



EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ

MEDICAL JOURNAL OF AEGEAN CLINICS

Cilt / No: 54

Sayı / No: 1

Nisan / April 2016

İÇİNDEKİLER/ CONTENTS

KLİNİK ÇALIŞMA/CLINICAL TRIAL

- Mastektomili Hastalarda Beden Algısının Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi
Hatice DAYILAR ve Ark.

- Hematüri Şikâyeti ile Başvuran Hastalarda Hematüri Nedenleri ve Klinik Önemi
Mustafa Ozan HORSANALI ve Ark.

- Akut Arteriyel Tıkanıklık Sebebiyle Femoral Embolektomi Uyguladığımız Yetmiş Yaş ve Üstü Hastalarımızın Sonuçlarının İrdelenmesi
Özge KORKMAZ ve Ark.

- Posttravmatik Ekstremitte Damar Yaralanmalarında Tanı ve Tedavi Yaklaşımımız
Özge KORKMAZ ve Ark.

- T1 Dil Karsinomlarında Tedavi Sonuçlarımız
Yılmaz ÖZKUL ve Ark.

- Genel Cerrahi Kliniğimizde Perkutan Endoskopik Gastrostomi Deneyimimiz; Tek Merkez Sonuçlarımız
Hakan ERPEK ve Ark.

OLGU SUNUMU/ CASE REPORT

- Morbid Obez Genç Adolesan Olguda Başarılı Alt Ekstremitte Skleroterapi Uygulaması
Köksal DÖNMEZ ve Ark.

- Koroner Kateterizasyon Girişimi Sonrası 1. Yılda Olgunlaşan Dev Ekspansif Brakiyal Arter Yalancı Anevrizması
Ersin ÇELİK ve Ark.

- Bronchoesophageal Fistula in a Patient Presenting with Primary Effusion Lymphoma
Fusun GEDİZ ÖZDEMİRKIRAN ve Ark.

- External Beam Radiation Therapy in The Treatment of Tracheobronchial Amyloidosis: Case Report
Fusun GEDİZ ÖZDEMİRKIRAN ve Ark.

- Tesadüfen Hiatal Herni Bulgulanan ve Çoklu Morbidite Faktörüne Sahip Yüksek Cerrahi Riskli Olguda Koroner Cerrahi Revaskülarizasyon Stratejimiz
Ufuk YETKİN ve Ark.

- Karaciğer Kist Hidatidğine Eşlik Eden Dev Renal Kist Hidatik: Nadir Bir Olgu Sunumu
Kutan ÖZER ve Ark.

- Dev Solid Mediastinal Kitle Olarak Gözlenen Timoma Olgusu
Ufuk YETKİN ve Ark.

- Büyük ve Semptomatik Bir Vajinal Epidermal İnküzyon Kisti: Olgu Sunumu
Hakan ÇÖKMEZ ve Ark.

DERLEME/ REVIEW

- Çölyak Hastalığı İlişkili Antikorlar ve Psöriyazis İlişkisi
Erden Erol ÜNLÜER

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ

THE MEDICAL JOURNAL OF AEGEAN CLINICS

Baş Editör / Editor-in-chief

Dr. A. Akin SİVASLIOĞLU

Yardımcı Editör / Associate Editor

Dr. K. Erdinç KAMER

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

İstatistik Editörü/Statistical Editor
Dr. Eray ÇALIŞKAN

DANIŞMA KURULU/ADVISORY BOARD

Dr. Gökhan AFACAN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast. Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji
Dr. Murat AKSUN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Anesteziyoloji Reanimasyon Kliniği
Dr. Cezmi AKKIN- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Göz ABD
Dr. Galip AKHAN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Nöroloji Kliniği
Dr. Enver ALTAS- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., KBB Kliniği
Dr. Özgür ASLAN- Dokuz Eylül Ünv. Hastanesi, Kardiyoloji ABD.
Dr. Yüksel ATAY- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Kalp Damar Cer. ABD.
Dr. Funda ATAMAZ- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD.
Dr. H. Mücahit ATALAY- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Nükleer Tıp
Dr. Çetin AYDIN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast. Kadın Doğum Kliniği
Dr. Uğur BALCI- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast. Üroloji Kliniği
Dr. Ahmet Yağmur BAŞ- Etik Zübeyde Hanım Kadın Hst. Eğt. ve Arast. Hast., Neonatoloji
Dr. İlgül BİLGİN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Dermatoloji Kliniği
Dr. Yeşim BECKMANN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Nöroloji Kliniği
Dr. Hamdi BEZİRCİOĞLU- Bozok Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cer. Kliniği
Dr. İncim BEZİRCİOĞLU- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast. Kadın Doğum Kliniği
Dr. Murat BOZKURT- Yıldırım Beyazıt Ünv., Ortopedi ve Trav. ABD.
Dr. Engin BOZKURT- Yıldırım Beyazıt Ünv., Ortopedi ve Trav. ABD.
Dr. Çağrı BÜKE- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hast. ABD.
Dr. Abdullah Erdem CANDA- Ankara Atatürk Eğt. Ve Arast. Hastanesi Üroloji Kliniği
Dr. Fulya ÇAKALGAOĞLU- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Patoloji Laboratuvarı
Dr. Alpaslan ÇAKAN- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Mikrobiyoloji ABD.
Dr. Gülay OYUR ÇELİK- I.K.Ç. Ünv. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Bölümü
Dr. Mehmet ÇELEBİSOY- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Nöroloji Kliniği
Dr. Atilla ÇÖKMEZ- Şifa Ünv., Genel Cerrahi Kliniği
Dr. Candan ÇİÇEK- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Mikrobiyoloji ABD.
Dr. Mustafa DEMİRCİ- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Biyokimya Laboratuvarı
Dr. Nihal DEMİREL- Etik Zübeyde Hanım Kadın Hast. Çocuk Hast., Yenidoğan
Dr. Çetin DİNCEL- Hacettepe Ünv., Üroloji ABD.
Dr. Giuseppe DODI- Padua University Hospital, First General Surgery Unit
Dr. Oktay ERGENE- Dokuz Eylül Ünv. Hastanesi, Kardiyoloji ABD.
Dr. Leyla GÜLSEREN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Psikiyatri Kliniği
Dr. Soner GÜRSOY- Dr. Suat Seren Göğüs Hast. Cer. Eğt. Ve Arast. Hastanesi, Göğüs Cer. Kliniği
Dr. Rezzan GÜNAYDIN- Ordu Ünv. Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD.
Dr. Mehmet HACIYANLI- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Genel Cerrahi Kliniği
Dr. Mine HEKİMGİL- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji ABD.
Dr. Mübin HOŞNUTER- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Plastik Rekonstrüktif ve Est. Cer. Kliniği
Dr. Dağhan İŞİK- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Plastik Rekonstrüktif ve Est. Cer. Kliniği
Dr. Arif KARAGÖZ- İzmir Bozok Ünv. Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği
Dr. Volkan KARAÇAM- Dokuz Eylül Ünv. Hastanesi, Göğüs Cer. ABD.
Dr. Ali KARAKUZU- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Dermatoloji Kliniği
Dr. Pelin KARTAL DURMAZLAR- B. Dışkırı Yıldırım Beyazıt Eğt. Ve Arast. Hast., Dermatoloji Kliniği
Dr. Erdinç KAMER- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Genel Cerrahi Kliniği

Dr. Mustafa KARAÇELİK- İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi
Dr. Kaan KATIRCIOĞLU- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Anesteziyoloji Reanimasyon Kliniği
Dr. Kıymet Handan KELEKÇİ- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Dermatoloji Kliniği
Dr. Sefa KELEKÇİ- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Kadın Doğum Kliniği
Dr. Uğur KOCA- Dokuz Eylül Ünv. Hastanesi, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon ABD.
Dr. Mehmet KÖSEĞÜL- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Biyokimya Laboratuvarı
Dr. Mehmet KIZILKAYA- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Kliniği
Dr. Yakup KUMTEPE- Erzurum Atatürk Ünv., Kadın Doğum Kliniği
Dr. Mehmet Ali MALAS- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Anatomi
Dr. Levent METE- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Psikiyatri Kliniği
Dr. Orhan OYAR- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Radyoloji
Dr. Ali ÖLMEZOĞLU- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Radyasyon Onkolojisi
Dr. Behzat ÖZKAN- İstanbul Medeniyet Ünv., Çocuk Endokrinolojisi
Dr. Cem PEŞKERSOY- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Dr. Peter PETROS- UNSW Academic Dept. Of Surgery St Vincent's Clinical School, University of Western Australia
Dr. Ercan PINAR- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., KBB Kliniği
Dr. Hüsnü PULLUKÇU- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hast. ABD.
Dr. Sülen SARIOĞLU- Dokuz Eylül Ünv. Hastanesi, Patoloji ABD.
Dr. İbrahim Muhiittin ŞENER- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Ortopedi Kliniği
Dr. Atilla ŞENCAN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği
Dr. Ercüment TARCAN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Genel Cerrahi Kliniği
Dr. Bekir TATAR- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., KBB Kliniği
Dr. Fatma TATAR- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Genel Cerrahi Kliniği
Dr. Hasan TATARİ- Dokuz Eylül Ünv. Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji ABD.
Dr. Cengiz TAVUSBAY- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Genel Cerrahi Kliniği
Dr. Andrea TUBARO- La Sapienza University of Rome, Urology Department
Dr. Nesrin TÜRKER- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., İnciye Kliniği
Dr. Serap ULUKAYA- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği
Dr. Serap URAL- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Enfeksiyon Hast. Kliniği
Dr. Mehmet UĞURLU- Yıldırım Beyazıt Ünv., Aile Hekimliği ABD.
Dr. Dilek UYSAL- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Kadın Doğum Kliniği
Dr. Erden Erol ÜNLÜER- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Acil Tıp
Dr. İdil ÜNAL- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hast., Deri ve Zührevi Hast. ABD.
Dr. Belkis ÜNSAL- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Gastroenteroloji Kliniği
Dr. Nur YAPAR- Dokuz Eylül Ünv. Hastanesi, Enfeksiyon Hast. ABD.
Dr. Mehmet Hakan YETİMALAR- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Kadın Doğum Kliniği
Dr. Ufuk YETKİN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Kalp Damar Cer. Kliniği
Dr. Abdussamed YALÇIN- Yıldırım Beyazıt Ünv., Genel Cerrahi ABD.
Dr. Aşkın YILDIZ- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Kadın Doğum Kliniği
Dr. Bülent YILMAZ- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Kadın Doğum Kliniği
Dr. Seyran YİĞİT- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Patoloji Laboratuvarı
Dr. Levent YOLERİ- Celal Bayar Ünv., Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD.
Dr. Süreyya GÜL YURTSEVER- I.K.Ç. Ünv. 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.Akin 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'tır.
The periodical is published
three times in a year. The
printing months are April,
August and December

Dergimizin web adresi <http://www.egeklinikeritipdergisi.com>

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

Basım Yeri/ Printed in: Berke Ofset Ve Baskı Sistemleri **Adres:** Sanayi Caddesi No:30 Kazım Dirik Mah. Bornova-İZMİR
Tel: 0232 449 97 97 **Fax:** 0232 449 70 97 **Mail:** info@berkeofset.com.tr

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 ihdergi@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 geç-

memelidir. 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 sınıandığını 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 ihdergi@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*. 1 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

Mastektomili Hastalarda Beden Algısının Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi 8

Investigation of Effect of Self-Esteem of Body Perception in Mastectomy Patients

Hatice DAYILAR, Fatma Nevin ŞİŞMAN, Zeynep ADA, Yelda CANDAN DÖNMEZ

Hematüri Şikâyeti ile Başvuran Hastalarda Hematüri Nedenleri ve Klinik Önemi 15

Haematuria Etiology in Patients Admitted with Complaints of Hematuria and its Clinical Importance

Mustafa Ozan HORSANALI, Kutun ÖZER, Sacit Nuri GÖRGEL, Ahmet Selçuk DİNDAR, Burcu ÖZALP HORSANALI

Akut Arteriyel Tıkanıklık Sebebiyle Femoral Embolektomi Uyguladığımız 19

Yetmiş Yaş ve Üstü Hastalarımızın Sonuçlarının İrdelenmesi

Investigation of Elder Patients (70 and older) Treated with Femoral

Embolectomyfor Acute Arterial Obstruction

Özge KORKMAZ, Sabahattin GÖKSEL, Ufuk YETKİN, Köksal DÖNMEZ, Osman BETON, Öcal BERKAN

Posttravmatik Ekstremitte Damar Yaralanmalarında Tanı ve Tedavi Yaklaşımımız 29

Approach to Posttraumatic Extremity Vascular Injuries: Diagnosis and Treatment

Özge KORKMAZ, Sabahattin GÖKSEL, Ufuk YETKİN, Köksal DÖNMEZ, Öcal BERKAN

T1 Dil Karsinomlarında Tedavi Sonuçlarımız 36

Outcomes of treatment of T1 carcinomas of the tongue

Yılmaz ÖZKUL, Aykut KAPTAN, Abdulkadir İMRE, Düzgün ATEŞ, Murat Songu, Koray BALCI, Seçil ARSLANOĞLU

Genel Cerrahi Kliniğimizde Perkutan Endoskopik Gastrostomi Deneyimimiz; Tek Merkez Sonuçlarımız 40

Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Experience in Our General Surgery Clinic: Single Center

Hakan ERPEK, Eyüp Murat YILMAZ, Akay EDİZSOY, Pars TUNÇYÜREK, Ali Doğan BOZDAĞ

OLGU SUNUMU/ CASE REPORT

Morbid Obez Genç Adolesan Olguda Başarılı Alt Ekstremitte Skleroterapi Uygulaması 43

Successful Lower Extremity Sclerotherapy in a Morbid Obese Young Adolescent Patient

Köksal DÖNMEZ, Ufuk YETKİN, Barış AKÇA, Didem Avcı DÖNMEZ, Ali GÜRBÜZ

Koroner Kateterizasyon Girişimi Sonrası 1. Yılda Olgunlaşan Dev Ekspansif 45

Brakiyal Arter Yalancı Anevrizması

A Giant Expanding Brachial Aartery Pseudoaneurysm Maturing One Year After

Coronary Catheterization

Ersin ÇELİK, Ufuk YETKİN, İsmail YÜREKLİ, Köksal DÖNMEZ, Aylin Orgen ÇALLI, Ali GÜRBÜZ

Bronchoesophageal Fistula in a Patient Presenting with Primary Effusion Lymphoma 49

Primer Effüzyon Lenfomalı Bronkoözafajiyal Fistül Oluşan Bir Hastanın Sunumu

Fusun Gediz ÖZDEMİRKIRAN, Hikmet BATĞI, Mehmet DOĞAN, Emre TEKGÜNDÜZ, Fevzi ALTUNTAŞ

External Beam Radiation Therapy in The Treatment of Tracheobronchial Amyloidosis: Case Report 52

Trakeobronşiyal Amiloidozisin Tedavisinde Eksternal Beam Radyoterapi: Olgu Sunumu

Fusun GEDİZ ÖZDEMİRKIRAN, Filiz VURAL, Selen BAYRAKTAROĞLU, Serra KAMER, Nazan ÖZSAN

Tesadüfen Hiatal Herni Bulgulanan ve Çoklu Morbidite Faktörüne Sahip Yüksek 55

Cerrahi Riskli Olguda Koroner Cerrahi Revaskülarizasyon Stratejimiz

Our Surgical Coronary Revascularization Strategy in A High Risk Case With

Multiple Morbidity Factors Which Had Hiatal Hernia Diagnosed Coincidentally

Ufuk YETKİN, Yüksel BEŞİR, İsmail YÜREKLİ, Kazım ERGÜNEŞ, Ersin ÇELİK, Ali GÜRBÜZ

Karaciğer Kist Hidatiğine Eşlik Eden Dev Renal Kist Hidatik: Nadir Bir Olgu Sunumu 58

Giant Renal Cyst Hydatid Accompanied With Cyst Hydatid of the Liver: A Rare Case Report

Kutan ÖZER, Özgür SANCAKLI, Mustafa Ozan HORSANALI, Sacit Nuri GÖRGEL, Uğur BALCI, Fevzi CENGİZ

Dev Solid Mediastinal Kitle Olarak Gözlenen Timoma Olgusu 61

A Thymoma Case Representing As A Giant Solid Mediastinal Mass

Ufuk YETKİN, Levent YILIK, Habib ÇAKIR, Köksal DÖNMEZ, Tayfun GÖKTOĞAN, Ali GÜRBÜZ

Büyük ve Semptomatik Bir Vajinal Epidermal İnlüzyon Kisti: Olgu Sunumu 64

An Eenlarging and Symptomatic Vaginal Epidermal İnclusion Cyst: A Case Report

Hakan ÇÖKMEZ, Akın SİVASLIOĞLU, Saida SAMADLI

DERLEME/ REVIEW

Çölyak Hastalığı İlişkili Antikorlar ve Psöriyazis İlişkisi 66

The association between Coeliac disease-related antibodies and Psoriasis

Erden Erol ÜNLÜER

Mastektomili Hastalarda Beden Algısının Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Investigation of Effect of Self-Esteem of Body Perception in Mastectomy Patients

Hatice DAYILAR*
Fatma Nevin ŞİŞMAN**
Zeynep ADA***
Yelda CANDAN DÖNMEZ****

*Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu, İzmir
**Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
*** Lüleburgaz Devlet Hastanesi Kalite Birimi
****Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi
Hastalıkları Hemşireliği

Yazışma Adresi:

Hatice DAYILAR
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
e-mail: h.dayilar@gmail.com

Geliş Tarihi: 15.12.15
Kabul Tarihi: 02.03.16

Öz

Bu çalışmada mastektomili hastalarda beden algısının benlik saygısı üzerine etkisinin incelenmesi amaçlandı. Tanımlayıcı tipte olan araştırma evrenini 01 Temmuz 2008 – 31 Mayıs 2009 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde Meme Polikliniği'ne mastektomi ameliyatı sonrası kontrole gelen, Onkoloji Hastanesi'nde mastektomi ameliyatından sonra kemoterapi ve Radyoloji Anabilim Dalı'nda radyoterapi tedavisi alan hastalar oluşturdu. Araştırma örneğini ise bu hastalardan araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar (n=136) oluşturdu. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen sosyo-demografik verileri tanılamaya ilişkin 6 soru, hastalık ve tedavi özelliklerini tanılamaya ilişkin 13 soru, beden algısını tanılamaya ilişkin 27 sorudan oluşan soru formu ile benlik saygısını ölçmeye yönelik "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği"nin ilk 10 maddesi kullanıldı. Veriler araştırmacılar tarafından hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Veriler, SPSS programında sayı, yüzde ve ki kare istatistiksel analizleri kullanılarak değerlendirildi. Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kurul, uygulamanın yapıldığı hastane ve hastalardan yazılı izinler alındı. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 46.07 ± 6.153 (24-55)'dir. Hastaların % 45.6'sının evre I de tanı koyulduğu, % 50'sinin şu ana kadar kemoterapi aldığı, % 37.5'inin ise basit mastektomi olduğu, % 35.3'ü memesinin aynadaki görüntüsünden rahatsız olduğu, % 32.4'ü memesindeki ameliyat izlerinden dolayı rahatsızlık duyduğu, % 38.2'si bazen vücudundaki değişikliklerden dolayı kendini üzgün hissettiği belirlendi. Hastaların beden algısının benlik saygısı üzerine etkisinin incelendiği bu çalışmada; Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği değeri 1.11 ± 1.27 (0.00-4.00) olarak bulundu. Bu değer araştırmaya katılan mastektomili hastaların benlik saygısının orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Sonuçta; mastektomili hastaların beden algısının benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği ve bu doğrultuda hastaların günlük yaşam aktivitelerinin de olumsuz yönde etkilendiği

belirlenmiştir. Mastektomi ameliyatı sonrası hastaların beden algısı ve benlik saygısı değerlendirilerek uygun hemşirelik girişimleri planlanmalı ve profesyonel boyutta hemşirelik bakımı sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler; Meme hastalıkları, mastektomi, benlik saygısı, beden algısı.

Abstract

In this study, it is aimed to investigate the effect of body image on the self-esteem of patients with mastectomy. Descriptive in the research universe has been performed between July 1, 2008 - 31 May 2009 in the Breast Clinic of a university hospital with patients under the control of post- surgery after mastectomy, chemotherapy patients after mastectomy in Oncology Hospital and patients undergoing radiation therapy in the Radiology Department . Patients who had agreed to participate this study has formed the research sample (n=136). The data has been collected by researchers 6 questions according to socio- demographic data in the literature, questionnaire consisting of 27 questions relating to diagnose the body image and the first ten items of Rosenberg Self-Esteem Scale which related to the measurement of self-esteem. Data were collected through face to face interviews with patients by researchers. Data evaluated by number, percent and chi-square statistical analysis of SPSS program. Written permissions have been received by the hospital that application was made and patients to carry out the research. The average age of patients participating in the study is 46.07±6.153 (24-55). It has been determined that 45.6 % of the patients diagnosed with stage I, 50% of patients received chemotherapy so far, 37.5% with simple mastectomy, 35.3 % disturbed from its breasts' mirror image, 32.4 % disturbed from surgical scars on the breast, 38.2% felt sometimes sad due to changes in the body. In this current study that examined the effects of body image on self-esteem: Rosenberg Self-Esteem Scale has been determined as 1.11±1.27 (0.00-4.00). This value indicates that self-esteem of mastectomy patients participating this survey shows medium levels.

Keywords: Breast disease, mastectomy, body image, self respect

Giriş

Kadın sağlığını tehdit eden, vücutta değişikliklere neden olan önemli hastalıklarından biri meme kanseridir (1-5). Her yıl bir milyon vaka ile meme kanseri dünyada kadınlar arasında en çok görülen kanserdir. Türkiye’de ise meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olup kadınlardaki tüm kanserlerin % 24.1’ini oluşturmakta ve hayatta kalma oranı % 80'lere ulaşan meme kanserinde her yıl giderek hasta sayısı artmaktadır (6-9).

Mastektomi sonrası meme kaybının ruhsal ve cinsel yaşam üzerine belirgin etkisi olması nedeniyle kadında bütünlük duygusunda, beden algısında bozulma meydana gelmektedir. Hastanın benlik tasarımı, beden imajı, hastalıkla ilgili korku ve endişe duygularına ilişkin sorunları ortaya çıkmaktadır. Cerrahi girişim sonrası, kadının var oluşu, çevresiyle iletişimi, üretkenliği ve cinselliği açısından büyük önem taşıyan bedeninin bir bölümünün kaybı, biyo-psiko-sosyal dengenin bozulmasına ve bağlı olarak bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Memenin kaybı, kadınların sıklıkla depresyon ve duygulanım bozuklukları, beden imajında bozulma, dişilik özelliklerini kaybetme gibi sıkıntı ve zorluklar yaşamasına neden olmaktadır. Tanı ve tedaviden sonra yıllar geçmiş olsa da bu endişe ve korkular sürmektedir. Tüm bu olasılıklar ve yaşanan sorunlar nedeniyle mastektomili hastaların nitelikli bir yaşam sürdürmelerinde, etkin tedavi yöntemlerinin yanı sıra beden algılarının ve benlik saygılarının korunması ve normal düzeyde tutulması önemlidir (4).

Mastektomi sonrası kadınlara profesyonel boyutta psikososyal destek sağlamak hemşirelerin önemli sorumluluklarından biri olması nedeniyle, meme kanserli kadınlarda mastektomi sonucu ortaya çıkan psikososyal sorunların belirlenip uygun girişimlerin planlanması için bu alanda kapsamlı çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır (4).

Bu çalışma mastektomili hastalarda beden algısının benlik saygısı üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Materyal Metod

Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın evrenini 01 Temmuz 2008-31 Mayıs 2009 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde Meme Polikliniği’ne mastektomi ameliyatı sonrası kontrole gelen, Onkoloji Hastanesi’nde mastektomi ameliyatından sonra kemoterapi ve Radyoloji Anabilim Dalı’nda radyoterapi

tedavisi alan hastalar oluşturdu. Araştırma örneklemini ise bu hastalardan araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar (n=136) oluşturdu.

Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kuruldan ve uygulamanın yapıldığı hastaneden yazılı izinler alındı. Hastalara araştırmanın amacı ve uygulaması hakkında bilgi verilerek yazılı/sözlü izinlerin alındıktan sonra veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen sosyo-demografik verileri tanılamaya ilişkin 6 soru, hastalık ve tedavi özelliklerini tanılamaya ilişkin 13 soru, beden algısını tanılamaya ilişkin 27 sorudan oluşan soru formu ve benlik saygısını ölçmeye yönelik "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği"nin ilk 10 maddesi kullanıldı. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması, ülkemizde ilk kez 1986 yılında Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır (10). İlk on maddesi benlik saygısını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (10). İlk 3 soru, 4. ve 5. sorular ve 9. ve 10. sorular birlikte değerlendirilirken, 6-7 ve 8. sorular tek olarak değerlendirilmektedir.

Birinci ve 2. soruda "yanlış" ya da "çok yanlış", 3. soruda "çok doğru" ya da "doğru" şıklarının işaretlenmesi 1 puan, 4. soruda "yanlış" ya da "çok yanlış", 5. soruda "çok doğru" ya da "doğru" şıklarının birinin işaretlenmesi 1 puan, 6. soruda "yanlış" ya da "çok yanlış" şıklarından birinin işaretlenmesi 1 puan, 7. soruda "yanlış" ya da "çok yanlış" şıklarından birinin işaretlenmesi 1 puan, 9 ve 10. soruda "çok doğru" ya da "doğru" şıklarından birinin işaretlenmesi 1 puan olarak değerlendirilip ölçek toplam 6 puan üzerinden değerlendirilmektedir. İlk 10 sorudan alınan toplam puan 0-1 ise benlik saygısı yüksek, 2-4 ise orta ve 5-6 ise düşük benlik saygısının olduğunu göstermektedir (7).

Veriler, SPSS (The Package For Social Sciences) 16 paket programında sayı, yüzde ve ki kare istatistiksel analizleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular

Araştırma örneklemine dahil edilen hastaların yaş ortalaması 46.07±6.15 olarak bulundu. Araştırma kapsamına alınan hastaların % 33.8'si 50 yaş ve üzerinde, % 34.6'sı ilköğretim, % 34.6'sı ortaöğretim mezunu olduğu, % 64.7'si ev hanımı olduğu, % 92.6'sının sosyal güvencesinin olduğu, % 82.4'ünün gelirinin gidere denk olduğu, % 25.0'nin ilçede yaşadığı, % 51.5'inin 2 çocuğa sahip olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1: Mastektomili Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		N	Yüzde (%)
Yaş Grubu	18-25	1	0.7
	26-33	3	2.2
	34-41	28	20.7
	42-49	58	42.6
	50 ve üzeri	46	33.8
Eğitim Durumu	Okur-yazar	19	13.8
	İlköğretim	47	34.6
	Ortaöğretim	47	34.6
	Üniversite	23	17.0
Meslek	Ev hanımı	88	64.7
	Memur	20	14.7
	İşçi	12	8.9
	Serbest meslek	4	2.9
	Emekli	12	8.8
Sosyal Güvence	Var	126	92.6
	Yok	10	7.4
Gelir Durumu	Gelir giderden az	21	15.4
	Gelir gidere denk	112	82.4
	Gelir giderden fazla	3	2.2
Yaşadığı Yer	İl	98	72.1
	İlçe	34	25.0
	Köy	4	2.9
Çocuk Sayısı	1	13	9.6
	2	70	51.5
	3	37	27.2
	4	2	1.5
	5 ve üzeri	3	2.1
	Yok	11	8.1

Araştırmaya katılan hastalara % 45.6'sının evre I de iken tanı konulduğu, % 85.3'üne belirtiler başladıktan 0-11 ay sonrası tanı konulduğu, hastaların şu ana kadar % 50.0'nin kemoterapi aldığı, şu an % 72.1'inin kemoterapi aldığı belirlendi. Araştırmaya kapsamına alınan hastaların % 36.8'inin radikal mastektomi ameliyatı olduğu, % 68.4'ünün mastektomi ameliyatını 6-11 ay önce olduğu, % 73.5'inin protez kullanmadığı bulundu. Araştırmaya katılan mastektomili hastaların % 9.6'sında hipertansiyon ve % 77.2'sinde başka bir kronik hastalığının olmadığı saptandı. Mastektomili hastaların beden algısının benlik saygısı üzerine etkisinin incelendiği bu çalışmada Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği değeri 1.11±1.27 (min 0.00, max 4.00) olarak bulundu (Tablo 2-3).

Tablo 2: Mastektomili Hastaların Beden Algısının Memeyi Algılama Durumlarına Göre Dağılımı

Beden Algısına İlişkin Tanılama	Evet		Hayır		Bazen		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi sonrası memenize dokunabiliyor musunuz?	84	61.8	25	18.4	27	19.8	136	100.0
Mastektomi sonrası memenize bakabiliyor musunuz?	81	59.6	24	17.6	31	22.8	136	100.0
Memeninizin aynadaki görüntüsünden rahatsız mısınız?	48	35.3	51	37.5	37	27.2	136	100.0
Bedeninizin aynadaki görüntüsü sizi etkiliyor mu?	42	30.9	48	35.3	46	33.8	136	100.0
Mememizdeki ameliyatı izlerinden dolayı rahatsızlık duyuyor musunuz?	44	32.4	63	46.3	29	21.3	136	100.0
Mememizi başkalarına göstermekten kaçınıyor musunuz?	23	16.9	64	47.1	49	36.0	136	100.0
Hastalıktan dolayı vücudunuzu başkalarına göstermekten utanıyor musunuz?	21	15.4	68	50.0	47	34.6	136	100.0
Giyinmek için özellikle karanlık ortamları tercih eder misiniz?	13	9.5	113	83.1	10	7.4	136	100.0
Mememizin şuan ki görüntüsünü beğeniyor musunuz?	37	27.2	68	50.0	31	22.8	136	100.0
Mastektomi ameliyatı olduğunuzu arkadaş çevreniz biliyor mu?	135	99.3	1	0.7	—	—	136	100.0
Siz ve aileniz daha önce mastektomi olan bir hasta ile karşılaştınız mı?	89	65.4	47	34.6	—	—	136	100.0
Operasyondan sonra diğer insanlara farklı göründüğünüzü düşünüyor musunuz?	32	23.6	66	48.5	38	27.9	136	100.0
Sizce diğer insanlar mastektomili mememiz olduğunu gördüğünüzden anlayabilir mi?	42	30.8	67	49.3	27	19.9	136	100.0
Mastektomili mememizin varlığını gizleme duygusuna kapıldığınız ortamlar oluyor mu?	17	12.5	70	51.5	49	36.0	136	100.0
Vücudunuzu baktığınızda değişikliklerden dolayı kendinizi üzgün hissediyor musunuz?	42	30.9	42	30.9	52	38.2	136	100.0
Ameliyat sonrası vücudunuzu eşinize kolayca, çekinmeden gösterebiliyor musunuz?	92	67.6	22	16.2	22	16.2	136	100.0
Eşinizin vücudunuzdaki değişiklikleri kabul ettiğini düşünüyor musunuz?	117	86.0	10	7.4	9	6.6	136	100.0

Tablo 3: Mastektomili Hastaların Beden Algısının Mastektomi Sonrası Memelerinin Görüntülerinden Etkilenme Durumlarına Göre Dağılımı

Beden Algısına İlişkin Tanılama	Aşırı derecede		Orduka fazla		Çok az		Hayır		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Diğer insanların mememizin mastektomili olduğunu fark etmesi sizi endişelendiriyor mu?	5	3.7	20	14.7	59	43.4	52	38.2	136	100.0
Mastektomi ameliyatı giyim tarzınızı etkiledi mi?	10	7.4	20	14.7	52	38.2	54	39.7	136	100.0
Mastektominin sizi çirkinleştirdiğini, daha az çekici hale getirdiğini hissediyor musunuz?	3	2.1	13	9.6	53	39.0	67	49.3	136	100.0
Mastektomili mememiz eşinizin size olan ilgi ve beğenisinde bir farklılığa neden oldu mu?	2	1.5	8	5.9	14	10.2	112	82.4	136	100.0
Mastektomi ameliyatı eşinizle olan ilişkinizi etkiledi mi?	2	1.5	4	2.9	20	14.6	110	80.9	136	100.0

Tartışma

Meme kanseri daha çok 40 yaşın üzerindeki kadınlarda görülür. Yaş ilerledikçe giderek daha sık görülür ve önemi artar. Genetik geçiş gösteren türler tüm meme kanserlerinin %10'unu oluşturur ve bu gruptaki hastalarda, daha genç yaşta ve her iki memede kanser görülme sıklığının yüksek olması dikkat çekicidir (11-13). Çalışmamızda hastaların % 42.6'sı 42-49 yaş ve % 33.8'si 50 yaş ve üzerinde olduğu saptandı (yaş ortalaması 46.07±6.153). Uçar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, mastektomili hastaların yaş aralığının % 50.0'ının 40-49 yaş arası olduğu, % 50.0'ının ilköğretim mezunu olduğu, % 71.2'sinin gelirin gidere denk olduğu ve % 59.6'sının 1-3 çocuğu olduğu belirlenmiştir (4). Bu bulgular çalışmamızı desteklemektedir.

Kadınlarda ölümcül olabilen meme kanseri insidansının günden güne artması önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Ancak yaygın ve öldürücü olan bu hastalık erken tanılanarak ölümler azaltılabilir, yaşam süresi artırılabilir. Bu nedenle erken tanı ve kitle taraması bu hastalık için önem taşır (13). Araştırmaya katılan mastektomili hastaların % 85.3'ünün belirtiler başladıktan sonra tanı konulma süresinin 0-11 ay olduğu, % 49.3'ünün tanı konulma yaşının 42-49 yaş olduğu bulundu. Sertöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılan hastaların tanı konulma süresi ortalama üç yıl ve tanı alma yaşlarını 45 yaş ve üzeri olarak bulmuştur (7). Bu veriler çalışmamızla kısmen paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların % 45.6'sı evre I' de tanı konulduğu, % 50.0'ı şu ana kadar kemoterapi aldığı, % 72.1'sinin şu an kemoterapi aldığı, % 37.5'ine basit mastektomi ameliyatı uygulandığı, % 68.4'ü mastektomi ameliyatını 6-11 ay önce olduğu saptandı. Uçar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre % 65.4'üne evre II'de tanı konulduğu, % 61.5'inin şu ana kadar radyoterapi ve kemoterapi aldığını, % 86.5'inin modifiye radikal mastektomi olduğunu ve % 51.9'unun mastektomi ameliyatını 12-23 ay önce olduğunu belirtmiştir (4).

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların % 73.5'inin protez kullanmadığı, % 85.3'ünün ailesinde mastektomi öyküsü olmadığı ve % 77.2'sinin başka bir kronik hastalığı olmadığı bulundu. Uçar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre % 65.4'ünün başka bir kronik hastalığı olmadığı belirtilmiştir (4). Bu veriler çalışmamızı destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların % 61.8'i

mastektomi sonrası memesine dokunabildiği, % 59.6'sı memesine bakabildiği, % 37.5'i memenin aynadaki görüntüsünden rahatsızlık duymadığı, % 35.3'ü bedeninin aynadaki görüntüsünden rahatsızlık duymadığı, % 46.3'ü memesindeki ameliyat izlerinden rahatsızlık duymadığı, % 47.1'i memesini başkalarına göstermekten kaçınmadığı, % 50.0'ı vücudunu başkalarına göstermekten utanmadığı, % 83.1'i giyinmek için karanlık ortamları tercih etmediği saptanmıştır. Bu veriler doğrultusunda çalışma kapsamına aldığımız mastektomili kadınların yaklaşık yarısının beden algısının orta düzeyde etkilendiği belirlendi. Ayrıca araştırmaya katılan mastektomili hastaların % 99.3'ünün ameliyat olduğunu çevresindekilerin bildiği, % 49.3'ünün mastektomili memenin varlığını dış görünüşünden diğer insanların fark etmediği, % 39.7'sinin mastektomi ameliyatının giyim tarzını etkilemediği, % 49.3'ünün mastektominin kendilerini çirkinleştirmede ve daha az çekici hale getirmediği belirlendi. Literatürde beden algısına yönelik yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası bedendeki değişikliklerin bireylerin beden algısını etkilemediği belirtilmiştir (14, 15). Bu veriler çalışmamıza paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların % 65.4'ü daha önce mastektomi ameliyatı olan hasta ile karşılaştığı saptandı. Mutlu ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada stomalı hastaların beden algısına yönelik yaptığı tanılamada araştırmaya katılanların % 89.7'sinin daha önce aynı ameliyatı olan bir hasta ile karşılaşmadığını belirtmiştir (15). Yapılan ameliyatın farklı olması ve benzer ameliyatı geçiren hasta sayısı nedeniyle bu çalışmalarda benzerlik olmadığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların % 48.5'inin ameliyat sonrası diğer insanlara farklı görünmediği bulundu. Yapılan bir çalışmada; stomalı hastaların beden algısına yönelik yaptığı tanılamada araştırmaya katılanların % 60.3'ünün ameliyat sonrası diğer insanlara farklı göründüğünü belirtmiştir (15). Yapılan ameliyatın farklı olması nedeniyle bu çalışmalarda benzerlik olmadığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların % 43.4'ünün mastektomili memenin varlığının diğer insanlar tarafından fark edilmesinden çok az endişe duyduğu saptandı. Yapılan bir çalışmada, stomalı hastaların beden algısına yönelik yaptığı tanılamada araştırmaya katılanların % 58.6'sının bu durumdan endişe duyduğunu belirtmiştir (15). Araştırmaya katı-

lan mastektomili hastaların % 51.5'inin mastektomili memenin varlığını gizleme duygusuna kapılmadığı saptandı. Mutlu ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada; stomalı hastaların beden algısına yönelik yaptığı tanılamada araştırmaya katılanların % 56.9'unun gizleme duygusuna kapıldığını belirtmiştir (15).

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların % 38.2'sinin vücudundaki değişikliklerden dolayı kendini bazen üzgün hissettiği bulunmuştur. Mutlu ve ark. stomalı hastaların beden algısına yönelik yaptığı tanılamada araştırmaya katılanların % 79.3'ü kendisini üzgün hissettiğini ifade etmiştir (15).

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların % 50.0'si göğüslerinin şu anki görünümünü beğenmediği saptandı. Sertöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada(2004); araştırmaya katılanların mastektomili memelerini nasıl algıladıkları konusunda % 58.0'ı memelerinin şu anki görünümünü beğendiği belirlenmiştir (7).

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların % 67.6'sı ameliyat sonrası vücudunu eşine kolayca ve çekinmeden gösterebildiği, % 86.0'sı eşinin vücudundaki değişiklikleri kabul ettiği, % 82.4'ü eşinin kendisine olan ilgi ve beğenisinde bir farklılık olmadığı, % 80.9'u mastektomi sonrası eşi ile olan ilişkisini etkilemediği bulundu. Yapılan bir çalışmada; hastaların beden algısına yönelik yaptığı tanılamada araştırmaya katılan bayanların % 70.6'sı ameliyat sonrası vücudunu eşine kolayca ve çekinmeden gösterebildiği, % 82.4'ü eşinin vücudundaki değişiklikleri kabul ettiği, % 70.6'sı eşinin kendisine olan ilgi ve beğenisinde bir farklılık olmadığı, % 69.6'sı stoma sonrası eşi ile olan ilişkisini etkilemediği belirlenmiştir (7). Sertöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışmaya katılan hastalarda mastektomi ameliyatı olmanın eş uyumuna etkisinin olmadığı belirlenmiştir (7). Ganz ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, farklı ameliyat tipleri karşılaştırılmış ve mastektominin beden algısı ve eş uyumu üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir (16). Bu veriler çalışmamızla benzer özellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların cinsel hayatlarında var olan değişikliklere ve problemlere baktığında % 44.9'unda cinsel ilişkide azalma olduğu, % 47.1'inde cinsel isteğin azaldığı bulundu. Aygün ve arkadaşlarının meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılan hastaların % 85.3'ünde cinsel istekte azalma olduğu belirlenmiştir (17). Pelvik cerrahi geçirme durumu ile kadın cinsel işlev

bozukluğu açısından anlamlı bir fark görülmediğini bildiren Çayan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada cinsel istekte azalma olduğu belirlenmiştir (18). Sonuç olarak cinsellik konusundaki tüm bulgularımız literatür bulgularıyla örtüşmektedir.

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların % 58.1'i sosyal faaliyetlere katılımda değişiklik olmadığı, % 58.8'i boş zaman aktiviteleriyle ilgilenme durumunda eskisine göre biraz azalma olduğu saptandı. Mutlu ve arkadaşlarının stomalı hastaların beden algısına yönelik yaptığı tanılamada, araştırmaya katılanların % 27.6'sı sosyal etkinliklere katılmada biraz azalma olduğu, % 37.9'unun boş zaman aktiviteleriyle ilgilenme durumunda eskisine göre önemli ölçüde azalma olduğu belirlenmiştir (15).

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların benlik saygısı orta olanların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde % 17.7'si 50 ve üzeri yaşta, eğitim durumu incelendiğinde % 16.9'u ortaöğretim mezunu, gelir durumu incelendiğinde % 36.0'ı gelir gidere denk olduğu saptandı. Elde edilen bulgulara bakıldığında yaş ilerledikçe ve eğitim durumu arttıkça benlik saygısının yükseldiği görüldü. Çayan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, eğitim seviyesinin düşük olmasının beden algısını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (18). Yapılan çalışmalarda benlik saygısının genç yaşta mastektomi olan kadınlarda daha düşük olduğunun saptanması çalışma bulgumuzu desteklemektedir (19-21). Bu bulguların aksine, Wenzel ve arkadaşlarının 50 yaş altı ve 50 yaş üstü meme kanserli kadınları karşılaştırdıkları çalışmalarında ise yaştan beden algısını etkilemediği belirlenmiştir (22). Literatürde, beden algısında yaştan önemli bir etken olduğu, özellikle genç yaşta mastektomi olmuş kadınların beden imajı ile ilgili daha fazla sorun yaşadıkları ve bu sorunların giderilmesi yönündeki girişimlere daha fazla gereksinim duydukları belirtilmiştir (23). Bu bilgi, çalışma kapsamına aldığımız mastektomili kadınlar arasında 34-41 yaş grubunda beden algısının diğer gruptakilerden daha düşük bulunmasını desteklemektedir. Eğitim düzeyi yüksek olanların sağlık algılarının daha iyi olduğu göz önüne alındığında çalışma bulguları, literatür bulgularıyla örtüşmektedir.

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların benlik saygısı orta olanların yapılan mastektomi türüne göre dağılımı incelendiğinde % 17.6'sı basit mastektomi ameliyatı olduğu, protez kullanma durumu incelendiğinde % 33.1'inin protez kullanmadığı saptandı. Farklı ameliyat tiplerinin mastektomili bireylerin be-

den algıları ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Al-Ghazal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; farklı ameliyat tiplerinin mastektomili bireylerde beden algısını ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (19). Sertöz ve arkadaşlarının meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı ve benlik saygısındaki etkilerini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada; mastektominin beden algısını ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (7). King ve arkadaşlarının meme kanserinde farklı ameliyat tiplerini karşılaştırdıkları çalışmada; mastektominin beden algısını olumsuz yönde etkilediğini bulmuşlardır (21). Bu veriler çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan mastektomili hastaların benlik saygısı orta olanların memeyi algılama ve memenin görünümünden etkilenme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde % 17.6'sı memenin aynadaki görüntüsünden rahatsızlık duymadığı, % 24.2'si mastektomi sonrası memesine dokunabildiği, % 18.5'i memesindeki ameliyat izlerinden dolayı rahatsızlık duymadığı, % 19.8'i ameliyattan sonra diğer insanlara farklı görünmediği, % 18.4'ü diğer insanların mastektomili memenin fark etmesinin kendilerini çok az endişelendirdiğini, % 27.1'i vücudunu eşine kolayca gösterdiği saptandı. Avis ve arkadaşlarının meme kanseri ile ilgili sorunları belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; en fazla göze çarpan sorunlar arasında, kadınların vücutlarında meydana gelen değişiklikten rahatsızlık duyma ve eşleriyle ilişkilerinde sorun yaşama olduğu saptanmıştır (23).

Sonuç olarak mastektomili hastaların beden algısının, benlik saygılarını olumsuz yönde etkilediği ve bu doğrultuda kişilerin günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Mastektomi sonrası kadınlara profesyonel boyutta psikososyal destek sağlamak hemşirelerin önemli sorumluluklarından biri olması nedeniyle, meme kanserli kadınlarda mastektomi sonucu ortaya çıkan psikososyal sorunların belirlenip uygun girişimlerin planlanması için bu alanda kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir. Mastektomi ameliyatı sonrası hastaların beden algısı ve benlik saygısı değerlendirilerek uygun hemşirelik girişimleri planlanmalı ve profesyonel boyutta hemşirelik bakımı sağlanmalıdır.

Kaynaklar:

1. Balon J, Wehrwein TC. "Cancer of the Breast. In: Moore-Higgs GJ, ed. *Women and Cancer. A Gynecologic Oncology Nursing Perspective*, 2nd ed. Jones and Bartlett Publishers 2000;318-355.
2. Okanlı A. "Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkile-ri", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004;1(1):1-6.
3. Parlar S, Kaydul N, Ovaoglu N. "Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;8(1):72-83.
4. Uçar T., Uzun Ö. "Meme Kanserli Kadınlarda Mastek-tominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi", *Meme Sağlığı Dergisi* 2008;4 (3): 43-48.
5. Vahabi M. "Breast Cancer Screening Methods: A Revi-ew of The Evidence", *Health Care for Women International* 2003;24(9):773-793.
6. Fidaner C., Eser SY., Parkin DM. Incidence in İzmir in 1993-1994 First Results From İzmir Cancer Registry", *Euro-pean Journal of Cancer* 2001;37:83-92.
7. Sertöz Önen Ö. "Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin, Be-den Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Algısı ve Eş Uyumuna Et-kileri: Kontrollü Bir Çalışma", *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yayınlanmış Uzmanlık Tezi*, İzmir. 2002.
8. <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk1995-1999/092.htm>. "Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri 1995-1999". (Erişim Tarihi: 23.11.2008).
9. <http://www.saglik.gov.tr/extras/statistics> 2001. "Or-ganlara Göre Kanser Sıklığının Dağılımı ve Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser". (Erişim Tarihi: 07.12.2008).
10. Çuhadaroglu F. "Adölesanlarda Benlik Saygısı" *Hacet-tepe Üniversitesi Tıp Fak. Psikiyatri AD Yayınlanmış Uz-manlık Tezi*, Ankara.1986.
11. Jatoi İ., Williams L. "Manual of Breast Diseases", *Sted Dergisi*,2004;13(6): 228
12. Yılmaz MR. "Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etiyo-lojisi", *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayın Bürosu* 2002;25-40.
13. <http://www.cancer.org/American.Breast.Cancer>", *Cancer Society*. (Erişim Tarihi: 22.09.2008).
14. Kılıç E. ve ark. "Kalıcı Ostomi Ameliyatının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumu ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi", *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(4):302-310.
15. Mutlu S. "Kalıcı Abdominal Stomalı Hastalarda Beden İmajı Değişiminin Yaşam Kalitesine Etkisi, Cerrahi Hastalık-ları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Yayım-lanmış, İstanbul. 2006.
16. Ganz PA. "Breast Cancer: Where Do We Stand?", *Cancer Journal for Clinicians* (2002);52(5):253-255.
17. Aygün D. "Meme Kanseri ve Cinsel Fonksiyon", *2.Ulusla-rarası -9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kadın ve Erkek Cinsel Sağlığı Kursu*, Antalya 2003;95-103.
18. Çayan S, et all, "The Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Turkish Women", *Urologia Internatio-nalis* 2004;72(1):52-57.
19. Al-Ghazal SK, Fallowfi eld L, Blamey RW. "Comparison of Psychological Aspects and Patient Satisfaction Following Breast Conserving Surgery, Simple Mastectomy and Breast Reconstruction", *Eur J Cancer* 2000;36(15), 1938-1943.
20. Fobair P, et all. "Body Image and Sexual Problems in Young Women With Breast Cancer", *Psycho Oncology* 2006;15(7):579-594.
21. Korkmaz M. "Yetişkin Örneklem İçin Bir Benlik Saygısı Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması", *Ege Üniversi-tesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Yayınlanmış, İzmir. 1996.
22. Wenzel LB. et all. "Agerelated Differences in The Quality of Life of Breast Cancer", *Cancer* 1999;86(9):1768-1774.
23. Avis N, Crawford S, Manuel J. "Psychosocial Problems Among Younger Women With Breast Cancer", *Psycho-Oncology* 2004;13(5):295-308

Hematüri Şikâyeti ile Başvuran Hastalarda Hematüri Nedenleri ve Klinik Önemi

Haematuria Etiology in Patients Admitted with Complaints of Hematuria and its Clinical Importance

Mustafa Ozan HORSANALI*
Kutan ÖZER*
Sacit Nuri GÖRGEL*
Ahmet Selçuk DİNDAR*
Burcu Özalp HORSANALI**

*İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

**İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anes-
teziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Yazışma Adresi: Mustafa Ozan HORSANALI
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi,
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği
E-Mail: drozanhorsanali@yahoo.com

Geliş Tarihi: 16.12.15

Kabul Tarihi: 31.01.16

Öz

Amaç: Hematüri ürologların, aile hekimlerinin ve di-
ğer branşlardaki hekimlerin sıkça karşılaştığı bir du-
rumdur. Çalışmamızda hastanemizde, son bir yılda
acil servise ve üroloji polikliniğine ayaktan başvuran
ve hematüri tesbit edilen hastaları retrospektif olarak
inceledik.

Gereç ve yöntemler: Hastanemize 2014 yılında acil
servise ve üroloji polikliniğine ayaktan başvuran ve
hematüri tanısı alan hastalar, hastane kayıt sistemin-
den alınan bilgiler doğrultusunda retrospektif olarak
incelenerek analiz edildi. Hastalar hematüri türüne
göre makroskopik ve mikroskopik olarak iki gruba ay-
rılarak incelendi.

Bulgular: Hastanemize başvuran 452 hastanın veri-
leri retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların yaş
ortalaması $57,3 \pm 20,4$ yıl idi. Makroskopik hematü-
rili hastaların 23(%34)'sinde sistit, 18(%27) hastada
mesane malign neoplazmı, 12(%18)'sinde benign
prostatik hiperplazi ve 13(%11)'ünde diğer nedenle-
re bağlı hematüri izlendi. Mikroskopik hematüri ile
başvuran hastalarda ise, 203(%52) hastada üriner
enfeksiyona bağlı akut sistit, 40(%1) hastada mesane
malign neoplazmı, 33(%0,8) hastada benign prostat
hiperplazisi ve 109(%28) hastada diğer nedenlere
bağlı hematüri izlendi.

Sonuç: Çalışmada hem mikroskopik hem de mak-
roskopik hematüriyle başvuran hastalarda en çok
üriner enfeksiyona bağlı akut sistit, görülmesine rağ-
men %13 oranında ürolojik maligniteye bağlı hema-
türi olduğunu tesbit ettik. %10 hastada ise başvuru
esnasında yapılan idrar tetkikinde normal değerler
bulunduğunu gördük. Makroskopik hematüri ile baş-
vuran hastalarda daha fazla ürolojik malignite tesbit
ettik. Makroskopik hematüri tesbit edilen hastaların
ileri incelemeye alınması, mikroskopik hematüriyle
başvuran hastalarda ise tekrarlayan mikroskopik he-
matüri durumunda ileri tetkik ve değerlendirme ya-
pılmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Makroskopik hematüri, mesane
malign neoplazmı, mikroskopik hematüri

Abstract

Purpose: Haematuria is a situation that urologists, family physicians and physicians in other specialties frequently encountered. In this study, we retrospectively analyzed outpatients who applied in our hospital's emergency and urology department with haematuria complaint last year.

Material and methods: We retrospectively analyzed outpatients with haematuria complaint who applied emergency or urology policlinics from the hospital patients record system data. Patients were divided into two groups as macroscopic and microscopic haematuria according to the type of haematuria.

Results: The data of 452 patients who presented to our hospital were analyzed retrospectively. Mean age of patients was 57,3±20.4 years. In the patients with macroscopic haematuria 23(34%) of patients have cystitis, 18(27%) of patients have malign bladder cancer, 12(18%) of patients have benign prostatic hyperplasia and 13(11%) of patients have other causes of haematuria, respectively. In patients with microscopic hematuria, 203 (52%) of patients have acute cystitis due to urinary infection, 40(1%) of patients have malign bladder cancer, 33 (0.8%) of patients have benign prostate hyperplasia and 109 (28%) of patients with hematuria due to other causes revealed, respectively.

Conclusion: We revealed that although patients with both microscopic and macroscopic haematuria have acute cystitis due to urinary infection, 13% of patients with haematuria due to urological malignancy. During the application process we found that 10% of patients have normal urine analyse. we identified more urologic malignancy in patients with macroscopic haematuria. We recommend that further investigation could be taken for patients with macroscopic hematuria or patients with recurrent microscopic haematuria.

Keywords: Macroscopic haematuria, malign bladder cancer, microscopic haematuria.

Giriş

Hematüri; idrar sedimentinin mikroskop altında incelenmesi sonucu, bir büyük büyütme alanında 3'ten fazla eritrosit görülmesidir. Hematüri ürologların, aile hekimlerinin ve diğer branşlardaki hekimlerin sıkça karşılaştığı bir durumdur. Hematüri üriner sistemin herhangi bir yerinden kaynaklanan, makroskopik ya da mikroskopik olabilen ve malign hastalıkları da içeren birçok hastalığın işareti olabilir. Yetişkinlerde

hematüriye sebep olan en sık nedenler üriner sistem enfeksiyonları, ürolithiazis, benign prostat hiperplazisi ve ürolojik maligniteler gelmektedir (1). Hematüri toplumda sık görülen ve prevalansı %2,5'tan %20'ye kadar değişen klinik bir bulgudur (2,3). Hematürinin tespiti ve derecesi kantitatif olarak her 1 ml idrardaki kırmızı kan hücresi sayılarak (chamber count) bulunabilir ya da santrifüje edilen üriner sedimentte direkt bakı (sediment count) ile veya indirekt olarak dipstick ile tespit edilir (4). Makroskopik hematüri, genellikle altta yatan önemli bir patolojiyi işaret eder. Makroskopik hematüri hastaların en az yarısında önemli bir ürogenital sistem hastalığı bulunmaktadır(5,6). Makroskopik hematüriyle başvuran hastalarda ürolojik malignitelerin %3-6 oranında görüldüğünü fakat %19 kadar yüksek oranlara çıkabildiğini bildiren yayınlar mevcuttur (7).

Bizde çalışmamızda hastanemizde, son bir yılda acil servise veya üroloji polikliniğine ayaktan başvuran ve hematüri tesbit edilen hastaları inceledik.

Gereç ve Yöntemler

Hastanemize 2014 yılında acil servise ve üroloji polikliniğine ayaktan başvuran ve hematüri tanısı alan hastalar, hastane kayıt sisteminden alınan bilgiler doğrultusunda retrospektif olarak incelenerek analiz edildi. Hastaların demografik bilgileri, laboratuvar bilgileri, radyolojik değerlendirmeleri, aldıkları tanılar ve uygulanan tedavileri kaydedildi. Hastalar hematüri türüne göre makroskopik ve mikroskopik olarak iki gruba ayrılarak incelendi. Tüm hastaların hematüri tanısı uzman hekimler tarafından konuldu. Kategorik değişkenler için tanımlayıcı analiz yöntemleri uygulandı. Bağımsız değişkenler student t testi ile değerlendirildi. Tüm istatistiksel analizler SPSS 20.0 paket programı kullanılarak yapıldı. p <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar

Hastanemizin acil servisine ve üroloji polikliniğine ayaktan başvuran 452 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Başvuru yapan hastaların yaş ortalaması 57,3 ± 20,4 (aralık:15-94)yıl idi. Hematüri tanısı alan hastaların 345(%76,3)'i acil servisten, 35(%7,7)'i üroloji polikliniğinden ve 72(%15,9)'si acil serviste değerlendirilip üroloji ile konsülte edilen hastalardı. Tüm hastaların 305 (%67,5)'i erkek, 147 (%32,5)'si bayan hasta idi. Başvuruda bulunan hastaların 66 (%14,6)'sında makroskopik hematüri gözlenirken, 337(%74,6)'sında mikroskopik hematüri izlendi. 49(%10,8) hastada ise tam idrar tetkiki incelenmesinde kan hücresine rastlanmadı. Makroskopik hematürisi olan hastaların 54(%81)'ü erkek iken 12(%19)'si bayandı. Mikroskopik hematürisi olan has-

taların ise bu değerler sırasıyla 219(%64) ve 118(%36) hasta şeklindeydi. Makroskopik hematüri ile başvuran hastalarda her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı($p:0,02$) (Tablo-1).

Tablo-1 Cinsiyete göre hematüri tiplerinin dağılımı

	MAKROSKOPİK HEMATÜRİ	MİKROSKOPİK HEMATÜRİ
Erkek	54(%19)	219(%81)
Bayan	12(%0,9)	118(%99,1)

Tüm değerlendirmeler sonucunda hastalara konulan tanıları ise tablo-2 de verildi. Başvuru yapan hastaların 94(%20,8)'i cerrahi tedavi görürken geri kalan 358(%79,2) hasta ise sadece medikal tedavi gördü. Makroskopik hematüri hastaların 23(%34) sinde sistit, 18(%27) hastada mesane malign neoplazmı, 12(%18)'sinde benign prostatik hiperplazi ve 13(%11)'ünde diğer nedenlere bağlı hematüri izlendi. Mikroskopik hematüri ile başvuran hastalarda ise, 203(%52) hastada üriner enfeksiyona bağlı akut sistit, 40(%1) hastada mesane malign neoplazmı, 33(%0,8) hastada benign prostat hiperplazisi ve 109(%28) hastada diğer nedenlere bağlı hematüri izlendi. Makroskopik hematüriyle başvuran hastaların 32(%48)'sinde cerrahi tedavi uygulanırken, mikroskopik hematüriyle başvuran hastaların 59(%17)'ünde cerrahi tedavi uygulandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.001$).

Tablo-2 Hematüri şikayeti ile başvuran hastaların tanıları

	N	%
Üriner enfeksiyona bağlı akut sistit	261	57,7
Mesane malign neoplazmı	59	13,1
Benign prostat hiperplazisi	52	11,5
Üriner sistem taş hastalığı	42	9,3
Koagülasyon bozukluğu	12	2,7
Böbrek tümörü	5	1,1
Travma sonrası hematüri	4	0,9
Piyelonefrit	3	0,7
Prostat malign neoplazmı	3	0,7
Mesane koagulum	2	0,4
Üretra darlığı	2	0,4
Arteriyovenöz fistül	1	0,2
Böbrek kisti	1	0,2
Mesane perforasyonu	1	0,2
Rektum malign neoplazmı	1	0,2
Renal hematoma	1	0,2
Üreter darlığı	1	0,2
Üreter malign neoplazmı	1	0,2
Toplam	452	100

Tartışma

Çalışmamızda hematüri şikayeti ile başvuran hastaların başvurularını çoğunlukla acil servise yaptıkları görüldü. Bu hastaların çoğunda mikroskopik hematüri tesbit edildiği ve tanı olarak en çok üriner enfeksiyona bağlı akut sistit ve ardından mesane malign neoplazmı ve benign prostat hiperplazisi tanıları aldıkları izlendi. Makroskopik hematüriyle başvuran hastalarında en çok üriner enfeksiyona bağlı akut sistit ve ardından mesane malign neoplazmı ve benign prostat hiperplazisi tanıları aldıklarını ve bu hastaların 1/5'inin cerrahi tedaviye ihtiyaç duyan patolojilere sahip olduğu görüldü.

Dipstick testinin yaygın kullanılması nedeniyle mikroskopik hematüri tanısı gittikçe artmıştır. Fakat dipstick testiyle bir kez tesbit edilen mikroskopik hematürinin ürolojik malignite tesbit etmedeki güvenilirliği düşük olup malignite araştırması için ileri tetkiklere ihtiyaç duyulmaktadır (8).

Makroskopik hematüri hastaların %40'ında altta yatan bir üriner sistem tümörü bulunurken mikroskopik hematüri hastalarda bu oran yaklaşık %5'tir (9). Mikroskopik hematüri hastaların da %40'ında altta yatan bir neden bulunmamaktadır (2). Hematüri her zaman bir hastalığın belirtisi olmayabilir. Yapılan çalışmalarda normal bireylerin %9-%18'inde bir dereceye kadar hematüri saptanabileceği gösterilmiştir (10). Bizde çalışmamızda hematüriyle başvuran hastaların idrar tahlillerinde, 49(%10,8) hastada sonuçların normal değerlerde olduğunu tesbit ettik.

Britton ve arkadaşları, 60 yaşın üstünde, mikroskopik hematüri nedeniyle başvuran erkek hastalar değerlendirildiği çalışmada, %52 oranında ürolojik hastalık, %1-5 oranında mesane tümörü bildirmişlerdir (11). Bizde çalışmamızda, 59(%13,1) hastada mesane malign neoplazmı tanısı tesbit ettik.

Khan ve arkadaşları ise mikroskopik hematüri ile başvuran 781 hastayı inceledikleri çalışmada hastaların sadece %1,4'ünde ürolojik malignite tesbit ettiklerini bildirmişlerdir (12). Bizim çalışmamızda ise mikroskopik hematüri ile başvuran hastaların %52'sinde üriner enfeksiyona bağlı akut sistit tesbit edilirken %1 oranında mesane malign neoplazmı tesbit edilmiştir.

Literatürde asemptomatik mikroskopik hematüri ile başvuran hastaların ileri tetkiklerle araştırılması konusu hala tartışmalıdır. 50 yaşına altında mikroskopik hematüriye neden olabilecek altta yatan ürolojik malignite görülmesi düşük olasılıklıdır (13).

Mesane kanserinin en sık görülen semptomu mikroskopik hematüridir. Edward ve arkadaşları yaptıkları çalışmada makroskopik hematüri ile başvuran hastaların %82,4'ünde mesane tümör tesbit etmişlerdir (14). Gandrup ve arkadaşları ise makroskopik hematüri ile başvuran 150 hastayı inceledikleri çalış-

malarından 30 hastada mesane tümörü bildirmişlerdir (15).

Bruyningcx ve arkadaşları makroskopik hematüri hastaları değerlendirdikleri çalışmalarında %0.15-10.3 oranında ürolojik malignite izlediklerini ve bu oranın 60 yaşın üstündeki erkeklerde %22.1 olduğunu ve bu oranının önemini bildirmişlerdir (16). Biz de çalışmamızda makroskopik hematüriyle başvuran erkek hastalarda bayanlara oranla daha fazla malignite tesbit edildiğini gördük. Mikroskopik hematüri ile başvuran hastalarda cinsiyette anlamlı bir fark saptamadık.

Sells ve arkadaşları ise tanı almamış 151 hematüri hastayı inceledikleri çalışmalarında, 99 hastanın ilk değerlendirmeden sonra başka hematüri atağı geçirmediğini, ileri tetkiklerle yapılan değerlendirmede maligniteye rastlanmadığını ve 2 yıl sonunda hastaların sağ olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada 33 hastada ise ilk hematüri atağından sonra tekrarlayan hematüri atakları olduğu ve bu hastaların sadece 1'inde ilk değerlendirmede malignitenin gözden kaçırıldığı bildirilmiştir. Bu yüzden tekrarlayan hematüri olan ve klinisyenin yüksek tümör şüphesi olduğu hastalarda ilk sistoskopi negatif ise gerekirse ikinci kez sistoskopinin yapılması gerekliliğini bildirmişlerdir (17).

Bu çalışmada hem mikroskopik hem de makroskopik hematüriyle başvuran hastalarda en çok üriner enfeksiyona bağlı akut sistit görülmesine rağmen %13 oranında ürolojik maligniteye bağlı hematüri olduğunu tesbit ettik. %10 hastada ise başvuru esnasında yapılan idrar tetkikinde normal değerlerde olduğunu gördük.

Sonuç

Hematüri hastanın daha hızlı şekilde hekime gelmesini sağlayan ciddi bir semptomdur. İdrar tahlilindeki hematürinin gelişebilecek bir kanserin öncüsü olarak tarama amaçlı kullanımı tartışmaya açıktır. Mikroskopik hematüri hastaların takibinde net bir fikir birliği ve takip stratejisi bulunmamaktadır. Makroskopik hematüri, genellikle altta yatan önemli bir patolojiyi işaret eder. Makroskopik hematüri hastaların en az yarısında önemli bir ürogenital sistem hastalığı bulunmaktadır. Bu nedenle, makroskopik hematürinin altta yatan nedenini belirlemek için ileri değerlendirme gerektirdiği konusunda tartışma yoktur. Bizde yaptığımız çalışmada makroskopik hematüri ile başvuran hastalarda daha fazla ürolojik malignite tesbit ettik. Mikroskopik hematüriyle başvuran hastalarda ise tekrarlayan mikroskopik hematüri durumunda ileri tetkik ve değerlendirme yapılmasını önermekteyiz.

Kaynaklar

1. Margulis V, Sagalowsky AI. Assessment of hematuria. *Med Clin North Am.* 2011;95(1):153-159.
2. Khadra MH, Pickard RS, Charlton M, et al. A prospective analysis of 1,930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice. *J Urol.* 2000;163(2):524-527.
3. Mariani AJ, Mariani MC, Macchioni C. The significance of adult hematuria: 1,000 hematuria evaluations including a risk benefit and cost-effectiveness analysis. *J Urol.* 1989;141:350-355.
4. Grossfeld GD, Litwin MS, Wolf JS, et al. Evaluation of asymptomatic microscopic hematuria in adults: the American Urological Association best practice policy-part I: definition, detection, prevalence, and etiology. *Urology.* 2001;57(4): 599-603.
5. Glenn S, Gerber MD, Charles B, Brendler MD. Evaluation of the urologic patient: History, physical examination, and urinalysis. *Campbell-Walsh Urology. Ninth Edition.* Philadelphia. 2007: 81-110.
6. Carter WC, Rous SN. Gross hematuria in 110 adult urologic hospital patients. *Urology.* 1981;18(4):342-344.
7. O'Connor OJ, Fitzgerald E, Maher MM. Imaging of haematuria. *AJR Am J Roentgenol* 2010;195:263-7.
8. Rodgers MA, Herpel S, Aho T, et al. Diagnostic tests used in the investigation of adult haematuria: a systemic review. *BJU Int.* 2006;98: 1154-60.
9. Cohen RA, Brown RS. Clinical practice. Microscopic hematuria. *N Engl J Med.* 2003;348(23): 2330-2338.
10. Mohr DN, Offord KP, Owen RA et al. Asymptomatic microhematuria and urologic disease: a population based study. *JAMA.* 1986;256: 224-229.
11. Britton JP, Dowell AC, Whelan P. Dipstick hematuria and bladder-cancer in men over 60: results of a community study. *BMJ.* 1989;299: 1010-1012.
12. Khan MA, Shaw G, Paris AMI. Is microscopic haematuria a urological emergency?. *BJU International.* 2002;90: 355-357.
13. Greene LF, O'Shaughnessy EJ Jr, Hendricks ED. Study of 500 patients with asymptomatic microscopic haematuria. *JAMA* 1956;161:610-3.
14. Edwards TJ, Dickinson AJ, Natale S, Gosling J, McGrath JS. A prospective analysis of the diagnostic yield resulting from the attendance of 4020 patients at a protocol-driven haematuria clinic. *BJU Int* 2006;97:301-5.
15. Gandrup KL, Løgager VB, Bretlau T, Nordling J, Thomsen HS. Diagnosis of bladder tumours in patients with macroscopic haematuria: A prospective comparison of split-bolus computed tomography urography, magnetic resonance urography and flexible cystoscopy. *Scand J Urol.* 2014; Early Online: 1-6.
16. Bruyningcx R, Buntinx F, Aertgeerts B and Casteren VV. The diagnostic value of macroscopic haematuria for the diagnosis of urological cancer in general practice. *British Journal of General Practice.* 2003;53: 31-35.
17. Sells H and Cox R. Undiagnosed macroscopic haematuria revisited: a follow-up of 146 patients. *BJU International.* 2001;88(1): 6-8.

Özge KORKMAZ*
Sabahattin GÖKSEL*
Ufuk YETKİN*
Köksal DÖNMEZ**
Osman BETON***
Öcal BERKAN*

*Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi A.D., SİVAS

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

*** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji A.D. SİVAS

Yazışma Adresi:Özge KORKMAZ
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
Merkez/SİVAS
E-mail: ozgekorkmaz73@hotmail.com

Geliş Tarihi: 26.02.16

Kabul Tarihi: 29.02.16

Akut Arteriyel Tıkanıklık Sebebiyle Femoral Embolektomi Uyguladığımız Yetmiş Yaş ve Üstü Hastalarımızın Sonuçlarının İrdelenmesi

Investigation of Elder Patients (70 and older) Treated with Femoral Embolectomy for Acute Arterial Obstruction

Öz

Giriş: Bu çalışmada, femoral arterde akut arteriyel tıkanıklık sebebiyle acil femoral embolektomi yapılan 70 yaş ve üstü hastalarımızın sonuçlarını literatür ışığında irdelemeyi amaçladık.

Yöntem: Ocak 2007-Aralık 2015 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine ve polikliniğine başvuran 70 yaş ve üstü 45 hasta bacaklarında kısmi fonksiyon kaybı, soğukluk, ağrı ve renk değişikliği gibi yakınmalarıyla femoral arterde akut periferik arteriyel tıkanıklık tanısı almış ve Kalp Damar Cerrahisi Kliniği tarafından aynı ekipçe acil olarak cerrahi embolektomi uygulanmıştır. Olguların yaş ortalaması 78,53±5,85 yıl; hastaların 31' i erkek (%68,9) iken, 14'ü kadın (%31,1) idi. Hastalar; yaş, cinsiyet, etiyolojik faktörleri-eşlik eden hastalıkları, semptomların başlangıcından operasyona kadar geçen süre, hastaların kabulü esnasındaki iskemi derecelendirmesi, kabul sırasındaki biyokimyasal ve metabolik parametreler, embolektomi sonrası biyokimyasal parametrelerdeki değişimler, yapılan amputasyonlar ve mortalite açısından retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Etiyolojik faktörler incelendiğinde 11 hastada (%24,4) atriyal fibrilasyon saptandı. Olgular atriyal fibrilasyon açısından değerlendirildiğinde kadın cinsiyette daha sık bulgulandı(p:0.020). Otuz iki hastada(%71,1) koroner arter hastalığı mevcut iken hiçbir hastada yeni geçirilmiş miyokard enfarktüsü hikayesi yoktu. Daha öncesinde periferik arter hastalığı tanısı almış ve medikal tedavisi düzenlenip takip edilen hasta sayısı 24 (%54,3) olgu olup erkeklerde kadınlara oranla bu sayının belirgin derecede yüksek bulgulandığı, bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p:0,025). Kronik obstrüktif akciğer hastalığının varlığı (p: 0,037), sigara kullanım hikayesinin olması (p:0,001) ve periferik damar hastalığının varlığı(p:0,025) erkeklerde kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Kadınlarda ise diyabet (p:0,001) ve atriyal fibrilasyon (p:0,020) erkeklerle oranla daha fazla bulgulandı. Akut periferik arteriyel oklüzyonun lokalizasyonuna bakıldığında olguların %37,7'inde (17 hasta) ana femoral arter, %46,7'sinde (21 hasta) yüzeyel femoral arter, %15,6'ünde (7

hasta) hem yüzeysel hemde derin femoral arter etkilendiği durumda idi. Hastalarımızın başvuru anındaki alt ekstremitedeki iskemi derecelendirilmesinin dağılımına bakılırsa; 8 hasta (%17,8) Grade I, 19 hasta (%42,2) Grade II ve 18 hasta (%40) Grade III olarak saptandı. Başvuru sırasında metabolik asidoz bulunan hastaların hasta sayısı 11 (%24,4) olup, şikayetlerin başlaması ile hastaneye başvurma süresi 48 saat ve üzerinde olan olguların tamamında (%100) metabolik asidoz bulgulanı. Hastaneye başvurma süresi geciktikçe mortalite oranı artmaktadır (p:0,031). İlk 12 saat içerisinde başvuranlarda mortalite yok iken, 12-48 saat arasında başvuranlarda 2 olgu (%16,7), 48 saat ve üzerinde başvuranlarda 7 olgu (%36,8) kaybedilmiştir.

Hastaların hastaneye kabul edildiği anda ve sonrasındaki takiplerinde alınan biyokimyasal analizlerinde böbrek fonksiyonları (üre ve kreatinin), karaciğer enzimleri (AST ve ALT) ve potasyum (K+) değerlerinin hastaların iskemi derecelendirmesi, başvuru esnasında metabolik asidozun durumu ve mortaliteye göre, anlamlı değişimleri değerlendirildi.

Sonuç: Özellikle ileri yaş grubundaki hastalarda bir çok yandaş hastalığın birlikteliği ve periferik damar hastalığı bulunma oranı genç hasta grubuna göre daha yüksektir. Bu hasta grubunun hastaneye kabulü ile beraber mevcut metabolik durum hızla değerlendirilip, tedavinin hızlı bir şekilde başlanması önem arz etmektedir. Bunun yanı sıra zeminde periferik damar hastalığı bulunma ihtimalinin yüksek olduğu unutulmamalı, buna yönelik periferik anjio tekniklerinden herhangi biri kullanılarak vasküler yapı değerlendirilmesinin gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Akut arteriyel tıkanıklık, femoral embolektomi, yetmiş yaş üstü.

Abstract:

Introduction: In this study, we aimed to investigate our results on elder patients who are 70 years old or over and treated with emergent arterial femoral embolectomy for acute arterial obstruction with perspective of up-to-date literature.

Methods: Between January 2007 and December 2015, 45 patients who are 70 years old or over admitted to our emergency department or out-patient clinic with partial functional loss, coldness, pain and discoloration. After confirmation of acute femoral artery obstruction, all of these patients were treated with emergent femoral embolectomy by the same cardiovascular surgery team of our Cardiovascular surgery department. Open surgical access was

the method of choice. Mean age of patients were 78.53±5.85. Between these patients 31 of them were male (68.9%) and 14 of them were female (31.1%). All of the patients were evaluated retrospectively with age, gender, etiologic factors-comorbidities, time between onset of symptoms to operation, grade of ischemia at admittance, biochemical and metabolic parameters at admittance, alterations at biochemical and metabolic parameters after embolectomy, amputations, and mortality.

Results: Atrial fibrillation was evident in 11 patients (24.4%). Atrial fibrillation was more common in female gender (p:0.020). Thirty-two patients (71.1%) had coronary artery disease but none of the patients had medical history of recent myocardial infarction. Twenty-four patients (54.3%) previously had diagnosis and treatment of peripheral arterial disease. Male gender was significantly higher in this group (p:0.025). Chronic obstructive pulmonary disease (p:0.037), smoking (p:0.001) and peripheral arterial disease (p:0.025) were significantly higher in male gender. Diabetes (p:0.001) and atrial fibrillation (p:0.020) were significantly higher in female gender. Pathology was located at common femoral artery in 37,7% (n:17), at superficial femoral artery in 46.7% (n:21), and both superficial and deep femoral arteries were effected in 15,6% (n:7) of the patients. Ischemia levels at the time of admittance were distributed as follows: 8 patients (17.8%) were Grade I, 19 patients (42.2%) were Grade II, and 18 patients (40%) were Grade III. Eleven patients (24.4%) had metabolic acidosis at time of admittance. All of the patients (100%) with time interval of 48 hours or more between onset of symptoms and admitting to hospital had metabolic acidosis. Mortality rates significantly increased with delay of admitting to hospital (p:0.031). There was not any mortality in patients who admitted to hospital in first 12 hours. Mortality was 16.7% (n:2) in patients with interval of 12 to 48 hours and mortality was 36.8% (n:7) in patients admitted after 48 hours. Alterations of biochemical laboratory values were evaluated at time of admittance and post-operatively. These tests included renal functions (urea and creatinine), liver enzymes (AST and ALT), potassium (K+). These alterations were also evaluated in terms of ischemia grade, metabolic acidotic state and mortality.

Conclusion: Multiple comorbidities and peripheral vascular diseases are more likely to be found in elder patients. Metabolic state must be assessed quickly at admittance to hospital. It is vital to start optimal treatment as fast as possible. All patients must be presumed to have peripheral vascular disease. We believe

that, examination of vasculature with one of the appropriate peripheral angiography techniques is especially important.

Keywords: Acute arterial occlusion, femoral embolectomy, seventy years older.

Giriş

Alt ekstremitenin akut arteriyel tıkanıklığı, erken dönemde tanı ve tedavisi yapılmadığı takdirde, bacağın değişik seviyelerde kaybı dahil hastanın ölümüne kadar uzanan ciddi bir klinik tablodur. Akut periferik arteriyel tıkanıklığın en yaygın sebebi arteriyel emboli olup, sıklıkla kalpten kaynaklanmaktadır(1,2). Kalpte mevcut olan embolinin vücuda atılması en sık atriyal fibrilasyon ve atriyal fibrilasyonun sinüs ritmine geçiş döneminde olmaktadır(3). Ayrıca akut arteriyel tıkanıklık saptanan geniş bir hasta grubunda ise akut aterosklerotik trombus söz konusu olup, alt ekstremitenin arteriyel yapısında aterosklerotik değişikliklerin olmasından kaynaklanmaktadır. Aterosklerotik plaklar özellikle ana femoral arter, ana iliak arter ve popliteal arterin ikiye ayrıldığı çatallanma noktasına sıklıkla yerleşirler. Aterosklerotik plak damarlarda daralmaya neden olur ve tromboembolik olay meydana geldiği zaman damarda akut tıkanıklık yaratır(4). Akut emboli ve akut aterosklerotik trombüste klinik görüntü aynıdır (5). Her iki durumda da akut bacak iskemisine ait Pratt'ın 1954'de saptadığı klasik 6P bulgusu saptanır(3). Akut bacak iskemisinde tedavi gecikirse veya hasta hastaneye geç başvurursa hemodinamik denge ve çoklu organ fonksiyonları bozulmaktadır. Bunun nedeni ise; biriken ve sonrasında sistemik dolaşıma katılan anaerobik metabolitlerdir (6).

Yaşın ilerlemesine bağlı olarak gerek yandaş hastalıkların damar yapısında meydana getirdiği bozulmalar ve gerekse yaşlanmanın kendisinin arteriyel yapı üzerine olan olumsuz etkileri aterosklerozisin ileri yaşta daha sıklıkla ortaya çıkmasına sebep olmaktadır(7). Ve buna bağlı olarak da aterosklerotik zemindeki tromboemboli de daha sık karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca yaşın ilerlemesi organ fonksiyonlarında gerek bozulmaya ve gerekse mevcut dengedeki değişikliklere toleransın azalmasına, sonuçların daha ciddi olarak seyretmesine neden olmaktadır.

Bu çalışmada , femoral arterde akut arteriyel tıkanıklık sebebiyle acil femoral embolectomi yapılan 70 yaş ve üstü hastalarımızın sonuçlarını literatür ışığında irdelemeyi amaçladık.

Yöntem

Ocak 2007-Aralık 2015 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine ve polikliniğine başvuran 70 yaş ve üstü 45 hasta bacaklarında kısmi fonksiyon kaybı, soğuk-

luk, ağrı ve renk değişikliği gibi yakınmalarıyla femoral arterde akut periferik arteriyel tıkanıklık tanısı almış ve Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde aynı ekipçe acil olarak cerrahi embolectomi uygulanmıştır. Hastalar; yaş, cinsiyet, etiyolojik faktörleri-eşlik eden hastalıkları, semptomların başlangıcından operasyona kadar geçen süre, hastaların kabulü esnasındaki iskemi derecelendirmesi, kabul sırasındaki biyokimyasal ve metabolik parametreler, embolectomi sonrası biyokimyasal parametrelerdeki değişimler, yapılan amputasyonlar ve mortalite açısından retrospektif olarak incelenmiştir.

Gerek acil servise ve gerekse polikliniğimize başvuru esnasında nekroz, kaslarda rijidite, tam duyu kaybı, motor fonksiyon kaybı ve demarkasyon hattı gelişmiş olan hastalar, doğrudan amputasyon uygulanan olgular ve iyatrojenik sebeplerle arteriyel oklüzyon meydana gelen hastalar değerlendirme dışında bırakıldı. Hastaların anamnezinin yanı sıra, fizik muayeneyi takiben yapılan acil bilateral arteriyel Doppler Ultrasonografi ile tanı doğrulandı. Hastaların kabulünde yapılan ilk muayene ile alt ekstremitedeki iskeminin derecelendirilmesi aşağıdaki sınıflandırmaya göre yapıldı (3):

Grade I: Ilımlı İskemi

Grade II: İlerlemiş İskemi

Grade III: Ciddi İskemi

Grade IV: Çok Ciddi İskemi

Akut arteriyel tıkanıklığın etiyolojik nedeninin araştırılması açısından hastaların tamamına ekokardiyografi yapıldı. Bununla beraber kreatinin değeri 2 mg/dl'nin altında olan olguların tamamına bilgisayarlı tomografik (BT) anjiyografi çekildi. Kreatinin değeri 2 mg/dl'nin üstünde olan hastalar için Nefroloji konsültasyonu gerçekleştirilerek belirtilen öneriler uygulandı. Olguların sadece 6 tanesine preoperatif süreçte BT anjiyografi yapılamadı. Bu hastalarda postoperatif dönemde abdominal ultrasonografi yardımı ile abdominal aorta değerlendirildi. Ayrıca hastaların tamamı preoperatif acil ekokardiyografik inceleme ile beraber Kardiyoloji kliniği ile konsülte edildi ve önerileri uygulandı.

Embolectomi işlemi yapılmak üzere operasyon odasına alınan hastalar anestezi ekibi tarafından monitörlize edildikten sonra lokal anestezi altında femoral embolectomi işlemi gerçekleştirildi. Ancak kooperasyon sorunu yaşayan veya lokal anestezi altında operasyonu tolere edemeyen hastalarda işlem sedasyon+lokal anestezi altında gerçekleştirildi. Ameliyatta tıkanıklık olan ana femoral artere o bölgeye yapılan eksplorasyonla ulaşıldı. 100 IU/kg heparin intravenöz yolla verildikten sonra, aterosklerotik yapıya sahip olanlarda transvers, damar yapısı iyi olanlarda ise longi-

tudinal insizyon yapılarak femoral arteriyotomi gerçekleştirildi. Proksimal ve distale doğru uygun çapta Fogarty kateterleri kullanılarak embolektomi yapıldı. Trombüs materyali çıkarıldıktan sonra arterin distal segmentleri heparinli serum fizyolojik ile yıkanıp, arteriyotomi 6/0 veya 7/0 prolen suturele primer olarak kapatıldı. Operasyon sonrası takiplerinde hastalara uygun antibiyoterapi, heparin ve dekstran serum ile kombine pentoksifilin ampül infüzyonu rutin olarak intravenöz yoldan başlanmıştır. Heparin, ACT değeri 220 ± 20 sn olacak pozolojide perfüzörle devamlı infüzyon şeklinde uygulandı. Tedavinin ortalama 5.günüde intravenöz heparin kesilerek, düşük molekül ağırlıklı heparin kiloya göre pozolojilenerek, 5 mgr oral warfarin ile kombine edildi ve dört gün birlikte kullanıldı. Daha sonra hastalar Uluslar Arası Düzeltme Oranı (INR) $2,5 \pm 0,25$ arasında olacak şekilde warfarin dozu düzenlenerek taburcu edildiler. Olguların büyük kısmının ileri ateroskleroz zemininde arteriyel oklüzyon geliştiği için taburculukta 200 metre altında klodikasyon tanımlayan olguların reçetelerine silostazol ilave edilmiştir. Postoperatif dönemde gerek yoğun bakımda ve gerekse servis koşullarında hastaların ağrı, ekstremitelerindeki ısı ve renk değişiklikleri, distal nabızların palpasyonu, motor fonksiyon kaybı açısından, biyokimyasal parametrelerindeki değişiklikler, aldığı çıkardığı izlemi yapıp gerektiği durumlarda ilgili diğer kliniklerle konsülte edilmiştir. Taburculuk sonrası hastaların warfarin kullandıkları süre boyunca aylık periyodik INR testi yapıldı. Ayrıca alt ekstremitelere ait arteriyel yapılar 6 aylık ve yıllık Doppler ultrasonografik tetkikle kontrol edildi. Kronik zeminde gelişen akut tıkanmalarda ek revaskülarizasyon girişim endikasyonu belirlenmedi.

Bulgular

Çalışmamızda 70 yaş ve üzeri 45 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların yaş ortalaması $78,53 \pm 5,85$ yıl; hastaların 31'i erkek (%68,9) iken, 14'ü kadın (%31,1) idi. Hastalara ait demografik ve komorbid faktörlerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de belirtildi. Etiyolojik faktörler incelendiğinde 11 hastada (%24,4) atriyal fibrilasyon saptanmış olup; bunlardan pür atriyal fibrilasyon 3 olguda, koroner arter hastalığı+atriyal fibrilasyon 4 olguda, koroner arter hastalığı+konjestif kalp yetmezliği+atriyal fibrilasyon 2 olguda, periferik arter hastalığı+atriyal fibrilasyon 1 olguda ve koroner arter hastalığı+periferik arter hastalığı+atriyal fibrilasyon 1 olguda mevcuttu. Bu hastalara gerçekleştirilen preoperatif ekokardiyogramda ciddi mitral kapak patolojisi ve masif intrakardiyak trombüs saptanmadı. Olgular atriyal fibrilasyon açısından değerlendirildiğinde kadın cinsiyette

daha sık bulgulanırdı(p:0.020). Otuz iki hastada(%71,1) koroner arter hastalığı mevcut iken hiçbir hastada yeni geçirilmiş miyokard enfarktüsü hikayesi yoktu ve yapılan kan tetkiklerinde de buna yönelik pozitif bir bulgu saptanmadı. Bu hastaların 8 tanesinde koroner arter hastalığı+ konjestif kalp yetmezliği mevcuttu. Konjestif kalp yetmezliği olarak kabul edilen bu hastaların çekilen ekokardiyogramlarında ejeksiyon fraksiyonları %30'un altında tespit edildi. Daha öncesinde periferik arter hastalığı tanısı almış ve medikal tedavisi düzenlenip takip edilen hasta sayısı 24 (%54,3) olgu olup erkeklerde kadınlara oranla bu sayının belirgin derecede yüksek olduğu, bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p:0,025). Tablo 1'e bakıldığında kronik obstrüktif akciğer hastalığının varlığı (p: 0,037), sigara kullanım hikayesinin olması (p:0,001) ve periferik damar hastalığının varlığı (p:0,025) erkeklerde kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Kadınlarda ise diyabet (p:0,001) ve atriyal fibrilasyon (p:0,020) erkeklerle oranla daha fazla bulgulanırdı. Akut periferik arteriyel oklüzyonun lokalizasyonuna bakıldığında olguların %37,7'inde (17 hasta) ana femoral arter, %46,7'sinde (21 hasta) yüzeysel femoral arter, %15,6'sında (7 hasta) hem yüzeysel hem de derin femoral arter etkilenmiş durumda idi.

Tablo 1: Cinsiyete göre demografik veriler, komorbid faktörler ve etiyolojik faktörlerin dağılımı

Hastalara ait veriler	Kadın (n:14)		Erkek (n:31)		Toplam	p
	var	yok	var	yok		
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	3(%21,4)	11(%78,6)	17(%54,8)	14(%45,2)	45(%100)	0,037*
Sigara	1(%7,1)	13(%92,9)	22(%71)	9(%29)	45(%100)	0,001*
Diabetes Mellitus	12(%85,7)	2(%14,3)	8(%25,8)	23(%74,2)	45(%100)	0,001*
Atriyal Fibrilasyon	7(%50)	7(%50)	4(%12,9)	27(%87,1)	45(%100)	0,020*
Hipertansiyon	11(%78,6)	3(%21,4)	26(%83,9)	5(%16,1)	45(%100)	0,689
Koroner Arter Hastalığı	10(%71,4)	4(%28,6)	22(%71)	9(%29)	45(%100)	1,000
Hemipleji	3(%21,4)	11(%78,6)	4(%12,9)	27(%87,1)	45(%100)	0,659
Konjestif Kalp Yetmezliği	2(%14,3)	12(%85,7)	6(%19,4)	25(%80,6)	45(%100)	1,000
Periferik Arter Hastalığı	4(%28,6)	10(%71,4)	20(%64,5)	11(%35,5)	45(%100)	0,025*
Serebrovasküler Olay	4(%28,6)	10(%71,4)	3(%9,7)	28(%90,3)	45(%100)	0,180
Anüri	4(%28,6)	10(%71,4)	4(%12,9)	27(%87,1)	45(%100)	0,231
Diyaliz İhtiyacı	1(%7,1)	13(%92,9)	6(%19,4)	25(%80,6)	45(%100)	1,000
Akut Böbrek Yetmezliği	3(%21,4)	11(%78,6)	4(%12,9)	27(%87,1)	45(%100)	0,659
Amplüasyon	1(%7,1)	13(%92,9)	2(%6,5)	29(%93,5)	45(%100)	0,407
Eksitus	6(%42,9)	8(%57,1)	3(%9,7)	28(%90,3)	45(%100)	0,017*

(*p<0,005 İstatistiksel olarak anlamlı).

Hastalarımızın başvuru anındaki alt ekstremitedeki iskemi derecelendirilmesinin dağılımına bakılırsa; 8 hasta (%17,8) Grade I, 19 hasta(%42,2) Grade II ve 18 hasta(%40) Grade III olarak saptandı (Tablo 2). Başvuru esnasında alınan arteriyel kan incelemesinde metabolik asidoz saptanan 11 olgu (%24,4) mevcuttu.

Tablo2: Grade'e göre demografik verilerin, ko-morbid faktörlerin ve etiyolojik sebeplerin dağılımı

Hastalara ait veriler		Grade I	Grade II	Grade III	Toplam	P
Cinsiyet	Erkek	6(%75)	12(%63,2)	13(%72,2)	31(%68,8)	0,770
	Kadın	2(%25)	7(%36,8)	5(%27,8)	14(%31,2)	
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	Var	6(%75)	7(%38,9)	7(%38,9)	20(%44,4)	0,158
	Yok	2(%25)	12(%63,2)	11(%61,1)	25(%55,6)	
Sigara	Var	6(%75)	9(%47,4)	8(%44,4)	23(%51,1)	0,324
	Yok	2(%25)	10(%52,6)	10(%52,6)	22(%48,9)	
Diyabetes Mellitus	Var	3(%37,5)	8(%42,1)	9(%50)	20(%44,4)	0,809
	Yok	5(%62,5)	11(%57,9)	9(%50)	25(%55,6)	
Atrial Fibrilasyon	Var	2(%25)	4(%21,1)	5(%27,8)	11(%24,4)	0,892
	Yok	6(%75)	15(%78,9)	13(%72,2)	34(%75,6)	
Hipertansiyon	Var	8(%100)	15(%78,9)	14(%77,8)	37(%82,2)	0,348
	Yok	0(%0)	4(%21,1)	4(%22,2)	8(%17,8)	
Aterosklerotik Kalp Hastalığı	Var	4(%50)	15(%78,9)	13(%72,2)	32(%71,1)	0,314
	Yok	4(%50)	4(%21,1)	5(%27,8)	13(%28,9)	
Hemipleji	Var	1(%12,5)	3(%15,8)	3(%16,7)	7(%15,6)	0,963
	Yok	7(%87,5)	16(%84,2)	15(%83,3)	38(%84,4)	
Konjestif Kalp Yetmezliği	Var	1(%12,5)	3(%15,8)	4(%22,2)	8(%17,8)	0,800
	Yok	7(%87,5)	16(%84,2)	14(%77,8)	37(%82,2)	
Periferik Damar Hastalığı	Var	4(%50)	9(%47,4)	11(%61,1)	24(%53,3)	0,689
	Yok	4(%50)	10(%52,6)	7(%38,9)	21(%46,7)	
Anüri	Var	0(%0)	2(%10,5)	6(%33,3)	8(%17,8)	0,067
	Yok	8(%100)	17(%89,5)	12(%66,7)	37(%82,2)	
Akut Böbrek Yetmezliği	Var	0(%0)	2(%10,5)	5(%27,8)	7(%15,6)	0,143
	Yok	8(%100)	17(%89,5)	13(%72,2)	38(%84,4)	
Serebrovasküler Olay	Var	2(%25)	4(%21,1)	1(%5,6)	7(%15,6)	0,309
	Yok	6(%75)	15(%78,9)	17(%54,4)	38(%84,4)	
Diyaliz	Var	0(%0)	1(%5,3)	2(%11,1)	3(%6,7)	0,548
	Yok	8(%100)	18(%94,7)	19(%88,9)	42(%93,3)	
Ampütasyon	Var	1(%12,5)	1(%5,3)	5(%27,8)	7(%15,6)	0,162
	Yok	7(%87,5)	18(%94,7)	13(%72,2)	38(%84,4)	
Eksitüs	Var	0(%0)	2(%10,5)	7(%38,9)	9(%20)	0,029*
	Yok	8(%100)	17(%89,5)	11(%61,1)	36(%80)	

(*):p<0,05 İstatistiksel olarak anlamlı

Metabolik asidozun başvuru esnasında varlığı ve yokluğuna göre hastalara ait verilerin dağılımı Tablo3'de sunulmuştur. Tablo 3: Hastaların başvurusu sırasında metabolik asidoz durumuna göre hastaya ait demografik verilerin, ko-morbid faktörlerin ve etiyolojik etkenlerin dağılımı

Hastalara ait veriler		Hasta Başvurusu Sırasında MetabolikAsidoz		p
		Var	Yok	
Cinsiyet	Erkek	6(%54,5)	25(%73,5)	0,208
	Kadın	6(%45,5)	9(%26,5)	
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	Var	3(%27,3)	17(%50)	0,297
	Yok	8(%72,7)	17(%50)	
Sigara	Var	3(%27,3)	20(%58,8)	0,091
	Yok	8(%72,7)	14(%41,2)	
Diyabetes Mellitus	Var	7(%63,6)	13(%38,2)	0,176
	Yok	4(%36,4)	21(%61,8)	
Atrial Fibrilasyon	Var	2(%18,2)	9(%26,5)	0,705
	Yok	9(%81,8)	25(%73,5)	
Hipertansiyon	Var	8(%72,7)	29(%85,3)	0,382
	Yok	3(%27,3)	5(%14,7)	
Aterosklerotik Kalp Hastalığı	Var	9(%81,8)	23(%67,6)	0,467
	Yok	2(%18,2)	11(%32,4)	
Hemipleji	Var	2(%18,2)	5(%14,7)	1,000
	Yok	9(%81,8)	29(%85,3)	
Konjestif Kalp Yetmezliği	Var	3(%27,3)	5(%14,7)	0,382
	Yok	8(%72,7)	29(%85,3)	
Periferik Damar Hastalığı	Var	6(%54,5)	18(%52,9)	1,000
	Yok	5(%45,5)	16(%47,1)	
Anüri	Var	6(%54,5)	2(%5,9)	0,001*
	Yok	5(%45,5)	32(%94,1)	
Akut Böbrek Yetmezliği	Var	5(%45,5)	2(%5,9)	0,006*
	Yok	6(%54,5)	32(%94,1)	
Serebrovasküler Olay	Var	1(%9,1)	10(%90,9)	0,663
	Yok	6(%17,6)	28(%82,4)	
Diyaliz	Var	2(%18,2)	1(%2,9)	0,143
	Yok	9(%81,8)	33(%97,1)	

(*):p<0,005 İstatistiksel olarak anlamlı

Başvuru sırasında metabolik asidoz bulunan hastaların sayısı 11(%24,4) olup, şikayetlerin başlaması ile hastaneye başvurma süresi 48 saat ve üzerinde olan olguların tamamında (%100) metabolik asidoz bulguları.

Çeşitli seviyelerde ampütasyon yapılan 3 hasta (%6,7) ve yapılmayan hastalar (%93,3) değerlendirildiği zaman metabolik asidozun varlığının iki ayrı grupta da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p:0,337) bulguları. Hastaneye başvurma süresi geciktikçe mortalite oranı artmaktadır(p:0,031). İlk 12 saat içerisinde başvuranlarda mortalite yok iken, 12-48 saat arasında başvuranlarda 2 olgu (%16,7), 48 saat ve üzerinde başvuranlarda 7 olgu (%36,8) kaybedilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Mortaliteye göre hastalara ait verilerin dağılımı

Hastalara ait veriler	Eksitüs Var	Eksitüs Yok	P
Cinsiyet	Erkek	3(%33,3)	0,017*
	Kadın	6(%66,7)	
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	Var	1(%11,1)	0,039*
	Yok	8(%88,9)	
Sigara	Var	2(%22,2)	0,058
	Yok	7(%77,8)	
Diyabetes Mellitus	Var	3(%37,5)	0,131
	Yok	5(%62,5)	
Atrial Fibrilasyon	Var	3(%33,3)	0,382
	Yok	6(%75)	
Hipertansiyon	Var	6(%66,7)	0,186
	Yok	3(%33,3)	
Aterosklerotik Kalp Hastalığı	Var	8(%88,9)	0,249
	Yok	1(%11,1)	
Hemipleji	Var	1(%11,1)	1,000
	Yok	8(%88,9)	

Mortalite gelişen hastalara ait parametreler değerlendirildiğinde kadın cinsiyette olmak (p:0,027), kronik obstrüktif akciğer hastalığının olmaması (p:0,039), konjestif kalp yetmezliğinin varlığı(p:0,004), takipler esnasında anüri gelişmesi(p:0,001) ve yine takipler sırasında akut böbrek yetmezliğinin gelişmesinin (p:0,001) istatistiksel olarak anlamlı katkı sağladığı bulguları.

Hastaların hastaneye kabul edildiği anda ve sonrasındaki takiplerinde alınan biyokimyasal analizlerinde böbrek fonksiyonları(üre ve kreatinin), karaciğer enzimleri (AST ve ALT) ve potasyum (K+) değerlerinin hastaların iskemi derecelendirmesi (Tablo 5), kabul esnasında metabolik asidozun durumu (Tablo 6) ve mortaliteye (Tablo 7) göre, anlamlı değişimleri değerlendirildi.

Tablo 5: Alt ekstremitelerindeki iskeminin derecesine (grade) göre hastalardaki karaciğer enzimleri (ALT,AST), böbrek fonksiyonları (üre,kreatinin) ve potasyum (K) değerindeki değişimler

(*):p<0,05 İstatistiksel olarak anlamlı

		Mean±SD	Hasta biyokimyasal değerlerin karşılaştırılması	p
Grade I	ALT	38,50±48,94	ALT-ALT1	0,326
	ALT1	34,12±39,41	ALT-ALT2	0,092
	ALT2	23±14,84	ALT1-ALT2	0,048*
Grade II	ALT	44,68±61,65	ALT-ALT1	0,349
	ALT1	55,05±87,24	ALT-ALT2	0,477
	ALT2	35,94±51,59	ALT1-ALT2	0,005*
Grade III	ALT	171,72±445,58	ALT-ALT1	0,122
	ALT1	265,11±488,63	ALT-ALT2	0,210
	ALT2	306,05±560,55	ALT1-ALT2	0,463
Grade I	AST	52,62±78,35	AST-AST1	0,866
	AST1	41,25±34,54	AST-AST2	0,271
	AST2	29,25±21,07	AST1-AST2	0,028*
Grade II	AST	77,15±116,61	AST-AST1	0,396
	AST1	111,05±206,65	AST-AST2	0,396
	ALT2	71,63±113,79	AST1-AST2	0,024*
Grade III	AST	163,44±254,09	AST-AST1	0,381
	AST1	176,33±234,40	AST-AST2	0,423
	AST2	199,33±257,84	AST1-AST2	0,943
Grade I	Üre	25,91±8,30	Üre - Üre 1	0,075
	Üre 1	22,98±6,46	Üre - Üre 2	0,025*
	Üre 2	20,75±5,44	Üre 1 - Üre 2	0,092
Grade II	Üre	31,86±21,27	Üre - Üre 1	0,239
	Üre 1	28,16±17,44	Üre - Üre 2	0,030*
	Üre 2	24,38±15,21	Üre 1 - Üre 2	0,058
Grade III	Üre	51,41±46,98	Üre - Üre 1	0,845
	Üre 1	56,45±45,23	Üre - Üre 2	0,983
	Üre 2	52,50±44,68	Üre 1 - Üre 2	0,586
Grade I	Kreat	1,22±0,48	Kreat - Kreat 1	0,498
	Kreat 1	1,14±0,47	Kreat - Kreat 2	0,271
	Kreat 2	1,10±0,28	Kreat 1 - Kreat 2	0,611
Grade II	Kreat	1,72±1,15	Kreat - Kreat 1	0,015*
	Kreat 1	1,48±0,93	Kreat - Kreat 2	0,011*
	Kreat 2	1,22±0,63	Kreat 1 - Kreat 2	0,016*
Grade III	Kreat	1,79±1,25	Kreat - Kreat 1	0,542
	Kreat 1	1,93±1,19	Kreat - Kreat 2	0,306
	Kreat 2	2,11±1,63	Kreat 1 - Kreat 2	0,538
Grade I	K ⁺	4,05±0,37	K ⁺ - K ⁺ 1	0,236
	K ⁺ 1	3,98±0,34	K ⁺ - K ⁺ 2	0,147
	K ⁺ 2	3,87±0,11	K ⁺ 1 - K ⁺ 2	0,667
Grade II	K ⁺	4,45±0,73	K ⁺ - K ⁺ 1	0,007*
	K ⁺ 1	3,98±0,38	K ⁺ - K ⁺ 2	0,051
	K ⁺ 2	4,01±0,50	K ⁺ 1 - K ⁺ 2	0,983
Grade III	K ⁺	4,45±1,40	K ⁺ - K ⁺ 1	0,338
	K ⁺ 1	4,24±1,08	K ⁺ - K ⁺ 2	0,777
	K ⁺ 2	4,38±1,15	K ⁺ 1 - K ⁺ 2	0,257

1: Operasyondan 24 saat sonra ölçülen değer

2: Operasyondan 72 saat sonra ölçülen değer

ALT: AlaninAminotransferaz(U/l)

AST: AspartatAminotransferaz(U/l)

Üre: mg/dl

Kreatinin: mg/dl

K+: mmol/l

Tablo 6:Hastaneye başvurduğu sırada metabolik asidoz bulunan ve bulunmayan hastalarda biyokimyasal parametrelerdeki değişim

		Mean±SD	Hasta biyokimyasal değerlerin karşılaştırılması	p
Metasidoz Var	ALT	261,81±560,81	ALT-ALT1	0,182
	ALT1	410,81±587,91	ALT-ALT2	0,110
	ALT2	480,81±669,08	ALT1-ALT2	0,093
Metasidoz Yok	ALT	40,23±51,32	ALT-ALT1	0,502
	ALT1	46,23±51,32	ALT-ALT2	0,199
	ALT2	31,97±39,47	ALT1-ALT2	0,001*
Metasidoz Var	AST	235,54±306,54	AST-AST1	0,859
	AST1	237,81±282,21	AST-AST2	0,563
	AST2	282,45±302,66	AST1-AST2	0,594
Metasidoz Yok	AST	65,82±95,99	AST-AST1	0,244
	AST1	88,17±159,14	AST-AST2	0,422
	AST2	61,05±89,70	AST1-AST2	0,002*
Metasidoz Var	Üre	69,46±52,78	Üre-Üre1	0,790
	Üre1	70,65±47,02	Üre-Üre2	0,594
	Üre2	73,81±45,59	Üre1-Üre2	0,790
Metasidoz Yok	Üre	26,76±18,14	Üre-Üre1	0,200
	Üre1	24,95±14,49	Üre-Üre2	0,003*
	Üre2	21,59±12,88	Üre1-Üre2	0,006*
Metasidoz Var	Kreat	2,25±1,38	Kreat-Kreat1	0,398
	Kreat1	2,39±1,31	Kreat-Kreat2	0,182
	Kreat2	2,89±1,73	Kreat1-Kreat2	0,248
Metasidoz Yok	Kreat	1,47±0,95	Kreat-Kreat1	0,030*
	Kreat1	1,34±0,75	Kreat-Kreat2	0,008*
	Kreat2	1,14±0,50	Kreat1-Kreat2	0,011*
Metasidoz Var	K ⁺	4,61±1,74	K ⁺ - K ⁺ 1	0,929
	K ⁺ 1	4,61±1,22	K ⁺ - K ⁺ 2	0,790
	K ⁺ 2	4,71±1,38	K ⁺ 1 - K ⁺ 2	0,350
Metasidoz Yok	K ⁺	4,31±0,65	K ⁺ - K ⁺ 1	0,006*
	K ⁺ 1	3,91±0,39	K ⁺ - K ⁺ 2	0,002*
	K ⁺ 2	3,95±0,39	K ⁺ 1 - K ⁺ 2	0,822

Tablo 7: Mortaliteye göre hastalardaki karaciğer enzimleri (ALT,AST), böbrek fonksiyonları (üre,kreatinin) ve potasyum (K) değerindeki değişimler

		Mean±SD	Hasta biyokimyasal değerlerin karşılaştırılması	p
Mortalite Var	ALT	324,55±610,73	ALT-ALT1	0,214
	ALT1	504,22±617,17	ALT-ALT2	0,050
	ALT2	599,11±692,57	ALT1-ALT2	0,028*
Mortalite Yok	ALT	36,86±41,47	ALT-ALT1	0,466
	ALT1	43,13±62,45	ALT-ALT2	0,065
	ALT2	27,33±18,06	ALT1-ALT2	0,001*
Mortalite Var	AST	267,22±336,03	AST-AST1	0,515
	AST1	283,55±304,90	AST-AST2	0,139
	AST2	368,77±307,23	AST1-AST2	0,110
Mortalite Yok	AST	67,33±91,36	AST-AST1	0,497
	AST1	85,05±150,32	AST-AST2	0,074
	AST2	51,77±56,14	AST1-AST2	0,001*
MortaliteVar	Üre	84,38±53,86	Üre-Üre1	0,678
	Üre1	88,01±39,85	Üre-Üre2	0,515
	Üre2	94,18±28,07	Üre1-Üre2	0,767
Mortalite Yok	Üre	26,91±11,68	Üre-Üre1	0,053
	Üre1	26,41±18,12	Üre-Üre2	0,001*
	Üre2	20,18±7,30	Üre1-Üre2	0,001*
MortaliteVar	Kreat	3,00±1,37	Kreat-Kreat1	0,407
	Kreat1	3,16±0,82	Kreat-Kreat2	0,441
	Kreat2	3,61±1,17	Kreat1-Kreat2	0,260
MortaliteYok	Kreat	1,32±0,73	Kreat-Kreat1	0,013*
	Kreat1	1,21±0,59	Kreat-Kreat2	0,002*
	Kreat2	1,04±0,33	Kreat1-Kreat2	0,009*
Mortalite Var	K ⁺	5,46±1,17	K ⁺ -K ⁺ 1	0,593
	K ⁺ 1	5,12±0,86	K ⁺ -K ⁺ 2	0,859
	K ⁺ 2	5,31±1,17	K ⁺ 1-K ⁺ 2	0,407
Mortalite Yok	K ⁺	4,11±0,77	K ⁺ -K ⁺ 1	0,004*
	K ⁺ 1	3,82±0,42	K ⁺ -K ⁺ 2	0,011*
	K ⁺ 2	3,84±0,27	K ⁺ 1-K ⁺ 2	0,732

(*)p<0,05 İstatistiksel olarak anlamlı

1: Operasyondan 24 saat sonra ölçülen değer

2: Operasyondan 72 saat sonra ölçülen değer

ALT: Alanin Aminotransferaz(U/l)

AST: Aspartat Aminotransferaz(U/l)

Üre: mg/dl

Kreatinin: mg/dl

K⁺: mmol/l

Tartışma

Akut periferik arteriyel tıkanıklık, ilgili damarın beslediği bölgede hafif iskemiden doku nekrozuna kadar uzanan geniş yelpazede değişikliklere neden olur. Damar hastalıkları içerisinde %7-%37,5 oranında görülmekte olup, damar cerrahisine ait girişimlerin %10-%16'sını oluşturmaktadır (8) ve akut alt ekstremitte iskemilerinin ise %16-33'ünden sorumludur(9). Akut alt ekstremitte iskemisinin en yaygın nedeni emboli ve trombozdur. Emboli sıklıkla ya kardiyak ya da proksimal aortadan kaynaklanmakta ve özellikle alt ekstremitte arterlerin çatallanma(bifurkasyon) böl-

gesini tutmaktadır(10,11). Özellikle son zamanlarda romatizmal kalp hastalıklarının başarılı eradikasyonu-na bağlı olarak aterosklerotik zeminde gelişen embolilerin rölatif olarak daha fazla olduğu bildirilmektedir. Embolik olaylarda, arter ani olarak tıkanmakta ve yeterli kollateral dolaşım olmaması sebebi ile iskemi hızlı bir şekilde ilerlemektedir(5). Akut arteriyel trombozun en sık nedeni aterosklerozis obliterans olup, hızlı gelişen trombozun kliniği embolik olayların klinik seyrine çok benzemekle beraber, o kadar gürültülü olmayabilir; hatta olgularda klodikasyon dışında bariz bir bulgu bulunmayabilir(3). Bunun nedeni ise aterosklerozun ilerlemesi sırasında gelişen kollateral dolaşımın varlığı nedeni ile iskeminin ilerleyişinin yavaş olması(12) ve hastaların yaptıkları aktivitelerin kas dokusunda iskemi meydana getirecek nitelikte ve nicelikte olmamasından kaynaklanmaktadır(13). Bu da olguların hastaneye başvurmalarını geciktirmek-te, ekstremitenin kaybı dahil geç dönemde yapılan embolektomilere bağlı olarak post iskemik sendrom gibi hayatı tehdit eden durumlara neden olmaktadır. Yaşlı hasta grubunda aterosklerotik zeminde gelişen akut arteriyel tromboz daha sık gözlemlenmesine rağmen, genç hasta popülasyonunda etiolojide emboli ve aterosklerotik olmayan tromboz olayları ile daha sık karşılaşmaktadır(14). Bu çalışmadaki hasta profilimizde yaş ortalamasının 78,53±5,85 yıl olduğu görülmektedir. Bununla beraber olguların 24 tanesinde (%53,3) periferik arter hastalığı varlığı ve hastaların hastaneye başvurma saatlerine bakıldığında; 12 olgunun (%50) 48 saat ve üzerinde yani geç dönemde hastaneye başvurdukları görülmektedir. Nativ damarda tromboz gelişen hastalarda iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler olay, diyabet, kronik böbrek hastalığı gibi belirgin ko-morbid faktörlere sahip oldukları belirtilmektedir (15). Ayrıca yaş arttıkça periferik damar hastalığı insidansının arttığı birçok çalışmada da ortaya konmuştur(16,17). Bunun yanısıra sigara kullanımı, diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, hipotiriodi gibi birçok faktör periferik arter hastalığının gelişiminde risk faktörü olarak rol almaktadır(17,18). Serimizdeki hastaların yaşlı popülasyon olduğu ve olguların %44,4'ünde (20 hasta) kronik obstrüktif akciğer hastalığı, %51'inde (23 hasta) sigara kullanımı, %44,4 'ünde (20 hasta) diyabet, %15,6'sında geçirilmiş serebrovasküler olaya sahip oldukları belirlenmiştir. Sadece 24 hastanın periferik damar hastalığı tanısı olmasına rağmen, mevcut risk faktörlerinin yüksek oranda bulunması, serimizdeki periferik damar hastalığı oranının daha yüksek olduğuna kanaat etmemize neden olmuştur. Bu sebepten başvuru anında böbrek fonksiyonu uygun tüm hastalarımıza acil BT anjio çekildi. Bu sayede hem

torasik hem de abdominal aortanın periferik dalları ile beraber tam olarak değerlendirilmesine olanak sağlamakla beraber, özellikle alt ekstremitelere giden damarlarda meydana gelen daralmaların niteliği ve kollateral damarların net olarak ortaya konulması da gerçekleştirildi(15). Akut arteriyel embolizmde embolektomi sıklıkla başarılı ve yeterli bir girişim olmakla beraber (19), akut arteriyel trombozda medikal tedavi ön planda tutulmaktadır (20). Hasta grubumuzda tespit edilen arteriyel oklüzyonların seviyesinin femoral arter seviyesinde olması, iskemiye maruz kalan kas kitlesinin fazla olmasına neden olmaktadır. Çekilen BT anjiyografi sonuçlarında kronik aterosklerotik zeminde akut arteriyel emboli tespit edilen olgularda medikal tedavi yanısıra beraber cerrahi olarak embolektomi ile yeterli perfüzyonu sağlamak asıl amaç olup, bu sayede ekstremitenin kurtarılması veya amputasyon seviyesinin aşağı çekilmesinin yanısıra iskemi sebebiyle oluşacak çoklu organ fonksiyon kayıplarının en aza indirilmesi amaçlandı. Yapılan embolektomiler sonrasında hiçbir hastamıza komplet revaskülarizasyon yapılma endikasyonu saptanmadı. İskemik dokularda, serbest oksijen radikalleri, ksantinin ürik aside ve süperoksit radikallerine dönüşmesi ile ortaya çıkar. Bu serbest radikaller membran lipidlerinde peroksidasyonu tetikler ve bunun sonucunda kapiller permeabilite ve filtrasyon artar(20). Aktifleşen lökositlerin endotel hücreleri ile ilişkisi artar, lökosit-trombosit agregasyonu meydana gelir, kompleman sistemi aktive olur, o bölgede kan akımı iyice yavaşlar. Yapılan embolektomi sonrasında kan akımı yeniden sağlanır. Anaerobik metabolizma ve hücre yıkımına ait potasyum ve hidrojenin kan dolaşımına katılması ile metabolik asidoz ortaya çıkar(20). Yaşlı hastaların konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon, diyabet gibi son organ hasarına neden olan yandaş morbid hastalıklara sahip olmaları, iskemi esnasında gelişen metabolik değişikliklere vücudun toleransını azaltmakta ve daha ciddi organ fonksiyon bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Akut arteriyel oklüzyonlarda semptomların başlangıcını takiben ilk 8-12 saat içinde yapılan girişim, erken embolektomi olarak kabul edilir ve bu dönem başarı için altın periyodu temsil eder (21). Geç embolektomilerin başarısını etkileyen faktörlere bakılırsa; arteriyel intimanın hasarsız olması, emboli ve sekonder trombüsün intima yapışık olmaması, emboli öncesi distal arter yatağının açık olması ve antikoagülan ilaçlarla ön tedavinin uygulanmış olmasıdır(15). Serimizde geç dönem embolektomiyi; belirgin gangren, demarkasyon hattı gelişmeyen, his ve motor kayıp olmayan hastalara uyguladık. Heparin, embolektominin hızlı bir şekilde uygulanamayacağı durumlarda üzerine ikincil

bir trombüsün eklenmesini önlemek amacı ile kullanılmalıdır(15). Bununyanısıra, embolektomi veya trombektomi sonrasında ikincil bir embolik olayın oluşumunu engellemek amaçlı da uygulanmaktadır. Endovasküler yaklaşım ile trombolitik ajanlar anjiyografik olarak tıkalı bölge belirlenerek kullanılır ve distaldeki daha küçük damarların da açılmasını sağlar fakat kontrast nefropatisi, katetere bağlı tromboz ve kanama riski mevcuttur(22). Bizim hasta popülasyonumuzun ileri yaş grubunda olması ve renal fonksiyonlarında bozulma yaratabilecek patolojilere sahip olmaları(diyabet, hipertansiyon gibi) bu seçenekten uzaklaşmamıza sebep olmuştur. Ayrıca Greenberg ve arkadaşları heparinin hücre adezyon moleküllerini inhibe eden antiinflamatuvar özelliğe sahip olduğunu ve bu sayede iskemi-reperfüzyon hasarına karşı koruyucu olduğunu ifade etmişlerdir(23). Bizde operasyon sırasında ve sonrasında heparin infüzyonunu optimal pozolojide ve sürede uyguladık.

Literatürde akut arteriyel oklüzyonu olan hastalarda amputasyon ve mortalite oranlarına bakılırsa, ilk 12 saatte yapılan girişimlerde amputasyon %2,1 ve mortalite ise %12,5 olarak bildirilmektedir. Bu oranlar 12. saatten sonra müdahale edilen hastalarda sırasıyla %39,2 ve %37,7 olarak vurgulanmıştır(24). Keçelgil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ilk 12 saat içinde opere olan hastalarda %9,99 oranında amputasyon ve %4 oranında mortalite saptanmış iken, 12. saatten sonra yapılan müdahalelerde amputasyon %30 ve mortalite %15,55 oranında bildirilmiştir. Mortalite oranının 12.saatten sonra üç kattan fazla arttığını vurgulamışlardır(25). Serimize bakıldığında ilk 12 saat içinde başvuranlarda mortalite olmadığı ve %7,1 (1 olgu) amputasyon gerektiği, 12.saat ile 48.saat arasında başvuranlarda mortalitenin %16,7(2 olgu) olduğu ve %8,3 (1 olgu) amputasyon gerçekleştirildiği, 48.saatten sonra başvurularda mortalitenin %36,8 (7 olgu)'e yükseldiği ve %26,3(5 olgu) amputasyon uygulandığını belirledik. Oranlarımız literatür ile uyumludur. Fakat hasta profilimizin yaşlı ve bir çok komorbid faktöre sahip olmasına rağmen bu şekilde olmasının en büyük nedeni, periferik damar hastalığı bulunması ve buna bağlı olarak iskemik sürecinde gelişen kollateraller aracılığı ile daha yavaş seyretmesi, gelişen metabolik problemlerin kompensasyonunun daha etkili yapılmasının sağlanmasıdır.

Akut arteriyel oklüzyonlarda geç dönemde yapılan embolektomiden sonra Haimovici-Legrain-Cornier Sendromu gelişebilir. Revaskülarizasyonu takiben yüksek miktarda serbest oksijen radikali, hidrojen iyonu dolaşıma girer. Bu tabloda hiperpotasemi, miyoglobini ve metabolik asidoz gelişir(3). Böbrek ve kalp fonksiyonları ile beraber vücudun sıvı ve elekt-

rolit dengesi de bozulur. Tedavide hiperventilasyon, kalsiyum ve/veya magnezyumla membran stabilizasyonu, metabolik asidozla mücadelede sodyum bikarbonat ve intravenöz glukoz insülin kombine tedavisi uygulanabilir. Rabdomiyolizde böbrek fonksiyonlarını korumak amaçlı yeterli hidrasyon tedavisine ilave mannitol verilebilir. Gerekli durumlarda hemodiyaliz yapılır(15). Hastaların semptomlarının ortaya çıkması ile hastaneye başvurma arasındaki süre uzadıkça, karaciğer enzimlerindeki yükselme, üre ve kreatinin değerlerindeki artış belirginleşmekte, postoperatif dönemde değerlerin düşüşü daha yavaş olmakta ve normal seviyelere daha uzun sürede ulaşmaktadır. Özellikle 48 saat ve sonraki dönemde başvuranlarda enzim ve potasyum değerleri daha yüksek olup, hasta kaybı söz konusu olan hastalarda değerlerde herhangi bir düşüş görülmemektedir. Karaciğer enzimlerine bakıldığında operasyondan 24 saat sonraki değerlerde bir artış görülmektedir. Bu da reperfüzyon hasarını göstermektedir. Operasyondan 72 saat sonraki değerlerde belirgin düşüş görülür. Ancak hasta kaybı söz konusu olduğunda bu düşüş olmamaktadır. Böbrek fonksiyonlarına bakıldığında ise operasyondan sonraki değerlerde düşüş görülmekte, eş zamanlı potasyum değerleri de düşmektedir. Ancak hasta kaybı yine söz konusu ise bu değerlerde düşüş görülmemektedir. Bu da yine reperfüzyon hasarını ve gelişen çoklu organ fonksiyon bozukluğunu göstermektedir. Bu bulgular serimizde Tablo 5,6 ve 7'de açıkça bulguları.

Sonuç olarak; akut arteriyel oklüzyonlarda tanı ve tedavinin erken dönemde yapılması mortalite ve morbidite oranlarını düşürmektedir. Özellikle ileri yaş grubundaki hastalarda bir çok yandaş hastalığın birlikteliği ve periferik damar hastalığı bulunma oranı genç hasta grubuna göre daha yüksektir. Semptomlar yaşlı hastalarda özellikle periferik damar hastalığı zemininde daha az gürültülü seyretmekte ve hastalar geç dönemde hastaneye başvurmaktadır. Bu hasta grubunun hastaneye kabulü ile beraber mevcut metabolik durum hızla değerlendirilip, tedavinin hızlı bir şekilde başlanması önem arz etmektedir. Bunun yanı sıra zeminde periferik damar hastalığı bulunma ihtimalinin yüksek olduğu unutulmayarak buna yönelik periferik anjio tekniklerinden herhangi biri kullanılarak vasküler yapı değerlendirilmesinin gerektiğini düşünüyoruz. Kardiyak durumun değerlendirilmesi de bu yaş grubu için ayrıca önem arz etmektedir.

Kaynaklar

1. Zieve PH, Waterbury P. Thromboembolic disease. In: Barker LR, Burton JR, Zieve PH(eds). *Principles of Ambulatory Medicine*. 4th edition. Baltimore: Willian&Wilkson 1994:621-4
2. Braunwald E. Valvular Heart Disease. In: Braunwald E(ed). *Heart Disease: A text Book of Cardiovascular Medicine*. 19th edition. Philadelphia:WB Saunders Co.,1997:1010
3. Yetkin U, Gürbüz A. Akut Arteriyel Tıkanıklıklarına Genel Bakış. *Van Tıp Dergisi* 2002;9:38-46
4. Abbott WM, Maloney RD, McCabe CC. Arterial embolism: a 44 year perspective. *Am J Surg* 1982;143:460
5. Dereli Y, Özdemir R, Kayalar N, Ağrıç M, Hoşgör K, Özdiş A.S. Acute peripheral arterial occlusion: a review of 137 cases. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2012;20:260-264
6. Bulkley GB. Pathophysiology of free radical-mediated reperfusion injury. *J Vasc Surg* 1987;5:512-517
7. Thijssen DH, Carter SE, Green DJ. Arterial structure and function in vascular ageing: are you as old as your arteries? *J Physiol*. 2015 Jul 3. doi: 10.1113/JP270597.
8. Haimovici H. Acute arterial thrombosis and metabolic complications of acute arterial occlusions and skeletal muscle ischemia. In: Haimovici H, ed. *Vascular Surgery*. Massachusetts Blackwell Science, 1966:509-530
9. Ueberrueck T, Marusch F, Schmidt H, Gastinger I. Risk factors and management of arterial emboli of the upper and lower extremities. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 2007;48:181-186
10. Kuukasjarvi P, Riekkinen H, Salenius JP, Vattulainen K, Lindholm S. Prevalence and predictive value of ECG findings in acute extremity ischemia. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1995; 36: 469-73
11. Andersson B, Abdon NJ, Hammarsten J. Arterial embolism and atrial arrhythmias. *Eur J Vasc Surg* 1989; 3: 261-6
12. Cambria RP, Abbott WM. Acute arterial thrombosis of the lower extremity. Its natural history contrasted with arterial embolism. *Arch Surg*. 1984;119:784-787
13. Aronow SW. Peripheral arterial disease in the elderly. *Clinical Interventions in aging* 2007;2:645-654
14. Dag O, Kaygın MA, Erkut B. Analysis of risk factors for amputation in 822 cases with acute arterial emboli. *The Scientific World Journal*, volume 2012, article ID 673483, doi:10.1100/2012/673483
15. Fukuda I, Chiyoya M, Taniguchi S, Fukuda W. Acute limb ischemia: contemporary approach. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2015;63:540-548
16. Aronow WS, Ahn C. Frequency of new coronary events in older persons with peripheral arterial disease and serum low-density lipoprotein cholesterol ≥ 125 mg/dl treated with statins versus no lipid-lowering drug. *Am J Cardiol*. 2002;90:789-791
17. Ness J, Arrow WS, Newkirk E, et al. Prevalence of

symptomatic peripheral arterial disease , modifiable risk factors, and appropriate use of drugs in the treatment of peripheral arterial disease in older persons seen in a university general medicine clinic. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2005;60A:M255-257

18. Brewster DC, Chin AK, Fogarty TJ. Arterial thromboembolism. In: Rutherford RB; Vascular Surgery. Philadelphia, W.B. Saunders Company, Third Edition, 1989, 546-564

19. Brewster DC: Acute peripheral arterial occlusion. *Cardiol Clin* 1991;9:149-151

20. Beyersdorf F, Unger A, Wildhirt A, Kretzer U, Deutscher N, Kruger S, Matheis G, Hanselmann A, Zimmer G, Satter P. Studies of reperfusion injury in skeletal muscle: preserved cellular viability after extended periods of warm ischemia. *J Cardiovasc Surg(Torino)*. 1991;32:664-676

21. Depboylu CB, Külcü N, Yolyapan DA. Surgical Treatment and Results of Acute Peripheral Arterial Occlusions;

Retrospective Analysis of 58 Cases in Literature. *J Surg Arts (Cer San D)*, 2016;9:13-19

22. Eliason J.L., Wainess R.M., Proctor M.C., Dimick J.B., Cowan J.A., Upchurch G.R., Stanley J.C., Henke P.K. A National and Single Institutional Experience in the Contemporary Treatment of Acute Lower Extremity Ischemia. *Annals of Surgery* 2003;238:382-390

23. Greenberg RK, Ouriel K. Arterial thromboembolism . In : Rutherford RB, eds. Vascular surgery. Philadelphia:W.B. Saunders Company; 2000:822-835

24. Taviloğlu K, Günay K, Asoğlu O, Dilege Ş, Kurtoğlu M. 10 yıllık periferik arteriyel tıkanıklık olgularımızın analizi. *Damar Cerrahisi Dergisi* 1995;4:17-21

25. Keçelgil H.T., Küsdül M, Gökgözoğlu G, Saraç A, Kolbacı F, Akar H, Demirağ M.K. Akut Periferik Arteriyel Tıkanıklıklar: 179 Olgunun Sunumu. *GKD CD* 1999;4:319-323

Özge KORKMAZ*
Sabahattin GÖKSEL*
Ufuk YETKİN*
Köksal DÖNMEZ**
Öcal BERKAN*

Çalışmanın Gerçekleştirildiği Merkez:

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kalp Damar Cerrahisi A.D., SİVAS

* Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kalp Damar Cerrahisi A.D., SİVAS
** İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği

Yazışma Adresi: Özge Korkmaz
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi,
C.Ü. Kalp Merkezi Poliklinikler Girişi Merkez/SİVAS
e-mail: ozgekorkmaz73@hotmail.com

Geliş Tarihi: 02.03.16

Kabul Tarihi: 13.03.16

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 54 Sayı: 1 Nisan 2016
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 54 No: 1 April 2016

Posttravmatik Ekstremité Damar Yaralanmalarında Tanı ve Tedavi Yaklaşımımız

Approach to Posttraumatic Extremity Vascular Injuries: Diagnosis and Treatment

Öz

Amaç: Bu çalışmamızda, Ocak 2013-Aralık 2015 tarihleri arasında Hastanemiz acil servisine ekstremité damar yaralanması ile başvuran hastaların tanı ve tedavi sürecini retrospektif olarak inceleyip, tanı yöntemleri, tedavi seçenekleri, mortalite ve morbidite üzerine etki eden faktörleri irdeleyip, literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Yöntem: Hastanemiz acil servisinde Ocak 2013-Aralık 2015 tarihleri arasında periferik damar yaralanması tanısı alıp, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniğince aynı ekip tarafından tedavi edilen 34 olguyu retrospektif olarak değerlendirdik. Olgularımızın 29'u (%85,3) erkek, 5'i (%14,7) kadın olup, yaş ortalaması 32,00±14,67 yıl (10-68 yıl) idi. Travmanın durumuna göre kalp ve damar cerrahisinin yanısıra ortopedi ve plastik cerrahi uzmanlarından oluşan multidisipliner bir yaklaşımla hastalar değerlendirildi. Fizik muayene ve sonografik el doppler aleti ile tüm hastalar değerlendirildi. Yara yeri ve genel durumu uygun olan olguların tamamına Doppler Ultrasonografi çekilerek, hem arteriyel hem de venöz sistem detaylı olarak incelendi. Künt travma hikayesi olanların tamamına böbrek fonksiyon test sonuçları uygun olduğu için Bilgisayarlı Tomografik Anjiyografi çekildi. Ortopedik müdahaleler dahil diğer cerrahi branşların operasyonları da, hayatı tehdit eden bir durum yoksa, revaskülarizasyon veya hasarlı damarın tamirinden sonra gerçekleştirildi. Bundaki amaç iskemik süresini kısaltmaktır. Ameliyat esnasında kardiyovasküler ekip tarafından damar yaralanmasının tipi belirlenerek operasyonun planı tayin edildi. Ameliyatı takiben hastalar yoğun bakım koşullarında vasküler açıdan yakın takip edildi. Ameliyat sonrası Doppler Ultrasonografi ile vasküler yapılar kontrol edildi. Gerek görülmesi halinde kontrol BT Anjiyografi çekildi.

Bulgular: Yirmibir olguda (%61,8) kesici-delici aletle, 6'sında (%17,6) kemiğin kırık segmentinin deplasmanına sekonder gelişen kesi ile, 4'ünde (%11,8) künt travma ile, 3'ünde (%8,8) ateşli silahla yaralanma meydana gelmiştir. Altı hasta (%17,6) hemorajik şok tablosu ile acil servise başvurmuştu. Üst ekstremitéde %20,6 (7 olgu) oranı ile en fazla brakial

arter yaralanması saptanmış olup, alt ekstremitéde %29,4 (10 olgu) oranında femoral arterde yaralanma daha fazladır. Hasta popülasyonumuza bakıldığında %73,5 oranında transseksiyon (25 olgu), %8,8 oranında (3 olgu) intimal ayrılma ve %17,6 oranında (6 olgu) lateral ayrılma saptandı. Hastaların 13'ünde (%38,2) safen ven greft olarak kullanılarak interpozisyon tekniği ile tamir yapıldı. Üç hastaya medikal tedavi uygulandı. Venöz yaralanma 14 (%41,1) olguda saptandı. Bu olgulardan 5 tanesine (%14,7) karşı bacadan safen ven alınarak tamir veya bypass yapıldı. Safen ven yama olarak 3 hastada kullanılırken, 2 hastada ise interpozisyon (popliteal vende) amaçlı greft olarak kullanıldı. Geri kalan 9 hasta (%26,5) ise venöz segment tamir veya bypassa imkan vermeyecek şekilde tahrip olduğu ve kalibrasyonları çok ince belirlendiği için bağlandı. Operasyon sonrası takiplere bakıldığında 3 hastada (%8,8) kompartman sendromu gelişti. Bunlardan 2 olguda popliteal arter ve 1 olguda brakiyal arter yaralanması mevcuttu. Bu hastaların tamamına fasiyatomi açıldı. Brakiyal arter yaralanması olan hastanın kolu kurtarılamayarak ön kol amputasyonu, popliteal arter yaralanması olan hastalardan bir tanesinde de diz altı amputasyon gerçekleştirildi. Kalan 32 hastada amputasyona sebep olacak bir komplikasyonla karşılaşılmadı.

Tartışma: Periferik damar yaralanmalarında erken tanı konulup, gerekli tedaviye erken dönemde başlanması; ekstremité kaybını ve mortalite oranını azaltmaktadır. Bu hastalarda, yaralanmanın durumuna göre kalp ve damar cerrahisinin yanısıra ortopedi ve plastik cerrahi uzmanlarından oluşan multidisipliner bir yaklaşımın daha etkili olacağı inancındayız.

Anahtar Kelimeler: Travma, ekstremité, damar yaralanması, tanı, tedavi.

Abstract

Objective: We retrospectively investigated diagnosis and treatment procedures on patients admitted to Emergency Department at our hospital with vascular injury of extremity between dates January 2013 and December 2015. Diagnostic techniques, treatment options and factors effecting mortality and morbidity were examined and assessed with up-to-date literature.

Method: Between dates January 2013 and December 2015, thirty-four patients who were treated surgically for peripheral vascular injury by the same surgical team were investigated retrospectively. Twenty-nine patients were male (85.3%) and 5 patients were female (14.7%). Mean age of patients

were 32.00 ± 14.67 (between 10 to 68 years). According to trauma type, Orthopedic and/or plastic surgery departments also examined the patients in a multidisciplinary approach. All patients were assessed by physical examination and continuous wave Doppler. Any patient suitable for further examination were assessed by arterial and venous Duplex ultrasonography. All patients with blunt trauma had Computerized Tomography Angiography because all of the patients' renal tests were normal. All operations, including orthopedic and other surgical interventions, were performed after surgical revascularization or repair of the vessel unless there was a life threatening condition. This approach was reasonable for reducing the ischemia period. Vascular injury and operative strategy was intraoperatively considered by cardiovascular team. In the postoperative period, patients were closely followed up for eventual vascular problems in intensive care unit. Duplex ultrasonography was performed to check vascular structures in the postoperative period. If required, CT angiography was performed.

Results: Twenty-one cases (61.8%) were injured by penetrating trauma. Injury was caused secondary displacement of bone fracture in six (17.6%) patients. Injuries due to blunt trauma (n:4, 11.8%) and firearms (n:3, 8.8%) were evident. Six patients (17.6%) admitted to emergency department with hemorrhagic shock. Brachial artery was the most common site (n:7, 20.6%) of injury at upper extremity. Femoral artery was most commonly injured (n:10, 29.4%) in the lower extremity. Transection was evident in 73.5% of the patients (25 cases). Intimal separation was observed in 8.8% (3 cases) of the patients and lateral tear was evident in 17.6% (6 cases) of the patients. Thirteen patients (38.2%) were treated with saphenous vein graft interposition. Three patient had medical treatment. Venous injury was evident in fourteen patients (41.1%). Saphenous vein of the opposite leg was used for repair in five (14.7%) of these patients. Saphenous vein was preferred as patch for three and was preferred for graft interpositioning (popliteal vein) for two. Venous segment was heavily damaged and left no chance to repair or bypass and/or vessel calibers were too thin in the remaining nine (26.5%) patients. Vessels were tied-up. When we check postoperative data; compartment syndrome developed in three (8.8%) patients. Two of these cases had popliteal artery and the remaining one had brachial artery injury. Fasciotomy was performed to these patients. Arm of the patient with brachial artery injury could

not been saved and forearm amputation was performed. One of the popliteal artery injury patients had below-knee amputation. None of the remaining 32 patients had a complication causing amputation.

Conclusion: In peripheral vascular injuries, early diagnosis and urgent initiation of treatment reduces extremity loss and mortality significantly. We believe that, related to type of injury, multidisciplinary approach including orthopedic and plastic surgery departments additional to cardiovascular surgery department, will be more efficient.

Keywords: Trauma, extremity, vascular injury, diagnosis, treatment

Giriş

Tüm travma olgularının yaklaşık %2-3'ünü damarsal kaynaklı olanlar teşkil etmektedir(1). Bunların yaklaşık %64-82'si penetran travmalardan sonra meydana gelmektedir(2,3). Künt travmalar ikinci sıradadır; trafik kazaları, yüksekte düşme ve ezilme tarzında yaralanmalar (crush injury) sonucunda oluşur(4). Üst ekstremiteye ait damarsal yaralanmalar sivil toplumda daha sık karşılaşılmakta, alt ekstremiteye ait durumlar ise daha sık askeri personelde oluşmaktadır(5). Zaman içerisinde ekstremitte koruyucu cerrahi tekniklerin ilerlemesi ile ABD'de 1968-1979 yılları arasındaki amputasyonu oranı %6(6) iken, günümüzde bu oran %1,5'lara kadar düşmüştür. Damar yaralanmalarında hastanın olabildiğince hızlı bir şekilde hastaneye ulaştırılması, tanının erken konulması ve uygun tedavinin yapılması, ekstremitte kaybını en aza indirmekle beraber, mortalite ve morbiditeyi de azaltmaktadır.

Bu çalışmamızda, Ocak 2013-Aralık 2015 tarihleri arasında Hastanemiz acil servisine ekstremitte damar yaralanması ile başvuran hastaların tanı ve tedavi sürecini retrospektif olarak inceleyip, tanı yöntemleri, tedavi seçenekleri, mortalite ve morbidite üzerine etki eden faktörleri irdeleyip, literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Hastanemiz acil servisinde Ocak 2013-Aralık 2015 tarihleri arasında periferik damar yaralanması tanısı alıp, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniğince aynı ekip tarafından tedavi edilen 34 olguyu retrospektif olarak değerlendirdik. Olgularımızın 29'u (%85,3) erkek, 5'i (%14,7) kadın olup, yaş ortalaması 32,00±14,67 yıl (10-68 yıl) idi. Travmanın durumuna göre kalp ve damar cerrahisinin yanı sıra ortopedi ve plastik cerrahi uzmanlarından oluşan multidisipliner bir yaklaşımla hastalar değerlendirildi.

Acil servise kabul anında hastalar Advanced Trauma Life Support Guidelines' a (7)göre damar yaralanmaları kuvvetli veya zayıf olarak belirlendi(Tablo 1).

Tablo 1. Damar Yaralanma Belirtileri(Advanced trauma life support: A time for reappraisal. Anaesthesia, 1992)(7)

Kuvvetli Belirtiler	Zayıf Belirtiler
Pulsatil kanama	Kanama öyküsü
Trill alınması	Nörolojik bulgular
Üfürüm oskültasyonu	Nabız amplitüdünde azalma (karşı tarafa göre)
Distal nabızların alınmaması	Yaralanma yerinin arterin topografik anatomisine yakınlığı
Genişleyen hematoma tespit edilmesi	

Kuvvetli yaralanma bulgularan hastalar, iske mi süresini uzatmamak için, acil şartlarda operasyona alındı. Operasyona alınmadan önce olguların tamamına tetanoz ve parenteral antibiyotik profilaksisi uygulanıp, cerrahi olarak kanama kontrolü sağlanana kadar bası veya turnike kullanılarak aktif kanama kontrol altına alındı. Vital bulgular kan veya sıvı replasmanı yapılarak düzenlendi. Fizik muayene ve sonografik el doppler aleti ile tüm hastalar değerlendirildi. Yara yeri ve genel durumu uygun olan olguların tamamına Doppler Ultrasonografi çekilerek, hem arteriyel hem de venöz sistem detaylı olarak incelendi. Künt travma hikayesi olanların tamamına böbrek fonksiyon test sonuçları uygun olduğu için Bilgisayarlı Tomografik Anjiyografi çekilerek, travmanın yerine göre ilgili branş doktorları ile beraber konsülte edildi. Uygun endikasyonu olan hastalara iloprost trometamol kiloya göre uygun pozolojide devamlı intravenöz infüzyonun yanı sıra, dekstran serum ile kombine pentoksifilin ampül rutin olarak intravenöz yoldan uygulandı. Bu olgularda kontrendikasyon yoksa (çoklu travmaya bağlı kanama riski olması) heparin devamlı infüzyon olarak intravenöz yolla uygulandı.

Yaranın durumu, girişimin tipi, eş zamanlı başka bir operasyon yapılması ve hastanın genel durumuna göre, genel veya lokal anestezi planlandı. Operasyon odasına alınan hastaların tamamı vital bulguların takibi amaçlı monitörize edildi. Tüm vasküler girişimler aynı kardiyovasküler cerrahi ekip tarafından yapıldı. Ortopedik müdahaleler dahil diğer cerrahi branşların operasyonları da, hayatı tehdit eden bir durum yoksa, revaskülarizasyon veya hasarlı damarın tamirinden sonra gerçekleştirildi. Bundaki amaç iske mi süresini kısaltmaktır. Ameliyat esnasında kardiyovasküler ekip tarafından damar yaralanmasının tipi belirlenerek operasyonun planı tayin edildi(Tablo 2).

Tablo 2. Damar yaralanmalarının sınıflandırımı (Akut Arter Tıkanmalarına Genel Bakış, Van Tıp Der-gisi 2002) (8)

Yaralanmanın Tipi	Açıklaması
Kontüzyon	Arteriyel duvarın intramural hematoma sebebi ile daralması.
İntimal ayrılma	Damarın traksiyona bağlı intimalının ayrılması.
Punkture	Delici aletlerle olan yaralanma.
Lateral ayrılma	Damarın tanjansiyel olarak yaralanması.
A-V fistül	Kesici-delici alet ile arter ve venin kombine harabiyeti sonucunda oluşur.
Transseksiyon	Arterde komplet ayrılması(kesi).

Operasyon salonuna alınan hastaların monitörizasyonunu takiben genel anestezi altında yaralanma bölgesinin izdüşümünden cerrahi insizyon yapıldı. Kanamalı arter ve venin distali ve proksimali askıya alındı. Hastalara 100 IU/kg heparin intravenöz yolla verildi. Gerekli durumlarda arterin distal ve proksimaline embolektomi yapıp, sonrasında damarın proksimali ve distali heparinli mayi ile irrigate edildi. Damarın hasarlı kısmı 2cm'den fazla veya ucuca anastomoz yapıldığında anastomoz hattında gerginlik yaratması söz konusu ise, öncelikli olarak safen ven grefti interpozisyon amaçlı kullanılarak anastomoz yapıldı. Safen venin greft olarak uygun olmadığı durumda polytetrafluoroethylene (PTFE) veya Dacron greft anastomozda kullanıldı. Venöz yaralanmalarda, primer tamir imkanı yoksa, ilgili ven kalibrasyonu dikkate alınarak bağlandı veya safen ven kullanılarak tamir edildi. Kemik stabilizasyonu ile tendon ve sinir tamiri; vasküler tamir sonrası yapıldı. Hastanın yarası suture edilmeden önce anastomoz veya tamir yapılan alan tekrar kontrol edildi. Ameliyatı takiben hastalar yoğun bakım koşullarında vasküler açıdan yakın takip edildi. Ameliyat sonrası heparin, ACT değeri 220±20 sn olacak pozolojide perfüzörle devamlı infüzyon şeklinde uygulandı. Doppler Ultrasonografi ile vasküler yapılar kontrol edildi. Gerek görülmesi halinde kontrol BT Anjio çekildi. Postoperatif 3.günde intravenöz heparin kesilerek, DMAH kiloya göre pozolojilenerek kullanıldı. Postoperatif 6.günde Klopidoğrel 75 mg pozolojiden başlandı ve DMAH taburculuk sonrası 10 gün daha kullanıldı. Hastalar taburculuk sonrası 10.gün poliklinik kontrolüne çağrıldı. Poliklinik kontrolleri ilk yıl 3 ay, sonrasında 6 aylık periyotlarla gerçekleştirildi. Ayrıca, postoperatif dönemde Ortopedi Kliniğinde ve rehabilitasyon amaçlı Fizik Tedavi Kliniğinde de hastalar izlenip, tedavileri düzenlendi. Hastalara ait retrospektif olarak toplanan veriler SPSS(Statistical Package for The Social Science, version 17.0, SpSS Inc., Chicago, IL, USA) kullanılarak hesaplandı.

Bulgular

Hastalara ait demografik veri ve klinik özellikler Tablo 3'de detaylı olarak belirtilmiştir.

Tablo 3. Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri Veriler

Veriler	n(%)
Yaş (yıl)	32,00±14,67 yıl
Cinsiyet(Erkek/Kadın)	29 (%85,3)/ 5(%14,7)
Yaralanma Etiyolojisi	
Kesici-Delici Alet	21(%61,8)
Ateşli Silah	3(%8,8)
Künt Travma	4(%11,8)
Kırığa sekonder gelişen kesi	6(%17,6)
Damar Hasarının Yeri (Üst ekstremité/Alt ekstremité)	18(%52,9)/16(%47,1)
Venöz Hasar	14(%42,6)
Kemik Hasarı	6(%17,6)
Ligament-Tendon Hasarı	12(%35,3)
Sinir Hasarı	15(%44,1)
Cerrahi Tedavi/Medikal Tedavi	31(%91,2)/3(%8,8)

Yirmibir olguda(%61,8) kesici-delici aletle, 6'sında(%17,6) kemiğin kırık segmentinin deplasmanına sekonder gelişen kesi ile, 4'ünde (%11,8) künt travma ile, 3'ünde (%8,8) ateşli silahla yaralanma meydana gelmiştir. Kemik kırığına sekonder gelişen damar yaralanmaları da asıl olarak künt travma sonucu meydana gelmektedir. Bu nedenle künt travma ile meydana gelen yaralanmaların toplam sayısı 10 (%29,4) olarak kabul edildi. Altı hasta (%17,6) hemorajik şok (sistolik kan basıncı <80 mmHg) tablosu ile acil servise başvurmuştu. Bu hastaların hemodinamik parametrelerini düzeltmek için kan ve sıvı replasmanı yapıldı, kanamanın durdurulması için acil şartlarda operasyona alındı.

Yaralanan arter segmentlerinin lokalizasyonu Tablo 4'de yer almaktadır.

Tablo 4. Yaralanan arter segmentlerinin dağılımı (*:aynı hastanın her iki ayağında yaralanma mevcut)

Yaralanan Damar	n(%)
Üst Ekstremité Arterleri	
Aksiller arter	1(%2,9)
Brakial arter	7(%20,6)
Radial arter	4(%11,8)
Ulnar arter	2(%5,9)
Radial ve ulnar arter kombine	4(%11,8)
Alt Ekstremité Arterleri	
Kommon Femoral Arter	1(%2,9)
Süperfişiyel Femoral Arter	6(%17,6)
Profunda Femoris Arter	1(%2,9)
Süperfişiyel Femoral Arter+ Profunda Femoris Arter	2(%5,9)
Popliteal Arter	2(%5,9)
Posterior Tibial Arter	3*(%8,8)
Anterior Tibial Arter	1(%2,9)

Üst ekstremitede %20,6 (7 olgu) oranı ile en fazla brakial arter yaralanması saptanmış olup, alt ekstremitede %29,4 (10 olgu) oranında femoral arterde (kommon femoral arter+süperfisiyal femoral arter+ profunda femoris) yaralanma daha fazladır. Hasta popülasyonumuza bakıldığında %73,5 oranında transseksiyon (25 olgu), %8,8 oranında (3 olgu) intimal ayrılma ve %17,6 oranında (6 olgu) lateral ayrılma saptandı (Tablo 5).

Tablo 5. Damar Yaralanma Tiplerinin Hastalara Göre Dağılımı ve Operasyon Tipleri

Damar Yaralanması Tipi	n(%)
* Transseksiyon	25(%73,5)
* Lateral Ayrılma	6(%17,6)
* İntimal Ayrılma	3(%8,8)
Operasyon Tipi	
Safen Greft İnterpozisyonu	13 (%38,2)
PTFE Greftile İnterpozisyonu	1(%2,9)
Uç-uca anastomoz	11(%32,4)
Primer Tamir	6(%17,6)
Medikal Tedavi	
	3(%8,8)

Hastaların 13'ünde (%38,2) safen ven greft olarak kullanılarak interpozisyon tekniği ile tamir yapıldı. Sadece bir hastada, safen ven çapının çok ince olması nedeni ile popliteal artere polytetrafluoroethylene (PTFE) greft kullanılarak interpozisyon işlemi gerçekleştirildi. Üç hastaya medikal tedavi uygulandı. Hastalardan bir tanesinde her iki tibialis posterior arterde ezilmeye bağlı intimal ayrılma söz konusu idi. Diğer bir olguda brakial arterde künt travmaya sekonder gelişmiş intimal ayrılma mevcuttu. Bir hastada da anterior tibial arterde kompresyona bağlı intimal ayrılma bulundu. Bu üç hastaya çekilen BT Anjiyografide intimal flebin görülmesi ile tanı konuldu. Venöz yaralanma 14 (%41,1) olguda saptandı. Bu olgulardan 5 tanesine (%14,7) karşı bacadan safen ven alınarak tamir veya bypass yapıldı. Safen ven yama olarak 3 hastada (1 olguda bazilik ven, 1 olguda brakial ven ve 1 olguda da femoral ven) kullanılırken, 2 hastada ise interpozisyon (popliteal vende) amaçlı greft olarak kullanıldı. Geri kalan 9 hasta (%26,5) ise venöz segment tamir veya bypassa imkan vermeyecek şekilde tahrip olduğu ve kalibrasyonları çok ince belirlendiği için bağlandı.

Operasyon sonrası takiplere bakıldığında 3 hastada (%11,7) kompartman sendromu gelişti. Bunlardan 2 olguda popliteal arter ve 1 olguda brakial arter yaralanması mevcuttu. Yapılan bypass işlemi sonrasında kompartman sendromu gelişen bu hastaların tamamına fasiyatomi açıldı. Brakial arter yaralanması

olan hastanın kolu kurtarılamayarak ön kol amputasyonu yapılırken, popliteal arter yaralanması olan hastalardan bir tanesinde de diz altı amputasyon gerçekleştirildi. Kalan 32 hastada amputasyona sebep olacak bir komplikasyonla karşılaşılmadı (Tablo 6).

Tablo 6. Gelişen Komplikasyonların Dağılımı

Komplikasyon	n(%)
Kompartman Sendromu	3(%11,7)
Fasiyatomi	3*(%11,7)
Amputasyon	2 (%5,9)
Mortalite	0(%0)

(*): Kompartman sendromu gelişen aynı hastalara yapıldı

Tartışma

Ekstremitte periferik damar yaralanmalarının en önemli sebebi penetran travmalardır(9,10) ve ülkemizde penetran travmalara bağlı damar yaralanmalarının oranı %57-70 oranında değişmektedir (11). Künt travmalara bağlı damar yaralanmaları daha çok motorlu araç kazaları ve yüksekten düşme sonucu meydana gelir(12,13). Serimizdeki penetran travmaya bağlı damar yaralanmalarının oranının literatürdeki gibi yüksek olduğunu görmekteyiz. Perkins ve arkadaşları travmaya bağlı vasküler yaralanmalarda yaş aralığını 22-43 yıl olarak bildirmişlerdir(14). Hasta grubumuzun genç ve orta yaşta olduğu, ayrıca erkek cinsiyetin hakim olduğu görülmektedir. Bu da ülkemizde yapılan birçok çalışmanın sonucu ile uyumludur(15,16). Daha önceki çalışmalar alt ekstremitede damar yaralanmalarının üst ekstremiteye göre daha sık olduğunu ortaya koymakla beraber(17,18) serimizde üst ekstremitede damar yaralama oranı daha yüksektir. Bunun sebebi, üst ekstremitede yaralanmaya yönelik penetran travmaların ülkemizde daha sık olmasıdır. Künt travmaların klinik tablosu penetran travmalara göre daha az gürültülü seyretilmektedir. BT anjiyografi yada konvasiyonel anjiyografi sayesinde künt travmanın oluşturduğu hasarın yeri ve uzanımının belirlenmesi ile beraber yapılacak tedavi stratejisi planlanır(14,19). Serimizde 6 hastaya BT Anjiyografi çekilmiştir. Bunlardan 3 tanesinde künt travma mevcut olup, BT Anjiyogramda distal damarlarda intimal ayrılma belirlenmiştir. Medikal tedavileri devam ederken Doppler Ultrasonografi ile damar yapısı ve akım takip edildi. Komplikasyon gelişmeden hastalar taburcu edildi. Ortopedik travmalara bağlı damar yaralanmaları sık görülmektedir (diz çıkığı, açık veya segmental distal femoral shaft kırıkları gibi) (20). Bu travmalarda mutlak BT Anjiyografi veya Konvasiyonel Anjiyografinin gerçekleştirilerek damarsal yapının detaylı bir şekilde değerlendirilmesinin ge-

rekli olduğu kanaatindeyiz. Serimizde 6 olguda kemik kırığı sebebi ile damar hasarı mevcuttu. Bunlardan 3 tanesinde açık kırık ve aktif kanama saptandı. Bu hastalar acil şartlarda ortopedi bölümü ile beraber operasyona alındı. Ancak diğer üç hastada künt travmaya bağlı kırık mevcuttu ve çekilen BT Anjiyografi ile transseksiyon saptanıp, acil revaskülarizasyon amaçlı operasyona alındı. Kemik kırığı, sinir ve tendon hasarı ile beraber damar yaralanması söz konusu olduğunda revaskülarizasyon sonrasında ortopedik müdahaleler yapılmalıdır(20). Biz de serimizde bu yaklaşımı benimsedik ve ortopedinin operasyonel yaklaşımı bitip, kanama kontrolü yapıldıktan sonra anastomoz veya tamir yapılan damar kontrol edildi. Hiçbir hastaya intraoperatif anjiyografi çekilmesine ihtiyaç duyulmadı. Hızlı tanı ve gerekli cerrahi müdahalenin yapılması iskemi süresini kısaltarak amputasyon oranını düşürür. Penetran travmalarda fizik muayene genelde tanının konulmasında yeterli olmaktadır. Travmanın olduğu bölgede aktif kanama, ekstremité distalinde nabızın alınamaması, solukluk ve renk değişikliği (7) gibi belirtilerden bir veya ikisinin varlığında hastalara acil operasyon planlandı. Serimizde bu şekilde 20 hasta acil olarak operasyona alındı. Shanmugam ve arkadaşları anjiyografi yapmadan %100 başarılı üst ekstremitéye koruyucu girişimde bulunduklarını bildirmişlerdir(21). Serimizde hastaların postoperatif takipleri Doppler Ultrasonografi ve endikasyon saptandığında Anjiyografik olarak yapıldı. Hafez ve arkadaşları ise hastalarının takiplerinde Doppler Ultrasonografi ve Brakiyal-Brakiyal İndeks (BBI) kullandıklarını bildirmektedirler(22). Üst ekstremitéde oluşan damar hasarlarının prognozu alt ekstremitéye göre daha iyidir; çünkü üst ekstremitenin kollateral ağı alt ekstremitéye göre daha kuvvetlidir(9). Özellikle anatomik olarak, popliteal arterin kollateral ağının zayıf ve damar çapının küçük olması yapılan vasküler anastomozu zorlaştırıp, sonuçların daha az yüz güldürücü olması na neden olur(23).

Revaskülarizasyon sonrası kompartman sendromunun, ekstremitenin iskemi süresi 6 saati geçtiğinde sıklıkla ortaya çıktığını ve bu hastalarda profilaktik fasiyotomi açılabilirliğini bazı yazarlar literatürde ifade etmişlerdir(9,24). Serimizde kompartman sendromu 3 hastamızda (%11,7) gelişti. İki olguda popliteal arter yaralanması söz konusu olup, revaskülarizasyondan 6 ila 12 saat sonra kompartman sendromu gelişti ve fasiyotomi açıldı. Bir olguda ise brakiyal arterin yaralanması söz konusu olup, yaygın doku hasarı mevcuttu. Revaskülarizasyondan sonraki 8.saatte kompartman sendromu tanısı alıp, fasiyotomi açıldı. Bu olgulardan

birinde diz altı amputasyon, diğer bir olguda ön kol amputasyonu yapıldı. Kalan bir hastanın alt ekstremitésinin bütünlüğü korundu. Travma sonucunda vasküler yaralanma ile beraber kemik kırığı, sinir hasarı ve yoğun şekilde doku hasarının bulunması revaskülarizasyonu imkansız hale getirebilir ve bu gibi büyük doku-madde kaybında amputasyon kaçınılmaz olmaktadır. Hafez ve arkadaşları, 550 alt ekstremité arteriyel yaralanması olan hasta grubunda amputasyon oranını %4,6 olarak rapor etmişlerdir. Olgularımıza bakıldığında 1 hastada (%2,9) alt ekstremité amputasyonu, popliteal arter yaralanması sonrası safen bypass işlemini takiben gelişmiştir. Diğer 1 amputasyon olgusu (%2,9) ise brakiyal arter yaralanması sonrası safen bypass işlemini takiben ortaya çıkmıştır. Üst ekstremité için amputasyon oranını Rasouli ve arkadaşları %3 olarak belirtmişlerdir(25). Serimizin amputasyon oranlarına bakıldığında literatüre göre daha az oranda olduğu görülmektedir.

Vasküler yaralanmalarda tamir yöntemlerinden bir tanesi ucuca damarın primer sütüre edilmesidir. Ancak damarın hasarlanan veya kayıp kısmı 2 cm'in üzerinde ise ya da anastomoz yapıldığında sütür hattında gerginlik oluşuyor ise safen ven veya yapay damar grefti kullanılarak interpozisyon veya bypass yapılması önerilir(4,26). Hasta grubumuza bakıldığında 14 olguda (%41,1) interpozisyon yapıldı. Onüç olguda safen ven, 1 olguda PTFE greft kullanıldı. Safen venin greft olarak kullanıldığı olgularda uzun dönem açıklığın daha iyi olduğu ve bu yüzden daha fazla tercih edildiği literatürde bildirilmektedir(27,28). Arteriyel yaralanmalarla eş zamanlı venöz yaralanmalar da oluşmaktadır. Bunlar da titizlikle eksplorasyonda ortaya konulmalıdır. Özellikle hemodinamisi stabil olmayan hastalarda ilk etapta kanayan tüm venöz yapıların ligasyonunun yapılması(29), kanamanın hızla kontrol altına alınmasını sağlar ama venöz dönüşün bozulmasından dolayı ekstremitéde ödemi artırır(30). Genellikle bu durumun iskemi veya amputasyon oluşturacak düzeyde olmadığı literatürde bildirilmiştir(30).Ven ligasyonu yaptığımız 9 hastanın ekstremitelerinde kalıcı ödeme rastlanmamıştır. Timberlake ve arkadaşları, ekstremitéde kurtarılması için ven tamirinin zorunlu olmadığını ortaya koymuşlardır(31).

Sonuç olarak, periferik damar yaralanmalarında erken tanı konulup, gerekli tedaviye erken dönemde başlanması; ekstremité kaybını ve mortalite oranını azaltmaktadır. Bu hastalarda, yaralanmanın durumuna göre kalp ve damar cerrahisinin yanısıra ortopedi ve plastik cerrahi uzmanlarından oluşan multidisipliner bir yaklaşımın daha etkili olacağı inancındayız.

Kaynaklar

1. Weaver FA, Hood DB, Yelhin AE. Vascular injuries of the extremities. In: Rutherford RB, ed. *Vascular Surgery*. Philadelphia: Saunders Company, 2000:862-871
2. Diamond S, Gaspard D, Katz S. Vascular injuries to the extremities in a suburban trauma center. *Am Surg* 2003;69:848-851.
3. Modrall JG, Weaver FA, Yelhin AE. Diagnosis and management of penetrating vascular trauma and the injured extremity. *Emerg Med Clin North Am* 1998;16:129-144
4. Martin LC, McKenney MG, Sosa JL, Martin LC, McKenney MG, Sosa JL, Ginzburg E, Puente I, Sleeman D, Zeppa R. Management of lower extremity arterial trauma. *J Trauma* 1994;31:591-599
5. Weaver FA, Papanicolaou G, Yellin AE. Difficult peripheral vascular injuries. *Surg Clin North Am* 1996;76:843-859
6. Pretre R, Bruschweiler I, Rossier J, Chilcott M, Bednarkiewicz M, Kursteiner K ve ark. Lower limb trauma with injury to the popliteal vessels. *J Trauma* 1996;40:595-601
7. Bennet JR, Bodenham AR, Berridge JR. Advanced trauma life support: A time for reappraisal. *Anaesthesia*. 1992;47:798-800
8. Yekin U, Gürbüz A. Akut Arter Tikanmalarına Genel Bakış. *Van Tıp Dergisi* 2002;9:38-46
9. Moini M, Hamedani K, Rasouli MR, Nouri M. Outcome of delay brachial artery repair in patients with traumatic brachial artery injury: prospective study. *Int J Surg* 2008;6:20-22
10. Wali MA. Upper limb vascular trauma in the Asir region of Saudi Arabia. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2002;8:298-301
11. Yavuz Ş, Tiryakioglu O, Celkan A, Mavi M, Özdemir A. Periferik damar yaralanmalarında acil cerrahi girişimler. *Damar Cerrahisi Dergisi* 2000;1:15-10
12. Martin LC, McKenney MG, Sosa JL, Ginzburg E, Puente I, Sleeman D, Zeppa R. Management of lower extremity arterial trauma. *J Trauma* 1994;37:591-599
13. Fingerhut A, Leppainiemi AK, Androulakis GA. The European experience with vascular injuries. *Surg Clin North Am* 2002;82:175-188
14. Perkins ZB, De'Ath HD, Aylwin C, Brohi K, Walsh M, Tai NR. Epidemiology and outcome of vascular trauma at a British Major Trauma Centre. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2012;44:203-209
15. Tünerir B, Beşoğlu Y, Yavuz T, Al-Eqaidat A, Aslan R, Kural T, Sevin B. Periferik arteriyel yaralanmalar ve tedavi sonuçları. *GKDC Dergi* 1998;6:151-154)
16. Memiş Z, Kurt N, Gülhan Y, Yücel T, Çevik A, Gülmen M. Damar yaralanmaları. *Damar Cer Derg* 1994;3:108-112
17. Fowler J, Macintyre N, Rehman , Gaughan JP, Leslie S. The importance of surgical sequence in the treatment of lower extremity injuries with concomitant vascular injury: A meta-analysis. *Injury* 2009;40:72-76
18. Franz RW, Goodwin RB, Hartman JF, Wright ML. Management of upper extremity arterial injuries at an urban level I trauma center. *Ann Vasc Surg* 2009;23:8-16
19. Loh SA, Rockman CB, Chung C, Maldonado TS, Adelman MA, Cayne NS, Pachter HL, Mussa FF. Existing trauma and critical care scoring systems underestimate mortality among vascular trauma patients. *J Vasc Surg* 2011;53:2359-366
20. Bandy DF. Vascular injury associated with extremity trauma. *Clin Orthop Relat Res* 1995;318:117-124
21. Shanmugam V, Velu RB, Subramaniyan SR, Hussain SA, Sekar N. Management of upper limb arterial injury without angiography-Chennai experience. *Injury* 2004;35:61-64
22. Hafez HM, Woolgar J, Robbs JV. Lower extremity arterial injury: results of 550 cases and review of risk factors associated with limb loss. *J Vasc Surg*. 2001;33:1212-1219
23. Li Z, Zhao L, Wang K, Cheng J, Zhao Y, Ren W. Characteristics and treatment of vascular injuries: a review of 387 cases at a Chinese center. *In J Clin Exp Med* 2014;7:4710-4719
24. Moini M, Takyar MA, Rasouli MR. Revascularisation later than 24 h after popliteal artery trauma: is it worthwhile? *Injury* 2007;38:1098-110
25. Rasouli MR, Moini M, Khaji A. Civikian Traumatic vascular injuries of the Upper Extremity: Report of the Iranian National Trauma Project. *Ann thorac Cardiovasc Surg* 2009;15:389-393
26. Fryberg ER. Popliteal vascular injuries. *Surg Clin North Am* 2002;82:67-89
27. Johnson WC, Lee KK. A comparative evaluation of polytetrafluoroethylene, umbilical vein, and saphenous vein bypass grafts for femoral-popliteal above-knee revascularization: a prospective randomized Department of Veterans Affairs cooperative study. *J Vasc Surg* 2000;32:268-277
28. Doody O, Given MF, Lyon SM. Extremities-indications and techniques for treatment of extremity vascular injuries. *Injury* 2008;39:1295-1303
29. Huynh TT, Pham M, Griffin LW, Villa MA, Przybyla JA, Torres RH ve ark. Management of distal femoral and popliteal arterial injuries: an update. *Am J Surg* 2006;192:773-778
30. Beard DJ, Earnshaw JJ. Practical Techniques in Surgical and Endovascular Management of acute Limb Ischemia. *Comprehensive Vascular and Endovascular Surgery*. Hallet, Mills, Earnshaw, Reekers (Eds). 223-234, Mosby 2004
31. Timberlake GA, Kerstein MD. Venous injury: to repair or ligate, the dilemma revisited. *Am Surg* 1995;61:139-145).

Yılmaz ÖZKUL
Aykut KAPTAN
Abdulkadir İMRE
Murat SONGU
Düzgün ATEŞ
Koray BALCI
Seçil ARSLANOĞLU

Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi KBB Kliniği

Yazışma Adresi: Yılmaz ÖZKUL
Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi KBB Kliniği

Geliş Tarihi: 06.03.16
Kabul Tarihi: 06.04.16

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 54 Sayı: 1 Nisan 2016
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 54 No: 1 April 2016

T1 Dil Karsinomlarında Tedavi Sonuçlarımız

Outcomes of treatment of T1 carcinomas of the tongue

Öz

Amaç: Dilde skuamöz hücreli karsinom dünyada yaygın olarak görülmektedir. Çalışmamızın amacı erken evre dil karsinomlarında cerrahi tedavi sonuçlarımızı değerlendirmek.

Method: 2010 ve 2014 yılları arasında üçüncü basamak sağlık merkezimizde cerrahi ile tedavi edilen 16 T1 dil karsinomu hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik, histopatolojik ve tedavi özellikleri değerlendirildi. Her bir hastanın T evresi, N evresi, primer tümör invazyon derinliği, cerrahi tedavi, boyun metastazı, TNM evresi, cerrahi tedavi ve adjuvan tedavisi değerlendirildi.

Sonuç: Bütün hastalar tümör rezeksiyonu + boyun diseksiyonu ile tedavi edildi. Boyun metastazı 16 hastanın 4 ünde saptandı. Bir hastada cerrahi sınır pozitifliği saptandı. Boyun metastazı olan ve cerrahi sınır pozitifliği saptanan 5 hastaya postoperatif radyoterapi verildi. 2 hastada boyun nüksü, 2 hastada lokal nüks tedavisi için cerrahi uygulandı, 1 hastamız rekürrens nedeniyle kaybedildi.

Özet: Erken evre dil karsinomlarında cerrahi tedavi etkin bir tedavidir. T1 skuamöz dil karsinomunda yüksek insidanda lenf nodu metastazı eşlik etmektedir. Bu nedenle, bütün T1 evre hastalarda elektif boyun diseksiyonu yapılması göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: T1 skuamöz hücreli dil karsinom, rekürrens, boyun metastazı

Abstract:

Objectives: The squamous cell carcinoma (SCC) of the oral tongue is a common cancer. The aim of this study was to assess the efficacy of primary surgical treatment in the management of early stage oral tongue carcinoma.

Method: Sixteen patients treated with primary surgery for T1 oral tongue carcinomas at a tertiary referral center between 2010 and 2014 were retrospectively included in this study. Patients demographic, histopathologic and treatment characteristics were evaluated. T classification, N classification, depth of invasion of the primary tumor, nodal metastasis, overall TNM stage, surgical treatment and adjuvant therapy were assessed for each patient.

Results: All patients were treated primary tumor re-

section combined with neck dissection. Nodal metastases were found in 4 of the 16 patients. One patient had positive surgical margin postoperatively. These 5 patients who had positive surgical margin and/or nodal metastases underwent postoperative radiotherapy. 2 patients had subsequent isolated recurrent disease at the primary site, 2 patients had isolated recurrent disease in the neck. These four patients underwent salvage surgery. One patients with recurrence died of the recurrent disease.

Conclusion: Primary surgical treatment is an effective modality in early stage oral tongue carcinoma. T1 squamous cell carcinoma of tongue is associated with a high incidence of lymph node metastasis. Therefore, elective neck dissection should be considered in all T1 stage patients.

Keywords: T1 squamous cell carcinoma of tongue, recurrence, neck metastasis

Giriş

Oral kavite kanserleri genellikle orta yaş ve üzerindeki insanlarda görülen ve kötü ağız hijyeni, sigara ve alkol tüketimi ile ilişkili bir hastalıktır. Ülkemizde yapılmış sağlıklı bir epidemiyolojik çalışma yoktur. ABD’de yapılan bir çalışmada yıllık olgu sayısı 21.900 ve bu-nun insidansı 100 000’de 9.5 olarak bulunmuştur. Tüm malignitelerin % 2-5’ini oluşturur (1,2).

Oral kavite kanserleri larenks kanserinden sonra baş-boyun bölgesinde en sık rastlanan kanserlerdir. Dil, ağız tabanı, yanak, sert damak retromolar üçgen ve gingiva tümörleri anatomik yerleşimleri ve değişik histolojik ve davranış özellikleri nedeniyle alt bölgelere ayrılarak ayrı ayrı değerlendirilir (3).

Oral kavite kanseri aslında oral skuamöz hücreli karsinom ile eş anlamlı kullanılabilir. Skuamöz hücreli karsinom tüm oral kavite karsinomlarının % 90’dan fazlasını oluşturur (1,2). Bunun dışında kalan % 10’luk bölüm de ise minör tükrük bezi kaynaklı tümörler, melanom lenfoma ve sarkomlar gözlenir (1).

Dil kanserlerinin tedavisinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve bunların kombinasyonları kullanılır. Tümörün yeri, büyüklüğü, servikal metastazın olması, mandibula tutulumu tedaviyi etkileyen önemli faktörlerdir.(1,2,4,5) Dil kanserlerinde boyunun cerrahi tedavisi önemlidir. Metastatik boyunlarda tedavi amaçlı boyunun evresine göre radikal veya modifiye

radiakal boyun diseksiyonları uygulanır. Oral dil yassı hücreli kanserlerinde lenf nodlarının N0 olduğu boyunlarda elektif diseksiyonu sıklıkla önerilir. Selektif boyun diseksiyonu bölge I, bölge II, bölge III boyun lenfatiklerini içine alan supraomohiyoid boyun diseksiyonu son yıllarda sıklıkla uygulanmaktadır ve yeterli olduğu söylenmektedir.(6,7,8)

Yöntem Ve Gereçler

2010-2014 yılları arasında tedavi yapılan T1 dil kanserli 16 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların 10 u kadın (%62,5) 6 sı erkek(%37,5) ve yaş ortalaması 55,8(35-64)’du. Hastaların tamamına primer tedavi olarak cerrahi +boyun diseksiyonu uygulandı. Hastaların takip süresi ortalama 30,5 aydı(13-70ay)

Bulgular

Patolojik incelemelerin sonucunda 16 hastada skuamöz hücreli ca tanısı aldı. İncelenen preparatların 10’inde(%62.5) tümör iyi diferansiye, 4’sında(%25) orta diferansiye ve 2’sinde(%12,5) ise kötü diferansiye olarak bulundu.ortalama tümör derinliği 6,68 mm olarak bulundu(2-10mm).Hastaların 3 ünde(%18,75) lenfovasküler invazyon 4 ‘inde(%25) ise perinöral invazyon pozitif olarak bulundu. Postoperatif 1 hastanın patoloji sonucunda cerrahi sınır pozitif gözlemlendi. Klinik olarak 5 hasta(%31) N+ idi. Patolojik incelemeler sonucunda da 4 hasta(%25) N+ olarak gözlemlendi. Postoperatif N+ olan ve cerrahi sınır pozitifliği olan hastaya postoperatif RT verildi. Takiplerde 4 hastada nüks gözlemlendi. Nüks 2 hastada lokal 2 hastada ise boyunda gözlemlendi. Nüks görülme süresi ortalama 10,7 aydı(5-22ay). Nüks görülen hastalara tedavi olarak 2 sine cerrahi ve 2 tanesine de cerrahi+ RT uygulandı. Bir hastamız nüks sonrası ex oldu. Nüks görülen hastalarımızın 2 sinde perinöral invazyon pozitif olduğu gözlemlendi. Yine nüks görülen hastalarda ortalama tümör derinliği 7 mm olarak saptandı(2-10mm). Nüks görülen hastaların hiçbirinde cerrahi sınır pozitifliği yoktu. Nüks görülen hastaların 2’sinde tümör iyi diferansiye 1 inde orta diferansiye ve 1 inde kötü diferansiye olarak gözlemlendi.

Tablo:16 T1 dil karsinomlu hastada incelediğimiz parametreler

HAS TA NO	Klinik T	Klinik N	Diferansiasyon (lyi:0, Orta:1, Kötü:2)	Tümör Derinliği (mm)	Lenfovasküler invazyon (Var:1, Yok:0)	Perinöral invazyon (Var:1, Yok:0)	Patoloji K N	Takip Süresi (Post op Ay)	Nüks (Yok:0, Lokal:1, Boyun:2)	Nüks Süresi (AY)
1	T1	0	0	6	0	0	0	33	0	
2	T1	0	0	3	0	0	0	60	0	
3	T1	0	0	3	0	0	0	50	0	
4	T1	1	1	10	0	1	1	26	0	
5	T1	1	1	8	0	0	0	12	0	
6	T1	1	0	8	1	0	2	20	0	
7	T1	0	2	2	0	1	0	13	1	10
8	T1	0	0	10	1	0	0	14	0	
9	T1	1	1	7	0	0	0	18	1	6
10	T1	1	0	10	0	1	0	13	2	5
11	T1	0	2	8	0	0	0	17	0	
12	T1	0	0	10	1	1	1	17	0	
13	T1	0	0	9	0	0	0	23	2	22
14	T1	0	1	8	0	0	0	43	0	
15	T1	0	0	3	0	0	0	58	0	
16	T1	0	0	2	0	0	1	70	0	

Tartışma

Oral kavite kanserlerinin tedavisi; cerrahi tedavi, radyoterapi, cerrahi tedavi ve radyoterapinin kombinasyonu ve bu tedavi modalitelerine kemoterapinin eklenmesi şeklinde olabilir.[9,10,11,12] Tedavi seçimi tümöre, hastaya ve tedaviyi uygulayan merkezin deneyimlerine bağlıdır.biz çalışmamızda cerrahi ve cerrahi sonrası riskli grupta olupta postoperatif rt uygulanan hastaları inceledik. Oral kavite kanserlerinin tedavisinde, erken evre lezyonlarda, sadece cerrahi tedavi veya sadece radyoterapiyle lokal kontrol oranları oldukça iyidir.[13,14,15] ileri evre lezyonlarda kombine tedaviler kullanılır.[13,14,15] bizim çalışmamızda tüm hastalara cerrahi uygulanmış ve cerrahi sınır pozitifliği olan 1 hastaya ve boyun metastazı bulunan hastalara ek olarak rt tedavisi verilmiştir.Oral kavite kanserinde, sağ kalımı beliryen faktörlerin başında primer nüks ve servikal lenf nodu metastazları gelmektedir [16]

Dil kanserinde; T1-T2 lezyonlarda %30-47'lere [17,18] varan gizli servikal lenf nodu metastaz riski bulunmaktadır. Geç boyun metastazı gelişen hastaların sağ kalımlarının metastaz gelişmeyen hastalara göre daha kötü olduğu bir çok yazarın ortak görüşüdür [17]. Yuen ve ark'nın elektif diseksiyon uyguladıkları vakalarda 5 yıllık hastalıksız sağ kalım %86 iken, bekle gör yaklaşımı uyguladıkları hastalarda bu oranı %55 bulmuşlardır [18].

Literatürde, lenfatik metastaz riski bakımından referans gösterilen kritik tümör derinliğinin (cut off point) yayınlar arasında farklılık göstermesi karşılaştırmada zorluk yaratmaktadır. Kurokawa ve ark. gecikmiş servikal metastazların özellikle 4 mm.den kalın tümörlerde artış gösterdiğini, metastaz oranının 4 mm.den ince tümörlerde %2.9 iken 4 mm' den kalın tümör-

lerde %37.5 oranına yükseldiğini bildirmişlerdir [19]. Asakage ve ark., 4 mm.den az kalınlığı olan tümörlerde servikal metastaz riskinin %2 , 4 mm den kalın tümörlerde ise %70 olduğunu yazmıştır [17]

Alataş ve ark'larının yaptıkları çalışmada 10 mm.nin üzerindeki tümör kalınlığının lenf nodu metastazı bakımından risk faktörü olarak görülebileceği belirtilmiştir[20]. Fakih ve ark., T1-T2 tümörlerde tümör derinliği (cut off point 4 mm) nodal rekürrens ve sağ kalım oranları arasında güçlü bağlantı bulmuştur [21]. Fukano ve ark. dil kanserinde 5 mm ve üzerindeki tümör kalınlığı olan olgularda elektif boyun tedavisi (cerrahi-radyoterapi) yapılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir [22]. Borges ve ark'da erken evre tümörlerde tümör kalınlığı (cut off point 5 mm) ile boyun rekürrensleri arasında güçlü bağlantı bulmuştur [23]. 2 mm.nin altında olan ve mukozaya yerleşik tümörlerde gizli metastaz oranı %7 iken, 3-8 mm arasında kalınlığı olan tümörlerde bu oran %26 ve 8 mm.nin üzerindeki tümörlerde %41 gizli metastaz riski olduğu bildirilmiştir [24]. Yuen ve ark; 3 mm.nin altındaki tümörlerde %8 , 3-9 mm arasındaki tümörlerde %44, 9 mm.nin üzerindeki tümörlerde ise %53 oranında gizli metastaz oranları bildirmiştir [25]. Bizim çalışmamızda da lenf nodu metastazı gözlenen hastaların ortalama tümör derinliği 7,5(2-10) mm olarak bulundu. Wildt ve ark.nın çalışılmasında T1-T2 tümör büyüklüğüyle başvuran hastaların %20'sinde lenf nodu tutulumu görülürken; T3-T4 tümör büyüklüğüyle başvuran hastalarda lenf nodu tutulumu oranı %50'dir. [26]. Biz çalışmamızda t1 dil kanserli hastraların %25 sinde lenf nodu pozitif olarka bulundu. Bu oranda literatürle uyumlu olmakla beraber vaka sayısı kısıtlıdır.

Loree ve ark. oral kavite kanserli 398 hastayı, pozitif cerrahi sınırların önemi açısından retrospektif olarak incelemişlerdir. T evresi arttıkça pozitif cerrahi sınırı olan hasta yüzdesi artmıştır. Cerrahi sınırları negatif olan hastalarda beş yıllık sağ kalım %60, pozitif olan hastalarda %52'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.(27) Bizim çalışmamızda t1 oral kavite kanserli hastalardan sadece 1 hastada cerrahi sınır pozitifliği gözlemlendi. Bu hastaya postoperastif rt verilerek lokal kontrol sağlandı. Ancak çalışmamızda bu tür hasta sayısı az olduğu için literatür ile karşılaştırma yapılamadı.

Kaynaklar

1. Engin K, Erişen L (editör). Baş-boyun kanserleri. 1nci Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2003:235-70.
2. Wingo PA, Bolden S, Tong T, et al.Cancer statistics for

- African Americans, *CA Cancer J Clin* 1996;46(2):113-25.
3. Koç C (editör). Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş-boyun cerrahisi. 1nci Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2004: 953-64.
 4. Cummings WC, Flint WP, Harker AL. Otolaryngology head and neck surgery. 4th Edition, Philadelphia Pennsylvania: Elsevier Mosby, 2005:1578-638.
 5. Hiratsuka H, Miyakawa A, Nakamori K, et al. Multivariate analysis of occult lymph node metastasis as a prognostic indicator for patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Cancer* 1997;80(3):351-6.
 6. Lim YC, Lee JS, Choi EC. Perifacial lymph node metastasis in the submandibular triangle of patients with oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma with clinically node-positive neck. *Laryngoscope* 2006;116(12):2187-90.
 7. Shingaki S, Takada M, Sasai K. Impact of lymph node metastasis on the pattern of failure and survival in oral carcinomas. *Am J Surg* 2003;185(3):278-84.
 8. Lindelov B, Kirkegaard J, Hansen HS. Squamous cell carcinoma of the oral cavity. An unselected material from a 5-year period. *Acta Oncol* 1990;29(8):1011-5.
 9. Gallegos-Hernandez JF, Bustos-Colmenars BE, Hernandez-Hernandez DM. Elective neck dissection in oral tongue cancer. *Rev Oncol* 2004;6(19):41-4.
 10. Pericot J, Escriba JM, Valdes A, Biosca MJ, Monner A, Castellsague X, et al. Survival evaluation of treatment modality in squamous cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx. *J Craniomaxillofac Surg* 2000;28:49-55.
 11. . Chen YK, Huang HC, Lin LM, Lin CC. Primary oral squamous cell carcinoma: an analysis of 703 cases in southern Taiwan. *Oral Oncol* 1999;35:173-9.
 12. Ribeiro KC, Kowalski LP, Latorre MR. Impact of comorbidity, symptoms, and patients' characteristics on the prognosis of oral carcinomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126:1079-85
 13. McLaughlin MP, Mendenhall WM, Million RR. Oral cavity cancers. In: Gunderson & tepper clinical radiation oncology. 1st ed. Philadelphia: ChurchillLivingstone; 2000. p. 428-54.
 14. Emami B. Oral cavity. In: Carlos A, Perez Luther W. Brady, editors. Principles and practice of radiation oncology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p. 977-1021.
 15. Vincent T. Devita Jr, Hellman S, Rosenberg SA, (editors). Cancer: principles and practice of oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997.
 16. Cunningham MJ, Johnson JT, Myers EN, Schramm VL Jr, Thearle PB. Cervical lymph node metastasis after local excision of early squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Am J Surg*. 1986;152(4):361-6.
 17.) Asakage T, Yokose T, Mukai K, Tsugane S, Tsubono Y, Asai M, Ebihara S. Tumor thickness predicts cervical metastasis in patients with stage I/II carcinoma of the tongue. *Cancer*. 1998 15;82(8):1443-8.
 18. Yuen AP, Wei WI, Wong YM, Tang KC Elective neck dissection versus observation in the treatment of early oral tongue carcinoma. *Head Neck*. 1997;19(7):583-8.
 19. Kurokawa H, Yamashita Y, Takeda S, Zhang M, Fukuyama H, Takahashi T Risk factors for late cervical lymph node metastases in patients with stage I or II carcinoma of the tongue. *Head Neck*. 2002;24(8):731-6.
 20. Alataş N, Sungur A, Akyol U, Ünal F, Yılmaz T, Kaya S. Dilde epidermoid kanserde histopatolojik parametrelerin prognozla ilişkileri. *K.B.B ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*. 2000;8(3):202-210
 21. Fakih AR, Rao RS, Borges AM, Patel AR. Elective versus therapeutic neck dissection in early carcinoma of the oral tongue. *Am J Surg*. 1989 Oct;158(4):309-13.
 22.) Fukano H, Matsuura H, Hasegawa Y, Nakamura S. Depth of invasion as a predictive factor for cervical lymph node metastasis in tongue carcinoma. *Head Neck*. 1997;19(3):205-10.
 23. Borges AM, Shrikhande SS, Ganesh B. Surgical pathology of squamous carcinoma of the oral cavity: its impact on management. *Semin Surg Oncol*. 1989;5(5):310-7.
 24. Shah J, Patel SG. Oral Cavity and Oropharynx. In: *Head & Neck Surgery & Oncology*, Third Ed. Mosby 2003, ch 6, pp 173-235
 25.) Po Wing Yuen A, Lam KY, Lam LK, Ho CM, Wong A, Chow TL, Yuen WF, Wei WI. Prognostic factors of clinically stage I and II oral tongue carcinoma-A comparative study of stage, thickness, shape, growth pattern, invasive front malignancy grading, Martinez-Gimeno score, and pathologic features. *Head Neck*. 2002;24(6):513-20.
 26. Wildt J, Bjerrum P, Elbrond O. Squamous cell carcinoma of the oral cavity: a retrospective analysis of treatment and prognosis. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1989;14:107-13.
 27. Loree TR, Strong EW. Significance of positive margins in oral cavity squamous carcinoma. *Am J Surg* 1990;160:410-4.

Hakan ERPEK
Eyüp Murat YILMAZ
Akay EDİZSOY
Pars TUNÇYÜREK
Ali Doğan BOZDAĞ

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Türkiye

Yazışma Adresi: Eyüp Murat Yılmaz
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel, Cerrahi Anabilim Dalı, Türkiye

Geliş Tarihi: 05.04.16
Kabul Tarihi: 14.04.16

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 54 Sayı: 1 Nisan 2016
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 54 No: 1 April 2016

Genel Cerrahi Kliniğimizde Perkutan Endoskopik Gastrostomi Deneyimimiz; Tek Merkez Sonuçlarımız

Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Experience in Our General Surgery Clinic: Single Center

Öz

Giriş ve Amaç: Perkutan endoskopik gastrostomi, çeşitli sebeplerden ötürü oral yolla beslenemeyecek kişilerde gastrointestinal sistemin düzenli çalışması durumunda enteral beslenme için kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem günümüzde genellikle özofagus ve proksimal mide kanserleri, oral kavite kanserleri gibi ciddi disfaji yapan maligniteler ile serebrovasküler olay gibi uzun süre oral alamayacak nörolojik sekelli yoğun bakım hastalarında nazogastrik beslenmenin komplikasyonlarını engellemek için kullanılmaktadır. Bu çalışmamızda kliniğimizde uyguladığımız Perkutan Endoskopik Gastrostomi (PEG) olgularını sunmayı planladık.

Yöntem ve Gereçler: Ocak 2011- Aralık 2015 Tarihleri arasında PEG takılan toplam 159 hasta dahil edildi. Bu hastaların demografik verileri, PEG takılma endikasyonları ve erken dönem komplikasyonları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 159 hasta dahil edilmiş olup bu hastaların 71'i kadın (%44,6), 88'i erkek (%55,4) hastadır. PEG takılma nedenleri; 30'u malignite (%18,8), 121'i nörolojik hastalık (%76,1) ve 8'i (%5,1) diğer nedenlerden (uzamış ventilasyon vs.) beslenememe sebepleri idi. 10 hastada (%6,2) katater yerinde sızıntı, 4 hastada (%2,5) katater tıkanması ve 12 hastada (%7,5) yara yeri enfeksiyonu gelişti.

Tartışma ve Sonuç: PEG cerrahi gastrostomiye göre çok daha güvenli, ucuz, etkili, pratik ve deneyimli bir kişinin, ekibi ile çok rahat yapabileceği bir işlemdir.

Anahtar Kelimeler: Perkutan, gastrostomi, komplikasyon, cerrahi

Abstract

Introduction and Aim:

Percutaneous endoscopic gastrostomy is a method used for enteral feeding in case of regular functioning of gastrointestinal tract for patient could not fed orally for various reasons. Currently this method is usually used esophagus cancer, proximal stomach cancer, malignancies of oral cavity because of severe dysphagia, intensive care patients that neurologically abnormal as cerebrovascular events that not take oral for a long time and prevention of complications of nasogastric feeding. In this study, we would like to

present cases that performed percutaneous endoscopy gastrostomy (PEG) in our clinic.

Material and Methods:

Between January 2011 and December 2015, 159 patients who had undergone percutaneous endoscopic gastrostomy were included. The demographic data of these patients, indications for PEG procedure, early complications were recorded.

Results:

159 patients who had undergone percutaneous endoscopic gastrostomy were included, 71 (44.6%) of patients were female, 88 (55.4%) of them were male. It was performed in 30 (18.8%) of them for malignancy, 121 (76.1%) of them for neurological disorders, 8 (5.1%) of them for inability to feed because of other reasons such as prolonged ventilation. 10 (6.2%) patients had catheter over leak and 4 (2.5%) patients had catheter occlusion. Wound infection had developed in 12 (7.5%) patients.

Discussion and Conclusion:

Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is cheap, safe and efficient method than surgical gastrostomy that could make a person very comfortable with practice and experienced team alone.

Keywords: Percutaneous gastrostomy, Complications, Surgery

Giriş ve Amaç

Gauderer ve ark (1) tarafından ilk defa 1980 yılında tanımlanan perkutan endoskopik gastrostomi (PEG), çeşitli sebeplerden ötürü oral yolla beslenemeyecek kişilerde gastrointestinal sistemin düzenli çalışması durumunda enteral beslenme için kullanılan bir yöntemdir. (2) Bu yöntem günümüzde genellikle özofagus ve proksimal mide kanserleri, oral kavite kanserleri gibi ciddi disfaji yapan maligniteler ile serebrovasküler olay gibi uzun süre oral alamayacak nörolojik sekelli yoğun bakım hastalarında nazogastrik beslenmenin komplikasyonlarını engellemek için kullanılmaktadır. (3,4) Cerrahi gastrostomiye göre komplikasyon oranı daha az olmakta olup maliyeti de daha düşüktür. (5) Bu yüzden cerrahi yöntemle göre daha çok tercih edilmektedir. Biz bu çalışmamızda, kliniğimizde uyguladığımız Perkutan Endoskopik Gastrostomi (PEG) olgularını sunmayı planladık.

Yöntem ve Gereçler

Çalışmamıza Adnan Menderes Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Endoskopi Ünitesinde Ocak 2011-Aralık 2015 Tarihleri arasında PEG takılan toplam 159 hasta dahil edildi. Bu hastaların demografik verileri, PEG takılma endikasyonları, sonrasında erken dönem komplikasyonları kaydedildi. PEG takılmayarak cerrahi gastrostomi işlemi uygulanan hastalar çalışma

dışı bırakıldı. Primer hastalığı nedeniyle antibiyotik alanlar dışındakilere profilaktik antibiyotik verilmedi. Sedasyon için 1-2 mg midazolam ile 1-1,5mg/kg meperidine kullanıldı. Yeterli olmaması durumunda anestezi bölümünden destek alınarak uygun dozlar da propofol ve fentanil uygulaması yapıldı. Endoskopi cihazı olarak Pentax EG-2990i ve EG-3890TK model gastroskoplar kullanıldı. 12 saat açlık sonrası, Gauderer ve ark (1) tarafından tariflenen standart pull yöntemi ile PEG uygulaması yapıp işlem sonrası hastalar serbest drenaja bırakılıp ertesi gün 10 cc/saat dozdan enteral solüsyon ile beslenmeye başlanıp tolere ettikçe hedef doza cerrahi ekip gözetiminde ulaşılmıştır. İntolerans gelişmesi durumunda PEG katateri serbest drenaja alınıp hastanın gastrointestinal sistemi dinlendirildi ve yeniden enteral beslenmeye 10 cc/saat dozundan başlanarak hedef doza ulaşıldı. Taburculuk sonrasında özel nutrisyon hemşireleri tarafından PEG katateri bakımı ve beslenme takipleri yapıldı.

Bulgular

Çalışmaya toplam 159 hasta dahil edilmiş olup bu hastaların 71'i kadın (%44,6), 88'i erkek (%55,4) hastadır. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 65,6(18-85) olarak hesaplanmıştır. PEG takılma nedenleri; 30'u malignite (%18,8), 121'i nörolojik hastalık, (%76,1) ve 8'i (%5,1) diğer nedenlerden (uzamış ventilasyon vs.) beslenememe sebepleri idi. Malignitelerden ise 22'si (%73,3) baş-boyun bölgesi kanseri, 4'ü (%13,3) mide kanseri, 2'si (%6,7) meme kanseri ve 2'si (%6,7) akciğer kanseri idi (Tablo 1). 10 hastada (%6,2) katater yerinde sızıntı, 4 hastada (%2,5) katater tıkanması ve 12 hastada (%7,5) yara yeri enfeksiyonu gelişti (Tablo 2). Enfeksiyon gelişen hastalara günlük pansuman ve uygun antibiyotik tedavisi yapıldı. Katater yerinde sızıntı da beslenme kesilerek pansuman ile sızıntı kesildi. Tıkanmalar ise serum fizyolojik ile ya da kataterin daha proksimalinden kesilerek açılması ile giderildi.

Tablo 1: PEG takılma nedenleri

Takılma Nedeni	Sayı
Malignite	30(%18,8)
Nörolojik Hastalık	121(%76,1)
Diğer(Uzamış ventilasyon vs)	8(%5,1)

Tablo 2: Komplikasyonlar

Komplikasyon	Sayı
Katater yerinde sızıntı	10 (%6,2)
Yara yeri enfeksiyonu	12 (%7,5)
Katater tıkanması	4 (%2,5)

Tartışma ve Sonuç

Gauderer ve ark(1) tarafından tanımlanan PEG, özellikle oral alımı iyi olmayan yoğun bakım hastaları, baş boyun kanseri hastaları, oral kavite hastaları ve nörolojik hastalarda uzun dönem parenteral nutrisyon desteğini ya da nazogastrik ile beslenmeyi önleyebilmek için geliştirilmiştir.(6) Nazogastrik sonda ile uzun dönem beslenmenin özellikle aspirasyona bağlı ciddi pnömoni gibi komplikasyonları mevcut iken PEG ile beslenmede bu komplikasyonlar ciddi derecede azalmaktadır.(7) Bizim çalışmamızda da sadece PEG'in lokal yara yeri enfeksiyonu ve tıkanma gibi komplikasyonları dışında mortalite ve ciddi komplikasyonları ile karşılaşmadık. Baş ve ark.(8) nın yaptıkları bir çalışmada yara yeri enfeksiyonu oranı %8,2, tüp sızdırma oranı %2,1 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise yara yeri enfeksiyon oranı %7,5, tüp sızdırma oranı %6,2 olarak saptandı. Abukis ve ark (9) PEG'in ciddi komplikasyonlarının perforasyon, peritonit, kanama ve inatçı yara yeri enfeksiyonuna bağlı sepsis olabileceğini ve bunlara dikkat edilmesi gerektiğini bildirmişlerdir.

ESPEN kılavuzu PEG takılması için rutin antibiyotik profilaksisi önermezken, şüpheli durumlarda ve deneyimsiz ellerde kullanılabileceğini söylemektedir. (10) Biz de kliniğimiz de rutin olarak antibiyotik profilaksisi kullanmayı tercih etmemekteyiz. Çalışmamızda yara yeri enfeksiyonu oranı %7,5 olarak bulunmuş olup lokal pansuman ve dar spektrumlu antibiyotik tedavisi ile tedavisi yapılmıştır. "PEG sonrası ne zaman hastayı besleyelim?" sorusunun tam cevabı olmamakla beraber kliniklerinin rutin gelenekleri mevcuttur. Genellikle 24 saat sonra enteral beslenmeye başlanmakla beraber bazı çalışmalarda 1 saat ve 12 saat sonra da başlanmış ve fark saptanmamıştır. (11,12) Biz de çalışmamız da 24 saat sonra başladık ve hasta tolere ettikçe hedef doza kademeli olarak arttırdık.

PEG işleminde literatürde bildirilen mortalite çok azdır. Bildirilen mortalitelerin tamamı primer hastalıktan kaynaklanmaktadır.(13,14) Bizim uyguladığımız PEG sonuçlarımızda da mortalite saptanmamış olup hastalarımızın uzun dönem takiplerini retroseptif dosya verilerinden tarayamadık. Bu konuda daha sağlıklı ve uzun, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Sonuç olarak, PEG cerrahi gastrostomiye göre çok daha güvenli, ucuz, etkili, pratik ve deneyimli bir kişinin ekibiyle çok rahat yapabileceği bir işlemdir.

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur. Herhangi bir yerden finansal destek alınmamıştır. Tanımlayıcı bir çalışma olduğu için istatistiksel analiz uygulanmamıştır.

Kaynaklar

- 1-Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *J Pediatr Surg* 1980;15:872-5.
- 2-De Souza e Mello GF, Lukashok HP, Meine GC, Small IA, de Carvalho RL, Guimarães DP, et al. Outpatient percutaneous endoscopic gastrostomy in selected head and neck cancer patients. *Surg Endosc* 2009; 23:1487-93.
- 3-Kumar S, Langmore S, Goddeau RP Jr, Alhazzani A, Selim M, Caplan LR, et al. Predictors of percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in patients with severe dysphagia from an acutesubacute hemispheric infarction. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2012;21(2):114-20.
- 4-Karaca AS, Ali R, Çapar M, Karaca S. GastrostomyPercutaneous Endoscopic Gastrostomy Experience İn A General Surgery Clinic *J Clin Anal Med* 2015;6(suppl 1): 71-4.
- 5-Tuncer K, Kılınçsoy N, Lebe E, Demirağ K, Özütmez Ö, Bor S ve ark. Perkütan endoskopik gastrostomi sonuçlarımız: 49 olgunun irdelenmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2003;2:64-8.
- 6- Grant JP. Percutaneous endoscopic gastrostomy initial placement by single endoscopic technique and long-term follow-up. *Ann Surg* 1993;217:168-74.
- 7- Paramsothy S, Papadopoulos G, Mollison LC, Leong RW. Resumption of oral intake following percutaneous endoscopic gastrostomy. *J Gastroenterol Hepatol* 2009;24:1098-101.
- 8- Baş B , Oymac E , Ayvaz UU, Çiyiltepe H , Dinç B , Kara HC. Effect of body mass index on processing time and morbidity in elderly percutaneous endoscopic gastrostomy patient. *J Clin Anal Med* 2015; DOI: 10.4328/JCAM.3279.
- 9- Abuksis G, Mor M, Segal N, Shemesh I, Plout S, Sulkes J, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: high mortality rates in hospitalized patients. *Am J Gastroenterol* 2000;95:128-32.
- 10- Löser C, Aschl G, Hebuterne X, Mathus-Vliegen EM, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition—Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clin Nutr* 2005;24:848-61.
- 11- Akçan Y, Arslan M, Arslan S, Arslan S, Bayraktar Y, Kansu T, ve ark. Percutaneous endoscopic gastrostomy; The Hacettepe University Hospital experience. *Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatoloji* 1999;10:23-7.
- 12- Ali T, Le V, Sharma T, Vega KJ, Srinivasan N, Tierney WM, et al. Post-PEG feeding time: a web based national survey amongst gastroenterologists. *Dig Liver Dis* 2011;43(10):768-71.
- 13- Erdil A, Tüzün A, Saka M, Uygun U, Güleç B, Bağcı S ve ark. Perkütan endoskopik gastrostomi uygulamalarımız ve sonuçları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2001;43(4):379-83.
- 14- Erdil A, Saka M, Ateş Y, Ates Y, Tuzun A, Bagci S, Uygun A, ve ark. Enteral nutrition via percutaneous endoscopic gastrostomy and nutritional status of patients: Five-year prospective study. *J Gastroenterol Hepatol* 2005;20(7):1002-7. doi:10.1111/j.1440-1746.2005.03892.

Köksal DÖNMEZ****
Ufuk YETKİN**
Barış AKÇA*
Didem Avcı DÖNMEZ***
Ali GÜRBÜZ****

* İnönü Üniversitesi KDC AD
**Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
*** İzmir Tepecik Eğit. Ve Araşt. Hast. Acil Servis Bölümü
****İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği

Çalışmanın Gerçekleştiği Merkez: İKÇÜ - AEAH KDC Kliniği

Yazışma Adresi: Ufuk YETKİN,
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
E-mail: ufuk_yetkin@yahoo.fr

Geliş Tarihi: 26.02.16
Kabul Tarihi: 29.02.16

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 54 Sayı: 1 Nisan 2016
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 54 No: 1 April 2016

Morbid Obez Genç Adolesan Olguda Başarılı Alt Ekstremit Skleroterapi Uygulaması

Successful Lower Extremity Sclerotherapy in a Morbid Obese Young Adolescent Patient

Öz

Genel popülasyonda ileri yaşla birlikte %60 düzeyinde bulgularan alt ekstremit varisleri adolesan dönemde nadir gözlenmekte ve tedavi yaklaşımı da özellikle arz edebilmektedir. Kimyasal flebit sonrası sağlanan obliterasyonu içeren konservatif tedavi yöntemi olan skleroterapi son 20 yılda popülerite kazanmıştır. Bu çalışmada morbid obez genç adolesan olguda başarılı alt ekstremit skleroterapi uygulamamızı sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Obezite, adolesan, skleroterapi, variköz ven.

Abstract

Lower extremity varicose veins have a prevalence of 60% in elder patients. Lower extremity varicose veins are rare in adolescence and may require different therapeutical approaches. Sclerotherapy, which has gained popularity at last 20 years, is obliteration of varicose veins with chemical phlebitis. In this study we aimed to present our successful lower extremity sclerotherapy in a morbid obese young adolescent patient.

Keywords: Obesity, adolescent, sclerotherapy, varicous vein.

Giriş

Variköz venlerin normal popülasyonda görülme sıklığının, kadınlarda %1-40, erkeklerde ise %1-17 arasında olduğu tahmin edilmektedir (1). Skleroterapinin varislerde kimyasal flebit ve obliterasyona yol açarak varisin konservatif tedavisinde etkili olmasının yanı sıra sağaltım süresini kısaltarak düşük maliyetle gerçekleştirildiği gösterilmiştir (2,3).

Olgu Sunumu

Olgumuz 13 yaşında morbid obezite arz eden adolesan erkekti. Polikliniğimize başvuru yakınması sol alt ekstremitesinde gözlenen yüzeysel varislerdi. Hastaya öncelikle küçük çaplı lokalize primer varisleri gözlenmediğinden ve adolesan dönemde günlük aktivite kısıtlamasından kaçınmak amacıyla skleroterapi girişimi

planlandı. İşlem öncesi renkli Doppler ultrasonografiyle bilateral alt ekstremité venöz sistem komponentleri incelendi. Sklerozan madde olarak Na-tetradecyl sulphate kullanıldı. %0.5'lik komponenti çapı 1mm ve altındaki lezyonlarda tercih edilirken %1'lik komponent 1-3mm çapındaki lezyonlarda kullanıldı. İşlem öncesi ilacın lokal ve genel reaksiyonları açısından olguda minimal SC dozlarda anergi-allerji testi (2. ve 24. saatlerde kontrolle) yapıldı. Ardından turnike basıncıyla maksimal dilate edilen pake içine skleroterapi uygulandı (Resim 1). İşlem sonrası olguda 3 gün süreyle elastik bandaj yardımıyla lokal kompresyon gerçekleştirildi.



Resim 1a.

Resim 1b.

Resim 1a ve b. Olgunun polikliniğimize başvurusunda inspekte edilen alt ekstremité yüzeyel varislerinin görünümü.

Tromboz komplikasyonunu önlemek ve ven duvarının birbirine daha hızlı ve sıkıca yapışmasını sağladığı gerekçesiyle kompresyon işlemini gerçekleştirdik. Hastamızın normal aktivitelerini sürdürmesi ve yatak bağımlı ya da hareketsiz hale gelmesi bu işlem sayesinde engellendi. İşlem sonrası geç dönem poliklinik izlemi sorunsuz sürdürülen olgumuzda deri pigmentasyonu ya da nekrozu ile tromboz komplikasyonu bulunmadı (Resim 2).



Resim 2a.

Resim 2b.

Resim 2a ve b. Olguya uygulanan skleroterapiden 15 gün sonra gözlenen tam kozmetik ve semptomatolojik düzelmenin görünümü.

Tartışma

Skleroterapi varislerin tedavisinde sık kullanılan bir yöntemdir. Skleroterapi ile enjekte edilen bazı ilaçlarla endotel hasarı yaratılır (kimyasal ablasyon) ve bu hasar fibrozis ile iyileşirken damar haftalar-aylar boyunca gittikçe küçülerek kaybolur (4). Skleroterapi için günümüzde en sık kullanılan ajan olgumuzda da tercih ettiğimiz Sodyum Tetradesil Sülfat'tır. Tek başına skleroterapi belirgin safen ven yetmezliği olmayan ve estetik kaygı taşıyan olgularda öncelikli olarak tercih edilebilir (5). Varis nedeniyle girişim planlanan hastalarda preoperatif derin, yüzeysel ve perforan venöz sistemin iyi değerlendirilmesi ve mevcut patolojilerin tam olarak düzeltilmesi oldukça önemlidir. Olgumuzda da gerçekleştirdiğimiz Doppler USG, venöz reflünün spesifik anatomik yerleşimini belirleyen ideal yöntemlerden biridir (3,5). Tüm varis hastalarında mutlaka renkli Doppler ultrasonografi yapılarak altta yatan venöz yetmezlik tipi saptanmalı ve varislerden önce tedavi edilmelidir. Böylece hem varis tedavisi başarılı ve kalıcı olacak, hem de venöz yetmezliğin ağrı, şişme gibi diğer semptomları ve gelecekte oluşabilecek komplikasyonları giderilecektir (3,6). Sonuç olarak; özellikle genç olgularda skleroterapinin ciddi bir komplikasyon oluşturmada, varikozitelerin ortadan kaldırılmasında etkili olduğu, maliyetinin daha ucuz olmasının yanı sıra hastanın günlük aktivitelerini kısıtlamayan ve en iyi kozmetik sonucu veren yöntem olduğu düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

1. Yung-Feng Lo, Chih-Hsun Yang. Stripping and ligation of the saphenous vein. *Semin Cutan Med Surg* 2005;24:200-208.
2. Green D. Sclerotherapy for Varicose and Telangiectatic Veins. *Am Fam Phy* 1992; 46(3): 827-837
3. Yetkin U, Özbek C, Gürbüz A. Sclerotherapy of Lower Extremity Varices: Optimal Cosmetic Results. *The Internet Journal of Aesthetic and Antiaging Medicine*, Vol 1(2), (2008). [DOI: 10.5580/1a79]
4. Breu FX, Guggenbichler S, Wollmann JC; Duplex ultrasound and efficacy criteria in foam sclerotherapy from the 2nd European Consensus Meeting on Foam Sclerotherapy 2006, Tegernsee, Germany. *Vasa*. 2008; 37: 90-105.
5. Çakır H, Tuncel Ç, Uncu H, Yıldız G, Çetinoğlu M, Özsoyler İ. Varis cerrahisi erken dönem sonuçlarımız. *J Turgut Ozal Med Cent* 2012; 19(4):234-236. DOI:10.7247/jtomc.19.4.6
6. Ramelet AA. Phlebectomy. Technique, indications and complications. *Int Angiol*. 2002; 21: 46-51.

Ersin ÇELİK*
Ufuk YETKİN**
İsmail YÜREKLİ***
Köksal DÖNMEZ***
Aylin Orgen ÇALLI****
Ali GÜRBÜZ***

* Afyon Devlet Hastanesi KDC Uzmanı
** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi A.D., SİVAS
*** İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği
**** İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Patoloji

Çalışmanın Gerçekleştirildiği Merkez: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği
Bu çalışma; "The 63rd International Congress of the European Society of Cardiovascular and Endovascular Surgery-ESCVS, 24-27 April 2014, Nice, France" kongresinde tebliğ edilmiştir.

Yazışma Adresi: Ufuk YETKİN
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kalp Damar Cerrahisi A.D., SİVAS
e-mail: ufuk_yetkin@yahoo.fr

Geliş Tarihi: 02.03.16

Kabul Tarihi: 13.03.16

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 54 Sayı: 1 Nisan 2016
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 54 No: 1 April 2016

Koroner Kateterizasyon Girişimi Sonrası 1. Yılda Olgunlaşan Dev Ekspansif Brakiyal Arter Yalancı Anevrizması

A Giant Expanding Brachial Aaartery Pseudoaneurysm Maturing One Year After Coronary Catheterization

Öz

Tanı veya tedavi amacıyla invaziv girişim yapan merkez sayısının artması, iyatrojenik ekstremite arter psödoanevrizmalarının karşımıza daha sık çıkmasına neden olmaktadır. Üst ekstremite periferik arter yalancı anevrizmaları, alt ekstremitede görülenlere göre daha nadir bulgudur. Ancak üst ekstremitede veya parmak kayıpları gibi önemli fonksiyonel eksikliklere yol açabildikleri için tanılandırımları ve cerrahi yaklaşımla tedavi edilmeleri önem taşımaktadır. Bu çalışmada koroner kateterizasyon girişimi sonrası 1. yılda olgunlaşan dev ekspansif brakiyal arter yalancı anevrizmasına gerçekleştirdiğimiz tanılandırımı ve başarılı cerrahi tedavi protokollerimizi literatür ışığında sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Koroner kateterizasyon, brakiyal arter, yalancı anevrizma.

Abstract

Iatrogenic arterial pseudoaneurysms of the extremities are more commonly seen due to increasing number of centers doing invasive interventions for diagnostic and therapeutic purposes. The pseudoaneurysms of upper extremity arteries are more rarely seen than those of lower extremity. Nevertheless, they may cause loss of digits or even the whole upper extremity and therefore it is important to diagnose and treat them surgically. In this study, we aimed to present our diagnostic and therapeutic protocols of a giant expanding brachial arterial pseudoaneurysm developing one year after the coronary catheterization under the light of current literature data.

Keywords: Coronary catheterization, brachial artery, pseudoaneurysm.

Giriş

Son yıllarda tanı veya tedavi amacıyla invaziv girişim yapan merkez sayısının artmış olmasına bağlı olarak, ekstremite arter psödoanevrizmaları çoğunlukla iyatrojenik veya travmatik olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Üst ekstremitde periferik arter yalancı anevrizmaları, alt ekstremitde periferik arter yalancı anevrizmaları ile kıyaslandığında nispeten daha nadir görülür.

ler. Ancak üst ekstremité veya parmak kayıpları gibi önemli fonksiyonel eksikliklere yol açabildikleri için tanılandırılmaları ve cerrahi yaklaşımla tedavi edilmeleri önem taşımaktadır (2). Özellikle brakiyal arter düzeyinde yerleşmiş ön kol lokalizasyonlu periferik arter yalancı anevrizmaları daha çok el ve parmaklarda tromboembolik komplikasyonlara neden olurlar.

Olgu sunumu

Olgumuz 63 yaşında kadındı. Başvurusundan 11 ay önce dış merkezde tanısal amaçlı sağ brakiyal arterden ulaşimli koroner anjiyografi anamnezi mevcuttu. Bu işlem sonrası medikal izlem planlanan koroner arter hastalığı saptanmıştı. Girişimden 1 hafta sonra başlayan ve giderek boyutları artarak ağrı yakınması da eklenen sağ dirsek bölgesindeki dev kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Fizik bakışında sağ dirsek iç yüzünde 7x8x8 cm. boyutlarında pulzatil, hareket-siz ve sert kıvamlı kitle izlendi (Resim 1 ve 2).

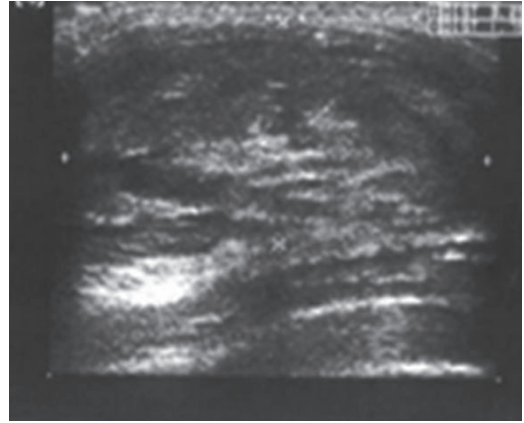


Resim1. Kardiyak kateterizasyon girişimini takiben 1.yılda bulgulanmış dev sağ brakiyal yalancı anevrizmanın ekspansif ve pulzatil kitle görünümü.



Resim 2. Hastamızın sağ dirsek medialinde immobil ve sert karakterdeki dev pulzatil kitlenin yakından görünümü.

Sağ radial ve ulnar nabızları açık olup uygulanan Allen testi de negatif sonuçlandı. Sağ elde motor ve duysal işlevler normaldi. Kitleye yönelik gerçekleştirilen renkli Doppler ultrasonografik incelemede; sağ brakiyal arter düzeyinde yaklaşık anteriorda 56X30x45 mm boyutlara ulaşan içerisinde ying yang akım bulunan posterior-lateralden ince bir boyun ile brakiyal arter ile ilişkili yalancı anevrizma izlendi. Anevrizma boynunda çok yüksek debili retro akım da içeren ying yang akımı mevcuttur. Sonuç olarak sağ brakiyal arter anteriorda 6cm boyutlara ulaşan dev yalancı anevrizma yorumu gerçekleştirildi (Resim 3).



Resim 3. Doppler ultrasonografik inceleniminde sağ brakiyal dev yalancı anevrizmanın görünümü.

Hasta sağ dirsek medialinde yalancı anevrizma ön tanısıyla operasyona alındı. Genel anestezi uygulandı. Öncelikli olarak brakiyal arter proksimali askıya alınarak pulzatil kitle üzerinden standart brakiyal bölge sigmoid insizyonu gerçekleştirildi. Anevrizmayı kaplayan ince cilt dokusu dekolé edildi (Resim 4).



Resim 4. Dev boyuttaki postkateterizasyon etyolojili sağ brakiyal arter kökenli yalancı anevrizmanın proksimal kontrollü eksplorasyonu.

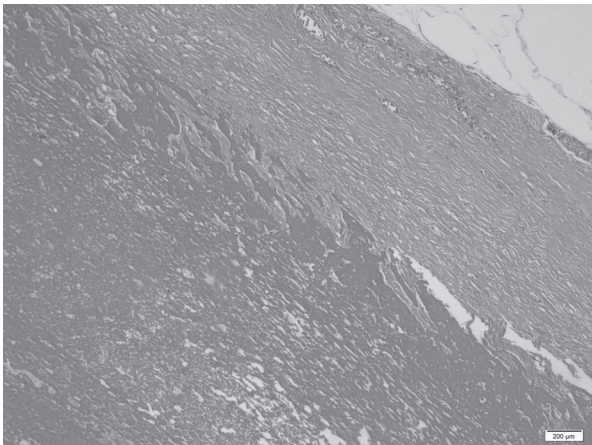
Bir cc (5000 IU) heparin intravenöz verildikten sonra

proksimal klempajı ve distal dijital kompresyonunu takiben kitlenin üzerinden direkt insizyon yapılarak yalancı anevrizmanın kapsülü açılıp içine ulaşıldı ve bol miktarda organize trombüs sahadan uzaklaştırıldı. Anevrizma kesesi de disseke edilip çıkarılarak histopatolojik incelemeye gönderildi (Resim 5).

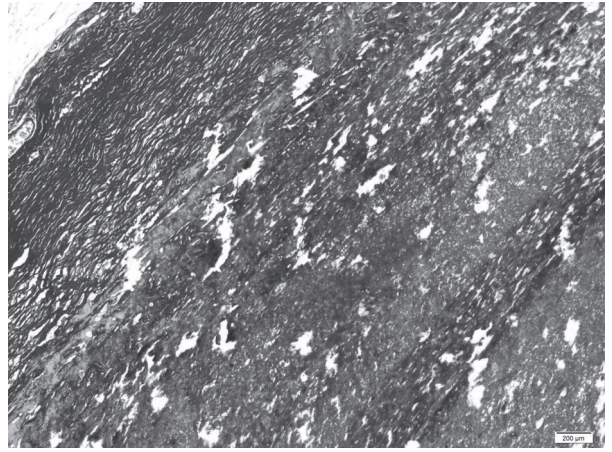


Resim 5. Dev boyuttaki sağ brakiyal arter kökenli yalancı anevrizma kesesinin açılımı sonrası brakiyal arter üzerinde keseyle bağlantılı punkture defektinin eş zamanlı görünümü.

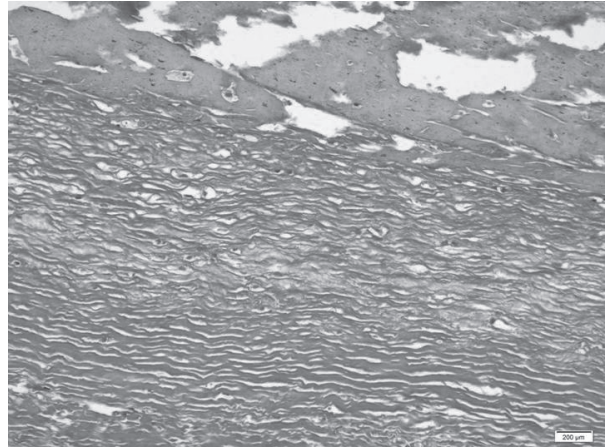
Arterde retrograd akım gözlemlendi. Anevrizmektomi takiben yalancı anevrizmanın geliştiği bölgede bulunan brakiyal arter üzerindeki punkture defekti primer onarıldı ve distal nabızların normopulzatl olduğu saptandı. Katların hemostaz kontrolünü takiben anatomik planda sütüre edilmesiyle operasyon sonlandırıldı. Materyalin histopatolojik incelemesinde organize olmuş görünümde lümeni fibrin ile kaplı ince fibröz cidarı olan yalancı anevrizma yorumu yapıldı (Resim 6&7A ve B).



Resim 6. Lümeninde organize olmuş görünümde fibrin içeren ince fibröz cidarlı yalancı anevrizma materyali.



Resim 7A. Masson Trichrom boyasında fibrin ve fibröz özellikte yalancı anevrizma duvarı.



Resim 7B. Elastik Von Gieson histokimyasal boyasında yalancı anevrizma duvarında elastik liflerin yokluğunun saptandığı görünüm.

Anevrizma kesesinden alınan materyalin mikrobiyolojik incelemesinde herhangi bir üreme saptanmadı. Hastanın operasyonu takiben ek sorunu gelişmedi. Sağ radial ve ulnar nabızlarda dijital muayenede pulzasyon mevcut olması üzerine postoperatuvar 5. günde tam cerrahi şifa ile taburculuğu gerçekleştirildi. Poliklinik izlemi sorunsuz devam etmektedir.

Tartışma

Brakiyal arter düzeyinde gelişen yalancı anevrizmaların en sık sebebinin kanülasyona bağlı iatrojenik girişimler ile delici-kesici alet yaralanmaları oluşturmaktadır (2, 3). Olgumuzda da 11 ay önce gerçekleştirilen koroner anjiyografi etiyolojik faktör olarak belirlendi. Bu komplikasyonlar hastanın hastanede kalma süresini uzatmakta, ek tanı ve tedavi işlemlerine maruz kalmasına neden olmakta, daha da önemlisi morbiditeyi artırmaktadır. Kardiyak kate-terizasyon sonrası yalancı anevrizma (YA) görülme

sıklığını arttıran başlıca unsurlardan obezite, senilite, kadın cinsiyet ve kateterizasyon için kullanılan damar çapının ince olması olgumuzun sahip olduğu karakteristik özellikleriydi (4). YA'ların tanısında geçirilmiş kateter girişimine uygun klinik anamnezin yanı sıra olgumuzda da bulguladığımız gibi bu penetran yaralanmanın lokalizasyonundaki ekspansif kitle varlığının direkt bulgulanması önemlidir (4, 5). Doppler Ultrasonografinin(DUS) tanıyı koymada sağladığı avantaj,göreceli düşük maliyet,farklı tedavi seçeneklerinde kullanılabilmesi nedeniyle tercih edilmektedir(1,4, 6).Tanı koydurucu olmasının yanı sıra YA'nın boyutları,morfolojisi,boynunun anatomik özellikleri,akımı,komşu damarlarla ilişkisini belirlemeye de yardımcı olur(Resim 3).B-mode ile YA'nın boyutlarının belirlenmesi ve komşu yapılara basısı değerlendirilirken;akım karakteristikleri en iyi renkli Doppler yardımıyla değerlendirilir(4,6). En önemli kitlenin hematoma ya da YA olduğu ayrımı yapılır. Kıralı ve ark. da serilerinde YA tanısı için karakteristik bulgu triadını "pulzatil kitle+palpe edilebilen trıl+DUS'da saptanan to and fro üfürümü" olarak bildirmişlerdir(1). Lezyonun yerinin DUS ile tam olarak aydınlatılmadığı olgularda, A-V fistül şüphesi olanlarda, tanıda kararsız kalındığında ve özellikle distal perfüzyonda bozulma varsa YA'da preoperatif planlama açısından arteriyografi endikasyonu vardır(4,5,7). Üç boyutlu spiral BT ve MR anjiyografi de femoral YA tanılandırımında başvurulabilecek diğer yöntemlerdir(5). İki cm ve altındaki anevrizmalar, nörolojik veya tromboembolik komplikasyonlar gelişmedikçe sessiz veya asemptomatik kalabilmektedirler (2,8). YA'ların bir kısmı takipte spontan tromboze olabilmektedir. Özellikle DUS'de nispeten uzun boyunlu ve düşük akım hacmine sahip YA'larda spontan trombozun daha yüksek oranda gerçekleştiği bildirilmektedir(23).YA boyutlarında hızlı büyüme,cilt ve yumuşak doku nekrozu,nöropati,distal iskemi,ağrı ve ruptür onarım endikasyonlarıdır(4,6).Yalancı anevrizmalar için uygulanan tedavi girişimleri arasında açık cerrahi onarım,ultrason kılavuzluğunda kompresyon,ultrason eşliğinde trombin enjeksiyonu,coil embolizasyon ve stent-graft kullanımını içeren endovasküler onarım sayılabilir (1, 2,4,6). Cerrahi onarımda tutulan arterin yeri ve beslediği alan ile iştirak ettiği kollateral dolaşım göz önüne alınmalıdır. Yalancı anevrizmanın cerrahi onarımını gerektiren endikasyonların başında semptomatik olması, genişleme eğiliminde olması, büyük bir hematoma eşlik etmesi ve en az 6 haftadır sebat etmesi gibi olgumuzda da saptanmış özellikler gelmektedir (1). Geleneksel cerrahi yaklaşım halen en iyi yöntem olarak yerini korumaktadır (2,8).

Cerrahi yaklaşımda primer planlanan işlem anevrizmektomi ve arteriyel rekonstrüktif girişim olmalıdır. Anevrizma kesesinin açılıp rezeke edilmesi ve hematoma boşaltılması cerrahinin temel prensipleridir (1,4). Rezeke edilen YA kesesinin histopatolojik incelenmesi de gerçekleştirilmelidir. Yalancı anevrizma duvarının yoğun kollajen fiberler ve organize kollajen dokudan oluştuğunun yanı sıra yalancı kapsülün elastik fiberlerden yoksun olduğu bulgulanır (4). İnvaziv girişimlerde kullanılacak kateter boyutlarının mümkün olduğu kadar ince olması, uygun açı ve derinlikte girilmesi, anjiyografi öncesi verilen antikoagülan için yeterli süre beklenmesi, arteriyel girişim yerinin girişim sonrası mutlaka belli kuvvet ve süre basıda tutulması ile 4-6 saatlik zorunlu immobilizasyona hasta uyuncunun sağlanması gibi önlemler vasküler komplikasyon insidansını azaltmaktadır (4,9).

Kaynaklar

1. Kıralı K,Güler M,Mansuroğlu D, Ömeroğlu SN, Eren E, Özen Y, Dağlar B, İpek G, Yakut C. Ekstremit Arterlerinin Psödoanevrizmaları ve Tedavisi.GKD CD 2000;8(4):802-4.
2. Yetkin U, Lafçı B, İlhan G, Bayrak S, Gürbüz A. Brakiyal arterde geç dönemde gelişen post travmatik yalancı anevrizma ve cerrahi tedavisi. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2004; 12:58-60.
3. Jutte EH, Wisselink W, Rijbroek A, Rauwerda JA. Pseudoaneurysm of the brachial artery due to blunt trauma in a child. Cardiovasc Surg 2002;10:52-3.
4. Yetkin U, Gürbüz A. Kardiyak Kateterizasyon Sonrası Gelişen Femoral Yalancı Anevrizmalar. MN Kardiyoloji 2007; 14(5): 363-370.
5. Muluk SC,Webster MW(Çev.:Dolay K).Yalancı Anevrizma ve Arteriyovenöz Fistül.In:Cameron JL,editor(Ergüney S ve Çiçek Y:Çeviri Editörleri).Güncel Cerrahi Tedavi(Current Surgical Therapy-6th ed).Türkçe 1.Basım.İstanbul.Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd.Şti;2001.p.730-733.
6. Corriere MA,Guzman RJ. True and false aneurysms of the femoral artery. Semin Vasc Surg. 2005 Dec;18(4):216-23.
7. Kazaz H,Celkan MA,Üstünsoy H,Dağlar B,Kayiran C,Bayar E. Periferik Arter Psödoanevrizmalarının Etiyolojik Sınıflaması,Klinik ve Cerrahi Yaklaşım:104 Olguluk Klinik Deneyimimiz.Damar Cer Derg 2006;15(1):17-20.
8. Kang SS, Labropoulos N, Mansour MA, et al. Expanded indications for ultrasound-guided thrombin injection of pseudoaneurysms. J Vasc Surg 2000;31:289-98.
9. Erentuğ V, Bozbuğa N, Mansuroğlu D,et al. Kardiyak Kateterizasyon Sonrası Gelişen Periferik Vasküler Yaralanmalarda Cerrahi Tedavi.Anadolu Kardiyol Derg. 2003 ;3(3):216-20.

Bronchoesophageal Fistula in a Patient Presenting with Primary Effusion Lymphoma

Primer Effüzyon Lenfomalı Bronkoözafajiyal Fistül Oluşan Bir Hastanın Sunumu

Fusun Gediz ÖZDEMİRKİRAN*

Hikmet BATGI**

Mehmet DOĞAN***

Emre TEKGÜNDÜZ**

Fevzi ALTUNTAŞ**

*Izmir Kâtip Celebi University, Ataturk Research and Training Hospital, Department of Hematology

**Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Hospital of Research and Treatment, Department of Hematology

***Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Hospital of Research and Treatment, Department of Pathology

Corresponding author:

Fusun Gediz Ozdemirkiran; MD, Izmir Katip Celebi University, Ataturk Research and Training Hospital, Department of Hematology, Karabağlar, Izmir
e-mail: mdffusun@gmail.com

Geliş Tarihi: 15.12.15

Kabul Tarihi: 09.02.16

Abstract

Primary effusion lymphoma (PEL) is a clinically unique entity arising predominantly as lymphomatous effusion within body cavities such as pleural, pericardial, and peritoneal spaces, typically without any accompanying extracavitary masses. Extracavitary or solid variant of PEL is a different entity which has rarely been described. Bronchoesophageal fistula (BEF) is a life-threatening complication of thoracic diseases resulting continuous pulmonary aspiration of food and saliva, which consequently leads to recurrent pulmonary infection and sepsis. In this work a case of human immunodeficiency virus (HIV)-negative, human herpesvirus-8 (HHV-8)-positive patient with esophageal involvement of PEL who developed BEF after receiving systemic chemotherapy was presented.

Keywords: Primary effusion, lymphoma, bronchoesophageal fistula

Öz

Primer effüzyonlenfoma (PEL), plevra, perikard, periton gibi vücut boşluklarında lenfomatöz effüzyon şeklinde ortaya çıkan ve ekstrakaviter kitlelerin eşlik etmediği özel bir klinik durumdur. PEL ekstrakaviter veya solid varyantı ise daha nadir tanımlanan farklı bir klinik antitedir. Bronkoözafajiyal fistül toraks yerleşimli hastalıkların hayatı tehdit eden komplikasyonlarından biri olup, rekürren pulmoner enfeksiyon ve sepsisle sonuçlanan devamlı yemek ve tükürük aspirasyonuna neden olur. Bu çalışmada human immunodeficiency virüs (HIV)-negatif, human herpesvirüs-8 (HHV-8)-pozitif olup PEL bronkoözafajiyal tutulumu nedeni ile aldığı sistemik tedavi sonrasında bronkoözafajiyal fistül gelişen bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Primer effüzyon, lenfoma, bronkoözafajiyal fistül,

Introduction

Primary effusion lymphoma (PEL) is a clinically unique entity arising predominantly as lymphomatous effusion within body cavities such as pleural, pericardial, and peritoneal spaces, typically without any accompanying extracavitary masses (1,2). Extracavitary

or solid variant of PEL is a different entity which has rarely been described (3)

Bronchoesophageal fistula (BEF) is a life-threatening complication of thoracic diseases resulting continuous pulmonary aspiration of food and saliva, which consequently leads to recurrent pulmonary infection and sepsis. In this work a case of human immunodeficiency virus (HIV)-negative, human herpesvirus-8 (HHV-8)-positive patient with esophageal involvement of PEL who developed BEF after receiving systemic chemotherapy was presented.

Case report

A 65-year old male admitted to our clinic with fatigue, weight loss, dysphagia for solid food, which began two months ago. He had a 10 pack-year history of smoking (half pack of cigarettes per day for 20 years). He had type 2 diabetes, which was under control with oral anti-diabetics for 12 years. He also used metoprolol for hypertension. His family history was unremarkable. He had no fever or night-sweats. The physical examination was unremarkable except a 4x3 cm palpable left axillary lymphadenopathy. Complete blood count and blood biochemistry tests were in normal ranges except elevated LDH of 373 IU/l. The serological test for human immunodeficiency virus (HIV) was found to be negative. Upper gastrointestinal endoscopy revealed partial obstruction in the mid-esophagus caused by a large mass. Pathologic and immunocytochemical analysis of the endoscopic biopsy specimen revealed HHV-8-positive extracavitary primary effusion lymphoma. Lymphoma cells showed diffuse positive staining with CD138 and MUM1. Plasmacytoid cells in the tumor tissue exhibited diffuse positive nuclear staining with HHV8. Ki-67 proliferation index was approximately 100% (Figure 1).

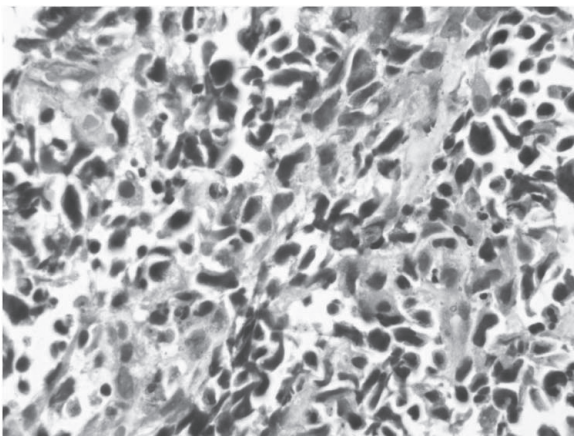


Figure 1a: Ki-67 proliferation index (approximately 100%)

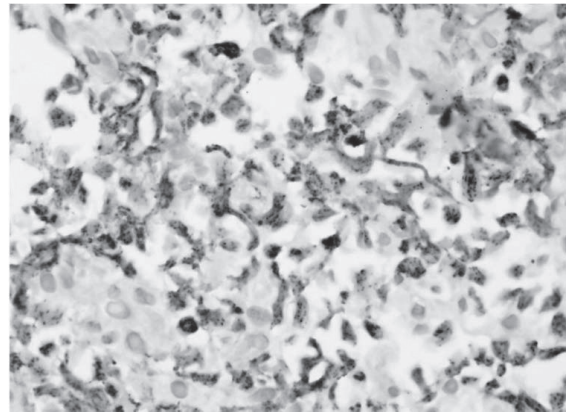


Figure 1b: Ki-67 proliferation index (approximately 100%)
PET-CT showed a 10 cm. long esophageal invasion down to T4 vertebra level showing withered soft tissue plans with aorta. A pathologically high FDG uptake (SUV max: 39.78) was measured in the mediastinal mass reaching down to subcarinal area and in the left axillary mass of 4.3x 1.9 cm (Suvmax: 23). A minimal pleural effusion in left lung was also reported.

Further examinations for staging demonstrated positive bone marrow infiltration additionally. The patient was diagnosed as Ann-Arbor stage IVB PEL with international prognostic index 4 (high risk). He was treated with EPOCH regimen (Etoposide: 50 mg/m²/d D1-4, Doxorubicin 10 mg/m²/d D1-4, Vincristine 0.4 mg/m²/d D1-4, Metilprednizolone 1mg/kg/d D1-4 and Cyclophosphamide 750 mg/m²/d D5). He tolerated the first cycle of chemotherapy well but readmitted two weeks after second cycle of EPOCH with fever and productive cough. He was suffering from severe cough exacerbated by swallowing liquid. Thorax CT revealed marked regression of the esophageal mass, but a new left-sided pulmonary infiltrate and a fistula were detected between esophagus and the left main stem bronchus (Figure 2). Oral intake was stopped immediately.

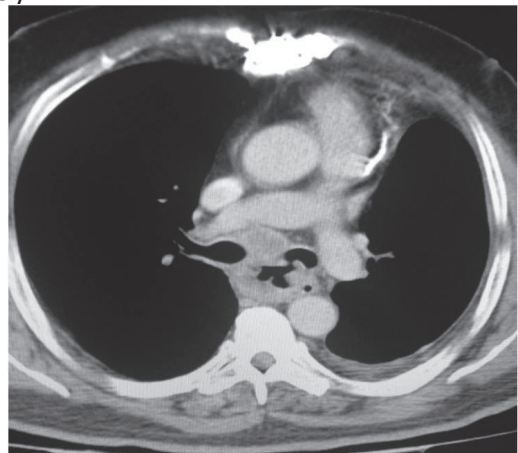


Figure 2: Left-sided pulmonary infiltrate and a fistula we-redetected between esophagus and the left main stem bronchus

Laboratory results showed an absolute neutrophil count of 70/mm³. Broad spectrum antibiotics and granulocyte colony stimulating factor (G-CSF) treatment were started for aspiration pneumonia and febrile neutropenia. Platelet transfusion support was provided. Burkholderiacepacia and candida albicans reproduced in culture of sputum sample. Caspofungine was added to ceftazidim, metronidazole, ciprofloxacin treatment. After recovery of neutropenia and pneumonia, esophageal stent was preferred as a conservative treatment due to his age and general clinical condition (Figure 3).

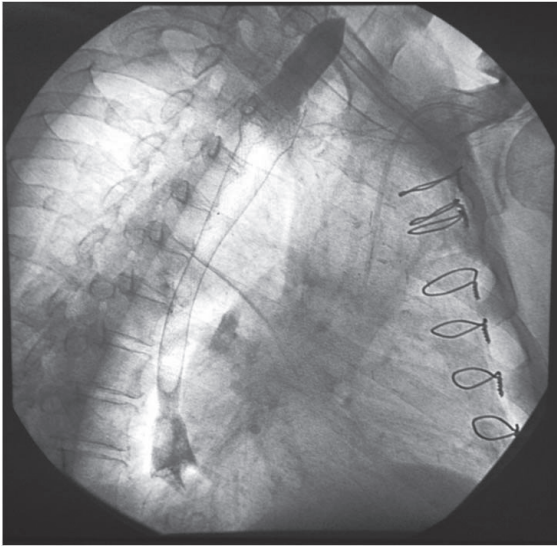


Figure 3: Esophageal stent as a conservative treatment

Four days after esophageal stent operation he started oral intake. Following third cycle EPOCH treatment liquid stimulated coughing, consequential dyspnea and fever recurred. Despite early commencement of broadspectrum antibiotics, he died as a result of recurrent aspiration pneumonia and sepsis.

Discussion

Primary Effusion Lymphoma is typically associated with HHV-8 infection in immunocompromised individuals due to HIV infection, organ transplantation or in rare cases with advanced age (3). Our patient did not have any underlying condition leading to immunodeficiency, except for advanced age.

PEL is mostly resistant to conventional chemotherapy and it has rapid clinical course with poor prog-

nosis (3). The clinical and pathological information is obtained from case reports or small series of patients because of the rarity of PEL. Esophageal involvement of non-Hodgkin's lymphoma is extremely rare (less than 1% of patients with lymphoma) (4). BEF can arise as a complication during the treatment for mediastinal malignancies, such as esophagus (77%) and lung (16%) tumors (5). Mostly, it occurs as a result of necrosis of the neoplastic infiltration during cytostatic treatment. BEF was a complication of treatment for PEL with esophageal involvement in our patient. Careful examination and close monitoring are warranted in mediastinal malign lymphomas especially in patients presenting with involvement of esophagus in order to diagnose BEF, which is a life threatening complication. Thorax CT is useful for detecting a BEF. Despite being a suitable treatment alternative, esophageal stent replacement is unfortunately not seems to be effective in large fistulas. In our case, esophageal stenting was unable to control pulmonary soilage from the fistula. Early recognition and aggressive management of BEF appears to improve overall outcome. In these cases aggressive course of the condition, patient age, comorbid diseases and postoperative recurrence are limiting factors for surgical procedures.

Conflict of Interest Statement

The authors of this paper have no conflicts of interest

References

1. Banks PW, Warnke RA. Primary effusion lymphoma. In: *Pathology and Genetics of Haematopoietic and Lymphoid Tissues*. Lyon, France: IARC Press 2001;179–180. WHO Classification of Tumours; vol 3.
2. Said J, Cesarman E. Primary effusion lymphoma. In: *WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues*. Lyon, France: IARC Press 2008;260–261. WHO Classification of Tumours; vol 2.
3. Okada S, Goto H, Yotsumoto M. Current status of treatment for primary effusion lymphoma Intractable Rare Dis Res 2014; 3(3):65–74.
4. Oguzkurt L., Karabulut N., Cakmakci E., Besim A. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the esophagus. *Abdom Imaging*. 1997;22:8–10.
5. Burt M, Martini N, Bains MS, Ginsberg RJ, McCormack PM, Rusch VW. Malignant esophagorespiratory fistula: management options and survival. *Ann Thorac Surg* 52;1991:1222–9.

Füsun GEDİZ ÖZDEMİRKİRAN*
Filiz VURAL**
Selen BAYRAKTAROĞLU***
Serra KAMER****
Nazan ÖZSAN*****

* İzmir Katip Celebi University, Atatürk Research and Training Hospital, Department of Hematology
** Ege University Faculty of Medicine; Department of Hematology
*** Ege University Faculty Of Medicine; Department of Radiology
**** Ege University Faculty of Medicine; Department of Radiation Oncology
***** Ege University Faculty Of Medicine; Department of Pathology

Corresponding Author: Füsun Gediz Özdemirkiran, İzmir Katip Celebi University, Atatürk Research and Training Hospital, Department of Hematology, Karabağlar, İzmir.
E-mail: mdffusun@gmail.com

Geliş Tarihi: 15.12.15
Kabul Tarihi: 04.04.16

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 54 Sayı: 1 Nisan 2016
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 54 No: 1 April 2016

External Beam Radiation Therapy in The Treatment of Tracheobronchial Amyloidosis: Case Report

Trakeobronşiyal Amiloidozisin Tedavisinde Eksternal Beam Radyoterapi: Olgu Sunumu

Öz

Klinik olarak amiloidoz lokalize ve sistemik formlara ayrılır. Trakeobronşiyal amiloidoz (TBA) ise sık karşılaşılmayan, trakea, ana bronş ve segmental bronşlarda amiloid depozitleri ile karakterize lokal bir formudur. Elli yaşında, 20 yıldır var olan disfoni ve stridor şikayetleri ile hastanemize başvuran hastanın uygulanan larengeal biyopsi patoloji bulguları primer amiloidoz ile uyumlu gelmiştir. Toraks bilgisayarlı tomografisinde larinks, trakea, ana bronş duvarlarında luminal daralmaya yol açan belirgin kalınlaşma saptanmış ve vocal kord, trakea ve bronşlardan alınan bronkoskopik biyopsi örneklerinde submukozal eozinofilik depozitler gözlenmiştir. Ayrıntılı incelemede sistemik hastalığa rastlanmaması üzerine trakeobronşiyal bölgeye yönelik lokal radyoterapi uygulanan olgu tedavi sonrası 6. yılında sistemik veya lokal relapsız olarak izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Eksternal radyoterapi, tedavi, trakeobronşiyal amiloidozis

Abstract

Clinically amyloidosis can be classified as localized or systemic forms. Tracheobronchial amyloidosis (TBA) is an uncommon localized form, characterized by amyloid deposits restricted to the trachea, main bronchi and segmental bronchi. A 57-year-old man presented with recurrent dysphonia and stridor for twenty years. Pathology of laryngeal biopsy was consistent with amyloidosis. Computed tomography (CT) of the thorax showed extensive thickening of the laryngeal, tracheal, and main bronchial walls with luminal narrowing. Bronchoscopic biopsy specimens from the vocal cord, trachea and bronchus revealed eosinophilic deposits in the submucosa. There was no evidence of systemic disease so he was treated with external beam radiotherapy to tracheobronchial area. He has been on follow-up without any relapse or systemic progression for 6 years.

Keywords: External beam radiotherapy, treatment, tracheobronchial amyloidosis

Introduction

Clinically amyloidosis can be classified as localized or systemic forms. Tracheobronchial amyloidosis (TBA) is an uncommon localized form of amyloidosis, characterized by amyloid deposits restricted to the trachea, main bronchi and segmental bronchi (1,2). The main manifestations are related to the airway involvement, including symptoms ranging from mild dyspnea, cough,

hoarseness, and hemoptysis, to lobar collapse, and airway occlusion(3-6). We reported a primary TBA case presenting with recurrent dysphonia and dyspnea, who was successfully treated with external beam radiotherapy (EBRT).

Case Report

A 57-year-old man presented with recurrent dysphonia and stridor for twenty years. He had an operation because of laryngeal polyposis in December 2008. However, short time after operation his symptoms progressively worsened within years. In March 2009, second laryngeal operation was performed and pathology revealed the presence of amyloidosis with apple-green birefringence on Congo red. He was referred to our hematology unit for the evaluation of presence of systemic disease. On admission, his physical examination was normal. Laboratory findings were as follows: leukocyte count: 6130 /mm³, hemoglobin level: 14,3 g/dl, hematocrit: 46,9 %, platelet count: 324000/mm³, erythrocyte sedimentation rate: 4 mm/h and C reactive protein level: 0,11 mg/dl. Serum biochemical tests for liver and kidney were normal. Serum total protein, globulin, IgG, IgA, IgM, kappa and lambda light chain levels were 7.5 g/dl, 2.9 g/dl, 1200 mg/dl, 165 mg/dl, 47 mg/dl, 265 m/dl, and 140 mg/dl respectively. Immunelectrophoresis of serum and urine revealed no monoclonal protein restriction. Chest X-ray was normal but the chest CT showed extensive thickening of the laryngeal, tracheal, and main bronchial walls with luminal narrowing (Figures 1, 2).

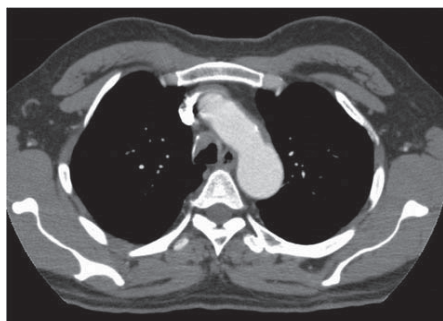


Figure 1. Axial CT scan demonstrates thickening of the anterior tracheal wall.

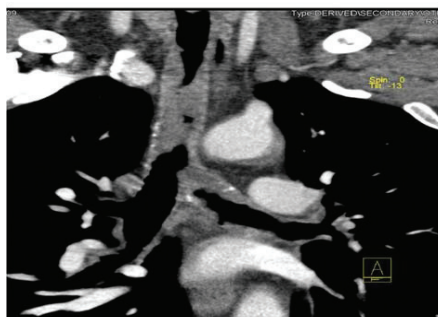


Figure 2. Coronal reformatted CT image shows the extension of tracheal and main bronchial wall thickening.

Flexible bronchoscopic examination revealed diffuse nodular thickening of the vocal cords, trachea, and bilateral main bronchus. Biopsy specimens from vocal cord, trachea, and bronchus revealed eosinophilic deposits in the submucosa, with apple-green birefringence on Congo red stain—a characteristic finding of amyloid. Samples from periumbilical adipose tissue, rectal mucosa and bone marrow revealed no evidence of systemic disease. Echocardiography and abdominal ultrasound findings were normal. There was no evidence of extrapulmonary organ involvement with amyloidosis. EBRT was applied to the tracheobronchial area encompassing the trachea and main bronchus using opposed anterior-posterior and posterior-anterior fields with 6 MV photons to a total dose of 20Gy in 10 fractions. The treatment volume was determined using CT-guided simulation (Figure 3).

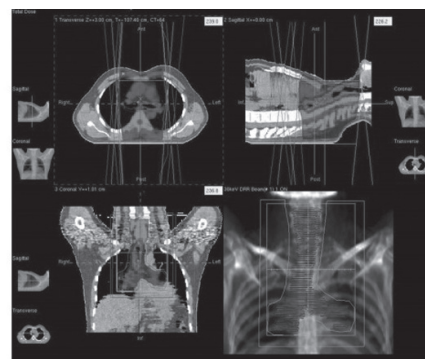


Figure 3. Treatment portals, and dose distribution.

Treatment was well tolerated, without any acute side effects during radiotherapy. The patient had symptomatic relief three months after radiotherapy, and radiological response was detected within one year (Figure 4). He has been followed without any relapse or systemic progression for 4 years.

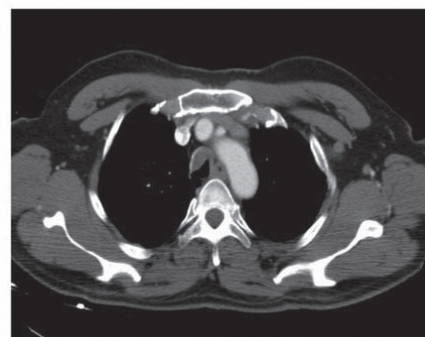


Figure 4. Follow up CT scan shows persistence of tracheal wall thickening after 1 year.

Discussion

Tracheobronchial amyloidosis (TBA) is an uncommon localized form of amyloidosis which is predominant in males, and typically manifests in the fifth or sixth

decades of life. For symptomatic patients who require treatment, many different therapies have been utilized. Treatment options for TBA may range from conservative measures to aggressive local and systemic treatments, and radiotherapy. Local treatment modalities include laser resection, bronchoscopic dilatation and stenting, and cryosurgery. The most common approach has been bronchoscopic intervention with mechanical debulking by forceps resection or laser therapy (7-9). This method has been effective in relieving airway obstruction but has some disadvantages such as bleeding due to the friable nature of the amyloid deposits, the recurrence of lesions, and the inaccessibility of some lesions for bronchoscopic intervention (3-7). Corticosteroids, melphalan, and colchicine have been used alone or in combination as systemic treatment with limited success. Successful results with EBRT have been described in 1998 by Kurrus and colleagues (10). A patient with life-threatening airway obstruction secondary to TBA received 20 Gy in 10 fractions to the distal trachea and right main bronchus which was repeated 6 months later to the lower lobe bronchus because of disease progression. The patient responded symptomatically, and radiologically in both treated areas (10). Kalra and coworkers also reported excellent response to radiotherapy (20 Gy in 10 fractions) in one patient with TBA (11). Munroe and coworkers used a higher dose of irradiation, 24 Gy in 12 fractions, in a single case (12). During an 18-month follow-up period there was improvement in pulmonary function. Neben-Wittich and colleagues reported the results of seven patients with TBA who were treated with EBRT at the Mayo Clinic between 1999 and 2004 (13). All of the patients tolerated well, and completed radiotherapy, with an improvement or stabilization of the presenting symptoms after radiotherapy. The median time to subjective response was 4 months, and the median duration of follow-up was 40 months. The mechanism by which EBRT exerts its effect on the amyloid deposits is unclear, but all of the data showed that radiation therapy may change the progressive course of TBA and might become a viable option. EBRT can be used as a first-line treatment in patients with bulky or distally located disease that is not amenable to bronchoscopic recanalization, especially if there is evidence of symptomatic or functional decline. Our patient was recovered symptomatically three months after radiotherapy and radiological response was detected within 6 months. The patient remained asymptomatic and did not require further treatment

at the time of last follow-up after 4 years following radiation therapy.

EBRT should be considered in patients with primary tracheobronchial amyloidosis that causes significant airway obstruction.

References

1. Georgiades CS, Neyman EG, Barish MA, Fishman EK. Amyloidosis: review and CT manifestations. *Radiographics* 2004;24(2):405-16.
2. Berk JL, O'Regan A, Skinner M. Pulmonary and tracheobronchial amyloidosis. *Semin Respir Crit Care Med* 2002;23(2):155-65.
3. Capizzi SA, Betancourt E, Prakash UB. Tracheobronchial amyloidosis. *Mayo Clin Proc* 2000;75(11):1148-52.
4. Hui AN, Koss MN, Hochholzer L, Wehunt WD. Amyloidosis presenting in the lower respiratory tract: clinicopathologic, radiologic, immunohistochemical, and histochemical studies on 48 cases. *Arch Pathol Lab Med* 1986;110(3):212-8.
5. O'Regan A, Fenlon HM, Beamis JF, Steele MP, Skinner M, Berk JL. Tracheobronchial amyloidosis: the Boston University experience from 1984 to 1999. *Medicine (Baltimore)* 2000;79(2):69-79.
6. Rubinow A, Celli BR, Cohen AS, Rigden BG, Brody JS. Localized amyloidosis of the lower respiratory tract. *Am Rev Respir Dis* 1978;118(3):603-11.
7. Flemming AF, Fairfax AJ, Arnold AG, Lane DJ. Treatment of endobronchial amyloidosis by intermittent bronchoscopic resection. *Br J Dis Chest* 1980;74(2):183-8.
8. Breuer R, Simpson GT, Rubinow A, Skinner M, Cohen AS. Tracheobronchial amyloidosis: treatment by carbon dioxide laser photoresection. *Thorax* 1985;40(11):870-1.
9. Diaz Jimenez JP, Canela Cardona M, Maestre Alcacer J, Balust Vidal M, Fontanals Tortra J, Balust Vidal J. Treatment of obstructive tracheobronchial disease with the YAG-Nd laser: 400 procedures in a 4-year experience. *Med Clin (Barc)* 1989;93(7):244-8.
10. Kurrus JA, Hayes JK, Hoidal JR, Menendez MM, Elstad MR. Radiation therapy for tracheobronchial amyloidosis. *Chest* 1998;114(5):1489-92.
11. Kalra S, Utz JP, Edell ES, Foote RL. External-beam radiation therapy in the treatment of diffuse tracheobronchial amyloidosis. *Mayo Clin Proc* 2001;76(8):853-6.
12. Munroe AT, Walia R, Zlotnicki RA, Jantz MA. A case report of successful treatment with external beam radiation therapy. *Chest*. 2004;125(2):784-9.
13. Neben-Wittich MA, Foote RL, Kalra S. External beam radiation therapy for tracheobronchial amyloidosis. *Chest*. 2007;132(1):262-7.

Ufuk YETKİN *
Yüksel BEŞİR ***
İsmail YÜREKLİ***
Kazım ERGÜNEŞ***
Ersin ÇELİK**
Ali GÜRBÜZ ***

*Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, SİVAS
** Afyon Devlet Hastanesi KDC, AFYON
***İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,İZMİR

Yazışma Adresi: Ufuk YETKİN
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
E-mail: ufuk_yetkin@yahoo.fr

Geliş Tarihi: 26.02.16
Kabul Tarihi: 29.02.16

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 54 Sayı: 1 Nisan 2016
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 54 No: 1 April 2016

Tesadüfen Hiatal Herni Bulgulanan ve Çoklu Morbidite Faktörüne Sahip Yüksek Cerrahi Riskli Olguda Koroner Cerrahi Revaskülarizasyon Stratejimiz

Our Surgical Coronary Revascularization Strategy in A High Risk Case With Multiple Morbidity Factors Which Had Hiatal Hernia Diagnosed Coincidentally

Öz

Hiatus hernisi, frenoözefageal ligamentin zayıflamasıyla diyafragmanın özefageal hiatustaki anatomik zayıflık veya defekt nedeniyle intraabdominal organların özellikle barsak anslarının toraks içine deplase olması şeklinde tanımlanmaktadır. Hastanın durumu, semptomları ve gelişebilecek olası komplikasyonları göz önüne alınarak seçilecek tıbbi ya da cerrahi tedavisi öncesinde yandaş öncelikli ciddi koroner arter hastalığı varlığında multidisipliner yaklaşımla olgunun tedavisi tamamlanabilir. Bu çalışmada, tesadüfen hiatal herni bulgulanan ve çoklu morbidite faktörüne sahip yüksek cerrahi riskli olguda koroner cerrahi revaskülarizasyon stratejimizi aktarmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Hiatal herni, koroner revaskülarizasyon, morbidite.

Abstract

Hiatal hernia is defined as displacement of intraabdominal organs -particularly intestinal loops- into thoracic cavity due to anatomical weakness or defect of diaphragmatic esophageal hiatus secondary to weakening of phrenoesophageal ligament. Taking the functional status of the patient, symptoms and possible complications into account; the case may be treated by multidisciplinary approach before medical or surgical strategy. In this study we aimed to present our surgical coronary revascularization strategy in a high risk case with multiple morbidity factors which had hiatal hernia diagnosed coincidentally.

Keywords: Hiatal hernia, coronary revascularization, morbidity.

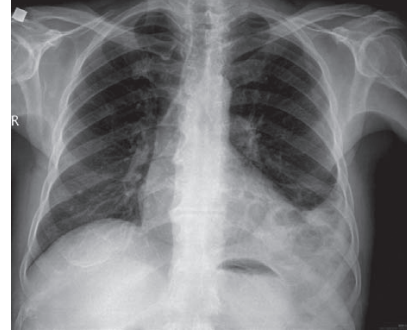
Giriş

Paraözofagial hiatal herni, mide ve diğer batin içi organların normal intraperitoneal yerleşim bölgelerinden, genişlemiş özofagial diafragmatik hiatustan geçerek mediastinuma doğru yer değiştirmesi olarak tanımlanır (1). Tıp literatürüne “hiatal herni” terimi ilk kez 17.yüzyılın başlarında girmişse de, midenin özefagus hiatusundan herniye oluşu ilk kez 1903 yılında Andrews tarafından bildirilmiştir (2).

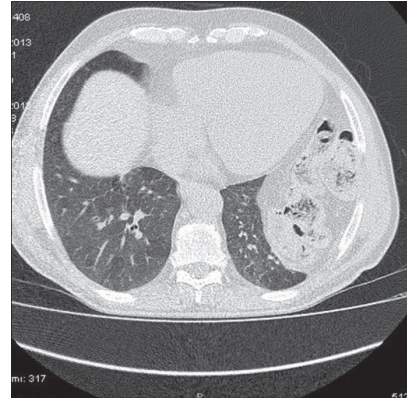
Olgu Sunumu

Olgumuz 64 yaşında erkekti. Kliniğimize başvurusundan 5 ay önce akut inferior miyokard infarktüsü ve kardiyojenik şok komplikasyonu nedeniyle dış merkezde sağ koroner arter stentlemesi anamnezi mevcuttu. O tarihte sol koroner sistemdeki ciddi lezyonları ve düşük sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu bulgulanarak önerilen cerrahi koroner revaskülarizasyonu red etmişti. Koroner stentlemeden 2 ay sonra semptomlarının yineleme göstermesi üzerine yine dış merkezde gerçekleştirilen koroner re-anjiyogramında sağ koroner arterde instent tromboz bulgulanmıştı. Buna yönelik başarılı balon anjiyoplasti gerçekleştirilmişti. Ancak başvurusundan 1 ay önce başlayan ve giderek artan nefes darlığı ve göğüs ağrısı yakınmalarına yönelik yeni incelemeleri gerçekleştirildi. Transtorasik ekokardiyogramında sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %35 saptanırken diyastol/sistol çapları da 63/50mm olarak bulgalandı. Bunun yanı sıra 2.° mitral ve triküspit kapak yetmezliği tespit edildi. Ayrıca pulmoner arter basıncının 50mmHg'ya ulaştığı da saptandı. Sol ventrikül duvar hareketleri açısından septum ve anteriorun ağır hipokinetik olduğu ve anterior septumda skar dokusu mevcudiyeti de bulgalandı. Ardından gerçekleştirilen üçüncü koroner anjiyogramında sağ koroner arterdeki stentin açık olduğu ve LAD ile Cx arterlerin proksimal segmentlerinde ciddi stenoz varlığı saptandı. Sol ventrikülün ejeksiyon fraksiyonunun %25-30 değerine sahip olup global hipokinetik gözlemlendiği tespit edildi. Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji ortak konseyinde dobutamin ekokardiyografik testle viabilite araştırımı planlandı. Bu testte bazal görüntülerde anteroseptal, lateral, posterior, inferior, anterior duvar hipokinetik ve septum akinetik izlendi. Düşük doz dobutaminle septum dışında tüm segmentlerde orta derecede kontraktilite gözlemlendi. Ancak septumda diskinezi izlendi. Dobutamin infüzyonu sonrası ejeksiyon fraksiyonu %40'a yükseldi. Bu bulgularla ortak konseyde yüksek riskli cerrahi kararı verildi. Olgunun ameliyat öncesi incelemelerinde akciğer radyogramında sol hemitoraksta geniş yer kaplayan şüpheli barsak ansları bulgulanması üzerine toraks tomografisi çekildi (Resim 1). Bu incelemede kalp boyutunun arttığı, solda lateralde diyafragmatik defekt ve bu defektten toraks içine herniye olan barsak ansları (Resim 2&3). Bu sonuçla Göğüs Cerrahisine konsülte edilen olguya, operasyon önceliği olan patoloji yönünden Genel Cerrahi konsültasyonu önerildi. Bu branş açısından da elektif ameliyat planlanabileceği ve öncelikle ciddi koroner arter hastalığının tedavisinin uygun olacağı belirlen-

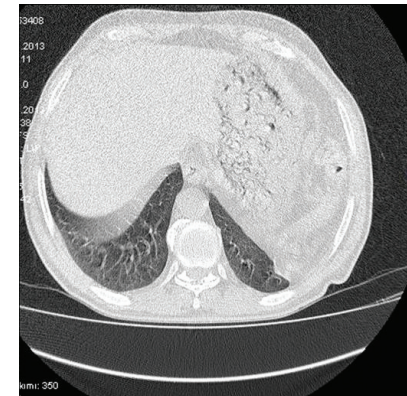
di. Bu bulgularla operasyona alınan hastaya başarılı ikili koroner cerrahi revaskülarizasyon gerçekleştirildi. Operasyon esnasında plevraların açılmamasına ve olası diatermik yan etkiden kaçınmak amacıyla elektrokoterin düşük voltajla kullanımının yanısıra özenli manüplasyona optimum dikkat edildi.



Resim1. Olgumuzun PA akciğer grafisinde sol hemitoraksta şüpheli barsak ansları görünümü.



Resim 2. Olgumuzun toraks BT'sinde hiatal herniyle uyumlu barsak anslarının sol hemitoraksta görünümü.



Resim 3. Toraks BT'de hiatal herniyle uyumlu bir başka kesitin görünümü.

Tartışma

Herninin etiyojisi iyi bilinmemektedir. Etiyolojide diafragmanın konjenital zayıflığı veya yeterli gelişimini tamamlamamış oluşu, hiatusun gevşek ve geniş oluşu suçlanmış ve bir kısım olgularda bu durum gösterilmiştir. Bu konjenital defektler var olsa bile çoğunlukla hernilerin yetişkin yaşta ortaya çıkması başka faktörlerin de varlığını düşündürmektedir (3). Patojinin yaşlı toplumda daha sık görülmesi nedeniyle edinsel olduğu varsayılmaktadır. Hiatal herninin oluşumunu sağlayan nedenler, karın içi basıncının arttığı kronik kabızlık, gebelik, kronik öksürük gibi durumlar, obezite, genetik faktörler şeklinde sıralanabilir. Hiatus hernisinin patognomonik semptomlarının olmaması, tanı konulmasında ya da yanlış tanımlar konulmasında en büyük etkindir (4). Tanı konularak tedavi edilen olguların sayısının azlığına karşın hiatus hernisi erişkin popülasyonun %10'unda bulgulanmaktadır. Hiatus hernisinde tedavi, semptomların ve özofajitin derecesine göre planlanır. Olgumuz gibi sağlık kontrolünde ya da başka nedenlerle incelemeleri yapılırken tesadüfen saptanan asemptomatik hiatal herninin tedavisi genelde planlanmamaktadır (4). Sonuç olarak; özefageal hiatustan özellikle barsak ansları ya da batin içi organların anormal protrü-

yonu olarak tanımlanan hiatal herni olgumuzda görüldüğü gibi yıllarca belirtisiz kalabilir. Tesadüfen görünümlerle yöntemleriyle bulgulanabilirler. Hastanın durumu, semptomları ve gelişebilecek olası komplikasyonları göz önüne alınarak seçilecek tıbbi ya da cerrahi tedavisi öncesinde yandaş öncelikli ciddi koroner arter hastalığı varlığında multidisipliner yaklaşımla olgunun tedavisi tamamlanabilir.

Kaynaklar

1. Stylopoulos N, Rattner DW. Paraesophageal hernia: when to operate? *Adv Surg* 2003;37:213-29.
2. Friedenwald J, Feldman M. Report of an interesting type of diaphragmatic hernia of the cardia of the stomach through the esophageal orifice. *Amer J Med Sci* 1925;170-263.
3. Ulusoy AN. Hiatal herni. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri* 1989; 9(5):375-386.
4. Cangır AK, Ökten İ. Hiatus hernileri ve tedavi yaklaşımı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 1998; 51(1):43-48.

Kutan ÖZER
Özgür SANCAKLI
Mustafa Ozan HORSANALI
Sacit Nuri GÖRGEL
Uğur BALCI
Fevzi CENGİZ

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

Yazışma Adresi: Mustafa Ozan Horsanali
E-mail: drozanhorsanali@yahoo.com
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

Geliş Tarihi: 13.01.16
Kabul Tarihi: 14.04.16

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 54 Sayı: 1 Nisan 2016
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 54 No: 1 April 2016

Karaciğer Kist Hidatiğine Eşlik Eden Dev Renal Kist Hidatik: Nadir Bir Olgu Sunumu

Giant Renal Cyst Hydatid Accompanied With Cyst Hydatid of the Liver: A Rare Case Report

Özet

Hidatik kist hastalığı, oral yolla alınarak ince bağırsak mukozasına invaze olan Echinococcus granulosus larvalarının kan ve lenf dolaşımı aracılığıyla organlara yerleşmesiyle oluşan parazitik bir enfeksiyondur. Renal hidatik kist oldukça nadirdir ve olguların yalnızca %2 sinde renal tutulum görülür. Biz de yazımızda, 30 yaşında sol yan ağrısı ile başvuran, köpek ve koyunlarla temas öyküsü olan erkek hastada yapılan tetkikler sonucunda tespit ettiğimiz karaciğer kist hidatiği ile birlikte dev renal kist hidatik olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, Böbrek, Echinococcus

Abstract

Hydatid cyst disease is an oral transmitted parasitosis caused by the larval form of the Echinococcus granulosus tapeworm that penetrates the intestinal mucosa and reaches the internal organs via the blood and lymphatic stream. Renal hydatid cyst is extremely rare, and kidney involvement is seen in only 2% of all cases. In this case report, we present 30 years old male patient who applied with left flank pain and history of contact with dog and sheep, diagnosed giant renal cyst hydatid accompanied cyst hydatid of liver after evaluation.

Keywords: Cyst Hydatid, Kidney, Echinococcus

Giriş

Hidatik kist hastalığı, oral yolla alınarak ince bağırsak mukozasına invaze olan Echinococcus granulosus larvalarının kan ve lenf dolaşımı aracılığıyla organlara yerleşmesiyle oluşan parazitik bir enfeksiyondur. Renal hidatik kist oldukça nadirdir ve olguların yalnızca %2 sinde renal tutulum görülür (1). Renal kist hidatik hastalığı uzun yıllar asemptomatik seyretmektedir. Nadiren renal kolige sebep olan hidatüri görülebilir (2). Biz de sol yan ağrısı ile başvuran dev renal kist hidatiği olan hastayı sunduk.

Olgu

30 yaşında erkek hasta sol yan ağrısı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın uzun süre çoban köpek besleme ve koyunlarla temas öyküsü mevcuttu. Özgeçmiş ve soy geçmişi hastalık öyküsüne rastla-

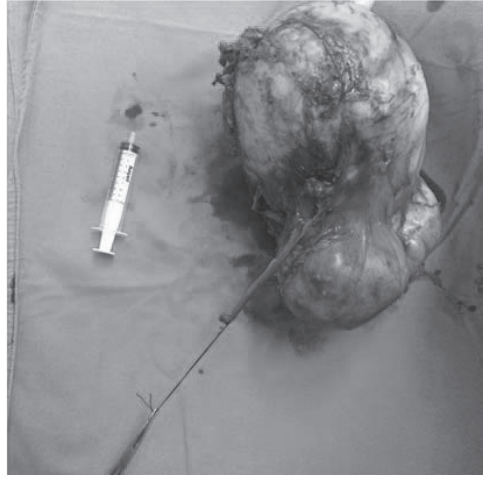
nılmadı. Fizik muayenede palpasyonla batında sol üst kadranda ele gelen sert, yüzeyi düzgün kitle palpe edildi. Hastanın yapılan ultrasonografi incelemesinde sol böbrekte 13 cm basit böbrek kisti ve karaciğerde 8x10 cm kistik oluşum izlendi. Bunun üzerine yapılan intravenöz kontrastlı tüm abdomen bilgisayarlı tomografi incelemesinde, sol böbrek üst polden kaynaklanarak superiora doğru büyüme gösteren yaklaşık 126x135x186 mm boyutta, kalın duvarlı, iç yapısında kalın ağısı septal yapılar ve multipl küçük kistler barındıran evre III hidatik kist ile uyumlu kistik kitle saptandı. Böbrek inferiora doğru itilmiş olup oblik konumlanmıştı ve tanımlanan kist dışında hemen tüm böbrek parankimini dolduran, kortikal yerleşimli, sınırları birbirlerinden net olarak ayrılmamayan kalın duvarlı multikistik lezyonlar görülmekteydi. Sağ böbrek ve toplayıcı sistem yapıları olağandı. Karaciğer normal boyutta ve düzgün konturlu, parankim dansitesi homojendi. Sağ lob segment 8 de kubbe düzeyinde yerleşimli yaklaşık 93x86x103 mm boyutta kalın duvarlı, iç yapısında kalın septa barındıran multiloküle kistik yer kaplayıcı oluşum izlenmekteydi. Kistin çevresinde milimetrik boyutlarda multipl kistik odaklar mevcut olup, belirgin bir kontrastlanma veya kalsifikasyon içermeyen evre III hidatik kist ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. (Resim-1)



Resim-1 Preoperatif kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografi görüntüsü

Hastanın laboratuvar incelemesinde serum kreatinin değeri 0,74 mg/dl, kan üre azotu 8 mg/dl idi. Serolojik değerlendirmede kist hidatik indirekt hemaglutinasyon testi 1/5000 pozitif olarak değerlendirildi. Hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğine konsülte edi-

lererek operasyondan 1 ay önce albendazol tedavisi uygulandı. Hastaya operasyon kararı alındı. Hastaya genel cerrahi konsültasyonu yapıldı. Öncelikle renal kiste cerrahi uygulanmasına karar verildi. Karaciğer kist hidatiğine ikinci seansta genel cerrahi tarafından operasyon planlandı. Bunun üzerinde hastaya sol flank insizyonla açık nefrektomi ile birlikte kist eksizyonu yapıldı (Resim-2).



Resim-2 Postoperatif spesimenin makroskopik görüntüsü

Cerrahi spesimenin patoloji raporu kist hidatik, fibröz cidar, retiküler membran, kız veziküller ve skoleks olarak raporlandı. Hasta post operatif 3.günde dreni alınıp komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Tartışma

Echinococcus granulosus Türkiye’de en sık görülen parazitlerden biridir. Parazitin esas konağı olan köpeklerle veya ara konak olan koyunlarla yakın temas ve iyi pişmemiş koyun iç organlarının yenmesi enfeksiyona sebep olabilir. Kist hidatik %85-90 oranında tek organ tutulumu yapmaktadır(3). Renal tutulum genellikle sistemik tutulumla birlikteyken izole renal hidatik kist hastalığı çok nadir görülen bir durumdur. Bununla birlikte, böbrek genitoüriner sistem içinde en çok tutulan organdır (1, 4). Kist hidatik tanısında radyolojik görüntüleme yöntemleri ile serolojik testler kullanılır. Serolojik testler arasında indirekt hemaglutinasyon, Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay (ELISA) ve indirekt floresan antikor testleri yer alır (5). Bizim olgumuzda da indirek hemaglutinasyon testi preoperatif pozitif olarak değerlendirildi.

Böbrek tutulumu tek başına olabileceği gibi, diğer komşu organlar ile birlikte de olabilir. Echinococcus granulosus ve multilocularis’in sebep olduğu kist hidatik genitoüriner sistemdeki tutulum yeri çoğun-

lukla böbrek iken, çok nadiren prostat, mesane ve epididimde de tutulum gözlenebilir. Echinococcus multilocularis'in oluşturduğu kist hidatik diğer parazite göre, daha agresiftir. Komşu organlara invazyon göstermesi sebebiyle, cerrahi işlem sırasında çıkarılması da oldukça zordur (6). Ceylan ve arkadaşları da 52 yaşında erkek hastada dev kist hidatiği parsiyel nefrektomi yaparak çıkardıklarını ve kistin etraf dokulara yapışık olduğunu rapor etmişlerdir (7). Bizim olgumuz da kistin medialde peritona, kolona ve superior diaphragmaya yapışık olduğu izlendi. Kistin retroperitoneal alanda diaphragmadan krista ilaka anterior hizasına kadar uzandığı görüldü. Kolon medialize edildikten sonra kistin peritona aşırı miktarda yapışık olması nedeniyle medialde periton açılarak kistin medial kısmı batın içinden yapışık olan barsaklar ve pankreas korunarak serbestlendi. Kist böbrekle birlikte komple patlamadan çıkarıldı ve vaka sonlandırıldı. Ameliyat esnasında komplikasyon gelişmedi.

Kist tedavisinde; perkütan aspirasyon, enjeksiyon ve re-aspirasyon (PAIR-PD) ile perkütan drenaj yöntemi denebilir, ancak tecrübe gerektiren bir işlemdir. Ama bu yöntem unilokuler kist vakalarının sadece %70'de başarı sağlayabilmektedir.(8) Bu yüzden renal kist hidatik vakalarında cerrahi kaçınılmaz ve başlıca tedavi yöntemidir. Cerrahi teknik, hekimin tecrübesine, kist hacmine ve lokalizasyonuna bağlı olarak değişmekle birlikte son zamanlarda uygun vakalarda da kistin retroperitoneal eksizyonu ve laparoskopik eksizyonu önerilmektedir (9). Bizde olgumuzda kistin çok büyük boyutlarda olması ve böbrek parankimine yaptığı baskıdan dolayı böbrek parankimine ileri derecede zarar verdiği ve cerrahi olarak böbrekten ayrı çıkarılamayacağı düşüncesiyle kistle birlikte nefrektomi yapma kararı aldık.

Sonuç

Türkiye gibi kist hidatik hastalığının halen yaygın olduğu toplumlarda, böbrek lokalizasyonlu kistlere yaklaşımda hidatik kist mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Genellikle asemptomatik seyreden bir hastalık olmasına rağmen bazen hidatüri veya bizim de olgumuzda görüldüğü gibi dev boyutlara ulaşarak ağrı şikâyeti ile karşımıza çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu tarz olgularda açık cerrahinin hala uygulanabilir ve etkin bir tedavi yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Zmerli S, Ayed M, Horchani A, Chami I, El Quakti M, Ben Slama MR. Hydatid cyst of the kidney: diagnosis and treatment. *World J Surg* 2001; 25: 68-74.
1. Unsal A, Cimentepe E, Dilmen A, Yenidunya S, Saglam R. An unusual cause of renal colic: hydatiduria. *Int J Urol*, 2001;8(6): 319-21.
2. Unat EK, Altaş KY, Samastı M. Unat'ın Tıp Parazitolojisi. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı Yayınları, 1995.
3. Akhan O, Ustünsüz B, Somuncu ve ark. Percutaneous renal hydatid cyst treatment: long-term results. *Abdom Imaging* 1998; 23: 209-13.
4. Kasırga HE, Appak YC. Hepatic cystic echinococcosis: report of two cases. *Türkiye Parazitoloj Derg* 2013; 37: 285-7.
5. Buckley RJ, Smith S, Herschon S, Comisarow RH, Barkin M. Echinococcal disease of the kidney presenting as a renal filling defect. *J Urol* 1985; 133: 660-1.
6. Ceylan C, Odabaş O, Serel TA, Baytok O, Temuçin T. Dev Böbrek Kistik Ekinokok Hastalığı: Olgu Sunumu. *Türkiye Parazitoloj Derg*. 2013; 37: 61-3
7. Cushieri SA, Steele RJ, Moosa AR. Treatment of Hydatid Cyst, *Essential Surgical Practice*, 4th ed. Arnold Publishers, Oxford. Butterworth-Heineann; 2000.p.350.
1. Shah K, Ganpule A, Desai M. Isolated renal hydatid cyst managed by laparoscopic transperitoneal nephrectomy. *Indian J Urol* 2009; 25: 531-3.

Ufuk YETKİN*
Levent YILIK**
Habib ÇAKIR**
Köksal DÖNMEZ**
Tayfun GÖKTOĞAN**
Ali GÜRBÜZ**

Çalışmanın Gerçekleştirildiği Merkez: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği

* Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi A.D., SİVAS
** İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği

Bu çalışma; "22nd Annual Meeting of the Asian Society for Cardiovascular and Thoracic Surgery (ASCVTS'14), Convention & Exhibition Center, 03-06 April 2014, İstanbul, Turkey" kongresinde tebliğ edilmiştir.

Yazışma Adresi: Ufuk YETKİN
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi A.D., SİVAS
E-mail: ufuk_yetkin@yahoo.fr

Geliş Tarihi: 02.03.16
Kabul Tarihi: 13.03.16

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 54 Sayı: 1 Nisan 2016
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 54 No: 1 April 2016

Dev Solid Mediastinal Kitle Olarak Gözlenen Timoma Olgusu

A Thymoma Case Representing As A Giant Solid Mediastinal Mass

Öz

Ön mediasteninin benign lezyonları olarak bilinen timomalar, timik epitelyal hücrelerle lenfositlerin birlikte oluşturduğu neoplazmlardır. Timomanın varlığı dahi cerrahi ekstirpasyon açısından endikasyon sayılmaktadır. Bu çalışmada dev solid mediastinal kitle olarak gözlenen timoma olgumuzu sunmayı amaçladık. Tümör rekürrensini önleyici en değerli yaklaşımın olgumuzda da uyguladığımız üzere maksimal ekstirpasyon olduğu bilinmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mediastinal kitle, solid, timoma.

Abstract

Thymoma, which is combined neoplasm of thymic epithelial cells and lymphocytes, are benign lesions of anterior mediastinum. Evidence of thymoma is adequate indication for surgical extirpation. In this study we aimed to present our thymoma case representing as a giant solid mediastinal mass. Maximal extirpation method, as preferred in our case, is the most valuable approach for reducing recurrences.

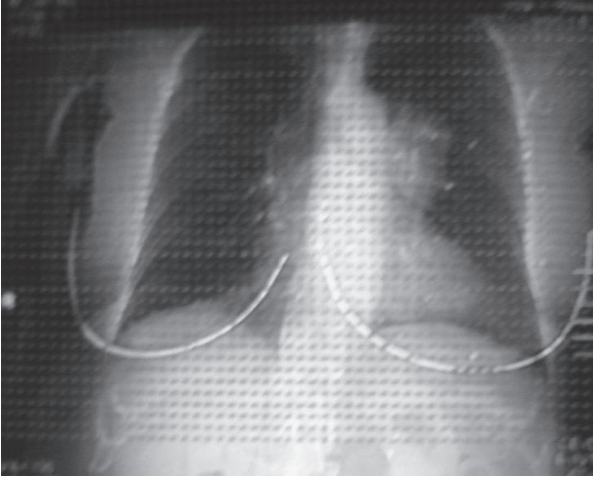
Keywords: Mediastinal mass, solid, thymoma.

Giriş

Timomalar timusda yer alan epitelyal dokulardan gelişen tümörlerdir. Her yaş grubunda görülmelerine rağmen 4-5. dekatlarda pik yapar (1). Sıklıkla asemptomatik kalmakla birlikte yaklaşık %50'si nörolojik hastalıklar nedeniyle, %40'ı ise komşu dokulara bası gibi intratorasik kitle etkileriyle semptom verirler (2).

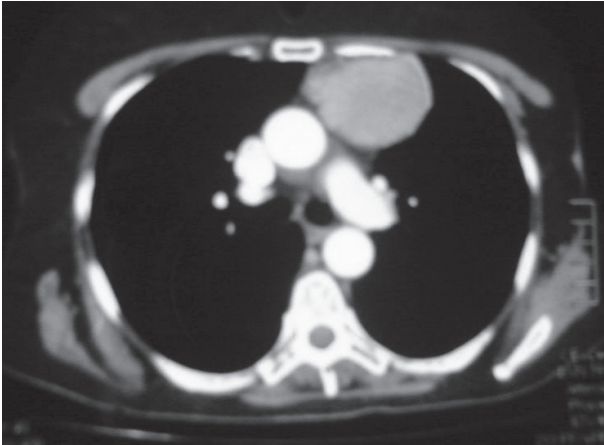
Olgu Sunumu

Olgumuz 67 yaşında kadındı. Mrerkezimize başvurusundan 1 ay önce başlayan nonspesifik özellikte göğüs ağrısı yakınması mevcuttu. Bu yakınmanın etyolojisine yönelik gerçekleştirilen ön-arka akciğer grafisinde sol mediastende özellikle hiler bölgede gözlenen 6x7cm boyutlarında devasa dansite artışı bulgulanması üzerine toraks bilgisayarlı tomografi tetkiki istendi (Resim 1).



Resim 1. Olgumuzun ön-arka akciğer grafisinde sol hiler bölgedeki devasa dansite artışının görünümü.

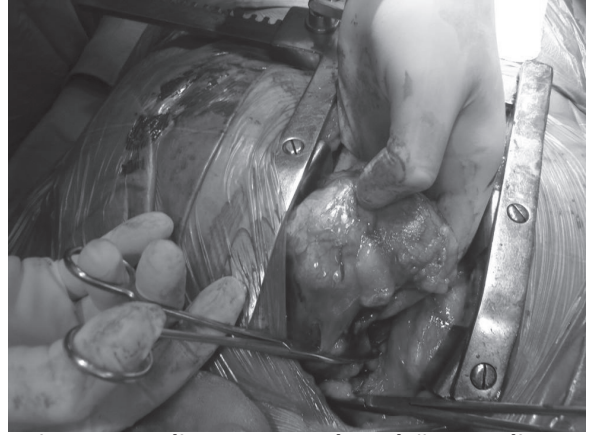
Bu incelemede sol üst ön mediastende yine dev boyutta 7x6cm çaplı, düzgün konturlu, homojen içyapıda, çevre yapıları infiltrate etmeyen solid kitle lezyonu bulguları (Resim 2).



Resim 2. Olgumuzun toraks bilgisayarlı tomografisinde sol üst ön mediastende dev boyutta çevre yapıları infiltrate etmeyen solid kitle lezyonunun görünümü.

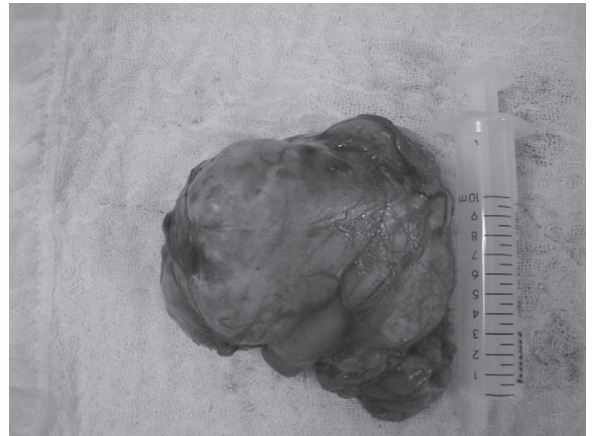
Lezyonun olası ön tanısı olarak teratom? timoma? düşünüldü. Diğer incelemelerde ek patolojik bulgu saptanmadı.

Olgumuz bu bulgularla operasyona alındı ve öncelikle median sternotomi uygulandı. Sol üst mediastende 10x12cm boyutlarında saplı dev solid kitle eksplere olundu (Resim 3).



Resim 3. Ameliyat esnasında sol üst mediastende yaklaşık 10x12cm boyutlarında saplı dev solid kitlenin eksplorasyonu.

Maksimal ekstirpasyon yaklaşımıyla çevresel lenf nodları dâhil kitle tamamen çıkartıldı (Resim 4).



Resim 4. Maksimal ekstirpasyon yaklaşımıyla çevresel lenf nodları dahil kitlenin tamamen çıkartılması takiben boyutsal kıyaslanma görüntüsü.

Kitlenin mikrobiyolojik bakışında patoloji bulgulanmadı. Histopatolojik incelemede Tıp 2A benign timoma saptanan olgunun Tıbbi Onkoloji polikliniğince rekürrens bulgulanmadan tıbbi izlemi 18 aydır devam etmektedir.

Tartışma

Timomalar %95 oranında iyi diferensiyeli, düşük gradede maligniteye sahip tümörlerdir. Genellikle kapsüllü olmalarına karşın lokal invazyon, plevral yayılım ve ekstratorasik metastazları da görülebilmektedir (3). Erişkinde mediastinal kitlelerin %30'unu timoma oluşturmaktadır.

Timomalarla birlikteliği en sık olan nörolojik bozukluk paraneoplastik myastenia gravisdir (4). Prognozu et-

kileyen en önemli etkenlerden biri myastenia gravisin varlığıdır(3). Myastenia gravisli hastalarda timoma insidansı %9-28 olarak bilinmektedir (3,5) Timomali hastaların %25-59'unda ise Myastenia gravis bulunabileceği bildirilmiştir (3,6). Olgumuzda myastenia gravis ait semptomatoloji bulunmamaktaydı.

Timoma tanılardırımında toraks bilgisayarlı tomografi hastalığın tutulumu ve yayılımı açısından oldukça faydalıdır (7).

Timomada cerrahi rezeksiyon tedavinin temelini oluşturur. Komplet rezeksiyon yapılan hastalarda inkomplet rezeksiyon yapılanlara göre daha yüksek sağkalım oranlarının olması sağkalımı etkileyen en önemli etkenlerin tümörün devresi ve rezeksiyonun tipi olduğunu göstermiştir (3).Tümör rekürrensini maximal timektomi ile önlenebileceği iddia edilmektedir (6,8). Olgumuzdaki gibi yaygın olmayan lezyonlarda lokal nüks %2-12 arasındadır.

Kaynaklar

1. Lewis JE, Wick MR, Scheithauer BW, et al. Thymoma. A clinicopathologic review. *Cancer* 1987;60:2727-43.

2. López-Cano M, Ponseti-Bosch JM, Espin-Basany E, Sánchez-García JL, Armengol-Carrasco M. Clinical and pathologic predictors of outcome in thymoma-associated myasthenia gravis. *Ann Thorac Surg* 2003;76:1643-9.

3. Elmacı T, Tireli E, Barlas S, Toker A, Dayioğlu E, Deymeer F, Serdaroğlu P, Özdemir C, Onursal E, Barlas C. Timomalarda cerrahi tedavi sonuçlarımız. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 1994; 4:375-378.

4. Vincent A, Palace J, Hilton-Jones D. Myasthenia gravis. *Lancet* 2001;357:2122-8.

5. Genkins G, Papatestas AE, Horowitz SH, Kornfeld P: Studies in myasthenia gravis: early thymectomy. Electrophysiologic and pathologic correlations. *Am J Med* 1975;58:517-24.

6. Masaoka A, Nagaoka Y, Kotake Y: Distribution of thymic tissue at the anterior mediastinum. Current procedures in thymectomy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1975;70:745-54.

7. Evli A, Minicuci GM, Vitaliani R, et al. Paraneoplastic diseases associated with thymoma. *J Neurol* 2007;254:756-62.

8. Ohmi M, Ohuchi M: Recurrent thymoma in patients with myasthenia gravis. *Ann Thorac Surg* 1990;50:243.

Hakan ÇÖKMEZ
Akın SİVASLIOĞLU
Saida SAMADLI

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Yazışma Adresi: Hakan ÇÖKMEZ

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Geliş Tarihi: 06.03.16
Kabul Tarihi: 29.03.16

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 54 Sayı: 1 Nisan 2016
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 54 No: 1 April 2016

Büyük ve Semptomatik Bir Vajinal Epidermal İnk-lüzyon Kisti: Olgu Sunumu

An Eenlarging and Symptomatic Vaginal Epidermal Inclusion Cyst: A Case Report

Öz

Vajinal inklüzyon kistleri genellikle küçük ve asemptomatiktir. Bu olgu sunumunun amacı büyük ve semptomatik olup vajen sol yan duvara uzanan, MRI incelemenin gartner kanal kisti lehine değerlendirdiği gerçekte ise 33*40*60 mm boyutlarında bir epidermal inklüzyon kisti hastasını sunmaktır. 46 yaşındaki kadın hastanın 1 yıldır giderek büyüyen semptomatik vajinal kitlesi cerrahi olarak çıkartıldı. Histopatolojisi epidermal inklüzyon kisti olarak geldi. Birçok vajinal kist asemptomatik olmasına rağmen, semptomatik hale gelir veya büyürse cerrahi olarak eksize edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Vajinal kistler, vajinal epidermal inklüzyon kisti

Abstarct

The vaginal inclusion cysts are usually small and asymptomatic. The purpose of the study was to report the case of a patient with the mass extending to left lateral vaginal wall and suspected Gardner canal cyst at MRI that was in fact 33*40*60 mm epidermal inclusion cyst. The woman who was 46 years old had a vaginal mass that had gotten bigger for one year was surgically excised. The hystopathological result was epidermal inclusion cyst. Although most epithelial inclusion cysts are asymptomatic, they become symptomatic or if they keep growing they should be excised surgically.

Keywords: Vaginal cysts, vaginal epidermal inclusion cyst

Giriş

Vajinal kistler 200 kadından birinde görülebilmekle birlikte, özellikle 30-40 yaşlar arasındaki kadınların jinekolojik ve ürolojik muayenelerinde sıklıkla fark edilmekte ancak çoğu asemptomatik olduğu için raporlanmamaktadır (1). Vajinal kistler nadir olarak ağrı, dolgunluk hissi ve disparoni gibi şikayetlere neden olabilecek kadar büyürler. Tüm vajinal kistler içerisinde, epidermal inklüzyon kistleri müllerian kistlerden sonra ikinci sıklıkta görülmekteyken; gartner kanal kistleri, bartholin kistleri ve endometriotik kistlereyse daha nadir rastlanabilmektedir(2,3). Epidermal inklüzyon kistleri, travma veya epizyotomi sonrası vulvar mukoza ve derinin kapatılması sırasında, dokuların uygunsuz suture edilmesiyle meydana ge-

lebilen; skuamoz epitel ile çevrili, içleri yağlı materyal ve dökülmüş epitelyum hücreleri ile dolu; sıklıkla küçük, soliter ve asemptomatik kistlerdir(4). Biz bu olgu sunumunda cerrahi olarak çıkarılmayı gerektirecek kadar büyük ve semptomatik bir vajinal epidermal inklüzyon kistinin tanı ve tedavi aşamalarını inceledik.

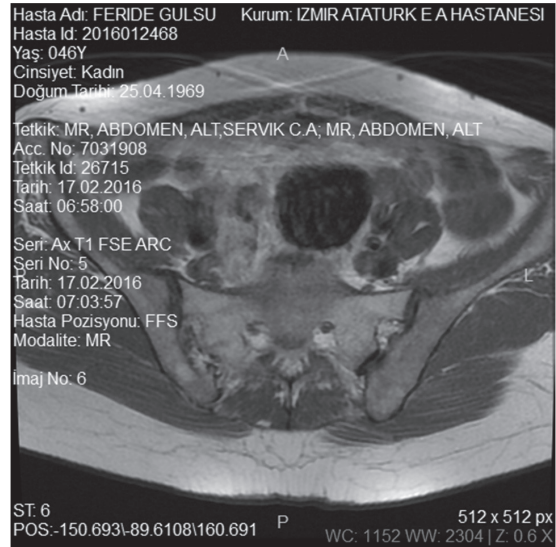
Olgu

2 epizyotomili vajinal doğumu olan 46 yaşındaki kadın hastada 1 yıldır disparoni, vajinal dolgunluk hissi, ele gelen vajinal kitle şikayetiyle İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine başvurdu. Hastanın spekulum muayenesinde vajen sol yan duvardan kaynaklanan yaklaşık 6 cm boyutlu kitle vajeni doldurmaktaydı. Manüel muayenede kitlenin mobil, yüzeyinin düzgün ve posterolateral uzanımlı olduğu görüldü.



Resim 1: Vajinal kistin preop görüntüsü.

Vajinal ultrasonda kitlenin kistik yapıda, septasyon ve papiller uzantısı olmayan, 60*40 mm boyutlarında olduğu görüldü. İstenen MRI raporu " Vajen sol posterolateral duvarından kaynaklanan yaklaşık 33x40x60 mm boyutta, kalın duvarlı iç yapısı T1A hafif hiperintens sinyal nedeni ile yoğun proteinöz içerikli olduğu düşünülen, septa veya solid bileşen içermeyen kistik yer kaplayıcı oluşum görülmektedir. Postkontrast kesitlerde kist duvarında hafif derecede çevresel kontrast tutulumu izlenmektedir. Öncelikle Gartner kanal kisti ile uyumlu olabileceği düşünülmüştür." şeklindeydi. Yapılan servikovajinal smear ve endometrial biopsi benigni. Rutinlerinde bir özellik olmayan hastaya vajinal kist eksizyonu ve vajinal rekonstrüksiyon yapıldı. Hasta 2 gün sonra taburcu edildi. Kistin patoloji sonucu vajinal skuamoz inklüzyon kisti olarak gelmiştir.



Resim 2: Kistin T1A aksial kesit görüntüsü.

Tartışma

Asemptomatik vajinal kistler sadece aralıklı muayene ile izlenmelidir. Kist eksizyonu sırasında özellikle inferior rektal arter ile mesane ve rektum yaralanma riski varlığı nedeniyle sadece semptomatik ve büyük kistlere cerrahi olarak müdahale edilmelidir.

Vajinal kistler cerrahi öncesi komşu dokularla ilişkisi açısından çeşitli görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmelidir. Vajinal kistlerin preop görüntüleme yöntemleri hakkında literatürde henüz fikir birliği olmamasına rağmen MRI genelde iyi bir pelvik anatomik görüntü olanağı sağlar.(5) Bununla birlikte bizim sunduğumuz olguda kist, Gartner kanal kisti lehine yorumlanmıştır. MRI vajinal kistlerin lokalizasyonunu, çevre dokularla ilişkisini belirlemek için kullanışlıdır ancak, vajinal muayene kitle orijinini belirlemede hala önemini korumaktadır.

Kaynaklar

1. Smith RP, Netter FH (2002) *Netter's obstetrics, gynecology and women's health, 1st edn. Icon Learning Systems, Teterbono.*
2. Paradhan S, Tobon H (1986) *Vaginal cyst: a clinicopathological study of 41 cases. Int J Gynecol Pathol 5: 35-46.*
3. Kondi-Pafiti A, Grapsa D *Clin Exp Obstet Gynecol 2008;35:41-44*
4. Çiçek M.N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. (2006) *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2.Basım İstanbul.*
5. Cil AP, Basar MM, Kara SA, Atasoy P (2008) *Diagnosis and management of vaginal mullerian cyst in a virgin patient. Int urogynecol of pelvic floor dysfunct 19:735-737*

Erden Erol ÜNLÜER

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği,
Karabağlar- İZMİR

Yazışma Adresi: Erden Erol ÜNLÜER
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği,
Karabağlar- İZMİR
e-mail: erolenderun@yahoo.com

Geliş Tarihi: 31.12.15

Kabul Tarihi: 09.02.16

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ
Cilt: 54 Sayı: 1 Nisan 2016
Medical Journal of Aegean Clinics
Vol: 54 No: 1 April 2016

Çölyak Hastalığı İlişkili Antikorlar ve Psöriyazis İlişkisi

The association between Coeliac disease-related antibodies and Psoriasis

Öz

Psoriasis, iyi sınırlı eritematöz plaklarla karakterize olan ve toplumun yaklaşık %2'sini etkileyen, patogenezinde hem genetik, hem immün, hem de çevresel faktörlerin rol aldığı kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Psoriasis hastalarında, normal popülasyona oranla daha sık olarak otoimmün hastalıklar görülmektedir. Çölyak Hastalığı ve psoriasis, ortak bazı genetik ve immünolojik mekanizmaları paylaşmaktadırlar. Biz bu çalışmamızda, Çölyak Hastalığı, Çölyak Hastalığı ilişkili antikorlar ve psoriasis ilişkisini irdeleyen çalışmaları tarayarak güncel bilimsel verileri derledik.

Anahtar Kelimeler Psoriasis; Çölyak Hastalığı; Çölyak Hastalığı ilişkili antikorlar.

Abstract

Psoriasis is a chronic inflammatory disease affecting about 2% of the population characterized by well-demarcated, erythematous plaques which has genetic, environmental and immunologic factors played role in pathogenesis. Psoriasis patients have been shown to have a higher prevalence of other autoimmune diseases. Psoriasis and Coeliac disease share some common genetic and immunologic mechanisms. In this article, we have searched the papers which scrutinized the association between Coeliac disease, Coeliac disease-related antibodies and psoriasis and reviewed current literature.

Keywords: Psoriasis; Coeliac disease; Coeliac disease-related antibodies.

Giriş

Psoriasis, iyi sınırlı eritematöz plaklarla karakterize olan ve toplumun yaklaşık %2'sini etkileyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır (1,2). Patogenezinde hem genetik, hem immün, hem de çevresel faktörlerin rol aldığı düşünülmektedir. En önemli bileşen, genetik faktörlerdir. 6p21 kromozomunda bulunan PSORS-1 geninin hastalığın gelişiminde en önemli rolü oynadığı düşünülmektedir (3). Psoriasisın, T hücrelerin ana rolü oynadığı ve IFN- γ ve TNF- α 'nın pro-inflamatuvar sitokinler olarak rol aldığı bir hastalık olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca, son yapılan çalışmalarla, IL-17'nin de patogenezinde önemli bir rolü olduğu bulunmuştur (4). Psoriasis hastalarında, normal popülasyona oranla daha sık olarak otoimmün hastalıklar görülmektedir.

Wu ve arkadaşlarının yakın zamanda yaptıkları bir çalışmada 25341 psoriasis hastasının tıbbi kayıtları incelenmiş ve psoriasis başka 14 değişik otoimmün hastalıkla sık birliktelik gösterdiği saptanmıştır (5). Bu birlikteliğin nedeninin bu hastalıklarla psoriasis benzer genetik veya immün anormallikleri paylaşmasının olabileceği düşünülmektedir (6-8).

Psoriasis ve Çölyak Hastalığı birlikteliği, daha yeni bir araştırma alanıdır. Çölyak hastalığı, incebarsağın mukozal inflamasyon, villöz atrofi ve kript hiperplazisi ile karakterize bir hastalıktır. Bu inflamatuvar yanıt, diyetdeki gluten maruziyeti nedeni ile oluşmaktadır. IgA doku transglutaminaz antikoru (IgA tTG), IgA endomysial antikor (IgA EMA), IgA antigliadin antikor (IgA AGA) ve IgG antigliadin antikor (IgG AGA), Çölyak hastalığı tanısında en sık kullanılan markerlardır (9-11).

Biz bu çalışmamızda, Çölyak hastalığı ve psoriasis ilişkisini ve psoriasis hastalarında Çölyak hastalığı ilişkili antikorların varlığını konu alan çalışmaları derledik.

Metod

Literatür, Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) yardımı ile ve “psoriasis”, “celiac disease”, “celiac sprue” ve “gluten” anahtar kelimeleri kullanılarak taranmıştır. Sadece İngilizce yayınlanan orjinal makale türündeki çalışmalar derlemeye alınmıştır.

Sonuçlar

28 çalışma derlememize alınmış ve incelenmiştir. Birkaç çalışmada psoriasis hastalarında Çölyak Hastalığı riskinin arttığı bulunmuştur. 25341 psoriasis hastası ile 125000 normal kontrol hastasının karşılaştırıldığı bir çalışmada psoriasis ve Çölyak Hastalığı ilişkisi için odds oranı 2.2 olarak bulunmuştur (5). Benzer biçimde, 12502 psoriasis hastası ile 24285 kontrol hastasını karşılaştıran bir çalışmada psoriasis hastalarında Çölyak Hastalığı prevalansı %0,29 olarak bulunmuştur, oysa kontrol grubunda bu prevalans %0,11’dir, bu da 2.73’lük bir odds oranına tekabül etmektedir (12). Bunun tersi bir ilişkinin varlığı da araştırılmış ve yapılan bir çalışmada Çölyak hastalarında psoriasis hastalığı gelişme riski için oran 1.72 olarak bulunmuştur.

Psoriasis hastalarında Çölyak hastalığı markerlarını araştırarak çalışmalara baktığımızda, yedi çalışmanın bu iki değişken arasında anlamlı ilişki bulunduğunu görüyoruz. Ojetti ve arkadaşları, 92 ardışık Psoriasis hastasını 90 hastadan oluşan kontrol grubu ile karşılaştırdıkları çalışmalarında 4 hastada (%4.3) IgA EMA varlığını bulmuşlar ve bu hastalarda yapılan incebarsak biyopsileri de villöz atrofi varlığını göstermiştir;

oysa kontrol grubunda hiçbir hastada böyle bir antikor varlığı saptanmamıştır (13). İsveçte yapılan bir çalışmada da, 302 psoriasis hastası ile 99 hastalık kontrol grubu karşılaştırılmış ve psoriasis grubunda IgA AGA seviyeleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (14). Türkiye, Mısır, Polonya ve Hindistanda yapılan diğer 4 çalışma da psoriasis hastalarındaki IgA AGA seviyelerinin anlamlı oranda yüksek olduğunu bulmuştur (15-18). Yine başka bir çalışmada ise psoriasis hastalarında malabsorbsiyon oranını %60 olarak bulmuştur, oysa kontrol grubunda bu oran %3’tür (19). psoriasis hastalarında Antigliadin antikor seviyeleri 2 çalışmada incelenmiş fakat anlamlı bir yükseklik saptanmamıştır (20,21).

Psoriasis hastalığının ciddiyet derecesi ile Çölyak Hastalığı antikorları varlığı arasında bir ilişki olup olmadığı da yapılan araştırmalara konu olmuştur. İki çalışmada, Çölyak Hastalığı antikorları ile psoriasis ve psöriyatik artritin ciddiyeti arasında korelasyon saptanmıştır (22,23). İlk çalışmada 130 psoriasis hastası incelenmiş ve Çölyak Hastalığı antikorları taşıyan hastaların daha fazla sistemik immünsüpresan tedaviye ihtiyaç duydukları bulunmuştur (22). Diğer çalışmada ise, yüksek seviyede IgA AGA bulunan hastalarda, düşük seviyede bulunanlara oranla eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein seviyelerinin daha fazla olduğu ve sabah sertliğinin daha uzun sürdüğü bulunmuştur (23).

Bir başka araştırma konusu da, psoriasis tedavisinde glutensiz diyetin yararı olup olmadığıdır. Yapılan bir çalışmada, yüksek seviyede IgA AGA bulunan 33 psoriasis hastasında 3 ay süre ile glutensiz diyet uygulanmıştır. Hastaların %73’ünde psoriasis ciddiyetinde gerileme saptanmıştır (24). Yüksek seviyede IgA AGA bulunan 28 hastayı içeren başka bir çalışmada ise, glutensiz diyet sonrasında doku transglutaminaz seviyesinde azalma olmuştur (25). Bu ve buna benzer çalışmalar ile varılabilecek sonuç, yüksek seviyede Çölyak hastalığı ilişkili antikor saptanan psoriasis hastalarında glutensiz diyetin psoriasis ciddiyetinde azalmaya neden olacağıdır.

Tartışma

Psoriasis hastalarında eşlik eden başka otoimmün hastalıkların da sıklıkla varlığı konusunda giderek daha fazla kanıt bulunmaktadır (5,6). Bu hastalarda Çölyak hastalığı riski de normal kişilere göre 2,2 kat artmıştır (5). Eşlik eden aşikar Çölyak hastalığı olmasa bile, yüksek seviyede IgA AGA bulunan psoriasis hastalarında glutensiz diyetin klinik olarak hastada faydalı olması, ilginç bir bulgudur (24,25). Bu çalışmalar ışığında, psoriasis hastalarında gluten sensitivitesini

gösteren ishal, aşırı gaz, halsizlik ve demir eksikliği anemisi gibi bulguların varlığının sorgulanması önerilebilir. Bu belirtilerin saptandığı hastalar, Çölyak hastalığı ilişkili antikorların varlığı açısından taranmalıdır. Antikor pozitifliği bulunan olgulara glutensiz diyet önerilerek bu diyetin hastalıklarının seyrine olumlu katkıları açısından takip edilmelidir.

Psoriasis ve Çölyak Hastalığı, patogeneizlerinde aynı biyolojik mekanizmaları paylaşıyor olabilirler. Yapılan araştırmalar, her iki hastalıkta da immün yanıtı regüle eden genlerde değişiklikler olduğunu göstermiştir. Hem psoriasis, hem de Çölyak Hastalığında ortak olarak T-helper 1, T-helper 17 ve gamma-delta T hücreleri ortak olarak etkilenmektedir (26-28). Yine her iki hastalıkta ortak olarak intestinal geçirgenlikte artış olduğu bildirilmiştir (29,30). Skavland ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, psoriasis hastalarının bir kısmında belli bazı buğday antijenlerinin immün yanıtı tetiklediğini ve bu hastaların glutensiz diyetten fayda görebileceklerini belirtmişlerdir (31).

Sonuç

Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, psoriasis, Çölyak Hastalığı ve Çölyak Hastalığı markerları arasında bir bağ olduğunu göstermektedir. Bazı psoriasis hastalarının glutensiz diyetten fayda görebileceği bu çalışmalardan anlaşılmaktadır. Bu nedenle, klinisyenlerin psoriasis hastalarını değerlendirirken mutlaka Çölyak Hastalığına dair semptomları da sorgulamaları ve semptomları olan hastalarda Çölyak Hastalığı markerlarını aramaları faydalı olacaktır.

Referanslar:

- 1- Bhatia BK, Millsop JW, Debbaneh M, Koo J, Linos E, Liao W. Diet and psoriasis, part II: celiac disease and role of a gluten-free diet. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71:350-8.
- 2- Elder JT, Bruce AT, Gudjonsson JE, et al. Molecular dissection of psoriasis: integrating genetics and biology. *J Invest Dermatol.* 2010;130:1213-26.
- 3- Veal CD, Capon F, Allen MH, et al. Family-based analysis using a dense single-nucleotide polymorphism-based map defines genetic variation at PSORS1, the major psoriasis-susceptibility locus. *Am J Hum Genet.* 2002;71:554-64.
- 4- Lowes MA, Kikuchi T, Fuentes-Duculan J, et al. Psoriasis vulgaris lesions contain discrete populations of Th1 and Th17 T cells. *J Invest Dermatol.* 2008;128:1207-11.
- 5- Wu JJ, Nguyen TU, Poon KY, Herrinton LJ. The association of psoriasis with autoimmune diseases. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67:924-30.
- 6- Makredes M, Robinson D, Bala M, Kimball AB. The burden of autoimmune disease: a comparison of prevalence ratios in patients with psoriatic arthritis and psoriasis. *J*

Am Acad Dermatol. 2009;61:405-10.

7- Davidson A, Diamond B. Autoimmune diseases. *N Engl J Med.* 2001;345:340-50.

8- Cotsapas C, Voight BF, Rossin E, et al. Pervasive sharing of genetic effects in autoimmune disease. *PLoS Genet.* 2011;7:e1002254.

9- Grodzinsky E, Hed J, Skogh T. IgA antiendomysium antibodies have a high positive predictive value for celiac disease in asymptomatic patients. *Allergy.* 1994;49:593-7.

10- Kelly CP, Feighery CF, Gallagher RB, Gibney MJ, Weir DG. Mucosal and systemic IgA antigliadin antibody in celiac disease. Contrasting patterns of response in serum, saliva, and intestinal secretions. *Dig Dis Sci.* 1991;36:743-51.

11- Hopper AD, Hadjivassiliou M, Hurlstone DP, et al. What is the role of serologic testing in celiac disease? A prospective, biopsy-confirmed study with economic analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008;6:314-20.

12- Birkenfeld S, Dreier J, Weitzman D, Cohen AD. Celiac disease associated with psoriasis. *Br J Dermatol.* 2009;161:1331-4.

13- Ojetti V, Aguilar Sanchez J, Guerriero C, et al. High prevalence of celiac disease in psoriasis. *Am J Gastroenterol.* 2003;98:2574-5.

14- Michaelsson G, Gerden B, Ottosson M, et al. Patients with psoriasis often have increased serum levels of IgA antibodies to gliadin. *Br J Dermatol.* 1993;129:667-73.

15- Akbulut S, Gur G, Topal F, et al. Coeliac disease-associated antibodies in psoriasis. *Annals of dermatology.* 2013;25:298-303.

16- Nagui N, El Nabarawy E, Mahgoub D, Mashaly HM, Saad NE, El-Deeb DF. Estimation of (IgA) anti-gliadin, anti-endomysium and tissue transglutaminase in the serum of patients with psoriasis. *Clin Exp Dermatol.* 2011;36:302-4.

17- Damasiewicz-Bodzek A, Wielkoszynski T. Serologic markers of celiac disease in psoriatic patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:1055-61.

18- Singh S, Sonkar GK, Usha, Singh S. Celiac disease-associated antibodies in patients with psoriasis and correlation with HLA Cw6. *Journal of clinical laboratory analysis.* 2010;24:269-72.

19- Ojetti V, De Simone C, Aguilar Sanchez J, et al. Malabsorption in psoriatic patients: cause or consequence? *Scand J Gastroenterol.* 2006;41:1267-71.

20- Sultan SJ, Ahmad QM, Sultan ST. Antigliadin antibodies in psoriasis. *Australas J Dermatol.* 2010;51:238-42.

21- Kia KF, Nair RP, Ike RW, Hiremagalore R, Elder JT, Ellis CN. Prevalence of antigliadin antibodies in patients with psoriasis is not elevated compared with controls. *Am J Clin Dermatol.* 2007;8:301-5.

22- Woo WK, McMillan SA, Watson RG, McCluggage WG, Sloan JM, McMillan JC. Coeliac disease associated antibodies correlate with psoriasis activity. *Br J Dermatol.*

2004;151:891–4.

23- Lindqvist U, Rudsander A, Boström A, Nilsson B, Michaëlsson G. IgA antibodies to gliadin and coeliac disease in psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2002;41:31–7.

24- Michaëlsson G, Gerdén B, Hagforsen E, et al. Psoriasis patients with antibodies to gliadin can be improved by a gluten-free diet. *Br J Dermatol*. 2000;142:44–51.

25- Michaëlsson G, Ahs S, Hammarström I, Lundin IP, Hagforsen E. Gluten-free diet in psoriasis patients with antibodies to gliadin results in decreased expression of tissue transglutaminase and fewer Ki67+ cells in the dermis. *Acta Derm Venereol*. 2003;83:425–9.

26- Leon AJ, Garrote JA, Blanco-Quiros A, et al. Interleukin 18 maintains a long-standing inflammation in coeliac disease patients. *Clinical and experimental immunology*. 2006;146:479–85.

27- Salvati VM, MacDonald TT, Bajaj-Elliott M, et al. Interleukin 18 and associated markers of T helper cell type 1

activity in coeliac disease. *Gut*. 2002;50:186–90.

28- Cianci R, Cammarota G, Frisullo G, et al. Tissue-infiltrating lymphocytes analysis reveals large modifications of the duodenal “immunological niche” in coeliac disease after gluten-free diet. *Clinical and translational gastroenterology*. 2012;3:e28.

29- Humbert P, Bidet A, Treffel P, Drobacheff C, Agache P. Intestinal permeability in patients with psoriasis. *J Dermatol Sci*. 1991;2:324–6.

30- Montalto M, Cuoco L, Ricci R, Maggiano N, Vecchio FM, Gasbarrini G. Immunohistochemical analysis of ZO-1 in the duodenal mucosa of patients with untreated and treated celiac disease. *Digestion*. 2002;65:227–33.

31- Skavland J, Shewry PR, Marsh J, Geisner B, Marcusson JA. In vitro screening for putative psoriasis-specific antigens among wheat proteins and peptides. *Br J Dermatol*. 2012;166:67–73.



EGE KL NİKLERİ TIP DERGİSİ

MEDICAL JOURNAL OF AEGEAN CLINICS

