

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2020;182:V205029

Betydningen af COVID-19 i forbindelse med kirurgi

Ismail Gögenur & Per Hölmich

Ugeskr Læger 2020;182:V205029

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)-epidemien i Danmark har medført, at alt ikkeuopsættelig kirurgi er blevet udsat for at kunne allokere ressourcerne til den umiddelbare håndtering af coronavirus disease 2019 (COVID-19). Med de nyeste retningslinjer åbnes der for, at den elektive kirurgi kan genoptages, og at vi nu igen kan behandle patienter med ikkeakutte lidelser. Sundhedsstyrelsens retningslinjer for en generel screeningsstrategi [1] medfører, at alle patienter, der skal opereres i generel anæstesi, bør screenes for SARS-CoV-2 med polymerasekædereaktionsundersøgelse af materiale fra svælgpodning to dage forud for indgrebet. Dette er i overensstemmelse med retningslinjer fra de større internationale kirurgiske selskaber [2, 3].

Screeningen har flere mål. Den kan dels medføre, at vi kan opspore patienter, som udskiller SARS-CoV-2, og derved nedsætte smitte på sygehuset. For patienten kan screeningen også medføre en væsentlig reduceret risiko for komplikationer efter operationen. Præliminære resultater tyder nemlig på, at patienter med aktiv SARS-CoV-2-infektion ved et kirurgisk indgreb har betydelig større risiko for at få et alvorligt forløb end patienter uden COVID-19. Den skadelige effekt af et kirurgisk indgreb samtidig med COVID-19 er beskrevet i litteraturen, hvor man i flere studier har fundet, at op mod halvdelen af patienterne får behov for intensiv behandling, og en ud af fire patienter dør inden for 30 dage efter operationen [4, 5]. De alvorlige COVID-19-forløb er karakteriseret ved en omfattende patofysiologi med multiple organpåvirkninger, herunder i særdeleshed lungekomplikationer med svær pneumoni og acute respiratory distress syndome (ARDS), og endeligt respirationssvigt. Det er formentlig en kombineret effekt af det kirurgirelaterede stressrespons og de virusrelaterede effekter, der medfører de alvorlige forløb. En del af patienterne i de nævnte studier er blevet opereret akut. Her er betydningen af screening begrænset, idet operationen er uopsættelig, og patienten uden en operation ville have en langt større risiko for at dø eller pådrage sig alvorlige komplikationer på kort og lang sigt. Udfordringen er således størst hos den elektive patientgruppe.

Den anbefalede screeningsstrategi omfatter som udgangspunkt ikke måling af immunoglobulinniveauer, og der findes endnu ingen studier, hvor man har undersøgt betydningen

af et overstået COVID-19-forløb i relation til efterfølgende kirurgisk behandling. Det er generelt forventningen, at et overstået COVID-19-forløb som minimum vil medføre transitorisk immunitet for SARS-CoV-2-smitte, men reelt er dette, samt de øvrige kort- og langsigtede følgevirkninger af en overstået infektion, ukendt. Det er endnu uvist, om forandringerne ved lungekomplikationerne er irreversible. Dette kan være tilfældet ved andre virusinfektioner (f.eks. SARS-CoV), der også medfører ARDS. Her er der beskrevet nedsat lungekapacitet på kort og lang sigt.

Begge testmetoder har fordele og ulemper, men en afgørende begrænsning er, at vi risikerer, at patienter, der er indstillet til elektiv kirurgi, opereres i en inkubationsperiode. En negativ antistoftest og/eller podetest vil ikke være en garanti for, at patienten ikke har sygdommen. I denne sammenhæng er det også vigtigt at huske på, at patienten kan være asymptomatisk. Patienten kan desuden nå at blive eksponeret for smitte efter testen før operationen. Indlæggelse i isolation i de to sidste dage op til operationen af patienter, der er testet negativ, er naturligvis ikke mulig for samtlige patienter i sundhedsvæsenet. Men for særlige risikopatienter bør man overveje, om man skal tilbyde dobbelttestning for at øge sensitiviteten, og om man i enkelte tilfælde skal sikre isolation af patienten før kirurgi. Endelig kunne en udskydelse af det operative indgreb hos patienter med særlig risiko overvejes. Der bør således foretages individuelle vurderinger af patienter med særlig høj risiko for komplikationer i forbindelse med kirurgi.

KORRESPONDANCE: *Ismail Gögenur*, Kirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde og Køge. E-mail: ig@dadlnet.dk

Per Hölmich, Ortopædkirurgisk Afdeling, Amager-Hvidovre Hospital. E-mail: per.hoelmich@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen, 2020:1-21.
2. Pryor A. SAGES and EAES recommendations regarding surgical response to COVID-19 crisis. <https://www.sages.org/recommendations-surgical-response-covid-19/> (20. apr 2020).
3. American College of Surgeons, American Society of Anesthesiologists. Joint statement: Roadmap for resuming elective surgery after COVID-19 pandemic. <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2020/04/joint-statement-on-elective-surgery-after-covid-19-pandemic> (16. apr 2020).
4. Lei S, Jiang F, Su W et al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *EClinicalMedicine* 2020:100331.
5. Li YK, Peng S, Li LQ et al. Clinical and transmission characteristics of Covid-19 – a retrospective study of 25 cases from a single thoracic surgery department. *Curr Med Sci* 2020;40:295-300.