

Blindtarmsbetændelse (appendicitis): Symptomer, diagnose og moderne behandling



Blindtarmsbetændelse er en af de hyppigste akutte mavekirurgiske tilstande i Danmark. Livstidsrisikoen er ca. 7–8 %, og der udføres omkring 8.000–10.000 appendektomier årligt i Danmark [1,2]. Sygdommen kan opstå i alle aldre, men ses oftest mellem 10 og 30 år.

Hvad er appendicitis?

Appendix (blindtarmsvedhængen) er et lille pølseformet rør på 5–10 cm, der udgår fra den første del af tyktarmen. Når åbningen blokeres – typisk af en lille afføringsklump (fækalit), lymfeknudehævelse eller sjældent en tumor – stiger trykket inde i appendix, blodforsyningen forringes og bakterier vokser frem. Resultatet er inflammation og risiko for perforation [3].

Klassiske symptomer

- **Mavesmerter** der starter omkring navlen og inden for 6–24 timer vandrer ned i højre nedre del af maven
- **Kvalme, opkastninger og nedsat appetit**
- **Let feber** (37,5–38,5 °C)
- **Smerter ved tryk og slip** over McBurneys punkt
- Forværring ved hop, hoste eller bilkørsel

Hos børn, gravide og ældre kan billedet være atypisk, og diagnosen er ofte sværere at stille [4].

Diagnose

Diagnosen stilles på en kombination af klinisk undersøgelse, blodprøver og billeddiagnostik:

- **Blodprøver:** Forhøjet leukocytal og CRP understøtter diagnosen, men kan være normale tidligt i forløbet
- **Ultralyd:** Førstevalg hos børn og gravide; sensitivitet 80–90 % [5]
- **CT-scanning:** Guldstandard hos voksne med usikker diagnose; sensitivitet >95 % [6]
- **MR:** Anvendes typisk hos gravide hvis ultralyd ikke er konklusiv

Scoringssystemer som Alvarado- og AIR-score hjælper med at vurdere sandsynligheden for appendicitis [7].

Behandling: operation eller antibiotika?

Operation (appendektomi) er fortsat standardbehandlingen og udføres næsten altid laparoskopisk. Indgrebet tager 30–60 minutter, og de fleste kan udskrives 1–2 dage efter [8].

Antibiotikabehandling alene er i nyere studier vist at være et sikkert alternativ ved ukompliceret appendicitis hos udvalgte voksne. CODA-studiet (2020, n=1552) viste at antibiotika kunne undgå operation hos ~60 % efter 1 år, men ~40 % havde brug for senere operation [9]. Tilstedeværelse af fækalit øger risikoen for behandlingssvigt.

Perforeret appendicitis med absces behandles ofte initialt med antibiotika og evt. perkutan drænage, efterfulgt af planlagt appendektomi efter 6–8 uger ("interval appendektomi") [10].

Hvornår skal du søge læge akut?

Kontakt 1813 eller akut læge ved:

- Vedvarende mavesmerter i højre side i mere end 4–6 timer
- Mavesmerter ledsaget af feber, kvalme og opkastning
- Smerter der forværres ved bevægelse

Forsinket diagnose øger risikoen for perforation og bughindebetændelse, og hver times forsinkelse efter 36 timer øger komplikationsrisikoen markant [11].

Efter operationen

De fleste er tilbage på arbejde efter 1–2 uger ved laparoskopisk operation. Du kan spise normalt så snart maven tillader det, og fysisk aktivitet kan genoptages gradvist. Kontakt læge ved feber, tiltagende smerter eller rødme omkring sårene.

Referencer

1. Ferris M, et al. *The global incidence of appendicitis: a systematic review*. Ann Surg 2017;266(2):237–41.
2. Sundhedsdatastyrelsen. *Landspatientregisteret – appendektomier i Danmark*. 2023.
3. Bhangu A, et al. *Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management*. Lancet 2015;386(10000):1278–87.

4. Snyder MJ, et al. *Acute appendicitis: efficient diagnosis and management*. Am Fam Physician 2018;98(1):25–33.
5. Doria AS, et al. *US or CT for diagnosis of appendicitis in children and adults? A meta-analysis*. Radiology 2006;241(1):83–94.
6. Pickhardt PJ, et al. *Diagnostic performance of multidetector CT for acute appendicitis*. Ann Intern Med 2011;154(12):789–96.
7. Andersson M, Andersson RE. *The appendicitis inflammatory response score*. World J Surg 2008;32(8):1843–9.
8. Sauerland S, et al. *Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis*. Cochrane Database Syst Rev 2010;(10):CD001546.
9. CODA Collaborative. *A randomized trial comparing antibiotics with appendectomy for appendicitis*. N Engl J Med 2020;383(20):1907–19.
10. Andersson RE, Petzold MG. *Nonsurgical treatment of appendiceal abscess or phlegmon: a systematic review and meta-analysis*. Ann Surg 2007;246(5):741–8.
11. van Dijk ST, et al. *Meta-analysis of in-hospital delay before surgery as a risk factor for complications in patients with acute appendicitis*. Br J Surg 2018;105(8):933–45.