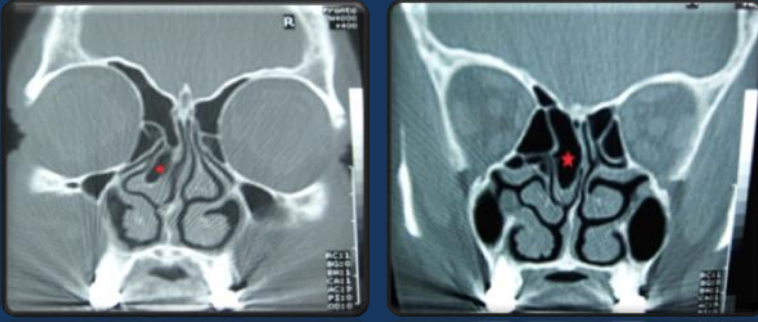


ISSN 2147 – 0758

Kocaeli Tıp Dergisi

Medical Journal of Kocaeli

CİLT 4 SAYI 2 YIL 2015



Orak Hücreli Anemide Kemik Yoğunluk Anomalileri

Öğrencilerin Sigara Alkol Madde Kullanımı

İnfertilite Tedavisinde Hastanın Bilgilendirilme Şeklinin Değerlendirilmesi

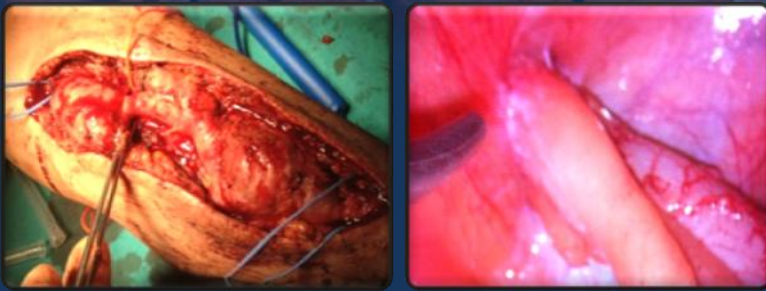


Akut Koroner Sendrom ve Ürik Asit

Fibromiyaljiye Yalnızlık

Arteriovenöz Fistül Anevrizması

Gebelikteki Demir İntoksikasyonunda Deferoksamin Tedavisi



Laparoskopik Histerektomide T İnsizyonu

Süperior Konka ve Başağrısı

Amyand Fıtığı ve Akut Batın

Multipl Tetik Parmak

Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi süreli yayınıdır.





KOCAELİ TIP DERGİSİ

MEDICAL JOURNAL OF KOCAELI

● **CİLT 4**

● **SAYI 2**

● **YIL 2015**

Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Adına Derginin Sahibi

Doç. Dr. Soner Şahin

Başeditör

Doç. Dr. Soner Şahin

Editörler

Doç. Dr. Erkan ŞENGÜL

Yayın Kurulu

Doç. Dr. A. Adin SELÇUK

Doç. Dr. Ahmet KALE

Doç. Dr. Canan BALCI

Doç. Dr. Serkan YILMAZ

Doç. Dr. Tülay ÖZER

Sorumlu Yazı İşleri

Uz. Dr. Ayşegül Taş

Uz. Dr. Gökhan Duygulu

Tasarım

Uz. Dr. Ayşegül Taş

İLETİŞİM

Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Faks: (90-262) 233 55 40

E-posta: kocaelimj@kocaelimj.org

Bu dergi Türkiye Atıf Dizini ve TUBİTAK ULAKBİM Tıp Veri Tabanı'nda yer almaktadır.

Yılda 3 sayı yayınlanır.

Bütün yayın hakları Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne aittir.

Yayın Tarihi: AĞUSTOS 2015

Bilimsel Kurul

Soner ŞAHİN (Kocaeli)	Rabia TERZİ (Kocaeli)
Emre ÖZKARA (Eskişehir)	Barın SELÇUK (Kocaeli)
Emre DELEN (Edirne)	Ebru KALE (Kocaeli)
Ali ARSLANTAŞ (Eskişehir)	Tülin BAYRAK (Ordu)
Türker KILIÇ (İstanbul)	Ahmet BAYRAK (Ordu)
Mehmet SORAR (Ankara)	Buket KIN TEKÇE (Bolu)
O. Zafer TOKTAŞ (İstanbul)	Serkan YILMAZ (Kocaeli)
İhsan SOLAROĞLU (İstanbul)	Onur KARAKAYALI (Kocaeli)
Özerk OKUTAN (Konya)	Yavuz YIĞIT (Kocaeli)
Akın AKAKIN (İstanbul)	Alper GÜLTEKİN (Kocaeli)
Faruk ABAŞ (Bursa)	İsmail Safa SATOĞLU (İzmir)
İlker SOLMAZ (Ankara)	Gökhan MERİÇ (Balıkesir)
İsmail ERDEN (Kocaeli)	Murat YEŞİL (Afyon)
Ayhan ERKOL (Kocaeli)	Aysun ŞENGÜL (Kocaeli)
Burak TURAN (Kocaeli)	Fulya DÖRTBAŞ (Kocaeli)
Tolga AKSU (Kocaeli)	Ayten YAZICI (Kocaeli)
Selçuk PALA (İstanbul)	Emel ÖRGE GÖRGÜLÜ (Eskişehir)
Mustafa AKÇAKOYUN (İstanbul)	Mesut SEZİKLİ (Kocaeli)
İrfan BARUTÇU (İstanbul)	Züleyha ÇETİNKAYA (Kocaeli)
Tülay ÖZER (Kocaeli)	Erkan ŞENGÜL (Kocaeli)
Nuray VOYVODA (Kocaeli)	Hikmet TEKÇE (Bolu)
Gökhan DUYGULU (İzmir)	Emine BİNNETOĞLU (Çanakkale)
Ahmet SAVRANLAR (Kayseri)	Gökhan ERBAĞ (Çanakkale)
Mustafa ÖZDEMİR (Ankara)	Esmâ TÜRKMEN BEKMEZ (Kocaeli)
Tuğba ARKAN (Kocaeli)	Atike TEKELİ KUNT (Kocaeli)
Berçem Ayçiçek DOĞAN (Kocaeli)	Koray AK (İstanbul)
Levent ÖZCAN (Kocaeli)	Selim İSPİR (İstanbul)
Tayyar Alp ÖZKAN (Kocaeli)	Cevdet KOÇOĞULLARI (İstanbul)
Alper ÖTÜNÇTEMUR (İstanbul)	Ali CİVELEK (Trabzon)
Osman KÖSE (İzmir)	Yunus Emre ALTUNTAŞ (İstanbul)
Alpaslan AKBAŞ (Çanakkale)	Selim Yiğit YILDIZ (Kocaeli)
Özlem TÜFEKÇİ (Kocaeli)	Erdal POLAT (İstanbul)
Zahide YILMAZ (Kocaeli)	Adin SELÇUK (Kocaeli)
Özcan ÖZDEMİR (Eskişehir)	Selahattin GENÇ (Kocaeli)
Elif ÇOMAK (Kocaeli)	Yıldırım Beyazıt ŞAKALAR (Kocaeli)
Mehmet TAŞDEMİR (İstanbul)	Canan BALCI (Kocaeli)
Necla GÜRBÜZ (Kocaeli)	Ahmet KALE (Kocaeli)
Tuba GÜLER (Kocaeli)	Meral ABAN (İstanbul)
Pelin YILDIRIM (Kocaeli)	Taner USTA (İstanbul)

YAZIM KURALLARI

GENEL KURALLAR

- Bütün yazılar yayınlama ve inceleme kurulunun onayından geçtikten sonra yayınlanır.
- Dergiye gönderilen yazıların daha önce başka bir yerde yayınlanmamış veya yayın için gönderilmemiş olmaları gerekir. Daha önce kongrelerde tebliğ edilmiş ve özeti yayınlanmış çalışmalar, bu özelliği belirtilmek üzere kabul edilebilir. Yayın için gönderilen yazıların geri alınması istenirse yazarın bir dilekçe ile başvurması gerekir.
- Dergi Editörlüğü, yayın kurallarına uymayan yazıları yayınlamamak, düzeltmek üzere yazarına geri vermek ve biçim olarak yeniden düzenlemek yetkisine sahiptir. Gönderilen yazılar, en az 3 danışman (hakem) tarafından değerlendirildikten sonra Yayın Kurulu kararıyla yayınlanır.
- Dergi, "İnsan" ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygunluk (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan "Bilgilendirilmiş olur" (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadır
- Çalışmada "Hayvan" ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır.
- Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan "Bilgilendirilmiş olur" (informed consent) alınmalıdır.
- Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.
- Araştırma herhangi bir kuruluş tarafından maddi destek görmüşse makalenin başlığının son kelimesi üzerine yıldız (*) konularak aynı sayfada dipnot olarak belirtilir.

BAŞLIK ve EDİTÖRE SUNUM SAYFASI

- Başlık ve editöre sunum sayfası online makale gönderimi sırasında otomatik olarak oluşturulacaktır. Yazının başlık sayfası; yazının başlığı, yazar bilgileri, anahtar kelimeler ve kısa başlığın olduğu ilk sayfadır. Başlık sayfasına kısaltma yapılmadan Türkçe ve İngilizce olarak yazılmış başlıklar ile en fazla 4 kelimedenden oluşan kısa başlık yazılmalıdır. Yazarların ad ve soyadları, çalıştıkları kurumlar, yazarın adresi, telefon ve e-posta adresi yazılmalıdır.
- Editöre sunum sayfasında ise editöre iletilmek istenen not ile birlikte makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma vb. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

ÖZET

- Araştırma yazılarında özetler Türkçe ve İngilizce olarak, her biri en fazla 200 kelime olacak şekilde yazılmalı; GİRİŞ, AMAÇ, GEREÇ ve YÖNTEM, BULGULAR, SONUÇ olmak üzere dört bölümden oluşmalıdır.
- Araştırmanın amacı, temel işlemleri (deneklerin seçimi, gözlemsel ve analitik yöntemleri), ana bulguları (özgün etki ölçülerini ve bunların istatistiksel anlamları) ve ana sonuçları belirtilmelidir.

- Özetle kaynak belirtilmemeli, açıklanamayan kısaltmalar kullanılmamalı, tablo ve resim olmamalıdır.
- Olgu bildirilerinde Türkçe ve İngilizce olmak üzere kısa bir özet yazılmalıdır.
- Türkçe ve İngilizce Özet bölümünün sonunda, ayrı başlık olarak, Index Medicus Medical Subject Headings (MeSH) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>)'e uygun olarak seçilmiş, 3-6 adet anahtar sözcük kullanılmalıdır. Türkiye Bilim Terimleri, MeSH terimlerinin Türkçe karşılıklarının bulunduğu bir anahtar sözcükler dizidir. Anahtar sözcüklerin Türkiye Bilim Terimleri'nden (<http://www.bilimterimleri.com>) seçilmesine özen gösterilmelidir. Anahtar kelimelerin altına, ayrı bir başlıkta çalışmanın kısa başlığı da belirtilmelidir.

METİN

- Tüm yazılı metinler 12 punto büyüklükte, "Times New Roman" yazı karakterinde 1.5 satır aralıklı yazılmalıdır.
- Kısaltmalar mümkün olduğu kadar az kullanılmalı ve ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.
- Yazım (imla) kurallarına ve noktalama işaretlerinin yerinde kullanımına özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir.
- Araştırma makalelerinde sırasıyla; GİRİŞ, GEREÇ ve YÖNTEM, BULGULAR, TARTIŞMA, KAYNAKLAR bölümleri; olgu sunumlarında GİRİŞ, OLGU, TARTIŞMA, KAYNAKLAR bölümleri olmalıdır.
- Tablo başlığı ve resim alt yazıları metnin en sonuna (tablo ve resim içermeksizin) sırasıyla yazılmalıdır.
- JournalAgent sisteminde, başvuru ve editör mektubu, yazarlar ve kurumlara ait bilgi, iletişim adresleri, Türkçe ve İngilizce başlık, Türkçe ve İngilizce özet bölümleri ilgili aşamalarda yüklenecektir.
- Sisteme yüklenen asıl metin içerisinde bu kısımlar (yani başvuru ve editör mektubu, yazarlar ve kurumlara ait bilgi, iletişim adresleri, Türkçe ve İngilizce başlık, Türkçe ve İngilizce özet bölümleri) **OLMAMALIDIR** .
- Araştırma yazıları 15, olgu bildirileri 10, derlemeler ise 20 sayfayı geçmemelidir.
- TABLO-ŞEKİL-GRAFİK-RESİMLER-FOTOĞRAFLAR
- Resim, grafik ve çizimler ve tablolar asıl metnin içinde yerleştirilmiş olarak gönderilmemelidir.
- Resim, grafik ve çizimler ve tablolar **jpeg** ya da **gif** formatında hazırlanarak gönderilmelidir.
- Tablo başlıkları ve şekil alt yazıları eksik bırakılmamalıdır.
- Tablo şekil ve grafiklerin yazıda nerde geçtiği belirtilmelidir.
- Tablo başlıkları ve şekil alt yazıları , tablo ve şekillere ait açıklamalar asıl metnin yer aldığı dosyanın en sonuna **şekil eklenmeden düz metin olarak** yazılmalıdır.
- Yazıda geçen tabloların başlığı olmalı ve tabloda geçen kısaltmalar tablo altında belirtilmelidir. Tablolar metnin tekrarı olmamalıdır.
- Yayına gönderilen fotoğraflardan hastanın kimliğinin anlaşılması durumunda, hastanın vereceği yazılı izin yayınla birlikte gönderilmelidir. Aksi halde isimleri ya da gözleri siyah bantla kapatılmalıdır.

KAYNAKLAR

• Kaynaklar mümkün olduğunca güncel olmalı, araştırma makalelerinde en fazla 30, olgu sunumlarında en fazla 20 kaynak olarak sınırlandırılmalıdır. Yayınlanmamış veya sayfa numarasıyla verilemeyecek kaynak (yayınlanmamış sempozyum, kongre, toplantı vb.) kullanılmamalıdır. Konuyla ilgili yerli yayın varsa yazılmalıdır.

• Kaynaklar metinde geçiş sırasına göre, cümle içinde atıfta bulunulan ad veya özelliği belirten kelimenin hemen bittiği yerde ya da cümle bitiminde noktadan önce parantez içinde Arabik rakamlarla "belirtilmektedir (8)." şeklinde numaralandırılmalıdır.

• Dergi başlıkları, Index Medicus'ta kullanılan tarza uygun olarak kısaltılmalıdır. Kısaltılmış yazar ve dergi adlarından sonra nokta olmamalıdır.

• Kaynakların formatları şu şekilde olmalıdır:

✓ Üç veya daha az yazarlı makale için; E Özbek, M Eşrefoğlu. Tavşan ve sıçan duodenumundaki bezlerin yapısal ve histolojik özellikleri. Turk J Gastroenterol 1999; 10:126-32.

✓ Üçten fazla yazarlı makale için; Schmidt T, Hohl C, Haage P, et al. Diagnostic accuracy of phase-inversion tissue harmonic imaging versus fundamental B-mode sonography in the evaluation of focal lesions of the kidney. Am J Roentgenol 2003; 180:1639-47.

✓ Kitap kaynağı yazım örneği; Watanabe M, Takeda S. Atlas of arthroscopy. 2nd ed. Tokyo: Igaku Shoin, 1969; 57-9.

ÖZEL BÖLÜMLER

1)Derlemeler:

Dergiye derlemeler editörler kurulu daveti ile kabul edilmektedir. Derginin ilgi alanına giren derlemeler editörlerce değerlendirilir

2)Olgu Sunumları:

Nadir görülen ve önemli klinik deneyimler sunulmalıdır. Giriş, olgu ve tartışma bölümlerini içerir.

3)Editöre Mektuplar:

Bu dergide yayınlanmış makaleler hakkında yapılan değerlendirme yazılarıdır. Editör gönderilmiş mektuplara yanıt isteyebilir. Metnin bölümleri yoktur.

TELİF HAKKI DEVRİ

• Yazılardaki düşünce ve öneriler ile kaynakların doğruluğundan direk yazarlar sorumludur. Dergiye gönderilen yazılara telif hakkı ödenmez.

• Kabul edilen yazıların her türlü yayın hakkı dergiyi yayımlayan kuruma aittir.

• Yazı yayına kabul edildikten sonra yazarlar telif hakkı devir formunu imzalayıp göndermek zorundadırlar.



İLETİŞİM

• Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tel: (90-262) 233 55 41

Faks: (90-262) 233 55 40

E-posta: kocaelimj@kocaelimj.org

İçindekiler

ARAŞTIRMA MAKALESİ

- 1. Orak Hücreli Anemi'de Kemik Yoğunluk Anomalileri ve İlişkili Faktörler**
Bone Density Abnormalities and Related Factors in Sickle Cell Anemia
Gül İlhan¹, Can Acıpayam²
1Hatay Antakya Devlet Hastanesi, Hematoloji
2Hatay Antakya Devlet Hastanesi, Pediatrik Hematoloji
Sayfalar : 1 – 3
- 2. İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi**
The Effects of Smoking, Alcohol, Drugs, The Factors Effecting Drug Usage and Social Family Support to The Students at Health Institution of Higher Education at Inonu University
Bennur Koca¹, Ayşe Ferdane Oğuzöncü²
1Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İzmir
2Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Elazığ
Sayfalar: 4 – 13
- 3. İnfertilite Olgularında Tedavi Başlangıcında Sözel ile Yazılı Bilgilendirmenin Etkinlik Açısından Değerlendirilmesi**
The Efficiency Assesment of The Written Patient Information In Infertility Treatment
Pinar Solmaz Hasdemir¹, Melek Bulut Kamali², Hasan Tayfun Ozcakir¹
1Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Manisa, Türkiye
2Celal Bayar Üniversitesi İnfertilite Araştırma ve Uygulama Merkezi, Manisa, Türkiye
Sayfalar: 14 – 17
- 4. Akut Koroner Sendromların Komplikasyonları ile Ürik Asit Arasındaki İlişki**
Relationship Between Acute Coronary Syndromes Complications and Uric Acid
Ayfer Gedük¹, Burak Can², Emine DüNDAR², Mürsel Sali², Fatma Geçgel², Özge Korkmaz², Adnan Batman², Emrullah Dengeşik²
1Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Kocaeli
2Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kocaeli
Sayfalar: 18 - 22
- 5. Fibromiyaljili Kadınlarda Yalnızlık Hissi ve Yaşam Doymu Düzeylerinin Değerlendirilmesi**
Evaluation of Loneliness and Level of Life Satisfaction in Women with Fibromyalgia Syndrome
Erkan Mesci¹, Nilgün Mesci², Pelin Yıldırım³, Afıtap İçağasıoğlu¹
1Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
2Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
3Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli
Sayfalar: 23 – 28

İçindekiler

OLGU SUNUMU

6. Dev Arteriyovenöz Fistül Anevrizması

Giant Aneurism of an Arteriovenous Fistula

Hakan Parlar, Çağrı Düzyol, Cevdet Uğur Koçoğulları

Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Kocaeli

Sayfalar: 29-31

7. Gebelikteki Demir İntoksikasyonunda Deferoksamin Tedavisi

Deferoxamine Treatment of Iron Intoxication During Pregnancy

Aykan Gülleroğlu, Ayşe Gül Karabay, Melike Korkmaz Toker, Hasan Hüseyin Kılıç, Gökhan Kına, Leyla Saidoğlu

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

Sayfalar: 32-37

8. Laparoskopik Histerektomide Kolaylaştırılmış Uterus Çıkarma Tekniği

Simplified Extraction Technique of the Uterus After Laparoscopic Hysterectomy.

Cevdet Adıgüzel, Hakan Nazik, Bedri Saccak

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayfalar: 38-40

9. Baş ağrısının Nadir Bir Nedeni: Süperior Konka Aşırı Pnömatizasyonu

A Rare Cause of Headache: Superior Concha Over Pneumatization

Gökçe Şimşek¹, Cem Saka², Erkan Vuralkan³, Ömer Serin⁴, İstemihan Akın²

1Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Kırıkkale.

2Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, Ankara.

3Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, Ankara.

4Yozgat Devlet Hastanesi, KBB Kliniği, Yozgat.

Sayfalar: 41-43

10. Nadir bir apandisit nedeni: Amyand hernisi

A rare cause of appendicitis: Amyand hernia

Mehmet Kadir Bartın¹, Eyüp Murat Yılmaz¹, Harun Arslan², Arzu Esen Tekeli³, Semra Karataş³

1Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

2Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

3Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Kliniği

Sayfalar: 44-47

11. Multipl Tetik Parmak: Olgu Sunumu

Multiple Trigger Fingers: A Case Report

Pelin Yıldırım, Elif Aydın, Apdullah Yıldırım, İsmail Murat Onyedi

1Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli, Türkiye

2Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

3Özel Konak Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kocaeli, Türkiye

4Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Türkiye

Sayfalar: 48-50

Orak Hücreli Anemi'de Kemik Yoğunluk Anomalileri ve İlişkili Faktörler

Bone Density Abnormalities and Related Factors in Sickle Cell Anemia

Gül İlhan¹, Can Acıpayam²

1Hatay Antakya Devlet Hastanesi, Hematoloji
2Hatay Antakya Devlet Hastanesi, Pediatrik Hematoloji

ÖZET

AMAÇ: Orak hücreli anemi (OHA)'de osteopeni ve osteoporoz riski net olarak ortaya konmamıştır. Bu çalışmada OHA hastalarımızda anormal kemik yoğunluğu sıklığını ve bunun klinik/laboratuvar bulgularla olan ilişkisini saptamayı amaçladık.

YÖNTEMLER: Çalışmamıza hemoglobinopati merkezimize rutin kontrole gelen, vazookluziv krizi olmayan OHA hastalarını aldık. Kemik mineral yoğunluğu (KMY) "dual energy x-rayabsorbtiometry (DEXA)" kullanılarak spinal kolon ve proksimal femurdan ölçüldü. Osteopeni ve osteoporoz WHO kriterlerine göre değerlendirildi.

BULGULAR: Altmış üç hastanın sonuçları değerlendirildi. Hastalarda %39,7 oranında osteopeni, %36,5 osteoporoz ve %23,8 normal KMY bulundu. Anormal KMY ile hemoglobin, lökosit, laktat dehidrogenaz, total bilirubin, ürik asit, alkalin fosfataz ve vitamin B12 düzeyleri arasında ilişki bulunamadı.

SONUÇ: Bu çalışmaya göre osteopeni ve osteoporoz OHA hastalarında sıktır. Klinisyenler osteoporoz hakkında dikkatli olmalı ve bu hastalar kırıklardan korunmak için KMY ölçümleri ile izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Orak hücreli anemi, osteopeni, osteoporoz
Türkçe Kısa Makale Başlığı: Orak Hücreli Anemide Kemik Yoğunluk Anomalileri

ABSTRACT

OBJECTIVE: The risk of osteopenia and osteoporosis has not been clearly found in sickle cell anemia (SCA) patients. In this study, we aimed to find the frequency of abnormal bone mineral density and determine the relationship of abnormal BMD with clinical/laboratory findings of our SCA patients.

METHODS: We added sickle cell anemia patients without vasoocclusive crisis during routine control in our hemoglobinopathy center. Bone mineral density measurements were done with dual energy x-rayabsorbtiometry (DEXA) at lumbar spinal colon and proximal femur regions. Osteopenia and osteoporosis were evaluated according to WHO criteria.

RESULTS: We evaluated 63 patients' results. There were 39,7% osteopenia, 36,5% osteoporosis, 23,8% normal BMD. There was no relationship among abnormal BMD with hemoglobin, leukocyte, lactate dehydrogenase, total bilirubin, uric acid, alkaline phosphatase and vitamin B12 levels.

CONCLUSION: According to our study, osteopenia and osteoporosis are frequent in our SCA patients. Clinicians should be careful about osteoporosis and these patients should be screen with BMD measurements for avoiding fractures.

Key words: Sickle cell anemia, osteopenia, osteoporosis
İngilizce Kısa Makale Başlığı: Bone Density Abnormalities in Sickle Cell

İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Gül İlhan
Hatay Antakya Devlet Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Hatay, Türkiye
Tel: 05334347062 / E-Mail: drgulilhan@hotmail.com

INTRODUCTION

Bone diseases in sickle cell anemia are microenfarcts, osteopenia, osteoporosis, osteomyelitis and osteonecrosis. Although mechanism of osteoporosis is not fully understood, etiologic factors may be unappropriate diet, hemolysis inflammation, limited vitamin d3 production at skin, and perhaps hospitalizations for vasoocclusive crisis (1). Bone marrow hyperplasia is important role in pathogenesis (2). These bone complications don't cause mortality but play role in morbidity and low life quality. Although osteopenia and osteoporosis are generally asymptomatic; pain, fracture, deformity and vertebral collapse can be seen and chronic analgesia, mechanical / surgical support can be necessary.

MATERIALS and METHODS

We added sickle cell anemia patients without vasoocclusive crisis during routine control in our hemoglobinopathy center. Bone mineral densitometry measurements were done with dual energy x-rayabsorbtiometry (DEXA) at lumbar spinal colon and proximal femur regions. Osteopenia and osteoporosis were evaluated according to WHO criteria.

RESULTS

We evaluated 63 patients' results. Thirty patients are male, 33 patients were female. Mean age of males and females are $27,9 \pm 10,1$ and $31,5 \pm 11,7$ years respectively. Forty eight of 63 patients (76,1%) had abnormal BMD. Fifteen patients (23,9%) had normal BM. In 48 patients with abnormal BMD, 25 patients had osteopenia and 23 had osteoporosis. Twelve of 30 male patients had osteopenia and 8 of them had osteoporosis. Thirteen of 33 female patients had osteopenia, 15 of them had osteoporosis. Abnormal BMD frequency 66,7% in males, 84,9% in females. Osteoporosis in femur was seen 16,7% of males, 54,5% of females. Osteoporosis in lumber spinal

region was seen in 36,7% of males and 51,5% of females. We didn't find any relationship among abnormal BMD with sex, mean levels of hemoglobin, leukocyte, lactate dehydrogenase, total bilirubin, uric acid, alkaline phosphatase and vitamin B 12. Similarly there was no relationship among abnormal BMD with hydra using and renal disease (Table 1, Table 2)

Table 1. Abnormal BMD and sex, hydra using, renal disease

	ABNORMAL BMD			p
	Yes	No	Total	
Sex	20	10	30	0,081
Male	28	5	33	
Female				
Hydra using				
Yes	27	8	35	1
No	21	7	28	
Renal disease				
Yes	7	0	7	0,182
No	15	41	56	

Table 2. Abnormal BMD and laboratory findings

Parameter	ABNORMAL BMD		p
	Yes	No	
Hemoglobin (g/dl)	8,4	9,7	0,120
Leukocyte ($10^9/L$)	11,7	10,5	0,528
Lactat dehydrogenase (mg/dl)	762	652	0,282
Total bilirubin (mg/dl)	1,92	2,89	0,058
Uric acid(mg/dl)	5,5	5,6	0,886
Alkaline phosphatase(mg/dl)	88,9	99,3	0,712
Vitamin B ₁₂ (pg/ml)	233	377	0,052
Vitamin D ₃ (ng/ml)	14,4	19,1	0,217
Ferritin (pg/L)	458	701	0,270
C-reactive protein (mg/dl)	6	4,1	0,122

DISCUSSION

In a study with 14 sickle cell patients with osteopenia, osteoporosis and vitamin D deficiency, after calcium and vitamin D replacement for 12 month, 25 hidroxy vitamin D and BMD were improved. Bone resorption markers didn't change. Vitamin D screening was emphasized in this study (1). In our study, vitamin D3 levels were low in both normal BMD and abnormal BMD groups.

There were no statistical meaningful difference between two groups.

Low sex steroids were found as major role player for developing osteopenia and osteoporosis in a study conducted with 103 sickle cell patients (2).

In study conducted in Brasil with 65 SCA patients, low BMD was found in relationship with hemolysis parameters like high lactate dehydrogenase (LDH), low hemoglobin level (3).

In a study done with 103 SCA patients, abnormal BMD was found in no relationship with age, sex, menarche, vasoocclusive crisis complications, iron deposition, hydroxyurea/ desferoxamin using, renal disease, smoking or alcohol using. Abnormal BMD was seen more in patients taking hydroxyurea at least 6 months. Body mass index, ferritin, hemoglobin type and level were found major role players for abnormal BMD (4).

In another study done with 17 SCA patients, osteopenia frequency was 47% and serum iron and ferritin levels were found higher in osteopenic patients than patients with normal BMD (5).

Another study done with 60 SCA patients showed that magnesium deficiency contributed to osteoporosis and rutin screening of magnesium level and treatment of low magnesium levels were recommended (6).

In a study with 50 children with SCA, osteopenia and osteoporosis frequencies were 11% and 2,2% at vertebral area. Osteopenia was 11% of patients at femur neck. The most endocrine disorder was found as vitamin D deficiency. When age increased, BMD of femur neck was found lower (7).

In conclusion, osteopenia and osteoporosis is not a rare complication of SCA in our patients. BMD screening should be done for preventing fractures in these patients.

REFERENCES

1. AH Adewoye, TC Chen, Q Ma et al. Sickle cell bone disease: Response to vitamin D and calcium. *Am J of Hematol* 2007;83:271-4.
2. M Sadat-Ali, A Al-Elq, O Sultan et al. Secondary osteoporosis due to sickle cell anemia do sex steroids play a role? *Indian J Med Sci* 2008;62:193-8.

3. G Baldanzi, F Traina, JF Marques Neto et al. Low bone mass density is associated with hemolysis in Brazilian patients with sickle cell disease. *Clinics (Sao Paulo)* 2011;66:801-5.

4. M Sarrai, H Duroseau, J D'Augustine, et al. Bone mass density in adults with sickle cell disease. *Br J Haematol* 2007;136:666-72.

5. FT Shah, R Chatterjee, M Owusu-Asante et al. Adults with Severe Sickle Cell Anaemia and Iron Overload Have a High Incidence of Osteopenia and Osteoporosis. *Blood (ASH Annual Meeting Abstracts)* 2004 104: Abstract 1684.

6. Elshal MF, AEBernawi, MA Al-Ghamdy et al. The association of bone mineral density and parathyroid hormone with serum magnesium in adult patients with sickle-cell anaemia. *Med Sci* 2012; 8: 270–276.

7. S Ozen, S Unal, S Erçetin et al. Frequency and endocrine complications of Turkish children and adolescents with sickle cell anemia. *Turk J Haematol* 2013;30:25-31.

İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi

The Effects of Smoking, Alcohol, Drugs, The Factors Effecting Drug Usage, and Social Family Support to The Students at Health Institution of Higher Education at Inonu University

Bennur Koca¹, Ayşe Ferdane Oğuzöncül²

1Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İzmir
2Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Elazığ

ÖZET

AMAÇ: Araştırma İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan öğrencilerin sigara, alkol, madde kullanımı, madde kullanımına etki eden etmenler ve aileden aldıkları sosyal desteğin etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEMLER: Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın verileri İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu'nda Ekim 2010 tarihlerinde toplandı. 540 öğrenciden okula devam eden 504'üne ulaşıldı. Verilerin toplanması için hazırlanan araştırma anket formunda birinci bölümde; sosyodemografik özelliklere (21 madde) ve sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanım durumlarına ilişkin sorular (42 madde) ve yine aynı kısımda Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi, ikinci bölümde; Sosyal Destek Ölçeği kullanıldı.

BÜLGULAR: Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %72,8'i kadın, %69,8'i hemşirelik bölümünde öğrenim g samına alınan öğrencilerin %12,3'ünün halen sigara içtiği belirlendi. Sigara örmekte olup, yaş ortalamaları 20,74±1,85 idi. Araştırma kap için öğrencilerin %3,2'si çok yüksek düzeyde sigara bağımlısıydı. Öğrencilerin %29'u halen nargile içmekteydi. Öğrencilerin %16,9'u halen alkollü içki kullanmaktaydı ve bunların %47'si merak nedeniyle alkollü içkiyi denediklerini ifade etti. Uyuşturucu madde kullanan (%2,2) öğrencilerin %54,5'inin esrar kullandığı ve %63,6'sının merak nedeniyle uyuşturucu maddeyi denediği belirlendi. Bağımlılık yapıcı maddeyi erkekler daha fazla kullanmaktaydı. Bağımlılık yapıcı madde kullanan aile bireyi bulunan öğrencilerde, bağımlılık yapıcı madde kullanımını daha fazlaydı. Öğrencilerin %53,8'nin madde ve bağımlılığı konusunda eğitim aldığı, %9,6'sının eğitim aldığı halde halen sigara içtiği ve %16,2'sinin eğitim aldığı halde alkollü içki içmeyi denediği belirlendi. Aile sosyal destek puanları düşük olan öğrencilerin sigara ve uyuşturucu madde kullanma sıklığının yüksek olduğu saptandı. **TARTIŞMA ve SONUÇ:** Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanım durumlarının düşük olduğu, aileden aldıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık yüksekokulu öğrencileri, sigara, alkol, madde kullanımı, aile sosyal destek
Türkçe Kısa Makale Başlığı: Öğrencilerin sigara, alkol, madde kullanımı

ABSTRACT

OBJECTIVE: This research aims to show the factors about cigarettes, alcohol, drugs consumption of the students at Health Institution of Higher Education at Inonu University and the effects of social support coming from their families.

METHODS: The data of this descriptive study were collected at Inonu University Vocational School of Health Sciences on October 3, 2010. 504 of 540 students could be included in the study. Questionnaire was conducted, which consists of two parts: the first part contains 21 items to collect sociodemographic data, 42 items on smoking, alcohol and drug addiction, and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, while the Social Support Scale/Questionnaire was used in the second part.

RESULTS: Female participants account for 72,8%, and nursing students for 69,8% of the sampling. The mean age was calculated to be 20,74±1,85. It was revealed that 12,3% of the participants smoke. 3,2% of them were found to be highly addicted to smoking. Moreover, 29% were discovered to smoke shisha. The analyses showed that 16,9% of the sampling drink alcoholic drinks and 47% started drinking out of curiosity. 54,5% of drug addicts (2,2%) stated that they smoke marijuana. 63,6% of them were revealed to have tried marijuana out of curiosity. Majority of the smoking and drug addicts were male. The number of addicts was higher in cases where participants have addicted family members. The research showed that 53,8% received education on addiction. 9,6% were observed to smoke and 16,2% to have tried alcoholic drinks despite the education. The study revealed that the participants whose family social support scores were lower had higher addiction.

DISCUSSION AND CONCLUSION: As a result, it has been figured out that the number of the students who use cigarettes, alcohol and substance is particularly low and social support coming from their families is quite high.

Key words: Health Institution of Higher Education students, cigarette, alcohol, substance use, family social support.

İngilizce Kısa Makale Başlığı: Students smoking, alcohol, substance abuse

İletişim (Correspondence):

Bennur Koca

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İzmir

Tel: 05304093392 / E-Mail: beta7876@hotmail.com

GİRİŞ

Sigara, alkol ve madde kullanımı, tüm dünyada ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Madde kullanımı özellikle gelişmekte olan ülkelerde çeşitli önlemler alınmasına rağmen gittikçe artmaktadır. Dünyada ve Türkiye’de gençlerin madde kullanmasıyla ilgili araştırmalar daha çok ilköğretim ve lise dönemini kapsamaktadır. Bununla birlikte üniversite döneminde de madde kullanımı halk sağlığı ve öğrenim yaşamı açısından önemli bir sorundur (1). Brezilya’da üniversiteli hemşirelik öğrencilerinin madde kullanımına bakışlarını değerlendirilmiştir . Öğrencilerin %68,7’sinin alkol , %41,1’inin sigara , %6,9’unun esrar , %5,8’inin solvent kullandığı saptanmıştır (2). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir başka araştırmada yaşam boyu sigara , alkol ve uyuşturucu madde kullanımı sırasıyla %73.2, %56.6 ve %9.6 olarak belirlenmiştir (1).

Üniversite yılları, ergenliğin karmaşasına ek olarak evden ve aileden ayrılma, yeni bir çevreye uyum, bir mesleğe aday olma ve iş bulmaya ilişkin belirsizlikler gibi birçok sorunların olduğu yıllardır. Sorunların yoğunluğu, gerçekçi olmayan beklentilerin çokluğu, aile gibi sosyal desteklerin yetersizliği, gençlerin doğru değerlendirmeler yapmalarını engellemekte ve bir takım ruhsal sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu sorunlara bağlı gelişen aşırı kaygı ve stresin, üniversite öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanımını artırdığı ileri sürülmektedir (3). Madde bağımlılığı, üniversite öğrencileri ve aile desteğine ilişkin birçok araştırma yapılmıştır. Araştırmaların bulgularında pozitif aile desteği alan gençlerin madde kullanımına başlamadığı ve tedavisinde de olumlu sonuçlar alındığı görülmektedir (4.)

Ülke genelinde bağımlılık yapıcı maddelere bağlı sorunların tanınması, koruma, önleme, tedavi ve rehabilitasyon konusunda kalıcı stratejilerin belirlenmesi gerekmektedir . Madde kullanımı açısından üniversite öğrencileri riskli grup olarak görülmeli ve bunları önlemeye dönük çalışmalar yapılmalıdır. Öncelikle üniversitelerde madde kullanımını önlemeye dönük politikalar geliştirilmelidir. Bu çalışma; İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda okuyan öğrencilerin sigara,

alkol, madde kullanımı, madde kullanımına etki eden etmenler ve aileden aldıkları sosyal desteğin etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma 3-22 Ekim 2010 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu’nda ki 504 öğrenci ile gerçekleştirildi. Araştırma için araştırmanın yürütüldüğü Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu ve İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu’ndan resmi izin alındı ve araştırma süresince Helsinki Deklerasyonu kriterlerine uyuldu. Veri toplama aşamasında öğrencilerden sözlü onam alınarak, anket formları sadece araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere uygulandı.

Evren ve Örneklem

Araştırmada herhangi bir örneklem seçilmeyerek evrenin tümü araştırmaya dahil edildi. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerden 6 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmedi. 504 öğrenciye ulaşıldı, böylece cevaplılık oranı %93,4 oldu. Ulaşılamayan öğrenciler araştırmanın yapıldığı tarihlerde herhangi bir nedenle okulda bulunmayanlar ve derslere devam etmeyen öğrencilerdir.

Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatürler değerlendirilerek hazırlanan bir anket ile toplandı. Anketin uygulanması gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra direkt gözlem altında ortalama 15-20 dakikada yapıldı. Uygulanan anket iki bölümden oluşmaktaydı. Birinci bölümde; 69 tane sorudan (sosyo-demografik özellikleri araştıran 21 soru, sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanım durumlarına ilişkin 42 soru ve yine aynı kısımda “Fagerstörn Bağımlılık Testi’nin 6 sorusu) oluşan anket formu ile ikinci bölümde; Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanıldı (5). Nikotin bağımlılığının ölçülmesi amacıyla 1978’de Fagerström tarafından geliştirilmiş olan Fagerström Tolerans Testinin 1992’de Fagerström, Heatherton ve Kozlowski tarafından yeniden ele alınmasıyla Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi oluşturulmuştur (6). Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi her biri farklı puanlar alan 6 sorudan oluşan ve bağımlılık

düzeyi “çok az” (0-2 puan), “az” (3-4 puan), “orta” (5 puan), “yüksek” (6-7 puan) ve “çok yüksek” (8-10 puan) olarak belirleyen bir testtir. Çalışmamızda altı puan üzerinde alanlar nikotin bağımlılığı açısından “yüksek” ve “çok yüksek” risk grubu olarak kabul edildi.

İkinci bölümde ise Aile Sosyal Destek Ölçeği yer almaktadır. Ölçek Procidano ve Heller tarafından 1983 yılında geliştirilmiş Cronbach’s alpha 0,90 olarak bulunmuştur (5). Ayrıca 1993 yılında da Eskin tarafından İsviçre’de yaşayan Türk nüfusu örneklemeyle geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Eskin’in bu çalışmasında ölçeğin Cronbach’s alpha değeri 0,83 olarak bulunmuştur. Ölçek “evet, hayır, kısmen” şeklinde yanıtlanan 20 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte 3, 4, 16, 19 ve 20. sorulara “hayır (2)”, “evet (0)”, “kısmen (1)” olarak ağırlık puanı verilirken, diğer tüm sorular “hayır (0)”, “evet (2)”, “kısmen (1)” olarak puanlanmıştır. Ölçekten alınan puan 0–40 arasında değişmektedir. Puanın artması aile desteğinin iyi olduğunu göstermektedir (7).

Araştırmada elde edilen bulgular istatistiksel analiz için SPSS paket programı ile değerlendirildi. Verilerin istatistiksel değerlendirmelerde X² (ki-kare) testi, independent samples t testi kullanıldı. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verildi (Ort.±SS). Sonuçlar %95’lik güven aralığında, istatistiksel anlamlılık p<0,05 düzeyinde kabul edildi.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamaları 20,74±1,85 (min:17, max:32) idi. Araştırma kapsamında olan öğrencilerin %72,8’inin kadın, %69,8’inin hemşirelik, %30,2’sinin ebelik bölümünde öğrenim gördüğü, %98,4’ünün bekar, çoğunluğunun aile ile birlikte ve yurttan kaldığı, %91,1’inin çekirdek tipi aile yapısında olduğu, %27,4’ünün birinci sınıfta okuduğu belirlendi. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %12,3’ünün halen sigara içtiği saptandı. Sigara içen öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin Sigaraya Başlama Nedenlerinin Dağılımı

Sigaraya Başlama Nedenleri*	Sayı	%
Özenti	18	29.0
Merak	21	33.9
Okul sorun	16	40.0
Aile sorun	19	46.3
Yalnızlık	18	43.9
Büyüme	3	8.8
Stres	5	14.3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Öğrencilerin Fagerström sigara bağımlılık ortalamaları 3,08±2,07 (min:1, max:9) olarak saptandı. Öğrencilerin Fagerström ölçeğine göre sigara bağımlılık durumları Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Öğrencilerin Fagerström Ölçeğine Göre Sigara Bağımlılık Durumlarının Dağılımı

Sigara Bağımlılık Durumu (n=62)	Sayı	%
Çok az bağımlı	34	54,8
Az bağımlı	13	21,0
Orta bağımlı	3	4,9
Yüksek düzeyde bağımlı	10	16,1
Çok yüksek düzeyde bağımlı	2	3,2

Öğrencilerin %83,7’si sigarayı, sağlığa zararlı olduğunu düşündükleri için içmemektedir. Öğrencilerin %7,7’si annesinin, %41,1’i babasının, %30,6’sı kardeşinin sigara içtiğini ifade etti.

Araştırmada halen sigara içen öğrencilerin %27,7’sinin erkek olduğu, gelir getiren bir işte çalışan, üç arkadaşı ve aileleri sigara içen öğrencilerin halen sigara içme durumunun daha yüksek olduğu belirlendi(p<0,05).

Öğrencilerin %31,7’sinin (n=160) nargile evine gittiği, %29’unun (n=146) nargile içtiği belirlendi.

Öğrencilerin %16,9’u halen alkollü içki kullanmaktaydı ve bunların %47’si merak %40’ı arkadaş etkisi nedeniyle alkollü içkiyi denediklerini, alkollü içkiden uzak duranlar ise (%63,2); sağlığa zararlı olduğunu düşündükleri için içmediklerini ifade etti.

Araştırmada kadınların erkeklerden daha fazla alkollü içkiyi denediği, alkollü içki deneyen öğrencilerin %22,5'inin dördüncü sınıfta olduğu, sigara içme durumu yüksek olan öğrencilerde alkol deneme durumunun benzer şekilde daha yüksek olduğu, ailesi alkollü içki kullanan öğrencilerin kullanmayanlara göre daha fazla alkollü içki denediği, babası memur ve işçi olan öğrencilerde alkolü deneme durumunun daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Uyuşturucu madde kullanan %2,2 öğrenciden %54,5'inin esrar, %27,3'ünün ilaç/hap, %9,1'inin eroin, %9,1'inin morfin kullandığı ve uyuşturucu kullananların %63,6'sının merak, %36,4'ünün arkadaş nedeniyle uyuşturucu maddeyi denediği belirlendi. Öğrencilerin %97,4'ü ailelerinin uyuşturucu madde kullanmadığını ifade etti.

Araştırmada erkeklerin kadınlardan daha fazla uyuşturucu madde kullandığı, uyuşturucu madde kullanan öğrencilerin sınıf arkadaşlarında ve sınıf dışı arkadaşlarında, ailelerinde uyuşturucu madde kullanım durumlarının daha fazla olduğu saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin madde bağımlılığı konusunda eğitim alma durumları Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Öğrencilerin Madde Bağımlılığı Konusunda Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı

Eğitim Alma Durumu (n=504)	Sayı	%
Evet	271	53,8
Hayır	233	46,2

Araştırmaya katılan öğrencilerin %9,6'sının madde ve bağımlılığı konusunda eğitim aldığı halde halen sigara içtiği, %15,5'sinin ise madde bağımlılığı konusunda eğitim almadığı ve halen sigara içtiği saptanmıştır. Öğrencilerden madde hakkında eğitim almayanlar ile eğitim alanların halen sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir ($p<0,05$).

Öğrencilerin Aile Sosyal Destek Puan Ortalamaları $31,56 \pm 7,57$ (min:2, max:40)'idi. Sigara, esrar kullanma durumları ile aile sosyal destek puanlarının yüksekliği arasında ilişki Tablo 4 ve Tablo 5'te ($p<0,05$) sunulmuştur.

Tablo 4. Öğrencilerin Halen Sigara İçme Durumlarına Göre Aile Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Halen Sigara İçme Durumu (n=504)	Sayı	Aile Sosyal Destek Puan Ort±SD
Sigara içen	62	28,58±8,99
Sigara içmeyen	442	31,98±7,26

$t=-3,343$ $p<0,05$

Tablo 5. Araştırmaya Alınan Öğrencilerin Esrar Kullanma Durumlarına Göre Aile Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Esrar Kullanma Durumu (n=504)	Sayı	Aile Sosyal Destek Puan Ort±SD
Esrar içen	6	21,50±13,16
Esrar içmeyen	498	31,68±7,41

$t=-3,308$ $p<0,05$

TARTIŞMA

Tütün, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelere başlama yaşı genellikle ergenlik ya da genç erişkinlik dönemidir (1).

Araştırmamızda öğrencilerin %12,3'ü düzenli olarak sigara içtiğini belirtmiştir. Öğrencilerde sigara içme oranı Çapık ve Özbuğakçı'nın çalışmasında %17,5, Gençtürk ve ark.'nın çalışmasında %10,3 olarak belirlenmiştir (8,9)

Suzuki ve arkadaşları ile Smith ve Leggat'ın araştırmalarında ise hemşirelik öğrencilerinde sigara içme yaygınlığı %6-43 arasında değişmektedir (10,11). Çalışmamızda öğrencilerde sigara içme oranı yapılan diğer çalışma sonuçlarına göre düşük bulunmuştur. Ülkemizde son yıllarda sigara ile savaşım da etkin bir mücadelenin yasal düzeyde de başlatılması, mücadele çerçevesinde yer alan sigara sağlık ilişkisinin ilköğretim düzeyinde müfredata girmesi, ortaöğretim düzeyinde de yoğun konferans vb. etkinliklerle yer alması, okul çevrelerinde sigara satışının önlenmesi gibi hedeflerin uygulanması üniversite gençliğindeki sigara içme oranlarının bir düşüş eğilimi içerisinde olduğunu düşündürebilir.

Çalışmamızda öğrenciler çoğunlukla aile, okul sorunları ve yalnızlık nedenleriyle sigaraya başladıklarını bildirmişlerdir. Gökgöz ve Koçoğlu'nun çalışmasında aile sorunlarının sigara içme davranışına neden olduğu bildirilmiştir (12).

Toplumsal ve ruhsal açıdan riskli bir dönem olan yüksek öğrenim çağında, bunalımlar, öfkeler,

çatışmalar ve kaygılardan dolayı, bir yandan genç kendisi ve çevresindeki otorite olan anne, baba ya da öğretmen ile sürtüşme ve çatışma içinde olurken, bir yandan da coşkulu, atılgan, cesur duyguları da yaşayabilmektedir. Bu nedenle, bu dönem, gençlerin sigara gibi zararlı alışkanlıklara başlamasının en kolay olduğu dönem olarak kabul edilir (13).

Araştırma kapsamına alınan sigara içen öğrencilerin Fagerström Bağımlılık düzeyi %3,2 ile çok yüksek düzeyde bağımlı olarak saptanmıştır. Fagerström Nikotin Bağımlılık testine göre nikotin bağımlılığı riski, Akvardar ve arkadaşlarının tıp fakültesi örnekleminde yaptıkları çalışmada %3,1 olarak saptanmıştır (14). Çalışma sonuçlarımız Akvardar ve ark.'nın sonuçlarıyla benzerlik göstermiştir.

Araştırma kapsamındaki sigara içmeyen öğrencilerin %83,7'si sigaranın zararlı olması nedenleriyle sigaradan uzak durduklarını ve içmediklerini bildirmiştir. Pirinççi ve arkadaşlarının araştırmasında öğrencilerin %99,9'u sigaranın sağlığa zararlı olduğunu ifade etmişlerdir (4). Küçükkavruk'un Atatürk Sağlık Yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %98'i sigaranın zararlı olduğunu belirtmişlerdir (15). Araştırmamızın bulguları konuyla ilgili çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Öğrencilerin cinsiyete göre halen sigara içme durumları incelendiğinde erkeklerin kadınlardan daha fazla oranda sigara içtikleri belirlenmiştir ($p<0,05$). Turhan ve arkadaşlarının, Küçükkavruk'un, Saraçlı'nın, Devenci ve arkadaşlarının çalışmalarında erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara kullandığı bulunmuş ve bu durumun ülkemizin geleneksel kültürünün ve sosyoekonomik yapısının sonucu olduğu belirtilmiştir (1,15,16,17). Yapılan bir çalışmada da kadınların topluma katılma, ekonomik hayatta etkinlik ve söz sahibi olma oranları arttıkça sigara kullanımlarının arttığını göstermiştir (18).

Araştırmamızda gelir getiren bir işte çalışan öğrencilerin çalışmayan öğrencilere göre anlamlı şekilde sigara içme durumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Saraçlı'nın yaptığı çalışmada öğrencinin aylık ortalama harcama

miktarı arttıkça sigara kullanımının da arttığı bildirilmiştir. Ayrıca gelir durumunun artması ile sigara içme davranışının yinelendiği de belirtilmiştir (16). Çalışma sonucumuz bu araştırma ile uyumluluk göstermiştir.

Araştırmada üç arkadaşı sigara içen öğrencilerin, halen sigara içme durumu diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Saraçlı'nın, İlhan ve arkadaşlarının araştırmalarında sigaraya başlatan faktörler arasında en büyük etkiye sahip olan neden sosyal çevre (anne, baba, kardeş, vs.) ve arkadaş etkisi olarak tespit edilmiştir (16,19). Çalışmamızın sonuçlarıyla da sosyal çevre ve arkadaş etkisinin önemi bir kez daha gözler önüne sergilenmiştir.

Araştırma kapsamında aileleri sigara içen öğrencilerin halen sigara içme durumu daha yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin sigara içme durumu ile aile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p<0,05$). Turhan ve arkadaşlarının ve Saraçlı'nın çalışmalarında ailesinde sigara kullanımı olan öğrencilerin daha fazla sigara kullanmakta olduğu bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (1,16). Ailenin sigara içme durumu gencin sigara içme davranışı üzerinde ciddi düzeyde etkilidir.

Araştırmada öğrencilerin %29'u halen nargile içtiğini belirtmiştir. Bulgularımız literatür bulgularına göre yüksektir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (2008) sonuçlarına göre en sık tüketilen tütün ürünü sigara olmakla birlikte gençler arasında %2,3 gibi bir sıklıkla nargile içimi dikkat çekmektedir (20). Özcebe ve arkadaşlarının araştırmasında ise gençler arasında (15-24 yaş arası) nargile içiminin daha da yükselmekte olduğu ve %8,1 sıklığına ulaştığı bildirilmiştir (20,21). Çavuşoğlu'nun ve Küçükkavruk'un çalışmalarında Ülkemizdeki duruma benzer olarak, pek çok farklı sosyal ve kültürel örüntüye sahip olan ülkelerde de gençler arasında nargile kullanımının yüksek olduğu belirtilmiştir (7,15). Küçükkavruk'un ve Erbaydar'ın araştırmasında da öğrencilerin nargileyi sigaradan daha az zararlı bulduğu belirlenmiştir (15,22). Bu durum, öğrencilerin nargile ile ilgili bilgi

eksikliklerinin olduğunu ortaya koymakta ve nargilenin yeni bir tütün ürünü kullanımı aracı olarak gündeme geldiğini ve ciddi bir halk sağlığı sorunu yaratma potansiyeline sahip olduğu düşüncesini doğrular niteliktedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %16,9'u alkollü içecekleri en az bir kez denediğini, %16,9'u halen alkol kullandığını belirtmiştir. Turhan ve arkadaşlarının çalışmalarında öğrenciler yaşam boyu en az bir kez alkol kullanma oranını %56,6 olarak ifade etmiştir. Aynı çalışmada son bir ay içerisinde alkol kullanma oranı %38,6'dır (1). Hemşirelik Yüksekokulu'nda yapılan bir çalışmada öğrencilerin alkol kullanma oranı ise %11 olarak bildirilmiştir (23). Sağlık eğitiminin verildiği okullarda oranların düşüklüğü olumlu olarak değerlendirilmelidir. Araştırmacılar tarafından alkol kullanımındaki bu farklılıklarda; kültürel sebepler, sosyal gelişmişlik gibi etmenlerin rol oynamış olabileceği belirtilmektedir. Belirlenen oranların farklılığı araştırmalarda kullanılan yöntemlerin farklı olmasından da kaynaklanmış olabilir. Genel olarak Türkiye'de alkol kullanımının ABD (Amerika Birleşik Devletleri) ve Avrupa'dan daha düşük olduğu belirtilmektedir (24). Bu sonuçlar doğrultusunda bölgesel özellikler, sağlıkla ilgili bir bölümde okumak, kampüs ve yakınında alkollü içecek satılan herhangi bir yerin yokluğu gibi nedenlerden dolayı çalışmamızdaki öğrencilerin alkollü içeceği daha az oranlarda kullanmış olabileceği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %47,1'i merak, %40,0'ı arkadaş etkisi nedeniyle alkollü içkiyi denediğini bildirmiştir. Buğdaycı'nın yaptığı çalışmada öğrenciler alkollü içki içmeyi ilk kez deneme nedeni olarak merak (%9,4), eğlence-kutlama (%8,5), hatırlamıyorum (%2,5), sıkıntı (%2,4), keyif-zevk (%2,4), arkadaş etkisi (%2,4), aile etkisi (%1) yanıtlarını vermişlerdir (25). Üniversiteye yeni başlamanın gençlerde yarattığı yaş dönemi özellikleriyle örtüşen bağımsızlık, özenme, büyüme, risk alma ve benzeri duyguların davranışlara yansımaları olarak değerlendirilebilir. Araştırmaya katılan alkollü içki kullanmayan öğrencilerin; %63,2'si sağlığa zararlı olduğu için

alkolden uzak durduklarını belirtmiştir. Öğrencilerin sağlıkla ilgili eğitim almaları, alkolün sağlığa zararlı olduğu ve içenlere zarar verdiği şeklindeki sonuçlar üzerinde etkili olabilir. Pirinççi ve Erdem'in yaptığı çalışmada alkol kullanmama nedenleri; dini inancı gereği günah olması ve sağlığa zararlı olması olarak belirlenmiştir (26).

Araştırmamızda öğrencilerden erkeklerin kadınlardan daha fazla alkollü içkiyi denediği bulunmuştur ($p<0,05$). Buğdaycı'nın yaptığı çalışmada alkollü içki kullanan öğrencilerin %22,8'inin kadın, %77,2'sinin erkek olduğu belirlenmiştir ve cinsiyet ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (25). Saraçlı'nın araştırmasında öğrencilerde alkol kullanım oranları erkeklerde %36,7 ile kızlardaki %16,3'e göre yüksek bulunmuştur (16). Turhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da erkeklerde alkol kullanma oranı kadınlara göre daha yüksektir (1). Çalışmamızdaki bulgular literatürle uyumluluk göstermiştir. Erkeklerin kadınlara nazaran toplumda alkol kullanımının sosyal kabul görmesi ve temininin kolay olmasının, erkeklerin kadınlardan daha fazla alkol tüketme sebeplerinden biri olabileceği düşünülebilir. Ancak, bu çalışmada kadınların %13,1'inin risk yaratacak düzeyde alkollü içkiyi denemesi, üniversite öğrencileri arasında, kadınların alkol tüketimlerinin göz ardı edilmemesi gereken düzeyde olduğunu göstermektedir.

Araştırmada alkollü içki deneyen öğrencilerin %22,5'inin dördüncü sınıfta olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre alkol deneme durumlarının değişkenlik gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Özen ve arkadaşlarının birinci sınıflarla sonuncu sınıfları karşılaştırdığı bir çalışmada üst sınıflarda alkol kullanan öğrenci oranının arttığı bildirilmiştir (27). Ayrıca alkollü içki deneyen son sınıfta öğrenim gören öğrencilerin diğer sınıflara göre daha fazla alkol denemelerinin nedenleri; mezun olacak olmanın stresi ve iş bulabilme kaygısı, gelecekte profesyonel alana geçmeyle birlikte yaşanacak sorunların vermiş olduğu endişeyle birlikte tüm bu sorunlarla yanlış

baş etme yöntemlerinin kullanılması ve sonuçta maddeye yönelme durumuyla açıklanabilir.

Araştırmada sigara içme durumu yüksek olan öğrencilerde alkol deneme durumu benzer şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Saraçlı'nın çalışmasında sigara kullandığını ifade eden öğrencilerin büyük bir kısmı alkol kullandığını bildirmiştir (16). Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermiştir. Piriñci ve Erdem'in çalışmalarında gençlerin bir gruba dahil olma, daha olgun görünmek gibi nedenlerle hem sigara hem de alkol kullanımı için özel bir risk grubu olduğu belirtilmiştir (26). Bu araştırma sonuçları için de bu durumun olabileceği söylenebilir.

Araştırma kapsamında ailesi alkollü içki kullanan öğrencilerin kullanmayanlara göre daha fazla alkollü içki denediği saptanmıştır ($p<0,05$). Turhan ve arkadaşlarının çalışmalarında babasında ve kardeşinde alkol kullanımı öyküsü olanlarda alkol kullanımı daha yüksek bulunmuştur (1). Alkol kullanan öğrencilerin çoğunun aileleri ve arkadaşlarında alkol kullanma alışkanlığı olmasının, alkol kullananların aile ve çevrelerinden etkilenmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmada babası memur ve işçi olan öğrencilerde alkolü deneme durumunun kendi işyeri olan ve çiftçi olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buğdaycı'nın araştırmasında babalarının mesleği yönetici, memur, asker olan öğrencilerde alkol kullanım sıklığının diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (25). Baba meslekleri ile alkol kullanımı arasındaki ilişkinin, meslek gruplarına göre babalarının eğitim düzeyinin, gelir düzeylerinin, aile yapısının ve çocuklarıyla olan iletişiminin değişkenlik göstermesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca tarım, hayvancılıkta çalışanların daha çok kırsalda olduğu ve klasik aile yapısının, aile otoritesinin devam ettiği düşünülmektedir.

Öğrencilerin %2,2'sinin uyuşturucu madde kullandığı saptanmıştır. Turhan ve arkadaşlarının çalışmasında en az bir kez uyuşturucu madde kullanımı %9,6, halen kullanım %1,8 olarak saptanmıştır (1). Uyuşturucu madde kullanan öğrencilerin %54,5'i, esrarı, %27,3'ü ilaç/hapı,

%9,1'i eroini ve %9,1'i ise morfini kullandığını bildirmiştir (1). Dünyada da en çok kullanılan uyuşturucu madde esrar olmasına rağmen yeni eğilimler de kendisini göstermektedir. ABD'de Orta Atlantik'te üniversite öğrencilerinde ecstasy kullanımı %9 saptanmış, Ecstasy kullananların %98'i esrar, daha düşük oranlarda da inhalen, eroin ve kokain kullandıkları saptanmıştır. Esrar ve yeni eğilim ecstasy çoklu madde kullanımı açısından ülkemizde de risk oluşturabilir (28). Saraçlı'nın araştırma sonuçlarında da en çok kullanılan uyuşturucu madde türleri sırasıyla esrar ve ilaç/hap olarak saptanmıştır (16). Çalışmamızın bulguları konuyla ilgili yapılan çalışma sonuçlarıyla genellikle benzerdir. Esrarın diğer madde türlerine göre daha yüksek oranda kullanılmasının nedeni ucuz ve daha az zarar verici olmasından kaynaklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %63,6'sı merak, %36,4'ü arkadaş nedeniyle uyuşturucu maddeyi denediği saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımızla paralel olarak Saraçlı'nın ve Çavuşoğlu'nun yaptığı çalışmada öğrencilerin çoğu merak nedeniyle ve arkadaş önerisiyle maddeyi denediği bildirilmiştir (7,16). Ergenin içinde bulunduğu akran grubunda madde kullanılıyor olması öncelikle, ergenin madde kullanımını merak etmesine, kabullenmesine, sonrasında da denemesine yol açabilir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ifadelerine göre erkeklerin kadınların daha fazla uyuşturucu madde kullandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Saraçlı'nın çalışmasında öğrencilerde yaşam boyu en az bir kez madde kullanma oranları erkek öğrencilerde %6,3 ve kız öğrencilerde %1 olup halen madde kullanımlarını sürdürenlerin oranları ise sırasıyla %2,2 ve %0,6 olarak bulunmuştur (16). Buğdaycı'nın yaptığı çalışmada uyuşturucu kullanan öğrencilerin %15'i kadın, %85'i erkektir (24). Deveci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise erkeklerin %8,2'sinin, kadınların %3'ünün uyuşturucu madde kullandığı bildirilmiştir (17). Turhan ve arkadaşlarının araştırmalarında erkeklerde uyuşturucu madde kullanımı daha yüksektir (1). Çalışmamızda erkeklerde uyuşturucu madde kullanım yaygınlığının daha yüksek olması

literatürle uyumludur. Bu sonuca göre erkeklerin kızlara göre risk alma davranışına daha yatkın oldukları, kızların ise toplumdaki rolleri nedeniyle bu tür durumlara daha temkinli yaklaştıkları düşünülebilir.

Araştırma kapsamında uyuşturucu madde kullanan öğrencilerin sınıf arkadaşlarının ve sınıf dışı arkadaşlarının uyuşturucu madde kullanım durumlarının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ergenin içinde bulunduğu akran grubunda madde kullanılıyor olması öncelikle, ergenin madde kullanımını kabullenmesine, sonrasında da denemesine yol açmaktadır. Özellikle yüksek öğrenim döneminde arkadaş grubuna girme, onlar tarafından onay görme çok önemlidir (29). Arkadaş etkisinin uyuşturucu madde kullanımında önemli bir etken olduğu çalışmamız bulgularıyla da uyumluluk göstermiştir.

Araştırmada uyuşturucu madde kullanan öğrencilerin ailelerinde uyuşturucu madde kullanım durumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). ABD ve diğer gelişmiş ülkelerde yapılan son araştırmalara göre, gençlerde madde kullanımı büyük iniş ve çıkışlar halinde dalgalanmalar göstermektedir. Madde kullanımında risk grubunu oluşturan gençlerin kişiler arası ilişkilere bağlı etmenler açısından; anne, baba ya da diğer aile üyeleriyle madde kullanımını özdeşleştirmiş olmaları, ayrıca bu tür maddelere ulaşabilirliği açısından yakın çevrede kullanıcının olması ciddi bir risk etmenidir (29). Çalışmamız sonuçları bu bulgular ile uyumluluk göstermiştir.

Öğrencilerin %53,8'i madde bağımlılığı konusunda eğitim aldıklarını, madde bağımlılığı ile ilgili bilgiyi %61,6 ile okuldan aldıklarını ifade etmiştir. Altındaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, öğrencilerin %52,2'si madde bağımlılığı konusunda önceden bilgi aldığını belirtmiştir. Bilgi alanların %52,2'si bu bilgiyi okuldan aldığını bildirmiştir (28). Bu sonuç çalışma sonuçlarımızla uyumluluk göstermiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerden madde hakkında eğitim almayanlar ile eğitim alanların halen sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışmamızda

eğitim alan öğrencilerin %9,6'sının sigara içmeye devam ettiği bulunmuştur. Pıçakçiefte ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada öğrencilerin %98'inin sigaranın zararlarını bildiği ve %54,9'unun da bu konuda okulda eğitim aldığı belirlenmiştir. Buna rağmen öğrencilerin %25,3'ünün sigara içtiği ortaya çıkmıştır (30). Bu sonucun bizim araştırmamızı destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Araştırmada öğrencilerin aile sosyal destek puan ortalamaları $31,56\pm 7,57$ (min:2, max:40) olarak saptanmıştır. Başer'in yaptığı çalışmada aileden alınan sosyal destek puanı $31,33\pm 7,96$ olarak belirlenmiştir. Çalışmada aileden algılanan sosyal desteğin yüksek olması ile kendini kabul düzeyinin arasında olumlu bir ilişki olduğu belirtilmiştir (31). Çalışmamızda öğrencilerin aileden aldıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olduğu düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan halen sigara içmeyen öğrencilerin aile sosyal destek puanının sigara içenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Herken ve arkadaşlarının gençlerdeki sigara kullanma davranışında anne baba tutumunun ve sosyo-kültürel düzeyin etkisi konulu çalışmada sigara kullanan öğrencilerin anne-baba tutum ölçek puanı kullanmayan öğrencilerin anne-baba tutum ölçeği puanlarından düşük bulunmuşlardır (32). Çalışma bulgularımız bu çalışma sonuçlarıyla uyumluluk göstermiştir.

Çalışmada esrar kullanmayan öğrencilerin aile sosyal destek puanının esrar kullananlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Gençler, ergenlik döneminde; doğal bir ruh hali olarak kabul edilen "otoriteye başkaldırı" psikolojisi kapsamında toplumsal değerlerin dışına çıkmak, yanlış alışkanlıklar kazanmak eğilimi göstermektedirler. Buna aileden gelen olumsuz etkiler de eklenirse genç bilinçsiz bir şekilde çevresel etkilere çok açık ve dayanıksız bir hale gelebilmektedir. Böyle bir ortam genci, kendisini ayrı tutamayacağı tutum ve davranışlara, kötü alışkanlıklara itebilir (7).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanım durumları düşüktür. Aile ve arkadaş çevresi öğrencilerin bağımlılık yapıcı maddeleri kullanma durumlarını etkilemektedir. Öğrencilerin aileden aldıkları sosyal destekleri iyi düzeydedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; Gençlerin sigaraya karşı korunması ve bağımlılığın gelişmesini engellemek için görsel (film, afis vs.), eğitsel önlemlerin alınması ve eğitim programların uygulanması gerekmektedir. Üniversite müfredat programlarında tütün (sigara), alkol ve madde kullanımını önleme ile ilgili başlıklar bulunmalıdır. Ayrıca madde bağımlılığı konusunda yalnızca genç değil, gencin yaşantısında önemli bir rol model olan ailenin de bilinçlendirilmesi ve bu konuda her iki grupta da farkındalık yaratılması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Turhan E , İnandı T , Özer C , et.al. Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı , şiddet ve bazı psikolojik özellikler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011; 9:33-44.
2. Rassol G.H, Luis M, Carraro T.E, Lopes G. Undergraduate nursing students perceptions of substance use and misuse: A Brazilian position, Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing 2006; 13: 85-89.
3. Lanier C.A, Nicholson T, Duncan D. "Drug use and mental well being among a sample of undergraduate and graduate college students", J Drug Educ 2001; 31:239-248.
4. Pirinççi E, Erdem R. Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde sigara kullanım sıklığı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi 2003; 20:193-201.
5. Procidano M, Heler K. Measures of perceived social support from friends and from family: Tree validation studies. American Journal of Commumty Psychology 1983; 1: 1-24.
6. Çorapçioğlu A, Ögel K. Factors associated with ecstasy use in Turkish students. Addiction 2004; 99: 67-76.

7. Çavuşoğlu F. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin madde kullanımına etki eden etmenler ve aileden aldıkları sosyal desteğin etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun; 2009.
8. Çapık C , Özbiçakçı Ş . Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin sigara bağımlılık düzeyleri ve etkileyen etmenler . Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2007; 4: 1-12.
9. Gençtürk N , Bolat D , Bulut H , et al . Bir Grup sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sigara içme ile ilgili görüş ve davranışları . İstanbul Üniversitesi Florance Nihtingale Hemşirelik Yüksekokulu De rgisi 2009; 17: 16-23.
10. Suzuki K, Ohida T, Yokoyama E, et al. Smoking among Japanese nursing students: nationwide survey. J Adv Nurs 2005; 49: 268-75.
11. Smith DR, Leggat PA. Tobacco smoking habits among a complete cross-section of Australian nursing students. Nurs Health Sci 2007; 9: 82-9.
12. Gökgöz Ş, Koçoğlu G (2009). Adolesan çağda sigarayla ilgili verilen eğitimin etkileri. Fırat Üniversitesi Dergisi 2009; 14: 033-041.
13. Ekşi A. Çocuk, Genç, Ana Babalar. Ankara, Bilgi Yayınevi; 1990:101-126.
14. Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G, et. al. Substance use in a sample of Turkish medical students. Drug Alcohol Depend, 2003;72: 117-21.
15. Küçükavruk E. Atatürk Sağlık Yüksekokulunda Okuyan Öğrencilerin Sigara İçme Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek lisans Tezi. Kayseri;2002.
16. Saraçlı Ö. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bireysel ve psikososyal faktörler. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Zonguldak; 2007.
17. Deveci S.E, Açık Y, Oğuzöncül F, Deveci F. Prevalence and factors affecting the use of tobacco, alcohol and addictive substance among university students in eastern turkey 2010; 41:996-1007.
18. Clark E, Mccann, TV, Rowe K, Lazenbatt A. Cognitive Dissonance and Undergraduate Nursing

Students' Knowledge of and Attitudes About Smoking. Journal of Advanced Nursing 2004; 46: 586–594.

19. İlhan F, Aksakal N, İlhan MN, Aygün R. (2005). Gazi Üniversitesi Öğrencilerinde sigara içme durumu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4: 188- 198.

20. Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate Of Health Services. Global Adult Tobacco Survey Turkey Report 2010. Anıl Matbaacılık. Publication No:803. 2010:37-75.

21. Özcebe H, Doğan B, İnal E. Üniversite öğrencilerinin nargile içme davranışları ve ilişkili sosyodemografik özellikleri. TAV Preventive Medicine Bulletin, 2014; 13;19-28.

22. Erbaydar P. N, Bilir N, Yıldız N. A. Knowledge, behaviors and Health hazard Peception among Turkish-Narghile(Waterpipe)- Smokers Related to Narghile Smoking. Pak J Med Sci 2010; 26:195- 200.

23. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;9: 26-34.

24. Akvardar Y, Aslan B, Ekici ZB. Dokuz Eylül Tıp Fakültesi dönem 2 öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi 2001; 2: 9–52.

25. Buğdaycı G. Üniversite Öğrencilerinin Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı ve Madde Kullanımını Etkileyen Sosyal Kültürel ve Ekonomik Süreçler. Sakarya Üniversitesi, Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Sakarya; 2008.

26. Pirinçi E, Erdem R. Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerin alkol kullanma alışkanlıkları. AÜTD 2004; 71–76.

27. Özen S, Arı M, Gören S, Palancı Y, Sır A. (2005). Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005 6: 92-98.

28. Maziak W, Eissenberg T, Rastam S, et al. Beliefs and attitudes related to narghile (waterpipe) smoking among university students in Syria. Annals of Epidemiology 2004; 14:646-654.

29. Altındaş H, Temel F, Benli E, Çınar G. ve ark. (2004). Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin madde bağımlılığı ile ilgili bilgi, görüş ve tutumları.

Bağımlılık Dergisi. 5 (3) . 2004 / Journal of Dependence, Vol: 5, N.: 3

30. Pıçakçıefe M, Keskinöglü P, Bayar B, Bayar K. Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sigara içicilik sıklığı ve içiciliği arttıran nedenler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6: 267–272.

31. Başer Z. Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum; 2006.

32. Herken H, Özkan İ, Çilli AS. et.al. Sigara kullanma davranışında sosyal öğrenmenin etkisi. Bağımlılık Dergisi 2000; 1: 38-42.

İnfertilite Olgularında Tedavi Başlangıcında Sözel ile Yazılı Bilgilendirmenin

Etkinlik Açısından Değerlendirilmesi

The Efficiency Assessment of The Written Patient Information In Infertility Treatment

Pinar Solmaz Hasdemir¹, Melek Bulut Kamali², Hasan Tayfun Ozcakir¹

1Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Manisa, Türkiye

2Celal Bayar Üniversitesi İnfertilite Araştırma ve Uygulama Merkezi, Manisa, Türkiye

ÖZET

AMAÇ: İnfertilite olgularında tedavi başlangıcında uygulanacak sözlü ve yazılı hasta bilgilendirme yöntemlerinin hasta açısından anlaşılabilirliğinin karşılaştırılmasıdır.

YÖNTEMLER: Araştırma prospektif gözlemsel bir çalışmadır. Celal Bayar Üniversitesi İnfertilite Araştırma ve Uygulama Merkezinde infertilite tedavi programına alınan toplam 92 olgu iki gruba ayrılarak, bir gruba (n=46) yazılı, diğer gruba da (n=46) sözel olarak tedavi protokolü anlatılmış ve anlaşılmayan yer varsa kağıda not alabileceği ifade edilmiştir. Hastalardan bu süre içinde belli ilaçları kendilerine uygulamaları ve belirli günlerde kontrole gelmeleri istenmiştir. Etkinlik değerlendirme kriterleri olarak hastanın ilacı doğru şekilde, zamanda ve miktarda uygulayıp uygulamadığı ve kontrole gelmesi gereken günlere riayet edip etmediği alınmıştır. Veriler analizi SPSS-21 istatistik programı ile yapılmıştır.

BULGULAR: Olguların yaş ortalaması 32,22±4,89 (21-42) şeklinde idi. Çalışma ve kontrol grubundaki tüm olgular okur-yazar idi. Toplam 74 olgu IVF, 18 olgu IUI protokolüne alınmıştı. Sözel bilgilendirme grubunda 3 olgunun kan kontrol tarihinde, 1 olgunun USG geliş tarihinde ve toplam 3 olgunun da ilaç enjeksiyon tarihinde (GnRH, antagonist) olmak üzere toplam 7 olgunun (%15,2) tedavi protokolünde hata yaptığı saptandı. Yazılı bilgilendirilen grupta hiçbir etkinlik değerlendirme kriterinde hataya rastlanmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ: İnfertil olgunun tedavi süreci hakkında bilgilendirilmesinin yazılı formlarla desteklenmesi tedaviye uyumu arttırmakta, hastanın tedavi sürecinde yanlış ve/veya eksik yapma kaygısını azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite tedavisi, sözel bilgilendirme, yazılı bilgilendirme, kaygı.

Türkçe Kısa Makale Başlığı: İnfertilite Tedavisinde Hastanın Bilgilendirilme Şeklinin Değerlendirilmesi

ABSTRACT

INTRODUCTION: The comparison of the written and verbal patient information methods on infertility treatment protocol.

METHODS: A total of 90 patients who was accepted for the infertility treatment included this prospective observational study. Half of the subjects were informed verbal way about the doses of the medications and the days of hospital control and they enounced to take notes if they want to. Other 45 subjects were informed by given a medication and administration form. Criteria for efficiency consideration were true timing, dosage and usage way of the medications and obeying the hospital control days. The data analysed by SPSS-21 statistical programme.

RESULTS: The mean age of the cases was 32,22±4,89 (21-42). Both case and control group subjects were literate. A total of 74 cases taken into IVF and 23 cases taken into IUI protocol. Seven cases (15,2%) was found to be make mistake in the treatment protocol; in 1 case date of hospital control, 1 case in USG date and 3 cases made mistake in drug injection date at verbally informed group. No mistake in criteria for efficiency consideration determined in written informed group.

DISCUSSION AND CONCLUSION: Usage of the written patient information forms in the exposition of the infertile patient about the treatment protocol increases the patient's adaptation to the treatment protocol and decreases the patient's concern level about the treatment process.

Key words: Infertility treatment, verbal patient information, written patient information, concern.

İngilizce Kısa Makale Başlığı: Evaluation of Infertile Patient's Exposition Way

İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Pinar Solmaz Hasdemir

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dalı, Manisa, Türkiye

Tel: 0532 691 08 47 / E-Mail: solmazyildiz@yahoo.com

Dünya genelinde üreme çağındaki çiftlerin yaklaşık %9'unda infertilite mevcut olup, bunların %56'sı çocuk sahibi olabilmek amacıyla hekime başvurmaktadır (1,2). Ülkemizde infertilite sıklığının %10-15 civarı olduğu bildirilmiştir (3). İnfertilite, kadın ve erkek infertilitesi ve açıklanamayan infertiliteyi kapsayan kompleks bir durum olup, tedavi sürecinde halen olguların neredeyse 1/3'ü için çözüm üretilmemiştir (4). İnfertilite tedavi süreci, uzun zamanlı ve hasta için karmaşık olabilecek birçok süreci barındırmaktadır. Çiftin artmış stres derecesinin tedavi başarısını olumsuz etkileyeceği de bilinmektedir (5). Hastanın tedaviye uyumunu arttıran uygulamaların tedavi başarısına da olumlu katkısı olacağı açıktır. Tedavi sürecindeki karmaşıklığı azaltmak bakımından hazırlanmış yazılı formlarla hasta bilgilendirilmesinin desteklenmesi, hastanın stresini azaltmaya yardımcı olabilir.

Bu çalışmada infertilite tedavisi başlangıcında olan olgulara tedavi sürecine ilişkin bilgilendirme yapılırken kliniğimizce hazırlanmış yazılı bilgilendirme formlarının kullanılıp kullanılmamasının tedavi sürecinde hata yapma oranı ve hastanın endişe düzeyine etkisi değerlendirilmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma prospektif gözlemsel bir çalışmadır. CBÜ infertilite Araştırma ve Uygulama Merkezinde Mayıs 2014- Temmuz 2014 tarihleri arasında infertilite tedavi programına [intrauterin inseminasyon (IUI) veya invitro fertilizasyon-embriyo transferi (IVF-ET)] alınan toplam 92 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterleri primer infertilite, daha önce infertilite tedavisi (IUI ve/veya IVF) görmemiş olmak, okur-yazar olmak, bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu okumuş ve imzalamış olmak idi. Aynı kişi tarafından 46 olguya sözel olarak tedavi protokolü anlatılmış ve anlaşılmayan yer varsa kağıda not alabileceği

ifade edilmiştir. Diğer 46 olguya ise merkezimizce hazırlanmış yazılı bir ilaç ve uygulama formu verilerek tedavi protokolü açıklanmıştır ve hastalardan bu süre içinde belli ilaçları kendilerine uygulamaları ve belirli günlerde kontrole gelmeleri istenmiştir. Etkinlik değerlendirme kriterleri olarak hastanın ilacı doğru şekilde, zamanda ve miktarda uygulayıp uygulamadığı ve kontrole gelmesi gereken günlere uyup uymadığı alınmıştır. Her iki grup olguda da tedavi süreci ile ilgili endişeli olup olmadıkları ve öyle iseler nedeni sorgulanmıştır. Daha önce infertilite tedavisi görmüş ve protokol hakkında tecrübe sahibi olan olgular, çalışmaya dahil olmayı kabul etmeyen olgular ve tedavi sürecini tamamlamayan olgular çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışma için Üniversitemiz Yerel Etik Kuruluna başvurulmuş ve 26.3.2014 tarihinde 20478486-134 karar numarası ile onay alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm olguların bilgilendirilmiş gönüllü onamı alınmıştır. Veriler SPSS-21 (SPSS, Chicago, IL) istatistik programına yüklenerek analiz edilmiş, istatistik karşılaştırmalar Student's t-test ile yapılmıştır.

BULGULAR

Olguların yaş ortalaması 32,22±4,89 (21-42) şeklinde idi. Çalışma ve kontrol grubundaki tüm olgular okur-yazar idi. Gruplar arasında yaş ve IVF ve IUI protokolüne alınma oranı açısından anlamlı fark yoktur (Tablo). Sözel olarak bilgilendirilen grupta toplam 7 olgunun (%15,2) tedavi protokolünde hata yaptığı saptanmış, buna karşılık yazılı olarak bilgilendirilen grupta etkinlik değerlendirme kriterlerinden hiçbirinde hataya rastlanmamıştır. Uygulama hatalarının dağılımına bakıldığında 3 olgunun kan kontrol tarihinde, 1 olgunun ultrason için hastaneye geliş tarihinde ve toplam 3 olgunun da ilaç enjeksiyon tarihinde (GnRH, antagonist, HCG) hata yaptığı saptanmıştır. Gruplar arasında hata yapma oranlarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,020). Olgulara ilk görüşme sırasında tedavi süreci ile ilgili kendilerini en çok endişelendiren durumun ne olduğu sorusu sorulmuş, sözel bilgilendirilen grupta

soruyu 20 olgu (%43,4) hata yapmak, 9 olgu (%19,5) unutmak olarak yanıtlamıştır. Yazılı bilgilendirilen grupta ise 13 olgu (%28,2) hata yapmak, 5 olgu (%10,8) ise unutmak olarak yanıtlamıştır. Sözel olarak bilgilendirilen grupta genel olarak tedaviye uyumla ilgili daha fazla endişe yaşandığı saptanmıştır (Tablo).

Tablo: Sözel ve yazılı olarak bilgilendirilen grupların tanımlayıcı özellikler, hata yapma oranları ve tariflenen kaygı yönünden karşılaştırılması.

	Sözel bilgilendirme (n=46)	Yazılı bilgilendirme (n=46)	P değeri
Yaş	33,15±4,88	31,30± 4,78	0,070
Tedavi şekli			
IVF	35	39	0,298
IUI	11	7	
Tedavide hata			
Kan kontrol günü	3	0	0,020*
USG günü	1	0	
ilaç uygulama zamanı	3	0	
Belirtilen kaygı			
Unutmak	9	5	0,000*
Hata yapmak	20	13	
Her ikisi	13	4	
Kaygı duymuyorum	4	24	

(*P<0,05 anlamlı)

Sözel olarak bilgilendirilen gruptan toplam 18 olgu (%39) kendilerine anlatılan tedavi şeması ile ilgili olarak not alma veya yazılı olarak not isteme ihtiyacı duymuştur.

TARTIŞMA

İnfertilite tedavi sürecinin psikolojik açıdan zorlayıcı olduğu ve sağlık sisteminin bu süreci kolaylaştırmadığı infertil çiftler tarafından ifade edilen bir durumdur (6). Ülkemizde de benzer şekilde olmak üzere bu sürecin kadınlar üzerinde oluşturduğu baskı daha fazladır. İnfertilite tedavi sürecini kadınların yaklaşık %50'si hayatlarının en stresli tecrübesi olarak tarif ederken, erkeklerin yalnızca %15'i bu fikre katılmıştır (7,8).

İnfertil çift, yoğun bir psikolojik baskı altında olup, bu durum tedaviye uyum ve devamlılıklarında sıkıntılara yol açmaktadır (9). Üremeye Yardımcı Teknikler (ÜYT) Merkezinde çalışan tüm personelin

hastanın psikolojik süreçleri ve tedaviye yaklaşımı konusunda bilgi sahibi olması ve danışmanlık verirken bu prensipten yola çıkarak hareket etmesi hizmet kalitesini arttırabilmek için esastır (10). Bundan dolayı son yıllarda hastanın ihtiyaç ve önceliklerini ön planda tutan 'hasta merkezli tedavi' konusu gündemdedir (11,12). 'Hasta dostu' ÜYT ve 'yüksek kalitede' ÜYT de aynı mantıkla, ÜYT sürecini bir bütün olarak ele almak ve hastanın tedaviye uyumunu arttırmanın tedavi başarısını arttıracağı hipotezinden yola çıkılarak geliştirilmiştir (11, 13).

İngiltere'de infertilite kliniğine tedavi maksatlı başvuran olguların memnuniyet düzeyi ile ilgili yapılmış bir çalışmada, kendilerine yeterli bilgilendirme yapılmasının ve bekleme süresinin kılalmasının çiftlerin memnuniyetini ve tedaviye uyumunu arttırdığı saptanmıştır. Söz konusu çalışmada hizmet kalitesinin nasıl arttırılabileceği ile ilgili ankete tabi tutulan toplam 598 infertilite olgusunun %10'u yazılı bilgilendirme yapılması, ek olarak % 5 olgu da daha fazla açıklama ve bilgilendirme ile bunun mümkün olabileceğini belirtmiştir (14). İnfertil olguların bilgilendirilmesinde yazılı ve sözlü yöntemlerin her ikisi de kabul edilebilir uygulamalardır. İnfertil hastaların, mevcut durumları ve tedavi sürecinin işleyişi ile ilgili kaygı düzeyi yüksek olduğu için, etkin bilgilendirilmeleri önemlidir. Yapılan araştırmalara göre çiftlerin stres nedeniyle, programdan ayrılma, ovulasyon problemi yaşama, ani düşük tehdidi ile karşılaşma gibi problemler yaşadıkları ifade edilmektedir (15). Bizim çalışmamızda da tedavi protokolünün yazılı olarak verilmediği olgularda tedavi ile ilgili yanlış veya eksik yapma, unutma endişesinin de fazla olduğu görülmüştür. Hasta profili ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak uygulama hatalarını en aza indirebilecek yazılı bilgilendirme formları hazırlanması önemlidir (16).

Kliniğimizde, bu tedavi protokolünü daha kaliteli hale getirebilmek maksadıyla bir yazılı ilaç ve uygulama formu geliştirilmiştir. Bu şekilde oldukça yoğun olan hastane şartlarında hasta bilgilendirme süresi kısalarak çalışan ekibe kolaylık sağlanmakta,

yazılı form resmi kayıt niteliği taşımakta, ortaya çıkabilecek uygulama hatalarında hastanın sağlık personelinin yanlış veya eksik bilgilendirmiş olmakla suçlaması olasılığının önüne geçilmektedir. Uygulama hatalarını en aza indirmesinden dolayı da tedavi başarısını arttırarak psikolojik ve maddi kayıpları dolaylı olarak engellemektedir.

Sonuç olarak, hasta merkezli tedavi yaklaşımının bir parçası olarak hastanın tedavi başlangıcında etkin ve yeterli bilgilendirilebilmesi önemlidir. Kliniklerin mevcut yoğunluğu da göz önünde bulundurulduğunda, ÜYT merkezlerinde hastaların anlayabileceği yazılı bilgilendirme ve tedavi protokol formlarının kullanılması hastanın hata yapma oranını ve bu konudaki gerginliğini azaltarak tedavi sürecine olumlu katkı sağlar.

KAYNAKLAR

- 1-Boivin J, Bunting L, Collins JA, et al. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. Hum Reprod 2007; 22: 1506–12.
- 2-Gameiro S, Canavarro MC, Boivin J. Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. Patient Educ Couns 2013; 93: 646-54.
- 3-Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar (Psychosocial Problems during Infertility Treatment). Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2013; 5: 162-178.
- 4-Pinborg A, Hougaard CO, Nyboe Andersen A, et al. Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. Hum Reprod 2009; 24: 991-9.
- 5-Campagne DM. Should fertilization treatment start with reducing stress? Hum Reprod 2006; 21: 1651-8.
- 6-Schmidt L. Infertile couples' assessment of infertility treatment. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77: 649-53.
- 7-Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, et al. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. Fertil Steril 1985; 43: 48-53.

- 8-Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 117: 126-31.
- 9-Gameiro S, Verhaak CM, Kremer JAM, et al. Why we should talk about compliance with assisted reproductive technologies (ART): a systematic review and meta-analysis of ART compliance rates. Hum Reprod Update 2013; 19: 124-35.
- 10- Boivin J, Appleton TC, Baetens P, et al; European Society of Human Reproduction and Embryology. Guidelines for counselling in infertility: outline version. Hum Reprod 2001; 16: 1301-4.
- 11- van Empel IWH, Nelen WLDM, Hermens RMPG, et al. Coming soon to your clinic: high-quality ART. Hum Reprod 2008; 23: 1242-5.
- 12- Aarts JWM, Huppelschoten AG, van Empel IWH, et al. How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. Hum Reprod 2012; 27: 488-95.
- 13- Pennings G, Ombelet W. Coming soon to your clinic: patient-friendly ART. Hum Reprod. 2007; 22: 2075-9.
- 14- Souter VL, Penney G, Hopton JL, et al. Patient satisfaction with the management of infertility. Hum Reprod 1998; 13: 1831-6.
- 15- Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. Fertil Steril 1998; 69: 1026-1033.
- 16- Van De Belt TH, Hendriks AF, Aarts JW, et al. Evaluation of patients' questions to identify gaps in information provision to infertile patients. Hum Fertil (Camb) 2014; 17: 133-40.

Akut Koroner Sendromların Komplikasyonları ile Ürik Asit Arasındaki İlişki

Relationship Between Acute Coronary Syndromes Complications and Uric Acid

Ayfer Gedük¹, Burak Can², Emine Dünder², Mürsel Sali², Fatma Geçgel², Özge Korkmaz², Adnan Batman², Emrullah Dengeşik²

1Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Kocaeli

2Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kocaeli

ÖZET

AMAÇ: Koroner kalp hastalıkları gelişmiş ülkelerde başta gelen ölüm nedenidir. Kan ürik asit düzeyinin kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda kan ürik asit düzeyinin, akut koroner sendromlar ve akut koroner sendromların erken dönem komplikasyonları üzerine olan etkilerini araştırmayı hedefledik.

YÖNTEMLER: Bu retrospektif klinik çalışmaya 2006-2009 yılları arasında Bezmialem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğum Bakım Ünitesinde takip edilmiş olan 45'i kadın, 105'i erkek olmak üzere 65 yaş altı toplam 150 hasta dahil edildi.

BULGULAR: Ürik asit seviyesi akut koroner sendrom geçiren erkek hastaların %23.8'inde, kadın hastaların %33.3'ünde yüksek saptandı. İstatiksel açıdan anlamlılık saptanmadı. ST elevasyonlu MI'li vakalarda ortalama ürik asit düzeyi 5.63 ± 2.10 , non ST elevasyonlu MI'lerde 6.04 ± 1.64 , USAP'lı hastalarda 5.19 ± 1.18 olarak saptandı. Ürik asit yüksekliği ile akut koroner sendrom tipleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı.

Komplikasyon gelişmemiş hastalarla komplikasyon gelişmiş hastaların ürik asit düzeyleri arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadı.

SONUÇ: Yaptığımız çalışmanın sonucu, ürik asitin akut koroner sendromlar üzerinde direkt etkisinin olmadığı yönündedir. Bu konuda yapılmış diğer çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde, yüksek ürik asit düzeylerinin düşürülmesinin koroner sendromlar üzerine olumlu etkisinin olabileceği ancak ürik asitin bağımsız bir risk faktörü olarak ele alınamayacağı görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, akut koroner arter komplikasyonları, koroner arter hastalığı, ürik asit.

Türkçe Kısa Makale Başlığı: Akut koroner sendrom ve ürik asit

ABSTRACT

OBJECTIVE: Coronary heart diseases are the leading causes of death in developed countries. Blood uric acid levels are known to be associated with cardiovascular diseases. The aim of our study is to search for the blood uric acid level association with acute coronary syndromes and its early complications.

METHODS: This retrospective study includes a total of 150 patients, 45 male and 105 female, under the age of 65, who were treated in Bezmialem Valide Sultan Vakıf Gureba Hospital Coronary Intensive Care Unit between years of 2006-2009.

RESULTS: Uric acid levels were high in %23.8 of male patients and in %33.3 of female patients who had acute coronary syndrome. These findings were not statistically significant. Average uric acid levels were 5.63 ± 2.10 mg/dL in ST elevated myocardial infarction (MI) cases, 6.04 ± 1.64 mg/dL in non-ST elevated MI cases and 5.19 ± 1.18 mg/dL in unstable angina pectoris (USAP) cases. We couldn't obtain a statistical relationship between uric acid levels and coronary syndrome types. There was no statistical correlation of uric acid levels between the patients with acute coronary syndrome complications and the patients without any complications.

CONCLUSION: In our study we couldn't observe a direct effect of uric acid levels on acute coronary syndromes. When evaluated along with the various studies in literature we consider that reducing high uric acid levels may have positive effects on acute coronary syndrome cases however it should not be determined as an independent risk factor.

Key words: Acute coronary syndrome, acute coronary syndrome complications, coronary arter disease, uric acid.
İngilizce Kısa Makale Başlığı: Acute coronary syndrome and uric acid

İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Burak Can

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Kocaeli - Türkiye

Tel: 05055267075 / E-Mail: brk_cn@yahoo.com

GİRİŞ

Koroner kalp hastalıkları, gelişmiş ülkelerde halen başta gelen ölüm nedenidir, ancak hastalık oranları en çok gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır. Mortalite olayın tek boyutu değildir. Mortalite dışında morbidite de ciddi bir sorun durumundadır. Toplumdaki her 5 kişiden birisi en az bir tür kardiyovasküler hastalığa yakalanmaktadır ve toplumdaki her 6 kişiden biri 65 yaşından önce kardiyovasküler nedenlerle ölmektedir (1).

Koroner kalp hastalığı bulunan kişilerin yaklaşık %20 kadarında sigara, hipertansiyon, kolesterol ve diyabet gibi iyi bilinen risk faktörlerinin hiçbiri bulunmamakta ve %50'sinde de sadece bir risk faktörü bulunmaktadır. Çoğaltılabilecek olan bu örnekler yeni risk faktörlerine olan gereksinimi ortaya koymuş ve son 10 yıldaki araştırmalar bu yönde yoğunlaşmıştır. Ancak, yeni bir biyolojik belirtecin risk faktörü olarak ortaya atılması kolay değildir. Söz konusu belirtecin standardize, tekrarlanabilir ve uygun maliyetli olması gerekir. Ayrıca prospektif verilerin, o belirtecin riski tahmin etmeye yaradığını göstermiş olması ve mevcut risk faktörlerine eklendiği zaman tanısal değerinin artışı sağladığını göstermesi gerekir (1).

Kan ürik asit düzeyinin kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkili olduğu uzun zamandan beri bilinmektedir. Koroner kalp hastalarında hiperürisemiye temayül ilk olarak 1951'de yapılan kesitsel bir çalışma ile gösterilmiştir (2). Birçok epidemiyolojik çalışma ürik asit düzeylerindeki artışın kalp-damar hastalıkları mortalitesi için bir risk faktörü olduğunu ima etmişse de bu ilişki kesinleşmiş değildir (3). Ürik asidi koroner kalp hastalığının (KKH) bağımsız bir belirteci olarak tespit eden çalışmaların yanı sıra (3-6) , aksi görüş bildiren çalışmalarda (7-10) mevcuttur. Ürik asidin koroner arter hastalıklarının ortaya çıkışındaki rolü ve diğer risk faktörleriyle olan ilişkisi hala tam olarak açıklanamamış değildir. Koroner kalp hastalıkları ve ürik asit arasındaki ilişkinin tam anlaşılmasıyla koroner kalp hastalıklarının tedavisinde serum ürik asit seviyelerinin düşürülmesine yönelik tedavilerin değeri artacaktır.

Bu çalışmada kan ürik asit düzeyinin, akut koroner sendromlar ve akut koroner sendromların erken

dönem komplikasyonları üzerine olan etkilerini araştırmayı hedefledik.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu retrospektif klinik çalışmaya 2006-2009 yılları arasında T.C Başbakanlık Bezmialem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğum Bakım Ünitesinde takip edilmiş olan 45'i kadın, 105'i erkek olmak üzere toplam 150 hasta dahil edildi. Çalışma için Bezmialem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri; 65 yaş üstü hastalar, malign hastalığı olanlar, aktif infeksiyon hastalığı olanlar, inflamatuvar hastalığı olanlar, kronik böbrek yetmezliği olan hastalar olarak belirlendi.

Hastaların dosya bilgileri tarandı, akut koroner sendrom tipleri, biyokimyasal parametreleri, mevcut risk faktörleri, mevcut ek hastalıkları (Koroner arter hastalığı (KAH) için risk faktörü kabul edilen diyabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT) ve hiperlipidemi), hastane içinde gelişmiş komplikasyonlar belirlendi. Komplikasyonlar; Sağ ve sol kalp yetmezliği, kardiyojenik şok, aritmi, tekrarlayan iskemi, reinfarktüs, diğerleri (mekanik komplikasyonlar, perikardit...) olarak gruplandırıldı. Ürik asit değerleri MODULAR P 800'de çalışıldı ve normal ürik asit değerleri firmanın belirlediği değerler olan kadında 2.4-5.7 mg/dl, erkekte ise 3.4-7.0 mg/dl olarak kabul edildi.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 istatistiksel paket programı kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson, Ki- Kare ve Fisher's Exact testleri kullanıldı. İlişkilerin değerlendirilmesinde Spearman ve Pearson korelasyon testleri kullanıldı. İlişkiler ileri aşamada Linear Regresyon analizi ile değerlendirildi. Numerik verilerin karşılaştırılmasında Student t testi kullanıldı. Tüm istatistiklerde $p < 0,05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmada 45 kadın, 105 erkek olmak üzere, 65 yaş altı toplam 150 akut koroner sendromlu vaka incelendi. Hastaların 63'ü (%42) ST elevasyonlu miyokard infarktüsü (Mİ), 67'si (%44.7) ST elevasyonsuz Mİ ve 20'si (%13.3) unstabil anjina pektoris (USAP) tanısı almıştı. Vakaların yaşları 23 ile 65 arasında değişmekte olup ortalama yaş 54.33 ± 7.8 'di. Vakaların 79'unda (%52.7) mevcut ek hastalık yok iken, 71 vakada (%47.3) bilinen ek hastalık mevcuttu.

Çalışmada saptanan en düşük ürik asit değeri 2.60 mg/dl, en yüksek değer 15.40 mg/dl, ortalama değer 5.75 ± 1.81 mg/dl olarak saptandı. Ürik asit düzeyi olguların %73.3'ünde normal sınırlar içerisinde saptanırken, %26.7'sinde yüksek saptandı.

Erkeklerde ortalama ürik asit değeri 5.87 ± 1.87 iken kadınlarda 5.48 ± 1.67 olarak saptandı. Kan ürik asit düzeyi, akut koroner sendrom geçiren erkek hastaların %23.8'inde, kadın hastaların %33.3'ünde yüksek saptandı. İstatiksel açıdan anlamlılık saptanmadı ($p > 0.05$).

ST elevasyonlu Mİ'li vakalarda ortalama ürik asit düzeyi 5.63 ± 2.10 , non ST elevasyonlu Mİ'lerde 6.04 ± 1.64 , USAP'lı hastalarda 5.19 ± 1.18 olarak saptandı. Ürik asit yüksekliği ile akut koroner sendrom tipleri arasında istatiksel anlamlı ilişki saptanmadı ($r = 0.048$; $p = 0.559$).

Komplikasyon gelişmemiş hastalarda ürik asit ortalama değeri 5.70 ± 1.89 iken komplikasyon gelişmiş hastalarda 5.88 ± 1.63 olarak saptandı. Ancak istatiksel anlamlılık saptanmadı ($p > 0.05$). Ürik asit yüksekliği ile komplikasyon gelişimi ($r: 0.082$; $p: 0.320$) ve komplikasyon tipleri ($r: 0.077$; $p: 0.351$) arasında istatiksel ilişki saptanmadı.

Ürik asit ile üre düzeyleri arasında orta ($r = 0.428$; $p < 0.001$), kreatinin ile orta ($r: 0.440$, $p < 0.001$), LDL ile zayıf ($r = 0.241$; $p = 0.03$), trigliserit ile orta ($r = 0.427$; $p < 0.001$) ve total kolesterol ile hafif derecede ($r = 0.345$; $p < 0.001$) ilişki saptandı. Bu ilişkiler lineer regresyon analizi ile değerlendirildi. Ürik asit ile kreatinin ($p < 0.001$), trigliserit ($p < 0.001$) ve üre ($p = 0.001$) düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı.

Tablo 1. Parametrelerin Genel Dağılımı (n=150)

	Minimum	Maksimum	Ortalama \pm Std. sapma
Yaş	23	65	54.3 ± 7.8
Glukoz	47	380	128.6 ± 66
Üre	13	147	37.6 ± 18.7
Kreatinin	0.41	1,97	0.9 ± 0.2
Ürik Asit	2.6	15,40	5.8 ± 1.8
LDL	42	370	129.5 ± 42.6
HDL	18	65	40.8 ± 9.2
Trigliserid	29	2862	187.9 ± 241.9
Total Kolesterol	100	744	206.3 ± 64.3
CK	17	6996,00	879.9 ± 1215.3
CK-MB	11	882,00	104.1 ± 124.8
LDH	135	4300,00	770 ± 684.3
CRP	0.05	14,30	2.2 ± 2.9
Troponin	0	314,96	21 ± 39.3

Kısaltmalar: Std. Sapma: standart sapma, LDL: Low density lipoprotein, HDL: High density lipoprotein, CK: Kreatin kinaz, CK-MB: Kreatin kinaz-MB, LDH: Laktat dehidrogenaz, CRP: C-reaktif protein

Tablo 2. Gelişen komplikasyonlara göre ürik asit değerleri

	Ürik asit			Toplam
	Normal	Yüksek	Ortalama düzeyi	
Yok	78	27	5.70 ± 1.89	105
Kalp yetmezliği	7	5	6.05 ± 1.47	12
Aritmi	14	5	5.83 ± 1.96	19
Reiskemi	11	1	5.54 ± 1.24	12
Diğer	0	2	7.50 ± 0.70	2
Toplam	110	40	5.75 ± 1.81	150

TARTIŞMA

Yeni risk belirteçlerinin belirlenmesi, yeni önleyici ve terapötik yaklaşımlara neden olabilir. Ürik asitin akut koroner sendromların seyrinde rolü tam olarak aydınlatılamamıştır.

Ürik asit ile ilişkili olan ve ateroskleroz patofizyolojisinde rol oynayan birçok mekanizma ileri sürülmektedir. İnflamasyon, serbest oksijen radikalleri, sitokinler, lipid peroksidasyonu ve bunların sonucu olarak gelişen endotel fonksiyon bozukluğu bu ilişkiyi açıklayabilir. Yapılan iki çalışmanın; the Greek Atorvastatin and Coronary-heart-disease Evaluation (GREACE) (7) ve the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension (LIFE) (8) post hoc analizleri

incelendiğinde, ürik asit düzeyinin aterosklerotik kardiyovasküler hastalık gelişimine etkisi ve farmakolojik tedavi ile serum ürik asit düzeylerinin düşürülmesinin muhtemel olumlu etkilerinin olabileceğini gündeme getirmiştir. GREACE çalışmasında agresif statin tedavisi alan grupta ürik asit düzeyi ortalama 0.8 mg/dL daha düşüktür ve kardiyovasküler olay oranları anlamlı olarak daha az görülmüştür. LIFE çalışmasında ise bazal ve çalışma sürecindeki ürik asit seviyesi diğer faktörlerden bağımsız olarak kardiyovasküler olay oranları ile ilişkili bulunmuştur. A Preventive Cardiology Information System (PreCIS) çalışmasında, yüksek riskli kardiyovasküler hastalıklarda tüm nedenlere bağlı mortalite için ürik asit düzeylerinin bağımsız bir öngördürücü olduğu ve her 1 mg/dL'lik serum ürik asit düzeyi artışının ölüm riskini %39 arttırdığı gösterilmiştir (9). Ekici ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada invaziv olmayan stres testi pozitif olan hastalara koroner anjiyografi yapılmış ve SYNTAX skorunun koroner arter hastalığı şiddetinin ürik asit düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır(10). Cinsiyet gözetilerek yapılan çalışmalarda erkeklerde ürik asit düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Barbieri ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkeklerde ürik asit düzeyinin KAH ve KAH şiddeti ile arasında bir ilişki saptanamazken, kadınlarda ürik asit düzeyi ile şiddetli KAH prevalansı arasında ilişki saptanmıştır(11).

Bunun yanı sıra yapılan pek çok çalışmada ürik asit düzeyinin koroner arter hastalığı ile ilişkisi saptanamamıştır(12). Framingham çalışmasında erkeklerde yüksek ürik asit düzeylerinin azalmış KKH insidansı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (13).

Çalışmamızda ürik asit düzeyi olguların %73.3'ünde normal sınırlar içerisinde saptanırken, %26.7'sinde yüksek saptandı. Erkeklerde ortalama ürik asit değeri 5.87 ± 1.87 mg/dL iken kadınlarda 5.48 ± 1.67 mg/dL olarak saptandı. Buna göre kan ürik asit düzeyi, akut koroner sendrom geçiren erkek hastaların %23.8'inde, kadın hastaların %33.3'ünde yüksek saptandı. İstatiksel açıdan anlamlılık saptanmadı ($p > 0.05$). Kadın ve erkek cinsiyet arasında kan ürik asit düzeyi ile ilgili ilişki

saptanmadı ($r=0.117$; $p=0.153$). Çalışmaya 65 yaşından büyük hastaların dahil edilmemesinin bu sonucu doğurduğu düşünüldü. Ürik asit düzeyi ile akut koroner sendrom tipleri arasında ilişki saptanmadı ($r=0.048$; $p=0.559$).

Komplikasyon gelişmemiş hastalarda ürik asit ortalama değeri 5.70 ± 1.89 mg/dL iken komplikasyon gelişmiş hastalarda 5.88 ± 1.63 mg/dL olarak saptandı. Ancak istatistiksel anlamlılık saptanmadı ($p > 0.05$). Ürik asit yüksekliği ile komplikasyon gelişimi ($r=0.082$; $p=0.320$) ve komplikasyon tipleri ($r=0.077$; $p=0.351$) arasında istatistiksel ilişki saptanmadı (Tablo 2).

Hiperlipidemi, kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü olup kötü prognozla ilişkilidir. Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda trigliserid ve ürik asit düzeyi arasında bağımsız bir ilişki gösterilmiştir (14). Dislipidemi, böbrek fonksiyon bozukluğuna neden olarak ürik asit klirensini azaltır ve hipreürisemiye neden olur. Çalışmamızda bu sonuçlara paralel olarak ürik asit ile kreatinin ($p < 0.001$), trigliserit ($p < 0.001$) ve üre ($p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

Ürik asit düzeyi ile her biri kardiyovasküler hastalık için birer risk faktörü olan ileri yaş, erkek cinsiyet, hipertansiyon, diyabetes mellitus, hiperlipidemi, obezite, insülin direnci arasında kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır. Yaptığımız çalışmanın sonucu, ürik asitin akut koroner sendromlar üzerinde direkt etkisinin olmadığı yönündedir. Bu konuda yapılmış diğer çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde, yüksek ürik asit düzeylerinin düşürülmesinin koroner sendromlar üzerine olumlu etkisinin olabileceği ancak ürik asitin bağımsız bir risk faktörü olarak ele alınamayacağı görüşündeyiz. Bu konuda daha geniş kapsamlı klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Büyüköztürk K, Atamer T, Dilmener M ve ark. Ateroskleroz ve Aterosklerotik Risk Faktörleri. İstanbul: Koç N. 2007; cilt 2 ,1891-1913
2. Gertler MM, Garn SM, Levine SA. Serum uric acid in relation to age and physique in health and

- in coronary heart disease. *Ann Intern Med* 1951; 34:1421-31
3. Fang J, Alderman MH. Serum uric acid and cardiovascular mortality the NHANES I epidemiologic follow-up study, 1971-1992. National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2000; 283:2404-10
 4. Puddu PE, Lanti M, Menotti A, et al. Gubbio Study Research Group. Serum uric acid for short-term prediction of cardiovascular disease incidence in the Gubbio population study. *Acta Cardiol* 2001; 56:243-51
 5. Franse LV, Pahor M, Di Bari M, et al. Serum uric acid, diuretic treatment and risk of cardiovascular events in the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *J Hypertens* 2000; 18:1149-54
 6. Wannamethee SG: Is serum uric acid a risk factor for coronary heart disease? *J Hum Hypertens* 1999; 13:153-6
 7. Athyros VG, Elisaf M, Papageorgiou AA, et al. Effect of statins versus untreated dyslipidemia on serum uric acid levels in patients with coronary heart disease: a subgroup analysis of the Greek Atorvastatin and Coronary-heart-disease Evaluation (GREACE) Study. *Am J Kidney Dis* 2004;43:589-99.
 8. Hoiegggen A, Alderman MH, Kjeldsen SE, et al. The impact of serum uric acid on cardiovascular outcomes in the LIFE study. *Kidney Int* 2004;65:1041-9.
 9. Ioachimescu AG, Brennan DM, Hoar BM, et al. Serum uric acid is an independent predictor of all-cause mortality in patients at high risk of cardiovascular disease: a preventive cardiology information system (PreCIS) database cohort study. *Arthritis Rheum* 2008;58:623-30.
 10. Ekici B, Kütük U, Alhan A et al. The relationship serum uric acid levels and angiographic severity of coronary heart disease. *Kardio Pol.* 2015 Mar 3.
 11. Barbieri L, Verdoia M, Schaffer A et al. Impact of sex on uric acid levels and its relationship with the extent of coronar arter disease: A single-centre study. *Atherosclerosis.* 2015 Jul;241:241-8.
 12. De Luca G, Secco GG, Santagostino M et al. Uric acid does not affect the prevalence and extent of coronary artery disease. Result from a prospective study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2012 May;22:426-33.
 13. Culleton BF, Larson MG, Kannel WB, et al. Serum uric acid and risk for cardiovascular disease and death: the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med* 1999; 131:7-13
 14. Tsouli SG, Liberopoulos EN, Mikhailidis DP, et al. Elevated serum uric acid levels in metabolic syndrome: an active component or an innocent bystander? *Metabolism* 2006;55:1293-301.

Fibromiyaljili Kadınlarda Yalnızlık Hissi ve Yaşam Doymu Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Loneliness and Level of Life Satisfaction in Women with Fibromyalgia Syndrome

Erkan Mesci¹, Nilgün Mesci², Pelin Yıldırım³, Afıtap İçağasıoğlu¹

¹Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

³Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli

ÖZET

AMAÇ: Fibromiyalji yaygın kronik muskuloskeletal ağrı ile karakterize bir hastalıktır. Bu çalışmada fibromiyaljili hastalarda yalnızlık hissi, yaşam doymu düzeyi ve ilişkili faktörleri incelemeyi amaçladık.

YÖNTEMLER: Çalışmaya 18-55 yaşları arasında 30 fibromiyaljili kadın hasta ile aynı yaş grubunda 30 sağlıklı kontrol alındı. Hastaların UCLA ölçeği ile yalnızlık düzeyleri, Yaşam Doym Ölçeği (YDÖ) ile yaşam doymu düzeyleri, Hastane Anksiyete Depresyon Skalası (HADS) ile anksiyete ve depresyon semptomları, revize fibromiyalji etki anketi (RFEA) ile disabilite düzeyleri değerlendirildi.

BULGULAR: Fibromiyaljili hastaların UCLA ölçeği, anksiyete ve depresyon skorlarının ileri düzeyde anlamlı yüksek, YDÖ skorlarının ise düşük olduğu saptandı (Tüm p 'ler $< 0,001$). Hastaların UCLA yalnızlık skorlarının depresyon skorları ile pozitif, YDÖ ile negatif ilişkili olduğu görüldü (p 'ler $< 0,05$). Gerek anksiyete gerekse depresyon skorlarının RFEA skorları ile pozitif yönde ilişkili olduğu gözlemlendi (p 'ler $< 0,05$).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Fibromiyalji tedavisi psikososyal problemleri dikkate alan, sosyal destek içeren, hastayı çevresi ile birlikte değerlendiren bir bakış açısı ile planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, fibromiyalji, yalnızlık

Türkçe Kısa Makale Başlığı: Fibromiyaljide yalnızlık

ABSTRACT

INTRODUCTION: Fibromyalgia is a condition characterized by generalized chronic musculoskeletal pain. In the current study, we aimed to explore feelings of loneliness, level of life satisfaction and related factors among patients with fibromyalgia.

METHODS: The study enrolled 30 female patients with fibromyalgia from 18 to 55 years of age and 30 age-matched healthy controls. UCLA scale was used to assess feelings of loneliness, Satisfaction with Life Scale (SWLS) to assess the level of life satisfaction, Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) to assess symptoms of anxiety and depression and revised fibromyalgia impact questionnaire (rFIQ) to assess disability level for all subjects.

RESULTS: Patients with fibromyalgia had highly significantly higher UCLA scale scores and anxiety and depression scores but significantly lower SWLS scores (all $p < 0.001$). Among patients, UCLA loneliness scores were positively correlated with depression scores and negatively correlated with SWLS scores (all $p < 0.05$). Both anxiety and depression scores showed positive correlation with rFIQ scores (all $p < 0.05$).

DISCUSSION AND CONCLUSION: Management of fibromyalgia should be planned with a patient-centric approach that includes social support taking also into account their psychosocial problems and the environment they live in.

Key words: Anxiety, depression, fibromyalgia, loneliness
İngilizce Kısa Makale Başlığı: Loneliness in fibromyalgia

İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Erkan Mesci

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Tel: 05326062096 / E-Mail: erkanmesci@hotmail.com

GİRİŞ

Fibromyalji yaygın kronik muskuloskeletal ağrı ile karakterize bir hastalıktır. Fibromiyalji etyopatogenezinde genetik zeminde periferik ve santral ağrı mekanizmalarının rolü olduğu düşünülmektedir (1). Ağrılı durumların beraberinde organizmanın biyopsikososyal uyumunun bozulmasını getirdiği bilinmektedir (2). Toplumumuzda yapılan bir çalışmada fibromiyaljili hastaların % 32'sinde depresyon olduğu gösterilmiştir (3). Fibromiyaljili hastalarda duygularını açığa çıkarma ve çevre ile duygusal iletişim kurma problemleri gibi aleksitimik kişilik özellikleri de sık olarak görülmektedir (4). Fibromiyaljide sosyal uyumun da önemli miktarda azaldığı bilinmektedir (3).

Fibromiyaljili hastalarda ağrı duyarlılığının emosyonel faktörler tarafından modüle edilebileceği bildirilmektedir (5). Kronik ağrılı kadınlardan çevreden sosyal destek görenlerin ağrı ile mücadelede daha başarılı oldukları gösterilmiştir (6). Yalnızlık ağrı, depresyon, immun disregülasyon ve yorgunluk ile ilişkili bulunmuştur (7).

Romatolojik hastalıklarda yalnızlık hissini sık görüldüğü bilinmektedir. Fibromiyaljili hastalarda yalnızlık hissini ankilozan spondilit ve romatoid artritli hastalardan daha sık olduğu gösterilmiştir (8). Fibromiyaljili hastalarda yalnızlık düzeyi ile depresyon, anksiyete ve disabilite düzeyi gibi faktörlerin ilişkisi yeterince incelenmemiştir. Fibromiyaljinin yaşam doyumu düzeyleri üzerine etkisi ise bilinmemektedir.

Bu çalışmanın amacı fibromiyaljili hastaların yalnızlık ve yaşam doyumu düzeylerinin incelenmesi ile bunların anksiyete, depresyon, ağrı şiddeti ve disabilite gibi faktörlerle ilişkisini araştırmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerimize yaygın ağrı şikayeti ile başvuran ve ACR 1990 tanı kriterlerine (9) göre fibromiyalji tanısı alan 30 kadın hasta ile aynı yaş aralığında 30 sağlıklı kadın dahil edildi. Çalışma öncesinde hastane lokal etik kurulundan onay alındı.

Çalışmaya alınan tüm hastalar ve sağlıklı kontroller bilgilendirilerek yazılı onamları alındı. Endokrin, romatolojik, malign, nörolojik, psikiyatrik hastalığı olanlar ile pregabalin, antidepresan, antipsikotik, opioidler gibi santral sinir sistemi üzerine etkili ilaç kullanan hastalar çalışma dışında bırakıldı.

Fibromiyaljili hastalar ile kontrol grubunun boy ve kilo ölçümleri yapılarak kg/m² olarak vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplamaları yapıldı. Her iki gruptaki katılımcıların yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi ve aylık gelirleri sorgulandı. Fibromiyaljili hastaların ayrıca hastalık süreleri kayıt edildi. Hastaların mevcut ağrılarının şiddetini skorlamaları için 10 cm'lik vizüel analog skala (VAS) kullanıldı.

Hastalar ve sağlıklı kontrollerin yalnızlık düzeyi ölçümleri için UCLA yalnızlık ölçeği kullanıldı. UCLA yalnızlık ölçeği yarısı olumlu, kalan yarısı olumsuz ifadeleri içeren 20 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme anketidir. Bireylerden ölçeğin her maddesinde verilen sosyal ilişkiler ile ilgili durumların kendileri için ne sıklıkla uygun olduğunu belirlemeleri istenmektedir. Her bir maddenin 1 ile 4 arasında skorlandığı ölçekten alınabilecek toplam puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar kişinin yoğun şekilde yalnızlık yaşadığına işaret etmektedir. Çalışma için ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Demir tarafından yapılan Türkçe versiyonu kullanılmıştır (10).

Her iki grubun yaşam doyumu düzeyleri Diener ve ark. tarafından geliştirilen Yaşam Doyum Ölçeği (YDÖ) ile değerlendirildi. Beş maddeden oluşan ölçekten alınabilecek toplam puan 1 ile 35 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yaşam doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yetim tarafından yapılmıştır (11).

Hastane anksiyete depresyon ölçeği (HAD) Zigmoid ve Snaith tarafından geliştirilmiş olan, anksiyete ve depresyon riskini belirlemek amacıyla uygulanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ondört sorudan oluşan ölçeğin 7 sorusu anksiyete, 7 sorusu depresyon semptomlarını sorgulamaktadır. Dörtlü Likert skalası şeklinde değerlendirilen

sorulara verilen cevaplar 0-3 arasında puanlanır. Tek soruların puanları toplamı anksiyete alt ölçeği (HAD-A) skorunu, çift soruların puanları toplamı depresyon alt ölçeği (HAD-D) skorunu verir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir tarafından yapılmıştır (12).

Revize edilmiş Fibromiyalji Etki Anketi (RFEA) fonksiyon, genel ve semptomlar olmak üzere üç bölümde toplam 21 soru ile fibromiyalji hastalarda oluşan limitasyonları ve fonksiyonel disabilitayı değerlendiren bir ankettir. Bütün sorular 0-10 arasında numerik skala ile değerlendirilmektedir. Anketten elde edilen puan yükseldikçe fibromiyaljiye bağlı disabilitenin arttığını gösterir. Çalışmada anketin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Türkçe versiyonu kullanılmıştır (13).

İstatistiksel analizler:

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 19.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metod olarak normal dağılım gösteren veriler için ortalama ve standart sapma, normal dağılım göstermeyen veriler için medyan ve minimum-maksimum değerleri kullanıldı. Normal dağılım gösteren niceliksel verilerin gruplar arası karşılaştırmaları için bağımsız gruplar T testi, normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin gruplar arası karşılaştırmaları için ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmaları kıkare testi ile yapıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Fibromiyalji grubunun yaş ortalaması $40,7 \pm 10,8$ yıl olup kontrol grubu ($36,5 \pm 8,6$) ile arasında belirgin fark saptanmadı. Grupların vücut kitle indeksi ortalamaları da benzer düzeyde idi (Tablo 1). Her iki grup medeni durum, çalışma ve çocuk sahibi olma oranları açısından da benzer bulundu (Tüm

p 'ler $> 0,05$). Grupların aylık gelir medyan değerleri arasında da istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 1).

Tablo 1. Grupların karakteristik özellikleri

	Fibromiyalji (n=30)	Kontrol (n=30)	P değeri
Yaş, ort \pm SS, yıl	40,7 \pm 10,8	36,5 \pm 8,6	0,100 *
VKi, ort \pm SS, kg/m ²	25,5 \pm 5,3	23,7 \pm 3,6	0,118 *
Evlili, n (%)	21 (%70)	22 (%73,3)	0,774 *
Çalışan, n (%)	21 (%70)	24 (%80)	0,371 *
Çocuk sahibi, n (%)	23 (%76,7)	19 (%63,3)n	0,260 *
Aylık gelir	1500 (650-6000) ^a	2600 (1000-4500) ^a	0,072 *

* $p > 0,05$, ^a medyan(minimum-maksimum), Ort: ortalama, SS: standart sapma, VKi: vücut kitle indeksi.

Fibromiyalji grubunda UCLA yalnızlık ölçeği skorlarının ortalama $43,3 \pm 14,8$ ile kontrol grubuna ($28,1 \pm 5,6$) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü. Yaşam doyum ölçeği skorları ise fibromiyalji hastalarda kontrol grubuna göre ileri düzeyde anlamlı düşük bulundu ($p < 0,001$). Hastane anksiyete depresyon ölçeğinin gerek anksiyete alt ölçeği gerekse depresyon alt ölçeği skorları fibromiyalji grubunda kontrol grubuna göre belirgin şekilde yüksekti (Tablo 2).

Tablo 2. UCLA, yaşam doyum ölçeği, anksiyete ve depresyon skorları

	Fibromiyalji (n=30)	Kontrol (n=30)	P değeri
UCLA ölçeği skoru	43,3 \pm 14,8	28,1 \pm 5,6	0,000 *
Yaşam doyum ölçeği	17,3 \pm 6,6	26,3 \pm 4,2	0,000 *
Anksiyete skoru	12,5 (4-21) ^a	5 (1-17) ^a	0,000 *
Depresyon skoru	10 (4-19) ^a	3 (0-9) ^a	0,000 *

* $p < 0,001$, ^a medyan(minimum-maksimum).

Fibromiyalji hastalarda UCLA yalnızlık ölçeği skorlarının HAD-D ile pozitif, yaşam doyum ölçeği skorları ile negatif yönde ilişkili olduğu gözlemlendi (Tablo 3). UCLA skorları HAD-A, fibromiyalji etki anketi ve ağrı şiddeti ile korelasyon göstermiyordu. Anksiyete skorları HAD-D, RFEA ile pozitif, yaşam doyum ölçeği skorları ile negatif yönde ilişkili olup, UCLA skorları ve ağrı şiddeti ile ilişkili değildi. Depresyon skorları UCLA ve fibromiyalji etki anketi ile pozitif, yaşam doyum ölçeği ile negatif yönde ilişkili bulundu (Tablo 3). Ağrı şiddeti sadece fibromiyalji etki anketi skorları ile anlamlı düzeyde ilişkili idi ($p < 0,001$).

Tablo 3. UCLA ve Yaşam Doymu Ölçeği ile diğer faktörlerin korelasyon tablosu

		UCLA	HAD-A	HAD-D	RFEA	YDÖ	AĞRI(VAS)
UCLA	K. katsayısı	1,000	,197	,398	,002	-,364	-,141
	P değeri		,297	,030*	,991	,048*	,458
HAD-A	K. katsayısı	,197	1,000	,376	,384	-,478	,078
	P değeri	,297		,041*	,036*	,008**	,681
HAD-D	K. katsayısı	,398	,376	1,000	,372	-,531	,171
	P değeri	,030*	,041*		,043*	,003**	,367
RFEA	K. katsayısı	,002	,384	,372	1,000	-,320	,628
	P değeri	,991	,036*	,043*		,085	,000***
YDÖ	K. katsayısı	-,364	-,478	-,531	-,320	1,000	-,174
	P değeri	,048*	,008*	,003**	,085		,358
AĞRI(VAS)	K. katsayısı	-,141	,078	,171	,628	-,174	1,000
	P değeri	,458	,681	,367	,000***	,358	

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,00, K. katsayısı: Korelasyon katsayısı, HAD-A: Hastane anksiyete depresyon skalası anksiyete alt ölçeği, HAD-D: Hastane anksiyete depresyon skalası depresyon alt ölçeği, RFEA: Revize edilmiş fibromyalji etki anketi , YDÖ: Yaşam doymu ölçeği.

TARTIŞMA

Fibromiyaljinin primer olarak psikosomatik bir hastalık mı olduğu, yoksa ağrı ve disabilite nedeni ile hastalarda psikolojik semptomların sekonder olarak mı geliştiği halen tartışma konusudur (1). Hasta grubumuzda anksiyete ve depresyon semptomları belirgin şekilde daha fazla gözlenmiştir. Bilgici ve ark.' da fibromiyaljili hastalarda depresyon ve anksiyete skorlarının önemli oranda yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir (3). Kronik ağrının uzun dönemde ciddi ruhsal problemlere yol açtığı bilinmektedir (2). Hastalarımızın anksiyete ve depresyon düzeyleri arttıkça fonksiyonel disabilitelerinin arttığı gözlenmiştir.

Çalışmamızda yaşam doymu düzeylerinin fibromiyaljili hastalarda belirgin şekilde düşük olduğu gözlenmiştir. Yaşam doymu düzeyleri depresif, yalnızlık hissi yoğun hastalarda daha düşük bulunmuştur. Yaptığımız literatür araştırmasına göre çalışmamız fibromiyaljili hastalarda yaşam doymu düzeylerini inceleyen ilk araştırmadır.

Bulgularımıza göre fibromiyaljili hastalar sağlıklı kişilere göre çok daha yoğun şekilde yalnızlık hissetmektedirler. Kool ve ark. fibromiyaljililerin romatolojik hastalıklar içinde en sık yalnızlık hissi yaşayan hasta gruplarından biri olduğunu göstermişlerdir (8). Fibromiyaljili hastalarda bakım veren yükü arttıkça partner desteğinin azaldığı gösterilmiştir. Aynı çalışmaya göre osteoartritli

hastalarda ise disabilite düzeyi arttıkça bakım veren yükü artmasına rağmen partner desteği artmaktadır (14). Hastalarımızın yalnızlık hissi düzeyleri arttıkça depresyon skorlarının arttığı, yaşam doymu düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir. Povoski ve ark.'a göre yalnızlık uzun dönemde depresyon, yorgunluk ve ağrı gelişimine neden olmaktadır (15).

Jaremka ve ark.'a göre yalnızlık stres sonrası gözlenen proenflamatuvar sitokin salınımının artmasına yol açmaktadır (16). Yalnızlığın hipotalamik-hipofiz-adrenal aksı etkilediği ve serum kortizol düzeylerini artırdığı gösterilmiştir (17). Fibromiyalji etyopatogenezinde de artmış serum kortizol düzeyinin rolü olabileceğini gösteren literatür bulguları mevcuttur (1). Jaremka ve ark.'a göre yalnızlık ağrı, depresyon ve yorgunluk gelişimi için bir risk faktörüdür (7).

Wolf ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada kronik veya geçici yalnızlık periyotlarının ağrı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (18). Fibromiyaljili hastalarda ağrı eşliği ölçümü sırasında sosyal destek verilenlerin ağrı duyarlılığının ölçüm sırasında yalnız olanlara göre daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu bulgu aynı zamanda fibromiyaljide santral ağrı mekanizmalarını anlamada biyopsikososyal modelin önemini göstermektedir (5). Fibromiyaljili hastalarda sosyal aktivitenin yorgunluk üzerine de olumlu etkileri saptanmıştır (19).

Pozitif sosyal ortamda yaşayan aralarında fibromiyaljili hastaların da bulunduğu kronik ağrılı kadınların ağrı ile daha kolay başa çıktıkları ve disabilitelerinin daha az olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada partneri olan kadınların sağlık durumlarının yalnız olanlara göre çok daha iyi olduğu görülmektedir (6). Özellikle kronik ağrı tedavisinde hastaya psikososyal komponenti de içerecek şekilde çok yönlü bir yaklaşım gerekmektedir.

Fibromiyaljili hastalara sosyal destek konusunda sağlık çalışanlarının ayrı bir önemi bulunmaktadır. Daha önce yapılan pek çok tetkik sonrasında önemli bir organik problemi saptanmayan ve yanlış olarak zaman zaman hastalık hastası olarak tanımlanan bu kişiler problemlerinin ve kendilerinin yeterince anlayamadığı duygusuna kapılabilirler. Bu nedenle başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının fibromiyaljili hastalarla öncelikle iyi bir iletişim kurması gerekmektedir. Yapılan çalışmalar fibromiyaljili hastaların sağlık hizmeti sunucularından açık, hasta merkezli ve emosyonel destekleyici bir iletişim beklediklerini göstermiştir (20). Fibromiyaljili hastalarda kişinin psikososyal profilini dikkate alan, sosyal destek içeren kapsamlı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine önemli katkısı olduğu bilinmektedir (21).

Sonuç olarak etyopatogenezinin barındırdığı biyopsikososyal mekanizmalar nedeni ile fibromiyaljide çok yönlü tedavi gereksinimleri olduğu açıktır. Hastaların düşük yaşam doyumu düzeyleri, artmış anksiyete ve depresyon seviyeleri, yoğun şekilde yaşadıkları yalnızlık hissi, sosyal uyum ve partnerlerle ilişki problemleri gibi nedenler fibromiyalji tedavisinin aslında hastanın çevresi ile birlikte rehabilitasyonunu gerektirdiğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Gür A. Fibromiyaljide etiyopatogenez. Turk J Phys Med Rehab 2008; 54:4-11.
2. Madenci E, Herken H, Yağız E, Keven S, Gürsoy S. Kronik ağrılı ve fibromiyalji sendromlu hastalarda depresyon düzeyleri ve ağrı ile başa çıkma becerileri. Turk J Phys Med Rehab 2006; 52:19-21.

3. Bilgici A, Akdeniz O, Güz H, Ulusoy H. Fibromiyalji sendromunda depresyon ve sosyal uyumun rolü. Turk J Phys Med Rehab 2005; 51:98-102.
4. Kaya E, Erden D, Kayar AH, Kıralp MZ. Fibromiyalji sendromu olan kadın hastalarda aleksitimi, mizaç ve karakter özellikleri. Turk J Phys Med Rehab 2010; 56:105-10.
5. Montoya P, Larbig W, Braun C, Preissl H, Birbaumer N. Influence of social support and emotional context on pain processing and magnetic brain responses in fibromyalgia. Arthritis & Rheumatism 2004; 50:4035-44.
6. Taylor SS, Davis MC, Zautra AJ. Relationship status and quality moderate daily pain-related changes in physical disability, affect and cognitions in women with chronic pain. Pain 2013; 154:147-53.
7. Jaremka LM, Fagundes CP, Glaser R, Bennett JM, Malarkey WB, Kiecolt-Glaser JK. Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. Psychoneuroendocrinology 2013; 38:1310-7.
8. Kool MB, Geenen R. Loneliness in patients with rheumatic diseases: The significance of invalidation and lack of social support. The Journal of Psychology 2012; 146:229-41.
9. Wolfe F, Symthe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis Rheum 1990; 33:160-72.
10. Demir A. UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1989; 7:14-8.
11. Yetim U. Life satisfaction: A study based on the organization of personal projects. Soc Indic Res 1993; 29:277-89.
12. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1997; 8:280-7.
13. Ediz L, Hiz O, Toprak M, Tekeoglu I, Ercan S. The validity and reliability of the Turkish version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire. Clin Rheumatol 2011; 30:339-46.
14. Reich JW, Olmsted ME, Van Puymbroeck CM. Illness uncertainty, partner caregiver burden and

support, and relationship satisfaction in fibromyalgia and osteoarthritis patients. *Arthritis & Rheumatism* 2006; 55:86-93.

15. Povoski SP, Lipari AM, Agnese DM, Arnold MW, Farrar WB, Yee LD, et al. Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology* 2014; 33:948-57.

16. Jaremka LM, Fagundes CP, Peng J, Bennett JM, Glaser R, Malarkey WB, et al. Loneliness promotes inflammation during acute stress. *Psychol Sci* 2013; 24:1089-97.

17. Doane LD, Adam EK. Loneliness and cortisol: Momentary, day-to-day, and trait associations. *Psychoneuroendocrinology* 2010; 35:430-41.

18. Wolf LD, Davis MC. Loneliness, daily pain, and perceptions of interpersonal events in adults with fibromyalgia. *Health Psychology* 2014; 33:929-37.

19. Yeung EW, Davis MC, Aiken LS, Tennen HA. Daily social enjoyment interrupts the cycle of same-day and next-day fatigue in women with fibromyalgia. *Ann Behav Med* 2015; 49:411-9.

20. Ullrich A, Hauer J, Farin E. Communication preferences in patients with fibromyalgia syndrome: descriptive results and patient characteristics as predictors. *Patient Preference and Adherence* 2014; 8:135-45.

21. Shuster J, McCormack J, Riddell RP, Toplak ME. Understanding the psychosocial profile of women with fibromyalgia syndrome.

Dev Arteriyovenöz Fistül Anevrizması

Giant Aneurism of an Arteriovenous Fistula

Hakan Parlar, Çağrı Düzyol, Cevdet Uğur Koçoğulları

Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Kocaeli

ÖZET

Arteriyovenöz fistüller; kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda hemodiyaliz için kalıcı damar erişimi olarak en sık kullanılan yoldur. Arteriyovenöz fistülün kullanılmasına bağlı olarak en sık gelişen geç dönem komplikasyonu da venöz paternde oluşan anevrizmadır. Gelişen anevrizmaların, tedavi edilmedikleri takdirde; embolizasyon, tromboz, hemoraji, enfeksiyon ve distal iskemi gibi komplikasyonlara neden olduğu bilinmektedir. Biz bu çalışmamızda; komplike olmuş dev arteriyovenöz fistül anevrizması olan bir vakamıza uyguladığımız cerrahi tedavi yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: arteriyovenöz fistül, anevrizma, anevrizma trombozu

Türkçe Kısa Makale Başlığı: Arteriyovenöz fistül anevrizması

ABSTRACT

The arteriovenous fistulas are the most frequently used ways of vascular access to hemodialysis in patients with chronic renal failure. Venous aneurysms are the most common complications due to the usage of fistulas at long-term follow-up. It is well known that there are complications such as embolization, thrombosis, hemorrhage, infection occur when these aneurysms are not treated surgically. In our case, we aimed to present the surgical approach that we performed to treat a complicated aneurysm of the arteriovenous fistula.

Key words: arteriovenous fistula, aneurysm, aneurysm thrombosis.

İngilizce Kısa Makale Başlığı: Arteriovenous fistula aneurysm

İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Hakan Parlar

Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği Kocaeli - Türkiye

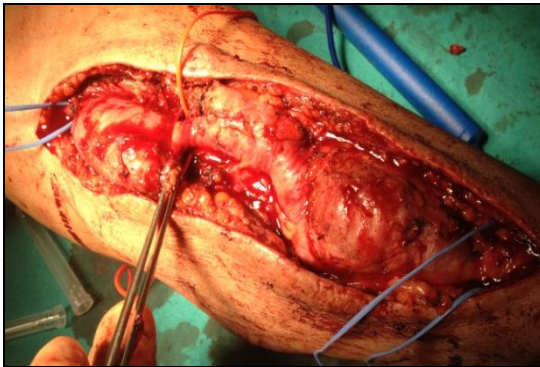
Tel: 05337183693 / E-Mail: parlar.hakan@yahoo.com

GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hastalarda asıl tedavi rejimi transplantasyondur. Ancak ülkemizde; artan hemodiyaliz ihtiyacı olan hasta sayılarına karşılık donör sayısındaki yetersizlik nedeni ile hemodiyaliz, tek tedavi rejimi şeklini almıştır (1). Ülkemizde, hemodiyaliz ihtiyacı olan KBY hastalarının %90'ının nativ arteriovenöz fistül (AVF) ile diyalize girdiği bildirilmektedir (2-3). AVF'lerin bu kadar yaygın kullanılıyor olmaları beraberinde komplikasyonların görülmesini de getirmektedir ve en yaygın görülen geç dönem komplikasyon da AVF anevrizmalarıdır ve görülme sıklığı %5-8'dir (2,4).

OLGU SUNUMU

Hipertansiyona sekonder gelişmiş olan KBY nedeni ile 6 yıldır sol kol radyosefalik AVF yoluyla hemodiyaliz uygulanan 46 yaşındaki erkek hasta; AVF'de trill kaybı ve hemodiyalize girememe şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. AVF'nin ileri derecede anevrizmatik ve ön kolun kızarıklık ve sıcak olduğu görüldü. AVF proksimalinde sistolik pulsasyon mevcuttu. Ön planda fistül trombozu ve enfeksiyon düşünüldü. Yapılan doppler ultrasonografide anevrizma kesesinin tromboze olduğu ve distal run-off'un olmadığı, cilt altında hematoma olduğu görüldü. Hastaya diyaliz giriş yolu olarak sağ juguler venden geçici diyaliz kateteri yerleştirildi. Antibiyoterapisi düzenlenerek hematoma rezorpsiyonu ve mevcut enfeksiyon tablosunun gerilemesi beklendi. Lokal ısı artışı ve kızarıklık geriledikten sonra, hasta prilokain ile lokal anestezi uygulanarak operasyona alındı. Sol ön koldaki anevrizma kesesi fistül traktı boyunca antekubital fossaya kadar eksplere edildi (Resim1).



Antekubital bölgede sefalik ve bazilik ven devamlılığı ligasyonla sonlandırıldı. Hem sefalik vende hem de

bazilik vende back-flow'un olmadığı görüldü, venöz trombektomi ve milking denendi ancak başarısız oldu. Anevrizmanın antekubital bölgede brakial venle devamlılığı olduğu görüldü, radyal arter ile brakial ven arasına gelişebilecek venöz hipertansiyon, steal sendromu, greft enfeksiyonu gibi komplikasyonlar düşünülerek greft interpozisyonu uygulanmadı ve anevrizmanın proksimali ligatüre edilerek AVF kapatıldı. Anevrizma kesesi total olarak eksize edildi (Resim-2). Katlar usulünce kapatıldı ve aynı seansta diğer kolda radyosefalik AVF oluşturuldu.



TARTIŞMA

KBY nedeni ile hemodiyalize giren hastalarda birinci sıradaki damar erişim yolu AVF'dir (5). AVF'ye bağlı olarak gelişen geç dönem komplikasyonlar arasında en sık anevrizmatik dilatasyonlar görülür ve çoğunlukla gerçek anevrizma özelliği taşırlar (2). Tedavi edilmedikleri takdirde anevrizmalarda; enfeksiyon, tromboz, hemoraji, venöz hipertansiyon, distal iskemi gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir (6). Bizim olgumuzda da anevrizmada tromboz, cilt altı hemoraji ve sonrasında enfeksiyon düşündürülen lokalize inflamasyon saptanmıştır.

AVF anevrizmalarının tedavisinde ligasyon, endovasküler Greft implantasyonu ya da trombin enjeksiyonu gibi teknikler uygulanmaktadır (7,8). Ancak cerrahi onarım hala altın standart olarak yerini korumaktadır (9). Cerrahi yöntem olarak rezeksiyon ve ligasyon ile plikasyon, ön plana çıkmaktadır. Rezeksiyonda, fistülün tekrar kullanılmaması ve kateter ihtiyacı ile birlikte ek komplikasyonların gelişme riski; dezavantajdır. Bu nedenle elektif vakalarda fistülün kullanımının devamını sağlamak amacı ile plikasyon tercih

edilecek yöntem olmalıdır (2). Biz, olgumuzdaki mevcut klinik kondisyonlar nedeni ile rezeksiyon yapmak ve sonrasında fistülü kapatmak zorunda kaldık.

Sonuç olarak; AVF anevrizmaları fistülün kullanımına bağlı olarak gelişen geç dönem komplikasyonudur ve komplike olmadan tedavi edilmeleri gerekir.

KAYNAKLAR:

1. Ateş E, Erkasap S, İhtiyar E ve ark. Hemodializ Amaçlı Brachio-Aksiller PTFE – Diastat Greft: Prospektif non-randomize klinik çalışma. Damar Cerrahisi Dergisi 1999;2:84-7.
2. Odabaşı D, Başel H, Ekim H. Son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda görülen arteriovenöz fistül anevrizmalarının anevrizmorafi yöntemi ile cerrahi tedavisi. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2011;19:371-6.
3. Feehally J, Floege J, Johnson RJ, editors. Comprehensive clinical nephrology. 3rd ed. Philadelphia: Mosby; 2007.
4. Turkish Society of Nephrology. Registry of the Nephrology, Dialysis and Transplantation in Turkey. Registry 2004. Omega CRO. Istanbul: Turkish Society of Nephrology; 2005.
5. Mennes PA, Gilula LA, Anderson CB, et al. Complications associated with arteriovenous fistulas in patients undergoing chronic hemodialysis. Arch Intern Med 1978;138:1117-21.
6. Jenkins AM, Buist TA, Glover SD. Medium term follow-up of forty autogenous vein and forty polytetrafluoroethylene (Gore-Tex) grafts for vascular access. Surgery 1980;88:667-72.
7. Romano M, Lo Monte A, Buscemi G. Complications of vascular accesses in hemodialysis. Ann Ital Chir 1995;66:27-35. [Abstract]
8. Gray RJ, Stone WM, Fowl RJ, et al. Management of true aneurysms distal to the axillary artery. J Vasc Surg 1998;28:606-10.
9. Janicki K, Pietura R, Radzikowska E, et al. The obtention of vascular access on the arm for hemodialysis. Ann Univ Mariae Curie Sklodowska Med 2001;56:206-11.

Gebelikteki Demir İntoksikasyonunda Deferoksamin Tedavisi

Deferoxamine Treatment of Iron Intoxication During Pregnancy

Aykan Gülleroğlu, Ayşe Gül Karabay, Melike Korkmaz Toker, Hasan Hüseyin Kılıç,
Gökhan Kına, Leyla Saidoğlu

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

ÖZET

Erişkinlerdeki demir zehirlenmeleri genelde, intihar amaçlı veya gebelik sırasında destek tedavi amacıyla kullanılan demirin aşırı dozda alınmasıyla gerçekleşir ve son organ hasarlarına neden olabilir. Klinik seyirde hastanın demir alım zamanı, aldığı demir preparatının türü ve semptomların başlangıç zamanı tedavi şemasının belirlenmesinde yol göstericidir. Başlangıç tedavileri çoğunlukla destek tedavi yaklaşımlarından ve demirin bağırsak irrigasyonu ile vücuttan uzaklaştırılmasından ibarettir. Plasentayı geçmeyen ve teratojenik etkileri olmadığı savunulan deferoxamin akut demir zehirlenmelerinde hayat kurtarıcı olabilir. Bu vaka sunumunda gebeliğin 2. trimesterinde intihar amaçlı aşırı dozda oral demir preparatı alan hastanın, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki (YBÜ) deferoxamin tedavi yaklaşımı anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Demir intoksikasyonu, deferoxamin tedavisi, Gebelik, İntoksikasyon, Demir Şelasyonu
Türkçe Kısa Makale Başlığı: Gebelikteki Demir İntoksikasyonunda Deferoxamin Tedavisi

ABSTRACT

The main causes of iron poisoning adults include suicide attempts or iron overdose during pregnancy and it may cause end organ failure. Time of the patient's iron intake, the type of the iron preparation and the onset of symptoms are guiding for determining the treatment scheme. Initial treatment approaches mostly consists of supportive treatment and removal of iron from the body with bowel irrigation. Deferoxamine which doesn't cross the plasenta and advocated as nonteratogenic may be lifesaving in acute iron poisoning. In this case report we aimed to present acute iron intoxication of a parturient at her 24 weeks of her gestation, due to suicidal ingestion of elemental iron and she approached deferoxamine as treatment in Istanbul Kanuni Sultan Süleyman Treatment and Research Hospital' s Adult Intensive Care Unit (ICU).

Key words: Iron intoxication, deferoxamine treatment, Pregnancy, Intoxication, Iron Chelation.
İngilizce Kısa Makale Başlığı: Deferoxamine Treatment of Iron Intoxication

İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Aykan Gülleroğlu

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul
Tel: 05323581309 / E-Mail: draykan_39@yahoo.com

GİRİŞ

Erişkinlerdeki demir zehirlenmeleri genelde, intihar amaçlı veya gebelik sırasında destek tedavi amacıyla kullanılan demirin aşırı dozda alınmasıyla gerçekleşir (1,2,3). Akut demir zehirlenmesi, özellikle gebelikte fatal seyredebilecek son organ hasarlarına neden olabilir. Klinik ve laboratuvar takip ile birlikte erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır.

Gebelikte karşılaşılan demir zehirlenmelerinde deferoksamin günlük pratiklerde teratojenik olmayan, güvenilir bir şelasyon ajanı olarak kullanılmaktadır (4).

Bu olgu sunumunda, 2. trimesterdeki gebeliği sırasında intihar amaçlı aşırı dozda oral demir preparatı alan hastanın, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki (YBÜ) deferoksamin tedavi yaklaşımı anlatılmıştır.

OLGU SUNUMU

24 haftalık gebe, 57 kg ağırlığında, 18 yaşındaki bayan hasta, intihar amaçlı 28 adet Gynoferon® draje, Koçak Farma (Ferroz demir II sülfat) aldıktan sonra, yakınları tarafından hastanemiz acil servisine getirilmiş. Acil servisteki ilk muayenesinde bilinci açık, Glaskow Koma Skalası: 15, oda havasında yeterli ve düzenli spontan solunumu mevcut, akciğer sesleri dinlemekle bilateral eşit ve doğal, kardiyovasküler sisteme ait patoloji saptanmamış. Bulantı ve karın ağrısı şikayetleri kaydedilmiş. Acil servisimizde mide lavajı uygulanmış ve mide aspiratında parçalanmış ilaç partikülleri gözlemlenmiş. Hastanın acil servisteki vital bulguları TA:110/77 mmHg, kalp tepe atım hızı:120 atım.dak⁻¹, SpO₂:100% olarak kaydedilmiş. İlk biyokimya tetkiklerinde; serum demir düzeyi 499 µg.dl⁻¹, oral alımdan 1 saat sonra ölçülen serum total demir bağlama kapasitesi 522 µg.dl⁻¹ olarak saptanmış. Ulusal Zehir Danışma Merkezi'ne telefon ile danışılmış ve hastanın intihar amaçlı aldığı demir sülfat dozunun toksik düzeylerde olduğu, yoğun bakım ünitesine alınarak demir şelasyon tedavisine başlanması gerektiği teyit edilmiş.

Hastanemiz YBÜ'ne interne edilen hastanın hemodinamik monitorizasyonu (TA:120/75mmHg,

kalp tepe atım hızı: 110 atım.dk⁻¹), periferik oksijenizasyonu (SpO₂:100%), diürezisi (1.5 ml.kg⁻¹.saat⁻¹) ve laboratuvar parametreleri, sık aralıklı yapılan nörolojik muayeneler ile birlikte kaydedildi. Laboratuvar parametrelerinde; serum kreatinin, kan şekeri, karaciğer fonksiyon testleri (AST:aspartat transaminaz, ALT:alanin transaminaz, INR:international normalized ratio, albumin) tam kan sayımı, toksisite takibi için serum demir düzeyi ve total demir bağlama kapasitesi kaydedildi.Hastanın letarji, karın ağrısı, bulantı şikayetleri devam etmekteydi.

Demir zehirlenmesine bağlı fetal toksisite gelişmemesi amacıyla 15 mg.kg⁻¹.saat⁻¹ hızla Deferoksamin metansülfonat (Desferal® 500 mg, Novartis) intravenöz infüzyon tedavisi kadın hastalıkları ve doğum konsultanının da onayı alınarak başlandı. İlk 850 mg.lık doz 1 saatte, sonraki saatte de 500 mg'lık doz uygulandı. Desferal tedavisine başlamadan önce oftalmolojik ve odyolojik muayeneler yapıldı. Tedavi boyunca tekrarlanan göz dibi muayenesinde ve odyometri testlerinde patolojik bulguya rastlanmadı.

Hastanın YBÜ kalışı süresince, her 6 saatte bir fetal kardiyak aktivite normal değerlendirildi. Yatakbaşı yapılan, psikiyatri konsültasyonunda, gebeliğe bağlı ajitasyonlar tespit edildi. YBÜ'mizdeki 1. günde, şelasyon tedavisinden önce dış merkeze gönderilen idrarda demir düzeyi negatif bulundu. Şelasyon başladıktan sonra gönderilen idrarda demir düzeyi, dış merkezdeki teknik bir aksalıktan dolayı çalışmadı. YBÜ'deki 2. günde, elektrokardiyografide V1, V2, V3 ve V4 derivasyonlarında T negatiflikleri ve nadir ventriküler ekstrasistolik ritimler gözlemlendi. Kardiyoloji konsültasyonu ile aritmi tedavisi için Metoprolol 50 mg tablet/gün peroral tedavisi başlandı.

Hastanın laboratuvar değerlerindeki düzelme ve klinik seyirdeki iyileşmeyle beraber YBÜ'deki 3. gün, kadın hastalıkları ve doğum servisine taburcu edildi. Serviste yapılan takiplerinde, kendisinde ve fetusta herhangi bir patoloji gözlenmeyen hastanın evine taburculuğu yapıldı.

TARTIŞMA

İnsan fizyolojisinde, demir hücre metabolizması için gerekli bir elementtir. Aşırı miktardaki alımları yüksek oranda sitotoksik ve hatta ölümcüldür (5). Demir emilimi, yüklenmelerden kaçınmak için organizma tarafından çok dikkatli regüle edilir. Çünkü vücuttan fazla demiri uzaklaştıracak hiçbir fizyolojik mekanizma bulunmamaktadır. Demirin aşırı yüklenmesinde serum demir konsantrasyonu, transferrin saturasyonu ve serum ferritin değerlerinde artış görülür (5).

Demir sülfat, en sık kullanılan oral demir preparatıdır ve %20 oranında elementer demir içerir (6). Demir zehirlenmelerindeki klinik sonuçların, emilen demir miktarı ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bizim olgumuzda da, hastanın sindirimine geçmiş olduğu düşünülen elementer demirin hesaplanması aşağıdaki gibidir:

Ferroz demir II sülfat (270 mg)= 80 mg elementel demir/tablet içermektedir.

Toplamda 28 tablet x 80mg = 2240 mg elementel demir;

2240 mg / 57kg (hastanın vücut ağırlığı) =39.29 mg.kg⁻¹ elementel demir sindirilmiştir.

Hesaplanan sindirilmiş demir miktarına göre hastamız oral alınan ve serumda ölçülen demir değerlerine göre 'Demir Zehirlenme Sınıflamasında' Sınıf 2 (orta) derecede yer almaktadır (Tablo 1.)

Yaklaşık olarak 1000mg deferoksamin, 85mg ferrik demir bağlayabilir. Bu komplekse 'ferrioksamin' denilir. Ferrioksamin böbreklerden atılır. Atılımı esnasında karakteristik idrar rengi olan 'vin-rose' pembe renk gözlenir. Bizde olgumuzda, deferoksamin tedavisi takibini pembe idrar renginin oluşumu ve idrar renginin normalleşmesi ile yaptık.

Tablo 1: Oral alınan ve serumda ölçülen demir değerlerine göre demir zehirlenme sınıflaması

DEMİR ZEHİRLENME SINIFLAMASI	ORAL ALINAN ELEMENTEL DEMİR MİKTARI	SERUM DEMİR KONSANTRASYONU
Sınıf I (Hafif)	10-20 mg kg ⁻¹	≤ 300 mcg dl ⁻¹
Sınıf II (Orta)	20-40 mg kg ⁻¹	300-500 mcg dl ⁻¹
Sınıf III (Şiddetli)	≥ 40 mg kg ⁻¹	500-1000 mcg dl ⁻¹ (>1000 mcg dl ⁻¹ =letal doz)

Robertson A ve arkadaşları, hastanelerindeki 20 yıllık demir preparatı zehirlenme deneyimlerini retrospektif olarak değerlendirmişler ve demir alımından 12 saat sonra demir serum demir

konsantrasyonunun >300 µg.dL⁻¹ olmasını demir zehirlenmesi olarak tanımlamışlardır. Hepatotoksisiteyi serum transaminazların >150U.L⁻¹, ciddi hepatotoksisiteyi ise >1000U.L⁻¹ olması olarak tanımlamışlardır. Ciddi karaciğer hasarının 1000 µg.dL⁻¹ üzerindeki serum demir konsantrasyonlarında olduğunu görmüşlerdir. Demir zehirlenmesindeki hepatotoksisitenin doz bağımlı bir fenomen olduğunu savunmuşlardır (7).

Chyka PA ve arkadaşları, alımdan sonraki 2-9 saatlik sürede serum demir düzeylerinin normal seyredebileceğini belirtmişlerdir. Hatta semptomların ciddiyetinin her zaman serum demir değerleriyle korele olmadığını ifade etmişlerdir (8). Tenenbein ve arkadaşları, hepatotoksisite oluşturacak en düşük akut serum demir konsantrasyonunun 304 µmol.L⁻¹ olarak belirlemişlerdir. Serum referans aralığı 9-27 µmol.L⁻¹ olan demirin bu aşırı dozuna bağlı etkisinin 'doz-bağımlı etyolojiyi' desteklediğini savunmuşlardır. Akut demir zehirlenmesinde hepatotoksisite patogenezinin anlaşılmasının klinik yaklaşım için de çok önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Curry Sc ve arkadaşları, semptomatik ve 20mg.kg⁻¹ üzerinde elementer demir alımı olan veya serum demir düzeyi 400µg.dl⁻¹ olan hastalara tedavi gerekli olduğunu söylemişlerdir (9).

Hastamız semptomatik ve 39.29mg.kg⁻¹ elementel demir alımı ile beraber serum demir düzeyi 428 µg.dl⁻¹ bulunmuştur. Amerikan Klinik Toksikoloji Akademisi ve Avrupa Zehir Merkezi ve Klinik Toksikoloji Derneği'nin de önerdiği gibi olgumuzda, intravenöz kristalloidle hidrasyon ve mide lavajı sonrası deferoksamin tedavisine geçilmiştir (10).

Olgu sunumumuzda, yoğun bakımdaki tedavi sürecinde gözlenen laboratuvar değerleri ve özellikle serum demir düzeyleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

DEMİR ZEHİRLENME SINIFLAMASI	ORAL ALINAN ELEMENTEL DEMİR MİKTARI	SERUM DEMİR KONSANTRASYONU
Sınıf I (hafif)	10-20 mg kg ⁻¹	≤ 300 mcg dl ⁻¹
Sınıf II (orta)	20-40 mg kg ⁻¹	300-500 mcg dl ⁻¹
Sınıf III (Şiddetli)	≥ 40 mg kg ⁻¹	500-1000 mcg dl ⁻¹ >1000 mcg dl ⁻¹ =letal doz

Deferoksamin tedavisine acilen başlamak için; metabolik asidoz, tekrarlayan kusmalar, letarji, hipotansiyon ve şok belirtileri gibi birçok neden olabilir. Demir zehirlenmesinin alıma göre zamanla ortaya çıkan belirtileri beş evrede incelenebilir. (Tablo3)

LABORATUVAR DEĞERLERİ	İLACIN ORAL ALIMINDAN SONRA GEÇEN SÜRE					
		4. SAAT	8. SAAT	18. SAAT	24. SAAT	36. SAAT
LÖKOSİT		16320	14540	12440	10400	9700
HEMOGLOBİN	g dl ⁻¹	11,37	11,38	11,04	10,37	10,9
HEMATOKRİT	%	33,45	33,53	32,48	31,5	32,06
TROMBOSİT		285700	285000	265700	232800	236300
AST	UL ⁻¹	20	21	19	20	20
ALT	UL ⁻¹	19	19	19	19	19
ALBÜMİN	g dl ⁻¹	3,4	3,6	3,2	3,3	3,2
INR		1,23	1,22	1,26	1,28	1,27
SERUM KREATİNİN	mg dl ⁻¹	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
KAN ŞEKERİ	mg dl ⁻¹	70	66	65	54	84
SERUM DEMİR DÜZEYİ	µg dl ⁻¹	428	216	122	117	106
SERUM DEMİR BAĞLAMA DÜZEYİ	µg dl ⁻¹	488	477	419	399	410

Son 30 yılda Deferoksamin; hem kronik demir aşırı yüklenmesinde, hem de akut demir zehirlenme tedavilerinde intraselüler demiri ferritin ve hemosiderinden ayırıcı şelatör etkinliğini kanıtlamıştır (11). Deferoksamin, akut demir zehirlenmesi tedavisinde hayat kurtarıcı olabilir. Enteral uygulanması emilime uğramamış demirin bağlanmasını, intravenöz infüzyonu (i.v.) ise sistemik dolaşımdaki demirin temizlenmesine yardımcı olur. Fine JS, gebe hastalardaki demir zehirlenmelerinde deferoksaminin plasentaya geçmediği ve malformasyonlara yol açmadığını savunmaktadır (12). Trant T ve arkadaşları, serum demir düzeyi >400 µg dl⁻¹ olan Sınıf 3 şiddetli demir zehirlenmesinde spontan abortusların, preterm eylemlerin ve maternal ölümlerle ilişkili olabileceğini fakat deferoksaminin plasentadan geçmediğini, güvenli olduğunu söylemiştir (13). Jensen CE, iki vakada deferoksamine erken maruz kalmaya bağlı abortustan bahsetmiştir (14). Sylvia Titi Singer'ın yaptığı literatür taramasında, talasemili 40 gebe hastada, farklı gestasyonel haftalarında deferoksamin kullanıldığını görmüş ve bu yayınlarda toksik veya teratojenik etkilere ait hiçbir belgenin sunulmadığını yazmıştır(15). Sonuç olarak; potansiyel teratojeniteye bağlı korkular gebelerdeki

demir şelasyon tedavisine başlamayı engellemelidir, çünkü hatırlanması gereken en önemli şey; fetusun güvenliğinin, annenin sağlık durumuna bağlı olduğudur.

Deferoksamin tedavisi tamamen masum değildir. Tedavi sırasında çeşitli yan etkilerin gözlenebileceği bilinmelidir. Athanasiou A ve arkadaşları, deferoksamine bağlı allerjinin nadir bir yan etki olduğunu söylemişlerdir (16). Subkutan uygulama bölgesi etrafında görülen ağrılı reaksiyon sık rastlanılan bir bulgudur. Bu nedenle subkutan uygulama demir zehirlenmesinde önerilen bir yol değildir. Diğer yan etkileri arasında; nörotoksisite, pulmoner toksisite, kemik yapıda değişiklikler, büyüme yetersizlikleri, Yersinia Enterocolitica infeksiyonları yer almaktadır. Bu yan etkiler sıklıkla kronik demir tedavisinde uygulanan deferoksamin kullanımlarında görülmüştür (17).

Deferoksaminin uygulama şekli, tedavi edilen hasta grubuna göre değişik hemodinamik yanıtlar oluşturabilir. Cohen AR ve arkadaşları, deferoksaminin 10mg.kg⁻¹.saat⁻¹ altındaki i.v. infüzyonlarda hemodinamik değişikliklere yol açmadığını, fakat 10mg.kg⁻¹.saat⁻¹ üzerindeki i.v. infüzyonların ciddi hipotansiyona neden olduğunu gözlemlemiştir (18). Tenenbein M ve arkadaşları, 15mg.kg⁻¹.saat⁻¹ gibi yüksek dozların 24 saatten fazla uygulandığı akut demir zehirlenmesi tedavilerinde akut respiratuvar distres sendromu bildirmiştir.

Serum demir değerleri 400µg.dl⁻¹'den fazla ise veya 20mg.kg⁻¹'den fazla elemental demir alınmış ise deferoksamin tedavisi olgu sunumumuzda olduğu gibi ivedilikle başlanması gerekir.Başlangıç dozu olarak 1000mg deferoksamin i.v. veya i.m. olarak uygulanmalıdır. Bu 1000mg.lık başlangıç dozunu takiben 4 saat aralıkla 500mg.lık iki doz verilebilir. Deferoksamin üreticileri saatlik i.v. dozun 15mg.kg⁻¹.saat⁻¹'i, günlük toplam parenteral dozun 6gr'ı aşmaması gerektiğini ve müteakip dozların 125mg.saat⁻¹'in üstünde olmamasını tavsiye etmektedirler.

SERUM FERRİTİN DÜZEYLERİ	DEFEROKSAMİN DOZU
<200 µg dl ⁻¹	25 mg kg ⁻¹
200-300 µg dl ⁻¹	35 mg kg ⁻¹
>300 µg dl ⁻¹	55 mg kg ⁻¹ (düzenli uygulamada , büyümesi tamamlanmış ve yoğun şelasyon gereksinimi olan hastalar dışında ortalama olarak 50 mg kg ⁻¹ dozların aşılması önerilmez.)

Raymond J Bergeron ve arkadaşları, Cebus Apella Maymunları üzerinde yaptıkları çalışmada ekimolar değerlerdeki NaHBED (N'-diacetic asid monosodyum salt) tuzu ile deferoksamini subkutan bolus ve ya intravenöz 20 dakika sürede uygulayarak karşılaştırmışlar. Her iki uygulama yolunda da NaHBED'in demir atılımındaki etkinliği deferoksamine göre iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Her iki şelatör de 150 µmol.kg⁻¹ dozunda uygulandığında subkutan yolun intravenöz yola göre daha etkili olduğu görülmüştür. Akut demir zehirlenmesi tedavisi hızlı şelatör infüzyonu gerektirebileceği için normotansif Sprague-Dawley sıçanları üzerinde NaHBED'in intravenöz bolus etkilerini karşılaştırmışlar. Deferoksamin uygulaması hızlı ve uzun süreli hipotansiyona ve kalp hızında artışa sebep olmasına karşın NaHBED uygulamasında bu etkiler çok daha az gözlenmiştir. NaHBED, hem kronik transfüzyonel demir aşırı yüklemelerinde hem de akut demir zehirlenmeleri tedavilerinde deferoksamine alternatif olabileceği düşünülmüştür (19).

Gebelikteki akut demir zehirlenmesi, çoklu organ yetersizliği sonucu maternal ölümlere ve potansiyel fetal mortaliteye yol açabilen tıbbi acil durumlardan biridir. Klinik seyirde hastanın demir alım zamanı, aldığı demir preparatının türü ve semptomların başlangıç zamanı çok önemlidir. Alınan demir miktarının hesaplanması tedavi şemasının belirlenmesinde yol göstericidir. Başlangıç tedavileri çoğunlukla destek tedavi yaklaşımlarından ve demirin bağırsak irrigasyonu ile vücuttan uzaklaştırılmasından ibarettir. Deferoksamin plasentayı geçmeyen ve teratojenik etkileri olmadığı savunulan akut demir zehirlenmelerinde günlük uygulamalarda sık kullanılan şelatör özelliğini korumaktadır.

Sonuç olarak; bu olgu sunumunda gebelikte kullanılan Fe tedavisi sırasında intoksikasyon veya

doz aşımı sonucu demir zehirlenmeleri ile karşılaşılabileceği vurgulanmıştır.

Gebelikte; desferoksaminin potansiyel teratojenitesinden korkulup demir şelasyon tedavisine başlanmaması, hem annenin hem de fetusun hayatını tehlikeye sokacağı unutulmamalıdır.

Bu nedenle, demir zehirlenmesinden şüphelenilen olgularda; hastanın, hastaneye başvurusu sırasında serum demir düzeyi ve total demir bağlama kapasitesi mutlaka saptanmalıdır. Nörolojik ve fizik muayene bulguları, laboratuvar parametreleriyle birlikte kayıt edilmelidir. Desferoksamin metansülfanat tedavisine, gebelikte meydana gelen demir zehirlenme vakalarında vakit kaybetmeden başlanılmasını önermekteyiz.

KAYNAKLAR:

- 1-Chen MR, Lin JL, Liaw SJ, et al. Acute iron intoxication: A case report with ferric chloride ingestion. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* 1993; 52:269-72.
- 2- Tran T, Wax JR, Philput C, et al. Intentional iron overdose in pregnancy-management and outcome. *The Journal of Emergency Medicine* 2000; 18:225–28.
- 3- Rayburn W, Aronow R, DeLancey B, et al. Drug overdose during Pregnancy: An overview from a metropolitan poison control center. *Obstetrics & Gynecology*, 1984; 64:611-14.
- 4- Geraci MJ, Heagney H. Iron overdose during pregnancy: case and treatment review. *International Journal of Clinical Medicine* 2012; 3: 715-21.
- 5-Skoczynska A, Kwiecinska D, Kielbinski M, et al. Acute iron poisoning in adult female. *Hum Exp Toxicol* 2007; 26:663-66.
- 6-Tenenbein M. Hepatotoxicity in acute iron poisoning. *J Toxicol Clin Toxicol* 2001; 39:721-26.
- 7-Robertson A, Tenenbein M. Hepatotoxicity in acute iron poisoning. *Hum Exp Toxicol*. 2005; 24:559-62.
- 8-Chyka PA, Butler AY, Holley JE. Serum iron concentrations and symptoms of acute iron

- poisoning in children. *Pharmacotherapy* 1996; 16:1053-58.
- 9-Curry SC, Braitberg G. Poisoning in pregnancy. In:Foley MR, Strong T,eds. *Obstetric Intensive Care*. Philadelphia, WB Saunders 1997; 21:347-67
- 10-American Academy of Clinical Toxicology, European Association of Poison Centers and Clinical Toxicologists: Position Paper: Whole Bowel Irrigation. *J Toxicol Clin Toxicol* 2004; 42:843-54
- 11-Mills KC, Curry SC. Acute iron poisoning. *Emerg Med Clin North Am* 1994; 12:397-413
- 12-Fine JS. Iron poisoning. *Curr Probl pediatr* 2000; 30:71-90
- 13-Tran T, Wax JR, Philput C et al. Intentional iron overdose in pregnancy-managment and out-come. *J Emerg Med* 2000; 18:22-28
- 14-Jensen CE, Tuck SM, Wonke B. Fertility in β thalasemia major:a report of 16 pregnancies, preconceptual evaluation and review of the literature. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102:625-29.
- 15-Singer ST, Vichinsky EP. Deferoxamine treatment during pregnancy:Is it harmful?. *American Journal of Hematology* 1999;60:24-26
- 16-Athanasiou A, Shepp MA, Necheles TF. Anaphylactic reaction to deferoxamine. *Lancet*.1977; 2:616
- 17-Blanc P, Hryhorczuk D, Danel I. Deferoxamine Treatment of Acute Iron Intoxication in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 1984; 64:12-14.
- 18-Cohen AR, Mizanin J, Schwartz E. Rapid removal of excess iron with daily, high-dose intravenous chelation therapy. *J Pediatr*. 1989; 115-55
- 19-Bergeron RJ, Wiegand J, Brittenham GM. HBED ligand: preclinical studies of a potential alternative to deferoxamine for treatment of chronic iron overload and acute iron poisoning. *Blood* 2002; 99:3019-26

Laparoskopik Histerektomide Kolaylaştırılmış Uterus Çıkarma Tekniği

Simplified Extraction Technique of the Uterus After Laparoscopic Hysterectomy

Cevdet Adıgüzel, Hakan Nazik, Bedri Sakcak

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Total laparoskopik histerektomi (TLH) laparotomiye oranla minimal invaziv cerrahide gün geçtikçe daha çok kullanım alanı bulmaktadır. TLH için kontrendikasyonlar arasında uterusun normalden büyük olması ve dev myomlar sayılabilir. Büyük uterusları çıkartmak için çeşitli morselasyon teknikleri kullanılmaktadır. Uterusun vajenden çıkabileceği düşünülerek yapılan TLH operasyonu sırasında vajen ve uterus büyüklüğünün uyumsuz olması nedeniyle obstrüktif sorunlarla karşılaşlabilmektedir. Sunulan vakada uterusun venöz konjesyonunun azaltılması ve çapının küçültülmesi amacıyla makas ile uterus fundusuna T şeklinde iki adet insizyon yapıldı. İnsizyondan sonra traksiyonu artırmak suretiyle venöz kan boşaltıldı. Bu sayede uterus hacminde azalma sağlandı. Morselasyona gerek kalmadan uterus vajinal yoldan çıkarıldı. Tanımlanan bu teknikte iri uterusların vajinal yolla çıkarılmasının kolaylaştırılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, histerektomi, çıkarma
Türkçe Kısa Makale Başlığı: Laparoskopik Histerektomide T insizyonu

ABSTRACT

Recently in comparison to laparotomy, total laparoscopic hysterectomy operations are being more widely used in minimally invasive surgery. On the other hand, in case of larger uterine and myomas, TLH operations can not be used. Usually, several morcellation techniques are preferred for large uterine. It has been observed that, if the sizes of uterine and vagina mismatches, several obstructions for TLH operations occur. In the belowgoing specific case, uterine size is decreased through T shaped incision techniques, twice. Afterwards, venous blood has been evacuated by increasing traction. As a result, size of uterine has been decreased, morcellation is avoided and uterine has been removed from vagina. In this sense, removal for large sized uterine through vagina has been facilitated.

Key words: Laparoscopy, hysterectomy, extraction
İngilizce Kısa Makale Başlığı: T incision in Laparoscopic Hysterectomy

İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Hakan Nazik

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Adana
Tel: 05426861120 / E-Mail: drhakannazik@gmail.com

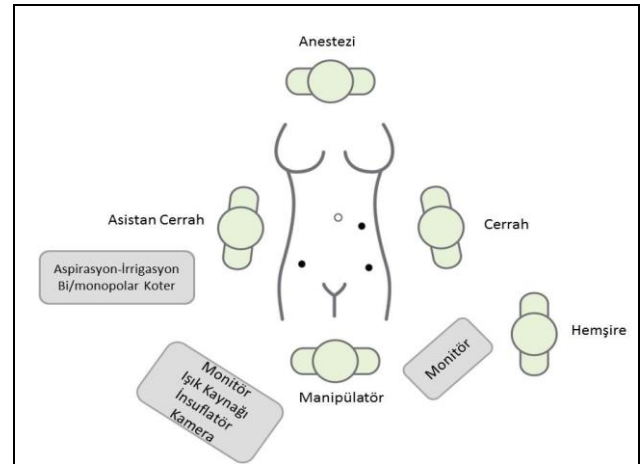
GİRİŞ

Histerektomi tüm dünyada benign uterin patolojilerde sezaryenden sonra en sık uygulanan operasyondur (1). Geleneksel olarak histerektomi vajinal ve abdominal yolla yapılmaktadır. Total laparoskopik histerektomi günümüzde laparotomiye oranla minimal invaziv cerrahide gün geçtikçe daha çok kullanım alanı bulmaktadır. TLH operasyonunda laparoskopik prosedürün tamamlanmasından sonra uterus vajinal yolla veya morsele edilerek çıkarılmaktadır. Ancak malignite şüphesinde morselasyon gerçekleştirilememektedir (2). TLH'nin en önemli kontraendikasyonu cerrahın laparoskopik deneyim ve becerisinin az olmasıdır (3). Büyük uterus, dev myom, derin endometriozis öyküsü de TLH için kontrendikasyonlar arasında sayılabilir (4). Uterusun vajenden çıkabileceği düşünülerek yapılan TLH operasyonu sırasında vajen ve uterus büyüklüğünün uyumsuz olması nedeniyle obstrüktif sorunlarla karşılaşabilmektedir. Tanımlanan bu teknikte iri uterusun vajinal yolla çıkarılması sırasında, uterus üzerine T insizyon yapılarak venöz konjesyonun boşaltılması yolu ile uterus volümü azaltılmakta ve uterusun vajinal yolla çıkartılması kolaylaştırılmaktadır.

OLGU SUNUMU

Kırk sekiz yaşında hasta medikal tedaviye dirençli menometroraji tanısıyla kliniğimize yatırıldı. Hastanın yapılan transvajinal ultrasonografik incelemesinde 12x9x7 cm ebatlarında uterus izlendi. Uterus myometriyum tabakası adenomatöz görünümde idi. Üç normal doğum hikayesi bulunan hastanın ek bir hastalığı mevcut değildi. Hastaya TLH ve bilateral salpenjektomi planlandı. Hastanın preoperatif hemoglobin değeri 10,1 gr/dl ve hematokrit değeri % 32.3 olarak saptandı.

Hastaya genel anestezi altında litotomi pozisyonu verildi. Clermond Ferrand uterin manipülatör uterusu yerleştirildi. Umblikus bölgesinden insizyon yapılarak 10 mm trokar direk giriş tekniğiyle abdominal kaviteye inserte edildi. Pnömoperitonyumu takiben 3 adet 5 mm'lik trokar, sağ ve sol inguinal bölgeden ve sol üst abdominal kadrandan batına girildi (Şekil 1).



Şekil 1: Laparoskopik Operasyon Düzeni

Bilateral ligamentum ovariproprium, uterin arterler, kardinal ligamentler bipolar enerji modalitesi ile koterize edilip, kesildi. Sakrouterin ligamentler üzerinden monopolar hook enstrümanı ile ön ve arka kolpotomi yapıldı. Uterin manipülatör ile uterus vajen dışına doğru serviksten tek dişli klemple tutularak traksiyona alındı. Vajinal kaftaki darlık ve uterusun iri olması nedeniyle direnç ile karşılaşıldı. Uterusun venöz konjesyonunun azaltılması yolu ile çapını küçültmek amacıyla laparoskopik makas ile uterus fundusuna T şeklinde iki adet insizyon yapıldı. İnsizyondan sonra traksiyonu artırmak suretiyle venöz kan boşaltıldı. Bu sayede uterus volümünde azalma sağlandı. Morselasyona gerek kalmadan uterus vajinal yoldan çıkarıldı (Resim 1).



Resim 1: TLH sonrası uterus hacmini küçültmek için yapılan T insizyonu.

Vajinal kaf 1 numara poliglaktin suture ile kontinü suture edilerek operasyon bitirildi.

TARTIŞMA

TLH minimal invaziv cerrahide gün geçtikçe daha çok kullanılmaktadır. Uterus boyutu büyüdükçe TLH yapılması zorlaşmakta ve iri uterusun çıkartılması sorun teşkil etmektedir. İri uterusu çıkartmak için çeşitli ameliyat teknikleri ve morselatörler kullanılmaktadır (5-7). Ehdaivand ve ark. yaptığı çalışmada morselasyon kullanılarak yapılan TLH sonrası çıkan spesmenlerde insidental olarak neoplazi çıktığı vurgulanmıştır. Morselasyon yapılan 352 TLH vakasında 3 tane neoplazi bulunmuştur (insidans %0.9) (8). Literatürde TLH sonrası cerrahi spesmenin bir torba içinde bistüri ve makas ile küçültülerek 10 mm'lik trokardan çıkarıldığı manuel morselatör tekniği tanımlanmıştır (9). Tanımlanan bir diğer morselasyon tekniğinde abdomene atılan torbanın ağzı vajenden çıkartılarak morselasyon yapılmıştır (10). Bu tanımlanan teknikler çok iri uteruslar için kullanılmaktadır. Bizim tekniğimiz çok iri uteruslarda uygulanamamaktadır. Normalden iri uteruslarda uterus fundusuna yapılan T insizyon ile uterus içindeki konjesyone kan boşalmakta, uterus volumünü azaltarak kaftan geçmesini kolaylaştırmaktadır. Bu sayede büyük uterusu çıkarmak için çok fazla traksiyona gerek kalmamakta, vajinal kaf etrafındaki laserasyon ihtimali ve olası komplikasyon riskide azalmaktadır.

Bu teknik ile vajinal yoldan çıkacağı düşünülen fakat operasyon anında vajen ve uterus boyutları arasındaki uyumsuzluk nedeni ile çıkarılamayan uteruslar venöz kanın boşaltılması ile küçültülmekte, bu sayede vajenden çıkışı kolaylaşmaktadır. Bu tekniğin total uterus hacminde sağladığı avantajı değerlendirebilmek adına daha çok vakanın değerlendirildiği klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR:

- 1.Merrill RM. Hysterectomy surveillance in the United States, 1997-2005. Med Sci Monit 2008;14: 24-31.
- 2.Reich, H. Advanced laparoscopic techniques. In: Sutton, CJG, Diamond, MP (Eds). Endoscopic Surgery for Gynaecologists, 2nd ed. London: WB Saunders, 1998; p. 54

3. Altgassen C, Michels W, Schneider A. Learning laparoscopic-assisted hysterectomy. ObstetGynecol 2004;104:308.
- 4.Wattiez A, Cohen SB, Selvaggi L. Laparoscopic hysterectomy. Curr Opin Obstet Gynecol 2002;14:417-22.
- 5.Ceccaroni M, Roviglione G, Pesci A, Quintana S, Bruni F, and Clarizia R. Total laparoscopic hysterectomy of very enlarged uterus (3030 g): case report and review of the literature. Wideochir Inne Tech Malo Inwazyjne 2014;9:302-307.
- 6.Chen S.Y., Chang D.Y., Sheu B.C., et al: Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy with in situ morcellation for large uteri. J Minim Invasive Gynecol 2008;15:559-565.
- 7.Schwartz M.: Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy with morcellation of the large uterus. Obstet Gynecol 2000;95:31.
- 8.Ehdaivand S, Simon RA, Sung CJ, Steinhoff MM, Lawrence WD, Quddus MR. Incidental gynecologic neoplasms in morcellated uterine specimens: a case series with follow-up. Hum Pathol. 2014 doi: 10.1016/j.humpath.2014.07.018.
- 9.Serur E., and Lakhi N.: Laparoscopic hysterectomy with manual morcellation of the uterus: an original technique that permits the safe and quick removal of a large uterus. Am J Obstet Gynecol 2011;204:566.
10. Favero G1, Anton C, Silva e Silva A, Ribeiro A, Araújo MP, Miglino G, Baracat EC, Carvalho JP. Vaginal morcellation: a new strategy for large gynecological malignant tumor extraction: a pilot study. Gynecol Oncol. 2012;126:443-7.

Başağrısının Nadir Bir Nedeni: Süperior Konka Aşırı Pnömatizasyonu

A Rare Cause of Headache: Superior Concha Over Pneumatization

Gökçe Şimşek¹, Cem Saka², Erkan Vuralkan³, Ömer Serin⁴, İstemihan Akın²

1Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Kırıkkale.

2Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBBKliniği, Ankara.

3Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, Ankara.

4Yozgat Devlet Hastanesi, KBB Kliniği, Yozgat.

ÖZET

Pnömatize süperior konka nadir bir başağrısı sebebidir. Nazal endoskopi, tanı için yetersiz kalabilir ve tanının doğrulanması için koronal bilgisayarlı tomografi gerekir. Medikal tedaviye rağmen 6 aydır baş ağrısı yakınması olan 52 yaşında bayan hasta kliniğimize başvurdu. Muayene ve görüntüleme yöntemleri sonucunda süperior konkada aşırı pnömatizasyon saptanan hastaya endoskopik sinüs cerrahisi uygulandı. Postoperatif dönemde hastanın şikayetlerinin gerilediği izlendi.

Anahtar Kelimeler: Süperior konka, konka bülloza, paranazal sinüs bilgisayarlı tomografi, endoskopik konka cerrahisi.

Türkçe Kısa Makale Başlığı: Süperior konka ve başağrısı

ABSTRACT

Pneumatized superior concha is a rare cause of headache. Nasal endoscopy may not give sufficient information for diagnosis and coronal computerized tomography might be needed to confirm the exact diagnosis.

A 52-year-old female patient with a complaint of chronic headache unresponsive to medical treatment for 6 months was admitted to our clinic. Endoscopic sinus surgery was commenced after the diagnosis of over pneumatized superior concha by physical examination and imaging techniques. Patient's complaints were relieved after the operation.

Key words: Superior concha, concha bullosa, paranasal sinus computerized tomography, endoscopic concha surgery.

İngilizce Kısa Makale Başlığı: Superior concha and headache

İletişim (Correspondence):

Yard. Doç. Dr. Gökçe Şimşek

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Kırıkkale

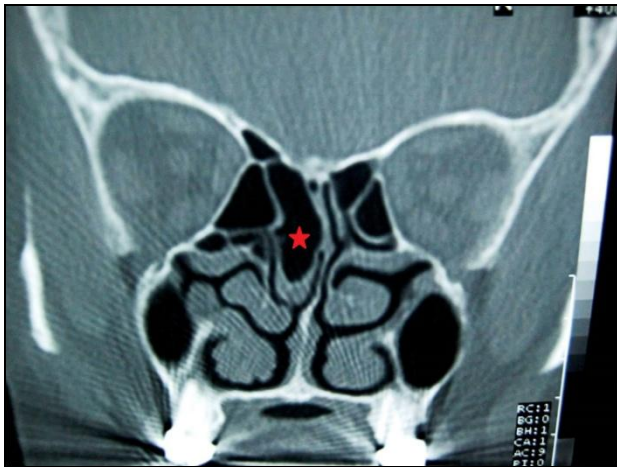
Tel: 05062417502 / E-Mail: gokcesimsek@aol.com

GİRİŞ

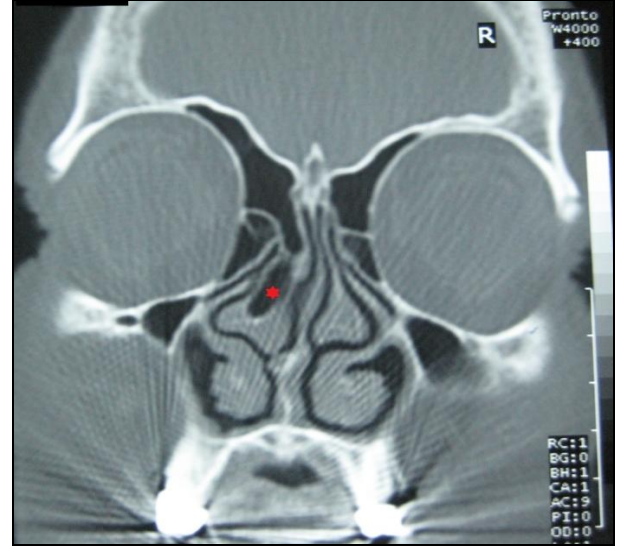
Kulak burun boğaz hastalıklarında baş ağrısı en çok akut-kronik sinüzit ile ilişkili olarak görülür ancak migren, temporomandibuler eklem patolojileri, vasküler baş ağrıları, otalji ve nöraljilere bağlı olarak da ortaya çıkabilir (1). Septum deviasyonu, konka pnömatizasyonu ve konka bülloza, nazal tümörler, unsinat çıkıntı defleksiyonu, ethmoid bulla varyasyonları başağrısına neden olan ve daha nadir görülen nazal patolojilerdir (2). Konkanın pnömatizasyonuna konka bülloza adı verilir. Septum deviasyonundan sonra %33,8 oranı ile burnun 2. en sık anatomik varyasyonudur (3). Genellikle orta konkada, çok daha az olarak üst konkada, nadir olarak alt konkada görülür (4,5). Bu yazıda kronik baş ağrısı yakınması olan ve superior konka bülloza tanısı koyulan bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

52 yaşında bayan hasta, 6 aydır olan baş ağrısı, retrooküler ağrı ve burun tıkanıklığı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Mevcut yakınmaları rinosinüzite bağlanan, 3 kez medikal tedavi alan ve fayda göremeyen hastaya yapılan diagnostik nazal endoskopide sağ konkanın hipertrofik görünümü dışında patoloji izlenmedi. Koronal planda istenen paranazal sinüs bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde sağ tarafta septuma temas eden sağ süperior konkada oldukça büyük pnömatizasyon ile sağ orta konkada büllozite izlendi (Resim 1-2).



Resim-1: Koronal planda çekilmiş paranazal sinüs BT'de süperior konka aşırı pnömatizasyonu görülmektedir (★)



Resim-2: Koronal planda çekilmiş paranazal sinüs BT'de sağ orta konkada bülloza izlenmektedir (★)

Hastaya lokal anestezi altında endoskopik olarak süperior ve orta konka bülloza rezeksiyonu uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz olan hastanın şikayetlerinin gerilediği izlendi.

TARTIŞMA

Üst konka ethmoid kemiğin bir uzantısıdır ve superior meatusun medial kenarını oluşturur. Orta konkanın yarısı büyüklüktedir ve onun üst yarısına komşuluk gösterir. Superiorda kafa tabanı ile, posteriorda ise sfenoid ve etmoid kemiklerle ilişkilidir. Sıklıkla orta konkada görülen konka bülloza nadiren üst ve alt konkalarda yerleşen bir varyasyondur.

1939 yılında Van Alyea kadavralarla yaptığı çalışmada ilk kez superior konka pnömatizasyonu bildirmiştir (6). Ariyurek ve ark. cerrahi öncesi paranazal BT yapılan 52 hastada pnömatize superior konka oranını %48 olarak bildirmişler ve bu olguların %21'inde pnömatizasyonu bilateral olarak saptamışlardır (7). Superior konka pnömatizasyonunun çoğu olguda asemptomatik olduğu, ancak nadiren tekrarlayan rinosinüzit, nazal polipler, başağrısı ile ilişkili semptomlara yol açabileceği bildirilmiştir (7). Genişlemiş superior konkanın nazal septum ve orta konka arasındaki alana baskı yaparak intranasal mukozal temasa neden olduğu ve baş ağrısına yol açtığı ileri sürülmüştür (5).

Superior nazal kavitenin endoskopik yolla değerlendirilmesi genellikle zordur ve literatürde bu bölge “unutulmuş konka” olarak isimlendirilmiştir (8). Bu nedenle konka patolojileri şüphesi ile operasyon planlanan hastalarda, bu bölgenin anatomisini net bir şekilde ortaya koyan paranasal BT tetkiki son derece yardımcıdır. Sunduğumuz olguda olduğu gibi koronal kesit BT’de kafa tabanı inferiorunda ve septum komşuluğunda pnömatize hücrelerin görülmesi tanı için yeterlidir.

Tedavi gerektiren semptomatik olgularda endoskopik redüksiyon seçkin yöntemdir (5-7). Lokal anestezi altında endoskopik yolla parsiyel konka rezeksiyonu için bu kısıtlı alana ulaşılamayabilir çünkü bu alanda cerrahi manipülasyon orta konkada olduğu gibi konforlu değildir (6). Bizim olgumuzda ise superior konka rezeksiyonu endoskopik yolla tam olarak gerçekleştirildi.

Baş ağrısı olan olgularda parsiyel superior türbinektomi, septum ve mukozanın superior konka ile olan temasını keseceğinden semptomların giderilmesinde çok etkilidir (8). Biz de olgumuzda endoskopik yolla superior konka rezeksiyonu uyguladık. Cerrahi sırasında deneyimin önemli olduğu, doku frajilitesi ve kafa tabanı komşuluğu nedeniyle BOS kaçağı gibi ciddi komplikasyonların gelişebileceği bildirilmiştir (8).

Sonuç olarak kronik nazal yakınmaları ve ilişkili semptomları olan hastalarda superior konka aşırı pnömatizasyonu gibi nadir varyasyonlar akılda tutulmalıdır. Bu olgularda en uygun tedavi ESC’dir.

KAYNAKLAR:

1. Harrison L, Jones NS. Intranasal contact points as a cause of facial pain or headache: a systematic review. Clin Otolaryngol. 2013;38:8-22. Review.
2. Levine HL. Otorhinolaryngologic causes of headache. Med Clin North Am 1991;75(3):677-92.
3. Güney A, Koşar U, Karakaş HM, Aybers O. Kronik sinüzit ve anatomik varyasyonlar. KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 1995;3:227-30
4. Christmas DA, Ho SY, Yanagisawa E. Concha bullosa of a superior turbinate. Ear Nose Throat J 2001;80:692-4.

5. Braun H, Stammberger H. Pneumatization of turbinates. Laryngoscope 2003;113:668-72.

6. Kanowitz SJ, Nusbaum AO, Jacobs JB, Lebowitz RA. Superior turbinate pneumatization in patients with chronic rhinosinusitis: prevalence on paranasal sinus CT. Ear Nose Throat J. 2008;87:578-9.

7. Ariyurek OM, Balkanci F, Aydingoz U, Onerci M. Pneumatized superior turbinate: A common anatomic variation? Surg Radiol Anat 1996;18:137-9

8. Clerico DM. Pneumatized superior turbinate as a cause of referred migraine headache. Laryngoscope 1996;106:874-9.

Nadir Bir Apandisit Nedeni: Amyand Hernisi

A Rare Cause of Appendicitis: Amyand Hernia

Mehmet Kadir Bartın¹, Eyüp Murat Yılmaz¹, Harun Arslan², Arzu Esen Tekeli³, Semra Karataş³

1Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

2Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

3Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

ÖZET

Amyand fıtığı; inguinal herni kesesi içerisinde apandiks vermiformisin bulunması durumudur. Tanı genellikle intraoperatif konulur. Genellikle herni kesesi içerisinde normal bir apandiks gözlenir. Basınç artışına bağlı olarak apandiks inflamasyonunun gelişmesi oldukça nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Biz bu olguda akut batın ön tanısı ile laparoskopik opere edilen bir Amyand hernisi vakası sunacağız

Anahtar Kelimeler: Amyand fıtığı, akut batın, laparoskopi
Türkçe Kısa Makale Başlığı: Amyand fıtığı ve akut batın

ABSTRACT

Amyand hernia; inguinal hernia is when there is vermiformis appendix in the sac. Usually, diagnosis is determined intraoperatively. Usually observed in a normal appendix hernia sac. The development of appendix inflammation due to pressure increase as we come across quite rare. In this case, We will provide a Amyand laparoscopic hernia cases which are operated with the diagnosis of acute abdomen..

Key words: Amyand hernia, acute abdomen, laparoscopy

İngilizce Kısa Makale Başlığı: Amyand hernia and acute abdomen

İletişim (Correspondence):

Yard. Doç. Dr. Eyüp Murat Yılmaz

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın

Tel: 0 5056005995 / E-Mail: drmyilmaz80@gmail.com

GİRİŞ

Amyand fitiği; inguinal herni kesesi içerisinde apendiks vermiformisin bulunması durumudur ve ilk kez 1735 yılında Claudius Amyand tarafından tanımlanmış olup o tarihten bu yana onun ismine hitaben Amyand herni olarak adlandırılmaktadır(1). Bireylerin hayatları boyunca apandisit olma riskinin %8 olduğu bildirilmiştir. Inguinal herni kesesinde normal bir apendiks varlığı tüm eksternal hernilerin % 1' ni oluşturmakta iken, inguinal herni ile birlikte apandisit varlığı ise çok nadir görülen bir durum olup tüm akut apandisitli vakaların yaklaşık %0.13' nü oluşturmaktadır(2) . Amyand hernisinin tanısı genellikle intraoperatif olarak konulmaktadır. Cladius Amyand'ın vakası; 11 yaşında sağ inguinal herni kesesi içinde perforate olmuş bir apandisitli erkek çocuk idi. Amyand fitiği etyolojisinde tartışmalı olsa da genel kabul gören teori; karın içi basınç artışı teorisi(3). Basınç artışına bağlı olarak apendiks herni kesesi içine girerek sıkışmakta ve ileri aşamada kanlanması bozularak enflamasyon oluşturmaktadır. Bu vakada akut batın ön tanısı ile ameliyat edilen ve herni kesesi içinde apendiks inflamasyonunun olduğu Amyand hernisi ve olgunun laparoskopik cerrahi ile tedavisi yapılan 22 yaşında, erkek hasta sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Yirmi iki yaşında erkek hasta, bulantı, kusma, sağ kasıkta ve batın sağ alt kadranda ağrı ve şişlik yakınmalarıyla hastanemiz acil genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Fizik bakıda batın sağ alt kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Sağ inguinal alanda minimal şişlik mevcuttu. Preoperatif laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre sayısı: 11000/mm³ idi. Radyolojik tetkiklerinde; Alt abdomen ultrasonografisinde "sağ inguinal kanala uzanımı izlenen nonkomprese, aperistaltik, akut apandisit ile uyumlu olabilecek barsak segmentinin görüldüğü" saptandı. Ayakta direkt batın grafisinde sağ alt kadranda birkaç adet hava-sıvı seviyesi ile multipl gaz gölgelenmesi mevcuttu. Anestezi induksiyonu esnasında tek doz antibiyotik profilaksisi sonrası hastaya laparoskopik batın eksplorasyonu yapılması planlandı. Göbekten hasson tekniğiyle girilen veres iğnesi vasıtasıyla

pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra yine aynı bölgeden girilen 10 mm lik trokardan kamera ile batın içi vizualize edildi. Apendiks ve vermiformisin ödemli, flegmanöz bir yapıda ve internal inguinal ringten herniye olduğu ve olgunun bir amyand hernisi olduğu saptandı(Resim 1).



Resim 1: Herni kesesine sıkışmış apendis vermiformis

Önce apendiks herniye olduğu internal ring içinden disseke edilerek serbestleştirildi. Batın içine alındıktan sonra apendiks mezosu ligasure ile ligate edildikten sonra laparoskopik loop kullanılarak apendiks kökü kapatıldı. Apendektomi işlemi uygulandıktan sonra apendiks vermiformis, endobag yardımıyla 10mm lik trokardan batın dışına alındı.(Resim 2)



Resim 2: Laparoskopik apendektomi sonrasında spesimenin görünümü

Sağ internal ringdeki fasya defekti intraperitoneal yaklaşımla laparoskopik portekü kullanılarak 1 no vikriller kullanılarak, primer tek tek sütürlerle tamir edildi. Postoperatif dönemde klinik ve laboratuvar takipleri normal seyreden hasta ameliyat sonrası 2. Gün taburcu edildi. Daha sonraki poliklinik takiplerinde de herhangi bir komplikasyon oluşmadı.

TARTIŞMA

Akut apandisit ve bu klinik durumun komplikasyonlarının inguinal bir herni içerisinde olması nadirdir. 1932'de açıkladığı sonuçlara göre; Ryan 8692 akut apandisitli vakanın 11'inde apendiks vermiformisin indirekt inguinal fitik kesesi içinde olduğunu saptamıştır (%0.13)(2). Carey 9 yıl süren çalışmasında; %1.1 sıklık sonucuyla 10 vakada apendiks vermiformise, inflame bir şekilde inguinal fitik kesesi içinde rastlamıştır(4). Amyand fıtığı tamamen insidental bir olay mıdır? Yada apendiks vermiformisin inflamasyonunun inkanserasyonla ilişkisi var mıdır? Birçok yazarın kabul ettiği hipoteze göre; kese boynundaki kompresyona sekonder oluşan iskemi apendiks vermiformisin inflamasyonuna neden olmaktadır. Bu da amyand fıtığına sebep olmaktadır(5). Yine birçok yazara göre akut apandisit tipik semptomları amyand fıtıklarında da gözlenmekle beraber sağ alt kadrana lokalize olan ağrı amyand fıtıklarında daha erken meydana gelmektedir(6). Bununla birlikte sağ inguinal alanda oluşan kitle ve şişlik, amyand hernisinin akut apandisit tipik klinik bulgularından ayrılmasında önemli bir klinik bulgudur. Amyand fıtığında preoperatif tanı koyulması zordur. Weber ve ark. Yaptığı çalışmada 60 amyand hernili hastanın sadece 1'inde preoperatif tanı konulabilmiştir(5). Bizim vakamıza preoperatif tanı konulabilmiştir. Bunun nedeninin; bizim vakamızda apendiks vermiformisin fitik kesesi içinde ileri derecede enflame olması sebebiyle yapılan alt batın usg de rahatlıkla saptanabilmesi olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca çekilen alt batın bilgisayarlı tomografisi ile tanı desteklendiğinden acil cerrahi operasyon planlanarak tedavi yapılmıştır. Birçok yazara göre de preoperatif tanıda en önemli yere sahip olan görüntüleme aracının batın bilgisayarlı tomografisi olduğu düşünülmektedir(7). Fizik muayene bulgularının normal olduğu, peritoneal irritasyon bulgularının olmadığı vakalarda özellikle batın bilgisayarlı tomografisinin preoperatif tanı koymada önemli yeri vardır. Bu tip hernilerde tedavi yaklaşımı genellikle anterior preperitoneal yaklaşım şeklinde olmaktadır. Bu tip yaklaşımda fitik nüksünün daha düşük bir oranda gerçekleştiği savunulmakla

beraber yara yeri enfeksiyonu önemli bir komplikasyon olarak karşımıza çıkabilir(6,7). Bu vakalardaki önemli bir başka görüş ayrılığı da enflamasyon olmayan apendiks vermiformise apendektomi uygulamanın gerekli olup olmadığıdır. 2002 de yaptıkları çalışmada Franko ve ark. Makroskopik enflamasyonun olmadığı normal apendiks vermiformislerde apendektominin gereksiz olduğunu belirtmişlerdir(8). Bizim görüşümüze göre; amyand fıtıklarına yaklaşımda preperitoneal yaklaşımla fitik onarımı ve apendektomi yapılması uygun olmakla beraber bu vakalara intraperitoneal yaklaşımda uygun bir tedavi şeklidir. Birçok yazara göre de; amyand fıtığının tedavi şekli; apendektomi ve acil herniorafidir(6,7,9). Herniorafi de gerilsiz ve prostetik destek materyali kullanılmadan yapılmalıdır. Çünkü enfektif bir ortamın sıklıkla eşlik ettiği amyand fıtıklarıyla ilgili yapılan geniş serili çalışmalarda; mesh varlığında postoperatif enfeksiyon insidansının %50'ye kadar yükseldiği belirtilmiştir(10). Biz vakamızda pnömoperitoneum sağlayıp, önce preoperatif tanıyı onayladıktan sonra, fitik kesesini batın içine alıp serbestleştirdik, sonra laparoskopik apendektomi uyguladık ve intraperitoneal primer tamirle fıtığa neden olan karın duvarı defektini onardık. Bu yaklaşımın özellikle içinde ileri derecede enflame apendiks vermiformisi barındıran fıtıklarda preperitoneal yaklaşıma üstün olduğunu düşünüyoruz. Çünkü ileri derecede ödemli enflame ve hatta nekrotik olabilen apendiksde çekum kökünün iskemi durumu ve viabilitesi preperitoneal yaklaşımla görülüp tespit edilemeyeceğinden, bu esnada yapılan apendektomi çok güvenli olmayabilir. Ayrıca bu tip enflame vakalarda yara yeri enfeksiyonları ve gelişen abse formasyonu tedavinin uzamasına hatta ölümcül komplikasyonlara sebep olabilir.

SONUÇ

İnkansere olmuş bir inguinal fitik kesesi içinde inflame bir apendiks vermiformis bulunması nadir bir klinik durumdur. Bu duruma preoperatif tanı konulması zordur. En sık eşlik eden klinik bulgular genelde sağ inguinal alanda ağrı ve şişliktir. Preoperatif tanıda en yardımcı görüntüleme yöntemi bilgisayarlı tomografidir. Tedavi şekli

apendektomi ve destek materyali kullanılmadan yapılacak olan gerilimsiz fitik onarımıdır. Biz amyand fitiğinde; laparoskopik yaklaşımla intraperitoneal tedavi şeklinin; hem tanıyı desteklemede sağladığı faydadan, hem postoperatif komplikasyonların azlığı açısından, hem de hastanın konforu açısından etkili ve güvenilir modern bir yöntem olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR:

1. Gupta S, Sharma R, Kaushik R. Left-sided Amyand's hernia. Singapore Med J 2005;46: 424-5.
2. Öztürk E, Garip G, Yılmazlar T. Amyand herni. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2004;30: 225-6.
3. Thomas WEG, Vowles KGJ, Williamson RCN: Appendicitis in external herniae. Ann R Coll Surg 1982; 64: 121-122.
4. Carey LC. Acute appendicitis occurring in hernias: a report of 10 cases. Surgery 1967; 61: 236-8.
5. Weber RV, Hunt ZC, Kral JC. Amyand's hernia. Etiologic and therapeutic implications of two complications. Surg Rounds 1999; 22: 552-6.
6. Logan MTBS, Nottingham JM. Amyand's hernia: a case report of an incarcerated and perforated appendix within an inguinal hernia and review of the literature. Am Surg 2001; 67 : 628-9.
7. Torres Hernández D, et al. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. Arch Cir Gen Dig 2003; 22 Sep. Available at: www.cirugest.com.
8. Franko J, Sulkowki R. A rare variation of Amyand's Hernia. Am J Gastroenterol 2002; 97 : 2684-5.
9. Armengol Carrasco M, et al. Hernia de Amyand. A propósito de la primera apendicectomía. Cir Esp 2001; 69: 92.
10. Hutchinson R. Amyand's hernia [Internet]. Journal of the Royal Society of Medicine. 1993; 86:104–105.

Multipl Tetik Parmak: Olgu Sunumu

Multiple Trigger Fingers: A Case Report

Pelin Yıldırım¹, Elif Aydın², Apdullah Yıldırım³, İsmail Murat Onyedi⁴

1Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli, Türkiye
2Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye
3Özel Konak Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kocaeli, Türkiye
4Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Türkiye

ÖZET

Tetik parmak, fleksör tendonda ve tendon kılıfında inflamasyon ve hipertrofi sonucu meydana gelir. A1 pulley seviyesindeki bu daralma neticesinde, etkilenen parmakta ağrı, takılma ve fonksiyon kaybı olur. Orta yaşlı kadınlarda veya predispozan bir faktör varlığında daha sık ortaya çıkar. Burada, altta yatan bir patoloji olmaksızın, 7 parmağında eş zamanlı olarak başlamış tetik parmağı bulunan, ve kortikosteroid enjeksiyonu ve cerrahi girişim ile tedavi ettiğimiz genç bir olguyu sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Tetik parmaklar, daraltıcı tenosinovit, parmaklar, enjeksiyonlar

Türkçe Kısa Makale Başlığı: Multipl Tetik Parmak

ABSTRACT

Trigger finger occurs as a result of inflammation and hypertrophy in flexor tendon and tendon sheath. It results pain, triggering and loss of function at the affected finger resulting narrowing at the level of A1 pulley. This condition is more common in middle-aged women and patients who have a predisposing factor. Here, we present a case who have seven trigger finger that begun simultaneously without any underlying pathology and who was treated with corticosteroid injection and surgery.

Key words: Trigger digits, stenosing tenosynovitis, fingers, injections

İngilizce Kısa Makale Başlığı: Multiple Trigger Fingers

İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Pelin Yıldırım

Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli, Türkiye
Tel: 05323801078/ E-Mail: drpeliny@gmail.com

GİRİŞ

Tetik parmak, fleksör tendonda ve tendon kılıfında inflamasyon ve hipertrofi sonucu meydana gelir. A1 pulley seviyesindeki bu daralma neticesinde, etkilenen parmakta ağrı, takılma ve fonksiyon kaybı ortaya çıkar (1).

Prevalansının genel populasyonda %3 olduğu, el cerrahisi kliniklerine başvuru nedenleri arasında ise 4. sırada yer aldığı tahmin edilmektedir (2). Orta yaşlı kadınlarda veya predispozan bir faktör varlığında daha sık görülmektedir. Diabetes mellitus, kollajen doku hastalıkları, hipotirodizm, de Quervain hastalığı, karpal tünel sendromu ve renal hastalık varlığı, tetik parmakla ilişkilendirilmektedir (3,4,5). Tanısı, eşlik eden semptomlar ve fizik muayene ile konur.

Bu raporda, altta yatan bir patoloji olmaksızın, 7 parmağında eş zamanlı olarak başlamış tetik parmağı bulunan, ve kortikosteroid enjeksiyonu ve açık cerrahi girişim ile tedavi edilen genç bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yirmi yaşında erkek hasta, her iki el parmak hareketleri sırasında takılma, kilitlenme ve ağrı yakınmaları ile başvurdu. Lise öğrencisi olan hasta, yaz tatilinde ailesinin geçimini sağlamak için 2 ay önce inşaat işçiliğine başlamıştı. Günde 10-12 saat çalışıyordu. Şikayetlerinin başlangıcından itibaren 1 ay geçmiş ve bu süre zarfında steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar kullanmış, ancak fayda görmemişti.

Fizik muayenede sağ el 2, 3, 4, 5. parmaklarda ve sol el 3, 4, 5. parmaklarda, ekstansiyon sırasında ortaya çıkan ve aktif olarak düzeltilebilen takılma mevcuttu (Resim 1). Tetik parmak açısından aile öyküsü yoktu. Palmar yüzde palpe edilebilen belirgin bir nodül yapısına rastlanmadı. Yapılan radyolojik incelemede, her iki el x-ray görüntülerinde herhangi bir patoloji yoktu. Hastanın, altta yatan olası predispozan bir hastalığı tespit edebilmek amacıyla diabetes mellitus, kollajen doku hastalığı, tiroid ve renal fonksiyonlar açısından yapılan laboratuvar incelemelerinin normal sınırlarda olduğu görüldü. Quinnet sınıflamasına göre, hastanın her iki elde tutulum gösteren 7 parmağı, ikinci derece tetik

parmak olarak sınıflandırıldı (6). Ağrı düzeyi, görsel analog skala (VAS-ağrı) ile; tetiklenme sıklığı (TS) ise yine görsel analog skala kullanılarak (VAS-TS) değerlendirildiğinde, her iki skorunun da 6 olduğu tespit edildi. Etkilenen parmakların tümüne Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanı tarafından lokal kortikosteroid enjeksiyonu uygulandı. Palmar yüzdeki ağrılı bölge üzerine A1 pulley seviyesinden 45° açıyla girilerek, 0,5 cc lidokain %2 + 0,5 cc betametazon dipropiyonat enjeksiyonu yapıldı. (7). Tedavi sonrasında bilateral 5. parmaklardaki ağrı ve takılma tamamen ortadan kalktı. Sağ 2, 3, 4. ve sol 3, 4. parmaklardaki semptomların devam etmesi üzerine (VAS-ağrı: 6; VAS-TS: 6) üç hafta sonra, hastanın fayda görmeyen 5 parmağına ikinci kez lokal kortikosteroid enjeksiyonu uygulandı. Şiddeti azalmakla birlikte şikayetlerin devam etmesi üzerine (VAS-ağrı: 5; VAS-TS: 3) hastaya cerrahi girişim önerildi. Plastik rekonstruktif ve estetik cerrahi uzmanı tarafından açık cerrahi girişim ile longitudinal insizyonla A1 pulley gevşetme yapıldı. Girişim sonrası hastada semptomatik rahatlama sağlandı ve yakınmalar ortadan kalktı. Cerrahi uygulandıktan 1 ay sonra yapılan değerlendirmede VAS-ağrı ve VAS-TS skorları 0 olarak tespit edildi.

TARTIŞMA

Tetik parmak, etiyojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, fleksör tendon ile kılıfı arasındaki uyumsuzluktan kaynaklandığı düşünülen, elde disabiliteye neden olan bir durumdur. Parmak fleksiyonu ve ekstansiyonu sırasında ağrı ve rahatsızlık hissi ile ortaya çıkar. Tedavi edilmediği takdirde bu tabloya parmaklarda takılma ve kilitlenme yakınmaları eklenir. Quinnet, hastalığı 4 evrede incelemektedir: Evre 1'de parmak hareketlerindeki akıcılık kaybolur. Evre 2'de parmakta kilitlenme yardımsız açılabilirken, evre 3'de kilitlenme ancak diğer elin yardımıyla açılabilir. Evre 4'de ise fleksiyon kontraktürü ortaya çıkar (6). Bizim hastamız Quinnet evrelemesine göre evre 2 idi. Hastalar kliniğe evre 1'de başvurabileceği gibi, bizim hastamızda olduğu gibi başvurular çoğunlukla ikinci evrede olmaktadır.

Tetik parmakta önerilen tedavi yaklaşımları; immobilizasyon splintleri, konvansiyonel fizik tedavi

uygulamaları, lokal kortikosteroid enjeksiyonları, perkutanöz gevşetme ve açık cerrahi girişimlerdir (8-11). Kortikosteroid enjeksiyonları, tetik parmakta tedavinin başlangıç seçeneklerinden biri olarak kabul edilmektedir. Tedavi başarısı oranlarının, yaklaşık olarak %57 civarında olduğu gösterilmiştir (12). Bu raporda sunulan vakaya, ilk tedavi seçeneği olarak etkilenen parmaklara kortikosteroid enjeksiyonu uygulanması iki parmakta cerrahi gereksinimini ortadan kaldırmıştır. Bu konu ile ilgili kanıtlar kesin olmamakla birlikte, lokal kortikosteroid enjeksiyonunun tedavi başarısının, palpabl nodülün olmadığı ve birden fazla parmak tutulumunun olduğu durumlarda daha düşük olduğu kabul edilmektedir (7). Bu vakada da etkilenen 7 parmağın 2'si enjeksiyon ile 5'i cerrahi olarak tedavi edilmiştir. Tedavi seçenekleri değerlendirilirken bu durum göz önünde bulundurulabilir.

Treizes ve ark.'nın, idiyopatik tetik parmağı olan 178 kişinin dahil edildiği çalışmasında, hastaların çalıştıkları işe ait özelliklerin, genel popülasyona göre hastalığın ortaya çıkma sıklığı üzerine bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir (13). Literatürde bizim vakamızla benzerlik gösteren bir başka vaka ise Yavari ve ark.'nın cerrahi olarak tedavi ettiği, 6 parmağında eş zamanlı olarak ortaya çıkan tetik parmağı bulunan, genç bir erkek hastadır. Bizim vakamıza benzer şekilde, bu hastanın da iş öyküsünden gitar çaldığı, yani tekrarlayıcı parmak fleksiyonu gerektiren bir işi olduğu anlaşılmaktadır (14).

Predispozan bir faktör olmaksızın 7 parmağın eş zamanlı olarak etkilendiği bu vaka ile, tekrarlayan ve zorlayıcı parmak fleksiyonu gerektiren işlerin, hastalığa yatkınlık oluşturabileceğini vurgulanmıştır.

KAYNAKLAR:

1. Makkouk AH, Oetgen ME, Swigart CR et al. Trigger finger: etiology, evaluation, and treatment. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2008; 1:92-6.
2. Strom L. Trigger finger in diabetes. *J Med Soc N J.* 1977; 74:951-4.
3. Chammas M, Bousquet P, Renard E et al. Dupuytren's disease, carpal tunnel syndrome,

trigger finger, and diabetes mellitus. *J Hand Surg [Am]* 1995; 20:109-14.

4. Koh S, Nakamura S, Hattori T et al. Trigger digits in diabetes: their incidence and characteristics. *J Hand Surg Eur Vol.* 2010; 35:302-5.

5. Akhtar S, Bradley MJ, Quinton DN et al. Management and referral for trigger finger/thumb. *BMJ* 2005; 331:30-3.

6. Quinnell RC. Conservative management of trigger finger. *Practitioner.* 1980; 224:187-90.

7. Akhtar S, Burke FD. Study to outline the efficacy and illustrate techniques for steroid injection for trigger finger and thumb. *Postgrad Med J.* 2006; 82:763-6.

8. Salim N, Abdullah S, Sapuan J, Hafiah NH. Outcome of corticosteroid injection versus physiotherapy in the treatment of mild trigger fingers. *J Hand Surg Eur Vol.* 2012; 37:27-34.

9. Benson LS, Ptaszek AJ. Injection versus surgery in the treatment of trigger finger. *J Hand Surg [Am]* 1997; 22:138-44.

10. Peters-Veluthamaningal C, Winters JC, Groenier KH et al. Corticosteroid injections effective for trigger finger in adults in general practice: a double-blinded randomised placebo controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2008; 67:1262-6.

11. Guler F, Kose O, Ercan EC et al. Open versus percutaneous release for the treatment of trigger thumb. *Orthopedics.* 2013; 36:1290-4.

12. Fleisch SB, Spindler KP, Lee DH. Corticosteroid injections in the treatment of trigger finger: a level I and II systematic review. *J Am Acad Orthop Surg* 2007; 15:166-71.

13. Trezies AJ, Lyons AR, Fielding K et al. Is occupation an aetiological factor in the development of trigger _nger. *J Hand Surg.* 1998; 23:539-40.

14. Yavari M, Hassanpour SE, Mosavizadeh SM. Multiple trigger fingers in a musician: a case report. *Arch Iran Med.* 2010; 13:251-2.