

Leukocyträkning och CRP-bestämning vid akut appendicit – påverkas kliniken?

I Läkartidningen 9/2002 (sidorna 891-3) redovisar docent Juha M Grönroos från Åbo sina studier av bestämning av vita och C-reaktivt protein (CRP) vid appendicit och hävdar att man skulle kunna undvika »onödiga« appendektomier om man använde resultaten av dessa undersökningar mer konsekvent. Grönroos' studier är av betydande värde men riskerar att leda till för stor tilltro till laboratorieprov vid diagnostik av akut appendicit, vilket varnats för i dessa spalter för redan för 20 år sedan [1]. Problemet är i första hand att man måste noga definiera utgångspunkten för studier av denna art, vilket inte minst diskuteras i den SBU-utredning som avser att inom ett år prestera en »gul bok« om akut appendicit.

ÅKE ANDRÉN-SANDBERG
områdeschef, Drottning Silvias barn-
och ungdomssjukhus Sahlgrenska uni-
versitetssjukhuset, Göteborg
ake.andren-sandberg@vregion.se

■ Det är viktigt att fastställa att patienter med akut appendicit regelmässigt har signifikant förhöjd halt leukocyter, det vill säga att sensitiviteten skall vara hög. Dessutom skall patienter utan appendicit inte ha höga halter vita, specificiteten måste vara hög.

När väl dessa hinder passerats bör man utgå från situationen på akutmottagningen, vilket kan omskrivas med att de prediktiva värdena av positiva och negativa test skall vara höga. Om även detta ser bra ut måste man emellertid gå ett steg längre än vad Grönroos gör i sin artikel.

Hälften har typiska symtom

Nästan hälften av patienterna med slutligen verifierad akut appendicit har typiska symtom för akut appendicit, inkluderande kort sjukhistoria, typisk ålder, avsaknad av symtom och sjukhistoria talande för andra diagnoser, smärtvandring ned mot höger fossa iliaca, tilltagande sjukdomskänsla, påtaglig anorexi, distinkt ömhet i nedre högra delen av buken etc. Dessa patienter har akut appendicit i minst 95 procent av fallen [2, 3].

Eftersom Grönroos i sin artikel visar att drygt 10 procent av dem med akut appendicit har normala leukocytantal är det svårt att tro att bestämning av vita blodkroppar skulle minska antalet »onödiga« appendiciter i denna grupp. Dessutom är det svårt för en kirurg att tillmäta ett normalt leukocytantal en avgöran-

de betydelse om alla andra variabler talar för appendicit.

När diagnosen är oklar

I den gruppen där den kliniska diagnosen är mer oklar är leukocyträkning och CRP mer efterfrågade av kirurger. Emellertid är värdet av laboratorieundersökningarna betydligt lägre i denna grupp eftersom prevalensen av appendicit här är klart lägre, vilket ger en hög frekvens falskt positiva.

Dessutom måste värdet av dessa billiga undersökningar värderas med utgångspunkt i om de minskar användandet av de dyrare ultraljudsundersökning [4], dynamisk datortomografi (DT) [5, 6] och diagnostisk laparoskopi [7, 8]. Om inte leukocyträkning minskar antalet morfologiska studier är det svårt att förstå att leukocyträkning kan ha en verklig betydelse.

Tidsaspekten

Slutligen måste tidsaspekten beaktas i högre grad. Att inte CRP har betydelse i tidigdiagnostiken är inte konstigt eftersom detta akutfasprotein produceras i levern med en induktionstid på minst 24 timmar [9], och det är inom denna tidsperiod som appendicit vanligen manifesterar sig [10].

Leukocytmätning visar regelbundet förhöjda värden vid appendicit hos vuxna, men om enstaka mätningar kan bidra till tidigdiagnostiken och tidig differentialdiagnostik är heller inte helt klarlagt [11]. Upprepade värden kan däremot vara av värde för att stärka diagnosen. Om detta å andra sidan i kliniken påverkar ställningstagandet vid exspektion är fortfarande oklart.

CRP kan således avskrivas som an-

vändbart för tidigdiagnostik av akut appendicit. Leukocyträkning är teoretiskt av värde, men det återstår ändå för Grönroos och medarbetare att visa att det påverkar det kliniska handlandet. Ett visst tvivel kvarstår till dess.

Referenser

1. Andrén-Sandberg Å, Mårtensson H, Siemert G. Leukocyträkning vid akut appendicit – tolkningsproblem vid laboratoriesvar. Läkartidningen 1981;78:1959-60.
2. Böhner H, Yang Q, Franke K, Ohmann C. Significance of anamnesis and clinical findings for diagnosis of acute appendicitis. Acute Abdominal Pain Study Group. Z Gastroenterol 1994;32:579-83.
3. Styrud J, Eriksson S, Granström L. Diagnostic accuracy in patients with appendicitis: analyses in 2352 patients during 8 years [abstract]. Br J Surg 1995;82 suppl 1:8.
4. Franke C, Böhner H, Yang Q, Ohmann C, Roher H. Ultrasonography for diagnosis of acute appendicitis: result of a prospective multicenter trial. Acute Abdominal Pain Study Group. World J Surg 1999;23:141-6.
5. Walker S, Huan W, Clark J, McMillin K, Zeren F, Gilliland T. The value of limited computed tomography with rectal contrast in the diagnosis of acute appendicitis. Am J Surg 2000;180:450-5.
6. Gwynn LK. The diagnosis of acute appendicitis: clinical assessment versus computed tomography evaluation. J Emerg Med 2001;21:119-23.
7. Champault G, Taffinder N, Zioli M, Rizk N, Catheline JM. Recognition of a pathological appendix during laparoscopy: a prospective study of 81 cases. Br J Surg 1997;84:671.
8. Kraemer M, Ohman C, Leppert R, Yang Q. Macroscopic assessment of the appendix at diagnostic laparoscopy is reliable. Surg Endosc 2000;14:625-33.
9. Pepys MB, Berger A. The renaissance of C reactive protein. It may be a marker not only of acute illness but also of future cardiovascular disease [editorial]. BMJ 2001;322:4-5.
10. Andersson R. Can perforating appendicitis be considered a separate disease entity [invited commentary]. Eur J Surg 1999;165:481-2.
11. Eriksson S, Granström L, Carlström A. The diagnostic value of repetitive preoperative analyses of C-reactive protein and total leukocyte count in patients with suspected acute appendicitis. Scand J Gastroenterol 1994; 29:1145-9.