

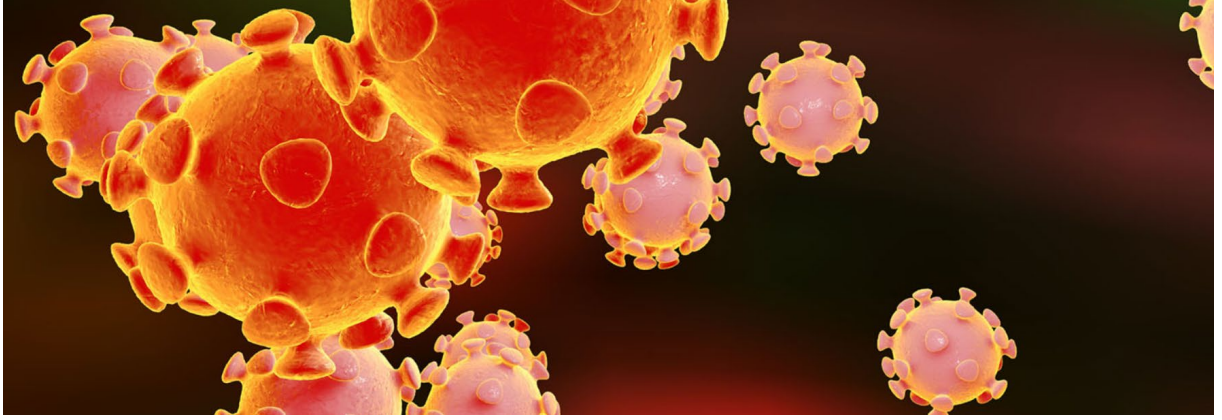
TRSGO

COVID-19 pandemisinde jinekolojik onkoloji uygulamaları için II. Güncelleme

TRSGO adına

Uz.Dr: Mine Dağgez Keleşoğlu

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı



3D illustration of Coronavirus (© istock.com/Dr_Microbe)

SARS (severe acute respiratory syndrome)-CoV-2 virüsünün sebep olduğu COVID-19 hastalık tablosu ile ilgili bilgiler, virüsün yeni tanıdığımız bir virüs olması sebebi ile, günden güne hatta saatten saate değişmektedir. Büyük bir hızla değişen bu gündemde jinekolojik onkoloji uygulamalarına dair öneriler de güncellenmek durumundadır. İlkini 31 Mart 2020 tarihinde yayınladığımız önerilere, dünya genelinde alanımızın önde gelen cemiyetlerinin önerilerini de rehber alarak yenilerini eklemek suretiyle bu metni sizler için hazırladık. Ancak dikkate almamız gereken en önemli nokta, COVID-19 pandemi sürecinde yapılan her klinik uygulamanın, bağlı olunan kurum ve kuruluşların ve yaşanan bölgenin kendi koşullarına ve ihtiyaçlarına göre şekillenmek durumunda olduğudur.



SGO (Society of Gynecologic Oncology) 27 Mart 2020 tarihli bildirisinde (2) hastaların cerrahi planlamasında ESAS skalasının kullanılmasını önerdi. Bu skalaya göre jinekolojik onkoloji vakalarının çoğu 3a/b katmanına girmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta*, 3b dışındaki katmanlarda öncelik sıralamasının, yüksek COVID-19 hasta yükü ile değişebileceğidir.

Modified Elective Surgery Acuity Scale (ESAS)

Tiers/ Description	Definition	Locations	Examples	Action
Tier 1a*	Low acuity surgery/healthy patient Outpatient surgery Not life threatening illness	Ambulatory surgical center (ASC) Hospital with low/no COVID- 19 census	Surgery for benign-appearing ovarian cysts Hysterectomy for menorrhagia without anemia	Postpone surgery or perform at ASC
Tier 1b*	Low acuity surgery/unhealthy patient	ASC Hospital with low/no COVID-19 census		Postpone surgery or perform at ASC
Tier 2a*	Intermediate acuity surgery/healthy patient Not life threatening but potential for future morbidity and mortality. May require in-hospital stay	ASC in select cases Hospital with low/no COVID-19 census	Hysterectomy for pre-cancerous conditions or low risk endometrial cancer	Postpone surgery or consider ASC
Tier 2b*	Intermediate acuity surgery/unhealthy patient	ASC Hospital with low/no COVID-19 census		Postpone surgery if possible or consider ASC
Tier 3a*	High acuity surgery/healthy patient Potentially life threatening or patient is highly symptomatic Requires in-hospital stay	Hospital	Surgery for most cancers Resection of masses resulting in significant end-organ damage or quality of life impairment	Do not postpone
Tier 3b	High acuity surgery/unhealthy patient	Hospital		Do not postpone

Reprinted with permission: Sameer Siddiqui MD, FACS, St Louis University

Bu noktada sizlere en önemli önerimiz, kanser hastalarına dair alınan kararların mümkün olduğunca multi-disipliner bir konseyce alınmasıdır. Karar cerrahiden yanaysa, hastaya detaylı bilgi verilmesi ve hastanın bilgilendirilmiş onamının alınması; hastanın cerrahinin ertelenmesinin risklerine karşın hastanede karşılaşılabileceği COVID-19 maruziyeti hakkında da bilgilendirilmesi, verilen bu danışmanlığın cerrahi onam formunda veya konsültasyon notunda **mutlaka dokümente edilmesi** çok önemlidir.



AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

*Inspiring Quality:
Highest Standards, Better Outcomes*

100+years

ACS (American College of Surgeons) 24 Mart 2020 tarihli bildirisinde (3) çoğu jinekolojik kanser vakasını yarı-acil (non-elektif) olarak sınıflandırmıştır (travma ve cerrahi acillerden sonra önem sırasında 2.). ACS buna ek olarak kanser vakalarının ciddi anlamda geciktirilmesinin hastaya ciddi zarar vereceğini de eklemiştir.

Ertelenemez/acil vakalar:

- Ektopik gebelik
- Spontan abortus
- Adneksiyel torsiyon
- Rüptüre/konservatif tedaviye yanıtızsız tubo-ovaryen abse
- Akut ve şiddetli vajinal kanama
- Sezaryen
- Acil serklaj

Ertelenmesi halinde hastaya ciddi zarar verebilecek vakalar:

- Kanser veya kanser şüphesi
 - i. Over,tuba veya peritoneal kanser
 - ii. Malignite riski yüksek over kitlesi
 - iii. Endometrial kanser ve endometrial intraepitelyal neoplazi
 - iv. Serviks kanseri
 - v. Vulva kanseri
 - vi. Vajinal kanser
 - vii. Gestasyonel trofoblastik neoplaziler
- Prematüre doğum öyküsü sebepli servikal serklaj
- Gebelik terminasyonu(medikal endikasyon veya hasta isteği)

Birkaç ay geciktirilebilecek vakalar:

- Sterilizasyon prosedürleri (örn. Salpingektomi)
- Myomlar için cerrahi (sarkomdan şüphesi olmayan)
 - Myomektomi
 - Histerektomi
- Endometriozis, kronik pelvik ağrı cerrahisi
- Büyük olasılıkla iyi huylu olan adneksiyal kitleler için cerrahi (örn. Dermoid kist)
- Pelvik taban prolapsusu cerrahisi
- Üriner ve / veya fekal inkontinans cerrahisi
- Anormal uterin kanama için terapötik D&C (kanser şüphesi yok)
- HGSIL için servikal konizasyon veya Loop Elektro-Eksizyon Prosedürü(LEEP)
- İnfertilite prosedürleri (örn. HSG, çoğu elektif embriyo transferleri)
- Genital plastik cerrahi
- Condyloma accuminata eksizyonu (kanser şüphesi yok)

Bugün gelineen noktada başta ACS olmak üzere pek çok dernek, bilginin ve koşulların günden güne değiştiğini ve yönetimin de buna paralel değişebileceğini ifade etmektedir.

"Day-by-day, data-driven assessment of the changing risk-benefit analysis"

-American College of Surgeons

CNGOF (Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) bünyesindeki FRANCOGYN grubu yaptığı bilgilendirmede (**Recommendations for the surgical management of gynecological cancers during the COVID-19 pandemic - FRANCOGYN group for the CNGOF**) (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101729>) COVID-19 pozitif jinekolojik kanser tanısında cerrahinin en az 15 gün ertelenmesini, servikal kanserde (kemo) radyoterapiye öncelik verilmesi ve lenf nodu değerlendirmesinin vaka bazında düşünülmesini, ileri evre over kanserinde neoadjuvan kemoterapinin primer sitoredüktif cerrahiye tercih edilmesini, pandemi sürecinde hipertermik intraperitoneal kemoterapinin uygulanmamasını, interval sitoredüksiyon planında kemoterapinin 6 siklusa uzatılabileceğini, düşük-orta ESMO riskli erken evre endometrial kanser hastalarında histerektomi+

BSO+sentinel lenf nodu (SLN) haritalamasını, düşük riskli endometrium kanseri (MRI’da FIGO Ia -grade 1–2 endometrioid kanser endometrial biopside) vakalarında cerrahinin 1-2 ay ertelenebileceğini, yüksek ESMO riskli hastalarda MSKCC algoritmasının uygulanmasını (PET-CT ve SLN kombinasyonu) önermektedir.

International Journal of Gynecology and Obstetrics’te 10 Nisan 2020 tarihli İtalya kaynaklı **Management of ovarian cancer during the COVID-19 pandemic** yazısında (10.1002/IJGO.13167), COVID-19 pandemisi döneminde kanser hastalarının, birçok hastanenin tüm lojistik gücünü pandemi hastalarına harcamak zorunda kalması sonucu, referans merkezlere santralizasyonunun önem kazandığı ifade edilmiştir. Aynı yazıda agresif cerrahi ihtiyacı olan hastalar için ultra-radikal cerrahileri sınırladıklarını ve neo-adjuvan kemoterapi (NACT) stratejisini ön plana almak zorunda olduklarını; günlük yaşamda karşılaştıkları zorluklar sonucunda kanser bakımında yeni ve etkili stratejiler bulmanın artık tüm dünyadaki jineko-onkologlar için bir zorunluluk haline geldiğini ifade etmişler (4).

Bu noktada bizce her merkezin kendi triyaj stratejisini mümkünse hasta bazında oluşturması gereklidir. Temelde triyaj stratejilerini oluşturmadaki en önemli 2 nokta:

- 1- Hastanın koşulları (hastalık yükü, progresyon beklentisi, alternatif terapiler-medikal veya daha az invaziv prosedürler ve tabii ki COVID-19 riski)
- 2- Lojistik koşullar olmalıdır.

Bireyselleştirilmiş triyaj stratejilerine dair yakın zamanlı çok önemli bir çalışma Journal of the American College of Surgeons’da 7 Nisan 2020’de kabul edilen **MeNTS** (Medically-Necessary, Time-Sensitive Procedures: A Scoring System to Ethically and Efficiently Manage Resource Scarcity and Provider Risk During the COVID-19 Pandemic) (<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.011>) çalışmasıdır. Bu çalışma bu dönemde elektif olarak adlandırılan vakalara yeni bir terminoloji önermekte: Medically- Necessary, Time- Sensitive (MeNTS) procedures ve pek çok altyapıda uygulanabileceğini düşündükleri, daha şeffaf ve en önemlisi cerrahların bir noktada, artan etik ve duygusal yük nedeni ile yaşayabilecekleri yılgınlığın önüne geçeceğini düşündükleri yeni bir triyaj sistemi önermişler. Buna göre 3 kategoride (prosedür, hastalık, hasta) belirlenmiş faktörlere 1-5 arası puanlar verilerek 25-105 arasında değişen bir MeNTS skoru oluşturulmuş ve artan skorla kötü

perioperatif sonuç, sağlık ekibine COVID-19 bulaşma riskinde artış, ve hastane kaynak kullanımındaki artışın paralel olduğu saptanmış(5)

Medically-Necessary Time Sensitive (MeNTS) OR Procedure Prioritization Worksheet

Procedure	1	2	3	4	5
OR Time	< 30 min	31-60 min	61-120 min	121-180 min	≥ 181 min
LOS Anticipated	Outpatient	23hrs	24-48 hrs	≤ 3d	> 4d
Post-Op ICU need	Very Unlikely	< 5%	5-10%	11-25%	≥ 25%
Bleeding Risk/EBL	< 100cc	101-250cc	251-500cc	501-750cc	≥ 750cc
Surgical Team Size	1	2	3	4	> 4
Intubation Needed to Perform Procedure (Probability)	≤ 1%	1-5%	6-10%	11-25%	≥ 25%
Surgical Site	None of the following	Abdominopelvic MIS Surgery	Abdominopelvic Open Surgery, <u>Infraumbilical</u>	Abdominopelvic Open Surgery, <u>Supraumbilical</u>	CHN/Upper GI/Thoracic

Procedure Score (7-35)

Disease	1	2	3	4	5
Non-Operative Treatment Option EFFECTIVENESS	None available	Available, <40% effective as surgery	Available, 40-60% effective as surgery	Available, 60-95% effective as surgery	Available, equally effective
Non-Operative Treatment Option RESOURCE USE/ EXPOSURE RISK	Significantly worse/ not applicable	Somewhat worse	Equivalent	Somewhat better	Significantly Better
Impact of 2wk delay in DISEASE outcome	Significantly worse	Worse	Moderately worse	Slightly worse	Minimally worse
Impact of 2wk delay in SURGICAL difficulty/risk	Significantly worse	Worse	Moderately worse	Slightly worse	Minimally worse
Impact of 6wk delay in DISEASE outcome	Significantly worse	Worse	Moderately worse	Slightly worse	Minimally worse
Impact of 6wk delay in SURGICAL difficulty/risk	Significantly worse	Worse	Moderately worse	Slightly worse	Minimally worse

Disease Score (6-30)

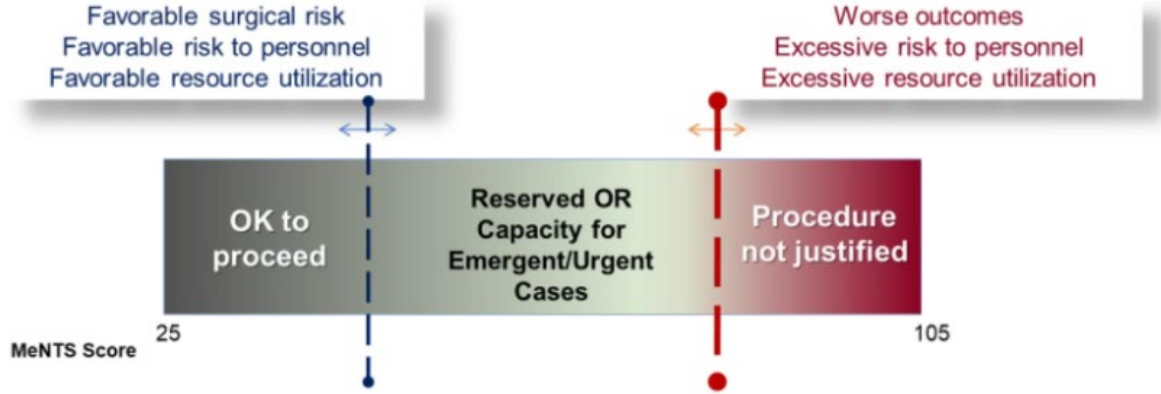
Patient	1	2	3	4	5
Age	<20 yo	21-40yo	41-60yo	61-80yo	>80yo
Lung Disease (asthma, COPD, CF)	None			Minimal (rare inhaler)	> Minimal
OSA	Not present			Mild/Moderate (no CPAP)	On CPAP
CV Disease (HTN, CHF, CAD)	None	Minimal (no meds)	Mild (1 med)	Moderate (2 meds)	Severe (≥ 3 meds)
Diabetes	None		Mild (no meds)	Moderate (PO meds only)	> Moderate (insulin)
Immunocompromised*	No			Moderate	Severe
ILI Sx's (fever, cough, sore throat, body aches, diarrhea)	None (Asymptomatic)				Yes
Exposure to known COVID+ Pt (14d)	No	Probably Not	Possibly	Probably	Yes

Patient Score (8-40)

Cumulative MeNTS Score (Procedure + Disease + Patient)	
--	----------------------

MRN Pt. Initials Procedure

(<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.011>)



(<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.011>)

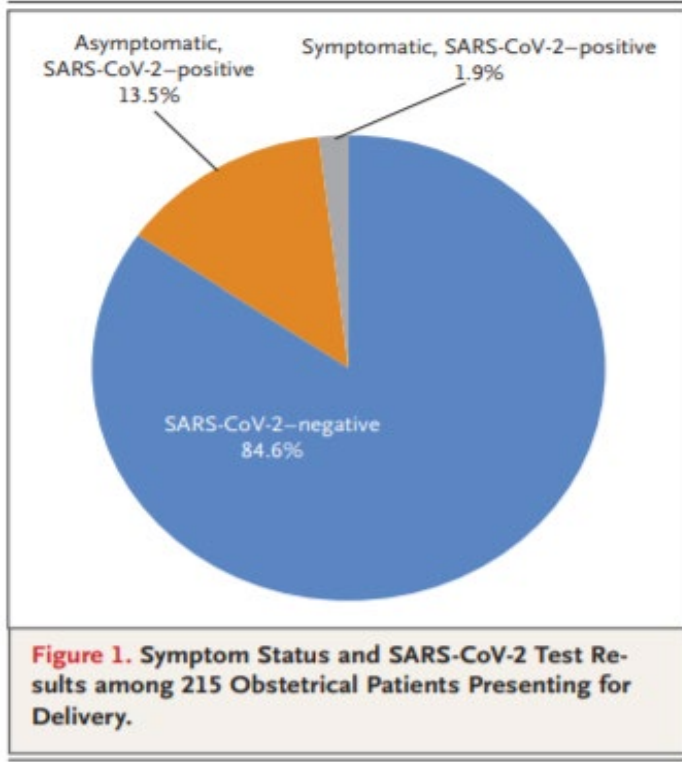
Cerrahiye uygun skor aralıklarının lokal koşullara ve döneme uygun olarak yenilenebilir olması, çalışmanın güçlü taraflarından biridir.

Triyaj stratejisi oluştururken en önemli konulardan biri hastanın COVID-19 riski ve bu riskin nasıl belirleneceğidir. Bu noktada bugün dünyada pek çok merkezde “universal-screening” yani söz konusu üniteye giren her hastanın (doğum veya cerrahi için değerlendirilen) taranması ve hatta “universal-testing” yani hepsine test yapılması konusu giderek önem kazanmaktadır.

Bu noktada NEJM.org (The New England Journal of Medicine)’da 13 Nisan 2020’de yayınlanan bir çalışmadan bahsetmek uygun olacaktır.

Bu çalışmada 22 Mart -4 Nisan 2020 tarihleri arasında doğum için

New York Presbiteryen Allen Hastanesi ve Columbia Üniversitesi Irving Tıp Merkezi’ne başvuran 215 gebenin tamamı başvuruda semptomlara yönelik sorgulanmış. Ateş veya diğer semptomları pozitif olan 4 gebenin (1.9%), 4’ünde de SARS-CoV-2 testi pozitif olarak gelmiş. Başvuruda asemptomatik ve afebril olan 211 gebenin 210’undan(99.5%) nazofaringeal swab alınmış ve bunların 29’unda (13.5%) SARS-CoV-2 testi pozitif olarak gelmiş. Yani başvuruda alınan SARS-CoV-2 testi pozitif gelen 33 gebenin 29’unda(87.9%) hiçbir COVID-19 semptomu olmadığı saptanmış.



Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, Goffman D. *N Engl J Med* In Press.

Bu çalışma, kısıtlı bir popülasyonda da olsa, asemptomatik enfeksiyon prevalansının son derece yüksek olduğunu(%13.5) ve evrensel test uygulamasının önemini göstermektedir.

Türkiye’de 18 Nisan 2020 tarihi itibariyle günlük test sayısı Sağlık Bakanlığı tarafından 40520 olarak bildirilmiştir. Cerrahi planlanan her hastaya test uygulanması önerisi Bakanlık düzeyinde henüz yapılmamıştır.

Sağlık Bakanlığı’nın 14 Nisan 2020 tarihli güncelleştirilmiş COVID-19 Rehberinde ayaktan başvuran hastalar için kapı triyajı algoritması şu şekildedir:

AYAKTAN BAŞVURAN HASTALAR İÇİN OLASI COVID-19 VAKA SORGULAMA KILAVUZU

COVID-19 Vaka Algoritmasına uygun şekilde (önlük, tıbbi maske, yüz koruyucu veya gözlük) giyimli bir sağlık personeli tarafından triaj yapılır.

Ateşiniz veya ateş öykünüz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Öksürüğünüz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Nefes almakta güçlük veya solunum sıkıntınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

 Yukarıdaki sorulardan herhangi birisine verilen yanıt **EVET** ise **HASTAYA MASKE TAKILIR** ve **COVID-19** için ayrılmış alana yönlendirilir.

Yukarıdaki soruların tümüne verilen yanıt **HAYIR** ise hastaya aşağıdaki sorular sorulur.

Son 14 gün içerisinde yurt dışında bulundunuz mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Son 14 gün içerisinde ev halkından birisi yurt dışından geldi mi? ☐ Evet ☐ Hayır

Son 14 gün içerisinde yakınlarınızdan herhangi birisi solunum yolu hastalığı nedeni ile hastaneye yattı mı? ☐ Evet ☐ Hayır

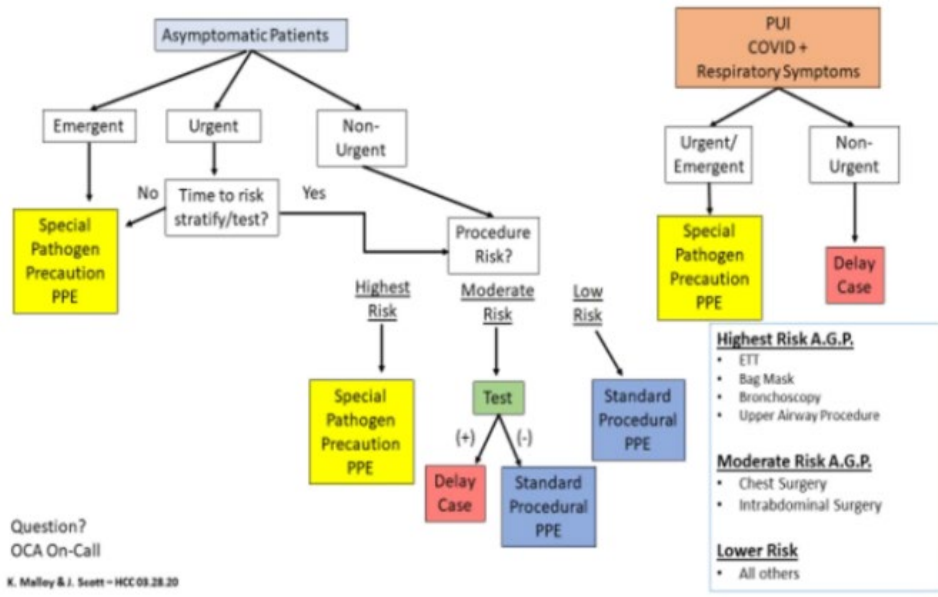
Son 14 gün içerisinde yakınlarınızdan COVID-19 hastalığı tanısı olan birisi oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

 Herhangi birisine **EVET** cevabı verilir ise **COVID-19** riski olduğu için **HASTAYA MASKE TAKILIR** ve **COVID-19** için ayrılmış alana yönlendirilir.

Yukarıdaki soruların hepsine yanıt **HAYIR** ise COVID-19 açısından **düşük riskli** olarak kabul edilir ve şikayeti yönünde değerlendirilmek üzere ilgili bölüme yönlendirilir.

Bu algoritmaya göre semptom sorgulaması şüpheli olan hastalar OLASI VAKA olarak kabul edilip ilgili pandemi alanlarına yönlendirilmelidir. Olası vaka/kesin vaka tanımlaması Sağlık Bakanlığı COVID-19 rehberinde yapılmış ve bu vakaların yönetiminde ortak VAKA TAKİP ALGORİTMASI önerilmiştir. Bu grupta (olası vaka/kesin vaka) acil ameliyat gerekliliği halinde alınması gereken önlemler ve cerrahide uyulması gereken kurallar bir önceki bilgilendirmemizde detaylıca anlatılmıştır. Asemptomatik hastaların triyajı ise oldukça önemli bir konudur.

Ameliyathanede triyaj için şu algoritma önerilebilir:



SGO COVID-19 Webinars



PUI: Person Under Investigation

AGP: Aerosol Generating Procedure

Bu tabloya göre asemptomatik hastalar acilse en üst düzey korunma ile operasyona alınmalı (aynı olası/kesin vakada olduğu gibi), acil değil veya risk yapılandırarak/ test yapacak kadar süre varsa yapılacak olan prosedürün AGP (Aerosol Generating Procedure) riskine göre hareket edilmeli; düşük riskli işlemler standart korunma önlemleri ile yapılmalı ancak orta riskli işlemlerde test istenmelidir. Burada intra-abdominal cerrahilerin orta riskli AGP grubuna girdiğine dikkat edelim. Bu tablodan şu sonuç çıkabilir: Hasta- hastalık- ameliyatın öncelik derecesi -lokal kaynaklara göre yapılmış triyaja göre cerrahi uygun görülen COVID-19 açısından asemptomatik hastalarda, intra-abdominal cerrahilerin orta riskli AGP grubunda olmasından hareketle, test istenmesi uygun olabilir.

Test kapasitesinin yeterli olmadığı koşullarda taramanın toraks bilgisayarlı tomografisi (CT) ile yapılması başka bir tartışma konusudur.

The Oncologist dergisindeki 7 Nisan 2020 tarihli “Clinical Characteristics of COVID-19 After Gynecologic Oncology Surgery in Three Women: A Retrospective Review of Medical Records” yazısında (<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2020-0157>) (6) Wuhan’da bir üniversite hastanesinde Ocak 2020 tarihinde geçirdikleri jinekolojik onkoloji operasyonları sonrası COVID-19 tanısı alan 3 hastanın klinik özellikleri ve prognozları paylaşılmış. Aynı dönem içerisinde toplam 389 hasta hospitalize edilmiş ve bunların 189’u opere edilmiş. Yani yatan hastalarda COVID-19 oranı 0.77% (3/389); opere olan hastalarda 1.59% (3/189) olarak hesaplanmış. Yüksek risk faktörlerini malignite tanısı, eşlik eden komorbiditeler

(hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalık), 45 yaş üstü olması ve 3 gün ve üstü persiste eden postoperatif ateş olarak belirlemiştir.

Table 1. The incidence of COVID-19 in different subgroups of patients hospitalized after gynecologic oncology surgery

	<i>n</i>	COVID-19, <i>n</i> (%)	<i>p</i> value ^a
Tumor type			
Malignant	33	2 (6.1)	.0236
Benign	156	1 (0.6)	
Comorbidities ^b			
Yes	40	3 (7.5)	.0075
No	149	0	
Age, year			
>45	69	3 (4.3)	.0213
≤45	120	0	
Fever ≥3 days			
Yes	9	3 (33.3)	<.0001
No	180	0	

^aFisher's exact test.

^bHypertension, diabetes, and cardiovascular disease.

(<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2020-0157>)

Yang, Zhang, Cai et al.



Case1: 47y, 9d postoperative, fever for 8d

Case2: 48y, 10d postoperative, fever for 8d

Case3: 47y, 10d postoperative, fever for 9d

Figure 1. Representative chest computed tomography images of COVID-19 in three women after gynecologic surgery: multiple regions of patchy consolidation and ground-glass opacities in bilateral lungs, coupled with scattered lesions along the bronchovascular bundles or the subpleural lungs.

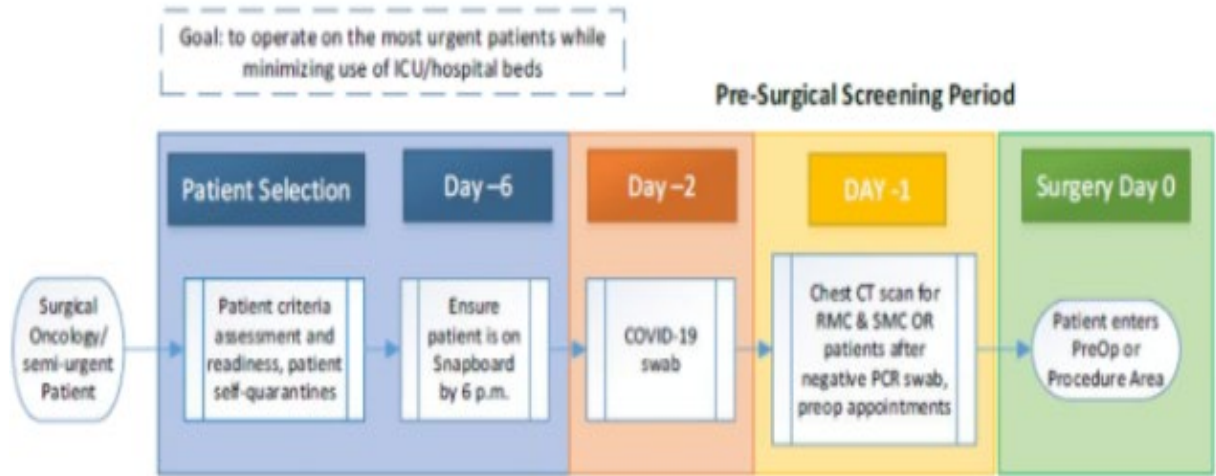
(<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2020-0157>)

Bu çalışmada dikkat etmemiz gereken önemli bir nokta, hastaların hiçbirinin temas öyküsünün olmaması ve preoperatif toraks grafi ve CT'lerinde herhangi bir anormallik olmamasıydı. Hastaların postoperatif 2 gün içinde ateşlerinin olması üzerine yapılan takipte hepsinde 10. Gün

toraks CT'lerinde viral pnömoni bulguları saptanmış ve alınan boğaz sürüntüsünde çalışılan rRT-PCR testleri SARS-CoV-2 açısından pozitif olarak saptanmış. Bu yazıda, hastaların preoperatif dönemde surveyansının çok önemli olduğu, toraks CT ile taramanın önemi ve gerekirse ameliyatların ertelenmesi ve sadece acil vakaların alınmasının gerekli olduğu vurgulanmış.

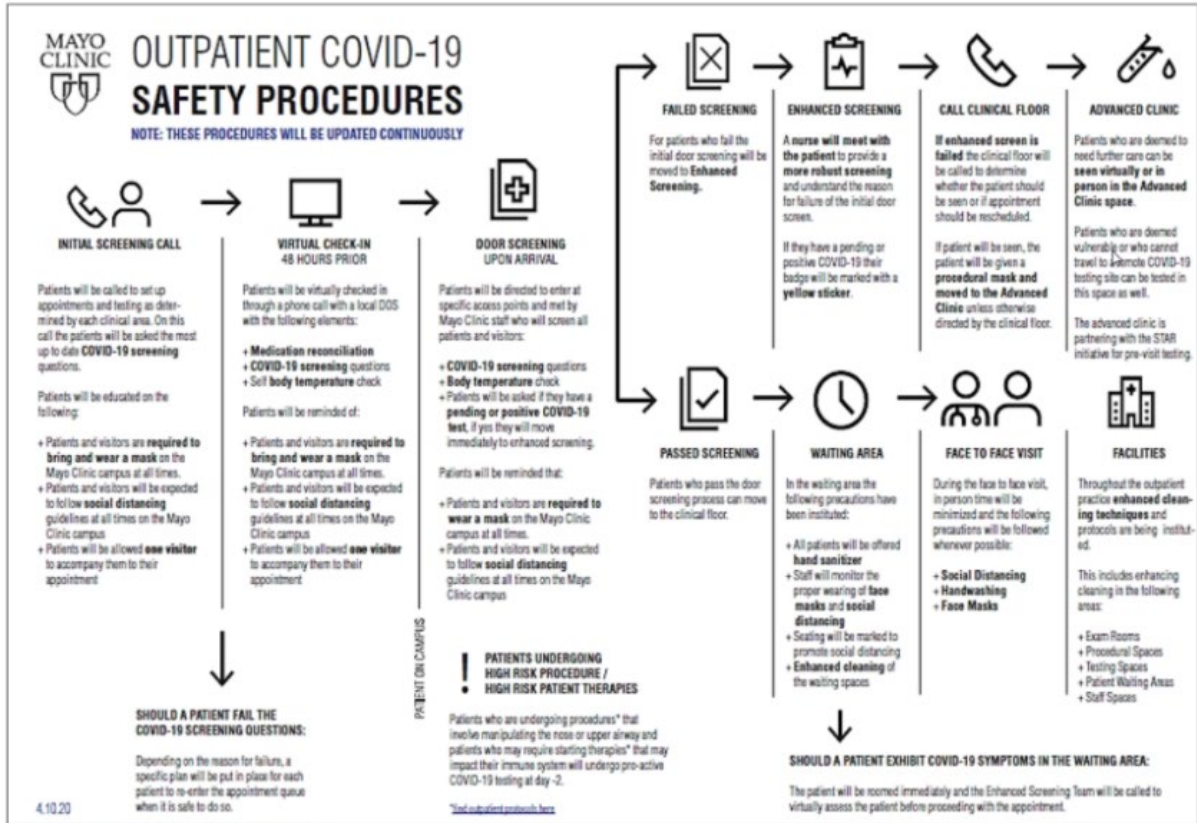
Operasyon planlanan her hastaya preoperatif dönemde test yapılması konusunda Mayo Clinic önerileri:

(Reported by Jamie Bakkum-Gamez, MD, SGO Webinar, 17/04/2020)



- Ameliyattan 2 gün önce COVID-19 nasal swab RT-PCR (1900 test/gün)
- Swab negatifse 1 gün önce toraks CT
- Acil vakalarda COVID-19 testi yoksa hepsine pozitifmiş gibi yaklaşıyor.
- Tüm testler Mayo Clinic içinde çalışılıyor.
- Preoperatif COVID-19 testi yapılan hastanın kendini ameliyata kadar karantinaya alması öneriliyor.
- Test pozitif gelirse vaka en az 2 hafta erteleniyor.
- Yatan hastalar için sıfır ziyaretçi uygulaması uygulanıyor.

- Ayaktan tedavilerde semptomu olmayan 1 refakatçiye izin veriliyor.
- Hastane sınırları içinde hem hasta hem ziyaretçiler, herkes maske takmak zorunda (özellikle ziyaretçilerin maskelerini yanlarında getirmeleri söyleniyor).



Kaynaklar yeterliyse hem hastaları hem sağlık çalışanlarını korumak açısından test yapılmasını öneriyor.

Semptomatik hasta:

- Negatif olduğu gösterilene kadar ertelenmesi

Asemtomatik hasta:

- Ameliyattan bir gün önce tüm hastaların taranması
- Negatifse, uygun önlemler alınarak işlemin yapılması
- Pozitifse, hayatı tehdit eden durum yoksa cerrahiyi ertele

Guidelines and Consensus Statements

The Role of Chest Imaging in Patient Management during the COVID-19 Pandemic: A Multinational Consensus Statement from the Fleischner Society

Hem Radiology hem Chest dergilerinde yayınlanan 7 Nisan 2020 tarihli “The Role of Chest Imaging in Patient Management during the COVID-19 Pandemic: A Multinational Consensus Statement from the Fleischner Society” yazısında asemptomatik taşıyıcıların vakaların %18-33’ünü oluşturduğu ve bunların hızlı yayılımında büyük rol oynadığı, asemptomatik ve hafif respiratuar semptomların varlığında CT bulgularının saptanabilir olduğu, RT-PCR testi ile bunların preoperatif dönemde saptanabileceği, yüksek prevalanslı alanlarda cerrahi veya immunsupresif tedaviler öncesi CT istenmesinin düşünülmesi gerektiği belirtilmiştir(7).

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) tanı amaçlı CT kullanımı ile ilgili klinik yönetimi değiştirecekse yapılmasını önerirken; ACR (American College of Radiology) tarama veya 1. Sıra test aracı olarak kullanılmamasını; hospitalize edilmiş ve semptomatik hastalara saklanması gerektiğini belirtmiştir.

Ancak teste ulaşımın kısıtlı olduğu veya prevalansın yüksek olduğu koşullarda, preoperatif toraks CT ile tarama cerrahi öncesi uygun bir test mekanizması olabilir.

Son olarak kişisel koruyucu ekipman (KKE) (personal protective equipment-PPE) konusunda birkaç kısa bilgi paylaşalım:

Ziyaretçiler için uygun maskeler:



AGP özelliği olmayan rutin hasta işlemlerinde takabileceğimiz maskeler:



AGP özelliği olan işlemlerde takılması gereken maskeler(N95):



*N95 maskeler yüze tam oturmalı ve 2 elastik bandı olduğuna dikkat ediniz.

Cerrah perspektifinden ameliyathanede doğru KKE

Tam olarak řu komponentlerin HER BİRİNİ içermelidir:

- Evrensel cerrahi önlemler
- Gerekli en az sayıda personel- takım çalışması
- Vaka esnasında içeride bulunan herkese N95 maske
- N95 üzerine cerrahi maske takılması
- Maske üzerine yüz siperleri
- Önlük + eldiven



Hastanede COVID-19 olası/kesin vakalarında KKE önerileri

MICHIGAN MEDICINE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Updated 4/3/2020

Recommendations For Personal Protective Equipment INPATIENT COVID-19 Positive or Persons Under Investigation (PUI)

	Ear Loop Mask	N95 (fit-tested respirator) or PAPR	Protective Eyewear (goggles or faceshield)	Gown & Gloves
If you are a Patient or Visitor who is asymptomatic	Wear ear loop mask, limit social interactions, practice hand hygiene. Follow visitation guidelines to limit exposure.			
If you are a Patient with respiratory symptoms OR confirmed or pending test results for respiratory viruses or COVID-19	Wear ear loop mask while being transported (Not required while in hospital room)			
If you are a Visitor seeing a patient who is undergoing respiratory viral testing with pending results or who is COVID-19 positive • VISITATION by EXCEPTION ONLY as per policy	Wear Ear Loop Mask (in room w/patient only)		Wear Goggles	Wear Gown & Gloves
All Health care personnel working in buildings or areas where clinical care is provided or when walking through common areas	Wear Ear Loop Mask			
Clinical Care for COVID patients or Person under investigation (PUI) and no aerosol generating procedures being performed • Special pathogens precautions • For transportation guidance please click here	Wear Ear Loop Mask		Wear Goggles or Face shield	Wear Gown & Gloves
Collection of all Respiratory Viral Specimens for Testing (including COVID) • Caregivers obtaining nasopharyngeal/oropharyngeal swab	Wear Ear Loop Mask		Wear Goggles or Face shield	Wear Gown & Gloves
Performing Aerosol Generating Procedures for COVID/PUI patients • Intubation, Bronchoscopy, Extubation, Bag mask ventilation or manual ventilation via an endotracheal tube, Cardiopulmonary resuscitation (CPR), Open system suctioning (nasotracheal, tracheostomy, open ventilator, endotracheal), nebulizer treatments, Noninvasive positive pressure ventilation (excludes infant CPAP and obstructive sleep apnea CPAP), Providing moist air or supplemental oxygen via face mask or trach mask with aerosol, Heated high-flow supplemental oxygen, Cough assist treatments, Exchanging tracheostomy tubes, Sputum induction (should not be performed), Chest tube manipulation		Wear N95 or PAPR	Wear Goggles or Face shield	Wear Gown & Gloves

* Face mask usage: Extended use for face masks: One mask per shift. Change face mask with contamination with respiratory secretions, or obvious soiling or damage. Masks should always be worn covering nose & mouth. Used mask handled by ear loops ONLY. Never touch the front of the mask. Perform hand hygiene after handling used mask.

KKE hakkında ACS önerileri:



3/30/2020

PPE Recommendations *Updated 3/30/2020*

Patient Care for Patients Not Suspected for COVID-19 WHEN: • Patient has no COVID symptoms • Closer than 6 feet from patient for more than 1 minute WHERE: • Ambulatory Clinics • Emergency Department • Acute Care Units • Intensive Care Units • Procedural Areas PPE Required: • Surgical/ear loop mask	Patient Care for Patients Suspected or Positive for COVID-19 <i>*If interaction requires being within 3 feet of the patient, the patient should also wear a surgical mask*</i> WHEN: • Patient has COVID symptoms <u>OR</u> has a COVID test pending or with positive result WHERE: • Ambulatory Clinics • Emergency Department • Acute Care Units • Intensive Care Units • Procedural Areas PPE Required: • Eye protection/face shield • Surgical/ear loop mask • Gown • Gloves	Aerosol Generating Procedures¹ on Patients Suspected or Positive for COVID 19 AND Airway Procedures on All Patients WHEN: • Aerosol generating procedures¹ are being performed WHERE: • Ambulatory Clinics • Emergency Department • Acute Care Units • Intensive Care Units • Procedural Areas PPE Required: • PAPR <u>OR</u> N95 Respirator + Face Shield/Eye Protection • Gown • Gloves
---	--	---

Note for all categories shown: Hand hygiene required upon entry and exit, regardless of whether the patient is under isolation, or PPE is worn.

¹ Aerosol Generating Procedures Include But Are Not Limited to: laryngoscopy/intubation, non-invasive ventilation, CPR, bronchoscopy, open suction, nasotracheal suction, nebulizer treatments
PPE for Specimen Collection: Nasopharyngeal swabs often generate a strong cough reflex. Standard/Contact/Droplet precautions are recommended.
Please see extended and re-use guidelines for N95 respirators.



Son olarak;

Yeni CDC önerisi hastane çalışanlarının ayakkabıları ile virüsü taşıma riskleri olduğu yönünde. Bu sebeple hastaneden ayrılırken ayakkabılarını değiştirmelerini veya galoş takmalarını önermekte.

REFERENCES

1. Liang W, Guan W, Chen R et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* 2020; 21: 335-337.
2. SGO COVID-19 Communique: Surgical Considerations for Gynecologic Oncologists During the COVID-19 Pandemic, Released March,27,2020
3. ACS, COVID 19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care Gynecology, (Temple University) (v 3.23.20)
4. doi:10.1002/IJGO.13167
5. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.011>
6. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2020-0157>
7. Rubin GD, Ryerson CJ et al.The Role of Chest Imaging in Patient Management during the COVID-19 Pandemic: A Multinational Consensus Statement from the Fleischner Society. *Radiology*. 2020 Apr 7:201365. doi: 10.1148/radiol.2020201365.