

بیانیه مشترک RCOG و BSGE در رابطه با جراحی های لاپاراسکوپی ژنیکولوژی و کووید-۱۹

دکتر فرشته سربازی^۱

مفید خواهد بود.

در غیاب شواهدی که نشان دهنده ی افزایش انتقال کووید-۱۹ از طریق های آئروسول های آلوده ای است که حین لاپاراسکوپی ژنیکولوژی تولید می شوند، BSGE پیشنهادات زیر را ارائه می دهد:

* تمامی پرسنلی که در عمل های لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی که تحت بیهوشی جنرال انجام می شود همکاری دارند، باید از لوازم حفاظت شخصی (PPE) استفاده کنند و سایر روشهایی که بر اساس پروتکل های محلی یا ملی برای کنترل عفونت تعیین شده نیز باید مورد توجه قرار گیرند.

* باید بر روش های غیرجراحی درمان تاکید شود تا خطر انتقال کووید-۱۹ به کارکنان مراقبت از سلامت کاهش یابد و همچنین نیاز به پذیرش بیمارستانی در مواردی که روش جایگزین مطمئنی وجود دارد کاهش یابد. (به عنوان مثال استفاده از متوترکسات در حاملگی خارج رحمی پاره نشده)

* مواردی از جراحی های ژنیکولوژی که احتمال درگیری روده وجود دارد. حتی اگر این احتمال کم است (به عنوان مثال آبه های توبووارین) باید از طریق لاپاراتومی انجام شود.

* عمل های ژنیکولوژی الکتیوی که خطر درگیری روده وجود دارد (به عنوان مثال اکسیزیون اندومتریوز رکتوواژینال، آزاد کردن چسبندگی ها) باید به تأخیر انداخته شوند.

* برای سایر عمل های لاپاراسکوپی ژنیکولوژی

بیانیه مشترک RCOG (Royal College Of Obstetricians & Gynecologists) و BSGE (British Society for Gynecological Endoscopy) در رابطه با جراحی های لاپاراسکوپی ژنیکولوژی و کووید-۱۹.

بنابر درخواست متخصصین زنان، تحقیق جهت بررسی افزایش احتمالی ریسک انتقال کووید-۱۹ طی جراحی لاپاراسکوپی ژنیکولوژی انجام گرفت، به خصوص ارتباط آن با ایجاد احتمالی آئروسول های آلوده با کووید-۱۹ از طریق لیک CO₂ و دود ناشی از وسایل مصرفی انرژی. بالقوه خطر ایجاد آئروسول های آلوده حین لاپاراتومی می تواند کمتر باشد. (۱) هرچند با اطلاعات موجود و بر اساس داده های محدودی که در حال حاضر وجود دارد، در صورت استفاده از وسایل حفاظت شخصی (PPE) شواهدی مبنی بر افزایش ریسک انتقال کووید-۱۹ طی جراحی لاپاراسکوپی ژنیکولوژی وجود ندارد.

کووید-۱۹ در مدفوع یافت شده که احتمال انتقال از طریق نازوفارنکس و فرو بردن به داخل دستگاه گوارش (۲۹ درصد موارد) مطرح است و همچنین در حدود یک درصد موارد در نمونه خون یافت شده است. (۳) بنابراین ممکن است در اعمال جراحی که روده درگیر است در مقایسه با اعمال جراحی ژنیکولوژی شرایط متفاوت باشد. جراحی لاپاراسکوپی با کاهش عوارض، کوتاه شدن مدت زمان بستری در بیمارستان و بازگشت سریعتر به فعالیت روزانه همراه است، (۲) همه ی این موارد به نفع بیمار بوده و از طرفی امکان استفاده بهتر از منابع بیمارستانی را فراهم می سازد که به خصوص در زمان پاندمی فعلی

References:

1. Alp E, Bijl D, Bleichrodt RP, Hansson B, Voss A. Surgical smoke and infection control. *J Hosp Infect.* 2006; 62:1-5.
2. Snyman L, Makulana T, Makin JD. A randomised trial comparing laparoscopy with laparotomy in the management of women with ruptured ectopic pregnancy. *S Afr Med J* 2017;107: 258-263.
3. Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Han K, Wu G, Tan W. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. *JAMA* 2020 Mar 11. doi: 10.1001/jama.2020.3786

(به عنوان مثال حاملگی خارج رحمی پاره شده، حوادث کیست تخمدان) قرارگیری پورت ها و انتخاب وسایل باید به همان روشی که به طور معمول توسط جراح و بیمارستان انجام می گیرد باشد، تا مدت زمان عمل به حداقل برسد و خطر عوارض جراحی کاهش یابد.

* از ساکشن، فیلتر های مکنده ی دود، سواب ها و وسایل رتریوال باید استفاده شود تا موارد زیر محقق شود:

- پیشگیری از انتقال آئروسول: خارج کردن دود، آئروسول و CO₂ پنوموپریتوئن طی عمل جراحی.
- پیشگیری از انتقال ذرات و قطرات کوچک: اجتناب از انتشار و پخش ناگهانی مایعات بدن در زمان خارج کردن تروکارها و بیرون آوردن نمونه ها و بافت * در زمان خارج کردن رحم از طریق واژن در هیسترکتومی لاپاراسکوپی توتال، خطر بالایی وجود دارد که مایعات بدن به طور انفجاری پخش شود. سواب ها، ساکشن و وسایل رتریوال باید جهت به حداقل رساندن انتقال ذرات و قطرات کوچک مورد استفاده قرار گیرند و باید بسته به مورد، در صورت لزوم هیسترکتومی باز مد نظر قرار گیرد.
- * دود و بخار جراحی باید از طریق دریچه پورت ها در حالیکه به یک فیلتر مکش دود وصل شده اند و یا ساکشن با استفاده از یک یونیت ساکشن و اکیوم، خارج شود.
- پنوموپریتوئن باید صرفاً از طریق ساکشن مستقیم با استفاده از یونیت ساکشن و اکیوم خارج شود.