



COVID-19 och kärlkirurgi

2020-04-01

Bästa medlem i SSVS och kärlkirurgiska kollegor

Nuläge

Den rådande COVID-19-pandemin har i många länder redan tvingat fram ändrade prioriteringar för våra kärlkirurgiska patienter. Vi har försökt summera en del av de publicerade riktlinjer som är tillämpbara i Sverige. Naturligtvis kommer situationen variera i landet, den kommer också förändras över tid.

COVID-19 förefaller vara ett mycket smittsamt virus som överförs vid droppsmitta eller direktkontakt med patienter. Riskgrupper diskuteras i "samhället". Dessa är ffa personer som pga högre biologisk ålder eller komorbiditet har en tydligt ökad mortalitet och ökad risk för behov av intensivvård med respiratorstöd, detta ses i rapporter från Kina, Italien och anekdotiskt i olika sammanfattningar. Det innebär att merparten av dem som har behov av eller planeras för akut resp elektiv kärlkirurgi tillhör en "riskgrupp".

Kärlkirurgins roll och ansvar

Planerad kirurgi

I denna situation ställs vi som kärlkirurger inför komplexa valsituationer som ofta är mer utmanande än den urakuta situationen som diskuteras nedan. Vi måste å ena sidan verka för att försöka förhindra amputation, stroke, för tidig död och motverka smärta och lidande, å andra sidan måste vi som yrkesgrupp konstruktivt utnyttja de minskade resurserna för att gynna fler patienter, både med kärlsjukdom och andra sjukdomar. Vi måste på ett realistiskt och förnuftigt sätt skydda och värna vår patientgrupp för att på kort och lång sikt skapa ett hållbart omhändertagande. Vi måste dock anpassa oss efter COVID-situationen och ta ett större ansvar för hela sjukvårdskedjas perspektiv, inte bara kärlkirurgiska patienter.

Kärlkirurgisk mottagningsverksamhet och elektiv verksamhet

Nedan följer några allmänna råd som summerats och baseras på riktlinjer från kärlkirurgiska enheter internationellt och i Sverige. I stora drag ställs större krav på att erfarna kärlkirurger tar stort ansvar för planering av verksamheten för att minska inflöde av patienter.

Kärlkirurgiska mottagningar.

De flesta kärlkirurgiska mottagningar i Sverige har redan noterat ändrade flöden med patienter som avbokar mottagningstider. Inom flera enheter tillämpas nu i stor utsträckning telefonmottagningar, med stöd av text foto av fotsår via primärvården, utökad telefonkonsultverksamhet mot primärvård och kollegor.

Riktlinjerna i flera svenska enheter just nu för mottagningsverksamhet är:

Inga claudicanter på mottagningen, telefontid vb

Alla patienter med vilovärk ska först ha diagnostik (duplex/CT/MR), telefontid och därefter eventuellt mottagningstid (ska bedömas av erfaren specialist).

Alla patienter med sår och bra ADL ska ha snabb handläggning; helst enligt sk "One-stop" dvs diagnostik (duplex/CT/MR) och mottagningstid samtidigt för att minska besök på sjukhuset. Man ska gärna haft en telefondialog med inremitterande med bildokumentation av sårstatus och bekräftelse på patientens ADL.

Operationsplanering.

I alla enheter internationellt sker en stegvis upptrappning av indikationsgränser för planering av kärlkirurgi i takt med ökat antal sjukdomsfall i COVID. Detta omprövas således fortlöpande i samråd ffa med interna resurser inom sjukhuset, regionen men också nationellt. Nuläget i Sverige varierar fn pga olika fördelning av COVID-19-patientantalet.

En summering av möjliga strategier som modifieras regionalt

Operationsplanering bör *dagligen* omvärderas av erfarna kärlkirurger och sannolikt omstruktureras från tidigare planering, detta sker i samråd med narkosen.

Alla patienter som ska opereras testas för COVID dag före operation oavsett symtom. Detta kan naturligtvis diskuteras, men denna inställning stöds från andra länder. Detta minskar kostnader genom besparingen av oförutsedda sena diagnostiserade fall där man inte använt skyddsutrustning.

Man bör överväga endovaskulär terapi vid de fall som lämpar sig för öppen eller endovaskulär terapi (benartärsjukdom, aorta), för att minska belastningen för anestesikollegor och minska tid på sjukhus för våra riskpatienter (alla kärlkirurgiska patienter).

Man bör i alla tillämpliga fall bedriva endovaskulär vård i dagkirurgi för att minska tiden på sjukhus för riskgrupper.

Man förkortar vårdtider efter överenskommelse med primärvård och rehab-kliniker. Som ett led i detta bör man överväga att strukturerat COVID-provta patienter före utskrivning till geriatrik/rehab för att inte medverka till smittspridning på dessa enheter, även hos asymtomatiska patienter.

Alla ingrepp görs i nuläget av den mest seniora och erfarna kollegan. Man ska överväga om man kan minska antalet operatörer/assistenter för att minska antalet personer som utsätts för risk. Patienter ska i möjligaste mån behandlas i LA, ej generell anestesi. Kärlkirurgen bör inte vara på salen vid induktion och intubation, endast då patienten är klädd och klar för knivstart.

Kärlkirurgisk planerad verksamhet.

I nuläget omprövas detta dagligen-veckovis.

I Sverige just nu varierar gränser för indikation. Detta är en möjlig rekommendation för nuläget i Sverige:

Elektiv benartärsjukdom. Inga patienter med claudicatio opereras

Mycket tveksamt med öppen kirurgi för vilovärk (riskgrupp med operation för symtomlindring).

Möjligen öppen kirurgi för gangrän eller snabb sårprogress om patienten verkligen inte kan behandlas med endovaskulär intervention, måste omprövas av erfaren specialist. Initiera eftervård/rehab/hemsituationen och tillse att vårdtiden på akutsjukhus minskas till minimum.

Elektiv infrarenal aortakirurgi. Ingen under 60 mm planeras för FEVAR, EVAR eller Öppen. Tätare UL kontroller får övervägas (var 3 månad) av 55-60 mm. Patienter med 60-70 mm aneurysm måste evalueras i varje enskilt fall av erfaren kollega i samråd med anestesi.

I Storbritannien och USA har de flesta centra nu >70 mm och/eller symtom som enda "planerade grupp". Ompröva metod oavsett ålder och komorbiditet.

Överväg endovaskulär behandling för individens egen risk (risk grupp på sjukhus) och belastningen på sjukvården/anestesiklinikerna i nuläget. Här måste både sjukhusets, regionens och nationens allmänna situation vägas in. Sannolikt kommer vi under en period behöva höja nivån till 70 mm. På vissa centra i USA tillämpas ingen planerad aortaverksamhet sedan några veckor.

Karotiskirurgi. Ingen asymtomatiker opereras.

Endast symtomgivande bör eventuellt opereras efter noggrann evaluering gemensamt med neurologkollegor om risk-vinst av operation. Initiera eftervård/rehab/hemsituationen och tillse att vårdtiden på akutsjukhus minskas till minimum.

Dialysaccesser Ingen predialytiker opereras. Planerade ingrepp omprövas av senior kärllkirurg i samråd med njurmedicin. Man bör i alla tillämpliga fall minska tiden på sjukhus för riskgrupper

Venös kirurgi Ingen elektiv verksamhet.

Akut-imperativ kärllkirurgisk verksamhet.

I nuläget omprövas detta dagligen-veckovis.

I Sverige just nu varierar gränser för indikation. Detta är en möjlig rekommendation för nuläget i Sverige:

Akut benartärsjukdom.

Diagnostik preoperativt viktigt inför dialog kring prognos och metod, man bör bedöma varje fall noga (vårdtid, vinst/risk för patienten). Sannolikt bör man i möjligaste mån tillämpa öppen kirurgi för akut ischemi om det kan göras i LA (riskgrupp). Överväg alternativen och sannolikt utfall av åtgärden före op-beslut.

Om GA är nödvändigt bör man överväga trombolys, beroende på vårdnivå lokalt. Utökad användning av tex angiojet för att förkorta vårdtiden bör sannolikt övervägas.

Initiera eftervård/rehab/hemsituationen och tillse att vårdtiden på akutsjukhus minskas till minimum.

Infrarenal aortakirurgi. Överväg absolut endovaskulär behandling - för individens egen risk (risk grupp på sjukhus) och belastningen på sjukvården/anestesiklinikerna - för alla jourfall med LA, man ska absolut sträva efter att minska behov av GA.

Fall som måste behandlas med öppen kirurgi måste diskuteras med minst 2 specialister och IVA-vårdbehov värderas preoperativt. Mest erfarna operatör opererar. Noggrann anamnes om riskgrupp/riskprofil för COVID. Vid misstanke tillämpas skyddsrutiner. Enligt riktlinjer från Storbritannien, som kan läsas på Svensk Kirurgisk Förenings hemsida: " *FPPE (Full Personal Protective Equipment) ska användas vid laparotomi med eventuellt undantag då patienten är övertygande negativt testad för COVID-19. Notera att nuvarande test kan vara falskt negativa. FPPE inkluderar visir eller ögonskydd. Det är obligatoriskt att öva på- och avtagande av PPE i förväg*".

Samma riktlinjer anser "COVID-19 ska eftersökas hos alla patienter som är i behov av akut kirurgi, en nytagen CT-thorax (inom 24 h) alternativt pulm-rtg samt test för COVID-19 ska finnas. Varje patient som genomgår akut CT-buk ska också genomgå CTthorax".

Utbildning av läkarstudenter, ST och andra.

Situationen i Sverige och världen är unik. Alla eventuella fördjupade utbildningsmoment inom ämnet kärllkirurgi för ST läkare måste omprövas dagligen och veckovis. Man bör i alla möjliga sammanhang minska mötestider/ronder med flera medarbetare som inte är nödvändiga för verksamheten. Man bör i möjligaste mån minska fysiska möten - använd istället alternativ (zoom/telefon/team/whatsapp). För läkarstudenter innebär denna situation en prövning eftersom

de inte får sin kirurgiska planerade utbildning, men de får insikt i en internationell krissituation och krishantering som är mycket värdefull för deras blivande professionella verksamhet. Vi bör tillse att man skapar förutsättningar för att de får ett åtminstone ett minimum av kärlikirurgisk kompetens enligt curriculum regionalt. Det är viktigt att man stödjer kirurgkursledningarna i detta så att denna kull inte behöver få extra praktisk placering under HT 2020-VT 2021 eftersom kullarna är mycket stora i Sverige numera

Journalhantering

Naturligtvis måste besluten som avviker från standardpraxis pga COVID-19 dokumenteras, och man bör eftersträva lokal registerhållning av alla uppskjutna fall tex för att i efterhand kunna se över hur vården av kärlikirurgiska patienter påverkades av pandemin.

Vår säkerhet

Det finns många rapporter som visar att vårdpersonal har en ökad risk för smitta, naturligtvis mest de som utsätts för droppsmitta och i oskyddade situationer (vårdpersonal, anestesi, akutmakare och kirurger). Man bör i möjligaste mån minska antalet fysiska möten, använd istället alternativ (zoom/telefon/team/whatsapp).

Vi har ansvar för att minska risken för smitta av våra patienter genom att skapa bättre flöden inom våra verksamheter med minskat antal fysiska kontakter. Vi har även ansvar för att minska risken för att våra kollegor, vår personal, våra studenter och personer under utbildning utsätts för smitta eller risksituationer.

Vi bör alla också ta ansvar för oss själva. Det är mycket viktigt att man inser allvaret i denna pandemi, och tar stort ansvar för sitt eget uppförande på sjukhuset och privat. Vi är ofta personer i ledningsfunktion och bör genom vårt beteende skapa ett hållbart och välfungerande team som fungerar under hela pandemiperioden, som kan komma att vara länge.

Angående skyddsutrustning bör vi som kärlikirurger och kirurger tillse att vårt team får de resurser som är rimliga och adekvata, vi har ansvar som ledare att stödja att arbetsmiljön är säker för alla.

Vi kommer under denna period också alla drabbas av förluster av människor omkring oss, både bland våra professionella nätverk och i vår närhet. Vi vet också att läkare och övrig personal drabbas i olika utsträckning av PTSD eller utbrändhet i efterförloppet. Vi måste skapa förutsättningar för att redan nu under pandemin uppmuntra ledig tid, inkludera humor i vår dagliga kommunikation med varandra och skapa möjlighet för reflektion, särskilt vid svåra händelser i gruppen.

Har ni synpunkter eller önskar mer dialog kan ni gärna maila eller ringa mig eller styrelseledamöterna.

Många varma tankar till er alla i hela Sverige i denna besvärliga tid

Rebecka Hultgren
SSVS Styrelse

Länkar

Svensk Kirurgisk Förening

<http://www.svenskkirurgi.se/>

SVS recommendations.

<https://mailchi.mp/vascularsociety/pulse-vric-pix-svs-benefits-652285?e=19d4d58a0e>

Royal college of surgeons:

<https://www.rcsed.ac.uk/news-public-affairs/news/2020/march/intercollegiate-general-surgery-guidance-on-covid-19-update>

Vascular Society, UK

https://www.vascularsociety.org.uk/professionals/news/116/further_update_from_the_president_of_the_vascular_society_of_great_britain_and_ireland

American College of Surgeons. COVID-19 Guidelines for Triage of Vascular Surgery Patients

<https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case/vascular-surgery>