

Kan appendiciter spontanläka – evidensbaserat eller bara sannolikt?

Visst finns det fall av appendicit som spontanläker, men frågan är om andelen är så stor att det redan nu aktualiserar en omläggning av behandlingsprinciperna. Att många appendiciter spontanläkar får än så länge betraktas som hypotetiskt snarare än bevisat. Det menar Åke Andrén-Sandberg, som här diskuterar Roland Anderssons artikel i förra veckans nummer av Läkartidningen.

ÅKE ANDRÉN-SANDBERG

klinisk lärare vid de kirurgiska institutionerna vid Göteborgs universitet; professor vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg
ake.andren-sandberg@chsa.med.gu.se

■ Roland Andersson är den som på senare år enligt Medline publicerat flest artiklar om akut appendicit och dessutom i mycket prestigefulla tidskrifter. Det finns därför all anledning att läsa mycket noggrant när han i Läkartidningen [1] hävdar att akuta appendiciter kan spontanläka. Därmed är emellertid inte sagt att han har rätt, utan inlägget bör ses som en välunderbyggd hypotes. Hans första huvudbudskap – »att obehandlad appendicit ofta spontanläker» – bör dock i evi-

densmedicinens tidevarv ifrågasättas innan vi lägger om de kirurgiska behandlingsrutinerna i fråga om misstänkt akut appendicit.

Spontanläkning

Naturligtvis är det rimligt att tänka sig att det finns fall av akut appendicit som spontanläker, precis som andra inflammationer kan läka ut utan behandling, inkluderande exempelvis perforerad sigmoideumdivertikulit och duodenalulcus. En av de första operationerna för akut appendicit gjordes av Johannes von Mikulicz-Radecki i Krakow 1880, varvid emellertid endast en sutur av ett hål i appendix utfördes – men patienten tillfrisknade [2].

Frågan är därför snarare hur ofta

spontanläkning förekommer, och då räcker det inte att redovisa att det i litteraturen finns beskrivet ett hundratal fall av kliniskt misstänkt appendicit där diagnosen styrkts av laboratorieundersökningar och typiska fynd vid ultraljudsundersökning [1] – den givna referensen beskriver dessutom bara 60 fall [3].

Jag tror, men har det inte belagt i siffror, att de flesta aktiva appendicitkirurger har upplevt fall där datortomografi eller ultraljud talat tydligt för appendicit, men där man funnit en normal appendix vid exploration. Laboratoriediagnostiken är ju också långt ifrån säker [4, 5].

»Körtelbuk«

Det är också väl belagt i litteraturen att det finns fall av inflammationer i bukens nedre del där appendektomi visar en makro- och mikroskopiskt normal appendix, men där lymfkörtlarna i ileocekalvinkeln är förstörade på ett onormalt sätt. Detta kallas oftast av kirurgerna för »körtelbuk« och finns väl beskrivet i en skandinavisk avhandling från 1954 [6]. Diagnosens bärighet och incidens tål väl att diskuteras mer i detalj, men i en välgjord konsekutiv studie av patienter med misstänkt appendicit publicerad år 2000 ställdes diagnosen mesenterieell adenit i 8 procent av fallen, och i bara 3 procent av fallen förelåg samtidigt akut appendicit [7]. Amerikanen Potts' uttalande från 1959 står sig därför i huvudragen fortfarande: »Acute mesenteric lymphadenitis so closely mimics acute

FOTO: SCIENCE PHOTO LIBRARY



Inflammerad blindtarm – spontanläkning, operation eller antibiotika?

Däremot är det inte säkert ställt vilka patienter vi skall avstå från att rekommendera operation, och inte heller om tillfrisknandet i en majoritet av de icke opererade fallen beror på spontanläkning eller på feldiagnostik.

appendicitis that differentiation is impossible« [8].

Ytterligare en svårighet föreligger eftersom makroskopisk och mikroskopisk undersökning av uttagna blindtarmsbihang kommer till samma resultat endast i cirka 90–95 procent av fallen. Vanligen bedömer kirurgen i dessa fall appendix som normal medan patologen finner tecken på akut inflammation, men det omvända förekommer också [9–12]. Detta innebär naturligtvis att det är omöjligt att följa patienter kliniskt och hävda att de tillfrisknar spontant – de som »tillfrisknar« kanske aldrig hade appendixit?

Ändrade svenska rutiner?

Intressant är att Andersson hänvisar till en studie där de kliniker som tillämpade en mer återhållsam attityd till kirurgi hade 50 procent färre operationer där appendix var frisk, och 35 procent färre appendixiter blev diagnostiserade, än vid kliniker som hade en mer kirurgiskt aktiv attityd. Trots att artikeln publicerades i en så ansedd tidskrift som *Lancet* har den sedan publiceringen 1964 [13] uppenbarligen fått liten betydelse.

Både *Lancet*artikeln författare och Andersson ger indirekt förklaringen till varför det är svårt att utan betydande eftertanke vara återhållsam med appendektomier: det förekommer dödsfall i akut appendixit [14, 15]. Kirurgernas rädsla för att missa dödliga fall av akut appendixit bör därför i första hand inte balanseras mot alltför hög frekvens av retrospektivt sett onödigt uttagna blindtarmsbihang, utan mot riskerna med appendektomier på kort och lång sikt [16].

Modern antibiotikabehandling

Dessutom måste man reflektera över de delvis banbrytande svenska forskningsresultat som visar att det finns patienter som tillfrisknar trots appendixit utan operation men med modern antibiotikabehandling [17]. Det finns all anledning att tro att med nästa generation antibiotika en betydande andel av patienter med symtom av den arten som förekommer vid akut appendixit kan behandlas med enbart antibiotika, och till och med utan appendektomi en froid [18].

Konklusion och framtid

Vi behöver inte betvivla att spontanläkning av akut appendixit förekommer, däri har Andersson rätt. Han har också rätt i att perforationsfrekvens inte är ett bra mått på hur väl vi klarar att sköta patienter med misstänkt appendixit, och att det finns en klar marginal att minska antalet akuta appendektomier. Däremot är det inte säkerställt vilka patienter vi skall avstå från att rekommendera operation,

och inte heller om tillfrisknandet i en majoritet av de icke opererade fallen beror på spontanläkning eller på feldiagnostik.

I dessa fall längtar vi efter de randomiserade långtidsstudierna efter ultraljud och datortomografi respektive antibiotikabehandling vid symtom som kan tyda på akut appendixit. Om någon åtar sig att randomisera gruppen där ultraljud, datortomografi och laparoskopi inte kan fastställa diagnosen akut appendixit till operation, enbart antibiotika eller längsta rimliga fördröjning till operation vore det ännu härligare.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Andersson R. Dags att omvärdera handläggningen av misstänkt appendixit. Patienten kan besparas en »onödig« operation. *Läkartidningen* 2002;99:4034-8.
2. Thorén L. Appendixitens historia under 400 år 1521–1921. I: Kock W, redaktör. *Nordisk medicinhistorisk årsbok* 1989. Stockholm: Museum of medical history; 1989. p. 81-97.
3. Cobben LP, de Van Otterloo AM, Puylaert JB. Spontaneously resolving appendixitis: frequency and natural history in 60 patients. *Radiology* 2000;215:349-52.
4. Grönroos JM, Grönroos P. Leucocyte count and C-reactive protein in the diagnosis of acute appendixitis. *Br J Surg* 1999;86:501-4.
5. Andrén-Sandberg Å. Leukocyträkning och CRP-bestämning vid akut appendixit – påverkas kliniken? *Läkartidningen* 2002;99:1375.
6. Gylling M. Stress and appendix, with effect of stress on variations in the weight of the adrenals [dissertation]. *Ann Chir Gynaecol Fenniae* 1954;43 suppl 3:1-75.
7. Macari M, Hines J, Balthazar E, Meigbow A. Mesenteric adenitis: CT diagnosis of primary versus secondary causes, incidence, and clinical significance in pediatric and adult patients. *Am J Roentgenol* 2002; 178:853-8.
8. Potts WJ. *The surgeon and the child*. Philadelphia: Lippincott; 1959.
9. Mussack T, Schmidbauer S, Nerlich A, Schmidt W, Hallfeldt KK. Die chronische Appendizitis als eigenständige klinische Entität. *Chirurg* 2002;73:710-5.
10. Brooks SG, Hughes RG. Selective histopathology for appendix specimens. *Lancet* 1987;2(8573):1456.
11. Wolkomir AF, Barone JE, Moser RL. Selective microscopic examination of gallbladders, hernia sacs, and appendices. *Am Surg* 1991;57:289-92.
12. Chan W, Fu KH. Value of routine histopathological examination of appendixitis in Hong Kong. *J Clin Pathol* 1987;40:429-33.
13. Howie JG. Too few appendectomies? *Lancet* 1964;1:1240-2.
14. Howie JG. Death from appendixitis and appendectomy. An epidemiological survey. *Lancet* 1966;2(7477):1334-7.
15. Blomqvist PG, Andersson RE, Granath F, Lambe MP, Ekblom AR. Mortality after ap-

pendectomy in Sweden 1987–1996. *Ann Surg* 2001;233:455-60.

16. Andersson RE. Small bowel obstruction after appendectomy. *Br J Surg* 2001;88:1387-91.
17. Eriksson S, Granström L. Randomized controlled trial of appendectomy versus antibiotic therapy for acute appendixitis. *Br J Surg* 1995;82:166-9.
18. Willemsen PJ, Hoorntje LE, Eddes EH, Ploeg RJ. The need for interval appendectomy after resolution of an appendiceal mass questioned. *Dig Surg* 2002;19:216-22.