****

**MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA**



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

**,,NICOLAE TESTEMIȚANU’’ DIN REPUBLICA MOLDOVA**

**COLECISTITA ACUTĂ CALCULOASĂ LA ADULT**

**Protocol clinic naţional**

**(ediția II)**

**PCN-293**

**Chişinău, 2024**

**Aprobat la şedinţa Consiliului de Experţi al Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova**

**din 30.09.2024, proces-verbal nr. 3**

**Aprobat prin Ordinul MS al RM nr. 962 din 04.12.2024 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic naţional „Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II**

**CUPRINS**

|  |  |
| --- | --- |
| **CUPRINS** | 2 |
| **SUMARUL RECOMANDĂRILOR** | 3 |
| **ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT** | 6 |
| **PREFAŢĂ** | 7 |
| **A. PARTEA INTRODUCTIVĂ** | 7 |
| *A.1. Diagnosticul* | 7 |
| *A.2. Codul bolii (CIM 10)* | 7 |
| *A.3. Utilizatorii* | 8 |
| *A.4. Obiectivele protocolului* | 8 |
| *A.5. Data elaborării protocolului* | 8 |
| *A.6. Data revizuirii protocolului* | 8 |
| *A.7. Data următoarei revizuiri* | 8 |
| *A.8. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului* | 8 |
| *A.9. Definiţiile folosite în document* | 9 |
| *A.10. Informaţia epidemiologică* | 10 |
| *A.11. Clase de recomandare şi nivele de evidenţă* | 11 |
| **B. PARTEA GENERALĂ** | 12 |
| *B.1. Nivel de asistenţă medicală primară* | 12 |
| *B.2. Nivel de asistenţă medicală de urgenţă* | 13 |
| *B.3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulator* | 14 |
| *B.4. Nivel de asistenţă medicală spitalicească* | 15 |
| **C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ** | 17 |
| *C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu colecistita acută calculoasă în staţionar* | 17 |
| *C.1.2. Algoritmul general de conduită a pacientului cu colecistita acută calculoasă şi coledocolitiază asociată în staţionar* | 18 |
| **C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI A PROCEDURILOR** | 19 |
| *C.2.1. Clasificarea* | 19 |
| *C.2.2. Fiziopatologia, patomorfologia şi bacteriologia colecistitei acute calculoase* | 19 |
| *C.2.3. Factorii de risc* | 20 |
| *C.2.4. Conduita pacientului cu colecistita acută calculoasă* | 21 |
| *C.2.4.1. Anamneza* | 21 |
| *C.2.4.2. Manifestările clinice* | 21 |
| *C.2.4.3. Investigaţiile paraclinice* | 23 |
| *C.2.4.4. Criteriile de evaluare a severităţii colecistitei acute (clasificare clinică)* | 25 |
| *C.2.4.5. Diagnosticul diferenţial* | 26 |
| *C.2.4.6. Criteriile de spitalizare* | 27 |
| *C.2.4.7. Tratamentul* | 27 |
| *C.2.4.7.1. Tratamentul conservator* | 27 |
| *C.2.4.7.1.1. Tratamentul medicamentos standard* | 27 |
| *C.2.4.7.1.2. Utilizarea antibioticelor în colecistita acută* | 28 |
| *C.2.4.7.2. Tratamentul chirurgical* | 29 |
| *C.2.4.7.2.1. Timpul efectuării tratamentului chirurgical* | 29 |
| *C.2.4.7.2.2. Managementul pacienţilor cu colecistita acută cu spitalizare tardivă* | 30 |
| *C.2.4.7.2.3. Alegerea accesului laparoscopic vs deschis* | 31 |
| *C.2.4.7.2.4. Indicaţiile către colecistectomia deschisă* | 31 |
| *C.2.4.7.2.5. Colecistectomia* | 32 |
| *C.2.4.7.2.5.1. Colecistectomia deschisă* | 32 |
| *C.2.4.7.2.5.2. Colecistectomia laparoscopică* | 34 |
| *C.2.4.7.2.6. Tehnologiile şi procedeele noi în colecistită acută* | 35 |
| *C.2.4.7.2.7. Colecistostomia în colecistita acută* | 35 |
| *C.2.4.7.2.8. Coledocolitiaza asociată colecistitei acute* | 36 |
| *C.2.4.7.2.8.1. Diagnosticarea primară a coledocolitiazei* | 36 |
| *C.2.4.7.2.8.2. Conduita diagnostică a coledocolitiazei asociate* | 36 |
| *C.2.4.7.2.8.3. Managementul coledocolitiazei asociate* | 37 |
| *C.2.4.7.2.9. Compicaţiile colecistitei acute* | 37 |
| *C.2.4.7.2.10. Complicaţiile postoperatorii după colecistectomie* | 38 |
| *C.2.4.7.2.11. Etapa postoperatorie* | 39 |
| *C.2.5. Forme clinice particulare* | 39 |
| *C.2.5.1. Colecistita acută la vârstnici* | 39 |
| *C.2.5.2. Colecistita şi ciroza hepatică* | 40 |
| *C.2.5.3. Colecistita acută în timpul sarcinii* | 40 |
| *C.2.6. Profilaxia* | 41 |
| *C.2.7. Supravegherea pacienţilor* | 42 |
| **D. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL** | 43 |
| *D.1. Instituţiile de asistenţă medicală primară* | 43 |
| *D.2. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de asistenţă medicală de urgenţă* | 43 |
| *D.3. Instituţiile /secţiile de asistenţă medicală specializată de ambulator* | 43 |
| *D.4. Instituţiile de asistenţă medicală spitalicească: secţii de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale, republicane* | 44 |
| **E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI** | 46 |
| *Anexă 1. Ghidul pacientului cu colecistita acută calculoasă* | 47 |
| *Anexă 2. Fişa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru colecistita acută calculoasă* | 50 |
| **BIBLIOGRAFIE** | 52 |

**SUMARUL RECOMANDĂRILOR**

* Colecistita acută calculoasă (CAC) este inflamaţia acută nespecifică a vezicii biliare, inițiată de inclavarea calculului biliar în infundibulul colecistului, recesul Hartmann sau ductul cistic. CAC este cea mai frecventă complicaţie a colelitiazei şi se dezvoltă la 10-20% din bolnavii simptomatici, reprezentând a doua, după apendicita acută, cauză a infecţiei intraabdominale complicate.
* Infectarea bacteriană a colecistului se produce secundar, având ca sursă căile biliare sau sistemul portal limfatic sau venos. Cei mai frecvenţi agenţi patogeni izolați sunt microorganismele de origine intestinală, preponderent *Escherichia coli,* *Enterobacter, Klebsiella* şi *Enterococcus* şi anaerobi, în special *Bacteroides fragilis*.
* Schimbările inflamatorii acute în peretele colecistului din punct de vedere patomorfologic sunt divizate în forme catarală sau edematoasă, flegmonoasă, gangrenoasă și gangrenoasă perforativă, fiind tratate ca faze naturale consecutive ale procesului inflamator, cu evoluţie treptată de la inflamaţie ușoară spre necroză. O excepție este colecistita gangrenoasă primară, în originea căruia se află ocluzie sau tromboză a arterei cistice.
* Factorii de risc de dezvoltare a CAC includ sexul feminin, vârsta înaintată, ereditatea, obezitatea, diabetul zaharat, sarcina, ciroza hepatică, patologiile asociate cu stază biliară și infecţia căilor biliare, vagotomia chirurgicală sau rezecţia gastrică suportate în antecedente și nutriţia parenterală totală.
* CAC trebuie presupusă la orice pacient cu anamneza litiazei biliare, la care apar durerile acute colicative în hipocondrul drept şi epigastru, cu creștere rapidă în intensitate, deseori cu iradierea în omoplatul drept și în asociere cu sindrom dispeptic, greţuri, vome, meteorism, febră și înrăutățire progresivă a stării generale.
* Diagnosticul colecistitei acute se bazează pe prezența semnelor locale de inflamație, a simptomelor de inflamație sistemică și pe confirmarea calculilor biliari și a inflamației vezicii biliare la examinările imagistice.
* Ultrasonografia abdominală trebuie utilizată ca metodă imagistică de prima linie, ţinând cont precizia înaltă pentru determinarea litiazei veziculare și complicațiilor sale, disponibilitatea largă, caracterul neinvaziv și inofensivitatea.
* În general, acuratețea diagnostică a tomografiei computerizate și a rezonanței magnetice nucleare nu este semnificativ mai mare decât cea a ultrasonografiei abdominale. Prin urmare, imagistica medicală suplimentară pentru diagnosticarea CAC ar trebui utilizată la pacienții selectați, la care se suspectă CAC, în funcție de experiența locală și de disponibilitatea aparatajului respectiv.
* Tratamentul colecistitei acute calculoase niciodată nu trebuie considerat ca o situație standard, mai ales având în vedere eterogenitatea stării generale a pacientului și severitatea variabilă a bolii și a patologiei asociate. Respectarea practicii curente, bazate pe dovezi și a recomandările experților este esențială pentru obținerea unor rezultate optime pentru acești pacienți.
* Severitatea colecistitei acute este clasificată pe o scară I–III („uşoară”, „de gravitate medie” şi „gravă”) conform Ghidurilor Tokyo din 2018 pe baza factorilor clinici şi de laborator preoperatori, ceea ce ajută chirurgului să decidă în favoarea alegerii colecistectomiei laparoscopice precoce sau tardive, colecistostomiei sau terapiei conservative definitive.
* Tuturor pacienților diagnosticați cu colecistită acută calculoasă trebuie să li se administreze antibiotice pentru prevenirea progresiei inflamației vezicii biliare, dezvoltării infecției secundare sau sepsisului, cu scopul final de a reduce riscurile perioperatorii sau de a stopa definitiv procesul inflamator. Antibioticul prescris trebuie să fie eficient împotriva agenților patogeni biliari obișnuiți, cum ar fi specii gram-negative, anaerobi și bacterii din grupul enteral.
* Ghidurile din Tokyo recomandă ca pacienții cu colecistită de gradul I să fie supuși colecistectomiei laparoscopice precoce, în timp ce pacienții cu colecistită de gradul III ar trebui să primească un curs inițial de antibiotice cu posibila plasare a unui tub de colecistostomie percutanat (sau chirurgical deschis) înainte de colecistectomia laparoscopică. Tratamentul colecistitei de gradul II depinde de preferințele și experiența personală a chirurgului în tratamentul colecistitei acute calculoase.
* În prezent colecistectomia laparoscopică este procedeul de elecție pentru tratamentul chirurgical al colecistitei acute calculoase datorită riscului redus de complicații intra- și postoperatorii (cardiace, pulmonare, din partea plăgii operatorie și altele), scurtării spitalizării pacientului și micșorării timpului total de recuperare. Colecistectomia laparoscopică trebuie evitată numai în cazuri de șoc septic sau contraindicații absolute la anestezie generală.
* Principiile specifice ale CEL în colecistita acută includ: experienţă chirurgicală suficientă şi starea perfectă a aparatajului laparoscopic, decompresia colecistului printr-o puncţie cu aspiraţia conţinutului, utilizarea penselor laparoscopice puternice şi ascuţite pentru prinderea sigură a colecistului dur şi tensionat, aprecierea definitivă a anatomiei până la secționarea structurilor tubulare, timp suficient acordat pentru intervenţie.
* În prezenţa experienței chirurgicale adecvate, colecistectomia laparoscopică urgentă amânată trebuie efectuată cât mai curând posibil, și anume în primele 7 zile de spitalizare și în 10 zile de la apariția simptomatologiei.
* Conversia de la colecistectomia laparoscopică la cea deschisă este necesară în cazurile de inflamație locală severă, aderențe, hemoragie necontrolabilă din zona triunghiului Calot sau suspiciune la leziune căilor biliare sau a structurilor vasculare importante. Totodată, decizia despre conversie la colecistectomie deschisă trebuie luată până la producerea complicaţiilor.
* Colecistostomia percutanată sau chirurgicală este o opțiune disponibilă pentru pacienții diagnosticați cu colecistită acută calculoasă sau acalculoasă, care prezintă un risc prea înalt de intervenție chirurgicală sau anestezie, și la care antibioticoterapia nu a obținut efectul scontat. S-a dovedit că colecistostomia poate rezolva cu succes simptomele colecistitei acute în 75-90% din cazuri fără intervenție chirurgicală.
* Coledocolitiază asociată, adică prezența calculilor în ductul biliar comun, apare în 10–20% din cazurile de litiaza biliară, şi în 5-15% în cazul de CAC. Diagnosticul coledocolitiazei necesită timp și poate amâna tratament chirurgical necesar. În aceste situații, scopul principal este selectarea pacienților cu o probabilitate mare de coledocolitiază, care vor beneficia de teste diagnostice ulterioare și de extragerea calculilor din ductul biliar comun.
* Riscul coledocolitiazei asociate trebuie stratificat conform recomandărilor propuse de Societatea Americană de Endoscopie Gastrointestinală și Societatea Chirurgilor Endoscopici Gastrointestinali Americani: vizualizarea calculilor în coledoc la ecografia organelor abdominale; şi / sau bilirubinemia >40 µcmol/l; şi dilatarea ductului biliar principal >10 mm la ecografia organelor abdominale.
* Bolnavii cu risc minimal al coledocolitiazei asociate CAC pot fi operaţi cu siguranţă fără investigaţii preoperatorii suplimentare; pacienţii cu risc moderat în perioada preoperatorie trebuie investigaţi prin colangiopancreatografia prin rezonanță magnetică (MRCP) sau ultrasonografie endoscopică (EUS) sau colangiografie intraoperatorie, în funcție de expertiza și disponibilitatea locală. Totodată, utilizarea preoperatorie a metodei invazive – ERCP trebuie rezervată doar bolnavilor cu risc înalt al coledocolitiazei asociate.
* Calculii din ductul biliar comun pot fi înlăturați înainte, în timpul sau după intervenție chirurgicală, în funcție de particularităţile situaţiei clinice, nivelul experienţei chirurgicale, înzestrarea cu echipament şi disponibilitatea serviciilor respective la fiecare spital în parte, precum extracţie endoscopică (ERCP, sfincterotomie endoscopică) a calculilor din coledoc, colecistectomie deschisă cu explorarea ductului biliar comun, colecistectomie laparoscopică cu extragerea laparoscopică a calculilor din ductul biliar.
* Prevenirea colecistitei acute cuprinde: excluderea maximal posibilă a factorilor de risc ai formării calculilor în vezica biliară (controlul diabetului, masei corporale, respectarea regimului alimentar), examinarea ultrasonografică abdominală periodică cu scopul detectării oportună a litiazei biliare, precum şi recomandarea şi efectuarea colecistectomiei laparoscopice programate pentru evitarea eventualelor complicaţii.

**ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| AINS | Antiinflamatorii non-steroidiene |
| ALT | Alaninaminotransferază |
| AMP | Asistenţă medicală primară |
| AMU | Asistenţa medicală de urgenţă |
| ASA | Societatea Americană de Anesteziologie *(engl. American Society of Anesteziologists)* |
| AST | Aspartataminotransferază |
| AŞM | Academia de Ştiinţe a Moldovei |
| CAC | Colecistita acută calculoasă |
| CED | Colecistectomie deschisă |
| CEL | Colecistectomie laparoscopică |
| CMF | Centrul Medicilor de Familie |
| CS | Colecistostomia |
| CSC | Colecistostomia chirurgicală |
| CSP | Colecistostomia percutanată |
| CT | Tomografia computerizată *(engl. Computed Tomography)* |
| DMU | Departamentul de Medicina Urgentă |
| EAES | Asociaţia Europeană de Chirurgie Endoscopică *(engl. European Association for Endoscopic Surgery)* |
| ECG | Electrocardiografie |
| ERCP | Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică *(engl. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography)* |
| ESWL | Litotripsie extracorporală cu unde de şoc *(engl. Extra-corporeal Shock Wave Llithotripsy)* |
| EUS | Ultrasonografia endoscopică *(engl. Endoscopic Ultrasound)* |
| FA | Fosfataza alcalină |
| GGT | Gamma glutamil transferază |
| IMSP | Instituția Medico-Sanitară Publică |
| INR | Raportul internaţional normalizat (*engl. International Normalized Ratio)* |
| LB | Litiaza biliară |
| MRCP | Colangiopancreatografia prin rezonanţă magnetică *(engl. Magnetic Resonance Cholangiopancreatography)* |
| MS RM | Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova |
| NOTES | Chirurgie endoscopică transluminală prin orificiile naturale *(engl. Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery)* |
| O | Obligatoriu |
| PCN | Protocol Clinic Naţional |
| PCR | Proteina C-reactivă |
| PDS | Polidioxanon |
| PS | Puls |
| R | Recomandabil |
| RM | Republica Moldova |
| RMN | Rezonanţa magnetica nucleară |
| SAGES | Societatea Americană de Chirurgie Gastrointestinală şi Endoscopică *(engl. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons)* |
| SaO2 | Puls-oximetria |
| SCM | Spitalul Clinic Municipal |
| TA | Tensiunea arterială |
| TTPA | Timpul de tromboplastină parţial activat |
| UPU | Unitate Primiri Urgențe |
| USMF | Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie |
| VSH | Viteza sedimentării hematiilor |

**PREFAŢĂ**

Acest protocol a fost elaborat şi revizuit de grupul de lucru al Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiştii Catedrei de Chirurgie Generală şi Semiologie nr.3 a USMF „Nicolae Testemiţanu”, Instituţiei Medico-Sanitare Publice (IMSP) Spitalului Clinic Municipal (SCM) „Gheorghe Paladi”, şi ai IMSP Institutului de Medicină Urgentă (IMU) din Chişinău.

Protocolul Clinic Naţional este elaborat şi revizuit în conformitate cu ghidurile internaţionale actuale privind colecistita acută calculoasă la adulţi şi va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor clinice instituţionale. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituţionale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în Protocolul Clinic Naţional.

**A. PARTEA INTRODUCTIVĂ**

**A.1. Diagnosticul: Colecistită acută calculoasă (CAC)**

***Exemple de diagnostic clinic:***

**Colecistită acută calculoasă catarală.**

**Colecistită acută calculoasă flegmonoasă.**

**Colecistită acută calculoasă gangrenoasă.**

**Colecistită acută calculoasă gangrenoasă perforativă.**

**A.2. Codul bolii (CIM 10):**

**Bolile vezicii biliare, ale cailor biliare (K80-K81**)

**K80** Colelitiaza

Următoarele subdiviziuni cu cinci caractere sunt folosite la categoria K80:

* 0 fără menţionarea obstrucţiei
* 1 cu obstrucţie

**K80.0** Calcul al vezicii biliare cu colecistită acută

Orice afecţiune listata la K80.2- cu colecistită acută

**K80.1** Calcul al vezicii biliare cu o alta formă de colecistită

Orice afecţiune listata la K80.2- cu colecistită (cronică)

Colecistită cu colelitiază

**K80.2** Calcul al vezicii biliare fără colecistită

Colecistolitiază nespecificată sau fără colecistită

Colelitiază nespecificată sau fără colecistită

Colica (recurentă) a vezicii biliare nespecificată sau fără colecistită

Calcul (blocat) al:

* canalului cistic nespecificat sau fără colecistită
* vezicii biliare nespecificat sau fără colecistită

**K80.3** Calculul canalelor biliare cu angiocolită

Orice afecţiune listata la K80.5- cu angiocolită

**K80.4** Calculul canalelor biliare cu colecistită

Orice afecţiune listata la K80.5- cu colecistită (cu angiocolită)

**K80.5** Calculul canalelor biliare fără angiocolită si colecistită

Coledocolitiază nespecificată sau fără angiocolită sau colecistită

Calcul (blocat) al:

* canal biliar nespecificat sau fără angiocolită sau colecistită
* canal comun nespecificat sau fără angiocolită sau colecistită
* canal hepatic nespecificat sau fără angiocolită sau colecistită

**K80.8** Alte colelitiaze

**K81** Colecistită

**O99.6** Bolile sistemului digestiv complicând sarcina, naşterea si lăuzia

**A.3. Utilizatorii:**

* Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMU.
* Prestatorii de servicii medicale de AMP (medici de familie şi asistentele medicilor de familie).
* Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMSA (secţiile consultative raionale şi municipale / chirurgi, asistente medicale).
* Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMS (UPU(Unități Primiri Urgențe)/DMU (Departamente Medicină Urgentă), secţiile de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale şi republicane / medici de urgență, medici chirurgi, medici anesteziologi-reanimatologii, medici rezidenţi, asistente medicale).

**Notă:** Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat şi de către alţi specialişti.

**A.4. Obiectivele protocolului:**

1. A facilita diagnosticarea precoce a colecistitei acute calculoase (CAC).
2. A spori calitatea tratamentului acordat pacienţilor cu CAC.
3. A reduce rata de complicaţii şi de mortalitate prin CAC.

**A.5. Data elaborării protocolului:** 2018

**A.6. Data revizuirii protocolului:** 2024

**A.7. Data următoarei revizuiri:** 2029

**A.8. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numele** | **Funcţia** |
| ***Evghenii Guţu*** | dr. hab. şt. med., prof.univ., Catedră de chirurgie generală şi semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| ***Vasile Guzun*** | dr. şt. med., director interimar, IMSP SCM „Gheorghe Paladi” |
| ***Andrei Dolghii*** | dr. şt. med., şef Secţie endoscopie IMSP IMU |
| ***Eleferii Pitel*** | dr. şt. med., preşedintele Asociației endoscopiei, chirurgiei minim-invazive şi ecografiei „V. M. Guţu” din Republica Moldova, Centrul diagnostic „Sănătate EVP” |

**Protocolul a fost discutat, aprobat şi contrasemnat:**

**Recenzii: *Dumitru Casian*,** dr. hab. şt. med., prof.univ.; ***Vladimir Iacub***, dr. şt. med., conf.univ.

|  |  |
| --- | --- |
| **Denumirea** | **Persoana responsabilă** |
| Catedra de chirurgie generală şi semiologie nr.3 USMF „Nicolae Testemiţanu” | ***Dumitru Casian***, dr.hab.șt.med., prof.univ., șef catedră |
| Comisia stiinţifico-metodică de profil „Chirurgie” | ***Evghenii Guțu***, dr.hab.șt.med., prof.univ., președinte |
| Asociaţia chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din RM | ***Sergiu Ungureanu***, dr.hab.șt.med., prof.univ., președinte |
| Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemiţanu” | ***Ghenadie Curocichin***, dr.hab.șt.med., prof.univ., șef catedră |
| Catedra de Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemiţanu” | ***Nicolae Bacinschi****,* dr.hab.șt.med., prof.univ., șef catedră |
| Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemiţanu” | ***Anatolie Vișnevschi,*** dr.hab.șt.med., prof.univ., șef catedră |
| Agenţia Medicamentului şi Dispozitivelor Medicale | ***Dragoș Guțu*,** director general |
| Compania Națională de Asigurări în Medicină | ***Ion Dodon,*** director general |
| Catedra de Urgențe Medicale „Gheorghe Ciobanu”, USMF „Nicolae Testemițanu” | ***Larisa Rezneac,*** conf. univ., șefă catedră |
| Consiliul Naţional de Evaluare şi Acreditare în Sănătate | ***Valentin Mustea,*** director |
| Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății | ***Aurel Grosu***, dr.hab.șt.med., prof.univ., președinte |

**A.9. Definiţiile folosite în document**

**Litiaza biliară sau colelitiază** – patologie caracterizată prin formarea calculilor în canalele biliare şi vezica biliară din cauza alterării compoziției coloidale a bilei. Printre factorii, care favorizează formarea calculilor se pot enumera: stază biliară, infecţia, vârsta înaintată, obezitatea, diabetul, vagotomia chirurgicală, nutriţia parenterală totală, graviditatea, pierderea rapidă a masei corporale etc. Calculii se pot forma în orice porţiune a căilor biliare (ducturile intrahepatice sau extrahepatice), dar locul predominant al formării acestora este vezica biliară. Ca urmare, termenii „litiaza biliară” şi „colelitiază” deseori sunt utilizați pentru descrierea litiazei veziculare izolate.

**Litiaza veziculară** – formarea şi prezenţa calculilor doar în vezica biliară, ca regulă este însoţită de simptomatologia specifică, în primul rând accese de colică biliară.

**Colelitiaza asimptomatică (sau latentă)** – prezenţa calculilor în vezica biliară fără nici o manifestare clinică caracteristică patologiei, fiind descoperită întâmplător printr-un examen ecografic de rutină sau în cursul unei laparotomii.

**Colecistita cronică** apare ca rezultat a acceselor uşoare repetate autolimitate ale colecistitei acute, şi se caracterizează prin atrofia mucoasei şi fibroza pereţilor vezicii biliare. În majoritatea cazurilor este cauzată de iritarea cronică de către calculii veziculari şi deseori poate să evolueze spre colecistita acută.

**Colica biliară (durerea)** – este semnul cel mai caracteristic al litiazei biliare, cauzat de obstrucţia tranzitorie a ductului cistic sau a infundibulului colecistului de către un calcul biliar. Durerea ca regulă debutează brusc, postprandial, având o durată de câteva ore.

**Colecistita acută calculoasă** – este inflamaţia acută a vezicii biliare, cauzată de inclavarea calculului biliar în infundibulul colecistului, recesul Hartmann sau ductul cistic.

**Colecistita acută acalculoasă** – proces distructiv sau inflamator, dezvoltat în pereţii vezicii biliare care nu conţine calculi. Patologia este întâlnită relativ rar, la aproximativ 5% din pacienţii cu colecistita acută. Se consideră că în majoritatea cazurilor de colecistită acalculoasă la baza dezvoltării procesului se află ischemia organului. Colecistita acalculoasă este asociată cu intervenţii chirurgicale recente, traumatisme, arsuri, insuficienţa multiplă de organe, procesele maligne cu invazia ductului sau arterei cistice, infecţie SIDA şi nutriţia parenterală.

**Coledocolitiaza secundară** este condiţionată de migrarea calculilor, formaţi în colecist, prin ductul cistic în ductul biliar comun. Ca consecinţă, în majoritatea cazurilor se constată icter mecanic. În altă variantă, calculul poate rămânea mult timp asimptomatic şi nediagnosticat.

**Coledocolitiaza primară** se referă la calculii, care se formează în afara vezicii biliare, în ducturile biliare intrahepatice sau extrahepatice. Patogeneza coledocolitiazei primare include staza biliară (stenoza papilei Vater, diverticolul juxtapapilar etc.) şi infecţia bacteriană enterogenă a căilor biliare.

**Colangita acută** reprezintă infecţia bacteriană a ducturilor biliare, care din punct de vedere clinic variază de la uşoară şi autolimitată până la severă, ce pune în pericol viaţa bolnavului. Colangita apare din combinaţia a două cauze principale: infecţia bacteriană (bacterobilie) şi obstrucţia mecanică a fluxului biliar, care poate fi parţială sau completă.

**Hidropsul vezicular** se dezvoltă după inclavarea unui calcul în regiunea colului colecistului. În cavitatea închisă a veziculei se reabsoarbe pigmentul biliar şi rămâne un lichid transparent mucinos, de culoarea apei. Hidropsul se caracterizează prin apariţia după o colică hepatică în zona colecistului a unei tumori piriforme indolore, elastice şi mobile.

**Fistulele bilio-biliare** sunt consecinţa unei litiaze veziculare voluminoase, localizate în regiunea infundibulocistică în recesul Hartmann, care evoluează o durată lungă de timp. Sindromul Mirizzi are două faze evolutive. În urma unei compresii externe a ductului hepatic comun de către un calcul intravezical apare hipertenzia biliară şi icterul intermitent. În cele din urmă, calculul erodează pereţii colecistului şi ductului hepatic comun, creând o fistula colecisto-coledoceană.

**Fistulele bilio-digestive** apar în urma formării unui traiect fistulos între cavitatea colecistului şi duoden. Mecanismul este următorul: colecistul inflamat devine strâns aderat cu peretele duodenului, apoi apare ischemia şi necroza pereţilor cu formarea fistulei. Cu mult mai rar sunt întâlnite fistulele, care unesc colecistul cu colonul sau stomacul.

**Colecist de porcelan** se caracterizează prin calcificarea pereţilor vezicii biliare, care devin radioopaci şi vizibili la examinările radiologice convenţionale. Apare ca consecinţă a dereglărilor în metabolismul de calciu sau în rezultatul iritării permanente a pereţilor vezicii biliare de către un calcul. Deşi este rară, patologia deține importanță clinică, deoarece reprezintă un factor de risc major pentru dezvoltarea adenocarcinomul colecistului.

**A.10. Informaţia epidemiologică**

Litiaza biliară (LB) sau colelitiaza este o patologie frecventă, care afectează 10-15% din populaţia adultă în ţările europene şi Statele Unite. Totodată, incidenţa colelitiazei variază semnificativ între diferite grupuri etnice: este mai crescută în Orient (peste 20%) şi comparativ mică – în ţările Africane (3%). Incidenţa litiazei biliare creşte cu vârsta pacienţilor şi este maximală la bătrâni. Femeile sunt afectate de colelitiază de 4-5 ori mai frecvent, decât bărbaţii.

Calculii veziculari reprezintă cauza etiologică principală a numeroaselor eventuale complicaţii. Riscul unor astfel de complicaţii cum ar fi colecistita acută, colangita acută, pancreatita acută biliară şi coledocolitiaza secundară la pacienţii cu colelitiază asimptomatică este estimat la 1% până la 4% anual.

Este recunoscut, că complicaţiile la pacienţii cu litiaza biliară simptomatică se vor dezvolta mult mai frecvent, decât la cei asimptomatici. Colecistita acută calculoasă (CAC) este cea mai frecventă complicaţie a colelitiazei şi se dezvoltă la 10-20% din bolnavii simptomatici. În acelaşi timp, CAC reprezintă a doua, după apendicita acută, cauză a infecţiei intraabdominale complicate şi ocupă 18,5% din aceasta. În multe ţări de la 14% până la 30% din colecistectomii sunt efectuate pentru CAC.

CAC este o patologie heterogenă şi se poate manifesta prin diferite grade de severitate, inclusiv inflamaţia pereţilor, complicaţii locale şi disfuncţia multiplă de organe. Rata cazurilor complicate ale bolii creşte cu vârsta şi este maximală la bolnavii cu vârsta cuprinsă între 70 şi 75 de ani. Totodată, riscul maladiei pentru viaţă este determinat nu numai de severitatea procesului inflamator în colecist şi prezenţa complicaţiilor locale, dar şi de starea generală a pacientului, ceea ce trebuie luat în consideraţie la alegerea conduitei curative.

**A.11. Clase de recomandare şi nivele de evidenţă**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Clasa I** | Condiţii pentru care există dovezi şi/sau acord unanim asupra beneficiului şi eficienţei unei proceduri diagnostice sau tratament | Este recomandat/este indicat |
| **Clasa II** | Condiţii pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergenţă de opinie privind utilitatea/ eficacitatea tratamentului sau procedurii |  |
| **Clasa IIa** | Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficienţă | Ar trebui luat în considerare |
| **Clasa IIb** | Beneficiul/eficienţa sunt mai puţin concludente | Ar putea fi luat în considerare |
| **Clasa III** | Condiţii pentru care există dovezi şi/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunător | Recomandare slabă, sunt posibile aborduri alternative |
| **Nivel de evidenţă A** | Date provenite din mai multe studii clinice randomizate | |
| **Nivel de evidenţă B** | Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non-randomizat de amploare | |
| **Nivel de evidenţă C** | Consensul de opinie al experţilor şi/sau studii mici, studii retrospective, registre | |

**B. PARTEA GENERALĂ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***B.1. Nivel de asistenţă medicală primară (medici de familie şi asistentele medicilor de familie)*** | | | |
| **Descriere** | **Motive** | | **Paşi** |
| **1. *Screeningul* litiazei biliare (LB).**  ***C.2.6.*** | * Profilaxia CAC prin evidențierea și eliminarea factorilor de risc ale LB, precum și tratament chirurgical programat activ al bolnavilor cu litiază biliară şi colecistită cronică calculoasă. | | **Standard/Obligatoriu:**   * *Screeningul* LB şi CCC *(caseta 4)*. * Consiliere cu referire la necesitatea tratamentului chirurgical programat obligatoriu prin aducerea la cunoştinţă a complicaţiilor posibile *(caseta 4, 43)*. * Reevaluare o dată la 6 luni cu recomandarea tratamentului chirurgical programat *(caseta 43)*. |
| **2. Diagnosticul.**  2.1. Suspectarea diagnosticului de CAC.  ***C.2.3. - C.2.4.3.*** | * Anamneza, examenul obiectiv şi imagistic permite suspectarea CAC în majoritatea cazurilor. | | **Standard/Obligatoriu:**   * Evaluarea factorilor de risc *(caseta 4, 5)*. * Anamneza şi acuzele *(caseta 7, 8)*. * Examenul obiectiv *(caseta 9).* * Examen de laborator *(tabelul 1)*. * Ecografia organelor abdominale *(tabelul 1)*. * Diagnosticul diferenţial *(caseta 11).* * Evaluarea stării generale a pacientului *(caseta 10).*   La orice suspecţie de CAC, testele paraclinice şi imagistice în ambulator necesită a fi efectuate în timp scurt. |
| **3. Decizia:** consultaţia specialiştilor şi/sau spitalizarea.  ***C.2.4.6.*** | * Consultul medicului chirurg permite depistarea altor patologii şi confirmarea diagnosticului de CAC. | | **Standard/Obligatoriu:**   * Toţi pacienţii cu suspiciune la CAC necesită consultaţia chirurgului. * La suspecţia CAC este indicată îndreptarea în regim de urgenţă în secţie chirurgicală *(caseta 12)*. |
| **4. Tratamentul.**  **4.1.** Tratament simptomatic preoperatoriu.  ***C.2.4.7.1.1.*** | * În cazul CAC tratamentul simptomatic cu scop de pregătire preoperatorie în condiţii de ambulator nu se efectuează. | | **Standard/Obligatoriu:**   * Tratamentul simptomatic preoperator se va efectua doar în condiţii de staţionar*(caseta 13).* |
| **5. Supravegherea. *C.2.7.*** | * Supraveghere după tratamentul operator, după externarea la domiciliu. | | **Standard/Obligatoriu:**   * Dispensarizarea se va face în colaborare cu chirurgul, conform planului întocmit *(caseta 43).* |
| ***B.2. Nivel de asistenţă medicală de urgenţă (medici de urgenţă şi asistenţi/felceri de urgenţă)*** | | | |
| **Descriere** | | **Motive** | **Paşi** |
| **1. Diagnosticul CAC.**  1.1, Suspectarea şi confirmarea diagnosticului de CAC.  ***C.2.4.1. - C.2.4.6.*** | | * Anamneza şi examenul obiectiv permite suspectarea CAC. | **Standard/Obligatoriu:**   * Anamneza şi acuzele *(caseta 7, 8)*. * Examenul obiectiv *(caseta 9).* * Diagnosticul diferenţial *(caseta 11)* * Evaluarea stării generale a pacientului *(caseta 10)*   În caz de suspecţie de CAC este obligatorie transportarea pacientului în Instituţie medicală cu posibilităţi de acordare a asistenţei medicale specializate chirurgicale *(caseta 12)*. |
| **2. Decizia**:  2.1. Spitalizarea şi consultaţia chirurgului în IMSP, care recepţionează urgenţele chirurgicale.  ***C.2.4.6.*** | | * Transportul medical asistat în IMSP spitalicească, care deserveşte urgenţele chirurgicale, şi consultul obligator al medicului chirurg pentru confirmarea diagnosticului de CAC. | **Standard/Obligatoriu:**   * Toţi pacienţii cu suspecţie la CAC necesită transport medical asistat: * ECG. * Pulsoximetrie. * Glucometrie. * Monitorizare a pulsului, TA, temperaturii. * Consultaţia medicului chirurg. * Confirmarea diagnosticului este indicaţie absolută pentru spitalizarea în serviciul de chirurgie *(caseta 12)*. |
| **3.Tratamentul**  3.1. În prespital se va efectua tratamentul simptomatic al pacienţilor critici cu CAC.  ***C.2.4.7.1.1.*** | | * Tratamentul se va efectua pentru stabilizarea funcţiilor vitale. * Tratamentul simptomatic nu trebuie să influenţeze promptitudinea spitalizării. | **Standard/Obligatoriu:**   * Oxigenoterapie. * Stabilizare hemodinamică.   Sol. *Natrii chloridum* 0,9% 1000-1500 ml.  Medicaţie inotropă pozitivă, la necesitate. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***B.3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulator (medic chirurg)*** | | |
| **Descriere** | **Motive** | **Paşi** |
| **1. Diagnosticul.**  1.1. Suspectarea diagnosticului de CAC.  ***C.1.1. - C.2.4.6.*** | * Anamneza, examenul obiectiv şi imagistic permite suspectarea diagnosticului de CAC. | **Standard/Obligatoriu:**   * Evaluarea factorilor de risc*.* * Anamneza şi acuzele *(caseta 7, 8)*. * Examenul obiectiv *(caseta 9).* * Ecografia organelor abdominale *(tabelul 1)*. * Diagnosticul diferenţial *(caseta 11).* * Evaluarea stării generale a pacientului *(caseta 10).*   **Recomandabil:**   * Examenul paraclinic, la necesitate *(tabelul 1).* * Consultaţia altor specialişti, la necesitate.   La orice suspecţie de CAC, testele paraclinice şi imagistice în ambulator necesită a fi efectuate în timp scurt. |
| **2. Selectarea metodei de tratament:** staţionar *versus* ambulatoriu.  ***C.2.4.6.*** |  | **Standard/Obligatoriu:**   * Îndreptarea în regim de urgenţă în instituţie medicală cu secţie chirurgicală specializată *(caseta 12)*. |
| **3. Tratamentul.**  **3.1.** Tratament simptomatic.  ***C.2.4.7.1.*** | * În cazul CAC tratament simptomatic cu scop de pregătire preoperatorie în condiţii de ambulator nu se efectuează. | **Standard/Obligatoriu:**   * Tratamentul simptomatic preoperator se va efectua doar în condiţii de staţionar. * Tratament conservator, la necesitate *(caseta 13).* |
| **4. Supravegherea.**  ***C.2.7.*** | * Se efectuează de către chirurg în colaborare cu medicul de familie. | **Standard/Obligatoriu:**   * Examinările în ambulator după externare din spital *(caseta 43)*. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***B.4. Nivel de asistenţă medicală spitalicească (spitale raionale, municipale, republicane)*** | | |
| **Descriere** | **Motive** | **Paşi** |
| 1. **Triajul în UPU/DMU** *(în conformitate cu Protocolul Clinic Standardizat Triajul în Unitățile Primiri Urgențe)*   **1.1 Suspectarea diagnosticului de CAC** | * Prioritizarea și identificarea pacienților pentru a fi consultați și tratați în dependență de gravitatea urgențelor medico-chirurgicale. * Încadrarea pacienților în nivelele de urgență | * Evaluarea si măsurarea parametrilor clinici * După evaluarea, clasificarea și stabilirea nivelului de prioritate pacientul va fi preluat în zona de tratament în conformitate cu gradul de urgență. * Evaluarea factorilor de risc *(caseta 4)*. * Anamneza şi acuzele *(caseta 5, 6, 7, 8)*. * Examenul obiectiv *(caseta 9, 10).* * Solicitarea consultului medicului chirurg |
| **2. Diagnosticul.**  **2.1.** Confirmarea diagnosticului de CAC.  ***Algoritmul C.1.1., C.1.2.***  ***C.2.1. - C.2.4.6.*** | * Anamneza, examenul obiectiv şi imagistic permite suspectarea CAC în majoritatea cazurilor. | **Standard/Obligatoriu:**   * Evaluarea factorilor de risc *(caseta 4, 5)*. * Anamneza şi acuzele *(caseta 6, 7, 8).* * Examenul obiectiv *(caseta 9).* * Ecografia organelor abdominale *(tabelul 1)*. * Testele de laborator *(tabelul 1)*. * Diagnosticul diferenţial *(tabelul 11)*. * CT, RMN, ERCP, MRCP la necesitate *(tabelul 1)*. * Evaluarea stării generale a pacientului, severităţii CAC, a riscului operatoriu şi prognosticului *(caseta 10).* * Conduita diagnostică a coledocolitiazei asociate *(caseta 30, 31)* * **Recomandabil:** * Examenul paraclinic preoperatoriu, la necesitate*.* * Consultaţia altor specialişti, la necesitate. |
| **3. Tratamentul.**  **3.1. Tratamentul conservator.**  **3.2. Tratamentul chirurgical.**  **3.3. Tratamentul coledocolitiazei asociate**  ***Algoritmul C.1.1., C.1.2.***  ***C.2.4.7. - C.2.4.7.2.10.*** | * Este indicat în toate cazurile de CAC stabilită. | **Standard/Obligatoriu:**   * Evaluarea indicaţiilor pentru tratament chirurgical. * Pregătire preoperatorie *(caseta 13, 14).* * Consultaţia anesteziologului*.* * Intervenţia chirurgicală *(caseta 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29).* * Tratamentul coledocolitiazei asociate *(caseta 32).* * Conduita postoperatorie *(caseta 33, 34, 35).* |
| **4. Conduita formelor particulare de colecistită acută şi litiază biliară *C.2.5. - C.2.6.*** |  | * Tactica de tratament *(caseta 37, 38, 39, 40, 41, 42)* |
| **5. Externarea, supravegherea.**  ***C.2.4.7.2.11., C.2.7.*** |  | **Standard/Obligatoriu:**   * Evaluarea criteriilor de externare *(caseta 36).*   **Extrasul va conţine obligatoriu:**   * Diagnosticul exact detaliat. * Rezultatele investigaţiilor şi tratamentul efectuat. * Recomandările explicite pentru pacient. * Recomandările pentru medicul de familie. |

**C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ**

***C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu colecistita acută calculoasă în staţionar. (clasa de recomandare IIa)***

ecografiei organelor abdominale

Externare şi CEL programată peste 6-10 săpt. (tratament conservator eficient şi pacientul refuză operaţia)

Externare şi CEL programată peste 6-10 săpt. (pacientul refuză operaţia)

CS cu anestezie locală (tratament conservator ineficient, contraindicaţii către anestezia generală)

CED urgentă amânată (CS ineficientă)

Externare (CS eficientă)

Pacientul cu simptomatologia colecistitei acute

Acuzele, anamneza, examenul obiectiv

Examenul de laborator

Ultrasonografia abdominală

CAC complicată (gangrenoasă, perforativă, abces perivezical)

CT, RMN, laparoscopia

Confirmarea diagnosticului de colecistită acută calculoasă

CAC de gravitate medie

CAC uşoară

CAC gravă

Resuscitarea în secţia terapie intensivă sau reanimare

Tratament conservativ intensiv în secţia chirurgie

Ecografia neinformativă

Tratament conservator standard în secţia chirurgie

CEL precoce (în primele 24-72 ore)

Antibioticoterapia

CEL urgentă precoce cu conversie eventuală (în primele 24-72 ore)

CEL urgentă amânată cu conversie eventuală (tratament conservativ ineficient)

Antibioticoterapia

CED urgentă imediată (perforaţia, gangrena, peritonita generalizată)

CEL urgentă amânată cu conversie eventuală (tratament conservator ineficient)

Externare şi CEL programată peste 6-10 săpt. (tratament conservator eficient)

***C.1.2. Algoritmul general de conduită a pacientului cu CAC şi coledocolitiază asociată în staţionar. (clasa de recomandare IIa)***

Diagnosticul confirmat de colecistită acută calculoasă

Ultrasonografia abdominală, teste de laborator

Gradul de risc al coledocolitiazei asociate

Risc minimal

Risc moderat

Risc înalt

CEL sau CED

ERCP cu sfincterotomie şi litextracţie endoscopică

Depistarea intraoperatorie a coledocolitiazei

**-**

**+**

MRCP sau EUS

Reuşită

Nereuşită

CED cu explorarea ductului biliar comun

CEL cu extragerea laparoscopică a calculilor din ductul biliar

ERCP cu sfincterotomie şi litextracţie endoscopică în perioada postoperatorie

CEL sau CED cu / fără drenarea coledocului (CAC gravă complicată)

**C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI A PROCEDURILOR**

***C.2.1. Clasificarea***

***Clasificare anatomo-patologică***

După semnele anatomo-patologice macro- şi microscopice ale procesului inflamator acut în peretele colecistului se deosebesc următoarele forme de colecistita acută: ***(clasa de recomandare I)***

* **Colecistită catarală sau edematoasă.** Se determină edemul interstiţial, cu dilatarea capilarelor şi vaselor limfatice. Ţesutul vezicii biliare histologic este intact, doar cu edem al stratului subseros.
* **Colecistită flegmonoasă.** Vezica biliară are modificări edematoase cu zone de hemoragii şi necroze. Când peretele vezicii biliare este supus unei presiuni interne elevate, fluxul de sânge este obstrucţionat cu evidenţierea histologică a trombozei şi ocluziei vasculare. Se determină zone răspândite de necroză, dar superficiale, care nu implică întreaga grosime a peretelui vezicii biliare.
* **Colecistită gangrenoasă**. Peretele vezicii biliare – cu infiltraţie leucocitară, cu zone de necroză transmurală şi supuraţie. Colecistul este mărit şi pereţii sunt îngroşaţi. Sunt prezente abcese intramurale, care implică întreaga grosime a pereţilor. De asemenea sunt prezente şi abcese perivezicale. Necroza transmurală poate duce la perforaţia peretelui vezicii biliare şi conţinutul lumenului (bilă sau puroi) se elimină în cavitatea peritoneală **(colecistită gangrenoasă perforativă)**.
* În plus, este evidențiată şi **colecistita flegmonoasă ocluzivă**, când în lumenul colecistului se acumulează puroi **(empiemul colecistului).**

***Nota:***

Aceste forme ar trebui să fie tratate ca faze naturale consecutive ale procesului inflamator, cu evoluţie treptată de la inflamaţie catarală spre gangrenă. Excepţie de la această regulă face **colecistita gangrenoasă primară**, în baza mecanismului de dezvoltarea a căreia stă tromboza arterei cistice. ***(clasa de recomandare IIa)***

***C.2.2. Fiziopatologia, patomorfologia şi bacteriologia CAC***

|  |
| --- |
| **Caseta 1. *Fiziopatologia. (clasa de recomandare IIb)***   * CAC este cauzată de un proces inflamator / infecţios nespecific, care implică pereţii vezicii biliare şi este asociat cu prezenţa calculilor biliari intraveziculari. * Deşi sunt întâlnite cazuri de colecistită acută acalculoasă, în absoluta majoritate (95%) a observațiilor aceasta este secundară obstrucţiei mecanice a ductului cistic sau infundibului colecistului de către un calcul biliar. * Acest obstacol duce la creşterea presiunii în vezica biliară. Producerea continuă a mucusului din epiteliu şi distensia vezicii biliare rezultă în dereglări micro- şi macrocirculatorii. Ulterior apare edemul seroasei, descuamarea mucoasei, congestia venoasă şi limfatică, ischemia şi necroza colecistului cu peritonită localizată sau difuză. * Progresarea colecistitei acute este determinată de gradul şi durata obstrucţiei ductului cistic de către un calcul biliar. În cazul când obstrucţia este parţială şi de scurtă durată pacientul prezintă doar colică biliară. În cazul obstrucţiei complete şi de lungă durată la bolnav se dezvoltă colecistita acută. * Inflamaţia acută poate fi complicată de infecţia bacteriană secundară, originară din căile biliare, sau pătrunsă prin intermediul sistemului portal limfatic sau venos. Cei mai frecvenţi agenţi patogeni sunt microorganismele prezente în tractul gastrointestinal. * Afectul principal în dezvoltarea CAC este de natură biochimică, iar infecţia bacteriană are un rol secundar în geneza bolii. A fost identificat un număr mare de mediatori ai răspunsului inflamator potenţial, inclusiv acizii biliari, bila litogenică, sucul pancreatic, lizolecitina, fosfolipaza A şi prostaglandinele, care pot induce leziuni celulare și inflamaţie. |

|  |
| --- |
| **Caseta 2. *Patomorfologia. (clasa de recomandare IIa)***   * **La examenul macroscopic** vezica biliară de obicei este mărită în volum, dilatată cu îngroşarea pereţilor şi edem marcat. În timpul intervenţiei chirurgicale vezica biliara poate fi acoperită de un plastron inflamator, format din oment, colonul transvers şi mezocolon, şi poate fi aderată la duoden, porţiunea antrală a stomacului şi alte organe şi structuri adiacente. În unele cazuri pot fi evidente semnele de ischemie şi necroză ischemică, preponderent situate în regiunea fundusului vezicii biliare, porţiune cu vascularizare mai redusă. * **La examenul histopatologic** colecistita acută se evidenţiază prin edemul stratului mucos şi subseros, hipervascularizarea şi infiltraţia pereţilor cu leucocite polimorfonucleare. Suplimentar modificărilor tipice ale colecistitei acute, la mulţi pacienţi pot fi determinate consecinţele inflamaţiei cronice: fibroza, infiltrarea limfocitară a stratului submucos şi subţierea mucoasei. |

|  |
| --- |
| **Caseta 3. *Bacteriologia. (clasa de recomandare IIa)***   * La persoanele sănătoase, fără calculi biliari, bila este sterilă. În schimb, o mare parte a bolnavilor cu colecistită calculoasă au culturi biliare pozitive. Totodată, incidenţa bacteriobiliei este semnificativ mai mare la pacienţii cu colecistită acută (30-70%) comparativ cu pacienţii cu colecistită cronică (20-50%). Studiile au demonstrat, că incidenţa bacteriobiliei creşte odată cu vârsta. Astfel, incidenţa culturilor biliare pozitive prelevate în timpul colecistectomiei la pacienţii sub 50 de ani este 20-30%, iar la bolnavii în vârstă de peste 70 de ani – mai mult de 50%. * Cele mai frecvente bacterii izolate sunt de origine intestinală, preponderent *Escherichia coli,* *Enterobacter, Klebsiella* şi *Enterococcus* şi anaerobi, în special *Bacteroides fragilis*. * În majoritatea cazurilor microorganismele, care determină infecţia plăgilor postoperatorii după colecistectomie, sunt identice celor găsite în bilă. |

***C.2.3. Factorii de risc***

|  |
| --- |
| **Caseta 4. *Factorii de risc de dezvoltare a LB şi CAC. (clasa de recomandare I)***   * Sexul feminin; * Vârsta înaintată; * Ereditatea şi factorul etnic; * Obezitatea; * Diabetul zaharat; * Graviditatea; * Ciroza hepatică; * Patologiile asociate cu stază biliară; * Vagotomia chirurgicală sau rezecţia gastrică suportate în antecedente; * Infecţia căilor biliare; * Nutriţia parenterală totală. |
| **Caseta 5. *Factorii de risc operator majori şi minori la pacienţii cu CAC.***  **Factori majori: *(clasa de recomandare I)***   * Instabilitatea hemodinamică la internare; * Colangita severă; * Icterul mecanic persistent; * Pancreatita acută biliară; * Evoluţie de peste 72 de ore; * Comorbidităţi cardio-pulmonare asociate severe; * Vârsta (>65 de ani); * Diabetul; * Ciroza hepatică; * Scor ASA III-IV.   **Factori minori: *(clasa de recomandare IIa)***   * Anemia; * Subnutriţia; * Obezitatea; * Distensia abdominală majoră; * Corticoterapia; * Terapia cu anticoagulante. |

***C.2.4. Conduita pacientului cu CAC***

|  |
| --- |
| **Caseta 6. *Etapele obligatorii în conduita pacientului cu CAC.******(clasa de recomandare I)***   * Culegerea anamnezei şi acuzelor. * Examinarea clinică. * Examinarea paraclinică. * Evaluarea riscului de complicaţii (consultaţia specialiştilor). * Luarea deciziei referitor la conduita de tratament. * Efectuarea tratamentului. * Supravegherea activă. |

***C.2.4.1. Anamneza***

|  |
| --- |
| **Caseta 7. *Anamneza. (clasa de recomandare IIb)***   * Durerile apar în hipocondrul drept şi epigastru, cresc rapid în intensitate, sunt colicative, de la 30 min. până la 6 ore, deseori iradiază în omoplatul drept și se asociază cu sindrom dispeptic, greţuri, vome, meteorism. * Importantă pentru diagnosticul oportun al CAC este anamneza litiazei biliare, prezenţa unor episoade precedente de colică biliară şi corelaţia debutului patologiei cu ingestia alimentelor grase. |

***C.2.4.2. Manifestările clinice***

|  |
| --- |
| **Caseta 8. *Acuzele. (clasa de recomandare IIb)***   * Durerea în cazul CAC calculoase se păstrează pe parcursul câtorva zile şi se accentuează permanent. * Odată cu progresarea patologiei, procesul inflamator de pe vezicula biliară se extinde asupra peritoneului parietal. Din acest moment pacientul percepe o durere cert localizată în regiunea hipocondrului drept cu iradiere tipică în omoplatul drept sau umăr. * Bolnavii evită orice mişcare şi preferă să stea într-o singură poziţie. * Printre alte acuze o atenţie deosebită o merită anorexia, nausea şi voma. * În CAC voma are un caracter multiplu, şi de regulă nu aduce o uşurare vădită. |

|  |
| --- |
| **Caseta 9. *Simptomatologie.***   * CAC debutează prin durere bruscă, care prin caracterul său se aseamănă cu colica biliară, diferenţierea clinică între aceste două patologii deseori fiind dificilă. Însă, spre deosebire de colica biliară, unde durerile dispar timp de 1-6 ore de sine stătător sau sub acţiunea spasmoliticelor, în colecistita acută durerea este persistentă şi poate fi păstrată pe parcursul câtorva zile. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Durerea în CAC, similar cu colica biliară, deseori apare după o masă bogată în grăsimi sau în timpul nopţii. ***(clasa de recomandare I)*** * Majoritatea bolnavilor cu CAC sunt conştienţi de prezenţa calculilor biliari, care au fost depistaţi la investigaţiile ultrasonografice anterioare. Trei sferturi dintre pacienţi relatează accese de colici biliare în antecedente. ***(clasa de recomandare I)*** * Durerea de obicei este resimţită în partea superioară dreaptă a abdomenului. În unele cazuri durerea iniţial poate fi resimţită în epigastru şi poate preceda cu câteva ore durerea în cadranul superior drept al abdomenului. ***(clasa de recomandare I)*** * Mai frecvent durerea iradiază în unghiul inferior al omoplatului drept. Uneori iradierile sunt atipice: în epigastru, în abdomenul stâng, în umăr, sau în regiunea supraclaviculară dreaptă (semnul Mussi-Gheorghievski). ***(clasa de recomandare IIa)*** * Uneori durerea radiază în regiunea cordului, simulând un acces de angină pectorală (aşa-numitul „sindrom colecisto-coronarian“ sau sindromul Botkin). ***(clasa de recomandare IIb)*** * Cu progresarea procesului inflamator în pereţii colecistului şi peritoneul adiacent intensitatea durerilor creşte, durerea în hipocondrul drept devine mai localizată. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Anorexia, greţurile şi voma sunt caracteristice pentru CAC. Voma are un caracter repetat, cu conţinut bilios şi nu aduce uşurare pacientului. Ocazional vomele sunt complet absente. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Creşterea temperaturii corpului se observă din primele zile ale bolii. Febra până la 38º-38,5ºC este comună pentru cazurile de colecistită acută. Deşi febra hectică cu frisoane ocazional poate fi întâlnită în colecistita complicată, aceasta este mai mult caracteristică pentru colangita acută. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Starea generală a pacienţilor diferă semnificativ, de la relativ satisfăcătoare până la foarte gravă, însoţită de insuficienţa multiplă de organe, în dependenţă de severitatea procesului inflamator local şi gravitatea patologiilor concomitente. Ca urmare a iritării peritoneale, bolnavii cu CAC sunt reţinuţi să se mişte şi preferă statul culcat. ***(clasa de recomandare III)*** * Frecvenţa pulsului variază de la 80 până la 120 bătăi per minut în corespundere cu temperatura corpului. Tahicardia pronunţată reprezintă un simptom alarmant, care sugerează o intoxicaţie severă şi schimbări morfopatologice grave în colecist şi cavitatea peritoneală. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Respiraţia este superficială şi mai frecventă ca de obicei. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Tegumentele sunt de culoare obişnuită sau puţin icterice. Ictericitatea uşoară este caracteristică pentru pacienţii cu CAC, chiar şi în lipsa calculilor în ductul biliar comun. Aceasta se explică prin afectare hepatocelulară tranzitorie acută. Apariţia icterului pronunţat şi persistent indică o obstrucţie mecanică a fluxului bilei spre duoden de către un calcul biliar inclavat în porţiunea terminală a coledocului sau sindromul Mirizzi. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Limba este uscată şi saburată. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Abdomenul este uşor balonat, partea dreaptă superioară a peretelui abdominal nu participă sau participă limitat în actul de respiraţie. ***(clasa de recomandare IIb)*** * La palpare sub rebordul costal drept se constată durere pronunţată şi contractura muşchilor abdominali. ***(clasa de recomandare I)*** * Colecistul mărit, tensionat şi dur poate fi palpat în hipocondrul drept în aproximativ jumătate din cazurile de CAC. Cu toate acestea, în cazul defans-ului muscular marcat şi sindromului algic pronunţat palparea vezicii biliare nu este întotdeauna posibilă. ***(clasa de recomandare I)*** * Importanţă majoră prezintă simptomul Murphy pozitiv, care se determină prin exercitarea unei presiuni constante asupra peretelui abdominal în proiecţia colecistului, în timp ce bolnavul este rugat să respire adânc. La sfârşitul inspirului când vezicula, împinsă de diafragm prin intermediul ficatului se apropie de degete, apare durerea şi respiraţia se întrerupe brusc. ***(clasa de recomandare I)*** * De asemenea, se determină frenicus-simptom (iradierea durerilor în regiunea supraclaviculară pe dreapta), simptomul Ortner – durere accentuată la percuţia arcului costal drept. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Cu progresarea procesului inflamator şi implicarea peritoneului parietal apar semnele iritării peritoneale sub rebordul costal drept: simptomul Blumberg (palpator) şi simptomul Mandel-Razdolsky (percutor). ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.4.3. Investigaţiile paraclinice***

**Tabelul 1. *Investigaţiile paraclinice la pacienţii cu CAC. (clasa de recomandare IIb)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Investigaţiile paraclinice** | **Semnele sugestive pentru CAC** | **Caracterul** | |
| Numărătoarea leucocitelor sângelui. | Leucocitoza înaltă poate mărturisi despre prezenţa unui proces inflamator sau gangrena veziculei biliare. | **O** |  |
| Numărătoarea eritrocitelor, dozarea hemoglobinei, hematocritul. | Nediagnostice, dar se indică cu scop de evaluare preoperatorie. | **O** |  |
| Analiza generală a urinei. | Denotă prezenţa unei patologii renale asociate sau disfuncţiei renale. | **O** |  |
| Electrocardiografia în stare de repaos. | Pot fi schimbări în caz de patologie a sistemului cardiovascular. | **O** |  |
| Determinarea grupului sangvin după sistemul ABO şi după sistemul Rhesus. | Se indică cu scop de evaluare preoperatorie. | **O** |  |
| Determinarea parametrilor biochimici (dozarea proteinei totale, ureei, creatininei, glucozei, AST, ALT, FA, LDH şi/sau bilirubinei, protrombinei, fibrinogenul). | Creşterea uşoară a valorilor AST, ALT, FA, LDH şi/sau bilirubinei este caracteristică CAC. Nivelurile bilirubinei, AST, ALT, FA, elevate semnificativ sugerează posibilitatea coledocolitiazei asociate sau sindromului Mirizzi. | **O** |  |
| Teste de coagulare: indexul protrombinic, raportul internaţional normalizat (INR), fibrinogenul, timpul de tromboplastină parțial activată (TTPA) | Se indică cu scop de evaluare preoperatorie şi modificarea / corijarea regimului de terapia antitrombotică (la necesitate). |  | **R** |
| Determinarea proteinei C-reactive (PCR). | Creşterea nivelului PCR cu 3 mg/l sau mai mult indică inflamaţie acută. |  | **R** |
| Determinarea echilibrului acido-bazic. | Se indică cu scop de evaluare preoperatorie. |  | **R** |
| Determinarea natriului seric, kaliului seric, calciului, magneziului, clorului în serul sangvin). | Se indică cu scop de evaluare preoperatorie. |  | **R** |
| Ecografia organelor abdominale. | Ecografia organelor abdominale este metoda imagistică de primă linie în cazuri suspecte de CAC cu valoare predictivă înaltă (84-95%) şi specificitate de 83%. | **O** |  |
| Tomografia computerizată (CT) a abdomenului. | Permite diagnosticul formelor complicate ale CAC (colecistita gangrenoasă, perforativă, emfizematoasă; abces perivezical) şi diagnosticul diferenţial cu alte patologii intraabdominale. Facilitează stabilirea diagnosticului la pacienţii obezi sau cu distensia abdominală gazoasă, când utilizarea ecografiei organelor abdominale este limitată sau investigaţie este neinformativă. |  | **R** |
| Rezonanţa magnetica nucleară (RMN). | Permite diagnosticul formelor complicate ale CAC, diagnosticul diferenţial cu alte patologii intraabdominale. |  | **R** |
| Evaluarea ecografică (2D + Doppler) | Permite determinarea vascularizării pereţilor vezicii biliare (aşa-numita „hiperemie ultrasonoră”) şi, respectiv, a gradului de inflamaţie. |  | **R** |
| Hepatobiliscintigrafia. | Este o metoda diagnostica utilă pentru CAC. În mod normal preparatele radiofarmaceutice (acid diisopropyliminodiacetic) ocupă lumenul vezicii biliare într-o jumătate de oră. Conform studiilor, sensibilitatea investigaţiei în CAC este 96%, iar specificitatea – 90%. |  | **R** |
| Radiografia cavităţii abdominale. | Se efectuează doar cu scop de diagnostic diferenţial cu alte cauze ale abdomenului acut. |  | **R** |
| Esofagogastroduodenofibroscopie. | Este indicată în cazurile icterului mecanic pentru evaluarea stării papilei duodenale mari (Vater) cu un eventual calcul biliar inclavat, prezenţei şi caracterului fluxului bilei în duoden. |  | **R** |
| Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (ERCP). | Este indicată doar în cazurile confirmate sau foarte probabile de coledocolitiază sau strictură distală a ductului biliar comun, complicate cu icter mecanic şi / sau colangită. |  | **R** |
| Colangiopancreatografia prin rezonanţă magnetică (MRCP). | Este indicată în cazurile suspecte de prezenţă a calculilor în ductul biliar comun. |  | **R** |
| Esofagogastroduodenofibroscopie endoscopică (EUS). | Combină endoscopia și ultrasonografia şi oferă imagini extrem de detaliate ale căilor biliare extrahepatice şi a pancreasului. Investigaţia posedă o sensibilitate aproximativ egală cu cea a ERCP şi MRCP în diagnosticul coledocolitiazei. |  | **R** |
| Video- sau fibroesofagogastroduodenoscopia. | Permite evaluarea stării esofagului, stomacului şi duodenului cu depistarea patologiilor alternative diagnosticului CAC. |  | **R** |
| Laparoscopia diagnostică. | Permite diferenţierea formelor patomorfologice ale colecistitei şi gradului de răspândire a peritonitei. |  | **R** |

***Notă:*** O – obligatoriu, R – recomandabil

***C.2.4.4 Criteriile de evaluare a severităţii colecistitei acute (clasificare clinică)***

|  |
| --- |
| **Caseta 10. *Severitatea colecistitei acute (clasificare clinică). (clasa de recomandare IIa)***  CAC poate evalua clinic foarte divers, de la boală uşoară autolimitată până la forma fulminantă cu potenţial pericol pentru viaţă pacientului. Ghidurile internaţionale recomandă divizarea colecistitei acute în funcţie de severitatea evolutivă în următoarele trei categorii: „uşoară“ (clasa I), „de gravitate medie“ (gradul II) şi „gravă“ (gradul III). Pentru descrierea celui mai sever grad de colecistita acută este argumentată utilizarea unei categorii aparte, deoarece indică necesitatea în resuscitare în condiţiile secţiei de terapie intensivă şi tratament invaziv de urgenţă (chirurgical şi / sau drenare) pentru a salva viaţa pacientului.   * **Colecistita acută uşoară (gradul I)** defineşte dezvoltarea colecistitei acute la un pacient sănătos, fără disfuncţie de organe şi cu modificările patologice uşoare în vezica biliară. Bolnavul cu CAC se clasifică în forma „uşoară“ (gradul I) când acesta nu are criterii pentru includerea în formele „de gravitate medie“ sau „gravă“ (gradul II-III). La pacienţii cu grad uşor de CAC colecistectomia este un procedeu sigur, cu risc perioperator minimal. * **Colecistita acută de gravitate medie (gradul II)** se stabileşte în cazul când pacientul cu CAC prezintă cel puţin una dintre următoarele condiţii:  1. Numărul de leucocite în sânge sunt elevate esenţial (>18.000 / mm3); 2. Plastron inflamator dureros şi palpabil în regiunea superioară dreaptă a abdomenului; 3. Debutul simptomelor >72 ore; 4. Inflamaţie locală marcată (peritonită biliară, abces perivezical, abces hepatic, colecistita gangrenoasă, colecistita emfizematoasă).   În colecistita acută moderată gradul inflamaţiei locale poate fi asociat cu creşterea dificultăţilor tehnice în efectuarea colecistectomiei.   * **Colecistita acută gravă (gradul III)** este definită în prezenţa disfuncţiei a oricărui dintre următoarele organe sau sisteme:  1. Disfuncţie cardiovasculară (hipotensiune arterială refractară la resuscitare volemică de 30 ml/kg pe oră, sau hipotensiune care necesită corecţia cu preparate vasopresorii); 2. Disfuncţie neurologică (scăderea nivelului de conştiinţă); 3. Disfuncţie respiratorie (raportul PaO2 /FiO2 <300); 4. Disfuncţie renală (oliguria <30 ml/oră, creatinina >200 mg/l); 5. Disfuncţie hepatică (INR >1,5 sau nivelul protrombinei <60%); 6. Disfuncţie hematologică (numărul trombocitelor <100.000 / mm3).   **Notă:**   * Atunci când colecistita acută este însoţită de colangită acută, ar trebui luate în consideraţie şi criteriile elaborate pentru evaluarea severităţii colangitei acute. * „Vârstă înaintată“ a bolnavului nu este inclusă ca un criteriu al severității situaţiei clinice propriu-zise, dar indică probabilitatea înaltă de avansare rapidă spre forma gravă. |

***C.2.4.5. Diagnosticul diferenţial***

|  |
| --- |
| **Caseta 11. *Diagnosticul diferenţial. (clasa de recomandare IIb)***  Recunoaşterea formelor clasice ale colecistitei acute în cazul spitalizării precoce a bolnavilor nu este dificilă. Dificultăţi diagnostice apar în cazurile atipice, când manifestările clinice nu corespund modificărilor patologice în vezică biliară, precum şi în boală avansată complicată cu peritonită generalizată, când este imposibil de a identifica sursa primară a infecţiei intraabdominale. Erori diagnostice apar în 12-17% din cazurile de colecistită acută.  Patologiile care pot simula manifestările clinice ale CAC sunt următoarele:   * **Apendicita acută.** Simptomele – durerea, voma, constipaţiile, febra – sunt foarte asemănătoare, dar localizarea durerii este diferită. În unele cazuri în special la subiecţii obezi cu colecistul inflamat şi situat inferior, cu peritonită şi rigiditate musculară, diferenţierea clinică de apendicită cu abcedare locală este aproape imposibilă. * **Colangita.** Poate fi dificil sau imposibil de a distinge colangita secundară coledocolitiazei de colecistita acută. În general pacienţii cu colangită au reacţie sistemică mai severă cu febră mai înaltă, dar sensibilitate locală de intensitate mai mică, decât bolnavii cu CAC. * **Colica biliară.** Colica biliară (nefiind asociată cu inflamaţia vezicii biliare) de obicei anticipă colecistita acută. Abdomenul în proiecţia colecistului este moale, deşi poate fi dureros la palparea profundă. Temperatura subnormală a corpului este mai caracteristică, decât febră. În colica biliară durerile dispar repede timp de câteva ore, în colecistita acută durerea este persistentă şi poate persista pe parcursul câtorva zile. * **Pancreatita acută.** Manifestările clinice iniţiale ale colecistitei acute şi pancreatitei acute uneori sunt foarte similare: anamneza litiazei biliare, debut acut după încălcare dietetică, sediul durerii în abdomenul superior, vome repetate. Caracteristicile distinctive ale pancreatitei acute sunt: starea generală gravă a bolnavului deseori asociată cu disfuncţie organică, durerea abdominală „în centură”, semnele Grey-Turner şi Cullen, nivelul crescut al amilazei şi lipazei în sânge şi urină. * **Acutizarea ulcerului duodenal.** Semnele locale pot fi similare celor de colecistită cu peritonită locală. Însă, determinarea minuţioasă a anamnezei relevă apariţia durerii peste 2,5 ore după alimentaţie, ameliorarea durerii după mâncare, pirozisul, eructaţiile acide şi vome periodice. * **Ulcerul gastroduodenal perforat acoperit.** După un debut acut cu durere severă şi elementele colapsului, starea bolnavului se normalizează rapid, iar durerea se localizează în hipocondrul drept şi flancul drept abdominal. Diagnosticul diferenţial este foarte dificil şi întotdeauna necesită utilizarea metodelor imagistice, uneori invazive. * **Ocluzia intestinală.** Voma repetată, pareza intestinală cu balonarea abdomenului şi retenţia de scaun, deseori existente în colecistita acută, pot fi confundate cu ocluzia intestinală. Aceasta din urmă se va distinge prin caracterul colicativ al durerilor, cu localizare neobişnuită pentru colecistita, hiperperistaltism, „clapotaj“, simptomul Wahl pozitiv şi alte semne specifice. Oricum, pentru concretizarea diagnosticului este necesară radiografia abdominală panoramică. * **Hepatita.** În cazurile de hepatită sensibilitatea la palpare poate fi determinată nu doar în hipocondrul drept, ci pe toată aria ficatului, inclusiv şi în partea laterală. Aceasta se constată prin compresiune în spaţiile intercostale inferioare laterale. Semnul descris este util pentru diagnostic, cu excepţia cazurilor, în care hepatita coexistă cu colecistita. În hepatită declanşarea durerii rareori este bruscă. * **Cancerul unghiului hepatic al colonului.** Durerea persistentă şi localizată în hipocondrul drept, constipaţii şi balonări intestinale, anorexia – sunt semne ale adenocarcinomului colonului drept şi transversului, care pot fi uşor confundate cu CAC. La destrucţia şi microperforaţia tumorii cu abcedare se determină febră 38-38,5ºC şi plastron palpabil dureros. Diferenţierea este şi mai dificilă, ţinând cont de neinformativitatea obişnuită a ecografiei organelor abdominale în astfel de situaţii, cauzată de intercalarea ansei aferente dilatate a colonului între peretele abdominal anterior şi ficat. * **Inflamaţiile renale sau colica renală pe dreapta** (pielonefrita, paranefrita, nefro- şi ureterolitiază). Deşi sunt patologii cu manifestări clinice foarte diverse, este comună durerea de intensitate diferită situată pe flancul abdominal drept, superior în hipocondrul drept şi în lomba dreaptă. Febra, fatigabilitatea, anorexia, greţurile şi voma de asemenea pot fi prezente. * **Pleuropneumonia bazală şi pleurezia pe dreapta.** De regulă, febra este foarte înaltă – peste 40ºC şi este precedată de frison. Deşi durerea la palpare în hipocondrul drept este prezentă, aceasta este mult mai superficială, palparea profundă a zonei subhepatice de obicei fiind posibilă. Fenomenele pulmonare auscultative – atenuarea respiraţiei şi crepitaţia sunt mai caracteristice pentru pleurezie decât pentru colecistită. * **Infarctul miocardic şi angina pectorală.** Cele mai frecvente patologii necardiace, cu care pacienţii sunt aduşi în secţiile cardiologice sunt colica biliară şi colecistita acută precoce. Localizarea mediană a durerii biliare şi iradiere durerii în regiunea cordului în unele cazuri poate prezenta dificultăţi foarte mari de diagnostic. În asemenea situaţii electrocardiografia şi testarea enzimelor cardiace sunt decisive. |

***C.2.4.6. Criteriile de spitalizare***

|  |
| --- |
| **Caseta 12. *Criteriile de spitalizare a pacienţilor cu CAC. (clasa de recomandare I)***   * La suspecţia CAC (clinică şi / sau imagistică) este indicată internarea în regim de urgenţă în secţie chirurgicală, unde sunt asigurate condiţii adecvate pentru asistenţa de urgenţă. |

***C.2.4.7. Tratamentul***

***C.2.4.7.1. Tratamentul conservator***

***C.2.4.7.1.1. Tratamentul medicamentos standard***

|  |
| --- |
| **Caseta 13.** ***Tratamentul medicamentos standard. (clasa de recomandare I)***  Tratamentul medicamentos oportun şi în volum deplin în mai multe cazuri permite regresia procesul inflamator în vezica biliară:   * Regim alimentar 0; * Terapia perfuzională cu soluţii cristaloide sau coloidale; * Preparate spasmolitice (*Plathyphyllini hydrotartras\*, papaverinum*); * Analgezice parenterale (inclusiv opioide); * Antibiotice *(Caseta 14)*; * Instalarea sondei nazogastrice în cazul persistenţei greţurilor şi vomei; * Remediile antiinflamatorii non-steroidiene (AINS), cum ar fi *indometacinum* şi *diclofenacum* pot converti modificările inflamatorii în colecist şi îmbunătăţi contractilitatea vezicii biliare. |

***C.2.4.7.1.2. Utilizarea antibioticelor în colecistita acută***

|  |
| --- |
| **Caseta 14. *Utilizarea antibioticelor în colecistita acută.***   * Obiectivele administrării antibioticelor în colecistită acută sunt diferite: (1) ca tratament auxiliar pentru efectuarea intervenţiei chirurgicale precoce sau (2) ca tratament definitiv în conduită non-operatorie a episodului inflamator biliar acut. ***(clasa de recomandare I)*** * Alegerea iniţială a antibioticelor în colecistita acută este empirică şi trebuie să se bazeze pe spectrul microorganismelor patogene mai frecvent implicate, infecţiilor nosocomiale specifice spitalului, farmacodinamica şi farmacocinetica preparatelor şi evoluţia procesului inflamator local şi sistemic. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Antibioticoterapia empirică poate fi administrată în regim de monoterapie sau terapie combinată (2-3 preparate). Monoterapia se recomandă pentru cazurile de CAC uşoară şi de gravitate medie, cea combinată – pentru colecistita gravă şi complicată. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Cele mai utilizate antibiotice în calitate de monoterapie sunt cefalosporinele cu spectrul larg şi fluorochinolonele: *Ceftriaxonum, Cefazolinum, Ceftazidimum, Cefuroximum* şi *Ciprofloxacinum*. Terapia combinată include administrarea următoarelor combinații: *Ceftriaxonum + Metronidazolum, Ceftazidimum + Metronidazolum, Ciprofloxacinum + Metronidazolum, Ceftriaxonum + Metronidazolum + Ampicillinum,* şi pentru cele mai severe cazuri şi infecţii nosocomiale – *Imipenemum + Metronidazolum.* ***(clasa de recomandare I)*** * Ghidurile Societăţii de Boli Infecţioase din America şi Tokyo recomandă administrarea antibioticelor la pacienţii cu colecistită acută diagnosticată şi finisarea tratamentului pe parcursul primelor 24 ore după colecistectomie, cu excepţia cazurilor, când sunt alte surse de infecţie în afară de vezica biliară. ***(clasa de recomandare IIb)*** * În cazul abcesului perivezical, colecistitei gangrenoase, perforative sau emfizematoase observate în timpul colecistectomiei, se recomandă continuarea antibioticelor timp de 4-5 zile, sau uneori 7 zile. În cazurile complicate de colecistită acută, durata tratamentului cu antibiotice se apreciază individual în dependenţă de evaluarea clinică. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Totodată, necesitatea administrării antibioticelor în CAC uşoară este controversată. La bolnavii cu colecistită acută uşoară necomplicată antibioticoterapia poate fi rezervată şi indicată numai în cazul lipsei ameliorării sau la apariţia complicaţiilor postoperatorii. ***(clasa de recomandare IIb)*** * În cazul dezvoltării complicaţiilor septice în perioada postoperatorie, alegerea antibioticelor trebuie să se bazeze pe rezultatele însămânțărilor culturilor intraoperatorii, precum şi ale culturilor din plagă sau din colecţiile lichidiene intraabdominale. ***(clasa de recomandare I)*** |

***C.2.4.7.2. Tratamentul chirurgical***

***C.2.4.7.2.1. Timpul efectuării tratamentului chirurgical***

|  |
| --- |
| **Caseta 15. *Timpul efectuării tratamentului chirurgical.***  După timpul efectuării sunt 3 tipuri de colecistectomie în colecistita acută: ***(clasa de recomandare IIa)***   1. **Operaţia urgentă imediată** – se efectuează în primele 6-24 ore după internare în evidenţa semnelor de colecistită acută distructivă şi peritonită generalizată; 2. **Operaţia urgentă amânată** – se efectuează în primele ore / zile de la spitalizare în cazul, când tratamentul conservator administrat este ineficace şi simptomatologia persistă. Timpul efectuării colecistectomiei precoce variază între 24 ore şi 7 zile. Conform recomandărilor ghidurilor internaţionale, operaţia urgentă amânată pentru CAC este divizată în: **operaţia urgentă amânată precoce** (efectuată în perioada 24-72 ore de la internare) şi **operaţia urgentă amânată tardivă** (practicată pe parcursul a 3-7 zile); 3. **Operaţia programată** – este indicată peste câteva zile / săptămâni după internare, după ameliorarea stării generale şi dispariţia semnelor de inflamaţie acută din colecist. |

|  |
| --- |
| **Caseta 16. *Colecistectomia urgentă imediată. (clasa de recomandare IIa)***   * Colecistectomia urgentă imediată are indicaţii restrânse şi se efectuează la un grup mic de bolnavi, care la internare au semne clinice şi instrumentale de perforaţie, gangrena colecistului sau peritonită generalizată, şi în acelaşi timp sunt suficient de compensaţi pentru a tolera anestezia generală; * Reieşind din indicaţiile enumerate, accesul preferabil pentru efectuarea colecistectomiei în astfel de situaţie din start este cel deschis, prin laparotomie. Totodată, în unele cazuri intervenţia poate fi începută cu laparoscopie diagnostică cu eventuală continuare prin colecistectomie laparoscopică (CEL); * O altă aplicare comparativ nouă a intervenţiei urgente imediate se bazează pe studiile care au demonstrat, că CEL imediată în termen de 24 ore de la internare este sigură, iar rezultatele perioperatorii nu diferă comparativ cu cele ale pacienţilor care au suportat CEL în perioada 24-72 ore de la spitalizare. Astfel, CEL urgentă imediată este recomandată şi pacienţilor cu CAC uşoară sau de gravitate medie şi unele spitale pot prelua această practică; * Cu toate acestea, colecistectomia laparoscopică urgentă imediată (în primele 24 ore) pentru CAC rămâne nepopulară, din motivele deficienţelor în organizarea intervenţiilor videoendoscopice în orele suplimentare în mai multe spitale; * Mai mult ca atât, se recomandă ca CEL de urgenţă pentru colecistita acută să fie efectuată numai în timpul orelor normale de lucru, și nu noaptea când lipseşte personalul experimentat şi nu sunt accesibile toate facilităţile instituţiei medicale. |

|  |
| --- |
| **Caseta 17. *Colecistectomia laparoscopică urgentă amânată precoce. (clasa de recomandare IIa)***   * Indicaţia tradițională pentru colecistectomia urgentă amânată este lipsa ameliorării după tratament conservator (inclusiv antibioticoterapie) timp de 24-48 ore; * O altă indicaţie se bazează pe recunoaşterea unanimă, că tratamentul optimal al colecistitei acute este colecistectomia precoce. Abordarea chirurgicală precoce prevede efectuarea CEL în timpul spitalizării iniţiale pentru colecistita acută; * Nu există un consens privind timpul optim pentru realizarea colecistectomiei precoce după debutul bolii sau spitalizare. Predomină opinia, că colecistectomia precoce în caz de CAC trebuie efectuată într-o perioadă de 72 de ore, aşa-numita „perioadă de aur”. După acest timp dificultatea tehnică a intervenţiei creşte; * Susţinătorii colecistectomiei precoce consideră, că întârzierea operaţiei expune pacienţii riscului complicaţiilor inflamatorii biliare. În plus, colecistectomia precoce reduce durata spitalizării şi poate preveni riscul internărilor repetate, legate de calculii biliari neînlăturați; * Colecistectomia precoce este sigură chiar şi în CAC gravă şi la bolnavii vârstnici. |

|  |
| --- |
| **Caseta 18. *Colecistectomia laparoscopică urgentă amânată tardivă. (clasa de recomandare III)***   * În majoritatea cazurilor operaţia urgentă amânată tardivă este forţată şi se efectuează în situaţiile ineficienţei tratamentului conservator pe fundalul persistării insuficienţei organice sau decompensării patologiilor concomitente, sau / şi spitalizării tardive a bolnavului cu CAC; * Intervenţia chirurgicală trebuie efectuată cât mai repede la pacienţii internaţi cu CAC, deoarece ratele conversiei, complicaţiilor şi necesităţii în reintervenție sunt semnificativ mai mari în cazul când operaţia este amânată pentru mai mult de 7 zile de la debutul semnelor. |

|  |
| --- |
| **Caseta 19. *Colecistectomia laparoscopică programată. (clasa de recomandare III)***   * Abordarea chirurgicală amânată prevede tratament conservator în timpul spitalizării iniţiale, urmat de colecistectomie laparoscopică programată peste un interval de timp de 6-10 săptămâni; * Argumentele în favoarea operaţiei programate sunt următoarele: CEL precoce în condiţiile inflamaţiei acute a vezicii biliare poate fi însoţită de un risc mai mare al complicaţiilor, inclusiv leziunilor majore ale căilor biliare. Perioada de aşteptare este necesară pentru regresia schimbărilor inflamatorii în colecist; * Totodată, 25-50% dintre pacienţii cu CAC, care nu au beneficiat de colecistectomie pe parcursul spitalizării iniţiale, vor avea simptomatologie recurentă timp de următorii 2-3 ani şi spitalizări repetate; * Ca urmare, intervenţia programată după un acces de CAC rezolvat conservator, deşi este la decizia bolnavului, trebuie recomandată insistent. |

***C.2.4.7.2.2.* *Managementul pacienţilor cu colecistita acută cu spitalizare tardivă***

|  |
| --- |
| **Caseta 20. *Managementul pacienţilor cu colecistita acută cu spitalizare tardivă. (clasa de recomandare III)***   * Acest grup include pacienţii cu colecistită acută, care au fost spitalizaţi peste o săptămână de la debutul simptomatologiei; * Pe măsura extinderii perioadei de timp de la debutul bolii, infiltratul inflamator în zona perivezicală face operaţia laparoscopică foarte dificilă şi, uneori, imposibilă. Rata de conversie la colecistectomie deschisă (CED) este crescută de 4 ori (până la 40%) la bolnavii operaţi la a 7-a sau mai multe zile după debutul semnelor; * În astfel de cazuri pacienţii trebuie trataţi individual, nu după scheme sau protocoale elaborate, ci reieşind din starea generală şi severitatea complicaţiilor septice locale şi sistemice. |

***C.2.4.7.2.3.* *Alegerea accesului laparoscopic vs deschis***

|  |
| --- |
| **Caseta 21. *Accesul laparoscopic vs deschis. (clasa de recomandare I)***  Actualmente, abordarea laparoscopică este un standard pentru colecistectomie în majoritatea spitalelor. Operaţia laparoscopică are avantaje semnificative faţa de intervenţia deschisă în tratamentul pacienţilor cu CAC:   * Răspunsul imun şi nivelul citokinelor, asociate cu severitatea răspunsului inflamator sistemic, după intervenţiile laparoscopice sunt mai mici; * Rata mortalităţii şi morbidităţii, durata spitalizării şi a recuperării, necesitatea în analgezie, incidenţa pneumoniei şi infectării plăgilor postoperatorii la bolnavii cu CAC sunt semnificativ mai reduse după CEL comparativ cu CED; * Dimpotrivă, rata hemoragiilor importante şi a biliragiilor în perioada postoperatorie, precum şi durata intervenţiei chirurgicale nu sunt semnificativ diferite la pacienţii, care au suportat CEL şi CED; * Consensul Asociaţiei Europene de Chirurgie Endoscopică (EAES) recomandă, ca colecistectomia laparoscopică să fie considerată „metoda de elecţie” în cazul CAC. Vârstă avansată a bolnavilor nu exclude utilizarea CEL. |

***C.2.4.7.2.4.* *Indicaţiile către colecistectomia deschisă***

Tradiţional indicaţiile către colecistectomie deschisă sunt divizate în condiţii preoperatorii (care sunt şi contraindicaţiile către CEL) şi constatări intraoperatorii apărute în timpul CEL.

|  |
| --- |
| **Caseta 22. *Indicaţiile preoperatorii (contraindicaţiile pentru colecistectomie laparoscopică).***   * Imposibilitatea sanării căilor biliare extrahepatice şi extracţiei calculilor intraductali în prezenţa colangitei asociate; ***(clasa de recomandare IIb)*** * Coledocolitiaza fără colangită, dar în asociere cu insuccesul sau indisponibilitatea sfincterotomiei şi coledocolitextracţiei endoscopice preoperatorii; ***(clasa de recomandare IIb)*** * Ciroza hepatică cu hipertensiune portală. Motivele pentru evitarea CEL în acest grup de pacienţi sunt de două tipuri: (1) Eventuala hemoragie din loja vezicii biliare, care este dificil, dacă nu imposibil, de stopat prin metodele laparoscopice actuale, şi (2) Duritatea ţesutului hepatic cirotic nu permite vizualizarea şi mobilizarea hilului hepatic, deoarece tracţia cranială a ficatului frecvent este imposibilă; ***(clasa de recomandare IIa)*** * Alte forme de coagulopatie necorijată; ***(clasa de recomandare IIa)*** * Colecistita acută la pacienţii în vârstă peste 65 ani şi cu durată mare a simptomatologiei (peste 3-7 zile) sau cu abcese evidente perivezicale şi hepatice se asociază cu o probabilitate de conversie a CEL foarte înaltă, iar bolnavii respectivi pot beneficia de intervenţie iniţial deschisă; ***(clasa de recomandare IIa)*** * Sarcina în termen avansat (a doua jumătate a trimestrului trei), atunci când uterul este situat deasupra ombilicului şi o cameră de lucru suficientă pentru CEL nu poate fi obţinută. În plus, în al treilea trimestru al sarcinii manipulaţiile cu trocarele şi leziunea accidentală a uterului pot induce travalii premature; ***(clasa de recomandare IIb)*** * Suspecţie clinică şi imagistică la sindromul Mirizzi, fistulă colecisto-duodenală sau cancer al colecistului; ***(clasa de recomandare I)*** * Incapacitatea de a efectua colecistectomia laparoscopică din cauza experienţei reduse sau echipamentului imperfect. ***(clasa de recomandare I)*** |

|  |
| --- |
| **Caseta 23. *Indicaţiile intraoperatorii (conversia de la CEL la CED).***   * Imposibilitatea identificării anatomiei structurilor importante din cauza schimbărilor inflamatorii severe în zona infundibulocistică sau aderenţelor secundare acceselor multiple de colecistită acută sau colică biliară; ***(clasa de recomandare I)*** * Pereţii complet necrotizaţi ai vezicii biliare, ceea ce exclude prinderea şi manipularea colecistului; ***(clasa de recomandare IIa)*** * Aderenţe multiple şi masive după intervenţiile chirurgicale suportate pe etajul superior al abdomenului în trecut sau hernie incizională voluminoasă (indicaţie relativă); ***(clasa de recomandare III)*** * Anomalii ale căilor biliare determinate vizual sau cu ajutorul colangiografiei intraoperatorii. Cele mai frecvente sunt: absenţa ductului cistic, intrarea ductului hepatic drept sau ductului aberant larg din lobul drept direct în lumenul colecistului; ***(clasa de recomandare I)*** * Leziuni biliare şi vasculare majore; ***(clasa de recomandare I)*** * Acidoza metabolică dezvoltată intraoperator ca consecinţă a pneumoperitoneului cu dioxid de carbon şi care nu poate fi corijată prin hiperventilare, reprezintă o indicaţie anesteziologică pentru conversie. Această complicaţie necesită confirmare prin măsurarea gazelor sanguine arteriale; ***(clasa de recomandare IIa)*** * Colecistita acută nu reprezintă prin sine o indicaţie către conversie, dar fiecare caz trebuie evaluat individual în funcție de durata simptomelor, vârsta pacienţilor, severitatea patologiilor concomitente şi schimbări inflamatorii locale. Studiile au demonstrat, că pacienţii care au simptome mai mult de 3-4 zile au avut o rată de conversie semnificativ mai mare decât cei cu durata mai scurtă a bolii. Oricum, intervenţia poate fi iniţiată de laparoscopia diagnostică cu vizualizarea vezicii biliare, care în dependenţă de situaţia locală poate fi continuată în varianta CEL sau conversată în CED. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Totodată, atât pacientul cât şi chirurgul trebuie să recunoască faptul, că conversia de la procedeul laparoscopic către operaţie deschisă nu este o complicaţie şi poate fi necesară. Rata conversiei în colecistita acută este de 20-30% comparativ cu 3-5% în CEL programate. ***(clasa de recomandare IIa)***   ***Nota:*** Decizia despre conversie la colecistectomie deschisă trebuie luată până la producerea complicaţiilor. ***(clasa de recomandare I)*** |

***C.2.4.7.2.5. Colecistectomia***

***C.2.4.7.2.5.1.* *Colecistectomia deschisă***

|  |
| --- |
| **Caseta 24. *Calea de acces. (clasa de recomandare IIb)***   * Cele mai frecvent utilizate pentru colecistectomie sunt inciziile subcostală pe dreapta şi mediană (xifo-ombilicală). Deşi incizia paramediană (pararectală sau transrectală din dreaptă) de asemenea este descrisă, aceasta se consideră nerațională şi nu este recomandată; * Incizia verticală pe linia mediană are avantaje în următoarele situaţii: atunci când este important de a efectua intervenţia într-un timp mai scurt, când există cicatrice postoperatorie pe linia mediană, când se presupune operaţie simultană, când bolnavul primește anticoagulante sau are dereglări stabilite de coagulare; * În cazul conversiei de la CEL la CED de asemenea sunt utilizate inciziile subcostală pe dreapta sau pe linia mediană. Nu este necesar şi raţional să se „unească punctele“, create pentru plasarea trocarelor laparoscopice; * Incizia trebuie să fie suficient de largă pentru un acces adecvat către zona subhepatică, efectuarea eventualelor intervenţii suplimentare şi determinarea patologiilor neaşteptate prin explorare manuală. |

|  |
| --- |
| **Caseta 25. *Procedeul CED. (clasa de recomandare IIa)***  Colecistectomia poate fi realizată retrograd (de la colul colecistului) şi anterograd (de la fundul colecistului). **Colecistectomia retrogradă** începe cu ligaturarea şi secţionarea ductului cistic, apoi a arterei cistice şi, ulterior, vezica biliară se degajează din patul său. **Colecistectomia anterogradă** începe de la fundul vezicii biliare către zona infundibulo-cistică. Degajarea veziculei din patul său este urmată de ligaturarea şi secţionarea arterei cistice, iar apoi de ligaturarea şi secţionarea ductului cistic.   * După deschiderea abdomenului se divizează aderenţele inflamatorii fine, care formează un plastron în jurul colecistului, se evaluează gradul schimbărilor inflamatorii în vezica biliară, ligamentul hepatoduodenal şi organele vecine; * Se efectuează delimitarea colecistului inflamat de structurile adiacente cu meşe de tifon (flancul abdominal drept, stomacul şi duodenul); * Două pense fenestrate (Luer) sunt plasate pe vezica biliară: una în apropierea infundibulului, a două – în regiunea fundului pentru ameliorarea expunerii colecistului şi tensionarea peritoneului deasupra ductului şi arterei cistice spre dreapta; * Prin disecţie acută şi bontă sunt identificate şi mobilizate componentele triunghiului Calot: artera cistică, ductul cistic şi ductul hepatic comun. Dacă aceasta este posibilă în mod sigur, ca regulă se practică colecistectomia retrogradă. În cazul când modificările inflamatorii sau fibrotice îngreuiază identificarea structurilor tubulare importante, se efectuează colecistectomie anterogradă; * După mobilizare artera cistică este trasă spre vezica biliară suficient de departe, că să nu fie confundată cu artera hepatică dreaptă (la pacienţii cu ateroscleroză artera hepatică dreaptă poate fi alungită şi uşor confundată cu artera cistică). După ce artera cistică este identificată cu siguranţă, ultima este ligaturată cu fir neresorbabil; * Apoi ductul cistic este identificat, mobilizat, se vor vizualiza clar comunicările acestuia cu colecistul şi coledocul. Doar după aceasta ductul cistic poate fi clampat, secționat şi ligaturat; * În unele cazuri de CAC gangrenoasă se dezvoltă necroza la nivelul ductului cistic şi ligaturarea sigură a acestuia este imposibilă. În astfel de situaţie se recomandă drenarea externă a coledocului cu un cateter prin orificiul restant al ductului cistic şi peritonizarea acestuia cu un fir sintetic resorbabil 4-0 (Dexon, Vicryl, PDS); * Cu foarfeca se continuă incizia peritoneului între vezica biliară şi ficat spre fundul colecistului. Degajarea colecistului din patul său este efectuată cu foarfeca, iar sângerările din vasele mici sunt stopate prin diatermocoagulare; * Patul vezicii biliare se coagulează definitiv cu diatermocoagulatorul. În cazuri de coagulopatie pentru obţinerea hemostazei pot fi aplicați diverși bureţi hemostatici (Tachocomb, Helistat, Surgispon sau Surgicel), sau loja se suturează cu fir sintetic resorbabil (Dexon, Vicryl, PDS); * Înainte de suturarea cavităţii peritoneale în zona colecistului înlăturat şi a ligamentului hepatoduodenal pe câteva minute se aplică o meşă curată de tifon. Lipsa coloraţiei bilioase indică asupra unei biliostaze sigure. În cazul prezenţei bilei pe meşă este necesar de a identifica locul biliragiei, care în majoritatea cazurilor reprezintă ductul Luschka sau ductul aberant drept. Aceste ducturi biliare trebuie vizualizate, evaluate şi suturate pentru prevenirea biliragiei persistente şi a complicaţiilor septice postoperatorii; * Spaţiul subhepatic drept se drenează cu un tub de dren (sau două tuburi). |

***C.2.4.7.2.5.2.* *Colecistectomia laparoscopică***

|  |
| --- |
| **Caseta 26. *Procedeul CEL. (clasa de recomandare I)***   * În cavitate peritoneală sunt plasate patru trocare. Trocarul subombilical este utilizat pentru optică (laparoscop), două trocare laterale – pentru prinderea şi expunerea colecistului şi un trocar subxifoidal (de lucru) – pentru disecţia, coagularea, clamparea şi divizarea structurilor vezicii biliare; * În primul rând se efectuează disecţia în zona între vezica biliara şi ficat cu identificarea sigură a componentelor triunghiului Calot: arterei cistice, ductului cistic şi ductului hepatic comun; * Ductul cistic şi artera cistică sunt clampate şi secţionate; * După disecţia completă, vezica biliară este degajată din patul lobului drept al ficatului; * Hemostaza definitivă în loja vezicii biliare se obţine prin diatermocoagulare; * La necesitate se efectuează asanarea spaţiilor subhepatice şi subdiafragmale drepte cu soluţie fiziologică; * Cavitatea peritoneală se drenează cu un tub (sau două tuburi – la necesitate), plasat de obicei printr-un trocar lateral din dreapta; * Colecistul este înlăturat din cavitatea peritoneală prin incizia subombilicală. Când vezica biliară este necrotizată şi complet distrusă, organul se înlătură într-un container plastic sau mănuşă chirurgicală; * Defectul aponeurotic subombilical necesită a fi suturat cu un fir neresorbabil pentru prevenirea herniilor posttrocar.   ***Notă:*** Recent sunt descrise procedee laparoscopice noi în cazul CAC ***(clasa de recomandare III)*:**   * Colecistectomia laparoscopică retrogradă sau colecistectomia laparoscopică „de la fund“ – este un procedeu utilizat în cazurile, când tehnica standard (disecţia anterogradă) nu permite identificare suficientă a ductului şi arterei cistice; * Altă metodă în curs de dezvoltare reprezintă colecistectomia subtotală în cazul CEL dificile. Există tot mai multe dovezi referitoare la fezabilitatea şi siguranţa acestui procedeu, în acelaşi timp efectuarea operaţiei poate necesita abilităţi laparoscopice avansate. |
| **Caseta 27. *Principiile specifice ale CEL în colecistita acută. (clasa de recomandare I)***   * Experienţă suficientă în chirurgia minim invazivă biliară şi starea perfectă a aparatajului laparoscopic; * Decompresia colecistului printr-o puncţie cu aspiraţia conţinutului; * Utilizarea penselor laparoscopice puternice şi ascuţite pentru prinderea sigură a colecistului dur şi tensionat; * Anatomia trebuie să fie apreciată definitiv până la secționarea structurilor tubulare; * Colangiografia intraoperatorie poate pune în evidență anatomia arborelui biliar în cazul imposibilităţii identificării structurilor triunghiului Calot. Totodată, în prezent rolul colangiografiei intraoperatorii de rutină în colecistita acută este controversat şi nu există dovezi pentru a recomanda utilizarea acesteia; * Pentru intervenţie se va acorda un timp suficient; * Decizia referitoare la conversie către CED trebuie luată uşor, la evidenţierea dificultăţilor apărute pe parcursul procedeului laparoscopic. |

***C.2.4.7.2.6. Tehnologiile şi procedeele noi în colecistită acută***

|  |
| --- |
| **Caseta 28. *Tehnologiile şi procedeele noi în colecistită acută. (clasa de recomandare III)***   * Tehnologiile chirurgicale noi în tratamentul LB includ colecistectomia mini-laparoscopică, tehnica cu trei trocare, colecistectomia cu un singur port, chirurgia endoscopică transluminală prin orificii naturale (NOTES) şi colecistectomie robotică; * Deşi utilizarea modalităților chirurgicale noi tehnic este posibilă, acestea nu sunt nici practice, și nici rentabile în cazurile CAC severe. |

***C.2.4.7.2.7. Colecistostomia în colecistita acută***

|  |
| --- |
| **Caseta 29. *Colecistostomia în colecistita acută. (clasa de recomandare IIb)***   * Colecistostomia (CS) poate reprezenta o alternativă a colecistectomiei la pacienţii vârstnici cu comorbidităţi şi CAC simptomatică, care au contraindicaţii absolute către anestezie generală; * Nu există indicaţii stabilite pentru alegerea colecistostomiei în defavoarea colecistectomiei, din cauza diverselor definiţii ale pacientului „critic” sau „cu risc anestezilogic înalt“. Decizia în mare parte se bazează pe evaluarea individuală de către chirurg şi anesteziolog; * CS trebuie practicată la pacienţii critici cu CAC gravă sau de gravitate medie, care nu au răspuns pozitiv la tratamentul conservator în decurs de 3 zile; * Colecistostomia percutanată (CSP) se poate efectua cu anestezie locală şi ghidaj ultrasonor prin abord transhepatic sau transperitoneal. Rata succesului clinic a CSP este de 75-90%; * CSP este contraindicată la pacienţii cu ascită sau dereglări severe ale coagulării; * Colecistostomia chirurgicală (CSC) se efectuează cu anestezie locală asociată cu sedarea şi oxigenarea adecvată a pacientului. Pentru planificarea inciziei înainte de procedură se utilizează ultrasonografia şi mai rar – laparoscopia; * În cazul CSC se efectuează incizie transversală mică. După aplicarea suturii circulare pe fundul vezicii biliare, ultimul se va deschide, aspirându-se conţinutul. Ar trebui de înlăturat toate concrementele din lumenul colecistului. Apoi se plasează un tub de dren (mai preferabil este cateterul Foley cu balon sau Pezzer), care este peritonizat cu sutura circulară aplicată anterior. Vezica biliară se fixează la peritoneu şi incizia peretelui abdominal se suturează. Tubul de colecistostomie de obicei este înlăturat peste 6-12 săptămâni. * Nu este stabilit definitiv, dacă colecistectomia programată la distanţă trebuie efectuată pacienţilor, la care s-a instalat colecistostomia de urgenţă. Totodată, necesitatea în reinternarea bolnavilor pe parcursul primului an după CS atinge 50%. * Cu toate acestea, în anumite situaţii colecistectomia pare a fi opţiunea mai bună, decât CS pentru tratamentul colecistitei acute la bolnavii în vârstă şi / sau în stare critică. În prezent, CS nu este recomandată ca modalitate de rutină pentru tratamentul colecistitei acute, ci doar ca o posibilă alternativă pentru a reduce riscul anesteziologic într-un subgrup mic de pacienţi. |

***C.2.4.7.2.8. Coledocolitiaza asociată colecistitei acute***

***C.2.4.7.2.8.1. Diagnosticarea primară a coledocolitiazei asociate***

|  |
| --- |
| **Caseta 30. *Diagnosticarea primară a coledocolitiazei asociate. (clasa de recomandare IIb)***   * Prevalenţa coledocolitiazei la pacienţii cu LB simptomatică este între 10% şi 20%; * Probabilitatea prezenţei calculilor concomitenţi în ductul biliar principal la bolnavii cu LB înainte de colecistectomie trebuie stratificată în risc scăzut, moderat şi sporit.   Societatea Americană de Endoscopie Gastrointestinală a elaborat criteriile riscului înalt al coledocolitiazei asociate (cu specificitatea mai mare de 50%):   * Vizualizarea calculilor în coledoc la ecografia organelor abdominale; şi / sau * Bilirubinemia >40 µcmol/l; şi * Dilatarea ductului biliar principal >10 mm la ecografia organelor abdominale.   ***Notă:***   * Bilirubina şi FA sunt cei mai exacți predictori de laborator ai prezenţei calculilor concomitenţi în ductul biliar principal. Totodată, valorile fals-pozitive şi fals-negative ale markerilor biochimici sunt frecvente la pacienţii cu colecistită acută. |

***C.2.4.7.2.8.2. Conduita diagnostică a coledocolitiazei asociate***

|  |
| --- |
| **Caseta 31. *Conduita diagnostică este dependentă de gradul de risc evaluat al coledocolitiazei asociate. (clasa de recomandare IIa)***   * Bolnavii cu risc minimal pot fi operaţi cu siguranţă fără investigaţii preoperatorii suplimentare; * Pacienţii cu risc moderat al coledocolitiazei în perioada preoperatorie trebuie investigaţi prin colangiopancreatografia prin MRCP sau EUS. Ambele metode au sensibilitate şi specificitate înalte în determinarea calculilor biliari intraductali (95%). Utilizarea colangiografiei intraoperatorii reprezintă o alternativă potenţial eficientă pentru micşorarea incidenţei calculilor coledocieni „reţinuţi” după colecistectomie; * Utilizarea preoperatorie a metodei invazive – ERCP trebuie rezervată doar bolnavilor cu risc înalt al coledocolitiazei asociate. |

***C.2.4.7.2.8.3. Managementul coledocolitiazei asociate***

|  |
| --- |
| **Caseta 32. *Managementul coledocolitiazei asociate. (clasa de recomandare IIa)***  La pacienţii cu CAC şi coledocolitiază diagnosticată preoperator şi / sau intraoperator este indicată sanarea căilor biliare extrahepatice cu extracţia calculilor intraductali. Alegerea metodei curative depinde de particularităţile situaţiei clinice, nivelul experienţei chirurgicale, înzestrarea cu echipament şi disponibilitatea serviciilor respective la fiecare spital în parte. Opţiunile posibile includ:   * Colecistectomie deschisă cu explorarea ductului biliar comun. Studiile controlate randomizate au demonstrat că CED cu extracţia deschisă a calculilor intraductali are cea mai mică incidenţă a calculilor reţinuţi, dar este însoţită de morbiditate şi mortalitate înalte, în special la pacienţii vârstnici; * CEL cu extragerea laparoscopică a calculilor din ductul biliar. Este o metodă sigură şi eficientă, însă necesită aparataj special preconizat pentru acest tip de intervenţii, inclusiv echipament laparoscopic specific şi radioscopie intraoperatorie, şi nu este accesibilă în toate spitalele. În plus, severitatea procesului inflamator local în apropierea ductului biliar comun poate face imposibilă efectuarea procedurii; * CEL cu extracţie endoscopică (ERCP, sfincterotomie endoscopică) a calculilor din coledoc, efectuată preoperator sau postoperator. Rareori se poate efectua coledocolitextracţie endoscopică chiar şi intraoperator.   ***Notă:***   * Operaţia în cazul CAC grave trebui să fie îndreptată spre rezolvarea problemei în cauză, în timp ce calculii coledocieni pot fi extraşi şi mai târziu; * În cazul determinării intraoperatorii a coledocolitiazei şi imposibilităţii extragerii calculilor, prin canalul cistic în duoden poate fi introdus un cateter temporar (stent anterograd). Tratamentul definitiv al coledocolitiazei este amânat până la restabilirea completă a pacientului. Cateterul plasat în duoden favorizează efectuarea ERCP. |

***C.2.4.7.2.9. Complicaţiile colecistitei acute***

|  |
| --- |
| **Caseta 33. *Complicaţiile colecistitei acute. (clasa de recomandare I)***  Incidenţa formelor complicate ale colecistitei acute variază de la 7,2% la 26%.  **Colecistita acută gangrenoasă.**   * Colecistita gangrenoasă apare în cazurile existenţei unui statut vascular compromis la nivelul peretelui vezicii biliare; * Deşi gangrena vezicii biliare se dezvoltă mai frecvent la pacienţii cu colecistită acalculoasă, aceasta poate reprezenta o fază evolutivă a colecistitei acute calculoase netratate în 2-30% de cazuri; * Factorii clinici de risc ai colecistitei acute gangrenoase includ: diabetul, leucocitoza >15.000 / mm3, vârsta >51 ani, genul masculin şi bolile concomitente cardiovasculare; * Ecografia organelor abdominale şi CT au o sensibilitate mică (29,3%), însă specificitate înaltă (96%) în detectarea colecistitei gangrenoase.   **Colecistita acută perforativă.**   * Necroza transmurală duce la perforaţia peretelui vezicii biliare şi scurgerea conţinutului infectat în cavitatea peritoneală; * Incidenţa perforaţiei în colecistita acută este aproximativ 10%. Perforaţia colecistului măreşte considerabil morbiditatea şi mortalitatea în CAC; * Perforaţia vezicii biliare poate fi clasificată ca localizată (sau subacută) şi liberă (sau acută). Perforaţia localizată este mai frecventă şi duce la formarea abcesului perivezical. Perforaţia în cavitatea abdominală liberă rezultă în peritonită biliară generalizată.   **Peritonita biliară.**   * Apare ca rezultat al scurgerii bilei în cavitatea peritoneală liberă din cauza perforaţiei vezicii biliare şi este asociată cu o mortalitate înaltă; * Contaminarea inevitabilă a bilei transformă rapid peritonita biliară în cea purulentă, necesitând laparotomie de urgenţă imediată cu colecistectomie şi asanarea cavităţii abdominale.   **Abcesul perivezical.**   * Se dezvoltă, când perforaţia peretelui vezicii biliare este acoperită de ţesuturile adiacente cu formarea unui sau multiplelor abcese în jurul vezicii biliare; * Afecţiunea se manifestă prin progresarea simptomelor inflamatorii locale şi sistemice până la intoxicaţie septică severă.   **Fistula biliară.**   * Uneori, în cazurile adresării tardive şi de CAC netratată poate apărea perforaţia nu doar a colecistului, ci şi a organului vecin (duoden, stomac sau colon). Fistula colonului cauzează contaminarea severă şi masivă a căilor biliare şi poate duce la colangită şi sepsis; * În urma colecistitei acute poate să se formeze fistula între vezica biliară şi duoden. După formarea fistulei episodul de colecistită acută se rezolvă spontan. De obicei fistula este cauzată de un calcul vezicular mare, care erodează prin peretele colecistului în duoden. În acest caz poate să se dezvolte ileusul biliar la nivelul valvei ileocecale sau a duodenului.   **Colecistita acută emfizematoasă.**   * În peretele vezicii biliare apare aer datorită infectării secundare cu bacteriile anaerobe producătoare de gaz – *Clostridium perfringens;* * Colecistita emfizematoasă se dezvoltă mai frecvent la bărbaţi în vârstă înaintată şi cu diabet zaharat; * Radiogramele abdominale sau CT pot demonstra prezenţa aerului în interiorul peretelui sau lumenului vezicii biliare; * Tratamentul include antibioticoterapia promptă şi masivă cu acoperirea agenţilor patogeni biliari comuni, incluzând *Escherichia coli, Enterococcus, Klebsiella* şi *Clostridium* şi colecistectomie de urgenţă. |

***C.2.4.7.2.10. Complicaţiile postoperatorii după colecistectomie***

|  |
| --- |
| **Caseta 34. *Complicaţiile postoperatorii după colecistectomie. (clasa de recomandare IIb)***   * Bilioragie din ductul Luschka (0,1-0,5%); * Leziuni majore ale căilor biliare extrahepatice cu bilioragie sau icter mecanic (0,5-1,2%); * Leziuni vasculare (0,3%); * Hemoragie intraabdominală clinic importantă; * Peritonită (0,2%); * Abcese intraabdominale (subhepatic, subdiafragmal etc.); * Supuraţia plăgii postoperatorii; * Complicaţii cardiovasculare şi respiratorii (0,5-5%); * Hernii incizionale sau posttrocar (paraombilicale). |

***C.2.4.7.2.11. Etapa postoperatorie***

|  |
| --- |
| **Caseta 35. *Perioada postoperatorie. (clasa de recomandare IIb)***   * Mobilizarea bolnavilor în regim ambulant se recomandă din prima zi postoperator; * Pacientul va începe alimentaţia lichidă în prima zi postoperator; * În cazul complicaţiilor poate fi necesară instalarea sondei nazogastrice pentru câteva zile; * Alegerea analgeziei după colecistectomie actualmente este determinată de către chirurgul operator sau preferinţele instituţionale; * Drenurile abdominale sunt înlăturate în prima zi a perioadei postoperatorii, sau peste câteva zile, când debitul eliminărilor seroase nepatologice scade până la un volum minimal (mai puţin de 50 ml/ 24 ore); * Pacienţii pot fi externaţi peste 3-7 zile, în funcţie de starea generală, eficacitatea tratamentului administrat, procedeul operator utilizat, evoluţia postoperatorie şi prezenţa complicaţiilor. |

|  |
| --- |
| **Caseta 36. *Criterii de externare. (clasa de recomandare IIb)***   * Normalizarea stării generale a pacientului; * Restabilirea pasajului intestinal; * Lipsa febrei; * Lipsa complicaţiilor postoperatorii. |

***C.2.5. Forme clinice particulare***

***C.2.5.1. Colecistita acută la vârstnici***

|  |
| --- |
| **Caseta 37. *Colecistita acută la vârstnici. (clasa de recomandare IIa)***   * Litiaza biliară la vârstnici este mai virulentă, decât la populaţia tânără. Mai multe observaţii clinice demonstrează o incidenţă crescută a colecistitei emfizematoase, perforaţiei vezicii biliare şi complicaţiilor septice ale CAC la vârstnici; * Aceste diferenţe sunt consecinţele particularităţilor evoluţiei patologiei şi diagnosticului întârziat. Incidenţa crescută la vârstnici a coledocolitiazei reflectă prezenţa bolii netratate de lungă durată; * Simptomatica la pacienţii în vârsta peste 70 ani poate fi atipică: durerea în hipocondrul drept este absentă în 27% de cazuri, iar febra – în 45%. Aşadar, pentru stabilirea precoce a diagnosticului CAC la vârstnici este necesar un grad elevat de suspiciune clinică; * Rata mortalităţii în caz de CAC la pacienţii vârstnici este aproape de 10 ori mai înaltă, decât la bolnavii tineri. Două cele mai frecvente cauze de deces după colecistectomia la vârstnici sunt complicaţiile septice şi patologiile cardiovasculare; * Succesul tratamentului la pacienţii vârstnici cu CAC este bazat pe stabilirea rapidă a diagnosticului, stabilizarea timpurie şi colecistectomia urgentă amânată; * Totodată, colecistectomia programată la pacienţii vârstnici poate fi efectuată în condiţii de siguranţă cu morbiditate şi mortalitate minimală. |

***C.2.5.2. Colecistita şi ciroza hepatică***

|  |
| --- |
| **Caseta 38. *Colecistita şi ciroza hepatică. (clasa de recomandare IIa)***   * Studiile au demonstrat, că colecistectomia la pacienţii cu ciroză hepatică este asociată cu rate înalte de morbiditate (50%) şi mortalitate (10%), care sunt direct dependente de scorul Child-Pugh; * Dificultăţile colecistectomiei la pacienţii cirotici sunt cauzate de hipertensiunea portală asociată, cavernomul perihilar, trombocitopenie ca consecinţă a hipersplenismului şi coagulopatiei; * Indicaţiile către colecistectomie la un pacient cirotic trebuie să fie mai restrânse. Operaţia trebuie efectuată numai în cazul LB cu adevărat simptomatice sau la pacienţii cu CAC, care nu răspund la tratament medicamentos adecvat şi antibioticoterapie; * La bolnavii cirotici tentativele înlăturării complete a vezicii biliare de la loja hepatică pot fi însoţite de hemoragie masivă. În acest caz este acceptabilă efectuarea colecistectomiei parţiale cu „lăsarea” peretelui posterior al colecistului *in situ* şi diatermocoagularea mucoasei restante. |

***C.2.5.3. Colecistita acută în timpul sarcinii***

|  |
| --- |
| **Caseta 39. *Colecistita acută în timpul sarcinii. (clasa de recomandare IIa)***   * Colecistita acută este a doua, după apendicita cauză, cauză a abdomenului acut în timpul sarcinii; * Colecistita acută afectează 0,1% dintre femeile gravide şi reprezintă o problemă chirurgicală majoră datorită riscului atât pentru mamă, cât şi pentru făt; * Tratamentul conservator al CAC în timpul sarcinii este urmat de rate de recurenţă în 40-70% cazuri; * La pacientele gravide, la care CAC a fost tratată conservator, ratele avorturilor spontane, travaliilor şi naşterilor premature sunt mai înalte, comparativ cu respectivele înregistrate la gravidele care au suportat colecistectomie; * Ca urmare, ghidul Societăţii Americane a Chirurgiei Gastrointestinale şi Endoscopice (SAGES) recomandă colecistectomia laparoscopică pentru toate pacientele cu LB simptomatică în timpul sarcinii; * Când în timpul sarcinii este indicată colecistectomia, timpul optimal pentru efectuarea acesteia este al doilea trimestru sau începutul trimestrului trei, pentru evitarea travaliilor premature; * Nu s-a constatat o diferenţă între rata naşterilor premature, greutatea fătului şi scorul Apgar la naştere între femeile, ce au suportat colecistectomie laparoscopică sau deschisă pentru CAC în timpul sarcinii; * CEL poate fi efectuată în toate trimestrele sarcinii, dar necesită o tehnică specială de plasare a trocarelor (tehnica Hasson) şi o strategie individuală în poziţionarea acestora; * Numai chirurgii cu experienţă vastă în chirurgia biliară minim-invazivă ar trebui să efectueze CEL în cazul colecistitei acute la gravide. * Înainte de colecistectomie laparoscopică femeile gravide trebuie să fie pe deplin informate referitor la eventualele riscuri pentru făt. |

***C.2.6. Profilaxia***

Prevenirea colecistitei acute cuprinde: excluderea maximal posibilă a factorilor de risc ai formării calculilor în vezica biliară (controlul diabetului, masei corporale, respectarea regimului alimentar), examinarea ultrasonografică abdominală periodică cu scopul detectării oportună a litiazei biliare, precum şi recomandarea şi efectuarea colecistectomiei laparoscopice programate pentru evitarea eventualelor complicaţii.

|  |
| --- |
| **Caseta 40. *Litiaza biliară simptomatică. (clasa de recomandare I)***   * Este necesar de a recomanda colecistectomia laparoscopică programată tuturor pacienţilor cu LB simptomatică (cu accese de colică biliară şi alte manifestări caracteristice); * În cazul prezenţei factorilor de risc perioperatori (patologii concomitente decompensate, vârsta înaintată etc.), decizia referitoare la timpul, metoda intervenţiei şi conduită perioperatorie trebuie luată individual, în comun, de către chirurg, anesteziolog şi specialiştii-consultanţi. |

|  |
| --- |
| **Caseta 41. *Litiaza biliară asimptomatică.***   * Aproximativ 50% din pacienţii cu LB sunt asimptomatici; * Doar de la 1% la 2% pacienţi cu LB asimptomatică pe an vor dezvolta complicaţii biliare majore; * Prin urmare, în LB asimptomatică la populaţia generală este justificată tactica expectativă.   ***Indicaţii către colecistectomie programată profilactică în LB asimptomatică. (clasa de recomandare IIa):***   * Diabetul zaharat; * Calcul singular mare (> 2,5-3 cm) (risc de cancer, fistulă bilio-biliară şi bilio-digestivă); * Colecist de porcelan; * Pacienţii, care pleacă în deplasare îndelungată în zone geografice cu asistenţa medicală problematică; * Sarcina programată; * Laparotomie programată concomitentă. Bolnavii cu risc elevat de complicaţii în cazul dezvoltării eventuale a colecistitei acute pot beneficia de colecistectomie simultană. Din acest motiv, colecistectomia profilactică trebuie luată în consideraţie la pacienţii cu obezitate morbidă supuşi unei intervenţii chirurgicale bariatrice.   ***Nota (clasa de recomandare IIb):***   * Implementarea largă a CEL a influenţat şi a lărgit indicaţiile către colecistectomia profilactică în cazul LB asimptomatice. |

|  |
| --- |
| **Caseta 42. *Metode alternative non-operatorii pentru LB (clasa de recomandare III).***   * Posibilitatea dizolvării calculilor biliari prin medicaţie conservatorie sau destrucţie prin litotripsie extracorporală cu unde de şoc – ESWL (*Extra-corporeal Shock Wave Lithotripsy*) deocamdată nu a fost testată referitor la CAC; * Rata recurenţei după ESWL este 30-50% la termenul de 5 ani; * Acidum urodeoxycholicum a fost ineficient în cadrul studiilor randomizate la pacienţii cu LB simptomatică, în așteptarea colecistectomiei programate; * Factorii patogeni, care au indus formarea calculilor biliari, sunt responsabili de recurenţa acestora după aplicarea tratamentului non-operator. |

***C.2.7. Supravegherea pacienţilor***

|  |
| --- |
| **Caseta 43. *Supravegherea pacienţilor cu CAC (clasa de recomandare IIb).***  ***Medicul de familie.***   * Indică consultaţia chirurgului după o lună de la intervenţie, apoi o dată la trei luni pe parcursul primului an şi, ulterior, o dată pe an. * Indică analiza generală a sângelui şi a urinei, ECG. * Indică consultaţia altor specialişti, după indicaţii: * Pentru tratamentul altor patologii concomitente; * Pentru sanarea focarelor de infecţie.   ***Chirurgul.***   * Suturile de pe piele pot fi eradicate după 5-10 zile. Acest lucru poate fi efectuat de către medicul de familie sau de către chirurgul în timpul controlului ambulatoriu. Uneori se folosesc suturi absorbabile, care nu necesită a fi înlăturare. * Efectuează tratamentul conservator al complicaţiilor survenite (hematom, serom, supurarea plăgii, durere postoperatorie persistentă). * Scoate de la evidenţă pacientul tratat după restabilirea completă. |

**D. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PCN**

|  |  |
| --- | --- |
| ***D.1. Instituţiile de asistenţă medicală primară*** | **Personal:**   * Medic de familie. * Asistent medical/asistentă medicală de familie. * Medic în laborator. |
| **Aparate, utilaj:**   * Ultrasonograf (CMF). * Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei şi a urinei sumare de urgență. |
| **Medicamente:**   * Spasmolitice (*Papaverinum, Drotaverinum*) * Medicamente de urgență conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secţiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenţei Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătăţii nr.695 din 13.10.2010. |
| ***D.2. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de Asistenţă Medicală Urgentă*** | **Personal:**  **•** Medic de urgenţă.  • Asistent medical/asistentă medicală în urgență  • Felcer/felceră. |
| **Aparate, utilaj:**  **•** ECG.  • Pulsoximetru.  • Glucometru.  • Aparat pentru oxigenoterapie.  • Ventilator. |
| **Medicamente:**  **•** Preparate pentru compensare volemică (*cristaloizi – sol. Natrii chloridum 0,9%, sol. (Ringer) Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum*)  • Preparate H1-antihistaminice (*Diphenhydraminum*)  • Agenţi inotropi (*Dopaminum*). |
| ***D.3. Instituţiile /secţiile de asistenţă medicală specializată de ambulator*** | **Personal:**   * Medic chirurg. * Asistent medical/asistentă medicală cu competențe în îngrijiri chirurgicale. * Medic în laborator. * Medic specialist în radiologie și imagistică medicală. * Tehnician radiolog/tehniciană radiolog. |
| **Aparate, utilaj:**   * Cabinet radiologic. * Echipament pentru examen radiologic. * Ultrasonograf. * Laborator clinic standard. |
| **Medicamente:**   * Spasmolitice (*Papaverinum, Drotaverinum*). |
| ***D.4. Instituţiile de asistenţă medicală spitalicească: secţii de chirurgie*** | **Personal:**   * Medic de urgență * Medic chirurg. * Medic internist. * Medic specialist în anestezie și terapie intensivă. * Medic chirurg cu competențe în endoscopie. * Medic specialist în radiologie și imagistică medicală. * Asistent medical/asistentă medicală în anestezie și terapie. * Asistent medical/asistentă medicală în blocul operator. * Medic în laborator. * Tehnician radiolog/tehniciană radiolog. |
| **Aparate, utilaj:**   * Laborator clinic şi bacteriologic standard. * Ultrasonograf. * Cabinet radiologic. * Echipament pentru examen radiologic. * CT / RMN. * Cabinet endoscopic dotat cu fibrogastroduodenoscop şi duodenoscop. * ERCP / EUS. * Set pentru laparoscopie diagnostică (curativă). |
| **Medicamente:**   * Anestezice locale (sol. *Lidocaini hydrochloridum* 10%, 2%). * Spasmolitice (*Papaverinum, Plathyphyllini hydrotartras\*, Drotaverinum*). * Preparate prochinetice (*Metoclopramidum* etc., pentru administrare parenterală). * Antibiotice din grupa cefalosporinelor (*Cefuroximum, Ceftazidimum* etc., pentru administrare parenterală). * Preparate antibacteriene (*Metronidazolum*, pentru administrare parenterală). * Preparate antiinflamatorii non-steroidiene (*sol. Diclofenacum natricum* 3,0 ml; *sup. Diclofenacum natricum* 100 mg). * Preparate analgetice neopioide (*sol. Dexketoprofenum, sol. Ketoprofenum*). * Preparate analgetice opioide (*sol. Tramadolum* 100 mg, *sol. Morphinum* 1%-1,0; *sol. Trimeperidinum* 2%-1,0). * H2-histaminoblocante (*Famotidinum* etc., pentru administrare enterală). * Inhibitorii pompei protonice (*Omeprazolum* etc., pentru administrare enterală). * Preparate H1-antihistaminice (*Diphenhydraminum* etc., pentru administrare parenterală). * Preparate de sânge (plasmă proaspăt congelată, concentrat eritrocitar, *Albuminum* – pentru administrare parenterală). * Soluţii coloidale şi cristaloide (*sol. Natrii chloridum* 0,9%; *sol. Glucosum* 5-10%; *sol. Dextranum* 40, pentru administrare parenterală). * Vasodilatatoare (*sol. Magensii sulfas* 25% etc., pentru administrare parenterală). * Preparate inotrop-pozitive și vasoconstrictoare (*Dopaminum*, etc., pentru administrare parenterală). |

**E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Scopul** | **Indicatorul** | **Metoda de calcul a indicatorului** | |
| **Numărător** | **Numitor** |
| 1 | A facilita diagnosticarea precoce a CAC. | Ponderea pacienţilor diagnosticaţi precoce (primele 24 ore de la debut) cu CAC pe parcursul unui an (%). | Numărul de pacienţi diagnosticaţi precoce cu CAC pe parcursul ultimului an x100. | Numărul total de pacienţi diagnosticaţi cu CAC pe parcursul ultimului an. |
| 2 | A spori calitatea tratamentului acordat pacienţilor cu CAC. | Ponderea pacienţilor cu CAC care au beneficiat de tratament adecvat în termini optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Naţional ***Colecistita acută calculoasă la adult***, pe parcursul unui an (%). | Numărul de pacienţi cu CAC care au beneficiat de tratament adecvat în termini optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Naţional ***Colecistita acută calculoasă la adult***, pe parcursul unui an x100. | Numărul total de pacienţi cu CAC care au beneficiat de tratament chirurgical, pe parcursul unui an. |
| 3 | A reduce rata de complicaţii şi de mortalitate prin CAC. | Ponderea pacienţilor cu CAC care au dezvoltat complicaţii postoperatorii, pe parcursul unui an (în %).  Rata mortalităţii prin CAC pe parcursul unui an (%). | Numărul de pacienţi cu CAC, care au dezvoltat complicaţii postoperatorii, pe parcursul ultimului an x 100.  Numărul de pacienţi decedaţi prin CAC pe parcursul ultimului an x 1000. | Numărul total de pacienţi supuşi tratamentului chirurgical pentru CAC, pe parcursul ultimului an.  Numărul total de pacienţi operaţi pentru CAC pe parcursul ultimului an. |

*Anexa 1*

**GHIDUL PACIENTULUI CU COLECISTITA ACUTĂ CALCULOASĂ**

**CAUZELE ȘI COMPLICAȚIILE COLECISTITEI ACUTE**

Colecistita este o inflamație a vezicii biliare, un organ mic sub formă de pară, care este situat sub ficat în etajul superior drept abdominal și servește ca rezervor pentru bila produsă de către ficat. Vezica biliară elimină bila în intestinul subțire, postprandial, pentru digerarea grăsimilor. Vezica biliară primește și elimină bila prin canale subțiri care se numesc ducturi biliare. Calculii prezenți în vezica biliară, care blochează ducturile biliare, prezintă cauza cea mai frecventă de apariție a colecistitei atât cronice cât și acută. Calculii în vezica biliară sunt resturi de bilă calcificată. De regulă aceștia se formează în fundul vezicii biliare dar de asemenea se pot deplasa, provocând complicații multiple. Infecția ori obturarea vezicii biliare sau a ducturilor de către calcul poate determina refluxul bilei în vezică, inflamația acestea, edem și durere. Inflamația severă netratată poate duce consecutiv la gangrena vezicii biliare, perforație, infectarea cavității abdominale (peritonită) și infectarea sângelui (sepsis).

**TIPURILE COLECISTITEI**

Inflamația vezicii biliare poate fi:

* Acută (bruscă și urgentă).
* Cronică (lentă și de durată).
* Calculoasă (asociată cu calculi biliari).
* Acalculoasă (fără calculi biliari).

Inflamația vezicii biliare poate fi o reacție imediată la o problemă urgentă, sau o reacție lentă la o problemă de durată. În aceasta constă diferența între colecistita acută și cea cronică. Calculii biliari sunt de obicei cauza atât a colecistitei cronice cât și celei acute. Astfel majoritatea cazurilor de colecistită sunt de geneză calculoasă.

**RĂSPÎNDIREA COLECISTITEI**

Aproximativ 15% din populația globului pământesc au calculi biliari, și aproximativ 20% din aceștia vor avea complicații de la acești calculi, inclusiv colecistită. Calculii biliari sunt responsabili de 95% cazuri de colecistită.

**SIMPTOMELE COLECISTITEI**

Simptomele comune ale colecistitei acute includ:

* Durere în etajul superior drept al abdomenului, care se poate răspândi în omoplatul drept și spate. Durerea în vezica biliară rapid atinge apogeul, poate fi simțită ca acută, surdă sau spastică și se accentuează la inspir profund. Unii pacienți o pot confunda ca o durere în torace sau chiar ca un atac de cord. Durerea acută în vezica biliară de asemenea este numită acces de colică biliară.
* Greața și voma sunt simptome obișnuite ale colecistitei, dar la pacienții vârstnici acestea pot avea o manifestare mai ușoară. Ei pot prezenta doar o ușoară pierdere a poftei de mâncare sau slăbiciune generală.
* Febra mai mare de 38°C poate fi prezentă la o treime din pacienții cu colecistită acută. Febra poate indica prezența infecției sau la o inflamație mai severă. Acest fapt se întâlnește mai rar la pacienții vârstnici.

Simptomele suplimentare pot include:

* Balonarea abdomenului (meteorism) și sensibilitate.
* Rigiditatea musculară în regiunea dreaptă a abdomenului.
* Slăbiciune și oboseală, în special la persoanele în vârstă.

Simptomele colecistitei acute, de regulă, apar după o masă abundentă și copioasă. Alimentele grase necesită mai multă bilă pentru a fi digerate. Sistemul digestiv semnalizează vezicii biliare să propulseze mai multă bilă, cea ce o face să se contracte mai puternic, ducând la creșterea presiunii în lumen.

**EXAMINĂRILE ȘI TESTELE DIAGNOSTICE ÎN CAZ DE COLECISTITĂ ACUTĂ**

Deoarece colecistita acută este o urgență medicală, diagnosticul se face de obicei rapid. Acesta poate fi efectuat simultan cu tratamentul, astfel încât să nu să se piardă timp. Stabilirea diagnosticului poate include:

* Acuzele: medicul vă va întreba detailat despre durerile în abdomen și alte simptome.
* Anamneza: medicul vă va întreba despre istoricul bolii, inclusiv când și cum au apărut durerile în abdomen și dacă nu aveți calculi în vezica biliară.
* Examenul fizic: Medicul va efectua un examen fizic pentru a vă verifica simptomele colecistitei așa ca simptomul Murphy (durere la inspir profund).
* Măsurarea temperaturii corpului: temperatura ridicată poate indica la prezența infecției.
* Analiza sângelui: poate indica prezența inflamației prin numărul ridicat al leucocitelor sau a nivelului proteinei C-reactive. De asemenea sunt necesare testele de laborator pentru determinarea funcției hepatice.

Metodele imagistice care vizualizează vezica biliară și căile biliare permit stabilirea diagnosticului de colecistită și prezența complicațiilor. La acestea se referă:

* Ultrasonografia cavității abdominale: în majoritatea cazurilor metoda permite vizualizarea vezicii biliare inflamate, prezența calculilor, alte devieri ce vizează căile biliare și poate confirma diagnosticul. În caz de colecistită acută obișnuită aceasta este metoda de bază și definitivă de stabilire a diagnosticului.
* Tomografia computerizată: este o examinare complexă cu utilizarea dozelor mici de radiație, care permite obţinerea imaginilor tridimensionale perfecte ale cavității abdominale cu confirmarea prezenței colecistitei și a complicațiilor (necroză, perforație, abces, peritonită).

Examinări suplimentare imagistice pot fi necesare în cazul când medicii suspectează că calculii din vezica biliară au pătruns în căile biliare, blocându-le. La acestea se referă:

* Colangiopancreatografia prin rezonanță magnetică (RMN): nu utilizează radiația și este bine tolerată de pacienți. Colangiopancreatografia RMN reprezintă o metodă modernă și non-invazivă de examinare a sistemului pancreatic și biliar, oferind un diagnostic precis datorită acurateței sale foarte ridicate, chiar și în cazul celor mai mici leziuni.
* Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică este o tehnică minim-invazivă, utilizată pentru studiul căilor biliare. Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă este o procedură care îmbină endoscopia și radiologia. Prin intermediul endoscopului, medicul vizualizează interiorul stomacului și duodenului, și injectează o substanță de contrast în canaliculele arborelui biliar, obținând o imagine radiologică de calitate. Dacă sunt prezenți calculi, aceștia imediat sunt înlăturați cu ajutorul endoscopului.
* Ultrasonografia endoscopică: este o tehnică combinată de endoscopie și ecografie ce permite obținerea imaginilor detaliate ale căilor biliare.
* Scintigrafia hepato-biliara: este o examinare prin care, după introducerea unui preparat radionuclidic în sânge, se evaluează permeabilitatea cailor biliare prin imagini repetate scanate.

**TRATAMENTUL COLECISTITEI ACUTE**

Toate cauzele colecistitei necesită tratament. Posibil, ca calculul biliar, care blochează vezica sau ductul biliar, poate migra de sine stătător și ca rezultat simptomele vor dispărea. Dar nu este rațional de așteptat aceasta, durerile și riscul sunt prea mari. Din acest considerent colecistita este necesar de a fi tratată imediat în spital.

Tratamentul inițial este medicamentos și include:

* Perfuzie intravenoasă a soluțiilor și electroliților pentru redresarea deshidratării.
* Antibiotice pentru profilaxia și tratamentul infecțiilor.
* Preparate care micșorează spasmul și îmbunătățesc scurgerea bilei.
* Preparate analgetice pentru ameliorarea stării generale a pacientului.
* Inițial este necesar de a exclude alimentația și băutul lichidelor, pentru a permite repaos vezicii biliare și a întregului sistem digestiv.

Rareori tratamentul conservative este suficient și operația poate fi evitată, mai ales dacă colecistita a fost cauzată de infecție fără prezența calculilor în vezica biliară. De asemenea vi se poate cere să amânați sau să refuzați intervenția chirurgicală din cauza altor probleme de sănătate.

Cu toate acestea, tratamentul definitiv al colecistitei este intervenția chirurgicală pentru înlăturarea vezicii biliare (colecistectomia). Chiar dacă accesul de colecistită a trecut și simptomele care v-au adus în spital au dispărut, acestea oricum vor recidiva. Calculii biliari, care odată au dezvoltat colecistită acută, fără îndoială vor provoca repetat inflamația. Pentru a evita consecințele epizoadelor repetate de inflamație a vezicii biliare medicii recomandă colecistectomia. Aceasta este o intervenție chirurgicală răspândită, minoră şi cu consecințe minimale. La majoritatea pacienților operația este efectuată cu ajutorul chirurgiei minim-invazive laparoscopice. Colecistectomia laparoscopică necesită doar câteva incizii mici. Doar în situații mai complicate poate fi necesară intervenția chirurgicală deschisă.

În cazurile când în afară de colecistită sunt depistați calculi blocați în căile biliare, vi se poate propune înlăturarea lor endoscopică cu ajutorul colangiopancreatografiei retrograde endoscopice. Datorită acestei proceduri minim-invazive endoscopistul poate înlătura calculii din căile biliare prin endoscop cu ajutorul unor instrumente speciale. O altă opțiune este înlăturarea calculilor din căile biliare în timpul intervenției chirurgicale deschise, în același timp cu colecistectomia.

**RECUPERAREA ȘI PERSPECTIVELE DUPĂ COLECISTECTOMIE**

* La majoritatea pacienților rezultatele după colecistectomie sunt excelente. Dimpotrivă, colecistita netratată poate duce la complicații periculoase.
* Sistemul digestiv și biliar pot perfect funcționa fără vezica biliară. Vezica biliară este locul depozitării bilei, produse de către ficat. După înlăturarea vezicii biliare bila prin intermediul ducturilor se revarsă direct din ficat în intestin.
* Organismul dumneavoastră are nevoie de la câteva săptămâni până la câteva luni pentru a se acomoda la schimbările date. În acest timp puteți să aveți simptome temporare ca: flux mai lent al bilei care provoacă senzație de presiune sau dureri în sistemul biliar; dificultăți de digerare a grăsimilor, care la unele persoane provoacă diareea.
* Recuperarea completă după tratamentul chirurgical (deschis sau laparoscopic) poate dura câteva săptămâni.
* Urmați strict recomandările medicului și regulat administrați medicamentele care vă sunt prescrise.
* Respectați recomandările medicale ce vizează dieta alimentară, nu fumați și limitați utilizarea alcoolului.

**PROFILAXIA ȘI RECOMANDĂRI**

* Probabilitatea de îmbolnăvire de colecistită acută este mai mare, dacă aveți calculi în vezica biliară.
* Dacă nu aveți calculi în vezica biliară este important să fiți atenți și să vă examinați mai frecvent dacă sunt prezenți următorii factori de risc de formare a acestora: sexul feminin, sarcina, obezitate, diabet, nivel ridicat de colesterină în sânge, vârsta mai mare de 40 ani.
* Dacă ați observat simptome caracteristice colecistitei acute, dureri pronunțate în etajul superior drept abdominal însoțite de grețuri și vome, acționați rapid și imediat adresați-vă după ajutor medical.
* Simptomele colecistitei pot trece, dar cauzele vor rămâne. Simptomele vor recidiva, cel mai probabil, și colecistita va continua să aducă daune organismului dumneavoastră, până când nu veți primi un tratament necesar.

*Anexa 2*

**FIŞA STANDARDIZATĂ**

**pentru auditul medical bazat pe criterii în colecistita acută calculoasă**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DATE GENERALE COLECTATE PENTRU IMA** | | | | |  |
| 1 | Numărul fişei pacientului |  | | | |  |
| 2 | Data naşterii pacientului | ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaşte | | | |  |
| 3 | Sexul pacientului | 1 | | Bărbat | |  |
| 2 | | Femeie | |  |
| 4 | Mediul de reşedinţă | 1 | | Urban | |  |
| 2 | | Rural | |  |
| 9 | | Nu se cunoaşte | |  |
|  | **INTERNARE** | | | | |  |
| 5 | Data debutului simptomelor | ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaşte | | | |  |
| 6 | Instituţia medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar | 1 | | AMP | |  |
| 2 | | AMU | |  |
| 3 | | Secţia consultativă | |  |
| 4 | | Spital | |  |
| 5 | | Instituţie medicală privată | |  |
| 9 | | Nu se cunoaşte | |  |
| 7 | Data adresării primare după ajutor medical | ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaşte | | | |  |
| 8 | Timpul adresării primare după ajutor medical | OO:MM sau 9 = nu se cunoaşte | | | |  |
| 9 | Data sosirii la spital | ZZ/LL/AAAA | | | |  |
| 10 | Departamentul în care s-a făcut internarea | 1 | | Secţia de chirurgie | |  |
| 2 | | Secţia de profil general | |  |
| 3 | | Secţia de terapie intensivă | |  |
| 4 | | Alte | |  |
|  | **DIAGNOSTIC** | | | | |  |
| 11 | Locul stabilirii diagnosticului | 1 | | AMP | |  |
| 2 | | AMU | |  |
| 3 | | Secţia consultativă | |  |
| 4 | | Spital | |  |
| 5 | | Instituţie medicală privată | |  |
| 12 | Investigaţii imagistice | 1 | | Nu | |  |
| 2 | | Da | |  |
| 9 | | Nu se cunoaşte | |  |
|  | **ISTORICUL PACIENTULUI** | | | | |  |
| 13 | Prezenţa litiazei biliare | 1 | | | Nu |  |
| 2 | | | Da |  |
| 9 | | | Nu se cunoaşte |  |
| 14 | Prezenţa patologiilor asociate | 1 | | | Nu |  |
| 2 | | | Da |  |
| 9 | | | Nu se cunoaşte |  |
|  | **PREGĂTIRE PREOPERATORIE** | | | | |  |
| 15 | Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital | 1 | | | Nu |  |
| 2 | | | Da |  |
| 16 | Timpul efectuării pregătirii preoperatorii | OO:MM sau 9 = nu se cunoaşte | | | |  |
|  | **INTERVENŢIA CHIRURGICALĂ** | | | | |  |
| 17 | Intervenţia chirurgicală a fost efectuată în spital | 1 | | | Nu |  |
| 2 | | | Da |  |
| 18 | Data efectuării intervenţiei chirurgicale | ZZ/LL/AAAA | | | |  |
| 19 | Timpul efectuării intervenţiei chirurgicale | OO:MM | | | |  |
| 20 | Timpul efectuării intervenţiei chirurgicale de la debutul maladiei | OO:MM | | | |  |
| 21 | Timpul efectuării intervenţiei chirurgicale de la momentul internării | OO:MM | | | |  |
| 22 | Operaţia efectuată în mod | Urgent | | | |  |
|  |  | Urgent-amânat | | | |  |
| Programat | | | |  |
| 23 | Tipul anesteziei | Generală | | | |  |
|  | **EXTERNARE ŞI TRATAMENT** | | | | |  |
| 24 | Data externării | (ZZ/LL/AAAA) | | | |  |
| 25 | Data transferului interspitalicesc | (ZZ/LL/AAAA) | | | |  |
| 26 | Data decesului | (ZZ/LL/AAAA) | | | |  |
| 27 | Deces în spital | 1 | Nu | | |  |
| 2 | Din cauzele atribuite CAC | | |  |
| 3 | Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate | | |  |
| 4 | Alte cauze neatribuite CAC | | |  |
| 9 | Nu se cunoaşte | | |  |

**BIBLIOGRAFIE:**

1. Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. Am J Gastroenterol. 2002 Feb;97(2):249-54.
2. Agresta F, Ansaloni L, Baiocchi GL, Bergamini C, Campanile FC, Carlucci M, et al. Laparoscopic approach to acute abdomen from the Consensus Development Conference of the Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e nuove tecnologie (SICE), Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI), Società Italiana di Chirurgia (SIC), Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT), Società Italiana di Chirurgia nell'Ospedalità Privata (SICOP), and the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). Surg Endosc. 2012 Aug;26(8):2134-64.
3. Ansaloni L, Pisano M, Coccolini F, Peitzmann AB, Fingerhut A, Catena F, et al. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis. World J Emerg Surg. 2016 Jun 14;11:25.
4. ASGE Standards of Practice Committee, Maple JT, Ben-Menachem T, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Cash BD, et al. The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis. Gastrointest Endosc. 2010 Jan;71(1):1-9.
5. Bari H, Khan MR, Shariff AH. Antibiotics in acute calculous cholecystitis – do Tokyo guidelines influence the surgeons' practices? J Pak Med Assoc. 2017 May;67(5):670-676.
6. Brătucu E, Ungureanu D. Litiaza vezicularâ. În: Angelescu N, red. Tratat de patologie chirurgicală. Vol.I-II. Bucureşti: Editura Medicală; 2001:1915-1924.
7. Brunt LM, Deziel DJ, Telem DA, Strasberg SM, Aggarwal R, Asbun H, et al; Prevention of Bile Duct Injury Consensus Work Group. Safe cholecystectomy multi-society practice guideline and state-of-the-art consensus conference on prevention of bile duct injury during cholecystectomy. Surg Endosc. 2020 Jul;34(7):2827-2855.
8. Campanile FC, Pisano M, Coccolini F, Catena F, Agresta F, Ansaloni L. Acute cholecystitis: WSES position statement. World J Emerg Surg. 2014 Nov 18;9(1):58.
9. Cao AM, Eslick GD, Cox MR. Early laparoscopic cholecystectomy is superior to delayed acute cholecystitis: a meta-analysis of case-control studies. Surg Endosc. 2016 Mar;30(3):1172-82.
10. Ford JA, Soop M, Du J, Loveday BP, Rodgers M. Systematic review of intraoperative cholangiography in cholecystectomy. Br J Surg. 2012 Feb;99(2):160-7.
11. Gomes CA, Junior CS, Saveiro SD, Sartelli M, Kelly MD, Gomes CC, Gomes FC, Corrêa LD, Alves CB, Guimarães SF. Acute calculous cholecystitis: Review of current best practices. World J Gastrointest Surg. 2017 May 27;9(5):118-126.
12. Hirota M, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Miura F, Hirata K, et al. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):78-82.
13. Iliadi A, Bogdan V. Abdomen acut. În: Hotineanu V, red. Chirurgie: curs selectiv. Chişinău: CEP Medicina; 2008: 701-718.
14. Guţu E., Guzun V. Colecistita acută calculoasă la adult. În: Protocoale Clinice Naţionale actuale referitoare la patologia chirurgicală abdominală acută. Chişinău: Tipografia Centrală; 2021:52-101.
15. Keus F, Broeders IA, van Laarhoven CJ. Gallstone disease: Surgical aspects of symptomatic cholecystolithiasis and acute cholecystitis. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2006;20(6):1031-51.
16. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Sekimoto M, et al. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):15-26.
17. Kortram K, van Ramshorst B, Bollen TL, Besselink MG, Gouma DJ, Karsten T, et al. Acute cholecystitis in high risk surgical patients: percutaneous cholecystostomy versus laparoscopic cholecystectomy (CHOCOLATE trial): study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2012 Jan 12;13:7.
18. Koti RS, Davidson CJ, Davidson BR. Surgical management of acute cholecystitis. Langenbecks Arch Surg. 2015 May;400(4):403-19.
19. Maloman E. Chirurgia abdominală de urgenţă. Recomandări practice de diagnostic şi tratament. Chişinău: Preprintiva; 2008.
20. Overby DW, Apelgren KN, Richardson W, Fanelli R; Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. SAGES guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. Surg Endosc. 2010 Oct;24(10):2368-86.
21. Patin BB, Welsch JM, Davis CS. Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Cholecystitis. Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg. 2022;11(3):169-75.
22. Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, Borzellino G, Cimbanassi S, Boerna D, et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. World J Emerg Surg. 2020 Nov 5;15(1):61.
23. Sartelli M, Abu-Zidan FM, Catena F, Griffiths EA, Di Saverio S, Coimbra R, et al. Global validation of the WSES Sepsis Severity Score for patients with complicated intra-abdominal infections: a prospective multicenter study (WISS Study). World J Emerg Surg. 2015 Dec 16;10:61.
24. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJ, Baron EJ, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010 Jan 15;50(2):133-64.
25. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. Gut Liver. 2012 Apr;6(2):172-87.
26. Sucandy I, Tellagorry J, Kolff JW. Minimally invasive surgical management of acute cholecystitis during pregnancy: what are the recommendations? Am Surg. 2013 Jul;79(7):E251-2.
27. Tsuyuguchi T, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Wada K, Nagino M, et al. Techniques of biliary drainage for acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):46-51.
28. Videhult P, Sandblom G, Rudberg C, Rasmussen IC. Are liver function tests, pancreatitis and cholecystitis predictors of common bile duct stones? Results of a prospective, population-based, cohort study of 1171 patients undergoing cholecystectomy. HPB (Oxford). 2011 Aug;13(8):519-27.
29. Yamashita Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirota M, Miura F, et al. Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):91-7.
30. Yusoff IF, Barkun JS, Barkun AN. Diagnosis and management of cholecystitis and cholangitis. Gastroenterol Clin North Am. 2003 Dec;32(4):1145-68.
31. Zhu B, Zhang Z, Wang Y, Gong K, Lu Y, Zhang N. Comparison of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis within and beyond 72 h of symptom onset during emergency admissions. World J Surg. 2012 Nov;36(11):2654-8.