



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.**





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

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.



DergiPark
AKADEMİK
ev sahipliğinde

KLİNİK ARASTIRMA (Clinical Research)

- Çocukluk Çağı Tümörlerinin Akciğer Metastazlarına Cerrahi Yaklaşım** 131-134
(*Surgical Approach to the Lung Metastasis of Childhood Tumors*)
Rahşan ÖZCAN, Ayşe KARAGÖZ, Ebru GÖKDEMİR, Pınar KENDİGELEN, Tiraje CELKAN, İbrahim ADALETLİ, Osman F. ŞENYÜZ, Gonca T. TEKANT
- Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar** 135-141
(*Common Physical Complaints During Pregnancy*)
Fatma Coşar ÇETİN, Nurdan DEMİRCİ, Kıymet Yeşilçiçek ÇALIK, Ayşe Çil AKINCI
- Astımlı Olgularımızda D Vitamini Kullanımı ile Astım Kontrolünün Değerlendirilmesi** 142-145
(*Effects Of Vitamin D Use On Asthma Control*)
Mehmet Yaşar ÖZKARS, Özlem KESKİN, Ercan KÜÇÜKOSMANOĞLU, Hasan ULUSAL, Mustafa ÖRKME
- Çocuklarda Postpnömonik Ampiyem: Retrospektif, Tek Merkez Çalışması** 146-151
(*Postpneumonic Empyema in Children: Retrospective, Single Institution Study*)
Feride MEHMETOĞLU, Emine KINACI, Mensur SÜER
- Çalışan Türk Kadınlarında Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Distrofik Bozukluk Prevalansı ve İş Performansına Etkisi** 152-156
(*The Prevalence and Impact of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder on Work Performance in Turkish Employee Women*)
Elif MEŞECİ
- Determination of Placenta-Myometrium Relationship in Caesarian Sections** 157-161
(*Sezaryenlerde Plasentanın Myometrium ile İlişkisinin Değerlendirilmesi*)
Busra Demir CENDEK, Filiz Ayşe AVSAR, Ozlem SARICI, Aylin Kılıç YAZGAN, Ali IPEK, Evrim BOSTANCI
- The Effect of A Sleep Hygiene Interventions in Women with Premenstrual Syndrome** 162-167
(*Premenstrual Sendromlu Kadınlarda Uyku Hijyen Girişimlerinin Etkisi*)
Özlem C. GÜRKAN PhD., Dilek C. POTUR PhD., Nuran KÖMÜRCÜ PhD., Süreyya T. ÖĞÜN MSc.
- OLGU SUNUMU** (Case Report)
- Vulvada Paraöretal Ekstra Gastrointestinal Stromal Tümör: Olgu Sunumu** 168-172
(*Vulvar Paraöretal Ekstragastrointestinal Stromal Tumor; A Case Report*)
Mesut TEK, İdris AYDIN, Yasemin Yuyucu KARABULUT, Mürşide Çevikoğlu KILLI
- Datura Stramonium Zehirlenmesi Sonucu Antikolinergik Sendrom: İki Olgu Sunumu** 173-176
(*Datura Stramonium Intoxication Resulting Anticholinergic Syndrome: Two Case Reports*)
Ayşin NALBANTOĞLU, Mustafa Törehan ASLAN, Nedim SAMANCI, Dilek Yaman TAŞ
- Nekrotik Torsiyone Paratubal Kist ile Beraber İntakt Fallop Tüp Torsiyonu: Olgu Sunumu** 177-179
(*Intact Fallopian Tube Torsion Accompanying Necrotic Paratubal Cyst Torsion: Case Report*)
Mehmet Akif SARGIN, Murat YASSA, Mehmet TURUNÇ, Emrah ORHAN, Niyazi TUĞ
- Surrounding Resection Technique for Placenta Percreta: A Fertility Preserving Approach** 180-182
(*Plasenta Perkretada Çevresel Rezeksiyon Tekniği: Bir Fertilitate Koruyucu Yaklaşım*)
Murat EKİN, Cihan KAYA, Gülsen AKYILDIZ, Levent YAŞAR
- DERLEME** (Review)
- Doğum Sonu Dönemde Hemşirelik Bakımı** 183-189
(*Nursing Care During The Postpartum Period*)
Çiğdem ŞİMŞEK, Tuğba Yılmaz ESENCAN
- Gebelik ve Tropikal Parazitik Enfeksiyonlar** 190-192
(*Pregnancy and Tropical Parasitic Infections*)
K. Emre KARAŞAHİN, Mustafa ÖZTURK, İbrahim ALANBAY, Fahri Burçin FIRATLIGİL

Çocukluk Çağı Tümörlerinin Akciğer Metastazlarına Cerrahi Yaklaşım

Surgical Approach to the Lung Metastasis of Childhood Tumors

Rahşan ÖZCAN ¹, Ayşe KARAGÖZ ¹, Ebru GÖKDEMİR ¹, Pınar KENDİGELEN ²
Tiraje CELKAN ³, İbrahim ADALETLİ ⁴, Osman F. ŞENYÜZ ¹, Gonca T. TEKANT ¹

1. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi AD, İstanbul
2. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji AD, İstanbul
3. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Onkoloji AD, İstanbul
4. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, İstanbul

ÖZET

Amaç: Çocukluk çağı solid tümörlerinin akciğer metastazlarında, kliniğimizin cerrahi yaklaşım sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Olgular ve Yöntem: Akciğer metastazı nedeniyle 1978-2016 arasında başvuran ve cerrahi girişim yapılan olgular geriye dönük olarak incelendi. Primer tümörü kontrol altına alınan, başka uzak organ metastazı olmayan ve akciğer metastazı için cerrahi tedavi uygulanan olgular çalışmaya dahil edildi. Yaş, cinsiyet, primer tanı, akciğer metastazının ortaya çıkış zamanı, cerrahi tedavi yöntemi, patolojik tanı ve takip açısından değerlendirme yapıldı.

Bulgular: Kliniğimizde 38 yıllık sürede akciğer metastazı tanısı alan onsekiz olgunun (K/E:11/7) yaş ortalaması 8,1 yıl (1,5-14 yaş) idi. Primer tümörler; Wilms tümörü (n:9, %50), Ewing sarkomu (n:3, %17), osteosarkom (n:2, %11), hepatoblastom (n:1, %5,5), fibrosarkom (n:1, %5,5), rabdomyosarkom (n:1, %5,5) ve endodermal sinüs tümörü (n:1,%5,5) idi. Olguların 4'ünde (%22), ilk başvuru anında akciğer metastazı mevcuttu. Onaltısında (%89), metastazın ortaya çıkış zamanı ortalama 16,5 ay (7 ay-4 yıl) idi. Radyolojik değerlendirme tüm olgularda preoperatif dönemde akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile yapıldı. Onsekiz olguya toplam 23 torakotomi yapıldı. Yirmibir wedge rezeksiyon, 1 lobektomi, 1 lobektomi ve kot rezeksiyonu uygulandı. Patolojik incelemede çıkarılan lezyonların 3'ü (%16,5) inflamatuvar reaksiyon olarak değerlendirildi. Toraks dreni alınma süresi ortalama 5,2 gün (3-8), hastanede kalış süresi 7,3 gün (5-10 gün) idi. Cerrahi girişime bağlı komplikasyon görülmedi. Ortalama 3,7 yıllık (1-7 yıl) takip süresinde 6 olgu ilerleyici primer hastalık nedeniyle kaybedildi.

Sonuç: Çocukluk çağı tümörlerinde akciğer metastazları başvuru sırasında ve/veya takipte görülebilir. Cerrahi tedavisinde sınırlı rezeksiyon yeterli görünmektedir. Torakotomi bu olgularda tüm lezyonların değerlendirilmesini sağlamaktadır ve güvenle uygulanmaktadır. Radyolojik incelemeler tümör metastazını desteklese de kesin tanı patolojik inceleme ile konulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: akciğer; çocuk; metastazektomi; tümör

ABSTRACT

Objective: To evaluate our surgical approach to lung metastasis of childhood tumors.

Patients and Method: Cases with solid tumor lung metastasis that underwent surgical intervention between years 1978-2016 were investigated retrospectively. Patients were evaluated regarding age, gender, primary diagnosis, time of lung metastasis occurrence, surgical treatment method, pathological diagnosis and follow-up.

Results: Of the 18 cases which were operated due to lung metastasis 11 were female, 7 were male. Median age was 8,1 years (range 1,5-14 years). The most common pulmonary metastasis were related to Wilms' tumor (n:9). Lung metastasis were present at the initial diagnosis in 4 patients. In the remaining 14 patients, the average time of occurrence of metastasis was 16,5 months (range 7mo-4yr). In all cases the CT imaging demonstrated findings compatible with lung metastasis. Twenty-three thoracotomies were performed in eighteen cases. Surgical procedures were; wedge resection in 21, lobectomy in 1 and lobectomy with costal bone resection in another. Pathological diagnosis was negative for tumor metastasis in 3 patients who had CT imaging indicative of the disease. Average time of chest tube removal was 5,2 days (range 3-8) while average length of hospital stay was 7,3 days (range 5-10 days). During follow-up, 6 cases died due to progressive primary disease.

Conclusion: In patients with childhood tumors, lung metastasis can be encountered at initial diagnosis and/or during follow-up. From the surgical point of view, limited resection is considered to be adequate. Although radiological imaging supports tumor metastasis, definitive diagnosis should be made via pathological evaluation.

Keywords: lung; child; metastasectomy; tumor

İletişim Bilgileri

Sorumlu Yazar: Rahşan ÖZCAN

Yazışma Adresi: Haseki Sultan Mah, Münif Paşa Sok. Baypa Apt. No: 2/1, Daire: 5, 34098, Fındıkzade – Fatih, İstanbul

E-posta: rozcan1@gmail.com

Tel: +90 (212) 414 33 14

Makale Geliş Tarihi: 26.04.2017

Makale Kabul Tarihi: 04.05.2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.309330>

GİRİŞ

Çocukluk çağında en sık akciğer metastazı yapan tümörler osteosarkom, Wilm's tümörü, Ewing sarkom, hepatoblastom, rabdomyosarkom gibi solid tümörlerdir. Tanı anında bu olguların %10-40'ında akciğer metastazı bulunmaktadır. Metastazların bir kısmı tedavi sırasında ortaya çıkabildiği gibi tedavi sonrası dönemde de görülebilir [1, 2].

Akciğer metastazlarının tedavisi öncelikli olarak kemoterapi ve radyoterapidir. Kemoterapi ve radyoterapi sonrası sebat eden akciğer metastazlarında cerrahi tedavi önerilmektedir [3]. Literatürde erişkin serilere göre pediatrik yaş grubunda daha az sayıda makale bulunmasına rağmen ortak görüş metastazektominin sağ kalım oranını artırdığı yönündedir. Bu çalışmadaki amacımız akciğer metastazlarında kliniğimizin cerrahi yaklaşım sonuçlarının değerlendirilmesidir.

OLGULAR ve YÖNTEM

Kliniğimize 1978-2016 yılları arasında çocukluk çağı solid tümörüne bağlı akciğer metastazı nedeniyle başvuran olgular geriye dönük olarak incelendi. Primer tümörü kontrol altına alınan, başka uzak organ metastazı olmayan ve akciğer metastazı için cerrahi tedavi uygulanan olgular çalışmaya dahil edildi. Olgular yaş, cinsiyet, primer tanı, akciğer metastazının ortaya çıkış zamanı, cerrahi tedavi yöntemi, patolojik tanı ve takip açısından değerlendirildi. Olguların değerlendirilmesi ve cerrahi tedavi planlaması onkoloji konseyinde (pediatrik onkoloji, pediatrik radyoloji, pediatrik cerrahi, pediatrik üroloji, radyasyon onkolojisi) kararlaştırıldı. Tüm olgulara cerrahi öncesi akciğer grafisi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve/veya PET (pozitron emisyon tomografisi) incelemesi yapıldı. Cerrahi girişim torakotomi ile uygulandı. Çıkarılan materyaller patolojide değerlendirildi.



Resim 1: Osteosarkom nedeni ile opere edilen olguda her iki akciğerde görülen metastatik lezyonlar.

BULGULAR

Kliniğimize 38 yıllık sürede akciğer metastazı ön tanısı ile opere edilen 18 olgunun (11 kız, 7 erkek) yaş ortalaması 8,1 yıl (1,5-14 yaş) idi. Primer tümörler; Wilms tümörü (n:9, %50), Ewing sarkomu (n:3, %17), osteosarkom (n:2, %11), hepatoblastom (n:1, %5,5), fibrosarkom (n:1, %5,5), rabdomyosarkom (n:1, %5,5) ve endodermal sinüs tümörü (n:1, %5,5) idi. Dört (%22) olguda primer tümörün tanısı sırasında akciğer metastazı mevcuttu. Diğer 16 (%88) olguda metastazın ortaya çıkış zamanı primer tanıdan ortalama 16,5 ay (7 ay-4 yıl) sonra idi. Cerrahi yaklaşım olarak 18 olguya toplam 23 torakotomi yapıldı.

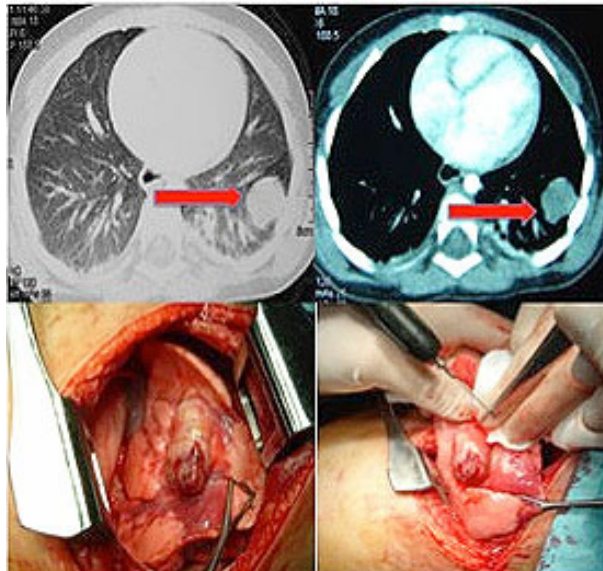
İkisi Wilm's tümürlü, biri osteosarkomlu olmak üzere üç olguda, nüks akciğer metastazı nedeni ile tekrarlayan torakotomiler yapıldı. Cerrahi teknik olarak 21 wedge rezeksiyon, 1 lobektomi, 1 lobektomi ve kot rezeksiyonu uygulandı.

Tüm olgularda preoperatif dönemde yapılan radyolojik incelemelerde akciğer metastazı olarak yorumlanan yuvarlak lezyonlar saptandı (Resim 1 ve Resim 2). Ayrıca 4 olguya yapılan PET çalışması da tümör metastazı olarak değerlendirildi. Patolojik incelemede ise çıkarılan lezyonların 20'sinin (%87) tümör metastazı, 3'ünün (%13) inflamatuvar reaksiyon olduğu belirlendi. BT'nin güvenilirliği %87 (20/23) olarak bulundu. İnflamatuvar reaksiyon olan olguların birinde PET de metastaz lehine yorumlanmıştı.

Toraks dreni alınma süresi ortalama 5,2 gün (3-8), hastanede kalış süresi 7,3 gün (5-10 gün) idi. Torakotomiye bağlı komplikasyon görülmedi. Hastaların özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir (Tablo 1). Ortalama takip süresi 3,7 yıl (1-7 yıl) olan olguların 6'sı ilerleyici primer hastalık nedeniyle kaybedildi.

Tablo 1: Metastazektomi uygulanan olguların demografik özellikleri ve uygulanan cerrahi işlemler.

Olgu Sayısı(n)	18
Yaş Ortalaması (yıl)	8,1
Kız/Erkek	11/7
Primer Tümör(n)	
Wilm's Tümörü	9
Ewing Sarkom	3
Osteosarkom	2
Hepatoblastom	1
Fibrosarkom	1
Rabdomyosarkom	1
Endodermal sinüs tümörü	1
Akciğer Metastazı Ortaya Çıkış Zamanı(n)	
Tanı Anında	4
Tedavi/Takip Sırasında	16
Taraf(n)	
Sağ	9
Sol	7
Bilateral	2
Torakotomi (n)	23
Wedge rezeksiyon	21
Lobektomi	1
Lobektomi-kot rezeksiyonu	1
Patolojik İnceleme(n)	23
Tümör metastazı	20
İnflamatuvar reaksiyon	3
Ortalama Toraks Dreni Kalma Süresi(gün)	5,2
Ortalama Hastanede Kalış Süresi(gün)	7,3

**Resim 2:** Hepatoblastom nedeni ile opere edilen olguda sağ akciğer bazalde metastatik kitle.

TARTIŞMA

Çocuk yaş grubunda sık görülen solid tümörlerin en sık metastaz yaptığı organ akciğerlerdir. Literatürde osteosarkomda tanı anında olguların %10-15'inde akciğer metastazı olduğu bildirilmektedir [4]. Benzer şekilde Wilm's tümörü ve hepatoblastom olgularının %10-20'si de tanı anında akciğer metastazı ile başvurmaktadır [2, 5]. Olgularımızın %22'sinde tanı anında akciğer metastazı saptanmıştır. Akciğer metastazı ile en sık başvuran olgularımız ise Wilm's tümörü (%50) olgularıdır. Akciğer metastazları tanı anında görülebildiği gibi hastalığın ilerleyen dönemlerinde tedavi sırasında ya da relaps döneminde ortaya çıkabilmektedir [6]. Çalışmamızda olguların %88'inde takip ve tedavi sırasında akciğer metastazı saptanmıştır.

Geçmiş yıllarda akciğer metastazlarının tanısında akciğer grafisi kullanılırken 1980'lerin başından itibaren bilgisayarlı tomografi (BT) altın standart haline gelmiştir. Özellikle ince kesit ve MIP (maximum intensity projection) yapılarak milimetrik lezyonlar dahi saptanabilmektedir. Buna rağmen BT ile gözden kaçan ve cerrahi sırasında palpasyon ile saptanan metastatik lezyonlar da olabilmektedir. Ayrıca BT ile benign/malign ayırımını yapmak her zaman mümkün olamamaktadır [3, 7, 8]. Kayton ve arkadaşları, BT ile metastatik lezyonların %35'inin gözden kaçabildiğini, lezyonların %37'sinin ise yanlışlıkla patolojik olarak değerlendirilebildiğini bildirmiştir [5]. Çalışmamızda ise BT'nin güvenilirlik oranı %87 olarak bulunmuştur.

Akciğer metastazlarının tedavisinde kesin bir görüş birliği yoktur. Özellikle tanı anında saptanan metastazlarda adjuvan kemoterapi ve radyoterapi sonrası sebat eden lezyonlarda cerrahi tedaviyi önerenler olduğu gibi başlangıç tedavisi olarak cerrahi rezeksiyonu öneren çalışmalar da mevcuttur [9]. Ortak görüş, özellikle osteosarkomlarda metastatik lezyonların tam çıkarılmasının sağ kalımı arttırdığı yönündedir [10].

Wilm's tümörü için NWTSG (National Wilms' Tumor Study Group) ve SIOP (International Society of Pediatric Oncology) tedavi sonrası sebat eden lezyonlarda metastazektomi önermektedir [6]. Kliniğimizde adjuvan kemoterapi ve/veya radyoterapi sonrası sebat eden veya primer hastalık kaybolduktan sonra takip sırasında ortaya çıkan metastatik akciğer lezyonlarında cerrahi tedavi uygulaması tercih edilmektedir. Cerrahi teknik olarak çoğunlukla torakotomi tercih edilmektedir [11]. Bu yaklaşım radyolojik olarak görülmeyen lezyonların palpasyon ile saptanmasına, böylelikle santralde yerleşen

lezyonların da güvenle çıkarılmasına olanak sağlamaktadır. Torakoskopik eksizyon ise periferik yerleşimli ve 3 cm.den küçük lezyonlarda önerilmektedir [3]. Torakotominin yapılma tekniği ile ilgili görüş farklılıkları mevcuttur. Posterolateral torakotomi, median ya da transvers sternotomi öneren çeşitli yayınlar bulunmaktadır. Özellikle bilateral yerleşimli lezyonlarda sternotomi ile tek seansta rezeksiyon önerenler olduğu gibi, torakotomi ile ayrı seanslarda cerrahi öneren çalışmalar da bulunmaktadır. Fuchs'un bir çalışmasında, 13 bilateral akciğer metastazlı olguda median sternotomi ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir [12]. Lezyonun sayısı yanısıra akciğerdeki yerleşimi de yapılacak cerrahi yöntemi belirleyici en önemli faktörlerden biridir. Periferik yerleşimli lezyonlarda anatomik olmayan kama şeklinde rezeksiyonlar, santral yerleşimli lezyonlarda ise anatomik rezeksiyonlar (lobektomi, segmentektomi, pnömonektomi) tercih edilmektedir [10, 13]. Abel ve arkadaşlarının 21 olguluk pediatrik serisinde torakotominin akciğer metastaz tedavisinde etkin ve güvenilir olduğu belirtilmiştir [1]. Uzun dönemde özellikle tekrarlayan metastazektomilerin akciğer fonksiyonlarını minimal azalttığına dair yayınlar olsa da torakotomi ile ilgili major komplikasyon bildirilmemiştir [14]. Çalışmamızda da tüm olgulara posterolateral torakotomi yapılmıştır; torakotomiye bağlı komplikasyon ya da mortalite görülmemiştir.

Bu çalışmada olgu sayısının kısıtlı ve geriye dönük bir çalışma olması ve ayrıca radyolojik görüntüleme tekniklerinin yıllar içinde değişim göstermesi nedeniyle standart bir değerlendirme yapılamamıştır. Bu çalışmanın ileride prospektif çalışmalarla desteklenmesi verilerin değerini daha da arttıracaktır.

Sonuç olarak, çocukluk çağı solid tümörlerinde onkolojik medikal tedaviler sonrası sebat eden akciğer metastazlarında cerrahi tedavi önerilmektedir. Bu olgularda, torakotomi ile anatomik olmayan sınırlı rezeksiyon yapılması yeterli görünmektedir. Olgularda radyolojik incelemelerde akciğer metaztazı şüpheli olsa da kesin tanı patolojik inceleme ile doğrulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Abel RM, Brown J, Moreland B, Parikh D. Pulmonary metastasectomy for pediatric solid tumors. *Pediatr Surg Int.* 2004; 20(8):630-2.
2. Soyer T. Çocuklarda akciğer metastazektomi ilkeleri. *Çocuk Cerrahisi Dergisi.* 2016; 30(5):520-3.
3. Erginel B, Gun Soysal F, Keskin E, Kebudi R, Celik A, Salman T. Pulmonary metastasectomy in pediatric patients. *World J Surg Oncol.* 2016;14(1):27-32
4. Bhattasali O, Vo AT, Roth M, Geller D, Randall RL, Gorlick R, Gill J. Variability in the reported management of pulmonary metastases in osteosarcoma. *Cancer Med.* 2015;4(4):523-31.
5. Kayton ML. Pulmonary metastasectomy in pediatric patients. *Thorac Surg Clin.* 2006;16(2): 167-83.
6. Fuchs J, Seitz G, Handgretinger R, Schäfer J, Warmann SW. Surgical treatment of lung metastases in patients with embryonal pediatric solid tumors: an update. *Semin Pediatr Surg* 2012;21(1):79-87.
7. Kaste SC, Pratt CB, Cain AM, Jones-Wallace DJ, Rao BN. Metastases detected at the time of diagnosis of primary pediatric extremity osteosarcoma at diagnosis: imaging features. *Cancer.* 1999;86(8):1602-8.
8. Heaton TE, Hammond WJ, Farber BA, Pallos V, Meyers PA, Chou AJ, Price AP, La Quaglia MP. A 20-year retrospective analysis of CT-based pre-operative identification of pulmonary metastases in patients with osteosarcoma: A single-center review. *J Pediatr Surg.* 2017;52(1): 115-9.
9. Tronc F, Conter C, Marec-Berard P, Bossard N, Remontet L, Orsini A, Gamondes JP, Louis D. Prognostic factors and long-term results of pulmonary metastasectomy for pediatric histologies. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2008;34(6):1240-6.
10. Letourneau PA, Xiao L, Harting MT, Lally KP, Cox CS Jr, Andrassy RJ, Hayes-Jordan AA. Location of pulmonary metastasis in pediatric osteosarcoma is predictive of outcome. *J Pediatr Surg.* 2011;46(7):1333-7.
11. Karnak I, Emin Senocak M, Kutluk T, Tanyel FC, Büyükpamukçu N. Pulmonary metastases in children: an analysis of surgical spectrum. *Eur J Pediatr Surg.* 2002;12(3):151-8.
12. Fuchs J, Seitz G, Ellerkamp V, Dietz K, Bosk A, Müller I, Warmann SW, Schäfer JF. Analysis of sternotomy as treatment option for the resection of bilateral pulmonary metastases in pediatric solid tumors. *Surg Oncol.* 2008;17(4): 323-30.
13. Heaton TE, Davidoff AM. Surgical treatment of pulmonary metastases in pediatric solid tumors. *Semin Pediatr Surg.* 2016;25(5):311-7.
14. Denbo JW, Zhu L, Srivastava D, Stokes DC, Srinivasan S, Hudson MM, Ness KK, Robison LL, Neel M, Rao B, Navid F, Davidoff AM, Green DM. Long-term pulmonary function after metastasectomy for childhood osteosarcoma: a report from the St Jude lifetime cohort study. *J Am Coll Surg.* 2014;219(2):265-71.

Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar

Common Physical Complaints During Pregnancy

Yrd. Doç. Dr. Fatma Coşar ÇETİN¹, Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ²
Yrd. Doç. Dr. Kıymet Yeşilçiçek ÇALIK³, Doç. Dr. Ayşe Çil AKINCI¹

1. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul
2. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul
3. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Trabzon

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bu araştırma gebe kadınların gebelik döneminde yaşadığı olağan fiziksel yakınmaların belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, bir Devlet Araştırma Hastanesi gebe polikliniğinde Nisan 2014 – Aralık 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini bu hastanenin gebe polikliniğine başvuran tüm gebe kadınlar, örneklem grubunu ise araştırmaya katılmayı kabul eden 330 gönüllü gebe oluşturmuştur. Araştırmada veri toplamak için literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Toplanan verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelikler, ortalamaya, standart sapma değerler, pearson korelasyon testi, Ki-kare testi ile kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27.90 ± 5.36, ortalama gebelik haftaları 30.32 ± 8.45 hafta, gebelerin çoğunluğunun eğitim durumu lisans ve lisans üstü olup (% 29.1), ilk gebeliği olduğu (%55) ve isteyerek gebe kaldığı (%89.1) belirlenmiştir. Araştırmada belirlenen olağan yakınmalardan mide yanması (%30.9), sırt ve bel ağrısı (%41.5), halsizlik ve yorgunluk (%30.9), sık idrara çıkma (%62.4), vajinal akıntı (%37.3) ve mide ekşimesi (%28.5) yakınmaları gebeler tarafından sık sık deneyimlenirken, ateş basması (%27.9), iştahta artma (%28.8) ve bacak krampları (%31.2) yakınmaları ara sıra deneyimlenmiştir. Hemoroid (%76.7), iştahta azalma (%50.6) ve kusma (%60.6) yakınmasının gebelerde hiç deneyimlenmeme oranı da oldukça yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının özellikle hemşire ve ebelerin antenatal kontrollerde olağan yakınmalar konusunda gebeleri bilgilendirmeleri, yakınmaların normal sürecin bir parçası olduğu, gebelere doğru baş etme yöntemlerinin anlatılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: gebelik; fiziksel yakınma; hemşire

ABSTRACT

Introduction and Aim: This study was descriptively designed to detect the common physical complaints of the woman experienced during pregnancy.

Material and Methods: The study was carried out between April 2014 and December 2014 in State Research Hospital pregnancy polyclinic in İstanbul. The universe of the study consists of all the pregnant women applying to State Research Hospital pregnancy polyclinic and the sampling group consists of 330 pregnant women randomly chosen from the universe of the study. In order to collect data in the study, a questionnaire developed by the researcher in line with the literature was used. The data were collected by means of face to face interview technique. In the analysis of the data, pearson Chi-square, mean, standart deviation, values and percent were used.

Results: The means age of women who attend to research 27.90 ± 5.36 years, weeks of pregnancy 30.32 ± 8.45 weeks, undergraduate and master degree education level (29.1%), the first pregnancy (55%) and planned pregnancy (89.1%) was determined. While heartburn (30.9%), backache (41.5%), weakness and fatigue (30.9%), frequent urining (62.4%), leucorrhoea (37.3%), and pyrosis (28.5%) were the most frequent complaints, hot flush (27.9%), increased appetite (28.8%) and leg cramps (31.2%) were sometimes experienced by pregnant women. It has been found that the rate of never experiencing of complaints such as hemorrhoids (76.7%), appetite reduction (50.6%) and vomiting (60.6%) was very high among pregnant.

Conclusion: It is recommended that health workers, especially nurses and midwiferies, should inform of the pregnant women about the common complaints during the antenatal checkups, teach them complaints which experienced by the pregnant as part of the normal process of pregnancy, and coping strategy.

Keywords: pregnancy; physical complaints; nurse

İletişim Bilgileri

Sorumlu Yazar: Yrd.Doç.Dr. Fatma Coşar ÇETİN
Yazışma Adresi: İstanbul Medeniyet Ün., Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Kuzey Kampüs D-100 Karayolu Yanyol, Ünalın Mevkii No:5, Üsküdar, İstanbul
E-posta: fatma.cosar@medeniyet.edu.tr
Tel: +90 (216) 280 31 52
Makale Geliş Tarihi: 07.04.2017
Makale Kabul Tarihi: 26.04.2017
DOI: http://dx.doi.org/10.16948/zktipb.304443

Bu çalışma 12. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi'nde poster sunum olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Gebelik, doğal bir olay olmasına rağmen, anne organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Fertilizasyondan hemen sonra başlayıp ve gebelik süresince devam eden bu değişiklikler, hem annenin hem de fetüsün sağlığını sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve vücudu normal doğuma hazırlamak amacıyla oluşur (1). Gebelikte meydana bu değişiklikler sonucu gebeler bazı fiziksel rahatsızlıklar yaşayabilmektedir. Gebelikte oluşan fiziksel rahatsızlıkların bazılarının sebebi bilinmezken birçokunun hormonal değişikliklere ve genişleyen uterusu bağlı olarak oluştuğu belirtilmektedir. Bununla birlikte gebelikte görülen bu fiziksel rahatsızlıklar, gebeden gebeye farklılık gösterebildiği gibi aynı kadının farklı gebeliklerinde de değişiklik gösterebilir (2, 3).

Gebelik süresince meydana gelen değişikliklere bağlı yakınmalar, trimesterlere göre de farklılık göstermektedir. Birinci trimester uyum dönemidir. Bu dönem ilk üç ay boyunca sürer. Hem gebe kadın yeni duruma hem de vücut yeni durumuna uyum sağlamaya çalışır. Vücut daha çabuk ya da daha geç tepki verir. Bu dönemde üçüncü aya doğru bütünüyle yok olacak sıkıntılar ortaya çıkabilir ancak bu sıkıntılar bazen gebeliğin başlangıcını zorlu kılar (4). Bu dönemde daha çok bulantı-kusma, aşırı ya da acı tükürük salgılanması (pityalizm), sık idrara çıkma, burun tıkanıklığı, burun kanaması, normal vajinal akıntıda artma (lökore), dişeti kanaması, yorgunluk ve göğüslerde hassasiyet gibi şikayetler yaşanmaktadır. İkinci trimester denge dönemidir. Annenin ve fetüsün vücutları birbirlerine mükemmel şekilde uyum sağlamış gibi gözükmektedir. Sıkıntılar genellikle durmuştur. Uterus henüz rahatsız edecek kadar büyümemiştir. Düşük tehlikeleri en aza inmiştir. Bu dönem hamileliğin en hoş dönemi olarak ifade edilir (4). Bu dönemde konstipasyon, baş ağrısı, hipotansiyon, çarpıntı, iştahta artma, mide yanması, karpal tunel sendromu, normal vajinal akıntıda artma (lökore), round ligament ağrısı, sırt ağrısı, deri değişiklikleri (stria) ve ciltte kaşıntı gibi rahatsızlıklar yaşanmaktadır (5). Üçüncü trimester bitkinlik dönemidir. Bu dönemdeki sıkıntılarının nedeni öncelikle fetüsün gelişip büyümesi ve buna bağlı artan uterus hacmi, yorgunluğa ve varislere neden olabilir.

Diğer bir neden ise organizma doğuma hazırlandığından, pelvis bağları ve eklemlerinde olan değişimler ağrıya neden olabilir (4). Bu dönemde ikinci trimesterdeki şikayetlere ek olarak uykusuzluk, sık idrara çıkma, bacak krampları, yorgunluk, hemoroid, alt ekstremitelerde

telerde ödem, nefes darlığı gibi şikayetler de yaşanmaktadır (5, 6). Normal gebelikteki fizyolojik değişikliklere bağlı gelişen yakınmalar anne ve fetüs yaşamını tehdit etmediği için minor rahatsızlıklar olarak değerlendirilmektedir. Ancak gebe ailesi tarafından endişeye de neden olmaktadır. Özellikle bulantı-kusma, yorgunluk, kişisel bakım, cinsellik, temizlik, çalışma, hareket etme gibi günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (7, 8).

Gebelere bakım veren hemşire ve ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarını yerine getirirken hizmetin verimliliğini artırabilmek için gebelerin algıladığı sorunları iyi tespit etmesi gerekir. Bu dönemde gebenin ihtiyaçlarının ve önceliklerinin bilinmesi hizmet veren ve alan kişilere pek çok yarar sağlayacaktır (9, 10). Erken dönemde riskli durumların saptanarak gerekli önlemlerin alınması oldukça önemlidir (11).

Bu doğrultuda planlamış olduğumuz çalışmamız, gebe kadınların gebelik döneminde yaşadığı fiziksel yakınmaların belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe polikliniğinde Nisan 2014 – Aralık 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe polikliniğine başvuran tüm gebe kadınlar, örneklem grubunu ise araştırma sınırlılıkları dahilinde araştırmaya katılmayı kabul eden 330 gönüllü, herhangi bir sistemik hastalığı olmayan, sağlıklı, primipar ve multipar gebeler oluşturmuştur. Araştırmada veri toplamak için literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Gebelerin yaş, gebelik haftası, eğitim durumu, gebelik sayısı, gebeliği isteme durumu, gebelikte egzersiz yapma durumu ve eşin destek olma durumunun değerlendirildiği 7 adet sorudan oluşan demografik değişkenlere ek olarak, yapılan literatür incelemesi doğrultusunda 24 maddelik “Gebelikte Olağan Şikayetler” listesi bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır. Bu listede gebelikte deneyimlenen yakınma 1’den 4’e kadar 1:Hiç, 2: Nadiren, 3: Ara sıra ve 4: Sık sık olmak üzere şiddetine göre derecelendirilmiştir.

Veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Toplanan veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 17.0 istatistik

paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Yüzdeler Ki-kare, Varyans analizi ve iki ortalamaya arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır (12). Sonuçlar $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27.90 ± 5.36 , ortalama gebelik haftaları 30.32 ± 8.45 'tir. Gebelerin %89.1'i isteyerek gebe kalmış ve yarısından fazlasının da (%55) ilk gebeliği olduğu görülmüştür. Gebelikleri süresince egzersiz yapmayan gebe oranı düşük bulunmuştur (%55.5). Bu süreçte eşlerinin gebelere %76.1 oranında yeterince destek oldukları görülmüştür.

Araştırmada, üniversite ve üzeri eğitim seviyesindeki gebelerin egzersiz yapma oranının ilkökul, ortaokul ve lise eğitime göre yüksek olduğu belirlenmiştir (%44.2). Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebelerin eğitim düzeyi ile gebelikte egzersiz yapma durumu arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.001$).

Tablo 1: Gebelerin Sosyo-Demografik ve Bazı Özelliklerine İlişkin Dağılımı.

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
Gebelerin Eğitim Durumu		
İlkokul	90	27.3
Ortaokul	62	18.8
Lise	82	24.8
Üniversite / Lisansüstü	96	29.1
İsteyerek gebe kalma durumu		
Evet	294	89.1
Hayır	36	10.9
Bu gebeliğinin kaçınıcı gebelik olduğu		
1. gebelik	181	55
2. gebelik	71	21.6
3. gebelik	43	13.1
4. ve üzeri gebelik	35	11.3
Gebelikte Egzersiz yapma durumu		
Yapıyor	147	44.5
Yapmıyor	183	55.5
Eşinin gebelikte destek durumu		
Yeterince destek oldu	251	76.1
Kısmen destek oldu	57	17.3
Yeterince destek olmadı	22	6.6
TOPLAM	330	100.0

Tablo 2: Gebelerin Eğitim Durumu ile Egzersiz Yapma Durumlarının Karşılaştırılması.

Gebelerin Eğitim Durumu ve Egzersiz Yapma Durumu	Egzersiz yapanlar	Egzersiz yapmayanlar	Toplam	χ^2 p
	Sayı %	Sayı %	Sayı %	
İlkokul	31 21.1	59 32.2	90 27.3	34.979 0.000
Ortaokul	15 10.2	47 25.7	62 18.8	
Lise	36 24.5	46 25.1	82 24.8	
Üniversite	65 44.2	31 16.9	96 29.1	
Lisansüstü				
Toplam	147 100.0	183 100.0	330 100.0	

Araştırmada belirlenen olağan yakınmalardan mide yanması (%30.9), sırt ve bel ağrısı (%41.5), halsizlik ve yorgunluk (%30.9), sık idrara çıkma (%62.4), vajinal akıntı (%37.3) ve mide ekşimesi (%28.5) yakınmaları gebeler tarafından sık sık deneyimlenirken, ateş basması (%27.9), iştahta artma (%28.8) ve bacak krampları (%31.2) yakınmaları ara sıra deneyimlenmiştir. Hemoroid (%76.7), iştahta azalma (%50.6) ve kusma (%60.6) yakınmasının gebelerde hiç deneyimlenmemesi oranı da oldukça yüksek bulunmuştur.

Gebelerin, midede şişkinlik, terleme, baş dönmesi, ateş basması, kabızlık, sırt ve bel ağrısı, solunum sıkıntısı, iştahta artma, mide ekşimesi, memelerde hassasiyet, uykusuzluk, halsizlik ve yorgunluk ve sık idrara çıkma gibi gebelikleri süresince deneyimledikleri olağan fiziksel yakınmalar ile gebelik sayısı ile olan ilişkisi incelendiğinde, ilk gebeliklerde bu olağan fiziksel yakınmaları deneyimleyen kişi sayısının daha yüksek olduğu, gebelik sayısı arttıkça olağan fiziksel yakınma deneyimleyen gebe sayısının azaldığı gözlenmiştir (Tablo 4). Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebelerin gebelikleri süresince deneyimledikleri olağan fiziksel yakınmalar ile gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 3: Gebelerin Gebelikleri Süresince Deneyimledikleri Olağan Fiziksel Yakınmalarına İlişkin Dağılımı.

Yakınmalar		Hiç	Nadiren	Ara sıra	Sık sık
Mide yanması	Sayı (N)	69	85	74	102
	Yüzde (%)	20.9	25.8	22.4	30.9
Baş dönmesi	Sayı (N)	128	123	62	17
	Yüzde (%)	38.8	37.3	18.8	5.2
Ateş basması	Sayı (N)	95	65	92	78
	Yüzde (%)	22.8	19.7	27.9	23.6
Kabızlık	Sayı (N)	134	98	57	41
	Yüzde (%)	40.6	29.7	17.3	12.4
Hemoroid	Sayı (N)	253	40	24	13
	Yüzde (%)	76.7	12.1	7.3	3.9
El ve ayaklarda şişme	Sayı (N)	107	94	70	59
	Yüzde (%)	32.4	28.5	21.2	17.9
Sırt ve bel ağrısı	Sayı (N)	24	70	99	137
	Yüzde (%)	7.3	21.2	30.0	41.5
Solunum sıkıntısı	Sayı (N)	105	81	71	73
	Yüzde (%)	31.8	24.5	21.5	22.1
İştahta artma	Sayı (N)	79	88	95	68
	Yüzde (%)	23.9	26.7	28.8	20.6
İştahta azalma	Sayı (N)	167	96	45	22
	Yüzde (%)	50.6	29.1	13.6	2.7
Bacak kramp- ları	Sayı (N)	74	82	103	71
	Yüzde (%)	22.4	24.8	31.2	21.5
Diş eti kana- ması	Sayı (N)	116	68	65	81
	Yüzde (%)	35.2	20.6	19.7	24.5
Ciltte çatlaklar	Sayı (N)	152	89	39	50
	Yüzde (%)	46.1	27.0	11.8	15.2
Terleme	Sayı (N)	98	64	83	85
	Yüzde (%)	29.7	19.4	25.2	25.8
Halsizlik ve yorgunluk	Sayı (N)	45	86	97	102
	Yüzde (%)	13.6	26.1	29.4	30.9
Sık idrara çıkma	Sayı (N)	20	40	64	206
	Yüzde (%)	6.1	12.1	19.4	62.4
Bulantı	Sayı (N)	128	98	53	51
	Yüzde (%)	38.8	29.7	16.1	15.5
Memelerde hassasiyet	Sayı (N)	93	75	85	77
	Yüzde (%)	28.2	22.7	25.8	23.3
Baş ağrısı	Sayı (N)	130	90	72	38
	Yüzde (%)	39.4	27.3	21.8	11.5
Vajinal akıntı	Sayı (N)	45	67	95	123
	Yüzde (%)	13.6	20.3	28.8	37.3
Uykusuzluk	Sayı (N)	104	77	69	80
	Yüzde (%)	31.5	23.3	20.9	24.2
Mide ekşimesi	Sayı (N)	84	75	77	94
	Yüzde (%)	25.5	22.7	23.3	28.5
Midede şişkinlik hissi	Sayı (N)	112	77	70	71
	Yüzde (%)	33.9	23.3	21.2	21.5
Kusma	Sayı (N)	200	69	23	38
	Yüzde (%)	60.6	20.9	7.0	11.5
TOPLAM	Sayı (N)	330			
	Yüzde (%)	100.0			

Tablo 4: Gebelerin Gebelikleri Süresince Deneyimledikleri Olağan Fiziksel Yakınmaların Gebelik Sayısı ile Karşılaştırılması.

Yakınmalar ve Gebelik Sayısı	1. Gebelik (N)	2. Gebelik (N)	3. Gebelik (N)	4. Gebelik ve üzeri (N)	Toplam (N)	P
Midede şişkinlik	129	48	24	17	218	0.029
Terleme	130	56	28	18	232	0.026
Baş dönmesi	100	53	26	23	202	0.038
Ateş basması	129	58	28	20	235	0.047
Kabızlık	120	42	16	18	196	0.004
Sırt ve bel ağrısı	174	66	38	28	306	0.005
Solunum sıkıntısı	133	51	23	18	225	0.009
İştahta artma	148	53	30	20	251	0.011
Mide ekşimesi	140	57	25	24	246	0.033
Memelerde hassasiyet	134	55	30	18	237	0.032
Uykusuzluk	132	53	23	18	226	0.007
Halsizlik ve yorgunluk	154	64	41	26	285	0.039
Sık idrara çıkma	172	68	42	28	310	0.003

Tablo 5: Gebelerin Gebelikleri Süresince Deneyimledikleri Olağan Fiziksel Yakınmaların İsteyerek Gebe Kalma Durumu ile Karşılaştırılması.

Fiziksel Yakınma	İştahta artma		Halsizlik ve yorgunluk		Memelerde hassasiyet		Baş ağrısı	
	Oldu	Oldu	Oldu	Oldu	Oldu	Oldu	Oldu	Oldu
İsteyerek Gebe Kalma Durumu	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı
	Evet	229	65	258	36	218	76	186
Hayır	22	14	27	9	19	17	14	22
Toplam	251	79	285	45	237	93	200	130
X²	5.344		5.361		8.845		11.161	
P	0.026		0.035		0.007		0.005	

Araştırmada, isteyerek gebe kalanlarda iştahta artma, halsizlik ve yorgunluk, memelerde hassasiyet ve baş ağrısı yakınmasını deneyimleyen gebe sayısının yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 5). Yapılan istatistiksel değerlendirmede, isteyerek gebe kalma durumunun gebelerin gebelikleri süresince deneyimledikleri olağan fiziksel yakınmalar ile arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

TARTIŞMA

Gebe kadınların gebelik döneminde yaşadığı fiziksel yakınmaların belirlenmesi amacı ile planlanmış olan çalışmamızda, gebelerin bazı bireysel özellikleri incelenmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27.90 ± 5.36 , ortalama gebelik haftaları 30.32 ± 8.45 'tir. Çalışma sonucumuz Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2013 (13) verileri ile karşılaştırıldığında benzer şekilde Türkiye genelindeki 25-49 yaş grubu kadınlar için ortanca ilk doğum yaşı 22.9, en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Gebelerin yaş ortalamalarına ilişkin bulgularımız TNSA 2013 sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Tablo 1).

Gebeliğin isteyerek olması gebeliği, anne ve bebek sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Çalışmamızda gebelerin çoğunluğunun isteyerek gebe kaldığı (%89.1) görülmektedir (Tablo 1). Yapılan çalışmalarda (14, 15, 16) isteyerek gebe kalma oranı sırasıyla %79.3 ve %66.7 ve %55.0 ve %68 olup çalışmamızla benzer sonuçlar göstermektedir. Ayrıca TNSA 2013 çalışma sonuçlarına göre gelecekte başka çocuk sahibi olma isteği, sahip olunan çocuk sayısının artmasıyla belirgin bir şekilde düşmektedir. Tek çocuğu olan kadınların %72'si gelecekte başka çocuk sahibi olmayı isterken dört ve daha fazla sayıda çocuğu olan kadınlar arasında bu oran %7'ye gerilemektedir. Çocuk sahibi olmayı sonlandırma isteği, yaşayan iki çocuğu olan kadınlar arasında çok belirgin hale gelmekte ve daha fazla çocuğa sahip kadınlar arasında da yüksek düzeylerde kalmaktadır. Çalışmamızdaki gebelerin de gebelik sayısı arttıkça yüzde oranının azaldığı gözlenmiştir (sırasıyla; 1. gebelik %55, 2. gebelik %21.6, 3. gebelik %13.1, 4. gebelik ve üzeri %11.3). Çalışma sonuçlarımızdaki isteyerek gebe kalma oranları ve gebelik sayıları TNSA 2013 verileri ile benzerlik göstermektedir.

Egzersiz yapma gebelik ve doğum sırasında fiziksel ve emosyonel sağlığı olumlu yönde etkilemektedir (17). Çalışmamızda egzersiz yapmayan gebe oranı yüksek bulunmuştur (%55.5) (Tablo 1). Hem fiziksel hem de emosyonel olarak sağlıklı gebelik davranışlarının gelişmesi açısından çok önemli bir etkiye sahip olduğu düşünülen egzersizin, gebeliğin sonlarına doğru değişen vücut imajına, egzersiz yapan gebelerin daha iyi uyum sağladığı ve düzenli egzersiz yapma oranlarının yüksek olduğu çalışmalar (18-20), çalışma sonucumuzla uyumlu değildir. Çalışmamızdaki egzersiz yapma oranının düşük olması, gebelerin eğitim durumuyla ilişki olduğu düşünülmektedir. Gebelerin

egitim durumunun gebelikte egzersiz yapma ile olan ilişkisi incelendiğinde, üniversite ve üzeri eğitim seviyesindeki gebelerin egzersiz yapma oranının ilköğretim, ortaokul ve lise eğitimine göre yüksek olduğu görülmektedir (%44.2). Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebelerin eğitim düzeyi ile gebelikte egzersiz yapma durumu arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 2). Eğitim düzeyi yükseldikçe (lise ve üzeri) egzersiz yapma, dolayısıyla sağlıklı gebelik davranışlarının gelişme oranı artmaktadır.

Gebelik dönemi çiftler için güzel bir deneyim olmasının yanı sıra sıkıntı ve stresin de olduğu bir dönem olduğu için çiftlerin birbirlerini günlük aktiviteler ve duygusal yönden desteklemeleri önemlidir. Çünkü çiftler için hayatın dönüm noktalarından biri olan gebelik döneminde kadının stresinin azaltılması ve desteklenmesi, strese bağlı gelişebilecek olumsuzlukları engellemeye yardımcı olur (21). Çalışmamızda eşlerin gebelere %76.1 oranında yeterince destek oldukları görülmüştür (Tablo 1). Okumuş ve arkadaşlarının (2001) (18) çalışmasında doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan gebelerin eşlerinden destek alma oranı %70.1 olduğu, Hodnett ve arkadaşlarının (2007) (22) çalışmasında da eşleri tarafından desteklenen gebelerin gebeliğe ve doğuma ilişkin negatif duygularının daha az olduğu bildirilmiştir. Gebelerin, gebelikleri süresince özellikle eşleri tarafından desteklenmesinin, gebelerde olumlu gebelik deneyimi yaşanmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Gebelik fizyolojik bir süreç olmasına rağmen hormonal ve fiziksel değişiklikler nedeniyle bazı yakınmaların yaşandığı bir dönemdir. Çalışmamızda belirlenen olağan yakınmalardan mide yanması şikayeti gebeler tarafından toplamda %79.1 oranında ve sık sık da %30.9 oranında deneyimlenmiştir (Tablo 3). Bu oran Nazik'in (2005) (11) çalışmasında ilk trimesterdeki gebelerde %47.2, Özkan ve Arslan'ın (2007) (16) çalışmasında ise %58'dir. Gebelerde mide yanmasının hormonal değişikliklere ilaveten doğum korkusuna bağlı stresin yoğun yaşanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda sık sık deneyimlenen diğer bir şikayet ise sırt ve bel ağrısıdır (%41.5) (Tablo 3). Diğer çalışmalarda (11, 16, 9) sırt ve bel ağrısının deneyimlenme oranı sırasıyla %60.1, %64.5 ve %70.6'dır. Çalışma sonuçlarımız incelenen literatür sonuçlarıyla uyumlu olup, gebelik haftası ilerledikçe sırt ağrısı şikayeti artması uterusun büyüyerek lumbo-sakral vertebranın eğiminde artmaya neden olmasından veya vücut mekaniklerinin uygun kullanılmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İlk trimesterde görülen sırt ağrısının başka bir organa bağlı ağrının sırt bölgesine yansımaları olabileceği düşünülmektedir. Halsizlik ve yorgunluk gebelerde sıklıkla deneyimlenen bir başka şikayettir. Çalışmamızda deneyimlenme oranı %86.1, sık sık deneyimlenme oranı %30.9'dur (Tablo 3). Gebelik yaşının çalışmadan çalışmaya geçmesiyle beraber, bu oran %95 (23), %73 (24), %77.9 (11) ve %96 (25) olarak belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımız incelenen literatür sonuçlarıyla uyumlu olup, gebelik haftası ilerledikçe halsizlik ve yorgunluğun gebelerde daha sık deneyimlendiğini göstermektedir.

Çalışmamızda sık idrara çıkma şikayeti gebeler tarafından %93.9 oranında, sık sık da %62.4 oranında deneyimlenirken (Tablo 3), bu oran diğer çalışmalarda %87.2 (26), %80 (9), %88.4 (11) ve %88.3 (23)'dür. Çalışma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir. Gebeliğin I.trimesterinde sık idrara çıkma şikayetinin yaşanması büyüyen uterusun mesane üzerine baskı yapmasından, III. trimesterde fetusun doğum eylemi için pelvis boşluğuna yerleşerek yine mesaneye yaptığı baskıdan kaynaklanmaktadır.

Vajinal akıntıda artma; ilk trimesterde başlayan ve gebelik boyunca yaygın görülen bir semptomdur. Çalışmamızda gebelerin vajinal akıntı yakınması %86.4 oranında görülmekle birlikte sık sık deneyimlenme oranı %37.3'tür (Tablo 3). Yapılan benzer çalışmalarda bu oran, %75.8 (23), %47 (16) ve %60.7 (11)'dir. Sonuçlarımız literatürle uyumludur. Gebelikte genital sistemdeki değişikliklere bağlı olarak renksiz ve kokusuz vajinal akıntıda artma şikayeti tüm gebelik süresince yaşanmaktadır.

Çalışmamızda gebelerin ara sıra deneyimlediği yakınmalar arasında ateş basması %27.9 olup (Tablo 3) bu oran Kamysheva ve arkadaşlarının (2009) (23) çalışmasında da ara sıra deneyimlenme oranı %54.9'dur. Gebelik boyunca gebe kadının iştahında dalgalanmalar olur. I. trimesterde bulantı-kusmanın ortaya çıkmasıyla gebe kadınlarda iştahta azalma olurken, II. ve III. trimesterde iştahta artma görülür. İştahta oluşan bu değişikliklerin sebebi bilinmemektedir (5). Çalışmamızda iştahta artma yakınmasının ara sıra deneyimlenme oranı %28.8'dir. Bu oran yapılan çalışmalarda (11, 26) %23.8 ve %76.1 oranında değişiklik göstermektedir. Bacak kramplarının çalışmamızda gebeler tarafından ara sıra deneyimlenme oranı %31.2'dir. Bu oran yapılan çalışmalarda (16, 23, 26, 11) sırasıyla %28.5, %34.2, %63.3 ve %69 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmamızda gebeler tarafından ara sıra deneyimlenen ateş basması,

iştahta artma ve bacak krampları yakınmaları, yapılan diğer çalışmalarla uyumlu sonuçlar olmakla birlikte, trimesterler arasında görülme sıklığı açısından farklılık göstermektedir.

Çalışmamızdaki bazı yakınmalar gebeler tarafından "hiç deneyimlemedim" şeklinde ifade edilmiştir. Bunlardan biri hemoroiddir. Hemoroid yakınmasının gebeler tarafından hiç deneyimlenmeme oranı %76.7'dir (Tablo 3). Yapılan çalışmalarda (9, 11, 16, 23) hemoroid yakınması düşük oranda deneyimlenmiş olup, deneyimlenme oranı sırasıyla %14.4, %2.3, %5.5 ve %21.4'dür. Diğer bir yakınma iştahta azalmadır. İştahta azalma yakınmasının gebeler tarafından hiç deneyimlenmeme oranı %50.6'dır (Tablo 3). Yapılan çalışmalarda (9, 11, 16) iştahta azalma yakınması düşük oranda deneyimlenmiş olup, deneyimlenme oranı sırasıyla %38.9, %23.1 ve %22.6'dır. Diğer yakınma ise kusmadır. Kusma yakınmasının gebeler tarafından hiç deneyimlenmeme oranı %60.6'dır (Tablo 3). Kusma yakınmasının düşük oranda deneyimlendiği çalışmalarda (11, 23, 27) bu oran sırasıyla %33, %23.2 ve %25'tir. Hemoroid, iştahta azalma ve kusma yakınmasına ilişkin sonuçlar, çalışma sonuçlarımızla benzer olup, kusma yakınması trimesterlere göre farklılık göstermektedir. Bu farkın da gebelikteki hormonal değişiklikten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelik sayısı arttıkça olağan fiziksel yakınma deneyimleyen gebe sayısının azaldığı gözlenmiş ve gebelerin gebelikleri süresince deneyimledikleri olağan fiziksel yakınmalar ile gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4). Sunal ve Demiryay'ın (2009) (9) çalışmasında gebelik sayısına göre fiziksel ve emosyonel yakınmalara ait en yüksek ortalama $X=16,89$ ile 5 ve üzeri gebeliği olan grupta, en düşük puan ortalaması ise $X=10,96$ ile 2. gebeliği olan grupta saptanmıştır. Rafe ve arkadaşlarının (2003) (28) çalışmasında gebelik sayısı arttıkça, gebelik sorunlarının arttığını saptamışlardır. Çalışma sonuçlarımız incelenen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Bu farkın çalışmamızda yakınmaların ayrı ayrı incelenmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Gebeliğin isteyerek olması gebelikte deneyimlenen fiziksel yakınmaları da etkilemektedir. Çalışmamızda gebelerin isteyerek gebe kalma durumunun gebelerin gebelikleri süresince deneyimledikleri olağan fiziksel yakınmalar ile olan ilişkisi incelendiğinde, isteyerek gebe kalamalarda iştahta artma, halsizlik ve yorgunluk, memelerde hassasiyet ve baş ağrısı yakınmasını deneyimleyen kişi sayısının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede, isteyerek gebe kalma durumunun gebelerin gebelikleri süresince deneyimledikleri olağan fiziksel yakınmalar ile arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bakıcı'nın (1999) (29) çalışmasında gebelerin gebeliklerini isteyip istememe durumlarına göre gebelik sorun ortalamaları incelenmiş ve sorun ortalaması gebeliği isteyenlerde yüksek bulunmuştur. Araştırma bulgularımız literatürü desteklemektedir.

SONUÇ

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27.90 ± 5.36 , ortalama gebelik haftaları 30.32 ± 8.45 , gebelerin çoğunluğunun eğitim durumu lisans ve lisans üstü olup (% 29.1), ilk gebeliği olduğu (%55) ve isteyerek gebe kaldığı (%89.1) belirlenmiştir. Araştırmada belirlenen olağan yakınmalardan mide yanması (%30.9), sırt ve bel ağrısı (%41.5), halsizlik ve yorgunluk (%30.9), sık idrara çıkma (%62.4), vajinal akıntı (%37.3) ve mide ekşimesi (%28.5) yakınmaları gebeler tarafından sık sık deneyimlenirken, ateş basması (%27.9), iştahta artma (%28.8) ve bacak krampları (%31.2) yakınmaları ara sıra deneyimlenmiştir. Hemoroid (%76.7), iştahta azalma (%50.6) ve kusma (%60.6) yakınmasının gebelerde hiç deneyimlenmeme oranı da oldukça yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının özellikle hemşire ve ebelerin antenatal kontrollerde olağan yakınmalar konusunda gebeleri bilgilendirmeleri, yakınmaların normal sürecin bir parçası olduğu, gebelere doğru baş etme yöntemlerinin anlatılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Fenkçi İV. Maternal fizyoloji. In Çiçek MN, eds. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Öncü Basımevi; 2004.ss 161-169.
2. Dickason EJ, Silverman BL, Schult MO. Maternal-İnfant Nursing Care. St Louis:CV Mosby; 1994.pp 183-219.
3. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. Tercüme: Akman A. Williams Doğum Bilgisi. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2005.
4. Pernaud L. Bir Çocuk Bekliyorum. Gülcan, T. Çev.ed. İstanbul:E yayınları;1995.
5. Lowdermilk DL. Maternity and Women's Health Care. Sixth Edition. Missouri: Mosby-Years Book; 1997.
6. Yücel A. Gebelikte Maternal Fizyoloji. In Günalp S, eds. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Ankara: Feryal Matbaacılık San ve Tic. Lid. Şti; 2004.ss 1-11.
7. Ege E, Eryılmaz G. Erken gebelik dönemi bulantı ve kusması olan gebelerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000;3(1):1-9.
8. Carty EM, Christine B. Women's perceptions of fatigue during pregnancy and postpartum. Clinical Nursing Research 1996;5(1):67-80.
9. Sunal N, Demiryay A. Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):99-110.
10. Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset; 2000.

11. Nazik E. Gebelikte görülen olağan rahatsızlıklar ve gebelerin uyguladıkları baş etme yöntemleri. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülşen ERYILMAZ), Erzurum, 2005.
12. Özdemir O. Medikal İstatistik. 1. Baskı, İstanbul: Medikal Yayıncılık Ltd. Şti; 2006.
13. TNSA 2013. Hacettepe University Institute of Population Studies, Turkey Demographic and Health Survey (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması), Ankara, 2013.
14. Şahin, S. Postpartum Dönemde Anneye Verilen Aile Planlaması Danışmanlık Eğitiminin Etkin Yöntem Seçimi Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof.Dr. Nuran Kömürçü). İstanbul, 2005.
15. Mamuk R. Vajinal doğumun ikinci aşamasında perineye sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğüne ve ağrıya etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. NS Gençalp), İstanbul, 2008.
16. Özkan A, Arslan H. Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2007;38(4):155-161.
17. Yevchak AM, Loeb SJ, Fick DM. Promoting cognitive health and vitality: a review of clinical implications. Geriatr Nurs 2008; 29(5):302-10.
18. Okumuş H, Mete S, Aytur T, Yenal K, Demir N. Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıflarının etkisinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Fonu, Proje No: 957.98.01.01, İzmir, 2001.
19. Krans EE, Gearhart JG, Dubbert PM, Klar PM, Miller AL, Replogle WH. Pregnant women's beliefs and influences regarding exercise during pregnancy. J Miss State Med Assoc 2005; 46(3):67-73.
20. Ribeiro C, Milanez H. Knowledge, attitude and practice of women in Campinas, São Paulo, Brazil with respect to physical exercise in pregnancy: a descriptive study. Reproductive Health 2011; 8 (31): 1-7.
21. Sasamon S, Amankwaa LC. Public Display of Affection in Couples Attending Childbirth Education Classes: Implications for Practice in Thailand The Journal of Perinatal Education 2003; 12(4): 8-15.
22. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 3. Art. No.:CD003766.
23. Kamysheva E, BA, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Milgrom J. Frequency, Severity, and Effect on Life of Physical Symptoms Experienced During Pregnancy. Journal of Midwifery & Women's Health 2009;54(1):43-49.
24. Paalberg K, Vingerhoets A, Passchier J, Heinen A, Dekker GA, van Geijn H. Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy-related complaints. J Psychosom Obstet Gynaecol 1996;17:93-102.
25. Chou FH, Lin LL, Cooney AT, Walker LO, Riggs MW. Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. J Nurs Scholarsh 2003;35:119-25.
26. Zib M, Lim L, Walters WA. Symptoms during normal pregnancy: A prospective controlled study. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics Gynaecology 1999;39(4):401-410.
27. Tosal B, Richart M, Luqua PM, Gutierrez L, Pastor GR, Cabrero GJ, Reig Fa. Gastrointestinal signs and symptoms during pregnancy and postpartum in a sample of Spanish women. Atencion Primaria 2001;28(1):53-8.
28. Rafe, Y, Blittner M, Lewin I. Experiences during the trimesters of pregnancy. January of Clinic the Psychology 2003;14:56-58.
29. Bakıcı A. Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sorunların Saptanması ve Bunları Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri (1999). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010, 26(Ek), ISSN – 1300 – 3046.

Astımlı Olgularımızda D Vitamini Kullanımı ile Astım Kontrolünün Değerlendirilmesi

Effects Of Vitamin D Use On Asthma Control

Mehmet Yaşar ÖZKARS¹, Özlem KESKİN²
Ercan KÜÇÜKOSMANOĞLU², Hasan ULUSAL², Mustafa ÖRKME²

1. KSÜ, Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş, Türkiye
2. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep, Türkiye

ÖZET

Amaç: Astım ve D vitamini ilişkisine ilgi son yıllarda giderek artmaktadır. Yapılan çalışmalarda D vitamini eksikliği ile astım arasında ilişki olduğuna dair bir takım kanıtlara ulaşılmıştır. Astımlı hastalarda D vitamini takviyesi ile ilgili araştırmalara ilgi son zamanlarda giderek artmaktadır. Bu çalışmada, astımlı hastalara almakta oldukları tedaviye ek olarak D vitamini verilmesinin astım üzerine etkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 40 hasta alındı. Hastalar randomize olarak iki gruba ayrıldı. Tedavide birinci grup hastaya inhale steroid diğer gruba ise inhale steroid ve D vitamini verildi. Bu iki tedavinin etkileri klinik ve laboratuvar yöntemlerle karşılaştırıldı.

Bulgular: Her iki grup arasında tedavi öncesi ve sonrası arası FEV1 değişimi, ACQ, AKT, atak sayılarında fark saptanamadı. D vitamini alanların tedavi sonrası ventolin cevabı plasebo grubuna göre anlamlı olarak daha fazla bulundu ($p=0,042$).

Sonuç: Bizim çalışmamızın sonucunda ise D vitamini kullanımının astımda tedavi cevabını olumlu yönde etkilediğini düşünmekteyiz. Ventolin cevabı kan D vitamini yüksek olanlarda, düşük olanlara kıyasla daha yüksek olmaktadır. Bu sonuçlarla astım tedavisine ek olarak D vitamini verilmesinin tedavi başarısına olumlu katkılar sağlayabileceği düşünülebilir. Ancak bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: astım, D vitamini

ABSTRACT

Objective: Interest in the relationship between asthma and vitamin D has been increasing in recent years. Studies have shown that there is a relationship between vitamin D deficiency and asthma. Interest in research on vitamin D supplementation in asthmatic patients has been increasing in recent years. In this study, the effect of vitamin D supplementation on asthma was investigated in addition to the treatment they were receiving asthmatic patients.

Material and Methods: Forty patients were included in the study. The patients were randomly divided into two groups. In the first group, the patient was given steroids and the other group was inhaled steroids and D vitamins. The effects of these two treatments were compared with clinical and laboratory methods.

Results: There was no difference in FEV1 change, ACQ, ACT, and exacerbation numbers between before and after treatment between the two groups. Compared with the placebo group, salbutamol response was higher after treatment with vitamin D ($p = 0.042$).

Conclusion: As a result of our study, the use of vitamin D; We think that the response to treatment in asthma affects the positive direction. In patients with high blood vitamin D levels, salbutamol response is higher than in those with low blood vitamin D levels. These results suggest that the addition of vitamin D in addition to asthma therapy may provide positive contributions to the success of treatment. However, more extensive studies are needed in this regard.

Keywords: asthma, vitamin D

İletişim Bilgileri

Sorumlu Yazar: Mehmet Yaşar ÖZKARS

Yazışma Adresi: Ksü, Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş, Türkiye

E-posta: myozkars@ksu.edu.tr

Tel: +90 (344) 300 10 00

Makale Geliş Tarihi: 09.06.2017

Makale Kabul Tarihi: 01.09.2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.320095>

GİRİŞ

Astım ve allerjik hastalıkların sıklığında son yıllarda önemli oranda artış saptanmıştır (1). Allerjik hastalıkların artışı açıklamak için bazı hipotezler ortaya atılmıştır. D vitamini etkisi bu hipotezlerden birisidir (1). Yapılan bir çalışmada D vitamini kullanımının astım ataklarını azalttığı gösterilmiştir (2). Bizim çalışmamızda astım tanılı hastalarda D vitamininin tedaviye katkısı araştırılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya 7-18 yaş arasında olan ve daha önce astım tanısı konmuş 40 hasta alındı. Çalışmaya başlama zamanı Ekim-Aralık/2012, çalışmayı sonlandırma zamanı ise Ocak-Mart/2012 olarak belirlendi. Astım tanılı bu hastalar çift kör randomize olarak iki gruba ayrıldı. Tedavide birinci grup hastaya halen kullanmakta oldukları inhale steroid ve ilave olarak ayda bir placebo verildi (Plasebo Grubu). Diğer gruba halen kullanmakta oldukları inhale steroid ve ayda bir 15.000 ünite D vitamini verildi (D Vi-

tamini Grubu). Plasebo olarak hastalara meyve suyu verildi. D vitamini alan gruba vitamin meyve suyu içinde verildi. Bu iki tedavinin etkileri klinik ve laboratuvar yöntemlerle karşılaştırıldı. Onam formu, ACQ, AKT anket formları, muayene ve kan D vitamini tetkikleri yapılan hastalar 30-60-90. günlerde kontrole gelmek üzere evlerine gönderildi. Kontrollerde hastaların muayeneleri yeniden yapıldı ve ACQ, AKT anket formları dolduruldu. Tetkik için 30. ve 90. günde kanları alındı. 90. günde son kontrol ile çalışma sonlandırıldı. Çalışma için Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 05.07.2012/288 no ile onay alınmıştır.

BULGULAR

D vitamini ve plasebo alan grubun yaş ve cinsiyet dağılımları arasında fark yoktu (Tablo 1). Her iki grup arasında tedavi öncesi ve sonrası arası FEV1 değişimi, ACQ, AKT, atak sayılarında fark saptanmadı. D vitamini alanların tedavi sonrası ventolin cevabı plasebo grubuna göre anlamlı olarak daha fazla bulundu ($p=0,042$) (Tablo 2).

Tablo 1: Olguların demografik özellikleri.

	D Vitamini Grubu	Plasebo Grubu	p
Yaş	10,59±2,987	9,22±2,184	0,113
Cinsiyet(K/E)	8/14	5/13	0,664
Tedavi Öncesi Eozinofil Yüzdesi	5,432±4,3145	5,572±4,0587	0,917
Tedavi Sonrası Eozinofil Yüzdesi	4,690±2,8644	5,628±4,7332	0,452
Tedavi Öncesi AKT	26,00±2,093	26,56±1,464	0,348
Tedavi Sonrası AKT	25,06±3,152	25,41±3,001	0,735
Tedavi Öncesi Reversibilite	7,863±13,292	5,764±7,420	0,563
Tedavi Sonrası Reversibilite	8,0000±6,7910	5,0588±8,0891	0,251
Atak Sayısı	0,55±0,759	0,67±1,138	0,710

Tablo 2: Vitamin D grubunda ve Plasebo grubunda bulgular.

	VİT D GRUBU	VİT D GRUBU		PLASEBO GRUBU	PLASEBO GRUBU	
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	p	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	p
AKT	26,00±2,09	25,06±3,15	0,212	26,56±1,46	25,41±3,00	0,612
ACQ	1,05±0,21	1,17±0,38	0,366	1,00±0,00	1,12±0,33	0,683
FEV1 %	104,59±23,98	98,28±25,75	0,372	103,06±18,75	98,12±21,14	0,947
FEV1 Litre	2,08±0,88	1,84±0,80	0,066	1,69±0,64	1,65±0,64	0,262
FVC %	102,64±18,49	99,22±24,25	0,436	101,47±16,25	95,71±19,17	0,355
FVC Litre	2,45±0,99	2,19±0,93	0,436	1,99±0,81	1,93±0,82	0,355
REVERSİBİLİTE	7,86±13,29	8,00±6,79	0,559	5,76±7,42	5,05±8,08	0,112
Eozinofil %	5,43±4,31	4,69±2,86	0,917	5,57±4,05	5,62±4,73	0,45
Eozinofil Mutlak	400±330,77	385,71±265,11	1,00	400±305,50	438,89±379,06	0,61
FEV1-Tedavi Sonrası Değişim		-5,65±15,53			-6,25±16,70	0,905
Reversibilite-Tedavi Sonrası Değişim		17,41±243,56			-227,25 ± 589,12	0,042

Tablo 3: Olguların D vitamini düzeyleri.

Olguların D Vitaminleri	VİT D GRUBU	PLASEBO GRUBU	p
1.Vizit D Vitamini	24,29 ± 6,57	22,42 ± 7,53	0,408
2.Vizit D Vitamini	25,74 ± 6,66	21,89 ± 7,16	0,099
4.Vizit D Vitamini	28,14 ± 9,38	15,52 ± 4,83	0,000

TARTIŞMA

Astımlı hastalarda D vitamini kullanımının atak sıklığını azaltabileceği veya astımda tedavi cevabını artırabileceği hususunda araştırmalar devam etmektedir.

Hatami ve arkadaşları astımlı hastalarda D vitamini seviyelerinde düşüklük bulmuşlar ve D vitamini düşüklüğünün astımla ilişkili olabileceğini iddia etmişlerdir (3). Bu iddiayı destekleyen bir çalışmada Maalmi ve arkadaşları tarafından yapılmış ve D vitamini düşüklüğü ile astım arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (4). Yine benzer şekilde Man ve arkadaşları astım ile D vitamini eksikliği arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (5). Searing ve arkadaşları da D vitamini düşüklüğü olan astımlılarda kortikosteroid kullanımının arttığı ve havayolu obstrüksiyonunun kötüye gittiğini bildirmişlerdir (6).

Urashima ve arkadaşları kış döneminde verilen D vitamininin okul çocuklarında gribal enfeksiyonlardan koruduğunu göstermişlerdir (7). Majak ve arkadaşları ise astımlı hastalarda steroid tedavisine ek olarak verilen D vitamininin, akut üst solunum yolu enfeksiyonları ile oluşan astım ataklarını azalttığını göstermişlerdir (2).

Lou ve arkadaşları ise astımlı hastalara verilen D vitamininin astım atakları üzerine olumlu hiçbir etkisinin bulunmadığını bildirmişlerdir (8). Benzer bir şekilde Martineau ve arkadaşlarının çalışmasında D vitamini verilmesinin astım atakları üzerine etkisinin olmadığı bildirilmiştir (9). Yine benzer bir çalışmada Lehouck ve arkadaşları kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda D vitamini verilmesinin tedavide etkisinin olmadığını göstermişlerdir (10). Erkoçoğlu ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada D vitamini düzeyi ile astım arasında bir ilişki saptamamışlardır (11).

Wu ve arkadaşları inhale kortikosteroid alan astımlı hastalarda D vitamini eksikliğinin akciğer fonksiyonlarının bozukluğu ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (12). Yadav ve arkadaşlarının çalışmasında ise; orta ve ağır astımlılarda astım tedavisine ilave edilen D vitamininin, astım alevlenmelerini azalttığı, steroid ihtiyacını azalttığı, acil başvurularını azalttığı ve sonuç olarak astım şiddetini de azalttığını belirtmişlerdir (13). Benzer bir şekilde Arshi ve arkadaşları astımlı hastalarda D vitamini kullanımının akciğer fonksiyonlarında düzelme sağladığını göstermişlerdir (14). Bantz ve arkadaşları D vitamini kullanımının özellikle astımda olmak üzere atopik hastalıklarda klinik iyileşme sağladığını belirtmişlerdir (15).

Riverin ve arkadaşları ise astımlılara D vitamini verilmesinin astım ataklarını azaltma şeklinde zayıfta olsa olumlu bir etkisinin olduğunu belirtmişlerdir (16). Xystrakis ve arkadaşları astımlı hastalarda D vitamininin steroid direncini kırarak tedavi cevabını artırdığını iddia etmişlerdir (17).

Bizim çalışmamızın sonucunda ise D vitamini kullanımının astımda tedavi cevabını olumlu yönde etkilediğini düşünmekteyiz. Ventolin cevabı kan D vitamini yüksek olanlarda, düşük olanlara kıyasla daha yüksek olmaktadır (Tablo 2). Olguların D vitamini düzeyleri kış aylarının gelmesi ile birlikte azalma göstermektedir. Ancak tedaviye ek olarak D vitamini alanlarda kan D vitamini düzeyleri azalmamaktadır (Tablo 3).

Bu sonuçlarla astım tedavisine ek olarak D vitamini verilmesinin tedavi başarısına olumlu katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir. Ancak bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Asilsoy S. Vitamin d ve alerjik hastalıklar. *Asthma Allergy Immunol* 2011;9:1-7.
2. Majak P, Chlebna MO, Smejda K, Stelmach I. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127(5):1294-96.
3. Hatami G, Ghasemi K, Motamed N, Firoozbakht S, Movahed A, Farrokhi S. Relationship between Vitamin D and Childhood Asthma: A Case-Control Study. *Iran J Pediatr* 2014 Dec;24(6):710-4.
4. Maalmi H, Berraies A, Tangour E, Ammar J, Abid H, Hamzaoui K, et al. The impact of vitamin D deficiency on immune T cells in asthmatic children: a case-control study. *J Asthma Allergy* 2012;5:11-9.
5. Man L, Zhang Z, Zhang M, Zhang Y, Li J, Zheng N, et al. Association between vitamin D deficiency and insufficiency and the risk of childhood asthma: evidence from a meta-analysis. *Int J Clin Exp Med* 2015 Apr 15;8(4):5699-706.
6. Searing DA, Zhang Y, Murphy JR, Hauk PJ, Goleva E, Leung DY. Decreased serum vitamin D levels in children with asthma are associated with increased corticosteroid use. *J Allergy Clin Immunol* 2010 May;125(5):995-1000.
7. Urashima M, Segawa T, Okazaki M, Kurihara M, Wada Y, Ida H. Randomized trial of vitamin D supplementation to prevent seasonal influenza A in schoolchildren. *Am J Clin Nutr* 2010 May;91(5):1255-60.
8. Lou J, Liu D, Liu CT. Can Vitamin D Supplementation in Addition to Asthma Controllers Improve Clinical Outcomes in Patients With Asthma?: A Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)* 2015 Dec;94(50):e2185.
9. Martineau AR, MacLaughlin BD, Hooper RL, Barnes NC, Jolliffe DA, Greiller CL, et al. Double-blind randomised placebo-controlled trial of bolus-dose vitamin D3 supplementation in adults with asthma (ViDiAs). *Thorax* 2015 May;70(5):451-7.

10. Lehouck A, Mathieu C, Carremans C, Baeke F, Verhaegen J, Van Eldere J, et al. High doses of vitamin D to reduce exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2012 Jan 17;156(2):105-14.
11. Erkocoglu M, Capanoglu M, Civelek E, Kaya A, Giniş Z, Toyran M, et al. Vitamin D Levels of Asthmatic Children With and Without Obesity. *Asthma Allergy Immunol* 2016;14:25-30.
12. Wu AC, Tantisira K, Li L, Fuhlbrigge AL, Weiss ST, Litonjua A. Effect of vitamin D and inhaled corticosteroid treatment on lung function in children. *Am J Respir Crit Care Med* 2012 Sep 15;186(6):508-13.
13. Yadav M, Mittal K. Effect of vitamin D supplementation on moderate to severe bronchial asthma. *Indian J Pediatr* 2014 Jul;81(7):650-4.
14. Arshi S, Fallahpour M, Nabavi M, Bemanian MH, Javad-Mousavi SA, Nojomi M, et al. The effects of vitamin D supplementation on airway functions in mild to moderate persistent asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2014 Oct;113(4):404-9.
15. Bantz SK, Zhu Z, Zheng T. The Role of Vitamin D in Pediatric Asthma. *Ann Pediatr Child Health* 2015;3(1). pii: 1032.
16. Riverin BD, Maguire JL, Li P. Vitamin D Supplementation for Childhood Asthma: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 2015 Aug 31;10(8):e0136841.
17. Xystrakis E, Kusumakar S, Boswell S, Peek E, Urry Z, Richards DF, et al. Reversing the defective induction of IL-10-secreting regulatory T cells in glucocorticoid-resistant asthma patients. *J Clin Invest* 2006 Jan;116(1):146-55.

Çocuklarda Postpnömonik Ampiyem: Retrospektif, Tek Merkez Çalışması

Postpneumonic Empyema in Children: Retrospective, Single Institution Study

Feride MEHMETOĞLU ¹, Emine KINACI ², Mensur SÜER ³

1. Çocuk Cerrahisi Kliniği, Dörtçelik Çocuk Hastanesi, Bursa
2. Çocuk Hastalıkları Kliniği, Dörtçelik Çocuk Hastanesi, Bursa
3. Radyoloji Kliniği, Dörtçelik Çocuk Hastanesi, Bursa

ÖZET

Amaç: Pulmoner enfeksiyonlara sekonder olarak gelişen ampiyemlerin teşhis ve tedavisi için farklı yaklaşımlar önerilmektedir. Bu çalışmanın amacı ampiyemli çocukların teşhis ve tedavi uygulamasındaki klinik tecrübelerimizin sunulmasıdır.

Materyal ve Metod: 1993-2016 yılları arasında bir kamu hastanesi çocuk cerrahi kliniğinde ampiyem nedeni ile toraks drenajı uygulanarak tedavi edilen çocukların klinik verileri geriye dönük olarak incelendi. Hastalar interkostal toraks tüpü drenajı gerekliliği açısından; fizik muayene, ayakta ön arka ve/veya lateral dekübit akciğer grafisi, serum laboratuvar testleri, tanısal torasentez ve plevra sıvısı çalışmaları ile değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 70 hasta; 39 erkek ve 31 kız, ortalama yaş 6.9 yıl, (5 gün-17 yıl) tedavi edildi. 55 (% 78.5) hasta, toraks ultrasonografisi (US) ile takip edildi. En sık izole edilen bakteriler Staphylococcus aureus ve Streptococcus pneumoniae idi. 8 hastaya sıvının lokulasyonu veya teknik nedenlerden dolayı iki kez tüp takıldı. Toplam 70 hastaya 81 toraks tübü yerleştirildi. Tüpler 3-41 gün içinde çıkarıldı (ortalama 11 gün). 21 hastada değişen derecelerde plevral kalınlaşma, 6 hastada pnömosel nedeni ile pnömotoraks gelişti. Risk ve sınırlı olanaklar nedeni ile fibrinolitik ajanlar ve dekortikasyon uygulanmadı. Aileler bu konuda bilgilendirildi. Plevral kalınlaşmalar çoğunlukla klinik düzelmeyi takiben azalarak 10-90 gün (ortalama 20 gün) içinde kayboldu ve akciğerler tamamen re-expande oldular.

Sonuç: Post pnömonik ampiyemlerde; X-ray, laboratuvar testleri ve US teşhis ve takip açısından yeterli olmuştur. Tedavi sistemik antibiyotikler, kapalı intercostal göğüs tübü drenajı ve göğüs fizyoterapisi kombine edilerek başarıyla yapılmıştır. İyileşme süresi uzun bulunmakla beraber, bu temel tedavi öncelikli olarak tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: pnömoni; çocuk; plevral effüzyon; ampiyem; göğüs tübü

ABSTRACT

Objective: Different approaches have been proposed for the diagnosis and treatment of empyema secondary due to pulmonary infections. The aim of this study was to present our experience of diagnostic and therapeutic procedures in children with empyema.

Material and Methods: Clinical data of children with empyema that were treated with chest drainage in a public hospital pediatric surgery clinic between 1993 and 2016 were reviewed retrospectively. Patients were evaluated in terms of intercostal chest tube drainage with physical examination, erect anteroposterior and/or lateral decubitus chest radiograph, serum laboratory tests, diagnostic thoracentesis and pleural fluid studies.

Results: In a total of 70 patients; 39 males and 31 females with a mean age of 6.9 years (5 days-17 years) were treated. 55 (78.5%) patients were monitored with chest ultrasonography (US). Most common isolated bacteria were Staphylococcus aureus and Streptococcus pneumoniae. 8 patients underwent re-intubation due to the loculation of fluid or technical reasons. A total of 81 chest tubes were inserted in 70 patients. The tubes were removed within 3-41 days (mean 11 days). 21 patients had varying degrees of pleural thickening, pneumothorax developed due to pneumatoceles in 6 patients. Because of the risks and limited facilities, fibrinolytic agents and decortication were not applied. Families were informed about it. Pleural thickenings decreased mostly following the clinical improvement in 10-90 days (mean 20 days) and lungs re-expanded completely.

Conclusion: X-ray, laboratory tests and US were sufficient for the diagnosis and follow-up of postpneumonic empyema. Treatment was successfully done by combining systemic antibiotics, closed intercostal chest tube drainage and chest physiotherapy. Although there is a long recovery time, this essential treatment should be considered as a primary choice.

Keywords: pneumonia; child; pleural effusion; empyema; chest tube

İletişim Bilgileri

Sorumlu Yazar: Op. Dr. Feride MEHMETOĞLU
Yazışma Adresi: Dörtçelik Çocuk Hastanesi Ertuğrulköy, Bursa, Türkiye
E-posta: mferide@yahoo.com
Tel: +90 (224) 275 20 00
Makale Geliş Tarihi: 03.04.2017
Makale Kabul Tarihi: 17.08.2017
DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.303774>

GİRİŞ

Plevral boşlukta biriken pürülan sıvının ampiyeme neden olduğu ve eksternal drenaj gerektirdiği antik zamanlardan beri bilinmektedir. Hipokrat, Aegina'lı Paul ve Fabricius ampiyem tedavisi için gerekli olan drenajın ne zaman ve nasıl olması gerektiği sorusuna yanıt aramışlardır (1). Günümüzde halen yaygın olarak uygulanan kapalı toraks drenajı ile tedavi ise ilk olarak 1918 yılında Ewart Graham'ın "erken açık drenajın pnömotoraks ve kollaps nedeni ile yüksek mortaliteye neden olduğunu" sunması ile uygulanmaya başlanılmıştır. Antibiyotiklerin tedaviye girmesinden bu yana ampiyemlerin tedavisinde güçlü bir antibiyotik tedavisi bir numaraya yerleşmiştir, ancak uygulanacak cerrahinin tipi ve zamanlaması konusunda değişik görüşler mevcuttur (2). Antibiyotik ile beraber uygulanacak olan; torasentez ile veya toraks tüpü ile drenaj, fibrinolitik tedavi, torakoskopik debridman, torakotomi ile dekortikasyon gibi diğer tedavi seçeneklerinin uygulanması konusunda halen bir standart oluşmamıştır (3). Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren spesifik çocuk hastanelerinde dahi, enfeksiyon sonrası gelişen efüzyonlara yönelik tedavi uygulamaları yayınlanmış ve iyi araştırılmış uygulama kılavuzlarına uymamaktadır. Hastanelere göre tedavi şemaları değişmektedir (4-6). Bu çalışmada pnömoni sonrası ampiyem gelişen hastalarda kliniğimizde uygulanan yöntemler sunulmuştur.

GEREÇ ve YÖNTEM

Geriye dönük olarak yapılan çalışmaya 1993-2016 yılları arasında 23 yıllık bir sürede bir çocuk hastanesinde pnömoni sonrası gelişen ampiyem nedeni ile kapalı toraks drenajı (KTD) uygulanarak tedavi edilen hastalar alındı. Malignensi, tbc, travma, şilotoraks, hastane kaynaklı pnömoni gibi nedenler ile gelişen plevral efüzyon veya pnömotoraks gelişen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalar interkostal toraks tüpü drenajı gerekliliği açısından; fizik muayene, AP ve/veya lateral dekübit akciğer grafisi, serum laboratuvar testleri, tanısal torasentez ile alınan plevra sıvısı çalışmaları ile değerlendirildi. Hastalar, hastanenin çocuk doktoru tarafından çocuk cerrahisi konsültasyonu yapılarak veya cerrahi görüş için dış merkezlerden yönlendirilmişlerdi. Toraks drenajı tek çocuk cerrahisi tarafından yapılmıştı. Hastalar cerrahi veya çocuk enfeksiyon kliniklerinde yatırılarak takip edilmiş, antibiyotik tedavisi çocuk uzmanı tarafından düzenlenmişti. Bazı vakalarda, torasentezler farklı zamanlarda ve lokalizasyonlarda tekrarlanmıştı. Bu süre içinde bilgisayarlı tomografi (BT) merkezimizde

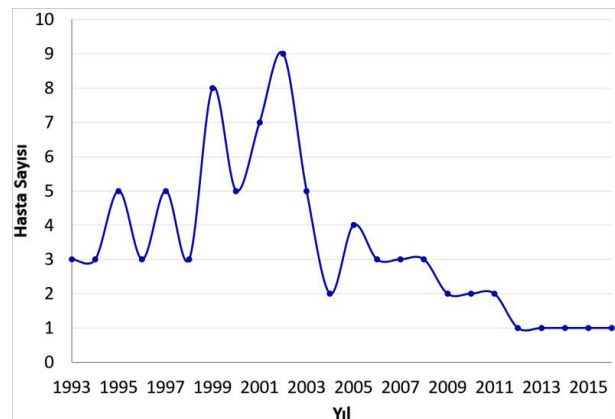
olmaması nedeni ile yapılamamıştı, ancak 55 hasta toraks ultrasonografisi (US) ile takip edilmişti.

BULGULAR

23 yıllık sürede yaş ortalaması 6.9 yıl (5 gün-17 yıl) olan toplam 70 hasta kamuya ait bir çocuk hastanesinde tedavi edildi. Hastaların 39'u erkek (% 55.7) ve 31'i kız (% 44.3) idi. Yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların tümü hastaneye ateş, öksürük, takipne, dispne ve ağrı şikayetleri ile başvurmuştu. Poliklinikte 14 hastada (%20) ve klinikte 56 hastada (%80) çekilen akciğer grafilerinde pnömoni ve plevral efüzyon saptanan hastalarda ilgili çocuk hastalıkları uzmanı tarafından çocuk cerrahisi görüşü için yönlendirilmişti. 23 yılda 70 olgu; yıllık ortalama olgu sayısı 3 olup en çok 10 olgu 2002 yılında tedavi edilmiştir. Yıllık vaka sayısı 2 defa üst seviyelere çıkmasına rağmen, olgu sayıları yıllar içinde azalmıştır. Hastaların yıllara göre dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir. Drenaj öncesi 65 olguda (%93) üst ve alt solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile bir veya birden fazla kür antibiyotik tedavisi uygulanmıştı. Hastaların tümü interkostal toraks tüpü ile drenajın gerekliliği açısından; fizik muayene, ayakta antero posterior 70 hasta (%100) ve/veya lateral dekübit akciğer grafisi 20 hasta (%28), serum laboratuvar testleri, tanısal torasentez ve plevra sıvısı çalışmaları ile değerlendirilmişlerdi. 55 olgu (%78.5) toraks US ile takip edilmişti. Bazı vakalarda, torasentezler farklı zamanlarda ve interkostal aralıklardan tekrarlanmıştı. Bu serideki hiçbir hastada tedavi amaçlı torasentez yapılmamıştı.

Tablo 1: Hastaların yaş ve cinsiyet dağılımı.

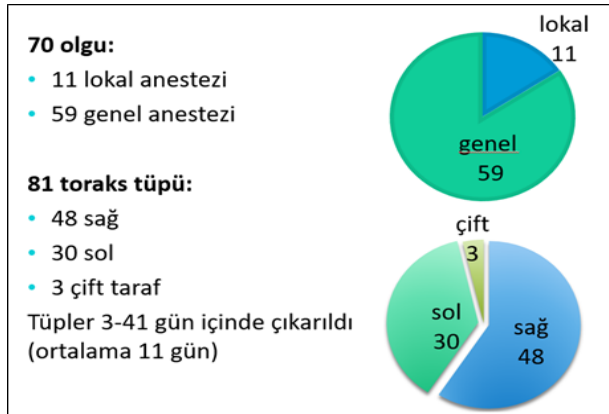
Yaş (yıl)	Cinsiyet		n (%)
	Erkek (%)	Kız (%)	
0-1 yaş	4 (5.71)	3 (4.29)	7 (10.0)
1-5 yaş	13 (18.57)	12 (17.14)	25 (35.71)
6-12 yaş	16 (22.86)	10 (14.29)	26 (37.14)
12-17 yaş	6 (8.57)	6 (8.57)	12 (17.15)
Toplam	39 (55.71)	31 (44.29)	70



Şekil 1: Hastaların yıllara göre dağılımı.

Hastaların tümünde torasentez sıvısından kültür yapılmıştı, ancak 37 olgunun (%53) kültürlerinde üreme olmuştu. En sık izole edilen bakteriler Staphylococcus aureus ve Streptococcus pneumoniae olup antibiyotik tedavisi çocuk uzmanı tarafından düzenlenmişti.

Torasentez ile alınan sıvılar Light kriterlerine göre değerlendirilerek; sıvının makroskobik görünümü, X-ray bulguları ve kan C-reaktif protein (CRP) düzeyi, kan lökosit düzeyi (WBC), sedimentasyon hızına göre tüp torakostomi drenaj gerekliliği ve uygulanma kararı alınmıştı. 43 hastaya eksudatif fazda ve 27 hastaya fibrinopürülan fazda drenaj uygulanmıştı. 8 hastaya sıvının lokülasyonu veya teknik nedenlerden dolayı ikinci kez tüp takılmıştı. Drenaj uygulaması 11 hastaya (% 16) lokal anestezi ile, 59 hastaya (% 84) ise genel anestezi altında yapılmıştı. 70 olguda 81 tüp torakostomi uygulanmış olup; 48'i (% 59.3) sağ tarafta, 30'u (% 37.0) sol tarafta ve 3'ü ise bilateral (% 3.7) idi (Şekil 2).



Şekil 2: Hastalara toraks drenajı uygulanan taraf ve anestezi tipi.

Toraks drenaj tüpleri 3-41 gün içinde çıkarılmıştı (ortalama 11 gün). 21 hastada değişen derecelerde plevral kalınlaşma, 6 hastada pnömatosel nedeni ile pnömotoraks gelişmişti. Plevral kalınlaşmaların tümü 6-17 yaş aralığındaki olgularda gelişmişti. Plevral kalınlaşmalar çoğunlukla klinik düzelmeyi takiben azalarak ortalama 20 gün (10-90 gün) içinde kaybolmuştu, akciğerler tamamen re-expande olmuştu (Resim 1, 2, 3, 4). Fibrinolitik ajanlar veya dekortikasyon uygulanmamıştı, aileler tüm tedavi ve girişim süreçlerinde bilgilendirilmişlerdi.

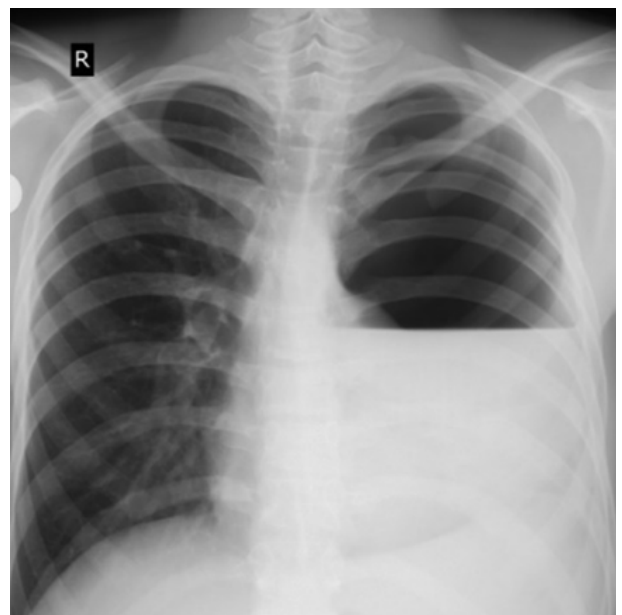
Yatış süreleri ortalama 27 gün (15-50 gün) olan hastalar tüp drenajı çekildikten ve antibiyoterapisi tamamlandıktan sonra klinik olarak bulguları düzelince taburcu edilmişlerdi. Plevral kalınlaşmaları olan olgular haftalık olarak ayaktan takip edildiler. Göğüs fizyoterapisi (solunum egzersizleri, balon şişirme veya tri-flo cihazı ile) plevral kalınlaşma kaybolana kadar devam edilmişti. 23 yıllık sürede hiçbir hastada nüks görülmemiştir.



Resim 1: Ayakta akciğer grafisinde sağ hemitoraksda Demouso hattı çizen para pnömonik effüzyon görülmektedir.



Resim 2: Torasentez sonrası toraks tüpü uygulanan hastanın ayakta grafisinde tüm effüzyonun boşaldığı görülmektedir.



Resim 3: Pnömatosel gelişen bir olguda sol hemitoraks içinde hava sıvı seviyesi oluşturan effüzyon görülmektedir.



Resim 4: Plevral kalınlaşma gelişen bir olguya ait akciğer grafisi görülmektedir.

TARTIŞMA

Parapnömonik effüzyonlara bağlı ampiemler klasik olarak üç evrede gelişir: Eksüdatif evrede (komplike olmayan); plevral boşlukta biriken sıvı steril, pH normal, laktat dehidrogenaz (LDH) < 1000 IU'dur. Fibrinoprolan evrede (komplike veya ampiem); sıvı prulan, fibrin deposasyonu ile septasyon ve lokulasyonlar meydana gelir, pH < 7.2 LDH sıklıkla >1000 IU'dur. Organize (kronik) evrede ise plevral kaviteye fibroblastların infiltrasyonu ile ince fibrin membranlar kalınlaşarak akciğer ekspansiyonu engeller (7).

Plevral effüzyonların tanısında klinik bulgular ve solunum seslerinin oskültasyonu ne kadar önemli ise aynı şekilde akciğer grafisi, pnömoni ve buna bağlı gelişen effüzyonların teşhis ve takibinde son derece önemlidir (8, 9). US ve CT, akciğer filminde görülen opasitenin sıvı olup olmadığı, miktarı ve lokulasyonu göstermesi açısından yararlı olduğu gibi US eşliğinde sıvının drenajı açısından da faydalıdır (10). US kolay ve non invazif olması nedeni ile öncelikli olarak tercih edilmelidir. CT alttaki akciğer parenkimini göstermesi açısından yararlıdır, ancak sedasyon gerektirmesi ve radyasyon riski nedeni ile komplike vakalarda tercih edilmelidir (9, 11). Tsujimoto ve ark.ları yetişkin hastalarda yapılan bir çalışmada plevra yaprakları arasındaki plevral sıvının CT ile ölçülmesi ile torasenteze gerek kalmadan komplike effüzyonların basit effüzyondan ayırıcı tanısının yapılabileceğini belirtmişlerdir (12). Serimizdeki tüm hastaların teşhis, tedavi ve gelişen komplikasyonların takibi laboratuvar tetkikleri, akciğer grafisi ve ultrasonografi ile yapılmıştır. Merkezimizde olmadığı için hiçbir hastaya CT yapılamamıştır. Klinik, US ve X-ray ile plevral kolleksiyonun miktar ve içeriğine göre takip yerli görülmesi nedeniyle CT için hiçbir hastanın

dış merkezlere sevkine gerek görülmemiştir. Akciğer grafisinde ve ultrasonografide saptanan effüzyonlarda sıvının yapısını tetkik edebilmek ve görmek için torasentez gerekir, ancak teşhis amaçlı torasentez kararı effüzyonun miktarı ve hastaların bulgularına göre yapılmalıdır (11). Torasentez ile alınan plevral sıvının teşhis ve sınıflaması için Light sınıflaması standart olarak kabul edilmektedir (13). Aspire edilen sıvı Light kriterleri ile değerlendirilerek tedavide izlenecek yol belirlenir. Bu seride ele alınan hastaların tümünde drenaj kararı alınmasında plevral sıvının değerlendirilmesi etkili olmuştur. Teşhis amaçlı torasenteze ek olarak tedavi amaçlı erken dönem effüzyonların tekrarlayan torasentezler ile boşaltılmasına yönelik literatürde farklı yaklaşımlar mevcuttur (9, 10, 14). Ancak çocuk yaş grubu için bunun travmatik olacağı ve tedavi süresini uzatacağı için klinik yaklaşım olarak tercih edilmemiştir. Torasentez sonrası drenaj gerekli görülen olgularda lokal veya genel anestezi ile tüp torakostomi yapılarak kapalı su altı drenajına alınmıştır.

Pneumoni ve buna bağlı parapnömonik effüzyonlara sebep olan organizmaların türü, ülkelerin gelişmişlik düzeyine ve hastaların yaşına göre değişmektedir (11). Bu çalışmadaki olguların ancak yarısında (% 53) kültürlerde üreme gösterilebilmiştir. Her yaşta en çok üreyen mikroorganizmalar Staphylococcus aureus ve Streptococcus pneumoniae idi. Hastaların yaklaşık % 90'ında antibiyotik tedavisi dış merkezde başlanmıştı. Bazı hastalara aynı merkez veya birkaç farklı merkezde birden fazla kür antibiyoterapi uygulanmıştı. Bu nedenle bütün kültürlerde üreme olmadığı düşünülmektedir.

Ampiem tedavisinde amaç antibiyotikler ile plevral boşluktaki enfeksiyonun tedavi edilmesi, pürülan sıvının drene edilmesi ile akciğerin tekrar ekspansiyon olmasını sağlamaktır (15). Etkili bir antibiyotik tedavisi pnömoni ve buna bağlı gelişen effüzyonların tedavisinde temel esastır (10). Uygulanacak antibiyotiğin süresi için literatürde belli bir takvim yoktur (11). Olgularımızda antibiyotik tedavisi ilgili çocuk uzmanı tarafından düzenlenmiştir. Antibiyotik tedavisi intravenöz olarak başlanmış, hastanın klinik ve laboratuvar bulgularına göre oral yolla devam edilmiştir.

Hastanın yaşı, kliniği ve ameliyathanenin uygunluk koşullarına göre lokal veya genel anestezi ile tüp torakostomi uygulanmıştır. Tüp torakostomi uygulamak için son yıllarda kullanımı artan pigtail kateterler, İngiliz Toraks Birliği ve Amerikan Enfeksiyon Hastalıkları Birliği tarafından önerilmektedir (9, 16). Torakostomi tüpü olarak hastanın yaşına uygun çapta aspirasyon kateteri veya standart toraks tüpü kullanıldı.

Genel olarak orta aksiller hattın 6-7 interkostal aralıktan tüp torakostomi takılırken, bazı olgularda sıvının lokülasyonuna göre sıvı aspire edilen bölgeden de drenaj uygulanmıştır. Her yaştaki hastalar tüp torakostomi drenajını iyi tolere etmişlerdir, tüp takılması ile ağrı şikayetleri takıldıktan sonraki 1-2 gün içinde tamamen geçmiştir. Toraks tüpleri; drene edilen sıvının sıfırlanması, tüp içi sıvıda ossilasyon olmaması, X-ray’de akciğerin ekspansiyon olması ve sinüsün açılması, ateş ve lökositlerin gerilemesi sonrası çıkarılmışlardır.

Çocukluk çağında teşhis veya tedavi amaçlı uygulanan radyasyon özellikle meme, gonad ve tiroid dokusunda kanser riskini arttırmaktadır (17). Yapılan bir çalışmada tüp çıkarıldıktan sonra çekilen filmlerin tedavi planını değiştirmedeği saptanmıştır (8). Bundan dolayı tüp öncesi ve sonrası takiplerde akciğer grafisi çekilmesi için hastanın bulgularına göre karar verilmiştir, ultrasonografi ile sıvı artış veya azalış durumuna göre takip ve tedavi uygulanmıştır. Ultrasonografik bulgular ile klinik bulguların örtüşmediği durumlarda gerekli görüldükçe akciğer grafisi çekilmiştir. Kontrol grafileri standart bir şemaya göre değil; hastanın kliniği, drene edilen sıvının miktarı ve ossilasyon durumuna göre radyasyon çekilmiştir. Tüp torakostomi çıkarıldıktan sonra kontrol X-ray görülmüştür. Plevral kalınlaşmalar kaybolana kadar hasta poliklinik takibinde tutulmuştur.

Plevral kalınlaşmaların küçük çocuklarda ve infantlarda kesinlikle dekortikasyon gerektirmeden uzun sürede hasar bırakmadan kaybolduğu rapor edilmiştir (18). Plevral kalınlaşmaların etkin bir tedavi ile operasyona gerek kalmadan düzeldiği Celayir ve ark.larının çalışmasında da gösterilmiştir (3). Miu ve ark. plevral kalınlaşmaların büyük çoğunluğunun birkaç ay içinde kaybolduğunu, akciğer grafilerinin düzeldiğini rapor etmişlerdir (11). Ampiem hastalıklarında X-ray’in düzelmesinin 12 ayı bile bulabileceği rapor edilmiştir (9). Bu serideki hastalarda en uzun 90 gün içinde klinik bulguların düzelmesini takiben plevral kalınlaşmalar kaybolmuştur, X-ray bulguları düzelmiştir. Drenaj sonrası taburcu edilmiş klinik bulgusu olmayan ayaktan takipli hastalarımızda X-ray bulgusu olan plevral kalınlaşmalar için antibiyoterapi dahi gerekmediği gibi cerrahi girişim düşünülmemiştir. Bu süre içerisinde solunum fizyoterapisi, derin soluk alıp verme egzersizleri dışında başka bir tedavi uygulanmamıştır.

Ampiem ile gelişen kalın fibrin ve eksüdanın drenaj ile boşaltılmadığı durumlarda eksüda içine verilen enzimlerin lokülasyonu gevşeterek drene olmasını öneren yayınlar yeni değildir (19).

Günümüzde, fibrinolizis yapan bu ajanların hastane yatış süresini kısalttığı ve cerrahi debridman kadar etkili olduğu için kullanılmasını öneren çalışmalar mevcuttur (9, 20, 21). Bu amaçla streptokinase, urokinase, DNase, tPA gibi enzimler farklı doz ve tedavi planı ile kullanılmaktadır. Ancak fibrinolitik tedavinin dezavantajları olarak pahalı olması, uygulamada ağrı olması, henüz standart bir tedavi şeması oluşmaması, uygulama için tüp torakostomi gerektirmesi ve bazı olgularda tedaviye yanıt alınmayıp cerrahi debridman gerektirmesi şeklinde sıralanabilir. Ayrıca entübasyon gerektiren bronkospazm, alerjik reaksiyonlar, kanama ve hemotoraks, ciddi risk oluşturan komplikasyonları arasındadır (9, 16, 21, 22).

Video Yardımlı Torakoskopi (Video Asisted Thoracoscopy / VATS) son yıllarda popüler olup özellikle fibrinolitik ajanlar ile kullanılması ile tüp torakostominin yerini almıştır (4). Ancak torakoskopik debridman, anestezi altında yapılan cerrahi bir işlemdir ve işlem sonrası genellikle kan replasmanı gereksinimi olması ve pahalı olması dezavantajdır (4, 16). Bronkoplevral fistül gibi ciddi komplikasyonları da mevcuttur (21). Bu nedenlerle fibrinolitik ajanların tüp ile uygulanması VATS’ın ise açık torakotomiye alternatif olarak düşünülmesi gerektiğini öneren yayınlar da mevcuttur (9). Açık torakotomi ise, diğer tüm yöntemlerin yetersiz kaldığı organizasyon devresindeki olgularda uygulanabilir. VATS’ın yaygınlaşması ile kozmetik nedenler, yüksek fiyat, hastane yatış süresinin uzaması gibi nedenlerle açık cerrahi artık nadiren uygulanmaktadır (4, 16).

Bu sınırlı seride birden fazla cerrahın çalıştığı bir kamu hastanesinde, tek bir cerrahın kapalı toraks drenajı ile takip ettiği post pnömonik ampiyemlerin teşhis, tedavi yaklaşımı sonuçları ile sunulmuştur. Bu nedenle istatistik olarak anlamlı olmasa da vaka sayıları literatür ile uyumlu olarak yıllar içinde aşı programlarının uygulanması, toplumun genel refah düzeyinin artması, sağlık birimlerine daha fazla ulaşılabilirlik nedenleri ile yıllar içinde azalmış olmakla beraber 1999 ve 2002 yıllarında iki kez toplumsal kaynaklı pnömonilerin artmasına paralel olarak artış göstermiştir.

Sonuç olarak, çocukluk çağında pnömoniye bağlı gelişen ampiyemlerin tedavisinde klasik teşhis ve tedavi yöntemleri; sistemik antibiyotikler, kapalı interkostal göğüs tüpü drenajı ve göğüs fizyoterapisi halen etkin temel tedavidir. Uygulanan cerrahi ve anesteziye ait riskler, komplikasyon ve fiyat açısından değerlendirildiğinde; fibrinolitik tedavi ve açık torakotomi veya VATS ile yapılan debridman, dekortikasyon gibi girişimlerinin ampiyemde öncelikli tedavi yöntemleri olmadığı görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kosloske AM. *Infections of the Lungs, Pleura and mediastinum*. In Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA and Rowe MI, editors. *Pediatric Surgery, 4 th ed*. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1986; pp 657-673.
2. Grewal H, Smith SD. *Lung infections: Lung Biopsy, Lung abscess, Bronchiectasis and Empyema*. In Ziegler MM, Azizkhan RG, JG, and Weber TR : *Operative Pediatric Surgery*. McGraw-Hill, 2003; pp 455–463.
3. Celayir AC, İnalhan M, Etker Ş, İnan S. *Çocuklarda infeksiyona sekonder plevral effüzyonlara yaklaşım: 6 yıllık deneyim*. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 2000; 31(4): 191-195
4. Dorman RM, Vali K, Rothstein DH. *Trends in treatment of infectious parapneumonic effusions in U.S. children's hospitals, 2004–2014*. *J of Pediatric Surgery* 2016; (51):885–890.
5. Mahon C, Walker W, Drage A, Best E. *Incidence, aetiology and outcome of pleural empyema and parapneumonic effusion from 1998 to 2012 in a population of New Zealand children*. *J Paediatr Child Health* 2016; 52(6): 662-668.
6. Proesmans M, Gijssens B, Van de Wijdeven P, De Caluwe H, Verhaegen J, Lagrou K et al. *Clinical outcome of parapneumonic empyema in children treated according to a standardized medical treatment*. *Eur J Pediatr* 2014; 173:1339-45.
7. Zampoli M, Zar HJ. *Empyema and parapneumonic effusions in children: an update*, *South African Journal of Child Health* 2007; 1(3): 121-128.
8. Johnson B, Rylander M, Beres AL. *Do X-rays after chest tube removal change patient management?*, *J Pediatr Surg* 2017; doi:10.1016/j.jpedsurg.2017.01.047.
9. Zampoli M, Chaya S, Zar HJ. *Empyema in Children: Update of Aetiology, Diagnosis and Management Approaches*, *Curr Pulmonol Rep* 2017; 6:16-25.
10. Telander RL, Moir CR. *Acquired lesions of the lung and pleura*. In Ashcraft KW, Holder TM *Pediatric Surgery*. W.B. Saunders Company 1993; pp 188-203.
11. Miu T-Y. *An overview of childhood empyema*, *Journal of Paediatric Respiratory and Critical Care* 2007; 3(2): 9-14.
12. Tsujimoto N, Saraya T, Light RW, Tsukahara Y, Koide T, Kurai D, et al. *A Simple Method for Differentiating Complicated Parapneumonic Effusion/Empyema from Parapneumonic Effusion Using the Split Pleura Sign and the Amount of Pleural Effusion on Thoracic CT*. *PLoS One* 2015;10(6): 1-12.
13. Light RW. *Parapneumonic effusions and empyema*. *Clin Chest Med* 1985;6(1): 55-62.
14. Quinn T, Alam N, Aminazad A, Marshall MB, Choong CKC. *Decision making and algorithm for the management of pleural effusions*. *Thorac Surg Clin* 2013; 23: 11-16.
15. Celayir A, Sümer B, Özgüver AA, Gültekin E, İnalhan M, İnan S. *Ampiyem sonrası bir plevral kalınlaşma olgusu: cerrahi gerekli mi?* *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 1997; 29(3-4): 218-221.
16. Divarçı E, Özcan C. *Torasik ampiyeme minimal invazif yaklaşım*. *Çocuk Cerrahisi Dergisi* 2016; 30(3): 236-241.
17. Kleinerman RA. *Cancer risks following diagnostic and therapeutic radiation exposure in children*. *Pediatr Radiol* 2006; 36(2): 121–125.
18. Raffensperger JG. *Diseases of the pleura*. In: Swenson's *Pediatric Surgery* 5th ed. Appleton & Lange; 1990; 84:737-741.
19. Numanoğlu İ. *Akciğerler*, In: *Çocuk Cerrahisi*, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları 1983; pp 991-1025.
20. James CA, Braswell LE, Pezeshkmehr AH, Roberson PK, Parks JA, Moore MB. *Stratifying fibrinolytic dosing in pediatric parapneumonic effusion based on ultrasound grade correlation*. *Pediatric Radiology* 2017; 47:89-95.
21. Marhuenda C, Barceló C, Fuentes I, Guillén G, Cano I, López M et al. *Urokinase versus VATS for treatment of empyema: a randomized multicenter clinical trial*. *Pediatrics* 2014; 134(5):1301-1307.
22. Cha LM-J, Choi S, Kim T, Yoon SW. *Intrapleural urokinase therapy in a neonate with pleural empyema*. *Pediatrics International* 2016; 58:616–619.

Çalışan Türk Kadınlarında Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Distrofik Bozukluk Prevalansı ve İş Performansına Etkisi

The Prevalence and Impact of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder on Work Performance in Turkish Employee Women

Elif MEŞECİ¹

1. Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

ÖZET

Amaç: Çalışan Türk kadınlarında premenstruel sendrom (PMS) ve premenstruel distrofik bozukluğun (PMDB) prevalansı ve iş performansı üzerindeki olumsuz etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntemler: Bu çapraz kesitsel çalışmada, Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'ne 2013-2015 tarihleri arasında başvuran, PMS/PMDB tanısı alan 232 çalışan kadına premenstrel semptom ve etkilerini değerlendiren bir anket uygulanmıştır.

Bulgular: Herbir premenstrel semptomun sıklığı yüksek idi. Orta-ağır PMS ve PMDB prevalansı sırasıyla 8.6% ve 2.9% idi. Çalışan kadınların %44.3'ü iş performansının etkilenmesinden şikayetçi idi. 'Yönetici konumunda çalışmak' (OR8.63,95% GA:1.22-120.0), 'konsantrasyon güçlüğü' (OR3.15,95% GA:1.05-10.6), 'bütünlük-enerji yokluğu' (OR5.92,95% GA: 1.32-34.5) çalışma performansını olumsuz yönde arttıran risk faktörleri idi.

Sonuç: Bu çalışma premenstrel semptomların sadece günlük aktiviteleri değil aynı zamanda iş performansını da çalışan kadınlarda olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: PMS; PMDD; çalışan kadınlar; iş performansı

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and impact of premenstrual syndrome (PMS) and premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in Turkish employee women, with a focus on their disruption of work performance.

Material and Methods: In this cross-sectional study, Premenstrual Symptoms Questionnaire (PSQ) results of the 232 working women who applied to Acıbadem Kozyatağı Hospital Gynecology Clinic between 2013-2015 with the diagnosis of PMS/PMDD were analyzed.

Results: The prevalence of each premenstrual symptom was high. The prevalence of moderate to severe PMS and PMDD was 8.6% and 2.9%, respectively. The 44.3% of working women was found to suffer from reduced work performance. 'Working as a director' (OR8.63,95%CI:1.22-120.0), 'difficulty concentrating' (OR3.15,95%CI:1.05-10.6), and 'fatigue or lack of energy' (OR5.92,95%CI:1.32-34.5) increased the risk of poor work performance.

Conclusion: This study showed that premenstrual symptoms affect not only the daily activities but also the work performance of employee women.

Keywords: PMS; PMDD; working women; work performance

İletişim Bilgileri

Sorumlu Yazar: Elif MEŞECİ

Yazışma Adresi: Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Kadın Hast. ve Doğum Kliniği, İnönü Cd. Okur S. No:20 Kozyatağı, İstanbul

E-posta: elfmsc@yahoo.com

Tel: +90 (216) 571 43 30 **Fax:** +90 (216) 571 40 00

Makale Geliş Tarihi: 16.11.2016

Makale Kabul Tarihi: 31.03.2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktipb.262628>

GİRİŞ

Premenstürel sendrom (PMS) menstürel siklusun luteal fazına özgü, siklik olarak tekrarlayan ve mensturasyondan kısa bir süre sonra kaybolan duyu durumu, davranış ve çeşitli fiziksel belirtilerden oluşan semptomlar topluluğudur [1, 2]. Epidemiyolojik çalışmalar kadınların yaklaşık %75 - %80'inde premenstürel semptomların görüldüğünü, %3 - 8'inin PMS'nin en ağır formu olan premenstürel distrofik bozukluk (PMDB) tanısını aldığını göstermektedir [3-6]. PMS/PMDB etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte siklik overiyen aktivite, estradiol ve progesteronun serotonin, gamma-aminobütirik asid (GABA) gibi nörotansmitterleri etkilemesi en olası hipotezlerdir [7].

PMS/PMDB'li kadınlar luteal fazda olumsuz duyu durumu değişimleri yaşamalarının yanı sıra konsantrasyon, hafıza, motor koordinasyon gibi kognitif yeteneklerinde de ciddi kayıplar yaşamaktadır ve bu dönemde üretkenlikleri, yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenebilir [8, 9]. Çalışmalar PMS/PMDB'li kadınların kendilerini toplumdan soyutlama oranının bu dönemde yüksek olduğunu; çalışma performansı, okul-ev aktiviteleri, aile ilişkileri ve sosyal aktivitelerin premenstürel fazda önemli ölçüde bozulduğunu göstermektedir [10, 11]. Bu durum, sadece bireysel olarak kadınları değil aynı zamanda aile ve iş hayatını da etkilediği için sosyal bir sorun olarak tüm toplumu ve hatta ekonomiyi etkilemektedir.

Premenstürel fazda kadınların yaşam kalitesinin azaldığı ile ilgili pek çok çalışma olmasına rağmen [12, 13] özellikle çalışan Türk kadınlarında iş performansının nasıl değiştiği konusunda bilginiz kısıtlıdır. Biz bu çalışmamızda PMS/PMDB'nin çalışan Türk kadınlarıdaki prevalansını ve iş performansı üzerindeki etkisini araştırmaya amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çapraz kesitsel çalışma, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı ile Helsinki kriterlerine uygun olarak 2013-2015 tarihleri arasında Acıbadem Kozyatağı Hastanesi'nde yapıldı. Jinekoloji polikliniğinde DSM-IV-TR kriterlerine göre PMS/PMDB tanısı alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 232 Türk kadını araştırmaya dahil edildi [5]. Çalışma örneklemini 25-45 yaş arası; düzenli menstürel siklusları olan; oral kontraseptif, anti depresan, vitamin ya da bitkisel ilaç gibi herhangi bir tedavi kullanmayan iş kadınlarından oluşturuldu. Düzensiz menstürel sikluslu olan, emziren, sis-

temik hastalığı olan ve tanısı konulmuş psikiyatrik bozukluğu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Premenstürel semptomları değerlendirmek için Premenstürel Semptomlar Anketi'ni (PSA) kullandık [14]. PSA, DSM-IV-TR kriterlerini semptomların şiddeti ölçüsünde değerlendirmeyi sağlayan bir ölçektir. Bu ankette son 3 ay içerisinde, mensten 1 hafta önce başlayan, mens bitimi sonrasında birkaç günde kaybolan semptomların varlığı sorgulanır. Depresif ruh hali; kaygı-gerginlik; ağlamak; kızgınlık-ahşınanlık; iş, ev ve sosyal aktivitelere ilginin azalması; konsantrasyon güçlüğü; yorgunluk-enerji yokluğu; aşırı yemek-yiyecek aşermesi; uykusuzluk-aşırı uyumak; kendini yenik hissetmek; meme hassasiyeti, şişkinlik, baş ağrısı, kas-eklem ağrısı, kilo artışı gibi fiziksel belirtiler ankette sorgulanan semptomlardır. Ayrıca bu semptomların 'iş verimi-üretkenlik, ev sorumlulukları, sosyal yaşam aktiviteleri, iş arkadaşları-aile ilişkileri' ile etkileşimi sorgulanır ve 'yok', 'hafif', 'orta', 'şiddetli' olmak üzere derecelendirilir. Çalışmamızda PMS'li çalışan kadınları 'PMDB', 'orta-şiddetli PMS', 'yok/hafif PMS' olarak üç gruba ayırdık. Ankete ek olarak bu semptomların 'işteki performans ve rekabeti' nasıl etkilediğini sorguladık. Bu soruyu da anketteki gibi 'yok', 'hafif', 'orta', 'şiddetli' olmak üzere derecelendirdik. Ayrıca hastaların yönetici konumunda çalışıp çalışmadığını, çay-kahve içme alışkanlıklarını, tuzlu ya da tatlı yiyeceklere aşermelerini ve dismenorenin şiddetini sorguladık. Anketler eğitimli tek bir hemşire tarafından hastayla yüz yüze görüşme yapılarak tamamlandı. İstatistiksel analizler JMP 10.0.2 (SAS, Cary,NC) kullanılarak gerçekleştirildi. Veriler ortalama \pm standard sapma olarak sunuldu ve $P < 0.05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Toplam 212 çalışan kadın anketi tamamlandı. Bunların 38'i ankette yetersiz bilgi olduğu için çalışmadan çıkarıldı. Böylece çalışmamızda yaşı 25-45 (ortalama 34.33 ± 8.43) arasında olan 174 iş kadınına ait verileri analiz ettik. Kadınların %81'i üniversite mezunu, %15'i lise mezunu, %2'si ortaokul-ilkokul mezunu, %2'si okur-yazar idi. Evli olanların oranı %78, boşanmış olanların oranı %12, bekâr olanların oranı ise %10 idi.

Çalışma örnekleminin karakteristikleri Tablo- 1'de sunulmuştur. Kadınların %66.7'i (n= 116) 'yönetici konumunda çalışmakta' idi, %82.8'i (n=144) premenstürel dönemde 'tatlı yiyeceklere aşermekte' idi.

Tablo 1: Çalışma örnekleminin karakteristikleri (N= 174)

Karakteristikler			
Çalışma şekli	n (%)		
Seyahat ederek çalışan	44(25.3)		
Home ofis çalışan	12(6.9)		
İşçi konumunda çalışan	20(11.5)		
Masabaşı çalışan	59(33.9)		
Vardiyalı işte çalışan	20(11.5)		
Diğer	19(10.9)		
Sıradan çalışan	81(46.6)		
Yönetici konumunda çalışan	116(66.7)		
Tuzlu yiyeceğe aşermek	96(55.2)		
Tatlı yiyeceğe aşermek	144(82.8)		
Çay-kahve tercihi	69(39.7)		
Dismenore	Yok	Hafif	Orta Şiddetli
	22(12.6)	62(35.6)	64(36.8) 26(14.9)

Tablo 2: Premenstrel semptomların prevalansı; iş, günlük aktivite ve ilişkiler ile etkileşiminin ölçütlenmesi (N= 174).

Semptomlar	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
Premenstrel semptomlar				
Depresif ruh hali, n(%)	81(46.6)	51(29.3)	37(21.3)	5(2.9)
Kaygı-gerginlik, n(%)	35(20.1)	64(36.8)	60(34.5)	15(8.6)
Ağlamak, n(%)	90(51.7)	45(25.9)	28(16.1)	11(6.3)
Kızgınlık-alınganlık, n(%)	46(26.4)	70(40.2)	44(25.3)	14(8.0)
İş,ev,sosyal aktivitelerine ilgi azalması,n(%)	91(52.3)	60(34.5)	18(10.3)	5(2.9)
Konsantrasyon güçlüğü, n(%)	69(39.7)	70(40.2)	32(18.4)	3(1.7)
Yorgunluk- enerji yokluğu, n(%)	49(28.2)	75(43.1)	39(22.4)	11(6.3)
Aşırı yemek- yiyecek aşermesi, n(%)	48(27.6)	59(33.9)	46(26.4)	21(12.1)
Uykusuzluk-aşırı uyumak, n(%)	79(45.4)	52(29.9)	30(17.2)	13(7.5)
Kendini yenik hissetmek, n(%)	119(68.4)	36(20.7)	10(5.7)	9(5.2)
Fiziksel semptomlar, n(%)	50(28.7)	67(38.5)	44(25.3)	13(7.5)
İş,günlük aktivite, ilişkiler ile etkileşim				
İş verimi-üretkenlik,ev sorumluluğu, n(%)	90(51.7)	60(34.5)	22(12.6)	2(1.1)
Sosyal aktiviteler, n(%)	141(81.0)	22(12.6)	7(4.0)	4(2.3)
İş arkadaşı-aile ilişkileri, n(%)	124(71.3)	40(23.0)	8(4.6)	2(1.1)

Tablo 3: Premenstürel semptomlar nedeniyle azalmış iş performansına neden olan risk faktörlerinin multivaryant analizi.

Risk Faktörleri	OO(%95 GA)
Genel-Yaşam Tarzı Risk Faktörleri	
Yaş	0.86(0.12-5.96)
Yönetici konumunda çalışmak	8.63*(1.22-120.0)
Tatlı yiyeceğe aşermek	5.38(0.03-4325.2)
Tuzlu yiyeceğe aşermek	0.96(0.20-4.79)
Çay-kahve tercihi	1.45(0.24-9.62)
Dismenore	0.98(0.06-14.0)
Premenstürel Semptomlar	
Depresif duygudurum	1.81(0.52-6.11)
Kaygı-gerginlik	0.80(0.19-2.82)
Ağlamak	0.55(0.14-1.90)
Ev, iş, sosyal aktivitelere ilgi azalması	1.46(0.56-3.96)
Konsantrasyon güçlüğü	3.15*(1.05-10.6)
Yorgunluk-enerji yokluğu	5.92*(1.32-34.5)
Aşırı yemek- yiyecek aşermesi	0.60(0.24-1.38)
Uykusuzluk-aşırı uyumak	0.84(0.31-2.20)
Kendini yenik hissetmek	0.87(0.18-3.38)
Fiziksel semptomlar	0.53(0.18-1.37)
İş, günlük aktivite, ilişkilerin etkilenmesi	
İş üretkenliği-verimlilik, ev sorumluluğu	0.71(0.23-2.21)
Sosyal aktiviteler	1.72(0.54-5.94)
Aile, iş arkadaşları ile ilişkinin etkilenmesi	2.57(0.76-9.53)

OO: Olasılık oranı , %95 GA: %95 Güvenirlik aralığı. * p< 0.05

Tablo-2 her bir premenstürel semptomun prevalansını göstermektedir. Kadınların yarısından fazlası 'depresif ruh hali'(%53.4), 'kaygı-gerginlik'(%79.9), 'kızgınlık-alınganlık'(%73.6), 'konsantrasyon güçlüğü'(%60.3), 'yorgunluk-enerji yokluğu'(%71.8), 'aşırı yemek-yiyecek aşermesi'(%72.4), 'uykusuzluk-aşırı uyumak'(%54.6), 'fiziksel semptomlar'(%71.3) yaşadığını ifade etti. Premenstürel semptomların çalışan kadınlarda 'iş verimi-üretkenlik, ev sorumluluklarını'%48.3, 'sosyal yaşam aktivitelerini'%19.0, 'iş arkadaşları-aile ilişkilerini'%28.7, 'iş performansını'%44.3 oranında olumsuz yönde etkilediğini gözlemledik. 'Kaygı-gerginlik', 'kızgınlık-alınganlık', 'iş-ev-sosyal aktivitelere ilgi azalması', 'aşırı yemek- yiyecek aşermesi' ve 'fiziksel semptomlar' PMS'li çalışan kadınlarda en bariz olan semptomlar idi.

'PMDB' grubunda 5 iş kadını (%2.9), 'orta-şiddetli PMS' grubunda 15 iş kadını (%8.6), 'yok-hafif PMS' 154 iş kadını (%88.5) mevcut idi. Çalışan kadınlar iş performansının olumsuz etkilenmesinden %44.3 oranında şikayetçi idi. Azalmış iş performansı ile ilişkili faktörlerin multivaryant analiz sonuçları Tablo- 3'de gösterilmiştir. 'Yönetici konumunda çalışmak', 'konsantrasyon güçlüğü', 'yorgunluk-enerji yokluğu' iş gücünü olumsuz yönde etkileyen başlıca risk faktörleri idi.

TARTIŞMA

Kadınlarda ovarian hormonal aktivitedeki değişimler, artmış psikolojik-bilinçsel duyarlılık, premenstürel dönemde artan eksternal stres faktörleri nöro-endokrin sistemin işleyişini olumsuz etkilemekte ve PMS/PMDB'i indüklemektedir [19]. Özellikle yoğun çalışma temposu olan, rekabet ortamında çalışan iş kadınları PMS/PMDB'den en çok etkilenen popülasyonu oluşturmaktadır. Günümüzde kadınların iş hayatındaki sayı ve etkinliğinin her geçen gün arttığını düşünecek olursak PMS/PMDB önemli bir toplumsal sorun haline gelmektedir. Çünkü kadınlar toplumda geleneksel anne, ev kadını, eş rollerinin yanı sıra iş kadınlığı rolünü de üstlenerek ciddi bir iş gücü katılımı sağlamakta ve sosyo-ekonomik hayatın temel taşını oluşturmaktadır.

Pekçok çalışma PMS'li kadınlarda işe gitmemek, üretkenlik azalması, iş kalitesinin düşmesi, kişisel ilişkiler ve sosyal aktivitelerde zorlanma gibi sorunların yaşandığını göstermektedir [15, 16]. Ciddi PMS/PMDB'li kadınları PMS olmayan/hafif PMS'li kadınlar ile kıyaslayan Borenstein J.E.'nin çalışmasında, ciddi PMS/PMDB'li grupta sağlık sorunları nedeniyle işe gitmemek, bir sağlık kuruluşuna başvurmak-sağlık harcaması yapmak, işgücü kaybı ve sosyal hayatın olumsuz etkilenmesi oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir [17]. PMDB'nin ekonomik maliyetini araştıran, 1194 hastayı içeren prospektif bir başka çalışmada ise premenstürel fazda görülen üretkenlik azalmasının en bariz işgücü kaybı olduğu gözlemlenmiştir [18]. Biz çalışmamızda çalışan Türk kadınlarında premenstürel semptom prevalansının oldukça yüksek olduğunu; iş, sosyal aktivite, kişisel ilişkilerin stresle orantılı olarak olumsuz yönde etkilendiğini gözlemledik. 'Kaygı-gerginlik' [%79.9], 'kızgınlık-alınganlık' [%73.6], 'aşırı yemek-yiyecek aşermesi' [%72.4] en sık görülen semptomlar idi. Kadınlar özellikle kaygı ve yemek bozukluğunun menstürel siklus ile abartılı olarak değiştiğini ifade ettiler. Multivaryant analizi 'konsantrasyon güçlüğü', 'yorgunluk-enerji yokluğu' gibi premenstürel semptomların işgücünü etkileyen en belirgin risk

faktörleri olduğunu gösterdi. Genel ve yaşam tarzı faktörleri arasında ise 'yönetici konumunda çalışmak' en önemli risk faktörü idi. Yönetici konumunda olan kadınlar, kendilerinden daha yüksek 'iş verimi-üretkenlik' beklentisi olduğu için sıradan çalışana kıyasla daha stresli çalıştıklarını ve bunun iş performansını olumsuz etkilediğini ifade ettiler. Bu nedenle özellikle 'yönetici konumunda çalışan kadınlar 'PMS/PMDB'den işgücü kaybı açısından en çok etkilenen grubu oluşturmakta idi. Ayrıca çalışmamızda dismenore ve PMS/PMDB arasında herhangi bir ilişki saptamadık.

Çalışmamızın kısıtlı yönü, örnek kitlemiz yaş dağılımı, diğer sosyo-dermografik veriler açısından homogen bir grup olduğundan farklı gruplara ve çalışmayan kadınlara ait verilere ulaşamadı. Böylece olası farklılıkların bilgi üzerine olan etkisi değerlendirilemedi. Ayrıca veriler kişisel cevaplamaya dayandığından subjektiftir ve çalışmayı tartışmaya açık hale getirmektedir.

Araştırmamızda saptanan veriler ışığında, çalışan kadınların neredeyse yarısının premenstrüel semptomlardan olumsuz etkilendiğini düşünecek olursak kadınların işgücü katılımını arttırmak ve bu katılımın kalitesini yükseltmek, ülkemizin kalkınma çabaları bakımından şüphesiz büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle PMS/PMDB'nin toplumda farkındalığını arttırmak, işgücü kaybını azaltmak ve iş performansını arttırmaya yönelik tedbirler almak başlıca hedeflerimiz olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28(3):25-37.
2. Halbreich U. The diagnosis of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorder—clinical procedures and research perspectives. *Gynecol Endocrinol* 2004;19:320-34.
3. Hylan TR, Sundell K, Judge R. The impact of premenstrual symptomatology on functioning and treatment-seeking behavior: experience from the United States, United Kingdom, and France. *J Womens Health Gend Based Med* 1999;8:1052.
4. Johnson SR, McChesney C, Bean JA. Epidemiology of premenstrual symptoms in a nonclinical sample. I. Prevalence, natural history and help-seeking behavior. *J Reprod Med* 1988;33:340-6.

5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 2000. p. 771-4.
6. Yang M, Wallenstein G, Hagan M, Guo A, Chang J, Kornstein S. Burden of premenstrual dysphoric disorder on health-related quality of life. *J Womens Health (Larchmt)* 2008;17:113-21.
7. Panay N. Management of premenstrual syndrome. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2009Jul;35(3):187-94.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Department of Health and Human Services, Washington, DC, U.S.* 1994.
9. Diener D, Greenstein FL, Turnbough PD. Cyclical variation in digit-span and visual-search performance in women differing in the severity of their premenstrual symptoms. *Percept Mot. Skills* 1992;74: 67-76.
10. Borenstein J, Chiou CF, Dean B, Wong J, Wade S. Estimating direct and indirect costs of premenstrual syndrome. *J Occup Environ Med* 2005;47:26-33.
11. Dean BB, Borenstein JE. A prospective assessment investigating the relationship between work productivity and impairment with premenstrual syndrome. *J Occup Environ Med* 2004;46:649-56.
12. Gonda X, Telek T, Juhász G, Lazary J, Vargha A, Bagdy G. Patterns of mood changes throughout the reproductive cycle in healthy women without premenstrual dysphoric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2008;32:1782-88.
13. Reed SC, Levin FR, Evans SM. Changes in mood, cognitive performance and appetite in the late luteal and follicular phases of the menstrual cycle in women with and without PMDD (premenstrual dysphoric disorder). *Hormones and Behavior* 2008;54:85-193.
14. Takeda T, Tasaka K, Sakata M, Murata Y. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dystrophic disorder. *Arch Womens Ment Health* 2006;9:209.
15. Borenstein J, Chiou CF, Dean B, Wong J, Wade S. Estimating direct and indirect costs of premenstrual syndrome. *J Occup Environ Med* 2005;47:26-33.
16. Dean BB, Borenstein JE. A prospective assessment investigating the relationship between work productivity and impairment with premenstrual syndrome. *J Occup Environ Med* 2004;46:649-56.
17. Borenstein J E, Dean BB, Leifke E, Korner P, Yonkers K A. Differences in symptom scores and health outcomes in premenstrual syndrome. *Journal of Women's Health* 2007;16: 1139-44.
18. Chawla A, Swindle R, Long S, Kennedy S, Sternfeld B. Premenstrual dysphoric disorder is there an economic burden of illness. *Medical Care* 2002;40: 1101-12.
19. Nillni YI, Toufexis DJ, Rohan KJ. Anxiety sensitivity, the menstrual cycle, and panic disorder: A putative neuroendocrine and psychological interaction. *Clin Psychol Rev* 2011Nov;31(7):1183-91.

Determination of Placenta-Myometrium Relationship in Caesarian Sections

Sezaryenlerde Plasentanın Myometrium ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Busra Demir CENDEK ¹, Filiz Ayse AVSAR ¹, Ozlem SARICI ¹, Aylin Kılıç YAZGAN ¹
Ali IPEK ², Evrim BOSTANCI ³

1. Atatürk Training and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara, Türkiye

2. Atatürk Training and Research Hospital, Department of Radiology, Ankara, Türkiye

3. Zeynep Kamil Maternity and Children's Training and Research Hospital, Istanbul, Türkiye

Placental attachment abnormalities is an important obstetric problem. Previous Caesarean scars are important risk factors for this pathology. We want to investigate PAA abnormalities preoperatively using gray scale and Doppler ultrasonography

ABSTRACT

Objective: The relative prevalence of placental attachment abnormalities (PAA) has been increased lately. They may cause severe complications in respect to their types, and determining presence and the type of the invasion before delivery is important for the obstetrician. The objective of this prospective, cross – sectional and descriptive study was to investigate PAA preoperatively using gray scale and Doppler ultrasonography (USG) in patients who had a Caesarian section (C/S) at least once before and scheduled for C/S again, and to compare the results with histopathological diagnosis.

Material and Methods: A total of 104 pregnant women who admitted to Yıldırım Beyazıt University Medical Faculty, Atatürk Education and Research Hospital Obstetrics and Gynecology Department between January and July 2013, and scheduled for C/S were included in the study. All of the included patients had had C/S before, at least once. Gray scale and Doppler USG was performed in all patients to determine PAA, and the findings were compared with the histopathologic results of placental bed biopsy obtained during C/S.

Results: The indications for C/S were previous C/S once in 74%, previous C/S twice in 25.5%, and previous C/S more than twice in 1% of the patients. None of the patients had any suspicion for PAA intraoperatively, postoperative complications, or PAA in the histopathological diagnosis. There were no findings on Doppler USG in 77.9% of the patients, 20.2% of them had increased vascularity alone, 1.0% had increased vascularity and lacunar flow, and 1.0% had lacunar flow alone in the subplacental region. There were no findings on gray scale USG in 90.4% of the patients. There were placental lacunae and obliteration of the retroplacental clear zone in 2.0% of the patients, and the thinnest myometrial wall was <1 mm in the placental region in 7.6% of them.

Conclusion: Absence of PAA in our series may be due to factors such as our surgical technique, and individual wound healing processes. The mechanisms causing abnormal placentation are not still clear.

Keywords: pregnancy; caesarian; placental attachment abnormalities; prenatal diagnosis

ÖZET

Amaç: Günümüzde görülme sıklığı rölatif olarak artmış olan plasental yapışma anomalileri (PYA) tiplerine göre ciddi komplikasyonlara yol açmakta, doğum öncesi invazyon varlığının belirlenmesi ve tipinin açıklanması doğumu gerçekleştirecek hekim açısından büyük önem taşımaktadır. Bu prospektif, kesitsel ve tanımlayıcı çalışmanın amacı, en az bir kez sezaryen (C/S) olmuş ve tekrar C/S planlanan hastalarda preoperatif gri skala ve doppler USG ile PYA açısından değerlendirip histopatolojik tanı ile karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Bu amaçla Ocak 2013-Temmuz 2013 tarihleri arasında, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümüne başvuran, daha öncesinde en az bir kez C/S olan ve bu gebeliğinde de C/S planlanan toplam 104 olgu çalışma kapsamına alınmıştır. Bu gebelere preoperatif PYA'nın belirlenmesi amacıyla gri skala ve doppler USG yapılıp, intraoperatif plasental yatak biyopsisi alınarak histopatolojik inceleme ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular: C/S endikasyonlarının %74'ü bir kez C/S, %25,5'i iki kez C/S ve %1'i ikiden fazla C/S'dir. Hastaların hiçbirinde intraoperatif PYA şüphesi, postoperatif komplikasyon ve patoloji sonucunda da PYA rastlanmamıştır. %77,9 hastada doppler USG normal çıkmıştır. %20,2'sinde yalnızca subplasental alanda vaskülarite artışı, %1,0'inde subplasental alanda vaskülarite artışı ve laküner akım varlığı, %1,0'inde yalnızca laküner akım varlığı görülmüştür. Gri skala USG'de %90,4 hastada herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. %2,0'sinde plasental lakün ve retroplasental berrak alan obliterasyonu, %7,6'sında plasental alandaki en ince miyometriyal kalınlığın <1 mm olduğu görülmüştür.

Sonuç: Bizim çalışmamızda PYA görülmemesinin nedeni yapılan cerrahi tekniğe, bireysel yara iyileşmesi gibi faktörlere bağlanabilir. Anormal plasentasyona neden olan mekanizmalar hâlâ net değildir.

Anahtar Kelimeler: sezaryen, plasental yapışma anomalileri

Contact:

Corresponding Author: Evrim BOSTANCI

Address: Zeynep Kamil Maternity and Children's Training and Research Hospital, Istanbul, Türkiye

Tel: +90 (216) 391 06 80

E-mail: evrimbostanc6666@gmail.com

Submitted: 25.10.2016

Accepted: 13.04.2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktipb.257642>

INTRODUCTION

PAA is an important obstetric problem that can be life-threatening for both mother and fetus. Previous Caesarean scars are important risk factors for this pathology.

Abnormal placental implantation is classified as accreta, increta and percreta. Placenta accreta is the mildest of three decidual penetration forms of the chorionic villi. Placenta increta is invasion of myometrium by chorionic villi. Placenta percreta is the most severe implantation abnormality in which myometrium, uterine serosa, and frequently neighboring organs are invaded (1).

The incidence of placental invasion is between 1/500 and 1/2500, and was increased in last few decades due to increased prevalence of C/S (2). Despite well known risk factors, its etiology is not yet clear (3).

Peripartum complications increase in patients with abnormal placental adhesion to myometrium. Life threatening hemorrhage can be seen in these patients. Blood transfusions and hysterectomy may be needed. In addition, if other visceral structures of the pelvis are involved, a more complex surgical approach may be required. Early diagnosis of PAA helps surgeon for preoperative planning and consultations (4).

Although USG is the main diagnostic tool in the diagnosis of PAA, use of magnetic resonance imaging (MRI) has increased lately. MRI is usually ordered in patients with a high clinical suspicion of PAA, when USG is not sufficient for the diagnosis. Although histopathological diagnosis has been regarded as the gold standard in most of the studies, in clinical point of view, it is known that placenta accreta - increta and percreta can stand altogether in one patient, and this may cause discrepancies between clinical / surgical picture and histopathological diagnosis (for example when biopsy is performed in the region of superficial invasion) (5).

In this study, we investigated the localization of placenta and its relation with myometrium with Doppler – gray scale TA USG, and compared USG findings with the histopathological diagnoses.

MATERIAL AND METHOD

A total of 104 pregnant women who admitted to Yıldırım Beyazıt University Medical Faculty, Atatürk Education and Research Hospital Obstetrics and Gynecology Department between January and July 2013, and scheduled for C/S were included in the study. All of the included patients had had C/S before, at least once. Radiology Department performed preoperative gray scale and Doppler USG in all patients for presence of PAA, and intraoperative placental bed biopsies were performed to compare USG findings and histopathological diagnoses. This study is planned as a prospective, cross – sectional and descriptive study. Obtaining and evaluation of

placental bed biopsies: After removal of the placenta and membranes during Caesarian section, a 1-1.5 cm³ biopsy material was obtained with scissors or scalpel under direct vision or by palpation from the area where the placenta and the membranes were detached the very last. No complications developed during these procedures. Placental bed biopsies were fixed in 10% formalin for 24 hours, and then embedded in paraffin. The 5-micron-thick sections obtained from paraffin blocks were stained with hematoxylin and eosin, and examined under the light microscope for placental attachment abnormalities.

The name, protocol number, age, gestational week, height (cm), weight (kg), body mass index (BMI), the number of pregnancies, parity, the number of living children, smoking status, previous surgery except for C/S and curettage, intrauterine deaths, abortus, ectopic pregnancy, history of curettage or molar pregnancy, antenatal follow up, early membrane rupture (EMR), modes of previous deliveries and indications for C/S, localization of placenta, presence of intraoperative PAA, postoperative complications, gray scale and Doppler USG findings, and the histopathological results of all included patients were noted.

Gray scale and color / power Doppler imaging was performed with Aplio 500 USG device, using a 3.5 MHz convex probe. First, placental localization was examined with gray scale examination, and the thinnest myometrial wall was measured at the placental region. Later, color Doppler imaging was used to search for lacunae, increased retroplacental vascularity, and presence of PAA. USG findings were compared with histopathological diagnoses. Statistical analysis: The data were analyzed with SPSS 15.0 statistical package program. Descriptive statistics were given as frequency, mean, median, and percent distribution, and the means were presented as mean \pm standard deviation (SD).

RESULTS

The ages of the patients included in study ranged between 20 and 39 years, with a mean of 29.1 ± 4.4 years. Their mean gestational age was 37.8 ± 0.8 weeks (range 35.1-39.6 weeks), and mean BMI was 29.9 ± 4.2 . The mean number of pregnancies was 2.8 ± 1.1 with a median of 3, the mean number of living children was 1.3 ± 0.6 with a median of 1, and the mean parity was 1.4 ± 0.6 with a median of 1. Among the patients included in the study, 14.4% smoked, 1% had history of dilatation and curettage (D/C) and uterine myomectomy (except C/S). Their history revealed intrauterine death in 4.8%, abortus in 23.1%, ectopic pregnancy in 1.0%, curettage once in 6.7%, curettage twice in 1.0%, and molar pregnancy in 1.9%. On antenatal follow up, diabetes mellitus (DM) was determined in 6.7%, and hypertension (HT) in 1.0% of the patients. Early membrane rupture (EMR) was seen in only 1.9% of the patients.

The delivery characteristics and placental localizations of the patients are given in Table 1.

Table 1: The delivery characteristics of the patients included in the study.

	Number (n)	Percent (%)
Indication for delivery	Total: 104	
C/S once	77	74.0
C/S twice	26	25.0
C/S three times	1	1.0
Placental localization	Total: 104	
Anterior	36	34.6
Posterior	23	22.1
Right side	13	12.5
Left side	10	9.6
Fundus	22	21.2

C/S: Caesarian section.

Table 2: The intraoperative and postoperative follow up data, USG findings and histopathological diagnoses of the patients.

	Number (n)	Percent (%)
Intraoperative PAA		
Absent	104	100
Present	-	-
Postoperative complications		
Absent	104	100
Present	-	-
Doppler USG		
No findings	81	77.9
Increased vascularity in subplacental zone	21	20.2
Increased vascularity in subplacental zone, and presence of lacunar flow	1	1.0
Presence of lacunar flow	1	1.0
Gray scale USG		
No findings	94	90.4
Placental lacunae and obliteration of the retroplacental clear zone	2	2.0
The thinnest myometrial wall as < 1 mm in the placental region	8	7.6
Histopathological diagnosis		
No PAA	104	100
PAA positive	-	-

PAA: Placental attachment abnormality, USG: Ultrasonography.

The mode of first delivery was C/S in 90.4% of the patients. The indications for C/S were previous C/S once in 74%, previous C/S twice in 25.5%, and previous C/S more than twice in 1% of the patients. Analysis of the placental localizations showed that 34.6% were localized at anterior, 22.1% were localized at posterior, 12.5% were localized at the right side, 9.6% were localized at the left side, and 21.2% were localized at the fundus of the uterus.

The intraoperative and postoperative follow up data, USG findings and histopathological diagnoses of the patients are shown in Table 2.

None of the patients showed intraoperative or postoperative histopathological PAA. The patients included in this study were analyzed for following 6 parameters by Doppler USG:

1. Increased vascularity in subplacental zone,
2. Presence of lacunar flow,
3. Bridging vessels from placenta to uterus, including serosa,
4. Hypervascularity at bladder - uterus serosal surface,
5. Vessels emanating from placenta towards bladder,
6. Crossing vessels at the surface of placental tissue.

There were no findings on Doppler USG in 77.9% of the patients, 20.2% of them had increased vascularity alone, 1.0% had increased vascularity and lacunar flow, and 1.0% had lacunar flow alone in the subplacental zone.

The patients included in this study were analyzed for following 6 parameters by gray scale USG:

1. Placental lacunae,
2. Obliteration of the retroplacental clear zone,
3. Disturbance of the relation between uterus surface and bladder's posterior wall,
4. Determination of the thinnest myometrial wall as < 1 mm beneath the placenta,
5. Echogenic focal exophytic masses in the placenta along uterine serosa,
6. Disturbances on the placental surface (irregularities and myometrial invasion).

There were no findings on gray scale USG in 90.4% of the patients. There were placental lacunae and obliteration of the retroplacental clear zone in 2.0%, and the thinnest myometrial wall was < 1 mm in the placental region in 7.6% of the patients.

Other investigated parameters were not seen in any of the patients.

Since PAA was not found in any of the patients included in the study, its relation with other parameters could not be analyzed statistically [age, gestational week, height (cm), weight (kg), BMI, the number of pregnancies, parity, the number of living children, smoking status, previous surgery except for C/S and curettage, intrauterine deaths, abortus, ectopic pregnancy, history of curettage or molar pregnancy, antenatal follow up, EMR, modes of previous deliveries and indications for C/S, localization of placenta, presence of intraoperative PAA, postoperative complications, gray scale and Doppler USG findings].

DISCUSSION

PAA is a current histopathological diagnosis, and it was first described in the 20th century. Many pathological lesions we know today were not known by pathologists and anatomists in the 18th and 19th centuries. The reports indicate that PAA was not seen or rarely seen until 1930s (6). When we consider from this point of view, and take the complications it causes during delivery, it is not probable that PAA was recognized that late. Therefore it is supposed that there were no diagnostic problems in the past, but the factors causing PAA were scarce. The data about the natural evolution process of these data are insufficient (6).

One of the largest studies performed on PAA was done by Gielchinsky et al. This study was performed on 310 patients between 1990 and 2000, and history of C/S, placenta praevia, advanced maternal age, increased number of gravida and parity, curettage, and multiple abortuses were determined as the risk factor for PAA (7). Since PAA was not found in any of the patients included in the study, its relation with other parameters could not be analyzed statistically [age, gestational week, height (cm), weight (kg), BMI, the number of pregnancies, parity, the number of living children, smoking status, previous surgery except for C/S and curettage, intrauterine deaths, abortus, ectopic pregnancy, history of curettage or molar pregnancy, antenatal follow up, EMR, modes of previous deliveries and indications for C/S, localization of placenta, presence of intraoperative PAA, postoperative complications, gray scale and Doppler USG findings].

Previous C/S and intrauterine surgical procedures are the most important two risk factors for PAA (8-12). The largest series in the United States reported its prevalence as 1:540-1:2500 (10). Such a large range may be related to different clinicopathological definitions and differences in regional C/S rates. Histopathological diagnosis is the gold standard in PAA, but since postpartum bleeding can be controlled without postpartum hysterectomy, and there are no biopsy materials available for a histopathological diagnosis, PAA cannot be determined as the cause of the bleeding.

PAA accompanies 5% of the pregnancies with placenta praevia (8-10). Endometritis, manual placenta removal, myomectomy, hysteroscopic surgery,

IVF procedures, endometrial resection, uterine artery embolization, chemotherapy, radiation, bicornuate uterus, adenomyosis, submucous fibroids, and myotonic dystrophy were also reported as risk factors for PAA (8, 13, 14).

With the rapid increase in C/S incidence, the contributions of other risk factors for PAA development have decreased. Only one of the patients included in our study had the history of myomectomy. Since there was no PAA in this patient, and myomectomy history was present in only one patient, we could not analyze the relation between history of myomectomy and PAA. Gynecologic conditions such as adenomyosis can rarely be recognized before pregnancy and cause misunderstanding, a number of clinicians suggest that PAA can develop in a uterus with a normal structure. A maternal age > 35 years increases the risk of placenta accreta 3.2-fold. This increased risk is probably related to multiparity and previous uterine surgery.

Surgical abortion, intrauterine device placement, and uterine curettage are the most widely performed procedures, and are related to PAA (8-10). Although 4.8% of the patients included in our study had the history of intrauterine death, 23.1% had abortus, 1.0% had ectopic pregnancy, 6.7% had curettage once, 1.0% had curettage twice, and 1.9% had molar pregnancy, none of them developed PAA. Myometrial fragments can be seen in approximately 1/3 of the surgical pregnancy terminations and curettage performed for abortus (14). In fact, the direct relations of these conditions with PAA are not clear. Larger and deeper myometrial injuries are associated with worse re-epithelization of the scar tissue. The relation of PAA with the surgical technique used in C/S (monolayer/ multilayer suturing or the type of the suture material used) is not clear.

Smoking can be a risk factor for PAA due to its close relationship with placenta praevia. The prevalence of placenta praevia is 250-fold increased in smoking mothers. An analysis on 371 placenta praevia cases reported that prenatal smoking could be an important predictor (15). In our study, 14.4% of the patients were smoking, but a statistical analysis could not be done since we did not determine PAA in any of our patients.

Although aforementioned risk factors have been reported to increase the risk of PAA, the effect of primary C/S indication on abnormal placentation has not been proven yet. It is not yet clear whether PAA increases after primary elective C/S where myometrium is thicker, or after primary or emergent C/S during labor where myometrium is thinner. The risk of PAA was found lower in C/S done during labor with an indication, when compared to the primary C/S performed without any indication (16). This suggests that PAA risk increases when a thick myometrium is cut. Placentation changes are possible in the subsequent pregnancies due to the immunological - biochemical changes occurring in the myometrium during labor (17, 18). However, vaginal deliveries before C/S are not related with this risk (16).

Some factors have been proposed to explain abnormal placentation in PAA. The oldest opinion is excessive invasion of primary defect by trophoblastic function in uterine myometrium (19). Another hypothesis claims that the secondary basal defect in uterus scar region developed due to decidualization fault may cause abnormally deep trophoblastic invasion (20). The last hypothesis claims that abnormal vascularization and secondary localized ischemia in postoperative scarring process cause both faulty decidualization and excessive trophoblastic invasion (21).

USG is the primary screening tool in women with PAA risk. The gray scale USG findings suggestive of PAA are obliteration of myometrial space or retroplacental clear zone, reduced myometrial thickness, chaotic intraplacental blood flow, and intraplacental lacunae.

In our study, a total of 104 women were examined both by gray scale and Doppler USG preoperatively. There were no findings on gray scale USG in 90.4% of the patients. There were placental lacunae and obliteration of the retroplacental clear zone in 2.0 % of the patients, and the thinnest myometrium in the placental region was < 1 mm in 7.6% of the patients. However other findings were not seen in any of them. On Doppler USG, there were no findings in 77.9% of the patients, 20.2% of them had increased vascularity alone, 1.0% had increased vascularity and lacunar flow, and 1.0% had lacunar flow alone in the subplacental zone. However other findings were not seen in any of them. Since none of the patients included in the study had placental attachment abnormalities, the specificity and sensitivity of the gray scale and Doppler USG findings could not be analyzed.

In conclusion, surgery and PAA are interrelated. PAA develops secondary to a surgically induced uterine abnormality. From a point of view, PAA can be suggested as the iatrogenic uterine disease of 20th century. The absence of PAA in our study patients may be related to previous surgical technique, and wound healing factors of the individuals. Despite the risk factors for PAA have been put forth, the mechanisms causing abnormal placentation are not clear. The limitations of our study are the small number of patients in our series, and a different team performing previous C/S procedures. Studies performed on a larger series in which the operations performed by the same team are needed to further clarify our results.

REFERENCES

1. Haris RD, Cho C, Wells WA. Sonography of the placenta with emphasis on pathological correlation. *Semin Ultrasound CT MR* 1996;17: 66-89.
2. Doumouchtsis SK, Arulkumaran S. The morbidly adherent placenta: an overview of management options. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89: 1126-1133.
3. Brosens JJ, Pijnenborg R, Brosens IA. The myometrial junctional zone spiral arteries in normal and abnormal pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187: 1416-1423.

4. Lam G, Kuller J, McMahon M. Use of magnetic resonance imaging and ultrasound in the antenatal diagnosis of placenta accreta. *J Soc Gynecol Investing* 2002;9: 37-40.
5. JM Palacios-Jaraquemada. Diagnosis and management of placenta accreta. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2008;22: 1133-1148.
6. E. Jauniaux, D. Jurkovic. Placenta accreta: Pathogenesis of a 20th century iatrogenic uterine disease. *Placenta* 2012; 33(4): 244-251.
7. Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis SJ, Ezra Y. Placenta accreta-summary of 10 years: a survey of 310 cases. *Placenta* 2002; 23 (2-3): 210-4.
8. Bauer ST, Bonanno C. Abnormal placentation. *Semin Perinatol* 2009;33(2): 88-96.
9. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(5):1458-61.
10. Hull AD, Moore TR. Multiple repeat cesareans and the threat of placenta accreta: incidence, diagnosis, management. *Clin Perinatol* 2011; 38(2): 285-96.
11. Wong HS, Cheung YK, Zuccollo J, Tait J, Pringle KC. Evaluation of sonographic diagnostic criteria for placenta accreta. *J Clin Ultrasound* 2008; 36 (9): 551-9.
12. Eller AG, Bennett MA, Sharshiner M, Masheter C, Soisson AP, Dodson M, et al. Maternal morbidity in cases of placenta accreta managed by a multidisciplinary care team compared with standard obstetric care. *Obstet Gynecol* 2011; 117 (2 Pt 1): 33-7.
13. Esh-Broder E, Ariel I, Abas-Bashir N, Bdolah Y, Celnikier DH. Placenta accreta is associated with IVF pregnancies: a retrospective chart review. *BJOG* 2011; 118(19): 1084-9.
14. Beuker JM, Erwich JJ, Khong TY. Is endomyometrial injury during termination of pregnancy or curettage following miscarriage the precursor to placenta accreta? *J Clin Pathol* 2005; 58(3): 273-5.
15. Usta IM, Hobeika EM, Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH. Placenta previa-accreta: risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193 (3 Pt 2): 1045 9.
16. M Kamara, JJ Henderson, DA Doherty, JE Dickinson, CE Pennell. The risk of placenta accreta following primary elective caesarean delivery: a case – control study. *BJOG*. 2013; 120(7): 879-886.
17. Challis JRG. Mechanism of parturition and preterm labor. *Obstet Gynecol Surv* 2000; 55(10): 650-60.
18. Osman I, Young A, Ledingham MA, Thomson AJ, Jordan F, Greer IA, et al. Leukocyte density and pro-inflammatory cytokine expression in human fetal membranes, decidua, cervix and myometrium before and during labour at term. *Mol Hum Reprod* 2003; 9(1): 41-5.
19. Khong TY, Robertson WB. Placenta accreta and placenta praevia accreta. *Placenta* 1987; 8(4): 399-409.
20. Tantbirojn P, Crum CD, Parast MM. Pathophysiology of placenta accreta: the role of decidua and extravillous cytotrophoblast. *Placenta* 2008; 29(7): 639-45.
21. Wehrum MJ, Buhimschi IA, Salafia C, Thung S, Bahtiyar MO, Werner EF, et al. Accreta complicating complete placenta previa is characterized by reduced systemic levels of vascular endothelial growth factor and by epithelial-to-mesenchymal transition of the invasive trophoblast. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204: 411.

The Effect of A Sleep Hygiene Interventions in Women with Premenstrual Syndrome

Premenstrual Sendromlu Kadınlarda Uyku Hijyen Girişimlerinin Etkisi

Özlem C. GÜRKAN, PhD ¹, Dilek C. POTUR, PhD ¹
Nuran KÖMÜRCÜ, PhD ², Süreyya T. ÖĞÜN, MSc ³

1. Asst. Prof., Faculty of Health Sciences of Marmara Univ., Nursing Division, Obstetrics and Gynaecology Nursing Dept., Istanbul, Türkiye
2. Prof., Faculty of Health Sciences of Istanbul Aydın Univ., Nursing Division, Obstetrics and Gynaecology Nursing Dept., Istanbul, Türkiye
3. Nurse, Private Tekirdağ Yaşam Hospital, Tekirdağ, Türkiye

ABSTRACT

Objective: This research aims to reveal the influence of sleep hygiene interventions on premenstrual syndrome.

Material and Methods: In the study was used a pre-test post-test non-randomized, control group desing. This study, which was included a total of 88 (intervention group n=47; control group n=41) women with PMS. The intervention group participants were used sleep hygiene intervention. In the first step, the participants in the intervention group received sleep hygiene education. In the second step, the participants of the intervention group used the sleep hygiene intervention for two menstrual cycles. Data were obtained by using premenstrual syndrome scale (PMS scale) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in pre-intervention and post-intervention (1th menstruation and 2nd menstruation period).

Results: The results obtained from the study showed that there was no significant difference between two groups, both the 1st menstruation and 2nd menstruation PSQI scores ($p>0.05$) and PMS scale score ($p>0.05$). Nevertheless, when the differences in the 1th menstruation and 2nd menstruation PMS scale scores of the two groups were compared, a statistically significant improvement was detected ($p<0.001$).

Conclusion: Sleep hygiene intervention may be useful to reduce premenstrual symptoms in women.

Keywords: premenstrual syndrome, sleep hygiene intervention, sleep hygiene education, pittsburgh sleep quality index

ÖZET

Amaç: Çalışma premenstrual sendromda uyku hijyen eğitimlerinin etkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmada, pre-test post-test, non-randomize, kontrol grup tasarımı kullanıldı. Çalışma, premenstrual sendromlu 88 kadınıle gerçekleştirildi (Girişim grubu= 47; Kontrol Grubu n=41). Girişim grubunda yer alan katılımcılar uyku hijyen girişimlerini kullandı. Çalışmanın birinci adımında, girişim grubunda yer alan katılımcılara uyku hijyen eğitimi yapıldı. İkinci adımda, girişim grubundaki katılımcılar iki menstrual siklus boyunca uyku hijyen girişimlerini uyguladılar. Veriler, girişim öncesi ve girişim sonrası (1.menstruasyon ve 2.menstruasyon) Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ) kullanılarak elde edildi.

Bulgular: Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda, girişim grubunun ve kontrol grubunun hem PMSÖ puanları hem de PUKÖ puanlarının takip sürecinde benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Bununla birlikte, 1.menstruasyon ve 2.menstruasyon PMSÖ puan farkları gruplar arasında karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu belirlendi. Deney grubunun PMSÖ puanları, takip sürecinde, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştı ($p<0.001$).

Tartışma: Premenstrual semptom yaşayan kadınların, uyku hijyen girişimlerini kullanması, premenstrual semptomlarının azaltılmasında yardımcı olabilir

Anahtar Kelimeler: premenstrual sendrom, uyku hijyen girişimleri, uyku hijyen eğitimi

Contact:

Corresponding Author: Özlem Can GÜRKAN, Asst.Prof.

Address: Faculty of Health Sciences of Marmara University, Nursing Division, Obstetrics and Gynaecology Nursing Department, Istanbul, Türkiye

Tel: +90 (216) 459 45 54

E-mail: ozlemcan@marmara.edu.tr

Submitted: 26.04.2017

Accepted: 11.10.2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.309006>

INTRODUCTION

Premenstrual disorders, also known as premenstrual syndrome (PMS), are comprised of a group of affective, behavioral, cognitive and physical symptoms which develop on a cyclical basis in the luteal phase of the menstrual cycle and go away within a several days of the beginning of menstruation (1, 2). About one fifth of women suffer from moderate to severe levels of premenstrual symptoms which they perceive to be harrowing and which have a considerable impact on their business and / or social life (3). In several studies it has been indicated that PMS is frequently observed disorder which affects around 8.75–51 % women (4, 5) The PMS prevalence among adolescent women is 61.4% - 72.1% in Turkey (6).

It has been reported that women experienced fatigue, general physical discomfort, nervous derangement and stress, sleepiness, decreased concentration and cognitive impairment, change in mood, social withdrawal and such problems during their premenstrual cycle (2, 6-9).

Sleep disturbance were also associated with the symptoms of PMS. Sleep is commonly disturbed during the premenstrual period. Prevalence of sleep disturbance (hypersomnia or insomnia) in women with PMS varies from 15.4% to 75.6 % in several studies (5, 6, 10). The ovulatory menstrual cycle characteristically has fluctuating levels of reproductive hormones in a period of 25–35 days, and there is an association between these fluctuations and changes in sleep (11). Various studies have attempted to reveal the relation between PMS and quality of sleep in the past. A few studies have indicated poor sleep quality in women affected by PMS symptoms (5, 10, 12-14). According to studies that use subjective sleep reports of women, the premenstrual week and the first days of the beginning of menstruation display indications of sleep disturbance (hypersomnia or insomnia, and fatigue and disturbing dreams) when compared with the other stages of the cycle (12-14). PMS may respond to non-pharmacological intervention, such as stress management strategies, sufficient rest, regular aerobic exercise, well-balanced diet education on sleep hygiene (9).

Recently, one of the methods used for resolving sleep disturbances is sleep hygiene interventions (SHI). Sleep hygiene was originally used by Hauri in 1997 (15) with respect to giving recommendations to patients in order to help them recover from insomnia. SHI stands for developing positive personal sleep habits (15, 16). It is a behavioral therapy, and it can be used to cure insomnia, remedy the quality of sleep and diminish sleepiness during the day (17-19).

Therefore, providing better sleep quality for women with severe PMS is an important issue. Nevertheless, as far as the authors know, no researches have evaluated the impacts of SHI in women with PMS before.

The purpose of the study was to determine the effect of sleep hygiene interventions on premenstrual syndrome.

MATERIAL AND METHOD

Research Hypothesis

Hypothesis 1: The post-training Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scores of the sleep hygiene group will be lower than the pre-training scores.

Hypothesis 2: The post-training Premenstrual Syndrome Scale (PMS scale) scores of the sleep hygiene group will be lower than the pre-training scores.

Design and Participants

In this study we used a pre-test post-test non-randomized, control group design. A total of 350 eligible participants who were studying in their 2nd and 3th years in the nursing department of two different universities in Istanbul. The study did not involve first-year students because of the adaptation problems. Senior students were not included in this study because of they were at the hospital for internship.

The sample size was determined with power analysis, and each group needed a total of 36 participants ($p=0.05$, power level = .80 with PMS scale score differences = %22.5).

A total of 171 participants met the inclusion criteria (Sleep Hygiene Group (SHG) = 92; Control Group (CG) =79). However, only 88 (SHG =47; CG=41) participants completed the study. A total of 83 participants were excluded. Figure 1 summarized the process of the research.

Inclusion criteria

- Aged between 18 and 24 years.
- Having regular cycles of menstruation lasting for 22-35 days over the past 12 months,
- Not to work,
- Not to use combined oral contraceptive pill, hypothalamic hormones or antidepressants during previous six months.
- No mental illness.
- Not to have any endocrinological disorder such as diabetes mellitus or cardiovascular disease or chronic kidney or liver disease
- Not to have a treatment for premenstrual symptoms.
- To experience symptoms of moderate PMS (score: 83-129) or severe PMS (score ≥ 130) according to cluster analysis results obtained from PMS scale performed during sample selection.

Data Collection and Materials

Data were obtained in pre-intervention and post-intervention periods (1th menstruation and 2nd menstruation period).

Premenstrual Syndrome Scale (PMS scale) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) were utilized in the study. The data of the SHG and CG were collected simultaneously.

Premenstrual Syndrome Scale (PMS Scale)

The scale of PMS was evolved and validated by Gençdoğan in 2006 [20]. It was developed for Turkish women in order to measure symptoms occurring in premenstrual period and to identify the severity of premenstrual syndrome. This scale is widely used commonly in Turkey (6, 10). The PMS scale has 44 items. The scoring is carried out on a Likert scale of 5 points. The item scores range from 1 to 5 as “never”, “rarely”, “sometimes”, “often”, and “always”, respectively. The total score from the PMS scale is used to determine the severity of PMS. The score that can be obtained on the scale is between 44 and 220. Higher scores mark higher levels of severity for PMS. There is no cut off point for original scale. The PMS scale scores obtained from participants was analyzed by cluster analysis and the score ranges for mild, moderate and severe PMS were found. In this study, PMS scale was filled by all participants during pre-intervention. PMS scale scores for each eligible participants (n=350) were calculated and cluster analysis was done. Three different groups were defined due to the severity levels of the symptoms after cluster analysis of the gained data. Scores between 0-82 was accepted as mild PMS, scores between 83 and 129 was moderate PMS and scores between 130 and 220 was severe PMS.

The Cronbach's α was given as 0.75 in the original trial for the total PMS scale (19). The Cronbach's α for this research was 0.80.

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

The quality of habitual sleep over the previous month was measured using the PSQI, a questionnaire including of 19 items. There are seven subscales of the index, which assess habitual sleep duration, nocturnal sleep discomforts, sleep latency, sleep's quality, daylight dysfunction, sleep drug usage, and performance of sleep. Each subscale has a possible score ranging from 0 to 3, as well as an overall global score from 0 to 21. Obtaining a score of ≥ 5 or more signifies poor-quality sleep (21). The Turkish version of PSQI has been confirmed as reliable and validated by Ağargün et al. in 1996 (22). The original study had an internal consistency reliability coefficient of .80 [20]. The Cronbach's α of the Turkish version of PSQI was previously calculated as .80 (22). In the present study the Cronbach's α was .78.

Intervention

Sleep Hygiene Group

In the first step, the participants in the SHG received sleep hygiene education (SHE). In the second step, the participants of the SHG used the SHI for two menstrual cycles.

Sleep hygiene education

Sleep hygiene education, which took a total one hour, was given by the researcher (first and second authors). The aim of SHE was to raise knowledge levels of participants in the SHG about sleep and to improve their sleep qualities by providing application of SHI.

The following topics were addressed in SHE; sleep structure, the number of sleeping hours required and individual variations, sleep as a reflection of daytime activities and vice-versa, the influence of bedroom air conditioning, the temperature of room and voices should be optimized to ensure relief, sleep habits (e.g. regular bed times or wake up times, abstaining from napping in bed), anxiety, the impact of dietary habits, alcohol and tobacco use on sleep, the significance of exercise for satisfactory sleep, getting up at the same time on each day, including weekends. Sleep hygiene interventions also were in the SHE.

Sleep Hygiene Interventions

Sleep Hygiene Interventions refers to developing good personal sleep habits (15). It is a behavioral therapy, used to cure insomnia, remedy the quality of sleep, and lessen daylight sleepiness (17-19). The SHI list was firstly suggested by Hauri (15) and then was revised by Friedman et al. (16).

The following revised SHI list was used in this study.

1. Pursue regular physical activity, such as walking, but avoid vigorous exercise within a few hours before going to sleep.
2. Eliminate noise from bedroom.
3. Regulate temperature of bedroom.
4. Light snack at bedtime.
5. Use the bedroom only for sleeping
6. Avoid caffeine
7. Avoid alcohol
8. Limit liquids before bed.
9. Relaxing activities before bed.
10. Leave bed if awake.
11. Use the bedroom only for sleeping (16).

Control Group

In the CG participants were not implemented SHE and did not use SHI.

Ethics

The research was confirmed by the Ethics Committee of University of the Marmara (Protokol No: MAR-YÇ-2009-0268). The study was also approved by the faculty's administration. The aims and stages of this study were explained to participants by researchers. Participants were assured that they could withdraw from the research at any time. Informed consent form was obtained by authors from volunteer participants.

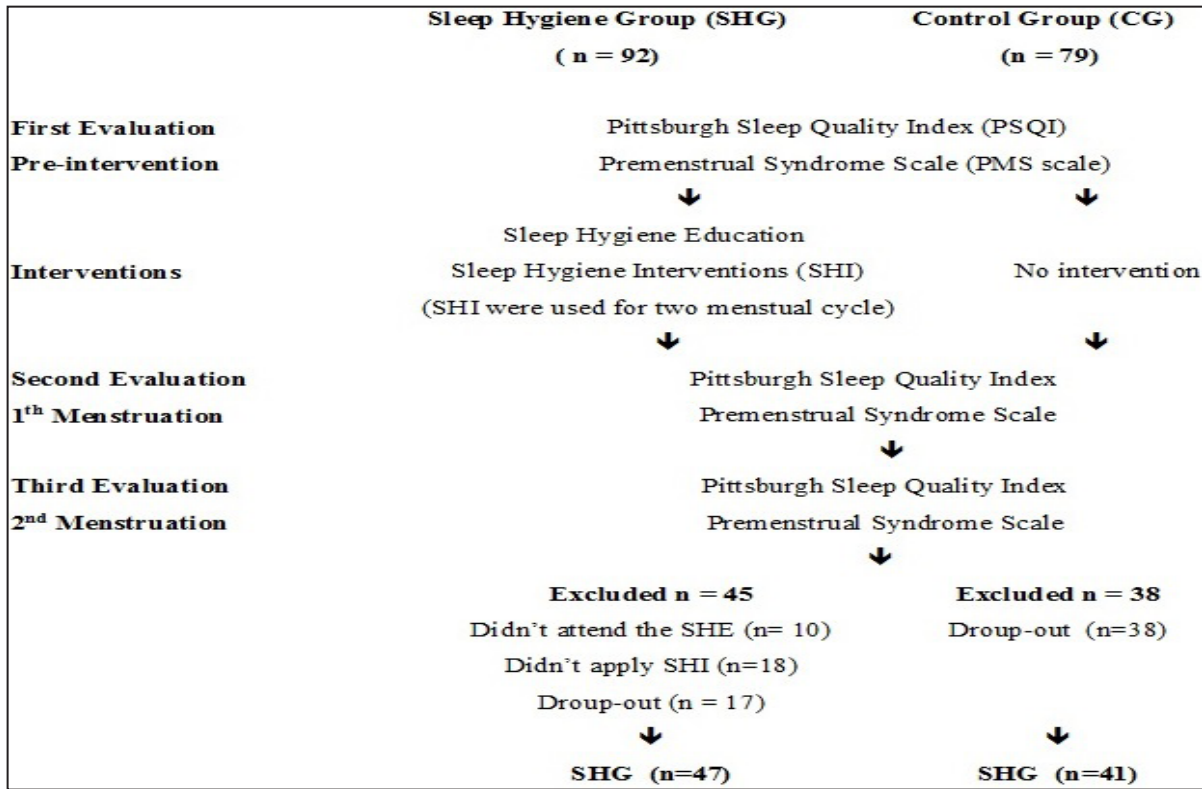


Figure 1: Flow Diagram The Process of the Study.

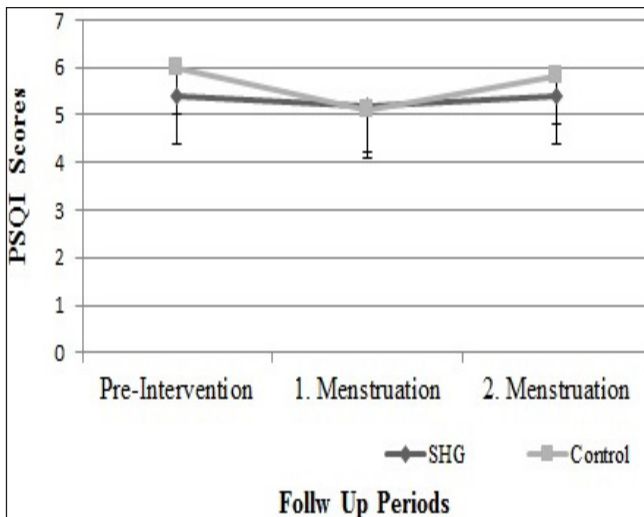


Figure 2: PSQI Scores.

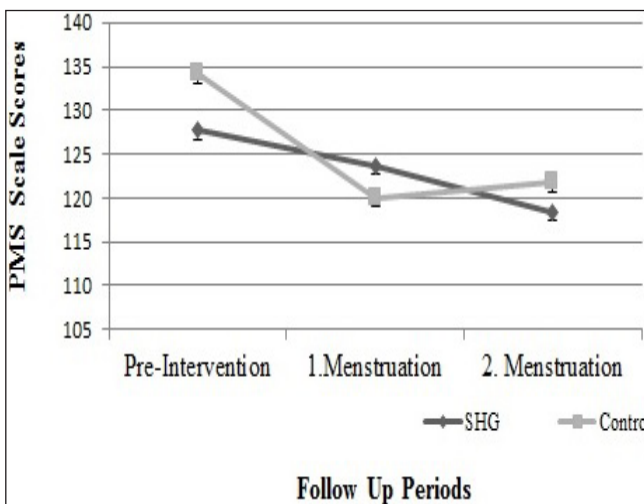


Figure 3: PMS Scale Scores.

Table 1: The Main Characteristics of Participants.

Variable	SHG (n=47)		CG (n=41)	
	Mean ± SD	Mean ± SD	Test Statistic	p Value
Age in years	20.2 ± 1.3	20.1 ± 2.1	t= .11	0.91 ^a
Menarche age in years	13.1 ± 1.2	13.3 ± 1	t= .61	0.54 ^a
BMI, (kg/m ²)	20.2 ± 2.14	20.8 ± 1.72	t= .42	0.34 ^a
Mean sleeping hours on day	6.9 ± 0.97	6.8 ± 1	t= -.28	0.77 ^a
	n (%)	n (%)		
Accommodation at dormitory	27 (57.4)	18 (43.9)	χ ² = 5.2	0.15 ^b

a= Independent sample t-test; b= Chi square test. SD, standard deviation; BMI, body mass index.

Table 2: PMS Scale and PSQI Scores.

	SHG (n=47)	CG (n=41)	Test Statistic	pvalue
PSQI Scores	Median (quartiles) ^a	Median (quartiles) ^a		
Pre - Intervention	5 (4 - 7)	6 (4 - 8)	Z= -1.1	0.25 ^b
1 st Menstruation	5 (3 - 7)	6 (3 - 7)	Z= -.076	0.93 ^b
2 nd Menstruation	5 (3 - 7)	5 (4 - 7)	Z= -.53	0.59 ^b
PMS Scale Scores	Mean ± SD	Mean ± SD		
Pre-Intervention	127.7 ± 27.2	134 ± 26.5	t = 1.09	0.27 ^c
1 st Menstruation	123.7 ± 28.9	120 ± 32.2	t = -.57	0.56 ^c
2 nd Menstruation	118.4 ± 32.1	121.7 ± 34.5	t = .46	0.64 ^c

a = Median (quartiles (25th and 75th percentile)), b= Mann Whitney – U test, c= Independent sample t-test SD, standard deviation; PMS, Premenstrual Syndrome; PSQI, Pittsburgh Sleep Quality Index

Table 3: Comparison of the Differences Between PMS Scale Scores.

PMS Scale Scores DifferenceS	SHG (n=47) Mean ± SD	CG (n=41) Mean ± SD	Test Statistic	pvalue
Pre-Intervention - 1 st Menstruation	4 ± 24.6	14 ± 30.6	t = 1.6	76.5 ^a
Pre-Intervention - 2 nd Menstruation	9.3 ± 28	12.3 ± 32.3	t = .45	0.64 ^a
1 st Menstruation - 2 nd Menstruation	5.3 ± 21.6 9 (6-17) ^c	-1.7 ± 9.1 0 (4.5-1.5) ^c	Z= -2.6	<0.001 ^{b*}

a= Independent-Sample t-test; b= variables were analyzed using Mann Whitney – U; c = Median (quartiles (25th and 75th percentile)), SD, Standard Deviation; PMS, Premenstrual Syndrome. * = Significant at the p<0.001 level.

Statistical Analysis

The data analysis was made using the SPSS 14.0 package program (Institute, Chicago, IL, USA). To determine whether the SHG and CG were similar of main characteristics chi-square test, Fisher exact test and independent samples t-test were used.

Since PMS scale scores of the participants' were on normal distribution independent sample t-test used in statistical analysis. Since PSQI scores of the participants' were on non-normal distribution, Mann-Whitney U test used in statistical analysis. Comparison of the PMS scale scores differences for two groups was performed with Mann-Whitney U test or independent samples t-test. For all comparisons made in this study, alpha score of .05 was accepted as statistically significant.

RESULTS

The study participant's main characteristics are shown in Table 1. The mean age of SHG and CG were 20.2±1.3 and 20.1±2.1 years, respectively. There were no significant differences in age, menarche age, body mass index (BMI), staying at dormitory and sleep duration between two groups ($p>0.05$) (Table 1).

The comparison of PMS scale and PSQI score are presented on Table 2. The pre-intervention PSQI scores were similar in two groups. There was no significant difference between two groups, both the 1st menstruation and 2nd menstruation PSQI scores ($p>0.05$). PSQI scores of the SHG did not show a statistically significant alteration during the follow-up periods ($p>0.05$) (Table 2; Figure 2). The pre-intervention PMS scale scores were similar in two groups. The PMS scale scores of the 1st and 2nd menstruation did not significantly reduced for two groups (Table 2).

While PMS scale scores of SHG participants decreased on during the follow up, whereas PMS scales of control group participants firstly decreased and then increased (Figure 3).

Nevertheless, when comparing the differences between PMS scale scores, a statistically significant improvement was detected between 1th menstruation and 2nd menstruation in the SHG ($p<0.001$). (Decrement in PMS scale scores for SHG between 1th and 2nd menstruation was 5.3 ± 21.6 ; increment in PMS scale scores for control group between 1th and 2nd menstruation was -1.7 ± 9.1) (Table 3).

DISCUSSION

Although there are many studies using the SHI on sleep problems in the literature (15, 16), this is the first article to evaluate the effect of SHI on PMS.

Our results showed that the PSQI scores of both groups did not differ significantly during the follow-up period. Similarly, in a study, it has been

stated that sleep hygiene education increases sleep knowledge but is less effective on improvement of positive sleep behaviors (23). According to our results, effective and long-term SHE might be recommended in order to improve the subjective quality of sleep.

According to the results of our trial, the PMS scale scores of the 1st and 2nd menstruation periods did not differ significantly for both groups. Nevertheless, when the differences of PMS scale scores of two groups between 1st and 2nd menstruation were compared, it was determined that PMS scale scores for SHG were decreased significantly during follow up period. It was also interesting that PMS scale scores in the SHG showed a significant decrement on a regular basis both in the 1st and 2nd menstruation; however, no statistically significant change was observed in the PSQI scores of the SHG. This reveals that SHI is effective on decreasing PMS symptoms but it has no adequate effect on increasing subjective sleep quality. A possible explanation for this might be the recommendations of the SHI such as decreasing intake of caffeine, increasing exercise. Overall, these recommendations are directed towards avoiding individual behavior intruding into a normal sleep pattern, or engaging in attitude that contribute to good sleep (19). Although some studies recommend lifestyle modifications (more exercise, lower intake of caffeine, salt, and refined sugar for relief of PMS symptoms), there is no available evidence to confirm those recommendations. One literature review found that exercise was effective on PMS symptoms (24).

As stated in the literature, exercise releases endorphins. Women who regularly do sports suffer from lower levels of premenstrual complaints. After 6 months of prospective monitoring, it was shown that introducing women who have sedentary lifestyles to regular exercise is beneficial for mood symptoms, fluid retention and tenderness of breast (25). It could not be announced that this situation is a direct or indirect effect of SHE application. In the light of the findings, there is need for more randomized controlled, objective and long term trials that can manifest the effect of SHI on PMS syndrome.

Limitations

The limitation of this study was that there were low number of participants and the follow-up period was short. Therefore, findings cannot be extrapolated to the general population.

CONCLUSION

The aim of this study was to determine the effect of sleep hygiene interventions on premenstrual syndrome. The effect of SHI on PMS is controversial. Obtained results reveal that SHI is inadequate to increase the subjective sleep quality but it may decrease PMS symptoms. This study could serve as an idea for another study designation to evaluate for PMS.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association, a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000; 771-774. <https://www.psychiatry.org/> Accessed 26 March 2016.
2. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuro endocrinology* 2003; 28: 25-37. doi:10.1016/S0306-4530(03)00099-4
3. Angst J, Sellaro R, Merikangas KR, Endicott J. The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 104 (2): 110-116.
4. Steiner M, Peer M, Palova E, Freeman EW, Macdougall M, Soares CN. The Premenstrual Symptoms Screening Tool revised for adolescents (PSST-A): prevalence of severe PMS and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Archives of Women's Mental Health*. 2011; 14 (1): 77-81.
5. Nisar N, Zehra N, Haider G, Munir AA, Sohoo NA. Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical participants. *J Coll Physicians Surg Pak* 2008; 18(8): 481-4.
6. Guvenç G, Kilic A, Akyuz A, Ustunsoz A. Premenstrual syndrome and attitudes toward menstruation in a sample of nursing participants. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2012; 33 (3): 106-111. Doi:10.3109/0167482X.2012.685906
7. Delara, F, Ghofranipour P, Azadfallah, SS, Tavafian A, Kazemnejad A, Montazeri. Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10 (1).
8. Gürkan ÖC, Türk S. Experience and Coping with Premenstrual Syndrome of Participants at University. *Health and Society* 2008; 18 (2): 17-23.
9. Reid RL, Premenstrual Syndrome. in: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE (Eds), *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2008.
10. Karaman HIO, Tanriverdi G, Degirmenci Y. Subjective sleep quality in premenstrual syndrome. *Gynecological Endocrinology* 2012; 28 (8):661-664.
11. National Sleep Foundation. *Sleep in America poll 2007*. Conference held March 5-6, 2007, Washington, DC. <http://sleepfoundation.org> (accessed 15.06.2015).
12. Baker FC, Lamarche LJ, Iacovides S, Colrain IM. Sleep and menstrual-related disorder. *Sleep Medicine Clinics* 2008; 3(1): 25-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsmc.2007.10.001>
13. Lamarche LJ, Driver HS, Wiebe S, Crawford L, De Koninck J. Nocturnal sleep, daytime sleepiness, and napping among women with significant emotional/behavioral premenstrual symptoms. *Journal of Sleep Research* 2007; 16 (3): 262-268. Doi: 10.1111/j.1365-2869.2007.00604.x
14. Manber R, Bootzin RR. Sleep and the menstrual cycle. *Health Psychology*1997; 16 (3): 209-14. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.16.3.209>
15. Hauri P, *Current Concepts: The Sleep Disorders*. The Upjohn Company, Kalamazoo, Michigan.1997.
16. Friedman L, Benson K, Noda A, Zarcone V, Wicks D, et al. An actigraphic comparison of sleep restriction and sleep hygiene treatments for insomnia in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 2000; 13(1): 17-27.
17. Chen PH, Kuo HY, Chueh KH. Sleep hygiene education: efficacy on sleep quality in working women. *Journal of Nursing Research* 2000; 18 (4): 283-289. Doi: 10.1097/JNR.0b013e3181f3e3fd
18. Mastin DF, Bryson J, Corwyn R. Assessment of sleep hygiene using the Sleep Hygiene Index. *Journal of Behavioral Medicine* 2006; 29 (3): 223-227. Doi: 10.1007/s10865-006-9047-6
19. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Medicine Reviews* 2003; 7(3): 215-225. <http://dx.doi.org/10.1053/smr.2001.0246>
20. Gençdoğan B. A New Scale for Premenstrual Syndrome. *Psychiatry in Turkey* 2006; 8 (2): 83-87.
21. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1989; 28 (2): 193-213. [http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
22. Ağargün MY, Kara H, Anlar OA. Validity and reliability of Pittsburgh Sleep Quality Index. *Turk Psychiatry Journal* 1996; 7 (2): 107-115.
23. Blunden SL, Chapman J, Rigney GA. Are sleep education programs successful? The case for improved and consistent research efforts, *Sleep Medicine Reviews* 2012; 16(4): 355-370. Doi:10.1016/j.smr.2011.08.002.
24. Daley A. Exercise and premenstrual symptomatology: a comprehensive review. *J Women's Health (Larchmt)* 2009; 8 (6): 895-899.
25. Salamat S, Ismail KM, O'Brien S. Premenstrual syndrome. *Obstetrics, Gynecology & Reproductive Medicine* 2008; 18 (2): 29-32.

Vulvada Paraüretal Ekstra Gastrointestinal Stromal Tümör: Olgu Sunumu

Vulvar Parauretral Ekstragastrointestinal Stromal Tumor; A Case Report

Mesut TEK ¹, İdris AYDIN ², Yasemin Yuyucu KARABULUT ², Mürşide Çevikoğlu KILLI ³

1. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD., Mersin

2. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD., Mersin

3. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Mersin

ÖZET

Gastrointestinal Stromal Tümörler (GİST), gastrointestinal sistem duvarı peristaltizmini düzenleyen İnterstitiyel Cajal Hücreleri'nden (İCH) kaynaklandığı düşünülen mezenkimal tümörlerdir. Ekstragastrointestinal Stromal Tümörler (EGİST) daha nadir görülen, histoloji ve immünohistokimyasal açıdan gastrointestinal stromal tümörler ile benzer ancak gastro intestinal yolak dışında oluşan tümörlerdir. Metastatik olmayan ekstragastrointestinal stromal tümörlerin cerrahi olarak çıkarılması altın standart tedavidir. Bu makalede, nadiren vulvadan köken alan ekstragastrointestinal stromal tümörlü bir olgu sunuldu.

Anahtar Kelimeler: ekstra gastrointestinal stromal tümör; gastrointestinal stromal tümör; paraüretal kitle; vulvar kitle

SUMMARY

Gastrointestinal Stromal Tumors (GISTs) are mesenchymal tumors that arise from the wall of the gastrointestinal tract and is thought to originate from the Interstitial Cells of Cajal (ICC), which regulate the motility of the gastrointestinal tract. More rarely neoplasms with histology and immunohistochemistry similar to gastrointestinal stromal tumors may occur outside the gastrointestinal tract and are so-called Extra-gastrointestinal Stromal Tumors (EGISTs). Surgical removal is the gold standard treatment for non-metastatic Extragastrointestinal stromal tumors. We reported a very rare case of extragastrointestinal stromal tumor arising from the vulva in this article.

Keywords: ekstra gastrointestinal stromal tumor, gastrointestinal stromal tumor, parauretral mass, vulvar mass

GİRİŞ

Gasrointestinal stromal tümörler (GİST), gastrointestinal sistemin en sık karşılaşılan mezenkimal tümörlerdir. Toplumdaki sıklığı ortalama 1/100.000 kişidir ve en sık 40-80 yaşları arasında görülür (1). GİST, gastrointestinal sistem duvarında oluşur ve mide-bağırsak sisteminin peristaltizmini düzenleyen İnterstitiyel Cajal Hücrelerinden (İCH) kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu hücreler yetişkin bağırsağında myenterik pleksusun içinde ve etrafında bulunur (2).

En spesifik ve önemli immünohistokimyasal işaretleyici cajal hücrelerinde hücre içi olayları düzenleyen KİT gen proteindir. Bu proteindeki mutasyonlar sonucu GİST'lerin oluştuğu bilinmektedir. Vakaların %95'inden fazlasında izole edilen C-kit reseptöründeki aktivasyon sonrası internal tirozin kinaz aktive olur. Onkojenik KİT gen mutasyonları en sık ekson 11, daha az olarak ekson 9, 13, 14, 17'de olmaktadır. Bazı GİST'lerde KİT mutasyonu yerine başka bir tirozin kinaz protoonkogeni olan PGDFRA (Platelet Derived Growth Factor Receptor Alpha) geninde mutasyon olduğu izlenmiştir. KİT geninin immün işaretleyini CD117'dir (3, 4).

Gastrointestinal sistem duvarından başlayan GİST: %40-70 mide, %20-40 ince bağırsak, %5-15 kolon, rektum, apendiks ve %5 özefagus köken alır (1, 5).

Ekstragastrointestinal stromal tümörler (EGİST) daha nadir görülen, histoloji ve immünohistokimyasal açıdan GİST ile benzer ancak gastrointestinal yolak dışında (yaklaşık %80'i omentum veya mezenterde, kalanı da retroperitonda) oluşan tümörlerdir (6, 7). EGİST'lerin patogenezi, insidansı, klinikopatolojik özellikleri ve prognozu henüz tam olarak tanımlanamamıştır (6, 9).

Vulvadan köken alan EGİST son derece nadirdir: Bugüne kadar literatürde 3 vaka tanımlanmıştır:

İletişim

Sorumlu Yazar: Arş. Gör. Dr. Mürşide Çevikoğlu KILLI

Adres: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Çiftlikköy Kampüsü, 33070, Mersin, Türkiye

Tel: +90 (324) 241 00 00 (2970) **Tel:** +90 (505) 915 11 20

E-Posta: mursidecevikoglu@hotmail.com

Makale Geliş: 09.02.2017

Makale Kabul: 20.04.2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.290910>

vulvovajinal / rektovajinal (Maggie ve ark., 2006), vulva (Chou ve ark., 2010), vulva (Fukuda ve ark., 2011).

Metastatik olmayan EGİST'lerin cerrahi olarak çıkarılması altın standart tedavidir⁹. EGİST tedavisinde KİT tirozin kinaz aktivitesinin inhibitörü imatinib mesilat'ın rolü açık değildir (10).

Biz burada cerrahi olarak tedavi edilen vulva kökenli paraüretral EGİST'li bir olguyu literatür ile derleyerek klinik davranış ve tedavisini bildirdik.

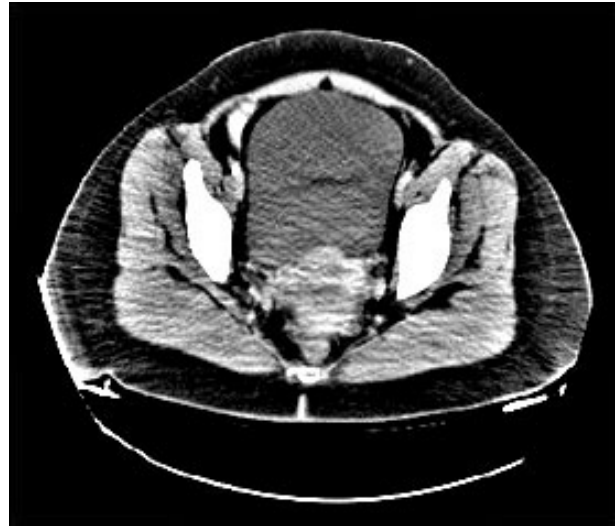
OLGU

35 yaşında kadın hasta idrar yaparken yanma ve idrar yapmada zorluk gibi alt üriner sistem yakınmaları ile başvurdu. Hasta şikayetlerinin yaklaşık 6 aydır olduğunu belirtti. Hastanın özgeçmişinde ek kronik hastalık veya herhangi bir nedenle yapılmış cerrahi müdahalesi yoktu. Yapılan ürolojik ve jinekolojik muayenesinde vulvada sağ paraüretral yerleşimli yaklaşık 3 cm çapında, üzeri normal epitelyum ile örtülü, silgi kıvamında soliter lezyon izlendi (Resim 1). Laboratuvar incelemelerinde herhangi bir bulgu saptanmadı. Çekilen Abdomino-pelvik BT de herhangi bir patolojik bulgu izlenmedi (Şekil 1, 2). İnguinal, iliyak, para-aortik veya supraklavikular bölgede büyümüş lenf nodu izlenmedi. Cerrahi olarak lezyonun eksize edilmesine karar verildi. İntraoperatif gözlemlerde lezyonun kapsüler yapıda, adipoz görünümde, çevre dokulara belirgin invazyon göstermeyen polipoid yapıda olduğu görüldü. Komplet rezeksiyon yapıldıktan sonra patolojik spesmen laboratuvara gönderildi.

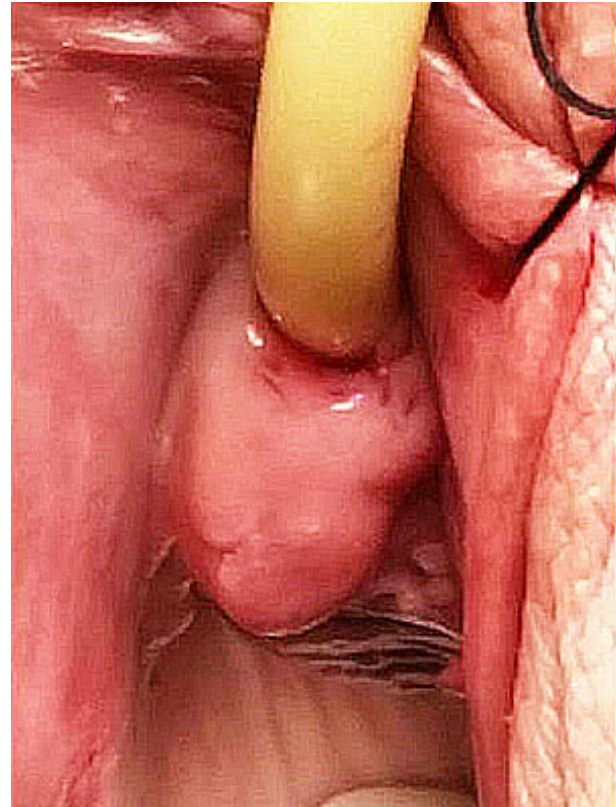
Kitlenin boyutları 3x2x1,3 cm idi. Hazırlanan kesitlerde fusiform nükleuslu, geniş eozinofilik sitoplazmalı, iğsi hücrelerden meydana gelen tümöral gelişim izlendi (Resim 2). Tümör hücrelerinin yer yer demetler, bazı alanlarda girdap benzeri yapılar medya getirdiği görüldü. Neoplastik hücrelerin belirgin pleomorfizm gösterdiği ve 50 büyük büyütme alanında 4 mitoz varlığı izlendi. C-kit (Resim 3) ve desmin (Resim 4) ile kuvvetli sitoplazmik boyanma, CD34 (Resim 5) ile fokal soluk sitoplazmik boyanma, SMA ile yaygın soluk sitoplazmik boyanma izlendi. Ki-67 ile proliferasyon indeksi %2-3 oranında saptandı. Patolojik spesmenlerin C-kit, desmin ve CD34 ile boyanması ekstra gastrointestinal stromal tümör tanısını desteklemiştir. 50 büyük büyütmede alanında sadece 4 mitoz varlığı ve Ki-67 ile proliferasyon indeksi %2-3 olduğundan dolayı, hasta düşük risk grubunda kabul edildi.



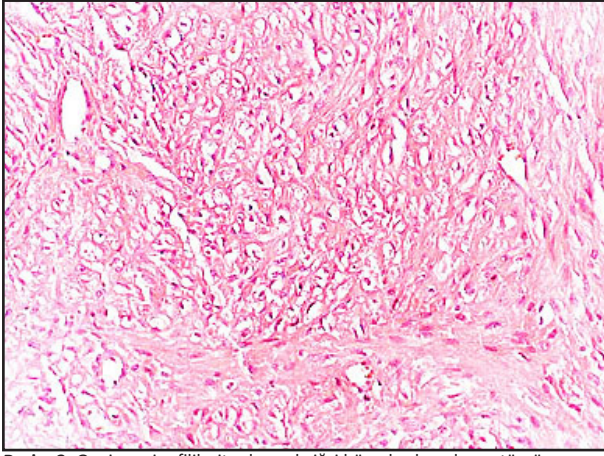
Şekil 1: Aksiyel planda Abdominopelvik BT'de abdominal kesit.



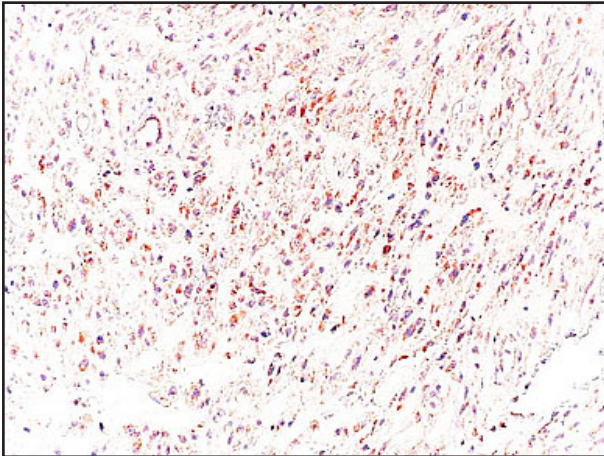
Şekil 2: Aksiyel planda Abdominopelvik BT'de pelvik kesit.



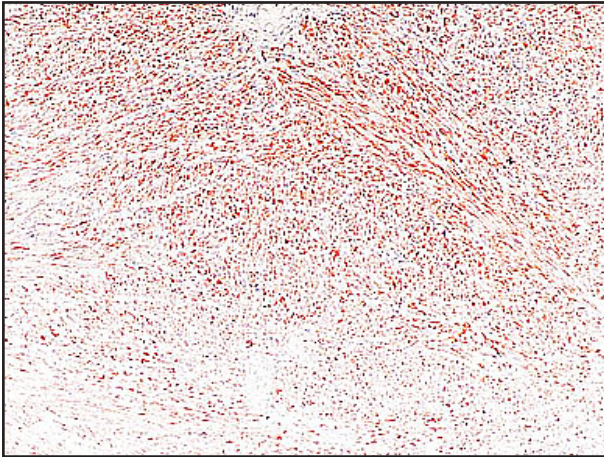
Resim 1: Preoperatif fizik muayenede lezyonun görüntüsü.



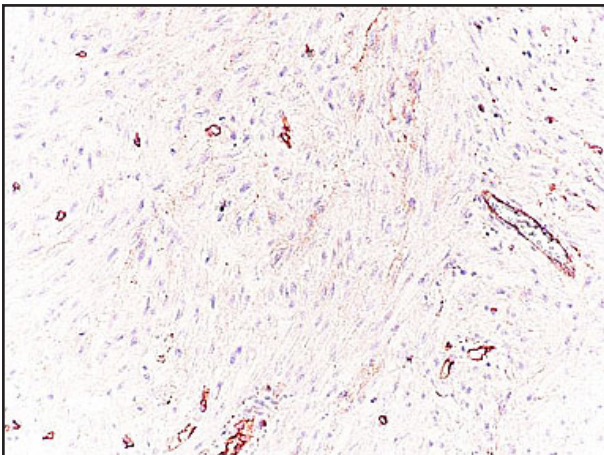
Resim 2: Geniş eozinofilik sitoplazmalı, iğsi hücrelerden oluşan tümör.



Resim 3: Tümör hücrelerinde yaygın kuvvetli sitoplazmik C kit boyanması (H&E,x200).



Resim 4: Tümör hücrelerinde yaygın kuvvetli sitoplazmik desmin boyanması (H&E,x100).



Resim 5: Tümör hücrelerinde soluk sitoplazmik CD 34 boyanması (H&E,x200).

TARTIŞMA

GİST gastrointestinal sistemin en sık mezenterial tümörleridir (1). KİT gen proteininin keşfedilmesi bu tümörlerin oluşumunu ve sınıflanmasını anlamak için temel oluşturmuştur (11). GİST hücrelerinin ultrastrüktürel özellikleri ve hücresel belirteçleri, bu hücrelerin tipik interstisyel cajal hücrelerinden kaynaklı olabileceği hipotezini desteklemiştir (2). KİT geninin immün işaretleyeni CD117'dir (3). Proto-onkogen KİT mutasyonları, GİST'lerin %95'inden fazlasında ve PDGFRA gen mutasyonlu vakaların %5-10'unda bulunmuştur (6, 11). Genel olarak C-kit geninin 11'inci eksonunu içeren mutasyonlara, ekson 9, 13, 14 ve 17 ile PDGFRA geninin 12 ve 18'inci eksonuna göre daha sıklıkla rastlanır. Ekson 11 mutasyonu daha agresif biyolojik davranışa nedendir (12). KİT gen mutasyonları hücre çoğalmasına ve apoptoza karşı direnci tespit eden tirozin kinaz fonksiyonunun yapısal aktivasyonuna yol açar (13). Boyanan diğer belirteçler daha değişkendir: BCL 2 %80, CD34 %70, kas özel aktin %50, yumuşak kas aktin %35, S100 %10 ve desmin %5'dir (14).

GİST genellikle iğsi hücrelerden (%60-70) veya epitelooid hücrelerden (%20) oluşabileceği gibi, bu iki morfolojik karışımdan da oluşabileceği unutulmamalıdır (14). Olgumuzda, hazırlanan kesitlerde mikroskopik değerlendirilmeye göre fusiform nükleuslu, geniş eozinofilik sitoplazmalı, iğsi hücrelerden meydana gelen bir neoplastik hücre çoğalmasını gösterdik.

GİST, GİS yolağının her bölgesinde rapor edilmiştir: %40-70 mide, %20-40 ince bağırsak, %5-15 kolon, rektum, apendiks ve %5 özofagus köken alır (1, 5).

Bazı GİST'ler, omentum, mezenter veya retroperitondan köken alarak, tubuler yapıdaki gastrointestinal yolak ile ilgisizdirler. Gastrointestinal sistem dışında ortaya çıkan bu tümörler Reith ve arkadaşları tarafından EGİST olarak adlandırıldı (15). EGİST histolojik ve immünohistokimyasal özellikleri ile GİST ile aynıdır.

Ancak, EGİST'in insidans, histogenez, klinik ve prognostik faktörleri henüz tam tanımlanmamıştır (6). EGİST'de KİT boyanma, normalde sadece bağırsak duvarında bulunan interstisyel cajal hücrelerini işaret eder. Normalde bağırsak duvarında olan bu tür hücrelerin, retroperiton, omentum veya mezenter içinde bir tümör kaynağı olmasının nedeni henüz belli değildir (16). Her zaman ölçülebilir, objektif spesifik semptomların eksikliği erken tanıyı zorlaştırmaktadır.

Bu tümörler sessizce büyür ve kitle önemli boyutlara ulaştığında basıya bağlı belirtiler nedeniyle bulunurlar (17). Radyolojik verilere dayanarak preoperatif tanı çok zordur (18). Olgumuzda Abdomino-pelvik BT’de lenfadenopati ve lokal infiltrasyon benzeri herhangi bir patolojik bulgu izlenmedi (Şekil 1).

Bugüne kadar literatürde vulva kökenli 3 vaka tanımlanmıştır. Vulvovajinal / rektovajinal (Maggie ve ark., 2006), vulva (Chou ve ark., 2010), vulva (Fukuda ve ark., 2011). Olgumuz bu özelliğiyle EGİST’in çok nadir görüldüğü bir lokalizasyondadır. Bunun yanında alt üriner sistem semptomlarına neden olacak kadar para-üretal yakın yerleşimli ile literatürdeki benzer bir olgudur. Reith ve ark. 6’sı retroperiton kökenli olmak üzere 48 EGİST olgusu bildirmişlerdir.

Metastatik olmayan EGİST’lerin cerrahi olarak çıkarılması altın standart tedavidir. Cerrahi olarak kür sağalanamayan hastalarda adjuvan imatinib mesilat tedavisi uygundur (9). İmatinib mesilat tedavisinin büyük ve / veya invaziv EGİST ilerlemesi üzerinde önleyici etki sergilediği bilinmektedir (19). Li ve ark. komplet tümör rezeksiyonu sonrası nüks olan orta ve yüksek risk gruplu hastalarda adjuvan imatinib kullanılması hastalıklı sağ kalım oranlarını 3 yıla kadar uzattığını göstermişlerdir (8).

KİT gen mutasyonu olan lokalize kanserli hastalar için standart tedavi olarak imatinib mesilat kullanımı hakkında literatürde fikir birliği yoktur (20).

Randomize bir çalışmada çapı >3 cm olan, KİT gen mutasyonu olan lokalize kanserli hastalar plasebo ile karşılaştırıldığında; bir yıl süreyle imatinib mesilat verilmesi ile sağkalımın uzadığı gösterilmiştir. Nüks riski yüksek olan KİT gen mutasyonlu rezektabl hastalarda bir yıldan daha uzun süre imatinib mesilat kullanılması önerilir (10).

EGİST olgularında prognostik faktörler olarak tümörün lokalizasyonu, boyu, hücresellik, mitoz aktivitesi ve nekroz varlığının kötü sonuç için en doğru belirleyiciler olduğu belirtilmektedir (21). Tümörün boyutu genellikle ana prognostik faktörlerden biri olarak kabul edilir (düşük risk cut off değeri 5 cm) (12). Ruiz-Tovar ve ark. bir multivaryete analizde erkek cinsiyet, metabolik sendrom, tanı konulmuş abdominal kitle, ince bağırsak ve retroperitondaki tümörler ile aktin-negatif tümörlerin kötü prognostik faktörler olduğunu ortaya koymuşlardır (22). Yüksek hücresellik, mitoz aktivitesi [>2 mitoz/50 Büyük Büyütme Alanı (BBA)] ve

nekroz varlığı önemli ölçüde olumsuz bir sonuç ile ilişkilidir (15). Mitotik aktivite oranı ve Kİ-67 endeksinin bir kombinasyonu temelinde, üç risk kategorisi tanımlanabilir: Yüksek risk grubu ($\geq 5/50$ BBA ile $\geq 10\%$ Ki-67); orta risk grubu ($\geq 5/50$ BBA ile $\leq 10\%$ Ki-67 veya $< 5/50$ BBA ile $\geq 10\%$ Ki-67), düşük risk grubu ($< 5/50$ BBA ile $< 10\%$ Ki-67). Olgumuz, (4/50 BBA ile $2-3\%$ Ki-67) olduğundan düşük risk grubu kategorisinde değerlendirilmiştir. Hastamızın ameliyat sonrası alt üriner sistem semptomları tamamen geriledi ve düzenli aralıklarla takipleri devam etmektedir.

Sonuç olarak, çok nadir olarak görülen vulvar para-üretal EGİST’li bir olgu bildirilmiştir. Kesin tanı konulana kadar, jinekologlar ve ürologlar vulva kökenli lezyonlarda EGİST’leri ön tanıları arasında bulundurarak bu durumun farkında olmalıdırlar. Vulva kökenli EGİST olgularının patogenezi, klinikopatolojik özellikler, prognoz ve bu hastalığın uygun tedavisi hakkında daha iyi bilgi edinebilmek için literatürde bildirilen vakaların verilerini analiz etmek gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gold JS, Dematteo RP. Combined surgical and molecular therapy: the gastrointestinal stromal tumor model. *Ann Surg* 2006;244:176-84.
2. Kindblom LG, Remotti HE, Aldenborg F. Gastrointestinal pacemaker cell tumor (GIPACT). Gastrointestinal stromal tumors show phenotypic characteristics of intestinal cell of Cajal. *Am J Pathol.* 1998;152 (5):1259-69.
3. Heinrich MC, Corless CL, Duensing A, Chen CJ, Joseph N, et al. PDGFRA activating mutations in gastrointestinal stromal tumors. *Science.* 2003;299:708-10.
4. Hirota S, Ohashi A, Nishida T, Isozaki K, Kinoshita K, Shinomura Y, et al. Gain-of-function mutations of platelet-derived growth factor receptor alpha gene in gastrointestinal stromal tumors. *Gastroenterology.* 2003;125:660-7.
5. Mortensen MB, Larsen KE, Frstrup CW, Nielsen HO. Gastrointestinal stromal tumor: clinical and pathological presentation. *Ugeskr Laeger.* 2007;169:2776-9.
6. Yamamoto H, Oda Y, Kawaguchi K, et al. C-kit and PDGFRA mutations in extragastrointestinal stromal tumor (gastrointestinal stromal tumor of the soft tissue) *Am J Surg Pathol,* 2004;28 (4):479-88.
7. Gun BD, Gun MO, Karamanoglu Z. Primary stromal tumor of the omentum: report of a case. *Surg Today* 2006;36:994-6.
8. Li J, Gong JF, Wu AW, Shen L. Post-operative imatinib in patients with intermediate or high risk gastrointestinal stromal tumor. *Eur J Cancer Surg* 2001;37:319-24.

9. Nilsson B, Sjölund K, Kindblom LG, Meis-Kindblom JM, Bümming P, Nilsson O, Anderson J and Ahlman H: Adjuvant imatinib treatment improves recurrence-free survival in patients with high-risk gastrointestinal stromal tumors (GIST). *Br J Cancer* 96: 1656-1658, 2007.
10. De Matteo RP, Ballman KV, Antonescu CR, Maki RG, Pisters PW, Demetri GD et al. Adjuvant imatinib mesylate after resection of localized primary gastrointestinal stromal tumour: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2009;373;1097-104.
11. Hirota S, Isozaki K, Moriyama Y, Hashimoto K, Nishida T, Ishiguro S et al. Gain of function mutations of c-kit in human gastrointestinal stromal tumors. *Science*. 1998;279 (5350):577-80.
12. Fletcher CDM, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathol*. 2002;33:459-65.
13. Connolly EM, Gaffney E, Reynolds JV. Gastrointestinal stromal tumors. *Br J Surg*. 2003;90:1178-86.
14. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: definition, clinical, histological, immunohistochemical and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch*. 2001;438:1-12.
15. Reith JD, Goldblum JR, Lyles RH, Weiss SW. Extragastrointestinal (soft-tissue) stromal tumors: an analysis of 48 cases with emphasis on histologic predictors of outcome. *Mod Pathol*. 2000;13 (5):577-85.
16. Park SS, Min BW, Kim WB, Choi JW, Lee JH, Chae YS, et al. Malignant extragastrointestinal stromal tumors of retroperitoneum. *Acta Oncol*. 2005;44 (5):497-9.
17. Lognoro R, Jones DV, Faruqi S, Bhutani MS. Recent advances in cell biology, diagnosis and therapy of gastrointestinal stromal tumor (GIST) . *Cancer Biol Ther*. 2004;3:251-8.
18. Barreda-Bolanos F, Liu Bejarano H, Sanchez Lihon J, Landeo Aliaga I, Sanchez Rodriguez Z. Survival factors in 152 patients with gastrointestinal stromal tumor . *Rev Gastroenterol Peru*. 2010;30:305-23.
19. Barros A, Linhares E, Valadao M, et al. Extragastrointestinal stromal tumor (EGIST) : a series of case reports. *Hepatogastroenterology* 2011;58:865-868.
20. Yamamoto H, Kojima A, Nagata S, Tomita Y, Takahashi S, Oda Y. KIT negative gastrointestinal stromal tumor of the abdominal soft tissue : a clinicopathologic and genetic study of 10 cases. *Am J Surg Pathol*. 2011;35:1287-1295.
21. Sakurai S, Hishima T, Takazawa Y, Sano T, Nakajima T, Saito K, et al. Gastrointestinal stromal tumors and KIT-positive mesenchymal cells in the omentum. *Pathol Int*. 2001;51:524-31.
22. Ruiz-Tovar J, Diez-Tabernilla M, Housari G, Martinez-Molina E, Sanjuanbenito A. Gastrointestinal stromal tumor: actin expression, a new prognostic factors? *Am Surg*. 2010;76:1244-9.

Datura Stramonium Zehirlenmesi Sonucu Antikolinergik Sendrom: İki Olgu Sunumu

Datura Stramonium Intoxication Resulting Anticholinergic Syndrome: Two Case Reports

Ayşin NALBANTOĞLU ¹, Mustafa Törehan ASLAN ¹, Nedim SAMANCI ²
Dilek Yaman TAŞ ¹

1. Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

2. Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Tekirdağ

ÖZET

Boru çiçeği veya melek trompeti adıyla da bilinen *Datura stramonium*, çok sayıda alkaloid içeren belladonna ailesine ait toksik bir bitkidir. *Datura stramonium* bitkisinin tüm bölümleri, deliriantlar veya antikolinergikler olarak sınıflandırılan atropin, hiyasyomin ve skopolamin gibi tehlikeli seviyelerde tropan alkaloidleri içerir. Yüksek miktarda *datura stramonium* alımının zehirlenmeye neden olabileceği, genelde delirium (halüsinasyona karşıt olarak), hipertermi, taşikardi, tuhaf davranış ve ciddi midriyazisle sonuçlanarak birkaç gün sürecektir. Ağrılı fotofobi ortaya çıkabilir. Semptomların başlangıcı genellikle, bitkiyi aldıktan yaklaşık 30 ila 60 dakika sonra gerçekleşir. Bu semptomlar genellikle 24 ila 48 saat arasında sonlanır, ancak bazı vakalarda iki haftaya kadar sürdüğü bildirilmiştir. Bu yazıda, ağız kuruluğu, öforik semptomlar, görsel halüsinasyonlar ve oryantasyon bozukluğu ile acil servise getirilen 6 ve 8 yaşlarındaki kardeşlerin *datura stramonium* ile zehirlenmesini bildirmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: antikolinergik toksisite; *datura stramonium*; zehirlenme; delirium; halüsinasyon

SUMMARY

Datura stramonium, also known as pipe flower or angel's trumpet, is a toxic plant member of the belladonna family containing several alkaloids. All parts of *Datura* plants contain tropane alkaloids at dangerous levels, such as atropine, hyaline and scopolamine, classified as deliriums or anticholinergics. High amounts of *datura stramonium* ingestion may result in painful photophobia, which can lead to poisoning, usually lasting several days, resulting in delirium (as opposed to hallucinations), hyperthermia, tachycardia, strange behavior and severe mydriasis. The onset of symptoms is usually about 30 to 60 minutes after taking the plant. These symptoms usually end between 24 and 48 hours, but have been reported to last up to two weeks in some cases. In this article, we report the poisoning of 6 to 8 year old siblings with *datura stramonium*, who were brought to the emergency service with dry mouth, euphoric symptoms, visual hallucinations and disorientation.

Keywords: anticholinergic toxicity; *datura stramonium*; poisoning; delirium; hallucination

İletişim

Sorumlu Yazar: Ayşin NALBANTOĞLU

Adres: Namık Kemal Üniv. Araştırma ve Uygulama Hastanesi, 59100, Merkez, Süleymanpaşa, Tekirdağ

Tel: +90 (282) 250 55 00

E-Posta: aysindr@hotmail.com

Makale Geliş: 23.03.2017

Makale Kabul: 07.05.2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.300061>

GİRİŞ

Datura stramonium, Solanaceae familyasının bir üyesi olan, halüsinojenik bir bitkidir (1, 2). Bitki ülkemizde geniş çapta dağılmış olmasına ve kolayca erişilebilmesine rağmen, bu bitki ile zehirlenme özellikle çocuklarda çok nadirdir (3, 4). Yuttuktan sonra antikolinerjik sendromu indükleyebilen üç alkaloid; atropin, hyosiyamin ve skopolamin içerir. Yüksek miktarda *datura stramonium* alımında atropinin klinik semptomları olan midriyazis, taşikardi, kuru cilt, flushing, üriner retansiyon, huzursuzluk, ajitasyon, halüsinasyon ve nöbetler görülür (3, 4). Çok yüksek dozlarda alımı koma ve ölüme sonuçlanabilir (5, 6). Burada *datura stramonium* zehirlenmesinin klinik özelliklerini, tedavisini ve sonuçlarını tanımlamak için iki vaka sunulmuştur.

OLGU

6 ve 8 yaşlarında iki erkek kardeş, görsel halüsinasyonlar, oryantasyon bozukluğu, değişmiş zihinsel durum, öforik semptomlar, anormal / tutarsız konuşma ve ajitasyon ile çocuk acil servise getirildi. Birkaç saat önce çocukların sağlıklı olduğu ifade edildi. Nörolojik yada psikiyatrik hastalıklar, enfeksiyon ya da travma öyküsü yoktu ve ilaç almıyorlardı. Şikâyetleri acil servise başvurudan üç saat önce başlamıştı. Anamnezde çocukların yanlışlıkla *datura stramonium* yaprakları ve tohumlarını yutmuş olduğu öğrenildi, bitki ve bitkinin tohumları ebeveynleri tarafından kanıt olarak tarafımıza getirildi (Resim 1).

İlk çocuk; 8 yaşında, 25 kg ve 1.28m boyunda olup acil servise başvurduğunda fazlasıyla ajiteydi. Disorientasyon, halüsinojenik deliryum tablosu mevcut olup hakaret içerikli kelimelerle konuşmaktaydı. Glasgow Koma Skalası 12/15 (E= 4, M= 5, V= 3) idi. İlk fizik muayenede kan basıncı 110/75 mmHg, kalp hızı 112 b.p.m, solunum sayısı 28 / dakika, oksijen saturasyonu oda havasında % 98, vücut ısısı 37.9°C olup ağız mukozası kuruydu. Nörolojik muayenesinde ışığa karşı duyarlı olmayan bilateral midriyazis gözlemlendi. Derin tendon refleksleri, duyu ve motor muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemelerinde; tam kan sayımı ve biyokimyasal parametreler normal sınırlardaydı. İntravenöz kristalloidler ve 4 L/dk oksijen desteğinde bulunuldu. Nazogastrik tüp ile aktif kömür (15 g) verildi. Hasta çocuk yoğun bakım ünitesine devredildi. Takiplerinde hemodinamik parametreler stabilize edildi. Ertesi gün huzursuzluğun ve deliryumun azalmasıyla bilinç durumunda iyileşme izlendi. İki taraflı midriyazis 72 saatte taburcu oluncaya kadar sürdü.



Resim 1: *Datura Stramonium*.

İkinci çocuk 6 yaşında, 20 kg, 1,18 m boyunda olup minimal ajite izlendi. Hastaneye varışında uygunsuz içerikli konuşmaları mevcuttu. Glasgow Koma Skoru başlangıçta 13/15 (E= 4, M= 5, V= 4) idi. Kan basıncı 110/78 mmHg ve nabız 105 atım/dakika, solunum hızı 32 soluk/dakika, oksijen saturasyonu oda havasında % 98 ve vücut ısısı koltuk altı 37.6 °C idi. Nörolojik muayene, ışığa karşı zayıf yanıt gösteren bilateral midriyazis (çocuğun pupillaları 6 mm idi) izlendi.

Kas tonusu ve derin tendon refleksleri normaldi. Fokal nörolojik defisit ve meningeal iritasyon bulguları izlenmedi. Laboratuvar incelemelerinde; tam kan sayımı ve biyokimyasal parametreler normal sınırlardaydı. Elektrokardiyografide düzenli sinüs ritmi gözlemlendi. İntravenöz kristalloidler ve 4 L/dk oksijen verildi. Nazogastrik tüp yardımıyla aktif kömür (15 g) uygulandı. Hemodinamik parametreler stabilize edildi. 48 saat sonrasında hasta taburcu edilene kadar midriyazis devam etti. Bilgilendirilmiş onam, çocukların yasal ebeveynlerinden alındı.

İlk çocuk; 8 yaşında, 25 kg ve 1.28m boyunda olup acil servise başvurduğunda fazlasıyla ajiteydi. Disorientasyon, halüsinojenik deliryum tablosu mevcut olup hakaret içerikli kelimelerle konuşmaktaydı. Glasgow Koma Skalası 12/15 (E= 4, M= 5, V= 3) idi. İlk fizik muayenede kan basıncı 110/75 mmHg, kalp hızı 112 b.p.m, solunum sayısı 28 / dakika, oksijen saturasyonu oda havasında % 98, vücut ısısı 37.9°C olup ağız mukozası kuruydu. Nörolojik muayenesinde ışığa karşı duyarlı olmayan bilateral midriyazis gözlemlendi. Derin tendon refleksleri, duyu ve motor muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemelerinde; tam kan sayımı ve biyokimyasal parametreler normal sınırlardaydı. İntravenöz kristalloidler ve 4 L/dk oksijen desteğinde bulunuldu. Nazogastrik tüp ile aktif kömür (15 g) verildi. Hasta çocuk yoğun bakım ünitesine devredildi. Takiplerinde hemodinamik parametreler stabil seyretti. Ertesi gün huzursuzluğun ve deliryumun azalmasıyla bilinç durumunda iyileşme izlendi. İki taraflı midriyazis 72 saatte taburcu oluncaya kadar sürdü.

İkinci çocuk 6 yaşında, 20 kg, 1,18 m boyunda olup minimal ajite izlendi. Hastaneye varışında uygunsuz içerikli konuşmaları mevcuttu. Glasgow Koma Skoru başlangıçta 13/15 (E= 4, M= 5, V= 4) idi. Kan basıncı 110/78 mmHg ve nabız 105 atım/dakika, solunum hızı 32 soluk/dakika, oksijen saturasyonu oda havasında % 98 ve vücut ısısı koltuk altı 37.6 °C idi. Nörolojik muayene, ışığa karşı zayıf yanıt gösteren bilateral midriyazis (çocuğun pupillaları 6 mm idi) izlendi. Kas tonusu ve derin tendon refleksleri normaldi. Fokal nörolojik defisit ve meningeal iritasyon bulguları izlenmedi. Laboratuvar incelemelerinde; tam kan sayımı ve biyokimyasal parametreler normal sınırlardaydı. Elektrokardiyografide düzenli sinüs ritmi gözlemlendi. İntravenöz kristalloidler ve 4 L/dk oksijen verildi. Nazogastrik tüp yardımıyla aktif kömür (15 g) uygulandı. Hemodinamik parametreler stabil seyretti. 48 saat sonrasında hasta taburcu edilene kadar midriyazis devam etti. Bilgilendirilmiş onam, çocukların yasal ebeveynlerinden alındı.

TARTIŞMA

“Melek trompeti” veya “Boru çiçeği” olarak da adlandırılan *Datura stramonium*, atropin benzeri bir etkiye neden olabilecek alkaloidlerin (atropin, skopolamin, hyosiyamin) zenginliği nedeniyle oldukça toksik bir bitkidir (1, 2). Bu alkaloidler çoğunlukla tohum ve yaprakta depolanmakla birlikte, bitkinin diğer bölümlerinde de bulunabilirler. Bu bitkinin tohumları ve yaprakları daha yüksek toksik kimyasal kon-

santrasyonları içerir, bu nedenle bitkinin diğer kısımlarına göre daha zehirlidir. Türkiye’de yaygın olarak bulunan bir bitkidir, ancak çocuklarda *Datura stramonium* zehirlenmesi, genellikle kaza ile olup, çok nadirdir (3, 4).

Tüm *Datura* bitkilerinde bulunan baskın kimyasal maddeler olan Tropane alkaloidleri, antikolinergik etkili ve merkezi sinir sistemi uyarıcılarıdır. Muskarinik reseptörlerde asetil kolini yarışmalı ve geri dönüşümsüz olarak inhibe ederek etkiler ve böylece hem merkezi hem de periferik sinir sistemine etkili olurlar. Antikolinergik aktivite belirtileri ve semptomları yutulduktan 1-4 saat sonra ortaya çıkar ve alkaloidler gastrointestinal motilite’yi geciktirdiği için 24-48 saat devam edebilir (7). Olgularımızda, belirtiler ve semptomların başlangıcı ve ilerleme süreleri ve farklılıkları literatür ile benzerdi.

Çocuklar özellikle bu zehirlenme konusunda duyarlıdır. Hastalarımızdan birinde arasında huzursuzluk, deliryum, değişen duyu bulgular ve halüsinasyonların izlendiği merkezi sinir sistemi bulguları izlendi. Ayrıca şiddetli intoksikasyonda konvülsiyonlar ve derin komaya da rastlanabilmektedir (8). Periferik sinir sistemi bulguları, hiperpireksi, pupil dilatasyonu, ağız mukozası ve cilt kuruluğu, üriner retansiyon ve gastrik motilitenin azalmasını içerir. Dahası, merkezi sinir sistemi depresyonuna bağlı ölüm, dolaşımda kollaps ve hipotansiyon olabilir (5, 6). Bu özelliklerin çoğu bizim hastalarımızda da görüldü. Biyolojik değerlendirmeler genellikle normaldir ve spesifik teşhis biyolojik bulgularla açıklanamaz. Ayırıcı tanı için toksikolojik araştırmalar gerekebilir (6).

Datura stramonium, alternatif tıpta, astım, kronik bronşit, grip belirtileri ve ağrı gibi sık görülen hastalıkları tedavi etmek için kullanılmaktadır. Bu sunumdaki iki çocukta bitkinin kaza ile yutulması sonrasında toksisite gelişmişti. Tropane alkaloidlerinin yanlışlıkla yutulması sonucu zehirlenme daha önce literatürde bildirilmiş ve ölümle sonuçlanan vakalara rastlanmıştır (9, 11). Birleşik Devletler’den bildirilen birkaç vakada alkaloid zehirlenmesi, evde kullanılan diş macunu içine *Datura stramonium* ekstresinin eklenmesi ve yenilebilir bir sebze olarak bitkinin yanlış kullanılması sonrasında saptanmıştı (10, 11). Bazı Avrupa ülkelerinde, ticari olarak satın alınan bal, Paraguay çayı, hamburger ve sebze püreleri gibi gıda kontaminasyonu sonrasında zehirlenmeler izlendi. Tedavide konservatif, destekleyici bakım [ABC, kardiyak izleme, i.v.hidrasyon, gastrointestinal dekompresyon (örn. Mide yıkaması, kusma ve / veya aktif kömür)] ve ağır vakalarda

fizostigmin uygulandı (12). Biz de sunduğumuz her iki olguda aynı tedavi protokollerini fizostigmin olmadan uyguladık. Gastrik lavaj ve aktif kömür uygulaması önemlidir ve antikolinergik ajanlar midede uzun süre kalabileceğinden alımından sonraki 12 ile 24 saatte önerilir. Birçok çalışmada, datura stramonium zehirlenmesi olan hastaların çoğunluğu sadece genel destek tedavisine ve semptomatik tedaviye ihtiyaç duymuştur (12, 13). Hastalarımız verilen ilk konservatif tedaviye iyi yanıt verdiklerinden, hiçbirinde fizostigmin veya takrin hidroklorür tedavisine ihtiyaç duyulmamıştır.

Sonuç olarak, bitki zehirlenmelerinin erken teşhisi ve tedavisi, yüksek potansiyel ölümcül olmaları nedeniyle çok önemlidir ve bu nedenle doktorlar ağız kuruluğu, çarpıntı, görme bozukluğu, işitsel halüsinasyonlar ve deliryum semptomları ile başvuran hastalarda antikolinergik toksisiteye karşı dikkatli olmalıdırlar ve hemen antitoksik tedaviye başlamalıdırlar. Bu nadir vaka sunumları, toksisitelerin ve farklı türde bitkiler için potansiyel risklerin önemini vurgulamakta, ayrıca çocukların ve ergenlerin, ebeveynlerinin istismarına veya bunları yanlışlıkla kullanmaya karşı korunması ve eğitilmesinin önemini de hatırlatmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Montcriol A, Kenane N, Delort G, Asengio Y, Palmier B. Intentional datura stramonium intoxication: an unknown etiology of mydriasis. *Ann. Fr. Anesth Reanim.* 2007;26: 810-813.
2. Bouziri A, Hamdi A, Borgi A, et al. Datura stramonium L. poisoning in a geophagus child: a case report. *Int. J. Emerg. Med.* 2011;4 (1): 31.

3. Özkaya AK, Güler E, Karabel N, Namlı AR, Göksüğü Y. Datura stramonium poisoning in a child. *Turk J Pediatr.* 2015;57: 82-84.
4. Şanlıdağ B, Derinöz O, Yıldız N. A case of pediatric age anticholinergic intoxication due to accidental datura stramonium ingestion admitting with visual hallucination. *Turk J Pediatr.* 2014;56(3): 313-315.
5. Urich RW, Bowerman DL, Levisky JA, Pflug JL. Datura stramonium: a fatal poisoning. *J Forensic Sci.* 1982;27(4): 948-954.
6. Boumba VA, Mitselou A, Vougiouklakis T. Fatal poisoning from ingestion of Datura stramonium seeds. *Vet Hum Toxicol.* 2004;46(2): 81-82.
7. Vanderhoff BT, Mosser KH. Jimson weed toxicity: management of anticholinergic plant ingestion. *Am Fam Physician.* 1992;46(2): 526-530.
8. Diker D, Markovitz D, Rothman M, Sendovski U. Coma as a presenting sign of Datura stramonium seed tea poisoning. *Eur J Intern Med.* 2007; 18: 336-338.
9. Ramirez M, Rivera E, Ereu C. Fifteen cases of atropine poisoning after honey ingestion. *Vet Hum Toxicol* 1999;41: 19-20.
10. Chang SS, Wu ML, Deng JF, Lee CC, Chin TF, Liao SJ. Poisoning by Datura leaves used as edible wild vegetable. *Vet Hum Toxicol* 1999;41: 242-245.
11. Pereira CA, Nishioka Sde D. Poisoning by the use of Datura leaves in a homemade toothpaste. *J Toxicol Clin Toxicol* 1994;32: 329-331.
12. Francis PD, Clarke CF. Angel trumpet lily poisoning in five adolescents: clinical findings and management. *J Paediatr Child Health.* 1999;35(1): 93-95.
13. Rakotomavo F, Andriamasy C, Rasamoelina N, Raveloson N. Datura stramonium intoxication in two children. *Pediatr Int.* 2014;56(3): 14-16.

Nekrotik Torsiyone Paratubal Kist ile Beraber İntakt Fallop Tüp Torsiyonu: Olgu Sunumu

Intact Fallopian Tube Torsion Accompanying Necrotic Paratubal Cyst Torsion: Case Report

Mehmet Akif SARGIN¹, Murat YASSA¹, Mehmet TURUNÇ¹, Emrah ORHAN¹, Niyazi TUĞ¹

1. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

ÖZET

Giriş: Adneksiyel torsiyonlar en sık üreme çağındaki kadınlarda görülmekle beraber postmenopozal döneme kadar her yaşta görülebilir. Kadınlardaki cerrahi acillerin yaklaşık %3'ünü oluşturur.

Olgu: Karın ağrısı ve bulantı kusma şikayetleriyle başvuran 19 yaşındaki hastanın yapılan Tüm batın Tomografisinde ve pelvik USG sinde sırasıyla 110x58 mm ve 74x64x38 mm sol adneksiyel kist izlendi. Radyolojik olarak over torsiyonu tanısı net olarak konulamayan ve fizik muayenesi şüpheli olan hastaya acil tanısal laparotomi uygulandı. Nekroze torsiyone sol paratubal kist ve torsiyone intakt fallop tüpü izlendi. Hastaya yapılan erken cerrahi müdahalede paratubal kist eksizyonu ve fallop tüpünün detorsiyonu yapılarak fallop tüpünün korunması sağlandı.

Sonuç: Nadir görülen adneksiyel torsiyonların erken tanı ve tedavi başarısında en önemli faktör jinekologun azami dikkat ve klinik şüphesidir.

Anahtar Kelimeler: akut karın, laparotomi

SUMMARY

Introduction: Adnexal torsion can be often seen in reproductive age, but can occur at any age up to postmenopausal period. Adnexal torsion accounts for about %3 of gynecologic emergencies.

Case Presentation: A 19-year-old female presented with abdominal pain, nausea and vomiting. Diagnostic procedures with abdominal computed-tomography and pelvic ultrasonography suggested 110x58mm and 74x64x38 mm left-adnexial cysts, respectively. Due to inconclusive radiologic diagnosis and suspicious physical abdominal examination, an emergency diagnostic laparotomy was performed. Exploratory surgery revealed a necrosed and torsioned left paratubal cyst and torsioned but intact fallopian tube were found. Early surgical intervention with paratubal cyst excision and detorsion of fallopian tube ensured the preservation of fallopian tubes.

Result: Gynecologists' attention and suspicion of rare adnexal torsions are the key factors in making early decision and treatment success.

Keywords: acute abdomen, laparotomy

İletişim

Sorumlu Yazar: Mehmet Akif SARGIN

Adres: Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Tel: +90 (505) 350 82 59

E-Posta: drmehmetakifsargin@yahoo.com

Makale Geliş: 29.05.2016

Makale Kabul: 17.11.2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.270305>

GİRİŞ

Adneksiyal torsiyonlar kadınlardaki cerrahi acillerin yaklaşık %3'ünü oluşturur (1). En sık üreme çağındaki kadınlarda görülmekle beraber postmenapozal döneme kadar her yaşta görülebilir. Over torsiyonu olmadan izole fallop tüpü torsiyonu ilk defa 1890 yılında Bland Sutton tarafından tanımlanmıştır (2). Üreme çağındaki kadınlarda 1:500.000–1:1.500.000 oranında görülebilir ve alt kadran karın ağrısının nedenleri açısından ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekmektedir (3). İzole fallop tüpü torsiyonların kesin etyolojisi bilinmemekle beraber literatürde tanımlanan bazı risk faktörleri mevcuttur. Bunlar; intrensek ve ekstrensek faktörler olarak 2 gruba ayrılmaktadır (4). Konjenital anomaliler, hidro/hematosalpenks, tubal ligasyon, tubal tümörler, artmış tubal motilite/ spazm gibi fallop tüpüne direkt etki eden nedenler intrinsek faktörler olarak sınıflandırılırlar. Fallop tüpünün çevre organlarından kaynaklanan nedenlere (ovaryen/paraovaryen/paratubal kistler ve tümörler, gebeliğe bağlı uterusun genişlemesi, adhezyonlar, mekanik etkiler, pelvik organlara travma) bağlı torsiyonu ekstrensek faktörler olarak sınıflandırılır. Gebelikte adneksiyal torsiyonun arttığını bildiren yayınlarda mevcuttur (5). Adneksiyal torsiyonların kliniğinde alt kadran karın ağrısı, bulantı, kusma ve peritoneal irritasyon bulguları mevcuttur. Tanıda altın standart yöntem tanısal laparoskopi veya tanısal laparotomidir (6). Preoperatif tanıda klinik şüphe oldukça önemlidir. Tanıda ve müdahalede gecikme olması hastanın torsiyone olan over ve/veya fallop tüpünü kaybetmesine veya folikül rezervinin azalmasına neden olabilir. Bu olgu sunumunda yüksek klinik şüpheye dayanarak acil tanısal laparotomi yapılan ve torsiyone nekrotik paratubal kist ile beraber izlenen torsiyone intakt fallop tüpü vakasının sunulması amaçlandı.

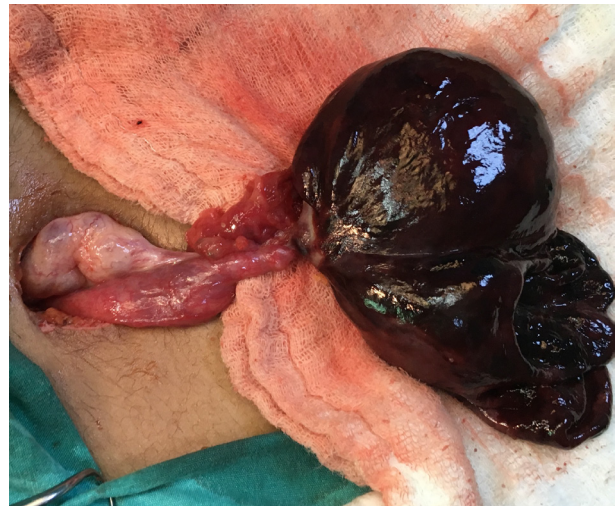
OLGU

Ondokuz yaşındaki virgo hasta, karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Şikayetlerinin iki gündür giderek arttığını belirten hastanın yapılan muayenesinde, batın alt kadranlarda palpasyonla hassasiyet, defans ve rebaund bulguları pozitif bulundu. Medikal öz geçmişinde özellik bulunmayan hastanın diğer sistem muayenelerinde patoloji izlenmedi. Kan basıncı: 110/60 mmHg, nabız sayısı: 90/dk, solunum sayısı: 18/dk, ateş: 36,5°C idi. Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin 10.2 gr/dl, lökosit sayısı 9700/mm³, C-Reaktif protein 2.35 mg/L, biyokimyasal değerler ve tam idrar tahlili idrar tetkiki normaldi. Hastanın acil serviste yapılan tüm batın tomografisinde (BT) supravazikal bölgede pelvis orta hatta yaklaşık

110x58 mm boyutlarında içerisinde septalar barındıran kistik görünüm ve kist duvarlarında hafif kontrastlanma izlenmiş ancak kist içeriğinde belirgin solid komponent ayırt edilememiştir. Hasta overyan-paraoveryan kist? ön tanısıyla acil jinekoloji polikliniğimize değerlendirilmek üzere konsülte edilmiştir. Yapılan fizik muayenede akut batın bulguları izlenen hastanın transabdominal ultrasonografisinde (USG) ve pelvik renkli dopler ultrasonografisinde sol adnekte torsiyonun ekarte edilemediği 74x64x38 mm boyutlu düzgün konturlu, yoğun içerikli kistik kitle kist izlenen hastaya over torsiyonu ön tanısıyla acil laparotomi kararı alındı. Operasyon sırasında gözlemlenen sol over normal izlendi. Solda adnekte yaklaşık 10 cm çapında kendi etrafında 4 kez torsiyone olmuş hemorajik paratubal kist ve yine 2 defa torsiyone olmuş ancak intakt fallop tüpü izlendi (Resim 1). Fallop tüpü detorsiyonu (Resim 2) ve paratubal kist eksizyonu sonrası operasyona son verildi. Postoperatif takiplerinde patoloji izlenmeyen hasta ikinci gün taburcu edildi.



Resim 1: Sol adnekte yaklaşık 10 cm'lik 4 kez torsiyone olmuş hemorajik ve nekrotik paratubal kist ile beraber yine 2 defa torsiyone olmuş ancak intakt fallop tüpü.



Resim 2: Detorsiyon sonrası intakt fallop tüpü.

TARTIŞMA

İzole fallop tüpü torsiyonu kadınlarda nadir bir akut batın nedenidir. Semptomları arasında alt karın ağrısı, bulantı ve kusma; fizik muayenede ise peritoneal irritasyon bulguları ve bazen de ateş olmak üzere over torsiyonu kliniğine benzerdir (7). Akut apandisit, renal kolik, over kistinin rüptürü ya da torsiyonu, intestinal patolojiler (obstrüksiyon, ileus, perforasyon), ektopik gebelik, pelvik enflamatuvar hastalık, endometriozis, myom dejenerasyonu gibi akut batın nedenleri ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Preoperatif değerlendirmede doppler USG, BT ve MR gibi radyolojik yöntemlerin tanı değerleri sınırlıdır (1, 2, 7, 8). Uzun süreli abdominal ağrı ve persiste eden adneksiya kitle varlığında BT'den faydalanılabilir (7, 8).

Hastanemiz acil servisinin klinik pratik uygulamasında BT çekimi karın ağrısı olan hastalarda USG den daha sık kullanılan bir görüntüleme yöntemi olduğu için ilk değerlendirme BT ile yapılmıştır. Bizim vakamızda olduğu gibi klinik şüphe ve torsiyon ihtimalinin akılda tutulması hastaya müdahale sürecinin kısaltılması, organ ya da fonksiyon kaybının önlenmesi açısından önemlidir. Tanısı konulamayan ve tedavi edilmeyen torsiyonlar ilerleyen dönemlerde nekroz, pelvik abse ve ciddi yapışıklıklara yol açabilir. Bazen de sepsis için bir odak teşkil edebilir ve tedavisi çok zor hale gelebilir. Bizim olgumuzda erken tanı ve müdahale sonrası postoperatif dönemde ve takiplerinde bu komplikasyonlardan hiçbirisi görülmedi. Hastamızın virgo olması nedeniyle postoperatif geç dönemde sol tubanın fonksiyonel olduğunu gösterebilecek histerosalpingografi ile değerlendirmesi yapılamamıştır. Adneksiya torsiyonların operasyon öncesi doğru ve kesin tanısında kullanılacak güvenilir bir tanı yöntemi bulunmamaktadır.

Literatürde, cerrahi öncesi değerlendirme ile olgulara doğru tanı koyma oranları %23-66 oranlarında bildirilmiştir (9). Tubal torsiyonun radyolojik bulguları arasında tubal kalınlaşma, hematosalpenks ve adneksiya kitle sayılabilir (8). Bizim vakamızda tubanın torsiyone ancak intakt olması nedeniyle preoperatif tanı konulamamıştır. Adneks torsiyonunun varlığı ya da yokluğunun kesin tanısı sadece cerrahi (laparotomi/laparoskopi) girişim sırasında konulabilir.

İzole fallop tüpü torsiyonu ile ilgili literatür taraması yapıldığında çoğunlukla vaka sunumları ya da uzun yıllar biriktirilen vaka serileri şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Torsiyon hastalarında organ koruyucu müdahalelerin yapılabilmesi için erken tanı önemlidir.

Geçmişte adneksiya torsiyon vakalarında tromboembolik komplikasyon risklerinden dolayı radikal cerrahi uygulanırken artık günümüzde, konservatif tedavi olarak detorsiyon ameliyatları ön plana çıkmıştır. Adneksiya torsiyon vakalarında pulmoner emboli insidansı %0.2 olup (10), detorsiyon sonrası pulmoner emboli insidansın da herhangi bir artış bildirilmemiştir (9). Bu vakada fallop tüpü detorsiyonu ve paratubal kisti ekstripsasyonu yapıldı. Postoperatif takibinde pulmoner emboli şüphesi oluşturacak klinik bir bulgu görülmedi.

SONUÇ

Adneksiya torsiyonlar acil müdahale edilmesiyle organ koruyucu cerrahilerin güvenle uygulanabildiği nadir görülen jinekolojik acilerdendir. Ancak nonspesifik klinik bulgular ve kesin tanı koymada sınırlı yardımları olan radyolojik görüntüleme yöntemleri nedeniyle tanı konulmakta zorlanılabilir. Adneksiya torsiyonlarının tanı ve tedavi başarısında en önemli faktör jinekologun azami dikkat ve klinik şüphesidir. Nadir görülen adneksiya torsiyonlar jinekolojik acillerde daima akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Houry D, Abbott JT. Ovarian torsion: a fifteen-year review. *Ann Emerg Med* 2001; 38(2): 156-9.
2. Bland SJ. Remarks on salpingitis and some of its effects. *Lancet* 1890; 136:1146-8.
3. Hansen OH. Isolated torsion of the fallopian tube. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1970; 49(1): 3-6.
4. Wong S-WA, Suen S-HS, Lao T, Chung K-HT. Isolated fallopian tube torsion: a series of six cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89(10):1354-6.
5. Kumari I, Kaur S, Mohan H, Huria A. Adnexal masses in pregnancy: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006; 46(1): 52-4.
6. Comerci G, Colombo FM, Stefanetti M, Grazia G. Isolated fallopian tube torsion: a rare but important event for women of reproductive age. *Fertil Steril* 2008; 90(4): 1198.e23.
7. Harmon JC, Binkovitz LA, Binkovitz LE. Isolated fallopian tube torsion: sonographic and CT features. *Pediatr Radiol* 2008; 38(2):175-9.
8. Ghossain MA, Buy JN, Bazot M. CT in adnexal torsion with emphasis on tubal findings: correlation with US. *J Comput Assist Tomogr* 1994; 18(4): 619-25.
9. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 150(1): 8-12.
10. Oelsner G, Shashar D. Adnexal torsion. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49(3): 459-463.

Surrounding Resection Technique for Placenta Percreta: A Fertility Preserving Approach

Plasenta Perkretada Çevresel Rezeksiyon Tekniği: Bir Fertilitate Koruyucu Yaklaşım

Murat EKİN ¹, Cihan KAYA ¹, Gülsen AKYILDIZ ¹, Levent YAŞAR ¹

1. Bakirkoy Dr Sadi Konuk Training and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul, Türkiye

ABSTRACT

Introduction: Placenta percreta is a life-threatening obstetric emergency characterized by the abnormal invasion of chorionic villi into the uterine wall. Although various conservative treatment modalities have been described, hysterectomy is still a common option as life saving procedure.

Case: In this case, surrounding resection technique with hypogastric artery ligation is described as an option in selected cases who desire fertility.

Conclusion: In selected cases with focal placenta percreta surrounding resection technique can be used by an experienced surgical team.

Keywords: fertility preservation; obstetric surgical procedure; placenta percreta

ÖZET

Giriş: Plasenta perkreta koryonik villusların uterin duvara anormal invazyonu ile karakterize yaşamı tehdit eden bir obstetrik acildir. Her ne kadar çeşitli konservatif tedavi seçenekleri tanımlanmış olsa da, histerektomi hala yaygın olarak hayat kurtarıcı bir seçenek olarak bulunmaktadır.

Olgu: Bu olguda, fertilitate isteği olan seçilmiş olgularda hipogastrik arter bağlanmasıyla birlikte çevresel rezeksiyon tekniği tanımlanmıştır.

Sonuç: Fokal plasenta perkretalı seçilmiş olgularda deneyimli bir cerrahi ekibi tarafından çevresel rezeksiyon tekniği kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: fertilitate koruma; obstetrik cerrahi prosedür; plasenta perkreta

INTRODUCTION

Placenta percreta is a life-threatening obstetric emergency characterized by the abnormal invasion of chorionic villi into the uterine wall. It is related to the previous uterine scars including caesarian sections, prior intrauterine infections and uterine curettage [1]. Although there are various treatment options; hysterectomy is the life saving procedure in most of the cases. Avoidance of severe hemorrhage can be achieved by performing classical caesarean section, leaving the adherent placenta in situ and either immediate hysterectomy or hysterectomy after 2-6 weeks of delivery. Late hysterectomy may be a good option as keeping the placenta in situ and may allow for the involution of the uterine vascularity, decrease the blood loss and facilitate the hysterectomy especially by avoiding bladder injuries [2, 3]. Embolisation of the uterine arteries and treatment with methotrexate have also been described. Preserving fertility by avoiding hysterectomy is very difficult in those patients with abnormal placentation [4-6]. Surrounding resection technique of the placenta accrete can be a treatment option in cases with placenta has partially or focally invaded the myometrium.

CASE REPORT

A 24 year old woman was referred to our hospital with the diagnosis of preeclampsia. She had a history of one previous caesarean delivery and she was at 34 weeks and 4th days of gestation at the time admission. Her ultrasound with color Doppler examination confirmed a fetus with intrauterine growth restriction, oligohydramnios and reversed diastolic flow at umbilical arteries with a partial placenta previa. She had a non reassuring fetal hearth rate pattern (non reactive and decreased variability). Cesarean delivery was planned for the patient. Sufficient cross-matched blood and blood products had been obtained. She had an intraoperative diagnosis of complete adherent placenta into the myometrium in 6 cm diameter at the anterior lower part of the uterine wall without

Contact:

Corresponding Author: Cihan KAYA, M.D. M.Sc (c)
Address: Tefrik Saglam, Str No 11, Zuhuratbaba, Bakirkoy, Istanbul, Türkiye
Tel: +90 (506) 484 54 69
E-mail: drcihankaya@gmail.com
Submitted: 28.11.2016
Accepted: 27.04.2017
DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.270306>

any infiltration into the urinary bladder (placenta percreta). Because of the patient's strong desire of fertility, conservative management was considered by the surgery team. Umbilical cord was clamped and cut very close to the placenta. Placenta was left undisturbed in the uterus and bilateral ligation of the hypogastric arteries were done to reduce blood loss, respectively.

Then the free segments of the placenta were resected with bipolar tissue sealer (Enseal Ethicon USA). Starting the dissection from lateral paravesical spaces, peritoneal fold over bladder was removed. Conservative management of partially attached placenta percreta was achieved with the surrounding resection technique by using the monopolar cautery and the bipolar vessel sealer (Figure 1, 2). Estimated blood loss during caesarean delivery was 1, 1 L. The patient did not require any post-operative blood transfusion or uterine artery embolisation. She was discharged home on the postoperative fourth day with oral antibiotics.

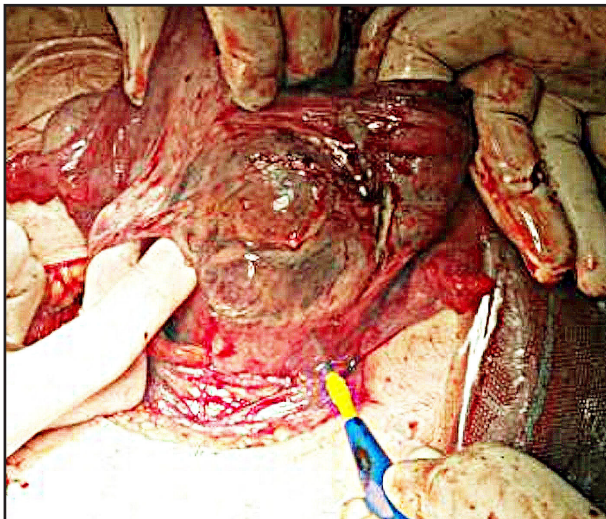


Figure 1: The red circle shows image of bulged placenta from the anterior lower part of the uterine wall.

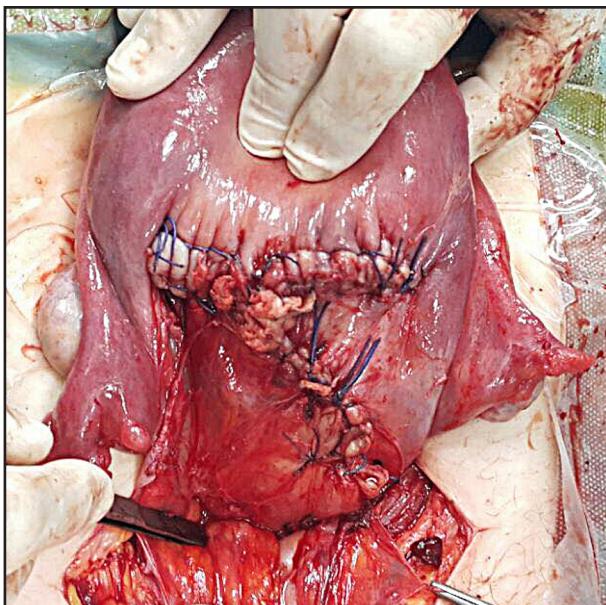


Figure 2: The uterus was repaired in two layers in vertical and transverse dissection axis in two layers.

She had a routine follow up appointment 1st and 4th weeks post-operatively. Endometrium, myometrium, vesicouterine fold and the urinary bladder was identified as normal by sonographic evaluation.

DISCUSSION

There has been an increase in incidence of placenta accreta in the past few years related to the increase in rates of caesarean birth. It is associated with significant maternal morbidity and mortality, with a reported worldwide incidence of 7%- 10% [2]. Conservative surgical measures such as myometrial compression sutures with uterine balloon tamponade have been described by various authors in limited cases. Expected management by intentional retention of placenta with or without embolisation of the uterine arteries was also described but this procedure has significant risk of sepsis or hysterectomy. Methotrexate has also been used by several authors since 1986 to help reduce placental mass and its vascularization in patients whom were managed by intentional retention of placenta [7]. But routine use of methotrexate should not be recommended because of the knowledge that placenta do not have enough rapidly dividing cells for the efficacy of the drug. Also methotrexate may suppress the bone marrow causing anemia and infection [2]. Chandraran et al have described a 3-step Triple P conservative as a surgical alternative to peripartum hysterectomy for placenta accreta. This technique involve the preoperative ultrasonographic diagnosis and mapping for the incision of the uterus away from the adherent placenta. Avoiding the separation of placenta from the attached myometrium. Pelvic devascularization by inflation of pre-positioned occlusion balloons in the anterior division of the internal iliac artery with myometrial excision. The excision of the myometrial wall with the adherent placenta and repair of the myometrial defect [8,9]. Our case have some similarities with the Triple P technique. It has sonographic and clinical clues such as a previous caesarean section with an anterior placenta previa as for the clinical suspicion of placenta percreta. Although our clinical approach to placenta percreta usually involves midline vertical skin incision with classic vertical uterine incision we have preferred Pfannenstiel incision because of the gestational age of the patient. Transverse uterine incision over the placental attachment border was also preferred. We preferred ligation of the hypogastric arteries instead of angiographic embolisation as our team has gynecological oncology background and experienced at retroperitoneal space surgeries.

In a recent study by Kilicci et al., 11 cases of placental invasion anomalies managed by segmental resection technic was reported. In this study, 9 of the patients were managed with uterine preservation, however, two of the cases were managed by cesarean hysterectomy due to various reasons. Our technic has many similarities with study mentioned above [10].

Overall; in selected cases with focal placenta percreta surrounding resection technique can be used by an experienced surgical team.

REFERENCES

1. Khan M, Sachdeva P, Arora R, Bhasin S. Conservative management of morbidly adherant placenta A case report and review of literature. *Placenta* 2013;34: 963-66.
2. Narang L, Chandraharan E. Management of morbidly adherent placenta. *Obstet Gynaecol and Reprod Med* 2013;23:214-9.
3. Doumouchtsis SK, Arulkumaran S. Morbidly adherent placenta. *Obstetrics. Gynaecol Reprod Med* 2010; 20: 272-7.
4. Meyer NP, H Ward G, Chandraharan E. Conservative approach to themanagement of morbidly adherent placenta. *Ceylon Med J* 2011; 57:36-9.
5. Timmermans S, van Hof AC, Duvelot JJ. Conservative management of abnormally invasive placentation. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62:529-39.
6. Bodner LJ, Noshier JL, Gribbin C, Siegel RL, Beale S, Scorza W. Balloon-assisted occlusion of the internal iliac arteries in patients with placenta accreta/percreta. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2006; 29: 354-61.
7. Arulkumaran S, Ng CS, Ingemasson I, Ratnam SS. Medical treatment of placenta accreta with methotrexate. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65: 285-6.
8. Chandraharan E, Rao S, Belli A-M, Arulkumaran S. The Triple-P procedure as a conservative surgical alternative to peripartum hysterectomy for placenta percreta. *Int J Obstet Gynecol* 2012; 117: 191-4.
9. Chandraharan E. Should the Triple-P procedure be used as an alternative to peripartum hysterectomy in the surgical management of placenta percreta? *Women's Health* 2012; 8: 1-3.
10. Kilicci C, Sanverdi I, Ozkaya E, Eser A, Bostanci E, Yayla Abide C, et al. Segmental Resection Of Anterior Uterine Wall In Cases With Placenta Percreta: A Modified Technique For Fertility Preserving Approach. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017; 28:1-18.

Doğum Sonu Dönemde Hemşirelik Bakımı

Nursing Care During The Postpartum Period

Çiğdem ŞİMŞEK ¹, Tuğba Yılmaz ESENCAN ¹

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

(Bu makale, "2. Ulusal Doğum Sonu Kongresi"nde Poster olarak yayınlanmıştır, 25-26.02.2016.)

ÖZET

Lohusalık, puerperiyum ya da postpartum dönem olarak adlandırılan, gebelik ve doğum sürecindeki psikolojik ve fiziksel değişikliklerin eski halini almasını içeren özellikli bir dönemdir. Bu süreç plasenta ve zarların doğumundan hemen sonra başlayıp, annenin bedeninin gebelikten önceki eski haline dönmeye kadar ya da yaklaşık olarak 6-8 hafta (42 gün) sürmektedir. Bu dönem sonlanana kadar annenin ve ailenin gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı sürecin sağlıklı yönetimi açısından oldukça önemlidir.

Doğum sonu bakımın amacı, yeni anne olmuş olan lohusanın sağlığı konusunda etkili olan faktörlerin dikkate alınarak yakından izlenmesi, ebeveynlik becerileri ve emzirme konusunda eğitici ve destekçi rolleri üstlenerek hem anne hem bebek sağlığını korumaktır. Bu bakım toplum ve sosyal bakım gibi geniş alanlardan yenidoğan bakımına kadar özel alanları da kapsamaktadır. Bu bağlamda hemşirelik hizmetlerindeki doğum sonu bakım uygulamaları kadın sağlığı hemşiresinin verdiği bakımın önemli bir parçasını oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: doğum sonu dönem; hemşirelik bakımı; doğum sonu dönemin yönetimi

SUMMARY

Puerperium or the postpartum period includes the period of psychological and physical changes in pregnancy and the childbirth process. This process begins immediately after the birth of the placenta and membranes, until the mother's body returns to its condition prior to the pregnancy, or until around 6-8 weeks (42 days). Until the end of this period, the mother and the family should act in accordance with the requirements of the nursing care process, which is very important for the healthy management of the postpartum condition. The purpose of end-natal care, monitoring closely the consideration of factors that impact on the health of new mothers who have been postpartum, breastfeeding and parenting skills trainers and assuming the role of supporter is to protect both mother and baby's health. This care involves wide areas like community and social care as well as special areas such as newborn care. In this context postpartum nursing care practices constitute an important part of the care given by the women's health nurses.

Keywords: postpartum period, nursing care; management of postpartum period

İletişim

Sorumlu Yazar: Tuğba Yılmaz ESENCAN

Adres: Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çoc. Hast. Eğt. ve Arş. Hast. Burhanettin Üstünel Cad. No:10 İstanbul, 34668, Türkiye
Tel: +90 (216) 391 06 80

E-Posta: tubisyilmaz@hotmail.com

Makale Geliş: 21.11.2016

Makale Kabul: 13.04.2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.267263>

GİRİŞ

Anne, bebek ve aile sağlığının devamı için doğum sonu dönemde sosyal desteğin verilmesi doğum sonu döneminin sağlıklı geçmesi açısından oldukça önemlidir (1). Bu süreçte ailenin bir bütün olarak psikolojik ve fiziksel olarak sağlıklı olmalarına katkıda bulunmak annenin hem kendi sağlığını hem de bebeğinin gelişimini bilinçli olarak izlemesine ve anne sütünün bebeği için önemini ve faydalarını anlamasına katkıda bulunmaktadır (2).

Lohusalık dönemi ailenin tüm bireyleri için en hassas dönemlerden biridir. Sağlık personellerinin lohusanın fiziksel bakımının yanında psikososyal bakımıyla da ilgilenmesi ve özellikle yeterli desteği olmayan lohusalara destek sağlaması postpartum dönemde aile sağlığının korunması için gereklidir (1).

Bu nedenle postpartum dönemde verilen hemşirelik bakımı ve hemşireler tarafından verilen eğitim oldukça önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre gebelik, doğum ve doğum sonrasında ortaya çıkan anne ölümleri, neonatal ölümler ve hastalıkları öncelikli olarak ele alınması gereken sağlık sorunlarıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), anne-bebek ölümlerinin azaltılması için 21. yüzyıl sağlık hedefleri içinde üreme sağlığı, antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Son yıllarda üzerinde önemle durulan "üreme sağlığı" kapsamında da doğum sonrası bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu doğrultuda değerlendirildiğinde doğum sonrası bakım, bebek bakımı, emzirmeye yönelik hizmetlerin ve eğitimlerin annelere sağlanması gerekmektedir (3). Bu dönemde en büyük rol hemşirelere düşmektedir.

Özellikle kadın doğum hemşiresi doğum sonu dönemin etkin yönetiminde kilit rol oynamaktadır. Bu derlemede de postpartum dönemde verilen hemşirelik bakımının önemini vurgulayarak hemşirelerin etkinliğini arttırmak amaçlanmaktadır.

Doğum Sonu Dönem

Lohusalık dönemi (puerperium) plasenta'nın doğumu ile başlayan ve doğum sonrası 6-12 haftayı içeren dönemdir ve postpartum dönem olarak da adlandırılmaktadır. Doğum ile tam fizyolojik involüsyon ve psikolojik uyum arasındaki dönemi kapsar.

Doğum sonu dönem üç farklı ve birbirini izleyen dönemden oluşur (4);

- **Başlangıç Dönemi:** Doğum sonrası ilk 6-12 saati kapsar. Bu dönemde doğum sonu kanama, amnios sıvı embolisi, uterin inversiyon ve eklampsi gibi acil sorunlar yaşanabilir.
- **İkinci Dönem (Subakut postpartum dönem):** 2-6 hafta sürer. Bu dönemde hemodinamik, genitoüriner sistem, metabolizma ve duygusal durum ile ilgili değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler akut faza göre daha yavaş gerçekleşir.
- **Üçüncü Dönem:** 6 aya kadar devam eden dönemdir.

Bir başka sınıflandırmada; doğum sonu ilk 24saat "acil lohusalık dönemi", ilk 7-10 güne kadar olan dönem "erken lohusalık dönemi", sonraki 6 haftalık dönem "geç lohusalık dönemi" olarak da ifade edilmiştir (4-6).

Doğum sonu dönem anne ve bebeğin hemşirelik bakımına fazlaca ihtiyaç duydukları bir dönemdir. Bu dönemde oldukça basit sayılabilecek sorunların çözümünde dahi aile yardımı ihtiyaç duyulabilir. Bu nedenle doğum sonu dönemde verilecek hemşirelik bakımı hem annenin hem yenidoğanın hem de ailenin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde planlanmalıdır (6, 7). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2013) verilerine göre; sağlık kuruluşunda ya da evde doğum yapan tüm kadınlara doğum sonrası sağlık kontrollerinin bir sağlık personeli tarafından yapılıp yapılmadığı sorulmuş ve bu soruya olumlu cevap veren kadınlardan bu kontrolün doğumdan ne kadar zaman sonra gerçekleştiği bilgisi alınmış olup kırsal alanlarda yaşayan kadınlarla karşılaştırıldığında, kentlerde yaşayan kadınların doğum sonrası bakım alma olasılıklarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Doğum sonrası bakım almayan kadınların oranının en yüksek olduğu bölge ise Doğu Anadolu bölgesidir (yüzde 14). İstanbul'da doğum sonu bakım alma oranı yüzde 98 ve Kuzeydoğu Anadolu'da ise yüzde 81 olarak bulunmuştur. Ayrıca, doğum sonrası bakım alma ile eğitim ve refah düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Doğum sonrası ilk bakımın zamanlamasına bakıldığında, kadınların yüzde 74'ünün doğumdan sonraki dört saat

içinde ilk bakımlarını aldıklarını belirlenmiştir. TNSA 2008 verilerine baktığımızda kadınların yüzde 83 olan doğum sonu bakım oranlarında son yıllarda önemli bir artış olduğu görülmektedir. 2013 verilerine göre Türkiye'de, kadınların yüzde 93'ü, bebeklerin yüzde 94'ü sağlık personelinin doğum sonrası bakım almış ve doğumların yüzde 74'ünün sağlık kontrolü doğumdan sonraki ilk dört saat içinde yapılmıştır (8). Doğum sonu dönemde bakımın devamlılığı oldukça önemli olup doğum sonu bakımın sürdürülebilir olması da gerekmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde doğum sonu bakımın devamlılığı konusunda yeterli veri bulunmamaktadır.

Doğum Sonu Fiziksel Adaptasyon ve Anneliğe Uyum

Doğum sonu dönemde annenin çok yönlü değerlendirilmesi ve bu doğrultuda bakım planı geliştirebilmek için süreci takiben üreme organlarının ve diğer temel sistemlerin anatomisi ve fizyolojik süreçlerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Gebelik döneminde gerçekleşmiş olan birçok değişiklik gebelik öncesi döneme gerileme (retrogresif) sürecinde olup emzirme dönemi ise ilerleme (progresif) sürecindedir (9). Bu değişimlerin yanında doğum sonu dönem ebeveynlerin bebek bakımı vermesi, bebek için güvenli çevre oluşturması, bebekle iletişim kurması, yeni rolleri öğrenmesi, aile duyarlılığını geliştirmesi ve bebekle ilgili problemlerle baş etmesini gerektiren bir dönemdir. Bu dönem, aile için çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olarak yaşanabileceği gibi, kriz yaşanan bir dönem olarak da yaşanabilmektedir. Bu süreçte endokrin sistemde artan östrojen, progesteron, kortizon düzeyleri normal seviyelerine iner ve fizyolojik, anatomik değişikliklerin yanı sıra, anne yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir süreç yaşamaktadır. Anneler, yeni rollerini öğrenmek, bebekle iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek, bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorundadır. Birçok kadın, gebelik ve doğum ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlar. Ancak uyum sağlamayan kadınlarda çeşitli düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilmektedir (10-12).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada lohusalıkların depresyon oranının %10-20 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Doğum sonu yatkınlığı olan anneleri iyi izlemek ve değerlendirmek gerekmektedir. Doğum sonu depresyon gelişmesindeki yüksek risk etkenleri; işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yetersiz aile ilişkileri, erken yaş evlilikleri, istenmeyen gebelik,

doğum öncesi bakım yetersizliği, düşük yapma korkusu, bebeğini kaybetme gibi sıralanabilir. Bu gibi durumların tespitinde sağlık personeline büyük rol düşmektedir (13). Tüm bu değişimler nedeniyle verilecek olan hemşirelik bakımı ve desteği oldukça önemlidir. Anneler postpartum dönemde çoğunlukla epizyotomi, meme dolgunluğu, sezaryen veya hemoroide bağlı ağrı, konstipasyon, yorgunluk gibi fizyolojik sorunlar yaşamaktadırlar (12). Hemşirelik bakımı bu sorunları öncelikli olarak ele alarak annenin desteklenmesini ve sürece uyumunu sağlamaktadır. Kapsamlı bakım ile anne, bebek ve ailenin ihtiyaçlarını ve olası risklerini belirlemeye dayalı olarak verilmeli ve risklerin farkında olunması ile komplikasyonların önlenmesi sağlanmalıdır. Fiziksel değerlendirme yapılırken veri toplayabilmek için etkin bir iletişim ile yeterli zaman ayırmak oldukça önemlidir. Yapılan tüm değerlendirmeler sırasında anneye de bilgi verilmesi, uygulamalar sırasında kadının rahat olmasının sağlanması, bulguların kayıt edilmesi ve vücut sıvıları ile bulaşa karşı önlemlerin alınması gerekmektedir (9).

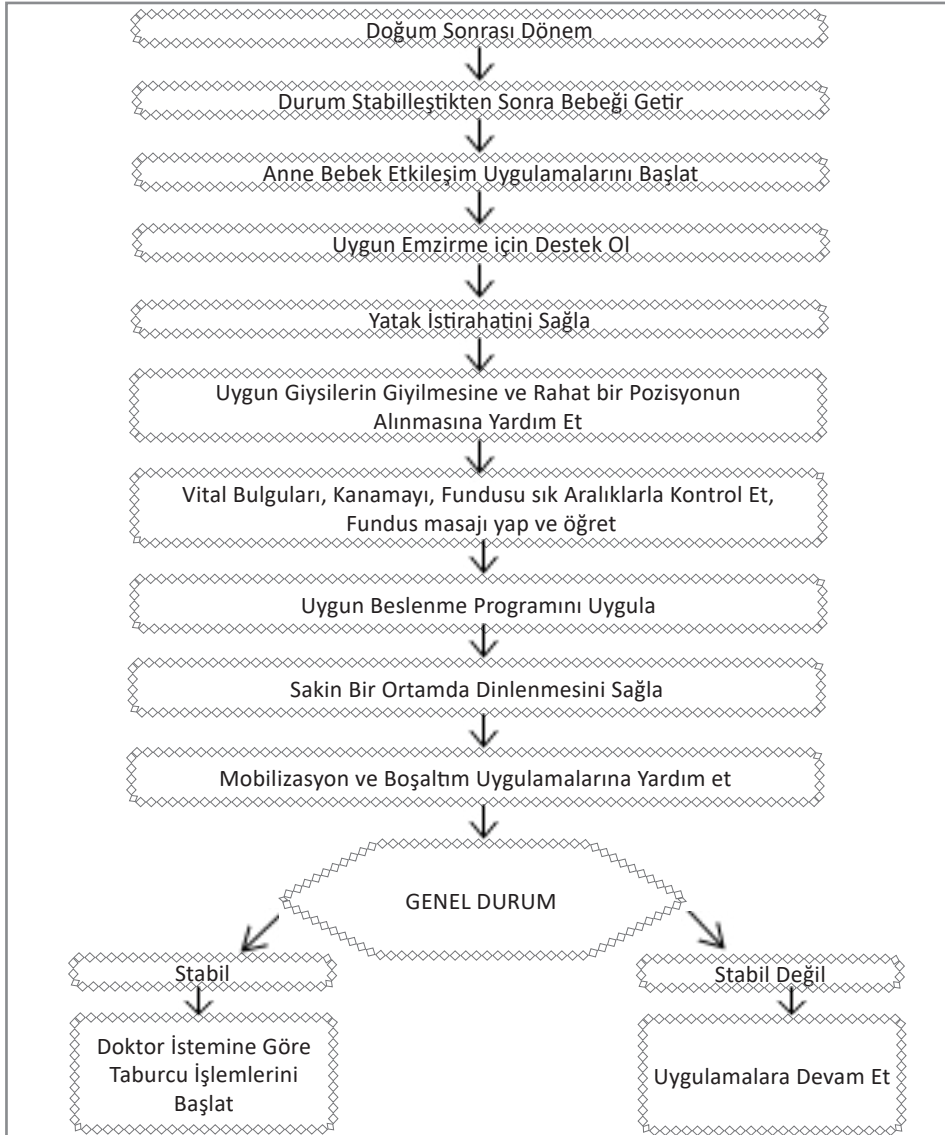
Doğum Sonu Dönemde Hemşirelik Bakımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (World Health Organization-WHO) tarafından (2010), birçok kadın ve yenidoğanın doğum sonu bakım alamadığını, anne ölümleri ve hastalık oranlarının yüksek olduğunu ve her yıl 500 binden fazla kadının gebelik ve doğum sonuçları nedeni ile ölmekte olduğunu belirtilmektedir (14,15).

Doğum sonrası bakımın temel amacı kadın ve bebeğinin sağlığını korumak, geliştirmek, sağlık ve sosyal ihtiyaçlarını gidermeye yardımcı olmak için aile ve toplum desteğini geliştirmektir (15).

Doğum sonu hemşirelik bakımı doğumun hemen arkasından bütüncül şekilde planlanıp başlanmalı ve lohusanın evde de uygulayabileceği şekilde eğitilip taburcu edilmesi sağlanmalıdır (6). Normal doğum sürecinde doğum sonrası hemşirelik uygulamalarına ilişkin akış şeması Şekil 1'de olduğu gibi uygulanmalıdır (16).

Şekil 1: Normal Doğum Sürecinde Doğum Sonrası Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şeması.



Etkili doğum sonu hemşirelik bakım ile hedeflenenler ise (17, 18);

- Anne ve yenidoğanın doğum sonu bakıma güvenli ve etkili olarak ulaşılabilmesi,
- Her bir anne için bireyselleştirilmiş bakım uygulanması,
- Kişiselleştirilmiş doğum sonu bakımın, doğum öncesi veya doğumdan hemen sonra başlatılması,
- Kadınlara kendi doğum deneyimleri hakkında konuşma olanağının sağlanması,
- Kadınlara, kendi ve yenidoğanlarının iyilik halini ve sağlıklarının devamı için kendilerini tanımalarının sağlanması,
- Annenin ve yenidoğanın sağlık durumuna, iyilik haline göre hastanede kalma süresinin belirlenmesi,
- Sağlık bakım vericiler ve ilgili diğer sektörler arasında standart protokollerin hazırlanması,
- Sağlık personelinin anne ve yenidoğana ilişkin kayıtları tutması olarak belirtilmiştir.

Doğum sonu dönemde yaşanan sorunlar değerlendirildiğinde; anne ve yenidoğana yönelik fiziksel ve psikolojik bakımlarının sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, aile üyelerinin bu yeni duruma psikososyal uyumunun sağlanması, sağlığın iyileştirilmesi ve önerilerde bulunulabilmesi için sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir (17, 19, 20). Ayrıca, sağlık profesyonellerinin anneye ve aileye yardım ve rehberlik etmesi gerekmektedir (17, 20, 21). Bu nedenle sağlık profesyonellerinin, doğum sonu bakım uygulamalarını en iyi kanıt üzerine temellendirilmesine gereksinim giderek artmaktadır (22). Tüm bu gereksinimler nedeniyle bakımda standart oluşturulması amacıyla rehberler geliştirilmiş olup hemşirelik bakımları da bu doğrultuda planlanmaktadır. Doğum sonu dönemde bakım amacıyla geliştirilen rehberler;

T.C. Sağlık Bakanlığı (SB)-Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi:

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanmış; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından güncellenmiştir. Her lohusanın doğum sonrası ilk 42 gün süresince izleminin yapılması, komplikasyonlara karşı korunması,

erken teşhis ve tedavisinin sağlanması, gerektiğinde sevk edilmesi ve annenin ilgili konularda bilgilendirilmesi amacı ile geliştirilmiştir. Rehber, 2008/80 sayılı genelge ile uygulamaya konulmuştur. Bakanlığın Bilim Komisyonu ve uzman dernekler tarafından ulusal ve uluslararası güncel literatür bilgileri ışığında gözden geçirilerek 2014 yılında güncellenmiştir (23, 24). Bu rehberde göre hastanede 3, evde 3 olmak üzere toplam 6 lohusa ziyareti ve normal doğumlarda 24 saat sezaryen doğumlarda ise 48 saat hastanede yatış verilerek yakın tabip ile doğum sonu yönetimi planlanmıştır.

Doğum Sonu Rehberine Göre;

- Hastanede yapılacak ilk izlem doğum sonu 0-1. saatler içinde olmalıdır. Bu süreçte bakım planlama akışı:
Annenin genel durumunun değerlendirilmesi, kayıtlı verilerin gözden geçirilmesi, risk tespiti, muayene ve takip, vital bulguların takibi, kanama ve uterus involusyonunun takibi, fundus masajı, idrar miktarı ve çıkış takibi, vajinal muayene ve değerlendirilmesi, kanama durumunda yapılması gereken basamaklar, laboratuvar bulgularının takibi ve bakım basamakları şeklindedir (25).
- İkinci izlem serviste ilk 1-6. Saatler arasında planlanmalıdır. Bu süreçte verilen bakım ise: Uygun iletişim kurma, genel değerlendirme tekrarı, anne ile yakınmalarının paylaşılması, bir önceki izlem ve kayıtların incelenmesi, doğum sonu eğitimlerin verilmesi, vital bulguların değerlendirilmesi, uterus involusyonunun takibi ve kontrolü, kanamanın miktar ve nitelik olarak kontrolü ve takibi, genel vücut muayenesinin yapılarak değerlendirilmesi, epizyotomi var ise değerlendirilmesi, hematoma kontrolü, inkontinans takibi, sezaryen ise cerrahi hattın kontrolü, immünisasyon takibi, laboratuvar sonuçlarının takibi, beslenmesi ve bakım basamaklarını kapsamaktadır (25).
- Üçüncü izlem 6-24. Saatler arasında annenin bulunduğu serviste planlanmaktadır. Bakım basamakları:
Genel değerlendirme ve anne yakınmalarının belirlenmesinin ardından vital bulguların değerlendirilmesi, uterus involusyonunun takibi ve kontrolü, kanamanın miktar ve nitelik olarak kontrolü, ped takibi, enfeksiyon bulguları açısından gözlem ve değerlendirme, laboratuvar bulgularının kontrolü, idrar takibi, lohusanın hareket etmesinin ve yürümesinin sağlanması, meme ve perine bakımı ve kontrolü, eğitim verilmesi, doğum sonu kaygı bulgularının değerlendirilerek erken önlemlerin alınması ve bakım basamaklarını içermelidir (25).

- Doğum sonu ilk 24 saat içerisinde görülebilecek tehlike belirtileri belirlenmiş olup danışmanlık basamakları standartlaştırılmıştır.

- Dördüncü izlem annenin hastaneden taburcu oluşunu takip eden 2-5. Günler arasında evde yapılmalıdır. Bu süreçteki bakım basamakları ise:

Uygun iletişim kurma, genel değerlendirme, doğum süreci ve doğum sonrası hakkında bilgi sahibi değilse bilgilerin alınması, anne yakınmalarının paylaşılması, kanamanın değerlendirilmesi, idrar şikayetleri varsa belirlenmesi, ağrı varsa değerlendirilmesi, barsak faaliyetlerinin sorgulanması, psikolojik durumun gözlemlenerek değerlendirilmesi, aile içi şiddet belirtilerinin gözlemlenmesi, muayene, bilgilendirme ve eğitim, gerekli ise laboratuvar bulgularını takip etme, bakım ve danışmanlığın ardından tehlike belirtilerinin paylaşılarak bu durumda izlenecek yol ile bu bilgilendirmeleri içeren bir kitapçığın verilmesini içermektedir (25).

- Beşinci izlem taburcu olan annenin doğumunu takip eden 15. Gününde evde ya da sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmelidir. Bu izlemde:

Diğer izlemlerde izlenen basamakların ardından cinsellik ve aile planlaması eğitimlerinin verilmesi, inkontinans bulgularının kontrolü, meme sorunları varsa belirlenmesi gibi basamakları içermektedir.

- Altıncı izlem ise doğumu takip eden 6. haftada önerilmesinin yanında 4-8. Haftalar arasında yapılması önerilmektedir. Bu izlemde evde ya da sağlık kuruluşunda gerçekleştirilebilir. Bu aşamada:

Diğer izlemlerde belirlenen aşamaları takiben bu döneme özgü disparoni şikayetlerinin belirlenmesi, aile planlaması eğitimi, emzirme ve anne sütü eğitimi, psikolojik durumun değerlendirilmesi ve bu süreçte Edinburg skalasının kullanılması önerilmektedir (25).

WHO-World Health Organization-Technical Consultation On Postpartum And Postnatal Care-2010 (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ));

Doğum Sonu Anne ve Yenidoğan Bakımı Uygulama Kılavuzunda ise, rutin doğum sonu bakım ile gözlem ve vajinal kanama, uterusun involüsyon ve yaşam bulgularının değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmakta olup yenidoğan için ise, göbük bakımı, hijyen ve kilo takibi, beslenme, aşılaması, tanımlama ve bakımı içeren uygulamalara yer verilmiştir. Doğum Sonu Anne ve Yenidoğan Bakımı Uygulama Kılavuzu, 1998 yılında uzmanlar tarafından, kanıtlara göre hazırlanmış olmasına rağmen; doğum sonu izlem sayısı, anne ve yenidoğan ile temas ko-

nularına yeterince yer verilmemiş ve babanın ihtiyaçlarının değerlendirilmemiş olduğu belirlenmiştir. Annenin spesifik ihtiyaçları ve kültürel durumuna da yer verilmediği, uygulama hedeflerini belirleme yönünden de yetersiz kaldığı tespit edilmiştir. Bu nedenlerle 2003 yılında "Gebelik, Doğum, Doğum Sonu ve Yenidoğan Bakımı" yayınlanmıştır. Bu rehberde, temel bakım düzeyinde kanıt temelli uygulamalara daha fazla yer verilmiştir. DSÖ, mevcut en iyi kanıt dayalı uygulamaları içerecek şekilde periyodik olarak tüm kuralları güncellemek için kılavuz geliştirmeyi önermiştir. Böylece, 2008 yılında DSÖ, bu mevcut kanıtlara dayalı uygulamaları yansıtmayı sağlamak için rehberi güncelleme süreci başlatmış ve bu amaçla farklı rehberler incelenerek güncelleme yapılmıştır (24).

NCCPC- The National Collaborating Centre For Primary Care -Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care- 2006 (Birinci Basamak Ulusal İşbirliği Merkezi-Londra);

Doğum sonu bakımı, kadın ile işbirliği içinde anne ve yenidoğan ihtiyaçlarını belirlemek üzere bireyselleştirilmiş, bakımın merkezine anne ve yenidoğanın alındığı, kavramsal bir çerçevede hazırlanmış bir rehberdir. Bu rehberde mevcut en iyi kanıtlara dayalı doğumdan sonraki ilk altı-sekiz hafta boyunca kadın ve bebeğinin alması gereken temel kendi ihtiyaçlarına uygun, 'çekirdek bakımı', tanımlamak amaçlamaktadır. Anne ve bebeği için uzun süreli fizyolojik ve emosyonel iyilik halinin geliştirilmesi kadının bakımını güçlendirmede temel olarak belirtilmektedir. Bu rehber, diğer National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) rehberlerinden temel almıştır (24).

Doğum sonu dönemde yapılan bakım ile ilgili çalışmalar incelendiğinde çoğunluğunda hemşirelik bakımının önemi ön plana çıkmaktadır. Daş'ın (27) çalışmasında kadınların tamamının hemşirelerden bakım ve eğitimle ilgili beklentileri olduğu saptanmışken, Akan'nın (26) çalışmasında lohusa kadınların büyük bir kısmının bakımla ilgili ebe ve hemşirelerden beklentileri olmadığı saptanmıştır. Pınar ve arkadaşlarının (28) çalışmasında ise araştırmaya katılan annelerin %70'inde ebe/hemşirelerden beklentisi olduğu belirlenmiştir.

Kaya'nın çalışmasında (30) doğum sonu dönemdeki bakım ihtiyaçlarına bakılmış olup; en çok hareket (%86,4), emzirme (%61,2), kişisel hijyen (%58,7) ve bebek bakımı (%74,8) konularında yardıma/desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir.

Karakaplan'ın (29) yaptığı çalışmada da kadınların %60'ı emzirme, %82,0'si hareket, %15,7'ü kişisel hijyen ve %62,7'si bebek bakımı konularında en çok yardıma/desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmektedir. Lohusalıkta verilen bakım sırasında atlanmaması gereken bir diğer bakım gereksinimi olan aile planlaması da zamanında ve etkili yöntemlerle lohusaların gebelikten korunmaları için hem doğum hastanelerinde hem de aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşireler tarafından aktif olarak vermesi gereken önemli bir diğer konudur. Bu eğitimler postpartum gebelikten korunma konusunda kadınlarda farkındalık yaratacaktır. (31).

Ülkemizde anne bakımına yönelik geleneksel uygulamaların yaygın olarak kullanıldığı da tespit edilmiştir. Verilecek bakımda ve eğitimde sağlık personelinin diğer bir rolü de bunları tespit edip doğruları göstermektir. Gölbaşı ve Eğri'nin (31) bir çalışmasında kadınların doğum sonu dönemde anne sağlığına yönelik yaptıkları geleneksel uygulamalar incelenmiş olup bu uygulamalar arasında ilk üç sırada lohusa kadının kırkını çıkarmak (%91,5), lohusa kadının 40 gün cinsel ilişkiye girmemesi (%90,8) ve lohusa kadının sütünün artması için yapılan uygulamaların (%89) yer aldığı belirlenmiştir. Bunu %88 ile lohusa kadını al basmasından korumaya yönelik uygulamalar ve lohusa kadının karnının sarılması %64,8 gibi uygulamalar takip etmektedir. Bir hemşire olarak doğum sonu dönemde hemşirelik bakımı planlarken bireyi bütüncül olarak değerlendirmenin yanında onların inandıkları ve yaptıkları geleneksel uygulamaları da ortaya çıkaracak şekilde kapsamlı veri toplanması, yapılan bu uygulamaların sağlık üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi ve bireyin bu doğrultuda bilgilendirilmesi oldukça önemlidir (31).

Aksakal ve Bilgili'nin (33) çalışmasında; hasta bakımda sürekliliğin sağlanması, güven ortamının oluşturulması ve yakınları ile olumlu iletişim içerisinde bulunulmasının hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti arttırdığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların hemşirelerin servisi tanıtmaya, bilgilendirme ve hemşirelik uygulamaları ile ilgili hizmetlerinden memnun olmadıkları saptanmıştır. Hastaların eğitim durumu yükseldikçe memnuniyet oranlarının da düştüğü belirlenmiştir. Algier ve arkadaşlarının çalışmasında (32) ise; hemşirelerin bakıma ilişkin girişimleri, hastaların ise dokunma, dinleme, manevi destek benzeri gereksinimleri önemli bulduklarını saptamıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan ve hastanede bir haftadan az yatan hastaların hemşirelik girişimlerine verdikleri önemin arttığı saptanmıştır (32, 33).

Alioğulları ve arkadaşlarının bir çalışmasında ise (34); gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde eğitim verme ve cesaretlendirmenin oldukça önemli olduğu, destek grup oluşturma, emzirme sorunlarıyla baş etmeyi öğretme gibi desteklerin annelerin öz-yeterliliklerini yükseltmekte etkili olduğu, kullanılan eğitim materyallerinin yenilenmesi gerektiği ve eğitimlerin sadece literatürde bulunan bilgiler doğrultusunda hazırlanmış düz metinlerden ziyade, görsel ve şekiller içeren broşürler ile desteklenmesinin eğitimin etkinliğini ve başarısını arttırmada etkili olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak; yapılan araştırmaların sonucunda da doğum sonu hemşirelik bakımının önemi ve etkileri ortaya konmuş olup hemşirelerin uygulamış oldukları profesyonel doğum sonu bakımının lohusanın temel ihtiyaçları doğrultusunda bireysel ve bütüncül bir yaklaşımla belirlenmesi en etkili bakımın verilmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Aksakal T., Bilgili N. Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği. *Erciyes Tıp Dergisi* 2008;30 (4): 242-9.
2. Güney KE. Doğum Sonrası Bakım, Hemşirelik Bakım Standartları, İstanbul Güney Kamu Hastaneler Birliği 2015; www.igkh.gov.tr/yeni/userfiles/files/42DOGUMSONRASIBAKIM.pdf, erişim tarihi: 10.12.2015
3. TC. Milli Eğitim Bakanlığı Hemşirelik Kitabı. *Doğum Sonu Bakım* 2013; sf: 3-50
4. Çiçek N., Mungan MT., Özden S. Lohusalık Fizyolojisi ve Bakımı: Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji; 2007. ss 185-196.
5. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı*; 2009. ss:120-9.
6. Güneri E.S. Postpartum Erken Dönem Kanıtı Dayalı Uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences* 2013; 4 (3): 482-96.
7. Taşkın L. Postpartum Dönem. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*; 2009. ss 455-525.
8. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*; 2014. ss 152-7.
9. Aslan E. Normal Lohusalık Süreci ve Bakım, Editör: Nezihe Kızılkaya Beji, Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, 1. Baskı İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2015. ss 355-96.
10. Balcombe J. Postnatal Depression How Can The Distress Be Alleviated. *Nursing Times* 1992; 19 (1):29-33.
11. Büyükkoca M. Algılanan Sosyal Destek İle Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı. *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi. İzmir*;2011. ss 7-19.

12. Beydağ KD. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (6):479-84.
13. Seven B. Doğum sonrası hüüzün ve doğum sonrası depresyon. 2015 http://www.samiulus.gov.tr/Kadin_Sagligi_PDF/dogumsonrasi_huzun.pdf. Erişim Tarihi: 25.12.2015.
14. WHO-World Health Organization. Maternal Mortality in 2005. Geneva: WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank.2007.
15. Who. WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. [Updated: 2010 March 10; Cited: 2013 February 17]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_10.03_eng.pdf?ua=1.
16. Merih DY, Kömürçü N. Perinatal Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şemalarının Geliştirilmesi ve Kliniğe Uyarlanması. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2015; 46 (2); 51-8.
17. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. XI. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık 2012.
18. Tharpe NL., Farley CL., Jordan RG. Clinical Practice Guidelines for Midwifery & Women's Health. 4th edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning.2013.
19. Cashion K. Postpartum Physiology & Nursing Care Of Postpartum Woman. In: Lowdermilk DL, Perry SE, editors. Maternity & Women's Health Care. 8th ed. Philadelphia: Mosby,2004 ss 427-467.
20. Shaw E., Kaczorowski J. Postpartum Care-What's new? Curr Opin Obstet Gynecol 2007; 19 (86): 561-67.
21. Mucuk S., Güler N. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Bakım Beklentileri ve Bu Beklentilerin Hemşireler Tarafından Karşılama Durumu. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2002; 11 (1): 21-30.
22. Yurtsever S., Altıok M. Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik. F.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi 2006; 20 (2): 159-66.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı., Doğum Sonu Bakım Yönetimi Rehberi. Yayın No: 925.2014 Ankara.
24. Can ÖH. Doğum Sonrası Bakım Rehberlerinin Kanıt Temelli Çalışmalarla Gözden Geçirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015; 5 (2): 40-47.
25. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Sonu Yönetim Rehberi, Ankara,2009 ss:8-50.
26. Akan N. Erken Doğum Sonu Dönemde Kadınların Hemşirelik Bakım İhtiyaçlarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, SBE Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.1988.
27. Daş Z. Kadınlara Doğum Sonu Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Etkin Yöntem Kullanımına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi,1998 Sivas.
28. Pınar G., Doğan N., Algier L., Kaya N., Çakmak F. Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. Dicle Tıp Dergisi 2009; 36 (3); 184-90.
29. Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna Ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi,2007 İstanbul.
30. Kaya A. Sezaryen Doğum Sonu Serviste Yatan Annelerin Aldıkları Hemşirelik Bakımı İle İlgili Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi,2011 Konya.
31. Gölbaşı Z, Eğri G. Doğum sonu dönemde annenin bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2010;32: 276-82.
32. Algier L, Abbasoğlu A, Hakverdioğlu G, Ökdem Ş, Göçer S. Hastaların Ve Hemşirelerin, Hemşirelik Girişimlerinin Önemini Algılamaları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;9 (1): 33-4.
33. Aksakallı M., Çapık A., Ejder A.S., Pasinlioğlu T.,- Bayram S. Lohusaların Destek İhtiyaçlarını Ve Doğum Sonu Dönemde Alınan Destek Düzeylerinin Belirlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 2012; 3 (3):129-35.
34. Alioğulları A., Esencan YT., Ünal A., Şimşek Ç. Anne Sütünün Faydalarını Ve Emzirme Tekniklerini İçeren Görsel Mesaj İçerikli Broşür İle Annelere Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;19 (4):252-60.

Gebelik ve Tropikal Parazitik Enfeksiyonlar

Pregnancy and Tropical Parasitic Infections

K. Emre KARAŞAHİN¹, Mustafa ÖZTURK², İbrahim ALANBAY¹
Fahri Burçin FIRATLIGİL³

1. TC SBÜ, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Ankara

2. TC SBÜ, Dr Sadi Konuk EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Ankara

3. Hakkari Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Hakkari

ÖZET

Parazit enfeksiyonları dünyada on milyon gebeyi etkilemektedir. Ülkemizde bölgelere göre değişmekle birlikte bu oranın %20 civarında olduğu bildirilmektedir. Son dönemde ise Orta Doğu'daki çatışma ortamından kaçan göçmenler ile ülkemize bu oran artış göstermektedir. Parazit enfeksiyonları maternal, fetal ve plasental seviyede etki eder. Maternal enfeksiyon yapan parazitler *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Ascaris lumbricoides*, *Echinococcus granulosus*; plasental enfeksiyon yapanlar *Schistosoma mansoni*, *Schistosoma haematobium*, *Schistosoma japonicum*, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*; fetal enfeksiyon yapanlar *Leishmania chagasi*, *Leishmania donovani*, *Trypanosoma gambiense*, *Trypanosoma rhodesiense*, *Trypanosoma cruzi*, *Wuchereria bancrofti* 'dir. Tanı metodları parazit türüne göre gaita, idrar, kan veya dokuda mikroskopik parazit incelemesi, serolojik test, polimeraz zincir reaksiyonudur. Bazı antihelmintik ilaçlar anne sütüne geçebilir. Antihelmintik ilaçların yanısıra oral demir destek tedavisi ya da cerrahi tedavi gerekebilir. Parazit enfeksiyonlarını engellemek için insektlerden vücudu koruyucu spesifik yöntemler, hijyenik besin ve su, kemoproflaksi kullanılır. Gebelikte parazit enfeksiyonları erken tanı ve uygun tedavi edilirse muhtemel kötü gebelik sonuçları önlenir.

Anahtar Kelimeler: gebe, parazitler, tropikal hastalıklar

SUMMARY

Parasitic infections influence ten of millions of pregnant worldwide. While the rate varies according to the regions in our country they are reported to be around 20%. In recent years in our country, this rate is increasing by the migrants who escaped from the chaos in the Middle East countries. Parasitic infections show their effect at maternal, fetal and placental levels. *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Ascaris lumbricoides*, *Echinococcus granulosus* cause maternal infection, while *Schistosoma mansoni*, *Schistosoma haematobium*, *Schistosoma japonicum*, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax* prefer to infect placenta and *Leishmania chagasi*, *Leishmania donovani*, *Trypanosoma gambiense*, *Trypanosoma rhodesiense*, *Trypanosoma cruzi*, *Wuchereria bancrofti* infect the fetus. The diagnostic methods are serologic testing, polymerase chain reaction and microscopic examination of parasites in the stool, urine, blood or tissues depending on the species. Some antihelmintic drugs can pass into breast milk. In addition to antihelmintic drugs oral iron supplements therapy or surgery may be required. Specific methods of insect body protector to prevent parasitic infections, you grant to pay attention to hygiene and water, chemoprophylaxis is used. To prevent parasitic infections, specific body insect protectors, hygienic food and water and chemoprophylaxis can be utilized. Possible poor pregnancy outcomes can be avoided with the early diagnosis and appropriate treatment of parasitic diseases.

Keywords: parasites, pregnant, tropical diseases

İletişim

Sorumlu Yazar: Fahri Burçin FIRATLIGİL, Kadın Hast. ve Doğ. Uzm.

Adres: Hakkari Devlet Hastanesi, Hakkari, Türkiye

Tel: +90 (438) 211 60 67

E-Posta: md.fahri@gmail.com

Makale Geliş: 10.01.2017

Makale Kabul: 11.11.2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.285199>

* 13'ncü Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, Belek / Antalya'da poster bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Seyahat kolaylıkları ile birlikte ülkemizde uluslararası yolculuk sıklığı artmıştır. Gebelik sırasında tropikal bölgelere yolculuk yapacak olanların danışmanlığında özellikle parazit enfeksiyonlarına dikkat edilmesi gerekmektedir.

Parazit enfeksiyonları dünyada on milyon gebeyi etkilemektedir [1]. Kenya’da yapılan bir çalışmada gebelerin %24’ünde kancalı kurt, %17’sinde ürogenital şistozoma, %10’unda trişura, %9’unda malarya saptanmıştır [2]. Ülkemizde bölgelere göre değişmekle birlikte bu oranın %20 civarında olduğu bildirilmektedir [3]. Ancak tropikal ya da az gelişmiş ülkelere yapılan yolculuklar nedeniyle parazit enfeksiyonu olan gebe daha sık karşımıza çıkabilir. Bu nedenle paraziter hastalıkların, gebe ve fetusu nasıl etkilediğini bilmek önem taşımaktadır [4].

Hemen hemen tüm paraziter enfeksiyonlar anemi ve malnütrisyon yapar. Anemi ve malnütrisyon kötü gebelik sonuçlarıyla beraberdir [4]. Parazit ve tropikal enfeksiyonlar genellikle gebeleri, gebe olmayanlara göre daha fazla etkilemektedir. Fetal ve plasental etkiler ilk trimesterde gebeliğin sonraki dönemlerine göre daha ciddidir. İlk gebelikte parazitemi daha yoğun görülür. Gebelik sırasındaki immün sistem değişiklikleri parazit enfeksiyonlarına olan yatkınlığı artırır [1].

Parazit enfeksiyonları gebeliği maternal, fetal ve plasental seviyede etkiler. Parazit enfeksiyonlarını anneyi, fetusu ve plasentayı etkileyenler olarak sınıflandırabiliriz [4].

1. Maternal enfeksiyon yapanlar:

Ancylostoma Duodenale ve Necator Americanus: Kancalı kurtlar olup ya sindirim veya deriyi penetre ederek kan dolaşımına geçerler. İnce barsak mukozasında hasara yol açarlar. Hastada hipokromatik mikrositik anemi oluşur. Kancalı kurt enfeksiyonları düşük doğum ağırlıklı bebek ile ilişkili bulunmuştur. Gastrointestinal kan kaybı, malabsorbsiyon ve iştahsızlık demir, çinko ve protein-enerji eksikliğini ve gebelik anemisini artırır [5].

Ascaris Lumbricoides: En sık görülen helmint enfeksiyonlarından biridir. Yumurtalarının sindirim sistemine alınması ile başlar. Barsak, kan dolaşımı, akciğerler ve tekrar ince barsaklara ulaşarak evrimini tamamlar. Pankreatit, bilier obstrüksiyon ve intestinal obstrüksiyon gebelerde daha siktir. Koagülasyon patolojilerine yol açması nedeniyle postpartum hemorajilerde rolü olabilir [1].

Echinococcus granulosus: Bu parazit Kist Hidatik hastalığından sorumludur. Olağan konağı hayvanlar olup, insanlar tesadüfi konaktır. Enfekte canlının dışkısı ile dış ortama salınan parazit yumurtalarının gıdaları kontamine etmesi sonucu bulaşır. Çoğunlukla karaciğerde olmakla birlikte akciğer, böbrek ve beyinde kist oluşur. Gebelikte bu kistlerin aşırı büyümesi ile çevre organlara bası etkisi oluşur. Terme yakın gebelerin kortikosteroid ve antihistaminikle kemoproflaksiye alınması gerekir. Doğum esnasında kist rüptürü riski nedeniyle valsalva kontrendikedir. Elektif sezeryan ile doğum veya pasif ikinci evre doğum düşünülebilir [4].

2. Plasental enfeksiyon yapanlar:

Schistosoma mansoni, Schistosoma haematobium, Schistosoma japonicum: Larval formları cildi penetre ederler. Lenfatik kanal ve kapillerle akciğerlere, karaciğere migrasyondan sonra, intestinal kanaldaki veya mesane yakınındaki büyük damarlara yerleşirler. Buralarda matür olduktan sonra yumurta salınımı başlar. Schistosoma endemik bölgelerdeki gebelerde siktir [4]. Tubal granuloma neden olduğu için ektopik gebelik oluşabilir. Bu parazit plasentayı geçerek fetusu da enfekte edebilir. İntrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, erken doğuma yol açabilir [1].

Plasmodium falciparum ve Plasmodium vivax: Gebelik sırasındaki malarya dünya çapında maternal morbiditenin önemli bir sebebidir. Kuzey Gana’da yapılan bir çalışmada gebelerin %58’inde Plasmodium türü saptanmıştır [6]. Bu enfeksiyon sonucu 10.000 kadın ve 200.000 infantın öldüğü tahmin edilmekte olup, bu ölümlerin yarısından fazlası ciddi maternal anemi, prematürite ve düşük doğum ağırlığından kaynaklanmaktadır. Çoğu enfeksiyon P. falciparum veya P. vivax tarafından oluşturulmaktadır.

Yoğun geçiş olan endemik bölgelerde maternal malarya insidansı %28 olarak bildirilmektedir.

Düşük endemik bölgelerde ise oran % 1.8-17.4 olarak saptanmıştır [7]. Malarya ilk gebelikte daha ciddi olmaktadır. Malaryanın komplikasyonları olan koma, renal yetmezlik, şok, DIC, serebrit ve ölüm gebelerde daha sık görülmektedir. Malaryal parazitler yüksek oranlarda plasentada birikmektedir ve sonucunda intervillöz aralıkta akümülyasyon ile uteroplasental perfüzyon bozulmaktadır. Bunun sonucunda fetal gelişme geriliği, düşük doğum ağırlıklı bebek ve intrauterin ölüm gelişebilir. Malarya plasentayı geçerek fetusu da enfekte edebilir, bu durum neonatal sepsis veya intrauterin ölüm ile sonuçlanabilir [4].

3. Fetal enfeksiyon yapanlar:

Leishmania Chagasi ve Leishmania Donovani: Kala - Azar veya viseral leishmaniasis kan kaynaklı protozoa olan *L. chagasi* ve *L. donovani* tarafından oluşturulur. Viseral leishmaniasis kemik iliği ve dalak özellikle etkilenir. Plasentayı geçerek fetal hastalığa yol açarlar [4]. İnfantlar diseminasyon hastalık ile doğabilir. Tedavi edilmeyen hastalarda spontan gebelik kaybı görülebilir [1].

Trypanosoma gambiense, Trypanosoma rhodesiense, Trypanosoma cruzi: Kan kaynaklı bir protozodur. *T. gambiense* ve, *T. rhodesiense* Afrika tripanosomiyazise, *T. cruzi* ise Chagas hastalığına yol açar. Maternal etkileri çok çalışılmamış olmasına karşın Chagas hastalığına bağlı kardiyomiopati gebelikte ciddi sorunlara yol açar. Bu nedenle bu hastalığın endemik olduğu bölgelere gidenlere veya o bölgede yaşayanlara serolojik test yaptırmaları önerilir. Konjenital enfeksiyon gelişebilir [1].

Wuchereria bancrofti: Filariasis birçok arthropod geçişli nematodlardan kaynaklanmakla beraber, en sık etkeni *Wuchereria bancrofti*'dir. Bu enfeksiyon dünyada 120 milyon kişiden daha fazlasını etkiler. Kronik fazda yumurtalar bacak ve pelvis damarlarına ilerler, ciddi lenf varisleri ve elefantiazis oluşur [1].

Tanı için gaitada parazit yumurtası veya halkalarının araştırılması gerekir. Askariyaziste batin ultrasonografisi gerekebilir. Ayrıca periferik kanda eozinofili, protrombin zamanı ve parsiyel tromboplastin zamanında uzama saptanabilir. Şistozomiyaziste gaita ve idrarda parazit yumurtası aranır. Laşmanyazis tanısında serolojik test kullanılır. Tripanozomiyaziste kan ve dokuda parazit aranır. Polimeraz zincir reaksiyonu veya serolojik testler de kullanılır. Filariyaziste kan ve doku örneklerinde mikroskopik olarak parazit aranır. Malarya ince ve kalın damla kan yaymasında taranır [1].

Bazı antihelmitik ilaçlar anne sütüne geçebilir. Emzirmeye ara vermek gerekebilir. Albendazol ve mebendazolün genellikle ilk trimestir dışında kullanımının güvenli olduğu düşünülür. Dünya sağlık örgütü kancalı kurt enfeksiyon sıklığının %20-30 olduğu bölgelerde profilaktik antihelmitik tedavi ve oral demir destek tedavisi kullanımını önermektedir. Askariyaziste obstrüksiyon geliştiği takdirde cerrahi tedavi gerekebilir. Şistozomiyaziste praziquantel 20 mg/kg kullanılır. Laşmanyazis tedavisinde beşli antimoniyal bileşikler, meglumine antimonite kullanılır. Ancak bu ilaçlar gebelikte kontrendikedir.

Amfoterisin b gebelikte güvenli olarak kullanılabilir. Chagas hastalığında nifurtimoxor benzidazole kullanılır. Fakat bu ajanın gebelikte güvenilirliği ile ilgili net veri yoktur. Filiaziste akut ve kronik enfeksiyon tedavisinde diethylcarbazine ve albendazol güvenli bir şekilde gebelerde kullanılabilir [1]. Duyarlı ise klorokin ile malarya profilaksi tüm gebelikte güvenlidir. Dirençli etkenler için meflokin son iki trimesterde kullanılabilir. Primakuin gebelikte kontrendikedir [8].

Parazit enfeksiyonlarını engellemek için spesifik koruyucu yöntemlere ihtiyaç bulunmaktadır. En önemlileri insektlerden kaçınmaktır. Dış ortam aktivitelerini azaltma, yatak tülleri kullanma, koruyucu giysiler giyme, yatak tülleri ve elbiselere permetrin uygulaması yapılabilir [4]. İnsektleri uzaklaştırmak için %25'den düşük konsantrasyonda diethyltoluamide cilde uygulanması gebelikte güvenlidir [8]. Diğer koruyucu yöntemler besin ve su hijyenine dikkat etmektir. Kancalı kurt enfeksiyonlarının önlenmesinde albendazol veya mebendazol kullanılır [1].

Gebelikte parazit enfeksiyonları erken tespit edilip ve uygun tedavi edilirse sonuçlar belirgin şekilde düzelir. Dünya çapında gebelikte parazit enfeksiyonlarının üzerinde durulması, özellikle yolculuk yapanlara dikkat edilmesi önem taşır.

KAYNAKLAR

1. Yakasai A, Umar UA. A review of parasitic infestation in pregnancy. *Asian Journal of Natural & Applied Sciences*, Vol. 2. No. 1. March 2013.
2. McClure E, Meshnick SR, Mungai P, Malhotra I, King CL, Goldenberg RL et al. The association of parasitic infections in pregnancy and maternal and fetal anemia: a cohort study in Coastal Kenya. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, Feb. 2014, Vol. 8, Is. 2.
3. Kara İH, Karaca M, Yayla M. Gebelik ve parazit enfeksiyonları. *Türk aile Hek Derg* 1999, 3 (1-2):17-19.
4. Dotters-Katz S, Kuller J, Heine P. Parasitic infections in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2011 Aug;66(8):515-25.
5. Steketee RW. Pregnancy, nutrition and parasitic diseases. *The Journal of Nutrition*, 1661-1667,2003.
6. Fuseini G, Edoh D, Kalifa BG, Hamid A-W, Knight D. Parasitic infections and anaemia during pregnancy in the Kassena-Nankana district of Northern Ghana. *J. Public Health Epidemiol*. Vol. 2(3), pp. 48-52, June 2010.
7. Desai M, ter Kuile FO, Nosten F, McGready R, Asamo K, Brabin B, et al. Epidemiology and burden of malaria in pregnancy. *Lancet Infect Dis*. 2007;7(2): 93.
8. Cooper MC. *The pregnant traveller. Travel Medicine and Infectious Disease* 2006 (4), 196-201.