

- **Apendicita acută. Clasificare, tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul.**



Apendicita acută

este o afecțiune chirurgicală caracterizată prin inflamația apendicelui vermiform, și reprezintă una dintre cele mai frecvente cauze ale patologiei abdominale acute.

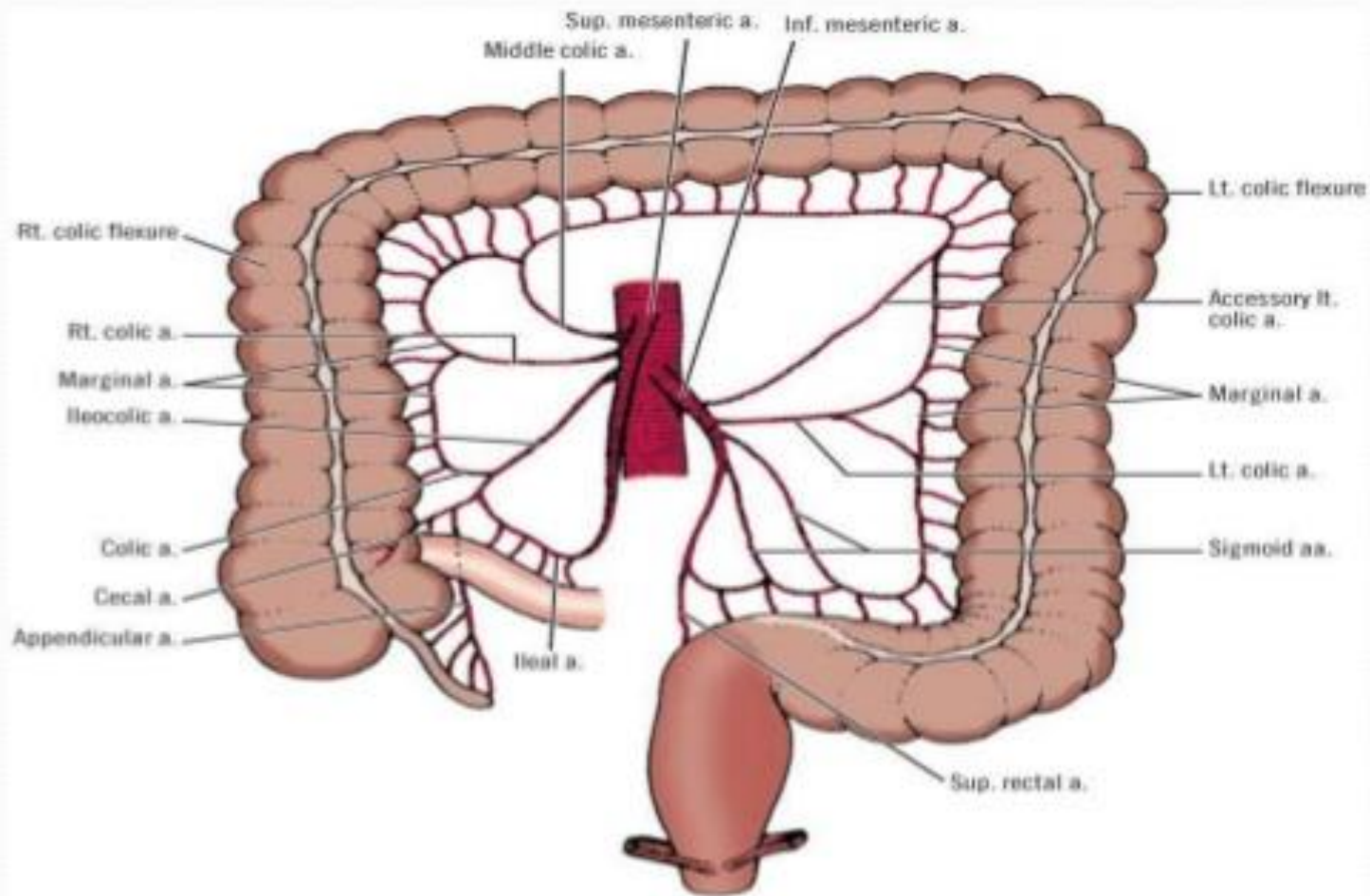


NOTIUNI DE ANATOMIE

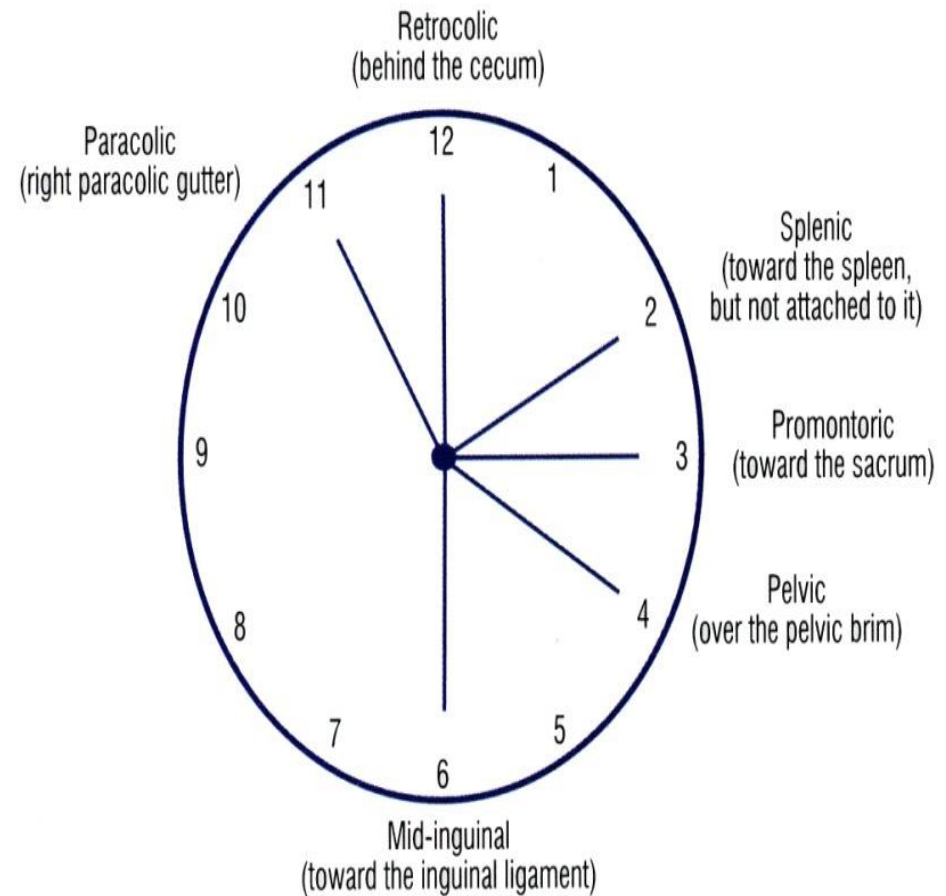
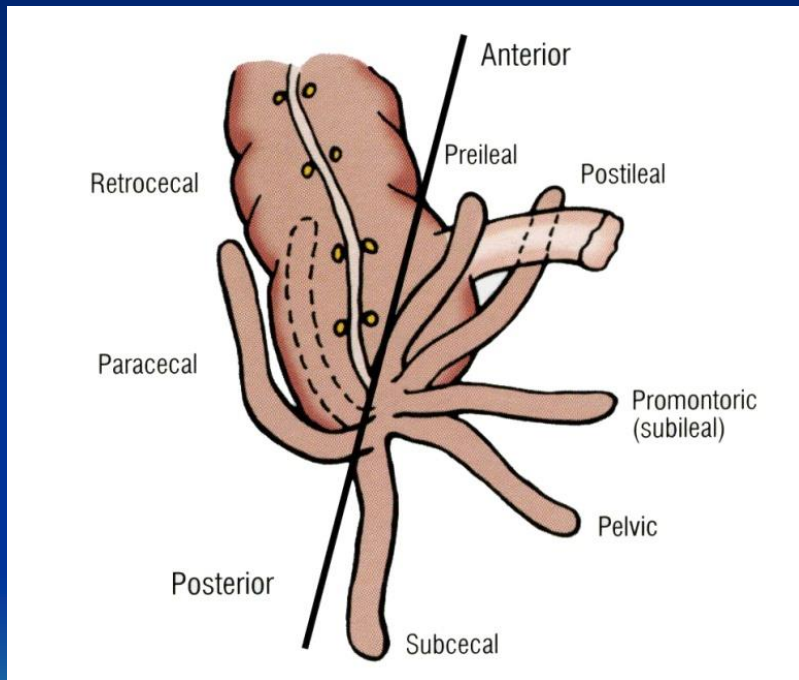
- Organ vestigial, aspect tubular
 - Perete cu structura similara cu a colonului
 - Tesut limfoid bine reprezentat in submucoasa (amigdala abdominala)
 - Presupus rol in maturarea limfocitelor si producerea de Ig
- Localizare: fosa iliaca dreapta, loja cecala
- Origine: la 2-3 cm sub valvula ileocecala, la unirea celor 3 tenii
 - Comunicare cu cecul: ostium apendicular (valvula Gerlach)
 - Lungime: medie 8-9 cm(3-3 3cm)➤



Appendicular Artery- Lower Division of Ileo-colic artery



Poziția apendicelui vermicular în raport cu cecul



Anomalii de dezvoltare a apendicelui

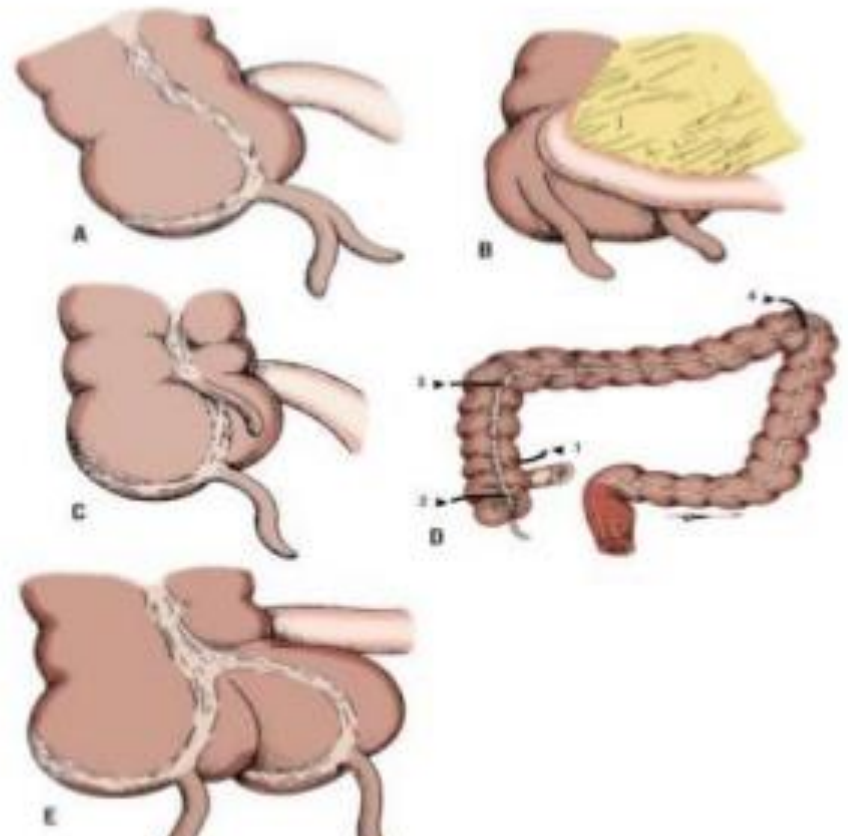
Absența apendicelui (Morgagni, 1719;
Hunter, 1762)

Absența apendicelui și cecului (Collins,
1963)

appendice ectopic (în fosa ileacă stîngă



- Duplication (Cave & Wallbridge Classification)
 - ▣ Double bared
 - ▣ 'Bird Type' paired
 - ▣ Taenia coli type



Anomalii de dezvoltare a apendicelui

Smith și colab., 1974 menționează 40 de cazuri de apendicită situată în stînga și 97 de cazuri de apendicită și status inversus.

Collins, 1963 pe un lot de 71.000 pacienți, depistează 40 de cazuri de apendice situat în stînga ,17 cazuri de status inversus., 11 cu dextrocardie; 4 cazuri de absență a anexei, 2 cazuri de dublu apendice.

Arda și colab., 1992: au găsit 100 de cazuri de duplicare în literatură.

Tinckler și colab., 1968: apendice triplicată (1 caz).

Mesko și colab., 1989: un caz de apendice sub formă de potcoavă - lumen continuu cu două deschideri separate în cecum.



The longest appendix measured
26cm, Safranco August (Croatia)
Zagreb, Croatia, on 26 August 2006.



istoric

Menționat pentru prima dată în desene anatomice în 1492 de Leonardo da Vinci, apendicele vermiform a fost descris ca structură anatomică în 1521 de Jacopo Berengari da Carpi, profesor de anatomie umană la Bologna.

Primul raport al unei apendectomii a venit de la Amyan, un chirurg al armatei engleze. Amyan efectuează prima intervenție asupra unui apendic perforat de un ac și situat într-o hernie strangulată cu fistulă.



istoric

Deși cunoscute din cele mai vechi timpuri, inflamațiile acute supurative în fosa iliacă dreaptă purtau denumirea de „peritiflită” și erau atribuite inflamației cecului.

Doar în 1886 Reginald Fitz, bazându-se pe date morfopatologice, propune termenul de „apendicită” și recomandă înlăturarea apendicelui ca tratament curativ al acestei maladii.

Prima apendicectomie în epoca chirurgiei contemporane a fost efectuată în 1884 de către Krönlein după recomandarea lui Miculitz

În 1889 chirurgul american din York, Mc Burney (1845-1913) comunică simptomele, punctul dureros din apendicită și descrie incizia oblică pentru apendicectomie.



Frecvență

Apendicita acută este denumită boala tinereții, deoarece survine cu precădere **între 10-40 ani**, perioadă de maximă dezvoltare a aparatului limfatic și a bolilor infecțioase. Poate fi prezentă și la bătrâni sau adulți, dar are o frecvență foarte **redușă la nou-născuți și sugari**. Este cea mai frecventă urgență abdominală (**1/50-60 din locuitori prezintă în timpul vieții apendicită acută**). Nu are predispoziție rasială. **Apendicectomia constituie 1-2% din toate operațiile chirurgicale**

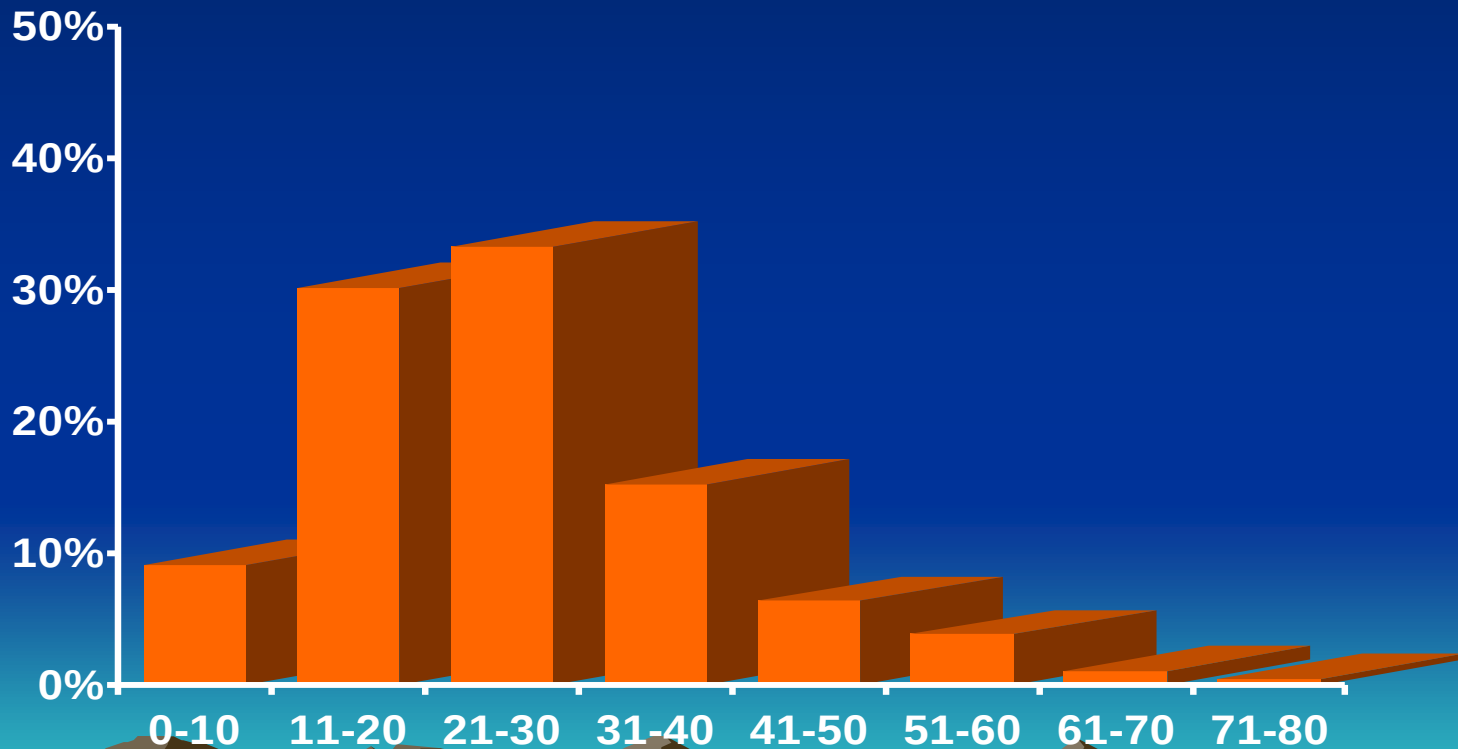


Frecvență

La momentul actual, riscul apendicitei acute pe durata vieții pentru bărbați este estimat la 8,6% și ceva mai redus pentru femei – 6,7%. Cu toate acestea, riscul de a suporta apendicectomie este mult mai scăzut pentru bărbați decât pentru femei (12% versus 23%) și persistă cel mai des între 10 și 30 de ani.



Incidența maximă a apendicitei acute este între 10-30 de ani
Se întâlnește rar la vârsta de pînă la 1 an
Riscul perforației este mai mare la vârsta 1-4 ani



teoria infecțioasă a lui Aschoff

De la nivelul foliculilor limfatici, infecția se propagă în toate straturile și în formele complicate depășește peretele apendicelui. În apendicite pot fi identificați anumiți germeni, de obicei cei prezenți în colon, uneori asociați. *Escherichia Coli* este prezentă aproape constant, asociată uneori cu streptococ, stafilococ sau anaerobi (*Clostridium perfringens* și *Bacillus funduliformis*).



Factorul mecanic

. AA apare în urmă obstrucției parțiale sau totale a lumenului apendicelui cu fecaliți, ce este întâlnit în aproximativ 30% din cazuri de apendicită acută la adulți. Alte cauze ale obstrucției lumenului apendicular includ hiperplazia foliculilor limfoizi din submucoasă, helminții (*Enterobius vermicularis*, *Taenia* sau *Ascaride*), bridele, tumorile (carcinoid apendicular sau tumoare a cecului). Toate acestea duc la formarea unei cavități închise, și ca urmare, dezvoltarea hipertensiunii endoapendiculare și a edemului parietal;



Factorul chimic

Dezvoltarea AA se datorează pătrunderii conținutului intestinului subțire în lumenul apendicular și alterarea mucoasei apendicelui ca rezultat a antiperistaltismului;

□ Factorul neurogen. Tulburările neuroreflexe corticale pot produce modificări neurotrofice în apendice ce rezultă în proces inflamator.



Factorii vasculari

de tip ischemic ca și cudură mezoului sau tromboza arterei apendiculare, favorizează dezvoltarea infecției.



Fiziopatologie

Obstrucția segmentară a lumenului apendicelui determină acumularea de mucus în interior. Concomitent crește proporțional presiunea intraluminală. Germenii virulenți proliferază și transformă mucusul în puroi. Acumularea secrețiilor și creșterea presiunilor în apendicele inextensibil jenează drenajul limfatic și venos cu apariția edemului; ulterior afectează și circulația arterială cu instalarea ischemiei parietale, urmată de gangrena parculară și perforație



Factorii de risc determinanți pentru AA

- ☐ Vârsta pacienților 10-30 ani;
- ☐ Corpi străini (fecaliți apendicari, sâmburii de fructe);
- ☐ Dieta cu micșorarea consumului fibrelor vegetale și apei;
- ☐ Istoricul familial;
- ☐ Dereglări de pasaj intestinal;
- ☐ Infecții secundare;
- ☐ Tuberculoza;
- ☐ Tumori apendiculare / intestinale sau tumori abdominale, ce comprimă lumenul apendicelui;
- ☐ Helmintoza;
- ☐ Dereglări de microcirculație în apendicele vermiform.



Clasificatia lui V.I. Kolesov:

- I. Apendicită acută simplă (apendicita superficială);
- II. Apendicită acută distructivă (flegmonoasă, gangrenoasă, perforativă):
- III. Apendicită acută complicată:
 - A. Cu plastron apendicular.
 - B. Cu un abces apendicular.
 - C. Cu peritonită locală sau difuză.
 - D. Cu alte complicații (pileflebită, sepsis etc.).



Apendicită acută simplă



Apendicită acută simplă



APENDICITĂ ACUTĂ FLEGMONOASĂ, EMPIEM APENDICULAR



Apendicită acută gangrenoasă

Thrombosis of Appendicular artery(as it is an end artery) -
Gangrenous appendicitis



Etapele obligatorii în conduita pacientului cu AA

- 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



Primul semn al apendicitei acute

este durerea abdominală spontană cu localizare periombilicală sau în hipogastru, rareori severă sau colicativă (cu crampe intermitente, supraadăugate). După o perioadă variabilă între 1-12 ore (mai frecvent 4-6 ore) durerea se localizează în fosa iliacă dreaptă (în caz de poziție anatomică normală a apendicelui). Se schimbă caracterul durerii, ea devine constantă și progresivă. Această schimbare a localizării și caracterului durerii este cunoscută sub denumirea semnului Kocher și este observată la aproximativ 60% din pacienți. În celelalte cazuri apendicita se începe cu durerea în zona localizării apendicelui.



De obicei, apariția durerii **este precedată de anorexie, iar vărsăturile reflexe apar în 75% din cazuri. Constipația ce precede** durerea se observă la majoritatea pacienților, dar în caz de localizare atipică a apendicelui (retrocecală, pelvină sau mezoceliacă la copii) se poate întâlni diaree. Succesiunea apariției simptomelor **(anorexia, urmată de durerea abdominală și vărsătură)** este importantă în diagnosticul diferențial.



Examenul obiectiv

Semnele generale în apendicita necomplicată sunt: **temperatura 37,5-38°C**, pulsul normal sau ușor accelerat. Pacienții cu apendicită preferă poziția antalgică în supinație, cu coapsa dreaptă în ușoară flexie, iar mobilizarea și tusea accentuează durerea. Participarea abdomenului la mișcările respiratorii este diminuată. **Limba este saburală, ușor uscată.**



Palparea

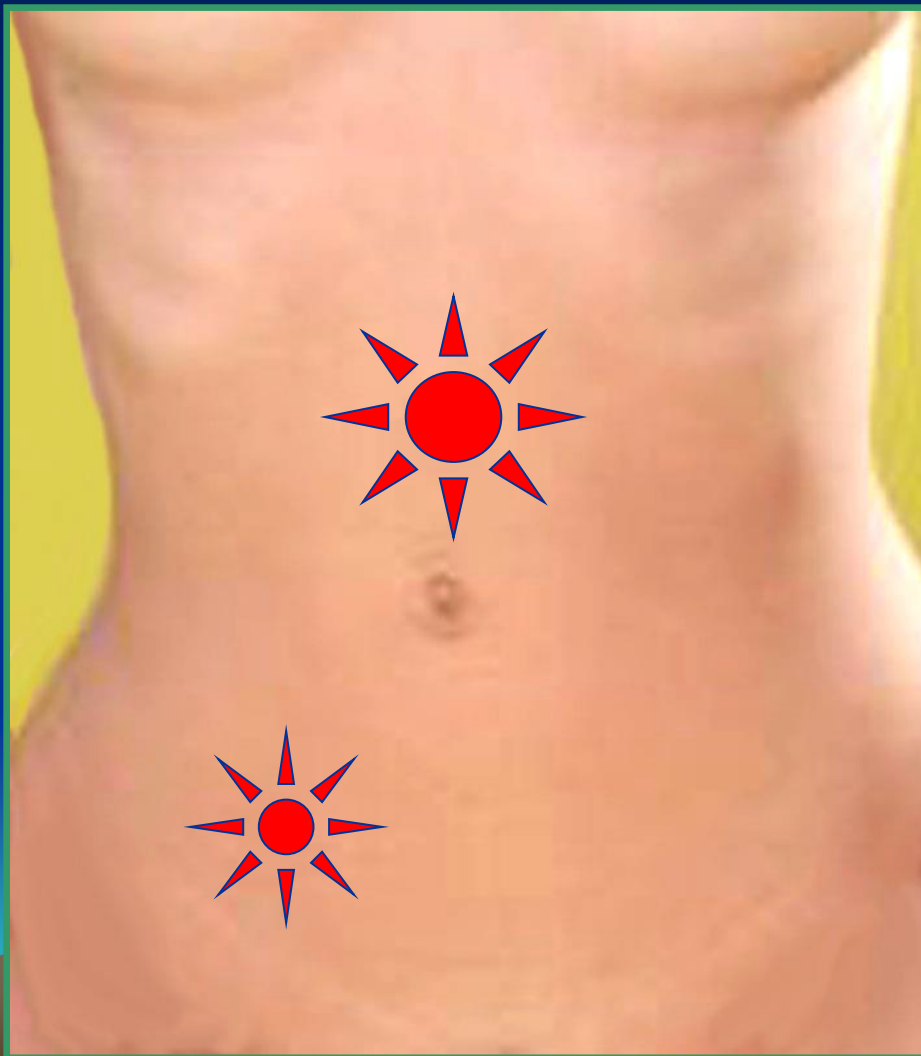
evidențiază în cazul poziției anatomice tipice a apendicelui următoarele semne fizice: - durere în fosa iliacă dreaptă (inclusiv punctele dureroase Mc Burney, Kummel, Lanz); - apărare/contractură musculară aceeași zonă; - semnul de decompresiune bruscă abdominală (Blumberg) pozitiv; - hiperestezia cutanată în ariile nervilor spinali T10, T11 și T12 este semnificativă în formele incipiente ale bolii, când durerea la palpare și apărarea musculară sunt incerte;



Incidența simptomelor în apendicita acută

Rovsing'	60%
Psoas	25-30%
Blumberg	80%
Razdolsky	60%
Bartomeau	65%
Voskresensky	60%
Sitkovsky	50%

Simptomul Kocher



Simptomul Kocher

durerile la început apar în regiunea epigastrică, apoi peste câteva ore se localizează în fosa iliacă dreaptă



Triada Dieulafoy

1. durere în fosa iliacă dreaptă;
2. hiperestezie cutanată;
3. apărare musculară în fosa iliacă dreaptă



Simptomul Rowzing

– impulsivitatea bruscă în zona iliacă stângă va produce durere în regiunea contralaterală, ce se explică prin deplasarea retrogradă a conținutului colonului, extinderea cecului și iritarea apendicelui



Simptomul psoas (Coupe 1)



Simptomul m. obturator (Coupe 2)



Simptomul Sitcovschi

la situarea bolnavului pe partea stângă apar dureri în fosa iliacă dreaptă din cauza deplasării cecului și apendicelui cu extinderea mezoapendicelui inflammat;

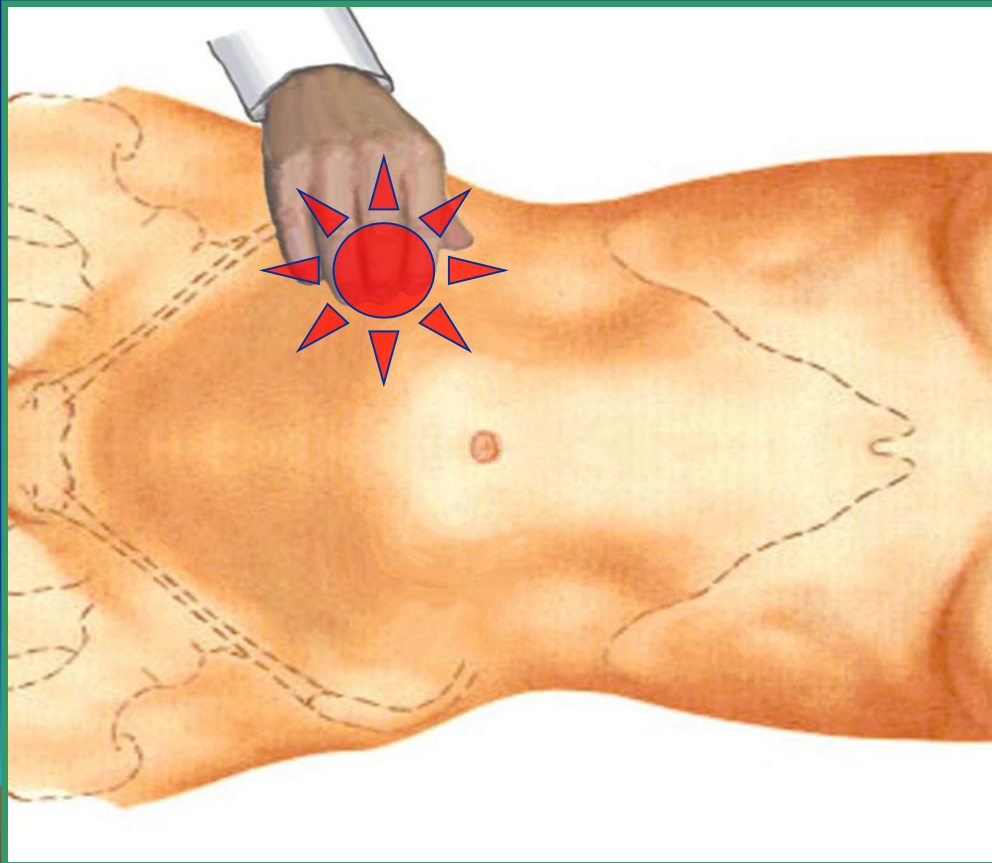


Simptomul Bartomier-Michelson



palparea apendicelui în poziția bolnavului în decubit lateral stâng provoacă dureri violente, cauza fiind apropierea apendicelui inflammat de peretele abdominal, relaxarea mușchilor peretelui în asemenea poziție și deplasarea organelor mobile (intestinul subțire și omentul) spre partea stângă;

Simptomul Bartomier-Michelson



Simptomul Voscresenschi



Simptomul Ombrazțov



Manevra Krîmov – apariția durerii în fosa iliacă dreaptă la introducerea indicelui în canalul inghinal (la bărbați)

Simptomul Dunphy sau simptomul „tusei” – tusea accentuează durerea din fosa iliacă dreaptă, însoțită de reflexul de imobilizare a abdomenului;

Simptomul Mandel-Razdolski –percuția peretelui abdominal anterior în regiunea iliacă dreaptă provoacă durere, ca urmare a iritației peritoneului inflammat;



Apendicita pelvina:

Pozitia apendicelui in micul bazin (mai frecventa la femeie)

Clinic:- durerea în regiunea suprapubiană, joasa , se asociaza cu greata, temperatura de 38 °C si hiperleucocitoza. Semnele pelvine: tulburari urinare: disurie, uneori retentia acuta de urina. Tuseele pelvine isi arata aici marea valoare inclusiv tuseul rectal- apare durere laterorectal dreapta. Diagnosticul diferential este greu de facut la femeie cu o salpingita acuta – in acest caz febra este in general mai mare, semnele examenului sunt bilateral Acest tablou necesita tratament medical insa in caz de dubiu se recurge la explorare (de preferinta laparoscopica).



Apendicita retrocecala

Durerile sunt posterioare, uneori lombare, bolnavul se prezinta cu flexia antalgica a coapsei (extensia coapsei genereaza o crestere a durerilor). Aceste forme, in particular- semne discrete, pot sa corespunda unor leziuni importante. Cand evolutia se face catre abces retrocecal poate difuza mai mult sau mai putin catre parieto-colica dreapta sau regiunea subhepatica. Aceste forme pot pune probleme de diagnostic diferential cu o infectie urinara sau o colica nefretica. La cea mai mica indoiala trebuie sa se puna indicatia operatorie



Apendicita mezoceliaca:

Apendicele este pozitionat central in abdomen.
Durerea este situată periombilical. Aceasta forma se caracterizeaza prin modul sau evolutiv:
aglutinarea anselor intestinale in jurul focarului
infectios apendicular poate antrena o ocluzie febrila.



Apendicita subhepatica

Tabloul apendicetei subhepatice simuleaza o colecistita acuta dar echografia arata colecist si cai biliare normale, fara calculi, si care ridica suspiciunea de diagnostic si se pune indicatia operatorie.



Apendicita la gravide.

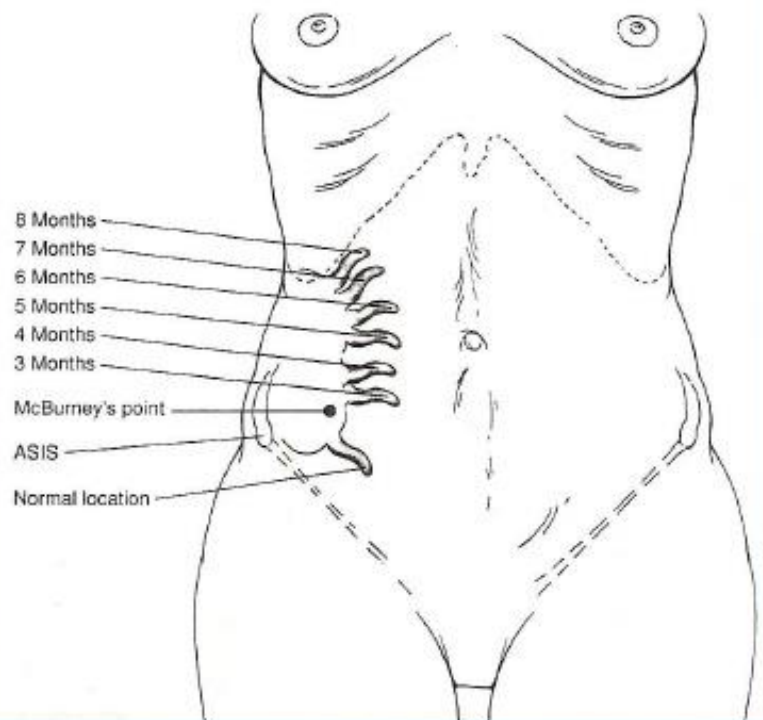
Apendicita acută este cea mai frecventă patologie extragenitală, care impune intervenția chirurgicală de urgență în timpul sarcinii. Incidența este de 1/2000 de sarcini. Mai frecvent apare în timpul primelor două trimestre. Toxicozele care complică sarcina, se manifestă prin grețuri, vărsături și durere abdominală de tip visceral, dar în caz de apendicită durerea abdominală este somatică și apărarea musculară este prezentă, deși intensitatea ei este redusă din cauza relaxării parietale abdominale. Leucocitoza în caz de sarcină poate fi normală sau crescută până la 15000-20000/mm³ cu o predominanță a polimorfonuclearelor.



Poziția apendicelui în funcție de termenul sarcinii uterine

Appendicitis during Pregnancy

- Dx is difficult due to displacement of the appendix



Apendicita la bătrâni

Se întâlnește mai rar, deoarece la vârsta înaintată are loc o regresie și atrofie a foliculilor limfatici. Reactivitatea scăzută face debutul fazei somatice mai estompat, **durerea** spontană și la palpare în regiunea iliacă dreaptă este de **intensitate redusă**, **contractura musculară** în perioada avansată a bolii **poate lipsi**, doar simptomul Blumberg fiind prezent. În 49% din cazuri la pacienții peste 70 ani apendicele este perforat și complicat cu peritonită localizată sau generalizată



Apendicita acută la copii:

Atât timp cât copilul se alăptează, apendicita este foarte rară, dar gravă . Anamneza este interpretată doar după relatările subiective ale mamei, iar apărarea musculară voluntară a copilului face aproape imposibilă examinarea obiectivă prin palpate. Totuși, această examinare, efectuată de un chirurg cu experiență în chirurgia pediatrică, facilitează diagnosticul corect. Folosirea analgeziei superficiale, care suprimă apărarea musculară voluntară, permite chirurgului perceperea contracturii musculare involuntare și uneori palparea unei mase inflamatorii în fosa iliacă dreaptă. Copiii după vârsta de doi ani suferă mai frecvent de apendicită. Debutul brusc al durerii somatice abdominale survine mai frecvent după o afecțiune infecto-contagioasă. Simptomele (febră, tahicardie, vărsături abundente) apar după instalarea durerii viscerale și somatice. Evidențierea durerii somatice și decelarea simptomelor de iritație peritoneală sunt îngreunate de apărarea musculară voluntară a copilului. Este foarte important ca pediatrul chirurg să câștige încrederea copilului pentru examinarea obiectivă prin palpate. Este utilă recomandarea lui H. Bailey de palpate cu mână copilului .Deoarece copiii mai mari, nu relatează durerea din cauza fricii, în timpul examinării abdomenului prin palpate, se va urmări mimica acestuia. Dacă examenul tot nu se poate efectua, se indică analgezia superficială.

Apendicita acută la copii:

Progresia rapidă a inflamației distructive și perforației apendicelui, precum și incapacitatea epiploonului insuficient dezvoltat de a localiza și limita leziunea, cresc rata complicației cu peritonita difuză



EXAMINĂRILE PARACLINICE

Leucocitoza în jur de 10 000/mm³ cu/sau fără polinucleoză (80-90%) și VSH-ul mărit sunt caracteristice. Creșterea leucocitelor la 12 000 în prezența tabloului clinic de apendicită acută este sugestivă pentru diagnostic. Perforația se însoțește de leucocitoze până la 20 000/mm³. Însă în 20-30% din apendicitele acute, numărul de leucocite este în limite normale sau doar ușor crescut.. Analiza urinei este folosită pentru diferențierea de patologia tractului urinar, dar în apendicita pelvină și retrocecală sedimentul urinar poate conține hematii și leucocite.



Radiografia abdominală simplă

are importanță semnificativă pentru diagnosticul diferențial ocazional, în caz de apendicită tardivă și flegmon retroperitoneal conturul mușchiului iliopsoas drept lipsește sau este umbrit; pneumoperitoneul impune diferențierea de ulcerul perforat, dar acesta apare rar în caz de apendicită acută perforată (0-7%); imaginile hidro-aerice determinate de ileusul paralic apar în caz de peritonită. Radiografia toracică este indicată pentru diferențierea de un proces pneumonic localizat la nivelul lobului pulmonar inferior.



Ecografia cu presiune gradată

evidențiază: apendicele sănătos sau inflammat (structură tubulară nedeformabilă, multistratificată, $\varnothing > 6$ mm), masă tumorală sau exsudat pericecal. Pe de altă parte, această explorare permite diferențierea de litiaza biliară și renală și/sau evidențierea patologiei ginecologice



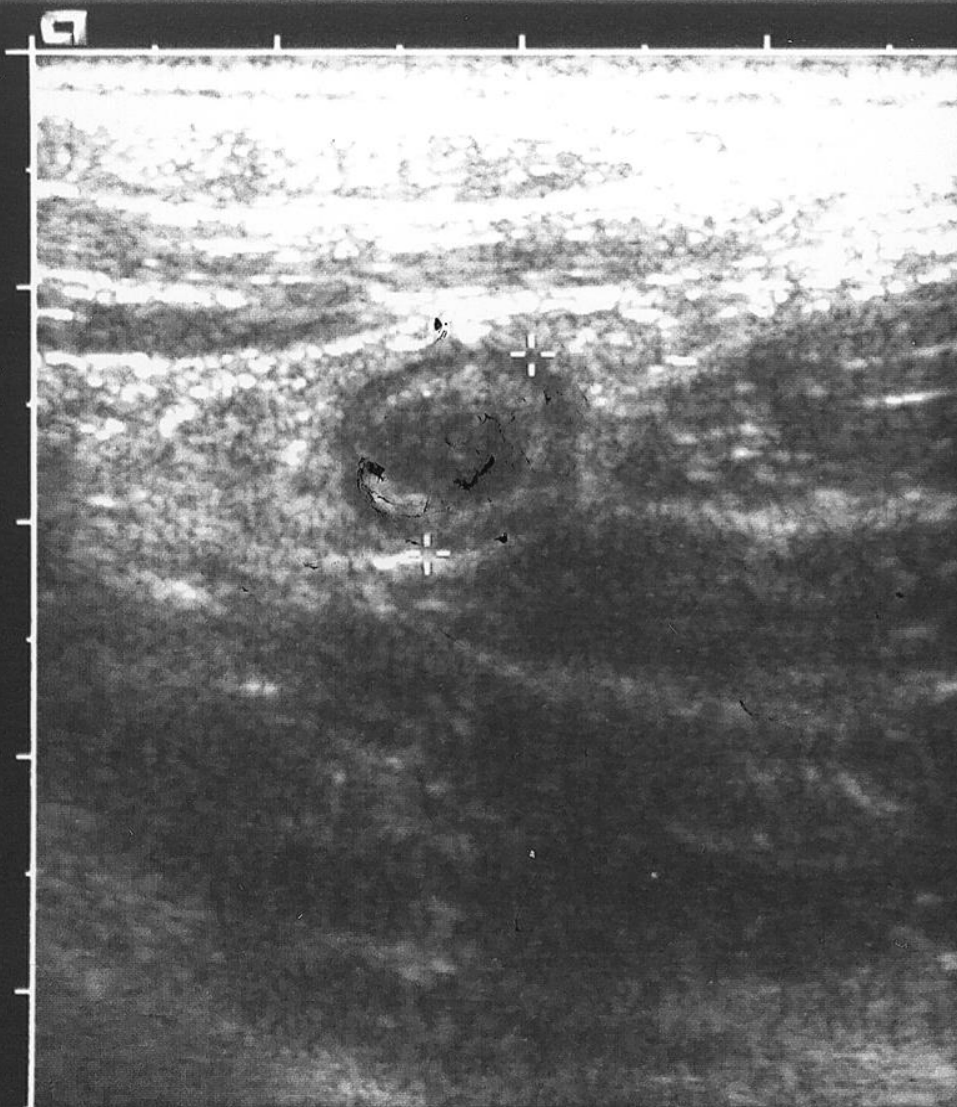
15 Apr 03

10:40:05 am

8L5
8.0MHz
ABD

45mm

85dB T1/+1/2/4
Gain= 10dB $\Delta=2$



Dist = 0.95cm

Delete Set

Lock Set

Laparoscopia

este folosită ca metodă de diagnostic și eventual de tratament în caz de suspiciune de apendicită acută și pentru diferențierea apendicitei de patologia acută ginecologică (sindromul de fosă iliacă dreaptă – PID Pelvic Inflammatory Disease). ECG (electrocardiograma) pentru aprecierea funcției cardiace pre- și postoperator.



DIAGNOSTICUL DIFERENTIAL AL APENDICITEI ACUTE

1. Afectiuni urinare
2. Afectiuni ginecologice. Echografia pelvina pune in evident " Chist ovarian " Salpingita " Sarcina extrauterina
3. Sigmoidita
4. Cancer de cec - mai ales la batrani
5. Diverticul Meckel
6. Ileite terminale
7. Adenita mezenterica
8. Mucocel apendicular



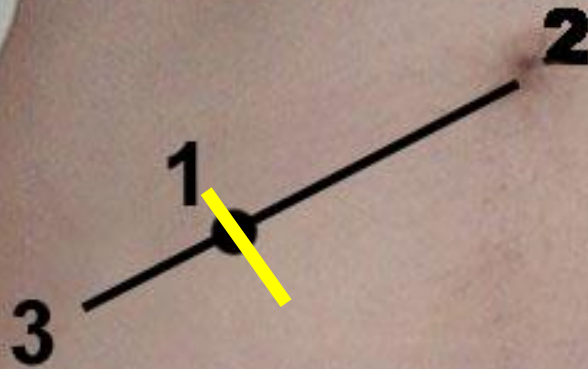
Etapele apendectomiei

- alegerea inciziei
- lapatotomie
- evaluarea leziunii;
- daca apendicele nu are semne de inflamatie se vor verifica cecul, ileonul terminal, anexa dreapta
- ligatura mezoului apendicular
- ligatura apendicelui la baza si sectionarea lui
- infundarea bontului apendicular in bursa cecala
- drenajul (daca e cazul)
- Laparorafia



Punctul și incizia Mak - Burney

Punctul Mc.Burney-pe linia spino-ombilicală, la unirea treimii externe cu cele două treimi interne



Incizie Şprengel



Incizie Lenander

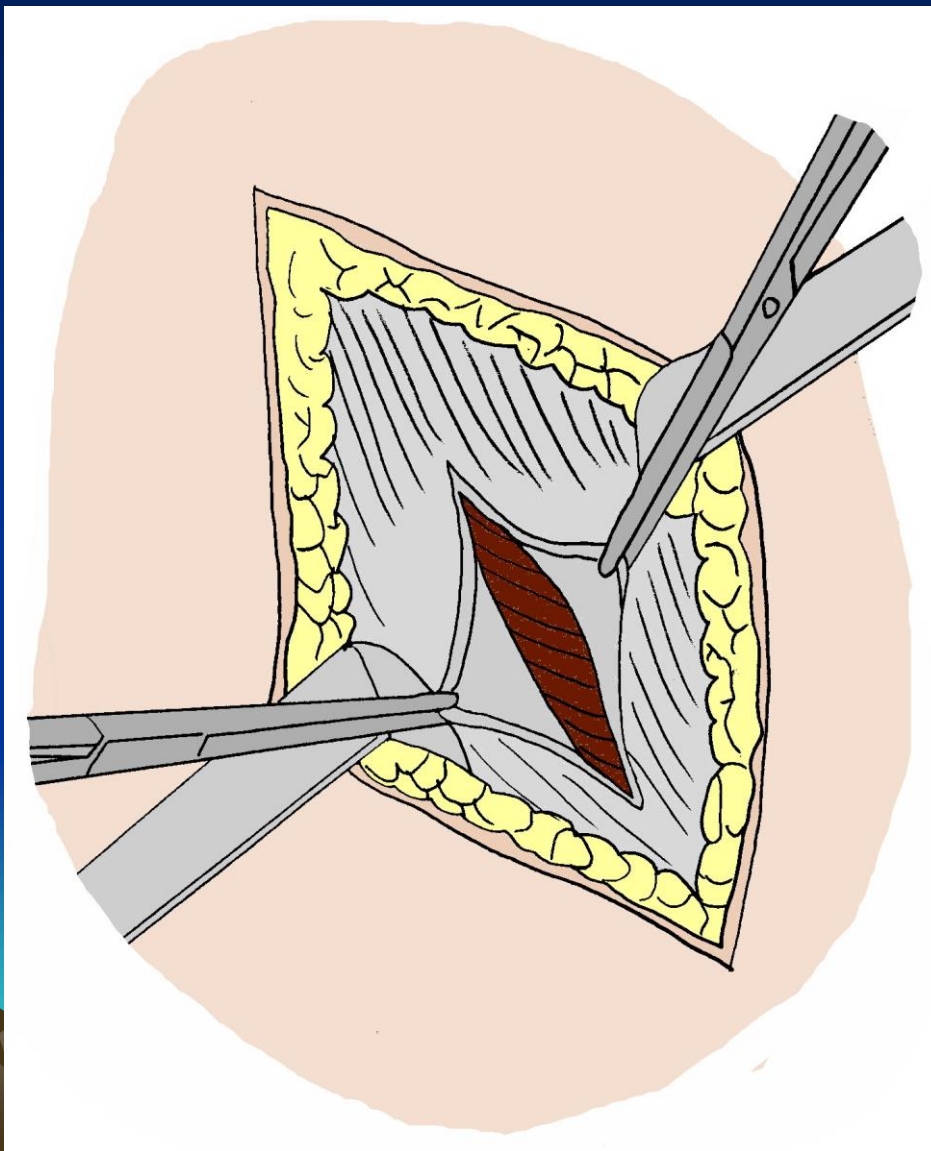


Incizie mediană inferioară

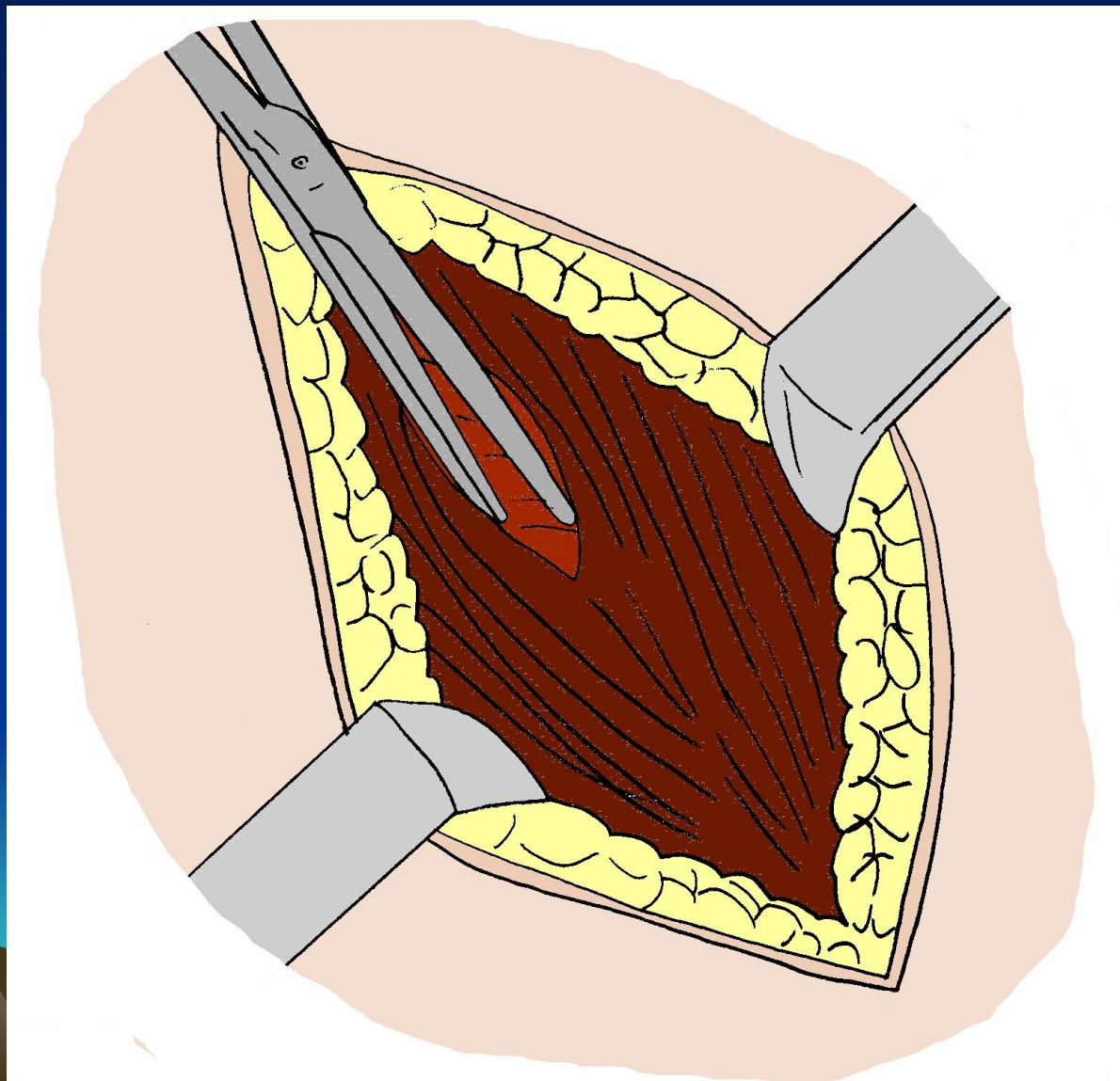


Se incizeaza aponevroza oblicului extern cu bisturiul, incizia se prelungeste cu foarfeca

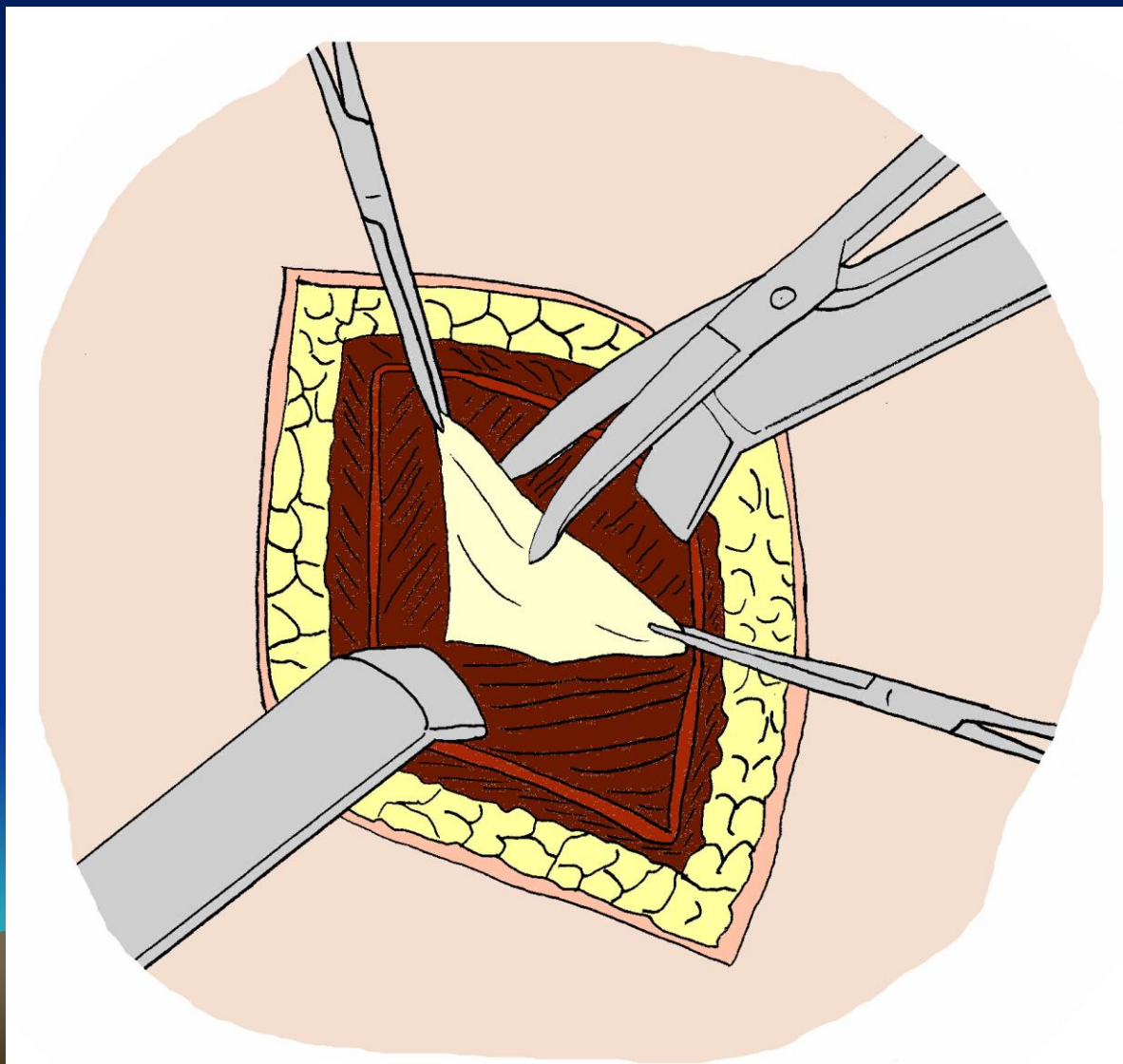
cranial si caudal in lungul fibrelor aponevrozei



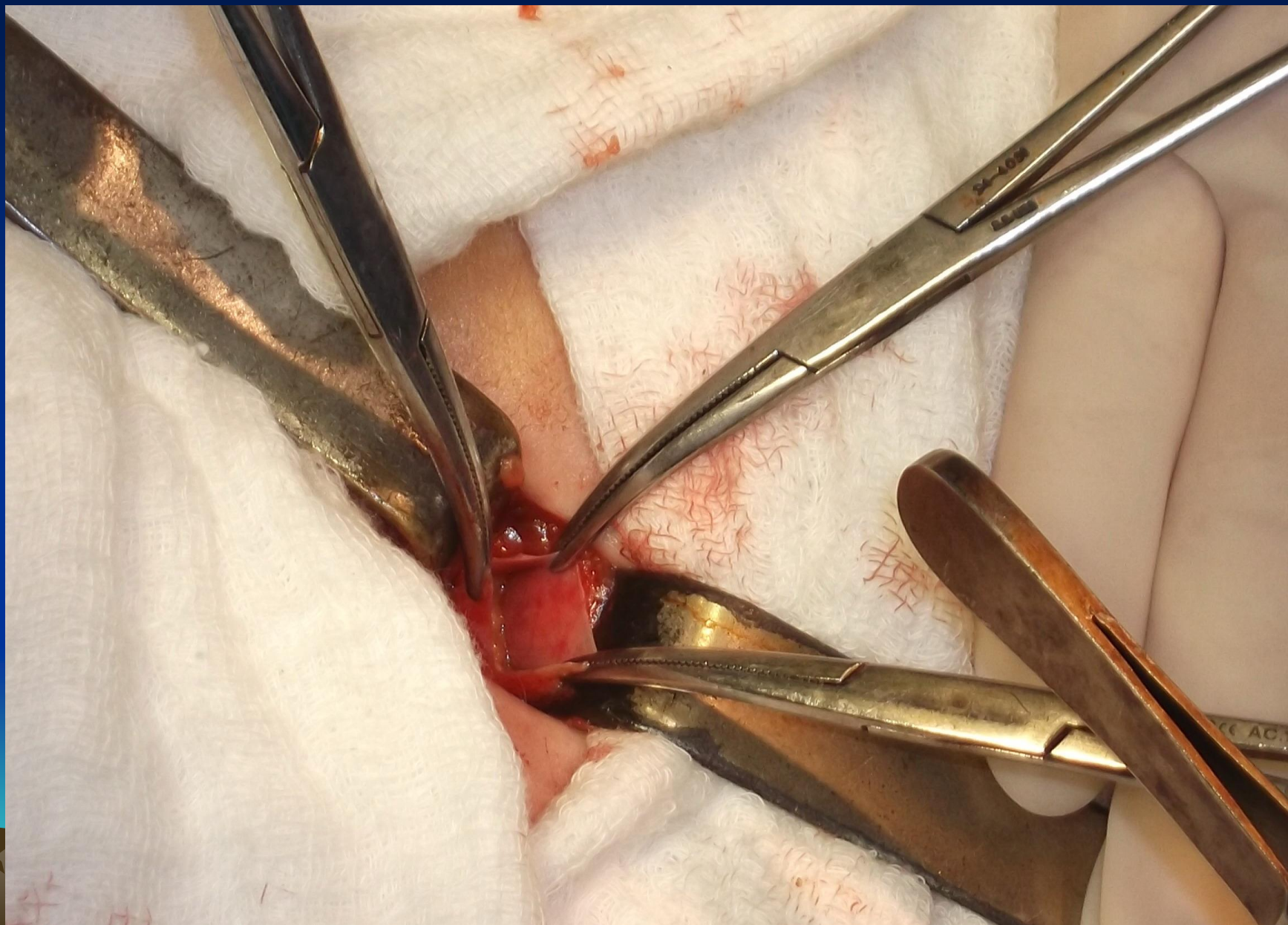
Fibrele oblicului intern si transversului abdominal se disociaza cu un instrument bont



Peritoneul parietal care se evidentiaza se prinde cu 2 pense Pean si se sectioneaza intre cele 2 pense cu bisturiul sau cu foarfeca.



Marginile peritoneului deschis se reperează cu pense Pean

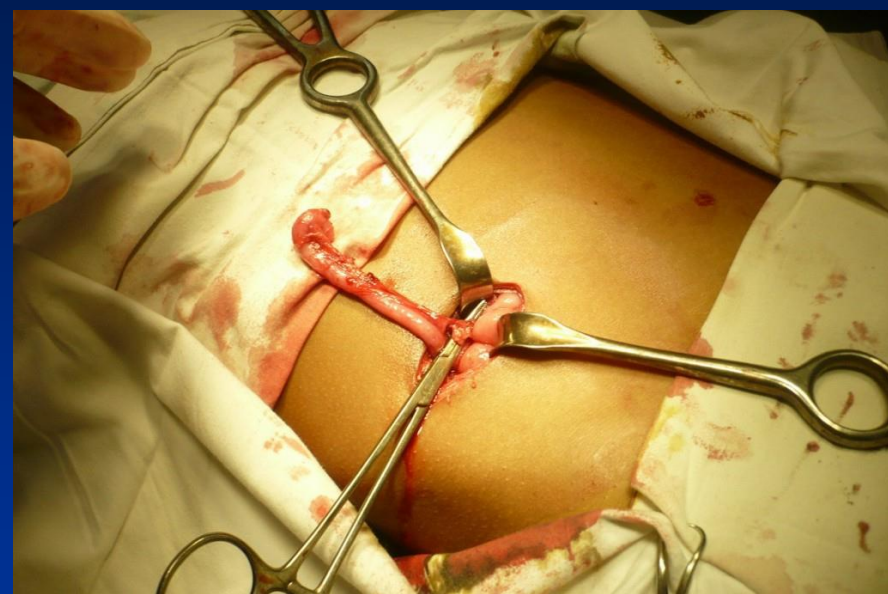


Cautarea si exteriorizarea apendicelui

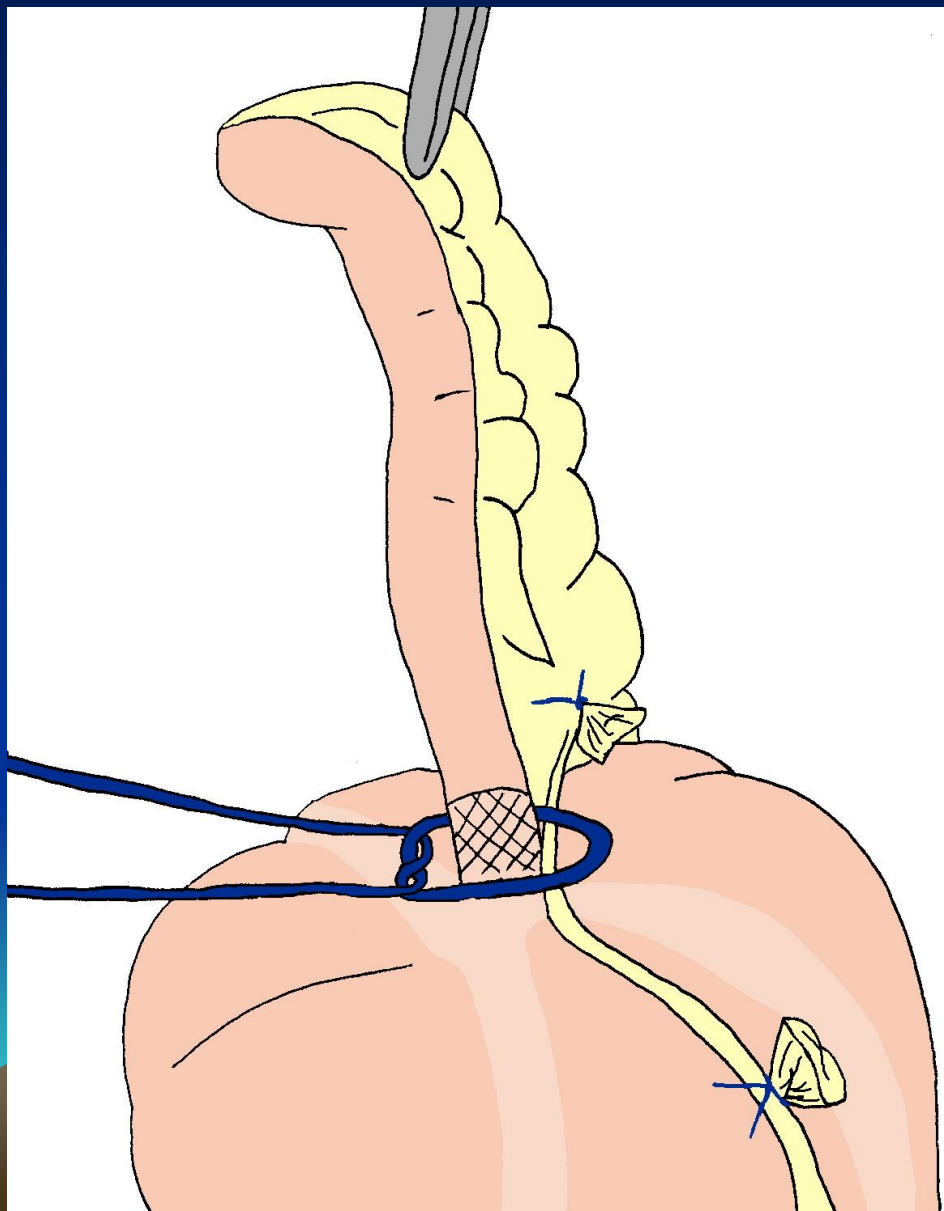


Etapele apemdectomiei

În plaga p/o a fost scoasă cupola cecului cu apendicile. Mezoul apendicelui a fost luat pe pense, incizat, suturat și ligaturat, Apendicile a fost ligaturat la bază cu catgut, mai sus de ligatură este aplicată o pensă pe care apendicile va fi înlăturat.



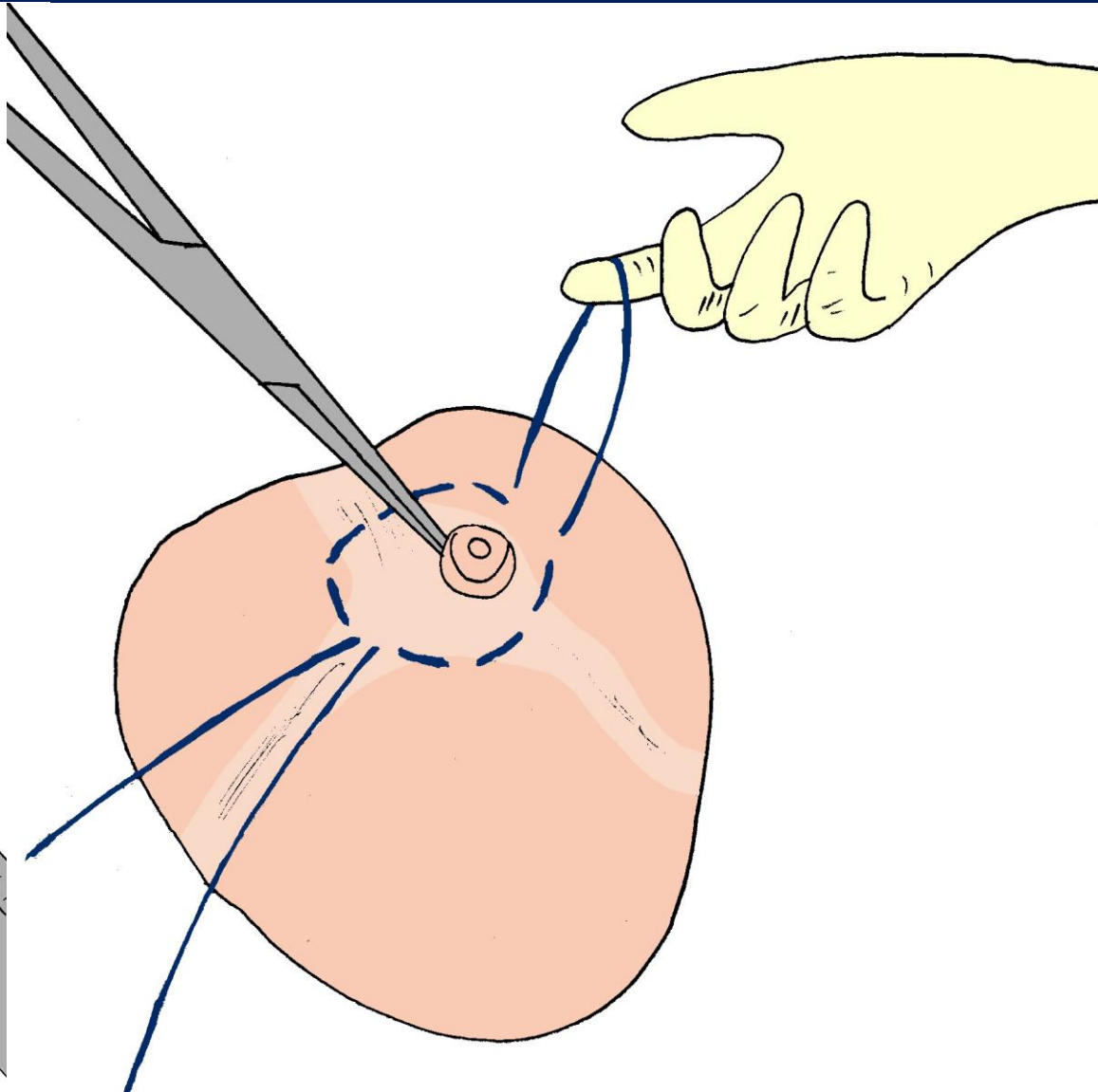
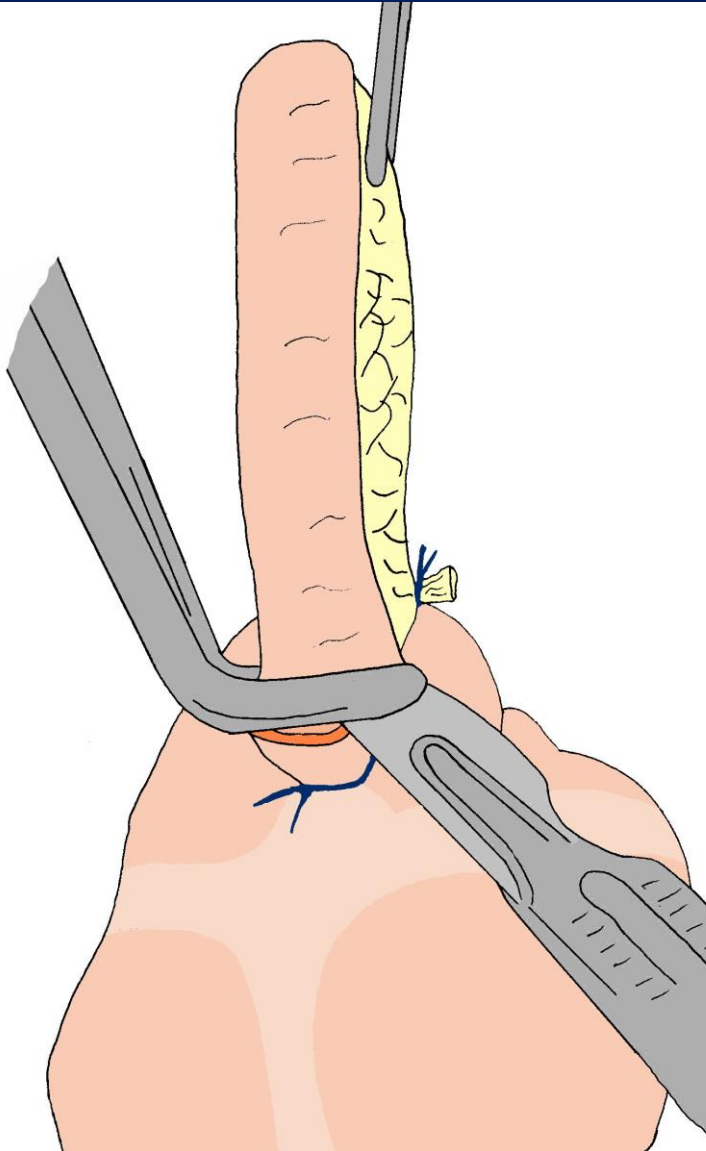
Ligatura apendicelui: baza apendicelui se triturează cu o pensa, apoi pe zona triturată se leaga un fir.



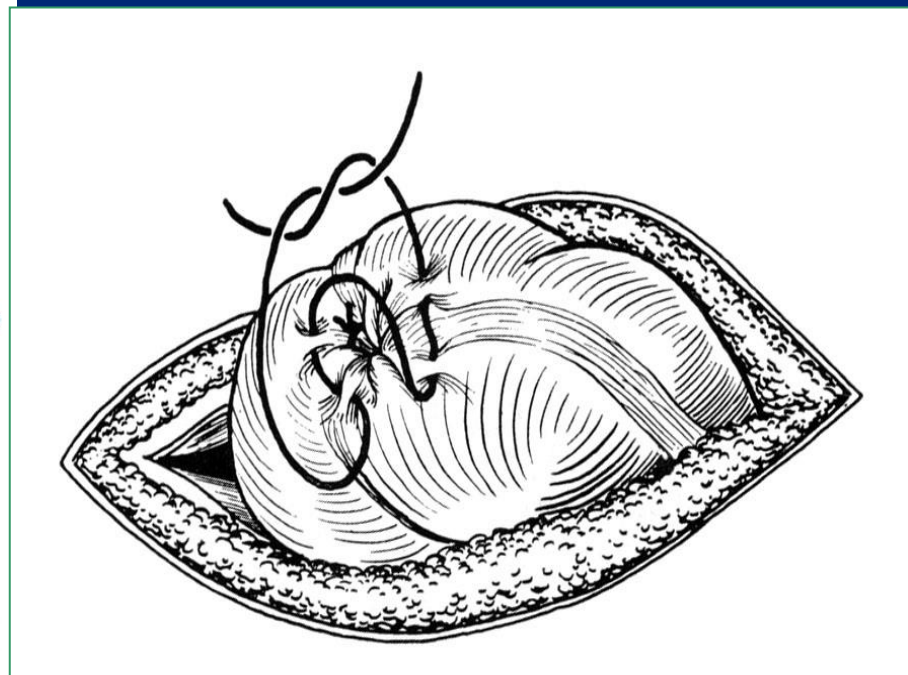
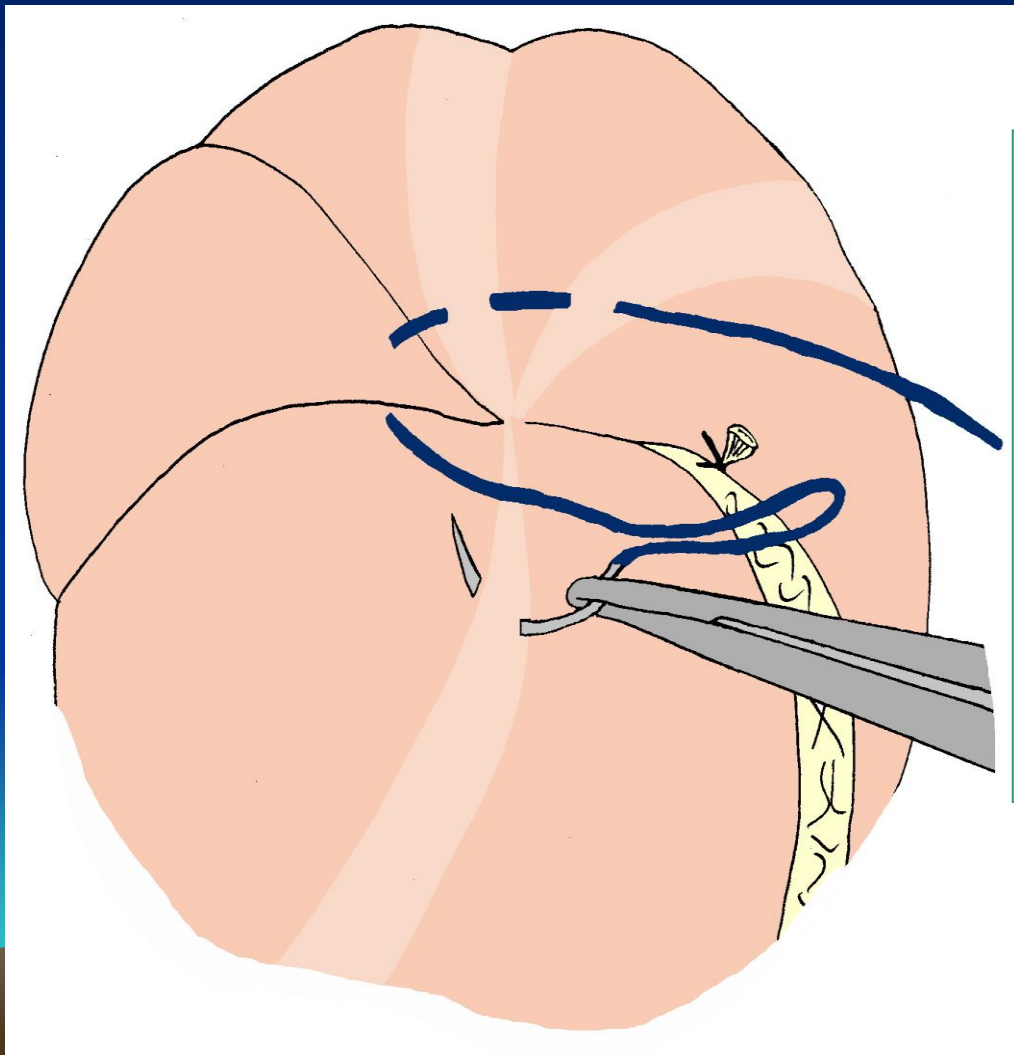
Se aplica o pensa pe apendice la 3-4 mm deasupra firului cu care s-a ligaturat apendicele;
se sectionează mai întâi apendicele

Bontul apendicular se șterge cu un tampon cu betadina.

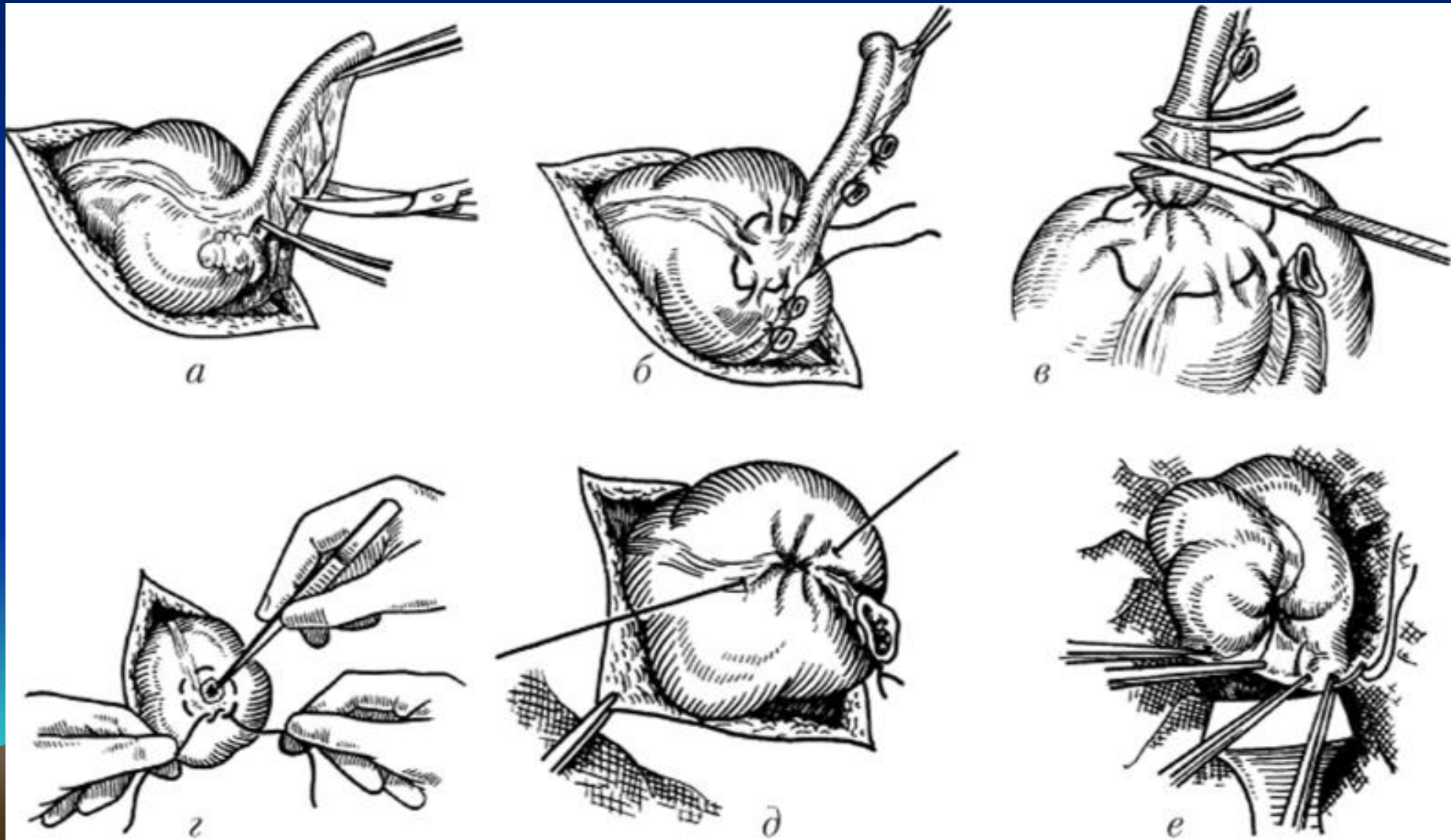
Infundarea bontului apendicular cu sutură sub formă de pungă



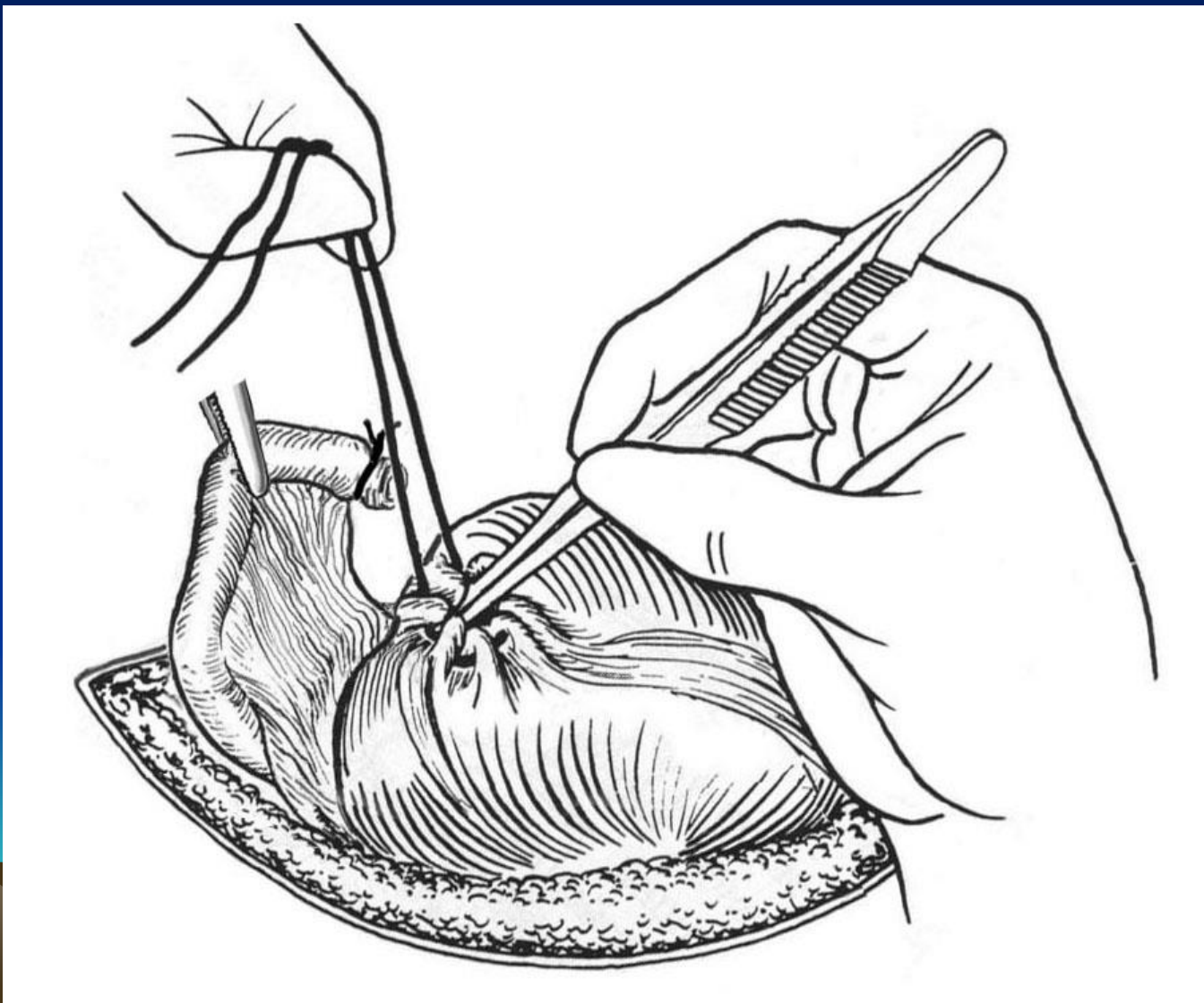
infundare suplimentara cu un fir in Z.

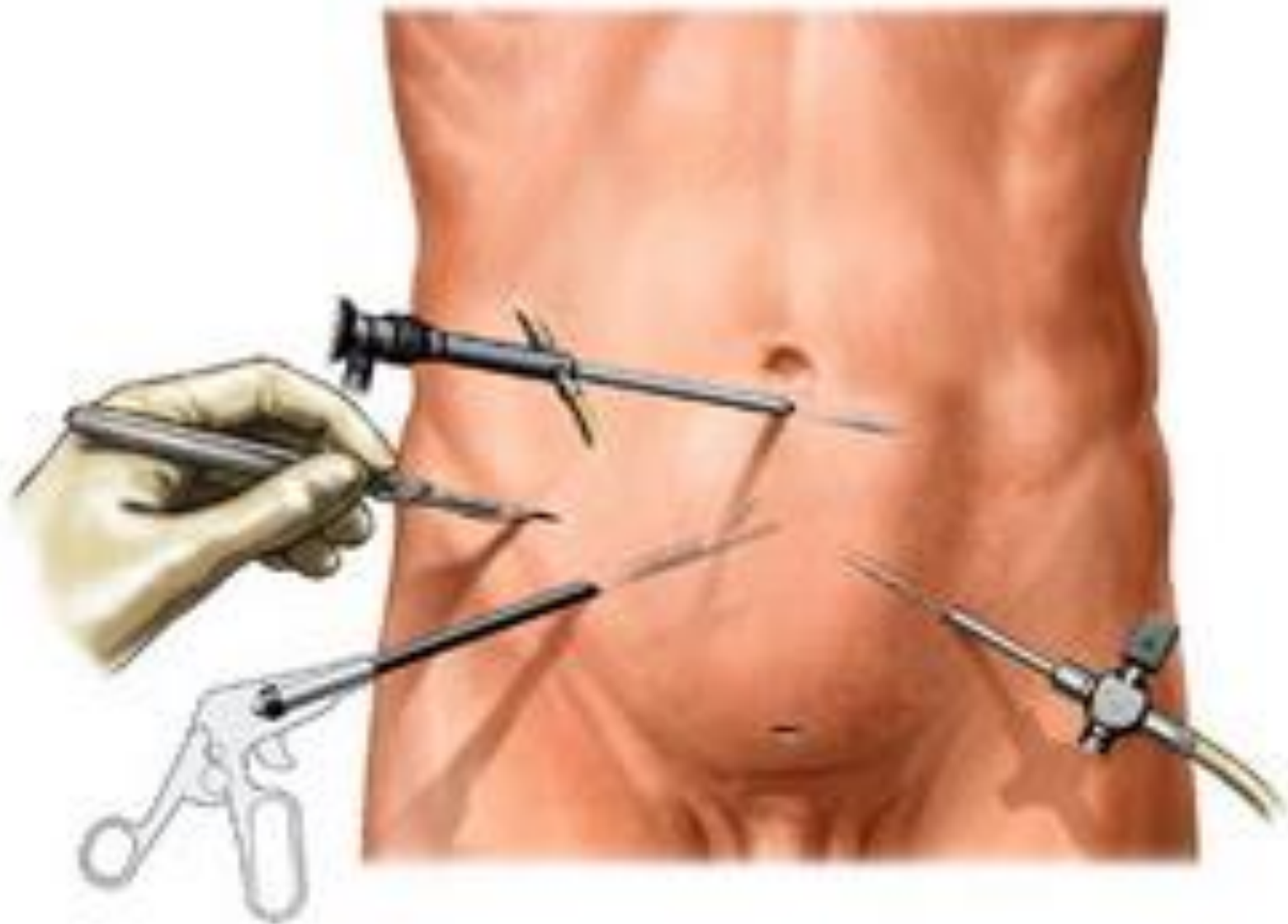


Tehnica apendectomiei retrograde

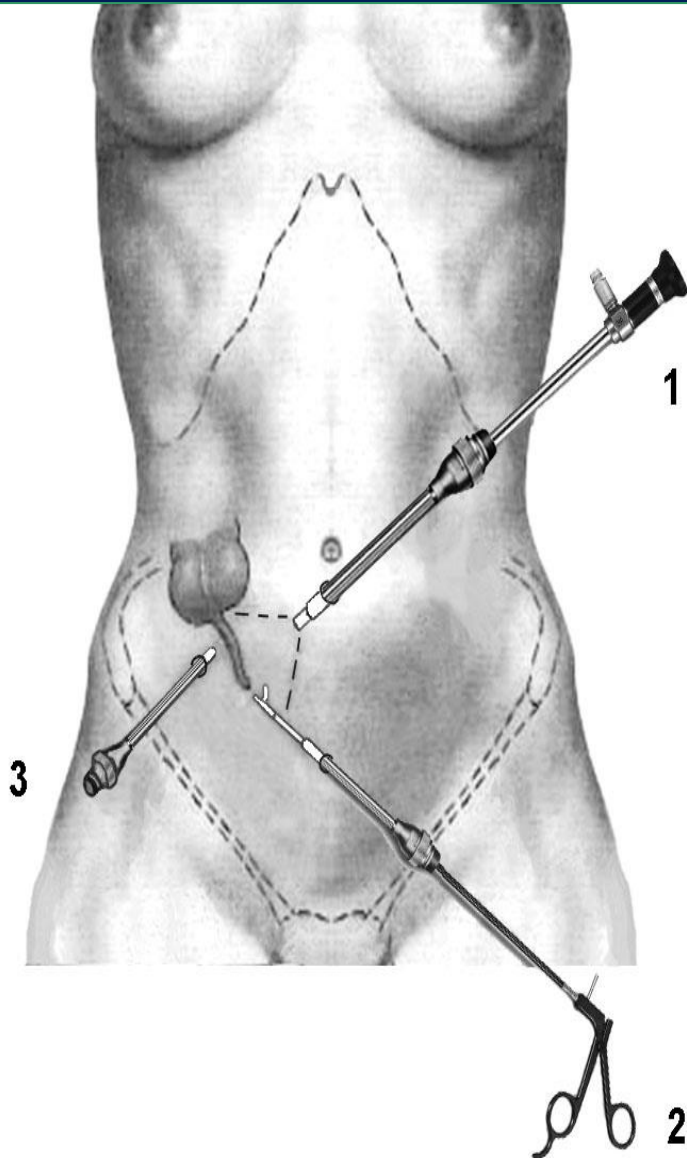


Apendectomie retrogradă





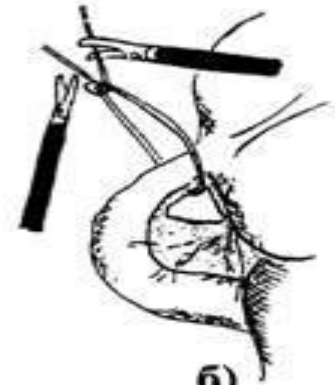
Apendectomie laparoscopică



lekmed.ru



a)



b)



v)



г)

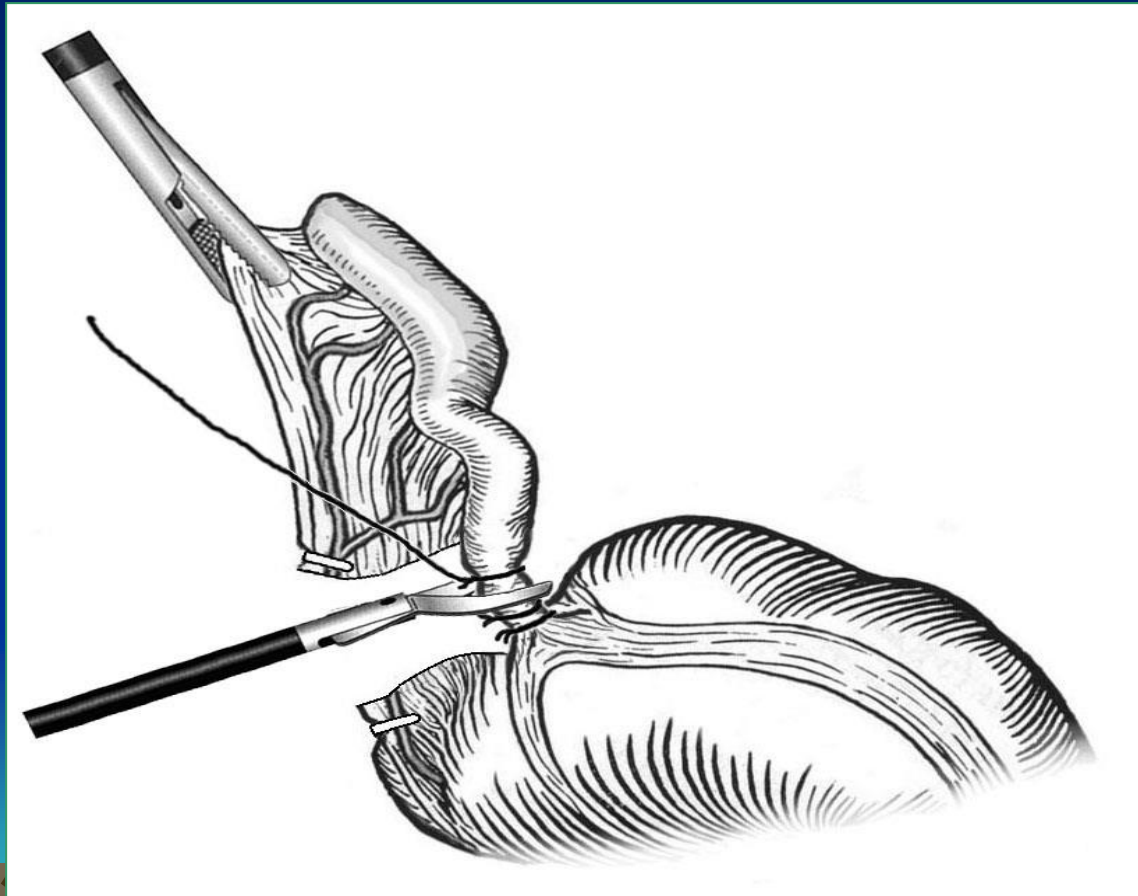


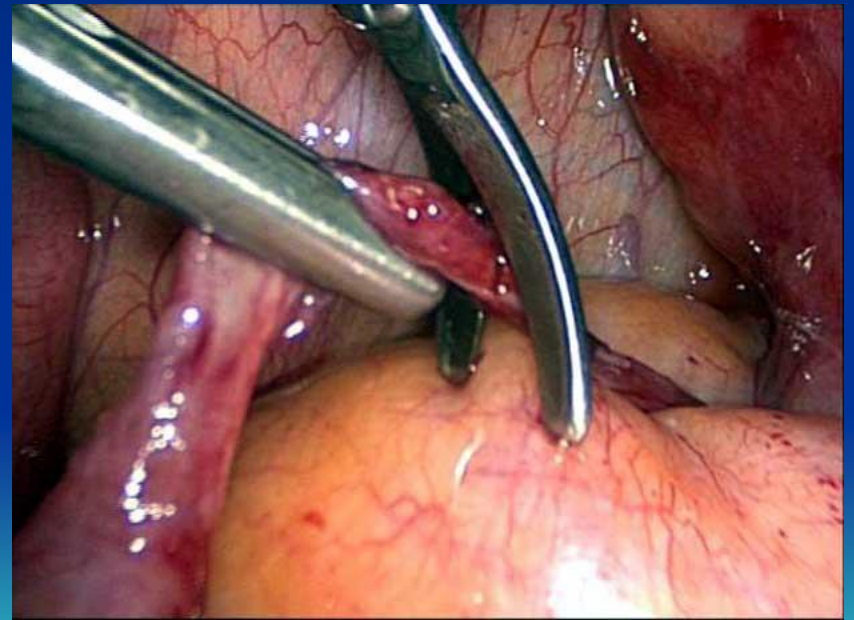
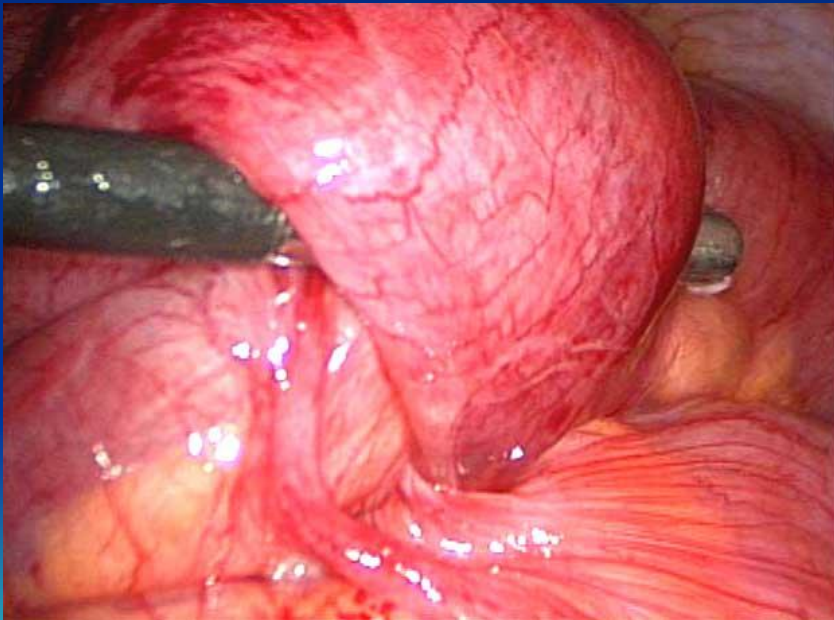
д)

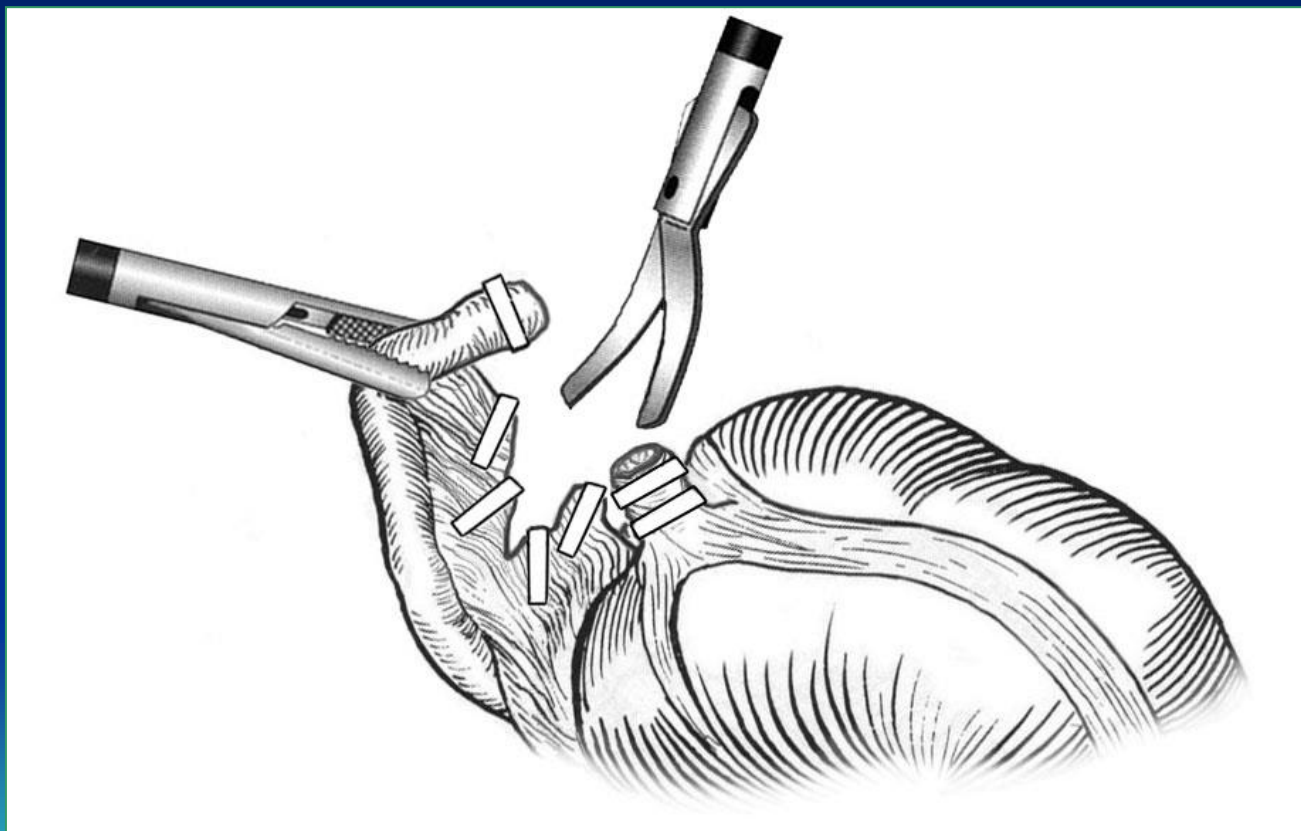


e)

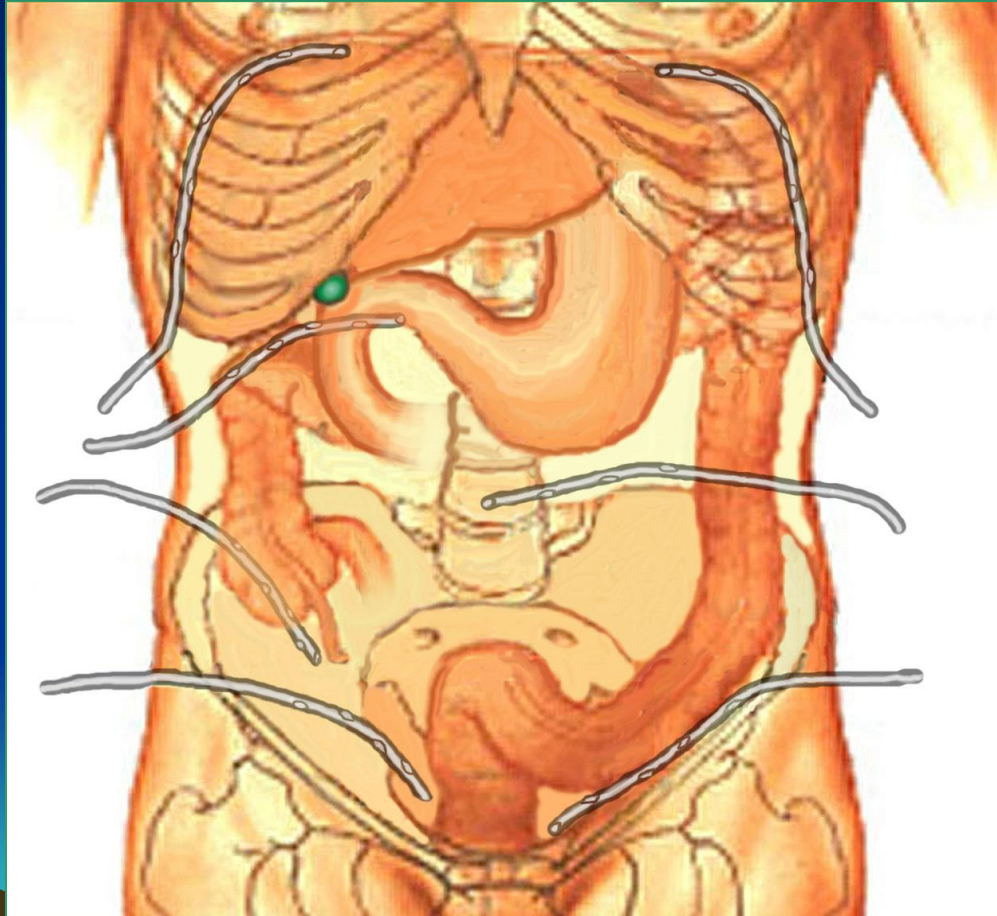
Apendectomie laparoscopică







Drenarea cavității peritoneale



Plastronul apendicular

este o formă evolutivă rară a apendicitei acute, care se dezvoltă după 48-72 ore de la debutul maladiei în cazul adresării tardive sau erorilor de diagnostic. Este caracterizată prin formarea în fosa iliacă dreaptă a unei tumori inflamatorii cu sensibilitate dureroasă la palpare și contur șters.



Plastronul apendicular

Se decelează o **tumoră inflamatorie cu o sensibilitate dureroasă vie la palpare**, cu contur șters, nedepresibilă, renitentă la presiune, fixată posterior și uneori aderentă chiar de peretele abdominal anterior. Percuția superficială evidențiază submatitate, iar cea profundă sonoritate la nivelul blocului. Bolnavul prezintă semnele generale ale procesului septic cu febră și hiperleucocitoză. Constipația este frecventă. Polul inferior al blocului poate fi atins la tușeul vaginal sau rectal.



Plastronul apendicular

Bolnavul trebuie internat și se urmărește evoluția durerii locale, a tranzitului intestinal, diametrul împăstării, febra, pulsul, leucocitoza.

Rezoluția se obține prin tratament medical: repaus la pat, regim alimentar hidric, reechilibrare hidro-electrolitică și mai ales prin antibioterapie masivă. Local se aplică o pungă cu gheață.

În caz de remisiuni se constată scăderea febrei și a leucocitozei, starea generală se ameliorează, durerile se reduc, se reia tranzitul intestinal. Local, se constată reducerea treptată a diametrului tumorii până la dispariție. În blocul apendicular tratamentul chirurgical de apendicectomie este indicat la 2-3 luni după „răcirea” completă obținută prin tratament medical.



Plastronul apendicular

Semnele evoluției nefavorabile sunt: •
alterarea progresivă a stării generale a bolnavului;

- febră de tip supurativ;
- creșterea leucocitelor spre 20 000/mmc;
- persistența, creșterea diametrului plastronului și mai ales ramolirea sa centrală, deci constituirea abcesului.



Plastronul apendicular

În cazul evoluției spre plastron abcedat, simptomele devin alarmante și se recomandă **intervenția chirurgicală de drenaj** spre exterior a abcesului. În situația blocului apendicular operația de apendicectomie este riscantă datorită aderențelor la nivelul viscerelor. De aceea apendicectomia va fi efectuată dacă apendicele se oferă extirpării și se renunță dacă recunoașterea elementelor anatomice și disecția este dificilă și cu riscul lezării anselor intestinale.



Abces apendicular (periapendicular)

– este definit ca o colecție de puroi apărută în rezultatul gangrenei și necrozei infectate a apendicelui vermiform. Pacienții pot avea abces apendicular nemijlocit la momentul internării, sau abcesul se poate dezvolta ca urmare a evoluției negative și supurației plastronului apendicular



Abcesele cavității peritoneale după apendectomie

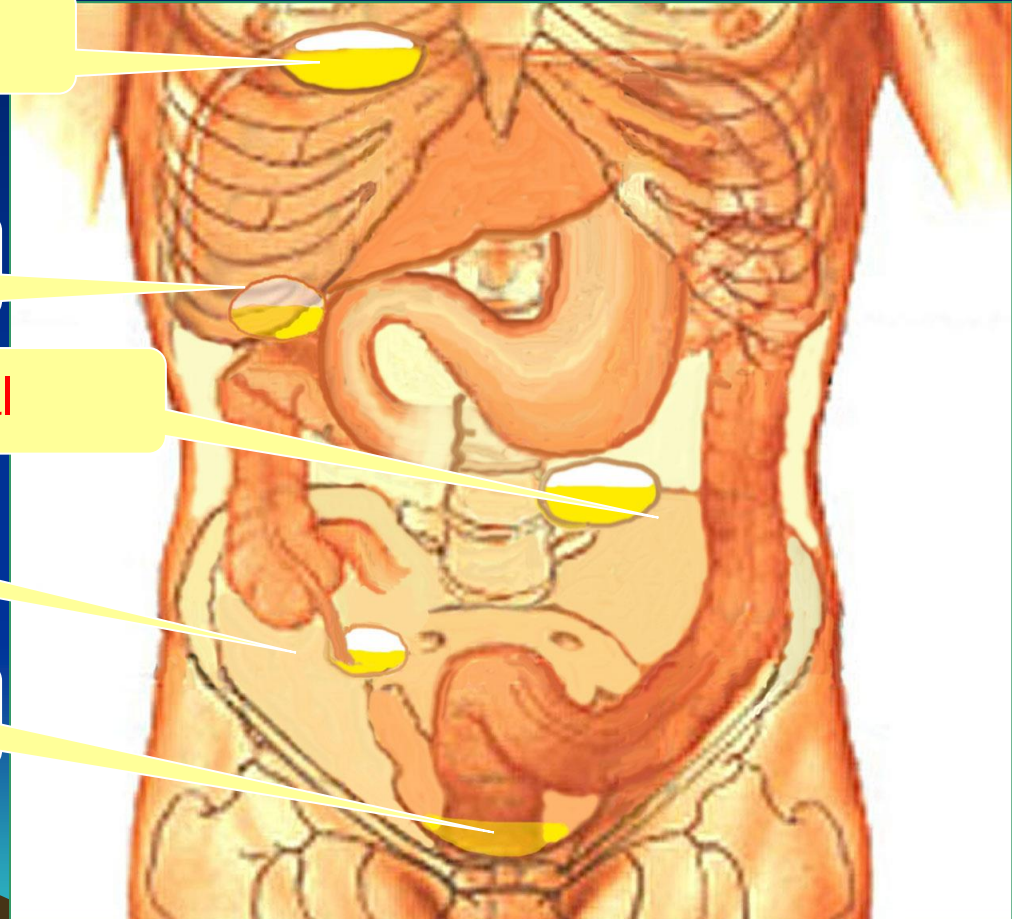
subdiafragmal

subhepatic

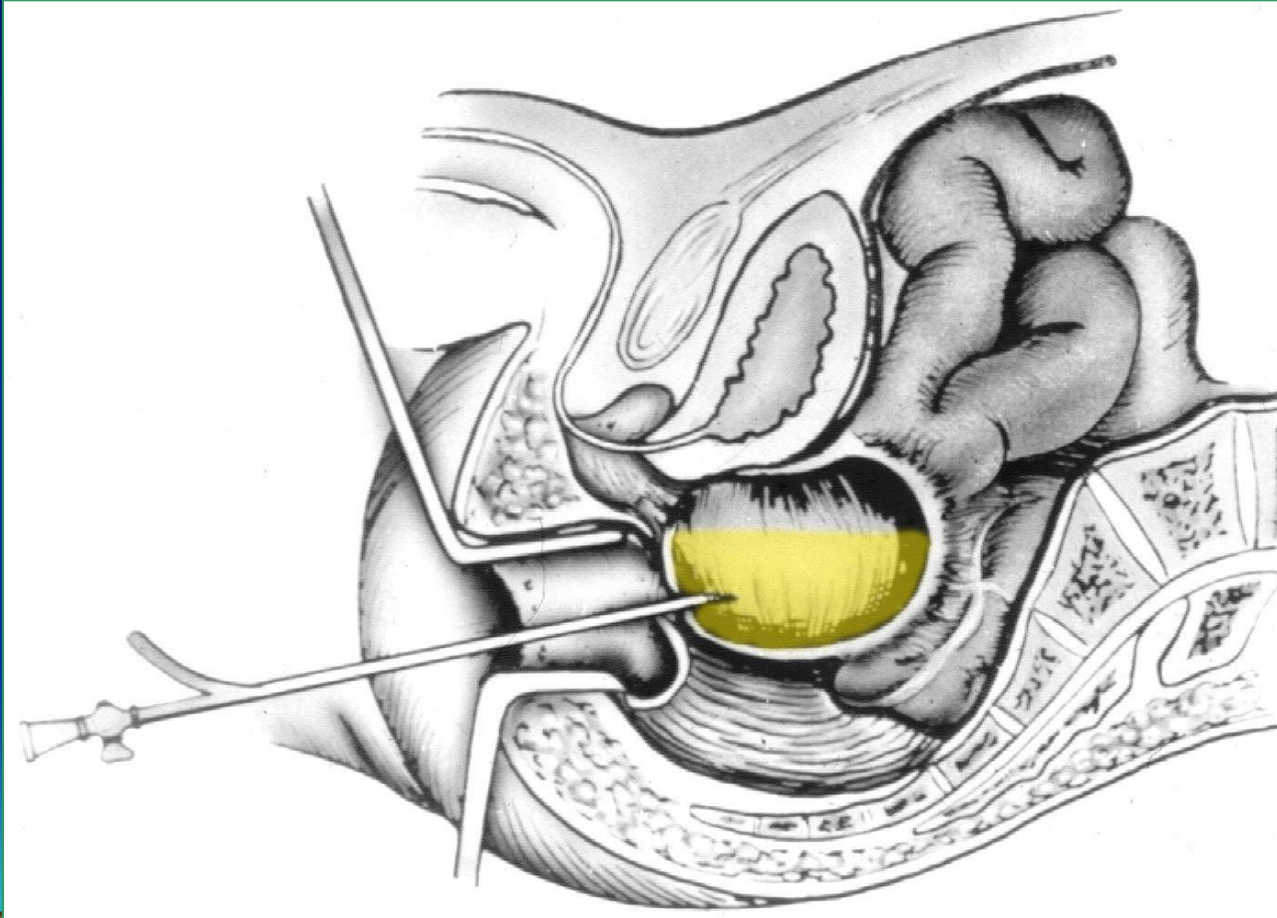
interintestinal

periapendicular

pelvic



Drenarea abcesului spațiului Duglas



Cicatrice dupa apendicectomie

