
Perioperativ antibiotika-profylakse og intervall appendektomi

KOMMENTAR

AIRAZAT M. KAZARYAN

kazaryan@gmail.com

Airazat M. Kazaryan er ph.d. og legespesialist ved Gastrokirurgisk seksjon, Kirurgisk avdeling, Sykehuset Østfold, Grålum, overlege ved Kirurgisk avdeling, Helse Fonna, Odda, og gjesteforsker ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

PETER W. MONRAD-HANSEN

LARS L. EFTANG

MARTIN HAGVE

BJØRN STEINAR NEDREBØ

PETER RANCINGER

TOM MALA

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

Vår kronikk har utløst en diskusjon om optimal behandling av akutt appendisitt [\(1\)](#). Tilbakemeldingene vi fikk under kirurgisk høstmøte 2022 og under internundervisning på Sykehuset Østfold, har vist to sentrale temaer som ikke ble omtalt i kronikken: antibiotikaprofylakse og intervall appendektomi. Vi vil takke for kommentarene og ønsker å gi vår tilbakemelding på disse.

I henhold til Helsedirektoratets retningslinjer er doksisyklin 400 mg og metronidazol 1 g førstevalg som antibiotikaprofylakse ved kirurgi for akutt appendisitt [\(2\)](#). Ved dette regimet opprettholdes terapeutisk

serumkonsentrasjon i 24 timer. Appendektomi ved akutt appendisitt er et øyeblikkelig hjelp-inngrep, og intravenøs administrasjon foretrekkes og anbefales avsluttet før inngrepet starter. Dette betyr i praksis at profylaksen bør starte i det beslutningen om appendektomi er tatt, med mindre det er tydelig grunn til oppstart av terapeutisk antibiotika-regime isteden (som standard: ampicillin, gentamycin og metronidazol) ved alvorlig sykdomsbilde eller høy mistanke om komplisert appendisitt (perforasjon, abscess, peritonitt) (3).

Det kan foreligge variasjoner i praksis blant kirurger knyttet til preoperativ antibiotikabruk. For eksempel hender det at pasienter med antatt ukomplisert appendisitt venter på operasjon uten dekning av antibiotika med den hensikt å administrere antibiotika rett før operasjon. Imidlertid kan det være vanskelig i en travel klinisk virksomhet å forutsi knivstart, og administrering av intravenøs infusjon av doksisyklin og metronidazol tar tid.

I påvente av operasjon og uten dekning med profylaktisk antibiotika, utvikler noen pasienter et sykdomsbilde som nødvendiggjør bruk av terapeutiske antibiotika. I praksis vil mange anse det som akseptabelt, avhengig av det kliniske bildet, å utsette operasjonen i noen timer av hensyn til andre tilstander med høyere hastegrad. Korrekt profylaktisk antibiotika opprettholder imidlertid terapeutisk serumkonsentrasjon lenge og ivaretar tilstrekkelig pre- og peroperativ antibiotikadekning (4).

Oppsummert anbefales det å administrere doksisyklin 400 mg og metronidazol 1 g som rutine umiddelbart etter avgjørelse om appendektomi er tatt, med mindre det foreligger mistanke om et mer alvorlig sykdomsbilde som tilsier terapeutisk antibiotikabehandling.

De siste årene har intervall appendektomi (også kalt «appendektomi i kald fase») innen 3 måneder hos pasienter > 40 år, som er konservativt behandlet for komplisert appendisitt, fått økende aksept (5). Denne tilnærmingen er ikke godt dokumentert og baseres i stor grad på en finsk studie med 60 pasienter som ble prematurt avsluttet på grunn av høy forekomst av neoplasi (17 %) hos pasienter med periappendikulær abscess (6).

Ved ikke-operativ behandling anbefales at pasienter > 40 år kontrolleres med koloskopi til cøcum eller CT-kolografi innen 6 – 8 uker. Rutinemessig intervall appendektomi for å unngå residiv av appendisitt eller for å utelukke neoplasi i appendiks er kontroversielt på grunn av manglende evidens. Det er behov for flere og bedre studier for å kunne avklare indikasjon for intervall appendektomi i behandling av komplisert appendisitt.

REFERENCES

1. Kazaryan AM, Eftang LL, Ødegaard P et al. Appendisittbehandlingen bør standardiseres. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142: 962–5.
2. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. 1.1. Gastrointestinal kirurgi. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus/antibiotikaprofylakse-ved-kirurgi/gastrointestinal-kirurgi> Lest 17.3.2023.

3. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. 10. Infeksjoner i abdomen. Appendicitt. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus/infeksjoner-i-abdomen#behandling-oral-o-9bf091ee-f9c6-4d49-a9f7-64d5ca37fdoc-o> Lest 17.3.2023.
 4. Muñoz-Serrano AJ, Delgado-Miguel C, Núñez Cerezo V et al. Does time to antibiotic initiation and surgery have an impact on acute appendicitis results? *Cir Pediatr* 2020; 33: 65–70. [PubMed]
 5. UpToDate. Management of acute appendicitis in adults. <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults> Lest 17.3.2023.
 6. Mällinen J, Rautio T, Grönroos J et al. Risk of appendiceal neoplasm in periappendicular abscess in patients treated with interval appendectomy vs follow-up with magnetic resonance imaging: 1-year outcomes of the peri-appendicitis acuta randomized clinical trial. *JAMA Surg* 2019; 154: 200–7. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 8. mai 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0282
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.