

Tyroidektomi som dagkirurgisk operation: Er der en grænse?

LEDER

Preben Homøe

Ugeskr Læger
2015;177:V67271

Sundhedsvæsenet effektiviseres på alle områder. Der foretages talrige kirurgiske procedurer i dagkirurgisk regi inklusive procedurer med blødningsrisiko, som i sjældne tilfælde kan være fatale [1]. Eksempelvis udføres tonsillektomi med relativt tilfredsstillende resultater i dagkirurgisk regi i modsætning til tidligere, hvor patienterne var indlagt i ti dage. Det er klart, at den økonomiske besparelse er stor. Der er indført *fast track*-procedurer inden for f.eks. brystkræftkirurgi og hofte- og knæalloplastik med overbevisende reduktion i indlæggelsesdage [2]. Afgørende er patientsikkerheden og kvaliteten.

Der er ingen grund til at tro, at denne udvikling vil stoppe. Fremtidens superhospitalet er gennem Erik Juhl-udvalget dimensioneret ud fra en fremskrivning med en forventelig øget dagkirurgisk aktivitet og accelererede patientforløb og dermed langt færre indlæggelser efter kirurgi (se Regionernes investerings- og sygehusplaner (www.sum.dk)). Man forestiller sig, at tæt på 100% af de nuværende endagsindlæggelser efter elektiv kirurgi konverteres til dagkirurgi.

Tyroidektomi er ofte et endagsindlæggelsesindgreb. Tyroidektomi udføres i Danmark på landets øre-næse-hals-kirurgiske afdelinger. Patientsikkerheden efter tyroidektomi afhænger af risikograden for postoperativ blødning, som kan være livstruende, parathyroidea-funktion efter total tyroidektomi og af korrekt patientselektion ved mulig udvælgelse til dagkirurgisk tyroidektomi. Sædvanlige udvælgelseskriterier er blandt andet antikoagulans (AK)-behandling, alder, hjemlige forhold, dansk kundskaber og komorbiditet. I Danish Medical Journal (dette nummer af Ugeskriftet side 947) gennemgår *Sørensen & Klug* emnet og publicerer egne data fra 1.512 thyroideaoperationer over næsten 13 år [3]. De konkluderer, at rutinemæssig dagkirurgisk procedure ikke kan anbefales ved tyroidektomi pga. risiko for efterblødning med en samlet hæmostaseoperationsfrekvens på 2,8%, hvoraf 25% opstår 6-24 timer efter operation og 13% efter 24 timer. Denne konklusion er i overensstemmelse med en tidligere landsdækkende prospektiv undersøgelse af mere end 5.000 thyroideaoperationer, hvor hæmostaseoperationsfrekvensen var 4,2% [4].

Imidlertid var dette også konklusionen i 1990'erne, inden tonsillektomi blev indført som dagkirurgisk indgreb. Selvom tonsillektomi er det dagki-

urgiske indgreb, som relativt hyppigst fører til rehospitalisering (11,4%, hvoraf den langt overvejende del skyldes efterblødning), fortsætter man ufortrødent med dagkirurgisk tonsillektomi [1].

Internationalt er der ikke enighed om det sikkerhedsmæssige aspekt ved dagkirurgisk tyroidektomi. Et af problemerne er, at de fleste undersøgelser er retrospektive og ikke skelner mellem total tyroidektomi (med risiko for udvikling af hypokalcaemi) og hemityroidektomi. Dette gælder også de to danske undersøgelser. I en ny, men lille, fransk prospektiv undersøgelse med nøje patientudvælgelseskriterier fandt man, at kun omkring 22% (34 patienter) var egnede til dagkirurgisk hemityroidektomi [5]. Heraf konverteredes to til indlæggelse; en pga. asfyksi og kvalme og en viste sig alligevel at være i AK-behandling. Yderligere en patient blev indlagt dagen efter pga. kvalme. Patienterne i dagkirurgisk regi angav stor tilfredshed, og besparelsen ved dagkirurgisk procedure frem for indlæggelse blev beregnet til 711 euro pr. patient.

Sørensen & Klug konkluderer, at patienter, som behandles med tyroidektomi, bør observeres i mindst seks timer postoperativt og pga. blødningsrisiko som minimum opholde sig på et nærliggende patienthotel indtil udskrivelse 24 timer postoperativt.

Den dagkirurgiske grænse går ved patientsikkerheden. Fremtiden vil vise hvor, men presset på reduktion i sengedage vil intensiveres, hvilket vil kræve forandringer. Der er behov for randomiserede kliniske undersøgelser af særlig hemityroidektomi i dagkirurgisk regi. Den forsigtige konklusion, som *Sørensen & Klug* drager, må indtil videre skønnes at være rimelig af hensyn til patientsikkerheden og behandlingskvaliteten.

LITTERATUR

1. Majholm B, Engbæk J, Bartholdy J et al. Is day surgery safe? Acta Anaesthesiol Scand 2012;56:323-31.
2. Mertz BG, Kroman N, Williams H et al. Fast-track surgery for breast cancer is possible. Dan Med J 2013;60(5):A4615.
3. Sørensen KR, Klug TE. Routine outpatient thyroid surgery cannot be recommended. Dan Med J 2015;62(2):A5016.
4. Godballe C, Madsen AR, Pedersen HB et al. Post-thyroidectomy hemorrhage: a national study of patients treated at the Danish departments of ENT Head and Neck Surgery. Eur Arch Otorhinolaryngol 2009;266:1945-52.
5. Lacroix C, Potard G, Clodic C et al. Outpatient hemithyroidectomy. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 2014;131:21-6.

KORRESPONDANCE:

Preben Homøe,
Øre-, Næse-, Hals og
Kæbekirurgisk Afdeling,
Køge Sygehus,
Lykkebækvej 1,
4600 Køge. E-mail:
prho@regionsjaelland.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

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