

SARS-COV-2 pandemisinde jinekolojik operasyonlara yaklaşım

Doç Dr Nasuh Utku Doğan
*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD*

Dünya genelinde ciddi akut respiratuvar sendromu (SARS-COV-2) pandemisine neden olan COVID-2019 virüsü mart sonu 2019 verilerine göre 500.000 vaka ve 20.000 dolayında ölüme yol açmıştır (1). Virüsün tüm dünyada ve ülkemizde görülmesiyle sağlık sektöründe ciddi değişikliklere gidilmesi mecburiyeti doğmuştur. Burada temel amaç ilk virüs enfeksiyon dalgasıyla sağlık sistemi ve 3. Basamak yoğun bakımlardaki yığılma, yüklenme ve kilitlenmeyi önlemektir. Bu bağlamda rutin sağlık hizmetleri kapsamında elektif poliklinik hizmetleri ve elektif tüm cerrahi vakaların ertelenmesi gündeme gelmiştir. Uluslararası ve ulusal kadın hastalıkları ve doğum dernekleri bu konudaki görüşlerini yayınlamışlardır. Ülkemizde de minimal invaziv jinekoloji derneği (MIJİD) bu konuda jinekolojik cerrahi ve minimal invaziv cerrahi ile ilgili görüşlerini 12 Nisan 2020 itibariyle yayınlamıştır (2). Bu rehberlere göre ülkemizin de içinde bulunduğu COVID-2019 virüs enfeksiyonunun görüldüğü ülkelerde tüm elektif jinekolojik cerrahilerin ertelenmesi önerilmektedir. Gecikme ve erteleme hastanın hayatını tehdit etmediği durumlarda cerrahinin ileri bir tarihe planlanması hastanın evde kalmasını sağlayacak, muhtemel transmisyonu engelleyecek ve sağlık sisteminde olası yüklenmeyi engelleyecektir. Hastanın hayatını tehlikeye sokan durumlar Amerikan cerrahi cemiyetinin (American College of Surgeons) 24 mart 2020 tarihinde yayınladığı rehbere göre ektopik gebelik, adneksiyal torsiyon, rüptüre tubal-ovarian apse, konservatif tedaviye cevap vermeyen tubo-ovarian apse, akut, ağır vajinal kanama ve acil serklaj olarak tanımlanmıştır (3). Bu durumlarda gecik olamadan gerekli önlemler alınarak cerrahi uygulanmalıdır. Birkaç ay ertelenmesinde sakınca olmayan vakalar ise sterilasyon prosedürleri (salpenjektomi, tüp lihgasyonu), sarkom şüphesi olmayan fibroid ameliyatları, histerektomi, endometriozis cerrahisi, yüksek oranda benign olduğu düşünülen adneksiyal

kitleler için yapılması planlanan cerrahileri, ürojinekolojik girişimler (pelvik organ prolapsus ve üriner inkontinans cerrahileri, anormal uterin kanama veya organik patolojiler için yapılması planlanan histeroskopik işlemler olarak sıralanabilir. Bu durumlarda hastayı bilgilendirerek ve onamını da alarak cerrahi 1-2 ay sonrasına planlanmalıdır. Yapılacak cerrahinin laparotomi ve laparoskopi ile yapılması ile ilgili yayınlar mutlak olarak laparotomiye işaret etmemektedir. Minimal invaziv cerrahi için asıl endişe asemptomatik ve enfekte olduğu bilinmeyen hasta gruplarıdır. Bu tür hastalarda entübasyon ve ekstübasyon sürecinde ve pnömoperitonyum oluşturulurken viral partiküllerden bulaş olma riski mevcuttur. Ayrıca yapılan bir çalışmada asemptomatik hastalarda cerrahi sonrası post-operatif yoğun bakım ihtiyacının ve mortalitenin arttığına dair bir yayın bulunmaktadır (4). Özellikle artmış karın içi basıncının, intraoperatif akciğer havalanmasını azaltabileceği gibi riskler de bildirilmiştir. Fakat bunlar teorik risklerdir ve herhangi bir yayında laparoskopik cerrahinin riski arttırdığına dair bir bulgu yoktur. Tüm bu nedenlerden dolayı hastalar pre-intra ve post-op çok iyi şekilde değerlendirilmelidir. Preoperatif dönemde hastanın temas öyküsü değerlendirilmelidir. Dış ülke veya prevelansın yüksek olduğu merkeze yolculuk, bu yerlerden gelen kişilerle temas sorgulanmalıdır. Hastanın ÜSYE semptomları varlığı (öksürük, ateş, baş ağrısı, myalji) gibi semptomlar hastaya sorulmalıdır. Her ne kadar ülkemizdeki rehberlerde şu an önerilmese de cerrahi öncesi PCR ile sürüntü örneği alarak tarama yapılması güvenli cerrahi açıdan önemlidir ve bu şekilde laparoskopik cerrahi güvenli bir şekilde yapılabilir (5). Acil vakalarda ya da pre-op covid testi imkanı bulunmayan durumlarda her hastayı covid açısından riskli kabul etmek önemlidir. Covid olduğu bilinen hastalarda kişisel koruyucu ekipman (KKE; önlük, N-95/FFP2-3 maske, siper, çift eldiven) mutlaka giyilmelidir. Diğer vakalarda cerrahi maskenin koruma açısından yeterli olacağı ifade edilmektedir. Cerrahinin şekli açısından laparoskopik yaklaşımda teorik olarak dokuda ve kanda olabilecek viral partiküllerin pnömoperitonyum oluşturma safhasında, trokarlardan alet sokup çıkartırken

kaçan gazdan ve koagülasyon sırasında oluşabileceği düşünülmektedir ama şu ana kadar minimai invaziv cerrahinin laparotomiye bilimsel olarak herhangi bir dezavantajı bildirilmemiştir. Yine de özellikle laparoskopik cerrahi sırasında düşük basınçlarda çalışılması (8-10 mm Hg), mümkünse CO₂ gazının aspirasyon kanülleriyle oda havasına kaçığının önlenmesi, olabildiğince doku koagülasyonundan kaçınılması, odalarda pozitif filtrasyonla hava temizlemesinin yapılmaması gibi önlemler teorik riski minimuma indirecektir (6). Fekal atılım hastaların yaklaşık % 15-20 gibi kısmında gösterilmesi nedeniyle barsak cerrahisi yapılacak hastalar için laparotomi tercih edilmesi daha uygun olacaktır (3). Post-operatif dönemde hastanın ERAS protokollerine uyularak erken taburculuğu sağlık sistemine yükü en aza indirecektir. SARS-COV-2 pandemisinde yukarıda bahsedilen noktalar göz önünde bulundurulduğunda elektif vakaların geçici bir süre için ertelenmesi, acil ya da ertelenemeyecek vakaların doğru cerrahi ve korunma prensiplere uyarak yapılması önemlidir. Bu kurallara uyularak minimal invaziv yöntemlerin güvenli bir şekilde yapılabileceği açıktır. SARS-COV-2 pandemisi bizlere zor şartlarda bile mesleğimizi en optimal şekilde sunma tecrübesi kazandırmıştır.

Referanslar

1. Chen N, Zhou M. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020;395(10223):507–513
2. <http://www.mijid.org/upload/2020/04/mijid-covid19-13nisan.pdf>
3. American College of Surgeons Facts Sheet: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/review-committee>

4. Aminian A, Safari S, Razeghian-Jahromi A, Ghorbani M, Delaney CP. COVID-19 Outbreak and Surgical Practice: Unexpected Fatality in Perioperative Period. *Ann Surg.* 2020 Mar 26. doi: 10.1097/SLA.0000000000003925.
5. AAGL – Elevating Gynecologic Surgery. Joint Society Statement on Elective Surgery during COVID-19 Pandemic. Available at:
<https://www.aagl.org/news/covid-19-joint-statement-on-elective-surgeries/>.
Published March 2020. Accessed March 25, 2020
6. Mallick R, Odejinmi F, Clark TJ. *Facts Views Vis Obgyn.* 2020 Apr; 12(1): 3–7