

2. Erhardt L., Herlitz J., Bossaert L. et al. *Task Force Report on the Management of Chest Pain*, Eur. Heart J., 2002; 23:1153-1176.

3. Pope J.H., Aufderheide T.P., Ruthazer R. et al., *Misused Diagnoses of Acute Cardiac Ischemia in the Emergency Department*. N. Engl. J. Med., 2000; 342(1): 1163-1170.

4. Johnson P. et al. *Cardiac Troponin T as marker for myocardial ischemia in patients seen at the Emergency Department for acute chest pain*. Am. Heart. J., 1999; 137(6): 1137-1144.

5. Robinson D.J., Woods P.G., Snedeker C.A. et al. *A Comparison Trial for Stratifying Intermediate-Risk Chest Pain: Benefits of Emergency Department Observation Centers*, Prev. Cardiol., 2002; 5(1):23-30.

6. Nourjah P. *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1997 emergency department summary*. Vital Health Stat 13., 1997; 125(1):100-108.

7. Karlson B.W., Herlitz J., Petersson P., Ekvall H-E., Hjalmarson Ar. *Patients admitted to the emergency room with symptoms indicative of acute myocardial infarction*, J. Intern. Med., 1991; 23(8):251-258.

8. Klinkman M.S., Stevens D., Gorenflo D.W., *Episodes of care for chest pain*, J. Fam. Pract., 1994; 38(1):345-352.

9. Svavarsdottir A.E., Jonasson M.R., Gudmundsson G.H., Fjeldsted K. *Chest pain in family practice. Diagnosis and long-term outcome in a community setting*, Can Fam Physician., 1996; 42(4):1122-1128.

10. Douglas P.S., Ginsburg G.S. *The evaluation of chest pain in women*. N. Engl. J. Med., 1996; 334(20):1311-1315.

11. Philpott S., Boynton P.M., Feder G., Hemingway H. *Gender differences in descriptions of angina symptoms and health problems immediately prior to angiography: the ACRE study. Appropriateness of Coronary Revascularisation study*. Soc. Sci. Med., 2001; 52(10):1565-1575.

Rezumat

Durerea toracică este un simptom obișnuit și relativ frecvent întâlnit în serviciile de urgență, și are cel mai adesea o cauză benignă. În situația în care durerea toracică este determinată de o patologie cu risc vital, tratamentul pacientului trebuie inițiat de urgență, imediat după debutul simptomelor, această abordare timpurie fiind premisa scăderii mortalității. Studiul include 150 de pacienți cu durere toracică, deserviți de Serviciul de Asistență Medicală de Urgență în perioada septembrie - noiembrie 2009 în municipiul Chișinău. Au fost studiate particularitățile durerii, evoluția durerii în funcție de vârstă, sex, mediul de proveniență și nivelul de instruire.

Summary

Chest pain is a relatively common symptom encountered in emergency services and most often have

a benign cause. In the event that chest pain is caused by a life-threatening illness, the treatment of the patient should be made immediately after the onset of symptoms, this approach is the premise decrease early mortality. The study included 150 patients with chest pain, served by the Emergency Medical Assistance service between September and November 2009 in Chisinau municipality. A feature of pain was studied, the evolution of pain depending on age, sex, place of origin and level of education.

Резюме

Боль в груди является относительно распространенным симптомом встречающимся в практике службы скорой помощи и чаще имеет доброкачественную эволюцию. В случае, если боль в груди вызвана опасным для жизни заболеванием, должен быть сделан упор на необходимость стационарного лечения сразу после появления симптомов. Данный подход является предпосылкой к сокращению смертности. В исследовании были включены 150 пациентов с болью в груди, обслуженные службой экстренной медицинской помощи в течение сентября-ноября 2009 года в муниципии Кишинэу. Изучалась особенность боли, ее эволюция независимо от возраста, пола, места проживания, профессии и уровня образования.

EVALUAREA TRATAMENTULUI TROMBOLITIC INTRAVENOS LA PACIENȚII CU AVC ISCHEMIC

Stanislav Groppa, dr. hab. în med., prof.univer., membru corespondent al AȘ RM,
Eremai Zota, dr. în med., conf. univ.,
Catedra de Neurologie, Neurochirurgie FECMF,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere. Accidentele vasculare cerebrale (AVC) reprezintă o problemă medicală și socială majoră, caracterizată printr-o rată înaltă a mortalității și a dizabilității. Conform prognozelor OMS, incidența și prevalența AVC vor rămâne în continuă ascensiune (Kaste M., 2001).

Un adevărat progres în managementul AVC a fost introducerea tratamentului prin tromboliză (administrarea intravenoasă a activatorului plasminogenului tisular, rtPA), care a schimbat radical viziunea și managementul pacienților cu AVC. Cu toate că există riscul complicațiilor hemoragice, metoda dată ameliorează semnificativ rezultatele tratamentului, redu-

când rata mortalității și a handicapului sever (Hacke W. et al., 2004).

Majoritatea țărilor deja au introdus tromboliza ca o metodă de rutină pentru tratamentul pacienților cu AVC ischemice internați în perioada ferestrei terapeutice fără contraindicații (Tanne D. et al., 1999). Cu părere de rău, strategia dată nu este utilizată pe deplin. Chiar și în țările industrializate doar 2% din populație beneficiază de această metodă. În Marea Britanie cifra acestora este și mai mică – 0,2%. Publicațiile mai recente atestă o rată terapeutică de 5-11% în SUA și în țările Europei de Vest. Explicațiile fenomenului dat sunt: fereastra terapeutică prea îngustă, dubiile medicilor privind eficacitatea metodei, frica de complicațiile hemoragice, precum și costul înalt al preparatului. Sunt necesare eforturi constante pentru informarea populației că AVC este o patologie potențial tratabilă (Padma M.V. et al., 2007).

Scopul articolului dat este de a prezenta experiența noastră în administrarea intravenoasă a terapiei trombolitice în caz de AVC ischemic.

Materiale și metode. Studiul a fost efectuat pe un lot de 62 de pacienți cu AVC ischemic, internați în Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă, cu o perioadă de urmărire de 12 luni după inițierea tratamentului. Au fost analizați următorii indici: momentul debutului simptomelor, al internării în departamentul de urgență, timpul efectuării tomografiei computerizate (TC), timpul administrării rt-PA. Toți pacienții au fost supuși unei evaluări neurologice extinse, inclusiv după scala NIHSS. S-a luat în considerație profilul demografic, factorii de risc, datele TC inițiale și valorile TA.

Înainte de inițierea tratamentului particularitățile metodei au fost discutate cu pacienții sau cu rudele acestora, în special posibilitatea dezvoltării unei hemoragii intracerebrale, după care a fost semnat un acord informat. Conform protocolului, toți pacienții au fost examinați prin TC înainte de administrarea rtPA, apoi la 24 de ore după procedura de tromboliză. Cercetări suplimentare se făceau în caz de deteriorare a statutului clinic al pacientului. Imaginile TC au fost analizate minuțios de un consiliu al medicilor-neurologi și neuroimașiști. Fiecărui pacient i s-a administrat rtPA i/v în cantitate de 0,9 mg/kg, doza maximă pentru o persoană a fost de 90 mg. Din doza calculată, 10% a fost injectată i/v în bolus timp de un minut, restul – administrat i/v în timp de 60 min. Heparina și aspirina erau contraindicate în primele 24 de ore. Au fost monitorizate valorile TA maximale pe parcursul administrării rtPA, precum și în întreaga perioadă de aflare a pacientului în spital. În cazurile în care bolnavii aveau semne certe de hipertensiune, s-a recurs la administrarea de enalapril i/v sau captopril per os.

Folosind criteriile TOAST, au fost determinate subtipurile de AVC după următoarea clasificare: 1) ateroscleroza vaselor magistrale, 2) cardioembolic, 3) ocluzia vaselor mici, 4) AVC de altă etiologie determinată, 5) AVC de etiologie neterminată. Toți cei 47 de pacienți au fost evaluați la distanță, personal sau prin telefon, cu determinarea indicelui Barthel. Pentru analiză noi am definit ca rezultat bun o ameliorare a scorului NIHSS cu mai mult de 4 și un indice Barthel de > 75%.

Rezultate. În perioada 2005-2010, în clinica noastră, tratament trombolitic intravenos cu rt-PA a fost aplicat la 62 de pacienți (1,7% din totalul persoanelor cu AVC ischemic). Cele mai frecvente cauze de excludere au fost: internarea după timpul-limită de 3 ore (60%), hemoragia intracerebrală (17%), simptomele de AVC minore sau regresarea rapidă a semnelor clinice (12%), diagnostic de non-AVC (8%), iar 3% bolnavi ei au avut alte contraindicații.

Vârsta medie a pacienților a constituit $61,7 \pm 9$ ani, variind de la 42 la 80 de ani. Din 62 de bolnavi supuși trombolizei, 32 erau bărbați. Maladii concomitente ca: hipertensiune arterială, diabet zaharat și hipercolesterolemie au fost detectate la respectiv 45 (72,6%), 8 (13%) și 28 (45%) de pacienți. Concomitent, fibrilația atrială a fost prezentă la 32 (52%), valvulopatia reumatismală – la 7 (11%) și maladia coronariană – la 13 (21%) bolnavi. AVC în anamneză a fost la 5 (8%) pacienți, 13 erau fumători (21%). Valorile medii ale TA la internare au constituit 160/90 mm/Hg. TA maximă medie înaintea procedurii a constituit 180/95 mm/Hg.

Scorul NIHSS inițial în medie era de $16,3 \pm 4,2$ (7-22). Folosind criteriile TOAST, pacienții au fost divizați în următoarele loturi: 1) ateroscleroza vaselor magistrale – 21%; 2) cardioembolic – 66,1%; 3) ocluzia vaselor mici – 8,1%; 4) AVC de altă etiologie determinată – 3,2%; 5) AVC de etiologie neterminată – 1,6%.

Timpul mediu de transportare a pacientului în clinică a constituit 91 ± 40 min. Timpul mediu de internare/procedură a constituit 61 ± 24 min (20-130). Timpul mediu ușa – TC a fost de 25 min. (10-40 min.). Scorul NIHSS a variat între 7 și 22 (în medie – $16,3 \pm 4,2$). Înaintea procedurii au fost efectuate analizele privind numărul de trombocite, PT și PTT.

Semnele timpurii de infarct la TC au fost observate la 34 din 62 de pacienți. Atenuarea șanțurilor corticale a fost determinată la 13 și diminuarea diferențierii densitometrice dintre substanțele albă/cenușie – la 21 de bolnavi. TC de control a evidențiat semne de infarct la toți pacienții.

Durata medie de spitalizare a constituit $10,1 \pm 5$ zile, din care în STI – $5 \pm 4,5$ zile. La 35 din cei tratați

(56,4%) am determinat o ameliorare semnificativă a scorului NIHSS evaluat la 48 de ore (> 4 puncte). La o lună 43 (70%) de pacienți au avut o ameliorare obiectivizată prin evaluarea indicelui Barthel (în medie – cu 55%). Din acești, 18 (29%) bolnavi au atins scorul Barthel peste 95%, ceea ce indică un statut funcțional practic normal. Transformare hemoragică a fost documentată la 4 pacienți (6,4%). 12 persoane (19,3%) nu au supraviețuit. Pacienții cu AVC de tip cardioembolic sau prin ocluzia vaselor mici au avut o recuperare mai bună. Majoritatea deceselor a fost cauzată de edemul cerebral. La 1 pacient starea s-a complicat cu pneumonie, care a cedat în urma tratamentului.

Discuții. În pofida demonstrării beneficiilor tratamentului trombolitic prin administrarea i/v a rt-PA în trialul NINDS, în majoritatea țărilor această forma de terapie este utilizată insuficient. Lipsa dorinței de a trata specific pacienții cu AVC ischemic se explică prin câțiva factori, inclusiv întârzierea pacienților de a se prezenta în departamentul de urgență, resursele limitate, ignoranța sau lipsa încrederii din partea neurologilor referitor la eficacitatea acestui mod de tratament și frica de complicațiile serioase ce se pot dezvolta ca urmare a administrării rt-PA (Hudson J et al., 2007).

În ultimii 4,5 ani noi am avut posibilitatea să tratăm 62 de pacienți cu AVC ischemic acut prin administrarea intravenoasă de rt-PA. Este important faptul că nu am avut posibilitatea să tratăm 60% din pacienți din cauza sosirii întârziate la spital. Principala cauză a adresării tardive a pacienților sau a rudelor lor la serviciile de urgență sunt necunoașterea semnelor unui AVC. Chiar și persoanele care cunosc simptomele trebuie să fie convinse să apeleze la serviciile de urgență, și nu la medicul de familie. Neînțelegerea riscurilor și beneficiilor tratamentului trombolitic ar putea cauza dificultăți în implementarea metodei date pe întreg teritoriul republicii.

Noi am putut trata pacienții în perioada medie de 61 de minute de la sosirea la departamentul de urgență, pe când ghidul recent recomandă ca timpul „ușa-ac” să nu depășească 60 de minute. Cele mai comune și mai dese cauze de reținere spitalicească, detectate în studiul nostru, au fost: reținerea în evaluarea medicală, întârzierea examenului neuroimagic și transferul pacientului în secție specializată. Persoana sosită în spital în timpul ferestrei terapeutice, dar netratată ca o urgență medicală majoră, puțin probabil că va avea vreun beneficiu de la tratamentul trombolitic.

Datele preliminare ale studiului nostru arată că tromboliza în AVC ischemic acut este un lucru realizabil și eficient, dar, din păcate, inaccesibil pentru

un segment mare al populației, din cauza neconștientizării importanței și beneficiului metodei. Este necesară sensibilizarea populației și a societății medicale privind AVC și managementul acut al acestuia. Este important să se însușească faptul că prezentarea promptă a pacientului în departamentul de urgențe nu ne oferă timp suplimentar. Scopul echipei specializate de neurologi este de a reduce maximal timpul „ușa-ac”.

Unicul centru cu infrastructură și resurse necesare pentru asigurarea tratamentului trombolitic se află în Chișinău, pe când mai mult de 80% din populație locuiesc în sectorul rural, unde nu există resurse pentru asigurarea strategiei date (Groppa S. et al., 2007, 2008).

În rândurile populației cunoștințele despre natura AVC sunt extrem de reduse. Majoritatea subiecților (rude, pacienți) nu realizează că simptomele sunt cauzate de AVC și doar o treime din cei chestionați realizează că organul afectat este creierul. Faptul dat cu siguranță explică apelarea întârziată la serviciile de ambulanță.

Cu părere de rău, trebuie să constatăm că chiar după ridicarea nivelului de cunoștințe al medicilor și al populației în domeniul AVC și trombolizei, sistemul de sănătate existent în comunități este o barieră pentru implementarea trombolizei în toate regiunile republicii.

Concluzii. AVC ischemic este o patologie ce necesită intervenții medicale de urgență. Datele obținute sugerează că persoanele ce au sosit în clinică în primele 2 ore după debutul maladiei, persoanele mai tinere de 60 de ani, cu valori normale ale tensiunii arteriale și ale glicemiei, fără schimbări la examinarea prin TC cerebrală, cu un deficit neurologic moderat sever sunt candidații ideali pentru tratamentul trombolitic. În cazul bolnavilor care au sosit în clinică după 3 ore, au vârsta de peste 80 de ani, valori ridicate ale tensiunii arteriale și ale glicemiei, cu un deficit neurologic sever sau semne neurologice în regresie, decizia de a aplica tratamentul se ia de către consiliul medical.

Pentru a lua o decizie corectă, medicii-clinicieni trebuie să se conducă de rezultatele unei imagerii cerebrale și vasculare moderne. Succesul tratamentului trombolitic depinde în mare parte de respectarea criteriilor de includere și de excludere, de buna organizare și competența echipei de medici care inițiază tratamentul și respectă strict protocolul.

Bibliografie

1. Adams H.P. Jr., Brott T.G., Furlan A.J., Gomez C.R., Grotta J., Helgason C.M. et al. *Guidelines for thrombolytic therapy for acute stroke: A supplement to the gui-*

delines for the management of patients with acute ischemic stroke, A statement for healthcare professionals from a Special Writing Group of the Stroke Council. American Heart Association. *Circulation*, 1996; 94:1167-1174.

2. Aklins P.T., Delemos C., Wentworth D., Byer J., Schorer S.J., Atkinson R.P. *Can emergency department physician safely and effectively initiate thrombolysis for acute ischemic stroke?* *Neurology*, 2000; 55:1801-1805.

3. Bravata D.M., Kim N., Concato J.K., Krumholz H.M., Brass L.M. *Thrombolysis for acute stroke in routine clinical practice.* *Arch. Intern. Med.*, 2002; 162:1994-2001.

4. Clark W.M., Lutsep H.L. *Medical treatment strategies: intravenous thrombolysis, neuronal protection and anti-reperfusion injury agents.* *Neuroimaging Clin. N. Am.*, 1999; 9:465-473.

5. Groppa S., Zota E., Grigor V., More V. *Analysis of stroke onset – hospital admission timeframe and premises for thrombolytic therapy.* *European Journal of Neurology*. 10th Congress of the European Federation of Neurological Societies. Glasgow, UK, 2006; 13(2):179.

6. Groppa S., Zota E., Grigor V. *Inițierea tratamentului trombolitic în accidente vasculare cerebrale ischemice în Republica Moldova.* *Revista Română de Stroke (AVC)*. A IX-a Conferință Națională de Stroke cu participare internațională. București, România, 2006:184–187.

7. Groppa S., Zota E. *Tratamentul trombolitic în AVC ischemic. Elaborare metodică.* Chișinău, 2006: 52 p.

8. Groppa St., Zota E., Manea D. *Accidentele vasculare cerebrale în municipiul Chișinău: realizări și probleme.* *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei*. Chișinău, 2008; 1 (15):46-50.

9. Groppa St., Zota E., Manea D., Grigor V. *Accidentele vasculare cerebrale și tratamentul trombolitic în Republica Moldova.* *Revista Română de Stroke (AVC)*. A X-a Conferință Națională de Stroke (AVC) cu participare internațională. București, Romania, 2007:183-193.

10. Groppa St., Zota E., Grigor V., More V. *Acute stroke treatment by intravenous thrombolysis in Republic of Moldova.* Abstracts of the 6th world stroke congress and Xth International symposium on thrombolysis and acute stroke therapy. *International Journal of Stroke*, 2008; 3:268.

11. Hacke W., Donnan G., Fieschi C., Kaste M., von Kummer R., Broderick JP., et al. *Association of outcome with early stroke treatment: Pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials.* *Lancet*, 2004; 363:768-774.

12. Hudson J., Ross C., Taylor K. *Joining forces to deliver improved stroke care.* London: The National Audit Office. Press Office, 2007.

13. Kaste M. *Thrombolysis in ischemic stroke-present and future: Role of combined therapy.* *Cerebrovasc. Dis.* 2001; 11:55-59.

14. Katzan I.L., Hammer M.D., Furlan A.J., Hixson E.D., Nadzam D.M. *Cleveland Clinic Health System Stroke Quality Improvement Team. Quality improvement and tissue-type plasminogen activator for acute ischemic stroke: A Cleveland update.* *Stroke*, 2003; 34:799-800.

15. Koenneke HC., Nohr R., Leister S., Marx P. *Intravenous tPA for ischemic stroke team performance over time, safety and efficacy in a single-center, 2-year experience.* *Stroke*, 2001; 32:1074-1078.

16. Padma M.V., Singh M.B., Bhatia R., Srivastava A., Tripathi M., Shukla G. et al. *Hyper acute thrombolysis with IV rtPA of acute ischemic stroke: Efficacy and safety of 54 patients at a tertiary referral center in a developing country.* *Neurol. India*, 2007; 55:46-49.

17. Schmulling S., Grand M., Rudolf J., Heis WD. *One year follow up in acute stroke patients treated with rt-PA in clinical routine.* *Stroke*, 2000; 31:1552-1554.

18. Tanne D., Bates VE., Verro P., Kasner SE., Binder JR., Patel SC., et al. *Initial clinical Experience with IV tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke: A multicenter survey.* *Neurology* 1999; 53:424-427.

19. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. *Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke.* *N. Eng. J. Med.*, 1995; 333:1581-1587.

Rezumat

AVC ischemic este o patologie ce necesită intervenții medicale de urgență. Scopul articolului dat este de a prezenta experiența noastră în administrarea intravenoasă a terapiei trombolitice în AVC ischemic. Studiul a fost efectuat pe un lot de 62 de pacienți cu AVC ischemic. La 35 din cei tratați (56,4%) s-a determinat o ameliorare semnificativă a scorului NIHSS, evaluat la 48 de ore (> 4 puncte). La o lună 43 (70%) de bolnavi au avut o ameliorare obiectivizată prin evaluarea indicelui Barthel (în medie – cu 55%). Transformare hemoragică a fost documentată la 4 pacienți (6,4%). 12 persoane (19,3%) nu au supraviețuit. Datele preliminare ale studiului nostru demonstrează că tromboliza în AVC ischemic acut este un lucru realizabil și eficient, dar, din păcate, inaccesibil pentru un segment mare al populației, din cauza neconștientizării importanței și beneficiului metodei.

Summary

Aim of this study was to evaluate the safety and efficacy of thrombolysis in stroke. 62 stroke patients were classified using TOAST criteria. 35 patients (56,4%) significantly improved on NIHSS at 48 h (≥ 4 points). At one month, 43 (70%) improved on Barthel Index (mean change = 55%). Four developed small hemorrhage and four recurrent stroke; 12 died. Thrombolysis was found useful and safe in selected patients with stroke. Patients with mild to moderate strokes, younger persons, and those treated

very early have the best chance for a favorable outcome. Unfortunately, this life-saving, disability-reducing drug is still underused, the important reasons being the narrow time window, the fear of bleeding complications, doubts regarding its effectiveness. Constant efforts are required to educate the public that stroke is a treatable emergency.

Резюме

Ишемический инсульт это расстройство, требующее чрезвычайного медицинского вмешательства. Целью этой статьи являлось изложение нашего опыта внутривенной тромболитической терапии при ишемическом инсульте. Исследование проводилось в группе состоявшей из 62 пациентов. У 35 из них (56,4%) на фоне лечения было отмечено значительное улучшение по шкале NIHSS, оценивавшееся в течение 48 часов (> 4 балла). В период до одного месяца у 43 (70%) пациентов наблюдалось объективное улучшение на основании оценки индекса Barthel (в среднем - 55%). Геморрагическая трансформация было зафиксировано у 4 пациентов (6,4%). Летальный исход – у 12 пациентов (19,3%). Предварительные данные нашего исследования указывают на эффективность тромболитизиса при остром ишемическом инсульте, но, к сожалению, он остается недоступным для значительной части населения из-за недостаточной информированности и недооценки метода.

INFLAMAȚIA APENDICELUI EPIPLOIC – DIAGNOSTIC CHIRURGICAL NEOBIȘNUIT

Gheorghe Ghidirim, dr. hab. în med., prof. univ., academician al AȘ RM,

Igor Mișin, dr. hab. în med., conf. cercet.,

Gheorghe Zastavnițchi, cercet. științific,

Catedra de Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”,

Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă

Introducere. Apendicele epiploice reprezintă circa 50–100 de structuri lipidice cu originea în două rânduri (anterior și posterior), paralel suprafeței externe a trei bandele musculare longitudinale ale colonului, cunoscute ca *taenia coli*. Descrise în premieră de Vesalius în anul 1543, acestora nu li s-a atribuit vreo semnificație chirurgicală până în 1853, când Virchow a presupus că detașarea lor poate fi sursa corpi liberi intraperitoneali [1].

Dimensiunile AE variază între 0,5 și 5 cm în lungime, fiecare fiind alimentat de una sau două arteriole și o venulă, care sunt reprezentate de tulpinile vasculare atașate de colon [2].

Termenul IAE a fost în premieră utilizat de Dockerty M.B. et al. în 1956, aceștia descriind o nozologie rară, caracterizată de un debut acut de durere localizată în fosa iliacă dreaptă sau stângă [3].

Inflamația apendicelui epiploic reprezintă un infarct ischemic al AE, provocat de torsiunea sau tromboza spontană a venei centrale a AE [1, 4]. Tromboza spontană a venei centrale ce drenează AE este o cauză rară de IAE, cea mai frecventă etiologie fiind torsiunea AE [1, 5, 6].

Localizarea pe partea dreaptă a abdomenului poate simula apendicita acută sau diverticulita pe dreapta; localizarea pe stânga deseori este confundată cu diverticulita colonului sigmoid sau cu alte cazuri mai severe de durere abdominală [4, 7]. Colonul sigmoid și cecul reprezintă siturile preponderente de localizare a IAE, totuși sigmoidul este mai frecvent afectat comparativ cu cecul [8].

Astfel, durerea este localizată de obicei în partea stângă și uneori în fosa iliacă dreaptă. Din cauza lipsei semnelor clinice caracteristice, diagnosticul de IAE este dificil. De altfel, acesta este foarte rar, motiv din care vigilența chirurgicală este redusă. Incidența IAE în populația adultă este de circa 1,3% sau 8,8 cazuri/milion/an [9].

Anatomie

Grosimea AE este de 1–2 cm, lungimea fiind de 0,5–5 cm, fiecare fiind alimentat de una sau două ramuri terminale ale arterelor colonice și de o venă [2]. Apendicele epiploice sunt descrise ca “pernuțe” fiziologice cu grăsime, atașate de suprafața externă a colonului prin intermediul tulpinilor vasculare [1]. Acestea au originea în apropierea taenia coli anterior și posterior, preponderant pe colonul sigmoid și cec.

În anul 1853, Virchow a presupus că originea corpi intraperitoneali liberi este detașarea AE [1]. De altfel, țesutul devitalizat se calcifică, fiind prezent în formă de “corpi liberi intraperitoneali” diagnosticați incidental în timpul laparoscopiei sau al examenului radiologic [10]. În cazuri excepționale AE se poate reatașa unei suprafețe cum ar fi splina, fiind cunoscut sub denumirea de “apendice epiploic parazitare” [1].

Din punct de vedere patofiziologic, torsionarea sau întinderea AE pe traiectul axei longitudinale, cu afectarea fluxului vascular și, ulterior, inițierea trombozei venoase și necrozei reprezintă secvența patofiziologică care, în funcție de localizare și severitate, poate simula o varietate de patologii abdominale [11-13]. Necroza poate uneori fi hemoragică (fig. 1, 2),