



e-ISSN:2587-1153



Journal of Anatolian Medical Research (JAMER)

VOLUME 3 *ISSUE 1* APRIL 2018

- 1. FİBROMYALJİ HASTALARINDA NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI, PLATELET/LENFOSİT ORANI VE ORTALAMA TROMBOSİT HACMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ – Orijinal Araştırma**
Sayfalar 1 - 10
Çağlar Karabaş, Serap Tomruk Sütbeyaz, Mehtap Aykaç Cebiçi
- 2. PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ HAKKINDA HASTALARIN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI – Orijinal Araştırma**
Sayfalar 11 – 22
Cemil Işık Sönmez, Damla Dinçer, Hüseyin Nejat Küçükdağ, Duygu Ayhan Başer, Ali Ramazan Benli
- 3. ROMATOİD ARTRİTLİ METOTREKSAT VE ANTI-TNF KULLANAN HASTALARDA NÖTROFİL/LENFOSİT , PLATELET/LENFOSİT ORANI VE MPV DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI - Orijinal Araştırma**
Sayfalar 23 – 28
Büşra Yılmaz, Serap Tomruk Sütbeyaz, Mehtap Aykaç Cebiçi
- 4. EXTRAVASATION OF INTRAVENOUS APPLICATION OF ALBUM SOLUTION: LETTER TO THE EDITOR – Editöre Mektup**
Sayfalar 29 – 32
İsa An, Mustafa Esen, Özlem Devran Gevher, Ömer Akburak, Nur Ecer
- 5. NITROFURAZON'A BAĞLI GELİŞEN ALERJİK KONTAK DERMATİT: EDİTÖRE MEKTUP – Editöre Mektup**
Sayfalar 33 – 35
Mustafa Esen, İsa An
- 6. BOYUNDA DEV KİSTİK HİGROMA OLGUSU – Olgu Sunumu**
Sayfalar 36 – 42
Ali Bayram, Altan Kaya, Nuri Ünsal, Ebru Akay, Cemil Mutlu



e-ISSN:2587-1153



Journal of Anatolian Medical Research (JAMER)

VOLUME 3 *ISSUE 1* APRIL 2018

Kayseri Şehir Hastanesi Adına Sahibi

Prof. Dr. İlhami Çelik

Baş Editör

Doç. Dr. Seyhan KARAÇAVUŞ

Editörler

Doç. Dr. Oğuzhan Sıtkı DİZDAR

Doç. Dr. Derya KOÇER

Yardımcı Editörler

Op. Dr. Saliha KARAGÖZ EREN

Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan BOL

İLETİŞİM

Kayseri Şehir Hastanesi
Şeker Mah. Molu Cad. Kocasinan / Kayseri
0352 315 77 00
kayserieah.dergi@saglik.gov.tr



e-ISSN:2587-1153



Journal of Anatolian Medical Research (JAMER)

VOLUME 3 *ISSUE 1 * APRIL 2018

DANIŞMA

Ahmet Sami Güven, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Nöroloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
Ali İhsan Günal, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Kayseri, Türkiye
Ali Koç, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
Alper Sami Kunt, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi Kayseri Şehir Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Kayseri, Türkiye
Alptekin YASIM –Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi AD, Kahramanmaraş, Türkiye
Aslı PINAR – Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya AD, Ankara, Türkiye
Aslıhan KIRAZ - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Genetik Kliniği, Kayseri, Türkiye
Ayşe Gül KUNT - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir, Türkiye
Ayşe KAÇAR BAYRAM, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Nöroloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
Can ACIPAYAM - Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Kahramanmaraş, Türkiye
Şükür Oral - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği, Kayseri, Türkiye
Cem ARTAN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
Cemil MUTLU - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, Kayseri, Türkiye
Çiğdem KARAKÜKÇÜ - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Biyokimya Kliniği, Kayseri, Türkiye
Emin SİLAY - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Kayseri, Türkiye
Emine ÇOLGEÇEN – Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD, Yozgat, Türkiye
Fırat OZAN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
Funda BAŞTUĞ - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kayseri, Türkiye
Gözde YILDIRIM - Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Kahramanmaraş, Türkiye
Hafize SAV, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Mikrobiyoloji, Mikoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
Halit Baykan - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Kayseri, Türkiye
Hatice EKE GÜNGÖR, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İmmünoloji ve Alerji Kliniği, Kayseri, Türkiye
Hatice KARAMAN - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
Havva TALAY ÇALIŞ - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kayseri, Türkiye
Hüseyin AKSOY, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kayseri, Türkiye
İbrahim ÖZCAN - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, Kayseri, Türkiye
İbrahim Ethem ÖZSOY - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Kayseri, Türkiye
Kaniye AYDIN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları, Yoğun bakım Kliniği, Kayseri, Türkiye
Kemal ÖZYURT - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Kayseri, Türkiye
Kürşat GÜNDOĞAN, Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Kayseri, Türkiye
Mehmet ACIPAYAM - Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi AD, Kahramanmaraş, Türkiye

KURULU

- M. Akif TEZCAN - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Mehmet USLU - Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji AD, Kars, Türkiye
- Mert Ali KARADAĞ - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Mustafa Ali AKIN – Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Samsun, Türkiye
- Mustafa ARGUN - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Mustafa ATASOY - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Muzaffer KEKLİK - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Necati DURU - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Ömer TOPUZ - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Sare Gülfem ÖZLÜ – Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Yenimahalle EAH, Çocuk Nefroloji Kliniği, Ankara, Türkiye
- Selami DEMİRELLİ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Sebahat TÜLPAR - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Sadi Conuk EAH, Çocuk Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- Serap TOMRUK SÜTBEYAZ - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Serdal KORKMAZ - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları, Hematoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Serkan DOĞAN - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Soner CANDER – Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Endokrinoloji, Bursa, Türkiye
- Tamer ERTAN - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Taner ŞAHİN - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Acil Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Tuncay KÜME – Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya AD, İzmir, Türkiye
- Turgut Tursem TOKMAK, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Tülay ÖZER - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Derince EAH, Radyoloji Kliniği, Kocaeli, Türkiye
- Türkan İKİZCELİ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki EAH, Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
- Üner KAYABAŞ – Ömer Halisdemir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Niğde, Türkiye
- Vahit GÜZELBURÇ – Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD, İstanbul, Türkiye
- Yasemin ALTUNER TORUN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Yasin ŞİMŞEK - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Endokrinoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Yaşar BAYINDIR – İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Malatya, Türkiye
- Zekiye HASBEK, Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp AD, Sivas, Türkiye
- Ziya ŞİMŞEK, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
- Zuhal ÖZER ŞİMŞEK, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları, Yoğun bakım Kliniği, Kayseri, Türkiye

İÇİNDEKİLER

- 1. FİBROMYALJİ HASTALARINDA NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI, PLATELET/LENFOSİT ORANI VE ORTALAMA TROMBOSİT HACMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ – Orijinal Araştırma**
Sayfalar 1 - 10
Çağlar Karabaş, Serap Tomruk Sütbeyaz, Mehtap Aykaç Cebiçi
- 2. PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ HAKKINDA HASTALARIN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI – Orijinal Araştırma**
Sayfalar 11 – 22
Cemil Işık Sönmez, Damla Dinçer, Hüseyin Nejat Küçükdağ, Duygu Ayhan Başer, Ali Ramazan Benli
- 3. ROMATOİD ARTRİTLİ METOTREKSAT VE ANTI-TNF KULLANAN HASTALARDA NÖTROFİL/LENFOSİT , PLATELET/LENFOSİT ORANI VE MPV DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI - Orijinal Araştırma**
Sayfalar 23 – 28
Büşra Yılmaz, Serap Tomruk Sütbeyaz, Mehtap Aykaç Cebiçi
- 4. EXTRAVASATION OF INTRAVENOUS APPLICATION OF ALBUM SOLUTION: LETTER TO THE EDITOR – Editöre Mektup**
Sayfalar 29 – 32
İsa An, Mustafa Esen, Özlem Devran Gevher, Ömer Akburak, Nur Ecer
- 5. NITROFUZON'A BAĞLI GELİŞEN ALERJİK KONTAK DERMATİT: EDİTÖRE MEKTUP – Editöre Mektup**
Sayfalar 33 – 35
Mustafa Esen, İsa An
- 6. BOYUNDA DEV KİSTİK HİGROMA OLGUSU – Olgu Sunumu**
Sayfalar 36 – 42
Ali Bayram, Altan Kaya, Nuri Ünsal, Ebru Akay, Cemil Mutlu

**FİBROMYALJİ HASTALARINDA
NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI, PLATELET/LENFOSİT ORANI VE ORTALAMA
TROMBOSİT HACMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**EVALUATION OF NEUTROPHIL/LYMPHOCYTE RATIO,
PLATELET/LYMPHOCYTE
RATIO AND MEAN PLATELET VOLUME IN PATIENTS OF FIBROMYALGIA**

Çağlar KARABAŞ¹, Serap TOMRUK SÜTBEYAZ¹, Mehtap AYKAÇ CEBİÇCİ¹

1: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

Yazışma adresi: Dr. Çağlar Karabaş, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kayseri

E.mail: drckarabas@gmail.com

Geliş tarihi: 16/03/2018

Kabul Tarihi: 13/04/2018

ABSTRACT

Purpose: Fibromyalgia, the cause is unknown and common muscle sensitivity in musculoskeletal system, pain, sensitivity at some anatomical points Characterized a chronic disease. Our study was performed in order to evaluate Neutrophil-lymphocyte ratio (NLR) that an indication of systemic inflammation, Platelet/lymphocyte ratio (PLR) and the mean platelet volume (MPV) in patients with fibromyalgia.

Methods: This study was conducted in our Physical Medicine and Rehabilitation outpatient clinic followed 25 patients with fibromyalgia diagnosed and 25 control patient that tracked with myalgia without chronic disease received. Demographic data of both groups and neutrophil, lymphocyte, platelet, NLR, PLR, MPV were compared.

Results: he count of neutrophils from blood parameters found statistically significant low according to the control group between fibromyalgia group ($p=0.030$). There was no statistically significant difference between two groups about the count of lymphocyte ($p=0.286$) and platelet ($p=0.800$) from other blood parameters and in the rate of NLR ($p=0.367$), PLR ($p=0.961$), MPV ($p=0.308$).

Conclusion: The number of neutrophils in the fibromyalgia group was lower than in the control group($p=0.03$) ; No differences were found between the two groups in PLR, NLR and MPV values.

Key words: Fibromyalgia, neutrophil/lymphocyte ratio, platelet/lymphocyte ratio, mean platelet volume

ÖZET

Amaç: Fibromyalji, nedeni tam olarak bilinmeyen ve kas iskelet sisteminde yaygın kas hassasiyeti, ağrı, bazı anatomik noktalarda hassasiyet ile karakterize kronik bir hastalıktır. Çalışmamız fibromyalji hastalarında sistemik inflamasyonun bir göstergesi olan Nötrofil-lenfosit oranı(NLR), Platelet/lenfosit oranı(PLR) ve Ortalama trombosit volümünü(MPV) değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Metodlar: Bu çalışmaya Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliğimizde fibromyalji tanısı ile takip edilen 25 hasta ve kronik hastalığı olmayan myalji ile takip edilen 25 kontrol hastası alındı. Her iki grubun demografik veriler ve nötrofil, lenfosit, trombosit, NLR, PLR, MPV yönünden karşılaştırıldı.

Bulgular: Kan parametrelerinden nötrofil sayısı, fibromyalji grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p=0.030$). Diğer kan parametrelerinden lenfosit ($p=0.286$) ve trombosit ($p=0.800$) sayısı NLR ($p=0.367$), PLR ($p=0.961$), MPV ($p=0.308$) oranlarında ise her iki grup arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı.

Sonuç: Fibromyalji grubunda nötrofil sayısı kontrol grubuna göre daha düşük bulunurken($p=0.03$) ; PLR, NLR ve MPV değerlerinde her iki grup arasında farklılık saptanmadı.

Anahtar kelimeler: Fibromiyalji, nötrofil/lenfosit oranı, platelet/lenfosit oranı, ortalama trombosit hacmi

GİRİŞ

Fibromyalji, nedeni tam olarak bilinmeyen ve kas iskelet sisteminde yaygın kas hassasiyeti, ağrı, bazı anatomik noktalarda hassasiyet ile karakterize santral sensitizasyon terimi içerisinde yer alan kronik bir hastalıktır(1). Fibromyalji yaygın kas ağrısı dışında birçok sistemi etkilemekte olup beraberinde yorgunluk, uyku bozukluğu, hafıza problemleri gibi semptomlar görülebilmektedir (2).Fibromyalji sendromu etyopatogenezinde çevresel ve genetik faktörler başta olmak üzere birçok faktör yer almaktadır. Başlıca travmatik nedenler, immunolojik, hormonal faktörler, viral enfeksiyonlar rol oynamaktadır (3-5).

Ayrıca hipotalamo-pitüiter-adrenal aks bozukluklarında patofizyolojide rol oynadığı düşünülmektedir. Bu nedenlerden dolayı son zamanlarda fibromyalji sendromunun otonomik santral sistemi ile ilişkili olduğu düşünülerek santral sensitizasyon sendromu ailesinin içine alınmıştır. Santral sensitizasyon sendromu içerisinde myofasial ağrı sendromu, premenstrual sendrom, huzursuz bacak sendromu, migren, intertisyel sistit gibi birçok hastalık yer almaktadır (1). Nötrofil, lenfosit ve platelet tam kan sayımındaki parametrelerdir. Tam kan sayımı basit, ucuz, ulaşılabilir olması ve birçok hastalığın takibinde önem arz eden bir laboratuvar tetkikidir. Nötrofil-lenfosit oranı(NLR) ve platelet/lenfosit oranı (PLR) sistemik inflamatuvar hastalıkların prognozuyla korelasyon gösteren bir indekstir. Örneğin inflamatuvar artrit, diyabetes mellitus, koroner arter hastalıkları , ülseratif kolit, bazı kanserlerde(over ,kolorektal kanser) kullanabilirliği önem arz etmiştir (6-8).

Ortalama trombosit volümü(MPV) trombosit fonksiyon ve aktivitesinin göstergesi olan bir parametredir. İmmunolojik ve inflamatuvar olaylarda rol oynadığı düşünülmektedir (9).

Fibromyalji etyolojisinde immunolojik ve inflamatuvar olayların rol oynadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (4,5,8). Bu çalışmamızda, fibromyaljideki inflamasyon ile inflamatuvar olaylarda rol oynayan MPV, NLR ve PLR gibi hematolojik parametrelerin ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Mayıs 2017-Kasım 2017 yılları arasında Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastalardan hastane bilgi sisteminde kaydı bulunan ve American College of Rheumatology (ACR) 2013 (3) kriterlerine göre fibromiyalji tanısı almış 25 hasta çalışmaya dahil edildi.Kronik hastalığı olmayan ve myalji ön tanılı 25 hasta ise kontrol grubu olarak alındı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 2013 ACR kriterlerine göre fibromyalji tanısı almış olmak, 18-75 yaş aralığında olmak iken; dışlama kriterleri aktif enfeksiyonu olmak (tbc, hepatit..), inflamatuvar romatolojik hastalığı olmak (romatoid artrit, ankilozan spondilit..), malignensi öyküsünün olması, serebrovasküler olay öyküsünün olması, otoimmün hastalık öyküsünün olması, major depresyon öyküsünün olması olarak belirlendi. Fibromyalji hastalığı olan hastalar ve kontrol grubu olan hastaların laboratuvar sonuçları incelendi. Hastaların tam kan sayımı Sysmex XN-9000 series (Sysmexi Kobe, Japan) marka tam kan sayım cihazı ile yapıldı.

Nötrofil, lenfosit ve trombosit sayısı cihaz ve kit üreticisi tarafından belirlenen yöntemle göre çalışıldı. Hemogram analizinden lökosit ($10^3/\mu\text{l}$), nötrofil ($10^3/\mu\text{l}$), trombosit ($10^3/\mu\text{l}$) sayıları ile MPV (fL) değerleri alındı. NLR değeri nötrofil sayısının lenfosit sayısına bölünmesi ile PLR değeri trombosit sayısının lenfosit sayısına bölünmesi ile saptandı. Laboratuvar ile klinik değerlendirme hastanın aynı vizitinden yapıldı.

İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin değerlendirilmesi için Statistical Package for Social Sciences V21 (SPSS Inc., Chicago, IL) kullanılmıştır. Vakaların normal dağılımı için bağımsız iki örnek testi kullanılarak değerlendirildi. Sürekli değişkenler dağılımlarına göre ortalama \pm standart sapma ya da ortanca ve minimum-maksimum olarak ifade edildi. Nonparametrik değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. $p < 0,05$ değer istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmamıza 25 fibromyalji tanısı almış hasta ve 25 kişi ise kontrol grubuna alındı. Çalışma gruplarının demografik verileri incelendiğinde gruplar arasında kadınların yaş ortalaması

arasında istatistiksel olarak fark saptandı ($p=0.023$). Diğer demografik özellikler açısından istatistiksel olarak fark saptanmadı. Demografik verilerin özeti tablo-1’de gösterilmiştir.

Yaş ortalaması FMS-kadın grubunda $45,1\pm9,6$; kontrol grubunda $39,8\pm14,8$ olarak saptandı. Bu verilere dayanarak kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, fibromyalji grubunda istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p=0.023$). Erkek yaş ortalaması FMS ve kontrol grubunda benzer bulundu ($p=0.202$). Cinsiyet dağılımına bakıldığında 50 hastadan 40’ı kadın, 10 tanesi erkek olarak saptandı. FMS’ de ise 21 kadın 4 erkek hasta vardı. Ancak FMS ve kontrol grupları arasında yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında fark saptanmadı ($p=0.16$). İki grup arasında Vücut Kitle İndeksi değerlendirildiğinde FMS grubunda $26,4\pm6,8$ ile kontrol grubunda $27,8\pm4,7$ olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p=0.519$).

Kontrol ve fibromyalji tanısı almış hastaların laboratuvar verileri karşılaştırıldığında, fibromyalji grubunun nötrofil sayısı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak düşük bulundu ($p=0.03$). Bunun dışında diğer değişkenler olan lenfosit sayısı, trombosit, MPV, NLR, PLR’de ise gruplar açısından fark saptanmadı. Tablo-2 de laboratuvar verileri gösterilmiştir.

Tablo-1. Demografik veriler

	Fibromyalji (n:25)	Kontrol (n:25)	<i>p</i> değeri
Yaş-Kadın (yıl)	45.1±9.6	39.8±14.8	0.023
Yaş-Erkek (yıl)	42.7±9.7	42.3±17.2	0.202
Cinsiyet (K/E)	21/4	19/6	0.160
VKİ (kg/m ²)	26.4±6.8	27.8±4.7	0.519

VKİ: Vücut kitle indeksi, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo-2. Biyokimyasal veriler

	Fibromyalji (n:25)	Kontrol (n:25)	<i>p</i> değeri
Nötrofil ($10^3/\mu\text{l}$)	3.8 (2.36-5.88)	4.36 (2.1-8.1)	0.030
Lenfosit ($10^3/\mu\text{l}$)	2.1 (1.35-3.46)	2.52 (1.36-3.52)	0.286
Trombosit ($10^3/\mu\text{l}$)	294.080±83.79	315.960±90.85	0.800
NLR	1.74 (0.79-3.64)	1.92 (0.90-3.02)	0.367
PLR	120.37 (63.55-232.40)	126.39 (62.60-370.48)	0,961
MPV(fL)	10.8±1.12	10.34±0.81	0.308

NLR: Nötrofil/lenfosit oranı, PLR: Trombosit/lenfosit oranı, MPV: ortalama trombosit hacmi, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

TARTIŞMA

Fibromyalji etyopatogenezi tam olarak açıklanamamış ancak bazı immün mekanizmaların da rol oynadığını düşünülmektedir. Nötrofil/lenfosit oranı ve Platelet/lenfosit oranının sistemik inflamatuvar cevabın (SIR) göstergesi olarak kabul edilmektedir (7). Nötrofiller, lenfositler immün sistemin başlıca hücreleridir ve bunlar inflamasyonun başlamasına neden olan sitokin salımını başlatıcı ve artırıcı özelliğe sahiptir (8). Bizim bu çalışmamızda nötrofil sayısı kontrol grubunda FMS grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p > 0.030$). Lenfositler ayrıca kronik inflamasyonda rol oynar ve düşüklüğü mortalite ve morbidite ile ilişkilidir (10). Bizim çalışmamızda lenfosit sayısı her iki grup arasında istatistiksel olarak benzer bulunmuştur. İlginç ve ark. yaptığı bir çalışmada PLR değerleri kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda PLR değerleri her iki grup arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. NLR oranı, İlginç ve ark. yaptığı çalışma ile benzer bulunmuş olup her iki

grup arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (8). Kılıç ve ark. yaptığı bir çalışmada Romatoid Artrit'i (RA) olan hastalarda inflamatuvar cevabın göstergesi kabul edilen NLR ve PLR oranlarına bakılmış ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (11). Atar ve ark. yaptığı çalışmada osteoartritli hastalarda NLR ve PLR oranını değerlendirdiği başka bir çalışma da ise bizim çalışmamızla benzer olarak istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (12).

Ortalama trombosit volümü (MPV) trombosit fonksiyon ve aktivitesinin göstergesi olan bir parametredir. İmmunolojik ve inflamatuvar olaylarda rol oynadığı düşünülmektedir (9). MPV değerinin inflamatuvar süreçle negatif ve pozitif korelasyon gösterdiğini bildiren çalışmalar mevcuttur. MPV değeri daha önce Fibromyalji hastalarında bakılmamıştır. Kılıç ve ark. yaptığı RA'lı hastalarda MPV oranı kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur (11). Kapsoritekis ve ark. yaptığı başka bir çalışmada inflamatuvar barsak hastalıklarında kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur (13). Her iki çalışma da MPV değeri ile inflamasyon arasında negatif korelasyon varken Yazıcı ve ark. yaptığı çalışmada DAS28 skoru ile MPV arasındaki ilişkide pozitif korelasyon saptanmıştır (14). Atar ve ark. yaptığı çalışmada ise MPV ile diz osteorriti olan hastalar arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (12). Bizim çalışmamızda ise MPV değerleri her iki grupta Atar ve ark. yaptığı çalışmaya benzer olarak istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Çalışmamızın limitasyonları arasında hasta sayısının yetersiz olması ve hastalığa ait klinik parametrelerin değerlendirilememiş olması sayılabilir. Bu konuda daha fazla hasta ve klinik verileri içeren çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak fibromyalji hastalarında kan parametreleri genellikle rutin olarak değerlendirilmektedir. Ucuz ve maliyetinin düşük olması bir avantajdır. Kan

parametrelerinden yola çıkarak NLR, PLR kolaylıkla hesaplanabilmektedir. İlgün ve ark. yaptığı çalışmada da PLR değerleri yüksek bulunmuştur (8). Bizim bu çalışmamızda inflamatuvar olaylarda rol alan nötrofil, lenfosit, NLR, PLR değerlerinin ve trombosit, MPV değerlerini inceledik ve her iki grup arasında fark saptanamamıştır. Bu parametrelerinde bir çok sistemik hastalık, kanser etyolojisinde inflamatuvar cevabın göstergesi olarak kabul edilmiş olması, etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış fibromyalji hastalarında da önemli olabileceğini göstermektedir.

Kaynaklar

1. Yunus, Muhammad B. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Seminars in arthritis and rheumatism*. Vol. 36. No. 6. WB Saunders, 2007.
2. Gupta A, Silman AJ. Psychological stress and fibromyalgia: a review of the evidence suggesting a neuroendocrine link. *Arthritis Res Ther* 2004;6:98-106.
3. Bennett, Robert M, Marcus D, et al. "Criteria for the diagnosis of fibromyalgia: validation of the modified 2010 preliminary American College of Rheumatology criteria and the development of alternative criteria." *Arthritis care & research* 2014;66: 1364-73.
4. Gur A, Karakoç M, Nas K, et al. Cytokines and depression in cases with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2002; 29: 358-61.
5. Clauw DJ, Chrousos GP. Chronic pain and fatigue syndromes: overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenic mechanisms. *Neuroimmunomodulation* 1997;4:134-53.

6. Lippi G, Targher G, Montagnana M, et al. Relation between red blood cell distribution width and inflammatory biomarkers in a large cohort of unselected outpatients. Arch Pathol Lab Med 2009;133: 628-32.
7. Proctor MJ, Morrison DS, Talwar D, et al. A comparison of inflammation-based prognostic scores in patients with cancer. A Glasgow Inflammation Outcome Study. Eur J Cancer 2011;47:2633-41.
8. İlgün E, Akyürek Ö, Kalkan AO, et al. Neutrophil/Lymphocyte Ratio and Platelet/Lymphocyte Ratio in Fibromyalgia. Eur J Gen Med 2016;13: 100-4.
9. Bath P, Algert C, Chapman N, et al. Association of mean platelet volume with risk of stroke among 3134 individuals with history of cerebrovascular disease. Stroke 2004;35: 622-6.
10. Horne BD, Anderson JL, John JM, et al. Which white blood cell subtypes predict increased cardiovascular risk? J Am Coll Cardiol 2005;45:1638–43.
11. Kilic E, Rezvani A, Toprak AE, et al. Romatoid Artritte Nötrofil/Lenfosit ve Platelet/Lenfosit Oranlarının Değerlendirilmesi. Dicle Med J/Dicle Univ Tıp Fakül Derg 2016;43:241-7.
12. Atar E, Aşkın A. Diz osteoartrit hastalarında nötrofil/lenfosit oranı, trombosit/lenfosit oranı ve ortalama trombosit hacminin değerlendirilmesi. 2017;42: 353-60.
13. Kapsoritakis A, Koukourakis MI, Sfridakis A, et al. Mean platelet volume: a useful marker of inflammatory bowel disease activity. J Am Gastroenterol. 2001;96: 776-81.
14. Yazici S, Yazici M, Erer B, et al. The platelet indices in patients with rheumatoid arthritis: mean platelet volume reflects disease activity. Platelets 2010;21: 122-5.

Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkında Hastaların Bilgi, Tutum ve Davranışları

Knowledge, Attitudes and Behaviors of Patients About Periodical Health Examination

**Cemil Işık Sönmez¹, Damla Dinçer¹, Hüseyin Nejat Küçükdağ¹, Duygu Ayhan Başer²,
Ali Ramazan Benli³**

¹Department of Family Medicine, Düzce University, Düzce, Turkey.

²Topçular Family Medicine Center, İzmit, Kocaeli, Turkey.

³Department of Family Medicine, Karabük University, Karabük, Turkey

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Duygu Ayhan Başer. Topçular Family Medicine Center, İzmit, Kocaeli, Turkey.

E.mail: duyguayhan@outlook.com

Geliş tarihi: 10.01.2018

Kabul Tarihi: 14.03.2018

ÖZET:

Amaç: Periyodik sağlık muayenesinin amacı, aktif şikayeti olmayan bireylerin, cinsiyet ve yaş gruplarına uygun olarak, önlenabilir ve tedavi edilebilir hastalıklarının erken belirtilerini ve risk faktörü olup olmadığını tanımlayarak morbidite ve mortalitelerini azaltmaktır. Bu çalışma ile amaçlanan hastaların periyodik sağlık muayenesi hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını tespit ederek kişilerin periyodik sağlık muayenesi için hastaneye başvurmasının önündeki engelleri kaldıracak çalışmalara ışık tutmaktır.

Gereç Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışmamızda; Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı 3 polikliniğe herhangi bir nedenle başvuran 18-90 yaş aralığındaki 137 kişiye 17 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır. Anket ile hastaların sosyodemografik bilgilerinin yanında, kronik hastalık varlığı, ailelerinde kronik hastalık varlığı, periyodik sağlık muayenesi yaptırıp yaptırmadıkları, nedenleri, cinsiyet ve yaş grubuna göre en çok yapılmasını istedikleri periyodik sağlık muayenelerinin neler olduğu gibi özellikler sorgulanmıştır.

Bulgular: Hastaların %33,8'i periyodik sağlık muayenesine başvuru sorusuna "evet",%66'sı ise "hayır" yanıtı vermiştir. Periyodik sağlık muayenesine başvurma durumu ile eğitim durumları, birinci derece akrabasında kronik hastalık olma durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p>0,05$).

Sonuç: Bu çalışma ile katılımcıların periyodik sağlık muayenesi ile ilgili yeterli bilgilerinin olmadığı saptanmış olup, eğer kişilere gerekli bilgilendirilme yapılırsa periyodik sağlık muayenesi için başvuru oranlarının artacağı düşünülmektedir. Bu konuda toplumun büyük çoğunluğuna ulaşma imkanı olan; özellikle de aktif şikayeti olmayan kesime ulaşma imkanı diğer sağlık kuruluşlarına göre çok daha yüksek olan aile hekimlerine büyük yük düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Fizik Muayene, Önleyici Sağlık Hizmetleri, Risk Faktörleri, Tutum.

ABSTRACT

Objective: The purpose of the periodic health examination is to reduce morbidity and mortality by identifying early signs and risk factors of preventable and treatable diseases in accordance with gender and age groups of individuals without active complaints. The purpose of this study is to identify the knowledge, attitudes and behaviors of periodic health examinations of patients who are intended to shed light on studies that will remove obstacles in the way that people apply to the hospital for periodical health examinations.

Material Method: In our descriptive study; a questionnaire consisting of 17 questions was applied to 137 people in the age range of 18-90 years who applied to 3 outpatient clinics affiliated to Düzce University Medical Faculty Family Medicine Branch for any reason. In addition to the sociodemographic information of the patients, the questionnaire was asked about the existence of chronic diseases, the presence of chronic diseases in their families, the periodical health examinations, the reasons, the reasons for the periodical health examinations they wanted to make according to their gender and age group.

Results: 33,8% of the patients answered "yes" to the periodical health examination and 66% answered "no". There was a statistically significant relationship between the status of referral to periodic health examination and educational status and the presence of chronic illness in first degree relatives ($p>0.05$).

Conclusion: This study found that participants did not have sufficient information about the periodic health examination and if the information is provided to the persons, the application rates for the periodical health examination are considered to increase. In this respect, it is possible to reach the majority of the society; particularly for family doctors who have a much higher incidence of non-active complaints than other health care facilities.

Key words: Attitude, Family Practice, Physical Examination, Preventive Health Services, Risk Factors.

GİRİŞ

Periyodik sağlık muayenesi (PSM), henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı bireylerle yapılan görüşmelerde fizik muayene, laboratuvar tetkikleri gibi bir dizi işlem kullanılarak genel sağlık durumlarının belirli aralıklarla değerlendirilmesiamacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolüdür. PSM'nin amacı; aktif şikayeti olmayan bireylerin, cinsiyet ve yaş gruplarına uygun olarak, önlenebilir ve tedavi edilebilir hastalıklarının erken belirtilerini ve risk faktörü olup olmadığını tanımlayarak morbidite ve mortalitelerini azaltmaktır (1,2).

Kronik hastalıklar, dünyada her sene hayatını kaybeden 57 milyon kişiden 33,4 milyonunun ölüm sebebidir (3), insanların yaşam kalitesinin bozulmasına olan etkisi ve önemli bir mortalite nedeni olması kronik hastalıklardan kaynaklanan en önemli sorunlardır. (4,5).

Kronik hastalıkların öneminin farkındalığı arttıkça, PSM ve koruyucu hekimlik kavramları da daha önem kazanmaktadır. Ülkemizde, koruyucu bakım hizmeti denildiğinde aklımıza PSM gelmektedir. PSM, kişilerin sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla; tarama, muayene, laboratuvar testleri, kemoprofilaksi, danışmanlık ve sağlık eğitimi verilerek yapılır. Aile hekimleri, kendisine bağlı olan kişilerin sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda yardımcı olmada önemli bir konuma sahiptir. Her bir aile hekimi her bir kişiyi senede 3-4 defa görmelidir (3). Bu nedenle aile hekimliği periyodik sağlık muayenesi uygulamalarının odağında yer almaktadır (3,4). Aile hekimlerinin bu konu ile ilgili görev ve sorumlulukları Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 4. Maddesi'nde tanımlanmıştır. Bu maddede; kişiye yönelik sağlığı geliştirici ve koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak, PSM ile kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalarını gerçekleştirerek, kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirip sağlık kayıtlarını güncellemek şeklinde aile hekimlerinin hastalarına PSM yapma zorunluluğu vurgulanmıştır (6).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yapılan çalıştay sonrasında, diğer ülkelerin çalışmaları ve oluşturdukları kılavuzlar incelenerek bir periyodik muayene rehberi oluşturulmuş; ilgili bölüm uzmanlarınca da değerlendirilerek 2014 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından "Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri taslak rehberi" adı altında sunulmuştur (5). 2015 yılında ise bu taslak rehber "Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi" adı altında yayınlanmıştır (7). Rehber aile hekimleri tarafından yapılması gereken PSM'leri yaş gruplarına göre "bebeklik ve çocukluk dönemi", "erişkin dönemi" ve "geriatrik dönem" olarak 3 gruba ayırmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Aile Hekimliği Uygulamalarında Önerilen Periyodik Muayene ve Tarama Testleri

Bebeklik ve Çocukluk Dönemi
<p>Bebeklik ve Çocukluk Dönemi Bağışıklamasının Yapılması</p> <p>Anne Sütü ile Emzirme Konusunda Bilgilendirme</p> <p>Demir Profilaksisi- D Vitamini Profilaksisi</p> <p>İnmemiş Testis Muayenesi</p> <p>Fenilketonüri Taraması</p> <p>KonjenitalHipotroidi Taraması</p> <p>Biotinidaz Eksikliği Taraması</p> <p>Gelişimsel Kalça Displazisi</p> <p>Yenidoğan, Bebek ve Erken Çocuklukta Görmenin Değerlendirilmesi</p> <p>PrematureRetinopatisi</p> <p>Yenidoğan İşitme Taraması</p> <p>Bebeklik ve Çocukluk Çağı Ağız Ve Diş Sağlığı</p> <p>Arteriyel Tansiyon Ölçümü</p> <p>Sağlıklı Diyet Danışmanlığı</p> <p>Obezite Taraması</p> <p>Çocuklarda Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Kullanım Durumunun ve Tütün Ürünü Dumanından Pasif Etkilenimin Değerlendirilmesi</p> <p>Bilişsel Gelişim, Dil Gelişimi, Sosyal ve Duygusal Gelişim, Kaba-Motor ve İnce-Motor Gelişimin Taranması</p> <p>Yaygın Gelişimsel Bozuklukların Taranması</p> <p>Çocuk İhmali ve Çocuğa Kötü Muamelenin Sorgulanması</p> <p>Kan Yolu İle Bulaşan Hastalıklar</p>
Erişkinlik Dönemi
<p>Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi</p> <p>Tütün Ürünü Kullanımı ve Pasif Etkilenim Durumunun Değerlendirilmesi</p> <p>Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Aspirin Kullanımı (Erkek)</p> <p>İskemik İnmeden Korunmada Aspirin Kullanımı (Kadın)</p> <p>Arteriyel Tansiyon Takibi</p> <p>Serum Lipid Profili Taraması (Tg, Hdl, Ldl)</p> <p>DiabetesMellitus Taraması</p> <p>Tiroid Fonksiyon Anomalileri</p> <p>Obezite Taraması</p> <p>Tüberküloz</p> <p>Meme Kanseri Taraması (Kadın)</p> <p>Kolorektal Kanseri Taraması (Kadın/Erkek)</p> <p>Prostat Kanseri (Erkek)</p> <p>Kan ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar</p> <p>Kemik Sağlığının Korunması İçin Bilgilendirme</p> <p>Sekonder Osteoporoz / Kırık Riski</p> <p>Gebelerde Ağız Diş Sağlığı ve Eğitimi</p> <p>Gebelerde Kan Grubu Tayini, Demir Eksikliği, Hepatit B Taraması</p> <p>Gestasyonel Diyabet Taraması</p> <p>Nöral Tüp DefektiProfilaksisi İçin Folik Asit Önerilmesi</p> <p>Orak Hücreli Anemi ve TalasemiMajor Taraması</p> <p>Alkol Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi</p> <p>Depresyon</p> <p>Erişkinlerde Bağışıklama</p>
Geriatrik Dönem
<p>Yaşlılarda Kardiyovasküler Olaylarda Aspirin Koruyuculuğu (Kadın/Erkek)</p> <p>İskemik İnmede Aspirin Koruyuculuğu (Kadın)</p> <p>Yaşlılarda Osteoporoz / Kırık Riski (Kadın/ Erkek)</p> <p>Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme</p>

Aile hekimlerinin hizmet verdikleri toplumun PSM hakkındaki farkındalığı, bu konuda nasıl tutumlar sergiledikleri ve PSM hakkında ne bildikleri ve ne bekledikleri yeteri kadar bilinmemektedir. Bu çalışma ile hastaların PSM hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını tespit ederek kişilerin PSM için hastaneye başvurmasının önündeki engelleri kaldıracak çalışmalara ışık tutmaktır.

GEREÇ YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki çalışmamız; Eylül 2017- Kasım 2017 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalımıza bağlı 3 polikliniğe herhangi bir nedenle başvuran 18-90 yaş aralığındaki 137 kişinin katılımıyla yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak hastalara yüzyüze tarafımızdan oluşturulan 17 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır. Anket ile hastaların sosyodemografik bilgilerinin yanında, kronik hastalık varlığı, ailelerinde kronik hastalık varlığı, PSM yaptırıp yaptırmadıkları, nedenleri, cinsiyet ve yaş grubuna göre en çok yapılmasını istedikleri PSM'lerin neler olduğu gibi özellikler sorgulanmıştır.

Araştırma verileri SPSS 17,0 (Statistical Package of Social Sciences, v. 17,0 Chicago, IL, USA) aracılığıyla değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenleri incelemek ve gruplar arası farkı incelemek için ki kare testi uygulanarak ($p < 0,05$ anlamlı olarak alınacak), sürekli verilerde parametrik varsayımlar gerçekleştiğinde student-t testi, sürekli verilerde parametrik varsayımlar gerçekleşmediğinde mannwhitney-u testi, korelasyon için pearson testi uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 83 kadın, 54 erkek toplam 137 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılanların %33.5'i 45 yaş ve üzeri; %29'u 24 yaş ve altındaydı. Okur yazar olmayan 3(%2), okur yazar 7 (%5), ilköğretim mezunu 46 (%33,5), lise mezunu 40 (%29), üniversite mezunu 41(%29) kişiydi. 83 kadından 19'u (%22.8), 54 erkekten 33'ü (%61) çalışıyordu. Gelir durumuna göre 42 (%35) kişi 1000 tl ve altı, 55(%46) kişi 1000-2000 tl arası, 20 (%16) kişi 2000-4000 tl arası, 2 (%1.6) kişi 4000 tl ve üzeri gelir durumuna sahipti.

137 kişiden 55'i(%40) sigara kullanıyor, 76'sı(%55) kullanmıyor, 6'sı(%4) da bırakmıştı. Toplamda 24 (%17) kişi alkol kullanıyor, 108 (%79) kişi kullanmıyor, 4(%3) kişi de bırakmıştı. Çalışmaya katılanların 77'sinin(%56,2) kronik hastalığı varken; 60'ının (%43,8) kronik hastalığı yoktu. Çalışmaya katılanların 89'unun(%67) birinci derece akrabasında kronik hastalık varken 43'ünün (%32) birinci derece akrabasında kronik hastalık yoktu.

PSM başvurusu sorusuna "evet" yanıtı verenler 46 (%33.8), "hayır" yanıtı verenler 90 (%66) kişi olmuştur. PSM'ye başvurmama nedenleri sorulduğunda; 87 kişiden 16'sı (%18.4) ücretli olması, 4'ü özel hastanelerde yapılması, 22'si (%25.3) gereksiz bulması, 13'ü uzun sürmesi, 20'si (%23) zaman ayıramaması, 10'u da diğer nedenler şeklinde cevaplamıştır.

PSM'ye başvurma durumu ile cinsiyet, yaş, evlilik, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, kronik hastalık sahibi olma arasındaki ilişki karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). PSM'ye başvurma durumu ile eğitim durumları arasındaki ilişki karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,029$). Eğitim düzeyi yüksek olanlar daha çok başvurmaktadır. PSM'ye başvurma durumu ile birinci derece akrabasında kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Birinci derece akrabasında kronik hastalığı olanlar daha çok başvurmaktadır.

PSM'ye başvuru nedenleri sorulduğunda ise; 28'i (%29.5) erken teşhis sağlanması, 8'i (%8,4) ciddi hastalığı ya da engelliliği önlemesi, 7'si (%7,4) yaşam süresini uzatması, 7'si (%7,4) varolan hastalığın ilerlemesini önlemesi, 6'sı (%6,3) aile hekiminin önerisi, 8'i (%8,4) tanıdıklarının tavsiyesi, 5'i (%5,3) TV'de duyması, 14'ü fikrinin olmadığı, 5'i (%5,3) diğer nedenler olarak cevaplamıştır.

Çalışmaya katılan erkeklerden 37'sinin (%68.5) periyodik sağlık muayenesinde en fazla yapılmasını istediği uygulama kan tahlili, 24'ünün (%44.4) EKG/EKO takibi, 29'unun (%53.7) prostat takibi(PSA) olmuştur.

Çalışmaya katılan kadınlardan 56'sının (%67.5) periyodik sağlık muayenesinde en fazla yapılmasını istediği uygulama mammografi, 47'sinin (%56.6) kan tahlili, 47'sinin (%56.6) kan şekeri ölçümü olmuştur.

Çalışmaya katılanların 70'inin (%51.1) periyodik sağlık muayenesinde çocuklar için en fazla yapılmasını istediği uygulama aşı olma olurken; 62'sinin (%45.3) büyüme takibi, 44'ünün (%32.1) genetik tarama olmuştur.

Tablo 2 kişilerin PSM de en fazla yapılmasını istediği uygulamaların kronik hastalık durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Kişide kronik hastalık varlığı PSM istemleri üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir fark oluşturmamaktadır.

Tablo 2. PSM de yapılması en fazla istenen uygulamaların kronik hastalık durumuna göre karşılaştırılması

	Kronik hastalığı olmayan (n:60)	Kronik hastalığı olan (n:77)	P value
İdrar tahlili	9 (%15)	9 (%11,7)	,825
Kan tahlili	20 (%33,3)	19 (%24,7)	,559
Ta ölçümü	9 (%15)	13 (%16,9)	,088
Kan şekeri ölçümü	12 (%20)	10 (%13)	,299
Kan kol ölçümü	9 (%15)	9 (%11,7)	,909
Tomografi	5 (%8,3)	3 (%3,9)	,920
Akciğer Grafisi	10 (%16,7)	7 (%9,1)	,515
EKG/EKO	11 (%18,3)	14 (%18,2)	,173
Kcfonk testleri	6 (%10)	3 (%3,9)	,902
Prostat takibi PSA	15 (%25)	15 (%19,5)	,458
Kemik min dans ölçümü	4 (%6,7)	3 (%3,9)	,973
Vücut ağırlığı	6 (%10)	5 (%6,5)	,452
MR	6 (%10)	5 (%6,5)	,944
Endoskopi	5 (%8,3)	3 (%3,9)	,884
İdrar tahlili	13 (%21,7)	24 (%31,2)	,320
Kan tahlili	18 (%30)	29 (%37,7)	,683
Ta ölçümü	13 (%21,7)	24 (%31,2)	,919
Kan şekeri ölçümü	16 (%26,7)	31 (%40,3)	,404
Kan kol ölçümü	11 (%18,3)	19 (%24,7)	,914
Papsmear	15 (%25)	19 (%24,7)	,692

EKG/EKO	17 (%28,3)	20 (%26)	,624
Kcfonk testleri	10 (%16,7)	11 (%14,3)	,121
Mamografi	26 (%43,3)	30 (%39)	,084
Kemik mineral dans ölçümü	11 (%18,3)	17 (%22,1)	,849
Vücut ağırlığı	7 (%11,7)	18 (%23,4)	,069
Endoskopi	8 (%13,3)	9 (%11,7)	,802
Aşılama	34 (%56,7)	36 (%46,8)	,178
Vücut ağırlığı	11 (%18,3)	13 (%16,9)	,417
Boy	17 (%28,3)	24 (%31,2)	,700
Büyüme takibi	23 (%38,3)	39 (%50,6)	,031
Diş kontrolü	18 (%30)	25 (%32,5)	,870
Genetik tarama	22 (%36,7)	22 (%28,6)	,549
Kan tahlili	18 (%30)	18 (%23,4)	,666
İdrar tahlili	7 (%11,7)	7 (%9,1)	,670

TARTIŞMA

Aktif şikayeti olmayan kişilerin önlenebilir ve tedavi edilebilir hastalıklarının erken belirtilerini ve risk faktörü olup olmadığını tanımlayarak morbidite ve mortalitelerini azaltmak nedeni ile uygulanması çok önemli olan periyodik sağlık muayeneleri, özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri için büyük önem taşımaktadır. Primer amacı sağlığın korunması ve geliştirilmesi olan birinci basamak sağlık hizmetleri, kişilere en çok ve sık ulaşan sağlık kuruluşu olması nedeni ile periyodik sağlık muayenelerinin en rahat ve en çok sayıda kişiye uygulanabileceği yer olma özelliği taşımaktadır. PSM için bir bireyin aktif şikayetini olması yada bir hastalık taşıyor olması gerekmez. PSM ile hastalık oluşmadan, erken teşhis ile birçok hastalık erken safhada tanı alıp, erken müdahale edilme veya önlenme şansı taşımaktadır. Bu nedenle PSM konusunda hem sağlık personelinin hem de halkı eğitmek ve yönlendirmek çok önemlidir.

Çalışmamızda PSM'ne başvuru sorusuna katılımcıların %66 sı "hayır" yanıtı vermiştir. Başkent Üniversitesi Hastanesi örnekleminde hastaların periyodik sağlık muayenesi hakkındaki farkındalıkları ile ilgili yapılan çalışmada ise "evet" diyenlerin oranı katılımcıların

%65,7'sinin "evet" cevabı ile tam tersi yöndedir (8). Ülkemizde bu konuda başka çalışmaya ulaşılamamış olup, ülkemizdeki mevcut durumun tayini için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde popülasyonunun %20'sinden fazlası her yıl PSM için başvuru yapmaktadır (9). Gelişmiş ülkelerdeki PSM uygulamaları, PSM ile ilgili kanıta dayalı klinik uygulama rehberlerinin her yıl güncellenmesi ve bu rehberlerin özellikle birinci basamak hekimlerince klinikte uygulanması ile devam ettirilmektedir (10,11).

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre; PSM'ye başvurma durumu ile cinsiyet, yaş, evlilik, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, kronik hastalık sahibi olma arasındaki istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunamamışken; kişilerin eğitim durumları, birinci derece akrabasında kronik hastalık olma durumu arasındaki istatistiki olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sözen ve arkadaşlarının çalışmasında PSM için doktora başvurmayı kendilerinde kronik hastalık olmasının olmamasına göre 1,83 kat arttırdığı ($p=0,006$) ve birinci derece akrabalarında kronik hastalık olmasının olmamasına göre 1,96 kat ($p<0,001$) arttırdığı saptanmıştır (8). Çalışmamızda kronik hastalık sahibi olma ile PSM'ye başvurma durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunamamasının nedeni olarak; kişilerin kendilerinde mevcut olan kronik hastalıkları konusunda farkındalıklarının gelişmemesinin bu konuda kaygı oluşturmadığı ve bu nedenle sonucun böyle olduğunu düşünmekteyiz. Bu durumun aksine birinci derece akrabasında kronik hastalık olma durumu ile PSM'ye başvurma durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır; bunun nedeni ise kişilerin en yakınlarındaki kişilerde bu hastalıkları yaşadıklarında, kaybetme korkusu nedeni ile bu hastalıklara karşı farkındalıklarının oluştuğunu ve bu hastalıklara yakalanma kaygılarının daha yüksek olduğunu ve bu nedenle PSM'ye başvurduklarını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların PSM'ye başvuru nedenleri sorulduğunda ise; büyük çoğunluğunun erken teşhis sağlanması nedeni ile başvurduğu saptanmıştır. Bunu PSM başvuru nedeni için bir fikri olmayanlar izlemektedir. Sözen ve arkadaşlarının çalışmasında da PSM nin en çok tercih edilen yararının hastalıkların erken teşhisini sağlanması olduğundan bahsedilmektedir (8).

Kişilerin PSM'ye başvurmama nedenleri sorgulandığında büyük çoğunluk PSM'yi gereksiz bulduğu için başvurmadığını bildirmiştir. Bu sonucu kişilerin zaman ayıramaması, PSM'nin ücretli olarak yapıldığı düşüncesi izlemektedir. Başkent Üniversitesi'nde yapılan çalışmada ise katılımcıların büyük çoğunluğunun PSM'nin ücretli olarak yapıldığını düşünmelerinden dolayı PSM'ye başvurmadığı, bunu PSM'nin özel hastanede yapıldığının düşünülmesi takip etmektedir (8). İki üniversite hastanesinde de neredeyse aynı sebepler nedeni ile kişiler PSM'ye başvurmamaktadır. Kişilerin belirttiği sebeplerin aksine ülkemizde PSM ücretsiz olarak, özellikle birinci basamak sağlık sistemi olmak üzere bütün sağlık kurumlarında yapılmaktadır. PSM için ayrı bir zaman gerekmemektedir; kişiler herhangi bir sağlık problemi için başvurdukları bir birinci basamak sağlık kurumunda PSM hizmeti alabilir. Tüm bunlardan yola çıkıldığında bu sonuçlar toplumun PSM ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığını ve bu konuda sağlık kurumlarında yeterli bilgilendirmenin yapılmadığı çok net ortaya konmaktadır.

Kişilere yapılmasını en çok istedikleri tetkikler sorulduğunda iki cinsiyette de kan tahlili istemi en yüksek sıralardadır; bu sonuç tüm kişilerin genel sağlık durumları hakkında bilgi sahibi olmak istediklerini göstermektedir. Kan tahlili istemini erkeklerde PSA takibi, kadınlarda ise mamografi takip etmektedir. 2014 yılı Türkiye Kanser İstatistikleri Yıllığına göre erkeklerde en sık görülen kanser akciğer kanseri iken, bunu prostat kanseri takip etmektedir. Kadınlarda ise birinci sırada meme kanseri yer almaktadır (12). Bu sonuçlar çalışmamızda çıkan kişilerin kan tahlilinden sonra en çok yapılmasını istedikleri tetkiklerin erkeklerde prostat takibi (PSA), kadınlarda ise mamografi olarak saptanmasının nedenini göstermektedir. Kişiler en sık görülen bu hastalıkların erken tanısının sağlanmasını istemektedir.

SONUÇ

Bu çalışma ile aile hekimlerinin hizmet verdikleri toplumun PSM hakkındaki farkındalıkları, bu konuda nasıl tutumlar sergiledikleri ve PSM ile ilgili beklentileri tespit edilerek, PSM ile ilgili geliştirilmesi gerekenler ve kişilerin PSM için hastaneye başvurularındaki engeller saptanmıştır.

Elde edilen veriler sonucunda;katılımcıların PSM ile ilgili yeterli bilgilerinin olmadığı saptanmış olup, eğer kişilere gerekli bilgilendirilme yapılırsa PSM için başvuru oranlarının artacağı düşünülmektedir.

Bu konuda toplumun büyük çoğunluğuna ulaşma imkanı olan; özellikle de aktif şikayeti olmayan kesime ulaşma imkanı diğer sağlık kuruluşlarına göre çok daha yüksek olan aile hekimlerine büyük yük düşmektedir. Bu konuda öncelikle aile hekimlerinin kongre, konferans, bildiri yada klinik uygulama rehberleri ile bilgilendirmelerinin yapılarak, bu konuda farkındalıklarının artırılması sağlanarak; onların da topluma aynı şekilde yaklaşmaları beklenmelidir.

KAYNAKÇA

1. Grimm KJ, Diebold MM. Periodic health examination. In: Rakel RE, editors. Textbook of Family Medicine, 8th ed. Philadelphia: WB Saunders. 2011; 79-99.
2. The Royal Australian College of General Practitioners. Putting prevention into practice. A guide for the implementation of prevention in the general practice setting. 1st ed. Melbourne, The Royal Australian College of General Practitioners. 1998; 89-93.
3. McWhinney IR, Freeman T. Sağlık geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi. In: Güldal D, çeviri editörü. Aile Hekimliği. 3. Baskı. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık ve Oxford University Press. 2012; 193.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. 2014; s: 92.

- (http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2013.pdfErişim Tarihi:30.09.2017)
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri 2015. (<http://www.thsk.gov.tr/dokumanlar/aile-hekimligi-egitim-gelistirme-db-dokumnalari>. Erişim Tarihi:30.06.2017)
 6. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2013). Resmi Gazete, 28539, 25 Ocak 2013.
 7. “Aile Hekimliği Uygulamalarında Önerilen Periyodik Muayene ve Tarama Testleri” T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme D. Başkanlığı. 2015; 991.
 8. Sözen F, Aydemir S, KutA. Bir üniversite hastanesi örneğinde hastaların periyodik sağlık muayenesi hakkındaki farkındalıkları. Türk Aile HekDerg.2015;19 (3): 112-121.
 9. Shires DA, Stange KC, Divine G, et al. Prioritization of evidence-basedpreventivehealthservicesduringperiodichealthexaminations. Am J PrevMed. 2012; 42(2): 164-73.
 10. Yıldız M, Sak Ö, Akpınar E. Periyodik Sağlık Muayenelerinde Kanıta Dayalı Tıp Uygulaması. Türkiye Klinikleri J FamMed-Special Topics.2013; 4(5): 13-8.
 11. David Ponka MDCM MSc (Int Prim Care). Theperiodichealthexamination in adults. CMAJ.2014; 186(16):1245.
 12. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. “Türkiye Kanser İstatistikleri” 2017. Ankara. Erişim Adresi: (http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR._uzun.pdf Erişim Tarihi:04.11.2017)

ROMATOİD ARTRİTLİ METOTREKSAT VE ANTI-TNF KULLANAN HASTALARDA NÖTROFİL/LENFOSİT , PLATELET/LENFOSİT ORANI VE MPV DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**COMPARISON OF NEUTROPHIL/LYMPHOCYTES, PLATELET/ LYMPHOCYTES RATIO AND MPV VALUES IN PATIENTS WITH RHEUMATOİD ARTHRITIS WHO USE METHOTREXATE AND ANTI-TNF**

Büşra YILMAZ, Serap TOMRUK SÜTBELAZ, Mehtap AYKAÇ ÇEBİÇİ

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

Yazışma adresi :

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

E-posta: drbusrayildiz91@gmail.com

Geliş Tarihi: 15/03/2018

Kabul tarihi: 11/04/2018

ÖZET

Amaç: Romatoid artrit (RA) nedeni kesin olarak bilinmeyen, eklemlerde yıkım ile giden; otoimmün, kronik, multisistemik bir hastalıktır. Biz bu çalışmada Romatoid artrit hastalarında metotreksat ve Anti-TNF blokör kullanan hastalarda nötrofil/lenfosit oranı (NLR),platelet lenfosit oranı(PLR) oranlarını ve ortalama platelet volümü (MPV) oranlarını araştırmayı amaçladık.

Metod: Bu çalışmaya romatoid artrit tanısı almış anti-TNF ve metotreksat kullanan 24 hasta alındı. Her iki grup dermografik veriler, MPV, NLR, PLR, CRP ve DAS28 (Disease Activity Score) değerleri yönünden karşılaştırıldı.

Bulgular: Her iki grup CRP (p:0,451), DAS28 (p:0,977), NLR (p:0,686), PLR (p:0,371), MPV (p:0,507) açısından istatistiksel olarak benzer bulundu.

Sonuç: Romatoid artrit tanısı konmuş anti-TNF ve metotreksat kullanan her iki hasta grubunda PLR, NLR, MPV, CRP , DAS28 değerleri açısından fark saptanmadı.

Anahtar kelimeler:Nötrofil lenfosit oranı (NLR), platelet lenfosit oranı (PLR), romatoid artrit (RA), inflamasyon

ABSTRACT

Objective: The cause of rheumatoid arthritis is an autoimmune, chronic, multisystemic disease which is not known precisely and which is caused by destruction in the joints. In this study, we aimed to investigate the rates of NLR, PLR and MPV in patients using methotrexate and anti-TNF blockers in patients with rheumatoid arthritis.

Methods: Twenty-four patients with anti-TNF and methotrexate who were diagnosed with rheumatoid arthritis were included in the study. Both groups were compared for dermographic

data, MPV, NLR, PLR, CRP and DAS28 values.

Findings: Both groups were statistically similar in terms of CRP (p: 0,451), DAS28 (p: 0,977), NLR (p: 0,686), PLR (p: 0,371) and MPV (p: 0,507).

Conclusion: There was no difference in PLR, NLR, MPV, CRP, DAS28 values in both groups of patients who were diagnosed with rheumatoid arthritis using anti-TNF and methotrexate.

Key words: Neutrophil-lymphocyte ratio (NLR), Platelet Lymphocyte Ratio (PLR), Rheumatoid arthritis (RA), İnflammation

GİRİŞ

Romatoid artrit(RA), etyolojisi belli olmayan, temel olarak büyük ve küçük eklemleri etkilemekle birlikte sistemik etkilere de yol açan, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Toplumda görülme sıklığı %1 oranındadır (1). Romatoid artrit sinovyal sıvıyı infiltrate eden T helper hücrelerinin spesifik aktivasyonu ile otoimmün yanıt ortaya çıkar. Aktive olmuş T lenfositleri ile başlayan inflamasyon ile eklemlerde erozyon ve destrüksiyonla giden ve asimetrik eklem tutulumu ile kendini gösterir(2,3).

Romatoid artrit etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Otoimmün hastalıklar grubunda ele alınan ve çevresel, kalıtsal, hormonal faktörlerin etkileşimi ile geliştiği düşünülen bir hastalıktır. Romatoid artritte genetik bir etki olduğu kabul edilmektedir. Özellikle HLA-DR4 ile RA arasında ilişki tanımlanmıştır. Yapılan çalışmalarda HLA-DR4 sık görülen etnik topluluklarda RA için 3-6 kat risk oluşturmaktadır (4).

Laboratuvar bulgularında en çok kullanılan parametreler sedim ve CRP değerleridir. Hastalık aktivitesini değerlendirmede kullanılan bir diğer parametre ise DAS28 değeridir. Hassas ve şiş eklem tutulumları ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), C-reaktif protein (CRP) değerleri kullanılarak hesaplanır. Ülkemizde de hastalık aktivite değerlendirme skoru olarak günlük pratikte kullanılmaktadır. Aktivitesinin 5.1'den fazla olması yüksek hastalık aktivitesini, 2.6-3.2 arasında olması düşük hastalık aktivitesini göstermektedir. DAS 28 2.6'dan daha düşük değerler ise remisyon olarak kabul edilmektedir (5).

Metotreksat, hem tek başına hem de diğer başka uzun etkili ilaçlarla birlikte RA tedavisinde kullanılan en sık ve genellikle de ilk seçilen ilaçtır (6). Metotreksat bir folik asit antagonistidir. Dihidrofolat redüktazı inhibe ederek, hücre proliferasyonunda önemli olan pürin metabolitlerinin sentezini azaltır.

Romatoid artritte, inflamatuvar cevabın oluşmasında ve bunun artarak devam etmesinde TNF- α merkezi rol oynar. TNF- α inhibitörleri hastalık modifiye edici biyolojik tedaviler olarak Romatoid artrit hastalığında kullanılmaktadır.

Son dönemlerde birçok hastalık grubunda inflamatuvar süreçle ilişkili olan yeni belirteçler araştırılmaktadır. Ortalama trombosit hacmi (MPV), nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR) romatolojik hastalıkların takiplerinde rutin olarak istenen hemogram incelemesinden basitçe elde edilebilecek belirteçlerdir(7,8). MPV hemogram parametreleri içerisinde yer almaktadır. NLR ve PLR ise nötrofil platelet ve lenfosit sayılarından elde edilir. Romatolojik hastalıkların aktif klinik durumlarında MPV'nin azaldığı

bildirilmiş ve ESR, CRP ile negatif bir korelasyon gösterdiği dolayısıyla negatif bir akut faz reaktanı olarak kullanılabilceği bildirilmektedir(9,10). NLR ve PLR ile ilgili yayınlar farklılıklar göstermektedir. Romatoid artrit (RA) ve Ankilozan spondilitli hastalarında aktif hastalıkta artıkları bildirilse de bazı yayınlarda klinik aktivite skalalarıyla korelasyon göstermediği saptanmıştır(11).

Bu çalışmada Romatoid artrit hastalarında tam kan sayımı parametrelerinden MPV,NLR ve PLR nin metotreksat ve Anti-TNF ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD

Ocak 2017- Ağustos 2017 ayları arasında Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastalardan hastane bilgi sisteminde kaydı bulunan ve 2010 ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre RA tanısı almış ve metotreksat ile anti-TNF blokörü kullanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Toplam 24 hasta, 12 metotreksat kullanan, 12 Anti-TNF kullanan hasta olarak 2 grup oluşturuldu.

Araştırmaya dahil olma kriterleri; 2010 ACR/EULAR Classificatin'a göre RA tanısı almış olmak, 18-75 yaş aralığında olmak,en az 6 ay metotreksat veya anti-TNF blokörü kullanıyor olmak olarak belirlendi.

Dışlama kriterleri ise; 18 yaş altı,75 yaş üzerinde olmak, aktif enfeksiyonu bulunması(tbc,hepatit..), malignensi öyküsünün olması, diyabetes mellitus, konik hastalık bulunması olarak belirlendi.

Her iki grubun DAS28, CRP ve tam kan sayımı değerleri hasta bilgi sisteminden alınarak istatistiksel olarak incelendi. DAS28 aktivite ölçütlerine göre, kayıtlı olan muayene notlarına göre hassas ve şiş eklem sayısını dikkate alınarak hastalık aktivite skoru belirlendi.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü.Nicel bağımsız verilerin analizinde mann-whitney u test kullanıldı.Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test kullanıldı.Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmamızda elde edilen verilere göre 12 Anti-TNF VE 12 metotreksat kullanan hastalar değerlendirildi. Anti TNF ve Metotreksat grubunda hastaların yaşları, cinsiyet dağılımı, boyları, ağırlıkları, beden kitle indeksi (BKI) değeri anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir(Tablo 2). Anti TNF ve Metotreksat grubunda CRP değeri, DAS28 değeri, nötrofil değeri, lenfosit değeri, platelet değeri, NLR değeri, PLR değeri, MPV değeri anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir(Tablo 2).

Anti-TNF alan grupta 7 kadın, 5 erkek; metotreksat alan grupta 10 kadın, 2 erkek hasta değerlendirildi.

Yaş ortalaması Anti-TNF alan grupta 1.64 ± 0.10 , metotreksat alan grupta $1,61 \pm 0,08$ olarak

saptandı. Yaş ortalaması açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

Beden kitle indeksi değerlendirildiğinde ise Anti-TNF grubunda 28.3 ± 6.3 , metotreksat grubunda 27.5 ± 2.9 olarak saptandı, anlamlı fark bulunmadı. Nötrofil, platelet, lenfosit, MPV, NLR, PLR değerlerine bakıldığında tablo 2 de görüldüğü gibi her iki grup arasında benzerdi. DAS28 ve CRP değerlendirildiğinde ise her iki grup arasında fark saptanmadı.

Tablo-2

	Anti TNF		MTX		p
	Ort.±s.s./n-%	Medyan	Ort.±s.s./n-%	Medyan	
Yaş	51.3 ± 7.8	51.0	54.7 ± 14.3	58.5	0.285 ^m
Cinsiyet	Kadın	7 29%	10 42%		0.178 ^{X²}
	Erkek	5 21%	2 8%		
Boy	1.64 ± 0.10	1.63	1.61 ± 0.08	1.62	0.187 ^m
Ağırlık	76.4 ± 17.8	75.0	71.8 ± 9.9	68.0	0.431 ^m
BKI	28.3 ± 6.3	27.4	27.5 ± 2.9	27.6	0.212 ^m
CRP	9.54 ± 9.59	4.98	6.10 ± 4.70	3.87	0.451 ^m
DAS28	3.26 ± 0.96	3.11	3.25 ± 0.73	3.17	0.977 ^m
Nötrofil	4.51 ± 1.18	4.36	4.91 ± 1.86	4.81	0.686 ^m
Lenfosit	2.59 ± 0.72	2.35	2.30 ± 0.67	2.24	0.371 ^m
Platelet	304.0 ± 57.5	303.0	311.7 ± 118.6	271.0	0.507 ^m
NLO	4.51 ± 1.18	4.36	4.91 ± 1.86	4.81	0.686 ^m
PLO	2.59 ± 0.72	2.35	2.30 ± 0.67	2.24	0.371 ^m
MPV	304.0 ± 57.5	303.0	311.7 ± 118.6	271.0	0.507 ^m

^m Mann-whitney u test / ^{X²} Ki-kare test

Tablo-1

	Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s./n-%
Yaş	30.0 - 73.0	55.5	53.0 ± 11.4
Cinsiyet	Kadın		17 71%
	Erkek		7 29%
Boy	1.50 - 1.78	1.62	1.63 ± 0.09
Ağırlık	39.0 - 120.0	75.0	74.1 ± 14.3
BKI	16.2 - 41.5	27.5	27.9 ± 4.8
CRP	3.02 - 36.00	4.6250	7.8 ± 7.6
DAS28	1.61 - 4.90	3.1700	3.3 ± 0.8
Nötrofil	2.56 - 8.38	4.4300	4.7 ± 1.5
Lenfosit	1.31 - 4.09	2.2850	2.4 ± 0.7
Platelet	213.0 - 636.0	290.5	307.8 ± 91.2
NLO	2.56 - 8.38	4.4300	4.7 ± 1.5
PLO	1.31 - 4.09	2.2850	2.4 ± 0.7
MPV	213.0 - 636.0	290.5	307.8 ± 91.2

NLO:NLR, PLO:PLR, MTX: METOTREKSAT

TARTIŞMA

RA hastalık patogenezi oluşturarak inflamatuvar yanıtta hücre ve humoral immünite birlikte rol oynar. Nötrofiller, lenfositler immün sistemin başlıca hücreleridir. Ve bu hücreler inflamasyonu başlatıcı sitokinleri başlatıcı özelliktedir. NLR ve PLR Değerleri sistemik inflamatuvar cevabın göstergesi olarak kabul edilmektedir. MPV ise inflamatuvar süreçte negatif korelasyon gösteren, trombosit fonksiyon ve aktivitesinin göstergesi olan bir parametredir. Bu çalışmada ilişkisini aradığımız Romatoid artritli hastalarda metotreksat ve Anti-TNF kullanımıyla NLR, PLR ve MPV değerleri benzer bulunmuştur. Romatoid artritli hastalarda Elif K ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada NLR, PLR, RDW seviyeleri RA hasta grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekken, MPV seviyeleri anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Ancak ilaç kullanımı ile ilişkisi araştırılmamıştır. Yine aynı çalışmada CRP ve hastalık aktivitesini gösteren DAS28 değerleri hasta grubunda anlamlı olarak yüksek bulunurken, bizim çalışmamızda DAS28 median değerleri Anti-TNF grubunda 3,11; metotreksat grubunda 3,17 hesaplanarak her iki grupta düşük hastalık aktivitesini göstererek benzer bulunmuştur(12).

Ayhan A'nın yaptığı çalışmada Ankilozan spondilitli hastalarda CRP, nötrofil sayısı, trombosit, NLR, PLR değerlerini kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Aktif inflamasyonda trombosit sayısında artış beklenen bir durumdur. Rutin hemogram parametresi olarak çalışılan MPV'nin, trombosit fonksiyonu ve aktivasyonu ile korelasyonu kanıtlanmıştır(13). Bizim yaptığımız çalışmada her iki hasta grubunda da değerlendirilen sonuçlar benzerdi.

Sonuç olarak Romatoid Artrit'li hastalarda kan parametreleri rutin olarak değerlendirildiğinden ucuz ve basit olması avantaj olarak değerlendirilebilir. Biz ilaç kullanımı ile NLR, PLR, MPV, DAS28 ve CRP arasında anlamlı fark saptamadık. Fakat yapılan benzer çalışmalarda NLR ve PLR değerlerinin inflamasyonla ilişkili olarak artabileceğini, MPV değerinin negatif korelasyon göstereceğini bildirmişlerdir(12,13). Bu değerler birçok hastalıkta sistemik ve inflamatuvar cevabın göstergesi olarak kabul edilmiş ve Romatoid artritli hastalarda da önemli bir parametre olarak kullanılabileceği gösterilmiştir.

KAYNAKLAR

- 1-) Gümüş G: Bağ Dokusu Hastalıkları: Romatoid Artrit. Gümüşdiş G, Doğanavşargil E. Klinik Romatoloji, Deniz Matbaası; İstanbul 1999, 269-279.
- 2-) Mikuls TR, Farrar JT, Bilker WB, et al. Gout epidemiology. Results From The UK General Practice Research Database, 1990-1999. Ann Rheum Dis 2005; 64: 267-72.
- 3-) McLean L, Becker MA. The pathogenesis of gout. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS et al. Rheumatology. Philadelphia : Mosby 2008:1813-27 .
- 4-) Maini RN, Feldmann M: Immunopathogenesis of rheumatoid arthritis. In Maddison P, Isenberg D, Woo P, et al. Oxford Textbook of Rheumatology. Oxford University Press; 1998:

983-1004.

5-)Van Riel PL. The development of the disease activity score (DAS) and the disease activity score using 28 joint counts (DAS28). *Clin Exp Rheumatol* 2014; 32: 65-74.

6-)Yurdakul S. Uzun etkili ilaçlar. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006; 2: 52-59.

7-) Gasparyan AY, Ayvazyan L, Mikhailidis DP, Kitas GD. Mean platelet volume: a link between thrombosis and inflammation? *Curr Pharm Des.* 2011; 17: 47-58.

8-)Qin B, Ma N, Tang Q, et al. Neutrophil to lymphocyte ratio (NLR), platelet to lymphocyte ratio (PLR) were useful markers in assessment of inflammatory response and disease activity in SLE patients. *Mod Rheumatol.* 2015; 25: 1-16.

9-)Zareifar S, Farahmand Far MR, Golfeshan F, et al. Changes in platelet count and mean platelet volume during infectious and inflammatory disease and their correlation with ESR and CRP. *J Clin Lab Anal.*2014; 28: 245-8.

10-)Şahin A, Yetişgin A, Şahin M, et al. Can mean platelet volume be a surrogate marker of inflammation in rheumatic diseases? *West Indian Med J* 2015; 65: 165-169.

11-)Mercan R, Bitik B, Tufan A, et al. The association between neutrophil/lymphocyte ratio and disease activity in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis.*J Clin Lab Anal.*2016; 30: 597-601.

12-)Kılıç E, Rezvani A, Erek Toprak A. Romatoid Artritte Nötrofil/ Lenfosit ve Platelet/ Lenfosit Oranlarının Değerlendirilmesi. *Dicle Medical Journal.* 2016, 43 : 241-247

13-)Aşkın A. Ankilozan spondilit hastalarında nötrofil/lenfosit oranı, trombosit/lenfosit oranı ve ortalama trombosit hacminin değerlendirilmesi. *Cukurova Med J* 2016; 41: 479-484.

Extravasation of Intravenous Application of Album Solution: Letter to the Editor

**Albumin Solüsyonu İntravenöz Uygulamasında Gelişen Damar Dışına Kaçma
Reaksiyonu: Editöre Mektup**

İsa An¹, Mustafa Esen¹, Özlem Devran Gevher¹, Ömer Akburak¹, Nur Ecer¹

1: Dicle Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Yazışma adresi: Dicle Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

E.mail: is_an89@hotmail.com

Geliş tarihi: 26/12/2017

Kabul Tarihi: 13/04/2018

Yetmiş dört yaşında kadın hasta kronik böbrek yetmezliği ve pnömoni şikayetleri nedeniyle yoğun bakım ünitesinde tedavi edilmekteydi. Tedavinin 5. gününde hipoalbuminemi gelişen hastaya albüminreplasmanı yapıldı. Albumin infüzyonu başladıktan iki saat sonra sol kolda şişlik ve ekimoz gelişti. Dermatolojik muayenede sol el sırtı ve kolda yaygın ödem ve ekimoz görüldü (Resim1). Mevcut bulgularla hastaya albumin solüsyonu intravenöz uygulamasında gelişen damar dışına kaçma reaksiyonu düşünüldü. Hastanın albümin infüzyonu kesildi ve lezyonlu bölgeye soğuk pansuman uygulaması yapıldı. 10 gün sonra lezyonlarının gerilediği görüldü.



Resim1: Dermatolojik muayenede sol el sırtı ve kolda yaygın ödem ve ekimoz

Damar dışına kaçma intravenöz uygulama sırasında verilen bir ilacın istemsiz olarak perivasküler ve subkütan boşluğa verilmesi veya sızması durumudur. Damar dışına kaçma bazen kendiliginden geçen minör komplikasyonlara neden olurken, bazen de rekonstrüktif cerrahi gerektirebilecek deri, kas ve tendon kaybına neden olabilmektedir. Ayrıca, hastanede kalış süresinde uzamaya, morbidite ve maliyette artışa da neden olduğu belirtilmektedir (1,2). Damar dışına kaçma yaralanmaları genellikle erken dönemde farkedilir. Bu nedenle lokalize kalırlar ve spontan iyileşirler. Damar dışına kaçma sekelleri ise genellikle hasarın ilkevresinden daha ciddi bir klinik görünüme sahiptir ve önceden tahmin edilemezler (2,3). Erişkinlerde damar dışına kaçma genellikle kemoterapi ajanlarına bağlı olarak görülmektedir. Nadiren vankomisin, fenitoin ve dopamin gibi diğer ilaçlara bağlı olarak da gelişebilmektedir (2,3,4). Bizim hastamızda damar dışına kaçma albümin kullanımına bağlı olarak gelişmişti. Kemoterapi ajanlarına bağlı damar dışına kaçma sıklığının %0.05–6 olduğu tahmin edilmektedir. İlaçlarının tipine, uygulama yapılan bölgeye, ilacın konsantrasyonuna ve damar dışına kaçan miktarına bağlı olarak uygulama bölgesindeki deride eritemden nekroza kadar farklı klinik görünümde reaksiyonlar izlenebilir(5). Semptomlar ilaçların özelliğine bağlı

olarak uygulamanın hemen ardından veya haftalar sonra gelişebilir. Tedavide asıl amaç doku nekrozu ve ülserasyonun önlenmesidir. Olgular erken tespit edildiğinde genellikle lokalize kalır ve kendiliğinden iyileşir (2,4). Bizim hastamızda albumin infüzyonu başladıktan iki saat sonra semptomlar gelişti. Hastanın albümin infüzyonu hemen kesildi, lezyonlu bölgeye soğuk pansuman uygulaması yapıldı ve lezyonların 10 gün sonra gerilediği görüldü. Literatürde albümin uygulamasına bağlı gelişen damar dışına kaçma vakasına rastlamadık. Albümin uygulamasına bağlı gelişen damar dışına kaçmanın klinik pratikte nadir görüldüğünü düşünmekteyiz ve erken tespit edilip tedavi edilmezse doku nekrozu ve ülserasyonun gelişebileceğini düşünmekteyiz. Bu nedenle damar dışına kaçma tespit edildiğinde gecikmeden tedaviye başlanması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Albumin, damar dışına kaçma

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması belirtilmedi.

Finansal Kaynak: Bu çalışmada herhangi bir mali destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Goolsby TV, Lombardo FA. Extravasation of chemotherapeutic agents: prevention and treatment. Semin Oncol 2006;33:139-43.
2. Schulmeister L. Extravasation management: clinical update. Semin Oncol Nurs 2011;27:82-90.
3. Demirel BG, Koca R, Tekin NS. Kemoterapi ekstrevasyonuna bağlı deri nekrozu ve selülit: Bir olgu sunumu. Türk Onkoloji Dergisi 2015;30:144-7.

4. Dougherty L. Extravasation: prevention, recognition and management. Nurs Stand 2010; 24:48-55.
5. Kassner E. Evaluation and treatment of chemotherapy extravasation injuries. J Pediatr Oncol Nurs 2000; 17:135-48.

Nitrofurazon'a bağlı gelişen alerjik kontak dermatit: Editöre mektup**Allergic contact dermatitis due to Nitrofurazon: Letter to the editor**Mustafa Esen¹, İsa An¹¹Dicle Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır, TürkiyeMustafa Esen ORCID NO: orcid.org/0000-0002-4736-9142İsa AN ORCID NO: orcid.org/0000-0003-3366-4551**Yazışma yazarı : İsa An**

Dicle Üniversitesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Tel: 0(412)2488001 ; fax:0(412)2488240

e-mail: is_an89@hotmail.com**Anahtar kelimeler:** Nitrofurazon, kontak dermatit

Elli yedi yaşında erkek hasta yüzde yaygın ödem ve sulantılı lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastaya gittiği aile hekimi tarafından piyoderma tanısıyla nitrofurazonetken maddeli krem başlandığı ve kullanımından 1 gün sonra yüzde sulantılı, kaşıntılı lezyonlar oluştuğu öğrenilmiştir. Hastanın dermatolojik muayenesinde göz kapaklarında yaygın ödem ve yüzde sulantılı, krutlu yer yer erode alanlar görüldü(Resim1). Hastanın sistemik bir hastalığı yoktu. Tam kan sayımı ve karaciğer fonksiyon testlerini de içeren rutin laboratuvar testleri normaldi. Hastada nitrofurazona bağlı gelişen alerjik kontak dermatit tanısı düşünüldü. Mometazon furoat krem 2x1/gün ve oral antihistaminik tedavisi başlandı. 10 gün sonra lezyonların kaybolduğu görüldü. 2 hafta sonra hastanın sırt bölgesine nitrofurazon krem ile yama testi yapıldı. 48. saatteki değerlendirilmede test sonucu (+++) olarak değerlendirildi ve hastanın tanısı kesinleştirildi.

Allerjik kontakt dermatit(AKD) dışardan temas edilen ajanlara karşı gelişen gecikmiş tip reaksiyondur. Alerjene maruz kalımdan ve duyarlandıktan sonra ortaya çıkan klinik tablodur(1). Akut evrede eritemli, kepekli plaklar, ciddi olgularda ise temas yerlerinde vezikül ve büllerle karakterizedir. Duyarlı kişinin alerjenle tekrarlayan ve devamlı teması hastalığın

kronikleşmesine neden olur. Her yaşta görülebilen bu hastalıkta çocuklarda temas edilen malzemeler, giysi malzemeleri ve aksesuarları rol oynarken, erişkin olgularda kontakt dermatit kullanılan kozmetikler ve topikal ilaçlar ile ilişkili olabilir(1,2). Topikal olarak uygulanan ilaçlara karşı AKD gelişimi sık görülmektedir. Bir ilaca karşı duyarlılık ilacın allerjenik potansiyeli ve kullanım sıklığı ile ilişkilidir. Topikal ilaçların içerisinde yer alan aktif maddeler, taşıyıcılar, koruyucular ve koku maddelerinin hepsi kontakt duyarlılığa neden olabilir. Allerjik kontakt dermatit tanısı hasta öyküsü, fizik muayene ve yama testi ile konur (1,2,3).

Nitrofurazon yanıklar ve deri enfeksiyonlarını tedavi etmek için topikal olarak kullanılan geniş spektrumlu bir antibakteriyel ajandır. Bajaj ve ark.'nın çalışmalarında topikal ilaçlara bağlı AKD'ten şüphelenilen 390 hasta arasında nitrofurazon % 36.2 oranında en sık duyarlandırıcı olarak saptanmıştır(3). Downing ve ark. 233 hastada yaptıkları çalışmada nitrofurazon duyarlılığı prevalansını % 6 olarak bildirmişlerdir(4). Nitrofurazona bağlı lezyonlar genellikle eksudatif olarak gözlenmekte ve patch testte çoğunlukla 48. saatte güçlü bir pozitiflik izlenmektedir. Günümüzde kontakt duyarlılık insidansındaki yükseklik nedeniyle batı ülkelerinde nitrofurazon kullanımı çoğunlukla terkedilmiştir (1,5).

Nitrofurazon ülkemizde özellikle dermatolog olmayan hekimler tarafından tercih edilmektedir. Nitrofurazon'un sıklıkla allerjik kontak dermatite neden olduğu klinisyenlerce hatırlanmalı ve yerine daha az kontakt duyarlılığa neden olan topikal antibiyotik kullanımı tercih edilmelidir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması belirtilmedi.

Finansal Kaynak: Bu çalışmada herhangi bir mali destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Önder M. Allergic Contact Dermatitis. *Turkderm* 2009;43:3-9.
2. Li LY, Cruz PD. Allergic contact dermatitis: pathophysiology applied to future therapy. *Dermatologic Therapy* 2004;17:219-23.
3. Bajaj AK, Gupta SC. Contact hypersensitivity to topical antibacterial agents. *Int J Dermatol.* 1986; 25:103-5.
4. Downing JG, Brecker FW. Further studies in the use of furacin in dermatology. *N Engl J Med.* 1948; 239:862-4.

5. Ballmer-Weber BK, Elsner P. Contact allergy to nitrofurazone. Contact Dermatitis. 1994; 31:274-5.



Resim 1: Göz kapaklarında yaygın ödem ve yüzde sulantılı, krutlu yer yer erode alanlar görülmektedir

Boyunda dev kistik higroma olgusu

A giant cystic hygroma in the neck

Ali Bayram¹, Altan Kaya¹, Nuri Ünsal¹, Ebru Akay², Cemil Mutlu¹

1: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi KBB Kliniği

2: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

Yazışma adresi: Dr. Ali Bayram. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi KBB Kliniği. Sanayi Mh. Hastane Cd. No:78, 38010, Kayseri, Türkiye

Telefon: 0 352 2332062

Cep Telefonu: 0 532 6216418

E-mail: dralibayram@gmail.com

Geliş tarihi: 29/12/2017

Kabul Tarihi: 04/03/2018

Özet

Kistik higroma (KH), primitif lenfatik kesenin lenfatik doku artıklarından geliştiği düşünülen, benign ve konjenital bir malformasyondur. Bu yazıda, dört yaşındaki kız hastada, total cerrahi eksizyon ile tedavi edilen dev boyun KH vakası sunulmuştur. Ameliyat öncesi yeterli klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde yapılan iyi bir tedavi planlaması ve dikkatli cerrahi diseksiyon ile çocukluk çağı dev KH'larının total cerrahi eksizyonu mümkündür.

Anahtar kelimeler: Higroma, kistik, çocuk, cerrahi.

Abstract

Cystic hygroma is a benign and congenital malformation of lymphatic system. In the present study, a case of neck giant cystic hygroma treated with total surgical removal was described in a 4-year-old female patient. Total surgical removal of pediatric giant cystic hygroma is possible with a preoperative meticulous treatment plan guided by clinical and radiological findings, and a careful surgical dissection.

Keywords: Hygroma, cystic, child, surgery.

Giriş

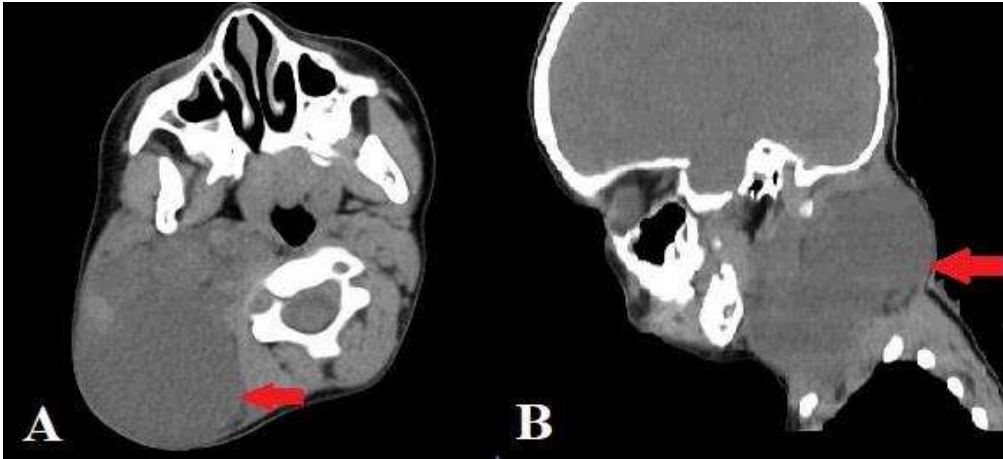
Kistik higroma (KH), lenfatik sistemin benign ve konjenital bir malformasyonu olup yaklaşık 1/6000 doğumda görülür (1). Nadir görülen bu lenfatik malformasyonun nedeni, lenfatik damarlarla venöz sistem arasındaki bağlantıların oluşmasındaki yetersizlik olup vakaların %80-90'ı iki yaş altında görülür (2). Vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilmekle beraber en sık baş-boyun bölgesinde (%75-80) ortaya çıkar. Total cerrahi eksizyon en önemli tedavi seçeneğidir ancak kitlenin çevre nörovasküler ve kas yapılarına infiltre olabilme potansiyeli nedeniyle total eksizyon her zaman mümkün olmayabilir (2). Bu yazıda cerrahi ile total eksize edilen dev KH vakası sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Dört yaşında kız hasta, doğumdan beri bulunan ancak son bir haftadır aniden büyüyen boyun sağ tarafında şişlik şikayeti ile başvurdu. Baş boyun muayenesinde, boyun sağ tarafında posterior servikal bölgeyi dolduran, medialde boyun orta hatta, superiorda sağ submandibuler bez ve parotise, inferiorda klavikulaya uzanan yaklaşık 10x8x6 cm boyutlarında, yumuşak kıvamlı ve palpasyonla ağırlı kitle palpe edildi (Resim 1). Hastanın laboratuvar incelemesinde, kanda beyaz küre 27000/mm³, sedimentasyon ve CRP değerleri ise sırasıyla 77 mm/saat ve 49 mg/L bulundu. Boyun ultrasonografisinde (USG) 7.5x4.5 cm boyutlarında, içerisinde solid komponentin ve septaların bulunduğu yoğun içerikli kistik lezyon rapor edildi. Boyun bilgisayarlı tomografisinde (BT) 8x6x5 cm boyutlarında, homojen içerikli hafif kalın duvarlı kistik lezyon mevcuttu (Resim 2). USG eşliğinde yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) süpüratif iltihabi olay şeklinde rapor edildi. Kitleden alınan aspirasyon materyalinin gram boyamasında bol polimorfonükleer lökosit ve eritrosit bulunurken mikroorganizma izlenmedi ve kültürde üreme olmadı. Bu bulgularla hastaya öncelikle beş gün süreyle intravenöz 2x1 gr sulbaktam-ampisilin (Sulbaksit 1 g flk, Tüm-Ekip İlaç AŞ, İstanbul) ve 3x500 mg metronidazol (Bioflex Metroset %0.5, Osel İlaç San ve Tic AŞ, İstanbul) tedavisi uygulandı. Beyaz küre değerleri normale yaklaşan ve palpasyonla boyundaki hassasiyeti azalan hasta ameliyata alındı ve çevre nörovasküler ve musküler yapılar korunarak kitle total eksize edildi. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gözlenmeyen hastada kitlenin histopatolojik incelemesi KH şeklinde rapor edildi (Resim 3). Hastanın ameliyat sonrası 6. ayındaki kontrolünde rezidü ya da nüks bulgusu izlenmedi. Hasta bilgilerinin vaka takdiminde kullanılabilmesi için yasal vasisinden izin alındı.



Resim 1: Boyunda lokalize dev kistik higromanın ön (A) ve yandan (B) görünüşü



Resim 2: Boyunda lokalize dev kistik higromanın aksiyel (A) ve sagittal (B) bilgisayarlı tomografi görüntüleri. Kırmızı oklar kitleyi işaret etmektedir



Resim 3:A-Kistik higromaya ait dokudan hazırlanan kesitlerde sponge-like (sünger benzeri) mikroskopik kistik mesafeler içerisinde yoğun lenfoid agregatlar ve lenf sıvısı görülmektedir (HEx200) B- Hastanın ameliyat sonrası görüntüsü.

Tartışma

Kistik higroma lenfatik sistemin konjenital ve kistik bir malformasyonu olup daha çok baş boyun bölgesinde ortaya çıkar. Kadın ve erkeklerde eşit oranda görülen KH, baş boyun bölgesinde tipik olarak posterior servikal üçgende yerleşir (2). Her yaşta görülebmesine rağmen hastaların %50'si doğum sırasında, %90'ı yaşamın ilk iki yılında tanı alırlar (3). En sık görülen semptom ağrısız, fluktuant ve yavaş büyüyen yumuşak doku kitlesidir ancak kist içine hemoraji, inflamasyon, eşlik eden solunum yolu enfeksiyonu veya travma varlığında ani büyüme gösterebilirler (4). Sunumu yapılan vakada kitle boyun sağ posterior servikal üçgende yerleşmiş ve superiorda parotis bezine, inferiorda klavikula kadar uzanmıştı. Kitle doğumdan beri var olup son bir haftada aniden büyümüşü ve palpasyonla ağrılı idi. Bunun nedeninin kan parametreleri de göz önüne alındığında var olan lezyonun enfekte olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Kistik higroma tanısında başta USG, BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) olmak üzere radyolojik yöntemlerin önemi büyüktür. USG'de, KH değişik kalınlıkta septalar içeren multiloküler kistik kitle şeklinde izlenirken, BT'de kontrast tutmayan homojen kistik kitle olarak gözlenir. Tanıda BT ve MRG, özellikle kitlenin yayılımı ve çevre anatomik yapılarla ilişkisini göstermesi bakımından önemlidir (5). İİAB'de genellikle lenfosit ve histiositten zengin sarı renkli sıvı aspire edilir. KH tanısında İİAB önerilmekle beraber bazı yazarlar İİAB'nin enfeksiyon, kanama ve rekürrense neden olabileceğini bildirmişlerdir (6, 7). KH ayırıcı tanısında neoplastik hastalıklar (lipom,

hemanjiom, nöroblastom, rabdomyosarkom), derin boyun enfeksiyonları, süpüratif lenfadenopati, brankial kist, tiroglossal kist, dermoid kist, timik kist, laringosel ve tiroid kitleleri düşünülmelidir (8). Sunulan vakanın USG'sinde, literatüre benzer şekilde, içerisinde solid komponentin ve septaların bulunduğu yoğun içerikli kistik lezyon, BT'sinde ise homojen içerikli hafif kalın duvarlı kistik lezyon izlendi. İİAB kitlenin süpürasyonuna işaret eder nitelikte süpüratif iltihabi olay şeklinde rapor edildi. Bu vakada hastanın geliş şikayetinin ani büyüyen palpasyonla ağırlı boyun kitlesi olması ve laboratuvar bulgularında beyaz küre, sedimentasyon ve CRP yüksekliği bulunması nedeniyle derin boyun enfeksiyonu da ayırıcı tanıda önemli bir yer tutmakta idi. Ancak hastada doğumdan beri var olan aynı taraftaki boyun kitlesinde ani büyüme hikayesi ve radyolojik bulgular birlikte değerlendirildiğinde konjenital kistik bir kitlenin süpürasyonu ön planda düşünüldü. Bu tip vakalarda hastanın klinik bulgularının özellikle öykü ve radyolojik bulgularla birlikte değerlendirilmesinin doğru tanıya ulaşmada büyük önemi olduğunu düşünmekteyiz.

Konjenital boyun kitlelerinin ön tanısında kitlenin yerleşim yeri yardımcı bir bulgudur. Örnek olarak tiroglossal kistler boyunda genellikle orta hatta yerleşirken (9), brankial kistler sıklıkla orta hattın lateralinde görülürler (10). Kistik higromaların %75-80'i baş boyun bölgesinde, %20'si koltuk altında, %5'i mediastinum, retroperitoneal bölge ve daha nadir olarak göğüs duvarında yerleşim göstermektedir (11). Boyunda kistik higromaların çoğunlukla posterior servikal üçgende görülmesi ayırıcı tanısında yardımcı bir bulgudur. Sunduğumuz vakada lezyon posterior servikal üçgende yerleşmekte idi.

Kistik higromada klasik tedavi mümkün olan vakalarda erken dönemde yapılan total cerrahi eksizyondur. Ancak boyun bölgesindeki önemli anatomik yapılara yakınlık ve kitlenin çevre yapılara infiltrasyon potansiyeli nedeniyle total eksizyon her zaman yapılamayabilir. Cerrahi yapılamayan olgularda, sklerozan madde enjeksiyonu (bleomisin, OKT-432), CO2 lazer, radyoterapi ve aspirasyon alternatif tedavi metodlarıdır (11).Yirmi bir servikofasiyal lenfanjiomu içeren bir çalışmada, kitlenin total eksizyonu sonrası takiplerde nüks gözlenmezken, subtotal eksizyon sonrası %56, parsiyel eksizyon veya aspirasyon sonrası %100 nüks olduğu bildirilmiştir (12). Bu vakada detaylı radyolojik inceleme sonrası tedavi seçeneği olarak total cerrahi eksizyon kararı verildi. Ancak hastanın ilk başvurusunda enfeksiyon bulguları olması nedeniyle cerrahi öncesi hastaya bir süre antibiyotik tedavi uygulandı. Cerrahi esnasında çevre nörovasküler yapılara ve kaslara belirgin infiltrasyon göstermeyen kitle dikkatli cerrahi diseksiyon ile total eksize edildi ve hastanın aylık yapılan takiplerinde altı ay boyunca nüks izlenmedi.

Sonuç

Kistik higroma, çocukluk çağında dev boyutlara ulaşmış çevre anatomik yapılara infiltrasyon gösteren konjenital baş boyun kitlesi olarak ortaya çıkabilir. Baş boyun bölgesinde önemli nörovasküler yapıların bulunması nedeniyle dev boyutlara ulaşabilen bu kitlelerde total cerrahi eksizyon her zaman mümkün olmamaktadır. Ancak ameliyat öncesi yeterli klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde yapılan iyi bir tedavi planlaması ve dikkatli cerrahi diseksiyon ile çocukluk çağı dev KH'larının total cerrahi eksizyonu mümkündür.

Referanslar

1. Gedikbasi A, Gul A, Sargin A, Ceylan Y. Cystic hygroma and lymphangioma: associated findings, perinatal outcome and prognostic factors in live-born infants. Arch Gynecol Obstet 2007;276:491-498.
2. Dokania V, Rajguru A, Kaur H, et al. Sudden Onset, Rapidly Expansile, Cervical Cystic Hygroma in an Adult: A Rare Case with Unusual Presentation and Extensive Review of the Literature. Case Rep Otolaryngol 2017;2017:1061958.
3. Baer S, Davis J. Cystic hygroma presenting in adulthood. J Laryngol Otol 1989;103:976-977.
4. Onur MR, Özel K, Demir F, Özdemir H.Dev Kistik Higroma: US ve MRG Özellikleri. Fırat Tıp Dergisi 2007;21:141-144.
5. Romeo V, Maurea S, Mainenti PP, et al. Correlative imaging of cystic lymphangiomas: ultrasound, CT and MRI comparison. Acta Radiologica Open 2015;4:2047981614564911.
6. Curran AJ, Malik N, McShane D, Timon CV. Surgical management of lymphangiomas in adults.J Laryngol Otol 1996;110:586-589.
7. Suk S, Sheridan M, Saenger JS. Adult lymphangioma: a case report. Ear Nose Throat J 1997;76:881-883.
8. Kennedy TL, Whitaker M, Pellitteri P, et al. Cystic hygroma/lympangioma: A rational approach to management. Laryngoscope 2001;111:1929-1937.
9. Ross J, Manteghi A, Rethy K, Ding J, Chennupati SK. Thyroglossal duct cyst surgery: A ten-year single institution experience. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2017;101:132-136.
10. Golledge J, Ellis H. The aetiology of lateral cervical (branchial) cysts: past and present theories. J Laryngol Otol 1994;108:653-659.

11. Kibar AE, Çakır BÇ, Tiryaki T ve ark. Göğüs duvarında kistik higroma: Nadir bir yerleşim yeri. Türk Pediatri Arşivi 2005;40:241-243.
12. Riechelmann H, Muehlfay G, Keck T, Mattfeldt T, Rettinger G. Total, subtotal, and partial surgical removal of cervicofacial lymphangiomas. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999;125:643-648.

YAZARLARA BİLGİ

Journal of Anatolian Medical Research (JAMER) tümüyle elektronik ve ücretsiz ulaşılabilen, senede 3 kez İngilizce veya Türkçe yayımlanan Kayseri Şehir Hastanesi'nin süreli, bilimsel yayın organıdır. Amacı bütün tıp ve ilgili sağlık alanları ve klinik uygulamaları hakkında, orijinal ve güncel araştırma ve klinik gözlemleri yayınlamaktır. Yeni tekniklerin ve tedavi yöntemlerinin etkinliğini tanımlayan araştırma makalelerine yayın önceliği verilir.

JAMER, Orijinal Makale; Olgu Sunumu; Derleme; Yorum; Editöre Mektup ve cevaplarını yayımlar.

Orijinal Makale: Yeni ve önemli temel veya klinik bilgi sunar, önceki çalışmaları genişletir ve ilerletir veya klasik bir konuda yeni bir yaklaşım getirir. Yazı 5000 kelime ile sınırlıdır. Figürler, tablolar ve kaynaklar yazıyı açıklamaya ve desteklemeye yetecek en az sayıda olmalıdır.

Olgu Sunusu: İlginç olguları, yeni fikirleri ve teknikleri tanımlar. Yazı 1500 kelime (2 figür ve/veya 2 tablo) olabilir ve kaynak sayısı 20'yi geçemez.

Yorum: Editörler Kurulu, eğitim ve klinik uygulamalar konusunda kalifiye bir yazarı, belli bir konuda bilgilendirici bir yazı yazmaya çağırır. Yazı 2000 kelime ile sınırlıdır.

Derleme: Editörler Kurulu belli bir konuda yapmış olduğu çalışmaları ile tanınmış bir yazarı derleme yazmaya çağırır. Literatürün sistematik derlemeleri kaynaklar hariç 5000 kelime ile sınırlıdır.

Editöre mektup: Editörler Kurulunun onayı ile yayımlanır. Mektup açık ve yorum getirilen makale ile ilişkili olmalıdır. Mektuplarda kelime sayısı 500 ile sınırlıdır, 1 tablo olabilir, kaynak sayısı 5'i geçemez.

Makalelerin hazırlanışı

Makaleler The Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals - International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) kurallarına uygun olarak hazırlanmalıdır.

Makalelerinizi Türkçe (ya da İngilizce) olarak ve .doc formatında gönderiniz. Dergimize makaleler gönderilirken iki Microsoft Word dosyası halinde gönderilmesi gerekmektedir. Bu dosyalardan birincisi başlık sayfası diğeri ise makale dosyasıdır. Makale dosyasında yazarların isimlerine ait bilgi bulunmamalıdır. Makale dosyasında sırasıyla şu bölümler olmalıdır; İngilizce ve Türkçe özet, anahtar kelimeler, ana metin, kaynaklar, tablolar ve figürler.

Başlık sayfasında makalenin tam başlığı bulunmalıdır. Ayrıca makalenin tipi (orijinal araştırma, vaka sunumu, derleme, vs), araştırmacıların isimleri, çalıştıkları kurumlar ve bölümleri, akademik dereceleri bulunmalıdır. Ayrıca sorumlu yazarın adresi, telefon ve fax numarası ve mail adresi belirtilmelidir. Çalışmayı destekleyen kurum ve kuruluşlar teşekkürler (acknowledgement) kısmında belirtilmelidir.

Özet: Özette çalışmanın amacı, ana bulguları ve sonuçları 250 kelimedenden uzun olmayacak şekilde; Amaç, Metod, Bulgular ve sonuçlar alt başlıkları altında verilmelidir. İngilizce ve Türkçe özetler ve makale başlıkları ayrı ayrı yazılmalıdır. Olgu sunusu ve derlemelerin özetleri 200 kelimeye kadar ve alt başlıksız olmalıdır. Bu sayıyı aşan özetleri on-line gönderme sırasında otomatik olarak sözcük silip yeniden düzenleyebilirsiniz.

Anahtar kelimeler: Başlık sayfasına NLM's Permuted Medical Subject Headings (MeSH) den 3-5 adet anahtar sözcük yazılmalıdır.

Ana metin: Makalenin metni Giriş, Materyal ve Metod, Bulgular ve Tartışma olacak şekilde alt başlıklar halinde verilmelidir. Metinde yazarların kurumları hakkında bilgi bulunmamalıdır. Times new roman (12 punto) şeklinde yazılmalıdır.

Girişte çalışmanın amacı ve gerekçesi özetlenmeli ve sadece gerekli kaynaklar kullanılmalıdır.

Metod bölümünde deneklerin seçim yöntemi açıkça belirtilmelidir. Kullanılan yöntem ve istatistikler için kaynaklar verilmelidir. İnsan çalışmalarında uygulamaların etik standartlar içinde olduğu bildirilmelidir. İstatistiksel yöntemler açık bir şekilde anlatılmalıdır. Randomizasyon yöntemi detaylı bir şekilde tanımlanmalıdır. Randomize çalışmaların sonuçlarını sunarken CONSORT akış şeması ve CONSORT denetim listesi doldurulmalı ve makale ile birlikte gönderilmelidir.

Bulgular metin, tablolar ve şekiller ile belli bir sırada sunulmalıdır. Metinde verilen bulgular tablolarda tekrarlanmamalıdır.

Tartışmada çalışmanın yeni ve önemli özellikleri vurgulanmalı sonuçlar tartışılmalıdır. Gözlemler diğer çalışmalar ile ilişkilendirilmelidir.

Kaynaklar: Metin ile birlikte gönderilecek olan kaynaklar metin içinde parantez içinde belirtilmeli ve geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır.

Kaynaklarda, yazar sayısının altı veya daha az olması durumunda tüm yazarların isimleri (soyisim, isim baş harfi) yazılmalıdır. Yazar sayısının altıdan fazla olması durumunda ise ilk üç yazarın ismi yazılmalı, sonrasında Türkçe makalelerde "ve ark.", İngilizce makalelerde ise "et al." eklenmelidir. Kaynaklar dikkatli bir şekilde kontrol edilecek ve yazarlardan tam metinleri istenebilecektir. NLM Index Medicus'tan alınan aşağıdaki örnekler şekil açısından kullanılabilir. Dergilerin isimleri Index Medicus'taki gibi kısaltılabilir. Lütfen <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lisou.html> adresinden List of Serials Indexed in Index Medicus'a bakınız.

Yazar kaynaklar listesinin doğruluğundan sorumludur.

Kaynaklar aşağıdaki örneklere uygun olarak verilmelidir:

Standart araştırma makalesi;

Kapur NK, Musunuru K. Clinical efficiency and safety of statins in managing cardiovascular risk. Vasc Health Risk Manag. 2008;4:341–353.

Kitap bölümü;

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The Genetic Basis of Human Cancer. New York: McGraw-Hill; 2002:93–113.

Araştırmanın tamamı veya herhangi bir bölümü, önceden ya da araştırma tamamlandıktan sonra sunulmuşsa, çalışmada bir fon kullanılmışsa bu bilgiler Teşekkür bölümünde belirtilmelidir.

İletişim adresinin belirtilmesini, telefon, faks ve e-posta adreslerinin doğru olarak girilmesini lütfen unutmayınız.

Lütfen metinler için .doc; şekil, resimler için .jpg .jpeg ya da .gif ile sonlanan dosyaları tercih ediniz. Şekiller ve grafikler profesyonel olarak çizilmeli veya fotoğraflanmalıdır. Tüm görseller yüksek çözünürlükte ve minimum 300 dpi olmalıdır. Resim ve grafik dosyalarınızı ayrı dosyalar halinde önceden hazırlayıp doğru sırada yollamaya lütfen dikkat gösteriniz. Makalenin kabulünden sonra görseller geri gönderilmemektedir.

Makalenin tüm yazarlar tarafından onanmış olması ve araştırma yazıları için etik kurul onayının alınmış olması ana koşuldur. Makalenin etik kurul raporu gerekli görülmesi durumunda yazarlardan istenebilir. Denekler üzerinde yapılan tüm biyomedikal araştırmalar yerel etik kurullar tarafından onaylanmış olarak uluslararası etik kurallara uygun olarak yapılmış olmalıdır. Makalenin gönderiminde tüm yazarların "Yayın hakkı devir sözleşmesini" doldurması gereklidir. Yazarların imzalarının bulunduğu bu sözleşmeyi tarayarak PDF veya JPEG formatında kayserieah.dergi@saglik.gov.tr adresine gönderiniz.

Bu dergide yalnızca elektronik ortamda sergilenecek olan makalelerin (tümü ya da kısmen) bir başka dergi tarafından inceleme sürecinde olmaması gerekir. Ancak bu süreci aşarak red edilmiş yazılar incelenmek üzere bu e-dergiye gönderilmelidir. Daha önceki kongre, sempozyum gibi toplantılarda sunulmuş (sözlü ya da poster olarak) yazılar hakemlik işlevi için kabul edilebilir.

Yayınlanmış makaleler e-derginin malı sayılır. Yazım, revizyon, kabul ve red işlemleri editörler, Danışman editörler, danışmanlar, hakemler tarafından tamamen internet ortamında kayserieah.dergipark.gov.tr/jamer sitesi aracılığı ile yapılmaktadır. Düzeltme ve iletişim tamamen internet üzerinden iletişimdeki yazar 2 hafta içinde yapılacaktır, gecikmeler periyodik olarak uyarı e-postalarla sistem tarafından otomatik olarak gerçekleştirilecektir.