

COLECISTITA LA COPIL

Protocol clinic instituțional

PCI-26

Chișinău, 2012

CUPRINS:

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN

| | |
|---|-----------|
| DOCUMENT..... | 3 |
| PREFAȚĂ..... | 3 |
| A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ..... | 3 |
| A.1. Diagnosticul | 3 |
| A.2. Codul bolii..... | 3 |
| A.3. Utilizatorii | 3 |
| A.4. Scopurile protocolului..... | 3 |
| A.5. Data elaborării protocolului IMSP ICȘDOSMȘC | 3 |
| A.6. Data reviziei următoare | 3 |
| A.7. Definițiile folosite în document | 3 |
| B. PARTEA GENERALĂ..... | 4 |
| B.1. Nivel de asistență medicală spitalicească | 4 |
| C. 1. ALGORITM DE CONDUCĂRE..... | 5 |
| C 1.1. Managementul de conducăre a colecistitei la copii | 5 |
| C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR..... | 6 |
| C.2.1. Clasificarea colecistitei | 6 |
| C.2.2. Factorii etiologici și de risc | 6 |
| C.2.3. Conducăre pacientului | 7 |
| C.2.3.1. Anamneza | 7 |
| C.2.3.2. Examenul clinic | 7 |
| C.2.3.3. Investigații paraclinice..... | 8 |
| C.2.3.4. Diagnosticul diferențial al colecistitei la copii | 11 |
| C.2.4. Tratamentul colecistitei la copii | 11 |
| C.2.4.1. Tratamentul nemedicamentos | 12 |
| C.2.4.2. Tratamentul medicamentos..... | 13 |
| C.2.4.3. Tratamentul chirurgical | 14 |
| C.2.5. Supravegherea | 14 |
| C.2.6. Complicațiile | 14 |
| D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI..... | 14 |
| D.1. Secția gastroenterologie pentru copii a IMSP ICȘDOSMȘC | 14 |
| E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI..... | 15 |
| F. ASPECTELE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE..... | 15 |
| Anexa 1. Ghidul pacientului cu colecistită..... | 17 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 18 |

Aprobat prin ordinul IMSP ICȘDOSMȘC nr. _____ din _____

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

| | |
|--------------|--|
| ANCA | Anticorpi anticitoplasmă neutrofile |
| ASL-O | Antistreptolizina |
| CIC | Complecși imuni circulanți |
| CIM-X | Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a X-a; |
| GGTP | Gamaglutamiltranspeptidaza |
| LDH | Lactatdehidrogenaza |
| SNC | Sistemul nervos central |

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional „Colecistita la copil” a fost elaborat în baza Protocolului clinic național nr.156 „Colecistita la copil” de către grupul de lucru în componența: Dr. Ion Mișu, dr. hab. med., prof. univ., șeful secției gastroenterologie IMSP ICȘDOSMșiC, Dr. Olga Tighineanu, medic pediatru, doctorand secția gastroenterologie IMSP ICȘDOSMșiC. Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința grupului de lucru pentru elaborarea și implementarea protocoalelor clinice, Consiliul Calității din cadrul ICȘDOSMșiC, președinte Mihai Rotaru.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnostic:

1. *Colecistită acută, acalculoasă.*
2. *Colecistită cronică, în acutizare.*

A.2. Codul bolii: K81.0- K81.9

A.3. Utilizatorii: IMSP ICȘDOSM și C:

- secția internare,
- secția gastroenterologie,
- secțiile reanimare și terapie intensivă,
- secțiile chirurgie urgentă și septică,
- laboratorul clinic,
- laboratorul bacteriologic,
- secția diagnostic funcțional,
- farmacia spitalului.

A.4. Scopurile protocolului

1. Sporirea eficienței diagnosticului precoce al colecistitei acute și/sau cronice la copii.
2. Creșterea numărului de copii cu colecistită acută și/sau cronică, ce au beneficiat de tratament de solubilizare a calculilor, pentru a preveni intervenția chirurgicală.
3. Reducerea numărului de acutizări al colecistitelor cronice.
4. Reducerea complicațiilor colecistitei acute și/sau cronice.

A.5. Data elaborării protocolului: noiembrie 2012

A.6. Data reviziei următoare: concomitent cu reactualizarea PCN.

A.7. Definițiile folosite în document

Colecistita acută – inflamația acută a mucoasei veziculei biliare.

Colecistita cronică – inflamația primară sau secundară a mucoasei veziculei biliare.

Boala Caroli – afecțiune congenitală caracterizată prin dilatarea canalelor biliare și creșterea riscului de infecție sau neoplasm al veziculei biliare.

Colangita – inflamația acută sau cronică a căilor biliare extra- și intrahepatice.

Litiaza biliară – prezența calculilor în vezicula biliară și/sau ducturile biliare.

Coledocolitiaza – prezența calculilor în coledoc sau arborele biliar.

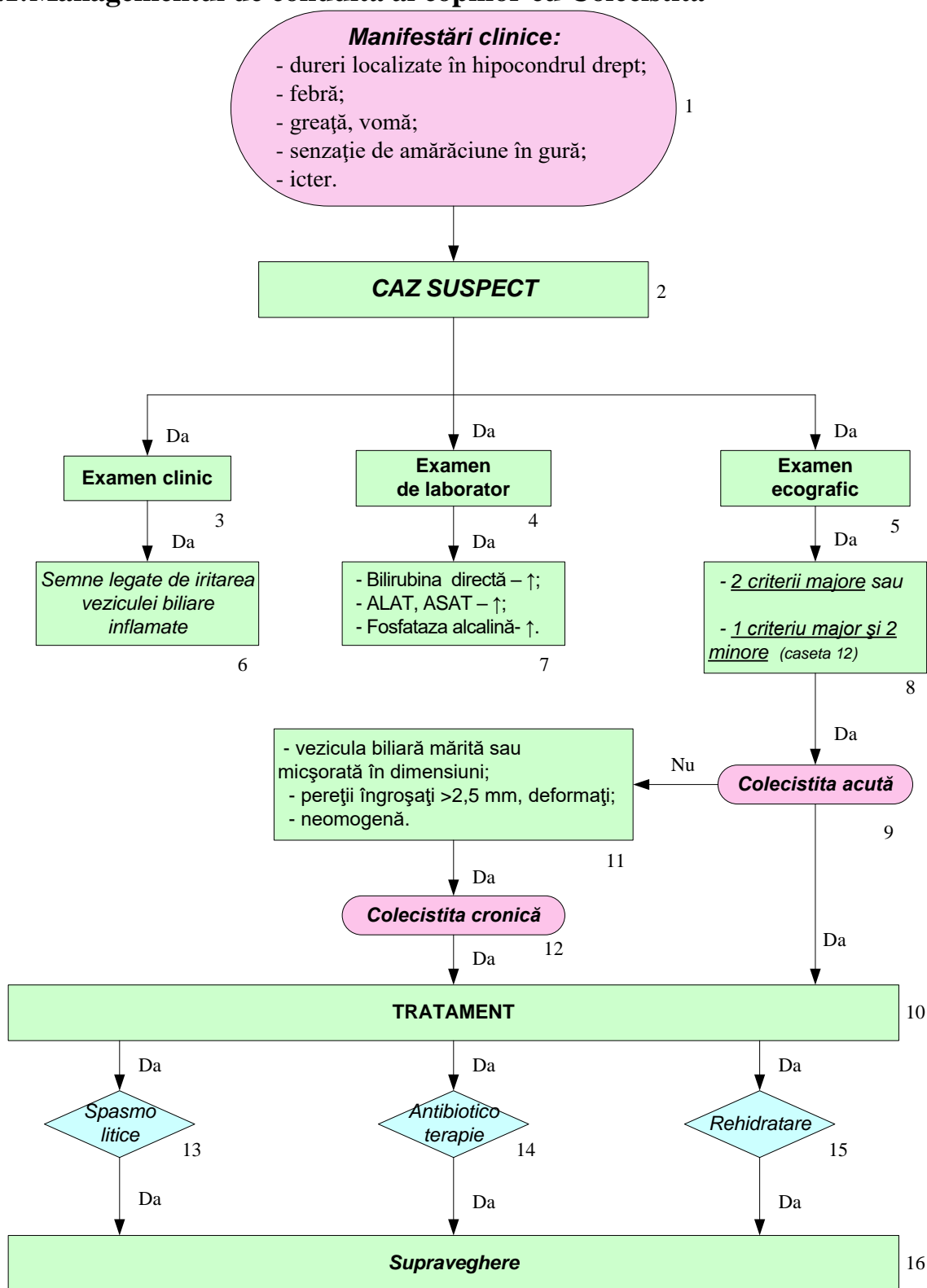
B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală spitalicească ICȘDOSMȘiC

| Descriere (măsuri) | Motive (reper) | Pași (modalități și condiții de realizare) |
|---|--|---|
| I | II | III |
| 1. Spitalizare (capitolul) | <ul style="list-style-type: none"> Spitalizarea este necesară pentru efectuarea intervențiilor și procedurilor diagnostice și terapeutice care nu pot fi executate în condiții de ambulator. | Spitalizarea în secția gastroenterologie și/sau în SRTI a ICȘDOSMȘiC conform criteriilor de spitalizare (vezi caseta 21). |
| 2. Diagnosticul | | |
| 2.1. Confirmarea diagnosticului de Colecistită acută și/sau cronică | <ul style="list-style-type: none"> Diagnosticul de Colecistită acută și/sau cronică se confirmă prin evaluarea: anamnezei, manifestărilor clinice și examinărilor paraclinice (examenul de laborator, examenul ecografic, radiologic, tomografia computerizată). Examenul de laborator: hemoleucograma, sumarul urinei, teste biochimice; Examenul ecografic pune în evidență modificările în structura colecistului, dimensiunile, forma, pereții, prezența calculilor biliari, anomaliilor de poziție; Proceduri imagistice recomandabile, ce includ: examenul radiologic cu sau fără substanță de contrast, scintigrafia biliară, colangiopancreatografia retrogradă, tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară. | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza și evaluarea factorilor de risc (vezi caseta 5); Examenul clinic (vezi casetele 6-9); Diagnosticul diferențial (vezi caseta 15, tabelele 2, 3); Investigații paraclinice (vezi casetele 10-14). |
| 3. Tratamentul | | |
| 3.1. Tratamentul nemedicamentos | <ul style="list-style-type: none"> Respectarea regimului igienodietetic în perioadele de acutizare și remisiune clinică. | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Respectarea regimului igienodietetic (vezi casetele 17, 18, 19). |
| 3.2. Tratamentul medicamentos | <ul style="list-style-type: none"> Tratamentul medicamentos urmărește mai multe strategii, ca: antibioticoterapia, terapia analgică și antispastică, terapia de rehidratare, la necesitate antipiretice. | Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Evaluarea strategiei de tratament în funcție de manifestările clinice; Supravegherea eventualelor complicații; Supravegherea reacțiilor adverse ale medicamentelor. |
| Externarea | <ul style="list-style-type: none"> Durata aflării în staționar poate fi 7-14 zile, în funcție de evoluția bolii, complicații și de eficacitatea tratamentului. | Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> ✓ diagnosticul precizat desfășurat; ✓ rezultatele investigațiilor și tratamentului efectuat; ✓ recomandări explicite pentru pacient; ✓ recomandări pentru medicul de familie. |

C. 1. ALGORITM DE CONDUITĂ

C 1.1. Managementul de conduită al copiilor cu Colecistită



LEGENDĂ

condiție

soluție

opțiune

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea Colecistitei acute și cronice

| Caseta 1. Clasificarea colecistitei | |
|--|---|
| După evoluție: | După componentul litiazic: |
| <ul style="list-style-type: none"> • colecistita acută • colecistita cronică | <ul style="list-style-type: none"> • calculoasă • acalculoasă |

C.2.2. Factorii etiologici și de risc

Caseta 2. Factorii favorizanți ai Colecistitei acute și cronice

- dereglările de motricitate: hipotonia/hipertonia veziculei biliare;
- anomalii anatomice: de poziție, inflexiunile;
- calculii biliari;
- deshidratarea severă;
- combustiile, traumatismele;
- sepsisul;
- cure de slăbire repetate.

Caseta 3. Factorii de risc ai Colecistitei acute și cronice

• **Vârsta:**

- raportul copii/adulți constituie 1,3:1000;
- Copii < 15 ani:
 - 0 – 1 an: 9,8%;
 - 1 – 5 ani: 4,5%;
 - 6 – 10 ani: 14,5%;
 - 11 – 20 ani: 71,5%.
- Adulți: 40-60 ani.

• **Apartenența rasială și etnică:**

- *colecistita acută*: persoanele de origine indiană, chineză, japoneză, regiunile cu risc minim de colecistită acută sunt: SUA (persoanele de culoare), Africa de Sud, Asia.

• **Sexul:**

- printre copii diferențe de sex nu există;
- adulți, raportul bărbați/femei:
 - *colecistita acută* – 1/3;
 - *colecistita cronică* – 1/2-3.

• **Locul de trai:**

- localitățile urbane.

• **Afecțiuni asociate cu colecistita acută:**

| Afecțiuni digestive: | Afecțiuni extradigestive: | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - gastroenteritele; - pancreatita acută; - gastritele acute și cronice; - ulcerul gastric și duodenal; - mucoviscidoza; - boala Caroli; - ciroza hepatică; - boala Crohn. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Afecțiuni metabolice: <ul style="list-style-type: none"> - hiperlipidemiile tip IV; - colestaza; - hemosideroza; - malabsorbție intestinală. ○ Afecțiuni cardiace: <ul style="list-style-type: none"> - stenoza valvei mitrale; - proteze valvulare cardiace. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Afecțiuni endocrine: <ul style="list-style-type: none"> - obezitatea; - hiperparatiroidismul; - hipotiroidismul; - diabetul zaharat. ○ Afecțiuni parazitare: <ul style="list-style-type: none"> - lambliaza; - fascioloză; - ascaridoza. |

• **Factorii genetici:**

- predispoziția genetică.

Caseta 4. Factorii etiologici ai Colecistitei acute și cronice

Factorii infecțioși

• **Bacterieni:**

- *escherichia coli*;

Factorii neinfecțioși

• **Factori alimentari:**

- gălbenuș de ou;

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - klebsiela; - enterococcus pseudomonas; - staphilococcus; - salmonella typhi; - proteus mirabilis; streptococcus epidermalis, faecalis. <ul style="list-style-type: none"> • Virali: <ul style="list-style-type: none"> - virușii hepatici (A, B, C, D, E); - citomegalovirus; - HIV/SIDA. • Factori parazitari (vezi caseta 3) | <ul style="list-style-type: none"> - bulionul de carne; - alimentele prăjite; - condimente; - prăjituri, crema, ciocolata; - cacao, lapte; - alcoolul (<i>la adolescenți</i>); - foamea. <ul style="list-style-type: none"> • Factori medicamentoși: <ul style="list-style-type: none"> - opiacee: morfina; - antibiotice: ceftriaxona; - diuretice: furosemid; - imunosupresoare: ciclosporina; - estrogen, progesterone. |
|---|---|

C.2.3. Conduita pacientului

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 5. Repere anamnestice pentru diagnosticul Colecistitei

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Manifestări clinice: <ul style="list-style-type: none"> - dureri epigastrice și/sau în hipocondrul drept; - amărăciune în gură; - greață, vărsături; - febră/subfebrilitate, frisoane; - meteorism, constipații; - garguiment intestinal. • Descrierea durerii: <ul style="list-style-type: none"> - caracterul durerii, durata; - sediul durerii; - iradierea; - fenomene asociate; - intensitatea; - răspunsul la tratament. | <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesticul morbid: <ul style="list-style-type: none"> - anomalii ale colecistului; - antecedente de litiază biliară; - maladii gastrointestinale; - maladii metabolice, alergice. • Factorul alimentar: <ul style="list-style-type: none"> - erori în regimul alimentar; - erori în rația alimentară. • Deprinderi vicioase: <ul style="list-style-type: none"> - tabagismul activ/pasiv; - consumul de cafea/alcool/droguri. |
|---|---|

C.2.3.2. Examenul clinic

Triada clasică în Colecistită este durerea în hipocondrul drept, febră și leucocitoză.

Caseta 6. Manifestările clinice ale colecistitei

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tipice: <ul style="list-style-type: none"> - dureri localizate în hipocondrul drept; - febră; - greață, vomă; - inapetență, anorexie; - senzație de amărăciune în gură; - icter. • Atipice – cu debut de diverse patologii. <ul style="list-style-type: none"> ○ Manifestări de gastrită: <ul style="list-style-type: none"> - dureri în epigastru; - greață, vomă; - anorexie; - hemoragii digestive superioare; - hematemeză, melenă. | <ul style="list-style-type: none"> • Manifestări generale: <ul style="list-style-type: none"> - febră/subfebrilitate/frisoane; - astenie, iritabilitate, cefalee; - dureri precordiale, tahicardie; - tahipnee; - dereglări psihoemoționale. ○ Manifestări de pancreatită: <ul style="list-style-type: none"> - dureri în epigastru, periombilical; - hipocondrul stâng; - durere în centură; - greață, vomă; - frisoane, febră; - diaree sau constipație. |
|--|---|

Caseta 7. Semne de alarmă în Colicistita acută sau cronică

- colică biliară;

- voma biliară;
- semne peritoniale locale (rigiditate musculară);
- semne peritoniale difuze (perforație, cu dezvoltarea peritonitei biliare).

Caseta 8. Descrierea durerii în Colicistită

- **Debutul durerii:**
 - *insidios* – debutează cu o săptămână înainte de prezentare la medic.
- **Caracterul durerii:**
 - *sugarii, copiii mici* – durerea este percepută ca colică abdominală sau disconfort abdominal, însoțită de:
 - iritabilitate;
 - refuzul alimentației.
 - *copiii mari* – colicativă, surdă, difuză, sîcîitoare.
- **Localizarea durerii:**
 - indefinită;
 - hipocondrul drept;
 - epigastru.
- **Iradierea durerii:**
 - la copiii mai mari iradiază în regiunea subscapulară dreaptă, în umărul drept, hemitoracele drept, regiunea cervicală dreaptă.
- **Intensitatea durerii:** de la dureri minime, pînă la dureri intense, pronunțate.
- **Periodicitatea durerii:**
 - permanentă, constantă sau episodică;
 - poate alterna cu episoade de acutizare și remisiune.
- **Factorii provocatori:** regim alimentar irațional, stresul, efortul fizic.
- **Fenomene asociate:** greață, vomă biliară care nu ameliorează starea, febră, frisoane, transpirații, inapetență, anorexie.
- **Durata durerii:** de la 2 pînă la 5 ore și mai mult.
- **Cedează sau nu tratamentului:** nu cedează decît temporar sau parțial la analgetice și antispastice.

Caseta 9. Semne de iritare a veziculei biliare inflamate

Semne legate de iritarea directă a veziculei biliare inflamate

1. **Ortner** – durere la percuție pe rebordul costal drept.
2. **Aizenberg II** – prezența durerii în regiunea hipocondrului drept, atunci cînd bolnavul se ridică în vîrfurile degetelor și se lasă brusc pe talpă.

Semne legate de iritarea indirectă a veziculei biliare inflamate

1. **Murphy** – accentuarea durerii în hipocondrul drept la presiunea peretelui abdominal pe dreapta, în timpul inspirului profund.
2. **Lepehne** – apariția durerii la percuție în regiunea hipocondrului drept.
3. **Kehr** – intensificarea durerii în inspir la palpare în punctul veziculei biliare.

C.2.3.3. Investigații paraclinice

Caseta 10. Examenul ecografic în Colecistită la copii

- **Indicații:**
 - stabilirea diagnosticului;
 - apreciază:
 - localizarea calculilor;
 - prezența complicațiilor;
 - răspunsul la tratament.
- **Avantaje:**
 - are sensibilitate 90% - 95% și specificitate 78% - 80%;
 - metodă neinvazivă și non-iradiantă, ceea ce permite efectuarea de cîte ori se impune;
 - poate confirma sau infirma patologia colecistului;

- evidențiază prezența litiazei biliare;
 - identifică prezența complicațiilor (abces, empiem);
 - vizualizează imagini organelor adiacente (ficat, pancreas);
 - este accesibilă la preț și ușor de efectuat din punct de vedere tehnic.
- **Dezavantaje:**
 - incapacitatea de a vizualiza canalul cistic;
 - scăderea sensibilității pentru calculii coledocieni;
 - crează dependență pentru cadrul medical și pacient.

Caseta 11. Tabloul ecografic în Colecistita acută și cronică la copii

- **Colecistita acută:**
 - vezicula biliară mărită în volum;
 - îngroșarea peretelui veziculei peste 3 mm;
 - aspectul dedublat al peretelui vezicular;
 - dereglări de motricitate cu stază biliară;
 - decelarea anomaliilor de dezvoltare;
 - durerea electivă la trecerea sondei ecografice (*semnul Murphy pozitiv*).

Notă: diagnosticul de colecistită acută poate fi stabilit ecografic, în funcție de semnele ecografice prezente, astfel sunt necesare **2 criterii majore** sau **1 criteriu major și 2 minore**.

- **Criterii majore:**
 - îngroșarea peretelui veziculei > 3 mm;
 - dedublarea peretelui colecistului;
 - edemul mucoasei;
 - lichid sau fluid în jurul colecistului în caz de perforație sau exudat;
 - semnul Murphy pozitiv la trecerea sondei peste loja vezicală (sensibilitate 86%-92% și 35% specificitate).
- **Criterii minore:**
 - distensia colecistului > 5 cm în diametru transversal;
 - stază biliară.
- **Colecistita cronică:**
 - vezicula biliară mărită sau micșorată în dimensiuni;
 - neomogenă;
 - pereții îngroșați >2,5 mm, deformați.

Caseta 12. Examenul radiologic în Colecistită la copii

- **Radiografia abdominală simplă**
 - relevă în 15 % cazuri prezența de calculi;
 - prezența aerului liber subdiafragmatic;
 - aer sau gaz localizat în peretele sau lumenul colecistului;
 - poate oferi informații despre calculii renali, prezența pneumoniei, ocluziei intestinale.
- **Colecistografia:**
 - ilustrează imaginea de contrast a sistemului biliar;
 - dereglările de motilitate:
 - *hipomotilitate* – colecist dilatat, deplasat inferior, evacuare încetinită sau;
 - *hipermotilitate* – umbră micșorată în dimensiuni, intensitate mărită, de formă ovală sau sferică, evacuare accelerată.
- **Colangiopancreatografia retrogradă**
 - Indicații:**
 - suspexție la calculi biliari;
 - suspexție la anomalii de dezvoltare ale ducturilor excretorii hepatice, ale veziculei biliare și ale căilor biliare extrahepatice;

- icter de geneză neclară;
- pancreatită cronică cu recidive frecvente.

Contraindicații:

- nazofaringite, amigdalite, laringite;
- pneumonii, afecțiuni ale SNC;
- pancreatita acută;
- acutizarea pancreatitei cronice.

Caseta 13. Scintigrafia biliară în Colecistită la copii

Indicații:

- redă capacitatea funcțională a hepatocitelor;
- estimează capacitatea de evacuare a veziculei biliare;
- decelează dereglările de motilitate.

Avantaje:

- are o sensibilitate de diagnostic – 97%;
- specificitate – 90%;
- apreciază funcția;
- evaluarea simultană a căilor biliare.

Dezavantaje:

- procedură invazivă și radiantă;
- bilirubina > 4,4 mg/dl, eventual scade sensibilitatea;
- mîncatul recent sau postul timp de 24 ore afectează rezultatul final;
- nu identifică alte structuri adiacente;
- necesită specialist calificat.

Caseta 14. Tomografia computerizată și rezonanța magnetică nucleară

Indicații:

- în caz de acutizări frecvente care evoluează fără tablou inflamator;
- depistarea abceselor în fosa vezicală;
- depistarea calculilor biliari intraluminali și extraluminali;
- precizarea stării peretelui biliar și a fistulelor ce pătrund în capul pancreasului.

Avantaje:

- ghidarea unei puncții aspirative percutane transhepatice a colecistului (în scop de diagnostic-bilicultură sau terapeutic- drenaj);
- are sensibilitate și specificitate de 90% - 95%.

Dezavantaje:

- 20 % din calculi nu pot fi decelați, deoarece ei au densitatea bilei;
- nu sunt exploarări de rutină, se folosește în cazul cînd diagnosticul este incert;
- este o metodă radiantă;
- foarte costisitoare;
- necesită specialist calificat;
- nu este accesibilă pentru toate instituțiile medicale.

Criterii majore:

- tumefierea peretelui veziculei biliare;
- halou în jurul colecistului sau edemul lui;
- extinderea inflamației la fosa vezicală;
- colecții lichidiene în jurul colecistului în absența ascitei;
- prezența gazelor intramural;
- edemul mucoasei.

Criterii minore:

- distensia veziculei biliare >5 cm;

- stază biliară.

Notă: pentru stabilirea diagnosticului necesită prezența a **2 criterii majore** sau **1 criteriu major și 2 criterii minore.**

Tabelul 1. Examinări de laborator pentru stabilirea Colecistitei acute și cronice la copii

| Examinarea paraclinică | Rezultatele scontate |
|---------------------------------------|---|
| Testele biochimice | <ul style="list-style-type: none"> - Bilirubina directă – ↑; - ALAT, ASAT – ↑; - Fosfataza alcalină – ↑; - Amilaza serică/urinară – N, ↑; - GGTP și LDH – ↑; - Colesterolul – ↑; - Timpul de coagulare – N, ↑ (în sepsis); - Fibrinogenul – ↑; - Protrombina. – N, ↑ (în sepsis); - Glucoza – pentru diferențiere diagnostică. |
| Examenul sumar de sânge | <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina – N, ↓; - Leucocite – ↑, cu deviere spre stînga; - VSH – ↑. |
| Hemocultura | - se fac 2 probe la cei febrili pentru a decela agentul patogen. |
| Examenul coprologic | - diagnostic diferențial (malabsorbția intestinală). |
| Examenul copro parazitologic | - pentru diagnosticul invaziei de helminți, larvele cărora pot migra în ductul cistic. |
| Analiza generală de urină | - pentru a exclude patologia renală (pielonefrita, litiaza renală). |
| Examinări imunologice | <ul style="list-style-type: none"> - Proteina C-reactivă, CIC, ASL-O, pentru identificarea cauzelor imune; - Ig G, M pot fi elevate în cazul colecistocolangitelor cu dereglări imune; - ANCA prezent în 60-82% cazuri la copiii cu colangită sclerozantă primară; - aprecierea invaziilor parazitare (<i>Giardia Lamblia</i>, <i>fascioloza hepatică</i>, <i>opistorcoza</i>, <i>clonorhoza</i>, <i>ascaridoza</i>). |
| Biopsia hepatică transcutanată | - pentru diagnosticul colangitelor sclerozante primare. |
| Bilicultura | - pentru aprecierea agentului cauzal. |
| Examinare microscopică a bilei | - are importanță pentru diagnostic, când în porțiunea B a bilei se depistează incluziuni mucoase, leucocite și epitelii celulare. |
| Examinare biochimică a bilei | - denotă micșorarea lizocimului și a bilirubinei, creșterea proteinelor, globulinelor, fosfatazei alcaline. |

C.2.3.4. Diagnosticul diferențial în Colecistită la copii

Caseta 15. Diagnosticul diferențial Colecistitei cu alte patologii:

- | | |
|------------------------------------|---|
| - pancreatita acută; | - hepatita acută A, B, C, D, E; |
| - litiază biliară; | - abces hepatic (piogen, amebian); |
| - reflux duodenogastral; | - pielonefrită acută; |
| - gastrita și/sau duodenita acută; | - pneumonie bazală pe dreapta, pleurezie; |
| - ulcer gastroduodenal; | - litiază renală; |
| - dispepsie funcțională. | - apendicita acută. |

Tabelul 2. Diagnosticul diferențial al durerii din hipocondrul drept

| <i>Nosologia</i> | <i>Caracteristica durerii</i> | <i>Investigații specifice</i> |
|--------------------------|---|--|
| Colecistita acută | Durează mai mult de 6 ore, specific în hipocondrul drept, caracter de colică, însoțită de febră, leucocitoză. | Examenul ecografic. |
| Colica biliară | Durează 4-6 ore, crește rapid în intensitate, apoi în platouri, paroxismală, iradiază în zona subscapulară dreaptă. | Examenul ecografic. |
| Dispepsia | Greață, balonare, eructații, intoleranță la alimentele grase. | Examenul endoscopic superior (fibrogastroduodenoscopia). |
| Ulcer duodenal | Durere postrandială, la 2 ore, atenuată de antiacide. | Examenul endoscopic superior (fibrogastroduodenoscopia). |
| Abces hepatic | Durere asociată cu febră, frisoane, hepatomegalie, sensibilitate subcostală. | Examenul radiologic, tomografia computerizată. |

Tabelul 3. Diagnosticul diferențial al Colecistitei cu alte patologii

| Elemente caracteristice | Colica biliară | Colecistita acută | Colecistita cronică | Colangita | Pancreatita |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------|
| <i>Localizarea durerii</i> | epigastru | hipocondrul drept | hipocondrul drept | hipocondrul drept | epigastru |
| <i>Durata durerii</i> | < 3 ore | > 3 ore | variabilă | variabilă | variabilă |
| <i>Febra</i> | - | prezentă/absentă | prezentă/absentă | prezentă/absentă | prezentă/absentă |
| <i>Leucocitoză</i> | - | prezentă/absentă | prezentă/absentă | prezentă/absentă | prezentă/absentă |
| <i>Amilazemia</i> | normală | prezentă/absentă | - | prezentă/absentă | prezentă |

C.2.4. Tratamentul Colecistitei la copii

Caseta 16. Tipurile de tratament în colecistită la copii

- Tratament nemedicamentos;
- Tratament medicamentos:
 - tratamentul etiologic;
 - tratamentul simptomatic;
- Tratament chirurgical.

C.2.4.1. Tratamentul nemedicamentos

Caseta 17. Obiectivele tratamentului nemedicamentos

Recomandările dietetice în afecțiunile veziculei biliare diferă în funcție de evoluție. Cele 2 strategii disponibile includ managementul colecistitei acute și măsurile de prevenție în colecistita cronică.

- *perioada acută prevede:*
 - repaus digestiv de 1-2 zile, pentru a evita stimularea inutilă a sistemului biliar;
 - hidratare orală adecvată;
 - regimul de activitate nu este influențat de evoluția colecistitei.
- *măsuri de prevenție a acutizărilor:*
 - mese fracționate, 5-6 ori în zi, în cantități mici, la unele și aceleași ore;
 - micșorarea valorii calorice din contul lipidelor și glucidelor.
- *rolul alimentației:*
 - să contribuie la diminuarea fenomenelor inflamatorii;
 - să prevină staza biliară din canalele cistice;
 - să evite formarea de calculi biliari.

Caseta 18. Produse alimentare permise pacienților cu Colecistită

- **Carne** fără grăsime, de vacă, vițel, pasăre, iepure de casă;
- **Pește** alb slab;
- **Lactate:** smântână, frișcă, brânză proaspătă de vaci;
- **Făinoase:** griș, orez, fulgi de ovăz, paste făinoase; pâine (veche de o zi), cozonac uscat, biscuiți;
- **Dulciuri:** zahărul sau mierea sunt permise în cantitate mică, adăugate în ceai;
- **Fructe** în stare coaptă;
- **Legume și zarzavaturi** fragede, cu celuloză moale: morcovi, dovlecei, spanac, salată verde, cartofi (fierți, copti sau pireu, dar nu prăjiți);
- **Băuturi:** ceaiuri, apă minerală plată (neacidulată).

Caseta 19. Produse alimentare interzise sau limitate pacienților cu Colecistită

- **Carne** grasă, sărată, afumată, mezeluri, cârnați, bulion, vînat;
- **Pește** gras, sărat, afumat, conserve de pește;
- **Lactate:** cașcaval, lapte bătut, iaurt, chefir;
- **Grăsimi:** grăsimea animală, maioneză;
- **Făinoase:** pâinea albă proaspătă, pâine neagră;
- **Dulciurile:** marmeladă, dulceață, miere, ciocolată, cacao, foietajele, prăjiturile cu cremă;
- **Zarzavaturi:** crude, zarzavaturi fibroase, cu celuloză dură (castraveți, ridichi, sfeclă, varză albă, varză roșie, fasole uscată, mazăre uscată, ciuperci, vinete, roșii, legume picante (ceapă, usturoi, ardei iute), murături;
- **Fructe:** crude sau acre, fructele cu sâmburi (nucile, alunele, macul);
- **Condimente:** piper, ardei iute, hrean, muștar, dafin, oțet, murături;
- **Băuturi:** băuturi acidulate, alcool, cafea.

C.2.4.2. Tratamentul medicamentos

Caseta 20. Obiectivele tratamentului medicamentos în Colecistită la copii

- terapia analgetică și antispastică pentru cuparea sindromului dolo;
- antibioticoterapia;
- terapia de rehidratare orală și intravenoasă, restabilirea tulburărilor echilibrului hidro-electrolitic (vezi protocolul clinic național „Pancreatita la copil”);
- prevenirea și tratamentul complicațiilor.

| <u>Medicația spasmolitică</u> | <u>Terapia antibacteriană</u> |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Papaverină <ul style="list-style-type: none"> - <12 ani: 0,2-0,3mg/kgc/zi, i/m, i/v, 2-3 prize; - >12 ani: 10-20 mg, per os, 2-3prize. • Drotaverina <ul style="list-style-type: none"> - <6 ani: 10-20 mg, per os, i/m, i/v, 1-2 prize; - 6 – 12 ani: 20 mg, per os, i/m, i/v, 1-2 prize; - >12 ani: 40-80 mg, per os, i/m, i/v, 1-3prize. | <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina <ul style="list-style-type: none"> - 50 mg/kgc/zi, per os, 3-4 prize. • Piperacilina <ul style="list-style-type: none"> - 75mg/kgc/zi, i/m, 4 prize. • Clindamicina <ul style="list-style-type: none"> - 15-40 mg/kgc/zi, i/v, 3-4 prize. • Cefotaxim <ul style="list-style-type: none"> - 80-180 mg/kgc/zi, i/v, 4 prize. • Metronidazolul <ul style="list-style-type: none"> - 7,5-15 mg/kgc/zi, per os, 3 prize. |

| <u>Preparate antipiretice</u> | <u>Terapia biliară</u> |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol <ul style="list-style-type: none"> - temperatura < 38°C; - 10-15 mg/kgc/zi, per os; - doza poate fi repetată la interval de 4-6 ore. • Ibuprofen <ul style="list-style-type: none"> - 6 luni – 12 ani: dacă temperatura: <ul style="list-style-type: none"> - <39°C: 5 mg/kgc/zi, per os; - >39°C: 10 mg/kgc/zi, per os. - doza poate fi repetată la interval de 4-6 ore. | <ul style="list-style-type: none"> • Acidul ursodeoxicolic <ul style="list-style-type: none"> - colecistocolangite: 10 mg/kgc/zi, per os, 3 prize (<600 mg/zi). |

Caseta 21. Criteriile de spitalizare a copiilor cu Colecistită

- indiferent de forma clinică colecistita acută se tratează în spital;
- se spitalizează toți pacienții cu suspjecție la abdomen acut;
- pacienții cu sindrom icteric.

Caseta 22. Criteriile de externare a copiilor cu Colecistită

- ameliorarea manifestărilor clinice și de laborator;
- excluderea complicațiilor;
- răspuns la tratamentul medicamentos.

C.2.4.3 Tratamentul chirurgical

Caseta 23. Obiectivele tratamentului chirurgical în Colecistită la copii

Metodele de intervenții chirurgicale:

- laparotomie medio-mediană (clasică).
- **Indicațiile pentru intervenție chirurgicală de urgență:**
 - prezența complicațiilor: empiem, perforație, colecistită enfizematoasă.

C.2.5. Supravegherea copiilor cu Colecistită

Caseta 24. Supravegherea pacienților cu colecistită

☞ **Se vor respecta următoarele recomandări:**

- respectarea regimului igienodietetic;
- examenul ecografic anual la indicații;
- consultul altor specialiști la necesitate;
 - **1 an după acutizare: trimestrial;**
 - **2 an: 1 dată la 6-12 luni.**

☞ **Perioada de supraveghere va dura 3 ani, în cazul lipsei acutizărilor.**

C.2.6. Complicațiile

Caseta 25. Complicațiile Colecistitei la copii

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - pancreatita acută; - colangita; - hidropsul vezicular; - piocolecistul (empiemul vezicular); - perforația. | <ul style="list-style-type: none"> - colecistita enfizematoasă; - fistulele biliare; - ileusul biliar; - peritonita localizată/generalizată; - calcifierea intramurală a veziculei biliare. |
|--|--|

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

| | |
|--|---|
| D.1. Secția gastrologie, Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului | Personal: |
| | <ul style="list-style-type: none"> • medic gastroenterolog pediatru certificat; • medic pediatru certificat; • medic de laborator; • medic imagist; • medic funcționist; • asistente medicale; • acces la consultațiile calificate: chirurg. |
| | Dispozitive medicale: |
| | <ul style="list-style-type: none"> • cântar pentru sugari; • cântar pentru copii mari; • panglica-centimetru; • fonendoscop; • tomograf computerizat; • rezonanța magnetică nucleară. |
| | Examinari paraclinice: |
| | <ul style="list-style-type: none"> • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarul urinei, indicilor biochimici (bilirubina și fracțiile ei, AST, ALT, amilaza serică), ionogramei (Na, K, Ca, Cl); • cabinet radiologic; • cabinet de diagnostic funcțional; • laborator radioizotopic; • laborator imunologic; • laborator bacteriologic; • serviciul morfologic cu citologie. |
| | Medicamente: |
| | <ul style="list-style-type: none"> • spasmolitice (papaverina); • antibacteriene (ampicilina, cefotaxim); • antipiretice (paracetamol). |

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI

| Nr. d/o | Scopurile protocolului | Măsurarea atingerii scopului | Metoda de calculare a indicatorului | |
|---------|--|---|---|---|
| | | | Numărător | Numitor |
| 1. | Depistarea precoce a pacienților cu Colecistită acută sau cronică | 1.1. Ponderea pacienților cu diagnosticul stabilit de Colecistită acută sau cronică în prima lună de la apariția semnelor clinice | Numărul pacienților cu diagnosticul stabilit de Colecistita acută sau cronică în prima lună de la apariția semnelor clinice, pe parcursul unui an x 100 | Numărul total de pacienți cu diagnosticul de colecistită acută sau cronică, care s-au aflat la tratament de staționar în secția gastroenterologie, pe parcursul ultimului an. |
| 2. | Ameliorarea calității examinării și tratamentului pacienților cu Colecistită acută sau cronică | 2.Ponderea pacienților cu diagnosticul de Colecistită acută sau cronică, cărora li sa efectuat examenul clinic și paraclinic și tratamentul obligatoriu conform | Numărul pacienților cu diagnosticul de Colecistită acută sau cronică, cărora li sa efectuat examenul clinic, paraclinic și tratamentul obligatoriu conform recomandărilor | Numărul total de pacienți cu diagnosticul de Colecistită acută sau cronică, care s-au aflat la tratament de staționar în secția gastroenterologie, pe parcursul ultimului an. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | recomandărilor Protocolului clinic instituțional „Colecistita la copil” | Protocolului clinic instituțional „Colecistita la copil”, pe parcursul ultimului an x 100 | |
|--|--|--|--|

F. ASPECTELE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

1. Indicațiile (sau criteriile) de trimitere a pacientului cu Colecistită.

Tabelul 1. Transferul în alte secții (transfer intern și transfer extern) a pacienților cu Cconform indicațiilor

| Indicații (criterii) de transfer | Transferul (destinația) | Persoanele de contact |
|--|--|--|
| Complicațiile colecistitei | Secția chirurgie septică, sau secția reanimare și terapie intensivă chirurgicală | Șef secție - Larisa Boiștean Nr.telefon: 523-782; 2-33, 5-48 Șef secție - Tatiana Pasicovchi Nr.telefon: 55-96-59; 5-43, 2-39 |
| Agravarea stării pacientului cu colecistită | Secția de reanimare și terapie intensivă pediatrică | Șef secție – Ana Oglindă Nr.telefon:523-613;3-38,4-14 |
| Abdomen acut sau alte stări chirurgicale urgente la pacienții cu colecistită | Secția chirurgie urgentă Secția chirurgie septică | Șef secție - Mihai Seu Nr.telefon:55-96-58;5-63,6-19 Șef secție - Larisa Boiștean Nr.telefon: 523-782; 2-33, 5-48 |

Procedura generală de transfer a pacientului:

1. Medicul curant informează șeful secției despre: complicațiile/patologia concomitentă/agravarea stării, parvenite la pacientul cu colangită sclerozantă primară.
2. Șeful secției consultă pacientul în comun cu medicul curant.
3. Pacientul este obligatoriu consultat de șeful clinicii sau conferențiarilor catedrei, responsabili de secția respectivă.
4. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultantul din secția respectivă și se i-a decizia respectivă.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează vicedirectorul de profil respectiv despre cazul respectiv.
6. Vicedirectorul de profil respectiv invită consultantul din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă Consiliul medical în componența: vicedirectorul de profil, șeful clinicii, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. Medicul curant scrie epicriza de transfer (pentru transfer intern - forma 003e; pentru transfer extern - f 027e), care va include obligatoriu: datele de pașaport, diagnosticul, starea pacientului, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.
9. Pentru transportarea pacientului în altă instituție medicală (transfer extern) va fi utilizat transportul IMSP ICȘOSMC.

2. Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului și/sau a probelor de laborator

1. Pentru efectuarea investigațiilor în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul curant îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul, argumentarea procedurii și numărul poliței de asigurare (forma 027e).
2. Pentru efectuarea investigațiilor în alte instituții (care nu necesită prezența pacientului) materialul

biologic va fi însoțit de forma standardă de întreținere și transportat de către IMSP ICȘOSMC.

3. Pentru consultații în alte instituții, medicul curant argumentează necesitatea efectuării consultației în forma 003e. Consultația preventiv se coordonează prin șeful secției sau vicedirector de profil. Pacientul este însoțit de către personalul medical, care este responsabil de documentația medicală.

3. Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusiv întoarcerea în instituție la locul de observare sau investigare

1. În contract cu instituțiile subcontractate este menționat modalitatea de expediere și recepționare a rezultatelor.

4. Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul transferului la alt nivel de asistență medicală

1. Pacientul este informat de către medicul curant despre necesitatea transferului la alt nivel de asistență medicală (transfer extern sau intern). Transferul se efectuează cu acordul informat al pacientului.

5. Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere pentru evidența ulterioară (de exemplu: după externarea din staționar etc.)

1. Extrasul (forma 027e) obligatoriu va include recomandări pentru pacient.

GHIDUL PACIENTULUI CU COLECISTITĂ

Introducere

Colecistita este inflamația peretelui veziculei biliare. Această patologie este mai frecventă în rândul adulților, avînd o frecvență mai mică în rândul copiilor și adolescenților. Însă, în ultimele 3 decenii rata sau incidența colecistitei la copii este în creștere, deoarece copiii se alimentează irațional și necalitativ.

Care sunt cauzele colecistitei?

Factori alimentari: supele din carne, ouăle, produsele grase, picante, prăjite, prăjiturile, ciocolata, cafea, cremele, alcoolul, apele gazate.

Agenții infecțioși care populează intestinul și căile biliare: *enterococii*, *stafilococul fecalis*, *streptococul*, *pneumococul*, *salmonelle*.

Infecțiile: scarlatina, rujeola, dizenteria.

Factori medicamentoși: antibioticele, diureticele.

Stările septică: infecția se propagă la colecist pe cale hematogenă, limfogenă și enterogenă.

Alte cauze: intervențiile chirurgicale majore pe abdomen, traume, combustii sau arsuri, calculii biliari, deshidratările severe.

Cum se manifestă colecistita la copii?

Debutul frecvent este în plină sănătate, semnul constant este durerea abdominală, care la copii mici apare cu caracter de colică, iar la copii mari este localizată în hipocondrul drept și iradiază în regiunea subscapulară dreaptă, cervicală dreaptă, poate avea o durată de 4-6 ore. Sindromul febril variază de la subfebrilitate, pînă la 39-40 °C. La fel este însoțită de grețuri, vărsături, iar la copii mici poate fi prezentă diareea. Fiecare al 5-lea copil poate avea tegumentele palide-gălbui, numite tegumente icterice.



Cum se stabilește diagnosticul?

Determinarea diagnosticului oricărei patologii este constituit din cîțiva pași, deci să învățăm să mergem pas cu pas, pentru a stabili un diagnostic corect împreună:

Se va începe inițial cu o discuție amicală cu medicul. Vă va interoga care au fost cauzele ce au indus maladia, care au fost primele manifestări clinice și evoluția lor. Anamneza vieții și a bolii, precum și simptomatologia îi va permite medicului de a stabili conduita de diagnostic.

Medicul va începe examinarea propriu-zisă, adică va palpa abdomenul, pentru a determina: prezența durerilor, localizarea, intensitatea și iradierea lor. Este necesar ca copilul să înțeleagă că medicul este prietenul său și îi va face doar bine, nu este nimic dureros, ci doar un simplu masaj a burticai. Deși orice investigație pentru copil prezintă un stres psihologic, este necesar și obligatoriu de a efectua toate examinările de laborator indicate de medic, de obicei în colecistită medicul va indica: analiza generală a sîngelui, sumarul urinei, bilirubina, ALAT, ASAT, amilaza, etc.

Examenul ecografic nu este o investigație dureroasă, însă va pune în evidență date prețioase: modificările colecistului (mărit în volum, destins, cu peretele dedublat, îngroșat, edemațiat, cu ecogenitate crescută), poate confirma sau infirma prezența pietrelor în colecist, poate oferi informații despre starea organelor adiacente.

Examenul radiologic este o fotografie a abdomenului, care se efectuează în cazul suspjeciei pietrelor în colecist, în cazurile cînd nu există posibilități de a efectua ultrasonografia, sau nu oferă date suficiente pentru diagnostic. La fel se indică și-n patologiiile concomitente: bronșite, pneumonii.

Notă: există investigații mai costisitoare, ce sunt indicate în cazuri complicate, în stabilirea diagnosticului, acestea fiind: **scintigrafia biliară** –decelează funcția ficatului și colecistului (capacitatea de evacuare, dereglările de motilitate) și **tomografia computerizată** – precizează grosimea pereților veziculei, pietrele (numărul, dimensiunile, aspectul).

Tratamentul nemedicamentos

Regimul igienodietetic în perioada acută prevede repaus alimentar de 1-2 zile, lichide din abundență pentru a evita deshidratarea.

În perioada dintre acutizări se vor respecta:

- fracționarea meselor, 4-5 mese în zi, la aceeași oră, în cantități mici;

- consumul alimentelor permisive;
- evitarea efortului fizic.

Alimentele permisive: fibre alimentare, brânză, crupe de hrișcă, orez, fructe, legume (coapte, pasate), carne de pasăre, pește slab.

Alimentele interzise: grăsimile, supele din carne, bucatele prăjite, ceapă, condimentele, usturoi, prăjituri, ciocolată, cremă, cafea, cacao, lapte, alcool, ape gazoase.

Tratamentul medicamentos



- Tratamentul medicamentos urmărește mai multe strategii, ca: antibioticoterapia, terapia antispastică, terapia de rehidratare, la necesitate antipiretice.
- *Antibioticoterapia* prevede înlăturarea agentului etiologic.
- *Terapia analgetică*– pentru diminuarea durerii.
- *Terapia de rehidratare* și restabilire a echilibrului acido-bazic și electrolitic prevede administrarea lichidelor.
- *Antipireticele* se vor administra doar la necesitate și au ca obiectiv jugularea sindromului febril.

Succese!!!

BIBLIOGRAFIE:

1. Andre Hebra. Cholecystitis. eMedicine. May 24, 2010.
2. Hideki Yasuda. Unusual cases of acute cholecystitis and cholangitis: Tokyo Guideline. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007 January; 14(1): 98–113.
3. Ali Nawaz Khan. Cholecystitis, Acute. eMedicine. Feb 4, 2009.
4. Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a X-a.
5. Don Gladden. Cholecystitis. eMedicine. May 19, 2010.
6. Peter A D Steel. Cholecystitis and Biliary Colic. eMedicine. Aug 19, 2010.
7. Sung JY; Costerton JW; Shaffer EA (1992). "Defense system in the biliary tract against bacterial infection". World J. Gastroenterol. 37 (5): 689–96.
8. Aijaz Ahmed. Management of Gallstones and Their Complications. The American Family Physician, march 15, 2000.
9. Charles F. Bellows. Management of Gallstones. The American Family Physician, august 15, 2005.
10. Kanika Khara. Gall Bladder Symptoms in Children. Published: 2/4/2010
11. Beheshti M, Sadeghpour F. Acute Cholecystitis in Children, Report of Three Cases. Shiraz E Medical Journal Vol. 8, No. 1, January 2007.
12. Batra, Vandana. Ang, Jocelyn Y. Asmar, Basim I. Staphylococcal Acalculous Cholecystitis in a Child. Southern Medical Journal: February 2003 - Volume 96 - Issue 2 - pp 206-208.