

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Κατευθυντήριες οδηγίες για την διάγνωση και θεραπεία της οξείας σκωληκοειδίτιδας (Jerusalem 2020)

Στυλιανή-Αικατερίνη Βεδεράκη, Ειρήνη Μπουρμπουτέλη, Αθανάσιος Μαρίνης, Νικόλαος Βλαχάκος

Γ' Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες δημοσιεύθηκαν το 2020 από την διεθνή επιστημονική εταιρεία επείγουσας χειρουργικής WSES (World Society of Emergency Surgery). Πρόκειται για επικαιροποίηση των οδηγιών που είχαν δημοσιευθεί το 2015 μετά το πρώτο Συνέδριο της WSES, που έλαβε μέρος στην Ιερουσαλήμ (WSES Jerusalem Guidelines). Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας ανανεώθηκε με άρθρα έως το 2019. Οι οδηγίες παρουσιάζονται με την μορφή ερωτήσεων και των αντίστοιχων σχολίων και συστάσεων, σύμφωνα με την μεθοδολογία GRADE.

Σ. Βεδεράκη, Ε. Μπουρμπουτέλη, Α. Μαρίνης, Ν. Βλαχάκος. Κατευθυντήριες οδηγίες για την διάγνωση και θεραπεία της οξείας σκωληκοειδίτιδας (Jerusalem 2020). Επιστημονικά Χρονικά 2021; 26(4): 742-758

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το οξύ κοιλιακό άλγος ευθύνεται για το 7-10% των επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ). Η οξεία σκωληκοειδίτιδα (ΟΣ) είναι μια από τις συχνότερες αιτίες κοιλιακού άλγους. Η πιθανότητα ρήξης της σκωληκοειδούς διακυμαίνεται από 16-40%, με πιο συχνές ομάδες τους νεώτερους σε ηλικία (40-57%) και εκείνους μεγαλύτερους των 50 ετών (55-70%). Η θνητότητα της ΟΣ είναι μικρότερη από 0,1%, ενώ στη γαγγραινώδη ανεβαίνει στο 0,6% και στη ρήξη στο 5%. Η διάγνωση της ΟΣ αποτελεί πρόκληση κι απαιτεί τη σύνθεση κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών δεδομένων. Τα τελευταία 20 χρόνια μελετήθηκε η μη χειρουργική προσέγγιση της ανεπίπλεκτης ΟΣ κυρίως λόγω του ελαττωμένου κόστους και των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Σύμφωνα με τις τρέχουσες ενδείξεις η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή αποτελεί την πιο αποτελεσματική κι ενδεδειγμένη θεραπεία, με μικρότερα ποσοστά λοίμωξης του χειρουργικού πεδίου, νοσηρότητας και παραμονής στο νοσοκομείο και με καλύτερα σκορ ποιότητας της ζωής σε σχέση με την ανοικτή. Τέλος, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές (λοίμωξη τραύματος, ενδοκοιλιακά αποστήματα, ειλεός) είναι λιγότερες στην λαπαροσκοπική (8,7%) σε σχέση με την ανοικτή σκωληκοειδεκτομή (11,1%).

Οι συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες δημοσιεύθηκαν το 2020 από την διεθνή επιστημονική εταιρεία επείγουσας χειρουργικής WSES (World Society of Emergency Surgery) [1]. Πρόκειται για επικαιροποίηση των οδηγιών που είχαν δημοσιευθεί το 2015 μετά το πρώτο Συνέδριο της WSES που έλαβε μέρος στην Ιερουσαλήμ (WSES Jerusalem Guidelines). Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας ανανεώθηκε με άρθρα έως το 2019. Οι οδηγίες παρουσιάζονται με την μορφή ερωτήσεων και των αντίστοιχων σχολίων και συστάσεων, σύμφωνα με την μεθοδολογία GRADE. Το **σύστημα GRADE** είναι ένα ιεραρχικό, βασισμένο σε στοιχεία εργαλείο, το οποίο αξιολογεί συστηματικά τη διαθέσιμη βιβλιογραφία και εστιάζει στο επίπεδο των ενδείξεων που βασίζονται στα είδη μελετών που περιλαμβάνονται. Η **ποιότητα των ενδείξεων (Quality of Evidence, QoE)** μπορεί να επισημανθεί ως υψηλή, μέτρια, χαμηλή ή πολύ χαμηλή. Αυτό θα μπορούσε είτε να υποβαθμιστεί σε περίπτωση σημαντικής μεροληψίας είτε να αναβαθμιστεί σε περίπτωση μελετών υψηλής ποιότητας (συστηματικές ανασκοπήσεις με μετά-ανάλυση, τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες). Η **ισχύς της σύστασης (Strength of Recommendation, SoR)** βασίστηκε σε επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων και χαρακτηρίστηκε ως αδύναμη, μέτρια ή ισχυρή.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του 2020 WSES για την οξεία σκωληκοειδίτιδα στοχεύουν στην παροχή ενημερωμένων δηλώσεων που βασίζονται σε στοιχεία και συστάσεις για καθένα από τα ακόλουθα θέματα: (1) διάγνωση, (2) μη χειρουργική αντιμετώπιση για ανεπίπλεκτη νόσο, (3) χρόνος σκωληκοειδεκτομής και ενδονοσοκομειακή καθυστέρηση, (4) χειρουργική θεραπεία, (5) διεγχειρητική βαθμολόγηση οξείας σκωληκοειδίτιδας, (6) διαχείριση της διατήρησης με φλέγμονα ή απόστημα και (7) περιεγχειρητική αντιβιοτική θεραπεία.

ΘΕΜΑ 1: ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΕΡΩΤΗΜΑ 1: Η αξία των κλινικών σκορ αξιολόγησης στη αντιμετώπιση της νόσου στους ενήλικες ασθενείς.

Σχόλια:

- a. Η επίτευξη διάγνωσης με βάση την κλινική εικόνα και την φυσική εξέταση μοιάζει με πρόκληση.
- b. Τα κλινικά σκορ είναι **αρκετά ευαίσθητα ώστε να αποκλειστεί** η οξεία σκωληκοειδίτιδα, εντοπίζοντας με ακρίβεια ασθενείς χαμηλού κινδύνου και μειώνοντας την ανάγκη για απεικόνιση αλλά και τα ποσοστά μη αναγκαίων επεμβάσεων σε αυτούς τους ασθενείς.
- c. Το σκορ Alvarado **δεν είναι επαρκώς ειδικό** για την διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας σε ενήλικες, φαίνεται αναξιόπιστο στη διαφοροποίηση της επιλεγμένης από την ανεπίπλεκτη οξεία σκωληκοειδίτιδα σε ηλικιωμένους ασθενείς και είναι λιγότερο ευαίσθητο σε ασθενείς με HIV.
- d. Τα σκορ AIR (appendicitis inflammatory response score) και AAS (adult appendicitis score) φαίνονται επί του παρόντος να είναι **τα καλύτερα σκορ κλινικής πρόβλεψης**, με την

υψηλότερη διακριτική ισχύ σε ενήλικες με υποψία οξείας σκωληκοειδίτιδας. Τα συγκεκριμένα σκορ **μειώνουν τον αριθμό επεμβάσεων** σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου, καθώς **και την ανάγκη για απεικονιστικές μελέτες και εισαγωγές** στο νοσοκομείο τόσο σε ομάδες χαμηλού όσο και μεσαίου κινδύνου.

Συστάσεις:

1. Προτείνεται η υιοθέτηση μιας εξατομικευμένης διαγνωστικής προσέγγισης για την διαστρωμάτωση του κινδύνου και της πιθανότητας νόσησης, ο σχεδιασμός της οποίας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη χαρακτηριστικά του ασθενή, όπως η ηλικία, το φύλο, κλινικά σημεία και συμπτώματα (QoE: moderate; SoR: strong; Grade 1B).
2. Συνιστάται η χρήση διαγνωστικών σκορ για τον αποκλεισμό της οξείας σκωληκοειδίτιδας και τον εντοπισμό ασθενών ενδιάμεσου κινδύνου που χρειάζονται περαιτέρω απεικονιστικό έλεγχο (QoE: high; SoR: strong; Grade 1A).
3. Προτείνεται η διάγνωση σε εγκύους ασθενείς να μην γίνεται μόνο βάσει κλινικών συμπτωμάτων και σημείων, αλλά να ζητούνται πάντα εργαστηριακές εξετάσεις και δείκτες φλεγμονής (QoE: very low; SoR: weak; Grade 2C).
4. Δεν προτείνεται η χρήση του σκορ Alvarado για να επιβεβαιωθεί θετικά η κλινική υποψία οξείας σκωληκοειδίτιδας σε ενήλικες (QoE: moderate; SoR: weak; Grade 2B).
5. Συνιστάται η χρήση των σκορ AIR και AAS ως κλινικοί προγνωστικοί δείκτες της οξείας σκωληκοειδίτιδας (QoE: high; SoR: strong; Grade 1A).

ΕΡΩΤΗΜΑ 2: Ο ρόλος της CRP στην αξιολόγηση ενηλίκων ασθενών που παρουσιάζουν κλινικά χαρακτηριστικά οξείας σκωληκοειδίτιδας

Σχόλια:

- a. Η πρόιμη αλλαγή της CRP είχε **μέτρια διαγνωστική αξία** σε ασθενείς με υποψία σκωληκοειδίτιδας. Ακόμη και ο συνδυασμός τιμών CRP με την τροποποιημένη ταξινόμηση Alvarado δεν βελτίωσε την διαγνωστική αξία.
- b. Ένας **συνδυασμός κλινικών παραμέτρων, εργαστηριακών εξετάσεων και υπερηχογραφικού ελέγχου** μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την διαγνωστική ευαισθησία και ειδικότητα και τελικά να αντικαταστήσει την ανάγκη για αξονική τομογραφία τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά.

Συστάσεις:

Οι βιοχημικοί δείκτες αντιπροσωπεύουν ένα πολλά υποσχόμενο αξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο για την αναγνώριση τόσο αρνητικών περιπτώσεων όσο και επιπλεγμένης οξείας σκωληκοειδίτιδας σε ενήλικες. Απαιτούνται, όμως, περαιτέρω αποδεικτικά στοιχεία υψηλής ποιότητας (QoE: low; SoR: no recommendation).

ΕΡΩΤΗΜΑ 3: Η βέλτιστη οδός απεικόνισης σε ενήλικες με υποψία οξείας σκωληκοειδίτιδας**Σχόλια:**

- a. Ο **συνδυασμός υπερήχου και κλινικών παραμέτρων** που σχηματίζουν συνδυαστικά σκορ αξιολόγησης μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την διαγνωστική ευαισθησία και ειδικότητα και τελικά να **αντικαταστήσει την ανάγκη αξονικής τομογραφίας** σε ενήλικες ασθενείς με υποψία οξείας σκωληκοειδίτιδας
- b. Οι ασθενείς που ταξινομούνται ως **χαμηλού κινδύνου** σύμφωνα με τα κλινικά σκορ (AIR/Alvarado) μπορούν να λάβουν **εξιτήριο** σε ελεγχόμενο περιβάλλον παρακολούθησης.
- c. Οι ασθενείς που ταξινομούνται ως **υψηλού κινδύνου** χρειάζονται χειρουργική επέμβαση κι όχι απεικόνιση.
- d. Οι ασθενείς που ταξινομούνται ως **ενδιάμεσου κινδύνου** είναι εκείνοι που είναι πιθανό να ωφεληθούν από μια συστηματική διαγνωστική απεικόνιση: ένα **θετικό υπερηχογράφημα** θα οδηγήσει τον ασθενή στο χειρουργείο, ενώ ένα **αρνητικό** απαιτεί τη διενέργεια αξονικής τομογραφίας ή μια συστηματική κλινική παρακολούθηση του ασθενή με επανάληψη του υπερηχογραφήματος.
- e. Το **POCUS (Point-of-care Ultrasound)** είναι μια **αξιόπιστη αρχική έρευνα** με ικανοποιητική ευαισθησία (91%) και ειδικότητα (97%) και πολύ καλή αρνητική (94%) και θετική (91%) προγνωστική αξία στη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας, διευκολύνοντας την ταχεία λήψη αποφάσεων από τους ιατρούς του ΤΕΠ ή τους χειρουργούς. Το POCUS, εάν εκτελείται από έμπειρο χειριστή, θα πρέπει να θεωρείται το καταλληλότερο διαγνωστικό εργαλείο πρώτης γραμμής τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά.
- f. Όταν ενδείκνυται, **η αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης ενισχυμένης με σκιαγραφικό πρέπει να προτιμάται** έναντι της αξονικής τομογραφίας τυπικής δόσης ενισχυμένης με σκιαγραφικό. Η διαγνωστική ακρίβεια της CT χαμηλής δόσης με ενισχυμένη αντίθεση δεν είναι κατώτερη από την τυπική CT στη διάγνωση της νόσου ή στη διάκριση μεταξύ μη επιπλεγμένης και επιπλεγμένης οξείας σκωληκοειδίτιδας και επιτρέπει σημαντική μείωση της δόσης ακτινοβολίας.
- g. Σε ασθενείς με **φυσιολογικές εξετάσεις** κατά την διερεύνηση και συμπτώματα που είναι απίθανο να αντιστοιχούν σε οξεία σκωληκοειδίτιδα αλλά που **δεν βελτιώνονται**, συνιστάται **αξονική τομογραφία κοιλίας πριν από την επέμβαση**. Η **λαπαροσκόπηση** συνιστάται για τη διαπίστωση/αποκλεισμό της διάγνωσης της οξείας σκωληκοειδίτιδας και την τελική αντιμετώπιση της νόσου.
- h. Η **μαγνητική τομογραφία είναι ευαίσθητη και εξαιρετικά ειδική** για τη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας κατά τη διάρκεια της **εγκυμοσύνης**. Ωστόσο, μια αρνητική ή ασαφής μαγνητική τομογραφία **δεν αποκλείει** τη σκωληκοειδίτιδα και η χειρουργική επέμβαση θα πρέπει ακόμα να εξετάζεται εάν υπάρχει υψηλή κλινική υποψία.

Συστάσεις:

1. Συστήνεται η χρήση ενός συνδυασμού κλινικών παραμέτρων και υπερήχου για τη βελτίωση της διαγνωστικής ευαισθησίας και ειδικότητας και τη μείωση της ανάγκης για αξονική τομογραφία στη διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Η χρήση απεικονιστικών διαγνωστικών εξετάσεων συνιστάται σε ασθενείς με υποψία σκωληκοειδίτιδας μετά από αρχική εκτίμηση και διαστρωμάτωση κινδύνου με χρήση κλινικών βαθμολογιών (QoE: moderate; SoR: strong; Grade 1B).
2. Προτείνεται η έγκαιρη και συστηματική διαγνωστική απεικόνιση σε ασθενείς με ενδιάμεσου κινδύνου οξείας σκωληκοειδίτιδας (QoE: moderate; SoR: weak; Grade 2B).
3. Προτείνεται η χρήση αξονικής τομογραφίας σε ασθενείς <40 ετών, υψηλού κινδύνου (AIR score 9-12, AAS >16) πριν την ερευνητική/θεραπευτική λαπαροσκόπηση (QoE: moderate; SoR: weak; Grade 2B).
4. Συνιστάται το POCUS ως το καταλληλότερο διαγνωστικό εργαλείο πρώτης γραμμής τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά, εάν ενδείκνυται απεικονιστική έρευνα με βάση την κλινική αξιολόγηση (QoE: moderate; SoR: strong; Grade 1B).
5. Συνιστάται η αξονική τομογραφία χαμηλής ακτινοβολίας με σκιαγραφικό σε ασθενείς με υποψία ΟΣ και αρνητικά ευρήματα από το υπερηχογράφημα (QoE: high; SoR: strong; Grade 1A).
6. Συνιστάται αξονική τομογραφία πριν την επέμβαση σε ασθενείς με φυσιολογικές εξετάσεις, αλλά εμμένον άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου. Αν είναι αρνητική, προτείνεται αρχικά η μη χειρουργική θεραπεία. Παρόλαυτα, αν το κοιλιακό άλγος εξελιχθεί ή δεν υποχωρήσει, η διαγνωστική λαπαροσκόπηση συνιστάται για την διάγνωση/αποκλεισμό της ΟΣ ή άλλων διαγνώσεων (QoE: high; SoR: strong; Grade 1A).
7. Συνιστάται το διακοιλιακό υπερηχογράφημα διαβαθμισμένης συμπίεσης ως αρχική εξέταση σε υποψία ΟΣ σε έγκυες (QoE: very low; SoR: weak; Grade 2C).
8. Συνιστάται μαγνητική τομογραφία σε εγκύους με υποψία ΟΣ αν διατίθεται και σε περιπτώσεις μη διαγνωστικού υπερηχογραφήματος (QoE: moderate; SoR: weak; Grade 2B).

ΘΕΜΑ 2: ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΕΠΙΠΛΕΚΤΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑ 1: Είναι ασφαλής και αποτελεσματική η μη χειρουργική (με ή χωρίς αντιβιοτικά) αντιμετώπιση της ανεπίπλεκτης οξείας σκωληκοειδίτιδας;

Σχόλια:

- a. Πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις και μεταanalύσεις τυχαιοποιημένων μελετών συμπέραναν ότι η πλειοψηφία των ασθενών με ανεπίπλεκτη ΟΣ μπορούν να αντιμετωπιστούν με μια αρχική θεραπεία βασισμένη στα αντιβιοτικά. Η συντηρητική αντιμετώπιση μπορεί να θεωρηθεί ασφαλής και αποτελεσματική σε επιλεγμένους ασθενείς,

αφού πρώτα αποκλεισθούν οι ασθενείς με γαγγραινώδη ΟΣ, αποστήματα και διάχυτη περιτονίτιδα.

- b. Οι ασθενείς που επιθυμούν να αποφύγουν τη χειρουργική επέμβαση πρέπει να γνωρίζουν τον **κίνδυνο υποτροπής**, που διακυμαίνεται έως 27,4% στον πρώτο χρόνο και 39% μετά από 5 χρόνια. Επίσης, το 8% των ασθενών **αποτυγχάνει** να αντιμετωπισθεί συντηρητικά, ενώ ένα επιπρόσθετο 20% των ασθενών αυτών μπορεί να χρειασθεί και δεύτερη νοσηλεία. Στις **εγκύους** η αποτυχία της συντηρητικής προσέγγισης ανεβαίνει στο 15%, με κίνδυνο υποτροπής έως 12% στην ίδια εγκυμοσύνη.
- c. Ως **παράγοντες επιτυχίας** της συντηρητικής θεραπείας με αντιβιοτικά μπορούν να θεωρηθούν: CRP<60g/L, WBC<12x10⁹/L, ηλικία <60 ετών, μεγαλύτερη των 24 ωρών διάρκεια των συμπτωμάτων πριν την προσέλευση στο ΤΕΠ, η χαμηλή θερμοκρασία, η επιβεβαίωση με απεικόνιση της ανεπίπλεκτης ΟΣ και η μικρή διάμετρος της σκωληκοειδούς.
- d. Η παρουσία **κοπρόλιθου** αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα αποτυχίας της μη χειρουργικής θεραπείας και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ρήξης της σκωληκοειδούς απόφυσης.

Συστάσεις:

1. Συστήνεται η συζήτηση για **συντηρητική αντιμετώπιση** με την χορήγηση αντιβιοτικών με επιλεγμένους ασθενείς με **ανεπίπλεκτη ΟΣ** και **χωρίς την παρουσία κοπρόλιθου**, ενημερώνοντας ταυτόχρονα για τη πιθανότητα αποτυχίας της θεραπείας ή την λανθασμένη διάγνωση μιας επιλεγμένης ΟΣ (QoE: high; SoR: strong; Grade 1A).
2. Προτείνεται η **αποφυγή συντηρητικής αντιμετώπισης σε εγκύους** ασθενείς, μέχρι να είναι διαθέσιμα δεδομένα και ενδείξεις υψηλής ποιότητας (QoE: very low; SoR: weak; Grade 2C).

ΕΡΩΤΗΜΑ 2: Ποια είναι η καταλληλότερη συντηρητική αντιμετώπιση για ασθενείς με οξεία ανεπίπλεκτη σκωληκοειδίτιδα;

Σχόλια:

- a. Τα τρέχοντα στοιχεία υποστηρίζουν την **αρχική ενδοφλέβια** χορήγηση αντιβιοτικών με επακόλουθη χορήγηση **από του στόματος** έως ότου υπάρχουν περαιτέρω ενδείξεις από τυχαιοποιημένες μελέτες.
- b. Η ανεπίπλεκτη ΟΣ μπορεί να λυθεί και αυτόματα χωρίς αντιβιοτικά, αλλά δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για να γίνει σύσταση για τη συντηρητική αντιμετώπιση χωρίς τη χορήγηση αντιβιοτικών (QoE: moderate; No recommendation).

Συστάσεις:

1. Στην περίπτωση της συντηρητικής αντιμετώπισης, συστήνεται η αρχική ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών με επακόλουθη μετάβαση σε αντιβιοτική αγωγή από του στόματος (QoE: moderate; SoR: strong; Grade 1B).

ΘΕΜΑ 3: ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΕΩΣ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑ: Όσο καθυστερεί το χειρουργείο, αυξάνεται η πιθανότητα επιλοκών ή διάτρησης σε ασθενείς με μη επιπλεγμένη οξεία σκωληκοειδίτιδα;

Σχόλια:

- a. Χρονικό διάστημα έως και **24 ώρες** από την εισαγωγή μέχρι την χειρουργική επέμβαση είναι ασφαλές σε μη επιπλεγμένη ΟΣ και **δεν** αυξάνει τις επιλοκές ή/και το ποσοστό διάτρησης στους ενήλικες. Η χειρουργική επέμβαση για την ανεπίπλεκτη ΟΣ μπορεί να προγραμματιστεί στην επόμενη διαθέσιμη λίστα, ελαχιστοποιώντας την καθυστέρηση όπου είναι δυνατόν (καλύτερη άνεση του ασθενούς, κ.λπ.). Η σύντομη, ενδονοσοκομειακή καθυστέρηση με παρατήρηση και επαναλαμβανόμενους υπερήχους σε **έγκυες** ασθενείς με αμφλεγόμενη σκωληκοειδίτιδα είναι **αποδεκτή** και **δεν** φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο ανεπιθύμητων εκβάσεων στη μητέρα και στο έμβρυο.
- b. Οι σκωληκοειδεκτομές που πραγματοποιούνται την **τρίτη ημέρα** από την εισαγωγή σχετίζονται με μετεγχειρητικών επιλοκών (8%) και νοσηρότητας (0,6%) σε σχέση με εκείνες που διενεργούνται την **πρώτη ημέρα** (3,4% και 0,1%, αντίστοιχα) και την **δεύτερη ημέρα** (3,6% και 0,1%, αντίστοιχα). Ειδικότερα, οι ασθενείς με **υψηλό ASA** είχαν την χειρότερη έκβαση (14% και 1,5%, αντίστοιχα) όταν η επέμβαση γινόταν καθυστερημένα την τρίτη ημέρα.

Συστάσεις:

1. Συνιστάται ο προγραμματισμός λαπαροσκοπικής σκωληκοειδεκτομής στην επόμενη διαθέσιμη λίστα χειρουργείων εντός 24 ωρών σε περίπτωση μη επιπλεγμένης οξείας σκωληκοειδίτιδας, ελαχιστοποιώντας την καθυστέρηση όπου είναι δυνατόν (QoE: moderate; SoR: strong; Grade 1B).
2. Συνιστάται να αποφεύγεται η καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης σε ασθενείς με ένδειξη σκωληκοειδεκτομής πέραν των 24 ωρών από την εισαγωγή του ασθενή (QoE: moderate; SoR: strong; Grade 1B).

ΘΕΜΑ 4: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑ 1: Σε ενήλικες με οξεία σκωληκοειδίτιδα η λαπαροσκοπική προσέγγιση πλεονεκτεί έναντι της ανοικτής;

Σχόλια:

- a. Η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή εμφανίζει πλεονεκτήματα σε σχέση με την ανοικτή, διότι συνδέεται με λιγότερο πόνο, χαμηλότερα ποσοστά λοιμώξεων χειρουργικού τραύματος (surgical site infections – SSIs), μειωμένη νοσηλεία και συντομότερη επιστροφή στην εργασία, μειωμένο συνολικό κόστος και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Συστάσεις:

1. **Συνιστάται η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή** έναντι της ανοικτής τόσο σε ανεπίπλεκτες όσο και σε επιπλεγμένες περιπτώσεις ΟΣ, όπου υπάρχει επαρκής εμπειρία και κατάλληλη υποδομή (QoE: high; SoR: strong; Grade 1A).

ΕΡΩΤΗΜΑ 2: Σε οξεία σκωληκοειδίτιδα ενηλίκων, η λαπαροσκοπική χειρουργική μέσω μοναδικής τομής (single port laparoscopic surgery - SILS) πλεονεκτεί έναντι της λαπαροσκοπικής προσέγγισης με 3 trocar;

Σχόλια:

- a. Η SILS (single port laparoscopic surgery) είναι **εξίσου** εφικτή, ασφαλής και αποτελεσματική με την λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή τριών trocar, αλλά χρειάζεται περισσότερος χειρουργικός χρόνος, απαιτεί υψηλότερες δόσεις αναλγησίας και συνδέεται με μεγαλύτερα ποσοστά λοίμωξης χειρουργικού τραύματος (SSIs).

Συστάσεις:

2. Συνιστάται **η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή με 3 trocars** έναντι της SILS, καθώς συνδέεται με μικρότερο χειρουργικό χρόνο, ελαττωμένο μετεγχειρητικό πόνο και χαμηλότερα ποσοστά SSIs (QoE: high; SoR: strong; Grade 1A).

ΕΡΩΤΗΜΑ 3: Σε ασθενείς με ανεπίπλεκτη οξεία σκωληκοειδίτιδα η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή σε ημερήσια νοσηλεία κρίνεται ασφαλής;**Σχόλια:**

- a. Η ημερήσια νοσηλεία για λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή σε ανεπίπλεκτη οξεία σκωληκοειδίτιδα κρίνεται αποτελεσματική κι ασφαλής, χωρίς αξιοσημείωτη διαφορά στη νοσηρότητα και στα ποσοστά επανεισαγωγής ασθενών, ενώ σχετίζεται με γρηγορότερη ανάρρωση και χαμηλότερο νοσηλευτικό και κοινωνικό κόστος.

Συστάσεις:

1. Προτείνεται η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή ημερήσιας νοσηλείας σε ανεπίπλεκτη οξεία σκωληκοειδίτιδα, με τη προϋπόθεση ότι ακολουθείται ένα καλά οργανωμένο πρωτόκολλο ERAS (enhanced recovery after surgery) και υπάρχει συγκατάθεση/ ενημέρωση του ασθενούς (QoE: moderate; SoR: weak; Grade 2B).

ΕΡΩΤΗΜΑ 4: Υπερτερεί η λαπαροσκοπική προσέγγιση έναντι της ανοικτής σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών;**Σχόλια:**

- a. Η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή εμφανίζει **πλεονεκτήματα** σε σχέση με την ανοικτή σε παχύσαρκους, ηλικιωμένους και ασθενείς με συνοσηρότητες, διότι σχετίζεται με ελαττωμένη θνητότητα και θνησιμότητα, μικρότερο ποσοστό επιπολής SSIs, μικρότερο χειρουργικό χρόνο και περιορισμένη νοσηλεία.
- b. Κατά τη διάρκεια της **εγκυμοσύνης** είναι προτιμότερη η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή σε σχέση με την ανοικτή, διότι σχετίζεται με μικρότερο ποσοστό επιπολής SSIs και περιορισμένη νοσηλεία.

Συστάσεις:

1. Συνιστάται η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή σε **ηλικιωμένους**, **παχύσαρκους** και **ασθενείς υψηλού περιεγχειρητικού και μετεγχειρητικού κινδύνου** (QoE: moderate; SoR: weak; Grade 2B).
2. Σε περιπτώσεις εγκυμοσύνης η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή προτιμάται έναντι της ανοικτής. Είναι εφικτή και ασφαλής εφόσον υπάρχει η κατάλληλη χειρουργική εμπειρία (QoE: moderate; SoR: weak; Grade 2B).

ΕΡΩΤΗΜΑ 5: Σε επιπλεγμένη οξεία σκωληκοειδίτιδα, διεγχειρητικά η αναρρόφηση μόνο έχει καλύτερα κλινικά αποτελέσματα έναντι της έκπλυσης και αναρρόφησης;

Σχόλια:

- a. Σύμφωνα με τις υπάρχουσες ενδείξεις φαίνεται ότι η έκπλυση της περιτοναϊκής κοιλότητας διεγχειρητικά με φυσιολογικό ορό **δεν εμφανίζει επιπλέον πλεονεκτήματα** συγκρινόμενη μόνο με την αναρρόφηση, όσον αφορά στην ανάπτυξη ενδοκοιλιακού αποστήματος (intraabdominal abscess, IAA), τη λοίμωξη του χειρουργικού πεδίου και το χρόνο νοσηλείας. Αντίθετα, παρατείνει τον χρόνο της χειρουργικής επέμβασης.

Συστάσεις:

1. Συνιστάται **η χρήση μόνο της αναρρόφησης** σε ασθενείς με επιπλεγμένη ΟΣ με ενδοκοιλιακές συλλογές που διενεργείται λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή (QoE: moderate; SoR: strong; Grade 1B).

ΕΡΩΤΗΜΑ 6: Επηρεάζει η χρήση διαφορετικής τεχνικής παρασκευής κι απολίνωσης του μεσοσκωληκοειδούς (endoclip, endoloop, διαθερμία, Harmonic Scalpel, or LigaSure) το κλινικό αποτέλεσμα ασθενούς με ΟΣ που υποβάλλεται σε σκωληκοειδεκτομή;

Σχόλια:

- a. **Δεν** υπάρχει κλινικά σημαντική διαφορά στη χρήση των διαφόρων τεχνικών απολίνωσης του μεσοσκωληκοειδούς, όσον αφορά στην έκβαση, το χρόνο νοσηλείας και τις επιπλοκές.

Σύσταση:

1. Συνιστάται **η χρήση μονοπολικής ή διπολικής διαθερμίας**, διότι έχουν καλή σχέση κόστους-αποτελέσματος, ενώ η χρήση άλλων συσκευών ενέργειας εναπόκειται στη κρίση του χειρουργού και στη διαθεσιμότητά τους (QoE: moderate; SoR: weak; Grade 2B).

ΕΡΩΤΗΜΑ 7: Επηρεάζει η μέθοδος σύγκλεισης του σκωληκοειδικού κολοβώματος κατά τη σκωληκοειδεκτομή (stapler, endoloop, απολίνωση, ενταφιασμός) το κλινικό αποτέλεσμα ασθενούς με ΟΣ που υποβάλλεται σε σκωληκοειδεκτομή;

Σχόλια:

- a. Στους ενήλικες και τα παιδιά δεν υπάρχουν κλινικά πλεονεκτήματα στη χρήση stapler έναντι endoloops σε επιπλεγμένη ή μη σκωληκοειδίτιδα. Ωστόσο, στα παιδιά με ανεπίπλεκη ΟΣ η χρήση stapler συνδέεται με χαμηλότερη επίπτωση λοίμωξης τραύματος. Η χρήση

πολυμερικών clips αναδεικνύεται ως η φτηνότερη και ευκολότερη μέθοδος (μείωση χειρουργικού χρόνου) σε ανεπίπλεκτη ΟΣ.

- b. Η απλή απολίνωση έναντι του ενταφιασμού του κολοβώματος είναι προτιμητέα είτε σε ανοικτή είτε σε λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή, καθώς δεν εμφανίζει διαφορά ως προς τη νοσηρότητα και τις λοιμώξεις. Αντίθετα, η απολίνωση συνδέεται με μικρότερο χειρουργικό χρόνο, χαμηλότερα ποσοστά μετεγχειρητικού ειλεού και γρηγορότερη ανάρρωση.

Σύσταση:

1. Προτείνεται η χρήση **endoloop** ή **πολυμερικών clips** τόσο σε επιπλεγμένες όσο και σε ανεπίπλεκτες περιπτώσεις ενηλίκων και παιδιών. Η χρήση **endostaplers** μπορεί να περιοριστεί σε επιπλεγμένες σκωληκοειδίτιδες ανάλογα με την κρίση του χειρουργού και τη διαθεσιμότητά τους (QoE: moderate; SoR: strong; Grade 1B).
2. Συνιστάται η **απλή απολίνωση** και όχι ο ενταφιασμός του κολοβώματος είτε σε ανοικτή, είτε σε λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή (QoE: high; SoR: strong; Grade 1A).

ΕΡΩΤΗΜΑ 8: Συνιστάται η χρήση παροχέτευσεων μετά από σκωληκοειδεκτομή σε ενήλικες με επιπλεγμένη σκωληκοειδίτιδα;

Σχόλια:

- a. Η χρήση παροχέτευσης σε ασθενείς με ρήξη σκωληκοειδίτιδας και συνοδό απόστημα/περιτονίτιδα θα πρέπει **να αποτρέπεται**. Δεν φαίνεται να σχετίζεται με πρόληψη των IAAs, ενώ παρατείνει τη νοσηλεία και αυξάνει τη θνητότητα και νοσηρότητα των 30 ημερών.

Σύσταση:

1. Συνιστάται η **μη χρήση παροχέτευσης** μετά από σκωληκοειδεκτομή για **επιπλεγμένη σκωληκοειδίτιδα** στους ενήλικες (QoE: moderate; SoR: strong; Grade 1B).

ΕΡΩΤΗΜΑ 9: Ποια θεωρείται η καλύτερη μέθοδος πρόληψης του κινδύνου SSIs σε ανοικτές σκωληκοειδεκτομές με επιμολυσμένα/ρυπαρά τραύματα;

Σχόλια:

- a. Η **χρήση ειδικών προστατευτικών της χειρουργικής τομής** φαίνεται να σχετίζεται με ελάττωση του κινδύνου SSI, ιδιαιτέρως σε επιμολυσμένα/ρυπαρά τραύματα.
- b. Η συρραφή του δέρματος σε δεύτερο χρόνο αυξάνει το χρόνο νοσηλείας και το συνολικό κόστος στις ανοικτές σκωληκοειδεκτομές, ενώ δεν μειώνει τον κίνδυνο SSI. Η **ενδοδερμική**

συρραφή είναι προτιμητέα στην ανοικτή σκωληκοειδεκτομή, καθώς συνδέεται με μικρότερο κίνδυνο επιπλοκών (λοίμωξη τομής, απόστημα, ύγρωμα) και χαμηλότερο κόστος.

Σύσταση:

1. Προτείνεται η **χρήση προστατευτικού δακτυλίου τραύματος** σε ανοικτή σκωληκοειδεκτομή, ώστε να ελαττωθεί ο κίνδυνος SSI (QoE: moderate; SoR: strong; Grade 1B).
2. Συνιστάται η **πρωτογενής συρραφή** τραυμάτων ανοικτής σκωληκοειδεκτομής με **ενδοδερμική συρραφή** με απορροφήσιμο ράμμα (QoE: moderate; SoR: weak; Grade 2B).

ΘΕΜΑ 5: ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑ 1: Ποια είναι η αξία των συστημάτων διεγχειρητικής ταξινόμησης της οξείας σκωληκοειδίτιδας;

WSES 2015 σύστημα βαθμονόμησης:

Grade 0 Φυσιολογική όψη σκωληκοειδούς απόφυσης

Grade 1 Υπεραιμία και οίδημα

Grade 2 Ινώδες εξίδρωμα

Grade 3A Τμηματική νέκρωση

Grade 3B Νέκρωση βάσης

Grade 4A Απόστημα

Grade 4B Τοπική περιτονίτιδα

Grade 5 Γενικευμένη περιτονίτιδα

AAST (American Association for the Surgery of Trauma) σύστημα βαθμονόμησης:

Normal Φυσιολογική σκωληκοειδής

Grade I Οξεία φλεγμονώδης σκωληκοειδής απόφυση χωρίς ρήξη

Grade II Γαγγραινώδης σκωληκοειδής απόφυση χωρίς ρήξη

Grade III Ρήξη σκωληκοειδούς με τοπική επιμόλυνση

Grade IV Ρήξη σκωληκοειδούς με περισκωληκοειδικό φλέγμα/απόστημα

Grade V Ρήξη σκωληκοειδούς με γενικευμένη περιτονίτιδα

Σχόλια:

- a. Η συχνότητα ανεύρεσης μη αναμενόμενων ευρημάτων στο παρασκευάσμα της σκωληκοειδεκτομής είναι **χαμηλή**. Η διεγχειρητική διάγνωση αποκλειστικά είναι ανεπαρκής στην ανεύρεση μη αναμενόμενης παθολογίας, οπότε κρίνεται **αναγκαία η τακτική ιστολογική εξέταση** του παρασκευάσματος.
- b. Τα **διεγχειρητικά ευρήματα** και τα συστήματα **ταξινόμησης** της σκωληκοειδίτιδας φαίνεται να σχετίζονται καλύτερα με τη θνητότητα, τη συνολική έκβαση και κόστος σε σχέση με την ιστολογική εξέταση. Τα συστήματα αυτά επιτρέπουν την ομαδοποίηση των ασθενών, προκειμένου να καθορισθεί η βέλτιστη μετεγχειρητική διαχείριση ανάλογα με το grading score, βελτιστοποιώντας έτσι τη χρήση των νοσοκομειακών πόρων.

Συστάσεις:

1. Συνιστάται **η τακτική διενέργεια ιστολογικής εξέτασης του παρασκευάσματος μετά από κάθε επέμβαση σκωληκοειδεκτομής** (QoE: moderate; SoR: strong; Grade 1B).
2. Προτείνεται η **καθιέρωση διεγχειρητικών grading scores** (π.χ. WSES 2015, AAST EGS scores) της ΟΣ, βασισμένη σε κλινικά, απεικονιστικά και διεγχειρητικά ευρήματα (QoE: moderate; SoR: weak; Grade 2B).

ΕΡΩΤΗΜΑ 2: Πρέπει να αφαιρείται η μακροσκοπικά φυσιολογική σκωληκοειδής απόφυση όταν σε διαγνωστική λαπαροσκόπηση για άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου δεν ανευρίσκεται άλλη παθολογία που να το εξηγεί;

Σχόλια:

- a. Η εντύπωση του χειρουργού για τις πρώιμες μορφές ΟΣ είναι ανακριβής και με μεγάλη διακύμανση.

Συστάσεις:

1. Συνιστάται **η αφαίρεση της σκωληκοειδούς απόφυσης** αν αυτή φαίνεται φυσιολογική διεγχειρητικά και δεν ανευρίσκεται άλλη παθολογία που να εξηγεί τα συμπτώματα του ασθενή (QoE: low; SoR: weak; Grade 2C).

ΘΕΜΑ 6: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΤΡΗΣΗΣ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΑ Ή ΑΠΟΣΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑ 1: Θεωρείται κατάλληλη η πρόωμη σκωληκοειδεκτομή συγκρινόμενη με την καθυστερημένη σκωληκοειδεκτομή στους ασθενείς με διάτρηση και φλέγμονα ή απόστημα;

Σχόλια:

- a. Η ιδανική θεραπεία ασθενών με ΟΣ και διάτρηση (με φλέγμονα ή απόστημα) αποτελεί θέμα διαμάχης. Στο **παρελθόν**, η άμεση επέμβαση σχετιζόταν με υψηλότερη νοσηρότητα σε σχέση με τη συντηρητική θεραπεία, η οποία είχε επιτυχία στο 90% των ασθενών, με υποτροπή στο 7,4% και 19,7% σε εκείνους τους ασθενείς που υποβάλλονταν σε διαδερμική παροχέτευση των αποστημάτων. Επίσης, η συντηρητική θεραπεία σχετιζόταν με λιγότερα ποσοστά επιπλοκών (λοίμωξη πεδίου, ενδοκοιλιακά αποστήματα, ειλεός, επανεισβάσεις) σε σχέση με την άμεση σκωληκοειδεκτομή.
- b. **Σήμερα**, όμως, οι τρέχουσες μελέτες δείχνουν ότι η χειρουργική θεραπεία ασθενών με φλέγμονα ή απόστημα είναι προτιμητέα σε σχέση με την συντηρητική θεραπεία με αντιβιοτικά, διότι ελαττώνει τη νοσηλεία και την ανάγκη επανεισαγωγής, όταν η επέμβαση διενεργείται λαπαροσκοπικά από έμπειρο χειρουργό. Επίσης, φαίνεται ότι **η πρόωμη επέμβαση σχετίζεται με λιγότερο ποσοστό εντερεκτομών** σε σχέση με την καθυστερημένη επέμβαση μετά από αποτυχία της συντηρητικής θεραπείας.
- c. Η **συντηρητική θεραπεία** θεωρείται μια λογική αρχική αντιμετώπιση των ασθενών με ΟΣ και φλέγμονα ή απόστημα. Η διαδερμική παροχέτευση των αποστημάτων μπορεί να είναι αποτελεσματική σε συνδυασμό με τη χορήγηση αντιβιοτικών. Η **λαπαροσκοπική επέμβαση** σε έμπειρα χέρια θεωρείται εξίσου αποτελεσματική και ασφαλής αρχική αντιμετώπιση των περισκωληκοειδικών αποστημάτων.

Συστάσεις:

1. Συνιστάται **μη χειρουργική θεραπεία** και, αν είναι εφικτό, η **διαδερμική παροχέτευση** σε ασθενείς με επιλεγμένη ΟΣ και περισκωληκοειδικό απόστημα σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει επαρκής εμπειρία στη λαπαροσκοπική χειρουργική (QoE: moderate; SoR: weak; Grade 2B).
2. Συνιστάται η **χειρουργική θεραπεία με λαπαροσκόπηση** ως θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με επιλεγμένη ΟΣ και φλέγμονα ή απόστημα, όπου υπάρχει η κατάλληλη κι επαρκής εμπειρία και με την προϋπόθεση ότι υπάρχει χαμηλός ουδός μετατροπής σε ανοικτή (QoE: moderate; SoR: weak; Grade 2B).

ΕΡΩΤΗΜΑ: Η προγραμματισμένη ενδιάμεση (interval) σκωληκοειδεκτομή συνιστάται μετά από επιτυχημένη συντηρητική αντιμετώπιση;

Σχόλια:

- a. Το αναφερόμενο ποσοστό υποτροπής μετά από συντηρητική θεραπεία για διάτρηση σκωληκοειδούς και φλέγμονα κυμαίνεται από 12-24%. Η προγραμματισμένη ενδιάμεση σκωληκοειδεκτομή συνιστάται για την αποφυγή της μεγάλης αυτής πιθανότητας υποτροπής. Όμως, η επέμβαση αυτή μπορεί να συνοδεύεται από μια νοσηρότητα της τάξης του 12,4% και επιπρόσθετο κόστος. Αν και χαμηλή, η εφαρμογή μιας προσέγγισης παρακολούθησης (watch and wait) με ένδειξη για σκωληκοειδεκτομή στους ασθενείς με υποτροπή της ΟΣ ή συμπτώματα, θεωρείται ότι έχει καλύτερη σχέση κόστους-αποτελέσματος σε σχέση με την ενδιάμεση σκωληκοειδεκτομή.
- b. Η συχνότητα εμφάνισης νεοπλασμάτων της σκωληκοειδούς απόφυσης είναι υψηλή (3-17%) σε ενήλικες ασθενείς > 40 ετών με επιπλεγμένη σκωληκοειδίτιδα που αντιμετωπίστηκαν αρχικά συντηρητικά και στη συνέχεια με ενδιάμεση σκωληκοειδεκτομή.

Συστάσεις:

1. **Δεν συνιστάται η ενδιάμεση σκωληκοειδεκτομή** ως ρουτίνα μετά από συντηρητική αντιμετώπιση σε ασθενείς με επιπλεγμένη ΟΣ με ηλικία μικρότερη 40 ετών και τα παιδιά. Η ενδιάμεση σκωληκοειδεκτομή **ενδείκνυται** μόνο σε ασθενείς με υποτροπιάζοντα συμπτώματα (QoE: moderate; SoR: strong; Grade 1B)
2. Συνιστάται τόσο ο έλεγχος του εντέρου με **κολονοσκόπηση** όσο και η денέργεια **αξονικής τομογραφίας** με σκιαγραφικό σε ασθενείς > 40 ετών με οξεία σκωληκοειδίτιδα που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά (QoE: low; SoR: weak; Grade 2C).

ΘΕΜΑ 7: ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΕΡΩΤΗΜΑ 1: Ενδείκνυται η περιεγχειρητική αντιβιοτική θεραπεία σε ασθενείς με οξεία σκωληκοειδίτιδα;

Σχόλια:

- a. Μια εφάπαξ δόση αντιβιοτικών ευρέος φάσματος χορηγούμενη προεγχειρητικά (από 0 έως 60 λεπτά πριν από τη χειρουργική τομή του δέρματος) έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση της λοίμωξης του τραύματος και του μετεγχειρητικού ενδοκοιλιακού αποστήματος.

Συστάσεις:

1. Συνιστάται μια εφάπαξ προεγχειρητική δόση αντιβιοτικών ευρέος φάσματος σε ασθενείς με οξεία σκωληκοειδίτιδα που υποβάλλονται σε σκωληκοειδεκτομή. Προτείνεται η **αποφυγή μετεγχειρητικής αντιβιοτικής αγωγής** σε ασθενείς με ανεπίπλεκτη ΟΣ (QoE: high; SoR: strong; Grade 1A).

ΕΡΩΤΗΜΑ 2: Ενδείκνυται πάντα η μετεγχειρητική αντιβιοτική θεραπεία μετά από σκωληκοειδεκτομή;**Σχόλια:**

- a. Σε ασθενείς με επιλεγμένη οξεία σκωληκοειδίτιδα προτείνεται η χορήγηση μετεγχειρητικά αντιβιοτικών ευρέος φάσματος, ειδικά εάν δεν έχει επιτευχθεί πλήρης έλεγχος της εστίας (source control). Για τους ενήλικες ασθενείς που θεωρείται ότι τα χρειάζονται, η διακοπή των αντιβιοτικών μετά από 24 ώρες φαίνεται ασφαλής και σχετίζεται με μικρότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και χαμηλότερο κόστος. Σε ασθενείς με ενδοκοιλιακές λοιμώξεις που είχαν υποβληθεί σε επαρκή έλεγχο της εστίας λοίμωξης, τα αποτελέσματα μετά από θεραπεία με αντιβιοτικά σταθερής διάρκειας χορήγησης (3-5 ημέρες) είναι παρόμοια με αυτά μετά από μεγαλύτερη διάρκεια χορήγησης.

Συστάσεις:

1. Δεν συστήνεται η παρατεταμένη χορήγηση αντιβιοτικών πέραν των **3-5 ημερών** μετεγχειρητικά σε περιπτώσεις επιλεγμένης σκωληκοειδίτιδας με επαρκή έλεγχο της εστίας της λοίμωξης (QoE: high; SoR: strong; Grade 1A).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg. 2020 Apr 15;15(1):27. doi: 10.1186/s13017-020-00306-3. PMID: 32295644; PMCID: PMC7386163.