



EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ

MEDICAL JOURNAL OF AEGEAN CLINICS

Cilt / No: 55

Sayı / No: 1

Nisan / April 2017

İÇİNDEKİLER/ CONTENTS

KLİNİK ÇALIŞMALAR/CLINICAL TRIALS

• Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Maksillofasyal Travma Deneyimlerimiz; Epidemiyolojik Çalışma
Mehmet ALTIPARMAK ve Ark.

• Sezaryen ya da Normal Spontan Doğum Yapan Primiparlarda Doğum Deneyiminin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi
Seçil HÜR ve Ark.

• Acil Kolorektal Cerrahi de Cerrahi Alan Enfeksiyonu İçin Risk Faktörleri: Retrospektif Analiz
Turan ACAR ve Ark.

• Gebelerde Glikoz İntoleransının Yenidoğan Doğum Ağırlığı Üzerine Etkisi
Yıldız AKDAŞ ve Ark.

• The Knowledge and Practices of Turkish Mothers on Newborn Jaundice
Selda SİVASLIOĞLU ve Ark.

OLGU SUNUMLARI/ CASE REPORTS

• Successful Extirpation Of Icd Lead And Its Vegetations With Inflow Occlusion Technique Developing In A Hypertrophic Non-Obstructive Cardiomyopathy Case Secondary To Infective Endocarditis
Ali GÜRBÜZ ve Ark.

• Boru Otu Zehirlenmesi: Bir Olgu Sunumu
Gülseda DEDE ve Ark.

• İntravezikal Mesh Erozyonunda Endoskopik Tedavi: İki Olgu Sunumu
Alper Cihat ERDAL ve Ark.

• Şizofreni Hastasında Rektum Perforasyonu: Yanıltıcı Anamnez, İntraoperatif Tanı
Serkan KARAIŞLI ve Ark.

• İnhalasyon Yolu ile Kronik Toluen Kötüye Kullanımı: Kraniyal Manyetik Rezonans Görüntüleme Bulguları
Tuğçe MENGİ ve Ark.

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ

THE MEDICAL JOURNAL OF AEGEAN CLINICS

Baş Editör / Editor-in-chief

Prof. Dr. A. Akın SİVASLIOĞLU

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

Yardımcı Editör / Associate Editor

Doç. Dr. K. Erdinç KAMER

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

İngilizce Dil Editörü/ English Language Editor

Doç.Dr. Gonca Gül BURAL

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nükleer Tıp Polikliniği

İstatistik Editörü/Statistical Editor

Prof. Dr. Eray ÇALIŞKAN

VM Kocaeli Medical Park Hastanesi

«EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİMİZ HAKEMLİ BİR DERGİDİR»

DANIŞMA KURULU/ADVISORY BOARD

Uzm. Dr. Gökhan AFACAN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast. Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji

Prof. Dr. Murat AKSUN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Prof. Dr. Cezmi AKKIN- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Göz ABD

Prof. Dr. Galip AKHAN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Nöroloji Kliniği

Prof. Dr. Enver ALTAS- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., KBB Kliniği

Prof. Dr. Özgür ASLAN- Dokuz Eylül Ünv. Hastanesi, Kardiyoloji ABD

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

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

Uzm. Dr. H. Mücahit ATALAY- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Nükleer Tıp

Doç. Dr. Çetin AYDIN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast. Kadın Doğum Kliniği

Doç. Dr. Uğur BALCI- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast. Üroloji Kliniği

Uzm. Dr. İlgi BİLGİN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Dermatoloji Kliniği

Doç. Dr. Yeşim BECKMANN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Nöroloji Kliniği

Prof. Dr. Murat BOZKURT- Yıldırım Beyazıt Ünv. Ortopedi ve Trav. ABD

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

Doç. Dr. Abdullah Erdem CANDA- Ankara Atatürk Eğt. ve Arast. Hastanesi Üroloji Kliniği

Prof. Dr. Fulya ÇAKALGAOĞLU- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Patoloji Laboratuvarı

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

Yrd. Doç. Dr. Gülay OYUR ÇELİK- I.K.Ç. Ünv. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Bölümü

Doç. Dr. Mehmet ÇELEBİSOY- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Nöroloji Kliniği

Prof. Dr. Candan ÇİÇEK- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Mikrobiyoloji ABD

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

Doç. Dr. Çetin DİNÇEL- Bozuyuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

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

Prof. Dr. Oktay ERGENE- Dokuz Eylül Ünv. Hastanesi, Kardiyoloji ABD

Yrd. Doç. Dr. Nazile ERTÜRK- Muğla Sıtkı Koçman Ünv., Çocuk Cerrahisi ABD

Doç. Dr. Leyla GÜLEREN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Psikiyatri Kliniği

Doç. Dr. Soner GÜRİSOY- Dr. Suat Seren Göğüs Hast. Cer. Eğt. Ve Arast. Hastanesi, Göğüs Cer. Kliniği

Prof. Dr. Rezzan GÜNAYDIN- MedicalPark Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Mehmet HACIYANLI- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Genel Cerrahi Kliniği Kliniği

Prof. Dr. Mine HEKİMGİLİ- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji ABD

Uzm. Dr. Arif KARAGÖZ- İzmir Bozuyuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp

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

Prof. Dr. Ali KARAKUZU- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Dermatoloji Kliniği

Doç. Dr. Pelin KARTAL DURMAZLAR- S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğt. ve Arast. Hast., Dermatoloji Kliniği

Doç. Dr. Mustafa KARACELİK- İzmir Dr. Behçet Çiz Çocuk Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi

Doç. Dr. Kaan KATIRCIOĞLU- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Anesteziyoloji Reanimasyon Kliniği

Doç. Dr. Uğur KOCA- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast. Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD

Prof. Dr. Gülnehal KUTLU- Muğla Sıtkı Koçman Ünv., Nöroloji ABD

Prof. Dr. Mehmet KÖSEKAYA- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Biyokimya Laboratuvarı

Prof. Dr. Mehmet KIZILKAYA- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Prof. Dr. Yakup KUMTEPE- Erzurum Atatürk Ünv., Kadın Doğum Kliniği

Doç. Dr. Levent METE- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Psikiyatri Kliniği

Prof. Dr. Mustafa NİŞANCI- Muğla Sıtkı Koçman Ünv., Plastik Cerrahi Kliniği

Prof. Dr. Orhan OYAR- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Radyoloji

Yrd. Doç. Dr. Ali ÖLMEZOĞLU- Celal Bayar Ünv. Tıp Fakültesi Radyasyon Onkoloji

Prof. Dr. F. Esra ÖZER- Muğla Sıtkı Koçman Ünv. Neonatoloji Kliniği

Prof. Dr. Behzat ÖZKAN- İstanbul Medeniyet Ünv., Çocuk Endokrinoloji

Dr. Cem PEŞKERSOY- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Diş Hekimliği Fakültesi

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

Prof. Dr. Ercan PINAR- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., KBB Kliniği

Doç. Dr. Hüsnü PULLUKÇU- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hast. ABD

Prof. Dr. Sülen SARIOĞLU- Dokuz Eylül Ünv. Hastanesi, Patoloji ABD

Prof. Dr. İbrahim Muhiittin ŞENER- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Ortopedi Kliniği

Uzm. Dr. Atilla ŞENCAN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Doç. Dr. Ercüment TARCAN- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Genel Cerrahi Kliniği

Op. Dr. Bekir TATAR- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., KBB Kliniği

Doç. Dr. Fatma TATAR- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Genel Cerrahi Kliniği

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

Doç. Dr. Cengiz TAVUSBAŞI- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Genel Cerrahi Kliniği

Doç. Dr. Nesrin TÜRKER- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Intanji Kliniği

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

Uzm. Dr. Serap URAL- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Enfeksiyon Hast. Kliniği

Prof. Dr. Mehmet UĞURLU- Yıldırım Beyazıt Ünv., Aile Hekimliği ABD

Op. Dr. Dilek UYSAL- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Kadın Doğum Kliniği

Prof. Dr. Erden Erol ÜNLÜER- Uşak Ünv. A.E.A. Hast., Acil Tıp ABD

Prof. Dr. İdil ÜNAL- Ege Ünv. Tıp Fakültesi Hast., Deri ve Zihrevi Hast. ABD

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

Doç. Dr. Ayşın YILDIZ- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Kadın Doğum Kliniği

Doç. Dr. Seyran YİĞİT- I.K.Ç. Ünv. A.E.A. Hast., Patoloji Laboratuvarı

Prof. Dr. Levent YOLERİ- Celal Bayar Ünv., Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD

Doç. 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. İlgi BİLGİN

Dernek Başkanı
Chairman of the society

Sorumlu Müdür /Director in charge

Dr. A.Akın SİVASLIOĞU

Dergimizin Amacı:

Akademik Çalışmaların Tüm Hekimlere
Duyurulması

Dergimizin Kapsamı:

Tüm Klinik Ve Temel Tıp Bilimleri

Yönetim Adresi/

Administration address

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

Dergi Sekreterliği/Secretary

Aslı GİRİT

4 ayda bir olmak üzere yılda
3 sayı yayınlanır.

Dergi basım ayları

Nisan, Ağustos ve Aralık' ır.

The periodical is published
three times in a year. The
printing months are April,
August and December

Dergimizin 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



T.C.
TÜRKİYE BİLİMSEL VE TEKNOLOJİK ARAŞTIRMA KURUMU BAŞKANLIĞI
Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi Müdürlüğü



Sayı : 88171678-708.99-E.56390
Konu : Tıp Veri Tabanı

03/03/2017

EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ EDİTÖRLÜĞÜ'NE,

TÜBİTAK ULAKBİM Tıp Veri Tabanı kapsamında yer alması istemiyle Tıp Veri Tabanı Komitesi'ne göndermiş olduğunuz derginiz, Komitenin 17.02.2017 tarih, 144 sayılı toplantısında "Dergi değerlendirme kriterleri" doğrultusunda yıllık bazda değerlendirilmiş ve 2016 yılının dizinlenmesi uygun bulunmuştur.

Sayın Meslektaşım;

Dergimiz TÜBİTAK ULAKBİM Tıp Veri Tabanı'nda dizinlenilmeye başlamıştır. Bu başarıda emeği geçen tüm meslektaşlarıma; desteğini hiç esirgemeyen İzmir Hastanelerine Yardım ve Bilimsel Araştırmaları Teşvik Derneği Başkanı Uzm. Dr. İlgül BİLGİN'e ve dergi yazışmalarını büyük bir başarıyla götüren sekreterimiz Aslı GİRİT'e teşekkür ediyorum. Yeni hedefimiz Ege Klinikleri Tıp Dergisi'ni uluslararası alanda saygın bir tıp dergisine dönüştürmektir. Bu süreci gerçekleştirecek azim ve bilimsel bilgi birikimine sahip olduğumuza inanıyorum. Sağlıkla kalın...

Prof. Dr. A. Akın SİVASLIOĞLU
Baş editör

Dear Colleague;

Our journal has started to be indexed in the TÜBİTAK ULAKBİM Medicine Database. I would like to thank all of colleagues who have taken part at this success as well as Dr.İlgül BİLGİN, the chairman of the Society of aid to Hospitals of İzmir and Fosterage of Scientific Investigations, for her outstanding support and Aslı GİRİT, the secretary of the journal, for her excellent efforts in the journal's correspondance.

Our new goal has been set at transforming the Medical Journal Of Aegean Clinics into a prestigious international medical journal. I do believe that we have enough ambition and scientific knowhow in order to meet this target.

Prof. Dr. A. Akın SİVASLIOĞLU
Editor-in-chief

YAZARLARA YÖNERGELER

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 bildirmelidirler.

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.

İSTATİSTİKSEL 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 6'yı, kaynak sayısı ise 5'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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dergi makaleleri için örnek

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

Komite veya yazar grupları için örnek

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

Kitaptan konu için örnek

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

Kitap için örnek

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

İLETİŞİM

Doç.Dr. A.Akın SİVASLIOĞLU

Editör

İzmir Hastanelerine Yardım ve Bilimsel

Araştırmaları Teşvik Derneği

Yeşilyurt/ İZMİR

Tel: 0232 244 34 38

E-mail. idhdergi@yahoo.com

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

GENERAL INFORMATION

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

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

SCIENTIFIC RESPONSIBILITY

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

ETHICAL RESPONSIBILITY

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

STATISTICAL EVALUATION

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

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

LANGUAGE

The official languages of the Journal are Turkish and English.

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

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

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

COPYRIGHT STATEMENT

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

ARTICLE TYPES

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

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

Case Reports: The Journal publishes significant case reports related to the every aspect of medicine. The number of authors should not exceed 6 in the case reports.

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 idhdergi@yahoo.com

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

Title Page: On the title page provide the complete title and a running title (not to exceed 55 characters and spaces). List each contributor's name and institu-

tional 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 photographs 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, İzmir/TURKEY

Tel: 0 232 244 34 38

e-mail: idhdergi@yahoo.com

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

KLİNİK ÇALIŞMALAR/CLINICAL TRIALS

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, 9

Maksillofasyal Travma Deneyimlerimiz; Epidemiyolojik Çalışma

Our Experiences in Management of Maxillofacial Traumas at the

Hospital of Muğla Sıtkı Koçman University

Mehmet ALTIPARMAK, Mehmet Levent PEKTAŞ, Şükrü KASAP, Mustafa NİŞANCI

Sezaryen ya da Normal Spontan Doğum Yapan Primiparlarda Doğum 14

Deneyiminin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi

The Effect of the Cesarean or Normal Spontaneous Delivery

Experience on Postpartum Quality of Life in Primiparae

Seçil HÜR, Nurdan DEMİRCİ

Acil Kolorektal Cerrahi de Cerrahi Alan Enfeksiyonu İçin Risk Faktörleri: Retrospektif Analiz 20

Risk Factors for Surgical Site Infection in Emergency Colorectal Surgery: A Retrospective Analysis

Turan ACAR, Nihan ACAR, Mehmet HACİYANLI, Kemal ATAHAN,

Erdoğan KAMER, Hüda GENÇ

Gebelerde Glikoz İntoleransının Yenidoğan Doğum Ağırlığı Üzerine Etkisi 24

The Effect of Maternal Glucose Intolerance on Neonatal Birth Weight

Yıldız AKDAŞ, Funda SALGÜR, Gülşah DAĞDEVİREN, Gülhan ÇETİNKAYA, Şafak ÖZDEMİRCİ

The Knowledge and Practices of Turkish Mothers on Newborn Jaundice 29

Türk Annelerin Yenidoğan Sarılığı ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları

Selda SİVASLIOĞLU, Hüsnü YÜCEL, Nihal DEMİREL, Ahmet Yağmur BAŞ

OLGU SUNUMLARI/ CASE REPORTS

Successful Extirpation Of ICD Lead And Its Vegetations With Inflow Occlusion Technique..... 33

Developing In A Hypertrophic Non-Obstructive Cardiomyopathy Case Secondary To Infective Endocarditis

Hipertrofik Non- Obstrüktif Kardiyomyopatili Olguda Gelişen İnfektif Endokardite Bağlı ICD

Lead'i ile Üzerindeki Vejetasyonların İnflow Oklüzyon Tekniğiyle Başarılı Ekstirpasyonu

Ali GÜRBÜZ, Ufuk YETKİN, İsmail YÜREKLİ, Murat AKSUN, Tayfun GÖKTOĞAN

Boru Otu Zehirlenmesi: Bir Olgu Sunumu 36

Datura Stramonium Intoxication: A Case Report

Gülseda DEDE, Semra KARAÇAYIR

İntravezikal Mesh Erozyonunda Endoskopik Tedavi: İki Olgu Sunumu 39

Endoscopic Treatment of Intravesical Mesh Erosion: Two Case Reports

Alper Cihat ERDAL, Sıtkı ÜN, Ahmet Selçuk DİNDAR, Osman KÖSE,

Sacit Nuri GÖRGEL, Yüksel YILMAZ

Şizofreni Hastasında Rektum Perforasyonu: Yanıltıcı Anamnez, İntraoperatif Tanı 42

Rectal Perforation in Schizophreniac Patient: Misleading History, İntraoperative

Diagnosis

Serkan KARAIŞLI, İlker KIZILOĞLU, Erdem SARI, Turan ACAR, Mehmet HACIYANLI, Ercüment TARCAN

İnhalasyon Yolu ile Kronik Toluene Kötüye Kullanımı: Kraniyal Manyetik Rezonans 45

Görüntüleme Bulguları

Chronic Toluene Abuse Via Inhalation: Cranial Magnetic Resonance Imaging Findings

Tuğçe MENGİ, Aysel ÇOBAN, Yeşim BECKMANN

Mehmet ALTIPARMAK
Mehmet Levent PEKTAŞ
Şükrü KASAP
Mustafa NİŞANCI

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Yazışma Adresi: Mustafa NİŞANCI
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
E-Mail: drnisanci@gmail.com

Öz

Yüz kemiklerindeki kırıklar ciddi morbidite sebebidir. Maksillofasyal kırıkların sebeplerinin ve hangi tip yüz kırıklarının meydana geldiğinin analiz edilmesi, bu tür travmaların önlenmesinde yol göstericidir. Bu çalışmada Muğla iline ait maksillofasyal kırıkların epidemiyolojisi ortaya konuldu.

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim-Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi bölümünde 2007 Nisan ile 2015 Ağustos arasında maksillofasyal kırık nedeniyle tedavisi yapılan 302 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada hastaların yaşı, cinsiyeti, ameliyatın yılı ve ayı, travmanın etyolojisi, lokalizasyonu ve yaşa göre etyolojik dağılımları, değerlendirilen parametreler arasında yer almaktadır.

Üçyüziki hastadan 255'i erkek, 46'sı kadındı (5,5:1). Yaş aralığına göre en sık 21-30 yaş aralığında (%40) olan hastalar tedavi görmüş. En fazla hasta Temmuz ve Kasım aylarında görülmüş. Etiyolojide en sık araç içi trafik kazaları yer almaktayken bunu, motosiklet kazaları, darp ve düşmeler takip etmektedir. Kırıklar en sık mandibulada (%38,1) görülmüş olup ikinci sırada zigoma (%26,1) ve üçüncü sırada orbita (%15,7) kırıkları kaydedilmiştir. Parasimfiz kırık (%31,8), mandibulanın en sık kırık lokalizasyonu olarak bulunmuş ve bunu angulus (%31,3) ve simfizis (%20,2) izlemiştir. En sık kırık sebebi olan AİTK'larının görülme yaşı ortalama 30,8 olup, en az kırık sebeplerinden olan iş kazasının yaş ortalaması ise 37,6'dır.

Muğla'da motorlu araç kazalarının sıkça meydana gelmesi, bölgenin bu konudaki ciddi alt yapı sorunu ortaya koymaktadır. Bu çalışma, özellikle gençlerde meydana gelen maksillofasyal kırıkların önlenmesi için oluşturulacak programlara bir rehber olabilir.

Anahtar Kelimeler: Maksillofasyal kırıklar, Muğla, Epidemiyolojik çalışma

Abstract

Facial fractures may result in significant morbidities. Analysing the etiological factors and types of maxillofacial fractures, is helpful in prevention of such traumas. This study is undertaken to evaluate the epidemiological analysis of maxillofacial fractures in Muğla region.

The medical records of 302 maxillofacial fracture cases hospitalized in Muğla Sıtkı Koçman University Faculty of Medicine Education and Research Hospital Department of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery between April 2007 and August 2015 were examined. All patients were treated by the same surgeon (MLP). We recorded the distributions of age/gender/year/season, fracture site and cause of injury. Age related etiological distributions of fractures were also evaluated.

Of the 302 patients, 255 were male and 46 were female (5.5:1). Most fractures occurred in individuals between ages 21-30 (40%) and were most prevalent in July and November. In-vehicle traffic accidents were the most common causative factor followed by motorcycle accidents, personal violence and falls. A total of 38.1% patients suffered mandibular fractures, 26.1% had zygomatic and 15.7% had orbital fractures. Regarding the distribution of mandibular fractures, the majority occurred in parasymphysis (31.8%), 31.3% in angulus and 20.2% in symphysis. The mean age of in-vehicle traffic accidents (most common etiological factor) were 30.8 and work related fractures (least common etiological factor) were 37.6.

The causes of maxillofacial fractures within Muğla which is mostly motor vehicle accidents reflect trauma causes as a serious problem. This study can provide a guide for the design of programs for prevention of maxillofacial fractures especially in young individuals.

Keywords: Maxillofacial fractures, Muğla, Epidemiological study

Giriş

Yüz kırıkları doğru tedavi edilmediklerinde ciddi morbidite nedeni olabilirler. Maksillofasyal kırıkların onarımında hedef, yüzü travma öncesindeki estetik görünümüne kavuşturmak veya postravmatik deformite gelişimini önlemek gibi sadece kabul edilebilir bir kozmetik sonuç elde etmek değil, aynı zamanda normoklüzyonun sağlanması gibi fonksiyonel bir restorasyon sağlamaktır. Bu çalışmanın amacı Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'ne başvuran ve tedavi gören maksillofasyal travmalı hastaların epidemiyolojik analizini gerçekleştirmektir. Çalışmamızın diğer bir amacı ise; bölgemizdeki maksillofasyal travmaların özellikle önlenabilir etyolojilerini ortaya koymaktır.

Yüz, sosyal insanın imaj algısını oluşturan en önemli estetik komponent olmasının yanında; çiğneme, solunum, görme ve iletişim gibi çok önemli fonksiyonlara da ev sahipliği yapar. Kısaca yüz; hem kozmetik ve hem de fonksiyonel olarak çok önemli bir anatomik bölgedir. Yüze nazik travmalar, acil cerrahi girişim ge-

rektiren kanama veya solunum yolu obstrüksiyonuna neden olabileceği gibi, doğru tedavi uygulanmadığı takdirde de çiğneme ve görme gibi önemli fonksiyon kayıpları ve estetik deformiteler ile sonuçlanabilir.

Maksillofasyal travmaların etyolojileri, ortaya çıkan kırıkların özelliklerinin ve tiplerinin araştırılması, bu tür travmalardan sonra hastaya yaklaşım ve tedavi için oluşturulacak algoritmalar ve neden oldukları hasarların önlenmesi konusunda alınabilecek tedbirler bakımından yol gösterici olacaktır. Maksillofasyal travmaların epidemiyolojisi, ülkelerin ve bölgelerin coğrafi ve sosyoekonomik özelliklerine göre değişkenlik göstermekte ve alınabilecek önlemleri de bu bölgelerin özgün yapıları belirlemektedir (1). Yüz kırıklarıyla ilgili yapılmış epidemiyolojik çalışmaların çoğunda, artan nüfusa ve motorlu araç kullanımına bağlı olarak kırık tiplerinin basitten, daha komplike olanlara doğru değiştiği görülmektedir. Literatürde, yüz kırıklarında en sık rastlanan etyolojinin araç içi trafik kazaları (AİTK) veya darpların olduğu görülmektedir (2, 3). Sonuçlar, değişken olarak sosyolojik, coğrafi ve mevsimsel özelliklere göre farklılıklar göstermektedir (4).

Bu retrospektif çalışmada, genel olarak Muğla ve çevresinden hasta kabul eden hastanemize, 2007 – 2015 yılları arasındaki 8 yıllık dönemde başvuran maksillofasyal kırıkların epidemiyolojik analizleri gerçekleştirildi ve elde ettiğimiz sonuçlar literatürle karşılaştırıldı.

Gereç ve Yöntemler

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim-Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi bölümüne 2007 Nisan ile 2015 Ağustos arasında maksillofasyal kırık nedeniyle başvuran 351 hastadan, verilerine ulaşılabilen 302 hasta, çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmamız Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Etik Kurulu onayı alınarak gerçekleştirilmiştir. Maksillofasyal travma sonrası, kırığı olup da çalışmaya dahil edilmeme kriterleri; ameliyat edilmeye ihtiyaç olmayan hastalar, patolojik kırıklar, ameliyat edilemeyecek kadar genel durumu kötü olan hastalar, revizyon ameliyatları ve izole burun kırıkları olarak belirlenmiştir.

Çalışmada hastaların yaşı, cinsiyeti, travmanın etyolojisi, kırıkların lokalizasyonu, ameliyat türü ve tarihleri retrospektif olarak incelendi. Elde edilen veriler ile; bölgemizdeki maksillofasyal kırıkların yaşa göre, yıllara ve aylara göre dağılımları çıkarıldı. Kırık etyolojilerinin oranları belirlendi ve etyolojilerin cinsiyete ve yaşa göre dağılımları çıkarıldı. Maksillofasyal travma sonrası oluşan kırıkların anatomik dağılımları ortaya konuldu. Travmanın lokalizasyonu değerlendirilken, birden fazla yüz kırığı olan hastalarda kırık

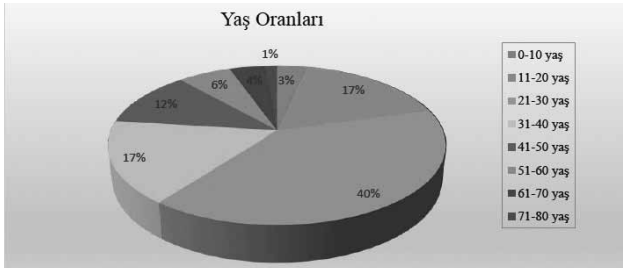
sayısı toplandı. Hastaların yaş dağılımları dekatlar halinde incelendi. Hastanemizde izole nazal kemik fraktürleri Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları bölümü tarafından müdahale edildiğinden çalışma dışı bırakıldı fakat diğer yüz kırıklarıyla birlikte olduğunda değerlendirmeye alındı.

Sonuçlar

1. Yaş ve Cinsiyet dağılımı

Hastalarımızın 255'i erkek, 46'sı kadını (5,5:1). Maksillofasyal kırıklar en sık 21-30 yaşlar (% 40) arasında görülürken en az görülen yaş aralığı 71-80 (%1) arası olmuştur. Yaş oranları Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Maksillofasyal Kırıkların Yaş Oranları



2. Aylık ve Yıllık insidans

Maksillofasyal kırık hastalarının dağılımı yıllara göre çan eğrisi çizmektedir. En fazla kırık onarımlarının 2011 yılında gerçekleştirildiği görülmektedir. Kırıkların yıllara göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Kırık onarımları en sık Kasım ve Temmuz aylarında en az Ocak ve Nisan aylarında gerçekleştirilmiştir.

Tablo 2. Maksillofasyal Kırıkların Yıllık Miktarı
Kırıkların Yıllara Göre Dağılımları



Tablo 3. Maksillofasyal Kırıkların Aylara Göre Dağılımları

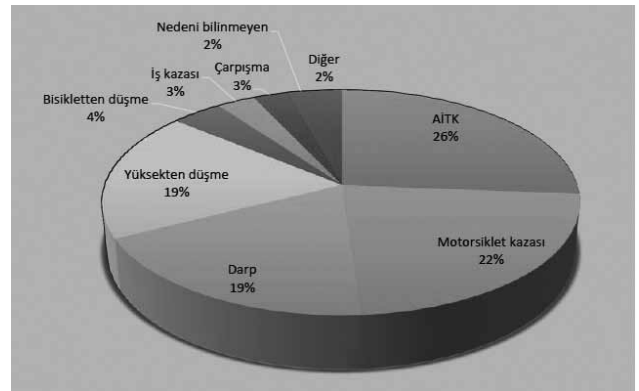


3. Kırık Etiyolojisi

Kırık nedenleri bakımından incelendiğinde en sık araç içi trafik kazalarının (AİTK) olduğu, bunu motorsiklet kazaları, darp ve düşmelerin takip ettiği görülmektedir (Tablo 4). Araç dışı trafik kazalarının (1 tane), kafa ya kapı düşmesi (1 tane), boğa tarafından yaralanma (1 tane) vs. gibi nedenlerin az görülmesinden dolayı "Diğer" kategorisine alınmışlardır. Nedeni bilinmeyen kırıklar ise 7 tanedir.

Erkeklerde en sık kırık sebebi AİTK ve motorsiklet kazası iken, kadınlarda en sık AİTK ve yüksekten düşme-dir. Cinsiyete göre kırık sebeplerinin karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Maksillofasyal Kırıkların Etiyolojileri



Tablo 5. Kırık Etiyolojilerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması



4. Kırık Etiyolojisi ve yaşa göre dağılımı

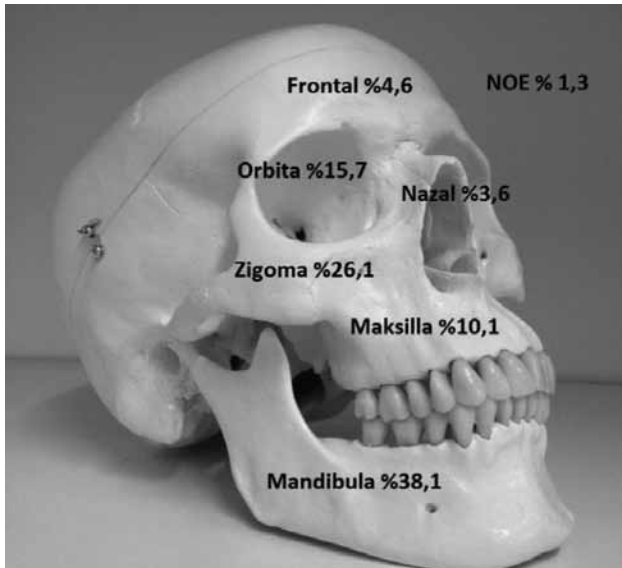
Yüz kırıkları oluşum sebepleri sınıflandırıldı ve hasta yaşlarının ortalaması alındı. Buna göre en sık kırık sebebi olan AİTK'larının görülme yaşı ortalama 30,8 olup, en az kırık sebeplerinden olan iş kazasının yaş ortalaması ise 37,6'dır. Kırık etiyolojilerinin yaş ortalamaları Tablo 6'te görülmektedir.

Tablo 6. Kırık Etiyolojilerinin Yaş Ortalamasına Göre Dağılımı

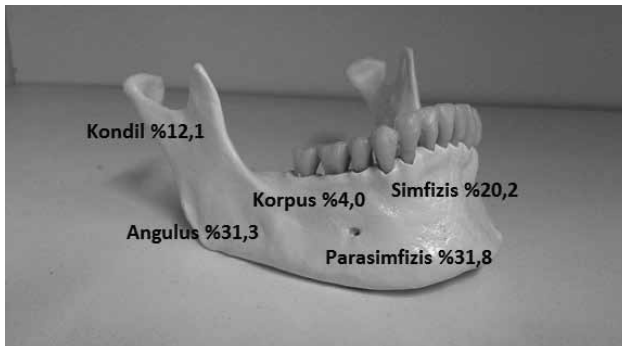


5. Kırıkların anatomik dağılımı

Yüz kırıklarının dağılımına bakıldığında en sık mandibula (%38,1), bunu takiben zigoma (%26,1) ve orbita kırıkları (%15,7) gelmektedir. Kırıkların dağılımları Şekil 1'de gösterilmiştir. Parasimfiz kırık (%31,8), mandibulanın en sık kırık lokalizasyonu olarak bulunmuş ve bunu angulus (%31,3) ve simfizis (%20,2) izlemiştir. Mandibulanın kırık dağılımları Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Yüz Kırıklarının Dağılımı



Şekil 2. Mandibula Kırıklarının Dağılımı

Tartışma

Maksillofasyal travmalardan sonra, uygun tedavi uygulansa bile gelişebilecek postravmatik şekil bozukluğu ve fonksiyon kayıpları, ciddi psikolojik ve sosyolojik problemlere neden olmakta, tedavileri için yapılacak girişimler ise toplum için ciddi bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Her ne kadar etkili ve algoritmik tedavi yaklaşımları iyi sonuçların alınması için önemli olsa da, bu travmaları önleyici tedbirlerin belirlenmesi problemi temelinden çözecek tek yoldur. Epidemiyolojik analizlerin sonuçları ise, bu önleyici tedbirlerin belirlenmesindeki en önemli ve belki de tek rehber olma özelliği taşımaktadır.

Bizim çalışmamızda, erkeklerde maksillofasyal travmanın kadınlara oranla daha fazla olduğu bulundu (E:K=5,5:1). Bu sonuç, literatürde yapılmış yüz kırıkları epidemiyolojik çalışmalarıyla uyumludur (5). Erkeklerin sosyal ortamlarda daha fazla bulunmaları, alkol alma veya araç kullanma oranlarının yüksek olması gibi faktörler bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olabilir. Etnik ve sosyolojik olarak ülkeler arasında erkeklerin ve kadınların özgürlükleri değişse de, erkeklerdeki yüz kırıkları tüm ülkelerin çalışmalarında değişken oranlarda yüksek bulunmuştur. Türkiye'deki çalışmalarda bu oran genellikle 3:1 şeklinde kaydedilmiştir (6-8). Çin'de yapılmış bir çalışmaya göre (5) erkekler en sık motorsiklet, kadınlar da bisiklet kazaları nedeniyle maksillofasyal travmaya maruz kalırlar. Çalışmamızda ise hem erkeklerde hem de kadınlarda AİTK nedeniyle yüz kırıkları onarımı yapılmıştır.

Kırık ortalamasının en yüksek olduğu yaş grubu 21-30 olarak bulundu. Literatürdeki çalışmaların çoğunluğuna göre kırıkların en sık görüldüğü yaş yirmili yaşlardır (8-10). Yüksek sosyal ve fiziksel aktivite nedeniyle en sık kırıklar bu yaş grubunda görülmektedir. Yıllar içerisinde kırık oranları bir "çan eğrisi" çizmekte ve büyük oranda fark görülmemektedir. Bazı çalışmalar bulgularımızı desteklese de (1) çoğu çalışmada yıllar içerisinde bu sayının katlanarak arttığı belirtilmektedir (9, 11). Literatürde görülen hasta sayılarındaki artışın nüfus artışına mı, kırık hastalarının sayısındaki gerçek artışa mı, yoksa hastaların tedavi isteklerindeki artışa mı bağlı olduğu bilinmemektedir. Bu bulguların geçerliliğinin değerlendirilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kırıklar en sık Temmuz ve Kasım aylarında meydana gelmiş ve tedavi edilmişlerdir. Park ve ark.'larının (1) çalışmasına göre maksillofasyal kırıklar en sık Mart, Mayıs ve Ağustos aylarında görülmüştür. Lee ve ark.'ları (12) yüz kırıklarının genelde sosyal aktivitelerin yoğun olduğu zamanlarda ve yaz aylarında meydana geldiğini vurgulamışlardır. Muğla ilinin yaz aylarında artan nüfusu ve motorlu araç kullanımı, maksillofasyal kırıkların artışını açıklayabilir.

Literatürde maksillofasyal kırıkların en sık sebepleri-

nin sırasıyla motorlu araç kazaları, darplar ve düşmelerin olduğu görülmektedir (7, 8). Bu durum, coğrafik, sosyokültürel ve siyasi özelliklere göre değişmektedir. Örneğin darpların sağlık sigortaları tarafından karşılanmadığı Güney Kore’de, düşme, darp, diğer yaralanmalar, spor kazalarından sonra beşinci sırada motorlu araç kazaları gelmektedir (1). Aydın ve ark’larının (7) çalışmasına göre trafik kazaları hem çocuk yaş grubunda hem de erişkin yaş grubundaki maksillofasyal kırıkların en sık sebebidir. Motorlu araç kazaları nedeniyle oluşan yüz kırıkları, Muğla ili ve çevresinde %48 gibi yüksek bir oranda hesaplanmıştır. Özellikle yaz aylarında artan maksillofasyal travmaların bilhassa motorlu araçlar ile meydana gelmesi, bu konuda alınabilecek caydırıcı tedbirlerle azaltılabileceğini düşündürmektedir.

Park ve ark’larının (1) çalışmasına göre orta yüz kırıkları çoğunluğu oluştururken (%86,2), mandibula %12,2 gibi bir oranla ikinci sıradadır. Manodh ve ark’larına[13]göre maksillofasyal kırıklarda en sık mandibula etkilenmiş görülmektedir. Zigoma yandan gelen kuvvete ilk maruz kalan bölge olması sebebiyle bilhassa darplarda sıklıkla kırılmaktadır. Dört eklemnin olmasından dolayı yüzün ortasındaki zayıf noktaların birleşim yeridir. Orbita kırıklarının sık görülmesinin sebebi, buradaki kemiklerin nispeten daha ince ve dayanıklılığının düşük olmasıdır. Mandibulada en sık parasimfizis kırıklarının görülmesi,Türkiye’de yapılmış bazı çalışmalarla (8, 14) örtüşmektedir. Fakat Şakrak ve ark’larına (6) göre mandibulanın en sık kırılan bölgesinin kondil olduğu belirtilmekte, ikinci sırada korpus iken parasimfizis ise en az kırılan bölge olarak gösterilmektedir. Çalışmalarda mandibulanın çeşitli alanlarının farklı yüzdelere kırılmasının sosyo-ekonomik, kültürel ve bölgesel değişikliklere bağlı olduğu yönünde yorumlanabilir. Hatta dağılımlar arasındaki farklılıklar travma merkezlerine göre de değişebilmektedir.

Sonuç

Çalışmamız, Muğla ve çevresini kapsayan bölgede, maksillofasyal kırıkların epidemiyolojisini ortaya koyan ilk retrospektif çalışmadır ve ülkemizdeki nadir demografik verilere kaynak olma niteliğindedir. Motorlu araç kazalarının (özellikle motorsiklet kazalarının) sıkça meydana gelmesi, bölgenin bu konudaki ciddi alt yapı sorunlarıyla karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Alternatif ulaşım yollarının oluşturulması, trafik denetimlerinin belirli aylarda artırılması, korunma yöntemleri konusunda eğitimlerin verilmesi, önleyici tedbirler olarak yüz kırıklarının azaltılmasında yardımcı olabilir. Tedavi yöntemlerinin karşılaştırılması, kask ve kemer kullanımlarının belirlenmesi, maksillofasyal kırıkların devlete maliyetinin araştırıl-

ması ise ileride yapılabilecek çalışmalar arasındadır. Bu çalışmalarla daha spesifik tedbirler ve caydırıcı önlemlerin alınması hedeflenmektedir.

Kaynaklar

1. Park KP, Lim SU, Kim JH, Chun WB, Shin DW, Kim JY, Lee H. Fracture patterns in the maxillofacial region: a four-year retrospective study. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2015;41(6):306-16.
2. Gassner R, Tuli T, Hächl O, Rudisch A, Ulmer H. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 year review of 9,543 cases with 21,067 injuries. *J Craniomaxillofac Surg.* 2003;31(1):51-61.
3. Motamedi MH. An assessment of maxillofacial fractures: a 5-year study of 237 patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61(1):61-4.
4. Epidemiology of maxillofacial injuries in Ontario, Canada. Al-Dajani M, Quiñonez C, Macpherson AK, Clokie C, Azarpazhooh A. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015;73(4):693.e1-9.
5. Zhou HH, Liu Q, Yang RT, Li Z, Li ZB. Maxillofacial Fractures in Women and Men: A 10-Year Retrospective Study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015 ;73(11):2181-8.
6. Şakrak T, Köse A, Karabağlı Y, Elmas İ, Tekgöz A, Çetin C. 232 Maksillofasyal travmalı hastanın geriye dönük analizi ve kliniğimizde uygulanan tedavi protokolleri. *Türk Plast Surg* 2010;18(2): 66-69.
7. Aydın OE, Tan O, Algan S, Kuduban SD, Barin EZ, Cinal H, Sarici M, Avsar U. Maxillofacial fracture experiences: a review of 152 cases. *Eurasian J Med.* 2012;44(3):141-3.
8. Ozkaya O, Turgut G, Kayali MU, Uğurlu K, Kuran I, Baş LA. A retrospective study on the epidemiology and treatment of maxillofacial fractures. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2009;15(3):262-6.
9. Kim HG1, Son YH, Chung IK. Facial Bone Fracture Patients Visiting Pusan National University Hospital in Busan and Yangsan: Trends and Risks. *Maxillofac Plast Reconstr Surg.* 2014;36(4):140-5.
10. de Lucena AL, da Silva Filho GF, de Almeida Pinto Sarmiento TC, de Carvalho SH, Fonseca FR, de Santana Sarmiento DJ. Epidemiological Profile of Facial Fractures and Their Relationship With Clinical-Epidemiological Variables. *J Craniofac Surg.* 2016;27(2):345-9.
11. Jeon EG, Jung DY, Lee JS, Seol GJ, Choi SY, Paeng JY, Kim JW. Maxillofacial Trauma Trends at a Tertiary Care Hospital: A Retrospective Study. *Maxillofac Plast Reconstr Surg.* 2014;36(6):253-8.
12. Lee JH, Mun GH, Bang SI, A clinical and statistical analysis of the facial bone fractures: 7 years survey. *Journal of the Korean Society of Plastic and Reconstructive Surgeons,* 1998. 25(6):1046-1052.
13. Manodh P, Prabhu Shankar D, Pradeep D, Santhosh R, Murugan A. Incidence and patterns of maxillofacial trauma-a retrospective analysis of 3611 patients-anupdate. *Oral Maxillofac Surg.* 2016;20(4):377-383.
14. Eskitaşcıoğlu T, Ozyazgan I, Coruh A, Günay GK, Yontar Y, Altıparmak M. Fractures of the mandible: a 20-year retrospective analysis of 753 patients. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2013;19(4):348-56.

Seçil HÜR*
Nurdan DEMİRCİ**

*Lüleburgaz Devlet Hastanesi Eğitim Birimi
**Marmara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum
ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı

Yazışma Adresi: Seçil HÜR
Kırklareli Lüleburgaz Devlet Hastanesi Eğitim Birimi
E-mail:secilhur0408@gmail.com

Sezaryen ya da Normal Spontan Doğum Yapan Primiparlarda Doğum Deneyiminin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi

The Effect of the Cesarean or Normal Spontaneous Delivery Experience on Postpartum Quality of Life in Primiparae

Öz

Giriş: Araştırma, sezaryen (C/S) ya da normal spontan doğum (NSD) yapan primiparların doğum deneyiminin doğum sonu yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve prospektif olarak planlanmış, İstanbul'da bir hastanede Temmuz-Ekim 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

Gereç ve yöntemler: Yaş, evlilik süresi, ekonomik durum, eğitim düzeyi, gebelik eğitimi alma ve primipar olma kriterlerine uyularak NSD yapan 66, C/S ile doğum yapan 73 anne çalışmaya alınmıştır. İki aşamalı olarak yürütülen araştırmanın ilk aşamasında araştırmaya alınan anneler doğum yaptıktan sonra taburcu olmadan önce; tüm annelere Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ve Doğum Sonu 1. Görüşme Formu, ikinci aşamada ise doğum sonu 4.-6.haftalar arasında telefonla görüşme yöntemiyle Doğum Sonu 2. Görüşme Formu, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği(DSYÖ) ve Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği(EDSDÖ) uygulanmıştır. Veriler SPSS.20 paket programıyla, Student t-test, ki-kare, Mann-Whitney U Testi, ANOVA, Pearson korelasyon analizi yöntemleriyle analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmanın sonucunda NSD grubundaki annelerin DSYÖ toplam puan ortalaması 23.44 ± 4.02 , C/S grubunda ise 21.19 ± 3.65 olarak saptanmıştır. Bebeğinde sağlık ve emzirme sorunu olmayan, bebeği kilo alan ve sadece anne sütü ile besleyen, gaz sancısı olmayan annenin ve bebeğin uykusu iyi olan ve evde desteği olan NSD grubundaki annelerin DSYÖ toplam puan ortalamaları, C/S grubundaki annelere göre daha yüksek bulunmuştur. EDSDÖ'ne göre NSD grubunda %83.3'ünde, C/S grubundaki annelerin ise %71.2'sinde depresyon riski olmadığı bulunmuş olup doğum şekli ile depresyon riski açısından anlamlı fark bulunmamıştır. EDSDÖ'ne göre risk düzeyi azaldıkça DSYÖ toplam puan ortalamasının arttığı saptanmıştır.

Sonuç: Doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması, doğum ünitelerinin olumlu doğum deneyimi kazandıracak şekilde düzenlenmesi, emzirmenin erken başlatılması ve desteklenmesi, doğum sonu anneye evde destek sağlanması, annelerde depresyon riskinin erken tespiti önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum deneyimi, doğum sonu depresyon, doğum sonu yaşam kalitesi

Geliş Tarihi: 12.01.16
Kabul Tarihi: 06.02.17

Abstract

Aim: This study was planned as descriptive and prospective research and conducted at a hospital in Istanbul over the period July-October 2013 to evaluate the effect of the Cesarean (C/S) or normal spontaneous delivery (NSD) experience on postpartum quality of life in primipara.

Material and methods: The criteria of age, length of marriage, economic status, level of education, status of receiving prenatal education and being a primipara were considered in recruitment into the study, which was carried out with 66 women who had given birth via NSD and 73 who had undergone C/S. The research was conducted in two stages, where the first stage consisted of obtaining the Informed Voluntary Consent Form and the 1st Postpartum Interview Form from all of the mothers after their delivery but before discharge from the hospital, and the second of telephone interviews with the mothers 4-6 weeks after the birth and the filling out of the 2nd Postpartum Interview Form along with the implementation of the Postpartum Quality of Life Scale (PQOLS) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). The data were analyzed using the SPSS.20 package program, Student's t-test, chi-square test, Mann-Whitney U Test, ANOVA, and Pearson's and Spearman's correlation analysis methods.

Results: The results of the research revealed that the mothers in the NSD group displayed a total mean score of 23.44 ± 4.02 on the PQOLS, while the total mean score of the C/S group was 21.19 ± 3.65 . It was found that the PQOLS total mean scores of the mothers in the NSD group who had no problems with the baby's health or with breastfeeding, whose babies gained weight through exclusive breastfeeding, who had no gas pains and whose infants had no sleep problems, and who received help at home were higher than the scores of the mothers in the C/S group. According to the EPDS, it was observed that 83.3% of the women in the NSD group and 71.2% of those in the C/S group did not display a risk of depression and that there was no significant correlation between the mode of delivery and the risk of depression. The EPDS showed that the lower the level of risk, the higher was the total mean scores on the PQOLS.

Conclusions: Drawn from the study suggest the benefits of expanding the availability of prenatal classes, the organization of maternity units to provide a positive childbirth experience, encouraging and giving an early start to breastfeeding, ensuring postpartum support for the mother at home and early diagnosis of depression risk in mothers.

Keywords: Childbirth experience, postpartum depression, postpartum quality of life

Giriş

Gebelik dönemi ve doğum olayı, kadın yaşamının en önemli dönemlerinden birini oluşturur. Primipar bir gebenin doğum olayını nasıl deneyimlediği, nasıl algıladığı doğum sonu sürecini iyi geçirmesi açısından önemlidir. Bu süreci etkileyen bir diğer önemli husus ise doğum şeklidir. Doğum şeklinin doğum deneyimi üzerinde etkisi olduğu gibi doğum sonu dönemi de önemli ölçüde etkiler. Kaliteli bir doğum sonu dönem geçirmek, başta anne-bebek etkileşimi olmak üzere, emzirme, bebek beslenmesi, bebek bakımı ve lohusanın ruhsal sağlığı açısından oldukça önemlidir. Doğum fiziksel olduğu kadar emosyonel tepkilerin de geliştiği bir deneyimdir. Bu deneyimin ebeveynler tarafından iyi ya da kötü olarak değerlendirilmesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Doğumun gidişi, süresi, bebeğin pozisyonu gibi fiziksel faktörler, doğum deneyimini etkileyen noktaların sadece bir bölümünü oluşturur. Kültür, doğumdaki beklentiler, destek kişilerin varlığı, aldığı bakım, bilgilendirme, ağrıyla baş etme şekli, doğum üzerindeki kontrol duygusu ve kararlara katılımı, iletişim, ortam, doğuma müdahaleler, erken dönem ebeveyn bebek ilişkisinin sağlanması ve doğum öncesi eğitim alma durumları gibi birçok faktör bu değerlendirmede önemlidir (1). Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından tanımlanmış olup, bireyin kendisini nasıl hissettiği, günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yapabildiğini ifade eden bir kavramdır. Yeni doğum yapan anneler için doğum sonu periyod annenin yaşam kalitesini etkileyen fiziksel, emosyonel ve sosyal değişimler zamanıdır. Anne, bebek ve ailenin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktası olan ve ailenin yaşamında kısa bir periyodu içeren doğum sonu dönem ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlerin meydana geldiği bir geçiş dönemidir. Bu dönemde annenin hem fizyolojik hem de psikolojik olarak gebelik öncesi durumuna dönmesi ve ebeveynlerin bebek bakımı vermesi, bebek için güvenli bir çevre oluşturması, bebekle iletişim kurması, yeni rollerine uyum sağlamaları gerekmektedir. Ortaya çıkan durumla baş edebilmek ve yeni rollere uyum sağlayabilmek için ailenin gebelik döneminden itibaren oldukça iyi hazırlanması ve aile üyelerinin birbirlerine destek olması önemlidir (2,3,4). Yaşam kalitesinin iyileştirilmesine önemli katkıları olan doğum deneyimi için hazırlık, bebeğin doğumu ile sona ermez. Doğum sonu dönem, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu önemli bir dönemdir. Bebeğine, doğum sonu rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve beden imgesindeki değişikliklere uyum yapmak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur (5).

Bu doğrultuda çalışma, C/S ya da NSD yapmış primipar kadınların doğum deneyimlerinin doğum sonu yaşam kalitelerine ve doğum sonu depresyon gelişme riskine etkisini incelemek amacı ile planlandı ve aşağıdaki sorulara yanıt arandı;

Doğum şeklinin doğum sonu yaşam kalitesine etkisi var mıdır?

Doğum sonu depresyon risk düzeyinin doğum sonu yaşam kalitesine etkisi var mıdır?

Doğum deneyiminin doğum sonu yaşam kalitesine etkisi var mıdır?

Gereç ve Yöntemler

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Tanımlayıcı ve prospektif türdeki araştırmanın örneklemini İstanbul'da bir hastanede Temmuz-Ekim 2013 tarihleri arasında doğum yapan, yaş, evlilik süresi, ekonomik durum, eğitim düzeyi, gebelik eğitimi alma, primipar olma ve özgeçmiş sorgulamasında psikolojik bir hastalığı olmaması kriterlerine uyularak NSD yapan 66, C/S ile doğum yapan 73 annenin çalışmaya alınmasıyla oluşturuldu.

Veri Toplama Araçları

Veriler, literatür doğrultusunda geliştirilen ve kadınların demografik özelliklerini içeren NSD Doğum Sonu 1. Görüşme Formu, Sezaryen Doğum Sonu 1. Görüşme Formu, Doğum Sonu Dönem 2. Görüşme Formu, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği –(DSYKÖ) ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği –(EDSDÖ) kullanılarak 2 ayrı görüşme yapılarak toplandı.

Verilerin toplanmasında; ilk görüşmede NSD ile doğum yapan kadınlarda doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde yüzyüze görüşme yöntemiyle NSD Doğum Sonu 1. Görüşme Formu, sezaryenle doğum yapan kadınlarda ise doğumdan sonraki ilk 48 saat içinde Sezaryen Doğum Sonu 1. Görüşme Formu kullanılmıştır. İkinci görüşmedeki veriler; doğumdan sonraki 4.-6. haftalar arasında telefonla görüşme tekniği ile toplanmıştır. Bu görüşmede Doğum Sonu Dönem 2. Görüşme Formu, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği –(DSYKÖ) ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği –(EDSDÖ) kullanılmıştır.

Verilerin analizinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Veriler ortalama $\pm$ std.sapma yada sayı (yüzde) olarak ifade edilmiştir. Tek örneklem Kolmogorov Smirnov test, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Tukey post-hoc test, Student t test, Pearson korelasyon, Spearman korelasyon, kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanılmıştır ve $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden etik kurul onayı ve İs-

tanbul Kuzey Anadolu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden çalışma onayı alınmıştır. Çalışmaya katılan annelerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam alınarak, araştırma esnasında mahremiyet, yarar ve bilgi edinme ilkelerine bağlı kalmıştır.

Bulgular

Buna göre NSD grubundaki annelerin yaş ortalaması 24.3 ± 4.6 , C/S grubundaki annelerin ise 25.3 ± 3.9 olarak saptanmıştır. NSD grubundaki annelerin evlilik süresi ortalamaları 2.0 ± 1.2 , C/S grubundaki annelerin ise 2.1 ± 1.3 'dir. Annelerin % 41.8'i lise mezunu ve % 66.9'unun geliri giderine eşittir. Gruplar arasında yapılan istatistiksel analizde yaş ortalaması, evlilik süresi ortalaması açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Annelerin bebek sahibi olma ile ilgili beklentinin karşılanması, doğuma giderken korkma, doğumda yaşadığı olaylara hakim olma ve beklediğinden daha zor bir doğum yapma konularında gruplar arası anlamlı fark saptanmaz iken ($p > 0.05$), annelerin doğumdan sonra yaşadığı duygulardan memnuniyet, doğum olayını acı verici olarak hatırlama, bebeğini kucağına aldığı zaman haz alma ve doğum şeklinden memnuniyet durumlarında gruplar arası anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Annelerin Doğum Deneyimine İlişkin Verilerin Gruplara Göre Karşılaştırılması

Doğum Deneyimi	NSD Grubu (n:66)		C/S Grubu (n:73)		TOPLAM		İstatistiksel Analiz ve p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Doğuma Giderken (Doğumun Sancı Döneminde) Kendine Güvenme	18	27.3	16	21.9	34	24.5	χ^2 : 2.786 p: 0.248
Hiç Güvenmiyordum	33	50.0	31	42.5	64	46.0	
Biraz Güveniyordum	15	22.7	26	35.6	41	29.5	
Doğumdan hemen sonra Yaşadığı Duygulardan Memnuniyet	5	7.6	16	21.9	21	15.1	χ^2 : 11.209 p: 0.004
Hiç Memnun Değil	17	25.8	28	38.4	45	32.4	
Biraz Memnun	44	66.7	29	39.7	73	52.5	
Doğum Anında Yaşadığı Olaylara Hakim Olma	9	13.6	18	24.7	27	19.4	χ^2 : 4.949 p: 0.084
Hiç Hakim Değildim	37	56.1	28	38.4	65	46.8	
Biraz Hakimdim	20	30.3	27	37.0	47	33.8	
Bebek Sahibi Olma ile ilgili Beklentisinin Karşılanması	2	3.0	2	2.7	4	2.9	χ^2 : 1.795 p: 0.408
Hiç Gerçekleşmedi	11	16.7	19	26.0	30	21.6	
Biraz Gerçekleşti	53	80.3	52	71.2	105	75.5	
Doğumu Acı Verici Olarak Hatırlama	2	3.0	13	17.8	15	10.8	χ^2 : 8.097 p: 0.017
Hiç Acı Verici Değil	25	37.9	26	35.6	51	36.7	
Biraz Acı Verici	39	59.1	34	46.6	73	52.5	
Doğuma Giderken Korkma	17	25.8	21	28.8	38	27.3	χ^2 : 0.246 p: 0.884
Hiç Korkmadım	24	36.4	27	37.0	51	36.7	
Biraz Korktum	25	37.9	25	34.2	50	36.0	
Beklediğinden Zor Bir Doğum Yapma	13	19.7	23	31.5	36	25.9	χ^2 : 4.077 p: 0.13
Hiç Zor Değildi	17	25.8	22	30.1	39	28.1	
Biraz Zordu	36	54.5	28	38.4	64	46.0	
Doğum Şeklinden Memnuniyet	3	4.5	18	24.7	21	15.1	χ^2 : 25.481 p: 0.000
Hiç Memnun Değil	13	19.7	30	41.1	43	30.9	
Biraz Memnun	50	75.8	25	34.2	75	54.0	
Bebeğini Kucağına Aldığında Haz Alma	0	0	10	13.7	10	7.2	χ^2 : 22.421 p: 0.000
Hiç Haz Almadım	6	9.1	22	30.1	28	20.1	
Biraz Haz Aldım	60	90.6	41	56.2	101	72.7	

χ^2 : ki kare analizi

Annelerin DSYKÖ toplam puan ortalamaları gruplara göre karşılaştırıldığında; NSD grubundaki annelerin DSYKÖ toplam puan ortalamaları 22.75 ± 3.73 , C/S grubundaki annelerin ise 20.64 ± 3.40 olarak bulunmuştur ve gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.001$) (Tablo 2).

Tablo 2. Annelerin DSYKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

DSYKÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları	NSD Grubu (n:66)	C/S Grubu (n:73)	TOPLAM	İstatistiksel analiz ve p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
DSYKÖ Toplam Puan	22.75 ± 3.73	20.64 ± 3.40	21.64 ± 3.70	t:3.494 p:0.001

t: t test analizi

Annenin doğum deneyimine ilişkin özellikleri DSYKÖ toplam puan ortalamalarının grup içinde karşılaştırılması incelendiğinde doğumda kendine güvenme, doğumdan hemen sonra yaşadığı duygulardan memnuniyet, doğum anında yaşadığı olaylara hakim olma, bebek sahibi olma ile ilgili beklentisinin karşılanması, doğumu acı verici olarak hatırlama, beklediğinden zor bir doğum yapma, bebeğini kucağına aldığı anda haz alma durumlarının grup içi değerlendirmesinde anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). NSD grubundaki annelerden doğum şekliyle çok memnun olanların DSYKÖ toplam puan ortalaması biraz memnun olanların DSYKÖ toplam puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur ve yapılan istatistiksel analizde grup içinde anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). (Tablo 3)

Tablo 3. Annenin Doğum Deneyimine İlişkin Özelliklerin DSYKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Grup İçinde Karşılaştırılması

Doğum Deneyimi	NSD Grubu (n:66) DSYKÖ	F* ve p değeri	C/S Grubu (n:73) DSYKÖ	F ve p değeri
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$	
Doğuma Giderken (Doğumun Sancı Döneminde) Kendine Güvenme	22.94 ± 3.34	F:0.537 p:0.587	20.02 ± 2.28	F:2.264 p:0.111
Hiç Güvenmiyordum	23.30 ± 4.40		20.85 ± 3.66	
Biraz Güveniyordum	24.35 ± 4.01		22.31 ± 4.10	
Doğumdan Hemen Sonra Yaşadığı Duygulardan Memnuniyet	22.99 ± 3.49	F:0.980 p:0.381	19.88 ± 2.62	F:1.458 p:0.240
Hiç Memnun Değil	22.34 ± 4.39		21.32 ± 3.89	
Biraz Memnun	23.92 ± 3.92		21.79 ± 3.82	
Doğum Anında Yaşadığı Olaylara Hakim Olma	23.46 ± 2.97	F:0.031 p:0.969	20.52 ± 3.35	F:0.409 p:0.666
Hiç Hakim Değildim	23.54 ± 4.36		21.49 ± 3.57	
Biraz Hakimdim	23.26 ± 3.92		21.33 ± 3.98	
Bebek Sahibi Olma ile ilgili Beklentisinin Karşılanması	22.60 ± 0.65	F:0.194 p:0.824	22.11 ± 0.79	F:0.497 p:0.611
Gerçekleşmedi	22.86 ± 4.72		21.84 ± 3.91	
Biraz Gerçekleşti	23.60 ± 3.97		20.9 ± 3.62	
Doğumu Acı Verici Olarak Hatırlama	23.37 ± 7.17	F:2.720 p:0.074	20.77 ± 3.79	F:0.823 p:0.443
Hiç Acı Verici Değil	24.87 ± 3.53		21.93 ± 4.43	
Biraz Acı Verici	22.53 ± 4.03		20.79 ± 2.87	
Beklediğinden Zor Bir Doğum Yapma	24.71 ± 4.42	F:1.208 p:0.306	22.28 ± 3.93	F:1.893 p:0.158
Hiç Zor Değildi	23.85 ± 4.24		21.17 ± 3.91	
Biraz Zordu	22.79 ± 3.74		20.31 ± 3.03	
Doğum Şekliyle Memnuniyet	21.61 ± 1.76	F:4.571 p:0.014	20.87 ± 3.76	F:0.161 p:0.851
Hiç Memnun Değil	20.79 ± 5.23		21.13 ± 3.73	
Biraz Memnun	24.24 ± 3.45		21.50 ± 3.59	
Bebeğini Kucağına Aldığında Haz Alma	22.32 ± 5.94	F:0.513 p:0.477	22.59 ± 3.31	F:1.568 p:0.216
Hiç Haz Almadım	23.55 ± 3.83		20.23 ± 3.97	
Biraz Haz Aldım	23.44 ± 4.02		21.37 ± 3.49	

F*: Anova One Way test ile analiz edilmiştir.

Annelerin Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği'ne (EDSDÖ) göre risk düzeyleri incelendiğinde NSD grubundaki annelerin % 83.3'ünde, C/S grubundaki annelerin ise % 71.2'sinde depresyon riski olmadığı bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında depresyon risk düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). (Tablo 4)

Tablo 4. Annelerin EDSDÖ'ne Göre Risk Düzeyinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

EDSDÖ Risk Düzeyi*	NSD Grubu (n:66)		C/S Grubu (n:73)		İst. Analiz/p
	Sayı	%	Sayı	%	
Risk Yok	55	83.3	52	71.2	χ^2 : 2.864 p: 0.091
Risk Var	11	16.7	21	28.8	

χ^2 : Ki Kare

EDSDÖ Risk Düzeyi*

Risk Var: 12 ve üzeri puan

Risk Yok: 11 ve altı puan

Annelerin EDSDÖ 'nin toplam puanları ile DSYKÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırıldığında DSYKÖ toplam puan ortalaması ile EDSDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta güçte bir ilişki saptanmıştır. ($p < 0.001$). DSYKÖ toplam puan ortalaması arttıkça depresyon risk düzeyi azalmaktadır.

Tablo 5. Annelerin EDSDÖ 'nin Toplam Puanları ile DSYKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ölçek	EDSDÖ	DSYKÖ
NSD	EDSDÖ	1	$r = -0.430$; $p < 0.001$
C/S	DSYKÖ	$r = -0.484$; $p < 0.001$	1

r: Pearson korelasyon

Tartışma

Obstetrik bakımda öncelikli hedef fiziksel olarak sağlıklı bir anne ve bebeğe sahip olmaktır. Ancak, doğum ile ilişkili olarak anneyi ve ailesini derinden etkileyen psikososyal sorunlar da aynı derecede önemlidir. Annenin doğum deneyimini olumlu algılamasını; annenin doğumdan memnuniyeti, erken dönemde anne-bebek ilişkisinin kurulması, beden imajındaki değişimlere uyum ve evde rol ve sorumlulukları yerine getirme gibi durumlar etkilemektedir. Bunların yanı sıra postpartum depresyon, anksiyete ve korkular, üzüntü ve suçluluk duyguları, emzirme sorunları, annenin kayıp duygusu gibi konular da doğum şekli ile yakından ilişkili olan ve kadını olumsuz etkileyen durumlardır (6).

Çalışmamızda NSD ile doğum yapan annelerin % 66.7'si, C/S ile doğum yapan annelerin ise % 39.7'si doğumdan sonra yaşadığı duygulardan çok memnun

olduğunu ifade etmiştir. NSD grubundaki annelerin C/S grubuna göre doğumdan daha memnun oldukları gözlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 1). Uçum ve ark.nın çalışmasında yaklaşık üç kadından ikisinin (% 65.6) doğum hakkında olumlu duygular hissettiği belirlenmiştir ve doğum şekli ile hissedilen duygular arasında anlamlı fark bulunmamıştır (7). Uçum ve ark.nın çalışması ile sonucumuz paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni olarak Uçum ve ark.nın çalışmasındaki gruplar vajinal doğum, acil C/S ve isteğe bağlı C/S şeklindedir (7). Çalışmamızdaki gruplarda isteğe bağlı sezaryenin olmaması, iki çalışma arasındaki doğum memnuniyeti farklılığını açıklayabilir. Ayrıca çalışmamızda NSD ile doğum yapan annelerin % 75.8'i, C/S ile doğum yapan annelerin ise % 34.2'si doğum şekliyle çok memnun olduğunu ifade etmiş olup yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 1). C/S ile doğum yapan annelerin memnuniyet düzeyleri NSD ile doğum yapan annelere göre daha düşük bulunmuştur. Uçum ve ark.nın çalışmasında vajinal doğum yapanların %88.3'ü, C/S ile doğum yapanların %76.6'sı doğum şekliyle memnun olduğunu belirtmişlerdir (7). İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Ceylantekin'in çalışmasında C/S ile doğum yapan annelerin % 51.9'u doğum şekliyle memnun olduklarını ifade etmişlerdir (8). Ceylan Tekin ile Uçum ve ark. nın çalışması ile çalışmamız C/S ile doğum yapmanın memnuniyeti azaltması açısından paralellik göstermektedir (7,8).

Çalışmamızda NSD grubundaki annelerin % 97'si, C/S grubundaki annelerin ise % 82.2'si doğumu biraz ya da çok acı verici olarak hatırlayacaklarını ifade etmişlerdir. Anneler tarafından NSD ile doğum yapmak daha acı verici olarak bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 1). Çakır'ın çalışmasında sezaryenle doğum yapan annelerin % 65.2'si sezaryenle doğum yapmanın acı verici olduğunu ifade etmişlerdir (9). Çakır'ın çalışması ile çalışmamız C/S doğum yapanların doğumu acı verici olarak nitelendirme oranı açısından paralellik göstermektedir (9). Seller' in gebelerle yaptığı çalışmada gebelere sorulan 'doğum sancıları ve doğum sırasında neler hissedeceksiniz?' sorusuna çalışmaya katılan gebelerin % 85' i 'aşırı ağrılı' şeklinde cevap vermiştir (10). Gebenin doğum sancıları hakkında olumsuz düşünceleri korkuya, korku gerginliğe, gerginlikte doğum eyleminde kasılmaların acı-ağrı olarak hissedilmesine neden olmaktadır. Çalışmamızda da kadınların doğumu acı verici olarak tanımlamasını bu şekilde açıklayabiliriz.

Çalışmamızda NSD grubundaki annelerin % 90.6'sı, C/S grubundaki annelerin ise % 56.2'si bebeklerini kucaklarına aldıklarında çok haz aldığını, C/S gru-

bundaki annelerin %13.7' sinin ise hiç haz almadığını ifade etmişlerdir ve gruplar arasında ileri düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). NSD ile doğum yapan annelerin ağrısı bebeğin doğmasıyla birlikte sona erer. Kurtulma ve başarıma duygusu yaşarlar. Ancak C/S ile doğum yapan annelerin anestezinin etkisinden kurtulmasının zaman alması ve şiddetli ağrı hissetmeleri bebeklerini ilk kez kucağına aldıklarında haz almalarını engelleyebilir.

Çalışmamızda NSD grubundaki annelerin DSYKÖ toplam puan ortalaması 22.75 ± 3.73 , C/S grubunda ise 20.64 ± 3.40 olarak saptanmıştır ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 2). Yılmaztürk'ün postpartum 7. günde olan kadınlarla yaptığı çalışmasında NSD yapan kadınların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (16.25 ± 0.88) en yüksek, müdahaleli doğum yapanların (15.68 ± 0.89) en düşük olarak bulunmuş ve doğum şekli ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark saptanmıştır (11). Bu veriler çalışmamızı destekler niteliktedir.

Annenin doğum deneyimin DSYKÖ toplam puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması yapıldığında doğuma giderken kendine güvenme, doğumdan sonra yaşadığı duygulardan memnun olma, doğum anında yaşadığı olaylara hakim olma, bebek sahibi olma ile ilgili beklentinin karşılanması, doğumu acı verici olarak hatırlama, doğuma giderken korkma, beklediğinden zor doğum yapma, doğum şekliyle memnuniyet ve bebeği kucağına aldığı zaman haz alma durumları NSD grubundaki annelerin DSYKÖ toplam puan ortalamaları, C/S grubundaki annelere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Bunun nedeni olarak NSD grubundaki annelerin DSYKÖ toplam puan ortalamalarının C/S grubundaki annelerin DSYKÖ toplam puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuş olması gösterilebilir.

Annelerin EDSDO'ne göre risk düzeyinin doğum şekli ile ilişkisine bakıldığında; NSD grubundaki annelerin % 83,3'ünde, C/S grubundaki annelerin ise % 71,2'sinde depresyon riski olmadığı bulunmuştur. ($p>0.05$) (Tablo 4). Eren'in ve Can'ın çalışmasında da doğum şekli ile postpartum depresyon gelişme riski ile arasında anlamlı fark bulunmamıştır (12,13). Sünter ve ark.nın ve Gümüş ve ark.nın çalışmalarında vajinal doğum yapmış olmanın doğum sonu depresyon gelişme riskini arttırdığı belirtilmiştir (14,15). Can'ın ve Eren'in çalışmaları ile çalışmamız paralellik gösterirken, Sünter ve ark.nın, Gümüş ve ark.nın çalışmaları ile çalışmamız paralellik göstermemektedir (12-15). Sünter ve ark. ile Gümüş ve ark.nın çalışmalarındaki annelerin primipar-multipar ayrımının yapılmaması, özgeçmiş ya da soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmasının çalışmamızla paralellik göstermeme-

sine neden olduğunu söyleyebiliriz (14,15).

Çalışmamızda annelerin EDSDÖ 'nin toplam puanları ile DSYKÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırıldığında DSYKÖ toplam puan ortalaması ile EDSDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta güçte bir ilişki saptanmıştır. EDSDÖ'ne göre risk düzeyi azaldıkça DSYKÖ toplam puan ortalaması artmaktadır (Tablo 5). Annelerin yaşam kalitesi arttıkça depresyona eğilimlerinin azaldığını ya da depresyon riski daha az oldukça yaşam kalitelerinin olumlu etkilendiğini söyleyebiliriz.

Sonuç olarak; normal doğum yapan annelerin sezaryen olan annelere göre doğumdan hemen sonra yaşadığı duygulardan memnuniyet, doğumu acı verici olarak hatırlama, doğum şekline memnuniyet ve bebeği kucağına aldığı anda haz alma düzeyi daha yüksek olduğu, doğum şeklinin ve doğum deneyiminin doğum sonu yaşam kalitesini etkilediği ve annelerin yaşam kalitesi arttıkça depresyona eğilimlerinin azaldığını ya da depresyon riski daha az oldukça yaşam kalitelerinin olumlu etkilendiğini söyleyebiliriz.

Kaynaklar

1. Güngör İ. Babaların Doğuma Katılmasının Doğum Deneyimi Üzerine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004
2. Altuntuğ K, Ege E. Doğum sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012;15(3):214-222
3. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. *Sistem Ofset Matbaacılık*, IX. Baskı, Ankara, 2009.
4. Yeşilbalkan Ö, Akyol A. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 21(1):13-31.
5. Arslan F. Primipar annelere gebelikte ve doğum sonu

- bebek bakımı konusunda verilen danışmanlık ve eğitim hizmetinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi. G.A. T.A. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2001.
6. Aksoy Y. Doğum alanında çalışan hekim ve ebelerin doğum şekillerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Handan GÜLER), 2007.
 7. Uçum EY, Kitapçıoğlu G, Karadeniz G. Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2010;5(13):107-123
 8. Ceylantekin Y. Sezaryenle ve vajinal yolla doğum Y
 9. yapan kadınların doğum öncesi ve sonrası tecrübe ve bilgi düzeylerinin belirlenmesi (tez). Afyon: Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
 10. Çakır SD. Doğum tipi değişkeninin anne bebek etkileşimi ve annenin bebeğini algılaması üzerindeki etkilerinin incelenmesi. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2009.
 11. Seller A. Gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentileri, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebeler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2012.
 12. Yılmaztürk Y. Postpartum dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. E.O.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2010.
 13. Eren Tİ. Postpartum depresyon prevalansı ve sosyodemografik risk faktörleri. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
 14. Can R. Sezaryen ve normal doğum yapmış kadınlarda postpartum depresyon ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi. E.O.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2010.
 15. Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dünder C. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2006;3:26-31.
 16. Gümüş BA, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *New/Yeni Symposium Journal* 2012; 50(3):145-154.

Turan ACAR
Nihan ACAR
Mehmet HACIYANLI
Kemal ATAHAN
Erdoğan KAMER
Hüda GENÇ

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Yazışma Adresi: Turan ACAR
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
E-mail: drturanacar1982@gmail.com

Geliş Tarihi: 31.10.16
Kabul Tarihi: 16.03.17

Acil Kolorektal Cerrahi de Cerrahi Alan Enfeksiyonu İçin Risk Faktörleri: Retrospektif Analiz

Risk Factors for Surgical Site Infection in Emergency Colorectal Surgery: A Retrospective Analysis

Öz

Amaç: Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE), alınan birçok önleme rağmen hala modern cerrahinin çok önemli ve ciddi bir problemi olmaya devam etmektedir. Ciddi mortalite, morbidite artışına neden olmakta, hastanede kalış süresini uzatmakta ve çok önemli miktarda ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Uygulanan cerrahi yöntem ile CAE insidansı arasında yakın bir ilişki vardır. Acil müdahale gerektiren kolorektal operasyonların çoğu kontamine girişim olduğundan, bunlarda CAE riskleri daha yüksektir.

Materyal ve Metod: Çalışmamızda 2011- 2014 yılları arasında acil olarak opere ettiğimiz toplam 66 kolorektal patolojisi bulunan hastanın dosyasını retrospektif olarak inceledik. Cerrahi alan enfeksiyonu gelişen hastalara yapılan işlemleri temiz/ kontamine veya kontamine olmalarına göre sınıflandırdık.

Bulgular: Dört yılda acilden opere edilen kolorektal cerrahi hasta sayısı 66 ve yaş ortalaması 65,79±12,17 idi. Temiz/ kontamine sınıfında 40, kontamine sınıfta 26 hasta mevcuttu. Bu hastalardan 30'unda postoperatif morbidite ve bunlarında 24'ünde CAE geliştiği görüldü. Cerrahi alan enfeksiyonu gelişen hastalardan 18'i kontamine sınıftaydı.

Sonuç: Cerrahi alan enfeksiyonu gelişen hastaların büyük çoğunluğu kontamine ve obezite idi. Ayrıca regüle olmayan diyabetik ve kronik akciğer hastalarında riskin belirgin arttığı gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Acil, cerrahi alan enfeksiyonu, kolorektal cerrahi, kontamine

Abstract

Aim: Surgical site infections (SSI) despite various precautions still remain to be a very important and serious problem of modern surgery. It causes a severe increase in both mortality and morbidity extends the length of hospital stay and leads to significant economic losses. There is a closer relation between SSI incidence and the type of the surgical procedure. Due to most of the emergency colorectal operations are contaminated interventions, they have higher risk of SSI.

Material and method: In our study, the files of 66 patients with colorectal disease who underwent emergency surgery between 2011 and 2014 were studied

retrospectively. The procedures that had been applied to the patients with SSI were classified whether clean/contaminated or contaminated.

Results: The number of the patients who underwent emergency colorectal surgery in 4 years was 66 and the mean age was $65,79 \pm 12,17$. There were 40 patients in clean/contaminated class and 26 patients in contaminated class. 30 of these patients had postoperative morbidity and 24 of these had SSI. 18 of the cases with SSI were classified as contaminated.

Conclusion: The vast majority of the cases with SSI were contaminated and obese. It was also observed that the risk is significantly increased in patients with uncontrolled diabetes and chronic lung disease.

Keywords: Colorectal surgery, emergency, contaminated, surgical site infections

Giriş

Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE), alınan birçok önleme rağmen hala modern cerrahinin çok önemli ve ciddi bir problemi olmaya devam etmektedir (1). Hastane enfeksiyonları içinde cerrahi alan enfeksiyonları cerrahi uygulanan hastalar arasında %38 ile en sık bildirilen enfeksiyonlardır (2). Ciddi mortalite, morbidite artışına neden olmakta, hastanede kalış süresini uzatmakta ve çok önemli miktarda ekonomik kayıplara neden olmaktadır (3). Uygulanan cerrahi prosedür ile CAE insidansı arasında yakın bir ilişki vardır. Kirli bir alan olma özelliği nedeniyle özellikle kolorektal cerrahi sonrasında ortaya çıkan CAE sıklıkla morbiditeye neden olmakta ve insidansı çeşitli çalışmalarda %30'un üzerinde bildirilmektedir (4). Acil müdahale gerektiren kolorektal operasyonların çoğu kontamine girişim olduğundan, bunlarda CAE riskleri daha yüksektir. Modern cerrahinin en önemli problemlerinden birisi olmaya devam eden cerrahi alan enfeksiyonlarından korunmak için risk faktörlerinin bilinmesi ve gerekli önlemlerin alınması şarttır. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde acil kolorektal cerrahi uyguladığımız hastalarımızda cerrahi alan enfeksiyonu için risk faktörlerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntemler

Çalışmamızda 2011- 2014 yılları arasında acil olarak opere ettiğimiz toplam 66 kolorektal patolojisi bulunan hastanın dosyasını retrospektif olarak inceledik. Hastaları, perforasyon nedeniyle veya intraoperatif dönemde kolonik içerikle kontamine olmayan (Grup 1: Temiz/ kontamine) ve olan (Grup 2: Kontamine) olarak sınıflandırdık. Grupların yaşlarını, tümör lokalizasyonlarını ve yapılan operasyonları karşılaştırdık. Gelişen morbidite ve mortaliteleri değerlendirdik. Çalışmamızın etik kurul onayı bulunmaktadır.

Kayıtlar SPSS.15 programı kullanılarak istatistiksel

veri haline getirildi. ALN metastazına etki eden faktörlerin saptanabilmesi amacıyla SPSS for Windows paket programında %95 güvenle yapıldı. Değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Chi-Square ve Fisher's Exact test istatistiksel analizleri kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Hastalara dair genel bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Hastaların Karakteristik Özellikleri

	Grup 1 (Temiz/ Kontamine) (n: 40)	Grup 2 (Kontamine) (n:26)
Yaş	60,22±11,94	65,79±12,17
Cinsiyet		
Kadın	16	16
Erkek	24	10
VKI (kg/m ²)	28.06	35.54
Cerrahi patolojinin lokalizasyonu		
Çekum	10	-
Çıkan kolon	2	-
Hepatik köşe	6	2
Splenik köşe	4	4
İnen kolon	8	4
Sigmoid kolon	8	10
Rektum	2	6
Komorbidite		
Hipertansiyon	2	3
Diyabet	2	8
KOAH	3	5
KKY	1	-

VKI:Vücut kitle indeksi, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KKY: Konjestif kalp yetmezliği

Dört yılda acilden opere edilen kolorektal cerrahi hasta sayısı 66. Temiz/ kontamine sınıfında 40 (%60.6) (24 erkek ve 16 kadın), kontamine sınıfında ise 26 (%39.4) (10 erkek ve 16 kadın) hasta mevcuttu. Kontamine grubu daha yaşlı hastalardan oluşmakta ve yaş ortalaması $65,79 \pm 12,17$, temiz/ kontamine grubun ise $60,22 \pm 11,94$ idi. Yaş dağılımı bakımından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p:0,001$).

Kontamine grup daha çok rektum ve sigmoid cerrahisini içermektedir. Kontamine grupta, opere edilen hastalardaki cerrahi patolojinin lokalizasyon dağılımı: 6 (%9.1) rektum, 10 (%15.2) sigmoid, 4 (%6.1) inen kolon, 4 (%6.1) splenik köşe ve 2 (%3) çıkan kolondur. Temiz/kontamine grupta ise çekum ve sağ kolon cerrahisi daha sıktr [2 (%3) rektum, 8 (%12.1) sigmoid, 8 (%12.1) inen kolon, 4 (%6.1) splenik köşe, 6 (%6.1) hepatik köşe, 2 (%3) çıkan kolon ve 10 (%15.2) çekum]]. Gruplar arasında cerrahi patolojinin lokali-

zasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p:0,001).

Hastalardan 30'unda (%45.5) postoperatif morbidite ve bunlarında 24'ünde (%36.4) CAE geliştiği görüldü. Cerrahi alan enfeksiyonu gelişen hastalardan 16'sını kontamine grup oluşturmakta idi. Gruplar arasında CAE gelişimi açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p:0,002). Hastalarımızdan hiçbirini kaybetmedik. Mortalitemiz %0 idi.

Tartışma

Cerrahi alan enfeksiyonları, bir cerrahi girişimi izleyen dönemde ortaya çıkan, girişim alanı ile ilgili enfeksiyonları ve intraabdominal apseleri içerir. Postoperatif yara enfeksiyonları sağlık kaynakları ve harcamaları üzerine dikkat çekici bir etkiye sahiptir. Gelişmiş ülkelerde cihazlara bağlı enfeksiyonlar daha sık iken gelişmekte olan ülkelerde cerrahi yara enfeksiyonu daha sık bildirilmektedir (5). Yara enfeksiyonları farklı yayınlarda, hastaneye yatırılmış cerrahi hastalarında 1. veya 2. sıklıkta görülen nazokomial enfeksiyonlar olarak bildirilirken, hastanede kalış süresini 7,4 ile 16 gün uzatarak hasta maliyetini de arttırmaktadır (5). ABD'de 1992'de yapılan bir çalışmada, hastane ile ilişkili enfeksiyonların yıllık sağlık harcamalarına 4,5 milyar dolarlık ek maliyet getirdiği bildirilmiştir (5).

Cerrahi bir alanda enfeksiyon gelişimini belirleyen faktörler, enfeksiyon ajanının sayısı, enfeksiyon yapma kabiliyeti (tipi ve virülansı), konakçı direnci ve yara ait özelliklerin kolaylaştırıcı etkisi ve diğer eksternal faktörlerdir. Enfeksiyon ajanı ile konakçı direnci arasındaki denge, enfeksiyon ajanı lehine bozulduğunda enfeksiyon gelişmektedir.

Cerrahi alan enfeksiyonları hastaların yaşı, cinsiyeti, sigara kullanımı, beslenme durumu, genel durumları, komorbiditeleri, yapılan operasyonlar, kan transfüzyonu, patolojinin lokalizasyonu ve cerrahin titizliğiyle yakından ilişkilidir. En önemli etken ise cerrahi alanın kontaminasyon durumudur. Bizim hasta grubunda da komorbiditesi fazla olan hasta grubunda CAE daha yüksektir.

Yaşın ilerlemesi doğal savunma mekanizmalarının zayıflatır. Özellikle 65 yaş ve üzerinde ve bir yaş altında gelişen nozokomiyal enfeksiyonlarda prognoz daha kötü seyretmektedir (6). Bir yaştan altında ve 50 yaştan üstünde yapılan cerrahi girişimlerde CAE riskinin 1-50 yaş grubuna göre 4 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da CAE enfeksiyonu gelişen hastalarda yaş, enfeksiyon gelişmeyen hastalara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (6).

Nikotin kullanımı primer yara iyileşmesini geciktirir ve CAE insidansını arttırabilir. Prospektif çalışmalarda, sigara içiminin kardiyak cerrahi sonrası gelişen CAE için bağımsız bir faktör olduğu bildirilmiştir. Elek-

tif operasyonlardan önce en az 30 gün önce bırakılması tavsiye edilmektedir. Bizim hastalardan kontamine gruptakilerin %79'unun sigara kullanım öyküsü mevcut.

Şiddetli protein kalori malnütrisiyonu, yara iyileşmesini bozarak CAE insidansını ve mortaliteyi arttırır. Serum albumin düzeyindeki düşüklüğün de CAE gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Ciddi malnütrisiyonun neden olacağı komplikasyonları önlemek açısından preoperatif ve postoperatif nütrisyonel destek pek çok cerrah ve yoğun bakım uzmanınca önerilmektedir.

Alt gastrointestinal sistem (GİS) cerrahisinde üste göre risk daha yüksektir (7). Alt GİS de de distale git-tikçe risk artmaktadır. Riskin artmasında bakteriyel floranın belirgin değişimi etkindir. Kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda CAE oranı ortalama %5 ila %26 arasında değişmektedir.

Cerrahi yara yeri sınıflandırmasında, temiz cerrahi operasyonlar sonrasında enfeksiyon oranları düşük bildirilirken, kontamine ve kirli operasyonlardan sonra enfeksiyon oranları daha yüksek olarak saptanmaktadır (8). Kontamine ve kirli operasyonlardaki enfeksiyon hızlarının daha yüksek olması kaçınılmazdır.

CAE'dan sorumlu mikroorganizmalar genellikle operatif alana ve cerrahi prosedüre bağımlıdır. Patojenlerin kaynakları sıklıkla hastanın cildinden, mukoz membranlarından veya intestinal sistemden kaynaklanan endojen floradır. Hastanın kendi deri ve mukozasında bulunan mikroorganizmalar, cerrahi yara enfeksiyon etkenlerinin en önemli rezervuarıdır. Cerrahi alan enfeksiyon gelişmesine neden olan etkenlere bakıldığında, ülkemizden bildirilen verilerde ilk sırada E. coli ve Staphylococcus aureus'un yer aldığı bildirilmektedir (8). Cerrahi kliniğinde etken olarak izole edilen mikro-organizmalara bakıldığında, ilk sırada E. coli yer alırken, Gram negatif bakterilerin CAE gelişiminde en sık saptanan mikroorganizmalar olduğu gözlemlendi. Bizim çalışmamızın da %92'sinde E.coli üremiştir.

Perioperatif kan transfüzyonlarının immünosupresif etki yaptığı bildirilmiştir. Postoperatif kan transfüzyonunun kardiyak cerrahi hastalarında CAE için bağımsız prediktör faktör olduğu bildirilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda peroperatif kan transfüzyonunun CAE riskini en az 2 kat arttırdığı bildirilmiştir (9). Dört bin kırk üç kardiyak cerrahi uygulanan hastalarda yapılan bir çalışmada 3 ünite ve üzeri kan transfüzyonu yapılanlarda mediastinit gelişme riskinin 2.5 kat arttığı bildirilmiştir. Kanser için elektif kolorektal rezeksiyon yapılan olgularda perioperatif kan transfüzyonu uygulanmasının yara enfeksiyonu gelişimini arttırdığı bildirilmiştir. Perioperatif transfüzyonun CAE insidansını

arttırdığını gösteren bu çalış- malara rağmen, Debra ve arkadaşları, perioperatif kan transfüzyonunun CAE için bağımsız prediktör faktör olmadığını bildirmişlerdir. Acil cerrahi girişimlerde ise, 4 saatten uzun süren ve intraoperatif kan transfüzyonu yapılan vakalarda risk daha yüksek olduğu bildirilmiştir (10, 11). Ayrıca yapılan çalışmalarda ASA skorlamasının da önemli bir belirleyici etken olduğu gösterilmiştir (12, 13).

Sonuç

Cerrahi alan enfeksiyonu gelişen hastaların büyük çoğunluğu kontamine ve obezidi. Ayrıca regüle olmayan diyabetik ve kronik akciğer hastalarında, rektosigmoid yerleşimli patolojisi olanlarda riskin belirgin arttığı gözlemlendi.

Kaynaklar

1. Weigelt JA, Lipsky BA, Tabak YP, Derby KG, Kim M, Gupta V. Surgical site infections: causative pathogens and associated outcomes. *Am J Infect Control*. 2010;38(2):112-20.
2. Weiss CA, Statz CL, Dahms RA, Remucal MJ, Dunn DL, Beilman GJ. Sixyears of surgical wound infection surveillance at a tertiary carecenter: review of the microbiologic and epidemiological aspects of 20,007 wounds. *ArchSurg* 1999; 134:1041-8.
3. Kusachi S, Kashimura N, Konishi T, Shimizu J, Kusunoki M, Oka M, et al. Length of stay and cost for surgical site infection after abdominal and cardiac surgery in Japanese hospitals: Multi-center surveillance. *SurgInfect*. 2012;13(4): 257-65.
4. Bullard KM, Trudel JL, Baxter NN, Rothenberger DA. Primary perineal wound closure after preoperative radiotherapy and abdominoperineal resection has a high incidence of wound failure. *DisColonRectum* 2005;48: 438-43.
5. Sohn AH, Parvez FM, Vu T, Hai HH, Bich NN, Thu LTA, Hoa LTT, et al. Prevalance of surgical-site infections and patterns of antimicrobial use in a large tertiary-care hospital in HoChiMinh City, Vietnam. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2002; 23(7): 382- 387.
6. Huchcroft SA, Nicolle LE, Cruse PJ. Surgical wound infection and cancer among the elderly: a case control study. *J SurgOncol* 1990; 45: 250-6.
7. Watanabe A, Kohnoe S, Shimabukuro R, Yamanaka T, Iso Y, Baba H, et al. Risk factors associated with surgical site infection in upper and lower gastrointestinal surgery. *Surg Today*. 2008;38(5):404-12.
8. Acar A, Öncül O. Cerrahi alan enfeksiyonları. *KLİMİK Derg* 2007; 20: 35-46.
9. Kılıç YA, Abbasoğlu O. Cerrahi alan enfeksiyonları: Giriş ve tanımlar. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 2001; 5:63-68
10. Bernard AC, Davenport DL, Chang PK, Vaughan TB, Zwischenberger JB. Intraoperative transfusion of 1 U to 2 U packed red blood cells is associated with increased 30-day mortality, surgical-site infection, pneumonia, and sepsis in general surgery patients. *J Am CollSurg*. 2009;208(5):931, 937.
11. Isik O, Kaya E, Sarkut P, Dundar ZH. Factors affecting surgical site infection rates in hepatobiliary surgery. *SurgInfect*. 2015;16(3):281-6.
12. Khan M, Zarin M, Khalil J, Salman M. Influence of ASA score and Charlson Comorbidity Index on the surgical site infection rates. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2010;20:506-15.
13. Kaye KS, Sloane R, Sexton DJ, Schmader KA. Risk factors for surgical site infections in older people. *J Am GeriatrSoc*. 2006;54(3):391-6.

Yıldız AKDAŞ*
Funda SALGÜR**
Gülşah DAĞDEVİREN*
Gülhan ÇETİNKAYA*
Şafak ÖZDEMİRCİ*

*Obstetri Kliniği, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Araştırma ve Eğitim Hastanesi Ankara
**Aile Hekimi Uzmanı, Etimesgut Toplum Sağlığı Merkezi, Ankara

Yazışma Adresi: Şafak Özdemirci
Perinatoloji Kliniği, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Araştırma ve Eğitim Hastanesi.
Etlik, Ankara
E-mail:safakozdemirci@gmail.com

Gebelerde Glikoz İntoleransının Yenidoğan Doğum Ağırlığı Üzerine Etkisi

The Effect of Maternal Glucose Intolerance on Neonatal Birth Weight

Öz

Amaç:100 gram oral glikoz tolerans tanı testinde (OGTT), glikoz intoleranslı (GI) ve toleranslı gebeliklerin yenidoğanlarının doğum ağırlıklarına etkisinin karşılaştırılması

Yöntem: Son adet tarihine göre, 24-28. gebelik haftaları arasında 50 gram glikoz yükleme testi sonucu 140-190 mg/dl bulunduktan sonra, 100 gram OGTT yapılan ve 18-35 yaşları arasında olan tekil gebelikler çalışmaya alındı. Gebeler, 100 gram OGTT sonucunda maternal serum glukoz değerleri normal ve yalnızca tek değeri yüksek bulunmasına göre (GI grup) iki alt gruba ayrıldı.

Bulgular: 100 gramlık OGTT sonucu, tüm değerleri normal (n=380) ve tek değeri yüksek olan (glikoz intoleranslı) (n=354) toplam 734 gebe çalışmaya dahil edildi. GI grubunun yaş ortalaması, kontrol grubundan, istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (29.3 ± 4.0 ve 28.7 ± 4.1 ; $p=0.034$ sırasıyla). Her iki grubun ortalama gestasyonel doğum haftaları arasında anlamlı fark olmamasına (38.4 ± 2.3 ve 38.6 ± 1.8 hafta, $p=0.125$) rağmen GI grubunun yenidoğanlarının ortalama doğum ağırlığı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (3323 ± 639 ve 3227 ± 488 g $p=0.039$). GI grupta, makrozomik bebeklerin (6.9% ve 3.9% $p=0.001$), gestasyonel hipertansif hastalıkların (%8.8 ve %3.9 $p=0.006$) ve sezaryen oranları (tüm endikasyonlarına göre) ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Sonuç: GI olan gebeliklerde, makrozomik fetus, gestasyonel hipertansif hastalık ve sezaryen oranlarının yüksek olması, bu gruba dahil olan gebeliklerin serum glikoz düzeylerinin daha sık takibi gerekli olabilir.

Anahtar Kelimeler: Glikoz intoleransı, doğum ağırlığı, makrozomi

Abstract

Aim: To evaluate comparison of effects of tolerance and intolerance serum glucose levels of 100 g oral glucose tolerance test (OGTT) in pregnant women on birth weight of newborns.

Material and Method: The inclusion criteria of study groups were accepted as 100 g OGTT was applied in single pregnancies after results of 50 g glucose screening test were between 140-190 mg/dl was found between 18 and 35 years old aged from 24 to 28

Geliş Tarihi: 09.03.17
Kabul Tarihi: 24.03.17

gestational weeks (according to last menstrual period). The study group divided into two subgroups, as findings of normal and abnormally unique (glucose intolerance) of 100 g OGTT with results of maternal serum.

Results: 380 and 354 of total 734 pregnancies were enrolled as control and glucose intolerance groups (GI). GI group had higher maternal mean age, was statically significant (29.3 ± 4.0 vs 28.7 ± 4.1 years $p=0.034$). Although mean gestational weeks of both groups were not significant (38.4 ± 2.3 vs 38.6 week $p=0.125$), mean birth weight of GI group was significantly higher (3323 ± 639 vs 3227 ± 488 g $p=0.039$). Ratio of macrosomic fetuses and gestational hypertensive disorders (GHD) of GI group were statistically higher (6.9% vs 3.9% $p=0.001$; 8.8% vs 3.9% $p=0.006$) respectively. Also, for all indications of cesarean section ratios of GI group were statistically difference ($p<0.05$).

Conclusion: The ratio of macrosomia, GHD and cesarean section rates of GI group were higher, may be related with maternal high glucose levels, so following-up of glucose levels measurement of them may be recommended very often.

Keywords: Glucose intolerance, birth weight, macrosomia, cesarean, glucose screening test

Giriş

Tüm gebeliklerin %2 ile %14'ünde Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM) ile komplike olması nedeniyle, perinatal ve maternal morbiditede artış izlenmektedir(1). Yenidoğanın kısa dönemde görülen riskleri; makrozomi, omuz distosisi, doğum travması ve hipoglisemidir(1). Maternal riskler ise; preeklampsi, operatif doğum oranlarında artış ve doğumdan 5-10 yıl sonra Diabetes Mellitus (DM) görülme riskinin artmasıdır(1). 50 g glikoz tarama testi sonucu 140-199 mg/dl çıkan gebeliklerde, makrozomi riski 2.9 kat arttığı tespit edilmiştir(2). Maternal glikoz düzeyi ile gebelik haftasından büyük (Large gestational age, LGA) yenidoğanının oranı, yenidoğan hipoglisemisinin sıklığı ve sezaryen oranlarının doğru orantılı olduğu tespit edilmiştir(2-4). Çalışmamızda, 50 g GTT sonrası, 100 g OGTT uygulandıktan sonra glikoz toleransı olan ve olmayan gebeliklerin yenidoğan ağırlıklarının karşılaştırılması amaçlandı(5). Literatürde, glikoz intoleranslı gebelikler üzerine yapılan çalışmaların kısıtlı sayıda olması (6-9) nedeniyle çalışmamızın literatüre katkıda bulunacağı kanaatindeyiz. Çalışmamızın hipotezi, yenidoğanın ortalama doğum ağırlığının ve sezaryen oranlarının, GI gebeliklerde farklı olabileceği esasına dayanmaktadır.

Materyal ve Metod

Sunulan çalışma, etik kurul onayı alınarak Eylül 2010 ile Ağustos 2013 tarihleri arasında, referans hastanesi olan tersiyer merkezli bir hastanede retrospektif olarak yapılmıştır. 24-28 gebelik haftasında (son adet tarihine göre) 50 gr GTT sonucu 140-190mg/dl bulunduktan sonra, 100 g OGTT yapılan ve sonucu glikoz toleransı olan ve olmayan 18-35 yaşları arasındaki tekil gebelikler çalışmaya dahil edildi. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) tarafından tanımlanan maternal kan glikoz düzeylerinin açlık, 100 g OGTT sonrası 1. 2. ve 3. saatlerindeki referans değerleri alınarak tanı konuldu(10). 100 g OGTT sonucu, tek değer düzeyi yüksekliği olan gebelikler, glikoz toleransı bozulmuş gebelik olarak kabul edildi. Çalışmada kullanılan veriler hastane bilgi yönetim sisteminde, gebe kayıt protokol defterlerinden ve hasta dosyalarından elde edildi.

Hastanemizde rutin uygulama olarak, 100 g OGTT yapılmadan önce tüm gebelere, 8-14 saatlik açlık ve sigara içilmemesi önerilmektedir. 30 dakikalık istirahat sonrasında, açlık serum glikoz düzeyi ölçümü için kan alınmasını takiben, 400 cc su içinde 100 g çözülmuş glikozlu karışımı 5 dakika içinde içmesi tavsiye edilmektedir. Glikoz karışımı suyu içen ve istirahat halinde bekleyen gebelerden 1. 2. ve 3 saatlerde ön kol venöz damarlarından serum glikoz düzeyleri ölçülmektedir. GDM'li, DM'li, 50 g GTT sonucu normal ve 190 mg/dl üzeri bulunan ve çoğul gebeliği tespit edilen gebeler çalışmaya dahil edilmedi.

Glikoz toleransı olan ve olmayan gebeliklerin; maternal yaşları, vücut kitle indeksleri, Gestasyonel Hipertansiyon (GHT) oranları; açlık, 1., 2., ve 3. saat serum glikoz değerlerinin laboratuvar sonuçları; sezaryen oranları, yenidoğanların ortama doğum haftaları ve doğum ağırlıkları, preterm doğum, çok küçük, küçük, normal ve makrozomik doğum oranları istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Vücut kitle indeksi, gebenin doğumdaki ağırlığını (kg), boyunun metre karesine bölünmesi ile (maternal ağırlık (kg) / boy (metre²) hesaplandı. Son adet tarihine göre 37 haftadan önce olan doğumlar preterm, 1500 g altında doğan yenidoğanlar çok düşük doğum ağırlıklı, 1500-2500 arası düşük doğum, 2501-4000 g arası normal doğum ağırlıklı ve 4000 üzeri ise makrozomik yenidoğan olarak tanımlandı(11). GHT, son adet tarihine göre 20. gestasyonel haftadan sonra, sistolik 140 mmHg, diastolik 90 mmHg üzerinde olması tek başına veya hipertansif bulgularına, baş ağrısı, görme bulanıklığı veya konvülsiyon geçirmesi, 30 mg/dl (veya +1 dipstik spot idrar tetkiki bulgusu), trombositopeni (100.000/mm³ den düşük olması), karaciğer enzimlerinin yüksekliği, maternal serumku-

reatinin düzeyini >1.1 mg/dl kriterlerinden birinin veya daha fazlasının eşlik etmesi olarak tanımlandı. Grupların sezaryen oranlarının karşılaştırılmasında, geçirilmiş sezaryen öyküsü, makrozomi, ilerlemeyen eylem, sefalopelvik uygunsuzluk, fetal distres, vertex gelişli olmayan fetus prezentasyonu, plasenta previa, kordon sarkması ve diğer nedenlere göre sezaryen endikasyonları sınıflandırılarak yapıldı.

Grupların genel özellikleri için tanımlayıcı istatistik kullanırken, normal dağılım gösteren ortalama değerler için t-student, oranların karşılaştırılmasında Ki-kare veya FisherExact testleri kullanıldı. Bulgular ortalama±standart deviasyon ve % olarak verildi. p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Toplam 1357 gebenin 50 g glikoz tarama testi sonucu 140-235 mg/dl arasında bulundu. GDM tanısı konan 191, 50 g glikoz tarama testi sonucu 190 mg/dl üzeri bulunan 65, ileri yaş (35 yaş ve üzeri) 358, ikiz gebeliği olan 7 ve 2 adölesan gebe çalışma dışı tutuldu. Çalışma kriterlerine uyan 734 gebelik çalışmaya dahil edildi. 100 OGTT sonucunda, glikoz toleransı normal olan 380 ve glikoz intoleranlı 354 gebe olduğu tespit edildi. G1 grubunun yaş ve vücut kitle indeksi ortalamaları, toleranslı grubununkiler ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (29.3±4.0 ve 28.7±4.1 yıl p=0.034; 30.4±4.6 ve 30.2±4.2 kg/m² p=0.559 sırasıyla). G1 grubunun GHT oranları, intoleransı olmayan grubunki ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (%8.8 ve %3.8 p=0.006). Her iki grubun ortalama gestasyonel doğum haftaları arasında anlamlı fark olmamasına (38.4±2.3 ve 38.6 hafta p=0.125) rağmen, G1 grubun yenidoğanlarının ortalama doğum ağırlığı istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (3323±639 ve 3227±488 g p=0.039). G1 grubun makrozomik bebek doğum oranı, glikoz toleranslı grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı idi (6.9% ve 3.9% p=0.001). Çok düşük ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğan oranlarında ise anlamlı fark yoktu (1.6% ve 1.3% p=0.67; 5.9% ve 3.9% p=0.213 sırasıyla) Tablo 1. Sezaryen oranlarının (tüm endikasyonlar için) G1 grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğunu bulduk (p<0.05). (Tablo 2).

Tablo 1. Maternal ve yenidoğan demografik karakteristikler ve maternal serum glikoz düzeylerinin sonuçları

	n=354	n=380	P
Maternal yaş (yıl)	29.3±4.0	28.7 ± 4.1	0.034^a
BMI (kg/m ²)	30.4±4.6	30.2±4.2	0.559 ^a
Gestasyonel hafta (SAT göre)	38.4±2.3	38.6±1.8	0.125 ^a
GHT oranları	%5.4	%2.9	0.091 ^b
Neonatal doğum ağırlığı (gram)	3323±630	3227±488	0.039^a
ÇDDA yenidoğan oranı (<1500 g)	1.6% (6/354)	1.3% (5/380)	0.67 ^b
DDA yenidoğan oranı (1500-2500 g)	5.9%(21/354)	3.9% (15/380)	0.213 ^b
Makrozomik yenidoğan oranı (≥ 4000 g)	6.9%(36/354)	3.9% (15/380)	0.001^b
50 g glikoz yükleme testi (mg/dl)	157.9±12.5	156.2±11.4	0.061 ^a
Açlık glikoz düzeyi	81.3±11.1	78.2±81.3±6.7	0.000^a
100 (g) oggt 1 saat sonra	150.9±25.1	142.7±25.7	0.000^a
100 (g) oggt 2 saat sonra	122.4±24.0	114.1±21.1	0.000^a
100 (g) oggt 3 saat sonra	90.4±27.6	86.4±23.2	0.03^a

a: t- student testi;
b: Ki- kare testi
p, 0.05 den küçük değerler istatistiksel olarak anlamlı.
BMI: Vücut kitle indeksi
GHT: Gestasyonel hipertansif Hastalıklar
SAT: son adet tarihi
OGTT: Oral glikoz tolerans testi
ÇDDA: Çok düşük doğum ağırlıklı
DDA: Düşük doğum ağırlıklı

Tablo 2. İki grup arasındaki sezaryen oranları

	n=354	n=380	P
Geçirilmiş sezaryen öyküsü	35.9% (127/354)	0.8% (3/377)	0.000 ^b
Makrozomik fetus	4.5% (16/354)	0% (0/380)	0.000 ^b
İlerlemeyen eylem ve CPD	9.9% (35/354)	0% (0/380)	0.000 ^b
Fetal Distres	11% (39/354)	0% (0/380)	0.000 ^b
Vertex olmayan fetus geliş	3.7% (13/354)	0% (0/380)	0.000 ^b
Plasenta previa	1.7% (6/354)	0% (0/380)	0.012 ^c
Kordon sarkması	0.8% (3/353)	0% (0/380)	0.112 ^c
Diğer endikasyonlar	4.2% (15/354)	0% (0/380)	0.000 ^b

b:Ki-kare testi

c: Fisher's exact test.

CPD: Sefalopelvik Uygunsuzluk

Diğer endikasyonlar: Lomber disk hernia, kıymetli gebelik, primiparaged, doğuştan kalça çıkıklığı, vulvar varis

Tartışma

Sunulan çalışmada, her iki grubun ortalama maternal vücut kitle indeksleri ve ortalama doğum haftaları arasında fark olmamasına rağmen, G1 gebelerin makrozomik bebek doğurma oranlarının, ortalama yenidoğan doğum ağırlıklarının, sezaryen ve GHT oranlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğunu bulduk. Ancak, çok düşük ve düşük doğum ağırlığı üzerine G1 etkisinin olmadığını tespit ettik.

G1 gebeliklerde, gebelik öncesi annenin vücut kitle indeksi, gebelik sürecinde alınan kilo, serum HDL-kolesterol düzeyi(12), gebelik öncesi DM, gebelikte oluşan glikoz metabolizma bozukluğu, gravida sayısı, fetus cinsiyeti; yenidoğanın doğum ağırlığı üzerine etkilidir(7). G1 gebeliklerde, makrozomik fetus oranı ve ortalama yenidoğan doğum ağırlığı, normal

glikoz düzeyine sahip gebelerininki ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı yüksek(7,9,13) olduğunu gösteren yayınlar çalışmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Makrozomik fetus oranı, glikoz intoleranslı gebelerde, GDM'ü olan gebelerden daha yüksek olduğu yayınlanmıştır(9). GI gebelerin normal karbonhidrat metabolizmasına sahip olduğu düşünülmekte ve bu gebelerin tedavilerinin veya takiplerinin yeteri kadar önemsenmediğini düşünmekteyiz. 32-35 gestasyonel haftalarda maternal glikoz düzeyi, makrozomik fetus görülme sıklığını etkilemektedir(6). Ayrıca obez olmayan GI gebelerde de fetusun büyümesinde, antenatal maternal glikoz düzeyi ile fetal insülineminin güçlü etkisinin olduğu bilinmektedir(14). GI gebelerin ilerleyen gebelik haftaları ile birlikte maternal glikoz intoleransının şiddetinin daha fazla artabileceğini ve dolayısıyla fetal ağırlık üzerine etkinliğinin olabileceğini düşünmekteyiz. 30-32 gestasyonel haftalarda aşırı kilolu ve açlık glikoz düzeyli yüksek gebeliklerde makrozomik bebek oranında artma izlenirken, açlık glikoz düzeyi normal olan aşırı kilolu gebeliklerde makrozomi oranında değişiklik olmadığı yayınlanmıştır (15). GDM'li ve yalnızca 1. saatteki glikoz toleransı bozulmuş gebeliklerin; makrozomi, gestasyonel haftasından küçük (SGA) ve büyük (LGA) bebeklerin ve preterm doğum sıklıkları karşılaştırıldığında, iki grup arasında fark olmadığı bildirilmiştir(8). Makrozomi, SGA, LGA ve preterm doğum oranları, GDM'li ve 2. ve 3 saatlerde glikoz intoleranslı gebeliklerin karşılaştırıldığında ise, GDM'li grupta bu olumsuz neonatal sonuçlar daha sık izlenmiştir(8). Asya ırkında makrozomik risk faktörleri; önceden makrozomik bebek doğurmak, önceki gebeliğinde GDM tanısı konması ve vücut kitle indeksinin $>23 \text{ kg/m}^2$ üzerinde olması olarak bildirilmiştir (16). GDM'li ve karbonhidrat metabolizması normal olan gebelerin, gebelik öncesi vücut kitle indeksinin ve ağırlığının, maternal yaşının, makrozomik bebek görülme oranında etkisinin olmadığı bildirilmiştir(14). Literatürdeki iki çalışmada, maternal obezitenin yenidoğanların doğum ağırlıkları üzerine etkisinin olmadığı, doğum ağırlığında artışın gestasyonel doğum haftasının daha uzun olması ile ilişkili olduğu savunulmuştur(6, 17). 32-35 gebelik haftasında ise, obez kadınların serum glikoz düzeylerinin normal düzeyde tutulması, makrozomi oranında azalmanın izlenmesi, obezitenin makrozomi üzerine maternal serum glikozdan bağımsız etki ettiğini göstermektedir(6). Maternal obezite, LGA görülme sıklığında bağımsız risk faktörü oluşturmaktadır (18). GDM'li annelerin doğumdaki maternal ağırlığının da LGA için majör risk olduğu bildirilmiştir(19). Başka bir çalışmada ise,

Asya ırkındaki GDM'li ve GDM'siz gebeliklerin makrozomik fetus doğurma prevelansı, SGA, LGA gestasyonel haftası ile uyumlu bebek (AGA) sıklığı arasında fark olmadığı tespit edilmiştir (16). Maternal obezitenin yenidoğan ağırlığı üzerine farklı bulguların olması, gebelerin farklı etnik kökenine, egzersiz ve günlük hayatta hareket etme farklılıkları gibi etkilere kaynaklanabileceği kanaatindeyiz.

GDM'li annelerde, yenidoğan bebeklerin kord kanında yüksek kontrasyonlu serum C peptid ve insülin düzeyine sahip olmaları, yenidoğanın doğum ağırlığında artışa neden olduğu bildirilmiştir(14). Ancak, 30-32 gestasyonel haftalarda, maternal açlık insülin düzeyinin ve direncinin makrozomi sıklığı üzerine etkin olmadığı iddiası savunulmaktadır(15).

GI gebelerde, preeklampsi oranında artış olduğu yayınlanmıştır (13). Çalışmamızda da, GHT oranında GI grubunda anlamlı düzeyde artış olduğunu bulduk. GHT oranının yüksek olması da GI gruptaki sezaryen oranının artmasında etkin olabilir. GI gebelerde sezaryen ve GHT oranlarının glikoz düzeyi normal olan gebelere göre istatistiksel olarak artış olduğu bildirilmiştir(7, 13, 14). DM, obezite ve aşırı kilo, gebede sezaryen oranı artışında etkin rol oynar(17, 18). Çalışmamızda da, GI gebelik grubunda, sezaryen oranında anlamlı fark olması; cerrahi açıdan maternal komplikasyonların artmasında rol oynayabileceği konusunda ön fikrimizin oluşmasına neden oldu.

Çalışmamızda da GI ve glikoz toleransı bozulmamış gebelik grupları arasında vücut kitle indeksinin farklı olmamasına rağmen GI grupda yaş ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olması; yaşında, glikoz intolerans oluşumunda bağımsız risk oluşturabileceğini düşündürmektedir. İleri yaş gebelerde, GDM insidansının arttığı bilinmektedir(20). GI gebelerinde, GDM'li gebelerde olduğu gibi gelecekte ortaya çıkacak DM bir ön belirtisi olabileceğini düşünmekteyiz. Ancak bu görüşün kanıtlanabilmesi için prospektif araştırmaların yapılması uygun olacaktır.

Çalışmamızın retrospektif olması, gravida, parite, maternal pregestasyonel vücut kitle indekslerinin ve gebelik sürecinde ne kadar kilo artışına maruz kaldığı kayıtlarda yer verilmemesi, çalışmaya alınan gebelerin sistemik hastalıkları, gebelikte kullandıkları ilaçlar, ve sigara, alkol kullanımı, maternal komplikasyonlar, yenidoğan hipoglisemisi, yenidoğan komplikasyonları hakkında bilgilerin sunulmaması, GHT ve plasenta previaların kendi içerisinde sınıflandırılmaması en önemli limitasyonlarıdır. Doğumdan 6-8 hafta sonra glikoz yükleme testlerinin yapılmaması çalışmanın literatüre katkısını azaltmaktadır. Ancak, çalışmamızda yeterli sayıda gebenin olması önemli bir avantajdır.

Sonuç

GI gebeliklerin makrozomik fetus doğurma oranının ve ortalama yenidoğan ağırlığının yüksek olması; 28. gestasyonel haftadan sonra gebelik maternal serum glikoz düzeylerinin normalden yüksek olmasından mı, yoksa bazı gebeliklerde GDM tanısının konmadığından mı kaynaklandığı ön fikrinin oluşmasına neden olmaktadır. GDM tanısının konmasında da ortak bir görüş olmaması (4) bu fikrimizi desteklemektedir. GI gebeliklerde, makrozomik fetus oranında artma, neonatal ve maternal komplikasyonların artabileceği anlamına geleceği kanaatindeyiz. Bu nedenle, bu tür gebeliklerin ilerleyen gebelik haftalarında serum glikoz düzeylerinin takibinin gerekli olabileceğinin araştırılması ve tartışılması uygun olabilir.

Kaynaklar

1. Figueroa D, Landon MB, Mele L, et al. Relationship between 1-hour glucose challenge test results and perinatal outcomes. *Obstetrics Gynecology*. 2013;121:1241-7.
2. Cho HY, Jung I, Kim SJ. The association between maternal hyperglycemia and perinatal outcomes in gestational diabetes mellitus patients: A retrospective cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95:e4712.
3. Sen CYM, Api O, Eyi E.G.Y, Ulkumen B.A.; Gebelikete Diyabet: Tanı ve tedavi. *Türk Perinatoloji Derneği Uygulama Derneği. Perinatoloji Dergisi*. 2016;24:110-27.
4. Farrar D, Simmonds M, Bryant M, et al. Hyperglycaemia and risk of adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. 2016;354:i4694.
5. Landon MB, Mele L, Spong CY, et al. The relationship between maternal glycemia and perinatal outcome. *Obstetrics Gynecology*. 2011;117:218-24.
6. Schaefer-Graf UM, Heuer R, Kilavuz O, Pandura A, Heinrich W, Vetter K. Maternal obesity not maternal glucose values correlates best with high rates of fetal macrosomia in pregnancies complicated by gestational diabetes. *Journal of Perinatal Medicine*. 2002;30:313-21.
7. Roeckner JT, Sanchez-Ramos L, Jijon-Knupp R, Kaunitz AM. Single abnormal value on 3-hour oral glucose tolerance test during pregnancy is associated with adverse maternal and neonatal outcomes: a systematic review and metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2016;215:287-97.
8. Wang H, Zhang W, Ma JR, Wu W. [Effect of impaired glucose tolerance during pregnancy on newborns]. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 2009;11:177-80.
9. Biri A, Korucuoglu U, Ozcan P, Aksakal N, Turan O, Himmetoglu O. Effect of different degrees of glucose intolerance on maternal and perinatal outcomes. *Journal Maternal & Fetal Neonatal Medicine*. 2009;22:473-8.
10. Farrar D. Hyperglycemia in pregnancy: prevalence, im-

pact, and management challenges. *International Journal of Women's Health*. 2016;8:519-27.

11. Pongcharoen T, Gowachirapant S, Wecharak P, Sangket N, Winichagoon P. Pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain in Thai pregnant women as risks for low birth weight and macrosomia. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2016;25:810-7.
12. Yang YD, Zhai GR, Yang HX. [Factors relevant to newborn birth weight in pregnancy complicated with abnormal glucose metabolism]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2010;45:646-51.
13. Yee LM, Cheng YW, Liddell J, Block-Kurbisch I, Caughey AB. 50-Gram glucose challenge test: is it indicative of outcomes in women without gestational diabetes mellitus? *Journal Maternal & Fetal Neonatal Medicine*. 2011;24:1102-6.
14. Jang HC, Cho NH, Min YK, Han IK, Jung KB, Metzger BE. Increased macrosomia and perinatal morbidity independent of maternal obesity and advanced age in Korean women with GDM. *Diabetes Care*. 1997;20:1582-8.
15. Voldner N, Qvigstad E, Frosli KF, Godang K, Henriksen T, Bollerslev J. Increased risk of macrosomia among overweight women with high gestational rise in fasting glucose. *Journal Maternal & Fetal Neonatal Medicine*. 2010;23:74-81.
16. Ogonowski J, Miazgowski T, Czeszynska MB, Jaskot B, Kuczynska M, Celewicz Z. Factors influencing risk of macrosomia in women with gestational diabetes mellitus undergoing intensive diabetic care. *Diabetes Research Clinical Practice*. 2008;80:405-10.
17. Sarkar RK, Cooley SM, Donnelly JC, Walsh T, Collins C, Geary MP. The incidence and impact of increased body mass index on maternal and fetal morbidity in the low-risk primigravid population. *Journal Maternal & Fetal Neonatal Medicine*. 2007;20:879-83.
18. Ehrenberg HM, Durnwald CP, Catalano P, Mercer BM. The influence of obesity and diabetes on the risk of cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics Gynecology*. 2004;191:969-74.
19. Ben-Haroush A, Hadar E, Chen R, Hod M, Yogeve Y. Maternal obesity is a major risk factor for large-for-gestational-infants in pregnancies complicated by gestational diabetes. *Archives Gynecology and Obstetrics*. 2009;279:539-43.
20. Baz B, Riveline JP, Gautier JF. ENDOCRINOLOGY OF PREGNANCY: Gestational diabetes mellitus: definition, aetiological and clinical aspects. *European journal of endocrinology*. 2016;174:R43-51.

Selda SİVASLIOĞLU*
Hüsniye YÜCEL**
Nihal DEMİREL**
Ahmet Yağmur BAŞ*

* Mavi Deniz Medical Centre, İzmir, Turkey
** Etlik Zübeyde Hanım Training and Research
Hospital, Newborn Intensive Care Unit, Ankara, Turkey

Yazışma Adresi: Selda SİVASLIOĞLU
Mavi Deniz Medical Centre, İzmir, Turkey
e-mail: seldasivaslioglu@gmail.com

The Knowledge and Practices of Turkish Mothers on Newborn Jaundice

Türk Annelerin Yenidoğan Sarılığı ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları

Abstract

Aim: To investigate the knowledge and practices of the Turkish mothers on newborn jaundice.

Materials and methods: This study was conducted on 400 mothers who delivered healthy newborns in the Etlik Zübeyde Hanım Women's and Maternity Research and Training Hospital between the dates of May 2012 and September 2012. A questionnaire was used to assess the mothers' knowledge on neonatal jaundice. The answers were gathered and the data were compared in respect to mothers's literacy, parity, employment and economical status.

Results: In the study group; one hundred fifty seven mothers were primiparous (39.2%), 243 mothers were multiparous (60.8%). Two hundred fourteen mothers (53.5%) have had information on jaundice and the most common source of information was health staff (45%). When the mothers were asked about the reasons of the jaundice occurrence; 56% answered correctly. When the mothers were asked about the harmful effects and treatment modalities of jaundice, 22.2% and 43.7% gave correct answers, respectively. Eighty-two percent (82%) of the mothers think that the jaundice is a normal condition in newborn period and 69.9% of the mothers become aware of the jaundice by the yellow discoloration of the baby's skin.

Conclusion: The information of mothers on the reasons and treatment modalities of jaundice in Turkey is acceptable, however; there is a lack of knowledge regarding the harmful effects of jaundice. In order to get rid of this important national health welfare problem; mothers should be educated in every opportunity such as pregnancy followups, hospitalisation period soon after delivery. Besides; national campaigns regarding jaundice should be implemented across the country.

Keywords: Hyperbilirubinemia, neonatal jaundice, maternal knowledge, newborn

Öz

Amaç: Türk annelerin yenidoğan sarılığı ile ilgili bilgi ve uygulamalarını araştırmak.

Materyal ve metotlar: Bu çalışma Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde Mayıs 2012 ile Eylül 2012 tarihleri arasında sağlıklı doğum

400 anne üzerinde gerçekleştirildi. Annelerin yenidoğan sarılığı ile ilgili bilgilerini ölçmek için bir sorgu formu kullanıldı. Yanıtlar toplandı ve veriler annenin okuryazarlığı, paritesi, iş ve ekonomik durumu açısından karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Çalışma grubundaki 157 anne primipar (%39.2), 243 anne multipar idi (%60.8). Sarılık ile ilgili bilgisi olan anne sayısı 214 (%53.5) olup en sık bilgi kaynağı sağlık personeli idi (%45). Sarılığın nedenleri sorulduğunda annelerin %56'sı doğru olarak yanıtladı. Sarılığın zararlı etkileri ve tedavi seçenekleri sorulduğunda sırası ile kadınların %22'si ve %43'ü doğru yanıtlar verdi. Annelerin %82'si yenidoğan döneminde sarılığın normal bir durum olduğunu düşünmekte ve %69.9'u ise çocuğun cildinin sarıya boyanması ile durumun farkına varılacağı ifade etmektedir.

Sonuç: Türkiye'de annelerin sarılığın nedenleri ve tedavi seçenekleri konusundaki bilgileri kabul edilebilir düzeydedir, bununla birlikte sarılığın zararlı etkileri konusunda bilgi eksikliği vardır. Bu önemli halk sağlığı sorununu aşmak için anneler gebelik takibi, doğumdan sonra hastanede kalış gibi her fırsatta bu konuda eğitilmelidir. Bunların yanı sıra tüm ülkede ulusal kampanyalar düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hiperbilluribinemi, yenidoğan sarılığı, anne bilgisi, yenidoğan

Introducton

Neonatal jaundice occurs when the bilirubin exceeds 5mg/dl, colouring the skin and scleras. It is clinically apparent in 60% of term neonates during the first week of life and is the most common reason for hospitalization of neonates (1,2).

Unconjugated hyperbilirubinemia usually reflects normal phenomenon in the most of infants, however high levels of serum bilirubin may cause injury to the brain. The American Pediatrics Academy proposes vigilant monitoring of newborns who have risks of severe hyperbilirubinemia and ensuring timely outpatient follow up within 24 to 72 hours of discharge (3,4). The responsibility of mothers on recognising jaundice has increased recently due to the fact that the early discharge of mothers and neonates from hospitals (5). Therefore; mothers should be aware of newborn jaundice which is a common condition during newborn period.

It is a well known fact that the low educated mothers' baby nursing practices in accordance with their tradition and experiences have a negative effect on child's health status (6). Hence, in this study, we aimed to investigate the knowledge and practices of the Turkish mothers about the newborn jaundice.

Materials and Methods

This study was carried out between the dates of May 2012 and September 2012. The study group consisted of mothers who gave birth at Etlik Zubeyde Hanim Women's and Maternity Research and Training Hospital in Ankara, Turkey. A questionnaire was used to assess the mothers' knowledge and practices on neonatal jaundice. Informed consent has been taken from all participants before filling the questionnaire and the local ethics committee of the hospital has accepted the study.

The questionnaire was divided into two sections. The first section contained questions about demographic details of the mothers, such as age, educational level, employment status, number of pregnancy and infant characteristics such as gestational age, birth weight, postnatal age and number of siblings. Participants were also asked about their economical status which was categorized as income exceeding expenditure, income equal to expenditure and income less than expenditure according to self report. Source of information on neonatal jaundice were also evaluated.

The second section focused on maternal knowledge and practices on newborn jaundice consisting of open-ended questions. The answers were assessed and divided into four groups: "correct", "incorrect", "correct+incorrect" and "no information". The data was compared in respect to mothers' literacy, parity, employment and economic status.

All the eligible mothers were consulted by an interviewer explaining them the aim of the study. Initially, the questionnaire was pre-tested on a group of 40 mothers in order to be sure whether the questions were clearly understood by the participants. The pre-tested mothers were excluded from the final study population. An interviewer was allocated for the illiterate mothers.

The exclusion criteria were not being Turkish citizen, having a baby older than 15 days of age, giving birth of a baby who was smaller than 35 weeks of gestation and pre-tested mothers.

The required sample size with an error of estimation 0.03 and 95% confidence interval was calculated to be 400. The reliability of the questionnaire was calculated to be 85.5% by using Cronbach alfa coefficient. The data were analyzed using SPSS ver.17.0. Chi square test was used for the comparison of groups. P value was set as <0.05 for statistical significance.

Results

The questionnaires were filled by 400 consecutive Turkish mothers who had babies at 1-15 days of age. In the study group one hundred fifty seven mothers

were primiparous (39.2%), 243 mothers were multiparous (60.8%). The employed mother rate was 14% (55), whereas the rest of the mothers (86%, n=345) were not employed.

The demographic characteristics, literacy rates and economic status of the mothers have been given in Table 1 and 2, respectively.

Table 1. The demographic characteristics of mothers and newborns in the study group

Age of mothers (years)	26.4 ± 5.3 (16 – 46)
Number of pregnancy	1.9 ± 1.0 (1 – 9)
Postnatal age of newborns (days)	6.45 ± 2.0 (3 – 14)
Gestational age (week)	38.5 ± 1.8 (36 – 42)
Birth weight (g)	3237 ± 503 (2460 – 5100)
Number of siblings	1.4 ± 1.0 (1 – 8)
*Data was presented as mean ± standard deviation	

Table 2. The literacy distribution and economic status of the participants

The level of education	Percent (number)
University	8.25% (33)
High School	36% (144)
Literate (Primary school)	55.5% (222)
Illiterate	0.25% (1)
Economic status	
Income < expenditure	23% (92)
Income = expenditure	53.5% (214)
Income > expenditure	23.5 (94)

Two hundred fourteen mothers (53.5%) have had information on jaundice. The sources of the information were health staff (45%), grandparents (32%), neighbours (6%), internet (5%), television set (5%), friends (5%), school (1%), newspaper (0.5%) and books (0.5%). Eighty-two percent of the mothers think that it is a normal condition in newborn period and 69.9% of the mothers became aware of the jaundice by yellow discoloration of the baby's skin.

Evaluation of knowledge status and practices of mothers on the reasons, harmful effects and the treatment of jaundice was shown on Table 3, 4. The correct answers were compared in respect to mothers's literacy, parity, employment and economic status and no statistically significant difference was found ($p > 0.05$).

Table 3: The knowledge and practice of mothers about neonatal jaundice (Total no. of mothers: 400)
Reasons for neonatal jaundice

Reasons for neonatal jaundice	N (%)	Harmful effects	N (%)	Treatment of jaundice	N (%)
Correct answers		Correct answers		Correct answers	
Sucking problems	254 (63.5)	Hearing problems	14 (3.5)	Breastfeeding	121 (30.3)
Small for date	75 (18.8)	Sleeping	97 (24.3)	To consult to a pediatrician	170 (42.3)
Blood incompatibility	29 (7.3)	Brain damage	59 (14.8)	Blood Exchange	8 (2)
Incorrect answers		Incorrect answers		Incorrect answers	
Harmful effect of human milk	34 (8.5)	Causes liver damage	16 (4)	Place the infant naked directly under household lamp	40 (10)
Infection	73 (18.3)	Decrease in breastmilk	43 (10.8)	Covering with yellow scarf/dress	76 (19)
Too much sucking	14 (3.5)	Diarrhea	11 (2.8)	Discontinuation of breastfeeding	2 (0.5)
		Continuous crying	97 (24)	Giving water with sugar	19 (4.8)
		Affects visual acuity	27 (6.8)	Pinning gold to baby	16 (4)
		No effect	9 (2.3)	Vaccination	64 (16)
				Praying	1 (0.2)

Table 4: Evaluation of knowledge and practice of mothers about neonatal jaundice

	Correct (%)	Incorrect (%)	Correct+ incorrect (%)	No information (%)
Reasons of neonatal jaundice	224 (56%)	65 (16.2)	32 (8%)	79 (19.8)
Harmful effects	89 (22.2)	74 (18.5)	69 (17.3)	168 (42%)
Treatment modalities	175 (43.7%)	143 (35.8)	39 (9.7%)	43 (10.8)

Discussion

The treatment costs of newborn jaundice can be reduced provided that the condition is detected earlier. The knowledge of the nursing mother on jaundice is important and evaluating mothers' level of knowledge is a priority in order to educate parents efficiently. In the present study, the knowledge status and practices of mothers about the reasons, harmful effects and the treatment modalities of jaundice were evaluated. We found a large proportion (82%) of the mothers think that neonatal jaundice is a normal condition. This could have an influence on the perceived severity of jaundice and can lead to a delay in the diagnosis and treatment of newborn jaundice that would progress to kernicterus which is a preventable disease.

Nearly, 50% of the mothers answered the questions correctly on the reasons and treatment modalities of neonatal jaundice, however only 22% of them had right information regarding the harmful effects of jaundice. We have noted that the mothers' knowledge status on the complications of jaundice was not sufficient. Similarly, in a study from Pakistan, it was reported that about one fifth of the mothers had no information about complications of hyperbilirubinaemia (7).

In the present study, the correct answers were compared in respect to mothers's literacy, parity, employment and economic status and no statistically significant difference was found ($p > 0.05$). In a previous study from our country, it was shown that the

parity and socioeconomic status had no impact on the awareness of neonatal jaundice (8).

The results showed that, despite a majority of the mothers had received at least a primary school education, their knowledge on neonatal jaundice was inadequate. There are few reports outlining the importance of the relationship between mothers' education level and hyperbilirubinemia. Sutcuoglu and et al. have shown that the literacy rate of mother was positively correlating with the knowledge on newborn jaundice (8). However, our study did not verify the above finding.

The majority of Turkish mothers know that they should continue to breastfeeding and consult to a paediatrician. However, some of them still pay attention to traditional practices when their baby has jaundice.

The study demonstrated that 19% of the mothers reported that they place a yellow cloth over their babies to protect them from jaundice. Minority of the mothers used traditional practices such as giving water with sugar, pinning gold to baby, placing the baby under the household lamp or praying. These conditions are due to general cultural values, beliefs and practices which may affect the care of illness. The health providers should stress the inconsistency of these ineffective applications.

The 16% of mothers denoted that vaccination could prevent the neonatal jaundice. Hepatitis B vaccination is a routine procedure that is being applied to every infant as soon as his/her birth in Turkey. Unfortunately, this vaccine is appraised as the 'jaundice vaccination' to parents by the health care staff (e.g. doctors, nurses, midwives). Hence, this improper communication with family is giving way to an incorrect confidence thinking that their baby would never be 'jaundiced'. This important detail should be explained to the health care providers so that they have to enlighten parents comprehensively regarding neonatal jaundice and hepatitis B vaccination.

Turkey has achieved significant progression in providing of health-care services, particularly in mother-newborn health. The findings of this study show that the information of mothers on the reasons and treatment modalities of jaundice is acceptable, however,

correct information is lacking regarding the harmful effects of jaundice. As a matter of fact; every chance should be used in order to convey the rationale knowledge regarding jaundice to mothers. Therefore; mothers should not only be informed in the postpartum period but also during the prenatal period as well. Hence the pregnancy followups seem a good opportunity for health-care providers in conveying correct and sufficient information on jaundice.

In conclusion, information transfer to mothers on the reasons and harmful effects of jaundice is a necessity in Turkey. Accordingly, implementing health education and national family briefing campaigns across the country will also be helpful to sustain a high level of mother-child well being.

References

1. Stoll BJ, Blood Disorders In: Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE, Stanton BF, editors. *Nelson textbook of pediatrics*, 18th ed. Elsevier, Philadelphia, 2007: 766-74.
2. Melton K, Akinbi HT. Neonatal jaundice: strategies to reduce bilirubin-induced complications. *Postgraduate Med* 1999;106:167-178.
3. Profit J, Alva J, Cambric-Hargrove AJ, Tittle KO, Pietz K, Stark AR. Delayed Pediatric Office Follow-up of Newborns After Birth Hospitalization. *Pediatrics* 2009;124:548-554.
4. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*. 2004;114:297-316.
5. Boo NY, Gan CY, Gian YW, Lim KS, Krishna-Kumar H. Malaysian mother's knowledge and practices on care of neonatal jaundice. 2011; 66:239-43.
6. American academy of pediatrics provisional committee for quality. Improvement and subcommittee on hyperbilirubinemia. Practice parameter: Management of hyperbilirubinemia. *Pediatrics* 1994; 94:558-65.
7. Khalesi N, Rakhshani F. Knowledge, attitude and behavioural of mothers on neonatal jaundice. *J Pak Med Assoc* 2008;58:671-74.
8. Sutcuoglu S, Dursun S, Halicioglu O, Ozturk C, Akman S et al. Evaluation of maternal knowledge level about neonatal jaundice. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25:8:1387-89.

Ali GÜRBÜZ*
Ufuk YETKİN**
İsmail YÜREKLİ*
Murat AKSUN***
Tayfun GÖKTOĞAN*

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

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

Yazışma Adresi: İsmail YÜREKLİ
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği
e-mail: ismoyurekli@yahoo.com

Successful Extirpation Of ICD Lead And Its Vegetations With Inflow Occlusion Technique Developing In A Hypertrophic Non-Obstructive Cardiomyopathy Case Secondary To Infective Endocarditis

Hipertrofik Non- Obstrüktif Kardiyomyopatili Olguda Gelişen İnfektif Endokardite Bağlı ICD Lead'i ile Üzerindeki Vejetasyonların Inflow Oklüzyon Tekniğiyle Başarılı Ekstirpasyonu

Abstract

Infective endocarditis, including the microbial infections on ICD lead-like intracardiac foreign bodies, is a life-threatening pathology with poor survival in spite of all advances in diagnosis and treatment. In this study we aimed to present our successful extirpation of ICD lead and its vegetations with inflow occlusion technique developing in a hypertrophic non-obstructive cardiomyopathy case secondary to infective endocarditis. Surgical extirpation of the infected lead is still treatment of choice for better survival in lead endocarditis in spite of all susceptible antibiotherapy based on antibiogram. Particularly with inflow occlusion technique, one may avoid major side effects of cardiopulmonary bypass. Open surgical extirpation using this technique is a safe and effective method as proven with this case.

Keywords: Hypertrophic non-obstructive cardiomyopathy, ICD lead, inflow occlusion technique

Öz

ICD lead'i benzeri intrakardiyak yabancı cisimlerdeki mikrobiyal infeksiyon tanımını da içeren infektif endokardit tanı ve tedavideki büyük ilerlemelere rağmen halen sağkalımı düşük yaşamı tehdit eden bir patolojidir. Bu çalışmada hipertrofik non-obstrüktif kardiyomyopatili olguda gelişen infektif endokardite bağlı ICD lead'i ile üzerindeki vejetasyonların inflow oklüzyon tekniğiyle başarılı ekstirpasyon yaklaşımımızı sunmayı amaçladık. Yüksek sağkalım oranı açısından kültürantibiyoğrama dayalı tüm duyarlı antibiyoterapiye rağmen lead endokarditinde cerrahi ekstirpasyon birincil seçenek olmayı sürdürmektedir. Özellikle inflow oklüzyon tekniğiyle, kardiyopulmoner by pass'ın da majör yan etkilerinden kaçınılarak uygulanacak açık cerrahi ekstirpasyonun güvenilirliği ve etkinliği bu olgu aracılığıyla kanıtlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hipertrofik non-obstrüktif kardiyomyopati, ICD lead'i, inflow oklüzyon tekniği

Geliş Tarihi: 09.05.16
Kabul Tarihi: 17.05.16

Introduction

The first human application of endocavitary pacemaker was done by Elmqvist and Senning in 1958. This initiated a new era in the treatment of bradycardia. Intracardiac devices are increasingly used to correct hemodynamically dysfunctional valves and electrophysiologic abnormalities (1). The prevalence of infection of permanent pacing material ranges from 0.13 to 19.9% among patients according to published series (2).

Case Report

Our case was a 31-year-old male. His past medical history was significant for ICD implantation 15 months ago due to hypertrophic non-obstructive cardiomyopathy. His battery was replaced 9 months ago. He was suffering from fever and chills for 2 months. Investigations revealed infective endocarditis and combined parenteral antibiotherapy was initiated with daptomycin 6 mg/kg/day and cephtriaxone 2x2 g/day, completed to 4 weeks. Transthoracic echocardiogram measured the thickness of interventricular septum as 35 mm but detected no significant pressure gradient through left ventricular outflow tract. No systolic anterior motion of the anterior leaflet of the mitral valve (SAM) was also detected. A hyperechoic mass of 24x16 mm was detected on the lead within right atrium corresponding to vegetation. A second mass of 9x2 mm was also located sitting on the first vegetation. Transesophageal echocardiogram showed a multilobulated mobile mass adhered to the lead with the largest lobule of 34x13 mm (Figure 1). Informed consent of the case was obtained prior to publication.

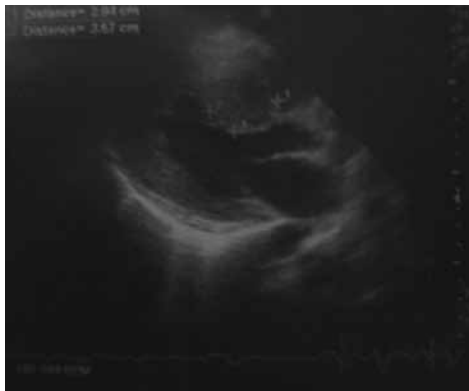


Figure 1. TTE image showing a multilobulated mobile mass in right atrium.

Our patient was taken into operating room with a possible diagnosis of lead endocarditis. Right atrium was opened with inflow occlusion technique. The ICD lead was extirpated together with 2 separate vegetations on it (Figure 2).

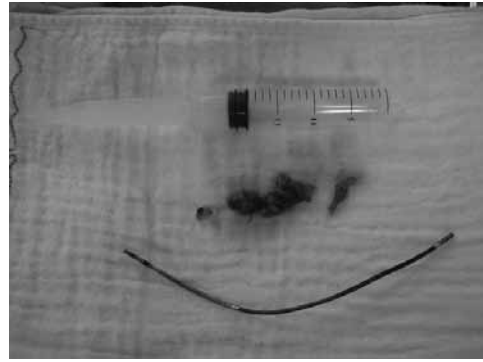


Figure 2. The extirpation view of ICD lead with 2 separate vegetations.

Then, the battery was also removed from left thoracic wall (Figure 3).



Figure 3. The removal of the battery from left thoracic wall.

Early postoperative period was event-free. He was then referred to Cardiology Department.

Discussion

The infections of permanent pacing materials have been associated with high morbidity and mortality rates. In pacemaker -associated endocarditis, the diagnosis is generally made by modified Duke's criteria. Most valuable laboratory data are positive blood culture and -as in our case- demonstration of vegetation echocardiographically.

Recently, IOBH is used in the removal of some materials as intracardiac thrombus, catheter, and pace leads; in cardiac wounds, in pulmonary embolectomy, and in congenital cardiac defects such as pulmonary stenosis (1,3). Complications due to technical issues (tissue injury during cannulation or embolic events) and perioperative problems secondary to the inflammatory process triggered by extracorporeal circulation make us think that CPB is not a more innocent and less-complicated technique than IOBH. The major problems with the inflow occlusion technique are

attributed to the absence of cardiac output (severe systemic hypotension, ischemia of brain and other organs); and back-pressure changes of venous occlusion. Those problems of IOBH may be kept under limitation to a great extent by maintaining of a high surgical precision and strictly restricting the maximum duration of IOBH (3). In lead endocarditis extraction/explantation under antibiotherapy is effective in eradication of infection and has a mortality rate of 12.5% (2). Mortality with pacemaker lead endocarditis without lead extraction remains high at 33% (4). In nonocclusion; lead endocarditis have been associated with high morbidity and mortality rates. Surgical removal of the infected endocavitary pacing lead has been perceived as the only way to guarantee a successful outcome and to reduce the high risk of mortality.

References

1. Gürbüz A, Yeşil M, Yetkin U, Postacı N, Yürekli İ, Arıkan E. Giant vegetation on permanent endocavitary pacemaker lead and successful open intracardiac removal. *Anadolu Kardiyol Derg* 2009; 9(3): 249-51.
2. Victor F, De Place C, Camus C, et al. Pacemaker lead infection, echocardiographic features, management, and outcome. *Heart* 1999; 81(1): 82-7.
3. Gökalp O, Yürekli İ, Yılık L, Bayrak S, Göktoğan T, Arıkan E, Yetkin U, Gürbüz A. Comparison of inflow occlusion on the beating heart with cardiopulmonary bypass in the extraction of a mass lesion or a foreign body from the right heart. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)*, 2011; 39(5): 689-692.
4. Klug D, Lacroix D, Savoye C, Goullard L, Grandmougin G, Hennequin JL, Kacet S, et al. Systemic infection related to endocarditis on pacemaker leads: clinical presentation and management. *Circulation* 1997; 95 (8): 2098-2107.

Gülseda DEDE*
Semra KARAÇAYIR**

*Muğla Sıtkı Koçman Eğitim Araştırma Hastanesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Muğla

**Muğla Fethiye Devlet Hastanesi Nöroloji
Kliniği, Muğla

Yazışma Adresi: Gülseda DEDE
Muğla Sıtkı Koçman Eğitim Araştırma Hastanesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Muğla
E-mail: gydede@yahoo.com.tr

Geliş Tarihi: 07.08.16
Kabul Tarihi: 18.08.16

Boru Otu Zehirlenmesi: Bir Olgusu Sunumu

Datura Stramonium Intoxication: A Case Report

Öz

Datura Stramonium (DS), halk arasında boru otu, tatula, tatala, güzel avrat otu, şeytan elması, cin otu gibi isimleri olan naoh kokulu bir bitkidir. Bitkinin bütün kısımları alkaloid içerir. Halusinojenik ve öforik etkileri vardır. 35 yaşında erkek hasta akşam yemeğinden birkaç saat sonra bulantı, kusma, dengeşizlik, yakını görememe şikâyetleri ile acile başvurdu. Ayrıntılı anamnez sonrası boru otu tükettiği öğrenilen hasta, boru otu zehirlenme teşhisi aldı. Semptomatik tedavi sonrası 48 saat sonra taburcu oldu.

Anahtar Kelimeler: Atropin, Atropa belladonna, Boru otu, Entoksikasyon

Abstract

Datura Stramonium (DS), among the people are known that datura, tatulor, belladonna, devil's apple and it is an unpleasant-smelling plant. All parts of the plant contain alkaloids. It has hallucinogenic and euphoric effects. 35-year-old male patient with nausea, vomiting, dizziness after dinner was admitted to the emergency with sightedness complaints. Learned that consume grass pipe after a thorough patient history, pipe grass took poisoning diagnosis. After symptomatic treatment, he was discharged after 48 hours.

Keywords: Atropine, Atropa belladonna, Datura, Intoxication

Giriş

Datura Stramonium (DS), halk arasında boru otu, tatula, tatala, güzel avrat otu, şeytan elması, cin otu gibi isimleri olan naoh kokulu bir bitkidir. Halk arasında astım, öksürük, bronşit ve balgama karşı kullanılır. Barsak spazmı çözücü, ter, süt ve mide sıvısı azaltıcı etkisi de vardır. Bitkinin bütün kısımları alkaloid içerir. Tatula Arapça Datura (dikenli elma) anlamına gelen kelimeden türemiştir ve Latinceye de öyle geçmiştir. Stramonium Latince delirten anlamına gelir. Halusinojenik ve öforik etkileri vardır. Bu nedenle suistimali mümkündür. Bilinçsiz bir şekilde fazla miktarda oral alımı ile antikolinergik yan etkiler oluşur, işitsel ve görsel halüsinasyonlar sıktır (1). 35 yaşında erkek hasta akşam yemeğinden birkaç saat sonra bulantı, kusma, dengeşizlik, yakını görememe şikâyetleri ile acile başvurdu. Ayrıntılı anamnez sonrası boru otu tükettiği

öğrenilen hasta, boru otu zehirlenme teşhisi aldı. Hastanın onamı alındı. Semptomatik tedavi sonrası 48 saat sonra taburcu oldu.

Olgu Sunumu

Otuzbeş yaşında erkek hasta akşam yemeğinden bir iki saat sonra bulantı, kusma, dengesizlik, yakını görme şikâyetiyle acile başvurdu. Hasta sarhoşluk hissi tarifledi ve kooperasyon sorunu vardı. En son 2 gün önce alkol alımı öyküsü vardı. Fizik muayenede aksiller vücut ısı 37°C, kan basıncı 130/75 mmHg, nabız 110/dk ve ritmikti. Bilinci konfü, kooperasyon kısıtlıydı. Hastanın görsel hayalleri ve ardardına anlamsız kelime tekrarları mevcuttu. Glasgow koma skalası 11'di. Hastanın pupilleri izokorik, bilateral midriyatik ve ışık refleksi çok zayıftı. Hastanın nörolojik muayenesi normal, patolojik refleks yok, kranial sinirler intakttı. Hava yollarının korunmasına dikkat edilip gastrik lavaj uygulandı ve hasta monitörize edildi. Aktif kömür hastanın ajitasyonu sebebiyle takılan nazogastrik sonda ile verildi. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı, tam idrar tetkiki, kan biyokimyası, toksikolojik örneklemeler ve EKG normaldi. Kranial BT normaldi. Hastanın yakınları normal bir akşam yemeği sonrası bulguların ortaya çıktığını belirtti. Hastanın tüm tetkikleri normal çıkınca, mevcut semptomlar gereği yoğun bakımda gözleme alındı. Yüzünde hafif kızarıklık ve ağız mukozası kuru olan olguda midriazis (oda ışığında 6-7 mm. pupil çapı), 110/dak taşikardi, solunum sayısı: 22/dak, solunum seslerinde hafif kabalaşma vardı. Arteriyel kan gazı ve koagülasyon testleri normaldi. Konservatif yaklaşıma devam edildi. Ajitasyon benzodiazepinler ile kontrol altına alındı. İdrar sondası takılarak, ilk gün 150cc/sa %0,9 NaCl başlandı. Hasta yakınlarından ayrıntılı anamnezde evde çöpte boru otu bulunduğu ve hastanın bunu oral olarak almış olduğu öğrenildi. 48 saat sonunda semptomları gerileyen hasta taburcu edildi.

Tartışma

Boru otunun yaprakları genellikle tentür ve natürel ilaç yapımında kullanılır (Resim)



Resim: Boru otu

Oldukça zehirlidir. Toplama aşamasında eldiven şarttır. Boru otuyla ilgili ilk deneme Viyana'da kral doktoru STÖRCK tarafından 1762'de yapılmıştır. Boru otu delirtiyorsa iyileştirir de tezini öne sürmüştür. Boru otu içerdiği alkaloidlerle (L-atropine, Dhyoscyamine ve hyoscine) zehirlenmelere yol açabilir (2). Antikolinergik etkileri ile pupillerde fix dilatasyon, akomodasyon paralizi, pupiller ışık refleksinin olmayışı veya zayıflığına neden olur. Diğer adı olan güzel avrat otu isminin, kadınların güzellik adına gözlerine bu bitki ekstraktlarını damlatmalarından dolayı olduğu söylenir. Diğer antikolinergik yan etkiler flushing, ağız kuruluğu, bağırsak seslerinde azalma, psikoz, işitsel ve görsel halüsinasyonlar, konvulziyon ve komadır. Delirium santral antikolinergik sendromu taklit edebilir (3).

Ülkemizde boru otu pek çok bölgede yetişmektedir. Halusinojen etkisi sebebiyle suistimale açıktır. Yurt dışında sigara şeklinde keyif verici etkisi nedeniyle kullanımı görülmektedir. Ülkemizde çay olarak keyif vermesi amacıyla tüketilmektedir.

Bizim hastamızda ilk başvuruda tam anamnez alınmadığından kranial patolojiler ekarte edilmeye çalışıldı. Görme problemi nedeniyle metil alkol intoksikasyonundan şüphelenildi. Toksikolojik örneklem yapıldı. Tüm laboratuvar tetkikleri normal idi. Klinik seyri esnasında semptomatik tedavi yapıldı. Hasta sonraki ayrıntılı anamnezde önem vermediği bir ot kullanımından bahsetti. Hastanın kullandığı otun boru otu olduğu tespit edildi. Semptomlar 48 saat içinde kendiliğinden geriledi ve hasta taburcu edildi. Boru otu zehirlenmesi pek karşılaşılmayan bir durumdur. Acile başvuran antikolinergik semptomları olan hastalarda akla getirilmelidir. Kullanım dozuna bağlı olarak öforiden komaya kadar geniş bir yelpazededir. Hasta monitorize edilmeli, laboratuvar tetkikleri istenmeli ve başka patolojileri ekarte etmek için kranial BT yapılmalıdır. Hastaya aktif kömür uygulanmalı, sıvı replasmanı yapılmalı ve oksijen desteği sağlanarak semptomatik tedavi yapılmalıdır (4). Taşikardi genelinde sıvı replasmanına yanıt verir. Boru otu içindeki alkaloidler nedeniyle santral antikolinergik semptoma yol açar. Santral antikolinergik toksik sendromun özgül antidotu fizostigmin'dir. Fizostigmin etkin biçimde kan beyin bariyerini geçer ve geridönüşümlü olarak antikolinesteraz inhibisyonu yapar. Fizostigminin en sık endikasyonu ajite deliriumdur. Fizostigmin erişkinde 2 mg, çocukta 0,5 mg kullanılmalıdır. Boru otunun oral alımından 30-60 dk sonra semptomlar görülür. Gastrointestinal motilitenin azalması toksinin atılımını geciktirir ve semptomlar 24-48 saate kadar devam edebilir. Hasta semptomlar geçene kadar gözlem altında tutulmalıdır.

Antikolinerjik toksik sendromun ayırıcı tanısında tri-siklik antidepresan kullanımı, antihistaminikler, karbamazepin, atropin, skopolamin, antiparkinson ilaçlar, antispazmikler (hyosiyamin, oksibutinin..) yer almaktadır (5).

Ülkemizde birçok bölgede yabani ot tüketimi yaygındır. Bu nedenle yabani ot tüketimi ve zehirlenmeleri konusunda toplum bilinçlendirilmelidir. Hastaneye başvuran antikolinerjik semptomları olan hastalarda intoksikasyon olasılığı akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Şanlıdağ B, Derinöz O, Yıldız N. A case of pediatric age anticholinergic intoxication due to accidental *Datura stramonium* ingestion admitting with visual hallucination.

Turk J Pediatr. 2014;56(3):313-5.

2. Osvath P, Nagy A, Fekete S, Tenyi T, Trixler M, Radnai I. A case of *datura stramonium* poisoning general problems of differential diagnosis. *Orv Hetil.* 2000 141(3):133-6

3. Vanderhoff BT, Mosser KH. Jimson weed toxicity: management of anticholinergic plant ingestion. *Am Fam Physician.* 1992;46(2):526-30.

4. Roblot F, Montaz L, Delcoustal M, Gaboriau E, Chavagnat JJ, Morichaud G, et al. *Datura stramonium* poisoning: the diagnosis is clinical, treatment is symptomatic. *Rev Med Interne* 1995;16(3):187-90

5. Miranda-Pérez A, Castillo G, Hernández-Cumplido J, Valverde PL, Borbolla M, Cruz LL, et al. Natural selection drives chemical resistance of *Datura stramonium*. *Peer J.* 2016;4:1898.

Alper Cihat ERDAL*
Sıtkı ÜN**
Ahmet Selçuk DİNDAR***
Osman KÖSE***
Sait Nuri GÖRGEL***
Yüksel YILMAZ***

* Muş Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Muş
** Sivas Numune Hastanesi, Sivas
*** İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

Yazışma Adresi: Sait Nuri GÖRGEL
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Üroloji Kliniği, İzmir
E- mail: sngorgel@hotmail.com

İntravezikal Mesh Erozyonunda Endoskopik Tedavi: İki Olgu Sunumu Endoscopic Treatment of Intravesical Mesh Erosion: Two Case Reports

Öz

Pelvik organ prolapsus cerrahisi sonrası ya da stress üriner inkontinans (SUI) nedeniyle yapılan midüretal sling operasyonu sonrası intravezikal mesh erozyonu nadir izlenen bir komplikasyondur. Suprapubik ağrı, dizüri, hematüri ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu gibi alt üriner sistem semptomlarına yol açabilir. Medikal tedaviye cevap vermeyen semptomların varlığında sistoskopi yapılmalıdır. Burada endoskopik olarak tedavi edilen iki intravezikal mesh erozyonu olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Mesh erozyonu, minimal invaziv tedavi, transüretral rezeksiyon

Abstract

Intravesical mesh erosion is a rare complication which is occurred after miduretral sling operation due to pelvic organ prolapse or stress urinary incontinence surgery. It can lead to lower urinary tract symptoms such as suprapubic pain, dysuria, hematuria and recurrent urinary tract infection. Cystoscopy should be performed in the presence of this symptoms that do not respond to medical treatment. Here, we present two patients with intravesical mesh erosion treated with endoscopically.

Keywords: Mesh erosion, minimally invasive treatment, transurethral resection

Giriş

Stress inkontinans nedeniyle yapılan midüretal sling operasyonu sonrası genitoüriner sistemde mesh erozyonu nadir bir komplikasyondur. Son çalışmalarda % 0.6-5.4 arasında mesh erozyonu raporlanmıştır (1). Bu erozyonların etyolojisi multifaktöryel olmakla birlikte mesh yapısında bulunan polipropilenin dokularda yol açtığı kronik inflamatuvar reaksiyona bağlı olduğu düşünülmektedir (2). Tanı postoperatif ortaya çıkan ve medikal tedaviye yanıt vermeyen urgency, frequency, dizüri, hematüri, rekürren idrar yolu enfeksiyonu gibi semptomlardan şüphelenilip sistoskopi yapılmasıyla konur (3). Her iki hastadan yazılı onam alınarak endoskopik olarak tedavi ettiğimiz iki intravezikal mesh erozyonu olgusunu sunduk.

Olgu1

Elli dört yaşında kadın hasta yaklaşık 3 yıldır devam eden dizüri, hematüri şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastada 5 yıl önce transvaginal sistosel operasyonu öyküsü mevcuttu. Hemogram ve kan biyokimyası olağandı. Tam idrar tahlilinde bol lökosit izlendi. Ultrasonografisinde mesane lümeninde yaklaşık 2x2 cm taş izlenmesi üzerine hastaya çekilen batin tomografisinde mesane lümeninde 2 cm taş saptandı (Resim 1).



Resim 1. Opaksız batin tomografisinde mesane lümeninde 2 cm taş

Hastaya antibiyoterapi sonrası idrar kültür negatifliği sağlandıktan sonra yapılan sistoskopisinde mesane tabanda yaklaşık 2 cm lik taş holmium yag lazer ile fragmentasyonu sonrası ortaya çıkan eroze mesh materyali 26 Fr bipolar loop lu rezektoskopi ile kas dokusuna kadar rezeke edildi. Kanama kontrolü sonrası 18 fr foley sonda takılarak işleme son verildi. Postoperatif 1. günde hasta sondalı olarak taburcu edildi. Postoperatif 3.günde sondası alınan hastada komplikasyon izlenmedi. 3 ay sonra yapılan kontrol sistoskopisinde rezeksiyon alanının ürotelyal epitelle kaplandığı mesh materyali olmadığı görüldü. Şikâyetleri olmayan hasta takibe alındı.

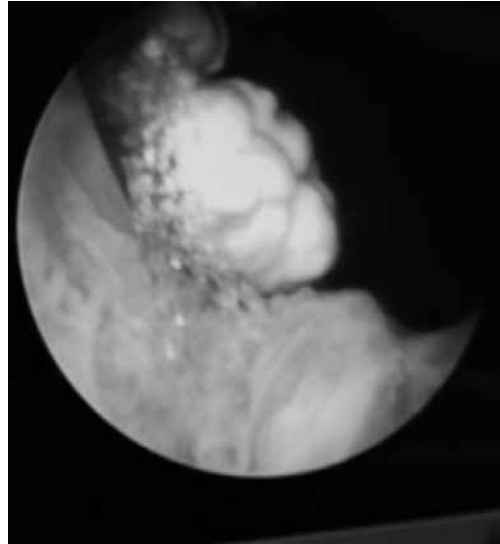
Olgu 2

Altmış dört yaşında kadın hasta yaklaşık 1 yıldır devam eden kesik kesik idrar yapma, idrar yaparken yanma ve aralıklı hematüri şikâyeti nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde 2 yıl önce SUİ nedeniyle transobturator tape operasyonu mevcuttu. Hastanın yapılan kan sayımı, biyokimya değerleri ve tam idrar tahlili olağan olarak izlendi. Üriner sistem ultrasonografi de mesane sağ posterolateral duvarda yaklaşık 1.5 cm boyutunda ekojenik, pos-

terior akustik gölgelenmesi bulunan alan görülmesi üzerine çekilen opaksız batin tomografisi mesane tabanında sağda 15 mm hiperdens lezyon izlenmiştir (Resim 2). Hastanın sistoskopisinde mesane boynu ve taban sağ tarafında 2 cm boyutunda üzeri kalsifiye mesh materyali izlendi (Resim 3).



Resim 2. Opaksız batin tomografisi mesane tabanında sağda 15 mm hiperdens lezyon



Resim 3. İntravezikal mesh ve üzerindeki taşın endoskopik görünümü

Mesh üzerindeki taşlar holmium yag lazer ile fragmentasyonu sonrası eroze mesh holmium yag lazer ile submukozal dokunun içine kadar eksize edildi. Eksize materyal yabancı cisim pensiyle tahliye edildi. Kanama kontrolü sonrası 18 Fr foley sonda takılarak işlem sonlandırıldı. Post operatif 1. günde sondalı olarak hasta taburcu edildi. Postoperatif 3.günde sondası alınan hastada komplikasyon izlenmedi. 3. ay yapılan kontrol sistoskopisinde mukozal defekt izlenmedi.

Tartışma

Genitoüriner mesh erozyonunda kabul edilmiş optimal tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Tedavi protokolleri minimal invaziv cerrahiden açık mesh eksizyonuna kadar geniş bir yelpazede ele alınmaktadır (4). Hodroff ve arkadaşlarının intravezikal mesh erozyonu olan 23 hastayı içeren çalışmasında 16 hastaya transüretal rezeksiyon ve 7 hastaya transüretal endoskopik holmium lazer eksizyonu uygulanmış. Mesh free mesane başarı kriteri olarak olarak konan çalışmada transüretal rezeksiyon yapılan hastalarda başarı %93.7 olarak saptanırken holmium lazer eksizyonunun başarı %29 olarak saptanmış (5). Bu çalışmada transüretal rezeksiyon yapılan iki hastada vezikovajinal fistül geliştiği, mesane perforasyon riskinin fazla olduğu rezeksiyon işleminde uzun sondalı takibin faydalı olacağı yönünde görüş bildirmişlerdir. Diğer bir çalışmada ise transüretal mesh rezeksiyonun başarı oranı %92.9 olarak saptanmıştır (6). Doumouchtsis ve arkadaşlarının mesh erozyonu olan 6 hastada endoskopik lazer eksizyonunun başarıyla gerçekleştiğini bildirmişlerdir. Rezeksiyon yapılan hastalardan birinde miks tip inkontinans, birinde pelvik hematoma ve birinde de vezikovajinal fistül gibi komplikasyon geliştiğini bildirmişlerdir (7). Hastalarımız transüretal rezeksiyon ve holmium lazer ile başarı bir şekilde tedavi edilmiştir. Her iki vakanın kısa ve uzun dönem takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

Sonuç

Medikal tedaviye dirençli alt üriner sistem semptomları varlığında hastada pelvik organ prolapsus ve/veya SUI nedeniyle operasyon öyküsü varsa intravezi-

kal mesh erozyonu olasılığı ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmelidir. İntravezikal mesh erozyonu varlığında minimal invaziv olarak endoskopik tedavi yöntemleriyle başarılı sonuçlar elde edilebilir.

Kaynaklar

- 1- Novara G, Galfano A, Boscolo-Berto R, Secco S, Cavalleri S, Ficarra V, Artibani W. Complication rates of tension-free midurethral slings in the treatment of female Stress Urinary Incontinence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing tension-free midurethral tapes to other surgical procedures and different devices. *Eur Urol* 2008; 53:288–309.
- 2- Zhang K, Han J, Yao Y, Yang J, Qiao J. Local reaction to the different meshes at the vesicovaginal space in rabbit model. *Int Urogynecol J* 2012; 23(5):605–611.
- 3- Daneshgari F, Kong W, Swartz M. Complications of mid urethral slings: important outcomes for future clinical trials. *J Urol* 2008; 180:1890–1897.
- 4- Ogle CA, Linder BJ, Elliott DS. Holmium laser excision for urinary mesh erosion: a minimally invasive treatment with favorable long-term results. *Int Urogynecol J* 2015; 26(11):1645-8.
- 5- Hodroff M, Portis A, Siegel S. Endoscopic removal of intravesical polypropylene sling with the holmium laser. 2004; *J Urol* 172:1361–1362.
- 6- Oh TH, Ryu DS Transurethral resection of intravesical mesh after midurethral sling procedures. *J Endourol* 2009;23(8):1333-7.
- 7- Doumouchtsis SK, Lee FY, Bramwell D, Fynes MM. Evaluation of holmium laser for managing mesh/suture complications of continence surgery. *BJU Int* 2011;108:1472–1478.

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Ege Klin Tıp Derg 2017; 55 (1): 42-44

Serkan KARAIŞLI*
İlker KIZILOĞLU**
Erdem SARI***
Turan ACAR*
Mehmet HACİYANLI*
Ercüment TARCAN*

*İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İzmir Türkiye
**İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İzmir, Türkiye
***Bigadiç Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Balıkesir, Türkiye

Yazışma Adresi: Serkan KARAIŞLI
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İzmir, Türkiye
E-mail: skaraisli@hotmail.com

Bu olgu sunumu, 13-17 Nisan 2016 tarihinde 20. Ulusal Cerrahi Kongresi(Antalya)'nde poster olarak sunulmuştur.

Şizofreni Hastasında Rektum Perforasyonu: Yanıltıcı Anamnez, İntraoperatif Tanı Rectal Perforation in Schizophreniac Patient: Misleading History, Intraoperative Diagnosis

Öz

Rektum perforasyonlarının bir kısmı anüsten keskin ya da künt yabancı cisim itilmesine bağlı gerçekleşmektedir. Hastalar genellikle toplumsal nedenlerle bilinçli olarak farklı anamnez vererek klinisyeni yanıltmaktadır. Kontrolsüz psikiyatrik hastalığı olan ya da mental geriliği olan hastalar da istemsiz şekilde yanlış anamnez ile tanı konusunda klinisyeni yanıltabilir. Bu olgu sunumunda, şizofreni tanısı olup peptik ülser perforasyonu benzeri anamnez vermesine karşın intraoperatif olarak rektum perforasyonu saptanan olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Perforasyon, rektum, şizofreni

Abstract

A small part of rectal perforations occurs due to pushing sharp or blunt foreign bodies. Patients often mislead the clinician deliberately by giving different history for social reasons. Patients with uncontrolled psychiatric disease or mental retardation may also mislead clinicians about diagnosis by telling wrong anamnesis involuntarily. In this case report, we aimed to present a case with history of schizophrenia who were diagnosed rectal perforation intraoperatively, in spite of his telling a medical history compatible with peptic ulcer perforation.

Keywords: Perforation, schizophrenia, rectum

Giriş

Rektumdaki yabancı cisimlerin büyük kısmı anüsten keskin ya da künt yabancı cisim itilmesine, küçük bir kısmı ise yutulan yabancı cisimlerin gastrointestinal sistemde ilerleyip rektuma takılmasına bağlı gerçekleşmektedir(1). Etiyolojide seksüel davranış bozuklukları, prostat masajı ve fekalomların çıkarılması amacı yer almakta (1) ve hastalar genellikle toplumsal nedenlerle bilinçli olarak farklı anamnez vererek klinisyeni yanıltmaktadır(2). Kontrolsüz psikiyatrik hastalığı olan ya da mental geriliği olan hastalar da istemsiz şekilde yanlış anamnez ile tanı konusunda klinisyeni yanıltabilir. Bu olgu sunumunda, şizofreni tanısı olup peptik ülser perforasyonu benzeri anamnez vermesine karşın intraoperatif olarak yabancı cisme bağlı rektum perforasyonu saptanan olguyu sunmayı amaçladık.

Geliş Tarihi: 14.11.16
Kabul Tarihi: 23.11.16

Olgu Sunumu

40 yaşında erkek hasta acil servise 5 saat önce yemek sonrası epigastrik bölgede aniden başlayan karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın ateşi 37.8°C, TA:130/85, N:96/dk olarak saptandı. Öyküsünde bilinen şizofreni tanısı vardı ancak ilaç kullanımı düzensizdi. Fizik muayenede batında tüm kadranlarda yaygın hassasiyet ve istemli defans mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre sayısı(WBC): 18600 K/ul, CRP ve diğer parametreler normaldi. Ayakta direkt karın grafisi ve akciğer grafisinde özellik saptanmaması üzerine hastaya kontrastlı batın tomografisi(BT) çekildi. Pnömooperitoneum saptanması üzerine hasta peptik ülser perforasyonu öntanısı ile acil ameliyata alındı. Eksplorasyonda üst abdomende patoloji izlenmedi. İnsizyon göbek altına doğru genişletildiğinde pelviste az miktarda koagulum izlendi. Eksplorasyonun devamında üst rektum ön yüzünde yaklaşık 5mm'lik perforasyon alanı izlendi(Resim-1). Batında kolon içeriği izlenmemesi nedeniyle ostomi açılmadan primer tamir uygulandı. Ameliyat sonrası dönemde hasta öyküsü tekrar sorgulandığında hastanın hemoroid nedeniyle sıkça makatta ağrı duyduğu ve acil servise başvurusundaki karın ağrısının başlamasından bir saat önce ağrısının çok fazla olması nedeniyle hemoroidlerini makasla kesme girişiminde bulunduğu öğrenildi. Bu eylem sırasında makasın ucunun rektuma ilerletildiği ve perforasyonun oluştuğu düşünüldü. Hastanın takip ve tedavisi için ameliyat sonrası psikiyatri önerileri alındı. Ayrıca gelişen olayın adli yönü göz önüne alınarak adli rapor tutuldu.

Hastaya ameliyat sonrası dönemde geniş spektrumlu antibiyoterapi ve intravenöz sıvı desteği verildi. 2. gün enteral gıda başlandı ve 7. günde hasta şifa ile taburcu edildi. 2 aylık takip sürecinde komplikasyon izlenmedi. Bu çalışmanın yayınlanması ve hastanın ameliyat resminin kullanılabilmesi için, sunulan hastanın mental yetersizliği nedeniyle hastanın yakınından yazılı onam alınmıştır.



Resim-1: Üst rektum ön yüzünde yaklaşık 5mm'lik perforasyon alanı

Tartışma

Her yaştaki ve etnik kökene ait hastalarda rektal yabancı cisimler bildirilmiş olsa da, rektal yabancı cisim hastalarının üçte ikisinden fazlasının erkek, ve özellikle 30 ve 40lı yaşlarda olduğu rapor edilmiştir(3). Genç hastalarda çoğunlukla anal erotizm veya anüse zorla itme nedeniyle, ileri yaşlarda ise çoğunlukla prostatik masaj ve fekal implantı kırmak amaçlı meydana gelmektedir(1).

Çeşitli meyve ve sebzeler, çiviler, ampuller, şişe dahil olmak üzere birçok nesne rektal yabancı cisim tanımlanmıştır. En sık rektal yabancı cisimlerden biri, uyuşturucu kuryeleri tarafından rektumda taşınan uyuşturucu paketleridir. Nesnelerin çeşitliliği ve rektumda ve distal kolonda neden olduğu travma nedeniyle rektal yabancı cisimlerin teşhisi ve yönetimi için sistematik bir yaklaşım gerekmektedir(3). Rektal yabancı cisimlerin yönetiminde karşılaşılan en yaygın sorunlardan biri, hasta başvurusunun gecikmesidir, çünkü birçok hasta çekingendir ve erken dönemde tıbbi bakım talep etmemektedir(3). Bu hastaların çoğu, evde yabancı cismi çıkarma çabaları sonrasında acil servise başvururlar. Ayrıca acil serviste, hastalar acil servise başvurularının nedeni konusunda çoğunlukla dürüst olmaktan çekinirler ve bu da tanıda gecikmelere neden olabilir(3). Cismi çıkarma işleminden sonra bile, rektumda gecikmiş perforasyon veya ciddi kanamalar meydana gelebilir. Bu nedenle, tanı, cismin çıkarılması ve çıkarma sonrası komplikasyon açısından değerlendirme içeren kademeli bir yaklaşım gerekmektedir(3).

Hastalarda yaygın karın ağrısı, rektal kanama veya ağrı ve bazen kabızlık şikayeti olabilir(1). Komplike vakalarda enfeksiyon bulguları veya perforasyon belirtileri görülebilir. Fizik muayene, peritonit bulguları açısından dikkatli bir karın muayenesini içermelidir(3). Psikiyatrik hastalarda yabancı cisimlerin kasıtlı bir eylem veya kendine zarar verici davranış biçimi olarak görüldüğü bilinmektedir(4). Psikiyatrik hastalığı olan hastalarda öykü yanıltıcı olabilir. Hasta yakını ya da bakıcısının verdiği anamnez de tanı için klinisyene yardımcı olmayabilir. Kooperasyonu sınırlı ya da mental sağlığı yerinde olmayan hastalarda görüntüleme yöntemleri tanıda yardımcıdır. Rektumda sebat eden yabancı cisim direkt karın grafisi ve pnömooperitoneum anteroposterior akciğer grafileri ile tespit edilebilir(5). Perforasyon gelişmeyen olgularda laboratuvar parametreleri ise tanıda yardımcı değildir. Perforasyon halinde WBC artışı görülebilir(5).

Rektal yabancı cisim bulunan bir hastanın değerlendirilmesi ve yönetimi için ilk adım, bir perforasyon olup olmadığının belirlenmesidir. Hipotansiyon, taşikardi, şiddetli abdominopelvik ağrı ve ateş perforasyonun göstergesidir. Perforasyonu gösteren diyafram altı serbest hava veya belirgin peritonit varsa, hastanın intravenöz sıvılar ve geniş spektrumlu antibiyotiklerle

resüsitasyona ihtiyacı vardır. Hasta klinik olarak stabil-se ve normal vital bulguları varsa ve bir perforasyondan şüpheleniliyorsa, BT tarama sıklıkla rektal perforasyon olup olmadığını belirlemeye yardımcı olur(5). Perforasyon (serbest hava), sepsis veya peritonit ile başvuran tüm hastalarda cerrahi endikedir(1,3). Perforasyon gelişen olgularda perforasyon alanı öncelikli olarak primer tamir edilebilir. Yaygın peritonit olan instabil olgular veya yaygın fekal bulaşmaya neden olan perfore olgularda diversiyon yapılmalıdır(1,3). Psikiyatrik rahatsızlıkları olan hastalarda yaralanma ile karşılaşıldığında, kendine zarar verme her zaman hekimler tarafından akılda tutulmalıdır(6). Kooperasyonu sınırlı hastalarda öykü detaylı sorgulanmalı, fizik muayene sonrasında şüpheli olgularda görüntüleme yöntemleri ile tanı araştırılmalı, perforasyon ya da peritonit olgularında ise acil eksplorasyon planlanmalıdır. Ameliyat sonrası erken dönemde psikiyatri desteği istenerek olayın tekrarlanmasının önüne geçilebileceğini düşünmekteyiz. Olası bir adli sürece karşı adli rapor tutulmasının da hem hasta hem de hekim açısından faydası olacağı kanaatindeyiz.

Hasta Onamı: Bu çalışma için, sunulan hastanın mental yetersizliği nedeniyle hastanın yakınından onam alınmıştır.

Kaynaklar

- 1) Akhtar MA, Arora PK. Case of unusual foreign body in rectum. *Saudi Journal of Gastroenterology*. 2009;15(2):131–132.
- 2) Sarı E, Capkinoğlu E, Kumkumoglu Y ve ark. Proktolojide Hastalar Bizi Yanıltabilir mi? *CausaPedia* 2014;3:994.
- 3) Goldberg JE, Steele SR: Rectal foreign bodies. *Surg Clin N Am* 2010;90:173–184.
- 4) Rao KN, Sudarshan CY, Begum S. Self injurious behavior: a clinical appraisal. *Indian J Psychiatry*. 2016;50(4):288–297.
- 5) Coskun A, Erkan N, Yakan S, Yildirim M, Cengiz F. Management of rectal foreign bodies. *World Journal of Emergency Surgery* 2013;8:11
- 6) Royal T, County S. The surgical management of patients who deliberately self-harm. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009;91(1):59–62.

Tuğçe MENGİ
Aysel ÇOBAN
Yeşim BECKMANN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi İzmir Atatürk
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği/İZMİR

Yazışma Adresi: Tuğçe MENGİ
e-mail: tugceangin@gmail.com
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Nöroloji Kliniği/İZMİR

Geliş Tarihi: 07.12.16
Kabul Tarihi: 17.01.17

İnhalasyon Yolu ile Kronik Toluene Kötüye Kullanımı: Kraniyal Manyetik Rezonans Görüntüleme Bulguları

Chronic Toluene Abuse Via Inhalation: Cranial Magnetic Resonance Imaging Findings

Öz

Yirmi yaşındaki tiner bağımlısı erkek hasta yürüme güçlüğü ile başvurdu. Kranial manyetik rezonans görüntülemesinde T2 ve fluid attenuated inversion recovery (FLAIR) ağırlıklı kesitlerde kortikospinal traktusta hiperintensiteler saptandı. Hastamız kronik toluen kullanımının tipik nörogörüntüleme bulguları ile prezente oldu.

Anahtar Kelimeler: Kortikospinal traktus, panserebellar sendrom, toluen

Abstract

A 20-year-old paint thinner addicted male patient presented with gait inability. Cranial magnetic resonance imaging was revealed hyperintensities in corticospinal tractus on T2 and fluid attenuated inversion recovery (FLAIR) weighted images. Our patient presented with a typical neuroimaging findings of chronic toluene abuse.

Keywords: Corticospinal tract, pancerebellar syndrome, toluene

Giriş

Uçucu madde bağımlılığı özellikle son yıllarda adölesan dönemde giderek artmış, oldukça önemli bir toplumsal sorun ve sağlık sorunu haline gelmiştir.¹ Uçucu maddeler piyasada serbestçe satılan birçok üründe yer alan maddelerdir. Nörotoksik etkisi olan toluen, uçucu maddelerin içerisinde yüksek oranda bulunmaktadır.²

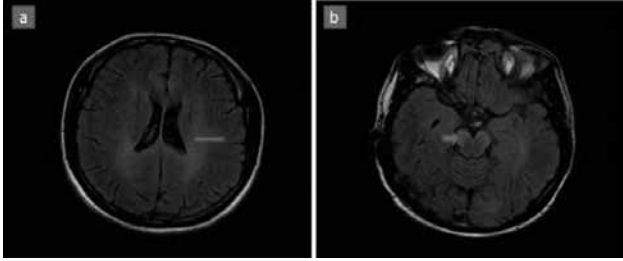
Toluenin kötüye kullanımı sonucu klinik, nörolojik ve psikiyatrik bulgu ve belirtileri komplikasyonları şeklinde ortaya çıkmaktadır.²

Bu yazıda uçucu madde bağımlılığı olan ve nörolojik yakınmalar nedeniyle polikliniğimize başvuran bir olgu sunulmuştur.

Olgu

Yirmi yaşında erkek hasta 1 aydır olan dengesizlik ve yürüme güçlüğü nedeniyle nöroloji polikliniğine başvurdu. İki yıldır uçucu madde bağımlılığı (tiner) mevcuttu. Özgeçmişinde uçucu madde bağımlılığı dışında özellik yoktu. Nörolojik bakıda dizartri, sağ ve sola horizontal bakış ile ortaya çıkan ve hızlı fazı bakış yönüne vuran nistagmus, ataksik yürüyüş, Romberg testi pozitifliği, derin tendon reflekslerinde artış ve bilateral Babinski pozitifliği saptandı. Kranial manyetik

rezonans görüntülemesinde (MRG) sentrum semioval, internal kapsül arka bacağı, mezensefalon, pons, bulbus boyunca kaudale doğru uzanan kortikospinal traktusta bilateral simetrik T2 ve fluid attenuated inversion recovery (FLAIR) ağırlıklı kesitlerde sinyal artışı saptandı (Resim 1). Benzer sinyal artışı korpus kallosumda ve hipotalamusta da görüldü.



Resim-1: FLAIR kesitlerde

a- Periventriküler alanda (uzun okla) ve
b- Mezensefalonda özellikle serebral pedinkül düzeyinde simetrik hiperintens alanlar (kısa okla) görülmektedir.

Hastanın kliniği ve nörogörüntüleme bulgularının toluenin kötüye kullanımına bağlı geliştiği düşünüldü. Nöroloji kliniğine yatışı planlandı ancak hasta yatışı kabul etmedi ve poliklinik takiplerine gelmedi. Hastadan onam alınmıştır.

Tartışma

Ülkemizde üretilen tinerde belirlenen yasal formül, %90 toluen, %9 etil asetat, %1'den az benzoldür.³ Toluenin ana hedefi merkezi sinir sistemidir.⁴ Lipofilik bir bileşik olan toluen membranda lipid peroksidasyonlarına neden olarak miyelin hasarına yol açmaktadır.^{4,5}

Toluen bağımlılığı; klinikte ataksi, dizartri ve nistagmus triadından oluşan panserebellar sendrom şeklinde karşımıza çıkabilir. Piramidal traktus bulguları olarak spastisite, hiperrefleksi, Babinski pozitifliği pozitifliği görülür. Kranial sinir anomalileri içerisinde

de vizüel kayıp, sensörinöral işitme kaybı ve hiposmi vardır. Ayrıca kronik toluen kullanımı sonucu hastada kişilik değişiklikleri, emosyonel instabilite, kognitif kayıp görülebilir.²

Olgumuzda olduğu gibi kronik toluen kullanımı sonucu görülen kraniyal MRG bulguları; periventriküler beyaz cevherde miyelin hasarına sekonder gelişmiş T2 ve FLAIR ağırlıklı kesitlerde hiperintensite, gri-beyaz cevher sınırında silinme, serebral-serebellar atrofi, korpus kallosumda incelmeye, demir birikimine bağlı talamusta ve bazal ganglionda bilateral simetrik T2 ağırlıklı kesitlerde hipointensitedir.¹

Ülkemizde uçuşu madde bağımlılığı ne yazık ki yaygındır ancak uçuşu madde bağımlılığına bağlı nörolojik yakınmaları olan hastalar nörolojik polikliniklerine sık olarak başvurmamaktadır. Uçuşu madde bağımlılığı olan olgumuzdaki kraniyal MR bulguları kronik toluen kullanımı için tipik olduğundan literatür eşliğinde sunmak istedik.

Kaynaklar

- 1- Aydın K, Sencer S, Demir T, et al. Cranial MR findings in chronic toluene abuse by inhalation. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2002;23(7):1173-9.
- 2- Caldemeyer KS, Pascuzzi, RM, Moran CC, et al. Toluene abuse causing reduced MR signal intensity in the brain. *AJR Am J Roentgenol.* 1993;161(6):1259-61.
- 3- Kendirli Y, Uzun N, Gündüz A. Volatile Substance Abuse Via Inhalation: Clinical and Demographical Findings. *Turk J Neurol.* 2008;14(1):15-20.
- 4- Papageorgiou SG, Karantoni E, Pandis D, et al. Severe dopaminergic pathways damage in a case of chronic toluene abuse. *Clin Neurol Neurosurg.* 2009;111(10):864-7.
- 5- Valk J, van der Knaap MS. Toxic encephalopathy. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1992;13(2):747-60.



EGE KLİNİKLERİ TIP DERGİSİ

MEDICAL JOURNAL OF AEGEAN CLINICS

