

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), paralele 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 corpiilor 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 corpiilor 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),

torsiunea fiind rareori observată în timpul intervenției chirurgicale [14].



Fig. 1. Aspect macroscopic – apendice epiploice înlăturat.

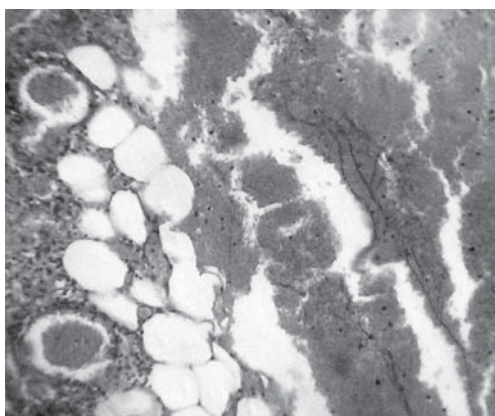


Fig. 2. Aspect microscopic – țesut adipos cu multiple hemoragii (HEX20).

Tabloul clinic

Dezvoltarea IAE nu depinde de vârstă, în literatură fiind descrise cazuri între 12 și 82 de ani [10]. Bărbații sunt afectați mai frecvent decât femeile [1, 15].

Durerea abdominală este semnul clinic de bază, fiind localizată în fosa iliacă stângă sau dreaptă. Durerea este descrisă ca “acută” și localizată, fiind posibilă indicarea sediului acesteia cu degetul [1]. Caracterul durerii este descris ca constant, intensitatea variind între 6 și 8 puncte conform scalei vizuale-analogice a durerii (SVA), gradată de la 1 la 10 [16].

Febra, voma și leucocitoza nu sunt caracteristice. Diagnosticul diferențial este efectuat, mai ales, cu diverticulita și apendicita prin metode imagistice sau prin laparoscopie, durerea fiind, de obicei, localizată în fosa iliacă stângă sau dreaptă [17]. În cazul în care este localizată în fosa iliacă dreaptă, aceasta poate simula apendicita acută, însă mai frecvent IAE este localizată în fosa iliacă stângă simulând diverticulita de colon sigmoid [1].

Testele de laborator sunt, de obicei, în limitele

normei, cu excepția proteinei C-reactive, care poate fi ușor elevată (1–2 mg/dL) în circa 25% cazuri [1].

Diagnostic

Anterior diagnosticul de IAE era stabilit în urma laparotomiei exploratorii. La momentul actual sunt descrise o multitudine de semne ultrasonografice (US) sau tomografice (TC), utile în stabilirea diagnosticului preoperatoriu corect. Uneori US determină o formațiune ovală, rigidă, hiperechoică, cu halou hipoechoic direct sub locul de maximă durere [18-20]. Examenul Doppler US nu determină flux sangvin central redus pe vasele ce alimentează AE [18].

Apendicele epiploice nemodificate nu sunt vizualizate la TC, acestea nefiind deosebite de alte structuri lipidice, cum ar fi țesutul adipos retroperitoneal, cu excepția cazurilor în care AE sunt înconjurate de lichid (inflamație) [1, 19, 20]. Semnele patognomonice ale TC sunt: leziuni cu densitatea lipidică de 2–4 cm și formă ovală, înconjurate de modificări inflamatorii [1, 19, 20]. De asemenea, este prezentă aria centrală hiperatenuată și inflamație în jur. Uneori poate fi observată îngroșarea peritoneului parietal. Spre deosebire de diverticulită, diametrul peretelui colonului nu este afectat, lipsind semnele de edem al peretelui intestinal [1, 19, 20].

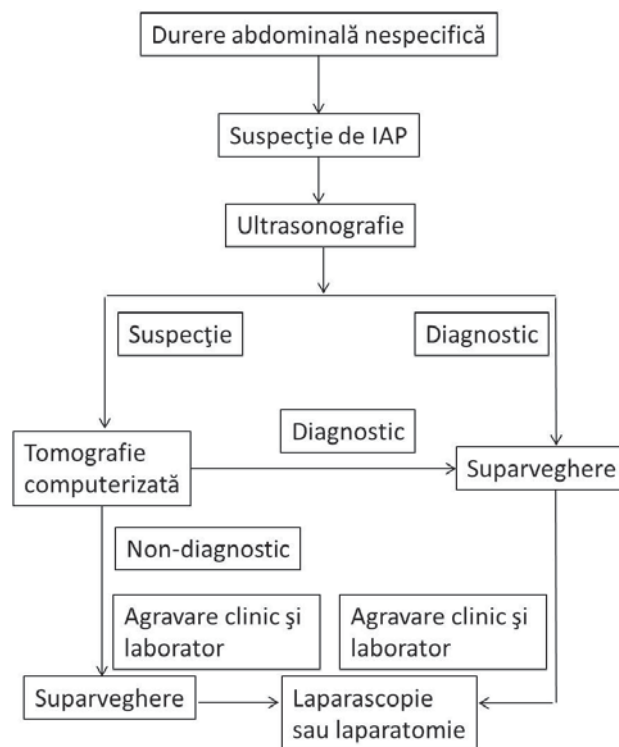


Fig. 3. Algoritm diagnostico-curativ recomandat pentru pacientul suspect de IAE [24].

Tratament

Tratamentul IAE este controversat, unii autori recomandând tratamentul nonoperator timp de circa

10 zile cu preparate antiinflamatorii [4, 18, 21]. Totuși, în circa 25-40% din cazuri durerea persistă până la înlăturarea AE, astfel fiind recomandat tratamentul chirurgical [1, 22]. Unii autori recomandă înlăturarea laparoscopică a IAE [23]. Actualmente este recomandat un algoritm de diagnostic și tratament pentru IAE (fig. 3) [24].

Concluzii. Inflamația apendicelui epiploic este un diagnostic chirurgical cu semne clinice care pot induce un diagnostic preoperator corect. Diagnosticul și tratamentul IAE reprezintă o dilemă pentru chirurghi din cauza semnelor nespecifice. Totuși, utilizarea de rutină a tomografiei computerizate în diagnosticul durerii abdominale favorizează diagnosticul acestei nozologii.

Bibliografie

- Sand M., Gelos M., Bechara F.G., Sand D., Wiese T.H., Steintraesser L., Mann B. *Epiplonic appendagitis-clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis*. BMC Surg., 2007; 1(7):11.
- Ross J.A. *Vascular loops in the appendices epiploicae; their anatomy and surgical significance, with a review of the surgical pathology of appendices epiploicae*. Br. J. Surg., 1950; 37(148):464-466.
- Dockerty M.B., Lynn T.E., Waugh J.M. *A clinico-pathologic study of the epiploic appendages*. Surg. Gynecol. Obstet., 1956; 103(4):423-433.
- Almeida A.T., Melão L., Viamonte B., Cunha R., Pereira J.M. *Epiplonic appendagitis: an entity frequently unknown to clinicians-diagnostic imaging, pitfalls, and look-alikes*. Am. J. Roentgenol., 2009; 193(5):1243-1251.
- Ghosh B.C., Shatzkes J., Webb H. *Primary epiploic appendagitis: diagnosis, management, and natural course of the disease*. Mil. Med., 2003; 168(4):346-347.
- Legome E.L., Belton A.L., Murray R.E., Rao P.M., Novelline R.A. *Epiplonic appendagitis: the emergency department presentation*. J. Emerg. Med., 2002; 22(1):9-13.
- Lien W.C., Lai T.I., Lin G.S., Wang H.P., Chen W.J., Cheng T.Y. *Epiplonic appendagitis mimicking acute cholecystitis*. Am. J. Emerg. Med., 2004; 22(6):507-508.
- Carmichael D.H., Organ C.H. Jr. *Epiplonic disorders. Conditions of the epiploic appendages*. Arch Surg., 1985; 120(10):1167-1172.
- de Brito P., Gomez M.A., Besson M., Scotto B., Hutten N., Alison D. *Frequency and epidemiology of primary epiploic appendagitis on CT in adults with abdominal pain*. J. Radiol., 2008; 89(2):235-243.
- Vinson D.R. *Epiplonic appendagitis: a new diagnosis for the emergency physician. Two case reports and a review*. J. Emerg. Med., 1999; 17(5):827-832.
- Brady S.C., Kliman M.R. *Torsion of the greater omentum or appendices epiploicae*. Can J Surg. 1979; 22(1):79-82.
- Shamblin J.R., Payne C.L., Soileau M.K. *Infarction of an epiploic appendix*. South. Med. J., 1986; 79(3):374-375.
- Sajjad Z., Sajjad N., Friedman M., Atlas S.A. *Primary epiploic appendagitis: an etiology of acute abdominal pain*. Conn. Med., 2000; 64(11):655-657.
- Fieber S.S., Forman J. *Appendices epiploicae: clinical and pathological considerations; report of three cases and statistical analysis on one hundred five cases*. AMA Arch. Surg., 1953; 66(3):329-338.
- Son H.J., Lee S.J., Lee J.H., Kim J.S., Kim Y.H., Rhee P.L., Kim J.J., Paik S.W., Rhee J.C., Choi K.W. *Clinical diagnosis of primary epiploic appendagitis: differentiation from acute diverticulitis*. J. Clin. Gastroenterol., 2002; 34(4):435-438.
- Akhmadeeva L.R., Setchenkova N.M., Magzhannov R.V., Abdrashitova E.V., Bulgakova A.Z. *Randomized blind placebo-controlled study of the effectiveness of transcutaneous adaptive electrostimulation in the treatment of nonspecific low back pain*. Zh Nevrol Psikhiatr Im S. S. Korsakova. 2010; 110(4):57-62.
- Boulanger B.R., Barnes S., Bernard A.C. *Epiplonic appendagitis: an emerging diagnosis for general surgeons*. Am. Surg., 2002; 68(11):1022-1025.
- Singh A.K., Gervais D.A., Hahn P.F., Sagar P., Mueller P.R., Novelline R.A. *Acute epiploic appendagitis and its mimics*. Radiographics., 2005; 25(6):1521-1534.
- Mollà E., Ripollés T., Martínez M.J., Morote V., Roselló-Sastre E. *Primary epiploic appendagitis: US and CT findings*. Eur. Radiol., 1998; 8(3):435-8.
- Rao P.M., Wittenberg J., Lawrason J.N. *Primary epiploic appendagitis: evolutionary changes in CT appearance*. Radiology., 1997; 204(3):713-717.
- Bonnefoy S., Corberand D., Sinayoko L., Harnois F., Menecier D., Thiolet C. *Epiplonic appendagitis: report of a case*. Gastroenterol Clin Biol., 2008; 32(12):1092-1094.
- Bundred N.J., Clason A., Eremin O. *Torsion of an appendix epiploica of the small bowel*. Br. J. Clin. Pract., 1986; 40(9):387.
- Vázquez-Frias J.A., Castañeda P., Valencia S., Cueto J. *Laparoscopic diagnosis and treatment of an acute epiploic appendagitis with torsion and necrosis causing an acute abdomen*. JSLS., 2000; 4(3):247-250.
- Ozdemir S., Gulpinar K., Leventoglu S., Uslu H.Y., Turkoz E., Ozcay N., Korkmaz A. *Torsion of the primary epiploic appendagitis: a case series and review of the literature*. Am. J. Surg., 2010; 199(4):453-458.

Rezumat

Inflamația apendicelui epiploic (IAE) este o cauză rară de durere abdominală la un pacient în general sănătos, prezentându-se cu semne minore de patologie abdominală. Etiologia IAE este inflamația ischemică a apendicelui epiploic (AE) indusă de torsiunea acestuia sau tromboza spontană a venei centrale, care drenează AE afectat. Acesta poate simula diverticulita sau apendicita acută la examenul clinic de rutină. Diagnosticul IAE este rar din cauza vigilenței chirurgicale reduse. Diagnosticul diferențial și metoda optimă de tratament al IAE reprezintă o dilemă pentru chirurgul-generalist din cauza semnelor și simptoamelor clinice nespecifice. Obiectivele acestui studiu sunt descrierea tabloului clinic al IAE și prezentarea revistei literaturii la acest subiect.

Summary

Eiploic appendagitis (EA) is a rare cause of focal abdominal pain in otherwise healthy patients with mild or absent secondary signs of abdominal pathology. The EA etiology is an ischemic infarction of an eiploic appendage caused by torsion or spontaneous thrombosis of the eiploic appendage central draining vein. It can mimic diverticulitis or appendicitis on clinical exam. The diagnosis of EA is very infrequent, due to low or absent awareness among general surgeons. Differential diagnosis and appropriate treatment of EA is a dilemma for general surgeons due to nonspecific signs and symptoms. The objective of this work was to review and describe the clinical presentation of EA.

Резюме

Воспаление «eiploic appendix» является редкой причиной боли в животе у практически здоровых пациентов с незначительными симптомами внутрибрюшной патологии. В основе этиологии воспаления «eiploic appendix» лежит ишемический инфаркт, вызванный его перекрутом, или спонтанный тромбоз центральной дренирующей вены. Оно может имитировать дивертикулит или аппендицит при клиническом обследовании. Диагноз EA выставляется очень редко, из-за низкой осведомленности общих хирургов. Дифференциальная диагностика и соответствующее лечение EA является дилеммой для специалистов хирургов из-за неспецифических признаков и симптомов. Цель этой работы заключалась в рассмотрении и описании клинических проявлений EA.

STENTUL METALIC AUTOEXPANDABIL – O NOUĂ METODĂ DE HEMOSTAZĂ A VARICELOR ESOFAGIENE HEMORAGICE

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

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

Gheorghe Bunic, medic-specialist în endoscopie,

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. Varicele esofagiene hemoragice reprezintă cea mai severă complicație a hipertensiunii portale. În ultimii 30 de ani rata de deces pe parcursul a 5 ani a pacienților spitalizați pentru varice esofa-

giene s-a redus de la 49% la 39% [1]. Conform datelor literaturii, varicele esofagiene hemoragice sunt asociate cu o letalitate de până la 50% în primele 6 săptămâni [2]. Astfel, hemostaza primară eficientă este esențială pentru supraviețuirea după episodul de hemoragie din varicele esofagiene.

Tratamentul standard constă în inițierea antibioticoterapiei, în tratament vasoactiv cât mai timpuriu, chiar până la inițierea tratamentului endoscopic. Hemostaza endoscopică este considerată standardul de aur de tratament al varicelor esofagiene hemoragice [3]. Această manipulație trebuie aplicată în primele 6 ore de la internarea pacientului cu asemenea diagnostic [4]. Rata de hemostază eficientă în cazul utilizării acestei metode este de circa 90% [3, 5]. În cazul ineficienței metodelor standard de hemostază, rata mortalității sporește până la 80%, existând un risc deosebit pentru bolnavii care au suportat una sau mai multe intervenții pentru varice esofagiene hemoragice în antecedente [6]. Opțiunile terapeutice pentru aceste persoane sunt limitate la tamponarea cu sonda tip Sengstaken-Blakemore sau utilizarea plasarea șuntului transjugular portosistemic intrahepatic (TIPS) [7]. Aceste metode, însă, posedă limite semnificative de utilizare și nu sunt adecvate pentru toți pacienții. Hemostaza cu sonda de tip Sengstaken-Blakemore reprezintă o metodă temporară și poate fi folosită doar timp de 24–48 de ore, din cauza riscului dezvoltării necrozei esofagiene [7]. Aplicarea TIPS induce riscul de agravare a encefalopatiei și de deteriorare a funcției hepatice, rata de supraviețuire a acestor bolnavi fiind de 50% pe parcursul unui an [8, 9]. Din aceste considerente, pacienții cu rezervă funcțională hepatică precară nu sunt considerați candidați pentru TIPS [7].

Stenturile metalice autoexpandabile (SMAE) sunt frecvent aplicate în tratamentul paliativ al pacienților cu neoplazii esofagiene [10]. Proprietățile compresive ale SMAE pot fi utilizate pentru hemostaza mecanică a varicelor esofagiene hemoragice. Pentru acest tip de tratament al flebectaziilor esofagiene hemoragice a elaborat un nou tip de SMAE Compania „ELLA-CS” (Republica Cehă, Hradec Kralove) – (figura 1).

Recent a fost descrisă o nouă indicație de utilizare a SMAE – tratamentul ulcerelor esofagiene hemoragice postligaturare [11]. Mai mult ca atât, stentul „SX-Ella Danis” poate fi aplicat în terapia leziunilor de esofag induse de sonda Sengstaken-Blakemore [12].