Gäller för: VE Kir Uro Pall Onkologi, VE Akutmott Ambulans
Innehållsansvar: Isak Arvidsson, (isaar1), Överläkare
Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-07-23
Giltig till: 2028-07-23

Appendicit – utredning och behandling - SkaS

Revideringar i denna version

Förtydliganden och förlängd giltighetstid.

Bakgrund, syfte och mål

Bakgrund: Livstidsprevalens 7 %. Vanligast mellan 10 – 25 år, men förekommer i alla åldrar. Många som perforerat har gjort det redan innan de kommer till sjukhus.

Etiologi: Flegmonös appendicit drabbar inte alla tarmväggslager, gangränös drabbar alla. Spekulationer om infektiös genes förekommer, men etiologin är sannolikt multifaktoriell. Direkt trauma kan också utlösa inflammationen.

Symtomatologi: Börjar ofta med måttlig och diffus buksmärta centralt eller ovan naveln. Relativt snabbt förlopp, vanligen 24 -48 h. Patienten har varierande symtombild med allmän sjukdomskänsla, nedsatt aptit, illamående, kräkning, förstoppning eller diarré. Inflammationen resulterar ofta i en peritoneal retning och man kan med detta få den karakteristiska ”smärtvandringen” (60 %) ned mot höger fossa. Rörelsekorrelerad smärta är vanligt, men kan saknas om appendix ligger retrocekalt eller i lilla bäckenet. Abcessbildning kan ske vilket ibland kan palperas som en resistens. Subfebrilitet runt 38 grader är vanligt, men

inte obligat. Hög feber >38,5 grader kan tala för en mer avancerad appendicit. Appendix läge kan göra att symtomen ibland kan likna de vid bland annat pyelonefrit, cholecystit eller salpingit. Symtomen kan också misstolkas som gastroenterit, förstoppning eller urinvägsinfektion.

Syfte/Mål: Rutinen syftar till att sjukhuset ska ha en enhetlig handläggning av patienter med misstänkt appendicit och att vidare diagnostik och operation sker på rätt indikation.

Förutsättningar

Nationella riktlinjer

För fördjupning se: Nationellt vårdprogram för appendicit hos vuxna och barn

Avgränsningar

Dokumentet är giltigt för patienter >18 år som söker akut för misstänkt appendicit. För barn se: Appendicit hos barn – utredning och behandling -SkaS

Arbetsbeskrivning

På akutmottagningen tas anamnes och klinisk undersökning utförs.

Direkt palpationsömhet/släppömhet i höger fossa över Mc Burney´s punkt talar för appendicit liksom indirekt palpationsömhet (Rovsings test och indirekt släppömhet (Permans test).

Provtagning ska ske i form av blodstatus inkluderat andelen neutrofila, CRP, urinsticka samt U-hCG hos alla fertila kvinnor.

För patienter > 65 år som kan bli aktuella för operation tas EKG

Handläggningen baseras på en helhetsbedömning utifrån anamnes, kliniska fynd och laboratorieanalyser.

Kvinnor i **fertil ålder** ska efter kontakt med kvinnoklinken genomgå **akut gyn-undersökning** för att utesluta gynekologisk differentialdiagnos om osäkerhet kring diagnos kan föreligga.

För gravida med misstänkt appendicit se: Vård av gravida kvinnor med skäligen misstänkt appendicit

Beräkna gärna och journalför AIR-score (Appendicitis Inflammatory Response score) som är ett validerat hjälpmedel för att bedöma sannolikheten för appendicit. Går exempelvis att beräkna via följande länk: AIR-score

Beräknad AIR-score kan underlätta handläggningen enligt förslaget nedan:

Hög sannolikhet

En patient med **AIR-score 8 – 12** innebär hög sannolikhet för appendicit och fler utredningar är inte indicerade i de flesta fall. Lägg in patienten fastande och ordinera intravenös vätska och smärtlindring. Planera för operation om inte lång sjukdomsduration, osäkerhet kring diagnos eller högt CRP föranleder ytterligare utredning.

Oklar diagnos

En patient med **AIR score 4 – 8** bör observeras aktivt på sjukhus fastande, med upprepad provtagning och klinisk undersökning efter 4 timmar. Notera ny AIR-score i journalen. Agera utefter dynamik. Om diagnosen fortsatt är oklar efter observation kan bilddiagnostik genomföras i form av ultraljud eller DT. Om bilddiagnostik bedöms av ringa värde är diagnostisk laparoskopi ett alternativ.

Låg sannolikhet

En patient med **AIR-score < 4** och opåverkat allmäntillstånd kan observeras i hemmet. Vid förvärring eller utebliven förbättring dagen efter akutbesöket ska patienten uppmanas att åter söka akutmottagningen alternativt sin VåC för ny provtagning, ompalpation och AIR-score.

Vid operationsindikation tar i utgångsläget tilltänkt operatör alternativt bakjour ställning till operationsmetod. Laparoskopi är förstahandsmetod. Vid misstänkt bakterermi eller septiska symtom behandlas patienten enligt rutin direkt med intravenös antibiotika som täcker tarmflora efter att odlingar säkrats. Patienten kan också vara i behov av att vätskas upp.

Antibiotikaprofylax

Ges alltid, se styrdokument
Antibiotikaprofylax och antibiotikabehandling inom kirurgi

Antibiotikaterapi postoperativt

Ges ibland, se styrdokument
Antibiotikaprofylax och antibiotikabehandling inom kirurgi

Utskrivning och uppföljning

Sker så fort det kliniska tillståndet medger. Snar mobilisering och övergång till peroral läkemedelsterapi är önskvärt. Återbesök, kompletterande undersökning eller uppföljande provtagning behövs oftast inte, men ansvarig läkare avgör behovet individuellt.

Käll- och litteraturförteckning

Nationellt vårdprogram för appendicit hos vuxna och barn

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Kir Uro Pall Onkologi, VE Akutmott Ambulans

Innehållsansvar: Isak Arvidsson, (isaar1), Överläkare

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9710-1396384072-9

Version: 9.0

Giltig från: 2026-07-23

Giltig till: 2028-07-23