



Rekommendationer för säker kirurgi under covid-19 pandemin

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är en politiskt och fackligt obunden organisation, som arbetar för förbättrad hälsa och sjukvård med patientens bästa för ögonen.

Bakgrund: I augusti 2020 bildades **SLS arbetsgrupp för säker kirurgi under pandemin** för att skriva en rekommendation gällande säker kirurgi under covid-19 pandemin med fokus på patientsäkerhet och testning inför kirurgi. Fokus för arbetet har varit patientperspektivet.

Arbetsgruppen har haft deltagare från Svensk Ortopedisk Förening, Svensk Kirurgisk Förening, Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi, Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, Svenska Infektionsläkarföreningen och Svenska Hygienläkarföreningen. Föreningen för Klinisk Mikrobiologi har också inbjudits att ha synpunkter på texten. Möten har hållits via Zoom. Vid start av arbetet utformades frågor som gruppen skulle besvara samt formulera en rekommendation. Den vetenskapliga evidensen för att kunna besvara dessa frågor utvecklas kontinuerligt och därmed planeras rekommendationerna att revideras då ny evidens tillkommer.

Rekommendationerna måste bedömas i förhållande till den incidens och spridning av SARS-Cov-2 som förekommer lokalt vid ett specifikt läge. Både ECDC och WHO pekar på att risken för överföring av SARS-Cov-2 från en person till en annan person är starkt tidsberoende. Riskbedömning ska inte bara baseras på hur smitta kan överföras utan också på när i sjukdomsförloppet smittrisen är störst. Data på virusmängd hos patienter visar mängder som innebär smittrisk från 2 dagar innan symptom fram till 7-9 efter debut. Dessa indirekta data talar för att smittrisen avtar kraftigt en vecka efter debut hos patienter med normalt immunförsvar. Det finns mycket begränsad data relaterat till kirurgiska utfall för barn vid samtidig smitta eller smitta i pre-/postoperativ fas. Därmed bör försiktighetsprincip gälla och även barn omfattas av dessa rekommendationer.

Antigentest för SARS-CoV-2 kan i vissa situationer ersätta PCR-test. Det är dock viktigt att veta att dessa inte av tillverkarna är validerade för analys på asymtomatiska personer och att negativ test inte helt utesluter att patienten kan ha covid-19.

Definitionen av vad som är låg respektive hög nivå av smittspridning i samhället behöver avgöras lokalt i samråd med smittskyddsmyndigheten i regionen.

Malin Sund,

SLS arbetsgrupp för säker kirurgi under pandemin

Rekommendationer för säker kirurgi under covid-19 pandemin

(Senast upd. 2020-11-10)

A. Ska alla patienter som planeras för kirurgi tillfrågas om de haft covid-19?

Rekommendation: Ja, alla patienter ska tillfrågas om de har diagnostiserats med covid-19. Diagnosdatum och tidpunkt för tillfrisknande ska dokumenteras för att ingå som beslutsunderlag för testning och genomförande av kirurgin.

Det finns nu beskrivningar om återinsjuknande som dock förefaller ovanligt. Ifall tydliga symptom talande för återinsjuknande efter redan tidigare bekräftad covid-19 infektion bör detta tas i beaktande av planering av elektiv kirurgi.

B. Bör alla patienter som ska genomgå akuta större operativa ingrepp provtas?

Rekommendation: Ja, patienter som ska genomgå akut kirurgi bör testas med prov från övre luftvägar avseende SARS-CoV-2 RNA eller antigen-baserade test.

Beslut om operation ska baseras på medicinsk indikation och inte påverkas av ev. resultat av PCR-analys eller ett antigen-baserat test. Om operationen inte kan anstå i väntan på provsvar bör patienter med symptom talande för covid-19, känd exponering de senaste 14 dagarna (till exempel en anhörig som har verifierad covid-19) eller där patienten är oförmögen att lämna anamnes avseende ovanstående hanteras som covid-19 positiv och hanteras enligt lokala riktlinjer.

C. Bör alla patienter som planeras för elektiva operativa ingrepp provtas vid låg samhällsspridning?

Rekommendation: Nej, enbart patienter med symptom eller anamnes talande för aktuell covid-19 eller en känd exponering (till exempel en anhörig som nyligen insjuknat) för covid-19 bör testas inför elektiv kirurgi vid låg samhällsspridning. Se även punkt J gällande ingrepp och operationsområden med högre risk.

Screening av symtomfria individer, om prevalensen är låg, innebär hög risk för falskt positiva testresultat och låg chans att identifiera smittad individ. Negativt screeningprov utesluter inte heller insjuknande efter provtagningstillfället. Falsk positiva provsvar kan leda till att viktiga operationer ställs in och försämra patientens prognos och livskvalitet. Om prevalensen i samhället ökar betydligt kan behovet av provtagning på symtomfria individer inför elektiv kirurgi behöva omvärderas (se punkt D).

Det har rapporterats att vissa ingrepp och operationsområden är förknippade med större risk för överföring av smitta vid kirurgi och komplikationer vid kirurgi. Vid dessa operationer bör patienter testas inför elektiv kirurgi (se punkt J).

D. Bör alla patienter som planeras för elektiva operativa ingrepp provtas vid hög samhällsspridning?

Rekommendation: Ja, patienter som ska genomgå elektiv kirurgi bör testas med prov från övre luftvägar avseende SARS-CoV-2 RNA eller antigen-baserade test.

Vid hög prevalensen i samhället minskar risken för falskt positiva prov samtidigt som risken för att drabbas av komplikationer vid kirurgiska ingrepp ökar pga samtidig icke-diagnostiserad covid-19 insjuknande. Det är viktigt att det finns lokal rutin på plats för att få flödet kring denna testning att bli effektivt.

E. Ska patienter med tidigare genomgången covid-19 (mer än en månad efter insjuknande) samt bekräftade anti-kroppar efter en tidigare infektion provtas inför operativt ingrepp?

Rekommendation: Nej, risken för komplikationer relaterade till den tidigare genomgånga infektionen är låg vid kirurgi då det gått mer än en månad.

SARS-CoV-2 RNA kan i varierande grad påvisas hos patienter många veckor efter genomgången infektion men är i sig inte avgörande för värdering av smittsamhet eller sjukdomsgrad eftersom det är visat att denna testpositivitet inte är associerad med smittsamhet. Smittsamhet värderas i stället på kliniska grunder samt utifrån tid från insjuknande. Det finns också data talande för att risken för komplikationer till kirurgi ligger på samma nivå som hos en icke-infekterad patient fyra veckor efter insjuknande i covid-19. Man bör därför avstå från provtagning av patienter med känd genomgången covid-19 med symtomdebut för mer än en månad sedan. Patienter med tidigare genomgången covid-19 sjukdom och som har bekräftade anti-kroppar bedöms vara immun i minst 6 månader från infektionstillfället och behöver därmed inte testas igen ifall inga symptom talande för ett återinsjuknande förekommer.

F. Hur ska provtagning vid elektiv kirurgi genomföras?

Rekommendation: Riktad provtagning på basis av anamnes och status. Optimalt ska provtagning (prov från övre luftvägar enligt lokala rutiner) göras så nära inpå operation som möjligt. Patienterna uppmanas att efter provtagningen och fyra veckor postoperativt följa de rekommendationer som FHM utarbetat för att skydda riskgrupper mot covid-19.

Positivt provsvar på symptomfria patienter måste verifieras med nytt positivt prov innan patienten säkert kan bedömas som SARS-CoV-2 RNA positiv. Antigen-baserade tester kommer att kunna erbjudas i ökande grad och bedöms just i detta fall kunna ersätta SARS-CoV-2 RNA baserade test om det har logistiska fördelar. Ett alternativ är att ta prov för SARS-CoV-2 serologi för att på detta sett bekräfta att det rör sig om en tidigare genomgången infektion.

G. Ska elektiva operationer skjutas fram i tid ifall patienten testas SARS-CoV-2 positiv med tanke på den ökade risken för komplikationer?

Rekommendation: Ja, om patienten har symtom och ett positivt SARS-CoV-2 provsvar eller två konsekutiva positiva provsvar hos symptomfri patient bör operationen senareläggas.

Individuella bedömningar kan behöva göras hos patienter som löper ökad risk för kraftig försämring i sin grundsjukdom med anledning av en uppskjuten operation. Individuella bedömningar kan också behöva göras baserad på omfattningen av ingreppet, patientens samsjuklighet samt vid fördröjning på svar av taget prov innan eventuellt beslut om att operationen skjuts upp fattas.

H. Vilken elektiv kirurgi bör genomföras trots ett positivt prov?

Rekommendation: Individuell bedömning

Vid betydande risk för allvarlig försämring i grundsjukdomen bör riskerna med uppskjuten operation ställas mot risk för komplikationer förenade med operation hos en patient med en aktiv covid-19. Detta gäller i synnerhet hos personer med pågående covid-19 vid särskilt riskfyllda ingrepp, till exempel thoraxkirurgiska ingrepp, operationer i luftvägar och stor bukkirurgi.

I. Kan man välja ut de grupper som alltid ska provtas på basis av patientrelaterad riskprofil, typ av kirurgiskt ingrepp eller annat?

Rekommendation: Nej

Vid låg spridning av SARS-Cov-2 finns det inget behov av rutinmässig provtagning. Det bör också noteras att det finns en uttalad risk för falskt positiva svar vid provtagning i en population med mycket låg förekomst av SARS-Cov-2 vilket kan leda till felaktiga beslut att ställa in en operation. Vid ökande spridning av SARS-Cov-2 kan detta behöva omvärderas.

J. Bör patienter som planeras för kirurgi där aerosolgenererande procedurer (AGP) ingår provtas för att kunna göra lämpligt val av ingrepp samt vidta åtgärder för att skydda personal på sal?

Rekommendation: Nej, en generell provtagning kan inte rekommenderas utan risken måste bedömas i förhållande till typ av ingrepp och operationsområde.

AGP förekommer vid flera olika typer av akuta och elektiva operationer. Det finns ingen tydligt vetenskaplig evidens för att samtliga patienter som opereras där AGP ingår ska provtas eller att dessa ingrepp leder till ökad smittöverföring. Vid vissa ingrepp som till exempel operationer och ingrepp i övre luftvägar kan smittöverföring via aerosoler från luftvägarna förekomma peroperativt. Om AGP genomförs och vid ingrepp i luftvägar bör preoperativ provtagning av alla patienter starkt övervägas under pågående covid-19 pandemi. Vid intubation bildas alltid aerosoler och detta medför risk för överföring av smitta. Därmed bör personal skydda sig vid intubation av en icke testad patient och vid hög samhällspridning rekommenderas testing inför alla ingrepp. Gällande ingrepp i luftvägar rekommenderas lokala instruktioner för att minimera risken för överföring av smitta under ingrepp.

Socialstyrelsen har publicerat en lista på AGP där det finns en potentiell risk för överföring av covid-19 smitta från patient till personal (se länk nedan).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/aerosolgenererande-arbetsmoment-inom-halso-sjuk-och-tandvard-covid19.pdf>

K. Ska SARS-CoV-2 positiva patienter med aktiv infektion separeras helt från SARS-CoV-2 negativa patienter på vårdavdelningar före och efter kirurgi?

Rekommendation: Ja

L. I de fall det inte är möjligt att separera patienter med aktiv covid-19 helt från patienter utan covid-19 ska elektiva operationer skjutas fram tills man kan garantera detta?

Rekommendation: Ja.

Alternativt kan operation på annat sjukhus där separerade flöden erbjuds övervägas.

M. Bör patienter uppmanas självisolera sig inför planerad operation?

Rekommendation: Vid låg covid-19 spridning bedöms nyttan av självisolering vara låg. Vid hög smittspridningen bör samtliga patienter rekommenderas självisolering både före och efter kirurgi.

Patienter med uppenbara riskfaktorer redovisade i Socialstyrelsens dokumentation bör i möjligaste mån följa rekommendationer från FHM för riskgrupper i 14 dagar före operation. Patienter som testas inför en operation bör följa dessa rekommendationer från testtillfället upp till fyra veckor efter operationen vid låg samhällspridning. Vid hög samhällspridning rekommenderas självisolering 14 dagar före och 1 månad efter kirurgi. Om patienten effektivt har själviserat sig innan operation så kan detta ersätta provtagning inför elektivt ingrepp.

N. Kan patienter sjukskrivas i väntan på operation under denna självisolering?

Rekommendation: Nej. Vid låg covid-19 spridning bedöms nyttan av sjukskrivning före kirurgi som låg. Vid hög samhällspridning kan detta vara av värde för att möjliggöra självisoleringen inför elektiv kirurgi.

O. Bör patienter informeras över vikten att undvika att bli smittade före och efter den planerade operationen med tanke på risken för komplikationer? Hur lång tid i så fall?

Rekommendation: Ja. Två veckor före operationen och en månad postoperativt.

P. Ska indikationen för trombosprofylax utvidgas under pågående pandemi?

Rekommendation: Nej

Den vetenskapliga evidensen kring nyttan med generell trombosprofylax hos patienter med covid-19 är omdiskuterad. Att utvidga indikationen för trombosprofylax till ingrepp eller grupper där man i övriga fall inte använder trombosprofylax är därför ytterst tveksamt.