

ABDOMEN ACUT CHIRURGICAL

INTRODUCERE

Termenul "abdomen acut" reprezintă orice tulburare nontraumatică sau traumatică, care apare brusc, în zona abdominală și care necesită internare de urgență într-un serviciu de chirurgie, pentru urmarire sau pentru tratament chirurgical.

Esențială este recunoașterea abdomenului acut, ceea ce va evita întârzierea nejustificată a diagnosticului. Orice întârziere în recunoașterea unui abdomen acut poate influența negativ rezultatul tratamentului.

În primă instanță importantă este recunoașterea acestei situații NU A CAUZEI care dus la instalarea abdomenului acut.

Abordarea unui pacient cu un abdomen acut trebuie să fie ordonată și aprofundată, abdomenul acut trebuie suspectat chiar dacă simptomatologia pacientului este atipică și nu este foarte zgomoasă.

La primul contact cu un asemenea pacient **anamneza** și **examenul fizic** trebuie să fie extreme de riguroase pentru ca ele fac posibilă stabilirea diagnosticului de abdomen acut și pot sugera cauzele probabile ale acestuia.

După stabilirea diagnosticului de abdomen acut medicul va putea să decidă, urmărirea și continuarea investigațiilor sau necesitatea unei intervenții chirurgicale în urgență imediată sau amânată.

În abordarea clasică sunt incriminate 5 sindroame care pot determina un abdomen acut și anume:

- sindromul de iritație peritoneală
- sindromul ocluziv
- sindromul de torsiune de organ
- sindromul hemoragic
- sindromul supraacut chirurgical.

La aceste 5 sindroame au fost alăturate încă 2 situații și anume:

- abdomenul acut de origine traumatică
- abdomenul acut de origine vasculară.

Toți medicii ar trebui să fie bine familiarizați cu a cele mai frecvente cauze ale unui abdomen acut.

Table 22-1. Cauze comune de abdomen acut

Afecțiuni gastrointestinale

**Apendicita acută*

**Ocluzia intestinală*

**Ulcerul Perforat*

**Diverticulitis*

**Hernia Incarcerată sau strangulată*

Afecțiuni ale ficatului, căilor biliare și a splinei

** Colecistita Acută*

Afecțiuni ale pancreasului

** Pancreatita Acută*

Urinary tract disorders

**Colica Ureterală sau Renală*

Afecțiuni ginecologice

Sarcina extrauterină ruptă

Torsiunea de ovar

Chistul ovarian rupt

*Salpingita acută

Afecțiuni Vasculare

Anevrismul Rupt

Ischemia mezenterică acută

Afecțiuni Peritoneale

Abcese Intraperitoneale

(După Gerard M. Doherty, MD, & John H. Boey, MD 22. The Acute Abdomen CURRENT SURGICAL DIAGNOSIS & TREATMENT - 11th Ed. (2003))

-

Asterixul marchează afecțiunile cele mai frecvente.

Afecțiunile scrise cu caracter italic necesită tratament de urgență.

ANAMNEZA

Este primul pas al evaluării pacientului. O anamneză corect realizată poate oferi informații extrem de utile în vederea stabilirii cauzei care a indus această stare.

Durerea.

Este cel mai frecvent și mai constant element remarcat de pacient.

Durerea alături de reacția musculaturii abdominale (apărare-contractură) sunt elemente cardinale ale tabloului clinic al abdomenului acut chirurgical

- **Modul de debut(brusc-insidios).**

Modul de debut al durerii și caracterul ei în primele ore poate sugera natura și severitatea procesului patologic declanșator.

De exemplu debutul brusc (în câteva secunde), cu creștere rapidă în intensitate, urmată de o generalizare a durerii în întreg abdomenul poate sugera o perforație, o sarcină extrauterină ruptă, un anevrism de aortă fisurat. În asemenea situații este foarte importantă evaluarea semnelor sistemice (tahicardie, transpirație, tahipnee, șoc). Prezența lor subliniază nevoia de resuscitare promptă și laparotomie.

Un tablou clinic mai puțin dramatic este prezent în cazul situațiilor în care nu există o componentă ischemică sau de iritație a peritoneului. Durerea inițial mai puțin intensă se exacerbează într-un interval variabil de timp și de obicei se localizează într-o anumită zonă a abdomenului. Este situația afecțiunilor inflamatorii, obstructive ale organelor intra-abdominale (colecistita acută, ocluzia intestinală de natura neoplazică). În general durerea viscerală are un debut mai lent ea fiind condiționată de gradul de distensie sau ischemia organului afectat.

- **Caracterul ei (intensitatea),** durere cu aspect colicativ-durere continuă.

Durerea continua care nu scade în intensitate trebuie să ridice un semn de întrebare în ceea ce privește prezența unei **componente ischemice**.

- **Durata de timp scurs de la debut la examinare.** Este cunoscut, că în cazul peritonitelor vechi durerile sunt estompate.

În ceea ce privește intensitatea și durata ei Mondor afirmă că o durere cu intensitate peste medie și o durată mai mare de 6 ore, poate sugera o afecțiune intraperitoneală cu evoluție acută.

- **Localizarea inițială și iradierea durerii.** Sunt 2 elemente extrem de importante care pot sugera un diagnostic.

De exemplu durerea în umărul drept care apare în cazul iritării peritoneului parietal diafragmatic; durerea epigastrică, care se deplasează spre fosa iliacă dreaptă și spre regiunea periombilicală situație caracteristică apendicitei acute.

Așa numitele dureri tipice sunt valabile în doar 2 treimi din cazuri.

Toate elementele menționate anterior diferă în funcție de situația care a declanșat instalarea abdomenului acut. Ar fi foarte greu de enumerat toate situațiile existente, ceea ce este însă important de reținut este ca aceste caracteristici trebuiesc căutate în anamneza pacientului.

Alte simptome care pot fi întâlnite în abdomenul acut:

Vărsăturile

Pot fi:

- reflexe (colecistita acută)
- rezultatul unei obstrucții mecanice sau mecano-inflamatorii. Aspectul lichidului este foarte important pentru ca poate da relații despre vechimea obstrucției – aspect fecaloid= obstrucție veche

Sughitul poate sugera iritația frenicului. Prezența lui poate sugera o peritonită veche depășită.

Oprirea tranzitului intestinal pentru gaze și materii fecale

Diareea poate fi rezultatul iritației peritoneale.

Există și simptome care pot sugera diagnosticul de exemplu icterul, hematemeza, hematuria.

Anamneza trebuie să cuprindă obligatoriu și alte elemente care pot sugera natura afecțiunii care a declanșat abdomenul acut.

A. Date din sfera ginecologică

Istoricul menstrual este crucială pentru diagnosticul de sarcină ectopică. Prezența dismenoreei poate sugera o boala inflamatorie pelvina. Dispensarizarea unei paciente pentru prezența unui chist de ovar, poate sugera o ruptură a chistului ovarian.

B. Istoricul consumului medicamentos

Tratamentul anticoagulant poate sugera o hemoragie digestivă superioară sau un hematom retroperitoneal.

Tratamentul cu corticosteroizii, poate masca semnele clinice de peritonită chiar avansate. Tratamentul de lungă durată cu antiinflamatoare poate fi cauza unei crize ulceroase sau a unei hemoragii digestive cu punct de plecare gastric sau duodenal.

C. Istoricul familial

Aceasta oferă de multe ori cele mai bune informații cu privire la cauzele medicale ale unui abdomen acut.

D. Istoric chirurgical

Orice istorie a unei intervenții chirurgicale abdominale anterioare (zona inghinală, vasculară, sau operație toracice) poate fi relevant pentru boala actuală.

EXAMENUL CLINIC

1. INSPECȚIA

Este un element important în cadrul examenului obiectiv. Poate oferi date importante în ceea ce privește tipul de sindrom care s-a instalat. În încercarea de a sistematiza aceste date ele pot fi grupate în semne:

- generale – în general pacienții sunt echilibrați durerea nefiind foarte intensă. Există și situații contrare sugestive pentru o serie de situații.

Agitația extremă a pacientului sugerează de obicei implicarea unui fenomen ischemic durerea fiind foarte intensă.

Paloarea extremă însoțită de transpirații reci se întâlnește în sindromul hemoragic.

Aspectul teros este caracteristic peritonitei – faciesul peritonitic.

Letargia și dezorientarea temporo-spațială asociată cu febră mare sunt caracteristice șocului septic.

- locale (abdominale)

Neparticiparea peretelui abdominal la excursiile respiratorii.

Poziția antalgică a pacientului. Aceste 2 elemente pot fi întâlnite în sindromul de iritație peritoneală.

Distensia abdominală prezentă în sindromul ocluziv. Distensia abdominală poate fi globală sau asimetrică cu ax longitudinal din epigastru spre hipogastru prezent în volvulusul de colon transvers sau cu ax oblic din fosa iliacă stângă spre hipocondrul drept situație caracteristică volvulusului de colon sigmoid.

Prezența marmorăției tegumentului pe flancuri sau periombilical.

2. PALPAREA

Oferă relații despre existența:

- apărării musculare, care este caracteristică proceselor inflamatorii peritoneale localizate
- contracturii abdominale care este caracteristică peritonitei generalizate. Aceste 2 semne sunt caracteristice sindromului de iritație peritoneală
- împăstarea abdomenului.

În cadrul palpării abdomenului este obligatorie **palparea punctelor herniare** (inghinale, ombilical, femurale).

Palparea abdomenului se realizează frecvent împreună cu alte manevre, pe care pacientul este rugat să le efectueze. Aceste asocieri pot oferi informații foarte utile, ele fiind caracteristice doar anumitor afecțiuni. De exemplu:

- apariția apărării musculare la palparea hipocondrului drept (punctul cistic) în condițiile în care pacientul realizează un inspir profund este semnul lui Murphy caracteristic colecistitei acute.
- durerea se poate exacerba dacă concomitent cu palparea fosei iliace drepte pacientul ridică membrul inferior drept este semnul psoasului care poate fi întâlnit în apendicita acută, perforația intestinului subțire, abcesul psoasului consecutiv unui abces perinefritic.
- Exacerbarea durerii în cazul efortului de tuse.

Palparea abdomenului poate decela prezența unei mase tumorale:

- în plan superficial. De exemplu palparea hipocondrului drept poate decela distensia veziculei biliare – hidrosul vezicular; decelarea unei mase tumorale în fosa iliacă dreaptă poate sugera prezența unui plastron apendicular.
- în plan profund. De exemplu o tumoră pulsatilă în cazul unui anevrism de aortă; tumori ale colonului.

Palparea ca parte integrantă a examenului clinic ridică o problemă în cazul pacienților obezi, a celor care beneficiază de tratamente psihiatrice respectiv în cazul pacienților neurologici.

Examenul obiectiv nu se rezumă doar la palparea abdomenului.

Este obligatorie aprecierea impactului general al afecțiunii declanșatoare.

Se apreciază:

- prezența febrei
- prezența tahicardiei
- hipotensiunea
- transpirațiile reci, extremități reci

Toate aceste manifestări sunt caracteristice stării de șoc.

TUȘEUL VAGINAL ȘI RECTAL

Sunt 2 manevre obligatorii în cadrul examenului clinic al pacientului cu abdomen acut.

Ele pot oferi informații deosebit de importante. De exemplu:

- prezența scurgerilor patologice la nivelul vaginului care poate sugera o infecție în sfera ginecologică,
- ampula rectală goală, situație frecvent întâlnită în ocluzia intestinală
- Douglasul dureros caracteristic peritonitelor

PALPAREA PULSULUI PERIFERIC

AUSCULTAȚIA

Poate evidenția 2 situații:

- absența zgomotelor intestinale – silențiu abdominal -
- exacerbarea zgomotelor hidroaerice situație întâlnită frecvent în fazele incipiente ale unei ocluzii intestinale, când intestinul încercă să depășească obstacolul existent.

PERCUȚIA

Poate decela:

- exacerbarea durerii situație caracteristică iritației peritoneale
- apariția timpanismului în zone în care în mod normal există matitate – dispariția matității hepatice apare în cazul acumulării de aer sub cupola dreaptă a diaframului.
- hipersonoritate caracteristică acumulării exagerate de aer în intestin.

Anamneza și examenul clinic pot țârșea diagnosticul în 2/3 din cazuri, în special în ceea ce privește diagnosticul de sindrom cauzator (component) al abdomenului acut.

INVESTIGAȚII PARACLINICE

Este un pas indispensabil în evaluarea globală a pacientului cu abdomen acut. Ele sunt foarte utile pentru a diferenția situația respectivă de o cauză medicală de abdomen acut, care nu necesită o sancțiune chirurgicală.

Trebuie însă să punctez, să reamintesc ceea ce am menționat anterior și anume:

- că în principal diagnosticul de sindrom este preponderent clinic
- investigațiile paraclinice sunt foarte utile și trebuie apelat la ajutorul lor în situațiile în care acel tip de patologie ne permite
- **sub nici o formă investigațiile nu au voie să întârșie sancțiunea terapeutică, chirurgicală în special în cazul existenței unei leziuni ischemice.**

LABORATOR

Hemograma, examinările biochimice și testele de coagulare sunt obligatorii. Ele pot oferi de exemplu informații despre:

- prezența unei infecții (leucocitoză)
- prezența unei pierderi sanguine (hemoglobină, hematocrit mic)
- prezența unei inflamații pancreatice (nivel crescut al lipazei, al amilazemiei)
- afectarea ficatului sau a rinichiului.

Examenul scaunului și al urinei.

Modificările de culoare ale urinei sunt caracteristice unui icter, sau a unei hepatite acute. Prezența sângelui în urină caracteristică existenței unei litiaze urinare.

Modificarea de culoare a scaunului

- melena (scaunul negru de culoarea ebonitei) – caracteristică hemoragiei digestive superioare
- prezența de sânge proaspăt roșu care indică o sursă joasă.

IMAGISTICA

a. Radiografia abdominală și toracică simplă.

Sunt obligatorii la toate cazurile cu abdomen acut. Ele pot oferi informații de diagnostic extrem de importante:

- prezența revărsatului pleural
- prezența fracturilor costale
- prezența pneumomediastinului
- prezența condensării pulmonare caracteristică unei pneumonii. Aceste explorări au ca rol esențial eliminarea unor afecțiuni care pot simula un abdomen acut. De asemeni

este o explorare esențială în patologia traumatică în condițiile existenței unei patologii toraco-abdominale.

- prezența pneumoperitoneului semn distinctiv prezent în peste 75% din perforațiile cu localizare la nivelul tubului digestiv
- prezența nivelelor hidroaerice și caracterul acestora în ceea ce privește baza lor. Cele cu bază îngustă caracterizează ocluzia de intestin subțire, respectiv cele cu bază largă caracterizează ocluzia de intestin gros.
- prezența aerului în arborele biliar – aerobilia – caracteristică unei fistule biliodigestive este un element important pentru elucidarea cauzei de ocluzie intestinală.
- distensia mare exagerată a colonului care poate apărea în megacolonul toxic sau în volvulusul colonului.

b. Tomografia Computerizată

Este din ce în ce mai des folosită. Ea poate fi realizată și folosind substanță de contrast, dar această situație este condiționată de nivelul retenției azotate.

c. **Angiografia** este foarte utilă în cazul existenței unei leziuni vasculare- anevrism de aortă, obstrucție vasculară în teritoriul mezenteric, leziuni vasculare splenice.

d. **Ecografia abdominală** a câștigat teren datorită faptului că este foarte ușor de efectuat. Poate oferi informații despre:

- absența mișcărilor peristaltice
- prezența masei tumorale,
- inflamația apendicelui. În literatura de specialitate se recomandă obligativitatea efectuării ecografiei pentru suspiciunea de apendicită acută. Rata de confirmare a diagnosticului este de 80%.
- o altă aplicație a ecografiei este cea a patologiei din sfera ginecologică – sarcina ectopică ruptă sau neruptă, patologia infecțioasă.

e. Scintigrafia

f. **Endoscopia superioară sau inferioară.** Este de obicei folosită în cazul sângerărilor cu localizare la nivelul tubului digestiv. O altă aplicație este ocluzia intestinală datorată unei obstrucții a intestinului gros, unde se poate plasa un stent la nivelul obstrucției, ceea ce duce la reluarea emisiei de scaun și scoaterea pacientului din starea de ocluzie ceea ce va permite o mai bună investigație a pacientului și o mai bună pregătire a acestuia.

g. **Paracenteza.** Evaluează tipul și calitatea lichidului pe care îl putem extrage. Poate fi extras lichid clar de tip ascitic, lichid intestinal, puroi, sânge. Extragerea de lichid se poate realiza prin puncție sau prin lavaj peritoneal.

h. **Laparoscopia.** Este o explorare relativ nouă, care a început să fie introdusă în practica curentă în ultimii 25 ani. Ea are o serie de avantaje dintre care amintesc:

- posibilitatea de vizualizare a întregului abdomen
- posibilitatea de apreciere macroscopică a organelor intraperitoneale
- posibilitatea de recoltare de conținut intraperitoneal
- **posibilitatea de rezolvare a cauzei abdomenului acut în aceeași ședință operatorie. Se poate realiza atât chirurgie de exereză (apendicectomie, salpingectomie) cât și conservativă (sătură duodenală). De la introducerea laparoscopiei în practica curentă numărul de laparotomii necesare a scăzut la jumătate.**

Desigur există și dezavantaje:

- necesitatea pentru diagnostic a unei anestezii generale
- costurile ridicate
- limitarea indicației în situația unui pacient instabil hemodinamic.

Principala discuție este recunoașterea tipului de sindrom care a generat abdomenul acut.

Este mult mai puțin important să stabilim care este afecțiunea care a generat situația existentă.

În a insista pe această direcție poate să însemne întârzierea momentului optim al sancțiunii chirurgicale, ceea ce poate duce la instalarea unor leziuni ireversibile care vor afecta în mod negativ evoluția pacientului. Un argument pentru ceea ce am menționat este exemplul sindromului de iritație peritoneală, în cadrul căruia orice cauză a acestui sindrom necesită sancțiune chirurgicală.

Există câteva elemente la care trebuie să se gândească orice medic, care are în față un bolnav cu abdomen acut.

1. **Orice durere cu durată mai mare de 6 ore presupune internarea într-o secție de chirurgie pentru urmărire și eventuală sancțiune chirurgicală.**
2. **Este oare o leziune cu interesare vasculară. În aceste situații sancțiunea chirurgicală este ideal să fie realizată în primele 6 ore de la debutul bolii.**
3. La pacienții adulți sau în vârstă cele mai frecvente cauze de abdomen acut sunt apendicita acută, colecistita acută, ocluzia intestinală, cancerul, afecțiunile vasculare. La femei se adaugă afecțiunile din sfera ginecologică.
4. La copii 1/3 din cazurile de abdomen acut sunt cauzate de apendicita acută.
5. Nu trebuie uitate cauzele medicale de abdomen acut.

Table 22-6. Medical causes of an acute abdomen for which surgery is not indicated.

Endocrine and metabolic disorders	Infections and inflammatory disorders
Uremia	Tabes dorsalis
Diabetic crisis	Herpes zoster
Addisonian crisis	Acute rheumatic fever
Acute intermittent porphyria	Henoch-Schonlein purpura
Acute hyperlipoproteinemia	Systemic lupus erythematosus
Hereditary Mediterranean fever	Polyarteritis nodosa
Hematologic disorders	Referred pain
Sickle cell crisis	Thoracic region
Acute leukemia	Myocardial infarction
Other dyscrasias	Acute pericarditis
Toxins and drugs	Pneumonia
Lead and other heavy metal poisoning	Pleurisy
Narcotic withdrawal	Pulmonary embolus
Black widow spider poisoning	Pneumothorax
	Empyema
	Hip and back

După *Gerard M. Doherty, MD, & John H. Boey MD, The Acute Abdomen CURRENT SURGICAL DIAGNOSIS & TREATMENT - 11th Ed. (2003)*

Indicația de tratament chirurgical

Cu câteva excepții indicația de tratament chirurgical este valabilă pentru toate situațiile în care diagnosticul este cert.

Trebuie amintit că laparotomia exploratorie este o modalitate de diagnostic, pentru cazurile cu diagnostic neclar, la care simptomatologia nu se remite sub tratament conservator, sau la care simptomele reapar după o perioadă de acalmie.

Există o serie de criterii clinice și paraclinice, care indică necesitatea abordului chirurgical de urgență și anume:

Criterii clinice

Apărare sau contractură musculară (în special dacă este generalizată)

Sensibilitate dureroasă în creștere sau severă

Distensie abdominală progresivă
Masă tumorală asociată cu febră și hipotensiune
Rectoragie severă însoțită de semne de șoc sau acidoză
Deteriorarea stării generale a pacientului în timpul unui tratament conservator
Dacă în fața unei suspiciuni de abdomen acut coexistă și semne de:
Septicemie (febră mare, leucocitoză marcată, agitație sau letargie creșterea intoleranței la glucoză la pacientul diabetic)
Sângerare (șoc inexplicabil, scăderea hematocritului sau acidoză)
Ischemie (acidoză, febră, tahicardie)

Criterii radiologice

Radiografie abdominală simplă

Pneumoperitoneu
Distensie masivă sau progresivă – nivele hidroaerice
Extravazarea de substanță de contrast în cavitatea peritoneală

Computer Tomografie

Masă înlocuitoare de spațiu în prezența febrei

Angiografie

Ocluzie mezenterică

Criterii endoscopice

Perforația
Sângerarea necontrolabilă

Criterii după paracenteză sau lavaj peritoneal

Extragerea din abdomen de:
Sânge
Bilă
Conținut intestinal

TRATAMENT

Preoperator

Prima intenție de tratament este administrarea de antalgice. Este recomandat ca administrarea să fie făcută cu discernământ astfel încât să nu mascheze semnele caracteristice ale afecțiunii declanșatoare.

Sunt clasice cele 4 sonde.

- **Sonda nazogastrică** este importantă pentru că:
 - Realizează decompresiunea tubului digestiv prin evacuarea aerului și a secrețiilor gastrice
 - Face posibilă aprecierea pierderii de lichid
 - Face posibilă aprecierea lichidului care se evacuează; prezența sângelui și a caracterului acestuia – proaspăt, digerat – în hemoragia digestivă superioară. aspectul fecaloid al lichidului de aspirație în ocluzia intestinală
- **Sonda urinară** permite:
 - Aprecierea prezenței – absenței urinei
 - Aprecierea culorii ei (ex. urina închisă la culoare caracteristică sindromului de deshidratare)
 - Aprecierea eficienței tratamentului de reechilibrare volemică, prin determinarea diurezei orare (trebuie să ajungă la minim 30 ml/oră)

- Recoltarea pentru investigații de laborator
- **Perfuzia intravenoasă permite:**
 - Recoltarea pentru investigații de laborator
 - Realizarea tratamentului parenteral; corectarea dezechilibrelor hidrice și electrolitice, antibioterapie, anticoagulare
- **Sonda pentru oxigenoterapie**

Aceste măsuri preoperatorii sunt valabile în prezența oricărui sindrom care poate declanșa abdomenul acut chirurgical.

OPERATOR

Având în vedere multitudinea afecțiunilor care pot declanșa abdomenul acut chirurgical este foarte greu de analizat fiecare situație.

Există însă o serie de principii generale.

1. **Explorarea** cavității peritoneale este o măsură obligatorie pentru aprecierea leziunii sau a complexului lezional. Este foarte important de reținut că explorarea trebuie să fie extrem de minuțioasă pentru a nu trece pe lângă o leziune concomitentă sau supraadăugată.
2. **Rezolvarea** chirurgicală a cauzei
3. **Lavajul** cavității peritoneale. Acesta trebuie realizat cu o cantitate de minim 6-7 litri de ser fiziologic steril în cazul peritonitelor. și trebuie realizat în zone mai puțin accesibile cum ar fi loja splenică
4. **Drenajul** cavității peritoneale poate fi unic sau multiplu.

Modalitatea de abordare chirurgicală poate fi:

- A. Clasică prin laparotomie
- B. Minim invazivă.

Chirurgia minim invazivă a câștigat teren în ultimii 15 ani o dată cu câștigarea de experiență și datorită creșterii abilității tehnice de realizare a acestui tip de chirurgie.

Trebuie să menționez că abordul minim invaziv are o serie de avantaje legate de costuri (spitalizare scurtă, necesar mic de tratament perfuzabil etc.). El însă nu diferă ca gesturi chirurgicale, ca timpi operatori de cel clasic.

Avantajele particulare a abordului minim invaziv în cazul pacienților cu abdomen acut sunt:

- Posibilitatea de explorare a întregii cavități peritoneale fără a avea nevoie de o incizie foarte lungă delabrantă (abordare laparoscopică a unui apendice perforat permite explorarea de exemplu a lojei hepatice sau splenice prin inciziile existente).
- Din moment ce aceste spații pot fi explorate este evident că ele pot fi lavate foarte bine , ceea ce în chirurgia clasică este aproape imposibilă.
- În cazul peritonitelor inciziile fiind foarte mici riscul de infecție a acestor plăgi este automat mai mic.