

Editör*Editor***Doç. Dr. Ayşenur CELAYİR**
Yardımcı Editör ve Sekreter*Assistant Editor and Secretary***Doç. Dr. Çetin ÇAM****Yayın Kurulu***Publishing Committee*Doç. Dr. Abdulkadir BOZAYKUT
Op. Dr. Sadiye EREN
Doç. Dr. Aysu SAYDoç. Dr. Ayşenur CELAYİR
Prof. Dr. Ateş KARATEKE
Op. Dr. Mehmet ULUDOĞANOp. Dr. Vedat DAYICIOĞLU
Doç. Dr. Güner KARATEKİN
Uz. Dr. Feyza YILDIZDoç. Dr. Aktuğ ERTEKİN
Prof. Dr. Fahri OVALI**Bilimsel Kurul***Scientific Committee***Maternal & Fetal Tıp**Op. Dr. Yavuz Tahsin
AYANOĞLU
Prof. Dr. İskender BAŞER
Prof. Dr. Sinan BEKSAÇ
Prof. Dr. Nejat CEYHAN
Op. Dr. Yavuz CEYLAN
Prof. Dr. Hayri ERMİŞ
Prof. Dr. Recep HAS
Prof. Dr. Zehra KAVAK
Op. Dr. Melahat KESİM
Prof. Dr. Rıza MADAZLI
Prof. Dr. Tamer MÜNGAN
Prof. Dr. Vildan OCAK
Prof. Dr. Baha ORAL
Prof. Dr. Selçuk ÖZDEN
Doç. Dr. Necdet SÜER
Doç. Dr. Zeki ŞAHİNOĞLU
Prof. Dr. Seyfettin ULUDAĞ
Op. Dr. Fehmi YAZICIOĞLU
Doç. Dr. Neşe YÜCEL
Prof. Dr. Atıl YÜKSEL
Doç. Dr. Semih TUĞRUL
İnfertilite & Endokrinoloji
Doç. Dr. Ranan Gülhan AKTAŞ
Prof. Dr. Tarık ALTINOK
Prof. Dr. Erkut ATTAR
Doç. Dr. Ali BALOĞLU
Prof. Dr. Faruk BUYRU
Op. Dr. Ahmet ÇETİN
Doç. Dr. Ramazan DANSUK
Prof. Dr. Fatih DURMUŞOĞLU
Op. Dr. İnci DAVAS
Prof. Dr. Erdoğan
ERTÜNGEALPProf. Dr. Timur GÜRGAN
Prof. Dr. Hikmet HASSA
Doç. Dr. Ahmet Zeki İŞİK
Prof. Dr. Mehmet İDİL
Prof. Dr. Engin ORAL
Prof. Dr. Esat ORHON
Prof. Dr. Ferit SARAÇOĞLU
Doç. Dr. Kadir SAVAN
Prof. Dr. Hasan SERDAROĞLU
Prof. Dr. Hakan SEYİSOĞLU
Op. Dr. Kenan SOFUOĞLU
Prof. Dr. Sezai ŞAHMAY
Prof. Dr. Başar TEKİN
Op. Dr. A. İsmet TEKİRDAĞ
Prof. Dr. Cem TURAN
Doç. Dr. Can TÜFEKÇİ
Doç. Dr. Birol VURAL
Prof. Dr. Y. Ziya YERGÖK
Prof. Dr. Oğuz YÜCEL
Jinekolojik Onkoloji
Prof. Dr. Ali AYHAN
Prof. Dr. Ergin BENGİSU
Doç. Dr. Ayşe GÜRBÜZ
Prof. Dr. Sinan BERKMAN
Doç. Dr. Serpil BOZKURT
Prof. Dr. Haldun GÜNER
Op. Dr. Gökhan KILIÇ
Prof. Dr. Derin KÖSEBAY
Prof. Dr. Umur KUYUMCUOĞLU
Prof. Dr. Nil Molinas MANDEL
Prof. Dr. Sinan ÖZALP
Prof. Dr. Demir ÖZBAŞARProf. Dr. İzzet YÜCESOY
Ürojinekoloji
Prof. Dr. Fuat DEMİRCİ
Prof. Dr. İsmail Mete İTİL
Prof. Dr. Bülent TRAŞ
Prof. Dr. Önay YALÇIN
Doç. Dr. Çetin ÇAM
Çocuk Hastalıkları
Prof. Dr. Betül ACUNAŞ
Prof. Dr. Harika ALPAY
Prof. Dr. Ömer CERAN
Prof. Dr. Salim ÇALIŞKAN
Prof. Dr. Feyzullah ÇETİNKAYA
Uzm. Dr. Sultan KAVUROĞLU
Prof. Dr. Ayşe ÖNER
Prof. Dr. Alp ÖZKAN
Prof. Dr. Özer PALA
Prof. Dr. Nuran SALMAN
Doç. Dr. Nazan SARPER
Doç. Dr. Nedim SAMANCI
Doç. Dr. Gülnur TOKUÇ
Prof. Dr. Raif ÜÇSEL
Doç. Dr. Emin ÜNÜVAR
Doç. Dr. Ayşegül ÜNÜVAR
Prof. Dr. Ayça VİTİRİNEL
Prof. Dr. Nevin YALMAN
Uzm. Dr. Feyza YILDIZ
Prof. Dr. Yüksel YILMAZ
Doç. Dr. Tuba GÜRİSOY
Pediatrik Cerrahi
Doç. Dr. Latif ABBASOĞLU
Prof. Dr. Ali AVANOĞLU
Prof. Dr. Feza M. AKGÜRDoç. Dr. Ayşenur CELAYİR
Prof. Dr. Sinan CELAYİR
Prof. Dr. Alaattin ÇELİK
Prof. Dr. Salih ÇETİNKURŞUN
Prof. Dr. Nur DANIŞMEND
Prof. Dr. Savaş DEMİRBİLEK
Prof. Dr. Haluk EMİR
Doç. Dr. İrfan KARACA
Prof. Dr. Nizamettin KILIÇ
Prof. Dr. Hüseyin ÖZBEY
Op. Dr. Osman PEKTAŞ
Doç. Dr. Serdar SANDER
Prof. Dr. Yunus SÖYLET
Prof. Dr. Gonca TOPUZLU
Prof. Dr. Nurperi GAZIOĞLU
(Beyin Cerrahi)**Patoloji**Doç. Dr. Erol Rüstü BOZKURT
Doç. Dr. Dilaver DEMİREL
Prof. Dr. Ridvan İLHAN
Uzm. Dr. Nimet KARADAYI
Doç. Dr. Gözde KIR
Prof. Dr. Sevgi KÜLLÜ
Prof. Dr. Nafi ORUÇ
Doç. Dr. Önder PEKER
Prof. Dr. Sıtkı TUZLALI
Doç. Dr. Ekrem YAVUZ**Biyoistatistik**

Doç. Dr. Nural BEKİROĞLU

Prof. Dr. Cenk BÜYÜKÜNAL

Zeynep Kamil Tıp Bülteni, Zeynep Kamil Ana Çocuk Sağlığını Koruma Derneği'nin yayın organıdır. **ISSN:1300-7971**

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

Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü: Doç. Dr. Ayşenur CELAYİR

Adres: Zeynep Kamil Hastanesi, Üsküdar, İstanbul, Tel:0216-3910680, Faks: 0216-3439251, www.zeynepkamil.gov.tr

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.

**TÜBİTAK**TÜBİTAK TÜRK TIP DİZİNİ' NE Dahildir
TÜRK ATIF DİZİNİ' NE Dahildir



YAZIM KURALLARI

Zeynep Kamil Tıp Bülteni (ISSN 1300-7971), Zeynep Kamil Ana ve Çocuk Sağlığını Koruma Derneğinin yayın organıdır. Obstetrik, Jinekoloji, Pediatri ve Pediatrik cerrahi alanlarındaki orijinal klinik araştırmaları, olgu sunumlarını, derlemeleri, kısa iletişimler ve editöre mektupları yayımlar. Ocak, Nisan ve Temmuz aylarında olmak üzere yılda 4 sayı olarak 3 ayda bir yayımlanır. Yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

Zeynep Kamil Tıp Bülteni hakemli bir dergidir ve en yüksek editöryal ve etik standartlara bağlı kalmayı taahhüt eder. Derginin editöryal kurulu 'World Association of Medical Editors (WAME) Board of Directors' tarafından belirtilen editöryal politikayı takip eder. Dergi 'International Committee of Medical Journal Editors' tarafından biyomedikal dergilere gönderilen taslaklar için belirtilen değişmez şartlara uyar. Editörler, 'Committee on Publications Ethics (COPE)' tarafından ortaya konan önerilere bağlıdırlar.

Makale Taslaklarının Gönderilmesi

Tüm taslaklar zeynepkamiltipbulteni@gmail.com adresine gönderilecektir. Diğer soru ve ek bilgi için aşağıdaki adrese başvurulabilir:
Doç. Dr. Çetin ÇAM
Yardımcı Editör ve Sekreter
cetincam@gmail.com

Makale taslağı 'Microsoft Office Word' programında A4 büyüklüğündeki sayfaya çift aralıklı ve kenarlarında 25 mm bırakılarak hazırlanmalıdır. Klinik çalışmalar tablo ve figürler dahil olmak üzere 15 sayfayı, olgu sunumları ve kısa iletişimler 5 sayfayı geçmemelidir. Kısa iletişimlerde en fazla bir resim ve 2 tablo kabul edilir.

Editöryal Politika

Dergiye gönderilen tüm taslaklar bilimsel katkı, orijinallik ve içerik açısından bilimsel kurul tarafından incelenir. Yazarlar verilerinin doğruluğu konusunda sorumludurlar. Dergi, taslağın dili ve grameri konusunda değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Taslak uygun görülürse ilgili yazara revize edilmesi için geri gönderilir. Yayımlanmış olan makale derginin mülkiyetindedir ve yayım hakları dergiye geçer. Daha önce herhangi bir şekilde makale olarak yayımlanmış hiçbir taslak dergide yayımlanmak için kabul edilmez. Yazarlar göndermiş oldukları taslağı başka bir dergiye aynı anda göndermezler. Taslaktaki tüm değişiklikler yazar ve yayıncının yazılı izni alındıktan sonra yapılır.

Taslakların Hazırlanması

Zeynep Kamil Tıp Bülteni, biyomedikal dergilere gönderilen taslaklar için belirtilen değişmez şartlara uyar (International Committee of Medical Journal Editors: Br Med J 1988; 296: 401-5). Yazarlar, taslaklarını gönderirken aşağıda belirtilen ve taslaklarının ne tür olduğunu belirterek, aşağıda listelenen yönergelere uyduklarını gösteren standart kontrol listelerini kullanmalı ve istendiğinde sunmak zorundadırlar.

-Randomize kontrollü çalışmalar: CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) beyanatu (<http://www.consort-statement.org/>).

-Sistematik derleme ve meta-analizler PRISMA (Pre-

ferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) beyanatu (<http://www.prisma-statement.org/>).

-Prospektif bir çalışmanın tanıtılma doğruluğu açısından STARD (STAndards for the Reporting of Diagnostic accuracy studies) beyanatu (<http://www.stard-statement.org/>).

-Gözlemsel çalışmalar: STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) beyanatu (<http://www.strobe-statement.org/>).

-Gözlemsel çalışmaların meta-analizleri: MOOSE (Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology) beyanatu (<http://www.mat.or.th/journal/download/MOOSE>).

Makaleleri hazırlarken uluslararası yazım kurallarına ait bilgi için <http://www.atifdizini.com/standarts/tr-index.html>, Türkçe-İngilizce anahtar kelimelerin yazımında <http://www.bilimterimleri.com>, dergi kısa adları ve ulusal dergilere atıf yapmak için <http://www.atifdizini.com/journals/tr-index.html> adresleri takip edilmelidir.

İnsan ve Hayvan Çalışmaları

Yazıların etik kurallara uygunluğu, yazarın sorumluluğundadır. Yayımlanmak amacıyla gönderilen taslaklarda yer alan insan çalışmalarının bir kurumsal etik komite tarafından incelenip, Helsinki Deklarasyonuna ve Tıbbi Deontoloji tüzüğüne uygun olduğu belgelenmelidir. Çalışmaya katılan tüm hastalardan aydınlatılmış onam alındığı açık bir şekilde belirtilmelidir. Kişilerin kimliklerini ortaya çıkarabilecek ayrıntılar taslakta yer almamalıdır.

Hayvan deneylerinin laboratuvar hayvanların bakım ve kullanımı ile ilgili olan kurumsal, ulusal ve uluslararası etikle uyumlu olarak gerçekleştirildiği belirtilmelidir. Hayvan çalışmalarını yazarı, OLAW (Office of Laboratory Animal Welfare) önerilerini takip ettiklerini belirtmek zorundadır (<http://grants.nih.gov/grants/olaw/olaw.htm>).

Editör yukarıda önerilen şartları içermeyen taslakları reddetme hakkını saklı tutar. Yazarlar bu şartların doğru ve tam olarak yerine getirilmesinden sorumludur. Yazarlar çalışmada kullanılan tüm verileri hazır ve eksiksiz bulundurmaktan ve istendiği takdirde bu verileri dergiye sunmaktan sorumludurlar.

Taslaktaki herhangi bir ögenin her hangi bir yerde yayımlandığını veya yayımlanması planlandığını açıklayan ve iletişimci yazarın iletişim bilgilerinin yer aldığı bir 'kapak mektubu' göndermelidirler.

Çıkar Çatışması

Yazarlar çalışmalarının sponsorluğunu yapan herhangi bir kurum olup olmadığını ve varsa bu kurumla herhangi bir finansal ilişki olup olmadığını belirtmek zorundadırlar.

Telif Hakları

Yazarlar, taslakları Zeynep Kamil Tıp Bülteni'nde yayımlanmak için kabul edildiği andan itibaren tüm telif haklarını yayıncıya devretmiş sayılırlar. Telif hakları makalenin kısmen veya tümüyle, tüm yöntemlerle sınırsız olarak çoğaltılmasını, dağıtılmasını, tüm ülkelerde ve dillerde tercüme edilmesini içerir.

Taslakların Nitelikleri

Tüm taslaklar başlık, özet, giriş, materyal ve metod, bulgular, tartışma ve kaynaklar bölümlerini içermelidir

Başlık Sayfası

Başlık sayfası, taslağın başlığını, yazarların isimlerini, yazarların bağlı oldukları kurumları ve unvanlarını, eğer varsa çalışmanın kaynaklarını ve 50 karakterden daha fazla olmayacak şekilde başlık altı cümlesini içermelidir. Taslaktaki veriler başka bir yerde yayımlanmış veya yayımlanacak ise bu sayfada belirtilmelidir. İletişim yazarının kimliği, adresi, telefon ve faks numarası ile e-posta adresi bu sayfada yer alır.

Özet

Tüm taslaklarda yapılandırılmış bir özet bulunmalıdır. Talak Türkçe ise İngilizce bir özet, İngilizce ise Türkçe bir özet eklenmelidir. Özet, çalışmanın amaç, metod, bulgular ve karar bölümlerini içermelidir. Klinik çalışmalarda 300 kelimeyi, diğer taslaklarda 150 kelimeyi aşmamalıdır.

Anahtar Kelimeler

Özet bölümünün altında en fazla 5 adet olan anahtar kelimeler olmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler için <http://www.bilimterimleri.com> sitesinin, İngilizce anahtar kelimeleri için Medical Subject Headings –MeSH(<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>) sitesinin önerileri dikkate alınmalıdır.

Giriş

Çalışmanın amacı ve nedenleri kesin olarak ortaya konmalı ve en öne çıkan referanslara atıf yapılmalıdır.

Materyal ve Metod

Çalışmanın planlanması, olgular, deney hayvanları, diğer materyaller, kontroller, metodoloji ve kullanılan istatistiksel yöntemler açıklanmalıdır. Normal hakemli incelemenin yanı sıra, randomize kontrollü çalışmalar profesyonel biyoistatistik uzmanlarınca da değerlendirilmeye alınabilir. ‘Taslakların hazırlanması’ bölümünde yer alan ve çalışmanın cinsine göre uygun olan ifadeler bu bölümde yer alır.

Bulgular

İstatistiksel metodlarla desteklenmiş bulgular ayrıntılı olarak sunulmalıdır. Tablo ve şekiller metinde tekrarlanmamalı, metini desteklemelidir. Verilerin metinde veya tablo ve şekillerde tek seferde sunulması yeterlidir.

Tartışma

Bulguların önemi ve anlamı, bulgular bölümü tekrar edilmeden açıklanmalıdır. Öne sürülen kanaatler sadece çalışmadaki gerçeklere dayanmalıdır. Bulgular diğer çalışmaların bulguları ile kıyaslanabilir.

Kaynaklar

Taslakta kullanıldığı sıra ile ‘1’ den başlayarak numaralandırılmalı ve metin içerisinde uygun yerlerde köşeli parantez ‘[]’ içinde belirtilmelidir. Uluslararası kurallara uygun olarak kaynak yazım şekilleri için http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html adresinde yer alan kaynak stili ve formatları hakkındaki yönergeler takip edilmelidir.

Tablo ve Şekiller

Tablo ve şekiller metinde kullanıldıkları sıra ile numaralandırılmalıdırlar. Tablo ve şekillere metinde atıf yapıldığı kontrol edilmelidir. Tüm tablo ve şekiller ayrı ayrı sayfalarda gönderilmelidirler. Her tabloda açıklayıcı bir başlık olmalıdır. Tablonun içinde yatay veya dikey çizgiler yer almamalıdır. Tablodaki tüm kısaltmalar açıklanmalıdır. Tabloya ait açıklayıcı ek notlar, tablonun alt kısmına yazılmalıdır. Her şekilde açıklayıcı bir alt yazı olmalıdır. Şekiller veya resimler en az 300 dpi büyüklüğünde olmalıdır. “*.tiff”, “*.jpg” veya “*.pdf” formatında her biri ayrı sayfaya kaydedilmelidirler. Gönderilen fotoğraflarda kişinin kimliği belli oluyorsa, kimliği tanınmayacak şekilde değişiklik yapılmalı veya kişiden yazılı izin alındığı eklenmelidir. Başka bir yerde yayınlanmış bir resim kullanılıyorsa özgün kaynak belirtilmeli veya yayımcısından yazılı izin alınmış olmalıdır.

Ölçümler ve Kısaltmalar

Système International (SI) ölçü birimleri kullanılır. Taslağın başlığında kısaltmalar kullanılmaz. Sadece standart kısaltmalar kullanılmalıdır. Metinde geçen kısaltmalar, ilk kullanıldıkları yerde açıklanırlar.

Revizyonlar

Taslaklar incelenmek amacıyla en az 2 adet ilgili hakeme gönderilir. Değerlendirilmiş taslağın yazarlarca revize edilme süresi en fazla 30 gündür. 30 günü geçen cevaplarda editör yayını reddetme hakkını saklı tutar.

Hakemlerin tüm yorum istekleri karşılanmalıdır. Düzeltmiş taslak, yapılan düzeltmelerin ayrıca belirtildiği bir kopyası ile birlikte gönderilmelidir. Ayrıca yapılan düzeltmelerin listesi eklenmelidir.

Yazarlar sundukları veri ve kaynakların gerçekliğinden sorumludurlar. Bu konuda herhangi bir ispatlanmış gerçek dışılık tespit edilirse, editör makaleyi bilimsel literatürden geri çekme hakkını saklı tutar.

Kabul Edilen Makaleler

Kabul edilen makalelerin telif hakları Zeynep Kamil Ana ve Çocuk Sağlığını Koruma Derneğine geçer editöryal kurul makaleyi her türlü ortamda yayınlama hakkına sahip olur.

İletişim

Makaleler sadece internet adresleri ve ilgili site yoluyla kabul edilmektedir.

zeynepkamiltipbulteni@gmail.com

cetincam@gmail.com

Adres:

Zeynep Kamil Mahallesi, Dr. Burhanettin Üstünel Sokak
No:3-4 ÜSKÜDAR 34668 İSTANBUL

www.zeynepkamil.gov.tr

Telefonlar:

Santral: 0216-391 06 80 (20 Hat)

Faks: 0216-391 06 90

E-mail info@zeynepkamil.gov.tr

© Zeynep Kamil Tıp Bülteninde yayınlanan yazıların tüm hakları Zeynep Kamil Ana ve Çocuk Sağlığını Koruma Derneğine aittir.

Baskı: Procent Aajns

Tel: 0 216 700 21 89

Fax: 0 216 00 21 91

İçindekiler

Contents

Cilt: 42 Sayı: 4 Yıl: 2011

OBSTETRİK ve JİNEKOLOJİ

Obstetrics and Gynecology

Klinik Araştırma

Clinical Research

1-Elektif Sezaryen Olgularında Kordon Dolanması

Nuchal Cord Entanglement and Elective Cesarean Delivery Clinical Research

Serkan ERTUĞRUL, Nuri KAYA, İsmet GÜN (147 - 150)

2-Overlerde Neoplastik ve Non-neoplastik Kistik Lezyonların Değerlendirilmesi

Classification of Neoplastic and Non-neoplastic Cystic Lesions in Ovaries Clinical Research

Dilek BENK ŞİLFELER, Arif GÜNGÖREN, Serdar Kenan DOLAPÇIOĞLU, Ebru TURHAN, Sibel

HAKVERDİ, Duygu ERDEM, Ali Ulvi HAKVERDİ, Ali BALOĞLU (151 - 156)

Olgu Sunumu

Case Report

1-Şok Tablosuna İlerlemiş Postpartum Primer Peritonit

Zeynep ÖZKAN, Ayşe Nur GÖNEN, Bekir SARICIK, Seyfi EMİR, Fatih M. YAZAR, Cengizhan

ÖZDEMİR, Metin KEMENT (157 - 160)

2-A Giant Dermoid Cyst of the Ovary

Overin Dev Dermoid Kisti

Hüseyin Levent KESKİN, Tuba SEMERCİ, Elçin

İşlek SEÇEN, A. Filiz AVŞAR (161 - 164)

3- Akciğere Metastaz Yapan Koryokarsinom ve Yoğun Bakım

Choriocarcinoma Metastasizing to the Lungs and Intensive Care - A Case Report

Elif BOMBACI, Serhan ÇOLAKOĞLU, Ersan ŞENSOY, Gözde ATEŞ, Serkan TULGAR, Mustafa

TEKİN (165 - 170)

4- Boyutları Artmış Fetal Safra Kesesi

Enlarged Fetal Gall Bladder - A Case Report

Zülfü BİRKAN, Işıl BAŞARA (171 - 174)

PEDİATRİ

Pediatrics

Klinik Araştırma

Clinical Research

1-Çocuklarda Hepatit A Seropozitivitesi ve Sosyoekonomik Faktörlerle İlişkisi

The Seropositivity of Hepatitis A in Children and its Relationship with

Socioeconomic Factors - Clinical Research

Abdulkadir BOZAYKUT, Vildan AKCAN, Rabia Gönül SEZER, Cem PAKETÇİ,

Lale PULAT SEREN, Ahu PAKETÇİ (175 - 180)

PEDİATRİK CERRAHİ

Pediatric Surgery

Olgu Sunumu

A Case Report

1-İnvajinasyon Sonucu Gelişen Kazanılmış bir İleojejunal Atrezi – Olgu Sunumu

Acquired Jejunoileal Atresia Secondary to Intussusception - A Case Report

Gökmen KURT, Ayşenur CERRAH CELAYİR, Şefik ÇAMAN (181 - 185)

Elektif Sezaryen Olgularında Kordon Dolanması

Serkan ERTUĞRUL, Nuri KAYA, İsmet GÜN

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Üsküdar/İSTANBUL

ÖZET:

Amaç: Elektif sezaryen doğumlarda kordon dolanması sıklığını ve yenidoğan sonuçlarını araştırmak

Gereç ve yöntemler: Ocak 2005 ile Nisan 2011 tarihleri arasında elektif sezaryen ile doğumu gerçekleşen 1786 olgu çalışmaya dahil edildi. Maternal ve fetal komplikasyonlu olgular çalışmaya dahil edilmedi. Çalışma grubunda kordon dolanması insidansı saptandı. Kordon dolanması olan ve olmayan grupların karakteristikleri ve perinatal sonuçları karşılaştırıldı. İstatistiksel değerlendirmede Ki-kare testi kullanıldı. Değerlendirmede p değerinin 0.05'den küçük olması anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Doğumda boyunda kordon dolanması oranı % 10.3 idi. Çalışmaya alınan bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı, 1. dakika apgar skorları, bebek kiloları, cinsiyetleri ve anne yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Doğumda boyunda kordon dolanması olanların daha ileri haftada doğduğu gözlemlendi ($p < 0.001$). Doğumda boyunda kordon olanlarda mekonyumlu amnios mayi ile doğma oranının arttığı gözlemlendi ($p < 0.001$).

Sonuç: Boyunda kordon dolanması ile kötü perinatal sonuçlar arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir. Son trimester gebelikleri ve gün dolması olguları değerlendirilirken araştırılmalı ve boyunda kordon tespit edilen gebelikler mekonyum ve buna bağlı oluşabilecek komplikasyonlar açısından dikkatle izlenmelidir.

Anahtar kelimeler: Boyunda kordon dolanması, elektif sezaryen, mekonyum, perinatal sonuçlar.

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Dr. İsmet GÜN

Yazışma Adresi: GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Üsküdar/İSTANBUL

E-mail : drsmetgun@yahoo.com

ABSTRACT :

Nuchal Cord Entanglement and Elective Cesarean Delivery

Objective: The aim of this study was to investigate the incidence of nuchal cord entanglement and neonatal outcomes after elective cesarean delivery.

Material and methods: In the study, 1784 viable singleton pregnancies who were delivered by elective caesarean at term from January 2005 to April 2011 were included. Maternal and fetal complications were excluded from the study. The incidence of nuchal cord entanglement was found in the study group. Characteristics of the groups with and without cord entanglement and perinatal outcomes were compared. Chi-square test was used for the statistical analysis. Statistical significance was defined as $p < 0.05$.

Results: The incidence of nuchal cord entanglement was 10.3%. There were no statistically significant differences in either NICU admission, maternal age, 1-minute Apgar score, neonatal gender and birth weight between the two groups. The incidence of nuchal cord increases as gestational age at delivery increased ($p < 0.001$). Newborns with nuchal cord demonstrated an increased rate for meconium-stained amniotic fluid ($p < 0.001$).

Conclusion: There were no statistically significant association between adverse neonatal outcomes and nuchal cord. When evaluating the last trimester and post term pregnancies, we should investigate nuchal cord for preventing the meconium-stained amniotic fluid and complications of meconium.

Keywords: nuchal cord, elective cesarean delivery, meconium-stained amniotic fluid, neonatal outcomes.

GİRİŞ:

Biz bu çalışmada Ocak 2005 ile Nisan 2011 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp

Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde doğum yapan 5513 gebeden 2834 sezaryen doğum yapan gebe ve bu gebelerin GATA

Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde (YYBÜ) yatan bebeklerini retrospektif olarak inceledik. Sezaryen doğum yapan gebelerden uygun olan 1784 gebe çalışmaya dâhil edildi. Çalışmaya alınan gebelerin gebelik haftaları son adet tarihlerinin ilk gününe ve ilk trimestirde yapılan ultrasona göre belirlendi (5). Hesaplanan gebelik haftası 37 hafta ve üzerinde olan gebeler çalışmaya dâhil edildi. Sezaryen ile doğum yapan annelerden kötü obstetrik öyküsü olanlar; hipertansiyon, kronik bağırsak hastalıkları gibi kronik hastalıkları olanlar ve mevcut gebeliği esnasında bebeği kötü etkileyebilecek (çoğul gebelikler, gestasyonel diyabet, preeklampsi, IUGR, prematürite, polihidramnios, oligohidramnios, 12 saatten fazla erken membran rüptürü (EMR) ve fetal anomaliler gibi) gebelik problemleri yaşayanlar çalışmaya dâhil edilmedi. YYBÜ’de yatan ve ilk 28 gününü tamamlamamış bebeklerin cinsiyetini ve doğum ağırlığını, mekonyum durumlarını, boyunlarındaki kordon sayılarını, Apgar skorlamalarını kaydedtik. Yenidoğanda yatış endikasyonu olarak görülen veya yatış esnasında tesbit edilen konjenital, genetik hastalıklar ve metabolik sendromlu yenidoğanlar çalışma kapsamı dışında bırakıldı.

İstatistiksel değerlendirme Ki-kare kullanılarak yapıldı. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kabul edildi. Tüm karşılaştırmalarda iki yönlü p değeri dikkate alındı.

BUGULAR

Doğumda boyunda kordon dolanması oranı % 10.3 idi. Boynunda bir kordon olanların sayısı 114 (% 6.4) idi. Boynunda iki, üç ve dört kordon olanların sayısı ise sırası ile 59 (% 3.3), 10 (%0.6) ve 1 (% 0.06) olarak tespit edildi. Kordonunda gerçek düğüm olan iki (0.11) hasta tespit edildi.

Çalışmaya alınan 1786 gebenin bebeklerinin boyunda kordon olup olmadığına göre karşılaştırması tablo 1’de özetlenmiştir. Bebeklerin 931’i (% 52.1) erkek ve 855’i (% 47.9) kız idi. Cinsiyet dağılımı bakımından bebeklerin cinsiyetleri ile doğumda boyunda

kordon dolanması arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p = 0.343$).

YYBÜ yatan bebek oranı % 11.2 idi. YYBÜ yatan bebeklerinin 23’ünde (% 1.29) doğumda boyunda kordon dolanması tespit edildi. YYBÜ yatış ile doğumda boyunda kordon dolanması arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p = 0.554$). Ayrıca bebeklerin 1 dakika Apgar skorları, bebek kiloları ve anne yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Çalışmada bebeklerin boynunda kordon olanların ortalama doğum haftası $39,0023 \pm 1,0234$ ve boynunda kordon olmayanların ortalama doğum haftası $38,729 \pm 0,8773$ idi. Doğumda boyunda kordon dolanması olanlar ile doğum haftaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Doğumda boyunda kordon dolanması olanların daha ileri haftada doğduğu gözlemlendi ($p < 0.001$).

Çalışmada gebelerin 45’inde (% 2,5) mekonyum tespit edildi. Bunların doğumda boyunda kordon olanların sayısı ise 17 (%0.95) idi. Mekonyum ile doğumda boyunda kordon dolanması arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p < 0.001$). Doğumda boyunda kordon olanlarda mekonyumlu amnios mayi ile doğma oranının arttığı gözlemlendi.

Tablo1: : Olguların boyunda kordon olup olmadığına göre karşılaştırması.

A.	Boyunda Kordon Var n= 184 (%)	Boyunda Kordon Yok n=1602 (%)	p
Mekonyum	17 (9,2)	28 (1,7)	<0.001
Cinsiyet			
Kız	4 (2,2)	4 (2,2)	0.343
Erkek	4 (2,2)	4 (2,2)	
1. dakika apgar			
<7	4 (2,2)	16 (1)	0.157
≥7	4 (97,8)	1586 (99)	
YYBÜ yatış	23(12,5)	177 (11)	0.554
A.	Boyunda Kordon Var n= 184 ort ± sd	Boyunda Kordon Yok n=1602 ort ± sd	p Değeri
Gebelik haftası	39,02±1,02	38,72±0,88	<0.001
Doğum Ağırlığı	3418,32±431,51	3425,05±434,55	0.842
Maternal Yaş	29,54±4,33	29,73±4,6	0.194

TARTIŞMA

Bizim çalışmamızda doğumda boyunda kordon dolanması oranı % 10.3 idi. Diğer çalışmalara baktığımızda boyunda kordon dolanması oranı % 12,6-33,3 arasında değişmektedir (6-9). Bizim çalışmamızda

oranın düşük çıkma nedeni riskli hastaların çalışma dışı bırakılması olabilir.

Çalışmamızda doğum esnasında bebeğin boyunda kordon dolanması olup olmadığının oranına baktığımızda boyunda kordon dolanması ile bebeklerin sezaryen doğum haftaları arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki saptandı. Doğumda boyunda kordon dolanması olanların daha ileri haftada doğduğu gözlemlendi (p <0.001). Uludağ ve arkadaşları (4) yapmış olduğu çalışmada boyunda kordon dolanması saptadıkları olgularda 41 hafta ve üzerinde doğum yapma oranının, boyunda kordon dolanması olmayan olgulara göre anlamlı derecede fazla olduğunu saptadı. Boyunda kordon dolanması genel olarak müdahaleli doğum ve özellikle sezaryen oranını arttırmaktadır (4).

Umblikal kord oklüzyonu ve uterus arter oklüzyonu fetal organ gelişimini ve metabolizmasını etkilemektedir (10). Kord basısı kronik, intermittan ya da akut olarak fetüse kan akımının kesintiye uğramasına neden olmaktadır. Bu da ekstremitelere giden kan akımını merkezi dolaşıma (kalp, adrenal ve beyin) yönlendirmekte ve fetusun kendini koruyucu önlen almasını sağlamaktadır (3). Bu durum baroreseptör ve kemoreseptörlerin katekolamin, kortizol, vazopressin, anjiyotensin ve diğer biyokimyasalların salınımını sağlayarak fetal hipoksi gelişimini tetiklemektedir. Ayrıca kord basısı fetal glukoz metabolizmasını ve glukoneogenezisi etkilemektedir. Arterial laktat artışı belki de kord basısının bir etkisidir (3). Umblikal kordonun sıkışmasının kötü neonatal sonuçlara neden olabileceği belirtilmektedir (1, 11-13). Tersine boyunda kordon dolanması ile kötü perinatal sonuçlar arasında bir bağlantı olmadığını belirten yayınlar da vardır (14-16). Bizim çalışmamızda bebeklerin YYBÜ yatışı, 1 dakika apgar skorları ve anne yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Boyunda kordon ile doğum kiloları arasında bir ilişki olmadığını belirten yayınlar vardır (8). Biz de çalışmamızda istatistiksel fark tespit etmedik. Bizim çalışmamız seçilmiş risk-siz hasta grubu olduğundan risk faktörü içeren gebeler (IUGR gibi) dahil edildiğinde belki de bir fark tespit edilebilirdi. Çünkü Carey ve

arkadaşları (17) boyundaki kordonun doğum kilosunu düşürdüğünü söylemektedir.

Çalışmada doğumda boyunda kordon olanlarda mekonyumlu amnios mayi ile doğma oranının arttığı gözlemlendi (p<0.001).

Mekonyum yapışkan ve visköz özelliğinden dolayı erken dönemde, hava yollarında mekanik obstrüksiyona, trakeobronşial mukosilier transportta değişikliklere ve gaz değişiminde zorluklara neden olur (18). Geç dönemde ise inflamasyon, kimyasal pnömoni, vaskülit, iskemi, mukozal nekrozis, endojen sürfaktan sentezinin azalmasına ya da inaktivasyonuna sebep olur. Mekonyum, direkt olarak endojen sürfaktan üretimini ve fonksiyonunu inhibe etmektedir (19,20). Küçük hava yollarının kısmi tıkanması, alveoller içinde hava birikmesine ve alveol rüptürüne neden olurken, tam tıkanmalar ise atelektaziye yol açar (21). Mekonyum ve içerisindeki safra tuzları akciğer dokusuna ve kan damarlarına direkt toksik etki de göstermektedir (18). Mekonyum etkisi ile fetal membranlar, plasenta, umblikal kordda nekrozis, ülserasyon, plasenta ve fetal kan damarlarında ise vazokonstriksiyon meydana gelir (22). Aspirasyondan birkaç saat sonra akciğerlerde inflamatuvar cevap oluşur. Makrofajlardan inflamatuvar proceste rol alan sitokinlerin salınımı artar. Salınan bu maddeler, akciğer parankiminde oluşan hasardan, kan damarlarında meydana gelen ciddi vasokonstriksiyondan ve pulmoner hipertansiyonadan sorumludur (22,23). Gebelik yaşı ilerledikçe fetusun mekonyumlu doğma ihtimali de artmaktadır (24). Ayrıca mekonyumlu doğan bebeklerin yaklaşık %10.5'inde MAS görülür. Ciddi MAS gelişen yenidoğanlarda morbidite ve mortalite oranı %12 dir (23).

Bunlar göz önüne alındığında boyunda kordon dolanması risksiz olduğu düşünülen ve elektif sezaryen planlanan son trimester gebelikleri ve gün dolması olguları değerlendirilirken araştırılmalı ve boynunda kordon tespit edilen gebelikler mekonyum ve buna bağlı oluşabilecek komplikasyonlar açısından dikkatle izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Hankins GDV, Synder RR, Hauth JC, Gilstrap III LC, Hammond T: Nuchal cords and neonatal outcome. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 687-691.
2. Clapp JF III, Stepanchak W, Hashimoto K, et al. The natural history of antenatal nuchal cords. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189: 488-493.
3. Singh CG, Sidhu MK. Nuchal Cord: A Retrospective Analysis *MJAFI*, 2008; 64(3): 237-240.
4. Uludağ S, Azli TM, Şen C, Ocak V. Boyunda kordon dolanmasının doğum eylemi üzerine etkisi. *Perinatoloji Dergisi*,1994; 2: 251-254.
5. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. *Guidelines for perinatal care*. 6th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2007.
6. Martin GC, Green RS, Holzman IR. Acidosis in newborns with nuchal cords and normal Apgar Scores. *Journal of Perinatology* 2005 ;25: 162-5.
7. González-Quintero Víctor Hugo, et al. Outcomes of pregnancies with onographically detected nuchal cords remote from delivery. *J Ultrasound Med* 2004; 23:43-7.
8. Mastrobattista JM, Hollier LM, Yeomans ER, Ramin SM, Day MC, Sosa A, Gilstrap III LC. Effects of Nuchal Cord on Birthweight and Immediate Neonatal Outcomes. *Am. J Perinatol* 2005; 22(2):83-85.
9. Schaffer L, Burkhardt T, Zimmermann R, Kurmanavicius J. Nuchal cords in term and post term deliveries - do we need to know? *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106: 23-8.
10. De Haan HH, Gunn AJ, Gluckman PD. Fetal heart rate changes do not reflect cardiovascular deterioration during brief repeated umbilical cord occlusions in near-term fetal lambs. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177: 480.
11. Larson JD, Rayburn WF, Crosby S, Thurnau GR. Multiple nuchal cord entanglements and intrapartum complications. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1228-1231.
12. Jauniaux E, Ramsay B, Peellaerts C, Scholler Y. Perinatal features of pregnancies complicated by nuchal cord. *Am J Perinatol* 1995;12:255-258.
13. Rhoades DA, Latza U, Mueller BA. Risk factors and outcomes associated with nuchal cord. A population-based study. *J Reprod Med* 1999;44:39-45.
14. Kan-Pun-Shui, Eastman NJ. Coiling of the umbilical cord around the foetal neck. *J Obstet Gynaecol Br Emp*1957; 64: 227-228.
15. Dippel L. Maligned umbilical cord entanglements. *Am J Obstet Gynecol* 1964; 88: 1012-1017.
16. Spellacy WN, Gravem H, Fish RO. The umbilical cord complications of true knots, nuchal coils and cords around the body: report from the collaborative study of cerebral palsy. *Am J Obstet Gynecol* 1966; 94: 1136-1142.
17. Carey JC, Rayburn WF. Nuchal cord encirclements and birth weight. *J Reprod Med* 2003; 48: 460-462.
18. Çetin H, Altın H. Mekonyum aspirasyon sendromu. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2006; 13(1): 42-46.
19. Ward M, Sinn J. Steroid therapy for meconium aspiration syndrome in newborn infants. *Cochrane Databasc Syst Rev* 2003; 4: 3485.
20. Halliday HL, Speer CP, Robertson B. Treatment of severe meconium aspiration syndrome with porcine surfactant. *Eur J Pediatr* 1996; 155: 1047-1051.
21. Ogawa Y, Shimizu H. Current strategy for management of meconium aspiration syndrome. *Acta Paediatr Taiwan* 2000; 41: 241-5.
22. Costa DE, Nair AK, Pai M.G, Khusaiby SM. Steroid in full term infants with respiratory failure and pulmonary hypertension due to meconium aspiration syndrome. *Eur J Pediatr* 2001; 160: 150-153.
23. Salvia-Roiges MD, Carbonell-Estrany X, Figueras-Aloy J and Rodrigues-Miguel JM. Efficacy of three treatment schedules in severe meconium aspiration syndrome. *Acta Paediatr* 2004; 93: 60-65.
24. Pulmonary Diseases. In Tricia Lacy Gomella with Cunningham MD, Eyal FG, Zenk KE.(Ed.) *Neonatology, Fourth Ed, Appleton&Lange* 1999; 506-510.

Overlerde Neoplastik ve Non-neoplastik Kistik Lezyonların Değerlendirilmesi

Dilek Benk Şilfeler¹, Arif Güngören¹, Serdar Kenan Dolapçioğlu¹, Ebru Turhan², Sibel Hakverdi³,
Duygu Erdem¹, Ali Ulvi Hakverdi¹, Ali Baloğlu¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D

² Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı

³ Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Patoloji A.B.D

ÖZET:

Amaç: Opere edilmiş over kist olgularında Neoplastik ve non- neoplastik lezyonların oranlarının belirlenmesini amaçladık.

Gereç ve yöntemler: Ocak 2005 ile Nisan 2011 tarihleri arasında eleHastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde2005 -2010 tarihleri arasında overde kistik kitle ön tanısıyla opere olmuş 126 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Overyan kitleler içerisinde 41 hastada non- neoplastik kistler(%32,5) ve 85 hastada neoplastik tümörler (%67,4) izlenmiştir. Neoplastik tümörler içerisinde 74 benign (%58,7), 3 borderline(%2,4) ve 8 malign tümör (%6,3) izlenmiştir. Tüm malign over tümörlü olgular elektif şartlarda ve laparotomi ile opere edilmişlerdir. Ortalama görülme yaşı 46±13 iken, kist çapı ise 18±7.9 cm olarak ölçülmüştür. % 75 oranında malignite sağ over kaynaklıdır. Ortalama Ca-125 değeri 1.420 ± 2.079 idi.

Tartışma: Over kaynaklı kistik kitlelerin % 91'i patolojik olarak benign olarak saptanmıştır. Her bir olgu ultrasonografi, yaş, tümör belirteçleri ile klinik olarak değerlendirilmeli ve mümkünse elektif şartlarda opere edilmelidir. Benign olduğu düşünülen hastalarda öncelikli olarak laparoskopi tercih edilmeli ve minimal invaziv yaklaşımla over dokusunun korunmasına özen gösterilmelidir.

Anahtar kelimeler: Kist, nonneoplastik, neoplastik, over

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Dilek BENK ŞİLFELER

Yazışma Adresi: Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D, Antakya / Hatay

Telefon : 0 532 360 56 26

E-mail : drsilfeler@yahoo.com

ABSTRACT :

Classification of Neoplastic and Non-neoplastic Cystic Lesions in Ovaries

Purpose: Determination of the rates of neoplastic and non-neoplastic lesions in ovary cyst cases having been operated.

Material and methods: Files of 126 patients being operated with pre-diagnosis of cystic mass in ovary in obstetrics and gynecology service of our hospital between 2005 and 2010 were inspected retrospectively.

Findings: TNon-neoplastic cysts in 41 patients (32,5%) and neoplastic tumors in 85 patients (67,4%) were observed out of ovarian masses. 74 benign (58,7%), 3 borderline(2,4%) and 8 malign tumors (6,3%) were observed in neoplastic tumors. All malign ovary tumors cases were operated in elective conditions using laparoscopy. While the average age of patients having these problems was 46±13, average cyst diameter was measured as 18±7.9 cm. 75% of malignancy was resulted from right ovary. The average Ca-125 value was 1420 ± 2079.

Discussion: 91 % of cystic masses resulting from ovary were detected as benign in histopathological inspection. Each case has to be evaluated considering ultrasonography, age, tumor determinant and operated in elective conditions if possible. Laparoscopy has to be preferred first of all for the patients that were supposed to suffer from benign and protection of ovary tissue has to be taken care of with minimal invasive approach.

Keywords: Cysts, Non-neoplastic, Neoplastic, Ovary

GİRİŞ:

Overe ait kitleler patolojik olarak neoplastik ve nonneoplastik kitleler olarak iki gruba ayrılır. Neoplastik overyan kitleler

ise benign, borderline ve malign olarak gruplandırılır. Dünya Sağlık Örgütü over tümörlerini ilk etapta yüzey epiteliyal-stromal tümörler, sex cord stromal tümörler ve germ hücreli tümörler olarak üç ana kategoriye

ayırıştır. Ayrıca metastatik over tümörleri de tedavisi primer over tümörlerinden farklı olduğundan gruplandırmada önemli ve farklı bir yer tutar(1).

Overde kitle tanısı genellikle ultrasonografi ile tesadüfen saptanır. Reprodüktif çağda hormonal değişikliklere paralel olarak overde morfolojik değişiklikler de gözlenir. Bu nedenle overin fonksiyonu gereği gözlenen benign durumlar bilinmeli ve konservatif kalınmalıdır. Over kanserinde ise yüksek morbidite ve mortalite olduğundan malign durumlar belirlenmeli, erken tanı ve cerrahi tedavi planlanmalıdır(2).

Ultrasonografi ile overe ait kitlenin çapı, şekli ve sınırları, kistik ya da solid oluşu, tek ya da iki taraflı oluşu ve birlikte asit varlığı gibi özellikler belirlenmelidir. Kitlenin 5 cm'den büyük olması, malign olma olasılığı açısından önemlidir (3). Unilateral lezyonların benign, bilateral lezyonların ise malign olma olasılığı yüksektir. Asit varlığına ise sıklıkla malign patolojilerde rastlanır(3). Doppler USG ile kitlenin vaskülarizasyonu ve kanlanma düzeyi incelenir. BT ve MRI ile daha ayrıntılı bilgi alınabilir ve eğer kitle malign ise çevre dokulara invazyon derinliği saptanabilir(3,4,5). İnsan Koriyonik Gonadotropini (HCG), Alfa fetoprotein (AFP) ve CA-125 tetkikleri, ayırıcı tanıda önemlidir(3,6). Fakat over kitlelerinde kesin tanı, operasyon materyalinin histopatolojik incelemesi ile konulur.

Opere edilmiş over kist olgularında Neoplastik ve non- neoplastik lezyonların oranlarını belirlemeyi ve bu olgulardaki operasyon şekillerini tartışmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde 2005 -2010 tarihleri arasında overde kistik kitle ön tanısıyla opere olmuş toplam 126 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasta bilgileri retrospektif olarak hasta dosyalarının taranması sonucu elde edildi. Hastaların operasyon sonrası belirlenen patoloji raporlarına göre overlerdeki kistik lezyon tiplerinin oranları belirlendi. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 12.0 paket programı kullanıldı. Veri sunumunda yüzde dağılımları, ortalama standart sapma değerleri ile birlikte verildi. Tek değişkenli analizde

Pearson Ki -kare analizi kullanıldı. P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR :

Overyan kitleler içerisinde 41 hastada non- neoplastik kistler(%32,5) ve 85 hastada neoplastik tümörler (%67,4) izlenmiştir. Neoplastik tümörler içerisinde 74 benign (%58,7), 3 borderline(%2,4) ve 8 malign tümör (%6,3) izlenmiştir(Tablo 1). Bu hasta gruplarının tümör belirteç seviyeleri tablo 2' de görülmektedir.

Tablo1: Overde kistik lezyon görülen hastaların özellikleri

A.	Yaş (yıl) ort.±sd	Boyut (cm) ort.±sd	Sağ n (%)	Sol n (%)	Bilateral n (%)	Operasyon		
						Acil n (%)	L/T n (%)	L/S n (%)
Nonneoplastik n=41	34.2±10	6±1,9	14 (34.1)	21 (51.2)	6 (14.6)	2 (4.9)	30 (73.2)	11 (26.8)
Benign n=74	33.9±11,4	12.3±10,1	29 (39.2)	40 (54)	5 (6.8)	3 (4.1)	44 (59.5)	30 (40.5)
Borderline n=3	49.3±15,5	13.5±6,3	1 (33.3)	2 (66.7)	0	0	3 (100)	0
Malign n=8	46.7±13	18.1±7,9	6 (75)	2 (25)	0	0	8 (100)	0

Tablo2: Overde kistik lezyon görülen hastaların tümör belirteçleri

	Ca-125 ort.±sd	CEA ort.±sd	β-hCG ort.±sd	AFP ort.±sd
Nonneoplastik n=41	298±598.2	47.3±53.4	12.6±20.5	105.5±131.2
Benign n=74	123.9±176.8	64.4±86.5	131.2±713	90.1±91.8
Borderline n=3	74	192	11	349
Malign n=8	1420.1±2079.6	5.3±5.7	12.6±11.8	75.4±127.4

Endometrioma, corpus luteum kisti ve para ovaryan kistik kitleler kliniğimizde opere edilen non-neoplastik kistlerdendir. Bu kistler % 51,2 oranında sol over kaynaklıdır; % 4,9 oranında acil olarak ve % 26,8 oranında laparoskopi ile opere edilmişlerdir. Ortalama görülme yaşı 34.27±10 iken, ortalama kist çapı ise 6±1.89 cm olarak ölçülmüştür (Tablo 1,Tablo 3).

Tablo3: Over kistlerinin patolojik tanıların özellikleri

	Yaş (yıl) ort.±sd	Boyut (cm) ort.±sd	Sağ n (%)	Sol n (%)	Bilateral n (%)
Korpus luteum kisti (n=13)	36.7±11.9	5.1±1.8	6 (46.2)	6 (46.2)	1 (7.6)
Endometrioma (n=27)	32.6±8.8	6.3±1.8	7 (25.9)	15 (55.6)	5 (18.5)
Paraovaryen kist (n=1)	46	8	1 (100)	0	0
Seröz kistadenom (n=35)	31.6±8.8	14.3±14.1	16 (45.7)	17 (48.6)	2 (5.7)
Müsinöz kistadenom (n=8)	38.7±15.4	18.6±9.4	1 (12.5)	6(75)	1 (12.5)
Endometrioid adenom (n=1)	21	7	1 (100)	0	0
Matür kistik Teratom (n=23)	34.2±12	10±5.2	8 (34.8)	13 (56.5)	2 (8.7)
Teka hc.li tm (n=3)	54±2	4.6±0.5	2 (66.7)	1 (33.3)	0
Fibrom (n=2)	35±5.66	7.5±3.5	1 (50)	1 (50)	0
Sertoli leydig hc.li tm (n=2)	24.5±2.1	7.5±0.7	0	2 (100)	0
Atipik proliferatif seröz tm (n=3)	49.3±15.5	13.5±6.3	1 (33.3)	2 (66.7)	0
Seröz papiller kistadenokarsinom (n=1)	62	7	1 (100)	0	0
Endometrioid karsinom (n=1)	42	20	0	1 (100)	0
Berrak hc.li karsinom (n=1)	50.3±4.1	25±7	2 (66.7)	1 (33.3)	0
Disgerminom (n=1)	19	12	1 (100)	0	0
Granüloza hc.li tm (n=1)	50±8.5	20	2 (100)	0	0

Seröz kist adenom, müsinöz kist adenom ve endometrioid adenom benign epitelial tümörlerdendir. Matür kistik teratom kliniğimizde opere edilen benign germ hücreli tümör iken teka hücreli tümör, fibrom ve sertoli-leydig hücreli tümör ise kliniğimizdeki seks-kort stromal tümörlerdendir(Tablo 3).

Borderline over tümörlerinden atipik proliferatif seröz tümör kliniğimizdeki hastalarda saptanmıştır. Bu grup hastaların özellikleri tablo 1 ve tablo 3 de belirtilmiştir.

Kliniğimizde opere edilen malign over tümörlü hastaların patolojik incelemelerinde berrak hücreli karsinom, granüloza hücreli tümör, seröz papiller adenokarsinom, disgerminom ve endometrioid karsinom saptanmıştır. Tüm malign over tümörlü olgular elektif şartlarda ve laparotomi ile opere edilmişlerdir. Malign tümörlerin ortalama görülme yaşı 46.7±13 bulundu, kist çapı ise 18.1±7.9 cm olarak

ölçüldü. Malignitenin %75 oranında sağ over kaynaklı olduğu görüldü(tablo1-Tablo3). Kliniğimizde opere edilen over kisti hastalarının tümör belirteç seviyeleri ise tablo 4'te görülmektedir.

Tablo4: Over kistlerinin tümör belirteçleri

	Yaş (yıl) ort.±sd	Boyut (cm) ort.±sd	Sağ n (%)	Sol n (%)
Korpus luteum kisti	123±102,3	35.1±38,9	17.4±11,6	78.6±82,5
Endometrioma	403.1±741,9	53.5±59,9	10.7±23,2	116.7±148,6
Seröz kistadenom	165,3±247,6	83.6±66,6	254.6±1034,4	92.4±73,3
Müsinöz kistadenom	53.2±28,5	38.5±66,9	43.8±55,9	124.2±142,5
Matür kistik teratom	113.6±56,8	76.7±122,3	14.8±16,7	94.4±112
Teka hc.li tm	108.6±44,5	11.6±4,6	13±3,4	24.3±12,3
Fibrom	50±50,9	2	2	206
Sertoli leydig hc.li tm	38±12,7	54.5±75,6	2	17.5±16,2
Atipik proliferatif seröz tm	74	192	11	349
Seröz papiller kistadenokarsinom	2886	5		
Endometrioid karsinom	20	500	2	29
Berrak hc.li karsinom	2514±3535,5	11.5±6,3	4.5±0,7	158.5±204,3
Disgerminom	38	1	32	9
Granüloza hc.li tm	69	1	16	22

TARTIŞMA :

Adneksiyel kitleler, benign veya malign karakterde olabilirler. Üreme çağındaki kadınlarda en yaygın görülen benign fonksiyonel kistler, folikül kistleri ve korpus luteum kistleridir. Çapları 3 ila 8 cm arasında değişir ve genellikle ünlokülerdir(1,7). Fonksiyonel kistler genellikle 2 ay içinde gerilerler. Kistler birkaç ay boyunca takip edilmelidir. Bazen bu kistlerin rüptürü sonrası karın ağrısı ve hemoperitoneum gelişebilir. Kliniğimizde non-neoplastik lezyonların kist çapını literatür ile uyumlu olarak 6±1.9 cm ve % 85.4 oranında unilateral olarak saptadık.

Over tümörleri %80-85 oranında benign karakterdedir(8). Kliniğimizde de over kisti nedeniyle opere edilen hastalarda patolojik tanı olarak en sık benign neoplastik over tümörlerini(%87) saptadık. Koonings ve ark'na göre neoplastik ovaryan kitlelerden en sık matür kistik teratom görülürken, kliniğimizde en sık seröz kist adenom saptanmıştır(9).

Borderline over tümörlerini, karsinomlardan ayıran en önemli özellik invazyonun olmamasıdır. Benign adenomlardan ise gösterdikleri atipi ile ayrılırlar. İnvaziv over kanserlerine göre 15 yıl daha önce, kırklı yaşlarda görülürler. Borderline tümörler, epitelyal over tümörlerinin %10-15 kadarını oluşturur. En sık olarak seröz alt tip görülür. Hastaların neredeyse %50 kadarında CA-125 düzeyleri normal olarak bulunabilir(10). Kliniğimizde sadece 3 hastada borderline over tümörü görülürken, CA-125 değeri normal değerlerin üzerinde saptandı.

Over kanserinin erken teşhisi günümüzde halen oldukça zordur. Over kanseri jinekolojik kanser ölümlerinin en sık sebebi olması nedeni ile jinekolojik onkolojide çok önemli bir yer tutmaktadır. Over kanseri gelişmiş ülkelerde daha sık görülür(11). Over kanseri insidansı değişik uluslarda farklılık göstermesine rağmen Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa'da daha sık görülür(12). Bir kadının over kanserine yakalanma riski 1/71 dir(13). Malign neoplaziler, yaşla birlikte artış gösterirler(13). Erken yaşlarda gelişen meme veya over kanseri aile öyküsü ile ilişlidir (14-16). BRCA1 veya BRCA2 genlerini taşıyan kadınlarda over kanseri gelişme riski normal populasyona göre daha yüksek oranda saptanmıştır(17,18).

Tüm over kanserlerinin %50' sinden fazlası seröz epitelyal over kanserleridir, 5 ve 6. dekada sık görülür ve %40-60 bilateral saptanır. Bu tümörlerin çoğu 15 cm'den büyüktür(19).Kliniğimizde tek seröz epitelyal kist adenokarsinom opere edildi. Opere edilen 62 yaşındaki hastanın var olan sağ taraftaki kistin çapı 7 cm idi.

Endometriyoid epitelyal over kanserleri, seröz tümörlerden sonra ikinci sıklıkta saptanan over kanserleridir. %15-25 oranında izlenirken, %30-50 oranında bilateral izlenir(19). Bizim opere edilen tek endometriyoid tip over tümürlü hastamız 42 yaşında idi ve sol tarafta yaklaşık 20 cm'lik kist çapı mevcuttu.

Berrak hücreli over kanserleri, tüm over kanserlerinin % 10'nu oluşturur ve % 40 bilateral izlenir(20). Bu seride 3 adet berrak hücreli over kanserli hasta opere edilmiştir. Olguların ortalama yaşı yaklaşık 50, kist çapları 25 cm idi. İki hastada tümör sağ adnekte iken bir

hastada sol adnekteydi.

Primer over tümörlerinin %1-2 si ve malign germ hücreli over tümörlerinin %30-40'ını oluşturan disgerminom, erken reproduktif çağıdaki kadınlarda diğer yaş gruplarına göre daha sık izlenir. %10-20 bilateral görülür(21,22). Opere ettiğimiz disgerminom tanısı konulan tek olgu literatüre uygun olarak 19 yaşındaydı. Sağ adnekte olan tümör 12 cm çapındaydı.

Granüloza hücreli tümörler overin ensik saptanan seks kord stromal tümörleridir. Düşük gradeli malignitelerdir. Olguların % 2-5i bilateral olur ve tümör çapı birkaç mm den 20 cm ye kadar değişebilir(23). Opere ettiğimiz 2 olgunun ortalama yaşı 50 iken, kist çapı 20 cm idi ve her iki olgu da sağ adneks kaynaklıydı. CA-125 ölçümü over kitlelerinin benign malign ayırımında, özellikle postmenopozal dönemde over kitlelerinin tanısında, kemoterapiye cevabın izlenmesinde ve tümör rekürrensini izlenmesinde faydalıdır(24,25). Yüksek CA-125 seviyelerine endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalık, overyan kistler, akut pankreatit, siroz gibi peritoneal inflamasyon yapan nedenler ve birinci trimester gebelik gibi benign nedenlerle rastlanmaktadır (26-28). Kliniğimizde opere edilen hastalarda CA-125 seviyeleri malign grupta belirgin olarak yüksek ölçüldü.

CEA ise over kanserinde tarama değil postoperatif nüksün izlenmesinde ve tedavi yanıtının monitorizasyonunda kullanılması faydalıdır. CA 19-9 over kanser hastalarının serumlarında %25 oranında bulunur. Gastrointestinal adenokarsinomların %21-42'sinde, kolon karsinomların %20-40'ında ve pankreas karsinomlarının %71-93'nde yükselmiş değerler tespit edilir. 40 yaşın altındaki hastalarda germ hücreli over tümörlerini ekarte etmek için AFP, β -HCG, LDH gibi tümör belirleyicileri istenmelidir. Kliniğimizde opere edilen over kistlerinden CEA, β -Hcg ve AFP seviyeleri malign grup ile benign grup arasında istatistiksel bir fark saptanmadı.

Laparoskopi, overde saptanan kistik kitlenin benign-malign ayırımını yapmada kullanılacak minimal invaziv bir yöntemdir(3,29,30). Laparoskopi daha çok, malignite olasılığı düşük olan adneksiyal patolojilerde uygulanır(3,31,32). Malignite şüphesi olan

durumlarda ise daha geleneksel bir yaklaşım olan laparotomi tercih edilir(3,33,34). Yapılan çalışmalarda overyan tümörlerin laparoskopik ve laparotomik tedavileri arasında uzun dönem sonuçları karşılaştırıldığında istatistiksel farklılık saptanmamıştır(35). Kliniğimizde tüm malign over tümör hastalarına laparotomi uygulanmıştır.

SONUÇ :

Over kaynaklı kistik kitlelerin %91'i patolojik olarak benign olarak saptanmıştır. Her bir olgu ultrasonografi, yaş, tümör belirteçleri ile klinik olarak değerlendirilmeli ve mümkünse elektif şartlarda opere edilmelidir. Benign olduğu düşünülen hastalarda öncelikli olarak laparaskopi tercih edilmeli ve minimal invaziv yaklaşımla over dokusunun korunmasına özen gösterilmelidir

KAYNAKLAR

- 1) Imaoka I, Wada A, Kaji Y, Hayashi T, Hayashi M, Matsuo M, Sugimura K. Developing an MR Imaging Strategy for Diagnosis of Ovarian Masses. *Radiographics*, 2006;26(5):1431-48.
- 2) Sutton CL, McKinney CD, Jones JE, Gay SB. Ovarian Masses Revisited: Radiologic and Pathologic Correlation. *Radiographics*. 1992;12(5):853-77.
- 3) Akercan F, Cirpan T, Yildiz PS, Ozsener S, Karadadas N, Ulukis M. Approaches To The Diagnosis And Treatment Of Benign Adnexial Masses. *Ege Tıp Dergisi* 2005;44(3):151- 54
- 4) Guerriero S, Ajossa S, Garau N, Piras B, Paoletti AM, Melis GB. Ultrasonography and color Doppler-based triage for adnexal masses to provide the most appropriate surgical approach. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(2):401-6.
- 5) Timmerman D, Verrelst H, Collins WP, Bourne TH, Vergote I. Re: Mol et al. Distinguishing the benign and malignant adnexial mass: an external validation of prognostic models. *Gynecol Oncol* 2001;83(1):166-8
- 6) Morgan A. Adnexial mass evaluation in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2001;19(3):799-816
- 7) Clement PB. Nonneoplastic lesions of the ovary. In: Kurman RJ, ed. *Blaustein's pathology of the female genital tract*. 5th ed. New York, NY: Springer-Verlag, 2002;675-727.
- 8) Hillard PA. Kadın Genital Traktus Benign Hastalıkları: Semptom ve Bulgular. Berek JS, Adashi EY, Hillard PA(eds). *Novak Jinekoloji*, 12. Baskı. Cev. Editoru: Erk A. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1998;331-97.
- 9) Koonings PP, Campbell K, Mishell DR Jr, Grimes DA. Relative frequency of primary ovarian neoplasms: a 10 year review. *Obstet Gynecol* 1989;74:921-6.
- 10) Gershenson DM. Clinical management potential tumours of low malignancy. *Best Pract Res Clin Obslet Gynaecol* 2002;16:513-27.
- 11) Herbst AL. The epidemiology of ovarian carcinoma and the current status of tumor markers to detect disease. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1099-105.
- 12) Berchuck A, Schildkraut JM, Marks JR, Futreal PA. Managing hereditary ovarian cancer risk. *Cancer*, 1999;86:2517-24.
- 13) Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, et al. SEER cancer statistics review, 1975-2006, National Cancer Institute. SEER Website. http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006 Based on November 2008 SEER data submission. Published May 29, 2009. Accessed December 3, 2009
- 14) Timor-Trish IE, Lerner JP, Monteagudo A, Santos R. Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses by means of color-flow-directed Doppler measurements and a morphologic scoring system. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:909-13
- 15) Lerner JP, Timor-Trish LE, Federman A, Abramovich G. Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses with an improved, weighted scoring system. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:81-85
- 16) Buy JN, Ghossain MA, Hugol D, et al. Characterization of adnexal masses: combination of color Doppler and conventional sonography compared with spectral Doppler analysis alone and conventional sonography alone. *AJR* 1996;166:385-93
- 17) Wu CC, Lee CN, Chen TM, Lai JI, Hsieh CY,

- Hwieh FJ. Factors contributing to the accuracy in diagnosing ovarian malignancy by color Doppler ultrasound. *Obstet Gynecol* 1994;84:605-8
- 18) Predanic M, Vlahos N, Pennisi JA, Moukhtar M, Alee FA. Color and pulsed Doppler sonography, gray-scale imaging, and serum CA 125 in the assessment of adnexal disease. *Obstet Gynecol* 1996;88:28-8
- 19) Dorigo O, Baker VV. Premalignant and Malignant Disorders of the Ovaries and Oviducts, In: DeCherney AH, Nathan L(eds). *Current Obstetric Gynecologic Diagnosis treatment, 9th Ed.* Los Angeles, California: McGraw-Hill Companies, Inc., 2003;49-64
- 20) Ayhan A, Basaran M. Epitelyal over kanserleri. In: Guner H (ed), *Jinekolojik Onkoloji, 3. Baskı.* Ankara: Çağdaş Medikal kitabevi, 2002;14:201-43
- 21) Arvas M, Göker B. Germ Hücreli Over Hücreli Over Tümörleri. In: Guner H (ed), *Jinekolojik Onkoloji, 3. Baskı.* Ankara: Çağdaş Medikal Kitabevi, 2002;15:245-55
- 22) Dilek S, Dede M. Overin germ hücreli tümörleri. In: Cicek MN, Akyurek C, Celik C, Haberal A (eds), *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi,* Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2004;84:945-52
- 23) Güner H. Overin seks kord stromal tümörleri. In: Cicek MN, Akyurek C, Celik C, Haberal A (eds), *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi.* Ankara: Gunes Kitabevi Ltd. Şti. 2004;85:953-7
- 24) Guppy AE, Rustin GJ. CA125 response: can it replace the traditional response criteria in ovarian cancer? *Oncologist* 2002;7:437-43.
- 25) Meyer T, Rustin JG. Role of tumour markers in monitoring epithelial ovarian cancer. *Br J Cancer* 2000;182:1535-8.
- 26) Norum LF, Erikstein B, Nustad K. Elevated CA-125 in breast cancer – A sign of advanced disease. *Tumour Biol* 2001;22(4):223-8.
- 27) Kerbrat P, Lhomme C, Fervers B, Guastalla JP, Thomas L, Tournemaine N, et al. Ovarian Cancer. *Br J Cancer* 2001;84:18-23.
- 28) Sjøvall K, Nilsson B, Einhorn N. The significance of serum CA125 elevation in malignant and nonmalignant diseases. *Gynecol Oncol* 2002;85(1):175-8.
- 29) Pejovic T, Nezhat F. Laparoscopic management of adnexial masses, the opportunities and the risks. *Ann N Y Acad Sci* 2001;943:255-68
- 30) Chapron C, Dubuisson JB, Capella-Allou S. Salpingo-oophorectomy for adnexial masses. Place and results for operative laparoscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;73(1):43-8
- 31) Buquet RA, Amato AR, Huang GB, Singla J, Ortiz J, Ortiz OC. Is preoperative selection of patients with cystic adnexial masses essential for laparoscopic treatment? *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;6(4):477-81
- 32) Ou CS, Liu YH, Zabriskie V, Rowbotham R. Alternate methods for laparoscopic management of adnexial masses greater than 10 cm in diameter. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2001;11(3):125-32
- 33) Curtin JP. Management of the adnexial mass. *Gynecol Oncol* 1994;55:42-6
- 34) Argenta PA, Nezhat F. Approaching the adnexial mass in the new millennium. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7(4):455-71
- 35) Dietrich M, Osmers RG, Grobe G, Zech G, Suren A, Krauss T, Sander H, Fischer G, Kuhn W. Limitations of the evaluation of adnexial masses by its macroscopic aspects, cytology and biopsy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;82(1):57-62

Şok Tablosuna İlerlemiş Postpartum Primer Peritonit

Zeynep ÖZKAN, Ayşe NUR GÖNEN, Bekir SARICIK, Seyfi EMİR, Fatih M. YAZAR, Cengizhan ÖZDEMİR, Metin KEMENT²

Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği
² Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği

ÖZET:

Amaç: Peritonit çeşitli inflamatuvar nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Primer, sekonder ve tersiyer olarak görülebilir. Klinik bulgular inflamatuvar sürece bağlı olarak lokalize ağrıdan sepsis ve şok bulgularına kadar değişkenlik gösterir. Postpartum peritonit de sık görülmeyen fakat ciddi klinik tablolara sebep olabilen bir durumdur. Tedavide cerrahi drenaj ve antibiyoterapi uygulanır. Bu yazıda otuz sekiz yaşındaki 22 hafta 3 günlük gebeliği erken doğumla sonuçlanmış ve buna bağlı peritonit gelişmiş bir vakayı tartışarak, günümüz şartlarında basit tedbirlerle önlenebilen fakat bu tedbirler uygulanmadığında ciddi sonuçları olabilecek bir klinik tabloyu hatırlatmak ve perinatal anne ölümlerinin azaltılmasına katkıda bulunmak istedik.

Anahtar kelimeler: postpartum dönem; peritonit; şok

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Zeynep Özkan

Yazışma Adresi: Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Telefon : 0505 372 71 78

ABSTRACT :

Postpartum Primary Peritonitis Progressing to Shock - A Case Report

Objective: Postpartum Primary Peritonitis Progressing to Shock; A Case Report
 Peritonitis may occur due to various inflammatory causes. Primary, secondary and tertiary forms can be seen. Clinical findings vary depending on localized inflammatory pain, as long as the findings of sepsis and shock . Postpartum peritonitis is infrequent but can cause serious clinical conditions. The treatment is surgical drainage and antibiotic therapy. In this article, a case of peritonitis in an 38 year- old- women with a gestation that resulted with a premature birth in the 22 week 3 days, was discussed. As postpartum peritonitis can be avoided by simple measures we wanted to remind this clinical situation to reduce perinatal maternal mortality and morbidity.

Keywords: postpartum period; peritonitis; shock

GİRİŞ:

Peritoneal kavitenin inflamasyonu olarak tanımlanan peritonit septik veya aseptik, bakteriyel veya viral, primer veya sekonder, akut veya kronik seyirli olabilir. Akut peritonitler primer olabileceği gibi altta yatan başka inflamatuvar olayın devamı olarak sekonder de olabilir. Sekonder peritonitin bir klinik görüntüsü olan akut süpüratif peritonit; viseral organların iskemisi, perforasyonu yada operasyon sonrası dönemde bu organlardan anastomoz kaçağı ile olur, ayrıca batın içi apselerin açılması gibi nedenlerle de oluşabilir(1,2,3). Rotstein ve Wittmann spontan ya da primer peritoniti şu şekilde tanımlamışlardır; içi boş organlarda herhangi bir perforasyon olmadan ortaya çıkan peritoneal kavitenin diffüz bakteriyel enfeksiyonudur(4,5).

Bazen sık görülmeyen nedenlerle de peritonit gelişebilir. Bunlardan biri de postpartum enfeksiyonlardır. Herhangi bir jinekolojik organ bütünlüğü bozulmadan gelişen primer peritonit, postpartum asendan enfeksiyonun nadir bir komplikasyonu olarak karşımıza çıkabilir(6). Çoğunlukla hasta doğum sonrası taburcu edildikten 24 saat sonra postpartum enfeksiyon gelişir. Bu durum gelişmekte olan ülkelerde görüldüğü gibi gelişmiş ülkelerde de görülebilir. Enfeksiyonun oluşumu ve ilerlemesinde bazı predispozan faktörler etkilidir. Bunlar kötü hijyenik koşullar, düşük sosyoekonomik durum, kötü beslenme, anemi, obstetrik bazı nedenlerdir. Enfeksiyonlar peritonit, apse oluşumu, sepsis gelişmesine sebep olarak cerrahi müdahaleye ya da mortaliteye neden olabilir. Asepsiye dikkat edilmesi ve antibiyotik kullanımı bu

enfeksiyonların oranının azalmasında büyük rol oynamaktadır(6). Gelişmekte olan ülkeler grubundaki ülkemizde de perinatal sorunlara bağlı anne ölümleri halen istenilen düşük düzeylerde değildir. Anne ölümü ;bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya sürecine bağlı doğrudan yada dolaylı ancak tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür. Bu ölümlerin büyük kısmı obstetrik komplikasyon nedenleriyle; kanama % 25, enfeksiyon % 15, gebeliğe bağlı hipertansiyon %12 sayılabilir. Ülkemizde enfeksiyona bağlı anne ölüm oranı % 4,6 olarak tespit edilmiştir. Türkiye’ de en son yapılan bir çalışmada ana ölüm hızı yüz binde 28,5 olarak tespit edilmiştir(7).

Bu yazıda; hijyenkoşullarının sağlanması, doğum öncesi ve sonrası kontrollerin düzenli yapılması, beslenme koşullarının düzeltilmesi, profilaktik antibiyotik kullanımı gibi önlemlerle maternal morbidite ve mortalitenin engellenebileceği, çok sık karşılaşılmayan fakat her branştan klinisyenin akılda tutması gereken postpartum peritonit olgusunu sunmak istedik.

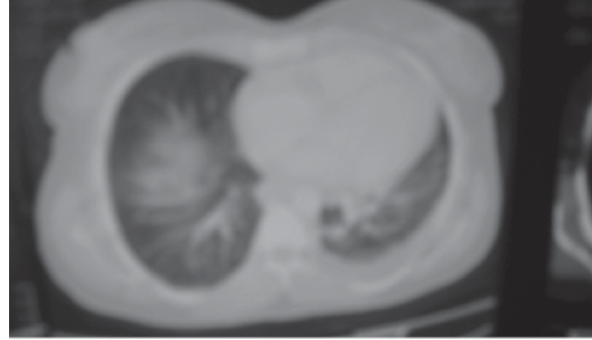
OLGU:

Otuz sekiz yaşında 22 hafta 3 günlük gebe beş gün önce aniden başlayan sancıları nedeniyle kadın doğum kliniğine başvurmuş, burada yapılan muayenede doğum sancılarının başladığı söylenmiş, medikal tedavi uygulanmış, tedaviye cevap alınamamış ve gebeliği erken doğumla sonuçlanmış. Hastanın anamnezi ve muayenesinde erken membran rüptürü tespit edilmemiş. Doğum sonrası yapılan kontrol muayenesinde herhangi bir klinik patoloji gözlenmemesi üzerine aynı gün taburcu edilmiş. Hasta doğum sırasında ve sonrasında herhangi bir antibiyotik tedavisi almamış. Taburcu edilmesini takip eden 3. günde karın ağrısı ve kusma başlayan hasta tekrar hastaneye başvurmuş, yapılan jinekolojik muayenede bir sorun görülmemiş fakat hastada akut batın bulguları, hipotansiyon ve anemi tespit edilmiş. Yapılan batın tomografisinde; batında yaygın sıvı (Şekil1), toraks tomografisinde ise sol plevral effüzyon

ve sol akciğer alt lob bazalde yoğun alveolar pattern saptanmış (Şekil2).



Resim 2: Toraks tomografisinde sol plevral effüzyon ve sol akciğer alt lob bazalde yoğun alveolar pattern görülmektedir



Bu bulgularla ön planda atelektazi, tromboemboli düşünülmüş hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin başlanmış, bu arada klinik durumu giderek kötüleşen hasta hastanemize sevk edilmiş. Acil servise geldiğinde bilinç bulanıklığı, nefes darlığı, solukluk, genel durum bozukluğu dikkati çeken hastanın arteriyel tansiyonu: 60/40 mm Hg, nabız: 110/dk, ateş: 38.5 C0 idi. Batında yaygın distansiyon, defans ve rebound vardı. Lökosit:11400/µL, hemoglobin:7.5g/dL, hematokrit: %23, trombosit: 409000 µl, protein: 6g/dL, albümin: 2.2g/dl idi. Hastanemizin Kadın Doğum Kliniği tarafından yapılan jinekolojik muayenede; löşi rubra tarzında akıntısı vardı, uterus normalden iriydi, adneksler istemli defans nedeniyle net değerlendirilemedi, transvajinal ultrasonografide endometrial kavite temiz, sınırlar düzenli idi, douglasta ve barsak ansları arasında yaygın sıvı olduğu izlendi, acil jinekolojik patoloji düşünülmeyen hastanın genel durumu iyi olmadığından ve kültür sonucunu bekleyecek zaman olmadığından vajen kültürü alınmadı. Genel Cerrahi tarafından laparotomi kararı alındı. Laparotomide batında

yaygın, beyaz renkli püvy ve false membranlar mevcuttu. Bunlar temizlenerek organlar eksplore edilmeye çalışıldı. Uterus overler ve tubalarda false membranlar ve püylerle kaplı idi fakat herhangi bir abse formasyonu ya da organ perforasyonu yoktu jinekoloji tarafından peroperatif olarak değerlendirilen hasta da enfeksiyonun primer kaynağının jinekolojik organlar olmadığı düşünüldü. Batın içi organlarda herhangi bir perforasyona, abse ve yer kaplayan oluşuma rastlanmadı, barsaklar ödemli ve frajildi. Bunun üzerine batın yıkandı ve eksternal drenaj yapıldı. Hastadan alınan periton sıvısı kültüründe üreme olmadı. Postoperatif dönemde geniş spektrumlu antibiyoterapi (Tigesiklin 50 miligram, 2x1) başlanan hastanın drenajlarından serohemorajik maye geldiği görüldü. Bu arada tam kan, taze donmuş plazma, albümin replasmanı yapılan hasta postoperatif 2. gün mobilize edildi, postoperatif 3. gün oral gıda başlandı. Genel durumu ve kliniği düzelen hastanın postoperatif dönemde akciğer bulguları da geriledi, hastaya yapılan kontrol toraks tomografisinde bilateral plevral maye tespit edildi, alınan sıvı transüda olarak geldi ek işlem yapılmadı, operasyon sonrası 15. gün şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA:

Peritonit, abdominal kavitenin inflamasyonudur. Bu inflamasyon safra, pankreatik ekzokrin salgı, kan, lenf ve idrar gibi kimyasal etkenlere bağlı aseptik olabileceği gibi, cerrahi kliniklerinde sıklıkla akut, süperatif peritonit olarak karşımıza çıkar. Süperatif peritonit genellikle gastrointestinal sistemin perforasyonu ya da bir apsenin rüptürü ile meydana gelen sekonder peritonittir(1). Primer peritonit visseral organlarda herhangi bir perforasyon olmadan ortaya çıkan peritoneal kavitenin diffüz bakteriyel enfeksiyonudur (4,5). Spontan (primer)bakteriyel peritonit cerrahi müdahale gerektirecek intraabdominal enfeksiyon kaynağı olmaması şartıyla asidik sıvının bakteriyel enfeksiyonu olarak tanımlanır, en sık sirozlu hastalarda görülmesinin yanında nefrotik sendromlu ve kaplı yetmezlikli hastalarda da görülebilir(8). Bunun yanında postpartum dönemde asendan enfeksiyona bağlı nadir bir komplikasyon olarak primer peritonit görülebilir. Primer peritonitte mikroorganizmalar üriner sistem, kan, barsak lümeninden transmural veya genital yolla karın içine gelebilir. Primer peritonit olgularında da

sekonder peritonitte olduğu gibi pürülan karın içi sıvısı görülebilir ve mikroorganizma üretilir(9). Literatürde de bu şekilde doğum sonrası peritonit tablosu gelişen ve laparotomi ile tedavi edilen olgular tanımlanmıştır(3,10). Khalke ve Fischer tarafından yayınlanan 37 yaşında bir vakada, normal doğumdan 4 hafta sonra peritonit gelişmiş ve hastaya laparotomi yapılmış, operasyon sıvısı, vajen ve kan kültürlerinde Streptococcus Pnömonia üremiştir. Bu durum enfeksiyonun asendan olabileceğini göstermiştir(3). Yine ülkemizde de Açı ve arkadaşları tarafından sunulan bir olguda; 28 yaşında normal doğumdan 15 gün sonra acil polikliniğe dispne, karın şişliği ve ateş şikayeti ile başvuran hasta Kadın Doğum kliniğine yatırılmış ve puerperal ateş yapan sebepler araştırılmış. Hastanın jinekolojik muayenesinde ve tetkiklerde patoloji düşünülmemiş, batın içinde serbest sıvı tespit edilmiş, hastadan parasentez ile alınan sıvının kültüründe üreme olmamış, genel cerrahi tarafından intraabdominal apse öntanısı ile laparotomi yapılmış ve bizim sunduğumuz vakada olduğu gibi abdominal organ perforasyonu ya da apse görülememiş, primer pelvik peritonit olduğuna karar verilmiş. Spesimen kültüründe üreme olmamış(10).

Peritonit kliniğinde süreç ilerledikçe hayatı tehdit eden jeneralize peritonit gelişir. Masif eksüda birikimi sonucu hipovolemi ortaya çıkar. Peristaltik barsak hareketleri durur, bu durumda hastada bulantı, kusma, iştahsızlık, hafif ateş şikayetleri oluşur ve klinik bulgu olarak defans, rebound muayenede saptanır. Tedavi edilmeyen vakalarda giderek hipovolemi, elektrolit imbalansı, sepsis ve ölüm gerçekleşebilir(3). Bu vakada da başlangıçta karın ağrısı ve kusma olmuş, beslenme bozukluğu ve sosyoekonomik koşulların yetersizliğinde etkisiyle klinik tablo hızla jeneralize peritonite ilerlemiş buna bağlı hipovolemi ve şok bulguları gelişmişti.

Laboratuvar bulgusu olarak jeneralize peritonit tablosunda, lökosit sayısı 15000 üzerinde beklenir ama her zaman lökositoz görülmeyebilir. Hemogloblin, hemotokrit değerleri alta yatan etiyolojiye göre değişebilir, anemi varlığında ise ön planda intraabdominal hemoraji sebepleri akla gelir. Bazı olgularda hastadaki mevcut hipovolemiye bağlı olarak anemi anlaşılabilir (11). Sunduğumuz vakada da lökosit sayısı 11400 idi ve klinik tabloyu tam olarak yansıtmıyordu. Hastada aneminin olması nedeniyle batın içi hemoraji yapan se-

bepler ekarte edilemedi. Bu da tanı koymayı zorlaştırdı. Şiddetli seyreden peritonitin tedavisinde erken teşhis, septik kaynağın ortadan kaldırılması ve drenajı, antibiyoterapi ve destek tedavisi anahtar rol oynar(12,13). Bizim sunduğumuz vakada; beş gün önce erken doğum yapan hasta acil polikliniğe sevkli olarak getirilmişti, bilinç bulanıklığı, nefes darlığı, solukluk, genel durum bozukluğu vardı ve hastada akut batın ve şok bulguları mevcuttu. Fazla vakit kaybetmemek için hızlı bir değerlendirmenin ardından laparotomi kararı alındı. Eksplorasyonda ; homojen, beyaz renkli, kötü kokulu olmayan yaygın, pürülan mayi vardı. Mayi içerisinde barsak içeriği yoktu, sekonder peritonit vakalarında görmeye alışık olduğumuz sarı-yeşil renkli, kötü kokulu mayiden farklı olması dikkatimizi çekti.. Aldığımız spesimen kültüründe ise üreme tespit edilemedi. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi verildi, bunun yanında sıvı-elektrolit, kan ve albümin replasmanları da yapılarak destek tedavisi uygulandı. Hastada kısa bir süre içinde klinik düzelleme sağlandı. Postoperatif 15.gün şifa ile taburcu edildi. Bu olgunun primer peritonit olabileceği düşünüldü çünkü; batın içerisinde herhangi bir organdan kaynaklanan perforasyon iske-mi ya da apse rüptürü yoktu, ayrıca toraks tomografisinde plevral mayi vardı ve serumda albümin düşüklüğü vardı. Bu nedenlerle hastada önce batında assit gelişmiş olabileceği ve daha sonra buna bağlı primer (spontan) bakteriyel peritonit olabileceği düşünüldü.Özellikle ülkemizin sosyoekonomik ve kültürel bakımdan yeterince gelişmemiş bölgelerinde, hijyen koşullarının yeterince sağlanamaması, beslenme bozukluğu gibi predispozan faktörler göz önüne alınarak hastaları doğum sonrası dönemde daha dikkatli değerlendirilmesi, uygun antibiyotik profilaksisi ve hasta takibinin sağlanması, gerekli önerilerin hasta ve yakınlarına yapılması bu tür vakaları önleyebilir. Çok sık karşılaşılmayan ve ayırıcı tanısı birçok klinik durumla karışabilen postpartum peritonit tablosunun her branştan klinisyen tarafından bilinmesinin perinatal anne ölümlerinin azalmasında faydalı olacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Korun N, Yılmazlar T, Yünlük Ö. Sekonder Peritonite cerrahi yaklaşım, *Türkiye Klinikleri J Surgery* 1998;3(1):35-44
2. Britton J. The acute abdomen. In: Morris P.J, Wood W.C, editors. *Oxford Textbook of Surgery. Second Edition, Vol II, 1820-21 New York; Oxford University Press, 2000*
3. Kahlke V, Fischer A, Schöreder J. *Streptococcus pneumoniae peritonitis postpartum, Infection.* 2000; 28: 114-5
4. Rotstein OD, Meakins JL: *Diagnostic and therapeutic challenges of intraabdominal infections. World J Surg* 1990;14:159-166
5. Wittmann DH: *World progress in surgery. Intraabdominal infection-introduction. World J Surg* 1990;14:145-147
6. Maharaj D. *Puerperal pyrexia: a review. Part II. Obsteric Gynecol Surv.* 2007; 62: 400-6
7. Salman FT, Soyer T. *İntraabdominal enfeksiyonlar. ANKEM Derg* 2011;25(2):130-140 doi:10.5222/ankem.2011.130
8. Api O, Kalender HS, Ünal O, Turan C. *Primer postpartum pelvik peritonit: Bir olgu sunumu. Kartal Eğt. Arş. Hast. Tıp Derg.* 2001;13:102-4
9. Turnage RH, Li BD, Mc Donald JC. *Karın duvarı, umblikus, periton, mezenter, omentum ve retroperiton. Cilt 2, 1171-1197, Bölüm 41. Sabiston textbook of surgery (Türkçe) Çev. Ed: Ulusoy AN, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, İstanbul, 2010*
10. İğde FAA, Gül R, Yalçın M, Karadenizli D. *Anne ölümleri ve acil obstetrik bakım. Genel Tıp Dergisi* 2008;18(1):47-53
11. Ertekin C: *Karın içi enfeksiyonlar,* Kalaycı G. (ed), *Genel Cerrahi, Cilt I* kitabında s: 207-211, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul (2002)
12. Pieracci FM, Barie PS. *Management of severe sepsis of abdominal origin.* 2007;96:184-96.
13. Gönüllü D, Köksoy FN, Demiray O, Ozkan SG, Yücel T, Yücel O. *Laparostomy in patients with severe secondary peritonitis. Ulusal Travma Acil Cerrahi Derg.* 2009 Jan; 15(1):52-7.

A Giant Dermoid Cyst of the Ovary

Hüseyin Levent KESKİN, Tuba SEMERCİ, Elçin İşlek SEÇEN, A. Filiz AVŞAR

Atatürk Education and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara,

ABSTRACT :

Objective: Teratomas are the most common ovarian neoplasms that occur especially during the reproductive age. We report a benign cystic teratoma with an unusual size. In a 17 years old patient, ultrasound examination revealed a mass of 37x37x37 cm. The mass had originated from the right ovary, filled the full abdomen and pushed the diaphragm to the superior. The patient underwent right salpingo-oophorectomy. The weight of the mass was 11.5 kg, which accounted for approximately 16% of the preoperative total body weight. Pathologic examination revealed benign cystic teratoma.

Keywords: Giant dermoid cyst, benign cystic teratoma

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Dr. Hüseyin Levent KESKİN

Yazışma Adresi: Atatürk Education and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara, Turkey

ÖZET:

Overin Dev Dermoid Kisti

Amaç: Overin Dev Dermoid Kisti Teratomlar genellikle üreme çağındaki kadınlarda ortaya çıkan, overin en sık görülen tümörlerindedir. Bu yazıda alışlagelmişin dışında büyüklüğe sahip dev bir benign kistik teratom olgusu sunuldu. 17 yaşındaki hastada ultrasonografide tüm batını dolduran, diaframı superiora iten 37x37x37 cm çaplarında, sağ over kaynaklı bir kitle saptanması üzerine opere edilen hastaya sağ salpingo-ooferektomi yapıldı. Kitlenin ağırlığı preoperatif tüm vücut ağırlığının %16'sını oluşturacak şekilde 11.5 kg olarak ölçüldü. Patoloji sonucu benign kistik teratom olarak rapor edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Dev dermoid kist, benign kistik teratom

INTRODUCTION:

Teratomas are the most common tumors of the ovary, which may be benign or malign. Benign cystic teratomas are designated dermoid cysts, which account for 5-44% of all ovarian tumors and 58% of all benign ovarian tumors (1,2). Surgery is the treatment of choice in dermoid cysts that usually occur in the fourth decade (mean age 35 years) (2,6,7). While the mean diameter of the tumors is between 7-11 cm (2,6,7), diameters up to 28 cm were reported (8). We present a case with an unusually large dermoid cyst.

CASE:

A 17-year-old virgin patient presented to our clinic with abdominal swelling. She reported that the severity of her complaint had increased within the last three months. Physical examination revealed a hard mass filling

the abdomen completely and extending to the lower margin of the sternum. The patient had no other physical finding and her medical history did not reveal any pathology. An expansive cystic mass of 263x371 mm with vejetan components was detected in the ultrasound examination, which seemed to fill the abdomen completely and to push the abdominal organs to the periphery. Abdominal tomography examination revealed that the mass had a lobulized contour, a regular margin and a thin wall as well as septations and a significantly contrasting solid component, which originated from the posterior wall of the cyst in two localizations. The cyst seemed to have originated from the right ovary, filling all the quadrants of the abdomen and displacing the adjacent structures. The level of tumor marker CA125 was high (52 U/mL), whereas CA-19, CEA, CA15-3 and AFP were within normal limits. The patient underwent laparotomy, which revealed a cystic mass of 35-40

cm originating from the right ovary, filling the abdomen completely and displacing the diaphragm to the superior (Figure 1).

Figure 1: Intraoperative image of the mass.



Uterus and the other ovary seemed normal. The mass was extracted by right salpyngo-oophorectomy. The size of the mass was 37x37x37 cm and it weighed 11.5 kg (Figure 2).

Figure 2: The mass weighed 11500 g in a 10 g sensitive scale



The preoperative body weight of the patient, which was 72 kg decreased to 60 kg after the intervention. Pathological examination revealed benign cystic teratoma. The patient was re-operated due to intraabdominal hemorrhage at postoperative 6 hours and hemostasis was achieved. She was discharged on postoperative day four.

DISCUSSION:

Teratomas are common tumors that occur at any age with a low likelihood of complication and malignant transformation (2). They originate from the primordial germ cells that migrate to the ovary in the yolk sac (3) and are characterized by the presence of endodermal, mesodermal and ectodermal tissues (3,4). Teratomas have a viscous adipose

content and they contain mature tissues such as hair, bone and glial tissue.

Although teratomas occur at any age, they most commonly occur at a mean age of 35 years (2,6,7). They are usually unilateral with a bilateral appearance of 10-15% (3,6). The patients are usually asymptomatic. The most common complications are symptoms due to compression, pelvic pain or a sensation of mass. Teratomas may cause acute abdomen in case of torsion or rupture. The treatment of dermoid cysts is based on laparoscopic or laparotomic surgery (7). The surgical method is selected according to age, desire for fertility and other pelvic pathologies (6).

The mean diameter of dermoid cysts is reported between 7-14 cm (2,6,7,8). The size of the mass in our case was 37x37x37 cm, which accounted for 16% of the preoperative total body weight (11.5 kg). A prepubertal case with a cyst of 33x41 cm (5) and a giant dermoid cyst of 42 kg, which was masked due to obesity (9) were reported.

Malignant transformation may develop in 1-2% of teratomas (3,6). Although this rate seems low, malignancy should be considered for rapidly growing unilateral tumors in patients over 40 years of age (1). Histopathological examination revealed benign pathology in our case although it seemed to grow very rapidly.

KAYNAKLAR

1. Comerci JT Jr, Licciardi F, Bergh PA, Gregori C, Bren JL. Mature cystic teratoma: a clinico-pathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1994;84:22-8
2. Papadias K, Kairi-Vassilatou E, Kontogianni-Katsaros K, Argeitis J, Kondis-Pafitis A, Greatsas G. Teratomas of the ovary: a clinico-pathological evaluation of 87 patients from one institution during a 10-year period. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2005;26:446-8
3. Cass I, Karlan BY. Neoplasms of the ovary and fallopian tube. In: *Danforth's Obstetrics and Gynecology.* Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. 9th ed. Lippincott WW 2003;971-2

4. Koonings PP, Campbell K, Mishell DR Jr, Grimes DA. Relative frequency of primary ovarian neoplasms: a 10-year review. *Obstet Gynecol* 1989;74:921-6
5. Sciannameo F, Ronca P, Madami C, Alberti D. Giant ovarian dermoid cyst in prepubertal age. Report of a case. *Minerva Ginecol*. 1993;45:497-500 (Abstract)
6. Ayhan A, Bukulmez O, Genc C, Karamursel BS, Ayhan A. Mature cystic teratomas of the ovary: case series from one institution over 34 years. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;88:153-7
7. Sahraoui W, Hajji S, Essefi A, Haouas N, Hmissa S, Bibi M, Khairi H. Ovary teratoma Report of 91 cases. *Tunis Med*. 2006;84:349-52 (Abstract)
8. Dos Santos L, Mok E, Iasonos A, Park K, Soslow RA, Aghajanian C, Alektiar K, Barakat RR, Abu-Rustum NR. Squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary: a case series and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2007;105:321-4
9. Monk BE, Isaacs AJ, Bayliss R. Giant ovarian dermoid masked by obesity. *Postgrad Med J*. 1980;56:748-9

Akciğere Metastaz Yapan Koryokarsinom ve Yoğun Bakım

Elif BOMBACI, Serhan ÇOLAKOĞLU, Ersan ŞENSOY, Gözde ATEŞ,
Serkan TULGAR, Mustafa TEKİN

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
II. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

ÖZET:

Amaç: Bu çalışmada 39 yaşında, akciğerde çoklu metastazlarla ortaya çıkan bir koryokarsinom olgusu kadın hastayı sunmaktayız. Hastanın endometriyal kürtajdan sonra vajinal kanama devam ediyordu. Serum Human Chorionic Gonadotropin (HCG) seviyesi 57463 mIU/mL idi. Yoğun bakım ünitesine kabulünde hasta taşipneik, hipoksemikti ve akciğer grafisinde çok sayıda bilateral metastatik lezyonlar mevcuttu. Akut respiratuvar distres sendromu nedeniyle entübe edilerek mekanik ventilasyon uygulandı. Hastaya akciğere metastaz yapan koryokarsinom tanısı kondu. Hasta reanime edilirken eş zamanlı kemoterapi kürleri başlatıldı. Yoğun bakım ünitesine girişinden 21 gün sonra hasta klinik olarak düzelme gösterdi. Medikal onkoloji kliniğine devredildi. Medikal onkoloji kliniğine devredildikten yirmi dört gün sonra hasta solunum yetmezliği ve febril nötropeni nedeniyle kaybedildi. Yüksek riskli koryokarsinom olgularında çoklu ilaç kemoterapisinin onkolojik yoğun bakım ünitelerinde yapılması gerektiği kanaatine vardık.

Anahtar kelimeler: Koryokarsinom, akciğer metastazı, yoğun bakım

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Dr. Elif BOMBACI

Yazışma Adresi: Barbaros mh. Karayolları Site sk. Soyak Gökyüzü konutları B Bl. D: 44 Üsküdar İstanbul

Telefon : 0 505 299 10 89

E-mail : bombaciel@yahoo.com

*45. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kongresi'nde (26- 30 Ekim 2011, Belek, Antalya) poster olarak sunulmuştur.

ABSTRACT :

Choriocarcinoma Metastasizing to the Lungs and Intensive Care – A Case Report

Summary: In this study, we report 39-year-old female patient with choriocarcinoma who presented with multiple lung metastases. Following endometrial curettage, the patient continued to have vaginal bleeding. Serum Human Chorionic Gonadotropin (HCG) level was 57463 mIU/mL. On admission to intensive care unit she was tachypneic, hypoxemic and chest X-Ray revealed bilateral multiple metastatic lesions. The patient was intubated and ventilated mechanically for acute respiratory distress syndrome. She was diagnosed to have choriocarcinoma with pulmonary metastasis. When she was being reanimated, chemotherapy cycles have been started simultaneously. Twenty-one days after admission to intensive care unit the patient improved clinically. She was discharged to the medical oncology department. Twenty-four days after discharge to the medical oncology department, the patient died of respiratory failure and febrile neutropenia. We concluded that, multi-drug chemotherapy for high risk patients with choriocarcinoma, should be administered at the oncological intensive care units.

Keywords: choriocarcinoma, lung metastase, intensive care

GİRİŞ:

İnvaziv mol tanısında, küretajı takiben geçmeyen kanama, yüksek HCG seviyeleri tanı koydurucu bulgulardır. Genelde mol gebeliğini takiben ortaya çıkan koryokarsinom, nadir bir kanser türü olup, hızla beyin, karaciğer, akciğer ve böbreklere kan yoluyla metastaz yapabilmektedir. Vasküler ve frajil yapısı nedeniyle metastatik odaklardaki kanamalar mortaliteye neden olabilmektedir(1). Bu sunuda mol gebeliğini takiben akciğer

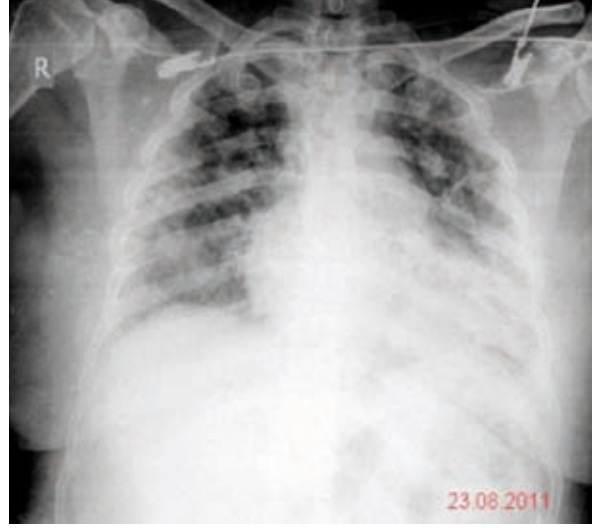
metastazı ile ortaya çıkan, Yoğun Bakım Ünitesinde (YBÜ) takip ve tedavi edilen bir koryokarsinom olgusu tartışılmıştır.

OLGU:

Bilinen herhangi bir hastalığı olmayan, 2 canlı doğumu olan, Şubat 2011 tarihinde gebelik nedeniyle D/C küretaj uygulanan otuz dokuz yaşındaki hasta, bu tarihten itibaren yaklaşık 5 ay süresince az miktarda sürekli vajinal kanaması olmasına rağmen herhangi

bir sağlık birimine başvurmamış. Temmuz 2011 tarihinde vajinal kanama nedeniyle başvurduğu hastanede Beta-HCG için kan örneği alınmış, "Mol Gebelik" ön tanısıyla küretaj uygulanmış, materyal, patolojik tetkike gönderilmiş ve taburcu edilmiş. Ancak kanaması devam etmiş ve hemoptizi şikayeti başlamış. Bu şekilde geçen üç haftadan sonra nefes darlığı şikayetinin de eklenmesi üzerine hasta hastanemize başvurmuş, pulmoner emboli ön tanısıyla Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine yatırılmıştır. Ayırıcı tanı için pulmoner anjiyografi çekilen hastanın takipleri sırasında hemoptizi, solunum sıkıntısı artmış, taşipne, hipoksemi gelişmiştir. Akciğer grafisinde heterojen dansite artışı görülen hasta istenen acil konsültasyon üzerine tarafımızca değerlendirilmiş, dakika solunum sayısı 20/dk, arter kan gazları (AKG) tetkikinde pH: 7,45 PCO₂: 23 mmHg, PO₂: 52 mmHg, Oksijen saturasyonu: %90 tespit edilmiş olan hasta ileri tetkik ve tedavi için yoğun bakım ünitesine (YBÜ) alınmıştır. Hastaya sürekli maske ile oksijen verilmesinin yanı sıra CPAP maske ile aralıklı noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV) ile solunum desteği uygulanmış, pulmoner emboli ön tanısına yönelik olarak düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisine başlanmıştır. İkinci gün, pulmoner anjiyografisinin değerlendirilmesinde pulmoner emboli lehine bulgu tespit edilmemiş, Beta-HCG değeri 57463 mIU/mL olarak saptanmış, dış merkezde yapılmış olan endometriyal küretajının patoloji raporuna göre "koryokarsinom" tanısı konulmuştur. Üçüncü gün onkoloji konsültasyonu ile metotreksat, adriyoblastin, etoposid, vinkristin, siklofosamid ile kemoterapi (KT) başlanan, Beta-HCG değeri 37256 mIU/mL bulunan hastanın, CPAP maske ve Helmet Maske ile solunum desteği almasına rağmen solunum parametrelerinin daha da kötüleşmesi, periferik oksijen saturasyonunun %80'e kadar azalması ve ajitasyonunun başlaması üzerine entübe edilerek invaziv mekanik ventilasyon desteğine geçilmiştir. Endotrakeal tüp içinden kanlı mayii aspire edilmiştir. Kısa süre içinde radyolojik görüntüleme ve arter kan gazları değerleri ağır ARDS lehine bulunmuştur (AKG: FiO₂: % 65 iken pH: 7,45 PCO₂: 38 mmHg, PO₂: 60 mmHg, (Resim1).

Resim 1: Olgunun ARDS geliştiği dönemdeki akciğer grafisi



Hemogram değerlerinde Hct% 24,8 Hb% 7,5 gr olan hastaya kan replasmanı yapılmış, bulunmuştur. Kemoterapinin 6. günü gelişen nötropeni (Lökosit 1000/mm³, nötrofil sayısı okunamadı) ve ateş yükselmesi üzerine profilaktik amaçlı antibiyotik ve nötrofil stimulan faktör başlanmıştır. Hemogram değerleri düşen hastaya eritrosit süspansiyonu, taze donmuş plazma ve trombosit süspansiyonu ile replasman yapılmış olup ateşi yüksek seyreden hastanın kan trakeal aspirat ve idrar kültürü sonuçlarına göre uygun antibiyotik tedavisi uygulanmış, bu süre içinde trakeadan bol, kanlı mayii aspire edilmeye devam etmiştir. KT'nin 7. günü Beta-HCG değeri 19430 mIU/mL bulunmuştur. KT'nin 12. ve entübasyonun 11. günü solunum parametreleri düzelme göstermesi üzerine ekstübe edilerek aralıklı noninvaziv mekanik ventilasyon uygulanmak kaydıyla maske ile oksijen desteğine geçilmiştir. Haftalık ölçümlerde azalma gösteren Beta-HCG değerleri YBÜ'deki 21. gününde 3784 mIU/mL değerine kadar düşmüş, akciğer grafisinde infiltratif lezyonlar gerilemiştir. Tüm organ sistemlerine ait fizik muayene bulgularının da normal sınırlarda olması üzerine KT'nin 2. kürünü alan hasta reanimasyon yönünden şifa ile, KT'nin devamı için Medikal Onkoloji Kliniğine devredilmiştir. Onkoloji kliniğinde 3. kürü sorunsuz tamamlanan hastada KT'nin 4. kürü başladığında Beta-HCG değeri 13 mIU/mL'e kadar azalmasına karşın febril nötropeni gelişmiş. Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu ile kan ve idrar kültürleri alınarak teiko-

planin ve piperasilin tedavisine başlanmış, devam eden yüksek ateş ile beraber diyaresi de başlayan hastanın tedavisine metronidazol ve flukanazol eklenmiş. Tekrar hemoptizisi başlayan hastanın çekilen akciğer grafisinde sol akciğerde efüzyon tespit edilmiş, solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine acil reanimasyon konsültasyonu istenen hasta tarafımızdan değerlendirildiğinde şuuru konfü, cilt siyanoze solunum taşipneik bulunmuştur. Yoğun bakım endikasyonu konulan hasta hava yolu açıldıktan sonra yoğun bakıma sevk edilmek üzere iken kardiyak arrest geçirmiş, resüsitasyona cevap alınamayarak kaybedilmiştir.

TARTIŞMA:

Trofoblastik hastalıklar plasental dokunun üç farklı anormalliği ile ortaya çıkmaktadır. En masum tipi hidatiform mol olup, koryonik villuslarda hidropik dejenerasyon sonucu üzüm tanesi görünümü ile karakterizedir. Uterus içinde sınırlanır. Sıklıkla spontan düşüklüklerin ardından görülebilir. Nadiren de normal gebeliği takiben ortaya çıkabilmektedir. Bir sonraki şekli olan invaziv mol ise uterusun miyometriyumuna içine lokal invazyon gösterir. Nadiren metastaz yapar. Bu hastalıkların içinde yer alan koryokarsinom ise oldukça agresif seyirlidir. Damardan zengin yapılara ve kan damarlarına afinitesi yüksek olduğundan damar içine invaze olup santral sinir sistemi, karaciğer, dalak gibi uzak organlara kan yoluyla metastaz yapar (2,3). En sık metastaz odağı da akciğerlerdir(3). Otonomik olarak "Human Chorionic Gonadotropin (HCG)" hormonu salgılandığı için hastalığın tanısında ve tedavinin seyrinde HCG değerleri önemli yer tutmaktadır(4). Klinik bulgular çok çeşitli olabileceğinden tanı koymak oldukça güçtür. Tümör embolisi ya da metastaza bağlı arteriyovenöz şantlar ve oksijen desatürasyonu gibi solunumsal bulgular görülebilse de bazen bulgu vermeyebilir. Pulmoner metastaz bazen tek bir lezyon şeklinde olabilir. Ancak olguların %88'inde çoklu nodüller ya da miliyer görünüm hakimdir(2). Pulmoner sistem görüntüleme yöntemlerinde nodüller hemorajiye bağlı olarak düzgün ve flu görünümündedir. Pulmoner metastaz olan hastalarda mortalite %8-21 arasında bildirilmiştir(2). Çoklu metastazı

olan hastalarda ölüm, sıklıkla beyindeki metastazın kemoterapi sonrası nekroze olup serebral kanamaya yol açması ile meydana gelmektedir. Bu nedenle beyin metastazı olan hastada mortalite riski yüksektir. Ayrıca invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı ile mortalite hızı arasında %100'e yakın ilişki olduğu bildirilmiştir(5). Ektopik yada term gebeliğin ardından ya da molar olmayan bir düşükten sonra pulmoner metastaz görülen olgularda survi oldukça düşük bulunmuştur (6).

Bizim olgumuzda yaklaşık 5 ay önce non-molar düşük hikayesinin olması, buna karşın bir ay önce mol gebelik nedeniyle küretaj olması, ancak aradan geçen zamanda ihmal edilmiş bir sürekli vajinal kanama hikayesi koryokarsinom tablosunun hangi zeminden geliştiği konusunda belirsizliğe yol açmaktadır. İnvaziv mol hastalarında Beta-HCG>40000MIU/L olması, hastalığın son gebelikten 4 ay sonra ortaya çıkması beyin, karaciğer metastazı olması, daha önceden başarısız kemoterapi öyküsü kötü prognoz lehinedir(1). İyi prognozlu metastazik hastalarda metotrekstat ile tekli KT uygulanması yeterliyken kötü prognozlu metastazik hastalarda çoklu KT uygulanmaktadır (7). Yüksek riskli 148 adet koryokarsinom olgusunda metotrekstat, aktinomisin D, etoposid, siklofosamid ve vinkristin ile yapılan kemoterapi uygulamalarının incelendiği bir çalışmada mortalite hızı %15 bulunmuştur. Bir grup hasta hastalığın çok ileri safhasında olmasına ve yaygın akciğer tutulumuna bağlı gelişen solunum yetmezliği nedeniyle ya da santral sinir sistemi hasarı ile erken dönemde ölmüş, bir grup hasta ise geç dönemde ilaçlara direnç yada başka komplikasyonlardan kaybedilmiştir(8). Bizim olgumuzda; Beta- HCG değerinin 57463 mIU/mL üzerinde olması, hastalığın son gebelikten 5 ay sonra ortaya çıkması kötü prognoz kriterlerine uymaktadır. Yine de koryokarsinom hızla metastaz yapmasına karşın, kemoterapiye iyi cevap veren bir kanser türü olarak kabul edilmektedir. Kanser hastalarının tedavisinde cevap bekleyen sorulardan biri de yoğun bakımda yaşam destek tedavisi almakta iken bu hastalara kemoterapi gibi kansere özel tedavilerin uygulanıp uygulanamayacağıdır. Organ disfonksiyonu sayısı ile sağkalım arasında ters orantılı bir ilişki olduğu bilin-

mektedir. Bu nedenle kanser hastalarında da çoklu organ yetmezliği başlamadan mümkün olduğunca erken yoğun bakım önlemlerinin alınması survi açısından son derece önem taşımaktadır. Son veriler günümüzde çok sayıda malinite hastasının yoğun bakım desteğinden yarar gördüğünü ve mortalite hızının ciddi şekilde düştüğünü göstermektedir(9). Hasta yaygın akciğer metastazı ile YBÜ'e yatırılmış, hastalığın akut döneminde ağır ARDS tablosundayken invaziv mekanik ventilasyon tedavisinin beraberinde beşli kemoterapi tedavisine erken dönemde iyi cevap vermiş, kötü prognoz lehine bulgular olmasına karşın multidisipliner yaklaşımla tedavide başarı sağlanmıştır. Yoğun bakım ünitesinden 21 günde kemoterapinin 2. kürünü almakta iken taburcu edilerek tedavisine onkoloji servisinde devam edilmiştir. Ancak tedavinin ileri döneminde, 4. kemoterapi kürü uygulanırken tedavi komplikasyonu olarak gelişen febril nötropeni ve ağır pnömoni tablosu ile hasta kaybedilmiştir. Günümüzde kanser tedavisinde gelişmiş yoğun kemoterapi rejimleriyle başarıda yükselme sağlanırken, bu tedaviler ilaçlara bağlı toksisiteye, baskılanmış immünite nedeniyle ağır enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Ağır kanser hastalarında organ fonksiyon bozukluğunun yönetiminde yoğun bakım uzmanı ile onkoloğun el birliği ile mücadelesi önemli rol oynar. Seçilmiş kanser hastalarının yoğun bakım ünitesine alınmasının, yaşam süresinin anlamlı derecede artmasına neden olduğu bilinmektedir(10).

Bizim olgumuzun yoğun bakım ünitesine girişinde akciğer metastazlarına bağlı ağır bir solunum yetmezliği, ve bu tablonun tetiklediği kardiyovasküler sistem instabilitesi mevcuttu. Bir yandan hasta reanime edilirken diğer yandan onkoloji kliniğinin yakın takibi ile birlikte başlattığı çoklu kemoterapi ile hastanın yaşamsal organ sistemlerindeki yetmezlik kontrol altına alınabilmiş, hasta yoğun bakımdan çıkarılarak tedavisine medikal onkoloji servisinde devam edilmiştir. Kanser hastalarında kemoterapinin bağışıklık sistemini baskılanması sonucu ortaya çok ciddi enfeksiyonlar çıkabilmekte, bu hastalar tedavi süreçlerinin önemli bir bölümünde yoğun bakım ihtiyacı gösterebilmektedir. Fe-

bril nötropeni tablosu onkoloji hastalarında yoğun bakım gerektiren önemli bir durumdur. Mortalitesi son derece yüksek olan bu tabloda tedavinin başından sonuna dek hastayı izleyen hekim ile birlikte yoğun bakım, enfeksiyon hastalıkları, radyoloji, mikrobiyoloji gibi pek çok daldan multidisipliner bir yaklaşım sağlanması ve devam ettirilmesi gerektiği bildirilmiştir(11).Bizim olgumuzda da devam eden kemoterapisi sırasında febril nötropeni gelişmiştir. İdeal olan böyle bir komplikasyonla mücadelenin yoğun bakım şartlarında sürdürülmesidir. Uygun hastada invaziv tedaviden ve taburcu olduktan sonra gereğinde yeniden yoğun bakıma almaktan kaçınılması gerektiği bilinmektedir(12). S onuç olarak; kötü prognoz kriterleri taşıyan koryokarsinom olgularının takip ve tedavisinde kadın hastalıkları, onkoloji, enfeksiyon hastalıkları, biokimya, yoğun bakım ve radyoloji gibi pek çok dal uzmanlığınca, multidisipliner bir yaklaşım sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Terek MC, Akman L, Zekioğlu O, Dikmen Y, Erhan Y, Ulukuş M. İnvaziv mol hidatiform: Olgusu sunumu ve literatür derlemesi. *Ege Tıp Dergisi*, 2005;44(2):127-130.
2. Gando S, Villarejo F, Maskin B, Luna CM. A 37-year-old woman with multiple pulmonary nodular opacities and hemoptysis. *Chest*, 2006; 130:1241-1243.
3. Seetharaman ML, Arora R, Arora VK. Gestational choriocarcinoma with haemorrhagic pleural effusion. *Indian J Chest Dis & Allied Sci* 1991; 33(1):39-42.
4. Sierra-Bergua B, Sanchez-Martelez M, Cabrerizo- Garcia JL, Sanjoaquin-Conde I. Choriocarcinoma with pulmonary and cerebral metastases. *Singapore Med J* 2008; 49(10):286-288.
5. Todd A, Newsalnd ES, Palazzo M. Lesson of the week: unusual case of choriocarcinoma occurring after 12 month after delivery. *BMJ* 1998; 316:632-634.
6. Soper JT, Evans AC, Conaway MR, et al. Evaluation of prognostic factors and staging in gestational trophoblastic tumor. *Obstet Gynecol* 1994;84:969-973.

7. Lvarin JR, Nejad B. Secondary chemotherapy for high risk gestational trophoblastic neoplasia. *Gynecol Oncol.* 2005; 97 (2):618-23.
8. Newsland ES, Bagshwe KD, Begent RH, et al. Results with the EMA/CO (etoposide, methotrexate, actinomycin D, cylophosphamide, vincristine) regimen in high risk gestational trophoblastic tumors, 1979 to 1989. *Br J Obstet Gynecol* 1991;98:550-557.
9. Azoulay E, Soares M, Darmon M, Benoit D, Pastores S, Afessa B. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. *Ann Intensive Care.* 2011; 23;1(1):5.
10. Darmon M, Azoulay E. Critical care management of cancer patients: cause for optimism and need for objectivity. *Curr Opin Oncol.* 2009;21(4):318-26.
11. Saba R. Hematoloji/onkoloji hastalarında yoğun bakım gerektiren febril nötropeni. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2010;8(1):41-47.
12. McGrath S, Charterjee F, Whiteley C, Ostermann M. ICU and 6-month outcome of oncology patients in the intensive care unit. *Q J Med*, 2010; 103:397-403

Boyutları Artmış Fetal Safra Kesesi

Zülfü BİRKAN, Işıl BAŞARA

Harput Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Elazığ

ÖZET:

Amaç: Boyutları artmış safra kesesi sık görülen bir bulgudur. Gebelik yaşı ilerledikçe öngörülebilir oranda boyut artışı gösterir. Boyutları artmış safra kesesi trizomi 13'ün iyi bilinen post-natal karakteridir. Kese boyutlarının artışı kromozomal aneuploidi riskinin göstergesi de olabilir. Gestasyon süresince safra kesesinin gelişimi ve normal boyutlarının değerlendirimi için literatürde birkaç çalışma bildirilmiştir. Bazı araştırmacılar, fetal safra kesesinin, 2. trimesterin erken dönemlerinde değerlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bu dönemde safra kesesinin görüntülenememesi, kistik fibrozis, safra kesesi atrezisi ve bilier atrezi gibi patolojilerin göstergesi olabilir. Bu nedenle özellikle 2. trimesterde, fetal abdominal ve safra kesesi değerlendirimi oldukça önemlidir ve dikkatle yapılması gerekmektedir. Biz bu olgu sunumunda ultrasonografi (US) ünitemize kadın doğum polikliniğinden rutin takip ve ayrıntılı US inceleme amacıyla gönderilen, 21 hafta 3 günlük gebeliği olan, G0P0 olguyu sunduk. Fetal US taraması tamamen normal olan fetusta safra kesesi boyutu artmış olarak değerlendirildi. Fetal safra kesesi boyut artışını ayırıcı tanılarla birlikte literatür eşliğinde değerlendirmeyi amaçladık

Anahtar kelimeler: Fetus; Safra kesesi; Ultrasonografi

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Zülfü Birkan

Yazışma Adresi: Harput Devlet Hastanesi, Radyoloji

Bölümü, İnönü Cad. Elazığ/TÜRKİYE

Telefon : 0 530 320 17 04

E-mail : drzulfubirkan@yahoo.com.tr

ABSTRACT :

Enlarged Fetal Gall Bladder – A Case Report

Summary: Large fetal gall bladder is a usual finding. As the gestational age gets older, it shows a predictable size increase. Large gall bladder is a feature of trisomy 13, may indicate chromosomal aneuploidy risk. There are studies for gall bladder evaluation, development during gestation and normal sizes. Researchers claimed the necessity of gall bladder evaluation in the early 2nd. trimester. At this time, gall bladder non-visualization may indicate pathologies such as cystic fibrosis, gall bladder atresia and biliary atresia. As a result, fetal abdominal and gall bladder evaluations are very important in the 2nd. trimester and should be done carefully. In this case report we represent a 21 weeks 3 days pregnant G0P0 who was sent to ultrasonography (US) unit for routine follow-up, detailed US examination. Fetal US was normal except large gall bladder. We aimed to evaluate fetal gall bladder size increase with the differential diagnosis and the literature.

Keywords: Fetus; Gall bladder; Ultrasonography

GİRİŞ:

İyonizan radyasyon kullanmayan bir yöntem olarak, ultrasonografi (US)'nin gebelerde uygulamaları, modern obstetri ve neonatoloji uygulamalarını büyük ölçüde değiştirmiştir. Modern obstetride US kullanılarak, 5-6. gebelik haftalarından itibaren embriyon ve sonraki dönemde fetus, yakın anatomik izlemde tutu-

labilmekte, yaşla bağdaşmayan yapısal ve bazı kromozomal anomaliler, erkenden teşhis edilip, obstetrik yaklaşım bu bilgilere göre şekillendirilebilmektedir¹. US gebe takibinde antenatal bakımın rutin bir parçası haline gelmiştir. Anomali taramalarının büyük bir kısmı gebeliğin 18-22 haftaları arasında yapılır². Fetal safra kesesi, ultrasonografik olarak en erken gebeliğin 2. trimesterinin ortalarında

saptanabilir³. Antenatal US sırasında safra kesesi genellikle anekoik, eliptik yapıda, intrahepatik umbilikal venin sağ lateralinde yer alan kistik yapı şeklinde görüntülenir. Boyutları artmış safra kesesi sık görülmesine rağmen, gebelik yaşı ilerledikçe boyutu öngörülebilir oranda gelişim gösterir^{4,5}. Fetal safra kesesinin anormal görünümü konjenital malformasyonlarla ilişkili olabileceğinden 2. trimesterin erken evre ve ortalarında kesesinin görüntülenmesi önemlidir³. Boyutları artmış safra kesesi trizomi 13'ün iyi bilinen post-natal karakteridir⁶. Ek olarak, kesenin boyutsal artışı kromozomal aneuploidi riskinin göstergesi de olabilir. Bu nedenden ötürü, gestasyon süresince safra kesesinin gelişimi ve normal boyutlarının değerlendirimi için literatürde birkaç çalışma bildirilmiştir^{4, 5, 7, 8}. Biz bu olgu sunumunda antenatal fetal US taraması tamamen normal olan, 21 hafta 3 günlük fetusta artmış safra kesesi boyutunu ve bu durumu ayırıcı tanılarla birlikte literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

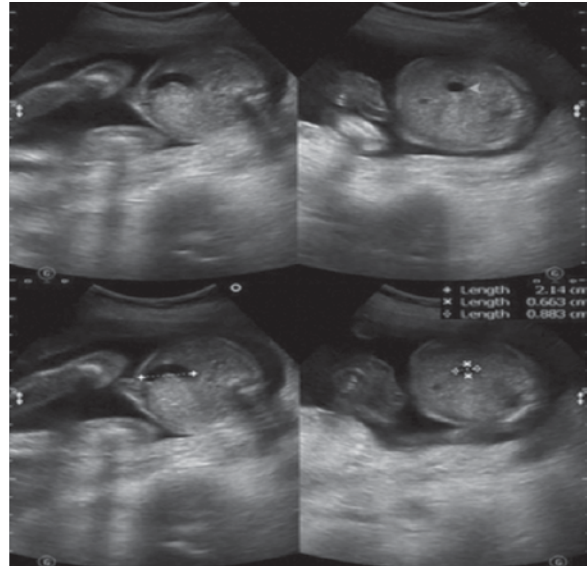
OLGU:

Ekim 2011 tarihinde US ünitemize kadın doğum polikliniğinden rutin takip ve ayrıntılı US değerlendirim amacıyla 31 yaşında, G0P0 kadın olgu yönlendirildi. Değerlendirme US (Philips HD 11, WA USA) cihazı ile, 5-7 MHz konveks proba gerçekleştirildi. Son adetinin ilk günü sorulduğunda net cevap alınmayan olgu, rutin obstetrik US incelemesi ile değerlendirildi. Rutin ayrıntılı incelemede, biparietal çap, abdominal çap, femur uzunluğu ölçüldü. Ek olarak, serebellum, sisterna magna, lateral ventrikül boyutları da ölçüldü. Burun kökü, üst dudak ve damak değerlendirildi. Tüm vertebral aks, karın duvarı olası anomaliler açısından incelendi. Kalpte dört odacık, interventriküler septum izlendi. Abdominal organlar, karaciğer, her iki böbrek ve mesane değerlendirildi. Duktus venozus ve akım paterni incelendi. El ve ayak parmakları sayıldı.

Ölçümlere göre gebelik yaşı, 21 hafta 3 gün olarak saptandı. Tarif edilen tüm ölçümler gebelik haftası ile uyumluydu. Değerlendirilen tüm intrabdominal organlar, kalp, vertebral aks, burun kökü, üst dudak, el ve ayak parmakları olağan olup normal konfigurasy-

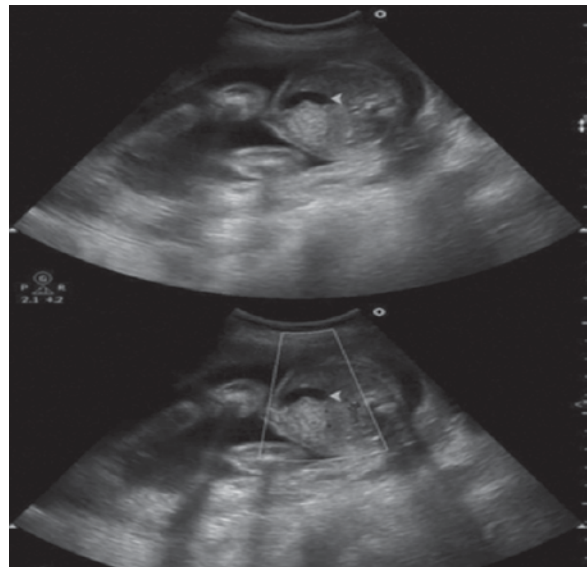
onda değerlendirildi. Duktus venozus akımı normal olup patolojik A dalgası saptanmadı. Abdominal değerlendirmede, karaciğerde, karaciğerin sağ lateraline uyan alanda 21.4x6.63x8.83mm. boyutlarında, anekoik kistik yapı izlendi. Kistik yapı aksiyel imajda eliptik şekilde olup, lümeni içinde belirgin farklı ekoda görünüm saptanmadı (Resim 1).

Resim 1: Fetal abdominal US incelemede, karaciğer sağ letarinde, anekoik kistik görünüm izleniyor (Ok başı). İzlenen kistik yapı boyutları 21.4x6.63x8.83mm. ölçüldü.



Kısa süreli renkli Doppler US (RDUS) inceleme uygulandığında, tarif edilen yapıda herhangi bir renklenme saptanmadı (Resim 2).

Resim 2:Yapılan RDUS incelemede kistik yapıda kanlanma saptanmadı. Yerleşimi, US ve RDUS bulguları ile görünüm boyutları artmış safra kesesi olarak değerlendirildi



Kistik yapının yerleşimi, gri skala US özellikleri, şekli ve RDUS incelemede vaskülariteyi destekleyen bulgu izlenmemesi nedeniyle görünüm boyutları artmış safra kesesi olarak değerlendirildi. Tüm diğer US ve klinik bulguları normal olan olgu rutin izleme alındı.

TARTIŞMA:

Fetal organların gelişimi etnik değişikliklere göre farklılık gösterir. Ancak çevresel ve sosyo-ekonomik faktörler de gelişim farklılıklarında düşünülmelidir 9, 10. Safra kesesi, ekstrahepatik safra yollarına ait bir organdır ve gestasyonun 4. haftasında hepatik divetikülden gelişim gösterir. Kistik kanal ve safra kesesi primordiumu divertikül düzeyinde tomurcuk olarak izlenir¹¹. Beşinci gestasyonel haftanın başlangıcında, ekstrahepatik duktal sistem, safra kesesi, kistik kanal, hepatik kanal, ortak hepatik kanal ve pankreatik kanal ayrılır. Kanal lümeninin yeniden yapılanması 6. haftada başlar. Bu bulgu ortak hepatik kanalla birlikte ve distal yönde yavaşça gelişim devam eder. Bu lümen 7. haftada kistik kanala uzanır ancak safra kesesi 12. haftaya kadar solid olarak kalır¹². Safra, 12. Haftada fetal hepatik hücreler tarafından oluşturulur ve 13. haftada duodonuma safra yolu ile salgılanır¹¹.

Fetal safra kesesi, antenatal US incelemede sıklıkla sıvı dolu, anekoik/hipoekoik, göz yaşı damlası şeklinde, ovoid, yuvarlak ve disk şeklinde izlenir. Transvers incelemede, karaciğerin sol ve sağ lobları arasında olup portal sinüsün sağına paralel konumda yer alır. Nadiren septalı veya bilobüle olabilir^{4, 5}. Bazı araştırmacılar, fetal safra kesesinin, 2. trimesterin erken dönemlerinde değerlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bu dönemde safra kesesinin görüntülenmemesi, kistik fibrozis, safra kesesi atrezisi ve bilier atrezi gibi patolojilerin göstergesi olabilir^{13, 14}. Yaptıkları çalışmada gestasyon sırasında safra kesesinin görüntülenmemesinin önemi belirtmiş olmalarına karşın Hertzberg ve ark. 2. trimesterde görüntüleme ile ilgili gerekliliğin olmadığını belirtmişlerdir¹⁵. Bu çalışmada, incelemeye aldıkları 24-32. haftalarında olan gebelerin yaklaşık %5'inde safra kesesi net olarak vizualize edilememiştir. Ancak gebelik sonuçta

bu olguların tümünde anomali saptanmamış ve gebelik normal bulgularla sonuçlanmış. Moon ve ark.'nın yaptığı diğer bir çalışmada 16-34. haftalarında değerlendirilen gebelerin %6.8'inde, Hertzberg ve ark.'nın çalışmaları ile benzere bulgulara rastlanmış⁷. Ayrıca ilerlemiş gebelik haftalarında (35 haftadan sonra), teknik nedenlerden veya safra kesesi kontraktibilitesinin artmasına bağlı olarak kese görüntülenmesi zorlaşabilir^{15, 16}.

Hertzberg ve ark. yaptıkları diğer bir çalışmada, antenatal US inceleme ile değerlendirilen artmış safra kesesi boyutlarının aneploidi ve bilier sistem anomalileri ile birlikteliğini değerlendirmişlerdi. Çalışmalarında 2. ve 3. trimesterde olan 775 fetusu US ile değerlendirmişler. Çalışmalarına dahil ettikleri tüm fetuslarda safra kesesinin maksimum boyutta olduğu kesitten ölçüm yapılmıştır. Elde edilen bulgular fetusun gestasyonel yaşına göre tanımlanmış normal bulgularla karşılaştırılmış. Bu bulgularla genişlemiş safra kesesi bulguları olan fetuslar izleme alınmış. Fetüslerin 43'ünde safra kesesi boyutlarının arttığı gözlenmiş. Bu fetüslerin 39'u doğuma kadar izlenmiş ve 38'inde postpartum bulgular normal olarak izlenmiş. Sadece 1 fetusta sonradan spontan olarak kapanmış izole ventriküler septal defekt izlenmiş. Onlar bu çalışma sonunda antenatal US bakıda genişlemiş safra kesesi olan olguların bu bulgusu ile kromozomal aneploidi veya bilier sistem anomaliler arasında belirgin artmış risk olmadığı sonucuna ulaşmışlardır¹⁷. Bizim olgumuzda da safra kesesi boyutları gestasyonel yaşına göre artmış izlendi. Ancak ayrıntılı antenatal US bakıda tüm bulgular normaldi ve belirgin klinik bulgu yoktu. Gebelik sonuna kadar takibe alınan gebenin bu bulgusu literatürle uyumlu olarak değerlendirildi. Safra kesesi boyutlarının gestasyonel yaşa göre değerlendirilmesi ile ilgili literatürde farklı çalışmalar yapılmıştır^{4, 5, 7, 8}. Moon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 20-22. haftalarda, safra kesesi uzunluğu 15.0 ± 3.4 mm., yüksekliği 3.8 ± 1.0 mm., genişliği 4.2 ± 1.1 olarak ölçülmüş⁷. Bizim olgumuzda kese uzunluğu, 21.4mm., yüksekliği 6.63mm. ve genişliği 8.83mm. ölçüldü. Bulgularımız literatür değerleri ile karşılaştırıldığında kese boyutları artmış olarak değerlendirildi.

Genişlemiş safra kesesinin ayırıcı tanısında normal umbilikal ven, umbilikal venin variköz genişlemesi ve normal bir varyant olan bulböz portal ven sayılabilir. US incelemede umbilikal ven, tübüler görünümündedir ve fetal abdominal duvarın santraline doğru girer. RDUS incelemede akım paterni izlenir. Umbilikal ven varisi daha çok gelişimsel bir anomalidir. Tanı genellikle 21-34. haftalar arasında ağırlıkta olmak üzere 2. ve 3. trimesterde konmaktadır. Tipik sonografik görünümü karaciğer inferior kısmı ile anterior abdominal duvar arasında lokalize kraniokaudal uzanan kist benzeri kitle şeklindedir¹⁸.

Özellikle 2. trimesterde prenatal US incelemede, abdominal değerlendirim dikkatli yapılmalıdır. Abdominal inceleme sırasında safra kesesi dikkatle değerlendirilmelidir. Kesenin varlığı ve boyutları mutlaka incelenmeli, kistik fibrozis, safra kesesi atrezisi ve bilier atrezi gibi anomaliler akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Özbek SS. *Günümüzde tıbbi ultrasonografi. Klinik Gelişim Dergisi* 2010; 23:45-51.
2. Şimşek M. *Fetal anomaliler: Fetal detaylı ultrasonografi-düşük risk ve yüksek risk Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* 2011; 4:38-41.
3. Hata K., Aoki S., Hata T., Murao F., Kitao M. *Ultrasonografic identification os fetal gall bladder in utero. Gynecol. Obstet. Invest.*, 1987; 23:79-83.
4. Chan L, Rao BK, Jiang Y, Endicott B, Wapner RJ, Reece EA. *Fetal gallbladder growth and development during gestation. J Ultrasound Med* 1995;14:421-425
5. Goldstein I, Tamir A, Weisman A, Jakobi P, Copel JA. *Growth of the fetal gall bladder in normal pregnancies. Ultrasound Obstet Gynecol* 1994;4:289-293
6. Jones KL. *Chromosomal abnormality syndrome. In: Jones KL, eds. Smith's recognizable patterns of human malformations. Philadelphia: Saunders, 1988:10-25-*
7. Moon MH, Cho JY, Kim JH, Lee YH, Jung SI, Lee MS, Cho HC. *In utero development of the fetal gall bladder in the Korean population. Korean J Radiol.* 2008; 9:54-58.
8. Albay S, Malas MA, Koyuncu E, Evcil EH. *Morphometry of the gallbladder during the fetal period. Surg Radiol Anat.* 2010; 32:363-369.
9. Bromley B, Frigoletto FD Jr, Harlow BL, Evans JK, Benacerraf BR. *Biometric measurements in fetuses of different race and gender. Ultrasound Obstet Gynecol* 1993;3:395-402
10. Moon MH, Cho JY, Lee YM, Lee YH, Yang JH, Kim MY, et al. *Nasal bone length at 11-14 weeks of pregnancy in the Korean population. Prenat Diagn* 2006;26:524-527.
11. Moore, K.L. (1982) *The Developing Human. 2nd edn. W.B.Saunders, Philadelphia, pp. 227-254*
12. Gray, S.W. and Skandalakis, J.E. (1972) *Embryology for Surgeons. W.B.Saunders, Philadelphia, pp. 229-262.*
13. Bronshtein M, Weiner Z, Abramovici H, Filmar S, Erlik Y, Blumenfeld Z. *Prenatal diagnosis of gall bladder anomalies— report of 17 cases. Prenat Diagn* 1993;13:851-861.
14. Duchatel F, Muller F, Oury JF, Mennesson B, Boue J, Boue A. *Prenatal diagnosis of cystic fibrosis: ultrasonography of the gallbladder at 17-19 weeks of gestation. Fetal Diagn Ther* 1993; 8:28-36.
15. Hertzberg BS, Kliewer MA, Maynor C, McNally PJ, Bowie JD, Kay HH, et al. *Nonvisualization of the fetal gallbladder: frequency and prognostic importance. Radiology* 1996;199:679- 682
16. Tanaka Y, Senoh D, Hata T. *Is there a human fetal gallbladder contractility during pregnancy? Hum Reprod* 2000; 15:1400- 1402.
17. B S Hertzberg, M A Kliewer, J D Bowie, P J McNally *Enlarged fetal gallbladder: prognostic importance for aneuploidy or biliary abnormality at antenatal US. Radiology.* 1998; 208:795-798.
18. Valsky DV, Rosenak D, Hochner-Celnikier D, et al. *Adverse outcome of isolated fetal intraabdominal umbilical vein varix despite close monitoring. Prenat Diagn* 2004; 24:451-454.

Çocuklarda Hepatit A Seropozitivitesi ve Sosyoekonomik Faktörlerle İlişkisi

Abdulkadir BOZAYKUT, Vildan AKCAN, Rabia Gönül SEZER, Cem PAKETÇİ,
Lale PULAT SEREN, Ahu PAKETÇİ

Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Süt Çocuğu Kliniği,

ÖZET:

Amaç: Bu çalışmanın amacı, 2-18 yaş arasındaki çocuklarda Hepatit A Virüs (HAV) seropozitivitesini belirlemek ve sosyoekonomik faktörlerle ilişkisini saptamaktır

Gereç ve yöntemler: Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri'ne başvuran ve Hepatit A aşısı yapılmamış olan 2-18 yaş arası toplam 400 çocuk çalışmaya dahil edildi. Ailelerin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan bir anket dolduruldu. Anti-HAV Ig G düzeyi ELISA yöntemi ile çalışıldı.

Sonuç: 2-18 yaş arası çocuklarda HAV seropozitivitesi % 12,5 olarak saptandı. HAV seropozitivitesi ile sosyoekonomik düzey, sarılık geçirme öyküsü ve 6 yaş altında okul öncesi eğitime gidiyor olmak ile anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

Tartışma: çalışmalardan oldukça düşük düzeyde tespit ettik. Bu durum ülkemizde HAV seroprevalansının ileri yaşlara kaymakta olduğunu düşündürmüştür. Bu nedenle adolesan ve genç erişkinler semptomatik HAV enfeksiyonu için risk altında olacağından, ayrıca ülkemiz hala orta endemisite pateni gösterdiğinden, Sağlık Bakanlığı'nın çocuklara rutin Hepatit A aşısı uygulamasına başlamasıyla gelecekte olabilecek epidemik riskinin azalacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Hepatit A, seropozitivite, sosyoekonomik düzey, HAV IgG

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Dr. Rabia Gönül Sezer

Yazışma Adresi: Zeynep Kamil Hastanesi. Arakiyeci
Hacı Mehmet Mah. Op. Dr. Burhanettin Üstünel Caddesi.
34668 Üsküdar, İstanbul, Türkiye

E-mail : rabiagonul@hotmail.com

Telefon : +902163910680-1434

ABSTRACT :

The Seropositivity of Hepatitis A in Children and its Relationship with Socioeconomic Factors

Aims: The purpose of this study was to determine the seropositivity of Hepatitis A virus (HAV) in children between the ages of 2-18 and to establish the relationship of socioeconomic factors.

Material and methods: A total of 400 children, from the pediatric clinics of Zeynep Kamil Maternity and Children's Diseases Training and Research State Hospital, between the ages of 2-18 who were not vaccinated with Hepatitis A vaccine were included in the study. A survey about the sociodemographic characteristics of families was performed. Anti-HAV Ig G level was determined with the method of ELISA.

Results: The anti-HAV seropositivity was 12.5 % in children between the ages of 2-18. There was a statistically significant relationship between HAV seropositivity and socioeconomic level, history of jaundice, having preschool education under the age of 6 ($p<0,05$).

Discussion: We have found a lower seropositivity rate compared to other national studies. This situation in our country made us think that the age of first contact with HAV is increasing. Therefore, there is a high risk for symptomatic HAV infection in adolescents and young adults, also because our country is in middle endemism area, the starting of the routine hepatitis A vaccination programme by Ministry of Health will decrease the risk of future epidemics.

Keywords: Hepatitis A, seropositivity, socioeconomic level, HAV IgG

GİRİŞ:

Hepatit A, tüm dünyada yaygın olarak görülen, özellikle geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağında geçirilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Çocukluk çağında

asemptomatik geçirme oranı yüksek iken, yaş ilerledikçe semptomatik seyir sıklığı ve fulminan hepatit gibi komplikasyonların görülme ihtimali yükselir (1,2).

Hijyen koşullarının iyi olmadığı, kişilerin eğitim ve ekonomik düzeylerinin kötü

olduğu, su kaynaklarının ve alt yapılarının iyi olmadığı toplumlarda sık görülür. Hepatit A enfeksiyonunun yüksek endemik olduğu bölgelerde yaşayan 10 yaşından küçük çocukların % 90'ından fazlası bu virüsle karşılaşmıştır (3,4).

Bir toplumda hepatit A gibi geniş kitleleri ilgilendiren, önemli morbidite ve mortaliteye sebep olan bir hastalıkta koruyucu önlemleri belirlemek için, hastalığın o toplumdaki seropozitivite oranının bilinmesi ve yıllar içindeki değişimin belirlenmesi önemlidir (1). Çocukluk çağına enfeksiyonun belirtisiz geçirilmesi veya genellikle hekime başvurmayı düşündürmeyecek şekilde hafif ateş, halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık gibi semptomlarla seyretmesi nedeniyle gerçek prevalansın belirlenmesi güç olabilmektedir (5,6).

Biz bu çalışmada; 1) İstanbul'da, hastanemize başvuran 2-18 yaş arası çocuklarda, hepatit A Ig G pozitivite oranını saptamayı, 2) Çeşitli sosyal ve ekonomik faktörlerle ilişkisini belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM:

Çalışma Kasım 2010- Mart 2011 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran 2-18 yaşları arasındaki 400 olguda gerçekleştirildi. Çalışmaya çeşitli sebeplerle polikliniğimize başvuran, hepatit A aşısı yapılmamış olan olgular dahil edildi. Çalışma hususunda aileler bilgilendirildi, çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülere, gönüllü olur izni alındıktan sonra, anket formu dolduruldu. Çalışmamıza katılan hastaların isimleri, yaşları, cinsiyetleri, yaşadıkları ilçe, anne eğitim düzeyi (ilkokulu bitirmemiş-ilkokul mezunu-ortaokul mezunu-lise mezunu-üniversite mezunu), baba eğitim düzeyi (ilkokulu bitirmemiş-ilkokul mezunu-ortaokul mezunu-lise mezunu-üniversite mezunu), ortalama aylık gelirleri (500 TL ve altı- 500-1000 TL- 1000-2000 TL- 2000 TL ve üstü), yaşadıkları evin kaç odalı olduğu (3 ve az- 4 ve fazla), evde kaç kişi yaşadıkları (4 ve az-5 ve fazla), içme suyu olarak ne kullandıkları (ruhsatlı kaynak suyu-arıtma cihazı ile arıtılmış su- şebeke suyu-diğer),

çocuğun okula gidip gitmediği sorularak standart bir forma kaydedildi. Çalışmamıza katılan çocukları anne-baba eğitim düzeyi, aylık ortalama gelir düzeyi ve hane özellikleri ile ilgili soruları puanlayarak sosyoekonomik düzey (SED) açısından düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırdık. Bu gruplamayı yaparken anne ve baba eğitim düzeyinde; ilkokulu bitirmemiş olanlara 0, ilkokul mezunu olanlara 1, ortaokul mezunu olanlara 2, lise mezunu olanlara 3 ve üniversite mezunu olanlara 4 değeri verildi. Aylık ortalama gelir düzeyi için; 500 TL ve altında olanlara 1, 500-1000 TL arasında olanlara 2, 1000-2000 TL arasında olanlara 3, 2000 TL ve üzerinde olanlara 4 değeri verildi. Evinde 3 ve daha az odası olanlara 1, 4 ve daha fazla odası olanlara 2, 4 veya daha az kişi yaşayanlara 2, 5 veya daha fazla kişi yaşayanlara 1 değeri verildi. Toplam değeri 3-5 arasında olanları düşük SED, 6-11 değer arasında olanları orta SED, 12-16 değer arasında olanları yüksek SED olarak değerlendirildi.

Çalışmaya katılan çocuklardan kuru tüpe 1-2cc kan alındı. Alınan kan örneklerinde anti- HAV IgG serolojisi LIAISON cihazında DIASORIN kiti kullanılarak çalışıldı. Anti-HAV IgG pozitif cut off değeri 0,9 olarak kabul edildi. Bu çalışma hastanemiz etik kurulunca değerlendirilip, onaylandı. Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı 15.0 versiyonu kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra gruplar arası verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare test ve Fisher exact test kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde kabul edilerek değerlendirildi.

SONUÇLAR:

Çalışmaya 2-18 yaş arası toplam 400 çocuk dahil edildi. Çalışmaya katılan çocukların %12,5'inde (n=50) anti-HAV IgG pozitif bulundu. Çalışmaya alınan çocukların %51,3'ü (n=205) kız, %48,8'i (n=195) erkek idi. Kız ve erkek çocuklar arasında yaş dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$). Anti-HAV IgG pozitifliği kız çocuklarda %11,7

(n=24) ve erkek çocuklarda %13,3 (n=26) olup kız ve erkek çocuklar arasında anti-HAV IgG pozitifliği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Annenin ve babanın eğitim durumuna, yaş gruplarına, okula gitme durumuna, hane halkı ve hanedeki oda sayısına, içme suyu kaynağı, anne ve baba eğitim düzeyi göre anti-HAV IgG pozitifliği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 1)

Tablo1: : 2-18 yaş arası çocukların yaş gruplarına, Sosyoekonomik düzeye (SED), okula gitme durumuna, hane halkı ve hanedeki oda sayısına, içme suyu kaynağı, anne ve baba eğitim düzeyi ve sarılık hikayesine göre anti-HAV IgG pozitifliğinin dağılımı

	anti-HAV IgG (-)		anti-HAV IgG (+)		p
	n	%	n	%	
Yaş (yıl)					0,335
2-6	142	87,7	20	12,3	
6-10	133	89,9	15	10,1	
11-18	75	83,3	15	16,7	
Okula gitme					0,066
yok	153	91,1	15	8,9	
var	197	84,9	35	15,1	
SED					0,0001
düşük	16	64,0	9	36,0	
orta	285	90,2	31	9,8	
yüksek	49	83,1	10	16,9	
Hane halkı sayısı					0,877
4 ve daha az	214	87,7	30	12,3	
5 ve daha fazla	136	87,2	20	12,8	
Hanede oda sayısı					0,809
3 ve daha az	237	87,8	33	12,2	
4 ve daha fazla	113	86,9	17	13,1	
İçme suyu kaynağı					0,413
şebeke suyu	70	84,3	13	15,7	
ruhsatlı kaynak suyu	213	86,9	32	13,1	
arıtma cihazı	27	93,1	2	6,9	
diğer	40	93,0	3	7,0	
Sarılık hikayesi					0,001
yok	347	99,1	45	90,0	
var	3	0,9	5	10,0	
Anne eğitim					0,054
okuma yazma yok	24	82,8	5	17,2	
ilkokul	209	88,9	26	11,1	
ortaokul	39	92,9	3	7,1	
lise	66	86,8	10	13,2	
üniversite	12	66,7	6	33,3	
Baba eğitim					0,214
okuma yazma yok	8	72,7	3	27,3	
ilkokul	166	86,9	25	13,1	
ortaokul	57	89,1	7	10,9	
lise	102	91,1	10	8,9	
üniversite	17	77,3	5	22,7	

Çalışmaya alınan çocuklar tırnak temizliğine göre incelendiğinde temiz tırnakları olan çocukların %12,1'inde (n=39), kirli tırnakları olan çocukların ise %14,3'ünde (n=11) anti-HAV IgG pozitifliği olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Altı yaşından küçük çocuklar, okul öncesi eğitime gidenler ve gitmeyenler olarak

2 gruba ayrıldı ve anti-HAV IgG pozitifliği bakımından karşılaştırıldı. Altı yaşından küçük okula giden çocuklarda anti-HAV IgG pozitifliği, okula gitmeyen çocuklara göre anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($p<0,05$) (Tablo 2).

Tablo1: : Çalışmamıza alınan 6 yaş altı çocuklarda okul öncesi eğitime gidenler ve gitmeyenlerin anti-HAV IgG pozitifliğinin karşılaştırılması

	anti-HAV IgG (-)		anti-HAV IgG (+)		p
	n	%	n	%	
okul öncesi eğitime gitme					0,027
var	15	10,6	6	30,0	
yok	127	89,4	14	70,0	

TARTIŞMA:

Biz çalışmada 2-18 yaş arasında Hepatit A seropozitivitesini %12,5 olarak saptandı. Ülkemizin değişik bölgelerinde, çocukluk yaş gruplarında yapılmış çalışmalarda ortalama HAV seroprevalansı % 23,5 ile % 79,3 arasında bildirilmiştir (7,8). Kaya ve ark.'nın 2003 yılında, Düzce'de, 6 ay-17 yaş aralığındaki çocukları dahil ettikleri çalışmada Hepatit A seroprevalansı % 63,8 olarak bulunmuştur (9). 2005'de, Hakkari'de, 0-14 yaş arasındaki çocukların dahil edildiği çalışmada, HAV seroprevalansı % 62,98 olarak saptanmıştır (10). Arabacı ve ark.'nın 2006-2007 yıllarında, Çanakkale'de yürüttükleri, 0-21 yaş grubunu değerlendirdikleri çalışmada, HAV seroprevalansı 0-6 yaş grubunda % 49, 7-11 yaş grubunda % 54, 12-16 yaş grubunda % 60,5, 17-21 yaş grubunda % 61,4 olarak bulunmuştur (11). Bizim çalışmamızda saptadığımız oran, bugüne kadar ülkemizin değişik şehirlerinde ve İstanbul'da yapılmış çalışmalarda bulunanlardan daha düşük bir orandadır. Seropozitivitenin böyle geniş bir aralıkta değişkenlik göstermesi, çalışma yapılan bölgelerin sosyoekonomik koşullarının, beslenme alışkanlıklarının, içme suyu kaynaklarının, sanitasyon koşullarının farklı olmasından kaynaklanabileceği gibi, ülkemizdeki epidemiyolojik kaymadan dolayı Hepatit A'nın çocukluk çağına daha seyrek geçiriliyor olmasına da bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

HAV seropozitifliğini düşük SED grubunda %36, orta SED olan grubunda % 9,8 ve yüksek SED grubunda %16,9 olarak tespit edildi.

Benzer şekilde Altınkaynak ve ark. yaptıkları çalışmada sosyoekonomik durumu iyi olan ailelerin çocuklarında HAV seroprevalansını % 40, orta olanlarda % 32,4, kötü olanlarda % 60,6, çok kötü olanlarda ise % 72,6 olarak tespit etmişlerdir (12). Yapıcıoğlu ve ark. ise düşük SED grubunda HAV seropozitifliğini % 53,6, orta SED grubunda % 48,2, yüksek SED grubunda ise % 26,6 olarak tespit etmişlerdir (13).

Bizim toplumumuzda içme suyu olarak en fazla ruhsatlı kaynak suyu tercih edilirken (% 61,2), Zago-Gomez ve ark.'nın çalışma yaptığı popülasyonda, toplumun her düzeyinden insanın değişen oranda su filtresi kullandığı, bu oranın sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kesimde % 100'e ulaştığı görülmektedir (14). Raharimanga ve ark.'nın çalışmasında ise, çalışmaya alınan popülasyonun % 54,3'ünün ortak kullanılan çeşmelerden içme suyu sağladığı, % 39,1'inin şişelenmiş su veya çeşme suyu kullandığı, % 6,6'sının ise suyunu nehirlerden ve kaynaklardan elde ettiği saptanmıştır (15). Ülkelere ve bölgelere göre içme suyu için kullanılan kaynaklar oldukça değişkenlik göstermektedir. Burada dikkat çekilmesi gereken bir nokta da, HAV açısından yüksek endemik bölgelerde yapılan çalışmalarda, kirli içme suyu kaynağı olarak sınıflandırılan kaynakların, gelişmiş ülkelerde içme suyu kaynağı olarak zaten kullanılmadığıdır. Bu durum, neden bu ülkelerde HAV'ın yayılımını önlemek için öncelik verilmesi gereken noktanın temiz su kaynaklarına ulaşım olduğuna açıklık getirmektedir. Kullanılan içme suyu ile HAV seroprevalansı arasındaki ilişkiyi değerlendirirken, çalışmanın yapıldığı bölgedeki sanitasyon koşullarının da göz önünde bulundurulması gerekir. Örneğin Erzurum'da şebeke suyu kullananlarla, musluk suyu dışı su kullananlar arasında göze çarpan istatistiksel olarak anlamlı fark, çalışmamızda ve Tanır ve ark.'nın Ankara'da yaptığı çalışmada izlenmemiştir (12,16). Şebeke sularının her üç bölgede de güvenilir olmasının yanı sıra, İstanbul ve Ankara gibi büyük şehirlerde alt yapı ve kanalizasyon sorunlarının daha iyi çözümlenmiş olmasına bağlı olarak, yer altı su kaynaklarının daha az kontamine olduğu sonucuna varılabilir.

Bizim sonuçlarımıza benzer şekilde Markus ve ark.'nın çalışmasında okula gitmeyen çocuklarda HAV seroprevalansı % 3 iken, anaokulu veya kreşe giden çocuklarda % 10,4, ilköğretim öğrencisi olan çocuklarda ise % 27,6 olarak bulunmuştur (17). Tanır ve ark.'nın çalışmasında okula gitmeyen çocuklarda HAV seroprevalansı % 33,1 iken, okula giden çocuklarda % 53,6 olarak, anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (16). Okula giden çocuklarda HAV seroprevalansının yüksek olması, yaşın büyüyor olması ve kalabalık ortamda bulaşın daha kolay olması ile açıklanabilir. 6 yaş altındaki çocuklarda, okula gitmeyle birlikte HAV seroprevalansında istatistiksel olarak anlamlı bir artış tespit edilmesi ise, bu yaş grubundaki çocukların okulda kişisel hijyen önlemlerine daha az dikkat ettiğini düşündürmektedir. Tanır ve ark.'nın çalışmasında, bizim çalışma sonucumuza benzer şekilde, sarılık öyküsü olmayanlarda HAV seropozitifliği % 40,3 iken, sarılık öyküsü olanlarda % 78,3 olarak, istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0.001$) (16). Altınkaynak ve ark.'nın çalışmasında da sarılık öyküsü olanlarda HAV seropozitifliği (% 84), sarılık öyküsü olmayanlara (% 58,2) göre yüksek saptanmıştır (12). Bununla birlikte, anti-HAV IgG'si pozitif saptanan çocukların sadece % 10'unda sarılık hikayesi vardı. Bu da çocukluk çağında akut hepatit A'nın büyük oranda asemptomatik geçirildiği bilgisini desteklemektedir. Adolesan ve genç erişkinler semptomatik HAV enfeksiyonu için risk altında olduğundan, ayrıca ülkemiz hala orta endemisite paterni gösterdiğinden, Sağlık Bakanlığı'nın çocuklara rutin Hepatit A aşı uygulamasına başlamasıyla birlikte epidemi riskinin azalacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Curry MP, Chopra S. Acute Viral Hepatitis. Ed: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. Sixth edition, Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005:1426-1440.
2. Aygen B. Hepatit A Virüsü. Ed: Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M: İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi Cilt I., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002: 1340-1349.

3. Hollinger FB, Ticehurst JR. Hepatitis A virus. In: Fields BN, Knipe DM, and Howley PM, Eds *Fields Virology*, 3rd ed. Philadelphia, Lippincott – Raven, 1996:735-782.
4. Viral Hepatitis Prevention Board. News from the VHPB meeting in St. Julians, Malta. *Viral Hepatitis*, 1997; 6, 1997, 6, <http://hgins.uia.ac.be/esoc/VHPB/maltatxt.html>.
5. Borkowsky W, Krugman S. Viral Hepatitis: A, B, C, D, E, and Newer Hepatitis Agents. In: Gershon AA, Hotez PJ, Katz SL, editors. *Krugman's Infectious Disease of Children*. 11 ed. Philadelphia, Pennsylvania: Mosby, Inc.; 2004. s. 817-855.
6. Mıstık R. Türkiye'de viral hepatit epidemiyolojisi - Yayınların irdelenmesi. In: Tabak F, Balık İ, Tekeli E, editors. *Viral Hepatit 2007*. 1. basım. İstanbul: Viral Hepatit Savaşım Derneği; 2005. s. 9-51.
7. Kanra G, Tezcan S, Badur S; Turkish National Study Team: Hepatitis A seroprevalence in a random sample of the Turkish population by simultaneous EPI cluster and comparison with surveys in Turkey. *Turk J Pediatr* 2002; 44:204-210.
8. Şahin Y, Aydın D. Gaziantep'te yaşayan çocuklarda hepatit A virüsü seroprevalansı. *Sendrom Dergisi*, 2005;17:70-72.
9. Kaya AD, Ozturk CE, Yavuz T, Ozaydin C, Bahcebasi T. Changing patterns of hepatitis A and E sero-prevalences in children after the 1999 earthquakes in Duzce, Turkey. *J Pediatr Child Health*. 2008;44:205-7.
10. Tekay F. Hakkari Devlet Hastanesinde Basvuran 0-14 yas grubu çocuklarda Hepatit A sıklığı. *Dicle Tıp Dergisi* 2006;33:245-247.
11. Arabacı F, Oldacay M. Çanakkale yöresinde çeşitli yas gruplarında Hepatit A seroprevalansı ve akut hepatitli olgularda Hepatit A sıklığı. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi* 2009; 3:58-61.
12. Altınkaynak S, Selimoğlu MA, Ertekin V, Kılıçaslan B. Gelişmekte Olan Bir Ülkede Çocukluk Çağında Hepatit A Seroprevalansını Etkileyen Epidemiyolojik Faktörler. *The Eurasian Journal of Medicine* 2008;40:25-28.
13. Yapicioglu H, Alhan E, Bozdemir N, Yaman A, Çetiner S. Prevalence of hepatitis A in children and adolescents in Adana, Turkey. *Indian Pediatrics* 2002;39:936-941.
14. Zago-Gomez MP, Stantolin GC, Perazzio S, Aikawa KH, Gonçalves CS, Pereira FE. Prevalence of hepatitis A antibodies in children of different socioeconomic conditions in Vila Velha, ES. *Rev Soc Bras Med Trop* 2005;38:285-9.
15. Raharimanga V, Carod JF, Ramarokoto CE, Chretien JB, Rakotomanana F, Talarmin A, Richard V. Age-specific seroprevalence of hepatitis A in Antananarivo (Madagascar). *BMC Infect Dis*.2008;8:78.
16. Tanır G, Kılıçaslan F, Göl N, Arslan Z. Age-specific seroprevalence and associated risk factors for Hepatitis A in children in Ankara, Turkey. *J Ankara Medical School* 2003;25:81-88.
17. Markus JR, Cruz CR, Maluf EM, Tahan TT, Hoffmann MM. Seroprevalence of hepatitis A in children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)* 2011;87:419-24.

İnvaginasyon Sonucu Gelişen Kazanılmış Bir İleojejunal Atrezi Olgusu

Gökmen KURT, Ayşenur CERRAH CELAYİR, Şefik ÇAMAN

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

ÖZET:

Giriş ve amaç: Postnatal dönemde gelişen kazanılmış jejunioleal atreziye ait kayıtlar oldukça azdır. Bu yazımızda 35 günlük kız bebekte invaginasyona ikincil gelişmiş bir ileal atrezi olgusu tartışılmıştır.

Olgu Sunumu: 33 Haftalık gebelik sonrası 1360 gr olarak normal spontan vajinal yolla doğan ikiz eşi kız bebek, ciddi solunum sıkıntısı ve pre-matürite nedeni ile interne edildi. 35. güne kadar enteral beslenen ve kilo alan olgu; aralıklı olarak beslenme intoleransı, safralı drenaj ve karın şişkinliği atakları geçirdiği dönemlerde beslenmesi kesilerek Evre I NEK kabul edilmiştir. 35 günlükken yapılan eksplorasyonda Tip II jejunioleal atrezi ile uyumlu ince barsak içindeki kitlenin histopatolojik incelemesinde Meckel divertikülüünün invaginasyonuna ait nekrotik barsak anısı olduğu tesbit edildi.

Sonuç: İnvaginasyon kitlesinin tamamı distalde atrezik segment içinde olup batında peritonit düşündürülen bulgular olmaması ve atrezi distalinde kullanılmamış kolon görüntüsü olmaması nedeniyle olgumuzun postnatal dönemde Meckel divertikülüünün invaginasyonuna sekonder olarak gelişmiş bir edinsel jejunioleal atrezi olgusu olduğu düşünüldü.

Anahtar kelimeler: İntestinal atrezi, yenidoğan, invaginasyon

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Dr. Gökmen KURT

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

Telefon : 0505 483 70 75

ABSTRACT :

Acquired Jejunioleal Atresia Secondary to Intussusception

Introduction and aim: There are a few records about acquired jejunioleal atresia in the literature. In this article we discussed an ileal atresia case secondary to intussusception.

Case Report: 35 day female patient evaluated for abdominal distention, intermittent feeding intolerance and bilious vomiting. Patient with intestinal obstruction was operated. Intraoperative findings were compatible with type II ileal atresia secondary to intussusception. Meckel's diverticulum was found in the histopathological evaluation of intussuscepted segment.

Conclusion: Perinatal intussusception may cause ileal atresia with aseptic necrosis of intussuscepted segment. This situation is quite rare and there are only a few articles in the literature.

Keywords: Intestinal atresia., newborn, intussusception.

GİRİŞ:

Jejunioleal atrezi olguları, değişik kaynaklara göre 1000 ile 5000 doğumda bir ve her iki cinsiyette eşit sıklıkta bildirilmiştir. Jejunioleal atreziler üç farklı şekilde görülür, en sık karşılaşılan tip, Tip III atrezilerdir. Jejunioleal

atrezilerin etyolojisi ile ilgili en çok kabul gören görüşler rekanalizasyon sorunları ve vasküler kaza teorileridir.

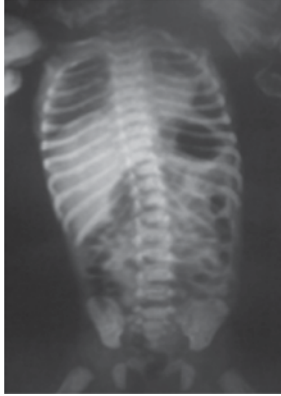
Postnatal döneme ait kazanılmış jejunioleal atreziye ait kayıtlar oldukça azdır. Bu yazımızda 35 günlük kız bebekte invaginasyona ikincil gelişmiş bir ileal atrezi olgusu tartışılmıştır.

OLGU:

33 Haftalık gebelik sonrası 1360 gr olarak normal spontan vajinal yolla doğan ikiz eşi kız bebek, ciddi solunum sıkıntısı ve prematürite nedeni ile hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde entübe edilerek takibe alındı. Ayrıntılı fizik muayenesinde batını rahat olan hastada ek anomali olarak fitizis bulbi ve 2/6 derece kardiak üfürümü mevcuttu. Yatışının ikinci gününde CRP değeri yükselen ve ateşleri olan hastaya vankomisin ve meropenem başlandı. Doğumunun 5. gününde batın distansiyonu, beslenme intoleransı, nazogastrik tüpten partiküllü safralı mayi gelmesi nedeni ile çocuk cerrahisi konsültasyonu yapılan hastada, Evre I nekrotizan enterokolit (NEK) düşünülerek mevcut tedavisinin devamı ve seri grafiler ile takibi planlandı.

Takiplerinde iki gün içinde batın distansiyonu gerileyen ve grafilerde obstüksiyon veya perforasyon bulgusu olmayan hastada anne sütü ile tekrar enteral yolla beslenme başlandı (Resim: 1).

Resim 1 : NEK şüphesi nedeni ile takibi esnasında çekilen ayakta drekt batın grafisinde intestinal obstüksiyon veya perforasyon bulgusu izlenmedi



Yatışının 7. gününde ekstübe edilen hasta antibiyoterapisinin 11. gününde, septik parametreleri gerilediği için intravenöz antibiyotikleri kesildi. Kilo alan ve 1490 gr'a kadar çıkan hastada aralıklı olarak beslenme intoleransları oldu. Fakat atlanan öğünler ve bölünmüş dozlarla hastanın enteral beslenmesine devam edildi.

Bu takipler sırasında gaita çıkışları olağan seyreden hastanın yatışının 23. gününde tekrar genel durumu bozuldu. Septik parametrelerinin pozitifleşmesi üzerine vankomisin,

meropenem ve triflukan üçlüsü ile intravenöz antibiyoterapi başlandı. Sepsis etyolojisinin değerlendirilmesi açısından çekilen akciğer ve batın grafilerinde, barsaklarda gaz distansiyonu dışında intestinal obstüksiyon veya perforasyon bulgusu saptanmadı (Resim: 2)

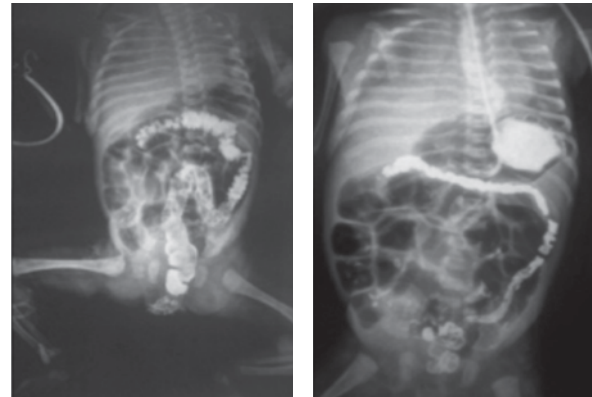
Resim 2 : Yatış ve doğumunun 23.ç gününde septik tarama esnasında çekilen grafi



Düzenlenen antibiyoterapi ile genel durumu iyiye giden, beslenmeye tekrar başlanan ve gaita çıkışları olağan seyreden hastada yatışının ve doğumunun 34. gününde üçüncü defa kusma, batın distansiyonu ve beslenme intoleransı olması üzerine alt ve üst pasaj grafileri çekildi.

Alt pasaj grafisinde rektum ve sigmoid kolon olağan izlendi. İnen kolon, transvers ve çıkan kolonda da patolojik radyolojik bulgu saptanmadı. Fakat hastanın ertesi gün çekilen retansiyon grafilerinde halen opakt maddenin sebat ettiği, barsak boşalımının olmadığı görüldü. (Resim: 3).

Resim 3 -4 : Alt ve üst pasaj grafileri



Üst pasaj grafisinde 1. saatte baryumun jejunuma geçmesine rağmen ilerleyen saatlerde mide boşalımının olmadığı, pasajın oldukça gecikmiş olduğu izlendi. Bu esnada hastanın

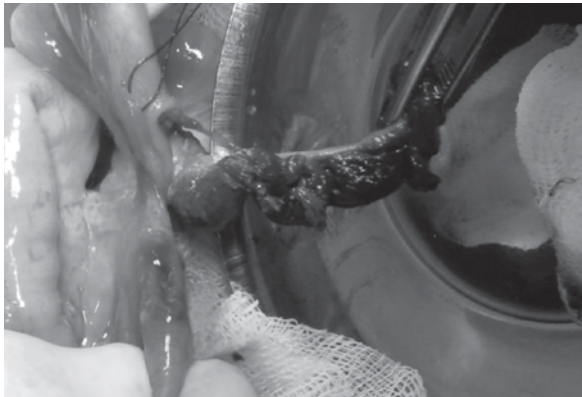
batın distansiyonunun ilerlemesi ve nazogastrik tüpten safıralı materyal gelişinin devam etmesi nedeniyle, hastaya laparotomi yapılması kararı verildi. Göbek üstü sağ transvers kesi ile yapılan batın eksplorasyonunda; batın içinde serbest sıvı veya gaita bulaşı izlenmedi. Jejunal anslar genişlemiş ve Trietz ligamanından 90 cm distalde, çekumdan 30 cm proksimalde, ileal bir tıkanıklık olduğu; bu tıkanıklığın distalinde 5 cm uzunluğunda lümen içinde bir kitle olduğu görüldü. Tıkalı segmentin ince fibröz yapışıklıkları giderildiğinde ileumun kesintiye uğradığı, atrezik iki uç arasında ince bir fibröz bant olduğu görüldü(Resim 5).

Resim 5 : Atrezik segmentin peroperatif görüntüsü



Bölgede mekonyum bulaşı yoktu ve serozalar olağan görünümündeydi. Distal atrezik uç içinde palpe edilen kitle, distal atrezik uç açılarak dışarı alındı. Distal atrezik uçtan çıkarılan siyah yeşil renkli materyalin tubuler bir yapıda olduğu izlendi (Resim: 6).

Resim 5 : distal atrezik uç lümeninden çıkarılan nekrotik doku materyali



Ardından proksimal ve distal atrezik uçlar hazırlanarak ucucu barsak anastomozu yapıldı. Distalden çıkarılan nekrotik materyal ve her iki atrezik ucun patolojik değerlendirmesinde;

nekrotik materyalin iskemiye uğramış Meckel divertikülü ve ince barsak segmentine ait olduğu rapor edildi. Hasta postoperatif 7. gününde beslendi, gaita çıkışları olağan seyreden ve beslenmesi düzenlenen hasta tekrar prematürite ve devam eden solunum sıkıntıları nedeni ile Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine ileri bakımı için devredildi. Hastanın ikiz eşi sorunsuzdu. Hastanın uzun dönem takibinde 3 aylık iken sepsis ve solunum yetersizliği nedeniyle kaybedildiği yoğun bakım ekibinden öğrenildi.

TARTIŞMA:

İntestinal atrezilerin intrauterin dönemde gelişimine ilişkin çeşitli teoriler ileri sürülmüştür. Günümüzde en çok kabul gören etiyolojik teoriler; proksimalde (pilor, duodenum) rekanalizasyon sorunları, distalde (jejunum, ileum) ise vasküler kazalar, volvulus, internal herni nedeniyle obstrüksiyon, barsakların fizyolojik herniasyonu ve karın içine redüksiyonu esnasında umbilikus hattındaki kazalar, multiple atreziler için de emboli sağanağı sorumlu tutulmuştur(1) . Yine intrauterin dönemde gelişen invajinasyonun da nekroz ve aseptik rezorpsiyon sonrası atrezi ile sonuçlanabileceği belirtilmektedir(2). Beklenildiği üzere invajinasyon etyolojisinde rol alan meckel divertikülü, polipler ve motilite bozuklukları atrezi ile sonuçlanabilecek tabloları hazırlayabilir. Bununla ilgili 42 intestinal atrezi olgusunun incelendiği Japonya’ dan bir seride, 11 olguda intrauterin invajinasyon ve bunların da 2 sinde polipoid lezyonların tetiklediği invajinasyon olduğu gösterilmiştir(3). Ülkemizden de 2003 yılında yayınlanmış, intrauterin invajinasyonun meckel divertikülü nedeni ile oluştuğu ve ileal atrezi ile sonuçlandığı bir olgu bildirilmiştir(4).

İnvajinasyondan intestinal atrezi oluşana kadar geçen süreçte; dolaşım bozukluğu, iskemi ve daha sonra nekroza gitmiş segmentin aseptik rezorpsiyonu ile patolojinin oluştuğu düşünülür. Hatta bu süreçte, intestinal devamlılığın, oluşan ileoileal bir fistülle sağlandığı da görülmüştür(5). Ayrıca 2001 yılında yine Japonya’ dan bir makalede nekrotizan enterokolit(NEK) atağı sonrası perforasyon bulguları oluşan olgunun batın

eksplorasyonunda, NEK ten etkilenen segmentte ileoileal bir invajinasyon olduğu belirtilmiştir(6). Görüldüğü gibi yenidoğan invajinasyonlarında hazırlayıcı faktörlerin çeşitliliği, invajinasyonun ne şekilde sonuçlanacağını belirliyor olabilir. Yapılan hayvan deneylerinde intrauterin dönemde mezenterik damarların bağlanarak intestinal atrezi oluşturulabildiği gösterilmiştir(1). Fakat böyle bir kazaya maruz kalan barsak segmentinin oluşan dolaşım bozukluğu sonrası ne şekilde cevap vereceği belirsizdir. Ayrıca barsağın böyle bir durumla intrauterin dönemde veya postnatal dönemde karşılaşması da sonucu etkiliyor olabilir. Postnatal dönemde sepsis, NEK gibi genel durumu ve motiliteyi bozan durumlar invajinasyonu hazırlayabileceği gibi var olan bir invajinasyon tablosunun sonucunu da etkiliyor olabilir. Yine invajine olan segmentin uzunluğu ve tanı için geçen zaman oluşacak iskeminin derecesini ve bunun nasıl sonuçlanacağını belirliyor olabilir.

Postnatal dönemde beslenmiş, kilo almış, gaita çıkışları olmuş 35 günlük bir hastada, ameliyat esnasında herhangi bir sebeple atrezi ile karşılaşılması oldukça nadir bir durumdur. Literatürde bununla ilgili bazı yazılar bildirilmiş olmakla beraber sayıları oldukça kısıtlıdır. Bunlar arasında en ilginçleri, invajinasyona ikincil 5 haftalık jejunal atrezi olgusu (7) ve 4 aylık ileokolik invajinasyona ikincil terminal ileal atrezi olgularıdır (8). Hatta bu ileokolik invajinasyon olgusunun atrezi tipi Tip IIIa olup beraberinde geniş bir mezenter defektine de sahiptir (8). Kazanılmış ileal atrezi ile ilgili Corrente tarafından 1965 yılında bildirilen ilk olgudan beri, yayınlanmış kısıtlı sayıdaki makaleler incelendiğinde bazı ortak özelliklerin olduğu görülür(9). Bunlar; invajinasyon kitlesinin tamamının distalde atrezik segment içinde olması, batında peritonit düşündürülen bulguların olmaması ve atrezinin distalde kullanılmamış kolon görüntüsünün olmamasıdır. Bu durumlar, tıpkı intrauterin dönemde olduğu gibi yenidoğanlarda barsaklarda çeşitli nedenlerle gelişen vasküler kazaların da benzer cevaplar oluşturduğu ve atreziye neden olduğu fikrini telkin etmektedir. Diğer yandan postnatal dönemde bir invajinasyon tablosunun perforasyon, enteroen-

teral fistül , enterokutanöz fistül veya atrezi ile sonuçlanmasındaki belirleyici faktörün ne olduğu açık değildir.

Bizim düşüncemiz bu sürece eşlik eden sepsis, NEK, gibi enflamatuar durumların, kullanılan antibiyoterapilerin eksplorasyona kadar geçen sürenin ve invajine olan segmentin uzunluğunun belirleyici olduğudur. Ayrıca invajinasyona leading point olarak iştirak eden polip, Meckel divertikülü gibi anatomik yapılar, olguların hepsinde distal atrezik uç içerisinde tarif edilmiştir. Bu durum mezenterik ile beraber, önündeki barsak segmentinin içine sürüklenen barsağın dolaşım bozukluğunun sürüklenen son noktadan itibaren başladığını düşündürüyor. Bu aşamadan sonra proksimal segmentin perforasyon olmadan atreziye gitmesinde nelerin etkili olduğu belirsizdir.

Nitekim bizim olgumuzda da invajinasyon kitlesinin tamamı distalde atrezik segment içinde olup batında peritonit düşündürülen bulgular olmaması ve ayrıca atrezinin distalde kullanılmamış kolon görüntüsü olmaması nedeniyle olgumuzun postnatal dönemde Meckel divertikülünün invajinasyonuna sekonder olarak gelişmiş bir jejunoleal atrezi olgusu olduğu düşünüldü

KAYNAKLAR

- 1.Koga Y, Hayashida Y, Ikeda K. Intestinal atresia in fetal dogs produced by localized ligation of the mesenteric vessels. *J Pediatr Surg*.1975; 10:949
- 2.Mcheik JN, Levard G. Intrauterine intussusception causing intestinal atresia during pregnancy. *Arch Pediatr* 2003 Mar;10(3):230-1
3. Imai Y, Nishijima E, Muraji T. Fusion of intussusceptum and intussusciens in intrauterine intussusception: A rare type of intestinal atresia; *Pathol Int*. 1999 Nov;49(11):962-7.
- 4.Kilic N, Kiristioglu I, Kirkpınar A, Dogruyol H. A very rare cause of intestinal atresia: intrauterine intussusception due to Meckel's diverticulum. *Acta Paediatr*.2003 Jun;92(6):756-7.
5. Jona JZ. Acquired ileal atresia and spontaneous reconstitution of intestinal continuity in a premature infant with necrotizing enterocolitis. *J Pediatr Surg*. 2000 Mar;35(3):505-7.

6. Hirokawa S, Uotani H, Yoshida T. Ileocecal intussusception and ileal stricture associated with necrotizing enterocolitis in a premature infant: report of a case. *Surg Today*. 2001;31(12):1097-9.

7. Puvabanditsin S, Garrow E, Samransamraujikit R, Postnatal intussusception in a premature infant, causing jejunal atresia, *J. Ped. Surg*, 1996 May;31(5):711-2

8. Osuji R, Idika O, Odomeja E. Acquired ileal atresia complicating an ileocolic intussusception in a 4-month-old infant. *J Pediatr Surg*. 2011 Feb;46(2):e13-4

9. Corrente RF, Dahlquist EH. Acquired intestinal atresia. *Am J Surg*:1965 May;109:666-70