturi, abcese, conglomerate abdominale, traiecte fistuloase, îngustare neuniformă a lumenului intestinal până la simptomul «dantelei». ° <i>Ro-grafia de panoramă a cavității abdominale</i> – pentru a exclude megacolon toxic și perforație în formele acute grave. ° <i>Ro-grafia toracică</i> – de exclus proces specific. <p>■ Metode instrumentale alternative – sensibilitatea și specificitatea lor nu este mai superioară decât a colonoscopiei:</p> <ul style="list-style-type: none"> ° <i>ultrasonografia abdominală</i> cu sau fără umplerea colonului cu apă – <i>hidrocolonoultrasonografie</i>; ° <i>colonografie virtuală</i> prin metode de tomografie computerizată sau de RMN; ° <i>endoscopia cu balon</i>; <i>endoscopia cu capsulă</i>. <p>Pentru diagnosticul precoce al cancerului de intestin se utilizează <i>romoendoscopia</i>, <i>endoscopia digitală</i>, <i>microendoscopia</i>, care permit depistarea displaziei și metaplaziei în cursul examenului endoscopic cu ajutorul coloranților speciali, a prelucrării digitale sau a amplificării imaginii.</p>
--	--	---

TERAPIA COLITEI ULCERATIVE ÎN FUNCȚIE DE LOCAȚIE ȘI ACTIVITATE

Localizarea	Activitate minimă / moderată	Activitate moderată / severă
Proctită	<ul style="list-style-type: none"> • supozitoare de mesalazină 1 gram pe zi. • Formele topice de mesalazină sunt mai eficiente decât formele topice de steroizi. • Combinația formelor locale de mesalazină cu mesalazină orală sau formele topice de steroizi sunt mai eficiente. 	<p>Terapia proctitei refractare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • steroizi orali la o activitate moderată; • imunosupresoare și / sau preparate biologice.
Colită subtotală	Clisme cu mesalazină ≥ 1 g / zi combinat cu mesalazină orală $\geq 2,4$ g pe zi. Doză zilnică unică sau divizată cu aceeași eficiență.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia se efectuează într-un spital. 2. În absența unui răspuns la mesalazină: cu activitate moderată - budesonidă MMX 9 mg / zi sau steroizi orali sau terapie biologică anti-TNF sau vedolizumab.
Colită totală (pancolită)	Clisme 1 g / zi în combinație cu mesalazină orală $\geq 2,4$ g / zi. Doza zilnică poate fi administrată ca doză unică sau divizată.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapie intensivă în spital. Colita severă este tratată în comun de un gastroenterolog și chirurg / proctolog. • în absența unui răspuns la mesalazină și activitate pronunțată - steroizi sistemici i/v. • pentru dependența de steroizi - imunosupresoare și / sau terapie biologică anti-TNF sau vedolizumab. • Conform indicațiilor: restabilirea volumului circulant de sânge, profilaxia trombozelor, corecția anemiei și tulburărilor hidro-electrolitice.

INDICAȚII PENTRU INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ

Intervențiile chirurgicale vor fi indicate la 20-30% din pacienți

ÎN MOD URGENT	ÎN MOD PROGRAMAT
<p>megacolonul toxic refractar la terapia intensivă timp de 48 ore;</p> <p>perforația liberă sau acoperită a colonului cu abcese, peritonită;</p> <p>hemoragia digestivă inferioară masivă, cataclizmică, repetată;</p> <p>lipsa ameliorării în evoluția severă a bolii pe fondul unei terapii adecvate (inclusive steroizi sistemici intravenos) în termen de 7 zile.</p>	<p>■ curs sever al CU în absența efectului terapiei conservatoare cu progresia bolii (dependență de steroizi și rezistență la steroizi, ineficacitatea terapiei biologice etc.);</p> <p>CU de orice extindere, rezistentă la steroizi sistemici i/v – colectomia este recomandată în absența efectului terapiei de salvare (ciclosporină sau infliximab) în intervalul 4-7 zile;</p> <p>exacerbarea UC dependentă de steroizi, în caz de lipsă de efect din utilizarea celei de-a doua linii de terapie cu alte terapii biologice non-anti-TNF sau vedolizumab;</p> <p>recidive frecvente, afectând semnificativ calitatea vieții bolnavului;</p> <p>evoluția slab controlată a bolii;</p> <p>displazie de grad înalt sau carcinoma pe fondul evoluției cronice a bolii (> 10 ani).</p>

OPERAȚIILE	CONDUITA POSTOPERATORIE	RECOMANDĂRI LA EXTERNARE
<p>Colectomia subtotală cu ileostomie terminală și ileorectoanostomoză (timpul II după 12-24 luni) – doar la femeile în vîrstă fertilă, tineri.</p> <p>Colectomie totală cu formarea ileo-ano-anastomozei prin rezervor pelvin (IPAA J-Pouch) - «standart de aur» - deschis, laparos.</p> <p>Colproctectomie cu ileostomie terminală permanentă sau ileostomie continentă Kock – după criterii foarte strînse.</p>	<p>Prima zi foame, ziua 2-4 – Nutricomb, de la ziua 5 – masa 1A; de la a 14 zi – masa 5.</p> <p>Îngrijirea stomelor – tactul digital la 2-3 zile</p> <p>Profilaxia infecției rezorului ileal pelvin (paucitei) – Metronidazol peroral 1-1.5 g/zi.</p> <p>Profilaxia complicațiilor tromboembolice – activarea timpurie a bolnavului, ciorapi elastici, heparine fractionate 2-3 săptămâni.</p> <p>Aport proteic și energetic adecvat (aminoacizi, soluții glucozate, cristaloizi).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regim dietetic 4. CEMV la locul de trai. • Limitarea efortului fizic greu. • Îngrijirea adecvată a stomelor. • Supravegherea malignizării în rectul păstrat. <p>Prevenirea exacerbărilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • terapie de susținere (mesalazină, imunosupresoare, terapie biologică); • luați AINS cu precauție; • sprijin psihologic, de evitat stresul. <p>Tratamentul manifestărilor extraintestinale.</p>

CONDILOAMELE (CONDYLOMATA ACUMINATA)

sau leziunile ano-genitale externe, sunt veruci ano-genitale benigne cauzate de papiloma virusurile umane (PVU), genotipurile 6 și 11 fiind depistate în >90% cazuri.

Semne și simptome clinice:

- leziuni tumorale de diferite dimensiuni cu aspect conopidiform, albicioase, moi, multifocale, cu tendință de grupare în placi
- perioada de incubație variază între 2-3 luni și 6-8 luni sau mai mult - tind să apară în ariile supuse la fricțiune

1. la femei: pot fi localizate pe suprafața mucoasei vaginale, perianal, la nivelul uretrei sau a colului uterin și pot determina:

- * scurgeri vaginale anormale,
- * senzația de arsură sau usturime locală,
- * prurit,
- * durere sau disconfort local,
- * durere și sângerare în timpul contactului sexual.

2. la bărbați: pot fi localizate la nivelul regiunii genitale sau perianal, pot determina:

- * scurgeri uretrale anormale
- * disconfort local
- * sângerare și durere în timpul actului sexual.

Importanță medico-socială

- * infecțiozitate mare
- * este considerată cea mai frecventă boală sexual transmisă în unele țări
- * se asociază frecvent cu alte boli sexual transmise
- * factor de risc pentru cancerul genital (subtipuri HPV 16,18,32,33)

Opționale

1. Testul de badijonaj cu sol. acid acetic 5%, în cazul reacțiilor pozitive evidențiază o rețea albicioasă (se practică pentru depistarea formelor subclinice, a formelor necaracteristice eritematoase și pentru evidențierea zonei de extindere a infecției în jurul unei leziuni clinic evidente); *posibile reacții fals pozitive.*
2. Examenul histopatologic: evidențierea celulelor cu aspect koilocitar. Nu se indică decât în cazurile ce nu răspund sau se agravează sub terapie (posibilă displazie), în caz de leziuni pigmentate, infiltrate, sau în caz de diagnostic incert.
3. Identificare virală și tipizări virale cu tehnica PCR

Diagnosticul diferențial

- * moluscul contagios
- * fibro-epiteliomul
- * keratoza seboreică
- * candidoza genitală
- * herpesul genital
- * carcinomul cu celule scuamoase, necesită multiple biopsii și excizie cu margini de siguranță, iar extinderea leziunii este urmărită prin evaluări histopatologice periodice.

Tratament

Alegerea metodei optime de tratament depinde de următorii factori

- * localizarea condiloamelor
- * statusul imun
- * infecția concomitentă a partenerului
- * vechimea lor
- * subtipul HPV
- * infecții genitale concomitente, etc.

Algoritmul managementului CA

Simptome

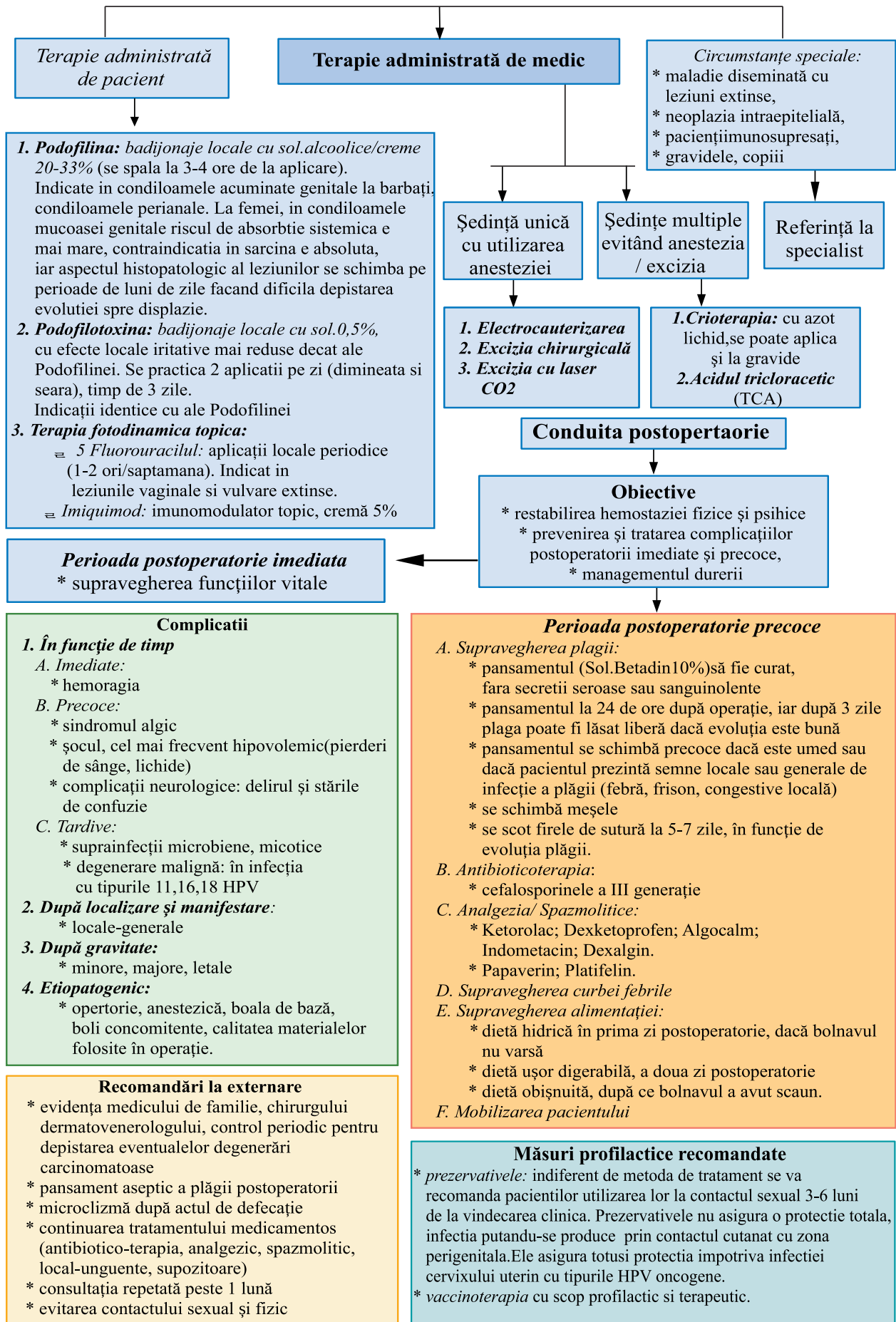
Metode de diagnostic

Obligatorii

1. anoscoopia pentru leziunile anale, inspecția cu ajutorul dermatoscopului, inspecția meatului urinar;
2. teste de depistare concomitentă a altor boli cu transmitere sexuală (sifilis, HIV)
3. examen citologic vaginal la femei.

Investigații preoperatorii

1. Grupul de sânge și factorul Rh
2. Analiza generală a sângelui
3. Analiza generală a urinei
4. Coagulograma (fibrinogenul/protrombina)
5. Glucoza sângelui
6. ECG
7. MRS
8. Radiografia cutiei toracice



DOLICOLON

Dolicocolonul este o alungire de colon sau a unor sectoare a acestuia.
Codul bolii: Q. 43.8 (constipația cronică K59.0)

La formularea diagnosticului se atrage atenția la lungimea fiecărui sector, la prezența sau absența manifestărilor clinice și complicațiilor.

Clasificarea

Clasificare I (Воробьев Г.И., Саламов К.Н., Минц Я.В. Мушникова В.Н.): 1. Dolicosigma; 2. Dolicocolonul pe stînga; 3. Dolicotransversum; 4. Dolicocolonul pe dreapta; 5. Dolicocolonul subtotal; 6. Dolicocolonul total.

Clasificare II (Ачкасов С.И.) 1. Dolicocolon asimptomatic; 2. Dolicocolonul cu dereglari de tranzit intestinal; 3. Dolicocolonul complicat (ocluzie, vulvulus, invaginație, perforație).

Alungirea colonului sau a sectoarelor acestuia se poate stabili prin 1. Irigografie; 2. Colonoscopie virtuală; 3. Examen morfometric intraoperator.

Indici de lungime normal ale colonului (Ачкасов С.И.)

Sector de colon	Limite de lungime în cm.	Lungimea medie (cm).
Cecul	4,0 – 10,0	6,2 +/- 1,6
Ascendent	8,0 – 34,0	23,4 +/- 4,1
Transvers	20,0 – 51,0	32,8 +/- 9,5
Descendent	11,0 – 30,0	20,9 +/- 4,5
Sigmoid	20,0 – 86,0	45,0 +/- 14,5

Managementul de diagnostic

Acuzele și anamneza : 1. Eforturile de defecare ocupă > ¼ din timp; 2. Scaunul dur și fracționat; 3. Senzație de defecare incompletă; 4. Senzație de obstacol la nivelul zonei anorectale; 5. Pacienții uneor recurg la o manevră digitală de ușurare a defecării; 6. Scaun < 3 ori pe săptămână. Semnele clinice trebuie să persiste cel puțin 12 săptămâni în decursul anului. Trebuie să fie prezente cel puțin două din semnele menționate. (*criterii Romane ediția 3, Kamm MA, Van der Sijp J.R., Hawley P.R., Philips R.K.*)

Examenul general al pacientului: se va stabili stare generală, prezența viciilor conginetale. Se atrage atenția la forma abdomenului – asimetrie. Se va aprecia palpator semnele de balonare, durerea abdominală, preponderent situată pe flancul stâng și hipogastral. Tușeul rectal este obligator – patologii concomitente. Se poate presupune prezența complicațiilor - vulvulusul, ocluzia acută, perforația.

Teste de laborator: Hemoleicograma, Urina sumară, Grup sangvin. Teste biochimice – Bilirubina, Fermenții (ALT, AST), Ureia, Creatinina. Se va axa atenția la indicii ionogramel ce poate da lămurire la originea constipației (K, Na, Ca, Cl.) Deasemenea – SIDA, RW, în suspecția BII – ANCA, ASCA

Metodele instrumentale de diagnostic:

Irigoscopie metoda – se consideră metoda de elecția în diagnosticul dolicocolonului. Permite de a stabili mărime, lungimea colonului, prezența complicațiilor, patologiilor concomitente (Hirsprung, neoplazii)

Pasaj cu bariu: se va aprecia tranzitul contrastului. Norma – bariul se va elimina în decurs de 48 ore.

Colonoscopia, Colonoscopie virtuală, Sigmoidoscopia, RRS. – se vor suspecta prezența unui colon alungit, torsionat. Se vor exclude sau stabili patologii concomitente. Este de mare valoare în diagnostic diferențial.

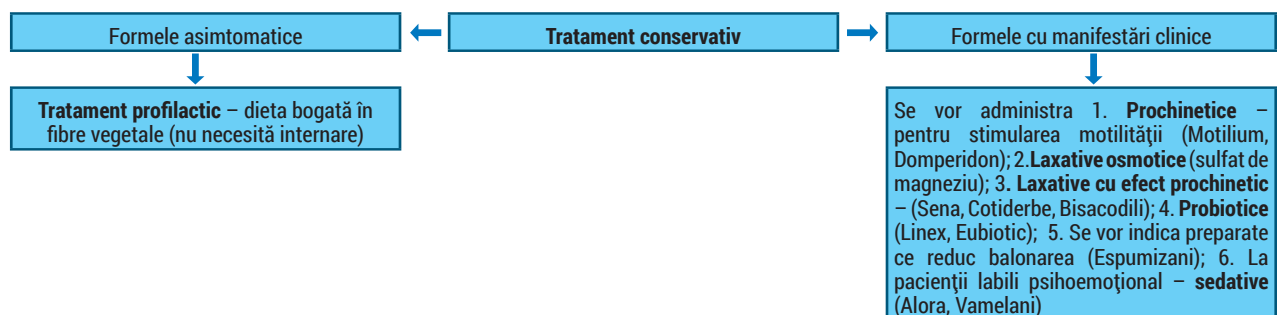
CT, Ultrasonografia, RMN se vor realiza cu scop de diagnostic diferențial la pacienții cu suspeciu de neoplazii, anomalii.

Manometrie anorectală – stabilirea reflexului anorectal de inhibiție. (în Hirsprung de regulă este negativ)

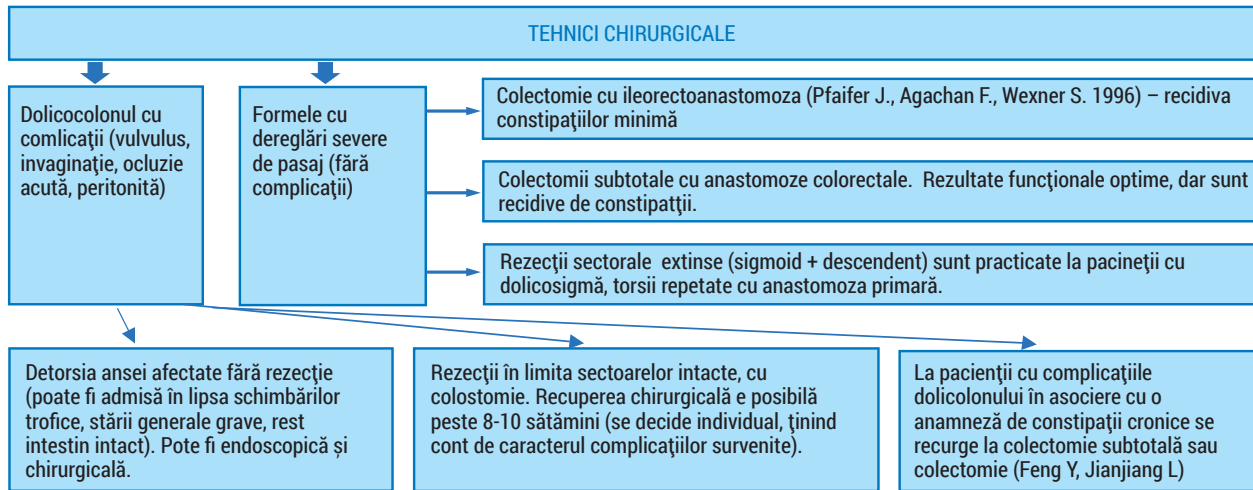
Aprecierea in biopatele mucoasei rectale ACE. Este pozitivă în Hirsprung

Necesară **consultația:** endocrinolog, neurolog, psihiatru, genetician, urolog, ginecolog.

Este necesar de a exclude: Maladia Hirşprung, megacolonul ideopatic, boli inflamatorii intestinale (Crohn, CUN), colita ischemică, neoplaziile colorectale, constipație induse medicamentos.



INDICAȚII TRATAMENT CHIRURGICAL	
PROGRAMATE	URGENTE
Tratament conservativ neefectiv cel puțin 6-9 luni, torsiile repetate rezolvate ulterior endoscopic, în caz de degradare a calității de viață (pacienții ce recurg permanent la sedative, laxative, clisme).	În caz de complicații – volvulus , invaginație, ocluzie acută, perforație, peritonită.



Conduita postoperatorie: Postoperator se va recurge la corecție volemică, nutriție parenterală (1-3 zile, în raport cu particularitățile intervenției realizate, starea pacientului.) Antibioticoterapie (Cefalosporine generația 3, Metronidazolă..) 5-7 zile la pacienții cu riscul complicațiilor purulente (ocluzie, strangulare, peritonită). La pacienții cu detorsie intestinală, rezecții sectorale cu minim risc postoperator – antibioticoterapia reprezintă un suport profilactic. Deasemenea se vor administra analgetice (opioide 1-3 zile), anticoagulante (Zibor, Clexan, Fraxiparin - dozare individuală) – 5-7 zile apoi forma perorală. Externarea se va realiza de la ziua a 6-7 forme ușoare. La pacienții stomiați se va petrece o instruire referitor modulului de îngrijire locală a zonei anusului contra naturii.

Dispensarizare. Pacientul după externare se va evalua de medicul de familie, chirurg, gastrolog. Dieta va fi în continuare bogată în fibre vegetale. Se vor continua administrarea - prokinetice, probiotice (ședințele și durata acestora se vor adapta individual în raport cu manifestările clinice, evoluția postoperatorie). Se recomandă de a recurge la irigografie și RRS peste 6 și 12 luni – în caz de lipsa rezultatelor churei chirurgicale sau rezultate nesatisfăcătoare. În cazurile cu colectomie se vor administra preparatele de încetinirea motilității (Loperamid, Imodium), fibrele vegetale vor fi limitate, lichidul folosit fracționat, fără abuz. Pacienții supuși intervențiilor cu aplicarea anusului contra naturii vor necesita obligator trecerea comisiei de apreciere a capacității de muncă, ce poate fi revizuită după intervenția reconstructivă – de lăcărare a stomei.

Abrviaturi: ACE -anticlinesteraza, BII – Boli inflamatorii intestinale, CT -tomografie computerizată, CUN – colita ulceroasă nespecifică, RMN-rezonanța magnetică nucleară.

FISTULE INTESTINALE

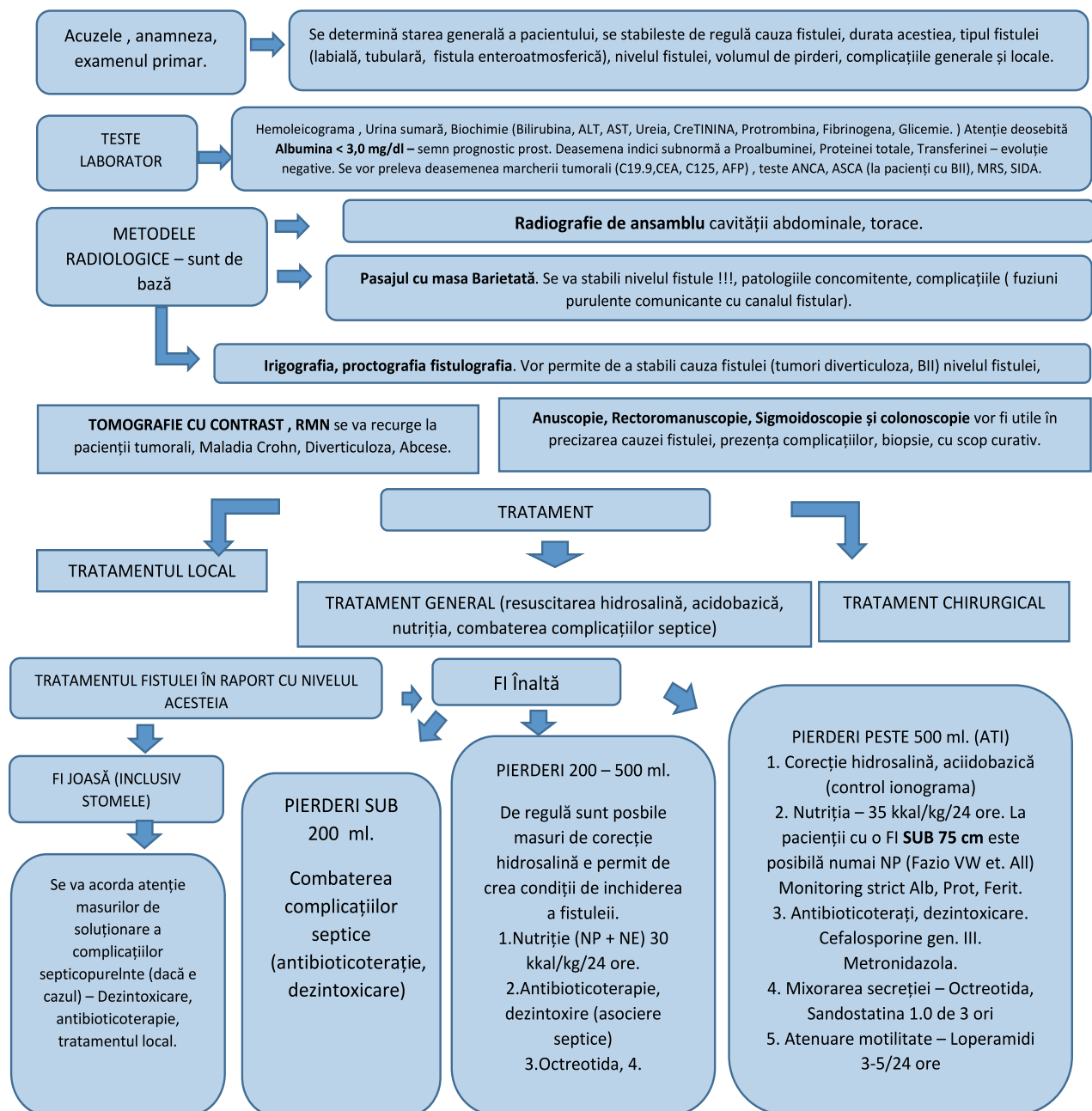
Fistulele intestinale reprezintă o comunicare patologică între tubul digestiv cu mediul extern sau organ cavitat. Codul bolii: k63.2

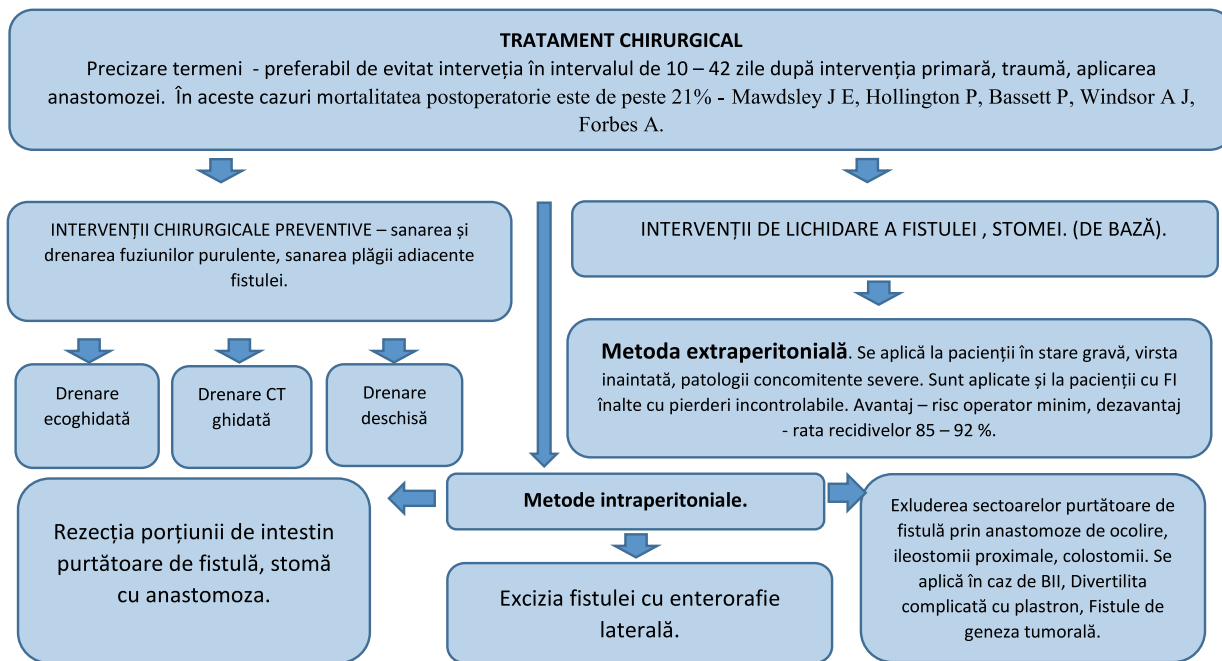
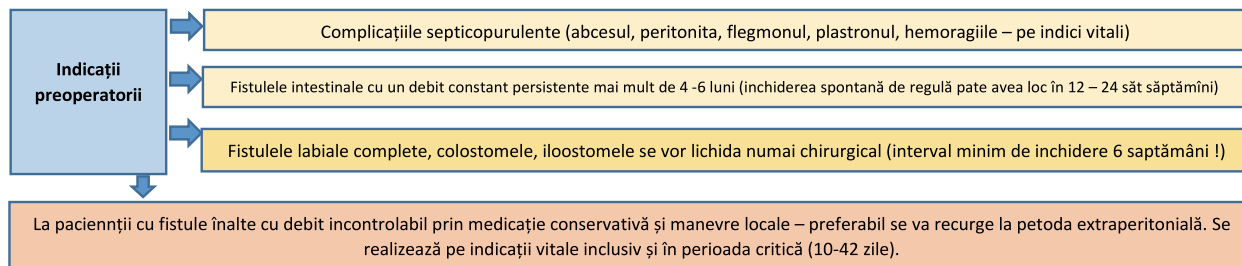
Cel mai frecvent fistulele intestinale sunt postoperatorii (75% cazuri), fiind una din cele mai grave complicații gestului chirurgical cu o letalitate cuprinsă între 6-33%. Principalele cauze ale deceselor fiind complicațiile septice, dereglări hidrosaline și hiponutriția (Lloid D., Geib S., Vinsdor A).

CLASIFICARE OPEL

După proveniență	1. Conginetale; 2. Dobândite
Etiopatogenetic	1. Postraumatice; 2. Postoperatorii, 3. Spontane (BII, Tumori, Hernii...), 4. Curative (stome).
Morfologic	1. Labiale, 2. Tubulare, 3. Mixte.
Tip comunicare	1. Interne, 2. Externe (ECF, EAF)
După nivelul fistulei	1. Înalte 2. Joasă.
După prezența complicațiilor în raport cu volumul eliminărilor	1. Fără complicații, 2. Cu complicații generale (septice, hidrosaline, malnutriție) și locale (EAF, plaga purulentă, flegmon perete abdominal)
Stadiul de maturitate	1. Complet, 2. Incomplete
Dupa volumul de pierderi	1. Formate, 2. Neformate (drenate prin abces, ECF) 1. Sub 200 ml; 2. 200-500 ml; 3. Peste 500 de ml.

Program de examinare - Scop : stabilirea cauzei, nivelului de fistulă, volumul de pierderi, tipului de fistulă.





Tratament local	Se realizează pansamentul aseptice cu sol Betadini, Ung Levamicoli, masuri de prevenire a contactului cu derma a eliminărilor intestinale.	Allicarea rezervorului pentru stome ce mixează contactul cu derma. În fistule joase cu pierderi sub 200 ml de regulă suficient pansamentul aseptice.
		VAC în ECF, EAF (pierderi >500) (datele sunt contradictorii).
		Protecția cu Ung Oxid de Zinc, Obturatoare improvizate, Fistuloccliza + NPWT (VAC) în EAF (debit > 500 ml)

Conduita postoperatorie

prevede în continuare corecție hidrosalină, nutriție parenterală (pină la restabilirea tranzitului intestinal - N kkal x 1,5 – 2,0). Este obligatorie antibioticoterapia (Cefalosporine , Metradjili) și în deosebi formele asociate cu complicațiile septicopurulente. Se va recurge la profilaxia complicațiilor trombotice (Anticoagulante – Fraxiparini). Pe parcursul primelor 3 – 5 zile se vor administra analgetice inclusiv din grupul opeantelor. Drenurile de siguranță pot înlăturate nu mai devreme de 4-5 zile, mai ales se va proceda în cazul intervențiilor reconstructive cu anastomoze colorectale.

Recomandații la externare

Se determină în mare măsură de cauza și forma FI . Necesită evidența chirurgului pe locul de trai, gastroenterologului (La pacienți cu BII, cu ii). Externarea este posibilă peste 6-7 zile după intervenția reconstructivă. Pacienții cu FI instalate pe fondal de Tumori, BII, vor necesita peste 3-6 luni examen endoscopic sau radiologic – irigoscopie.

Abrevieri:

FI – fistula intestinală,
ECF – enterocutaneea fistulă,

EAF- enteroatmosferică fistulă,
VAC- terapie cu presiune negativă.

FISURA ANALĂ

reprezintă un defect liniar sau elipsoid al mucoasei canalului anal care survine spontan. Mecanismul patogenetic de bază al acesteia este spasmul sfincterului anal intern care conduce la dereglări de vascularizare ale anodermei și apariției defectului acesteia cu cicatrizare întârziată.

CLASIFICARE:		
<i>După caracterul evoluției:</i>	<i>După localizare:</i>	<i>După prezența spasmului sfincterian:</i>
Fisura anală acută	Fisura anală anterioară	Cu spasm sfincterian
Fisura anală cronică	Fisura anală posterioară	Fară spasm sfincterian
	Fisura anală laterală	

Exemple de formulare a diagnosticului:
<i>La stabilirea diagnosticului este necesar a fi specificate: evoluția bolii; localizarea; prezența sau absența spasmului sfincterian.</i>
- Fisura anală anterioară cronică cu spasm sfincterian
- Fisura anală posterioară cronică fără spasm sfincterian
- Fisura anală posterioară acută

DIAGNOSTIC CLINIC:
Acuze: durerile perianale ce survin în timpul sau după defecație, însoțite de striuri de sânge care rămân pe hârtia igienică.
Anamneza: evidențiază factorii etiologici: consumul insuficient de fibre alimentare; dieta bogată în carbohidrați, grăsimi; condimentată; prezența diareei, constipației; nașterea; practicarea anumitor tipuri de sport (ciclism).
Examenul obiectiv: Pacientul este examinat pe scaunul ginecologic în decubit dorsal, cu picioarele apropiate maximal către abdomen; "în genunchi și în coate", sau în decubit lateral. Se apreciază forma anusului; gradul de deschidere; prezența modificărilor cicatriciale; deformațiilor; starea tegumentelor; prezența polipului limitrof, defectului liniar sau elipsoid cu marginile regulate, care nu depășește limitele anatomice ale anodermei.
Tușeul rectal: determină prezența defectelor anodermei, precum și starea tonusului sfincterului anal și puterea contracțiilor controlate a anusului. Se evidențiază hipertonusul sfincterului anal, caracteristic pentru fisura anală.
Anoscopia, rectoromanoscopia, colonoscopia: se efectuează după cuparea sindromului algic.
Investigații de laborator:
<ul style="list-style-type: none"> - Hemoleucograma; - Analiza generală a urinei; - Examenul biochimic al sîngelui; - Grupa de sînge; - Factorul Rh

Stabilirea diagnosticului	
Fisura anală acută	Fisura anală cronică
Durata bolii < de 3 luni	Fisura anală este considerată cronică în cazul prezenței unuia din următoarele criterii
Durata bolii > de 3 luni	Durata bolii din momentul primului episod al sindromului dolor > de 3 luni
Absența modificărilor cicatriciale în regiunea marginilor și fundului fisurii anale	Polip limitrof
	Margini cicatriciale
	Prezența fibrelor sfincterului intern la fundul defectului
	Polip fibros al canalului anal

TRATAMENT	
Conservativ	Chirurgical
Indicatii: <i>Fisura anală acută</i>	Indicatii: <i>Tratament conservativ inefficient</i>
Schema standard a terapiei conservative include băi călduțe locale, utilizarea laxativelor. Permite cuparea sindromului dolo, stoparea sângerării și cicatrizarea fisurii anale în 50% din cazuri, cu un risc minimal de reacții adverse. Includerea în schema de tratament a anestezicelor locale și antiinflamatoarelor, nu influențează asupra evoluției bolii. Tratamentul conservativ este eficient în aprox. 50-60% din cazuri, fapt ce se explică prin complianța redusă a pacienților.	Presupune utilizarea diferitor metode de relaxare chirurgicală a sfincterului anal intern. În prezența modificărilor inflamator – cicatriciale pronunțate precum modificări cicatriciale pronunțate ale marginii fisurii , la relaxarea chirurgicală a sfincterului intern este nevoie de adăugat excizia fisurii anale. Tratamentul chirurgical este mult mai eficient și permite obținerea unei însănătoșiri de durată la 94-100 % din pacienți
Contraindicații:	Procedee chirurgicale:
-Afectarea eroziv-ulcerativă a segmentelor proximale a tractului gastrointestinal, ceea ce necesită limitarea administrării consumului de celuloză; - Ocluzia intestinală; -Boli oncologice cu localizare în bazinul mic	-Sfincterotomia subcutană laterală; -Pneumodivulsia controlată a sfincterului anal; -Excizia fisurii în combinație cu relaxarea medicamentoasă a sfincterului intern;
Tratament conservativ în combinație cu relaxare medicamentoasă a sfincterului anal intern:	
Indicatii: - <i>Fisura anală acută și cronică</i>	În cazul fisurii anale cronice în schema tratamentului conservativ este necesar a fi incluse preparate pentru relaxarea medicamentoasă a sfincterului anal intern. În calitate de preparate de prima intenție sunt utilizați nitrații organici: Ung. cu nitroglicerina 0,4 % ,Ung.Diltiazem 2% , Nifedipina 0,3 % , Botox (Toxinabotulinica de tip A) .

Reabilitarea postoperatorie
În perioada postoperatorie, până la momentul cicatrizării plăgii este necesară efectuarea sanării anale regulate cu utilizarea băilor locale precum și pansamentelor zilnice cu unguente, antiinflamatoare și cu acțiune cicatrizantă; controlul medical săptămânal; respectarea dietei bogate în fibre și celuloză .

GANGRENA FOURNIER LA ADULT

Gangrena Fournier este o afecțiune polimicrobiana, caracterizată prin infecția necrotică a țesuturilor moi de la nivelul organelor genital externe, cu diseminarea rapidă de-a lungul planurilor fasciale, cu apariția de leziuni de tipul celulită, flegmită și miozită.
CIM 10: L038- Flegmon cu alte localizari, L039- Flegmon, fara precizare.

Clasificare		
După sursa de infecție:		
Infecții anorectală	Paraproctita acută, criptita, fistule rectale cronice, boli oncologice, diverticulita intestinului gros.	
Infecții tegumentare și a țesuturilor moi	Infecții postraumatice, ulceratii, sepsis post chirurgical , complicații ale piercing-ului organelor genitale	
Infecții urogenitale	Infecții tegumentare și a țesuturilor moi , infecții ale glandelor bulbouretrale, traumatism uretral (inclusiv iatrogen), rezultat al înlăturării stricturii uretrale, infecție de tract urinar, infecție asociată cu cateterizarea constantă a vezicii urinare.	
Rar întâlnite	Leuceemie acută, lupus eritematos sistemic și alte colagenoze, SIDA, complicație post-hemoroidectomie, boala Crohn	
După stadiile evolutive:		
Prodromală la 2 la 7 zile	Debut cu febră și astenie fără semne locale vizibile,	
Stadiul de necroză (24h- 4zile): - locală	Durere intensă și edem în zona genitală, gangrena țesuturilor moi, procesul este limitat la afectarea regiunii scrotului	
Flegmonoasă (4-16 zile)	Gangrena rapid progresivă, intoxicație severă, dezvoltarea flegmonului pelvin și spațiului retroperitoneal	
Stadiul reparativ (16-30 zile)	Procese reparative in plaga.....granulare	
După natura microflorei:		
Aerobă	Anaerobă	Anaerobă - aerobă
Monoinfecție (agentul patogen cel mai des incriminat Staphylococcus aureus)		
Asociată (Asocierea dintre microorganismele aerobe și anaerobe, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus viridans, Streptococcus haemolyticus, inclusiv și flora aerogenică Escherichia coli și Pseudomonas aeruginosa, Proteus vulgaris, Peptostreptococcus)		

Manifestări clinice:

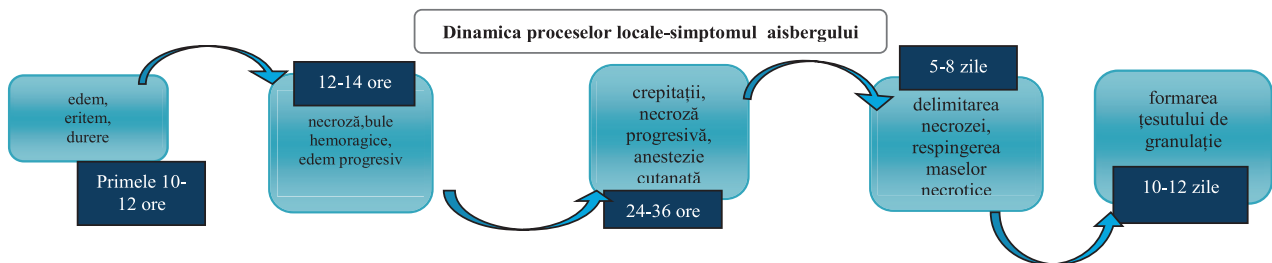
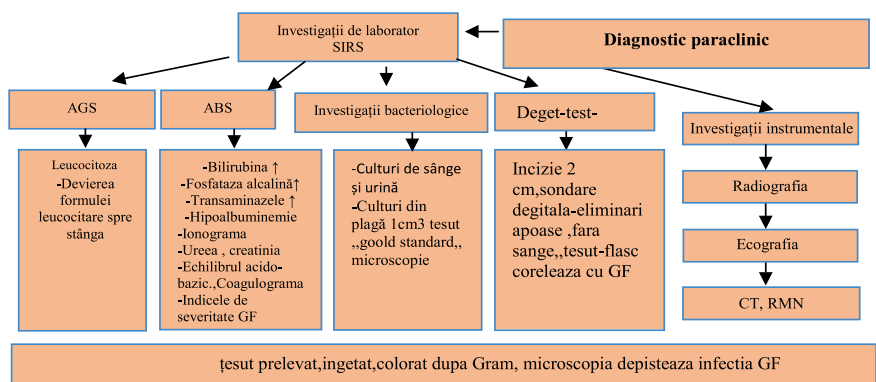
debut clinic: indispoziție, greață, anorexie, cefalee, mialgie și artralgie.

Triada semnelor precoce (nespecifice)

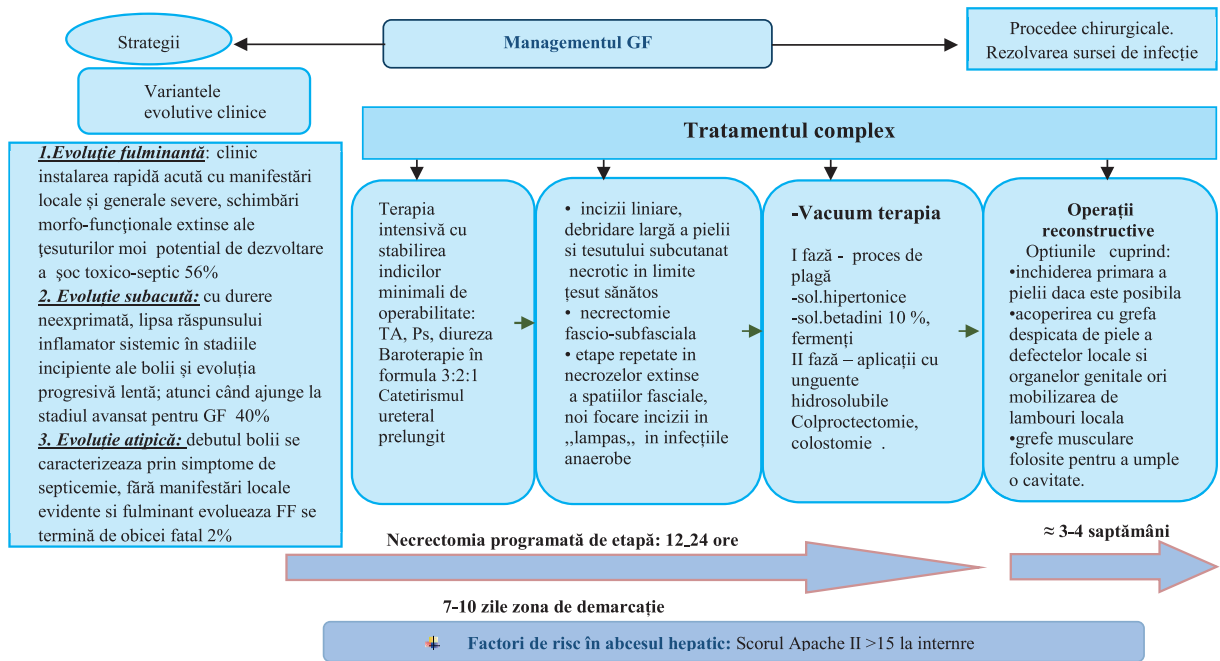
- edem al organelor genitale externe,
- durere la nivelul organelor genitale externe, perineu și rect
- eritemul organelor genitale externe și al perineului

Triada simptomelor tardive (specifice)

- necroza țesuturilor moi a scrotului, penisului și perineului
- crepitație subcutanată
- eliminari purulente cu miros fetid specific



Argumentarea diagnosticului:			
Microbiologice	Topograf-anatomice	Patomorfologice	Imunologice
Tip I polimicrobian-80% (anaerobi facultativi facultativi) Tip II-monomicrobieni Streptococul beta hemolitic Tip III-bacterii Gr negative	-Nu se afectează testiculele !!! -Afectarea pielii, spațiile interfasciale, mușchi. -Se afectează preponderent fascia Coless, Scarpa, Bacc	-necroza planurilor fasciale superficiale și profunde -coagularea fibrinoidă a arteriolelor nutritive -tromboze, arteriole și venule cutanate, țesut subcutanat -infiltratul celular polimorfonuclear -identificarea microorganismelor in tesutul implicat.	Compleanta factorilor de ric



Argumentarea diagnosticului:				
<ul style="list-style-type: none"> Diabetul zaharat Obezitatea morbidă Alcoolism 	<ul style="list-style-type: none"> Ciroza Vârstele extreme Boala vasculară pelvină 	<ul style="list-style-type: none"> Neoplasmale Leucemiile Lupus eritematos sistemic 	<ul style="list-style-type: none"> Boala Crohn Infecția HIV Malnutriția 	<ul style="list-style-type: none"> Neoplasmale Leucemiile Lupus eritematos sistemic

Antibioticoterapia	Terapie medicamentoasă
<p>Indicii hemodinamici instabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> - piperacilin / tazobactam – 3,375 i/v la fiecare 6h; - imipinem / cilastatin – 500mg i/v la fiecare 6h; - meropinem – 1-2g, i/v la fiecare 8 h; - doripinem – 500mg i/v la fiecare 8 h; - cefepim – 2g i/v la fiecare 8-12 h; - levofloxacin – 500-700 mg i/v la fiecare 24h + metronidazol 500mg i/v la fiecare 8h; - ciprofloxacina – 400 mg i/v la fiecare 12h + metronidazol 500mg i/v la fiecare 8 h; - moxifloxacin – 400mg i/v fiecare 12h+ metronidazol 500 mg i/v fiecare 8 h. 	<p>Terapia infuzională</p> <ul style="list-style-type: none"> - sol.de electroliți-NaCl 0,9% 500 ml pînă la 1000 ml în 24 ore i/v - sol.de Glucoză 5%-10%-500ml în 24 ore i/v - sol.proteice – albumină, PPC. <p>Micșorarea secreției gastrice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IPP – Pantoprazol 40 mg x 2/zi per os sau - Omeprazol 40-80 mg/24 h i/v
<p>Antibioticoterapia empirică</p> <p>În infecțiile de tip 1</p> <ul style="list-style-type: none"> -Metronidazol- Infuse 15 mg/kg IV la fiecare 1 h or 1 g calculate la 70-kg adult -Clindamicină-600-1200 mg/d IV/IM divizate 6-8h -Carbapenemi(imipenem) -Ampicilină-sulbactam-1.5 (1 g ampicillin + 0.5 g sulbactam) to 3 g (2 g ampicillin + 1 g sulbactam) IV/IM fiecare 6-8h. -Piperacilină-tazobactam-12 g piperacilin/1.5 g tazobactam IV ,7-10 zile, divizate in 3.375 g la 6h -Ticarcilină-acid clavulanic-200-300 mg/kg/d IV divizate in doza egala la 6h; doza usuala 3-4 g la 4-6h -Cefalosporine a III sau a IV generație -Pacienților care s-au tratat cu antibiotice sau au fost spitalizați <p>În infecțiile de tip 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefalosporine generația II utilizat pentru acoperirea stafilococului meticilin rezistent(MRSA).MRSA de regulă este tratat cu vancomicină sau daptomicină și linezolid în cazul când S. Aureus este rezistent către Vancomicină <p>În infecțiile de tip 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Clindamicină și penicilină , acoperă speciile de Clostridium <p>În infecțiile tip 4</p> <ul style="list-style-type: none"> -Amfotericina B -Fluconazol <p>NB !Antibioticele necesită a fi administrate în decurs de 5 zile după înlăturarea semnelor locale și simptomelor. Durata medie a antibioticoterapiei este de 4-6 săptămâni.</p>	<p>Jugularea sindromului algic:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Spasmolitice miotrope – Papaverină 2% i/m 1-2ml x 2/3 ori/24h -Analgezice neopioide – Metamizol 25-50%, 2ml x 2-3 ori/zi, i/m sau i/v -Analgezice opioide – Tramadol la dureri puternice doza de100mg x 4 ori/24 ore. <i>Morfina</i> <p>Reechilibrarea dereglărilor metabolice și coagulare:</p> <ul style="list-style-type: none"> -PPC 600-1000ml, crioprecipitat, masa trombocitară. <p>Terapia protectoare și stimularea funcției hepatice:</p> <ul style="list-style-type: none"> -aminoacizi- Arginină 250 ml, Hepasol, Heptral 500 g <p>Antifungice – Amfotericină B-liposomală 5 mg/kg timp de 4 săptămâni, Fluconazol 6 mg/kg în decurs de 3 luni.</p> <p>Corectia insuficienței proteico-energetica: 40-60 kkal/kg 24 h. Infezol 500,0 + Lipofundin 500-1000 ml i/v + Sol.Heparina 1.0 ml</p> <p>Corectie imuno-biologica: Imunostimulare pasiva, Plasma antistafilococica 400-600 ml, gama globilune stafilococica</p> <p>Antibioticoterapia rațională.</p>

GUȘA NODULARĂ

„entitate clinică comună, care include toate formațiunile localizate (de focar) tiroidiene, cu diferite caractere morfologice” (V. V. Fadeev, 2012)

E04.1 Nodul tiroidian unic, netoxic Nodul coloid (chistic) (tiroidian) Gusa uninodulara netoxica Nodul tiroidian (chistic);
E04.2 Gusa multinodulara netoxica Gusa chistica Gusa multinodulara (chistica); E04.8 Alte guse netoxice, specificate;
E05.1 Tireotxicoza cu nodul unic tiroidian

Clasificare (Williams Textbook of Endocrinology 13th Edition, 2016)

Conform criteriilor clinice		Conform dimensiunilor (OMS,1994)	Conform stării funcționale
benigne	maligne		
<ul style="list-style-type: none"> Gușa nodulară/multinodulară Tiroidita Hashimoto Chisturi simple / hemoragice Adenom folicular Tiroidita acută, subacută 	<ul style="list-style-type: none"> Carcinom papilar Carcinom folicular Carcinom cu celule Hurtle Cancer medular Cancer anaplastic Limfom malign primar tiroidian Metastaze tiroidiene ale altor cancere 	<p>0 - Palpator, dimensiunea fiecărui lob nu depășește mărimea falangei distale a degetului mare a celui investigat.</p> <p>I - Dimensiunea gușei este mai mare decât falanga distală al degetului mare, gușa este palpabilă, dar nu vizibilă</p> <p>II- Gușa este palpabilă și vizibilă vizual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Eutiroidie Hipotiroidie hipertiroidie

Tabloul clinic

Acuze	Anamneza
<ul style="list-style-type: none"> Senzația de sufocare, disfagia, disfonia, sensibilitatea sau durerea iritabilitate, insomnie <p>! Nu exista interdependență între semnele clinice și examenul histologic.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Istoric familial de boli tiroidiene, cancer medular, MEN; Antecedente de afecțiuni sau iradiere la nivel cervical; Momentul apariției / observării nodulului, progresia nodulului până la momentul consultului Sarcina și nașterea recentă.

NB!!! Factori care sugerează creșterea riscului de potențial malign: Antecedente de iradiere la nivelul capului și gâtului; AHC de cancer medular tiroidian sau MEN2; Vârsta < 20 ani sau > 70 ani; Sexul masculine; Nodul cu dimensiuni în creștere; Nodul ferm sau dur, cu limite rău delimitate la palpare; Adenopatie latero-cervicală; Nodul fixat pe țesuturile adiacente; Disfonie, disfagie, tuse.

Teste de laborator	Examinare imagistică
<p>Investigații hormonale: TSH, FT4 -obligatoriu FT3, Anti TPO, TG, Anti TG, Calcitonina – după caz</p> <p>Investigații generale: Analiza generală a sângelui · Analiza generală a urinei · Biochimia sângelui (proteina totală, bilirubina totală și fracțiile ei, ureea, creatinina, aminotransferazele, fosfataza alcalină) · Glicemia și calciul seric · Coagulograma · Ionograma ·</p>	<p>Ecografia Doppler tiroidiană pentru pacienții cu risc crescut de malignitate, MEN2 sau iradiere; pentru toți pacienții cu noduli palpabili sau gușă polinodulară; pentru cei cu adenopatie sugestivă pentru o leziune malignă.</p> <p>Elastografia este indicată de regulă atunci când rezultatul puncției este neconcludent.</p> <p>Puncția ecoghidată a nodululuitoți nodulii cu caractere ecografice de suspiciune de malignitate (cel puțin 2). · indiferent de mărime, nodulii cu elemente ecografice sugestive pentru invazia extracapsulară sau metastaze în ganglionii limfatici cervicali. · Nodulii în creștere (peste 20% diametru sau 50% volum de la ultima examinare) istoric de iradiere cervicală sau AHC de cancer medular tiroidian sau MEN2; · tratament anterior pentru cancer tiroidian; · nivel majorat al calcitoninei. · antecedente personale sau familiale de polipoză, sindrom McCune-Albright, complex Carney · nodul tiroidian descoperit în cadrul evaluării unei metastaze prevalente · nodul însoțit de o adenopatie suspectă</p> <p>Scintigrafia Nodul tiroidian solitar sau gușa polinodulară cu TSH supresat (hipertiroidie); · Gușa mare polinodulară cu extensie substernală · Căutarea de țesut tiroidian ectopic · În hipertiroidismul subclinic pentru a identifica țesut tiroidian oculut hiperfuncțional</p> <p>CT/RMN caz de necesitate în apreciere a dimensiunilor nodulilor; caz de prezență a semnelor de compresie a căilor respiratorii sau poziție retrosternale sau intratoracice a gușii</p> <p>Radiografia cutiei toracice Laringoscopia, ECG, EchoCG, FEGDS</p>

Ecografia este utilizată pentru stratificarea cantitativă a riscului de malignitate utilizând **scorul european de risc EU-TIRADS**. Aceasta variază de la 1 la 5 și definește indicațiile pentru aspirația cu ac fin:

Scorul TIRADS	Rezultat	Riscul de malignitate versus citologie%	Riscul de malignitate versus histologie%	Distribuția nodulilor%
1	Normal			
2	Benign	0	0	5
3	Cel mai probabil benign	0,25	2	63
4A	Slab suspect	6	7	27
4B	Foarte suspect	69	37	4
5	Cert malign	100	100	1

Puncția-aspirație cu ac fin este pasul următor în evaluarea nodulilor tiroidieni (etapa citopatologică) este o metodă de încredere și sigură, care face parte integrantă în evaluarea unui nodul tiroidian •

Raportul anatomopatologic este scris conform recomandărilor definite din sistemul de referință Bethesda (2010)

Categoriile citologice	Conduită	% Riscul malignității
I. Non diagnostic sau nesatisfăcător sau compatibil cu conținutul unui chist	Repeți Monitorizarea	?
II. Benign; compatibil cu un nodul folicular	Monitorizarea	0-3
III. Atipie cu semnificație nedeterminată (AUS)	Repeți	5-15
IV. Neoplazie foliculară sau suspiciune de neoplazie foliculară; specificați dacă tipul de celulă Hürthle (oncocitară)	Lobectomie	15-30
V. Suspect de malignitate; suspectat de carcinom papilar sau medular ...	Lobectomie sau tiroidectomie	65-75
VI. Carcinom papilar, medular, slab diferențiat ...	Tiroidectomia	97-99

Tratamentul chirurgical

Indicații	Volumul intervenției
Gusa uninodulara, multinodulara, gusa retrosternala sau gusa ectopica care determina compresie pe structurile vecine determinand diferite simptome: disfagie, dispnee, disfonie Bethesda I-III	Lobectomie, hemitiroidectomie, tiroidectomie subtotală, tiroidectomie.
Adenom tiroidian solitar (tumora benigna) Bethesda I-III	Rezecția lobului, lobectomie
Chist tiroidian recurent Bethesda I-III	Rezecția lobului, lobectomie
Nodul tiroidian suspect Bethesda IV	Rezecția lobului, lobectomie, hemitiroidectomie
Cancerul tiroidian(papilar, folicular, si anaplazic) Bethesda V-VI	Tiroidectomie
Cancer tiroidian medular Bethesda VI	Tiroidectomie

Tratamentul preoperator

Pacienții fără devieri hormonale sau somatice nu au nevoie de pregătire preoperatorie. Bolnavii cu hipertiroidie vor primi tratament cu ATS (mercazoloil, tyrozol), beta- blocante (la necesitate), sedative în mod ambulator sau în secția de profil pînă la atingerea stării de eutiroidie.

Complicații postoperatorii

- Hipoparatiroidie - administrarea sol. CaCl₂ 10% - 20-30ml i/v, susp. Vit D3 5000 U, ambulator- administrarea preparatelor de Ca 500-2000 mg, combinat cu vit.D3.
- Lezarea n. recurrens – sol. Proserini 0,05% - 1,0 ml s/cut 3-5 zile, apoi pastile Kalimin 60mg/ zi 1 lună, Sol Milgamma 2 ml/zi i/m 5 zile, apoi o pastilă 100mg/zi – lună, Sol. Pentillini 5 ml i/v – 5 zile, apoi 200-400 mg/zi p/o 1 lună.
- Pareza bilaterală a coardelor vocale – consultația ORL, laringoscopie, traheostomie.
- Hematom, serom al plagii p/o – drenare și pansament compresiv. În lipsa hemostazei – recervicotomie.

Conduita postoperatorie:

I zi- regim la pat, dieta 0. Tratament: va prevedea în mod standard corecția volemică, acidobazică la necesitate. A/b profilactică doar într-o priză intra- sau postoperatoriu (Cefalosporine de generația III). Anticoagulante mmm (Fraxiparini, Zibor, Clexane) pre- și postoperatoriu 3-4 zile. Antalgice – opioide prima zi p/o o priză. În caz de nodul tireotoxic – sol Dexametazoni 4-8 mg i/ v în perfuzie 1-2 zile.

Recomandări la externare

- Evidența la medical de familie, endocrinolog, oncolog (la necesitate)
- Tab. Levotiroxini 25-100-200 mcg/ zi, o priză dimineața în dependența de valorile TSH și FT4 permanent.
- Limitarea efortului fizic – 1 lună
- Radioiodterapia la necesitate (carcinom papilar, folicular)
- Control repetat cu evaluarea hormonală și ecografică la 1, 3, 6, 12, 24 luni.
- Expertiza capacității de muncă și vitalității la CMEV.

HEMORAGIA DIGESTIVĂ DE CAUZĂ VARICEALĂ

asociată cu hipertensiunea portală reprezintă cca 30% din totalul hemoragiilor tubului digestiv superior și constituie o urgență medicală extremă cu deces în jumătate de cazuri; 60% dintre pacienții cu ciroză hepatică dezvoltă varice esofagiene, în timp ce 30% sângerează din varice!! Codul bolii (CIM 10): K76.6. A.3.

Clasificarea varicelor eso-gastrice

Silențioase, congestionate, sângerânde, cu hemoragie stopată, trombozate

- VE grad I – varice mici care dispar la insuflație
- VE grad II – varice care dispar la insuflație
- VE grad III – varice mari care obstruiază parțial lumenul esofagului VGE tip I, joncțional; VGE tip II; Varice gastrice izolate tip I; Varice izolate tip 2, ectopice
- Este acceptată secvența patogenetică "hipertensiune portală – circulație portală - varice"

Cauzele de apariție a VEG și HDV:

- Principala cauza de apariție a VEG este HTP reflectată în porțiunea esofagiană inferioară și a cardiei, unde există una dintre comunicările anatomice între circulația portală și cea cavă cauzată de CH.
- Non cirotică; HDS post-ligatură variceală.
- Aproximativ la 1/3 dintre pacienții cunoscuți cu varice care prezintă HDS, sursa acestora nu sunt varicele.
- Alți factori favorizanti ai varicelor esofagiene pot fi: ocluzia venei porte extrahepatice-posttraumatică, în pancreatita cronică, TVP; tumorilor mediastinale compresive la nivelul VCS; steatoza, amiloidoza; carcinom hepatocelular, pancreatic; HTP.
- O patologie asociată e considerată factor de prognostic nefavorabil: ciroză, boli cardiace ischemice, insuficiență renală cronică, cancer.

Gravitate HDV (Smith/Weil):

- Ușoare :25%-1250 ml; AV=100b/min; TA=90mmHg; IS<1; PVC=N; D=N.
- Medii :35%-1750ml; AV=120b/min; TA=80mmHg; IS<1,5; PVC=scade; D=scade.
- Gravă:50%-2500ml; AV.120 b/min;TA= 60mmHg;IS.1,5;PVC=f.scazuta;D=anurie,
- 30-50% decedează la prima HDV
- La clasa Child A/B/C mortalitatea este 10/40/.>70%
- Caracterul „clinic” activ al HDV- factor de gravitate.

Diagnosticul HDV include:

- Anamneza și examenul fizic: istoric de HDS, patologia TGI (VE, GPPH, UGD, consum AINS), hepatopatie: ascită, splenomegalie, circulație colaterală, icter;
- Semne de severitate a HDV: vertij ortostatism, sdm confuzional, semne de hipovolemie, palpitații, extremități reci.
- TR : melena (aspect/consistență);
- Laborator: Hemograma și numărul de trombocite (atenție! hemoconcentrări în stadiu incipient); Evaluarea coagulării:TP, TTPA, fibrogen; ionograma, uree, creatină
- Bilanț pre-transfuzional: grupa sangvină, Rh, RAI; FEGDS - hemodinamica stabilă..
- Bilanț hepatic complet (ASAT, ALAT, FA, GGT, bilirubina, TP, albumina).

Repercusiunile HDV:

- NB! Orice hemoragie la un cirotic are un grad de gravitate, deoarece CH se asociază cu coagulopatie și hemostaza precară
- Prăbușirea funcției hepatice, modificări de motilitate, inundație traheo-bronșică
- Scăderea TA (soc) tradus cu lipotemie, slăbiciune, anxietate, comă; transpirații reci; tahicardie, tahipnee; oligurie
- Oligurie (debit urinar < 20ml/h).
- Apariția IHR, coma, encefalopatia, PBS pot fi cauzate și de degradarea sângelui la nivel intestinal și producții rezultate
- anemia post-HDV are impact asupra bolilor cardio respiratorii
- Tulburări de hemostază preexistente

Factorii prognostici și simptomele de gravitate a HDV

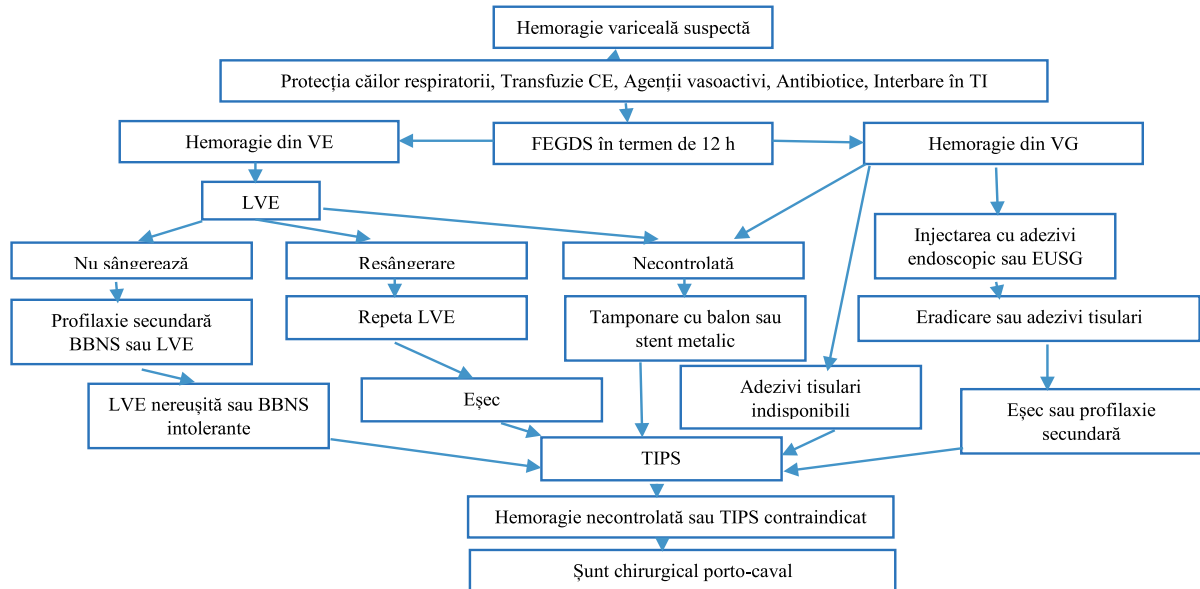
- | | | |
|---|--|--|
| Factorii care influențează prognosticul:
○ cantitatea de sange pierduta;
○ viteza pierderilor sangvine;
○ sangerare continuata sau repetata;
○ starea biologica a organismului;
○ varsta pacientului | <ul style="list-style-type: none"> • Criteriile clinice de gravitate a HDV include: paloarea sclera-tegumentara, numarul, abundenta si aspectul hematemezilor, melenelor sau hematocheziilor, indicele Algoter (AV/TA sist). • Markerii neinvaziviuti în acest sens pot fi: valoarea hemoglobinei si hematocritul, trombocitelor, FibroTest, dimensiunea splinei, diametru venei porte. elastografie tranzitorie | Ascita, consumul de alcool; esofagita: refluxul gastro – esophageal cresc riscul de sângerare factorii predictorii ai cărei sunt: marimea VE, prezența spoturilor roșii red spots –stigmat de sânge, clasa Child C |
|---|--|--|

Gesturile terapeutice de urgență, absolut obligatorii în HDV, recomandate a se efectua sunt:

- Determinarea și monitorizarea constantelor vitale – puls, TA, PVC; diureza
- Cateterizarea a 1-2 vene periferice cu catetere groase sau cateter venos central;
- Determinarea grupului sangvin, hemogramei, timp coagulare, biochimie;
- Oxigenoterapia; montarea sondei nazogastrice și urinare;
- Reechilibrarea volemică: soluții cristaloides (ser fiziologic, soluție Ringer;
- La nevoie, soluții coloidale, transfuzie de plasmă congelată, de sânge izogrup și izoRh (Criterii de transfuzie: Hb < 7 g/dL sau Hb < 10 g/dL pentru vârstnici, patologii cardiace/coronariene)
- Administrarea de medicamente vasoactive, antibiotice: ceftriaxonă i.v. 1 g pe zi
- Endoscopie superioară în primele 6-12 ore de internare la spital : bandare elastică;
- **Obiective:** oprirea HDV și compensarea pierderilor
- **Protocolul are drept scop:**
- Diagnosticul pozitiv și eliminarea diagnosticelor diferențiale.
- Evaluarea severității hemoragiei.
- Resuscitarea, atunci când este cazul, după protocolul clasic (basic life support);
- Resuscitare hemodinamică
- Prevenirea și tratamentul complicațiilor
- Tratamentul hemoragiei

Criterii de spitalizare și management terapeutic:		
<p>NB! Toți pacienții cu HDV sau suspiciune la ea trebuie spitalizați în staționar și necesită eforturile comune ale specialiștilor în ATI, gastroenterologie, endoscopie digestivă, chirurgie și radiologie intervențională. Internarea în secția ATI se face cu respectarea următoarelor criterii: loc disponibil, instabilitate hemodinamică prezentă și care nu poate fi controlată, risc major de resângerare, anemie severă (Hb < 6 g%).</p>		
Atitudine terapeutică a HDV:	Următoarele 12-24 ore:	Abordare medico-chirurgicală a HDV:
<p>Măsuri de resuscitare: Refacerea volemică cu soluții cristaloide: NaCl (0,9%), Ringer, glucoza 5-10%, macromoleculare (dextran 40 sau 70); Transfuzii sanguine, în funcție de severitatea HDV (Hb < 70) : sânge integral, masa eritocitară, plasma, masa trombocitară Antibioticoprofilaxia: Ceftriaxon i/v (1 /24h) Terapia farmacologică – continuați 2-5 zile după confirmarea diagnosticului: Terliprisin (2 mg /4 ore) sau Somatostatina (Octeotrid), pantoprazol, etamzilat.</p>	<p>În decurs de 12 h: Confirmați diagnosticul, EDS terapeutică: LEVE sau sclerot.. În caz de hemoragie necontrolată sau recidivă: tamponada cu balon ca o măsură temporară maxim pe 24 ore, LEVE repetat Tratamentul HDV prin varice gastrice: scleroterapie (bucrilat/histoacryl); trombina, LEVE: risc recidiva crescut; Tamponada cu sonda Linton sau Blakemore : hemostază- 95%, recidiva - 50%; TIPS, embolizare retrogradă, tratament chirurgical</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hemostază endoscopică Sonda Sengstaken Blakemore TIPS, aplicare de clipuri Hemostaza chirurgicală <ul style="list-style-type: none"> Ligaturarea varicelor Ligaturarea pediculilor vasculari Transsecție esofagiană Deconexiunea zigoportală Rezecție gastroesofagiană Șunturile porto-sistemic Transplant hepatic

Algoritmul selectării diferențiate a metodei de tratament a HDV



Evoluția varicelor	Nivelul intervenției	
Ciroza fără varice	Profilaxia preprimară	<ul style="list-style-type: none"> Endoscopie repetată în 2-3 ani Fără terapie specifică
Varice mari fără hemoragii		<p>Varice mari</p> <ul style="list-style-type: none"> Endoscopie repetată în 1-2 ani Fără terapie specifică ? beta-blocați pentru a preveni mărirea în dimensiuni
Varice medii/mari fără hemoragii		<p>Varice medii/mari</p> <ul style="list-style-type: none"> Beta blocați non-selectivi LEV pacienților intoleranți la medicație
Varice cu hemoragii		<ul style="list-style-type: none"> Terapie endoscopică/medicamentoasă Antibioterapia pentru toți pacienții TIPS sau intervenție cu șunt ca terapie de urgență B-ta blocați+LEV TIPS sau intervenție cu șunt ca terapie de urgență
Varice cu hemoragii recidivante	Profilaxia secundară	

În timpul sesiunii, în funcție de severitatea varicelor, se plasează de la 6 până la 10 ligaturi. De la a 3-a până la a 7-a zi, varicele ligaturate se necrotizează, scad în dimensiuni și se acoperă cu fibră densă. La 7-8 zile, are loc respingerea țesuturilor necrotice cu inele și formarea de suprafețe ulceroase extinse.

Contraindicație pentru hemostaza endoscopică: stare severă - agonală, sursa de vizualizare slabă, particularități anatomice esogastrice, flux sanguin masiv, care inundă fereastra de vizualizare a endoscopului

Recomandări la externare

Regim alimentar, evidență la medicul de familie: examen clinic și endoimagistic dinamic, monitorizare periodică a evoluției bolii (probe hepatice, impactului terapeutic, riscului hemoragic). Tratament antiviral, beta-blocante (reduc progresia VE), inhibitori ai pompei de protoni, mucoprotectori, vasopresori, s.a., Includerea în lista de așteptare pentru transplant hepatic, devascularizare azygoportală/șunt.

Abrevierile folosite în document: HTP - hipertensiune portală; HDV - hemoragie digestivă variceală; PBS - peritonită bacteriană spontană, ȘPS - șunt portosistemic; ȘPV - șunt peritoneo venos; LEVE - ligatura endoscopică a varicelor; DVA - devascularizare; TH - transplant hepatic; TAVS-tromboza v. Portă; TIPS-șunt transjugular digestives hautes. Acta Endosc, www.sfed.org.

HEMORAGIA DIGESTIVĂ INFERIOARĂ

Cod CIM-10: K 92.2

Hemoragia digestivă inferioară (HDI) este definită ca hemoragie a cărei sursă este localizată distal de ligamentul Treitz.
Hemoragia digestivă inferioară acută – cea a cărei durată nu depășește 3 zile și poate rezulta în instabilitate hemodinamică, anemie și/sau necesitate în transfuzii sanguine.

SURSELE POSIBILE DE HEMORAGIE DIGESTIVĂ INFERIOARĂ	
Boli congenitale	Sindromul Peutz-Jeghers; duplicația de intestine; polipoza recto-colonică; angiomatoza hemoragică Randu-Weber-Osler.
Leziuni anale (10%)	Hemoroizi; fisura anală; leziuni veneriene; polipi și cancer anorectal.
Leziuni colorectate	Tumori benigne și maligne (7-33%); diverticuloza (37-45%); angiodisplazii; BICI (boala Chron, colita ulcerativă) (9-21%); colite (ischemice, radice, infecțioase); corpi străini; traumatisme etc.
Leziuni intestinului subțire (2-9%)	Diverticul Meckel; tumori ale intestinului subțire; invaginație intestinală; ileita terminală; infarctul enteromezenteric; malformații vasculare; varici determinate de HTP.
Cauze iatrogene	Termometrizare rectală; după polipectomie endoscopică, colonoscopie, rectoscopie; după biopsii colorectale.
Cauze medicamentoase	Tratament cu anticoagulante, substanțe antiinflamatorii (AINS), corticosteroizi.
Discrazii sangvine (0.8%)	Hemofilia A și B; purpura trombocitopenică; leucemii; colagenoze.
Boli infecțioase	Enterocolite acute; dezinteria; TBC intestinală; febra tifoidă; unele boli parazitare; helminți.

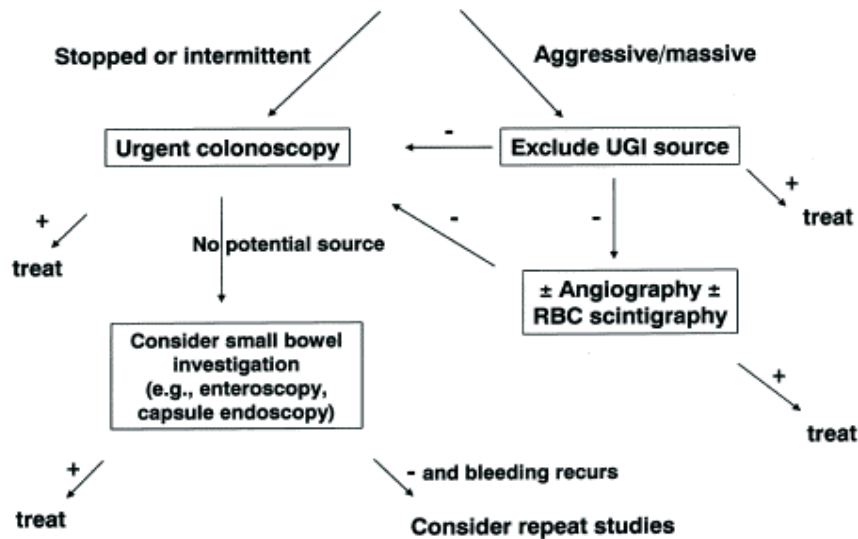
EVALUAREA GRAVITĂȚII HEMORAGIEI DIGESTIVE INFERIOARE		
HDI	Parametrii hemodinamici	Spitalizare
MICĂ/UȘOARĂ	– Pierdere sanguină < 500 ml (8-10% din volumul circulant); – TA (tensiunea arterială), PS (frecvența pulsului) – normale.	Secția de chirurgie
MEDIE	- Pierdere între 500 și 1000 ml (10-20% din volumul circulant); - TAS (tensiunea arterială sistolică) > 100 mm col.Hg; - PS < 100 bătăi la minut; - Indicele Algover (PS / TAS) < 1; Semne de vasoconstricție periferică: paloare, transpirații reci, tahipnee.	Secția de chirurgie Secția de terapie intensivă – pacienți cu comorbidități importante
GRAVĂ	– Pierdere între 1500 și 2000 ml (30-40% din volumul circulant); – TAS < 100 mm col.Hg, cu tendință la scădere; – PS > 100-120 bătăi la minut; – Indicele Algover (PS / TAS) > 1; – Lipotimie, transpirații reci, tahipnee, oliguria.	Secția de terapie intensivă
FOARTE GRAVĂ	– Pierdere între 2000 și 3000 ml (>50% din volumul circulant); – TAS < 70 mm col.Hg; – Indicele Algover (PS / TAS) > 1; – Puls filiform, slab perceptibil.	Secția de terapie intensivă
CATACLISMICĂ	Sângerare rapidă și masivă, ce duce rapid la deces, înainte de a se putea interveni terapeutic.	

ETAPELE STABILIRII DIAGNOSTICULUI		
CLINIC	LABORATOR	INSTRUMENTAL
<p>Anamneza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aspectul, durata sângerării – culoare, frecvență scaun; - simptome asociate: durere abdominală, modificări recente ale tranzitului, defecație imperioasă / tenesme; - antecedente: episoade anterioare de HDI, traumatisme, chirurgie abdominală, boală ulceroasă în antecedente, istoric de BICI (colită ulcerativă, boală Crohn), istoric de radioterapie la nivelul abdomenului și pelvisului; - medicație recentă (AINS, aspirină, anticoagulante etc.); - boli concomitente cardiovasculare, pulmonare, renale și hepatice severe: prezența/absența durerilor precordiale, palpitațiilor, dispnee la repaus, teleangiectazii, ascită. <p>Examenul clinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evaluare cardiovasculară, pulmonară și renală: tahicardie, hipotonie, tahipnoe, oligurie. - palparea, percuția și auscultația abdomenului: tumori, infiltrate, durere, sufluri vasculare. - examenul digital rectal: patologice anală, formațiuni de volum, ampula rectală conține - scaun, sânge, melenă. - montarea sondei nazogastrice - excluderea precoce a HDS: scaun cu sânge proaspăt hemodinamic instabilă. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma de urgență: Hb, Ht, Er, Trombocite; - Testele de coagulare: TP, TTPA, INR, fibrinogen, protrombină; - Grup sanguin, Rh-factor; - EAB, lactatul, examenul gazometric (sânge arteră); - Investigații biochimice: urea, creatinina, glucoza. - La pacienții cu ciroză hepatică, boli cardiace concomitente, alte patologii sisteme – proteina serică, albumina serică, bilirubina, ALT, AST, ionii serici, colesterolul și lipidele serice, D-dimerii. - studii fecalelor pentru sângele ocult – FOBT (fecal occult blood test); 	<p>Metode diagnostice de 1-a linie: Anoscopia, rectoscopia înainte de FCS hemoroizi, fisuri, tumori, polipi, proctită. Examenul colonoscopic FCS – metoda de elecție de diagnostic al HDI, la 12-24 ore după adresare; FEGDS – hematochie masivă însoțită de instabilitate hemodinamică <i>înainte de colonoscopie;</i> Enteroscopia: retrogradă la colonoscopie; enteroscop cu balonașe; endocapsulă / Pill Cam; Ro-grafia cutiei toracice, ECG, EchoCG.</p> <p>Metode diagnostice de linia a 2-a: Scintigrafia cu hematii marcate cu Tc^{99m}, In¹¹¹ – detectează sângerări cu debit scăzut (≤0,1 ml/min); Angiografia – detectează sângerări cu debit crescut (>1 ml/min). Posibilă terapie angiografică. Ecografia, CT și RMN nu au un rol independent, dar pot ajuta indirect la diagnostic – identificarea tumorilor, infiltratelor, anevrismelor din abdomen. Irigografia, enteroclizma, pasajul baritat nu sunt indicate în sângerare activă – puține informații, crează dificultăți pentru examinarea ulterioară.</p>

TRATAMENTUL HEMORAGIILOR DIGESTIVE INFERIOARE				
CONSERVATIV		MINI-INVAZIV		CHIRURGICAL
- Regim de repaos deplin (poziție orizontală cu membrele inferioare ridicate la 15°; - Montarea a 1-2 linii venoase (abord periferic cu venulă de diametru mare 14-18G); - Administrare de oxigen (SpO2>95%); - Inițierea repletției volemice (prioritate se va da cristaloizilor echilibrați: soluțiile Ringer, Hartmann) în vederea refacerii volumului circulant (criterii de ghidare vor servi: TAM ≥ 65 mm Hg, lactatul seric < 2 mmoli/l, SvO ₂ ≥ 70%, ΔPP ≤ 13%). Se recomandă perfuzia soluțiilor încălzite (t°=38-40°C) cu o viteză de 300-500 ml/h.		■ Endoscopic: ● injectarea de epinefrină; ● termocoagularea de contact; ● plasmocoagularea cu argon; ● cliparea endoscopică; ● ligaturarea prin inele; ● polipectomie endoscop., mucozectomie. ■ Angiografic: ● <i>injectarea vasopresinei</i> (sau a altor vasoconstrictoare) – încetarea sângerării în 90% cazuri cu recurență 50-70% după stoparea terapiei; ● <i>embolizarea superselectivă</i> cu microcoil sau cu particule alcoolice de polivinil, gelatină.		■ Indicații operatorii: ● starea de șoc în pofida resuscitării fluide adecvate ● hemoragie persistentă, ce impune transfuzia ≥ 6 U concentrat eritocitar; ● lipsa unui diagnostic după colonoscopie totală în caz de hemoragie activă gravă ■ Tehnici operatorii: ● <i>rezecție segmentară</i> de intestin cu anastomoză – hemodinamica stabilă, sursa hemoragiei clară. ● <i>colectomie totală/subtotală</i> «oarbă» cu anastomoză – hemodinamica instabilă, hemoragie activă pe colon cu sediu incert. ● <i>excizia leziunilor anale, suturare hemostatică.</i>
Gravitatea HDI	Vol. de infuzii, ml/kg	Cristaloizi, %	Coloizi, %	Compusi ai sângelui, %
Ușoară	10	100	-	-
Medie	30	65	15	20
Gravă	60	50	20	>30
- Transfuziile de concentrat eritocitar la pacienții cu HDI în lipsa semnelor de hemoragie masivă sunt recomandate la un nivel al Hb < 70 g/l. - Indicații pentru transfuzii de plasmă proaspăt congelată sunt fie nivelul seric al fibrinogenului < 1 g/l sau valori ale TP/INR, TTPA de 1,5 ori mai mari de normal. - Corecția hipofibrinogenemiei (< 1.5-2 g/l) se recomandă a fi efectuată prin administrarea de concentrat de fibrinogen, iar crioprecipitatul – doar în lipsa lui. - Terapie hemostatică (etamzilat 2.5% - 2 ml; vicasol 1% - 1 ml; clorură de calciu 10% - 5 ml) și antifibrinolică (acid aminocaproic 5% - 200 ml etc.).				

TRATAMENT POSTOPERATOR	RECOMANDĂRI LA EXTERNARE
<ul style="list-style-type: none"> Masa 0 primele 3 zile, ulterior masa 1 ach 4 zile, apoi de la ziua 7-8 postoperator – masa 4. Monitorizarea dinamică a parametrilor hemodinamici, diurezei, indicilor sângelui roșu. Îngrijirea adecvată a drenajelor, stomelor, plăgilor. Corecția carențelor hidro-electrolitice, proteico-energetice, hematice și metabolice existente. La necesitate – continuarea tratamentului hemostatic (etamzilat, clorură de calciu, acid aminocaproic, plasmă congelată, crioprecipitat, masă trombocitară). Profilaxia complicațiilor septice, trombozelor: cefalisporine, aminoglicozide, metronidazol, heparine fracționate). Repetarea ședințelor de hemostază endoscopică, angiografică – după indicații. 	<ul style="list-style-type: none"> Dieta 4. Aport de fibre alimentare (20 g) și lichide (2 litri). Evitarea efortului fizic greu, situațiilor de stres, insolățiilor. Se întrerupe tratamentul cu aspirină și AINS, indicându-se preparate reologice (<i>pentilină, curantil, trental</i>) și <i>xarelto</i>. Tratamentul adecvat a maladiilor asociate hepatice, cardiace, renale în coordonare cu medicii specialiști pentru a reduce riscul recidivei hemoragiilor. Supraveghere endoscopică (colonoscopie): primul an x odată la 6 luni, următorii 3 ani x odată pe an, apoi x odată la 3 ani. Corecția anemiei existente (<i>sorbifer, feniuls, totema</i> etc.). Normalizarea consistenței (<i>mukofalk, colon protect</i>) și frecvenței scaunului (<i>picolax, senadexin</i>). Preparate 5-ASA (<i>salofalk, asacol</i>) – local (supozitorii, clizme) și peroral (pastile, granule).

Acute Lower Gastrointestinal Bleeding



ABREVIERI	BICI- boală inflamatorie cronică intestinală; HTP- hipertensiune portală; AINS- antinfiamatorii nesteroidieni; TAS / TAM-tensiune arterială sistolică / minimă; HDS / HDI- hemoragie digestivă superioară / inferioară; EAB- echilibru acido-bazic; TP- timpul protrombinei; TTPA- timpul de activare parțială a tromboplastinei; INR- Raportul Internațional Normalizat.
-----------	---

HEMORAGIA DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ NON-VARICEALĂ

Hemoragia digestivă superioară (HDS) reprezintă HD cu sursa aflată între regiunea faringo-esofagiană și joncțiunea duodeno-jejunală . Se exteriorizează prin hematemeza sau/si melena. Incidența de 50- 150/1000000 locuitori. Constituie 26% din urgențele gastro-enterologice și 90% din HD. Letalitatea globală de 5-10%

Etiologie		
Afecțiuni digestive:	Afecțiuni extradigestive:	Medicamente:
<p>1. Esofagiene: varice esofagiene, esofagită acută erozivă, ulcer peptic esofagian, tumori benigne și maligne, traumatisme (corpi străini, iatrogene – explorări și proceduri endoscopice), sindrom Mallory-Weiss, diverticuli esofagiene.</p> <p>2. Gastroduodenale: ulcere gastrice/duodenale, ulcer peptic p/o, gastrită cronică/acută hemoragică, duodenite, boala Menetrier, tumori maligne/benigne, hernie gastrică transhiatală, diverticuli gastrici/duodenali, traumatisme, infecții (sifilis, tbc, herpes, cytomegalovirus), ampulom vaterian, boala Crohn, volvulus gastric, gastrita de iradiere, anevrisme ale arterelor gastrice/duodenale.</p> <p>3. Alte afecțiuni digestive: ciroza hepatică, splenomegalii, tromboze (vena paoartă, artera splenică, vene hepatice –sindrom Budd Chiar), hemobiliile de cauză hepatobiliară – traumatisme, anevrism de arteră hepatică rupt, litiază, tumori biliare, pancreatice, pancreatita acută, tumori.</p>	<p>1. Hemopatii: purpura trombocitopenică ideopatică, hemophilia, purpura Henoch-Schonlein, purpura alergică, leucemii, boala Hodgkin, hipoprotrombinemii, ș.a..</p> <p>2. Vasculopatii: ateroscleroza, hipertensiunea arterială, anevrism aortic disecant, de artere mezenterice/hepatice, boala Rendu Osler, varicozități, malformații vasculare intersinale, vasculite ș.a.</p> <p>3. Boli sistemice: poliartrita nodoasă, sarcoidoza, mielomul multiplu, amiloidoza digestive, lupusul systemic, ș.a..</p> <p>4. Boli renale: uremia.</p> <p>5. Stres: traumatisme craniocerebrale, leziuni cerebrale, intervenții neuro-chirurgicale (ulcer Cushing), stări toxico-septice (ulcer Billroth), arsuri extinse (ulcer Curling)</p>	<p>Aspirina, steroizi, AINS, anticoagulante, citostatice, ș.a..</p>

Clasificarea:		
În funcție de severitate:	După evoluție:	Endoscopică Forrest:
<ul style="list-style-type: none"> • USOARE: pana la 25% pierdere sanguină (1250ml), FC<100bpm, TAs>90mmHg, IS<1, diureza normală, PVC normal • MEDII: pana la 35% pierdere (1750ml), FC<120bpm, TAs min. 70mmHg, IS=1-1,5, PVC și diureza scad, teg. reci, palide, transpirate. • SEVERE: pana la 50%(2500-3000ml), FC>120bpm, TAs<60mm Hg, IS>1,5, PVC și diureza scăzute, șoc 	<ul style="list-style-type: none"> • stopată (confirmat endoscopic); • reînnoită (până la 72 ore de la internare); • repetată (după 72 ore); • activă, masivă (>1500 ml sânge) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ia - sangerare activă, pulsatilă, in jet • Ib - continuă, în pânză • IIa - vas vizibil în crater • IIb - cheag aderent la leziune • IIc - stigmat de sangerare recentă • III - leziuni cu potențial hemoragic.

Clasificarea ORFANIDI:		
	Clinic	Laborator
HD mică	<i>pierdere <500 ml (8-10% din volemie), TA și AV normale</i>	<i>Ht>35%, Hb=100-120 g/l</i>
HD medie	<i>pierdere 500 - 1000 ml (10- 20% din volemie), TA sist <100, AV >100, Indice Algotver (AV/TAs)>1, Vasoconstricție periferică (extremități reci, palide, lipotimie în ortostatism)</i>	<i>Ht= 25-30%, Hb= 80-100 g/l</i>
HD gravă	<i>pierdere 1000 - 2000 ml (30-40% din volemie), TAs<100, AV>100-120 lipotimie, transpirații reci, tahipnee, oligurie</i>	<i>Ht <25 %, Hb= 50-80 g/l</i>
HD foarte gravă	<i>pierdere 2000-3000 ml (>50% din volemie), TA<70 mmHg, puls filiform, slab perceptibil, AV/TA > 1,5</i>	
HD cataclismică	<i>viteza și volumul pierderilor de sânge duc rapid la deces,, înainte de a se putea interveni terapeutic</i>	

<p>Managementul de diagnostic și terapeutic etapizat al pacientului cu HDS:</p>	<p>Obiective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilirea sursei și oprirea sângerării; - evaluarea severității și compensarea pierderilor de sânge; - efectul patogenetic asupra bolii, a cărei complicație a fost sângerarea. <p>Primele două sarcini din pachetul de urgență sunt obligatorii, iar a treia sarcină într-un risc chirurgical de urgență poate fi amânată la o dată</p>	<p>HD → indicație absolută pentru internare în urgență și monitorizarea funcțiilor vitale!!!</p>
---	--	---

Etapele obligatorii în conduita pacientului cu HDS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea stării generale • Culegerea anamnezei și acuzelor • Examinarea clinică, de laborator și endoscopică 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea riscului de complicații (consultația specialiștilor) • Luarea deciziei referitor la tratament • Efectuarea tratamentului (conservativ, endoscopic, chirurgical) • Tratamentul complicațiilor evolutive, supravegherea activă.

A. Secția de internare		
Examinare	Motivele	Metode de diagnostic
Examenul clinic primar	Precizarea diagnosticului de HDS, aprecierea gravității hemoragiei	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (antecedente de BU, holi hepatice, ale pancreasului, boli articulare (consum de AINS), neoplasmе, afecțiuni ORL, consumatori de etanol, săruri de bismut, fier, cărbune medicinal ș.a.. • Examenul clinic obiectiv: T/A, puls, indicele Algotver, tegumente (palide, reci, transpirate), vomă cu sânge și/sau, zaț de cafea", melena, starea psiho-emoțională (agitată, somnolent., comatos), prezența la nivelul tegumentului a echimozelor, petesiilor, stelutelor vasculare, purpuri, circulației colaterale, eritemului palmar; la examinarea abdomenului - hepatosplenomegalia, ascita, se pot palpa chiar mase tumorale. Se examinează și celelalte segmente, aparate și sisteme: cap - nas, gat – mai ales în cazul unui epistaxis, cardiopulmonar, în special în prezența unor comorbidități • Tuseul rectal!!! • Aplicarea sondei nazogastrale • Pacienții cu hipotensiune/șoc hemoragic – spitalizare în secția TI
Examenul paraclinic	Diagnosticul pozitiv/diferențial	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hemoleucograma cu numărarea leucocitelor, eritrocitelor și a trombocitelor, hematocrit, hemoglobina și indici eritrocitari; - examen sumar de urină; - explorarea funcției hepatice (transaminaze, bilirubina, colinesteraza, GGT, fosfataza alcalină, albumina), renale (uree, creatinina), pancreatice (amilaza, lipaza serică), ionograma serică, glicemia, echilibrul acido-bazic, teste de coagulare; - determinarea Rh, a grupului sanguin și a compatibilității de grup; - FEGDS diagnostică/curativă (anexa); USG cavitații peritoneale, ECG, Rx-grafia cutie toracică
Aprecierea severității HDS	Triaj/tratament Asistența medico-chirurgicală	<ul style="list-style-type: none"> • Pacienți hemodinamici stabili (HDS – minoră) • Pacienți instabili hemodinamici (HDS moderată) • Pacienți în stare de șoc (HDS masivă)

B. Blocul de terapie intensivă		
Indicații pentru spitalizare	HDS masivă/șoc hemoragic; HDS activă (Forest Ia, Ib, IIa), HDS stopată (Forest IIb) la pacienții cu comorbidități asociate importante	
Examinare	Motivele	Metodele de diagnostic
	Reexaminare, stabilirea diagnosticului pozitiv, aprecierea stării generale	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza Examenul clinic (monitorizarea indicilor vitali) Examenul de laborator (hemoleucograma, sumar urină. probe hepatice, renale, ionograma, echilibrul acidobazic, coagulograma) ECG FEGDS (*) USG abdomen CT adomen în regim angiographic (optional)
Atitudine medico-chirurgicală Tratament	Regula celor 3 catetere: Montarea <ul style="list-style-type: none"> abordului venos central sau a minim două linii venoase periferice cu debit mare, monitorizare PVC sondei urinare cu monitorizarea diurezei sondei nazo-gastrale Reechilibrare hemodinamică și tratament hemostatic (anexa 1) FEGDS diagnostic și/sau curativă (anexa 2), tratament chirurgical de urgență la necesitate (anexa 3)	
*NOTA: La pacienții cu statut mental alterat, cu o cooperare dificilă, cu hemoragie masivă, examenul endoscopic va fi efectuat cu asistență anestezicologică – pacient sedat, intubate oro-traheale		

C. Secția Chirurgie	
Indicații pentru spitalizare	HDS stopată (Forest IIb, III, suspjecție de malignizare), HDS de gravitate ușoară/medie
Examinare	Metode de diagnostic
Examen complex	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Examenul clinic Monitorizarea în dinamică a T/A, pulsului,, indicilor de laborator (hemoleucograma, sumar urină, probelor hepatice, renale, ionograme, coagulogramei)
Atitudine medico-chirurgicală	- Tratament farmacologic (anexa 1)
Tratament	- Tratament endoscopic în recidivă (anexa 2)
	- Tratament chirurgical la necesitate (anexa 3)

Tratamentul medicamentos al HDS

Scopurile:

- compensarea pierderilor sanguine
- oprirea sursei de sângerare
- susținerea funcțiilor vitale

ANEXA 1	Tratament medicamentos
Compensarea pierderilor sanguine	<ul style="list-style-type: none"> reechilibrare volemică, hidroelectrolitică, acidobazică prin administrarea soluțiilor cristaloide (ser fiziologic, Ringer, glucoză 5%-10%), coloide (poliglucin, refortan) administrarea de plasmă, substituenți de plasmă (albumină, gelofuzin) administrarea de sânge și derivate criterii: Hb<70 g/l, iar la bolnavii vârstnici cu comorbidități – Hb < 100g/l
Terapie hemostatică	<ul style="list-style-type: none"> lavajul cu soluții alcaline reci prin sonda nazogastrică susținerea coagulării prin, administrare de PPC, masa trombocitară, vit.K 1ml X3 ori/zi, etamsilat 2mlX3 ori/zi , calciu gluconic sau clorat 10% - 10ml X 2 ori/zi, administrare de antifibrinolitice (acid aminocaproic 5%-200ml, fibrinogen 2gr) inhibitori ale pompei de protoni (pantoprazole, omeprazole - în ulceratii Forest I, IIa și IIb la debut administrat 80 mg i/v în bolus, urmat de 8 mg/oră timp de 72 ore, în ulceratii Forrest IIc și III administrate per os a dozei duble zilnice este sufficient. blocanți de receptori H2 histaminici (famotidine, quamatel 40mg/zi) medicamente neutralizante ale secreției gastrice (bismuth, bicarbonate de sodiu, săruri de aluminiu, sucralfat),

ANEXA 2	Examen și tratament endoscopic
FEGDS:	
Diagnostică	<ul style="list-style-type: none"> Examenul endoscopic se va efectua în primele 24 ore de la internare, după evaluarea și reechilibrarea hemodinamică a pacientului Pacienții cu hemoragie severă (activă), cu comorbidități importante vor fi evaluați endoscopic în primele 3-6 ore de la internare în unitatea de TI În cazul hemoragiilor masive evaluarea endoscopică se indică după tentative de reechilibrare hemodinamică în primele 6-12 ore de la internare
Curativă	Tratamentul endoscopic (indicat la pacienții cu hemoragie Forrest IA, IB, IIA) Hemostază prin: <ul style="list-style-type: none"> aplicarea substanțelor cu acțiune hemostatică locală (trombină, collagen, adezivi tisulari); injectarea substanțelor vasoconstrictoare (polidocanol, etanol 70%, epinephrină (adrenalină)); metode termice (electrocoagularea mono/bipolară, cu argon-plasma, termosonda); metode mecanice cu aplicarea: clipsurilor sau a benzilor elastice (tehnica Bending)

În caz de eșec al hemostazei medicamentoase și endoscopice se discută 2 opțiuni:

- Arteriografia celio-mezenterică cu embolizare pe cale radiologică
- Chirurgical

Indicațiile tratamentului chirurgical: Hemoragie cataclismică/șoc hemoragic sever, Hemoragie acută și gravă de la debut, Hemoragie asociată cu perforație, Hemoragie refractară la tratamentul medicamentos, endoscopic administrat corect, Transfuzii >6U de sânge în 24 ore inefficiente HDS recurențială la pacienți cu vâsta >60 ani sau posthemostază endoscopică repetată	HDS stopată (confirmat endoscopic) HDS reînnoită (până la 72 ore de la internare) HDS repetată (după 72 ore) HDS activă, masivă (>1500 ml sânge)	Atitudine chirurgicală Chirurge electivă Act chirurgical – urgență imediată Act chirurgical – urgență amânată Act chirurgical – urgență majoră
Tratamentul chirurgical în HDS non-variceală în funcție de sursă		
<ul style="list-style-type: none"> HDS ulceroasă gastroduodenală: <ul style="list-style-type: none"> rezeecție gastrică cu anastomoză gastro-jejunală sau gastroduodenală hemostază în situ asociată cu rezeecție de excludere în ulcerele postbulbare rezeecție gastrică în scară tip Pauchet în ulcerele subcardiale excizie cu hemostază în situ asociată cu vagotomie tronculară și piloroplastie la pacienți șocați, cu risc operator mare rezeecție gastrică în BSO cu ulcere peptice hemoragice a GDA/GJA Ulcerul de stres, gastrita eroziv-hemoragică rezistent la tratamentul conservator (medicamentos, endoscopic) <ul style="list-style-type: none"> hemostază în situ asociată cu vagotomie tronculară și piloroplastie gastrectomie subtotală sau totală în cazul cu ulceratii multiple Tumorile benigne și maligne hemoragice <ul style="list-style-type: none"> rezeecție gastrică distală (localizare antro-pilorică) cu GJA sau proximală cu EGA/EJA (localizare subcardială) gastrectomie (localizare corp gastric) Sindromul Mallory-Weiss rezistent la tratamentul conservator (medicamentos, endoscopic) ligatura in situ a fisurilor mucoasei esogastrice Wirsungoragie, hemobilie <ul style="list-style-type: none"> embolizarea angiografică rezeecție de pancreas, ficat 		

HERNIA ABDOMINALĂ EXTERNĂ LIBERĂ (HAEL)

(cod CIM-10; k40) - patologie chirurgicală, caracterizată de ieșirea viscerelor, învelite în peritoneul parietal, prin diverse orificii ale stratului musculo-aponeurotic al peretelui abdominal, fără dereglarea integrității stratului cutanat

Clasificarea herniilor abdominale externe (Hotineanu V.)

1. Clasificarea anatomo-topografică a herniilor <ul style="list-style-type: none"> · Inghinale; · Femurale (crurale); · Umbilicale; · Epigastrale; · A liniei albae; · A liniei Spiegel; · A liniei Douglas; · A triunghiului Petit; · A spațiului Grynfelt; · Obturatoare, ischiatice; · Perineale. 	2. Clasificarea conform principiului etiopatogenetic: <ul style="list-style-type: none"> · Congenitale; · Dobândite; · Postoperatorii sau postincizionale (după orîșice intervenție chirurgicală); · Posttraumatice (după trauma peretelui abdominal); · Recidivante (după o herniotomie); · Patologice : ciroză hepatică, tromboză v.portă, canceromatoză abdominală cu ascită. 	3. Clasificarea conform semnelor clinice hernii: <ul style="list-style-type: none"> · Simple, reductibile (libere); · Ireductibile; · Hernii recidivante; 4. Clasificare după dimensiuni: <ul style="list-style-type: none"> - Mici - Medii - Mari
--	---	--

Etiologia HAEL :

- Factori congenitali (defecte ale peretelui abdominal din naștere).
- Factori dobândiți pe parcursul vieții – scăderea sintezei de colagen, locurile anatomice slabe.

Creșterea presiunii în cavitatea abdominală, cauzată de: - Dereglări a tranzitului intestinal (constipație sau diaree), - Bronșitele și pneumoniile cornice, TBC - însoțite de tuse permanente, - Dereglări de micțiune (fimoza, adenomul de prostată, strictura uretrei), - Nașterea dificilă, - Munca fizică grea.

Frecvența mai mare la bărbați (B/F = 3/1);

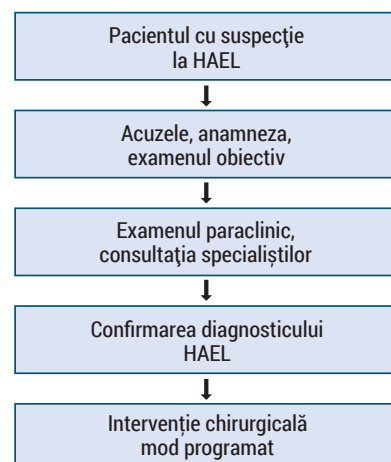
ETAPELE DE DIAGNOSTIC A HERNILOR ABDOMINALE EXTERNE LIBERE

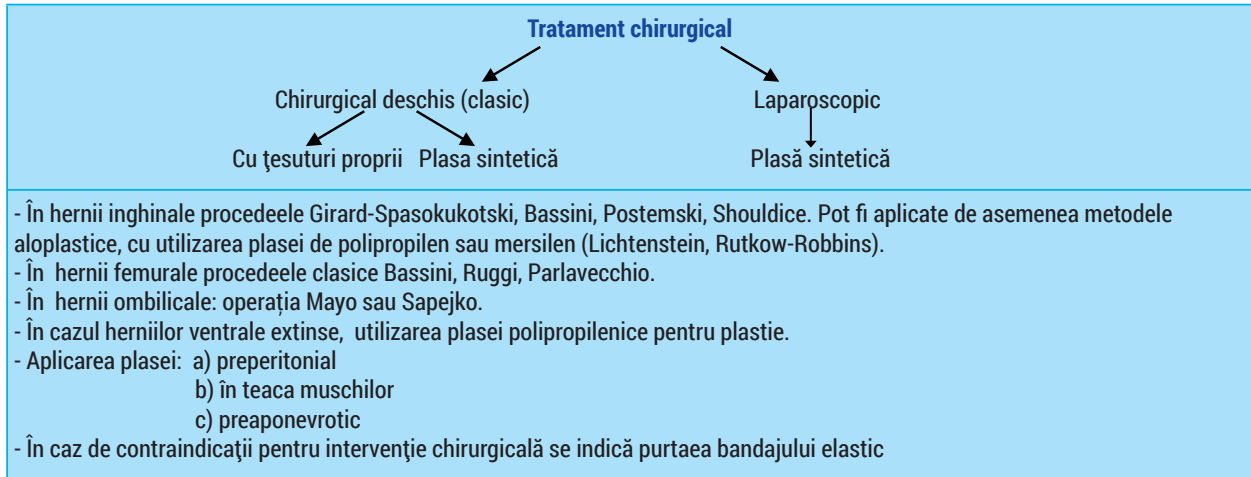
ACUZE - la prezența unei formațiuni de volum în regiunea respectivă. - dureri accentuate la efort fizic, la mers, ortostatism prelungit. INSPECTIE În ortostatism și decubit dorsal unde se va determina: - prezența unei formațiuni "pseudotumorale" în zonele herniare - crește în ortostatism, efort fizic - formațiunea diminuează în clinostatism fie spontan, fie provocat, la palpate prin manevre de reducere, organul herniat retrăgându-se sau fiind împins înapoi în abdomen. PALPARE Dacă hernia este exteriorizată, se poate palpa: - suprafața netedă, nedureroasă, elastică, dacă organul herniat este intestin; - suprafața neregulată, consistentă moale, nedureroasă, când organul herniat este epiploon. PERCUTIE Pseudotumora herniara poate fi - mată (continut: mare epiploon) - sonoră (continut: anse intestin.) ASCULTATIE Se pot percepe zgomote hidroaerice (spontan sau în momentul reducerii) dacă organul herniat este intestin.	Investigațiile paraclinice : <ul style="list-style-type: none"> • Hemoleucograma; • Analiza generală a urinei; • Biochimia : Ureea, Creatinina, Proteina general, Albumina, Bilirubina, ALAT, ASAT • Grupa de sânge și factorul Rh; • Coagulograma : Protrombina după Quick, INR, fibrinogen. • ECG; • Radiografia cutiei toracice; • USG-abdominal; În caz de hernii gigante: <ul style="list-style-type: none"> • Spirometria ; • Consultația terapeutului, altor specialiști;
--	--

Etapa preoperatorie:

- Internarea bolnavului în secția chirurgie.
- Antibioticoprofilaxie prin administrarea intravenoasă a antibioticului cu spectru larg de acțiune (cefalosporine: Cefuroxim 1500 mg i/v; Cefoperazon 2 gr.i/v.).
- În caz de hernii gigante, pregătire timp de 7-10 zile, pacientul poziționat Trendelenburg, bandaj elastic și consultația chinetoterapeutului și medicului specialist în dependență de bolile concomitente.
- Anticoagulante la necesitate.
- Internarea pacientului în secția de chirurgie de 1 zi :
- Pentru pacienții fără boli concomitente.

Algoritmul general de conduită a pacientului cu HAEL în staționar





Conduita postoperatorie

- Toți bolnavii sunt analizați adecvat (Opioid: Sol.Promedol 2%-1 ml i/m; AINS : Sol.Ketorolac 2ml i/m; Sol.Ketonal 1 ml i/m);
- Cu scop de profilaxie a complicațiilor pulmonare și tromboembolice, se recomandă activizarea precoce a bolnavilor, administrarea anticoagulantelor în perioada de staționar (sol.Zibor 0.3 s/c., sol.Clexane 0.4 s/c.).
- Alimentarea enterală va debuta după restabilirea pasajului intestinal, determinată auscultativ ,în mediu la 1-2 zile.
- În caz de hernii gigante este necesar a)antibioticoterapie timp de 5-7 zile, (Ceftriaxon 1 gr. de 2 ori in zi i/v., Cefoperazon 2 gr. i/v. 1 data in zi)
- b) drenarea plăgii cu tub de dren.

Criterii de externare

- Normalizarea stării generale a pacientului
- Restabilirea pasajului intestinal.
- Lipsa complicațiilor postoperatorii
- Necesitatea doar în medicație perorală (inclusiv analgezicele).
- Plăgile postoperator in curs de epitelizare.

Recomandări la externare:

1. Evidența la medical de familie, chirurg.
2. Limitarea efortului fizic pe o perioadă de 3-6 luni;
3. Tratamentul patologiilor cronice, care pot duce la apariția recidivelor (bronșita cronică, dizurii, adenom de prostată, constipații etc.)
4. Purtarea bandajului elastic 1 lună;
5. Persoanele obeze la necesitate anticoagulante, AINS, purtarea centurii elastice timp mai îndelungat.

HERNIA ABDOMINALĂ STRANGULATE (HAS)

- patologie chirurgicală, caracterizată prin comprimarea conținutului sacului herniar, declanșată brusc, în porțile herniare cu dereglarea hemocirculației și funcției organelor strangulate.

Hernii inghinală: (K 40) <ul style="list-style-type: none"> • K 40.0 Hernie inghinală bilaterală cu ocluzie, fără necroză. • K 40.1 Hernie inghinală bilaterală cu gangrenă (intestinală). • K 40.3 Hernie inghinală unilaterală cu ocluzie. • K 40.4 Hernie inghinală unilaterală cu gangrenă (intestinală). 	Hernii femurale: (K 41) <ul style="list-style-type: none"> • K 41.0 cu ocluzie. • K 41.1 cu gangrenă (intestinală) Hernii ombilicale: (K42) <ul style="list-style-type: none"> • K 42.0 cu ocluzie. • K 42.1 cu gangrenă (intestinală) 	Hernii abdominale postoperatorii (incizionale, eventrațiile): (K 43) <ul style="list-style-type: none"> • K 43.0 cu ocluzie. • K 43.1 cu gangrenă (intestinală)
--	--	--

Clasificarea HAS(Hotineanu V.)

Clasificarea anatomo-topografică a herniilor <ul style="list-style-type: none"> • Inghinale; • Femurale (crurale); • Ombilicale; • Epigastrale; • A liniei albae; • A liniei Spiegel; • A liniei Douglas; • A triunghiului Petit; • A spațiului Grynfelt; • Obturatoare, ischiatică; • Perineale. 	Complicații pot fi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hernie ireponibile 2. Hernie strangulată cu ocluzie intestinală acută: <ol style="list-style-type: none"> a) flegmon piostercoral al sacului herniar b) Hernie strangulată tip Richter (sacul herniar conține intestin pensat lateral) c) Hernie strangulată tip Maydl (sacul herniar conține mai multe anse de intestin subțire) d) Hernie strangulată tip Littre (sacul herniar conține diverticol Meckel) e) Hernie strangulată tip Amyand (sacul herniar conține apendicele vermicular) 3. Hernie glisantă prin alunecare 4. Hernie pseudostrangulată Brock (Peritonita generalizată purulentă provocat de ulcer duodenal perforat., apendicita gangrenoasă perforativă etc.)
---	--

ETAPELE DIAGNOSTICE

Metodele clinice	Învestigații de laborator	Investigații instrumentale
Examenul fizic <ul style="list-style-type: none"> • Durere abdominală în zona respectivă • Grețuri și vomă • Lipsa emisiei de gaze și mase fecale • Distensia abdominală excesivă Examenul obiectiv: <p>Inspekția abdomenului</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prezența unei formațiuni „pseudotumorale”, în zona herniară • Asimetria abdomenului, • Timpanism pronunțat deasupra locului (ansei proximale) proeminente (semnul von Wahl), • Provocarea clopotajului (semnul Sklearov), • Prezența hiperperistaltismului, care se aude uneori la depărtare(semnul Schlanghe), <p>Tușeul rectal/vaginal</p> Semnele generale <ul style="list-style-type: none"> • Semnele clinice dehidratării: <p>Setea, uscăciunea tegumentelor și limbii, hipotonie arterială și tahicardie,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anxietate, paloare, febră și frisoane, hipotensiune arterială ajungând chiar la șoc hipovolemic,algic, toxic. • Respirație frecventă și superficială 	<p>Hemograma Urina sumară Ureea Creatinina Proteina general Albumina Bilirubina ALAT, ASAT Glucosa Lactat d-dimeri Ionograma Coagulograma: Protrombina după Quick, INR, fibrinogen. Echilibru acido-bazic. Grupa sanguină, Rh factor</p>	Metodele radiologice: <p>Radiografia abdominală panoramică în poziția ortostatică sau în decubit lateral: „cuiburile de rindunică” sau semnul Kloiber. Dilatarea anselor intestinului subțire se consideră când ele au diametrul mai mare de 2,5cm.</p> <p>Examenul radiologic a intestinului subțire cu contrastare (masă baritată)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasaj prin intestine subțire, irigografia <p>Dacă bariul se reține în intestinal subțire mai mult de 6-8 ore și rămâne nemișcat se poate suspecta HAS</p> <p>Tomografia computerizată abdominală:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arată nivelul obstrucției, indică cauza strangulării. <p>Ultrasonografia cavității abdominale.</p> <p>ECG.</p> <p>Radiografia cutiei toracice.</p> <p>Consultația terapeutului, altor specialiști.</p>

Pregătire preoperatorie și tratament conservator pre și postoperator

Reechilibrarea hidro-electrolitică	<ul style="list-style-type: none"> • Durata pregătirii nu va depăși 1,5-2 ore, atingerea indicilor minimali de operabilitate. • Calculul pierderilor patologice se efectuează reeșind din : cantitatea vomelor, aspiratului gastrointestinal, diurezei, scaunului, transpirații. În caz de febră se adaugă pierderi de 500 ml de apă pentru fiecare grad Celsius peste 37 C. • Deficitul hidrosalin : soluție fiziologică NaCl 0,9 %, soluție Ringher lactat izotonică, glucoză 5% în volum de 1,5- 2 litri, uneori suplimentate cu dextrane sau substituții a plasmiei. De obicei, acest tratament preoperator durează 2-4 ore și este folosit nu numai în scopuri terapeutice ci și diagnostice. Dacă în acest timp starea nu se ameliorează diagnosticul se înclină definitiv spre hernie strangulată. • Reechilibrarea electrolitică: se calculează necesitățile de Na și K pe rezultatele ionogramei sangvine, precum și indirect – pe volumul lichidelor pierdute (vome, aspirație nazogastrică, diureza, etc.)
Decompresia gastrointestinală	<ul style="list-style-type: none"> • Decompresia nazogastrică este indicată în toate cazurile <p>Se recomandă, ca sonda nazogastrică să se mențină în situ pînă la momentul reluării tranzitului intestinal.</p>
Administrarea antibioticelor	<ul style="list-style-type: none"> • Cele mai frecvente recomandate antibiotice pentru antibioticoprofilaxie sunt următoarele:cefazolină, cefoxitin, cefotetan, cefuroxime, meropenem <p>În cazul dezvoltării complicațiilor septice în perioada postoperatorie, antibioticoterapie se bazează pe rezultatele însămînțărilor culturilor intraoperatorii, precum și a culturilor din plagă sau din colecțiile lichidiene intraabdominale.</p>
Administrarea analgeziei	<p>Sol.Platifilin 1 ml i/v sau i/m, Sol.Bral 5,0 ml i/m, Sol.Tramadol 100 mg i/v,</p>
Antiemetic	<p>Sol.Metoclopramid 2ml i/v,i/m</p>

În caz de repunerea spontană a herniei la etapa prespitalicească sau în timpul examinării

- Internarea bolnavului în secția de chirurgie, indicarea tratamentului infuzional, preparatelor reologice și spasmolitice.
- Efectuarea radiografia pasaj cu bariu a cavității abdominale, pentru excluderea ocluziei intestinale acute sau perforației intestinului.
- Observarea în dinamică a stării bolnavului (dureri abdominale, încordarea mușchilor peretelui abdominal, temperatura) și datelor de laborator (numărul total al leucocitelor și formula leucocitară sanguină).
- La apariția simptomelor clinice și de laborator ale peritonitei (pe parcursul primelor 24 ore de supraveghere), se efectuează intervenția chirurgicală de urgență sub anestezie generală, prin laparotomie medio-mediană.
- La normalizarea stării și în lipsa semnelor ocluziei intestinale sau peritonitei, pacientul poate fi operat în mod programat (herniotomia și plastia porților herniare) peste 24-48 ore după repunerea spontană a herniei.

Tratamentul chirurgical

Complicații postoperatorii	Complicații sistemice	Criterii de externare
<ul style="list-style-type: none"> - Dehiscenta suturilor anastomozelor intestinale cu peritonită generalizată - Fistula enterocutanată - Abcese intraabdominale - Pareza intestinala postoperatorie - Hemoperitoneum postoperator - Sindromul intestinului scurt - Eviscerația postoperatorie - Supurația plăgii - Eventrație postoperatorie 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiență cardio-vasculară cută și infarct miocardic. - Insuficiență hepato-renală acută. - Pneumonia : inclusive prin aspirație pulmonară, asociată cu ventilare pulmonară îndelungată. - Tromboza venoasă profundă și complicațiile tromboembolice. - Complicații neurologice postoperatorii. - Insuficiență multiplă de organ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normalizarea stării generale a pacientului - Restabilirea pasajului intestinal. - Lipsa complicațiilor postoperatorii - Necesitatea doar în medicație perorală (inclusive analgezicele). - Plagile postoperator in curs de vindecare.

Recomandări la externare

1. Dieta in dependență de patologiile concomitente
2. Evidența la medicul de familie, chirurg.
3. Purtarea centurii elastice 3-6 luni.
4. Analgetice la necesitate (Tab.Dexalgin 25 mg., Tab Ketonal 25 mg.)
5. Pentru pacienții obezi la necesitate anticoagulante.
6. Consultația chirurgului peste 10 zile, apoi o data la trei luni pe parcursul primului an.

HERNII HIATALE (H-H)

reprezintă o varietate specială de hernii diafragmatice, în care se produce migrarea transdiafragmatică, în torace, a stomacului prin hiatusul esofagian. H-H sunt deci hernii ale peretelui superior al abdomenului, impropriu denumite așa, deoarece hernierea stomacului nu se face spre exterior, ci dintr-o cavitate închisă (cavitatea abdomenului) spre altă cavitate închisă (cavitatea toracică, în mediastinul posterior).

Clasificarea anatomică a H-H

Tipul I: H-H prin brahiesofag, în care cardia și o parte din fornix se află supradiafragmatic, esofagul fiind scurt și rectiliniu.

Tipul II: H-H axială, în care cardia și o parte din fornix migrează transdiafragmatic, dar esofagul (de lungime normală) apare flexuos.

Tipul III: H-H paraesofagiană, în care cardia rămâne pe loc, intraabdominal, migrând numai o parte din fornix.

Clasificarea H-H după mecanismul de producere

I. H-H prin alunecare (numite și cardio-esofagiene, axiale, *sliding hernia*);

II. H-H prin rostogolire (paraesofagiană, *rolling hernia*); sunt H-H cu sac peritoneal.

III. H-H mixte.

Clasificarea completă a H-H

I. H-H prin brahiesofag:
-congenitală
-dobândită

II. H-H paraesofagiană:
-prin rostogolire
-laterale
-prin derulare

III. H-H prin alunecare:
-cardio-esofagiene
-cardio-toracice
-axiale

IV. H-H mixte

Factorii etiopatogenici ai H-H

- obezitatea
- hipertensiunea intraabdominală din sarcină, constipația cronică, tuse cronică, disurie, eforturile fizice mari; etc.
- cauze iatrogene, postoperatorii (vagotomii, gastrectomii etc);
- factori endocrini.
- deformări rahidiene (cifoza, scolioza) care implică disfuncționalități ale pilierilor;
- traumatisme abdomino-toracice:

Manifestări clinice în H-H

• Semne provocate de RGE

Simptome tipice:

- Pirozis
- Regurgitații acide

Simptome atipice:

- Tuse cronică
- Dureri în gât recurente
- Durere toracică
- Stenoză subglotică
- Accese de sufocare
- Laringite
- Pierderi de smalț dentar
- Senzație de globus

• Semne provocate de volumul herniei

Tulburări respiratorii - crize de dispnee în timpul meselor ;

Tulburări cardiace- palpitații, tulburări de ritm posturale și după mese copioase

• Semne datorate complicațiilor sau asocierilor patologice

- Semnele anemiei hipocrome caracteristice hemoragiei oculte;
- HDS manifestată ca hematemeză, melena;
- Semnele bolii ulceroase;
- Semnele cancerului esofagian apărut pe un esofag Barrett

Diagnosticul H-H

Istoric clinic	• Simptomele clasice de pirozis și regurgitații acide care domină tabloul clinic și istoricul sunt sugestive pentru stabilirea diagnosticului
Examen radiologic baritat	• Reprezintă examenul paraclinic de debut • Se face afit în poziție standard, dar mai ales în poziții speciale, de provocare a refluxului: Trendelenburg, Brombart, procubit cu sac cu nisip sub epigastru, manevrele Valsalva și Muller.
Endoscopia digestivă superioară	• Tehnică primară pentru evaluarea integrității mucoasei, aprecierea gradului esofagitei, complicațiilor (stricturi, EB, etc.)

Complicațiile H-H

- BRGE
- Cicatrizarea cu stenoză
- Cancerizarea esofagiană
- Ulcerul esofagian
- Stenoza esofagiană peptică
- Strangularea și volvulusul gastric
- Perforația
- Anemia
- Brahiesofag secundar

Principii de tratament al pacienților cu H-H

- H-H asimptomatică nu necesită nici un fel de tratament.
- H-H simptomatice datorită RGE și complicațiilor sale beneficiază de măsuri generale și tratament medicamentos caracteristic pentru BRGE.

Tratamentul pacienților cu H-H

Terapie medicamentoasă

- **IPP** – cura de 8 săptămâni cu IPP este tratamentul de elecție
Ex: Pantoprazol – 40/80 mg ; Lansoprazol – 30/60 mg
- **H2-histaminoliticele (H2-RA)**
Ex: Ranitidina – 150/300 mg · Famotidina – 20/40 mg

Indicații absolute ale tratamentului chirurgical

- | | | |
|--|--|---|
| 1. Perforația
- pe ulcer Barrett;
- pe ulcer peptic cu stomac intratoracic;
- iatrogenă (instrumentală). | 2. Hemoragii digestive necontrolate
- ulcer Barrett;
- ulcer peptic pe stomac intratoracic.
3. Necroză gastrică
- volvulus organoaxial și strangulare. | 4. Obstrucție
- volvulus organoaxial;
- stenoză peptică foarte strânsă.
5. Malignizare
- dovedită sau suspectă pe esofag Barrett. |
|--|--|---|

Indicații relative ale tratamentului chirurgical

- | | | |
|---|--|---|
| 1. H-H paraesofagiană
- încarcerare, simptomatică;
- anemie prin deficiență cronică de fier;
- volvulus, obstrucție intermitentă;
- sindrom de ocupare de spațiu;
- ulcer gastric cronic. | 2. Complicațiile refluxului
- esofagita peptică ulcerativă;
- strictură peptică;
- ulcer cronic (Barrett) pe esofag cu epiteliu columnar;
- sindrom de aspirație cronică. | 3. Simptome suportabile
- reflux necomplicat;
- control medical inadecvat. |
|---|--|---|

Obiectivele principale ale intervenției chirurgicale

- | | |
|---|--|
| 1. Restaurarea lungimii esofagului abdominal
2. Refacerea competenței eso-cardiale | 3. Asigurarea funcțiilor principale ale esofagului:
-degluțiție
-posibilitatea eliminării gazelor
-posibilitatea realizării vărsăturilor |
|---|--|

Procedee de rezolvare a Herniilor Hiatale

- | | |
|---|--|
| 1. Lortat-Jacob pe cale abdominală
2. Allison pe cale toracică | 3. Gastropexiile:
-la peretele abdominal anterior (BOEREMA; NISSENI)
-la ligamentul rotund al ficatului (recalibrarea hiatusului esofagian) |
|---|--|

Procedee de realizare a mecanismului antireflux

- | | |
|---|---|
| 1. Recalibrarea hiatusului esofagian
2. Refacerea unghiului His, prin sutura marginii stîngi | 3. Manșonarea esofagului cu marea tuberozitate gastrică care va menține lungimea corectă a esofagului și va împiedica ascensionarea eso-cardială în torace |
|---|---|

Complicații postoperatorii

- Complicațiile generale sunt comune altor intervenții din spațiul supramezocolic, mai frecvente la persoanele obeze.
- Disfagia persistentă poate demonstra o incorectă calibrare a hiatusului esofagian sau mecanisme antireflux nerealizate tehnic

Supravegherea pacienților

- Pacienții cu BRGE cu simptome tipice (pirozis, regurgitații acide), fără semne de alarmă, în lipsa simptomelor atipice și fără suspecție la complicații, responsivi la tratamentul empiric nu necesită supraveghere specială
- FEGDS și pH-test se recomandă pacienților nonresponderi la terapia acidsupresivă, celor cu istoric cronic de BRGE (1 dată/ 2 ani) și risc de complicații (EB, ACE, stricturi).
- Dacă pacienții prezintă pe parcurs simptome de alarmă, sugestivi pentru a avea complicații vor fi investigați imediat (FEGDS, teste imagistice, etc.).
- Recomandările de supraveghere pentru EB fără displazie: FEGDS 1 dată/ 1 an
- Recomandările de supraveghere pentru EB cu displazie: FEGDS 1 dată/ 6 luni

Recomandări pentru modificarea stilului de viață

- Alimentație rațională, evitarea meselor abundente
- Evitarea alimentelor și medicamentelor ce favorizează refluxul
- Scăderea în greutate se recomandă pacienților cu BRGE obezi sau dacă recent au adăugat în greutate
- Evitarea constipațiilor
- Somn cu căpătâiul ridicat se recomandă pacienților cu simptome nocturne
- Stoparea fumatului
- Evitarea decubitului 2 ore postprandial

HIPERTENSIUNEA PORTALĂ (HTP)

reprezintă un sindrom clinic sever, plurietiopatogenic, definit de creșterea patologică și permanentă a presiunii și volumului sanguin din sistemul portal, cu formarea de colaterale portosistemice
Codul bolii (CIM 10): K76.6.

Clasificarea anatomică: pre, intra, posthepatice, mixtă; difuză și segmentară

- **Cauzele prehepatice de hipertensiune portală** includ anomaliile venei porte (agenezii, atrezii, stenoze), tromboza venei porte și a venei splenice, cavernom portal, compresiuni extrinseci cu/fără stenoze determinate de tumori regionale, adenopatii periportale, pancreatite cronice, fistule arterioportale și traumatisme.
- **Obstacolele intrahepatice presinusoidale** includ ciroza hepatică, fibroza hepatoportală non-cirotică, fibroza hepatică congenitală, granulomatoza hepatică și hiperplazia nodulară regenerativă.
- **Obstacolele posthepatice** includ sindromul Budd-Chiari (tromboza venelor suprahepatice), tromboza venei cave inferioare, malformații congenitale ale venei suprahepatice și ale venei cave inferioare (stenoze, hiperplazii), pericardite constrictive, cardiopatii decompensate, valvulopatii tricuspidiene.
- **Obstacol mixt:** CH + sdm. Budd-Chiari.

Din punct de vedere hemodinamic, HTP se clasifică în următoarele stadii:

- Stadiul I – splenomegalie cu hipersplenism.
- Stadiul II A – se adaugă varicele esofagiene
- Stadiul II B – se adaugă hemoragia digestivă.
- Stadiul III A – apare ascita ce se remite sub tratament medical
- Stadiul III B – ascită ireductibilă, permanentă.

Diagnosticul HTP include:

- Anamneza și examenul fizic: istoric de consum alcoolic, hepatopatie cunoscută clinic tradusă prin ascită, splenomegalie, circulație colaterală, icter, complicație hemoragică;
- Bilanț hepatic complet (ASAT, ALAT, FA, GGT, bilirubina totală și conjugată, TP, albumina).
- FEGDS și colonoscopia; laparocenteza (PBS): PMN>250 celule/mm³ +culturi pozitive.
- Ecografia ficat și ecoDoppler venos portal;
- FibroScan, CT, RMN;
- Laparoscopia, biopsie hepatică;
- Măsurări a presiunii portale

Complicațiile HTP:

Acute

- **Hepatic:** insuficiența hepatică acută;
- **Vasculare:** hemoragie digestivă variceală, tromboză venoasă în sistemul portal;
- **Șoc:** hemoragic/ hipovolemic.
- **Infecțioase:** peritonită bacteriană spontană/secundară;
- **Splenice:** ruptură spontană a splinei, infarct lineal, trombocitopenie cu hemoragii spontane, CID-sdm

Cronice

- **Hepatic:** insuficiență hepatică cronică;
- **Vasculare:** formare a colateralelor porto-cavale (varice esofagiene, gastrice, hemoroizi, varice ale ligamentului falciform, gastro-duodenopatie portal-hipertensivă, colopatie hipertensivă, colaterale pe peretele abdominal anterior).
- **Infecțioase:** disbacterioză intestinală, infecții secundare de diferite localizări;
- **Splenice:** splenomegalie, hipersplenism (anemie, leucopenie, trombocitopenie);
- **Volemice:** ascită (inclusiv ascita refractară), sindrom hepato-renal;
- **Neurologice:** encefalopatie hepatică hepatoprivă și portal-sistemică.

Manifestările clinice specifice cirozei și HTP:

Acuze

- Discomfort abdominal
- Astenie
- Gingivoragii
- Epistaxis
- Eritem palmar
- Echimoze
- Urticarie, prurit cutanat
- Edeme periferice
- Somnolență
- Scădere ponderală
- Dureri în hipocondrul drept
- Dureri articulare/musculare

Semne evolutive ale HTP (criteriile Lebezev)

- Ascită, PBS
- Varice esofagiene cu/fără
- HDS (scaune melenice)
- GPH (ulcere hepatogene)
- Colaterale porto-sistemice
- Splenomegalie/ hipersplenism
- EP (confuzie, pierdere de memorie).

Manifestări sindromale:

Forme clinice	Semnele clinice
HTP și sindrom hipersplenic	Anorexie, grețuri, discomfort abdominal, senzație de plenitudine postprandială (balonări), fatigabilitate, pierderi în greutate, prurit cutanat, epistaxis, gingivoragii, peteșii, echimoze, splenomegalie gr. I-V
HTP complicată cu HAV	HDS activă: singerare acută exteriorizată prin hematemeză și/sau melenă și/sau hematochezie; scăderea TA, creștere a Ps, paloare, tegumente reci și transpirate, sete intensă, lipsă de aer, urină în cantitate mică, amețeli, chiar leșin.
HTP cu sindrom ascitic	Ascită, edeme la picioare, sindrom Baumgarten, hernie ombilicală, dilatare a venelor peretelui abdominal
HTP cu PBS	Ascită, temperatură subfebrilă, distensie + durere abdominală, ileus paralic, SHR, EP, precomă, comă hepatică.

Criterii de spitalizare:

- Evoluția complicată a bolii, monitorizarea post tratament
- Asigurarea intervențiilor medico-chirurgicale
- Recuperarea sindromală/hepatotropă/hemodinamică
- Examen instrumental complex

PBS : atitudine terapeutică

NB !!! Regula terapeutică în peritonita bacteriană spontană prevede diagnostic timpuriu + tratament imediat cu cefalosporine din generația a III-a cu bună penetrare în lichidul de ascită și toxicitate redusă, expectativă chirurgicală la pacienții cu evoluție extrem de gravă și operații miniinvazive ghidate după principiul „primum non nocere”.

- Ceftriaxon 2gr/zi sau ciprofloxacină ,800 mg/zi, cel puțin 5 zile
- Paracenteza de control în a 3 zi cu aprecierea celularității
- Ascita cu protein sub 1g/l- fluorochinolone
- Ascita cu PBS în antecedente – fluorochinolone pe termen

Hemorația variceală Esoagastrică	
Factorii de predicție	
<ul style="list-style-type: none"> Semne roșii pe peretele variceal ("cherry red spots") Coagulopatie severă, HDV în anamneză 	<ul style="list-style-type: none"> Prezența trombozei portomezenterice, ascitei, PBS Lărgirea axului splenoportal, circulație colaterală
Cauzele	
<ul style="list-style-type: none"> Ruptura variceală determinată de majorarea bruscă a HTP la creșterea presiunii intraabdominale (efort fizic, tuse, strănut, defecație). 	<ul style="list-style-type: none"> Creșterea rapidă a ascitei Consum de alimente fierbinți Tromboza venei portă și axului spleno-portal
Debutul hemoragiei	
<ul style="list-style-type: none"> Dramatic, șoc hipovolemic 	<ul style="list-style-type: none"> Insidios, cu hematemază, melenă, anemie
Manifestările clinice depind de:	
<ul style="list-style-type: none"> Cantitatea de sînge pierdut. Ritmul sîngerării (1500 ml pierduți rapid – poate fi fatal). Recidiva sîngerării. 	<ul style="list-style-type: none"> Deficit de coagulare preexistent Nivelul anterior al Hb sanguine. Starea somatică și boli asociate.

Protocol terapeutic în HDV prin HTP				
I. Restabilirea volumului sangvin circulant efectiv. Asigurarea hemodinamicii optime.		II. Asigurarea hemostazei		III. Prevenirea complicațiilor
-Spitalizare ATI, anamneză /examen clinic rapid, repaos la pat, poziție declivă, sonda n/gastrică / urinară, resuscitarea funcțiilor vitale (Ps, TA, indicele Allgower, fluxul urinar), -Debit cardiac optim (refacerea volemică / hematică)		Medicamente vasoactive Vasopresină (0,4 µE / min), Propranolol (20 mg/2 ori zi); Octreotid (50 mcg în bolus apoi, 50 mcg / h) i.v.		Recurența HDV, encefalopatiei, IHR, MODS
Volum		Tamponada cu balon		Sdm hepatorenal
Cristaloizi (sol.NaCl 0,9%, hemostatice, H2-blocatori, beta-blocante), lavaj gastric, FEGDS diagnostică - primele 12 ore,		Coloizi		Plasmă congelată, concentrat plachetar (combate coagulopatia) Tr.<50.000/mmc;
Rezistență vasculară periferică		Chirurgical		Scleroterapie adeziv tisular cianoacrilat
Șoc		- Transportor de oxigen (sânge/er.masă)		Ligatura endoscopică
				Suținerea nutritiv metabolică
				Prevenirea PBS: ceftriaxon 2 g/zi
				Ligatura „in situ” (Taner/Pațiora), TH
				Stimularea imunității



Tratamentul sîngerării acute din VVV (recomandări Baveno V)

- La completarea BCC, se utilizează administrarea atentă a FFP.
- Transfuzia eritromasei pentru menținerea hemoglobinei 80 g / l.
- Utilizarea antibioterapiei pentru prevenirea peritonitei bacteriene spontane.
- Prevenirea encefalopatiei hepatice.
- EGDS se efectuează imediat după internarea în spital.
- Tamponarea cu balon trebuie utilizată numai pentru sîngerări masive ca măsură temporară.
- Dacă se suspectează sîngerare de VVV, medicamentele vasoactive trebuie prescrise cât mai curînd posibil.
- EL este metoda recomandată de hemostază; dacă este imposibil de realizat, se poate utiliza ES.
- Un adeziv tisular (N-butil-cianoacrilat) este utilizat pentru sîngerarea gastrică a BPV

Evaluarea și monitorizarea evoluției bolii postratament chirurgical /endoscopic, la intervale variate de timp		
Regim de supraveghere	Volumul cercetărilor	La necesitate
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluarea interdisciplinară a evoluției bolii: trimestrial în primul an, apoi la fiecare șase luni (criteriile Lebezev, scor Child, MELD, KRF) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Examen biochimic sindromal + hemoleucograma, 1 an - 2 ori lună, apoi din 3 în 3 luni; ✓ Eco – Doppler – simestrial în primul an, apoi la necesitate; ✓ FEGDS – 1 an fiecare 6 luni (fără varice – la 2 ani, varice mici – la 6-12 luni, varice mari – LEVE +/- controale endoscopice bianual, postligatură). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Screening-ul pt carcinom hepatic A-fetoproteina, CT, RMN; paracenteze / laparoscopie / laparocinteză ✓ markerii virali: AgHBs, anti-Hbcor, anti-VHC-VHD; ✓ Screening-ul pentru PBS (PMN>250/mmc, culturi)

Abrevierile folosite în document: HTP - hipertensiune portală; FEGDS – fibroesofagogastroduodenoscopie; HDV – hemoragie digestivă variceală; PBS – peritonită bacteriană spontană, ŞPS - şunt portosistemic; ŞPV - şunt peritoneo venos; LEVE – ligaturare endoscopică a varicelor; DVA – devascularizare. TH – transplant hepatic; TAVS-tromboza v. Portă

INFECȚIILE ANAEROBE

Codul bolii (CIM-10) A41.4 Septicemia datorita anaerobilor

Clasificare infecției anaerobe A. Kolesov

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • După etiologia microbiană: fusobacterii, clostridii, peptostreptococi, bacterioizi etc. • După caracterul microflorei: monoinfecție, poliinfecții (mai mulți anaerobi), combinate (aerobi-anaerobi); • După partea lezată a corpului: infecții ale țesuturilor moi (fasciită, miozită), infectarea organelor interne (abces hepatic), infecția cavităților seroase (peritonită), septicemie (sepsis); • După distribuție: locală (limitată), nelimitată, cu o tendință de răspândire (regională), sistemică sau generalizată; • După sursă: exogenă, endogenă; | <ul style="list-style-type: none"> • După origine: comunitară, nosocomială; • După mecanismul survenirii: traumatică, spontană, iatrogenă. • După formă emfizematoasă, edematoasă(toxică), mixtă, necrotică, flegmonoasă, topirea țesuturilor • După evoluție, cursul infecției anaerobe poate fi fulgerător (în decurs de 1 zi de la momentul intervenției chirurgicale sau a leziunii), acut (în decurs de 3-4 zile), subacut (mai mult de 4 zile). Infecția anaerobă este adesea însoțită de dezvoltarea insuficienței multiple a organelor (renală, hepatică, cardiopulmonară), șoc toxic infecțios, sepsis sever, care sunt cauza decesului. |
|---|---|

Factorii predispozanți în dezvoltarea infecției anaerobe microbiologic, local, general:

- | | |
|---|---|
| <p>1. Asocieri microbiene, la 80-90% dintre pacienți, boala se dezvoltă ca urmare a introducerii a 2 sau mai multe tipuri de microorganisme anaerobe și 2-3 aerobi.</p> | <p>2. Factori locali care contribuie la dezvoltarea gangrenei</p> <p>2.1. Plăgile oarbe adânci din zona straturilor musculare puternice sunt deosebit de periculoase.</p> <p>2.2. Fracturi deschise, în special fracturi prin împușcare.</p> <p>2.3. Prezența corpurilor străine în rană (piese de îmbrăcăminte, încălțăminte, lemn etc.).</p> <p>2.4. Deteriorarea vaselor mari ale membrului.</p> |
| <p>3. Scăderea rezistenței organismului:</p> <p>3.1. Pierderea acută de sânge.</p> <p>3.2. Șoc traumatic.</p> <p>3.3. Anemie cronică.</p> <p>3.4. Hipovitaminoza.</p> <p>3.5. Hipotermie generală.</p> <p>3.6. Epuizare alimentară.</p> | <p>Etapele procesului</p> <p>1. Flegmon gazos limitat (în canalul plăgii și țesuturile înconjurătoare).</p> <p>2. Flegmon gazos răspândit (în segmentul membrului și mai mult).</p> <p>3. Gangrena gazoasă (începe în părțile distale ale membrului, răspândindu-se în direcția proximală).</p> <p>4. Sepsis (de obicei cauzat de microorganisme aerobe sau facultative anaerobe).</p> |

Tabloul clinic

Pentru toate infecțiile anaerobe, indiferent de localizarea focarului, există o serie de semne clinice foarte caracteristice, intoxicație generală, miros neplăcut, putrefacție și exudat, care este o consecință a oxidării anaerobe a proteinelor și predominanța proceselor de inflamație și dezvoltarea necrozei țesuturilor, dezvoltarea emfizemului și crepitația țesuturilor moi datorită formării de produse anaerobe în metabolismul bacteriilor.

Clinica flegmonului gazos limitat: agitație psihoemoțională, slăbiciune severă, temperatură, durere explozivă în rană, edem care progresează rapid, senzație de strângere a bandajului aplicat, tahicardie (110-120 b/min), dificultăți de respirație.

La revizuirea plăgii: există o placă gri murdară, puțin detașabilă, umflarea marginilor plăgii, miros neplăcut.

Palparea: pune în evidență crepitație în țesuturi, + simptomul lui Melnikov (un fir de mătase legat în jurul membrului afectat se scufundă în pielea edematoasă la 1-2 ore).

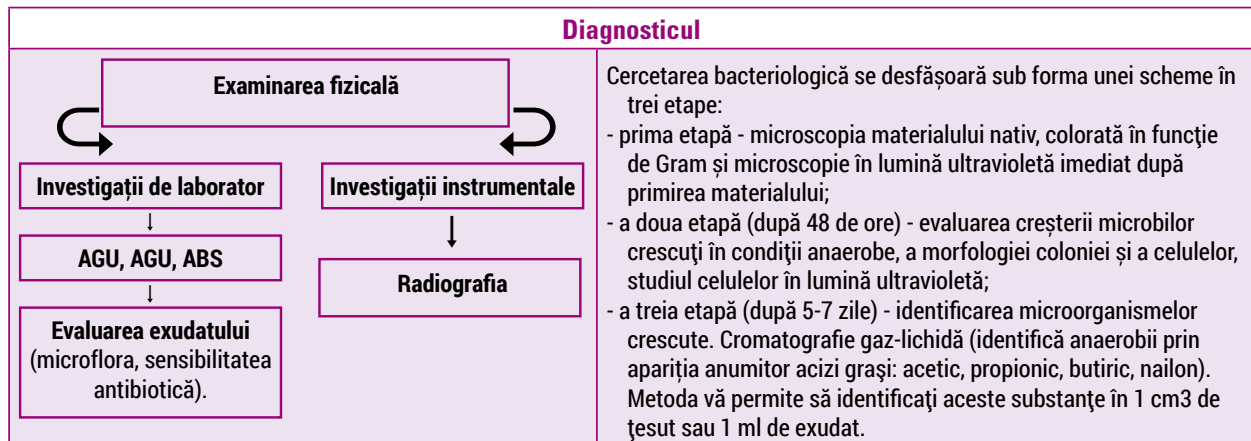
Leucocitoză moderată cu o deplasare spre stânga.

Clinica flegmonului gazos răspândit

1. Starea pacientului gravă, febră mare, insomnie, agitație, dificultăți de respirație.
2. Durerile se intensifică, se răspândește de-a lungul membrului în direcția proximală de la rană.
3. Paloarea pielii cu o nuanță icterică sau pămîntie.
4. Hipotensiune, tahicardie 120-130 b/min.
5. Edem a membrului. Pielea membrului afectat este palidă, ceanotică cu vezicule, cu conținut seros sau sero-hemoragic.
6. Inspecția plăgii: marginile ei se umflă (se întorc) deasupra suprafeței pielii, eliminările de culoare sângeroasă-murdară și miros fetid.
7. Palparea determină crepitație răspândită (prezența gazului în țesuturi).
8. Radiografic bulele de gaz sunt determinate în țesuturile situate departe de plagă sub forma unui lanț.
9. Leucocitoză, anemie.

Clinica stadiului gangrenei gazoase

1. Starea pacientului extrem de gravă. Conștiința este inhibată, delir, agitația motorie, febra mare, respirația dificilă, oligurie.
2. Durerea este intensă pe tot membrul, dar mai ales în părțile distal.
3. Pielea este palidă, cu o nuanță de pământ, trăsături ascuțite ale feței, limba uscată.
4. Tahicardie 120-140 b/min
5. Pielea membrului afectat este palidă, uneori cu o nuanță albastruie sau maro. Edem sever, volumul membrului afectat este de 3-4 ori mai mare decât cel sănătos, pe pielea din zona afectată - vezicule cu conținut hemoragic
6. Membrul este rece, mai ales în părțile distal, nu există sensibilitate la un anumit nivel, încălcări pronunțate ale mișcărilor active, lipsa pulsului la periferie. Toate aceste 4 simptome indică gangrena membrului.
7. Rana este lipsită de viață, mușchii răniți ies din rană, culoarea lor este gri-maro („murdară”), scurgerea este sângeroasă-întunecată, un miros neplăcut, uneori fetid.
8. Radiografic bule de gaze în țesuturile membrului afectat.



Tratamentul	
<p>NB: Administrarea serului antitoxic polivalent (antiC.perfringens, C.novyi, C.septicum). Antibioterapia cu asociații de antibiotice (betalactamine, aminoside, metronidazol)</p> <p>Tratamentul chirurgical radical (adică, îndepărtarea tuturor țesuturilor evident neviabile și efectuarea așa-numitelor incizii „de bandă” pe piele în toată zona afectată), detoxifiere intensivă și terapie antibacteriană. Etapa chirurgicală trebuie efectuată cât mai devreme. Numai necrectomia completă este singura modalitate de a salva viața pacientului. Criteriul pentru vitalitatea musculară este contracția fasciculelor musculare. În distrugerea extinsă a țesuturilor, pot fi indicate operații repetate, deschiderea buzunarelor purulente care se formează, tratamentul cu ultrasunete și laser al rănilor, terapia cu ozon și amputarea membrelor. Cele mai importante componente ale tratamentului infecției anaerobe sunt terapia prin perfuzie intensivă și antibioticoterapia cu spectru larg, un complex de trei medicamente antibacteriene. În cadrul tratamentului complex al infecției anaerobe, sunt importante oxigenarea hiperbară, iradierea ultravioletă a sângelui, metodele de detoxifiere extracorporală .</p>	<p>Schema Amsterdam:</p> <p>Pacient suspect la IA, este trimis urgent la un centru specializat, înainte de transfer, se administrează antibiotic cu activitate anti-anaerobă. Într-un centru specializat, se efectuează revizuirea plăgii, îndepărtarea suturilor, prelevarea de materiale pentru examinarea bacteriologică în condiții anaerobe, radiografia zonei afectate, marcarea limitelor decolorării pielii și distribuția gazelor. În același timp, începe terapia intensivă (cateterizarea venelor centrale, terapia prin perfuzie, anestezia, terapia cu antibiotice). Ser antigangrenos polivalent 5-6 doze profilactice. Bacteriofagul antigangrenos 100-150 ml se diluează cu 400-500 ml soluție fiziologică de clorură de sodiu, injectată intravenos prin picurare, lent.</p> <p>NB !! În stadiul gangrenei – amputația membru, dacă este posibil, în limitele țesuturilor sănătoase. Amputarea se efectuează fără turnichet. Suturile primare nu se aplică niciodată. Drenajul plăgii. În caz de amputare la nivelul țesuturilor îndoielnice, se efectuează o disecție pe bandă a țesuturilor moi ale butucului membrului amputat, drenaj cu drenuri tubulare cu irigare continuă cu soluții care dau oxigen. Imobilizare.</p>

NB!!! Dacă se detectează un caz de infecție anaerobă într-o instituție medicală, aceasta este închisă pentru carantină prin dezinfectarea tuturor spațiilor, urmată de control de către angajații serviciului sanitar și epidemiologic

Criterii de externare:
<p>Prognosticul depinde în mare măsură de localizarea infecției, de severitatea cursului procesului infecțios, de starea generală a corpului, cu toate acestea în general rămâne grav. Potrivit diverselor surse, rata mortalității variază de la 25-70%</p> <p>Pacienții pot fi externați în funcție de normalizarea stării generale, lipsa febrei, nr. normal al leucocitelor, lipsa complicațiilor postoperatorii, la evidența chirurgului și medicul de familie la locul de trai cu prelungirea tamentului simptomatic.</p>

ISCHEMIA MEZENTERIALA ACUTA(IMA)

Ischemia Mezenteriala Acuta - este definită ca sisterea brusca a fluxului sanguin mezenteric cu dezvoltarea rapidă (câteva minute în embolism) sau mai lenta (câteva ore la aterotromboză) a simptomelor specifice ischemiei splanchnice.

Formele etiologice de IMA:

1. embolia arterială (EAMS)
2. tromboza arterială (TAMS)
3. tromboza venoasă (TVM)
4. ischemia mesenterică non-ocluzivă sau vasoconstricția splanchnică

Fazele progresive ale ischemiei mezenterice:

- Etapa hiperactivă : dureri abdominale severe, scaune cu sânge
- Faza paralică - durere abdominală extinsă, abdomen sensibil la atingere, motilitate intestinală scăzută, balonare
- Faza de șoc - șoc și acidoză metabolică cu deshidratare, tensiune arterială scăzută, ritm cardiac rapid, confuzie

Factori de risc asociați cu IMA :

EAMS	Patologie cardiacă (fibrilație atrială, reumatică, infarct miocardic, proteză de valvă, anevrism ventricular, boala Chagas)
TAMS	Ateroscleroză, hipertensiune, diabet, hiperlipidemie, deshidratare, sindrom antifosfolipidic, estrogeni
TVM	Hipercoagulabilitate, anemie falciformă, insuficiență cardiacă dreaptă, tromboză venoasă profundă, patologie oncologică malignă, hepatită, pancreatită, sepsis hepato-splenomegalie, ciroză
IMNO	Șoc, hipovolemie, hipotensiune, digitale, diuretice, beta-blockeri, alpha-adrenergice, nutriție enterală, critical care support (pacienții cu insuficiență cardiacă severă care necesită suport inotrop masiv sau pompă intra-aortică pentru supraviețuire; în perioada postoperatorie după intervenții pe cord; hipoperfuzia intestinală ce se dezvoltă după transplantul renal sau combustii extinse, ambele pe fon de hipovolemie; pacienți cu sindrom de compartiment abdominal; după hemoragii masive; ischemia colonului după tratamentul anevrismului de aortă abdominală; pacienții în sepsis sever.

Explorari paraclinice

Laborator: hemoconcentrația, leucocitoza, acidoza metabolică .

Investigații la internarea a pacientului: ECG, hemograma, urina summarka, D-dimere, coagulograma, factorilor pro-trombotici în rândul pacienților cu TVM (Factorul V Leiden, mutația genei protrombinei G20210A, deficiența de antitrombină, proteină C și S), glucoza, urea, creatinina, bilirubina, proteina generală, ALAT, ASAT, LDH, echilibrul acido-bazic, lactat, bilanș hidro- electrolitic, amilaza serică.

Potențiali markeri ai ischemiei intestinale : Intestinal fatty acid binding protein(I-FABP), alfa-glutationS-transferase (GST) .

Explorări imagistice:

Radiografia abdominala simpla	exclue o perforație sau ocluzia intestinală prin lipsa nivelelor hidroaerice sau pot fi întâlnite în fazele tardive ale bolii.
Tomografia Computerizata cu substanța de contrast intravenoasă (Standart de aur)	<ul style="list-style-type: none"> • În ocluzia embolică- defect de umplere în formă ovală situat în segmentul proximal de AMS pe fonul unui perete de artera necalcificat. • Tromboza de AMS se manifestă ca leziune calcificată la originea AMS. Modificările specifice la nivelul peretelui intestinal ischemic: îngroșarea peretelui, lumen dilatat, edemul țesutului adipos mezenteric și pneumatoza
Angiografia cu substrație digitală (DSA)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ unica și cea mai informativă metodă de diagnostic a IMNO. În celelalte forme ea nu este folosită decât în tratamentul endovascular ❖ Semnele radiologice de vasospasm mezenteric: 1) Stenoza la originea ramurilor AMS, 2) Alternarea de segmente dilatate și stenozate la nivelul arterelor intestinale (semnul „șirului de crenvurști”), 3) spasmul arcadei mezenterice, 4) Umplere deficitară a ramurilor intramurale 5) refluxul substanței de contrast în aorta abdominală
Duplex scanarea (DUS).	este posibilă examinarea în timp real a fluxului pe vasele mezenterice, sunt accesibile vizualizării doar segmentele vasculare proximale
Laparoscopia diagnostică (LD).	Fiind o metodă minimal invazivă (poate fi fosită direct în secția de terapie intensivă – bedside laparoscopy) ea poate oferi informații legate de extensia procesului necrotic la nivelul intestinului sau poate fi folosită pentru examinarea viabilității intestinului după revascularizarea endovasculară la pacienții ca o metoda de diagnostic second-look . Risc-perforație de intestin
Laparotomia explorativă de urgență	La peritonita și perforații intestinale

Obiectivele tratamentul chirurgical:

- 1.Repermeabilizarea vasculară
2. Îndepărtarea țesuturilor viscerale cu leziuni ireversibile.

Tratamentul EAMS:

- ❖ **Embolectomia deschisă** cu cateter Fogarty 3/4 Fr
- ❖ **Tratamentul endovascular al EAMS:** 1.**embolectomia prin aspirare** sau 2.**tromboliza locală** AMS (prin abord brahial, cât și femoral) cu utilizarea **activatorului de plasminogen tisular** cu o rată de 0.5 – 1 mg/h . Avantajul abordului endovascular - posibilitatea de efectuare a angioplastiei de ASM cu/fără stentare în aceeași etapă. Este o metodă de tratament recomandată la fel în cazul pacienților fără peritonită.

Tratamentul TAMS

- Tratamentul *endovascular* - trombectomia percutană prin aspirare, fibrinoliza locală sau perfuzia medicamentoasă intraarterială locală (heparină, papaverin).
- *Stentarea deschisă mezenterică retrogradă* (balon-expandabile, autoexpandabile) cu angiografia de control; explorare a viscerelor abdominale, a pulsației distale pe AMS.
- *Proceduri de bypass*: antero- sau retrograde, cu proteza sintetică sau autovenă, bypass aorto (supraceliac) - mezenteric (pe trunchi) cu autovenă., bypass reno-mezenteric. Bypass retrograd ilio-mezenteric cu greșă sintetică din artera iliacă

Tratamentul TVM

Scopul de bază al tratamentul TVM : recanalizarea sau stoparea procesului .

Tratament medicamentos, endovascular, chirurgical deschis și suport nutrițional adecvat.

❖ *Indicațiile clinice pentru tratament endovascular:*

- persistența simptomelor,
- creșterea intensității durerii abdominale după inițierea terapiei anticoagulante

❖ *Tehnici endovasculare:*

- șuntarea portosistemică transjugulară intrahepatică (TIPS) cu trombectomie mecanică prin aspirație
- tromboliza directă,
- tromboliza percutană transhepatică,
- tromboliza indirectă prin AMS și tromboliza directă în VMS printr-un cateter instalat chirurgical.

❖ *Contraindicațiile tratamentului trombolitic absolute* (tumori de sistem nervos central, ictus hemoragic recent, hemoragie gastrointestinală și hipertensiune arterială necontrolabilă) și relative (sarcina, istoric de hemoragie gastrointestinală recurentă și intervenții chirurgicale majore recente).

❖ *Tratamentul chirurgical deschis* este indicat pacienților cu clinica persistentă sau agravată, și la cei cu semne clare de perforație intestinală sau peritonită. Procedura standard de tratament chirurgical- rezecția segmentului de intestin afectat. . *Laparotomiile second- și third-look se recomanda în cazurile cand este greu de diferenciat un segment de intestin viabil cu cel afectat ireversibil ischemic*

Tratamentul IMNO.

- Tratamentul de primă linie în această formă de IMA este cel medicamentos cu administrarea de agenți vasodilatatori direct în AMS .

Tratamentul medicamentos

- În managementul pacientului cu IMA trebuie respectată "*regula celor 3R*": *Resuscitare, diagnostic Rapid și Revascularizare precoce*. Resuscitarea hidrică este refacerea perfuziei tisulare adecvate . oxigenoterapia
- monitorizarea permanentă a perfuziei periferice, statutului mental al pacientului și diurezei.
- Terapie anticoagulantă sistemică este metoda de elecție în TVM . Medicamentele de primă linie sunt heparina și heparinele fracționate, urmate de antagoniștii vitaminei K și anticoagulatele directe orale în scopul reducerii riscului de propagare a trombului și recurenței trombozei.
- Terapie tradițională implică administrarea intraarterială directă a agentului vasodilatator. Cel mai eficient medicament s-a dovedit a fi prostaglandina E1 (alprostadiol) în doza de 20 mcg administrată în bolus, apoi în infuzie 60-80 mcg în 24 de ore. Papaverina este o alternativă bună la prostaglandina E1. Se administrează 80 mg în bolus direct în AMS, urmată de infuzia continuă cu 30-60 mg/ora timp de 24-72 de ore.

Aprecierea viabilității intestinului și a limitelor rezecției intestinale

Semnele macroscopice ale ischemiei de intestine: cianoza parcellară, culoarea negru-roșiatică, peristaltism diminuat sau absent, lipsa pulsului pe artera mezenterică (în cazul ischemiei arteriale).

Metodele instrumentale de apreciere a vitalității –

Doppler intra-operator pentru detectarea pulsației intraparietale .Pe fonul hipotensiunii, leziunii vasculare și a administrării de vasopresoare, există riscul de rezecții excesive. Se recomanda rezecții limitate și evaluarea repetată a intestinului printr-o metodă second-look

Secundar procedurii de apreciere a viabilității intestinale, este rezecția de intestin în cazul depistării sectoarelor de necroză cu aplicarea anastomozelor sau stomei. Înlăturarea unui segment prea mare de intestin subțire (<200 cm intestin restant) duce la dezvoltare sindromului de intestine scurt (SIS).

Complicații evolutive și postoperatorie

Sistemic	Locale
Acidoza metabolică, intoxicatie endogena, MODS, sepsis	dehiscenta de sutură, de anastomoză, peritonita postoperatorie, hemoperitoneum, retromboză vaselor, tromboza stentului, graftului, autovenei, fistula intestinala

Recomandări la externare:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dieta 1 • Limitarea efortului fizic, • Tratament patologiei de bază, anticoagulante, | <ul style="list-style-type: none"> • Analgetice, spazmolitici • Nutritive parenterala totala in caz de SIS • Control coagulogramei in dinamica. • Evidența la medic de familie, chirurg |
|--|---|

IATROGENII CAILOR BILIARE

Leziuni iatrogene ale căilor biliare reprezintă consecințele manipulărilor la nivelul arborelui biliar cu sau fără lezarea integrității lor și complicațiile ce pot surveni. Cod CIM-10 - S36.18

Clasificarea Strasberg

- tipul A: leziuni ale ductului cistic sau ale canalelor aberante din patul hepatic al veziculei
- tipul B: ligatura de canal segmentar aberant al lobului drept
- tipul C: secțiune unui astfel de canal
- tipul D: leziuni laterale ale CBP
- tipul E: secțiuni sau obstrucții (ligaturi) complete ale CBP. Acest tip se subdivide în funcție de locul leziunii, asemănător cu clasificare Bismuth:
 - E1 - leziune coledociană joasă (la 2 cm sub confluentul hepaticelor)
 - E2 - leziune coledociană situată imediat sub confluent
 - E3 - leziunea canalului hepatic deasupra confluentului cu păstrarea integrității ultimului
 - E4 - leziunea celor două canale hepatice
 - E5 - leziunea canalului hepatic drept anormalic

Manifestări clinice și recunoasterea leziunilor

- Imediate - se atestă scurgerea de bilă în plagă intraoperator, după o bună spălare și aspirație a zonei, se lasă câteva comprese uscate, pentru 4-5 minute care se îmbibă cu bilă, de la locul leziunii. O colangiografie intraoperatorie poate preciza locul și întinderea leziunii.
- Precoce - se atestă la 48-72 ore, manifestată prin scurgerea de bilă, prin tubul de dren, în cantități de peste 200-300 ml/zi, care nu se ameliorează, poate să apară icterul, ce se instalează în 2-3 zile postoperator.
- Leziunile tardive - se instalează la intervale variate de timp și sunt reprezentate, de obicei, prin stricturi sau stenoze ale CBP și se manifestă prin apariția icterului mecanic, cu sau fără fenomene de colangită.

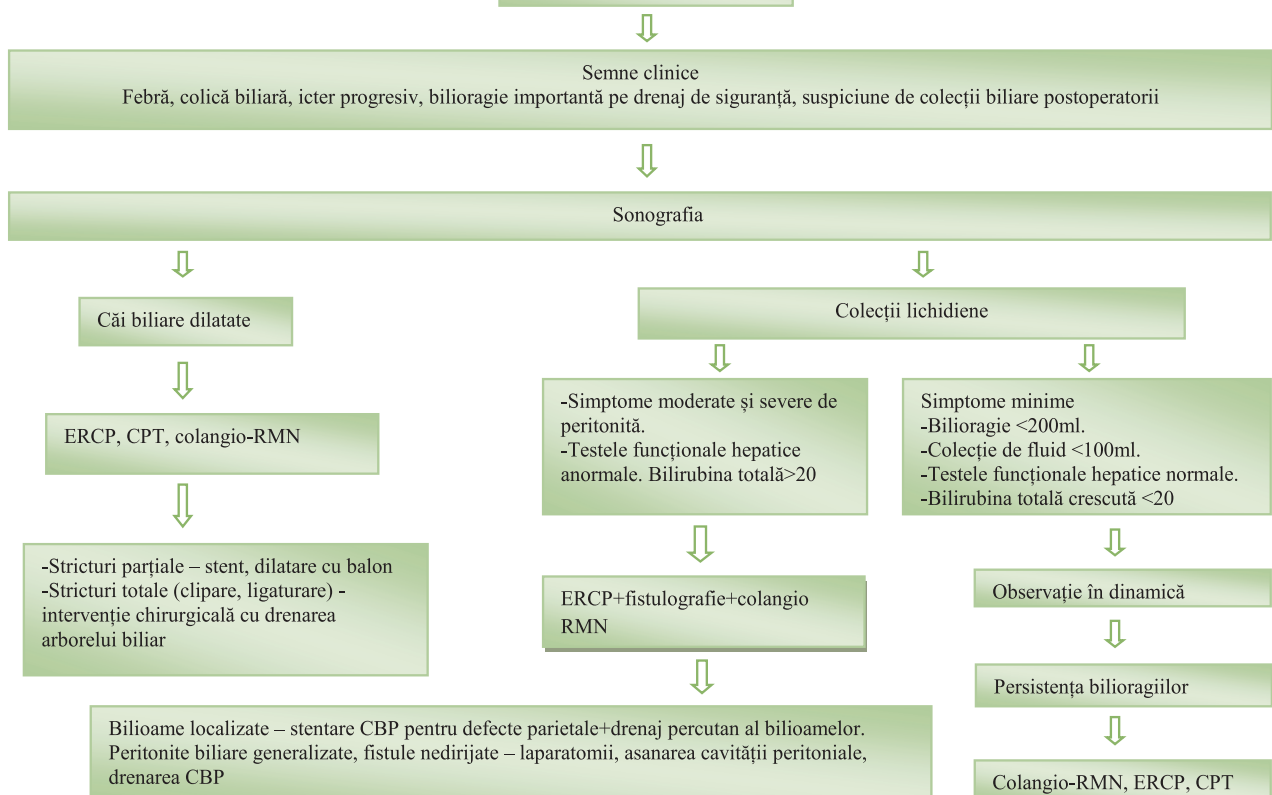
Investigații paraclinice

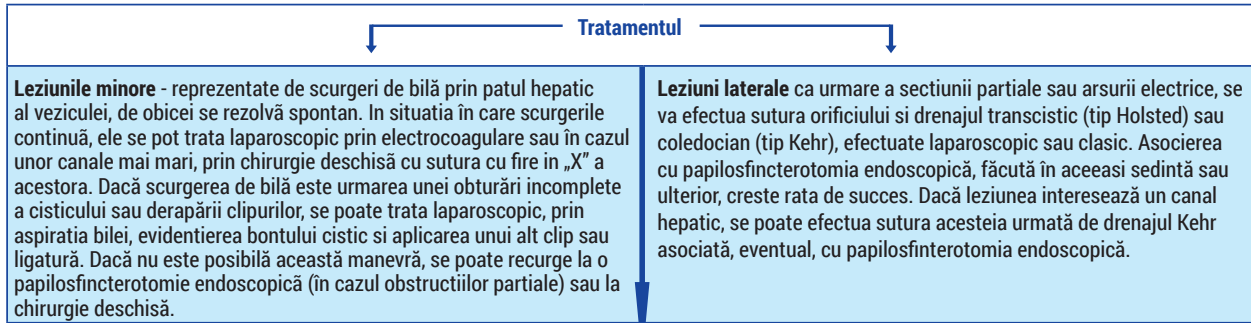
- Analiza generală de sânge
- Analiza biochimică a sângelui
- Analiza generală a urinei
- Coagulograma (fibrinogen/protrombina)
- Grupa de sânge/factor Rh
- MRS

Diagnostic imagistic

- Ecografia abdominală (USG)
- Colangiografia prin rezonanță magnetică nucleară (MRCP)
- Tomografia computerizată (CT)
- Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (ERCP)
- Fistulografia
- Colangiografia percutan-transhepatică (CPT)
- Colangiografia intraoperatorie

Algoritmul de diagnostic





Secțiunea totală a CBP- impune, obligatoriu rezolvarea ei pe cale deschisă. În funcție de localizarea și întinderea leziunii se pot folosi mai multe metode:

- Sutura termino-terminală, cu fire izolate, dacă nu este un calibru corespunzător (> 8 mm) se poate sutura pe un tub. În situația în care sutura ar fi în tensiune se recomandă derivatiile bilio-digestive. Dacă segmentul proximal nu este dilatat, se poate recurge la ligatura acestuia, pentru câteva zile, pentru a obține un lumen corespunzător, în vederea realizării unei anastomoză funcționale, amastomoza bilio-jejunală pe ansa în Y a la Roux, este de preferat
- Secțiunea unică sau a ambelor canale hepatice, sub confluentă cu păstrarea tavanului confluenței sau secțiunea deasupra confluenței, beneficiază de aceeași tehnică, prin anastomoză bilio-jejunală, pe ansa în Y, a confluenței sau a fiecărui canal în parte.
- În cazul ligaturii CBP, se procedează ca și în cazul secțiunilor totale, repararea putând fi făcută după obținerea unei dilatări a segmentului proximal.
- Stenozele CBP apărute tardiv ca urmare a intervențiilor pe CBP sau a unor drenaje Kehr prelungite, au două posibilități de rezolvare. În cazul stenozelor mici sub 0,5 cm, se pot efectua anastomoză bilio-duodenale latero-laterale, prin incizia stenozei și a zonelor sănătoase, supra și subiacente. Dacă stenoza este mai mare, anastomoză biliojejunală pe ansa în „Y”, devine procedeul de elective.

Conduita medico-chirurgicală postoperatorie

➤ **Tratament medicamentos**

- Reechilibrare hidroelectrolitică (sol. izotonice, glucoză, sol KCl, cristaloizi)
- Antibioticoterapia: Cefalosporine gen III, la asocierea conlangitei + Metronidazol 500mg de 2ori/zi sau Aminoglicozide.
- Medicația analgetică/spasmolitică: sol. Papaverin 2%-2ml, Drotaverin 2%-2ml, sol Ketoprfen 100mg-2ml, sol. Analgin 500mg-1ml
- Medicația antisecretorie: inhibitorii pompei de protoni – Pantoprazol 40mg de 2 ori/zi
- Transfuzii (la necesitate), profilaxia complicațiilor tromboembolice, tratamentul patologiilor asociate și complicațiilor.

➤ **Îngrijirile postoperatorii**

- Pansamentul plăgii cu monitorizarea eliminarilor prin drenajele de siguranță cu dirijarea postoperatorie a complicațiilor (bilioragii, hemoragie p/o)
- Evaluări postoperatorii a indicilor de laborator și investigații instrumentale (fistulografie. USG).

Recomandații la externare

- Evidența medicului de familie, chirurg.
- Îngrijirea plăgii p/o și drenajelor cu monitorizarea eliminarilor.
- Continuarea tratamentului medicamentos (antisecretor, spasmolitic, analgetic, fermenți pancreatici, hepatoprotector, coleretice).
- Consult repetat (peste 6 săptămâni) pentru reevaluarea drenajului biliar (fistulografie), înlăturarea drenului biliar.
- Respitalizări la necesitate

Abrevieri

CBP - Calea biliară principală
 USG - Ultrasonografie
 CT - Computer tomografie
 FA - Fosfataza alcalină

MRCP - Rezonanță magnetonucleară regim colangiografic
 ERCP - Colangiopancreatografia retrogradă
 CPT - Colangiografia percutan-transhepatică

MEGACOLONUL IDEOPATIC. K59.3

Megacolonul ideopatic este o afecțiune ce reprezintă o dilatare persistentă și alungirea colonului în lipsa patologieilor organice. Epidemiologic: Megacolon în sine nu este o entitate specifică. Tot odată criteriile unice ce ar caracteriza megacolonul nu sunt. La pacienții cu constipații cronice poate constitui până la 11% (Gladman MA, Knowles CH, Scoth SM et al).

MEGACOLON	
Forma acută	Forma cronică
Obstrucție tumorală, inflamatorie, hernie, ischemică, BII – megacolonul toxic în RCU Colita pseudomembranoasă	Afecțiun de SNC Traumatisme ale coloanei vertebrale Afecțiuni sistemului endocrin Afecțiuni infecțioase (maladia Ceagas) Megacolon ideopatic

Clasificarea megacolonului idiopatic (Vorobiov G.)
1. Megasigma – dilatarea sigmei 2. Megacolonul pe stînga – dilatarea colonului descendent și sigmoid 3. Megacolon subtotal – dilatare pînă la flexura hepatica 4. Megacolon total.

Diagnostic de megacolon ideopatic se stabilește numai după excluderea cauzelor intestinale și extraintestinale.

Criteriul de baza – stabilirea diametrului la diferite sectoare de colon (Preston DM, Lennard-Jones JE, et al, 1985). Metoda de baza de stabilirea a diagnosticului de megacolon este irigografia.	SECTOR COLONIC	LĂȚIMEA LUMENULUI (CM.)
	Cec	5,0 – 9,3
	Ascendent	5,0 - 9,3
	Transvers	4,5 – 8,3
	Descendent	3,7 - 7,1
	Sigmoid	3,3 – 6,3
	Rect	2,2 – 6,5

În managementul de diagnostic se urmăresc 2 scopuri: 1. Stabilirea megacolonului; 2. Excluderea cauzelor intestinale și extraintestinale de megacolon.

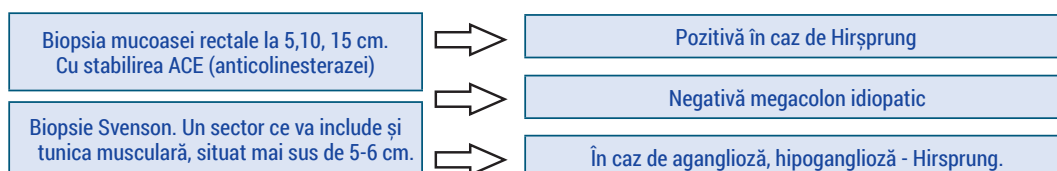
Managementul de diagnostic:

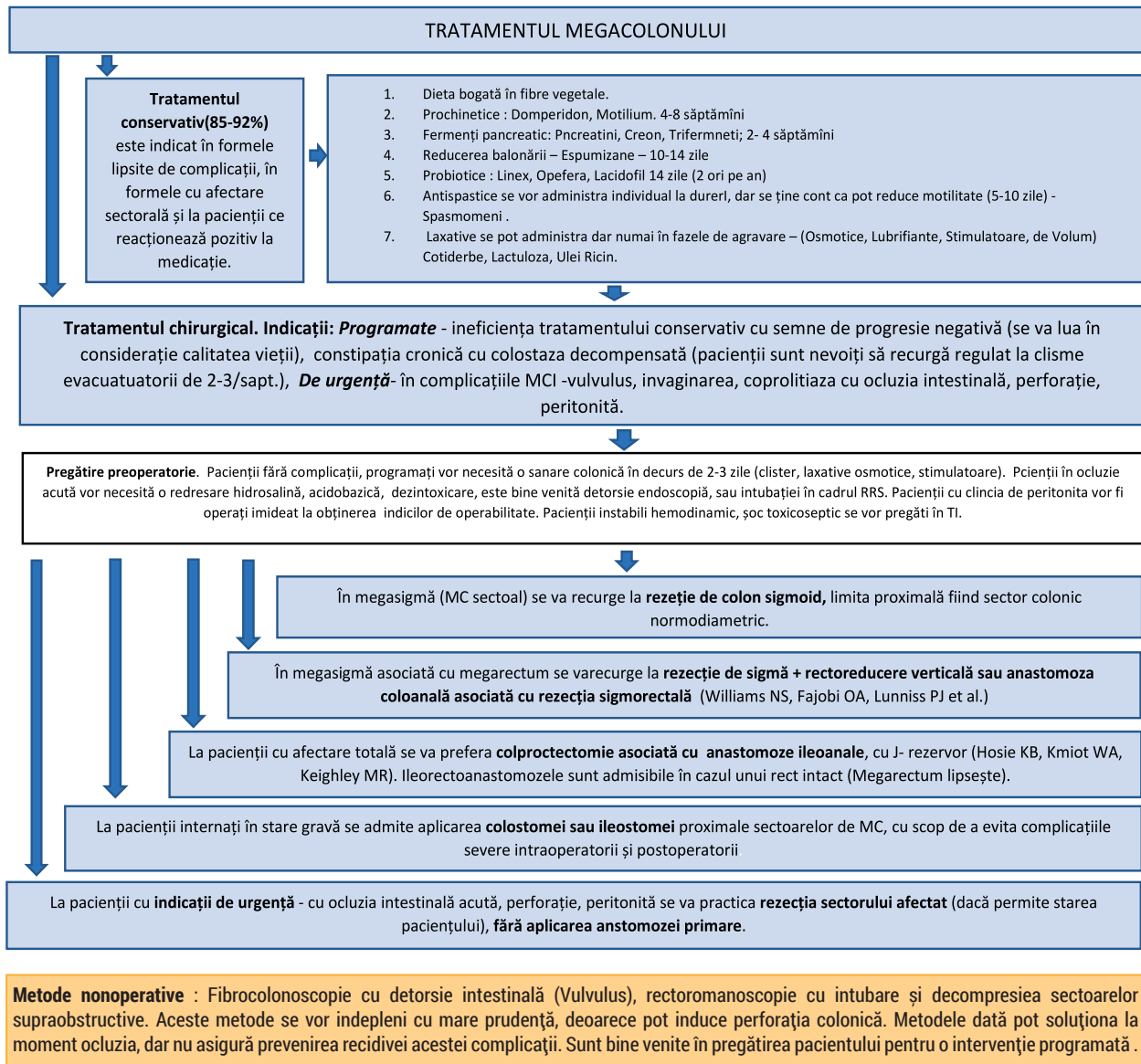
Acuzele	Anamnesic
Constipații, balonare, dureri abdominale (Triada CHIRAY), senzație de golire incomplete. De regulă manifestările se reduc parțial la difecare , sau după clisme. În complicații (ocluzie) se vor alătura durerile majore, voma, lipsa scaunului, grețurile, voma.	Se va axa atenția la perioada de timp a maladiei, intervențiile suportate, maladii concomitente (BII, tumori intestinale, ictus, traumatismul craniocerebral și a coloanei vertebrale, insuficiența renală cronică, Intoxicații cu metale grele). Necesară de a exclude deasemenea geneza medicamentoasă.
Examenul fizic	Teste laborator
<ul style="list-style-type: none"> • Date antropometrice • Examenul pe sisteme – atenție deosebită se va axa la sistemul digestiv (forma abdomenului, participa la respirație, durerile , distensia, prezența formațiunilor de volum) • Examenul digital – tușeul rectal(coprolitiază, tumori, sindrom algic, stricturi anale, anastomotice). 	Generală de sânge, Generală de urină, Bilirubina, ALT, AST, Ureia, Creatinina, Important – Calciu seric, Kaliu (hipokalemi și hipercalemie - constipație), TTG, T3, T4 (Hipotiroza – constipații), Marcherii tumorali C19.9, CEA, AFP, RW, SIDA. În caz de suspjecție de BII – ANCA , ASCA.

Metodele instrumentale de diagnostic:

Radiografia de ansamblu -permite de a suspecta prezența megacolonului, vulvulus, coprolitiază, perforație, megacolon toxic în CUN. Irigoscopie – metoda de bază în diagnosticul MC, sunt stabiliți parametrii de diametru colonic, oferă oportunități în diagnosticul diferențial cu maladia Hirşprung, Neoplaziile colorectale, BII. Tranzitul bariatat - permite de a analiza motilitatea proximală dilatației; Tomografia computerizată (deasemena USG, RMN)– permite de a stabili cauze organice ale MC (Tumori, Maladia Crohn, Diverticulita).
--

Manometrie anorectă – apreciază reflexul anorectal inhibitor (este pozitiv în Hirşprung la 70 -95%)





Conduita postoperatorie: Regim – prima zi la pat, de la ziua 2 a – regimul II. **Dieta** – primele 2 zile foame, de la a 3 zi este admisă alimentație (se decide individual în raport cu particularitățile intervenției aplicate). **Tratament** : va prevedea în mod standart corecția volemică, acidobazică și nutritive (NE + NP). În mod obligator se va recurge la antibioticoterapie (în formele grave Metronidazola și Cefalosporinele generația 3). Se vor administra analgetice inclusive opiante în decurs de 2- 4 zile. Pentru prevenirea complicațiilor tromboembolice – anticoagulante (Zibor, Fraxiparina, Clexani - doza acomodată la indicia de coagulogramă / antropometric). Antimicotice de la ziua a 4 -Micosist 150 mg. (n2). Pacienții stomiați vor necesita îngrijiri locale – pansamente aseptice, prelucrarea zonei adiacente cu Betadini, ung. de Zinc (in deosebi acei cu ileostome). Tot odată se va recurge la instruirea pacientului pentru a asigura îngrijirea desinestătătoare a zonei respective (necesar după externare a acestuia).

La externare se va recomanda evidența medicului de familie, chirurgului, gastrologului. Se continua dieta bogată în fibre vegetale (cu excepția pacienților după colproctectomie), probiotice (linex), prochinetice – Motilium, Domperidon. În situație când va prevala diarea se va indica Loperamida (ileorectoanastomoza). Control endoscopic sau radiologic se recomandă peste 6 – 12 luni (de obicei la pacienții cu dereglări de motilitate). Pacienții cu ileo sau colostome vor necesita un monitoring la chirurgul pe locul de trai, ce va permite evitarea complicațiilor tardive ale stomei. După caz, în raport cu starea evolutivă a pacientului și a zonei adiacente stomei (maturizarea acesteia) se va recomanda intervenția reconstructivă, dar nu mai devreme de 6 -8 săptămâni. La pacienții cu colproctectomie reabilitarea chirurgicală este problematică și se aplică la insistența pacientului numai peste 6-12 luni .

PS . Intervenția chirurgicală aplicată la pacienții cu MCI reduce riscului de complicații severe, dar în aspect funcțional rezultatele rămân subașteptate, în multe cazuri cu constipații necorejate.

ABRIVIATURI: BII-Boli inflamatorii intestinale, RCU- rectocolita ulcerative, MCI –megacolonul ideopatic, RRS – rectoromanoscopie.

OCLUZIA INTESTINALA SUPERIOARĂ (OIS)

Ocluzia intestinală este un sindrom clinic, în care are loc oprirea tranzitului intestinal. Ocluzia intestinală superioară (înaltă, proximală), se definește, când obstacolul sau cauza patologică este situată la nivelul intestinului subțire.

Ocluzia intestinală este un sindrom plurietiologic și pluripatogenic.

Codul bolii (CIM 10): K56 -K56.7.

Clasificarea OIS			
Înfuncție de mecanismul fiziopatologic provocator	Clasificarea anatomo-etiologică a ocluziei intestinale mecanice	Clasificarea anatomo-fiziopatologică	
<p>Ocluzieintestinalămecanica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prinobturare, • prinstrangulare, • de genezămixtă completă, sau incompetă <p>Ocluzie intestinală dinamică/funcțională (ileusul adinamic):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ileus spastic (diferite intoxicații, în isterie, astm bronșic). • Ileus paralic „pareza intestinală postoperatorie”. 	<p>OI mecanică intraluminală:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Corpiistrăini. • Bezoar. •Calculbiliar. •Meconii (fibrozachistică). •Paraziți. •Enteroliți (coproliți). •Invaginația (asociată de obicei cu tumora la adulți). •Polipii pedunculari de dimensiuni importante. <p>OI mecanică intramurală:</p> <p><i>Congenitală</i> (rară la adulți):</p> <ul style="list-style-type: none"> •Atrezia, strictura, stenoza intestinală. •Duplicare intestinală. •Diverticol Meckel. <p><i>Procese inflamatorii:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Boala Crohn. •Diverticulita. •Ischemie intestinală cronică și strictura postischemică. •Enterita de iradiere. <p><i>Tumori:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Primare intestinale (maligne sau benigne). •Secundare – metastatice . <p><i>Traumatice:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Hematom duodenal intramural. 	<p>OI mecanică extrinsecă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aderențe. <p><i>Congenitală:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Brida Meckel sau Ladd. •Postoperatorie. •Postinflamatorie. <p><i>Herniile:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Externe. • Interne. <p><i>Volvulus.</i></p> <p><i>Formațiuni externe:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Abces intraabdominal (retroperitoneal). • Pancreas inelar •Carcinomatoza. •Endometrioza •Sarcina •Pancreatita sau pseudochist pancreatic 	<ul style="list-style-type: none"> • Ocluzia intestinală cu ansa deschisă, • Ocluzia intestinală cu ansa închisă

Factorii de risc - Intervențiile chirurgicale suportate anterior, prezența herniilor peretelui abdominal anterior (tipice sau incizionale, particularitățile anatomo-patologice ale tractului digestiv (anomalii congenitale, aderențe, bride, malrotația intestinală), tumorile benigne și maligne abdominale și retroperitoneale (existente sau operate anterior, mai ales tumorile ovariene și gastrointestinale).

Examenul fizic - durerea abdominală, grețuri și vome, lipsa emisiei de gaze și masele fecale, distensia abdominală

Examenul obiectiv:

Inspeția abdomenului: Distensia (în ocluziile la nivelul duodenului sau jejunului superiordistensia lipsește, abdomenul are aspect nemodificat) peristaltismul hiperactiv (semnul König)asimetria, timpanism pronunțat deasupra locului (ansei proximale) proeminente (semnul on ahl). provocarea clapotajului în balonările localizate sau generalizate (semnul Sklearov), prezența hiperperistaltismului, care se aude uneori la depărtare (semnul Schlanghe), zgomotul picăturii în cădere (semnul lui Spasokukoțki),

Tușeul rectal/vaginal

Investigații de laborator: Hemogramma, Urina summara, Urea, Creatinina, Proteina generala, Albumina, Bilirubina, ALT, AST, Glucoza, Lactat, d-Dimer, Ionogramma, Coagulogramma, Echilibru acido-bazic, Grupa sanguina, Rh factor

Investigații instrumentale

Metodele radiologice:

Radiografia abdominală panoramică în poziția ortostatică sau în decubit lateral:

„cuiburile de rândunică” sau semnul Kloiber). Dilatarea anselor intestinului subțire se conseră când ele au diametrul mai mare de 2,5 cm. în ileusul biliar - prezența calculului în lumenul intestinal, și aerocolia datorită fistulei colecisto-duodenale

Examenul radiologic a intestinului subțire cu contrastare (masa bariatata, gastrografina).

• pasaj prin intestinul subțire, irigografia

Dacă bariul se reține în intestinul subțire mai mult de 6-8 ore și rămâne nemișcat se poate suspecta OIS.

Tomografia computerizată abdominală:

• arată nivelul obstrucției, indică severitatea și cauza obstrucției,

Enterografiaprin CT

• permite evaluarea întregii grosimii a peretelui intestinului, mezoului și a paranefrului.)

• se consideră metoda de elecție în cazul OIS intermitente și în examinarea pacienților cu anamneza chirurgicală complicată

Rezonanța magnetică nucleară

Ultrasonografia cavității abdominale.

Laparoscopia cu utilizare a tehnicii deschise a plasării primului trocar (tehnica Hasson): secționarea aderențelor, enterolitotomie pentru ileusul biliar.

Tratament postoperator:

1. Reechilibrarea hidroelectrolitică
2. Analgezie medicamentoasă, peridurală
3. Antiemetice (metoclopramida)
4. Spazmolitice (papaverina, drotaverina)
5. Dezagregante (Pentoxifyllina)
6. Anticoagulante (Clexan, Zibora)
7. Stimularea peristaltizmului intestinal (prozerina la necesitatea)
8. Antibioticoterapia
9. Decompresia intestinală, sonda nazogastrală la necesitate
10. Clistere evacuatoare la necesitate

Criterii de externare:

Normalizarea stării generale și a mobilității pacientului.

- Restabilirea pasajului intestinal
- Lipsa febrei.
- Lipsa complicațiilor postoperatorii. Necesitatea doar în medicație perorală (inclusiv analgezice).
- Plăgile postoperatorii sunt în curs de vindecare

Recomandări la externare

1. Dieta 1
2. Limitarea efortului fizic timp de 3 luni
3. Evidența la medic de familie.
4. Analgetice perorale la necesitatea (tab. Dexamgina)
5. Examen radiologic, USG la necesitate.
6. Consultații chirurgului după o lună de la intervenție, apoi o dată la trei luni pe parcursul primului an și, ulterior, 1 dată pe an .

PANCREATITA ACUTĂ

este procesul inflamator acut al pancreasului, care poate rămâne localizat la nivelul glandei sau se extinde variabil la țesuturile peripancreatice și retroperitoneale și la organe situate la distanță de loja pancreatică (Conferința de Consens de la Atlanta 2012, 2019).

Clasificarea după Atlanta a PA:

- PA severa: forma asociată cu disfuncții multiple de organe și/sau complicații locale (necroza cu suprainfecție, pseudochiste sau abcese).
- PA moderată: cu colecții abdominale și/sau cu insuficiență de organ tranzitorie (< 48 ore)
- PA ușoară

Clasificarea OIS

<ul style="list-style-type: none"> • I – idiopatic • G – gallstones -calculul biliar. • E – etanol (alcool) • T – traumatism • S – steroizi • M – mumps- (paramixovirus) și alți viruși (virusul Epstein-Barr, citomegalovirusul) • A – boală autoimună (poliarterită nodoză, lupus eritematos sistemic) • S – înțepătură de <i>scorpion</i> - Tityus Trinitatis - Trinitate / mușcătură de șarpe • H – hipercalcemie, hiperlipidemie / hipertrigliceridemie și hipotermie • E – ERCP (Colangiopancreatografie endoscopică retrogradă - o formă de endoscopie) • D – drugs-medicamente (steroidi și sulfonamide, azatioprină, NSAIDs, diuretice precum furosemid și tiazide) și ulcere duodenale 	<ul style="list-style-type: none"> • pancreas divisum • canal comun lung • carcinom al capului pancreasului și alte tipuri de cancer • blocarea fluxului pancreatic cu ascaride • ischemie din operația de bypass • sarcină • alte infecții decât parotita • alergare maraton repetată.
---	---

<p>1. Manifestările clinice</p> <ul style="list-style-type: none"> • dureri abdominale severe, • deseori cu iradiere în spate, • grețuri, • vomă, • diaree, • inapetență, • febră, • soc, • hemodinamică instabilă 	<p>2. Semne clinice</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Semnul Mondor</u> – colorarea cianotică în regiunea feței; • <u>Semnul Grey-Turner</u> – pe flancuri; • <u>Semnul Cullen</u> – în regiunea periombelicală; • <u>Semnul Mandel-Razdolskii</u>: dureri la percuție în epigastru; • <u>Semnul Bonde</u>: asimetrie abdominală ca rezultat al distensiei colonului transvers; • <u>Semnul Kerven</u> – matitatea la percuție pe ambele flancuri; • <u>Semnul Kerte</u> – defans muscular la palpație în epigastru; • <u>Semnul Voskresenskii</u>: lipsa pulsației aortei abdominale.
--	---

Diagnosticul

Simptome clinice	Investigații paraclinice	Imagistic:
durere severă în etajul abdominal superior	<p>lipaza (valoarea diagnostică >3 x VN Proteina C-reactivă >150 mg/l, Ht >44% reprezintă factor de risc a necrozelor pancreatice, urea >20 mg/dl, procalcitonina – test pentru infectarea necrozelor pancreatice, trigliceride >11.3 mmol/l. hemograma, bilirubina, ALT, AST, creatinina, glucoza, ionograma, echilibrul acido-bazic</p>	<p>➤ Ecografia abdominală .</p> <p>➤ Tomografia computerizată (CT)</p> <p>Momentul optim al examinării CT în PA: cel puțin 4 zile de la debutul procesului pancreatic (când extinderea ariei de necroză este maximă)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scorul Balthasar: <p>Gradul A – TC normală (0) Gradul B – mărirea focală sau difuză a pancreasului (1) Gradul C – inflamație peripancreatică (2) Gradul D – o singură colecție lichidiană (3) Gradul E – 2 sau mai multe colecții lichidiene și /ori bule de aer în/sau adiacent de pancreas (4)</p> <p>➤ Radiografia abdominală pe gol:</p> <p>-semne nespecifice de ileus generalizat sau localizat (ansa santinela) -permite eliminarea unei perforații viscerale.</p> <p>➤ ERCP (colangiopancreatografie retrogradă endoscopică): <i>metoda de elecție pentru extractia calculilor coledocieni</i></p> <p>➤ Colangiografia RMN</p> <p>➤ EUS- ultrasonografie endoscopică cu FNA</p>

Factori de prognostic evoluției PA:**Scorul Ranson:**

La internare	DUPĂ 48 ORE	Scor :
1. Vârsta > 55 ani	6. Scăderea	< 3 - PA benigna cu mortalitatea 2%
2. Leucocitoza > 16.000/mm	7. Creșterea ureei serice > 1.8 mmol/l	> 5 PA severă cu risc de complicații, cu mortalitatea 40%
3. Glicemie > 11 mmol/l	8. Calcemie < 2 mmol/l	> 7 PA gravă – mortalitate 100
4. LDH > 1.5 x N (>350 UI/L)	9. PaO ₂ < 60 mm Hg	
5. ASAT > 6x N (>250 USF)	10. Scăderea HCO ₃ > 4 mEq/l	
	11. Sechestrare lichidiană > 6 l	

Managementul bolnavilor cu PA:

Managementul formelor severe de PA, cu una sau mai multe insuficiente de organ (circulatorie, pulmonara sau renala) se face in unitati de terapie intensiva.

Obiectivele tratamentului:

Tratament conservator	Tratament chirurgical
<p>1. Terapie suportiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reechilibrarea hidroelectrolitica corespunzatoare : solutie Ringer lactat (se recomanda 3-4 litri/zi in primele 24-48 ore daca nu exista contraindicatii) - mentinerea diurezei > 0,5 ml/kgc - suplimentarea cu oxigen (cu mentinerea SaO₂ >95%) - sonda nazogastrica <p>2. Reducerea secretiei pancreatice: prin repausul digestiv. Realimentarea pacientilor este posibila dupa 24 h de la incetarea durerii (realimentarea precoce s-a dovedit a reduce rata de complicatii). Sandostatina ,Octreotid)</p> <p>3. Ameliorarea durerii – Analgezia se face in trepte (pentru formele hiperalgice, se face in colaborare cu medicul anesteziat).</p> <p>4. Antibioticoterapie in necroze pancreatice infectate, flegmon retroperitoneal, pseudochist pancreatic acut infectat, abces pancreatic, angiolocolita acuta.</p> <p>Administrarea de antibiotic NU se face in scop profilactic.</p> <p>Pancreatita acuta biliara si tratamentul litiazei biliare: ERCP cu <i>Sfincterotomia endoscopica</i> de urgenta in caz de <i>angiolocolita, icter, sau dilatari de cai biliare.</i> ERCP se va efectua in primele 24- 72 ore de la debutul durerii. Pentru a reduce riscul de pancreatita severa post-ERCP, pacientilor cu risc ar trebui sa fie stentat ductul pancreatic și / sau postprocedural de administrat AINS sub forma de supozitoare rectal (indometacina) <i>Colecistectomia</i> se efectueaza dupa stingerea procesului inflamator pancreatic, in aproximativ 2 saptamani.</p>	<p>Indicații pentru intervenția chirurgicală:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dezvoltarea peritonitei. 2. Deteriorarea stării pacientului în ciuda tratamentului intensiv aplicat: <ol style="list-style-type: none"> A. agravarea hemodinamicii (indici instabili), b. oliguria (<1000 ml / 24 ore) în ciuda corectării adecvate a echilibrului fluidelor, c. icter care se dezvoltă timp de 3 zile, d. sindrom algic sever, vărsături, lipsă de peristaltism, la palpate - prezența infiltratului, persistența febrei (38-39C) timp de 8-10 zile, e. eșecul tratamentului conservator timp de 1-2 zile în caz de AP asociat cu colelitiază, permeabilitatea afectată a d. Wirsung, chisturi pancreatice 3. Progresează pancreatitei supurative, sângerări erozive, perforarea organelor cavitate. <p>Procedee chirurgicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laparoscopia cu drenarea colecțiilor purulente sau in caz de peritonita enzimatica • Debridarea chirurgicală a țesutului necrotic infectat • marsupializarea sacului omental sau retroperitoneostomie. • Drenaj de aspirare închis și reintervenție, indicat după debridare completă. • Drenaj închis și lavaj postoperatorie <p>Tratamentul pseudochisturilor pancreatice acute infectate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • drenaj percutanat ghidat imagistic ca alternativă la drenajul chirurgical extern • Drenaj endoscopic (pseudocisto-gastrostomie sau pseudocisto-duodenostomie) • Drenaj chirurgical extern

Criterii de externare:

<ul style="list-style-type: none"> • Micșorarea sindromului algic, • Restabilirea pasajului digestiv • Restabilirea fluxului biliar • USG 	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizarea febrei • Normalizarea datelor de laborator: Hemograma, lipaza, Proteina C-reactiva, trigliceridele, coagulograma, bilirubina, urea, creatinina
---	--

Recomandări la externare

<ul style="list-style-type: none"> • Dieta 5p • Limitarea efortului fizic • Spazmolitice (drotaverina) • Enzime pancreatice: creon, pancreatin, mezim forte) • Analizele generale, biochimice marcerii tumorali 	<ul style="list-style-type: none"> • CEA, CA19-9 la 3 luni • USG la 3 luni, apoi o data pe an • Evidenta la medic de familie, chirurg
--	--

PANCREATITA CRONICA LA ADULT

PANCREATITA CRONICĂ: Inflamație cronică polietiologică a pancreasului. Se caracterizează prin necroza celulelor acinare pancreatice ca rezultat al autolizei cu instalarea reacției inflamatorii și înlocuirea țesutului acinar cu țesut conjunctiv.
K786- Pancreatita cronică

Clasificările PC	
<p>Etiopatogenetic:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primară • Secundară <p>Din punct de vedere clinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cu sindrom algic (recidivant sau continuu). • Pseudotumorală • Latentă • Mixtă. <p>Stadiile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faza de acutizare • Faza de remisiune <p>Severitatea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • În funcție de severitatea modificărilor morfologice: ușoară, medie, severă. • În funcție de severitatea evoluției: ușoară, medie, severă. 	<p>Formele morfologice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PC calcificantă. • PC obstructivă. • PC infiltrativ-fibroasă (inflamatoare). • PC indurativă (fibrozosclerotică). <p>Particularitățile funcționale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • În funcție de varianta patogenetic-funcțională: <ul style="list-style-type: none"> -Hiperfermentemică (faza I). -Hipofermentemică (faza II). • În funcție de gradul dereglărilor funcționale ale pancreasului: <ul style="list-style-type: none"> A.Cu dereglarea funcției exocrine a pancreasului: <ul style="list-style-type: none"> - gradul reducerii funcției exocrine: ușor, moderat, sever - tipul dereglării funcției exocrine: hipersecretor; hiposecretor, obstructiv, ductular B.Cu dereglarea funcției endocrine a pancreasului: <ul style="list-style-type: none"> - hiperinsulinism; - hipofuncție a aparatului insular: diabet zaharat pancreatogen (latent, clinic manifest)

Sistemul de clasificare a PC TIGAR-O	
<p>Toxicometabolică:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcoolică • Fumatul de tutun • Hipercalcemie • Hiperlipidemie <p>Idiopatică:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debut precoce • Debut tardiv. • Alte. • Tropicală (calcificare tropicală și diabet pancreatic fibrocalculos) <p>Genetică:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autosomal dominant • Autosomal recesiv <p>Autoimună:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PC autoimună izolată • PC asociată patologiei autoimune 	<p>Pancreatita acută recurentă și severă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postnecrotică (pancreatita acută severă) • Boli vasculare ischemice • Pancreatita acută recurentă. • Afectare prin radiație. <p>Obstructivă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pancreas divisum • Patologie a sfincterului Oddi. • Obstrucție canalară (de ex. tumoare) • Chisturi periampulare la nivel duodenal. • Cicatrice pancreatice ductale posttraumatice.

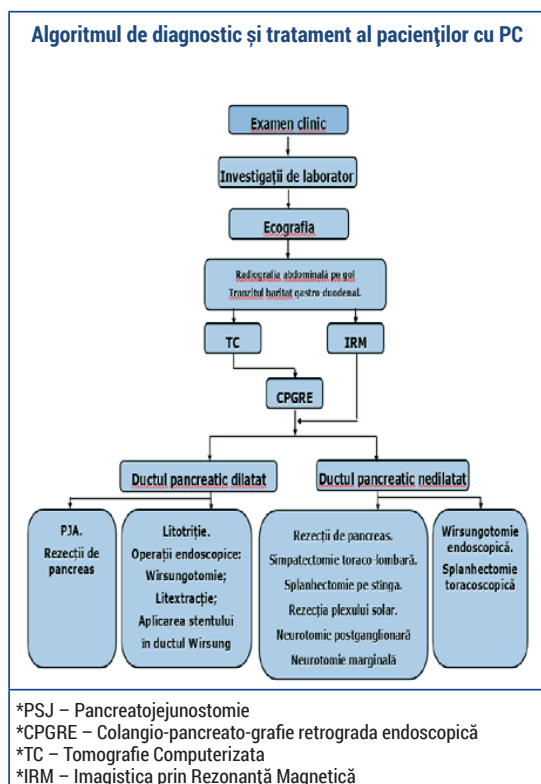
Clasificarea M-ANNHEIM a PC:		
<p>Consumul de alcool:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consum excesiv (> 80 g/zi). • Consum crescut (20-80 g/zi). • Consum moderat (< 20 g/zi). <p>Consumul de nicotină:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fumătorii de nicotină: doza de nicotină în pachete/an. <p>Factorii ereditari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pancreatită ereditară. Pancreatită familială. • Pancreatită idiopatică instalată precoce • Pancreatită idiopatică instalată tardiv • Pancreatite tropicale. • Mutații posibile în genele <i>CFTR</i>, <i>PRSS1</i>, <i>SPINK1</i>. 	<p>Factorii nutriționali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentație bogată în grăsimi și în proteine. • Hiperlipidemie. <p>Factorii ductului pancreatic eferent:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pancreas divisum. • Pancreas anular și alte anomalii congenitale ale pancreasului. • Obstrucții ale ductului pancreatic. • Cicatrizări posttraumatice ale ductului pancreatic. • Disfuncții ale sfincterului Oddi. 	<p>Factori imunologici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pancreatitele autoimune. • Sindromul Sjogren, asociat cu pancreatitele cronice. • Maladiile cronice intestinale asociate cu PC, colangita primară sclerozantă, ciroza biliară primară. <p>Diferiți (Miscellaneous) factori, rar atestați și metabolici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipercalcemia și hiperparatiroidismul. • Patologia renală cronică. • Drogurile.

Manifestări sindromale:	
SINDROAME	MANIFESTARI CLINICE:
Sindromul doli abdominal	Sediul durerii mai frecvent în regiunea superioară a abdomenului – în epigastru, cu iradiere mai frecventă în spate, coloana vertebrală, unghiul costovertebral sting; sub formă de semicentură și de centură.
Sindromul endocrin	Inițial, posibil, hiperinsulinism, apoi – insuficiența pancreatică endocrină (scăderea rezervelor de insulină): scăderea toleranței la glucoză și diabetul zaharat manifest.
Sindromul insuficienței exocrine	-Sindromul maldigestiei -Sindromul de malabsorbție (pierdere ponderală, uscăciune și dereglări ale elasticității tegumentelor, deshidratare, dereglări electrolitice, anemie, steatoree, semne clinice de hipovitaminoze
Sindromul dispeptic	Discomfort abdominal, micșorarea sau lipsa apetitului, repulsie la alimente grase, eructații cu aer și alimente întrebuițate, hipersalivare, grețuri, vomă, care nu aduce ușurare, meteorism, flatulență excesivă, dereglarea scaunului (predomină diareea pancreatică episodică sau diareea alterează cu constipația)
Sindromul alergic	Se manifestă prin alergii alimentare, medicamentoasă

Complicațiile PC :			
Timpurii			
<ul style="list-style-type: none"> Icter mecanic Hipertensiune portală Hemoragii intestinale 	<ul style="list-style-type: none"> Fistule pancreatice Hematom subcapsular și ruptură de splină 	<ul style="list-style-type: none"> Hemoragii prin dilatarea nonvaricoasă de geneză nonhepatică a venelor esofagiene și gastrice 	<ul style="list-style-type: none"> Complicații bacteriene (Abces pancreatic, parapancreatic, colangită) Complicații sistemice
Tardive			
<ul style="list-style-type: none"> Maldigestie Malabsorbție Diabet zaharat 	<ul style="list-style-type: none"> Stenoza duodenală Fenomene de compresiune a altor organe 	<ul style="list-style-type: none"> Serozitate enzimatice (pleurizie ; pericarită) Necroze osoase aseptice Osteomalacie 	<ul style="list-style-type: none"> Encefalopatie Complicații infecțioase Anemie

Diagnosticul PC include:		
<ul style="list-style-type: none"> Acuzele, anamneza. Examenul clinic standard obiectiv Cercetările de laborator: <ul style="list-style-type: none"> Hemoleucograma, trombocitele, reticulocitele. Analiza biochimică a sîngelui: (glucoza, alfa-amilaza, lipaza, bilirubina și fracțiile ei, ALT, AST, FA, GGTP, proteina totală și fracțiile ei, creatinina, ureea, proteina C-reactivă, Ca, K, Na, Cl.) Amilaza urinei. Analiza generală a urinei. Coprograma Coagulograma 	Cercetările imagistice: <ul style="list-style-type: none"> USG organelor abdominale și retroperitoneale. FEGDS. Microradiografia cutiei toracice. Cercetările funcționale: <ul style="list-style-type: none"> ECG. Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> CEA, CA-19.9, α-fetoproteina serică. Screening-ul serologic (AgHBs, anti-HBcor sumar, anti-VHC, etc – conform indicațiilor) Colesterol, trigliceride 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografia abdominală panoramică pe gol (cu laterografie în poziție verticală). Cercetarea radiologică a stomacului și a duodenului cu masă baritată. Tomografia computerizată abdominală simplă sau spiralată RMN în regim colangiografic pentru vizualizarea ductului Wirsung Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică

Criterii de spitalizare:	
<ul style="list-style-type: none"> Pancreatita cronică, în fazele de acutizare moderată sau severă Pacienții cu PC, și cu sindrom algic refractar la tratament În cazul tabloului clinic atipic al bolii pentru diagnosticul diferențial. 	<ul style="list-style-type: none"> Pacienții cu PC, cu progresia rapidă a bolii. Pacienții cu PC, la care sunt suspectate sau stabilite complicațiile .



Schema de tratament PC		
<i>Pentru cuparea sindromului doli</i>	M-Colinolitice	Atropină 0,1% - 1 ml, s/c, i/m Platifilină Sol. 0,2%, 1-2 ml, s/c, i/m
	Spasmolitice miotrope	Papaverină 2%, s/c, i/m, 1-2 ml x 2-3 ori/24 de ore
	Analgezice neopioidice	Drotaverină 40 mg-2 ml, i/m, s/c, i/v lent Metamizol 25 - 50 %, 1-2 ml x 2-3 ori/zi, i.m. sau i.v.
	Analgezice opioidice	Tramadol la dureri puternice doza de 100 mg x 4 ori/24 de ore, <i>NB! Exceptia Morfinel</i>
<i>Pentru micșorarea secreției gastrice și pancreatice și a presiunii intrapancreatice</i>	Inhibitorii pompei de protoni	Pantoprazol sau 40 mg x 1 dată/zi, per os Omeprazol sau 40-80 mg/24 de ore, i.v., Lansoprazol 30 mg x 2 ori/zi, per os.
	Antagoniștii H2-receptorilor histaminici	Famotidină 20-40 mg x 2 ori/zi, i.v., Ranitidină 50 mg x 2 ori/zi, i.v.
	Analogii ai somatostatinei	Octreotid sau Sandostatina 50-100 mcg, subcutanat, de 1- de 3 ori/zi
	Antiacide	Fosfat de aluminiu 15 ml x 2 - de 3 ori/zi Hidroxid de aluminiu și magneziu 15 ml x 2 - de 3 ori/zi
	Citoprotectoare	Sucralfat 500-1000 mg (1-2 compr.) x 4 ori/zi, per os
<i>Terapia de substituție: corecția funcției exocrine pancreatice</i>	Fermeți pancreatici	Creon 10 000-25 000 UI, per os, în timpul mesei x 3 ori/zi;
<i>Remediile pentru ameliorarea motoricității tractului digestiv</i>	Prokinetice	Prozerin 0,05%, 1ml x 3 ori/zi, s/c Domperidonă 10 mg x 3 ori/zi, per os Metoclopramidă Sol. 0,5% - 10 mg/2 ml, i.v., i.m. x 3 ori/zi
<i>Pentru corecția insuficienței vitaminice</i>	Vitamine, polivitamine cu antioxidanți	Retinol (vitamina A) 3300 UI x 2ori/zi, per os Tocoferol (Vitamina E) 100 mg x 2 ori/zi, per os Meco BC-Complex** 1 x 2 ori/zi, per os
<i>Terapia infuzională</i>	Soluții de electroliți	Sol. NaCl 0.9% - 500 ml, până la 1000 ml/24h i.v.
	Soluție de Glucoză	Sol. Glucoză 5%-10% - 500 ml/24h i.v.
	Soluții proteice	Sol. PPC Sol. Albumină Sol. Cefazolin 1g x 2 ori i/v
<i>Antibioticoterapia</i>	*Preoperator în caz de complicații *Postoperator	Sol. Ceftriaxon 1g x 2 ori i/v

*PCN Pancreatita cronică 2009, Chisinau

Recomandări:		
1. Evidența la medicul de familie, chirurg.	3. Evitarea efortului fizic 6 luni	5. Spasmolitice (No-Spa)
2. Dieta Nr. 5 sau 9.	4. Scoaterea firelor peste 10 zile postoperator	6. H2-Blocante (Famotidina sau Ranitidina)
		7. Antiacide (Phosphalugel)

PARAPROCTITA ACUTĂ

inflamația acută a țesutului celulo-adipos perirectal, caracterizată prin răspândirea procesului inflamator din criptele și glandele anale.
Cod CIM 10- K61- K61.4

Clasificarea			
După etiologie :	După localizare:	După localizarea criptei antrenate în procesul inflamator:	În funcție de canalul purulent:
<ul style="list-style-type: none"> - aerobă - anaerobă: <ul style="list-style-type: none"> • clostridiană • neclostridiană 	<ul style="list-style-type: none"> - subcutană - submucoasă - intermusculară - ischio-rectală - pelvină: <ul style="list-style-type: none"> • pelviorectală • retrorectală • în forma de potcoavă 	<ul style="list-style-type: none"> - posterioară - anterioară - laterală 	<ul style="list-style-type: none"> - intrasfincteriană - transfincteriană - extrasfincteriană

Diagnosticul			
Anamneza:	Examenul obiectiv:	Investigații:	Simptomatologie inflamatorie
<ul style="list-style-type: none"> · etapa importantă în stabilirea diagnosticului, pacientul este sfătuit să răspundă clar, complet și corect tuturor întrebărilor medicului · deși unele întrebări pot fi mai stânjenitoare sau intime, informațiile obținute sunt importante, iar medicul este obligat să păstreze confidențialitatea cu privire la răspunsuri. · Sinceritatea pacientului este utilă în stabilirea unor investigații suplimentare și în măsurile terapeutice care urmează a fi luate. 	<ul style="list-style-type: none"> · Examenul fizic evidențiază regiunea anală și perianală tumefiată, roșie, caldă și intens dureroasă. Abcesul apare ca o umflătură în regiunea anală · Abcesele superficiale situate în jurul anusului sau în spațiul dintre anus și ischion pot fi de obicei observate la inspecție sau în cursul tușeului rectal (permite explorarea anusului și a părții joase a rectului). · Abcesele mai profunde pot provoca dureri puternice și este necesară administrarea unui anesteziec pentru examinare. 	<ul style="list-style-type: none"> · Examenul obiectiv al regiunii perianale +/- tuseul rectal; · În majoritatea situațiilor examenul clinic este revelator, diagnosticul fiind pus doar după observarea și palparea regiunii perineale; · Există însă și cazuri când se indică și alte seturi de investigații: hemoleucograma (leucocitoza cu neutrofilie), analiza urinei, radiografie, CT, RMN, ecografia părții moi. · ECG și Rx pulmonar preoperator 	<ul style="list-style-type: none"> - durere în zona anală și fesieră, având caracter pulsatil, violent și permanent, fiind accentuată de statul pe scaun și defecație - febra, alterarea stării generale, astenie - transpirații nocturne - tulburări de tranzit intestinal - constipații (pacientul poate evita defecația din cauza durerii).

Tratament:

(Tratamentul este întotdeauna chirurgical.)

-Deschiderea și drenarea abcesului cu excizia criptei afectate și canalului purulent în lumenul rectului.

Localizarea canalului purulent de la sfîcterul extern către interior sau afectarea exclusiv a porțiunii sale subcutane.

-Deschiderea și drenarea abcesului, excizia criptei afectate și sfîcterotomia

Paraproctita intersfincteriană

-Deschiderea și drenarea abcesului, excizia criptei afectate și aplicarea unei ligaturi elastice de drenare

Localizarea transsfincteriană sau extrasfincteriană a canalului purulent.

-Deschiderea și drenarea paraproctitei pelviorectale

Focare purulente localizate în spațiul pelviorectal

-Deschiderea și drenarea paraproctitei retrorectale

Focare purulente localizate în spațiul retrorectal

-Deschiderea și drenarea paraproctitei în potcoavă

Localizarea bilaterală și în formă de potcoavă a focarelor purulente din perirectită acută

Posibile complicații evolutive a paraproctitei acute

-Fuziunea purulentă a straturilor peretelui intestinal

-Producția de fecale în fibra pararectală

-Descoperire de puroi în spațiul retroperitoneal

-Peritonită

-Șocul septic

-Insuficiența multiplă de organe

Sechele postoperatorii posibile

- Fistula perianala restantă
- Incontinența sfincteriană (în cazul intervențiilor multiple în regiunea respectivă)
- deformarea canalului anal
- deformare rectală
- modificări cicatriciale în țesuturi
- închiderea incompletă a pasajului anal
- cicatricea patologică a pereților anusului
- scurgerea conținutului intestinal

Conduita postoperatorie

- Pansamente zilnice cu utilizarea peroxidului de hidrogen ,antisepticelor pe bază de iod sau alcool;
 - Aplicarea locală a unguentului regenerativ și cu proprietăți antimicrobiene și antiinflamatorii până la cicatrizarea plăgii ;
 - Tratament fizioterapeutic sub formă de ședințe zilnice a câte 10 minute ;
- Durata reabilitării postoperatorii constituie în medie între 5 și 10 zile de la internare.
În prezența procesului infiltrativ intestinal - până la 2 săptămâni și mai mult.

Prognosticul

În general este favorabil în cazul selectării timpului optim pentru operație radicală.
În cazul deschiderii obișnuite a abcesului fără înlăturarea legăturii cu lumenul intestinal, însănătoșirea este puțin probabilă,este riscul de dezvoltare a fistulei rectale sau recidiva paraproctitei acute.Factori ai prognosticului nefavorabil sunt: perioada mare a bolii ,sindrom toxic pronunțat,deregări poliorganice concomitente

PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A SUPRARENALELOR

Tumoarea suprarenală este o neoplasmă patologică declanșată de creșterea necontrolată a celulelor endocrine din stratul cortical sau medular.

E 024.9 – Sindromul Cushing, E 025.7 – Feocromocitom, E 026.0 – Hiperaldosteronism primar, D 035.0-Tumoare benignă suprarenală

Clasificarea		
<p style="text-align: center;"><i>Clasificarea histogenetică a formațiunilor de volum suprarenale (OMS, 1980)</i></p> <p>1. <i>Tumori epiteliale ale stratului cortical</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ adenomă ✓ carcinomă <p><i>Tumori mezenchimale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ mielolipomă ✓ lipomă ✓ fibromă ✓ Angiomă <p><i>Tumori din stratul medular</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ feocromocitom ✓ neuroblastomă ✓ simpatoangiomă 	<p style="text-align: center;"><i>Clasificarea tumorilor suprarenale(Lack E.,1997)</i></p> <p>1. <i>Tumori corticale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ adenomă ✓ cancer ✓ mielolipomă ✓ noduli adrenocorticali <p><i>Tumori medulare</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ feocromocitomă ✓ neuroblastomă ✓ ganglioneuroblastomă <p><i>Alte tumori și formațiuni tumorale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ chisturi adrenale ✓ tumori primare mezenchimale sau neurogene ✓ tumori metastatice ș.a. 	
<p>Corticosterom - tumoră hormonal activă din celulele cortexului suprarenal, producătoare de cantitatea de glucocorticoizi, ceea ce duce la dezvoltarea hipercorticismlui endogen.</p>	<p>Feocromocitom - o tumoră a țesutului cromafin cu localizare suprarenală sau extra-suprarenală (paragangliom), ce secretă catecolamine - norepinefrină, adrenalină și dopamină</p>	<p>Sindromul Conn – tumoră din zona reticulară a corticosuprarenalei, ce se caracterizează prin producerea excesivă a aldosteronului care este relativ independent de sistemul RAA.</p>
Tabloul clinic		
<p>Corticosterom - Obezitate centripetă, astenie musculară, HTA, cefalee, dereglarea funcției reproductive, hiperglicemie, osteoporoză, dereglări psihoneurologice, dereglări de coagulabilitate.</p>	<p>Feocromocitom - Cefalee, vertijuri, palpitații, transpirație, anxietate, extrasistole, xerostomie, tremor în timpul crizelor, pierderea în greutate. boala este detectată în stadiul de dezvoltare a complicațiilor. În anamneză, trebuie acordată atenție vârstei fragede, necaracteristică pentru dezvoltarea hipertensiunii paroxismale, dezvoltarea timpurie a complicațiilor, antecedentelor erodocolaterale.</p>	<p>Sindromul Conn - <i>Sindromul hipokaliemic</i> hipertensiune arterială de caracter permanent sau în forma de crize tranzitorii, cardiopatia hipertrofică, cefalee pronunțată, dereglări vizuale</p> <p>-<i>Sindrom neuromuscular</i> astenie musculară, dereglări psihomotorii, dereglări senzomotorii (parestezii locale sau generale, convulsii locale sau generalizate, pareze)</p> <p>-<i>Sindromul renal</i> poliurie, izohipostenurie, nicturie</p> <p>Polidipsie, pilonefrită, pielită hipokaliemică, edeme</p>
Criterii de diagnostic		
<p>Corticosterom</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinarea ACTH și cortizol în plasma sanguină - determinarea nivelului de cortizol liber în proba de salivă nocturnă, - probă mică cu dexametazonă (MTD): - determinarea nivelului de cortizol liber în urina nictimerală, 17-hidroxicorticosteroidi urinari 	<p>Feocromocitom</p> <ul style="list-style-type: none"> -aprecierea excreției catecolaminelor și metabolitelor lor în urina (mai ales primele 3 ore după criza) -aprecierea catecolaminelor în plasmă -aprecierea metanefrinelor în plasmă și urina -probe farmacologice (testul la clonidină, glucagon) <p>Teste genetice și pentru tumori adiționale- în cazul suspiciunii unui feocromocitom familial sau în cadrul unei neoplazii endocrine multiple.</p> <p>-<i>teste biochimice</i>: calcitonină pentru carcinomul medular tiroidian, PTH pentru adenomul de paratiroidă, etc.</p> <p>-<i>Teste genetice</i> (gena RET, gena Von Hippel-Lindau (VHL), gena neurofibromatozei 1 (NF1), gena succinildehidrogenazei B, C și D (SDHB, SDHC, SDHD)). Se efectuează la nivel de centre de excelență</p>	<p>Sindrom Conn</p> <ul style="list-style-type: none"> -evaluarea concentrației K în plasmă (este mai mic de 3,6 mmol/l) -Aprecierea concentrației Na în plasmă (este mai mare de 140 mmol/l) -Determinarea raportului Na/K în salivă (este mai mică de 0,3) -Evaluarea reacției acidobazice a singelui (pH mai mare de 7,42, hidrocarbonații mai mare de 28 mmol/l) -Evaluarea repetată a nivelului de aldosteron în singe în 24 ore -aprecierea eficacității reninei plasmatică (APR) -aprecierea indexului aldosteron/APR (mai mare de 50 în norma 20) -testele farmacologice -secretia diurnă a aldosteronului -aprecierea 18-hidroxicorticosteronului în plasmă
Diagnostic imagistic		
<p>Corticosterom</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ecografia - valoare informativă 60-80%. 2.CT - sensibilitate 98%. 3. RMN-sensibilitatea metodei este de 86-98%. 4. Scintigrafie cu I 131 - nor-colesterol (detectarea unei glande suprarenale datorită atrofiei celui de-al doilea confirmă diagnosticul de corticosterom). 	<p>Feocromocitom</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Ecografia 2.RMN Atunci când explorarea abdominală este negativă se recomandă extinderea în torace și plevis. 3.CT este o alternativă imagistică. <p>4.Imagistica funcțională</p> <p><i>Scintigrafia cu metaiodobenzilguanidină (MIBG)</i> evidențiază celulele cu granule catecolaminice. Se efectuează în centre de excelență aprovizionate cu radionucleidul menționat.</p> <p><i>Scintigrafie cu radionucleizi care evidențiază receptorii de somatostatina (octreotid (Octreoscanul)).</i></p> <p><i>PETcu [18F]fluorodeoxiglucosa (FDG)</i> evidențiază țesutul activ metabolic. Are o sensibilitate foarte bună dar o specificitate redusă.</p>	<p>Sindrom Conn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Ecografia glandelor suprarenale se caracterizează prin identificarea unei formațiuni rotunjite într-una din glandele suprarenale - valoare informativă 60-80%. 2.CT spiralată are o sensibilitate și specificitate de 90%, 3.RMN și scintigrafia nu au prioritate diagnostică.
ECG, EchoCG, Radiografia toracică, La necesitate-Doppler membrelor inferioare, osteodensitometria		
<p>Spitalizare:</p> <p>De urgență – criză hipertensivă, hiper/hipoglicemie acută, colică renală (în secțiile specializate)</p> <p>Programată – tratament chirurgical programat (în secția chirurgicală)</p>		

Tratamentul medicamentos (s. Endocrinologie, cardiologie sau TI)	
<p>Corticosterom:</p> <p>1. <i>Corecția dereglărilor metabolice</i> Inhibarea secreției glucagonului (parlodel, peritol, cloditan, aminoglutetimid); normalizarea glicemiei (insulinoterapie, dietă)</p> <p>2. <i>Corecția osteoporozei</i> (bifosonați)</p> <p>3. <i>Corecția dereglărilor cardiovasculare</i> (glicozide cardiace, coronarolitice, antihipertensive)</p> <p>4. <i>Profilaxia preoperatorie a complicațiilor infecțioase</i> (antibiotice cu spectru larg de acțiune, sanarea focarelor de infecție)</p> <p>5. <i>Profilaxia complicațiilor trombotice</i> (anticoagulate în doze mari)</p> <p>6. <i>Profilaxia insuficienței suprarenaliene</i> (hidrocortizon 100mg dimineața înaintea intervenției și 100mg în timpul intervenției)</p>	<p>Sindrom Conn:</p> <p>1. <i>Inhibitori ai biosintezei aldosteronului</i> (aminoglutetimidă, ketoconazol)</p> <p>2. <i>Antagonisti ai aldosteronului</i> (spironolactona -200-400 mg/24 h în combinație cu diuretice și inhibitori ai enzimei de conversie)</p> <p>3. <i>Preparate de K</i></p> <p>4. <i>Tratament simptomatic</i></p>
<p>Feocromocitom:</p> <p>1. <i>inhibitori ai sintezei catecolaminelor</i> (α metilparatiriozina)</p> <p>2. <i>α adrenoblocante</i> (fentolamina, prazosina, tropafen) Doza se titrează în funcție de răspunsul tensiunii arteriale și apariția hipotensiunii posturale simptomatice până la doza maximă suportată de pacient (în medie 30 mg/zi).</p> <p>3. <i>β adrenoblocante</i> (propranolol și derivatii lui)</p>	

Tratamentul chirurgical	
<p>Indicații:</p> <p>1. Orce formațiuni de volum hormonal-activă</p> <p>2. Formațiuni de volum mai mare de 3 cm (risc de malignizare) sau cu creștere progresivă</p> <p>3. Cancer adrenal sau metastază</p> <p>Metode:</p> <p>1. Adrenalectomia laparoscopică (de elecție)</p> <p>2. Adrenalectomia deschisă</p>	<p>Contraindicații pentru adrenalectomia laparoscopică:</p> <p>1. Tumori mai mari de 10 cm</p> <p>2. Tumori maligne cu invazie în țesuturile învecinate</p> <p>3. Proces aderențial masiv</p> <p>4. Patologii chirurgicale concomitente ce nu pot fi rezolvate pe cale laparoscopică</p>
<p>Complicații intra/postoperatorii: criza catecolaminică, insuficiența corticosuprarenală, hipotensiune, colaps, hemoragie, complicații infecțioase, complicații trombotice</p>	

Managementul postoperator	

Recomandări la externare
<p>1. Evidența la medicul de familie, endocrinolog, cardiolog</p> <p>2. Tratament simptomatic (după caz)</p> <p>3. Monitorizarea tensiunii arteriale, a ritmului cardiac de 2 ori pe zi în primul an după intervenție</p> <p>4. ECG repetate o dată pe lună în primele 6 luni după operație, apoi o dată la 3 luni în termen de 6 luni.</p> <p>5. determinarea nivelurilor de K + și Na + o dată pe lună în primele 6 luni, apoi o dată la 3 luni timp de 6 luni.</p> <p>6. Monitorizarea cortizolului la 1, 3, 6 luni.</p> <p>7. USG, CT sau RMN repetat (după caz)</p>

PERIRECTITA CRONICĂ. FISTULE PERIANALE

Codificarea CIM-10- K60.3;K60.4; K60.5

PC (fistula anală, fistula rectală) este definită ca un proces inflamator cronic în cripta anală, spațiul intersfincterian și țesutul perirectal, însoțit de formarea unui traiect fistulos cu orificiul intern în cripta afectată și orificiul extern pe piele.

Clasificarea fistulelor perianale

După traiect fata de lumenul rectal	După localizarea orificiului intern	Dupaamplasarea față de sfincterul anal	Anatomică	După proveniență
<ul style="list-style-type: none"> Complete Incomplete (doar orificiul intern) 	<ul style="list-style-type: none"> Posterioare Anterioare laterale 	<ul style="list-style-type: none"> intrasfincteriene transsfincteriene extrasfincteriene (4 grade de complexitate) 	<ul style="list-style-type: none"> înalță (de asupra liniei dențate) joasă (sub linia dențată) 	<ul style="list-style-type: none"> congenitale dobândite <ol style="list-style-type: none"> postraumatice simptomatice veridice

Tabloul clinic al PC. Fistule perianale

Anamneza bolii	Simptome clinice
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deschiderea unică sau multiplă a perirectitei acute ✓ Durere de origine necunoscută în anus și rect ✓ Erupecția spontană a abcesului în canalul anal ✓ Micșorarea capacității de muncă ✓ Prezența traumei în zona perianală și rectală ✓ Eliminări purulente din canalul anal ✓ Expunerea la temperaturi joase ✓ Insomnie, cefalee, neurastenii 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ prezența orificiului intern în cripta anală ✓ prezența orificiului extern pe piele perianal, perineal sau fesier ✓ eliminări seroase, purulente, sero-hemoragice din orificiul fistulos extern sau anus ✓ disconfort, dureri în regiunea anală ✓ infiltrat dur periodic în regiunea perianală, perineală ✓ în acutizarea procesului inflamator- febră, frisoane

Examenul de laborator

Analiza generală de sânge; Grup sangvin + Rh factor; Analiza generală de urină; Analiza biochimică de sânge; RW; HIV; Coagulograma; Examenul bacteriologic și bacterioscopic al conținutului purulent din traiectul fistulos+sensibilitatea la antibiotice; Metode de examenare imunologică (imunoglobuline, lactoferina, lizocim)

Algoritmul diagnostic

Investigații obligatorii	Investigații obținabile
Inspecția regiunii perianale și coccigiene; Examinarea reflexului anal; Palparea (determinarea schimbărilor inflamatorii țesuturilor moi pe traiectul fistulos); Tușeul rectal; Sondarea traiectului fistulos; Proba cu colorant; Anoscopie; RRS	FCS, fistulografie, USG transrectală și perineală, TC bazinului mic și perineului; RMN bazinul mic. Examinarea stării funcționale a aparatului sfincterian al rectului (sfincterometria, manometria);

Indicații pentru spitalizare programată

- În caz de corecție a tratamentului și imposibilitatea efectuării investigațiilor diagnostice și măsurilor curative în condiții ambulator- policlinice;
- Ineficiența tratamentului ambulator la bolnavii afectați frecvent și îndelungat de patologia dată;
- Necesitatea realizării tratamentului chirurgical în staționar specializat.

NB! Contraindicații către tratamentul chirurgical: patologii asociate severe ale diferitelor organe și sisteme în stadiul decompensării. La ameliorarea stării după tratamentul conservativ, operația devine posibilă. Momentul operației radicale este determinat în principal de evoluția clinică a bolii.

Managementul chirurgical al bolnavului cu PC			
Fistule intrasfincteriene și transfincteriene ce implică pînă la 1/3 distală sfincterului extern	Fistule transfincteriene ce implică mai mult de 1/3 a sfincterului extern; extrasfincteriene	Fistule înalte	Fistule perianale în boala Crohn
↓	↓	↓	↓
Tratament chirurgical: Fistulotomie; Fistulectomie în lumenul rectului; Metode miniinvasive: Sigilarea traiectului fistulos cu clei de fibrină; Plombajul traiectului fistulos cu material bioplastic (meșe hermetizante, implanturi); Termoobliterarea laser a traiectului fistulos.	Tratament chirurgical: Fistulectomie în lumenul rectului cu aplicarea ligaturii (drenajul cu seton) cît și ligature secționantă; Fistulectomie cu sfincteroplastie primară; Fistulectomie + plastie cu lambou mucosal sau submucosal; Metode miniinvasive: Ligatura intersfincteriană a traiectului fistulos (operația LIFT); Plombajul traiectului fistulos cu material bioplastic; Sigilarea traiectului fistulos cu clei de fibrină	Tratament chirurgical etapizat: 1. Colostomie biluminală 2. După lichidarea schimbărilor inflamatorii – fistulectomie + plastie lambou mucosal 3. Peste 2-6 luni – lichidarea colostomei	Pentru fistule necomplicate: -Asimptomatice - nu necesită tratament chirurgical; tratament conservativ, antibioticoterapie, imunosupresoare); - Simptomatice – fistulotomie sau drenajul cu seton. Pentru fistule complicate: -intrasfincteriene și transfincteriene ce implică pînă la 1/3 distală sf.: Fistulotomie sau fistulectomie în lumenul rectului ; Fistule transfincteriene ce implică mai mult de 1/3 a sfincterului extern; extrasfincteriene: drenajul cu seton; Fistulectomie + plastie cu lambou mucosal; combinarea cu terapia biologică cu infliximab.

Conduita medico-chirurgicală postoperatorie
Tratament medicamentos: Antibioticoterapia (5-7 zile Cefalosporine gen.III-IV ; Florchinolone) medicație analgezică, spasmolitică, antiinflamatorie, disensibilizante; tratamentul patologiilor asociate. Îngrijiri postoperatorii: reluarea activității motorice și alimentației enterale în primele 24-48 ore după operație; pansamentul regulat al plăgii cu aplicarea unguentelor hidrosolubile (levomicol, levosin, cloromicol) pentru micșorarea riscurilor complicațiilor purulente Evaluări postoperatorii a indicilor de laborator și investigații instrumentale (fistulografie)

Criterii de externare
Stare generală satisfăcătoare/relativ satisfăcătoare Evoluție necomplicată a perioadei precoce postoperatorii; lipsa complicațiilor septico-purulente în regiunea plăgii; Sindrom algic controlat prin cuparea cu preparate perorale în condiții de ambulator; afebrilitate; Posibilitatea defecației desinestător; posibilitatea de a continua cura terapiei conservative (inclusiv pansamentele) desinestător la domiciliu.

Recomandații la externare
Evidența medicului de familie, chirurgului; îngrijirea plăgii p/o (pansamente zilnice de 2 ori pe zi), măsuri de igienă locală riguroasă; Supravegherea în dinamică a coloproctologului policlinicii și control repetat peste 1 lună, apoi o dată la 3-6 luni în 1 an; Dieta și reglarea scaunului cu laxative pentru profilaxia recidivelor; continuarea tratamentului medicamentos (analgezic, spasmolitic, antibacterian) ; respitalizarea la necesitate; efort fizic limitat 1-3 luni.

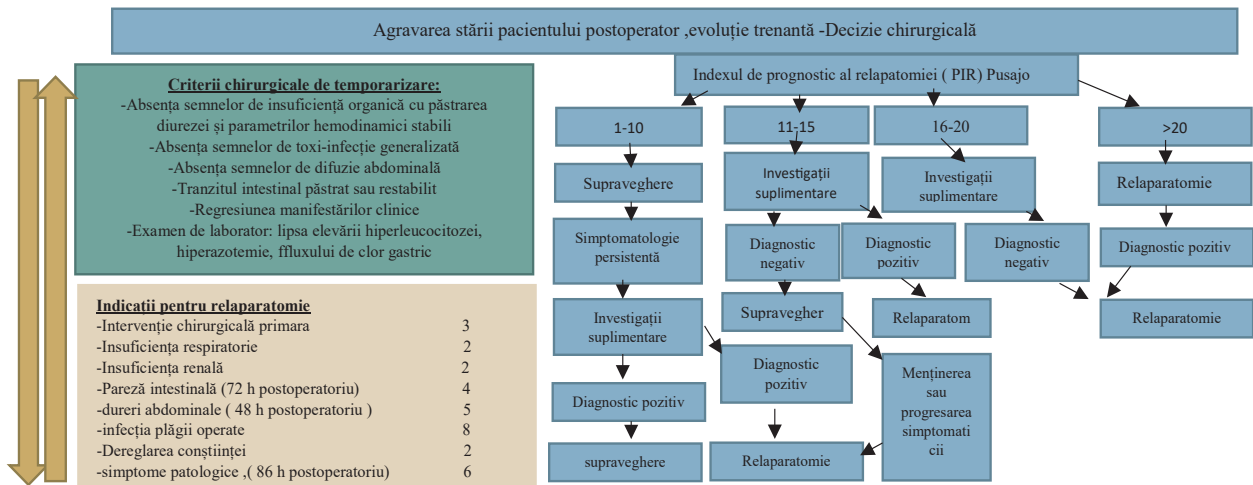
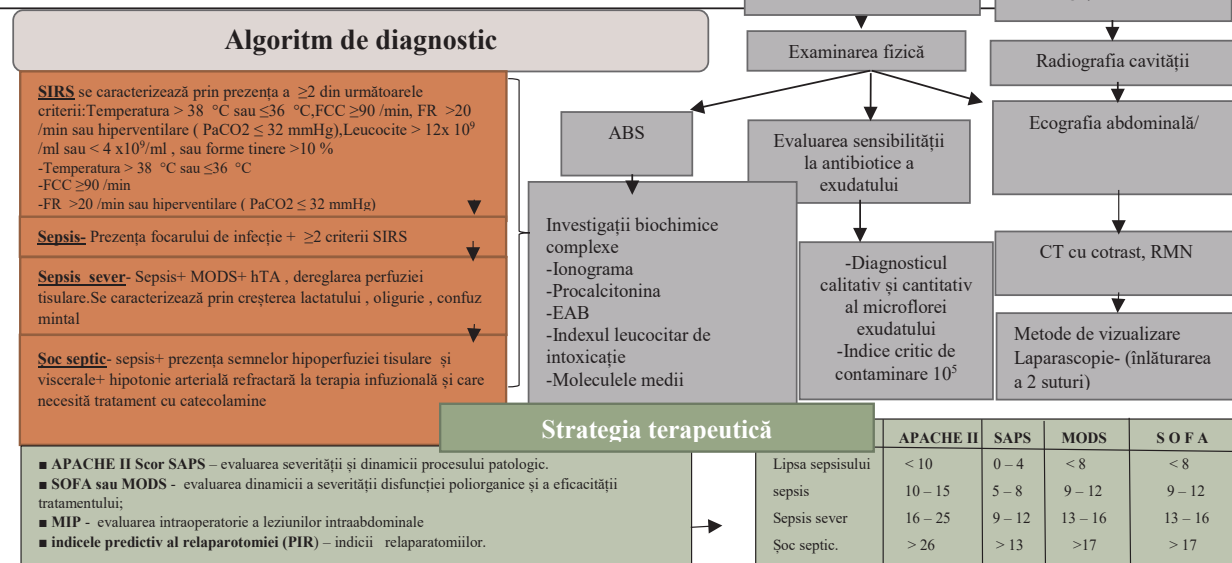
Abrevieri

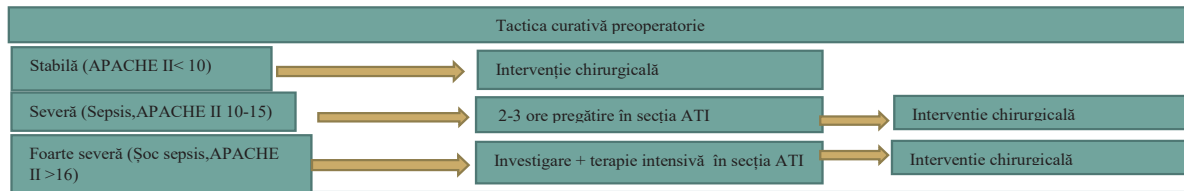
PC – perirectită cronică	RRS - rectoromanoscopie
CUN – colită ulceroasă nespecifică	FCS - fibrocolonoscopie
RMN – rezonanța magnetică nucleară	USG - ultrasonografie
LIFT – ligatura intersfincteriană a traiectului fistulos	TC – tomografie computerizată

PERITONITELE POSTOPERATORII (K.65)

Reprezintă inflamația peritoneului difuza sau locala având caracter de proces septic dinamic cu evoluție graduală și afectare sistemică

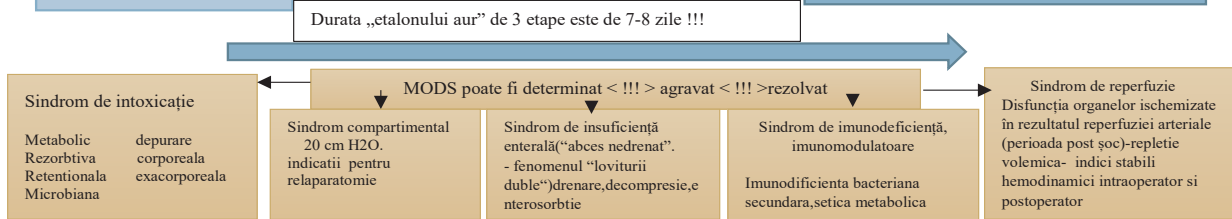
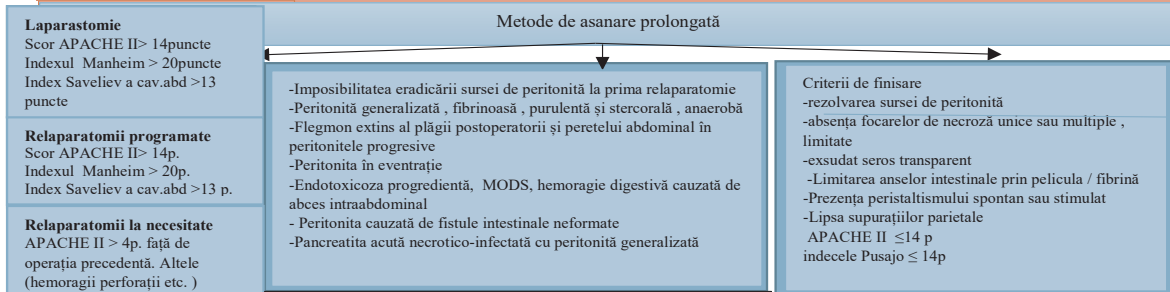
Clasificarea etiologică Milonov O.B. (1995)
Peritonită consecință dehiscentelor suturilor sau anastomozelor organelor cavitare
Peritonită progredientă A) Condiționată de statut imunobiologic defectuos, pe fundalul căreia a fost efectuată intervenția chirurgicală B) Peritonită asociată caracterului microflorei anaerobe și nozocomiale, virulenței, sensibilității către antibiotice și particularităților tratamentului defectuos
Peritonita pe fundal de suturi consistente pe organe cavitare
Peritonită condiționată de erori tactice și iatrogene
Peritonite de alte cauze
Schema clasificării diagnostice a peritonitei postoperatorii Saveliev (2006)
Patologia de bază (CAUZA PERITONITEI POST-OPERATORII)
Caracterul etiologic – secundară., terțiară
După suprafața afectată : locală și difuză
Caracterul exsudatului:-seros , fibrinos , fibrino-purulent, purulent
După stadiul evolutiv -in absența sepsisului abdominal -cu manifestări sepsisului sever -cu manifestări șocului toxico-septic
Complicații: -intraabdominale - fistule intestinale , flegmonul peretelui abdominal și spațiului retroperitoneal , eventrație -pleuro-pulmonare- pneumonic, pleurezie, mediastinită , empiem -infecția angioigenă- cauzată de catetere -infecția urinară





RELAPARATOMIE Atitudinea chirurgicală asupra focarului de peritonită

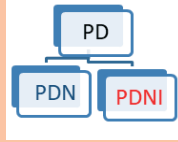
Intraoperator	A. Etajul supramezocolic
Principiul I (Reper) - control sursei de contaminare Principiul II (Purge) - Lavaj entero-peritoneal Principiul III (Decompreses) - diametru intestinale 4-5 cm, durata 4-5 zile cel puțin până la un metru după flexura duodeno-jejunală Principiul IV (Control) - prevenirea sau tratarea infecției persistente sau recurente	Tehnici chirurgicale de delimitare sau de excludere și delimitarea sursei septice B. Etajul medioabdominal În cazul fistulelor înalte va fi efectuată : -Rezecția segmentului interesat cu restabilirea tractului digestiv prin anastomoză primară și decompresia nazo-intestinală -Rezecție cu anastomoză primară sau sutura fistulei, cu aplicare la distanță a iliostomei terminale În cazul fistulelor intestinale joase -Eradicare prin rezecție cu închiderea capătului distal și exteriorizarea celui proximal -Excluderea prin aplicarea unei stome supraiacente C. Etajul pelvin -Exteriorizarea prin rezecție segmentul interesat cu colostomie -Excludere prin instalarea unei stome supraiacente cu drenaj și lavaj activ. -Delimitare prin suplimetarea unui sistem de drenaj activ și lavaj local



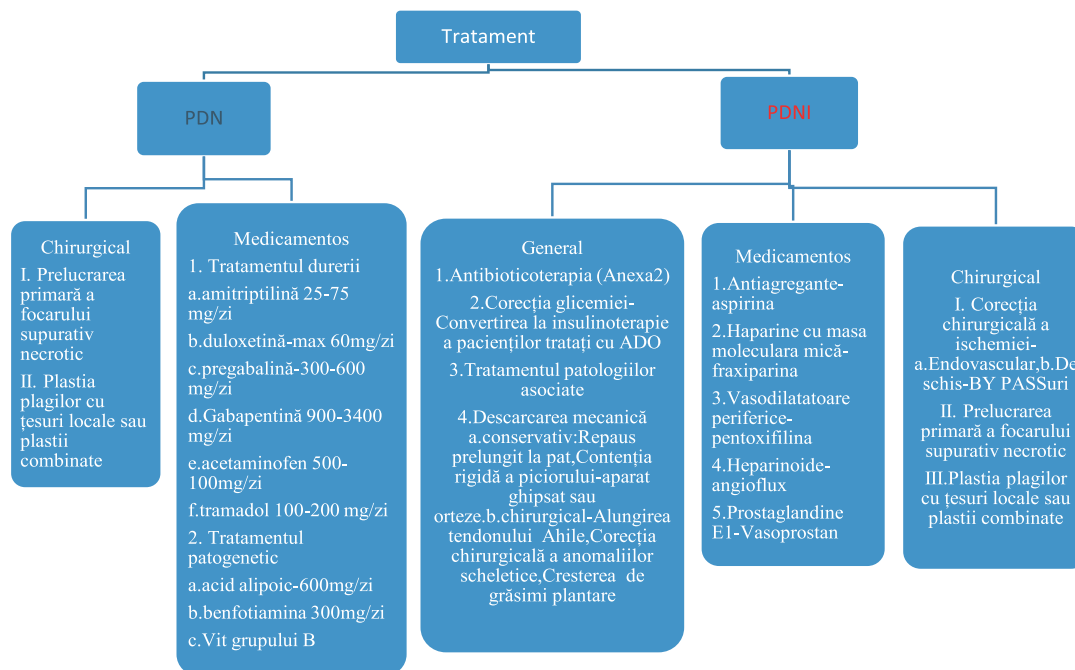
Tactica curativă		Terapie intensivă postoperatorie
A) Antibioticoterapia empirică		Antibioticoterapia empirică
Severitatea	Schemele antibioticoterapiei	Antibioticoterapia în regim de deescaladare în conformitate cu antibiograma peste 48-72 ore de la începutul terapiei empirice
SAPS < 12	-Aminoglicozid III (Amicacină 1,0, netilmicină 0,4-0,6 x1/zi i/v) + metronidazol sau clindamicină 0,3 i/v -Amoxicilină/ a.clavulanic 0,6 -1,2 x 3-4 i/v -Ampicilină/ sulbactam -cefalosporine III (ceftriaxon 1,0-2,0 x 1-2 i/v) + metronidazol sau clindamicină 0,3-3 i/v	Terapia antifungică - 400 mg fluconazol x 1 i/v lent în decurs de 60 min, 50 mg caspofugin x 1 i/v lent în decurs de 60 min, 50 mg micafungin x 1 i/v lent în decurs de 60 min Volum infuzii 24 ore diurne !!! Terapie de reechilibrare hemodinamică cu monitoring -20 ml / 1 kg greutate corporală - lichid „sechestrat” în intestin și cavitatea abdominală -40 ml / 1 kg greutate corporală) necesitățile fiziologice medii zilnice -10 ml / 1 kg de greutate corporală, creșterea temperaturii cu 1 ° C peste 38 ° C) -7,5 ml / 1 kg de greutate corporală hiperventilație -cantitate eliminari prin drenuri + staza gastrica
SAPS > 12	-Cefalosporine IV (cefepim 1,0 -2,0 x 2 i/v) + metronidazol sau clindamicină 0,3 x3 i/v -Carbapenem (imipenem / cilastatin 0,5 1,0 x 3-4 i/v, meropenem 0,5 -1,0 x3 i/v)	Terapia hemodinamică efectivă - cu monitoring (-TA medie ≥ 65 mmHg-Diureza 0,5 ml/ 0,5 ml/ kg/ h-SevO2 sau SvO2 70 % și 65%) Terapia infuzională (corectarea hidroelectrolitică și a hipo , disproteinemiei): -sol.de electroliți-NaCl 0,9% 500 ml până la 1000 ml în 24 ore i/v -sol.de Glucoză 5%-10%-500ml în 24 ore i/v -sol.proteice - albumină 20%, PPC. Protejarea căilor respiratorii Detoxifierea intra și extracorporeală - diureza forțată , plasmafereză , hemofiltrajie) Analgizie adecvată după necesitate (preparate narcotice, opioide , analgetice) Reechilibrarea dereglărilor metabolice și coagulare: -PPC 600-1000ml, crioprecipitat, masa trombocitară. Hemotransfuzia în caz de anemie septică (Nivel recomandat de Hb ≥ 90 g/l)b Stimularea intestinală clismă+ metilsulfat de neostigmină cate 10-15 mg i/m sau i/v x 3 zile /zi sau Metoclopramid 10 mg i/m și i/v x 3 ori/zi sau Sorbilact 150 ml i/v Corectia insuficienței proteico-energetice: 40-60 kkal/kg 24 h. Infezol 500,0-1000,0 + Lipofundin 500-1000 ml i/v + Sol.Heparina 1.0 ml Control al hiperglicemiei > 10mmol/l

PICIOR DIABETIC

Picior diabetic reprezintă un complex de modificări anatomo-funcționale ale plantei la bolnavii cu DZ, dependente de neuropatia diabetică, angiopatie, osteoartropatie, pe fundalul cărora se dezvoltă procesele supurativ-necrotice
Cod CIM-10: E10.5, E10.4+

Clasificarea Wagner-Meggitt						
	Grad 0	Grad I	Grad II	Grad III	Grad IV	Grad V
Descriere	- fără leziune - picior cu risc - deformarea osului - hiperkeratoză	- ulcer superficial - nu afectează hipodermul	- ulcer profund - expune tendoane, articulația	- ulcerul afectează osul - absces - osteomielită	- gangrenă deget sau antepicior	- gangrena întregului picior
						
Clasificarea TEXAS University						
Stadiul	0	I	II	III		
A	Leziuni pre sau postulcerative complet epitelizate 0%	Leziuni superficiale care nu interesează tendoanele capsula sau oasele 0%	Ulceratii care penetrează la nivelul tendoanelor sau capsulei 0%	Ulceratii care penetreaza la nivelul oaselor și articulațiilor 0%		
B Infecția	Infecție prezentă 12,5%	Infecție prezentă 8,5%	Infecție prezentă 28,6%	Infecție prezentă 92%		
C Ischemia	Ischemie prezentă 25%	Ischemie prezentă 20%	Ischemie prezentă 25%			
D Infecția + Ischemie	Infecție și Ischemie profundă 50%	Infecție și Ischemie profundă 50%				
Factorii de risc						
Factorii de risc predispozanți						
Arteriopatiile cronice obliterante Neuropatia diabetică Deformațiile piciorului Hiperglicemia Micozele piciorului Hipertensiunea arterială Educația terapeutică proastă Trombocitoza			Abandonarea fumatului, ACO cel mai important factor de agravare Cel mai important factor în producerea ulceratiilor Rezultatul neuropatiei diabetice și a dezichilibrului între forța și tonusul mușchilor intrinseci și extrinseci Controlul glicemic optim HBA1 < 7 Cea mai frecventă afecțiune dermatologică Menținerea < TA 130/80 Igiena incorectă, Încălțăminte proastă 85-325 mg aspirină			
Factorii de risc precipitanți						
1.			Leziunile tegumentare			
2.			Traumatismele			
Factori de risc perpetuanți						
1.			Cicatrizarea întârziată			
2.			Infecția			
3.			Diagnostic întârziat			
Etapele stabilirii diagnosticului						
CLINIC	LABORATOR			INSTRUMENTAL		
■ Anamneza: - Durata DZ, Tratamentul administrat-Insulinoterapie sau ADO; - Simptome: - pozitive :dureri, parestezii ,hiperestezii - negative :amorteți ,piele uscată - răcirea membrelor,dureri tip claudicație intermitentă - antecedente-ulcer,amputatii în trecut,revascularizari - boli concomitente cardiovasculare, pulmonare, renale,hepatice. ■ Examenul clinic (status local) - Inspecția:(culoarea pielii,deformații,leziuni): - Hiperemie și paloare dependente de ridicarea membrului,absența pilozității,distrofie periungheală, gangrenă marginală - calus în locul punctele de sprijin,picior Charcot - Palpare(puls,temperature pielii): - Puls absent sau slab la periferie, pielea uscată și rece - Puls present la periferie, pielea caldă -Auscultația arterelor magistrale: - sufluri prezente	- Profil glicemic(8 00,14 00,18 00) - Hemoleucograma - Testele de coagulare: TP, TTPA, INR, fibrinogen, protrombină - Grup sanguin, Rh-factor; - EAB, lactatul, examenul gazometric (sânge arteră); - Investigații biochimice: urea, creatinina, proteina serică, albumina serică, bilirubina, ALT, AST, ionii serici, colesterolul și lipidele serice, - Hg glicolizată			Metode diagnostice comune PD N+PD NI: - ECG - Ro-grafia plantara- În timpul interpretării unei radiografii osoase, atenția trebuie să fie axată la deformații osoase, focare osteolitice și modificări ale articulațiilor, - Ro-grafia cutiei toracice ► EchoCG ► CT membrul inferior ■ Metode de diagnostic PD NI ► Duplex arterial membrele inferioare ► Angiografie ► CT angiografia membrelor inferioare ► RMN angiografia membrelor inferioare		

<p>Determinarea reflexelor, sensibilității și senzației de vibrație</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monofilament Semmes Weinstein 10 gr-pacientul nu presintă sensibilitate protectivă, nu simte 2 din 3 atingeri - Diapazon-lipsa percepției vibrației la 2 din 3 examinari - Reflexe abolite - Determinarea oxigenării la periferie <p>1.Indicele haluce /brat mai mic 0.7 2.Tensiunea transcutanată a oxigenului, (TcPO2) –mai mica de 60 mmhg,critic mai mică de 20 mmhg</p>	<ul style="list-style-type: none"> - AGU +corpi cetonici - însămânțare din plagă, hemocultura 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Metode diagnostic PD N ▶ Flux neurovascular-masurarea cu dopler laser a raspunsului simpatico periferic la nociceptie ▶ Electromiografie (EMG)- analiza care permite evaluarea nervilor periferici și a activității musculare.
---	--	--



Tipuri de intervenții chirurgicale
I etapă
1.Incizia drenarea și debridarea focarului purulent
2.Necrectomii ,amputații minore-falanga,deget,transmetatarsian
3.Amputații majore-gambă,coapsă,exarticulare
II etapa
1.Plastia cu lambou cutanat despicat
2.Plastia plagii cu țesuturi locale
3.Plastii combinate
4.Autodermoplastii

Tratament postoperator	
<ul style="list-style-type: none"> • Masa 9 • Monitorizarea în dinamică a glicemiei, coagulogramei,funcției renle,hepatice • Îngrijirea adecvată a plăgilor,spălarea drenurilor-pansamente zilnice • Corecția carențelor hidro-electrolitice, proteico-energetice, • hematice și metabolice existente. • La necesitate – reintervenții: incizii debridări,necrectomii,reamputații joase,reamputații înalte 	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxia complicațiilor tromboembolice-heparine cu masa moleculară mică • Gastroprotectie • Tratament anticoagulant/antiagregant dupa angioplastie 1 zi clopidogrel 300 mg apoi 75 mg/zi 3 luni+ heparina 5000/4 ori/zi 7 zile apoi fractionate 14 zile+Cardiomagnil 75/zi

Recomandări la externare	
<ul style="list-style-type: none"> • Dieta 9 • Continuarea Insulinoterapiei-corectia dupa profil glicemic, trecerea la ADO • Continuarea tratamentului neuropatiei diabetice minim 3 luni-controlul durerii,benfotiamine-300mg/zi,acid a-lipoic 600mg/zi • Tratamentul adecvat a maladiilor asociate hepatice, cardiace, renale în coordonare cu medicii specialiști • Continuarea tratamentului anticoagulant,antiagregant dupa efectuarea interventiei de angioplastie tab clopidogrel 75/zi 3 luni,tacardiomagnil 75/zi permanent 	<ul style="list-style-type: none"> • Duplex arterial peste 6 luni • Inspectia și examinarea periodică a piciorului 1 data 6 luni • Incălțăminte adecvată • Evidența la medic endocrinolog,chirurg generalist,traumatolog, chirurg vascular,podiatru • Pansamente zilnice în caz de necesitate

POLIPOZA ADENOMATOASA FAMILIALĂ (PAF)

Polipoza adenomatoasa familială (PAF) Polipoza adenomatoasă familială este o boală ereditară rară, transmisă după modelul autozomal dominant, caracterizată prin dezvoltarea progresivă a sute până la mii de polipi adenomatoși, situați electiv la nivelul colonului.
Clasa - Neoplasme (C00-D48) (II).Bloc - Neoplasme benigne (D10-D36).Cod - D12 - Neoplasm benign al colonului, rectului, anusului și canalului anal.

Clasificarea PAF

- Formă clasică.** Această formă a bolii este cea mai frecventă. Primele simptome apar la vârsta de 14-16 ani, degenerarea malignă a polipilor apare la vârsta de 30-40 de ani.
- Forma severă.** Manifestările clinice apar deja în copilărie. Examenul endoscopic identifică sute sau mii de polipi, iar transformarea lor malignă are loc până la vârsta de 18-25 ani.
- Formă atenuată.** Se caracterizează prin prezența a mai puțin de 100 de polipi în colon, care sunt localizați în principal în secțiunile din dreapta. Istoria familiei este slabă. Manifestările clinice apar la vârsta de 40-45 de ani, iar malignitatea polipilor apare la vârsta de peste 50 de ani.
- Sindroame de polipoză** (diferite manifestări extraintestinale ale bolii în combinație cu polipoza colonului).
 - S.Gardner**- o combinație de PAF cu tumori ale țesuturilor moi, osteoame ale oaselor craniului.
 - S.Turcot**- PAF în combinație cu tumori maligne ale sistemului nervos central.
 - S.Oldfield**- o combinație de PAF cu tumori ale glandelor endocrine.

Managementul diagnostic al PAF

Examenul clinic	Laborator	Investigații instrumentale
<ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei. Se relevă natura și intensitatea manifestărilor clinice (dureri abdominale, prezența impurităților patologice sau sângelui în masele fecale, diaree sau constipații), durata bolii, se determină un istoric familial (pedigree-ul). • Examinarea pacientului. Se evaluează starea generală a pacientului (pierderea în greutate, paloarea și uscăciunea pielii etc.). Palparea abdomenului – identifică posibile tumori ale cavității abdominale (cancer de colon sau stomac), tumori desmoide sunt detectate. Identificarea manifestărilor extraintestinale de polipoză (pigmentarea mucoaselor, a pielii feței, a tumorilor țes. moi, osteoame). • Examinarea digitală a rectului- prezența sau absența polipilor în rect, dimensiunea acestora, precum și prezența sau absența transformării lor canceroase. 	<p>Analiza generală a sângelui cu formulă leucocitară;</p> <p>Analiza generală a urinei;</p> <p>Analiza biochimică a sg: proteina totală; albumina; urea; creatinina; bilirubina și fracțiile ei; alaninaminotransferaza (ALT); aspartataminotransferaza(AST); glucoza; electroliții din sânge: (sodiu, potasiu, clor);</p> <p>Coagulograma (protrombina, fibrinogenul, INR);</p> <p>Grupul sanguin + Rh;</p> <p>RW / MRS; SIDA;</p> <p>Markerii tumorali: CA 19-9, alfa-fetoproteina(AFP), CEA, PSA, CA 125;</p> <p>Teste bacteriologice – Microflora intestinală</p> <p>Testul pentru sange ocult in fecale (FOBT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rectoromanoscopie- se examinează mucoasa a rectului și a părții distale a colonului sigmoid(20-30 cm) • Colonoscopie cu biopsie multiplă- metoda principală și cea mai precisă pentru diagnosticarea PAF. La examenul histopatologic după biopsie se obțin date despre sturctura sau malignizare a polipilor. • Fibrogastroscopie-determină modificările patologice concomitente ale stomacului, caracteristice PAF - prezența polipilor cu posibila lor malignitate <p>Metode imagistice:</p> <p>Irigografia – prezența miliară a polipilor în lumenul colonic</p> <p>USG/TC/RMN a bazinului mic cu contrast – la indicații.</p>

Examenul molecular al PAF

Este indicat atât la pacienții cu semne clinice sau endoscopice de PAF cât și la alți membri de familie ai acestora. Dezvoltarea PAF se datorează unei mutații a genei APC (Adenomatous Polyposis Coli) situate pe cromozomul V (locus 5q21). Gena este o țintă a mutațiilor din linia germinală, acțiunea cărora determină apariția PAF. Determinarea mutației genei APC- prin intermediul **reacțiilor PCR RT-PCR** din sange și polipi.

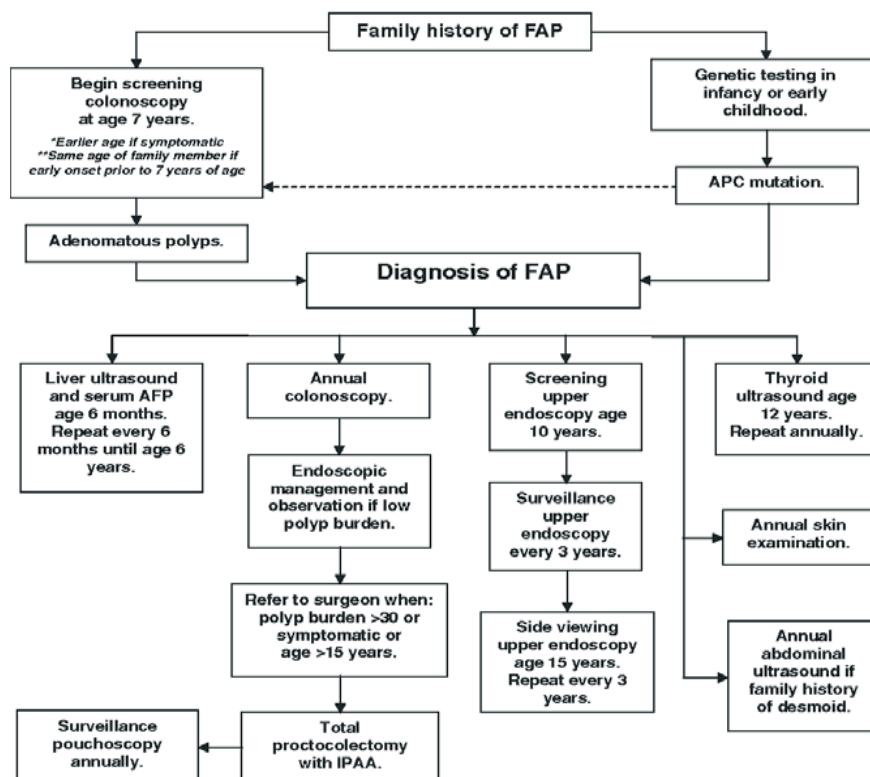
Tratamentul medicamentos al PAF- ține cont de faptul că polipii adenomatoși involuează spontan după colectomie subtotală cu anastomoză ileo – rectală, proces susținut de administrarea:

- administrarea unei alimentații sărace în grăsimi și bogată în fibre vegetale
- suplimentarea alimentației cu calciu, vitamina C și vitamina E.
- antiinflamatoarele non steroidiene - Sulindac (APO – Sulin, Clinoril).
- inhibitorii ciclooxigenazei – 2 (COX – 2), sub formă de Celecoxib (Celebrex).

Tratamentul PAF - este unul chirurgical. Nu există opțiuni de tratament conservativ. Chimioterapia se efectuează conform anumitor indicații în dezvoltarea cancerului pe fondul PAF.

Indicații operatorii	Tipul intervenției chirurgicale
În PAF atenuată cu > 20 de polipi;	Polipectomie endoscopică(mai multe etape)
În PAF cu nu mai mult de 20 de polipi în rect și fără semne de malignizare	Colectomie subtotal cu formarea unei anastomoze ileorectale
În PAF cu dezvoltarea cancerului rectal inferior mai sus de 6 cm de la canalul anal. Crearea unui rezervor(pouch) de intestin subțire este contraindicată	Colectomie totală cu rezecție abdomino-perineală a rectului, ileostomie Brook.
În PAF cu dezvoltarea cancerului rectal inferior mai jos de 6 cm de la canalul anal. Crearea unui rezervor(pouch) de intestin subțire este contraindicată	Colproctectomie, ileostomie Brook;
În caz de prezență miliară a polipilor în toate segmentele colonului.	Colproctectomie supraanală, cu formarea unui rezervor ilial (IPAA J-pouch)

Screeningul PAF



Recomandari la externare

- 1.Evidenta la medicul chirurg și oncolog.
- 2.Dietă nr4
- 3.Evidența la chirurg operator (FCS de 2 ori/an primul an, apoi o data-n an timp de 5 ani cu o possible polipectomii endoscopice)
4. Markerii tumorali CA 19-9, AFP, CEA de 2 ori pe an
5. Antiinflamatorii nesteroidiene.
- 6.Tratament pentru boli asociate.
7. CEMV pentru evaluarea capacității de muncă.

Abreviaturi

Polipoza adenomatoasa familială (PAF), AFP- alfa fetoproteină, IPAA J-pouch- rezervor ileal intrapelvin, COX-inhibitorii ciclooxigenazei, APC-gena Adenomatous Polyposis Coli, CEMV-comisia de evaluare a vitalității.

PROLAPSUL RECTAL

Codificarea CIM-10 – K 62.3

Prolaps anal (K62.2), Prolaps rectal (K62.3), Ulcer solitar a rectului (K62.6)

Prolapsul rectal este proeminența sau căderea tuturor straturilor peretelui rectului către exterior prin anus.

Epidemiologie. Incidența prolapsului rectal este în medie de 9% din toate bolile coloproctologice sau de la 0,3% la 5,2% în rândul pacienților din spitalele chirurgicale generale.

FACTORII DE PREDISPOZIȚIE ANATOMICĂ:

- Excavarea recto-uterină anormal de profundă;
- Slăbiciunea mușchilor de fixare a rectului;
- Mezenterul lung al rectului;
- Colon sigmoid alungit, cu bucle suplimentare;
- Diastaza mușchilor suspensivi ai rectului;
- Sfincter anal slab sau canal anal beant (întredeschis);
- Verticalizarea arcului osos sacro-coccigian (unghi dinre sacru și coccis ≈180°). Unghiul normal este de 110-120°;
- Presiune intrabdormală crescută.

FACTORII DE RISC:

- Constipație cronică sau diaree;
- Sarcini multiple la femei;
- Operații perineale, ginecologice și obstetrice în trecut;
- Neuropatii pelvine;
- Infecții parazitare cu sarcină mare;
- Boli pulmonare obstructive cronice;
- Anomalii congenitale ale rectului;
- Hipertrofie benignă de prostate.
- Tusa convulsivă. Starea de malnutriție.

CLASIFICAREA INSTITUTULUI DE PROCTOLOGIE (MOSCOVA):

După stadiul prolapsului rectal:

- Stadiul I** - rectul cade numai în timpul actului de defecare;
Stadiul II - rectul cade în timpul actului de defecare și la efort fizic;
Stadiul III - rectul cade la ridicare în poziție verticală și la mers.

După faza de compensare a funcției mușchilor pelvisului:

Faza compensată - intestinul prolapsat se reduce pe contul contracției mușchilor planșei pelvine;

Faza decompensată - reducerea intestinului prolapsat se efectuează numai cu ajutorul mâinii.

După gradul insuficienței a sfincterului anal:

- Gradul I** - incontinență a gazelor;
Gradul II - incontinență a clisme de apă și fecalelor lichide;
Gradul III - incontinență a tuturor componentelor conținutului intestinal.

CLASIFICAREA RADIOLOGICĂ (OXFORD):

Invaginație recto-rectală înaltă – (prolapsul rămâne deasupra liniei puborectale);

1. **Invaginație recto-rectală joasă** – (prolaps la nivelul liniei puborectale);
2. **Invaginație recto-anală înaltă** – (prolapsul ajunge în canalul anal);
3. **Invaginarea recto-anală joasă** – (prolaps în canalul anal, nedepășind pliul anal);
4. **Prolaps extern al rectului.**

DUPĂ TIPUL PROLAPSULUI RECTAL:

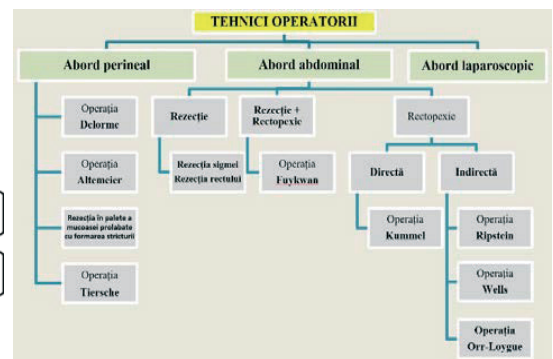
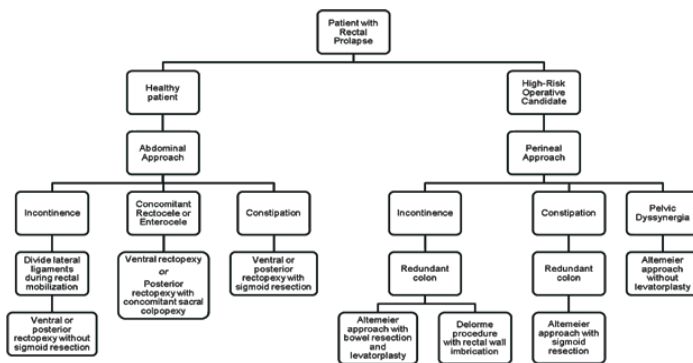
- α. Prolaps mucosal;
 β. Prolaps intern (intususcepție);
 γ. Prolaps extern (proccidența de rect).

ETAPELE STABILIRII DIAGNOSTICULUI

Acuze și anamneza	Examen fizic	Diagnostic de laborator	Diagnostic instrumental
<p>■ ACUZE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dificultate în golirea ampulei rectale; • senzație de golire parțială; • necesitatea presiunii mâinii pe perineu sau introducerea unui deget în în rect pentru golire; • scurgerea de sânge în timpul actului de defecare (ulcer solitar rect); • incontinență fecală (75%); • constipație (25-50%); • prolaps, eversie a rectului prin anus de diferite forme, dimensiuni și lungimi. <p>■ ANAMNEZA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numărului de nașteri; • nașteri rapide, rupturi de perineu, travaliu prelungit; • riscurile profesionale (efort fizic greu); • prezența constipației; • boli cronice pulmonare; • operații pe rect, anus, perineu, histerectomie; • traume, operații pe coloană. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antropometria: • înălțimea bolnavului; • greutatea corporală; • dezvoltarea fizică etc. • examinarea bolnavului pe scaunul ginecologic • la necesitate – examen în poziție așezată sau ghemuit cu scremut pentru <i>evidențierea și studierea prolapsului.</i> • examinarea digitală a rectului, vaginului. • anoscoopia – Intususcepția internă a rectului, reacție paradoxală a nucleii puborectale, pietre fecale, strictură rectală sau tumori. • Ulcerul rectal solitar – leziuni repetate prin frecare, cînd invaginarea internă este forțată în anus la tensionare. 	<ul style="list-style-type: none"> • analiza generală a sîngelui cu formulă leucocitară; • analiza generală a urinei; • proteina totală; • albumina; • urea; • creatinina; • bilirubina și fracțiile ei; • alaninaminotransferaza (ALT); • aspartataminotransferaza (AST); • glucoza; • electroliții din sânge (sodiu, potasiu, clor); • coagulograma (protrombina, fobrinogenul, INR); • Grupul sanguin + Rh; • RW / MRS; • SIDA; • Markerii tumorali: CA 19-9, CEA, PSA, CA 125; • teste bacteriologice – starea microbiotei colonului și rectului. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metode endoscopice: <ul style="list-style-type: none"> • Rectoromanoscopia – foldarea excesivă a mucoasei; • Fibrocolonoscopia – tumori, invaginate, alungiri. 2. Metode radiologice: <ul style="list-style-type: none"> • Studiarea <i>tranzitului prin colon</i> (cu radioizotopi sau lapte baritat) – important pentru identificarea constipației cu tranzit lent – predispune la prolaps; • Irigografia – alungirea colonului, stenoze, segmente cu mobilitate sporită și risc de telescopare, tumori pediculate ca punct de pornire pentru prolaps rectal; • Defecografia (proctografia funcțională) – stabilește gradul de prolaps a perineului, invaginarea internă a rectului și modificările însoțitoare, cum ar fi rectocele, sigmocele și disinerгия mușchilor pelvieni; • TC/RMN a bazinului mic cu contrast – la indicații. 3. Metode fiziologice: <ul style="list-style-type: none"> • Profilometria – starea inițială a mecanismului obturatorului rectal, care este diferită în caz de prolaps rectal; • Latența nervilor genitili – permite de a evalua Starea inervației somatice a mușchilor planșeului pelvine; • Electromiografia mușchilor podelei pelvine – Pentru a evalua starea funcțională a mușchilor Planșei pelvine, a căror încălcare poate provoca Sindromul defecației obstructive și, ca urmare, prolapsul rectal.

TRATAMENTUL CONSERVATOR A PROLAPSULUI RECTAL			
METODE CONSERVATIVE	LAXATIVE INDICATE	METODE NEOOPERATORII	PROLAPS RECTAL ACUT
<p>☑ Reducerea manuală: țesutul prolapsat poate fi reintrodus în rect cu degetul în mânășă lubrifiată.</p> <p>☑ Este indicată o dietă cu fibre care conține cereale, fructe și legume fierte și crude, utilizarea a 1,5-2 litri de apă pe zi. Previne constipația și forțarea defecării.</p> <p>☑ Se recomandă utilizarea lubrifianților și a emolienților digestivi (Docusat), suplimente alimentare de fibre (Psyllium, Colon Protect, Physiomanna etc.). Când dieta nu este suficientă pentru a trata constipația, trebuie să fie indicate cliste rectale ecuatorii și laxative (vezi tabel).</p> <p>☑ Programul optim de pregătire preoperatorie va include cele menționate, precum și tratamentul patologiilor asociate: respiratorii, parazitare, urologice, etc.</p> <p>☑ Exercițiile lui Kegel – tonus m.pubo-rectal și planșeul pelvin.</p>	<p>Clasificarea laxativelor și purgativelor:</p> <p>a) Medicamente care măresc conținutul intestinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - substanțe mucilaginoase (agar-agar, mucilagii din Carrageen, metilceluloza, seminte de in); - purgative saline (sulfat de sodiu, sulfat de magneziu, citrate de magneziu, tratat de sodiu și potasiu). <p>b) Lubrifianți (ulei de parafina, diocil-sulfosuccinat de sodiu).</p> <p>c) Stimulatoare directe ale peristaltismului intestinului:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intestinul subțire (rezine – jalapa, ulei de ricin, scamonea, podofilina); - intestinul gros (antracenozide din Rhamnus frangula, Rheum palmatum și officinale, Sena, Aloe, Fenoltaleina, Bisacodil, Difesatina, Sulf). 	<ul style="list-style-type: none"> • Legarea feselor cu benzi adezive; • Suport anal manual în timpul defecării pentru evitarea prolapsului; • Corectarea constipației cronice; • Exerciții perineale pentru mușchii planșeului pelvin și sfincterului anal; • Stimularea electrică a sfincterului anal; • Injectarea ubmucoasă a fenolului în ulei de migdale; • Coagularea în laser infraroșu. • Fizioterapie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducerea prolapsului sub anestezie pentru relaxarea sfincterului anal; • Fixarea feselor împreună cu benzi adezive; • Poziția Trendelenburg; • Plasarea topică a zahărului sau a sării pentru a reduce edemul peretelui intestinal; • Injectarea hialuronidazei, alcoolului de 70° sub mucoasa segmentului prolapsat; • Dacă rectul prolapsat nu este viabil – rezecția părții cu necroze.

INDICAȚII OPERATORII URGENTE	INDICAȚII OPERATORII PROGRAMATE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Strangularea și necroza prolapsului. 2. Hemoragia rectală repetată gravă. 3. Ocluzia intestinală acută. 4. Peritonita cauzată de necroza invaginatului intern sigmo-rectal. 5. Abcese și flegmone spațiilor perirectale, pelvine în prolaps. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eșecul tratamentului conservator în formele inițiale de prolaps rectal. 2. Prolapsul rectal în stadiile II și III. 3. Prolapsul rectal în asociație cu rectocele, cystocele, prolaps uterin, incontinență anală gradul II-III.



INDICAȚII POSTOPERATORII	RECOMANDĂRI LA EXTERNARE
<p>Regim: în prima zi după operație - odihnă strictă la pat; în a 2-3-a zi după operație - regimul II; mai departe – la o perioadă postoperatorie favorabilă - regim liber.</p> <p>Dietă: în prima zi după operație - foame; mai departe – la un curs lin al perioadei postoperatorii – masa 15.</p> <p>Medicație:</p> <p>Analgetice: Promedol 2%-1.0 ml x 3-4 ori i/m, 1-2 zile;</p> <p>Ketoprofen 2.0 ml x 2-3 ori i/m, 3-5 zile.</p> <p>Antibiotice: Ceftriaxon 1-2 g x 2 ori i/v, 7-14 zile; Metronidazol 500 mg x 2 ori i/v, 7-10 zile.</p> <p>Antimicotice: Tab.Flukonazol 150 mg peroral 1-2 pastile.</p> <p>Anticoagulante: Clexane 0.4 ml x 1-2 ori s/c, 14 zile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respectarea unui regim cu activitate fizică limitată. • Includerea alimentelor bogate în fibre și o cantitate mare de lichide în dietă. • Utilizarea laxativelor în vac pentru reglarea scaunului, precum și a exercițiilor gimnastice pentru a întări mușchii podelei pelvine (gimnastica lui Kegel). • La constatarea unei reacții disinergetice a mușchilor pelvisului – tratament de biofeedback după 1 lună. după operație. Dacă efectul tratamentului este insuficient, cursul se repetă după 3 luni. • Examinări ulterioare (antropometria, examen vizual, tușeu rectal/vaginal, anoscopie) la 3, 6, 9, 12 luni după operație. Rezultatele sunt evaluate utilizând chestionare privind calitatea vieții și amploarea încălcărilor de evacuare. • Examinare instrumentală la 6, 12, 24, 36 de luni după operație pentru o valoare obiectivă a stării anatomice și funcționale a organelor pelvine.

PSEUDOCHISTUL PANCREATIC

SEUDOCHISTUL PANCREATIC: Forma în care apare de obicei în evoluția unei pancreatite acute sau cronice, dar poate apărea și în urma traumatismelor, pancreonecrozei, proceselor distructive, nu posedă strat epitelial, peretele fiind construit prin reacție fibroasă a parenchimatului pancreatic în jurul necrotic și conține suc pancreatic.

Clasificări :

IN FUNCȚIE DE DIMENSIUNI :

- mici - până la 3 cm
- mijlocii- 3-5cm
- mari-5-10 cm
- foarte mari sau gigante-mai mari de 10 cm

IN FUNCȚIE DE NUMAR:

- unici
- multipli

IN FUNCȚIE DE PROVENIENȚĂ:

- pancreatice
- parapancreatice
- combinate (pancreatică și țesuturi parapancreatice)

IN FUNCȚIE DE LOCALIZARE:

- cefalică
- corporală
- caudală
- mixte

IN FUNCȚIE DE PREZENTA COMPLICATIILOR :

- pseudochisturi pancreatice necomPLICATE
- pseudochisturi pancreatice complicate.

IN FUNCȚIE DE GRADUL DE MATURARE A PERETELUI PSEUDOCHISTIC:

- **Stadiul I**-pseudochisturi imature (1-3 luni de la apariție)
- nu au un perete „propriu” bine definit, acesta fiind reprezentat de parenchimul pancreatic remanent profund
- **Stadiul II**-pseudochisturi în curs de maturare (3-6 luni de la apariție)
- cu perete compus din țesut fibroconjunctiv, țesut adipos și infiltrat inflamator cronic limfoplasmocitar și mononuclear
- **Stadiul III**-pseudochisturi mature (6-12 luni de la apariție)
- prezintă un perete mult îngroșat, masiv fibrosat, dens, acelular, aproape avascular, fără remanieri inflamatorii

Manifestări clinice:

- Pseudochistul mic clinic nu se manifestă
- Pseudochistul, cu creștere lentă, rămâne asimptomatic timp îndelungat
- Pseudochistul mare are simptomatologia determinată de compresiunea organelor adiacente

•Simptomatologia:

- dureri abdominale difuze survenite de obicei postprandial, cu o durată mai mare de 3 săptămâni
- dispepsie
- grețuri, vărsături
- fatigabilitate sporită
- senzație de sațietate precoce
- ocazional febră
- în stadiile avansate- pierdere marcată în greutate
- deformarea peretelui abdominală

Examenul obiectiv:

Inspecție:

- tumefacție în etajul abdominal superior (epigastru sau mezogastru)

Palpare:

- formațiunii rotunjite, netede, de regulă sub tensiune și mai rar fluctuantă, mobilă cu mișcările respiratorii având uneori mici mișcări laterale sau verticale la mobilizarea palpatorie

Percuție:

- matitate

Complicații:

Frecvente

- **Perforația** se poate face :
 - în peritoneul liber având drept consecință peritonita;
 - în organe cavitare (stomac, duoden, colon).
 - în organ parenchimotoase (ficat, splină)

- **Supurație**
- **Formarea de fistule interne sau externe.**
- **Hemoragie**

Rar întâlnite

- **Icter mecanic**
- **Subocluzie sau ocluzie înaltă** determinate de compresii sau stenoze ale coledocului distal sau ale duodenului.
- **Hipertensiune portală regională**

- **Splenomegalie și varice esofagiene** prin compresiunea și/sau tromboza axului pleno-portal
- **Edeme ale membrilor inferioare** (complicație foarte rară) prin compresiunea produsă de pseudochist pe vena cavă inferioară.

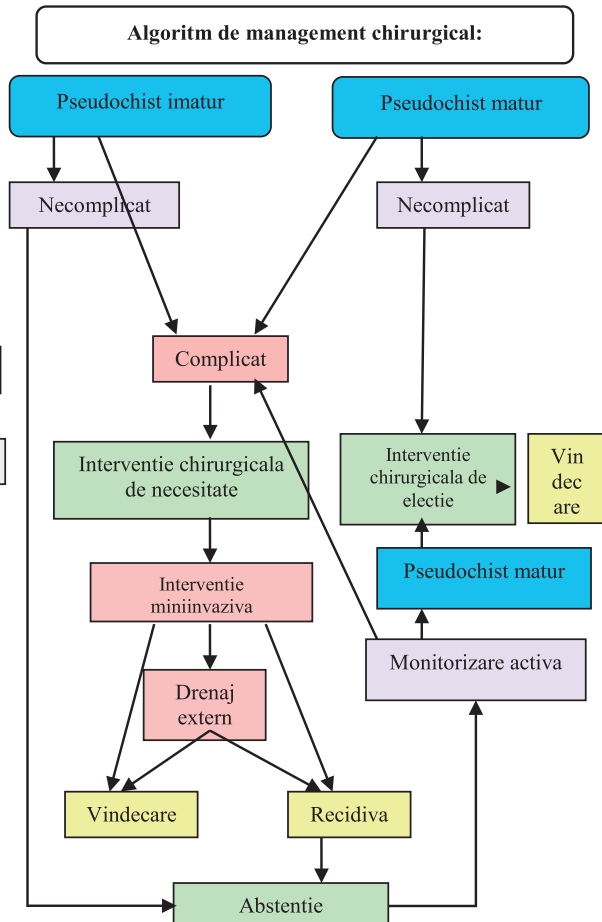
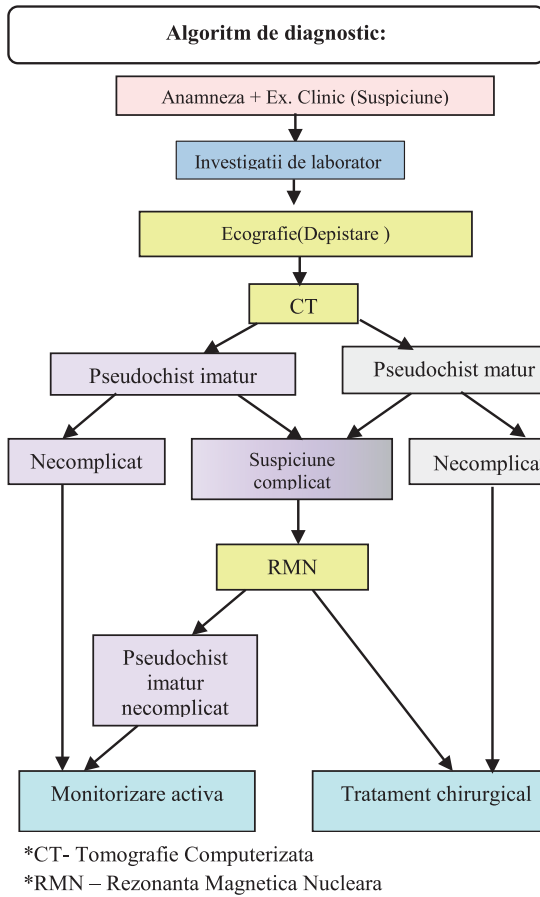
Cauzate de corecția chirurgicală a pseudochistului

- **Fistula pancreatică**
- **Hemoragia postoperatorie din pseudochist sau anastomoză**
- **Peritonita**
- **Pancreatita acută**

Diagnosticul de laborator:

- Hemoleucograma + VSH
- Analiza biochimică a sângelui: (glucoza, alfa-amilaza, lipaza, bilirubina și fracțiile ei, ALT, AST, FA, GGTP, proteina totală și fracțiile ei, creatinina, ureea, proteina C-reactivă, Ca, K, Na, Cl.)

- Amilaza urinara
- Analiza generală a urinei
- Coagulograma
- Amilaza lichidului intrachistic



Tehnici chirurgicale :

Intervențiile chirurgicale prin laparotomie:	Drenaj extern chirurgical	<ul style="list-style-type: none"> Marsupializare Drenaj extern propriu zis
	Drenaj intern chirurgical	<ul style="list-style-type: none"> Pseudochisto-gastro anastomoza retrogastrică Pseudochisto-gastro anastomoza transgastrică Pseudochisto-gastro anastomoza „a minima” Pseudochisto-jejuno anastomoza cu prima ansa jejunală în continuitate procedeu Henle. Pseudochisto-jejunoanastomoza pe ansa în omega – procedeu Hahn. Pseudochisto-jejunoanastomoza pe ansa în Y a la Roux. Pseudochisto-pancreato-jejunoanastomoza. Rezecție de pancreas în bloc cu pseudochistul
Intervențiile chirurgicale minim invazive:	Drenaj extern	<ul style="list-style-type: none"> Drenaj extern percutanat transgastic sub ghidaj ecografic sau computer tomografia
	Drenaj Intern	<ul style="list-style-type: none"> Drenajul intern endoscopic

Recomandări :

- Evidența la medicul de familie, chirurg.
- Dieta Nr. 5 sau 9
- Evitarea efortului fizic 6 luni
- Scoaterea firelor peste 10 zile postoperator.
- Spasmolitice (No-Spa)
- H2-Blocante (Famotidina sau Ranitidina)
- Antiacide (Phosphalugel)

Terapia conservatoare:

<i>Pentru cuparea sindromului dolo</i>	M-Colinolitice	Atropină 0,1% - 1 ml, s/c, i/m Platifilină Sol. 0,2%, 1-2 ml, s/c, i/m
	Spasmolitice miotrope	Papaverină 2%, s/c, i/m, 1-2 ml x 2-3 ori/24 de ore
	Analgice neopioide	Drotaverină 40 mg-2 ml, i/m, s/c, i/v lent Metamizol 25 – 50 %, 1-2 ml x 2-3 ori/zi, i.m. sau i.v.
	Analgice opioide	Tramadol la dureri puternice doza de 100 mg x 4 ori/24 de ore, <i>NB! Exceptia Morfinei</i>
<i>Pentru micșorarea secreției gastrice și pancreatice și a presiunii intrapancreatice</i>	Inhibitorii pompei de protoni	Pantoprazol sau 40 mg x 1 dată/zi, per os Omeprazol sau 40-80 mg/24 de ore, i.v., Lansoprazol 30 mg x 2 ori/zi, per os.
	Antagoniștii H2-receptorilor histaminici	Famotidină 20-40 mg x 2 ori/zi, i.v., Ranitidină 50 mg x 2 ori/zi, i.v.
	Analogii ai somatostatinei	Octreotid sau Sandostatina 50-100 mcg, subcutanat, de 1- de 3 ori/zi
	Antiacide	Fosfat de aluminiu 15 ml x 2 – de 3 ori/zi Hidroxid de aluminiu și magneziu 15 ml x 2 – de 3 ori/zi
	Citoprotectoare	Sucralfat 500-1000 mg (1-2 compr.) x 4 ori/zi, per os
<i>Terapia de substituție: corecția funcției exocrine pancreatice</i>	Fermeți pancreatici	Creon 10 000-25 000 UI, per os, în timpul mesei x 3 ori/zi;
<i>Remediile pentru ameliorarea motoricii tractului digestiv</i>	Prokinetice	Prozerin 0,05%, 1ml x 3 ori/zi, s/c Domperidonă 10 mg x 3 ori/zi, per os Metoclopramidă Sol. 0,5% – 10 mg/2 ml, i.v., i.m. x 3 ori/zi
<i>Pentru corecția insuficienței vitaminice</i>	Vitamine, polivitamine cu antioxidanți	Retinol (vitamina A) 3300 UI x 2 ori/zi, per os Tocoferol (Vitamina E) 100 mg x 2 ori/zi, per os Meco BC-Complex** 1 x 2 ori/zi, per os
<i>Terapia infuzionala</i>	Soluții de electroliți	Sol. NaCl 0.9% - 500 ml, pină la 1000 ml/24h i.v.
	Soluție de Glucoză	Sol. Glucoză 5%-10% - 500 ml/24h i.v.
	Soluții proteice	Sol. PPC Sol. Albumină
<i>Antibioticoterapia</i>	*Preoperator în caz de complicații	Sol. Cefazolin 1g x 2 ori i/v
	*Postoperator	Sol. Ceftriaxon 1g x 2 ori i/v

SINDROMUL MIRIZZI (SM)

Reprezintă o complicație tardivă și rar întâlnită în evoluția litiazei biliare, morfologic tradusă prin compresia ductului hepatic comun sau coledoc de către calcul, cu formare de strictură la acest nivel sau fistulă colecisto-biliară.

Codul bolii (CIM-10):K83.3, K80.1

Clasificarea Csendes 2008

- **Tip I** Compresia externă a CBP.
- **Tip II** Prezența fistulei colecisto-biliare ce ocupă <1/3 (33%) din diametrul CBP.
- **Tip III** Prezența fistulei colecisto-biliare ce ocupă 2/3 (34-66%) din diametrul CBP.
- **Tip IV** Defect ce ocupă peste 67% din lumen sau formează o cavitate comună cu CBP.
- **Tip V** Oricare tip de SM cu prezența fistulei colecisto-enterice.
 - ✓ **Tip Va** Fără ileus biliar.
 - ✓ **Tip Vb** Prezența ileusului biliar.

Factorii predispozanți

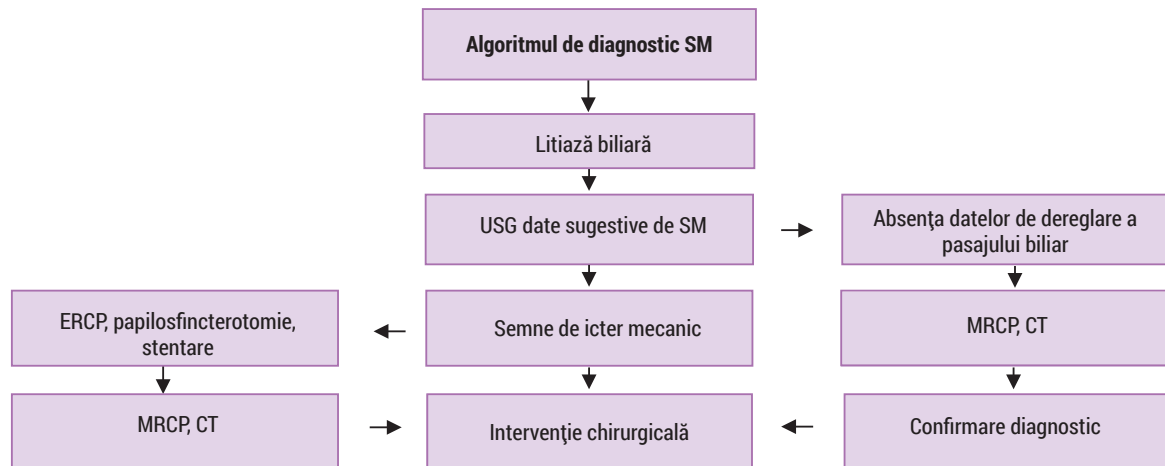
- Anamneză îndelungată de litiază biliară cu repetarea episoadelor de colică biliară.
- Ductul cistic amplasat paralel cu ductul hepatic comun.
- Compresia de lungă durată a ductul cistic și colul veziculei biliare cu dezvoltarea procesului inflamator și sclerozant local.
- Icterul intermitent sau constant care provoacă ocazional colangită sau obstrucție cronică.

Simptome

- Dureri sub rebordul costal drept (pacient cu anamneză de litiază biliară).
- Icter mecanic (deseori cu evoluție intermitentă).
- Febră (angiocolită).

Exame de laborator

- **Teste funcționale hepatice:**
 - ✓ Semne de colestază: Bilirubina↑, FA↑, GGT↑
 - ✓ Semne de citoliză: AST↑, ALT↑
- **Markeri tumorali:** CA 19-9 deseori asocierea procesului neoplastic.
- **Hematologice:** asociere procesului inflamator-leucocitoză.



Examele imagistice

USG - prezintă date despre prezența litiazei biliare sau atestarea unui colecist sclero-atrofic, pasajul biliar, semene de hipertensiune biliară cu dilatarea căilor biliare intra și extrahepatice.

ERCP - vizualizarea compresiei extrinsecă de către calcul a CBP și dilatarea proximală de nivelul compresiei. Aprecierea cu exactitate prezența, localizarea fistulei și nivelul obstrucției. Decompresia arborelui biliar prin papilosfincterotomie și stentare.

MRCP – aprecierea dilatarea căilor biliare, gradul de obstrucție, localizarea intra sau extra-luminală a calculilor biliari, evaluarea gradului de inflamație în jurul veziculei biliare. Constatarea oricărui îngustare extrinsecă a CBP, fistulele sau identificarea variantelor anatomice la nivelul arborelui biliar.

CT (cu contrast) - detectarea cauzei și localizarea obstrucției biliare, util în diferențierea SM de tumori.

Intervențiile chirurgicale în dependență de tipul SM

- **Tip I** Colectectomie totală/subtotală.
- **Tip II** Colectectomie subtotală + coledocoplastie cu eventuală drenare CBP (tip Kehr).
- **Tip III** Colectectomie subtotală + coledocoplastie cu lambou vascularizat din vezicula biliară cu drenarea CBP sau efectuarea anastomozei bilio-digestive.
- **Tip IV** Anastomoză bilio-digestivă (se preferă hepatico-jejuno anastomoză pe ansa „Y” a la Roux).
- **Tip V** Tratamentul descris anterior conform tipului de SM + rezolvare fistulei bilio-digestive și complicațiile ei.

Conduita medico-chirurgicală postoperatorie

- ✓ **Tratament medicamentos**
 - Medicație spasmolitică, antisecretorie, gastroprotectoare, analgezică, reechilibrarea hidroelectrolitică, profilaxia complicațiilor tromboembolice, tratamentul patologiilor asociate și complicațiilor.
- ✓ **Îngrijirile postoperatorii**
 - Pansamentul plăgii cu monitorizarea eliminărilor prin drenajele de siguranță cu dirijarea postoperatorie a complicațiilor (fistulă, hemoragie p/o).
 - Evaluări postoperatorii a indicilor de laborator și investigații instrumentale (fistulografie).

Recomandări la externare

- Evidența medicului de familie, chirurg.
- Îngrijirea plăgii p/o și drenajelor cu monitorizarea eliminărilor.
- Continuarea tratamentului medicamentos (antisecretor, spasmolitic, analgetic, fermenți pancreatici, hepatoprotector, coleretice).
- Consult repetat pentru reevaluarea drenajului biliar (fistulografie), înlăturarea drenului biliar.
- Respitalizări la necesitate

Abrevieri

SM - Sindrom Mirizzi
 USG - Ultrasonografie
 CBP - Calea biliară principală
 FA - Fosfataza alcalină

MRCP - Rezonanță magnetonucleară regim colangiografic
 ERCP - Colagiopancreatografia retrogradă
 CT - Computer tomografie
 GGT - Gama-glutamyltranspeptidaza

TROMBEMBOLISMUL PULMONAR (TEP)

este obstrucția arterei pulmonare sau a ramurilor acesteia prin trombi și se caracterizează prin: frecvență mare, potențial letal, recidive frecvente și un extrem polimorfism simptomatic; reprezintă a 3 –a cauză de deces a pacienților internați în spital și 15% din decesele postoperatorii

Codul bolii (CIM 10): I 26; I26.0; I 26.9. A.3

Clasificarea TEP:	
<ul style="list-style-type: none"> • Funcție de evoluție: acut, subacut, cronic, recidivant; • Morfopatologic există trei tipuri de TEP: masiv cu soc cardiogen, submasiv și mic. • Funcție de forma clinică: infarct pulmonic, embolii paradoxale (TEP/AVC), non-trombotic (emboli gazoși, grăsoși, neoplazici), hipertensiune pulmonară cronică 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcție de locația trombului: dreapta, stânga, bilateral și TEP la nivelul arterelor segmentare, lobare și intermediare și a principalelor artere pulmonare și trunchi pulmonar. • Etiologia TVP: triada Virchow (leziunea și reacția parietală, staza venoasă, coagulopatia) are importanță notabilă
Grupurile de risc:	
<ul style="list-style-type: none"> • Persoanele cu obezitate, boală varicoasă, vârstă avansată; • Femeile însărcinate și în perioada postpartum; • Persoanele imobilizate în poziție șezândă (în avion, automobil), cu repaus la pat > 3 zile; • Pacienții cu neoplazii, tratament chimioterapic. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacienții cu intervenții chirurgicale, traumatisme majore, fracturi (șold, membru inferior), leziuni medulare; • Pacienții cu AVC și paralizie, ICC, IRC, antecedente de tromboză venoasă profundă, trombofilie; • Pacienți cu terapie de substituție hormonală.

Factori de risc	Factor predispozant	Permanent	Tranzitor
	Valoare predictivă înaltă		
	Fractură (șold, membru inferior)		+
	Protezare de șold sau gheunuchi		+
	Intervenție chirurgicală majoră (op.urologice, ginecologice, abdominale)		+
	Traumatism major		+
	Leziune medulară		
Valoare predictivă moderată			
	Chirurgia artroscopică a genunchiului		+
	Cateter venos central		+
	Chimioterapie		+
	Insuficiență cardiacă sau respiratorie cronică	+	
	Terapie de substituție hormonală	+	
	Neoplazie	+	
	Accident vascular cerebral cu paralizie	+	
	Sarcină (perioada postpartum)		+
	Antecedente de tromboză venoasă profundă	+	
	Trombofilie	+	
Valoare predictivă scăzută			
	Repaus la pat > 3 zile		+
	Imobilizare în poziție șezândă (în avion, automobil)		+
	Vârsta avansată	+	
	Chirurgia laparoscopică (colecistectomie)		+
	Obezitate	+	
	Sarcină (perioada antepartum)	+	
	Boala varicoasă	+	

Protocol opțional de diagnostic:

- Anamneza examen clinic pulsoximetrie electrocardiograma ecocardiografia bidimensională + ecoDoppler;
Teste de laborator: – D-Dimeri (sau, TMF) – Gazometrie arteriala – Hemograma – NT-pro BNP – Troponina
- **Optional, pentru elucidarea etiologiei TEP:** – anticoagulantul lupic; – antitrombina III; – proteina C si S; – homocisteinuria;
– teste pentru boli autoimune și neoplazii Rx toracica; echocardiografie + transesofagiana; Eco-Doppler vene periferice;
- **Optional, daca nu s-a putut stabili diagnosticul pozitiv de certitudine pana la aceasta etapa:** – angio-CT thoracic; – scintigrama pulmonara de perfuzie +/- inhalatie; – angiopulmonografia; – RMN toracic; – venografie periferică;

Manifestările clinice specifice cirozei și HTP:

- Embolismul pulmonar poate fi dificil de diagnosticat deoarece simptomele sale pot fi identice sau similare cu cele ale altor afecțiuni – **infarctul miocardic, atacul de panică sau pneumonia.**
- Unii pacienți cu tromboembolism pulmonar nu prezintă nici un simptom.

Acuze

- | | | |
|---|-------------------------|----------------|
| • Dispnee * | • Tuse | • Hemoptizie * |
| • Durere toracică (de tip pleural* sau atipică) | • Subfebrilitate/febră* | • Sincopă |

Semne clinice

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| • Frecătură pleurală | • Cianoză centrală și periferică | • Febră |
| • Tahipnee | • Hipotensiune arterială și șoc cardiogen | • Ritm galop ventricular drept |
| • Suflu sistolic de regurgitare tricuspidiană | • Tahicardie | • Pusație sistolică palpabilă a VD |
| • Accentuare a componentei pulmonare a zgomotului II | • Vene jugulare turgescente | • Hepatomegalie de stază |
| • HDS (scaune melenice) | | |

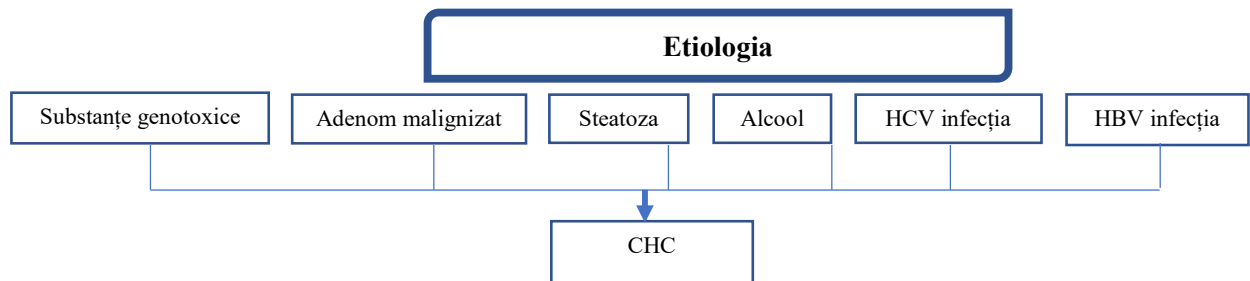
Pre-test de probabilitate a TEP (regula Wels – score Geneva)

NB !! Un scor Wells peste 6 presupune = diagnostic de TEP aproape sigur, scorul între 2-6 = diagnostic probabil, iar sub 2 diagnosticul de TEP e improbabil

- | | |
|---|---|
| • semne clinice de TEP: 3p; | • AV > 100/minut: 1,5p; imobilizare la pat: 1,5p; |
| • dispnee cu radiografie toracică normală: 3p; | • istoric de TVP/TEP: 1,5p; hemoptizie: 1p; |
| • un diagnostic alternativ este mai puțin probabil decât TEP: 3p; | • cancer (sub tratament ultimele 6 luni): 1p. |

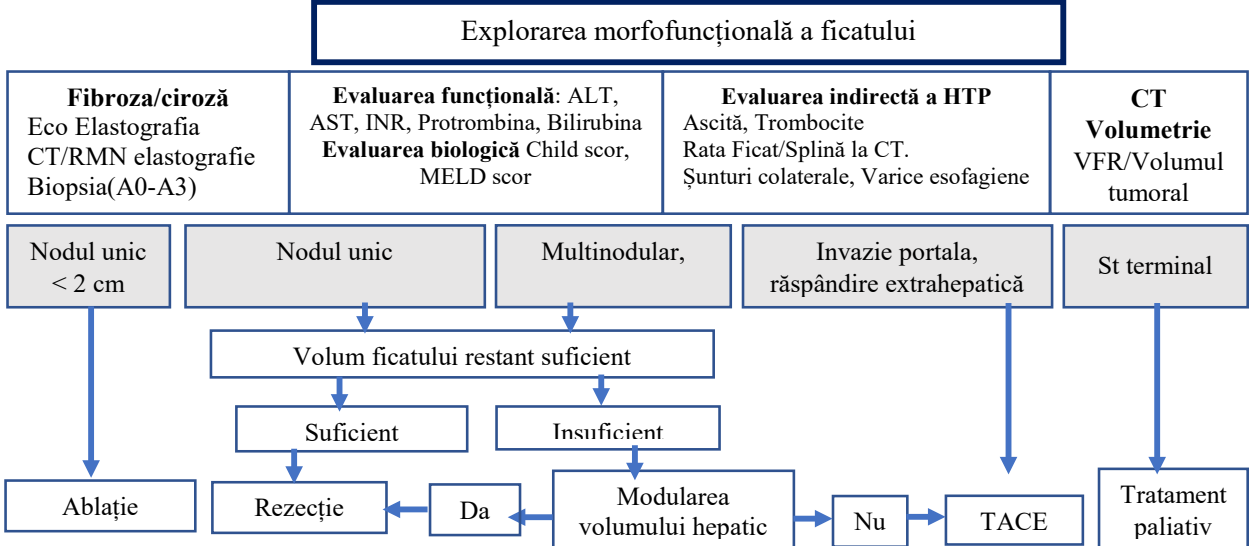
TUMORI MALIGNNE A FICATULUI

CHC grefat pe ficat non-cirotic



Managementul diagnostic.				
Anamneză	Examen clinic standard + Evaluarea semnelor clinice și paraclinice de insuficiență hepatică, HTP	Teste de laborator		Examenare imagistică
Anamneză generală + Anamneză oncologică		Analiza generală a sângelui		
Boli cronice hepatice	Analiza biochimică a sângelui			
	Evaluarea funcțiilor hepatice.			
Deregări metabolice	Sidrom citolitic ALT, AST	Excreto-biliar Bilirubina, FA, GGTP	Hepatopriv Protrombina, INR, Proteina, Albumina, Fibrinogenul.	
	Evaluarea biomarkerilor tumorali (AFP, CEA, CA 125, CA 19-9 etc)			
	Evaluarea markerilor hepatitelor cronice (HBsAg, AntiHBsAg, AntiHBcor, AntiHBe, AntiHCV, AntiHDV.			

- Semne clinice**
- Deseori sunt asimptomatice și descoperite în stadii avansate
 - Simptomele sunt nespecifice și apar insidios– dureri, distensie abdominală, diaree, pierdere ponderală, sindromul masei tumorale cu comprimarea vaselor sau organelor adiacente.



Ablație locală

Metode Injectie cu etanol Crioablație Prin radiofrecvență Cu microunde Ultrasunete	Ablație locala percutană este ghidata imagistic.	Indicații: 1. CHC <2cm 2. CHC cu funcția hepatică deteriorată 3. Pacienți neeligibili pentru rezecție hepatică și transplant	Indicații speciale: Downstaging terapia Spitalizarea 1 zi
	Sunt utilizate metode fizice sau chimice pentru a obține necroză completă a tumorii		

Rezecție chirurgicală

Principiile abordării în rezecții hepatice

1. Rezecția anatomică curativă
2. Rezecția economică
3. Rezecția completă R0

Tipul de rezecție efectuată depinde de dimensiune, localizare, numărul de noduli tumorali și relația lor cu structurile vasculare și biliare.

Volumul rezecției hepatice la pacienți cu CHC greșat pe ciroză hepatică.

Volumul ficatului restant la pacienți cu ficat non cirotic nu ar trebui să fie mai mic de 30%.

Extinderea indicațiilor pentru rezecții chirurgicale.

Modelarea volumului hepatic

(ALPPS procedura, Ligaturarea venei porta).
Înțelegerea sindromului small-for-size

Modelarea tehnicilor de transplant

1. Controlul venei cave
2. Tehnice de venoplastie
3. Controlul hemodinamic în clamparea VCI.
4. Transecție hepatică cu hemodinamică hepatică prezentă.

Modelarea tehnicilor de rezecție

1. Abord chirurgical anterior
2. Utilizarea dispozitivului CUSA

Conduita perioadei postoperatorie.

1. Gestionarea atenta a fluidelor și electrolitelor (coloizi prioritari asupra cristaloizilor, restricție de sodiu)
2. Tratatamentul lactatemiei (de micșorat soluții ce conțin acide).
3. Controlul glicemiei
4. Controlul coagulopatiei și profilaxia complicațiilor trombotice
5. Antibioticoterapia este indicată pe tot parcursul spitalizării
6. În cazul prezenței sindromului citolitic sau hepatopriv este indicat tratament cu steroizi protejat cu medicație IPP

Evidența postoperatorie
Primii 3 ani postoperator imagistică cu contrast fiecare 6 luni.
Următorii ani imagistică cu contrast fiecare an

Transplantul de ficat

Poate fi efectuat doar Transplant Hepatic de la donator viu
Este o sursă de grefă proprie.

Chimioembolizarea transarterială (TACE)

Unul sau mai multe medicamente chimioterapeutice (doxorubicina, cisplatina) sunt adăugate la agentul embolic (lipoiodol), pe baza teoriei că ischemia tumorii, cauzată de embolizarea fluxului arterial dominant are un efect sinergic cu medicamentele chimioterapeutice.

Este terapia de prima linie la pacienți cu CHC nerezecabil

Contraindicații:
Invazie tumorală în vena porta, Tromboză venei porta
Flux hepatofugal.

TUMORII HEPATICE BENIGNE

Tumorile hepatice benigne este un grup heterogen de leziuni hepatice solide de origine celulară diferită [1].

Managementul de bază [3].

Anamneză	Examenare clinică standard	Teste de laborator	Examenare imagistică
Anamneză generală +		Analiza generală a sângelui	1. Ultrasonografie clasică 2. Ultrasonografie cu contrast (la necesitate) 3. EcoDoppler (la necesitate) 4. CT cu contrast sau 5. RMN cu contrast
Anamneză oncologică		Analiza biochimică a sângelui cu evaluarea funcțiilor hepatice.	
Utilizarea îndelungată a medicamentelor (contraceptive orale, androgeni, inhibitorii receptorilor al estrogenului, citostatice)		Evaluarea biomarkerilor tumorali (AFP, CEA, CA 125, CA 19-9 etc)	
Boli cronice hepatice		Evaluarea markerilor hepatitelor cronice (HBsAg, AntiHBsAg, AntiHBcor, AntiHBe, AntiHCV, AntiHDV.	
Deregări metabolice			

NB! Toate acestea frecvent sunt suficiente pentru a stabili diagnosticul de tumoră hepatică benignă

IMPORTANT!!! Diagnosticul de tumoră hepatică malignă ar trebui de exclus cu certitudine, dacă există îndoiele este indicată biopsia sau rezecția hepatică.

CLASIFICAREA [2].

Epiteliale		Non Epiteliale	
Hepatocelulare	1. Adenom hepatocelular	Mezenchimale	1. Hemangiom
	2. Hiperplazie nodulară focală		2. Limfangiom
Colangiocelulare	1. Adenom colangiocelular	Heterotopie	3. Angiomiolipom
	2. Chistadenom colangiocelular		1. Adrenală, pancreas, plămân etc.
	3. Papilomatoză biliară		1. Pseudotumoră inflamatorie

Cele mai des întâlnite tumori hepatice benigne sunt: hemangiomul, hiperplazia nodulară focală și adenomul hepatocelular. Alte tumori hepatice benigne sunt rare, respectiv criteriile de certitudine a diagnosticului nu sunt stabilite, de aceea este indicat tratament chirurgical în toate cazurile [4].

Hemangiom hepatic

Hemangioamele hepatice sunt cele mai frecvente tumori hepatice primare.

Hemangiomul poate fi diagnosticat la toate grupele de vârstă, dar este diagnosticat mai frecvent la femeile cu vârsta cuprinsă între 30 și 50 de ani.

Raportul dintre sexe raportat la femei și bărbați este variabil, variind de la 1,2: 1 și 6: 1

TIPUL HISTOLOGIC [5].

Capilar

<2 cm

Cavernos

1 cm – 20cm

Diagnostic (doar imagistic).

Ecografie simplă, Ecografie cu contrast.
CT cu contrast, RMN cu contrast

Prezență clinică [6]

- Asimptomatice (până la 5cm).
- Simptomatice (> 5 cm) – dureri, sindromul masei tumorale cu comprimarea vaselor sau organelor adiacente, Sindromul Kasabach-Merritt - reacție inflamatorie, coagulopatie de consum, trombocitopenie. Ruperea spontană a hemangiomului.

Tratament: 1. Forme asimptomatice nu necesită nici-o formă de tratament. 2. Tratament chirurgical este indicat doar în forme simptomatice (constă în enucleerea hemangiomului sau rezecția hepatică economă). 3. Tratament alternativ – ligaturarea arterei hepatice, embolizarea arterei hepatice (la pacienți la care intervenția chirurgicală este contraindicată)

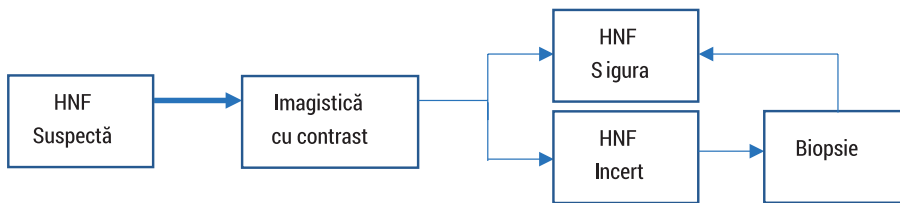
Hiperplazie nodulară focală

(reprezintă a doua cea mai frecventă tumoare benignă de ficat fără potențial de malignizare) [7]

Prezență clinică [7]

- Deceori sunt asimptomatice.
- Simptomatice – dureri, sindromul masei tumorale cu comprimarea vaselor sau organelor adiacente.

Diagnostic (doar imagistic).
Ecografie simplă, Ecografie cu contrast.
CT cu contrast, RMN cu contrast
Biopsie.



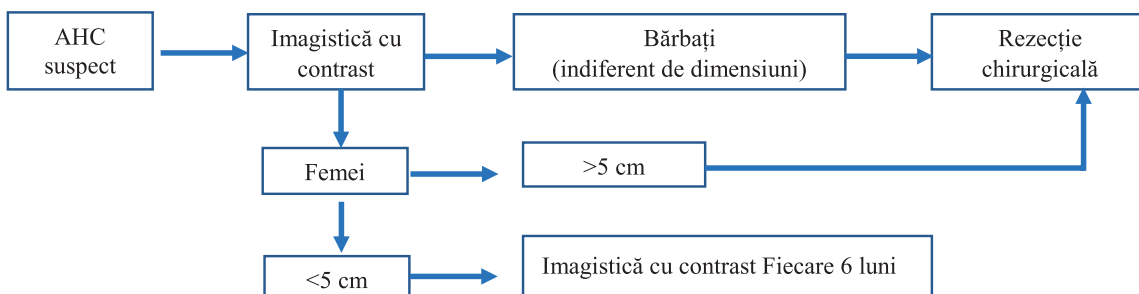
Tratament chirurgical este indicat doar în cazuri când: 1. Imposibilitatea de a exclude tumora malignă. 2. Progresie rapidă a tumorii. 3. Dimensiuni mai mari de 10 cm în diametru. 4. Prezența simptomelor de progresie. 5. Tratament alternativ –embolizarea arterei hepatice (la pacienți la care intervenția chirurgicală este contraindicată).
 Tratamentul chirurgical constă în enuclearea tumorii sau rezecția hepatică economă [7].

Adenomul hepatocelular (AHC)

Este o tumoră hepatică benignă, compuse din hepatocite, sunt grefate pe un ficat normal. Asociat cu dereglări hormonale (deseori cu consumul contraceptivelor orale sau steroizelor anabolizanți).

<p>Evoluția</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asimptomatică 2. Necroză 3. Hemoragie 4. Malignizare 	<p>Diagnostic (doar imagistic).</p> <p>Ecografie simplă, Ecografie cu contrast. CT cu contrast, RMN cu contrast Biopsie.</p>
---	---

IMPORTANT!!! – Adenomul hepatocelular are potențial de malignizare



Tratamentul chirurgical constă în rezecția hepatică economă

Perioada postoperatorie	Evidența postoperatorie
<ol style="list-style-type: none"> 1. Masa 5 2. Solutie hepatoprotectoare 3. Analgetice 4. Tratament antibacterian 3 zile 	Primii 3 ani postoperator imagistică cu contrast fiecare 6 luni. Următorii ani imagistică cu contrast fiecare an

ULCERUL GASTRODUODENAL COMPLICAT CU HEMORAGIE

BOALA ULCEROASĂ - patologie caracterizată prin formarea defectului adânc în mucoasa gastrică sau duodenală. În ultimele decenii morbiditatea prin boala ulceroasă gastroduodenală s-a redus din cauza implementării tratamentului complex de eradicare a *Helicobacter pylori* și a preparatelor antisecretorii puternice.

HEMORAGIE ULCEROASĂ - reprezintă o complicație a ulcerului gastroduodenal, ce se caracteriază prin lezarea unui vas (arterial, venos sau capilar) din baza ulcerului cu extravazarea sângelui în lumenul gastric sau duodenal. În practică hemoragia ulceroasă se stabilește în cazul, când endoscopia ulterioară documentează ulcerul cronic ca sursă de sângerare.

K-250 Ulcer gastric acut cu hemoragie
K-260 Ulcer duodenal acut cu hemoragie

K-254 Ulcer gastric cronic cu hemoragie
K-264 Ulcer duodenal cronic cu hemoragie

PCN-332

Clasificările ulcerelor gastro-duodenale

După autenticitatea nozologică:

A. Boală ulceroasă

B. Ulcere gastroduodenale simptomatice:

- Ulcer gastroduodenale simptomatice
 - combustiilor massive
 - traumatismelor cranio-cerebrale
 - ulcere de stres pe fundalul altor patologii
- Ulcer medicamentoase
- Ulcer endocrine
 - sindromul Zollinger-Ellison;
 - ulcerele gastroduodenale pe fundalul hiperparatiroidiei.
- Ulcer gastroduodenale pe fundalul unor afecțiuni ale organelor interne.

Dupa etiologie:

- HP-pozitiv
- HP-negativ
- AINS-pozitiv
- AINS- negative

După localizare:

- Tip I - ulcer a corpului gastric, frecvent pe curbura mica.
- Tip II - ulcer al corpului asociat cu ulcer duodenal.
- Tip III - ulcer la nivel de antru pyloric, la 3 cm de pilor.
- Tip IV - ulcer gastroesofagian proximal.
- Tip V - ulcer în orice porțiune a stomacului.

După numărul ulcerelor:

- solitare
- multiple

După dimensiunea ulcerelor :

- mici (> 0,5 cm)
- medii (0,6-1,9 cm)
- mari (2,0-3,0 cm)
- gigante (>3,0 cm).

După forma clinică:

- tipice
- atipice
- cu sindrom algic atipic
- forma algică, dar cu manifestări clinice ieșite din comun
- asimptomatice

După stadiile evolutive ale maladiei:

- faza de acutizare
- faza de cicatrizare
- faza de remisiune

După caracterul evolutiv al maladiei:

- acut
- cronic (- cu acutizări rare - cu acutizări anuale - cu acutizări frecvente)

Manifestările clinice a ulcerelor GD:

Sindromul dolo abdominal:

- Durerile epigastrice - simptom clasic caracterizat prin ritmicitate și epizodicitate.
- **Epizodicitatea** - apariția durerii cu orarul zilnic descris, dar în mai multe zile successive.
- **Ritmicitatea** în apariția și dispariția / ameliorarea durerii - în funcție de ingerarea alimentelor
- Ulcerele corpului gastric: dureri precoce, timpurii, ce apar, de obicei, la 0,5 - 1,0 ore după mâncare .
- Ulcere a zonei cardiei, sub-cardiei și a celei fundale: senzațiile dureroase apar imediat după ingerarea alimentelor.
- Ulcerele regiunii pilorice a stomacului și ulcerele bulbului duodenal: atacul dureros apare, de obicei, peste o perioadă de liniște de 1,5 - 4 ore după alimentați
- Ulcerele bulbului duodenal : durerile „pe foame”, ce apar peste 2 - 3 ore după mâncare, dispar după următoarea alimentație.
- Durerile nocturne sunt distinctive pentru UD.

Sindromul dispeptic:

- Pirozisul (arsura) - prezent în 60 - 80% cazuri, se întâlnește concomitent sau alternativ cu durerea.
- Eructațiile, regurgități acide sau preponderent acide.
- Grețuri, uneori urmate de vomă.
- Vărsături acide și alimentare.
- După vomă starea generală se ameliorează.
- Constipații se relevă la ~50% ulceroși.
- Pofta de mâncare, de obicei, este păstrată sau chiar crescută.
- Este posibilă sitofobia

Factorii de risc ai letalității la bolnavii cu hemoragie ulceroasă GD

- Vârsta înaintată
- Dezvoltarea hemoragiei ulceroase în staționar
- Hemoragia activă la spitalizare
- Volumul hemotransfuziei ≥ 600 ml
- Patologia concomitentă importantă
- Șocul sau instabilitatea hemodinamică la spitalizare
- Dimensiunile ulcerului $\geq 2,0$ cm
- Recidiva hemoragiei pe parcursul spitalizării

Manifestările clinice a ulcerelor GD complicate cu hemoragie

- Semne clasice de pierdere sangvină acută:
 - Hematemezis
 - Voma cu „zaț de cafea”
 - Hematochezia
 - Melena și scaunul „ca păcura”
- Semne generale de pierdere sangvină, cum ar fi:
 - slăbiciune
 - amețeli
 - durere toracică
 - colaps
- Durerea abdominală în epigastru sau hipocondrul drept descori însoțește hemoragia acută

Diagnosticul

Anamneza	<ul style="list-style-type: none"> • Episoade de hemoragie în antecedente • Maladii confirmate • Abuz de alcool/cafea/AINS sau anticoagulante 	<ul style="list-style-type: none"> • Prezența în anamneză a altor acuze sugestive pentru UGD • Rezultatele investigațiilor precedente • Comorbidități severe 	
Evaluarea hemodinamică	<ul style="list-style-type: none"> • Se apreciază nivelul tensiunii arteriale și frecvența contracțiilor cardiace 		
Examenul obiectiv	<ul style="list-style-type: none"> • Palpare: defans muscular sau peritonism în caz de penetrare a ulcerului. • Tuseul rectal: evaluează consistența și culorile maselor fecale; exclude alte surse de hemoragie. • Semne generale: paliditate, sudorație excesivă (palme reci și umede), dermografism roșu (mai rar alb) pronunțat. 		
Diagnosticul de laborator	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina, eritrocitele, hematocritul • Grupa sangvină și factorul Rh • Proteina totală și albumina • Ionograma 	<ul style="list-style-type: none"> • Numărul de leucocite • Indicele protrombinic și INR • Ureea și creatinina • Echilibru acido-bazic 	<ul style="list-style-type: none"> • Numărul de trombocite și durata de sîngerare • Timpul parțial activ al tromboplastinei • Probele hepatice

Diagnosticul instrumental	<ul style="list-style-type: none"> • ECG • Examenul radiologic panoramic al abdomenului • În caz de diagnostic dificil: Arteriografia; Scintigrafia; CT-angiogramă sau RMN cu contrastare intravasculara 	<ul style="list-style-type: none"> • Fibro sau videoesofagogastroduodenoscopia • Examenul radiologic prin contrastare • USG abdominal
----------------------------------	---	--

Criteria de spitalizare:

La orice suspexie UGDH (clinică și / sau imagică) este indicată internarea în regim de urgență în secție chirurgicală, unde sunt asigurate condiții adecvate pentru asistența medicală de urgență

Conduita pacienților cu UGDH:

- Evaluarea stării generale, resuscitarea, monitorizarea
- Culegerea anamnezei și acuzelor.
- Examinarea clinică.
- Examinarea de laborator
- Examinarea endoscopică
- Luarea deciziei referitor la conduita de tratament
- Efectuarea tratamentului (conservativ, endoscopic, chirurgical).
- Evaluarea riscului de complicații (consultația specialiștilor).
- Tratamentul complicațiilor evolutive.
- Supravegherea activă.

Evaluarea gravității pierderii sangvine după A.N.Gorbaško

Gravitatea pierderii sangvine	Volumul aproximativ al pierderii sangvine	Datele de laborator
Gradul I (ușor)	< 500 ml	Er > 3,5 x10 ¹² /l Ht > 35%
Gradul II (mediu)	500-1500 ml	Er – 2,5-3,5 x10 ¹² /l Ht – 25-35%
Gradul III (sever)	> 1500 ml	Er < 2,5 x10 ¹² /l Ht < 25%

Clasificarea activității hemoragiei ulceroase gastroduodenale după Forrest în baza examenului endoscopic

Activitatea hemoragiei ulceroase	Gradul de risc	Caracteristica endoscopică
Forrest I hemoragie activă	IA	Stigmatul cu risc înalt
	IB	
Forrest II hemoragie stopată recent	IIA	Stigmatul cu risc scăzut
	IIB	
	IIC	
Forrest III lipsa semnelor de hemoragie	III	

Terapia endoscopică

Indicații:

- Terapia endoscopică este indicată tuturor bolnavilor cu stigmatul cu risc înalt în UGDH: hemoragie activă (Forrest IA, IB) și vas vizibil nehemoragic.

Metode de hemostaza endoscopică:

- **Metodele termice**
 - Electrocoagularea monopolară și bipolară
 - Fotocoagularea cu laser
 - Termosonda
 - Coagularea cu argon-plasmă
- **Metodele mecanice**
 - Clipssele hemostatice și ligaturarea endoscopică
- **Metodele topice**
 - Utilizarea peliculelor de polimeri, prafului hemostatic, caprofer, irigarea UGDH cu apă rece sau cu diferiți agenți vasoactivi sau chimici

Complicații posibile:

- Aspirația pulmonară
- Aritmia cardiacă și infarctul
- Dereglările condiționate de administrarea preparatelor
- Hemoragia gastroduodenală indusă

Terapia conservatoare

- Infuzia rapidă în jet a 500-1000 ml de cristaloiți
- **Terapia antisecretoare:**
 - H2-blocatorii: cimetidin – 800 mg în 24h; ranitidin – 150 mg în 24h
 - IPP: omeprazol – 40-60 mg în 24h; lansoprazol – 30-60 mg în 24h
- **Hemotransfuzia:**
 - Transfuzia de CE- se recomanda cind când nivelul Hb scade sub 70 g/l și nu este recomandată la valorile Hb mai mari de 100 g/l
 - Transfuzia de CT- se recomanda cind nivelul trombocitelor scade sub 50x10⁹ /l
 - Transfuzia de PPC-se recomanda cind nivelul protrombinei scade sub 60%, sau când INR crește peste 1,5
- **Alta medicație :**
 - Eradicarea H.pylori- cind infectia este confirmata
 - Somatostatina și octreotidul – se recomanda în special în cazurile cind gastroscopia este indisponibilă
 - Vasopresina – se recomanda în special la pacientii cu ciroza hepatica
 - Antacidele- trebuie introduse nemijlocit în stomac peroral sau prin sonda nazogastrică în doze 15 ml suspensie x 4-6 ori pe zi
 - Fitomenadiona (vitamina K)
 - Acizii aminocaproic și tranexamic

Tratamentul chirurgical:

Operație de urgență imediată. Indicații:

- hemoragia persistentă nemijlocit la spitalizare, necontrolată endoscopic
- hemoragie recurentă activă, declanșată peste câteva ore sau chiar zile după spitalizare

Operația de urgență amânată. Indicații:

- prezența stigmatelor majore ale hemoragiei recente în ulcer: a vasului vizibil nehemoragic sau a cheagului aderat

Operația programată. Indicații:

- prezența la pacienți a altor complicații ale bolii ulceroase sau suspexia de malignizare

Criteria de externare:

- Normalizarea stării generale și a mobilității a pacientului.
 - Necesitatea doar în medicație perorală (inclusiv analgezice)
 - Restabilirea pasajului intestinal.
 - Plăgile postoperatorii sunt în curs de vindecare
 - Lipsa complicațiilor postoperatorii
 - Lipsa febrei
- !!! Pacienții ce au suportat tratament conservativ și endoscopic vor fi externați după nu mai puțin de 7 zile de la episodul de hemoragie

ULCERUL PERFORAT

este o complicație a ulcerului gastroduodenal în care este prezentă scurgerea conținutului gastroduodenal și a aerului în cavitatea abdominală, ce se manifestă clinic prin simptomatologia abdomenului acut și reprezintă o urgență chirurgicală majoră.

K-251 ulcer gastric acut cu perforație; K255- ulcer gastric cronic cu perforație;
K-261 ulcer duodenal acut cu perforație; K265 – ulcer duodenal cronic cu perforație

Tipuri de ulcer cronic gastric conform clasificării modificate H. Johnson

- Tipul I** este definit ca ulcer în corpul gastric fără modificări patologice ale duodenului, pilorului sau zonei prepilorice, și cu nivel scăzut al acidității.
Tipul II este reprezentat de asocierea ulcerului mezogastric cu ulcer în duoden sau în canalul piloric ; de regulă aciditate normală
Tipul III prevede situarea ulcerului gastric în regiunea prepilorică; aciditate sporită
Tipul IV reprezintă ulcerul juxtacardial, situat lângă joncțiunea esofagogastrică ; secreția gastrică bazală și stimulată redusă, și ponderea mare de penetrare profundă
Tipul V de ulcer gastric a fost definit ca ulcer provocat de acțiunea AINS și localizat în orice regiune a stomacului.

Clasificarea Ulcerului gastroduodenal complicat cu perforație:

După origine:

- (a) perforația ulcerului acut;
- (b) perforația ulcerului cronic.

După localizare:

- (a) perforația ulcerului gastric;
- (b) perforația ulcerului duodenal.

După evoluția clinică:

- (a) perforație în peritoneu liber;
- (b) perforație atipică;
- (c) perforație acoperită.

Fazele evolutive ale UGD complicat cu Perforație

• Perioada de șoc

- durează până la 2-6 ore
- durere severă în regiunea epigastrică sau pe tot abdomenul
- hipotensiune arterială, puls slab, temperatură subnormală, extremități reci
- inspecție: abdomenul este imobil
- palpare: contractura musculară severă și semne peritoneale

• Perioada intermediară

- ameliorarea durerii din cauza diluției conținutului gastric în abdomen cu secrețiile exudative ale peritoneului
- durează de la 6 până la 12

• Perioada tardivă

- apariția și progresarea infecției intra-abdominale
- se dezvoltă după 12-24 ore de la debut.
- starea bolnavului se agravează progresiv: pulsul este slab și accelerat, se constată hipotonie arterială, respirația devine accelerată și superficială, apare febra.
- abdomenul este balonat, dispare peristaltismul.

Factorii de risc de dezvoltare a ulcerului gastroduodenal perforat

- Sexul masculin.
- Consumul de AINS.
- Ereditatea și factorul etnic.
- Arsurile intense.
- Vârsta înaintată.
- Tabagismul activ/pasiv.
- Alimentarea neadecvată.
- Traumatismele crano-cerebrale și spinale.
- Anamneza ulceroasă.
- Consumul de alcool.
- Sedentarismul.
- Infecția cunoscută cu H.Pylori.
- Narcomania.
- Sepsisul.
- Sindromul Zollinger-Ellison.

Diagnosticul

Anamneza	<ul style="list-style-type: none"> • Anamneza ulceroasă • Alte antecedente suportate (boala ulceroasă, hemoragiile digestive, operațiile suportate) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumul de AINS și alcool 	
Inspecția generală	<ul style="list-style-type: none"> • Culoarea sur-pământie a pielii • Tegumentele acoperite cu transpirații reci • Respirația bolnavului este superficială, costală 	<ul style="list-style-type: none"> • Ochii sclipitori • Pacienții preferă o poziție forțată • Abdomenul nu participă în actul de respirație 	
Palpare	<ul style="list-style-type: none"> • Contractura musculară este foarte evidentă, constantă, și răspândită pe toată suprafața abdomenului • Semne de iritare peritoneale: semnul Blumberg, semnul tusei, semnul „clopoțelului” 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperestezie cutanată. 	
Percuție	<ul style="list-style-type: none"> • Dispariția matității ficatului • Sunet percut mat 	<ul style="list-style-type: none"> • Prezența lichidului patologic liber (conținutul gastric) în cavitatea abdominală • Ulterior poate fi matitate deplasabilă în abdomen (simptomul Kerven). 	
Auscultație	<ul style="list-style-type: none"> • Peristaltismul intestinal este diminuat sau absent 		
Tușeul rectal	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilitate la nivelul fundului de sac Douglas • Fundul de sac Douglas bombează și este extrem de dureros („șipătul Douglas-ului”). 		
Investigații de laborator	<ul style="list-style-type: none"> • Numărul eritrocitelor, nivelul hemoglobinei și hematocritul • Nivelul amilazei în sânge și urină 	<ul style="list-style-type: none"> • Numarul de leucocite • Analiza urinei. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupul sanguin și factorul Rh. • Echilibrul acido-bazic sanguin
Investigații instrumentale	<ul style="list-style-type: none"> • ECG • Radiografia panoramică a cavității abdominale în decubit lateral • Examenul radiologic cu contrastarea tractului gastrointestinal superior cu contrast lichid solubil în apă. • Pneumogastrografia • Ultrasonografia (USG) cavității abdominale. • Video- sau fibroesofagogastroduodenoscopia • Radiografia panoramică a cavității abdominale în ortostatism. • Tomografia computerizată (CT) abdominală. • Laparoscopia diagnostică 		

Criterii de spitalizare:

- Culegerea anamnezei și acuzelor.
- Evaluarea riscului de complicații
- Examinarea clinică.
- Efectuarea tratamentului.
- Examinarea paraclinică (de laborator și imagistic)
- Luarea deciziei referitoare la conduita de tratament

Manifestări clinice:**Durerea**

- Durere epigastrică bruscă și severă numită „lovitură de pumnal” sau semnul Dieulafoy
- Ca regulă, pacienții cu ulcer GD perforat pot indica timpul debutului durerilor cu precizie până la un minut
- Iradierea durerii în regiunea omoplatului drep, uneori durerea iradiază în claviculă și în umărul drept
- Ocazional, durerea este sesizată în abdomenul inferior

General

- Stare de șoc, colaps, asociată cu puls slab și bradicardic (puls „vagal”), uneori cu pierderea cunoștinței.

Alte acuze

- Voma nu este caracteristică fazelor inițiale
- Vomele frecvente pot sugera dezvoltarea și generalizarea peritonitei bacteriene
- temperatura corpului poate fi normală sau subnormală (35-36°C) la început iar odată cu evoluția bolii temperatura corpului crește ușor, fără să depășească 38°C

Conduita pacienților:

La orice suspiecție de UGP (clinică și / sau imagistică) este indicată internarea în regim de urgență în secție chirurgicală, unde sunt asigurate condiții adecvate pentru asistență medicală de urgență.

Terapia endoscopică

!!! Diagnosticul stabilit de UGDP este o indicație absolută către intervenție chirurgicală de urgență în majoritatea cazurilor

Pregătirea preoperatorie

- Instalarea accesului venos periferic
- Introducerea cateterului Foley
- Perfuzia de cristaloiți în stările de șoc
- Administrarea antibioticelor parenteral, cu spectrul larg de acțiune
- Instalarea sondei nazogastrice
- Analgezia trebuie inițiată imediat

Tehnici operatorii**• Operația deschisă**

Obiectivele :

- (1) Închiderea orificiului perforativ;
- (2) Reducerea contaminării intraperitoneale, provocate de perforația GD;
- (3) Asigurarea micșorării stabile a secreției gastrice acide – opțional
- (4) Excluderea malignizării ulcerului gastric perforativ.

• Operația laparoscopică

Contraindicații relative către chirurgia laparoscopică

- orificiul perforativ de dimensiuni mari,
- localizarea perforației pe peretele GD posterior
- starea generală gravă a pacientului. Totodată, *Contraindicații absolute* pentru tratament laparoscopic nu sunt

• Alte tehnici

- 1.Stentul metalic auto-expandabil.
2. Chirurgia endoscopică transluminală prin orificiile naturale

Indicații pentru conversia de la intervenția laparoscopică către operație deschisă

- instabilitate hemodinamică perioperatorie
- distensie intestinală marcată, leziuni iatrogene
- perforație de dimensiuni mari, mai ales gastrică
- proces aderențial pronunțat în etajul superior al abdomenului
- peritonită purulentă cu lavaj abdominal incomplet sau nesigur,
- imposibilitate tehnică de a închide orificiul perforativ

Complicațiile postoperatorii

- Pneumonia
- Infecția tractului urinar
- Infecția sau dehiscenta plăgii postoperatorii
- Abcese intraabdominale
- Dehiscenta suturii orificiului ulcero perforativ
- Dehiscenta gastroduodenoanastomozei (Billroth I) sau gastrojejunoanastomozei (Billroth II).
- Dehiscenta bontului duodenal
- Dereglările evacuării din stomac sau „anastomozita”
- Problemele cardiace
- Infecțiile fungice
- Ulcerul duodenal recurent după suturarea simplă a perforației
- Diareea
- Sindromul dumping

Tratamentul conservator**Indicații :**

- Pacienții stabili
- Perforație mică
- Durată a bolii mai mare de 24 de ore (adresare tardivă)
- Fără semne peritoneale și cu ameliorare clinică
- Pacienți cu comorbidități semnificative

Opțiuni terapeutice:

- Decompresia nazogastrică continuă
- Administrarea preparatelor antisecretoarei (IPP sau H2- blocantelor),
- Antibioticoterapia cu antibiotice cu spectru larg de acțiune
- Resuscitare agresivă cu corecția dereglărilor hidroelectrolitice.

Criteriile de externare

!!! Pacientul se poate externa la a 3-4 zi (după operație laparoscopică) sau la a 4-7 zi (după intervenție chirurgicală deschisă)

- Normalizarea stării generale și a mobilității pacientului.
- Restabilirea pasajului intestinal
- Lipsa febrei.
- Lipsa complicațiilor postoperatorii.
- Necesitatea doar în medicație perorală
- Plăgile postoperatorii sunt în curs de vindecare

Profilaxie și recomandări

1. Efectuarea examinărilor endoscopice (FEGDS) programat activ la pacienții cu anamneză ulceroasă.
2. Profilaxia acutizării sezoniere la pacienții cu UGD cunoscut prin tratament adecvat cu IPP și H2-blocanți
3. Pentru pacienții, la care terapia cu AINS este strict necesară, utilizarea concomitentă a IPP sau H2-blocantelor
4. Scăderea utilizării și administrarea rațională a AINS
5. Renunțarea la fumat și consumul de alcool

