

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2025-11-13

Innehållsansvar: Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

Giltig till: 2027-11-30

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

# Vård av gravida med skäligen misstänkt appendicit

## Revideringar i denna version

Förlängd giltighetstid.

## Bakgrund, syfte och mål

Akut appendicit är det vanligaste kirurgiska tillstånd under graviditet. För gravida kvinnor är symtomatologin och undersökningsfynden avsevärt mer svårtolkade än för icke gravida. Därtill är gravida immunologiskt sämre rustade att möta infektioner och riskerar därmed ett allvarligare förlopp såsom sepsis om diagnosen fördröjs. Gravida med misstänkt appendicit behöver därför särskild handläggning enligt nedanstående punkter.

## Arbetsbeskrivning

- Gravida med *skälig* appendicitmisstanke ska bedömas av bakjournskompetent kirurg i samråd med bakjournskompetent gynekolog/obstetriker.
- Bedömning bör ske genom multidisciplinärt samråd där bakjourerna planerar åtgärder tillsammans. Traditionell rutin med remiss/svarssystem gäller inte. Samråd sammankallas av den specialist som har ansvar för patienten.
- Stor andel av gravida saknar typiska tecken på appendicit. Tecken som feber, leukocytstegring och CRP kan saknas hos gravida med appendicit. Anatomiska förhållanden kan bidra till att smärtan förläggs till atypisk lokalisation.
- Förutom anamnes och klinisk bild kan diagnostik utföras med radiologiskt ultraljud för att utesluta kolecystit. Andra differentialdiagnoser som ska övervägas är ovarialcysta, ovarialtorsion, mesenterialvenstrombos och vena-ovaricatrombos vilka dock alla är

ovanligare än just appendicit. MR kan användas utan negativ effekt på fostret.

- Var frikostig med att utforska på misstanke om appendicit. Operation kan ske på vidare indikation än för icke-gravida. För gravida saknas evidens för konservativ behandling och en expecterande inställning kan istället fördröja diagnos med ökad risk för perforation och efterföljande sepsis.
- Vid graviditet från vecka 25+0 sker full åtgärd på barnets indikation, exempelvis med kejsarsnitt, vid fosterljudspåverkan om så blir nödvändigt under förutsättning att inte maternell kontraindikation föreligger. CTG-övervakning är alltid aktuell, ordineras och bedöms av obstetriker. Patienten vårdas då företrädesvis på förlossningen. Kirurg ansvarar för att fortlöpande göra konsekutiva bedömningar utan separat remissförfrågan efter initialt samråd.
- Före gravvecka 22+0 görs aldrig sectio på fetal indikation och CTG-övervakning ska inte utföras. Mellan gravvecka 22+0 och 24+6 görs individuell bedömning av obstetriker. Överväg kontakt med regionklinik.
- Appendiciten eller operationen kan utlösa missfall, sammandragningar och förtidsbörd. Barnmorska kan göra klinisk bedömning och vid behov koppla CTG.
- Gravida som opererats ska ges trombosprofylax i minst 7 dagar. Längre om annan riskfaktor finns. Se regionalt vårdprogram för [Venös tromboembolism](#), sid 75–78.
- Inför utskrivning ska man komma ihåg att gravida är immunosupprimerade. Man ska ta ställning om förlängd behandling med peroral antibiotika ska ordineras. För gravida föreligger vidare indikation för förlängd antibiotika än för icke gravida. Val av antibiotika görs i samråd med gynekolog/obstetriker, kirurg och infektionsläkare. CRP ska tas på hemgångsdagen och kan vara vägledande. Återbesök för oförlösta sker lämpligen till läkare på specialistmödravården efter en vecka.

## Arbetsgrupp

Emelie Ottosson och Björn Frisk.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Barn o Kvinna

**Innehållsansvar:** Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

**Granskad av:** Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

**Godkänd av:** Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9716-1940753776-307

**Version:** 7.0

**Giltig från:** 2025-11-13

**Giltig till:** 2027-11-30