

# ABDOMENUL ACUT

## Obiective educaționale

- Ce trebuie să știți
  - Să definiți abdomenul acut chirurgical
  - Să prezentați tipurile etiopatogenetice de abdomen acut chirurgical
  - Să prezentați aspectele clinice ale abdomenului acut chirurgical de tip peritonitic, ocluziv, hemoragic sau ischemic
  - Să stabiliți diagnosticul de abdomen acut chirurgical de tip peritonitic, ocluziv, hemoragic sau ischemic
  - Să diferențiați abdomenul acut chirurgical de afecțiunile medicale care se manifestă prin durere abdominală
  - Să elaborați un plan de investigații complementare pentru abdomenul acut de tip peritonitic, ocluziv, hemoragic sau ischemic
  - Să stabiliți indicația terapeutică și momentul operator pentru fiecare tip de abdomen acut
  
- Ce trebuie să faceți
  - Să efectuați examenul clinic la un pacient cu abdomen acut de tip peritonitic, ocluziv, hemoragic sau ischemic
  - Să urmăriți pe perioada internării un pacient cu abdomen acut chirurgical
  
- Ce trebuie să revedeți (cunoștințe și abilități clinice anterioare, necesare parcurgerii capitolului)
  - Examenul clinic al abdomenului
  - Fiziopatologia șocului
  - Tratamentul peritonitei generalizate
  - Tratamentul ocluziei intestinale
  - Tratamentul apendicitei acute
  - Tratamentul colecistitei acute
  - Tratamentul pancreatitei acute
  - Tratamentul infarctului entero-mezențeric

## Definiții:



Prin "abdomen acut medical" se înțeleg afecțiunile abdominale care se manifesta prin durere abdominală acută care beneficiază de tratament prin mijloace nechirurgicale (medicale); ex.: colicile biliară și renală, ulcerul gastric și duodenal în puseu acut, limfadenita mezenterică.

"Abdomenul acut medico-chirurgical" cuprinde afecțiunile abdominale care au ca primă indicație terapeutică tratamentul medical, dar care - în funcție de evoluție - pot necesita intervenția chirurgicală (de exemplu pancreatita acută sau hemoragia digestivă superioară de diferite cauze).

Prin "fals abdomen acut" se desemnează afecțiunile extraabdominale care se manifesta prin durere abdominală și deci pot simula un abdomen acut (de exemplu pleurezia bazală, infarctul feței inferioare a miocardului, acidoza diabetică, porfiria, colica saturnină).

Termenul de "abdomen acut chirurgical" (sau simplu "abdomen acut" – prescurtat AA) desemnează un grup larg de afecțiuni abdominale care se manifestă clinic prin durere (însoțită de semne locale și generale) și care necesită un tratament chirurgical de urgență; în absența tratamentului chirurgical survin alterări fiziopatologice progresive, care conduc într-un timp variabil la decesul pacientului.



## Forme de abdomen acut



După mecanismul fiziopatologic urgențele chirurgicale abdominale se încadrează în patru sindroame, respectiv în patru tipuri de abdomen acut:

- sindromul de iritație peritoneală (AA peritonitic)
- sindromul de ocluzie intestinală (AA ocluziv)
- sindromul de hemoragie internă (AA hemoragic)
- sindromul de ischemie viscerală (AA ischemic)

La tipurile de mai sus unii autori adaugă abdomenul acut traumatic; acesta din urmă nu se constituie însă ca un sindrom distinct, ci ca o circumstanță etiologică; abdomenul acut traumatic este fie hemoragic, fie peritonitic, fie mixt.

Abdomenul acut peritonitic reunește afecțiunile abdominale care evoluează cu inflamația seroasei peritoneale și se manifestă clinic prin semnele de iritație peritoneală (vezi peritonita generalizată)

Abdomenul acut ocluziv este determinat de oprirea completă și persistentă a tranzitului digestiv (ocluziile intestinale) datorită existenței unui obstacol mecanic (vezi ocluziile intestinale)

Abdomenul acut hemoragic reunește afecțiunile ce evoluează cu hemoragie internă. Hemoragia internă se poate produce în lumenul digestiv - situație în care se exteriorizează prin hematemeză, melenă sau rectoragie și vorbim de hemoragie internă exteriorizată -sau se produce în cavitatea peritoneală - situație în care apar numai semnele șocului hemoragic.

Abdomenul acut ischemic cuprinde infarctul entero-mezenteric și sindromul torsiunii de organ.

Infarctul entero-mezenteric este cauzat de întreruperea circulației mezenterice; aceasta duce la ischemia și necroza intestinului (în totalitate sau numai a unei porțiuni); prin perforația intestinală la nivelul zonelor de necroză apare apoi și peritonită, care agravează evoluția.

Torsiunea de organ constă în răsucirea unui organ abdominal mobil (ovar, trompă uterină, tumoră uterină pediculată, stomac, intestin subțire, colon sigmoid) în jurul axului său vascular; aceasta duce la strangularea pediculului vascular și la întreruperea circulației sanguine (inițial venoase și apoi arteriale) la nivelul organului torsionat, urmată de necroză și perforație. În cazul torsiunii unor segmente ale tubului digestiv (volvulus) la fenomenele ischemice se asociază și ocluzia intestinală.

Elementele fiziopatologice comune tuturor formelor de abdomen acut chirurgical sunt: hipovolemia (reducerea volumului sanguin circulant), staza digestivă, distensia abdominală, tulburările hidro-electrolitice și acido-bazice.

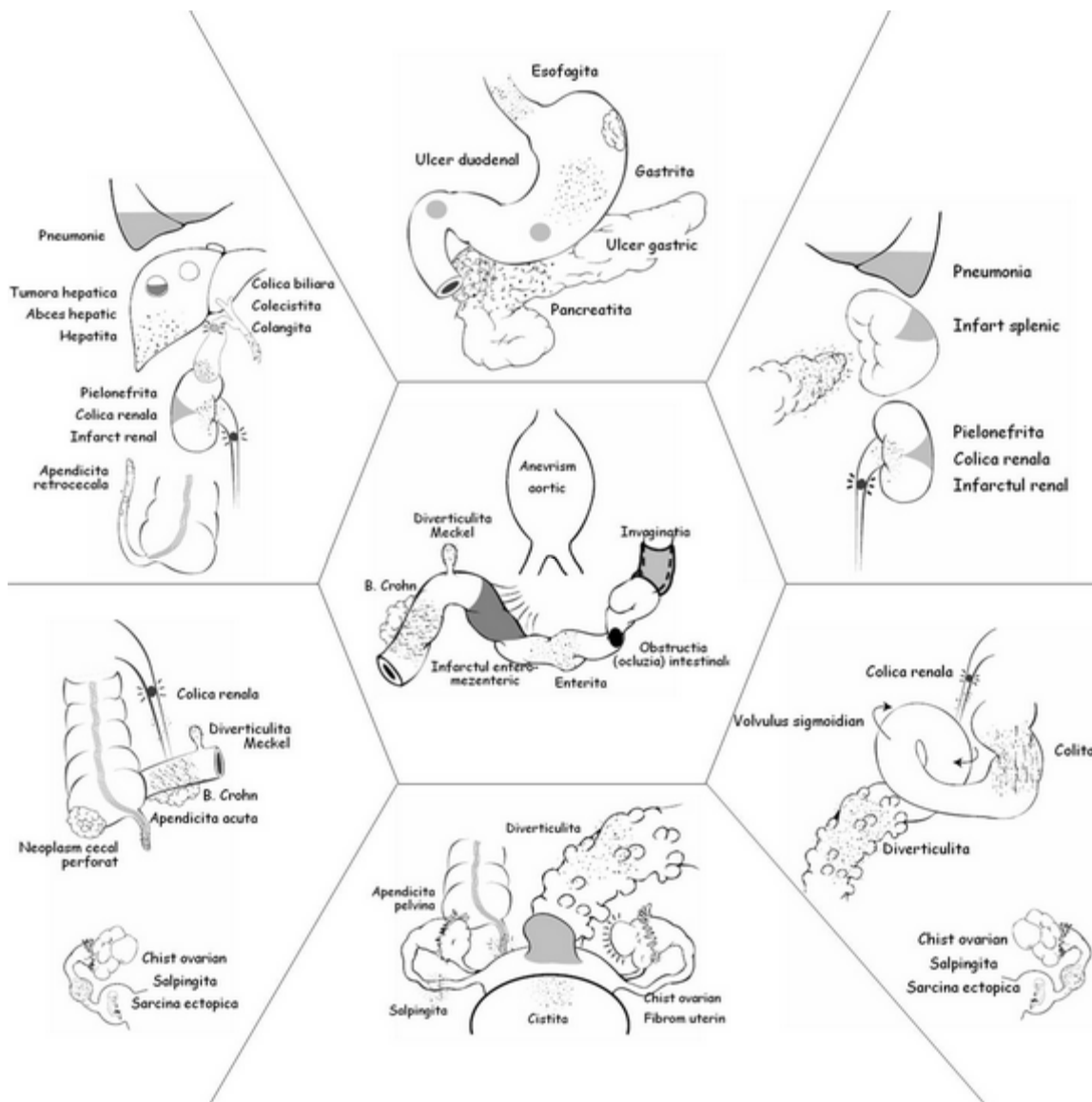
## Diagnosticul abdomenului acut



Metodologia stabilirii diagnosticului abdomenului acut cuprinde aceleași mijloace ca și în celelalte afecțiuni (anamneza, examenul obiectiv și investigațiile complementare).

Anamneza și examenul clinic sunt hotărâtoare pentru diagnostic și trebuie efectuate minuțios, dar prompt - atitudine impusă de necesitatea precizării precoce a diagnosticului.

Cauzele cele mai frecvente ale durerii abdominale acute sunt prezentate în figura de mai jos.



În fața unui pacient cu durere abdominală acută stabilirea diagnosticului trece prin 2 etape:

-afirmarea sau excluderea abdomenului acut (urgență abdominală) - etapă decisivă pentru formularea indicației operatorii. În această etapă se exclud afecțiunile care se manifestă prin durere abdominală, dar se rezolvă prin mijloace terapeutice nechirurgicale (abdomenul acut medical și falsul abdomen acut)



-stabilirea diagnosticului pozitiv de sindrom sau afecțiune - această etapă nu este însă decisivă, odată stabilit diagnosticul de AAC și implicit indicația operatorie

Diagnosticul de abdomen acut este deci unul provizoriu care atrage însă atenția asupra necesității intervenției terapeutice imediate, în cadrul căreia tratamentul chirurgical are un rol esențial. Uneori diagnosticul etiologic nici nu poate fi stabilit preoperator cu exactitate (putându-se preciza numai tipul de abdomen acut); important în aceste cazuri este stabilirea indicației operatorii: intervenția chirurgicală trebuie să aibă loc în timp util, de obicei câteva ore (de aceasta depinzând viața bolnavului).

Referitor la momentul intervenției chirurgicale în abdomenul acut chirurgical e de reținut că există trei tipuri de indicație operatorie de urgență:

- extremă urgență, în care operația trebuie făcută în interval de câteva minute-ore (este cazul hemoragiei importante – de ex. o ruptură de splină, ficat)
- urgență imediată, în care operația se va face după o pregătire scurtă - până la 6 ore (este cazul peritonitei)
- urgență amânată, în care operația se va face după un interval mai lung de pregătire ( de obicei 12-24 de ore) (de ex. ocluzia intestinală)



Simptomul central al abdomenului acut este **durerea**. Caracterile durerii și celelalte simptome și semne clinice conturează patru **tablouri clinice principale** de abdomen acut:

- durere abdominală + șoc
- peritonita generalizată  
(durere abdominală + iritație peritoneală generalizată)
- peritonita localizată  
(durere abdominală + iritație peritoneală localizată)
- ocluzia intestinală  
(durere abdominală + oprirea tranzitului intestinal + distensie abdominală + vărsături)

### **Durere abdominală însoțită de șoc**

Este cel mai dramatic și mai rar tablou clinic de abdomen acut. Cauzele obișnuite ale acestui tablou clinic sunt sarcina ectopică ruptă și anevrismul rupt al aortei abdominale. Tabloul clinic asociază durerea cu semnele șocului hemoragic (hipotensiunea, tahicardia, paloarea, amețeala și vertijul, lipotimie – în special la trecerea în ortostatism). Gravitatea acestor situații clinice este dată de hemoragie. Aceste situații se operează de urgență (extremă sau imediată); pregătirea preoperatorie se rezumă la accesul venos și tratament volemic.

Și alte afecțiuni abdominale se pot manifesta prin asocierea “durere și șoc”: ocluzia intestinală, infarctul entero-mezenteric și pancreatita acută severă – în special atunci când sunt neglijate sau survin la o persoană cu afecțiuni cardiovasculare preexistente.

## Peritonita generalizată

Tabloul clinic al peritonitei generalizate asociază durerea abdominală cu semnele de iritație peritoneală (contractura musculară, apărarea musculară).



Semnele de iritație peritoneală sunt uneori estompate. Astfel pe măsură ce peritonita evoluează se instalează distensia abdominală care estompează contractura și mimează ocluzia intestinală. La vârstnici (care au un perete abdominal slăbit și o reactivitate scăzută) semnele de iritație peritoneală pot fi dificil de sesizat.

Cea mai frecventă greșeală la examinarea pacienților cu durere abdominală este palparea brutală și prea profundă; o astfel de palpăre poate da impresia falsă de iritație peritoneală la pacienți fără abdomen acut; palpărea trebuie să fie delicată.

La nivelul ombilicului peritoneul parietal e situat cel mai aproape de tegument; ca urmare palpărea ombilicului este o manevră eficientă la pacienții cu peritonită generalizată.

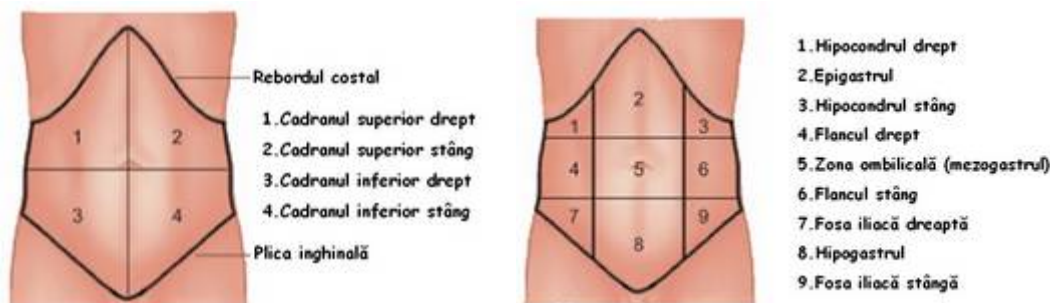
Alte manevre utile pentru evidențierea iritației peritoneale sunt: să solicităm pacientul să tușească (apare durerea) sau să facem o percuție blândă a abdomenului (produce durere – semnul colpoțelului).

Uneori pancreatita acută determină apărare musculară periombilicală putând fi confundată cu peritonita; ca o precauție pentru evitarea acestei confuzii se recomandă determinarea amilazemiei la toți pacienții cu suspiciunea de abdomen acut.

Cele mai frecvente cauze de peritonită generalizată sunt: perforația ulceroasă, perforația colică și apendicita perforată. Toate au indicație de operație în decurs de câteva ore. Acest interval va fi folosit pentru câteva investigații complementare și pregătirea preoperatorie (vezi mai jos).

## Peritonita localizată

La pacienții la care procesul inflamator intraperitoneal este limitat la o regiune a abdomenului, semnele de iritație peritoneală (apărare musculară, semnul Blumberg, durere la tuse sau la percuție) vor fi limitate la acest nivel. Reamintim în figura de mai jos cele două metode de împărțire topografică a abdomenului: în 4 cadrane sau în 9 cadrane; în cele ce urmează vom utiliza pe prima dintre acestea.



Împărțirea topografică a abdomenului – utilă pentru descrierea și interpretarea semnelor clinice

Cele mai frecvente cauze de iritație peritoneală localizată sunt: apendicita acută (în cadranul inferior drept), colecistita acută (în cadranul superior drept), diverticulita sigmoidiană (în cadranul inferior stâng). Cadranul superior stâng este foarte rar sediul unei iritații peritoneale localizate.

Cu excepția apendicitei acute, afecțiunile responsabile de iritație peritoneală localizată nu se operează imediat. Ca urmare în caz de dubiu diagnostic pacientul va fi reexaminat repetat în următoarele ore; adesea după câteva ore apar și “semnele lipsă”. În acest interval se vor face – în funcție de suspiciunea clinică – și câteva investigații complementare (vezi mai jos).

### **Ocluzia intestinală**

Tabloul clinic al ocluziei intestinale constă în durere abdominală, distensie abdominală (meteorism), oprirea tranzitului intestinal și vărsături.



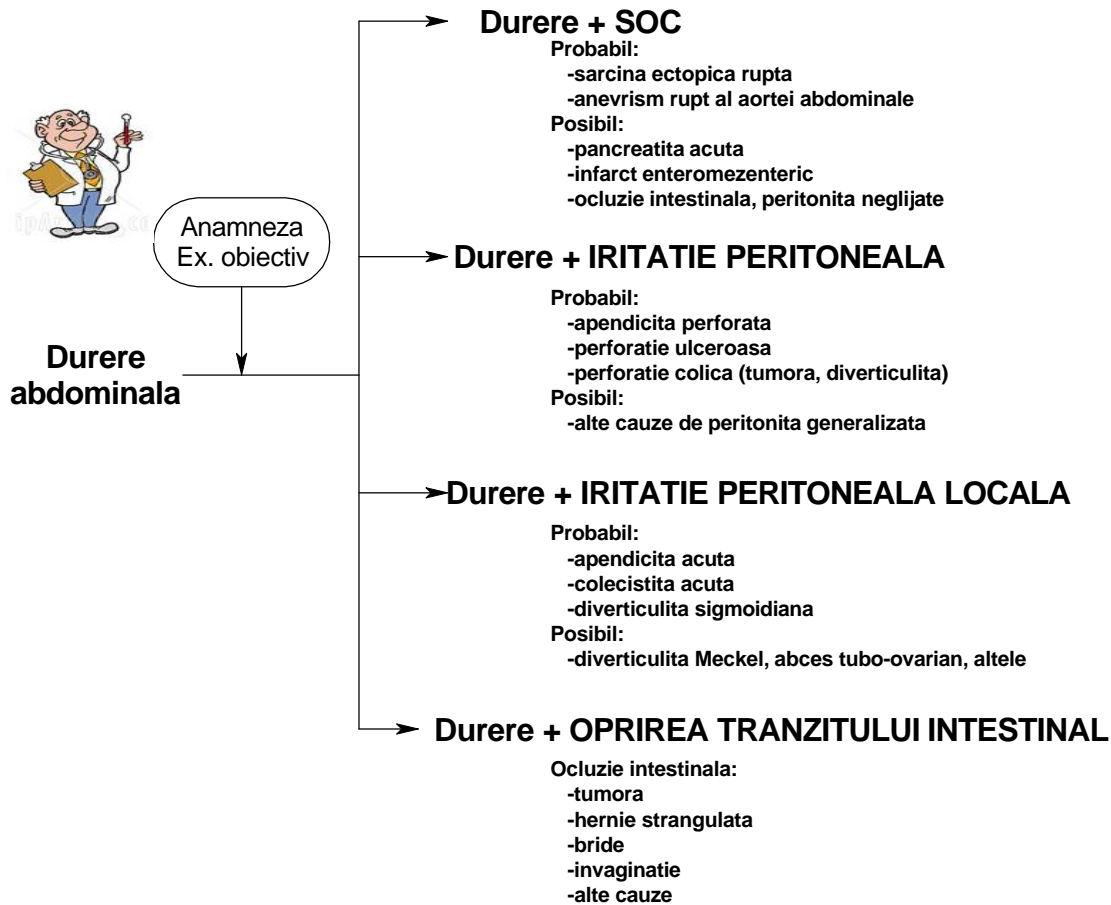
În funcție de localizarea obstrucției unele din aceste semne clinice pot fi predominante, altele pot fi estompate.

Astfel în ocluzia intestinală înaltă predomină vărsăturile și durerile colicative, distensia abdominală puțin importantă, iar tranzitul intestinal pentru materii fecale și gaze poate fi încă prezent câteva ore.

În ocluzia intestinală joasă vărsăturile apar tardiv, oprirea tranzitului intestinal este precoce, iar distensia abdominală marcată.

Cercetarea punctelor herniare este obligatorie la pacienții cu ocluzie intestinală; recomandarea este cu atât mai importantă la bolnavii obezi, la care o eventuală hernie femurală strangulată poate scăpa neobservată la un examen clinic superficial.

Tușeul rectal este de asemenea obligatoriu.



### Afecțiuni medicale grave care pot mima un abdomen acut



În stabilirea diagnosticului la un pacient cu durere abdominală acută trebuie să ținem seama de faptul că o serie de afecțiuni medicale (non-chirurgicale) – abdominale sau extraabdominale – pot mima un abdomen acut!

Două dintre acestea trebuie avute întotdeauna în minte datorită riscului vital pe care îl au: infarctul miocardic inferior și ceto-acidoza diabetică. O eroare diagnostică care ar duce la o laparotomie inutilă la un astfel de pacient poate fi catastrofală. O anamneză și examinare atentă și câteva investigații rapide și simple (electrocardiograma, glicemia) evită o asemenea eroare.

### Investigații complementare

Investigațiile complementare sunt utile pentru stabilirea diagnosticului și pentru evaluarea statusului biologic al bolnavului. În momentul diagnosticului e necesară o selecție rapidă a acelor investigații care pot fi relevante pentru diagnostic; nu e momentul unor investigații sofisticate.

În practică ne folosim de următoarele:

- examinări citologice sanguine : H,Hb,Hct, L, VSH
- amilazemia
- parametrii acido-bazici



- gonadotrofina corionică umană
- examenul sumar de urină
- electrocardiograma
- radioscopia abdominală simplă; radioscopia toracică
- ecografia abdominală
- computer-tomografia abdominală

Examinările hematologice sunt utile pentru evidențierea anemiei (posthemoragică, în contextul unei neoplazii oculte) sau a unui proces inflamator.

Amilazemia este utilă pentru diagnosticul pancreatitei acute și diagnosticul diferențial cu alte forme de abdomen acut (în primul rând peritonita).

Parametrii acido-bazici sunt necesari în toate formele de abdomen acut care evoluează cu șoc (peritonită, pancreatită, ocluzie intestinală, infarct enter-mezenteric) pentru evaluarea dezechilibrului metabolic acido-bazic; urmărirea lor în dinamică e necesară pentru ajustarea tratamentului.

Gonadotrofina corionică umană ( $\beta$ -HCG seric) se folosește pentru diagnosticul de laborator al sarcinii. La o pacientă cu amenoree secundară, cu durere abdominală ar putea intra în discuție o sarcină extrauterină. Reamintim însă că tabloul clinic al sarcinii extrauterine rupte e dominat de hemoragia acută severă, care impune laparotomia de urgență pentru hemostază; ca urmare rezultatul unei astfel de determinări nu poate fi așteptat dacă starea pacientei impune intervenția chirurgicală de urgență.

Examenul sumar de urină poate evidenția proteinurie, hematurie, leucociturie; constatarea e utilă pentru diagnosticul diferențial (colica renală litiazică, cistopielita produc durere, care poate fi interpretată eronat ca semn al unui abdomen acut).

Electrocardiograma (ECG) se face pentru diagnosticarea sau excluderea unui infarct miocardic inferior.

Radioscopia toracică poate descoperi semnele radiologice ale unei afecțiuni pleuro-pulmonare bazale, care ar putea mima un abdomen acut.

Radioscopia abdominală simplă este importantă pentru diagnosticul peritonitei și al ocluziei intestinale prin constatarea pneumoperitoneului (specific pentru peritonita generalizată prin perforația unui organ cavităar) și nivelelor hidroaerice (specifice pentru ocluzia intestinală). Tipul nivelelor aerice (mici, centroabdominale, în cuiburi de rândunică sau mari, dispuse de-a lungul cadrului colic) este un argument în diferențierea ocluziei înalte de ocluzia joasă. Prezența nivelelor hidro-aerice nu e însă patognomonică pentru ocluzia intestinală; pot apărea și la bolnavi cu colici renale, biliare, pancreatită acută, hematom retroperitoneal ș.a. În pancreatita acută poate fi obiectivată la radioscopie dilatația primei anse jejunale (ansa santinelă), dar acest semn e inconstant.

Ecografia este cea mai comună investigație imagistică. Aduce informații utile în o serie de afecțiuni abdominale acute:

- abcese intraabdominale (diverticular, apendicular, pelvin)
- semne de peritonită (pneumoperitoneu; anse intestinale dilatate, cu peristaltică scăzută sau absentă și conținut hidroaeric; lichid liber în cavitatea peritoneală; durere la compresiunea cu traductorul)
- distensia anelor intestinale sau colice, pline cu aer și lichid – în ocluzia intestinală; eventuale cauze (tumoră colică sau intestinală) pot fi obiectivate
- semne de colecistită acută (litiază veziculară, îngroșarea peretelui colecistului, microabcese în perete, peretele colecistului cu dublu contur, bloc subhepatic)

- hematom hepatic sau splenic – în caz de traumatism abdominal
- afecțiuni ale sferei genitale (chist ovarian, abces tubo-ovarian, sarcină ectopică etc.)
- litiază renală – semne directe (calcul) sau indirecte (hipotonie pielo-caliceală, hidronefroză)

Computer-tomografia abdominală poate evidenția:

- leziunile pancreatice într-o pancreatită acută
- leziuni traumatice ale ficatului, splinei sau rinichilor
- prezența, natura și raporturile unor formațiuni tumorale sau pseudotumorale (tumori abdominale, bloc subhepatic, apendicular, diverticulită sigmoidiană pseudumorală etc.)
- abcese intraabdominale
- anevrismul aortei abdominale etc.

Evident că nu toate aceste investigații sunt disponibile în orice serviciu de urgență sau în orice moment. Datele paraclinice vor fi interpretate întotdeauna în context clinic.



Nu risipiți timpul cu investigații inutile!



### **Momentul operator în abdomenul acut**

Abdomenul acut chirurgical implică prin definiție necesitatea intervenției chirurgicale. Atât boala chirurgicală, cât și bolile asociate produc însă o serie de dezechilibre fiziopatologice, care alterează capacitatea organismului de a suporta stress-ul operator și de recuperare postoperatorie. E de dorit ca pacientul ce urmează să fie operat să fie într-o condiție biologică cât mai bună. Stabilirea momentului operației rezultă pe de o parte din necesitatea unei intervenții cât mai rapide și pe de altă parte din necesitatea corectării parțiale de deficitelor biologice și metabolice.

Pacienții cu semnele șocului hemoragic (sarcină extrauterină ruptă, anevrism rupt al aortei abdominale, traumatism cu ruptura unui viscer parenchimos) se operează în urgență imediată. Pregătirea preoperatorie constă în accesul venos, recoltarea unor probe biologice (pentru determinarea grupului sanguin, probelor hematologice și biochimice) și începerea tratamentului volemic (eventual transfuzia de sânge).

La pacienții cu peritonită generalizată intervalul până la operație e folosit pentru câteva măsuri terapeutice (acces venos, recoltarea unei probe de sânge pentru ex. hematologice și biochimice, inițierea tratamentului volemic, electrolitic, acido-bazic, tratament antibiotic, aspirație gastrică). Intervenția chirurgicală se face într-un interval de câteva ore (până la 6 ore) (vezi peritonita generalizată).

Ocluzia intestinală se tratează de obicei ca o urgență amânată (operație după 6-24 de ore); excepție de la această regulă face ocluzia intestinală prin strangulare herniară, situație în care se recomandă operația după o minimă echilibrare volemică și electrolitică pentru a preveni necroza ansei strangulate. Pregătirea preoperatorie constă în tratamentul volemic, electrolitic și acidobazic, aspirația gastrică, tratament antibiotic și antialgic, oxigenoterapie (vezi ocluzia intestinală).

Apendicita acută se operează în câteva ore de la momentul diagnosticării. Forma cu bloc apendicular se va trata conservativ sau operator în funcție de evoluția blocului (vezi apendicita acută).

În privința colecistitei acute există 2 atitudini : operația în primele 24 de ore de la debut sau operația “la rece”, după o săptămână de tratament antibiotic pentru stingerea procesului inflamator acut. (vezi colecistita acută).

Pancreatita acută beneficiază de tratament conservator. În evoluție pot surveni complicații (necroze, abcese, secheste) care impun intervenția chirurgicală. După remisiune, la pacienții cu pancreatită de cauză biliară este necesară intervenția chirurgicală biliară (colecistectomie, coledocotomie) (vezi pancreatita acută).

În cazul infarctului enteromezenteric e recomandat ca intervenția să fie cât mai precoce (vezi infarctul enteromezenteric).

**Sfat colegial!**



La un pacient cu durere abdominală se recomandă de principiu să se evite administrarea antialgicelor până la stabilirea diagnosticului întrucât administrarea antialgicelor ar putea să mascheze evoluția unui proces acut.

Odată stabilit însă diagnosticul de abdomen acut și indicația terapeutică tratamentul antialgic trebuie administrat neîntârziat.

**De ținut minte!**



1. La un pacient cu durere acută trebuie să facem diferența între un abdomen acut chirurgical, un abdomen acut medical sau un fals abdomen acut. Conduita terapeutică depinde de această diferențiere.

2. Există patru tablouri clinice principale de abdomen acut. Pe baza acestora și a unui minim de investigații complementare se stabilește indicația operatorie. Odată stabilită necesitatea operației și a gradului de urgență a acesteia e mai puțin important să se stabilească cu exactitate diagnosticul etiologic.

3. Timpul e un excelent diagnostician. La un pacient cu un tablou clinic neclar o examinare făcută la 1-2 ore poate releva “semnele lipsă”. În acest interval se vor face câteva investigații minimale selectate în funcție de suspiciunea diagnostică clinică .

4. Se evită administrarea de antialgice la un pacient cu durere abdominală acută până la stabilirea diagnosticului. Odată stabilit diagnosticul și strategia terapeutică nici o întâziere a tratamentului antialgic nu se justifică.

5. Pregătirea preoperatorie poate avea o durată mai scurtă sau mai lungă - în funcție de

gradul de urgență și de gravitatea tulburărilor generale. Cuprinde corectarea hipovolemiei, corectarea tulburărilor hido-electrolitice și acido-bazice, combaterea distensiei abdominale și a stazei digestive prin aspirație gastrică, corectarea hipoxiei tisulare (oxigenoterapie), antibioticoterapie, combaterea durerii.

6. Intervenția chirurgicală este actul terapeutic esențial (nu există alternativă la tratamentul chirurgical!)

7. Prognosticul pacienților cu abdomen acut chirurgical depinde de precocitatea diagnosticului și a tratamentului adecvat.

◆ **Activități:**

Efectuați examenul clinic al unui pacient cu abdomen acut de tip peritonitic, ocluziv, hemoragic sau ischemic.

În cazul pacientului examinat la punctul anterior, propuneți un plan al analizelor de laborator și examinărilor paraclinice. Urmăriți pacientul și notați în caietul de stagiu rezultatul investigațiilor.

Propuneți conduita terapeutică în cazul pacientului examinat. Asistați la intervenția chirurgicală, iar ulterior urmăriți pacientul pe perioada internării.

◆ **Intrebări recapitulative:**

Enumerați tipurile etiopatogenice de abdomen acut.

Elementele fiziopatologice comune tuturor formelor de abdomen acut chirurgical sunt:

- a. hipovolemia
- b. staza digestivă
- c. iritația peritoneală
- d. tulburările echilibrului hidro-electrolitic
- e. tulburările echilibrului acido-bazic

Care sunt caracteristicile clinice ale unui abdomen acut de tip hemoragic?

Prezentați planul investigațiilor complementare la un pacient cu abdomen acut de tip peritonitic.

Următoarele afirmații în legătură cu investigațiile complementare în abdomenul acut sunt false:

- a. dintre analizele de sânge obligatorii fac parte: H, Hb, Hct, L, VSH, amilazemia
- b. examenul sumar de urină nu aduce elemente importante pentru diagnosticul de abdomen acut
- c. electrocardiograma este necesară pentru excluderea unui infarct miocardic inferior
- d. tomografia computerizată este o examinare obligatorie în cazul abdomenului acut chirurgical
- e. radioscopia abdominală simplă este importantă pentru diagnosticul abdomenului acut de tip peritonitic și al celui de tip ocluziv

Prezentați importanța ecografiei abdominale la un pacient cu abdomen acut chirurgical.

Prezentați etapele tratamentului la un pacient cu abdomen acut de tip ocluziv.

In tratamentul abdomenului acut chirurgical:

- a. momentul operator în ocluzia intestinală este întotdeauna în urgență amânată
- b. la pacienții cu abdomen acut hemoragic intervenția chirurgicală trebuie efectuată după o echilibrare volemică și electrolitică
- c. la pacienții cu durere abdominală se evita administrarea antialgicelor până la stabilirea diagnosticului
- d. în pancreatita acută tratamentul chirurgical se efectuează în urgență imediată
- e. în infarctul entero-mezenteric se recomandă intervenția chirurgicală cât mai tardivă