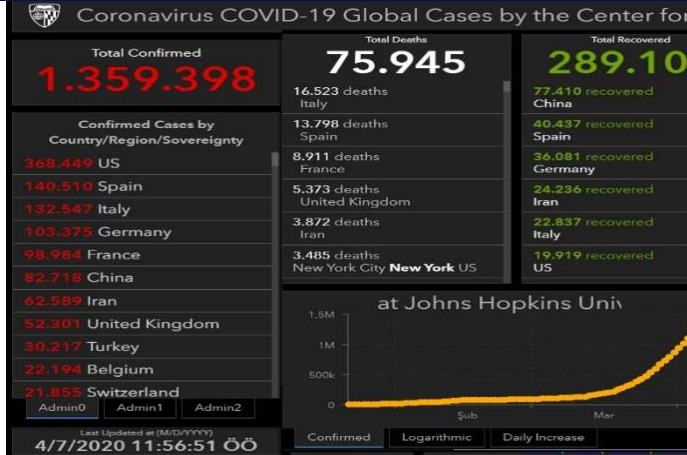


# ACİL CERRAHİ GÜNDEM



[HTTPS://ACILCERRAHI.COM](https://acilcerrahi.com)

BİZDEN

DÜNYADAN

Dr. Metin Yeşiltaş

## COVID2019 & ACİL CERRAHİ

DÜNYADAN VE ÜLKEMİZDEN GÜNCEL DERLEMELER



2019 yılı sonlarında Çin'in Wuhan bölgesinde başlayan ve 11 Mart 2020 de Dünya Sağlık örgütü(DSÖ-WHO) tarafından pandemi ilan edilen corona virüse bağlı salgın artık tüm medikal ve cerrahi işleyişi yeniden gözden geçirmemize neden oldu.

Bir taraftan COVID'le (corona virüs disease), savaşırken diğer taraftan bu salgının haricindeki hastaların yönetimi ve sağlık çalışanlarının korunması temel gündemimizi oluşturmaya başladı.

Elektif olgular zaten ötelenmişti. Acaba acil grubuna giren, cerrahi olgularına yaklaşım nasıl olmalıydı? Muayene, tetkikler ve tedavide farklılıklar olacak mıydı? Çünkü bir taraftan kendimizi diğer taraftan covid pozitif olmayan hastayı, enfekte etmeden nasıl yönetecektik. Yada covid pozitif acil olgularına yaklaşım nasıl olmalıydı?.

İşte bütün bu soruları cevaplamak için bir derleme hazırladım. Literatür karıştırmaya zaman bulamayan arkadaşlarıma umarım faydası olur.

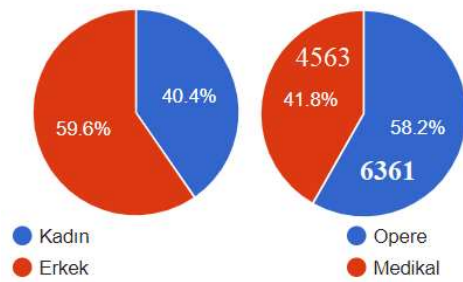
Acil cerrahi dediğimiz zaman akla ilk gelen apendisitler oluyor. Bizim hastanemizde de (SBÜ Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul OEAH) acil cerrahi kliniğinin son 5 yıllık yatan ve ameliyat olan hasta dağılımına baktığım zaman apendisitler 1. Sırada idi. Hepatobilier aciller (kolesistit, kolanjit ve pankreatit) ikinci sırayı alırken travmalar üçüncü, İleuslar dördüncü ve peptik ulcus perforasyonları 5. sırayı alıyordu. (Tablo1.). Ayda ortalama 160 acil cerrahi klinik tablosu ile hasta yatarken bunların %59'u ameliyat olmuştu.

Tablo 1.

YILLAR	Apendisit	Travma	Pankreatit	Kolanjit	Kolesistit	İleus	PUP
TOPLAM	2553	1148	1243	1078	947	1069	291
2014	294	184	149	113	80	134	36
2015	360	192	143	165	112	157	56
2016	447	217	185	154	152	165	53
2017	427	206	220	183	187	165	52
2018	513	169	276	239	250	175	40
2019	417	152	214	168	137	201	42
2020	95	25	60	55	24	57	11

Kadın Erkek Oranı

Medikal ve Opere Olanları



Şimdi Covid-19 sürecinde enerjimizin büyük bir kısmını, gerek destek ekibi olarak gerekse primer olarak bu hastalara harcamak zorunda olduğumuz görülüyor. O zaman bizde bazı acil olguları, nasıl elektife çekebiliriz sorularına hem kendi tecrübemiz, hem ulusal,

hemde diğer önde gelen derneklerin güncel rehberlerine göz atarak bir yol haritası oluşturduğum.

İlk olarak benim gördüğüm ACS'in (American College of Surgeons) 25 Mart 2020'de yayınladığı



'COVID-19 Guidelines for Triage of Emergency General Surgery Patients' başlıklı yazıyı inceledim. Bu kılavuzda; COVID-19 ortamında acil cerrahi kliniği ile gelen hastalara, hastanın durumuna ve hastanenin kaynaklarına göre optimum yaklaşım ele alınmış.

**Bu salgın sırasında cerrahi acil durumlar.** COVID-19 pozitif olduğu veya COVID enfeksiyonu için yüksek klinik şüphesi olduğu bilinen hastalar için, eğer hasta için uygun ve güvenli ise, non-operatif tedavi tercih edilir. Bu hastalarda ameliyat gerekirse, uygun KKE (Kişisel koruyucu ekipman) kullanılmalı ve sağlık ekibini korumak için önlemler alınmalıdır.

Bununla beraber gelişen pandemi çevresinde büyük miktarda belirsizlik ve büyük miktarda bölgesel değişkenlik vardır. Bu akışkan ve değişken ortamda bilgi hızla değişir.

• COVID-19'un her ülke, eyalet ve sağlık ortamı içinde ortaya çıkardığı benzersiz zorlukları anlamamız nedeniyle bu belgede ana hatları çizilen stratejilerin değişmesi muhtemeldir denmektedir.

#### Amaç,

- Erken ve acil cerrahi durumlarla başvuran hastalara zamanında bakım sağlamak ve hasta bakım kaynaklarını (ör. Hastane ve yoğun bakım yatakları, kişisel koruyucu ekipman, ventilatörler) optimize etmek ve sağlık personelinin sağlığını korumaktır.
- Bu rehber sağlam cerrahi yargının yerini tutamaz.
- Prosedür veya operasyonun geciktirilmesinin hastanede kalış süresini uzatacak, daha sonra hastaneye yatış olasılığını artıracak veya hastaya zarar verebilecekse prosedürler ve operasyonlar yapılmalıdır.
- Cerrahi girişim gerektirecek bir hastada, medikal tedavinin başarısız olması durumunda, gelecekteki kaynak kullanımını azaltmak için ameliyat için düşünülmelidir.
- Cerrahi takviminin oluşturulması, kurumun o anki değişken kaynaklarına göre multidisipliner yaklaşımla karar verilmelidir,

<https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/review-committee>.

## DİKKATE ALINMASI GEREKEN ÖZEL KOŞULLAR

### Akut Hemoroidal Tromboz / Nekroz

Çoğu akut hemoroidal durum cerrahın kararına bağlı olarak nonoperatif yönetilebilir. Mümkün olan yerlerde, lokal anestezi altında ayaktan tedavi şeklinde uygulanabilir. Acil cerrahi prosedürler genellikle önemli kanama ve ciddi hastalık veya nonoperatif önlemlere yanıt vermeyen hastalık için ayrılmalıdır.

### Perianal veya Perirektal Apse

Superficial ve lokalize perianal apseler, cerrahın endikasyonu ile lokal anestezi altında drenaj ile yönetilebilir. Daha büyük perirektal apselerin drenajı, hastalığın invaziv bir enfeksiyona yayılmasını önlemek ve hastanede kalış süresini kısaltmak için ameliyathane koşullarında geciktirilmeden yapılmalıdır. Ameliyathane yoksa perkütan drenaj alternatif ve geçici bir çözüm olarak düşünülmelidir.

### Yumuşak Doku

#### Enfeksiyonları

Yüzeysel ve lokalize apseler lokal anestezi ile insizyon ve drenaj ile tedavi edilebilir. Yeterli başlangıç drenajını sağlamak ve hastanede kalış süresini kısaltmak için daha büyük veya kas içi bileşeni olan apselere ameliyathanede insizyon ve drenaj tercih edilir. Yumuşak doku nekrozu ile seyreden hastalara acil debridman yapılmalıdır.

**COVID-19'un her ülke, bölge ve sağlık ortamı içinde ortaya çıkardığı benzersiz zorlukları nedeniyle bu belgede ana hatları çizilen stratejilerin değişmesi muhtemeldir denmektedir.**

### Pneumoperitoneum, Intestinal Ischemia, Intestinal Obstruction

Şüpheli barsak perforasyonu, mezenter iskemi, kapalı loop obstrüksiyonu veya starangule herniye sekonder tıkanıklığı olan hastalar acil şartlarda opere edilmelidir. Adezyonlara bağlı ince bağırsak tıkanıklığı ise geleneksel non-operatif tedavi ile yönetilmelidir

### Akut Nekrozitan Pankreatit

Enfekte nekroz doğrulanırsa antimikrobiyal tedavi başlanmalıdır. Sonra gidişata göre kademeli yaklaşım sağlanmalı;

- Perkütan drenaj,
- Endoskopik debridman veya
- Girişimsel radyolojik tekniklerle (endoskopi ile COVID pozitif hastalarda aerosolizasyon riski nedeniyle I / R tekniklerinin tercih edilebileceğini unutmayın),
- Ardından başka seçenek kalmadıysa laparoskopik veya açık operatif drenaj.

### Apandisit, Komplike olmayan

Komplike olmayan apandisitli hastaların IV antibiyotiklerle ve ardından PO antibiyotiklere geçişle yönetilebileceğini gösteren bazı kanıtlar vardır. Bu yaklaşımın yüksek başarısızlık oranları (% 30-50), görülmüş, görülmüş ama sonra bakmışlar ki bunlar BT ile incelendiğinde ya apandikolit var yada SAK (sağ alt kadrant) dışında hastalık yayılımı var.

Cerrahın kararına ve hastanın durumuna göre, bir antibiyotik denemesi düşünülebilir.

Hastanede kalış süresi bu durumda ameliyathane kaynaklarının kullanımına göre değerlendirilmeli ve cerrahın kararına dayanmalıdır.

## Apandisit, Komplike

Komplike apandisitler her zamanki uygulamaya göre yönetilebilir.

- Kısacası, tüm hastalar klinik olarak iyileşene kadar IV antibiyotik almalı ve bunu PO antibiyotiklere geçmelidir.
- Tanımlanmış bir apsesi olan hastalara perkütan drenaj yapılmalıdır.
- Perforasyon kanıtı olan hastalar, hasta durumuna göre perkütan drenaj veya operasyonla yönetilebilir.
- Nonoperatif tedavide başarısız olan hastalar süratle ameliyata alınmalıdır.

## Semptomatik Kolelitiazis

Semptomatik kolelitiazis ve kronik kolesistitli hastaların ağrıları yönetilmelidir. Mümkün ise, cerrahi gecikmeli ve elektif olarak yapılmalıdır. Kreşendo semptomları olan hastalar ve tıbbi tedaviye dirençli ağrısı olan hastalar için laparoskopik kolesistektomi düşünün.

## Koledokolitiazis

Kolanjit belirtisi olmayan koledokolitiazisli hastalar ayaktan tedavi edilebilir. Büyük taşlara sahip olanlara , ERCP ile sfinkterotomi, ardından gecikmeli bir şekilde elektif kolesistektomi uygundur. COVID-19 enfeksiyonu olan hastalarda ERCP için uygun önlemlerin alınması gerektiğinden, aerosolizing prosedürü uygulayın.

## Akut Kolesistit

Akut kolesistitli sağlıklı hastalara hastanede kalış süresini en aza indirmek için laparoskopik kolesistektomi uygulanmalıdır. Hasta ameliyat riski çok yüksekse **veya ameliyathane uygun değilse** IV antibiyotikleri düşünün. Antibiyotiklerle klinik olarak düzelmeyen hastalar ve sepsis belirtileri olan hastalar IV antibiyotik uygulamasına ek olarak **perkütan kolesistotomi** yapılmalıdır.

## Akut Kolanjit

- Yükselen kolanjitli hastalar genellikle geniş spektrumlu antibiyotiklere ve uygun resüsitasyona cevap verirler.
- Klinik olarak düzelmeyen ve sepsisli hastalar için ERCP ve sfinkterotomi endikedir.
- Eşzamanlı kolesistit ile ilgili bir endişe varsa, perkütan kolesistostomi uygun olabilir.
- COVID-19 enfeksiyonu olan hastalarda ERCP için uygun önlemlerin alınması gerektiğinden, aerosolizing prosedürü olarak kabul edilmesi gerektiğini unutmayın.
- Kolesistektomi gecikmeli olarak yapılmalıdır.

## Akut Divertikülit

- Komplike olmayan divertikülit, PO antibiyotiklere geçişli IV antibiyotik içeren olağan bakım ile yönetilebilir.
- Yaygın pnömoperitoneumlu pürülan veya fekülent peritonit ile başvuran hastalar ameliyat edilmelidir.
- Hinchey evre 2 divertikülit, antimikrobiyal tedaviye ek olarak perkütan drenaj ile tedavi edilmelidir.
- Flegmonlu hastalar, (daha sonraki apse gelişimi için ayrılmış perkütan drenaj) antibiyotiklerle başarıyla yönetilebilir.
- Nonoperatif tedavide başarısız olan hastalar hızlı bir şekilde ameliyat edilmelidir.