

Hoofdstuk 13 Postoperatief herstel

1. Uitgangsvraag

Welke adviezen of interventies zijn zinvol om het herstel van een patiënt te bespoedigen na een laparoscopische hysterectomie (LH)?

2. Inleiding

Na een LH is de postoperatieve opname periode significant korter dan bij de groep patiënten die een abdominale hysterectomie heeft ondergaan (Aarts et al. 2015). Echter, onderzoek heeft aangetoond dat na een LH het volledig herstel, gedefinieerd als het moment dat patiënten weer aan het werk gaan, in het algemeen langer duurt dan verwacht wordt door de arts (Vonk et al. 2014a). Ook blijkt dat patiënten weinig wetenschappelijk onderbouwde adviezen krijgen ten aanzien van hun herstel in de thuissituatie (Vonk et al. 2011). Om de voordelen van de minimale invasieve chirurgie optimaal te benutten, is het belangrijk om juist in het postoperatieve traject patiënten zo adequaat mogelijk te begeleiden. Het blijkt dat duidelijke en eenduidige voorlichting pre- en postoperatief het postoperatieve herstel significant kan verkorten (Vonk et al. 2014b).

Het doel van deze PICO is om inzicht te geven in het optimale postoperatieve traject na LH.

3. Zoeken en selecteren van literatuur

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden werd er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

- Welke hersteladviezen dienen gegeven te worden na LH?
- Wordt het herstel van een patiënt na LH beïnvloed door specifieke hersteladviezen?

Methode van literatuuranalyse

P: Patiënten die een LH ondergaan

I: Herstel advies

C: De standaard zorg

O: Duur ziekenhuisopname

Werkhervatting

Kwaliteit van leven/tevredenheid

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep definieerde de uitkomstmaten als volgt:

- Werkhervatting en opnameduur (zie hoofdstuk 4)
- Kwaliteit van leven/tevredenheid (zie hoofdstuk 4)
- Tevens wordt geïnventariseerd welke wetenschappelijk onderbouwde tools voorhanden zijn om herstel na LH te bevorderen

De werkgroep achtte geen van de uitkomsten als kritiek voor de besluitvorming en de uitkomsten werkhervatting als belangrijk.

Wanneer LH wordt vergeleken met andere hysterectomie benaderingen, definieerde de werkgroep de volgende uitkomst als klinisch relevant verschillend:

- Werkhervatting: twee weken verschil in werk hervatting

Voor nadere informatie over de zoekstrategie, zie bijlage 'hoofdstuk 13'. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria:

- Minimaal één van de uitkomstmaten zoals eerder gedefinieerd in de studie werd beschreven.

Er zijn géén artikelen gevonden in de literatuur die strikt antwoord geven op de PICO zoals geformuleerd. Wel kunnen deelvragen beantwoord worden. Van de 287 artikelen uit de search werden er 6 geïnccludeerd in dit hoofdstuk. Hierbij werd de Cochrane review van Aarts et al. (2015) ook meegenomen als aanvulling.

De belangrijkste studiekarakteristieken en resultaten zijn opgenomen in de evidence-tabellen, samen met de beoordeling van de individuele studieopzet (risk of bias) (bijlage hoofdstuk 13). De bewijskracht van de literatuur is weergegeven in de GRADE tabellen. Hier is ook beschreven waarom de beoordelingen verlaagd zijn.

4. Samenvatting van de literatuur

Beschrijving van de geïnccludeerde artikelen

De 6 geïnccludeerde studies waren: 1 RCT, 1 Delphi studie, 2 prospectieve studies, 1 retrospectieve studie en 1 Cochrane review over de chirurgische benadering van hysterectomie.

In de Delphi studie van Vonk Noordegraaf et al. (2011) werd een expert panel gevraagd om hersteladviezen te formuleren betreffende 36 dagelijkse activiteiten na verschillende ingrepen (abdominale, vaginale en laparoscopische hysterectomie en laparoscopische adnex extirpatie). Het expert panel bestond uit gynaecologen, huisartsen en bedrijfsartsen.

Dezelfde onderzoeksgroep voerde aansluitend op de Delphi studie een gerandomiseerd onderzoek uit (Vonk et al. 2014b) waarbij gekeken werd na de effectiviteit van eHealth programma's op het herstel en werkhervatting na gynaecologische ingrepen. Zij randomiseerde in totaal 215 vrouwen die een LH of laparoscopische adnexextirpatie ondergingen in 2 groepen: 110 vrouwen kregen toegang tot een eHealth programma waar geïncividualiseerde postoperatieve adviezen en instructies gegeven werden en 105 vrouwen kregen toegang tot een simpele website met algemene informatie. De primaire uitkomst was de duur tot volledige betermelding.

In een andere studie van Vonk Noordegraaf et al. (2014a) werd aan de hand van een prospectieve cohort studie onderzocht hoe lang patiënten herstellen na een benigne gynaecologische ingreep en welke factoren van invloed zijn op een verlengd ziekteverlof. In totaal werden 148 vrouwen geïnccludeerd die tussen de 12 en 52 weken na de ingreep vervolgd werden. Ook werden verschillende patiëntkarakteristieken verzameld die mogelijk van invloed zouden zijn op het herstel.

Ook werd het artikel van Brummer et al. (2009) meegenomen, een prospectieve cohort studie 1679 vrouwen en waar ook gekeken werd naar het aantal dagen ziekteverzuim.

Rosen et al. (1997) publiceerde een artikel waarbij gekeken werd naar de herstelduur na een LH. Na de laparoscopische ingreep werden 100 patiënten telefonisch benaderd en gevraagd naar hun herstel.

Tot slot werd de Cochrane review over dit onderwerp geïnccludeerd waar er naar de uitkomstmaat 'werkhervatting' werd gekeken aan de hand van 10 artikelen (Aarts et al. 2015).

Bovengenoemde artikelen worden hieronder verder per uitkomstmaat besproken.

4.a. Werkhervatting en opnameduur

Opnameduur

In hoofdstuk 4 en 5 is gekeken naar de opnameduur na TLH in vergelijking met andere chirurgische benadering zoals VH, LAVH, RH en SLH. In de Cochrane review van Aarts et al. (2015) werd gezien dat de opnameduur significant korter was bij TLH dan bij AH en uit hoofdstuk 4 komt naar voren dat er ten opzichte van VH, geen significant verschil is.

Werkhervatting

In de studies welke zijn opgenomen in de Cochrane review van Aarts et al. (2015) varieerde de gemiddelde duur tot werkhervatting na LH tussen de 18 en 45 dagen (10 studies). In een grote Finse prospectieve cohort studie onder 1679 patiënten die een LH ondergingen, bedroeg de gemiddelde duur tot werkhervatting 22 dagen (Brummer et al. 2009).

In de prospectieve studie van Nederlandse bodem van Vonk Noordegraaf et al. (2014a) naar de werkhervatting van 148 vrouwen bleek de duur tot werkhervatting veel langer te zijn. Bij de 'intermediate' ingrepen (waaronder LH) was de duur tot volledige werkhervatting gemiddeld 60 dagen. De mate van invasiviteit van de ingreep, de preoperatieve verwachtingen van de patiënten en de functionele status voor de operatie waren de belangrijkste voorspellers voor een verlengd ziekteverlof. Zij concluderen dat er meer aandacht nodig is voor de postoperatieve periode.

In de studie van Rosen et al. (1997) hadden patiënten gemiddeld na 3.3 weken hun werk hervat en/of konden zij weer huishoudelijk werk verrichten (n=92). Aan patiënten werd ook gevraagd op welk moment zij zich goed genoeg voelde om weer te kunnen werken of normale activiteiten uit te voeren. Dit was gemiddeld na 2.6 weken. Patiënten die werkten (n=71) gingen na 2.9 weken weer aan het werk en dachten na 2.3 weken hier al voldoende voor hersteld te zijn. Er werd een significant verschil gezien tussen patiënten die een gecompliceerde ingreep hadden ondergaan versus patiënten met een ongecompliceerde procedure. Patiënttevredenheid was ook sterk gerelateerd aan het feit of er een complicatie was geweest. Het is wel belangrijk om te noemen dat sommige patiënten 24 maanden na de ingreep de vragenlijst ontvingen, waardoor een recall bias niet uit te sluiten is.

In de gerandomiseerde studie van Vonk Noordegraaf et al. (2014b) werd vervolgens gezien dat patiënten die gebruik maakten van een eHealth programma significant sneller weer aan het werk gingen (39 dagen versus 48 dagen in de controle groep). Daarbij werd ook voor sommige onderdelen een hogere kwaliteit van leven gezien en hadden patiënten minder pijn 26 weken na de ingreep. In deze studie werd niet specifiek naar LH gekeken maar werden alle ingrepen (LH, VH, AH en laparoscopische adnexectomie) vergeleken.

4.b. Kwaliteit van leven en patiënttevredenheid

Ook deze uitkomsten zijn aan bod gekomen in hoofdstuk 4 en 5. Voor meer informatie, zie de desbetreffende hoofdstukken.

In de meta-analyse van Aarts et al. (2015) wordt geen verschil gevonden in tevredenheid tussen LH en AH (1 studie, 166 patiënten). Wat betreft kwaliteit van leven zijn de resultaten niet eenduidig. Mogelijk bestaat er een verschil in kwaliteit van leven in het voordeel van LH.

4.c. Hersteladviezen

Uit de literatuur komen geen specifieke evidence-based hersteladviezen voor patiënten die een LH ondergaan. De Delphi-studie van Vonk Noordegraaf et al. (2011) beschrijft consensus

hersteladviezen na hysterectomie en adnexextirpatie. In onderstaande tabel van Vonk Noordegraaf et al. (2011) wordt een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten weergegeven. De adviezen die gebruikt worden in het eHealth programma zijn nog niet beschikbaar buiten het wetenschappelijk onderzoek. Deze adviezen zullen worden toegevoegd aan de richtlijn wanneer deze beschikbaar zijn.

Figuur 1: Overzicht van hersteladviezen uit Delphi studie van Vonk Noordegraaf et al. (2011)

	Medisch mogelijk geacht vanaf:			
	Lapsc. Adnex	TLH	VUE	AUE
Lichte handelingen - 2 uur achtereen zitten - ½ uur achtereen staan of lopen - tenminste 1 trap op en af - tillen en dragen van 5 kg	2 dagen	1 week	2 weken	2 weken
Middelzware handelingen - vrijwel de gehele (werk)dag zitten - ± 4 uur per (werk)dag staan - ± 4 uur per (werk)dag lopen - tillen of dragen van 10 kg - duwen of trekken van 15 kg - fietsen - stofzuigen	1 week	2 weken	3 weken	3-4 weken
Zware handelingen - merendeel van de (werk)dag staan - merendeel van de (werk)dag lopen - tillen of dragen van 15 kg - springen	2 weken	3 weken	4 weken	6 weken
Overige handelingen - In bad gaan - Gemeenschap	4 dagen 1 week	2 weken 6 weken	2 weken 6 weken	2 weken 6 weken
Hervatten van (gemiddelde) baan - ± 8 uur per dag - ± 40 uur per week	2 weken	3-4 weken	4 weken	6 weken

Lapsc. Adnex = laparoscopische adnex ingreep

TLH = laparoscopische uterus extirpatie

VUE = vaginale uterus extirpatie

AUE = abdominale uterus extirpatie

5. Conclusie van de literatuur

- Kernboodschappen uit de literatuur met GRADE

Kwaliteit van bewijs: Nvt	Gemiddeld start de werkhervatting na een LH tussen de 18 en 60 dagen. (Rosen et al. 1997, Vonk Noordegraaf et al. 2011, Vonk Noordegraaf et al. 2014, Brummer et al. 2009, Aarts et al. 2015)
--------------------------------------	--

Kwaliteit van bewijs: MATIG	<p>Gestructureerde adviezen leiden tot sneller herstel en werkhervatting.</p> <p>Het toepassen van eHealth kan worden gebruikt om hersteladviezen aan patiënten te verstrekken.</p> <p>(Vonk Noordegraaf et al. 2014)</p>
------------------------------------	---

6. Overwegingen

6.a. Ziekenhuisopname

Ziekenhuis duur is een lastige uitkomstmaat gezien verschillende factoren, zoals het ziekenhuis protocol, hier van invloed op kunnen zijn. Patiënten worden steeds korter opgenomen in het ziekenhuis en studies laten ook zien dat LH in dagbehandeling ook haalbaar is en waarschijnlijk steeds meer zal worden toegepast in de toekomst.

De werkgroep is van mening dat er geen eenduidig advies gegeven kan worden ten aanzien van de duur van ziekenhuisopname, maar adviseert om de opnameduur zo kort mogelijk te houden, mits het herstel in de thuissituatie adequaat is.

6.b. Werkhervatting en wetenschappelijke tools ter bevordering hiervan.

Om de voordelen van de minimale invasieve chirurgie optimaal te benutten, is de werkgroep van mening dat patiënten die een LH ondergaan preoperatief moeten worden voorzien van structurele hersteladviezen. Verwachtingsmanagement van de patiënt lijkt hierbij een belangrijke rol te spelen. Derhalve dienen de hersteladviezen ook te worden afgestemd op het type operatie dat de patiënten ondergaan. Daarbij blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat de mate van invasiviteit van de ingreep, de verwachtingen van patiënten en hun preoperatieve mentale status direct de duur van het ziekteverzuim beïnvloeden. Om dit te beperken, zouden patiënten met een hoog-risico op langdurig verzuim geïdentificeerd moeten worden en dienen zij in een vroeg stadium aanvullende begeleiding bij het herstel te krijgen.

Momenteel zijn slechts consensus hersteladviezen beschikbaar voor AH, VH, LH en laparoscopische adnex-ingrepen Deze werden samengesteld door een expertteam van gynaecologen, huisartsen en bedrijfsartsen. De adviezen zijn een eerste stap naar een gestructureerd herstelplan. Belangrijk is om bij het herstelplan ook aspecten van de klinische fase mee te nemen die mogelijk het herstel kunnen bevorderen. Het 'fast-track principe' is hierbij mogelijk een belangrijke strategie, waarbij een aantal modules worden gebundeld die alle tezamen moeten leiden tot een sneller herstel. Voorbeelden zijn een goede patiëntenvoorlichting, kortwerkende anesthetica, snel mobiliseren, het voorkomen van ileus (door kauwgom te kauwen), een goed pijn- en anti-emeticabeleid (Wodlin et al. 2013). Er is nog weinig bekend over hoe het herstel na gynaecologische operaties kan worden bevorderd. In de literatuur wordt slechts één tool beschreven welke gebruikmaakte van een eHealth applicatie om hersteladviezen aan patiënten te verstrekken. Deze tool is veelbelovend.

7. Aanbevelingen

Geef pre- en postoperatief, zowel mondeling als op papier, structurele en specifieke hersteladviezen (pagina 218) aan patiënten die een LH ondergaan. Wijs patiënten ook op alarmsignalen die een complicatie kunnen betekenen en geef duidelijk de spoednummers en instructies mee op papier.

Bespreek preoperatief met patiënten hun verwachtingen ten aanzien van het postoperatieve herstel.

Referenties Hoofdstuk 13

- Aarts, J. "Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease: Systematic review." *Gynecological Surgery* 12 (2015): S141.
- Brummer, T. H., et al. "FINHYST 2006--national prospective 1-year survey of 5,279 hysterectomies." *Hum Reprod* 24.10 (2009): 2515-22.
- Kluivers, K. B., et al. "Women's preference for laparoscopic or abdominal hysterectomy." *Gynecol.Surg.* 6.3 (2009): 223-28.
- Rosen, D. M. B., et al. "Return to work following laparoscopic hysterectomy." *Gynaecological Endoscopy* 6.5 (1997): 261-64.
- Vonk, Noordegraaf A., et al. "Prediction of time to return to work after gynaecological surgery: a prospective cohort study in the Netherlands." *BJOG* 121.4 (2014): 487-97.
- Vonk, Noordegraaf A., et al. "A personalised eHealth programme reduces the duration until return to work after gynaecological surgery: results of a multicentre randomised trial." *BJOG* 121.9 (2014): 1127-35.
- Vonk, Noordegraaf A., et al. "Multidisciplinary convalescence recommendations after gynaecological surgery: a modified Delphi method among experts." *BJOG* 118.13 (2011): 1557-67.
- Wodlin, N. B. and L. Nilsson. "The development of fast-track principles in gynecological surgery." *Acta Obstet Gynecol Scand* 92.1 (2013): 17-27.