

**GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN
COLECISTITA ACUTĂ**

Autori: Prof. Dr. Olga Hilda Orășan, Șef de Lucrări Dr. Mircea Vasile Milaciu
Disciplina Medicală IV, UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, Spitalul Clinic CF Cluj-Napoca

Avizat de Comisia de Medicină Internă a CMR:

Președinte: Prof. Dr. Camelia Diaconu (București)
Vicepreședinți: Prof. Dr. Corina Pop (București)
Prof. Dr. Olga Orășan (Cluj Napoca)

Membri:

Conf. Dr. Alice Bălăceanu (București)
Prof. Dr. Raluca Costache (București)
Prof. Dr. Daniel Lighezan (Timișoara)
Conf. Dr. Mihaela Mocan (Cluj Napoca)
Prof. Dr. Anca Negovan (Târgu Mureș)
Prof. Dr. Laura Carina Tribus (București)

Secretar: Sl. Dr. Andreea Gabriella Andronesi (București)

CUPRINS

CUPRINS	2
1. Abrevieri	3
2. Introducere și Obiectivul Ghidului	3
3. Definiția Bolii	3
4. Date Epidemiologice	4
5. Etiopatogenie	4
5.1. Colecistita acută litiazică	4
5.2. Colecistita acută alitiazică	4
6. Clasificare	5
7. Tabloul Clinic	5
7.1. Simptomatologie	5
7.2. Examen obiectiv	6
8. Investigații Paraclinice	6
8.1. Examinări de laborator	6
8.2. Investigații imagistice	6
9. Diagnostic Pozitiv	7
10. Diagnostic Diferențial	7
11. Tratament	8
11.1. Management conservator (non-chirurgical)	8
11.2. Evaluarea riscului perioperatoriu	9
11.3. Tratament chirurgical	9
11.4. Management pe grade de severitate	10
11.5. Colecistectomia în situații speciale	10
11.6. Drenaj vezicular – opțiuni non-chirurgicale	11
12. Complicații	11
12.1. Complicații acute	11
12.2. Complicații cronice	12
13. Evoluție, Prognostic și Monitorizarea Bolii	12
13.1. Evoluție	12
13.2. Prognostic	12
13.3. Monitorizare	13
14. Bibliografie	13

1. Abrevieri

Abreviere	Semnificație
CT	Tomografie computerizată
MRCP	Colangio-pancreatografie prin rezonanță magnetică
PCR	Proteina C reactivă
iv	Intravenos
INR	<i>International Normalized Ratio</i> (raportul normalizat internațional al timpului de protrombina)
WSES	<i>World Society of Emergency Surgery</i>
ELC	<i>Early Laparoscopic Cholecystectomy</i> (colecistectomie laparoscopică precoce)
EUS-GBD	<i>Endoscopic UltraSound-guided GallBladder Drainage</i> (drenaj vezicular ghidat ecografic endoscopic)
LAMS	<i>Lumen-Apposing Metal Stent</i> (stent metalic cu apozitie luminală)
PGBD	<i>Percutaneous GallBladder Drainage</i> (drenaj vezicular percutanat)
CCI	<i>Charlson Comorbidity Index</i> (indice de comorbiditate Charlson)
ASA-PS	<i>American Society of Anesthesiologists Physical Status score</i>
ERCP	<i>Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography</i> (colangio-pancreatografie retrogradă endoscopică)
SIRS	<i>Systemic Inflammatory Response Syndrome</i> (sindrom de răspuns inflamator sistemic)
VB	Veziculă biliară
HD	Hipocondru drept
VPN	Valoare predictivă negativă

2. Introducere și obiectivul ghidului

Prezentul ghid are ca scop descrierea îngrijirii pacientului cu colecistită acută, oferind clinicienilor un cadru structurat pentru diagnostic și management terapeutic.

Elaborarea acestui ghid se bazează pe principalele recomandări publicate în ultimii ani, inclusiv Ghidul Tokyo 2018 (TG18), ghidurile WSES 2020 și alte surse de referință internaționale, precum și pe datele publicate în literatura de specialitate în 2024–2026.

3. Definiția bolii

Colecistita acută reprezintă o inflamație a veziculei biliare, care apare din cauza ocluziei ductului cistic (cel mai frecvent de cauză litiazică) sau a afectării golirii veziculei biliare de alte cauze.

Din punct de vedere etiologic se descriu două forme:

- Colecistita acută litiazică – în contextul existenței litiazei biliare veziculare/cistice (90–95% din cazuri);
- Colecistita acută alitiazică (acalculoasă) – în absența calculilor veziculari și de la nivelul ductului cistic sau canalului coledoc (5–10% din cazuri).

4. Date epidemiologice

Parametru	Date
Frecvența formei litiazice	90–95% dintre cazuri
Frecvența formei alitiazice	5–10% dintre cazuri
Risc de colecistită acută în caz de litiază veziculară	20–40% dintre pacienții cu litiază dezvoltă complicații 1–3% incidență anuală
Colecistita acută ca primă prezentare	10–15% dintre complicațiile litiazei biliare
Simptomatologie	3–10% din totalul cauzelor de durere abdominală acută
Frecvența <50 ani	6,3%
Frecvența ≥50 ani	20,9%
Raport F/B <50 ani	3:1
Raport F/B >50 ani	1,5:1
Mortalitate globală (2024)	~3% forma alitiazică: 15–40% (semnificativ mai ridicată decât forma litiazică)

5. Etiopatogenie

În patogeneza bolii este implicată inflamația, care are 3 factori determinanți majori: factori mecanici, factori chimici și proliferarea bacteriană.

5.1. Colecistita acută litiazică

Colecistita acută litiazică apare, de obicei, prin migrarea unui calcul din colecist și inclavarea acestuia în ductul cistic. Secvența patogenetică include:

- Inclavarea calculului în canalul cistic;
- Ischemie parietală veziculară;
- Congestie și edem inflamator (colecistita edematoasă);
- Obstrucția prin tromboză a unor ramuri arteriolare;
- Microhemoragii și necroze (colecistita necrotizantă).

Infecția bacteriană a bilei se observă la 50–85 % dintre pacienți. Germenii izolați cel mai frecvent: *E. coli*, *Klebsiella*, streptococi și *Clostridium spp.*

5.2. Colecistita acută alitiazică

Apare la pacienți cu afecțiuni severe, din cauza stazei biliare și ischemiei colecistului.

Factori de risc principali: diabetul zaharat, boala coronariană ischemică, starea post-resuscitare cardiopulmonară, insuficiența cardiacă, imunosupresia, boala cronică de rinichi, sepsis-ul, traumatismele majore, arsurile, ventilația mecanică, nutriția parenterală completă.

Agenții infecțioși implicați cel mai frecvent sunt virusul Epstein-Barr, citomegalovirusul (cei mai comuni), *Leptospira*, *Salmonella*, *Vibrio Cholerae*, *Brucella*, *Candida*, *Campylobacter jejuni*, virusurile hepatitice A și B, *Mycobacterium Tuberculosis*, *Ascaris Lumbricoides*, *Cryptosporidium* (mai ales la pacienții HIV pozitivi).

6. Clasificarea bolii

6.1. Clasificare etiologică

- Colecistita acută litiazică (90–95%);
- Colecistita acută alitiazică (5–10%).

6.2. Clasificare anatomopatologică

- Colecistita acută edematoasă/congestivă – primele 2–4 zile (congestie și edem parietal);
- Colecistita acută necrotico-hemoragică – după 3–5 zile (microhemoragii și necroze parietale, risc de perforație);
- Colecistita acută purulentă (supurativă) – după 7–10 zile (infiltrare leucocitară, acumulare de puroi, abcese parietale).

6.3. Clasificare după severitate (Ghidul Tokyo 2018 – TG18)

Gradul I (ușoară)	Gradul II (moderată)	Gradul III (severă)
Modificări inflamatorii ușoare ale veziculei biliare Fără disfuncție de organ	Leucocitoză $>18.000/\text{mm}^3$ Masă palpabilă, sensibilă în hipocondrul drept Simptome cu durată >72 h Inflamație locală importantă (colecistită gangrenoasă, abces pericolecistic, peritonită biliară, colecistită emfizematoasă)	Șoc cu necesar dopamină ≥ 5 $\mu\text{g/kg/min}$ sau orice doză de noradrenalină Alterarea stării de conștiență $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ Oligurie Creatinină > 2 mg/dL $\text{INR} > 1,5$ Trombocite $< 100.000/\text{mm}^3$

Ghidul NHS Royal Cornwall (v5.1, 2025) adaugă evaluarea SIRS la admisie:

prezența a cel puțin 2 criterii SIRS:

- Frecvență respiratorie $> 20/\text{minut}$
- Frecvență cardiacă > 90 bătăi/minu
- Leucocite $< 4 \times 10^9/\text{L}$ (leucopenie) sau Leucocite $> 12 \times 10^9/\text{L}$ (leucocitoză).
- Temperatura $< 36^\circ\text{C}$ sau $> 38^\circ\text{C}$

este predictor de colecistită severă și impune evaluare chirurgicală urgentă.

Se recomandă scorul POSSUM/CHOLE-POSSUM pentru estimarea riscului perioperator.

7. Tabloul clinic

7.1. Simptomatologie

Simptom	Frecvență	Caracteristici
Durere epigastrică/ hipocondru drept	72–93%	Constantă, intensă, frecvent pe linia mediană xifo-ombilicală

Faza acută 4–6 h Reapare în hipocondrul drept Agravată de mișcare/tuse/strănut		
Grețuri și vărsături (bilioase)	62–83%	Ameliorare parțială a durerii în ~50% din cazuri Asociate cu inapetență/anorexie
Febră >38°C	~30%	Mai puțin frecventă Mai ales în episoadele cu angiocolită asociată Hipertermia >38°C poate semnală forme complicate
Icter	~25%	Icter persistent cu bilirubina directă crescută – suspicionare litiază coledociană

7.2. Examen obiectiv

- Veziculă biliară vizibil destinsă, palpabilă, sensibilă în aproximativ 15% din cazuri;
- Semnul Murphy pozitiv: oprirea din inspirul profund din cauza durerii intense la palparea subcostală dreaptă (specificitate 79–96%). Poate fi fals negativ la vârstnici și fals pozitiv în hepatite acute, steatoză hepatică, abces hepatic sau hepatocarcinom;
- Semne de iritație peritoneală în formele complicate.

8. Investigații paraclinice

8.1. Examinări de laborator

Investigație	Modificări în colecistita acută
Leucocite	Leucocitoză ușoară $12\text{--}15 \times 10^9/\text{L}$ ($>18 \times 10^9/\text{L}$ în forma moderată)
Proteina C reactivă	Crescută (frecvent $>3 \text{ mg/dL}$)
AST, ALT	Frecvent crescute - hepatocitoliză moderată
Bilirubina totală	1–4 mg/dL (chiar și fără obstrucție de cale biliară principală)
Fosfataza alcalină și GGT	Moderat crescute Valori foarte crescute → suspicionare angiocolită acută
Amilaza serică	Poate fi moderat crescută
Procalcitonina	Corelată cu severitatea colecistitei acute (TG18, Lancet 2024) Nu înlocuiește criteriile clinice și imagistice, dar poate ghida severitatea și răspunsul la tratamentul antibiotic
Hemoculturi	Recomandate la toate gradele de severitate (excepție: forma ușoară comunitară, fără semne de sepsis)

8.2. Investigații imagistice

Metodă	Sensibilitate/ Specificitate	Indicație	Elemente diagnostice
Ecografie abdominală	Se 81–83% Sp 83% (meta-analiză 2024)	Prima linie	Calculi Îngroșare perete >4 mm Semn „perete dublu” Murphy ecografic

		Distensie VB Colecții pericolecistice	
CT cu substanță de contrast	Se 94% Sp 59%	Incertitudine diagnostică Complicații Eșec tratament initial Colecistită gangrenoasă	Indicat și în colecistitele complicate (gangrenoasă, emfizematoasă) Semn „rim întrerupt” cu VPN 95% pentru gangrenare veziculară
MRCP	Se 85% Sp 81%	Suspiciune litiază coledociană Sindrom Mirizzi Ecografie neconcludentă	Evaluarea pasajului calculilor în ductul biliar comun Anatomia arborelui biliar
Scintigrafie hepatobiliară (HIDA)	Se 94% Sp 90% Cea mai mare acuratețe, dar rar disponibilă în urgență	Dacă ecografia nu oferă diagnostic cert și alte metode sunt indisponibile	Standard de diagnostic în studii Radiotrasor (Tc-iminodiacetat) excretat în bilă

9. Diagnostic pozitiv

Diagnosticul pozitiv se stabilește pe criterii clinice, de laborator și imagistice conform TG18. Sunt necesare minimum un criteriu din secțiunea (A) și unul din (B), obligatoriu asociate cu criteriile imagistice (C), conform tabelului următor.

(A) Semne locale de inflamație	(B) Semne sistemice de inflamație	(C) Elemente imagistice
(1) Semn Murphy pozitiv (2) Masă palpabilă sau sensibilitate în hipocondrul drept	(1) Febră (2) Creșterea PCR (3) Leucocitoză	Elemente imagistice caracteristice pentru colecistita acută (ecografie, CT sau scintigrafie)
Diagnostic SUSPICIONAT: 1 criteriu din (A) + 1 criteriu din (B)		
Diagnostic DEFINITIV: (A) + (B) + (C)		

Acuratețe diagnostică TG18: sensibilitate 91,2% și specificitate 96,9% (studiu multicentric, 451 pacienți).

WSES 2020 recomandă integrarea istoricului, examenului clinic, analizelor de laborator și imagisticii, fără criterii diagnostice noi, conceptul fiind identic cu TG18.

10. Diagnostic diferențial

Afecțiune	Elemente de diferențiere
Colica biliară simplă (fără colecistită)	Durere iradiantă spre vârful omoplatului drept și umărul drept Episoade tranzitorii Fără semne inflamatorii sistemice
Angiocolita acută	Febră, icter și durere (triada Charcot); posibil asociate sunt stările confuzionale și hipotensiunea arterială (pentada Reynolds)
Pancreatita acută biliară	Durere prelungită (zile), vărsături severe, icter progresiv Amilază/lipază semnificativ crescute
Apendicita acută (subhepatică)	Debut periombilical/epigastric, deplasare ulterioară în fosa iliacă dreaptă
Ulcer duodenal perforat	Istoric de ulcer Durere bruscă, intense Pneumoperitoneu la radiografie
Hepatita acută (virală)	Durere pe toată aria hepatică Transaminaze semnificativ crescute Context epidemiologic
Colica renală dreaptă	Durere cu iradiere lombară/inghinală Hematurie Ecografia evidențiază modificări renale/ureterale
Pleurezie dreaptă / Pneumonie	Semne clinice respiratorii Radiografie/CT toracic diagnostic
Infarct miocardic acut	ECG modificat Markeri de necroză miocardică crescuți (troponine)

11. Tratament

După stabilirea diagnosticului, se recomandă inițierea precoce a tratamentului non-chirurgical și evaluarea/pregătirea pentru tratamentul chirurgical.

11.1. Management conservator (non-chirurgical)

Acceptat ca mijloc terapeutic în formele ușoare; inferior chirurgiei ca eficacitate pe termen lung. Cuprinde următoarele principii:

- Suprimarea alimentației orale (repaus digestiv);
- Administrarea de fluide intravenos (soluție Ringer lactat – preferată);
- Analgetice;
- Antibioterapie – conform schemelor din tabelul următor.

Formă clinică	Schemă antibiotică recomandată	Observații
---------------	--------------------------------	------------

Formă ușoară / moderată (comunitară)	Amoxicilină/Acid clavulanic iv (primă linie – dacă rezistența locală la Enterobacteriaceae <20%)	WSES 2020 / Lancet 2024: dacă rezistența >20% → alternativă cu cefalosporină gen. 3
Alternativă formă ușoară/moderată	Ceftriaxonă 1–2 g/24 h iv + Metronidazol 500 mg iv la 8 h	Cefalosporină gen. a 3-a + antianaerob
Formă severă (pacient critic)	Piperacilină/Tazobactam 4,5 g la 8 h iv (prima alegere)	WSES 2020/Lancet 2024: Piperacilină/Tazobactam în formele severe
Alergie la beta-lactamine	Ciprofloxacină iv + Metronidazol iv (sau Amikacină + Metronidazol)	NHS Cornwall v5.1 (2025): Teicoplanină iv + Gentamicină iv; dacă IRA contraindică Gentamicina → Ciprofloxacină iv
Risc ESBL / infecții nozocomiale	Tigeciclină sau Ertapenem; Meropenem în șoc septic cu risc ESBL	WSES 2020 / Lancet 2024 (zonă gri în practica curentă)

Actualizare antibioterapie: WSES 2020 și Lancet 2024 (Fugazzola et al.) recomandă:
 Amoxicilină/Acid clavulanic ca primă linie pentru formele ușoare/moderate (comunitare), cu condiția ca rezistența locală la Enterobacteriaceae să fie sub 20%.
 Piperacilină/Tazobactam este prima alegere în formele severe.
 Durată totală recomandată: 5–7 zile (IV + oral), cu tercere pe tratament oral la Cotrimoxazol 960 mg la 12 h.
 Antibioticele postoperatorii sunt INUTILE în formele necomplicate, după colecistectomie adecvată (în caz de control adecvat al sursei de infecție).

11.2. Evaluarea riscului perioperator

Conform datelor din 2024 (studiul PRIMACC), cel mai acurat predictor al mortalității postoperatorii la 30 de zile după ELC în colecistita acută este scorul POSSUM-Physiological Score (CHOLE-POSSUM), cu sensibilitate și valoare predictivă negativă de 100%. Alte instrumente utile: Charlson Comorbidity Index (CCI), ASA-PS, ACS NSQIP.

11.3. Tratament chirurgical

Colecistectomia laparoscopică precoce (ELC - Early Laparoscopic Cholecystectomy) este tratamentul de elecție, recomandat de TG18 și WSES 2020 pentru toate gradele de severitate (beneficiile evidente fiind trecute în tabelul următor).

Parametru	ELC precoce (1–3 zile)	ELC tardivă (>3 zile)
Complicații postoperatorii	11,8%	34,4%
Durată spitalizare	5,4 zile	10 zile
Costuri de spitalizare	Mai mici	Mai mari

TIMING ELC: TG18 recomandă ELC cât mai curând posibil, ideal în primele 72 h, acceptabil până la 7 zile de la admisie sau 10 zile de la debutul simptomelor.

Studiul SPRIMACC (2023) și meta-analiza Borzellino et al. (2021) confirmă că amânarea ELC peste 10 zile crește complicațiile.

Ghidul italian (JClinMed 2024): se recomandă a NU efectua colecistectomia între 1 și 6 săptămâni de la debut (risc crescut de complicații intraoperatorii). Dacă ELC nu este posibilă, se amână minim 6 săptămâni (DLC - Delayed Laparoscopic Cholecystectomy - colecistectomie laparoscopică întârziată).

11.4. Management pe grade de severitate

Grad	Management inițial	Opțiune chirurgicală	Opțiune non-chirurgicală
Grad I	Antibiotice + măsurile de suport hemodinamic	ELC (metoda de elecție)	Dacă CCI ≤ 5 și ASA-PS ≤ 2 : ELC recomandat
Grad II	Antibiotice + măsurile de suport hemodinamic + reevaluare	ELC în primele ore/zile; DLC după 6 săptămâni dacă nu este apt chirurgical	Dacă există contraindicație absolută la chirurgie: EUS- GBD cu LAMS (primă opțiune endoscopică) sau PGBD
Grad III	Resuscitare + antibiotic Măsurile de suport în terapie intensivă	ELC dacă: CCI ≤ 3 , ASA- PS ≤ 2 , fără icter/disfuncție neurologică/respiratorie (factori negativi de prognostic conform TG18)	EUS-GBD cu LAMS (prima alegere în centrele cu expertiză) sau PGBD de urgență Planificare DLC după stabilizare

Legenda:

- ELC = *Early Laparoscopic Cholecystectomy* (colecistectomie laparoscopică precoce)
- DLC = *Delayed Laparoscopic Cholecystectomy* (colecistectomie laparoscopică întârziată)
- CCI = *Charlson Comorbidity Index*
- ASA-PS = *American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification*
- EUS-GBD = *Endoscopic Ultrasound-Guided Gallbladder Drainage*
- LAMS = *Lumen-Apposing Metal Stent*
- PGBD = *Percutaneous Gallbladder Drainage*
- TG18 = *Tokyo Guidelines 2018*

11.5. Colecistectomia în situații speciale

- Colecistectomia clasică (laparotomie) – rezervată pentru: ciroză hepatică Child-Pugh C, suspiciune cancer de veziculă biliară, sarcină în trimestrul III.
- Sarcină: colecistectomia laparoscopică este preferată în trimestrele I și II. În trimestrul III decizia este individualizată (raport risc/beneficiu). Rata de recurență a simptomelor cu tratament conservator: 40–70%. (Ghid Canadian 2018, JClinMed 2024).

- Ciroză hepatică: Child-Pugh A/B cu MELD <15 → ELC acceptabilă. Child-Pugh C sau MELD >15 → ELC contraindicată (risc decompensare hepatică), se preferă drenaj vezicular (GBD). (JClinMed 2024).
- Vârstnici (>65 ani): ELC recomandată, inclusiv la >80 ani. Morbidity comparabilă cu populația mai tânără. Mortalitate la 2 ani colecistectomie vs. tratament non-chirurgical: 15,2% vs. 29,3% (WSES 2020).

11.6. Drenaj vezicular – opțiuni non-chirurgicale

Indicat în formele severe (Grad III) sau moderate cu risc chirurgical înalt și eșec la tratamentul antibiotic.

Parametru	PGBD (percutanat)	EUS-GBD cu LAMS (endoscopic)
Disponibilitate	Largă (radiologie intervențională)	Centre specializate cu expertiză EUS
Avantaje	Accesibilă; utilă ca punte la DLC Pacient instabil	Rate mai mici de evenimente adverse, reintervenții, readmisii față de PGBD (studii 2023–2024; FDA aprobat 2024 în SUA)
Dezavantaje	Durere la locul de inserție Risc infecție Necesită reintervenții Risc recurență după extragere	Fistulă colecistogastrică/duodenală complică eventual colecistectomia LAMS poate migra
Indicația preferată	Pacient instabil LAMS indisponibil Condiții reversibile	Pacient considerat definitiv inoperabil sau Alternativă la PGBD când expertiza este disponibilă

EUS-GBD cu LAMS (actualizare 2024–2025): Studiul DRAC 1 (trial randomizat) și mai multe meta-analize (2023–2024) confirmă superioritatea EUS-GBD față de PGBD în termeni de evenimente adverse, reintervenții și readmisii la pacienții cu risc chirurgical înalt.

FDA a aprobat LAMS pentru drenaj vezicular în 2024.

Conform ghidurilor ESGE, AGA și TG18: EUS-GBD este alternativă la PGBD în centre cu expertiză.

!Atenție: EUS-GBD COMPLICĂ colecistectomia ulterioară (fistulă, adeziuni) și este rezervată preferential pacienților definitiv inoperabili sau celor care vor aștepta îndelungat până la DLC.

12. Complicații

12.1. Complicații acute

Complicație	Caracteristici
Empiemul vezicular	Infecție bacteriană (<i>E. coli</i> , <i>Pseudomonas</i> , streptococi, <i>Klebsiella</i> sau stafilococi) Reprezintă acumularea de puroi în vezicula biliară destinsă

Gangrena veziculei biliare	2–40% din cazurile de colecistită acută (date canadiene 2018) Mortalitate crescută (4–50%) Conversie laparoscopic spre deschis până la 70% CT/IRM cu contrast recomandate (semnul „rim întrerupt”, specificitate 95%)
Perforația veziculei biliare	~10% din pacienții cu CA Perforație acoperită (abces pericolecistic) vs. liberă (peritonită biliară – mortalitate înaltă)
Colecistita emfizematoasă	Bacterii producătoare de gaze (<i>Clostridium welchii</i>) Evoluție rapidă, risc vital CT este metoda de elecție pentru diagnostic
Mucocelul vezicular	Obstrucție persistentă a colului vezicular, reabsorbția sărurilor biliare, excreție de mucină în lumenul vezicular

12.2. Complicații cronice

Complicație	Caracteristici
Colecistita cronică	Episoade recurente de colecistită acută Posibilă colesteroloză a veziculei biliare
Sindrom Mirizzi	Compresiunea canalului biliar principal de un calcul inclavat în infundibulul VB/ductul cistic/punga Hartmann Icter obstructiv Necesită MRCP sau ERCP
Alte complicații cronice	Hidrops vezicular, colecistita xantogranulomatoasă, fistule enterice, vezicula de porțelan, ileus biliar, sindrom Bouveret

13. Evoluție, prognostic și monitorizarea bolii

13.1. Evoluție

Evoluția colecistitei acute urmează, de obicei, una din cele două direcții:

- Continuarea sindromului inflamator și a ischemiei spre gangrenă veziculară.
- Vindecare după tratament conservator cu risc de episoade recurente (10% după o lună, 20% după 1 an) și posibilă evoluție spre colecistită cronică.

!Atenție: 20–38% dintre pacienții care au suferit PGBD fără colecistectomie ulterioară prezintă recurență a colecistitei acute, în principal în primele 3 luni.

13.2. Prognostic

Parametru	Date
Mortalitate globală colecistită acută (date 2024)	~3%; Forma alitiazică: 15–40%
Mortalitate post-colecistectomie (30 de zile)	<0,2%

Mortalitate la 30 zile Gradul III vs. I–II (TG18)	5,4% vs. 0,8–1,1% (studiu Japan-Taiwan, >5.000 pacienți)
Colecistectomie >65 ani vs. tratament non-chirurgical (mortalitate la 2 ani)	15,2% vs. 29,3% (avantaj chirurgical)
Pacienți cu simptome post-colecistectomie	30–40% (simptome persistente sau dispepsie nespecifică ușoară)
Predictori de mortalitate în Gradul III (Endo et al.)	Icter (OR 6,47) Disfuncție neurologică (OR 4,35) Disfuncție respiratorie (OR 5,84) Contraindicații relative la ELC

13.3. Monitorizare

- Toți pacienții diagnosticați cu colecistită acută trebuie spitalizați;
- Monitorizare mai atentă: vârstnici (>65 ani), diabet zaharat, ciroză hepatică, imunosupresie;
- Evaluare post-operatorie pentru simptome persistente sau recurente;
- Urmărire pe termen lung la pacienții tratați conservator (risc recurență 20% la 1 an);
- Revizuire antibioterapie la 48 h (de-escaladare în funcție de culturi și evoluție clinică);
- Pacienții cu PGBD trebuie monitorizați strict. Se recomandă colangiografie de control înainte de extragerea drenului pentru a confirma permeabilitatea ductului cistic și coledocului.

14. Bibliografie

1. Diaconu CC (coord.). Tratat de Medicină Internă. Editura ALL, București, 2024. ISBN 978-606-587-623-1.
2. Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):41–54. doi: 10.1002/jhbp.515.
3. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):55–72.
4. Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, et al. 2020 WSES updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. World J Emerg Surg. 2020;15(1):61.
5. Gallaher JR, Charles A. Acute Cholecystitis: A Review. JAMA. 2022;327(10):965–975.
6. Fugazzola P, Podda M, Tian BWC, et al. Clinical update on acute cholecystitis and biliary pancreatitis. eClinicalMedicine (The Lancet). 2024;77:102880.
7. Mencarini L, Vestito A, Zagari RM, Montagnani M. The Diagnosis and Treatment of Acute Cholecystitis: A Comprehensive Narrative Review. J Clin Med. 2024;13:2695.
8. Clarke M (ed.). Acute Cholecystitis in Adults Clinical Guideline V5.1. Royal Cornwall Hospitals NHS Trust, June 2025.
9. Aubin JM, Ball CG. Biliary Colic & Cholecystitis. In: Dynamic Practice Guidelines for Emergency General Surgery. Canadian Association of General Surgeons, 2018.
10. Fugazzola P, Abu-Zidan FM, Cobianchi L, et al. Timing of early cholecystectomy for acute calculous cholecystitis (SPRIMACC study). Healthcare. 2023;11(20):1–11.
11. Teoh AYB, Kitano M, Itoi T, et al. Endosonography-guided gallbladder drainage versus percutaneous cholecystostomy (DRAC 1). Gut. 2020;69(6):1085–1091.

12. Boregowda U, Chen M, Saligram S. EUS-guided gallbladder drainage versus percutaneous gallbladder drainage: systematic review and meta-analysis. *Diagnostics*. 2023;13(4):657.
13. Kiewiet JJ, Leeuwenburgh MM, Bipat S, et al. A systematic review and meta-analysis of diagnostic performance of imaging in acute cholecystitis. *Radiology*. 2012;264(3):708–20.
14. Adachi T, Eguchi S, Muto Y. Pathophysiology and pathology of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2022;29(2):212–216.
15. Loscalzo J, et al. Acute and chronic cholecystitis, pp 9673–9683. În: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 21st ed. McGraw Hill, 2022.
16. Portincasa P, Wang DQ. Chapter 81. Gallstones. În: *Yamada's Textbook of Gastroenterology* 7th ed. Wiley-Blackwell, 2022.
17. Dumitrașcu DL, Fodor D, Albu A (sub redacția). *Semiologie Medicală Vol. II*. Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, 2015.
18. Pinto A, Reginelli A, Cagini L, et al. Accuracy of ultrasonography in the diagnosis of acute calculous cholecystitis. *Crit Ultrasound J*. 2013;5 Suppl 1:S11.
19. Pisano M, Ceresoli M, Cimbanassi S, et al. 2017 WSES and SICG guidelines on acute calculous cholecystitis in elderly population. *World J Emerg Surg*. 2019;14:10.
20. Gurusamy KS, Davidson BR. Gallstone disease. În: *Evidence-based Gastroenterology and Hepatology*, 4th ed. Wiley-Blackwell, 2019.