

# EFFEKT AV TO RISIKOSCORE PÅ TIDLIG DIAGNOSTIKK AV ANASTOMOSELEKKASJER ETTER TARMRESEKSJON/KOLOREKTALKIRURGI

*M Osaland Muis<sup>1</sup>, K Søreide<sup>1,2</sup>, I Bukholm<sup>3,4</sup>, B Nedrebø<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Gastrokirurgisk avdeling, Stavanger Universitetssjukehus.

<sup>2</sup> Klinisk Institutt 1, Universitetet i Bergen.

<sup>3</sup> Norges Miljø- og biovitenskaplig universitet.

<sup>4</sup> Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

**Introduksjon:** Forsinket diagnostikk av anastomoselekkasjer og iatrogene tarmskader er blant de hyppigste årsaker til medhold og kompensasjon i klagesaker ved NPE innen kolorektalkirurgi. Vi ønsket å prøve ut 2 scoringssystemer for å detektere anastomoselekkasjer på et tidligere tidspunkt. Vår hypotese er at man ved tettere oppfølging av pasienter med anastomoser vil oppdage lekkasjer på et tidligere tidspunkt med reduksjon i komplikasjoner og ressursbruk. Hensikten med studien er å sammenlikne utfall for pasienter operert med anastomose ved vår colorektalenhet henholdsvis med og uten bruk av scoringsverktøy.

**Metode:** En før-etter studie på bruk av risikoscore for klinisk oppfølging av pasienter etter kolorektal kirurgi. Kontrollperioden (mai til okt. 2015) bestod i 'standard' postoperativ oppfølging basert på visiterende leges skjønn. I 'intervensjonsperioden' (nov. 2015 til mai 2016) ble alle pasienter scoret med Medical Early Warning Score (MEWS) score og modifisert Dutch leakage (DULK) score 2 ganger pr dag. MEWS score bygger på 6 kliniske parametre; resp. rate, puls, systolisk BT, urinprod., temp. og nevrologisk status. Modifisert DULK score beregnes på bakgrunn av resp. rate., klinisk forverring, magesmerter og CRP. Dersom MEWS var  $\geq 4$  eller DULK var  $\geq 2$  skulle erfaren lege vurdere pasient innen halv time og journalføre beslutning. De kliniske effektmålene vurdert i begge perioder var reduksjon i (re-)intervensjoner, intensivdøgn, liggetid og mortalitet.

**Resultater:** I halvåret med scoring ble det inkludert 86 pasienter, hvorav 7 (8,1%) hadde lekkasje og i halvåret uten scoring ble det inkludert 95 pasienter, hvorav 6 (6,3%) hadde lekkasje.

	Periode med scoring	Periode uten scoring	P-verdi
Reoperasjon tidspunkt	4,7 POD	8,2 POD	0,401
Gj.sn. liggetid	26,2 døgn	41,1 døgn	0,364
Gj.sn. intensivdøgn	2,3 døgn	3,8 døgn	0,212
Gj.sn. abcessdrenasjer	0,3 pr pas	2 pr pas	0,212
Gj.sn. pleuradrenasjer	0,6 pr pas	1,2 pr pas	0,571

Det var ingen mortalitet som følge av anastomoselekkasje i de to periodene. I perioden med scoring hadde vi 2 negative laparotomier med mistanke om anastomoselekkasje, mens vi i perioden uten scoring hadde 1 negativ laparotomi.

**Konklusjon:** Tettere oppfølging og bruk av scoringsverktøy for pasienter operert med anastomose virker å kunne føre til tidligere reoperasjon, redusert antall intensivdøgn, kortere liggetid og reduksjon i intervensjoner postoperativt.