

Triagering af patienter med akut abdominalkirurgisk sygdom

Svenningsen *et al* publicerer i Danish Medical Journal (Ugeskrift for Læger side 1854) et kohortestudie, der omhandler dødelighed i forbindelse med akut abdominalkirurgi [1], herunder sammenhængen mellem ventetid på operation og patientens alder. I dette studie med i alt 131 patienter fandt man ingen sammenhæng mellem ventetid på operation og efterfølgende dødelighed, men derimod fandt man hos patienter over 75 år en højere dødelighed, som ikke var relateret til ventetiden. Dødeligheden i forbindelse med akut abdominalkirurgi er fundet høj i en række større studier – både danske og udenlandske – typisk en 18-27% 30-dagesmortalitet [2, 3]. Ses der nærmere på de beskrevne kohorter, er det tydeligt, at patienterne er endog meget forskellige, hvad angår både alder, komorbiditet og en række andre både kendte og ukendte prognostiske faktorer. Over den seneste ca. 15-årige periode er der publiceret en del artikler, hvor man har påvist fordelene ved den såkaldte multimodale håndtering af patienter i forskellige kirurgiske specialer [4], således også i denne kohorte. Multimodal håndtering er ikke klart defineret i den videnskabelige litteratur, men begrebet dækker over en række præ-, per- og postoperative tiltag, der sigter på at give et optimalt patientforløb. Om denne *approach* virker hos akutte, svært syge patienter, er ikke endeligt afklaret, selvom nogle resultater tyder på det [3]. Imidlertid må man overveje, om ikke det er tid til at sætte spørgsmålstegn ved, om denne *one size fits all*-tilgang giver den optimale behandling hos alle patienter. Der findes ikke mange forskningsresultater inden for triagering af denne patientgruppe, men måske er det på tide at undersøge, hvordan man kan spotte risikopatienterne i den samlede patientgruppe, således at de kan få et skræddersyet behandlingsforløb. Der findes p.t. ikke en evidensbaseret klinisk metode til at triagere disse patienter, men der foregår forskning på området. I denne artikel har man vurderet »ventetid« som en mulig negativ faktor og har ikke fundet sammenhæng mellem ventetid og mortalitet, modsat Buck *et al* [5], som fandt, at hver times ventetid inden operation var forbundet med en 2,4% større risiko for at dø efter operationen. Ventetid er formentligt uundgåelig i en travl klinisk hverdag, og for at vende problemstillingen positivt kunne man i ste-

det tale om optimeringstiden. Der findes som anført mange forskellige tiltag, der kan iværksættes hos akut syge patienter, inden kirurgi påbegyndes, og muligvis har en cirkulatorisk, respiratorisk og metabolisk veloptimeret patient en større sandsynlighed for et komplikationsfrit forløb end den patient, der opereres hurtigt. Resultaterne af PULP-studiet – med patienter med perforeret ulcus ventriculi – kunne tyde på det [3]. I dette studie blev patienter med operationskrævende perforeret ulcus ventriculi på syv udvalgte afdelinger tilset tidligt af speciallæger i både kirurgi og anæstesiologi, og der blev iværksat en række tiltag med henblik på at forbedre patienternes tilstand mest muligt. Dette indebar bl.a. undersøgelse og vurdering af evt. begyndende sepsis, optimeret væskebehandling, min. 12 timers ophold i det postoperative afsnit samt en væske- og ernæringsplan, inden patienten blev kørt til stamafsnittet.

Forskning med fokus på triagering er endnu ikke veletableret. I fremtiden vil vi have stor glæde af i højere grad at kunne vurdere, hvilke patienter der har behov for særlig observation og behandling med henblik på understøttelse af vitale funktioner, og hvilke der i højere grad kan klare sig på egne konditioner. I denne triagering vil en udbygget perioperativ funktion kunne spille ind, ligesom intermediære afsnit i forbindelse med landets intensive afsnit kunne komme i spil. Forskning med akutte patienter i et komplekst miljø med mange aktører er resursekrævende, langsommelig og dyr. Imidlertid er det formentligt her, man kan vinde de største fremskridt mod bedre behandlingsforløb og i sidste ende forhåbentligt nedsat dødelighed.

LITTERATUR

1. Svenningsen P, Manoharan T, Foss NB *et al*. Increased mortality in the elderly after emergency abdominal surgery. *DMJ* 2014;61(7):A4876.
2. Vester-Andersen M, Lundstrøm LH, Møller MH *et al*. Mortality and postoperative care pathways after emergency gastrointestinal surgery in 2904 patients: a population-based cohort study. *Br J Anaesth* 2014;112:860-70.
3. Møller MH, Adamsen S, Thomsen RW *et al*. Multicentre trial of a perioperative protocol to reduce mortality in patients with peptic ulcer perforation. *Br J Surg* 2011;98:802-10.
4. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg* 2002;183:630-41.
5. Buck DL, Vester-Andersen M, Møller MH. Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 2013;100:1045-9.

LEDER

Ann Merete Møller

Ugeskr Læger
2014;176:V66511

KORRESPONDANCE:

Ann Merete Møller,
Anæstesiologisk Afdeling I,
Herlev Hospital,
Herlev Ringvej 75,
2730 Herlev. E-mail:
ann.moeller@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk