# Preoperativ utredning och provtagning inför gynekologiska ingrepp

**Utarbetad av:** Kiriaki Papaikonomou, Patientflöde Gynekologi

**Granskad och godkänd av:** Gabriel Dumitrescu PMI, Kristine Kirillova PMI

**Målgrupp**

Läkare och sjuksköterskor på PMI Huddinge och Patientflöde Gynekologi.

Innehållsförteckning

[Preoperativ utredning och provtagning inför gynekologiska ingrepp 1](#_Toc14031343)

[Bakgrund, syfte, mål 1](#_Toc14031344)

[Hälsodeklaration 2](#_Toc14031345)

[Journaldokumentation 2](#_Toc14031346)

[Riskbedömning av patient 2](#_Toc14031347)

[Preoperativ utredning 4](#_Toc14031348)

[Blodgruppering och BAS-test vid gynekologiska ingrepp 4](#_Toc14031349)

[Laboratorieanalyser inför operation 5](#_Toc14031350)

[Blodtryck 5](#_Toc14031351)

[Preoperativt EKG 5](#_Toc14031352)

[Antibiotikaprofylax 6](#_Toc14031353)

[Trombosprofylax och tillfällig utsättning av antikoagulantia och trombocythämning inför operation 6](#_Toc14031354)

[Rökinformation/rökstopp inför operation 6](#_Toc14031355)

[Referenser 6](#_Toc14031356)

# Bakgrund, syfte, mål

Syftet med den preoperativa utredningen är att bedöma om patienten är i optimalt skick inför ett operativt ingrepp, detta för att kunna skapa bästa möjliga förutsättningar inför anestesi, operation och återhämtning.   
  
Inför operation är det viktigt att patienten blir kliniskt bedömd, vilket i första hand beslutande kirurg är ansvarig för. Beslutet baseras på anamnes, aktuell status och eventuell komplettering av befintliga journalhandlingar, samt förväntat utfall av det planerade ingreppet.   
  
Anestesiologens uppgift, när beslut om operation fattas, är att göra en bedömning av patientens förutsättningar att klara av anestesi, operationstraumat och postoperativ vård. Den beslutar även om eventuella kompletterande utredningar och provtagningar är nödvändiga innan patienten accepteras för anestesi. Dessutom beslutas anestesimetod och premedicinering.   
  
Anamnes, fysikalisk undersökning och hälsodeklaration gäller 3 mån, förutsatt att patientens tillstånd är oförändrad.

# Hälsodeklaration

Lämnas av alla patienter, både i öppen- och slutenvård.

# Journaldokumentation

Inför operation och narkosbedömning ska det i TC finnas skriven journalanteckning innehållande minst följande uppgifter:

* Diagnos
* Anamnes:

-  tidigare och nuvarande sjukdomar

- överkänslighet

- aktuell medicinering (hänvisa till uppdaterad läkemedelslista)

* Vilken operation som planeras
* Aktuell medicinering ska uppdateras och signeras i TC läkemedelsmodul
* Plan för justering av läkemedel som påverkar koagulationen
* Status:

- noggrann gynekologisk undersökning inkl vag ul

- blodtryck (dokumenteras av usk/ssk)

- BMI (dokumenteras av usk/ssk)

- Cor/pulm auskultation

* I förekommande fall ska aktuella labprover beställas
* Att pat är informerad om risker med operation

▪   Journal från tidigare relevanta vårdtillfällen från kliniker som inte är kopplade till TC ska

beställas

▪   Dokumentation om ifall rökstoppsinformation har givits och om patienten accepterat

# Riskbedömning av patient

Den preoperativa narkosbedömningen kan ske utifrån journalanteckningar och hälsodeklarationen. Ofta behöver narkosläkaren även träffa patienten för en bedömning.

|  |  |
| --- | --- |
| Pat som bedöms via hälsodeklaration | Pat som ska träffa narkosläkare |
| ASA-klass 1+2 och som ska genomgå   * Konisering * Hysteroskopi * Laparoskopi (enklare ingrepp) * TVT * Fraktionerat abrasio * Total laparoskopisk hysterektomi, laparoskopiskt assisterad vaginal hysterektomi, vaginal hysterektomi | * ASA-klass 3 oberoende på ingrepp * Alla laparotomier * Prolapser * Ålder >60 år * BMI>35 * Hjärt-/lungsjukdom * Tidigare narkoskomplikationer * Pat som behöver tolk * Smärtpatienter * Pat som uttrycker oro för smärta/sövning * Myomenukleationer oberoende på op modalitet * Patienter med Reumatoid Artrit |

Patient med ASA-klass 4 och stark operationsindikation bör diskuteras med narkosläkare innan orbitanmälan för operation.

|  |
| --- |
| **ASA-klassificering** |
| **ASA 1 – Frisk patient** Exempel:Frisk, icke-rökare, ingen eller minimal alkoholkonsumtion. |
| **ASA 2 - Patient med lindrig systemsjukdom** Exempel: Lindrig systemsjukdom utan påtaglig funktionell begränsning; rökare, regelbunden alkoholkonsumtion utan beroende eller missbruk, graviditet, övervikt (BMI 30 - 39), välkontrollerad diabetes/hypertoni, lindrig lungsjukdom. |
| **ASA 3 - Patient med allvarlig systemsjukdom** En eller flera allvarliga systemsjukdomar med påtaglig funktionell begränsning. Exempel: otillräckligt reglerad diabetes eller hypertoni, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), sjuklig fetma (BMI ≥40), aktiv hepatit, alkoholberoende eller alkoholmissbruk, pacemaker, måttligt nedsatt ejektionsfraktion, ischemisk hjärtsjukdom, terminal njursvikt med regelbunden dialysbehandling, prematura barn med gestationsålder <60 veckor, genomgången (>3 månader) hjärtinfarkt eller kranskärlsintervention, transitorisk ischemisk attack (TIA) eller stroke. |
| **ASA 4 - Patient med allvarlig och ständigt livshotande systemsjukdom** Exempel: nyligen genomgången (<3 månader) hjärtinfarkt eller kranskärlsintervention, transitorisk ischemisk attack (TIA) eller stroke. Pågående hjärtischemi eller allvarlig klaffsjukdom, uttalat nedsatt ejektionsfraktion, sepsis, disseminerad intravasal koagulation (DIC), akut njursvikt eller terminal njursvikt som inte behandlats med regelbunden dialys. |
| **ASA 5 - Moribund patient som inte förväntas överleva utan operation** Exempel: rupturerat abdominellt/torakalt aortaaneurysm, stort trauma, intrakraniell blödning med masseffekt, ischemisk tarm hos patient med svår hjärtsjukdom eller multiorgansvikt. |

# Preoperativ utredning

## Blodgruppering och BAS-test vid gynekologiska ingrepp

Blodgruppering och BAS-test tas enligt följande på patienter som ska genomgå gynekologiska ingrepp. BAS-test måste finnas tillgängligt **före start** av anestesi/operation och det är giltigt i **fyra dygn**. Korstest av ett specificerat antal blodenheter görs endast vid förekomst av antikroppar. Blodgruppering och BAS-test ska tas på alla patienter med blödningsbenägenhet (även läkemedelsinducerad) och anemi preoperativt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ingrepp | Blodgruppering | BAS-test |
| Exeres, akut | Ja | Ja |
| Exeres, planerat | Ja | Nej |
| Exeres pga misstänkt mola | Ja | Ja |
| Sent avbrytande | Ja | Ja |
| Fraktionerat abrasio | Ja | Nej |
| Hysteroskopi, diagnostisk | Ja | Nej |
| Hysteroskopi, operativ (TCRE, TCRP, TCRM) | Ja | Ja |
| Endometrieablation | Ja | Nej |
| Hysterektomi (vaginal, TLH, LAVH, tomi) | Ja | Ja |
| Konisering | Ja | Nej |
| Konisering, gravid | Ja | Ja |
| Laparoskopi | Ja | Ja |
| Laparotomi | Ja | Ja |
| Perineorafi | Nej | Nej |
| Prolapsplastik med nät | Ja | Ja |
| Prolapsplastik utan nät | Ja | Nej |
| Sfinkterrekonstruktion | Ja | Nej |
| Vulvaplastik | Nej | Nej |
| TVT | Ja | Nej |
| Vaginektomi | Ja | Ja |
| Sakrokolpopexi | Ja | Ja |

## 

## Laboratorieanalyser inför operation

|  |  |
| --- | --- |
| **Blodstatus** | * Alla patienter |
| **Elektrolytstatus**  (s-Na, s-K, s-kreatinin, s-albumin | * ASA-klass 3+4 * Ålder >60 år * Hjärt-kärlsjukdom, njursjukdom, diabetes mellitus * Behandling med diuretika, steroider och nefrotoxiska läkemedel * Patienter med nyligen stora vätskeförluster t.ex. blödningar, kräkningar, diarréer * Infektionssjukdom med allmänpåverkan * Akuta buksymptom * Malnutrition |
| **P-glukos** | * Diabetes, pankreassjukdom, endokrin sjukdom och   steroidbehandling   * Misstänkt överkonsumtion av alkohol |
| **P-PK-INR, APTT** | * Leversjukdom, malabsorption, malnutrition, blödningstendens, hereditet för blödarsjuka, antikoagulantiaterapi, spridd malignitet, alkoholism, kronisk pankreatit * Multisjuk patient inför spinal/epiduralanestesi |
| **Leverstatus** (ALAT, ASAT, ALP, bilirubin) | * Leversjukdom, gallvägsstas, malabsorption, malnutrition, blödningstendens, hereditet för blödarsjuka, antikoagulantiaterapi, spridd malignitet, alkoholism, kronisk pankreatit |

## Blodtryck

Blodtryck ska tas på i princip alla vuxna patienter; normalt ska blodtryck i vila ligga mellan 100–140 mmHg systoliskt och 60–90 mmHg diastoliskt. Vid behov bör remiss skickas till distriktsläkare för behandling/läkemedelsjustering innan operation.

Usk/ssk tar blodtryck och dokumenterar värdet i TC.

## Preoperativt EKG

* Alla patienter över 65 år
* Då anamnes eller status ger misstanke om hjärt-/kärlsjukdom inkl. hypertoni
* Vid systemsjukdom som kan förknippas med hjärtsjukdom, t.ex. amyloidos, hyperlipidemi, Down ́s syndrom m.fl.
* Generösa indikationer för EKG på diabetespatienter äldre än 25 år
* Patienter med sömapné-syndrom.

Usk/ssk tar EKG som bedöms av narkosläkare.

# Antibiotikaprofylax

Ordinera eventuell profylax enligt PM *Antibiotikaprofylax vid benign gynekologisk kirurgi.*

# Trombosprofylax och tillfällig utsättning av antikoagulantia och trombocythämning inför operation

Se PM *Trombosprofylax – antikoagulationsbehandling vid gynekologisk kirurgi*

samt

riktlinjer från Svenska Sällskapet för Trombos och Hemostas (SSTH):

* Kortversion Kliniska råd NOAK (DOAK): <https://www.ssth.se/wp-content/uploads/2017/11/NOAK-17.pdf>
* Kliniska råd vid kirurgi och blödning under behandling med perorala trombocythämmare: <https://www.ssth.se/wp-content/uploads/2017/04/vptrombocyt151101.pdf>
* Orala antitrombotiska läkemedel vid blödning och inför kirurgi (Stockholms läns landsting: <https://www.janusinfo.se/download/18.710ed317161746d8052e59a/1535626583999/Orala-antitrombotiska-lakemedel-vid-blodning-och-infor-kirurgi-A5-2017.pdf>

Vid osäkerhet eller komplicerade fall ska remiss skickas till antikoagulationsmottagningen alternativt kan antikoagulationsjouren nås på tel nummer: 0704507649. Kvinnor med koagulationsrubbning, t.ex. von Willebrands sjukdom, trombocytopeni eller trombocytopatier samt njurinsufficiens eller leverinsufficiens ska alltid skötas i samråd med koagulationsexpert.

Observera att särskilda överväganden måste göras om patienten behandlas med antikoagulantia p.g.a. kärlstent och att då även kardiologkonsult kan behövas.

# Rökinformation/rökstopp inför operation

Personer som röker, och som ska genomgå en operation, har en ökad risk att drabbas av komplikationer i samband med operationen, huvudsakligen i form av försämrad sårläkning men också i form av lung- och hjärt-kärlkomplikationer. Detta gäller även efter mindre rutiningrepp. Ett rökstopp i samband med operation minskar postoperativa komplikationer med cirka 50 %. Rökstopp fyra veckor före och sex veckor efter operationen rekommenderas.

# Referenser

1. https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/ASA-klassifikation-på-svenska-151101.pdf  
2. Preoperativa rutiner. SBU, 1989  
3. Svenska sällskapet för Trombos och Hemostas, https://www.ssth.se  
4. Rökstopp inför operation minskar risk för komplikationer, Läkartidningen. 2014;111: CW4P

**Versionshistorik**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Version** | **Datum** | **Förändring och kommentar** | **Ansvarig** |
| 1 | 2019-07-17 | Ny riktlinje | Tekla Lind |
|  |  |  |  |