

Overvekt, fedme og sukkersyke – risikofaktorer for postoperative infeksjoner?

Tina Strømdal Wik
Seksjonsleder protese- og
ryggseksjonen

Dette handler om faktorer hos PASIENTEN

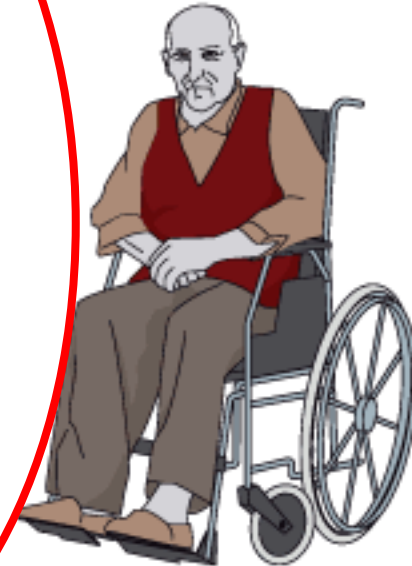
A: frisk



B: kompromittert



C: uoverkommelig



Cierny&Mader klassifikasjon
www.aosurgery.com

Hva kan vi gjøre noe med?

ELEKTIVE PASIENTER

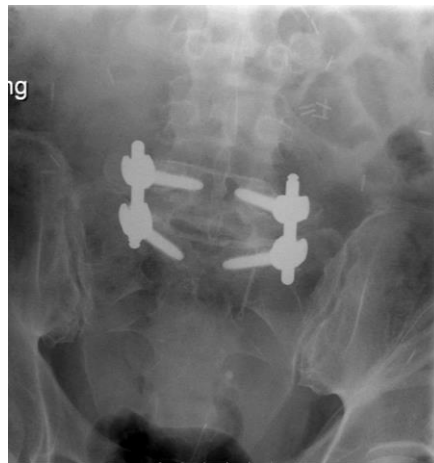


AKUTTE PASIENTER

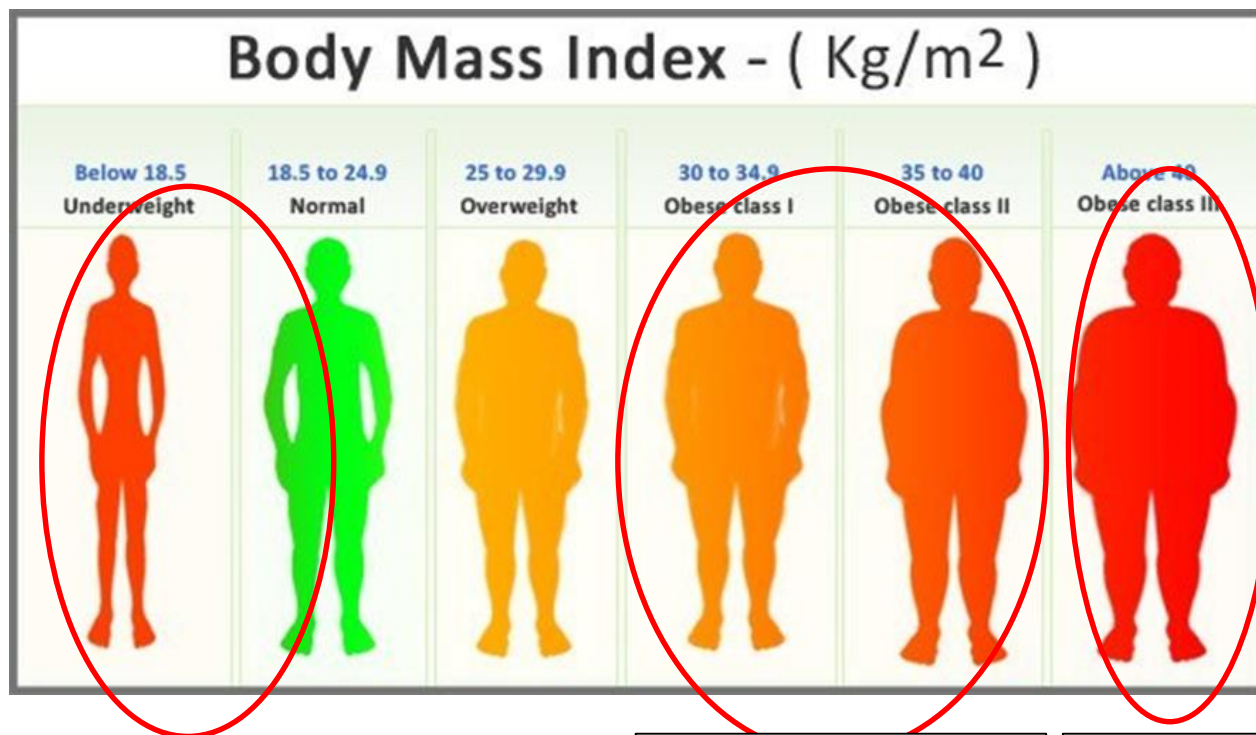


Dette gjelder ALLE elektive pasienter

- Mye dokumentasjon for protese pasienter
- Overførbart til det meste av implantatkirurgi



Overvekt - BMI



BMI < 20 relativ
kontraindikasjon

BMI 30-40 relativ
kontraindikasjon

BMI > 40 absolutt
kontraindikasjon

Philadelphia consensus meeting



Overvekt og malnutrisjon

- Malnutrisjon øker risiko for
 - Dårlig tilheling av sår
 - Infeksjon
 - Dårligere resultat av infeksjonsbehandling
- Sannsynligvis årsak til at fedmekirurgi ikke reduserer risiko for infeksjon

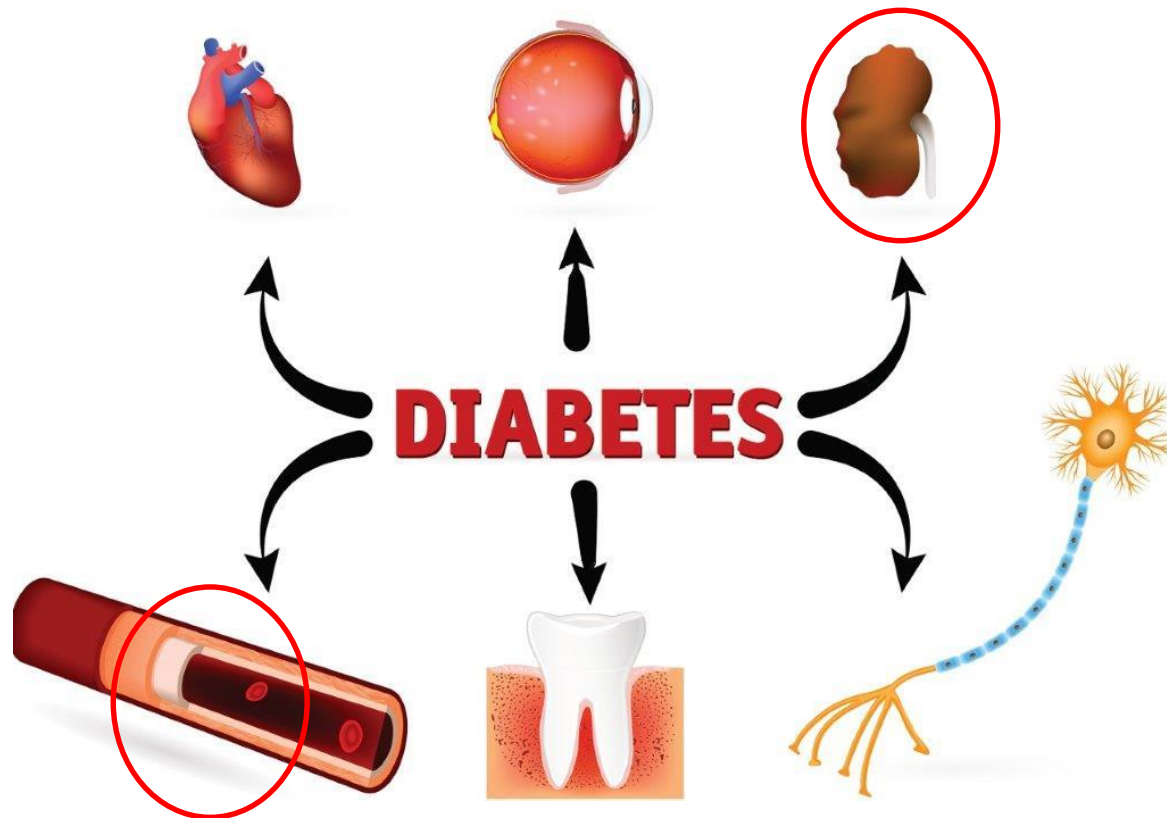
Overvekt – rutiner St. Olavs

- Overvekt
 - BMI over 35 øker risikoen for infeksjon med 2 til 4 ganger. Risiko øker med økende BMI
 - **Alle pasienter med BMI over 40 henvises fedmepoliklinikk før elektive inngrep**
 - **Alle pasienter med artrose og BMI over 35 bør henvises fedmepoliklinikk før proteseinngrep**

Overvekt – hva hjelper?



Diabetes





Diabetes

- Studier er inkonklusive i forhold til risiko
- Flere meta-analyser viser opp til 6 ganger økt risiko
- Andre registerstudier finner ingen forskjeller når man kontrollerer for konfoundere
- Likevel ganske sikkert at risiko øker ved HbA1c er over 8-9



Diabetes – rutiner St. Olavs

- Dårlig regulert diabetes er en relativ kontraindikasjon
- HbA1c>8 absolutt kontraindikasjon
- Langtidsblodsukker bør måles rutinemessig før elektive inngrep
- **Ved HbA1c>7 bør pasienten henvises til endokrinolog eller fastlege for optimalisering**



Diabetes

- Pasienter må også vurderes med tanke på generell karstatus og nyresvikt
- Diabetes og nyresvikt kan se ut til å ha synergistisk effekt på risiko
- Nyretransplanterte ikke samme risiko

Andre modifiserbare risikofaktorer



- Reumatologisk sykdom
 - Biologiske legemidler (DMARDS) bør nulles før operasjon
 - Andre medisiner kontinueres
 - Ikke sikkert risiko endres
 - Intraartikulær kortison bør unngås siste 3 mndr preop

Modifiserbare risikofaktorer

- Tidligere infeksjon i området som skal opereres
 - **Osteosyntesemateriale bør fjernes i eget inngrep**
 - **Ved tidligere infeksjon i ledd bør proteseinngrep utføres i to seanser**



Modifiserbare risikofaktorer

- Røykestopp
 - Røyking fordobler risikoen for sårkomplikasjoner
 - **Vi anbefaler røykestopp 4 uker før og 4 uker etter elektive inngrep**



Risiko-screening på poliklinikk

Tema	Tiltak	Kommentar
Preoperative risikofaktorer		
• Diabetes	Ved HbA1c > 7 skal pasienten henvises til endokrinolog eller fastlege for optimalisering før operasjonen	Det kan være aktuelt å be fastlege opplyse om HbA1c i henvisningen
• Overvekt	Ved BMI>35 skal pasienter henvises til obestitaspoliklinikken for optimalisering før kirurgi. BMI skal kartlegges på første poliklinikk besøk.	Pasienter har fylt ut blått skjema med høyde og vekt. Dette bør noteres i journalen.
• Reumatologisk sykdom	Reumapasienter skal henvises reumatolog for optimalisering av immunmodulerende medisiner	Eqs-prosedyre ivaretar dette.
• Tidligere operasjon eller tidligere infeksjon i leddet	Ostemat skal fjernes i eget inngrep. Tidligere septisk artritt opereres som totrinnsrevisjon	
• Røykestopp	Pasientene oppfordres til røykestopp eller reduksjon siste 4 uker før og første 4 uker etter operasjon	



Hva vi IKKE trenger å tenke på?

- UVI
 - Ingen grunn til å screene
ASYMPTOMATISKE pasienter
- Tannstatus
 - Ingen grunn til screening

Akutte pasienter

- Har ikke samme mulighet til å regulere faktorer hos pasienten
- **Perioperative forhold økt fokus**



Akutte pasienter

- Bløtdeler – kan være viktig å vente med operasjon



Akutte pasienter

- Brudd i øvre femur – viktig at ventetiden er kort





Akutte pasienter

- Brudd i øvre femurende
 - Hematom, økt operasjonstid og mindre erfaren kirurg øker risiko for infeksjon
 - **På hemiprotese-operasjoner skal det alltid være to kirurger tilstede under inngrepet, der minst den ene må være erfaren LIS eller en overlege**
 - **Oppstart av Klexane minst 12 timer etter inngrepet**



Oppsummering

- Elektive pasienter bør optimaliseres før inngrep med tanke på diabetes, overvekt, immunmodulerende medisiner og røyking
- Ved akutte pasienter er det viktig å ha fokus på perioperative forhold
- Pasienter med brudd i øvre femurende er en sårbar gruppe som må ha prioritet i arbeid med infeksjonsforebygging