



69.

Bölüm

COVID-19 PANDEMİSİNDE ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM CERRAHİSİ

Elvan Onur KIRIMKER¹

GİRİŞ

Tüm dünyada değişik dönemlerde değişik ülkelerde yoğunluğunun artıp azaldığını hissettiğimiz COVID-19 pandemisi Mart 2020'den sonra cerrahi uygulamaları da derinden etkiledi. Bu etkilerden bazıları geçici olurken özellikle uzaktan erişimle ilgili değişikliklerin cerrahi uygulamada kalıcı olabileceğini görüşü de yaygın kabul gördü. Cerrahlar, alışkın oldukları hasta muayenesi, konsey toplantıları, eğitim etkinlikleri, preoperatif hazırlık, cerrahiye kontrendike durumlar ve ameliyathane uygulamalarını yeniden gözden geçirmek zorunda kaldılar. Yeni hasta risk değerlendirmeleri yapmak ve hastaları da COVID-19'la ilgili risklerle ilgili bilgilendirmek zorunda kaldılar. Tüm toplumu, sağlık sistemini, cerrahi uygulamayı derinden etkileyen pandemi döneminde alt gastrointestinal sistem (Alt-GIS) cerrahisi de kendine düşen güncellemelerden payını aldı. Bu bölümde pandemi döneminde Alt-GIS cerrahisi, Elektif Alt-GIS cerrahisi öncesinde COVID-19 değerlendirmeleri, Elektif Alt-GIS cerrahisi sırasında COVID-19 önlemleri, COVID-19 pozitif hastada ertelenemeyecek (acil) Alt-GIS cerrahileri ile bu cerrahilerde enfeksiyon önlemleri ve COVID-19 için cerrahi serviste alınacak önlemler incelenecektir.

PANDEMİ DÖNEMİNE ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM CERRAHİSİ

Pandeminin zirve yaptığı dönemlerde bulaşın azaltılabilmesi için kalabalıkların azaltılması amacıyla birçok kısıtlamaya gidildi. Hafif şikayetler için yapılacak hastane ziyaretlerin ertelenmesi önerildi veya hastalar hafif şikayetleri için hastaneye başvurmayı tercih etmediler. Bu davranışın bir nedeni de sınırlı olan mekan, cihaz ve insan kaynağının pandemi mücadelesine sevk edilmiş olmasıydı. Sağlık otoriteleri ve dernekleri kendi ülkelerindeki cerrahların pandemi dönemindeki hasta triajını yapabilmeleri için kılavuzlar yayınladılar. Böylece, ertelenebilecek cerrahilerin sağlık sisteminin olağandışı dönemsel bir yükün altında olduğu bir dönemde bu yükün azaltılması hedeflendi. İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi cerrahi prosedürleri pandemi sürecinde aciliyetine göre sınıflamıştır. Bu sınıflamaya göre erteleme önerileri geliştirilmiştir (1). Buna göre cerrahi endikasyonlar en acil olan seviye 1a'dan 4'e kadar 5 kategoriye ayrılmıştır. Seviye 1a ve 1b sırasıyla 24 ve 72 saat içerisinde cerrahi gerektiren endikasyonları içermektedir ve bu cerrahilerin gerçekleştirilmesi önerilmektedir. 4 haftaya kadar ertelenebilecek ve seviye 2 olarak nitelenen cerrahiler içerisinde multidisipliner tümör kurulunun önerisine göre elektif kanser

¹ Dr. Öğr. Gör. Elvan Onur KIRIMKER, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. kirimker@ankara.edu.tr

doğurmaktadır. Dolayısıyla bu cerrahilerde irri-gasyon sıvılarının sıçramaması için gerekli özen gösterilmeli; FFP3 maske, siperlik ve sıçramalara karşı diğer mekanik önlemlerin özenle uygulanması sağlanmalıdır.

CERRAHİ SONRASI COVID-19

Alt-GIS cerrahisi sonrası hastada COVID-19 görülebilir. Bu riski en aza indirmek için hastanede yatış süresini en aza indirmek hedeflenmelidir. Bunun için acil ve elektif cerrahilerde tercihen anastomoz yerine stomaya yönelmesi anastomozla ait komplikasyonlarda kaçınılmasıyla bu hedefe hizmet eder. Cerrahi sonrası erken derlenme (ERAS) protokollerinin de hastanın hastanede yatış süresini kısaltarak ve hasta sıvılarıyla bulaşa yol açabilecek nazogastrik kateter ve intraabdominal cerrahi drenlerden kaçınma yoluyla bulaşı azaltılabileceği bildirilmiştir. Alt-GIS cerrahisi sonrasında serviste rutin bulaş önlemleri sürdürülür. Hastaların serviste COVID-19 semptomları açısından sürekli takibinin sürdürülmesi hastanın enfekte olması durumunda personelin ve diğer hastaların korunmasını ve enfekte bireyin COVID-19 servisine transferini sağlar.

COVID-19 SONRASI CERRAHİ

COVID-19 geçirmiş hastalara elektif cerrahi, hastalığı geçirmiş insan sayısı arttıkça gündeme gelen diğer bir sorudur. Bu hastaların cerrahi öncesi rutin tetkiklerinde ve muayenelerinin anestezi açısından operasyona uygun olmaları gerekir. Akciğer ve kalp kapasitelerinde ve performans durumlarında kötüleşme varsa bu durum ortaya konmalı gerekiyorsa ve mümkünse hasta düzeline kadar cerrahi ertelenmelidir. Amerika kaynaklı bir merkezin protokolünde eğer hasta asemptomatik olarak hastalığı geçirmişse son negatif PCR testinden 2 hafta sonrasında hasta ameliyata COVID-19 negatif bir hasta prosedürüyle ameliyata alınmaktadır. Eğer hasta COVID-19'u asemptomatik geçirmişse bu

süre 4 hafta olarak uygulanmaktadır (11). Aynı protokolle hasta majör cerrahi geçirecekse gerekirse ekokardiyografi ve toraks tomografisi; rutin olarak D-dimer, proBNP, ferritin, prealbumin, CMP içeren tetkikler yapılır. Böylece, hastanın COVID-19 enfeksiyonu öncesindeki risk durumuna geldiği teyit edilmiş olur.

SONUÇ

Pandemi döneminde elektif Alt-GIS cerrahilerinin ertelenmesi gerekebilir ve bu ertelemenin özellikle kanser hastaları için sağkalımı azaltıcı bir zaman kaybına neden olmaması için neoadjuvan kemoterapi ve radyoterapi gibi stratejiler mevcuttur. Pandemi döneminde bulaşın engellenmesine dönük önlemler hastanın tedavi sürecinin tümünde uygulanmalıdır. Acil cerrahilerde PCR pozitif veya şüpheli hastalardan tıbbi personele bulaşın önlenmesi için tüm önlemler alınmalıdır. Hastaların hastanede yatış süresini kısaltacak stoma tercihi ve ERAS protokolleri postoperatif hastanede yatış sürelerini kısaltabilir.

KAYNAKLAR

1. NHS . 2020. Clinical Guide to Surgical Prioritisation during the Coronavirus Pandemic [Internet]. Access date: 2021 Aug 27. Available from: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0221-specialty-guide-surgical-prioritisation->
2. American College of Surgeons. COVID-19 Guidelines for Triage of Colorectal Cancer Patients.(2020) Access date: 2021 Aug 26. Available from: <https://www.facs.org/COVID-19/clinical-guidance/elective-case/colorectal-cancer>
3. Urgent Intercollegiate General Surgery Guidance on COVID-19 | ACPGIBI [Internet]. Access date: 2021 Aug 28. Available from: <https://www.acpgbi.org.uk/news/urgent-intercollegiate-general-surgery-guidance-on-COVID-19/>
4. Abbott TEF, Fowler AJ, Dobbs TD et al. Mortality after surgery with SARS-CoV-2 infection in England: a population-wide epidemiological study. *British journal of anaesthesia* 2021; 127: 205.
5. COVIDSurg Collaborative. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study. *Lancet (London, England) [Internet]* 2020; 396: 27. Available from: <https://linkinghub.else->

- vier.com/retrieve/pii/S014067362031182X
6. Glasbey JC, Omar O, Nepogodiev D et al. Preoperative nasopharyngeal swab testing and postoperative pulmonary complications in patients undergoing elective surgery during the SARS-CoV-2 pandemic. *British Journal of Surgery* 2021; 108: 88.
 7. Coimbra R, Edwards S, Kurihara H et al. European Society of Trauma and Emergency Surgery (ESTES) recommendations for trauma and emergency surgery preparation during times of COVID-19 infection. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery [Internet]* 2020; 46: 505. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00068-020-01364-7>
 8. Moletta L, Pierobon ES, Capovilla G et al. International guidelines and recommendations for surgery during COVID-19 pandemic: A Systematic Review. *International Journal of Surgery [Internet]* 2020; 79: 180. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743919120304441>
 9. Choi SH, Kwon TG, Chung SK, Kim T-H. Surgical smoke may be a biohazard to surgeons performing laparoscopic surgery. *Surgical Endoscopy [Internet]* 2014; 28: 2374. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00464-014-3472-3>
 10. Mun D-H, Pradere B, Shariat SF, Remzi M. Intraoperative aerosol viral transmission in minimally invasive surgery: a scoping review and impact on clinical guidelines and practice during the onset of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *BJU international* 2021; 127: 349.
 11. Bui N, Coetzer M, Schenning KJ, O'Glasser AY. Preparing previously COVID-19-positive patients for elective surgery: a framework for preoperative evaluation. *Perioperative Medicine* 2021; 10: 2.