



EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ

MEDICAL JOURNAL OF AEGEAN CLINICS

Cilt / No: 53

Sayı / No: 2

Ağustos / August 2015

İÇİNDEKİLER/ CONTENTS

KLİNİK ÇALIŞMA/CLINICAL TRIAL

- Selçuk Tıp Fakültesi'ndeki PAP Smear Sonuçlarının Değerlendirilmesi
Tolgay Tu an İLHAN ve ark.
- Bir Yıllık Süre İçinde Glikopeptid-Dirençli Enterokok Türleriyle Enfekte/
Kolonize Olan Hastaların Değerlendirilmesi
Nurbanu SEZAK ve ark.
- How To Prevent The Non-Emergent Presentations To Emergency Department?
Acil Servise Yapılan Acil Olmayan Başvurular Nasıl Engellenir?
Utku ESER ve ark.

OLGU SUNUMU/ CASE REPORT

- Skrotal Kitleyi Taklit Eden Nadir Bir Ağrı Nedeni: Polior idizm
Mustafa Ozan HORSANALI ve ark.
- Nevus Komedonikus
Sıla Şeremet UYSAL ve ark.
- Ovaryan Adenomatoid Tümör. İki Olgu
Tolgay Tu an İLHAN ve ark.
- Nadir Bir Vaka Dalak Absesi
Gözde Canan TAN ve ark.
- Semptomatik Tedavi Edilen Bir Orf Olgusu
Rahime İNCİ ve ark.
- Boyun Dev İđ Hücreli Lipom
Yılmaz ÖZKUL ve ark.
- Terbinafinle İndüklenen Eritema Multiforme Olgusu
Rahime İNCİ ve ark.
- Etanercept Tedavisinde Papillit Gelişimi
Feray Koç ve ark.

DERLEME/ REVIEW

- Türkiye'de Ve Dünya'da Ergen Gebeliklerin Durumu
Selda S VASLIOđLU

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ THE MEDICAL JOURNAL OF AEGEAN CLINICS

EDİTÖR/ EDITOR
Dr. A.Akın SİVASLIOĞLU

İngilizce Dil Editörü/ English Language Editor
Dr. Gonca Gül BURAL

İstatistik Editörü/Statistical Editor
Dr. Eray ÇALIŞKAN

DANIŞMA KURULU/ADVISORY BOARD

Dr. Murat AKSUN-İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Anesteziyoloji Reanimasyon Kliniği

Dr. Cezmi AKKIN-Ege Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi, Gite ABD

Dr. Galip AKHAN-İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Nöroloji Kliniği

Dr. Enver ALTAS-İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., KBB Kliniği

Dr. Özgür ASLAN-Dokuz Eylül Ü. Hastanesi, Kardiyoloji ABD

Dr. Yüksel ATAY- Ege Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi, Kalp Damar Cer. ABD

Dr. Funda ATAMAZ- Ege Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD

Dr. H. Mücahit ATALAY-İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Nükleer Tıp

Dr. Çetin AYDIN - İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast. Kadın Doğum Kliniği

Dr. Ahmet Yağmur BAŞ- Ediş Zübeyde Hanım Kadın Hast. Eği. ve Araşt. Hast., Neonatoloji

Dr. İlgül BİLGİN- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Dermatoloji Kliniği

Dr. Yeşim BECKMANN- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Nöroloji Kliniği

Dr. Hamdi BEZİRCİOĞLU- Bozysık Eği. ve Araşt. Hast. Beşin ve Siste Cer. Kliniği

Dr. İncim BEZİRCİOĞLU- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast. Kadın Doğum Kliniği

Dr. Murat BOZKURT-Yıldırım Beyazıt Ü. Ortopedi ve Trav. ABD

Dr. Engin BOZKURT- Yıldırım Beyazıt Ü. Ortopedi ve Trav. ABD

Dr. Çağrı BÜKE-Ege Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hast. ABD

Dr. Abdullah Erdem CANDA-Ankara Atatürk Eği. ve Araşt. Hastanesi Üroloji Kliniği

Dr. Fulya ÇAKALGAOĞLU- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Patoloji Laboratuvarı

Dr. Alpaslan ÇAKAN-Ege Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Cer. ABD

Dr. Mehmet ÇELEBİSOY- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Nöroloji Kliniği

Dr. Atilla ÇÖKMEZ-Şişli Ü. Genel Cerrahi Kliniği

Dr. Candan ÇİCEK-Ege Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi, Mikrobiyoloji ABD

Dr. Mustafa DEMİRCİ- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Biyokimya Laboratuvarı

Dr. Nihal DEMİREL-Ediş Zübeyde Hanım Kadın Hast. Çocuk Hast., Yenidoğan

Dr.Çetin DİNÇEL-Hacettepe Ü. Üroloji ABD

Dr. Giuseppe DODI-Padua University Hospital, First General Surgery Unit

Dr. Oktay ERGENE-Dokuz Eylül Ü. Hastanesi, Kardiyoloji ABD

Dr. Leyla GÜLSEREN-İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Poliklinik Kliniği

Dr. Soner GÜRİSOY-Dr. Suat Serez Göğüs Hast. Cer. Eği. ve Araşt. Hastanesi, Göğüs Cer. Kliniği

Dr. Rezzan GÜNAYDIN-Ordu Ü. Tıp Fakültesi, Plastik Tıbbi ve Rehabilitasyon ABD

Dr. Mehmet HACIYANLI- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Genel Cerrahi Kliniği

Dr. Mine HEKİMGİL-Ege Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji ABD

Dr. Volkan KARACAM- Dokuz Eylül Ü. Hastanesi, Göğüs Cer. ABD

Dr. Ali KARAKUZU- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Dermatoloji Kliniği

Dr. Pelin KARTAL DURMAZLAR-S.B. Döğüş Yıldırım Beyazıt Eği. ve Araşt. Hast., Dermatoloji Kliniği

Dr. Erdiye KAMER- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Genel Cerrahi Kliniği

Dr. Kaan KATIRCIOĞLU- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Anesteziyoloji Reanimasyon Kliniği

Dr. Kıymet Handan KELEKÇİ- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Dermatoloji Kliniği

Dr. Sefa KELEKÇİ- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Kadın Doğum Kliniği

Dr. Uğur KOCA-Dokuz Eylül Ü. Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD

Dr. Mehmet KÖSEÖĞLU- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Biyokimya Laboratuvarı

Dr. Mehmet KIZILKAYA- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Dr. Yakup KÜMTEPE-Erzurum Atatürk Ü. Kadın Doğum Kliniği

Dr. Mehmet Ali MALAS- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Anatomi

Dr. Levent METE- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Poliklinik Kliniği

Dr. Orhan OYAR- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Radyoloji

Dr. Ali ÖLMEZOĞLU- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Radyasyon Onkoloji

Dr. Behzat ÖZKAN- İstanbul Medeniyet Ü. Çocuk Endokrinoloji

Dr. Peter PETROS- UNSW Academic Dept. Of Surgery St Vincent's Clinical School, University of Western Australia

Dr. Ercan PINAR- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., KBB Kliniği

Dr. Hüsnü PULLUKCU-Ege Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hast. ABD

Dr. Sülen SARIOĞLU-Dokuz Eylül Ü. Hastanesi, Patoloji ABD

Dr. İbrahim Mahit ŞENER- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Ortopedi Kliniği

Dr. Atilla ŞENCAN- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Dr. Erdem TAYCAN- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Genel Cerrahi Kliniği

Dr. Bekir TATAR- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., KBB Kliniği

Dr. Fatma TATAR- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Genel Cerrahi Kliniği

Dr. Hasan TATARİ-Dokuz Eylül Ü. Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji ABD

Dr. Cengiz TAVUNBAY- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Genel Cerrahi Kliniği

Dr. Andrea TUBARO- La Sapienza University of Rome, Urology Department

Dr. Nesrin TÜRKER- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., İstisne Kliniği

Dr. Sezgin ULUKAYA- Ege Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

Dr. Serap URAL- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Enfeksiyon Hast. Kliniği

Dr. Mehmet UĞURLU-Yıldırım Beyazıt Ü. Aile Hekimliği ABD

Dr. Erden Eroğlu ÜNLÜER- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Acil Tıp

Dr. İdil ÜNAL-Ege Ü. Tıp Fakültesi Hast., Deri ve Zührevi Hast. ABD

Dr. Belkis ÜNSAL- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Gastroenteroloji Kliniği

Dr. Nur YAPAR-Dokuz Eylül Ü. Hastanesi, Enfeksiyon Hast. ABD

Dr. Mehmet Hakan YETİMALAR- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Kadın Doğum Kliniği

Dr. Ufuk YETKİN- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Kalp Damar Cer. Kliniği

Dr. Abdussamed YALÇIN- Yıldırım Beyazıt Ü. Genel Cerrahi ABD

Dr. Bülent YILMAZ- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Kadın Doğum Kliniği

Dr. Seyran YİĞİT- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Patoloji Laboratuvarı

Dr. Levent YOLERİ-Celal Bayar Ü. Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD

Dr. Süreyya GÜLYURTSEVER- İ.K.Ç.Ü. A.E.A.Hast., Mikrobiyoloji Laboratuvarı

Sahibi /Owner

İzmir Hastanelerine Yardım
ve Bilimsel Araştırmaları
Teşvik Derneği Adına
On behalf of the Society of
Aid to Hospitals of İzmir and
Fosterage of Scientific
Investigations

Dr. İlgül BİLGİN

Dernek Başkanı
Chairman of the society

Sorumlu Müdür /Director in charge

Dr. A.Akın SİVASLIOĞU

**Yönetim Adresi/
Administration address**

177/7 Sok. No:1 D:1 Yeşilyurt
Tel: 0 232 244 34 38

Dergi Sekreterliği/Secretary

Aslı GİRİT

4 ayda bir olmak üzere yılda
3 sayı yayınlanır.
Dergi basım ayları
Nisan, Ağustos ve Aralık' ır.
The periodical is published
three times in a year. The
printing months are April,
August and December

Dergimizin Eski Adı: İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi' dir. (1964-2012)

GENEL BİLGİLER

Ege Klinikleri Tıp Dergisi, İzmir Hastanelerine Yardım ve Bilimsel Araştırmaları Teşvik Derneği'nin süreli yayın organıdır. Yılda üç sayı olarak yayımlanır. Dergide, tıbbın her dalı ile ilgili prospektif, retrospektif ve deneysel araştırmalar, olgu sunumu, editöre mektuplar ve derlemeler yayınlanır. Yayınlanan makalelerde konu ile ilgili en yüksek etik ve bilimsel standartlarda olması ve ticari kaygılarda olmaması şartı gözetilir. Yayın için gönderilen çalışmalar; orijinal, başka bir dergide değerlendirme sürecinde olmayan ve daha önce basılmamış olması koşullarıyla kabul edilir.

Dergiye gönderilen makale biçimsel esaslara uygun ise, editör ve en az yurt içi-yurt dışı iki danışman incelemesinden geçip gerek görüldüğü takdirde istenen değişiklikler yazarlar tarafından yapıp hakemlerce kabul edildikten sonra yayımlanır.

BİLİMSEL SORUMLULUK

Tüm yazarlar çalışmaya direkt olarak katkıda bulunmalıdır. Yazar olarak tanımlanmış tüm kişiler çalışmayı planlamalı veya gerçekleştirmeli, çalışmanın yazılmasında, gözden geçirilmesinde ve son halin onaylanmasında rol almalıdır. Bilimsel kriterleri karşılayan bir metnin ortaya çıkması tüm yazarların sorumluluğudur.

ETİKSEL SORUMLULUK

İnsan çalışmaları ile ilgili tüm makalelerde 'yazılı onamım' alındığını, çalışmanın Helsinki Deklarasyonu'na (World Medical Association Declaration of Helsinki <http://www.wma.net/en/30/publications/10policies/b3/index.html>) göre yapıldığı ve lokal etik komite tarafından onayın alındığını bildiren cümleler mutlaka yer almalıdır.

Hayvanlar üzerinde yapılan deneyleri bildirirken yazarlar; laboratuvar hayvanlarının bakım ve kullanımı konusunda kurumsal veya ulusal yönergelerin takip edilip edilmediğini mutlaka bildirmelidir.

Ege Klinikleri Tıp Dergisi yazarların cümlelerinden sorumlu değildir. Makale bir kez kabul edildikten sonra derginin malı olur ve dergiden izinsiz olarak başka bir yerde yayınlanamaz.

İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME

Tüm retrospektif, prospektif ve deneysel çalışma makaleleri bioistatistiksel olarak değerlendirilmeli ve uygun plan, analiz ve bildirimde bulunmalıdır. p değeri yazı içinde net olarak belirtilmelidir (örn, p=0.014).

YAZIM DİLİ

Derginin resmi dilleri Türkçe ve İngilizce'dir. Türkçe metinlerde Türk Dil Kurumu'nca (www.tdk.gov.tr) www.tdk.gov.tr yayınlanan Türkçe sözlük temel alınmalıdır. Gönderilmiş makalelerdeki tüm yazım ve gramer hataları sunulan verileri değiştirmeksizin editör tarafından düzeltilir. Yazım ve gramer kurallarına metin yazımı yazarların sorumluluğundadır.

TELİF HAKKI BİLDİRİMİ

Telif hakkı devrini bildirmek için kapak mektubunda 'Bu makalenin telif hakkı; çalışma, basım için kabul edilmesi koşuluyla Ege Klinikleri Tıp Dergisi'ne devredilir' şeklinde belirtilmelidir. Makaleler için yazarlara herhangi bir ücret ödenmez.

YAZI TİPLERİ

Derleme: Derlemeler yeni veya tartışmalı alanlara ışık tutar. Dergi editörü derleme yazımı için yazar veya yazarlardan istekte bulunur.

Orijinal makaleler: Orijinal makaleler temel veya klinik çalışmalar veya klinik denemelerin sonuçlarını bildirir". Orijinal makaleler 2500 kelime ve 25 kaynaktan fazla olmamalıdır.

Olgu Sunumları: Dergi, tıbbın her alanındaki belirgin öneme haiz olgu sunumlarını yayınlar. Yazar sayısı 3'ü, kaynak sayısı ise %'i geçmemelidir.

Editör'e Mektup: Metin 400 kelimeyi geçmemeli ve kaynak sayısı ise en fazla 3 olmalıdır (kaynaklardan biri hakkında değerlendirme yapılan yayın olmalıdır)

YAZI GÖNDERİMİ

Tüm yazılar elektronik ortamda www.idhdergi@yahoo.com adresine gönderilmelidir.

Kapak mektubu: Kapak mektubu gönderilen makalenin kategorisini, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğunu, çıkar ilişkisi bildirimini, yayın hakkı devri bildirimini ve varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kurumların adlarını içermelidir.

Başlık sayfası: Bu sayfada çalışmanın tam ismi ve kısa başlığı (karakter sayısı ve boşluklar toplamı 55'i geçmemelidir) olmalıdır. Katkıda bulunanların adlarını ve çalıştıkları kurumları listeleyin. Yazışmaların yapılacağı yazar (yazışma yazarı) belirtilmelidir. Bu yazar yayının basım sürecinde dergi editörü ile iletişimde bulunacaktır.

Özet ve Anahtar Kelimeler: Özet 250 kelimeyi geçmemelidir. Çalışmanın amacını, yöntemi, bulgu ve sonuçları özetlemelidir. İlaveten 3 adet anahtar kelime alfabetik sırayla verilmelidir.

Giriş: Giriş bölümü kısa ve açık olarak çalışmanın amaçlarını tartışmalı, çalışmanın neden yapıldığına yönelik temel bilgileri içermeli ve hangi hipotezlerin sınındığını bildirmelidir.

Gereç ve yöntemler: Okuyucunun sonuçları yeniden elde edebilmesi için açık ve net olarak yöntem ve gereçleri açıklayın. İlk vurgulamada kullanılan araç ve cihazların model numaralarını, firma ismini ve adresini (şehir, ülke) belirtin. Tüm ölçümleri metrik birim olarak verin. İlaçların jenerik adlarını kullanın.

Sonuçlar: Sonuçlar mantıklı bir sırayla metin, tablo ve görüntüler kullanılarak sunulmalıdır. Çok önemli gözlemlerin altını çiziniz veya özetleyin. Tablo ve metinleri tekrarlamayın.

Tartışma: Çalışmanın yeni ve çok önemli yönlerine, sonuçlarına vurgu yapın. Tartışma bölümü çalışmanın en önemli bulgusunu kısa ve net bir şekilde içermeli, gözlemlerin geçerliliği tartışılmalı, aynı veya benzer konulardaki yayınların ışığında bulgular yorumlanmalı ve yapılan çalışmanın olası önemi belirtilmelidir. Yazarlara, çalışmanın esas bulgularını kısa ve özlü bir paragrafla vurgu yapmaları önerilir.

Teşekkür: Yazarlar araştırmaya katkıda bulunan ancak yazar olarak atanmayan kişilere teşekkür etmelidir.

Kısaltmalar: Kelime veya söz dizimini ilk geçtiği yerde parantez içinde verilir. Tüm metin boyunca o kısaltma kullanılır.

Tablolar: Metin içinde tablolar ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Her bir tabloya bir numara ve başlık yazın. Tablolar fotoğraf veya grafik dosyası olarak gönderilmemelidir.

Kaynaklar: Kaynaklar metin içinde alıntılanma sırasına uygun olarak doğal sayılar kullanılarak numaralandırılmalı ve cümlelerin sonunda parantez içinde verilmelidir. "Uniform Requirements for Manuscript Submitted to Biomedical Journals" formatını kullanın. Yazar sayısı altı veya daha az ise hepsini, yedi veya daha fazla ise sadece ilk üç ismi yazın ve 've ark.'ı ilave edin. Dergi isimleri tam olarak verilmelidir. Kaynak ve kısaltılmış dergi adları yazımları Cumulated Index Medicus'a veya aşağıda verilen örneklere uygun olmalıdır.

Dergi makaleleri için örnek

Sigel B, Machi J, Beitler JC, Justin JR. Red cell aggregation as a cause of blood-flow echogenicity. Radiology 1983;148(2):799-802.

Komite veya yazar grupları için örnek

The Standard Task Force, American Society of Colon and Rectal Surgeons: Practice parameters for the treatment of haemorrhoids. Dis Colon Rectum 1993; 36: 1118-20.

Kitaptan konu için örnek

Milson JW. Haemorrhoidal disease. In: Beck DE, Wexner S, eds. Fundamentals of Anorectal Surgery. 1 1992; 192-214. 1a ed. New York: McGraw-Hill

Kitap için örnek

Bateson M, Bouchier I. Clinical Investigation and Function, 2nd edn. Oxford: Blackwell Scientific Publications Ltd, 1981.

İLETİŞİM

Doç.Dr. A.Akın SİVASLIOĞLU

Editör

İzmir Hastanelerine Yardım ve Bilimsel

Araştırmaları Teşvik Derneği

Yeşilyurt/ İZMİR

Tel: 0232 244 34 38

e-mail. idhdergi@yahoo.com

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

GENERAL INFORMATION

The Medical Journal of Aegean Clinics is a periodical of the Society of Aid to Hospitals of İzmir and Fostering of Scientific Investigations. The journal is published quadmonthly. The articles which could be prospective or retrospective on investigational studies, case reports, letter to the editor and reviews of every aspect of medicine are published. The studies should have paramount ethical and scientific standards as well as no commercial concerns.

Articles are accepted for publication on the condition that they are original, are not under consideration by another journal, or have not been previously published. The studies that are sent to the journal provided that the study is appropriate for formal principles are evaluated by the editor and two peer reviewers. The study is published once the approval of the reviewers have been taken. Hence, the authors should make the necessary changes in accordance with the reviewers comments.

SCIENTIFIC RESPONSIBILITY

All authors should have contributed to the article directly either academically or scientifically. All persons designated as authors should plan or perform the study, write the paper or review the versions, approve the final version. It is the authors' responsibility to prepare a manuscript that meets scientific criterias.

ETHICAL RESPONSIBILITY

Manuscripts concerned with human studies must contain statements indicating that informed, written consent has been obtained, that studies have been performed according to the World Medical Association Declaration of Helsinki (<http://www.wma.net/en/30/publications/10policies/b3/index.html>) and that the procedures have been approved by a local ethics committee. When reporting experiments on animals, authors should indicate whether the institutional and national guide for the care and use of laboratory animals was followed. All Authors are responsible for the quality, accuracy, and ethics of the work. The Medical Journal of Aegean Clinics takes no responsibility for the Authors' statements. The manuscripts, once accepted, become property of the journal and cannot be published elsewhere without the written permission of the Journal.

STATISTICAL EVALUATION

All retrospective, prospective and experimental research articles must be evaluated in terms of biostatistics

and it must be stated together with appropriate plan, analysis and report. p values must be given clearly in the manuscripts (e.g. $p=0.014$).

LANGUAGE

The official languages of the Journal are Turkish and English.

Turkish dictionary published by Turkish Language Institution (www.tdk.gov.tr) should be predicated on Turkish manuscripts.

All spelling and grammar mistakes in the submitted articles, are corrected by the editor without changing the data presented.

It is the authors' responsibility to prepare a manuscript that meets spelling and grammar rules.

COPYRIGHT STATEMENT

A copyright transfer statement indicating that the 'The copyright to this article is transferred to The Medical Journal of Aegean Clinics and will be effective if and when the article is accepted for publication' should be sent in the content of cover letter. No payment is done to authors for their articles.

ARTICLE TYPES

Reviews: The reviews highlight or update new and/or controversial areas. The editor of the Journal invites author/authors for reviews.

Original articles: Original articles describe the results of basic or clinical studies or clinical trials. Original articles should not exceed 2500 words and 25 references.

Case Reports: The Journal publishes significant case reports related to the every aspect of medicine. There would only be 3 author names and the reference number should not exceed 5.

Letter to the Editor: Text should not exceed 400 words, and include no more than 3 references (one of them should be the commenting article). Letters are selected for their importance, relevance, and originality; not all letters submitted can be published.

MANUSCRIPT SUBMISSION

All manuscripts must be submitted electronically to the www.idhdergi@yahoo.com.

Cover letter: Cover letter should include statements about manuscript category designation, single-journal submission affirmation, conflict of interest statement, copyright transfer statement, sources of outside funding, equipments (if so).

Title Page: On the title page provide the complete

title and a running title (not to exceed 55 characters and spaces). List each contributor's name and institutional affiliation. Corresponding Author is the contributor responsible for the manuscript and proofs. This is the person to whom all correspondence and reprints will be sent. The corresponding author is responsible for keeping the Editorial office updated with any change in details until the paper is published.

Abstract and Key Words: The abstract must not exceed 250 words. It should summarize the aim of the study and describe the work undertaken, results and conclusions. In addition, you should list up to three key words in alphabetical order.

Introduction: The Introduction should briefly discuss the objectives of the study and provide the background information to explain why the study was undertaken, and what hypotheses were tested.

Materials and methods: Clearly explain the methods and the materials in detail to allow the reader to reproduce the results. Equipment and apparatus should cite the make and model number and the company name and address (town, county, country) at first mention. Give all measurements in metric units. Use generic names of drugs.

Results: Results must be presented in a logic sequence with text, tables and illustrations. Underline or summarize only the most important observation. Tables and text should not duplicate each other.

Discussion: This section should be concise. Emphasize only the new and most important aspects of the study and their conclusions. The Discussion should include a brief statement of the principal findings, a discussion of the validity of the observations, a discussion of the findings in light of other published work dealing with the same or closely related subjects, and a statement of the possible significance of the work. Authors are encouraged to conclude with a brief paragraph that highlights the main findings of the study.

Acknowledgements: Authors must acknowledge individuals who do not qualify as Authors but who contributed to the research.

Abbreviations: The abbreviation of a word or word sequence is given in the first appearance within a bracket after the word or word sequence. The abbreviation is used through the main text

Tables: Tables should be numbered consecutively within the text. Provide a number and title for each table.. Tables should not be submitted as photog-

raphs or graphics files.

Figure and table legends: Cite all tables and figures in the text, numbering them sequentially as they are cited. Each figure must have a corresponding legend. The legend must be numbered with a natural number.

References: References in the text must be numbered in the order of citation and must be given with natural numbers within a bracket at the end of the sentence. Use of the form of the "Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals" List all Authors when six or fewer; when seven or more, list only the first three and add 'et al'. Journal titles should be cited in full. The style of references and abbreviated titles of journals must follow that of cumulated Index Medicus or one of the examples illustrated below:

Format for journal articles:

Sigel B, Machi J, Beitler JC, Justin JR. Red cell aggregation as a cause of blood-flow echogenicity. *Radiology* 1983;148(2):799-802.

Format for Committees and Groups of Authors:

The Standard Task Force, American Society of Colon and Rectal Surgeons: Practice parameters for the treatment of haemorrhoids. Dis Colon Rectum 1993; 36: 1118-20.

Format for Chapter from a book:

Milson JW. Haemorrhoidal disease. In: Beck DE, Wexner S, eds. *Fundamentals of Anorectal Surgery*. 1992; 192-214. 1a ed. New York: McGraw-Hill

Format for Books and Monographs:

Bateson M, Bouchier I. *Clinical Investigation and Function*, 2nd edn. Oxford: Blackwell Scientific Publications Ltd, 1981.

COMMUNICATION

Associate Prof. A. Akın SİVASLIOĞLU

Editor

Izmir Hastanelerine Yardım ve Bilimsel

Araştırmaları Teşvik Derneği

Yeşilyurt, Izmir/TURKEY

Tel: 0 232 244 34 38

e-mail: idhdergi@yahoo.com

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

KLİNİK ÇALIŞMA / CLINICAL TRIAL

Selçuk Tıp Fakültesi'ndeki PAP Smear Sonuçlarının Değerlendirilmesi..... 72

Evaluation of PAP Smear Results of Selcuk Medical Faculty

Tolgay Tuyan İLHAN, Ayşe Gül KEBAPÇILAR, Türkan İLHAN, Setenay Arzu YILMAZ,

Pınar KARABAĞLI, Çetin ÇELİK

Bir Yıllık Süre İçinde Glikopeptid-Dirençli Enterokok Türleriyle Enfekte/ 76

Kolonize Olan Hastaların Değerlendirilmesi

Evaluation Of Patients Colonized/ Infected With Glycopeptide-Resistant

Enterococcus Species In A One Year Period

Nurbanu SEZAK, Recep BALIK, Figen KAPTAN, Bahar ÖRMEN,

Nesrin TÜRKER, Sibel EL, Serap URAL, İlknur VARDAR

How To Prevent The Non-Emergent Presentations To Emergency Department? 81

Acil Servise Yapılan Acil Olmayan Başvurular Nasıl Engellenir?

Utku ESER, Erden Erol ÜNLÜER, Akın SİVASLIOĞLU, Behzat ÖZKAN

OLGU SUNUMU/ CASE REPORT

Skrotal Kitleyi Taklit Eden Nadir Bir Ağrı Nedeni: Poliorşidizm 86

A Rare Cause Of Scrotal Pain That Mimics Testicular Mass: Polyorchidism

Mustafa Ozan HORSANALI, Mustafa KAYGISIZ, Sacit Nuri GÖRGEL, Kutun ÖZER

Nevus Komedonikus 89

Nevus Comedonicus

Sıla Şeremet UYSAL, Hatice DURAN, Süleyman ALBAŞ, Fatma Şule AFŞAR,

Rahime İNCİ, Ali KARAKUZU

Overyan Adenomatoid Tümör. İki Olgu 92

Ovarian Adenomatoid Tümör Report Of Two Cases

Tolgay Tuyan İLHAN, Ayşe Gül KEBAPÇILAR, Türkan İLHAN, Pınar KARABAĞLI, Çetin ÇELİK

Nadir Bir Vaka Dalak Absesi	96
A Rare Splenic Abscess	
Gözde Canan TAN, Yusuf ŞAHİN, Erden Erol ÜNLÜER, Orhan OYAR	
Semptomatik Tedavi Edilen Bir Orf Olgusu	99
A Case Of Orf Treated Symptomatically	
Rahime İNCİ, Hilal İkbāl BİLYAY, Dudu İlgül BİLGİN, Şemsettin KARACA	
Boyun Dev İğ Hücreli Lipom	102
Giant Spindle Cell Lipoma Of The Neck	
Yılmaz ÖZKUL, Ahmet Erdem KILAVUZ, Murat SONGU, Hale ASLAN, Murat AKSUN, Türkan REZANKO, Abdulkadir İMRE, Ercan PINAR	
Terbinafinle İndüklenen Eritema Multiforme Olgusu	105
A Case Of Terbinafine Induced Erythema Multiforme	
Rahime İNCİ, Işıl Ezgi URGANCI, Şemsettin KARACA, Ali KARAKUZU	
Etanercept Tedavisinde Papillit Gelişimi	108
Papillitis During Etanercept Treatment	
Feray Koç, Nazife Sefi-Yurdakul, Şeyda Ugurlu	
DERLEME/ REVIEW	111
Türkiye’de Ve Dünya’da Ergen Gebeliklerin Durumu	
The Status Of The Adolescent Pregnants In Turkey And In The World	
Selda SİVASLIOĞLU	

Selçuk Tıp Fakültesi'ndeki PAP Smear Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of PAP Smear Results of Selcuk Medical Faculty

Tolgay Tuyan İLHAN*
Ayşe Gül KEBAPÇILAR*
Türkan İLHAN**
Setenay Arzu YILMAZ*
Pınar KARABAĞLI***
Çetin ÇELİK*

* Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Konya ,Türkiye
**Beyhekim Devlet Hastanesi,Konya ,Türkiye
***Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD,Konya ,Türkiye

Yazışma Adresi :
Ayşe Gül Kebapçılar
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
e-posta:aysegulkebacilar@yahoo.com

Geliş Tarihi: 22.07.2015
Kabul Tarihi: 18.08.2015

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 53 Sayı: 2 Ağustos 2015
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 53 No: 2 August 2015

Öz

Amaç: Çalışmamızda çeşitli şikayetlerle jinekoloji polikliniğimize başvuran olguların servikal smear sonuçlarının istatistiksel analizini yaparak elde edilen verileri literatür eşliğinde değerlendirip uyumluluğunu araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Selçuk Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Mart 2013 ile Aralık 2014 tarihleri arasında başvuran olguların kayıtları incelenerek yapıldı. Çalışmaya 6540 hasta dahil edildi. Hastaların servikal smear raporları gözden geçirildi ve çalışma grubu olarak belirlendi.

Bulgular: Yeterli smear örnekleme alanlarının 104 (%2.12) tanesinde epitelyal hücre anormalliği saptandı. ASC-US: 57 (%1.16), ASC-H: 8 (%0.16), LSIL: 23 (%0.46), HSIL: 6 (%0.12), SCC: 5 (%0.10), AGC: 2 (%0.04), ACC: 3 (%0.08) olarak belirlendi.

Sonuç: Ülkemiz kadınlarının düzenli aralıklarla hekime gitme alışkanlıkları olmadığı göz önüne alındığında topluma servikal Pap-smear taramasının basit ve kolay bir yöntem olduğu, kanserden koruyuculuğu ve erken tanıya yardımcı olduğu anlatılmalı ve servikal kanseri invazif hale gelmeden premalign dönemde saptayarak tedavi edilmesini sağlamak gerektiği anlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Smear, Sitoloji, Serviks

Abstract

Aims: In our study, the data were obtained of cervical smears results of women who were admitted to the gynecology clinic with several complaints and to investigate the compatibility with the literature.

Material and Methods: In this study, Cervical smear reports of 6540 patients who admitted the Selcuk Medical Faculty Hospital of Gynecology and Obstetrics Clinic between March 2013 and December 2014 were examined.

Results: Smear test of 104 (2.12%) patients had epithelial cell abnormalities. 57 of the cases were reported as ASC-US (1.16%), 8 of them were reported as ASC-H (0.16%), 23 of them were reported as LSIL (0.46%), 6 of them were reported as HSIL (0.12%), 5 of them were reported as SCC (0.10%), 2 of them were reported as AGC (0.04%) and 3 of them were

reported as ACC (0.08%).

Conclusion: Widespread use of the cancer screening programs in Turkey will yield decreased incidence and mortality of cervical cancer which is an important public health issue in terms of woman health. Keep in mind of Women wont go to doctor at regular intervals. It should told them Pap-smear screening is simple,easy method and cervical cancer should ensure that the treatment by determining the premalignant period before they become invasive .

Keywords: Smear, Cytology, Cervix

Giriş

Jinekoloji pratiğinin vazgeçilmez olan Papanicolaou (Pap) smear taramasının yaygın olarak kullanılması, servikal patolojilerin daha erken tespitine olanak vermiş ve özellikle invaziv serviks kanserinin görülme oranını önemli ölçüde azaltmıştır. Bununla beraber servikal intraepitelyal lezyonların teşhisinde bir artış olmuştur. Pap smear nispeten ucuz bir yöntemdir. Konvansiyonel sitolojinin servikal patolojilerin tespitindeki sensitivitesi % 30-87, spesifitesi % 86-100, daha yeni bir yöntem olan sıvı bazlı sitolojinin sensitivitesi % 61-95, spesifitesi 78-82 olarak bulunmuştur (1,2). Günümüzde bu amaçla en yaygın olarak 1988 yılında kabul edilen ve 1991 ile 2001 yıllarında revize edilmiş olan Bethesda Sistemi (BS) kullanılmaktadır (3). Türkiye’de serviks kanseri tüm kadın kanserleri arasında 9. sırada yer almaktadır ve insidansı yüz binde 4.76 olarak bildirilmiştir(4).

Sağlık Bakanlığı Ulusal Kanser Programı çerçevesinde, serviks kanseri ulusal tarama programına dahil edildi. Bu programda 2009- 2015 yılları arasında 35-45 yaşları arası tüm kadınlardan bir kez smear alınması, beş yıllık aralıklarla tekrarlanması, son iki smear testi negatif 65 yaş üstü kadınlarda taramanın sonlandırılması amaçlandı (5).

Çalışmamızda vajinal kanama dışındaki şikayetlerle jinekoloji polikliniğimize başvuran olguların servikal smear sonuçlarının istatistiksel analizini yaparak elde edilen verileri literatür eşliğinde değerlendirip uyumluluğunu araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Selçuk Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Mart 2012 ile Aralık 2014 tarihleri arasında çeşitli şikayetlerle başvuran olguların kayıtları incelenerek yapıldı. Çalışmaya 21-65 yaş arası 5472 hasta dahil edildi. Hastaların servikal smear raporları gözden geçirildi ve çalışma grubu olarak belirlendi.

Smearler olguların adetli olmadıkları dönemde, son 72 saat içerisinde koit ve vajinal duş yapmamış ve herhangi bir vajinal ilaç kullanmamış olanlarından

tek kullanımlık steril plastik spekulum vajene uygulandıktan sonra süpürge tarzı smear fırçası ile servikal ekstemal os’tan (endoserviks’de dahil) 360 derece döndürülerek alındı. Servikal sitoloji lam üzerine yayıldıktan sonra %95’lik alkol ile tespit edilerek Papanicolaou yöntemiyle boyandı. Sitopatolojik değerlendirme Bethesda sistemine göre yapıldı(6).(Tablo1)

Tablo1: Bethesda 2001 sistemi

GENEL GRUPLAMA
1.İntraepitelyal lezyon ve malignansi için negatif
2.Epitelyal hücre anormalliği
NONNEOPLASTİK BULGULAR ORGANİZMALAR
1.Trikomonas vaginalis
2.Kandida ile uyumlu fungal mikroorganizmalar
3.Bakteriyal vajinoz ile uyumlu vajinal florada kayma
4.Herpes simpleks ile uyumlu hücresel değişiklikler
DİĞER NONNEOPLASTİK BULGULAR
1.Enfeksiyon nedenli reaktif hücresel değişiklikler
2.Radyasyon nedenli reaktif hücresel değişiklikler
3.RIA nedenli reaktif hücresel değişiklikler
4.Histerektomi sonrası benign glandüler hücreler
5.Atrofi
EPİTELYAL HÜCRE ANORMALLİKLERİ
I. Skuamöz hücre anomalileri
1. Atipik skuamöz hücreler
a. "önemi belirlenemeyen" (ASC-US)
b. "HSIL dışlanamayan" (ASC-H)
2. "Low grade skuamöz intraepitelyal lezyon" (LSIL)
3. "High grade skuamöz intraepitelyal lezyon" (HSIL)
a. Orta ve ağır displazi
b. İnvazyon şüphesi
4. Skuamöz hücreli karsinom
II. Glandüler Hücre Anormallikleri
1.Atipik glandüler (NOS)/endoservikal/endometrial hücreler: AGC (NOS)
2.Atipik glandüler (NOS)/endoservikal/endometrial hücreler: AGC (Neoplastik)
3.Endoservikal in situ adenokarsinom
4.Adenokarsinom (endoservikal/endometrial/ekstraüterin/NOS)

Pap smear sonucu önemi belirsiz atipik skuamöz hücre (ASC-US), HSIL’in ekarte edilemediği atipik skuamöz hücre (ASC-H), düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (LSIL), yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (HSIL), atipik glandüler hücreler (AGC), skuamöz hücreli karsinom (SCC), adenokarsinom (ACC) olarak rapor edilen olgular çalışma kapsamına alındı. Anormal smear sonuçları olan ve ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastalar jinekolojik onkoloji departmanına yönlendirildi. Smear sonuçları yeterlilik, epitelyal hücre anormalliği ölçütleri kullanılarak değerlendirildi ve sonuçlar analiz edildi.

Verileri analizi SPSS 17.0 programı kullanılarak yapıldı. Sonuçların değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ortalama ± standart sapma biçiminde, nominal değişkenler ise olgu sayısı ve (%) olarak gösterildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen kadınların yaş ortalaması 39.46±21.32 idi. Çalışmaya alınan 5472 hastadan 567 (%10.3) tanesinin smear sonucu "yetersiz materyal" olarak geldi. Yetersiz grupta saptanan nedenler sırasıyla; hücre sayısı yetersiz yayma %45.2 (n:256), fiksasyon bozukluğu % 25.6 (n:145), yoğun inflamasyon

%10.4 (n:58), kanama % 10.8(n:61), kalın yayma % 8(n: 47) idi (Tablo 2).

Tablo 2: Yetersiz smearda alınan olgularda yetersizlik nedenleri

Tablo 2: Yetersiz smearda alınan olgularda yetersizlik nedenleri	Sayı (n)	Yüzde(%)
Hücreden fakir yayma	256	45.2
Fiksasyon bozukluğu	145	25.6
Kanama	61	10.8
Yoğun inflamasyon	58	10.4
Kalın yayma	47	8

Yeterli smear örnekleme oranlarının 104 (%2.12) tanesinde epitelyal hücre anormallliği saptandı. Bunlar sırasıyla: ASC-US: 57 (%1.16), ASC-H: 8 (%0.16), LSIL: 23 (%0.46), HSIL: 6 (%0.12), SCC: 5 (%0.10), AGC: 2 (%0.04), ACC: 3 (%0.08) olarak belirlendi.(Tablo3)

Tablo 3: Tanılara göre anormal Pap smearlerin dağılımı

Tablo 3: Tanılara göre anormal Pap smearlerin dağılımı	Sayı (n)	Yüzde(%)
Epitelyal hücre anormallikleri		
ASC-US	57	1.16
ASC-H	8	0.16
LSIL	23	0.46
HSIL	6	0.12
SCC	5	0.10
AGC	2	0.04
ACC	3	0.08

2108 (%42.9) hastada bening lezyon saptandı. Bunlardan 1386'sında (%65,7) enfeksiyon 643 (%30.5) hastada atrofik vajinit saptandı. 62 (%2,94) hastada bening epitelyal değişiklik; 17 (%0.86) hastada servikal erozyon;.

Tartışma

Servikal kanser tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olduğundan hastalığın erken tanısı ve taraması önemli hale gelmiştir. PAP smear testi, Papanicolaou ve tarafından 1943 yılında geliştirilmiştir. Bu test, ucuz ve kolay olması, hastalar tarafından kabul edilebilmesi ve toplumsal taramalarda kullanılarak serviks kanserinden ölümleri yaklaşık %75 oranında düşürebilmesi ile eşsiz bir tarama yöntemidir. İnvazif serviks kanseri saptanan kadınınn %56'nın tanıdan önceki 4 ile 36 ay içinde Pap testi yaptırmadıkları, kalanların da %32'nin test ve %13'nün takip hatalarına bağlı olarak oluştuğu saptanmıştır (7).

Ancak bu yöntemin, örnekleme sırasında alınan hücrelerin yetersiz olması, mukus, hücresel döküntü ve/veya kan ile epitel hücrelerin örtülmesi nedeniyle okunmasının zorlaşması gibi bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır (8).

Yeterli bir örnek endoservikal transformasyon bölgesinden alınmalıdır. Smearlerde diğer bir önemli yeterlilik kriteri ise en az 8000 ile 12000 skuamöz hücrenin

bulunmasının gerekliliğidir (9). Yetersizlik nedenleri arasında ise a) endoservikal/ metaplastik hücre azlığı yada yokluğu, b) skuamöz hücre azlığı, c) kuruma-fiksasyon kusuru ve d) aşırı inflamasyon ilk sıralarda yer almaktadır (10,11).

Bizim çalışmamızda yetersiz smear oranı %10.3 olarak bulundu. Yetersiz hücre sayısı en önemli neden olup, bunun da uygulayıcıya ve/veya hastanın yaş grubu nedeniyle atrofiye bağlı olduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında Ersöz ve ark. (12) tarafından 2010 yılında yayınlanan 3000 olguyu içeren çalışmada %6,7 oranında, Bozkurt ve ark. (13) tarafından yapılan çalışmada %4,46, Dağlı ve Özercan'ın (10) retrospektif taramasında %7,2 yetersiz materyal saptanmıştır.

ABD'de yapılan oldukça kapsamlı bir çalışmada Rosmarie ve ark. (14) her yıl incelenen 55 milyon pap smearin % 1-% 10,4'ünde ASCUS tanımlanmıştır. Türk Servikal Kanser ve Servikal Sitoloji Araştırma Grubu'nun 33 merkezle birlikte yürüttüğü 140334 hastanın bulunduğu çalışmada, ülkemizde ASCUS prevalansı % 1,07, LSIL % 0,3, HSIL % 0,17 olarak bulunmuştur (15). Dünyada yaygın olarak kabul edilen görüşe göre bir patoloji laboratuvarında incelenen pap smearler içinde, ASC-US oranının % 4 -% 5'ten fazla olmamalıdır. Bizim çalışmamızda ASC-US oranı %1.16 olması açısından literatür ile örtüşmektedir.

Anormal pap smear sonuçlarını değerlendirmeye yönelik dünyada yapılan çalışmalara baktığımızda sonuçların değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan araştırmada epitelyal anormallik sıklığı %5.5 olup %3.3 AS-CUS, % 1.2'nin LSIL, % 0.3 HSIL ve %0.2 AGUS saptanmıştı (16). Çinde yapılan çalışmada ise toplam prevalans %3.12 olup dağılım ise %2.3 AS-CUS, %0.41 LSIL, % 0.28 HSIL, %0.02 SCC ve %0.06 AGUS olarak belirlenmiştir (17). Türk Serviks Kanseri ve Servikal Sitoloji Araştırma Grubunun yaptığı çalışmada total anormal sitoloji prevalansının %1.8 bunların sırasıyla ASCUS %1.07, ASC-H %0.07, LSIL %0.3, HSIL %0.17 ve AGUS %0.08 olduğu görülmektedir (18). Bizim çalışmamızdaki sonuçların, yapılan diğer çalışmalardaki oranlara benzer olduğu görüldü.

Biz, jinekoloji polikliniğimize başvuran durumu uygun her kadına en az bir defa Pap smear testini uyguluyoruz. Bu son yıllarda sağlık politikası olarak 3 yılda bir yapılması uygun görülen konvansiyonel sitolojik tarama programına uymasa da, ülkemiz kadınlarının düzenli aralıklarla hekime gitme alışkanlıkları olmadığı göz önüne alındığında fırsatçı bir tarama politikası olsada faydalı olduğu görüşündeyiz. Topluma servikal Pap-smear taramasının basit ve kolay bir yöntem olduğu, kanserden koruyuculuğu ve erken tanıya yar-

dımcı olduğu anlatılmalı ve servikal kanseri invazif hale gelmeden premalign dönemde saptayarak tedavi edilmesini sağlamak amacımız olmalıdır.

Kaynaklar

1. Belison J, Qiao YL, Pretorius Rea. Shanxi province cervical cancer screening study: a cross-sectional comparative trial of multiple techniques to detect cervical neoplasia. *Gynecol Oncol* 2001; 83: 439-444.
2. Kulasingam SL, Hughes JP, Kiviat NB. Evaluation of human papillomavirus testing in primary screening for cervical abnormalities: comparison of sensitivity, specificity, and frequency of referral. *JAMA*. 2002; 288: 1749-1757.
3. Solomon D, Davey D, Kurman R, et al. Bethesda 2001 Workshop: the 2001 Bethesda system-terminology for reporting the results of cervical cytology. *JAMA* 2002;287:2114-7.
4. Tuncer M. Türkiye'de Kanser Kontrolü, Özgül N.(eds.) Türkiye'de Serviks Kanserinin Durumu ve Yapılan Servikal Kanser Tarama Çalışmaları. TC SB Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı yayınları, Ankara 2009: 379-384.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Erişim Adresi: <http://www.ukdk.org.tr>
6. Diane Solomon, Ritu Nayar, Diane D. et al. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology Second edition 2004;1-7:1157.
7. Valdespino VM, Valdespino VE. Cervical cancer screening:state of the art. *Curr Opin- Obstet Gynecol* 2006;18:35-40
- 8-Nanda K, McCrory DC, Myers ER et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann Intern Med* 2000;132:810-819. 247.
9. Herbert A, Bergeron C, Wiener H, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening:recommendations for cervical cytology terminology. *Cytopathology* 2007;18:213-9.
10. Dağlı AF, Özmercan MR. Servikal smear tarama programımızda sınırlılık/yetersizlik oranları ve nedenleri (1322 olgu). *Fırat Tıp Dergisi* 2006;11:166- 9.
11. Karabacak T, Aydın Ö, Düşmez D, Polat A, Cinel L, Eğilmez R. Servikojenital smearlerde sınırlılık/ yetersizlik oranları ve nedenleri (2832 olgu). *Patoloji Bülteni* 2001;18:22-25
12. Ersöz Ş, Reis A, Baki N. Trabzon ilinde servikal tarama programı. *TJOD Derg* 2010;7:35 9.
13. Bozkurt T. 2000-2005 yılları arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi servikal smear tarama sonuçlarımız başlıklı uzmanlık tezi. 12.07.2013 tarihinde http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/dr_tulin_turanli_bozkurt.pdf adresinden ulaşılmıştır
14. Rosemarie R, Fadare O. Longitudinal Cytological Follow-up of Patients With a Papanicolaou Test Interpretation of Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance That Was Followed by a Negative Reflex Test for High-Risk Human Papillomavirus Types. *International Journal of Gynecological Pathology* 2007;27:108-112.
15. Ayhan A, Dursun P, Kuşçu E et al. Prevalence of cervical cytological abnormalities in Turkey. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;106(3):206-209.
16. Insinga RP, Glass AG, Rush BB. Diagnoses and outcomes in cervical cancer screening: a population based study. *Am J Obstet Gynec* 2004;191;105-13.
17. Deshou H, Changhua W, Qinyan L, Wei L, Wen F. Clinical utility of Liqui-PREP™ cytology system for primary cervical cancer screening in a large urban hospital setting in China. *J Cytol* 2009;26:20-5.
18. Turkish Cervical Cancer And Cervical Cytology Research Group. Prevalence of cervical cytological abnormalities in Turkey. *Int J Gynecol Obstet*. 2009;106(3):206-9

Bir Yıllık Süre İçinde Glikopeptid-Dirençli Enterokok Türleriyle Enfekte/Kolonize Olan Hastaların Değerlendirilmesi

Evaluation Of Patients Colonized/ Infected With Glycopeptide-Resistant Enterocococcus Species In A One Year Period

Nurbanu Sezak
Recep Balık
Figen Kaptan
Bahar Örmən
Nesrin Türker
Sibel El
Serap Ural
Ilknur Vardar

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Yazışma Adresi: Nurbanu Sezak
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Karabağlar, İzmir, Türkiye

Mail: drsezak@yahoo.com

Bu makale 2014 yılı 6th Euroasia Congress of Infectious Diseases (EACID) Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 15.07.2015

Kabul Tarihi: 17.08.2015

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 53 Sayı: 2 Ağustos 2015
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 53 No: 2 August 2015

Öz

Giriş: Enterokoklar gastrointestinal sistemin flora üyesidir. Düşük virülanlı olmasına karşın cansız yüzeylerde canlı kalabilir ve bazı antibiyotiklere dirençlidirler. Glikopeptid-dirençli enterokoklar (GDE), özellikle de *E.faecium* nozokomiyal patojendir. Asemptomatik GDE kolonize hastalar kontamine ellerle diğer hastalara bulaş için rezervuardırlar. Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), GDE kolonizasyonu için riskli yerler olarak kabul edilmektedir. GDE enfeksiyonlarında tedavi seçenekleri kısıtlıdır ve mortalitede, hastanede yatışında ve tedavi giderlerinde artışa neden olur. Enfeksiyonların önlenmesi için riskli hastalarda GDE kolonizasyonunu tanımlamak önemlidir.

Hastalar ve metod: Bu çalışmada, bir yıl içinde GDE enfeksiyon veya kolonizasyonu saptanan hastalar değerlendirildi. Hastaların demografik verileri ile klinik ve laboratuvar bulguları, hastane otomasyon sistemiyle retrospektif incelendi.

Bulgular: Toplam 96 GDE kolonize/enfekte hasta çalışmaya alındı. Olguların 57'si (%59,3) erkek, 39'u (%41,7) kadındı. Servisteki olgu sayısı 68 (%70,8), YBÜ'deki olgu sayısı ise 53 (%55,2) idi. Olguların %21'inde diyabetes mellitus, %21'inde hipertansiyon, %21'inde koroner arter hastalığı, %9'unda konjestif kalp yetmezliği, %6'sında kronik böbrek yetmezliği, %5'inde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), %17'sinde ise malignite saptandı. 77 olgunun (%80) rektal sürüntü, 14 hastanın (%14,6) idrar, 5 hastanın (%5,2) yara örneğinde GDE üredi. Hastalardan 69'unda (%71,9) *E.faecium*, 19'unda (%19,8) *E.casseliflavus/gallinarum*, 3'ünde (%3,1) *E.raffinosis*, 2'sinde (%2,1) *E.feacalis*, 1'inde (%1) *E.avium* ve 2'sinde (%2,1) diğer enterokok türleri saptandı.

Sonuç: Batın cerrahisi, malignite, kronik kalp hastalığı, KOAH ve önceki antibiyotik kullanımı GDE kolonizasyonu için risk faktörleri olabileceği düşünüldü. Çalışmamızda bir yıl içerisinde saptanan GDE olguların özelliklerini ortaya koymaya çalıştık. Sonuçta, GDE

enfeksiyon veya kolonizasyonunun önlenmesi için riskli hastaların belirlenmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Enfeksiyon, Glikopeptid dirençli enterokok, kolonizasyon,

Evaluation of Patients Colonized/ Infected with Glycopeptide-Resistant Enterococcus species in a One Year Period

Abstract

Introduction: Enterococci, members of gastrointestinal flora, are able to survive for on inanimate surfaces and naturally resistant to certain antibiotics, despite of low virulence. Glycopeptide-resistant Enterococci (GRE), especially *Enterococcus faecium*, has emerged as an important nosocomial pathogen and represents a serious threat for immunocompromised patients. Colonized patients may act as potential reservoirs for others via hands. Intensive care units (ICUs) are accepted to be at high-risk in terms of colonization. Treatment options for GRE infections are limited. It causes an increase in mortality rate, duration of hospitalization and treatment costs. It is important to define GRE colonization in high-risk patients for prevention of serious infections.

Patients and Methods: We evaluated patients with GRE infection/colonization in one year period. Hospital automation system data were retrospectively reviewed to have clinical and laboratory findings, and demographic data of patients.

Results: Of the 96 patients enrolled in the study, 57 (59.3%) were male and 39 (41.7%) were female. Mean age was 61.4 years. The numbers of inpatient and ICU patients were 68 (70.8%) and 53 (55.2%), respectively. Underlying diseases were diabetes mellitus (21%), hypertension (21%), coronary artery disease (21%), congestive heart failure (9%), chronic renal failure (6%), chronic obstructive pulmonary disease (5%), and malignancy (17%). Sites of cultures were rectal swab (n=77, 80%), urine (n=14, 14.6%), and wound aspiration/swab (n=5, 5.2%). Isolates were *E.faecium* (n=69, 71.9%), *E.casseliflavus/gallinarum* (n=19, 19.8%), *E.raffinosis* (n=3, 3.1%), *E.feacalis* (n=2, 2.1%), *E.avium* (n=1, 1%), and other enterococci species (n=2, 2.1%).

Conclusions: It was thought that intra-abdominal surgery, malignancy, chronic heart disease, chronic lung disease, and a history of antibiotic use could be risk factors for GRE colonization. In this study, we have tried to demonstrate epidemiological and clinical characteristics of the cases diagnosed GRE colonization/infection in our hospital in one year period. Briefly, to define high-risk patients it is important to

prevent GRE colonization and infection.

Keywords: Glycopeptide-resistant enterococcus, colonization, infection

Giriş

Enterokok türleri, virülansı düşük mikroorganizmalar olmalarına rağmen kuruluk, yüksek ısı gibi çevresel koşullara ve bazı antiseptiklere dayanıklı olmaları, cansız yüzeylerde uzun süre yaşabilmeleri, çeşitli antibiyotiklere doğal direnç göstermeleri ve yeni direnç geliştirme yeteneklerinden dolayı hastane kökenli enfeksiyonların önemli etkenleri arasında sayılmaktadır (1). Literatürde enterokok türlerinin glikopeptid antibiyotiklere direnç oranlarının yıllar içinde artmakta olduğu vurgulanmaktadır (2). Enterokok türleri, çalışan personelin elleri veya kirli eşyaların temasıyla hastadan hastaya bulaşabilir ve hastane kökenli salgınlara neden olabilir (3). Glikopeptid dirençli enterokok (GDE) enfeksiyonlarında tedavi seçenekleri kısıtlıdır ve hastanede yatış süresinde ve tedavi giderlerinde artışa neden olur. Bu nedenle, özellikle YBÜ’inde olmak üzere aktif surveians yöntemi ile takip yapılması hastadan hastaya GDE geçişini önlemek açısından gereklidir (4-6). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan antimikrobiyal direnç hızı 2010 yılı verilerine göre ülkemizdeki GDE oranı %11,2’dir (7). Bu çalışmada hastanemizde 2013 yılı içinde görülen GDE olgularının klinik ve mikrobiyolojik açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Hastalar Ve Metod

Bu çalışma, 1100 yataklı bir üçüncü basamak hastanenin YBÜ ve servis birimlerinde izlenen hastaları kapsamaktadır. YBÜ’leri, nöroloji yoğun bakım (15 yataklı), koroner YBÜ (12 yataklı), beyin cerrahisi YBÜ(11 yataklı), kalp damar cerrahisi YBÜ (14 yataklı) ve anestezi YBÜ’den (20 yataklı) oluşmaktadır. Her YBÜ’nin girişinde ve her hasta başında alkol bazlı el dezenfektanı ve her birim içinde lavabo bulunmaktadır. Servislerde ise her koridorda alkol bazlı el dezenfektanı ve her ilaç hazırlama biriminde lavabo bulunmaktadır.

Bu çalışmada bir yıllık süre içinde saptanan GDE enfeksiyon/kolonizasyon olguları değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, klinik ve laboratuvar bulguları, enfeksiyon kontrol komitesi kayıtları ile hastane otomasyon sistemi üzerinden geriye dönük olarak incelendi. Hastanemiz etik kurulundan çalışmanın yapılabilmesi için gerekli onam alındı.

Bulgular

Çalışmamıza GDE kolonizasyon veya enfeksiyonu

tespit edilen 96 olgu dahil edildi. Bu olguların 57'si (%59,3) erkek, 39'u (%41,7) kadındı. Olguların yaş ortalaması 61,4 olarak saptandı, YBÜ'nde yatan hastaların yaş ortalaması 63,4, serviste yatan hastaların yaş ortalaması ise 60,6 olarak hesaplandı. Serviste yatan olgu sayısı 68 (%70,8), YBÜ'nde yatan olgu sayısı ise 53 (%55,2) olarak hesaplandı. Servisteki izleminde alınan klinik örneğinde GDE üremesi saptanan 25 (%26) hastanın çeşitli sebeplerle YBÜ'ne nakil öyküsü vardı. Serviste yatan olguların ortalama yatış süresi 27,7 gün, YDÜ'nde yatan hastaların ortalama yatış süreleri ise 70 gün olarak bulundu. Altta yatan hastalıklar değerlendirildiğinde olguların %21'inde diyabetes mellitus, %21'inde hipertansiyon, %21'inde koroner arter hastalığı, %9'unda konjestif kalp yetmezliği, %6'sında kronik böbrek yetmezliği, %5'inde kronik obstrüktif akciğer hastalığı, %17'sinde ise malignite saptandı. Olguların sadece 23'ü (%23,9) kültür alındığı anda herhangi bir antibiyotik kullanmamaktaydı. Hastaların 73'ünde (%76,1) ise değişken sürelerde tek veya kombine antibiyotik kullanımı mevcuttu. Hastaların 13'ünde (%13,5) 3.kuşak sefalosporin, 7'sinde (%7,2) glikopeptid kullanımı, hastaların 7'sinde (%7,2) ise antifungal kullanımı mevcuttu. Hastaların 23'ünde iki, 4 hastada ise üç farklı antibiyotik kullanımı saptandı. Hastaların kullanmakta olduğu anti-enfektif tedaviler ve dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastaların almış olduğu anti-enfektif tedaviler

Anti-enfektif tedaviler	Hasta Sayısı (%)
Anti-enfektif tedavi yok	23 (24)
1. Kuşak Sefalosporin	4 (4,2)
2. Kuşak Sefalosporin	1 (1)
3. Kuşak Sefalosporin	13 (13,5)
Beta-laktam+beta-laktamaz inh.	26 (27,1)
Glikopeptid	8 (8,3)
Karbapenem	26 (27)
Florokinolon	2 (2,1)
Kolistin	2 (2,1)
Trimetoprim-Sulfometaksazol	2 (1)
Daptomisin	2 (2,1)
Linezolid	3 (3,1)
Makrolid	1 (1)
Metronidazol	9 (9,3)
Rifampisin	1 (1)
Anti-Fungal tedavi	7 (7,2)

Etkenlerin elde edildiği örnekler değerlendirildiğinde, 77 olgunun (%80) rektal sürüntü, 14 hastanın (%14,6) idrar, 5 hastanın (%5,2) yara örneğinde GDE üredi. Tür olarak, 69 hastanın örneğinde (%71,9) *E.feacium*, 19 hastanın örneğinde (%19,8) *E.casseflavus/gallinorum*, 3 hastanın örneğinde (%3,1) *E.raffinosis*, 2 hastanın örneğinde (%2,1) *E.feacalis*, 1 hastanın örneğinde (%1) *E.avium*, 2 hastanın örneğinde (%2,1)

ise diğer enterokok türleri üremiştir. Üreme saptanan klinik örneklerin etkenlere göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. GDE türlerinin klinik örneklerle göre dağılımı

Tablo 2. GDE türlerinin klinik örneklerle göre dağılımı

	<i>E.feacium</i>	<i>E.casseflavus/gallinorum</i>	<i>E.raffinosis</i>	<i>E.feacalis</i>	<i>E.avium</i>	<i>Enterococcus spp.</i>
Rektal sürüntü	51	19	3	2	1	1
İdrar	14	0	0	0	0	0
Yara	4	0	0	0	0	1
Kültürü						
Toplam	69	19	3	2	1	2

Bir klinik örneğinde GDE üremesi saptanan 11 olgunun (%11,5) batın içi cerrahi geçirme öyküsü mevcuttu. Bu olguların 8'inde (%72,7) *E.feacium*, 3'ünde (%17,3) ise *E.casseflavus/gallinorum* üremesi saptanmıştır.

Tartışma

Enterokoklar, çevre şartlarına dayanıklı olmaları, çeşitli antibiyotiklere intrinsek dirençli olmaları ve yeni direnç geliştirme yeteneklerinden dolayı, son on yılda hastane enfeksiyonlarının önemli nedenleri arasında yer almaktadır. GDE enfeksiyonları, sıklıkla ileri yaşta, immun yetmezlikli, transplantasyon uygulanan hastalarda ortaya çıkmaktadır. Bu hasta grubundaki artış nedeniyle GDE enfeksiyonları önümüzdeki yıllarda daha da önemli hale gelecek gibi görünmektedir (8). Gastrointestinal sistem (GIS), GDE kolonizasyonunun en fazla geliştiği alandır (9). Rektal kolonizasyonun saptanmasında dışkı kültürü altın standart olmasına rağmen çoğu araştırıcı rektal ve perirektal sürüntülerin alınmasını uygun bulmaktadır (10). Her merkez kendi GDE kolonizasyon/enfeksiyon tarama programını belirlemelidir. Kolonizasyon oranı %20'nin üzerinde ise GDE taşıyıcılığı açısından sürekli sürveyans yapılmasının, GDE taşıyıcılık oranı düşük olan ya da saptanmayan ünitelerde risk grubunu oluşturan hastalarda nokta prevalansı ile GDE taramasının daha uygun olduğu bildirilmiştir (11).

Kim ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, YBÜ'ne kabul edilirken rektal sürüntü kültürü alınan 1128 hastada GDE saptanma oranı %16,3, kolonize hastalarda enfeksiyon gelişme oranı %11,9 olarak bildirilmiştir. Kolonizasyonun saptanmasından sonra ortalama 16 gün içinde enfeksiyon geliştiği ve kolonize hastalarda başka bir tür organizma ile enfeksiyon varlığı, hemodiyaliz kateteri, vankomisin kullanılması ve batın içi cerrahi öyküsü risk faktörleri olarak saptanmıştır (4). Bizim çalışmamızda ise GDE üreyen hastaların %11,5'inde batın içi cerrahi öyküsü mevcuttu.

Özseven ve arkadaşlarının GDE enfekte/kolonize 380 hastanın incelendiği çalışmada, kanda üreyen türlerin %58'inin *E. fecalis*, %42'sinin *E. feacium*, idrarda üreyen türlerin %48'inin *E. fecalis*, %61'inin *E. feacium*, yara kültüründe üreyenlerin ise %76'sının *E. fecalis*, %18'inin *E. feacium* olduğunu bildirmişlerdir (12). Altun ve arkadaşları tarafından bildirilen ve 199 (%53,3'ü idrar, %30,7 kan) enterokok türünün irdelendiği çalışmada, suşların 143'ünün (%71,9) *E. fecalis*, 51'inin (%25,6) *E. feacium*, üçünün (%1,5) *E. gallinorum*, birer suşun da *E. avium* ve *E. durans* olduğu tespit edilmiştir (13). Yiş ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da YBÜ'nde hastalarından en sık izole edilen enterokok türünün *E. feacium* olduğu bildirilmiştir (14). Bizim çalışmamızda da *E. feacium* hem yara kültüründe hem de idrar kültüründe en sık etken olarak saptandı.

Atalay ve arkadaşlarının anestezi YBÜ'nde GDE üreyen 19 hastayı bildirdikleri çalışmada, olguların yaş ortalaması 60 olarak saptanmıştır (15). Olguların ortalama yaşı ve cinsiyet dağılımı bizim çalışma grubumuz ile benzerlik göstermektedir. Vagnerova ve arkadaşları, 22 hastadan izole edilen 38 GDE suşunun 24'ünün *E. feacium*, 4'ünün *E. fecalis*, 6'sını *E. casseliflavus* ve 4'ünün diğer enterokok türleri olduğunu saptamışlardır. Bu türlerin 24'ünün rektal sürüntü örneğinden, 8'inin idrardan, 1'inin ise üst solunum yolu sekresyonlarından üretildiği bildirilmiştir (16). Bu sonuçlar bizim çalışmamızdaki türler ve üreyen klinik örnekler açısından benzerlik göstermektedir.

Özcan ve arkadaşlarının pediatri ünitesinde yaptıkları çalışmada, hematolojik maligniteler ve solid organ tümörü en sık altta yatan neden olarak saptanmıştır (17). Bizim çalışmamızda hastalarımızın %17'sinde malignite saptandı.

Hoshuyama ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, eş zamanlı metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (MDSA) izolasyonu ve hastanın anti-MDSA etkili antibiyotik kullanmıyor olmasının GDE için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (18). Bizim çalışmamızda MDSA etkili antibiyotik kullanmayan hasta sayısı ise 61 (%64,2) olarak bulunmuştur.

Antibiyotik kullanımının GDE kolonizasyonuna etkisini irdeleyen pek çok çalışma mevcuttur. Donskey ve arkadaşları tarafından fare modeli üzerinden yapılan bir çalışmada, anti-anaerob etkinliği olan antibiyotiklerin kullanılması sonucunda gaitada GDE gelişme sıklığının arttığı bildirilmiştir. Ampisilin kullanımının da GDE kolonizasyonunu arttırdığı, seftriakson kullanımının ise oranı etkilemediği saptanmıştır (19). Padiglone ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, tikarsilin-klavulonik asit ve karbapenem kullanımı ile GDE kolonizasyonunda artış tespit edilmiş ancak

glikopeptid ve sefalosporin (seftriakson, sefotaksim, seftazidim) kullanımı ile bir ilişki saptanmamıştır (20). Ostrowski ve arkadaşları, ikinci ve üçüncü kuşak sefalosporin kullanımının risk faktörü olduğunu saptamışlardır (21). Elizaga ve arkadaşları ise vankomisin ve sefalosporin kullanımını risk faktörü olarak tanımlamıştır (22). Byers ve arkadaşları da metronidazol kullanımının risk faktörü olduğu sonucuna varmışlardır (23). Fridkin ve arkadaşları, YBÜ'nde 3. kuşak sefalosporin ve vankomisin kullanımının, diğer faktörlerden bağımsız olarak GDE insidansında artışa neden olduğunu bildirmişlerdir (24). Bizim çalışmamızda 3. kuşak sefalosporin kullanan hasta sayısı 13 (%13,5), piperasilin-tazobaktam kullanan hasta sayısı ise 21 (%21,8) olarak bulunmuştur. Ayrıca, hastalarımızın %27'sinde karbapenem, %9,3'ünde metronidazol, %8,3'ünde glikopeptid, %2,1'inde flourokinolon, kullanımı mevcuttu. Kontrol grubumuz olmaması nedeni ile hastaların kullandığı antibiyotiklerden hangilerinin risk faktörü olduğunun saptanamaması bu çalışmanın eksik yönlerinden biridir.

Bu çalışmada bir yıl içerisinde hastanemizde saptanan GDE olguların epidemiyolojik ve klinik özelliklerini ortaya koymaya çalıştık. GDE kolonizasyonunu ortadan kaldırmak ve gelişen enfeksiyonları tedavi etmek güçtür ve yüksek maliyeti beraberinde getirir. Bu nedenle özellikle riskli hasta gruplarında GDE kolonizasyon ve enfeksiyonlarının önlenmesi için uygun sürveyans yönteminin belirlenerek uygulanması ve enfeksiyon kontrol önlemlerine azami derecede dikkat edilmesi çok önemlidir.

Kaynaklar

1. McGeer AJ, Low DE. Vancomycin-resistant enterococci. *Seminars in Respiratory Infections* 2000; 15(4): 314-26.
2. Dawn M. Sievert, Philip Ricks, Jonathan R. Edwards, Amy Schneider, Jean Patel, Arjun Srinivasan 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. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2013; 34(1): 1-14.
3. Fatma Kaya Kılıç, Şebnem Çalkavur, Özgür Olukman, Gülten Ercan, Yeliz Oruç, Dilek Özkök ve ark. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde vankomisine dirençli enterokok kolonizasyonu yönetimi: Bir salgından çıkarılan dersler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2012; 2(3): 148-153.
4. Kim YJ, Kim SI, Kim YR, Lee JY, Park YJ, Kang MW. Risk factors for vancomycin-resistant enterococci infection and mortality in colonized patients on intensi-

ve care unit admission. *American Journal of Infection Control* 2012; 40(10): 1018–1019.

5. Leclercq R, Derlot E, Duval J, Courvalin P. Plasmid-mediated resistance to vancomycin and teicoplanin in *Enterococcus faecium*. *New England Journal of Medicine* 1988; 319(3): 157–161.

6. Vural T, Şekercioğlu AO, Öğünç D, Gültekin M, Çolak D, Yeşilipek A ve ark. Vankomisine dirençli *Enterococcus casseliflavus* suşu. *ANKEM dergisi* 1998;12(2): 113.

7. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans ve Kontrol Birimi. Ulusal hastane enfeksiyonları sürveyans ağı (UHESA) raporu. Özet veri, 2010. http://www.rshm.gov.tr/enfeksiyon/dosya/analiz_2010.pdf.

8. Weinstein RA, Hayden MK. Insights into the epidemiology and control of infection with vancomycin-resistant enterococci. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 31: 1058-65.

9. Çetinkaya Y, Falk P, Mayhall CG. Vancomycin-resistant enterococci. *Clinical Microbiology Reviews* 2000; 13(4): 686-707.

10. D'Agata EMC, Shiva Gautam, William K. Green, and Yi-Wei Tang. *Clinical Infectious Diseases* 2002; 34(2): 167-72.

11. Frieden TR, Munsiff SS, Williams G, Faur Y, Kreiswirth B, Low DE et al. Emergence of Vancomycin-resistant enterococci in New York City. *The Lancet* 1993; 342(8863): 76-79.

12. Özseven A.G, Çetin E.S, Arıdoğan B.C, Çiftçi E, Özseven L. Çeşitli klinik örneklerden izole edilen enterokok suşlarının antibiyotik duyarlılıkları *ANKEM dergisi* 2011;25(4):256-262

13. Altun D, Erdem G, Çölpü N, Çağatay M. Klinik örneklerden izole edilen enterokok suşlarının tür düzeyinde tanımlanması ve antibiyotik duyarlılıklarının çeşitli yöntemlerle araştırılması. *ANKEM dergisi* 2013; 27(3): 130-134.

14. Yiş R, Aslan S, Çıtak Ç, Değirmenci S. Gaziantep çocuk hastanesinde vankomisine dirençli enterokok kolonizasyonunun değerlendirilmesi. *Mikrobiyoloji Bülteni* 2011; 45(4): 646-654.

15. Atalay S, Ece G, Şamlıoğlu P, Maraş G, Köse I, Köse Ş. İzmir'de Üçüncü Basamak Bir Hastanede Görülen Vankomisine Dirençli Enterokok Olgularının Değerlendirilmesi. *Mikrobiyoloji Bülteni* 2012; 46(4): 553-559.

16. Vangerova I, Sauer P, Kolar M, Slepickova S, Hubacek J, Faber E et al. Sources and pathways of spread of vancomycin resistant enterococci in hemato-oncological patients. *Biomedical Papers* 2006; 150(1): 117-120.

17. Ozcan AE, Naas T, Baysan BO, Ogunc D, Inanc D, Colak D et al. Nasocomial outbreak of vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* in a pediatric unit at a Turkish university hospital. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2008; 61(5): 1033-1039.

18. Hoshuyama T, Moriguchi H, Muratani T, Matsumoto T. Vancomycin-resistant enterococci(VRE) outbreak at a university hospital in kitakyusu japan: case-control studies. *Jorunal of Infection and Chemoterapy* 2008; 14(5): 354-360.

19. Donskey CJ, Hanrahan JA, Hutton RA, Rice LB. Effect of parenteral antibiotic administration on persistence of vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* in the mouse gastrointestinal tract. *Journal of Infectious Diseases* 1999; 180(2): 384-390.

20. Padiglione AA, Wolfe R, Grabsch EA, Olden D, Pearson S, Franklin C et al. Risk factors for new detection of vancomycin-resistant enterococci in acute-care hospitals that employ strict infection control procedures. *Antimicrobial Agents Chemotherapy*. 2003; 47(8): 2492-2498.

21. Ostrowsky BE, Venkataraman L, D'Agata EMC, Gold HS, DeGirolami PC. Vancomycin-Resistant Enterococci in Intensive Care Units: High Frequency of Stool Carriage During a Non-Outbreak Period. *Archives of Internal Medicine* 1999; 159(13): 1467-1472.

22. Elizaga ML, Weinstein RA, Hayden MK. Patients in long-term care facilities: a reservoir for vancomycin-resistant enterococci. *Clinical Infectious Diseases* 2002; 34(4): 441-446.

23. Byers KE, Anglim AM, Anneski CJ, Germanson TP, Gold HS, Durbin LJ. The hospital epidemic of vancomycin-resistant *Enterococcus*: risk factors and control. *Infection Control & Hospital Epidemiology* 2001; 22: 140-147.

24. Fridkin SK, Edwards JR, Couval JM, Hill H, Tenover FC, Lawton R. The effect of vancomycin and third-generation cephalosporins on prevalence of vancomycin resistant enterococci in 126 US adult intensive care units. *Annals of Internal Medicine* 2001; 135: 175-178.

How To Prevent The Non-Emergent Presentations To Emergency Department?

Acil Servise Yapılan Acil Olmayan Başvurular Nasıl Engellenir?

*Utku ESER
**Erden Erol ÜNLÜER
***Akin SIVASLIOĞLU
****Behzat ÖZKAN

* Family Medicine Specialist
** Emergency Department
***Gynecology Department
****CEO of the Association of Public Hospitals of Southern İzmir

Izmir Ataturk Research and Training Hospital,
Emergency Department
Izmir/TURKEY

Corresponding author: Utku Eser
Address of corresponding author: Izmir Ataturk
Research and Training Hospital,
Family Medicine department
e-mail: utkueser@gmail.com

Geliş Tarihi: 05.08.2015
Kabul Tarihi: 19.08.2015

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 53 Sayı: 2 Ağustos 2015
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 53 No: 2 August 2015

Abstract

Objectives: To determine the frequency of use for non-emergency conditions presenting to a tertiary care emergency department (ED).

Methods: This observational study was a retrospective analysis of data. ED charts of all patients who presented to our ED between February 1 and February 28, 2010 were reviewed by six emergency medicine residents. Patients categorized in Level IV and V were considered inappropriate visits and were eligible for our study and the following data extracted: non traumatic medical emergencies, patient demographics, patient complaints, presenting timeperiod, number of laboratory tests and imaging studies, consultations, rate of emergency revisits within one month, number of admissions, comorbidities, medication use, and insurance status.

Results: Four thousand and twenty six patients were categorized in Level IV and V. Of the 4,026 patients, 371 patients (9.2%) revisited the ED within 30 days for the same problem. Revisits to the ED were not related to the presence of comorbidities ($p=0.30$), age ($p=0.51$), medication use ($p=0.21$), consultation ($p=0.60$) or gender ($p=0.62$), but was significantly related to insurance status ($p=0.03$). Admission rate was 3.5%. A higher percentage of the revisited patients presented to the ED after the workday period 63.6 ($n=236$) and use their general health insurance 87.9% ($n=326$).

Conclusions: In conclusion, the analysis of our non-traumatic medically emergent patient population shows that the ED revisits for non-urgent care can be due to non-accessibility to family practitioner, diagnostic and laboratory tests. Therefore, it is clearly seen that, dissemination of family practitioners will provide a significant role in emergent patient population. TNHS is trying to reach population via family practitioners therefore trying to increase the number of family practitioners. With the strengthened family practitioner system, ED's patient population may be reduced.

Keywords: Emergency service, hospital; emergency medical services; triage; national health program

Öz

Amaç: Üçüncü basamak acil servis kliniğine yapılan acil-olmayan durumlarda yapılan başvuruların sıklığını araştırmak.

Yöntem: Bu gözlemsel çalışma verilerinin retrospektif analizi yapıldı. Acil Servis kliniğine 1-28 şubat 2010 tarihleri arasında başvuru yapan tüm hastaların dosyaları, 6 acil servis hekimi tarafından incelendi. IV. düzey ve V. Düzey olarak kategorize edilmiş hastaların acil servise başvuruları uygunsuz kabul edilip, çalışmamız için elverişli kabul edildi ve ilgili veriler oluşturuldu: -travma dışı tıbbi aciller, hasta demografik bilgileri, hasta şikayetleri, başvuru zaman aralıkları, yapılan laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri, konsültasyonlar, acil servise bir ay içinde mükerrer başvuru sıklığı, birden fazla hastalığın aynı anda seyri, ilaç kullanımı ve sağlık güvencesi.

Bulgular: Dört bin yirmi altı hasta , IV. Ve V. Düzey olarak kategorize edildi. 4026 hastanın arasında, 371 hasta (9.2%) 30 gün içerisinde acil servise aynı hastalık nedeni mükerrer başvuru yaptı. Acil servise mükerrer başvuruların komorbiditeyle ilişkili olmaması ($p=0.30$), yaş ($p=0.51$), ilaç kullanımı ($p=0.21$), konsültasyonlar ($p=0.60$), veya cinsiyet ($p=0.62$) veya cinsiyet ($p=0.62$). Başvuru oranı %3.5 olarak saptandı. İş saatleri dışında başvuru oranı daha fazla olup 63.6($n=236$) ve bu başvuruların genel sağlık sigortasına sahip olma oranı %87.9 ($n=326$)

Sonuç: Çalışmamızın analizi sonucunda, travma dışı acil servise başvuran, acil-olmayan şikayeti olan hastaların başvurularının fazla olmasının nedeni, özellikle mesai saatleri dışında hastaların aile hekimlerine (1. Basamak) veya yataklı hizmet veren hastane polikliniklerine başvuru yapamamalarıdır. Bu nedenle, açıkça görülmüştür ki, sağlık bakanlığının planladığı üzere aile hekimliği sistemi güçlendirilerek, acil servise başvuru sayısının azaltılması mümkün olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, hastane, acil tıp hizmetleri, triaj, ulusal sağlık programı

Introduction

The emergency department (ED) of a hospital is one of its most important departments, and the way its operational structure has a strong influence on the functioning of the rest of the hospital. Over the last 17 years, since the foundation of emergency medicine as a primary medical specialty in Turkey, demands on EDs have dramatically changed both quantitatively and qualitatively. In the early years of emergency care, EDs received a limited number of patients. With demographic changes in society, increasing life expectancy and greater expectations of the public from

personnel and facilities, EDs now deal with a large number of nonemergent patients.

The purpose of this study was to determine the frequency of use for non-emergency conditions by non-trauma patients presenting to our tertiary care emergency department, the first such study about ED utilization in Turkey in the English medical literature.

Methods

This observational study was a retrospective analysis of data collected prospectively for our ED administrative database. Our emergency department is part of an urban 1200-bed teaching. Dhospital which provides 24-hour emergency medical care for adult trauma, adult non-trauma, and pediatric trauma patients with an annual 200,000 visits. It serves as the trauma centre for our city which has a population of three million people. Our imaging facilities include a main hospital computed tomography (CT) scanner and a second CT scanner in the ED. Two bedside ultrasonography machines are available for emergency medicine physicians and residents to use during patient evaluation and procedures. A magnetic resonance imaging is available 24 hours a day. Laboratory testing available to our physicians include routine chemical and hematology tests as well as the following point-of-care ED tests: troponin T and I, beta-human chorionic gonadotropin, B-type natriuretic peptide, D-dimer, and arterial blood gas analysis.

Since 2005, with additional training of several weeks duration, general practitioner physicians in Turkey have become —family physicians . A smaller number of physicians have been residency-trained in —family medicine , through a three-year training program. Because the family medicine system (all individuals are assigned to a family physician) has been only recently implemented, members of the public here often present to the emergency department (instead of going to the family physician first for non-emergent problems) for a variety of non-urgent, urgent, and emergent healthcare needs.

In our teaching hospital, the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale is used for initial triage of the patients which is a 5-level triage scale for classifying the acuity of a patient's condition, based primarily on the patient's presenting complaint. Level I defines patients requiring resuscitation, Level II defines emergent patients, Level III defines urgent patients, Level IV defines less-urgent patients, and Level V defines non-urgent patients. ED charts of all patients who presented to our ED between February 1 and February 28, 2010 were reviewed by six emergency medicine residents. Patients categorized

in Level I, II, and III were considered as appropriate visits. Patients categorized in Level IV and V were considered inappropriate visits and were eligible for our study and the following data extracted: non traumatic medical emergencies, patient demographics, patient complaints, presenting time-period, number of laboratory tests and imaging studies, consultations, rate of emergency revisits within one month, number of admissions, comorbidities, medication use, and insurance status.

Data were exported to SPSS 15.0 and the data were analysed using the chi-square test. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results

Four thousand and twenty six patients were categorized in Level IV and V. Of the 4,026 patients, 371 patients (9.2%) revisited the ED within 30 days for the same problem. The mean age was 44.8 ± 18.6 years (range 15-99 years) and 45.3% were under forty years of age. Time of ED presentation and insurance status of the patients are shown in Table 1. The most common ED presentation complaint was gastrointestinal system-related, followed by genitourinary system-related complaint (Fig. 1). Almost 9.4% of the patients were taking medications related to one or more body systems and 15.4% of the patients had comorbid illnesses. Laboratory tests were ordered for 45.3% and imaging studies were ordered for 22.9% of the patients. Consultations were obtained for 23.5% of the patients. Admission rate was 3.5%. Revisits to the ED were not related to the presence of comorbidities ($p=0.30$), age ($p=0.51$), medication use ($p=0.21$), consultation ($p=0.60$) or gender ($p=0.62$), but was significantly related to insurance status ($p=0.03$).

A higher percentage of the revisited patients presented to the ED after the workday period 63.6 ($n=236$) and use their general health insurance 87.9% ($n=326$).

Discussion

Overcrowding of hospital emergency departments by those with low-acuity health problems which can be handled in a primary care setting is not a recent development, nor it is limited to the Turkey only. ED overcrowding has been noted in the United Kingdom, Canada, and elsewhere [4-6]. In this study, almost 10% of patients revisited the ED more than once, and of these significant factor predicting return was insurance status. Because only 3.5% of these were admitted to the hospital within a month, this showed us the majority of the revisits were nonemergent. Recent studies have shown that patient visits to an

ED for non-urgent complaints is widespread internationally. The percentage of patients going to EDs for non-urgent problems is between 9% and 54% in the USA, between 25% and 60% in Canada, and between 19% and 40% in Europe; higher percentages have been found in Kuwait (61%) and in Hong Kong (57%) [1,7-18]. In our study, the first such report of ED utilization from a government hospital in Turkey, the percentage of inappropriate ED use was 9.2% which was lower than the European average but still very significant. The variance in percentages can be partially explained by the methods used in different studies to define non-emergent patients. In most of the studies, the determination of non-emergent vs. emergent was done prior to the physician's evaluation, using the assessment by the triage nurse [8,12,14,15]. In other studies, the evaluation was carried out after the visit, either by the patient's physician, or by a group of physicians reviewing the chart [13,16-18]. In our study, clinical data coming from the ED database were used.

Patients present to EDs with non-emergent problems for several reasons. The first is that the patient believes that emergent or urgent care is necessary; this has been found to be an important reason in most European and North America studies, but not in all [19-26]. A second group of reasons include prior experience and satisfaction with care in the ED, as well as convenience, reflecting the fact that in the physician can evaluate, test, and diagnose all in the same ED visit. These reasons have also been found among ED patients in some North American and European studies [20,21,24,26,27].

The patients who came for a revisit were more likely to arrive in the evening, after the regular workday was over. They also were more likely to have GHI. As in our study, insurance status was a primary factor found in other studies of ED utilization [28,29]. Adults with government health insurance are twice as likely to be frequent ED users than those with private insurance [30]. However, some actions on primary care and hospital wards and insurance system are necessary. On one side, family practitioner system should be strengthened in order to increase diagnostic and therapeutic capabilities before the ED admittance and encourage patients to refer to their family practitioners. On the other side, hospital wards must be improved in order to ease accessibility and shorten waiting times for the patients. Future strategies must be produced to decrease the burden of EDs for increasing the quality of emergency care and avoid of medicolegal problems. TNHS is working to strengthen family practitioner system at the moment.

Conclusion

In conclusion, the analysis of our nontraumatic medically emergent patient population shows that the ED revisits for non-urgent care can be due to non-accessibility to family practitioner, diagnostic and laboratory tests. Therefore, it is clearly seen that, dissemination of family practitioners will provide a significant role in emergent patient population. TNHS is trying to reach population via family practitioners therefore trying to increase the number of family practitioners. With the strengthened family practitioner system, ED's patient population may be reduced.

References

1. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003; 117:250–255.
2. Rowe BH, Channan P, Bullard M, Blitz S, Saunders LD, Rosychuk RJ, et al. Characteristics of patients who leaves emergency departments without being seen. *Acad Emerg Med* 2006; 13(8):848–852.
3. Ding R, McCarthy M, Li G, Kirsch TD, Jung JJ, Kelen GD. Patients who leave without being seen: their characteristics and history of emergency department use. *Ann Emerg Med* 2006; 48(6):686–693.
4. Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 2004; 43(1):137–138.
5. Li G, Lau JT, McCarthy ML, Schull MJ, Vermeulen M, Kelen GD. Emergency department utilization in the United States and Ontario, Canada. *Acad Emerg Med* 2007; 14(6):582–584.
6. Siddiqui S, Ogbeide DO. Utilization of emergency services in a community hospital. *Saudi Med J* 2002; 23(1):69–72.
7. U.S. General Accounting Office. Emergency departments: unevenly affected by growth and change in-patient use. Publication No. B-251319. U.S. General Accounting Office; Washington, DC: January 1993.
8. Liu T, Sayer MR, Carleton SC. Emergency medical care: types, trends, and factors related to nonurgent visits. *Acad Emerg Med* 1999; 6(11):1147–1152.
9. McCraig L, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 1999 emergency department summary. *Adv Data* 2001; 320:1–6.
10. McCraig L, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 2001 emergency department summary. *Adv Data* 2003; 335:1–2.
11. McCraig L, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 2002 emergency department summary. *Adv Data* 2004; 340:1–5.
12. McCraig L, Nawar EW. National hospital ambulatory medical care survey: 2004 emergency department summary. *Adv Data* 2006; 372:1–5.
13. Beland F, Lemay A, Boucher M. Patterns of visits to hospital-based emergency rooms. *Soc Sci Med* 1998; 47(2):165–179.
14. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med* 2004; 11(12):1302–10.
15. Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E. Primary care in the accident and emergency department: prospective identification of patients. *BMJ* 1995; 311:423–426.
16. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *J Epidemiol Community Health* 1996; 50(4):456–462.
17. Shah NM, Shah MA, Behbehani J. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Soc Sci Med* 1996; 42(9):1313–1323.
18. Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Factors associated with non-urgent utilization of accident and emergency services: a case-control study in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2000; 51:1075–1085.
19. Pasarin MI, de Sanmamed MJF, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanitaria* 2006; 20(2) [abstract].
20. Guttman N, Zimmerman DR, Nelson MS. The many faces of access: reasons for medically nonurgent emergency department visits. *J Health Polit Policy Law* 2003; 28(6):1089–1120.
21. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J* 2001; 18:482–487.
22. Rajpar S, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. *Emerg Med J* 2000; 17:18–21.
23. Lewis LM, Alpert EN, Lebo BL. Comparison of demographic, clinical, and attitudinal factors between urgent and nonurgent emergency department users. *Acad Emerg Med* 2006; 13(5, Suppl. 1):131 [abstract].
24. Boushy D, Dubinsky I. Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective. *J Emerg Med* 1999; 17(3):405–412.
25. Howard MS, Davis BA, Anderson C, Cherry D, Kol-

- ler P, Shelton D. Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *J Emerg Nurs* 2005; 31:429-435.
- 26.Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons—an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001; 37:568–579.
- 27.Ragin DF, Hwang U, Cydulka RK, Holson D, Haley LL Jr, Richards CF, et al.Reasons for using the emergency department: results of the EMPATH study. *Acad Emerg Med* 2005; 12(12):1158–1166.
- 28.Blank FS, Li H, Henneman PL, Smithline HA, Santoro JS, Provost D, et al. A descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy ED users have better access to care than average users. *J Emerg Nurs* 2005; 31(2):139-144.
- 29.Suruda A, Burns TJ, Knight S, Dean JM . Health insurance, neighborhood income, and emergency department usage by Utah children 1996-1998. *BMC Health Serv Res* 2005; 13;5(1):29.
30. Zuckerman S, Shen YC. Characteristics of occasional and frequent emergency department users: do insurance coverage and access to care matter? *Med Care* 2004; 42(2):176-182.

Mustafa Ozan HORSANALI*
Mustafa KAYGISIZ**
Sacit Nuri GÖRGEL*
Kutan ÖZER*

*İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği
** Torbalı M.Enver Şenerdem Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği

Yazışma Adresi: Mustafa Ozan HORSANALI
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

Geliş Tarihi: 30.03.2015
Kabul Tarihi: 04.05.2015

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 53 Sayı: 2 Ağustos 2015
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 53 No: 2 August 2015

Skrotal Kitleyi Taklit Eden Nadir Bir Skrotal Ağrı Nedeni: Poliorşidizm

A Rare Cause Of Scrotal Pain That Mimics Testicular Mass: Polyorchidism

Öz

Poliorşidizm, skrotumda birden fazla testisin olması şeklinde tanımlanmaktadır. Nadir görülen bir durumdur. En sık görülen şekli triorşidizm olup genellikle sol tarafta görülmektedir. Bizde kliniğimize skrotal şişlik ve ağrı şikayeti ile başvuran sol skrotumda triorşidizm olgusunu sunduk.

Olgu

58 yaşında erkek hasta sol skrotal şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede sol skrotumda sol testisin süperiorunda, testisten ayrı mobil, sert, yaklaşık 4 cm kitle ele geldiği izlendi. Yapılan doppler ultrasonografide ve MRI görüntülemesinde sol skrotumda iki adet normal boyutlarda testis dokusunun olduğu rapor edildi. Laboratuvar testlerinde tümör markerlerinde AFP:3,12 ng/ml, B-HCG:2,29 mU/ml, LDH: 104 U/L şeklinde normal olarak izlendi. Hasta aralıklı USG takibine alındı.

Tartışma

Poliorşidizm testisin nadir görülen bir anomalisidir. Kesin nedeni bilinmemekle birlikte testisin gelişimi esnasında oluşan bir embriyolojik gelişme defekti olduğu düşünülmektedir. Poliorşidizm sıklıkla hidrosel, epididimit, varikosel, infertilite, retraktıl testis veya hipospadias gibi patolojileri incelerken tesadüf olarak tespit edilen bir patolojidir. En sık görülen neoplazmlar embriyonel karsinom, germ hücreli tümör ve seminomlardır. Ekstratestiküler rabdomyosarkom ve adenomda bildirilmiştir.

Poliorşidizme yaklaşım ile ilgili literatürde ortak bir fikir birliği yoktur. Malign transformasyon düşünülen olgularda cerrahi tedavi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Poliorşidizm, skrotal ultrasonografi, testis malign neoplazmi

Abstract

Polyorchidism is a rare case and defined that more than one testes in one scrotum. Triorchidism is the common type of polyorchidism and it is generally seen on the left side. Here we presented the patient with triorchidism that applied our clinic for scrotal swelling and pain.

Case

58-year-old male patient was applied with complaints of left scrotal swelling and pain. On physical examination, in the left scrotum, mobile, tough, approximately 4 cm mass was revealed separately on the superior of left testes. On the doppler ultrasonography and MR imaging were revealed that two normal testicular tissue were reported in the left scrotum. In laboratory tests tumor markers afp :3,12 ng/ml, b-hcg :2,29 mU/ml and LDH: 104 U/l is viewed as normal.

Conclusion

Polyorchidism is a rare anomaly of testes. The exact cause is unknown, but it is thought to be a defect in the testes development that occurs during embryological development. Polyorchidism is often identified as a coincidence with hydrocele, epididymitis, varicocele, infertility, testicular pathologies such as hypospadias or rekraktıl testes when examining pathology. The most common malignancies with polyorchidism are embryonal carcinoma, germ cell tumor and seminoma. Extratesticular rabdomyosarcoma and adenoma were reported, too. There is no consensus about the approach to polyorchidism in the literature. If malign transformation is considered, surgical treatment is recommended.

Keywords: Polyorchidism, scrotal ultrasonography, testicular malign neoplasm

Giriş

Poliorşidizm, skrotumda birden fazla testisin olması şeklinde tanımlanmaktadır. Nadir görülen bir durumdur. En sık görülen şekli triorşidizm olup genellikle sol tarafta görülmektedir (1). Sıklıkla asemptomatik olmasına rağmen çocukluk çağında prosesus vajinalis anomalileri veya inmemiş testis ile birlikte görülebilmektedir (2). Bizde kliniğimize skrotal şişlik ve ağrı şikâyeti ile başvuran sol skrotumda triorşidizm olgusunu sunduk.

Olgu

58 yaşında erkek hasta sol skrotal şişlik ve ağrı şikâyeti ile başvurdu. Fizik muayenede sol skrotumda sol testisin süperiorunda, testisten ayrı mobil, sert, yaklaşık 4 cm kitle ele geldiği izlendi. Yapılan doppler ultrasonografide sağ testisin normal boyutta ve lokalizasyonda olduğu kanlanmasını normal olduğu, sol skrotumda iki adet normal boyutlarda testis dokusunun olduğu, epididimlerinin ayrı ve kanlanmalarının normal olduğu, üstteki testisin epididiminde 42 mm kist izlendiği ve alttaki testis etrafında sıvı artışı olduğu

rapor edildi (Şekil-1). Laboratuvar testlerinde tümör markerlarında AFP :3,12 ng/ml, B-HCG :2,29 mU/ml, LDH: 104 U/L şeklinde normal olarak izlendi. Yapılan skrotal MR da sol hemiskrotumda 2 adet normal yapıda testis dokusu olduğu ve fazla olan testis dokusuyla normal testis dokusu arasında hem T1 hem de T2 sekansında fark olmadığı raporlandı (Şekil-2). Hastaya aralıklı USG takibine alınarak konservatif yaklaşım tercih edildi.



Şekil-1. Ultrasonografide sol skrotumda 2 adet testis dokusu izlenmekte.



Şekil-2. Sol skrotumda 2 adet testisin MRI görüntüsü

Tartışma

Poliorşidizm testisin nadir görülen bir anomalisidir. Kesin nedeni bilinmemekle birlikte testisin gelişimi esnasında oluşan bir embriyolojik gelişme defekti olduğu düşünülmektedir (3).

Leung ve arkadaşları yaptıkları çalışmada poliorşidizmi dört sınıfa ayırmıştır. Tip A: fazla olan testisin kendisine ait epididimi ve vas deferensi yoktur. Tip B: fazla olan testis dokusunun epididimi ve vas deferensi diğer testisle ortakdır. Tip C: fazla olan testis dokusunun kendi epididimi olup vas deferensi diğer testisle ortakdır. Tip D: hem fazla olan testis hem de normal testis kendi epididimine ve vas deferensine sahiptir(4).

Berzog ve arkadaşları 140 olguyu histolojik olarak inceledikleri çalışmalarında olguların çoğunun triorşidizm olduğunu, sadece 6 olguda quadriorşidizm

düğünü, çoğu olgunun tek bir vas deferense açıldığını bildirdiler. Çalışmada ortalama yaş 17 idi. Olguların 9'unda tümör izlendi. bunların 8'i malign 1 tanesi benign olarak raporlandı. Malign olan olguların çoğunda inmemiş testis öyküsü mevcuttu (5).

Poliorşidizm sıklıkla hidrosel, epididimit, varikosel, infertilite, retraktıl testis veya hipospadias gibi patolojileri incelerken tesadüf olarak tespit edilen bir patolojidir. Malign transformasyon riski olmakla birlikte fazla olan testisin lokalizasyonu ile ilişkili değildir. En sık görülen neoplazmlar embriyonel karsinom, germ hücreli tümör ve seminomlardır. Ekstratestiküler rabdomyosarkom ve adenomda bildirilmiştir (6).

Poliorşidizm tanısı doppler ultrasonografi veya MR ile yapılmaktadır. Fazla olan testis normal testis ile aynı ekojenik yapı ve kan akımına sahiptir. MR incelemede de aynı şekilde fazla olan testis dokusu ile normal testis benzer özellikler göstermektedir (7-9).

Poliorşidizme yaklaşım ile ilgili literatürde ortak bir fikir birliği yoktur. Poliorşidizm nadir görülen bir durum olmasına rağmen malign transformasyon riski olduğundan cerrahi yapılması gerektiğini savunanlarla birlikte fazla olan testisin fertilitate potansiyelinden dolayı konservatif tedaviyi savunanlarda mevcuttur. Poliorşidizme yaklaşım konusunda tartışmalar devam etmektedir. Bu olgularla karşılaşıldığında malign durum ekarte ediliyorsa yıllık ultrasonografi takipleri yapılabilir. Malign transformasyon düşünülen olgularda cerrahi tedavi önerilmektedir. Tanıda ultrasonografi ve ultrasonografinin yetersiz kaldığı olgularda MR ile tanı konulabilmektedir. Konservatif yaklaşımla takip edilen hastalarda ultrasonografide ekojenite değişikliği veya fokal kitle izlenmesi durumunda geciktirilmeden cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

Kaynaklar:

1. Arslanoğlu A, Tuncel SA, Hamarat M. Polyorchidism: Color Doppler ultrasonography and magnetic resonance imaging findings. *Clinical Imaging*, 2013; 37:189-191.
2. F.Ferro and B. Iacobelli. Polyorchidism and torsion. A lesson from 2 cases. *Journal of pediatric surgery*, 2005; 40(10): 1662-1664
3. Arthul S, Habib G. Polyorchidism: two case reports and review of the literature. *Journal of medical case report*, 2015;8:464
4. Leung AK. polyorchidism. *Am Fam Physician* 1988;38:153-156.
5. Bergholz R, Wenke K. Polyorchidism: a meta-analysis. *J Urol* 2009, 182:2422-2427.
6. Khrazzi SM, RAhmani MR, Sakipour M, Khoob S. Polyorchidism: a case report and review of literature. *J Urol*, 2006;3;180-183
7. Oner AY, Şahin C, Pocan S, Kızılkaya E. polyorchidism: sonographic and magnetic resonance image findings. *Acta Radiol* 2005;46(7):769-771.
8. Amodio JB, Maybody M, Slowotsky C, Fried K, Foresto C. polyorchidism: report of 3 cases and review of literature. *J Ultrasound Med*, 2004;23(7):951-957
9. Yalçınkaya S, Sahin C, Sahin AF. Polyorchidism: sonographic and magnetic resonance imaging findings. *Can Urol Assoc J*, 2011;5(5):E84-86.

Nevus Komedonikus Nevus Comedonicus

Sıla Şeremet UYSAL*
Hatice DURAN*
Süleyman ALBAŞ**
Fatma Şule AFŞAR*
Rahime İNCİ*
Ali KARAKUZU*

* Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İzmir
** Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

Yazışma Adresi: Hatice DURAN
Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İzmir

Geliş Tarihi: 11.05.2015
Kabul Tarihi: 16.06.2015

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 53 Sayı: 2 Ağustos 2015
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 53 No: 2 August 2015

Öz

Nevus komedonikus kıl foliküllerinin gelişim kusuru olarak kabul edilen, oldukça nadir görülen hamartomatöz bir lezyondur. Genellikle konjenital veya on yaşından önce ortaya çıkmaktadır. Çoğunlukla tek başına olmakla birlikte nadiren nevus komedonikus sendromunun bir bileşeni olabilir. Merkezinde komedona benzeyen koyu renkli, sert ve keratin içeren bir tıkaç bulunan papüllerin bir araya gelmesi ile oluşan plaklar şeklinde gözlenir. En sık yüz, boyun, gövde ve kollarda yerleşen lezyonlar genellikle lineer ve tek taraflıdır. Nevus üzerinden fistüller, sinüsler, şiddetli skar dokuları ve skuamöz hücreli karsinom gelişebilir. Burada boyun bölgesinde dağılım gösteren papuler lezyonlarla başvuran, klinik ve histopatolojik inceleme ile nevus comedonicus tanısı konulan 18 yaşında hasta, nadir bir hastalık olması ve kozmetik sorun oluşturmaları nedeniyle hastalığın önemini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Nevus komedonikus, hamartom.

Abstract

Nevus comedonicus is a rather rare hamartomatous lesion that is considered as a developmental defect of hair follicles. It generally develops congenitally or before 10 years of age. Although mostly seen alone, it may rarely be a component of nevus comedonicus syndrome. It presents as plaques that are formed by the agglomeration of comedone-like papules with dark, hard, and keratin-containing plugs in their center. The mostly linear and one-sided lesions usually occur on face, neck, trunk and arms and. Fistulas, sinuses, severe scar tissues, and squamous cell carcinomas may develop from nevus. We would like to present a 18-year-old patient who had presented with papular lesions distributed in the neck area and was diagnosed with nevus comedonicus based on clinical and histopathological examinations. With this case presentation, we would like to emphasize the importance of this rare disease which can cause cosmetic problems.

Keywords: Nevus comedonicus, hamartoma

Giriş

Nevus komedonikus (NK) ilk olarak 1895 yılında Kofmann tarafından tanımlanmış, unilateral, bilateral,

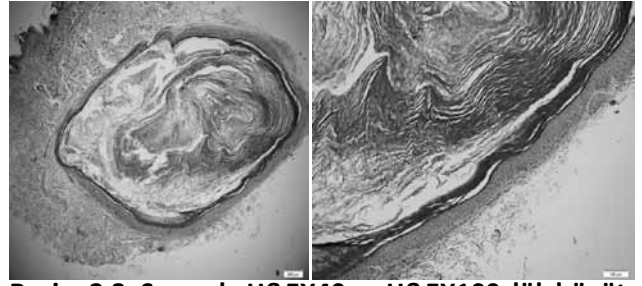
lineer, segmental ya da blaşkoid yerleşen lezyonlarla karakterize nadir bir epidermal nevus subtipidir.1 Lezyonlar genellikle doğumdan sonra veya çocuklukta ortaya çıkar. Lezyonlar keratinöz tkaçlarla dolu komedon benzeri dilate papüllerle karakterizedir. Histopatolojide atrofik sebace gland ya da foliküllerle birlikte keratin dolu epidermal invajinasyonlar gözlenir. Çoğunlukla tek başına olmakla birlikte nadiren nevus komedonikus sendromunun bir bileşeni olabilir.2 Lezyonlar genellikle asemptomatiktir ancak kozmetik kaygı oluşturur. Tedavide topikal tazaroten, tacrolimus, kalsipotriol, intralezyonel steroid, ekstraksiyon, eksizyon, dermabrazyon ve lazer tedavileri uygulanabilir.2,3,4

Olgu

18 yaşında kadın hasta boyun sol tarafında siyah noktasal lezyonlar ve sert nodüller şikayetiyle başvurdu. Hastanın şikayetlerinin çocukluktan itibaren olduğu, zamanla üzerinde ele gelen şişlikler geliştiği öğrenildi. Aile öyküsünde özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde boyun sol tarafında lineer olarak uzanan 5x20 cm boyutlarında içerisinde çok miktarda açık komedon ve 3-4 adet nodulokistik lezyon bulunan döküntü tespit edildi (Resim 1). Rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde dermiste lümeni keratinöz materyalle dolu, duvarı çok katlı yassı epitel ile döşeli kistik alan izlendi (Resim 2,3). Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular çerçevesinde nevüs komedonikus tanısı konuldu. Hastanın nörolojik, kas iskelet sistemi, kardiyak ve göz tutulumu olmadığı için nevus komedonikus sendromu düşünülmedi. Lezyon hastanın psikososyal yaşantısını etkilediğinden hasta lazer tedavisine yönlendirildi.



Resim 1: Boyun sol tarafında lineer olarak uzanan 5x20 cm boyutlarında içerisinde çok miktarda açık komedon ve 3-4 adet noduler kist bulunan lezyon



Resim 2,3: Sırasıyla H&EX40 ve H&EX100 lük büyütmede dermiste lümeni keratinöz materyalle dolu, duvarı çok katlı yassı epitel ile döşeli kistik lezyon

Tartışma

Nevus komedonicus 45.000-100.000' de bir ortaya çıkan, kadın ve erkek hastalarda eşit sıklıkla gözlenen epidermal nevus subtipidir. Hastaların %50'sinde lezyonlar doğumdan kısa bir süre sonra oluşurken, geri kalanların çoğunda 10 yaşından önce ortaya çıkar.5 Genellikle asemptomatik olan lezyonlar sıklıkla yüz ve boyunda yerleşmekle birlikte nadiren avuç içi, ayak tabanı, saçlı deri ve genital bölgede de gözlenebilir. Klinik olarak merkezinde komedona benzeyen koyu renkli, sert ve keratin içeren tkaç bulunan papüllerin bir araya gelmesi ile oluşan plaklar şeklindedir ve komedonal akneye benzemesine rağmen merkezi keratinöz materyal komedonal aknedeki kadar kolay boşaltılamaz.5,6 Lezyonlar, unilateral, bilateral, lineer, segmental ya da blaşkoid yerleşebilir.7 Nevus komedonikusun akne benzeri özelliklere sahip nonpyojenik formu ve çeşitli aşamalarda papül, püstül, kist ve abseler ile karakterize pyojenik formu olmak üzere iki tipi tanımlanmıştır.5,7

Histopatolojide keratin tkaçlarıyla dolu, kıl shaftı içermeyen, büyük, dilate foliküler ostiumlar mevcuttur. Nadiren iyi gelişen sebace glandlar görülebilmese rağmen, genellikle sebace glandlar rudimenterdir veya yoktur. Keratinize skuamöz epitelium tarafından sınırlanan değişik boyutlarda kistik yapılar gözlenebilir. Epidermiste hiperkeratoz ve akantoz izlenebilirken parakeratoz ve diskeratoz beklenmez.5

Nevus komedonikus sendromu (NKS) genetik temeli henüz tespit edilememiş olan epidermal nevus sendromları grubuna aittir.7,8,9 Hastalarda NK ile birlikte merkezi sinir sistemi, iskelet sistemi ve okuler sistem tutulumları mevcuttur. En sık semptomlar katarakt, skolyoz, vertebra füzyonu ve mental retardasyondur.10 Ayrıca bu sendroma trikoepitelyoma, pilar kılıf tümörü, keratoakantom, siringokistadenoma papilliferum, hidradenoma papilliferum ve nadiren bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom gibi epitelyal tümörlerin eşlik ettiği bildirilmiştir.5

Nevus komedonikus lezyonların lineer dizilim göstermesi ve histopatolojik incelemede diskeratotik hü-

relerin görülmemesi ile ailesel diskeratotik komedonlardan, gövde ve ekstremitlerde yaygın ve simetrik lezyon bulunmaması ile idiyoPATİK dissemine komedonlardan, fleksural alanların tutulmaması nedeniyle çocukluk çağı fleksural komedonlarından, püstüler lezyonlar bulunmaması ve lezyonların spontan düzelme göstermemesi nedeniyle de akne neonatorumdan ayırt edilebilir.¹¹

Komplike vakalar ve estetik nedenler dışında agresif tedavi gerekli değildir. Tedavide antibiyotikler, topikal keratolitikler, topikal retinoik asit, sistemik isotretinoin, amonyum laktat losyonlar, kalsipotriol, oral retinoid, dermabrazyon, yüzeysel traşlama, lazer tedavileri ve özellikle küçük lezyonlarda olmak üzere cerrahi eksizyon denenebilir.^{3,4} Tek vaka sunumları şeklinde olmak üzere 2,940-nm erbium YAG lazer, 10,600-nm ultrapulsed CO2 lazer ve 1,450-nm diode lazer ile başarılı bir şekilde tedavi edilen olgular bildirilmiştir.⁵

Kaynaklar:

1. Molho-Pessach V, Schaffer JV. Blaschko lines and other patterns of cutaneous mosaicism. *Clin Dermatol* 2011;29:205–225.
2. Mahajan RS, Shah MM, Ninama KR, Bilimoria FE. Extensive nevus comedonicus. *Indian Dermatol Online J.* 2014;5(4):520–521.
3. Deliduka SB, Kwong PC. Treatment of nevus come-

donicus with topical tazarotene and calcipotriene. *J Drugs Dermatol* 2004;3:674-676.

4. Sardana K, Garg VK. Successful treatment of nevus comedonicus with ultrapulse CO2 laser. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009;75:534-535.

5. Tchernev G, Ananiev J, Semkova K, Dourmishev L, Schönlebe J, Wollina U. Nevus Comedonicus: An Updated Review. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2013;3(1):33–40.

6. Jeong HS, Lee HK, Lee SH, Kim HS, Yi SY. Multiple large cysts arising from nevus comedonicus. *Arch Plast Surg* 2012;39:63–66.

7. Happle R. The group of epidermal nevus syndromes Part I. Well defined phenotypes. *J Am Acad Dermatol* 2010;63:1–22.

8. Engber PB. The nevus comedonicus syndrome: a case report with emphasis on associated internal manifestations. *Int J Dermatol* 1978;17:745–749.

9. Vidaurri-de la Cruz H, Tamayo-Sánchez L, Durán-McKinster C, de la Luz Orozco-Covarrubias M, Ruiz-Maldonado R. Epidermal nevus syndromes: clinical findings in 35 patients. *Pediatr Dermatol* 2004;21:432–439.

10. Patrizi A, Neri I, Fiorentini C, Marzaduri S. Nevus comedonicus syndrome: a new pediatric case. *Pediatr Dermatol* 1998;15:304–306.

11. Williams C, Merchant WJ, Clark SM. Disseminated congenital comedones. *Pediatric Dermatology* 2011;58-59.

Tolgay Tuyan İLHAN*
Ayşe Gül KEBAPÇILAR**
Türkan İLHAN***
Pınar KARABAĞLI****
Çetin ÇELİK*

* Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. Jinekolojik Onkoloji Bölümü
** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.
*** Beyhekim Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
**** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji AD.

YAZIŞMA ADRESİ:

Ayşe Gül KEBAPÇILAR
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.
E-MAIL: aysegulkebacilar@yahoo.com

Geliş Tarihi: 22.07.2015

Kabul Tarihi: 18.08.2015

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 53 Sayı: 2 Ağustos 2015
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 53 No: 2 August 2015

Overyan Adenomatoid Tümör. İki Olgu Sunumu

Ovarian Adenomatoid Tümör Report Of Two Cases

Öz

Adenomatoid tümörler kadın genital sisteminin mezotelyal kökenli benign tümörlerdir. En sık uterus kaynaklı olsa da az sayıda overyan adenomatoid tümör bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda raslantısal olarak saptanan overyan adenomatoid tümör olguları sunulacaktır. Hastaların yaşları 68 ve 69 dur. Tümörlerin çapları ise 1 cm dir. Her iki olguda da tümörler karşı overdeki farklı patoloji sebebiyle opere edilen hastalarda raslantısal olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Adenomatoid tümör, over, kadın genital sistemi

Abstract

Adenomatoid tumors are rare benign mesothelial tumor of female genital tract. However, only rare ovarian adenomatoid tumor was reported, uterus is the most frequent site involved. In this case report we report two cases of incidentally diagnosed of ovarian adenomatoid tumors. The ages of patients were 68 and 69 years old. Tumor sizes were one centimetres. In both cases, the adenomatoid tumours were diagnosed incidentally in patients who were operated due to different pathologies on contra lateral ovary.

Keywords: Adenomatoid tumor, ovary, female genital tract

Adenomatoid tümörler nadir görülen benign mezotelyal tümörlerdir. Bu tümörlerin birçoğu uterus, fallop tüplerinde, overler ve paraoveryan dokularda ve leiomyomlar içerisinde büyürler (1-3). Nadiren adrenal bezde, plevrada ve periton yüzeyinde de görülebilmektedir (4-5). Etiyolojileri ve predispozan faktörler net olarak bilinmemektedir. Genellikle küçük soliter yapıda olduklarından klinik takiplerde leiomyomlarla karıştırılırlar. Klinik olarak diğer patolojilerle ayrımı zor olsada histopatolojik olarak mezotelyal doku farklılaşmasını gösteren immünohistokimyasal yöntemlerle tanı konulabilmektedir. Bu makalede Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde opere edilen ve rastlantısal olarak saptanan overyan adenomatoid tümör olguları sunulacaktır.

Olgu 1

69 yaşında multipar hasta hastanemiz polikliniğine kasık ağrısı şikayetiyle başvurmuştur. Hastanın ya-

pılan jinekolojik muayenesinde uterus arkasından kaynaklanan ve sağ adneksa doğru uzanan douglosa yerleşmiş 9 cm lik kitle palpe edilmiştir. Karşı adneksiyal alanda patoloji saptanmamıştır. Hastaya yapılan ultrasonografik görüntülemeye uterus boyutu 87*45*50 mm ölçülerinde ve muayeneyle uyumlu olarak uterus arkasında yerleşmiş sağ overyan kaynaklı olması muhtemel 80*72 mm soliter yapı saptanmıştır. Yapılan magnetik rezonans görüntülemeye sağ adneksiyal alandan kaynaklanan 9*6 cm çapında sağ overle ilişkisi net değerlendirilemeyen T1 de izointens, T2 de hipointens görüntüveren egzofitik kitle görülmüştür. Hastanın post menopozal bir olması ve soliter yapıda kitlenin olması sebebiyle laparotomi histerektomi ve bilateralsalpingooferektomi kararı alınmıştır. Operasyon öncesi yapılan laboratuvar tümör markerları normal sınırlarda görülmüştür diğer testlerinde hafif anemi dışında anormal bulgu görülmemiştir. Olguya göbek altı median kesi ile batına girilerek basit histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapılmıştır. Materyal frozen section incelemesine gönderilmiş sonucunda fibrotekoma olarak bildirilmesi üzerine işleme son verilmiştir. Operasyon süresi 70 dakika ve kanama miktarı 100 cc dir. Hastanın operasyon sonrası takiplerinde anormallik görülmemiş ve post operatif ikinci günde taburcu edilmiştir. Histopatolojik incelemesine sağ overden kaynaklanan kistik yapı ve nodularite fibroma olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca normal görülen karşı over içerisinde yaklaşık 1 cmlik bir alanda solid lezyon saptanmıştır. Yapılan immünohistokimyasal incelemelerde CK7, calretinin ve LMWCK pozitif saptanmış, GCDP-15, E katherin, WT-1, CK-20 ise negatif saptanmıştır. Bu sonuçlarla hastada adenomatoid tümör olduğu anlaşılmıştır.

Olgu 2

68 yaşında multipar hasta hastanemiz polikliniğine kasık ağrısı şikayetiyle başvurmuştur. Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde sağ adneksiyal alandan kaynaklanan ve göbeğe kadar uzanan kitle saptanmıştır. Hastaya uygulanan görüntüleme yöntemlerinde de septasyonlar içeren kistik kitle saptanmıştır. Bunun üzerine hastaya laparotomi kararı verilmiştir. Tümör markerları normal olarak saptanmıştır. Hastaya göbek altı median kesi ile batına girilerek basit histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapılmıştır. Kistik kitleye yapılan frozen incelemesinde seröz kistadenomla uyumlu saptanmıştır. Hasta post operatif ikinci günde taburcu edilmiştir. Histopatolojik incelemede kistik yapının seröz kist adenom olduğu ve normal görülen sol overde yaklaşık 1 cm lik alanda sınırlı krem renkte lezyon izlenmiştir. Bu alandan yapılan

kesitlere uygulanan kalretinin, CK7, vimentin, Pan-CK nin pozitif CK 20, alfa-inhibin, D2-40 ın ise negatif olduğu görülmüştür.

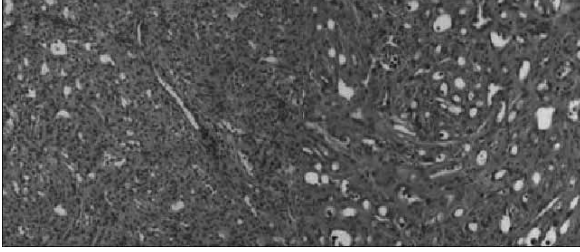
Tartışma

Adenomatoid tümörler kadın ve erkek genital sisteminde sıklıkla rastlantısal olarak saptanan tümörlerdir (1-3). Farklı dokularda nadirde olsa gösterilmiştir. Kadın genital sisteminde en sık uterusra rastlanır (4,5). Overyan adenomatoid tümörler daha nadir olarak bildirilmiştir (6-8). Adenomatoid tümörlerin orijini hakkında farklı öneriler mevcuttur. Ancak elektron mikroskopi çalışmaları ve immünohistokimyasal çalışmalar bu tümörlerin mezotelyal kaynaklı olduğunu göstermektedir (9-12). En sık karşılaşılan bölge uterus olsa da fallop tüpleri, over ve paraoveryan dokularda da saptanabilmektedir. Bunların dışında ekstra genital olarak adrenal gland, periton yüzeyleri, plevra ve kalp gibi bölgelerde saptandığı olgu sunumları bildirilmiştir. Bu tümörlerin kesin insidansları bilinmemektedir çünkü genellikle insidental olarak karşılaşılmaktadır. Ancak histerektomi materyallerinden yapılan dikkatli incelemelerde yaklaşık %1 oranında uterin adenomatoid tümör saptanabildiği bildirilmiştir (13). Bizim hastanemizde yapılan operasyonlar içerisinde uterusra adenomatoid tümör saptanmamıştır. Ovarian adenomatoid tümörlerle ise daha nadir olarak karşılaşılmaktadır.

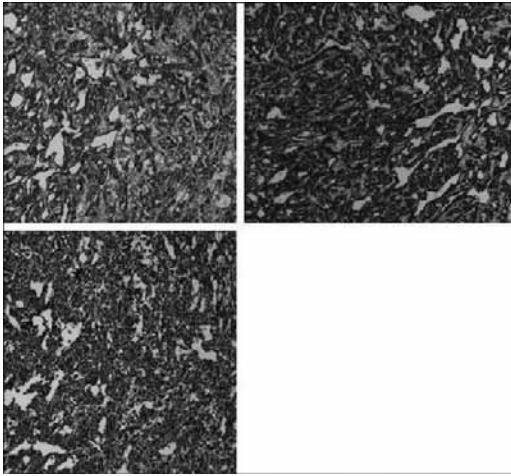
Adenomatoid tümörler her yaş grubunda saptanabilen ancak sıklıkla reproduktif dönemin sonunda ve perimenopozal dönemde karşılaşılan tümörlerdir. Uterin adenomatoid tümörlerin ortalama görülme yaşı 45 olarak bildirilse de overyan tümörlerle ilgili böyle bir veri yoktur (13). Bizim olgularımızda hastaların yaşları 68 dir ve postmenopozal dönemdedir. Her iki olguda da adenomatoid tümörler rastlantısal olarak saptandığı ve asemptomatik olgular olduğu için ileri yaşta saptanmaları rastlantısal olarak değerlendirilebilir.

Adenomatoid tümörlerle makroskopik olarak küçük polipoid lezyonlar şeklinde veya büyük kistik lezyonlar şeklinde karşılaşılabılır (14). Kesin tanısı ancak histopatolojik incelemeyle konulabilir. Uterus kaynaklı adenomatoid tümörler myometrial dokudan kolaylıkla ayırt edilemese de over kaynaklı adenomatoid tümörler kirli beyaz renkte ve çevre dokulardan daha kolay ayırt edilebilecek lezyonlardır. Mikroskopik görünümünde tümöral dokunun epitel benzeri hücreler ve fibröz stroma olmak üzere iki elementten oluştuğu görülür. Tek sıra kısa kübik veya yassı epitelyal hücrelerle döşeli, çok sayıda, yarık benzeri veya ovoid küçük boşluklar (tubul,kord,kanal,mikrokistik boşluklar) izlenir. Gland benzeri yapıları döşeyen hücreler

soluk, az-orta miktarda vakuole stoplazma içerir. Küçük, belirgin nukleolü vardır. Nükleer atipi, pleomorfizm yok veya çok azdır, mitoz sık değildir. Kalsifikasyon, nekroz görülmez (Şekil 1). İmmunhistokimyasal olarak kalretinin, CK7 ve vimentin pozitif olarak boyanırlar (Şekil 2).



Şekil : Mikroskopik görünümünde çok sayıda tubüller yapılar ve bölünmüş gibi görünen vakuoller izlenmektedir. vakuoler yapıların duvarını oluşturan hücreler tek sıra endotel benzeri hücrelerdir. Kronik enflamasyon görülmektedir.



Şekil . Tümöral dokunun A: Kalretinin, B: CK7 ve C: vimentin pozitifliği

Adenomatoid tümörlere özel bir klinik semptom bildirilmemiştir. Semptomlar sıklıkla tümörün yerleşimine göre farklılık gösterir. Adneksiyal alanlarda asemptomatik kitlelere sebep olabilirken, uterusu tümörler yerleşim yerlerine göre anormal uterus kanama ve baskı semptomlarına sebep olabilirler. Özellikle reproduktif dönemdeki hastalara da infertilite şikayetine yol açabileceği de bildirilmiştir (3). Bizim olgumuzda başlıca baskı semptomları olan kasık ağrısı önde gelen şikayettir. Ancak hastalarımızdaki tümör boyutunun küçük olması sebebiyle semptomların adenomatoid tümörün eşlik ettiği diğer adneksiyal patolojilere bağlı olduğunu şeklinde yorumlandı. Adenomatoid tümörler sıklıkla uterusun arka yüzünden kaynaklanmaktadır. Bizim olgularımızda adneksiyal alan-

larda overlerden kaynaklanan kitleye, karşı overden kaynaklanan adenomatoid tümör eşlik etmekteydi. Her iki olgusunda aynı yaşta olması ve adenomatoid tümör içeren overin karşı overinde farklı bir lezyon sebebiyle opere edilmeleri, bu yaş grubunda görülen overyan patolojilerin aynı over veya karşı overde adenomatoid tümör gelişiminde uyarıcı bir faktör olabileceğini düşündürmüştür. Uterus kaynaklı adenomatoid tümörlerin %59- 80 ' i leiomyomlarla birliktelik gösterirler. Adenomyozis %16 olguda görülen bir diğer patolojik bulgudur (14). Ayrıca kolon malignitele-riyle birlikte olabildiği de bildirilmiştir (15). Bu durum adenomatoid tümörlerin gelişiminde başka patolojilerin uyarıcı faktör olabileceğini desteklemektedir. Ancak literatürde bu teoriyi destekleyen çalışma saptanmadı.

Adenomatoid tümörler uterus kaynaklı olduğunda büyük kitleler halinde saptanabilirlerse de ortalama büyüklükleri 2.1 cm dir ve nadiren 5 cm yi geçerler. Young ve ark. Sunmuş oldukları vaka serisinde over kaynaklı adenomatoid tümörlerin büyüklüklerinin 0.1 ile 8 cm arasında değişebildiğini belirtmiştir (6). Sangoi ve ark ise over kaynaklı adenomatoid tümörlerin sıklıkla sağ overde yerleştiğini ve ortalama çaplarının 0.9 cm olduğunu belirtmiştir (16). Bizim olgumuzda saptanan tümörler yaklaşık 1 cm lik boyutundadır ve her iki tümörde sol over kaynaklıdır. Bu durum vaka sayılarının azlığına ve tümörün raslantısal olarak tespit edilmesinin bir sonucu olarak yorumlandı.

Adenomatoid tümörlerin ayırıcı tanısı saptandığı organa göre düşünülmelidir. Uterin adenomatoid tümörler sıklıkla leiomyomlarla karıştırılmaktadır. Overyan kaynaklı tümörlerde ise metastatik lezyonlardan, germ hücreli tümörlerden, seks kord stromal tümörlerden ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Sonuç olarak adenomatoid tümörler sıklıkla raslantısal olarak saptanan benign tümörlerdir. Over adenomatoid tümörlerde farklı overyan patolojilere eşlik edebilen lezyonlardır. Operasyon sonrası overyan dokunun makroskopik olarak değerlendirilmesinde akılda tutulması gereken lezyonlardır.

Kaynaklar

1. Golden A, Ash JE. Adenomatoid Tumors of the Genital Tract. *Am J Pathol.* 1945 Jan;21(1):63-79.
2. Salazar H, Kanbour A, Burgess F. Ultrastructure and observations on the histogenesis of mesotheliomas "adenomatoid tumors" of the female genital tract. *Cancer* 1972;29:141-51.
3. Huang CC, Chang DY, Chen CK, Chou YY, Huang SC. Adenomatoid tumor of the female genital tract. *Int J Gynaecol Obstet.* 1995 Sep;50(3):275-80.

4. Travis WD, Lack EE, Azumi N, Tsokos M, Norton J. Adenomatoid tumor of the adrenal gland with ultrastructural and immunohistochemical demonstration of a mesothelial origin. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:722-4.
5. Craig JR, Hart WR. Extragenital adenomatoid tumor. Evidence for the mesothelial theory of origin. *Cancer* 1979;43:1678-81.
6. Young RH, Silva EG, Scully RE. Ovarian and juxtaovarian adenomatoid tumors: a report of six cases. *Int J Gynecol Pathol* 1991;10:364Y71.
7. Hirakawa T, Tsuneyoshi M, Enjoji M. Adenomatoid tumor of the ovary: an immunohistochemical and ultrastructural study. *Jpn J Clin Oncol* 1988;18:159Y66.
8. Hes O, Perez-Montiel P, Cabrer IA, et al. Thread-like bridging strands: a morphologic feature present in all adenomatoid tumors. *Ann Diagn Pathol* 2003;7:273Y7.
9. Mai KT, Yazdi HM, Perkins DG, Isotalo PA. Adenomatoid tumor of the genital tract: evidence of mesenchymal cell origin. *Pathol Res Pract* 1999;195:605-610.
10. Mazur MT, Kraus FT. Histogenesis of morphologic variations in tumors of the uterine wall. *Am J Surg Pathol* 1980;4:59-74
11. Kawamura K, Sekiguchi K, Shibata S, Fukuda J, Kodama H, Tanaka T. Immunohistochemical analysis of adenomatoid tumor of the uterus utilizing of monoclonal antibody HBME-1. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:798-799.
12. Schwartz EJ, Longacre TA. Adenomatoid tumors of the female and male genital tracts express WT1. *Int J Gynecol Pathol* 2004;23:123-128.
13. Di Stefano D, Faticanti Scucchi L, Covello R, et al. Uterine diffuse adenomatoid tumor: does it represent a different biological entity? *Gynecol Obstet Invest.* 1998;46:68-72.
14. Nakayama H, Teramoto H, Teramoto M. True incidence of uterine adenomatoid tumors. *Biomed Rep.* 2013 May;1(3):352-354. Epub 2013 Mar 5.
15. Ghossain MA, Chucrallah A, Kanso H, Aoun NJ, Abboud J. Multilocular adenomatoid tumor of the ovary: ultrasonographic findings. *J Clin Ultrasound.* 2005 Jun;33(5):233-6.
16. Sangoi AR, McKenney JK, Schwartz EJ, Rouse RV, Longacre TA. Adenomatoid tumors of the female and male genital tracts: a clinicopathological and immunohistochemical study of 44 cases. *Mod Pathol.* 2009 Sep;22(9):1228-35. doi: 10.1038/modpathol.2009.90. Epub 2009 Jun 19.

Gözde Canan TAN*
Yusuf ŞAHİN*
Erden Erol ÜNLÜER**
Orhan OYAR***

*KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR ATATÜRK EĞİTİM
ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL TIP ANABİLİM DALI
**KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR ATATÜRK EĞİ-
TİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL TIP ANABİLİM DALI
***KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR ATATÜRK EĞİ-
TİM ARAŞTIRMA HASTANESİ RADYOLOJİ ANABİLİM
DALI RADYODİAGNOSTİK KLİNİĞİ

Yazışma Adresi: Erden Erol ÜNLÜER
KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR ATATÜRK
EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL TIP
ANABİLİM DALI

Geliş Tarihi: 20.07.2015
Kabul Tarihi: 21.08.2015

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 53 Sayı: 2 Ağustos 2015
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 53 No: 2 August 2015

Nadir Bir Vaka Dalak Absesi

A Rare Splenic Abscess

Öz

Dalak absesi Hipokrat döneminden beri aralıklarla raporlanan bir hastalıktır. Dalak abselerinin insidansı %0.05-0.7 arasında olmasına rağmen mortalite oranı %47- %100 aralığında seyredebilir. Etiyolojisi çok farklı sebeplere bağlı iken en sık vücudun başka yerindeki enfeksiyonun hematogen olarak yayılmasıyla olur. Bu vakada, başka bir hastaneden hastanemize ateş yüksekliği ve lökopeni araştırılması için acil servisimize sevk edilen 78 yaşında erkek hastamızın tetkiklerimiz sonucunda tanısını koyduğumuz dalak absesini raporladık.

Anahtar Kelimeler: Dalak, abse, immünsüpresyon, kriptojenik, lökopeni

Abstract

Splenic abscess has been reported since the era of Hipocrat. Although the incidence is as low as 0,05-0.7%, the mortality rate could be as high as 47-100%. While the etiology is varying, the most common cause is the distribution of infection by the the hematogenic route. We present a case of splenic abscess in a 78 year old male patient who had been transfered from another hospital for a search of high fever and leucopenia..

Keywords: Spleen, abscess, immunosuppression, criptogenic leucopenia

Giriş

Dalak abselerinin görülme insidansı %0.05-0.7 dir. Bununla birlikte mortalite %47lerde seyreder ve tedavi almayan hastalarda %100 lere çıkabilir.(1) Etiyolojisi çok farklı sebeplere bağlı iken en sık vücudun başka yerindeki enfeksiyonun hematogen olarak yayılmasıyla olur.(1,2)En sık enfektif endokardite bağlı sistemik embolizasyon atması sonucunda meydana gelir(%10-20).Diğer organ kaynaklı hematogen yayılım,splenik travma ve sistemik hastalıklara bağlı splenik enfarktlara sekonder gelişen dalak abseleri nedenler arasında sayılabilir.Nadiren de olsa parazitik enfeksiyonlar ve yenidoğanlardaki umbilikal kataterizasyonlardan kaynaklanan dalak abseleri görülebilir.(3)Olguların %70 i ise kriptojenik olarak karşımıza çıkar.Bu olgularda özellikle alkol bağımlılığı ,diabet ve immünsupresyon risk faktörü

olarak düşünölmelidir(4).Klinik bulguları arasında; ateş,titreme,splenomegali ve sol üst kadranda hassasiyeti ile birlikte sol omuz ağrısı, PA Akciğer grafisinde diyafragmatik yükselme ve sol plöral effüzyon görölebilmektedir.Tanı konulur konulmaz hastaya geniş spektrumlu bir antibiyotik tedavisi hemen başlanmalıdır.Stafilokok ve streptokoklar kültürde en sık üreyen mikroorganizmalardır.(4)

Olgu Sunumu

78 yaş erkek hasta üşüme titreme şikayetleriyle git-tiği dış merkezden lökopeni saptanması üzerine kliniğimize başvuran hastanın bilinen ek hastalığı yoktu.Vital bulguları; TA:140/90mmhg Nb:102/dk Ateş:37.7°C Sat:%96.Hastanın yapılan fizik muayenesinde mukozalarında anemik görünüm haricinde patolojik bir bulgu saptanmadı.Kan biyokimya değerlerinden AST:125U/l ALT:53U/l Amilaz:37U/l Bilirubin TOTAL:0.92mg/dl Bilirubin indirek:0.3mg/dl Bilirubin direk:0.6mg/dl CRP:13.27mg/dl dışındakiler normal sınırlarda tespit edildi.Tam kan sayımında WBC:15060k/UL NEU:14240K/ul RBC:2930M/uk HB:7.5gr/dl HTC:24.3% PLT:487000K/ul bulundu. Tüm batin ultrasonografisinde: batin orta hat yoğun gazlı olup izlendiği kadarıyla solid organlarda acil sonopatoloji saptanmadı.Dalak boyutu normal, parankimde sınırları net ayrımlanamayan hiperekojen alan izlendi.abse?mesane boş.sol perirenal alanda ılımlı serbest sıvı mevcuttu.İstenilen ayaakta direk batin grafisinde sol üst kadranda yoğunlaşan yaygın gaz görünümü mevcuttu.(şekil 1)İstenilen tüm batin bilgisayarlı tomografisinde de dalak lojunda düşük dansiteli lezyon minimal periferik kontrast tutulumu olan lezyon göröldü.(şekil 2,şekil3)Genel cerrahi tarafından ön tanıda dalak absesi düşünölerek araştırılmak üzere yatış önerilmiş olup,hasta yatışı kabul etmeyerek hastaneden ayrılmıştır.



Şekil 1 :ABDG: İndirekt işaret olarak abse içinde gaz gölgelenmesi (kalın ok) ve sol plevral effüzyon (kıvrık ok)



Şekil 2



Şekil 3

Şekil 2-3:CT: Normalde düşük dansiteli lezyon minimal periferik kontrast tutulumu olablen (Kapsül Gelişirse) Lezyon (yıldız)

Tartışma

Endokardit,pyelonefrit, dalakta bakteriyel enfeksiyonun ana sebepleridir. Dalak abselerinin semptom ve bulguları iyi tarif edilebilir ancak çok spesifik değildir.Klasik triadı;ateş,sol üst kadranda ağrısı,splenomegalidir.1/3 oranında hastada görölebilir.(1)Semptomlar değişken olabilir ve bu lokalizasyon,büyükölük ve progresyona göre değişebilir.Aynı zamanda kronik,subakut ve ya akut olabilir(2).Hastaların kliniğinde; ateş, titreme, splenomegali ve sol üst kadranda hassasiyeti ile beraber sol omuz ağrısı vePA Akciğer grafisinde diyafragmatik yükselme ve sol plöral effüzyon bulunabilir.Tanı konulur konulmaz hastaya geniş spektrumlu bir antibiyotik tedavisi hemen başlanmalıdır.Stafilokok ve streptokoklar kültürde en sık üreyen mikroorganizmalardır.(4)Kültür sonuçlarına göre antibiyoterapi yeniden düzenlenmelidir.Seçilmiş uygun vakalarda perkütanöz drenaj %67-100 oranında cerrahi seçeneğe göre faydalıdır.Özellikle unstabil multip-

le komorbid hastalığı olanlarda cerrahiye gideceği düşünülen hastalarda da denenebilir. Erken tanı ve perkütanöz drenaj dalağı korumada ve dalağın immünfonksiyonunu korumada faydalıdır. Multiloküle, septalı, nekrotik debritletler varsa perkütanöz drenaj faydalı değildir; cerrahi girişim düşünülmelidir.(1,2) Bizim vakamızda hastanın şikayetleri, fizik muayene bulguları ve destekleyici tüm batın bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi görüntüleriyle dalak absesi tanısı koymuş olduk. Bununla birlikte hastamız hastane yatışı ile tedaviyi kabul etmemiştir.

Sol üst kadranda ağrısı ve sırtta yansıyan ağrı ile gelen hastalarda ön tanı olarak dalak absesini de unutmamamız gerekir.

Kaynaklar

1. Reid SE, Lang SJ. Abscesses of the spleen. *American Journal of Surgery*. 1954; 88: 912-917
2. Chang KC, Chuah SK, Changchien CS, Tsai TL, Lu SN, Chiu YC, et al. Clinical characteristics and prognostic factors of splenic abscess: a review of 67 cases in a single medical center of Taiwan. *World J Gastroenterol*. 2006 Jan 21.
3. Julian Elosanoff, MD, MHA, MSS. *Splenic Abscess, Medscape Drug, Diseases and Procedures Reference*. 2014 May 01.
4. Gadacz TR. Splenic abscess. *World J Surg* 1985; 9: 410-415

Rahime İNCİ*
Hilal İkbāl BİLYAY**
Dudu İlgül BİLGİN*
Şemsettin KARACA*

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İZMİR*
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İZMİR**

Yazışma Adresi: Rahime İNCİ
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İZMİR*
Mail: drrahimeinci@gmail.com

Geliş Tarihi: 13.07.2015
Kabul Tarihi: 10.08.2015

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 53 Sayı: 2 Ağustos 2015
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 53 No: 2 August 2015

Semptomatik Tedavi Edilen Bir Orf Olgusu A Case of Orf Treated Symptomatically

Öz

Orf insanlara koyun veya keçi gibi hayvanlardan bulaşabilen kendi kendini sınırlayan, tedavisi semptomatik olan bir viral hastalıktır. Orf enfeksiyonu klinik pratikte akla gelmediği takdirde yanlış tanı alabilmekte ve semptomatik tedavi yerine iz bırakabilecek farklı tedaviler uygulanabilmektedir. İlgili kişileri bu konuda bilgilendirmek bu enfeksiyonun erken tanınması ve tedavisi açısından önem taşımaktadır. Yazımızda koyun kellesi temizlerken elini bıçak kesmesi sonrası orf enfeksiyonu gelişen ve semptomatik tedavi uygulanan bir hasta sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ektima, Orf, Parapoxvirus

Abstract

Orf is a self-limiting viral infection that is transmitted from sheep and goats, resolved with symptomatic treatment. Orf disease can be misdiagnosed and applied treatment caused scar instead of symptomatic treatment, if the doctors don't keep in mind that in clinical practice. To inform relevant person about this infection is important for early diagnosis and treatment. We report a case of orf that occur while dressing sheep's head and symptomatic treatment was advised to the patient.

Keywords: Ecthyma, Orf, Parapoxvirus

Giriş

Orf enfeksiyonu; etkeni DNA virüsleri ailesinden parapoxvirüs olan, özellikle enfekte koyun, keçi gibi hayvanlar ile temas edenlerde görülen ve kendi kendini sınırlayan viral bir hastalıktır. Ektima contagiosum, kontagioz püstüller dermatit olarak da adlandırılır. Özellikle üç ile altı aylık genç hayvanlarda genellikle ağız ve burun gibi vücudun yünsüz bölgelerinde vezikül ve püstül şeklinde lezyonlarla seyreder. İnsanlara, enfekte hayvan ile temas sonucu bulaşır. Sıklıkla el dorsumu, bilek ve kollarda görülür (1). Orf enfeksiyonu kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır ve genellikle semptomatik tedavi yeterlidir. Hastalığın selim karakteri ve iyi prognozlu olması nedeniyle semptomatik olarak tedavi edilen ve skarsız iyileşen orf hastalığını irdelemek amacıyla olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

Olgu

Daha önce şikayeti olmayan 52 yaşında bayan hasta, sol el 1. ve 2. parmakta oluşan yara şikayeti nedeniyle

başvurdu. Hikayesinden 2 hafta önce kuzu kellesi temizlerken sol elini bıçakla kestiği ve 1 hafta sonrasında kesi alanında ağrılı kızamık 2 adet sivilce şeklinde başlayan yara geliştiği öğrenildi. Dış merkezde başvurduğu genel cerrahi uzmanı tarafından abse olduğu söylenerek drene edilmeye çalışıldığı ve günde 2 kez amoksisilin klavulonat 1000 mg tablet başlandığı ancak şikayetinin gerilemediği hatta lezyonların daha çok büyüdüğü öğrenildi. Yapılan dermatolojik muayenesinde sol el 1. parmak dorsumu ve 2. parmak lateralinde yer alan etrafı mor bir hale ile çevrili yaklaşık 1 cm çaplı hedef şeklinde 2 adet nodüler lezyonun olduğu görüldü (Resim 1).



Resim 1: sol el 1. parmak dorsumu ve 2. parmak lateralinde yer alan etrafı mor bir hale ile çevrili yaklaşık 1 cm çaplı hedef şeklinde 2 adet nodüler

Hastanın sistemik fizik muayenesinde ve özgeçmişinde herhangi bir özellik saptanmadı. Serum biyokimya, C reaktif protein ve hemogram tetkikleri normaldi. Klinik bulgular göz önünde bulundurularak hastaya orf enfeksiyonu tanısı koyuldu. Hastaya oral analjezikle beraber sekonder enfeksiyon gelişmemesi için topikal fusidik asit krem başlandı. Elini koruması ve izotonik serum ile yaş pansuman yapılması gibi semptomatik önerilerde bulunulan hastanın 1 hafta sonraki kontrolünde lezyonunun kuruduğu ve yüzeyelleştiği ancak daha yaygın bir görünüm aldığı izlendi (Resim 2). Hastaya bunun normal evrelerden biri olduğu ve mevcut tedavisine devam etmesi gerektiği anlatıldı. 15 gün sonraki kontrolde ise skar bırakmadan iyileştiği görüldü (Resim 3).



Resim 2: Lezyonların 1 hafta sonraki hali

Resim 3: Lezyonların 2 hafta sonraki iyileşmiş hali

Tartışma

Orf dünyada yaygın olarak görülen, dış ortam şartlarına oldukça dayanıklı olan, temas veya enfekte hayvanın dişleriyle yaralanma ile insanlara bulaşabilen bir zoonozdur. Bahar ve yaz aylarında insidansı artmaktadır. Özellikle Müslüman ülkelerde kurban bayramları sonrasında epidemiler yapmaktadır (1,2).

Hastalık insanlarda daha çok ellerde ve parmaklarda, daha nadir olarak da yüzde görülebilmektedir. Orf meslek hastalığı olarak, çobanlarda, kasaplarda, mezbahada çalışanlarda, koyun yünü kırpanlarda, veterinerlerde veya kurban kesen kişilerde karşımıza çıkabilmektedir.

Lezyon beş altı günlük inkübasyon süresinden sonra küçük, sert, kırmızı, mavi papül şeklinde başlar, hemorajik püstül veya büle dönüşür. Orf lezyonları, üç ile altı hafta içinde kendiliğinden, genellikle iz bırakmadan iyileşirler. Klinik olarak her biri yaklaşık bir hafta süren altı evresi vardır (2). İlk evre (makülopapuler evre) eritemli bir papül olarak başlar, ikinci evrede (target evre) merkezde kırmızı çevresinde beyaz, en dışta kırmızı bir halkadan oluşan hedef benzeri nodül oluşur. Üçüncü evrede (akut evre) eksudasyon ile birlikte lezyon daha da büyür. Dördüncü evre ise rejenerasyon dönemi olup lezyon üstünde krut oluşur. Beşinci evrede (papillomatoz evre) ise papillomatoz bir nodül oluşurken son evrede (regresyon evresi) ise lezyon üzerinde kalın bir krut oluşur ve lezyon iz bırakmadan geriler (3,4).

Tanısı koyun ve keçi gibi küçükbaş hayvanlarla temas, hayvan kesme öyküsü ve klinik bulgulara dayanılarak konulabilir. Anamnez tanı için en faydalı aşamadır. Ancak kesin tanı için lezyondan alınan örnekte elektron mikroskopuyla virüsün gösterilmesi, viral kültür, lezyondan histopatolojik inceleme gerekebilir.

Ayırıcı tanıda; herpetik paronşi, fronkül, piyoderma gangrenozum, süt sağan nodülü, deri şarbonu, Mycobacterium marinum enfeksiyonu, derin mantar enfeksiyonları, piyogenik granülom akla gelmelidir (1,2). Çoğunlukla semptomatik tedavi yeterlidir. Ancak sekonder enfeksiyon gelişirse antibiyotik tedavisi gereklidir. Kriyoterapi ve idoksiüridin kullanımının lezyonların süresini kısalttığı iddia edilmektedir. İmmünsuprese hastalarda lezyon içine alfa interferon enjeksiyonu, sidofovir krem ile topikal uygulama yapılabilir (5).

Günümüzde aslında daha sık görüldüğü düşünülen bu hastalık yanlış tanıları alabilmektedir. Tedavisiz dahi herhangi bir skar dokusu bırakmadan iyileşebilen bu hastalıkta genellikle gereksiz tedavi ve cerrahi uygulamalar sebebiyle komplikasyonlar görülebilmektedir. Bahar, yaz aylarında veya kurban bayramı zamanlarında koyun ve keçi gibi hayvanlarla temas

sonrası cilt lezyonu gelişenlerde orf hastalığı düşünülmelidir. Çiftçiler, hayvan sahipleri, ev hanımları, kasaplar veya hayvan kesicileri gibi orf açısından riskli grupların bilgilendirilmeleri önem taşımaktadır. Orf hastalığından korunmada geçiş yollarının bilinmesi ve el hijyenine dikkat edilmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Saçar H, Saçar T. Orf Hastalığı. *Anatol J Clin Investig* 2012;6:76-80.
2. Sterling JC. Virus infections. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Grittiths C, eds. *Rook's Textbook of Dermatology*. 8th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. p.33.8-10.
3. Mendez B, Burnett JW. Orf. *Cutis* 1989;44:286-7.
4. Steinhart B. Orf in humans: dramatic but benign. *CJEM* 2005;7:417-9.
5. Geerinck K, Lukito G, Snoeck R et al. A case of human orf in a immunocompromised patient treated successfully with Cidofovir cream. *J Med Virol* 2001;64:543-9.

Yılmaz ÖZKUL*
Ahmet Erdem KILAVUZ*
Murat SONGU*
Hale ASLAN*
Murat AKSUN**
Türkan REZANKO*
Abdulkadir İMRE*
Ercan PINAR*

* Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, İzmir
**Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İzmir
*** Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir

Yazışma Adresi:

Yılmaz ÖZKUL
Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, İzmir

Geliş Tarihi: 28.07.2015

Kabul Tarihi: 18.08.2015

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 53 Sayı: 2 Ağustos 2015
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 53 No: 2 August 2015

Boyun Dev İğ Hücreli Lipom Giant Spindle Cell Lipoma Of The Neck

Abstract

Aim: Spindle cell lipomas are rare benign lipomatous tumors, mostly seen in posterior neck, upper back and shoulder areas. This case report is presented to draw attention to the clinical features and treatment of spindle cell lipomas.

Case: 36 year old male patient presented with slowly expanding mass, which he first noticed two years ago, in his posterolateral neck. Physical examination showed approximately 10cm sized solid mass. When ultrasound and fine needle aspiration biopsi results were consistent with a lipomatous tumor, we performed a total excision of the tumor. Post operative histopathologic examination revealed a spindle cell lipoma. However subtyping was inconclusive and due to a low malignant potential probability, a close follow up was planned for the patient

Discussion: Spindle cell lipomas are benign tumors that usually occur in neck, upper back and shoulders, however they may also rarely seen in oral cavity and periorbital region. Diagnosis is made histopathologically and it should thoroughly be examined to differentiate from liposarcoma. In this paper we aimed to present this rather rarely seen tumor with current treatment approaches.

Keywords: Spindle cell lipoma, Mezenchimal tumor, Neck

Öz

Amaç: İğ hücreli lipomlar sık görülmeyen benign lipomatöz tümörlerdir. Çoğunlukla posterolateral boyun ve omuz bölgesinde görülürler. Bu olgu sunumu iğ hücreli lipomların klinik özellikleri ve tedavisine dikkat çekmek için hazırlanmıştır.

Olgu: 36 yaşında erkek hasta, 2 yıl önce farketdiği ve giderek büyüyen boyunda kitle şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede boyun sağ posterolateralinde yaklaşık 10 cm çapında solid kitle izlendi. Ultrason ve ince iğne aspirasyon biyopsisi lipomatöz bir tümör düşündürmesi üzerine hasta opere edilerek kitle totaliyle eksize edildi. Post operatif patolojik incelemede kitle iğ hücreli lipom olarak raporlandı. Ancak subtipleme sonuçsuz kaldığından kitlenin düşük malign potansiyel taşıma ihtimali dolayısıyla yakın klinik takip önerilen hasta, kliniğimizde düzenli takibe alındı.

Yorum: İğ hücreli lipomlar genellikle boyun ve omuz

bölgesinde izlenen benign tümörlerdir ancak daha nadir olarak oral kavite, periorbital bölgede de görülebilir. Histopatolojik olarak tanısı konur ve liposarkomla ayrımı dikkatli bir araştırma gerektirir. Diğer boyun kitlelerine nazaran daha nadir olarak görülen bu tümör güncel tedavi yaklaşımlarıyla beraber sunulmuştur

Anahtar Kelimeler: İğ hücreli lipom, Boyun kitleleri, mezenkimal tümör

Amaç

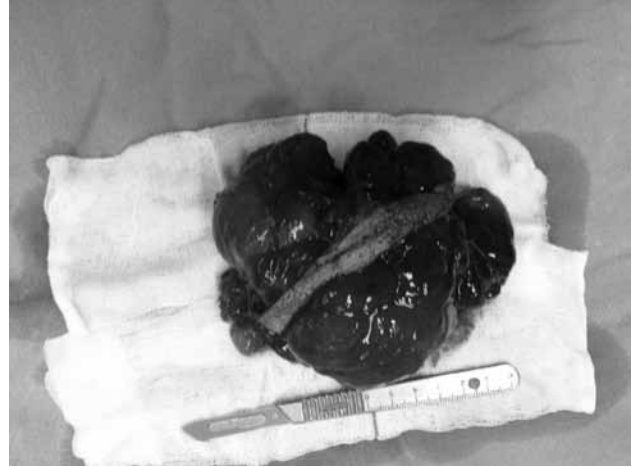
Lipomlar yumuşak dokunun en sık görülen soliter tümörleridir. Bir takım alt tiplere sahip olan lipomların %1,5 kadarını iğ hücreli lipomlar oluşturur.(1) İğ hücreli lipomlar genellikle posterolateral boyun, sırt ya da omuz bölgesinde görülen benign lipomatöz tümörlerdir. Bununla beraber nadir olarak yüz, alın, ense, yanak, perioral bölge ya da kolda da görülebilmektedirler. Tanı histolojik olarak konulur ve liposarkomdan ayrımı dikkatli bir araştırma gerektirir.(2) Biz bu yazımızda boyun posterolateralinde meydana gelen ve yapılan tedavi ve incelemeler sonucu iğ hücreli lipom düşünülen ancak düşük malign potansiyelli bir mezenkimal tümörle de tam olarak ayrımı yapılamayan bir kitleyle başvuran hastamızı, klinik özellikleri ve tedavi yönetimi eşliğinde sunduk.

Olgu

36 yaşındaki erkek hasta kliniğimize boyunun sağ arka bölgesinde 2 yıldan beri giderek büyüyen kitle şikâyetiyle başvurdu. Fizik muayenesinde boyun sağ posterolateral bölgesinde 9x5 cm boyutlarında yumuşak kıvamlı, hassas olmayan, mobil kitle saptandı. İnce iğne aspirasyon biyopsi kanamalı zeminde az sayıda uniform iğsi nukleuslu sitoplazmik vakuoller içeren hücreler sitolojik olarak benign iğ hücreli bir lezyon lehinde bulgular verirken yapılan ultrasonografide cilt altında 9x5 cm boyutlu düzgün sınırlı, periferinde ekojendisteptasyonları görülebilen, solid görünümü homojen içerikli kitlesel lezyon izlenmiştir. Bunun üzerine hasta Nisan 2013'te ameliyat edilerek boyundaki kitle totaliyle eksize edilmiştir. Resim 1) Piyesin post operatif makroskopik incelendiğinde 9x7x5 cm boyutlarında multinodüler, kapsülsüz ve lobületümoral kitle olarak raporlanmıştır. (Resim 2)



Resim 1: Boyun sağ posterolateralinde kitlenin pre-operatif görünümü.



Resim 2: Post operatif piyesin makroskopik görünümü.

Yapılan mikroskopik patolojik incelemede ise kitlenin CD 34 pozitifliği ve histolojik patern açısından iğ hücreli lipomla uyumlu bulgular göstermesinin yanında, mevcut histopatolojik bulgular ve immünohistokimyasal bulgular eşliğinde, birkaç farklı merkezde incelenmesine rağmen subtiplere yapılamamış olup, benign ya da düşük malign potansiyelli mikroid bir tümör düşünülmüş ve olası nüks açısından yakın takip önerilmiştir. Hasta bunun üzerine yakın takibe alınmıştır. Takipleri sürmekle beraber post operatif . 2 yıl itibarıyla nüks düşündürecek bir bulgu saptanmamıştır.

Yorum

İğ hücreli lipoma ilk olarak 1975'te Enzinger ve Harvey tarafından raporlanmıştır. Daha çok yaşlı erkeklerde görülmektedir. En sık posterior boyun, sırt

ve ensede görülmektedir. (3) Bizim olgumuzda da posterolateral boyunda görülmektedir.

Radyolojik olarak patognomonik bir bulgusu olmayan bu tümörün tanısı histopatolojik olarak konur.(4) İğ hücreli lipoma, histopatolojik olarak iğ hücrelerin ve adipositlerin karışımından oluşur. Hücreler arası matrisi değişken miktarlarda mukoid materyal ve kollajen oluşturur. Dağ sitoplazmalı ve uzamış nukleusa sahip iğ hücreler kısa ve paralel olarak sıralanmıştır. Değişken miktarlarda matür yağ dokusu izlenir, ancak lipoblastlar pek görünmez. İğ hücrelerin arasını yoğun ve halat benzeri kollajen demetleri doldurur. İğ hücreleri CD34(+) ve S100(-) olarak izlenir.(5). Olgumuzdan eksize edilen tümör, iğ hücreli lipom profiline uygun olarak CD34 pozitifliği taşımaktaydı.

İğ hücreli lipomu liposarkomdan ayırt etmek önemlidir. Liposarkomlar daha yüksek sayıdaki iğ hücreleri, nükleer pleomorfizm ve MDM-2 ampifikasyonu ile karakterizedir. Mikroid stroma, mikroid liposarkomu taklit eden iğ hücreli lipomlarda da bazen görülebilmektedir. Buna rağmen daha yüzeysel yerleşimi ve çembersel lezyon yapısı iğ hücreli lipomu diğerlerinden ayırt etmeye yardımcı olur. Ayrıca vasküler patern, mitotik aktivite ve pleomorfizm de göz önünde bulundurulmalıdır.(5) Diğer ayırıcı tanıları arasında dermatofibrosarkoma protuberans ve miyofibroblastoma da bulunmaktadır.

İğ hücreli lipomlarda tedavi total cerrahi eksizyondur. Yetersiz cerrahide dahi rekürrens nadirdir.

Sonuç

İğ hücreli lipom, lipomların oldukça nadir görülen bir varyantıdır. Benign görülen bir tümör olmasına rağmen lezyonun dikkatli identifikasyonu, hatalı bir malign mezenkimal bir tümör tanısı koymamak için önemlidir. Ancak buna rağmen bizim olgumuzda da görülebildiği gibi bazen tam olarak ayırıcı tanı koymak mümkün olmayabilir. Bu durumda tedavi total cerrahi eksizyon ve yakın klinik takipten oluşmaktadır.

Kaynaklar:

1. Fletcher CDM, Bates M. Spindle cell lipoma: a clinicopathological study with some original observations. *Histopathology*.1987;11:803-17.
2. Junior OC, de Aguiar EC, Spindle cell lipoma of the tongue: A case report of unusual occurrence. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2013 Jan;17(1):148
3. Enzinger FM, Harvey DA. Spindle cell lipoma. *Cancer*.1975;36:1852-9.
4. Laura WB, Krans MJ, Peters JJ. Imaging characteristics of spindle cell lipoma. *AJR*.2003;181:1251-4.
5. Immunoreactivity for the human haematopoietic progenitor cell antigen (CD 34) in lipomatous tumors. *Am J Surg Pathol*.1997;21:195-200.

Terbinafinle İndüklenen Eritema Multiforme Olgusu A Case Of Terbinafine Induced Erythema Multiforme

Rahime İNCİ
Işıl Ezgi URGANCI
Şemsettin KARACA
Ali KARAKUZU

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İZMİR

Yazışma Adresi: Rahime İNCİ
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İZMİR
Mail: drrahimeinci@gmail.com

Geliş Tarihi: 28.07.2015

Kabul Tarihi: 21.08.2015

Öz

Eritema multiforme her yaşta görülebilen, genellikle enfeksiyonlara ve ikinci sırada da ilaçlara bağlı oluşan, deri ve muköz membranların akut inflamatuvar hipersensitivite reaksiyonudur.

Polikliniğimize onikomikoz nedeniyle terbinafin kullanmakta olan 41 yaşında bayan hasta yaygın, anüler, eritemli, merkezinde veziküllerin seçildiği hedef (targetoid) tarzda döküntülerle başvurmuş ve eritema multiforme tanısı koyulmuştur. Terbinafin dermatomikozların tedavisinde sık kullanılan, fungusitik özellikte bir antifungaldir. Terbinafine bağlı yan etkiler arasında eritema multiforme bulunduğu akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eritema multiforme, terbinafin

Abstract

Erythema multiforme is an acute inflammatory hypersensitivity reaction of skin and mucous membranes caused by infections and drugs can be seen at any age. A 41-year-old female patient using terbinafine due to Onychomycosis applied to outpatient clinic for common, annular, target lesions has erythematous vesicles in the center and diagnosed with erythema multiforme. Terbinafine is a fungicidal antifungal drug frequently used treatment of dermatomycosis. Erythema multiforme should be kept in mind as a side effect of terbinafine.

Keywords: erythema multiforme, terbinafine

Giriş

Eritema multiforme (EM) bir kısmı tipik ve/veya atipik hedef lezyonlara ilerleyen simetrik, sabit kırmızı papüllerin aniden ortaya çıkışı ile karakterize, kendini sınırlayan akut bir hastalıktır. Etiyolojide en sık görülen başlatıcı nedenler Herpes Simplex Virüs ve Mikoplazma gibi enfeksiyöz ajanlardır (1). Bunların dışında önemli bir neden ise ilaçlardır. Antibiyotikler (sülfonamidler, penisilin, tetrasiklinler), antiepileptikler (fenitoin, barbitüratlar, valproik asit), analjezikler (aspirin, kodein), steroid dışı antiinflamatuvarlar ve diüretikler başta olmak üzere çok sayıda ilaç eritema multiformeye neden olabilir. Bakteriyel, paraziter ve fungal enfeksiyonlar, aşılar, neoplaziler, konnektif doku hastalıkları ve gebelik daha nadir görülen nedenlerdendir (2).

Eritema Multiforme' nin minör ve majör olmak üzere iki formu mevcuttur. Her ikisi de aynı tip elemanter

lezyonlar (hedef lezyonlar) ile karakterizedir, fakat mukozal tutulum veya sistemik semptomların varlığına göre birbirinden ayrılır (1).

Terbinafin, allilamin yapısında, fungusidal etkili bir antifungaldir (3). Burada sistemik terbinafin kullanılmakta iken eritema multiforme gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu

41 yaşında kadın hasta, el sırtı ve ayak tabanından başlayarak tüm vücuda yayılan eritemli, target lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hikayesinden 15 gün önce ayak tırnaklarındaki renk ve şekil değişikliği sebebiyle terbinafin 250 mg/gün kullanmaya başladığı öğrenildi. Yakın zamanda geçirilmiş uçuk ve enfeksiyon öyküsü bulunmamaktaydı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik saptanmayan hasta terbinafin dışında ilaç kullanmıyordu. Sistem sorgulaması ve fizik muayenesinde özellik saptanmayan hastanın dermatolojik muayenesinde; tüm vücutta yaygın eritemli maküller ile kol ve bacakların ekstansör yüzlerinde ortasında yer yer veziküllerin seçildiği anüler hedef benzeri lezyonlar (Resim 1,2) ile her iki ayak 1. ve 2. tırnaklarda subungual hiperkeratoz, tırnak plağında sarı-kahverengi renk değişikliği olduğu görüldü. Mukozalar doğaldı. Serum biyokimya, hemogram, sedimentasyon ve CRP düzeyleri normal sınırlardaydı. Hedef lezyondan alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde epidermiste akantoz, subepidermal vezikül oluşumu ve yüzeysel dermiste perivasküler lenfosit infiltrasyonu mevcuttu. Klinik ve histopatolojik bulgulara dayanarak eritema multiforme minör tanısı koyulan hastaya metilprednizolon 40 mg/gün, ıslak pansuman ve sistemik antihistaminik tedavisi başlandı. Ayak tırnakları için sistemik terbinafin kesilerek topikal sikloproks tedavisi başlandı. Bir hafta sonra lezyonlarda belirgin gerileme görülmesi üzerine steroid dozu azaltılarak kesildi. Hastanın 2 aylık takibinde nüks saptanmadı.



Resim 1: Dizlerde yer alan eritemli targetoid lezyonlar.



Resim 2: Her iki el sırtında yer alan eritemli ödemli papül ve plaklar.

Tartışma

Eritema Multiforme, hastalığa yatkın olan bireylerde enfeksiyonlara ve ikinci sırada da ilaçlara bağlı gelişen, deri aracılı bir immün reaksiyonun mukokutanöz göstergesidir. HSV hastalığının en sık ilişkili olduğu enfeksiyöz ajandır. Mycoplasma pneumoniae ikinci sırada etkindir. Daha nadiren EM ilaçlar veya sistemik hastalıklar ile ilişkilendirilmiştir. Bizim olgumuzda geçirilmiş uçuk ve enfeksiyon öyküsü bulunmamaktaydı.

EM'nin karakteristik elemanter deri lezyonu tipik hedef benzeri (target like) lezyondur. Bu lezyonun çapı 3cm'den küçüktür ve düzgün, yuvarlak ve iyi sınırlıdır. En az üç farklı zon içerir, bunlar epidermis hasarına bağlı bül veya krut oluşumunun göstergesi olan santral sirküler bir zon çevreleyen iki farklı renkte kon santrik halkadan oluşur (1).

Tipik hedefler en iyi avuç içi ve ayak tabanlarında görülür. En çok el sırtlarında başlamak üzere, simetrik olarak ve uçlarda yerleşir. Ayak sırtı, ekstremitte ekstansör yüzleri, el ve ayak bilekleri, avuç içi ve ayak tabanlarının tutulması tipiktir (4).

EM'de deri lezyonlarının neredeyse tamamı 24 saat içinde ortaya çıkar ve 72 saate kadar tamamen gelişimlerini tamamlar (1). Ağır mukozal tutulum EM major için karakteristiktir. EM minörde genellikle mukozal tutulum görülmez, görüldüğü zaman da lezyonlar sayıca azdır ve semptomları hafiftir (1). Hastamızda target lezyonlar daha çok ekstansör bölgelerde yerleşmekteydi ve mukoza lezyonuna rastlanmadı. Eritema multiforme minör tanısı koyularak tedavi başlandı.

EM tedavisi hastalığın şiddetine göre değişmekle birlikte genellikle kendini sınırlayıcı bir hastalıktır, fakat tekrarlayıcı özellik gösterebilir. Semptomatik tedavi olarak antihistaminik ilaçlar, topikal steroidler, oral lezyonlar için antiseptik gargaralar, lokal anestezi solüsyonlar kullanılabilir. Sistemik kortikosteroid tedavisi, hastalığın semptomlarını azaltmak ve iyileşme süresini kısaltmak için kullanılabilir (5). Alta yatan diğer nedenlere yönelik kullanılan ilaçların kesilmesi, aktif enfeksiyonların önlenmesi için antibiyoterapisinin düzenlenmesi gereklidir. Sık rekürrens gösteren HSV ile ilişkili EM olgularında ez az 6 ay boyunca oral asiklovir, valasiklovir veya famsiklovir ile profilaksi düşünülmelidir (6).

Terbinafin allilamin grubu bir antifungaldir. Etki mekanizmaları fungus hücre duvarının esansiyel yapı taşlarından olan ergosterol sentezinde rol alan sku alen epoksidazın inhibisyonu şeklindedir. Oral alımından 24 saat sonra stratum korneumda saptanabilir. Karaciğerde metabolize olur ve eliminasyon yarı ömrü yaklaşık 22 saattir (3).

Terbinafinin belirtilen bir çok sistemik yan etkisi olmakla birlikte dermatolojik açıdan görülebilen yan etkiler döküntü (%6), kaşıntı (%3), ürtiker (%1) şeklindedir. Az rastlanılan dermatolojik yan etkiler ise akut jeneralize ekzantematöz püstüloz, alopesi, anji-oödem, psoriasis lezyonlarının aktivasyonu, , fiks ilaç erüpsiyonu şeklinde sayılabilir (7). Bunların dışında terbinafine bağlı eritema multiforme minör, Stevens Johnson sendromu ve toksik epidermal nekroliz de gelişebileceği literatürde olgu bildirileri şeklinde mevcuttur. Bizim olgumuzda mukoza tutulumu bulunmaması nedeniyle eritema multiforme minör tanısı koyulmuştur. Etiyolojik araştırmada terbinafin dışında tetikleyici bir nedene rastlanmamıştır. İlaç reaksiyonlarının tanısında güvenilir in vitro testler bulunmamaktadır. Bu nedenle tanı klinik bulgular ve ilaç alım öyküsü ile koyulmaktadır. Terbinafin kullanımına bağlı eritema multiforme gelişebileceğinin akılda tutulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Burgdorf WHC. *Erythematous-Papulo-Squamous Diseases In: Dermatology*, 2. Ed. Berlin: Springer-Verlag, 2000:571-647.
2. Krippaehne JA, Montgomery MT. Erythema multiforme: a literature review and case report. *Spec Care Dentist* 1992;12:125-30
3. Shear NH, Gupta AK. Terbinafine for the treatment of pedal onychomycosis. *Arch Dermatol* 1995; 131:936-42.
4. Roujeau JC. What is going on in erythema multiforme? *Dermatology* 1994; 188: 249-50.
5. Bean SF, Quezada RK. Recurrent oral erythema multiforme. *Clinical experience with 11 patients. JAMA* 1983; 249:2810.
6. Schofield JK, Tatnall FM, Leigh IM. Recurrent erythema multiforme: clinical features and treatment in a large series of patients. *Br J Dermatol* 1993; 128:542.
7. Gupta AK, Sibbald RG, Knowles SR, et al, "Terbinafine Therapy May Be Associated With the Development of Psoriasis De Novo or Its Exacerbation: Four Case Reports and a Review of Drug Induced Psoriasis," *J Am Acad Dermatol*, 1997, 36:858-62.

Feray Koç*
Nazife Sefi-Yurdakul*
Şeyda Ugurlu**

* İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Göz Kliniği
** Kâtip Çelebi Üniversitesi Göz Kliniği

Yazışma Adresi: Feray Koç
Adres: İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Göz kliniği
Basınsitesi/ İzmir
E mail: dr_feray@yahoo.com

Geliş Tarihi: 30.07.2015
Kabul Tarihi: 27.08.2015

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 53 Sayı: 2 Ağustos 2015
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 53 No: 2 August 2015

Etanercept Tedavisinde Papillit Gelişimi Papillitis During Etanercept Treatment

Öz

Literatürde TNF alfa blokeri tedavisi ile demyelinizan hastalıkları ilişkilendiren olgular bildirilmektedir. TNF alfa bloker kullananlarda izlenen optik nevrit basit bir koinsidans mı, yoksa yan etki mi, yan etki ise patogene nedir netleşmemiştir. Burada ankilozan spondilit nedeni ile TNF alfa bloker (etanercept) tedavisi altında iken papillit ve demyelinizan lezyonlar geliştiren bir olgu klinik özellikleri ile sunulup tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, etanercept, papillit.

Abstract

Cases who developed demyelinating diseases associated with TNF-alpha blocker treatment have been reported in the literature. It is not clear yet whether the optic neuritis that developed during TNF-alpha-blocker treatment is just a coincidence or a side effect. Herein, we report a case who developed papillitis and demyelinating disease during TNF-alpha-blocker treatment.

Keywords: Ankylosing spondylitis, etanercept, papillitis.

Giriş

TNF alfa blokerlerinin çeşitli immunolojik hastalıklarda kullanımı gittikçe yaygınlaşmakta farklı hastalık gruplarında etkinliği ve yan etkileri hakkında klinik deneyim ve bilgi birikimi oluşmaya devam etmektedir. Literatürde TNF alfa blokeri tedavisi altında iken optik nöropati geliştiren olgu sayısı artış göstermektedir.(1-2) Henüz TNF alfa bloker kullananlarda izlenen optik nevrit basit bir koinsidans mı, yoksa yan etki mi, yan etki ise patogene nedir netleşmemiştir. Bu birikime katkıda bulunmak amacı ile ankilozan spondilit nedeni ile etanercept tedavisi altında iken papillit (ön optik nevrit) ve beyinde demiyelinizan lezyonlar geliştiren 42 yaşında bayan olgu sunulmaktadır

Olgu

Kırk iki yaşında bayan hasta sol gözde 3 gün içinde ilerleyen görme azalması ve göz etrafında ağrı şikayetleri ile göz kliniğine müracaat etti. Sağ göz bulguları normal bulunan hastanın solda görme keskinliği el hareketleri, renkli görmesi 0/12 seviyesinde, sol papillası hiperemik ve ödemli görme alanında solda santralda daha belirgin olmak üzere totala yakın kayıp izlendi. Papillit tanısı ile kliniğe yatırılan hastanın tetkikinde; tam kan sayımı, serum C-reaktif protein

düzeyi, sedimantasyon hızı ve akciğer grafisi normal sınırlarda, VDRL ve toxo serolojisi negatif bulundu. Beyin magnetik rezonans görüntülemeye (MRG) periaqueductal alanda her iki yan ventrikül komşuluğunda iyi sınırlanamayan simetrik T2 sinyal artışları ve sol periventriküler T2 hiperintens lezyon izlenen hastanın servikal ve torakal spinal kord MRG' de demiyelinize plaklar izlenmedi. Nörolojik muayenesinde karın refleksleri alınamaması dışında bulgu saptanmayan hasta multiple skleroz (MS) gelişim açısından MRG ile takibe alındı.

Olgunun 24 yıldır ankylozan spondilit (AS) tanısı ile izlendiği daha önce hiç göz bulgusu geliştirmedeği öğrenildi. AS'inin son 2.5 yıldır haftada 2 kez uygulanan etanercept tedavisi ile kontrol altında olduğu ve tedavi ile ilgili bir yan etki yaşamadığı öğrenildi. Etanercept tedavisi ile ilişkili literatürde bildirilen izole optik nevrit ve multiple skleroz (MS) benzeri bulgular geliştiren olgular olduğu için olgunun tedavisi tekrar değerlendirilmesi için romatoloji bölümüne konsülte edildi. Romatoloji bölümü etanercept tedavisinin kesilmesine karar verdi. Olguya uygulanan pulse steroid tedavisi (3 gün 250mgX4 iv methyl prednisolone ve 11 gün 1mg/kg oral fluocortolone) ve etanercept tedavisinin kesilmesinin ardından bir ay içinde görme keskinliği, renkli görmesi ve görme alanında tam iyileşme izlendi.

Tartışma

Bu olguda etanercept tedavisi altında iken izlenen papillit ve demiyelinizan lezyonlar (MS benzeri tablo), idiopatik olup sadece basit bir koincidans mıdır, hastanın genetik yapısının mevcut AS gibi diğer otoimmün hastalıklara da yatkınlığından mı kaynaklanmaktadır yoksa etanercept tedavisi ile mi ilişkilidir? Olgumuzun yaşı tipik idiopatik optik nevrit geliştiren grubun üzerinde olması bizi birinci olasılıktan biraz uzaklaştırmaktadır.

Literatürde ankilozan spondilitle optik nevrit birlikteliği, AS ile MS birlikteliği ve MS ile diğer otoimmün hastalıkların birlikteliği bildirilmiştir.(3-6) Değişik otoimmün hastalıkların patogenezinde bazı genler ortak rol alabileceği düşünülmektedir. Olgumuzdaki tablo genetik yatkınlıkla açıklanabilir.

Etanercept anti TNF- α etkili bir proteindir. TNF- α ise normal inflamasyon ve immün cevabın oluşumunda proinflamatuvar ve immünregulatuvar rol oynayan bir sitokindir.(7) Etanerceptin ve diğer Anti-TNF- α ilaçların çeşitli otoimmün hastalıkların tedavisinde başarılı bir şekilde kullanımı artış göstermekle beraber, literatürde bu tedaviyi alırken çeşitli nörolojik problemler geliştiren olguların sayısı da artmaktadır.(1-2) Bunun yanında Anti-TNF- α ilaçları ile tedavi altında iken MS hastalarında demiyelinizasyonda artış izlenmiştir.(8) Diğer taraftan Anti-TNF- α ajanlarının pazarlamayı

takiben izlemlerinde neden oldukları nörolojik olayların oranına bakıldığında yıllık etanercept tedavisi alan 230 000 kişinin sadece 17 sinde nörolojik olay (3 optik nevrit 14 santral demiyelinizasyon) geliştiği ve bu oranın normal popülasyonda yıllık MS geliştirme olasılığından (4-5 kişi/100 000 /yıl) farklı olmadığı bildirilmiştir.(9) Ayrıca Winthrop ve arkadaşları (10) çeşitli inflamatuvar hastalıklar nedeni ile Anti-TNF- α ilaçları kullanan hastalarla başka hastalık modifiye eden ilaçlar kullanan hastaları optik nevrit gelişimi açısından karşılaştırmış ve benzer bulmuştur. Oranlar Anti-TNF- α ajanlar için 4,5/100.000, diğer ajanlar için ise 5,4/100.000 bulunmuştur.(10)

Literatürde etanercept tedavisinde iken nörolojik olay gelişim süresi 2.5 ay ile 2 yıl arasında değişmektedir, bizim olgumuzda bu süre 2.5 yıldır. Gelişen nörolojik problemler etanercept tedavisinin kesilmesi ve uygulanan diğer tedavilerle bazı olgularda tam iyileşirken bazı olgularda tam iyileşme olmamıştır.(2) Bu olgularda uzun dönemde klinik seyir nasıl olacak henüz bilinmemektedir.

Sonuç olarak etanercept ve diğer anti-TNF- α ajanları tedavisindeki olgularda gelişen optik nevrit ve diğer demiyelinizan lezyonlar, bu tedavilerle ilişkili gibi görülmektedir, ancak patogeneze tam olarak netleşmemiştir. Oftalmolojik ve nörolojik yan etkilerinin daha iyi tanımlanması ve bu ajanların daha bilinçli kullanılabilmesi açısından bu tedaviyi alan olgularda oftalmolojik ve nörolojik takip daha sıkı tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. *Raphae'le Seror, Christophe Richez, Christelle Sordet et al. Pattern of demyelination occurring during anti-TNF- α therapy: a French national survey Rheumatology 2013;52:868-874.*
2. *Chang V, McCurdy D, Gordon LK. Etanercept associated optic neuropathy.Clin Experiment Ophthalmol. 2007 Sep-Oct;35(7):680-2.*
3. *Menon Vimala, Khokhar Sudarshan. Ankylosing Spondylitis in a Case of Recurrent Optic Neuritis. J Neuro-Ophthalmol. 2001;21(3):235-236.*
4. *Simone Appenzeller, Glaucio R. Werner de Castro Percival D, Sampaio-Barros Zoraida Sachetto Adil M, Samara Sandra Regina M. Fernandes. Differential diagnosis of optic neuritis in a patient with ankylosing spondylitis. Rheumatol Int 2004; 24: 247-249.*
5. *Khan MA, Kushner I. Ankylosing spondylitis and multiple sclerosis. A possible association. Arthritis Rheum 1979; 22:784-6.*
6. *Nielsen NM, Frisch M, Rostgaard K, Wohlfahrt J, Hjalgrim H, Koch-Henriksen N et al. Autoimmune diseases in patients with multiple sclerosis and their first-degree relatives: a nationwide cohort study in Denmark. Mult Scler 2008; 14(6):823-829.*
7. *Cope A, Ettinger R, McDevitt H. The role of TNF- α*

and related cytokines in the development and function of the autoreactive T-cell repertoire. *Res Immunol.* 1997;148:307–312.

8. The Lenercept Multiple Sclerosis Study Group and the University of British Columbia MS/MRI Analysis Group. TNF neutralization in MS: results of a randomized, placebo-controlled multicenter study. *Neurology* 1999;53:457-65.

9. Khanna D, McMahon M, Furst DE. Safety of tumour necrosis factor-alpha antagonists. *Drug Saf.* 2004;27(5):307–324.

10. Winthrop KL, Chen L, Fraunfelder FW ve arkadaşları. Initiation of anti-TNF therapy and the risk of optic neuritis; from the Safety Assessment of Biologic Therapy (SABER) Study. *Am J Ophthalmol.* 2013;155(1):183–189.

Selda SİVASLIOĞLU

Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi /
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

Yazışma adresi: Selda SİVASLIOĞLU

Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi /
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

Geliş Tarihi: 03.08.2015

Kabul Tarihi: 24.08.2015

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ

Cilt: 53 Sayı: 2 Ağustos 2015

Medical Journal of Aegean Clinics

Vol: 53 No: 2 August 2015

Türkiye’de Ve Dünya’da Ergen Gebeliklerin Durumu

The Status Of The Adolescent Pregnants In Turkey And In The World

Öz

Ülkemizde ergen yaş gebelikleri siktir. Oysa ergen gebelik uzun dönemde pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nce de bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır. Bu derlemede ülkemizde ve dünyadaki ergen gebeliklerin durumu irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan gebelik, adölesan evlilik

Abstract

The adolescent pregnancy is very common in our country. However, the adolescent pregnancy leads to a lot of health problems. The World Health Organisation defines adolescent pregnancy as a public health problem. The status of ‘adolescent pregnancy has been scrutinized in our country as well as in the world in this review.

Keywords: Adolescent pregnancy, adolescent marriage

Giriş

Dünyada her yıl 16 milyon 15-19 yaş arası ve 2 milyon 15 yaş altı ergen doğum yapmakta olup bu sayı tüm dünyadaki doğumların % 11’i civarındadır. Ergen gebelik uzun dönemde pek çok sağlık sorununa yol açmakta, eğitimin tamamlanamaması ve sosyokültürel düzeyin geri kalması gibi bir dolu sosyal zararlara neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nce de bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanan ‘ergen gebeliklerin’ önlenmesi için de neden ve sonuçlarının bilinip, toplumsal bir farkındalık yaratılması gerekmektedir.

Ergen Gebeliklerin Epidemiyolojisi

Dünyada her yıl 16 milyon 15-19 yaş arası ve 2 milyon 15 yaş altı ergen doğum yapmakta olup bu sayı tüm dünyadaki doğumların % 11’i civarındadır (1).

Bu doğumların 12,8 milyonu gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır. Dünyada ergen gebeliğinin görülme sıklığı geleneksel davranışlar, evlenme yaşı, dini inançlar, aile yapısı, aile planlaması hizmetlerine erişim, eğitim ve ekonomik durum gibi kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara bağlı olarak % 3,2 - % 42 arasında değişirken, bu oran Avrupa’da % 0,9 - 21, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ’nde %10,6, Latin

Amerika’da % 18,4’dür (2-4).

TNSA-2008 verilerine göre; toplumumuzun % 18,5’ini ergen yaş grubu oluşturmaktadır ve bu ergenlerin yüzde 6’sı çocuk doğurmaya başlamıştır. Ülkemizde 2003’te ergenlik döneminde doğurganlık % 8 iken, 2008’de bu oran % 6’ya gerilemiştir. Ülkemizdeki 15-19 yaşları arasındaki ergenlerin % 9,6’sı evlidir ve anne olma yüzdesi ergenlik döneminde yaşla birlikte artmaktadır. 15 yaşında % 0,4 iken, 19 yaşında % 12,9’a yükselmektedir. Ülkemizde ergenlerin doğurganlık düzeyi %3 ile 10 arasında değişmekte olup, bölgeler arasında belirgin farklılıklar saptanmıştır. En düşük oran Doğu Karadeniz’de, en yüksek ise Orta Doğu Anadolu’dadır (5,6).

Ülkemizde yıllar içinde doğurganlık hızı giderek azalmış olup 1988’ de ‰ 45, 1998’ de ‰ 60 iken 2008’ de ‰ 35’tir (5,6).

Ergen Gebeliklerin Nedenleri

Kentlerde hızlı büyüme, göçler, savaşlar, düşük sosyo-ekonomik durum, zayıf aile bağları, cinsel olarak aktif arkadaşının olması, gençlerin daha erken yaşta cinselliği yaşamalarına neden olmaktadır. Ergenlik döneminde, evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunmak gelişmiş toplumlarda daha fazla oranda görülmekte, sonuçta ergen gebelikler meydana gelmektedir. Gebe ergenler de eğitimlerine devam edemediğinden, okulda başarısızlık ve eğitimsizlik gibi sosyal problemler ortaya çıkmaktadır (7, 8).

Gelişmekte olan ülkelerde ise kadınların eğitim düzeyi ve bununla paralel olarak sosyal çevredeki statüleri erkeklere kıyasla daha düşük seviyededir. Eğitim düzeyinin düşük olması, kültürel ve geleneksel davranışların baskın hale gelmesine neden olarak ergen yaşta evliliklerde, bunun sonucunda da ergen gebeliklerinde artışa neden olur (7).

DSÖ’ ye göre düşük eğitim düzeyi ve kırsal alanda yaşamak ergen gebelik ve doğumları arttıran faktörlerdir. ABD’ de sunulan bir rapora göre 12 yıldan daha az eğitim alanlar, daha fazla eğitim alanlara göre, 18 yaşına kadar 6 kat daha fazla doğum yapmaktadır (9). Ergen gebeliklerin oluşmasına yol açan değişkenler bulunmaktadır. Toplumlara göre değişen evlenme yaşı, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, aile yapısı, dini inançlar, geleneksel davranış ve tutumlar ile aile planlaması hizmetlerine ulaşma durumu ergen gebeliklerin meydana gelmesine yol açan etmenler arasında yer almaktadır (7).

Ergen Gebeliklerin Anne ve Bebek için Tıbbi ve Psikososyal Sonuçları

Her yıl 15-19 yaş grubunda olan 16 milyon ergen doğum yapmakta ve 5 milyon gebelik ise düşükle sonuç-

lanmaktadır. Bugün dünyada her on ergen kızdan biri anne olmaktadır. Bu annelerin % 23’ ünde gebelik ve doğuma bağlı hastalıklar görülmektedir. Bu doğumların % 95’ i düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelere olmaktadır (10,11).

Ülkemizde 15-19 yaş evli kadınlar, tüm evli kadınların % 2,5’ ini oluşturduğu halde, gebeliğe bağlı ölümlerin % 5,9’ u 15-19 yaş grubundadır. 20-24 yaş grubunda gebeliğe bağlı ölüm oranı 100 000 canlı doğumda 15,7 iken, 15-19 yaş grubunda bu oran 18,7’ ye çıkmaktadır (5).

Gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar 15-19 yaş grubu genç kızların ölümünde önemli bir yer tutmaktadır. Her yıl 70 000 genç kız bu yüzden ölmektedir. Bir genç kız gebe kaldığında yaşı ne kadar küçük ise, kendisinin ve bebeğinin maruz kalacağı sağlık riskleri de o kadar fazla olmaktadır. On beş yaşın altında gebe kalan kızların doğum sırasında ölüm oranı, 20 yaş ve sonrasında gebe kalan kızlara göre 5 kat fazladır (12). Ergenlik dönemi gebelikler, genel olarak yüksek riskli gebeliklerdir. Ergen gebelerde anemi, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, erken membran rüptürü, preeklampsi, postpartum endometrit, üriner sistem enfeksiyonu daha sık görülmektedir. 15 yaş altındaki gebelerde risk daha fazladır. Ergenlerde emzirmeye başlama ve devam ettirme performansı daha düşüktür (13).

Ergen annelerin bebeklerinde de daha fazla komplikasyon bildirilmektedir. Ergen anne bebekleri düşük doğum ağırlığı, prematürite, perinatal mortalite açısından risklidir (14).

Neonatal bebek ölümleri, genç annelerde daha yüksek oranda bulunmaktadır. DSÖ’ ye göre yirmi yaş altındaki anne bebeklerinin doğumdan birkaç hafta sonra ki ölüm oranları, 20-29 yaş anne bebeklerine göre % 50 daha fazladır (1). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008’ e göre bebek ölüm hızı 1000 bebekte 17 iken 20 yaş altı annelerde bu oran 1000 bebekte 33’ e yükselmektedir (5).

Söz edilen tüm tıbbi sorunlara ek olarak ergen annelerin sosyokültürel açıdan ebeveynlik becerilerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Ergenler evlilik sonucu çocuk sahibi olsalar bile bebeklerine yeterli uyarıcı ortamını sağlayamamakta, onlarla daha az ilgilenmekte ve çocuklarının bilişsel gelişimlerini destekleyici şekilde sorumluluklarını yerine getirememektedirler. Küçük yaşta ya da yeterli olgunluğa erişmemiş anneler çocuklarına karşı daha ilgisiz olmakta ve sabırlı davranmamaktadırlar. Bu veriler, erken yaşta yapılan evlilikler ve çocuk sahibi olmanın özellikle anne ve çocuk açısından çok boyutlu sorunlara neden olduğunu göstermektedir (15).

Ergen Gebeliklerin Önlenmesi

Türkiye’de evlilik, hem evliliğin ülke genelinde yaygın olması, hem de doğumların neredeyse tamamının evlilik içerisinde gerçekleşmesi nedeniyle demografik açıdan oldukça önemlidir. Ülkemizde cinsellik ve doğurganlıkla ilgili davranışların başlaması ilk evlenme yaşıyla ilişkilidir. Bununla birlikte, erken yaş evlilikleri gebelik riski altında geçen dönemi uzatarak gelecekteki doğurganlığı ve nüfus büyüklüğünü etkilemektedir. Eğitim ergenlik döneminde gerçekleşen evlilikleri ve doğurganlığı etkileyen başlıca etkenlerden biridir. Çünkü eğitimde geçen süre nedeniyle evlilikler ve doğumlar ileri yaşlara ertelenmektedir ve eğitimin bireylerin doğurganlık davranışlarını değiştirici etkisi vardır (16).

Uluslararası Kadın Araştırmaları Merkezi (International Center for Research on Women (ICRW)) tarafından 2011 yılında, erken evliliklerin engellenmesine yönelik müdahale programlarının derlendiği makalede 5 ana amaç belirlendiği görülmüştür. Kız çocuklarının bilgi, beceri ve destek ağlarıyla güçlendirilmesi, ebeveyn ve toplumun bireylerinin eğitilmesi ve harekete geçirilmesi, kız çocukları için örgün eğitim kalitesi ve erişilebilirliğin artırılması, kız çocukları ve aileleri için ekonomik desteğin sunulması, yasal çerçevenin etkinleştirilmesi bu programların hedeflerini oluşturmaktadır. Bu stratejiler içerisinde erken evliliğin önlenmesinde kızların eğitimi en güçlü müdahale yöntemi olarak ortaya çıkmıştır. Kızların okulda olması onların halen çocuk olarak görülmesine yardımcı olmakta, dolayısıyla evlenilebilir olmaktan çıkarmaktadır. Aynı zamanda kız çocuklarının okuldaki eğitimle bilgi ve becerilerini arttırmaları, sosyal ağlarını geliştirmeleri kendi çıkarları için en iyisine karar vermelerini sağlamakta, kaliteli ve ileri eğitimle sağladıkları ekonomik gelir, ailelerine ve topluma faydalarının daha görünür olmasını sağlamaktadır (17).

Okula karşı olan tutumlar ile eğitimsel hedef ve beklentiler ergen gebeliğini engelleyen en önemli faktörler olarak görülmektedir. Bu nedenle okulların kız çocukları için önemli ortamlar haline getirilmesi ve eğitimlerine devam etmeleri konusunda motive edilmeleri gerekmektedir. Aileler okullarda düzenlenecek aktivitelerin bir parçası haline getirilmeli, yardım ve eğitim sadece çocuğa yönelik olmaktan çıkarılıp anne ve babaların da okul programlarına dâhil edilmeleri sağlanmalıdır. Ergenin yaşadığı uyarıcı ortamı değiştirmeden okulların etkili olması mümkün değildir (16).

Ergen gebeliklerin oluşmasında düşük sosyoekonomik durum altta yatan en önemli nedenlerden biridir. Ülkelerin sosyoekonomik durumlarının iyileşmesi ve kişi başına düşen gelir düzeyinde artış sağlanması bu

problemin asıl çözümüdür (18).

Sağlık çalışanlarının, ergenlerin cinsel sağlıklarını korumak ve gebelik önleyici yöntemlerin kullanımına ilişkin olumsuz algılarını değiştirmek amacıyla danışmanlık hizmeti vermeleri çok önemlidir. Bu hizmetin etkinliği cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve istenmeyen gebelikleri önleyebilir. Danışmanlık hizmeti, eğitim gören ergenlere okulda eğitim süresine yayılarak verilebilir. Diğerlerine de ulusal eğitim kampanyaları düzenleyerek, kitle iletişim araçları ile bilinçlendirme sağlanmalıdır (18).

Doğum sonrasında ise kontracepsiyon önerileri yapılması, emzirmenin desteklenmesi postpartum depresyonun taranması ve saptanan olguların erken tedavi edilmesi hem anne hem de bebeğin sağlığı açısından önemlidir (13).

Kaynaklar:

1. *Internet World Health Organization. Adolescent pregnancy. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fmaternal_child_adolescent%2Ftopics%2Fmaternal%2Fadolescent_pregnancy%2Fen%2F&date=2015-03-12. Son erişim tarihi: 12.03.2015*
2. *Madazlı, R.(2008). Adolesan Gebelikleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi.No: 63; 51-52.*
3. *Conde-Agudelo A, Beliza’n JM, Iamers C.(2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 192, Issue 2, Pages 342–349*
4. *Keskinoğlu P, Bilgiç N ve Pıçakçıefe M .(2007) Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 20: 19-24.*
5. *İnternet: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.hips.hacettepe.edu.tr%2Ftnsa2008%2Fdata%2FTNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf&date=2015-03-12. Son erişim tarihi: 12.03.2015*
6. *İnternet: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.hips.hacettepe.edu.tr%2Fpdf%2FTNSA2003-AnaRapor.pdf&date=2015-03-12>. Son erişim tarihi: 12.03.2015*
7. *Bulut S., Gürkan A., ve Sevil Ü.(2008). Adolesan Gebelikler. Aile ve Toplum Dergisi , 4(13): 37- 44*
8. *Başer, M. (2000). Adolesan cinselliği ve gebelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1), 50-54.*
9. *İnternet: Adolescent pregnancy–Unmet needs and*

undone deeds. World Health Organization 2007.

URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fpublications%2F2007%2F9789241595650_eng.pdf&date=2015-03-12.
Son erişim tarihi: 12.03.2015

10. Çuhadaroğlu F. (2000). Ergenlik döneminde psiko-lojik gelişimin özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi Adöle-san Sayısı*, 21(6):863-868

11. İnternet: McIntyre P. Pregnant Adolescents Delive-ring on Global Promises of Hope. Geneva, World He-alth Organization Library Cataloguing in Publication Data. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fpublications%2F2006%2F9241593784_eng.pdf&date=2015-03-12.
Son erişim tarihi: 12.03.2015

12. UNICEF: Dünya Çocuklarının Durumu Yönetici Özeti. (2009). Türkiye’de çocukların durum raporu. Ankara: Dumat Ofset

13. Kütük, S. (2012). *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 16 (Suppl):S.31-34

14. Treffers PE. (2003). Teenage pregnancy, a worl-dwide problem. *Nederlands tijdschrift voor genees-kunde*, 147: 2320-2325.

15. Lansdale, P. L. C., Gunn, J. B. and Paikoff, R. L. (1991). Research and Programs for Adolescent Mot-hers: Missing Links and Future Promises. *Family Rela-tions*, 40(4), 396-403.

16. Yücel, C. (2003). Çağcıl bir eğitim problemi: Ergen gebeliği. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 81-87.

17. İnternet: Malhotra A, Warner A, McGonagle A, Lee-Rife S. Solutions to end child marriage, what the evidence shows. ICRW. URL: <http://www.webcitati-on.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.icrw.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fpublications%2FSolu-tions-to-End-Child-marriage.pdf&date=2015-03-12>.
Son erişim tarihi: 12.03.2015

18. Cabezón, C., Vigil, P. and Rojasc, I. (2005). Adoles-cent pregnancy prevention: an abstinence entered randomized controlled intervention in a Chilean pub-lic high school. *Journal of Adolescent Health*, 36:64-9.



EGE KL NİKLERİ TIP DERGİSİ

MEDICAL JOURNAL OF AEGEAN CLINICS

