

4. Polipii colesterotici.
5. Bila vâscoasă (în caz de colecist afuncțional)

Tratamentul

Toți pacienții cu „sludge” biliare necesită tratament și se află sub controlul medicului gastrolog. Tratamentul constă în:

- a) îmbunătățirea proprietăților reologice ale bilei;
- b) normalizarea motoricii vezicii biliare și intestinale;
- c) restabilirea microflorei normale a intestinului;
- d) normalizarea digestiei și absorbției.

Bibliografie selectivă

1. *Билиарный сладж: Нерешенные вопросы*, С.Н. Мехтиев, В.Б. Гребеневич., Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург.
2. Иличенко А.А., *Желчно-каменная болезнь*, 2004.
- 3.

Rezumat

În Republica Moldova această patologie se întâlnește la 10-13% din populație. Mai des, în zona centrală și în cea nordică, mai puțin la sudul republicii. După datele Centrului Republican de Diagnosticare Medicală, ale secției de ultrasonografie abdominal, din 400 de pacienți examinați cu patologia sistemului gastrointestinal „sludgele” biliare au fost depistate la 193 de pacienți, adică la aproximativ 48 %.

Summary

In the Republic of Moldova this pathology is met in 10-13% from population. More often the central and northern part, less in the south. During this examination of the incipient form of calculous cholecistitis as a cause can be the billiary sludge. After the data of the Republican Center of Mediactal Diagnosis, abdominal ultrasonographic department, from 400 examined patients with the pathology of the gastrointestinal system, billiary sludges were identified in 193 patients, approximately in 48%.

APENDICITA ACUTĂ. ECOGRAFIA CA PRIMĂ METODĂ DE DIAGNOSTIC PENTRU DIAGNOSTICUL AFECȚIUNII ȘI DETECTAREA COMPLICAȚIILOR

Viorela Enăchescu, Clinica Medicală III, Spitalul Clinic Municipal, UMF Craiova

Abdomenul acut, context clinico-etologic greu de definit în primele momente, necesită un diagnostic ollector, până la stabilirea unui diagnostic ollec, fiind necesară o decizie rapidă, formulată după o evaluare clinică, de laborator și imagistică.

Metodă simplă, rapidă, neinvazivă, repetabilă – dinamică, ușor practică în ollector, accesibilă, ecografia rămâne adesea singura alternativă în situații patologice de urgență, care contraindică alte metode imagistice (marile colici abdominale, sindromul icteric, colecistite acute, pielonefrite acute, anurie).

Diagnosticul ecografic este valoros atât ca diagnostic pozitiv de confirmare rapidă a unei observații clinice preformulate, cât și ca diagnostic ollecto, de excludere și orientare spre alt tip de patologie.

Raționamentul medical, privind diagnosticul de urgență și diferențial clinico-ecografic, în prezența unui bolnav cu sindrom dureros acut al fosei iliace drepte, urmează în general mai multe etape de confirmare sau excludere a unor situații patologice cu gravitate în descriere de la gravitatea maximă. Privit în ansamblu, acest raționament vizează în general următoarele direcții:

- Trebuie să se orienteze rapid privitor la tipul suferinței: acută, cronică acutizată, complicată.
- Este necesară o localizare rapidă clinico-topografică a suferinței.

- Se cercetează prezența unor aneurisme vasculare complicate.
- Se cercetează prezența lichidului abdominal – localizare, cloazonări, aspect sugestiv pentru natura colecțiilor seroase, purulente, hemoragice și pentru vechimea lor.
- Se identifică distensii, stenoze ale unor segmente ale tubului ollector – modificări ale peretelui, colecții de vecinătate.
- Se confirmă prezența aeroenteriei / aerocoliei.

Se utilizează sonde cu frecvența înaltă de 5-7,5 Mhz și o tehnică riguroasă, iar în aceste condiții, sensibilitatea și specificitatea metodei, pentru caracterizarea apendicitei acute, sunt excelente (Se 77 – 95%, Sp 94 -100%), ollector cu diagnosticul ollector pe baza examenului clinic și a probelor de laborator (leucocitoză, proteina C reactivă crescută). Semnele și simptomele așa-numite clasice de apendicită acută au o sensibilitate și specificitate ollect de variată, după diverși autori: durerea în fosa iliacă dreaptă (Se 81%, Sp 53%), intoleranța digestivă (51-68%, 40-69%), semnul psoasului (16%, 95%), febra (67%, 69%).

După o prealabilă examinare cu sonda abdominală obișnuită (3,5 MHz), se realizează un baleiaj transversal al fosei iliace drepte și al flancului drept, cu sonda de înaltă frecvență, cu recunoașterea reperelor anatomice (ollect ollector, cecul, psoasul, vasele iliace), se evaluează fundusul cecal cu creșterea graduală a presiunii prin traductor în ollecto Mc Burney (compresiune gradată). Apendicele, în mod normal vizualizat la mai puțin de 30% dintre pacienți, este ollect între ultima ansă ileală și psoasul iliac. Experiența în examinare ține cont de variantele de poziție ale cecului (hipocondrul drept, stâng sau de situația pelvină a cecului la 20-40% dintre femei), și ale apendicelui (retrocecal, laterocecal, pelvin, subhepatic etc.). Aspectul ultrasonografic normal relevă originea apendicelui în fundusul cecal, cu structură de segment intestinal (inel ecogen înconjurat de inel hipoecogen), cu diametrul maxim extern mai mic de 6 mm, grosimea peretelui de maxim 2 mm și absența peristaltismului.

Semnele directe ale diagnosticului pozitiv de apendicită acută necomplicată sunt: constatarea unui *apendice necompresibil* (Se 100%, Sp 85%), cu *diametrul maxim extern de peste 7 mm* (Se 93%, Sp 85%), cu *evidențierea straturilor peretelui apendicular* prin instalarea inflamației, cu eventuala prezență a unui *apendicolit* și cu evidențierea unei *hiperemii locale* (Se 94%, Sp 87%) în examinarea Doppler. În apendicita acută complicată perforația este vizualizată în proporție variată (13-66%), după diverse studii, cu *lipsa de vizualizare a inelului extern*, cu evidențierea unei *colecții loculate* (abces periapendicular) și *absența fluxului* în perforația apendicelui sau abcesul apendicular. La pacienții cu apendicită gangrenoasă nu se identifică semnele ecografice amintite și examinatorul poate considera ca este un aspect normal! Apendicele cu conținut gazos determina o umbră acustică dificil de interpretat și astfel un fals diagnostic ollecto de apendicită acută. La aproximativ 10% din cazuri se înregistrează rezoluția spontană a simptomelor, cu o evoluție infraclinică, ollecto, deși ecografic se poate menține dilatarea apendiculară în contrast cu rezoluția clinică.

Semnele indirecte ollector pentru un diagnostic pozitiv de apendicită acută sunt vizualizarea unor *anse intestinale atone*, înconjurate de fluid intraperitoneal, precum și de *colecții între anse*. Se mai constată o *hiperecogenitate pericecală* prin creșterea stratului grăos pericecal cu o grosime mai mare de 1 cm, precum și *dispariția tensiunii dureroase la palparea gradată*. Diagnosticul de apendicită acută ar putea fi infirmat în absența semnelor ultrasonografice ollecto, precum și în prezența elementelor anatomice vecine normale, caz în care examenul se extinde la întregul abdomen, în cercetarea unor obstrucții intestinale, a diverticulitei cecale sau limfadenitei mezenterice, precum și a unor afecțiuni la distanță.

Complicațiile apendicitelor acute sunt reprezentate de:

- **apendicita gangrenoasă** – caracterizată prin întreruperea focală prin necroză a stratului ecogen al submucoasei și îngroșarea grăsimii mezenterice prin ollect inflamator;
- **flegmonul periapendicular** cu evidențierea unei arii inflamatorii care poate progresa sau nu spre un abces periapendicular, poate fi dificil de recunoscut sub forma unei mase slab definite cu ecogenitate mixtă, care uneori poate trece chiar neobservată;
- **abcesul periapendicular** – caz în care, pe lângă evidențierea colecției loculate, ultrasonografia poate fi utilă în drenaj;

- **complicațiile la distanță** ale apendicitei perforate sunt **abcese** fuzate la distanță (subfrenic, intrahepatic, subhepatic, perirenal) sau **tromboze** venoase mezenterice sau portale.

Diagnosticul diferențial clinico-ecografic al modificărilor ultrasonografice în tabloul abdomenului acut de cauză apendiculară comportă:

- *identificarea fluidului intraperitoneal*, ollect atât în patologia ginecologică, cât și în cea inflamatorie digestivă, eventual însoțit de prezența gazului/aerului ollect intraluminal ollector, prin identificarea unor ecouri liniare intense, ce prezintă distal, ollector, ecouri artefactuale de reverberație;

- identificarea unor modificări viscerale parenchimatoase, a unor mase solide, a unor *leziuni focale organice*, a unor *calcificări*;

- vizualizarea unor *elemente ollector pentru patologie intestinală* – modificări de calibru, prin creșterea vizibilă a diametrului antero-posterior, a grosimii pereților, prezența unui conținut ollector cu peristaltica absentă, identificarea “ansei sentinela”;

- sindromul ecografic al obstrucției urinare cu eventuala vizualizare a obstacolului și dilatații ale căilor urinare în diverse grade.

Aspectele ecografice variate se coroborează cu diagnosticul diferențial clinico-etologic al durerii acute în fosa iliacă dreaptă:

- durere – în afecțiuni genitale – torsiuni anexiale, chiste ovariene, afecțiuni digestive ce determină obstrucție intestinală, sau, mai rar, în aneurisme vasculare;

- durere însoțită de febră – apendicita, diverticulita, tiflita, tuberculoza ileocecală, ileocolita bacteriană (limfadenita mezenterică), boala inflamatorie pelvină sau salpingita, abcesul tubo-ovarian, tomboflebitele peritoneo-pelvine;

- durere însoțită de sângerare – sarcina ectopică, anexita macrolezională, fibroame complicate sau tumori de endometru, după cum și rectocolita ulcero-hemoragică și tumorile de colon;

- durere însoțită de tulburări micționale – uropatii obstructive.

La femei, cele mai frecvente erori diagnostice ollect boala inflamatorie pelvină, gastroenteritele de diverse etiologii, infecțiile tractului urinar, ollect unui folicul ovarian, a unui chist ovarian sau sarcina ectopică. La vârstnici, simptomatologia este atipică, semnele clinice sunt sărace, iar sindromul inflamator poate fi absent. În lipsa diagnosticului apar complicații (perforația, formarea de abcese apendiculare, peritonita, ocluzia intestinală), cu o rată mare de mortalitate în particular la aceasta vârstă. Se poate ollect diagnosticul diferențial ecografic al apendicitei acute cu diverticulita acută sau cu ileo-colitele infecțioase.

Pentru diagnosticul de apendicită acută, ecografia abdominală are o valoare predictivă pozitivă între 90 și 93% cu o acuratețe ce este în general apreciată între 90 și 94%; de asemenea, ecografia evidențiază diagnosticul ollector în 30-33% dintre cazuri.

Limitele ecografiei abdominale constau în dificultatea de vizualizare a apendicelui în anumite condiții: anomaliile de poziție, obezitatea, ollect digestive în ollector efectuarea examenului de operatori neantrenați în ecografia tubului ollector. Capcane în efectuarea examenului ecografic pot fi aduse de un răspuns inflamator precoce combinat cu un tip apendicular distal, situație în care inflamația apendiculară poate să nu fie constatată. În cazul apendicelui retrocecal vizualizat cu dificultate în afără metodei compresiunii gradate cu sonda ecografică poate fi util un abord lateral al flancului spre fosa iliacă dreaptă.

Pentru identificarea apendicelui sunt necesare: depistarea cecului, colonului ollector, în secțiune longitudinală și transversală, identificarea mușchiului psoas, artera iliacă externă și ileonul terminal.

Majoritatea greșelilor în diagnosticul ecografic al apendicitei se datorează comutării apendice-ileon terminal. Ileonul terminal nu prezintă însă o terminație “oarbă” și apare cu o mișcare peristaltică accelerată, secțiunea transversală fiind de formă ovală, în timp ce apendicele apare pe secțiune transversală rotund, în formă de „țintă”.

În ciuda tuturor posibilităților și dificultăților diagnosticului diferențial în urgențele abdominale, examenul ecografic rămâne o metodă de elecție de primă intenție adesea pentru formularea unui diagnostic cert care orientează rapid conduita chirurgicală sau medicală. Un examen ecografic ollector

necesită însă un examen obiectiv și complet efectuat cu îndemânare și experiență, o descriere morfologică completă și o exprimare standardizată și, nu în ultimul rând, o bună colaborare cu chirurgia.

Bibliografie selectivă

1. Brooke J.R., McGahan J.P. *Gastrointestinal tract and peritoneal cavity* în: McGahan G.P., Goldberg B.B. *Diagnostic ultrasound – a logical approach*, Lippincott-Raven 1998: 517-525.
2. Paulson E.K., Kalady M., Pappas T.N. *Suspected omentum*. *N Eng J Med* 2003; 348: 236-42.
3. Wagner J.M., McKinney W.P., Carpenter J.L. *Does this patient have appendicitis?* *JAMA* 1996; 276: 1589-94.
4. Jahn H., Mathiesen F.K., Neckelmann K. *Comparison of clinical judgment and diagnostic ultrasonography in the diagnosis of acute appendicitis; experience with a score-aided diagnosis*. *Eur J Surg* 1997; 163: 433-43.
5. Lee J.H. *Sonography of acute appendicitis*. HYPERLINK „javascript:AL_get(this, 'jour', 'Semin Ultrasound CT MR.');" *Semin Ultrasound CT MR.* 2003; 24: 83-90.
6. Old J., Dusing R.W., Yap W. *Imaging for suspected appendicitis*. *American Academy of Family Physician* 2005; 71: 71-8.
7. Pulg S., Hormann M., Rebhandl W. *US as a primary diagnostic tool in relation to negative appendectomy: six years experience*. *Radiology* 2003; 102: 101-4.
8. Chan I., Bicknell S.G., Graham M. *Utility and diagnostic accuracy of sonography in detecting appendicitis in a community hospital*. *AJR* 2005; 184: 1809-12.

Rezumat

Limitele ecografiei abdominale constau în dificultatea de vizualizare a apendicelui în anumite condiții: anomaliile de poziție, obezitatea, obiecte digestive în ileocolon, efectuarea examenului de operatori neantrenați în ecografia tubului ileocolon. Capcane în efectuarea examenului ecografic pot fi aduse de un răspuns inflamator precoce combinat cu un tip apendicular distal, situație în care inflamația apendiculară poate să nu fie constatată.

Summary

Acute appendicitis. Echography as a primary diagnostic method for the diagnosis of the pathology and its complications.

STRUCTURĂ HIPERECOGENĂ PERIAPENDICULARĂ. IMPORTANT CRITERIU ECOGRAFIC ÎN IDENTIFICAREA APENDICITEI ACUTE

Sergiu Puiu, medic, **Andrei Puiu**, medic,
IMSP AMT “Botanica”, mun. Chișinău.

Introducere. Apendicita acută este motivul cel mai frecvent al adresării pacienților cu ”abdomen acut” în instituțiile medicale. Tabloul tipic cuprinde dureri în cadranul abdominal inferior drept (fosa ilică dreaptă), tensionarea peretelui abdominal și leucocitoză. Deseori este aplicată din start metoda chirurgicală de tratament, fără a efectua careva investigații imagistice preoperatorii, în special ultrasonografia, metodă rapidă, ieftină și eficientă. Grație acestui fapt, frecvent este înlăturat apendicele normal (în medie 26% din apendectomii), cauza durerii fiind neidentificată.

Scopul lucrării. Examinarea criteriilor ecografice ce ar permite identificarea pacienților cu apendicită acută și a pacienților care nu prezintă apendicită acută și necesită o explicație alternativă pentru durerea în fosa ilică dreaptă. Studiul a inclus identificarea și descrierea aspectului hiperecogen al structurilor adiacente unui apendice noncompresibil și dilatat, drept criteriu important în diagnosticul ultrasonografic al apendicitei acute.

Materiale și metode. Studiul a cuprins 31 de pacienți cu concluzia ecografică de apendicită acută, selectați din numărul total de 434 de persoane (ginecopsate și adolescente îndreptate la examenul ultrasonografic pentru identificarea cauzei durerii în cadranul abdominal inferior drept), cu vârste cuprinse între 9-52 de ani. Cabinetul unde au fost efectuate investigațiile ultrasonografice este