

## Titel

**Dagkirurgi, gynækologisk selektion**

## Forfattere:

Eva Kleberg Andersen

Birgit Arentoft

Susanne Axelsen (Tovholder)

Lotte Clevin

Peter Helm

Susanne Greisen

Niels Ole Knoblauch

Helene Nortvig

De enkelte forfattere er anført ved det relevante afsnit.

## Korrespondance:

Tovholder Susanne Axelsen [susanne.axelsen@dadlnet.dk](mailto:susanne.axelsen@dadlnet.dk)

## Status

Første udkast: juni 2008

Diskuteret på Hindsgavl dato: september 2008

Korrigeret udkast dato: april 2009

Endelig guideline dato: april 2009

Guideline skal revideres seneste dato:

## Indholdsfortegnelse:

Indledning:	side 1
Overordnede betragtninger om dagkirurgi som koncept	side 2
Resumé af kliniske rekommandationer	side 4
Litteratur søgningsmetode	side 5
Urogynækologi	side 5
Conisatio	side 7
Vaginal hysterektomi	side 8
Hysteroskopi	side 8
Laparoskopi	side 9
Diverse	side 11
Referencer	side 13

## Indledning:

**Korrespondance:** Helene Nortvig [nortvig@dadlnet.dk](mailto:nortvig@dadlnet.dk)

## Baggrund:

Dagkirurgisk behandling udgør en stigende andel af gynækologiske indgreb, både nationalt og internationalt(1;2). Dette er bl.a. betinget af en fremadskridende udvikling teknologisk og anæstesiologisk.

På trods af dette er der kun få undersøgelser, der dokumenterer kvaliteten og sikkerheden i disse procedurer. Vi vil i denne guideline forsøge at skabe et overblik over dette område i udvikling.

Formålet med dagkirurgi er at modtage, behandle og hjemsende patienten samme dag.

Forventningen med dette behandlingsregime er optimeret behandling, større patienttilfredshed, højere cost-effectiveness,(3) nedsættelse af ventetider m.m. Herudover udgør det dagkirurgiske regi et godt uddannelsespotentiale for yngre læger.(4) Forudsætningen for et effektivt og tilfredsstillende ambulante forløb hviler på en god organisation, uddannelse af de involverede personalegrupper og et tæt samarbejde grupperne imellem.(4)

### **Overordnede betragtninger:**

Uanset indgrebstype er der følgende overordnede betragtninger omkring patienten og de logistiske/apparaturmæssige omstændigheder, som hele organisationen skal tage hensyn til.

Patient-relaterede forhold: Patientudvælgelsen skal ske efter følgende overvejelser:

1. Perceptionskapacitet – kan patienten forstå, hvad der skal ske og hvordan hun skal forholde sig efter udskrivelsen? Herunder vurdering af kommunikations-kompetencen, både rent intellektuelt, psykisk, sprogligt, kulturelt og modenhedsmæssigt.
2. Netværk – har patienten kontakt til pårørende (voksen person), som muliggør en eventuel observation efter udskrivelsen, specielt efter generel anæstesi. I USA er der ikke konsensus om, at man ikke må være alene. Der er dog ingen evidens på området.
3. Boligforhold – har patienten egnede boligforhold, tilgang til passende hygiejniske foranstaltninger mm.
4. Transportforhold– man skal hjemtransporteres individuelt (taxa, bil mv.) – ikke rutebil. Men ellers er der ikke begrænsning. Der er ingen evidens på området.
5. Telefon og lignende - har patienten mulighed for kommunikation via fastnet, mobiltelefon, sms, e-mail m.m.
6. Ønske/modvilje – hvordan er patientens motivation for at indgrebet kan udføres i dagkirurgisk regi? Information præoperativt er vigtigt for, hvad patienter vælger – og hvad de forventer (evidens grad IIa, 4).
7. Patientens fysiske tilstand (fx højt BMI, ASA gruppe 2 + 3 m.v.) er ikke en hindring for dagkirurgi, såfremt ovenstående kriterier er opfyldt. Vedr. BMI og ASA grupper kan man aftale med sin anæstesi afdeling, hvad der kan tolereres. I speciallægepraksis må man fysisk vurdere hvad der er muligt.
8. Hvor syge patienter: afhænger af lokale forhold – hvis anæstesilæger er til stede, så er ASA 2+3 acceptabelt – eneste begrænsende faktor bør være om pt. er mobil og kan klæde sig hurtigt om. Øget risiko postoperativt for ASA 2+3 varer 4 uger (vaskulære komplikationer), så det giver ikke mening at beholde dem til dagen efter. Der er ingen evidens på området.

Behandlingsrelaterede forhold (f.eks. apparatur, vævs-undersøgelser m.m.) – gælder således for både Dagkirurgi og Ambulant kirurgi:

1. Er der sufficente UL-skannere til rådighed ved behov for UL-skanning perioperativt - enten abdominalt eller vaginalt?
2. Er der tilgængelighed af relevant apparatur, specielt endoskopisk apparatur med størst mulig sikkerhed for patienten, f.eks. bipolar teknik, hysteroskopi-pumpe mm
3. Er der mulighed for minimal-invasive procedurer – eks. mikrohysteroskopi som specielt er egnet til ambulante kirurgi.

4. Er der GU-lejer med specielle justerbare ”støvler” til optimal adgang peroperativt til rådighed?
5. Kan der foretages mikroskopi af det udtagne væv? (eks. conisatio, det ved hysteroskopi udtagne væv) – forefindes relevant mulighed for patologisk assistance?

Lokaleforhold – forefindes relevant lokaleforhold til:

1. Modtagelse - et sted patienterne ved ankomst til aftalt mødetid kan henvende sig og føle sig velkommen?
2. Omklædning - er der sufficente omklædningsforhold samt aflåselige skabe til patientens ejendele?
3. Undersøgelse/samtale- er der passende lokaleforhold og faciliteter til evt. præoperativ undersøgelse/samtale?
4. Operation - er der sufficente operationsstuer som lever op til gængse standarder og krav?
5. Opvågning/Hvilestue - er der sufficente forhold med dertil hørende bemandedt overvågningsudstyr? Er der passende hvilestole og lignende hvilemuligheder for patienter til ambulante kirurgi?
6. Udskrivelse/Samtale og Information ved udskrivelsen - er der passende lokaler til postoperativ undersøgelse/samtale?

#### Operatørerfaring

Der kræves erfarne operatører uanset indgrebs type og/eller regi. Supervision og oplæring kan foregå på lige vis i dagkirurgiske/ambulante regi – blot der er taget højde for dette vedr. patient/personale information, booking, apparatur m.m.

#### Personaleressourcer

Dagkirurgi kræver et team der indgår i alle aspekter af patientforløb. Dvs. optimalt foregår en vis opgaveglidning mellem involverede personalegrupper, for at afvikle operationsprogram på optimal vis. Optimalt bør dagkirurgiske processer gennemgå en LEAN-analyse før etablering samt løbende justeringer.

Ambulant kirurgi kræver typisk færre personaleressourcer, men indebærer selvsagt lignende procesanalyser.

Generelt for patienter der opereres i vågen tilstand bør der overvejes hvilket niveau af afledning/”vocal anaesthesia”, der er behov for. Personalet, der varetager denne opgave, bør være specielt trænet heri. Det samme gælder ”telefonstuegang” i de første postoperative døgn.

#### Organisation Dagkirurgi

1. Visitation til dagkirurgi fra afdelingens eget ambulatorium/afd. og evt. direkte visitation fra henvisende prakt.spec. læger, skal foregå ifølge afdelingens retningslinjer. Derfor skal opdaterede versioner af disse visitationsregler være tilgængelige for alle implicerede instanser.
2. Booking til dagkirurgiske indgreb skal foregå på en for patienterne hensigtsmæssig måde. Dvs. der bør udarbejdes klare bookingregler vedr. tidspunkt i forhold til menstruationscyklus, evt. medicinering, tilstedeværende operatører, tilgængeligt apparatur, og tilgængeligt personale/lokaler. Mødetidspunkt for patienten bør være så kort tid inden operation som muligt – dvs. fasteperioden minimeres.

3. Kommunikation med patienterne vedr. mødetid, booking, ændringer m.m. skal varetages af dedikeret ansvarsfuldt personale og vægtes højt i forhold til ressourceallokering. Det samme gælder prøvesvar, postoperativ plan m.m.
4. Kommunikation med henvisende læger (epikriser m.m.) tilstræbes at foregå, ikke kun til alm.prakt.læge, men også til henvisende læge, hvis denne er en anden. Optimalt foregår dette via elektroniske veje.

Der er stor forskel på de dagkirurgiske gynækologiske tilbud landet over og forskning med henblik på at dokumentere kvaliteten og sikkerheden i disse procedurer er sparsom.(5)

Der er derfor behov for en national guideline til at skabe overblik samt retningslinjer for dette område i udvikling og om muligt foranledige en ensretning af behandlingsregimerne..

Denne guideline hviler ikke på en høj grad af evidens, idet dette ikke findes. I stedet skal guidelines i dagkirurgi fremme kendskabet til begrebet, inspirere til forandringsprocesser, som kan facilitere konvertering til dagkirurgi og fremme samarbejdet med speciallægepraksis.

Ovenstående afsnit bygger på reference 6, 7, 8.

#### **Definitioner:**

Dagkirurgi, ambulat kirurgi og samme-dagskirurgi bruges i flæng om kirurgiske procedurer foretaget med eller uden anæstesi, hvor patienten møder op til indgrebet og hjemsendes samme dag. Gynækologisk dagkirurgi er inddelt i emnerne: selektion, anæstesi og thromboseprofylakse. Denne guideline behandler gynækologisk selektion af dagkirurgiske procedurer.

#### **Afgrænsning af emnet:**

Følgende omhandler selektion af procedurer, der allerede udføres som dagkirurgi eller med fordel kan omlægges til dagkirurgi.

Selektion af gynækologiske indgreb til dagkirurgisk regi har medtaget gynækologiske indgreb som kan standardiseres, findes i et stort volumen og ikke er personafhængige indgreb dvs. ikke meget subspecialiserede indgreb.

Emnerne er opdelt i:

Urogynækologi:

Inkontinenskirurgi, prolapskirurgi, cystoskopi, perineale-/ vaginale-/vulvaindgreb.

Onkologi:

Conisatio.

Vaginal hysterektomi

Hysteroskopiske procedurer:

Polyp- og fibrom resection, endometrie resektion/destruktion.

Laparoskopi:

Diagnostisk laparoskopi, sterilisation, cystefjernelse, anden adnexkirurgi,

Diverse:

Kirurgisk ab pro, evacuatio, fraktioneret abrasio, condylomer, bartholincyster, abscesser.

## Resumé af kliniske rekommandationer

Korrespondance: Susanne Axelsen [susanne.axelsen@dadlnet.dk](mailto:susanne.axelsen@dadlnet.dk)

**Alle patienter, der accepterer fremgangsmåden, kan opereres i dagkirurgisk regi.** Der er ingen evidens på området vedr. BMI. ASA gruppe 2 + 3 kan opereres i dagkirurgisk regi ved anæstesiens accept (ingen evidens).

Hjemtransport, individuel, ikke offentlig transport (ingen evidens). Evidens grad D for at man godt må være alene efter hjemsendelse.

Information om og forventning til dagkirurgi afgørende for succes, evidens B.

**Urogynækologiske procedurer** anbefales udført i dagkirurgisk regi. Evidensgrad B for inkontinens- og prolapsoperationer. Ingen beskrivelser i litteraturen af cystoskopi, perineale-, vaginale- og vulvaindgreb, men procedurernes ringe omfang medfører en anbefaling af dagkirurgisk regi.

Evidensgrad B for at foretage urogynækologiske indgreb i lokalanæstesi.

**Conisatio** anbefales udført i dagkirurgisk regi/ speciallægepraksis. Der er ingen evidens på området.

**Vaginal hysterektomi** kan udføres i dagkirurgisk regi med selektion af egnede patienter og sundhedspersonalemæssigt set-up. Evidensgrad D.

**Hysteroskopiske indgreb** anbefales udført i dagkirurgisk regi. Evidensgrad A for diagnostisk hysteroskopi. Der er ingen evidens for operativ hysteroskopi i dagkirurgisk regi.

Endometriedestruktion, f.eks. "kogeprincippet" (endometrial ablation) bør foretages i dagkirurgisk regi. Evidensgrad A.

**Diagnostisk laparoscopi** uden forventeligt omfattende indgreb og **laparoskopisk sterilisation** bør udføres i dagkirurgisk regi. Evidensgrad A. Ikke-avancerede laparoskopiske indgreb anbefales foretaget i dagkirurgi. Evidensgrad B.

**Diverse småindgreb** som kirurgisk abortus provocatus, evacuatio, condylomer, bartholincyster, abscesser og fraktioneret abrasio anbefales udført i dagkirurgisk regi grundet procedurernes ringe omfang. Der er ingen evidens på området.

## Litteratur søgningsmetode:

Litteratur søgning afsluttet dato: juni 2008.

Databaser: PubMed, EMBASE, Cochrane.

SST's hjemmeside: MTV rapporter

Tidsperiode: 1980 til juni 2008.

Sprogområde: engelsk, tysk, dansk.

Søgeord: day-surgery, outpatient clinic, out-clinic procedure, fast-track surgery, local anaesthesia, cervical block, alle gynækologiske indgreb listet i afgrænsning af emnet.

## Urogynækologi

### **Problemstilling**

Urogynækologiske operationer har på de fleste af landets afdelinger traditionelt været foretaget i stationært regi. Mange af indgrebene er kortvarige, hvilket har gjort området oplagt til omlægning til dagkirurgisk regi. Hidtil har der dog været DRG honoreringsproblemer med inkontinensoperationerne foretaget ambulant, hvilket har afholdt de fleste afdelinger fra en omlægning. DRG taksten for inkontinensoperationer ændres fra 1. januar 2009 til at være omfattet af gråzonetakst som de øvrige urogynækologiske indgreb.

Der er i 2006 udført en medicinsk teknologi vurdering af omlægning af prolapskirurgi til dagkirurgi. Både for patient, operationsudkomme, organisation og sundhedsøkonomi bør prolapskirurgi udføres ambulant i Danmark. (4)

### **Resumé af evidens**

Inkontinensoperationer (TVT, TVT-O, TOT) og prolapsoperationer er beskrevet foretaget som dagkirurgiske indgreb med evidensgrad II.a. (5)

Der er ikke fundet evidensgrad for cystoskopi, perineale-vaginale- og vulvaindgreb.

Der er ligeledes evidensgrad II.a. for urogynækologiske operationer foretaget i lokalanæstesi.(3,9)

### **Kliniske rekommandationer**

Urogynækologiske procedurer (inkontinenskirurgi, prolapskirurgi) anbefales udført i dagkirurgisk regi. Der er ikke fundet beskrivelser i litteraturen af cystoskopi, perineale-, vaginale- og vulvaindgreb, men procedurernes ringe omfang og deraf medhørende ringe påvirkning af patienten fysisk medfører en anbefaling af dagkirurgisk regi.

Der er fundet belæg for i litteraturen at anbefale lokalanæstesi til urogynækologiske indgreb i dagkirurgisk regi.

### **Inkontinens operationer**

TVT, TVT-O, TOT

Kirurgisk behandling af stress inkontinens i form af tension free vaginal tape (TVT, TVT-O, TOT) er fra starten introduceret som en procedure, der kan foretages i dagkirurgisk regi i lokal anæstesi. De små incisioner, der bruges ved TVT, TVT-O og TOT, minimerer det kirurgiske traume og gør det muligt at udføre operationen i lokal anæstesi. Desuden er behovet for postoperativ observation og pleje minimeret. Et prospektivt multicenter studie med 131 patienter fandt, at TVT er en sikker og effektiv dagkirurgisk procedure.(10). En nordisk opgørelse viser, at 11,5 år efter en TVT operation er 90% af kvinderne fortsat objektivt helbredt for deres inkontinens. Subjektivt mente 77% , at de var helbredt, 20% var forbedret og kun 3% anså operationen for at være en fiasko.(11)

Periuretral injektion

Peri- eller transuretral injektion af fyldstof (bulking) er en minimal invasiv procedure til behandling af stress inkontinens, som kan foretages i lokal anæstesi i dagkirurgisk regi.(12) Et Cochrane review fra 2007 har set på effekten af denne procedure, men fandt at de undersøgelser, der foreligger, er utilfredsstillende basis for vurdering af operationens effekt. (13). De foreliggende undersøgelser er små og af moderat kvalitet. Selvom der mangler brugbar dokumentation, kan injektions terapi være en mulighed for behandling hos udvalgte kvinder, som ikke egner sig til andre behandlings metoder. (12) Vedr. anæstesiformen til bulking kan den både foretages i ren gelanæstesi eller som infiltrationsanæstesi omkring urethra. Der foreligger et abstract fra en urogynækologisk kongres,

hvor man konkluderer, at infiltrationsanæstesi er smertestillende for patienten i efterforløbet. Der er således evidensgrad IV på anæstesiområdet til bulking.

### **Cystoskopi**

Cystoskopi kan oftest udføres i dagkirurgisk regi, hvis der ikke er inflammation eller stenose af uretra. Som smertelindring installeres lidocain gel i urethra 5 min før cystoskopian. (9)

### **Botox**

Injektion af botulinum toxin i detrusor muskelen ved cystoskopi er en relativ ny behandling af detrusoroveraktivitet. Proceduren kan oftest udføres under let sedering og tåles godt af patienterne. Der synes at være god effekt på patienter med symptomer på overaktiv blære, som ikke har haft effekt af medicinsk behandling. (14) Der foreligger dog ikke randomiserede studier, som kan fastslå den optimale dosis, antal af injektioner, varighed af effekt og hvornår behandlingen skal gentages.

### **Prolaps**

Der foreligger en MTV rapport fra Århus Universitetshospital, Skejby, som viser, at prolapsoperationer med fordel kan foretages i ambulant regi (4). Ved omlægning til ambulant regi fandt man: reduktion i ophold på operationsstuen, udtalt reduktion i postoperativ observationstid, reduktion i medicinforbrug samtidig med at der var uændret effekt af operationen og uændret komplikations- og reoperationsfrekvens. Omlægningen til dagkirurgi var betydeligt billigere end stationært regi.

Prospektive studier har vist, at ambulant operation for cystocele i lokalanæstesi har kort postoperativ observationstid, lav komplikationsrate, lav recidiv frekvens og høj patient tilfredshed (3). Andre studier har demonstreret, at resultaterne efter rectocele operation foretaget i lokal anæstesi er lige så gode som operation i generel anæstesi. (9)

Inkontinens og prolapsoperationer anbefales i et review udført i dagkirurgisk regi. (5)

### **Perineale-, vaginale- og vulvaindgreb**

Det har ikke været muligt at finde litteratur på området. Indgrebene er kortvarige og kan ofte foretages i lokalanæstesi. Derfor egner disse mindre indgreb sig særdeles godt til dagkirurgi.

### **Conisatio**

**Korrespondance: Eva Kleberg Andersen [evakleberg@gmail.com](mailto:evakleberg@gmail.com)**

### **Problemstilling**

Det fremføres på Hindsgavl, at conisatio er et indgreb, der udføres i speciallægepraksis med anvendelse af lokalanæstesi. Deltagere vil derfor gerne have noteret, at det er irrelevant at tale om conisatio i dagkirurgisk regi. Der henvises til conisatio guideline. (15)

Conisatio anvendes i diagnostik og behandling af cervikal intraepithelial neoplasi. Forskellige teknikker anvendes ved conisatio: knivconisatio, laserconisatio og excision ved diatermi (loop eller nål) Indgrebet er forbundet med lette operative komplikationer i form af peri- og postoperativ blødning, vaginal udflåd samt infektion og sværere operative komplikationer i form af peri- og postoperativ blødning. Der er beskrevet tarmlæsion samt dannelse af rectovaginal- og vesikovaginal fistel som komplikation til loop conisatio.

Et studie viser komplikation frekvens af perioperativ blødning på 7,9% (defineret som blødning, der krævede excessiv diatermi, vaginal meche, cervikal sutur eller akut hysterektomi). Postoperativ blødning optrådte i 3% tilfælde, infektion i 3,5%. (16)

Conisatio foretages i speciallæge praksis, i dagkirurgisk regi eller under indlæggelse på stationært afsnit. Der anvendes lokalanæstesi eller generel anæstesi.

Conisatio er et hyppigt udført indgreb. Patienterne tilhører oftest ASA klasse 1.

### **Resumé af evidens**

Der er ingen evidens på området, hvad angår selektion til dagkirurgi.

Der er ingen signifikant forskel mellem de kirurgiske teknikker (evidensgrad I b).

### **Kliniske rekommandationer**

Conisatio er et hyppigt udført lavrisiko indgreb. Indgrebet er simpelt og anbefales udført i dagkirurgisk- eller ambulant regi under anvendelse af lokalanæstetika. Der er ingen signifikant forskel på de kirurgiske teknikker, (15) men Loop excision eller nålelektrode excision er mest velegnet til lokal anæstesi. (17)

## **Vaginal hysterektomi**

**Korrespondance: Eva Kleberg Andersen evakleberg@gmail.com**

### **Problemstilling**

Hysterektomi er et særdeles hyppigt indgreb. Der udføres årligt ca. 6000 indgreb på benign indikation. Opgjort pr afdeling er andelen af hysterektomier, der udføres vaginalt særdeles varierende, men gennemsnitligt er andelen 34% ( 0-80%) men stigende.(18)

Komplikationsfrekvensen er høj, 17% , heraf er 13% alvorlige komplikationer(18) Vaginal hysterektomi udføres på de fleste afdelinger under et accelereret regime og median liggetiden er reduceret til 2 døgn.(18)

Der foreligger ikke randomiserede undersøgelser af vaginal hysterektomi udført i dagkirurgisk regi, men det er vist at indgrebet kan udføres i dagkirurgisk regi, men det forudsætter et rutineret dagkirurgisk team og et højt informationsniveau præoperativt.(19) Det er dårligt belyst hvorvidt et indgreb i dagkirurgisk regi reducerer patientens postoperative rekreative periode.

Abdominal hysterektomi med sårkateter kan måske foregå i DKA med de optimale ptt. Der er ingen studier på området.

### **Resumé af evidens**

Vaginal hysterektomi er beskrevet foretaget som dagkirurgisk indgreb med evidensgrad II a (19)

### **Kliniske rekommandationer**

Vaginal hysterektomi anbefales udført på stationært afsnit under accelereret regime. Vaginal hysterektomi kan udføres i dagkirurgisk regi under forudsætning af et rutineret dagkirurgisk team og et højt informationsniveau præoperativt.

## **Hysteroskopi**

**Korrespondance: Birgit Arentoft [b.arentoft@dadlnet.dk](mailto:b.arentoft@dadlnet.dk)**

**Lotte Clevin [clevin@get2net.dk](mailto:clevin@get2net.dk)**

**Peter Helm [phel@noh.regionh.dk](mailto:phel@noh.regionh.dk)**

### **Problemstilling**

Patientudvælgelsen skal ske efter de ovennævnte kriterier.

Mange praktiserende speciallæger foretager hysteroskopiske indgreb varierende fra diagnostisk hysteroskopi til fjernelse af mindre polypper/fibromer over reelle resektioner og blinde

ablationsmetoder. Der findes således ikke med et relevant apparatur/instrumentarium til rådighed argumenter mod at foretage hysteroskopi i Dagkirurgi. Derimod kan der være patientrelaterede forhold som kan gøre indgrebet uegnet til Dagkirurgisk regi (fx perceptionsforhold, konkurrerende lidelser, lejringsvanskeligheder mm.)

### **Resumé af evidens**

Der er fundet evidensgrad II-III-IV for hysteroskopi i dagkirurgisk regi. (20 – 27)

### **Kliniske rekommandationer**

Hysteroskopiske procedurer anbefales udført i dagkirurgisk regi. Der er fundet talrige beskrivelser i litteraturen af hysteroskopiske indgreb foretaget i dagkirurgisk regi samt i ambulante regi både i GA og i LA/uden bedøvelse (B-C-D)

### **Hysteroskopiske indgreb:**

Diagnostisk hysteroskopi, minihysteroskopi kan foretages enten med cervikalblokade eller uden. Resektionsmetoder enten med monopolar eller bipolar teknik egner sig ligeledes til Dagkirurgisk regi. Specielt hvis der for at forebygge deficit af distentionsvæsken anvendes en hysteroskopipumpe med løbende angivelse af deficit. Dvs. følgende indgrebstyper: TCRE, TCRP, TCRF samt endometriedestruktion. Samme gælder nedbrydelse af septae i uterus (med forudgående UL og/eller MRI billeddiagnostik) samt fjernelse af diverse fremmedlegemer (IUD, restvæv fra tidl. grav. etc.)

Generelt er indgrebstype og metode er indbyrdes afhængige af tilgængeligt apparatur og operatørerfaring. Et eksempel herpå er mikrohysteroskopi, som kræver en vis operatørerfaring. Det samme gælder at der ved anlæggelse af cervikal blokade til hysteroskopiske resektioner kræves en vis sikkerhed i denne teknik med en vågen patient.

Ud fra teorien om, at al benign gynækologi kan foretages i Dagkirurgisk regi – blot operatør, personale, apparatur og postoperative foranstaltninger er gearret hertil – er der ingen restriktioner i forhold til valg af operationstype.

Anno Maj 2008 bør følgende indgrebstyper kunne tilbydes i Dagkirurgisk/ambulant regi:

Intrauterin kirurgi:

Diagnostisk hysteroskopi (evt. med biopsi, fjernelse af fremmedlegemer)

Hysteroskopiske indgreb (TCRP/F/E, hysteroskopisk sterilisation, hysteroskopisk endometriedestruktion, hysteroskopisk fjernelse af septum og synekkier)

Endometriedestruktion (uden hysteroskopi – de såkaldte blinde metoder)

(ref. 6, 7, 8, 20-27)

### **Laparoskopi**

**Korrespondance: Lotte Clevin [clevin@get2net.dk](mailto:clevin@get2net.dk)**

**Niels Ole Knoblauch [nok@dadlnet.dk](mailto:nok@dadlnet.dk)**

### **Problemstilling**

Laparoskopiske indgreb er med få undtagelser et klassisk velegnet indgreb til samme dags kirurgi. Den begrænsende faktor er logistik, hensyn til fuld udnyttelse af op-tiderne og hensynet til at så få indgreb som muligt gøres afhængig af en bestemt operatør

En del af disse problemer kan dog løses ved langtidsplanlægning, hvor den enkelte operatør selv booker sine tider i dagkirurgi eller mere specifikke indgreb bookes efter den pågældende læges kompetencer

En stor del af indgrebene er af kort varighed, men højt BMI, tidligere abdominal operationer, adhærencer og andre komplicerende faktorer kan give tids mæssige problemer med afvikling af programmer uden forsinkelser.

Der er på sigt mulighed for øgning af operationstyperne f.eks LAVH og laparoskopisk supravaginal hysterektomi med morsilation af uterus, men der savnes dokumentation og evidens for disse indgreb (som også skal ligge på enkelte læger)

Af indgreb som er velegnede er fjernelse af relativt tyndstilkede fibromer, fjernelse af fremmedlegemer som IUD på afveje eller chips og clips.

Ikke akutte ektopiske graviditeter kan gøres i dagkirurgisk klinik.

### **Resumé af evidens**

Diagnostisk laparoskopi uden forventeligt omfattende indgreb og laparoskopisk sterilisation bør udføres i dagkirurgisk regi.(evidensgrad II a, 5)

Ikke-avancerede laparoskopiske indgreb anbefales foretaget i dagkirurgi.( evidensgrad II a, 5)

### **Kliniske rekommandationer**

Laparoskopisk sterilisation ved elcoagulation af salpinges eller clips, ringe el.lign. Indgrebet er et meget væsentligt lærings indgreb.

Ved BMI over 45 eller anden relativ kontraindikation bør anden prævention være grundigt gennem diskuteret. Partner sterilisation, gestagen spiral eller henvisning til hysteroskopisk tubaokklusion.

Diagnostisk laparoskopi er indiceret ved velundersøgt uforklarlige underlivssmerter og eller mistanke om endometriose.

Hermed dokumenteres evt. smerteudløsende forhold, som i samme seance kan opereres laparoskopisk.

Ved endometriose sikres materiale til sikker histologisk verifikation og overfladiske peritoneal infiltrater, endometriomer mv. kan opereres afhængig af operatør kompetence.

Diagnostisk laparoskopi ved infertilitet med methylenblåt (se guidelines fra Dansk Fertilitetsselskab/ Hindsgavl guidelines vedr. infertilitet) som led i primær udredning ved anamnesticke oplysninger om mulig tuba skader som salpingitis eller ekstrauterine graviditeter. Hvis HSG giver mistanke om tuba okklusion anbefales indgrebet også mhp. sikker diagnose samt mulighed for laparoskopisk behandling.

Laparoskopisk salpingectomi ved mistanke om smerteudløsende hydro-/sacto salpinx eller hvis det er ønskeligt før IVF.

Laparoskopisk ovariekirurgi ved profylaktisk BSO og ved benigne cyster og dermoid cyster (se Hindsgavl guideline: Håndtering af ovariecyster).

Laparoskopisk myomektomi med anvendelse af morcellator kan foretages ved subserøse fibromer afhængig af operatør-erfaring (fx laparoskopisk suturering mv.)

Generelle betragtninger: ind til videre udføres alle indgreb i universel anæstesi med eller uden tube. Sygemelding af 2-14 dages varighed. Pt. skal lade vandet inden udskrivning og telefonisk kontakt næste dag ved plejepersonalet er anbefalelsesværdigt.

## **Diverse**

**Korrespondance: Eva Kleberg Andersen evakleberg@gmail.com**

Kirurgisk abortus provocatus pro, evacuatio, condylomer, bartholincyster, abscesser, fraktioneret abrasio.

## **Kirurgisk abortus provocatus**

### **Problemstilling.**

Indgrebet er ideelt for dagkirurgisk regi, det er kortvarigt, patienter er sædvanligvis ASA1 klassificerede og der ses sjældent alvorlige komplikationer til indgrebet. I modsætning til i udlandet udføres indgrebet i Danmark ofte i generel anæstesi. Indgrebet kan udføres i lokal anæstesi, hvilket vil sige paracervikal blokade. Det er vist at provokeret abort i paracervikal blokade, på trods af en højere smerteangivelse er veltolereret. (28) Brug af curette øger desuden smerteangivelsen. (29) Som supplement til paracervikal blokade kan gives intravenøs sedation. Det er vist, at supplerende i.v. sedation signifikant øger patientens tilfredshed med indgrebet. (30) Ved anlæggelse af paracervikal blokade er det vist at 2 injektionssteder (klokken 4 – 8) giver en ligeså god smertedækning som 4 injektionssteder. (31)

### **Resumé af evidens**

Der foreligger undersøgelser af abortus provokatus udført i paracervikal blokade med evidens grad II a. Der foreligger randomiseret undersøgelse af værdien af supplerende intravenøs sedation. Evidensgrad Ib. Ingen evidens for ab pro udført i dagkirurgisk regi.

### **Kliniske rekommandationer**

Abortus provocatus er et særdeles velegnet indgreb til udførelse i dagkirurgisk regi eller i speciallæge praksis: indgrebet er kortvarigt, patientgruppen er sædvanligvis ASA1 klassificerede og der ses sjældent alvorlige komplikationer til indgrebet. Indgrebet udføres sædvanligvis i generel anæstesi men bør tilbydes udført i lokal anæstesi eventuelt med supplerende intravenøs sedation.

## **Evacuatio uteri**

### **Problemstilling**

Indgrebet er velegnet til dagkirurgisk regi. Det kan udføres i lokalanæstesi under samme rekommandationer som abortus provocatus. Der foreligger et Cochraine review der anbefaler anvendelse af vacuum aspiration fremfor curette ved inkomplet abort. (29) Der er dog ofte tale om et akut indgreb, og kan således være svært at planlægge til udførelse i dagkirurgisk regi.

### **Resumé af evidens**

Ingen evidens for evacuatio i dagkirurgisk regi.

### **Kliniske rekommandationer**

Indgrebet er kortvarigt og velegnet til dagkirurgisk regi eller i speciallægepraksis. Patientgruppen er sædvanligvis ASA1 klassificerede og der ses sjældent alvorlige komplikationer til indgrebet. Indgrebet udføres sædvanligvis i generel anæstesi men bør tilbydes udført i lokal anæstesi eventuelt med supplerende intravenøs sedation.

## **Condylomer**

### **Problemstilling**

Diathermi eller laser behandling af condylomer udføres, hvis ikke pensling er tilstrækkeligt.

### **Resumé af evidens**

Der er ingen evidens for udførelse af condylomfjernelse i dagkirurgisk regi.

### **Kliniske rekommandationer**

Indgrebet er kortvarigt og velegnet til dagkirurgisk regi. Patientgruppen er sædvanligvis ASA1 klassificerede og der ses sjældent alvorlige komplikationer til indgrebet. Indgrebet udføres sædvanligvis i generel anæstesi. Patienterne kan have smerter i efterforløbet, der med fordel kan behandles med ispose/ isbind i vulva til smertefrihed.

### **Incision af abscess, marsupialisation af glandula Bartholini**

#### **Problemstilling**

Indgrebene er lavrisiko indgreb, der er velegnede til dagkirurgisk regi. Der er dog ofte tale om akutte indgreb, og de kan således være svære at planlægge til udførelse i dagkirurgisk regi.

### **Resumé af evidens**

Der er ingen evidens for udførelse af indgrebene i dagkirurgisk regi.

### **Kliniske rekommandationer**

Indgrebene er kortvarige og velegnet til dagkirurgisk regi. Der ses sjældent alvorlige komplikationer til indgrebene. Indgrebene udføres sædvanligvis i generel anæstesi, da patienterne kan være forpinte. Der anbefales brusning af operationsområdet efter toiletbesøg i dagene efter operation.

### **Fraktioneret abrasio**

#### **Problemstilling**

Indgrebet er et lavrisiko indgreb og er således velegnet til dagkirurgisk regi. Dog er patienterne ofte ældre og ASA klassifikationen kan således sætte begrænsninger for anvendelse af dagkirurgi.

### **Resumé af evidens**

Der foreligger ingen randomiserede undersøgelser af abrasio i dagkirurgisk regi.

### **Kliniske rekommandationer**

Abrasio er velegnet til udførelse i dagkirurgisk regi eller i speciallægepraksis, idet der er tale om kortvarigt, lavrisiko indgreb. Indgrebet kan med fordel udføres i paracervikal blokade.

## Referencer:

- (1) Roberts L. Day surgery - National and international. From the past to the future. *J of Ambulatory Surgery* 2006 Feb 22;12:143-5.
- (2) Sundhedsstyrelsen. Sygehusenes virksomhed 2004. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Årgang 9. Nr.11, juni 2005.
- (3) Sorensen J, Axelsen SM. Cost-minimisation analysis of vaginal wall repair in an inpatient or outpatient regimen. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(4):473-9.
- (4) Axelsen SM, Sorensen J. Ambulatory Operation for Vaginal Prolapse - A Health Technology Assessment. Copenhagen:National Board of Health - Centre for Evaluation and Technology Assessment;2006.
- (5) Mikos T, Downes E. Ambulatory gynaecology: what can we do? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005 Aug;19(5):647-61.
- 6) Egne erfaringer fra danske Dagkirurgiske afd. fx Frederiksberg, Gentofte, Glostrup, Hillerød m.fl.
- 7) RCOG guidelines. P.Donovan et al. Daysurgery.
- 8) Bakour SH, Jones SE, O'Donovan P. Ambulatory hysteroscopy: evidence-based guide to diagnosis and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006 Dec;20(6):953-75.
- 9) Ghoshal S, Smith AR. Ambulatory surgery in urogynaecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005 Aug;19(5):769-77.
- 10) Nilsson CG, Kuuva N, Falconer C, Rezapour M, Ulmsten U. Long-term results of the tension free vaginal tape (TVT) procedure for surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2001;12 Suppl 2:S5-8.
- 11) Nilsson CG, Palva K, Rezapour M, Falconer C. Eleven years prospective follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008 Jun 6. [Epub ahead of print]
- 12) Kuhn A, Gelman W, Kuhn P. [Injectable therapy for urinary incontinence: a review] *Schweiz Rundsch Med Prax.* 2004 Feb 4;93(6):188-92.
- 13) Keegan PE, Atiemo K, Cody J, McClinton S, Pickard R. Periurethral injection therapy for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD003881.
- 14) Karsenty G, Denys P, Amarenco G, De Seze M, Gamé X, Haab F, Kerdraon J, Perrouin-Verbe B, Ruffion A, Saussine C, Soler JM, Schurch B, Chartier-Kastler E. Botulinum toxin a (botox(r)) intradetrusor injections in adults with neurogenic detrusor overactivity/neurogenic overactive bladder: a systematic literature review. *Eur Urol.* 2008 Feb;53(2):275-87.

- 15) DSOG guideline. Indikation for Conisation. Erik Sjøgaard et al. 2008-12-17
- 16) Complications of Loop Electrosurgical Excision Procedure for Cervical Neoplasia: A Prospective Study. Chumnan Kietpeerakool et al. J Med Assoc Thai 2006; 89 (5): 583-7
- 17) Conization of cervix. Istvan Nyirjesy et al. Emedicine 2007.
- 18) Dansk Hysterektomi Database. Årsrapport 2004
- 19) Outpatient vaginal hysterectomy is safe for patients and reduces institutional cost. Levy B. et al. Journal of minimally invasive gynecology (2005) 12, 494-501
- 20) Farrugia M and McMillan DL. (2000) Versapoint in the treatment of focal intrauterine pathology in an outpatient clinic setting. *Revue de Gynecologie Obstetrique* 7:169-173.
- 21) Lindheim SR, Kavac S, Shulman SV and Sauer MV. (2000) Operative hysteroscopy in an office setting. *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists* 7:65-69.
- 22) Kremer C, Duffy S and Moroney M. (2000) Patient satisfaction with outpatient hysteroscopy versus day case hysteroscopy: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 320:279-282.
- 23) Bettocchi S, Ceci O, Di Venere R, Pansini MV, Pellegrino A, Marello F and Nappi L. (2002) Advanced operative office hysteroscopy without anaesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr. Bipolar electrode. *Human Reproduction* 17:2435-2438.
- 24) Clark TJ, Mahajan D, Sunder P and Gupta JK. (2002) Hysteroscopic treatment of symptomatic submucous fibroids using a bipolar intrauterine system: a feasibility study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 100:237-242.
- 25) Guida M, Pellicano M, Zullo F, Acunzo G, Lavitola G, Palomba S and Nappi C. (2003) Outpatient operative hysteroscopy with bipolar electrode: a prospective multicentre randomized study between local anaesthesia and conscious sedation. *Human Reproduction* 18: 840-843.
- 26) Marsh FA, Rogerson LJ and Duffy SRG. (2006) A randomised controlled trial comparing outpatient versus daycase endometrial polypectomy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 113:896-901.
- 27) *Modern Operative Hysteroscopy – a book by Dr. Martin Farrugia. Johnson & Johnson Medical. 2008.*
- 28) Donati S; Medda E et al. Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *European J of Obstet & Gyn and reproductive Biology*. 70 (1996) 145-149.
- 29) Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage (Review) *Cochrane database* 2008.

30) Wong C.Y.G. et al. A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reprod.* Vol 17, No.5 pp. 1222-1225, 2002

31) Glantz J.C., Shomento S. Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *Int J of Gyn & Obstet* 72 (2001) 171-178