

HIV/AIDS ve Cerrahi Yaklaşım

HIV/AIDS and Surgical Approach

Işıl Işık Andsoy¹, Oğuz Özyaral²

¹Karabük Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Karabük, Türkiye, ²Yeniüçyüzyıl Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye

ABSTRACT

AIDS has a gradually increasing frequency worldwide and its presence remarkably effects the application of standard medical and surgical procedures. The probability of transmission of this lethal disease to both the patients and the healthcare professionals during routine healthcare services may cause the violation of patient rights, alter the standard surgical interventions and the approaches. AIDS patients may undergo surgical procedures secondary to the disease and/or other health conditions. However, the possibility of the transmission of the infection to the surgical team members puts the surgical team in a stressful and troublesome condition. Thus, consciously or unconsciously some health care providers may not provide the required health service. In this review, we aimed to discuss the surgical conditions encountered in AIDS patients and to define the best current practical surgical approaches to these patients with respects to the ethical concerns.

Key words: acquired immunodeficiency syndrome; ethics; infection; prevention and control; surgery

ÖZET

AIDS'in görülme sıklığı bütün dünyada artmaktadır ve AIDS varlığı birçok tıbbi ve cerrahi işlemin uygulanmasını etkilemektedir. Rutin sağlık hizmeti sırasında bu ölümcül hastalığın hem hastalara hem de sağlık çalışanlarına bulaştırılma olasılığı hasta haklarının yok sayılmasına, standart cerrahi girişim ve yaklaşımın değişmesine sebep olabilir. AIDS hastaları hastalıkları sebebiyle ya da başka sebeplerden cerrahi girişimlere maruz kalabilirler. Ancak, hastalığın bulaşabilme ihtimali cerrahi ekibi stresli ve zor bir duruma sokar. Bunun için de, bilerek ya da bilmeyerek bazı sağlık çalışanları hasta için gerekli sağlık hizmetini sunmayabilir. Bu derlemede AIDS hastalarında karşılaşılan cerrahi durumları tartışmayı ve etik duyarlılıklarla birlikte bu hastalar için en iyi güncel pratik cerrahi yaklaşımı tanımlamayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: kazanılmış immün yetmezlik sendromu; etik; enfeksiyon; önleme ve kontrol; cerrahi yaklaşım

Giriş

İlk kez 1981 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) tanımlanmış olan HIV/AIDS, başlangıçta Kuzey Amerika ve Avrupa gibi gelişmiş ülkelerdeki homoseksüel ve/ veya biseksüel erkeklerin hastalığı olarak düşünülmüştü. Ancak, HIV/AIDS günümüz her yaş insanının ve çağdaş tıbbın en önemli güncel ve küresel sorunlarından birisi olarak karşımızda durmaktadır^{1,2}. Dünyada HIV enfeksiyonu ile yaşayan yaklaşık 33,4 milyon kişi bulunduğu, 22,4 milyonunun Sahraaltı Afrika'da, 1,1 milyon yetişkinin ise ABD'de yaşamakta olduğu tahmin edilmektedir. Dramatik olarak ABD'de her yıl yaklaşık 56000 insanın HIV virüsü ile enfekte olduğu ve bu durumun ülke için sosyal-kültürel-biyolojik-politik ve finansal açıdan sıkıntılar yarattığı belirtilmektedir².

Ülkemizde ihbarı zorunlu bir hastalık olarak kabul edilen HIV/AIDS olgusuna ilk kez 1985 yılında rastlanılmıştır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1 Ekim 1985 ile 31 Haziran 2011 tarihleri arasında yaklaşık 4826 HIV/AIDS olgusu görülmüş, bunların 3950'si HIV-pozitif, 876'sı AIDS'lidir ve olguların büyük çoğunluğu (yaklaşık %60) 15-39 yaş grubundadır^{3,4}.

Dünya'da giderek artan "Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Sendromu" olarak bilinen ve İnsan İmmün Yetmezlik Virüsünün neden olduğu bu hastalık ile ilgili son yıllarda tıbbi ve cerrahi uygulamalara ilişkin birtakım sıkıntılarla karşılaşabilmektedir. Cerrah ve diğer sağlık bakım profesyonellerinin bu ölümcül bulaşıcı hastalık ile karşı karşıya kalması durumu, etik açıdan hasta haklarının ihlali ve bu hastalara nasıl yaklaşılacağı konusunda tartışmaları da gündeme getirmektedir^{5,6}.

HIV/AIDS'li hastaların cerrahi girişim geçirmesi, bu hastalarla temas ve bulaş riski, cerrahi ekibin

Işıl Işık Andsoy, Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Balıklarkayası Menkii, Karabük, Türkiye. Tel. 0532 6417803 Email. isilandsoy@karabuk.edu.tr

Geliş Tarihi: 07.09.2012 • Kabul Tarihi: 29.01.2013

karşılaştığı en zor durumlardan birisini oluşturmaktadır. HIV pozitif tanısı almış ve bazen sıfatlandırılmış olan bu hastalar cerrahi girişim gerektiren durumlarda kaliteli sağlık bakımı almakta zorluklar yaşayabilmektedirler. HIV pozitif kişinin işten uzaklaştırılması, AIDS'e bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını yitiren kişinin yakınlarına mezarının kireçleneceğinin söylenmesi, acil cerrahi girişime gereksinimi bulunan kişinin HIV pozitif çıkması üzerine girişimin yapılamaması gibi örnekler günümüzde hala görülebilmektedir.

Hastanın fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek kontrollü travma olarak kabul edilen cerrahi girişim, HIV/AIDS'li hastalar için yaşamlarının bir döneminde hastalığa bağlı semptomlar nedeniyle vazgeçilmez bir tedavi yöntemidir. Başka bir açıdan bakıldığında; HIV/AIDS'li hastalar, diğer bireyler gibi herhangi bir neden ile cerrahi girişime gereksinim duyabilmektedirler. Bu bağlamda hastaların sağlıklı yaşamının yeniden kazandırılması için fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanması, sürdürülebilir yaşam kalitesinin artırılması başta cerrahi ekip olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğu altındadır. HIV/AIDS'li hastaları hayatlarının bu döneminde; ortaya çıkan immunolojik, endokrin ve hematolojik değişikliklerin yanı sıra, anestezi ve sedasyon deneyimi, beden bütünlüğünün bozulması, organ ve fonksiyon kayıpları, ölüm korkusu, sosyal yaşantısına geri dönememe, maddi kayıp, sevdiklerinden uzak kalma duygusu ve hastalığa bağlı olarak yaşanan veya karşılaşılan toplumsal soyutlanma sorunları da yaşamaktadırlar^{6,7}. AIDS/ HIV'li hastalarda önemli olan nokta; bu hastalarda daha dikkatli ve özenli, holistik bir yaklaşımın sergilenmiş olmasıdır.

HIV/AIDS'li Hastalarda Cerrahi Girişim Gerektiren Durumlar

HIV/AIDS'li hastaların, hastalığa bağlı veya bağlı olmayan nedenler sonucunda yaşayabileceği ve cerrahi girişime gereksinim duyabileceği sorunlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Cerrahi Süreçte Önlem ve Cerrahi Ekibin Yaklaşımı

Afrika ülkelerinde HIV/AIDS epidemiyolojisi farklıdır. Bir yandan HIV'in sergilenme oranı düşüktür, diğer yandan yerel halkın seropozitifliği yüksektir. Virüsle yaşayan 20 milyon üzerinde kişi bulunmaktadır. Bu nedenle Afrikada çalışan cerrahların batı

ülkelerine göre 15 kat daha fazla cross enfeksiyon riski altında olduğu, bulaş riski nedeniyle de endişe ettikleri saptanmıştır^{2,43,44}. Bunun daha ötesinde, ABD'de HIV pozitif olduğu bilinen bir cerrahın kariyeri, mesleki uygulamaları ve itibarı zedelenebilmektedir. Sağlık ekibi üyelerinin HIV/AIDS'li hastaları tedavi etmek gibi etik bir görevinin olması nedeniyle, HIV pozitif olan bir cerrahın klinik ve cerrahi uygulamalarını devam ettirebileceği belirtilmektedir⁸.

Dünya genelinde HIV/AIDS enfeksiyonu görülme sıklığının artması nedeniyle klinik maruziyetin daha fazla olduğu, dolayısıyla HIV/AIDS bulaşmış bireylerin, sağlıklı popülasyona benzer cerrahi girişim gerektirecek sorunları beraberinde getireceği bildirilmektedir⁸. Yapılan çalışmalarda, HIV pozitif olması nedeniyle ameliyat edilmeyen hastaların yaklaşık %20-25'inde cerrahi girişim gerektirecek hastalıkların bulunduğu belirtilmekte birlikte, gelecekte HIV/AIDS'li hastaların genel popülasyona göre daha fazla oranda cerrahi girişimlere maruz kalacağı tahmin edilmektedir^{45,46}. Nijerya'da yapılan bir çalışmada, çene cerrahisi uzmanlarının, HIV pozitif olduğunu bildikleri hastaların %41,5'ini opere ettiklerini, buna karşın test edilmeyen veya HIV pozitif olduğu bilinmeyen çok sayıda kişi bulunduğu ve uzmanların bu durumun farkında olmadıkları ve endişe duydukları belirlenmiştir⁴⁷.

Bulaş Riski

Genel olarak, cerrahi girişim geçiren HIV/AIDS'li hastalarda diğer hastalara göre mortalite ve morbidite oranlarında anlamlı bir artış olmadığı, bunun yanı sıra bu hastalarda yaklaşık %79 oranda cerrahi girişimlerde başarılı sonuçlar elde edildiği belirtilmiştir⁴⁸. Epidemiyolojik olarak, cerrahi girişimler sırasında %1,5 ile %15 oranında, diğer bir deyişle her 100 cerrahi girişimin 5'inde perkütan yaralanmaların olduğu, perkütan yaralanmadan sonra HIV bulaşma riskinin %3 olduğu, HIV pozitif hastadan cerraha bulaşma riskinin 1/1,300,000 ile 1/450,000 arasında değiştiği ve her cerrahi girişim başına HIV bulaşma oranının 1/130,000 olduğu bildirilmektedir^{8,49,50}.

Evrensel Önlemler

HIV/AIDS hastaları, malignite, kronik hastalık veya acil cerrahi gerektiren diğer durumlar nedeni ile cerrahi ekip ile karşılaşmaktadır. Cerrahi ekibin karşı karşıya kaldığı riskler oldukça karmaşık ve çeşitlidir. Genel anlamda, cerrahi ekibin yaklaşımı; Centers for

Tablo 1. HIV/AIDS Hastalığına Bağlı Olarak Gelişen ve Cerrahi Girişim Gerektirebilen Hastalıklar

Hastalık	Olası Cerrahi Girişim
Kaposi Sarkomu	Kaposi sarkoma, HIV/AIDS hastalarında seyrek görülen kütanöz bir tümör olmasına karşın, hastalar Kaposi sarkomu nedeniyle cerrahi girişime gereksinim duyabilir. Cerrah ile sağlık ve bakım profesyonellerinin en önemli görevi komplikasyonların kontrolü ve tanının konmasıdır ⁸ .
Non Hodgkin Lenfoma (NHL)	Non Hodgkin Lenfoma (NHL), HIV/AIDS hastalarında Kaposi sarkomundan sonra sekonder olarak gelişen, özellikle beyin ve spinal kordu etkileyen santral sinir sistemi lenfomasıdır ⁸ . NHL, HIV ile enfekte bireylerde en sık rastlanan ikinci tümördür. Genel popülasyona göre 60 kat daha fazla görülmektedir. Hastaların yaklaşık %85'inde extranodal tutulum vardır. Başta merkezi sinir sistemi olmak üzere mide, barsak, kemik iliği ve karaciğer tutulumu gözlemlenir. Tedavisinde cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi yapılabilir ^{9,10} .
Merkezi Sinir Sistemi (MSS) Hastalıkları	Beyin, HIV enfeksiyonu ile bağlantılı pek çok anormallik sonucunda etkilenir. MSS'nde, HIV ile bağlantılı lezyonlar, fırsatçı enfeksiyonlar ve neoplazmalar görülebilir. Özellikle HIV'li çocuklarda anevrizma, infarkt ya da kanamaya rastlanabilir. Fırsatçı enfeksiyonlar nedeniyle damarların elastik laminasının elastazlar tarafından harap edilmesine bağlı vaskülit, stenoz, anevrizma veya enfeksiyonlar nedeniyle menenjit, tüberküloz, lenfoma ve diğer MSS kanserleri görülebilir ¹¹⁻¹⁴ .
Trombositopenik Purpura	HIV/AIDS hastalarında asemptomatik olarak görülebilir. Bu durumda splenektomi, purpuranın kontrolü için yapılır ¹⁵ .
Anal Patolojiler	HIV/AIDS'li hastalarda en yaygın cerrahi girişim gerektiren nedenlerinden birisidir. Anal kondilom, anal ülser, anorektal lenfoma, anal skuamoz hücreli karsinom, perianal fistül ve apse tedavisinde cerrahi girişim gerekebilir ^{8,16-18} .
Torasik Hastalıklar	Sık görülen ve cerrahi girişim gerektiren diğer bir sorun torasik hastalıklardır. Özellikle Kaposi sarkomu, lenfoma ve "Pneumocystis Jirovecii" nin neden olduğu enfeksiyonların oluşturduğu plevral effüzyon görülebilir. Dolayısıyla tanı ve tedavi için hastalara torasentez ve torakoskopi gerekebilir ⁸ .
Kadın Hastalıkları ve Doğum	HIV ile enfekte olmuş kadınlarda, sağlıklı kadınlara oranla 5-10 kat daha fazla servikal kanser görüldüğü, ancak HIV'in tek başına kansere neden olan bir risk faktörü olmadığı belirtilmiştir. Ancak, HIV pozitif hastalarda servikal displazi, metastatik servikal kanserler ve pelvik inflamatuvar hastalığın daha sık görüldüğü belirtilmektedir. HIV pozitif anne adayları, kanser ya da riskli durumlarda sezaryen gibi cerrahi girişimlerle karşı karşıya kalabilmektedirler ¹⁹⁻²² .
Koroner Arter Hastalıkları	HIV/AIDS hastalarında aşırı alkol kullanımı, sigara kullanımı, sağlıksız yaşam koşulları, beslenme yetersizliği, hastalığa bağlı stres gibi koroner arter hastalıklarına neden olan birçok kofaktörün olması, 40 yıldan uzun süre yaşayan HIV pozitif hastalarının yaklaşık %41'inde hipertansiyon görülmesi, hastalarda koroner arter hastalığı riskini arttırmaktadır ²³ . Dolayısıyla bu hastalarda kardiyovasküler sistem cerrahisine yönelik girişimler gerekebilmektedir.
Konjunktival Hastalıklar	HIV/AIDS hastalarında görülen göz bulguları, virüsün kendisinden kaynaklanan, immunolojik mediatör ve immün kompleks veya oportunistik ve immunosupresyona sekonder ajanların neden olması sonucunda ortaya çıkar. Hastaların çoğunda retinal hemoraji, telenjektazi, retinopati, lezyon ve tümörler görülebilir ^{24,25} . Sahraaltı Afrika bölgesinde HIV/AIDS hastalarının yaklaşık %10'unda konjunktival skuamoz hücreli karsinomun görüldüğü belirtilmektedir. HIV negatif olan yaşlılarda sık görülen bu hastalığın, HIV pozitif olan genç popülasyonda görülme sıklığı artmakta ve bu hastaların %30'unda kütatif cerrahi girişim gerekmektedir ²⁶ .
Ortopedik Hastalıklar	HIV pozitif hastalarda ortopedik cerrahi girişimler de gerekebilir. HIV pozitif hastalarda yapılan kırıkların açık redüksiyonu sonrası enfeksiyon riskinin arttığı, buna karşın implant sepsisi ve HIV enfeksiyonu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir ²⁷⁻²⁹ .
Organ Yetmezlikleri	HIV/AIDS'li hastalar, hayati organların fonksiyonlarının bozulması nedeniyle organ nakline gereksinim duyabilmektedirler. Renal yetmezliği olan hastalara böbrek, hepatoselüler karsinom veya karaciğer yetmezliği nedeniyle karaciğer, kistik fibrozisli olan hastalara akciğer, kardiyak yetmezliği veya kardiyomyopati bulunan hastalarda kalp transplantasyonuna gereksinim olabilmektedir ³⁰⁻³³ .
Diğer Kanser Türleri	Sağlıklı popülasyona göre bu hastalarda immün sistemin baskılanması, kullanılan antiretroviral ilaçlar ve yanlış yaşam tarzı nedeniyle, mide, testis, karaciğer kanseri, melanom ve multipl myeloma gibi kanser türlerinin de yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir ^{8,34,35} . Ayrıca bu hastalarda aşırı sigara içme ve aşırı alkol alma davranışları nedeniyle baş ve boyun kanserlerinin yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir ⁸ .
Gastrointestinal Sistem (GIS) Enfeksiyonları	HIV/AIDS'li hastalarda hücrel ve humoral savunma mekanizmalarının yarattığı defektler sonucu GIS'de viral, fungal, bakteriyel ve protozoal patojenlerle oluşan ve bazen ölüme sonuçlanan hastalıklar izlenebilir. Acil cerrahi girişim gerektirebilir ³⁶⁻³⁸ .
Dişeti ve Ağız Hastalıkları	HIV/AIDS hastalarında 30'dan fazla değişik tip oral lezyonun görüldüğü bildirilmektedir. ABD'de AIDS hastalarının %45'inde oral kandidozis mevcut olup, özofagus kadar ilerlediği belirtilmektedir. Virüs ve bakterilerin neden olduğu lezyonlar, ülserler, oral skuamoz hücreli kanser türlerine de rastlanılmaktadır. Tedavi genellikle cerrahi girişim gerektirir ³⁹⁻⁴² .
Acil Cerrahi Girişim Gerektiren Durumlar	İç organ perforasyonları, Sitomegalovirüs ve Kandida enfeksiyonlarına bağlı peritonit, obstrüksiyon ya da Kaposi sarkomuna bağlı kanama nedeniyle acil cerrahi girişime gereksinim duyulabilir. Diğer yandan fırsatçı enfeksiyonlar akut kolesistit tablosuna neden olabilir ve akut kolesistektomi gerekebilir ⁸ .

Disease Control and Prevention (CDC) ölçütleri çerçevesinde her hastanın kontamine sayılması, cerrahi girişim geçirecek HIV pozitif olan ve olmayan tüm hastalarda girişim öncesi değerlendirme yapılması ve değerlendirme sonrası cerrahi girişimin yapılmasına temellenmiş olmalıdır. Ameliyat öncesi HIV tarama testi gerekli değildir, tüm hastalar potansiyel enfekte kabul edilmelidir. Diğer yandan, HIV enfeksiyonunun tek başına cerrahi girişim için bir risk faktörü olmadığı, bu riskin immün sistem baskılanmış, beslenme bozukluğu olan hastalar için de ciddi bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. HIV pozitif olmayan hastalar dahil olmak üzere tüm hastalar, ameliyat öncesi fırsatçı patojen ve kronik hastalık varlığı açısından mutlaka değerlendirilmelidir ^{8,30,49-51}.

CDC'nin hazırladığı her hasta ile temasta uygulanacak "Standart Önlemler" enfeksiyon geçişinin önlenmesi için ilk adımdır. Cerrahi girişim sırasında, CDC'nin önerdiği evrensel önlemler çerçevesinde, çift eldiven veya lateks eldiven giyme, ameliyat sırasında gözlük kullanılması, kesici-delici alet yaralanmalarından korunmak için aletlerin tepsi içinde alınıp-verilmesi gibi önlemlerin alınması gereklidir ^{8, 49, 50}.

Alınması gereken önlemler irdelendiğinde:

Kontamine kesici-delici aletler sağlık personeli için önemli oranda enfeksiyon riski taşır. Tüm perkütan yaralanmalarda kanla temas, kanın artan miktarı ve yüksek oranda viremişi olan hasta ile temas riski artırmaktadır. Lateks eldiven kullanmak, bu eldivenlerin iyi bir bariyer oluşturması nedeniyle oluşan kesici-delici bir yaralanmada enfekte olma olasılığını düşürmektedir. Yaralanmayı önlemenin diğer bir yolu, bu tür yaralanmaların nasıl olduğunu bilmektir. Yapılan çalışmalarda cerrahların en sık dikiş atarken yaralandığı, bunun cerrahi teknikle ilişkili olduğu, ameliyathane hemşirelerinin ise kesici-delici aletleri cerrahlara verirken ya da alırken yaralandıkları belirlenmiştir ⁵²⁻⁵⁴. İğne batmasını önlemek için tek kullanımlık iğneler kullanıldıktan sonra plastik kılıfları tekrar takılmamalı, iğneler enjektörden çıkarılmamalı, eğilip bükülmemelidir. Kullanılmış iğne, enjektör, bistüri ucu ve diğer kesici aletler delinmeye dirençli sağlam kutulara konulmalıdır. Cerrahi işlemler sırasında eldiven yırtılması veya iğne batması durumunda eldiven çıkarılarak yenisi giyilmeli ve kazaya neden olan alet steril sahadan uzaklaştırılmalıdır. Yaralanma riski düşük olan daha güvenli bir malzeme kullanmak, dikiş atma tekniğini değiştirmek,

cerrahi ekipte iyi bir koordinasyon sağlamak alınması gereken diğer önlemlerdendir. Ayrıca bulaş riskinin bilinmesi, standart önlemlere uyulmasının faydaları, bildirim önemi, koruyucu güvenlik önlemleri ve serolojik takip konularında çalışanlara bilgi verilmesi, maruziyet olduğunda maruz kalan bireyin tıbbi kayıtlarına rapor edilmesi ve gerekli yerlere iletilmesi gerekmektedir ⁵²⁻⁵⁴.

Sterilizasyon ünitesine gelen tüm malzemeler enfekte kabul edilmelidir. Bu tür malzemelerde ultrasonik yıkama ve yıkama makinalarının kullanılması önerilmektedir ⁵⁵. HIV ile enfekte materyallerin işlemi sırasında eldiven kullanılmalıdır. Bunun yanısıra gömlek, maske ve gözlük kullanılması, işlem sonrası mutlaka ellerin yıkanması gerekmektedir.

HIV/AIDS'li hastaların tüm atıkları enfekte tıbbi atıklardır. Kesici ve delici özelliği olan atıkların diğer atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanması gerekmektedir. Tıbbi atıkların taşınması ile görevli personel periyodik olarak eğitilmeli, sağlık kontrolünden geçirilmeli ve görevi sırasında eldiven, koruyucu gözlük, maske takmalı ve çizme giymelidir ^{56,57}.

Bu önlemlerin yanı sıra cerrahi girişim sürecinde; standart enfeksiyon kontrol önlemlerine uyulması, uygun cerrahi el yıkama tekniğine uyulması, antiseptik kurallarına dikkat edilmesi, ameliyathanede havalandırmanın ideal olması, ameliyat odalarının temizliğinin uygun dezenfektanlarla yapılması, trafik-kapı kontrolünün yapılması, hizmetiçi eğitimlerin yapılması gerekmektedir.

Minimal İnvaziv Girişim

Minimal invaziv cerrahinin, immün sistemi baskılanmış hastalarda kan ve diğer vücut sıvıları ile enfekte aletlerle maruziyetin azaltılmasındaki rolü büyüktür. Bu nedenle HIV/AIDS'li hastalarda kontaminasyon riskini azaltmak için minimal cerrahi girişim tercih edilebilir. Genel olarak alt ve üst gastrointestinal sistem hastalıkları, gastrik ve hepatobiliyer ya da diğer solid organ hastalıkları dahil olmak üzere genel cerrahi, torasik cerrahi, kolorektal cerrahi, cerrahi onkoloji ve pediatrik cerrahi içeren alanlarda minimal cerrahi girişim ve yapılabiliyorsa gününbirlik cerrahinin önemli bir yeri vardır ^{8,58-60}.

Sorumluluk

Sağlık alanında en hızlı gelişmelerin cerrahide olduğu bilinmektedir. Bu nedenle cerrahi ekibin yoğun dikkat, hızlı düşünme, karar verme, sürekli öğrenme ve gelişmeleri yakından takip etmesi gereklidir. Cerrahi girişim uygulanacak HIV/AIDS'li hasta dahil olmak üzere tüm hastalar enfeksiyon ve yaralanma olasılığı açısından risk altındadır. Bu nedenle cerrahi ekip riskleri belirlemek ve kontrol altına almakla sorumludur. Hasta üzerinde cerrahiye karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının değişmesi, yaşam tarzının değişmesi gibi bazı olumsuz etkileri vardır. HIV/AIDS'li hastaların da olumsuz etkilerden korunması/etkilerinin aza indirilmesi etik ve yasal olarak cerrahi ekibin tüm üyelerinin sorumluluğundadır⁷.

Hasta Hakları, Tıp Etiği ve Cerrahi Ekip

Sağlığın sosyal belirleyicileri, toplumun içinde yer alan her birey için değişkenlere sahiptir. Bu nedenledir ki, sağlık sorunu yaşayan bir kimse mutlak olarak toplum içinde kendini soyutlanmış hissedebilmektedir. İçinde bulunduğu ve hatta kendisinin soyutlanmaya çalışıldığı yaşam alanı, her zaman için karşısında yaşamak zorunda olduğu bir kabus olabilmektedir. Ancak bu kabus yalnız kendisine ait olmamakta, çok büyük risk yaratabildiği tüm çevresi için geçerli olabilmektedir^{61,62}. HIV/AIDS'li bir kişi yaşamının bu döneminde karşı karşıya kaldığı/ kalabileceği tüm hastalıklarda bu sorunla yüzleşmeye devam edecektir. Kaldı ki, sorun bir cerrahi girişimle çözümlenecek ise yaşanacak olası sıkıntılar şiddetle artmaya devam edecektir. Cerrahi girişim yapacak cerrahi ekip, bu durumdan ürkebilecek, sıkıntılı bir sürece girebilecektir.

HIV/AIDS hastalarının insanlık onuruna yakışır biçimde sunulan, yeterli bir sağlık hizmeti almaya hakları vardır. Hekim, sadece hastanın seropozitif olduğunu ileri sürerek uzmanlık/yeterlik alanı içinde bulunan durumlarda hastayı tedavi etmeyi reddedemez. Tıp etiği hastaların sadece seropozitifliğine bakılarak kategorik olarak ayrımcılığa uğramalarına izin vermez. HIV/AIDS hastalığına yakalanmış bir kişinin yeterli ve sevecen bir yaklaşımla sunulan hizmete gereksinimi vardır. HIV/AIDS'li hastaların gereksindiği bakım ve hizmeti sunamayacak durumda olan hekim, bu hizmetleri sunabilecek hekim ya da kurumlara hastayı uygun biçimde yönlendirmelidir. Yönlendirme işlemi tamamlanana dek hekim hasta

için en iyisini elinden geldiğince yerine getirmelidir⁶³. Üzerinde durulması ve tartışılması gereken bu konunun tüm şartlar altında masaya yatırılması gerekmektedir. Bu nedenledir ki, cerrahi ekibin hizmetiçi eğitimlerinde genel koruyucu davranış kazandırma, gerekirse etik boyutu ile eğitimlerin yapılması ve bu eğitimlerin tekrarlanması gerekmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak; HIV pozitif olan kişilerdeki cerrahi girişimler HIV olmayan nüfus ile aynı karakteristik özellikler gösterir ve benzer cerrahi girişimler gerçekleştirilebilir. HIV/AIDS hastalarındaki cerrahi girişimin başarı oranı diğer cerrahi girişimlere göre anlamlı olarak farklılık göstermez. Bu hastalarda kontaminasyonun önlenmesi ve sağlık çalışanlarının daha az riske atmak için laparoskopi, torakoskopi gibi minimal cerrahi girişimlerin tercih edilmesi, CDC'nin önerdiği evrensel standart girişimlerin uygulanması, bunun yanı sıra minör cerrahi girişimlerde gününbirlik cerrahinin tercih edilmesi gerekmektedir. Diğer bir açıdan bu hastalarla ilgilenen sağlık çalışanlarının profesyonel, ahlaki ve etik sorumluluklarının düzenlenmesi ve multidisipliner yaklaşımla hastalara optimal düzeyde kaliteli sağlık ve bakım hizmetinin verilmesi gerekliliği üzerinde çalışmalar yapılmalı ve desteklenmelidir.

Kaynaklar

1. Tümer A, Ünal S. HIV/AIDS epidemiyolojisinde gelişmeler ve korunma. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2003; 12:15-8.
2. Kirton CA. HIV: the changing epidemic. Nursing 2011; 36:43.
3. Kaplan S. Türkiye ve Avrupa birliğinde HIV/AIDS politikaları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3:43-54.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı Hastalığı Anabilim Dalı: HIV / AIDS Sürveyans verileri, 2011.
5. Halevy A. AIDS, surgery, and the Americans With Disabilities Act. Arch Surg 2000; 135: 51-4.
6. Desborough JP. The stress response to trauma and surgery. Br J Anaesth 2000; 85: 109-17.
7. Eti Aslan F. Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12: 1.
8. Merino G, Baldan M, D'Onofrio E, et al. AIDS and surgery. East and Central African Journal of Surgery 2004; 9: 9-11.
9. Turhal S. HIV, kanser ve korunma, Non-Hodgkin Lenfoma. XII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, İstanbul, 22-25 Mayıs 2002, pp.137-42.
10. Beral V, Peterman T, Berkelman R, et al. AIDS-associated non-Hodgkin lymphoma. Lancet 1991; 337:805-9.

11. Patsalides AD, Wood LV, Atac GK, et al. Cerebrovascular disease in HIV- infected pediatric patients: neuroimaging findings. *AJR Am J Roentgenol* 2002;179:999-1003.
12. Shah SS, Zimmerman RA, Rorke LB, et al. Cerebrovascular complications of HIV in children. *AJNR Am J Neuroradiol* 1996; 17: 1913-7.
13. Hoffman JM, Waskin HA, Schifter T, et al. FDG-PET in differentiating lymphoma from nonmalignant central nervous system lesions in patients with AIDS. *J Nucl Med* 1993; 34: 567-75.
14. Şenocak E, Oğuz KK, Özgen B, et al. AIDS'te merkezi sinir sistemi tutulumunun görüntüleme bulguları. *Diagn Interv Radiol* 2010; 16: 193-200.
15. Aboolian A, Ricci M, Shapiro K, et al. Surgical treatment of HIV-related immune thrombocytopenia. *Int Surg* 1999; 84: 81-5.
16. Calore EE, Nadal SR, Manzione CR, et al. Anal cytology in patients with AIDS. *Diagn Cytopathol* 2010; 38: 260-3.
17. Cohen SM, Schmitt SL, Lucas FV, et al. The diagnosis of anal ulcers in AIDS patients. *Int J Colorectal Dis* 1994; 9: 169-73.
18. Loachim HL, Antonescu C, Giancotti F, et al. EBV-associated anorectal lymphomas in patients with acquired immune deficiency syndrome. *Am J Surg Pathol* 1997; 21: 997-1006.
19. Barbosa C, Macasaet M, Brockmann S, et al. Pelvic inflammatory disease and human immunodeficiency virus infection. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 65-70.
20. Read JS, Newell MK. Efficacy and safety of cesarean delivery for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 19: CD005479.
21. Singh GS, Aikins JK, et al. Metastatic cervical cancer and pelvic inflammatory disease in an AIDS patient. *Gynecol Oncol* 1995; 54: 372-6.
22. Nel CPG, Schoeman LC, Van Wyngaardt M, et al. The prevalence of HIV amongst women with cervix cancer. *SA Fam Pract* 2006; 48: 17.
23. Kaplan RC, Kingsley LA, Sharrett AR, et al. Ten-year predicted coronary heart disease risk in HIV-infected men and women. *Clin Infect Dis* 2007; 45: 1074-81.
24. Pepose JS, Holland GN, Nestor MS, et al. AIDS: pathogenic mechanisms of ocular disease. *Ophthalmol* 1985; 92: 472-84.
25. Sarıcaoğlu MS. Aids ve göz bulguları. *Ret-Vit* 1993; 1: 82-9.
26. Nkomazana O, Tshitswana D. Ocular complications of HIV infection in sub-Saharan Africa. *Curr HIV/AIDS Rep* 2008; 5: 120-5.
27. Brijlall S, Lioma ID, Govender S. Implant sepsis in the HIV-infected patient. *SA Orthopaedic Journal* 2003; 2: 26-30.
28. Jellis J E. Orthopedic Surgery and HIV disease in Africa. *Int Orthop* 1996; 20: 253-6.
29. Hoekman P, Van de Perre P, Nelissen J, et al. Increased frequency of infection after open reduction of fractures in patients who are seropositive for human immunodeficiency virus. *J Bone Joint Surg Am* 1991; 73: 675-9.
30. Vibert E, Duclos-Vallée JC, Ghigna MR, et al. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: the impact of human immunodeficiency virus infection. *Hepatology* 2011; 53: 475-82.
31. Di Benedetto F, Di Sandro S, De Ruvo N, et al. First report on a series of HIV patients undergoing rapamycin monotherapy after liver transplantation. *Transplantation* 2010; 89: 733-8.
32. Bertani A, Grossi P, Vitulo P, et al. Successful lung transplantation in an HIV- and HBV-positive patient with cystic fibrosis. *Am J Transplant* 2009; 9: 2190-6.
33. Uriel N, Jorde UP, Cotarlan V, et al. Heart transplantation in human immunodeficiency virus-positive patients. *J Heart Lung Transplant* 2009; 28: 667-79.
34. Silverberg MJ, Abrams DI. AIDS-defining and non-AIDS-defining malignancies: cancer occurrence in the antiretroviral therapy era. *Curr Opin Oncol* 2007; 19: 446-51.
35. Patel P, Hanson DL, Sullivan PS, et al. Adult and Adolescent Spectrum of Disease Project and HIV Outpatient Study Investigators. Incidence of types of cancer among HIV-infected persons compared with the general population in the United States, 1992-2003. *Ann Intern Med* 2008; 148: 728-36.
36. Gallagher DM. Gastrointestinal manifestations of HIV/AIDS. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1993; 5: 121-6.
37. Güreç İE, Genta RM, Graham DY. Aids hastalarında gastrointestinal enfeksiyonlar, *Türk Patoloji Dergisi* 1999; 15: 90-3.
38. Ok ÜZ. İmmün sistemi baskılananlardaki barsak parazitozları, *ANKEM Derg* 2006; 20: 177-81.
39. Greenspan JS, Barr CE, Sciubba JJ. Oral manifestation on HIV infection. Definitions, diagnostic criteria, and principles of therapy. The U.S.A. Oral AIDS Collaborative Group. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 142-4.
40. McCullough MJ, Fifth NA, Reade PC. Human immunodeficiency virus infection: A review of the mode of infection, pathogenesis, disease course and the general and clinical manifestations. *Aust Dem J* 1997; 42: 30-7.
41. Winkler JR, Robertson PB. Periodontal disease associated with HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73: 145-50.
42. Bozkaya S, Karaca İ. İnsan immün yetmezlik virüsü (Human immunodeficiency virus) enfeksiyonu, Genel ve Ağız Bulguları. *Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi* 1998; 1(1): 48-56.
43. Endris A. Project helps build sexual responsibility. *Netw Res Triangle Park N C* 1993; 14: 28-9.
44. Schecter WP, Stock P. Surgery in patients with HIV. *HIV In Site (On-line Publication)* 2003.<http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-03-0302>. Erişim Tarihi: 02.06.2012)
45. Canino V. Surgical problems in patients with HIV, AIDS or AIDS-related syndrome. *Atti Congr Soc It Chir* 1986.
46. Kaiser LR, Hiatt JR. Surgical considerations in the management of the immunocompromised patient. *Crit Care Clin* 1988; 4: 193-208.

47. Owotade FJ, Ogunbodede EO, Sowande OA. HIV/AIDS pandemic and surgical practice in a Nigerian teaching hospital. *Trop Doct* 2003; 33: 228-31.
48. Becker K, Erckenbrecht JF. Preoperative risk assessment and perioperative management of HIV-infected patients. *Med Klin (Munich)* 2001; 96: 26-31.
49. Sule AZ. HIV / AIDS cancer and impact on surgical practice: implication for the Surgeon, *Niger Med J* 2010; 51: 101-8.
50. Phillips EK, Owusu-Ofori A, Jagger J. Bloodborne pathogen exposure risk among surgeons in sub-Saharan Africa. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28: 1334-6.
51. Massaglia F, Bertolaccini L, Bonatti L, et al. Surgery in HIV-infected patients: our experience (1986 – 2001). *Giornale di Batteriol, Virol ed Immun* 2002; 1: 40-2.
52. Akbulut A. Sağlık personelinde infeksiyon riski ve korunma: Kan yoluyla bulaşan infeksiyonlar. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 2004; 8: 132-9.
53. Aygün P. Kesici-delici alet yaralanmaları ve korunma önlemleri 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kitabı, 2007; 385-91.
54. Eti Aslan F, Kan Öntürk Z. Güvenli ameliyathane ortamı; biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikososyal riskler, etkileri ve önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011; 4: 133-40.
55. Yıldırım A. Sterilizasyon-dezenfeksiyon ve kontrolü. *Hastane İnfeksiyonları Kontrolü El Kitabı, Hastane İnfeksiyonları Derneği Yayını No:2*, 2004: 329.
56. Vesley D, Streifel AJ. Environmental services. In: Mayhall CG, eds. *Hospital Epidemiology and Infection Control*, 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2004; 1327-34.
57. Wong ES. Surgical site infections. In: Mayhall CG (eds). *Hospital Epidemiology and Infection Control*. Lippincott Williams &Wilkins. 2004; 287-310.
58. Fuchs KH. Minimally invasive surgery. *Endoscopy* 2002; 34: 154-9.
59. Giselle GH, Curet M. Minimal invasive surgery. *Am J Surg* 2010; 199: 263-5.
60. Harris HW, Schecter WP. Surgical risk assessment and management in patients with HIV disease. *Gastroenterol Clin North Am* 1997; 26 : 377-91.
61. Marmat M, Wilcmson RG. Sağlıkın sosyal belirleyicileri (Editors: İlker Kayı, Yeşim Yasin), İlk Basım, İnsav Yayınları, İstanbul, 2009, 362-89.
62. Ronald Labonté, Ted Schreker, Corinne Packer, Vivien Runnels, Küreselleşme ve Sağlık, (Çeviri editörleri: İlker Kayı, Yeşim Yasin), İncev Yayınları, 1. Basım: Ekim 2011, İstanbul, pp. 30-45.
63. Dünya Hekimler Birliği, Tıp Etiği El Kitabı (Çeviri: Murat Civaner), Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2005, 40-1.