

SAKROKOKSİGEAL TERATOM

Lütfi ÇAMLI
Ferit SOYLU
Orkan TATLI
Şadiye YILMAZ
Fatih GÜNDÖĞDU
Didem ÖZTÜRK

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Sacrococcygeal Teratoma

ÖZET

Sakrokoksigeal teratom fetal yaşamın erken döneminde en sık görülen konjenital tümördür. Bu tümörlerin çoğu histolojik olarak benign olmasına karşın önemli mortalite ve morbidite ile seyreden. Bu yazında sakrokoksigeal teratomun antenatal tanı ve takibinde fetal ultrasonografinin rolü vurgulandı.

Anahtar Kelimeler:

Sakrokoksigeal teratom,
Antenatal tanı, Ultrasonografi.

SUMMARY

Sacrococcygeal teratomas are common congenital tumors that develop early in fetal life. Although the majority of these tumors are histologically benign. They are nevertheless associated with significant morbidity and mortality. This report demonstrates the role of fetal sonography in the diagnosis of sacrococcygeal teratoma and reviews the role of imaging in guiding antenatal management.

GENEL BİLGİLER

Sakrokoksigeal teratomlar en sık görülen fetal neoplazilerdir (1). Yaklaşık olarak 3500 ile 40000 doğumda bir görülür (2). Presakral bölgeden köken alan konjenital germ hücreli tümörlerdir. Sakrokoksigeal teratomlar benign tümörlerdir. Tipik olarak pelviste bulunmayan farklılaşmış ve matür hücrelerden oluşur. Her üç germ yaprağından dokuları içerirse de en sık nöral doku elemanlarında rastlanır. İmmatür dokularda içerebilir. Diğer teratomlar gibi hızla büyürebilirler. Bazen fetustan daha büyük boyutlara ulaşabilir. Bu tümörler genelde benign olmasına karşın prematür doğum, distosi ve travmatik doğum, intratumöral hemorajî gibi nedenlerle önemli bir morbidite ve mortalite ile birlikte görülür. Kızlarda üç kat daha fazla görülür.

Antenatal takipte ultrasonografinin yaygın kullanımı ile sakrokoksigeal teratomların inutero tanımlanması kolaylaşmıştır. Eksternal büyüyen teratomlar ultrasonografi ile kolaylıkla saptanmasına karşın internal

Yazışma Adresi:

M. Lütfi ÇAMLI
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Tel: 0532 3428691

sakrokoksigeal teratomlar çok büyük boyutlara ulaşmadıkça ultrasonografik olarak saptanmayabilir (3). Biz bu yazımızda intrauterin olarak ilk trimesterde tanı alan bir sakrokoksigeal teratom olgusunu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

Olgumuz A.Ş. 35 yaşında G2P1. Öz ve soy geçmişinde özellik taşımiyor. Önceki gebelik öyküsünde de özellik olmayan olgu, doğumunu normal spontan doğum ile gerçekleştirmiştir. Sağlıklı bir erkek bebek doğmuştur. İkinci gebeliği öncesi yapılan jinekolojik muayenesinde gebelikte risk oluşturabilecek sorun saptanmamış. Bu gebelik; 7. gebelik haftasında yapılan obstetrik ve ultrasonografik muayenede olağan olarak değerlendirilmiştir. Bir sonraki kontrolünde CRL 52 mm (11 hafta 5 gün), NT değeri 1,6 mm olup ikili tarama testinde Trizomi 21 için 1/5301 ve Trizomi 18 için 1/952 risk saptanmıştır. Halen 35 yaşında olan gebe bu sonuçlarla amniosentez olmayı düşünmemiştir. Gebelinin 14. haftasında yapılan gebelik kontrolü sırasında ultrasonografik incelemede fetusun sakral bölgesinde 38x40 mm'lik kistik kitle içinde 27 mm çapta heterojen yapıda vasküleritesi artmış sakrokoksigeal teratom ile uyumlu kitle saptandı (Resim 1).



Resim 1- 14. gebelik haftasında sakrokoksigeal teratom görünümü.

Ayrıca fetusta sol böbrekte multiple kistler ve hidronefroz izlendi. Spinal kolon intakt görünümdeydi. Alt ekstremiteler normal olarak saptandı. Amniotik volüm normal sınırlardaydı. Bu bulgularla sakrokoksigeal teratom tanısı konuldu. Aileye gebelik ve fetusun durumu hakkında bilgi verildi.

Olgu Hastanemiz Perinatoloji Konseyi tarafından değerlendirildi. Gebelin 16. haftasında tahliye kararı verildiği sırada sakrokoksigeal teratomun çapı 65 mm çapa ulaştığı izlendi. Postabortif fetusun patolojik incelemesinde sakrokoksigeal teratom tanısı kesinleştirildi (Resim 2). Ayrıca otopside atnali böbrek ve hidronefroz saptandı.



Resim 2- 14. gebelik haftasında sakrokoksigeal teratom görünümü.

TARTIŞMA

Teratomlar embryonun her üç germ tabakasından kaynaklanan dokular içeren neoplazmlardır. Bu tümörler benign olmalarına karşın malign karakteristikler de gösterebilirler. Teratomlar sıklıkla sakrokoksigeal bölgede lokalize kitlelerdir. Etyolojileri kesin bilinmemektedir. Sporadik oldukları düşünülmektedir. Sakrokoksigeal teratomlar saptandığında genellikle büyük (ortalama 8-10 cm boyutlarında) enkapsüle, büyük ölçüde lobüle hem kistik hem de solid alanlar içeren kitlelerdir. Bizim olgumuzda da bu özellikler belirgindir.

Bu tümörler lokalizasyon ve intrapelvik yayılıma göre sınıflandırılırlar (2).

Tip I predominant olarak eksternal yayılım gösterir. Olguların % 46'sını oluştururlar.

Tip II tümörler de genelde eksternal lokalizasyon göstermekle birlikte önemli intrapelvik yayılmışları vardır. Olguların % 34'ünü oluştururlar.

Tip III tümörler belirgin eksternal olmakla birlikte predominant pelvik kitle ve abdomene yayılım gösterirler. Olguların % 9'unu oluştururlar.

Tip IV tümörler tamamen presakral yerleşimli olup

eksternal prezentasyonu göstermezler. Olguların % 10'unu oluştururlar.

Sakrokoksigeal teratomların sadece % 2'si spinal kanala doğru büyürler. Olgumuzun tahliye sonrası fetusun değerlendirilmesinde Tip II ile uyumlu bir sakrokoksigeal teratom olduğu düşünüldü.

Bu tümörler her ne kadar histolojik olarak benign olarak kabul edilseler de malign sakrokoksigeal teratomlar da olabilir. Ancak bu durum fetus ve yeni doğanlarda son derece nadir olup malignensi olasılığı büyük ölçüde daha ileri dönemdeki bebekler de artış göstermektedir. Bizim olgumuzda malign doku saptanmamıştır (2).

Son yıllarda rutin ultrasonografi kullanımı intrauterin tanımlanan sakrokoksigeal teratom olgu sayısında önemli artışlara yol açmıştır. Ultrasonografik olarak prenatal tanımlanan sakrokoksigeal teratomlarda kistik ve solid alanların oluşturduğu kitle imajı belirgin iken pür anekoik formlar da tanımlanmıştır (3). Olgumuzda da kitle ultrasonografik olarak tanımlanmıştır. Olgumuzda da heterojenite belirgindir. Seri sonografik incelemeler sakrokoksigeal teratomdaki dejenerasyon ya da hemorajilere bağlı olarak kitlenin görünümündeki değişimleri yansıtabilir. Olgumuzda en göze çarpan değişim, kitlenin boyutunda iki hafta içinde % 50'ye varan artış olmuştur.

Sakrokoksigeal teratom ile genitoüriner, anorektal ve alt vertebral malformasyonlar birlikte olabilir (4). Olgumuzda da atnalı böbrek anomalisi saptanmıştır. Sakrokoksigeal teratomların antenatal değerlendirilmesinde prenatal magnetik rezonans obstetrik ultrasonografiye göre bazı avantajlar sunmaktadır. Özellikle geniş sahaların izlenmesi, yumuşak dokuların daha iyi değerlendirilmesi, daha kesin volümetrik ölçümler, intrapelvik yayılının daha kesin gösterilmesi bu avantajlardan bazlarıdır (5).

Ultrasonografik inceleme sırasında fetal прогнозu etkileyebilecek birçok durum ayrıntılı ortaya konmalıdır. Sakrokoksigeal teratomlar her ne kadar benign lezyonlarsa da mortalite ve morbiditeleri yüksektir, özellikle masif intratümöral hemoraji ve distosi bu konuda rol oynarlar. Büyük retroperitoneal kitlelerin basisine bağlı akciğer, böbrek gibi vital organların normal gelişimlerinin bozulması da prognostik önem taşır. Hidronefrozun varlığı, çok kötü bir prognostik bulgu olarak kabul edilebilir. Bu durum üreteral tutuluma ya da üreter kompresyonuna bağlı gelişebilir. Olgumuzda da hidronefroz

ultrasonografik olarak saptanmış; fetusun patolojik incelemesinde net olarak ortaya konmuştur.

Plevral effüzyon, ascit, deri kalınlaşması, plasentomegali ile giden fetal hidrops diğer bir kötü prognostik faktördür. Özellikle belirgin bir kistik görünümü olan sakrokoksigeal teratomlar meningomyeloselden ayırt edilmelidir (6). Myelomeningosel daima spinal disrafizm ile birliktedir. Lumbosakral vertebraların posterior elemanlarının dikkatli muayenesi bu ayırmada çok önemlidir. Olgumuzda da spinal kolonun normal olarak değerlendirilmesi ayrıca tanıda kolaylık sağlamıştır.

Sonuç olarak antenatal ultrasonografik değerlendirmede fetal presakral bölgedeki kistik ve solid komponent içeren kitlelerde sakrokoksigeal teratom akla gelmelidir; dikkatli bir inceleme sonrası fetal прогноз konusunda aileye gerekli bilgilendirme yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Krishan S, Bolank R, Sethi SK: Sacrococcygeal Teratoma - Role of Ultrasound in Antenatal Diagnosis and Management. JHK Coll Radiol. 2004;7: 35-39.
2. Aytaç R, Engin Y, Üstün Y, Yağmurlu A, Fetal Sacrococcygeal Teratom. Prenatal Tanı ve Yönetim Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002; 1: 101-104.
3. Hogge WA, Thiagarajah S, Barber V. G: Cystic Sacrococcygeal teratomas; Ultrasound diagnosis and perinatal management. J. Ultrasound Med. 1987; 6: 707-710.
4. Holzgreve W, Miny P, Anderson R. Experience with 8 cases of prenatally diagnosed sacrococcygeal teratomas Fetal Therapy 1987; 2: 88-94.
5. Sherovsky RC, Williams CH, Nichols VB. Prenatal ultrasonographic diagnosis of a sacrococcygeal teratoma in twin pregnancy. J. Ultrasound Med. 1985; 4: 159-161.
6. El Quarmalawi MA, Sadik M, El Abdal Hadi. Diagnosis and management of fetal sacrococcygeal teratoma Int. J. Gynecol. Obstet. 1990, 31: 275-281.

M. Hakan YETİMALAR
Atilla A. KÖKSAL
Küllal ÇUKUROVA
Hüseyin İVİT
Adnan KEKLİK
Aşkın YILDIZ
Meltem SEĞMEN
Türkan ERASLAN

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir
3.Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği

GEBELİK VE DEV MYOM

Pregnancy And Giant Myoma

ÖZET

MYOM uterusun en sık görülen tümörü olup, sıkça gebelik ile birlikte görülebilir ve bazen gebelik seyrini olumsuz etkileyebilir. Yirmi altıncı (26.) gebelik haftasında 25 cm'lik dev bir myom ile başvuran olgunun gebeliği myom sebebiyle komplike seyretti. Ancak miada kadar devam eden bu gebelik sonuca sağlıklı bir bebeğin doğumlu ile sonuçlandı. Gebelik ve myom birlikteliği sık olmakla beraber, myomun çok büyük olması dolayısıyla bu olgu sunuldu.

SUMMARY

Myomas are the most found tumors of the uterus and it is also common that they are found during pregnancy and sometimes complicate the course of pregnancy. The course of pregnancy of our case with a huge myoma of 25 cm diameter at 26th week was complicated. But the pregnancy lasted up to term and resulted with the birth of a healthy child. Although the co-existence of pregnancy and myomas are seen frequently we presented this case because of the big dimensions of the myoma.

Anahtar Kelimeler:
Gebelik, dev myom.

Key Words:

Pregnancy, giant myoma.

GİRİŞ

Leiomyomlar uterusun başlıca kas hücrelerinden oluşan en sık görülen tümörleridir. Benign olan leiomyomların insidansı tam olarak bilinmemekle birlikte postmortem incelemede bulunan % 50 insidans kabul edilebilir gibi görülmektedir (1). Premenopozal dönemde yaş ile beraber myom insidansında artış beklenir. Bu kadar çok rastlanılan myomların gebelikle eşzamanlı olmaları doğaldır. Rice ve ark. 6700'ün üzerindeki gebeliğin % 1,4'ünün myomlarla komplike olduğunu saptamışlardır (2). Katz ve arkadaşları 500 gebe kadından 1'inin myomla ilişkili bir komplikasyon yaşayabileceğini bildirmiştir (3). Gebelik sırasında leiomyomların biyolojik davranışları değişken olabilmektedir; boyut ve yoğunluklarında kayda değer bir değişim olmayabilir veya

Yazışma Adresi:
Küllal ÇUKUROVA
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Tel: 244 44 44/2635

belirgin büyümeye gösterebilirler. Büyümenin myomlarda tanımlanan estrogen ve progesteron reseptörleri yoluyla olduğu düşünülmektedir (4). Yine gebelik sırasında kan akımının artması myomların büyümesinde etkilidir. Gebelik süresince myom dejenerasyon olasılığı artar, özellikle hemorajik enfarktüs nedeni ile kırmızı yada karneöz dejenerasyona uğrayabilirler. Büyümeye ve dejenerasyon sebebiyle gebelikte görülen myomlar fokal ağrı, bazen hafif karın ağrısı, palpasyonda hassasiyet gibi semptomlar yapabilir. Lökositoz genelde rastlanan laboratuar bulgusudur. Yine gebelikte myomların boyut ve sayılarına bağlı olarak plasenta retansiyonu, fetal malprezentasyonlar, preterm kontraksiyon gibi komplikasyonların oranlarının anlamlı bir şekilde arttığı bildirilmiştir (5). Plasentanın erken ayrılması ve makat prezantasyonu 4 kat, ilk trimester kanaması ve disfonksiyonel doğumlar 2 kat ve sezeryan doğum 6 kat artmıştır (6). Bu yazında 26. gestasyonel haftasında yaklaşık 25 cm çapındaki bir myom ile başvuran olgunun 38. gestasyonel haftaya kadar izlemi ve sonucu bildirilmiştir.

OLGU

Yirmi beş (25) yaşında ve daha önce gebelik kontrolü yapılmamış olan hasta hastanemiz acil servisine gebelik + karın ağrısı yakınması ile başvurdu. G1P0 olan hasta son adet tarihine göre hesaplandığında kliniğimize başvurduğu günde 26. gebelik haftasında idi. Bir (1) yıllık evli ve adetleri düzenli idi. Hastanın anamnezinde, son birkaç gündür olan hafif karın ağrısı dışında bir şikayet yoktu. Yapılan obstetrik muayenesinde; vulva vagen doğal, collum kapalı retrovert idi. Servikal dilatasyon saptanmadı, ancak serviks % 50 effase etmiş ve karnı miad gebelik cesametine yakın boyutlarda büyümüş myoma uteri saptandı. Fetal sırt fundal bölgede transvers pozisyonda palpe edildi. Yapılan USG de uterus alt kesimden başlayan serviks tamamen kaplayan ve kaviteye doğru uzanan 25 x 18 cm çapında myom görüldü. Myom nedeniyle üst batına doğru itilmiş olan intrauterin transvers duruşta tek canlı fetus izlendi, BPD: 24 hafta 2 gün, FL: 24 hafta ile uyumlu idi. Amnion sıvı indeksi 12mm, plasenta fundus anteriorda grade 1 idi. Fetusta gross anomalii saptanmadı.

Son adetine göre, yaklaşık 2 haftalık bir gelişme geriliği nedeniyle yapılan doppler USG de uterin arter, MCA, umbilikal arter akımları olağandi. Fetus 24 hafta ile uyumlu, ASV yeterli olarak değerlendirildi.

USG de serviksten kaviteye doğru uzanan 25x18x15 cm'lik dev boyutta tek bir myom tespit edildi. Hasta (son adet tarihine göre) 26. gebelik haftasından 28. gebelik haftasına kadar hospitalize edildi. Kontraksiyon takibinde kontraksiyon saptanması üzerine hastaya Adalat crono 30 mg 3x1 dozda başlandı ve bu tedaviye olumlu yanıt alındı. Kontraksiyonların devam etmemesi ve karın ağrısı, vajinal kanama gibi erken doğum tehdidi semptomlarının olmaması üzerine eksterne edilerek, haftalık kontrollere çağrıldı. Her hafta yapılan seri USG ile myomun boyutlarındaki değişiklik ve fetusa olan etkileri izlendi. 26. gestasyonel haftadan itibaren 38. gestasyonel haftaya kadar myomun boyutlarında bir artış kaydedilmedi. Takipler sırasında son adet tarihine göre 35. gebelik haftasında yapılan USG de BPD 34 hafta 4 gün ile ve FL 32 hafta ile uyumlu bulundu, fetal gelişim geriliği şüphesiyle tekrarlanan doppler USG de uterin arter, MCA ve umbilikal arter akımları olağan saptandı. Yapılan haftalık takiplerde NST sonuçları reaktif izlendi. Kontrollerde myom boyutunda artış ve karın veya kasık ağrısı şikayeti olmadı. Fetus başı hafif ekstansiyon pozisyonunda izlendi. Takip süresince fetal kompresyon sendromu oluşmadı. Hasta 19.03.2008 de son adet tarihine göre 38 hafta 3 gün iken, NST reaktif, kontraksiyon izlenmedi. Hastaya elektif S/C planlandı. Bu esnada fetusun ksiphoid altına kadar yükselmiş olması dolayısıyla epidural anestezi yerine genel anestezi tercih edildi. Yine myomun alt batını tamamen kaplaması sebebiyle Pfannenstiel inzisyon yerine göbek altı median kesi kullanıldı. Gözlemde uterin servikten başlayan 25 x 20 cm boyutlarında, Douglas boşluğunu tamamen dolduran, kaviteyi ciddi oranda distorsiyone etmiş tek bir myom ve bunun dışında 38 haftalık gebelik cesametinde bir uterus ile olağan görünümde iki adneks saptandı. İstmus lokalize edilebildi ve uterus alt segment hizasından açılarak 2600 gr, sağlıklı tek kız bebek doğurtuldu. Bebekte fetal hipoksi bulguları yoktu (1. ve 5. dakika APGAR skoru 7 ve 9 idi) ve malformasyon gözlenmedi. Plasentanın elle çıkarılmasından sonra kavitenin içinde desidual sahanın kirli sarı renkte ve belirgin olarak kalınlaşlığı görüldü. Alınan biopsilerin frozen incelenmesi "benign" olarak bildirildi. Uterus tek tabaka halinde kapatıldı. Artmış bir kanama veya atoni oluşmadı.

Transfüzyon ihtiyacı olmadı. Pre-op Hb 11.2, Htc 32.6, WBC 16200 ve post-op Hb 10.1, Htc 29.3, WBC 13200 saptandı. Post-op dönemde problemi olmayan olgunun 3. günde yapılan kontrol USG de myomun 11 x 17 cm boyutlarına indiği ve intrakaviter

bir myom olduğu izlendi. Hasta post-op 5. günde sorunsuz taburcu edildi.

TARTIŞMA

Gebelik sırasında leiomyomların biyolojik davranışları değişken olabilmektedir; boyut ve yoğunluklarında kayda değer bir değişim olmayabilir veya belirgin büyümeye gösterebilirler. Büyümenin myomlarda tanımlanan estrogen ve progesteron reseptörleri yoluyla olduğu düşünülmektedir (4). Myomların eşlik ettiği gebelik vakalarında eğer myom gebeliğin başında büyük ise veya belirgin büyümeye eğilimi gösterirse gebelik risk altına girebilir; myomlar çeşitli komplikasyonlara neden olabilmektedir. Myomların gebelik boyunca boyutlarının artıp artmayacağı önceden öngörmek zor. Yapılan birçok çalışmada myomların gebeliği komplike ettiği bildirilmiştir (6,7).

Biz sunduğumuz olguda komplikasyona yol açmadan, 26. gebelik haftasından 38. gebelik haftasına kadar sorunsuz bir şekilde yönettiğimiz gebeliği sunduk. USG ile myomun boyutu, pozisyonu, lokalizasyonu, plasenta ile olan ilişkisi saptanabilmektedir. Bu USG bulguları bize myom nedeniyle ortaya çıkabilecek komplikasyonları teşhis etmemizi ve gebeliği yönetmemizi sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda dev myomlarda görülen komplikasyonlar arasında fetal kompresyon sendromu bildirilmiştir (8). Bize olgumuzda fetal kompresyona rastlanmamıştır. 26. gestasyonel haftasında 25 x 18 x 15 cm çapında olan bir myomun, gebeliğin 38. haftasında da 25 x 18 x 15 cm çapında olduğu gözlemlenmiştir. Dev bir myomla birlikte, gebeliğin miada kadar sürdürüleceği ve sonucunda fetusa herhangi bir zarar vermediği izlenmiştir.

Sonuç olarak myomların gebelikteki biyolojik davranışlarının önceden tahmin edilmesi pek mümkün olmadığına göre, doğru kararlar ancak iyi bir gebelik takibi ile alınabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Lesler L. Breech, John A. Rock: Leiomyomata Uteri and Myomectomy; Te Linde's Operative Gynecology, Ninth Edition, John A. Rock, Howard W. Jones, III (editörler) Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
2. Rice JP, Kay, HH, Mahony BS: The Clinical Significance of uterine leiomyomas in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 160; 1212, 1989.
3. Katz VL, Dotter DJ, Droege M: Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. Obstet Gynecol 73; 593, 1989.
4. Soules MzR, Mac Carty KS Jr: Leiomyomas: Steroid receptor content. Am J Obstet Gynecol 143: 6, 1982.
5. Lev - Toaff AS, Coleman BG, Arger PH et al: Leiomyomas in pregnancy: Sonographic study. Radiology 164: 375, 1987.
6. Coronado GD, Marshall LM, Schwartz SM.: Complications in pregnancy, labor and delivery with uterine leiomyomas: A population-based study. Obstetric Gynecol. 95: 764, 2000.
7. Sheiner E, Bashiri A, Levy A et al: Co-existence of myoma uteri and pregnancy. J. Reprod Med. Mar; 49 (3): 182-6, 2004.
8. Chuang J, Tsai HW, Hwang JL.: Fetal compression syndrome caused by myoma in pregnancy: A case report. Acta Obstet. Gynecol Scand.; 80 (5): 472-3, 2001.

APENDİKS MUKOSELİ

Nurullah DAMBURACI
Mehmet KARADUMAN
E. Özlem GÜR
Burhan YOLCUOĞLU
Mehmet DENİZ
Hüdai GENÇ

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2. Genel Cerrahi Servisi

Anahtar Kelimeler:

Apendiks, mukosel,
bilgisayarlı tomografi

Appendiceal Mucocele

ÖZET

Apendiks lumeninin müsinöz sekresyona bağlı olarak dilatasyona uğramasına mukosel denilmektedir. Tüm apendektomi materyallerinde %0.2-0.5 oranında görülür (1). 31 Yaşında bayan hasta son 2 aydır olan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan muayenede özellikle sağ alt kadranda hassasiyet ve defans mevcut rebound saptanmadı. Laboratuvar inceleme sonuçları normal saptandı. Akciğer grafisi ve ayakta direkt karın grafisinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Yapılan ek görüntüleme tekniklerinde; batın ultrasonografide (USG) sağ alt kadranda uterus ve overler ile ilişkisiz yaklaşık 69 x 39 mm boyutlarında kistik lezyon olduğu, kontrastlı abdomino-pelvik tomografide sağ alt kadranda ince septalar içeren 3 x 7 cm boyutlarında kistik lezyon (omental kist?, overial ve/veya parametrial kist?) saptandı. Hastanın klinik bulgularda gerileme saptanmaması üzerine akut karın tanısı ile operasyona alındı. Laparatomide apendiks mukoseli saptanarak dikkatli bir diseksiyon ile apendektomi uygulandı. Çalışmamızda akut karın kliniği sebebi ile opere edilen ve nadir gözlenen apendiks mukoseli saptanan bir hastayı sunmayı amaçladık.

Key Words:

Appendix, mucocele, tomography

SUMMARY

The Lumen's dilatation via mucinous segregation of the Appendix lumen is called mucosel. A 0.2-0.5% mucosel is seen in all appendectomy specimen (1). A female patient who is 31 years old applied with the complaint of a stomachache within the last 2 months. At the examination sensitivity has been discovered at the lower right quadrant. Defance is present and no rebound have been found. Laboratory examination results found normal. Lung graphy and onfoot direct abdomen graphy has returned no pathologic discovery. The additional graphy techniques; USG showed a 69 x 39 mm cystic lesion at the lower right quadrant which have no relation with uterus and ovarys. Contrast abdomino-pelvic tomography

Yazışma Adresi:

Nurullah DAMBURACI
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2. Genel Cerrahi Servisi
35820, İZMİR
Tel: 0-232-244 44 44
Fax: 0-232-243 48 48
Email: nurullahdr@hotmail.com

showed a 3 x 7 cystic lesion (omental cyst and/or parametrial cyst) including thin septas at the lower right quadrant. With no reduction within the clinical discoveries, the patient has been operated with the stomachache diagnosis. Appendix mucosel has been found with laparotomy and appendectomy applied with careful dissection. Here in our work we wanted to show a rare case which has been found appendix mucosel and operated because of abdominal clinic.

OLGU SUNUMU

3 1 Yaşında bayan hasta son iki aydır ara ara artıp, ara ara azalan ve özellikle sağ alt kadранda olan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde karın normal bombelikte, bağırsak sesleri normo-aktif, sağ alt kadranlarda hassasiyet ve defans mevcut, rebaund saptanmadı.

Laboratuvar bulgularında; lökosit: 8,6, hemoglobin: 11,5, trombosit: 157 olarak saptandı.

Benzer şikayetler ile başvurduğu dış merkezde ve acil servisimizde çekilen batın USG'sinde; sağ alt kadranın ince barsak seğmentiyle yakın komşulukta, iliak vasküler yapılarının lateralinde, lobüle konturlu, içerisinde ekojenik refleksiyonlar ve az sayıda ince septa bulunan 4 x 8 cm boyutlarında kistik lezyon saptandı (Figür 1).



Figür 1

Kontrastlı abdomi-pelvik tomografide; sağ alt kadranın yaklaşık 3 x 7 cm boyutlarında heterojen iç yapida kistik lezyon izlenmektedir. Ayırıcı tanıda omental kist, over ve/veya parametrial kist düşünülerek takibi önerildi (Figür 2).



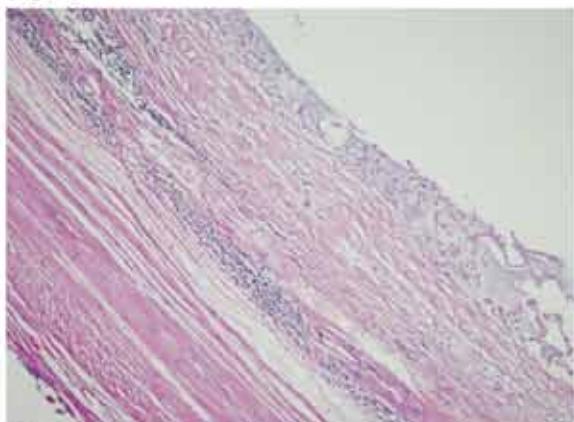
Figür 2:

Hastaya uygulanan konservatif tedaviye rağmen klinik bulgularda gerileme saptanmaması üzerine acil operasyona alındı. Operasyonda apenks mukoseli saptanarak apendektomi uygulandı (Figür 3).



Figür 3:

Patolojik inceleme: Apendiks retansiyon mukoseli. Apendiks duvarı içinde mukus izlenmiştir. Malignite iehine bulgu saptanmamıştır (Figür 4).



Figür 4: Retansiyon mukoseli x10 HE

Postoperatif dönemde herhangi bir problem olmaksızın hasta taburcu edildi. Takipte 3. ayında olan hastadan gaitada gizli kan ve çift kontrastlı kolon

grafisi istendi takibine devam ediliyor.

TARTIŞMA

Apendiks lümeninin müsinöz sekresyona bağlı olarak lümeninin dilatasyona uğramasına mukosel denilmektedir. Apendiks mukoseli ilk olarak 1842 yılında Rokitansky tarafından tanımlanmıştır. Tüm apendektomi materyallerinde yaklaşık %0.2-0.5 oranında görülür (1-4).

Mukosel; mukozal hiperplazi, müsinöz kistadenoma veya müsinöz kistadenokarsinom şeklinde epitelial proliferasyona bağlı olarak histolojik gruplara ayrırlar. Ortalama görülmeye yaşı 55 olup, kadınlarda erkeklerle oranla 4 kat daha fazla görülür. Artmış intraluminal basınç sonucunda mukus appendiks duvarını penetre ederek serozaya ulaşabilir (5,6).

Mukozal hiperplazide apendiks'in perforasyonu ve pertoneal yayılım gözlenmez. Müsinöz kistadenoma'da ise lumen dilatasyonu daha belirgin ve rüptür riski daha fazladır. Kistadenom veya mukosel rüptüre olursa mukus genellikle sağ iliak fossada toplanır ve lokalize psödomikzoma peritonei'den bahsedilir (7).

Histolojik olarak mukoseller benign ve malign tip olarak 2'ye ayrılır. Benign tip mukoseller, tüm mukosellerin %90'ını oluştururlar. Daha nadir görülen malign tip mukosellerin önemli bir özelliği ise eğer rüptüre olursa içindeki mukoid materyalin batın içine yayılması sonucu psödomikzoma peritonei tablosunu meydana getirmesidir. Malign tümörlerle bağlı mukoselin rüptürü sonucu gelişen psödomiksoma peritoneide sağlam oranı düşüktür (8).

Bu yüzden mukoselin preoperatif dönemde tanınması önemlidir. Klinik muayenede apendiks mukoselinden şüphe edilebilir, ancak kesin tanı radyolojik incelemeyle konur. Özellikle apendiks mukoseline bağlı olarak gelişebilecek morbiditesi yüksek olan psödomiksoma peritoneiden hastayı korumak için tanı yöntemlerinin doğru değerlendirilmesi gereklidir (9,10).

Vakaların %60 kadarında operasyon sonrasında tanı konulmaktadır. Ancak preoperatif tanı çok önemlidir. Rüptürü sonucunda peritonaya yayılma olacaktır. Özellikle bayanlarda daha sık gözlenmesi ve beraberinde oluşacak apendiks perforasyonuna bağlı karın içi yapışıklıklar infertiliteyi gündeme getirecektir (2,11).

Apendiks mukoselinde %20 oranında kolon kanseri birlikteliği mevcuttur. Bu nedenle apendiks mukoseli saptanılan hastaların kolonik değerlendirmelerinin yapılması gerekmektedir (12,13). Bunun yanında nadir de olsa invaginasyon ve torsiyona neden olabilir.

Cerrahi tedavide daha sıkılıkla laparotomi tercih edilmektedir. Bunda neden olarak laparaskopiye bağlı olarak rüptür riskidir.

Mukosellerin tedavisinde apendektomi yeterli bir tedavidir. Bunun yanında kistadenom için geniş taban rezeksiyonu ve/veya çekum rezeksiyonu uygulanabilir, kistadenokarsinomda sağ hemikolektomi önerilmektedir (14).

Sonuç olarak apendik mukoseli nadir olduğu için sağ alt kadran problemlerinin ayırıcı tanıda akla gelmez. Genellikle apandisit şüphesi ile operasyona alınan hastalarda operasyon sırasında saptanmaktadır. (15). İtraoperatif saptanılan bu hastalarda dikkatli diseksiyon ile rüptürden kaçınılmalıdır. Preoperatif olarak Ultrasonografi ve BT, apendiks mukoselini taklit edebilecek diğer patolojilerin ortaya konulması ve cerrahi stretejiyi belirlemesi açısından önem arz etmektedir (16).

KAYNAKLAR

- 1- Rampone B, Roviello F, Marrelli D, Pinto E. Giant appendiceal mucocele: report of a case and brief review. World J Gastroenterol. 2005;14;11(30): 4761-3
- 2- Utrillas Martínez AC, Muniesa Soriano JA, Del Val Gil JM, Cruces Conde A, López Peris P, González Penabad M, Sanz Gómez M, Moreno Muzas C. [Appendicular mucocele]. Rev Esp Enferm Dig. 2008;100(11):736-7.
- 3- McCusker ME, Cote TR, Clegg LX, Sabin LH. Primary malignant neoplasms of the appendix. Cancer 2002; 94: 3307-12.
- 4- Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. Am J Epidemiol 1990; 132 : 910-25.
- 5- Madwed D, Mindelzun R, Jeffrey RB. Mucocele of the appendix: imaging findings. Am J Roentgenol 1992; 159:69-72.
- 6- Qizilbash AH. Mucoceles of the appendix. Their

- relationship to hyperplastic polyps, mucinous cystadenomas and cystadenocarcinomas. Arch Pathol 1975; 99 : 548-55.
- 7- Dachman AH, Lichtenstein LE, Friedman AC. Mucocele of the appendix and pseudomyxoma peritonei. Am J Roentgenol 1985; 144:923-929.
- 8- Higa E, Rosai J, Pizzimbono CA, Wise L. Mucosal hyperplasia mucinous cystadenoma and mucinous cystadenocarcinoma of the appendix. A reevaluation of appendiceal mucocele. Cancer 1973;32 : 1525-41.
- 9- Jongsma TE, Puylaert JB. Infection of a malignant appendiceal mucocele masquerading as an appendiceal abscess: role of preoperative sonography and CT. J Clin Ultrasound. 2009;37(4):236-8
- 10- Horgan JG, Chow PP, Richter JO et al. CT and sonography in the recognition of mucocele of the appendix. Am J Roentgenol 1985; 143:959-962.
- 11- Traub ML, Lee DS, Paty PB, Lieman H. Mucocele of the appendix causing tubal factor infertility. Fertil Steril. 2009 Mar 5. [Epub ahead of print]
- 12- Wolff M, Ahmed N. Epithelial neoplasms of the veriform appendix (exclusive of carcinoid). II. Cystadenomas, papillary adenomas, and adenomatous polyps of the appendix. Cancer. 1976;37(5):2511-22
- 13- Yazıcı Z, Savci G, Yalçın R, Yılmazlar T. Apendiks mukoseli. *Tansal ve Giriflimsel Radyoloji* 2001;7:564-7
- 14- Uluutku H, Demirbaş S, Kurt Y, Erenoğlu C, Akin L, Yıldız M. A case of giant appendiceal mucocele. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery. 2004;10(1):63-66
- 15- Li YP, Morin ME, Tan A. Ultrasound findings in mucocele of the appendix. J Clin Ultrasound 1981; 9:406.
- 16- Gentile M, Guarino V, Mosella F, Carbone G, Beneduce L, Mosella G. [Giant mucocele of the appendix. Case report and review of the literature]. Ann Ital Chir. 2008 Jul;79(4):293-7.

GLUTEAL KOMPARTMAN SENDROMU

Fırat OZAN*
Arslan BORA **

*İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

**Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2.Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Gluteal Compartment Syndrome

ÖZET

Kapalı osseofasyal alanlarda mikrovasküler bozukluğa neden olacak şekilde interstitial basıncın yükselmesi olarak tanımlanan kompartman sendromu en sık alt ekstremité ve ön kol yaralanmalarında görülmektedir. Gluteal bölge ise kompartman sendromu açısından oldukça nadir görülen bir bölgedir. Bu çalışmada superior gluteal arterin travmatik rüptürü sonucu gluteal kompartman sendromu gelişen bir olgu sunuldu.

Anahtar Kelimeler:

Kompartman sendromu,
gluteal bölge, superior gluteal arter.

SUMMARY

The compartment syndrome, which is defined as the increase of interstitial pressure in a manner to cause microvascular impairment in the closed osseofacial areas, is most often seen during lower extremity and forearm injuries. But gluteal region is a considerably rarely seen area in terms of compartment syndrome. In this study a case that has developed gluteal compartment syndrome as a result of traumatic rupture of superior gluteal artery is presented.

GİRİŞ

Key Words:

Compartment syndrome,
gluteal region, superior
gluteal artery.

Kompartman sendromu kapalı osseofasyal boşluk içerisindeki interstitial doku basıncının artışı sonucu dolaşımın bozulması ve içerisindeki yapıların nekrozu ile karakterizedir (1,2,3). Klinik tablo dokularındaki basınç artışı, ödem veya hemoraji nedeni ile kompartman alanının azalması ya da kompartman içi volüm artışına bağlı olarak gelişir. Kompartman sendromuna yol açan birçok neden tanımlanmıştır. Bunlar arasında kırıklar, kas ve yumuşak dokuda oluşan ezici yaralanmalar, uzun süreli kompresyon, yanık, böcek ısrıkları, aşırı egzersiz, enfeksiyon, kanama, intravenöz ilaç uygulamaları sayılabilir (4). Kompartman sendromu en sık alt ekstremité ve ön kol yaralanmalarında tanımlanmıştır (5). Gluteal bölgede ise oldukça nadir görülür, çoğu zaman geç tanınır, yüksek morbiditeye sahiptir ve erken tespit edilemediğinde yaşamı tehdit edici olabilir (3,6,7).

Yazışma Adresi:

Fırat OZAN
9110/2 Sk No:3 D:5 Yeşilyurt /İzmir
Tel: 506 504 02 31
E-Mail: firatozan9@gmail.com

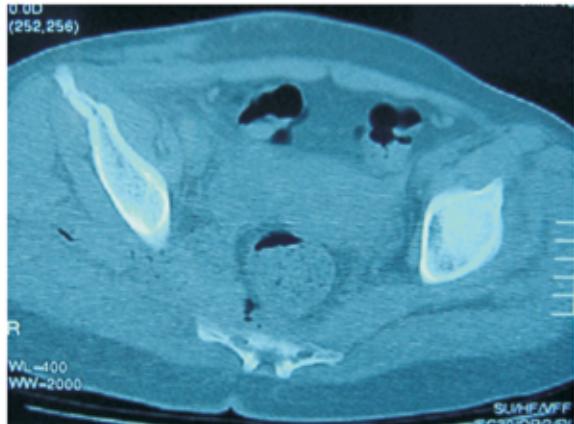
Bu çalışmada, travma sonrası sağ kalçada gluteal kompartman sendromu gelişen bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Otuz iki yaşında kadın olgu, Eylül 2006'da sağ kalçasından araç çarpması sonucu direk ile araç arasında sıkışan hasta acil polikliniğimize başvurdu. Sağ kalçasında şiddetli ağrısı bulunan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ gluteal bölgenin şiş ve cildin gergin olduğu görüldü. Gluteal bölgede yaklaşık 15x 20cm'lik ekimotik alan tespit edildi. Periferik nabızların açık, nöromotor defisitin olmadığı görüldü. Hemogram ve biyokimyasal parametrelerin incelemesinde; hemoglobin 12.9 gr/dl, hemotokrit %38.6, lökosit 8700/mm³, trombosit 347000/mm³, glukoz 129 mg/dl, üre 14 mg/dl, kreatinin 0,9 mg/dl ve elektrolitlerin normal olduğu tespit edildi. Çekilen pelvis ön-arka radyografisinde (Şekil 1) ve bilgisayarlı tomografik incelemede (Şekil 2) sağ iliyak kanatta kırık tespit edildi. Travmadan on iki saat sonraki kontrolünde, hastanın sağ alt ekstremitesinde ayağa doğru uzanan ağrı ile birlikte hipoestezinin geliştiği saptandı.



Şekil 1. Hastanın pelvis ön-arka radyografisi.



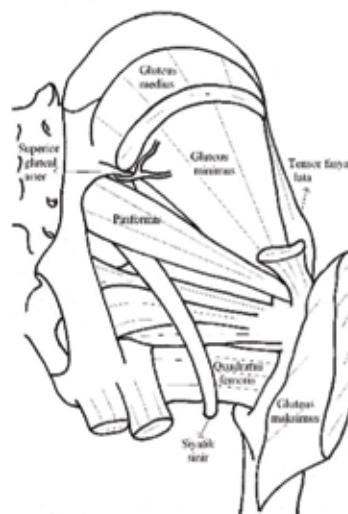
Şekil 2. Pelvisin bilgisayarlı tomografik kesitinde sağ iliyak kanat kırığının görüntüüsü.

Gluteal bölgesindeki şişlik ve gerginliğin daha da arttığı, ekimotik alanın genişlemiş olduğu görüldü. Kontrol hemogramda; hemoglobin 11.3gr/dl, hematokrit %28.3, trombosit 239000/mm³ olarak tespit edildi. Hasta fasyatomı amaçlı ameliyata alındı; genel anestezi altında posterior kalça insizyonu ile cilt, cilt altı geçildi. Fasyanın kesilmesi ile birlikte kas dokularının dışarı protrüze olduğu gözlandı. Gluteus maksimus liflerinin arasından girildi. Subgluteal bölgede birikmiş hematombosaltılarak dekompreşyon sağlandı. Superior gluteal arterin aktif olarak kanadığı görüldü, arter bağlandı. Gluteal kasların ödemli, siyatik sinirin ise normal olduğu gözlandı. İliyak kanattaki kırıga müdehaleye gerek duyulmadı. Dren konarak yara yeri primer kapatıldı. 24 saat sonra dreni çekilen hastanın gluteal bölgesindeşinde şişlik ve gerginliğin olmadığı, hareketlerinin rahat olduğu gözlandı. Postoperatif beşinci gün hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA

Kompartman sendromu fasyalar arası veya kemik fasya arası kapalı bir anatomik boşlukta, dokular arası sıvı basıncının mikrodolaşımı bozacak şekilde artışıdır (1.3.8.9). Gluteal bölgede oldukça nadir görülür, bu nedenle gluteal kompartman sendromunda tanı her zaman erken konamayabilir (6,7).

Gluteal kaslarının anatomisi ve kompartman sendromundaki rolü, Owen ve ark.'nın yaptığı kadavra çalışmalarında belirtilmiştir. Gluteal kompartman üç bölümden oluşur; gluteus maximus, gluteus medius/minimus, tensor fasya lata (Şekil 3).



Şekil 3. Gluteal kompartmanı oluşturan yapıların şematik görünümü.

Cerrahi yöntem, bu üç bölgenin uygun bir şekilde dekompreşyonuna yönelik olmalıdır. Siyatik sinir, piriformisi deldiği kısım hariç fasyal bölgenin içinde yer almaz. Sinir bitişik kaslardaki ödeme bağlı olarak kompresyona uğrar (10). Superior gluteal arter ise, internal iliac arterin en geniş posterior dalıdır. Piriformis kasının üzerinden ilerleyerek sakroiliak eklemi hemen altından, siyatik çentikten pelvisi terk eder. Superior gluteal arterin siyatik çentikteki anatomik pozisyonu pelvik ve asetabular travmalarda arterin yaralanma riskini artırmaktadır (11,12).

Kompartman sendromunun patofizyolojisinde, gelişen anoksi kas içinde ödeme yol açan ve kapiller permeabiliteyi artıran histamin benzeri maddelerin salınımına neden olur. Artan ödem kasların iç doku basıncında ilerleyici bir artış yapar. Kapali faysal boşluk, itramusküler iç basıncı daha da artıran venöz kompresyon oluşturur. Kas içindeki basınç reseptörleri refleks vazospazm yapar, bu ise başlangıçtaki yıkıcı iskemi-ödem kısır döngüsü yaratan damarsal yetmezliği artırır (13).

Gulteal kompartmanın etiyolojik nedenleri arasında künt travmalar, pelvis kırıkları sonrası superior gluteal arterin veya medial sirkumfleks femoral arterin rüptürü (1,3,7,9,10,12), aşırı doz uyuşturucu veya alkol kullanımı (14,15) sonucu değişen bilinç düzeyleri ile cerrahi prosedür esnasında uzun süreli immobilizasyonlar (2), epidural anestezi (7,16), orak hücre (sickle-cell) anemisine bağlı infarktlar (17), Ehler-Danlos sendromu (3) yer alır.

Klinik bulgularda gluteal bölgede şişlik, gerginlik, renk değişikliği, yaralanma nedeniyle ortaya çıkan ağrıdan farklı olarak kasların pasif gerilmesi ile oluşan ağrı, parestesi görülebilir (1,7). Tanıda veya fasyatomide gecikme kalıcı nörolojik hasara, geniş myonekroza, sekonder renal yetmezliğe, multiorgan disfonksiyonuna ve son olarak ölüme kadar bir dizi olaya sebep olur (10,18). Gluteal kompartman sendromunda cerrahi girişimde amaçlanan kanamanın kontrol altına alınması, fasyatomi ile dekompreşyonun sağlanması, nekrotik kas dokularının debridmanı ve hematomun boşaltılmasıdır. Bu şekilde kas iskemisinin ve renal hasarın gelişmesi engellenir, nörolojik semptomların gerilemesi sağlanabilir (3,18). Kas dokusunun minimum fonksiyon ve histolojik olarak zarar görme süresi yaklaşık 4-6 saatdir. Kaslarda olacak 8 saat üzeri iskemi süresi myonekroza ve kalıcı fibrotik değişikliklere yol açmaktadır (19). Nöron hücreleri

hipoksiye daha duyarlıdır, ilk sensoryal defisit gelişme süresi ortalama 33 dakikadır (20). Elimizde kantitatif bir değer olmamasına karşın, hastanın klinik durumunun giderek kötüye gitmesi; gluteal bölgedeki ağrı, şişlik, gerginliğin artışı ile birlikte hipoestezinin de gelişmesi, fasyatomiye karar vermemizdeki en büyük etkendi. Literatürde de belirtildiği gibi kompartman basıncı düşük çıkışmasına rağmen hastanın klinik durumu göz önünde bulundurularak fasyatomiye karar verilmelidir (1).

Sonuç olarak, kompartman sendromu için nadir anatomik lokalizasyon olan gluteal bölge, pelvik travmalı hastalarda potansiyel komplikasyon açısından göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Schmalzried TP, Neal WC, Eckardt JJ. Gluteal compartment syndrome and crush syndromes: report of three cases and review of the literature. Clin. Orthop. 1992; 277: 161-5.
- 2- Verdolin MH, Toth AS, Schroeder R. *Bilateral lower extremity compartment syndromes following prolonged surgery in the low lithotomy position with serial compression stockings*. Anesthesiology 2000;92:1189-91.
- 3- Schmalzried TP, Eckardt JJ. Spontaneous gluteal artery rupture resulting in compartment syndrome and sciatic neuropathy: report of a case of Ehlers-Danlos syndrome. Clin. Orthop. 1992; 275: 253-7.
- 4- Janzing HJM. *Epidemiology, Etiology, Pathophysiology and Diagnosis of the Acute Compartment Syndrome of the Extremity*. Eur J Trauma Emerg Surg 2007;33:576-83.
- 5- Matsen FA, Winquist RA, Krugmire RB. Diagnosis and management of compartmental syndromes. J Bone Joint Surg. 1980; 62(2):286.
- 6- Bleicher RJ, Sherman HF, Latenser BA. *Bilateral gluteal compartment syndrome*. J Trauma. 1997;42(1):118-22.
- 7- Pacheco RJ, Buckley S, Oxborrow NJ, Weeber AC, Allerton K. Gluteal compartment syndrome after total knee arthroplasty with epidural postoperative analgesia. J Bone Joint Surg Br 2001;83:739-40.
- 8- Mubarak SJ, Owen CA, Hargens AR, Garetto LP, Akeson WH. Acute compartment syndromes: diagnosis and treatment with the aid of the wick catheter. J Bone Joint Surg (Am) 1978;60(A):1091-5.

- 9- Hayden G, Leung M, Leong J. *Gluteal Compartment Syndrome* ANZ J. Surg. 2006;76: 668-70.
- 10- Owen CA, Woody PR, Mubarak SJ, Hargens AR. Gluteal compartment syndrome: a report of three cases and management utilising the Wick catheter. Clin. Orthop. 1978;132: 57-60.
- 11- Smith K, Ben-Menachem Y, Duke J, Hill GL. The superior gluteal: an artery at risk in blunt pelvic trauma. J Trauma 1976;16:273-279.
- 12- Brumback RJ. Traumatic rupture of the superior gluteal artery, without fracture of the pelvis, causing compartment syndrome of the buttock. J. Bone Joint Surg. Am. 1990;72A: 134-7.
- 13- Eaton RG, Green WT. Volkmann's ischemia. A volar compartment syndrome of the forearm. Clin Orthop Relat Res. 1975;113:58-64.
- 14- Barnes MR, Harper WM, Tomson CR, et al. Gluteal compartment syndrome following drug overdose. Injury 1992;23:274.
- 15- Klockgether T, Weller M, Haarmeier T, Kaskas B, Maier G, Dichgans J. Gluteal compartment syndrome due to rhabdomyolysis after heroin abuse. Neurology 1997;48:275-6.
- 16- Kontrobarsky Y, Love J. Gluteal compartment syndrome following epidural analgesic infusion with motor blockage. Anaesth Intensive Care 1997;25:696-8.
- 17- Kaufman G, Choi B. Ischemic necrosis of muscles of the buttock. J Bone Joint Surg Am 1972;54:1079.
- 18- Su WT, Stone DH, Lamparello PJ, Rockman CB. Gluteal compartment syndrome following elective unilateral internal iliac artery embolization before endovascular abdominal aortic aneurysm repair. J Vasc Surg 2004;39:672-5.
- 19- Whitesides TE, Hirada H, Morimoto K. The response of skeletal muscle to temporary ischaemia: an experimental study. J. Bone Joint Surg. Am. 1971;53(A):1027-8.
- 20- Phillips JH, Mackinnon SE, Beatty SE et al. Vibratory sensory testing in acute compartment syndromes: a clinical and experimental study. Plast. Reconstr. Surg. 1987;79: 796-801.

Nurullah DAMBURACI*
Mehmet HACIYANLI*
Özlem S. GÜR*
Cengiz TAVUSBAY*
Seyran YİĞİT**
Hüdai GENÇ*

* İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği
** İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Patoloji Kliniği

MEME KARSİNOSARKOMUNDA NEOADJUVAN TEDAVİ

Neoadjuvant Treatment of Breast Carcinosarcoma

ÖZET

Meme karsinosarkomu son derece nadir rastlanan bir malignitedir. Tüm meme malign tümörleri arasında %1'den azını oluşturur (1). 46 Yaşında bayan hasta sol memede kitle şikayeti ile başvurdu. Yapılan muayenesinde sol meme üst orta kadranda sert konturları düzensiz yaklaşık 5 x 6 cm lik kitle palpe edildi. Sonrasında çekilen mamografisinde sol meme üst dış kadranda 6 x 4 cm'lik kitle, sol aksillada 2 cm'lik lenfadenopati (LAP) mevcuttu. Memedeki kitleden ince igne aspirasyon biyopsisi (İİAB) alındı; malign olarak raporlandı. Hastanın muayene, patoloji ve taramaları sonucunda hasta evre IIIB meme kanseri tanısı konuldu ve neo-adjuvan kemoterapi başlandı. Üç kür neo-adjuvan KT sonrasında tümörde parsiyel cevap gözlendi ve hastaya sol Modifiye Radikal Mastektomi (MRM) operasyonu uygulandı. Patoloji sonucu karsinosarkom olarak rapor edildi. Bunu üzerine KT 6 küre tamamlandı ve hastanın tedavisine radyoterapi (RT) eklendi. Ancak hasta izlemde birinci yılında beyin metastazı saptanarak adjuvan tedavi almasına karşın kaybedildi. Preoperatif ince igne biopsisinin yanlış yönlendirmesine karşın karsinosarkom olgusunun neoadjuvan tedavi alması ve parsiyel cevap görülmesi oldukça ilginç olup literatürde taradığımız kadarı ile rapor edilmiş değildir. Ancak meme kanser tedavisinin sitoloji değil doku biyopsisi sonucuna göre yönlendirilmesinin en doğru yaklaşım olduğunu düşünmektediyiz.

SUMMARY

Breast carcinosarcom is a rare type of malignity. It constitutes less than 1% of the whole breast malign tumour (1). A female patient who is 46 years old applied with the complaint of a nodule located at left breast. A 5 x 6 cm nodule with hard, irregular contours have been palpated at the upper-mid quadrant. After, the mammography results showed a 6 x 4 cm nodule at upper exterior of the left breast and a 2 cm lenfadenopathy (LAP) at left axilla. A fine needle aspiration biopsy (İİAB) had been taken from the nodule; reported as

Yazışma Adresi:

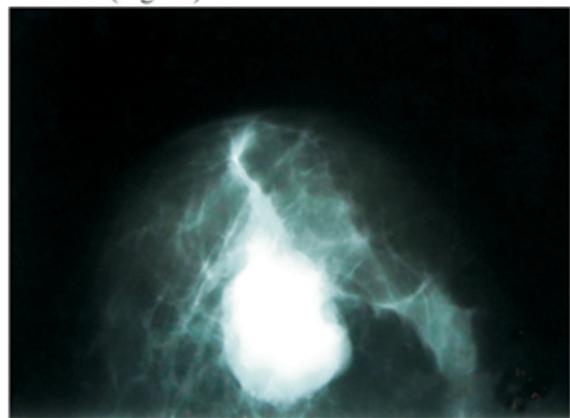
Nurullah DAMBURACI
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2. Genel Cerrahi Servisi
Tel: 0-232-244 44 44
E-mail: nurullahdr@hotmail.com

malign. After examination, pathology and inspections the patient has been diagnosed as phase IIIB breast cancer and treated with neo adjuvant chemotherapy. After three cures of neo adjuvant CT a partial answer has been seen at the tumour and Modified Radical Mastectomy (MRM) operation has been applied to the patient. The pathology result reported as carcinosarcoma. With this result the CT complemented to 6 cures and radiotherapy (RT) has been added to the treatment. Even brain metastasis has been discovered and adjuvant treatment applied the patient died at the first year of observation. Even though the İİAB misguided, it is very interesting that carcinosarcoma fact took the neo adjuvant treatment and partially answered, which it is not reported before in the literature as we searched. We think that the best approach to breast cancer treatment can be guided by tissue biopsy but not cytology.

OLGU SUNUMU

4 6 Yaşında bayan hasta, son dokuz aydır sol memede eline gelen ve giderek büyüyen kitle fark ederek ağrı şikayetlerinin de ortaya çıkması ile hastaneye başvurdu. Hastanın yapılan ilk muayenesinde sol meme orta kadranda $6 \times 5 \text{ cm}$ 'lik sert, düzensiz sınırlı ve toraks duvarına fikse kitle, sol aksillada $2 \times 2 \text{ cm}$ lik sert fikse LAP saptandı.

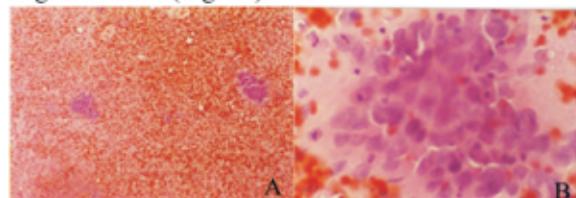
Mamografisinde sol meme üst orta zonda $6 \times 3.5 \text{ cm}$ boyutunda bi-lobüle, düzensiz sınırlı kitle saptandı. Ultrasonografide ipsilateral aksiller fikse LAP mevcuttu (Figür 1).



Figür 1: Mamografide kranio-kaudal konumda
6 x 3.5 cm lik kitlenin görünümü.

İİAB yapıldığında hemorajik zeminde, kohezyonu zayıf epitelyal yapıda hücre grupları izlenmekte idi.

Söz konusu gruplar iri veziküler nüveli olup bazlarında nükleolus belirginliği mevcuttu. Bu görünümü ile olgu malign sitoloji olarak değerlendirildi (Figür 2).



Figür 2: A- Hemorajik zeminde koherizasyonu zayıf epitelyum grupları, B- Dar sitoplazmali iri nüveli bazlarında nükleolus seçilen malign epitelyumyal hücreler.

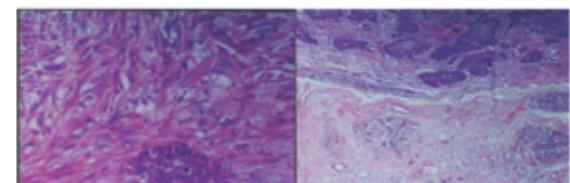
Hasta bu bulgular eşliğinde evre IIIB meme kanseri tanısı konularak neo-adjuvan KT başlandı. Hastaya üç kür neo-adjuvan KT (CEF Protokolü: Cyclophosphamid, Farmarubicin, 5FU) verildikten sonra tümörde parsiyel cevap olması üzerine operasyona alındı ve sol MRM operasyonu uygulandı. Patolojik incelemede;

Makroskopi: Üzerinde meme başı bulunduran $18 \times 13 \text{ cm}$ boyutlarında deri klipsi taşıyan aksiller diseksiyon dahil $30 \times 25 \times 3 \text{ cm}$ boyutlarında sol mastektomi materyali. Kesitlerde meme üst orta yerleşimli $3 \times 2 \times 1.5 \text{ cm}$ boyutlarda infiltratif sınırlı solid tümör izlendi. Tümör tabana 1.5 cm uzaklık gösteriyordu. Meme diğer alanlarda yaygın fibrotik görünümde idi. Aksilladan en büyüğü 2 cm çapında 18 adet lenf nodu disek edildi.

Karsinom alanları dar sitoplazmali hiperkromatik nüveli hücrelerden oluşmaktadır. Sarkom alanları ise genelde iğsi şekilli pleomorfik hücre yapısına sahip hücrelerden meydana gelmektedir. Mitoz çok dikkat çekici özelliktedir.

Tümöre immunohistokimyasal belirleyiciler uygulandı. Immunohistokimyasal belirleyici olarak Vimentin (Dako no: 1583), Sitokeratin (Dako no: 1523) ve Aktin (Dako no: 1584) kullanıldı. Sitokeratin epitelyal hücrelerde (+), vimentin ve aktin mezenkimal hücrelerde (+) olarak boyandı.

ER, PR tümör hücreleri ile boyama göstermedi. Oluşan bu bulgular eşliğinde carcinosarkom olarak değerlendirildi. (Figür 3)



Figür 3: A-Tümörde karsinom ve sarkom alanları.
B-Normal Meme Dokusu, Tümör Geçisi.

Aksilladan diseke edilen 18 adet lenf nodunun 3 tanesinde metastaz mevcuttu.

Patoloji Raporu:

- Karsinosarkom (Sol Memelik, üst orta hat)
- Karsinosarkom metastazı ($\frac{2}{15}$, Aksiller Lenf Nodu, $\frac{1}{2}$ Rotter Ganglionu, $\frac{9}{15}$, Aksiller Apeks)

Yorum; Tümörün en büyük boyutu 3 cm'dir. Ayrıca üst dış kadrandan alınan örneklerde 2 mm çapında tümör saptanmıştır.

Hastaya bu bulgular ile tümör konseyinden almış olduğu 3 kür KT' nin 6 küre tamamlanmasına ve sonrasında hastaya Radyoterapi verilmesine karar verildi.

İzlemin birinci yılında beyin metastazı saptanarak adjuvan tedavi almasına karşın hasta kaybedildi.

TARTIŞMA

Meme karsinosarkomu % 1 den az görülmeye sıklığı ile son derece nadir rastlanan bir malignitedir. Bu tümörün memenin karsinom ya da sarkomundan daha farklı davranışlığı düşünülmektedir. Meme kanserlerinden daha agresif bir seyir göstermektedir (1-3).

Tümör orjinini myoepitelial ve mezenkimal hücrelerden almaktadır (4). Metaplastik kanserler veya bifazik kanserler arasında kabul edilen bu tümörün özelliği aynı anda hem karsinomatöz hem de sarkomatöz alanlar içermesi ve bu alanlar arasında geçiş bölgelerinin bulunmamasıdır (5).

Meme kitlelerinin ayırcı tanısında karsinosarkomlar özel bir klinik muayene ve görüntüleme özelliği vermezler. Yapılan İİAB' si özellikle iki farklı komponenti içermesi nedeniyle yeterli bilgi veremeye bilir. Bu nedenle ancak doku biyopsisi ile tanı konulabilir (5).

Bu hastaların tanısında kullanılan İİAB' si de genel olarak hemorajik ve kistik nekroz alanları olarak gelmektedir. Bunun tanısının yapılabilmesi için spesmenin mutlaka immun-histokimyasal olarak değerlendirilmesi gereklidir (6,7).

Bizim vakamızda preoperatif dönemde tanı konulamadı. İİAB sonucu ile hastanın ileri evre invaziv duktal kanser olarak değerlendirildi ve kısmi neo-adjuvan Kemoterapi aldı. Neo-adjuvan KT'ye bir miktar cevap söz konusudur.

Karsinosarkomları meme kanserlerinin küçük bir bölümünü oluşturmaktak ve prognostik değerlendirmesine sahip değildir. Ancak hastalıktan genel olarak hızlı büyümeye eğiliminde ve hormon reseptör taşımaz. Bu nedenle bu hastalarda neo-adjuvan tedavinin yeri ile ilgili bir veri yoktur (8).

Bunun yanında diğer meme kanserleri için geçerli olan; süre gelen semptom, TNM evresi, tümör boyutu ve aksiler lenf nodu prognostik göstergelerdir (9,10). Özellikle tümörün ilk tespiti sırasında boyutu, hastalığın прогнозu hakkında fikir sahibi olunmasını sağlar. Tümör boyutu olarak genellikle 4 cm'den daha küçük olan hastaların прогнозlarının daha iyi seyredeceği kabul edilmektedir (11).

Karsinosarkomlarda, sarkom/karsinom oranı ne kadar fazla ise прогноз o denli kötü olmaktadır (12).

Karsinosarkomlar lenfatik ya da kan yolu ile metastaz yaparlar. Bunun yanında tümör çevresine yayılımına bağlı olarak lokal nüks eğilimi vardır (13). Tümör boyutu ve çevreye yayılma hastalığın gelişimini belirlemekte önemli faktörlerdir (14).

Meme karsinosarkomlarında hormon reseptörü düzeyi % 12,5 olarak bulunmuştur. Bu serilerde mastektominin adjuvan KT ve RT'ye üstün olduğu gösterilmiştir. Tek başına radyoterapi ve hormononoterapinin sarkomların tedavisinde yeri yoktur. Tedavide asıl olan mastektomi + KT/RT şeklinde yaklaşımdır (15,16). Bizim vakamızdaki kısmi cevabın nedeni olarak karsinosarkomların mevcut epitel bileşeninin etkili olduğu düşünülmektedir (1,17).

Bu olguda göstermiştir ki memenin büyük tümöral kitlelerinde tanı konulması sırasında İİAB ile yeterli sonuç elde edilemeyeceği göz önünde tutularak doku tanısı konulmalı ve buna göre tedavi düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR:

- 1- Gogas JG, Kotsianos G, Gogas KG. Gogas JG, Kotsianos G, Gogas KG. Am Surg. 1976;42(11):812-6
- 2- Patrikar A, Maimoon S, Mahore S, Akhtar MA, Wilkinson A. Metaplastic carcinoma of the breast (carcinosarcoma variant): a case report. Indian J Pathol Microbiol. 2007;50(2):396-8
- 3- Hennessy BT, Giordano S, Broglio K, Duan Z, Trent J, Buchholz TA, Babiera G, Hortobagyi GN, Valero V. Biphasic metaplastic sarcomatoid carcinoma of the breast. Ann Oncol. 2006;17(4):605-13.
- 4- Santiago Pérez JT, Pérez Vázquez MR, Rivera Valdespino Ade L, Gil Valdés D. [Carcinosarcoma of the breast: a tumour with controversial histogenesis] Clin Transl Oncol. 2005;7(6):255-7
- 5- Gogas J, Kouskos E, Markopoulos C, Mantas D, Antonopoulou Z, Kontzoglou K, Stamoulis J, Kyriakou V: Carcinosarcoma of the breast: report of

- two cases. Eur J Gynaecol Oncol. 2003; 24: 93-5
- 6- Park JM, Han BK, Moon WK, Choe YH, Ahn SH, Gong G. Metaplastic carcinoma of breast: mammographic and sonographic findings. J Clin Ultrasound 2000; 28 (4): 179-86
- 7- Nogueira M, Andre S, Mendonca E. Metaplastic carcinomas of the breast—fine needle aspiration (FNA) cytology findings. Cytopathology 1998; 9(5): 291-300
- 8- Rayson D, Adjei AA, Suman VJ, Wold LE, Ingle JN. Metaplastic breast cancer: prognosis and response to systemic therapy. Ann Oncol 1999; 10 (4): 413-9
- 9- Johnson TL, Kini SR. Metaplastic breast carcinoma: A cytohistologic and clinical study of 10 cases. Diagn cytopathol 1996; 14 (3): 226-32
- 10- Chao TC, Wang SC, Chen SC, Chen MF. Metaplastic carcinomas of the breast. J Surg Oncol 1999; 71(4): 220-5
- 11- Oberman HA. Metaplastic carcinoma of the breast. A clinicopathologic study of 29 patients. Am J Surg Pathol. 1987;11(12):918-29
- 12- Kaufman MW, Marti JR, Gallager HS, Hochn JL. Carcinoma of the breast with pseudosarcomatous metaplasia. Cancer. 1984;1;53(9):1908-17
- 13- Bolton B, Sieunarine K: Carcinosarcoma: a rare tumor of the breast. Aust N Z J Surg. 1990;60:917-9
- 14- Wargotz ES, Norris HJ. Metaplastic carcinomas of the breast: V. Metaplastic carcinoma with osteoclastic giant cells. Hum Pathol. 1990;21(11):1142-50
- 15- Gutman H, Pollock RE, Janjan NA, Johnston DA. Biologic distinctions and therapeutic implications of sarcomatoid metaplasia of epithelial carcinoma of the breast. J Am Coll Surg. 1995;180(2):193-9
- 16- Cornette J, Tjalma WA, Buytaert P. Biphasic sarcomatoid carcinoma or carcinosarcoma of the breast: prognosis and therapy. Eur J Gynaecol Oncol. 2005;26(5):514-6
- 17- Atahan K, Gür S, Tarcan S, Çökmez A, Yiğit S. Carcinosarkoma of the breast. The Journal of Breast Health 2007;3(2):85-86

Haldun KAR
Atilla ŞENCAN
Tayfun ADANIR
Cengiz TAVUSBAY
Naciye KAYA
Ülker ERMAN
Duygu YAZAR
Belkıs ÜNSAL

İzmir Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Nutrisyon Destek Ekibi

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NUTRİSYON DESTEK EKİBİ DENEYİMİ

GİRİŞ

Kurumumuz Klinik Nutrisyon Destek Ünitesi gerekli alt yapının tamamlanması sonrasında Mayıs 2007 tarihinde hastanemizde gerçekleştirilen KEPAN klinik nutrisyon kursu ile aktif olarak hizmete girmiştir.

AMAÇ

Bu çalışmada, yeni kurulmuş olan klinik nutrisyon destek ünitemiz tarafından bir yıl süresince beslenme desteği verilen hastaların özellikleri sunuldu.

YÖNTEM

Eyül 2007- Eylül 2008 tarihleri arasında takip edilen 120 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, NRS 2002 skorları, beslenme yöntemleri, beslenmeye ait komplikasyonlar, ortalama konsultasyon istenme zamanı ve hastanede yataş süreleri not edildi.

BULGULAR

Hastaların 82 (%68) si erkek, 38 (%32) i kadındı. Bu hastaların 26 si erkek, 20 si kadın olmak üzere 46 (%38) hasta 65 yaş ve üzeri idi. Tüm hastaların yaş ortalaması $59,88 \pm 18,10$, erkek hastaların yaş ortalaması $58,63 \pm 16,29$, kadın hastaların yaş ortalaması $62,58 \pm 21,49$ idi. 65 yaş ve üzeri hastaların yaş ortalamaları $77,46 \pm 6,12$ idi. 80 (%66.6) hasta klinik, 40 (%33.3) hasta yoğun bakımda değerlendirildi. Hastaların ortalama hastanede yataş süreleri $37,02 \pm 34,33$ (4-192), erkek hastalarda (n=82) $38,59 \pm 38,42$, kadın hastalarda (n=38) $33,63 \pm 23,26$ gün olup, cinsiyete göre yataş süreleri arasında istatistikî anlamlılık bulunmadı. ($p \rightarrow 0,465$) Hastaların yataşlarından itibaren konsultasyon istenme zamanı ortalaması $13,78 \pm 16,89$ gün olarak bulundu. Hastaların nutritiyonel değerlendirmeleri NRS 2002 ile yapıldı. Hastaların gerçek

Yazışma Adresi:
Dr. Haldun KAR
İAEAH 3. Cerrahi Kliniği

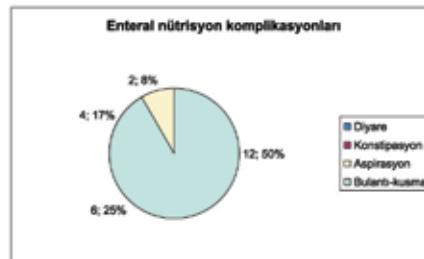
metabolizma ihtiyaçları Harris Benedict ve Schofield denklemleri kullanılarak hesaplandı. 11 hastada NRS 2002 skoru 3'ün altında iken, 109 hastada 3 ve 3'ün üzerinde bulundu. Hastaların tümüne nütrisyon destek tedavisi düzelendi. Uygulanan nütrisyon destek tedavi yöntemleri grafik 1, enteral nütrisyon uygulama yolları grafik 2, enteral nütrisyon komplikasyonları grafik 3, konsultasyonların kliniklere göre dağılımı grafik 4'de gösterildi. Takip edilen 78 hasta taburcu edilirken, 37 hasta ex oldu. 5 hasta başka bir merkeze sevk edildi.



Grafik 1.



Grafik 2.



Grafik 3.



Grafik 4.

SONUÇ

Hastanemizde klinik nütrisyon destek ünitesi yeni kurulmuş olup gelişme aşamasındadır. Yeni kurulmuş olmanın verdiği bazı sorunlar olmakla birlikte diğer bölümlerle koordine çalışılması, eğitim toplantıları, beslenmenin ve klinik nütrisyon destek ünitesi hakkındaki bilgilerin artmasına neden olmuştur. Bunun sonucunda her geçen gün ünitemizden istenen konsultasyon sayıları da giderek artmaktadır.

LATE PERIOD REACTIVE HYDROPERICARDIUM AFTER DIAPHRAGMATIC HERNIA REPAIR

Diyafragmatik Herni Onarımı Sonrası Geç Dönemde Gelişen Reaksiyoner Hidroperikardiyum

Ufuk YETKİN
Orhan GOKALP
Barçın OZCEM
Ismail YUREKLI
Ali GURBUZ

Izmir Ataturk Training and Research Hospital,
Department of Cardiovascular Surgery(CVS), TURKEY.

Our case was a 52-year-old male. He had undergone diaphragmatic hernia repair, partial decortication and partial omental resection operations during the same session at another institution, almost 3 months ago. One month after the operation, he started to suffer from dyspnea that deteriorated with time. He was admitted to the institution he had been operated on. Emergent thoracic CT angiography revealed massive pericardial effusion (Figure 1). Manifest pleural effusion in the right hemithorax was also identified. No filling defect suggesting a pulmonary embolism was detected within both main pulmonary arteries and their branches. Emergency transthoracic echocardiography showed pericardial effusion of 22 mm thickness posterior to the left ventricle, 21 mm effusion lateral to the left ventricle and 20 mm effusion anterior to the right ventricle compressing it (Figure 2). With these findings emergent surgery was planned and he was taken into the operating room. After median sternotomy and pericardiotomy, massive reactive pericardial fluid was evident. Approximately 600 ml of pericardial fluid was aspirated (Figure 3). Microbiological and cytological investigations found out no pathology; suggesting that this fluid was a reactive pericardial effusion. Recovery and subsequent followup at 6 months revealed no hernia, full symptomatic resolution, and no recurrence of the pericardial effusion. Massive pericardial effusion is a rare complication following repair of a hiatus hernia. Emergent surgery is always required immediately in this condition. Only prompt diagnosis and treatment may prevent the fatal outcome.

Yazışma Adresi:
Doç. Dr. Ufuk YETKİN
1379 Sok. No: 9, Burç Apt. D: 13
35220, Alsancak – İZMİR / TURKEY
Tel: +90 505 3124906 - Fax: +90 232 2434848
e-mail: ufuk_yetkin@yahoo.fr

FIGURES



Figure 1. Thoracic CT angiography showing massive pericardial effusion forming a floating heart image.



Figure 2. Transthoracic echocardiographic view of massive pericardial effusion consistent with pericardial tamponade.

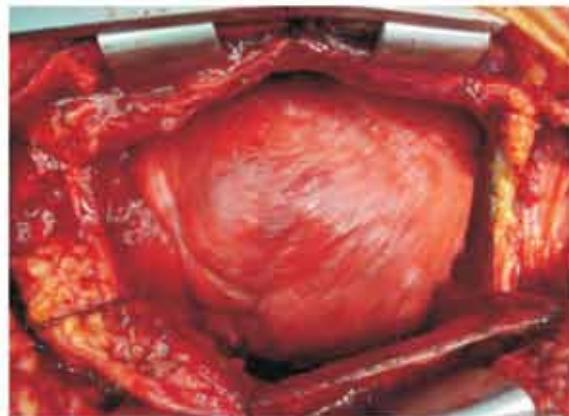


Figure 3. Old fibrin layer covering the heart after aspiration of the reactive massive pericardial effusion of normal composition.

FIGURES LEGENDS

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA DIYALİZ TİPİ İLE EŞ UYUMU, CİNSEL İŞLEVLER, BEDEN ALGISI, DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Type Of Dialysis In Chronic Renal Failure Patients And
Dyadic Adjustment, Body Image, Sexual Functioning,
Depression And Anxiety

Demet GÜLEÇ ÖYEKÇİN¹
Demet GÜLPEK²

¹Çanakkale Devlet Hastanesi,

Psikiyatri Kliniği

²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Psikiyatri Kliniği

ÖZET

Depresyon diyaliz hastalarında yaygın şekilde çalışılan bir komplikasyondur. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında beden imajındaki değişikliklerin invazif tedavi müdahaleleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, cinsel problemler de diyaliz hastalarında yaygındır. Bu çalışmada, hemodializ ve peritoneal diyaliz hastalarının depresyon, anksiyete, beden imajı, cinsel doyum ve eş uyumu araştırılmıştır. 54 hemodializ hastası, 36 peritoneal diyaliz hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Bütün denekler, sosyodemografik bilgi formu, SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV/DSM-IV Ekse) I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği), Beden İmaj Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği ve Glombok-Rust Cinsel Doyum envanteri ve Eş uyumu ölçeği ile değerlendirildi. Depresyon ve anksiyete seviyelerinin hemodializ grubunda belirgin şekilde yüksek olduğu görüldü. Peritoneal diyaliz grubunda, depresyon ve anksiyete seviyeleri arttıkça, beden imajının bozulduğu ve cinsel doygunun azaldığı saptandı. Periton diyalizi grubunda beden imajı hemodializ grubundakinden daha iyi idi. Hemodializ grubunda, depresyon ve anksiyete seviyeleri arttıkça, benden imajının bozulduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler:

Beden imajı, depresyon, diyaliz,
eş uyumu, cinsel doyum.

Key Words:

Body image, depression, dialysis,
dyadic adjustment; sexual
satisfaction.

SUMMARY

Depression is the most widely studied complication in dialysis patients. In patients with chronic renal failure, changes in body image are thought to be associated with invasive treatment interventions. In addition, sexual problems are common in dialysis patients. In this study, hemodialysis and peritoneal dialysis patients are investigated for depression, anxiety, body image, sexual satisfaction and dyadic adjustment. 54 hemodialysis patients, 36 peritoneal dialysis patients were included in the study. All the subjects were assessed with Structured Clinical Interview for DSM-IV, Body Image Scale, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Scale,

Yazışma Adresi:

Demet GÜLEÇ

E-Mail: gulecdemet@yahoo.com

Gsm: 0 505 352 36 45

Glombok-Rust Inventory for Sexual Satisfaction and Dyadic Adjustment Scale. Depression and anxiety levels were significantly higher in hemodialysis group compared to peritoneal dialysis group. In peritoneal dialysis group as depression and anxiety levels increased, body image was disturbed and sexual satisfaction decreased. In peritoneal dialysis group, body image was better than hemodialysis group. In hemodialysis group as depression and anxiety levels increased, body image was disturbed.

GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedeniyle diyaliz programında olan hastalarda, başta depresyon ve anksiyete olmak üzere ruhsal bozukluk oranlarının yükseldiği bilinmektedir (1,2). KBY olan hastalarla yapılan bazı çalışmalarda yaş, emosyonel durum, yaşamsal doyum, cinsel aktivite ve uygulanan diyaliz yöntemi arasındaki ilişki araştırılmış ancak hemodiyaliz ve periton diyalizi alan hastalar arasında cinsel aktivite, depresif bulgular ve yaşamsal doyum açısından belirgin bir farklılık saptanmadığı bulunmuştur (3). Ağır medikal hastalığı olan, geçmişte geçirilmiş depresyon öyküsü bulunan, düşük sosyal desteği olan olgularda major depresyon gelişme riski artmaktadır (4). Erkeklerde depresyonun kadınlara göre daha sık görüldüğü ve erkek cinsiyetçe sosyal desteğin daha az olması ile bu durumun ilişkili olduğu görülmüştür (3). Diyalize giren hastaların böbrek nakli yapılmış hastalar ve genel dahiliye hastalar ile karşılaşıldığında bir çalışmada, psikiyatrik morbiditenin diyaliz hastalarında yükseldiği ve genel sağlık anketi puanlarına göre depresyon, anksiyete, uyum bozukluğu, cinsel bozukluklar gibi psikiyatrik bozuklukların bulunma oranının % 43 olduğu belirtilmiştir (5).

Ruhsal bozukluklar içinde depresyon en çok üzerinde araştırma yapılmış konu olup, mortalite üzerine doğrudan etkili bulunmuştur (6). Hemodiyalize giren hastalarda yüksek depresif duygudurumun, artmış mortalite ile bağlantısı gösterilmiş ve hemodiyaliz hastalarında depresif bozukluk varlığı ile işlevsellikte azalma ilişkili bulunmuştur (7). Bir başka çalışmada bir yıl izlenen 80 KBY hastasında DSM-III tanı ölçütlerine göre % 30 oranında ruhsal bozukluk saptanmıştır (8). En sık konulan depresyon tanısını, sırasıyla; organik beyin sendromu ve demans, alkollü madde kötüye kullanımını, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ile anksiyete ve kişilik bozuklukları izlemektedir (1). Ülkemizde hemodiyalize devam

etmekte olan 70 hastaya yapılan bir çalışmada ise, % 22.9 oranında en az bir ruhsal bozukluk saptanmış, majör depresyon % 17.1 ile yaygın anksiyete bozukluğu ise % 8.7 ile en sık görülen ruhsal hastalıklar olarak belirlenmiştir (9). Öte yandan iki izlem çalışmásında, KBY hastalarında psikiyatrik morbiditenin yüksek olduğu ve seçilen tedavi yöntemi ile ilişkili olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (10,11).

Diyaliz hastalarında cinsellikle ilgili sorunlarla da sık karşılaşılmaktadır (12). Cinsel istek azalması yine KBY hastalarında sık rastlanan bir yakınmadır. Erkeklerin yaklaşık yarısında, kadınların ise dörtte birinde ortaya çıkmaktadır (13). Ülkemizde yapılan bir çalışmada erkek diyaliz hastalarındaki cinsel işlev bozukluğu oranı % 70 olarak belirlenmiştir (14). Nedeni tam olarak anlaşılmamakla birlikte cinsel işlev bozukluklarının üremeye bağlı testosteron düzeyinde düşüş, antihipertansif ilaçlar, diyabet gibi alta yatan tıbbi sorunlar ya da psikolojik etkenlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Beden algısı, kişinin beden görünümünü, beden işlevlerini, aynı zamanda ruhsal ve bedensel bütünlüğünü nasıl algıladığı anlamına gelir. İleostomi, kolostomi, üriner kateterli ve meme kanseri sebebiyle opere olmuş hastalarda da olumsuz beden algısının olduğu belirtilmiştir (15,16). Bu gibi durumlarda ortaya çıkan cinsel istek azlığının, hasta kişide bozulmuş beden algısına ve benlik sayısında azalmaya, sağlıklı eşte ise bakım verme görevinden dolayı cinsel ilişkiye girmekten kaçınmasına bağlı olduğu belirtilmiştir (15). Sonuç olarak beden görünümünü ve beden işlevlerini bozan her türlü hastalık ve cerrahi girişim beden algısını olumsuz etkileyebilmektedir. Sürekli ayaktan periton diyalizi (CAPD) uygulanan hastalarda da beden algısının olumsuz etkilendiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (17). Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda beden algılarıyla ilgili olumsuz tepkilerin, hastalığın tedavisinin invazif girişimleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (18).

Bu çalışmada amaç diyaliz uygulanan KBY hastalarını eş uyumu, cinsel yaşam, beden algısı yönünden değerlendirmek, depresyon, anksiyete düzeylerini belirlemek ve bu değişkenlerin birbiri ile olan ilişkisini araştırmak; hemodiyaliz ya da periton diyalizi uygulanan grupları karşılaştırarak aralarındaki farklılıkları belirlemektir.

YÖNTEM ve GEREÇ

Toplam 90 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Ömeklem, hastanemiz Nefroloji Kliniği ve Ege Üniversitesi Tip Fakültesi Nefroloji Kliniğinde izlenmekte olan, hemodiyaliz tedavisi uygulanan 36 ve periton diyalizi uygulanan 54 KBY hastasından oluşmuştur. Hastalara sosyodemografik veri formu, SCID-I yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği, Beck depresyon envanteri, Beck anksiyete ölçeği, Glombok-rust cinsel uyum ölçeği, çiftler uyum ölçeği, Beden algısı ölçeği uygulanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri, 18-50 yaş arasında ve en az ilkokul mezunu olmak, kişinin işlevsellliğini bozan tıbbi ya da ruhsal bir hastalığı olmaması ve cinsel olarak aktif dönemde olmak olarak belirlenmiştir. Psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğu (nikotin hariç), organik mental bozukluk, somatoform bozukluk, mental retardasyon tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Uygulanan Ölçekler

1. *Sosyodemografik veri formu*: Bu formda, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi bilgilerin yanı sıra, böbrek yetmezliği süresi, hemodiyaliz süresi, özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri konusunda bilgilendirmemizi sağlayacak sorular mevcuttur.

2. *SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV/DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği)*: DSM-IV sınıflandırılmasına uygun olarak geliştirilmiş, birinci eksende yer alan psikiyatrik bozuklıkların tanılarını koyma olanağı sağlayan yapılandırılmış bir görüşme yöntemidir (19). Çorapçıoğlu ve arkadaşları (20) tarafından Türkçeye çevrilerek uyarlaması yapılmıştır.

3. *Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)* : Secord ve Jourard (21) tarafından geliştirilen beden algısı ölçeği, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlar. Ölçekte 40 madde yer almaktadır. Kesme noktası yoktur. Alınan yüksek puanlar hoşnut olmama derecesinin yükseliğine işaret etmektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik çalışması S.Hovardaoğlu (22) tarafından gerçekleştirilmiştir.

4. *Beck Depresyon Envanteri (BDE)*: Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir(23). Hastanın depresyonunu daha çok bilişsel açıdan değerlendirmek amacıyla oluşturulan bu form,

hastanın yanıtlanması gereken 21 cümle grubundan olmaktadır ve her biri için 0 ile 3 arasında puanlama kullanılmaktadır. 0-9 arası normal, depresyonuzdurum, 10-15 arası hafif şiddette depresyon, 16-23 arası orta şiddette depresyon, 24-63 arası şiddetli depresyon olarak değerlendirilir. Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen bu ölçek klinik gözlem ve verilere dayanılarak, depresyonda görülen belirtileri içerecek biçimde düzenlenmiştir. Bu çalışmada, Türkçe'ye çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Tegin (24) tarafından yapılmış olan biçimini kullanılmıştır.

5. *Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)*: Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Kişiden, her madde için "Hiç", "Hafif derecede", "Orta derecede" ve "Ciddi derecede" seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir. Puan aralığı 0-63'tür. Toplam puanın yüksekliği, kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (25) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (26) tarafından yapılmıştır.

6. *Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)*: Rust ve Golombok (27) tarafından geliştirilmiştir. Cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel ıslık bozuklıklarını değerlendirmeye yönelik bir ölçme aracıdır. Her biri 28 sorudan oluşan, kadın ve erkek için 2 ayrı formu vardır. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplam hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. Yüksek puanlar cinsel ıslıkların niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen ham puanlar daha sonra 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülebilimekte, kadın ve erkekler için ayrı ayrı ya da çiftler için ortak bir profil çizilebilmektedir. Beş ve üzerindeki puanlar, o alt boyutta problem olduğuna işaret etmektedir. Tuğrul ve arkadaşları (28) Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin ülkemizde de geçerli ve güvenilir olduğunu bildirmiştir.

7. *Cıtlar Uyum Ölçeği (CUÖ)*: Spanier (29) tarafından geliştirilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Fişiloğlu ve Demir (30) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin eş uyumu, eş doyumu, duyguların dışa vurumu ve eş bağlılığı gibi alt boyutları vardır. Toplam puan tüm maddelerin toplamıdır ve 0-151 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar çift uyumunun iyi olduğunu gösterir, 100 ve altı puanlar ilişkide bir sorun

olduğuna işaret etmektedir.

İstatistiksel değerlendirme

Verilerin değerlendirilmesi SPSS Windows 10,0 programı ile yapılmıştır. Kategorik değişkenler kı-kare, sayısal değişkenler ise student-t testi ile değerlendirilmiştir. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyi ve yönünün belirlenmesi için korelasyon analizi kullanılmıştır. Her iki grubun ölçek puanlarının karşılaştırılması bağımsız değişkenler için geçerli student-t testi ile değerlendirilmiştir. Tüm istatistiklerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Calışmamıza KBY tanısı olan, hemodiyaliz uygulanan 36 ve periton diyalizi uygulanan 54 hasta alınmıştır. Grupların cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir durumları ki-kare testi ile yaş ve ölçek puan ortalamaları ise student-t testi ile karşılaştırılmıştır. Hemodiyaliz grubunun yaş ortalaması 37.63 ± 9.13 , periton diyalizi alan grubununki 36.85 ± 8.91 yıldır. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Hemodiyalize giren hastaların eğitim durumu, periton diyalizine giren hastalardan daha düşük bulunmuştur. Medeni durum ve gelir düzeyi, iki grupta da benzer bulunurken, işsizlik oranları açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.000$). Hemodiyaliz olgularının ortalama böbrek yetmezliği süresi 40.69 ± 48.15 ay, hemodiyaliz süresi ortalama 20.02 ± 21.63 aydır. Periton diyalizi alan grubun ortalama böbrek

yetmezliği süresi 66.44 ± 54.32 ay, periton diyalizi süresi ortalama 24.70 ± 26.02 aydır.

Olguların psikiyatrik tanılarının dağılımları

Olguların SCID-I ile değerlendirmelerinin sonucunda hemodiyaliz tedavisi alan olguların % 30,6'sında ($n=11$) major depresif bozukluk, % 11,1'inde ($n=4$) depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu, % 2,8'inde ($n=1$) anksiyete bozukluğu saptanırken, % 55,6'sı ($n=20$) herhangi bir tanı almamıştır. Periton diyalizi alan grubun % 72,2'si ($n=39$) tanı almamıştır, % 13'ü ($n=7$) major depresif bozukluk tanısı alırken, % 14,8'i ($n=8$) ise depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu tanı almıştır.

Grupların ölçek puanlarının dağılımı

Beck depresyon puanı hemodiyaliz grubunda en yüksek 20.64 ± 15.20 saptanırken, periton diyalizi alanlarda daha düşük 13.54 ± 12.51 bulunmuştur. Beck anksiyete puanları en yüksek hemodiyaliz 14.72 ± 12.36 grubunda, sonra periton diyalizi 12.74 ± 11.21 grubundadır. Hemodiyaliz grubunun Beck anksiyete, Beck depresyon puanları diğer gruptan daha yüksek bulunmakla birlikte sadece depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlam taşımaktadır ($p=0.008$). Hemodiyaliz 34.69 ± 19.71 ve periton diyalizi 33.25 ± 19.94 grubunun golombokrust puanları birbirine yakın olarak bulunmuştur. Eş uyumu puanları hemodiyaliz 113.58 ± 15.34 ve periton diyalizi 113.81 ± 17.42 grubunda birbirine benzerdir, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Beden algısı puanları hemodiyaliz grubunda 101.58 ± 26.51 , periton diyalizi grubundan 86.98 ± 23.63 yüksek bulunmuştur ancak fark anlamlı değildir. (Tablo 1)

Tablo: 1 Grupların ölçek puanlarının karşılaştırması

	Grup I	Grup II	Analiz	
	hemodiyaliz	periton diyalizi	p	F
Beck Depresyon Envanteri	20.64 ± 15.20	13.54 ± 12.51	0.008*	7.306
Beck Anksiyete Ölçeği	14.72 ± 12.36	12.74 ± 11.21	0.471	0.523
Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği	Cinsel 34.69 ± 19.71	33.25 ± 19.94	0.960	0.002
Çiftler Uyum Ölçeği	113.58 ± 15.34	113.81 ± 17.42	0.970	0.001
Beden Algısı Ölçeği	101.58 ± 26.51	86.98 ± 23.63	0.182	1.814

* $p<0.05$

Ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığından Beden Algısı Ölçek puanlarında, hemodiyaliz grubu ve periton diyalizi grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Peritoneal diyaliz grubunda, depresyon ve anksiyete seviyeleri arttıkça, beden imajı bozulduğu ve cinsel doyumun azaldığı saptanmıştır. Hemodiyaliz grubunda, depresyon ve anksiyete seviyeleri arttıkça, beden imajının bozulduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada KBY hastalarında uygulanan diyaliz tipinin beden algısı, eş uyumu ve cinsel doyum üzerine olan etkileri ile depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenerek, gruplar arası farklılıkların araştırılması amaçlanmıştır.

Literatürde birçok kronik hastalıkta psikiyatrik hastalıklara sık rastlandığı belirtilmiştir (31,32). Depresyon diyaliz hastalarında en sık görülen bozukluktur ve mortalite üzerine etkisi belirgindir (33,34). Depresyonun prevalansı ve diğer psikiyatrik hastalıkların oranları % 0'dan % 100'e kadar değişen oranlarda görülebilmektedir (35).

Çalışmamızda HD grubunun yarısında bir psikiyatrik bozukluk saptanırken, bu bozukluklar içinde ilk sırayı major depresif bozukluk, ikinci sırayı depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu ve ardından da anksiyete bozukluğu almıştır. Periton diyalizi uygulanan grubun ise üçte birlik kısmında bir psikiyatrik bozukluk saptanmış olup, birbirlerine yakın oranlarda major depresif bozukluk ve depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu tanıları belirlenmiştir.

PD hastalarının depresyon oranları HD grubundan düşük bulunmuştur. HD ve PD uygulanan iki grupta depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu tanılarının oranlarının birbirine yakın olduğu görülmüştür. Literatürde PD hastalarında depresyon oranı % 13 olarak bulunmuş ve olguların % 50'sinde anksiyete yakınlarının olduğu belirtilmiştir (36). Çalışmamızda depresyon oranları bu oranlara yakın bulunurken, anksiyete düzeyleri daha düşük saptanmıştır. PD grubunda major depresif bozukluk oranları HD grubundan daha düşük bulunmuştur. Literatürde HD ve PD hastalarında depresyon oranları açısından fark bulunmadığını bildiren yayınlar da mevcuttur (3).

Çalışmamızın bir diğer amacı da diyaliz tipi ile eş uyumu, beden algısı ve cinsel doyum arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır. PD ve HD gruplarında bu değişkenlerde farklılıklar olduğu görülmüştür. PD hastalarının beden algısının HD hastalarından daha iyi olduğu saptanmıştır. Beden algısının bu çalışmada birçok faktörden etkilendiği görülmüştür. Bizim çalışmamızın aksine literatürde periton diyalizi uygulanan hastalarda beden algısının olumsuz etkilendigini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (17). Ancak literatürde diyaliz tiplerini beden algısı yönünden birbirleriyle karşılaştırılan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sonuç olarak her iki diyaliz grubunda da kontrol grubuna göre psikiyatrik bozukluklar literatürle uyumlu oranlarda bulunmuştur. Depresyon HD hastalarında PD hastalarından daha fazla görülmüştür. Peritoneal diyaliz grubunda, depresyon ve anksiyete seviyeleri arttıkça, beden imajı bozulduğu ve cinsel doyumun azaldığı saptanmıştır. Hemodiyaliz grubunda, depresyon ve anksiyete seviyeleri arttıkça, beden imajının bozulduğu saptanmıştır. Beden algısının HD tedavisi alan grupta daha olumsuz etkilendiği görülmüştür.

Hekimlerin diyaliz tedavisi uygulanan hastalarda uygulanan tedavilerin yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmaları, bu kişilerde ortaya çıkan depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıkların birçok etkisinin olabileceği konusunda bilgili olmaları önemlidir. Bu çalışmada, HD hastalarında PD'ine göre beden algısının daha olumsuz etkilendiği ve depresyon, anksiyete görme sıklığının daha arttığı, periton diyalizi her ne kadar uygulama güçlükleri ve hasta seçim kriterleri açısından daha dikkatli olunmasını gerektiren bir yöntem olarak bilinse de, bireylerin beden görünümleri ve depresyon, anksiyete gibi ruhsal yakınmaların ortaya çıkması açısından daha avantajlı bir yöntem olarak değerlendirilebilir. Bu konunun daha iyi aydınlatılması için daha geniş örneklemeli, kontrollü, uzun süreli izlem çalışmalarının yararlı olacağı görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. Am J Med 1998;105:214-221.
2. Kimmel PL, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: Tools, correlates, outcomes and needs.

- Semin Dial 2005;18:91-97.
3. Iacovides A, Fountoulakis KN, Balaskas E, Manika A, Markopoulou M, Kaprinis G et al. Relationship of age and psychosocial factors with biological ratings in patients with end stage renal disease undergoing dialysis. *Aging Clin Exp Res* 2002;14(5): 354-360.
 4. Rodin G. Depression in patients with end-stage renal disease: psychopathology or normative response? *Adv Ren Replace Ther* 1994;1(3):219-27.
 5. O'Donnell K, Chung JY. The diagnosis of major depression in end stage renal disease. *Psychother Psychosom* 1997;66:38
 6. Kimmel PL, Peterson RA, Wehs KL ve ark. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int*, May 2000;57(5):2093-8
 7. Kutner NG, Brogan D, Hall WD ve ark. Functional impairment, depression, and life satisfaction among older hemodialysis patients and age matched controls: a prospective study. *Arch Phys Med Rehabil* 2000, Apr;81(4):453-9
 8. House A. Psychosocial problems of patients on the renal unit and their relation to treatment outcome. *J Psychosom Res* 1987; 31: 441-452.
 9. Sağduyu A, Erten Y. Hemodialize giren böbrek hastalıklarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9:13
 10. Johnson JP, McCauley CR, Copley JB. The quality of life of hemodialysis and transplant patients. *Kidney Int* 1982;22: 286-291.
 11. Kalman TP, Wilson PG, Kalman CM. Psychiatric morbidity in long-term transplant recipients and in patients undergoing haemodialysis. *JAMA* 1983;250:55-58.
 12. Menchini-Fabris GF, Turchi P, Giorgi PM, Canale D. Diagnosis and treatment of sexual dysfunction in patients by chronic renal failure on hemodialysis. *Contrib Nephrol* 1990;77: 24-33.
 13. Levy NB. Chronic renal failure and its treatment: dialysis and transplantation. *Psychiatric Care of the Medical Patient*. New York: Oxford University Pres; 1990.
 14. Özkan S. Chronic renal disease and psychiatric morbidity in dialysis patients. *Psychiatric medicine: Consultation and liaison psychiatry* İstanbul, 1993
 15. Samelson DA, Hannon R. Sexual Desire in couples living with chronic medical conditions. *Family J* 1999;7(1): 29-10.
 16. Sertöz OO, Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Effects of surgery type on body image, sexuality, self-esteem, and marital adjustment in breast cancer: a controlled study. *Turk Psikiyatri Derg* 2004;15(4): 264-275.
 17. Ellis PA. Altered body image in patients on CAPD. *Prof Nurse*, May 1996;11(8):537-8.
 18. Galpin C. Body image in end-stage renal failure. *Br J Nurs*, Apr 23 May 1992;13(1):21-3
 19. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM Axis Disorders (SCID-I). Washington D.C: American Psychiatric Pres; 1997.
 20. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Koroğlu E. Structured Clinical Interview for DSM-IV (Turkish version) Ankara; 1999.
 21. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body cathexis and the self. *J Consult Psychol* 1953;17:343-347.
 22. Hovardaoglu S. Vücut Algısı Ölçeği. 3P 1993; 1(2):26
 23. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
 24. Tegin B. Deprsyondaki kognitif bozukluklar: Beck modeline göre bir değerlendirme (yayınlanmış doktora tezi); 1980, Ankara Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü.
 25. Beck AT, Epstein N, Brown G, Ster RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-897.
 26. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998;12:163-172.
 27. Rust J, Golombok S. The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1986; 15(2):157-165
 28. Tuğrul C, Özcan N, Kabakçı E. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Standartizasyon Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993;4(2).83-88.
 29. Spanier GB. Measuring diadic adjustment: new

- scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marr Family* 1976;38:15-28.
30. Fişiloğlu H, Demir A. Applicability of the Dyadic Adjustment Scale of Marital Quality with Turkish Couples. *Eur J Psychol Assessment* 2000;16:214-218.
31. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiologic evaluation. *Diabetes Care* 1993;16:1167-1178.
32. Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic and treatment research directions. *Gen Hosp Psychiatry* 1988;10:79-87.
33. Burton HJ, Kline SA, Lindsay RM, Heidenheim AP. The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosomatic Med* 1986;48:261-269.
34. Schulman R, Price JDE, Spinelli J. Biopsychosocial aspects of long term survival on end stage renal failure therapy. *Psychological Med* 1989;19 pp.945-954
35. Smith MD, Hong BA, Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end stage renal disease. *Am J Med* 1985;79:160-166
36. Lye WC, Chan PS, Leong SO, van der Straaten JC. Psychosocial and psychiatric morbidity in patients on CAPD. *Adv Perit Dial* 1997;13:134-6.