

## Amoksycylina z kwasem klawulanowym versus appendektomia w leczeniu niepowikłanego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego – porównanie wyników



dr hab. med. Dariusz Janczak  
Klinika Chirurgiczna, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny,  
Wrocław

Opracowano na podstawie: Vons C, Barry C, Sophie Maitre S, et al. Amoxicillin plus clavulanic acid versus appendicectomy for treatment of acute uncomplicated appendicitis: an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet* 2011;377:1573-79.

### Opis badania

Autorzy artykułu poddali analizie wyniki badań przeprowadzonych w kilku niezależnych ośrodkach chirurgicznych we Francji. Wstępnej selekcji pacjentów dokonano na podstawie występowania oraz intensywności bólu i gorączki oraz objawów brzusznych u pacjentów z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego. Przebadano 243 osoby, wykonując badanie TK jamy brzusznej, w którym potwierdzono, że zapalenie jest niepowikłane. Pacjentów losowo podzielono na dwie grupy: leczonych amoksyycyliną z kwasem klawulanowym (3 g dziennie przez 8-15 dni) lub operacyjnie. Głównym punktem końcowym było wystąpienie zapalenia otrzewnej w ciągu 30 dni od wdrożenia leczenia. Zapalenie otrzewnej stwierdzano znacznie częściej w grupie leczonej antybiotykiem (8%, n=9) niż w grupie leczonej operacyjnie (2%, n=2). W grupie leczonej amoksyycyliną z kwasem klawulanowym 12% pacjentów zostało poddanych zabiegowi appendektomii w ciągu 30 dni od wdrożenia antybiotykoterapii, a 29% między miesiącem a rokiem (u 26% wystąpiło ostre zapalenie wyrostka).

Nadal więc złotym standardem w leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego pozostaje zabieg operacyjny – appendektomia.

### Komentarz:

Zabieg operacyjny – appendektomia – obecnie wykonywany jest metodą klasyczną oraz coraz częściej metodą laparoskopową. Wyniki leczenia operacyjnego są bardzo dobre. Olbrzymi postęp medycyny doprowadził do uzyskania niskiej śmiertelności pooperacyjnej, sięgającej ok. 0,1%.

Mimo że appendektomia nadal jest metodą o niepodważalnej skuteczności w leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, w ostatnim okresie pojawiło się wiele publikacji dotyczących leczenia zachowawczego, opierającego się na zastosowaniu leków przeciwbakteryjnych o szerokim spektrum działania.

Niektórzy badacze twierdzą, że 60-70% pacjentów z rozpoznany zapaleniem wyrostka robaczkowego może być leczonych zachowawczo lekami przeciwbakteryjnymi, z dobrym skutkiem.

Zabiegi operacyjne mogą powodować powikłania wczesne, takie jak krwawienia, ropienie rany, ropnie międzypętlowe czy też powikłania związane ze znieczuleniem do zabiegu. Należy również wspomnieć o tzw. późnych następstwach operacji, do których należą zrosty otrzewnowe powodujące wzdęcia i bóle brzucha, niedrożność przewodu pokarmowego, przepukliny pooperacyjne.

Strategia stosowania leczenia zachowawczego w przypadku niepowikłanego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego zdecydowanie zmienia oblicze tradycyjnej i sprawdzonej terapii inwazyjnej. Wymaga od lekarza dużej odwagi i odpowiedzialności, tym bardziej, że pacjent zawsze chętnie przystanie na możliwość uniknięcia operacji lub jej odroczenia, niezależnie od konsekwencji takiej decyzji.

Z najnowszych badań wynika, że zapalenie wyrostka połączone z jego perforacją jest zupełnie innym schorzeniem niż zapalenie wyrostka bez perforacji. Perforacja może wystąpić średnio w ok. 17% chorych. Zatem nie każde zapalenie wyrostka musi prowadzić do perforacji, a tym samym wymagać pilnej operacji. Taki pogląd może zmienić zdecydowanie postępowanie uznane za obowiązujące od wielu lat i pozwoli uniknąć u wielu pacjentów inwazyjnego leczenia operacyjnego. Argumentem przemawiającym za operacyjnym leczeniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego jest fakt, że około 40% pacjentów leczonych zachowawczo w okresie do 1 roku wymaga wykonania operacji chirurgicznej.

Moim zdaniem, ponieważ nie możemy przewidzieć dynamiki i kierunku dalszego przebiegu choroby, każdy chory z klasycznymi objawami ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego powinien być operowany. Leczenie zachowawcze może być uznane za błąd w sztuce lekarskiej. Lepiej operować chorego „niepotrzebnie”, niż przeczyć potrzebę operacji zapalnie zmienionego wyrostka robaczkowego, będącego stanem zagrożenia życia. Laparotomia zwiadowcza, czyli diagnostyczna, jest uznanym postępowaniem chirurgicznym.

Dynamiczny postęp technik laparoskopowych pozwala na wykonywanie operacji bezpiecznych, nieokaleczających, umożliwiających szybki powrót do zdrowia. Pacjent jest wypisywany do domu po 2-3 dniach od zabiegu operacyjnego.

W celu zmiany obowiązującego dogmatu chirurgicznego konieczne jest przeprowadzenie wielośrodkowych, dobrze zaplanowanych badań klinicznych z randomizacją, które pozwolą wiarygodnie ustalić, które postępowanie i w jakiej sytuacji będzie korzystniejsze dla chorych. Zanim to jednak nastąpi, decyzję o sposobie postępowania podejmuje ostatecznie chirurg na ostrym dyżurze, opierając się na objawach klinicznych, badaniach laboratoryjnych, obrazowych oraz własnym doświadczeniu. Kilkogodzinna obserwacja chorych na oddziale chirurgicznym może ograniczyć częstość błędnych rozpoznań, a tym samym niepotrzebnych laparotomii z 20% nawet do 10%.

#### Piśmiennictwo:

1. Hansson J, Körner U, Khorram-Manesh A, et al. Randomized clinical trial of antibiotic therapy versus appendectomy as primary treatment of acute appendicitis in unselected patients. *Br J Surg* 2009;96(5):473-81.
2. Khiria LS, Ardhnari R, Mohan N, et al. Laparoscopic Appendectomy for Complicated Appendicitis: Is it Safe and Justified?: A Retrospective Analysis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2011;21(3):142-5.

3. Wu SC, Wang YC, Fu CY, et al. Laparoscopic appendectomy provides better outcomes than open appendectomy in elderly patients. *Am Surg* 2011;77(4):466-70.
4. Varadhan KK, Humes DJ, Neal KR, et al. Antibiotic therapy versus appendectomy for acute appendicitis: a meta-analysis. *World Journal of Surgery* 2010;34(2):199-209.
5. Fitzmaurice GJ, McWilliams B, Hurreiz H, et al. Antibiotics versus appendectomy in the management of acute appendicitis: a review of the current evidence. *Can J Surg* 2011;1;54(3):6610.
6. Coursey CA, Nelson RC, Moreno RD, et al. Appendicitis, Body Mass Index, and CT: Is CT More Valuable for Obese Patients than Thin Patients? *Am Surg* 2011;77(4):471-5.
7. Styrdud J, Eriksson S, Nilsson I, et al. Appendectomy versus antibiotic treatment in acute appendicitis: a prospective multicenter randomized controlled trial. *World J Surg* 2006;30(6):1033-7.
8. Livingston EH, Woodward WA, Sarosi GA, et al. Disconnect between incidence of non-perforated and perforated appendicitis: implications for pathophysiology and management. *Ann Surg* 2007;245:886-92.
9. Malik AA, Bari SU. Conservative management of acute appendicitis. *J Gastrointest Surg* 2009;13:966-70.
10. Konstantinidis KM, Anastasakou KA, Vorias MN, et al. A decade of laparoscopic appendectomy: presentation of 1,026 patients with suspected appendicitis treated in a single surgical department. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2008;18:248-58.