Antibiotika eller operasjon ved appendisitt hos barn?

En svensk studie har undersøkt om barn med akutt appendisitt uten perforasjon kan behandles med antibiotika alene.

Akutt appendisitt er den vanligste årsaken til akutt kirurgi hos barn og skal behandles med appendektomi. Kan antibiotikabehandling alene gi like gode resultater?

I en svensk pilotstudie ble 50 barn i alderen 5–15 år med akutt appendisitt uten perforasjon randomisert til laparoskopisk appendektomi eller til antibiotikabehandling i minst ti

Illustrasjonsfoto: Science Photo Library

dager. Barna ble utskrevet når de hadde vært afebrile i mer enn 24 timer og var i form til å være hjemme. Alle 26 barna som ble operert hadde histologisk appendisitt, og ingen fikk alvorlige komplikasjoner. Hos 22 av de 24 barna som fikk antibiotikabehandling, gikk symptomene over uten operasjon, mens to måtte opereres med appendektomi i løpet av sykehusoppholdet. Innen ett år måtte ytterligere sju barn i antibiotikagruppen opereres pga. magesmerter, men bare én viste seg å ha residiv av appendisitt.

– Det foreligger få randomiserte kontrollerte studier innen barnekirurgi og forfatterne skal ha honnør for å ha gjennomført studien, sier Hans Skari, som er overlege ved Barnekirurgisk seksjon ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Imidlertid er studien relativt liten. Det er usikkert om barna som ble randomisert er representative for pasientgruppen, ettersom hele 225 barn var kandidater til studien, men kun 50 ble randomisert. Av de 175 som ble ekskludert, var det 77 som ikke ønsket å delta.

– Studien viser etter min mening svært gode resultater med laparoskopisk appendektomi, mens resultatene med antibiotika alene er noe dårligere. Fortsatt er appendektomi å foretrekke ved ikke-perforert appendisitt, sier Skari.

Lise Mørkved Helsingen
Tidsskriftet

Litteratur

1. Svensson JF, Patkova B, Almström M et al. Non-operative treatment with antibiotics versus surgery for acute nonperforated appendicitis in children: a pilot randomized controlled trial. *Ann Surg* 2015; 261: 67–71.

D-dimertest etter venøs tromboemboli

Risiko for residiv etter venøs tromboemboli av ukjent årsak er forhøyet selv om D-dimertesten er negativ.

Pasienter som får venøs tromboemboli uten kjent utløsende årsak, har høy risiko for tilbakefall når D-dimernivåene etter avsluttet behandling er høye. I en prospektiv studie ble det undersøkt om D-dimernivået kan brukes til å avgjøre hvem som bør fortsette antikoagulasjonsbehandling (1).

Hos 410 personer ≤ 75 år som hadde avsluttet 3–7 måneders antikoagulasjonsbehandling etter venøs tromboemboli, ble behandlingen stoppet hvis D-dimertesten var negativ og ikke startet opp igjen hvis testen etter en måned fortsatt var negativ ($n = 319$).

Andelen residiv i denne gruppen var 6,7% per pasientår, 9,7% hos menn, 5,4% hos kvinner der venøs tromboemboli ikke hadde sammenheng med østrogenterapi, og 0,0% når det var en slik sammenheng. Blant pasientene som ikke stoppet antikoagulasjonsbehandlingen grunnet forhøyet D-dimernivå, var residivfrekvensen på 1,2%.

Menn har dobbelt så høy risiko for residiv av venøs tromboemboli som kvinner, og i denne studien fant man at residivfrekvensen også var uakseptabel høy hos menn som hadde negativ D-dimertest ved avsluttet antikoagulasjonsbehandling, sier professor John-Bjarne Hansen, leder ved K.G. Jebsen – Senter for tromboseforskning ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet.

Studien tyder på at D-dimertesting ikke bør brukes som et universelt verktøy for

bestemmelse av behandlingsvarighet hos pasienter med venøs tromboemboli uten kjent utløsende årsak. I tråd med retningslinjene bør man anbefale langvarig behandling så lenge blødningsrisikoen er lav. Studien viser også at pasienter med østrogenrelatert venøs tromboemboli har lav residivfrekvens og trenger kun tre måneders antikoagulasjonsbehandling for å redusere risikoen for residiv til et akseptabelt nivå, sier Hansen.

Trine B. Haugen
Tidsskriftet

Litteratur

1. Kearon C, Spencer FA, O'Keeffe D et al. D-dimer testing to select patients with a first unprovoked venous thromboembolism who can stop anti-coagulant therapy: A cohort study. *Ann Intern Med* 2015; 162: 27–34.