

International Journal of Contemporary Health Sciences

Uluslararası Modern Sağlık Bilimleri Dergisi



Kasım 2021 Cilt:2 Sayı: 2 3 Ayda Bir Yayınlanır

e-ISSN: 2757-6922





International Journal of Contemporary Health Sciences

Uluslararası Çağdaş Sağlık Bilimleri Dergisi

Editors in Chief / Baş Editörler

Mustafa ALTINBAS, Prof Dr

Serdar GUNAYDIN, Prof Dr

Associate Editor / Yardımcı Editör

Orhan Eren GUNERTEM, Dr

Editorial Board/ Yayın Kurulu

Berkant OZPOLAT, Prof Dr

Mehmet ILERI, Prof Dr

Fevzi TORAMAN, Prof Dr

Hatice Gul HATIPOGLU, Prof Dr

Bulent OZKURT, Prof Dr

Elvan ISERI, Prof Dr

Zubeyde NUR, Prof Dr

Isil OZKOCAK, Prof Dr

Kanat OZSİK, Prof Dr

Erkan DIKMEN, Prof Dr

Pinar OZSİK, Prof Dr

Mehmet Ali ONUR, Prof Dr

Zeliha Gunnur DIKMEN, Prof Dr

Hakan TUZ, Prof Dr

Tolga Resat AYDOS, Associate Prof

Tayfun IDE, DVM

Berrin GUNAYDIN, Prof Dr

Gokturk FINDIK, Prof Dr

Koray AYDOĞDU, Dr

Salih CESUR, Associate Prof

Mehmet GUMUS, Prof Dr

Franchise Owner / İmtiyaz Sahibi

Eyüp ÖZEREN

Manager In Charge / Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Metin ÖZSOY

E-mail: mozsoy@ada.net.tr

General Coordinator / Genel Koordinatör

Cihan SEVİM

Graphic Design / Grafik Tasarım

Başak AY KARABAK

E-mail: basakay2510@gmail.com

Yayın İdare Merkezi

DNT ORTADOĞU YAYINCILIK A.Ş.

dntortadoguyayincilik.com

Baskı: Atalay Matbaacılık İskitler/Ankara

International Journal of Contemporary Health Sciences

Kasım 2021, Cilt: 2, Sayı: 2 Üç Ayda Bir Yayınlanır

Makale gönderim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ijchs>

ULUSLARARASI MODERN SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ (INTERNATIONAL JOURNAL OF CONTEMPORARY HEALTH SCIENCES)'nin 2021 yılı ikinci sayısı ile karşınızdayız.

Bu Sayımızda;

1-Covid-19 pnömonisi sonrası trakeal stenoz nedeniyle girişimsel işlem yapılan olgularda anestezi yönetimi (ORJİNAL MAKALE)

2-Lokalize mide kanserli hastalarda tedavi seçenekleri (DERLEME)

3-Nadir bir vaka: spontan tibia kırığı ile presente olan Richter Transformasyonu (OLGU SUNUMU)

4-Hemşirelikte rehabilitasyonun önemi (TEKNİK YAZI)

Uluslararası Modern Sağlık Bilimleri Dergimiz, orijinal araştırma yazılarını, orijinal bilimsel makaleleri, aktüel derlemeleri, öğretici ve ilginç / nadir vaka takdimleri, aktüel kısa teknik yazıları ve editöre mektup yazılarını Türkçe veya İngilizce olarak yayımlamak, bilimsel/akademik faaliyetleri bilim dünyasına kazandırmak için var olacaktır.

International Journal Of Contemporary Health Sciences, deneyimli bir ekip tarafından yayına hazırlanmaktadır. Dergimizin ilk hedefi doğal olarak Türk Dizinine girmektir. Türk Dizinine girebilmenin şartları arasında sürekli olmak, kaliteyi sağlamak, tanımlanan süre zarfında diğer şartları yerine getirebilmiş olmak ta bulunmaktadır. Bu aşamada okurlarımızın yoğun ilgisi, kaliteli orijinal yazıları ile Dergimizi desteklemeleri ve Dergimizden alıntı yaparak takip edildiğini ve okunur olduğunu göstermeleri çok değerlidir.

Uluslararası Modern Sağlık Bilimleri Dergisi (International Journal Of Contemporary Health Sciences) ikinci aşamada yurtdışı dergi dizinlerinde yer almayı amaçlamaktadır. Bunun için hedefini en baştan itibaren buna göre belirlemiştir ve bu gaye uğruna kaliteden ödün vermeden bilimsel düzeyini koruyarak çaba harcayacaktır. Hedeflerimize tabii ki sizlerle birlikte ulaşacağız.

Yanımızda tam desteğinizle durmanızı bekliyoruz.

Bir sonraki sayımızda buluşmak dileği ile esen kalın, sağlıklı kalın!

Saygılarımla

PROF. DR. MUSTAFA ALTINBAŞ

BAŞEDİTÖR



International Journal of Contemporary Health Sciences

Uluslararası Çağdaş Sağlık Bilimleri Dergisi

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD / ULUSLARARASI DANIŞMA KURULU

Kevin McCUSKER, Prof Dr, (USA)

Terrence GOURLAY, Prof Dr, (England)

Youry OSTROVSKY, Prof Dr, (Belarus)

Konstadinos PLESTIS, Prof Dr. (Greece)

Nikos KOSTOMITSOPOULOS, MD, (Greece)

Quirino PIACEVOLI, Prof Dr, (Italy)

Mustafa CIKRIKIOGLU, Prof Dr, (Switzerland)

Ingp KUTSCHKA, Prof Dr, (Germany)

Thomas MODINE, Prof Dr, (France)

Thomas HIRNLE, Prof Dr, (Poland)

PUBLICATION BOARD / YAYIN KURULU

Aydın ACAR (Ankara)

Zekeriya ALANOĞLU (Ankara)

Nermin AKDEMİR (Sakarya)

Ramazan AKDEMİR (Sakarya)

Murat ALBAYRAK (Ankara)

Didem ALİEFENDİOĞLU (Kırıkkale)

Murat ALTAY (Ankara)

Mustafa ALTAY (Ankara)

Fevzi ALTUNTAŞ (Ankara)

Ergin AYAŞLIOĞLU (Kırıkkale)

Koray AYDOĞDU (Ankara)

Özlem Gül UTKU (Kırıkkale)

Mehmet Ali BABADEMEZ (Ankara)

Lütfü BEKAR (Çorum)

Rasim BENGİ (Çorum)

Serap BİBEROĞLU (Karabük)

Murat BOZLU (Mersin)

Salih CESUR (Ankara)

İsmail CEYHAN (Ankara)

Mehmet ÇİTİRİK (Ankara)

Selim ÇOLAK (Kırıkkale)

Figen ÇOŞKUN (Kırıkkale)

Cemile DAYANGAN SAYAN (Kırıkkale)

Seher DEMİRER (Ankara)

Turgut DENİZ (Kırıkkale)

Adem İlkay DİKEN (Çorum)

Neslihan DİKMENOĞLU FALKMARKEN (Ankara)

Nermin DİNDAR BADEM (Kırıkkale)

Mete DOLAPÇI (Çorum)

Koray DURAL (Kırıkkale)

Can ERGİN (Ankara)

Salim ERKAYA (Ankara)

Burcu ERSÖZ ALAN (Kırıkkale)

Göktürk FINDIK (Ankara)

Metin GÖRGÜ (Bolu)

Ümit GÖRKEM (Çorum)

Ülker GÜL (Antalya)

Osman GÜLER (Ankara)

Serdar GÜLER (Çorum)

Nesimi GÜNAL (Kırıkkale)

Yunus GÜRBÜZ (Ankara)

Meltem GÜLHAN HALİL (Ankara)

Selçuk HAZİNEDAROĞLU (Ankara)

Eyüp HORASANLI (Ankara)

Mehmet İBİŞ (Ankara)

Mehmet İLERİ (Ankara)

Erdem KARABULUT (Ankara)

Serdar KARACA (Ankara)

Asım KALKAN (Rize)

Esra Dilek KESKİN (Kırıkkale)

Göksal KESKİN (Ankara)

Orhan Murat KOÇAK (Kırıkkale)

Mitat KOZ (Ankara)

Turgut KÜLTÜR (Kırıkkale)

Suna OĞUZDOĞLU (Ankara)

Mustafa ÖĞDEN (Kırıkkale)

Kürşat Murat ÖZCAN (Ankara)

Muhit ÖZCAN (Ankara)

Hacı Mustafa ÖZDEMİR (İstanbul)

Özden ÖZEN ALTUNDAĞ (Ankara)

Adem ÖZKARA (Çorum)

Mustafa ÖZŞAHİN (Düzce)

Oğuzhan ÖZŞAY (İzmir)

Mustafa ÖZTÜRK (Ankara)

Mustafa PAÇ (Ankara)

Cem Kaan PARSAK (Adana)

Faruk PEHLİVANLI (Kırıkkale)

Remzi SAĞLAM (Ankara)

Meral SAYGUN (Kırıkkale)

Hakan SEYİTHANOĞLU (İstanbul)

Mehmet ŞAHİN (Isparta)

Dilek ŞENEN (Antalya)

İbrahim Tayfun ŞAHİNER (Çorum)

Neriman ŞENGÜL (Bolu)

Gökçe ŞİMŞEK (Kırıkkale)

Özgür TATLI (Trabzon)

Selami Koçak TOPRAK (Ankara)

Mehmet TÜRKER (Sakarya)

Serhat ÜNAL (Ankara)

Ramazan Erkin ÜNLÜ (Ankara)

Özge VERGİLİ (Kırıkkale)

Aydın YAĞMURLU (Ankara)

Bülent YALÇIN (Ankara)

Soner YAVAŞ (Ankara)

Neziha YILMAZ (Yozgat)

Esra YÜRÜMEZ SOLMAZ (Ankara)

Sinan ZEHİR (Çorum)

Tevfik ZİYPAK (Erzurum)

İbrahim DOĞAN (Ankara)

INDEX

İÇİNDEKİLER

ORİJİNAL MAKALE/ ORIGINAL ARTICLE

Covid-19 pnömonisi sonrası trakeal stenoz nedeniyle girişimsel işlem yapılan olgularda anestezi yönetimi.....33

Anesthesia Management In Patients With Interventional Procedure Due To Tracheal Stenosis After Covid-19 Pneumonia

Gülay ÜLGER, Ali ALAGÖZ

DERLEME/ REVIEW

Lokalize mide kanserli hastalarda tedavi seçenekleri.....37

Treatment options in patients with localized gastric cancer

Hayriye ŞAHİNLİ, Mustafa ALTINBAŞ, Özlem DOĞAN

OLGU SUNUMU/ CASE REPORT

A rare entity: Richter transformation presented with spontaneous tibia fracture.....41

Nadir Bir Vaka: Spontan Tibia Kırığı ile Presente Olan Richter Transformasyonu

Pınar TIĞLIOĞLU, Murat ALBAYRAK, Abdulkerim YILDIZ, Buğra SAĞLAM, Merih REİS ARAS, Senem MARAL, Hacer Berna AFACAN ÖZTÜRK

TECHNICAL WRITING / TEKNİK YAZI

Importance of rehabilitation in nursing.....44

Hemşirelikte rehabilitasyonun önemi

Kübra KÜÇÜKTEPE, Çigdem Müge HAYLI

■ Orjinal Makale

Covid-19 pnömonisi sonrası trakeal stenoz nedeniyle girişimsel işlem yapılan olgularda anestezi yönetimi

Anesthesia Management In Patients With Interventional Procedure Due To Tracheal Stenosis After Covid-19 Pneumonia

Gülay Ülger* , Ali Alagöz 

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Ankara/ TÜRKİYE

Öz

Amaç: COVID-19 pnömonisine bağlı mekanik ventilasyon desteği oldukça sık uygulanmaktadır. Uzamış entübasyonun yanında; hastalığın, uygulanan tedaviler ve hastalığın seyrine bağlı olarak büyük havayollarında yaptığı zarar tam olarak aydınlatılmamıştır. Son zamanlarda COVID-19'a bağlı yoğun bakım ihtiyacı olan hastalarda postentübasyon trakeal stenoz (PITS) oldukça sık karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada COVID-19 pnömonisi sonrası PITS nedeniyle girişimsel işlem uygulanan hastalarda uygulanan anestezi yaklaşımlar incelenmiştir.

Gereç ve Yöntemler: Mart 2020 - Ağustos 2021 tarihleri arasında PITS nedeniyle girişimsel işlem yapılan toplam 40 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edilmiştir. Bu hastalar içinde 7 hastada COVID-19 pnömonisi sonrası PITS nedeniyle girişimsel işlem yapılmıştır. 1 mg/kg %2 lidokain, 1 mg/kg metilprednizolon ve 2 mg/kg propofol intravenöz (iv) olarak verilmiştir. Maske ventilasyonunda problem olmadığı görülen olgulara 40 mcg remifentanil ve 0,9 mg/kg rokuronyum iv olarak uygulanmıştır. Sonrasında bronkoscopist rijit bronkoscopu trakeaya yerleştirmiş, bronkoscop anestezi devresine bağlandıktan sonra balon ventilasyonu ile hastalar ventile edilmiştir. Anestezi idamesi propofol 4-6 mg/kg/saat ve remifentanil 0,1-0,2 mcg/kg/dk olacak şekilde iv infüzyon olarak ayarlanmıştır. İşlem bittikten sonra 2 mg/kg iv sugammadex ile hastalar uyandırılmıştır.

Bulgular: Toplam 5 kadın ve 2 erkek hastanın sırasıyla yaş ortalamaları 57 ve 38.5 olarak bulundu. Hastalar ağırlıklı olarak ASA 3-4 grubundaydı. Trakeal darlık seviyeleri sıklıkla trakea proksimalinde gözlemlendi. Yoğun bakım yatış süreleri 18 - 54 gün aralığında idi. Hastaların 5 tanesine dilatasyon ve kriyoterapi uygulandı. Bir hastada dilatasyon sonrası; bir hastaya da herhangi bir işlem yapılmadan cerrahi planlandığı tespit edildi. İşlem süresince 2 hastada müdahaleye gerek kalmayan geçici hipoksemi atakları olduğu tespit edildi. Tüm hastalarda işlemler komplikasyonsuz olarak tamamlandı.

Sonuç: PITS' de girişimsel işlemler, havayolunun bronkoscopist ile paylaşılması nedeniyle karmaşıktır. Bu durum COVID-19 pnömonisi geçiren ve yoğun bakım takibi gerektiren hastalarda daha da sorunlu olabilmektedir. Bu hastalarda sıklıkla uygulanan yüksek akımlı oksijen tedavisi havayollarında mukozal hasar oluşturabilir. Buna ek olarak, COVID-19 pnömonisi nedeniyle büyük havayolları ve akciğer parankiminde gelişen sorunların detaylı değerlendirilmesi; perioperatif gelişebilecek komplikasyonları azaltması açısından oldukça önemlidir. Ayrıca kısa ve hızlı etkili anestezi ajanlarının bu hastaların anestezi yönetiminde kullanılmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Sözcük: Anestezi; covid-19; postentübasyon trakeal darlık

Sorumlu Yazar*: Gülay Ülger, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Ankara/ TÜRKİYE

E-posta: gulayulger@gmail.com

ORCID: 0000-0003-1926-4770

Gönderim: 27.10.2021 kabul: 2.11.2021

ABSTRACT

Aim: As a result of COVID-19 pneumonia, mechanical ventilation support is applied quite frequently. Besides prolonged intubation; the damage caused by the disease in the large airways depending on the course of the disease and the applied treatments has not been fully clarified. In recent operations, postintubation tracheal stenosis (PITS) has been encountered quite frequently in patients who need intensive care due to COVID-19. In this study, it was aimed to examine the anesthetic approaches applied in patients who underwent interventional procedure due to PITS after COVID-19 pneumonia.

Material and Methods: Between March 2020 and August 2021; 40 patients who underwent interventional procedures for PITS were analyzed retrospectively. Among these patients, 7 patients underwent interventional procedure due to PITS after COVID-19 pneumonia. 1 mg/kg of 2% lidocaine, 1 mg/kg of methylprednisolone and 2 mg/kg of propofol were given intravenously (iv). 40 mcg remifentanil and 0.9 mg/kg rocuronium were administered iv to patients who had no problems in mask ventilation. Afterwards, the bronchoscopist inserted the rigid bronchoscope into the trachea and the bronchoscope was connected to the anesthesia circuit then the patients were ventilated with balloon ventilation. Anesthesia maintenance was adjusted as propofol 4-6 mg/kg/hour and remifentanil 0.1-0.2 mcg/kg/min as iv infusion. After the procedure, the patients were awakened with 2 mg/kg IV sugammadex.

Results: The mean age of 5 female and 2 male patients was 57 and 38.5, respectively. The patients were predominantly in the ASA 3-4 group. Tracheal stenosis levels were often observed proximal to the trachea. Intensive care hospital stays ranged from 18 to 54 days. Dilatation and cryotherapy were applied to 5 of the patients. Surgical operation was performed in one patient after dilatation and in one patient without any procedure. During the procedures, it was determined that 2 patients had transient hypoxemia attacks that did not require any intervention. In all patients, the procedures were completed without complications.

Conclusion: The airway is shared with the bronchoscopist therefore interventional procedures in PITS are complex. This situation may be even more problematic in patients who had COVID-19 pneumonia and required intensive care follow-up. High-flow oxygen therapy, which is frequently applied in these patients, may cause mucosal damage in the airways. Due to COVID-19 pneumonia, detailed evaluation of the problems developing in the large airways and lung parenchyma is very important to reduce perioperative complications. In addition, we think that the use of short and fast-acting anesthetic agents in the anesthesia management of these patients would be beneficial.

Keywords: Anesthesia, covid-19, postintubation tracheal stenosis

Giriş

Benign postentübasyon trakeal stenoz (PITS), genellikle endotrakeal entübasyon veya trakeostomi sonucu gelişen potansiyel olarak yaşamı tehdit eden iyatrojenik bir durumdur. Son yıllarda yoğun bakımda entübe hasta sayısının artmasına paralel olarak PITS sıklığında anlamlı bir artış olmuştur. PITS olgularında girişimsel pulmonoloji işlemleri de bu artışla birlikte daha sık uygulanmaya başlanmıştır [1-2]

Coronavirus Disease-19 (COVID-19) hastalığı 2019 Aralık ayında ilk kez Çin'in Wuhan eyaletinde tanımlandığından bu yana ciddi bir sağlık sorunu haline gelmiştir. 1 Temmuz 2020 tarihi itibarıyla resmi olarak kayıt altına alınmış 10 milyondan fazla vaka ve 275.000 üzerinde mortalite bildirilmiş ve bu vakaların da yaklaşık %5-10'unda yoğun bakım ve solunum desteği gerekmiştir [3].

Çin'den gelen mevcut kanıtlar, hastaların %9,8 ila %15,2'sinin invaziv mekanik ventilasyona ihtiyaç duyduğunu göstermektedir [4]. COVID-19 hastalarının ortalama ventilasyon süresinin 17 gün olduğu ve yeniden entübasyon sıklığının yüksek olduğu gösterilmiştir [5, 6].

Son zamanlarda COVID-19'a bağlı yoğun bakım ihtiyacı olan hastalarda PITS oldukça sık karşımıza çıkmaktadır. Uzamış entübasyonun yanında, septik tabloya bağlı hipotansiyon, trakeal tüp kaf basıncının yeterince kontrol edilememesi, pron pozisyonda ventilasyon ve obezite gibi sorunlar darlığın gelişmesinde etkili faktörler olabilir. COVID-19 pnömonisinde büyük havayollarında hem uygulanan tedaviler hem de hastalığın seyrinin yaptığı harabiyet tam olarak aydınlatılamamıştır [7]. Bu çalışmada COVID-19 pnömonisi sonrası PITS nedeniyle girişimsel işlem uygulanan hastalarda anestezi yaklaşım incelenmek istenmiştir.

Gereç ve Yöntemler

Çalışmamız için hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulundan(Karar No:3 tarih 02.09.2021) onay alındı. Mart 2020 - Ağustos 2021 tarihleri arasında PITS nedeniyle girişimsel işlem yapılan toplam 40 hastanın verileri analiz edildi.

Anestezi protokolü

Hastalara preoperatif rutin hazırlıklar sonrası radial arter kanülasyonu yapılarak invaziv basınç monitorizasyonu sağlanmıştır. Yaklaşık 3 dk %100 oksijen ile preoksijenasyon

sağlandıktan sonra 1 mg/kg %2 lidokain, 1 mg/kg metilprednizolon ve 2 mg/kg propofol intravenöz(iv) olarak verilmiştir. Maske ventilasyonunda problem olmadığı görülen olgulara 40 mcg remifentanil ve 0,9 mg/kg rokuronyum iv olarak uygulanmıştır. Maske ventilasyonunu takiben bronkoskopist rijit bronkoskopu trakeaya yerleştirmiş, rijit bronkoskop anestezi devresine bağlandıktan sonra balon ventilasyonu ile hastalar ventile edilmiştir. Anestezi idamesi propofol 4-6 mg/kg/saat ve remifentanil 0.1-0.2 mcg/kg/dk olacak şekilde iv infüzyon olarak ayarlanmıştır. İşlem esnasında olguların hemodinamik parametreleri ve aralıklı arteryel kan gazı değerleri takip edilmiş. İşlem sonrası rokuronyum etkisi 2mg/kg iv sugammedex kullanılarak geri çevirilmiştir.

Bulgular

PITS nedeniyle girişimsel işlem yapılan toplam 40 hastanın verileri analiz edildi. 7 hastada COVID-19 pnömonisi sonrası PITS nedeniyle girişimsel işlem yapıldığı tespit edildi. Toplam 5 kadın ve 2 erkek hastanın sırasıyla yaş ortalamaları 57 ve 38.5 olarak bulundu. Hastalar ağırlıklı olarak ASA 3-4 grubundaydı (Tablo 1). Trakeal darlık seviyeleri sıklıkla trakea proksimalinde gözlemlendi (Tablo 1). Yoğun Bakım yatış süreleri 18 - 54 gün aralığında idi. Hastaların 5 tanesine dilatasyon ve kriyoterapi uygulandı. Bir hastada dilatasyon sonrası bir hastaya da herhangi bir işlem yapılmadan cerrahi planlandı (Tablo 1). İşlem süresince 2 hastada müdahaleye gerek kalmayan geçici hipoksemi atakları gözlemlendi. Tüm hastalarda işlemler komplikasyonsuz olarak tamamlandı.

Tablo 1: Hastaların demografik ve uygulanan işlem verileri

	Cinsiyet	ASA	Yaş (yıl)	Entübasyon Süresi (Gün)	VKİ (kg/m ²)	Lezyon Lokalizasyonu	İşlem	İşlem Süresi (dk)	Komplikasyon
1	E	3	34	25	30,3	Trakea T2 seviyesi	Kriyoterapi, Dilatasyon	25	Yok
2	K	4	58	20	32,5	Vokal kord istali	Kriyoterapi, Dilatasyon	31	Geçici hipoksi
3	K	4	77	28	29,3	Karina hizasında	Kriyoterapi, Dilatasyon	33	Yok
4	K	3	50	18	33,2	Vokal kord distali	Kriyoterapi, Dilatasyon	29	Geçici hipoksi
5	E	4	44	54	28	Vokal kord distali	Kriyoterapi, Dilatasyon	38	Yok
6	K	4	76	29	31,5	Karina hizasında	Dilatasyon, Cerrahi Önerildi	15	Yok
7	K	3	49	19	30	Vokal kord distali	Cerrahi Önerildi	10	Yok

ASA: Amerikan Anestezistler Derneği (American Society of Anesthesiologists); VKİ: Vücut kitle indeksi; dk: Dakika; E: Erkek; K: Kadın

Tartışma

COVID-19 pnömonisine bağlı yoğun bakımda entübe takip edilen hastalarda PITS gelişiminde olası faktörler konusunda net bir bilgi yoktur. Normal popülasyonda entübasyon sonrası PITS gelişiminde uzun süreli yüksek endotrakeal tüp kaf basıncı, cinsiyet, sepsise bağlı inflamasyon ve doku perfüzyonun bozulması, obezite ve diabetes mellitus gibi kronik hastalıklar sayılabilir. Literatürde COVID-19 pnömonisi sonrası entübe kalan hastalarda mevcut risk faktörlerine ek diğer risk faktörleri konusu net değildir. Ancak yazarlar COVID-19 hastalarında obezite ile birlikte PITS gelişiminin daha muhtemel olabileceğini bildirmektedirler[8]. COVID-19 pnömonisi nedeniyle entübasyon ihtiyacı olan hastalarda obezite sıklığının fazla olması bu hastalarda PITS gelişimini tetikleyebilir [8]. Bu duruma özellikle entübe hastalarda

aşırı inflamatuvar yanıtın eklenmesinin süreci daha da hızlandırabileceğini düşünmekteyiz.

Uygun trakeal tüp kaf basıncı 20-30 cm/H₂O arasında kabul edilmektedir [9-10]. Bu basınçların yakın takibi PITS'ın önlenmesinde önemli bir faktördür. Ancak özellikle pandeminin yoğun yaşandığı dönemlerde sınırlı olanakların entübe hastalarda kaf basıncı takibini güçleştirilmesi de önemli bir faktör olabilir. Bu duruma hastalara belirli aralıklarla uygulanan prone pozisyon ve benzeri faktörler de eklendiğinde kaf basıncı takibi daha da güçleşmektedir.

PITS' de uygulanacak tedavi stratejileri konusunda net bir görüş birliği yoktur [7]. Bu tedavi stratejilerinden biri de girişimsel pulmonoloji uygulamalarıdır. Girişimsel bronkoskopi uygulamaları havayolunun bronkoskopist ile paylaşılması nedeniyle karmaşıktır. Bu durum COVID-19 pnömonisi

geçiren ve yoğun bakım takibi gerektiren hastalarda daha da sorunlu olabilir. Bu hastalarda sıklıkla uygulanan yüksek akımlı oksijen tedavisi havayollarında mukozal hasar oluşturabilir. Buna ek olarak COVID-19 pnömonisi nedeniyle büyük havayolları ve akciğer parankiminde gelişen sorunların detaylı değerlendirilmesi perioperatif gelişebilecek komplikasyonları azaltması açısından oldukça önemlidir.

PITS gelişen hastalara yapılan girişimsel işlemler havayolunu hem anesteziistin hem de girişimsel işlemi yapan bronkoscopistin paylaşması nedeni ile karmaşık bir hal almaktadır. Ayrıca özellikle COVID-19 sonrası PITS gelişen hastalarda oksijenizasyon probleminin olması yapılacak işlemi oldukça riskli hale getirmektedir. Bu nedenlerle anesteziist ve bronkoscopistin uyumu ve anestezi yönetimi çok önemlidir. Hastaya verilen anesteziik ilaçların mümkün oldukça kısa ve hızlı etkili ajanlardan seçilmesi önem arz etmektedir. Yaşanabilecek olumsuz durumlar karşısında anesteziik etkinin hızla geri döndürebilmesi hayati önem taşımaktadır. Yaptığımız bu araştırmada COVID-19 pnömonisi sonrası PITS gelişen hastalarda propofol, remifentanil ve rokuronyum gibi kısa ve hızlı etkili ajanların kullanıldığı görüldü. Roküronyum etkisini geri çevirmek için de hızlı etkili sugammadex kullanıldı. Bu yaklaşım hastaların hızlı derlenmesini sağlayacaktır.

Sonuç olarak PITS yaşamı tehdit eden iyatrojenik bir durumdur. COVID-19 pnömonisine bağlı entübe takip edilen hastalarda gelişen PITS konusunda sınırlı veriler mevcuttur. Ancak eldeki sınırlı veriler bu hastalarda anestezi yönetimi esnasında, uygun kısa etkili anesteziiklerin seçiminin ve işlemi yapan ekip ile iyi bir perioperatif iletişimin gelişebilecek komplikasyonları önlemesi açısından oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Olası risk faktörlerinin ve PITS insidansının bu hastalarda geniş serili çalışmalarla analiz edilmesi PITS'in bu hasta grubunda önlenmesi konusunda ciddi katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Lorenz RR. Adult laryngotracheal stenosis: etiology and surgical management. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003; 11 :467-72.
2. Stauffer JL, Olson DE, & Petty TL. Complications and consequences of endotracheal intubation and tracheotomy. A prospective study of 150 critically ill adult patients. *Am J Med.* 1981; 70: 65-76.

3. Wu Z, & McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA.* 2020; 323: 1239-42.
4. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020; 395: 497-506.
5. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med.* 2020; 8: 475-81.
6. Bellani G, Laffey JG, Pham T, et al; LUNG SAFE Investigators; ESICM Trials Group. Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. *JAMA.* 2016 ; 315: 788-800.
7. Mattioli F, Marchioni A, Andreani A, et al. Post-intubation tracheal stenosis in COVID-19 patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2021; 278: 847-8.
8. Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, et al. High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation. *Obesity (Silver Spring).* 2020; 28 :1195-9.
9. Sengupta P, Sessler DI, Maglinger Pet al. Endotracheal tube cuff pressure in three hospitals, and the volume required to produce an appropriate cuff pressure. *BMC Anesthesiol.* 2004; 4: 8.
10. Li M, Yiu Y, Merrill T, et al. Risk Factors for Posttracheostomy Tracheal Stenosis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018; 159: 698-704.

Derleme

Lokalize mide kanserli hastalarda tedavi seçenekleri

Treatment options in patients with localized gastric cancer

Hayriye ŞAHİNLİ* , Mustafa ALTINBAŞ , Özlem DOĞAN 

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi onkoloji kliniği, Ankara-TÜRKİYE

Öz

Mide kanseri tüm dünyada hala en ölümcül kanserlerden biridir. Opere mide kanserinde nüks oranının yüksek olması perioperatif ve postoperatif tedavilerin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Son yıllarda perioperatif tedavi seçenekleri ile sağ kalımlarda belirgin artış gözlenmiştir. Bu derleme, lokalize mide kanserli hastalarda tedavi seçeneklerini değerlendirmek ve en iyi tedavi seçeneğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Anahtar kelimeler: Mide kanseri; postoperatif-perioperatif kemoterapi; adjuvan radyoterapi

ABSTRACT

Gastric cancer is one of the cancers with the highest mortality rate. The high rate of recurrence in operated gastric cancer indicates that perioperative and postoperative treatments are required. Thanks to perioperative treatment options, a significant increase in survival has been observed in recent years. This review aims to evaluate the treatment options for patients with localized gastric cancer and to determine the best treatment option.

Key words: Gastric cancer; postoperative-perioperative chemotherapy; adjuvant radiation therapy

Giriş

Mide kanseri tüm dünyada görülen kanser sıralamasında 5. sırada yer alırken, en sık ölüme neden olan 3. kanser türüdür [1]. Görülme sıklığı coğrafik bölgelere göre geniş bir varyasyon göstermektedir. Radikal gastrektomi, lokalize mide kanserli hastalarda hala standart tedavidir. Radikal cerrahiye rağmen nüks en önemli sorundur. Beş yıllık sağ kalım cerrahi yapılan evre 1a ve 1b hastalarda %60-80 arasında iken, evre 3 hastalarda bu oran %18-50 arasındadır [2]. Sağ kalımları iyileştirmek için postoperatif ve preoperatif (perioperatif) tedavi seçenekleri geliştirilmektedir. Rezeke edilebilen mide kanserli hastalarda hangi tedavi seçeneklerinin en iyi yaklaşım olduğu konusunda hala tam bir fikir birliği yoktur; zamanla en iyi tedavi seçeneğinin ne olduğu yapılacak yeni büyük prospektif randomize çalışmaların ışığında açıklığa kavuşacaktır.

Perioperatif Tedavi

Bu yaklaşımın amacı tümörü küçültmek, patolojik yanıtları artırmak, lokal ve uzak metastaz riskini azaltmak ve tüm bunların sonucunda sağ kalım oranını iyileştirmektir. Potansiyel rezektabl klinik olarak T2 ve üstü hastalar için ilk sırada neoadjuvan/perioperatif tedavi, cerrahi artı adjuvan tedaviden daha çok tercih edilmelidir.

MAGIC çalışması perioperatif kemoterapinin katkısını araştıran ilk çalışmadır. Bu İngiliz çalışmasında, operabl mide (%74), gastroözafajiyal bileşke (%11-12) ve alt özafagus (%14-15) tümörlü hastalarda perioperatif kemoterapi (3 kür operasyon öncesi, 3 kür operasyon sonrası ECF-Kemoterpi kombinasyonu) artı cerrahi ile diğer kolda yalnız cerrahi yapılan hastalar karşılaştırılmıştır (5 yıllık sağ kalım, %36 vs %23). Sonuçlar ECF kolu lehine idi (Hazard ratio (HR) 0.75, %95 güven aralığı (CI) 0.60-0.93, p=0.0009). Perioperatif kemoterapi üçlü ilaç kombinasyonundan oluşmaktaydı. (epirubisin-flourourasil-cisplatin =ECF) [3]. Ancak daha sonraki analizlerde epirubisinin ikili kombinasyona katkısının olmadığı hatta ek toksisite getirdiği anlaşıldığından artık perioperatif rejimlerde kullanılması önerilmemektedir [4].

Bir diğer çalışma FNCLCC/FFCD ACCORD çalışmasıdır. Bu Fransız çalışmasında opere olmuş 224 mide kanseri (%25), gastroözafajiyal bileşke (%64) ve alt özafagus (%11) kanserli hasta çalışmaya dahil edilmiş ve perioperatif cisplatin-flourouracil (CF) verilen kol ile yalnız cerrahi kolu karşılaştırılmıştır (CF: 2 veya 3 siklus operasyon öncesi, 3 veya 4 siklus operasyon sonrası). Beş yıllık sağ kalım %38 vs %24 olarak perioperatif kemoterapi lehine bulunmuştur (HR 0.69,

%95 CI 0.50-0.89, p=0.02) [5]. Hem MAGIC hem ACCORD çalışması perioperatif kemoterapinin yalnızca cerrahi yapılan kola göre sağ kalım avantajı sağladığını göstermiştir.

Perioperatif yaklaşımla ilgili en son yapılan çalışma FLOT4 çalışmasıdır [6]. Bu çalışmaya 716 mide ve özafajiyal bileşke tümörü olan rezektabl hastalar dahil edilmiştir. Hastalar iki kola ayrılmıştır, bir kola MAGIC rejimi verilirken diğer kola FLOT rejimi verilmiştir FLOT (Oksaliplatin 85 mg/m² 1. gün 2 saat iv, Doseetaksel 50 mg/m² 1. gün 1 saat iv, Folinik asit (Lökovorin) 200 mg/m² 1. gün 2 saat iv, Fluorourasil 2600 mg/m² 1. gün 24 saat iv). Perioperatif FLOT, ECF/ECX'e karşı sağ kalım (OS) avantajı göstermiştir (median OS 50 ay vs 35 ay, HR: 0.77; 95% CI: 0.63-0.94, p=0.012). FLOT kolunda 5 yıllık sakalımda %9'luk iyileşme elde edilmiştir (%45 vs %36). ECF/ECX kolunda hastaların %91'i preoperatif, %37'si postoperatif kemoterapiyi tamamlayabildi. FLOT kolunda ise %90 hasta preoperatif, %50 hasta postoperatif kemoterapiyi tamamlayabildi. Benzer şekilde progresyonsuz sağ kalımda (PFS) da FLOT rejiminin 18 aya 30 ay ECF/ECX kolundan daha iyi olduğu görüldü (HR 0.75 [0.62-0.01]; p=0.004). Bu sonuçlar neticesinde FLOT rejimi fit hastalarda standart tedavi olarak rehberlerde (guidelinelerde) yerini aldı. Genel durumu biraz düşük hastalarda ise fluorouracil ve platin kombinasyonu tercih edilmelidir.

Adjuvan Kemoterapi

Öncelikli olarak cerrahi yapılan ve patolojik T3, T4 veya lenf nodu pozitif olan hastalarda adjuvan kemoterapi (KT) tedavisi önerilmektedir. Faz 3 CLASSIC çalışması 1035 (güney kore, Çin ve Tayvan) evre 2 ve 3b D2 diseksiyon yapılmış mide kanserli hastalarda postoperatif kapesitabin ve oksaliplatinin kombinasyonu, yalnızca cerrahi yapılan kola karşılaştırıldığı bir çalışmadır. Üç yıllık hastalısız sağ kalım postoperatif kemoterapi ile %74 iken yalnızca cerrahi yapılan kolda %59 olarak tespit edilmiştir (p<0.0001). Median 62.4 aylık izlemde hastalısız sağ kalım ve genel sağ kalım postoperatif kemoterapi ve yalnızca cerrahi kolunda sırasıyla %68, %78 vs %53, %69 olarak saptanmıştır [7]. Bu çalışma sonucunda D2 lenf nodu diseksiyonu yapılan mide kanserli hastalarda postoperatif kapesitabin ve oksaliplatin kombinasyonu standart tedavi olarak kabul edilmiştir. D1 ve D0 lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda tek başına postoperatif kemoterapinin yararını bildiren çalışma olmaması nedeniyle bu grup hastalarda postoperatif kemoradyoterapi (KRT) standart tedavidir [8].

Bir diğer çalışma, Asya'lı hastalarda yapılan ACTS-GS çalışmasıdır. Bu çalışmada D2 lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalar, cerrahi sonrası 1 yıl oral bir flupirimidin olan S1

tedavisi verilen kol ile yalnızca cerrahi yapılan kol olarak iki gruba ayrılmış. Beş yıllık izlem sonucunda D2 lenf nodu diseksiyonu yapılan mide kanserli hastalarda hem nüksüz sağ kalım hemde genel sağ kalım postoperatif bir yıl S1 tedavisi alan hastalar lehine çıkmıştır. Beş yıllık sağ kalım S1 kolunda %71.1 iken, yalnızca cerrahi kolunda %61.1 olarak bulunmuştur (HR, 0.669; 95% CI, 0.540 - 0.828) [9]. Asya dışı toplumlarda S1 tedavisinin etkinliğini araştırarak randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Postoperatif Kemoradyoterapi

INT 0116 çalışması rezektabl mide ve gastroözofajial bileşke tümörlü hastalarda postoperatif kemoradyoterapi artı kemoterapinin etkinliğini araştıran bir çalışmadır. Bu çalışmada adjuvan kemoradyoterapinin (KRT) yalnız cerrahi yapılan gruba göre 9 aylık sağ kalım avantajı sağladığı tespit edilmiş (36 vs 27 ay, p=0.005) [8]. Bu çalışmanın en önemli limitasyonu hastaların yalnızca %10'nuna D2 lenf nodu diseksiyonu yapılmış olmasıdır. Lenf nodu diseksiyonunun tipi postoperatif kemoradyoterapinin etkinliğini etkilemektedir. Çalışmanın retrospektif analizinde D1 lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda postoperatif fluoropirimidin bazlı kemoradyoterapi ile tedavi edilen hastalarda nüks oranı anlamlı oranda düşük bulunmuştur. Ancak D2 lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda yalnız cerrahi koluna göre postoperatif kemoradyoterapinin (KRT) etkinliği görülmemiştir [10]. Bu sonuçlar faz 3 ARTIST çalışması ile desteklenmiştir. ARTIST çalışması D2 lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda postoperatif kemoradyoterapinin etkinliğini araştıran ilk çalışmadır. D2 lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalar postoperatif kemoradyoterapi ve postoperatif kemoterapi kollarına randomize edilmişler. Rekürrens oranı açısından iki kol arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi. Ancak çalışmanın subgrup analizi yapıldığında lenf nodu tutulumu olan hastalarda 3 yıllık hastaliksız sağkalım postoperatif kemoterapi ile karşılaştırıldığında kemoradyoterapi (KRT) kolunda daha uzun saptanmış (%77.5 vs %72, p=0.0365). Fakat faz 3 ARTIST-2 çalışmasında D2 lenf nodu diseksiyonu yapılan ve lenf nodu tutulumu olan hastalarda postoperatif kemoradyoterapinin, postoperatif kemoterapiye göre 3 yıllık hastaliksız sağ kalımda bir üstünlük sağlamadığı gösterildi (3 yıllık DFS %78 vs %73 postoperatif kemoterapi ve postoperatif kemoradyoterapi, p=0.667) [11]. Bu nedenle, D2 lenf nodu diseksiyonundan daha az lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda postoperatif kemoradyoterapi (KRT) önerilirken, D2 lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda yalnızca postoperatif kemoterapi (KT) önerilmektedir.

Sonuç

Mide kanseri her yıl çok sayıda insanı etkileyen heterojen bir hastalıktır. Tanı ve tedavideki gelişmelere rağmen halen önemli bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir. Multidisipliner yaklaşımla tedavi sıralaması yapmak meselenin özünü oluşturmaktadır. Günümüzde uluslararası klavuzlarca kabul gören en iyi yaklaşım subseroza/seroza invazyonu olan (T3/T4) veya lenf nodu metastazı olan hastaların perioperatif kemoterapidir. Perioperatif kemoterapi rejimi olarak önerilen en iyi tedavi seçeneği, performansı iyi olan hastalarda FLOT rejimi iken performansı daha düşük hastalarda CF veya FOLFOX rejimidir. Cerrahiden sonra gelen hastalara, R0 rezeksiyon ve D2 diseksiyon yapılmışsa adjuvan kemoterapi (KT; kapesitabin-oksaliptin veya CF) önerilir. Şayet D2 diseksiyondan daha az diseksiyon yapılmışsa adjuvan kemoradyoterapi (KRT) önerilir.

Kaynaklar








1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018; 68: 394-424.
2. Sexton RE, Al Hallak MN, Diab M, et al. Gastric cancer: a comprehensive review of current and future treatment strategies. *Cancer Metastasis Rev.* 2020; 39: 1179-203.
3. Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med.* 2006; 355 :11-20.
4. Elimova E, Janjigian YY, Mulcahy M, et al. It Is Time to Stop Using Epirubicin to Treat Any Patient With Gastroesophageal Adenocarcinoma. *J Clin Oncol.* 2017; 35 :475-7.
5. Ychou M, Boige V, Pignon JP, et al. Perioperative chemotherapy compared with surgery alone for resectable gastroesophageal adenocarcinoma: an FNCLCC and FFCD multicenter phase III trial. *J Clin Oncol.* 2011; 29 :1715-21.
6. Al-Batran SE, Homann N, Pauligk C, et al. Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. *Lancet.* 2019; 393: 1948-57.
7. Bang YJ, Kim YW, Yang HK, et al. Adjuvant capecitabine and oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): a phase 3 open-label, randomised controlled trial. *Lancet.* 2012; 379 :315-21.

8. MacDonald JS, Smalley SR, Benedetti J, et al. Chemo-radiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. *N Eng J Med* 2001; 345: 725-30.
9. Sasako M, Sakuramoto S, Katai H, et al. Five-year outcomes of a randomized phase III trial comparing adjuvant chemotherapy with S-1 versus surgery alone in stage II or III gastric cancer (ACTS-GS study). *J Clin Oncol.* 2011; 29 :4387-93.
10. Dikken JL, Jansen EP, Cats A, et al. Impact of the extent of surgery and postoperative chemoradiotherapy on recurrence patterns in gastric cancer. *J Clin Oncol.* 2010; 28 :2430-6.
11. Lee J, Lim DH, Kim S, et al. Phase III trial comparing capecitabine plus cisplatin versus capecitabine plus cisplatin with concurrent capecitabine radiotherapy in completely resected gastric cancer with D2 lymph node dissection: the ARTIST trial. *J Clin Oncol.* 2012; 30 :268-73.

■ Case Report

A rare entity: Richter transformation presented with spontaneous tibia fracture

Nadir Bir Vaka: Spontan Tibia Kırığı ile Presente Olan Richter Transformasyonu

Pınar TİĞLİOĞLU* , Murat ALBAYRAK , Abdülkerim YILDIZ , Buğra SAĞLAM , Merih REİS ARAS ,
Senem MARAL , Hacer Berna AFACAN ÖZTÜRK ,

University of Health Sciences, Diskapi Yildirim Beyazit Training and Research Hospital, Department of Hematology, Ankara /TURKEY

ABSTRACT

Richter syndrome (RS) is defined as the transformation of chronic lymphocytic leukemia (CLL)/small lymphocytic lymphoma into an aggressive lymphoid malignancy. The incidence of RS varies from 1% to 9% and it is generally characterized by an aggressive clinical course. The case is here reported of CLL patient with RS and its unique presentation with bone involvement. RS is a heterogeneous condition that is characterised by an aggressive presentation, with low treatment response rates and very poor survival. Lymph node and Bone marrow are mainly involved but extra-nodal involvement is also observed. Our patient is the first case of RS with bone involvement.

Keywords: Bone lesion, Chronic lymphocytic leukaemia, lymphoma, Richter syndrome,

ÖZ

Richter sendromu (RS), kronik lenfositik lösemi/küçük lenfositik lenfomanın agresif lenfoid maligniteye dönüşmesi olarak tanımlanır. RS insidansı %1 ile %9 arasında değişir ve genellikle agresif bir klinik seyir gösterir. Sunulan olgu, KLL tanısı ile izlenen ve kemik tutulumu ile atipik şekilde presente olan RS vakasıdır. RS, düşük tedavi yanıt oranları ve kötü sağkalım ile karakterizedir. Esas olarak lenf nodu ve kemik iliği tutulur ancak vakamızdaki gibi ekstra nodal tutulumlar da görülebilir. Hastamız kemik tutulumu olan ilk RS olgusudur.

Anahtar kelimeler: Kemik lezyonu, Kronik lenfositik lösemi, lenfoma, Richter sendromu,

Corresponding Author*: Pınar Tıglioğlu, University of Health Sciences, Diskapi Yildirim Beyazit Training and Research Hospital, Department of Hematology, Ankara /TURKEY

E-mail: dr.pinarakyol@hotmail.com

ORCID: 0000-0003-3829-289X

Received: 09.08.2021 accepted: 08.10.2021

Introduction

The most common type of leukaemia in adults is chronic lymphocytic leukaemia (CLL) [1]. Richter syndrome (RS) is the transformation of chronic lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma (CLL/SLL) into an aggressive lymphoid malignancy [2]. The incidence of RS has been reported to vary from 1% to 9% in large series [3]. CLL most commonly transforms into diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) in 90–95% of cases [4].

RS is generally characterized by an aggressive clinical course that presents with fever without infection, weight loss, night sweats, massive splenomegaly and rapidly enlarging lymph nodes. Lactate dehydrogenase (LDH) and beta-2 microglobulin levels are dramatically increased [5].

Richter's syndrome most frequently affects lymph nodes (LN) and bone marrow (BM) but extra-nodal localizations such as the gastrointestinal tract, skin, liver, or tonsils may also be involved [6, 7]. The gold standard for establishing diagnosis is a biopsy of an enlarging LN or the involved tissues.

Herein, we reported our unique RS case who presented with bone involvement. To our knowledge, bone involvement in RS has not been previously reported in the literature.

Case Report

A 66-year-old female patient was diagnosed with stage 2 CLL, 2 years ago, was followed up for 18 months without treatment. At 18 months after the diagnosis, spontaneous bone fracture developed in the right tibia. On radiographic examination, bone lesion was also detected in the fracture line (figure 1-2). Moreover the patient had complained of B symptoms such as fatigue, night sweating and weight loss. In blood examinations; white blood count (WBC) was 13300 μ L, hemoglobin was 8.8 gr/dl, and platelet count was 145000 μ L. Renal and liver function tests were normal and the lactate dehydrogenase (LDH) level (540 U/L) and beta-2 microglobulin (4,2 mg/L) were detected elevated. Patient operated and the lesion was totally excised by department of orthopedics and traumatology. Biopsy from the bone lesion showed DLBCL (non germinal centre type; c-myc, bcl-2, bcl-6, MUM1: positive; ki-67 proliferation index:%90). Mutation analysis of 17p deletion was negative. A PET-CT scan revealed multiple LAP with abnormal FDG uptake in the neck and thorax, in addition to the lesion in the tibia. The patient was diagnosed as ritchter syndrome; stage-4 DLBCL and R-CHOP (rituximab, cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisone) chemotherapy was planned. After 6 cycles of chemotherapy, the lymph nodes and tibial lesion regressed completely. Also, B symptoms was disappeared. The patient achieved complete remission (CR) according to PET-CT imaging. At 20 months after diagnosis, the patient is still being followed up without treatment in CR.

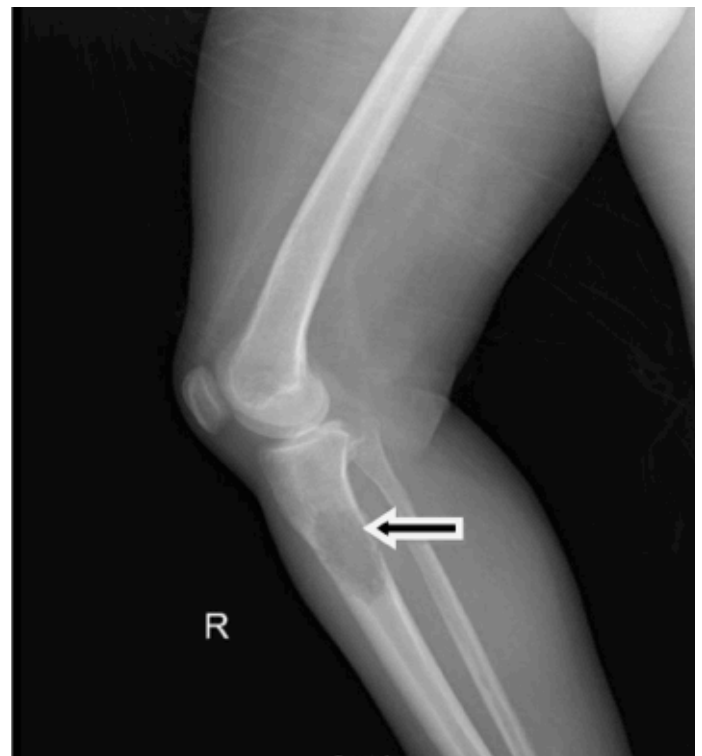
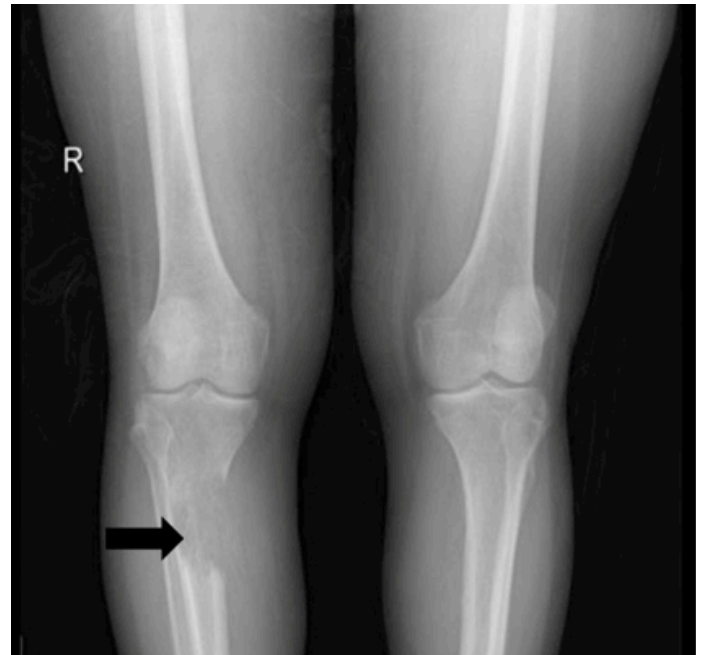


Figure 1-2 : Bone lesion on radiography

Discussion

In approximately 2%–10% of CLL patients, aggressive lymphoma transformation, known as RS, can develop [8]. RS independent from the CLL duration, stage, treatment or response to treatment [7]. In the past, RS was generally believed to be a late complication of CLL. However recent studies have demonstrated the median time to transformation of 1.8–1.9 years [7, 9]. In accordance with the literature, in the current case, the time to Richter transformation was 18 months after CLL diagnosis.

Risk factors for transformation to RS that have been identified in previous studies include clinical, biological and genetic characteristics. Germline (over-expression of CD38 and ZAP70, unmutated immunoglobulin heavy chain variable gene [IGHV]) and somatic (TP53 and NOTCH1 disruption, c-myc activation, CDKN2A loss) genetic mutations are associated with an increased risk of RS. Cytogenetic factors such as del(13q), del(11q) and del(17 p) are also thought to contribute to the development of RS. In the current patient, conventional cytogenetic examinations were performed and neither 17p deletion nor 11q deletion was detected. It has been shown that advanced Rai stage and adenopathy >3 cm are major clinical risk factors related to the development of RS [7].

An 18F-FDG PET/CT scan is important to identify the optimal site of the biopsy, and to determine the extent of the disease [10].

Although lymph nodes and BM are mainly involved in RS, extra-nodal involvement such as in the gastrointestinal system, eyes, testicles, central nervous system, lung, kidneys or skin has also been reported [6]. Extranodal bone involvement has not been reported in the literature as in our patient.

RS has a poor prognosis and is resistant to chemotherapy. The median overall survival (OS) rate has been reported to be less than 1 year [11]. The most common first-line chemotherapy is RCHOP (rituximab, cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone) [12]. Recent studies showed the effectiveness of novel treatments such as idelalisib, ibrutinib and venetoclax [13]. Stem cell transplantation (SCT) may be an option in only selected patients due to older age, poor performance status, and comorbidities [14]. The current patient received R-CHOP CT regimen and fully responded the treatment. Patient who has been diagnosed RS 24 months ago, is still alive and has being followed in remission.

In summary, RS is a heterogeneous condition that is characterised by an aggressive presentation, with low treatment response rates and very poor survival. LN and BM are mainly involved but extra-nodal involvement is also observed. Our patient is the first case of RS with bone involvement. In this context, it is important not to ignore the multisystemic approach in hematological diseases.

Compliance With Ethical Standards

Conflict of interest: The Authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: There is no funding source.

Ethical approval: This article does not contain any studies with human participants or animals performed by any of the authors.

References

1. Hallek, M., Chronic lymphocytic leukemia: 2017 update on diagnosis, risk stratification, and treatment. *American journal of hematology*, 2017. 92(9): p. 946-965.
2. Richter, M.N., Generalized reticular cell sarcoma of lymph nodes associated with lymphatic leukemia. *The American journal of pathology*, 1928. 4(4): p. 285.
3. Molica, S., A systematic review on Richter syndrome: what is the published evidence? *Leukemia & lymphoma*, 2010. 51(3): p. 415-421.
4. Rossi, D. and G. Gaidano, Richter syndrome. *Adv Exp Med Biol*, 2013. 792: p. 173-91.
5. Seymour, J. and J. Campbell, Richter's syndrome. *BASIC AND CLINICAL ONCOLOGY*, 2001. 26: p. 459-484.
6. Omoti, C.E. and A.E. Omoti, Richter syndrome: a review of clinical, ocular, neurological and other manifestations. *British journal of haematology*, 2008. 142(5): p. 709-716.
7. Rossi, D., et al., Biological and clinical risk factors of chronic lymphocytic leukaemia transformation to Richter syndrome. *British journal of haematology*, 2008. 142(2): p. 202-215.
8. Parikh, S.A. and T.D. Shanafelt, Risk factors for Richter syndrome in chronic lymphocytic leukemia. *Current hematologic malignancy reports*, 2014. 9(3): p. 294-299.
9. Parikh, S.A., et al., Diffuse large B-cell lymphoma (Richter syndrome) in patients with chronic lymphocytic leukaemia (CLL): a cohort study of newly diagnosed patients. *British journal of haematology*, 2013. 162(6): p. 774-782.
10. Falchi, L., et al., Correlation between FDG/PET, histology, characteristics, and survival in 332 patients with chronic lymphoid leukemia. *Blood*, 2014. 123(18): p. 2783-2790.
11. Tadmor, T., et al., Richter's transformation to diffuse large B-cell lymphoma: A retrospective study reporting clinical data, outcome, and the benefit of adding rituximab to chemotherapy, from the Israeli CLL Study Group. *American journal of hematology*, 2014. 89(11): p. E218-E222.
12. Jenke, P., et al., Cyclophosphamide, adriamycin, vincristine and prednisone plus rituximab (CHOP-R) in fludarabine (F) refractory chronic lymphocytic leukemia (CLL) or CLL with autoimmune cytopenia (AIC) or Richter's transformation (RT): final analysis of a phase II study of the German CLL Study Group. 2011, *Am Soc Hematology*.
13. Eyre, T.A. and A. Schuh, An update for Richter syndrome—new directions and developments. *British journal of haematology*, 2017. 178(4): p. 508-520.
14. Rossi, D., et al., The genetics of Richter syndrome reveals disease heterogeneity and predicts survival after transformation. *Blood*, 2011. 117(12): p. 3391-3401.

■ Technical Writing

Importance of rehabilitation in nursing

Hemşirelikte rehabilitasyonun önemi

Kubra KUCUKTEPE¹ , Cigdem Muge HAYLI^{2*} 

¹Instructor, Cyprus University of Science, Faculty of Health Sciences, Physical Therapy and Rehabilitation Program, Kyrenia, TRNC

²Assistant Professor Doctor, Hakkari University- Faculty of Health Sciences, Nursing Program, Hakkari, Turkey

ABSTRACT

Today, congenital or accidental disabilities, chronic rehabilitation is important because of the increasing problems associated with diseases and is gaining. To provide training and counseling to individuals in need of rehabilitation among the responsibilities of nurses. In this review, the importance of rehabilitation in nursing is explained.

Keywords: Rehabilitation; nursing; the importance of rehabilitation

Öz

Günümüzde doğuştan ya da kaza sonucu oluşan sakatlıklar, hastalıklarla ilişkili sorunların artması nedeniyle akut ve kronik rehabilitasyon önem kazanmakta ve ihtiyaç artmaktadır. Hemşirelerin sorumlulukları arasında rehabilitasyon ihtiyacı olan bireylere eğitim ve danışmanlık vermektir. Bu teknik notta hemşirelikte rehabilitasyonun önemi anlatılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Rehabilitasyon; hemşirelik; rehabilitasyonun önemi

Corresponding Author*: Çiğdem Muge HAYLI, Hakkari University- Faculty of Health Sciences Nursing Program

E-mail: chayli17@ku.edu.tr

ORCID: 0000-0001-7630-9619

Received: 28.07.2021 accepted: 08.10.2021

Introduction

Today, depending on the developments in science and technology, on the one hand, complications resulting from accidents decrease, life expectancy is prolonged, on the other hand, chronic for persons with disabilities who have had illnesses and have returned to life after disasters or accidents requirements to make life easier are gaining importance [1, 2].

Health care; by solving the health problems of the society, to improve the health. It covers transportation, protection, treatment and rehabilitation of diseases. In our country, health services are health promoting-protective, therapeutic and rehabilitative (medical and social rehabilitation) is offered in three main areas as health services. However it can be said that applications for therapeutic services are still a priority [3].

Rehabilitation comes from the Latin word habili, and habilitation is an unknown term. It is defined as learning something [4]. Rehabilitation; An individual who has lost some of his abilities due to congenital or later illness, accident or injury. to the best possible level in terms of medical, psychological, social and professional. It is a therapeutic work process designed to minimize the consequences of permanent disabilities, aiming to make them more beneficial to themselves, their families and the society.

The purpose of rehabilitation is education, counseling, care and treatment practices. carried out with services. Rehabilitation enables the individual to reintegrate with his family and society and to maintain his functions at an optimal level [3, 4].

The Australian Association of Rehabilitation Nurses (ARNA) targets the importance of rehabilitation in nursing; increasing self-care, correcting deteriorated functions and helping patients defined as improving the quality of life.

- Maintaining existing skills and roles
- Upgrade health
- Prevent possible disorders, disability and disability
- Restructuring of the individual's work and roles
- He stated it as reducing disability [5].

In general, the importance of rehabilitation in nursing paves the way for rehabilitation nursing. In this context, rehabilitation is among the duties of nursing.

- Ensures coordination by establishing good communication with other members of the rehabilitation team.
- It provides integrity in rehabilitation services through a process

that includes data collection, planning, implementation and evaluation with the information it receives from the rehabilitation team and other sources.

- From the beginning of the rehabilitation program, it supports the individual and his/her family, and the health education needs of the individual and his/her family and what is necessary to meet them.
- Supportive and motivated in the future development and learning of the individual and the family it is compelling.
- Establishes a continuous supportive relationship for the individual to develop effective coping behaviors, and provides counseling for existing and potential problems.
- It provides the individual's environmental comfort and safety, to prevent the development of new injuries and infections that may develop due to limitations and to protect skin integrity.
- He carefully monitors the physiological changes of the individual, makes the necessary observations and records them.
- Identifies the existing strength and abilities of the individual and uses them to improve health supports towards.
- Carries out the necessary training and practices, ensures that the individual gains self-care and independence, and takes precautions.
- It provides consultancy on community opportunities, health services, institutional resources and other support services, associations regarding the future life of the individual.
- Technology and technology for the solution of health problems and adaptation to the environment raises awareness about using various auxiliary tools and equipment, and when necessary educates.
- Listens to the feelings and thoughts of the individual, spares enough time for the individual, when necessary supports or directs them to related professionals for problems [4,6,7,8,9,10].

Conclusion

Nurses working in rehabilitation centers and units mostly have limited care and

about rehabilitation nursing in which they take part in rehabilitation practices.

It is seen that they do not receive enough education and they experience role confusion. Therefore, studies on the importance of rehabilitation in nursing and providing additional training will also support the improvement of the quality of health care.



References

1. Akçay T. Tekerlekli Sandalye Kullanan Paraplejik Hastalarda Ev Rehabilitasyonu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara.1994
2. Disability, including prevention, management and rehabilitation. Fifty-eighth world health assembly agenda item 13.13, WHA 58.23, Update 25 May 2005. Available from: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_23-en.pdf Accessed: 25 July 2021.
3. Arpacioğlu O. Rehabilitasyon Hemşireliği. Ankara: Gata Vakfı Yayınevi. 1997; 1-9.
4. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları, SANERC, 2003; 71-80.
5. Özcan O. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ed. Beyazova M. Kutsal YG. Cilt I. Ankara: Güneş Kitabevi. 2000; 12-52.
6. Thorn S. Neurological rehabilitation nursing: a review of the research. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 31 , 1029-38
7. Nolan M, Nolan J. Rehabilitation, chronic illness and disability, the missing elements in nurse education. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29: 958-66.
8. Kneafsey R, Long AF, Ryan J. An exploration of the contribution of the community nurse to rehabilitation. *Health and Social Care in the Community*. 2003; 11: 321-8
9. Routasalo P, Arve S, Lauri S. Geriatric rehabilitation nursing: developing model. *International Journal of Nursing Practice*. 2004; 10: 207-15.
10. Yazıcıoğlu K. Rehabilitasyon Hemşireliği. Ankara: Gata Vakfı Yayınevi. 1997; 219-21.

International Journal of Contemporary Health Sciences

Uluslararası Çağdaş Sağlık Bilimleri Dergisi

Tıp dergilerine gönderilecek makalelerin standart gereksinimleri ile ilgili tüm bilgileri www.icmje.org internet adresinde bulabilirsiniz

Amaç ve kapsam: "International Journal of Contemporary Health Sciences", hakemli, açık erişimli ve periyodik olarak çıkan, DNT Ortadoğu Yayıncılık A.Ş. ye ait bir dergidir. Hedefimiz uluslararası bir tabanda hastalıkların teşhis ve tedavisinde yenilikler içeren yüksek kalitede bilimsel makaleler yayınlamaktır. Yılda dört kez çıkan bir bilimsel bir tıp dergisidir. Hakemli bir dergi olarak gelen yazılar konsültanlar tarafından, öncelikle, biyomedikal makalelere ait Uluslararası Tıp Dergileri Editörleri Komitesi (www.icmje.org adresinden ulaşılabilir) tarafından tanımlanan standart gereksinimler ile ilgili ortak kurallara uygunluğu açısından değerlendirilir. Tıbbın her dalı ile ilgili retrospektif/prospektif klinik ve laboratuvar çalışmaları, ilginç olgu sunumları, davet üzerine yazılan derlemeler, editöre mektuplar, orijinal görüntüler, kısa raporlar ve cerrahi teknik yazılarını yayımlayan bilimsel, uluslararası hakemli bir dergidir. Başka bir dergide yayımlanmış veya değerlendirilmek üzere gönderilmiş yazılar veya dergi kurallarına göre hazırlanmamış yazılar değerlendirme için kabul edilmez.

On-line makale gönderimi: Tüm yazışmalar ve yazı gönderimleri dergipark üzerinden yapılmalıdır. Yazı gönderimi için detaylı bilgi bu internet adresinden edinilebilir. Gönderilen her yazı için özel bir numara verilecek ve yazının alındığı e-posta yolu ile teyid edilecektir. Makalelerin "full-text" pdf formuna bu sayfadan ulaşılabilir.

Açık erişim politikası:International Journal of Contemporary Health Sciences açık erişimi olan bir dergidir. Kullanıcılar yazıların tam metnine ulaşabilir, kaynak gösterilerek tüm makaleler bilimsel çalışmalarda kullanılabilir.

Aşağıdaki rehber dergiye gönderilen makalelerde aranan standartları göstermektedir. Bu uluslararası format, makale değerlendirme ve basım aşamalarının hızla yapılmasını sağlayacaktır.

Yazarlara Bilgi: Yazıların tüm bilimsel sorumluluğunu yazar(lar)a aittir. Editör, yardımcı editör ve yayıncı dergide yayınlanan yazılar için herhangi bir sorumluluk kabul etmez.

Dergi adının kısaltması: Int J Cont Health Sci

Yazışma adresi: Yazılar e-mail yoluyla sorumlu yazar tarafından, DergiPark'ta yer alan International Journal of Contemporary Health Sciences linkine girip kayıt olduktan sonra gönderilmelidir.

Makale dili: Makale dili Türkçe ve İngilizcedir. İngilizce makaleler gönderilmeden önce profesyonel bir dil uzmanı tarafından kontrol edilmelidir. Yazıdaki yazım ve gramer hataları içerik değişmeyecek şekilde İngilizce dil danışmanı tarafından düzeltilebilir. Türkçe yazılan yazılarda düzgün bir Türkçe kullanımı önemlidir. Bu amaçla, Türk Dil Kurumu Sözlük ve Yazım Kılavuzu yazım dilinde esas alınmalıdır.

Makalenin başka bir yerde yayımlanmamıştır ibaresi: Her yazar makalenin bir bölümünün veya tamamının başka bir yerde yayımlanmadığını ve aynı anda bir diğer dergide değerlendirilme sürecinde olmadığını, editöre sunum sayfasında belirtmelidirler. 400 kelimedenden az özetler kapsam dışıdır. Kongrelerde sunulan sözlü veya poster bildirilerin, başlık sayfasında kongre adı, yer ve tarih verilerek belirtilmesi gereklidir. Dergide yayımlanan yazıların her türlü sorumluluğu (etik, bilimsel, yasal, vb.) yazarlara aittir.

Değerlendirme: Dergiye gönderilen yazılar format ve plagiarizm açısından değerlendirilir. Formata uygun olmayan yazılar değerlendirilmeden sorumlu yazara geri gönderilir. Bu tarz bir zaman kaybının olmaması için yazım kuralları gözden geçirilmelidir. Basım için gönderilen tüm yazılar iki veya daha fazla yerli/yabancı hakem tarafından değerlendirilir. Makalelerin değerlendirilmesi, bilimsel önemi, orijinalliği göz önüne alınarak yapılır. Yayına kabul edilen yazılar editörler kurulu tarafından içerik değiştirilmeden yazarlara haber verilerek yeniden düzenlenebilir. Makalenin dergiye gönderilmesi veya basıma kabul edilmesi sonrası isim sırası değiştirilemez, yazar ismi eklenip çıkartılamaz.

Basıma kabul edilmesi: Editör ve hakemlerin uygunluk vermesi sonrası makalenin gönderim tarihi esas alınarak basım sırasına alınır. Her yazı için bir doi numarası alınır.

Yayın hakları devri: Web adresi üzerinden online olarak gönderilmelidir. 1976 Copyright Act'e göre, yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın hakkı yayıncıya aittir.

Makale genel yazım kuralları: Yazılar Microsoft Word programı ile çift satır aralıklı ve 12 punto olarak, her sayfanın iki yanında ve alt ve üst kısmında 2,5 cm boşluk bırakılarak yazılmalıdır. Yazı stili Times New roman olmalıdır. "System International" (SI) unitler kullanılmalıdır. Şekil tablo ve grafikler metin içinde referans edilmelidir. Kısaltmalar, kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilmelidir. Türkçe makalelerde %50 bitişik yazılmalı, aynı şekilde İngilizcelerde de 50% bitişik olmalıdır. Türkçede ondalık sayılarda virgöl kullanılmalı (55,78) İngilizce yazılarda nokta (55.78) kullanılmalıdır. Derleme 4000, orijinal çalışma 2500, olgu sunumu 1200, editöre mektup 500 kelimeyi geçmemelidir. Özet sayfasından sonraki sayfalar numaralandırılmalıdır.

Yazının bölümleri

1. **Sunum sayfası:** Yazının INTERNATIONAL JOURNAL OF CONTEMPORARY HEALTH SCIENCES'de yayınlanmak üzere değerlendirilmesi isteğinin belirtildiği, makalenin sorumlu yazarı tarafından dergi editörüne hitaben gönderdiği yazıdır. Bu kısımda makalenin bir bölümünün veya tamamının başka bir yerde yayımlanmadığını ve aynı anda bir diğer dergide değerlendirilme sürecinde olmadığını, maddi destek ve çıkar ilişkisi durumu belirtmelidir.

2. **Başlık sayfası:** Sayfa başında gönderilen makalenin kategorisi belirtilmez (Klinik analiz, orijinal çalışma, deneysel çalışma, olgu sunumu vs).

Tüm yazarların ad ve soyadları yazıldıktan sonra üst simge ile 1' den itibaren numaralandırılıp, unvanları, çalıştıkları kurum, klinik ve şehir yazar isimleri altına eklenmelidir. Bu sayfada "sorumlu yazar" belirtmeli isim, açık adres, telefon ve e-posta bilgileri eklenmelidir. Kongrelerde sunulan sözlü veya poster bildirilerin, başlık sayfasında kongre adı, yer ve tarih verilerek belirtilmesi gereklidir. 2019'DAN İTİBAREN YAZARLARIN ORCID NUMARALARINI ZORUNLU OLARAK BİLDİRMESİ GEREKMEKTEDİR.

3. **Makale dosyası:** (Yazar ve kurum isimleri bulunmamalıdır)

Başlık: Kısa ve net bir başlık olmalıdır. Kısaltma içermemelidir. Türkçe ve İngilizce yazılmalı ve kısa başlık (runing title) Türkçe ve İngilizce olarak eklenmelidir.

Özet: Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Orijinal çalışmalarda özetler, Amaç (Aim), Gereç ve Yöntemler (Material and Methods), Bulgular (Results) ve Sonuçlar (Conclusion) bölümlerine ayrılmalı ve 250 sözcüğü geçmemelidir. Olgu sunumları ve benzerlerinde özetler, kısa ve tek paragraflık olmalıdır (150 kelime), Derlemelerde 300 kelimeyi geçmemelidir.

Anahtar kelimeler: Türkçe ve İngilizce özetlerin sonlarında bulunmalıdır. En az 3 en fazla 6 adet yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül ile ayrılmalıdır ve tamamı küçük harflerle yazılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings (MESH)" e uygun olarak verilmelidir. (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler "Türkiye Bilim Terimleri" ne uygun olarak verilmelidir (www.bilimterimleri.com). Bulunmaması durumunda birebir Türkçe tercümesi verilmelidir.

Metin bölümleri: Orijinal makaleler; Giriş(Introduction), Gereç ve Yöntemler(Material and Methods), Bulgular(Results), Tartışma(Discussion), Sonuç(Conclusion) olarak düzenlenmelidir. Olgu sunumları; Giriş(Introduction), Olgu(Case), Tartışma(Discussion), Sonuç(Conclusion) olarak düzenlenmelidir. Şekil, fotoğraf, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtmeli metin içine yerleştirilmemelidir. Kullanılan kısaltmalar altındaki açıklamada belirtilmelidir. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir. Tablolar metin sonuna eklenmelidir. Resimler/fotoğraf kalitesi en az 300dpi olmalıdır.

Etik kurallar: Klinik araştırmaların protokolü etik komitesi tarafından onaylanmış olmalıdır. İnsanlar üzerinde yapılan tüm çalışmalarda, "Gereç ve Yöntemler" bölümünde çalışmanın ilgili komite tarafından onaylandığı veya çalışmanın Helsinki İlkeler Deklarasyonuna (www.wma.net/e/policy/b3.htm) uyularak gerçekleştirildiğine dair bir cümle yer almalıdır. Çalışmaya dahil edilen tüm insanların bilgilendirilmiş onam formunu imzaladığı metin içinde belirtilmelidir. INTERNATIONAL JOURNAL OF CONTEMPORARY HEALTH SCIENCES gönderilen yazıların Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak yapıldığını, kurumsal etik ve yasal izinlerin alındığını varsayacak ve bu konuda sorumluluk kabul etmeyecektir. Çalışmada "Hayvan" ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin Gereç ve Yöntemler bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır.

Teşekkür yazısı: Varsa kaynaklardan sonra yazılmalıdır.

Maddi destek ve çıkar ilişkisi: Makale sonunda varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve varsa bu kuruluşların yazarlarla olan çıkar ilişkileri belirtilmelidir. (Olmaması durumu da "Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların herhangi bir çıkar dayalı ilişkisi yoktur" şeklinde yazılmalıdır.

Kaynaklar: Kaynaklar makalede geliş sırasına göre yazılmalıdır. Kaynaktaki yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 3 isim yazılıp ve ark. ("et al") eklenmelidir. Kaynak yazımı için kullanılan format Index Medicus'ta belirtilen şekilde olmalıdır (www.icmje.org). Kaynak listesinde yalnızca yayınlanmış ya da yayınlanması kabul edilmiş veya DOI numarası almış çalışmalar yer almalıdır. Dergi kısaltmaları "Cumulated Index Medicus" ta kullanılan stile uymalıdır. Kaynak sayısının araştırmalarda 25 ve derlemelerde 60, olgu sunumlarında 10, editöre mektupta 5 ile sınırlandırılmasına özen gösterilmelidir. Kaynaklar metinde cümle sonunda nokta işaretinden hemen önce köşeli parantez kullanılarak belirtilmelidir. Örneğin [4,5]. Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur. Yerli ve yabancı kaynakların sentezine önem verilmelidir.

4.Şekil ve tablo başlıkları: Başlıklar kaynaklardan sonra yazılmalıdır. Her biri ayrı bir görüntü dosyası (jpg) olarak gönderilmelidir.

Makalenin basıma kabulünden sonra "Dizginin ilk düzeltme nüshası" sorumlu yazara e-mail yoluyla gönderilecektir. Bu metinde sadece yazım hataları düzeltilecek, ekleme çıkartma yapılmayacaktır. Sorumlu yazar düzeltmeleri 2 gün içinde bir dosya halinde e-mail ile yayın idare merkezine bildirecektir.

Kaynak Yazım Örnekleri

Dergilerden yapılan alıntı;

Özpolat B, Gürpınar ÖA, Ayva EŞ, Gazyağcı S, Niyaz M. The effect of Basic Fibroblast Growth Factor and adipose tissue derived mesenchymal stem cells on wound healing, epithelization and angiogenesis in a tracheal resection and end to end anastomosis rat model. Turk Gogus Kalp Dama 2013; 21: 1010-19.

Kitaptan yapılan alıntı;

Tos M. Cartilage tympanoplasty. 1st ed. Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag; 2009.

Tek yazar ve editörü olan kitaptan alıntı;

Neinstein LS. The office visit, interview techniques, and recommendations to parents. In: Neinstein LS (ed). Adolescent Health Care. A practical guide. 3rd ed. Baltimore: Williams&Wilkins; 1996: 46-60.

Çoklu yazar ve editörü olan kitaptan alıntı;

Schulz JE, Parran T Jr: Principles of identification and intervention. In: Principles of Addicton Medicine, Graham AW, Shultz TK (eds). American Society of Addiction Medicine, 3rd ed. Baltimore: Williams&Wilkins; 1998:1-10.

Eğer editör aynı zamanda kitap içinde bölüm yazarı ise;

Diener HC, Wilkinson M (editors). Drug-induced headache. In: Headache. First ed., New York: Springer-Verlag; 1988:45-67.

Doktora/Lisans Tezinden alıntı;

Kılıç C. General Health Survey: A Study of Reliability and Validity. PhD Thesis, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Psychiatrics, Ankara; 1992.

Bir internet sitesinden alıntı;

Sitenin adı, URL adresi, yazar adları, ulaşım tarihi detaylı olarak verilmelidir.

DOI numarası vermek;

Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practice in Germany: Result of National Survey. Evid Based Complement Alternat Med 2011 (doi: 10.1093/ecam/nep019).

Diğer referans stilleri için "ICMJE Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Sample References" sayfasını ziyaret ediniz.

Bilimsel sorumluluk beyanı: Kabul edilen bir makalenin yayınlanmasından önce her yazar, araştırmaya, içeriğinin sorumluluğunu paylaşmaya yetecek boyutta katıldığını beyan etmelidir. Bu katılım şu konularda olabilir: 1. Deneylerin konsept ve dizaynlarının oluşturulması, veya verilerin toplanması, 2. analizi ya da ifade edilmesi; 3. Makalenin taslağının hazırlanması veya bilimsel içeriğinin gözden geçirilmesi 4. Makalenin basılmaya hazır son halinin onaylanması.

Yazının bir başka yere yayın için gönderilmediğinin beyanı: "Bu çalışmanın içindeki materyalin tamamı ya da bir kısmının daha önce herhangi bir yerde yayınlanmadığını, ve hali hazırda da yayın için başka bir yerde değerlendirilmediğini beyan ederim. Bu, 400 kelimeye kadar olan özetler hariç, sempozyumlar, bilgi aktarımları, kitaplar, davet üzerine yazılan makaleler, elektronik formatta gönderimler ve her türden ön bildirimleri içerir."

Sponsorluk beyanı: Yazarlar aşağıda belirtilen alanlarda, varsa çalışmaya sponsorluk edenlerin rollerini beyan etmelidirler: 1. Çalışmanın dizaynı 2. Veri toplanması, analizi ve sonuçların yorumlanması 3. Raporun yazılması

Kontrol listesi:

1. Editöre sunum sayfası (Sorumlu yazar tarafından yazılmış olmalıdır)

2. Başlık sayfası (Makale başlığı/kısa başlık Türkçe ve İngilizce, Yazarlar, kurumları, sorumlu yazar posta adresi, tüm yazarların e-mail adresleri, sorumlu yazarın telefon numarası)

3. Makalenin metin sayfası (Makale başlığı/kısa başlık Türkçe ve İngilizce, Öz/anahtar kelimeler, Abstract/keywords, makale metni, kaynaklar, tablo ve şekil başlıkları, tablolar, şekiller)

4. Tablo ve grafikler metin içinde olmalıdır.

5. Şekiller (En az 300 dpi çözünürlükte) ayrı bir veya daha fazla dosya halinde gönderilmelidir.

6. Telif Hakları Devir Formu

7. Etik kurul onayının bir kopyası



ÖZEL

ORTADOĞU

HASTANESİ

Sağlıklı yarınlar için
7 gün / 24 saat
YANI BAŐINIZDAYIZ!



www.ortadogu-hastaneleri.com.tr

0 (312) 315 55 45

© 2023 Ortadoğu Hastanesi. Tüm hakları saklıdır. | Ankara

İnci Caddesi No: 51 Yenimahalle | ANKARA