



ZKTB Zeynep Kamil Tıp Bülteni

Medical Bulletin of Zeynep Kamil



Obstetrik ve Jinekoloji, Pediatri, Pediatrik Cerrahi Klinikleri
Clinics of Obstetrics and Gynecology, Pediatrics, Pediatric Surgery

Editör

Mustafa EROĞLU

Editör Yardımcıları

Enis ÖZKAYA

Evrım Bostancı ERGEN

DergiPark
AKADEMİK



TÜBİTAK



TÜRKİYE ATIF DİZİNİ

Tübitak Türk Tıp Dizini'ne dahildir.
Türkiye Atıf Dizini'ne dahildir.
Türk Medline'a dahildir.



T.C.

Sağlık Bakanlığı

**Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk
Hastalıkları Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Yayın Organıdır.**



Obstetrik ve Jinekoloji, Pediatri, Pediatrik Cerrahi Klinikleri
Clinics of Obstetrics and Gynecology, Pediatrics, Pediatric Surgery

Editör

Editor

Mustafa EROĞLU**Editör Yardımcıları**

Co-Editors

Enis ÖZKAYA, Evrim Bostancı ERGEN**Bölüm Editörleri ve Danışma Kurulu**

Section Editors and Advisory Board

Semra Kayataş ESER**Mustafa EROĞLU****Murat APİ****Baha ORAL****Selçuk ÖZDEN****Fuat DEMİRCİ****Cem FIÇICIOĞLU****Enis ÖZKAYA****Selçuk AYAS****Oya DEMİRCİ****Gökhan YILDIRIM****Yeliz Doğan MERİH****Abdülkadir BOZAYKUT****Güner KARATEKİN****Derya BÜYÜKAYHAN****Rabia Gönül SEZER****Yasemen USER****Erdal SARI****Ayşenur Cerrah CELAYİR****Serdar MORALIOĞLU****Oktav BOSNALI****Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yayın Organıdır.**

Her yıl 3 ayda bir olmak üzere (Ocak, Nisan, Temmuz, Ekim) 4 sayı olarak yayınlanır.

Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü: Mustafa EROĞLU**Adres:** Zeynep Kamil Hastanesi, Üsküdar, İstanbul, **Tel:** +90 216 391 06 80, **Faks:** +90 216 343 92 51

ZKTB'de yayınlanan yazı, şekil, resim ve tablolar Yazı İşleri Müdürlüğünden izin alınmadan kısmen bir vasıta ile basılamaz, çoğaltılamaz, ancak bilimsel amaçlarla kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir. Yayınlanan yazı şekil ve resimlerden yazarlar, ilan ve reklamlardan firmalar sorumludur.

ISSN:1300-7971 e-ISSN 2148-4864**TÜBİTAK**TÜBİTAK TÜRK TIP DİZİNİ, TÜRK MEDLINE
ve TÜRKİYE ATIF DİZİNİ'ne Dahildir.

İçindekiler

Contents

Cilt: 48 Yıl: 2017 Sayı: 1

Volume: 48 Year: 2017 Number: 1

KLİNİK ARAŞTIRMA (Clinical Research)

- Bir Ortaokulda Farklı İki Yöntemle Verilen Diyabet Eğitiminin Karşılaştırılması** 1-7
(Comparison of Two Different Forms of Diabetes Education in A Middle School)
Seda CANGÖL, Eda CANGÖL
- Ektopik Gebelik Olgularında Gebelik Haftasına Göre Tedavi Yaklaşımlarının Retrospektif Değerlendirilmesi** 8-11
(Retrospective Evaluation of the Treatment Approaches of Ectopic Pregnancies According to Gestational Week)
Nurullah PEKER, Senem Yaman TUNÇ, Sibel SAK, Talip KARAÇOR, Serdar BAŞARANOĞLU, Talip GÜL

OLGU SUNUMU (Case Report)

- Rinosinüzit Komplikasyonu: İnatçı Subperiosteal Apse** 12-15
(Rhinosinusitis Complication: Persistent Subperiosteal Abscess)
İsa ÖZBAY, Cüneyt KUCUR, Onur ERDOĞAN, Fatih OĞHAN, Mehmet TETİKOĞLU, Hacı Murat SAĞDIK
- İskelet Displazili İki Yenidoğan: Olgu Sunumu** 16-19
(Two Cases with Skeletal Dysplasia: A Case Report)
Elif ÖZALKAYA, Sevilay TOPÇUOĞLU, Arzu AKDAĞ, Fahri OVALI, Güner KARATEKİN, Resul ARISOY
- Atipik Kawasaki Hastalığı: Olgu Sunumu** 20-22
(Atypical Kawasaki Disease: A Case Report)
Seher ERDOĞAN, Mehmet BOŞNAK, Derya Aydın ŞAHİN, Osman BAŞPINAR
- Nadir Bir Olgu: Ovaryan Hidatik Kist** 23-27
(A Rare Case: Ovarian Hydatid Cyst)
Suat Can ULUKENT, Merve ALDIKAÇTIOĞLU TALMAÇ, Emel CANAZ, Alper ŞAHBAZ, İpek YILDIZ ÖZAYDIN, Özgür AKBAYIR
- İyileşmeyen Pnömoni ile Başvuran Bir Atipik Kawasaki Hastalığı Olgusu** 28-31
(A Case of Atypical Kawasaki Disease Presenting with Unresolving Pneumonia)
Mustafa ÇAKAN, Nuray Aktay AYAZ, Gonca KESKİNDEMİRCİ, Hamide Sevinç GENÇ, Helen BORNAUN
- Hidrops Fetalis'li Supraventriküler Taşikardinin Tedavi Zamanlaması: İntrauterin mi? Ekstrauterin mi?** 32-34
(The Right Timing of The Treatment of Supraventricular Tachycardia Accompanied by Hydrops Fetalis: Intrauterine or Extrauterine?)
Elif ÖZALKAYA, Hande Özgün KARATEPE, Taner YAVUZ, Selahattin AKAR, Emine KAVAS, Güner KARATEKİN
- Epidermal İnküzyon Kisti Olgularıyla Sünnet Komplikasyonlarına Genel Bakış** 35-38
(Overview of Circumcision Complications with Epidermal Inclusion Cyst Cases)
Olga Devrim AYVAZ, Ayşenur Cerrah CELAYİR, Osman Zeki PEKTAŞ, Ceren ÖZMEN, Hülya YAVUZ, Nermin KOÇ

Bir Ortaokulda Farklı İki Yöntemle Verilen Diyabet Eğitiminin Karşılaştırılması

Comparison of Two Different Forms of Diabetes Education in A Middle School

Seda CANGÖL¹, Eda CANGÖL¹

1. Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Çanakkale

ÖZET

Amaç: Kadınlarda ve kentsel bölgelerde yaşayanlarda daha sık görülen diyabet mortalite ve morbiditeye yol açan kronik bir hastalıktır. Yaşlanma, obezite, hipertansiyon, ailede diyabet varlığı, eğitimsizlik, gelir düzeyi ve alışkanlıklar diyabet riskini artıran faktörler arasındadır. Bireyin olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesinde sağlık eğitimi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma ortaokul öğrencilerine sunum yöntemi ve video eğitim yöntemi ile verilen diyabet eğitiminin karşılaştırılması amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Yarı-deneysel modellerden tek grup ön test-son test deneme modeli ile tasarlanan araştırmanın evrenini bir ortaokulun 7. sınıf öğrencileri (90 öğrenci) oluşturdu. Araştırmaya katılan öğrencilerin %51,6'sı kız, %70,8'i 13 yaşındadır. Mart-Haziran 2015 tarihleri arasında, velileri tarafından izin verilen ve çalışma dahil edilme kriterlerine uyan 90 öğrenci randomizasyon yapılarak seçilen video eğitim grubu (n=45) ve sunum grubu (n=45) olmak üzere iki ayrı gruba ayrıldı. Çalışma; video eğitim grubu 45, sunum grubu 44 olarak toplam 89 öğrenci ile tamamlanmıştır. Sunum grubuna araştırmacılar tarafından hazırlanan sunum yapıldı. Video grubunda ise diyabet eğitim videosu kullanıldı. Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo-demografik özellikler bilgi formu ve öğrencilerin bilgi düzeylerini belirlemek için diyabet eğitimi bilgi formu eğitimden iki hafta önce ve eğitimden iki hafta sonra olmak üzere her iki gruba uygulandı. Elde edilen bulguların istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanıldı. Çalışmanın verilerini değerlendirmek için tanımlayıcı istatistik yöntemleri (ortalama, ortanca, sayı, yüzde); eşleştirilmiş örneklem t testi, bağımsız örneklem t testi, ANOVA testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık ise $p < 0,05$ altında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin %51,6'sı kız, %70,8'i 13 yaşındadır. Ailesinde diyabet öyküsü olan öğrencilerin olmayanlara göre diyabetle ilgili bilgi alma durumları incelendiğinde ailesinde diyabet öyküsü olan olmayanlara göre daha fazla diyabetle ilgili bilgi alma eğiliminde olduğu görülmüştür ($p=0,003$). Her iki sunum ve video grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrasında bilgi düzeyi değerlendirme testinden aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,000$). Diyabet eğitiminde sunum ve video grupları arasında fark olmadığı görüldü ($p > 0,05$).

Sonuç: Her iki eğitim yönteminin de öğrencilerin bilgi düzeyini artırdığı saptanmıştır. Ancak iki farklı eğitim arasında anlamlı fark olduğu bulunmamıştır. Bu nedenle Ortaokul 7. sınıf öğrencilerinin diyabet eğitiminde her iki eğitim yöntemi de kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: öğrenci; diyabet; sunum eğitimi; video eğitimi

ABSTRACT

Purpose: Diabetes is more common in women and those living in urban areas is a chronic disease that causes morbidity and mortality. Aging, obesity, hypertension, diabetes mellitus in the family, education, income level and habits are among the factors that increase the risk of diabetes. To gain and maintain positive health behaviors of individual health education is of paramount importance. In this study, the middle school students with the methods of presentation and video training methods are planned to compare the diabetes education.

Material and Method: The study universe comprised the seventh grade students of a middle school (90 students). This study was designed using a model with one group pretest-post-test control group of quasi-experimental model. Of the participating students, 51.6% were female, and 70.8% were 13 years of age. Ninety students, who were allowed by their parents and met the study inclusion criteria between March and June 2015, were divided into two groups using randomization. The experimental group was the video training group (n=45), and was the presentation group (n=45). A presentation prepared by the researchers was given to the presentation group. A diabetes education video was used with the video group. A socio-demographic information form prepared by the researchers and a diabetes education information form developed to determine the students' knowledge levels were administered to both groups two weeks before and two weeks after the diabetes education. Data analysis was performed using descriptive statistics tests, paired sample t test, independent sample t test and the ANOVA test.

Findings: 51.6% of the students were female, 70.8% of 13 years old. This study found that students who have diabetes history in their family were more likely to get information about diabetes than those who do not ($p=0.003$). The students' scores on knowledge level assessment test before and after the diabetes education were found to be statistically significantly high for both groups ($p=0.000$). No difference was found between the presentation and video groups after the diabetes education ($p > 0.05$).

Result: This study determined that both educational methods increased the students' knowledge levels. However, no significant difference between the two education methods was found. Therefore, both methods can be used in diabetes education of seventh grade students.

Keywords: students; diabetes; presentation education; video education

İletişim Bilgileri

Sorumlu Yazar: Seda CANGÖL

Yazışma Adresi: Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Çanakkale

E-posta: sdcngl@hotmail.com

Tel: +90 (286) 218 13 97 **Fax:** +90 (286) 218 13 79

Makalenin Geliş Tarihi: 28.05.2016

Makalenin Kabul Tarihi: 30.09.2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktb.54126>

GİRİŞ

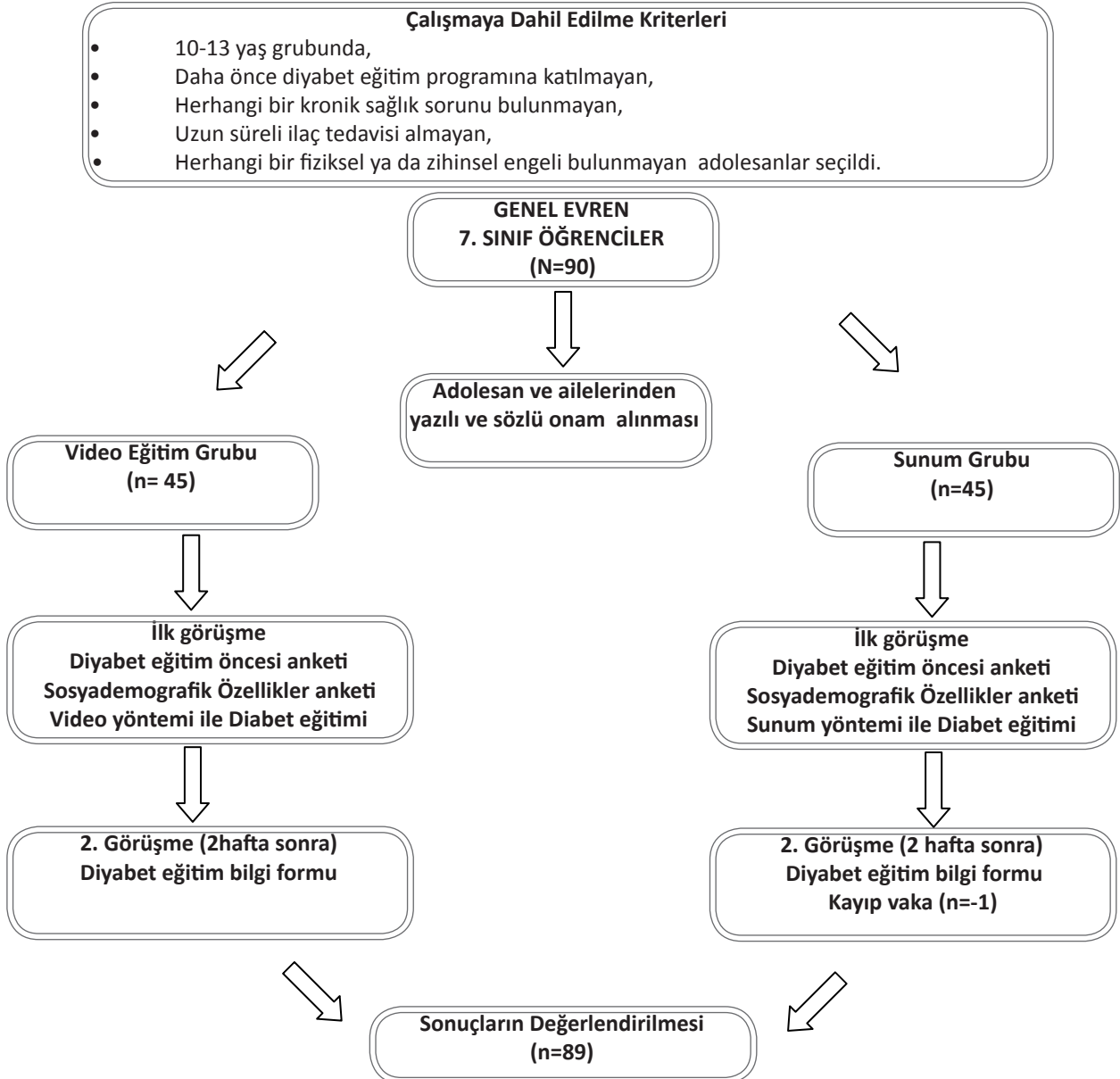
Diyabet, insülin hormonu sekresyonunun eksikliği veya insülin etkisinin azlığı sonucu protein, karbonhidrat ve yağ metabolizmasında bozukluğa yol açarak kan şekeri konsantrasyonunun normalden yüksek olmasıyla karakterize, ciddi mortalite ve morbiditeye neden olan kronik bir hastalıktır (1). Diyabet sürekli izlem ve tedavi gerektiren önemli bir halk sağlığı sorunudur (2, 3).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 1980 yılında 108 milyon diyabet hastası olup, 2014 yılında 422 milyona yükselmiştir. Diyabet prevalansı düşük ve orta gelirli ülkelerde hızla artmaktadır. 2013 yılında dünya nüfusunun yaklaşık %8,3'ü (382 milyonu) DM hastası olup, bu sayının 2035'te % 55 oranında artarak 592 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir.

2012 yılında DM hastalığına bağlı ölümler 1,5 milyondur (4). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II)'ye göre Türkiye'de son 12 yılda diyabet sıklığının %90 artış göstererek %13,7'ye ulaştığı saptanmıştır (5). Diyabet kadınlarda ve kentsel bölgelerde yaşayanlarda daha sık olduğu, ayrıca diyabet riskinin yaşlanma, obezite, hipertansiyon, ailede diyabet varlığı, eğitimsizlik, gelir düzeyi ve alışkanlıklar ile ilişkilidir (6).

Birçok ülkede ölüme neden olan hastalıklar içinde diyabet beşinci sırada yer almaktadır (7). Diyabetin kişiye ve topluma yükünü azaltmak için hastalığın olabildiğince erken dönemde tanınması ve uygun şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir. Bu sebeple başta hemşireler olmak üzere sağlık profesyonellerine büyük görevler düşmektedir.

Randomizasyon Şeması



Şekil 1: Çalışma akışı.

Ülkemizde okulda öğretmenlerin, yöneticilerin, okul hemşiresinin ve personelinin diyabet konusunda bilgili ve bilinçli olması diyabetli çocuğun hayatını kolaylaştırmakla birlikte okulda gelişebilecek komplikasyonları önlemek amacıyla Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yürütülen “Okulda Diyabet Programı” birinci basamak çalışanlarına sağlık eğitimi konusunda ışık tutmaktadır (8).

Sağlığın geliştirilmesi ve kronik hastalıkları önlemede sağlık eğitimi önemli rol oynamaktadır. Diyabetin gelişmesinin önlenmesinde davranış değişimine yönelik müdahale eğitim programlarının hemşirelik uygulamaları içerisinde yer alması önemlidir (9). Hemşireler adolesanların sağlığını geliştirmede ve yaşam kalitesini yükseltmede önemli bir konuma sahiptir. Hemşirelere optimal sağlığa doğru harekete geçirmede etkin ve sürekli sağlık eğitimleri yapmak, adolesanlarda öz-etkililiği desteklemek ve davranış değişimini gerçekleştirmede büyük görevler düşmektedir.

Amerikan Diyabet Derneği (American Diabetes Association, ADA) (2014)’ne göre hastaların düzenli olarak kendi kendine öz yönetime ilişkin eğitimler alması ve adolesanların desteklenmesi ile diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarının önlenebilir veya geciktirilebilir olduğu vurgulanmaktadır (10). Diyabet eğitimi çocuk ve adolesanlarda farkındalık sağlamak için önemlidir. Diyabette yeni teknolojilerin kullanımı eğitim motivasyonu için önemlidir. Bu nedenle eğitim yöntemi eğitimin kalıcılığını artırmak için göz önünde bulundurulması gereken unsurlardandır (11). Diyabette korunma ve önlenmesi için adolesanlara okul dönemlerinde diyabet eğitimi verilmesi gerekir. Bu bağlamda diyabet mortalitesi ve morbiditesi azalarak, adolesanların yaşam kalitesinde artma sağlanır.

Literatür incelendiğinde öğrencilere diyabet eğitimi ile ilgili yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu saptanmıştır. Bu nedenle bu çalışmada farklı iki yöntemle verilen diyabet eğitiminin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL ve METOD

Yarı-deneysel modellerden tek grup ön test-son test deneme modeli ile tasarlanan bu araştırmanın amacı; ortaokul öğrencilerine sunum yöntemi ve video eğitim yöntemi ile verilen diyabet eğitiminin bilgi düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla uygulanmıştır. Araştırma Mart- Haziran 2015 tarihleri arasında İl Millî Eğitim Müdürlüğü’ne bağlı bir devlet ortaokulun 7. Sınıf öğrencileri ile yürütüldü.

Toplam 7.sınıf öğrenci sayısı 90’dı. Seçilen okulda ikili eğitim yapılmaktadır. Okulun bulunduğu bölgeler, nüfus yapısının hareketli olduğu, farklı sosyo-ekonomik özelliklerden insanların yaşadığı yerlerdir. Genel olarak orta ve alt sosyo-ekonomik düzeyde olan ailelerin tercih ettiği bir okuldur. Örnekleme oluşturan okulların yöneticileri ve çalışanlarının araştırmaya destek vermeleri okul seçiminde belirleyici oldu (Şekil 1). Velileri tarafından izin verilen ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 90 öğrenci randomizasyon yapılarak seçilen video eğitim grubu (n=45) ve sunum grubu (n=45) olmak üzere iki ayrı gruba ayrıldı. Sınıf listelerinden tek ve çift numaralar seçilerek basit randomizasyon yöntemiyle 45 video eğitim grubu, 45 sunum müdahale gruplarına ayrılmıştır. Çalışma video eğitim grubu 45, sunum grubu 44 olarak toplam 89 öğrenci ile tamamlanmıştır. Evren 90 öğrenciden oluştuğu için ve evrenin tamamına 1 kayıp ile ulaşılabildiği için power analizi yapılmadı. Verilerin toplanmasında sosya-demografik özellikler anketi ve diyabet eğitim bilgi formu kullanılmıştır (Ek 1 ve 2). Sosyo- demografik özellikler anketi; cinsiyet, yaş, boy, kilo, aile tipi, doktor tarafından belirlenmiş bir hastalığı, sürekli olarak kullandığı bir ilaç durumu, sağlık algısı, anne ve babanın meslek durumu vb. sorular ile soruldu. Form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturuldu (12, 13). Diyabet eğitim bilgi formu; eğitimi karşılaştırmak için araştırmacılar tarafından hazırlandı. Eğitim sırasında verilen bilgiler; diyabetin nedeni, belirtileri, tedavisi, diyabet ile ilgili bilgi durumu, diyabetin tipleri, kimlerde görüldüğü, diyabetin önlenebilir olma durumu gibi bilgilerden oluşmaktadır. Soru formu verilen sunum ve video eğitim bilgileri ışığında oluşturuldu. Diyabet ile ilgili soru formu 14 sorudan oluşmaktadır. Diyabet bilgi puanı ile ilgili öğrencilere toplam 10 soru soruldu. Sorulara 1’den 10’a kadar puan verildi. Soruların tümünü cevaplayan öğrenciler max:10 puan olarak hesaplandı. Soru formu oluşturulurken ve araştırmada kullanılan materyallerde araştırmacılar Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yürütülen “Okulda Diyabet Programı”ndan destek aldı (8). Araştırmanın uygulandığı okulların 7. sınıf öğretmenleri ile tanışıldı, çalışmanın amacı ve süreci anlatıldı. Soru formlarının doldurulması için her sınıfın öğretmeni ile uygun ders saati belirlendi. Öğrenciler randomizasyon yapılarak, sunum ve video eğitim müdahale gruplarına ayrılmışlardır. İlk görüşmede her iki gruba sosyo-demografik özellikler soru formu ve diyabet eğitim bilgi formu uygulanmıştır. Video eğitim grubuna video ile diyabet eğitimi yapılarak, sunum grubuna ise sunum yöntemi ile diyabet eğitimi verilmiştir.

Sunum ve video eğitiminin içeriği diyabetin nedeni, belirtileri, tedavisi, diyabet ile ilgili bilgi durumu, diyabetin tipleri, kimlerde görüldüğü, risk faktörleri, diyabetin önlenabilir olma durumu gibi bilgilerden oluşmaktadır. Sunum eğitiminin süresi 45 dk, video eğitiminin süresi 10 dakika sürdü. Ayrıca çalışma grubunda DM olan birey yoktu. İkinci görüşmede eğitimden 2 hafta sonra diyabet eğitim bilgi formu eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla her iki gruba da uygulanmıştır. Müdahale sonrası eğitimin 2 hafta sonra yapılmasının nedeni; eğitim sonrasında öğrencilerin ders programının yoğunluğu, sınav haftasına denk geldiği bir hafta olması nedeniyle, dersi aksatmayacak şekilde alınan etik izinler çerçevesinde araştırmacılar ve öğretmenler eşliğinde 2 hafta sonraya tarih verildi. Bu süre zarfında gruplar araştırmacıların kontrolü altındaydı. Öğrencilerden eğitim konusu ile ilgili herhangi bir materyale ulaşmaması ve bilgi verilmemesi şeklinde uyarıldı ve sözlü onamları alındı. Araştırma için Uşak Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Sayı: 97627247-050.01.04) izin alınmıştır.

Çalışmanın sürdürüleceği okullarda uygulama yapılabilmesi için Uşak İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden ve okul yönetimlerinden kurum izni alındı. Veri toplamadan önce ailelerden yazılı izin belgesi istendi. İzin belgesinde ailelere araştırmanın amacı, araştırma süreci açıklanarak, elde edilen bilgilerin gizli kalacağı

ve başka yerde kullanılmayacağı belirtildi. Belgeleri onaylayan aileler ve çocukları araştırmaya dahil edildi. Çocuklara araştırmanın amacı, araştırma süreci anlayabilecekleri şekilde açıklandı. Katılımın gönüllülük esasına bağlı olduğu, istedikleri takdirde araştırmadan ayrılacakları belirtildi. Bulguların istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanıldı.

Çalışmanın verilerini değerlendirmek için tanımlayıcı istatistik yöntemleri (ortalama, ortanca, sayı, yüzde); Gruplar arasında bilgi puan dağılımlarının analizi için; eşleştirilmiş örneklem t testi ve bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık ise $p < 0,05$ altında değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Tablo 1'de, öğrencilere ait bilgi dağılımı gösterildi. Bulgulara göre, çalışmaya katılan 89 adolesanın %51,6'sı kız, %70,8'i 13 yaşındadır.

Tablo 2'de, sunum ve video gruplarının DM bilgi puanlarına göre dağılımı gösterildi. Her iki sunum ve video grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrasında bilgi düzeyi değerlendirme testinden aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,000$).

Tablo 1: Öğrencilere Ait Bilgi Dağılımı.

Öğrencilere Ait Bilgiler	Grup				Toplam	
	Video		Sunum		n	%
Cinsiyet	n	%	n	%		
Kız	23	51.1	24	54.5	47	51.6
Erkek	22	48.9	20	45.5	44	48.4
Yaş						
12	7	15.5	1	2.3	8	8.9
13	29	64.5	34	77.3	63	70.8
14	9	20	9	20.4	18	20.3

Tablo 2: Sunum ve Video Gruplarının DM Bilgi Puanlarına Göre Dağılımı.

Grup	N	Ort	SD	t	p
Sunum Grubu EÖ	44	3.89	2.17	-12.8692	0.000*
Sunum Grubu ES	44	7.70	1.25		
Video Grubu EÖ	45	3.84	1.94	-11.6651	0.000*
Video Grubu ES	45	7.67	1.73		

*: Eşleştirilmiş Örneklem Testi; $p < 0.05$

Tablo 3: Sunum ve Video Gruplarının Eğitim Öncesi DM Bilgi Puanlarına Göre Dağılımı.

Grup	N	Ort	SD	t	p
Sunum	44	3.89	2.17	0.096	0.924*
Video	45	3.84	1.94		

*: Bağımsız Örneklem t testi; p<0.05

Tablo 3'te, sunum ve video gruplarının eğitim öncesi DM bilgi puanlarına göre dağılımı gösterildi. Sunum ve video grubunun eğitim öncesi DM bilgi testinde aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark yoktur (p=0.924).

Tablo 4: Sunum ve Video Gruplarının Eğitim Sonrası DM Bilgi Puanlarına Göre Dağılımı.

Grup	N	Ort	SD	t	p
Sunum	44	7.70	1.25	0.118	0.906*
Video	45	7.67	1.73		

*: Bağımsız Örneklem t testi; p<0.05

Tablo 4'te, sunum ve video gruplarının eğitim sonrası DM bilgi puanlarına göre dağılımı gösterildi. Sunum ve video grubunun eğitim sonrası DM bilgi testinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark yoktur (p=0,906).

TARTIŞMA

Sağlığı korumak hastalıkları tedavi etmekten daha ucuz ve kolaydır. Genetik faktörler değiştirilemeyeceği için beslenme ve çevre koşullarını değiştirmek mümkündür. Yeterli ve dengeli beslenme, egzersiz ve kronik hastalıklardan korunmak için etkin ve sürekli eğitim gereklidir. Diyabet görülme sıklığı; teknolojinin ilerlemesi ile hareketsiz yaşam ve beslenme biçimindeki değişiklik nedeniyle giderek artmaktadır. Özellikle okullarda öğrencilere diyabet eğitim programları planlanarak erişkin dönemdeki riskleri azaltılmalıdır.

Ortaokul öğrencilerine sunum yöntemi ve video eğitim yöntemi ile verilen diyabet eğitiminin bilgi düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, verilen eğitimin amaçları doğrultusunda eğitim sonrasında DM bilgi düzeyinde video eğitim grubu ve sunum grubunda değerler yükselmiştir. Ancak bu artış istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

İspanyol bireylerde 33 kişide yapılan çalışma da ise diyabet eğitiminde grup eğitiminin bireysel eğitime göre farklı olmadığı bulunmuştur (14). Çalışma da gruplar arasında önemli bir farkın bulunmaması, araştırma gruplarının belirtilen değişkenler yönünden benzer olduğunu göstermektedir (p>0,05). Bu durumda çalışmanın sonuçlarının güvenilirliği açısından

beklenen bir sonuçtur. Bir diğer çalışmada ise grup eğitiminin diyabet eğitiminde daha etkili olduğu saptanmıştır (15). Sonuç çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Diğer taraftan ülkemizde 61 kişiye web tabanlı verilen bir eğitimin, DM eğitim ve izleminde önemli olduğu görüldü (16).

Çalışmamızın sınırlılıkları, çalışma sonuçlarının bir ildeki bir okuldan seçilen adolesan grubu ile sınırlı olması, adolesanlarda diyabet eğitiminde farklı yöntem kullanılarak yapılan çalışmalar sınırlı olduğu için bulgular var olanlarla tartışılabilmiştir. Veriler öz bildirimle davalı olarak toplandığından, sosyal arzu edilirlilik hatalarına açıktır ve eğitim sonrasında öğrencilerin ders programının yoğunluğu, sınav haftasına denk geldiği bir hafta olması nedeniyle, müdahale sonrası eğitimin 2 hafta sonra yapılmasıdır.

Sonuç olarak; öğrencilerin diyabet eğitiminde video eğitiminin sunum eğitiminden farklı olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte her iki eğitim yönteminin sonucunda öğrencilerin bilgi düzeyi artmıştır. Bu nedenle Ortaokul 7. sınıf öğrencilerinin diyabet eğitiminde her iki eğitim yöntemi de kullanılabilir.

Diyabet insidansı dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır. Özellikle okul yöneticileri, öğretmenleri ve hemşireleri diyabetin önlenmesi konusunda sunum ve video grup eğitimleri, broşür ve afiş gibi materyallerle farkındalık artırmalıdır. Özellikle adolesan dönemde sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıklarının kazandırılması için sağlık eğitimleri planlanmalıdır. Okul çocuklarında Diyabet ve Okulda Diyabet Bakımı konusunda rehber hazırlanarak bütün okullara gönderilmelidir.

“Çocuklarda Diyabet” bulgularına dikkat çeken afişler bütün okullara asılmalı ve eğitim her sınıfa yapılmalı, sağlık ile ilgili ders müfredatına diyabet eğitimi konulmalı ve bu konuda önemli günlerde etkinlikler yapılmalıdır. Diyabetin risk faktörlerinin erken dönemde saptanması için birinci basamak sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization; 2016. Diabetes. Erişim: 23.04. 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
2. Seçginli S, Erdoğan S, Demirezen E. Okul Sağlığı Tarama Programı: Bir Pilot Çalışma Örneği. STED 2004; 13 (12):462.

3. Sawtell M, Jamieson L, Wiggins M, Smith F, Ingold A, Hargreaves K. et.al. Implementing a structured education program for children with diabetes: lessons learnt from an integrated process evaluation. *BMJ Open Diabetes Research and Care* 2015;3:e000065. doi:10.1136/bmjdr-2014-000065.

4. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı. Ankara; 2011. Erişim: 23.04.2016

5. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsıdag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yılmaz T, Cakir B, Tuomilehto J; TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol.* 2013;28(2):169-180.

6. Roglic G, Unwin N, Bennett PH, et al. The burden of mortality attributable to diabetes. Realistic estimates for the year 2000. *Diabetes Care* 2005;28:2130-5.

7. Wild S, Roglic G, Green A, et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047-53.

8. Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yürütülen Okulda Diyabet Programı Erişim: 23.02.2016. <http://www.okuldadiyabet.org/>.

9. Tosun AS, Zincir H. Tip 2 Diabetes Mellitus'ta sağlık davranış değişiminde Transteoretik Model temelli Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2016; 8(1):32-41 doi: 10.5455/cap.20150626120351.

10. American Diabetes Association (ADA).Standards of medical care in diabetes-2014. *Diabetes Care.*2014; 37(1): 14-80.

11. Lange K, Swift P, Pankowska E, Danne T. Diabetes education in children and adolescents. *Pediatric Diabetes* 2014; 15(Suppl. 20): 77-85. doi: 10.1111/pedi.12187.

12. Robinson C ve Thomas S. The interaction model of client health behavior as a conceptual guide in the explanation of children's health behaviors. *Public Health Nursing*, 2004; 21:73-84.

13. Haney M Ö ve Erdoğan S. Factors related to dietary habits and body mass index among Turkish school children: a Cox's interaction model-based study. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69(6): 1346-1356. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06126.x.

14. Sürücü HA. Diyabet Özyönetim Eğitimi, Grup Temelli Eğitim ve Bireysel Eğitim. *DEUHYO ED.* 2014;7 (1): 46-51.

15. Steinsbekk A, Rygg L, Lisulo M, Rise MB, Fretheim A. Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research* 2012 ;12: 213-222.

16. Avdal EÜ. Web tabanlı verilen diyabet eğitiminin bakım sonuçlarına etkisi randomize kontrollü çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İzmir 2010.

Ek-1: SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ ANKETİ

- 1) Yaşınız
- 2) Cinsiyetiniz Kız () Erkek ()
- 3) Boyunuz Kilonuz
- 4) Ailedeki kişi sayınız
- 5) Aile tipiniz
 - a) Çekirdek aile (anne-baba-kardeş)
 - b) Geleneksel aile (nine ve dedeyle beraber oturlan geniş aile)
 - c) Parçalanmış aile (anne ve babanın ayrı yaşadığı aile tipi)
- 6) Doktor tarafından belirlenmiş bir hastalığınız var mı? Evet () Hayır ()
- 7) Sürekli olarak kullandığınız bir ilacınız / ilaçlarınızı var mı? Evet () Hayır ()
- 8) Kendinizin şu an ki sağlığını nasıl algılıyorsunuz? Çok İyi () İyi () Kötü () Çok Kötü ()
- 9) Anne ve babanızın doktor tarafından belirlenmiş bir hastalığı var mı? Anne Evet () Hayır () Baba Evet () Hayır ()
- 10) Anne ve babanızın mesleği nedir? Anne Baba

**Ek-2:
DİYABET EĞİTİM BİLGİ FORMU**

1) Nasıl diyabet oluruz?*

- a) Pankreas insülin ürettiği zaman
- b) Pankreas insülin üretmediği zaman ve salımın da bozukluk olduğunda
- c) Bilmiyorum
- d) Hepsi

2) Diyabet (Şeker Hastalığı) ne zaman kapını çalar?*

- a) Çok çok su içiyorsan, sürekli tuvalete gidiyorsan, aşırı yemek yemek istiyorsan, halsiz, yorgun, uykulu geziyorsan
- b) Baş dönmesi, bulantı kusma
- c) Bilmiyorum
- d) Hepsi

3) Diyabet tedavisinde ne kullanılır?*

- a) Vitaminler
- b) Mineraller
- c) İnsülin
- d) Şeker

4) İnsülin üreten organ hangisidir?*

- a) Böbrek
- b) Pankreas
- c) Dalak
- d) Karaciğer

5) Daha önce diyabet ile ilgili bilgi aldınız mı?

Evet () Hayır ()

6) Cevabınız evet ise diyabet ile ilgili bilgileri nereden öğrendiniz?

- a) Ailemden
- b) Öğretmenimden
- c) Sağlık ekibinden
- d) TV ve arkadaşlarımdan

7) Kaç tip diyabet vardır?*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) Bilmiyorum

8) Tip 1 diyabet genellikle kimlerde görülür?*

- a) Çocuk ve ergenlerde
- b) Gençlerde
- c) Yaşlılarda
- d) Bilmiyorum

9) Tip 2 diyabet genellikle kimlerde görülür?*

- a) Çocuk ve ergenlerde
- b) Gençlerde
- c) Yaşlılarda
- d) Bilmiyorum

10) Tip 1 diyabetin nedeni nelerdir?*

- a) Hareketli yaşam
- b) Çok yemek yemek
- c) Nedeni tam olarak bilinmemektedir
- d) Bilmiyorum

11) Tip 2 diyabetin nedeni nelerdir?*

- a) Kalıtım (genetik) ve yaşam şekli
- b) Çok fazla spor yapmak
- c) Sigara kullanmak
- d) Bilmiyorum

12) Hangi diyabet önlenebilir?*

- a) Tip 1 diyabet
- b) Tip 2 diyabet
- c) Hem Tip 1 hem Tip 2 diyabet
- d) Bilmiyorum

13) Verilen diyabet eğitiminden memnun kaldınız mı?

- a) Çok memnun kaldım
- b) Memnun kaldım
- c) Kısmen memnun kaldım
- d) Memnun kalmadım

14) Verilen diyabet eğitiminin diyabet ve semptomları hakkında bilgi edinmek açısından ne derece yararlı oldu?

- a) Yararlı oldu
- b) Kısmen yararlı oldu
- c) Yararlı olmadı
- d) Hiç yararlı olmadı

NOT: * ile işaretli sorular diyabet bilgisini ölçen 10 soru olarak değerlendirilmiştir.

Ektopik Gebelik Olgularında Gebelik Haftasına Göre Tedavi Yaklaşımlarının Retrospektif Değerlendirilmesi

Retrospective Evaluation of the Treatment Approaches of Ectopic Pregnancies According to Gestational Week

Nurullah PEKER ¹, Senem Yaman TUNÇ ², Sibel SAK ³, Talip KARAÇOR ¹
Serdar BAŞARANOĞLU ⁴, Talip GÜL ²

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim Arş. Hastanesi Kadın Hast. ve Doğum Kliniği, Diyarbakır, Türkiye
2. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır
3. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye
4. Özel Bilge Hastanesi Kadın Doğum Kliniği, Gaziosmanpaşa, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda tersiyer bir merkezde ektopik gebelik (EG) tanılı hastalarda tanıya giden adımlar ve tedavi yöntemleri irdelendi. Son adet tarihine (SAT) göre gebelik haftasının tedavi yöntemleriyle ilişkisi değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 2011-2014 tarihleri arasında, üçüncü basamak olan kliniğimizde EG tanısı ile tedavi edilen 192 olgu tanısal yöntemlerine ve tedavi seçeneklerine göre değerlendirildi.

Bulgular: EG insidansı 30.8/1000 olarak bulundu. Tek doz metotreksat (MTX) tedavisinin başarı oranı % 69.8, iki doz MTX ile birlikte medikal tedavinin başarı oranı ise % 87.5 olarak bulundu. Cerrahi uygulanan hastalarda en sık cerrahi prosedürün (% 54) salpenjektomi olduğu tespit edildi. 37 hastada (% 19.2) ise izlem tedavisi yeterli oldu. Tedavi şekilleri ile belirli parametreler karşılaştırıldığında; geliş β -hCG seviyesinin yüksek olması, fetal kardiyak atımın (FKA) pozitif olması, batında serbest mayi olması, kitle boyutunun büyük olması ve SAT'a göre gebelik haftasının büyük olması ile cerrahi tedaviye gidiliş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Sonuç: Erken dönemde tanı alan EG' de, SAT'a göre gebelik haftası küçük olan hastaların daha çok izlem ve medikal tedavi ile, daha geç dönemde tespit edilen hastalarda ise cerrahi tedaviye gidilişin yüksek olduğu izlendi.

Anahtar Kelimeler: ektopik gebelik; son adet tarihi; metotreksat; medikal tedavi; cerrahi tedavi

ABSTRACT

Objective: We evaluated steps leading to the diagnosis and treatment diagnosed with ectopic pregnancy patients. The relationship between gestational age belong to last menstrual period (LMP) and treatment methods were evaluated.

Material and Method: 192 cases of treated ectopic pregnancy were evaluated according to the diagnostic methods and treatment options between 2011-2014 in our tertiary clinic.

Results: The incidence of ectopic pregnancy was found 30.8/1000. A single dose of methotrexate (MTX) treatment success rate was 69.8%, and the success rate of the two-dose medical treatment with MTX was 87.5%. The most common surgical procedure for patients undergoing surgery (54%) were salpingectomy. Follow-up treatment was sufficient in 37 patients (19.2%). When the forms of treatment compared with certain parameters; There were found statistically significant difference between going to surgery with the high β -hCG level, positive fetal cardiac beats (FHB), free fluid in the abdomen, large size of ectopic pregnancy and big gestational ages according to LMP ($p < 0.05$).

Conclusion: When the ectopic pregnancy diagnosed early; we investigated that patients with small gestational age belong to LMP with follow-up and medical treatment, and also we identified patients with advanced gestational age were treated surgery treatment.

Keywords: ectopic pregnancies; last menstrual period; methotrexate; medical treatment; surgical treatment

İletişim Bilgileri

Sorumlu Yazar: Nurullah PEKER

Yazışma Adresi: Sağlık Bilimleri Üniv. Gazi Yaşargil Eğitim Arş. Hastanesi Kadın Hast. ve Doğum Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

E-posta: dr_nurullah_peker@hotmail.com

Tel: +90 (412) 251 91 25

Makalenin Geliş Tarihi: 03.11.2016

Makalenin Kabul Tarihi: 05.12.2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.263871>

GİRİŞ

EG, fertilize olmuş ovumun uterus dışında, sıklıkla da fallop tüplerine yerleşmesi olarak tanımlanmaktadır (1). EG insidansı 7.4-19.7/1000 olup, insidans yaşla birlikte artmakta 35-44 yaş arası kadınlarda ise risk artışı en fazla olmaktadır (2-4). Rüptüre olmamış EG' de uygulanacak medikal tedavinin birçok üstünlüğü vardır. Bunlar arasında; daha az tubal hasar, düşük maliyet ve sonraki fertilitate potansiyelindeki yükseklik sayılabilir (5). Çalışmamızda EG tanısıyla takip edilen hastalarda tanıya giden adımların ve tedavi yöntemleri ile olan ilişkisi değerlendirildi. Literatürde SAT'a göre gebelik haftası ya da ultrasonografide (USG) tespit edilen gebelik haftası ile tedavi şekilleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışma tespit edilemedi. Bu çalışmada tanıya giden diğer adımların tedavi şekilleriyle olan ilişkisiyle birlikte, SAT'a göre gebelik haftasının tedavi şekilleri ile olan ilişkisi de değerlendirildi. Çıkacak sonuçlarla erken gebelik haftalarında saptanan hastalarda erken tanı ile olgular rüptüre olmadan tanı alması, tedaviye erken dönemde başlanması, fertilitate kapasitesinin korunması ve morbiditenin azaltılması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine Temmuz 2011-Haziran 2014 tarihleri arasında EG tanısı alan ve tedavi edilen 192 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm vakalar EG tanı ve tedavi yöntemleri açısından değerlendirildi. MTX tedavisi 50 mg/m² olarak uygulandı ve 4. ve 7. günler arası β -hCG değerinde azalmanın % 15'in üstünde olduğunda tedaviye yanıt olarak kabul edildi. Aynı dönemde kliniğimizde gerçekleşen doğum sayısı belirlenerek EG insidansı hesaplandı. İstatistiksel analizler SPSS 15.0 for Windows paket programı kullanılarak yapıldı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma değerleri ile gösterildi. Kategorik veriler sayı ve yüzde (%) ile ifade edildi. Verilerin normal dağılıma uyup uyumadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile test edildi. Normal dağılımlar One Way Anova ve Student's t testi ile analiz edilirken, normal dağılmayanlar Kuruskal Wallis, Mann Whitney U ve Bonferoni düzeltmeli Mann Whitney U testi ile analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmamızda 3 yıllık dönemde kliniğimizde 6231 doğum meydana gelmiş olup, EG insidansı 30.8/1000 doğum olarak bulundu. Çalışmamıza dahil edilen hastalar yaş açısından

gruplandırıldığında en çok başvuru yaşının 30-34 yaş (% 30.7) aralığı olduğu tespit edildi. Çalışmamızda hastaların 58'inde kitle boyutu 3.5 cm üzerinde olduğu ve bu hastaların 32'sine (%55.2) cerrahi tedavi uygulandığı tespit edildi. 3.5 cm ve altında kitle tespit edilen 134 hastanın 72'sine (%53.7) medikal tedavi uygulandığı görüldü. 90 hastada batında serbest mayı olduğu görüldü ve bu hastaların 53'ünde (%58.9) cerrahi tedavi uygulandı. 29 hastada (% 15.1) FKA pozitif saptandı. FKA (+) 29 hastanın 21'ine (% 72.4) cerrahi tedavi, 8'ine (% 27.6) ise medikal uygulandı.

Hastaların 96'sı (%50) başlangıçta medikal tedavi alıp bu hastaların 12'sinde tedaviye yanıt alınmadığından dolayı cerrahiye gittiği görüldü. 96 hastanın 67'sinde (% 69.8) tek doz MTX tedavisinde başarı elde edildi. 19 hastaya ise 2. doz MTX uygulandı. Çalışmamızda tek doz MTX tedavisinin başarı oranı % 69.8, medikal tedavinin başarı oranı ise % 87.5 olarak bulundu. Doğrudan cerrahi tedavi uygulanan 59 hasta ve medikal tedavi sonrası akut batın bulguları, rüptür ya da medikal tedaviye yanıtızlık nedeniyle cerrahi tedaviye giden 12 hasta ile birlikte toplam 71 hastaya cerrahi tedavi uygulandığı saptandı. Cerrahi uygulanan hastalardan 39'unda (%54) salpenjektomi yapılmış olup, yapılan en sık cerrahi operasyonun salpenjektomi olduğu tespit edildi. 37 hasta ise izlem ile takip edildi.

SAT'a göre gebelik haftası ile tedavi şekillerinin karşılaştırdığımızda gebelik haftası küçük olan hastaların daha çok izlem ve medikal tedavi ile tedavi edildiğini, gebelik haftası büyüdükçe cerrahiye giden hastaların oranının arttığı tespit edildi. SAT'a göre gebelik haftası ile tedavi şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0.05). SAT'a göre gebelik haftası ile tedavi şekillerinin karşılaştırılmasına ait diğer bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Tedavi şekilleri ile SAT'a göre gebelik haftasının karşılaştırılması.

		Tedavi Şekli			p	Sonuç
		izlem	Medikal	Cerrahi		
Gebelik Haftası	≤7 hafta	72 (%45.6)	54 (%34.2)	32 (%20.2)	p = 0.05	p ≤ 0.05
	8-10 hafta	5 (%16.7)	11 (%36.7)	14 (%46.7)		
	≥10 hafta	0 (%0)	1 (%25.0)	3 (%75.0)		

p>0.05 ise önemsiz, p≤0.05* ise önemli, p<0.01** ise çok önemli, p<0.001*** ise ileri düzeyde önemli.

Tablo 2: Tedavi şekilleri ile tanıya gitmekte kullanılan bazı parametrelerin karşılaştırılması.

	Tedavi Şekli			p	Sonuç
	İzlem	Medikal	Cerrahi		
Geliş β -hCG	1864 \pm 3337	5195 \pm 8022	8851 \pm 15181	p<0.001***	p \leq 0.05
FKA (+) olması	0 (% 0)	8 (% 27.6)	21 (% 72.4)	p<0.001***	
Batında serbest mayi olması	21 (% 23.3)	16 (%17.8)	53 (%58.9)	p<0.001***	
Kitle boyutunun 3,5 cm üzerinde olması	14 (% 24.1)	12 (% 20.7)	32 (% 55.2)	p<0.001***	

p>0.05 ise önemsiz, p \leq 0.05* ise önemli, p<0.01** ise çok önemli, p<0.001*** ise ileri düzeyde önemli.

Tedavi şekilleri ile tanıya gitmekte kullanılan bazı parametreler karşılaştırıldığında; geliş β -hCG seviyesinin yüksek olması, FKA pozitif olması, batında serbest mayi olması ve kitle boyutunun büyük olması ile cerrahi tedaviye gidiş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,05). Tedavi şekilleri ile belirtilen parametrelerin karşılaştırılması Tablo' 2 de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

EG, birinci trimester maternal mortalite ve morbiditenin en önemli sebebidir (1). β -hCG ölçümünün ve USG kullanımının yaygınlaşması ile EG' de erken tanı imkanı artmıştır. Bu sayede olgular rüptüre olmadan tanı almakta, tedaviye erken dönemde başlanmakta, fertilitte kapasitesi korunmakta ve morbidite azaltılmaktadır (6). Bu çalışmada EG insidansı 30.8/1000 olarak bulundu. Literatür incelendiğinde insidansın 7.4-19.7/1000 arasında değiştiği görülmektedir (3, 4). Çalışmamızdaki tespit edilen insidansın yapılan çalışmalardan fazla olmasının nedenini, hastanemizin tersiyer bir merkez olması ve dış merkezden EG tanılı hastaların daha çok hastanemize refere edilmesine bağlamaktayız.

EG' de izlem, medikal ve cerrahi olmak üzere 3 tedavi şekli bulunmaktadır. Çalışmamızda 84 hastada (% 43.8) ise tek başına medikal tedavi yeterli oldu. 59 hastaya (% 30.7) doğrudan cerrahi tedavi uygulanmış olup medikal tedavi sonrasında cerrahiye giden 12 hasta da dahil edildiğinde, 71 hastaya (% 37) cerrahi tedavi uygulandığı tespit edildi. 37 hastada (% 19.2) ise izlem tedavisi yeterli oldu. Yapılan bir çalışmada hastaların % 94' üne cerrahi tedavi, % 6' sına ise MTX uygulanmıştır (7). Başka bir çalışmada cerrahi uygulanan hastalarda en sık cerrahi prosedür (% 90) salpenjektomi olarak tespit edilmiştir (3). Çalışmamızda hastalara uygulanan en sık cerrahi prosedür % 54 ile salpenjektomi olup sonucun literatür ile benzer olduğu görüldü. Medikal tedavi oranının ise yapılan çalışmadan daha yüksek bulunduğu tespit edildi. Bunun nedenini çalışmamızda medikal tedavi uygulanan hastaların erken dönemde

başvuran hemodinamik açıdan stabil olan ve çocuk istemi olan hastalar olmasına bağlamaktayız. Stovall ve ark. (8) 120 hastada MTX' in tek doz sistemik kullanımının etkinliği üzerinde çalışmışlardır. 113 hastada (% 94.2) başarı sağlanmıştır. Başarıyla tedavi edilen hastaların 4' ü (% 3.3) 7. günde ikinci bir MTX dozuna ihtiyaç duymuşlardır. Yapılan başka bir çalışmada medikal tedavi başarı oranı % 89 olup, tek doz MTX tedavisinin başarı oranı % 88.1, multidoz MTX tedavisinin başarı oranı ise % 92.7 olarak bulunmuştur. Multidoz MTX tedavisinin başarı oranı tek doz MTX tedavisine göre daha yüksek olduğu görülmüştür (9). Çalışmamızda hastaların 96'sı (% 50) başlangıçta medikal tedavi alıp bu hastaların 12'sinde tedaviye yanıt alınmadığından dolayı cerrahiye gittiği görüldü. 96 hastanın 67'sinde (% 69.8) tek doz MTX tedavisinde başarı elde edildi. 19 hastaya ise 2. doz MTX uygulandı. Çalışmamızda tek doz MTX tedavisinin başarı oranı % 69.8, medikal tedavinin başarı oranı ise % 87.5 olarak bulundu. Bizim çalışmamızda da multidoz MTX' in başarı oranı tek doza göre daha yüksek tespit edildi ve literatürle uyumlu olduğu izlendi. Genel olarak tüm EG' lerin % 18' i herhangi bir tedaviye gerek kalmadan rezorbe olacaktır (10). Çalışmamızda da literatür ile benzer olarak 37 hasta (% 19.2) gözlem tedavisi ile takip edildi. İzlem tedavisi ile başvuru anındaki β -hCG değerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, izlem tedavisinin başarı oranı % 70 (75/107) bulunmuştur. İzlem tedavisi ile başarı sağlanan olgularda β -hCG değerleri anlamlı olarak düşük saptanmıştır (11). Başka bir çalışmada β -hCG seviyeleri, gözlem ile takip edilen grupta 921 \pm 648 mIU/ml, MTX uygulanan grupta 1664 \pm 1571 mIU/ml, radikal cerrahi uygulanan grupta 1327 \pm 1346 mIU/ml, konservatif cerrahi uygulanan grupta 1955 \pm 1696 mIU/ml olarak bulunmuştur (12). Yapılan çalışmalara benzer olarak bu çalışmada da hastaların geliş β -hCG değerleri ile tedavi şekillerinin karşılaştırılmasında, geliş β -hCG ortalamasının izlem tedavisi uygulanan hastalarda 1864 \pm 3337 mIU/ml, medikal tedavi uygulanan hastalarda 5195 \pm 8022 mIU/ml ve cerrahi tedavi uygulanan hastalarda ise 8851 \pm 15181 mIU/ml olarak bulundu. β -hCG değerinin izlem tedavisi uygulanan hastalar-

da en düşük olup, β -hCG değeri yükseldikçe medikal ve daha yüksek değerlerde de cerrahi tedaviye gidişin olduğu tespit edildi ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p \leq 0.001$). Yapılan bir çalışmada ektopik odak boyutu 30 mm'nin üzerine çıktığında başarısızlık oranının arttığı görülmüştür (13). Bu çalışmada hastaların 58'inde kitle boyutu 3.5 cm üzerinde olduğu ve bu hastaların 32'sine (%55.2) cerrahi tedavi uygulandığı tespit edildi. 3.5 cm ve altında kitle tespit edilen 134 hastanın 72'sine (%53.7) medikal tedavi uygulandığı görüldü. Kitle boyutu arttıkça medikal tedaviye olan yanıtın azaldığı ve cerrahi tedaviye gidişin arttığı görüldü.

Tedavi şekli ile kitle boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p \leq 0.001$) ve sonucun literatür ile benzer olduğu izlendi. FKA pozitifliği ile MTX tedavisinin değerlendirildiği bir çalışmada, MTX tedavisi ile başarı oranları % 33.3 olarak bulunmuştur (14). Çalışmamızda FKA (+) 29 hastanın 21'i (% 72.4) cerrahi tedavi, 8'inin (% 27.6) ise medikal tedavi aldığını ve hiç izlem tedavisi yapılmadığını tespit ettik. FKA (+) olması ile cerrahi tedaviye gidiş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p \leq 0.001$). Tanı kriterlerinin tedavi seçimine etkisinin araştırıldığı 150 hastadan oluşan bir çalışmada, hastaların 109'una cerrahi tedavi uygulandığı ve bunların 60'ında batında serbest mayi tespit edildiği görülmüştür. Batında serbest sıvı saptanan hastaların cerrahi ile tedavi edilme oranını anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (15). Çalışmamızda USG' de batında serbest mayi saptanan 90 hastanın 53'üne (% 58.9) cerrahi tedavi uygulandı. Batında serbest mayi olmayan hastaların daha çok medikal ve izlem tedavisi uygulandığı, mayi olan hastaların ise daha çok cerrahi tedavi uygulandığı tespit edildi ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p \leq 0.001$). Çalışmamızın literatür ile benzer olduğu görüldü.

Literatürde SAT' a göre gebelik haftası ile tedavi şekilleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışma tespit edilemedi. Ancak çalışmamızda SAT' a göre gebelik haftası 7 hafta altında olan hastaların 54'üne (% 34.2) cerrahi tedavi uygulandığı, 104 hastaya (% 65.8) ise izlem ve medikal tedavi uygulandığı görüldü. Cerrahi uygulanan hastalarda 8-10 hafta arasında bu oranının % 46.7, 10 hafta üzerinde ise % 75 olduğu tespit edildi. SAT' a göre gebelik haftası ile tedavi şekillerinin karşılaştırdığımızda gebelik haftası küçük olan hastaların daha çok izlem ve medikal tedavi ile tedavi edildiğini, gebelik haftası büyüdükçe cerrahiye giden hastaların arttığı tespit edildi. SAT' a göre gebelik haftası ile tedavi şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.05$).

Sonuç olarak diğer tanıya giden adımların dışında, erken tanıda SAT' ı küçük olan hastalara daha çok izlem ve medikal tedavi uygulandığı, daha geç dönemde tespit edilen hastalarda ise cerrahi tedaviye gidişin yüksek olduğu izlenmiştir. EG' de erken tanı ile olgular rüptüre olmadan tanı almakta, tedaviye erken dönemde başlanmakta, fertilité kapasitesi korunmakta ve morbidite azaltılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Ory S.J. New options for diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *JAMA*. 1992; 267:534-537.
2. Goldner TE, Lawson HW, Xia Z, Atrash HK. Surveillance for ectopic pregnancy-United States.1970-1989. *MMWR CDC Suneill Summ*.1993;42:73.
3. Arebibong EI, Sobande AA. Ectopic pregnancy in Abha, Saudi Arabia. A continuing conundrum. *Saudi Med J*. 2000 Apr 21 (4):330-4.
4. Speroff I, Fritz MA. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 7. Ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 2005;1013-1067.
5. Schoen JA, Nowak RJ. Repeat ectopic pregnancy: a 16-year clinical survey. *Obstet Gynecol*. 1975;45:542.
6. Pansky M, Bukowsky J, Golan A, Avrech O, Langer R. Reproductive outcome after laparoscopic local methotrexate injection for tubal pregnancy. *Fertil Steril*. 1993;60:85-87
7. Coste J, Job-Spira. Incidence of ectopic pregnancy. First results of a population-based register in France. *Hum Reprod*. 1994 Apr 9 (49):742-5.
8. Stoval TG, Ling F. Single dose MTX for treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1991;77:754-758.
9. Barnhart KT, Gosman G. The Medical Management Of Ectopic Pregnancy: A Meta-anlyzsis Comparing 'Single dose' and 'Multidose' Regimens. *Obstet Gynecol*. 2003; 101: 778-84
10. Shalev E, Peleg D, Tsabari A, Romano S, Bustan M, Spontaneous resolution of ectopic tubal pregnancy: natural history, *Fertil Steril*. 63:15, 1995.
11. Elson J, Taylor A, Banerjee S, Salim R, Hillaby K, Jurkovic D. Expectant management of tubal ectopic pregnancy: prediction of successful outcome using decision tree analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 23:552-556,2004.
12. Turhan NÖ, İnegöl İ, Seçkin NC. A Three-Year Audit of the Management of Ectopic Pregnancy. *J Turkish German Gynecol Assoc* 2004;5:310-3.
13. Uğurlucan FG, İyibozkurt AC, Çetin C, Nehir A, Akhan S. Ektopik gebelik tedavisinde metotreksat kullanımı: Tedavi sonucunu etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi* 2013, Cilt 52, Sayı 4, Sayfa 199-204.
14. Taş EE, Keskin HL. Ektopik gebelik olgularının 5 yıllık analizi: Tek merkez deneyimi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2013;9:105-110.
15. Gözükküçük M, Kahraman K, Çetinkaya E, Sezginkurt E, Sönmezer M, Berker B, Dökmeçi F. Ektopik Gebelik Olgularında Tanı Kriterlerinin Tedavi Seçimine Etkisi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2009, 62 (3): 135-138.

Rinosinüzit Komplikasyonu: İnatçı Subperiosteal Apse

Rhinosinusitis Complication: Persistent Subperiosteal Abscess

İsa ÖZBAY ¹, Cüneyt KUCUR ¹, Onur ERDOĞAN ¹, Fatih OĞHAN ¹
Mehmet TETİKOĞLU ², Hacı Murat SAĞDIK ²

1. Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Kütahya

2. Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Kütahya

ÖZET

Amaç: Subperiosteal apse; en sık görülen orbital komplikasyondur. Periorbita ile kemik duvar arasında püy birikimi ile karakterizedir. Rinosinüzit komplikasyonu olarak ortaya çıkan ve tedaviye dirençli subperiosteal apse olgusunu literatür eşliğinde tartışarak sunuyoruz.

Olgu: On iki yaşında kız hasta üç gün önce başlayan sağ gözde şişlik ve kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde proptosis, süpero-lateral bakış kısıtlılığı; nazal kaviteyi obstrükte eden ileri derecede ödem, hiperemi ve pürülan sekresyon izlendi. Medikal tedavi ile takip edilen hastanın kliniğinde düzelme olmaması aksine progresyon göstermesi üzerine endoskopik sinüs cerrahisi yapıldı. Takiplerinde rinosinüzit ve proptozisi yeteri kadar gerilemeyen hasta ikinci kez operasyona alındı. Post-op kontrollerinde, proptozisi gerilediği izlendi.

Sonuç: Rinosinüzit komplikasyonu olarak ortaya çıkan subperiosteal apse olgularında hastalarda görme kaybı, kavernöz sinüs trombozu, subdural abse ve menenjit gibi mortalite ile seyrebilecek durumlar meydana gelebilmektedir. Medikal tedavi ile yakın takipte bulguları düzelmeyen ya da progresyon gösteren vakalarda uygun cerrahi girişim yapılmalıdır. Tam düzelme olmayan vakalarda "second look (ikincil bakı)" ihtiyacı olabileceği akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akut rinosinüzit, subperiosteal apse, orbital komplikasyon

ABSTRACT

Purpose: The most common orbital complication is subperiosteal abscess. It is characterized by accumulation of the pus between periorbita and bone wall. We presented a case with subperiosteal abscess which was resistant to treatment and occurred as a complication of rhinosinusitis in the light of literature.

Case: Twelve years old girl was admitted to outpatient clinics with right eye swelling and hyperemia beginning at 3 days ago. She had proptosis, supero-lateral overview limitation in eye; hyperemia, severe edema and purulent secretion in nasal cavity. Although she was followed up with medical therapy, her proptosis didn't regress, even progressed, so endoscopic sinus surgery was done. Rhinosinusitis and proptosis didn't regress during post-operative follow up, therefore second operation was done. In post-operative follow up, proptosis was resolved.

Result: In patients with subperiosteal abscess as a result of rhinosinusitis complication, patients should be closely monitored. Vision loss, cavernous sinus thrombosis, subdural abscess and meningitis may occur with mortality. If it doesn't regress or progress despite medical therapy, suitable surgery should be applied. In non-full recovery cases, second look is needed.

Keywords: acute rhino sinusitis; subperiosteal abscess; orbital complication

İletişim:

Sorumlu Yazar: Dr. Onur Erdoğan

Adres: Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Kütahya

E-Posta: onurerdogan.kbb@gmail.com

Makale Geliş: 23.05.2015

Makale Kabul: 04.07.2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktb.49109>

Bu vaka, 11. Türk Rinoloji Kongresinde Poster olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Sinüzit, klinik olarak nazal kaviteyi ve paranasal sinüsleri döşeyen mukozaların, buradaki sıvıların ve/veya alttaki kemiğin ortaya koyduğu enflamatuvar cevap olarak tanımlanabilir (1). Rinosinüzit olgularında antibiyoterapinin yaygın olarak kullanılmasına rağmen halen bazı komplikasyonlar görülebilmektedir (2). Enfeksiyonun orbita ve intrakraniyal dokulara hızla yayılmasıyla çok ciddi ve mortalite riski yüksek komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Rinosinüzitli hastalarda % 3 oranında orbital komplikasyon meydana gelebilmektedir (3). Rinosinüzite bağlı orbital komplikasyonlar Chandler'ın tarifine göre periorbital sellülit, orbital sellülit, orbital apse, subperiosteal apse ve kavernöz sinüs trombozudur (4). Subperiosteal apse(SA); periorbita ile orbita duvarı periorbita altında püy birikmesi ile karakterizedir (5). Tüm orbital komplikasyonlar arasındaki oranı %15 olarak bildirilmiştir (6). Tanısı klinik ve radyolojik inceleme ile konulmaktadır (7-8). Tedavide klinik tabloya göre medikal ve cerrahi tedavilerden biri veya kombinasyonu uygulanmaktadır (Tablo 1) (9). Cerrahi müdahale yapılan olguların %15.8' inde ikinci bir müdahale gerekebilmektedir (10). Yazımızda rinosinüzit komplikasyonu olarak ortaya çıkan ve tedaviye dirençli SA olgusunu literatür eşliğinde tartışarak sunuyoruz.

Tablo 1.

<i>Medial Subperiosteal Apsenin Medikal Tedavi Kriterleri</i>
1. Normal görme, pupil, and retina
2. Oftalmopleji olmaması
3. Intraocular basıncın <20 mm Hg olması
4. Proptozisin 5 mm veya daha az olması
5. BT'de genişliğin 4 mm veya daha az olması

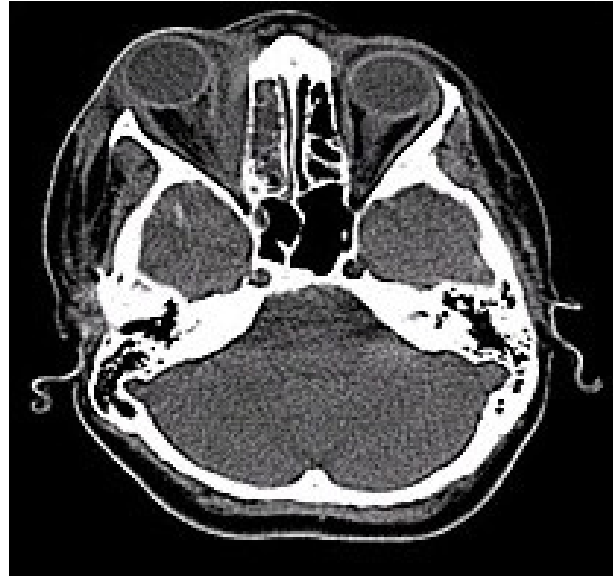
OLGU

On iki yaşında kız hasta üç gün önce başlayan sağ gözde şişlik ve kızarıklık şikayeti ile göz hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Hastanın oftalmolojik muayenesinde sağ gözde proptozis, supero-lateral bakış kısıtlılığı tespit edilmiş. Hospitalize edilen hasta, tarafımıza konsülte edildiğinde nazal kaviteyi obstrükte eden ileri derecede ödem, hiperemi ve pürülan sekresyon KBB muayenesinde tespit edildi.

Yapılan paranasal bilgisayarlı tomografide sağ maksiller, etmoid ve frontal sinüsü tutan rinosinüzit ve subperiosteal apse izlendi. Medikal tedavide 100 mg/kg/gün seftriakson, 40 mg/kg/gün metronidazol, topikal dekonjestan ve non-steroid antiinflamatuvar verildi. Hastanın kliniğinde 48 saat sonra gerileme olmadı; proptozisinin gerilemedi, göz hareketlerinde kısıtlılık devam etti ve görme keskinliği 6/10 olması üzerine endoskopik sinüs cerrahisi kararı alındı (Resim 1, 2, 3).



Resim 1: Sağ gözde proptozis ve hiperemi.



Resim 2: Subperiosteal apse BT görüntüsü.

Yapılan müdahalede nazal mukoza ileri derecede ödemli olarak izlendi. Uygun dekonjeksiyon sağlandıktan sonra klasik endoskopik cerrahi basamaklarına uyuldu. Sağ maksiller sinüs ostiumu açıldıktan sonra ve lamina papyreanın çıkarılmasını takiben 20 cc püy drene edildi. Operasyon sonrası takiplerinde görme kaybı ve göz hareketlerinde kısıtlılığı gerileyen fakat rinosinüzit ve proptozisi yeteri kadar gerilemeyen hasta ikinci kez operasyona alındı.

İkinci operasyonda da endoskopik sinüs cerrahisi tercih edildi. Maksiller sinüsten tekrar püy boşaltıldı, lamina papyreaya güdüklü temizlendi ve ödemli yumuşak dokular eksize edildi. Post-op kontrollerinde, proptozisi gerileyen vakanın antibiyoterapi altında takiplerine devam edilmektedir (Resim 4).



Resim 3: MRG' de subperiosteal apse göz küresini displace etmiş.



Resim 4: 1 ay sonraki hali.

TARTIŞMA

Rinosinüzit, klinik olarak nazal kaviteyi ve paranasal sinüsleri döşeyen mukozaların, buradaki sıvıların ve/veya alttaki kemiğin ortaya koyduğu enflamatuvar cevap olarak tanımlanabilir (1). Rinosinüzit olgularında antibiyoterapinin yaygın olarak kullanılmasına rağmen halen bazı komplikasyonlar görülebilmektedir (2). Enfeksiyonun orbita ve intrakraniyal dokulara hızla yayılmasıyla çok ciddi ve mortalite riski yüksek komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Rinosinüzit komplikasyonları genellikle çocukluk çağında görülmektedir. Rinosinüzitli hastalarda %3 oranında orbital komplikasyonlar meydana gelebilmektedir (3). Sinüzite bağlı orbital komplikasyonlar Chandler'ın tarifine göre periorbital sellülit, orbital sellülit, orbital apse, subperiosteal apse ve kavernoöz sinüs trombozudur (4). Subperiosteal apse; periorbita ile orbita duvarı periostiumu altında pü birikmesi ile karakterizedir (5). Tüm orbital komplikasyonlar arasındaki oranı %15 olarak bildirilmiştir (6).

Hasta toksik görünümündedir, göz dışı ve aşağı yer değiştirmiştir. Antibiyotikler yaygın kullanıma ulaşmadığı dönemlerde, subperiosteal apse sırasında görme kaybı ve menenjit riski çok yüksekti. Görme kaybı, septik optik nevrit veya optik sinir, retina, koroid pleksusu besleyen damarlarda tromboemboli nedeniyle olabilir.

Bazen çok hızlı büyüyen apse, gözü öne deplase ederek damarları gerer. Buna bağlı olarak arteriel basınç düşerken, venöz basınç artar. Dolayısıyla intraoküler basınç artışı olur ki; bu durum optik sinir ve retina kanlanmasını bozar. Böyle durumlarda apsenin derhal boşaltılması, ışığı bile algılayamayan hastalarda görmeyi tamamen düzelmesini sağlayabilir. Sıklıkla etmoid sinüslerin tutulumuna bağlı ortaya çıkabilmesinin yanında frontal ve maksiller sinüs tutulumunda da ortaya çıkabilmektedir. Bizim olgumuzda toksik görünümde, sağ gözde proptozis, süpero-lateral bakış kısıtlılığı ve kısmi görme kaybı meydana gelmişti.

SA tanısı klinik ve radyolojik inceleme ile konulmaktadır (7-8). Radyolojik incelemede bilgisayarlı tomografi (BT) tercih edilmektedir. BT göz küresi, retro-orbital dokular, paranasal sinüslerin durumu hakkında bilgi verir. Apsenin lokalizasyonu, göz küresindeki itilme, proptozis ve ekstraoküler kaslar görülür. Cerrahi tedavi planlarken Tabarino ve ark. (11) proptozisinin ve apsenin hacmini hesaplamakta ve apsenin hacmi 500 mm³'ten büyükse cerrahi tedavi önermektedirler. İntrakraniyal komplikasyon düşünülen olgularda yada kavernoöz sinüs trombozu düşünülen hastalarda manyetik rezonans görüntüleme önerilmektedir. Tedavide klinik tabloya göre medikal ve cerrahi tedavilerden biri veya kombinasyonu uygulanmaktadır (9). Kimi yazarlar medikal tedavi ile bazı olguların tedavi edilebileceğini bildirirken kimi yazarlarda mutlaka cerrahi tedavi ile birlikte medikal tedavi önermektedirler (9). Medial subperiosteal apse medikal cerrahi tedavi kriterleri Oxford ve ark. tarafından belirtilmiştir (Tablo 1). Cerrahi yaklaşımda endoskopik sinüs cerrahisi ve eksternal yaklaşım tercih edilebilmektedir (10). Yazarlar genel olarak eksternal yaklaşımın daha başarılı olduğunu bildirseler de Rubin ve ark. (10) yaptıkları çalışmada iki yaklaşımında eşit başarıları olduğunu iddia etmektedirler.

Bizim olgumuz öncelikle medikal tedavi ile takip edilmiştir. Klinik seyrinde düzelme olmaması aksine progresyon göstermesi üzerine endoskopik sinüs cerrahisi tercih edilmiştir. Cerrahi müdahale yapılan olguların % 15.8'inde ikinci bir müdahale gerekebilmektedir (10). Bizim olgumuzda da post-operatif 72 saat sonra proptozisde yeterli düzelmeme olması ve rinosinüzit tablosunun devam etmesi üzerine "second look (ikincil bakı)" ihtiyacı ortaya çıkmıştır. İkinci operasyonda maksiller sinüsten tekrar pü boşaltıldı, lamina paprisea güdüklüğü temizlendi ve ödemli yumuşak dokular eksize edildi. Postoperatif takibinde rinosinüzit bulguları geriledi, proptozis makul ölçüde geriledi.

SONUÇ

Rinosinüzit komplikasyonu olarak ortaya çıkan subperiostal apse olgularında hastalar yakından takip edilmelidir. Hastalarda görme kaybı, kavernoöz sinüs trombozu, subdural apse ve menenjit gibi mortalite ile seyredebilecek durumlar meydana gelebilmektedir. Medikal tedavi ile yakın takipte bulguları düzelmeyen ya da progresyon gösteren vakalarda uygun cerrahi girişim yapılmalıdır. Tam düzelme olmayan vakalarda “second look (ikincil bakı)” ihtiyacı olabileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Lanza DC, Kennedy DW. Adult Rhinosinusitis defined. *Otolaryngol-Head and Neck Surg* 1997; 3: 107.
2. Wolf SR, Göde U, Hosemann W. Endonasal endoscopic surgery for rhinogen intraorbital abscess: A report of six cases. *Laryngoscope* 1996; 106: 105-10.
3. Oliverio PJ, Benson ML, Zinreich SJ. Update on imaging for functional endoscopic sinus surgery. *Otolaryngol Clin North Am* 1995; 28: 585-608.
4. Chandler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope* 1970; 80: 1414-28.
5. Kayhan FT, Sayin I, Yazici ZM, Erdur O. Management of orbital subperiosteal abscess. *J Craniofac Surg* 2010;21(4):1114–1117
6. Pereira KD, Mitchell RB, Younis RT, et al. Management of medial subperiosteal abscess of the orbit in children—a 5 year experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1997;38:247-54.
7. Bedwell J, Bauman NM. Management of pediatric orbital cellulitis and abscess. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;19(6):467–473.
8. Tanna N, Preciado DA, Clary MS, Choi SS. Surgical treatment of subperiosteal orbital abscess. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;134(7):764–767
9. Oxford LE, McClay J. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol. Medical and surgical management of subperiosteal orbital abscess secondary to acute sinusitis in children.* 2006;70(11):1853-61.
10. Rubin F, Pierrot S, Lebreton M, Contencin P, Couloigner V. Drainage of subperiosteal orbital abscesses complicating pediatric ethmoiditis: comparison between external and transnasal approaches. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013;77(5):796-802.
11. Tabarino F, Elmaleh-Bergès M, Quesnel S, Lorrot M, Van Den Abbeele T, Teissier N. Subperiosteal orbital abscess: volumetric criteria for surgical drainage. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015;79 (2):131-5.

İskelet Displazili İki Yenidoğan: Olgu Sunumu

Two Cases with Skeletal Dysplasia: A Case Report

Elif ÖZALKAYA ¹, Sevilay TOPÇUOĞLU ², Arzu AKDAĞ ², Fahri OVALI ¹
Güner KARATEKİN ¹, RESUL ARISOY ³

1. Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım, Bursa

2. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım, İstanbul

3. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, İstanbul

ÖZET

Giriş: İskelet displazileri kemik büyümesi ve gelişimindeki anormallikler sonucu oluşur. 450 farklı tipi vardır. Prenatal tanıda fetal ultrason, sınıflandırmada moleküller tanı kullanılmaktadır.

Olgu: Birinci olgu 39 haftalık erkek idi. Prenatal yarık damak ve intrauterin gelişme geriliği mevcuttu. Postnatal dönemde hipotoni, yumru ayak, yarık damak, mikrog-nati ve laringomalazi, dar toraks, az gelişmiş skapula, disloke kaburgalar ve bilateral II. kaburga saptandı. Kampomelik displazi düşünüldü. Yardımcı ventilasyon ihtiyacı olan hasta 21. Gününde solunum yetmezliğinden kaybedildi. İkinci olgu 39 haftalık kız idi. Prenatal uzun kemiklerde kısalık ve dar toraks mevcuttu. Akondroge-niz düşünülen hastanın FGFR3 gen analizi negatif bulunmuştu. Postnatal dönemde, ekstremite proksimallerinde kısalık, paravertebral, omuz ve diz epifizinde punktate kalsifikasyonlar, vertebra korpuslarında koronal kleft ve katarakt saptandı. Rizomelik kondrodizplazi düşünüldü. İzleminde büyüme geriliği ve mental retardasyon saptandı.

Sonuç: Bu olgu sunumlarının amacı iskelet displazisinin, letal ve non letal iskelet displazisinin prenatal tanı kriterlerini değerlendirmektir.

Anahtar Kelimeler: iskelet displazisi; prenatal ultrasonografi; yenidoğan

ABSTRACT

Introduction: Skeletal dysplasia occurs due to abnormalities in growth and development of bone. There are over 450 distinct types of skeletal dysplasias.

Case: Fetal sonography is used for prenatal diagnosis and molecular diagnosis is used for classification. First patient was a 39 week-old boy. He had cleft palate and intrauterine growth retardation. Hypotonia, club foot, cleft palate, micrognathia and laryngomalacia, narrow thorax, underdeveloped scapula and dislocated ribs were determined in the postnatal period and the patient had 11th ribs bilaterally. The patient was considered to be a case of campomelic dysplasia (CMD). The patient requiring supportive ventilation dead of respiratory failure on the 21th Day. Second patient was a 39 week-old girl. Skeletal radiographs showed that she had shortness of the long bones and narrow thorax in the prenatal period. The patient was considered to be a case of achondrogenesis but the result of analysis of the FGFR3 gene was reported to be negative. Shortening of the proximal parts of the limbs, punctate calcifications in the paravertebral soft tissues and in the epiphyseal cartilages of shoulder and knee, coronal cleft in the vertebral bodies and cataract were determined in the postnatal period. The patient was considered to be a case of rhizomelic chondrodysplasia punctata (RCDP). Growth retardation and mental retardation were determined during follow-up of the patient.

Conclusion: The aim of this case presentations is to evaluate the prenatal diagnostic criteria of skeletal dysplasias, lethal and non-lethal skeletal dysplasia.

Keywords: skeletal dysplasia; prenatal ultrasonography; newborn

İletişim:

Sorumlu Yazar: Elif ÖZALKAYA

Adres: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji Uzmanı, Şevket Yılmaz Eğt. Arş. Hastanesi Neonatoloji Kliniği, Bursa

Tel: +90 (533) 216 24 57

E-Posta: elifozalkay@gmail.com

Makale Geliş: 21.01.2015

Makale Kabul: 20.03.2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktb.33399>

GİRİŞ

İskelet displazileri fetal gelişimin erken dönemlerinde gelişen, kemik büyümesi ve gelişimini ilgilendiren 450 farklı tipi bulunan hastalık grubudur [1, 2]. Prevelans 10.000 doğumda 2,4 [3, 4], letal olanlarda 0,95-1,5'tir [3, 5]. Perinatal ölümlerde % 0,9, ölü doğumlarda %23, ilk 1 hafta boyunca ölenlerde %3 rol oynamaktadır [4, 6]. Yenidoğan döneminde % 5 sıklıktadır [7]. Başlangıçta iskelet displazi tanısı patogeneze temelli, radyolojik ve morfolojik bulgular ile yapılırken [8], moleküler analizin keşfinden sonra sınıflandırılabilen iskelet displazisi sayısı artmıştır. Prenatal tanı için taramada fetal ultrason kullanılmaktadır. İskelet displazi prenatal tanısı için fetal ultrason bulgularından şüphe edilmesi, sınıflandırılması için moleküler tanının yapılması gereklidir. Moleküler tanı artan sayıdaki iskelet displazilerinde, terminasyon kararında veya patolojik tanı mümkün değilse altın standarttır [9, 10]. Ancak moleküler analizin sınırlı yapılabildiği ülkemizde prenatal ultrason ile yapılan taramada düşünülen iskelet displazisi için gen analizi yapılmaktadır. Ülkemizde prenatal ultrason iskelet displazi tanısında önemini korumaktadır. Rizomelik kondrodizplazi punktata ve karpomelik displazi'de daha az sıklıkta rastlanan iki letal iskelet displazidir. Rizomelik kondrodizplazi punktata PEX7 genindeki homozigot yada heterozigot mutasyonların peroksizmal disfonksiyona neden olduğu, etyolojik olarak heterojen, spinada, kemiklerin sonlarında ve kartilajda birçok küçük kalsifikasyon ile karakterize iskelet displazi alt tipidir [11, 12]. Karpomelik displazi nadiren rastlanan, otozomal dominant kalıtlımlı, SOX9 (sex-determining protein homeobox 9 mapped to 17q24.3) genindeki mutasyon sonucu, dar toraks ve laringotrakeomalazi nedeni ile %77 letal seyreden iskelet displazidir [13]. Bizim olgu sunularımızdaki birinci olgu postnatal karpomelik displazi tanısı alırken prenatal intrauterin büyüme gelişme geriliği tanısı ile prenatal dönemde iskelet displazi tanısı atlanmıştır. Postnatal rizomelik kondrodizplazik punktata tanılı ikinci olguda ise prenatal ultrason ile yanlış iskelet displazisi düşünülmüş ve bu iskelet displazisine yönelik moleküler analiz yapılmıştır. İskelet displazilerinin ultrason ile prenatal doğru tanısı, moleküler analizin kısıtlı yapıldığı bizim gibi ülkelerde doğru gen analizinin yapılmasını ve doğru terminasyon kararının verilmesini sağlamaktadır.

Bu olgu sunularının amacı doğru moleküler analiz ve doğru terminasyon kararı için iskelet displazilerinin, letal ve non letal olanların ayrımı için gereken prenatal görüntülemenin tanı kriterlerini tekrar gözden geçirmektir.

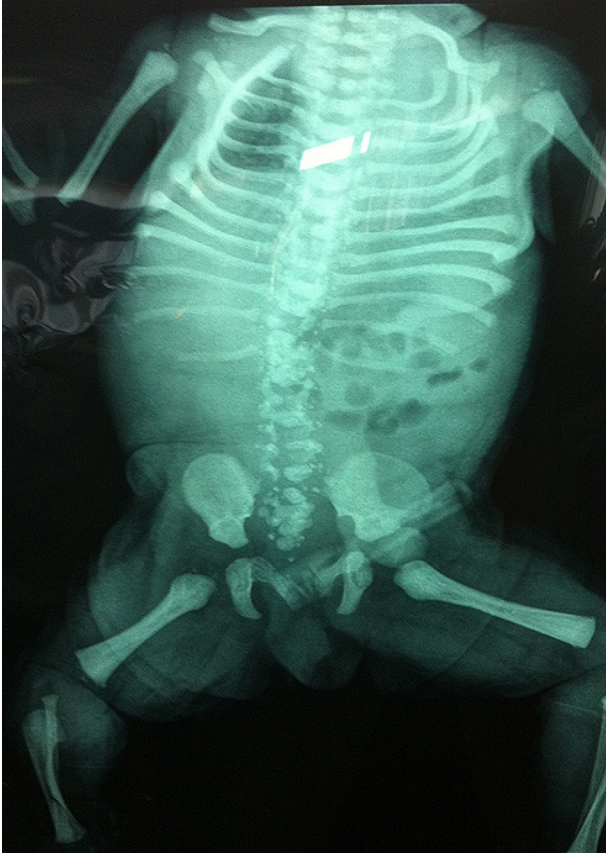
OLGU - I: G1P0, 23 yaşındaki anneden 39 haftalık 2100 gr, C/S ile doğan kız bebeğin prenatal ultrasonunda yarık damak ve intrauterin büyüme gelişme geriliği dışında patoloji saptanmamıştı. Hastanın postnatal klinik bulgularında hipoplastik skapula, disloke kaburgalar, 11. kaburga [Şekil-1], ventrale doğru bombeleşmiş tibia, ayaklarda ekinovarus deformitesi, mikrognati ve yarık damak saptandı. Kranial ve batin ultrasonu normal olan hastanın ekokardiyografisinde patent duktus arteriosus mevcuttu. Olguda karpomelik displazi düşünüldü. Gen analizi yapılamadı. Yapılan laringoskopide laringotrakeomalazisi saptanan, izlemi boyunca yardımcı ventilasyon ihtiyacı olan hasta 21. gününde solunum yetmezliğinden kaybedildi.



Şekil 1: Olgu 1

OLGU - II: G2P1, 28 yaşındaki anneden 39 haftalık 2770 gr, C/S ile 8/9 apgar ile doğan kız bebeğin özgeçmişinde antenatal fetal ultrasonda uzun kemiklerde kısalık, dar toraks, sol ayakta pes ekinovarus saptanmış, yapılan amniosentezde akondroplazi için bakılan FGFR3 gen analizi negatif bulunmuştu. Soygeçmişinde bir özellik saptanmadı. Klinik bulgularında pes ekinovarus, toraks darlığı, düşük kulak, basık burun kökü, ekstremitelerde rizomelik kısalık, tüm vücut grafisinde paravertebral bölgede yaygın olmak üzere omuz ve diz epifizinde punktata kalsifikasyonları mevcuttu [Şekil-2].

Yapılan göz bakısında bilateral katarakt saptandı. Labaratuarda plasminojen düşük, fitanik asit yüksek, çok uzun zincirli yağ asidi normal bulundu. Olguda rizomelik kondrodizplazik punktata Tip-1 düşünüldü. Gen analizi yapılamadı. 6. ayındaki değerlendirmede hastada büyüme geriliği ve mental retardasyon saptandı.



Şekil 2: Olgu 2

TARTIŞMA

Bu çalışmadaki postnatal kampomelik displazili ilk olgu prenatal ultrason ile tanı alamamış, postnatal rizomelik kondrodizplazik punktata olan ikinci olguda ise prenatal ultrason ile iskelet displaziden şüphe edilmiş, ancak en sık rastlanan iskelet displazilerini ekarte etmek için moleküler analiz yapılmıştır. Ancak sonuçta prenatal ultrasonda tanı alamamış yada yanlış tanı almış her iki olgudada postnatal letal iskelet displazi saptanmıştır. Bu olgularda görüldüğü gibi iskelet displazisinde ultrason ile prenatal tanı, iskelet displazinin intrauterin büyüme geriliği, genetik sendrom, düşük doğum ağırlıklı bebek ve prematürite ile fenotipik özelliklerinin benzerliği nedeni ile atlanmakta yada iskelet displazisinden şüphe edilse bile sınıflandırma için yapılan moleküler tanı en sık rastlanan iskelet displazileri ile sınırlı kalmaktadır. İskelet displazi tanısında moleküler analizin ülkemizde sınırlı olarak yapılabilmesi nedeni ile prenatal ultrason ile tanı halen yerini korumaktadır. Prenatal ultrasonda iskelet displaziye ve letal iskelet displazisini düşündüren bulguların iyi bilinmesi tanıyı kolaylaştıracaktır.

Prenatal tanı 2. trimesterde yapılan fetal ultrason ile yapılmaktadır. Yapılan çalışmalarda prenatal ultrason ile doğru tanı sıklığı %35 ile %68 [14, 15], yanlış pozitif tanı oranı %6 ile %37,6 arasında değişmektedir [14, 16].

Prenatal yanlış pozitif iskelet displazi tanısı alan olgular postnatal dönemde dismorfik sendrom, intrauterin büyüme geriliği, kromozomal anomali tanısı almaktadırlar [14, 16]. Prenatal yanlış negatif tanı oranı bir çalışmada sadece %1 olarak bildirilmiştir. Olgulardan ilki prenatal ailesel baş büyüklüğü ve intrauterin büyüme geriliği, ikincisi genetik sendrom ve kısa uzun kemik olarak izlenmiş, postnatal iskelet displazi tanısı almışlardır.

İskelet displazisinde ölüm toraks hipoplazisine sekonder pulmoner hipoplazi nedeni ile olmaktadır. Letaliteyi saptama sıklığı %80 ile %100 arasında değişmektedir [15, 17]. Daha önce yapılan çalışmalarda iskelet displazi prenatal tanısında, ultrason ile yanlış pozitiflik oranı yüksek, yanlış negatiflik oranı düşüktür.

Femur boyu ölçümü iskelet displazilerinde prenatal ultrason ile ilk değerlendirilen parametredir. Fetus uzun kemik diafizi gebeliğin 12. haftasından sonra görüntülenmeye başlar [18]. Femur uzunluğunun 5 mm ya da gestasyon haftasına göre 2 standart deviasyonun altında olması [19], femur/ ayak oranının 1'in altında [20], femur/ abdomen oranının 0,16 olması, femur kısalığının 24. gestasyon haftasından önce saptanması, femurda derecelenme ve balonlaşma [21] iskelet displazisini düşündüren bulgulardır. Femur uzunluğu ölçümü en sık rastlanan 5 iskelet displazisini ayırt etmekte kullanılan en iyi parametre olsada, postnatal iskelet displazi olguların %6,6' sında prenatal femur uzunluğu normaldir ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde, prematür olgularda izole femur kısalığı sıklığı artmıştır [22]. İskelet displazisi tanısına yönelik olarak prenatal ultrason ile diğer uzun kemikler uzunluk, şekil ve yoğunluk, metafizleri diken ya da irregülasyon açısından değerlendirilmelidir. Ayak büyüklüğü ve biçimi, el parmaklarının sayısı, falanks yüzeyi ve minerilizasyonu, göğüs, baş ve abdomen çevresi, göğüsün lateral görünümünü, kranium şekil ve minerilizasyonu, vertebraların şekil ve minerilizasyonu, skapulanın şekil ve büyüklüğü, sekonder epifizlerin görünümü, mandibula şekli ve büyüklüğü, fetal yüz görünümü, anormal ekstremiter postürü, amniotik sıvı volümü ve hidrops değerlendirilmelidir [23].

İskelet displazi tanısında prenatal ultrasona göre 3 boyutlu ultrason yüz anomalilerini, el ve ayak deformitelerini [3], manyetik rezonans (MR) spinal anomalileri [24], bilgisayarlı tomografi (BT) spina ve pelvik kemik anomalilerini daha iyi değerlendirmektedir [25]. MR ve BT'nin fetus üzerine etkileri kesin bilinmediğinden kullanımları sınırlıdır.

İskelet displazisinden şüphe edildiğinde prenatal ya da postnatal dönemde moleküler analiz yapılmalıdır. Moleküler genetik prenatal sonografik bulguların tamamlanmasına ve spesifik tanının konmasına yardımcı olmaktadır. 456 iskelet displazisinden yaklaşık %70'inde gen tanımlanabilmektedir [26].

İskelet displazi tanısında moleküler analizin kısıtlı olduğu ülkemizde prenatal ultrason iskelet displazi tanısında, sınıflandırmasında, letaliteyi belirlemede ülkemizde altın standarttır. Prenatal fetal ultrasonda kısa femur, dar toraks ve diğer kemik anomalileri olan olgularda iskelet displazileri mutlaka düşünülmelidir. Doğru iskelet displazi tanısı için prenatal ultrason bulguları doğru değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Warman ML, Cormier-Daire V, Hall C et al. Nosology and classification of genetic skeletal disorders: 2010 revision. *Am J Med Genet A*. 2011 May; 155A: 943-968.
2. Superti-Furga A. Growing bone knowledge. *Clin Genet*. 2004; 66: 399.
3. Rasmussen SA, Bieber FR, Benacerraf BR. Epidemiology of osteochondrodysplasias: changing trends due to advances in prenatal diagnosis. *Am J Med Genet*. 1996; 61:49.
4. Camera G, Mastroiacovo P. Birth prevalence of skeletal dysplasias in the Italian Multicentric Monitoring System for Birth Defects. *Prog Clin Biol Res*. 1982; 104:441.
5. Andersen PE. Prevalence of lethal osteochondrodysplasias in Denmark. *Am J Med Genet*. 1989; 32:484.
6. Orioli IM, Castilla EE, Barbosa-Neto JG. The birth prevalence rates for the skeletal dysplasias. *J Med Genet*. 1986; 23(4):328.
7. Castilla EE, Orioli IM. Prevalence rates of microtia in South America. *Int J Epidemiol*. 1986; 15 :364.
8. Superti-Furga A, Unger S. Nosology and classification of genetic skeletal disorders: 2006 revision. *Am J Med Genet* 2007; 143:1- 18.
9. Goncalves LF, Espinoza J, Mazor M. Newer imaging modalities in the prenatal diagnosis of skeletal dysplasia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;24:115-120.
10. Mansour S, Hall CM, Pembrey ME, Young ID, A clinical and genetic study of campomelic dysplasia. *J Med Genet*. 1995;32(6):415.
11. Chitayat D, Keating S, Zand DJ, Costa T, Zackai EH, Silverman E, Tiller G, Unger S, Miller S, Kingdom J, Toi A, Curry CJ Chondrodysplasia punctata associated with maternal autoimmune diseases: expanding the spectrum from systemic lupus erythematosus (SLE) to mixed connective tissue disease (MCTD) and scleroderma report of eight cases. *Am J Med Genet A*. 2008;146:3038.
12. Irving MD, Chitty LS, Mansour S, Hall CM. Chondrodysplasia punctata: a clinical diagnostic and radiological review. *Clin Dysmorphol*. 2008;17(4):229.
13. Sharony R, Browne C, Lachman RS. Prenatal diagnosis of the skeletal dysplasias. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:668-675
14. Parilla BV, Leeth EA, Kambich MP. Antenatal detection of skeletal dysplasias. *J Ultrasound Med* 2003; 22:255-258.
15. Tretter AE, Saunders RC, Meyers CM et al. Antenatal diagnosis of lethal skeletal dysplasias. *Am J Med Genet* 1998; 75: 518- 522.
16. Doray B, Favre R, Viville B. Prenatal sonographic diagnosis of skeletal dysplasias. A report of 47 cases. *Am Genet* 2000; 43:163- 169.
17. Lee S, Kim T, Lee H. Length measurement of fetal long bone and fetal anomaly detection. Available from <http://www.webmedcentral.com>.
18. Kurtz AB, Needleman L, Wapner RJ et al. Usefulness of a short femur in the in utero detection of skeletal dysplasias. *Radiology*. 1990; 177:197.
19. Ruano R, Molho M, Roume J. Prenatal diagnosis of fetal skeletal dysplasias by combining two-dimensional and three-dimensional ultrasound and intrauterine three-dimensional helical computer tomography. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004; 24:134.
20. Parilla BV, Leeth EA, Kambich MP. Antenatal detection of skeletal dysplasias. *J Ultrasound Med*. 2003; 22: 255.
21. Özlü T, Tulin Özcan. Fetal isolated short femur in the second trimester and adverse pregnancy outcomes. *Prenatal Diagnosis*. 2013; 33: 1063-1069
22. Krakow D, Lachman R. S, Rimoin D. Guidelines for the prenatal diagnosis of fetal skeletal dysplasias. *Genet Med*.2009;11:127-33.
23. Kanal E, Barkovich AJ, Bell C. ACR guidance document for safe MR practices. *Am J Roentgenol*. 2007;188: 1447.
24. Cassart M, Massez A, Cos T, Tecco L, Thomas D, Van Rege-morter N, Avni F. Contribution of three-dimensional computed tomography in the assessment of fetal skeletal dysplasia. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2007;29 :537.
25. Warman ML, Cormier-Daire V, Hall C et al. Nosology and classification of genetic skeletal disorders: *Am J Med Genet A*. 2011: 155 :943-68.

Atipik Kawasaki Hastalığı: Olgu Sunumu

Atypical Kawasaki Disease: A Case Report

Seher ERDOĞAN¹, Mehmet BOŞNAK¹, Derya Aydın ŞAHİN², Osman BAŞPINAR²

1. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

1. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

ÖZET

Kawasaki hastalığı uzun süren ateş, pürülan olmayan konjunktivit, ağız mukozasında inflamasyon, servikal lenfadenopati, el ve ayaklarda eritem, yaygın polimorf deri döküntüsü ile karakterize bir vaskülitir. En sık 6 ay-5 yaş arasında görülür. Kawasaki hastalığının % 7-10'u atipik seyirli olmaktadır. Tedavi edilmeyen olgularda %15-25 oranında koroner arter anevrizmaları, miyokard infarktüsü ve ani ölüm gibi kardiyak komplikasyonlar gelişebilir. Bu nedenle hastalığın erken teşhis edilmesi, intravenöz immünglobülin (IVIG) ve asetilsalisilik asit (ASA) ile tedaviye başlanması bu tür komplikasyonların gelişimini önlemek açısından önemlidir. Burada atipik Kawasaki hastalığı tanısı alan ve tedaviye cevap veren olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: kawasaki hastalığı; atipik kawasaki hastalığı; vaskülit

ABSTRACT

Kawasaki disease is an acute vasculitis that is characterized by prolonged fever, nonpurulent conjunctivitis, oral mucosal inflammation, cervical lymphadenopathy, erythema of the hands and feet, and diffuse polymorphous skin rash. The most common age of occurrence is between 6 months and 5 years. Coronary artery aneurysms may develop in % 15-25 of untreated children and may lead to sudden death or myocardial infarction. So early diagnosis and treatment with intravenous immunoglobulin and acetyl salicylic acid are important to prevent this complications. Here, we present a atypical Kawasaki disease, five year old case was treated on time and had no complication.

Keywords: kawasaki disease; atypical kawasaki disease; vasculitis

GİRİŞ

Kawasaki hastalığı kendini sınırlayan, sıklıkla infantları ve küçük çocukları etkileyen akut, febril multisistem bir vaskülitir. Çocukluk çağı vaskülitleri arasında Henöch-Schönlein purpurasından sonra ikinci sıklıkta görülür. Hastalık 1967'de Tomisaki Kawasaki tarafından ateş, döküntü, konjunktivit, ellerde kızarıklık ve şişlik, boyunda lenfadenopati belirti ve bulguları olan çocuklarda tanımlanmıştır [1]. Kawasaki hastalığı Asya kökenlilerde, özellikle de Japonlarda daha sık olmak üzere tüm dünyada tanımlanmıştır. Çocuklarda akut eklem romatizması insidansının azalmasına karşılık, gelişmiş ülkelerde edinilmiş kalp hastalığı nedenleri arasında birinci sıraya yerleşmiştir. Henüz etiyojisi ve patogenezi tam olarak aydınlatılmamıştır. Asya kökenlilerde hastalığın daha sık görülmesi genetik yatkınlığı düşündürmektedir. Tedavi edilmeyen olguların yaklaşık % 20-25'inde koroner arter anormalliklerinin gelişebilmesi hastalığın önemini göstermektedir. Bu komplikasyonların önlenmesi için erken tanı konulması, intravenöz immünglobülin ve yüksek doz asetilsalisilik asit tedavisinin erken dönemde başlanması gereklidir [2]. Bu olgu ile erken tanı konularak tedavi edilen ve kalp komplikasyonları önlenen olguyu sunarak, erken tanı ve tedavinin önemini vurgulamak istedik.

OLGU SUNUMU

5 yaşında kız hasta; 10 gündür devam eden ateş, vücutta döküntü, kaşıntı, halsizlik ve iştahsızlık yakınmaları ile hastanemize başvurdu. Bu yakınmalarla bir sağlık merkezine başvurduğu, üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile antibiyotik ve antipiretik tedavi verildiği ancak yakınmalarının devam ettiği öğrenildi. Prenatal, natal ve postnatal öyküsünde bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde; Ateş: 38.5°C, Nabız:140/dk, TA:90/60 mmHg idi. Genel durumu orta, bilinci açık, halsiz görünümde idi. Farinks hipe-remikti. Bacaklarda ve gluteal bölgelerde daha belirgin olmak üzere tüm vücutta yaygın pembe, kaşıntılı maküler döküntüleri vardı. Bilateral konjunktivit ve beyaz çilek dili mevcuttu.

İletişim:

Sorumlu Yazar: Dr. Seher Erdoğan

Adres: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Tel: +90 (342) 360 60 60

E-Posta: seher70@gmail.com

Makale Geliş: 27.10.2015

Makale Kabul: 06.03.2016

DOI: http://dx.doi.org/10.16948/zktb.34184

Diğer sistem muayeneleri normal bulundu. Laboratuvar incelemesinde; Hemoglobin: 10.2 gr/dl, Beyaz küre: 24.700/mm³, Hematokrit: %29, Trombosit sayısı: 216.000/ mm³, periferik yaymada % 75 nötrofil, % 25 lenfosit vardı, toksik granülasyon yoktu, atipik hücre gözlenmedi. Sodyum: 127 meq/l, Üre: 63 mg/dl, Total protein: 5.1 gr/dl, Albümin: 2.2 gr/dl, Kreatin kinaz: 50 u/l, Kreatin kinaz-MB: 32 u/l, Laktik dehidrogenaz: 388 u/l, C-reaktif protein: 21 mg/dl, Sedimentasyon: 34 mm/h idi, diğer biyokimyasal değerler normaldi. Bakılan Antinükleer Antikor, Anti-dsDNA, C-ANCA, P-ANCA negatif bulundu, C3 ve C4 normaldi. Kan ve idrar kültüründe üreme olmadı, boğaz kültüründe normal boğaz florası üredi. Elektrokardiyografide ritm sinüzaldı, patolojik bulgu yoktu. Bu bulgularla hastada Atipik Kawasaki Hastalığı olabileceği düşünüldü, yapılan ekokardiyografik incelemede (EKO); minimal mitral yetmezlik saptandı. IV mayi ve antibiyotik tedavisi başlandı. Pediatrik kardiyoloji bölümünün önerisi ile IVIG infüzyonu (2 gr/kg) uygulandı. Ancak hastanın izleminde takipne gelişti, dinlemekle gallop ritmi duyuldu, hepatomegalisi saptandı. Tekrarlanan EKO'sunda sol ventrikülün dilate olduğu görüldü. Hasta yakın izlem amacıyla yoğun bakım ünitesine yatırıldı. 3.gün ateşinin devam etmesi üzerine IVIG infüzyonu tekrarlandı. ASA 80 mg/kg /gün po başlandı, Albümin 1 gr/kg IV verildi. Abdominal USG incelemesinde hepatosplenomegali ve minimal plevral efüzyon saptandı. Oksijen saturasyonunun 90 olması üzerine rezervuarlı maske ile oksijen desteği verildi. Hipotansiyon gelişmesi nedeniyle inotropik ajan başlandı. EKG kontrolünde V4-V6'da daha belirgin olmak üzere tüm göğüs derivasyonlarında ST depresyonu ve T dalga negatifliği gözlemlendi, bakılan kontrol Pro-BNP: 35.000 pg/ml, Troponin T: 0.027 ng/ml, CK-MB: 47 u/l değerine yükseldiği görüldü. 2 gün sonra EKG bulguları düzeldi, kardiyak enzimler normal düzeylere geriledi, ateşi düştü, hipotansiyonunun düzelmesi üzerine inotrop desteği azaltılarak kesildi, oksijen gereksinimi kalmadı, ASA dozu 5 mg/kg'a düşüldü.



Resim 1. İzlemede ellerde soyulma görüldü.

Hastalığın 10.gününde ellerde soyulma gözlemlendi (Resim 1). Taburcu edilmeden önce yapılan EKO incelemesinde; sol ana koroner arterde fusiform anevrimsa tespit edildi (Resim 2), EF: % 69 ölçüldü. Hasta ASA tedavisi verilerek kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Kawasaki hastalığı en sık 6 ay ile 5 yaş arasında görülen sistemik bir vaskülit olup, gelişmiş ülkelerde çocuklardaki edinsel kalp hastalıklarının en önemli nedenidir. Hastalığın tanısı ateş, ekstremitelerde periferindeki değişiklikler, polimorf ekzantem, bilateral konjunktival konjesyon, orofarenks mukozasındaki değişiklikler ve servikal lenfadenopatiden oluşan altı ana kriterden beşinin olması ile konulmaktadır [3]. Hastalığın altı ana semptomundan en sık görüleni ateştir. Beş günden uzun süren ateşin varlığında klinik bulguların üçünün saptanması ve diğer olası nedenlerin ekarte edilmesi durumunda atipik Kawasaki hastalığından söz edilir. Atipik Kawasaki hastalığı başvuruları her geçen gün daha fazla dikkat çekmektedir. Asıl sorun ise, bu vakaların sıklıkla yalnız veya geç tanı almaları ve tedavilerinin gecikmesidir [4]. Stockholm ve arkadaşlarının [5] retrospektif olarak derledikleri Kawasaki olgularında, klinik kriterleri tam sağlamayan ancak eşlik edebilen kusma, ishal, artralji, meningismus ve baş ağrısı gibi diğer bulguların daha ön planda olduğu olgularda gecikmenin olduğu belirtilmiştir. Çeşitli yayınlarda Kawasaki hastalığının % 7-10'unun atipik şekilde gözlemlendiği bildirilmiştir. Koroner arter anevrizma gelişme riskinin tipik Kawasaki hastalığı kadar yüksek olması nedeniyle bu hastalarda da erken tanı ve tedavi önem kazanmaktadır [6]. Ekokardiyografik inceleme atipik hastalığın erken tanınmasında önemli rol oynar.

Kawasaki hastalığına eşlik edebilen diğer kardiyak patolojiler miyokardit, endokardit, hafif kapak yetersizlikleri ve perikardiyal efüzyondur. Son dönemlerde yapılan çalışmalarda KH'nın ateşli hastalıklardan ayırılmasında



Resim 2. Ekokardiyografik incelemede sol koroner arterde anevrizmalar saptandı.

artmış BNP değerinin uygun bir parametre olabileceği üzerinde durulmaktadır [7]. Tanı kriterleri arasında olmayan, ancak Kawasaki hastalığı için oldukça spesifik bir bulgu da BCG aşı yerinde eritem ve endurasyon olmasıdır. Diğer klinik bulgular arasında diyare, kusma, karın ağrısı, aseptik menenjit, artrit ve steril piüridir. Hastamızda Kawasaki hastalığı tanı kriterleri arasında yeralan servikal lenfadenopati bulgusu yoktu, yaklaşık 1 haftadır devam eden ateş, konjunktivit, yaygın maküler döküntü, beyaz çilek dili, farinks hiperemisi ile atipik Kawasaki hastalığı düşünüldü.

Kawasaki hastalığında akut tedavinin amacı akut inflamasyonu kontrol altına almak, uzun süreli sekelleri önlemek ve en önemlisi koroner arter duvarındaki inflamasyonu engellemektir. Standart tedavisi IVIG infüzyonu (2 gr/kg) ve 80-100 mg/kg/gün dört doza bölünmüş oral asetilsalisilik asit şeklindedir. Hasta üç-yedi gün ateşsiz kaldıktan sonra aspirin dozu idame tedavisi olan günde 3-5 mg/kg tek doza düşülür ve bu antiplatelet doza sedimentasyon ve CRP normal düzeye inene ve EKO'da anormallik saptanmayana kadar dört-altı hafta devam edilir.

Hastaların % 10-15'inde bu standart tedavi uygulanmasına rağmen ateş devam edebilir veya tekrarlayabilir. Bu durumda birinci IVIG dozundan 48-72 saat sonra 2 gr/kg IVIG tedavisi uygulanmalıdır. Yine yanıt alınmazsa IV yüksek doz (30 mg/kg/gün 1-3 gün) steroid tedavisi önerilmektedir [8]. Hastalığın akut fazında IL-6 ve tümör nekrozis faktör gibi sitokinlerin düzeylerinde artış olmaktadır [9]. Bu nedenle, dirençli olgularda TNF α 'ya karşı monoklonal antikor, metotreksat, plazmaferez ve sitotoksik ajanların uygulanması ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. IVIG tedavisine rağmen dirençli ateş, düşük hemoglobin düzeyi, düşük albümin düzeyi, yüksek beyaz küre değerleri, yüksek CRP düzeyi, erkek cinsiyet ve bir yaşın altında olmak koroner arter anevrizma gelişimi için risk faktörü olarak kabul edilmektedir [10]. Demir ve arkadaşları [11] 2015'te yaptıkları çalışmada koroner arter lezyonu olan Kawasaki ve inkomplet Kawasaki hastalarında nötrofil/lenfosit oranını yüksek bulduklarını, bu oranın 1, 32 ve üzerinde olmasının koroner arter lezyon varlığı açısından iyi bir belirteç olduğunu belirttiler.

Sonuç olarak, döküntü ve antibiyotiğe yanıt vermeyen ateş ile gelen, miyokardit kliniği olan hastalarda, Kawasaki hastalığı ayırıcı tanılar içerisinde düşünülmeli ve komplikasyonların önlenmesi için erken tanı konularak tedavi başlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Burns JC, Glode MP. Kawasaki syndrome. *Lancet* 2004;364:533-544.
2. Bostan ÖM. Kawasaki Hastalığı. *J Pediatr Inf* 2011;5:46-50.
3. Cimaz R, Sundel R. Atypical and incomplete Kawasaki disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2009;23:689-97.
4. Kara A, Asal G, Tezer H, Devrim İ, Cengiz AB, Yurdakök K, et al. Kawasaki hastalığı ve BCG reaktivasyonu:- Bir vaka takdimi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006;49:42-45.
5. Stockheim JA, Innocentini N, Shulman ST. Kawasaki disease in older children and adolescents. *J Pediatr* 2000; 137: 250-252.
6. Lin KH, Chang SS, Yu CW, Lin SC, Liu SC, Chao H, et al. Usefulness of natriuretic peptide for diagnosis of Kawasaki disease: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2015;5.
7. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young American Heart Association. *Pediatrics* 2004;114:1708-33.
8. Kobayashi T, Kobayashi T, Arakawa H. Prednisolone therapy for Kawasaki disease. *Nihon Rinsho* 2014;72:1623-8.
9. Takahashi K, Oharaseki T, Yokouchi Y, Naoe S, Saji T. Kawasaki disease: basic and pathological findings. *Clin Exp Nephrol*. 2013;17:690-3.
10. Koren G, Lavi S, Rose V, Rowe R. Kawasaki disease:- review of risk factors for coronary aneurysms. *J Pediatr* 1986;108:388-92.
11. Demir F, Karadeniz C, Özdemir R, Yozgat Y, Çelegen KK, Karaaslan U, et al. Usefulness of Neutrophil to Lymphocyte Ratio in Prediction of Coronary Artery Lesions in Patients with Kawasaki Disease. *Balkan Med J* 2015;32:371-6.

Nadir Bir Olgu: Ovaryan Hidatik Kist

A Rare Case: Ovarian Hydatid Cyst

Suat Can ULUKENT¹, Merve ALDIKAÇTIOĞLU TALMAÇ², Emel CANAZ³
Alper ŞAHBAZ¹, İpek YILDIZ ÖZAYDIN⁴, Özgür AKBAYIR³

1. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Küçükçekmece, İstanbul
2. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Arş. Hast., Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Küçükçekmece, İstanbul
3. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Küçükçekmece, İstanbul
4. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Küçükçekmece, İstanbul

ÖZET

Giriş: Kist hidatik çoğunlukla *Echinococcus granulosus* ve nadiren de *Echinococcus alveolaris*'in neden olduğu ülkemizde sık görülen paraziter kistik bir hastalıktır. Tüm organlarda görülebilse de en sık yerleştiği organlar karaciğer ve akciğerdir. Adneksiyal alanda görülen kist hidatik hastalığı ise oldukça nadirdir.

Olgu: 24 yaşında karın ağrısı ve karında şişkinlik şikayeti ile kliniğimize başvuran hasta, yapılan ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi tetkikleri neticesinde bilateral müsinöz adneksiyal kitle düşünülmüş ve opere edilmiştir. Frozen inceleme sırasında hidatik kist olduğu tespit edilip post-operatif dönemde buna yönelik tedavi başlanmıştır.

Sonuç: Türkiye gibi endemik bölgelerde adneksiyal kitlelerin ayırıcı tanısında hidatik kist de akılda bulundurulmalı ve tanıyı kolaylaştırmak için kistin tipik ultrasonografik bulgularına aşına olunmalıdır. Tedavisinde tüm kitlelerin çıkarılması esastır ve kist içeriğinin saçılmasını önlemek için gerekli tedbirler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kist hidatik; adneksiyal kitle; *echinococcus granulosus*

SUMMARY

Introduction: Hydatid cyst is a parasitic disease which is endemic in our country, caused frequently by *Echinococcus granulosus* and rarely by *Echinococcus alveolaris*. Although can be found in all organs, hydatid cyst develop most commonly in liver and lung. Ovarian hydatid cyst is quite rare.

Case: 24 year-old patient was admitted to our hospital with the complaints of abdominal pain and bloating. Ultrasonography and computed tomography revealed an adnexal mass with the suspicion of a mucinous tumor. Therefore, the patient was operated. Hydatid cyst was the preliminary diagnosis in frozen section examination and albendazole treatment was initiated immediately in the postoperative period.

Conclusion: Hydatid cyst should be kept in mind in differential diagnosis of adnexal masses in the endemic countries such as Turkey. Typical ultrasonographic findings of cysts in order to facilitate the diagnosis should be known. The main treatment is the surgical removal of all the cysts; technical precautions should be taken to prevent the spillage of the cyst contents.

Keywords: cyst; hydatid; adnexa uteri; *echinococcus granulosus*

İletişim:

Sorumlu Yazar: Merve ALDIKAÇTIOĞLU TALMAÇ

Adres: Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hast. ve Doğum Kliniği, Küçükçekmece, İstanbul, Türkiye

Tel: +90 (212) 404 15 00

E-Posta: drmrve@hotmail.com

Makale Geliş: 31.07.2015

Makale Kabul: 11.01.2016

DOI: http://dx.doi.org/10.16948/zktb.71874

GİRİŞ

Hidatik kist tüm dünyada görülebilmekte ve olguların % 95'inde *Echinococcus Granulosus* saptanmaktadır (1). *Echinococcus* tüm Akdeniz ülkelerinde bölgenin en önemli parazitik hastalığı olarak halk sağlığını ve ulusal ekonomiyi etkileyerek ciddi problemler oluşturur (2). Özellikle hayvancılıkla uğraşan yörelerde parazitin yaşam döngüsünü tamamlaması için uygun ortamlar oluşmaktadır. Hem sosyal koşulları hem de içinde bulunduğu coğrafya dolaşısıyla ülkemiz hastalığın sık görüldüğü yerler arasındadır (3).

Besin olarak tükettiğimiz hayvanlar parazitin ara konağıdır. Son konak olan köpek ise hem çiftliklerde, hem de göçebe ve sürü sahibi toplumlarda bulunur. Köpek insanlara enfeksiyonu taşıyan en önemli kaynaklardan birisidir. Çakal, sırtlan, kurt, tilki gibi vahşi hayvanlarda bulaşma zincirinde rol oynarlar. Kist içeren çiğ etin yenilmesi insanda enfeksiyon oluşturmaz. Ana konağın dışkısı ile kontamine yiyecek ve içeceklerin tüketilmesi ile bulaşır (4). Hidatik kist tüm organları tutabilmekle birlikte en sık karaciğer (%70) ve akciğeri (% 15-20) tutar. Dalak tutulumu % 0,9-% 8 sıklıkla bildirilirken, izole dalak tutulumu çok nadirdir. Nadiren yumuşak dokular, kas-iskelet sistemi, kalp ve mesane gibi bölgelerde de görülebilir (5). Parazit genellikle hematojen veya ince barsak lenfaktikleri yoluyla yayılır; ancak batin içi yayılımı primer kistin spontan rüptürü ve parazitin intraperitoneal sıvı ile dolaşarak diğer organlara ekilmesi yoluyla da gerçekleşebilir (6). Biz de oldukça nadir yerleşim yerlerinden biri olan adneksiyal alanda kist hidatik saptanan olgumuzu sunmayı amaçladık

OLGU

Yirmi dört yaşında gravida 1, paritesi 1 olan hasta kliniğimize karın ağrısı ve karında şişkinlik şikayeti ile başvurdu. Tıbbi özgeçmişinde bilinen hastalık veya ilaç kullanımı öyküsü

olmayan hastanın muayenesinde, batında distansiyona yol açan ve ksifoide kadar uzanan çevre dokulara fikse olduğu izlenimini yaratan kitle palpe edilmiştir. Yapılan ultrasonografide sağ adneksiyal alanda 8-9 cm çapta yoğun içerikli kist, sol adneksiyal alanda ise over kaynaklı olduğu düşünülen 25 cm çapta, müsinoz kist karakterinde multiseptalı, bal peteği tarzında görünümü olan kistik kitle izlenmiştir (Resim 1, 2). Uterus normal olarak değerlendirilmiştir. İstenen tümör marker düzeylerinden CA 125 düzeyi hafif yükselmiş olarak bulunan (CA 125: 65 U/mL; Ca19.9: 9 U/mL; CEA: 0,2 ng/mL) hastaya tüm batın kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmiştir.



Resim 1: Sağ adneksiyal kitlenin tvsug görüntüsü. Kist içeriğinin yoğunluğu dikkat çekicidir.



Resim 2: Sol adneksiyal alandan kaynaklandığı düşünülen kitlenin tvsug görüntüsü. Kist içerisinde uniform multiple anekoik kistik boşluklar karakterize bal peteği görünümü izlenmiştir.

Batın BT'de uterus ve sol over doğal olarak izlenmiş; sağ overde septalar gösteren hipodens kistik kitle izlendiği belirtilmiştir. Batında orjini hakkında yorum yapılamayan iç organlara kompresyon yapan muntazam konturlu hipodens kistik yapı izlenmiş olup diğer batın organlarında patoloji görülmemiştir. Karaciğerde kitle imajı izlenmemiştir. Akciğer grafisinde yer kaplayan oluşum veya sıvı izlenmeyen

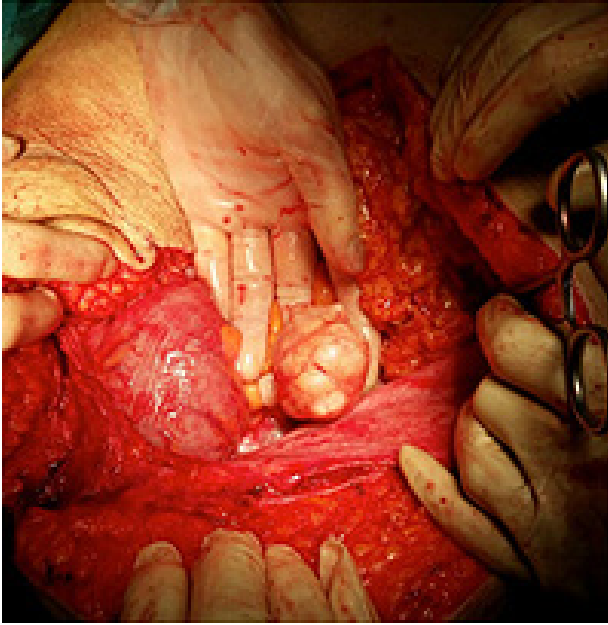
hasta klinik kanaate göre bilateral olduğu düşünülen ovaryan müsinoz tümör ön tanısıyla laparotomi ve frozen amacıyla interne edilmiştir. Hasta bulgularımız ışığında bilgilendirilerek operasyon kararı için sözel ve yazılı onamı alınmıştır. Göbek altı-üstü median insizyon ile batına girilmiştir. Gözlemlerde solda dalak hilusuna tutunmuş tüm batını dolduran, içerisinde bal peteği tarzında septaları olan yüzeyi düzgün, yaklaşık 25 cm çapında kistik kitle; sağda adneksiyal alanda yaklaşık 10 cm çapında kistik kitle izlenmiştir (Resim 3, 4). Sol over normal yapıda izlenmiştir. 25 cm çaplı kitlenin preoperatif dönemdeki klinik kanaatin aksine, sol over ile bağlantılı olmadığı ve dalak hilusuna dens olarak bitişik olduğu görülmüştür. Kitlenin dalak orijinli olduğu ve büyüklüğü sebebiyle adneksiyal alana superpoze olarak sol adneksiyal kitle görünümü yarattığı görülmüştür. Sağ adneksiyal alandaki 10 cm büyüklükteki kitlenin ise esas olarak ovaryan kaynaklı olduğu görülmüştür.



Resim 3: Sol adneksiyal alandan kaynaklandığı düşünülen dalak hilusuna tutunmuş kistik kitle.



Resim 4: Sol adneksiyal alandan kaynaklandığı düşünülen dalak hilusuna tutunmuş kistik kitle.



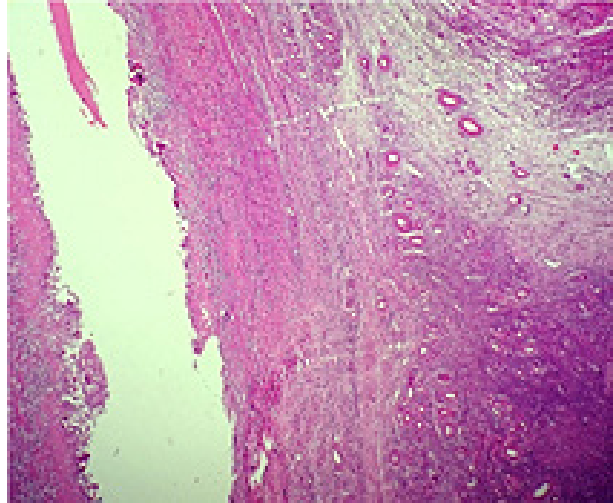
Resim 5: Peritoneal yüzeylerdeki kistik implantlar.

Batını dolduran kitle etrafındaki yapışıklıklardan diseke edilip dalak hilusuna kadar takip edilmiş ve hiler lojda da tutunduğu alanda rezidüel doku bırakılmayacak şekilde disseke edilerek frozen amacıyla patolojiye gönderilmiştir. Dalak lojundaki diseksiyon esnasında kistin küçük bir alandan rüptüre olduğu ve içinden büyüklükleri 2-5 cm arasında değişen veziküller boşaldığı görülmüştür. Ayrıca, batın içerisinde peritoneal yüzeylerde ve omentum üzerinde, 3 adet daha etrafından kolayca diseke olarak ayrılan implantlar izlenmiştir (Resim 5). Sol adneksiyal kitle de sol salpingoofektomi yapılarak frozen incelemesi için patolojiye gönderilmiştir. Frozen inceleme sonucunda, her iki kistin de kist hidatik ile uyumlu olduğu söylenmiştir. Detaylı eksplorasyonla batın implantlar çıkarılarak batın içerisi Povidone-iodine solüsyonuyla en az 10 dakika yıkanmıştır. Karaciğer ve dalakta ayrıca kitle formasyonu palpe edilmemiştir. Hastaya postoperatif 1.günde 15 mg/kg/gün dozunda albendazol tedavisi başlanmıştır. Kesin patoloji sonucunda ekino-kokal kist olarak raporlanmıştır (Resim 6-7). Hastadan istenen kist hidatik indirekt hemaglutinasyon testi 1/2560 olarak sonuçlanmıştır. Hastamız postoperatif 7. gününde komplikasyon olmadan, 15 mg/kg/gün albendazol tedavisi reçete edilerek taburcu edilmiştir.

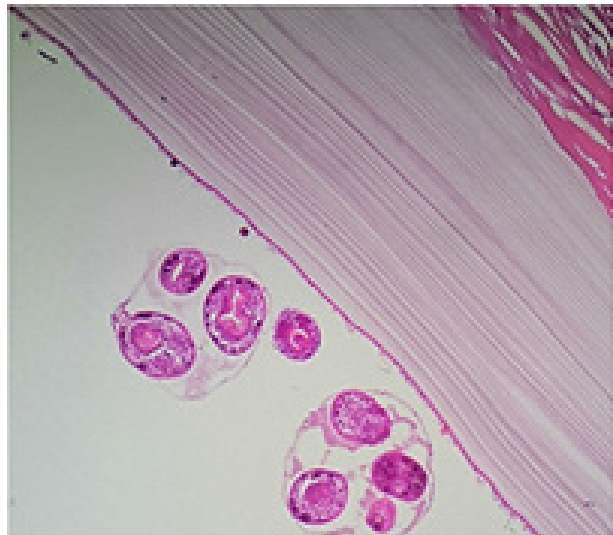
TARTIŞMA

Adneksiyal kitlelerin ayırıcı tanıları arasında jinekolojik ve non-jinekolojik sebepler bulunmaktadır. Non-jinekolojik sebepler arasında gastrointestinal ve üriner sisteme ait patolojilerin yanında nadir retroperitoneal kitleler de yer almaktadır. Hidatik kistler de yerleşimine göre adneksiyal kitleler ile karıştırılabilir, kit-

lenin büyüklüğü sebebiyle orijin yeri net olarak görüntülenemeyerek adneksiyal kitle olarak yorumlanabilir. Bunun yanında hidatik kist over üzerine de implante olabilir ki bu durum, kist hidatiğin endemik olduğu bölgelerde bile oldukça nadir bir durumdur (7). Dolayısıyla pre-operatif dönemde tanı alması da bir o kadar güçtür. Bizim olgumuzda da olduğu gibi hasta intra-operatif tanı almış pre-operatif incelemelerde müsinöz tümörle karışmıştır. Ultrasonografi tanıda en faydalı ve en yaygın olarak kullanılacak tanı aracıdır. Genellikle soliter, kısmen kalsifiye ve anekoik kistler saptanır. Çift duvarlı kistik bir lezyonun içerisindeki hidatik kum tanı koydurucudur. Sunduğumuz olguda olduğu gibi ultrasonografide düzgün yüzeyli kistik kitle içerisinde çok sayıda uniform veziküler görüntünün izlenmesi, adneksiyal kitlenin ayırıcı tanısında hidatik kist yönünden şüphe uyandırmalıdır. Olguların % 16-30'unda ek olarak karaciğer ve periton tutulumu da görülmektedir. Literatüre göre %10-40 olguda birden fazla kist saptandığı belirtilmektedir (8). Bizim olgumuzda da peritoneal yaklaşık 4 cm çapta 3 adet tutulum izlenmişti.



Resim 6: Overde kist çeperinde oluşan iltihabi granülasyon dokusu (h&e 40x).



Resim 7: Lamellöz membran ve ilişkili protoskoleksler.

Tomografi, kist duvarındaki kalsifikasyonları tespit etmesi bakımından direkt grafi ve ultrasonografiden daha üstündür. Tomografide ayrıca karındaki diğer kistlerin gerçek sayı ve yerleşimi hakkında bilgi edinilir. Tomografi ovaryan kitlelerde rekürrensi değerlendirmede % 36 yanlış pozitiflik oranına ve % 40-60 sensitiviteye sahiptir (9). Manyetik rezonans (MR) kalsifikasyonları saptamak için çok uygun bir görüntüleme yöntemi değildir (10). Ancak tedaviye cevabı değerlendirmek için kullanılabilir. Patolojik incelemede içte germinatif membran (intima) ve dışta lamine membran (kutikula) saptanır. En dışta ise ince fibrotik ve komprese olmuş dalaktan oluşan perikist (adventisya) bulunur (11). Hastaların %45'inde fizik muayeneleri normaldir. En sık saptanan bulgular hepatomegali ve karında kitledir. Yayınlanmış hemen tüm çalışmalarda da benzer veriler elde edilmiştir (12). Olgumuzdaki hasta da karında şişkinlik şikayeti ile tarafımıza başvurmuştur. Kist hidatiğin tedavisi için kabul edilen en geçerli yöntem cerrahidir.

Cerrahide amaç tüm paraziter elemanların çıkarılmasıdır (13). Kistin çıkarılması esnasında peritoneal kavite ve yara kenarlarının kist içeriği ile kontaminasyonunu önlemek çok önemlidir. Çünkü kist içeriği çok sayıda protoskoleks içermektedir ve bunların her biri ayrı bir hidatik kist oluşturma potansiyeline sahiptir. Ayrıca spontan perforasyon sonrasında anafilaktik reaksiyonların olabileceği de akılda tutulmalıdır. Bu nedenle kist içine skolisidal ajanların verilmesi, operasyon sırasında kistin rüptüre edilmemesi için özen gösterilmesi ve skolisid emdirilmiş kompreslerle kontaminasyonun minimize edilmesi alınabilecek önlemlerdir (14). Kullanılabilecek skolisidal ajanlar arasında formalin, hipertonic salin, cetrimide, klorheksidin, hidrojen peroksit, polivinilpirrolidon-iodin ve etil alkol bulunur; ancak bu ajanların her birinin potansiyel toksisitesi vardır ve hangi ajanın hangi konsantrasyonda ve ne kadar süre kullanılacağı ile ilgili bir fikir birliği yoktur. Örneğin, etil alkol ve %20 hipertonic salin ile irrigasyonların efektif skolisidal etkileri olduğu gösterilmişse de ciddi hepatobiliar komplikasyonlar bildirilmiştir (15). Hidrojen peroksit ile yapılan irrigasyonlarda ise anafilaktik şok ve hava embolisi bildirilmiştir (16). Cetrimide efektif bir ajan olsa da metabolik asidoz ve methemoglobinemi gibi yan etkileri vardır. Bununla birlikte, Püryan ve arkadaşlarının yaptıkları deneysel çalışmada %0.04'lük klorheksidin glukonat en potent non-toksik ajan olarak gösterilmiştir (17). Ekçi ve arkadaşları da yaptıkları deneysel çalışmalarında %1'lik polivinilprolidon-iyot ile 5 dakika irrigasyonun oldukça etkin bir metod olduğunu göstermişler-

dir (18). Medikal tedavi postoperatif dönemde rekürrensin önlenmesinde etkilidir. Preoperatif dönemde başlanan ve postoperatif devam edilen 12-15 mg/kg/gün albendazol tedavisine ek olarak cerrahi sırasında kistik kavitenin albendazol ile yapılan irrigasyonu ile rekürrens oranının %14.3'ten %1'e kadar düşürüldüğü gösterilmiştir (19). Albendazol tedavisi sırasında nötropeni ve karaciğer tansaminazlarında yükselme olabileceğinden hematoloji ve biyokimya testleri ile kontrol edilmelidir. Tranaminazların yüksekliği veya nötropeni tedavinin kesilmesini gerektirebilir. Postoperatif dönemde hastalar serolojik testler ve postoperatif ilk hafta içinde, 1., 6. ve 12. aylarda ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi ile rekürren veya sekonder hastalık açısından izlenmelidir. Tedavinin postoperatif 2 ay veya daha fazla devam etmesi önerilir (20).

SONUÇ

Sonuç olarak; adneksiyal alandaki kitlelerin ayırıcı tanısında nadir sebeplerden biri olarak hidatik kist de akılda bulundurulmalıdır. Bunun hem direkt implantasyon sonucu gelişmiş ovaryan orjinli bir kitle olabileceği, hem de batın içindeki başka bir kitlenin büyüklük ve yerleşimi nedeniyle adneksiyal kitle görünümü yaratabileceği bilinmelidir. Kistin tipik ultrasonografik bulgularına aşına olunması ayırıcı tanıyı kolaylaştırır. Şüphelenilen olgularda ekinococcus hemaglutinasyon testi istenebilir. Tedavisinde tüm kitlelerin çıkarılması ve kontaminasyonun minimize edilmesi esastır ancak kist hidatiğin endemik olduğu bölgelerde hastalıkla mücadelenin esas olarak korunma ve kontrol yöntemleriyle başarılabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Safoleas M, Misiakos E, Manti C. Surgical treatment for splenic hydatidosis. *World J Surg* 1997;21(4):374-377.
2. Munzer D. New perspectives in the diagnosis of Echinococcus disease. *J Clin Gastroenterol* 1991;13:415-23.
3. Barış İ, Şahin A, Bilir N, editors. *Kist hidatid hastalığı ve Türkiye'deki konumu*. Ankara: Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı; 1990.
4. Tünger Ö. Epidemiology of cystic echinococcosis in the world. *Türkiye Parazitoloj Derg.* 2013; 37(1):47-52. doi:10.5152/tpd.2013.12.
5. Durgun V, Kapan S, Kapan M, et al. Primary splenic hydatidosis. *Dig Surg* 2003;20(1):38-41.
6. Mourglia-Ettlin G, Marquis JM, Chabalgoity JA, Dematteis S. Early peritoneal immune response during Echinococcus granulosus establishment displays a biphasic behavior. *PLoS Negl Trop Dis.* 2011;5:e1293.

7. Gamoudi A et al. Ovarian hydatid cyst. 7 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1995; 24 (2); 144-8.
8. Von Sinner WN, Stridbeck H. Hydatid disease of the spleen. *Ultrasonography, CT and MR imaging. Acta Radiol*. 1992 Sep;33(5):459-461.
9. Kubik-Huch RA, Dorffler W, von Schulthess GK, et al. Value of 18-FDG PET, CT and magnetic resonance imaging in diagnosis primary and recurrent ovarian carcinoma. *Eur Radiol* 2000; 10(5):761-7.
10. Marani SA, Canossi GC, Nicoli FA, Alberti GP, Monni SG, Casolo PM Hydatid disease: MR imaging study. *Radiology* 1990. Jun;175(3):701-6
11. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, et al. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. *Radiographic* 2000;20(3):795-817
12. Safioleas M, Misiakos E, Manti C, Katsikas D, Skalkeas G. Diagnostic evaluation and surgical management of hydatid disease of the liver. *World J Surg* 1994; 18:859-65.
13. Chrieki M. Echinococcosis-an emerging parasite in the immigrant population. *Am Fam Physician* 2002;66:817-20.
14. Tozar E, Topcu O, Karayalcin K, Akbay SI, Hengirmen S. The effects of cetrimide-chlorhexidine combination on the hepatopancreatico-biliary system. *World J Surg* 2005, 29:754-758
15. Yetim I, Erzurumlu K, Hokelek M, Baris S, Dervisoglu A, Polat C, Belet U, Buyukkarabacak Y, Guvenli A. Results of alcohol and albendazole injections in hepatic hydatidosis: experimental study. *J Gastroenterol Hepatol* 2005, 20:1442-1447.
16. Adas G, Arikan S, Kemik O, Oner A, Sahip N, Karatepe O. Use of albendazole sulfoxide, albendazole sulfone, and combined solutions as scolocidal agents on hydatid cysts (in vitro study). *W J Gastroenterol* 2009, 15:112-116.
17. Puryan K, Karadayi K, Topcu O (2005) Chlorhexidine gluconate: an ideal scolocidal agent in the treatment of intraperitoneal hydatidosis. *World J Surg* 29:227-230.
18. Ekçi B, Gürol Y, Aydın I, Yalniz F, Özcan M, Zengin K. [The protoscolocidal effect of 1% polyvinylpyrrolidone-iodine (PVP-I) and 2% tauridine on abdominal hydatidosis. *Turkiye Parazitoloj Derg.* 2010;34(3):152-5.
19. Karabulut K., Özbacı G.S., Kesicioglu T., Tarım İ.A., Lap G., Polat A..K., Karabıçak İ., Erzurumlu K. Long-term outcomes of intraoperative and perioperative albendazole treatment in hepatic hydatidosis: single center experience. *Annals of Surgical Treatment and Research* 2014;87(2):61-65.
20. Polat C, Dervisoglu A, Hokelek M, Yetim I, Buyukkarabacak Y, Ozkutuk Y, et al. Dual treatment of albendazole in hepatic hydatidosis: new therapeutic modality in 52 cases. *J Gastroenterol Hepatol* 2005; 20:421-5.

İyileşmeyen Pnömoni ile Başvuran Bir Atipik Kawasaki Hastalığı Olgusu

A Case of Atypical Kawasaki Disease Presenting with Unresolving Pneumonia

Mustafa ÇAKAN¹, Nuray Aktay AYAZ¹, Gonca KESKİNDEMİRÇİ²
Hamide Sevinç GENÇ², Helen BORNAUN³

1. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul
2. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
3. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

Bu olgu sunumu XV. Ulusal Romatoloji Kongresi'nde (29 Ekim - 2 Kasım 2014 / Antalya) bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Giriş: Kawasaki hastalığı çocukluk çağında sık gözlenen, nedeni bilinmeyen sistemik bir vaskülitir. Karakteristik bulguları ateş, polimorfik döküntü, konjunktivit, oral mukoza ve ekstremitte değişiklikleri ve servikal lenfadenopatidir. En önemli morbidite ve mortalite nedeni kardiyak tutulumdur. Başlangıç döneminde öksürük ve burun akıntısı ile bulgu veren üst solunum yolu tutulumu göreceli olarak sık görülmesine karşın pnömoni şeklinde akciğer tutulumu ile seyretmesi son derece nadirdir.

Olgu: On altı aylık erkek hasta uzamış ateş ve iyileşmeyen pnömoni nedeniyle kliniğimize sevk edildi. Akciğer grafisinde konsolidasyon saptanan olguda takipte Kawasaki hastalığı tanısı konuldu. Antibiyotik tedavisi ile klinik ve laboratuvar bulgularında düzelme olmayan olguda tek doz intravenöz immüno-globulin (2 gr/kg) uygulanması sonucu klinik ve röntgen bulgularında düzelme gözlemlendi.

Sonuç: Uzamış ateş, antibiyotik tedavisi ile düzelmeyen pnömoni ve belirgin akut faz yanıtı olan olgularda Kawasaki hastalığı ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: çocuk; kawasaki hastalığı; pnömoni

ABSTRACT

Introduction: Kawasaki disease is a systemic vasculitis with unknown etiology that is common among children. Characteristic findings are fever, polymorphic rash, conjunctivitis, oral mucosa and extremity changes and cervical lymphadenopathy. The most important cause of morbidity and mortality is cardiac involvement. At the early stages of the disease, upper airway tract symptoms like coryza and cough are common. But lung parenchyme involvement as pneumonia is extremely rare.

Case: A 16-months-old boy was admitted to our clinic due to prolonged fever and unresolving pneumonia. Consolidation was observed on the chest X-ray. On the follow up, the child was diagnosed as having Kawasaki disease. Clinical and laboratory remission could not be achieved by antibiotic treatment. Clinical and chest X-ray findings were normalized after one dose intravenous immunoglobulin infusion (2gr/kg).

Conclusion: In patients with prolonged fever, unresolving pneumonia with antibiotic treatment and high acute phase reactants, Kawasaki disease should be in differential diagnosis.

Keywords: child; kawasaki disease; pneumonia

İletişim:

Sorumlu Yazar: Mustafa ÇAKAN

Adres: Kanuni Sultan Süleyman Eğt. ve Arş. Hastanesi
Turgut Özal Bulvarı No:1 Küçükçekmece / İstanbul

Tel: +90 (212) 404 15 00

E-Posta: mustafacakan@hotmail.com

Makale Geliş: 03.05.2016

Makale Kabul: 23.06.2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktipb.237240>

GİRİŞ

Kawasaki hastalığı (KH) çocukluk çağına özgü, en sık olarak 6 ay – 5 yaş arasında gözlenen sistemik bir vaskülitir (1). Sıklıkla kendini sınırlayan bir tablo çizmesine rağmen en önemli morbidite ve mortalite koroner arter tutulumu nedeniyle olmaktadır. İlk olarak 1967 yılında tanımlanan hastalığın etiyopatogenezi üzerine yoğun araştırmalar yapılmasına rağmen halen hastalığın nedeni saptanamamıştır (2, 3). Özgül bir laboratuvar testi olmadığı için tanı klinik kriterlere dayanılarak konulur. KH tanı kriterleri 5 günü geçen ateş yanında, bilateral pürülan olmayan konjonktivit, yaygın orofaringeal hiperemi, çilek dili, dudaklarda kızarıklık ve çatlama şeklinde orofarenks değişiklikleri, tek taraflı servikal lenfadenopati, polimorfik döküntü ve akut dönemde el ve ayaklarda eritem veya ödem ile subakut dönemde periungual soyulma şeklinde olan ekstremitte değişikliklerinin bir arada olmasıdır (4, 5). Hastalığın başlangıç döneminde burun akıntısı ve öksürük şeklinde bulgu veren üst solunum yolu tutulumu %35 oranında görülmesine rağmen pnömoni şeklinde akciğer parenkimi tutulumu vaka sunumları şeklinde mevcuttur (6). Yazımızda uzamış ateş ve iyileşmeyen pnömoni nedeniyle izlenen, takibinde KH tanısı konulan ve intravenöz immünooglobulin (İVİG) tedavisi sonrası klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulgularında düzelme gözlenen olgu sunulmuştur.

OLGU

On altı aylık erkek hasta üç gündür var olan ateş, burun akıntısı ve öksürük şikayeti ile başvurduğu hastanede üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı konularak oral antibiyotik tedavisi başlanmış. İki gün sonraki kontrolde şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine hastaneye yatırılan olgunun kan sayımında lökosit sayısı

16.500/mm³, hemoglobin 10.3 g/dl, trombosit sayısı 350.000/mm³, C-Reaktif protein (CRP) 26 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 30 mm/saat saptanmış. Çekilen ön-arka akciğer grafisinde sağ akciğer orta ve alt lobta parakardiyak infiltrasyon saptanması üzerine (Şekil 1a) pnömoni tanısıyla intravenöz seftriakson tedavisi başlanmış. Dört gün süre ile uygulanan tedaviye rağmen ateşi devam ettiği için hastanemize sevk edilen olgunun muayenesinde sağ akciğer orta ve alt loblarda krepitasyonlar ve bilateral hafif konjonktival hiperemi mevcuttu.

Antibiyotik tedavisine devam edilen olguda uzamış ve antipiretiklere dirençli ateş ve bilateral konjonktival hiperemi olması nedeniyle ayırıcı tanıda inkomplet KH'da yer aldığı için yapılan ekokardiyografide koroner arterlerde dilatasyon saptanmadı.

Hastalığın on ikinci, hastanemize yatışının üçüncü gününde ateşi devam eden hastanın perineal döküntü, el ve ayak sırtında ödem, çilek dili ve dudaklarda çatlama tarzında tipik KH bulguları oluşmaya başladı. Tam kan sayımında trombosit sayısı 915.000/mm³, CRP değeri 44 mg/L, ESH değeri 65 mm/saat saptandı. İkinci ekokardiyografik incelemede sağ koroner arterde 4 mm (Z skor: 6.45), sol koroner arterde 4.5 mm ektazi (Z skor: 5.50) saptandı. KH tanısı konularak 2 gr/kg İVİG ve 80 mg/kg/gün salisilat tedavisi başlandı. Akciğer grafisinde infiltratif görünümde düzelme saptanmayan ve kan kültüründe üreme olmayan olgunun akciğer bulguları primer KH pnömonisi kabul edilerek antibiyotik tedavisi kesildi. Tek doz İVİG tedavisi sonrası ateşi düşen hastanın klinik bulgularında belirgin düzelme oldu. İVİG tedavisinden bir hafta sonra çekilen akciğer grafisinde pnömonik infiltrasyonun düzeldiği gözlemlendi (Şekil 1b). İkinci haftada CRP değeri 3 mg/L saptanan olgunun salisilat dozu 3 mg/kg/gün'e düşüldü.



Şekil 1a: Sağ akciğer orta ve alt lobta parakardiyak infiltratif görünüm..



Şekil 1b: İVİG tedavisi sonrası infiltrasyonun düzelmiş görünümü.

Üçüncü haftada lökosit sayısı 5700/mm³, hemoglobinin 10.5 g/dl, trombosit sayısı 532.000/mm³, CRP 2 mg/L, ESH 8 mm/saat saptandı. Birinci ayında çekilen ekokardiyografide koroner arterlerde ektazi saptanmadı. Salisilat tedavisi ikinci ayında kesildi. Hastamız 2 yıldır komplikasyonsuz takip edilmektedir.

TARTIŞMA

KH çocukluk çağına göreceli olarak sık gözlenen sistemik bir vaskülitir. İlk tanımlanmasının üzerinden yaklaşık 50 yıl geçmiş olmasına rağmen halen etiyojisi aydınlatılamamıştır. Çocuk yaşta sık görülmesi, 3 ayın altında ve erişkinlerde çok nadir görülmesi, kendi kendini sınırlandıran bir tablo izlemesi, yıl içinde belirli dönemlerde daha sık rastlanması nedeniyle hastalığı tetikleyen faktörün süperantijen üretebilen enfeksiyöz bir ajan olduğu hipotezi üzerinde yoğunlaşmaktadır (7, 8). Tanı koydurucu spesifik bir laboratuvar testi olmadığı için hastalığın tanısı klinik kriterlere dayanılarak konulur. Klasik (komplet) KH tanı kriterleri 5 günü geçen ateş yanında, bilateral pürülan olmayan konjonktivit, orofarenks değişiklikleri, tek taraflı servikal lenfadenopati, polimorfik döküntü ve ekstremitelerde değişiklikler bulgularından en az dördünün aynı anda veya hastalık seyri sırasında var olması ile konulur (4, 5, 9). Hastalık için farkındalık arttıkça uzamış ateşi olup diğer klasik KH tanı kriterlerini karşılamayan hastalarda koroner arter tutulumunun olduğu görülmüştür ve atipik KH terimi kullanılmaya başlanılmıştır (10).

Atipik ve inkomplet KH terimleri aynı anlamda kullanılırken Newburger ve ark. (5) inkomplet KH terimini ateş yanında 3 veya daha az klinik bulgusu olan hastaları tanımlamak için, atipik KH teriminin ise klasik KH bulgularının yanında normalde sık görülmeyen ciddi tutulumları da olan (böbrek tutulumu gibi) olan hastaları tanımlamak için kullanılmasını önermişlerdir. Olgumuzda da uzamış ateş yanında on ikinci günde klasik KH bulguları gelişmiş ancak KH seyrinde çok beklenmeyen pnömoni tablosu gözlemlendiği için atipik KH tanısı konulmuştur.

KH seyri sırasında görülebilecek ek klinik bulgular arasında irritabilite, aseptik menenjit, akut iridosiklit, artrit, artralji, üretrit, ishal, kusma, safra kesesi hidropsu, BCG aşısı yerinde kızarıklık yer almaktadır (5, 6, 11). Hastalığın akut döneminde öksürük ve rinore şeklinde üst solunum yolu tutulumu göreceli olarak sık görülür. Baker ve ark.'nın (6) çalışmasında 198 KH olgusunun %19'unda rinore, %28'inde öksürük saptanmıştır.

KH'da pnömoni şeklinde klinik bulgu veren akciğer tutulumu son derece nadir görülmektedir ve literatürde vaka sunumları şeklinde mevcuttur. Umezawa ve ark.'nın (12) çalışmasında 129 olgunun akciğer grafileri incelenmiş ve %14.7'sinde en sık retikülogranüler görünüm olmak üzere patoloji saptanmıştır. Picazo ve ark.'nın (13) 24 vakalık serilerinde 5 hastada akciğer grafisinde değişiklikler saptanmıştır. KH ve akciğer tutulumu ile ilgili Lee ve ark.'nın (14) çalışmasında 2003-2007 yılları arasında KH tanısı alan 358 olgunun 54'ünde (%15) eş zamanlı pnömoni saptanmış ve 54 pnömoni vakasının 12'sinde etken olarak *M.pneumoniae* saptanmıştır. Olgumuzda bakılan *M.pneumoniae* IgM ve IgG negatif saptanmıştır.

KH ve akciğer tutulumu eş zamanlı olduğunda en önemli sorunun, mevcut akciğer bulgularının KH'nın akciğerlerde neden olduğu primer vaskülit nedeniyle mi oluştuğu yoksa olası süperantijen üretebilen bakteri nedenli akciğer enfeksiyonunun KH'nı mı tetiklediği ayırımını yapmak olduğunu düşünmekteyiz. Olgumuzda olduğu gibi literatürde de pnömoni tanısıyla antibiyotik tedavisi alan ancak klinik ve röntgen bulgularında düzelme olmayan KH olgularında İVİG tedavisi sonrası düzelme gözlenmiştir. Uziel ve ark. (15) iyileşmeyen pnömoni kliniği ile başlayan ve takiplerinde KH tanısı konulan iki olgu bildirmişlerdir ve akciğer tutulumunun vaskülitte sekonder gelişen artmış damar geçirgenliğine bağlı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Yavuz ve ark.'nın (16) sunduğu pnömoni ve drenaj gerektiren plevral efüzyonu olan ve antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen 11 aylık olguda İVİG tedavisi sonrası klinik ve laboratuvar bulgularında dramatik iyileşme gözlenmiştir. Olgumuzda da başlangıç bulguları olarak uzamış ateş ve akciğer bulguları mevcuttu. Beşinci günde pnömoni tanısı konulan olguda antibiyotik tedavisi ile düzelme olmamış ve on ikinci günde KH tanısı ile İVİG uygulanması sonrası klinik ve grafi bulgularında hızla düzelme gözlenmiştir. Olgumuzda akciğer tutulumunun KH'na ikincil gelişen vaskülit nedenli olduğu düşünülmüştür.

KH'da en önemli morbidite ve mortalite nedeni koroner arter tutulumudur ve tedavisiz olgularda %20-25 oranında gözlenir. Koroner arter tutulumunu arttıran en önemli risk faktörleri geç tanı konulması ve tedavi verilmesi (10 günden sonra) ve İVİG tedavisi sonrası ateşin düşmemesidir (5, 9).

Olgunun hastanemize ilk gelişi olan ateşinin 9. gününde inkomplet KH düşünmemize rağmen ekokardiyografik inceleme normal saptandığı için İVİG tedavisi vermeyi erteledik.

Ancak 3 gün sonra tipik KH bulguları gelişen ve ekokardiyografide koroner arterlerde ek-tazi saptanan olgu, KH tedavisinde vurgulanan ilk 10 gün içinde tedavi vermenin önemini bize tekrar hatırlatmıştır.

Sonuç olarak, erken tanı ve tedavi ile koroner arter tutulumu engellenebileceği için uzamış ateşi olan, akciğer tutulum bulguları olup uygun antibiyotik tedavisine rağmen klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularında düzelme olmayan olgularda KH ayırıcı tanıda düşünülmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Nakamura Y, Yanagawa H. The worldwide epidemiology of Kawasaki disease. *Prog Pediatr Cardiol* 2004;19:99-108
2. Kawasaki T. Pediatric acute mucocutaneous lymph node syndrome: clinical observation of 50 cases. *Arerugi (Jpn J Allergy)* 1967;16:178-222.
3. Yeung RS. Kawasaki disease: update on pathogenesis. *Curr Opin Rheumatol* 2010;22:551-60.
4. Ozen S, Ruperto N, Dillon MJ, Bagga A, Barron K, Davin JC, et al. EULAR/PreS endorsed consensus criteria for the classification of childhood vasculitides. *Ann Rheum Dis* 2006;65:936-41.
5. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, Gewitz MH, Tani LY, Burns JC, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation* 2004;110:2747-71.
6. Baker AL, Lu M, Minich LL, Atz AM, Klein GL, Korsin R, et al. Associated symptoms in the ten days prior to diagnosis of Kawasaki disease. *J Pediatr* 2009;154:592-5.
7. Rowley AH, Wolinsky SM, Relman DA, Sambol SP, Sullivan J, Terai M, et al. Search for highly conserved viral and bacterial nucleic acid sequences corresponding to an etiologic agent of Kawasaki disease. *Pediatr Res* 1994;36:567-71.
8. Rowley AH. The etiology of Kawasaki disease: superantigen or conventional antigen?. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18:69-70.
9. Council on Cardiovascular Disease in the Young; Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease; American Heart Association. Diagnostic guidelines for Kawasaki disease. *Circulation* 2001;103:335-6.
10. Sonobe T, Kawasaki T. Atypical Kawasaki disease. *Prog Clin Biol Res* 1987;250:367-78.
11. Gong GW, McCrindle BW, Ching JC, Yeung RS. Arthritis presenting during the acute phase of Kawasaki disease. *J Pediatr* 2006;148(6):800-5.
12. Umezawa T, Saji T, Matsuo N, Odagiri K. Chest x-ray findings in the acute phase of Kawasaki disease. *Pediatr Radiol* 1989;20:48-51.
13. Picazo M, Fernandez-Mentes J, Fabrega R, Calatayud A, Vazquez G, Ros M. Radiologic findings in the lungs of patients with Kawasaki disease. *Radiologia* 2006;48(1):14-8.
14. Lee MN, Cha JH, Ahn HM, Yoo JH, Kim HS, Sohn S, et al. *Mycoplasma pneumoniae* infection in patients with Kawasaki disease. *Korean J Pediatr* 2011;54(3):123-7.
15. Uziel Y, Hashkes PJ, Kassem E, Gottesman G, Wolach B. "Unresolving pneumonia" as the main manifestation of atypical Kawasaki disease. *Arc Dis Child* 2003;88(10):940-2.
16. Yavuz T, Nisli K, Yılmaz C, Dindar A. Large pleural effusion necessitates tube drainage in a patient with Kawasaki disease. *J Paediatr Child Health* 2007;43(3):191-2.

Hidrops Fetalis'li Supraventriküler Taşikardinin Tedavi Zamanlaması: İntrauterin mi? Ekstrauterin mi?

The Right Timing of The Treatment of Supraventricular Tachycardia Accompanied by Hydrops Fetalis:
Intrauterine or Extrauterine?

Elif ÖZALKAYA ¹, Hande Özgün KARATEPE ¹, Taner YAVUZ ², Selahattin AKAR ¹
Emine KAVAS ¹, Güner KARATEKİN ¹

1. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, İstanbul

2. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji, İstanbul

ÖZET

Fetal taşikardi'nin %90 nedeni supraventriküler taşikardidir. Kalp hızı 220/dk üzerinde ve süreklilik gösterirse taşikardiye %40 hidrops fetalis eşlik eder. Serebral komplikasyonları önlemek için fetal taşikardinin erken dönemde kontrol altına alınması gerekir. Ancak hidrops fetalisin eşlik ettiği taşikardinin intrauterin tedavisi zor ve mortalitesi yüksektir. 32 haftalık sezaryan ile 1990 gram doğan erkek bebeğin hidrops fetalis ve fetal taşikardisi antenatal 30. gebelik haftasında dış merkezde saptanmıştı. Postnatal kalp monitorizasyonu ile izlenen bebeğin 48. saatinde supraventriküler taşikardisi gelişti. Üçlü antiaritmik tedavi ile supraventriküler taşikardi ve hidrops fetalis bulguları geriledi. Biz bu prematüre olguyu, hidrops fetalis'li supraventriküler taşikardi tedavisini ve zamanlamasını tartışmak amacı ile sunduk.

Anahtar Kelimeler: hidrops fetalis, supraventriküler taşikardi

SUMMARY

Ninety percent of fetal tachycardia is caused by supraventricular tachycardia. If the heart rate is over 220 /minute and persistent, 40% of it is accompanied by hydrops fetalis. Fetal tachycardia should be controlled at early period to prevent cerebral complications. But intrauterine treatment of tachycardia which is accompanied by hydrops fetalis is difficult and mortality of it is high. Our patient was born by cesarean section at 32 gestational week with birth weight of 1990 grams. Hydrops fetalis, fetal tachycardia was determined antenatally at 30th gestational week in another center. At the 48th hour after birth, supraventricular tachycardia was observed. The symptoms of supraventricular tachycardia and hydrops fetalis were controlled by triple antiarrhythmic therapy. We present this case to discuss the treatment of supraventricular tachycardia complicated by hydrops fetalis and the best time for treatment.

Keywords: hydrops fetalis, supraventricular tachycardia

İletişim:

Sorumlu Yazar: Elif ÖZALKAYA

Adres: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji Uzm. Z. Kamil Kad. ve Çoc. Hastalıkları Eğt. ve Arş. Hast. Neonatoloji Kliniği, İstanbul
Tel: +90 (216) 404 15 00

E-Posta: elifozalkay@gmail.com

Makale Geliş: 16.09.2015

Makale Kabul: 10.05.2016

DOI: http://dx.doi.org/10.16948/zktb.32293

GİRİŞ

Fetal supraventriküler taşikardinin (SVT) % 40,5'ine hidrops fetalis bulguları eşlik etmektedir (1). SVT süreklilik gösteriyorsa hidrops fetalis gelişmektedir (2-4). Fetal SVT'de seçilecek birinci ilaç anneye oral veya intravenöz yoldan verilen digoksin'dir. Hidrops fetalis'li bebeğe verilen digoksin istenen kan düzeyine ulaşamadığından anneye verilen digoksin'in dozunu arttırmak veya fetuse intramusküler digoksin uygulanması diğer tedavi seçenekleridir (1, 5). Digoksin başarısız olduğunda ikinci seçenek antiaritmiklerden sotalolol, flakenaid ve amiodorondur (6-8). Hidrops fetalisli taşikardinin intrauterin tedavi edilme sıklığı (%30-80), hidrops fetalis eşlik etmeyen taşikardinin tedavi edilme sıklığından (%73-89) daha düşüktür (9-12).

Prematüre doğum ve gelişebilecek nörolojik komplikasyon gibi riskler gözönüne alınarak doğurtulan hidrops fetalisli SVT'lerin tedavisi postnatal yapılabilir. Fetal taşikardiye hidrops fetalis eşlik ediyorsa tedavinin intrauterin mi yoksa ekstrauterin mi yapılacağı tartışmalıdır (9-15). Hidrops fetalis'li SVT'si olan, postnatal üçlü antiaritmik ile tedavi edilen, premature morbiditesi ve nörolojik gelişimsel bozukluğu olmayan bu olgu sunumu ile hidrops fetalis'li SVT'nin tedavisi ve zamanlaması tartışılacaktır.

OLGU

25 yaşında annenin ilk gebeliğinden 32. gebelik haftasında, sezaryan doğum ile 1990 gr hidrops fetalis bulguları ile doğan erkek bebeğin dış merkezde yapılan antenatal takibinde 30. gebelik haftasında fetal asit ve fetal taşikardi tespit edilmişti. Fetal taşikardisi dakikada 240 ve ritmikti. Intrauterin tedavi planlanmak üzere merkezimize yönlendirilen olgu 32. gestasyonel haftasında görüldü. 32. gestasyonel haftada olmasından dolayı doğurtulmasına karar verildi.

Doğum odasında entübe edildi, parasentezle 50 cc sıvı boşaltıldı. APGAR Skoru 1/3/6 olarak değerlendirilen premature bebeğin fizik muayenesinde yaygın cilt altı ödemi mevcuttu, batın belirgin distandü görünümde idi. Solunum sesleri kaba, sekretuar ralleri mevcut idi. Kardiyak nabızı 120/dk, kardiyak oskültasyonda 2/6 üfürümü mevcuttu. Yenidoğan refleksleri zayıf alınıyordu. Akciğer grafisi respiratuvar distress sendromu ile uyumlu saptanan olguya surfaktan endotrakeal yol ile verildi. Ekstübe edilerek nazal CPAP'da izlenmeye devam edildi. Kan kültürü alınarak ampisilin ve gentamisin başlandı. Albumini 1,7 mg/dl olan hastaya albumin infüzyon tedavisi verildi. Anne kan grubu A pozitif, bebek kan grubu A pozitif idi. Kan sayımı normal sınırlarda idi.

Kranial ultrasonografisinde patoloji saptanmadı. Batın ultrasonografisinde yaygın asit, toraks ultrasonografisinde sağ üst lobda havalanmayan akciğer dokusu, sol atelektazik akciğer, minimal plevral mayi saptandı. Ekokardiyografisinde patent duktus arteriosus, pulmoner hipertansiyon, mitral kapak yetersizliği, triküspit kapak yetersizliği, kontraktilitede azalma saptandı. Non immun hidrops etyolojisine yönelik metabolik hastalık tetkikleri (tandem mass, idrar organik asit, kan ve idrar aminoasitler) normal saptandı. TORCH ve Parvovirüs B19 serolojisinde özellik saptanmadı. Hastanın postnatal 48. saatinde elektrokardiyografisinde (EKG) kalp hızı 265/dk'ya ulaşan dar QRS'li, p dalgalarının izlenmediği, blok gözlenmeyen SVT saptandı (Şekil-1).

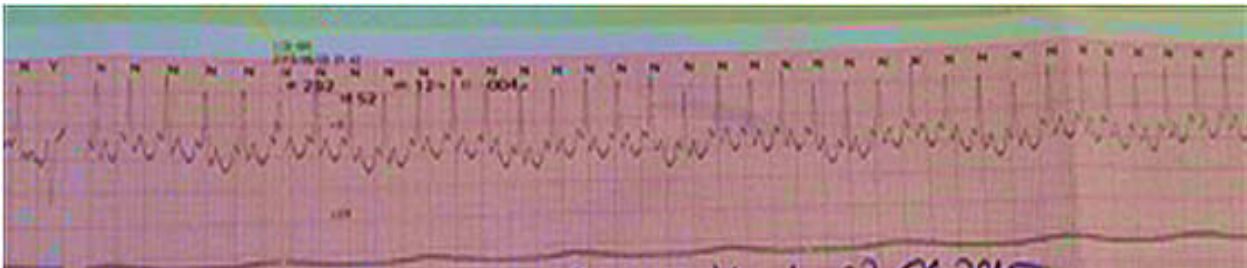
Adenozin 100 mcg/kg'dan intravenöz uygulandıktan sonrası kalp hızı 140/dk'ya düştü. Tekrarlayan SVT atakları nedeniyle hastaya amiodaron infüzyonu 7 mcg/kg/dk'dan başlandı. Amiodaron tedavisiyle SVT atakları kontrol altına alınan hastanın tekrarlayan bradikardileri olması nedeni ile amiodaron tedavisi 4 mcg/kg/dk'ya azaltıldı. İlaç dozu azaltılınca SVT atakları tekrarladığı için tedavisine 100 mcg/kg/dk'dan esmolol infüzyonu ve oral digoksin eklendi. Bu dönemde yapılan ekokardiyografisinde kardiyak fonksiyonları normal sınırlarda saptandı. Postnatal 10 güne kadar hastanın hemodinamisini bozmayan gün içerisinde 4-5 defa görülen SVT atakları adenozin ile kontrol

altına alınabildi. Postnatal 3. haftadan itibaren SVT atağı görülmeyen hastanın amiodaron ve esmolol infüzyonu kesildi, oral amiodaron ile tedavisine devam edildi. Bu sürede asitini azaltmak için 2 kez daha parasentez yapıldı. Klinik izleminde asiti ve deri altı ödemi belirgin azaldı. Postnatal 1. ayında gestasyon haftasına göre 50. persentildeki tartısına ulaştı. Oksijen ihtiyacı olmayan, kan basıncı ve diürezi normal sınırlarda seyreden, oral digoksin ve amiodaron ile aritmileri kontrol altına alınan bebek 70. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA

Biz hidrops fetalis'li SVT'si olan, postnatal 3'lü antiaritmik ile bulguları gerileyen olguyu sunduk. Hidrops fetalis'li SVT'nin intrauterin tedavisinde başarısızlık ve mortalite oranı yüksek iken, postnatal tedavisinde premature, serebral iskemi ve kanamanın getirdiği riskler mevcuttur. Hidrops fetalis'li SVT tedavisinin intrauterin mi yoksa postnatal mi yapılacağı tartışmalıdır. Hidrops fetalis'li SVT'si olan olgumuz intrauterin tedavi yerine prematür doğurtulmuş ve postnatal nörolojik komplikasyonsuz tedavi edilmiştir.

Digoksin fetal taşikardinin intrauterin tedavisinde ilk tercihtir. Hidrops fetalisde digoksin fetusda yeterli kan düzeyine ulaşamamaktadır. Bu neden ile hidrops fetalisli taşikardinin digoksin ile tedavi başarısızlığı yüksektir (16). Digoksin başarısızlığında bazı klinisyenler ikinci ilacı eklemekten kaçınırken, bazıları digoksini kesip, ikinci seçenek antiaritmiklere geçmektedirler. Flekanaid ve sotolol tercih edilen ilaçlardır. Flekanaid ve sotolol'un aritmijenik etkilerinden dolayı tedavi başlangıcından sonraki 48 saat boyunca annenin elektrokardiyografi ile monitorizasyonunu gerekmektedir (6, 7). Hidropslu SVT'de flekanaid tedavi başarısı %60-80; mortalitesi %18,5; sotolol'un tedavi başarısı %40-60 mortalitesi %38 bulunmuştur (3, 17). Amidoron'un, digoksin, flekanaid ve sotolol'e dirençli taşikardiyi tedavi ettiğini bildiren çalışmalar vardır. Hidrops fetalisli taşikardide plasental transport geçtiğinden amiodoronun ilk 6 gün yükleme dozu ile verilmesi önerilmektedir (8). Sotolol ve flekanaid ile intrauterin tedavi başarısızlığında intraperitoneal



Şekil 1: Supraventriküler Taşikardi.

amiodoron ile tedavinin denenebileceğini öneren merkezde vardır (13). Hidrops'lu SVT'si olan fetusların 1/4'ü tedaviye rağmen intrauterin ölmektedir (3, 18). Bizim olgumuza tanı 30. gestasyonel haftada konulmuş, intrauterin tedavi yerine bir üst merkeze sevk edilmiştir. İntrauterin hidrops fetalisi'li SVT tedavisi riskli ve mortlitesi yüksektir. Olgunun bir üst merkeze sevki uygundur ancak hasta bize iki hafta sonra ulaşabilmiştir. 32. gestasyonel haftada tarafımızdan değerlendirilen olgunun akciğer gelişimini tamamlanması nedeni ile intrauterin tedavi yerine doğurtularak postnatal tedavi verilmesi planlanmıştır.

Bizim olgumuzun SVT atakları 3'lü antiaritmik tedavi ile postnatal birinci ayının sonunda kontrol altına alındıktan sonra hidrops bulguları gerilemiş prematürelliğe ait morbidite ve nörolojik komplikasyon saptanmamıştır.

SONUÇ

Hidrosplu SVT'nin intrauterin tedavisi zor ve mortalitesi yüksektir. İntrauterin tedavi ileri derecede prematüre olgulara perinatolog, neonatolog ve kardiyoloğun bulunduğu merkezlerde yapılmalıdır. Bizim olgumuzda görüldüğü gibi olgu ileri derecede premature değilse doğurtulması ve tedavinin postnatal yapılması uygundur.

KAYNAKLAR

1. Krapp M, Kohl T, Simpson M, Sharland GK, Katalinic A, Gembruch U. Review of diagnosis, treatment and outcome of fetal atrial flutter compered with spraventricular tachycardia. *Heart* 2003; 89: 913-917.
2. Hahurij ND, Blom NA, Lopriore E. Perinatal management and long term cardiac outcome in fetal arrhythmia. *Early Hum Dev* 2011; 87:83-87.
3. Simpson JM, Sharland GK. Fetal tachycardias:management and outcome of 127 consecutive cases. *Heart* 1998; 79: 576-581.
4. Naheed ZJ, Strasburger JF, Deal BJ, Benson DW, Gidding SS. Fetal tachycardia:mechanisms and predictors of hydrops fetalis. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: 1736-1740.
5. Parilla BV, Strasburger JF, Socol ML. Fetal supraventricular tachycardia complicated by hydrops fetalis: a role for direct fetal intramuscular therapy. *Am J Perinatol.* 1996;13(8):483.
6. Shah A, Moon-Grady A, Bhogal N, Collins KK, Tacy T, Brook M, Hornberger LK. Effectiveness of sotalol as first-line therapy for fetal supraventricular tachyarrhythmias. *Am J Cardiol.* 2012 ;109:1614-1618.
7. Strizek B, Berg C, Gottschalk I, Herberg U, Geipel A, Gembruch U. High-dose flecainide is the most effective treatment of fetal supraventricular tachycardia. *Heart Rhythm.* 2016 .
8. Strasburger JF, Cuneo BF, Michon MM, Gotteiner NL, Deal BJ, McGregor SN, Oudijk MA, Meijboom EJ, Feinkind L, Hussey M, Parilla BV. Amiodorone therapy for drug-refractory fetal tachycardia. *Circulation.* 2004; 109:375.
9. Frohn-Mulder IM, Stewart PA, Witsenburg M, Den Hollander NS, Wladimiroff JW, Hess J. The efficacy of flecainide versus digoxin in the management of fetal supraventricular tachycardia. *Prenat Diagn* 1995;15: 1297-302.
10. Van Engelen AD, Weijtens O, Brenner JI, Kleinman CS, Copel JA, Stoutenbeek P et.al. Management outcome and follow-up of fetal tachycardia. *J Am Coll Cardiol.* 1994; 24:1371-1375.
11. Oudijk MA, Michon MM, Kleinman CS, Kapusta L, Stoutenbeek P, Visser GH et.al. Sotalol in the treatment of fetal dysrhythmias. *Circulation* 2000; 101: 2721-2726.
12. Sonesson SE, Fouron JC, Wesslen-Eriksson E, Jaeggi E, Winberg P. Foetal supraventricular tachycardia treated with sotalol. *Acta Paediatr* 1998; 87: 584-587.
13. Kang SK, Howe D, Coleman M, Roman K, Gnanapragasam J. Foetal supraventricular tachycardia with hydrops fetalis:a role for direct intraperitoneal amiodorone. *Cardiology in the Young* 2014; 25; 447-453.
14. Naumburg E, Riesenfeld T, Axelsson O. Fetal tachycardia: intrauterine and postnatal course. *Fetal Diagn Ther* 1997; 12: 205-209.
15. Valerius NH, Jacobsen RJ. Intrauterine supraventricular tachycardia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1978; 57:407-410.
16. Uzun O, Babaoğlu K, Sinha A, Massias S, Beattie B. Rapid control of fetal supraventricular tachycardia with digoxin and flecainide combination treatment. *Cardiol Young* 2012; 22: 372-380.
17. Krapp M, Baschat AA, Gembruch U, Geipel A, Germer U. Flecainide in the intrauterine treatment of fetal supraventricular tachycardia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002; 19: 158-164.
18. Hansmann M, Gembruch U, Bald R, Manz M, Redel DA. Fetal tachyarrhythmic: transplacental and direct treatment of the fetus a report of 60 cases. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1991; 1: 162-168.

Epidermal İnklyuzyon Kisti Olgularıyla Sünnet Komplikasyonlarına Genel Bakış

Overview of Circumcision Complications with Epidermal Inclusion Cyst Cases

Olga Devrim AYVAZ¹, Ayşenur Cerrah CELAYİR¹, Osman Zeki PEKTAŞ¹
Ceren ÖZMEN¹, Hülya YAVUZ², Nermin KOÇ²

1. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

2. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

ÖZET

Giriş / Amaç: Travma veya cerrahi prosedürler sonrası yüzeysel epidermal dokunun dermis yada subkutan dokuya implantasyonu sonucu gelişen epidermal kistler; vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilen gerçek kistik oluşumlardır. Kistlerin çevresi keratinize skuamöz epitel ile çevrili, içi keratin yıkıntısı ile doludur. Bu çalışmada, cerrahi sünnet sonrası gelişen penil epidermal kistli iki olgu sunulmuştur.

Olgu 1: 2 yıl önce dış merkezde çocuk cerrahisi uzmanı tarafından yapılan sünnet öyküsü mevcut 4 yaşındaki olguda, bir yıldır fark edilen ve giderek büyüyen penisde kitlesel lezyonu mevcuttu. Penil frenulum bölgesinde sirkümsizyon insizyonunun altında yaklaşık 1cm çapında yuvarlak düzgün konturlu mobil kitlesel lezyon palpe edilmekteydi. Yüzeysel Doku ultrasonografisi, penil frenulum bölgesi cilt altında 10,7x10,4mm solid kitlesel lezyon şeklinde rapor edildi. Doppler ultrason ile kitle çevresinde akım sinyali izlenirken santralinde akım olmadığı tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde bir özellik saptanmayan olguda operasyonda kitle total olarak rüptüre olmadan çıkarıldı. Kitlenin histopatolojik incelemesinde enfekte epidermal kist saptandı.

Olgu 2: Bir yıl önce merkezimizde çocuk cerrahisi uzmanı tarafından yapılan sünnet öyküsü mevcut 2 yaşındaki olguda, yeni farkedilen penil kitlesel lezyonu mevcuttu. Penil frenulumda sünnet insizyonu hizasında 0,6mm çapında yuvarlak şekilli nodüler görüntülü polipoid mobil kitle palpe edilmekteydi. Laboratuvar tetkiklerinde bir özellik saptanmayan olgu opere edildi, kitle total olarak rüptüre olmadan çıkarıldı. Kitlenin histopatolojisi epidermal kist şeklinde raporlandı.

Sonuç: Çocukların tekrarlanan psikolojik ve cerrahi travmalara maruz kalmamaları için sünnetin önemsiz ve sıradan bir işlem gibi görülmemesi ve uzman doktor tarafından da özenli bir şekilde yapılması gerekmektedir. Sünnet, sağlam bir vücut parçası üzerine yapılan gerçek bir ameliyattır. Her cerrahi işlem gibi geçerli olan gereken özenin gösterilmesi ile bu ve bunun gibi diğer sünnet komplikasyonlarının önüne geçilebilir. "Ama biz sünneti çocuk cerrahına yaptırmıştık!" şeklinde ifade ettikleri hayal kırıklığını ebeveynlere yaşatmamak temel amaçlarımızdan biri olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: epidermal kist; sünnet; komplikasyon

SUMMARY

Background / Aim: After the trauma or surgical procedures epidermal cysts, which occurred implantation of the superficial epidermal tissue to the dermis or subcutaneous tissue, can be seen in any part of the human body and they are real cystic formation. Perimeter of cysts are surrounded by keratinized squamous epithelium, and inside of it is filled with keratin debris. In this study, two patients with penile epidermal cysts growing after the circumcision surgery were presented.

Case 1: A 4 years old boy who had circumcised by a pediatric surgeon in another center 2 years ago, was consulted with a growing mass in penis for one year. There was a 1 cm diameter mass under the circumcision incision on the physical examination, it was mobil, and round and smooth contoured. Superficial sonography of the penile tissue showed a 10.7X10.4mm solid mass of penile tissue. Doppler US reported blood flow around the mass, but showed that there was no blood flow inside of the mass. Laboratory tests were normal, and the mass was excised without any rupture or complications. Histological examination was reported as inflamed epidermal cyst.

Case 2: A 2 years old boy who had circumcised at our department one year ago admitted us with a penile mass. There was a 0.6 mm diameter nodular polypoid lesion at the level of circumcision incision in frenular area. It was mobil. Laboratory tests were normal, and lesion was excised totally without any complications. Histological examination of the mass was reported as epidermal cyst.

Conclusion: Circumcision should not be seen as an ordinary process and it also must be done carefully by specialist to prevent of children from repeated psychological and surgical trauma. Circumcision is a real surgery performed on a healthy body part. As all surgical operations, this surgical procedure has to be performed with special attention for prevention of these and other circumcision complications. To prevent of parents frustrations which expressed with "But, a pediatric surgeon performed the circumcision!" should be one of our main objectives.

Keywords: epidermal cysts; circumcision; complication

İletişim

Sorumlu Yazar: Olga Devrim AYVAZ

Adres: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Tel: +90 (216) 391 06 80

E-Posta: olga_ozbay@yahoo.com

Makale Geliş: 24.07.2016

Makale Kabul: 13.01.2017

DOI: http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.293011

33. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde (28-31 Ekim 2015) poster olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Sünnet; penisin uç kısmını örten derinin (prepisyum) cerrahi olarak çıkarılmasıdır (1). MÖ 2300 yıllarına ait Mısır mumyalarının sünnetli olduğu ve duvar resimlerinde sünnetin bir gelenek olarak uygulandığını gösteren bulgulara rastlanılmıştır (2). Sünnet günümüzde dünyada en sık yapılan cerrahi işlemlerden biridir (1, 3). Önceleri dünyanın belli bölgelerinde dini ve kültürel inançlar sebebiyle yapılırken, günümüzde ayrıca tıbbi amaçlarla belirli endikasyonlarda ya da tıbben yararlı olduğu düşünüülerek yapılmaktadır (4, 5).

Üriner sistem enfeksiyonları üzerinde ve penis kanserini önleyici bir etkiye sahip olduğu gösterilmesine rağmen halen sünnet ve özellikle yenidoğan sünneti tartışmalı bir konu olmaya devam etmektedir (3, 5). Penis ve cinsel haz hissi konusundaki bazı endişelerin yanı sıra işlemin kendisi ile ilişkili komplikasyonlarının olması, bu konudaki tartışmaların temel nedenleri arasındadır (5). Sünnet olacak çocuğun ailesi sünnetin olumlu ve olumsuz yönleri açısından tam olarak bilgilendirilmeli ve işlem öncesi bilgilendirilmiş onam alınmalıdır (4).

Cerrahi işlem standartlarına uyularak yapılan sünnet sonrası mortalite ve morbidite çok düşüktür. Sünnet komplikasyonları erken ve geç komplikasyonlar olarak ikiye ayrılabilir (1). Komplikasyonlar, majör (yeniden müdahale gerektiren) ve minör (müdahalesiz düzelebilenler) olarak da sınıflandırılabilir (4). Travma veya cerrahi prosedürlerden sonra yüzeysel epidermal dokunun dermis ya da subkutan dokuya implantasyonu sonucu gelişen epidermal kistler; çevresi keratinize skuamöz epitelle çevrili, kistin içi keratin yıkıntısı ile dolu olan vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilen gerçek kistik oluşumlardır (6). Bu çalışmada cerrahi sünnet sonrası penis ön yüzünde gelişen ve histopatolojisi epidermal kist ile uyumlu bulunan iki olgu sunularak; özensiz sünnet işlemi sonrası görülebilecek inklüzyon kistlerine dikkat çekilmesi amaçlanılmıştır.

OLGU SUNUMU

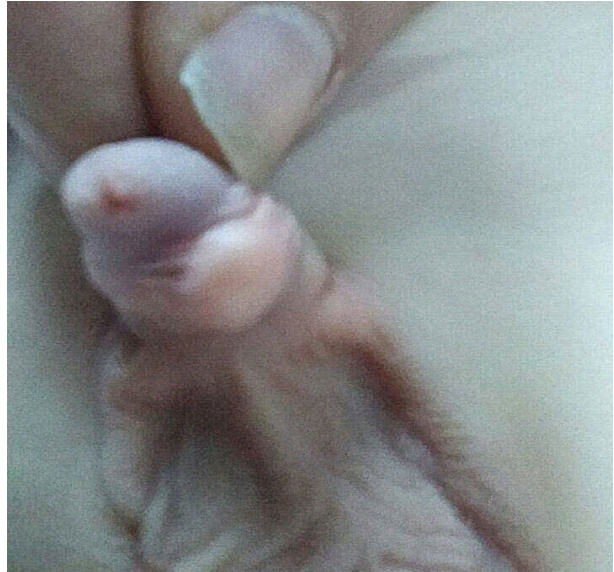
Olgu - 1: Dört yaşında erkek hasta, bir yıldır farkedilen ve giderek büyüdüğü belirtilen peniste kitlesel lezyon nedeniyle çocuk cerrahisi poliklinimize başvurdu. İki yıl önce dış merkezde çocuk cerrahisi uzmanı tarafından yapılan sünnet öyküsü mevcut olan hastanın genitoüriner sistem muayenesinde penil frenulum bölgesinde sirkümsizyon insizyonu hattında cilt altında, yaklaşık bir cm çapında yuvarlak şekilli, mobil, ağrısız kitlesi mevcuttu (Resim 1a).



Resim 1a: Birinci olgunun penil frenulum bölgesinde sirkümsizyon insizyonu hattında cilt altında, yaklaşık 1 cm çapında yuvarlak şekilli, mobil kitlenin preoperatif görünümü.



Resim 1b: Peroperatif kitlenin görünümü.



Resim 2a: İkinci olgunun penil frenulum bölgesi cilt altında, insizyon hattında 0,6 mm çapında yuvarlak düzgün konturlu, mobil, kitlenin preoperatif görünümü.



Resim 2b: Peroperatif kitlenin görünümü.

Yüzeysel doku ultrasonografisinde (US) penil frenulum cilt altında 10,7x10,4mm solid kitlesel lezyon saptandı, Doppler US'de kitle santralinde akım sinyali izlenmedi, kitleyi çevreleyen dokuda akım sinyali mevcuttu. Hastanın laboratuvar tetkikleri normal değerler içindeydi. Ameliyatta önceki insizyon hattından bir buçuk cm'lik kesi ile kitle total olarak rüptüre olmadan çıkarıldı (Resim 1b). Kitlenin histopatolojik incelemesi enfekte epidermal kist şeklinde raporlandı.

Olgu - 2: İki yaşında erkek hasta, yeni fark edilen penil kitlesel lezyon nedeniyle polikliniğimize müracaat etti. Bir yıl önce kliniğimizde çocuk cerrahisi uzmanı tarafından yapılan sünnet öyküsü mevcut olan hastanın genitoüriner sistem muayenesinde penil frenulum bölgesi cilt altında, insizyon hattında 0,6 mm çapında yuvarlak düzgün konturlu, mobil, ağrısız kitle mevcuttu (Resim 2a). Hastanın laboratuvar tetkiklerinde bir özellik yoktu. Ameliyatta önceki insizyon hattından 1 cm'lik kesi ile kitle total olarak rüptüre olmadan çıkartıldı (Resim 2b). Kitlenin histopatolojik değerlendirmesi epidermal kist şeklinde raporlandı.

TARTIŞMA

Sünnetin majör erken komplikasyonları; penis nekrozu, amputasyon, glans yararlanmaları, şiddetli kanama iken, majör geç komplikasyonları meatal stenoz, fimozis, adhezyonlar, cilt köprüleri, kordi, üretrokutanöz fistül, hipospadias ve epidermal inklüzyon kistidir (4, 5, 7). Cerrahi müdahaleye gerek olmadan tedavi edilebilen minör komplikasyonlar ise kanama, enfeksiyon, lenfödem ve meatittir (4, 5). Kanama literatürde sünnetin en sık erken minör komplikasyonu iken, en sık geç majör komplikasyonu ise meatal stenozdur. Majör geç komplikasyonlar genellikle fonksiyonel bir probleme neden olmaz; ancak kozmetik problemler ailenin memnuniyetsizliği şeklinde karşımıza çıkmaktadır veya aile hekimi yönlendirmesi sonucu tespit edilmektedir (5). Yenidoğan sünnetinde birkaç büyük seride, komplikasyon oranı %0,2-%0,6 arasında değişmektedir (5). Yenidoğan dışı sünnetlerde komplikasyon oranları %1,7'dir. İleri yaşta yapılan sünnetler daha komplikedir, komplikasyon oranları daha yüksek ve daha maliyetlidir (4, 8). İleri yaşta yapılan sünnetlerin komplikasyon oranlarının daha yüksek olmasının, yenidoğan sünnetinin daha özenli yapıldığı ve sünnetçi gibi doktor olmayanlar tarafından yapılmaması nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Sünnetin olası psikolojik etkileri kaygısı ile, genellikle eğitimli ebeveynlerin yenidoğan sünnetini ya da ilk yaşlarda yapılan girişimleri artan bir oranda tercih

etmeye başladıklarını görmekteyiz (9). Bazı ürolojik çalışmalarda yaşın yüksekliği itibariyle çocukların mahremiyet duygularıyla sünnet sonrası genital organlarını ebeveynlerine göstermekten kaçınmalarının, bazı komplikasyonların geç tanı almasına neden olduğu görüşü mevcuttur (10). Ülkemizde geçmişte yapılan bir çalışmada sağlık memurlarının yaptığı sünnetlerde akut komplikasyon oranı %70,8 iken, başka bir çalışmada %80,6 hastada ilk 24 saatin sonunda en az bir komplikasyon ortaya çıktığı görülmüştür (11). Günümüze yakın çalışmalarda ise sünnet komplikasyon oranları %12 rapor edilmekle birlikte yabancı literatürlerde saptanandan fazla olması aynı zamanda kozmetik açıdan aileyi rahatsız eden fazla miktarda bırakılmış prepisyumun da komplikasyon grubu içine dahil edilmesinden kaynaklandığı ifade edilmektedir (10). Bir başka çalışmada ise sünnet komplikasyon oranları %8,75 saptanmıştır, ancak bu çalışmadaki sünnetlerin uzman hekim tarafından ameliyathane şartlarında gerçekleştirilmiştir (12).

Neonatal dönemde (6) ve neonatal dönem dışında (13) sünnet olma sonrası oluşmuş epidermal kist olgu sunumlarına rastlanılmaktadır, ancak sünnet sonrası görülen epidermal kist insidansı ile ilgili çalışma sınırlıdır. Özkan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada inklüzyon kisti %0,15 bildirilmiştir (13, 14). Aydoğdu ve arkadaşlarının çalışmasında ise inklüzyon kisti /granülom insidansı %0,95 olarak bulunmuştur (1). Altunkol ve arkadaşlarının çalışmalarında hiçbir olguda bu komplikasyona rastlanmamıştır (12), ancak bu çalışmaya alınan bazı olguların takip sürelerinin 1 yıldan uzun zamanı kapsamadığı ve postoperatif takip süresinin yeterli uzunlukta olmaması nedeniyle gerçek insidansının saptanmasında zorluk oluşturabileceği düşüncesindeyiz. Epidermal inklüzyon kisti, kitlesel yapısı nedeniyle ailede kozmetik kaygıdan çok tümöral bir kitle olması nedeniyle korku ve kaygıya neden olmaktadır.

Literatürde kadın sünneti sonrası vulvada saptanan epidermal inklüzyon kistlerine ait veriler de mevcuttur (15). Hastane ortamında yapılan sünnetlerin kayıt altına alınması da gelecekte sünnet komplikasyonları hakkında ülkemizde doğru insidansın elde edilmesini sağlayacaktır. Ancak sünnet işleminin hastanelerde bu şekilde artmış olması nedeniyle, iş gücü artışı olmakta ve özellikle tatil dönemlerinde artış gösteren sünnetin rutin programları bozması için artış izlenen aylarda diğer operasyonlarında buna göre azaltılması gerekmektedir (16). Bu tür çalışma programında yapılan düzenlemeler ile uzman doktorlar tarafından yapılan sünnetlerin komplikasyon oranlarında azalma

olacağı bildirilmektedir (16). Geçmiş yıllarda Türkiye’de sünnet uygulamalarının genellikle evlerde, sağlık merkezlerinde ya da okullarda yapıldığı ve özellikle kırsal alanlarda, genellikle deneyimsiz bir personel tarafından ve anestezi olmadan uygulandığı belirtilmiştir. Bunlara ek olarak yardım kuruluşlarının, yerel idarelerin ve siyasi partilerin dini sünnet törenleri düzenledikleri, bu törenlerde çok sayıda çocuğun kısa zamanda sünnet olmasının komplikasyon oranlarını artırdığı vurgulanmıştır (3, 12, 17). Komplikasyonların sık yaşanmasının özellikle kalabalık toplu sünnet törenlerinde olumsuz hijyen şartları ve kalabalık ortamın sünnet yapan kişinin psikolojisini olumsuz etkilemesiyle aydınlatılabilir (12).

İsrail’de sünnet işlemi Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Bakanlığı’na bağlıdır ve eğitim düzenlenerek sünnetçilere sertifika verilmektedir, ancak bu yasal olarak mecburi kılınmadığı için halen sünnet sertifikasyonsuz kişiler tarafından da uygulanabilmektedir (5). Günümüzde ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nın sünnet konusunda yürüttüğü politikalar nedeniyle de komplikasyon oranlarının düştüğü kanısındayız. Gerek sünnetin doktor olmayanlar tarafından yapılmasını önlemeye yönelik cezai yaptırımlar; gerekse endikasyon dışı yapılan sünnetlerin ödemelerinin de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanması sünnet komplikasyonlarının azalmasını sağlamıştır. Geçmişte yapılan birçok çalışmanın sonuçlarından da görüleceği üzere; ailelerin sünnet kampanyalarına yönelmelerindeki en sık saptanan nedenin maddi nedenler olması bu düşüncesini desteklemektedir (16).

Her ne kadar epidermal kist basit bir cerrahi girişimle eksize edilebilse de kist eksizyonu cerrahisi sonrasında komplikasyonu olarak ürotroketenöz fistül olgusu da rapor edilmiştir (13).

SONUÇ

Epidermal inklüzyon kisti basit bir cerrahi girişimle düzeltilebilir olmasına rağmen ikincil bir ameliyat gerektirmesi nedeniyle çocukların tekrarlanan psikolojik ve cerrahi travmalara maruz kalmamaları için sünnetin önemsiz ve sıradan bir işlem gibi görülmemesi ve uzman doktor tarafından da özenli bir şekilde yapılması gerekmektedir. Sünnet sağlam bir vücut parçası üzerine yapılan gerçek bir ameliyattır. Her cerrahi işlem gibi geçerli olan gereken özenin gösterilmesi ile epidermal kist ve diğer sünnet komplikasyonlarının önüne geçilebilir. Sünnet cerrahisinde, «Ama biz sünneti çocuk cerrahına yaptırmıştık!» cümlesindeki hayal kırıklığını ailelere yaşatmamak temel amaçlarımızdan biri olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Aydoğdu B, Tireli GA, Demirali O, Güvenç Ü, Başdaş CB, Sander S. Sünnet Komplikasyonlarında Klinik Deneyimimiz. *JOPP Derg* 2011, 3(2): 64-67.
2. Maden HA. Fimozis ve sünnet. *Dr. Sami Ulus Sağlık Dergisi. Temmuz-Ağustos-Eylül 2012*
3. Karaman Mİ, Öztürk M, Koca O. Sünnet Komplikasyonları. *Androloji Bülteni* 2013; 15(53): 75-78.
4. Sözübir S. Çocuk Hekimleri için Sünnet Bilgileri. *Türk Ped Arş* 2010, 45 Özel sayı 100-3.
5. Chaim JB, Livne PM, Binyamini J, Hardak B, Ben-Meir D, Mor Y. Complications of Circumcision in Israel: A One Year Multicenter Survey. *IMAJ. Vol 7. June 2005.*
6. Okeke LI. Epidermal inclusion cyst as a rare complication of neonatal male circumcision: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2009, 3:7321.
7. Çevik M, Söğüt Ö, Boleken ME, Halil K, Öcal S. Sünnet Sonrası Gelişen Glans Penis Amputasyonu ve Hipospadias: Olgu Sunumu. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2011; 27(4): 246-248.
8. Özkan A, Okur M, Kaya M, Küçük A. Keşke Bir Sünnet Hapı Olsaydı. *Düzce Tıp Dergisi* 2013; 15(3): 56-59.
9. Toplumumuzda Sünnet Uygulamaları ve Tarihi Gelişimine Bir Bakış. *Büyükünal SNC. Çocuk Cerrahisi Dergisi* 2015; 29(3): 104-120.
10. Turkan S, Kalkan M, Şahin C. Kastamonu Bölgesinde Sünnet olmuş çocuklarda saptanan komplikasyon ve genital anomali oranları. *Türk Üroloji Dergisi* 2011;37(1):43-46.
11. Cebeci D, Karavuş M, Hayrant O, Aksayan S, Cebeci H. Toplu Sünnet ve Getirdikleri. *İstanbul Tıp Dergisi* 1998;1:10-14.
12. Altunkol A, Abat D, Şener NC, Ünal U, Evliyaoğlu Y, Yeni E. İlçe devlet hastanesinde sünnet ve komplikasyonlarının retrospektif analizi. *JCAM. DOI:10.4328/JCAM.3103*
13. El-Shazly M, Ghobashy A, Allam A, Alenezzy T, Alenezzy N, Yordanov E, Hathout B, Albunnai R. Penil Epidermal Inclusion Cyst. *Hindawi Publishing Corporation. Case Reports in Urology. Vol 2012, Article ID 191343, 2 pages.*
14. Özkan A, Özorak A, Oruç M. Bin dokuz yüz Sünnet Olgusunda Komplikasyonların Retrospektif İncelenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2012;4:8-1.
15. Gudu W. Acute vulvar pain in a lady with post circumcision inclusion cyst of the vulva containing stones: a case report. *BMC Women’s Health* 2014,14:2.
16. Ergin O. Hopa Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği’ne Sünnet İsteği ile Başvuran 0-15 yaş Arası Hasta Grubu Profilinin Değerlendirilmesi. *PAM Med J* 2013;6(2):62-66
17. Yapanoğlu T, Aksoy Y, Atmaca AF, Ziyapak T, Cesur M, Özbey İ. Bölgemizdeki Sünnet Komplikasyonları. *Türk Üroloji Dergisi* 2004; 30(4): 441-445.