

Filippo Cinti
Matteo Rossanese
Marie Burneko

Çeviri Editörü
Ümit Kaya

edra
PUBLISHING

KÜÇÜK HAYVANLARDA CERRAHİ ACİLLER EL KİTABI



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

KÜÇÜK HAYVANLARDA CERRAHİ ACİLLER EL KİTABI

Filippo Cinti
Matteo Rossanese
Marie Burneko

Çeviri Editörü
Prof. Dr. Ümit Kaya
Ankara Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

edra
PUBLISHING

Küçük Hayvanlarda Cerrahi Aciller El Kitabı

Türkçe Telif Hakları 2025

Türkçe 1. Baskı

ISBN: 978-625-6065-75-8

Orijinal Adı: Manual of Small Animal Surgical Emergencies

Yayınevi: EDRA

Yazar: F. Cinti, M. Rossanese, M. Burneko

Çeviri Editörü: Prof. Dr. Ümit Kaya

Orijinal ISBN: 978-1-962679-45-9

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.'ne aittir.

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. A.Ş.

Saray Mahallesi 126. Cadde No: 20 Kahramankazan / Ankara

Telefon: 0312 802 00 53-54

Sertifika No: 49599

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



Editörler



Filippo Cinti

DVM, PhD, GPCert(SASTS), DECVS, MRCVS,
EBVS® and RCVS Specialist in Small Animal Surgery

Filippo Cinti, San Marco Veteriner Kliniği ve Laboratuvarı'nda Yumuşak Doku ve Minimal İnvaziv Cerrahi Bölüm Başkanıdır. Ayrıca Vet Hospital h24 Firenze'de uzman cerrah olarak görev yapmaktadır. Filippo, 2009 yılında İtalya'daki Bologna Üniversitesi'nden mezun olmuştur. 2014 yılında Bologna Üniversitesi'nde Veterinerlik Bilimi (Cerrahi) alanında doktora derecesini başarıyla tamamlamış ve 2018 yılında Küçük Hayvan Yumuşak Doku Cerrahisi Sertifikası almıştır. Filippo, Centro Veterinario Luni Mare ve Clinica Veterinaria Vezzoni'de, Avrupa Veteriner Cerrahları Koleji (ECVS) tarafından onaylanmış üç yıllık bir küçük hayvan cerrahisi uzmanlık programını tamamlamıştır. Uzmanlık programından sonra Filippo, İngiltere'ye taşınmadan önce ECVS eş yöneticisi Dr. Aldo Vezzoni ile çalışmıştır. Üç yıl Eastcott Referral Veterinary Hospital'da (İngiltere) çalışmış ve 2020 yılında Avrupa Küçük Hayvan Cerrahisi alanında Diplomasını almıştır. Aynı yıl Filippo, İtalya'da Küçük Hayvan Cerrahisi (ASN) alanında Yardımcı Doçent yeterliliğini elde etmiştir. ECVS Küçük Hayvan Yeterlilik Komitesi üyesidir. Filippo'nun yumuşak doku cerrahisi, minimal invaziv cerrahi ve nörocerrahi özel ilgisi vardır.



Matteo Rossanese

DVM, CertAVP, SPSA, MSc, DECVS, PGCertVeTEd, FHEA, MRCVS,
EBVS® and RCVS Specialist in Small Animal Surgery

Matteo, Küçük Hayvan Cerrahisi alanında öğretim görevlisi olup. Royal Veterinary College'daki Klinik Bilimleri ve Hizmetler Bölümü'nde Yumuşak Doku Cerrahisi bölümünün eş başkanidir. Matteo, 2009 yılında İtalya'daki Bologna Üniversitesi'nden mezun olmuştur. 2011 yılında North Downs Specialist Referrals'da cerrahi ve nörocerrahi alanında lisansüstü araştırma projesine ve stajına başlamış, ardından Animal Health Trust'ta genel staj programını tamamlamıştır.

Editörler

Matteo, 2013 yılında Padua Üniversitesi'nden Hayvan Sağlığı Uzmanı sertifikasını almış ve 2015 yılında RCVS (Royal College of Veterinary Surgeons) İleri Veteriner Uygulamaları Sertifikası'nı tamamlamıştır. Matteo, 2015 yılında Liverpool Üniversitesi'ndeki Küçük Hayvan Eğitim Hastanesi'ne katılmış ve burada ECVS onaylı Küçük Hayvan Cerrahisi uzmanlık programını tamamlamıştır. 2018 yılında Veterinerlik Mesleki Çalışmaları alanında Yüksek Lisans derecesi, 2021 yılında Küçük Hayvan Cerrahisi alanında Avrupa Diplomasını almıştır. 2022'de Veterinerlik Eğitimi alanında Lisansüstü sertifikası ve Yüksek Öğrenim Akademisi Üyeliği'ni (Fellowship of the Higher Education Academy) kazanmıştır. Matteo'nun birincil klinik ilgi alanları arasında kardiyotorasik cerrahi ve minimal invaziv cerrahi yer almaktadır.



Marie Burneko

VMD, DACVS (Small Animal)

Marie Burneko, Pensilvanya Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi'nde Küçük Hayvan Cerrahisi alanında yardımcı doçent olarak görev yapmaktadır ve minimal invaziv cerrahi üzerine odaklanmaktadır. Marie, 2016 yılında Pennsylvania Üniversitesi'nden veteriner doktoru (VMD) derecesini almış ve mezuniyetinin ardından Tufts University Cummings School of Veterinary Medicine küçük hayvan üzerine rotasyonel stajını tamamlamıştır. Daha sonra, Houston, Teksas'taki Gulf Coast Veterinary Specialists'te bir yıllık cerrahi stajını ve 2021 yılında Pennsylvania Üniversitesi'nde üç yıllık cerrahi uzmanlığını tamamladı. Marie, minimal invaziv yumuşak doku ve ortopedik cerrahiye ve ayrıca intraoperatif ve ekstraoperatif uzmanlık eğitiminin kalitesini ve verimliliğini artırmak için cerrahi eğitim araçlarının geliştirilmesine özel ilgi duymaktadır.

Katkıda Bulunanlar

Adrien Aertsens

DVM, MRCVS, DECVS
College of Veterinary Medicine
University of Minnesota
Saint-Paul, MN, USA

Lillian R. Aronson

VMD, DACVS
Department of Clinical Sciences & Advanced
Medicine, School of Veterinary Medicine
University of Pennsylvania
Philadelphia, PA, USA

Boaz Arzi

DVM, DAVDC, DEVDC, FF-AVDC-OMFS
Department of Surgical and Radiological
Sciences, School of Veterinary Medicine
University of California
Davis, CA, USA

Daniel J. Brockman

BVSc, CVR, CSAO, DACVS, DECVS, FHEA, MRCVS
Royal Veterinary College
Hawkshead, UK

Paolo Buracco

DVM, DECVS, former Professor
Department of Veterinary Sciences
University of Torino
Grugliasco, TO, Italy

Benito de la Puerta

DVM, CertSAS, DECVS, MRCVS
North Downs Specialist Referrals
Bletchingley, London, UK

Ricardo De Sousa

DVM, DECVS, MRCVS
Department of Veterinary Medicine
University of Cambridge
Cambridge, UK

Christiana Fischer

VMD, DACVECC
Metropolitan Veterinary Associates Norristown,
PA, USA

Maria-Christine Fischer

DVM, DECVO, FHEA, MRCVS
Royal Veterinary College
Hawkshead, UK

Dario A. Floriano

DVM, DACVAA
Department of Clinical Sciences & Advanced
Medicine, School of Veterinary Medicine
University of Pennsylvania
Philadelphia, PA, USA

Anna Frykfors von Hekkel

BVetMed(Hons), PGDipVCP, MVetMed,
PGCertVetEd, DECVS, FHEA, MRCVS
Royal Veterinary College
Hawkshead, UK

Erin Gibson

DVM, DACVS
Department of Clinical Sciences & Advanced
Medicine, School of Veterinary Medicine
University of Pennsylvania
Philadelphia, PA, USA

Katkıda Bulunanlar

David E. Holt

BVSc, DACVS
Department of Clinical Sciences & Advanced
Medicine, School of Veterinary Medicine
University of Pennsylvania
Philadelphia, PA, USA

Sara D. S. Janssens

DVM, DECVS
Department of Clinical Sciences of Companion
Animals, Faculty of Veterinary Medicine
Utrecht University
Utrecht, The Netherlands

Benjamin Kaye

BVSc, MANZCVS (ECC), MVetMed, DECVS
Southpaws Speciality and Referral Hospital
Melbourne, Australia

Natalie Kovak

DVM, DACVECC
Eastern Pennsylvania Veterinary Medical Center
Allentown, PA, USA

Anne Kummeling

DVM, DECVS
Department of Clinical Sciences
of Companion Animals, Faculty of Veterinary
Medicine
Utrecht University
Utrecht, The Netherlands

Karla Lee

MA, VetMB, PhD, MBA, CertSAS, DECVS, PGCAP,
FHEA, MRCVS
Hamilton Specialist Referrals Buckinghamshire,
UK

Mark Longley

BVM&S, MSc, GPCertSAS, DECVS, MRCVS
Pride Veterinary Referrals
Derby, UK

Stephen Martin

MVB, BSc(Hons), DVMS, DECVS MRCVS
CityU Veterinary Medical Centre
Hong Kong, China

Anna M. Massie

DVM, DACVS-SA
Department of Clinical Sciences & Advanced
Medicine, School of Veterinary Medicine
University of Pennsylvania
Philadelphia, PA, USA

Benjamin Mielke

BVSc(Hons), MVetMed, MANZCVS (SAS), DECVS,
MRCVS
Melbourne Animal Referral Services Melbourne,
Australia

Alison Moores

BVSc(Hons), CertSAS, DECVS, FRCVS
Moores Soft Tissue
Winchester, UK

Sarah van Rijn

DVM, PhD, DECVS
Department of Clinical Sciences of Companion
Animals, Faculty of Veterinary Medicine
Utrecht University
Utrecht, The Netherlands

Tommaso Rosati

DVM, DACVECC, DECVECC
Department for Small Animal Emergency
and Intensive Care, Vetsuisse Faculty University of
Zurich
Zurich, Switzerland

Lynda Rutherford

BVM&S, MVetMed, DECVS, PGCertVetEd, FHEA,
MRCVS
Royal Veterinary College
Hawkshead, UK

Thaleia Stathopoulou

DVM, MVetMed, DECVA, PGCertVetEd, FHEA,
MRCVS
Royal Veterinary College
Hawkshead, UK

Rhiannon Strickland

BVetMed, MVetMed, PGCertVetEd, DECVS, FHEA,
MRCVS
Royal Veterinary College
Hawkshead, UK

Roberta Troia

DVM, PhD, DECVECC, EBVS
Department of Veterinary Medicine
University of Bologna
Bologna, BO, Italy

Ingrid Tundo

DVM, DEVDC, MRCVS, EBVS
IVC Evidensia, Haddington
Haddington, Scotland, UK

Rosario Vallefucio

DVM, DESV, DECVS, MRCVS
Pride Veterinary Referrals
Derby, UK

Simona Vincenti

DVM, PhD, DECVS, MRCVS
Department of Clinical Veterinary Science
University of Bern
Bern, Switzerland

Rachel Williams

DVM, DACVS-SA
Small Animal Clinical Sciences
University of Florida
Gainesville, FL, USA

Çeviriye Katkıda Bulunanlar

Vet. Hek. Zeynep Arar

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Vet. Hek. Nazlı Aykol

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Dr. Öğr. Üyesi Merve Bakıcı

Kırıkkale Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Yiğithan Beytüzün

Referans Hayvan Hastanesi

Vet. Hek. Esra Biçici

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Vet. Hek. Ayfer Melis Billeroğlu

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Prof. Dr. Ali Bumin

Ankara Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Pınar Can

Ankara Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Vet. Hek. Kemal Cenani

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Çakıroğlu

Sakarya Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Deneysel Tıp Uygulama ve Araştırma Merkezi

Doç. Dr. Murat Çalışkan

Ankara Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Nur Çetin

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mehmet Alper Çetinkaya

Hacettepe Üniversitesi
Deney Hayvanları Uygulama ve Araştırma Merkezi

Öğr. Gör. Emre Duman

Ankara Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Elif Doğan

Kastamonu Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Uzm. Vet. Hek. Özgür Eroğlu

International Prime Animal Hospital

Doç. Dr. Çağrı Gültekin

Yakın Doğu Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Çeviriye Katkıda Bulunanlar

Dr. Öğr. Üyesi Kamil Serdar İnal

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Arş. Gör. Kadir Kaya

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Prof. Dr. Ümit Kaya

Ankara Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Kadri Kulualp

Dokuz Eylül Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Büşra Kibar Kurt

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Taylan Önyay

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Öğt. Üyesi Candemir Özcan

Kastamonu Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Vet. Hek. Didem Özdemir

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doç. Dr. Başak Boztok Özgermen

Aksaray Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Sağlam

Siirt Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Kadir Sulu

Siirt Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Doç. Dr. İlker Şen

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Öğr. Gör. Muhammed Yusuf Şirin

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Yusuf Sinan Şirin

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Vet. Hek. Seyit Turalı

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Vet. Hek. Binnur Aytek Tümbaş

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Arş. Gör. Dr. Eren Uslu

Ankara Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Arş. Gör. Diğdem Uygur

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doç. Dr. Zeynep Bozkan Ünal

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mustafa Volkan Yaprakcı

Afyon Kocatepe Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuba Özge Yaşar

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Rahime Yayingül

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Murat Onur Yazlık

Ankara Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Doğum ve Jinekoloji Anabilim Dalı

Dr. Gökay Yeşilovalı

Yakın Doğu Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ziya Yurtal

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi
Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı

Önsöz

Bu kitap, küçük hayvanlarda cerrahi acillerinin, acil ve karmaşık dünyasını ele almak üzere özel olarak tasarlanmıştır. Bu eser, sevgili hastalarımızın acil cerrahi ihtiyaçlarıyla karşı karşıya kalan veteriner hekimlerin karşılaştığı zorluklar, aciliyetler ve kritik kararların derin bir anlayışından doğmuştur. Editörler olarak, bu kitabı derleyip, bilgi ve uzmanlık koleksiyonunu bir araya getirirken derin bir sorumluluk duygusu ve veteriner sağlık hizmetlerinin ilerlemesine olan bağlılığımızla hareket ettik.

Bu kitabın ortaya çıkışı, veteriner hekimlik camiasında kedi ve köpeklerde acil cerrahinin karmaşık karar alma ve prosedürel inceliklerini açıklığa kavuşturabilecek yetkin ancak kolayca erişilebilir bir kaynağa duyulan açık ve ısrarcı ihtiyaçtan kaynaklanmıştır. Veteriner hekimlerin, veteriner teknisyenlerin ve öğrencilerin sıkça karşılaştığı yüksek stresli durumları göz önünde bulundurarak, cerrahi acil bakımın özünü hem bilgilendirici hem de pratik ve hızlı bir şekilde kullanılabilir bir formatta sunmayı amaçladık. Bu kitap, bir uygulayıcının karşılaşılabileceği cerrahi acillerin çeşitliliği içinde okuyucuya sezgisel ve mantıksal bir ilerleme sunacak şekilde yapılandırılmıştır. Her bölüm, travmayla ilişkili yaralanmalardan akut abdominal problemlere kadar belirli bir acil durum kategorisini ele almak üzere titizlikle düzenlenmiştir ve okuyucuların ihtiyaç duydukları rehberliği hızla bulabilmelerini sağlar. Bu bölümler içinde, ayrı bölümler belirli durumları derinlemesine ele alır, söz konusu acil durumun kısa bir genel görünümünü ve ardından önerilen cerrahi müdahalenin ayrıntılı, maddeler halinde açıklandığı bir inceleme sunar. Bu format, kritik adımların hızlı bir şekilde anlaşılmasını ve hatırlanmasını kolaylaştırmak ve teşvik etmek, hasta sahipleri ve ekip üyeleriyle etkili iletişimi sağlamak ve ameliyathanede özgüvenli çalışmayı mümkün kılmak için tasarlanmıştır.

Bu kitabı farklı kılan özellikler çok çeşitlidir. Bunların en başında, okuyucuyu her cerrahi adımda yönlendiren metinsel açıklamalara görsel netlik sağlayan yüksek çözünürlüklü fotoğraflar ve videolarla tamamlanan madde işaretli prosedür kılavuzları aracılığıyla elde edilen netlik ve erişilebilirliğe vurgu gelir. Ek olarak, her bölüm, değerli düşünce ve arındırılmış bilgi sunan deneyimli cerrahlardan 'Profesyonel İpuçları' biçiminde paha biçilmez deneyimler içerir. Dahası, 'Tuzak Uyarıları' cerrahları yaygın hatalar ve komplikasyonlar konusunda önceden uyararak için stratejik olarak yerleştirilmiştir ve cerrahi planlama ve uygulamaya yönelik proaktif bir yaklaşımı teşvik eder.

Bu kitap, veteriner hekimlik alanında geniş bir kitleye hizmet etmeyi amaçlamaktadır. Acil vakaların ön-görülemezliğiyle karşı karşıya kalan veteriner hekimler için temel bir araç olarak kararlı ve etkili cerrahi müdahaleyi destekleyen güvenilir bir hızlı başvuru rehberi sunar. Veteriner öğrencileri, bu cildi klinik rotasyonları sırasında karmaşık cerrahi acillerde net bir yol haritası sağlayan paha biçilemez bir rehber olarak bulacaklardır. Veteriner teknisyenler ve hemşireler de ayrıntılı prosedürel rehberlerden yararlanarak ameliyatlarda daha iyi yardımcı olabilecek ve ameliyat sonrası bakımı daha etkili bir şekilde yönetebileceklerdir. Dahası, küçük hayvan cerrahisinde asistanlar veya eğitim gören cerrahlar için bu kitap, uzmanlaşma yolculuklarında kritik bir basamak görevi görerek uzman cerrahlar olarak büyümelerine ve gelişmelerine önemli ölçüde katkıda bulunacak derinlik ve deneyim sunar.

Özünde, bu kitap sadece bir referanstan daha fazlasıdır; risklerin yüksek olduğu ve hassas, güvenilir cerrahi müdahaleye duyulan ihtiyacın en üst düzeyde olduğu anlar için bir rehber ve akıl hocasıdır. Veteriner hekimlik profesyonellerini bilgi, güven ve hastalarının hayatlarında somut bir fark yaratma yeteneği ile güçlendirme konusundaki ortak özlemimizi temsil eder. Bu sayfaları çevirip kitabı incelerken, yalnızca

Önsöz

aradığınız bilgileri değil, aynı zamanda ilham ve herhangi bir acil cerrahi durumda en üst düzeyde bakımını sağlama konusunda yenilenmiş bir bağlılık duygusu da bulacağınızı umuyoruz. Bu kitap, cerrahi hasta bakımında mükemmel arayışı sayesinde hastalarımızın yaşam kalitesini iyileştirme konusundaki ortak adanmışlığımıza olan bağlılığımızı temsil ediyor.

Bu kitabı bölümler, videolar ve resimlerle zenginleştirerek bizimle birlikte çalışan tüm yazarlara ve katkıda bulunanlara en derin şükranlarımızı sunmak istiyoruz. Bilginizi, özverinizi ve tutkunuzu paylaşarak bu kitabın veteriner hekimlik topluluğu için değerli bir kaynak olmasını sağlamak için harcadığınız zaman için teşekkür ederiz. Ayrıca bu kitabın üretimini mümkün kılan Edra Publishing'e minnettarlığımızı ifade etmek istiyoruz.

Filippo, Matteo, Marie

Çeviri Editörü Önsözü

Küçük Hayvanlarda Cerrahi Aciller El Kitabı, küçük hayvanların cerrahisinde karşılaşılabilecek acil durumları ve uygulamaları detaylı olarak değerlendiren yol gösterici bir rehber ve her veteriner hekimin kütüphanesinde bulunması gerekli bir eser niteliğini taşımaktadır.

Küçük Hayvanlarda Cerrahi Aciller El Kitabı, veteriner hekimlere, cerrahlara, ortopedistlere, farklı cerrahi alanlardaki veteriner hekimlere, veteriner teknikerlere, veteriner hekim adayı değerli öğrencilerimize küçük hayvanların cerrahisinde karşılaşılabilecekleri acil durumları değerlendirmede yardımcı olacak pratik, kolay anlaşılır ve yol gösterici bilgileri içermektedir. Bu kaynak kitabın, veteriner hekimlerin cerrahi acil durumlar karşısındaki değerlendirme ve karar verme yeteneklerine, içeriğindeki güncel metinler, gerekse detaylı şekiller, tablolar ve videolarla katkıda bulunacağına inanmaktayım.

Küçük Hayvanlarda Cerrahi Aciller El Kitabının Türkçeye çevirisinde titiz çalışmalarıyla katkıda bulunan tüm meslektaşlarıma teşekkürler sunarım.

Kitabın hazırlanma sürecinde sağladıkları destek, anlayış ve katkıları için eşim veteriner hekim Dr. Akife KAYA, veteriner hekim adayı kızım Ecem Naz KAYA ve kızım Ekin KAYA'ya sevgilerimi sunuyorum.

Veteriner cerrahi alanında önemli bir eksikliği gideren Küçük Hayvanlarda Cerrahi Aciller El Kitabının Türkçeye kazandırılmasında Güneş Tıp Kitabevleri yöneticilerine ve kitabın hazırlık ve yayın aşamalarında emeği geçen tüm çalışanlarına şahsım, meslektaşlarım adına şükranlarımızı sunuyorum.

Küçük Hayvanlarda Cerrahi Aciller El Kitabının, veteriner hekim adaylarına, veteriner hekimlerimize ve veteriner cerrahi alanında çalışan tüm meslektaşlarımıza yararlı olacağını umut ediyorum.

Saygılarımla

Prof. Dr. Ümit KAYA

Teşekkürler

Bu kitap tüm veteriner hekim meslektaşlarımıza, asistanlarımıza ve öğrencilerimize ithaf edilmiştir. Bu metnin okuyucuların bilgilerini güncellemelerine ve hastalarının cerrahi yönetimini iyileştirmelerine yardımcı olmasını dilerim. Her zaman beni destekledikleri ve bana inandıkları için aileme. Sevgileri ve hayatımın her gününü olağanüstü kıldıkları için eşim Marta'ya ve çocuklarımız Edoardo ve Margherita'ya.

Filippo Cinti

"Daha uzağı görebildiysem, devlerin omuzlarında durmam sayesinde." Isaac Newton.
Aileme ve Bettie'ye.

Matteo Rossanese

Bu ders kitabına katkıda bulunan meslektaşlarıma ve tüm katılımcılara bu bölümlerde sağlanan derinlik ve özel klinik deneyim için teşekkür etmek istiyorum. Ayrıca, bu ders kitabının geliştirilmesi için sağladıkları destek ve motivasyon için Pennsylvania Üniversitesi'ndeki öğretim görevlilerine, asistanlara, öğrencilere ve personele teşekkür etmek istiyorum. Dr. Holt ve Dr. Aronson bir cerrah olarak gelişimimde çok önemli bir rol oynadılar ve bu kitabın ortaya çıkması onların katkıları olmadan mümkün olmazdı. Son olarak, aileme ve arkadaşlarıma sürekli destekleri ve rehberlikleri için teşekkür etmek istiyorum, yaptığınız her şey için teşekkürler!

Marie Burneko

İçindekiler

KISIM 1 • TRIAJI VE HASTANIN İLK STABİLİZASYONU

Bölüm 1

ACİL HASTASININ TRIAJI

Tommaso Rosati, Roberta Troia

Çeviri: Emre Duman, Ümit Kaya

Triaj ilkeleri.....	1
Hedefe yönelik klinik anamnez alma.....	1
Klinik değerlendirme.....	1
Destekleyici bakım noktası tanıları.....	3
Kategorize etme.....	3
İlk stabilizasyon.....	4

Bölüm 2

KRİTİK DURUMDAKİ HASTALARDA ANESTEZİ VE ANALJEZİ

Thaleia Stathopoulou, Dario A. Floriano

Çeviri: Taylan Önyay

Analjezi.....	9
Ağrının anlaşılması ve değerlendirilmesi.....	9
Ağrı Kontrolü.....	10
Sedasyon/anksiyolizis.....	12
Genel Anestezi.....	13
Premedikasyon.....	13
İndüksiyon.....	14
İdame.....	15
Kardiyovasküler destek.....	15
Uyanma.....	16

KISIM 2 • CERRAHİ YAKLAŞIMLAR

Bölüm 3

ABDOMİNAL YAKLAŞIMLAR

Simona Vincenti, Matteo Rossanese

Çeviri: Zeynep Arar, Ali Bumin

Orta hat seliyotomi.....	19
Paraprepüsyal kaudal seliyotomi.....	20
Parakostal/lateral abdominal yaklaşım.....	20

İçindekiler

Bölüm 4

TORASİK YAKLAŞIMLAR

Matteo Rossanese, Simona Vincenti

Çeviri: Kadir Kaya, Ümit Kaya

Mediyan sternotomi.....	23
İnterkostal torakotomi	25
Transdiafragmatik torakotomi	28

KISIM 3 • TÜP YERLEŞTİRME VE ZİMBALAMA/MÜHÜRLEME CİHAZLARI

Bölüm 5

TÜP YERLEŞTİRME

Anna Frykfors von Hekkel, Rhiannon Strickland

Çeviri: Başak Boztok Özgermen, Ümit Kaya

BESLEME TÜPLERİ	31
Nazoözofageal/nazogastrik tüpler	31
Özofagostomi tüpleri	32
Gastrostomi tüpleri	34
Enterostomi tüpleri	37
Tüple besleme yönergeleri	37
Tüple besleme prosedürü	37
TORAKOSTOMİ TÜPLERİ/DRENLERİ	38
ABDOMİNAL DRENLER	41
SİSTOSTOMİ TÜPLERİ	43

Bölüm 6

ZİMBA VE DAMAR MÜHÜRLEME CİHAZLARI

Rhiannon Strickland, Anna Frykfors von Hekkel

Çeviri: Çağrı Gültekin, Ümit Kaya

ZİMBALAMA CİHAZLARI	47
Torakoabdominal zimbalar	47
Gastrointestinal anastomoz zimbaları	49
Endoskopik gastrointestinal anastomoz zimbaları	50
DAMAR MÜHÜRLEME CİHAZLARI	51

KISIM 4 • CERRAHİ YARA YÖNETİMİ

Bölüm 7

ISIRIK YARALANMALARI

Alison Moores

Çeviri: Eren Uslu, Seyit Turalı

Genel değerlendirme	53
Servikal yaralar	53

Torasik yaralar	54
Diğer bölgelerdeki yaralar	55
Yara kontaminasyonu.....	55

Bölüm 8

YANIK YARALANMALARI

Rachel Williams

Çeviri: Binnur Aytek Tümbaş, Ümit Kaya

Klinik görünüm ve tanı	65
Tedavi.....	66
Postoperatif yönetim	68
Sonuç.....	69

Bölüm 9

PENETRAN YARALANMALAR

Marie Burneko, David E. Holt

Çeviri: Zeynep Bozkan Ünal

Ateşli silah yaraları	71
Delici cisim yaraları	72
Oklu kirpi dikenleri.....	73
Ot başakları.....	75
Penetran yaralar: Tedavi, Postoperatif yönetim, Sonuç.....	75

Bölüm 10

AVÜLSİYON VE SÜRTÜNME YARALANMALARI

Ricardo De Sousa, Filippo Cinti

Çeviri: Rahime Yaygınöl

Klinik görünüm ve tanı	79
Tedavi.....	79
Postoperatif yönetim	82
Sonuç.....	83

KISIM 5 • GASTROİNTESTİNAL CERRAHİ ACİLLER

Bölüm 11

GASTROİNTESTİNAL ACİLLER

Filippo Cinti, Benito de la Puerta, Sarah van Rijn

Çeviri: Murat Çalışkan, Nazlı Aykol

Obstrüktif faringeal sialosel	85
Farenkse penetran yaralanmalar	88
Özofagus yabancı cisim veya travması.....	92
Gastrointestinal yabancı cisim.....	96

İçindekiler

İntususepsiyon.....	110
Gastrik dilatasyon-volvulus.....	112
Rektal prolapsus.....	118

Bölüm 12

DALAK VE PANKREAS ACİLLERİ

Adrien Aertsens, Stephen Martin

Çeviri: Büşra Kibar Kurt

Dalak torsiyonu.....	125
Pankreas apsesi.....	129

Bölüm 13

SAFRA SİSTEMİ HASTALIKLARI

Karla Lee

Çeviri: Ziya Yurtal, Kadri Kulualp

Safra kesesi mukoseli.....	135
Kolelitiyazis.....	138
Neoplazi.....	139
Pankreatit.....	139
Travma.....	140
Safra hastalıklarının tedavisi için cerrahi teknikler.....	140

Bölüm 14

HEPATİK CERRAHİ ACİLLER

Sara D. S. Janssens, Anne Kummeling

Çeviri: Hüseyin Çakıroğlu

Karaciğer lob torsiyonu.....	147
Karaciğer apsesi.....	149
Karaciğer travması.....	151
Karaciğer tümörleri.....	151

KISIM 6 • KARIN BOŞLUĞU CERRAHİ ACİLLERİ

Bölüm 15

KARIN FITIKLARI

Filippo Cinti, Paolo Buracco

Çeviri: Mustafa Volkan Yaprakcı

GERÇEK KARIN FITIKLARI.....	159
Umbilikal fıtıklar.....	159
Kasık ve skrotum fıtıkları.....	161
Femoral fıtıklar.....	166

TRAVMATİK VE İNSİZYONEL KARIN FITIKLARI	168
Travmatik fıtıklar	170
İnsizyonel fıtıklar ve eviserasyon	174
PERİNEAL FITIKLAR.....	177

Bölüm 16

PERİTONİTİS

Rosario Vallefucio, Mark Longley

Çeviri: Elif Doğan

Septik peritonitis.....	193
Safra peritonitisi.....	198
Hemoperitoneum.....	201
Pnömooperitoneum.....	205

KISIM 7 • ÜRİNER CERRAHİ ACİLLERİ

Bölüm 17

ÜROABDOMEN

Natalie Kovak, Christiana Fischer

Çeviri: Candemir Özcan

Klinik görünüm	211
Hastanın ilk stabilizasyonu	211
Tanı	212
Tedavi.....	214
Komplikasyonlar ve sonuçlar	215

Bölüm 18

İDRAR YOLLARINDA TRAVMA VEYA PROLAPSUS

Marie Burneko, Lillian R. Aronson

Çeviri: Ayfer Melis Billerlioğlu, Pınar Can

RENAL VE ÜRETER TRAVMASI.....	219
Renal yaralanma.....	219
Üreter yaralanması.....	220
İDRAR KESESİ TRAVMASI	223
ÜRETRAL TRAVMA	225
ÜRETRA PROLAPSUSU	227

İçindekiler

Bölüm 19

İDRAR YOLLARI OBSTRÜKSİYONU

Lillian R. Aronson, Marie Burneko

Çeviri: Esra Biçici, Pınar Can

Üreter obstrüksiyonu	233
Üretral obstrüksiyon	241

KISIM 8 • REPRODÜKTİF CERRAHİ ACİLLERİ

Bölüm 20

GENİTAL ACİLLER

Erin Gibson, Rachel Williams

Çeviri: Murat Onur Yazlık

DİŞİ GENİTAL ACİLLERİ	253
Güç doğum	253
Uterus torsiyonu	256
Prolapsus uteri	257
Prolapsus vagina	258
Piyometra	259
ERKEK GENİTAL ACİLLERİ	261
Prostat kistleri ve apseleri	261

KISIM 9 • SOLUNUM CERRAHİSİ ACİLLERİ

Bölüm 21

ÜST SOLUNUM YOLU ACİLLERİ

Lynda Rutherford

Çeviri: İlker Şen

ÜST SOLUNUM YOLU HASTALIĞI OLAN ACİL HASTALARIN STABİLİZASYONU	267
BRAHİSEFALİK OBSTRÜKTİF HAVAYOLU SENDROMU	267
LARİNGEAL HASTALIK	274
Laringeal paralizi	275
TRAKEAL HASTALIK	278
Geçici trakeostomi	278
Kalıcı trakeostomi	281
Trakeal ve laringeal travma	283
Trakeal rezeksiyon ve anastomoz	284
Trakeal kollaps	286

Bölüm 22**TORASİK ACİLLER***Ben Mielke, Matteo Rossanese**Çeviri: Yusuf Sinan Şirin, Mehmet Nur Çetin*

ALT SOLUNUM YOLU VE PLEVRAL HASTALIĞI OLAN HASTALARIN ACİL STABİLİZASYONU	291
GENEL TEKNİKLER	292
Piyotoraks	296
Pnömotoraks	299
Hemotoraks	305
Akciğer lobu torsiyonu	307
Diyafram rüptürü/hernisi	309

Bölüm 23**GÖĞÜS DUVARI ACİLLERİ***Ben Kaye**Çeviri: Murat Çalışkan, Kemal Cenan*

Toraks travması	317
Kaburga kırıkları	319
Yelken göğüs	322
Penetran torasik yaralanma	325

KISIM 10 • KARDİYAK VE VASKÜLER CERRAHİ ACİLLER**Bölüm 24****PERİKARDİYAL HASTALIK***Matteo Rossanese, Daniel J. Brockman**Çeviri: Kâmil Serdar İnal*

Klinik görünüm ve tanı	331
Tedavi	332
Postoperatif yönetim	334
Sonuç	335

Bölüm 25**PATENT DUKTUS ARTERİOZUS***Matteo Rossanese, Daniel J. Brockman**Çeviri: Kadir Sulu, Mehmet Sağlam*

Klinik görünüm ve tanı	337
Tedavi	339
Postoperatif yönetim	341
Sonuç	342

KISIM 11 • ORAL VE MAKSİLLOFASİYAL CERRAHİ ACİLLER

Bölüm 26

DENTOALVEOLAR ACİLLER

Ingrid Tundo, Boaz Arzi

Çeviri: Merve Bakıcı

Diş travması.....	343
Periodontal travma.....	345

Bölüm 27

MAKSİLLOFASİYAL TRAVMA VE TEMPOROMANDİBULAR EKLEM ACİLLERİ

Ingrid Tundo, Boaz Arzi

Çeviri: Mehmet Alper Çetinkaya, Gökay Yeşilovalı

Maksillofasiyal travma.....	351
Temporomandibular eklem acilleri.....	359

KISIM 12 • ORTOPEDİK ACİLLER

Bölüm 28

SEPTİK ARTRİTİS

Marie Burneko

Çeviri: Didem Özdemir, Ümit Kaya

Klinik görünüm ve tanı	365
Tedavi.....	366
Sonuç.....	367

Bölüm 29

AÇIK KIRIKLARIN YÖNETİMİ

Anna M. Massie

Çeviri: Özgür Eroğul, Ümit Kaya

Klinik görünüm ve tanı	371
Tedavi.....	373
Postoperatif yönetim	375
Sonuç.....	375

Bölüm 30

DİRSEK VE KALÇA LUKSASYONU

Anna M. Massie

Çeviri: Yiğithan Beytüzün, Ümit Kaya

Dirsek luksasyonu.....	377
Koksofemoral luksasyon	378

KISIM 13 • OFTALMİK CERRAHİ ACİLLER**Bölüm 31****GÖZ KAPAĞI LASERASYONLARI***Maria-Christine Fischer**Çeviri: Diğdem Uygur, Ümit Kaya*

Basit göz kapağı laserasyonları.....	383
Komplike göz kapağı laserasyonları	384

Bölüm 32**OKÜLER PROPTOZİS***Maria-Christine Fischer**Çeviri: Gökay Yeşilovalı, Mehmet Alper Çetinkaya*

Klinik görünüm ve tanı	387
Tedavi.....	387
Postoperatif yönetim	388
Sonuç.....	389

Bölüm 33**ENÜKLEASYON***Maria-Christine Fischer**Çeviri: Tuba Özge Yaşar*

Klinik görünüm ve tanı	391
Tedavi.....	392
Postoperatif yönetim	394
Sonuç.....	394

doğru, son kaburganın yaklaşık 2 cm kaudalinden bir deri kesisi yapılır.

5. Subkutan doku, eksternal abdominal oblik kasın fasyasından diseke edilir.
6. Eksternal abdominal oblik kas, lifleri boyunca makas veya elektrokoter ile ayrılır. Gelpi retraktörleri veya halka retraktör yerleştirilerek kas retrakte edilir.
7. İnternal abdominal oblik kas açığa çıkarılır, makas veya elektrokoter ile lifleri boyunca ayrılır ve retrakte edilir.
8. Transversus abdominis kası ortaya çıkarılır, lifleri boyunca makas veya elektrokoter ile ayrılır ve karın boşluğunu açığa çıkarmak için retrakte edilir (Şekil 3.4).
9. Kapatma için farklı katmanları tanımaya yardımcı olmak üzere kaslara tespit dikişleri yerleştirilebilir.
10. İnsizyon kenarlarının etrafına nemli laparotomi süngerleri ve bir retraktör yerleştirilir.

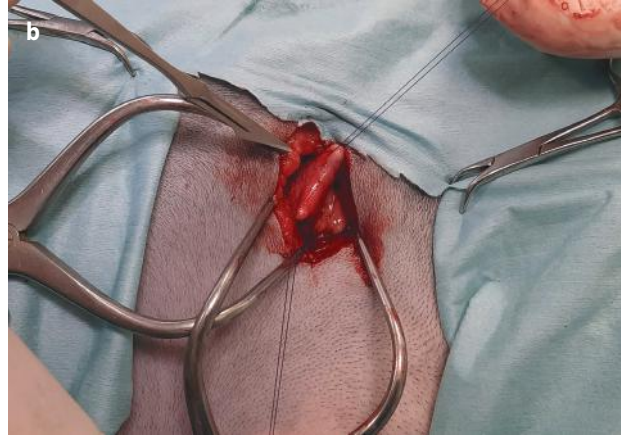
Cerrahi teknik: Baştan sona insizyon

1. Deri ve deri altı insizyonunu takiben karın duvarı kasları dorsalden ventrale doğru insize edilir..
2. Eksternal ve internal abdominal oblik kaslar aynı doğrultuda, kasların yönüne neredeyse dik ve çapraz olarak kesilir.

3. Daha sonra transversal abdominal kasın insizyonu yapılır. Yaklaşımın yerine bağlı olarak, bu son kesi kasın kaslı veya tendinöz kısmında (transversal fasya) yapılacaktır.
4. Kapatma için farklı katmanları tanımaya yardımcı olmak üzere kaslara tespit dikişleri yerleştirilebilir.
5. İnsizyon kenarlarının etrafına nemli laparotomi süngerleri ve bir ekartör yerleştirilir.

Kapatma

1. Daha önce kesilen abdominal duvarının her bir kası ayrı ayrı dikilmelidir. Emilebilir monofilament dikiş materyali (2-0/3-0 polidioksanon) ve basit sürekli dikiş kullanılmaktadır.
2. Derialtı kat emilebilir monofilament dikiş materyali kullanılarak basit sürekli dikişle kapatılır.
3. Deri daha sonra monofilament dikiş materyali kullanılarak intradermal dikişle (emilebilir dikiş materyali) veya basit ayrı ya da çapraz mattress dikişlerle (emilebilir veya emilemeyen dikiş materyali) kapatılır. Kapatma için deri zimbaları kullanılabilir.



Şekil 3.4 Rutin gastropeksi için bir köpekte sağ lateral abdominal duvarda grid yaklaşımı. Abdomen duvarı kaslarını lifleri boyunca ayırdıktan sonra, görünürlüğü iyileştirmek için iki Gelpi retraktörü yerleştirilir. (a) Karın boşluğuna girmeden önce son katman olarak peritona dikkat edin. (b) Karın boşluğu açığa çıkarılır ve mide duvarına tespit dikişleri yerleştirilir. Görseller Filippo Cinti'nin izniyle.

UNUTMAYIN

- Paraprepüsyal kaudal seliyotomi, kaudal abdomendeki yapıların araştırılmasına olanak tanıyan sınırlı bir yaklaşımdır.
- Parakostal yaklaşımlar yaygın olarak kullanılmaz; ancak bazı özel durumlar için yararlı olabilir. İnsizyonun yeri hedef organa göre belirlenmelidir.

Kısım 3 Tüp yerleştirme ve zımbalama/mühürleme cihazları

7. Forseps uçlarının üzerindeki deride 11 numaralı bisturi ile bir insizyon yapılır ve forsepsler gastrostomi tüpünün ucunu kavramak için vücut duvarından ve deriden ilerletilir.
8. Tüp ucu vücut duvarından karnın içine doğru çekilir.
9. Sol mide gövdesinin ventral tarafına, kurvatura major ve minorun ortasına tam kalınlıkta tütün kesesi dikişi (2-0 ila 0 emilebilir monofilament) yerleştirilir. Bu aşamada ip, ligatüre edilmez.
10. 11 numara bisturi kullanılarak, tütün kesesi dikişin ortasından mide lümenine doğru tüm katları geçen giriş insizyonu yapılır. Bu işlem sırasında tütün kesesi dikişinin kesilmesine dikkat edilmelidir.
11. Gastrostomi tüpü insizyondan mideye doğru ilerletilir ve tütün kesesi dikişi sıkılarak düğümlenir (Şekil 5.6). Bölgeyi daha iyi kapatmak için giriş insizyonu boyunca basit ayrı dikişler yerleştirilebilir.

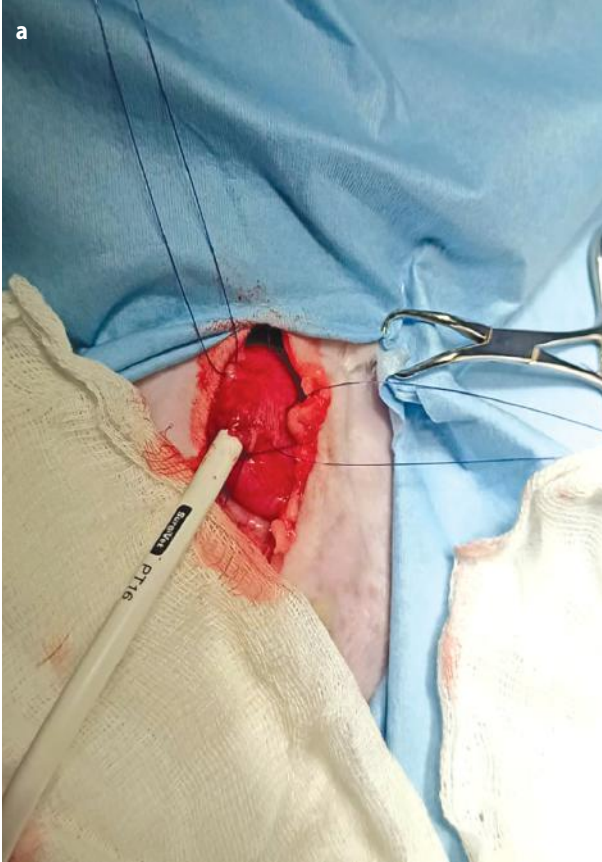
12. Kutu dikişler, stoma bölgesini kapatmak için mide ve vücut duvarları arasına önceden yerleştirilir (Bkz. "Kutu dikişler" bölümü).
13. Gastrostomi bölgesi omentelize edilir.
14. Gastrostomi tüpü Çin parmak tuzağı dikişi kullanılarak dışarıdan sabitlenir (Şekil 5.7).
15. Abdomen rutin şekilde kapatılır.
16. Hafif bir koruyucu pansuman yapılır.



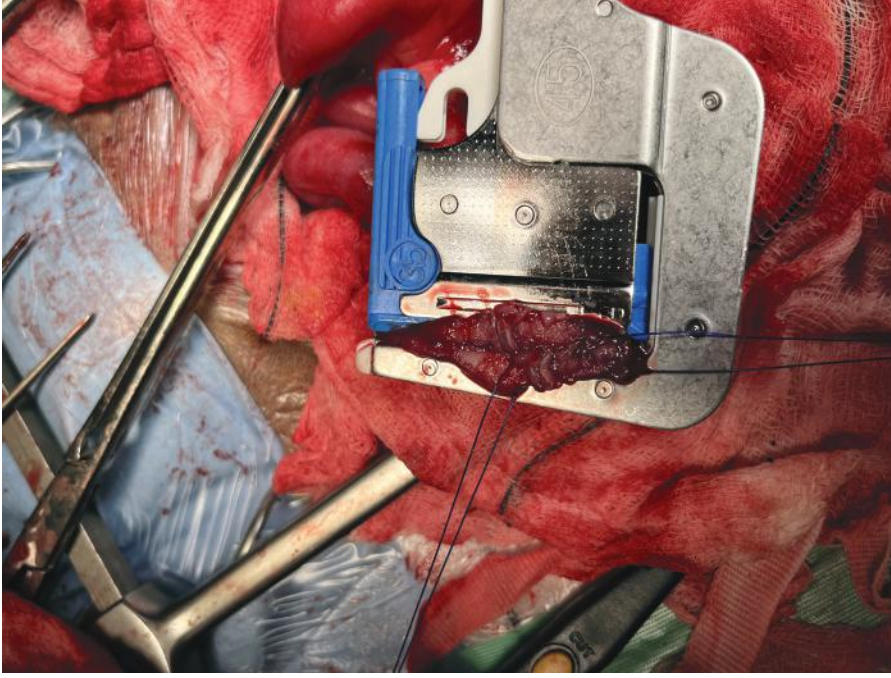
Video 5.3. Gastrik ve abdominal duvarlar arasında kutu dikişler kullanılarak sabitlenen De Pezzer (boyut 16 XL) gastrostomi tüpü yerleştirilmesi (x2 hız).

Kutu dikişler (Video 5.3)

Kutu dikişleri, vücut duvarı ile ilişkili doku (örn. mide, idrar kesesi) arasındaki stoma bölgesini kapatmak amacıyla kullanılır. Her biri bir karenin bir kenarını oluşturacak şekilde yönlendirilmiş dört yatay matris dikişinden oluşur.



Şekil 5.6 (a) Kraniyal orta hat seliyotomisi ve mide gövdesinin ventral yüzüne tespit dikişlerinin yerleştirilmesinden sonra gastrostomi tüpü giriş insizyonundan mideye ilerletilir ve tütün kesesi ağzı dikişi sıkılaştırılarak düğümlenir. Bu durumda gastrostomi tüpünün karın duvarından ilerletilmeden önce mideye yerleştirildiğine dikkat edin. (b) Gastrostomi tüpü Çin parmak tuzağı dikişiyle dışarıdan sabitlenir. Bu örnekte tüpün bir flanşla da sabitlendiğine dikkat ediniz. Görseller Filippo Cinti'nin izniyle.



Şekil 6.4 Mavi kartuşlu torakoabdominal zimba kullanılarak uç uca fonksiyonel bağırsak anastomozunu tamamlamak için enine zimba hattı yerleştirilir.

2. Çıkarılacak doku izole edildikten sonra, cihazın açık ucu doku tabanının etrafından geçirilir. Sadece istenen doku cihazın içine dahil edilmelidir.
3. Tutma pimi, tetik düğmesinin manuel olarak ilerletilmesiyle çalışır.
4. Sap bir kez sıkılarak doku sıkıştırılır. Bu aşamada zimbalar yerleştirilmez. Anestezi parametreleri ve çevre doku, istenmeyen sonuçlara karşı kontrol edilmelidir. Bu adım tersine çevrilebilir, bu nedenle cihaz gerektiğinde değiştirilebilir.
5. Sap ikinci kez sıkılır; sapın tamamen önceki konumuna dönmemesi, zimbaların yerleştirildiğini doğrular (Şekil 6.4).
6. Zimba hattının distalindeki dokuyu rezeke etmek için 11 numaralı bistüri ucu kullanılır. Bistüri ucunu yönlendirmek ve yakındaki dokuları korumak için altlık üzerinde bir kesme kılavuzu bulunur.
7. Kanama durumunda kullanılmak üzere vasküler klempler hazırlanır ve cihaz çıkarılır.
8. Ameliyat bölgesi kanama ve/veya hava kaçağı açısından kontrol edilir ve gerekirse tedavi edilir.

Gastrointestinal anastomoz zimbaları

GIA zimbaları, iki "bacaklı" bir sap oluşturmak üzere birbirine kilitlenen iki yarımdan oluşur (Şekil 6.5). TA zimbaların aksine, eklenmiş bir kesme aygıtına sahiptir. B şeklinde aşamalı dört sıra titanyum zimba yerleştirilir ve cihaz aynı anda ikinci ve üçüncü zimba sıraları arasından keser. GIA zimbalar, çoğunlukla gastrektomi veya fonksiyonel uç uca zimbali anas-

tomoz gibi gastrointestinal cerrahide kullanılır. Ancak, kalp, akciğer, hepatobiliyer veya genital cerrahi için de kullanılmıştır. Ayrıca özel endoskopik zimba aleti de vardır.



Şekil 6.5 Kartuşsuz gastrointestinal anastomoz zimbası. Birbirine kilitlenen iki ayrı yarıya dikkat edin. Görsel Matteo Rossanese'nin izniyle.



Şekil 8.4 Ev yanığına bağlı oluşan yanık yarası. Yaranın üzerindeki dokunun koyu, kösele görünümüne dikkat edin. Görsel Brittany Abrams'ın izniyle

olarak oksijen iletiminin engellenmesi nedeniyle diğer sistemlerde de bir dizi yanıt tetikleyebilir. Beklenen klinik bulgular arasında taşipne, hipotermi ve taşikardi yer alır. Akciğerlerdeki patofizyolojik değişiklikler örneğin pulmoner vasküler geçirgenliğin artması nedeniyle oluşan pulmoner ödem radyografik olarak görülebilirken, karbon monoksit varlığının gizlice zarar veren derin etkileri olabileceğini belirtmek önemlidir. Karbon monoksit, oksijenin genel olarak bağlandığı aynı noktada hemoglobine bağlanarak oksijenin yerini alır ve kanın oksijen taşıma kapasitesini azaltır.^{15,16} Aslında, karbon monoksit hemoglobine oksijenden yaklaşık 250 kat daha fazla afinite ile bağlanır ve oksijen ayrışma eğrisinin sola kaymasına neden olur.^{15,16} Karbon monoksit zehirlenmesi durumunda kandaki oksijen içeriğinde önemli bir azalma olmasına rağmen, kandaki kısmi oksijen basıncı normal kalabilir ve örneğin hipoksinin klinik belirtilerinden olan siyanoz görülmeyebilir.¹⁶ Buna ek olarak, oksijenin kısmi basıncında değişiklik olmaması, gelişen hipoksiye rağmen ventilasyonu artıracak uyarının eksikliğine neden olur.¹⁵ Bu teori, veteriner literatüründe solunum hızı ile karboksihemoglobin konsantrasyonları arasında bir ilişkinin olmasıyla desteklenmiştir.^{15,17,18} Solunum yollarındaki termal

hasar ve dumanda bulunan toksik maddelere bağlı oluşan mekanik tahriş de solunum hızında değişikliğe neden olabilir. Küçük hayvan literatüründe yayınlanmış çok az referans aralığı olmasına rağmen, karbon monoksit zehirlenmesi endişesi varsa karboksihemoglobin ölçülebilir. Karbon monoksit zehirlenmesi ayrıca parezi, mental durumda değişiklikler ve nöbetler dahil olmak üzere nörolojik anormallikler gibi diğer klinik belirtilerle de sonuçlanabilir.

Diğer sistemler

Yanık yaralanması olan bir hastada gözlemlenebilecek diğer klinik belirtiler çeşitli vücut sistemleri ile ilişkili olabilir. Kornea ülserleri, termal veya kimyasal yanıklar sonucu oluşabilir. Dehidrasyon ve hipovolemi, yanık yüzeyinden sıvının buharlaşması ve vasküler geçirgenliğin artmasına bağlı olarak vasküler alandan interstisyel alana sıvı geçişi sonucu ortaya çıkabilir.¹¹ Ciddi yanıklar sistemik bir inflamatuvar yanıtı tetikleyerek miyokardiyal hasara, gastrointestinal translokasyona ve akut böbrek hasarına yol açabilir.^{5,7,11,14} Yanık yarası durumunda hastanın tüm vücudunu kapsamlı bir şekilde değerlendirmek ve bazı klinik belirtilerin gecikmeli olarak ortaya çıkabileceğinin farkında olmak önemlidir.

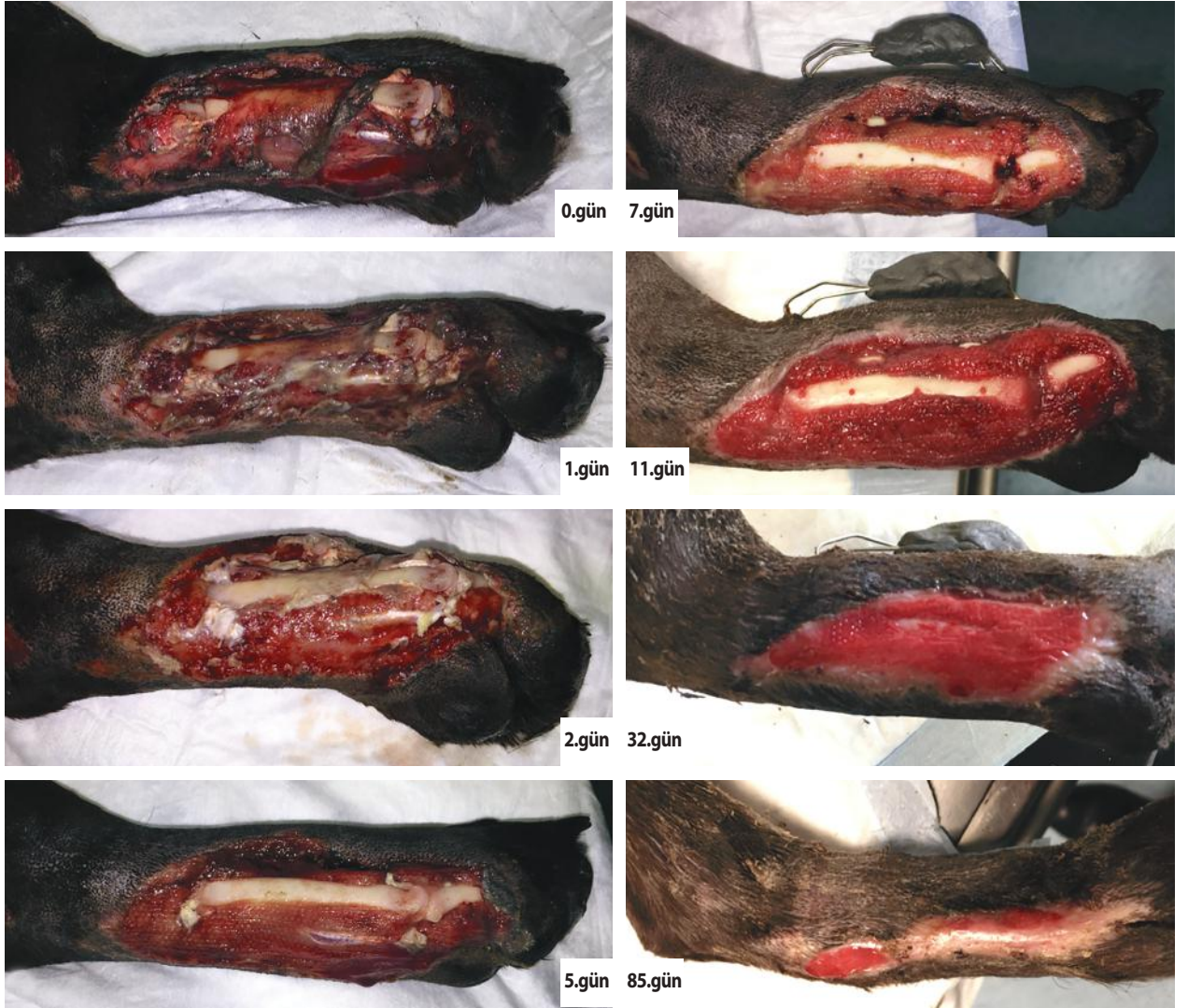
Tedavi

Yanık yaralarının tedavisi medikal ve cerrahi olarak ikiye ayrılabilir. Medikal tedavi; ilk topikal yara tedavisini, antimikrobiyal tedaviyi, analjezikleri, metabolik durumun değişmesi ve dehidrasyon gibi yanık yaralarının cerrahi olmayan sonuçlarının yönetimini kapsar. Cerrahi tedavi, başlangıçta debridman ve yara bakımının yanı sıra yaranın kapanmasını sağlamak için hem basit hem de ileri yöntemleri içerir.

Medikal tedavi

Acil yara bakımı

Akut ortamda, yanık hastalarının ilk medikal tedavisi yanık yaralarının soğutulması ve sıvı resüsitasyonundan oluşmalıdır. Daha önce hem yanık yaraları hem de sıcak çarpması için önerilen buzlu su, hipotermi riski⁷ ve iyileşme aşamasına çok faydası¹⁹ olmadığından günümüzdeki görüşe göre endike değildir. Güncel yaklaşım, yanık yarasının üzerine soğuk akan su kullanılmasıdır. Optimum sıcaklık 20 dakika boyunca yaklaşık 15°C'dir; bu uygulama, yalnızca başlangıç sıcaklığına daha hızlı dönüş sağlamakla kalmaz, aynı zamanda doku yangısında azalma ve yara izinin kozmetik görünümünde de iyileşme sağlar.¹⁹ Ayrıca soğuk akan su, yanık hastalarında ağrı yönetiminde çok önemli olan analjeziyi de sağlayabilir.²⁰



Şekil 10.7 Metatarsal kırıklar ve distal sürtünme yaralanması eksternal iskelet fiksasyonu, debridman, kemik delinmesi ve günlük yara ilaçları ile tedavi edildi. Yara ikincil olarak iyileşti. Görseller Andrea Pratesi'nin izniyle.

Sonuç

Distal ekstremitte sürtünme yaralanmalarına sahip köpekler üzerinde yapılan en büyük vaka serisinde, iyileşme süresinin 2 ile 9 hafta arasında değiştiği ve köpek başına ortalama 1,7 anestezi ve cerrahi işlem uygulandığı bildirilmiştir. Aynı

çalışmada, hastaneden taburcu edildikten sonra yapılan ortalama kontrol sayısı köpek başına 5,5 olarak kaydedilmiştir. Vakaların %91'inde sonuçlar mükemmel ile iyi arasında değerlendirilmiş ve çoğu hayvanın klinik olarak normal olduğu veya yaraları iyileştikten sonra küçük fonksiyonel anormallikler gösterdiği bildirilmiştir.⁵

UNUTMAYIN

- Yara enfeksiyonunu tedavi edin ve mümkün olan en kısa sürede ölü dokuları temizleyin.
- Enfeksiyon durumunda primer yara kapatmasından kaçının.
- Kapsamlı çoklu sistem değerlendirmesi zorunludur.
- Prognoz yumuşak doku kaybının boyutuna, eklem instabilitesine ve kemik kırıklarının varlığına bağlıdır ve yara iyileşmesi sürecinde değişkenlik gösterebilir.

Kısım 5 Gastrointestinal cerrahi aciller

2. Mide, anatomik pozisyonunu değerlendirmek için sağ abdominal duvara manuel olarak yaklaştırılır.
3. Cerrahin tercihinine bağlı olarak, uygun bir bölgede sağ abdominal duvarda periton ve transversus abdominis kasını kapsayan ikinci bir insizyon oluşturulur. Bu insizyon, pnömotoraks önlemek için son kostanın 2–4 cm kaudalinde tutulur. Uygun dorsal pozisyonunda insizyonu kolaylaştırmak için abdominal duvar, örtü klempleri veya Allis doku pensler ile kaldırılabilir.
4. İnsizyonlar, 2-0 veya 0 emilebilir ya da emilmeyen monofilament ip ile iki sürekli dikiş hattı kullanılarak yaklaştırılır. Görüşü kolaylaştırmak için dorsal dikiş hattı önce kapatılır (Şekil 11.60).

Belt-Loop gastropexi^{43,44,46}

1. Antrum bölgesinde, 3 cm aralıkla paralel olarak 4 cm uzunluğunda iki insizyon yapılır ve bu insizyonlar en kraniyal uçlarında birleştirilerek seromüsküler bir flep oluşturulur.
2. Flep, alttaki mukoza tabakasından ayrılır.
3. Periton ve transversus abdominis kası boyunca abdominal duvarda, 3 cm aralıkla 5 cm uzunluğunda iki insizyon yapılır.
4. Bu insizyonlar arasında bir tünel oluşturmak için aradaki doku ayrılır.
5. Flep'in serbest ucuna bir tespit dikişleri yerleştirilir ve flep tünel boyunca geçirilir.

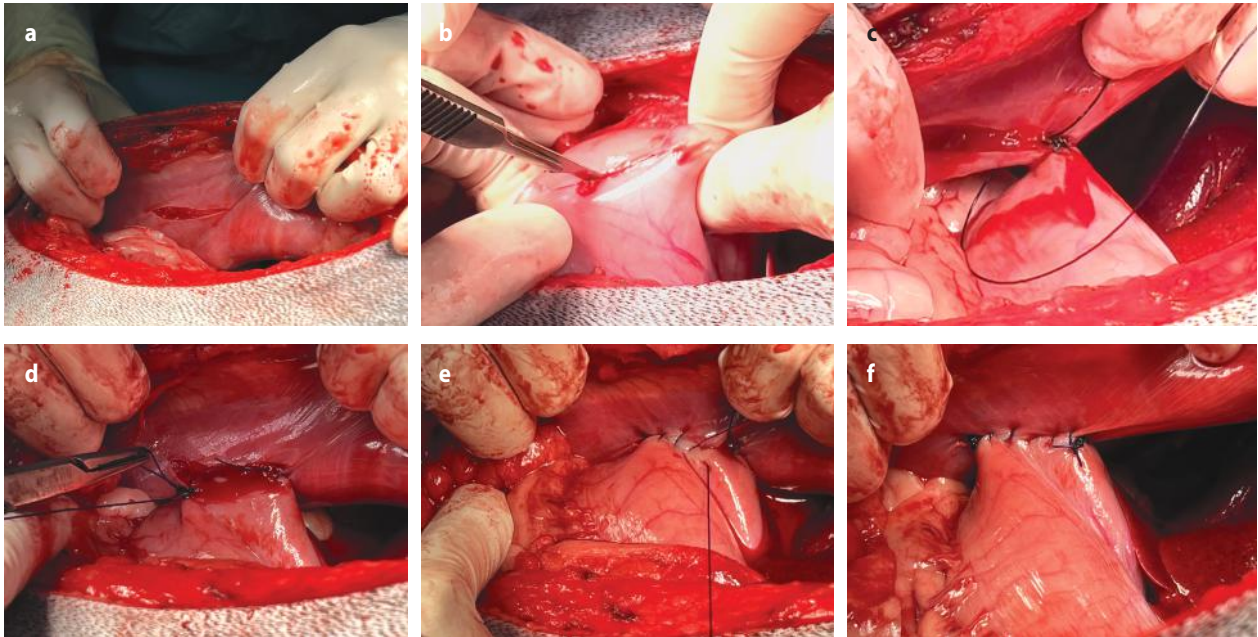
6. Flep, 2-0 veya 3-0 monofilament ip kullanılarak, basit ayrı veya sürekli teknikle, kaldırıldığı bölgeye tekrar dikişli.

Modifiye belt-loop gastropexi (Şekil 11.61; Video 11.29)⁴⁷

1. Sağ abdominal duvarda, periton ve transversus abdominis kası boyunca 4–5 cm uzunluğunda ve 2 cm aralıkla iki paralel insizyon yapılır. Bu insizyonlar, kostal arkın 2 cm kaudalinde ve linea alba'dan 5 cm uzakta yer almalıdır. İnsizyonlar, ventrodorsal ve kraniyokaudal yönde oblik olarak yerleştirilmelidir.
2. Bu insizyonlar arasında bir tünel oluşturmak için aradaki doku ayrılır.
3. Allis doku pensleri, tünel boyunca kaudalden kraniyale doğru geçirilerek antruma ait duvarın seromüsküler katmanı tutulur.
4. Penslerle birlikte katman, tünelden geri çekilir ve katman, midneyi çevreleyen kurvatura majör ile abdominal duvarın insize edilen kenarına, 0 veya 2-0 emilmeyen



Video 11.29. Modifiye belt-loop gastropexi. Video Luca Formaggini izniyle.



Şekil 11.60 İnsizyonel Gastropexi. (a) Sağ abdominal duvarda, son kostanın 2–3 cm kaudalinde 4–5 cm uzunluğunda bir insizyon oluşturulması. (b) Pilorik antrumda seromüsküler bir insizyon oluşturulması. (c–f) İnsizyonların, emilebilir veya emilmeyen iplik kullanılarak iki sürekli dikiş hattıyla yaklaştırılması.

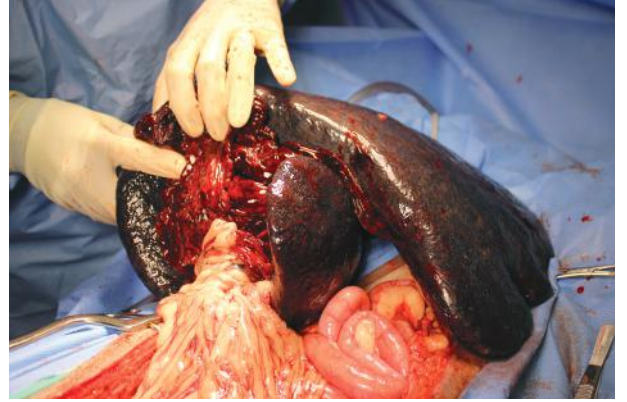
Tedavi

Hasta operasyondan önce stabilize edilmelidir; intravenöz sıvı tedavisinde, analjezi ve ilk muayene sırasında şok belirtilerinin farkedilmesi gibi durumlarda destekleyici tedavi vakit kaybetmeden başlatılmalıdır. Cerrahi müdahale, hasta yeterince stabil hale gelir gelmez yapılmalıdır.

Önerilen tedavi destekleyici bakım, eksploratif laparotomi ve derotasyon olmaksızın splenektomi içerir.^{1,10,12,13} Spontan reduksiyon ve cerrahi olmaksızın dalak derotasyonları başarıyla bildirilmiş olsa da cerrahi tedavi sırasında derotasyon yapılmamalıdır.^{10,13} Bu, trombüsün ve hücresel yıkım ürünlerinin (örn. serbest radikaller, tümör nekroz faktörü ve vazoaktif bileşikler) damar içine salınmasına yol açarak reperfüzyon hasarına neden olabilir.⁹ Kronik dalak torsiyonu olan hastalarda vasküler pedikül, omentum ve ince bağırsak arasında yapışıklıklar gelişebilir.⁹ Hasta stabilse, gastrik dilatasyon ve volvulus gelişme riski nedeniyle profilaksi amacıyla sağ taraflı gastropeksi yapılmalıdır.^{1,5}

Cerrahi teknik

1. Median hat seliyotomi yaklaşımı yapılır (bkz. Bölüm 3).
2. Bükülmüş pedikül yapıların tanımlanmasını kolaylaştırmak için dalak dışarı çıkarılır (Şekil 12.3 ve 12.4; Video 12.2). Dalağın torsiyonunu düzeltmek için hiçbir girişimde bulunulmamalıdır.
3. Splenektomi, bükülmüş dokunun proksimalinde manuel ligasyon veya damar mühürleme cihazları kullanılarak gerçekleştirilir (Şekil 12.5).

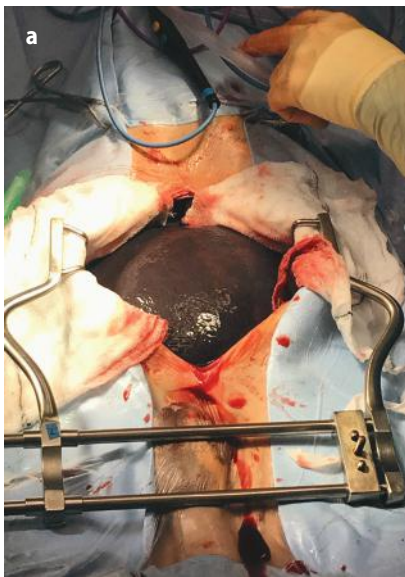


Şekil 12.3 Danua ırkı bir köpekte katlanmış C şeklinde dalak. Diseksiyon yapılacak alanı gösteren omentumun rengindeki akut değişime dikkat edin.

4. Güvenliyse, splenik damarların ayırt edilmesine olanak tanıyacak şekilde ligasyon alanı omentum ve mezenterden kademeli olarak serbestleştirilir.
5. Diseksiyon sırasında karşılaşılan her damar ayrı ayrı ligatüre edilmelidir veya kapatılmalıdır.



Video 12.2. Üç yaşlı bir Amerikan Bulldog' da dalak torsiyonu. Dalak dışarı alınmış ve bükülmüş pedikül görülmüştür. Dalağın belirgin büyümesine ve konjesyonuna dikkat edin. Video Matteo Rossanese'nin izniyle.



Şekil 12.4 Üç yaşlı bir Amerikan Bulldog' da dalak torsiyonu. (a) Median hat seliyotomisinden sonra belirgin şekilde büyümüş dalak görülebilir. (b) Bükülmüş fibrovasküler pedikül yapı. (c) Splenektomi sonrası C şeklinde dalak. Görseller Matteo Rossanese'nin izniyle.

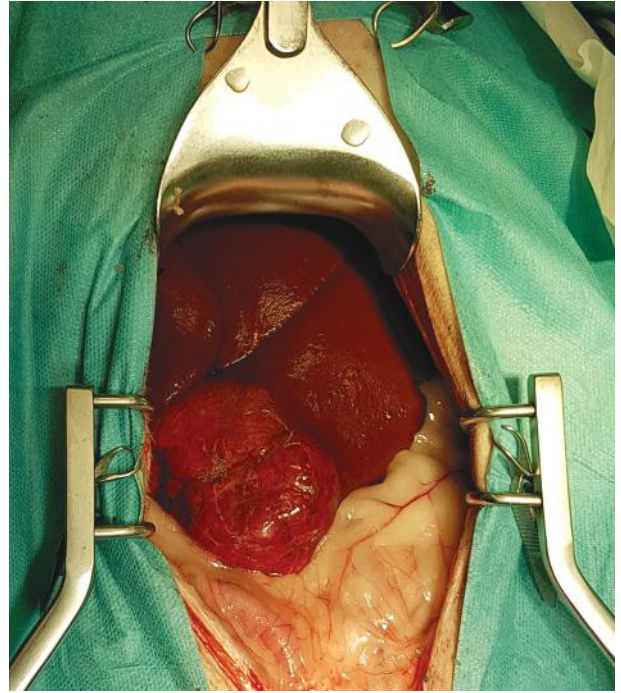
bölümde %20 ve sağ bölümde %12 oranında vaka bildirilmiştir.³⁷ Kedilerde primer nonhematopoietik malign karaciğer tümörleri üzerine yapılan çok merkezli retrospektif bir çalışma, kedilerde intrahepatik tümörlerin çoğunun sol taraflı olduğunu (%54,2) ve sol mediyal lobun birincil olarak etkilendiğini (%25) göstermiştir.³⁸ Safra kanalı adenokarsinomları, adenomlardan daha yaygındır ve vakaların %66-88'inde lokal lenf düğümlerine, akciğerlere, karın organlarına ve kemiklere metastaz yaparlar.^{32,39} Genel olarak, safra kanalı tümörleri kedilerde daha yaygındır ve safra kist adenomları en yaygın olanıdır.^{40,41}

Nöroendokrin tümörler olarak sınıflandırılan karsinoidler çoğunlukla yayılmıştır, safra kesesini tutar ve lenf düğümlerine,^{33,34,42,43} akciğerlere, bağırsaklara ve periton boşluğuna metastaz yapar. Son olarak, hepatik sarkomlar genellikle hemangiosarkom, leiomyosarkom, fibrosarkom, osteosarkom, malign mezenkimom ve kondrosarkom dahil olmak üzere başka bir yerdeki birincil tümörden kaynaklanan metastazlardır.⁴⁴⁻⁴⁸

Klinik görünüm ve tanı

Hastaların %28-71'inde kilo kaybı, iştahsızlık, kusma ve poliüri/polidipsi gibi spesifik olmayan klinik belirtiler tanımlanmıştır.^{32,35-37,39,49} Karaciğer karsinomu olan köpeklerin yaklaşık yarısında karın palpasyonu ile kitle tespit edilebilir.³⁷ Köpeklerde yapılan retrospektif bir çalışmada hastaların %54'ünde anemi mevcutken, %31'inde mikrositoz ve %27'sinde lökositoz belirlenmiştir. Trombositoz vakaların %46'sında gözlenmiştir. Serum biyokimyasal bulguları arasında alkalen fosfataz (%95), alanin aminotransferaz (%88), aspartat aminotransferaz (%66), gama-glutamil transferaz (%54) ve kolesterol (%31) konsantrasyonlarının yükseldiği görüldü. Daha tesadüfi bulgular toplam protein (%5), albümin (%7) ve glikoz seviyelerinin azalmasıdır. Pıhtılaşma profilleri vakaların yaklaşık %20'sinde anormallikler göstermiştir.³⁷

Karaciğer tümörü olan çoğu hayvan, tümör nekroz veya dış travma nedeniyle kanamaya başlamadığı sürece acil vaka olarak sunulmaz. Tanı en iyi şekilde dağınık, nodüler veya tek masif neoplazmalar arasında ayırım yapılmasını sağlayan abdominal ultrasonografi ile konur.³¹ Kontrastlı ultrason kötü huylu ve iyi huylu kitleler arasında ayırım yapmada güvenilir değildir.⁵⁰ Operasyon öncesinde, histolojik tanı ultrason kılavuzluğunda ince iğne aspirasyonu veya çoklu çekirdek biyopsileri ile doğrulanabilir.⁵¹⁻⁵³ Ancak, tek başına masif bir neoplazma tamamen çıkarılabilir ve genellikle hepatosit karsinomu içerdiğinden operasyondan sonra histopatolojik olarak sınıflandırılabilir (Şekil 14.5). Mevcut literatüre göre, operasyon öncesi planlama, toraks ve karın bölgesinin metastazlar ve lenfadenopati açısından değerlendirilmesi için çok fazlı multiplanar BT taraması önerilir.³¹



Şekil 14.5 Karaciğer lobektomisinden önce 12 yaşında melez bir dişinin sol lateral karaciğer lobunda hepatosellüler karsinom.

Tedavi

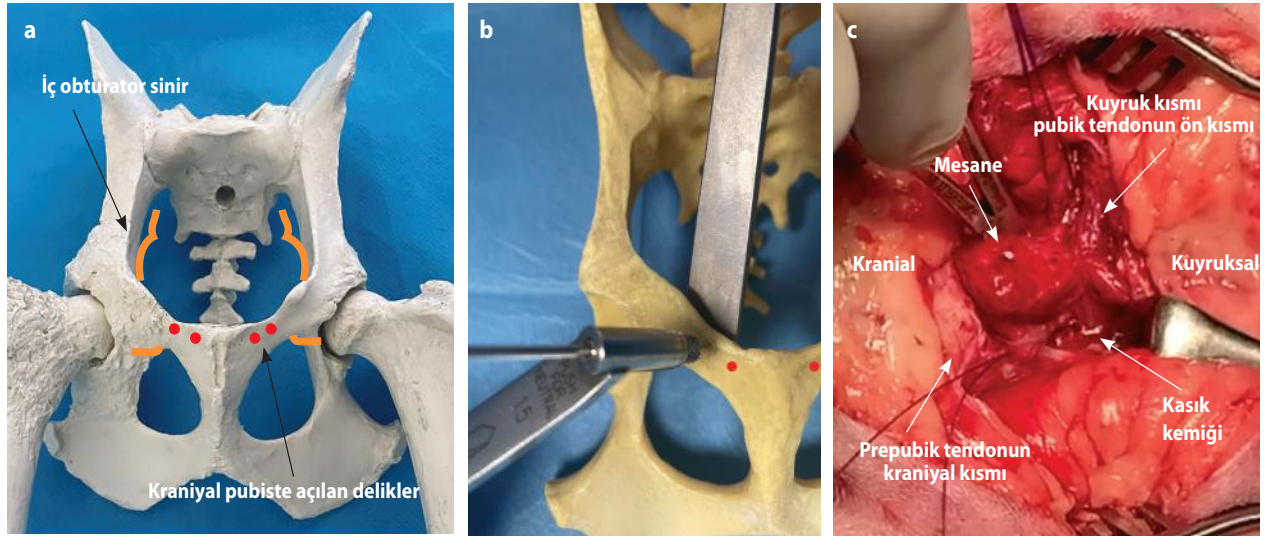
Tümörün türüne bağlı olarak, etkilenen karaciğer lobunun/loblarının cerrahi rezeksiyonu tercih edilen tedavidir ve titiz diseksiyon teknikleri, belirgin operasyon edilemez kitleleri başarılı eksizyona uygun hale getirebilir.³⁷ Tümörün vena kava basısının hipotansiyona yol açabileceğinin dikkate alınması önemlidir. Hipotansiyon için anestezik preparatlara ek olarak, anormal pıhtılaşmanın varlığında taze dondurulmuş plazmanın operasyondan önce uygulanması ve ciddi intraoperatif kanama durumunda kan ürünlerinin kolayca bulunabilmesi çok önemlidir.³¹

Cerrahi teknik: Karaciğer lobektomisi

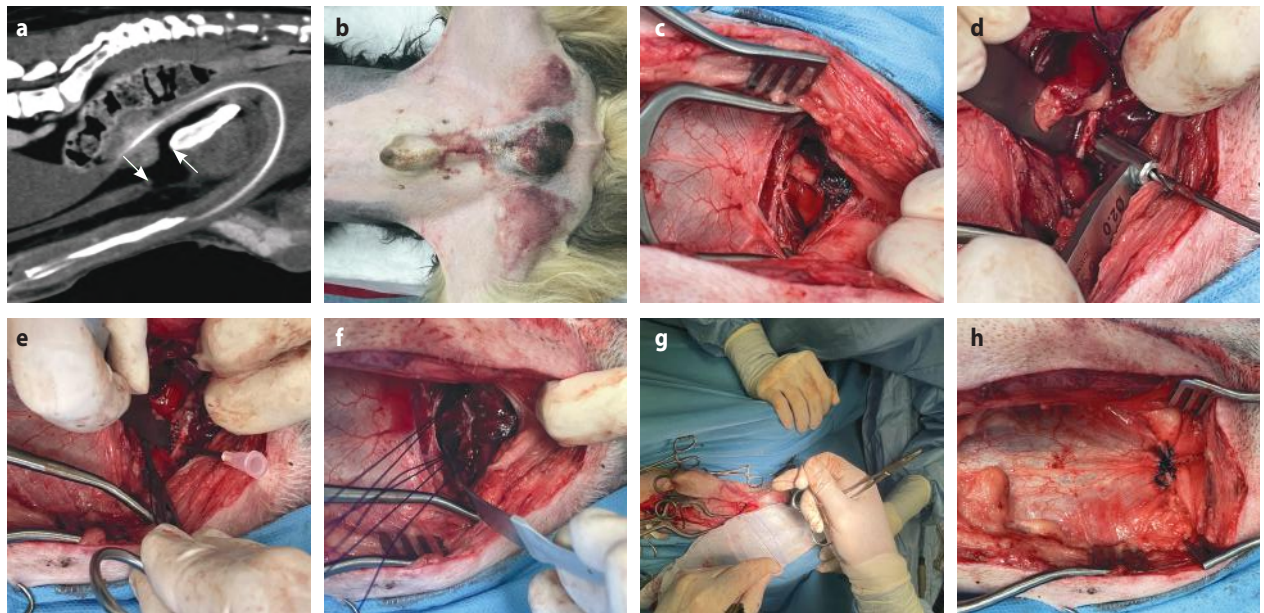
Cerrahi anatomiği hatırlatmak gerekirse, karaciğer üç bölüme ayrılmıştır:

- Sağ bölüm: Sağ mediyal lob ve kaudat lobun kaudat uzantısı, sağ portal dal ve sağ hepatik ven tarafından beslenir ve boşaltılır.
- Merkezi bölüm: Sağ mediyal ve kare loblar ve kaudat lobun papiller uzantısı. Safra kesesi tümörü olan köpeklerde, merkezi bölüm lobektomi ve kolesistektomi kombinasyonu gerekebilir (Şekil 14.8).
- Sol bölüm: Sol mediyal ve sol lateral loblara cerrahi yaklaşım şu şekilde tanımlanır.

1. Bölüm 3'te açıklandığı gibi orta hat seliotomisi yapılır.



Şekil 15.20 Prepubik tendon onarımı. Kranial pubise delikler açılır ve bu deliklerden kopan tendoyu sabitlemek için tendodan kemiğe dikişler geçirilir. (a,b) Model. (c) Ameliyat sırasındaki görünüm.



Şekil 15.21 (a) Araç travması sonrası travmatik prepubik tendo kopması (oklar) olan 8 yaşında bir köpeğin bilgisayarlı tomografi görüntüsü. (b) Kaudal karın hematomu. (c) Paraprostatik yağ fıtıklaşması. (d-f) Kranial pubise açılan deliklerle prepubik tendon onarımı, bu deliklerden kopan tendonu kemiğe sabitlemek için dikişler geçirilecektir. (g) Arka bacaklar fleksiyonda ve mediyokranial olarak çekildiğinde modifiye dorsal uzanma. Bu, gövde ventrofleksiyonunu oluşturur ve defektin boyutunu küçültür, sonuçta onarım sırasında gerginliğin azalmasına neden olur. (h) Prepubik tendo onarımını tamamlamak için birden fazla dikiş eklenir. Görsel a (BT taraması) Michelangelo Benvenuti'nin izniyle.

rak artırılmasını gerektirir; Ayrıca bu uygulama kranial (veya gerekirse tüm) sartorius kas flebi ile de sağlanabilir.⁵⁰

- Lateral abdominal fıtıklar: Karın duvarı incelenir ve fıtık halkası debride edilir. Kapatma, 2-0 veya 3-0 emilebilir monofilament materyal ile basit ayrı dikişler kullanılarak sağlanır (Şekil 15.22). Büyük karın

duvarı defektlerinin onarımını farklı teknikler kullanılarak gerçekleştirilebilir.^{1,7,14-21}

- Kranial veya tüm sartorius kas flebi
- Eksternal oblik miyofasial flep
- İnternal oblik kas flebi
- Rektus abdominus flebi
- Latissimus dorsi flebi



Video 19.1. İdrar kesesi taşı olan 8 yaşlı kısırlaştırılmış erkek köpekte sistotomi. Video Silvia Gatta'nın izniyle.

manipülasyonu sırasında ürolitlerin üretraya migrasyonunu önlemek için bir idrar kateteri yerleştirilir.

3. Bir tespit dikişi idrar kesesinin apeksine yerleştirilir ve mümkünse avasküler bir bölgede ventral orta hat idrar kesesi insizyonu yapılır. Cerrahi alanın daha iyi görülmesine yardımcı olmak için idrar kesesi insizyonu bölgesinin her iki tarafına da tespit dikişleri yerleştirilebilir
4. Ürolitler, idrar kesesi kaşığı ile çıkarılır ve üretrada kalan ürolitleri yerinden oynatarak temizlemek için retrograd yıkama işlemi uygulanır. Mümkünse, kapatmadan önce tüm ürolitlerin çıkarıldığından emin olmak için idrar kesesinden başlayarak normograd şekilde esnek bir endoskop geçirilebilir.
5. Gerekirse, insizyon kenarından tam kat bir doku parçası makasla çıkarılabilir ve kültür ile histolojik inceleme için gönderilebilir.
6. Sistotomi insizyonu, 3-0 veya 4-0 polidioksanon gibi emilebilir monofilament dikiş materyaliyle basit aralıklı veya basit sürekli dikiş yöntemiyle kapatılabilir. Her bir dikiş atımında submukoza tabakası dahil edilmelidir.

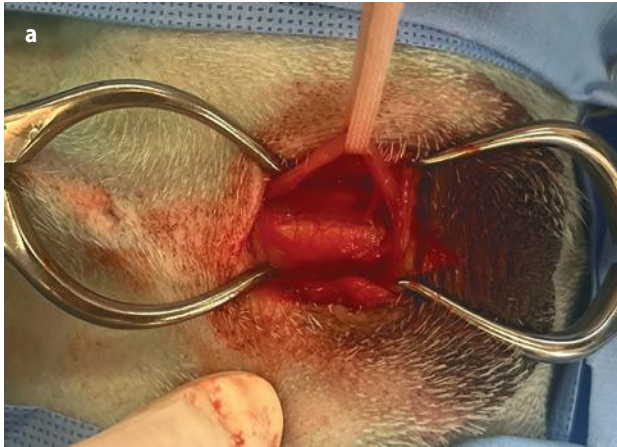
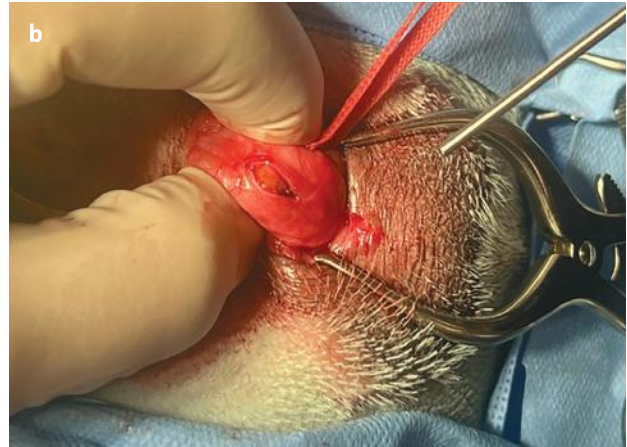
7. İdrar kesesi ve üretradan tüm ürolitlerin çıkarıldığından emin olmak için operasyon sonrası ekstübasyon- dan önce abdominal/pelvik radyografiler çekilebilir.
8. Ürolitler analiz için gönderilebilir. Bazı durumlarda, bir taş ronjurla açılarak merkezinden bir kültür örneği alınabilir.

Cerrahi teknik: Üretrotomi

Üretrotomi, köpeklerde hidropropülsiyon aracılığıyla idrar kesesine başarılı bir şekilde itilemeyen (<3) obstrüktif, sabit ürolitler için endikedir. En yaygın olarak os penisin kaudalinde, skrotal öncesi bir konumda gerçekleştirilir; ancak obstrüksiyon seviyesine bağlı olarak, teknik perineal prepubik veya glans penis konumunda da uygulanabilir.

Preskrotal üretrotomi (Şekil 19.10)

1. Hasta, pelvik ekstremiteleri ekstansiyonda ve abduksiyona getirilmiş şekilde dorsal yatışta pozisyonlandırılır. Üretranın ve tıkanıklığın yerinin belirlenmesini kolaylaştırmak için retrograd üretral kateterizasyon yapılır.
2. Orta hatta, os penis'in kaudalinde ve skrotumun kranialinde 2-3 cm uzunluğunda bir deri insizyonu yapılır. Subkutan doku diseksiyonunun ardından, retraktör penis kası belirlenir, izole edilir ve laterale doğru retrakte edilir.



Şekil 19.10 Os penisin kaudalinde preskrotal yerleşimli tek bir üretroliti olan 4 yaşlı kastre edilmiş erkek Fransız Bulldog'da preskrotal üretrotomi. (a) Subkutan doku diseksiyonundan sonra retraktör penis kasının belirlenmesi, izolasyonu ve lateral retraksiyonu. (b) Taşın çıkarılması için obstrüktif ürolit üzerinde longitudinal insizyon. (c) Üretrotomi insizyonunun 4-0 polidioksanon monofilament ile basit aralıklı bir şekilde kapatılması.



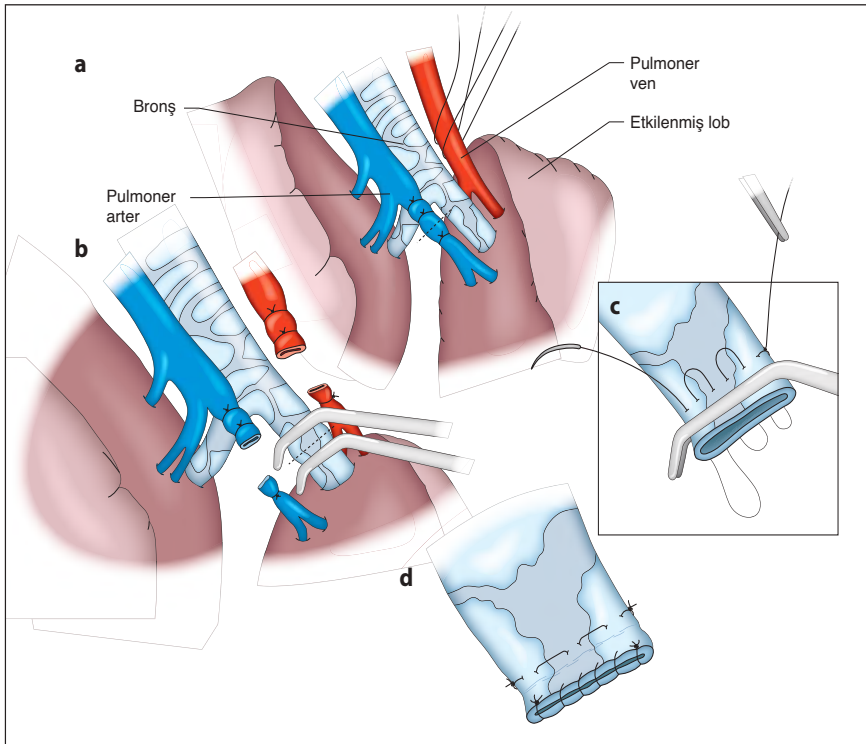
Video 22.6. Akciğer lobu torsiyonu olan bir hastada TA 30V zimbalar kullanılarak sağ orta lobun total akciğer lobektomisi.



Şekil 22.5 Pulmoner neoplazisi olan bir kedide Endo GIA (45 mm uzunluk, mor kartuş) kullanılarak yapılan total akciğer lob lobektomisi. Görsel Filippo Cinti'nin izniyle.

3. Kaudal akciğer loblarını izole etmek için, hilus plevrasının kaudal kenarından mediastinal plevraya uzanan pulmoner ligament transekte edilir. Bu işlem Metzenbaum makası veya bir diatermi cihazı kullanılarak gerçekleştirilebilir.
4. Pulmoner damarlar ile lobar bronşlar tanımlanır ve izole edilir.
5. Total akciğer lobektomisi için iki farklı teknik kullanılabilir:

- Zımbalama tekniği (Şekil 22.5):
 - a. Otomatik bir zımbalama cihazı (TA V3 beyaz kartuş, TA 30 mavi kartuş veya Endo GIA 45/60 mm mor orta/kalın) hilus veya pedikül boyunca yerleştirilir.
 - b. Cihaz buna göre kullanılır (bkz. Bölüm 6).
 - c. Akciğer lobu, Metzenbaum makası veya 11 numara bisturi ile zimbalar distalinden transekte edilir.
- Dikiş ligasyon tekniği (Şekil 22.6):
 - a. Pulmoner arter künt diseksiyonla izole edilir ve 3-0 veya 4-0 emilebilir veya emilemeyen monofilament dikiş materyali kullanılarak üçlü bağlanır (ikisi proksimalde ve distalde çevreleyen ve biri ortada transfikse eden). Arter daha sonra iki distal dikiş arasından transekte edilir (transfiksasyon ve çevreleyen).
 - b. Pulmoner ven (bronşun kaudalinde) künt olarak diseke edilir ve 3-0 veya 4-0 emilebilir veya



Şekil 22.6 Dikiş ligasyon tekniği kullanılarak yapılan total akciğer lobektomisinin şematik gösterimi. (a) Pulmoner arter ve vene çevreleyen ligatürler (iki proksimal ve bir distal) yerleştirilir. (b) Pulmoner arter ve ven transekte edilir ve ana bronş iki ezici olmayan forseps ile çapraz klemplenir. (c) Ana bronş transekte edilir ve ayrı horizontal matris dikişleriyle kapatılır. (d) Bronşun distal kenarında dikilir.

6. Kanamayı azaltmak için göz küresine tendinöz noktadan, ekstraoküler kaslar kesilir ("Transkonjonktival enükleasyonun" 5. adımına bakın).
7. Göz küresinin arkasındaki retraktör bulbi kası da kesilir.
8. Optik sinir ve göz küresinin ventromedial yönündeki uzun posteriyör siliyer arterler ve venler makasla keskin bir şekilde kesilir. Göz küresini çekmekten kaçınmak için dikkat edilmelidir. Sinir ve damarların hemostatlarla veya dikişle bağlanmasıyla klemlenmesi gerekli değildir ve hatta bazı durumlarda kontrendikedir.
9. Göz kapaklarıyla birlikte göz küresi artık orbitadan çıkarılabilir. Üçüncü göz kapağı ve aksesuar bezin konjonktival kesenin içinde olup olmadığı kontrol edilmelidir.
10. Hemostaz, yaranın kapatılması ve isteğe bağlı basınç svapları, transkonjonktival enükleasyondaki ile aynıdır (yukarıya bakın).

Postoperatif yönetim

Ameliyat sonrası bakım, ameliyattan sonraki 5 gün boyunca sistemik nonsteroid antiinflamatuarlardan oluşur. Buprenorfin ve metadon gibi opioid ilaçlar, ağrıyı gidermek için ameliyat sonrası hemen eklenebilir.^{1,5} Ameliyat sonrası sistemik antibiyotikler rutin olarak gerekli değildir; ameliyat yeri enfeksiyonlarını önlemek için ameliyat sonrası profilaktik antibiyotik kullanımına dair bilimsel bir kanıt yoktur. Kendi kendine travmayı azaltmak için plastik bir Elizabeth yakalığı yerleştirilir ve hastanın aktivitesi ameliyattan sonra 7-14 gün boyunca kısıtlanmalıdır.

Sonuç

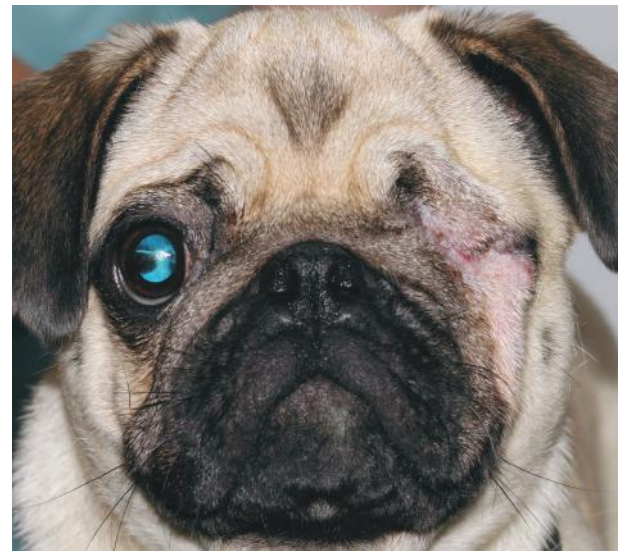
Enükleasyon, sınırlı intra ve postoperatif komplikasyonları olan rutin bir cerrahidir. İntraoperatif olarak, diseksiyon sırasında göz küresini çekmekten kaçınılmalıdır, çünkü bu, kalp atış hızının azalmasıyla birlikte okülokardiyak refleks nedeniyle olabilir.¹ Ayrıca kontralateral gözde görme alanı kaybına ve hatta körlüğe yol açabilir. Her retinanın burun tarafındaki optik sinir lifleri, optik kiazmadaki optik sinir yoluyla beynin karşı tarafına geçer ve göz küresinin çekilmesi, özellikle kedilerde optik kiazmadaki kontra-lateral optik sinir liflerine zarar verebilir.¹²

Optik sinirin ve uzun posteriyör siliyer arterlerin ve oftalmik pleksusun damarlarının diseksiyondan önce klemlenmesi ve ligasyonunun kanamayı azalttığı belirtilmiştir.^{2,5,7} Bununla birlikte, hemostatik açıdan gereksiz kabul edilir,^{12,13} Hartley ve Grundon tarafından şiddetle karşı çıkılmaktadır,⁴ ve iyatrojenik körlüğe neden olma riski nedeniyle kedilerde kontrendikedir.^{4,12} Kan kaybına ilişkin farklı teknikler henüz önerilmemiştir ancak köpeklerde % 1,3 (% 0,1-6,7) ile nispi kan kaybının düşük olduğu ve destekleyici müdahalelere gerek olmadığı bildirilmiştir.⁷

Ameliyattan sonra en sık görülen kısa vadeli komplikasyon cerrahi bölgenin kanaması ve şişmesidir.² Dikiş bölgesinden hafif akıntı meydana gelebilir ve genel olarak soğuk kompresler kullanılarak, basınçlı bandajlar yerleştirilerek, yarayı kapatmak için doku yapıştırıcısı uygulanarak ve hastayı mümkün olduğunca sakin tutarak yönetilir. Bazen nazolakrimal kanal üzerindeki kanın drenajı nedeniyle burun kanaması meydana gelebilir. Enükleasyon sonrası olguların % 5'inde cerrahi bölge enfeksiyonu bildirilmiştir ve spesifik bir risk faktörü tanımlanmamıştır.

Uzun süreli komplikasyonlar nadirdir ve orbital kistleri, konjonktival mukoselleri ve fistül akıntılarını içerir; bunlar, mediyal kantustaki karinkülün yetersiz çıkarılmasından veya konjonktival goblet hücreleri ve üçüncü göz kapağı bezi gibi artık salgı dokularından kaynaklanır.^{2,17} Brakisefalik ırklar komplikasyon olarak orbital amfizem yaşayabilir.¹⁷ Ek olarak, keratokonjonktivit sikka için parotis kanal transpozisyonundan yıllar sonra enükleasyon cerrahisinde orbital sialosel komplikasyon olarak bildirilmiştir.¹⁸

Enükleasyon, birçok hayvan sahibi için korkutucu bir prosedür olabilir ve bazıları bunun yerine evcil hayvanlarının ötenazisini seçebilir. Hastanın ameliyat sonrası görünümü ve yaşam kalitesi hakkında sahiplerinin bilgilendirilmesi (Şek. 33.4) onların beklentilerini yönetmeye yardımcı olur. Çalışmalar, evcil hayvan sahiplerinin % 90'ının iki taraflı enükleasyondan sonra tatmin olduğunu ve köpeklerinin ağrısında, yüz / göz palpasyonuna tepkisinde, aktivite seviyelerinde ve genel yaşam kalitesinde önemli gelişmeler gözlemledikleri için prosedürü tekrar yaptırmayı kabul edeceğini göstermektedir.^{6,19}



Şekil 33.4 Bir Pugda tek taraflı enükleasyondan 10 gün sonra postoperatif görünüm. Sağ korneanın pigmentasyonuna dikkat edin.

KÜÇÜK HAYVANLARDA CERRAHİ ACİLLER EL KİTABI

Veteriner hekimliğinin hızlı gelişen dünyasında, sevgili dostlarımızın hayatlarını kurtarmak söz konusu olduğunda her an değerlidir. Veteriner hekimlerin karşılaştığı zorluklara dair derin bir anlayıştan doğan bu kapsamlı rehber, küçük hayvanlarda acil cerrahi gelişmeleri ele almak için yetkin ve kolayca erişilebilir bir kaynak sağlar. Sayısız ailenin değerli üyeleri olan köpekler ve kediler, kendilerini genellikle hızlı ve kusursuz cerrahi müdahale gerektiren kritik durumlarda bulurlar. İster kazalardan kaynaklanan travma ilişkili yaralanmalar, ister akut abdominal problemler veya öngörülemeyen komplikasyonlar olsun, bu acil durumları uzmanlıkla yönetebilme yeteneği, değerli hayvan dostlarımızın sağlığı için son derece önemlidir.

Veteriner hekimlik camiasının cerrahi acilleri ve bakımlarının karmaşıklıklarında gezinme ihtiyacından ilham alan KÜÇÜK HAYVANLARDA CERRAHİ ACİLLER EL KİTABI, veteriner hekimleri, teknisyenleri, küçük hayvan cerrahisi asistanlarını veya eğitim gören cerrahları bilinçli kararlar almaları ve hassas cerrahi müdahaleleri uygulamaları konusunda bilgilendiren kapsamlı bir rehber sunar. Sezgisel ilerleme için yapılandırılmış olan her bölüm, deneyimli cerrahların 'Profesyonel İpuçları' ile desteklenen ve www.vetsurgemergency.edrapublishing.com adresindeki QR kodları aracılığıyla erişilebilen yüksek çözünürlüklü şekiller ve videolarla tamamlanan belirli acil durum kategorilerini titizlikle ele alır ve cerrahi planlamada proaktif bir yaklaşıma katkıda bulunur.

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ



ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

