

Akut Bronşiolitli Yenidoğanların Retrospektif Değerlendirilmesi

The Retrospective Evaluation of the Newborns With Acute Bronchiolitis

Selda SİVASLIOĞLU
Banu KADIOĞLU
Funda TÜZÜN

Buca Kadın Doğum ve Çocuk
Hastalıkları Hastanesi

Yazışma Adresi / Correspondence:
Selda SİVASLIOĞLU
Buca Kadın Doğum ve Çocuk
Hastalıkları Hastanesi
Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği, Buca - İZMİR
e-posta: seldasivaslioglu@gmail.com

ÖZET

Amaç: Akut bronşiolit genelde hafif ve orta şiddette geçirilen ancak 6 haftadan küçüklerde, kardiyopulmoner hastalığı olanlarda ve prematürelere hayati tehdit eden bir hastalıktır. Bu çalışmada, yenidoğan kliniğimizde bronşiolit nedeniyle yatırılan olguların demografik özellikleri, klinik bulguları, tedavisi ve prognozu analiz edildi.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Aralık 2012-Mart 2013 tarihleri arasında akut bronşiolit tanısı nedeniyle Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi yenidoğan yoğun bakım kliniğinde hospitalize edilen olgular üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veriler retrospektif olarak toplanılmıştır.

Bulgular: Çalışma toplam 86 olgu üzerinde gerçekleştirildi. Olguların yarısı erkek (n=43) diğeri yarısı ise kız bebek idi (n=43). Yenidoğanların %16.3'ü (n=14) prematüre, % 83.7'si (n=72) ise term bebek idi. Olguların ortalama gestasyon haftası 35±5 hafta, vücut ağırlıkları 2800±1400 gr arasında, ortalama hastanede yatış süresi 8±6 gün idi.

Sonuç: Üçüncü basamak yenidoğan yoğun bakımlarda yatırılan akut bronşiolitli vakalar, enfeksiyonun yayılımı açısından dikkatle izlenmelidir. Bu nedenle RSV enfeksiyonunun bulaşımı açısından el temizliği, eldiven ve önlük giyilmesi, riskli vakalara RSV immunglobulini yapılması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bronşiolit, respiratuar sinsityal virüs, yenidoğan.

SUMMARY

Aim: Acute bronchitis generally develops in mild or moderate severity, however could be a life threatening disease in newborns who are smaller than 6 weeks of age, who have cardiopulmonary disease and who are premature. In this study, we aimed to analyse the demographic characteristics, clinical findings, treatment modalities and the prognosis of the newborns who were hospitalized in our newborn clinics diagnosed as having bronchiolitis.

Materials and Methods: The study has been carried out on the newborns who have been hospitalized diagnosed as acute bronchiolitis in the intensive care unit of the Buca Maternity and Children's Hospital between the dates of December 2012-March 2013. The data have been collected retrospectively.

Results: The study has been carried on 86 cases. Half of the cases was boy (n=43) and the other half was girls (n=53). The 16.3% of newborns (n=14) was premature and 83.7% of newborns (72) was term babies. The mean of gestational week, body weight and hospitalization time were 35±5 weeks, 2800±1400 gr and 8±6 days, respectively.

Conclusion: The cases with acute bronchiolitis who have been hospitalized in newborn intensive care units at tertiary centers should be carefully managed regarding the spread of infection. Hence, hand cleaning, wearing hand gloves and laboratory coat, RSV immunoglobulin injection to risky patients are critically important.

Key Words: Bronchiolitis, respiratory syncytial virus, newborn.

GİRİŞ

Akut bronşiolit sıklıkla viral etkenlerin neden olduğu, öksürük, takipne ve retraksiyon ile seyreden bronşiyollerin inflamasyonu ile karakterize bir hastalıktır. İki yaş altındaki çocukların %10-20'sinde görülür (1). En sık etken respiratuar sinsityal virüs (RSV) olup, geç sonbahar ve kış aylarında epidemilere yol açar (2). Akut bronşiolit tanısı öykü ve fizik muayene bulgularıyla konulur. Burun akıntısı, öksürük ve hafif ateş gibi üst solunum yolu enfeksiyonu şeklinde başlar, hışıltılı solunum, öksürük, solunum sayısında artış ve göğüste retraksiyonlar izler. Huzursuzluk, beslenme güçlüğü ve kusma gözlemlenebilir. Dinlemekle akciğerlerde sibilan ronküs ve raller duyulabilir. Ağır vakalarda siyanoz ve apne dahi görülebilir (3).

Genellikle hastalık hafif veya orta şiddette geçirilir. Altı haftadan küçük bebeklerde, altta yatan kardiyopulmoner hastalığı olanlarda (kistik fibroz, bronkopulmoner displazi, konjenital kalp hastalıkları), prematür bebeklerde, bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda, daha ağır seyreder ve yoğun bakım izlemi ve mekanik

ventilasyon gereksinimi gösterebilirler.

Ölüm AB'li bebeklerin %1'den azında görülmektedir (3).

Bu çalışmada, yenidoğan kliniğimizde bronşiolit nedeniyle yatırılan olguların demografik özellikleri, klinik bulguları, tedavisi ve prognozu analiz edildi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Aralık 2012 - Mart 2013 tarihleri arasında Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Kliniğinde akut bronşiolit tanısı ile yatan 86 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların cinsiyeti, doğum haftası, doğum kilosu gibi demografik özellikleri; hırıltı, öksürük, ateş gibi başvuru şikayetleri; takipne, retraksiyon, ral ve ronküs gibi fizik muayene bulguları; akciğer grafisinde infiltrasyon, nazofarengeal aspirattan RSV strip test pozitifliği, hastanede kalış süresi ve mekanik ventilatör ihtiyacı kaydedildi.

BULGULAR

Olguların %50'si (n=43) erkek, %50'si (n=37) kız olup, %16.3 'si (n=14) prematüre, % 83.7 si (n=72) term bebek idi. Olguların ortalama gestasyon haftası 35±5 hafta, vücut ağırlıkları 2800±1400 gr arasında, ortalama hastanede yatış süresi 8±6 gün idi. Olguların öykü ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Yakınma	%	Fizik Muayene	%
Öksürük	91.8	Takipne	43
Ateş	24.4	Retraksiyon	36
Hırıltı	43	Ral	23.2
		Ronküs	39.5

Tablo 1: Olguların öykü ve klinik özellikleri

Olguların %27.9'unda (n=24) RSV pozitif olarak saptandı, apne ve solunum yetmezliği gelişen 2 hasta ventilatöre bağlandı. Akciğer infiltrasyonu olguların % 6.9 'unda (n=6) tespit edildi.

Olguların hepsine inhale salbutamol (Ventolin® nebul) başlandı, beslenemeyen, takipnesi olanlara (n=56) IV hidrasyon verildi. Antibiyotik tedavisi (ampisilin, amikasin, azitromisin) n=82 olguya başlandı, 5 güne tamamlanarak kesildi. Akciğer infiltrasyonu olan (n= 6) olguların antibiyoterapisi (amikasin, ampisilin) 14 güne tamamlandı. Prematüre olan 2 olguya RSV immunoglobulini yapıldı.

Olguların hepsi şifa ile klinikten taburcu edildi.

TARTIŞMA

Genel olarak literatür, akut bronşiolitli olgularda RSV pozitifliğinin %50 - % 80 bandında olduğunu bildirmektedir (4,5). Ancak ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada RSV pozitifliği %29 olarak saptanmıştır (6). Bizde çalışmamızda akut bronşiolit nedeniyle servise yatırdığımız olgularda RSV sıklığını % 27.9 olarak bulduk.

RSV enfeksiyonuna bağlı epidemiler aralık, ocak ve şubat aylarında en yüksek düzeye ulaşmakta ve bulaşma esas olarak büyük damlacık veya kontamine sekresyonlardan bulaş yolu ile gerçekleşmektedir (7). Bu nedenle, prematüre yenidoğanları takip ettiğimiz servisimizde; el temizliği, eldiven ve önlük giyilmesine dikkat edilmesi ve prematürelere RSV immunglobulini yapılmasının RSV enfeksiyonunun servis içi yayılımı azalttığımızı düşünmekteyiz.

Akut bronşiolitli olguların fizik muayenesinde takipne, retraksiyon, ronküs, wheezing ve ekspirumda uzama sık görülen bulgular olup; hastalığın şiddetine bağlı olarak siyanoz ve burun kanadı solunumu da görülebilir (8). Hastalarımızın %39.5 'inde sibilan ronküsler, % 23.2 'sinde ral, % 43' ünde takipne ve % 36'sında interkostal retraksiyonlar saptandı.

Radyolojik olarak her iki akciğerde havalanma artışı, peribronşiyal infiltrasyonlar ve ateletaksi görülebilir. Yama tarzında dansite artışı ve ateletaksi ikincil bakteriyel enfeksiyona da bağlı gelişebilir (9). Çalışmamızdaki olguların tümünde havalanma artışı, % 6.9'unda ise akciğer grafisinde infiltrasyon izlenilmiştir.

Klinik çoğu hastada hafif olup hastanede kalış süresi ortalama 5-7 gündür. Tedavide oksijen ve hidrasyonun sağlanması gibi destek tedavileri yeterli olup; mekanik ventilasyon nadiren gerekir. Mekanik ventilasyon gereken hastalarda hastanede yatış süresi 14 günü bulur (9). Çalışmamızda ortalama hastanede yatış süresi 8±6 gün idi, 86 olgudan 2 tanesi solunum yetmezliği nedeniyle mekanik ventilatöre ihtiyaç duydu, diğer vakalara ise sadece destek tedavisi uygulandı ve tüm olgular şifa ile taburcu edildi. Sonuç olarak, morbiditesi yüksek olan akut

bronşiolit'in yönetiminde destekleyici tedavi anlamlıdır. Öte yandan RSV enfeksiyonunun bulaşımını önlemek için; yenidoğan yoğun bakım servis çalışanlarının el temizliği, eldiven ve önlük giymeleri ve riskli olgulara RSV immunglobulini uygulanması büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- 1.Wohl MEB. Bronchiolit. In: Chernick V, Boat TF, eds. Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children, 7th edition, Philadelphia: W.B Saunders, 2006:423-32.
- 2.Hodge D, Chetcuti PAJ. RSV: Management of the acute episode. Paed Respir Rev 2002;1:215-20.
- 3.Zorc JJ, Hall CB. Bronchiolitis: Recent Evidence on Diagnosis and Management Pediatrics 2010;125:342.
- 4.Boyce TG, Mellen BG, Mitchel EF, Wright PF, Griffin MR. Rates of hospitalization for respiratory syncytial virus infection among children in Medicaid. J Pediatr. 2000;137(6):865-870
- 5.Carroll KN, Gebretsadik T, Griffin MR, et al. Increasing burden and risk factors for bronchiolitis-related medical visits in infants enrolled in a state health care insurance plan. Pediatrics. 2008;122(1):58-64
- 6.Çöker M, Demir E, Levent E, Tanaç R, Dereli D, Ertem E.. Akut Bronşiolit ve Respiratuvar Sinsityal Virus, Türkiye Klinikleri J Pediatr 1996;5(2):60-3
- 7.Carla G. García, Rafia Bhore, Alejandra Soriano-Fallas, Margaret Trost, Rebecca Chason, Octavio Ramilo and Asuncion Mejias Risk Factors in Children Hospitalized With RSV Bronchiolitis Versus Non-RSV Bronchiolitis, Pediatrics, 2010;126:e1453-e1460
- 8.Diagnosis and Management of Bronchiolitis . Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Pediatrics 2006;118:1774
- 9.Goncalves A, Rocha G, Guimarães H, Fernandes PC, Proenc E, Oliveira D, Rocha P, Quintas C, Martins T, Freitas A, Dias CP, Ramires A Value of Chest Radiographic Pattern in RSV Disease of the Newborn: A Multicenter Retrospective Cohort Study. Critical Care Research and Practice. 2012, Volume 2012, 861867.

**Radikal Prostatektomi Sonrası İleri Derece ve
Rekürren Mesane Boynu Darlığı Olan Hastalarda
Artifisyel Üriner Sfinkter Protezi Takılması Öncesi
Agresif Transüretral Mesane Boynu Rezeksiyonu:
Kısa Dönem Sonuçlarımız.**

**Short - Term Results of Artificial Urinary Sphincter
Implantation Following Aggressive Transurethral
Resection of Severe Recurrent Bladder Neck
Contractures on Post Radical Prostatectomy Patients.**

Zafer KOZACIOĞLU,
Tansu DEĞİRMENCİ,
Bülent GÜNLÜSOY,
Süleyman MİNARECİ,
Yüksel YILMAZ

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Üroloji Kliniği

Yazışma Adresi / Correspondence:
Zafer Kozacıoğlu
Bozyaka Eğt.ve Araşt. Hast. Üroloji Kliniği
Saim Çıkrıkçı Cad. No:59 Karabağlar /İzmir
Tel: 0090 532 2719491
e-posta: drzafko@hotmail.com

Bu çalışma, Avrasya Üroonkoloji
Birliği 2013 yılında Makedonya'da
düzenlenen 5. Üroonkoloji Kış
Sempozyumunda Poster Sunusu olarak
sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Radikal prostatektomi (RP) sonrası total üriner inkontinansı (Üİ) olup aynı zamanda ileri derecede ve tekrarlayıcı mesane boynu darlığı (MBD) gelişen ve Artifisyel Üriner Sfinkter Protezi (AÜSP) takılmadan önce agresif transüretral mesane boynu rezeksiyonu (TUMBR) yaptığımız hastalarımızın, AÜSP takıldıktan sonraki kısa dönem sonuçlarını değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2007 – Mayıs 2012 tarihleri arasında, RP sonrası total Üİ nedeniyle AÜSP takılması planlanan 14 hastaya ileri derecede ve tekrarlayan MBD nedeniyle TUMBR yapılmıştır. Tüm hastaların prostat kanseri açısından en az 1 yıllık biyokimyasal ve klinik hastalıksız takip süresi vardır. TUMBR işlemi AÜSP takılmasından en az 3 ay önce ve bipolar enerji kullanılarak yapılmıştır. TUMBR öncesi idrar yapabilen hastaların üroflowmetri parametreleri ile AÜSP takıldıktan hemen sonra ve 3'er aylık takiplerdeki parametreler karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 60,2(56-74) ve ortalama takipte kaldığı süre 28 (8-42) aydır. Bir hastaya TUMBR'dan 2,5 ay sonra rekürren darlığa bağlı tıkanma nedeniyle işlem tekrar edilmiştir. Bir hastada hafif dereceli penil üretra darlığı gelişmiş, üretrotomi interna ve dilatasyon ile tedavi edilmiştir. İmplantasyonlardan sonraki takip süresince ortalama maksimum akış hızı 15,8 ml/sn (13,9-18,3) ölçülmüş, rezidüel idrar ve üriner retansiyona rastlanmamıştır. Üriner retansiyon ve suprapubik kateter ihtiyacı adjuvan RT almış hastalarda 4 kat daha fazla idi. Takiplerde rezidüel idrar veya üriner retansiyona rastlanmamıştır. Sonuç: Erken dönem sonuçlarımız; RP sırasında AÜSP uygulaması yapılacak ileri derecede ve tekrarlayıcı MBD hastalarında TUMBR'nun kısa dönemde faydalı ve tatmin edici sonuçlar verdiğidir. Sonuçlarımızın, uzun dönem ve daha büyük seriler ile teyit edilmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: Artifisyel üriner sfinkter, inkontinans, mesane boynu darlığı

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the short term impact of transurethral resection of the recurrent, severe bladder neck contractures(BNC) prior to artificial urinary sphincter(AUS) implantation on totally incontinent post radical prostatectomy patients.

Methods: The results of 14 post radical prostatectomy(RP) patients suffering from recurrent and severe BNC to whom transurethral resection was performed at least 3 months prior to AUS implantation in between Jan 2007 and May 2012 were reviewed. We compared the average maximum flow rates of the patients who could void preoperatively to TURBNC with that performed after AUS implantation before discharge and every 3 months postoperatively to AUS implantation.

Results: The mean follow-up was 28±9.2(8-42) months and the mean age was 60,2±4,5(56-74) years. The mean maximum flow rate was 6.82 mL/s ±0.88 prior to TUBNR and 15.8±2.1ml/s (13.9-18.3) during the follow-up. The difference in average maximum flow rates of patients who could void prior to TURBNC and that of the patients on follow-up after AUS implantation was statistically significant. Urinary retention and need for a suprapubic catheter were 4 fold increased in patients who received adjuvant RT. No residual urine or urinary retention was observed during follow-up.

Conclusion: Preliminary results show that TURBNC prior to AUS implantation on post RP patients with severe, recurrent BNC yields satisfactory short-term results. Long-term results of larger numbered series are necessary for confirmation.

Key Words: Artifical urinary sphincter, bladder neck contracture, incontinence

GİRİŞ

İdrar tutamama, radikal prostatektomi (RP) ameliyatından sonra gelişen en sık ve en problemlili komplikasyonlardanır. Halen tüm dünyada yaygın kabul görmüş ve cerrahi komplikasyonları tedavi şekillerine göre sınıflayan Modifiye Clavien Cerrahi Komplikasyonlar Sınıflamasında IIIb olarak sınıflandırılır(1). RP sonrası bir yıl sonraya kadar

%7,7'ye varan oranlarda inkontinans rapor edildiği gibi, 2013 yılı Avrupa Üroloji Birliği (EAU) kılavuzlarında bu oran hafif dereceli stress inkontinans için %4-50, ileri derecede stress inkontinans için %0,0-15,4 arasında verilmektedir(2, 3). Daha eski serileri de içeren çalışmalarda ileri derecede inkontinans için %40'lara varan oranlar rapor edilmiştir(4, 5). Scott ve ark. tarafından ilk 6 aylık %80 başarı ve %20'lik revizyon oranı ile rapor edilen artifiyel üriner sfinkter protezi (AÜSP) takılması, prostatektomi sonrası ileri derecelerdeki idrar kaçırmalarda tercih edilen tedavi seçeneği olmuştur(6, 7). Daha güncel serilerde yine oldukça yüksek başarı oranları ile tatmin edici kısa ve uzun dönem sonuçlarının yayınlanması ile prostatektomi sonrası üriner inkontinans (Üİ) tedavisinde AÜSP takılması altın standart haline gelmiştir(8, 9).

Üriner inkontinans ile eşzamanlı olarak hastada mesane boynu darlığı (MBD) gelişmesi de yine aynı sınıflamada IIIb olarak gruplanabilir(1). MBD'nin birincil tedavi sonrası tekrarlaması ve/veya sert, fibrotik ve uzun bir segmente yayılması, durumu daha da komplike hale getirmektedir. Almanya'da 28 üroloji kliniğini kapsayan bir çalışmada RP sonrası %45'e varan oranlarda, değişen derecelerde gelişmiş MBD rapor edilmiştir(10). Aynı çalışmada inkontinansın ortalama olarak 44,8 ay(12-156) devam ettiği bildirilmiştir. Daha güncel EAU kılavuzlarında ise bu oran genel olarak %0,5-14,6 arasında verilmiştir(3). Laparoskopik ve robot yardımcı radikal prostatektomi serilerinde MBD oranları %0,0-3 arasında verilmesine rağmen, RRP hastaları için bu oran %3-20 arasında değişebilmektedir(11-17). AÜSP takılması planlanan bir hastanın üretral pasaj ve genişlik açısından problemi olmaması postoperatif komplikasyonlar ve hasta memnuniyeti açısından önemlidir.

Çalışmamızda, RP sonrası total Üİ'ı olup aynı zamanda ileri derecede ve tekrarlayıcı MBD olan ve AÜSP takılmadan önce agresif transüretral mesane boynu rezeksiyonu (TUMBR) yaptığımız hastalarımızın, AÜSP takıldıktan sonraki kısa dönem sonuçlarını değerlendirmek istedik.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kliniğimizde Ocak 2007- Mayıs 2012 tarihleri arasında, RP sonrası (11 hasta retropubik, 3 hasta laparoskopik RP) ileri derece Üİ şikayeti ile eşzamanlı ileri derecede ve tekrarlayan MBD gelişmiş 14 hastaya AÜSP (AMS 800 TM) takılması öncesi TUMBR uygulandı. Bu hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalar; RP ameliyatlarını kliniğimizde olan 8 hasta ve ameliyatlarını dış merkezlerde olup inkontinans cerrahisi için kliniğimize başvuran 6 hastadan oluşuyordu. Çalışmaya dahil edilme kriteri olarak: prostat kanseri için definitif tedavi sonrası en az bir yıllık hastalısız sağ kalımı olanlar, total Üİ olanlar, tekrarlayıcı ve ileri derecede MBD hikayesi olup en az bir kere mesane boynu insizyonu ameliyatı geçirmiş ve üretral dilatasyon programına alınmış hastalar ve AÜSP takıldıktan sonra en az 6 ay takip süresi olan hastalar belirlendi.

Hastaların RP ± adjuvan RT(6 hasta) sonrası ve AÜSP takılmadan önce MBD'na bağlı olarak gelişen komplikasyonları tablo 1 de gösterilmiştir. Beş hastada; tekrarlayan, ileri derecede MBD'na bağlı üriner retansiyon gelişti, 3'üne suprapubik kateter takılmak zorunda kalındı. Tüm hastalar en az bir kere internal üretrotomi geçirmiş ve yine en az 2 ayda bir kere üretral dilatasyona geliyorlardı. Tüm hastalara bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldıktan sonra, plazmakinetik enerji kullanarak agresif TUMBR uygulandı. Mesane boynu çepeçevre açıldıktan sonra saat 6 hizası korunarak saat 2-4 ve 8-10 hizalarında etraf yağ dokuları görülür hale gelene kadar rezeke edildi. Bir hastada RP esnasında periüretral alana konmuş hemostaz klipsi transüretral olarak görülebilmektedir (Şekil 1, 2). İşlem sonrası 22 Fr Foley sonda konup 5 gün hasta üzerinde bırakıldı. 3 ay sonra mesane boynu ve üretranın açıklığı 18 Fr Foley sondanın çok rahat geçirilebilmesi şeklinde kontrol edildikten sonra hastalara AÜSP takıldı.

Transüretral mesane boynu rezeksiyonu öncesi idrarını yapabilen 11 hastaya ve AÜSP takıldıktan sonra hastaneden çıkarılma aşamasında ve sonrasındaki her 3 ayda bir tüm hastaların maksimum idrar akım hızları not edildi, suprapubik ultrason ile rezidüel idrar miktarları ölçüldü. TUMBR öncesi ve AÜSP takıldıktan sonraki maksimum idrar akım hızlarındaki artış

incelendi. Her işlem öncesi idrar analizi ve kültürü ile idrarın steril olduğundan emin olundu, gerektiğinde uygun tedavi sonrası işlem uygulandı. Her cerrahi işlem öncesi antibiyotik profilaksisi uygulandı. TUMBR'dan 2 hafta sonra, AÜSP takılması öncesi ve takıldıktan sonra 2 ayda bir idrar kültürü yapıldı.

Operasyon perineal ve küçük bir suprapubik insizyondan yapıldı. Aynı anda 2 parçalı penil protez (AMS Ambicor TM) de takılan 4 hastaya işlem penoskrotal kesiden yapıldı. Tüm hastalar ameliyathanede traş edildi, perine ve genital bölgeler 10 dakika klorheksidin ile fırçalandıktan sonra povidin iyotlu ameliyat boyanması ve örtülmesi yapıldı.

Maksimum idrar akım hızı değerlerinin karşılaştırılmasında Wilcoxon testi, grup karşılaştırmalarında ise Fischer kesin testi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık için kullanıldı. Data analizinde SPSS (SPSS version 11.0, Chicago IL) istatistik yazılımı kullanıldı.

BULGULAR

Ortalama takip süremiz 28 ± 9.2 (8-42) ay, ortalama yaş 60.2 ± 4.5 (56-74) yıl idi. Bir hastada TUMBR sonrası ikinci ayda nüks darlık gelişti, bu hastaya işlem daha geniş marjinlerle tekrar edildi. İkinci 3 aylık peryotta aynı hastada yeniden daralma gelişti. Halen, bu hastaya AÜSP takılmamış olup darlık bölgesine Mitomisin enjeksiyonu yapılmıştır. Takip edilmektedir. En az 3 aylık klinik daralma olmaması halinde AÜSP için yeniden değerlendirilecektir. Bir hastada penil üretrada minör darlık gelişti, internal üretrotomi ile giderildi. AÜSP takılması sonrası nüks etmedi ve Nelaton sonda bulbar üretra seviyesine kadar ilerletilmeden dilate edilerek takip edildi. İki aylık takipler ile 6 ay takip edildikten sonra hasta takipten çıkarıldı.

Artifisyal üriner sfinkter protezi takıldıktan sonraki tüm takip süresince ortalama maksimum idrar akım hızı 15.8 ± 2.1 ml/s (13.9-18.3) olarak bulundu. TUMBR'dan önce idrar yapabilen 11 hastanın ortalama maksimum idrar akım hızı ve AÜSP takılmasından sonra 3.aydaki ortalama maksimum idrar akım hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (6.82 ml/s ± 0.88 vs 15.31 ml/s ± 2.36 , $p=0.001$). RT almış hastalarda

ise üriner retansiyon ve suprapubik kateter takılması ihtiyacı, RT almamış hastalara göre 4 kat daha fazla idi ($p=0.01$; OR:4.167, 95%CI: 1.2 – 13.3). AÜSP takılmasından sonraki takiplerde rezidüel idrar, üriner retansiyon veya TUMBR'na bağlı bir komplikasyon tespit edilmemiştir.

TARTIŞMA

Amerika Birleşik Devletleri 2013 yılı kanser istatistiklerine göre; erkek popülasyonu kapsayan tüm kanser teşhislerinin %28'ini teşkil eden prostat kanseri, yılda 238,590 yeni vaka sayısı ile tüm popülasyonu kapsayan yeni teşhis edilen kanserler sıralamasında birinci sıradadır. Kansere bağlı ölümlerde de 29,720 vaka ile (tüm kansere bağlı ölümlerin %10'u) prostat kanserinin, erkek hastalarda akciğer kanserinden sonra ikinci sırada olduğu bildirilmiştir(18). Halen organa sınırlı prostat kanserinin en yaygın tedavisi değişik şekillerde yapılabilen(perineal, laparoskopik, robotik, retropubik) RP'dir. Tüm bu seçeneklerin kısa ve uzun vadede erektil disfonksiyon (ED), Üİ, MBD gibi iyi bilinen komplikasyonları vardır.

Mesane boynu darlığının klinik olarak belirgin hale gelmesi genel olarak 6 ayı bulmaktadır(19, 20). Literatüre baktığımızda MBD'na yol açacak veya MBD'na yönelik tedavi ihtiyacı doğuracak risk faktörleri belirlenmiştir. Bunlar; aşırı kanama ve hematoma varlığı, anastomozdan idrar sızıntısı, 70'den ileri yaş, obezite ve aşırı skarlaşmaya sebep olabilecek hastaya bağlı diğer sebeplerdir. Diabetes mellitus, sigara içiciliği gibi mikrosirkülasyon bozukluğu yapan nedenler veya transüretral prostat rezeksiyonu(TUR-P) öyküsü olması, postoperatif MBD'nı arttıran nedenler olarak rapor edilmişlerdir(21, 22). Anastomoz kalibresinin de postoperatif MBD üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Kundu ve ark.[17] anastomozda 18 Fr Foley sonda yerine 22 Fr Foley sonda kullanmanın MBD insidansında %8.2'den %1.5'e varan bir azalmaya sebep olduğunu yazmışlardır. Adjuvan konformal RT de postoperatif MBD için bir risk faktörüdür. Adjuvan RT sonrası kısa dönemde %7 oranında de novo MBD saptanmıştır(23). Buna karşılık; Cozzarini ve ark. 25 ay takibi olan serilerinde; 50 hastada RP'yi takiben tümör yatağına yapılan adjuvan helikal Tomoterapi ile yapılmış RT ile yine kliniklerinde 153 hastanın 3 boyutlu konformal RT sonrası komplikasyonlarını

karşılaştırmışlar ve geç üretral darlık oranlarını sırasıyla %8 ve %9 olarak rapor etmişlerdir(24). Postprostatektomi Üİ tedavisinde altın standart AÜSP takılmasıdır(6-9). Tüm protezlerde olduğu gibi AÜSP cihazının da enfeksiyona yatkınlığı ve eğer doğru manipüle edilmezse hastaya ciddi komplikasyonlara yol açma potansiyeli vardır. Retrospektif bir çalışmada Maillet ve ark. AÜSP cihazının 8 yıllık bir sürede kaçınılmaz olarak %50 oranında problem çıkaracağını rapor etmiştir(25). Bu problemler; cihaz arızasına veya basınç kaybına bağlı olanlar, ve daha çok enfeksiyon ile birlikte seyreden erozyon temelli sorunlardır. Literatürde AÜSP için gelişebilecek komplikasyonlar iyi analiz edilmiş ve her türlü komplikasyon için tedavi seçeneği sunulmuştur(25-28). Fakat; tekrarlayıcı ve ileri derecede MBD'nın eşlik ettiği AÜSP adayı hastaların tedavisi ile ilgili tatmin edici bilgi yoktur. Tüm cerrahi işlemlerde geçerli olduğu gibi; AÜSP takılacak bir hastada da postoperatif dönemde herhangi bir probleme sebebiyet verebilecek potansiyeli olan durumları en aza indirmek, hasta memnuniyetini arttıracaktır. AÜSP taşıyan hastalarda üretral müdahaleler her ne kadar başarıyla yapılabilirse de, hastayı üretrasını enfekte edecek risklere hiçbir şekilde maruz bırakmamakta fayda vardır. Böylece üretral erozyon riski en aza indirilmeye çalışılmalıdır(29). AÜSP açısından önemli merkezlerden birinden dahi 637 hastalık bir seriyi kapsayan bir çalışmada erozyon riski %8,5 olarak rapor edilmiştir(30). RT, AÜSP taşıyan hastalarda erozyon açısından bir risk teşkil etmektedir.

Genel olarak AÜSP ve penil protez komplikasyonları literatürde ayrı ayrı ele alınmıştır. Her iki protezi de taşıyan ve eşzamanlı implantasyon yapılmış hasta gruplarını içeren çalışmalar azınlıktadır. Bu konuda önemli çalışmalardan olan Bhalchandra et al. ve Kendirci et al.'nın serilerinde; dual protez varlığında enfeksiyon-erozyon riski sırasıyla %11 ve 9 olarak verilmiştir(30-32). Dolayısıyla, AÜSP ile eşzamanlı penil protez taşıyan 4 hastamızın varlığı hasta gruplarımızı ve sonuçlarımızı etkilememiştir.

Hasta grubumuzun üretral dilatasyonlar ve ürotomi interna işlemleri öncesi ve sonrası Üİ'lerinde düzelme olmayan, total inkontinan hastalardan oluştuğu ve bu hastalarda artık doğal

yollardan kontinansın beklenmediği ve AÜSP adayı oldukları düşünülürse; bu hasta grubunda artık mesane boynunu korumanın da bir anlamı kalmadığı görülecektir. Bu sebeple bu hastalara AÜSP takıldıktan sonra aynı yerden (mesane boynundan) tekrar sorun yaşamamaları için agresif bir TUMBR yapılarak buradaki skar dokularının tamamen temizlenmesine karar verilmiştir. Amaç, bu bölgede tekrar daralma olmamasını sağlamak, olsa bile yeteri kadar geniş bir saha oluşturarak pasajın açık kalmasına yardımcı olmaktır. Bilgilerimize göre İngilizce yazılan literatürde bu yöntemi açıklayan, çalışmamızla tam olarak örtüşen başka bir çalışma bulunmamaktadır. Vaka sayımızın az olması, bu konunun oldukça spesifik bir hasta grubunu içermesindendir.

Kliniğimizde, prostat kanserinin biyokimyasal ve klinik olarak nüks etmediğinden ve gerek verilen medikal tedavilere ve gerekse kas güçlendirici terapilere rağmen artık hastanın Üİ'nda bir iyileşme beklenmediğinden Üİ'na yönelik cerrahi müdahaleler için RP'den itibaren bir yıl geçmesini bekliyoruz. Bu süre zarfında hastaların Üİ'nın devam edip etmediği, anastomoz darlığı varsa derecesi ve tekrarlama durumu takip edilmektedir. Halen kliniğimizde, total inkontinans ile eşzamanlı sık tekrarlayan MBD olan, MBD giderildikten sonra Üİ'ı düzelmeyen ve darlığın uzun bir segmenti kapladığı hastalar TUMBR için aday olarak görülmektedir.

Literatürde RP sonrası kontinan hastalarda gelişen MBD yönelik çeşitli müdahaleler tanımlanmıştır. Dilatasyon yöntemlerinin ileri dereceli ve tekrarlayıcı darlıklarda sıkça nüks edeceği literatürde de bizim çalışmamızda da görülmektedir(33). Değişik hatlardan yapılan derin insizyonları takiben reoperasyon oranları %27-38 arası verilmiştir(34-36). Vanni ve ark.(37) son yıllarda popüler bir yaklaşım olan, derin insizyon hattına antiproliferatif ajan Mitomisin C enjekte ettikleri çalışmalarında; hasta grubu olarak tekrarlayıcı ve ileri derecede MBD'na yönelik çok kez müdahale geçirmiş 18 kontinan hastayı almışlar, 2 seans üretrotomi ve Mitomisin C enjeksiyonunu takiben 12 aylık süreçte %89 oranında açık ve stabil bir mesane boynu sağlayabilmişlerdir. Elthahawy ve ark.(38) ise benzer sonuçları Ho:YAG lazer insizyonu ve steroid enjeksiyonu ile yayınlamıştır. Tash Anger

ve ark.(28) MBD olan stress Üİ olan hastalara kademeli insizyon ve dilatasyon tarif eden serilerinde ileri derecede ve tekrarlayan MBD olan 7 hastaya derin insizyon sonrası kademeli olarak AÜSP takılmasını önermişlerdir. Bu 7 hastanın 5 tanesi ortalama olarak 22.4 ay süren self-kateterizasyon gereksinimi duymuşlardır. Aynı çalışmada mesane boynu tamamen kapanmış 12 hastada insizyonlara ek olarak sıklıkla rezeksiyon ihtiyacı da duymuşlardır. Bunun yanında bu tür hastalara üretral stent uygulaması sonrasında AÜSP takılması da gündeme gelmiş fakat %24'e varan hastada tıkanıklık nüks etmiştir(26, 39).

Artifisiel üriner sfinkter protezi takılması öncesi TUMBR, tek bir operasyon ile ileri derecede ve tekrarlayan MBD'nı giderebilmek adına ümit vaat etmektedir. Tekrarlayan işlemler, enfeksiyon ve erozyon riskleri, hospitalizasyon maliyetleri, iş gücü kaybı gibi maliyetli ve hasta için riskli ve zahmetli prosedürlerden hastayı koruması açısından avantajlı olacağı kanaatindeyiz.

Erken dönem sonuçlarımız, vaka sayımız az olsa da AÜSP protokolündeki ileri derecede ve tekrarlayan MBD hastalarına, AÜSP takıldıktan sonra ek sorunlar yaşamamaları için agresif TUMBR'nun faydalı olduğu yönündedir. Daha büyük seriler ve uzun dönem sonuçları ile bulgularımızın desteklenmesi gereklidir.

REFERANSLAR

1. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg.* 2004;240:205-13.
2. Murphy GP, Mettlin C, Menck H, et al. National patterns of prostate cancer treatment by radical prostatectomy: results of a survey by the American College of Surgeons Commission on Cancer. *J Urol* 1994 Nov;152(5 Pt 2):1817-9.
3. A. Heidenreich, P.J. Bastian, J. Bellmunt, M. Bolla, S. Joniau, M.D. Mason, V. Matveev, et al. EAU Guidelines on Prostate Cancer 2013; 163-315.
4. Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, Gilliland FD, Stephenson RA, Eley JW, et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA.* 2000;283:354-60.
5. Scott FB. Treatment of urinary incontinence

by an implantable prosthetic urinary sphincter. J Urol. 1974;112:75–80.

6. Scott FB. The artificial sphincter in the management of incontinence in the male. Urol Clin North Am. 1978;5(2):375-91.

7. Hussain M, Greenwell TJ, Venn SN, Mundy AR. The current role of the artificial urinary sphincter for the treatment of urinary incontinence. J Urol. 2005;174;2:418-24.

8. Montague DK, Angermeier KW. Postprostatectomy urinary incontinence: the case for artificial urinary sphincter implantation. Urology. 2000;55;2.

9. Gousse AE, Madjar S, Lambert MM, Fishman IJ. Artificial urinary sphincter for post-radical prostatectomy urinary incontinence: long-term subjective results. J Urol. 2001;166:1755.

10. Gerullis H, Quast S, Eimer C, Bagner JW, Otto T. Sphincter lesions after radical prostatectomy-evaluation and classification. J Endourol. 2011;Jun25(6):1075-80.

11. Rassweiler J, Sentker L, Seemann O, et al: Laparoscopic radical prostatectomy with the Heilbronn technique: An analysis of the first 180 cases. J Urol 2001; 166:2101-2108.

12. Turk I, Deger S, Winkelmann B, et al: Laparoscopic radical prostatectomy: Technical aspects and experience with 125 cases. Eur Urol 2001; 40:46-53

13. Guillonneau B, Rozet F, Cathelineau X, et al: Perioperative complications of laparoscopic radical prostatectomy: The Montsouris 3-year experience. J Urol 2002; 167:51-56

14. Fowler Jr FJ, Barry MJ, Lu-Yao G, et al: Patient-reported complications and follow-up treatment after radical prostatectomy: The national Medicare experience: 1988-1990 (updated June 1993). Urology 1993; 42:622-629.

15. Geary ES, Dendinger TE, Freiha FS, Stamey TA: Incontinence and vesical neck strictures following radical retropubic prostatectomy. Urology 1995; 45:1000-1006.

16. Lepor H, Nieder A, Ferrandino MN: Intraoperative and postoperative complications of radical retropubic prostatectomy in a consecutive series of 1,000 cases. J Urol 2001; 166:1729-1733.

17. Kundu SD, Roehl KA, Eggner SE, Antenor JAV, Han M, Catalona WJ. Potency, continence and complications in 3,477 consecutive Radical Retropubic Prostatectomies. J Urol. 2004;172:2227-31.

18. Siegel R, Naishadham, D, Jemal A. Cancer Statistics 2013. Ca Cancer J Clin 2013;00:000–000;2-4.

19. Gerullis H, Quast S, Eimer C, Bagner JW, Otto T. Sphincter lesions after radical prostatectomy-evaluation and classification. J Endourol. 2011;Jun25(6):1075-80.

20. Kao TC, Cruess DF, Garner D, Foley J, Seay T, Friedrichs P, et al. Multicenter patient self-reporting questionnaire on impotence, incontinence and stricture after radical prostatectomy. J Urol 2000;163:858.

21. Surya BV, Provet J, Johanson KE, Brown J. Anastomotic strictures following radical prostatectomy: risk factors and management. J Urol 1990;143:755.

22. Erickson BA, Meeks JJ, Roehl KA, Gonzalez CM, Catalona WJ. Bladder neck contracture after radical retropubic prostatectomy: incidence and risk factors from a large single-surgeon experience. BJU Int 2009;104(11):1615-19.

23. Wilder RB, Hsiang JY, Ji M, Earle JD, de Vere White R. Preliminary results of three-dimensional conformal radiotherapy as salvage treatment for a rising prostate-specific antigen level postprostatectomy. Am J Clin Oncol. 2000;Apr;23(2):176-80.

24. Cozzarini C, Fiorino C, Di Muzio N, Valdagni R, Salonia A, Alongi F et al. Hypofractionated adjuvant radiotherapy with helical tomotherapy after radical prostatectomy: planning data and toxicity results of a Phase I-II study. Radiother Oncol. 2008Jul;88(1):26-33.

25. Maillet F, Buzelin JM, Bouchot O, Karam G. Management of Artificial Urinary Sphincter dysfunction. Eur Urol. 2004;46:241-6.

26. Elliott DS, Barrett DM. Mayo Clinic long-term analysis of the functional durability of the AMS 800 artificial urinary sphincter: a review of 323 cases. J Urol. 1998;159(4):1206–8.

27. Kowalczyk JJ, Spicer DL, Mulcahy JJ. Erosion rate of the double cuff AMS 800 artificial urinary sphincter: long-term follow-up. J Urol. 1996;156(4):1300-1.

28. Anger TJ, Raj GV, Delvecchio FC, Webster GD. Anastomotic contracture and incontinence after radical prostatectomy: A graded approach to management. J Urol 2005;173:1143-6.

29. Montague DK, Angermeier KW. Artificial urinary sphincter troubleshooting. Urology. 2001;58(5):779-82.

30. Raj GV, Peterson AC, Webster GD.

Outcomes following erosions of the Artificial Urinary Sphincter. *J Urol* 2006;175:2186-90.

31. Bhalchandra G, Barrett P, Barrett DM. Combined implantation of artificial sphincter and penile prosthesis. *J Urol* 1989;142:732-5.

32. Kendirci M, Gupta S, Shaw K, Morey A, Jones L, Hakim L, et al. Synchronous prosthetic implantation through a transscrotal incision: an outcome analysis. *J Urol* 2006;175:2218-22.

33. Dalkin BL. Endoscopic evaluation and treatment of anastomotic strictures after radical retropubic prostatectomy. *J Urol* 1996;155:206.

34. Giannarini G, Manassero F, Mogorovich A, Valent F, De Maria M, Pistolesi D, et al. Cold-knife incision of anastomotic strictures after radical retropubic prostatectomy with bladder neck preservation: efficacy and impact on urinary continence status. *Eur Urol*. 2008 Sep;54(3):647-56.

35. Dalkin BL. Endoscopic evaluation and treatment of anastomotic strictures after radical retropubic prostatectomy. *J Urol* 1996;155:206.

36. Westney OL. Salvage surgery for bladder outlet obstruction after prostatectomy or cystectomy. *Curr Opin Urol* 2008;18:570.

37. Vanni AJ, Zinman LN, Buckley JC. Radial urethrotomy and intralesional Mitomycin C for the management of recurrent bladder neck contractures. *J Urol*. 2011 Jul;186:156-60.

38. Eltahawy E, Gur U, Virasoro R, Schlossberg SM, Jordan GH. Management of recurrent anastomotic stenosis following radical prostatectomy using holmium laser and steroid injection. *BJU Int*. 2008 Sep;102(7):796-8.

39. Magera JS Jr, Inman BA, Elliot DS. Outcome analysis of urethral wall stent insertion with artificial urinary sphincter placement for severe bladder neck contracture following radical prostatectomy. *J Urol*. 2009;181(3):1236-41.

Yoğun Bakımda Grigs Tekniği ile Yapılan Perkutan Trakeostomi Uygulamalarımızın Erken Dönem Komplikasyon Oranları

Early Complications of Percutaneous Tracheostomy Using The Griggs Method in Intensive Care Unit

Kaan KATIRCIOĞLU,
Zeynep ŞAHİN,
Murat Yaşar ÖZKALKANLI,
Serdar SAVACI

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Yazışma Adresi / Correspondence:
Kaan Katircioğlu
E-mail: kaankat@yahoo.com
GSM: 05325746015

ÖZET

Perkütan trakeostomi uygulaması, yoğun bakımda kalış süreleri uzayacak hastalarda hava yolunu güvenli hale getirmek ve bakımını kolaylaştırmak için tercih edilen ve önerilen bir yöntem olmuştur. Çalışmamızda yoğun bakımda Grigs yöntemi kullanılarak yapılan perkütan trakeotomilerimizin erken dönem komplikasyonları ve krikosternal mesafe kısalığının ve uygulamayı yapan kişinin deneyiminin komplikasyon oranları üzerine etkileri araştırıldı. Perkütanöz trakeotomi uygulaması 15 yataklı yoğun bakımda prospektif olarak 55 hastada yatak başında Portex Perkütanöz Trakeotomi Seti kullanılarak Grigs yöntemiyle gerçekleştirildi. Tüm girişimler elektif şartlarda, yoğun bakım uzmanı yada uzman kontrolünde asistan tarafından yapıldı. Girişim öncesi her hastada krikosternal mesafe (< 3 cm veya >3 cm) olarak ölçüldü. Erken komplikasyonlar kaydedildi. Kırkbeş hastada (% 81.8) ilk 24 saatte bir komplikasyon gözlenmedi. On hastada gözlenen komplikasyonlar 5 hafif kanama (%8.1), 3 ağır kanama (%5.5), 1 tiroid hasarı (1.8), 1 havalandıramama (%1.8) şeklindeydi. Komplikasyon oranları krikosternal mesafe ve uygulamayı yapan kişi deneyimi ile ilişkili değildi. Komplikasyon oranlarının literatürden yüksek oluşu çalışmaya uygulamalarımızın ilk dönemlerindeki hastaların dahil edilmesine ve olgu sayımızın azlığına bağlandı. Yatak başı perkütan trakeotomi (Grigs yöntemi) yoğun bakımlarda güvenle gerçekleştirilebilecek bir uygulamadır.

SUMMARY

Tracheostomy is indicated when airway protection, airway access or mechanical ventilation are required for prolonged periods and in many critical care units the percutaneous tracheostomy has become the technique of choice. This study was decided to determine the incidence of early complications of percutaneous tracheostomy using the Griggs method and to investigate the effect of cricosternal distance and experience on complication ratio in ICU. Fifty five patients were prospectively selected for percutaneous tracheostomy (PCT) in 15 bed combined medical-surgical intensive care unit. PCT was performed at bedside with the Portex Percutaneous Tracheostomy Kit that uses the Griggs technique. All procedures were performed electively by intensive

care unit staff or by residents supervised by the intensive care unit staff. Before the procedure cricosternal distance is measured (< 3 cm or > 3 cm). The early complications were recorded. There were 55 percutaneous dilational tracheostomies performed during the study period. No complications were observed in 45 patients (% 81.8) during the first 24 hours. Complications occurred in 10 patients (5 minor bleeding (%8.1), 3 major bleeding (%5.5), 1 thyroid damage (1.8), 1 airway losses (%1.8)). Complication ratio was not related with cricosternal distance or with performer's experience. Our complication ratio was greater than the literature findings. The reason of high complication ratio was lack of experience (first attempts for PCT) and minority of the case number. But bedside percutaneous tracheostomy can be performed safely as a routine procedure in daily care of intensive care unit patients.

GİRİŞ ve AMAÇ

Yoğun bakım ünitelerinde endotrakeal entübasyon uygulanan ve uzun süre mekanik ventilatöre bağlı kalacağı öngörülen hastalara trakeostomi açılması tavsiye edilmektedir(1,2). Uzun endotrakeal entübasyona bağlı gelişebilecek komplikasyonları azaltmak amacıyla gerçekleştirilen trakeostomi ile larengeal hasarı azaltmak, hemşirelik bakımını ve solunum yollarının aspirasyonunu kolaylaştırmak, güvenli havayolu sağlayarak hastanın mobilizasyonunu artırmak, hastanın yoğun bakımdan transferini kolaylaştırmak, hasta konforunu artırmak, konuşmanın erkenden geri dönmesine yardımcı olmak, ağızdan beslenmeyi kolaylaştırmak ve havayolu rezistansını azaltmak amaçlanmaktadır. Bu avantajlarına rağmen trakeostomi invaziv bir girişimdir ve girişimle ilgili bazı komplikasyonlar gelişebilmektedir (3,4). Standart cerrahi trakeostomi ilk kez Jackson (5) tarafından 1909 da, ilk modern perkütan trakeostomi ise Shelden ve ark (6) tarafından 1955'de tarif edilmiştir. Günümüze kadar birçok perkütan trakeostomi yöntemi tarif edilmiş olmasına rağmen en sık kullanılan teknikler Ciaglia ve ark.(7) tarafından 1985'te tarif edilen perkütan dilatasyonel trakeostomi tekniği ile Griggs ve ark.(8) tarafından 1990'da tarif edilen perkütan gide wire dilatasyonel trakeostomi tekniğidir. Perkütan trakeostominin basit, komplikasyon hızı düşük, ameliyathane ortamı

gerektirmeyen ve hasta yatağında kısa sürede uygulanabilen bir yöntem olması gibi avantajları vardır (9,10).

Bu çalışmada, yoğun bakım ünitemizde forseps dilatasyon (Griggs) tekniği ile açılan perkütan trakeostomilerin erken dönem komplikasyon oranlarını, krikosternal mesafenin ve trakeostomi uygulamasını gerçekleştiren ekibin deneyiminin komplikasyon oranlarına etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREKÇ ve YÖNTEMLER

Çalışmada, hastanemiz etik kurulu ve hastaların birinci derece yakınlarından birinin yazılı onayı alındıktan sonra bir yıl süresince Yoğun Bakım Ünitemizde Griggs tekniği ile perkütan trakeostomi açılan 55 erişkin hasta prospektif olarak değerlendirildi. İşlem öncesi aktive parsiyel tromboplastin zamanı ve protrombin zamanı kontrol değerinin 1.5 katından az olan ve trombosit sayısı 50.000 (mm³) den düşük olmayan, trakea ve boyun yapısı normal, guatr, geçirilmiş boyun cerrahisi, boyunda infeksiyon olmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Bütün trakeostomiler elektif şartlarda deneyimli uzman veya uzman eşliğinde en az 2 yılını tamamlamış anestezi asistanı tarafından gerçekleştirildi. İşlem öncesi hastaların krikosternal mesafesi ve APACHE II skorları kaydedildi. Hastalarda işlem süresince elektrokardiyografi, arteriyel oksijen satürasyonu, end-tidal karbondioksit basıncı ve arteriyel kan basıncı monitorizasyonu uygulandı. İşlem "Portex Perkütan Blue Line Ultra Trakeostomi Kiti" ile gerçekleştirildi. İşlem öncesi tüm hastaların krikosternal mesafeleri ölçüldü ve işlemi gerçekleştirecek ekip uzman ya da uzman eşliğinde asistan olarak kaydedildi.

Hastalarda işlem öncesi intravenöz yoldan fentanil 1 µg/ kg, midazolam 0.1 mg/ kg, sisatrakuryum 0.1 mg/ kg ve lüzum halinde 1mg/kg propofol verilerek anestezi sağlandı. İşlem sırasında tüm hastalara % 100 oksijen ile volüm kontrollü pozitif basınçlı mekanik ventilasyon uygulandı.

Hastalar düz olarak sırt üstü pozisyonda yatırıldıktan sonra omuz altı desteği ile hasta başı ekstansiyona getirildi. Hastaların baş kısmında duran yardımcı tarafından endotrakeal tüp kafi indirilerek tüp vokal kord düzeyine çekildikten

sonra tüp kafı tekrar şişirildi. İşlem için steril giyinildi. Boyun bölgesi antiseptik solüsyonla silindikten sonra delikli yeşil ile örtüldü. Anatomik noktalar ; troid kıkırdak, krikoid kıkırdak, trakeal halkalar (1-2-3), sternal çentik olarak işaretlendi. % 0,025 epinefrinli % 2 lidokain HCL 120 mg ile lokal anestezi yapıldıktan sonra cilt insizyonu krikoid kıkırdak ile sternal çentiğin ortasından olacak şekilde orta hatta 2 cm olarak gerçekleştirildi. Cilt altı pens yardımı ile disseke edildi. Krikoid kıkırdak ve trakeal halkalar işaret parmağı ile palpe edilip doğru konum tespit edildi. Serum fizyolojik çekilmiş , ucunda 14G iğne bulunan enjektör yardımı ile belirlenen bölgeden aspirasyon yapılarak trakea lümenine girildi. Enjektöre hava aspire edildiğinde enjektör iğneden ayrılarak içinden geçirilen kılavuz tel trakea lümenine yerleştirildi. Kılavuz telin üzerinden geçirilen 8F dilatatör yardımıyla bölge genişletildi. Dilatatör çıkarılarak kılavuz telin üzerinden geçirilen özel forseps yardımıyla cilt, cilt altı ve trakea genişletildi. Forseps çekildikten sonra yine klavuz telin üzerinden trakeostomi kanülü trakeaya yerleştirildi. Trakeiostomi kanülünün kafı şişirilerek kanül içi aspirasyon yapıldıktan sonra hasta ventilatöre bağlandı. Trakeotomi kanülünün uygun yerleşimi hastanın havalandığının gözle görülmesi, akciğer oskültasyonu, ventilatörün solunum monitöründe uygun tidal volümün oluştuğunun izlenmesi ve hasta başı monitörde end-tidal karbondioksit çıkışının gözlenmesi ile doğrulandı. Trakeotomi kanül çevresi temizlendikten sonra kanül her iki tarafta cilde sütüre edilip steril spançla sarıldı. Trakeostomi uygulaması sırasında trakeanın belirlenmesinde başarısızlık ve trakeaya tekrar yapılan girişim sayıları belirlendi ve kaydedildi. Solunum sesleri dinlendikten sonra tüm hastalara yataklarında kontrol akciğer grafisi çektirildi.

Hastalarda gelişen erken komplikasyonlar (ilk 24 saat içerisinde: minör kanama, cerrahi kanama, subkutan amfizem, tiroid ve/veya çevre doku hasarı, pnömotoraks, yanlış pasaj, havalanmama, hipoksi ve mortalite) kaydedildi. İşlem sırasında kanlı spançların sayısı kanamanın şiddeti konusunda bize fikir verdi; 25-100ml kanama: minör kanama, 100-200ml kanama: orta şiddetli kanama, >250ml kanama: şiddetli kanama olarak değerlendirildi. Baskılı kompreslere rağmen stomadan ve/veya aspirasyonla trakea içinden gelen kanamanın

devam etmesi cerrahi kanama olarak değerlendirildi. Ayrıca; trakeostomi öncesi ve sonrası rutin kangazı kontrolü yapıldı.

Oluşan komplikasyon oranı ve kaydedilen parametrelerle olan korelasyonunun istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken veriler tablolara özetlendi. Tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, yüzde, en yüksek değer, en düşük değer) yanı sıra niteliksel olan krikoseternal mesafe ≤ 3 cm olanlar ile >3 cm olanların komplikasyon ile ilişkisi chi square, niceliksel olan girişim sayısının komplikasyon ile ilişkisi ise Man-Whitney U istatistiksel analizleri ile test edildi. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı, $p > 0,05$ düzeyinde istatistiksel anlamsız olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmamıza 55 olgu dahil edildi. Olguların yaş ortalaması (yıl) $61,56 \pm 10,40$, en küçük olgu 33, en büyük olanı ise 85 yaşında idi. İlk 24 saatlik dönemdeki komplikasyon dağılımı incelendiğinde 45 olguda hiçbir komplikasyon gelişmedi (%81,8), 5 olguda minör kanama (%8,1), 3 olguda major kanama (%5,5), 1 olguda tiroid veya çevre doku hasarı (%1,8), yine bir hastada (%1,8) havalanmama vardı. Olguların komplikasyonlara göre dağılımı Tablo 1' de verilmiştir.

Komplikasyon	n	%
Yok	45	81,8
Minör kanama	5	8,1
Major kanama	3	5,5
Troid veya çevre doku hasarı	1	1,8
Havalanmama	1	1,8
Pnomotoraks	-	-
Hipoksi	-	-
Subkutan Amfizem	-	-
Yanlış pasaj	-	-
Ölüm	-	-

Tablo 1. Komplikasyon Dağılımı

Olguların ortalama Apache II skor ortalamaları $16,95 \pm 6,54$ (median:16) idi. Krikosternal mesafe ile komplikasyon oluşma oranlarında anlamlı bir

farklılık saptanmadı (Tablo 2).

Komplikasyon		
	Yok	Var
	n (%)	n (%)
Krikos ternal Mesafe		p
		0,803
≤3	8 (80,0)	2 (20,0)
>3	37 (82,2)	8 (17,8)
Chi- Square		

Tablo 2: Krikosternal mesafe ile komplikasyon oranlarının korelasyonu

Trakeotomi işlemini gerçekleştiren ekibin deneyimi ile komplikasyon oranları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 3)

Komplikasyon		
	Yok	Var
	n (%)	n (%)
Girişim yapan kişi		p
		0,949
Uzman+Asistan	22 (81,5)	5 (18,5)
Uzman	23 (82,1)	5 (17,9)
Chi- Square		

Tablo 3: Girişim yapan ekibin tecrübesi ile komplikasyon oranlarının korelasyonu

Trakeaya yapılan girişim sayısı ve komplikasyon oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 4)

Girişim Sayısı		
	Ortalama ± SS	p
Komplikasyon		0,296
Yok (n=45)	1,20 ± 0,50	
Var (n=10)	1,40 ± 0,69	

Tablo 4: Trekeal Girişim Sayısı ile komplikasyon oranlarının korelasyonu

TARTIŞMA

Çalışmamızda krikosternal mesafenin ≤ 3cm veya >3cm olması, trakeal girişim sayısı, uzman veya uzman eşliğinde asistan tarafından işlemin yapılması komplikasyon oranını etkilememiştir. Trakeostomi işlemi günümüzde artık acil ve alternatif havayolu sağlama yöntemi olmaktan çok, yoğun bakım ünitelerinde uzun süre mekanik ventilatör desteği gerekecek hastalarda,

endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon komplikasyonlarını en aza indirmek ve hastada rahatlık sağlamak üzere yapılan bir işlem durumundadır. Mekanik ventilatörde takip edilen hasta sayısının artışıyla birlikte trakeostomi işlemi de yaygınlaşmaya başlamıştır (11, 12). Trakeostomi işlemi tüm bu avantajlarına karşın ciddi komplikasyonlara da sebep olabilen cerrahi bir işlem olduğundan, araştırmacılar son yıllarda, uygulama kolaylığı sağlayan ve komplikasyon risklerinin daha az olduğu perkutan yöntemlere yönelmişlerdir (12, 13, 14). Perkutan dilatasyonel trakeostomi işleminin cerrahi trakeostomiye göre, küçük cilt insizyonu, daha az doku hasarı, daha az kanama, daha az stoma enfeksiyonu, daha kısa sürede açılabilme, yatak başında uygulanabilirlik, personel, ekipman ve ameliyathane gereksinimi olmadığı için daha düşük maliyet, cerrah harici hekimler tarafından açılabilme gibi pek çok avantajı olduğu gösterilmiştir (11, 13).

Perkutan tekniklerde en sık görülen komplikasyonlar transfüzyon veya cerrahi gerektirmeyen kanama, subkutan amfizem, kanülün trakea dışına yerleştirilmesi, trakea arka duvarında yaralanma, kısa süreli hipoksi ve stoma enfeksiyonudur. Ciddi komplikasyonlar ise havayolunun sağlanamaması ve ölümdür (15,16). Bizim çalışmamızda bir hastada trakea çok derinde olduğu için trakeostomi kanülünün uzunluğu yeterli olmamış ve hastada havalanamama komplikasyonu olmuştur. Pnömotoraks, subkutan amfizem, hipoksi ve ölüm komplikasyonları ise hiçbir hastamızda görülmemiştir. Perkutan trakeostomide komplikasyonların azaltılmasında deneyimin önemli olduğu belirtilmiştir (26) Ancak bizim çalışmamızda uzman ve uzman eşliğinde asistan tarafından gerçekleştirilen perkutan trakeostomi işlemlerinin komplikasyon oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca, işlem sırasında fiberoptik bronkoskop kullanılmasının özellikle yanlış pasaj ve trakea arka duvarında yırtılma oluşması gibi komplikasyonların azaltılmasında önemli olduğu vurgulanmıştır (17,18). Kliniğimizde fiberoptik bronkoskop bulunmaması nedeniyle işlem sırasında kullanılamadı. Bronkoskop kullanılmamasına rağmen yanlış pasaj ve trakea arka duvar hasarı komplikasyonları görülmedi.

Erden ve ark. Griggs tekniği ile açılan 85 hastayı sundukları çalışmada; yanlış paşaj (% 1.1), pnömotoraks (% 1.1), kanama (% 3.5) (iki hastada baskılı pansuman, bir hastada ise arter ligasyonu gerektiren kanama) ve subkutan amfizem (% 1.1) geliştiğini bildirmiştir. Ayrıca hiç bir hastada mortalite olmadığı belirtilmiştir (19). Byhahn ve ark Griggs ve Fantoni tekniklerini karşılaştırdıkları çalışmada; Griggs tekniği ile işlemin ortalama 4.8 dk'da gerçekleştirildiğini ve 50 hastanın ikisinde (%4) majör komplikasyon (masif kanama ve amfizem) görüldüğünü belirtilmiştir (20). Birbiçer ve ark. (21) farklı bir perkütan trekeostomi yöntemi olan "PercuTwist" tek adımlı rotasyonel dilatasyon tekniği ile açılan 80 hastayı sundukları çalışmada; yalnızca 2 (%2.5) hastada minimal kanama gelişmiştir.

Bizim çalışmamızda erken komplikasyon oranlarımız minör kanama (%8,1), major kanama (%5,5), tiroid veya çevre doku hasarı (%1,8), havalanamama (%1,8) şeklinde tespit edilmiştir. Toplam 5 olguda cerrahi müdahale gerektiren komplikasyon olmuştur. (%9,1) komplikasyon oranımızın literatüre göre yüksek olması olgu sayımızın az olmasına ve çalışmamızda yer verdiğimiz olguların perkütan trakeostomi yöntemini uygulamaya başlamış olduğumuz ilk olgulardan seçilmiş olmasıdır. Anatomi olarak krikosternal mesafe neonatal dönemde 2,5cm, erişkin dönemde ise 6cm'e kadar ulaşabilmektedir (22-23-24). Anestezi ve yoğun bakım uygulamalarında kısa boyun entübasyon güçlüğünü işaret edebilmektedir. Yine kısa boyunlu olan hastalarda trakeanın istenilen düzeylerine ulaşabilmekte daha zordur. Bu durumun perkütan trakeostomi uygulamasını zorlaştırabileceğini düşündüğümüz için krikosternal mesafe >3 ve ≤ 3 olacak şekilde olguları iki guruba ayırdık ve krikosternal mesafenin komplikasyon dağılımını nasıl etkilediğini inceledik. Ancak krikosternal mesafenin, >3 ve ≤ 3 olmasının komplikasyon oranını etkilemediğini gördük. Ancak bu mesafenin kısalığının girişimi zorlaştırıp zorlaştırmadığını söylemek için krikosternal mesafenin, >3 ve ≤ 3 olan olgularda perkütan trakeostomi uygulamalarının süreleri ve trakeaya girişim sayılarının karşılaştırılması gerekmektedir.

Yine komplikasyon oranlarına perkütan

trakeostomi uygulamalarını gerçekleştiren kişinin deneyiminin etkisini inceledik. Ancak burada da komplikasyon oranları arasında bir fark yoktu. Uygulamayı yapan kişi uzman yada uzman eşliğinde bir asistan olduğundan ve asistanın uzman tarafından asiste edilmesinden dolayı oranlarda bir fark oluşmadığına inanıyoruz.

Sonuç olarak; Griggs tekniği hastaya yatak başında uygulanabilen düşük komplikasyon oranlı pratik bir perkutan trakeotomi tekniğidir. Bizim çalışmamızda olgu sayısının az olması ve perkutan trakeostomi deneyimimizin ikinci yılı olması nedeniyle komplikasyon oranımız literatüre göre az da olsa yüksek bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Plummer AL, Gracey DR. Consensus conference on artificial airways in patients receiving mechanical ventilation Chest 1989; 96: 178-80.
2. Marsh HM, Gillespie DJ, Baumgartner AE. Timing of tracheostomy in the critically ill patients. Chest 1989; 96: 190-3.
3. Whited RE. A prospective study of laryngotracheal sequelae in term intubation. Laryngoscope 1984; 94: 367-77.
4. Friedman Y. Indications, timing, techniques and complications of tracheostomy in the critically ill patient. Curr Opin Crit Care 1996; 2: 47-53.
5. Jackson C. Tracheostomy. Laryngoscope 1909; 19: 285-90.
6. Shelden CH, Pudenz RH, Freshwater DB, et al. New method for tracheotomy. J Neurosurgical 1955; 12: 428-31.
7. Ciaglia P, Firshing R, Syniec C. Elective percutaneous dilational tracheostomy: a new simple bedside procedure. Chest 1985; 87: 715-9.
8. Griggs WM, Wortley LIG, Gilligan JE, et al. A simple percutaneous tracheostomy technique. Surg Gynecol Obstet 1990; 170: 543-5.
9. Anon JM, Gomez V, Escuela P, et al. Percutaneous tracheostomy: comparison of Ciaglia and Griggs techniques. Crit Care 2000; 4: 124 8.
10. Rao BK, Pande R, Sharma SC, et al. Percutaneous tracheostomy. Annals of Cardiac Anaesthesia 2003; 6: 19-26.
11. Akıncı SD, Kanbak M, Aypar Ü. Perkütan Trakeostomi. Yoğun Bakım Dergisi 2003; 3: 149-

- 59.
12. Erden V, Şanlı Hamzaoğlu N, Başaranoğlu G, Delatioğlu H, Erkalp K. Percu Twist Yöntemi ile Perkütan Trakeostomi. *Yoğun Bakım Dergisi* 2004; 4: 57-60.
13. Pappas S, Maragoudakis P, Vlastarakos P, Assimakopoulos D, Mandrali T, Kandiloros D, et al. Surgical versus percutaneous tracheostomy: an evidence-based approach. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011; 268: 323-30.
14. Erden V, Delatioğlu H, Başaranoğlu G. Griggs yöntemi ile 85 olguda perkütan trakeostomi. *Anestezi Dergisi* 2002; 10: 53-6.
- 15-. Christensen KT, Duvall AJ. Tracheal stenosis from the cuffed tracheotomy tube. *Arch Otolaryngol* 1968;87:279-84.
- 16- Sheldon CH, Pudenz RH, Tichy FY. Percutaneous tracheotomy. *JAMA* 1957;165:2068-70.
- 17- Ciaglia P, Firsching R, Syniec C. Elective percutaneous dilatational tracheostomy. A simple bedside procedure. Preliminary report. *Chest* 1985;87:715-9.
- 18-Schachner A, Ovil Y, Sidi J, et al. Percutaneous tracheotomy-A new method. *Crit Care Med* 1989; 17:1052-6.
- 19- Caldicott LD, Oldroyd GJ, Bodenham AR. An evaluation of a new percutaneous tracheostomy kit. *Anesthesia* 1995;50:49-51.
- 20- Toy FJ, Weinstein JD. A percutaneous tracheostomy device. *Surgery* 1969;65:384-9.
- 21- Cole IE. Elective percutaneous (Rapitrach) tracheotomy: Results of a prospective trial. *Laryngoscope* 1994;104:1271-5.
- 22- Bailey BJ :Head and Neck Surgery – Otolaryngology. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Raven; 1998
- 23- Ballenger JJ: Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head and Neck. 14th ed. Philadelphia Lea & Febiger; 1991
- 24- Cummings CW: Otolaryngology, Neck and Head Surgery. 3rd ed. St. Louis: Mosby Yearbook: 1998.

Servikal Sitolojik Anormalliklerin Prevalans ve Dağılımının Değerlendirilmesi

The Evaluation of the Prevalance and Distribution of the Cervical Cytological Abnormalities

İncim BEZİRCİOĞLU*,
Seyran YİĞİT*,
M.Hakan YETİMALAR*,
Derya Kılıç SAKARYA*,
İrem PAKER*,
Aşkın YILDIZ*,
A.Akın SİVASLIOĞLU*

*Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye
*Patoloji Kliniği, İzmir Katip Çelebi
Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İzmir, Türkiye

Yazışma Adresi / Correspondence:

İncim Bezircioğlu
Adres: Yenice Mahallesi, Mezbaha Sokak,
No: 48/2, Posta Kutusu:69, Urla, İzmir, Türkiye
Posta kodu:35430
Tel: 0 232 7547182
e-mail: drincimbezircioglu@yahoo.com

ÖZET

Amaç: Hastanemizde anormal servikal sitoloji prevalansının saptanması ve anormal servikal sitolojili hastaların yönetimi ve kompiyansının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2008-01.07.2012 tarihleri arasında fırsatçı tarama yaklaşımı ile uygulanan PAP test kayıtları elektronik veri tabanından retrospektif olarak tarandı. Servikal sitolojik anormalliklerin dağılımı ve prevalansı saptandı. Anormal servikal sitoloji sonuçları olan hastalara uygulanan izlem ve girişimsel işlemleri ile biopsi yapılan olguların histopatolojik sonuçlarının dağılımları değerlendirildi.

Bulgular: 6822 PAP-test içerisinde 396 premalign/malign epitelyal değişiklik saptanmıştır. Endometrium, rektum, vagina ve over kanseri tanısı alan olguların sonuçları dışlandığında anormal servikal sitoloji oranı 343 (%5.03) bulunmuştur. Olguların ortalama yaşı 44.63(21-88) olup, 117'si (%32.6) postmenopozal dönemde idi. Epitelial anormallik içeren sonuçların %11.7'si ASCUS, %6.7'si ASC-H, %20.1'i LSIL, %25.4'ü HSIL, %22.2'si SCC, %5.0'i AGC-NOS, %1.2'si AGC-FN, %6.7'si adenokarsinom, %1.2'si ise ayrımı yapılamayan malign epitelial tümör olarak raporlanmıştır.

Anormal servikal sitoloji bildirilen 80 (%26.0) olgu izleme gelmemiş, 26 (%8.4) olgu sadece smear ile izlenmiş, 202 (%65.6) olguya biopsi ile histopatolojik değerlendirme yapılarak yönetilmiştir. Biopsi ile değerlendirilen olguların 69'i (%34,16) malign tanı almıştır. Bunların 49(% 24.3)'u SCC, 9(%4.5) adenokarsinom, 5(%2.5)'i endometrium karsinomu, ikisi mikst müllerien karsinom, biri nöroendokrin tümör, ikisi malign epitelial tümördür.

Sonuç: Üçüncü basamak hastane bazlı yapılan bu analizde, anormal servikal sitoloji prevalansı literatürle uyumlu olmakla beraber, anormal servikal sitolojilerin içerisinde SCC oranı çok yüksek olup tarama nitelikli PAP-test ile uyumsuzdur.

Anahtar Kelimeler: PAP-test, ASCUS, LSIL, HSIL.

ABSTRACT

Objective: We intended to show the prevalence of cervical cytological abnormalities in our hospital, and their management and the compliance of the patients with abnormal cervical cytology.

Material and methods: 6822 PAP-test records between 01.01.2008 and 01.07.2012 from opportunistic screening were collected retrospectively. The prevalence and distribution of cervical cytological abnormalities were noted, as well as their histopathological results and managements.

Results: There were 396 premalignant and malignant epithelial abnormalities. The number of abnormal cervical cytology dropped to 343 (5,03%) when the results of patients with endometrium, rectum, and ovarian cancers were excluded. Mean age was 44.63(range:21-88); 117 of them (32.6%)were in the postmenopausal period. The rate of ASCUS, ASC-H, LSIL, HSIL, SCC,AGC-NOS,AGC-FN,adenocarcinoma, and not otherwise specified malignant epithelial tumors was 11.7%, 6.7%, 20.1%, 25.4%, 22.2%, 5.0%, 1.2%, and 1.2% respectively.

Eighty patients (26%) who reported abnormal cervical cytology were lost during controls, 26 patients (8.4%) were followed by PAP-test, and 202 patients (65.6%) underwent cervical biopsy and histopathological evaluation.

Sixty nine (34.2%) of the patients managed with cervical biopsy and histopathological evaluation were diagnosed as malignant. There were forty-nine (24.3%) squamous cell carcinomas, 9 (4.5%) adenocarcinomas, 5 (2.5%) endometrial cancers, 2 mixt mullerian carcinomas, one neuroendocrine tumor, and two malignant epithelial tumors.

Conclusion: In the present study, which is performed in a third step hospital the prevalence of abnormal cervical cytology is consistent with literature, but the squamous cell carcinoma rate of the abnormal cervical cytology is high and inconsistent for general screening PAP-test results.

Key Words: PAP-test, ASCUS, LSIL, HSIL.

GİRİŞ

Serviks kanseri dünyada genelde yedinci sıklıkta, kadınlarda ise ikinci sıklıkta görülmektedir. "Intenational Agency for Research on Cancer" 2002 verilerine göre Türkiye'de servikal kanser insidansı 4.5/100000 olup yılda 1364 yeni vaka tanı almakta ve bir yıl içerisinde tanı konan hastaların yaklaşık yarısı bu nedenle ölmektedir (1). Türkiyede serviks kanseri tüm kadın kanserlerinin % 3.8'ni oluşturmaktadır, sıklığına göre 10.sıradadır (2).

Gelişmiş ülkelerde toplumun %80'ine ulaşan tarama programları servikal kanserden olan ölümleri %95 oranında azaltmaktadır (3). Ülkemizde servikal kanser tarama programları henüz tüm topluma ulaştırılamamaktadır. Tarama ancak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda ve çalışma amaçlı yapılabilmektedir. Anormal servikal sitolojik bulguların sıklık ve dağılımları ile ilgili ülkemize ait az sayıda çalışmaya ait veri bulunmaktadır (4,5,6).

Serviks kanseri taraması hastanemiz kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde fırsatçı tarama ve semptomatik hastaların değerlendirilmesi amaçlı yapılmaktadır. Aynı zamanda 3. basamak hastane olarak dış merkezlerden sevk ile başvuran anormal PAP smear sonuçları olan hastalar değerlendirilmektedir. Bu çalışmada İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde anormal servikal sitoloji prevalansı ve anormal servikal sitolojili hastaların yönetimi ve kompiyansının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu sonuçlar bölgemizdeki gerçek anormal servikal sitoloji için de ışık tutacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 01.01.2006-01.07.2012 tarihleri arasında fırsatçı tarama yaklaşımı ile uygulanan konvansiyonel PAP test kayıtları elektronik veri tabanından retrospektif olarak tarandı. Sitolojik değerlendirme 2008-2011 yılları arası konvansiyonel yöntemle yapılmış olup 2012 yılından itibaren sıvı bazlı (Sure path) yöntem ile yapılmaktadır.

Servikal sitolojik anormallik saptanan tüm olgular [Önemi belirsiz atipik skuamöz hücreler (ASC-US), atipik skuamöz hücreler (ASC-H), düşük dereceli skuamöz intraepitelial lezyon (LSIL),

yüksek dereceli skuamöz intraepitelial lezyon (HSIL), invaziv skuamöz hücreli karsinom (SCC), önemi belirsiz atipik glandüler hücreler (AGC-US), neoplazi olası atipik glandüler hücreler (AGC-FN), adenokarsinoma (AC), malign epitelial tümör (MET)] çalışma kapsamına alındı. Vulva karsinomu, vagina karsinomu, endometrium, over ve rektum karsinomu saptanan olgular çalışma dışında bırakıldı. Olguların elektronik veri kayıtları incelendi. Anormal servikal sitoloji prevalansı ve dağılımı saptandı. Anormal servikal sitoloji sonuçları olan hastalara uygulanan klinik yaklaşım ve ileri incelemeler elektronik veri tabanından elde edildi. Hastaların izlem ve kompiyansı ile tedavide uygulanan girişimsel işlemleri ve biopsi yapılan olguların histopatolojik sonuçları ve dağılımları kaydedildi.

SONUÇLAR

01.01.2008-31.07.2012 tarihleri arasında 6822 PAP-test değerlendirilmiştir. Bu PAP-testlerin 396'sında premalign/malign epitelial değişiklikler saptanmıştır. Histopatolojik değerlendirme ile endometrium kanseri tanısı alan 40, rektum kanseri olan 3, vagina kanseri olan 1 olgu ile over kanseri tanısı alan 9 olgunun sonuçları dışlandığında anormal servikal sitoloji oranı 343 (%5.03) bulunmuştur.

Olguların yaşları 21-88 aralığında olup, ortalama ve standart sapması 44.63 ± 15.74 bulunmuştur (Tablo 1). Olguların 117 (%32.6)'ü postmenopozal dönemde idi, pariteleri ortalama 2.42 iken, ortanca 2 saptandı. Olguların en sık başvuru yakınması 126 (%36.8) ile akıntı idi,

ikinci sıklıkta postmenopozal kanama 57 (%16.7) görüldü.

Epitelial anormallik içeren sonuçların %11.7'i ASCUS, %6.7'si ASC-H, %20.1'i LSIL, %25.4'ü HSIL, %22.2'si SCC, %5.0'i AGC-US, %1.2'si AGC-FN, %6.7'si AC, %1.2'si ise ayrımı yapılamayan malign epitelial tümör olarak raporlanmıştır. Epitelial anormalliklerin yıllara göre dağılımı ve prevalansları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tekrarlayan PAP test sonucu olan hastaların ilk sonuçları izlem açısından değerlendirmeye alındığında, toplam 308 olgu incelendi (Tablo 3). Anormal servikal sitoloji bildirilen 80 (%26.0) olgu izleme gelmemiş, 26 (%8.4) olgu sadece smear ile izlenmiş, 202 (%65.6) olguya biopsi ile histopatolojik değerlendirme yapılarak yönetilmiştir. Biopsi ile değerlendirilen olguların 69'i (%34,16) malign tanı almıştır. Histopatolojik sonuçlar Tablo 4'de özetlenmiştir.

ASC-US saptanan 36 olgunun 16'sı tekrar başvurmamış, PAP test ile izlenen 7 hastanın birinde HSIL saptanmıştır. 13 olgu biopsi ile değerlendirilmiş, 8'inde benign patolojiler saptanırken, birinde LSIL, 4'ünde HSIL tanısı konmuştur.

ASC-H saptanan 20 olgunun 6'sı izleme gelmemiştir. Üç olgu PAP-test yaptırmış, birinde SCC bulunmuştur. Biopsi ile değerlendirilen 11 olgunun birine benign patoloji, ikisine LSIL, altısına HSIL, birine nöroendokrin tümör, birine de endometrial kanser tanısı konmuştur.

	Yaş		Parite	
	ortalama±standart sapma	aralık	ortalama±standart sapma	Aralık
ASC-US	39.83±12.52	22-79	1.38±1.06	0-3
ASC-H	43.60±15.10	20-77	2.71±1.80	1-6
LSIL	35.43±11.43	19-74	1.08±1.32	0-4
HSIL	43.06±11.30	24-77	2.35±1.40	0-6
SCC	29.89±15.50	31-90	3.18±1.67	0-6
AGC-US	49.25±13.86	28-80	2.33±0.58	2-3
AGC-FN	63.33±17.95	43-77	4.32± 1.53	1-4
AC	55.47±14.60	34-81	4.25±1.50	3-6

Tablo 1. Anormal servikal sitolojik sonuçları olan olguların demografik özellikleri.

	2008		2009		2010		2011		2012		Toplam	
	Sayı	Prevalans %	Sayı	Prevalans %	Sayı	Prevalans %	Sayı	Prevalans %	Sayı	Prevalans %	Sayı	Prevalans %
ASC-US	7	0.72	5	0.33	4	0.23	13	0.66	11	0.70	40	0.58
ASC-H	5	0.52	5	0.33	1	0.06	6	0.30	6	0.30	23	0.34
LSIL	22	2.29	8	0.52	7	0.41	11	0.55	21	1.06	69	1.01
HSIL	26	2.70	18	1.17	16	0.94	18	0.91	9	1.39	87	1.27
SCC	15	1.56	25	1.63	8	0.47	19	0.96	9	1.39	76	1.11
AGC-US	9	0.93	4	0.26	1	0.06	3	0.15	0		17	0.25
AGC-FN	4	0.42	0		0		0		0		4	0.06
AC	9	0.94	4	0.26	6	0.30	3	0.15	1	0.15	23	0.33
MET	0		2	0.13	0		1	0.05	1	0.15	4	0.06
Toplam anormal sitoloji	102	10.63	74	4.83	47	2.76	78	3.94	62	9.57	343	5.02
Toplam PAP test	960		1531		1702		1981		648		6822	

Tablo 2. PAP test ile saptanan epitelial anormalliklerin yıllara göre dağılım ve prevalansları.

	PAP-test		Olgu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
ASC-US	40	11.7	36	11.7
ASC-H	23	6.7	20	6.5
LSIL	69	20.1	63	20.5
HSIL	87	25.4	77	25.0
SCC	76	22.2	70	22.7
AGC-US	17	5.0	16	5.2
AGC-FN	4	1.2	3	1.0
AC	23	6.7	19	6.2
MET	4	1.9	4	1.3
Toplam anormal sitoloji	343		308	

Tablo 3. Tekrarlayan PAP test sonucu olan hastaların ilk sonuçları izlem açısından değerlendirildiğinde anormal servikal sitoloji sonuçlarının dağılımı.

LSIL saptanan 63 olgunun 27'si izleme gelmemiştir. 6 olguda sadece PAP-test ile tekrarlanmış, birinde skuamöz hücreli karsinom saptanmıştır. 28 olguda biopsi yapılmış, 6 olguda LSIL, 8 olguda HSIL saptanmıştır. HSIL saptanan 77 olgunun 13'sinde izlem bulunmamıştır. 60'sında biopsi yapılmış, 11

Histopatolojik tanı	Sayı	Yüzde
Benign	49	24.3
LSIL	9	4.5
HSIL	75	37.1
Skuamöz hücreli karsinom	49	24.3
Adenokarsinom	9	4.5
Nöroendokrin tümör	1	0.5
Endometrium kanseri	5	2.5
Malign mikst müllerien tümör	2	1.0
Malign epitelial tümör	2	1.0
Toplam	227	100

Tablo 4. Biopsi ile değerlendirilen olguların histopatolojik sonuçlarının dağılımı.

olguda patoloji saptanmamış, 43'ünde HSIL, 6'sında skuamöz hücreli karsinom, birinde adenokarsinom saptanmıştır. İzleminde sadece PAP-test bulunan 4 olgunun sitoloji sonuçlarında bir ASCUS, bir LSIL, bir HSIL saptanmıştır.

AGC-US saptanan 16 olgunun üçünde izlem bulunmamıştır. İki olgu PAP-test ile izlenmiş,

onbirinde histolojik inceleme yapılmış, bir HSIL, bir skuamöz hücreli karsinom ve bir olguda da endometrial kanser tanısı konmuştur.

AGC-FN saptanan 3 olguda yapılan, histopatolojik inceleme sonucu bir olguda endometrial kanser tanısı konmuştur.

Skuamöz hücreli karsinom saptanan 70 olgunun 3'ü serviks kanseri tedavi sonrası izlem bulgusudur. Sekiz olgu tekrar başvurmamıştır, 59 olguya biopsi yapılmıştır. Beş olguda biopside benign patoloji izlenirken, 9 olguda HSIL, 41 olguda skuamöz hücreli karsinom, 2 olguda adenokarsinom, 1 olguda endometrial kanser, bir olguda malign mikst müllerien tümör tanısı konmuştur.

Adenokarsinom saptanan 19 olgunun dördünde izlem bulunmamış, yapılan biopsiler sonucunda iki HSIL, üç skuamöz hücreli karsinom, 6 servikal adenokarsinom, bir endometrial adenokarsinom kanser, iki malign epitelial tümör tanısı konmuştur.

Malign epitelial tümör olarak yorumlanan 4 olgunun ikisinde izlem bulunmamış, ikisinde biopsi yapılmış, bir skuamöz hücreli karsinom, bir malign epitelial tümör bulunmuştur.

Servikal kanser tanısı konan 56 olgunun evrelemesi yapılmış, evre dağılımları Tablo 5'te sunulmuştur. Toplamda 141 hastanın izleminde tek başına veya tanı ve tedavi modalitelerinin arkasından PAP-test kullanılmış olup ortalama sayısı 2.76 ± 2.06 , aralığı (1-9) dur.

Servikal kanser		
Evre	Sayı	Yüzde
IA1	5	8.9
IA2	2	3.6
IB1	3	5.4
IB2	2	3.6
IIA	5	8.9
IIB	30	53.6
IIIB	9	16.1
Toplam	56	99.9

Tablo 5. Servikal kanser olgularının evre dağılımları.

TARTIŞMA

Servikal sitolojik anormalliklerin prevalansı farklı risk gruplarındaki popülasyonlarda % 0.5-10 aralığında bildirilmektedir (3,4,5,6,7,8,9,10). Türkiye'de yapılan araştırmalarda ise anormal servikal sitolojilerin %0.54-2.8 sıklıkta olduğu ortaya konmuştur (4,5,6) Türkiye'de gelişmiş ülkelere göre görece düşük anormal servikal sitoloji prevalansı HPV prevalansının düşüklüğü (%2-5) ile ilişkilendirilmektedir (4,11,12)

Servikal lezyonların yaşa spesifik prevlansı gözden geçirildiğinde düşük dereceli lezyonların 20-30 yaşlarda pik yaptığı, daha sonra azaldığı görülmektedir. Bu pik HPV enfeksiyonu ile ilişkilidir. Yüksek dereceli lezyonlar Avrupa, Asya, Afrika ve Orta doğu ülkelerinde 20-40 yaş aralığında en sık bildirilirken Kuzey Amerika'da görece daha genç yaşlarda (30 yaş altında) bildirilmektedir (13). Ülkemizde yapılan geniş ölçekli çalışmalar hem düşük hem de yüksek dereceli lezyonların daha ileri yaşlarda görüldüğünü göstermektedir (4,5,6,7). Hastanemizden elde edilen veriler de bu yöndedir.

Türkiye'de yapılan en geniş araştırma Türkiye Servikal Kanser ve Servikal Sitoloji Araştırma Grubu 2007 yılında yayımladığı 33 merkezin 140334 servikal smear sonucunun analizidir. Merkezler arası farklar olmakla beraber toplam anormal servikal sitoloji prevalansı %1.8 olup, servikal preinvaziv neoplazi prevalansı %1.7 iken sitolojik tanı alan invaziv neoplazi insidansı %0.06 bulunmuştur (4). Hastanemiz verilerine göre anormal servikal sitoloji prevalansı %5.03 olarak daha yüksek bulunmuştur. Hastanemizde jinekolojik malignite ön tanısı ile başvuran tüm olgulardan rutin servikal sitolojik inceleme yapılmaktadır. Saptanan sitolojik anormalliklerin üçte biri bu malign olgulardan oluşmaktadır. Bu olgular dışlandığında anormal servikal sitoloji prevalansı %3.52 olarak Türkiye'den bildirilen diğer çalışmalardan yüksektir.

Çalışmalarda ASCUS, LSIL, HSIL, AGUS ve invaziv kanser oranları arasında büyük değişiklikler bulunmaktadır. ASCUS en sık raporlanan servikal sitolojik anaormallik olup, prevalansı %0.31 ile %9.8 gibi çok geniş bir aralıkta bildirilmektedir (3,4,5,7,9,10). ASCUS/SIL oranı popülasyonun risk faktörlerinden bağımsızdır. Laboratuvarlar arası karşılaştırma ve

kalite ölçümü için bir gösterge olarak tanımlanmıştır (14). ABD'nde 1166 sitoloji laboratuvarının medyan değeri 2 olarak bildirilmiştir, TCCG çalışmasında da ASCUS/SIL oranı 2 olarak bildirilmiştir (4,15). Hastanemizde bu oran 0.25 olarak bunun çok altında bulunmuştur.

Türkiye Servikal Kanser ve Servikal Sitoloji Araştırma Grubu'nun çalışmasında skuamöz hücreli karsinom prevalansı %0.04 iken adenokarsinom prevalansı %0.02 olarak bildirilmiştir (4). Bizim verilerimizde ise SCC/AC oranı 5.4 olarak daha yüksektir.

Çalışmamız retrospektif ve elektronik olarak tutulan kayıtlar üzerinden yapılmıştır. Bu nedenle hastalara ait ayrıntılı demografik verilere ve izlem ile ilgili önerilere ulaşamamaktadır. Hastaların %25.6'sı izleme gelmemiştir. Anormal servikal sitolojik bulguların ancak %66.2'si histopatolojik olarak konfirme edilmiştir. Ayrıca yetersiz olarak raporlanan smear sonuçları negatif tarama sonuçlarından ayırlanamamaktadır. Çalışmamızda ASCUS/SIL oranının düşük olması, buna karşılık anormal servikal sitoloji prevalansının yüksek olması teknik olarak çoğunlukla konvansiyonel sistemin kullanılmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Ancak bunu doğrulamak için daha uzun süre ile sıvı bazlı yöntemle değerlendirilen çalışmalara ihtiyaç vardır. Sitolojik değerlendirmede 2012 yılından itibaren konvansiyonel yöntemden yöntemle geçilmiş, izlem ve öneriler kaydedilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide [database]. Lyon, France: International agency for research on cancer (IARC); Cancer Base 2002;5:2.
2. Yilmaz H.H, Yazihan N, Tunca D, Sevinç A, Olcayto E.Ö, Özgül N, et al. Cancer trends and Incidence and mortality patterns in Turkey. Jpn J Clin Oncol 2010;41:10-6.
3. Sigurdsson K, Sigvaldason H. Longitudinal trends in cervical cytological lesions and the effect of risk factors. A 30-year overview. Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85(3):350-8.
4. Turkish Cervical Cancer and Cervical Cytology Research Group. Prevalence of cytological abnormalities in Turkey. Int J Gynecol

Obstet 2009;106:206-209.

5. Atilgan R, Celik A, Boztosun A, Ilter E, Yalta T, Ozercan R. Evaluation of cervical cytological abnormalities in Turkish population. Indian J Pathol Microbiol 2012;55:52-5
6. Karabulut A, Alan T, Ekiz MA, Iritas A, Kesen Z, Yahsi S. Evaluation of cervical screening results in a population at normal risk. Int J Gynecol Obstet 2010;110:40-42.
7. Yalti S, Gurbuz B, Bilgic R, Cakar Y, Eren S. Evaluation of cytologic screening results of the cervix. Int J Gynecol Cancer 2005;15(2):292-4
8. Forman D, Stockton D, Möller H, Quinn M, Babb P, De Angelis R, et al. Cancer prevalence in the UK: results from the EUROPREVAL study. Ann Oncol 2003;14(4): 648-54.
9. Bukhari MH, Saba K, Qamar S, Majeed MM, Niazi S, Naeem S. Clinicopathological importance of Papanicolaou smears for the diagnosis of premalignant and malignant lesions of the cervix. J Cytol 2012; 29(1):20-25.
10. Wang J, Wu M, Zhang S, Li C, Zhang W. Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia in patients with atypical squamous cells of undetermined significance from cervical pap smears in Beijing. Eur J Gynaecol Oncol 2011;32(4):411-4.
11. Ozcan ES, Taskin S, Ortac F. High-risk human papilloma virus prevalence and its relation with abnormal cervical cytology among Turkish women. J Obstet Gynaecol 2011;31(7):656-8.
12. Inal MM, Köse S, Yildirim Y, Ozdemir Y, Töz E, Ertopçu K, et al. The relationship between human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia in Turkish women. Int J Gynecol Cancer 2007;17(6):1266-70.
13. Ting J, Kruzikas DT, Smith JS. A global review of age-specific and overall prevalence of cervical lesions. Int J Gynecol Cancer 2010 Oct;20(7):1244-9.
14. Wachtel MS, Dahm PF. The ASCUS:SIL ratio and the reference laboratory pathologist. Cytopathology 2003 Oct;14(5):249-56.
15. Davey DD, Neal MH, Wilbur DC, Colgan TJ, Styer PE, Mody DR. Bethesda 2001 implementation and reporting rates: 2003 practices of participants in the College of American Pathologists Interlaboratory Comparison Program in Cervicovaginal Cytology. Arch Pathol Lab Med 2004;128(11):1224-9.

Genel Cerrahi Polikliniğine Memede Şikayet ile Başvuran Hastalarda Bilinç Düzeyi ve Sürecin Değerlendirilmesi

Evaluation of Diagnosis Period and Conscious Level The Patients' Application to General Surgery Polyclinics with Complain Concerning Breast

Umut Gök BALCI*,
Nazlı SOYSAL**,
Berk GEROĞLU*,
Cengiz AYDIN***, ****
Kurtuluş ÖNGEL

*Aile Hekimliği Uzmanı; Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Obezite Polikliniği, İzmir

**Aile Hekimliği Asistanı; Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

***Genel Cerrahi Profesörü; Genel Cerrahi Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

****Aile Hekimliği Doçenti, Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu; Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

Yazışma Adresi / Correspondence:

Umut Gök Balci
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Obezite Polikliniği, İzmir
Tel: 232 4696969 Fax: 232 4330756
e-mail: dr_ugb@yahoo.com

Bu çalışma 15–19 Mayıs 2013 tarihleri arasında Kuşadası'nda düzenlenen 12. Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir. Bu çalışmada, genel cerrahi polikliniğine meme ile ilgili şikayetle başvuran hastaların polikliniğe başvurmada etkili faktörler ve tanı sürecinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışma Nisan-Mayıs 2013 arasında İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniği'nde gerçekleştirildi. Polikliniğe, meme ile ilişkili şikayetlerle başvuran bayan hastalara, konu ile ilgili hazırlanmış olan onyedili soruluk anket uygulandı. Veriler yüzde analiz olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 224 hastanın %15,6'sı 18–30 yaş arası, %22,3'ü 30–40 yaş arası ve %62'si 40 yaşın üzerindeydi. Hastaların %71,4'ü multipar, %20,5'i primipar ve %7,6'sı nullipardı. Doğum yapan olguların %89,3'ü ilk doğumlarını 18–30 yaş aralığında yapmışlardı. Doğum sonrası bebek emzirme oranı %91,5 olarak bulundu. Başvuru şikayetleri en sık kontrol amaçlı olmak üzere, sırasıyla tek memede ağrı, çift memede ağrı, tek memede tek kitle, koltuk altında ağrı, şeffaf akıntı gibi şikayetlerdi. Başvuru nedeni en sık meme kanseri korkusuydu. Aile hekiminin yönlendirmesi 2. sırada yer alırken, şikayetin günlük hayat kalitesini etkilemesi ve düzenli kontrol isteği diğer nedenler olarak kaydedildi. Hastaların %69,6'sı kendi memesini muayene etmeyi biliyordu. Memede kitle şikayetiyle gelenlerin çoğu kitleyi kendisi fark etmişti ve kitle nedeniyle takip edilen hastaların da %12'si meme kanseri tanısı almıştı.

Sonuç: Bu çalışmada hastaların yaklaşık yarısının meme ile ilgili herhangi bir şikayeti olmasından ziyade, kontrol olmak amacı ile genel cerrahi polikliniğine başvurduğu ve yine yüksek bir oranda, aile hekiminin muayene için bilgilendirme ve yönlendirmesinin etkin olduğu görülmüştür. Bu bulgu meme kanserinin erken tanı ve tedavisinin sağlanabilmesi için umut vericidir, ancak çevreden bilgilendirilmenin fazlalığı, kendini muayene etmeyi bilmenin yüzdesinin düşüklüğü de dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, meme, muayene.

ABSTRACT

Aim: Breast cancer is the most frequent cancer type for females. This study aims the evaluation of diagnosis period and factors leading the patients' application to general surgery polyclinics with complain concerning breast.

Materials and Method: The study is held at Izmir Tepecik Research and Training Hospital General Surgery Polyclinic between the dates April-May 2013. A subject related questionnaire with 17 questions was applied to female patients having complains concerning their breasts. The data is evaluated on the base of percentage analysis.

Results: The age interval for 15.6% of the 224 patients participating to the survey was 18-30 years while 22.3% of them were at the interval of 30-40 years and 62% of them were above 40 years old. 71.4% of the patients were multipara, whereas 20.5% of them were primipara and 7.6% were nullipara. 89.3% of the patients who had child bearing in their histories have had their first child bearing between the ages of 18-30. The ratio of breast feeding after birth was found as 91.5%. In addition to check-up which takes place at the top of the list, the most prevalent complains at the application respectively were single mastalgia, mastalgia at both breasts, single mass at single breast, pain at axillary and clear flow. The most frequent reason of the applications was the fear from breast cancer. While the intervention of primary care practitioners is recorded as the second significant reason, the negative affect of the complains on quality of daily life and the intention of having regular controls were recorded as the other reasons. 69.6% of the patients were familiar with self examination. Most of the ones with complains of mass at breast noticed the mass themselves and 12% of the followed patients with mass were diagnosed with breast cancer.

Conclusion: Approximately fifty percent of the patients at this study applied to the general surgery polyclinic to have checkup rather than having any complain concerning breast. It is also observed that the examination, information and intervention of primary care practitioners were also effective. This result is promising in early diagnosis and treatment of breast cancer, however excessive information from community,

the low percentage level of awareness on self examination are also pointed out.

Key Words: Cancer, breast, examination.

GİRİŞ

Meme kanseri tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kadınlarda en sık görülen kanserdir (1,2). Meme kanserinin sık görülen bir hastalık olması ve görülme sıklığının günden güne artış göstermesi nedeniyle, meme ile ilgili şikayetler kadınlar arasında korku ve anksiyete yaratmaktadır. Memenin anatomik olarak vücudun dışında yer alması, bu organın hem hekim tarafından, hem de hasta tarafından kendi kendine, kolayca muayene edilebilmesine imkan sağlamaktadır.

Meme kanseri tüm dünyada kadınlarda en sık görülen kanserdir ve 2012 yılı kanser istatistikleri verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde kadın cinsiyet için yıllık yaklaşık 226.870 yeni vaka tahmin edilmekte ve 39.510 hastalığa bağlı ölüm beklenmektedir (1). Ülkemizde de meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser olup, son yıllarda bu hastalığın sıklığında önemli bir artış dikkat çekmektedir. Türkiye'de 2007 yılında toplam 44.253 olgu kaydedilmiştir (2). Meme kanserinin sıklığı nedeniyle meme ile ilgili şikayetler tüm kadınlar için oldukça korkutucudur ve meme ile ilgili semptom ve bulgular hastalarda ciddi anksiyete sebebi olabilmektedir.

Literatürde mastalji, memede kızarıklık, şişlik, akıntı, şekil bozukluğu, ele gelen kitle, koltuk altında kitle gibi şikayetlerle doktora başvuran hastaların psikolojileriyle ilgili yapılmış bazı çalışmalar mevcuttur. Çakır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada mastalji nedeniyle doktora başvuran hastaların kaygı ve stres düzeyinin pozitif telkinle gerilediği, hatta ağrının şiddetinin azaldığı belirtilmiştir (3). Başka bir çalışmada ise mastalji nedeniyle tetkik yaptırmak üzere hastaneye başvuran kadın hastaların depresyon ve kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (4). Polikliniğe hastanın başvurusu, tetkik edilmesi ve takibinde, hatta tedavisinde etkili faktörlerin belirlenmesi, hastaların birinci basamakta değerlendirilmesi ve yönlendirilmesi açısından önemlidir.

Bu çalışmada meme ile ilgili şikayetle doktora

başvuran hastaların yaşadığı sürecin değerlendirilmesi ve bu sürece etki eden parametrelerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kasım 2012- Ocak 2013 tarihleri arasındaki üç aylık dönemde İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniği'ne meme ile ilişkili çeşitli şikayetlerle başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri kadınlar dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar, çalışma ile ilgili bilgilendirilerek, her

birinin sözlü onamı alınmış ve konu ile ilgili araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan onyedi soruluk anket uygulanmıştır (tablo 1).

Hastaların kişisel ve ailesel tıbbi geçmişleri de kaydedilmiştir. Çalışmanın istatistiksel analizleri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 16.0 paket programı ile yapılmıştır. Değişkenlere ait betimleyici istatistik olarak; frekans dağılımları, yüzdeler, ortalama ve standart hata değerleri kullanılmıştır.

Ad Soyad:.....	Yaş:.....
1. Doğum sayısı:.....	
2. İlk doğum yaşı:	a) 18-30 yaş arası b) 30-40 yaş arası c) 40 yaş üzeri
3. Emzirme durumu:	a) Tüm çocuklarını emzirmiş b) Tüm çocuklarını emzirmemiş
4. Çocuk emzirme süresi:	a) 3 -6 ay arası b) 6 ay - 1 yıl arası c) 1 yıldan uzun
5. Ailede meme hastalığı:.....	Var ise:
a) Fibrokistik Hastalık b) Fibroadenom c) Meme kanseri d) Diğer	
6. Poliklinik başvuru şikayeti:	
a) Memede ağrı:	Tek meme Çift meme
b) Memede ele gelen kitle:	Tek meme Çift meme Tek kitle Birden fazla kitle
c) Memede şişlik:	
d) Memede akıntı:	Şeffaf akıntı Kanlı akıntı
e) Memede şekil bozukluğu:	
f) Koltuk altında ağrı:	
g) Sadece kontrol:	
7. Polikliniğe başvuru kararı:	
a) Mevcut şikayetim günlük hayatını etkilemesiyle	
b) Çevrenin etkisiyle	
c) Meme kanseri korkusuyla	
d) Şekil bozukluğu sonucu	
e) Doktor yönlendirmesiyle	
f) Rutin kontrol	
8. Kendi kendine muayeneyi biliyor mu:	a) Evet b) Hayır
Biliyorsa hangi sıklıkta muayene yapıyor:	a) Her banyo sonrası b) Ayda bir c) Yılda bir
9. Hasta sadece rutin kontrollere geliyorsa, beklentisi nedir:	
a) Hastalık geliyecekse erken dönemde yakalamak	
b) Meme kanseri korkusunu rahatlatmak	
c) Doktor önerdiği için	
d) Gerekli olduğunu duyduğum için	
e) Çevresindekiler de gittiği için	
10. Mevcut şikayet memede ele gelen kitle veya şişlikse, hasta kendisi mi fark etmiş:	a) Evet b) Hayır
11. Hasta daha önce meme hastalığı tanısı almış mı:	a) Evet b) Hayır
Almışsa tanısı:	a) Fibrokistik hastalık b) Fibroadenom c) Meme kanseri d) Diğer
12. Tanılı hastalarda, tanı konma zamanı:	a) 3 -6 ay önce b) 1 yıl önce c) Birkaç yıl önce
13. Takiplerin yapıldığı yer:	a) Devlet hastanesi b) Aile sağlığı merkezi c) Üniversite
14. Takip sıklığı:	a) 3 ay arayla b) 6 ay arayla c) Yılda bir
15. Takip şekli:	a) Elle muayene b) Meme ultrasonu ile c) Mamografi ile
16. Takiplerde hastalığın seyri:	a) Başlangıçla aynı b) Hastalık geriledi c) Hastalık ilerledi
17. Herhangi bir tedavi görme:	a) Evet b) Hayır
Tedavi gördü ise ne tür tedavi:	a) İlaç tedavisi b) Cerrahi Tedavi c) Radyoterapi

Tablo 1. Genel Cerrahi Polikliniği'ne başvuran hastalarda meme şikayetleri değerlendirme anketi

BULGULAR

Çalışmaya katılan 224 hastanın %15,6'sı (n:35) 18-30 yaş arası, %22,3'ü (n:50) 30-40 yaş arası ve %62'si (n:139) 40 yaşın üzerindeydi. Hastaların %71,4'ü multipar (n:160), %20,5'i primipar (n:47) ve %7,6'sı (n:17) nullipardı. Doğum yapan olguların %89,3'ü ilk doğumlarını 18-30 yaş aralığında yapmışlardı. Doğum sonrası bebek emzirme oranı %91,5 (n:205) olarak bulundu.

Hastaların aile anamnezleri incelendiğinde; 182 kişinin (%81,3) ailesinde memede şikayet bulunmamaktaydı. 7 kişinin ailesinde (%3,1) fibrokistik hastalık, 10 kişinin ailesinde (%4,5) fibroadenom, 24 kişinin ailesinde (%10,7) ise meme kanseri öyküsü vardı.

Başvuru şikayetleri en sık kontrol amaçlı olmak üzere (n:86 , %38,4), sırasıyla tek memede ağrı, çift memede ağrı, tek memede tek kitle, koltuk altında ağrı, şeffaf akıntı gibi şikayetlerdi. Hastaları doktora getiren en sık neden meme kanseri korkusuydu (n:72 , %32,1). Aile hekiminin yönlendirmesi 2. sırada yer alırken (n:58 , %25,9), şikayetin günlük hayat kalitesini etkilemesi ve düzenli kontrol isteği diğer önemli nedenler olarak kaydedildi.

Hastaların %69,6'sı (n:156) kendi memesini muayene etmeyi biliyor, %30,4'ü (n:68) bilmiyordu. Kendi kendine meme muayenesi yapmayı bilen hastalar, çoğunlukla ayda bir (n:90 , %40,2) meme muayenesi gerçekleştiriyordu. Rutin kontrol amacıyla gelenlerin %47,7'si kanser hastalığının erken dönemde yakalandığında tedavisinin daha kolay olduğunu bildiği için kontrole geldiğini, %26'sı aile hekiminin yönlendirmesinden etkilendiğini, %17,7'si ise kanser korkusunu yenmek amacıyla geldiğini belirtti.

Memede kitle şikayetiyle gelenlerin çoğu kitleyi kendisi fark etmişti ve kitle nedeniyle takip edilen hastaların da %12'si meme kanseri tanısı almıştı. Tanılı hastalarda, tanı konma oranı çoğunlukla birkaç yıl öncesine dayanıyordu (n:34 , %15,2). Hastalar takiplerini büyük oranda 6 aylık aralar ile devlet hastanelerinde yaptırmaktaydılar; takiplerde elle muayene ve meme ultrasonografisi ön plandaydı.

TARTIŞMA

Ülkemizde kadınların meme sağlığına yaklaşımlarını, bilgi seviyeleri ve farkındalıklarını gösteren az sayıda çalışma mevcuttur. Dişçigil ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 363 kadından yaklaşık %62'sinin kendi kendini muayene ettiği ve ancak %43'ünün bir doktor tarafından meme muayenesine tabi tutulduğu tespit edilmiştir. Başka bir deyişle bu çalışmaya göre her iki kadından ancak birisinin memesi muayene edilmektedir (5). Bizim çalışmamızda hastaların kendi kendini muayene etme oranı yaklaşık olarak %70 idi ve bu oran literatürle paralellik göstermektedir.

Meme ile ilgili şikayetler arasında hastaları son derece rahatsız eden ve anksiyete uyandırarak kişiyi doktora gelmeye yönlendiren başlıca yakınmalardan biri de mastaljidir. Literatürde mastalji görülme sıklığı ile ilgili olarak %45 ile %70 arasında oranlar verilmektedir (6). Mastaljinin etyolojisinde hormonal değişikliklerin etkisi gösterilmiştir (7). Memede ağrı şikayeti olan hastaların kaygı ve depresyon seviyelerinin, olmayanlara göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar yayınlanmıştır (8,9). Ülkemizden bir çalışmada Balcı N ve arkadaşları da yaptıkları vaka-kontrol çalışmasında mastalji olan kadınlarda anksiyete skorlarının, kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu bulmuşlardır (10). Pek çok benign meme hastalığında da memede ağrı olabileceği bilinse de meme kanseri korkusu hastalarda kaygı seviyesi yükseltiyor olabilir. Bu çalışmada da memede şikayet nedeniyle polikliniğe başvuran hastaların %80'inde herhangi bir meme hastalığı tespit edilmezken, meme kanseri tanısı alan hasta oranı sadece %2,7 idi.

Meme ile ilgili olarak gerek kendi kendini muayene, gerekse tarama testleri konusunda kadınların farkındalıkları incelendiğinde, doktor tarafından bilgilendirilen kadınlarda tüm tarama testleri ve inceleme yöntemlerinin uygulanma oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (5). Bu tespit, toplumda meme konusunda belli bir algının oluşması aşamasında özellikle birinci basamak hekimlerinin üstlenmesi gereken rolün önemini vurgulaması açısından son derece değerlidir. Bizim çalışmamıza katılan her dört kadından biri aile hekiminin yönlendirmesinden

etkilenecek genel cerrahi polikliniğine başvurduğunu ifade etmiştir.

Kadınlar arasında meme sağlığı ve hastalıkları konusunda bir hassasiyetin ortaya çıkmasında önemli bir sebep de hiç kuşkusuz kanser korkusudur. Özellikle ailesinde meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri ile ilgili bilgi düzeylerinin, toplumdaki diğer bireyle oranla daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar yayınlanmıştır (5,11). Berkiten ve arkadaşları tarafından yapılan ve yakın zamanda yayınlanan bir meta-analizde evli kadınlarda ve ailesinde meme kanseri öyküsü olanlarda kendi kendini muayene etme oranları, bekar kadınlardan ve aile öyküsü olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (12).

Meme kanseri ile ilgili tarama yöntemlerinin kullanımlarına bakıldığında kırsal alanda yaşayanlarda, kentte yaşayan kadınlara oranla daha düşük olduğu görülmektedir. Hsairi ve arkadaşlarının çalışması kırsal alanda yaşayan kadınların, kentte yaşayan ve eğitim seviyesi yüksek kadınlara oranla tarama yöntemlerine daha nadir başvurduklarını göstermiştir (13). Aynı şekilde ev hanımlarının da meme hastalıkları ve kanser taramaları konusunda bilgileri ve farkındalıkları, çalışan kadınlardan daha düşük seviyelerde bulunmuştur (5). Bu veriler ışığında şehirde yaşayan, eğitim seviyesi yüksek, meslek sahibi olan ve çalışan, bir başka deyişle aktif günlük yaşamın içinde olan kadınların meme hastalıkları ve meme sağlığı konusunda daha bilgili oldukları söylenebilir.

SONUÇ

Bu çalışmada hastaların yaklaşık yarısının meme ile ilgili herhangi bir şikayeti olmasından ziyade, kontrol olmak amacı ile genel cerrahi polikliniğine başvurduğu ve yine yüksek bir oranda, aile hekiminin muayene için bilgilendirme ve yönlendirmesinin etkin olduğu görülmüştür. Bu bulgu meme kanserinin erken tanı ve tedavisinin sağlanabilmesi için umut vericidir, ancak çevreden bilgilendirme fazlalığı, kendini muayene etmeyi bilmenin yüzdesinin düşüklüğü de dikkat çekmektedir. Meme sağlığı konusunda bilinçlendirme çalışmaları yapılırken toplumun tümüne ulaşmak amaçlamalı, ancak ev hanımları, eğitim seviyesi düşük olan kadınlar ve kırsal alanda yaşayanlar üzerinde özellikle durulmalıdır. Kitle iletişim araçları ve özellikle

modern dünyanın vazgeçilmezlerinden olan sosyal paylaşım kanalları kadınlara ulaşmak için kullanılabilir. Meme kanseri sıklığı ve erken tanının önemi dikkate alındığında birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında meme sağlığı ve hastalıkları konusunda bilgi alışverişi ve sağlık çalışanlarının bu konuda verecekleri eğitimin önemi açıktır.

KAYNAKLAR

1. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer Statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2012; 62:10-29.
2. Tuncer M. Significance of cancer in Turkey, the burden of disease, and cancer control policies. In: Tuncer M (ed), Cancer Control in Turkey, Ankara, Onur Press, Health Ministry Publication 2008;74:5-9.
3. Çakır T, Cingi A, Fıstıkçı N, Bez Y, Topcuoğlu V, Güllüoğlu BM. Organik Bir Nedene Bağlı Olmayan Mastalji Yakınması Olan Hastalarda Telkinin Yeri. Meme Sağlığı Dergisi 2006;2(2):96-99.
4. Aksu G, Hocaoglu Ç. Mastalji Yakınmasıyla Radyolojik İncelemeye Alınan Bir Grup Hastada Aleksitimi, Anksiyete, Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Araştırılması. Klinik Psikiyatri 2004; 7:95-102.
5. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme sağlığı: Ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. Marmara Medical Journal 2007; 20(1):29-36.
6. Ader DN, South-Paul J, Adera T, Deuster PA. Cyclical mastalgia: prevalence and associated health and behavioral factors. J Psychosom Obstet Gynaecol 2001; 22:71-76.
7. Davies EL, Gateley CA, Miers M, Mansel RE. The long-term course of mastalgia. J R Soc Med 1998; 91:462-464.
8. Colegrave S, Holcombe C, Salmon P. Psychological characteristics of women presenting with breast pain. J Psychosom Research 2001; 50:303-307.
9. Ramirez AJ, Jarrett SR, Hamed H, Smith P, Fentiman IS. Psychosocial adjustment of women with mastalgia. Breast 1995; 4:48-51.
10. Balcı N, Kantekin V, Sunay D, Aydın O, Çavuşoğlu NT, Ergün Y ve ark. Mastalji, anksiyete ve ilişkili faktörler: Vaka-kontrol çalışması. Türk Aile Hek Derg 2013; 17(1):8-12.
11. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, et al. The knowledge and

attitudes of breast self examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer 2006;6:43.
12. Berkiten A, Sahin NH, Sahin FM, Yaban ZS, Acar Z, Bektas H. Meta analysis of studies about breast self examination between 2000-2009 in

Turkey. Asian Pac J Cancer Prev 2012; 13(7):3389-3397.
13. Hsairi M, Fakhfakh R, Bellaaj R, Achour N. Knowledge, attitudes and behaviors of women towards breast cancer screening. East Mediterr Health J 2003; 9:87-98.

Nager Sendromu'nun Konjenital Kalp Defektleri ile Birlikteliği: Nadir Bir Olgu Sunumu

Nager Syndrome Associated With Congenital Cardiac Defects: A Rare Case Report

Tülay TOS^{*}
M. Yunus ALP^{**}
Reşat DOĞUSAN^{***}

^{*}Tıbbi Genetik Bölümü,
Dr.Sami Ulus Kadın Doğum ve
Çocuk Hastalıkları E.A Hastanesi, Ankara
^{**}Tıbbi Genetik Bölümü,
Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi,Bursa
^{***}Aile Hekimliği Bölümü,
Dr.Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk
Hastalıkları E.A Hastanesi, Ankara

Yazışma Adresi / Correspondence:
Tülay TOS,
Dr.Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk
Hastalıkları E.A Hastanesi,
Tıbbi Genetik Bölümü, Ankara
e-mail adresi: tulaytos@hotmail.com

ÖZET

Akrofasiyal dizostozis olarak da bilinen Nager sendromu malar hipoplazi, mikrognati, down slanting palpebral fissür, dış kulak yolu anomalisi ve radyal extremité defektleri ile karakterize çok nadir görülen malformasyon kompleksidir. Kardiyovasküler anomaliler gibi diğer sistemleri ilgilendiren anomaliler nadir görülürler. Bu olguda sunduğumuz hasta yeni doğan bir bebek olup aralarında akrabalık olan ebeveynlerin çocuğudur. Hastamızın anormal bulguları; mikrosefali, frontal bossing, malar hipoplazisi, mikroretrognati, down slanting palpebral fissürler, derin yerleşimli gözler, bilateral düşük displastik kulaklar ve bilateral atrezik dış kulak yolu. Ekokardiyografik inceleme hastamızda ASD, VSD, çift SVC ve PDA saptadı. Kraniyel BT dış kulak yolu atrezisini ve orta kulak displazisini gösterdi. Olgumuz Nager sendromunda nadir görülen multiple kardiyak defektler nedeniyle sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Nager sendromu, akrofasiyal dizostozis, konjenital kalp malformasyonları.

SUMMARY

Nager syndrome also known as acrofacial dysostosis is a rare malformation complex associated with malar hypoplasia, micrognathia, downslanting palpebral fissures, external ear anomalies, and radial limb defects. Other systemic malformations are rare. The patient we presented was a newborn male of healthy consanguineous parents (third degree cousins). He has microcephaly, frontal bossing, malar hypoplasia, microretrognathia, downslanting palpebral fissures, deep set eyes, bilateral low set malformed ears, and bilateral external auditory canal was atretic. Echocardiographic examination showed ASD, VSD, double SVC, and PDA. Cranial CT demonstrated that bilateral external auditory canal was atretic, middle ear cavity was dysplastic. We presented this case because of multiple congenital heart defects which are rare manifestations.

Key Words: Nager syndrome, acrofacial dysostosis, congenital cardiac malformations.

GİRİŞ

Nager sendromu 1. ve 2. brankiyal arkların gelişimsel bozukluğu sonucu görülen son derece nadir bir genetik hastalıktır (1). Çoğu vakalar sporadik olsa da otozomal dominant ve otozomal resesif kalıtım da bildirilmiştir. Literatürde bugüne kadar yaklaşık olarak 100 vaka rapor edilmiştir (2). Sendrom kraniyofasiyel anomaliler ve preaksiyel ekstremite defektleri ile karakterizedir. Tipik yüz bulguları malar hipoplazi, mikrognati, down slanting palpebral fissür, yarık damak ve dış kulak yolu atrezisidir. Nager sendromunun ana bulgularından olan radial ray defektleri baş parmak ve radius hipoplazisinden fokomeliye kadar değişkenlik göstermektedir (3). Hastalıktan sorumlu olan SF3B4 geni Bernier ve ark. tarafından 2012 yılında tanımlanmıştır (4).

OLGU SUNUMU

Hastamız 8 günlük yenidoğan erkek bir bebek olup, aralarında 3.derece I. kuzen evliliği olan 36 yaşındaki anne ve babanın üçüncü çocuğudur. Sorunsuz bir gebeliğin 38. haftasında normal spontan vajinal yolla 2890 gr ağırlığında (10-25. persentiller arası) dünyaya gelmiştir. Daha önce 2 düşük geçirmiş annenin 5. Gebeliğinden doğan hastamızın iki sağlıklı kız kardeşi var.

Fizik muayenesinde hastamızın baş çevresi 32,2 cm idi (< 3. persentil). Hastamızın dismorfik yüz özellikleri arasında frontal bossing, orta yüz hipoplazisi, bilateral düşük displastik kulaklar ve bilateral atrezik dış kulak yolu, derin yerleşimli gözler, down slanting palpebral fissürler, mikroretrognati vardı (Şekil 1 ve 2). Hastamızın başparmakları hafif hipoplazik idi.



Şekil 1: Dismorfik yüz özellikleri; frontal bossing, orta yüz hipoplazisi, derin yerleşimli gözler, down slanting palpebral fissürler, mikroretrognati

Ekokardiyografik incelemede hastamızda atrial septal defekt, ventriküler septal defekt, çift vena kava süperior ve patent ductus arteriosus saptandı. Kraniyel bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde dış kulak yolu bilateral olarak atrezik, orta kulak boşluğu displastik ve daralmış olarak, her iki tarafta mallus ve incus atretik tabakaya yapışık olarak gözlendi. Ayrıca her iki tarafta temporomandibuler eklemler arkaya doğru yer değiştirmiş olarak izlendi. Abdominal ultrason incelemesinde ureteropelvik darlık gözlendi. Hastamızın diğer sistemik muayenesinde herhangi anormal bir bulguya rastlanmadı.



Şekil 2: Düşük yerleşimli displastik kulak ve dış kulak yolu atrezisi

TARTIŞMA

1948 yılında Nager ve de Reynier tarafından tanımlanan Nager sendromu akrofasiyal dizostozis olarak sınıflandırılan hastalıkların prototip grubudur (4,5). Bugüne kadar 100'e yakın hastada rapor edilen bu sendromun yaklaşık olarak yarısından SF3B4 genindeki mutasyonlar sorumludur (2). Karakteristik olarak yüz ve üst ekstremite bulguları görülen sendroma nadir olarak diğer sistem malformasyonları da eşlik etmektedir.

Macdonald ve Gorski'nin Nager sendromlu 76 hastayı inceledikleri literatür derlemesinde genitoüriner (vezikoüreter reflü, unilateral renal agenezis, dış genitalya hipoplazisi, duplike üreter ve bikornuate üreter), gastrointestinal (gastroşizis ve Hirschsprung's hastalığı), ve santral sinir sistemi anomalilerinin (mikrosefali, aquaduktal stenoz ve polimikrografi) Nager

sendromlu hastalarda rapor edildiğini saptamışlar.

Ayrıca bu hastalarda kardiyovasküler anomalilerden fallot tetralojisi, ventriküler septal defekt ve sağ ventrikül çıkış yolunda subvalvüler müküler darlık bildirilmiş (6). Czeschik ve ark. da 12 Nager sendromu vakasını değerlendirdikleri araştırmada 3 hastada kardiyovasküler anomali saptamışlar; açık duktus balotelli, atriyoventriküler septal defekt ve aort koarktasyonu (2).

Hastamız Nager sendromunun tipik kraniyofasiyel bulgularına sahiptir; down slantig palpepral fissürler, malar hipoplazi, mikroretrognati, bilateral düşük displastik kulaklar ve bilateral atrezik dış kulak yolu. Hastamıza ait preaksiyel ekstermite defekti çok hafif şekilde bulunmaktadır. Nager sendromunda bu defektler baş parmak ve radius hipoplazisinden aplaziye, hatta fokomeliye kadar giden bir değişkenlikte görülmektedir (3).

Hastamızın literatürde yer alan Nager sendromu vakalarından önemli bir farkı çok sayıda konjenital kalp hastalığına sahip olmasıdır. Literatürde bugüne kadar birden fazla kardiyak defekte sahip vaka bildirilmemiştir. Hastamızın

nadir görülen diğer bulguları da mikrosefali ve üreteropelvik darlıktır. Hastamız Nager sendromu için tipik olan anomalilere sahip olduğu gibi var olan bu nadir özellikleri ile de literatüre katkı sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Vargervik K. Mandibular malformations: growth characteristics and management in hemifacial microsomia and Nager syndrome. *Acta Odontol Scand* 1998;56(6):331-8.
2. Czeschik JC, Voigt C, Alanay Y, et al. Clinical and mutation data in 12 patients with the clinical diagnosis of Nager syndrome. *Hum Genet* 2013;132(8):885-98.
3. Le Merrer M, Cikuli M, Ribier J, Briard ML. Acrofacial dysostoses. *Am J Med Genet* 1989;33(3):318-322.
4. Bernier FP, Caluseriu O, Ng S, et al. Haploinsufficiency of SF3B4, a component of the Pre-mRNA spliceosomal complex, causes Nager syndrome. *Am J Hum Genet* 2012; 90(5):925-933.
5. Nager FR, de Reynier JP. Das gehororgan bei den angeborenen kopfmissbildungen. *Pract Otorhinolaryngol* 1948;10(suppl 2):1-128.
6. McDonald MT, Gorski JL Nager acrofacial dysostosis. *J Med Genet* 1993; 30(9):779-782

Ateşli Silah Yaralanması Sonrası Geç Dönem Üreter Hasarının Konservatif Tedavisi: Olgu Sunumu

Conservative Management of Late Ureteral Damage Due to Gunshot Injury: Case Report

Uğur BALCI,
Kaan BAL,
Kutan ÖZER,
Aziz ERGİN,
Orkun YILMAZ,
Cengiz GİRGIN,

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Üroloji Kliniği

Yazışma Adresi / Correspondence:
Uğur Balcı
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Üroloji Kliniği
Tel: 505 493 95 36 - 244 44 44/1562
e-mail: ubalci1907@yahoo.com

ÖZET

Üreterin ateşli silah yaralanmaları nadirdir. Bu vakalar acil cerrahi eksplorasyonlarla veya postoperatif dönemde görülen ateş, renal kolik veya ameliyat yerinden idrar kaçağı gibi bulgularla tespit edilirler. Biz burada ateşli silah yaralanması sonrası ortaya çıkan ve konservatif yolla tedavi edilen geç dönem üreter hasarı ve idrar kaçağı olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Üreter, ateşli silah yaralanması, konservatif tedavi

ABSTRACT

Gunshot injuries involving the ureters are uncommon. If not detected during emergency surgical exploration these cases may present with fever, renal colic or urinary leakage from operation area in late postoperative period. We report here a patient with late ureteral damage and urinary leakage after gunshot injury who was treated with conservative approach.

Key Words: Ureter, gunshot injury, conservative management

GİRİŞ

Ateşli silah yaralanmalarında (ASY) en sık ince barsaklar etkilenirken (1,2) üreteral yaralanmalara oldukça nadir rastlanır. Abdominal ASY sonrasında üreteral yaralanma %2-2.5 oranında görülürken, batıcı-delici travmalar sonrası bu oran yaklaşık %17 olarak bildirilmiştir (3). Ateşli silahlar ile oluşan yaralanmalarda kurşunun balistik etkisiyle geniş bir alanda hasar oluşmakta ve yüksek kinetik enerjili silahlarda bu etki daha yıkıcı olmaktadır (4). ASY sonrası gelişen üreteral yaralanmaların ancak %25'i eksploratif laparotomiler esnasında tespit edilebilmektedir (5). Bazı olgularda da operasyon esnasında sağlam görünen doku ve/veya organlarda termal etkinin ortaya çıkardığı geç dönem hasar sonucu idrar kaçakları ortaya çıkabilmektedir. Bu yazıda da perioperatif olarak tespit edilmeyen ve postoperatif 15. günde ortaya çıkan üreteral kaçak olgusunun klinik seyri ve tedavisi literatür eşliğinde tartışılarak sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Ateşli silah yaralanması sonrası acile servise başvuran 22 yaşında erkek hastaya intestinal yaralanma ön tanısıyla genel cerrahi kliniği tarafından laparotomi+batından hematoma boşaltılması+jejunum rezeksiyonu operasyonu yapılmış ve perioperatif üroloji konsültasyonu istenmişti. Operasyon öncesi herhangi bir ürogenital sistem görüntülemesi olmayan vakaya dahil olundu. Yapılan değerlendirmede mesanenin sağ postero-lateralinde serozanın yaklaşık 2 cm açıldığı ancak mukozanın sağlam olduğu görüldü ve bu açıklık 2/0 poliglikolik asit sütür materyali ile primer onarıldı. Mesane serum fizyolojik ile dolduruldu ve kaçak olmadığı görüldü. Her iki üreter ortaya konmuştu ve salim oldukları tespit edildi. Ana vasküler yapılar olağandı. Mesaneye 20 F foley kateter konularak hasta genel cerrahi ekibine devredildi. Postoperatif 2.günden itibaren drenaj getireni olmayan hasta, post-operatif 5. günde drenaj çekilerek, 10 gün sondalı kalması önerisiyle genel cerrahi kliniğinden taburcu edildi. Hastanın postoperatif 15. günde karın ağrısı ve yüksek ateş nedeniyle acil servise başvurusu sonucu çekilen bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ böbrekte pelvikalisial dilatasyon ve mesaneyi sol yana iten, uzun eksenli yaklaşık 8 cm olan ve opaklanan hematoma-ürinom tespit edilmesi üzerine (Resim 1-2)

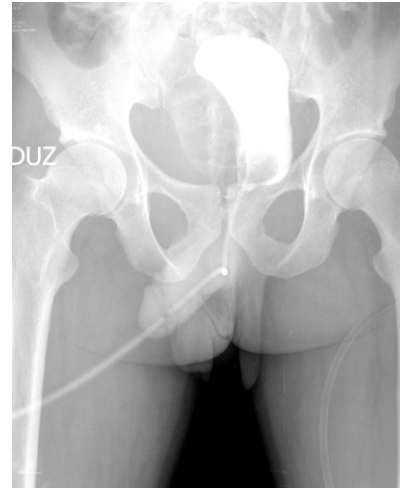


Resim 1. Sağ böbrekte pelvikalisial dilatasyon



Resim 2. Mesaneyi sol yana iten ve opaklanma gösteren ürinom

hasta üroloji kliniğine yatırılarak geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı. Olası bir idrar kaçağını tespit etmek üzere sistografi ve intravenöz piyelografi (İVP) çekildi. Sistografide mesaneden bir ekstrevasiyon tespit edilmemekle birlikte, mesanenin sola deplase olduğu ve İVP'de de sağda hidroüretonefroz ve üreter alt ucuna uyan bölgeden opak ekstrevasiyonunun olduğu görüldü (Resim 3-4).



Resim 3. Sistografi de deplase olmuş mesane



Resim 4. İVP 'e opak ekstrevasiyonu

Bunun üzerine üreteral yaralanmaya bağlı idrar kaçağı düşünülerek, hastaya endoskopik girişim ve double-j kateter takılmasına karar verildi. Ancak deplase olmuş mesanenin üreterde oluşturduğu kinkleşme nedeniyle başarılı olunamayınca sağ böbreğe perkütan nefrostomi (PN) konularak izleme alındı. Bir haftalık izlemde nefrostomiden günlük ortalama 2500 cc kadar

berrak idrar gelmesi üzerine hasta bir ay sonra BT ve antegrad piyelografi çekilmek üzere taburcu edildi. Hasta kontrole geldiğinde çekilen BT de böbrekteki dilatasyonun geçtiği ve mesaneyi deplase eden ürinomun kaybolduğu görüldü (Resim 5-6). Takiben çekilen antegrad piyelografide tüm opak maddenin mesaneye geçtiği (Resim-7) izlendi ve hastanın nefrostomisi çekildi. Hasta halen postoperatif 5. ayında sorunsuz bir şekilde takiptedir.



Resim 5. Nefrostomi sonrası BT (pelvikalsiyel dilatasyon kaybolmuş)



Resim 6. Nefrostomi sonrası BT (ürinom yok, mesane olağan)



Resim 7. Antegrad piyelografide nefrostomiden verilen opağın mesaneye geçişi

TARTIŞMA

ASY sonrası üreteral yaralanmalar oldukça nadirdir (%2-2.5) ve bu yaralanmalar genellikle erken dönemde fark edilemezler. Literatürde 4425 ASY olgusunun sunulduğu bir çalışmada olguların %2.6'sında ürogenital yaralanma olduğu rapor edilmekte ve bunların da ancak yaklaşık %10'unda üreteral yaralanma olduğu bildirilmektedir (6). Üreteral yaralanmanın erken tespiti ve tedavisi morbiditeyi azaltmak açısından önemlidir.

Üreter yaralanmalarının klasik laboratuvar bulguları yoktur. Beraberinde böbrek ya da damar yaralanması yoksa hemoglobin, hemotokrit değerlerinde anlamlı düşüşler izlenmemektedir. Diğer renal ünitenin sağlam olduğu durumlarda, çok büyük boyutlara ulaşan ürinomların basılarına rağmen kan kreatinin değerleri normal seviyelerde kalabilir. Hematüri üreter yaralanmalarının yaklaşık yarısında izlenir (7). Üreterin komplet avulsiyonlarında ve çeşitli operasyonlar sırasında iatrojenik olarak bağlanması gibi durumlarda, mesaneye idrar geçişi olmayacağı için hematüri görülmeyebilir.

Üreter yaralanmalarının tanısında İVP son derece değerlidir. İdrar ekstravazasyonunu göstererek tanı konmasını sağlar. Çeşitli cerrahiler sırasında meydana gelen bağlanma veya basılar sonrası ortaya çıkan hidroüteronefroz ve afonksiyone böbrek gibi bulgular da İVP ile saptanabilmektedir. Yine de vakaların neredeyse yarısına İVP ile tanı konulamamaktadır (7). Üreter yaralanmalarının tanısında BT'nin yeri de sınırlıdır. Eğer üreteral yaralanma gerota fasyası içinde sınırlı ise idrar kaçağı minimal olmakta ve gözden kaçabilmektedir. Bu nedenle intravenöz opak madde enjeksiyonunu takiben 30. dakikada alınacak görüntüler daha değerli bilgiler verebilir. Çoklu travması olan hastalarda çekilen BT komşu organ yaralanmaları hakkında değerli bilgiler vereceği için tercih edilmelidir. Günümüzde kullanılan spiral BT görüntüleme yöntemleri ile daha yüksek tanı konma yüzdelerine ulaşılmıştır (8).

Ateşli silahlarla oluşan yaralanmalarda merminin giriş ve çıkış delikleri bilinse dahi çekirdeğin blast etkisiyle çevre dokularda harabiyet ortaya çıkabilir. Bu nedenle laparotomiler esnasında

komşu organlar çok dikkatli incelenmelidir. Bu olguda da mermi suprapubik bölgeden girmiş, jejunumu yaralamış ve mesane serozasında açılmaya neden olmuştu. Merminin çeşitli organ ve yapılara, özellikle de kemiklere çarparak yön değiştirmesi ile üretere ait küçük kan damarlarında hasar ve bunu takiben üreter duvarında iskemi ve geç dönemde nekroz ortaya çıkabilmektedir (9,10). Üreter her ne kadar zengin bir damar sistemi ile kanlanmaktaysa da, bu şekilde nekroze olmuş alanlardan geç dönemde idrar kaçakları saptanabilmektedir. Olgumuzda perioperatif olarak üreterlerin mesane girişine kadar sağlam olduğu izlenmiş olmasına rağmen, postoperatif 15.günde sağ üreter alt ucundan idrar ekstrevasyonu ve ürinom tespit edilmiştir. Ülkemizden yayınlanan bir yazıda Yağcı ve ark ASY'ndan 40 gün sonra ortaya çıkan üretero-sakro-kutanöz fistül ve dev ürinom olgusunu sunmuşlardır (11).

Üreteral yaralanmalar operasyon öncesi veya operasyon sırasında tespit edilirse, ölü dokuların debridmanı ve gerekirse segmental bir rezeksiyon yapıldıktan sonra bir kateter üzerinden gerilimsiz, su geçirmez iyi bir anastomoz ile onarım yapılmalıdır (12). Tercihen seçilecek olan double-j kateterin çift taraflı çalışacağı akılda tutularak mesane uygun bir foley sonda konularak boş tutulmalıdır. Uç uca anastomoz veya primer tamirin mümkün olmadığı büyük defektlerde üreteroneostomi, psos hitch ve boari flap gibi ileri cerrahi tekniklerin uygulanması gerekebilir. Bu durumda PN kateteri koyup, 8 hafta kadar bekleyerek inflamasyonun azalmasını takiben yapılacak cerrahi girişimle, daha sağlam bir onarımın sağlanacağını gösteren çalışmalar olduğu gibi, erken cerrahinin benzer sonuçları olduğunu söyleyen yazarlarda vardır (13,14).

ASY sonrası dönemde renal kolik, karın ağrısı ve uzamış ileus, ateş ya da yara yerinden idrar sızıntısı gibi bulgular tespit edildiğinde akla üreteral yaralanma getirilmelidir. Olası idrar kaçağının seviyesinin ve derecesinin belirlenmesi, ürinomun ortaya konması amacıyla gereken görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır. Bu dönemde hastanın hospitalize edilmesi ve antibiyoterapinin hemen başlanması son derece önemlidir; keza bu olgularda ürinomun enfekte olması ve/veya abse

formasyonu karşılaşılan komplikasyonlardır. Böyle bir durumda öncelikle retrograd yolla üreterin kateterizasyonu denenmeli, başarılı olunmazsa böbreğe PN kateteri konularak durumun stabil hale gelmesi beklenmelidir. Bu yazıya konu olan olguda ürinomun mesaneye basısı sonucu ortaya çıkan açılanma nedeniyle double-j kateter üreter orifisinden 2 cm ileriye geçirilememiş ve PN takılarak izleme alınmıştır. Bir ay sonra yapılan görüntüleme ile ürinomun kaybolduğu, mesanenin normal anatomik lokalizasyonuna yerleştiği ve üreterin devamlılığının sağlandığı görülmüştür.

Sonuç olarak; ASY 'nda üriner sistemin geç dönemde de komplikasyona açık olduğu akılda tutulmalı, hastalar bu açıdan takibe alınmalıdır. Perioperatif ya da postoperatif dönemde tespit edilen üreter yaralanmalarında çeşitli cerrahi yöntemler uygulanabilmektedir. Ancak özellikle komplet olmayan üreteral yaralanmalarda PN konularak konservatif gidilmesinin ve cerrahi için acele edilmemesinin akılda tutulması gereken bir seçenek olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Feliciano DV, Burch JM, Spjut-Patrinely V, Mattox KL, Jordan GL Jr. Abdominal gunshot wounds. An urban trauma center's experience with 300 consecutive patients. Ann Surg 1988; 208: 362-70
2. Rignault DP. Abdominal trauma in war. World J Surg 1992;16:940-6.
3. M. Al-Ali and Haddad LF. The late treatment of 63 overlooked on complicated ureteral missile injuries: The promise of nephrostomy and role of autotransplantation. J Urol 1996; 156: 1918-1920.
4. Taş H, Mesci A, Eryılmaz M, Zeybek N, Peker Y. Karın içi ateşli silah yaralanmalarında komplikasyon oranlarını etkileyen faktörler. Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi 2011; 17(5):450-4.
5. Ali M, Haddad LF. The late treatment of 63 overlooked or complicated ureteral missile injuries. J Urol 1996; 156(6):1918-1921.
6. Tucak A, Petek Z. War injuries of the ureter. Mil Med 1997;162(5): 344-345.
7. Medina D, Lavery R. Üreteral Trauma; preoperative studies neither predict injury nor prevent missed injuries. J Am Coll Surg 1998;186(6):641-644.

8. Santucci RA, Doumanian Leo R. Upper Urinary Tract Trauma. In: Kavoussi LR, Partin AW, Novick AC, Peters CA eds, Campbell Urology 10th edition, 2012.
9. Rohner TJ Jr: Delayed ureteral fistula from high velocity missiles. Report of 3 cases J Urol; 1971; 105: 63.
10. Case AS: Ureteral contusion and delayed necrosis from gunshot injury. Urol; 1978; 12: 195.
11. Yağcı S, Avcı A, Tahmaz L, Sağlam M, Peker AF. Latently formed uretero-sacro-cutaneous fistula and giant intrapelvic urinoma due to gunshot injury. J of Ankara Med Sch 2003;25(4),211-214.
12. Şenkul T, Karademir A, Adayener C, Baykal K, Erden D, Demir S. Ateşli silah yaralanması sonrası gelişen üretero-gluteal fistül: Bir olgu sunumu. Türk Üroloji Dergisi 2002;28(2):213-216.
13. Riedmiller H, Becht E, Hertle L. Psoas-hitch ureteroneocystostomy: Experience with 181 cases. Eur Urol 1984;10:145-150.
14. Ahn M, Loughlin KR: Psoas hitch ureteral reimplantation in adults-analysis of a modified technique and timing of repair. Urology 2001;58: 184-187.

Bir Olgu Nedeniyle Vankomisin Dirençli Enterokok Bakteriyemisi

A Case Report of Vancomycin Resistant Enterococcus Bacteremia

Nurbanu SEZAK*,
Nesrin TÜRKER*,
Bahar ÖRMEN*,
İsmail YÜREKLİ*,
Ali GÜRBÜZ*

*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Kliniği
*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kalp-Damar Cerrahisi Kliniği

Yazışma Adresi / Correspondence:
Nurbanu Sezak
Tel.: 0.232.244 44 44/1461 - 0.505.805 75 72
Adres: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Kliniği Karabağlar/İZMİR
e-posta: drsezak@yahoo.com

ÖZET

Amaç: Vankomisin dirençli enterokok türlerinin etken olduğu hastane kaynaklı infeksiyonlar, hastanede yatış süresinde uzamaya, tedavi maliyetlerinde ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Tedavi seçeneklerinin kısıtlı olması, mortalite üzerinde bir diğer olumsuz etkidir. Bu makalede, vankomisin dirençli enterokok türüyle gelişen kan dolaşım infeksiyonu olan bir hasta irdelenmiş ve literatür gözden geçirilmiştir.

Materyal ve Metot: Olgunun klinik izlemi anlatıldı, olası tedavi seçenekleri literatür eşliğinde değerlendirildi.

Bulgular: Mitral kapak replasmanı operasyonu uygulanan 37 yaşındaki kadın hastaya kalp-damar cerrahisi yoğun bakım ünitesindeki izlemi sırasında kan dolaşımı infeksiyonu tanısı kondu. Olgunun kan kültüründe vankomisin dirençli *Enterococcus faecalis* (VDE) üremesi saptandı.

Sonuç: Vankomisin dirençli enterokok türlerinin etken olduğu hastane kaynaklı infeksiyon gelişen kapak cerrahisi hastalarında tedavinin yönlendirilmesi ve koruyucu önlemler konusunda en son literatürün gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

AnahtarKelimeler: Kan dolaşımı infeksiyonu, vankomisin dirençli enterokok, tedavi

SUMMARY

Objective: Nosocomial infections due to vancomycin-resistant enterococcus species causes prolonged hospital stay, increased treatment costs and mortality. Limitation of treatment option is also a negative factor for mortality. In this article, a patient of bloodstream infection due to vancomycin-resistant enterococcus species was examined, and the literature was reviewed.

Material and Methods: Clinical follow-up of the case was described, and possible treatment options was evaluated with literature.

Results: A thirty-seven years-old female patient with mitral valve

replacement surgery was diagnosed bloodstream infection while during her cardiovascular surgery intensive care unit follow-up. Patient's blood culture revealed vancomycin-resistant *Enterococcus fecalis* (VRE).

Conclusion: It was aimed to review management of treatment and protective measures with recent literature in valvular surgery patients with nosocomial infections due to vancomycin-resistant enterococcus species.

Key Wrds: Blood stream infection, vancomycin resistant enterococci, treatment

GİRİŞ VE GENEL BİLGİ

Enterokok türleri, virülansı düşük mikroorganizmalar olmalarına rağmen, çeşitli antibiyotiklere doğal direnç göstermeleri ve yeni direnç geliştirme yeteneklerinden dolayı hastane kökenli infeksiyonların önemli etkenleri arasında sayılmaktadır (1). Literatürde enterokok türlerinin vankomisin direnç oranlarının yıllar içinde artmakta olduğu vurgulanmaktadır (2). Enterokok türleri, dış ortam koşullarına direnç göstermeleri nedeniyle çalışan personelin elleri veya kirli eşyaların temasıyla hastadan hastaya bulaşabilir ve salgınlar oluşturabilirler (3). Bu makalede kalp-damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde izlenen ve vankomisin dirençli enterokok (VDE) türünün etken olduğu kan dolaşımı infeksiyonu tanısı konulan bir hasta literatür eşliğinde irdelendi.

OLGU

Göğüs ağrısı yakınması ile hastaneye başvuran, yandaş bir hastalığı olmayan 37 yaşındaki kadın hasta, mitral kapak hastalığı saptanması üzerine replasman amacıyla kalp-damar cerrahisi kliniğine yatırıldı. Yatışının yedinci günü mitral kapak replasmanı operasyonu yapılan hasta, kalp-damar cerrahisi yoğun bakımına (KDC-YB) alındı. Hastanın postoperatif izleminde, mediasten insizyonu, mediasten dreni ve sağ juguler yerleşimli üç yollu santral venöz kateteri mevcuttu. Postoperatif ilk gün izleminde, idrar çıkışında azalma ve hiperpotasemi gelişti. Entübe ve mekanik ventilatör desteğinde olan hasta bu süreçte pozitif inotrop desteği almaktaydı. Bu dönemde ateş yüksekliği olmayan ve fizik bakışında infeksiyon bulgusu olmayan hastanın kan kreatinin düzeyi 4 mg/dL ve AST

5500 IU/mL olarak saptandı. Hastada hipoksik etkilenme geliştiği düşünüldü. Beyaz küre sayısı 15500 hc/mm³ (%93'ü nötrofil) olarak saptandı. Postoperatif ikinci günde, hemodiyaliz kararı alındı ve femoral hemodiyaliz kateteri yerleştirildi. Ateş yüksekliği olan ve beyaz küre sayısı 24000 hc/mm³ (%90'ı nötrofil) olarak saptanan hastaya ampirik olarak sefoperazon-sulbaktam antibiyoterapisi başlandı. Antibiyoterapinin 72. saati tamamlandığında, hastanın ateş yüksekliği, mekanik ventilatör, hemodiyaliz ve pozitif inotrop ihtiyacı devam ediyordu. C-Reaktif Protein (CRP) değeri 8,3 mg/dL olarak saptanan hastanın kan kültürleri alınarak antibiyoterapisi meropenem ve teikoplanin olarak yeniden düzenlendi. Bu tedavinin 72. saatinde, hastanın akciğer fonksiyonları iyileşmiş ve mekanik ventilasyon ihtiyacı ortadan kalkmıştı ancak ateş yüksekliği ve hemodiyaliz ihtiyacı devam ediyordu. Hastanın üç gün önce alınmış üç kan kültüründen birinde vankomisin-dirençli enterokok (VDE) üremesi olduğu öğrenildi. Kan kültürleri üç kez olmak üzere tekrarlandı. Prokalsitonin (32 ng/ml) değerinin de yüksek olması nedeniyle, meropenem ve teikoplanin tedavileri sonlandırılarak daptomisin (6 mg/kg/48 saat) renal klirensine göre doz ayarı yapılarak başlandı. Hastanın santral venöz kateteri de çekilerek kültüre gönderildi. Bu tedavinin ikinci gününden itibaren ateş kontrol altına alındı. Daptomisin tedavisinin başlandığı gün alınan kan kültürlerinden birinde de VDE üremesi saptandı. Kateter ucu kültüründe de 15 koloniden fazla VDE üremesi saptandı. Postoperatif 12. ve daptomisin tedavisinin beşinci gününde beyaz küre, CRP ve prokalsitonin değerleri geriledi, ateş yüksekliği olmadı, inotrop ihtiyacı kalmadı. Daptomisin tedavisinin beşinci gününde alınan kontrol kan kültürlerinde üreme olmadı. Transtorasik ekokardiyografi incelemesinde vejetasyon saptanmadı. Daptomisin tedavisi 24. günde sonlandırıldı, hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Enterokok türleri, Gram pozitif kok yapısında olup insan gastrointestinal sisteminin doğal flora üyesidir. Bunun dışında, ağız, vajen, hepatobiliyer sistem ve yumuşak dokuda da kolonize olabilir. Bağışıklık sisteminin baskılandığı durumlarda endojen infeksiyonlara yol açar. Virülansı düşük olmasına rağmen kuruluk, yüksek ısı gibi çevresel koşullara ve bazı

antiseptiklere dayanıklı olup cansız yüzeylerde uzun süre yaşayabilir. Neden olduğu hastane kökenli infeksiyonlar, en sık üriner sistemde, takiben abdominopelvik sistemde görülür. Daha nadir olarak kan dolaşımı infeksiyonu ve infektif endokardite neden olabilir. Termal yanık, bası yarası ve diyabetik ayak infeksiyonlarında da etken olabilir. Pek çok antibiyotik grubuna doğal dirençli olan enterokok türlerinde vankomisin direncinin varlığı, tedavi seçeneklerini daha da kısıtlamaktadır. Hastanede kalış süresinde uzama ve tedavi maliyetinin artmasının yanı sıra, vankomisin direnci mortalitede artış için de başlıbaşına risk faktörüdür (4). VDE türleriyle gelişen bir infeksiyonda, ülkemizde ticari olarak bulunan olası antibiyoterapi seçenekleri, tigesiklin, linezolid veya daptomisin'dir. Tigesiklin, bakteriyostatik bir ajan olması ve doku konsantrasyonu yüksek bir antibiyotik olması nedeniyle kan dolaşımı infeksiyonlarının tedavisinde tercih edilmemektedir. Linezolid ise bakteriyostatik etkinliğine sahip bir ajan olmasına karşılık VDE türlerinin etken olduğu kan dolaşımı ve santral sinir sistemi infeksiyonlarında kullanılabilir. Daptomisin, siklik lipopeptid yapıda bir antibiyotiktir. *Streptomyces roseosporus* tarafından üretilen doğal bir üründür. Gram-pozitif bakterilerin duvarında bol miktarda bulunan lipoteikoik asidin içinde transmembran kanallar oluşturarak bakteri membranının sentezini bloke eder. Bu kanallar hücre içi iyonların (potasyum, magnezyum) ve ATP'nin sızmasına ve makromoleküllerin sentezinin engellenmesine neden olur. Bu şekilde Gram-pozitif mikroorganizmalar üzerine hızlı bakterisidal aktiviteye sahiptir (5). Literatürde, enterokok türlerine in-vitro etkili olduğuna dair veriler vardır. Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) surveyans verilerine göre de enterokok türlerinin in vitro daptomisin duyarlılığı %99-100 oranındadır (6).

Enterokok türleri, yüzey proteinleriyle medikal cihazlar üzerinde dayanıklı bir biyofilm tabakası oluşturabilir. Biyofilm tabakası antibiyotik geçişine izin vermediğinden mikroorganizma eradikasyonunu zorlaştırır. Ayrıca, biyofilm altındaki bakterinin büyüme hızı azalır. Durağan fazdaki bakteri topluluğu, normalden 10- 1000 kat daha yüksek konsantrasyondaki antibiyotiğe tolerans gösterir (7). Daptomisin, biyofilm matriksine iyi geçebilen ve durağan fazdaki

bakteriye sidal etki gösterebilen bir ajandır (8, 9). Literatürde, bir in vitro biyofilm modelinde, VDE üzerine daptomisin uygulamasının kinopristin/dalfopristin ve linezolid uygulamasına üstün olduğu bildirilmiştir (10).

ABD'de yoğun bakımda sepsis tanısıyla izlenen ve daptomisin tedavisi alan hastaların değerlendirildiği geriye dönük, çok merkezli gözlemsel çalışmada, VDE ile gelişen kan dolaşımı infeksiyonunda genel tedavi başarısı %70 ve mortalite %33 olarak bildirilmiştir (11).

Amerikan İnfeksiyon Hastalıkları Derneği (IDSA), kan dolaşımı infeksiyonları kılavuzunda, vankomisin veya ampisilin dirençli enterokok türleriyle gelişmiş kateter ilişkili kan dolaşımı infeksiyonlarında daptomisin kullanımını önermektedir (12).

Enterokok türlerinin etken olduğu kan dolaşımı infeksiyonu tanısı konan hastaların geriye dönük olarak incelendiği bir çalışmada da daptomisin tedavisinin klinik başarısı %87 olarak bildirilmiştir (13). Tüm bu veriler VDE türleriyle gelişen kan dolaşımı infeksiyonlarının tedavisinde daptomisin kullanımının yeri olduğunu desteklemektedir.

Literatürde VDE türleriyle gelişen kan dolaşımı infeksiyonu olgularında farklı ilaç tedavilerinin sonuçlarının değerlendirildiği çalışmalar da mevcuttur. VDE türlerinin etken olduğu kan dolaşımı infeksiyonlarında daptomisin ve linezolidin etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, her iki ilaçla da klinik ve mikrobiyolojik başarının benzer olduğu bildirilmiştir (14). Çok merkezli bir başka çalışmada da her iki grup arasında mortalite oranlarının benzer olduğu bildirilmiştir (15). Yakın zamanda yayınlanan bir başka çalışmada da linezolid ve daptomisin tedavilerinin klinik ve mikrobiyolojik başarı oranları benzer olarak bildirilmiştir (16). Ancak tüm bu çalışmalar geriye dönük gözlemsel çalışmalardır. Sonuçlar kullanımı destekler yönde olsa da kanıt değeri daha yüksek olan ileriye dönük, randomize-kontrollü klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kateter ilişkili kan dolaşımı infeksiyonunda tedavi süresi genellikle 10-14 gün olmasına rağmen, bu makalede söz edilen olguda tedavi süresi uzun olmuştur. Bunun nedeni, infektif endokarditin de ayırıcı tanıda düşünülmüş olmasıdır. Hastanın

ekokardiyografik incelemesinde vejetasyon olmadığına görüldüğü üzerine tedavi sonlandırılmıştır.

Bir ünite VDE türleriyle gelişen bir enfeksiyon söz konusu olduğunda, hastanın tedavisi kadar yayılımı engelleyici izolasyon önlemleri ve çalışan personelin bilgilendirilmesi de önemlidir. Hastanede herhangi bir serviste rektal sürüntü ya da diğer kültürlerde VDE üremesi saptandığında Enfeksiyon Kontrol Komitesi toplanmalı, hızla surveyans çalışmaları başlatılmalıdır. Hastane personelinin eğitimi, kontrol önlemlerinin uygulanması, uygun antibiyotik kullanımı ve mikrobiyoloji laboratuvarının etkili kullanımı VDE enfeksiyonlarının kontrolü ve önlenmesinde en önemli noktalar. Kolonize hastalar için uygun izolasyon önlemleri alınmalı ve riskli hastalar birincil tedavi süreçleri tamamlanır tamamlanmaz taburcu edilmelidir. Yatış süresinin gereksiz uzatılmaması diğer hastalara bulaş riskini azaltmakta büyük önem taşır (17). Özellikle etkin el yıkama VDE enfeksiyonlarının önlenmesi ve yayılımının engellenmesinde en önemli yöntemdir. Bu durum çok iyi bilindiği halde el hijyeni uygulamalarına uyum sağlık çalışanları arasında %20- 50 arasında değişmektedir (18). Bu çalışmada da sözü geçen olgunun saptanmasından sonra, yoğun bakım biriminde yatan tüm hastalardan rektal sürüntü kültürleri alınarak surveyans yapıldı. Kolonize iki hasta saptanarak kaynak hasta ile birlikte, sıkı temas izolasyonuna alındı, çalışma ekibine el hijyeni ve sıkı temas izolasyonu konularında eğitim verildi. Yapılan el hijyeni gözlem çalışmalarında uyumun düşük saptanması nedeniyle çevreden sürüntü örnekleri alındı ve ilaç hazırlanan tezgah yüzeyinden alınan kültürde VDE üremesi saptandı. Bu bilgi çalışan ekiple paylaşıldığında el hijyeni uyum oranlarının hızla arttığı gözlemlendi.

Sonuç olarak, VDE türleriyle gelişen kan dolaşımı enfeksiyonlarında, etkin antibiyoterapinin ivedilikle başlanması yanında surveyans çalışmalarının, izolasyon önlemleri ve el yıkama eğitimlerinin birlikte uygulanması gereklidir. Bu aşamada enfeksiyon kontrol komitesi ve klinikte çalışan ekibin uyum ve işbirliği içinde olması büyük önem taşır. Ayrıca, klinik-laboratuvar iletişiminin de kesintisiz olması sonuçların zamanında öğrenilip tedavi edici ve koruyucu

önlemlerin hemen alınabilmesi açısından çok önemlidir.

TEŞEKKÜR

Yoğun bakımdaki surveyans ve eğitim çalışmaları konusundaki destekleri nedeniyle hastanemiz enfeksiyon kontrol komitesi hemşirelerine teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. McGeer AJ, Low DE. Vancomycin-resistant enterococci. *Semin Respir Infect* 2000;15(4):314-26.
2. Sievert DM, Ricks P, Edwards JR, et al. Antimicrobial-resistant pathogens associated with healthcare-associated infections: summary of data reported to the national healthcare safety network at the centers for disease control and prevention, 2009-2010. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013 Jan;34(1):1-14.
3. Kılıç FK, Çalkavur Ş, Olukman Ö, et al. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde vankomisine dirençli enterokok kolonizasyonu yönetimi: Bir salgından çıkarılan dersler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2012; 2(3):148-153.
4. Diaz Granados CA, Zimmer SM, Klein M, Jernigan JA. Comparison of mortality associated with vancomycin-resistant and vancomycin-susceptible enterococcal bloodstream infections: a meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2005;41:327-33.
5. Özaras R, Tabak F. Daptomisin. *Klinik Dergisi* 2010; 23(2): 35-8.
6. Cantón R, Ruiz-Garbajosa P, Chaves RL, Johnson AP. A potential role for daptomycin in enterococcal infections: what is the evidence? *J Antimicrob Chemother*. 2010 June; 65(6): 1126–1136.
7. Mohammed JA, Huang DB. Biofilm formation by enterococci. *J Med Microbiol*. 2007; 56: 1581-8.
8. Mascio CT, Alder JD, Silverman JA. Bactericidal action of daptomycin against stationary-phase and non-dividing *Staphylococcus aureus* cells. *Antimicrob Agents Chemother*. 2007 December; 51(12): 4255–4260.
9. Stewart PS, Davison WM, Steenbergen JN. Daptomycin rapidly penetrates a *Staphylococcus epidermidis* biofilm. *Antimicrob Agents Chemother*. 2009 August; 53(8): 3505–3507.
10. Raad II, Hanna HA, Boktour M, et al. Vancomycin-resistant *Enterococcus faecium*:

catheter colonization, esp gene, and decreased susceptibility to antibiotics in biofilm. *Antimicrob Agents Chemother.* 2005 Dec;49(12):5046-50.

11. Brown JE, Fominaya C, Christensen KJ, McConnell SA, Lamp KC. Daptomycin experience in critical care patients: results from a registry. *Ann Pharmacother.* 2012 Apr;46(4):495-502.

12. Mermel LA, Allon M, Bouza E, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2009 Jul 1;49(1):1-45.

13. Mohr JF, Friedrich LV, Yankelev S, Lamp KC. Daptomycin for the treatment of enterococcal bacteraemia: results from the Cubicin Outcomes Registry and Experience (CORE). *Int J Antimicrob Agents.* 2009 Jun; 33(6): 543-8.

14. Mave V, Garcia-Diaz J, Islam T, Hasbun R.

Vancomycin-resistant enterococcal bacteraemia: is daptomycin as effective as linezolid? *J Antimicrob Chemother.* 2009 Jul;64(1):175-80.

15. Crank CW, Scheetz MH, Brielmaier B, et al. Comparison of outcomes from daptomycin or linezolid treatment for vancomycin-resistant enterococcal bloodstream infection: A retrospective, multicenter, cohort study. *Clin Ther.* 2010 Sep;32(10):1713-9.

16. Twilla JD, Finch CK, Usery JB, et al. Vancomycin-resistant *Enterococcus* bacteremia: an evaluation of treatment with linezolid or daptomycin. *J Hosp Med.* 2012 Mar;7(3):243-8.

17. Murray BE. Vancomycin-resistant enterococcal infections. *N Engl J Med* 2000;342(10):710-21.

18. Haas JP, Larson EL. Measurement of compliance with hand hygiene. *J Hosp Infect* 2007;66:6-14.

Çocukluk Döneminde Aort Koarktasyonu Nedeniyle Ameliyat Olan Bir Hastada İleri Derecede Kalsifik Aortik Kapak Stenozu

Severely Calcific Aortic Valve Stenosis in an Adult Patient That Underwent Repair of Coarctation of Aorta in Childhood

Kazım ERGÜNEŞ,
Hasan İNER,
Serkan YAZMAN,
Ufuk YETKİN,
Levent YILIK,
Ali GÜRBÜZ,

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği

Yazışma Adresi / Correspondence:
Kazım Ergüneş
2040/2 Sk. Selçuk-3, No: 2 Daire: 56
Mavişehir 35540 Karşıyaka - İZMİR
Tel: 0.232 244 44 44 Fax: 0.232 243 48 48
E-mail: kazimergunes@yahoo.com

ÖZET

Aort koarktasyon onarımından uzun zaman sonra görülen artmış komplikasyon ve ölüm nedenleri genellikle hipertansiyon, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, aort rüptür veya disseksiyonu, aort kapak stenoz veya yetmezliği, infektif endokardit, serebral hemoraji dir..

Biz çocukluk döneminde aort koarktasyon onarımı yapılan ciddi kalsifik aort kapak stenozu olan olguyu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Aort stenozu, cerrahi tedavi, önceki aort koarktasyon ameliyatı

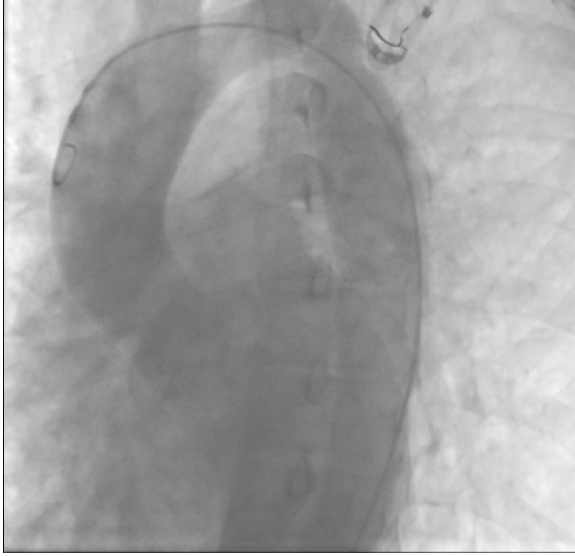
ABSTRACT

Increased cardiovascular morbidity and mortality in a long time after the repair of aortic coarctation is related to hypertension, heart failure, coronary artery disease, aortic rupture/dissection, aortic valve stenosis or regurgitation, infective endocarditis or cerebral hemorrhage. We presented a case having severe calcific aortic valve stenosis that previously underwent repair of coarctation of aorta in childhood.

Key Words: Stenosis of aorta, surgical treatment, previously repair of coarctation of aorta

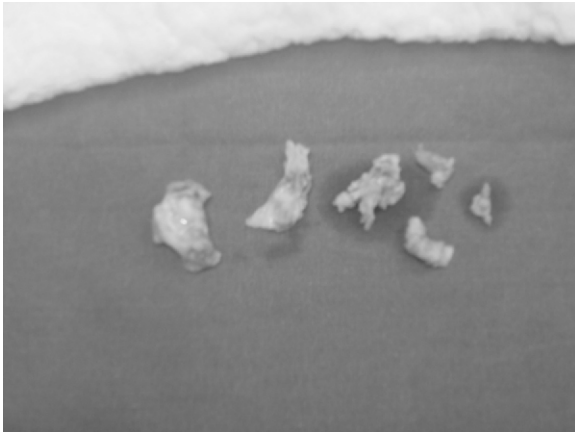
OLGU

45 yaşında bir erkek hasta polikliniğimize nefes darlığı, göğüs ağrısı şikayetiyle başvurdu. 10 yaşında aort koarktasyonu nedeniyle ameliyat olmuştu. Hipertansiyonu olan hasta antihipertansif ilaç olarak anjiotensin-konverting enzim inhibitörü ve beta bloker ilaç kullanıyordu. Elektrokardiografide sinüs ritmi vardı. Ekokardiografide aort kapağı ileri derecede kalsifikti ve kapak yapısı kalsifikasyon nedeniyle değerlendirilemedi. Aort kapakta pik gradient 85 mm Hg ve ortalama gradient 55 mm Hg idi. Aort yetmezliği 3. derece idi. Kateter ve koroner anjiyografide sirkumfleks ve sol anterior inen arter plaklı idi, fakat anlamlı darlık yoktu. Çıkan ve inen aort arasındaki gradient 20 mm Hg nin altında idi (Resim 1). Sağ ve sol alt ekstremité nabızları el ile mevcut idi. Sağ ve sol kolda tansiyon 150/90 mm Hg idi.



Resim 1. Hastanın ameliyat öncesi çekilen aortografisi

Kardiyopulmoner bypas'a distal asendan aort kanulasyonu ve sağ atrium iki girişli tek venöz kanül ile girildi. Perfüzyon ısı 28 °C ye kadar düşürüldü. Myokardiyal koruma antegrad ve retrograd izotermik kan kardiyoplejisi ile sağlandı. Aort kapak ileri derecede kalsifikti ve kapaklar birbirine yapışık idi. Kalsifik ve fibrotik kapaklar dikkatlice çıkartıldı (Resim 2).



Resim-2. Çıkartılan kalsifik aort kapak materyali

Arta kalan kalsifikasyon odakları forseps ile tutularak annulustan çıkartıldı. Aort kapak ve sol ventrikül kavitesi serum fizyolojik ile yıkanarak arta kalan kalsiyum partikülleri çıkartıldı. Annulus ölçüldü ve 23 mm St. Jude biyoprotez (St.Jude Medical, St Paul, Minnesota ,USA) kapak PTFE plejitli sütürlarla yerleştirildi (Resim 3).



Resim 3. Takılan biyolojik aort kapağın ameliyat sırasında çekilen resmi

Kardiyopulmoner bypas'dan düşük doz inotropik destek ile çıkıldı. Kardiyopulmoner bypas süresi 90 dk ve kros-klemp süresi 50 dk idi. Yoğun bakım yatış süresi 2 gün, hastanede yatış süresi 7 gün idi.

TARTIŞMA

Daha önce aort koarktasyonu nedeniyle ameliyat olan hastalarda hipertansiyon görülme oranı %12-50 arasında değişir [1,2] ve bu hastalarda aterosklerozun hızlanması ve organlarla ilgili komplikasyon görülme oranı artmıştır [3]. Aort koarktasyonu nedeniyle ameliyat olan hastalarda tekrar koarktasyon oluşma oranı %3-35 arasında değişir [4].

Aort koarktasyonu konjenital kardiovasküler yapı bozukluklarının yaklaşık %9'unu oluşturur. [5]. Aort koarktasyonlu hastalarda ölüm nedeni genellikle kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, aort rüptür veya disseksiyonu, aort kapak stenoz veya yetmezliği, infektif endokardit ve serebral kanama nedeniyledir [6].

Aort koarktasyonlu hastaların yaklaşık %25-85 sinde aort kapak iki lifletli olup bu lifletler ileri yaşlarda kalsifiye olabilir ve stenoz oluşturabilir [3,4,7,8].

Bizim hastamız aort koarktasyonu nedeniyle 10 yaşında ameliyat olmuştu. İlk ameliyattan 35 yıl sonra göğüs ağrısı ve nefes darlığı oluşturan ileri derecede kalsifik aort kapak stenozuna sahipti. Değişik çalışmalarda aort koarktasyonlu hastalarda aort kökü ve çıkan aort dilatasyonu

olduğu gösterildi [9,10]. Hastamızda aort kökü 34 mm ve çıkan aort çapı 37 mm idi.

Daha önceki bir çalışmamızda aort koarktasyonu nedeniyle ameliyat ettiğimiz 12 erişkin hastanın %75 i takipte hipertansifti ve antihipertansif ilaç alıyordu. Bu hastaların takibinde bir hastaya mitral yetmezliği nedeniyle mitral kapak replasmanı, bir hastada ventriküler septal defektin yama ile kapatılması ve subaortik membran rezeksiyon ameliyatı yaptık [11].

Hipertansiyon aort koarktasyonlu hastalarda ameliyattan önce ve sonra komplikasyon ve ölüm görülmesinde önemli rol oynar. Çeşitli faktörler aort koarktasyon ameliyatından sonra hipertansiyon görülmesini etkiler. Bu faktörler anatomik aortik değişiklik, periferik damarların ve torasik aortun yapısal duvar değişikliği, arteriyel sistemin zayıf kompliansı, değişmiş renin anjiotensin sistemi, sodyum ve su retansiyonu, sinirsel refleksler [12,13].

Hastamız antihipertansif ilaç olarak anjiotensin-konverting enzim inhibitörü ve beta bloker ilaç kullanıyordu.

Sonuç: Daha önce aort koarktasyonu nedeniyle ameliyat olan hastalarda görülen ileri derecede kalsifik aort kapak stenozu güvenli bir şekilde ameliyat edilebilir.

REFERANSLAR

1. Westaby S, Parnell B, Pridie RB. Coarctation of the aorta in adult. *J Cardiovasc Surg* 1987;28:124-127.
2. Maron BJ, O'Neal Humphries J, Rowe RD, Melerts ED. Prognosis of surgically corrected coarctation of the aorta: a 20-years postoperative appraisal. *Circulation* 1973;47:119-126.
3. Presbitero P, Demarie D, Villani M, Perinetti EA, Riva G, et al. Long term results (15 to 30 years) of surgical repair of aortic coarctation. *Br Heart J* 1987;69:65-70.
4. Dieti CA, Torres AR, Favaloro RG, Fessler CL,

Grunkemeier GL. Risk of recoarctation in neonates and infants after repair with patch aortoplasty, subclavian flap, and the combined resection-flap procedure. *J Thorac Cardiovascular Surg* 1992;103:724-732.

5. Grech V. Diagnostic and surgical trends, and epidemiology of coarctation of the aorta in a population-based study. *Int J Cardiol* 1999;68:197-202.

6. Park JH, Chun KJ, Song SG, Kim JS, Park YH, et al. Severe aortic coarctation in a 75-year-old women: Total simultaneous repair of aortic coarctation and severe aortic stenosis. *Korean Circ J* 2012;42:62-64.

7. Warnes CA, Deanfield JE: Congenital heart disease in adults. In *The Heart*. 11 edition. Edited by: valentin fuster, R. Wayne Alexander and Robert A O' Rourke. New York McGraw-Hill;2004;1851-1879.

8. Stewart AB, Ahmet R, Travill CM, Newman CG. Coarctation of the aorta, life and health 20-40 years after surgical repair. *Br Heart J* 1993;69:65-70.

9. Lindsay J. Coarctation of the aorta, bicuspid aortic valve and abnormal ascending aortic wall. *Am J Cardiol* 1998;61:182-183.

10. Nistri S, Sorbo MD, Martin M, Palisi M, Scognamiglio R. Aortic root dilatation in young men with normally functioning bicuspid aortic valves. *Heart* 1999;82:19-22.

11. Ergünes K, Yasa H, Yetkin U, Pamuk B, Lafcı B, et al. Effect on systolic hypertension after repair of coarctation of the aorta in adults. *The Internet Journal of Thoracic and Cardiovascular surgery* volume 11, Number 2 (2008).

12. Lawrie GM, DeBaakey ME, Morris GC, Crawford ES, Wagner WF, et al. Late repair of coarctation of the descending aorta in 190 patients. *Arch Surg* 1981;116:1557-60.

13. Fox S, Pierce WS, Waldhausen JA. Pathogenesis of paradoxical hypertension after coarctation repair. *Ann Thorac Surg* 1980;2:135-141.

16 Yaşındaki Gebede Trizomi 13 Olgusu

A Case of Trisomy 13 of a 16 Years-Old Pregnant Woman

Tülay TOS*,
M. Yunus ALP**,
Reşat DOĞUSAN***

*Tıbbi Genetik Bölümü, Dr.Sami Ulus
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları
E.A Hastanesi, Ankara
**Tıbbi Genetik Bölümü, Ali Osman Sönmez
Onkoloji Hastanesi, Bursa
***Aile Hekimliği Bölümü, Dr.Sami Ulus
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları
E.A Hastanesi, Ankara

Yazışma Adresi / Correspondence:
Tülay TOS,
Dr.Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk
Hastalıkları E.A Hastanesi,
Tıbbi Genetik Bölümü, Ankara
e-mail adresi: tulaytos@hotmail.com

ÖZET

Trizomi 13, 12.000-30.000 canlı doğumda görülen kromozomal bir hastalıktır. Etkilenen bebeklerin, bu kromozomal anomali nedeniyle yaşam süreleri kısadır. Klinik bulgular ve semptomların oranı ve şiddeti her vakada farklı olabilmektedir. Otozomal trizomik kromozomal düzensizliklerden trizomi 21 (Down Sendromu) ve trizomi 18 (Edward Sendromu)'dan sonra üçüncü sıklıkta görülmektedir.

Etkilenmiş yenidoğan çocuklarda; kafatası-yüz bölgesi, kalp, böbrek, mide malformasyonları ve diğer anomaliler görülür.

Biz bu olguda 23 haftalık gebeliği olan, anormal usg bulgusu ile genetik polikliniğimizde konsulte edilen ve anomali sonucu sonlandırılan trizomi 13'lü fetusu sunduk.

Anahtar Kelime: trizomi 13, Patau sendromu, trizomik kromozomal bozukluk

SUMMARY

Trisomy 13 is a chromosomal disease that occurs in about 1 in 12.000-30.000 newborns. The lifespan of babies affected by this abnormality is shortened. Associated symptoms and clinical findings may vary in range and severity in each case. Trisomy 13 represents the third autosomic trisomy in order of frequency, after trisomy 21 (down syndrome) and trisomy 18 (edwards syndrome). The affected newborns are often presented with craniofacial abnormalities, heart defects, kidney and stomach malformations and other abnormalities. In this article, we report a case of woman at 23rd week of pregnancy, who was referred to our genetics clinics with abnormal usg findings and whose pregnancy was terminated than.

Key Words: trisomy 13, patau syndrome, trisomic chromosomal abnormality

GİRİŞ

Trizomi 13, sitogenetik olarak ilk defa Patau ve arkadaşları tarafından; klinik fenotipi ise Smith tarafından tanımlanmıştır (3,4). Trizomi 13 sıklık bakımından, en yaygın görülen otozomal

trizomik kromozomal düzensizliklerden trizomi 21 ve trizomi 18'den sonra üçüncü sırada yer alır. Yaklaşık 12.000 ile 29.000 arasındaki canlı doğumda bir görülür (6). Anne yaşının artışı ile görülme sıklığı artar. Bu gebelikler genellikle spontan abortusla sonlanmaktadır. (5).

Yapılan geniş bir çalışmada trizomi 13'lü 172 canlı doğan infantın %28'i yaşamın ilk haftasında, %44'ü ilk ayda, %72'si ilk 4 ayda ex oldukları bildirilmiştir. İlk 1 yıla kadar yaşamaları nadir olsa da literatürde 7 vaka rapor edilmiştir (1,2,8).

Trizomi 13'lü bebeklerde konjenital defektler, psikomotor ve mental gelişme geriliği, holoprozonsefali bulguları görülebilir. Burada beynin ön ve orta hat yüz yapılarının gelişimi bozulmuştur. En ileri şekli siklopide orta hatta sadece bir göz vardır. Bundan başka diğer trizomilerde görülen kalp, sindirim sistemi ve diğer sistem anormallikleri de bulunur (6,7,8).

OLGU

16 yaşında, son adet tarihine göre 23 hafta gebeliği olan anneye yapılan ultrason taramasında; bilateral yarık damak-dudak defekti, holoprosensefali, ASD, fetal kalp aksın sola kayması, sağ elde post aksiyal polidaktili izlenmesi nedeniyle genetik polikliniğine konsulte edildi. Hastaya bu bulgularla Trizomi 13 ön tanısı konuldu ve kesin tanı için amniyosentez veya kordosentez önerildi. Amniyosentez sonucu trizomi 13 ile uyumlu olarak 47,X?,+13 olarak gelen fetüsün ailesine genetik danışmanlık verildi (7). Ailenin aldığı gebeliği sonlandırma kararından sonra fetusa postmortem genetik inceleme önerildi.

Yapılan fetus muayenesinde; bilateral yarık damak-dudak, mikroftalmi, sol elde clenched el bulgusu, sağ elde postaksiyal polidaktili, düşük kulak izlendi (Şekil1,2,3). Ailenin kabul etmemesi nedeniyle otopsi yapılamadı.



Şekil 1: Yarık damak-dudak, sağ elde polidaktili, sol elde 'clenched hand' bulgusu

Postmortem muayene bulgularıyla amniyosentez sonucu uyumlu bulundu ve trizomi 13 tanısı konuldu. Aileye bir dahaki gebelikleri için genetik danışmanlık verildi.

TARTIŞMA

Trizomi 13 12.000-29.000 arasında canlı doğumda bir nadir görülen sendromdur. İleri anne yaşı ile trizomi 13 insidansı arasında bir bağlantı olduğu bilinmektedir. Bu vakalarda anne yaşı ortalama 39 olarak bildirilmektedir. Fakat bizim olgumuzun anne yaşı 16 idi.

Orta hat defektlerinden siklopi, premaksiller agenezi, etnosefali, holoprozonsefali trizomi 13'ün klasik fenotopik bulgularıdır. Bizim olgumuzda da holoprozonsefali saptandı. Diğer eksternal fenotipler; yarık damak defekti, malforme kulaklar, polidaktili, omfolosel, genital malformasyonlardır. Bizim olgumuzdaki holoprozonsefali, polidaktili, yarık damak-dudak, malforme kulaklar literatürle uyumlu bulundu (3,4,8).

Sonuç olarak; trizomi 13 olguları çoğunlukla ileri yaştaki annelerde görülmesine rağmen(5), bizim olgumuzda olduğu gibi erken yaştaki gebeliklerde de dikkate alınmalı ve obstetrik usg anomali taraması yapılmalıdır.

Konjenital anomalili fetuslara eğer gebe iken genetik analiz yapılamamışsa aileye doğru danışmanlık verilebilmesi için postmortem genetik muayene+genetik inceleme ve açık otopsi yapılması gerektiği, bu gibi durumlarda patoloji ile ortak çalışılması gerektiğini vurgulamak için bu vaka sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- 1) Warkany J, Passerge E, Smith LD: Congenital malformations in autosomal trisomy syndromes. Am J Dis Child, 112:502, 1966.
- 2) Fulario M: The newborn examination I: Emergencies and common abnormalities involving the skin, head, neck, chest and respiratory and cardiovascular systems. American Family Physician, 65(1): 61-68, 2002.
- 3) Smith Dw, Patau K, Therman E, İnhorn SI. A new autosomal trisomy syndrome: multipl congenital anomalies caused by an extra chromosome. J Pediatr, 1960; 57:338-345.
- 4) Patau K, Smith DW, Therman E, İnborn SL,

Wagener HP: Multipl congenital anomaly caused by an extra chromosome. Lancet, 1960; 1:790.

5)Reçher D, Özen S. Trizomi 13, Patau syndrome: Bir Olgu Sunumu. Van Tıp Dergisi, 2005; 12:29-31.

6) Fogu G, Maserati E, Cambosu F.et al. Patau Syndrome with long survival in a case of unusual mosaic trisomy 13. European Journal of Medical

Genetics. 2008;

7) Shaffer LG, Tommerup N. ISCN-An international system for human cytogenetic nomenclature, 2005.

8) Saatçi Ç, Özkul Y, Tafidemir Ş. ve ark. İnvazif Prenatal Tanı Yöntemleri Uygulanan 2295 Olgunun Retrospektif Analizi. Perinatoloji Dergisi 2007; 15(3):120-126

GENİTAL LENFOMALAR: OLGU SERİSİ

Lymphoma of the Female Genital Tract: Case Series

İncim BEZİRCİOĞLU*,
Hakan YETİMALAR*,
Zeynep ATGÜDEN*,
Aşkın YILDIZ*,
Bahriye PAYZIN*,
Derya Kılıç SAKARYA*

*Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye
*Hematoloji Kliniği, İzmir Katip Çelebi
Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İzmir, Türkiye

Yazışma Adresi / Correspondence:
İncim Bezircioğlu
Adres: Yenice Mahallesi, Mezbaha Sokak,
No: 48/2, Posta Kutusu:69, Urla, İzmir,
Türkiye Posta kodu:35430
Tel: 0.232 7547182
e-mail: drincimbezircioglu@yahoo.com

ÖZET

Lenfoproliferatif hastalıklar ileri evrede kadın genital sistemine ait organları tutabilmekle birlikte, primer olarak bu organları tutması nadir görülür. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine farklı klinik tablolarla başvuran ve genital lenfoma tanısı alan ektranodal lenfoma 01.01.2007-01.07.2012 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde tanı alan genital lenfoma olguları hastane kayıtlarından retrospektif olarak tarandı. Altı genital lenfoma olgusu saptandı.

Bir olgu over kist rüptürü ön tanısı ile laparotomi yapılmıştır. Frozen ile değerlendirilip unilateral ooferektomi yapılmıştır. Üç olgu over tümörü ön tanısıyla eksplere edilmiş, debulking uygulanmıştır. Bir olgu plastrone appendisit ön tanısıyla eksplere edilmiş, ileri derecede infiltrasyon nedeniyle eksizyon mümkün olmamış, over biyopsisi frozen ile değerlendirilerek yüksek grade lenfoma tespit edilmiş, operasyona son verilmiştir. Bir olgu ise postmenopozal kanama ön tanısıyla yapılan servikal biyopsi ve fraksiyone küretaj sonucu servikal lenfoma tanısı almıştır. Tüm olgular kemoterapi almıştır. En sık görülen histoloji diffüz büyük B hücreli Non-Hodgkin Lenfoma, en sık tutulan organ overler olmuştur. Over tümörü ön tanısıyla eksplere edilen bir olgu remisyondaki nodal lenfomanın sekonder tutulumu iken kalan beş olgu primer genital lenfoma olgusudur.

Nadir görülen genital lenfomaların farklı klinik tablolarla karşımıza gelebileceği her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Ektranodal lenfoma; Non Hodgkin Lenfoma.

ABSTRACT

Although primary lymphoma of the female genital tract is a rare condition, lymphoproliferative diseases may involve genital organs in the disease process. We retrospectively analyzed patients who were admitted to our Obstetrics and Gynecology Clinic and diagnosed to have genital lymphoma between 01.01.2007-01.07.2012 and 6 patients were found. A patient underwent laparotomy with an initial diagnosis of ovarian cyst

rupture. At surgery, unilateral oophorectomy was performed. 3 cases were operated and explored for ovarian tumor and debulking procedures were performed. 1 patient was operated with plastron appendicitis, however, excision could not be performed due to infiltration and after frozen section revealed high grade lymphoma, the operation was terminated. A diagnosis of cervical lymphoma was made with fractional curettage for post-menopausal bleeding. All patients received chemotherapy. Diffuse B cell non-Hodgkin lymphoma was the most common diagnosis and the ovaries were the most commonly involved organs. 5 cases were primary genital lymphomas, whereas 1 patient proved to have secondary involvement of nodal lymphoma in remission.

One should keep in mind that genital lymphomas are rare, however, they have a diverse spectrum of presentation.

Key Words: Extranodal lymphoma; Non Hodgkin Lymphoma.

GİRİS

Lenfoproliferatif hastalıklar primer olarak lenfopoetik sistemi tutmakta, ileri evrelerinde kadın genital sistemine ait organları da tutabilmektedirler. Uterin korpus, serviks ve over gibi kadın genital sistemine ait organların primer başlangıç yeri olması nadiren görülür. İlk kez 1974 'te Chorlton ve arkadaşları, serviks, korpus ve vajen gibi primer genital sistem tutulumu olan 17 ektranodal lenfoma olgusu bildirmişlerdir (1). İki yıl sonra Delgado ve daha sonra da Fox tarafından yeni olgular yayınlanmış olmasına karşın, yayınlanmış olguların sayısı oldukça azdır (2,3). Primer yerleşimi serviks ya da korpus olan lenfoma olguları tüm ektranodal lenfomaların % 0,1-0,4 'unu oluşturmaktadır (4).

Non Hodgkin Lenfoma kadın genital sistem lenfomalarının %70-80'ini oluşturur. En sık genital yerleşim yeri sırasıyla uterin serviks, korpus ve over şeklindedir. Primer over yerleşimi ise yayınlanmış üç büyük seride % 1' den az olarak saptanmıştır (4).

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine farklı klinik tablolarla başvuran ve genital lenfoma tanısı alan

ektranodal lenfoma olgularının sunulması amaçlandı.

OLGULAR

01.01.2007-01.07.2012 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde tanı alan genital lenfoma olguları hastane kayıtlarından retrospektif olarak tarandı. Altı genital lenfoma olgusu saptandı.

Hematoloji kliniği ile birlikte hastalar takibe alındı.

1. Olgusu: 53 yaşında G4P3, adneksiyel kitle nedeniyle başvuran hasta over tümörü ön tanısıyla operasyona hazırlandı. Bilateral over, tubalar uterus mesane ve ileum anslarını içine alan pelvik kitle saptandı. Debulking operasyonu uygulandı. Patoloji sonucu grade 2 Folliküler tip lenfoma olarak yorumlandı. Evre 4B Non-Hodgkin Lenfoma nedeniyle 8 kür R-CHOP (Rituksimab, Siklofosfamid, Adriamisin, Onkovin, Prednison) tedavisi uygulandı ve tam remisyon sağlandı. Hastada eş zamanlı hemakromatozis gen mutasyonu mevcuttu. Remisyonundan 2 yıl sonra hastada relaps gözlemlendi (batın içi lenfadenopati) ve 4 kür R-FC (Rituksimab, Fludarabin, Siklofosfamid) tedavisi planlandı. Hasta kendi isteğiyle tedaviden ayrıldı. Hasta hemokromatozis nedeniyle demir şelasyon tedavisine almaktadır. Parsiyel remisyonunda olduğu kabul edilen hastanın takipleri devam etmektedir.

2. Olgusu: 56 yaşında G2P2, akut batın tablosuyla başvuran hasta over kist rüptürü ön tanısıyla operasyona alındı. Acil şartlarda yapılan eksplorasyonda over tümörü saptanan hastaya total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucu Diffüz Büyük B Hücreli Non-Hodgkin Lenfoma olarak yorumlandı ve hasta Evre 4B olarak kabul edildi. Postoperatif dönemde pelvik lenfadenopati kitleleri nedeniyle postrenal akut böbrek yetmezliği gelişen hasta başka bir merkeze yönlendirildi ve takiplerine devam etmedi.

3. Olgusu: 22 yaşında G0P0, akut batın tablosuyla başvuran hastaya over kist rüptürü ön tanısı ile laparotomi yapıldı. Tümör saptanan overe ooferektomi uygulandı. Kitle frozen kesi ile değerlendirildi. Lenfoma saptanması üzerine

operasyon sonlandırıldı. Postoperatif dönemde sistemler tarandığında memede ve beyinde tümöral kitleler saptandı. Histopatolojik tanı Burkitt Benzeri Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma idi. Evre 4 B tanısıyla hastaya 8 kür R-CHOP tedavisi uygulandı. Tedavi sonrasında hematolojik olarak tam remisyon sağlandı.

4. Olgu: 36 yaşında G3P1, akut batın tablosuyla başvuran hasta genel cerrahi ekibi tarafından plastrone appendisit ön tanısıyla eksplere edildi. Tüm pelvisi dolduran over kaynaklı tümör nedeniyle per-operatuar Kadın Hastalıkları

ekibine devredildi. İleri derecede infiltrasyon nedeniyle tümörün total eksizyonu mümkün olmadı. Over biopsisi frozen kesi ile değerlendirildi, Yüksek Grade Lenfoma tespit edilerek, operasyona son verildi. Hasta genel durum bozukluğu nedeniyle postoperatif dönemde yoğun bakımda takip edildi. Gelişen komplikasyonlar nedeniyle postoperatif 2. günde exitus oldu.

5. Olgu: 54 yaşında G3P3, postmenopozal kanama nedeniyle başvurmış olup, yapılan jinekolojik bakışında servikte vejetan kitle

Yıl	Ya	Klinik	Histoloji	Tutulan organ	Operasyon	Evre	Medikal Tedavi	Sonuç
2007	53	Over tümörü	Foliküler tip Non-Hodgkin Lenfoma	Bilateral tuba overler Uterus Serviks Mesane nce barsak	Debulking cerrahi	4B Relaps	R-CHOP R-FC	Parsiyel remisyon
2007	56	Adneksiyel kitle	Diffüz büyük B hücreli lenfoma	Bilateral tuba ve overler Pelvik kitle	Total abdominal histerektomi Bilateral salpingooferektomi Pelvik kitle ekstripsasyonu	4B	R-CHOP	ABY
2008	22	Over kist rüptürü	Burkitt benzeri diffüz büyük hücreli	Bilateral tuba ve overler Meme Beyin	Sa salpingooferektomi Sol over wedge biyopsi	4B	R-CHOP	Remisyon
2010	36	Plastrone apandisit	Yüksek gradeli lenfoma	Bilateral tuba overler Uterus Serviks Mesane nce barsak	Sa overbiyopsi	4B		Eksitus
2010	54	Postmenopozal kanama	Diffüz büyük B hücreli Non-Hodgkin Lenfoma	Serviks	-	4B	R-CHOP	Remisyon
2012	47	Over tümörü	Diffüz büyük B hücreli Non-Hodgkin Lenfoma	Sol over	Total abdominal histerektomi Bilateral salpingooferektomi	1A Relaps	R-CHOP	Remisyon

Tablo 1. Genital lenfoma olgularının özellikleri.

saptanmıştır. Hastaya uygulanan servikal biopsi ve fraksiyone küretaj sonucu ile serviksi tutan Diffüz Büyük B Hücreli Non-Hodgkin Lenfoma tanısı konuldu. Evre 4B diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısıyla 8 kür R-CHOP tedavisi uygulandı. Hasta 6 kür kemoterapiyi tolere etmiş olup, şu anda hematolojik olarak tam remisyondadır.

6. Olgu: 47 yaşında G2P2, Evre 1A diffüz büyük B hücreli Non Hodgkin Lenfoma tanısıyla 4 kür R-CHOP tedavisi sonrasında radyoterapi alan hastanın takipleri esnasında bilgisayarlı tomografik incelemelerinde adneksiyel kitle saptandı. Over tümörü ön tanısı ile cerrahi eksplorasyon yapıldı. Hastaya total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucu Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma olarak yorumlandı. 4 kür R-CHOP tedavisi planlandı. Tedavi sonrası tam remisyon sağlanan hasta otolog kemik iliği transplantasyonu amaçlı başka bir merkeze yönlendirildi.

Postoperatif dönemde eksitus olan olgu dışında tüm olgular kemoterapi ile tedavi edilmiştir. En sık görülen histopatoloji Diffüz Büyük B Hücreli Non-Hodgkin Lenfoma, en sık tutulan organ overler olmuştur. Over tümörü ön tanısıyla eksplore edilen bir olgu remisyondaki nodal lenfomanın sekonder tutulumu iken kalan beş olgu primer genital lenfoma olgusudur.

TARTIŞMA

Kadın genital sisteminde lenfoma üç farklı klinik tablo ile ortaya çıkabilmektedir. Nodal lenfomanın sekonder bir tutulumu şeklinde, klinik olarak okkult bir nodal tutulumun başlangıç bulgusu şeklinde veya primer ektranodal lenfoma şeklinde olabilir. Primer ektranodal lenfoma genital sistemde sınırlı bir lezyon olarak ortaya çıkabileceği gibi yaygın bir tutulum şeklinde de olabilir (5). Serimizdeki bir olgu remisyondaki nodal lenfomanın sekonder tutulumu iken kalan beş olgu primer genital lenfoma olgusudur. Literatürde yayınlanan olgulardan farklı olarak serimizde ağırlıklı tutulan organ overlerdir.

Yayınlanan serilerde genital lenfoma olguların yaş ortalaması 38-44 arasında bildirilmektedir (1,4,6,7). Bizim serimizde yaş aralığı 22-56'dır.

Kadın genital sistemi tutan lenfomalarının büyük çoğunluğu Non-Hodgkin Lenfoma histolojisindedir (8,9). Serimizdeki olgular da bununla uyumludur. Hastalığın evreleri en önemli prognostik faktör olarak kabul edilmektedir. Uterus ve vajen yerleşimli lenfomalar over yerleşimli lenfomalara göre daha iyi prognoz göstermektedir. Overlerin tek taraflı tutulumu ya da fokal tutulumu, lenfomanın B hücre kökenli olması iyi prognozu gösterirken; akut başlayan yakınmalar kötü prognozu gösteren bulgulardır. Ayrıca, genel olarak ektranodal lenfomalar, aynı evredeki bir nodal lenfomaya göre daha iyi prognoza sahiptir. Beş yıllık sağkalım oranı, bu prognostik faktörlere bağlı olarak değişmekle birlikte uterus yerleşimli olanlarda % 73, over yerleşimli olanlarda % 22 olarak bildirilmektedir (4,8,9).

Primer genital lenfomada klinik bulgular nonspesifiktir ve bu klinisyenin doğru tanı koymasını güçleştirir. Ovaryan lenfomada pelvik kitle en yaygın (%80) bulgu olup bunu, abdominopelvik ağrı (%60) ve vajinal kanama (%20) yakınmaları izlemektedir (10,11). Serimizdeki overe ait lenfoma olguları çoğunlukla akut tablo ile acil şartlarda eksplore edilmiştir.

Tanıdaki aldanmaya yol açan en önemli etken, lenfoma için beklenmeyen bir yerleşim yeri olması ve lenfoma olasılığının akla getirilmemesidir. Bu yüzden genital lenfomaların farklı klinik tablolarla karşımıza gelebileceği her zaman akılda tutulmalıdır. Cerrahi eksplorasyon sırasında makroskopik gözlem malign olsa bile frozen kesi değerlendirme yapılması gereksiz geniş cerrahinin morbiditesinden kaçınmaya olanak sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Chorlton I, Karnei RF, King FM, Norris HJ. Primary malignant reticuloendothelial disease involving the vagina, cervix and corpus uteri. *Obstetr Gynecol* 1974;44(5): 735-48
2. Delgado G, Smith JP, Declos G, Gaalagher S. Reticulum cell sarcoma of the cervix. *Am J Obset Gynecol* 1976;126(5):691-694.
3. Fox H, More RS. Primary malignant lymphoma of the uterus. *J Clin Pathol* 1965; 18(6):723-728
4. Benjamin E, Isaacson PG.

Lymphoproliferative disease of the ovaries and female genital tract. In: Fox H (ed). Haines and Taylor's Obstetrical and Gynaecological Pathology. 4th ed.(vol2), New York, Churchill Livingstone, 1995,1015-1041.

5. Paladgu RR,Berarman RM, Rappaport H. Malignant lymphoma with primary manifestation in the gonad. A clinicopathologic study of 8 patients. Cancer 1980;45 (3):561-571

6. Julian A, Crasta and Elizabeth Vallikad. Ovarian Lymphoma. Indian J Med Paediatr Oncol 2009;30(1):28-30.

7. Vang R, Madeiros J, Warnke RA, Higgins JP, Deavers MT. Ovarian Non Hodgkin.s Lymphoma: Clinicopathologic Study of Eight Primary Cases. Mod Pathol 2001; 14(11):1093-1099.

8. Chorlton I, Norris HJ and King FM. Malignant

Reticuloendothelial Disease Involving the Ovary as A Primary Manifestation - A series of 19 lymphomas and 1 granulocytic sarcoma. Cancer 1972;34(2):397-407.

9. Osborne BM, Robboy SJ. Lymphoma or Leukaemia Presenting as ovarian Tumours: An analysis of 42 cases. Cancer 1983;52(10):1933-1943.

10. Deepti A, Sangeeta S, Rani B, Shikha S. Primary Bilateral Ovarian Non Hodgkin.s Lymphoma. Journal of Clinical Diagnostic Research (serial online) 2010;4:3212-3214.

11. Elharroudi T, Ismaili N, Errihani H, Jalil A.Primary lymphoma of the ovary. J Can Res Ther 2008;4(4):195-196.

Servikal Stenoz ile Komplike İlk Trimester Gebelik Terminasyonu: Tek Doz 800 Mikrogram Asetik Asit ile Islatılmış Misoprostol ile Tedavi

Cervical Stenosis Complicating First - Trimester Pregnancy Termination: Treatment With Single - Dose 800 Microgram Misoprostol Moistened With Acetic Acid

Bulent Yilmaz, M.D.¹,
Mustafa Demir, M.D.²
Ibrahim Egemen Ertas, M.D.²

¹Department of Obstetrics and Gynecology,
Elazig Military Hospital, Elazig, Turkey
²Izmir Katip Celebi University Faculty of
Medicine, Izmir, Turkey

Yazışma Adresi / Correspondence:
Bulent Yilmaz, M.D.
Basin Sitesi Mahallesi,
168 Sokak, 18/6
Karabaglar, 35600, Izmir, Turkey
Tel: 0090 532 227 0542
E-mail:drbulentyilmaz@yahoo.com

ABSTRACT

Suction curettage is a safe surgical method for first-trimester pregnancy termination but it was more likely to fail under several circumstances including uterine anomalies, acute ante-/retroversion, distortion of uterine cavity by leiomyoma, intrauterine adhesions, provider inexperience or cervical stenosis. A 24-years-old primigravid woman requested pregnancy termination at late first-trimester. Cervix was impossible to pass with neither plastic suction curette nor minimal-size Hegar dilators. Moreover, even two doses of 400 µg sublingual misoprostol were ineffective for cervical dilation. However, after 800 µg intravaginal misoprostol moistened with 3 ml of 5% acetic acid, the cervix opened and gestational products were removed easily. In conclusion, a 800 µg intravaginal misoprostol moistened with acetic acid is an effective method for cervical dilation in late first-trimester surgical abortion failure due to cervical stenosis.

Key Words: Acetic acid; Cervical dilation; Cervical stenosis; First-trimester surgical abortion; Misoprostol

ÖZET

Aspirasyon küretaj ilk trimester gebelik sonlandırılmasında güvenilir bir cerrahi yöntem olmasına rağmen uterin anomali, akut ante/retroversiyon, uterin kavitenin myom ile bütünlüğünü kaybetmesi, intrauterin adezyonlar, cerrahın tecrübesizliği ve servikal stenoz gibi durumlarda başarısızlıkla sonuçlanabilir. Yirmidört yaşında primigravid hasta geç ilk trimester gebelik sonlandırma isteği ile başvurdu. Serviks ne plastik aspirasyon küreti ne de minimal kalınlıktaki Hegar bujisi ile genişletilebildi. Ayrıca, 2 doz sublingual 400 mikrogram misoprostol da servikal genişleme için yetersizdi. Ama yinede, 800 mikrogram intravajinal 3 ml % 5 lik asetik asit ile ıslatılmış misoprostol sonrasında, serviks açıldı ve gebelik materyali kolayca uzaklaştırıldı. Sonuç olarak, 800 mikrogram intravajinal asetik asit ile ıslatılmış misoprostol, servikal stenoz ile komplike geç dönem ilk trimester gebelik terminasyonunda, serviksin açılmasında etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Asetik asit; Servikal açılma; Servikal stenosis; İlk trimester gebelik terminasyonu; Misoprostol

INTRODUCTION

Suction curettage is a safe surgical method for first-trimester pregnancy termination but it was more likely to fail under several circumstances including uterine anomalies, acute anteversion or retroversion, distortion of the uterine cavity by leiomyoma or other pathology, intrauterine adhesions, provider inexperience or cervical stenosis (1-3). The failure rate of first-trimester surgical abortion is between 0.2% and 2% (4,5). Here is a presentation of a woman who had stenosis of the cervix complicating first-trimester surgical abortion, where the role of 800 µg intravaginal misoprostol moistened with acetic acid was examined for cervical dilation.

CASE PRESENTATION

A 24-years-old primigravid woman presented at 8 weeks and 5 days' gestation and requested pregnancy termination at an outpatient clinic in February 2009. Previous history of the patient yielded no gynecological or health problems. The gestational age was determined by the first day of the last menstrual period and confirmed by ultrasonography which revealed 8-week and 1-day pregnancy with single alive fetus inside the uterus (Figure 1A).

The written informed consent document was obtained from the patient, who was willing to terminate first trimester pregnancy and a blood sample was obtained to determine hemoglobin, blood group and Rh factor. Woman was informed that she would undergo a suction curettage procedure to terminate the pregnancy.

While patient was in the lithotomy position and under general anesthesia, the uterus was felt as antevert location on bimanual pelvic examination. The upper lip of the cervix was grasped with single toothed forceps after cleaning of the cervix with iodine solution. The cervix was so rigid that it was passed neither with rigid, plastic suction curette nor with minimal-size Hegar dilators. Then, it was decided to stop intervention and counsel with the patient about the situation. The patient was advised to dilate cervix using pharmacological procedure which would involve

misoprostol tablets via sublingual or vaginal route. Moreover, she was also informed about the benefits, adverse effects and possible risks of the treatment protocols. After counseling, she consented to induction using 400 µg misoprostol (Cytotec 200 µg tablets, Ali Raif, Istanbul-Turkey) sublingually, and dilation and evacuation if cervical priming/dilation was enough under general anesthesia.

Three hours later the commencement of the sublingual misoprostol, the cervix was rigid and it was impossible to pass using minimal-size Hegar dilators. Second dose of the misoprostol with the same regimen was given 4 hours after the first dose. Four hours later the second dose, the cervix was still impossible to pass using Hegar dilators. Moreover, no vaginal bleeding was present and ultrasonography showed that the gestational sac and the fetus were normal. The situation was rediscussed with the patient and due to geographic considerations she stayed in the clinic under medical observation. Overnight she had moderate cramping and a small amount of bleeding.

The cervix was still impossible to pass the day after (21 hours after the first dose of sublingual misoprostol); however, the products of gestation were examined by ultrasound and the abortion was incomplete (Figure 1B). The patient was counseled again about the other regimen of the misoprostol. After patient's approval, 800 µg misoprostol moistened with 3 ml of 5% acetic acid was placed into the posterior vaginal fornix as in our previous study [6].

Five hours after the vaginal misoprostol (26 hours after the first dose of sublingual misoprostol), the cervix opened and dilated until 8-mm Hegar dilator, and gestational products were removed easily using vacuum curettage with 6-mm suction cannula under general anesthesia. The uterus appeared normal size and shape at the end of the procedure (Figure 1C).

All procedures were carried out under ultrasound guidance. The side effects of the medication included nausea, chills and fever (temperature >38°C). Antibiotic prophylaxis was used as the procedure might predispose the patient to infection. Rh-immune globulin was administered

as the patient and her partner were Rh-negative and Rh-positive, respectively.

Three days after the pregnancy termination, the patient visited me and pelvic examination yielded normal findings. Moreover, she acknowledged that two separate suction-curettage attempts failed to evacuate the pregnancy in another private center by an experienced obstetrician and gynecologist due to cervical stenosis the day before the first admission to me.

DISCUSSION

Suction evacuation has been the method of choice for termination of pregnancy for many years. However, providers who perform surgical abortion during first trimester abortion occasionally encounter difficulty in accessing the uterine cavity (1).

First-trimester abortion in women with cervical stenosis results in difficult or impossible suction curettage as in the present case. Moreover, if the cervix cannot dilate at all, induction may fail as well, because intrauterine contents cannot pass through the cervix and uterine contraction may be ineffective in producing expulsion (3). The same situation was experienced in the present case where after 2 doses of sublingual misoprostol, the pregnancy was terminated but gestational products could not pass through the cervix and remained in the uterine cavity due to undilated cervix.

The Society of Family Planning recommends that physicians consider cervical priming only for women who may be at increased risk of complications from cervical dilation, including those late in the first trimester, adolescents and women in whom cervical dilation is expected to be difficult because of either patient factors or provider experience (7).

When cervical priming is performed, misoprostol is the prostaglandin analogue most commonly used worldwide. Misoprostol tablets are stable at room temperature, easy to self-administer and inexpensive. Compared to laminaria, vaginal misoprostol requires a shorter period of time to achieve the same dilatation, is associated with less discomfort and is preferred by women (7).

The sublingual route appears as effective as vaginal administration and requires less time for priming, but it is associated with more side effects (8-10). Moreover, a Cochrane review (11) described misoprostol in a dose of 800 mg was more effective than any other prostaglandin, which was found to have a success rate comparable with surgical method for termination of early pregnancy (12). Furthermore, misoprostol moistened with acetic acid was significantly more effective than misoprostol moistened with saline in first trimester pre-abortion cervical priming and second trimester pregnancy termination (6,13).

As the patient had cervical stenosis in late first trimester pregnancy, misoprostol was used for cervical priming to increase preoperative cervical dilation in the present case. Possible advantages and side effects of both 400 µg sublingual and 800 µg vaginal misoprostol were discussed with the patient who preferred sublingual route. At the end, it was concluded that, although, even two doses of 400 µg sublingual misoprostol were effective for first trimester pregnancy termination, it was not effective at causing cervical dilation in patient with cervical stenosis. However, the softening and dilation of the cervix were achieved after 800 µg vaginal misoprostol moistened with acetic acid. Moreover, since the attempts at mechanical dilation of a distorted or scarred cervix may lead to cervical injury or uterine perforation, it was tried but not insisted on the use of Hegar dilators for cervical dilation in this case.

There are limited reports in the literature regarding the management of the failure of surgical abortion in women with cervical stenosis (1,14). Early first-trimester pregnancies complicated by cervical stenosis and obstructing leiomyomas have been aborted successfully with intramuscular methotrexate (1). Moreover, needle aspiration under the guidance of transvaginal sonography was found to be safe for termination of early pregnancy complicated by cervical stenosis (14). In contrast to the present case, patients in these two previous reports had early first-trimester pregnancies (1,14); thus, misoprostol alone was used in the present case as in the recent report, where misoprostol resulted in the ability to evacuate the uterus vaginally in two women requesting second trimester abortion with essentially obliterated

external cervical os (3).

Cervical cone biopsy or loop electrosurgical excision procedures may lead to cervical scarring, agglutination, or stenosis (1,3,15). Moreover, leiomyomas may also obstruct the lower uterine segment such that instruments cannot be passed from the vagina to the gestation (1,3). An important issue related to this case lies in the question of why the patient has cervical stenosis? Because, the patient had cervical stenosis with unknown origin since she had undergone neither cervical nor uterine surgery previously. Moreover, she had no uterine leiomyomas and no marked ante flexion or retroflexion of the uterus. This may be due to the collagen framework of the patient's uterine cervix, where normally collagen I and III predominate (16). Thus, taking biopsies from the cervix and immunohistochemical analysis of the specimens under electron microscopy to examine cervical ultrastructure might help us to understand the underlying cause of the cervical stenosis in the present case.

In conclusion, 800 µg intravaginal misoprostol moistened with acetic acid was an effective method for cervical dilation in first-trimester surgical abortion failure due to cervical stenosis, where cervical dilation was possible neither with plastic suction curette and minimal-size Hegar dilators nor with even two doses of 400 µg sublingual misoprostol.

REFERENCES

- Schaff EA, Wortman M, Eisinger SH, Franks P. Methotrexate and misoprostol when surgical abortion fails. *Obstet Gynecol* 1996;87:450-2.
- Luka J, Allena RH, Schantz-Dunna J, Goldberga AB. Intrauterine adhesions as a risk factor for failed first-trimester pregnancy termination *Contraception* 2007;76:331-3.
- Borgatta L, Sayegh R, Betstadt SJ, Stubblefield PG. Cervical obstruction complicating second-trimester abortion: treatment with misoprostol. *Obstet Gynecol* 2009;113(2 Pt 2):548-50.
- Gurkan Zorlu C, Aral K, Ekici E, Yalcin H, Turan C, Gokmen O. Causative factors in first trimester abortion failure. *Adv Contracept* 1996;12:63-7.
- Paul ME, Mitchell CM, Rogers AJ, Fox MC, Lackie EG. Early surgical abortion: efficacy and safety. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:407-11.
- Yilmaz B, Kelekci S, Ertas IE, Kahyaoglu S, Ozel M, Sut N, Danisman N. Misoprostol moistened with acetic acid or saline for second trimester pregnancy termination: a randomized prospective double-blind trial. *Hum Reprod* 2005;20:3067-71.
- Allen RH, Goldberg AB. Cervical dilation before first-trimester surgical abortion (<14 weeks' gestation). *Contraception* 2007;76:139-156.
- Tang SO, Ho PC. The pharmacokinetics and different regimens of misoprostol in early first-trimester medical abortion. *Contraception* 2006;74:26-30.
- Saxena P, Sarda N, Salhan S, Nandan D. A randomised comparison between sublingual, oral and vaginal route of misoprostol for pre-abortion cervical ripening in first-trimester pregnancy termination under local anaesthesia *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008;48:101-106.
- Caliskan E, Filiz T, Yucesoy G, Coskun E, Vural B, Corakci A. Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical ripening PRIOR TO manual vacuum aspiration under local anaesthesia: A randomized study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007;12:372-377.
- Kulier R, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;2:CD002855.
- Prasad S, Kumar A, Divya A. Early termination of pregnancy by single-dose 800 mg misoprostol compared with surgical evacuation. *Fertil Steril* 2009;91:28-31.
- Kelekci S, Yilmaz B, Savan K. Misoprostol wetting with acetic acid for pre-abortion cervical priming. *Int J Gynaecol Obstet* 2004;85:188-9.
- Chen HJ, Hsieh BC, Hwang JL. Fine needle aspiration of the gestational sac for termination of early pregnancy in cervical stenosis: a case report. *J Reprod Med* 2004;49:133-5.
- Baldauf JJ, Dreyfus M, Ritter J, Meyer P, Philippe E. Risk of cervical stenosis after large loop excision or laser conization. *Obstet Gynecol* 1996;88:933-8.
- Vukas RN, Erling E, Gun A, Norström A. Cervical priming in the first trimester: morphological and biochemical effects of misoprostol and isosorbide mononitrate. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88:43-51.

Figure Legend

Figure 1 Ultrasonography revealed 8-week and 1-day pregnancy with single alive fetus inside the uterus (A); The products of gestation were

examined by ultrasound and the abortion was incomplete after two doses of 400 µg sublingual misoprostol (B); The uterus appeared normal size and shape at the end of the procedure (C).



Gelişimsel Kalça Displazisinde Yumuşak Doku Girişimleri

Soft Tissue Procedures in Developmental Dysplasia of Hip

Atilla ÇITLAK¹,
Cihan ASLAN²,
Tuğrul BULUT³,
Ulaş AKGÜN⁴,
Muhittin ŞENER⁵,

¹Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İzmir
²Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İzmir,
³Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Ortopedi ve
Travmatoloji Anabilim Dalı, Muğla

Yazışma Adresi / Correspondence:
Atilla Çitlak,
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği,
Karabağlar İZMİR
Tel: 05053786196
e-mail: atillacitlak@yahoo.com

ÖZET

Gelişimsel kalça displazisi kalıcı sakatlıklara yol açabilen bir hastalıktır. Erken teşhis ve tedavi önemlidir. Tanı konulduğu andaki yaşa göre tedavi yöntemleri tartışmalıdır. Tedavinin amacı ileride gelişebilecek olan dejeneratif eklem hastalığından korunmak için erken dönemde konsantrik redüksiyon elde etmek ve redüksiyonu korumaktır. Biz bu derleme makalemizde, erken tanı konulmamış veya tanı konulduktan sonra başarılı bir şekilde tedavi edilememiş hastalara kemik müdahalesi gerekmeden yapılabilecek yumuşak doku ameliyatları üzerinde duracağız.

Anahtar Kelimeler: Açık redüksiyon; Gelişimsel kalça displazisi; Severin sınıflaması.

ABSTRACT

Developmental dysplasia of hip is a disease which can cause permanent disabilities. Early diagnosis and treatment is important. There is controversy in treatment methods according to age at diagnosis. The aim of treatment is to achieve and to maintain early concentric reduction in order to prevent future degenerative joint disease. In this review article, we will emphasize soft tissue surgeries without bony intervention to the patients who were not diagnosed early or the patients who were not treated successfully after diagnosis.

Key Words: Open reduction; Developmental dysplasia of hip; Severin classification.

GİRİŞ

Gelişimsel kalça displazisi (GKD) ortopedik cerrahi için büyük önem taşıyan ve günümüze kadar tam olarak çözümlenememiş ve tedavi yöntemleri halen tartışmalı olan sorunların önde gelenlerindendir. GKD farklı yaşlarda farklı formlarda karşımıza çıkan kalçanın gelişim bozukluğudur. Tedavi edilmeyen veya geç tedavi edilen hastalarda elde edilen sonuçlar yeterli olmamakta, ciddi sakatlıklara ve kalıcı kalça problemlerine yol açmaktadır. Tedavinin eksiksiz ve doğru yapılması kişinin erişkin dönemdeki yaşam kalitesini belirlemektedir (1,2).

GKD etiopatogenezinde mekanik pre-post natal faktörler ve endojen faktörler üzerinde durulmaktadır (3,4). Sıkışık intrauterin pozisyon, oligohidramnios ile uyluklarda anormal adduksiyon, makat geliş, ilk doğum (sıkı uterus ve abdominal kaslar) ve postnatal pozisyon GKD ile ilişkilidir (3). Maternal ligament gevşetici hormonlar kız fetüsleri daha fazla etkiler, GKD vakalarının %80'i kızdır; kızlardaki insidansı 1,1/1000, erkeklerdeki insidansı 0,12/1000'dir (1,3,5). Genel eklem laksitesi ile GKD ilişkisi Wynne-Davies tarafından gösterilmiştir (6). Monozigot ikizlerde yapılan çalışmada bir ikizde görülürse diğer ikizde görülme ihtimali %42,7'dir (4).

GKD tedavi edilmezse kalçada dejeneratif değişikliklere yol açar, erken dönemde ağrıya neden olur ve fonksiyonel kapasitede ciddi kısıtlılığa sebep olur (7). Tedavi teşhis konulduğu andaki yaşa göre değişmektedir. İlk 6 ayda tanı konulursa tedavi için pavlik bandajı veya kapalı redüksiyon uygulanmaktadır (5). Erken tanı ile konservatif yöntemler başarılı olmaktadır; fakat tanı gecikirse veya konservatif tedavi başarısız olursa yalnızca yumuşak dokulara müdahale edilerek yapılan açık redüksiyon kalçanın uygun şekilde gelişimini sağlayabilmektedir.

Biz bu yazımızda, erken tanı konulamamış veya tanı konulduktan sonra uygulanan konservatif yöntemlerle tedavide başarı sağlanamamış hastalara kemik müdahalesi gerekmeden yapılabilecek yumuşak doku ameliyatları üzerinde duracağız.

GKD'li hastaların erişkin dönemde fonksiyonel olarak yeterli kalça eklemine sahip olabilmeleri için uygun şekilde tedavi edilmeleri gereklidir (8). Tedavide amaç en kısa sürede konsantrik ve stabil redüksiyon elde etmektir (9,10). GKD hastaları tedavi edilmezlerse primer osteoartrite göre daha erken yaşta total kalça protezi ameliyatına ihtiyaç duyarlar (11). İleride gelişebilecek olan dejeneratif eklem hastalığından korunmak için erken dönemde konsantrik redüksiyon elde edilmeli ve redüksiyon korunmalıdır (5,12,13). Dislokasyonun tedavisi hem femur başı hem de asetabulum gelişimi için gereklidir ve erken tedavi her ikisinin gelişimini hızlandırır (9,14). Redüksiyondaki gecikme displastik özelliklerin kendiliğinden düzelme ihtimalini azaltır, çünkü

kalça remodelizasyonu en çok yaşamın ilk yıllarında gerçekleşir (15).

GKD'de çıkığın uzun süre devam etmesiyle oluşan değişiklikler sonucunda redüksiyonu sağlamak için uzun süreli traksiyon veya kapsülotomi gerekebilir (16). Tedavide tedricen ağırlığın artırıldığı ve pozisyonun değiştirildiği uzun süreli traksiyon yöntemleri kullanılmıştır (17). Ancak bu yöntemlerde düşük avasküler nekroz oranları elde edilmekle birlikte ikincil cerrahi girişim oranları yüksektir, ayrıca tedavinin uzun sürmesi nedeniyle ekonomik ve psikolojik olumsuz etkileri mevcuttur (17,18).

GKD hastalarının konservatif yöntemlerle tedavi edilemeyenleri cerrahi tedaviye ihtiyaç duyar (9,10). Redükte edilemeyen çıkıklar, konsantrik olmayan stabil redüksiyonlar, instabilitesi fazla olan çıkıklar, redüksiyonun korunması için aşırı pozisyon gerektiren çıkıklarda açık redüksiyon gereklidir (19). 6-9 aydan sonra veya başarısız abduksiyon ortezi tedavisi sonrası gerekli olan kapalı veya açık redüksiyon 18-24 aya kadar sıklıkla kabul gören tedavi yöntemidir (20). Femur başının uzun süre asetabulumun dışında bulunmasıyla oluşan değişiklikler femur başının konsantrik redüksiyonuna engel olur ve eklem stabilitesini olumsuz yönde etkiler (16). Transvers asetabular ligament, pulvinar, invert labrum, inferior kapsüler darlık ve psoas tendonu redüksiyona engel yapılarıdır (5). Dikkatli cerrahi diseksiyonla femur başının asetabulumuna redüksiyonuna engel olan bu yapıları gevşetmek mümkündür (21).

Yumuşak doku cerrahisinin sonuçları tedavi başlangıcındaki yaşa bağlıdır ve tedavi başlangıcında yaşı daha genç olan çocuklarda daha fazla asetabular gelişim gerçekleşir (8,22). Ayrıca femur başı iskemik nekrozu, başlangıçta kalçanın durumu, tedavi süresi ve takip, konsantrik redüksiyon ve ikincil cerrahi girişimler de tedavi sonuçlarını etkileyen faktörlerdendir (23). Tedaviye sekonder gelişen avasküler nekroz asetabulumun remodelizasyonunu da etkileyebilir (24). Asetabular displazi erken yaşta kalça osteoartriti etiolojisinde yer alır (25).

Yalnızca yumuşak doku cerrahisi uygulanarak erken yaşta elde edilen konsantrik ve stabil redüksiyon ikincil cerrahi girişimlere ihtiyacı

azaltır (15). Kapalı veya açık redüksiyon sonrası ikincil cerrahi girişimlerin sebebi muhtemelen yetersiz tedaviye veya kalçanın intrinsik faktörlerine bağlı olabilir (26).

GKD'de yalnızca yumuşak dokulara müdahale edilerek gerçekleştirilen kalça açık redüksiyon yöntemlerinden; medial yaklaşım, anterior yaklaşım, anterolateral yaklaşım, lateral yaklaşım ve posterior yaklaşım literatürde tanımlanmış ve kullanılmış olan yöntemlerdendir (16). Bu yöntemlerden günümüzde sıklıkla kullanılan açık redüksiyon yöntemleri şunlardır:

1. Medial yaklaşımla açık redüksiyon
2. Anterior yaklaşımla açık redüksiyon

MEDİAL YAKLAŞIM

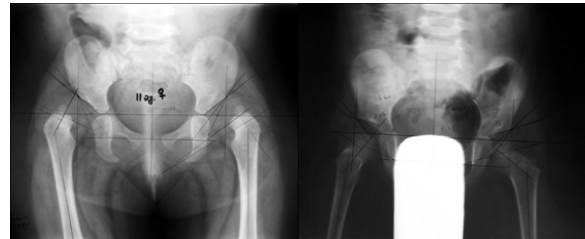
Medial yaklaşımla açık redüksiyon teknikleri kalçaya yaklaşım yöntemine göre farklılık göstermektedir. Ludloff yönteminde pektineus ve adduktor longus arasından girilerek iliopsoas ve inferior kapsül gevşetilmektedir (16). Sık kullanılan Ferguson yönteminde ise adduktor longus ve gracilis arasından girilir (27). Bu teknikte medial yaklaşım adduktor longus ve gracilis arasından longitudinal insizyonla yapılır. Künt diseksiyonla minör trokanter ortaya konulur ve iliopsoas tenotomisi uygulanır. Kapsül uzunlamasına ve inferomedial olarak açılır. Operasyon sahasından geçen medial sirkümfleks damarların zarar görmesinden sakınmak için çok özen gösterilmelidir. Transvers asetabular ligament kesilerek gevşetilir ve hipertrofik pulvinar çıkartılır. Femur başının asetabulumuna redüksiyonu sonrası kalça stabilitesi çeşitli yönlerde kontrol edilir. Cilt kapatılır ve uygun pozisyonda pelvipedal alçıya alınır (8-10).

Medial yaklaşımla açık redüksiyon 24 aydan küçük hastalarda kullanılır (10,27). Bu yaklaşım iliopsoas tendonuna, konsantrik inferomedial kapsüle, hipertrofik ligamentum terese, transvers asetabular ligamente ve hipertrofik pulvinara minimal yumuşak doku diseksiyonuyla direkt yaklaşım sağlar (10). Bilateral cerrahi aynı seansta uygulanabilir ve skar dokusu kozmetik olarak kabul edilebilir (8,9). Bu girişimde redislokasyon oranı düşüktür, kalça abdüktörleri ve iliak apofiz zarar görmez (8,21). Ancak 18 aydan büyük çocuklarda ikincil cerrahi girişimlere başvurma oranı artar (9). Asetabular displazi için

aynı insizyondan osteotomi uygulanamaması ve kapsülorafi yapılamaması medial yaklaşımın dezavantajlarından (9,10).

Medial yaklaşımla açık redüksiyonda avasküler nekroz oranı literatürde %0-67 arasında değişmektedir (20). Bu kadar geniş bir dağılım olmasının sebebi uygulanan teknikte, takipte farklılıklar olmasından ve hasta gruplarındaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Geniş kapsüler diseksiyon, T şeklinde kapsüler insizyon ve femoral sirkümfleks damarların zarar görmesi ve bağlanması avasküler nekroz insidansını artırır (10). Bizim çalışmalarımızda avasküler nekroz oranı %0-26,5 arasındadır (8-10). Ameliyat sırasında ortalama yaşın 17,7 ay olduğu çalışmamızda avasküler nekroz oranı %17,3'dür, tip 1 değişiklikler değerlendirilmeye alınmazsa oran %6,3'e düşmektedir (8). Kiely ve ark %14, Uçar ve ark %24 avasküler nekroz oranı rapor etmişlerdir (28,29). Ameliyat sırasındaki yaşın, kalçanın durumunun ve uygulanan cerrahi yöntemin avasküler nekroz üzerinde etkisi vardır.

Uzun dönem takipler tedavi sonucunun değerlendirilmesi açısından büyük önem taşır. Çalışmamızda 110 kalçanın uzun dönem takibi (ortalama 14 yıl) sonucunda radyolojik olarak kalçaların %86'sında Severin 1 ve 2 sonuç elde edilmiştir (8). Kalçanın doğal gelişimini değerlendirmek için ikincil cerrahi girişim geçirmeyen kalçalar değerlendirildiğinde Severin 1 ve 2 sonuç %82'dir (8)(Şekil 1,2).

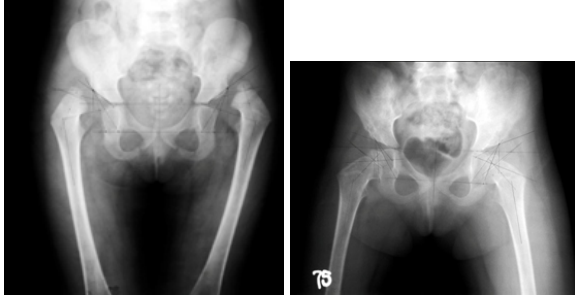


a- Ameliyattan önce b- Ameliyattan 12 ay sonra



c- Ameliyattan 9 yıl sonra

Şekil 1 a-c: Bilateral; Ameliyat yaşı: 11 Ay; Takip: 9 yıl; Sonuç: Sağ: Severin 1a, Sol: Severin 1a



a- Ameliyattan önce b- Ameliyattan 12 ay sonra



c- Ameliyattan 14 yıl sonra

Şekil 2 a-c: Bilateral; Ameliyat yaşı: 36 ay; Takip: 14 yıl; Sonuç: Sağ: Severin 1b, Sol: Severin 1b

Ameliyat sırasında ortalama yaşı 23,7 ay ve ortalama takip süresinin 10 yıl olduğu başka bir çalışmamızda kalçaların %50'sinde Severin 1 ve 2 sonuç elde edilmiştir (9). Medial yaklaşımla aynı anda innominat osteotomi uygulanan, ameliyat sırasında ortalama yaşı 20 ay olduğu ve ortalama takip süresinin 9,6 yıl olduğu çalışmada kalçaların %93'ünde Severin 1 ve 2 sonuç elde edilmiştir (10). Konigsberg ve ark 10 yıl takip sonucunda %79, Uçar ve ark 19,8 yıl takip sonucunda %98 Severin 1 ve 2 radyolojik sonuç bildirmişlerdir (29,30). Medial yaklaşımla açık redüksiyon etkili ve güvenli bir tedavi metodudur ve 6-24 ay arasındaki hastalarda kullanılabilir, bununla birlikte ameliyat sırasında 18 aydan büyük olan hastalara uygulandığında ikincil cerrahi girişim ihtiyacı açısından yakın takip edilmelidir (8-10).

Weinstein ve Ponseti medial yaklaşımın bir modifikasyonunu tanımlamışlardır (16). Bu yöntemde kalçaya pektineus ve femoral nörovasküler demet arasından ulaşılır (1). Sık kullanılan bir girişim değildir. Weinstein yaklaşımı kullanılarak yapılan 93 kalçayı içeren bir çalışmada, 11 yıl takip sonucunda %71 mükemmel ve iyi sonuç elde edilmiştir (31).

ANTERİÖR YAKLAŞIM

Anterior yaklaşım anatomik bir diseksiyon gerektirir, bununla birlikte anterior ve lateraldeki patolojik yapılara kolay ulaşım sağlar (1). Gecikmiş ve ileri yaştaki hastalarda kalıcı değişiklikler meydana geldikten sonra uygulanan açık redüksiyonla birlikte femoral ve pelvik osteotomiler gerekli olabilir (2). Anterior yaklaşım aynı anda aynı insizyondan pelvik osteotomi uygulanmasına izin vermekle birlikte kapsülorafiye ve limbusun eversiyonuna da izin verir (32).

Bu yaklaşımda anterior bikini insizyonu kullanılır. Tensor fasya lata ve sartorius arasındaki interval bulunarak buradan girilir. Lateral femoral kutaneöz sinir korunur. İliak apofiz ileumdan ayrılır. Sartorius ve rektus femoris origolarından kesilir. Kapsül ortaya konulur, T şeklinde insizyon yapılır. Redüksiyona engel patolojik dokulara müdahale edilip konsantrik ve stabil redüksiyon elde edilir. Kapsülorafi yapılır. Süperfisyal fasya, ciltaltı ve cilt kapatılır. Uygun pozisyonunda pelvipedal alçıya alınır (1).

Anterior yaklaşımda aşırı yumuşak doku diseksiyonuna bağlı kanama nedeniyle kan transfüzyonu gerekli olabilir (33).

Anterior girişimlerde avasküler nekroz oranı %0-31,8 arasındadır (22). Szepesi ve ark yaptıkları çalışmada avasküler nekroz bildirmemişlerdir, bununla birlikte Williamson ve ark %13,3, Cordier ve ark %7,6 avasküler nekroz rapor etmişlerdir (22,34,35). Avasküler nekroz oranı ameliyat sırasındaki yaşla birlikte artmaktadır, fakat yaş ilerledikçe avasküler nekrozun anterior yaklaşımda medial yaklaşıma göre nispeten daha düşük olduğu görülmektedir (22).

Anterior açık redüksiyon ameliyatı sırasında ortalama 14 aylık olan 118 kalçanın ortalama 15,3 yıl takibi sonucunda %76 Severin 1 ve 2 radyolojik sonuç elde edilmiştir (22). Williamson ve ark ortalama 16,7 yıl takip sonucunda %51 Severin 1 ve 2 sonuç elde etmişlerdir (35). Berkeley ve ark ameliyat sırasında yaşları 12-36 ay olan 51 kalçanın ortalama 6,1 yıl takibi sonucunda %92 Severin 1 ve 2 radyolojik sonuç rapor etmişlerdir (36). Anterior girişimde ikincil cerrahi girişimlere ihtiyaç ve başarılı sonuçların oranı tedavi sırasındaki yaşla ilişkilidir.

REFERANSLAR

1. Beaty JH. Congenital and developmental anomalies of hip and pelvis. In: Canale ST ed. Campbell's Operative Orthopaedics. 2003; 1079-1123. Tenth Edition. Mosby.
2. Weinstein SL. Natural history of congenital hip dislocation and hip dysplasia. Clin Orthop Relat Res 1987;225:62-76.
3. Herring JA. Developmental dysplasia of the hip. In: Herring JA, ed. Tachdjian's Pediatric Orthopaedics. 2002; 513-654. Third Edition. W.B. Saunders Company
4. Tönnis D. Etiology of congenital dislocation of the hip. In: Tönnis D ed. Congenital Dysplasia and Dislocation of the Hip in children and adults. 1987; 58-70. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
5. Milbrandt TA, Sucato DJ. Pediatric Orthopaedics. In: Miller MD, Thompson SR, Hart JA, eds. Review of Orthopaedics. 2012;217-284. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders
6. Wynne-Davies R. Acetabular dysplasia and familial joint laxity: two aetiological factors in congenital dislocation of the hip. J Bone and Joint Surg Br. 1970(52-B);704-710.
7. Sarıkaya B, Ataoğlu B, Görmeli G, Öztürk BY, Turanlı S. Gelişimsel kalça displazisi zemininde gelişen osteoartritli kalçalarda kullanılan çimentosuz hidroksiapatit kaplı kalça protezlerinde sekiz yıllık izlem. Eklem Hastalık Cerrahisi 2013;24(2):91-5.
8. Çıtlak A, Saruhan S, Baki C. Long-term outcome of medial open reduction in developmental dysplasia of hip. Arch Orthop Trauma Surg 2013; Jun 20 [Epub ahead of print] DOI 10.1007/s00402-013-1793-7.
9. Şener M, Baki C, Aydın H, Yıldız M, Saruhan S. On sekiz aydan büyük gelişimsel kalça displazili çocuklarda medial yaklaşımla açık redüksiyon sonuçları. Acta Orthop Traumatol Turc 2004;38(4):247-51.
10. Baki C, Şener M, Aydın H, Yıldız M, Saruhan S. Single stage open reduction through a medial approach and innominate osteotomy in developmental dysplasia of hip. J Bone Joint Surg Br 2005; 87(3):380-3.
11. Kılıçarslan K, Yalçın N, Karataş F, Catma F, Yıldırım H. Cementless total hip arthroplasty for dysplastic and dislocated hips. Eklem Hastalık Cerrahisi 2011;22(1):8-15.
12. Xu M, Gao S, Hu Z, Lei G. The greater trochanter located in the acetabulum in a girl with developmental dysplasia of the hip: an unusual complication after redislocation. Eklem Hastalık Cerrahisi 2012 Apr;23(1):49-51.
13. Visser JD. Functional treatment of congenital dislocation of the hip. Acta Orthop Scand Suppl 1984;206(55):9-10.
14. Lindstrom JR, Ponseti IV, Wenger DR. Acetabular development after reduction in congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg Am 1979;61-A:112-118.
15. Pospischill R, Weninger J, Ganger R, Altenhuber J, Grill F. Does open reduction of the developmental dislocated hip increase the risk of osteonecrosis? Clin Orthop Relat Res 2012;470:250-260.
16. Tönnis D. Technique of open reduction of the congenitally dislocated hip. In: Tönnis D ed. Congenital Dysplasia and Dislocation of the Hip in children and adults. 1987;312-328. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
17. Tönnis D. Technique of the conservative treatment of hip dysplasia and dislocation. In: Tönnis D ed. Congenital Dysplasia and Dislocation of the Hip in children and adults. 1987;246-267. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
18. Kaneko H, Kitoh H, Mishima K, et al. Long-term outcome of gradual reduction using overhead traction for developmental dysplasia of the hip over 6 months of age. J Pediatr Orthop 2013; Jun 26[Epub ahead of print]
19. Szepesi K. Modern trends in the treatment of congenital dislocation of the hip. Effort Instructional Course Lectures, 1997;119-132.
20. Biçimoğlu A, Ağuş H, Ömeroğlu H, Tümer Y. Posteromedial limited surgery in developmental dysplasia of the hip. Clin Orthop Relat Res 2008;466:847-855.
21. Bache CE, Graham HK, Dickens DR, et al. Ligamentum teres tenodesis in medial approach open reduction for developmental dislocation of the hip. J Pediatr Orthop 2008;28:607-613.
22. Cordier W, Tönnis D, Kalchschmidt K, Storch KJ, Katthagen BD. Long-term results after open reduction of developmental hip dislocation by an anterior approach lateral and medial of the iliopsoas muscle. J Pediatr Orthop B 2005; 14(2):79-87.
23. Tönnis D. Reports on the results of the closed treatment of congenital hip dislocation at different ages using various methods. In: Tönnis D ed.

Congenital Dysplasia and Dislocation of the Hip in children and adults. 1987;302-311. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg,

24. Roposch A, Ridout D, Protopapa E, Nicolaou N, Gelfer Y. Osteonecrosis complicating developmental dysplasia of the hip compromises subsequent acetabular remodeling. Clin Orthop Relat Res 2013;471(7):2318-26.

25. Konya MN, Tuhanoğlu Ü, Aslan A, Yıldırım T, Bursalı A, Şahin V, Demir B. Asetabular displazili hastalarda Tönnis ve Steel osteotomilerinin kısa dönem klinik ve radyolojik sonuçlarının karşılaştırılması. Eklem Hastalık Cerrahisi 2013;24(2):96-101.

26. Gholve PA, Flynn JM, Garner MR, Millis MB, Kim YJ. Predictors for secondary procedures in walking DDH. J Pediatr Orthop 2012;32:282-289.

27. Ferguson AB. Primary open reduction of congenital dislocation of the hip using a median adductor approach. J Bone Joint Surg Am 1973;55-A(4):671-689.

28. Kiely N, Younis U, Day JB, Meadows TM. The Ferguson medial approach for open reduction of developmental dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg Br 2004;86:430-433.

29. Uçar H, Işıklar ZU, Stanitski CL, Kandemir U, Tümer Y. Open reduction through a medial approach in developmental dislocation of the hip. J Pediatr Orthop 2004; 24(5):493-500.

30. Konigsberg DE, Karol LA, Colby S, O'Brien S. Results of medial open reduction of the hip in

infants with developmental dislocation of the hip. J Pediatr Orthop 2003;23:1-9.

31. Morcuende JA, Meyer MD, Dolan LA, Weinstein SL. Long term outcome after open reduction through an anteromedial approach for congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg Am 1997;79-A(6):810-817.

32. Altay M, Demirkale I, Senturk F, Firat A, Kapicioglu S. Results of medial open reduction of developmental dysplasia of the hip with regard to walking age. J Pediatr Orthop B 2013;Jan;22(1):36-41.

33. McKay DW. A comparison of the innominate and the pericapsular osteotomy in the treatment of congenital dislocation of the hip. Clin Orthop Relat Res 1974; 98:124-133.

34. Szepesi K, Biró B, Fazekas K, Szücs G. Preliminary results of early open reduction by an anterior approach for congenital dislocation of the hip J Pediatr Orthop B 1995;4(2):171-8.

35. Williamson DM, Glover SD, Benson MK. Congenital dislocation of the hip presenting after the age of three years. A long-term review. J Bone Joint Surg Br 1989; Nov;71(5):745-51.

36. Berkeley ME, Dickson JH, Cain TE, Donovan MM. Surgical therapy for congenital dislocation of the hip in patients who are twelve to thirty-six months old. J Bone Joint Surg Am 1984; Mar;66(3):412-20.