

Svensk kärlkirurgi i pandemins spår

Professor Rebecka Hultgren vid Karolinska Universitetssjukhuset, Katarina Björse, överläkare i Malmö och Johnny Steuer, överläkare på Södersjukhuset, beskriver här hur svensk kärlkirurgi påverkats under pandemins framfart över landet. De är alla kärlkirurger och styrelsemedlemmar i den svenska kärlkirurgföreningen (SSVS), där Rebecka Hultgren är ordförande och Johnny Steuer vetenskaplig sekreterare. Katarina Björse är därtill ordförande i svenska kärlkirurgiregistrets styrelse (Swedvasc).



REBECKA HULTGREN
Stockholm
rebecka.hultgren@sll.se



KATARINA BJÖRSES
Malmö
katarina.bjorses@skane.se



JOHNNY STEUER
Stockholm
johnny.steuer@sll.se

Våren 2020

Covid-19-pandemin tvingade tidigt fram ändrade prioriteringar för kärlkirurgiska patienter i Sverige och utomlands. Behovet av att snabbt ta del av andras erfarenheter samt att dela med sig av egna lärdomar har aldrig varit större. Breda nätverk skapades snabbt i syfte att försöka sprida observationer och kunskap om optimal handläggning av de kärlkomplikationer som tidigt beskrevs, särskilt från Italien och USA i början av smittoutbrottet. Internationella *WhatsApp*-grupper skapades, t.ex. "kärl-covid", och slutna grupper bildades på andra sociala medier för att breda grupper av kärlkirurger skulle kunna utbyta kunskap, erfarenhet och råd. Svensk förening för kärlkirurgi (*Swedish Society for Vascular Surgery, SSVS*) såg tidigt ett behov av en nationell rekommendation, som beslutsstöd i kliniskt svåra valsituationer. Denna rekommendation som inkluderade en del referenser och praktiska råd, skickades till medlemmarna och publicerades på hemsidan 30 mars i år. Situationen varierade mycket i landet, men gene-

rellt gällde att kärlkirurgiska elektiva fall till stor del fick stå tillbaka för akuta fall, cancerkirurgi och omprioriterade anestesiresurser.

Planerad och akut kärlkirurgi

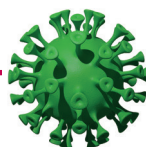
Inte sällan uppstod mycket komplexa valsituationer. Å ena sidan ska vi som kärlkirurger minska våra patienters risk för amputation, stroke, för tidig död och därtill lindra smärta och lidande, å andra sidan måste vi som yrkesgrupp konstruktivt utnyttja de minskade resurserna för att gynna fler patienter, både med kärlsjukdom och andra sjukdomar. Kärlkirurger i Sverige försökte därför anpassa sin elektiva verksamhet under pandemins första skede och tog ett stort ansvar för hela sjukvårdskedjans perspektiv, inte bara för våra kärlkirurgiska patienter. Vid behov av klinisk värdering skulle insatser samordnas enligt "one-stop-principen"; diagnostik med datortomografi/duplex/magnetkamera i anslutning till klinisk bedömning av erfaren specialist. Utökad bedömning via telefonkontakt med kollegor i primärvård med stöd av exempelvis sårfoto i journalen.

I takt med ökat antal sjukdomsfall av covid skedde en stegvis upptrappning av indikationsgränser för elektiva kärlingrepp, i enlighet med rapporter från andra länder. Elektivt rekommenderades att:

- inte behandla klaudikanter eller patienter med asymtomatisk karotisstenos,
- inte utföra nyanläggning av AV-fistlar hos pre-dialytiker,
- inte utföra elektiv venkirurgi,
- endast behandla fall av kritisk ischemi med snabb progress.

I likhet med flera internationella riktlinjer rekommenderade vi att **behandlingsgränsen för bukaortaaneurysm temporärt skulle höjas från 55 mm till 60 mm**, men påpekade att i exempelvis Storbritannien och USA förordades 70 mm som ny, tillfällig gräns för elektiv åtgärd.

Ett praktiskt råd till medlemmarna var att mer aktivt överväga endovaskulär terapi i tillämpliga fall (benartärsjukdom, aorta), för att minska belastningen för anestesikollegor samt för att förkorta vårdtiden



för våra riskpatienter (alla kärlkirurgiska patienter).

Vi föreslog också att ingrepp under dessa omständigheter med fördel skulle utföras av de mest seniora och erfarna kirurgerna, bland annat för att minska antalet individer i operationssalen och därmed även antalet som utsätts för potentiell smittorisk. Att erbjuda lokal anestesi snarare än generell anestesi och minimalt med personal på salen vid sövning var redan förankrade rekommendationer.

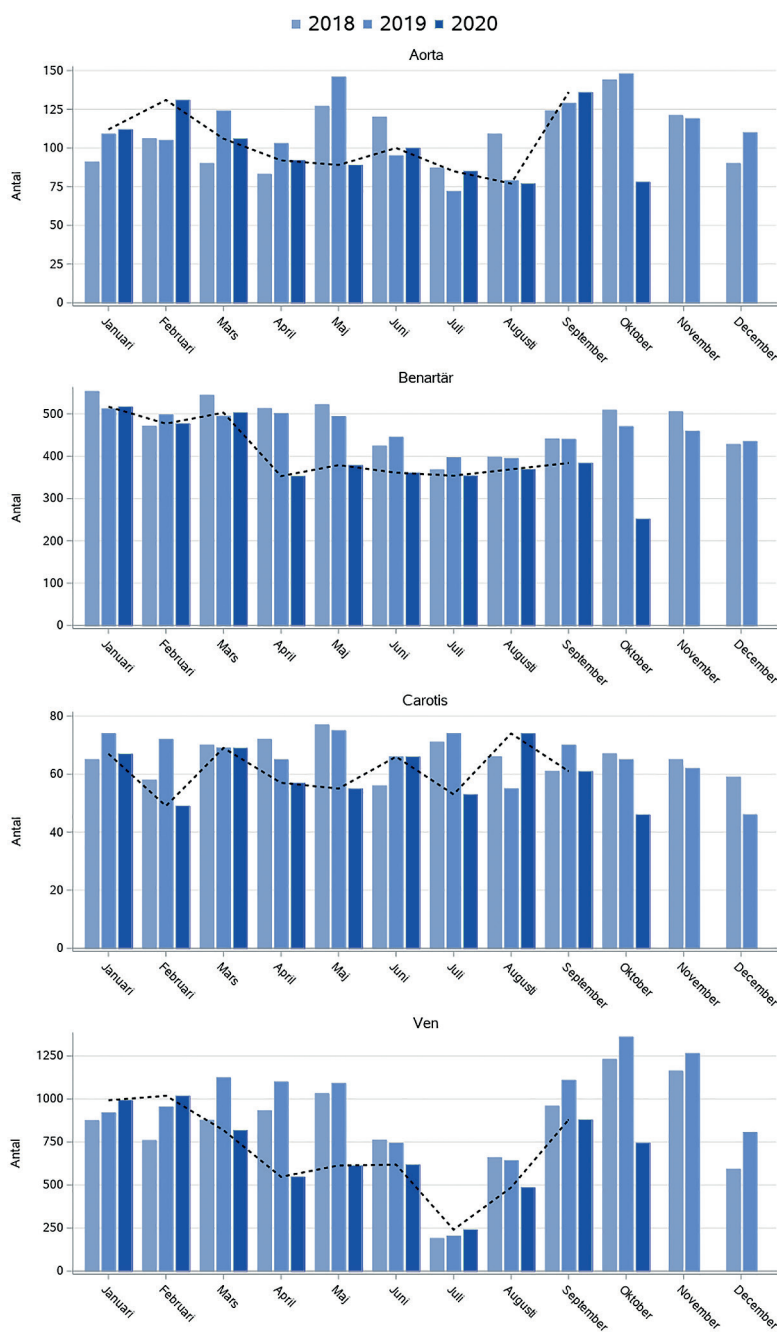
På en del sjukhus provtogs alla patienter för covid-19 dagen före operation, oavsett symtom. Det skedde dock inte överallt. Rutinmässig preoperativ provtagning kan ha minskat kostnaderna genom reduktion av antalet oförutsedda sent diagnostiserade fall där man inte använt skyddsutrustning. Provtagning kan också ha medfört minskad oro hos operatör och personal. Den hälsoekonomiska analysen får visa vad som var rätt ur ekonomisk synvinkel.

Hur blev det?

Vårt intryck var tidigt inom kärlkirurgin, liksom inom kardiologin, att det fanns ett tydligt bortfall av förväntade akuta och subakuta fall. **De patienter som sökte akut för till exempel benartärsjukdom kom ofta in med mycket avancerad ischেমigrad och åtföljande sämre prognos.** Fördröjning av bedömning och diagnostik var sannolikt en följd både av *patient's* och *doctor's delay*. Med tanke på det stora antalet rapporterade tromboskomplikationer bland intensivvårdade covid-patientgrupper internationellt hade SSVS kalkylerat med en kraftfull ökning av antalet akuta jourfall. Föreningen föreslog tidigt att specifika covid-variabler skulle adderas till vårt nationella kärlregister (Swedvasc). Liknande variabler planerades av andra specialitetsföreningar. I april infördes tre specifika covid-variabler i Swedvasc, varav två variabler är identiska med dem som infördes bland annat i det svenska hjärtsjukvårdsregistret, Swedeheart. Variablerna kommer att kvarstå under hela pandemitiden. En första utvärdering av variablerna görs efter årsskiftet, då vi kommer att få en uppfattning inte bara om utfallet för de behandlade patienterna, utan också om hur regionerna har hanterat testning samt prioritering av kärlpatienter.

Antal operationer per ingreppstyp, år och månad

Trendlinjen visar antal operationer varje månad år 2020

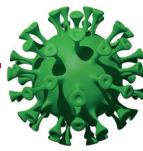


Figur 1.

Samma mönster som inom kärlkirurgin sågs med kardiologiska jourfall; färre patienter sökte, men de var ofta allvarligt sjuka. Detta uppmärksammades i en sammanställning i Svenska Dagbladet av Svenska kardiologföreningen, NPO Hjärta-Kärl och SSVS (2020-04-21). Kardiologföreningen tog också initiativ till en informativ webinarserie med stöd av Läkaresällskapet och SSVS för att öka kunskapen om covid-19 och hjärt-kärlsjukdomar. Flera av de seminarier inom "covid-

området" som sänts som webinar, till exempel via Läkaresällskapet, kan nu ses på youtube (se länkar nedan). Det finns nu också en sammanställning av riktlinjer kring trombosprofylax och behandling hos covid-19-patienter.

I Swedvasc ses tydligt att antalet operationer registrerade på indikationerna benartärsjukdom, aortaaneurysm/dissektion samt ven minskat under mars till och med maj månad i jämförelse med föregående år (Figur 1). Även operation för symptomgivande karotisstenos förefaller ha mins-



kat under perioden. Under sommar-månaderna har operationsfrekvensen i likhet med tidigare år legat lägre och under september månad har antalet operationer ökat igen. Viss eftersläpning i registreringen föreligger alltid, varför september månads operationsfrekvens sannolikt är högre än vad som framgår i diagrammet. Noggrann genomgång av data sker efter årsskiftet, då vi kommer att se vilka indikationer som minskade mest och om behandlingsmetoderna faktiskt har ändrats jämfört med tidigare år.

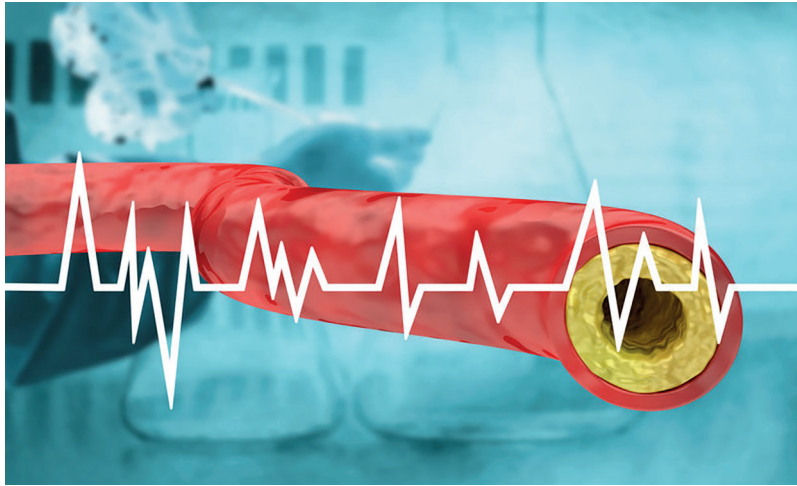
Utbildning under pandemin

Kurser som var planerade ställdes in under våren. Exempelvis uppskötts karotiskursen för ST-läkare till hösttermin 2020, aortakursen som skulle ha hållits höstterminen 2020 blev en web-baserad kurs. Andra kurser har skjutits upp ett år, till exempel praktisk kärlkirurgisk träning. Läkarutbildningen genomfördes på de flesta orter enligt plan, men naturligtvis kommer årskullen med kirurgplacering vårterminen 2020 inte vara den kurs som fick maximal tid med patienter eller på operationsavdelningen (både vad avser öppen och endovaskulär kirurgi), möjligen delvis kompensert av kollegor som ägnade tid åt inspelade föreläsningar och seminarier, träning i simulatormiljöer etc. Många yngre kollegor har också arbetat mycket hårt utanför kärlkirurgin, inom akutsjukvården, intensivvården och annan covid-relaterad vård, vilket kan påverka tid till specialistexamen för vissa.

Kärlkirurgiska möten

Vårt svenska kärllmöte som vanligen äger rum i maj ställdes in. Istället höll vi en web-baserad eftermiddag via zoom. Det var ett interaktivt och uppskattat möte där vi ändå "träffades". Vi uppdaterades avseende vår nya utbildningsbok, informerades om vår nya hemsida, välkomnade nya hedersledamöter (Lena Blomgren och Olle Nelzén) och presenterade våra stipendiater.

Eftersom Kirurgveckan var inställd höll vi vårt årsmöte för svenska kärlkirurger online i augusti och i samband med detta hölls även ett vetenskapligt möte för medlemmarna med inbjudna föreläsare från Storbritannien och Sverige. Detta var välbesökt och uppskattat.



Covid-19 är också en kärlsjukdom.

Kärlkirurgi och covid-19

Med hänsyn till den kunskap som fanns om behov av kärlkirurgiska akuta åtgärder på covid-19-patienter under våren 2020 förutsåg SSVS en hög risk för ökad jourbörda och många akuta ingrepp, bland annat på grund av de tromboskomplikationer som tidigt beskrivits. Svenska kärlkirurger uppfattar nu i de flesta fall att trots hög förekomst av intensivvårdade patienter med hög förväntad komplikationsfrekvens har inte detta skett, utan tvärtom har det varit en lägre frekvens av ingrepp än förväntat. Sannolikt har svensk intensivvård hållit en mycket hög nivå och varit synnerligen proaktiv avseende bland annat användning av lågmolekylärt heparin.

Hösten – vintern 2020

Tyvärr ser vi nu en ny eskalering av antalet covid-19 patienter. Det har blivit tydligt att många (de flesta?) kärlkirurgiska enheter aldrig egentligen återstartat full verksamhet efter sommaren och nu tvingas fortsätta arbeta med krympt tillgång till mottagningsverksamhet, avdelningsplatser, operationssalar, angiosalar och IVA. Det är alltid svårt i en kompetitiv verksamhet att hävda kärlkirurgiska patienters turordningsrätt när dessa ställs mot patienter med avancerad cancersjukdom. Vi måste dock gemensamt stödja alla patienters rätt till rätt ingrepp i rätt tid och i samförstånd mellan de kirurgiska och anestesilogiska disciplinerna prioritera när det är nödvändigt men också släppa på bromsen så fort det går. Sannolikt är det största problemet att

patienter i nuläget inte ens bedömts och prioriterats i primärvården på grund av pandemin.

Vi bör nu fokusera på att tillskapa högeffektiva vårdflöden, med få preoperativa besök (bedömning, CT, duplex, inskrivningsmottagning), korta vårdtider, minska rutinmässiga kliniska postoperativa besök och utnyttja web-baserade hjälpmedel i högre utsträckning.

Inom professionen måste vi också beakta att patienter med kärlkirurgiska sjukdomar i hög utsträckning saknar företrädare i den offentliga debatten, såsom aktiva patientföreningar och deras rättigheter måste skyddas av oss.

Vi inväntar nu de utvärderingar som kommer att ske under 2021-2022 av effekten av covid-19 på populationen av kärlpatienter. Fler amputerade, fler avlidna i ruptur och fler med allvarlig stroke? ■

Referenser

1. www.ucr.uu.se/swedvasc
2. Läkarsällskapets hemsida med information om covid-webinar: <https://www.sls.se/SVKF/kalender/sls-webinarserie-hjart-och-karlsjukdom-vid-covid-19/>
3. <https://youtu.be/ELGy2d-7Djg>
4. Webinar från svenska infektionsläkare och anestesiloger (från mars): <https://infektion.net/covid19/>
5. PM för trombosprofilax som också presenterats på nationella webinarserien, se ovan: <https://www.karolinska.se/globalassets/global/1-teman/tema-cancer/hematologi/trombosprofilax-och-trombosbehandling-vid-covid-19---2020-06-08.pdf>
6. 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
7. Oroande – en del akut sjuka söker inte vård, SvD 21 april 2020: <https://www.svd.se/oroande-en-del-akut-sjuka-soker-inte-vard>