

Aprobat

Şef IMSP CS Edineţ

Oleg Guţan



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Edineţ

APENDICITA ACUTĂ LA COPIL

**Protocol clinic instituțional
(ediția I)**

PCI – 429

Edineţ 2024

INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE EDINEȚ

O R D I N

Nr. 89.

“ 30 ” 12 2024

*“Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.1240 din 29.12.23
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
“Apendicita acută la copil”, ediția I,
în cadrul IMSP CS Edineț”*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.966 din 04.12.2024 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național “Apendicita acută la copil”, ediția I**, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Edineț.

O R D O N :

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

Șef IMSP CS Edineț



Oleg Guțan
Oleg Guțan



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

29 decembrie 2023

Nr. 2240

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Apendicita acută la copil”

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

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Apendicita acută la copil”, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Apendicita acută la copil”.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Apendicita acută la copil”.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Apendicita acută la copil”, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza evaluarea:
 - 1) aplicării Protocolului clinic național „Apendicita acută la copil”, în cadrul evaluării și acreditării prestatorilor de servicii medicale;
 - 2) respectării cerințelor Protocolului clinic național „Apendicita acută la copil”, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
6. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul Mamei și Copilului, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Apendicita acută la copil”, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
7. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza implementarea Protocolului clinic național „Apendicita acută la copil”, în activitatea didactică a catedrelor respective.
8. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ.....	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	5
A.4. Obiectivele protocolului:	5
A.5. Elaborat: 2023	5
A.6. Revizuire: 2028.....	5
B. PARTEA GENERALĂ.....	7
Nivel de asistență medicală urgentă prespitalicească	7
C.1. ALGORITMI DE CONDUCERE.....	8
C. 1.1. Algoritmul general de diagnostic al pacientului cu apendicită acută	8
C 2.1.2. Particularitățile evoluției clinice și diagnosticul pozitiv în apendicita acută la copil.....	11
D. RESURSELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PCN..	18
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI ..	19
F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE	20

SUMARUL RECOMANDARILOR:

- Apendicita acută este inflamația apendicelui cecal de cauză microbiană.
- Apendicele este organ vestigial, care prelungește distal cecul, având forma tubulară, cu lungime de 2-20 cm și diametru de cca 6 mm. Baza apendicelui se situează constant la unirea celor 3 tenii a intestinului cec, dar vârful poate fi orientat în orice direcție, ca „**arătătorul pe cadranul ceasului**”. Poziția cecului și apendicelui influențează simptomatologia și tehnica operatorie.
- Structura peretelui este similară cu cea a colonului; particularitatea o reprezintă bogăția foliculilor limfoizi din submucoasă. Este organ imunologic, care secretă imunoglobuline, în special IgA.
- Artera apendiculară este ramură din artera ileo-colica și împreună cu vena omonima se găsesc în mezoapendice.
- Inervația apendicelui este efectuată prin ramuri din plexul mezenteric superior și parțial din plexul solar. Din această cauză la copii de vârstă mică, localizarea durerilor în apendicita acută sunt difuze (în regiunea epigastrică și mezogastrică) și nu au o localizare tipică.
- Apendicita acută la copil se poate manifesta foarte variat, putând mima multe entități patologice ale cavității abdominale. Diagnosticul diferențial al acesteia este complicat, mai ales la copii de vârstă mică.
- Acuratețea diagnosticului preoperator al apendicitei acute depinde în primul rând de corectitudinea examinării clinice (anamneza, datele examinării obiective și paraclinice: analiza generală de sânge, analiza generală de urină, alte analize). Statistica indică că în baza acestor date corectitudinea diagnosticului ajunge în jur de 85%.
- Ultrasonografia organelor abdominale, considerată drept „standardul de aur” în diagnosticul precoce al apendicitei acute, și tomografia computerizată au redus rata erorilor de diagnostic de peste 90%. Dar, necitând la prezenta tehnologiilor medicale contemporane, corectitudinea diagnosticului este limitată și, drept urmare, apendicectomia abuzivă (când apendicele excizat la pacienții cu simptome clinice ale apendicitei, la examinarea histopatologică este normal), rămâne o problemă discutabilă până în prezent.
- Nu există un tratament conservativ (medicamentos) al apendicitei acute, singura soluție fiind intervenția chirurgicală.
- Cu cât este pus mai rapid diagnosticul și pacientul este operat mai precoce de la debutul bolii, cu atât recuperarea postoperatorie este mai ușoară. Adresarea tardivă conduce la diverse complicații și decese. Drept problemă principală în dificultăți diagnostice rămân: adresarea și examinarea în primele ore de la debutul bolii, vârsta mică a copilului și poziția atipică topografică a apendicelui.
- Motivele diagnosticului întârziat al apendicitei acute la copil sunt:
 - motive social-economice
 - acces limitat la medicul chirurg-pediatru
 - adresare tardivă a părinților la medicul chirurg-pediatru

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AA	Apendicita acută
AMP	Asistența medicală primară
AMUP	Asistența medicală urgență prespitalicească
AMSA	Asistența medicală specializată de ambulator
AMS	Asistența medicală spitalicească
MS	Ministerul Sănătății al Republicii Moldovei
ECG	Electrocardiograma
i.m.	Intramuscular
i.v.	Intravenos
USG	Ultrasonografie
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
IMSP IMșiC	Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Mamei și Copilului
CNȘP	Centrul Național Științifico-Practic
LICC	Laboratorul Infecției Chirurgicale la Copii
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic Municipal pentru Copii „Valentin Ignatenco”

PREFAȚĂ

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

Guțan Oleg – Șef IMSP CS Edineț;

Negrea Lilia – Șef adjunct pe probleme clinice;

Cara Cristina – Farmacist diriginte;

Lupu Angela – Medic de familie, Șef secție;

Sorocan Ecaterina– Medic de familie;

Morari Angela – Medic pediatru;

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

Data elaborării protocolului: Decembrie (Aprobat prin Ordinul directorului 89 din 30.12.2024)
în baza:

- PCN-429 *“Apendicita acută la copil”, ediția I*, Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1240 din 29.12.2023 Cu privire la aprobarea protocolului clinic național *“Apendicita acută la copil”, ediția I*.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul: Apendicita acută la copil

Exemple de diagnostic clinic:

1. *Apendicita acută catarală*

2. *Apendicita acută gangrenoasă perforativă. Peritonită difuză*

A.2. Codul bolii (CIM 10):

Apendicita acută – (CIM-10 K.35.0)

Alte forme de apendicită – K 36.0

Apendicita acută fără precizare – K 37.0

A.3. Utilizatorii:

- Subdiviziunile Serviciului de AMUP

A.4. Obiectivele protocolului:

1. Optimizarea calității examinării clinice, paraclinice și a tratamentului copiilor cu abdomen acut.
2. Îmbunătățirea diagnosticului și acordării precoce a asistenței medicale necesare la etapa primară spitalicească copiilor cu suspecție la apendicită acută.
3. Ameliorarea calității tratamentului chirurgical al pacienților cu apendicită acută.
4. Reducerea ratei complicațiilor postoperatorii la pacienții cu apendicită acută.

A.5. Elaborat: 2023

A.6. Revizuire: 2028

A 7. Definițiile folosite în document

Apendicita acută - asociază toate formele de procese inflamatorii acute în peretele apendicelui cecal.

Apendicita acută perforativă. În aceste cazuri leziunile inflamatorii afectează toate straturile peretelui apendicular cu erozii localizate prin care infecția se poate răspândi la peretele abdominal sau la viscerele /abdominale.

Peritonita apendiculară nelimitată (locală, difuză, generalizată) - inflamația peritoneului în vecinătatea focarului inflamator primar (apendicele cecal), cu tendința de a se propaga în restul cavității abdominale, însă nu are limite morfologice clare.

Plastronul apendicular (peritonită localizată limitată) – un proces inflamator în peretele apendicelui izolat de restul cavității abdominale cu plici și formațiuni peritoneale fiziologice, anse intestinale cu aderențe fibrinoase, cu organe din vecinătate: vezica urinară, ficat, diafragm și în sfârșit cu marele epiplon.

Abcesul apendicular - o forma de peritonită localizată limitat. Este definită ca o colecție de lichid purulent, apărută în rezultatul procesului distructiv-necrotic al apendicelui vermiform. Abcesul poate apărea nemijlocit în timpul evoluției procesului inflamator în peretele apendicular sau abcesul se poate dezvolta ca urmare a evoluției necrotice și supurației plastronului apendicular.

Apendicita cronică, recidivanta. Aceasta noțiune, explică caracterul recurent de lungă durată al sindromului algic localizat în fosa iliacă dreaptă. Existența apendicitei cronice

este controversată, dar nu exclusă, deoarece frecvent este confirmată prin investigațiile imagistice (USG, CT sau RMN).

Copii: persoane cu vârsta egală sau mai mică de 18 ani.

Screening: Examinarea copiilor în scop de evidențiere a patologiei. Orice modificare a funcției intestinale și aspectul patologic imagistic trebuie să determine consultația chirurgului pediatru.

A.8. Epidemiologie.

După datele statistice a țărilor europene apendicita acută afectează anual 4-5 persoane la 1000 locuitori, ceea ce prezintă 400-500 cazuri la 100000 populație.

Apendicita acută este cea mai frecventă urgență chirurgicală abdominală, afectând cca 7% din populație (dar apendicectomia este și mai frecventă).

Este denumită ca „Boala tinereții” deoarece incidența maximă este la copii, adolescenți, adulții tineri. Explicația fiind că, perioada de dezvoltare maximă a țesutului limfoid este la această vârstă.

La adulți frecvența maximă este în decadele a 2 și 3 de viață.

Mai frecventă în țările occidentale decât în Asia și Africa; la persoanele cu dietă săracă în fibre; la bărbați: sex ratio 1,6-2/1, dar în același timp, apendicectomia este mai frecventă la femei.

La copii poate fi întâlnită la orice vârstă, inclusiv și nou-născuți. Frecvența maximă a apendicitei acute la copil este cuprinsă între vârsta de 7 și 14 ani de viață și mai rară la copii sub 5 ani.

La copiii până la 3 ani - constituie 6 – 8 %, până la un an – 0,3%. Dar la copii de vârstă mică incidența formelor destructive cu perforația apendicelui este frecventă.

Statistica pediatrică indică că apendicita acută cu complicație prin perforație are loc:

- la 82% de copii cu vârsta sub 5 ani
- la 100% de copii cu vârsta sub 1 an.

Rata generală de mortalitate prin apendicită la copii este de 0,1% și este datorată complicațiilor afecțiunii.

La momentul actual datorită metodelor imagistice contemporane acuratețea stabilirii diagnosticului de apendicită acută preoperator a crescut până la 87-91%.

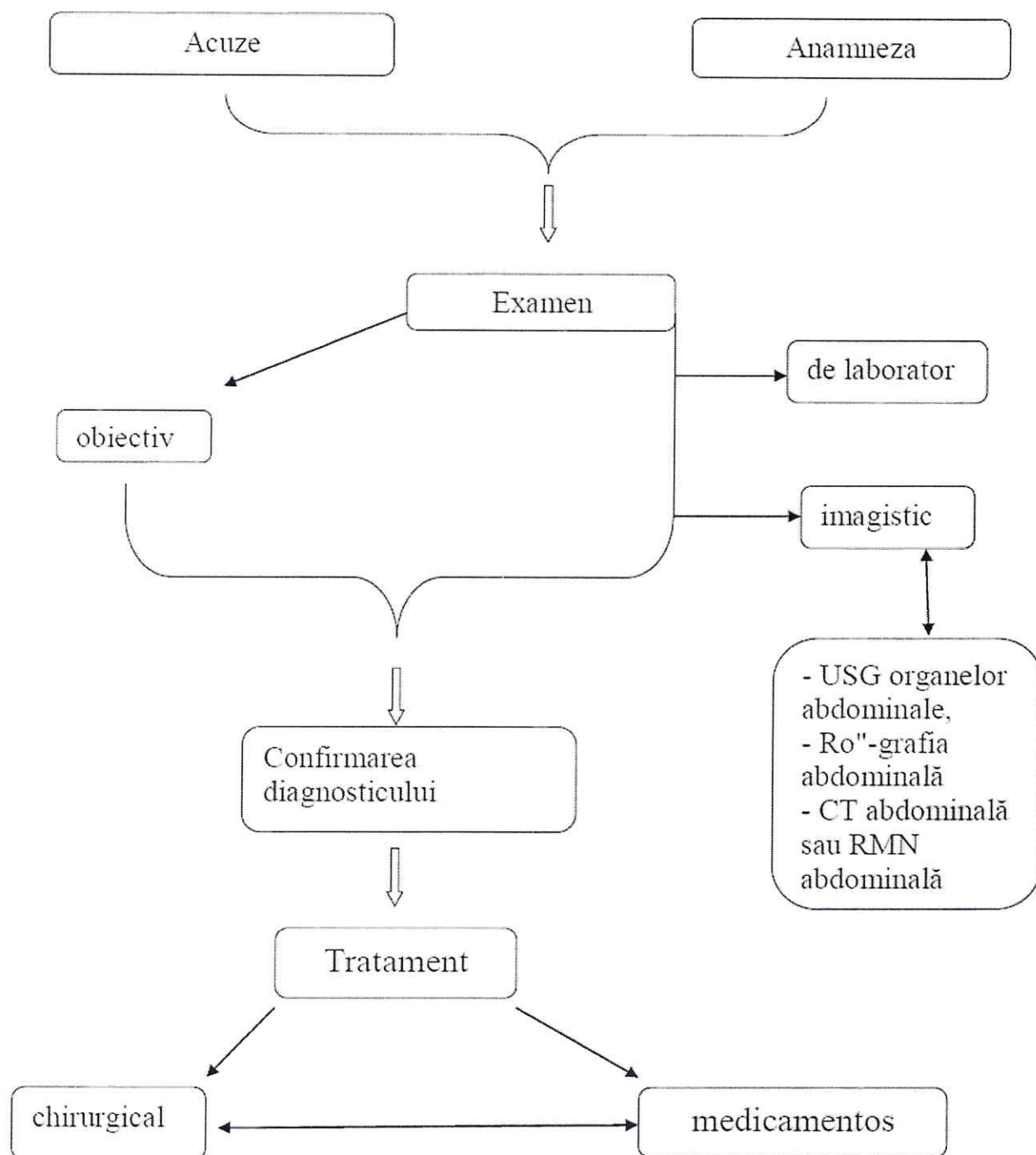
Dar problema pentru reducerea numărului apendicectomiilor inutile rămâne foarte actuală până în prezent.

B. PARTEA GENERALĂ

Nivel de asistență medicală urgentă prespitalicească		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
1. Diagnosticul preventiv al apendicitei acute la copil	Diagnosticarea precoce a abdomenului acut permite atât inițierea precoce a tratamentului, reducerea evoluției nefavorabile, a complicațiilor, cât și a ratei dizabilităților sau decesului	Obligativ/Standard: - Examenul clinic - Anamneza (caseta 2) - Examenul obiectiv (casete 3,4,5,) - Diagnosticul diferențial (casete 6, 7)
2. Transportarea	Toți copiii cu suspecție la apendicită acută necesită transportare către IMSP de nivel spitalicesc	Obligativ/Standard: - Evaluarea criteriilor de spitalizare (caseta 8) - Transportare către IMSP de nivel spitalicesc - Pulsoximetrie, măsurarea TA, temperaturii corporale, glucometrie Opțional: ECG

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C. 1.1. Algoritmul general de diagnostic al pacientului cu apendicită acută



C.2 DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Conduita pacientului cu AA

Caseta 1. Etapele obligatorii în conduita pacientului cu AA (clasa de recomandare I).

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

C.2.1.1. Examenul clinic

Caseta 2. Anamneza și acuzele copilului cu apendicită acută (clasa de recomandare I).

Anamneza va cauta să dea răspuns cu privire la timpul scurs de la debut până la examinare, ce investigații și ce tratament a fost prescris, mai ales la copii mici.

De obicei debutul bolii este acut, în plină sănătate, în unele cazuri debutează pe fond de alte maladii (infecții virale, infecții urinare etc.).

În antecedente pot fi constatate prezența crizelor de dureri abdominale, care treceau de sine stătător.

1. Durerea abdominală este cel mai comun și constant semn al apendicitei acute. Durerea reprezintă semnul major la debutul bolii (în 94-95% cazuri). În cazuri tipice debutul durerii este brusc sau insidios, localizat în epigastriu sau periombilical, cu creștere treptată în intensitate, după câteva ore, durerea se instalează în fosa iliacă dreaptă (semnul Koher), dar la unii pacienți este localizată la început la acest nivel.

De obicei, durerea odată apărută, poate fi minoră, poate să se intensifice, dar este permanentă, continuă („colica apendiculară”). În dinamică durerea crește în intensitate și ulterior cuprinde tot abdomenul.

Notă! În alte situații durerea apare în regiunea ombilicului sau cuprinde tot abdomenul.

Durerea atipică se observă la 40-45% din pacienți;

Anamneza poate scoate în evidență dureri în fosa iliacă dreaptă în trecut;

De menționat că, în unele cazuri, în momentul perforației durerea dispare (liniște mimată), cauzată de paralizia terminațiilor nervoase peritoneale!!!

2. Grețuri, apoi vărsături ce survin de la debutul bolii: inițial reflexe (alimentare), ulterior în stadiile avansate – bilioase.

3. Tulburări de tranzit: frecvent constipație; posibil diaree (forma pelvină, toxică și la copii mici).

Caseta 2. Simptomatologie

Simptomatologia clinică la copilul cu apendicită acută poate varia de la simptomatică ușoară, până la semne de peritonită generalizată.

La debut apare febra. De obicei până la 38° (subfebrilitate). Valorile mari încep în caz de complicații, în caz de perforație și peritonită. Frisonul este un semn caracteristic formei gangrenoase sau este un semn ce ne orientează atenția spre alte boli.

Principalele semene caracteristice apendicitei acute la copil sunt formulate în „**Triada Dieulafoy**”:

- durere (accentuată de palpare) în fosa iliacă dreaptă
- hiperestezie cutanată în triunghiul Iacobovici
- apărare musculară în fosa iliacă dreaptă

Caseta 3. Examenul obiectiv

I. Inspecția

Inspecția copilului la debut denotă un pacient agitat, ulterior (la apariția iritației peritoneale) liniștit, deoarece orice mișcare agravează durerea. Se determină limitarea mișcărilor respiratorii, tusei din motiv că agravează durerea.

Copilul își găsește o poziție antalgică, reprezentată de flexia coapselor spre bazin, care îi ușurează suferința.

În cazurile avansate (evolutiv peste 6 – 12 ore) apariția iritației peritoneale determină limitarea mișcărilor respiratorii ale peretelui abdominal anterior. Găsim un copil cu facies suferind, care evită mișcări, când se întinde flectează piciorul drept sau ambele picioare spre abdomen. Abdomenul este imobil.

II. Palparea (principala metoda de examinare)

La palparea superficială constatăm sensibilitate (durere) în fosa iliacă dreaptă, hiperestezie cutanată (durere doar la atingerea tegumentelor), contractură musculară sau apărare localizată sau generalizată.

La palparea profundă se constată:

- apărare musculară localizată în fosa iliacă dreaptă (86 – 87% cazuri); defansul muscular ulterior devine generalizat, iar în final contractură musculară
- intensificare a durerii din fosa iliacă dreaptă la o palpare mai profundă
- manevra Blumberg pozitivă: durerea se accentuează brutal la decompresie bruscă după o palpare profundă a peretelui abdominal (semn de iritație peritoneală).
- Semnul „clopoțelului Mendel” – percuția peretelui abdominal anterior provoacă sau intensifică durerea.

Semnul Blumberg și Mendel sunt semene de excitare peritoneală, pozitive în circa 85 – 90% cazuri și devin informative la copii numai după vârsta de 4 - 5 ani.

III. Percuția punctelor dureroase

- McBurney: linia spino-ombilicală, la 5 cm de spina (sau 1/3 externă cu 2/3 interne)
- Morris: aceeași linie, la 3-4 cm de ombilic

- Sonnenburg: linia bispinoasa cu marginea externă dreaptă a dreptului abdominal
- Lanz: linia bispinoasa, 1/3 dreapta cu 1/3 medie
- Triunghiul Iacobovici: delimitat de spina iliacă antero-superioară dreaptă și punctele Morris și Lanz

IV. Auscultația

Reducerea (până la dispariție) a zgomotelor intestinale în faza de ileus paralytic.

V. Tușeul rectal

Manipulație obligatoriu de efectuat în toate cazurile de suspexie la abdomen acut chirurgical!

La tușeu se determină durere pe marginea dreaptă a rectului („țipătul Douglasului”); colecție în fundul de sac Douglas cu proeminarea peretelui rectal anterior.

C 2.1.2. Particularitățile evoluției clinice și diagnosticul pozitiv în apendicita acută la copil

Caseta 4. Particularitățile evoluției clinice în dependență de poziția anatomică a apendicelui vermiform

Mai sus au fost descrise manifestările clinice tipice ale apendicitei acute, în cazul poziției cecale a apendicelui. Dar, manifestările clinice pot fi atipice în dependență de poziția anatomică a apendicelui vermiform:

Poziția retrocecală

- Durerea în regiunea lombară pe dreaptă cu iradiere spre anterior și inghinal. Intensitatea durerii abdominale subiective și la palpare este scăzută.
- Contractura musculară și iritarea peritoneală lipsesc chiar și la palparea profundă datorită poziției intestinului cec, care acoperă apendicele. În această poziție mușchiul psoas este iritat de către procesul inflamator, ce duce la apariția semnelor psoas și obturator (exacerbarea durerii la flexia și extensia șoldului sau rotația internă a acestuia, respectiv).
- Palparea bimanuală a fosei iliace drepte evidențiază dureri pronunțate și contractură musculară.
- Frecvent localizarea durerii în regiunea lombară și iradierea în regiunea organelor genitale se confundă cu colica renală. Pot fi prezente dureri micționale, leucociturie.
- Odată cu progresarea procesului distructiv în apendice se agravează starea generală: dureri violente, febră 39-40°C, semne de intoxicație generală. Dacă nu se intervine procesul progresează spre abces periapendicular, care implică spațiul retroperitoneal conducând la formarea flegmonului retroperitoneal.

Poziția apendicelui în bazinul mic

- Se manifesta cu durere suprapubiană, dizurie. De asemenea, sunt prezente diareea și tenesmele din cauza iritării intestinului rect.

- Semnul Blumberg poate lipsi, iar defansul muscular apare târziu, suprapubian, dar la tușeul rectal se determină sensibilitate rectală pe dreapta.
- În analiza generală de urină se determină hematurie și leucociturie.
- Dacă diagnosticul nu este precizat la debut, evoluția procesului duce la peritonită localizată (plastron, abces) în spațiul Douglas, care impun mari dificultăți de diagnostic și pot conduce la complicații grave.

Nota. În asemenea forme de apendicită atipică cu scop diagnostic este foarte informativ tușeul rectal repetat (fluctuența), RMN sau TC.

Poziția subhepatică a apendicelui

- În asemenea cazuri clinica evoluează cu manifestări asemănătoare colecistitei acute.
- La inspecție și palpare semnele de excitare peritoneale, defansul muscular difuz pe hemiabdomenul drept și în regiunea subhepatică. În cazuri rare poate apărea un subicter.
- Diagnosticul clinic se stabilește în baza anamnezei, examinărilor paraclinice (USG, CT) și laparoscopiei diagnostice.

Apendicită mezoceliacă

- Apendicele este direcționat median, apexul fiind situat la baza mezoului, conducând la un tablou clinic atipic.
- Durere periombilicală, bloc inflamator și tablou de „ocluzie febrila”, iar în caz de perforație apendiculară, se dezvoltă de la debut o peritonită generalizată sau se formează abcese interintestinale.

Apendicita în sacul herniar

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

Apendicita acută pe stânga

- Clinic se manifesta cu tablou clinic de abdomen acut.
- Important este anamnesticul („situs inversus”).
- Obligatoriu investigații imagistice (USG, RMN), pentru un acces operator adecvat.

C.2.1.3. Forme clinice particulare în dependență de vârstă/termen

Caseta 5. Particularități la sugar și copil de vârstă mică.

La sugar și copil de vârstă mică culegerea anamnezei este imposibilă; examenul obiectiv este dificil din cauza plânsului; adesea complică o altă boală infecțioasă și deseori este întâlnită forma toxică.

- **Apendicita acută la nou-născut (0-1 lună).**

Deși este rară la această vârstă, AA poate să apară, debutând de multe ori direct cu peritonită (infecția datorată perforației apendiculare) în majoritatea cazurilor. Tabloul clinic include vărsături, diaree și distensie abdominală. În cele mai multe cazuri febra apare doar după instalarea perforației apendiculare. La examinarea abdomenului nu se constată apărarea musculară specifică în fosa iliacă dreaptă, ci numai o senzație de tensiune.

- **Apendicita acută la sugar și copilul până la 3 ani.**

Debutul apendicitei acute la sugar și copil de vârstă fragedă este brutal, în plină sănătate, cu crize de neliniște și plâns permanent. Frecvent debutează pe fon de infecții virale.

De la debut:

- copilul este neliniștit capricios, refuză alimentarea
- febră până la 38 - 39°C
- vome multiple, repetate cu conținut gastric și bilă
- diaree cu mucozități și strii de sânge.
- cu cât copilul este mai mic, cu atât sunt mai evidente semnele de intoxicație generală.!!!

Examenul obiectiv (inspecție, palpăre, percuție) este foarte dificil și puțin informativ.

Nota! Examinarea copilului până la 3 ani se va efectua în condiții confortabile, folosind somnul medicamentos! Important în diagnostic:

A. *Principalul semn care poate fi depistat – apărarea pasivă a mușchilor peretelui abdominal anterior (la palpărea abdomenului copilul respinge mâna medicului)!!!.*

B. *Utilizarea metodelor imagistice contemporane (Rg, USG) sunt foarte utile în stabilirea diagnosticului de apendicită acută la nou-născut, sugar și copilul de vârstă mică și portă caracter obligator !*

C.2.1.4. Diagnosticul diferențial

Tabloul clinic al apendicitei acute la copil de vârstă mică este foarte variabil fiind denumit ca „boală -ameleon”, ceea ce conduce la prezenta multiplelor erori diagnostice. Actualmente grație metodelor imagistice contemporane acuratețea stabilirii diagnosticului preoperator de apendicită acută ajunge până la 85 – 90 %. Necătând la aceasta, rata apendicectomiilor inutile este înaltă și rămâne o problemă destul de actuală.

La sugari, copii de vârstă mică, diagnosticul diferențial trebuie efectuat practic cu toate afecțiunile pediatrie ale tractului digestive, infecții respiratorii, enteroviroze și pneumonii.

Diagnosticul diferențial al apendicitei acute la copii de vârstă mare și adolescenți depinde de mai mulți factori și patologii, care pot simula tabloul clinic de apendicită acută. Important este poziția topografică a apendicelui, stadiul evolutiv al procesului

inflamator (primele ore de la debut sau deja o apendicită depășită, vârsta și sexul pacientului. Afecțiunile principale întâlnite care mimează apendicita acută, cu care se confrunta medicii chirurghi sunt descrise mai jos.

Caseta 6 Diagnosticul diferențial al AA la nou-născut, sugar și copilul mic	
Invaginație intestinală	Dureri abdominale recurente care apar în crize repetate. Palpator fosa iliacă dreaptă goală (s.Danse), se palpează o formațiune tumorală dură, elastică în regiunea hipocondrului drept, mobilă. Ampula fără mase fecale, eliminări sanguinolente cu sânge și mucus. USG abdominal - caracteristic este semnul „țintă” și „pseudo-rinichi”
Div .Meckel	În caz de diverticulită acută a div.Meckel simptomatologia este identică cu apendicita acută. In anamnestic pot fi determinate scaune sanguinolente Datele imagistice (Rg, USG, RMN) sunt informative în caz de apariție a complicațiilor
Tumori abdominale	Se va efectua diagnosticul diferențial în caz de apendicită complicată cu plastron sau abces intraperitoneal. Palpator se determină o formațiune în regiunea hipogastrică, imobilă, dureroasă. Semne generale de intoxicație (leucocitoza, anemie) Diagnosticul se precizează prin USG și RMN abdominal
Pneumonie lobară bazala	Debutul pneumonie bazale bilaterale sau pe dreapta frecvent mimează tabloul clinic de abdomen acut, apendicită acută. Este important prezenta hipertermiei, semnele auscultative a respirației pulmonare, radiografia toracică si USG abdominal si pleural

Caseta 7. Diagnosticul diferențial la copil mare și adolescent al AA se va face cu:	
Pancreatita acută	Pancreatita acută diferă de apendicită prin dureri violente localizate în epigastriu sub formă de ”centură” și asociate cu vome repetate. Starea generală se agravează progresiv în lipsa tratamentului adecvat. Abdomenul este balonat, încordat cu rezistență musculară. În analiza de sânge și urină crește diastaza (alfa-amilaza), hiperleucocitoză cu deviere spre stânga. Din anamneză se constată: obezitate, frecvent debutul bolii după un abuz alimentar.
Colecistita acută	În antecedente colică biliară. Manifestările clinice (durerea, voma, constipațiile, febra) sunt asemănătoare, însă diferă după sediul durerii. La examenul obiectiv se depistează semnele: Orthner, Murphy, simptomul frenicus. Uneori se observă un icter / subicter.

	În unele cazuri, în special la obezi, cu colecistul inflammat și situat inferior, cu peritonită și rigiditate musculară, diferențierea clinică de apendicită cu abcedare locală este aproape imposibilă. În astfel de situații se impune efectuarea examinărilor imagistice neinvazive și, uneori, invazive.
Diverticulul Meckel inflammat	În majoritatea cazurilor este prezent un tablou clinic asemănător apendicitei acute. Diagnosticul preoperator este dificil și, din punct de vedere al conduitei clinice, neimportant. Complicațiile diverticulului Meckel necesită o abordare similară apendicitei acute – intervenție chirurgicală în regim de urgență. Diverticulectomia este posibil de efectuat din abord clasic McBurney cu o extindere în caz de necesitate.
Ulcerul gastroduodenal perforat	Debut în plină sănătate dureri abdominale violente pe tot abdomenul. Palpator „abdomen de lemn”, semene de iritare peritoneale pozitive pe tot parcursul. Radiografia panoramică a cavității abdominale indică aer liber sub cupolele diafragmatice. Dacă perforația se acoperă starea bolnavului se ameliorează, semnele clinice abdominale se localizează. În asemenea cazuri diagnosticul diferențial este foarte dificil și necesită utilizarea metodelor suplimentare (USG, CT abdominală, laparoscopia diagnostică).
Pneumonia bazală și pleurezia pe dreapta)	Pneumonia bazală poate evolua cu dureri abdominale și cu contractură musculară. Este prezentă febra înaltă, frisoane. Auscultativ atenuarea respirației. Se diferențiază prin radiografia pulmonară.
Gastroduodenita acută	Durerea diferă prin localizare periombilicală și este colicativă. Sunt prezente vome repetate cu conținut bilios, scaune diareice. La examinare și palpare în fosa iliacă dreaptă lipsește defansul muscular. Datele de laborator sunt în limitele normale.
Ileita terminală(boala Crohn regională)	Foarte frecvent simulează apendicita. Tabloul clinic cu febră, durere și defans muscular în fosa iliacă dreaptă. Diaree și vome repetate. Diagnosticul se face prin investigații suplimentare paraclinice și imagistice. Este indicată laparoscopia diagnostic. Dacă se recurge la laparotomie și dacă cecul și apendicele sunt nemodificate, este indicată apendicectomia (pentru control histologic).
Omentita si epiploidita acută	Durerea se localizează în proiecția periombilicală cu durată de câteva zile, fiind însoțită de febră, dureri abdominale moderate. În prezența localizării procesului în fosa iliacă dreaptă, manifestările clinice locale sunt neconcludente: semnele de excitare peritoneale sunt slab pronunțate. Greața și voma sunt rare. Patologia necesită diferențiere minuțioasă, deoarece tactica de tratament a patologiilor sunt diferite.

Afecțiunile ginecologice acute (chistul de ovar torsionat sau cu perforație, sarcina extrauterină cu hemoragie)	Clinic decurg cu sindrom de abdomen acut chirurgical dificil de diferențiat prin examinarea clinică și paraclinică. Este o stare urgentă care necesită investigații suplimentare (USG, CT, RMN) pentru un diagnostic precoce și tratament chirurgical de urgență. Investigațiile efectuate sunt de decizie pentru tactica chirurgicală și abordul efectuat. Cu scop de diagnostic și tratament pe larg se utilizează laparoscopia.
Apoplexia ovariană, adnexită acută pe dreapta Pelvioperitonita (peritonita pelvină)	Clinic se manifestă cu sindrom algic abdominal, în caz de hemoperitoneum sunt prezente semne de excitare peritoneale de intensitate moderată, frecvent se suspecta apendicita acută. În caz de examinare clinică dificilă sunt necesare investigații imagistice și laparoscopia, deoarece poziția pelviană a apendicelui constituie circa 12- 15% cazuri. Trebuie menționat faptul, că cele mai frecvente cauze ale durerii abdominale la efectuarea apendicectomiei inutile sunt de origine ginecologică.
Patologiile urologice (pielonefrita pe dreapta, hidronefroza, urolitiază, infecția căilor urinare).	Sunt prezente unele semne, care suspectă diagnosticul de apendicită: intensitatea mare a durerii, intensificarea durerilor după un efort sau mișcare bruscă, cu iradiere spre organele genitale. Durerile sunt însoțite de vomă repetată și dizurie, micro- sau - macrohematurie, lipsa febrei și defansului muscular. Patologiile urologice se exclud prin examinare clinică, analiza urinei, ecografie și radiografie. Tratamentul antispastic contribuie la diferențierea de apendicita acută. Totuși sunt multe cazuri de efectuare apendicectomiei inutile.
Mezadenita nespecifică	Prezența enterovirozei, parazitozelor se întâlnește frecvent. Deși durerea și contractura musculară sunt de intensitate minimă și este posibilă suspiciunea apendicitei. Prezența peritonitelor primitive întotdeauna necesită un grad înalt de suspiciune apendicită acută, deoarece poate fi mascată poziția pelviană a apendicelui.
Afecțiunile genitale masculine (epididimită acută și torsiunea testiculară).	Durerile abdominale cu localizare epigastrică sau periombilicală poate masca semnele locale, care pot fi scăpate sau descoperite întâmplător în timpul examinării obiective ale pacientului.
Purpura Henoch-Schönlein	Multe afecțiuni sistemice decurg cu sindrom algic abdominal și pot mima clinica apendicitei acute producând „falsul abdomen acut”. În asemenea patologii efectuarea intervenției chirurgicale, apendicectomia, nu numai sunt inutile, dar și conduc la agravarea stării pacientului, chiar și la decese.

C.2.1.5. Criteriile de spitalizare și tratamentul apendicitei acute la copil

Caseta 8. Criteriile de spitalizare a pacienților cu AA (clasa de recomandare I).

- Toți copii cu clinică certă de AA se spitalizează în regim de urgență în secția chirurgicală, unde sunt asigurate condițiile necesare pentru asistență medicală de urgență adecvată.
- Toți copiii cu orice suspecție la AA se spitalizează în regim de urgență în secția chirurgicală.
- Copiii mici (până la 3ani) cu sindrom algic abdominal se spitalizează în secția chirurgicală, unde sunt toate condițiile necesare pentru investigații și monitorizarea chirurgului de gardă.
- Toți copiii care se adresează pe urgență cu sindrom algic abdominal recurent se spitalizează în secția chirurgicală, unde sunt toate condițiile necesare pentru investigații și monitorizarea chirurgului de gardă.

D. RESURSELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PCN

<i>Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP</i>	Personal: • medic de familie • medic pediatru • asistenta medicului de familie
	Aparate, utilaj: Laborator clinic pentru aprecierea hemoleucogramei și sumarul urinei.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI

Obiective	Indicatorii	Metoda de calcul a indicatorilor	
		Numărător	Numitorul
Diagnosticarea precoce a copiilor cu apendicită acută	1. Proporția copiilor cu dureri abdominale care au fost diagnosticați cu apendicită acută de către medicul de familie.	Numărul copiilor diagnosticați cu apendicită acută și referiți la spital.	Numărul copiilor cărora li s-a efectuat apediciectomia.
	2. Proporția copiilor cu dureri abdominale consultați de medicul chirurg.	Numărul copiilor diagnosticați cu apendicită acută.	Numărul copiilor operați cu apendicită acută.
Transportarea de către AMU a pacienților cu dureri abdominale la SPU în cadrul IMSP SCMC „V. Ignatenco”, IMSP IMȘIC	Ponderea solicitărilor către AMU a copiilor cu dureri abdominale.	Numărul copiilor cu dureri abdominale transportați de SPU.	Numărul copiilor diagnosticați cu apendicită acută la SPU.
Utilizarea investigațiilor paraclinice în diagnosticarea precoce a apendicitei acute	Ponderea copiilor cu dureri abdominale supuși investigațiilor paraclinice la SPU	Numărul copiilor diagnosticați cu apendicită acută	Numărul copiilor spitalizați cu apendicită acută
Diminuarea complicațiilor apendicitei acute	1. Proporția copiilor spitalizați, cu suspecție la apendicită acută.	Numărul copiilor la care sa stabilit apendicita acută.	Numărul copiilor operați
	2. Proporția copiilor diagnosticați cu apendicită acută și operați.	Numărul copiilor externați operați cu apendicită.	Numărul copiilor suspecți la complicații
	3. Proporția copiilor suspecți cu complicații post operatorii	Numărul copiilor diagnosticați cu complicații	Numărul copiilor operați cu complicații

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

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

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația chirurg	IMSP SR Edineț	Cab.210, Cab.214

Procedura de pregătire diagnostico-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației, consultației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.
3. În cazul necesității internării de urgență a pacientului i se acordă asistență medicală urgentă în incinta instituției medicale, se solicită SAMU și pacientul se transferă IMSP SR Edineț cu bilet de trimitere (dorma027e) completat de medicul de familie.

Ordinea instuirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcerea, pentru evidența ulterioară.

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

Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru PCN - Apendicita acută la copil

Fișa standardizată de audit		
Domeniul prompt		Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Numele, prenumele, telefon de contact
3.	Perioada de audit	DD.LL.AAAA
4.	Nº FM a bolnavului	
5.	Mediul de reședință al pacientului	1 – urban; 2 - rural
6.	Data de naștere a pacientului	DD.LL.AAAA sau 9 –nu-i cunoscută
7.	Sexul pacientului	1 – masculin; 2 - feminin, 9 – nu este specificat
8.	Numele medicului curant	
9.	Patologia	
INTERNAREA		
10.	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutor medical primar	AMP=1, AMU=2, secția consultativă=3, spital=4, instituția medicală privată=6, alte instituții =7, necunoscută = 9
11.	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscută = 9
12.	Data internării în spital	DD.LL.AAAA sau 9 –necunoscută
13.	Ora internării la spital	HH:MM sau 9 –necunoscută
14.	Secția de internare	DMU – 1; secția de profil pediatri – 1; secția de profil chirurgical – 2; secția reanimare -3
15.	Timpul până la transfer în secția specializată	≤ 30 minut – 0; 30minute - 1 oră - 1; ≥1 oră - 2; nu se cunoaște - 9
16.	Data și ora internării în reanimare, TI	DD.LL.AAAA, ora (00:00); nu a fost necesar=5; 9 –necunoscută
17.	Durata aflării în reanimare, TI (zile)	număr de ore/zile nu a fost necesar = 5; necunoscută = 9
18.	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscută = 9
19.	Transfer în alte spitale	Nu=0; da=1(denumirea instituției); nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
20.	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
21.	Tratament administrat la DMU <i>În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul</i>	Administrat: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște

	(medicamentul, doza, ora administrării)	
DIAGNOSTICUL		
22.	Data debutului simptomelor	DD.LL.AAAA; 0- până la 6 luni; 1- mai mult de 6 luni sau 9 –necunoscută
23.	Ro" cavității abdominale	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
24.	Ecografia organelor cavității abdominale	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
25	CT organelor abdominale cu contrast	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
	CT organelor abdominale fără contrast	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
26.	Ro" toracale	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI		
27	Internat în mod urgent	nu=0; da=1; necunoscut=9
28	Starea pacientului la internare	Satisfăcătoare=2; grav-medie=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6
29	Complicații înregistrate la internare	nu=0; da=1; necunoscut=9
30	Maladii concomitente	nu=0; da=1; necunoscut=9
TRATAMENTUL		
31	Tratamentul medicamentos suficient	0 – nu; 1- da
32	Tratamentul chirurgical a fost efectuat	0 – nu; 1- da
33	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM
34	Timpul efectuării intervenției chirurgicale De la debutul maladiei	OO:MM
35	Timpul efectuării intervenției chirurgicale De la debutul internării	OO:MM
EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA		
36	Data externării sau transferului în alt spital Data decesului	DD.LL.AAAA DD.LL.AAAA
37	Complicații înregistrate pe parcursul tratamentului	nu=0; da=1; necunoscut=9
38	Implementarea criteriilor de externare	nu=0; da=1; necunoscut=9
39	Prescrierea recomandărilor la externare	nu=0; da=1; necunoscut=9

40	Decesul în spital	0 – nu; 1- cauzat de complicații ale peritonitei; 2 – alte cauze; 9 – nu se cunosc
----	-------------------	--

Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări

Clasa de dovezi

Clasa A	Dovezi cu valoare înaltă	Dovada a fost inițial obținută prin studii randomizate controlate, metaanaliza acestor studii sau studii epidemiologice metodologic argumentate.
Clasa B	Dovezi cu valoare moderată	Dovada a fost obținută din studii prospective de valoare mai joasă, studii retrospective de caz-control și studii mari de tip observațional, de cohortă sau de prevalență, și era bazată pe informație clar fiabilă.
Clasa C	Dovezi cu valoare joasă	Dovada a fost obținută din studii mai mici de tip observațional, studii bazate pe informație retrospectivă sau mai puțin sigură, opinii autoritare exprimate în recenzii sau din opinii ale experților membrilor grupului de lucru.
Nici una	Dovezi insuficiente	Puține dovezi sau dovezi irelevante pentru soluționarea problemei, sau dovezile revizuite au fost extrem de contradictorii

GHIDUL

pentru pacient/părinții copilului cu apendicită acută

Acest ghid este destinat pacientului cu apendicită acută/ părinților care doresc să cunoască mai multă informație despre apendicita acută.

Ghidul are drept scop să contribuie la înțelegerea mai bine a opțiunilor de îngrijire și de tratament a apendicitei acute la copil.

Ghidul include informație despre asistența medicală și tratamentul copiilor cu apendicită acută, nu oferă prezentarea în detalii a maladiei, analizele și tratamentul complex.

Stabilirea cât mai precoce a diagnozei de apendicită acută, depinde de termenii de adresare a pacientului pentru asistență medicală, calificarea personalului medical antrenat în acordarea asistenței medicale, vârsta pacientului, prezența patologiilor concomitente, efectuarea diferențierii diagnosticului de alte patologii, care au în evoluția lor simptome clinice caracteristice și apendicitei acute.

Stabilirea precoce a diagnozei de apendicită acută depinde nu numai de timpul de adresare pentru asistența medicală și vârsta copilului, dar un rol deosebit îl are localizarea anatomică a apendicelui.

Erori de diagnostic sunt înregistrate în cazurile de situare atipică a apendicelui – forma retrocecală, pelviană, subhepatic și alte localizări rar întâlnite (fosa iliacă stângă, epigastrii).

Apendicita acută debutează prin obstrucția lumenului apendicelui provocată de alimente, aderențe, hiperplazia țesutului limfoid. În ciuda obstrucției secreția mucoasei continuă ducând la creșterea presiunii intraluminare și compromiterii aportului vascular permițând invazia florei intestinale. Procesul inflamator sporește și mai mult presiunea intraluminală, care provoacă infarctul țesuturilor, perforația peretelui apendicelui, cu scurgerea conținutului în cavitatea abdominală.

Principalul simptom al apendicitei acute este durerea abdominală, care inițial este epigastrică sau pariombelicală și are un caracter difuz mai apoi la majoritatea copiilor cu vârsta de 7-18 ani, se localizează în fosa iliacă dreaptă. Pe lângă durerile abdominale apare anorexia, vome, t° corpului ridicată $37,2 - 37,8^{\circ}$.

La copii de vârstă fragedă până la 5 ani, durerile abdominale sunt violente, difuze pe tot abdomenul, vome repetate, febră $38-39^{\circ}$, foarte rapid se deteriorează starea de sănătate din cauza simptomului de intoxicație și deshidratare.

Examenul fizic depinde de durata de la debut, vârsta copilului și include utilizarea tuturor manevrelor specifice care ajută la stabilirea cât mai precoce a diagnosticului.

Pentru stabilirea diagnosticului de apendicită acută este necesară colectarea corectă a anamnezei, utilizarea manevrelor specifice în examenul fizic, examenele complementare – hemoleucograma, sumarul urinei, nu în ultimul rând examenul imagistic, mai rar folosirea examenului T.C. abdominal, monitorizarea clinică pe parcurs la 4-6 ore, în cazuri foarte dificile laparoscopia.

Tratamentul apendicitei acute este chirurgical prin apendicectomie, care se consideră una din operațiile cele mai simple, dar și mai dificile, în cazurile de localizare anatomică atipică.

În perioada postoperatorie este necesară administrarea terapiei antibacteriene, de preferat antibioticul la care este sensibil germenul care a provocat procesul inflamator, analgezice, hemostatice la necesitate.

Este bine de cunoscut că, pacienții cu dureri abdominale se clasifică în următoarele **4 grupe**:

1. Pacienți care au semne clasice de apendicită acută. Tratamentul acestora este simplu – apendicectomia.
2. Pacienții cu semne și simptome, care ridică suspiciunea de apendicită acută, fără a fi diagnosticat. Această grupă poate beneficia de investigații imagistice (ecografie, fie TC) pentru clarificarea diagnosticului, supraveghere timp de 4-6 ore, cu repetarea hemoleucogramei, monitorizarea t°, în cazul evidențierii simptomelor caracteristice apendicitei este indicată - apendicectomia.
3. Pacienții cu dureri abdominale la care apendicita este considerată o posibilitate minimă de diagnostic. Acești pacienți sunt supravegheați timp mai îndelungat cu episoade de reexaminare de către medicul chirurg. Ei pot fi lăsați la domiciliu cu recomandări de revenire la spital, dacă durerile abdominale se intensifică, în felul acesta medicul stabilește o continuitate clară a îngrijirilor pacientului.
4. Pacienții cu risc crescut, care prezintă dureri abdominale (copii până la 5 ani), care necesită o mare suspiciune clinică cu efectuarea precoce a investigațiilor, consultul medicului chirurg pentru a evita morbiditatea și mortalitatea consecutivă apendicitei nediagnosticate.

Fiecare pacient (reprezentantul legal) trebuie să cunoască că succesul tratamentului chirurgical depinde în mare măsură de adresarea precoce pentru asistență medicală, neadmiterea tratamentului cu antibiotice și alte remedii medicamentoase la domiciliu până a fi consultat de medic. Adresarea precoce la medicul chirurg este garantul însănătoșirii, prevenirii complicațiilor severe, care pun în pericol viața.

Recomandări părinților/reprezentantului legal/persoanelor de îngrijire a copilului:

1. Primul ajutor la apariția durerilor abdominale este adresarea cât mai precoce la medicul de familie ori solicitarea serviciului de asistență medicală urgentă (AMU).
2. Fiecare copil cu dureri abdominale, vărsături, febră necesită consultul medicului chirurg.
3. Nu vă opuneți consultului specialistului medic chirurg, spitalizării.
4. Nu vă ocupați cu tratamentul de sine stătător al durerii abdominale.
5. Adresarea tardivă la medic, intervenția chirurgicală tardivă în condiții de răspândire a procesului inflamator (peritonită, abcese abdominale, sepsis) pun în pericol viața copilului, îl fac invalid.
6. Tratamentul complicațiilor apendicitei acute este foarte dificil, cere eforturi enorme fizice și psihologice din partea pacientului, medicului și părinților.
7. Complicațiile severe a apendicitei acute, imunitatea compromisă a copilului pot duce la sfârșitul fatal – la deces!