

Dr. Alasdair Hotston Moore

IVC-Evidensia

Dr Alasdair, 1990 yılında Cambridge Üniversitesi'nden mezun oldu. Mezun olduktan sonra öncelikle Küçük Hayvan Tıbbında Stajyer olarak, ardından Küçük Hayvan Yumuşak Doku Cerrahisinde Asistan olarak Bristol Veterinerlik Okulu'na katıldı. 1997 yılından 2009 yılında kurumdan ayrılana kadar, Langford'un Küçük Hayvan Yumuşak Doku Cerrahisinde Öğretim Görevlisi, son döneminde ise Kıdemli Klinik Araştırmacısıydı. Independent Vetcare için Grup Veteriner Danışmanı olup klinik faaliyetlerini Vale Referrals'a taşımadan önce, 2017 yılına kadar Bath Vet Referrals'ta Referral Surgery Başkanlığı görevini üstlendi.

2018-2020 yılları arasında Concordia Petcare'de (Shanghai, New Ruipeng Petcare Grubu'nun bir parçası) Baş Sağlık Görevlisi olarak görev yaptı. 2021 yılında Referral Surgeon (Vale Referral) ve Öğrenme ve Geliştirme ekibinde Danışman olarak IVC-Evidensia'ya geri döndü.

Alasdair'in veteriner endoskopisi ve veteriner hemşireliği alanlarındaki araştırmaları; akran denetimli dergilerde ve ders kitaplarında yaygın olarak yayınlandı. Son üç yılda İngiltere, Yunanistan, Çin, Japonya ve Kore dahil olmak üzere birçok ülkede ders verdi.

Daktari-Uganda ve İspanya'da gönüllü çalışmalar yaptı. AVEPA ve EVECS üyesidir.

4. Veteriner Tıp Acil ve Yoğun Bakım TuVECCA ve 2. Acil ve Yoğun Bakım Kurslar Sempozyumu

Özet

Dr Alasdair Hotston Moore

MA VetMB CertSAC CertVR CertSAS CertMedEd FRCVS

Küçük Hayvan Cerrahisi İleri Düzey Veteriner Hekim

Vale Veterinary Referrals, Birleşik Krallık

Öğrenme ve Geliştirme, IVC-Evidensia BK ve Avrupa

Bağırsak Rezeksiyonu ve Anastomoz: Adım Adım Cerrahi Teknik

Tüm küçük hayvan veteriner hekimlerinin aşına olması gereken önemli abdominal cerrahi işlemlerinden biri, bağırsak rezeksiyonu ve anastomozdur.

En yaygın endikasyon, bağırsak içerisinde obstrüksiyona veya bağırsak duvarında geri döndürülemez hasara yol açan yabancı cisim bulunmasıdır. Bu yabancı cisimler basit (yuvarlak hatlı veya kitle benzeri) veya lineer (kumaş şeritleri, iplik şeritleri, bitki veya plastik) olarak sınıflandırılabilir. Basit yabancı cisimler, lineer yabancı cisimlere kıyasla daha az intestinal perforasyona yol açar. Lineer yabancı cisimler sıklıkla birden fazla yerde perforasyona yol açar. Lineer yabancı cisimlerde prognoz genellikle kötüdür. Bağırsak rezeksiyonu ve anastomozun diğer endikasyonları arasında, lokalize intestinal neoplazi, travma, fıtıklaşma ve intususepsiyon yer almaktadır.

Rezeksiyon (enterektomi), bu hastalıklardan biri nedeniyle bağırsak duvarının viabilitesini kaybetmesi durumunda endikedir. Viyabilite kaybı, perforasyonla, duvar inceliğiyle ve morlaşma ya da siyahlaşma ile kendini gösterir. Doku viyabilitesi belirsizse ve belirli bir izlem döneminden sonra bile düzelmüyorsa (örneğin yabancı cisim çıkarıldıktan sonra), küçük bir alanın çıkarılıp onarılmasına çalışmak için bağırsağın etkilenen kısmı uzunluğunda rezeksiyonun tercih edilmesi tavsiye edilmektedir. Çıkarılacak alan belirlenir. Geniş marjlarla (tipik olarak en az 3-5 cm) alanın çıkarılması genellikle mümkündür. Bu aşamada cerrah kesilen uç olarak kalacak alanın yakınında önemli miktarda mezenterik damar bırakmayı planlamalıdır. Ayrıca, periton boşluğunun kontaminasyon riskini azaltmak amacıyla etkilenen alan abdominal kaviteden izole edilir: alan açılır ve etrafına nemli büyük cerrahi bez yerleştirilir.

Bağırsağa, uçları kanlandığı tespit edilen kan damarlarının biraz içerisine iki forseps yerleştirilir. İdeal olarak, Doyen bağırsak forsepsleri kullanılır ancak eğer mevcut değilse düz hemostatlar kullanılabilir. Bu forsepsler, cerrahi esnasında çıkarılan doku üzerinde duracaktır. Proksimaldaki forsepsin oblik olarak yerleştirilmesi, daha sonra luminal uyumsuzluğun önlenmesi açısından faydalı olacaktır.

Bunların dışına, cerrahi esnasında korunan dokunun üzerine iki tane daha forseps yerleştirilir. Bunlar da Doyen bağırsak forseps olmalıdır. Bu forsepsleri içerideki forsepslerin 3-5 cm uzağına yerleştirmek, cerrahinin daha kolay gerçekleştirilmesini sağlayacaktır.

Devam etmeden önce forsepslerin pozisyonunu iki kere kontrol edin.

Çıkarılacak bağırsağın kesimini kanlandıran kan damarlarını bağlayın. Bağırsağa yakın ligasyon yapmak, bağırsağın diğer bölgelerinde vasküler yetmezlik riskini azaltacaktır.

Bisturi yardımıyla içerideki forsepslerin yanından bağırsağı transekte edin. Bitişik mezenterik makasla transekte edin. Bağırsağın etkilenen kısmını çıkarın.

Standart anastomoz uçtan ucadır. Basit devamlı (kontinü) patern, basit kesikli tek tek sütürasyona tercih edilmektedir. İdeal sütür materyali, poliglikapron gibi monofilaman absorabl materyaldir. Tam kalınlıkta apozisyonel patern tavsiye edilmektedir. Kedi ve köpekler için, yuvarlak gövdeli veya konik uçlu iğneli 1.5 m-3m ebatlı olanı uygundur.

İlk sütür, her ucun mezenterik sınırlarını birleştirir. Burada bağırsağın tüm katmanlarını dahil etmeye özen gösterin: mezenterik yağın künt dissekte edilmesi, bu noktadaki serozal yüzeyin tespit edilmesinde yardımcı olabilir. Dokuyu birleştirmek için sütürü nazıkçe bağlayın, serbest ucu 3-5 cm uzunluğunda bırakın ve bunu bir hemostatla etiketleyin. İğne takılı kalsın.

İkinci sütür paketini alın ve bağırsağın antimezenterik sınırına benzer bir dikiş atın. Serbest ucu alın ve iğneyi tutun.

Asistan yardımıyla (veya hemostatların ağırlığı ile) her bir serbest ucun üzerinde nazikçe traksiyon yapılması, bağırsağın uçlarının birleşmesini, kumen çapında hafif uyumsuzluğun ortadan kaldırılmasını ve mukozanın ayrılma eğiliminin azaltılmasını sağlayacaktır.

Basit kontinü paternle mezenterik sınırdan antimezenterik sınıra kadar sütürleyin. Sütürün serbest ucunu bağlayın ve iğne tarafını kesin. Bağırsağı çevirin.

İkinci iğne ile, basit kontinü paternle antimezenterik sınırdan mezenterik sınıra kadar sütür yapın ve burada sütürün serbest ucuna düğüm atın. Kalan sütürü kullanarak mezenterik defekti kapatın, bunu yaparken mezenterik kan damarlarına zarar vermemeye özen gösterin.

Kalan sütürü kesin. Anastomozu apozisyon için gözle muayene edin. Gerekirse, belirsiz olan noktalarda basit kesikli sütürler atın (genellikle gerekmez). Doyen forsepslerini çıkarın ve sızıntı kontrolü için bağırsak içeriğini anastomozu itin. Basınç kontrolü gerekli değildir.

Yüzeyi ıslak ılık bezlerle silin. Eğer çok fazla sıçrama dökülme varsa lavaj ve sakşın kullanın.

İsterseniz, omentumu anastomozun etrafına sarın ve 2-4 tane kesikli tek tek sütürle sabitleyin. Bu adım zorunlu olarak değerlendirilmemektedir ve teknikteki hataları ortadan kaldırmayacaktır.

Bu derste, lumen genişliğindeki uyumsuzluğa ilişkin daha fazla ipucu ve uçtan uca anastomoz alternatifleri sunulacaktır.

4. Veteriner Tıp Acil ve Yoğun Bakım TuVECCA ve 2. Acil ve Yoğun Bakım Kurslar Sempozyumu

Özet

Dr Alasdair Hotston Moore

MA VetMB CertSAC CertVR CertSAS CertMedEd FRCVS

Küçük Hayvan Cerrahisi İleri Düzey Veteriner Hekim

Vale Veterinary Referrals, Birleşik Krallık

Öğrenme ve Geliştirme, IVC-Evidensia BK ve Avrupa

Özofagus Yabancı Cisimleri: Genel Bakış ve Ameliyatsız Çıkarma

Özofagus yabancı cisimleri kedilere kıyasla köpeklerde nispeten daha yaygındır.

Genel olarak, kemik gibi hacimli yabancı cisimler ve olta iğnesi gibi küçük yabancı cisimler olarak sınırlandırılabilir.

Olta iğnesi, tüm köpeklerde, özellikle balıkçılık yapılan alanlara girdiği bilinen köpeklerde görülmektedir. Olta iğnesi, farekste veya özofagusta herhangi bir yerde durabilir. Ağızdan sıklıkla misininanin çıktığı görülür. Veteriner hekime başvurulduğu anda misina görülüyorsa, çıkarılmamalıdır (örneğin tasmaına bağlanabilir) çünkü iğneyi çıkarırken yardımcı olabilir.

Kemik yabancı cisimler, Terrier ırkı köpeklerde daha yaygındır. Tipik olarak köpek sahibi köpeğinin öğürdüğünü, aşırı salya çıkardığını ve regurjitasyon olduğunu söyleyerek başvurur. Bu yabancı cisimlerin %80'i, distal torakal özofagusta kalple diyafram arasında sıkışıp kalmaktadır. Geri kalanların çoğu boyun tabanında veya kraniyal torakal özofagustadır.

Klinik belirtiler, yabancı cismin niteliğine ve obstrüksiyonun derecesine bağlıdır. Küçük yabancı cisimler için, genellikle semptom öğürme ve huzursuzluk şeklindedir ve tanı koyulmazsa semptomların şiddeti birkaç gün içerisinde azalabilir.

Kemik gibi büyük yabancı cisimler, tipik olarak rahatsızlığa neden olur ancak yiyeceklerin ve suyun regurjitasyonuna da yol açar. İkinci sonucu, öksürük ve pnömoniye neden olan aspirasyondur. Pnömoni, bazen şiddetli olabilir ancak çoğu köpek için sadece hafif bir komplikasyondur. Özofagus perforasyonu, çok az sayıda olguda spontan gerçekleşir ve cismin çıkarılması esnasında önemli bir travma komplikasyonudur. Perforasyon genellikle septik şokun hızla gelişmesinden dolayı klinik durumda belirgin bir kötüleşmeye neden olmaktadır. Başlangıçta, perforasyon mediastinite yol açar ancak bu durum birkaç saat içerisinde piyotoraksa ilerler. Piyotoraks, takipne ve dispneye neden olacaktır. Özofagus perforasyonu olan köpeklerin çoğu, tedaviye rağmen hayatını kaybetmektedir ve bu tanı koyulmuşsa kötü bir prognozu olduğu söylenmelidir.

Özofagusta yabancı cisim tanısı nerdeyse her zaman düz grafiyle koyulmaktadır. Bu cisimlerin çoğu, radyo--yoğundur ancak bazıları metal veya kemikten ziyade yumuşak doku dansitesidir. Torakal özofagusta oldukları için, yumuşak doku dansitesindeki yabancı cisimler bile genellikle görülebilmektedir. Yabancı cisimlerin çoğu torakstadır ve lateral torakal röntgen çoğunlukla yardımcı olmaktadır. Ventrodorsal röntgen filmleri, akciğer bölgesini ve plevral boşluğu değerlendirmede faydalıdır. Baryum çalışmaları ara sıra yapılmaktadır ancak kendi tecrübemde nadiren gerekli olmuştur. Tercih edilen çalışma, sıvı baryum veya yumuşak gıdayla karıştırılmış baryum tozudur. Sıvı baryum, tek başına özofagus lezyonlarının sınırlarının belirlenmesinde daha az etkilidir. Her iki baryum yönteminde aspirasyon pnömonisi riski bulunmaktadır.

Özofagustaki yabancı cisimlerin çoğu, endoskopik yolla çıkarılabilmektedir ve sonucu, cerrahi yolla çıkarma işleminden daha iyidir.

Standart endoskopik yaklaşım, esnek endoskopi kullanımınıdır. Bunun iki sınırlılığı bulunmaktadır: skopi, operatörün özofagus mukozasını kemik çıkıntılarından kaldırarak ayırmasına müsaade

etmemektedir. İkinci olarak, işlem yapılan kanaldan geçmek için mevcut forseps genellikle daha büyük özofagus yabancı cisimlerini kavrayamayacak kadar küçüktür. Bu sınırlılıklar, konvansiyonel esnek endoskopi olta iğneleri ve benzeri cisimler için başarılı olabilecekken, kemik ve benzeri cisimler için daha az faydalıdır.

Olta iğneleri genellikle mukozada gömülüdür ancak sıkıca tutulursa takıldıkları yerden çıkarabilmek için aşağı doğru itilebilir. İdeal olarak, mideye doğru ilerletilmektedir, mideye düştükten sonra tutulur böylelikle iğne ucu aşağı doğru bakacak ve kıvrımlı kısmı yukarı bakacak şekilde dışarı çıkarılabilir. Kemikler için, otörler daha büyük rijit forseps kullanmayı tercih etmektedir ve bu forseps skopinin yanına yerleştirilir. Bu forsepslerin ağız kısmı daha geniştir, bu sayede bu büyük cisimler daha iyi tutulabilmektedir. Ayrıca, forsepsin uçları, cisim yakalanmadan önce mukozayı cisimden kaldırarak uzaklaştırmak için de kullanılabilir. Kemik tutulduktan sonra, ya yukarı doğru çekerek çıkarılabilir ya da mideye ilerletilebilir. Mideye ilerletilen kemikler, midede bırakılabilir ve genellikle birkaç gün içerisinde sindirilecektir.

Alternatif bir endoskopi tekniği olarak, büyük forsepsle birlikte içi boş rijid endoskop kullanılabilir. Rijid skopi, yabancı cismi ilerletirken özofagusu açmaktadır ve bu da kemiğin mobilize edilmesinde faydalı bir rol oynamaktadır. Böyle bir skopi yoksa, klinik rijid plastikten yapılmış ev yapımı cihazlarla bunu improvize edebilir.

Cerrahi olmayan çıkarıma yönelik son alternatif ise rijid forsepsle floroskopik geri çekmedir. Floroskopi, çok yaygın değil ancak otör bu yöntemin çok etkili bir tedavi yöntemi olduğunu tespit etmiştir.

Cisim çıkarıldıktan sonra perforasyon değerlendirmesinin yapılması önemlidir. Özofagus mukozası genellikle endoskopide anormal görünür ancak endoskopi tam kalınlıkta perforasyonların tespit edilmesinde kötü bir araçtır. Bunun yerine otör, çıkarım sonrasında radyografi yapılmasını tavsiye etmektedir: Perforasyon meydana gelmişse, cisim çıkarıldıktan birkaç dakika içerisinde pnömomediastimum belirgin olur.

Komoolike olmayan endoskopik çıkarmada minimal düzeyde postoperatif bakım gerekmektedir: gece mama verilmemesi ve takip eden 10 gün yumuşak mama verilmesi. Perforasyon meydana gelmişse, otör cerrahi yolla inceleme yapılmasını tavsiye etmektedir fakat göğüs drenajı ve gastrotomi tüpüyle besleme, cerrahi olmadan iyileşmeyi sağlamada etkilidir. Otör, perforasyon gerçekleşmişse sadece bir beslenme tüpü yerleştirmektedir. Antibiyotikler (aspirasyon pnömonisi yoksa), mukozal kaplama ajanları veya antasitler sıklıkla kullanılsa da bunların değeri kanıtlanmamıştır.

4. Veteriner Tıp Acil ve Yoğun Bakım TuVECCA ve 2. Acil ve Yoğun Bakım Kurslar Sempozyumu

Özet

Dr Alasdair Hotston Moore
MA VetMB CertSAC CertVR CertSAS CertMedEd FRCVS
Küçük Hayvan Cerrahisi İleri Düzey Veteriner Hekim

Vale Veterinary Referrals, Birleşik Krallık
Öğrenme ve Geliştirme, IVC-Evidensia BK ve Avrupa

Özofagus Yabancı Cisimleri: Cerrahi Çıkarma

Özofagus yabancı cisimlerinin cerrahi yolla çıkarılması, endoskopik yolla çıkarma başarısız olduğunda veya mevcut olmadığında ya da perforasyon varlığında gerekmektedir. Endoskopik yolla çıkarma işleminin sonucu cerrahi çıkarmadan daha iyi olduğu için, genellikle cerrahiye göre endoskopi tercih edilmektedir. Endoskopik çıkarma sonrası uzun vadeli komplikasyonlar nadirdir ve intraoperatif mortalite düşüktür. Fakat, cerrahi çıkarmada perioperatif mortalitenin %30 olduğu bildirilmiştir ve özofagus stenozu iyi bilinen uzun vadeli bir komplikasyondur.

Genel olarak özofagus ameliyatlarında fark edilen zorluklar (intratorakal bölgedeki yabancı cisimler için) erişim, doku kontaminasyonu ile ilişkili komplikasyonlar (özellikle toraksta) ve özofagusun yavaş iyileşmesi ve dehisans riskidir. Bu problemler özofagus yabancı cisimlerinin çıkarılmasına özgü problemlerdir çünkü özofagus genellikle yabancı cisim varlığından dolayı halihazırda travmatize olmuştur. Ayrıca, özofagusun zarar gören kısımlarının rezeksiyonu, stenoz ve dehisans komplikasyonlarıyla ilişkilendirilmiştir.

Özofagus cerrahisinden sonra, beslenme tüpleri genellikle faydalıdır: özellikle laparotomi veya endoskopi ile yerleştirilen gastrotomi tüpü (PEG tüpü).

Özofagus yabancı cisimi boyun bölgesindeyse, cerrahi nispeten daha kolaydır. Orta hat yaklaşımı tavsiye edilmektedir. Hasta dorsal yönde güvenli bir şekilde ve boyun ekstansiyonda olacak şekilde yatırılır. Bu yaklaşımda orta hatta deriden geçerek kasların arasına girilir. Çoğu durumda, yabancı cisim özofagus duvarından palpe edilebilmektedir. Özofagus açılmadan önce, doku kontaminasyonunu kontrol altında tutmak için ıslak bezlerle bölgeyi izole edin. Cerrahi sakşın da yardımcı olmaktadır.

Olta iğneleri, genellikle çok küçük bir özofagotomi ile özofagus duvarı içerisinden manipüle edilebilir.

Kemikler için longitudinal insizyon gerekmektedir. İnsizyon, dokuyu yırtmadan yabancı cisimi çıkararak kadar yeterli uzunlukta olmalıdır. Yabancı cisim çıkarıldıktan sonra, dikkatli bir şekilde inceleme yapabilmek için lumende sakşın yapılmalıdır. Kısmi kalınlıkta yaralanmalar kapatma gerektirmez ancak perforasyonlar her zaman kapatılmalıdır. Bu, genellikle özofagotomi ile yapılabilmektedir. Özofagus tipik olarak, gücünü iki hafta veya daha uzun süreyle koruyan abzorabl monofilaman sütürleri kullanarak iki katmanda kapatılır. Polidioksanon iyi bir seçimdir. Otör, mukozada basit kontinü patern kullanmaktadır ve musküler katmanda çapraz matris sütür kullanmaktadır.

Debridman veya zarar görmüş dokunun rezeksiyonu, stenoz ya da aşırı gerginlik riski olmadan nadiren mümkün olabilmektedir. Doku viyabilitesinden şüpheleniliyorsa, iskelet kasından bir pedikül flebi oluşturulabilir ve onarım için yamada kullanılabilir.

Kapamadan sonra, dokularda lavaj yapılır ve iskelet kası ve deri kapatılır. Önceden bir perforasyon varsa veya cerrahi esnasında kontaminasyon olduysa, dren yerleştirilebilir.

Torakal boşlukta özofagotomi, yaklaşımdan dolayı ve daha kompleks anestezi gerekli olduğu için daha zordur. Anestezi konusu burada ele alınmayacaktır. Tüm hayvanlarda torakotomi yaklaşımı, lateral olmalıdır ve pozisyon, preoperatif radyograflara göre belirlenmektedir. Kranial toraksta, sağ lateral yaklaşım kullanılmaktadır. Intratorakal yabancı cisimlerin çoğunluğu, kalp ve diyafram arasındadır (kaudal torakal özofagus). Bu bölgede, ya sol (tipik) ya da sağ taraflı yaklaşım kullanılmaktadır. Otör, sol lateral yaklaşımı tercih etmektedir çünkü sol parakostal abdominal yaklaşım, hastayı postoperatif beslenme için gastrotomi tüpü yerleştirilmesi için yeniden pozisyonlanmasına gerek olmadan kullanılabilir.

Interkostal yaklaşım, seçilen kosta boşluğu üzerinden vertikal bir insizyonla başlar ve deriden ve

subkutan dokulardan geçilerek yapılır. Latissimus dorsi kasının ventral kenarı, insizyondan geçer. Buna ventral olarak bitişik olan fasya, kas kenarı boyunca insize edilir, böylelikle kalıcı sütürle (stay sütür) kasın dorsal olarak eleve edilmesi sağlanır. Son olarak, toraksa vertikal insizyonla interkostal boşluktan girilir, alttaki akciğere hasar vermemek için dikkat edilmelidir. Ekspozürü sağlamak için uygun bir ekartör yerleştirilir.

Kaudal akciğer lobunu displase etmek için ve özofagusu açmak için büyük bir ıslak cerrahi bez yerleştirilir. Yabancı cisim genellikle duvarda palpe edilebilir.

Özofagus duvarında, yabancı cismin kraniyaline ve kaudaline kalıcı sütür yapılır. Bu işlem, özofagotomi esnasında özofagusu izole etmeye ve kapama esnasında stabilize etmeye yardımcı olacaktır. Özofagusu izole etmek ve plevral kontaminasyonu azaltmak için ilave bezler yerleştirilir. Kalıcı sütürler arasında, yırtığa yol açmadan yabancı cismin çıkarılması için yeterli uzunlukta longitudinal insizyon yapılır. Plevral kontaminasyonu azaltmak için sakşın kullanılır. Yabancı cisim çıkarılır ve lumen incelenir: kısmi kalınlıkta yırtıklar, kapatma gerektirmez fakat perforasyonların özofagotomi ile sütürlenmesi gerekir.

Özofagusu iki katmanda kapatın. Patching (yama) genellikle mümkün değildir fakat perkardiyumdan yapılan serbest bir greft ya da diyaframdan eleve edilmiş bir kas flebinin kullanıldığı bildirilmiştir. Bezler çıkarılır ve önceden var olan bir perforasyon varsa veya kontaminasyon meydana gelmişse plevral boşlukta lavaj yapılır.

Bu olgularda her zaman bir göğüs dreni yerleştirilir.

Toraks duvarı rutin olarak kapatılmaktadır: sirkumkostal sütürler ve sonrasında kaslar ve deri katmanlar halinde.

Özofagotomi sonrasında beslenme tüpü yerleştirilir: sol lateral torakotomi yapılmışsa parakostal sol laparotomi uygundur, aksi takdirde orta hat laparotomisi gereklidir. PEG (perkütan endoskopik gastrotomi) tüpü, bir alternatiftir ancak yazar bu cerrahi sonrasında tüp yerleştirilmesinden kaçınmayı tercih etmektedir.

Postoperatif bakım şunları içermektedir:

intravenöz antibiyotik tedavisi

analjezi (diğer torakal cerrahilere kıyasla transtorakal özofagotomi,, muhtemelen plevral irritasyondan dolayı özellikle ağrılı bir işlem gibi görünmektedir)

göğüs dren bakımı

oral beslenme ve su alımının kesilmesi

bir hafta gastrotomi tüpüyle beslenme

Bu olgularda, cerrahi sonrası ilk birkaç gün içerisinde özofagus kaçağı gelişme riski anlamlı düzeydedir. Bu durum, plevral efüzyon gelişimi ve septisemi kanıtı ile görülmektedir. Bu durum gelişirse, revizyon cerrahisi düşünülebilir fakat septisemi gelişirse prognoz çok kötüdür.

Uzun vadede, özofagus striktürü, ara sıra ortaya çıkan bir komplikasyondur. Balon dilatasyonla tedavi edilebilir fakat bu işlem esnasında rüptür riski bulunmaktadır ve rekürans meydana gelebilir.

4. Veteriner Tıp Acil ve Yoğun Bakım TuVECCA ve 2. Acil ve Yoğun Bakım Kurslar Sempozyumu

Özet

Dr Alasdair Hotston Moore
MA VetMB CertSAC CertVR CertSAS CertMedEd FRCVS
Küçük Hayvan Cerrahisi İleri Düzey Veteriner Hekim

Vale Veterinary Referrals, Birleşik Krallık
Öğrenme ve Geliştirme, IVC-Evidensia BK ve Avrupa

Peritonit: cerrahi tedavi

Septik (bakteriyal) peritonit, anlamlı düzeyde morbiditesi olan cerrahi bir sorundur. Hastaların yaklaşık %50'si, agresif yönetimle bile sağ kalamamaktadır.

Nedenleri arasında şunlar vardır:

Gastrointestinal cerrahi sonrası kaçak

Yabancı cisimlerden dolayı gastro-intestinal perforasyon, neoplazi, inkarserasyon

Ağırlıklı olarak NSAİİ kullanımı olmak üzere ilaç tedavisinin neden olduğu gastro-intestinal perforasyon (genellikle gastrik veya duodenal)

GI ruptürüne veya perforasyonuna neden olan eksternal travma

Bakteriyel kolesistit veya safra mukoseli

Pankreatit

Piyometra

Bunlar arasında, gastrointestinal cerrahi ve gastrointestinal perforasyon en yaygın nedenlerdir.

Köpeklerin yaklaşık %10'unda bağırsak ameliyatı sonrasında anlamlı düzeyde kaçak meydana gelmektedir.

Tanı tipik olarak şok gelişmesine veya septik peritoneal efüzyon varlığıyla seyreden abdominal ağrıya bağlı olarak koyulmaktadır. Efüzyonun boyutu sınırlı olabilir ve numune almak için genellikle ultrason kılavuzluğunda aspirasyon yardımcı olmaktadır. Peritonda serbest gaz varlığı (yakın zamanda geçirilmiş bir ameliyat yoksa), gerçekten diyagnostiktir ve radyografide veya BT filminde görülebilir.

Sıvı sitolojisi, en faydalı confirmasyon testidir, dejenerer nötrofillere ve intraselüler bakterilere bakılır.

Ancak, gastrointestinal cerrahi sonrasında bir kaç gün içerisinde hastanın kötüleşmesi, peritonit geliştiğini düşündürmede yeterlidir.

Peritonitten şüphelenildiğinde, hasta anestezi için yeteri kadar stapil hale gelir gelmez ameliyat yapılmalıdır. Hasta büyük laparotomi için hazırlanmalıdır (ksifoitten pubise insizyon yapılma olasılığından dolayı).

Cerrahi incelemenin amaçları şunlardır:

Nedenin tespit edilmesi

Nedenin yönetilmesi (rüptürü kapatma veya etkilenen dokunun rezeksiyonu)

Lavaj veya kontaminasyonun giderilmesi

Drenaj yapılması

Postoperatif bakım için beslenme tüpünün yerleştirilmesi

Nedeni genellikle kolaylıkla tespit edilebilmektedir. Omentum veya diğer iç organların bu alana adhezyonları, cerrahi bu bölgeye yönlendirir ancak perforasyonu görebilmek için ayrılması gerekebilir. Perfore olan bağırsak bölgeleri veya kaçak olan cerrahi sahalarda neredeyse her zaman onarımdan ziyade rezekte edilmelidir. Bazen serozal yama alternatif olabilir (ince bağırsaktan alınan sağlıklı bir kısmın serozal yüzeyinin yerleştirilmesi). Mesane veya uterus ruptürü varsa, bu çıkarılmaktadır. Periton boşluğunda ılık steril izotonik sıvı ile ekstansif lavaj yapılmalıdır. Bunu eksiksiz yapabilmek için cerrahi sakşın gereklidir. Lavaj solüsyonuna antiseptik veya antibiyotik eklemenin avantajı yoktur.

Antibiyotikler intravenöz olarak verildiğinde daha etkilidir.

Postoperatif drenajın önemi belirsizdir. Açık peritoneal drenaj tekniği, abdominal duvar gevşek şekilde kapatıldığında e devam eden efüzyonu toplamak için steril bandaj kullanıldığında, postoperatif bakımı zorlaştırmaktadır ve yüksek mortalite ile ilişkili olup sonucu iyileştirdiğine dair iyi düzeyde kanıt mevcut değildir. Pasif drenlerin etkisi düşüktür. Aktif drenler daha etkilidir ve aktif drenlerin sonucu iyileştirdiğine dair sınırlı kanıt bulunmasına rağmen, seçilmiş olgularda kullanılmaktadır (cerrahi işlem öncesinde yaygın peritoneal kontaminasyon varsa).

Önemli postoperatif komplikasyonlardan biri, hipoproteinemi gelişmesidir. Bu durum, anoreksi ile birlikte abdominal sıvıda yüksek protein kaybının bir sonucudur. İntravenöz sıvı tedavisi ile hipoproteineminin yönetimi zordur (fark yaratmak için çok fazla miktarlarda albumin veya plazma gerekmektedir). Ancak, beslenme tüpü yerleştirmek faydalı olabilmektedir. Bu olgularda, yazar tipik olarak gastrotomi beslenme tüpü yerleştirmektedir. Diğer beslenme desteği yöntemlerine kıyasla, bu yöntem güvenilirdir ve faydalı miktarlarda beslenmeyi sağlamaktadır. Spesifik sıvı diyetler mevcut değilse, sıvılaştırılmış ticari diyetler kullanılabilir.

Yoğun ve pahalı bir yönetime rağmen, prognoz konusunda ihtiyatlı olunmalıdır. Hayvan sahipleri, tedaviye başlamadan önce bu konuda bilgilendirilmelidir.