

Cilt/Vol 3 Sayı/Number 12 Aralık/December 2012

ISSN: 1308 – 7185



MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ
MEDICAL JOURNAL OF THE MUSTAFA KEMAL UNIVERSITY

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını
Medical Journal of The Mustafa Kemal University

Yılda 4 kez yayınlanır.

Makale gönderim adresi: mkutipdergi@gmail.com

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ
Medical Journal of The Mustafa Kemal University

Mustafa Kemal Üniversitesi adına Sahibi

Rektör Prof. Dr. Hüsnu Salih Güder

Baş Editör:

Tıp Fakültesi Dekanı: Prof. Dr. Ömer Faruk Kökoğlu

Editörler:

Doç. Dr. Mustafa ARSLAN
Doç. Dr. Ali KARAKUŞ
Yrd. Doç. Dr. Erhan YENGİL

Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dekanlığı
tarafından yayınlanmaktadır.

Dil Editörleri:

Doç. Dr. Mehmet Rami HELVACI
Yrd. Doç. Dr. Seçkin AKKÜÇÜK

Hazırlık ve Baskı:

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Biyostatistik Danışman:

Doç. Dr. Cahit ÖZER
Doç. Dr. Nazan SAVAŞ

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:

Enver Sedat Borazan
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Sekreteri
ISSN: 1308–7185

Dergi Sekreterliği:

Yrd. Doç. Dr. Fatih SEFİL
Dr. İbrahim ORTANCA
Dr. Gökhan DEMİRKIRAN
Dr. Ali ERSOY

Yılda 4 kez yayınlanır.

Makale gönderim adresi: mkutipdergi@gmail.com

Yazışma Adresi:

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi
Mustafa Kemal Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı
31100 Antakya/HATAY
Tel : (326) 2455114
Faks: (326) 2455305

DANIŐMA KURULU

Prof.Dr.Ali Ulvi HAKVERDİ

Prof.Dr.Taşkın DUMAN

Prof.Dr.Ahmet Namık KİPER

Prof.Dr.Hasan KAYA

Prof.Dr.Mehmet YALDIZ

Prof.Dr.Fatih YALÇIN

Prof.Dr.Selim TURHANOĞLU

Prof.Dr.Yaşar Can BAYDİNÇ

Prof.Dr.Ayşe Dicle TURHANOĞLU

Prof.Dr.Ali BALOĞLU

Prof.Dr.Yaşar ÇOKKESER

Prof.Dr. Ali ÖZCAN

Prof.Dr.İ.Murat MELEK

Doç.Dr.Tacettin İNANDI

Doç.Dr.Nizami DURAN

Doç.Dr.Ertap AKOĞLU

Doç.Dr.Sebahat GENÇ

Doç.Dr.Yusuf ÖNLEN

Doç.Dr.Sabahattin OCAK

Doç.Dr.Esin ATİK DOĞAN

Doç.Dr.Hüseyin ÖKSÜZ

Doç.Dr.Mehmet DURU

Doç.Dr.Sinem KARAZİNCİR

Doç.Dr.Muhyittin TEMİZ

Doç.Dr.Ahmet NACAR

Doç.Dr.Mehmet Rami HELVACI

Doç.Dr.Cumali GÖKÇE

Doç.Dr.Hasan HALLAÇELİ

Doç.Dr.Cahit ÖZER

Doç.Dr.Burçin ÖZER

Doç.Dr.Aydiner KALACI

Doç.Dr.Senem ERDOĐMUŐ

Doç.Dr.Cemil TÜMER

Doç.Dr.Sadık GÖRÜR

Doç.Dr.Gölnaz ÇULHA

Doç.Dr.Çağla ÖZBAKIŐ AKKURT

Doç.Dr.A.Çiğdem DOĞRAMACI

Doç.Dr.Őemsettin OKUYUCU

Doç.Dr.Hayal GÜLER

Doç.Dr.Esra OKUYUCU

Doç.Dr.Ayşe YILDIRIM

Doç.Dr.İyad FANSA

Doç.Dr.Mehmet AYDIN

Doç.Dr. İsmail ZARARSIZ

Doç.Dr. Nihat ŐEN

Doç.Dr.A.Burak AKÇAY

Doç.Dr.Cahide YILMAZ

Doç.Dr.Yunus DOĞRAMACI

Doç.Dr.Nazan SAVAŞ

Doç.Dr.Mehmet DEMİR

Doç.Dr.Süleyman OKTAR

Doç.Dr.Zafer YÖNDEN

Doç.Dr.Meryem ÇETİN

Doç.Dr.Oktay Hasan ÖZTÜRK

Doç.Dr.Mustafa ARI

Doç.Dr.Ömer EVİRGEN

Doç.Dr. Bülent AKÇORA

Doç.Dr. Güven KUVANDIK

Doç.Dr. Cem ZEREN

Doç.Dr. Fatmagöl BAŐARSLAN

Doç.Dr. Mustafa KURT

Doç.Dr. Erkan YULA

Doç.Dr.Melek İNCİ

Doç.Dr.Vicdan MOTOR

Doç.Dr.Harun ALP

Doç.Dr.Mürsel DAVARCI

Doç.Dr.Mehmet İNCİ

Doç.Dr. Ramazan AKÇAN

İÇİNDEKİLER

Basit Böbrek Kisti Laparoskopik Dekortikasyonunda Harmonic™ Skalpel Enerji Kaynağı Kullanımının Etkinliği ve Güvenilirliği: Devlet Hastanesi Tecrübesi M. Murat Rifaioğlu, Kadir Önem, Özkan Göğebakan <i>Efficiency and Reliability of Using the Harmonic™ Scalpel Power Supply in Simple Cyst Decortication: A State Hospital Experience</i>	1-8
Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne Yansıyan Yanık Olguları; Eskişehir Deneyimi Adnan Çelikel, Kenan Karbeyaz, Harun Akkaya, Hızır Aslıyüksek <i>Burn Cases Reflected to Forensic Medicine Branch Office; Eskişehir Experience</i>	9-18
Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olan Bebeklerde Respiratuvar Sinsitiyal Virüs Sıklığı ve Klinik Özellikleri Taner Hafızoğlu, İbrahim Şilfeler, İbrahim Cansaran Tanıdır, Şahin Hamilcikan, Fugen Pekun, Asiye Nuhoglu <i>Frequency and Clinical Features Of Respiratory Syncytial Virus Infections in Infants with Lower Respiratory Tract Infection</i>	19-27
Silah Ruhsatı Rapor Başvuruları: Şanlıurfa Örneği Abdullah Atlı, Mahmut Bulut, Cem Uysal, Mehmet Cemal Kaya, Fatih Karababa, Mehmet Güneş, Sever Beşaltı, Yasin Bez, Aytekin Sır, <i>Applications for Gun License Report: Sample of Şanlıurfa</i>	28-38
DERLEME / REVIEW	
Ankilozan Spondilitte Güncel Tedavi Seçeneği: Tümör Nekroz Faktör Alfa Antagonistleri Abdullah Erman Yağız, Nilgül Üstün <i>Current Treatment Option in Ankylosing Spondylitis: Tumor Necrosis Factor Alpha Antagonists</i> .39-47	
OLGU SUNUMU / CASE REPORT	
Foliküler Ameloblastoma: Olgu Sunumu Tümay Özgür, Mehmet Mustafa Akın, Hasan Gökçe, Ercan Akbay, İbrahim Damlar <i>Follicular Ameloblastoma: Case Report</i>	48-52
Nadir Yerleşim ve Tanı Zorluğu Nedeniyle: Sol Diafragmatik Hidatid Kist Yasemin Bilgin Büyükkarabacak, Ayşen Taslak Şengül, Cemgil Öztürk, Selçuk Gürz, M.Gökhan Pirzirenli, Ahmet Başoğlu <i>Due To Rare Location and Difficulty in Diagnosis: Left Diaphragmatic Cyst Hydatid</i>	53-57
Oftalmik Arter Tıkanıklığı Nihan Parlakfikirer, Esra Ayhan Tuzcu, Mesut Coşkun, Özgür İlhan, Emre Ayıntap, Uğurcan Keskin, Hüseyin Öksüz. <i>Ophthalmic Artery Occlusion</i>	58-60

**BASİT BÖBREK KİSTİ LAPAROSKOPIK DEKORTİKASYONUNDA
HARMONIC™ SKALPEL ENERJİ KAYNAĞI KULLANIMININ ETKİNLİĞİ VE
GÜVENİLİRLİĞİ: DEVLET HASTANESİ TECRÜBESİ**

*Efficiency and Reliability of Using the Harmonic™ Scalpel Power Supply in Simple Cyst
Decortication: A State Hospital Experience*

M. Murat RİFAİOĞLU, Kadir ÖNEM**, Özkan GÖĞEBAKAN****

**Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye.*

***Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye.*

****Osmaniye Devlet Hastanesi, Osmaniye, Türkiye.*

Özet

Amaç: Basit böbrek kisti dekortikasyonunda monopolar kesici, plasmakinetik kesici ve argon lazer uygulamaları literatürde yer almaktadır. Bu çalışmamızda amacımız basit böbrek kistin laparoskopik dekortikasyonunda Harmonic™ Scalpel enerji kaynağının kullanımının etkinlik ve güvenilirliğinin belirlenmesidir.

Gereç ve yöntem: Kliniğimizde Mart 2010 ve Ocak 2011 yılları arasında toplam 7 hastaya böbrek kisti nedeniyle transperitoneal laparoskopik kist dekortikasyonu uygulanmıştır. Peritona girilerek pnömoperitoneum oluşturuldu. Todd çizgisi ve gerato açıldıktan sonra kiste ulaşıldı. Kist duvarı Harmonic™ scalpel kullanılarak dekortike edildi. Operasyon lojuna silikon dren konularak operasyon sonlandırıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşları 59 (22-83) olarak bulundu, 5 hasta erkek 2 hasta kadın idi. Kistlerin 4 tanesi sağ, 3 tanesi sol böbrek yerleşimli idi. Kist çapları ortalama 96,1 mm (83-110) idi. Ortalama operasyon süresi 96±8,7 dakika idi. Tüm hastaların loj drenleri 1,8±1,2 gün kaldı. Ortalama yatış süresi 2,5±1,7 gün olarak bulundu. Ortalama takip süresi ise 13,4 (9-19) ay olarak bulundu. Hiçbir hastada semptomatik rekürrens gözlenmedi. Radyolojik rekürrens ise 1 hastada görüldü.

Sonuç: Harmonic™ scalpel laparoskopik böbrek kisti dekortikasyonunda güvenle kullanılacak etkin bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Böbrek kisti, laparoskopi, ultrasonik enerji.

Abstract

Aim: In literature, monopolar cutting forceps, plasmacutic cutting forceps and argon laser were routinely using for laparoscopic renal simple cyst decortication. Our study aim was to determine the efficacy and safety of the use of Harmonic scalpel energy source in simple renal cyst laparoscopic decortication.

Material and methods: In our clinic, 7 patients underwent operated laparoscopic renal cyst excision with transperitoneal approach between January 2006 and February 2010. Pneumoperitoneum was created by entering the peritoneum. After opening line Todd and Gerota cyst has been reached. Cyst wall was decorticated using by Harmonic™ scalpel. After placement of silicone drain operation was terminated.

Results: The mean age of patients was 59 (22-83), 5 patients were male and 2 were female. Cysts were located 4 in the right, 3 in the left kidney. Average cyst diameter was 96.1 mm (83-110). The mean operation time was 96 ± 8.7 minutes. The mean drain time was 1,8±1,2 days. Average hospital stay time was 2.5 ± 1.7 days. Mean follow-up time was 13.4 (9-19) months. Symptomatic recurrence was observed in any patient. In one of the patients had radiological recurrence.

Conclusion: Harmonic scalpel™ is an effective and safe device of laparoscopic renal cyst decortication that can be used.

Key words: Renal cyst, laparoscopy, ultrasonic source.

GİRİŞ

Basit böbrek kistleri 50 yaş üzeri popülasyonun yaklaşık yarısında görülen iyi huylu böbrek lezyonlarıdır (1). Ultrasonografi ve tomografinin, son yıllarda tanısal amaçlı olarak sık kullanılması ile vaka sayısında belirgin artış olmuştur. Basit böbrek kistlerinde, tekrarlayan üriner enfeksiyon ve toplayıcı sisteme bası yapması tedavi endikasyonlarıdır (2).

Laparoskopik yaklaşımla tedaviden önce, semptomatik basit renal kistler için birinci tedavi seçeneği kistin ultrason eşliğinde aspirasyonu ve sklerozan ajan uygulamalarıydı (3). Semptomatik böbrek kistlerin tedavisinde geçmişte açık cerrahi yöntemler de uygulanmış ve yüz güldürücü sonuçlar da alınmıştır ancak açık cerrahi morbiditeyi oldukça arttırmakta ve hasta memnuniyetinin azalmasına sebep olmaktadır (4). Laparoskopik renal kist dekortikasyon yöntemi ilk kez Hulbert ve arkadaşları tarafından açık cerrahiye iyi bir alternatif olarak tanımlanmıştır (5). Basit böbrek kisti laparoskopik dekortikasyonunda monopolar kesici, plasmakinetik kesici ve argon lazer uygulamaları literatürde yer almaktadır (6,7).

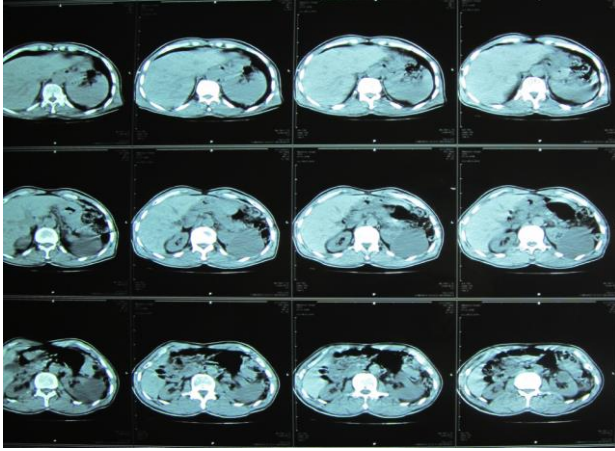
Bu çalışmamızda basit böbrek kistinin laparoskopik dekortikasyonunda Harmonic™ Skalpel enerji kaynağının kullanımının etkinlik ve güvenilirliğinin belirlenmesini amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

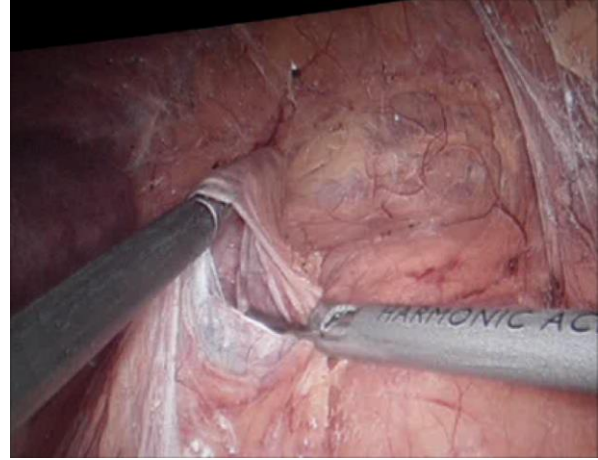
Osmaniye Devlet Hastanesi'nde Mart 2010 ile Ocak 2011 arası basit kortikal böbrek kisti tanısıyla kist dekortikasyonu endikasyonu verilmiş 7 ağrı ve bası etkisi olan semptomatik hasta çalışmaya alındı. Tüm hastalara operasyondan önce rutin biyokimyasal testleri idrar tahlili, idrar kültürü yapıldı, renal ultrasonografi ve abdominal tomografi ile kistler değerlendirildi. Hastaların kist çapları tomografi ile hesaplandı (Resim 1). Kompleks kisti (Bosniak tip 3-4), parapelvik yerleşimli kistleri, multipl kistleri ve daha önce geçirilmiş renal cerrahisi olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Genel anestezi flank pozisyona alındı. Hastalara verilmesinden sonra hastalar rutin 45 üretral sonda konuldu. İlk trokar rektus kasının hemen lateralinden yine açık yöntemle konuldu. Bundan sonra ilk trokar yerinin 4-5cm kadar uzağından bir üçgen oluşturacak şekilde 2 trokar girişi daha yapıldı, sağ ele 10'luk sol ele ise 5'lik trokar tercih edildi. Tüm hastalara 4. bir 5'lik trokar iliak çıkıntının 3 cm medialine ekartasyon için konuldu. Transperitoneal alanda ilk önce omentumun karın duvarına yapışıklıkları düşüldü daha sonra told hattı açılarak kolon mediale devrildi. Gerato fasyası ve yağlı alanlar açıldı kist ortaya konuldu içi aspire edildikten sonra tüm duvarı çepeçevre normal böbrek dokusuna mümkün olan en yakın yerden ultrasonik kesici (Harmonic™ Device Ethicon Cincinnati, Ohio) ile

kesildi ve koterize edildi (Resim 2), kist tabanı koterize edildi ve çıkarılan kist duvarı patolojik incelemeye gönderildi. Loja dren konuldu.



Resim 1: Üst polden alt pole kadar uzanan bası etkisi yapmış sol basit böbrek kisti



Resim 2: Harmonic™ skalpel ile renal kist enüklasyonu

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşları 59 (22-83) olarak bulundu 5 hasta erkek 2 hasta kadındı. Kistlerin 4 tanesi sağ 3 tanesi sol böbrekte yerleşmiş idi. Kistlerin yerleşim yerleri 2 hastada alt polde 1 tanesi orta polde 4 tanesi de üst poldeydi. Bosniak sınıflamasına göre kistlerin 6 tanesi bosniak tip 1, 1 tanesi de bosniak tip 2 idi. Kist çapları ortalama 96,1 mm (83-110) idi.

Hastalarda kan transfüzyonu gerektirecek önemli bir kanama gözlenmedi. Ortalama operasyon süresi $96 \pm 8,7$ dakika idi. Tüm hastaların loj drenleri $1,8 \pm 1,2$ gün kaldı. Ortalama yatış süresi $2,5 \pm 1,7$ gün olarak bulundu. Bir hastada post-operatif dönemde non-steroid analjeziklere yanıt vermeyen ağrı görüldü ve bu hastaların ağrı tedavileri narkotik analjeziklerle yapıldı. Tüm hastaların patolojileri selim kistik hastalık olarak raporlandı. Başka önemli bir komplikasyona rastlanmadı (Tablo 1).

Ortalama takip süresi ise 13,4 (9-19) ay olarak bulundu. Hastalar post operatif 3. 6. ve 12. ay'da daha sonra yıllık USG ile kontrol edildi ve semptomları sorgulandı. 6. ay sonunda yapılan kontrollerde 7 hastanın semptomlarının tamamen gerilediği görüldü. Hiçbir hastada semptomatik rekürrens gözlenmedi. Radyolojik rekürrens ise 1 hastada görüldü (Tablo 2)

Tablo 1- Hastaların özellikleri

Erkek/Kadın	5/2
Yaş	59 (22-83)
Taraf	Sağ 4 (%57,1) Sol 3 (%42,9)
Kist çapı (mm)	96.1 (83-110)
Lokalizasyon	Üst 4 (%57,1) Orta 1 (%14,3) Alt 2 (%28,6)
Öncesinde Perkütan Aspirasyon	Var 0 (%0) Yok 7 (%100)
Operasyon Endikasyonu	Ağrı 5 (%71,5) Toplayıcı sisteme bası 2 (%28,5)

Tablo 2- Operasyona ait sonuçlar

Operasyon süresi (dakika)	96 ± 8,7
Dren süresi (gün)	1,8 ± 1,2
Hastanede yatış (gün)	2,5 ± 1,7
Radyolojik başarı	6 (%85,7)
Semptomatik başarı	7 (%100)
Takip süresi (ay)	13,4 (9-19)

TARTIŞMA

Basit böbrek kisti erişkinlerde sık gözlenen ve yaşla görülme sıklığı artan bir hastalıktır. 40 yaşına kadar her beş kişiden birinde 60 yaşına kadar ise her 3 kişiden birinde basit renal kist saptanabilir (8). Çoğunlukla asemptomatik olan bu kistler ağrı kesicilere cevap vermeyen ağrı, kanama, hipertensiyon, geçmeyen enfeksiyon, toplayıcı sisteme bası yapması ve kitle etkisi oluşturması durumunda tedavi edilmelidirler. Bu endikasyonlarda oldukça küçük bir hasta grubunda konulabilir (9).

Basit renal kistlere sekonder ağrının tedavisinde ilk seçenek nonsteroidal antiinflamatuvar ajanlarla ya da narkotiklerle medikal tedavidir. Bu tedavi yetersiz ya da diğer semptomlar varsa dekompresyon yapılabilir (10). Basit böbrek kistlerinin perkütan tedavisi non-invaziv olması, hastanede yatmayı gerektirmemesi gibi nedenlerden dolayı ilk seçilecek cerrahi tedavi olarak önerilmektedir ancak %78'lere varan nüks oranları bildirilmiştir. Bundan sonra perkütan tedavi ile beraber etanol, glucose phenol, povidone-iodine, tetrasiklin, urea choloxydrolactate, bismuth-phosphate, pantopaque ve polidocanol v.b. birçok sklerozan ajan kullanılmış ve başarı şansı arttırılmak istenmiştir, literatürde başarılı sonuçlar olduğu gibi %32'den %100'e kadar değişen oranda nüksde bildirilmiştir. Kullanılan sklerozan ajanların toplayıcı sisteme göçme, allerji ve anafilaksi gibi yan etkileri olduğu da unutulmamalıdır. Literatürde perkütan tedavinin şansını arttırmak için multipl seanslarda sklerozan madde kullanmışlardır (11-13). Multipl seans sklerozan ajan ile tedaviden iyi sonuçlar alınmıştır ancak 2-3 gün kadar bir hastanede kalış süresi gerektirmesi ve kataterin verdiği rahatsızlık bu yöntemin önemli dezavantajlarıdır (14). Okeke ve ark. perkütan tedavi ile laparoskopik kist tedavisini karşılaştırmışlar ve çalışmanın sonunda laparoskopik eksizyonun daha etkili olduğunu bildirmişlerdir (15).

Açık cerrahi geçtiğimiz yüzyılın başından beri böbrek kistlerinin tedavisinde uygulanmaktadır ve kist tedavisinde en etkili yöntemdir (9). Laparoskopinin ürolojide kullanılması ile birlikte hastalara daha fazla morbidite getiren açık cerrahi artık yerini laparoskopik yöntemlere bırakmaktadır. Laparoskopik böbrek cerrahide uygulanması en kolay yöntemlerden biri olan kist eksizyonu birçok merkezde yapılabilir hale gelmiştir. Laparoskopi yapılan her merkezde mutlaka olması gereken cihaz monopolar elektrokoterdir. Bu cihazla aynı anda kesme ve mühürleme işlemi her zaman mümkün olmayabilir. Sağlam dokuda 1-2 cm kadar hasar oluşturabilir, koterizasyon çok yapılırsa çıkacak dumanla kameranın görüşünü bozabilir ve patolojik inceleme yapılacak dokuda, kömürleşme yaparak patologun işini zorlaştırabilir. Ameliyatlarımızda kullandığımız ultrasonik enerji ile çalışan kesicinin

avantajlarının sağlam dokuda minimal hasar yapması (0.1-0.2 cm kadar), kesme ve mühürleme işlemini aynı anda güvenilir şekilde yapması hatta 6 mm'e kadar olan damarları klip konulmaya gerek olmadan kapatması, bunun yanında minimal duman çıkartarak kameranın görüşünü etkilememesi sayılabilir. Harmonic™ makas saniyede 55,500 defa titreşen yüksek frekanslı ses dalgaları ile dokuda protein denatürasyonu ve koagülasyon oluşturmaktadır (16,17). Biz yaptığımız operasyonlar sırasında Harmonic™ cihaza bağlı bir komplikasyon görmedik hiçbir vakada kanama olmadı ve aşırı duman nedeniyle operasyona ara vermek zorunda kalmadık. Görebildiğimiz tek problemi olarak mühürleme işleminin diğer elektrokoterlere göre biraz daha uzun sürmesidir. Bunun yanında hem koterizasyon hem de kesme yapması, dokuları kesmek için koterizasyon sonrası makas kullanan prosedürlerde, operasyon süresini daha azaltacağı tahmin edilebilir.

Literatürdeki laparoskopik cerrahi uygulanan hastalarda semptomatik başarı %78 ile %100 arasında, radyolojik başarı ise %80 ile %100 arasındadır. Ortalama operasyon süresi 75 dakikadan 194 dakikaya kadar değişmektedir (4,18,19). Thwaini ve ark. (18) 22 hastalık serilerinde ortalama 60 (22-93) ay takip süresince hastaların 17 tanesinde (%77) tam düzelme kalan 5 hastada ise (%23) ağrı kesici almayı gerektirmeyen ağrı bildirmişlerdir. Radyolojik düzelme bu çalışmada %100'dür. Shraishi ve ark. (19) ortalama 69 (13-128) aylık takip süresinde 36 hastada %92 semptomatik %81 radyolojik başarı bildirmişlerdir. Atug ve ark. (4) 45 hastalık serilerinde %91.1 semptomatik düzelme %95.5 radyolojik düzelme bildirmişlerdir ve ortalama takip süreleri 39 (3-96) aydır. Bizim 7 hastalık serimizde ortalama takip süremiz 13,4 ay olup, hiçbir hastamızda semptomatik nüks görülmezken, sadece 1 hastada (%14) radyolojik nüks gözlenmiştir.

Basit böbrek kistlerine hem transperitoneal hem de retroperitoneal olmak üzere iki farklı şekilde yaklaşım olmasına rağmen, en çok tercih edilen yöntem transperitoneal yaklaşımdır. Transperitoneal yaklaşım özellikle anterior ve peripelvik yerleşimi kistler için daha uygun bir yöntem iken, retroperitoneal yaklaşım ise daha çok posterior yerleşimli kistler için tercih edilen yöntemdir. Retroperitoneal yaklaşımda organ yaralanması ve peritonit gibi komplikasyonların riski daha azdır (20). Biz bütün hastalarımıza transperitoneal yaklaşımı uygulandı ve hiçbir hastada komplikasyon görülmedi.

Sonuç olarak, laparoskopik kist dekortikasyonu semptomatik basit böbrek kistlerinin tedavisinde etkili, güvenli ve kalıcı tedavi sağlayan bir yöntemdir. Harmonic™ skalpel laparoskopik böbrek kisti dekortikasyonunda güvenle kullanılacak etkin bir yöntemdir.

Teknolojinin gelişimi ile yeni damar mühürleyiciler üretilmektedir, bunların karşılaştırıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR:

1. Siegel CL, McFarland EG, Brink JA, Fisher AJ, Humphrey P, Heiken JP (1997) CT of cystic renal masses: analysis of diagnostic performance and interobserver variation. AJR Am J Roentgenol 169 (3):813-818. doi:10.2214/ajr.169.3.9275902
2. Amar AD, Das S (1984) Surgical management of benign renal cysts causing obstruction of renal pelvis. Urology 24 (5):429-433
3. Moufid K, Joulal A, Debbagh A, el Mrini M (2002) (Lumboscopic treatment of simple renal cysts: initial experience with 17 cases). Prog Urol 12 (6):1204-1208
4. Atug F, Burgess SV, Ruiz-Deya G, Mendes-Torres F, Castle EP, Thomas R (2006) Long-term durability of laparoscopic decortication of symptomatic renal cysts. Urology 68 (2):272-275. doi:10.1016/j.urology.2006.03.009
5. Hulbert JC (1992) Laparoscopic management of renal cystic disease. Semin Urol 10 (4):239-241
6. Tefekli A, Altunrende F, Baykal M, Sarilar O, Kabay S, Muslumanoglu AY (2006) Retroperitoneal laparoscopic decortication of simple renal cysts using the bipolar PlasmaKinetic scissors. Int J Urol 13 (4):331-336. doi:10.1111/j.1442-2042.2006.01299.x
7. Tuncel A, Aydin O, Balci M, Aslan Y, Atan A (2011) Laparoscopic decortication of symptomatic simple renal cyst using conventional monopolar device. Kaohsiung J Med Sci 27 (2):64-67. doi:10.1016/j.kjms.2010.09.002
8. Laucks SP, Jr., McLachlan MS (1981) Aging and simple cysts of the kidney. Br J Radiol 54 (637):12-14
9. İstanbulluoğlu MO, Koşan, Murat, Çiçek, Tufan, Öztürk, Bülent, Özkardeş, Hakan. (2010) Böbrek Kistlerinin Laparoskopik Dekortikasyonunda Ultrasonik Enerji Kullanımı: Etkin ve Güvenilir Bir Yöntem. Selçuk Üniv Tıp Derg 26 (4):3
10. Wolf JS, Jr. (1998) Evaluation and management of solid and cystic renal masses. J Urol 159 (4):1120-1133
11. Demir E, Alan C, Kilciler M, Bedir S (2007) Comparison of ethanol and sodium tetracycl sulfate in the sclerotherapy of renal cyst. J Endourol 21 (8):903-905. doi:10.1089/end.2006.0462

12. Kilinc M, Tufan O, Guven S, Odev K, Gurbuz R (2008) Percutaneous injection sclerotherapy with tetracycline hydrochloride in simple renal cysts. *Int Urol Nephrol* 40 (3):609-613. doi:10.1007/s11255-007-9316-5
13. Madeb R, Feldman PA, Knopf J, Rub R, Erturk E, Yachia D (2006) Povidone-iodine sclerotherapy is ineffective in the treatment of symptomatic renal cysts. *J Endourol* 20 (6):402-404. doi:10.1089/end.2006.20.402
14. Okeke AA, Mitchelmore AE, Timoney AG (2001) Comparison of single and multiple sessions of percutaneous sclerotherapy of simple renal cysts. *BJU Int* 87 (3):280
15. Okeke AA, Mitchelmore AE, Keeley FX, Timoney AG (2003) A comparison of aspiration and sclerotherapy with laparoscopic de-roofing in the management of symptomatic simple renal cysts. *BJU Int* 92 (6):610-613
16. Meyer F, Ioshii SO, Chin EW, Esser DM, Marcondes RT, Patriani AH, Pimpao Bde F (2007) Laparoscopic partial nephrectomy in rats. *Acta Cir Bras* 22 (2):152-156
17. Yıldırım A BE, Göçer S, Başaran A, Tokuç R. (2009) Laparoskopik bipolar ve ultrasonik enerji aletlerinin kullanımındaki termal yayılımın değerlendirilmesi. *Türk Üroloji Dergisi* 35 (3):5
18. Thwaini A, Shergill IS, Arya M, Budair Z (2007) Long-term follow-up after retroperitoneal laparoscopic decortication of symptomatic renal cysts. *Urol Int* 79 (4):352-355. doi:10.1159/000109722
19. Shiraishi K, Eguchi S, Mohri J, Kamiryo Y (2006) Laparoscopic decortication of symptomatic simple renal cysts: 10-year experience from one institution. *BJU Int* 98 (2):405-408. doi:10.1111/j.1464-410X.2006.06249.x
20. Su L (2006) Laparoscopic renal cyst ablation: Technique and results. *Textbook of laparoscopic urology*. Taylor&Francis Ltd, New York

ADLI TIP ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ'NE YANSIYAN YANIK OLGULARI; ESKİŞEHİR DENEYİMİ

Burn Cases Reflected to Forensic Medicine Branch Office; Eskişehir Experience

*Adnan Çelikel**, *Kenan Karbeyaz***, *Harun Akkaya****, *Hızır Aslyüksek****

**Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Hatay*

***Eskişehir Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Eskişehir*

****Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul*

Özet

Amaç: Yanık olguları adli travmatolojinin önemli konularındandır ve adli mercilere bildirim zorunludur. Bu çalışmada Eskişehir'de meydana gelen yanık olgularına ait verilerin değerlendirilmesi ve literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Eskişehir Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne 01.01.2005 ile 31.12.2011 tarihleri arasındaki 7 yıllık sürede "yanık" nedeniyle başvuran 87 olgunun adli raporları ve hastane dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Olguların %79,3'ünün çocuk olduğu, %62,3'ünün haşlanma yanığı olduğu belirlenmiştir. Düzenlenen adli raporlarında 30 (%34,5) olgunun basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek şekilde yaralanmış, 26 (%29,9) olgunun yaşamsal tehlikesi olduğu saptanmıştır. Çocuk olguların daha çok baş, göğüs ve batin, erişkinlerin ise daha sık ekstremitelerinin etkilendiği belirlenmiştir. Olguların %86,2'sinde (n=75) 2. derece, %13,8'inde (n=12) 2 ve 3. derece yanık saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda yanık olguların oranı literatür verilerine göre düşük bulunmuş olup çoğu yanık olgularının adli vaka olarak değerlendirilmediği düşünülmüştür. Yanıklı çocuk olgularında istismar ve ihmali ihtimalinin bulunması nedeniyle adli tıbbi değerlendirme yapılması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Yanık, çocuk istismarı, adli rapor

Abstract

Aim: Burn cases are important issues of forensic traumatology and it is requisite to inform about burn cases to forensic authorities. The aim of the study was to evaluate the data of burn cases which happened in Eskişehir and to compare with the literature.

Material and methods: In this study, forensic reports and patient folders of 87 burn cases who were admitted to Eskişehir Forensic Medicine Branch Office between 01.01.2005 and 31.12.1011 were evaluated retrospectively

Results: Of the patients, 79,3% of all were children and 62,3% of the cases were burnt by boiling water. It is also detected that 30 cases (34,5%) had simple injuries and 26 cases (29,9%) had risks for death. While, head, chest and abdomen were the most affected body parts in children, extremity burns were the most frequent in adults. Second degree burn was detected in 86,2% (n=75) of cases and second and third degree burn was detected in 13,8% (n=12) of cases.

Conclusion: With the conducted study, the rate of burn cases was found lower than the literature data, so it is thought that burn cases are not generally considered as forensic cases. Because of the possibility of child abuse and neglect in childhood burn cases, forensic medical evaluation should always be performed.

Key words: Burn, child abuse, forensic report

GİRİŞ

İnsanlık tarihinde ateşin bulunması kadar eskilere dayanan yanık, başta çocukluk dönemi olmak üzere tüm yaş grupları için önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olup kalıcı fiziksel hasarlar yanı sıra, yüksek tedavi maliyeti ile adli travmatolojinin en önemli konularındandır (1-3). Adli tıp açısından yanığın meydana geliş şekli, neden olduğu yaralanma ve ölümlerde lezyonun saptanması, orijin ile sebep araştırılması önem taşır (4). Orijin en sık kaza, cinayet veya nadiren intihardır (4-7).

Yanık olgularında meydana gelen hasarı etkileyen faktörler, hastanın yaşı, lezyonun genişliği, derinliği ve ısının temas ettiği süredir (3,8,9). Yanık olguları kapladığı yüzey alanı ve derinliğine göre; basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikte lezyonlara, yaşamsal tehlikeye ya da ölümlere neden olabilir. Yanık olgularında lezyonun genişliğinin saptanması amacıyla dokuzlar kuralı uygulanmaktadır. Baş bölgesi %9, üst ekstremitelerin her biri %9, vücudun ön yüzeyi %18, arka yüzeyi %18, her bir alt ekstremiten %18, boyun bölgesi %1 olarak değerlendirilmektedir (3,10). Epidermal yanıklar 1. derece, dermoepidermal yanıklar 2. derece, derin yanıklar 3. derece olarak sınıflandırılır (3,10-12). Çocuklarda ise dokuzlar kuralı yerine Lund-Browder şemasının daha uygun olduğu bilinmektedir (13). Yanık çocukluk yaş grubu için önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (14-16). Erken çocukluk yaş grubunda tehlikeyi fark edip, kaçma gibi yetiler gelişmediğinden ailelerin özellikle dikkat etmesi gerekmektedir (8). Özellikle 5 yaşın altındaki nedeni belirlenemeyen yanık olgularında ihmalden şüphelenilmesi gerektiği bildirilmektedir (15,16).

Bildirimi zorunlu adli olgulardan olan yanık olgularında, lezyonların zamanla iyileşeceği ve ileride başka hekimlerce adli raporunun düzenlenebileceği düşünülerek ilk muayenede lezyonların ayrıntılı olarak kaydedilmesinin ve özellikle çocuklarda istismar ve ihmalin sorgulanması gerektiğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada, Eskişehir Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne 01.01.2005 ile 31.12.2011 tarihleri arasındaki 7 yıllık sürede “yanık” nedeniyle başvuran olgular retrospektif olarak incelenmiştir. Olgulara ait hastane dosyaları değerlendirilmiştir.

Yanık olguları, yaş, cinsiyet, yaralanma zamanı, olay yeri, yanığın türü, etkilenen vücut bölgesi, yanığın derecesi ve yüzdesi, tedavi biçimi, adli raporun içeriği, ve hastanede yattığı süre açısından değerlendirilmiştir. Yaş grubu ile cinsiyet, lezyonun olduğu vücut bölgesi ile yanık türü, yanık yüzdeleri ile yanık dereceleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Veriler SPSS 16 paket istatistik programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Olguların belirtilen değişkenlere göre frekans ve χ^2 (ki-kare) analizleri yapılmıştır.

BULGULAR

01.01.2005 ile 31.12.2011 tarihleri arasında Eskişehir Adli Tıp Şube Müdürlüğü'nce adli raporu düzenlenmiş 87 yanık olgusu değerlendirilmiştir. Elektrik yanıkları çalışma kapsamına alınmamıştır.

Olguların en küçüğü 18 aylık, en büyüğü 41 yaşında olup, yaş ortalaması $11 \pm 9,3$ olduğu belirlenmiştir. Olguların 69'unun (%79,3) çocuk olduğu belirlenmiştir. Yaş grubunun cinsiyete göre dağılımı Tablo I'de sunulmuştur. Yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımı değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Çocuk olguların yaş grubu dağılımı Şekil I'de sunulmuştur.

Yaralanmanın meydana geldiği yer açısından bakıldığında olguların 71'inin (%81,6) ev içi mekânlarda, 10'unun (%11,5) iş yerlerinde, 6'sının (%6,9) açık alanlarda meydana geldiği saptanmıştır. Tüm olguların anamnezlerinde yanıkların kaza nedeniyle oluştuğunun ifade edildiği görülmüştür.

Yaş grubuna göre, yanık olan vücut bölgelerine göre dağılımı Tablo I'de sunulmuştur. Yaş grubu ile yanık olan vücut bölgeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Çocukların daha çok baş, göğüs ve batin bölgelerinin etkilendiği, erişkinlerin ise daha sık ekstremitelerinin etkilendiği belirlenmiştir.

Yanık türlerine bakıldığında, olguların 55'inin (%63,2) sıcak su, süt, çay veya yemek dökülmesine bağlı haşlanma yanığı olduğu, 21'inin (%24,1) alev yanığı olduğu, 11'inin (%12,7) sıcak cisimle temas olduğu saptanmıştır. Yanık türleri ile yaş grubu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo I) ($p<0,001$). Haşlanma yanıklarının sıklıkla çocuklarda görüldüğü belirlenmiştir.

Çocukluk çağında yanığa maruz 69 olgu için yanık bölgeleri ayrıntılı olarak değerlendirildiğinde, olguların 22'sinde (%31,9) göğüs bölgesinde, 13'ünde (%18,8) batin bölgesinde, 10'unda (%14,5) baş ve yüz bölgesinde, 24'ünde ise (%34,8) ekstremitelerde yanık olduğu belirlenmiştir.

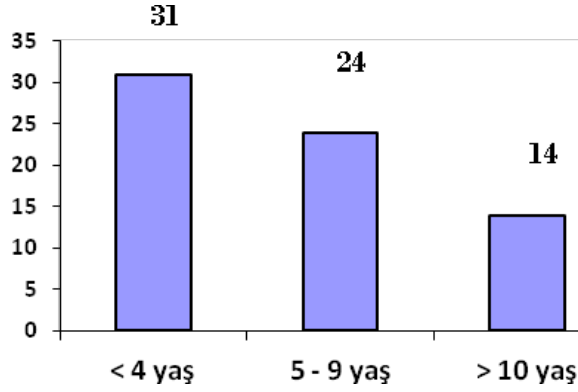
Olguların %86,2'sinde (n=75) 2. derece, %13,8'inde (n=12) 2 ve 3. derece yanık saptanmıştır (Tablo II). En düşük yanık alanı %3, en yüksek yanık alanı ise %45 olarak saptanmıştır. Ortalama yanık alanı $11,3 \pm 8,8$ saptanmıştır.

Tablo I. Yaş grubuna göre, yanık olan vücut bölgelerinin, yanık türlerinin ve adli rapor içeriklerinin dağılımı

Cinsiyet	Yaş Grupları		Toplam		
	18 yaş ve altı	18 yaş üzeri	n	%	
Erkek	51	14	65	74,7	Fisher's Exact Test p>0,05
Kadın	18	4	22	25,3	
Toplam	69 (%79,3)	18 (%20,7)	87	100	
Vücut Bölgesi					
Baş, göğüs ve Batın	45	5	50	57,5	χ^2 :8.187 p<0,01
Ekstremiteler	24	13	37	42,5	
Toplam	69 (%79,3)	18 (%20,7)	87	100	
Yanık Türleri					
Haşlanma	50	5	55	63,2	χ^2 :12,259 p<0,001
Alev, sıcak cisim teması	19	13	32	36,8	
Toplam	69 (%79,3)	18 (%20,7)	87	100	
Yaşamsal tehlike					
Var	25	1	26	29,9	Fisher's Exact Test p<0,05
Yok	44	17	61	70,1	
Toplam	69 (%79,3)	18 (%20,7)	87	100	

Tablo II: Yanık derecelerinin yanık yüzdelerine göre dağılımı

Yanık Yüzdeleri (%)	Yanık Dereceleri	
	2. derece	2. -3. derece
1-4	10	1
5-9	28	4
10-14	17	2
15-19	12	2
>20	8	3
Toplam	75 (%86,2)	12 (%13,8)



Şekil I. Çocuk olguların yaş gruplarının dağılımı.

Olguların %36,8'inde (32 olgu) yanığın vücutta kapladığı alan %5 – 9 olarak saptanmıştır. Yanığın vücutta kapladığı alan 11 olguda (%12,6), %1-4, 19 olguda (%21,9) %10-14, 14 olguda (%16,1) %15-19, 11 olguda da (%12,6) %20'nin üzerinde olarak belirlenmiştir. Yanık derecelerinin yanık yüzdelerine göre dağılımı Tablo II'de verilmiştir.

Olguların dosyaları üzerinde yapılan adli tıbbi değerlendirmeler sonucunda, 30 (%34,5) olgunun basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek, 57 (%65,5) olgunun ise giderilebilecek ölçüde yaralandığı saptanmıştır. 26 (%29,9) olgunun yaşamsal tehlikesi olduğu saptanmıştır. Yaşamsal tehlike saptanan olguların 25'inin çocuk olduğu belirlenmiştir (Tablo I) ($p < 0,05$). Adli raporlarında, yaşları 2, 3 ve 5 olan sırtlarında düzgün kenarlı yanığı olan üç olguda ve kalçasında bilateral haşlanma yanığı olan 7 yaşındaki bir olguda lezyonlar ayrıntılı tariflenerek çocuk istismarı açısından özellikle sorgulanması gerektiği yönünde bildirim yapılmıştır.

Olguların 39'u (%44,8) Acil Serviste ayaktan, 48'i (%55,2) hastanede yatarak tedavi görmüştür. Olguların hastanede kalış süreleri en az 2, en çok 41 gün olarak belirlenmiştir. Olguların 72'si (%82,8) medikal, 15'i (%17,2) cerrahi tedavi görmüştür. Cerrahi tedavi olarak debritleme ve greftleme yapıldığı saptanmıştır.

TARTIŞMA

Yanık, başta çocukluk dönemi olmak üzere tüm yaş grupları için önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Yapılan çalışmalarda, yaş, cinsiyet, etkilenen vücut bölgesi, yanığın türü başta olmak üzere birçok faktörün mortalite üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (3,8-11). Sunulan çalışmada non-fatal olgular değerlendirilmiştir.

Yanık olguları adli travmatolojinin önemli konularından olup, adli mercilere bildirim zorunludur. Çalışmanın yapıldığı 7 yıllık sürede birimizce yaklaşık 63 bin adli rapor

düzenlenmiştir. Bunların yalnızca 87'sini yanık olguları oluşturmaktadır. Bu durum birinci basamakta veya acil servislerde çalışan hekimlerin yanık olgularını genellikle adli vaka yapmadıklarını düşündürmektedir. 2001-2007 yılları arasındaki 7 yıllık dönemde yanığa maruz kalan çocuk olguların değerlendirildiği bir çalışmada olguların %64,1'inin acil hekimlerince adli vaka olarak değerlendirilmediği saptanmıştır (17). İlimizde 1996-2000 yılları arasında sadece üniversite hastanesine 317 yanık olgusunun başvurduğu belirlenmiştir (18). İlimizde çok sayıda özel hastane ve iki devlet hastanesi olduğu düşünüldüğünde bu rakamın çok daha fazla olacağı aşikardır. Ancak çalışmamızda 5 yıllık sürede ilimizdeki adli raporların tamamına yakını düzenleyen şube müdürlüğümüze sadece 87 olgunun müracaat etmesi, yanık olgularının adli vaka kapsamında değerlendirilmediğini göstermektedir.

Yanık başta çocukluk dönemi olmak üzere, tüm yaş grupları için önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Çocukluk çağı travmalarında yanık üçüncü sırada yer almaktadır (1). Sunulan çalışmada olguların 69'unun (%79,3) çocuk olduğu, yaş ortalamasının $11 \pm 9,32$ olduğu ve 31 olgunun (%35,6) 4 yaş ve altında olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda belirlenen yaş ve cinsiyete ilişkin veriler literatür ile uyumlu bulunmuştur (1,8,14-22).

Yanık olgularında travmanın ağırlığını etkileyen faktörler, yaş, lezyonun derinliği ve kapladığı yüzey alanıdır (10,11,17,23,24). Tayvan'da yanıkla ilgili yapılan epidemiyolojik bir çalışmada ortalama %14'lük vücut bölgesinin yandığı belirlenmiştir (25). Eskişehir'de çocukluk çağı yanık olgularının değerlendirildiği bir çalışmada ise ortalama %9,4 oranında vücut bölgelerinin etkilendiği bildirilmiştir (17). Çalışmamızda ise ortalama yanık alanı %11,3 olarak belirlenmiştir.

İzmir'de 149 yanık olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada, olguların 113'ünde (%75,8) 2. derecede yanık olduğu bildirilmiştir (23). Eskişehir'de yapılan çalışmada 209 olgunun 177'sinde 2. derece ve 32'sinde 2. ve 3. derece yanık olduğu belirtilmiştir (17). Sunulan çalışmada olguların %86,2'sinde (n=75) 2. derece, % 13,8'inde (n=12) 2 ve 3. derece yanık saptanmıştır.

Yeni Türk Ceza Kanunu kapsamında adli travmatoloji olgularının değerlendirildiği klavuz dikkate alındığında, beş yaşın altındaki çocuklarda %20'den fazla 1. derece yanık, beş yaşın altındaki çocuklarda %5-15 arası 2. derece yanıklar, beş yaşın üzerindeki kişilerde %10-20 arası 2. derece yanıklar ile % 10'unun altında 3. derece yanıklar basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek lezyonlar olarak tanımlanmıştır. Beş yaşın altındaki çocuklarda %15'ten fazla, beş yaştan büyük kişilerde ise %20'nin üzerindeki 2. derece yanık yaşamsal tehlike arz eder. Ayrıca %10'dan fazla 3. derece yanık şahsın yaşamını tehlikeye sokmaktadır (10).

Olguların dosyaları üzerinde yapılan adli tıbbi değerlendirmeler sonucunda, 30 (%34,5) olgunun basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek, 57 (%65,5) olgunun ise giderilebilecek ölçüde yaralandığı saptanmıştır. 26 (%29,9) olgunun yaşamsal tehlikesi olduğu saptanmıştır.

İran'da çocukluk dönemi yanık olgularının değerlendirildiği bir çalışmada, 0-5 yaş grubundaki olguların %80,4'ünün (19), Tayvan'da 12.381 yanıklı çocuk üzerinde yapılan başka bir çalışmada da %76,8'nin haşlanma yanığı olduğu bildirilmiştir (25). Ali Ustaoglu ve arkadaşlarının İstanbul'da yaptığı yanığa maruz kalmış 136 çocuğu değerlendirildiği çalışmada olgularının %77,2'sinin haşlanma yanığına maruz kaldığı bildirilmiştir (16). Eskişehir'de yapılan çalışmada olguların %81,8'i haşlanma yanığına maruz kalmıştır (17). Çalışmamızda olguların 55'inin (%63,2) sıcak su, süt, çay veya yemek dökülmesine bağlı haşlanma yanığı olduğu, 21'inin (%24,1) soba ve alev yanığı olduğu, 11'inin (%12,7) sıcak cisimle temas olduğu saptanmıştır. Haşlanma yanıklarının sıklıkla çocuklarda meydana geldiği saptanmıştır (Tablo I, $p < 0,001$). Çocuklar yürümeye ve harekete yeni başladıklarından kazalara karşı savunmasızlardır. Mutfak, banyo gibi yerlerde dikkatsizlik sonucu, sıcak su, yemek, çay veya sütün dökülmesi en sık rastlanılan durumlardır (8,25,26). Bunun yanı sıra, bu tür yanıkların istismar amacıyla bilinçli, olarak oluşturulabileceği de unutulmamalıdır. Haşlanma yanıklarının; sıçrama tarzında olmadığı, sınırlarının keskin ve lokalize olduğu, sırtta ve genital bölgede, bilateral ve simetrik tarzda olduğu unutulmamalıdır. Lezyonun çocuğun yaşı ile uyumsuz olduğu olgularda istismar veya ihmalden şüphelenilmelidir. Başka fiziksel bulguların eşlik ettiği ve çelişkili anamnez verildiği, anamnez ile lezyonun uyumsuz olduğu olgularda istismar veya ihmal olasılığı yüksektir (11,15,27). İstismar ve ihmal olgularında, aileler genellikle eylemi çocuğun kendisinin yaptığını veya evdeki diğer çocukların yaptığını ifade ederler (11). İhmal açısından tartışılan bir olguda, Şanlıurfa'da 2 aylık bir erkek çocuk, baş bölgesinde haşlanma yanığı nedeniyle üniversite hastanesine getirildiği, öyküsünde 18 aylık olan erkek kardeşinin sıcak tülbenti yanlışlıkla bebeğin yatağına koyduğunun söylendiği bildirilmiştir (28). İngiltere'de 195 çocukluk çağı yanık olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada, olguların 30'unda (%15,4) yanığın nedeninin istismar olduğu, istismar amacıyla oluşturulan yanıkların en sık genital bölgede ve elde olduğu, kaza ile oluşan yanıkların en sık gövde ön yüzde olduğu bildirilmiştir (28). Elazığ'da babası tarafından sıcak su ve kızgın demirle yakıldığı bildirilen beş yaşındaki bir kız olgu sunulmuştur (2). İstismar amaçlı yanıkların en sık 3 ve daha büyük yaşlarda, kaza kökenli yanıkların ise en sık 2 yaşına kadarki çocuklarda görüldüğü bildirilmiştir (11). Çalışmamızda olguların 48'i (%55,2) hastanede yatarak tedavi görmüştür. Olguların hastanede kalış süreleri

en az 2, en çok 41 gün olarak belirlenmiştir. Ancak dosya incelemelerinden olguların hiçbirine çocuk istismarı tanısı konulmadığı veya bu yönde gereken incelemelerin yapılmadığı anlaşılmıştır. Adli raporlarında, yaşları 2, 3 ve 5 olan sırtlarında düzgün kenarlı yanığı olan üç olguda ve kalçasında bilateral haşlanma yanığı olan 7 yaşındaki bir olguda lezyonlar ayrıntılı tariflenerek çocuk istismarı açısından özellikle sorgulanması gerektiği yönünde bildirim yapılmıştır.

Sonuç olarak, yapılan çalışma, yanık nedeniyle acil servise başvuran olgularının çoğunlukla adli vaka yapılmadığını düşündürmüştür. Türk Ceza Kanunlarına göre, kanunları bilmemek mazeret sayılmaz, adli vakaları bildirmemek bir suçtur. Bu bakımdan başta acil servislerde çalışan hekimler olmak üzere tüm hekimlere yanık olgularının tümünün adli vaka olduğunu hatırlatmak ve vurgulamak gerekmektedir. Özellikle yanıklı çocuk olgularda, istismar ve ihmal her zaman akılda tutulmalı ve adli mercilere bildirim yapılmalıdır. Ayrıca ailelere çocuklarında yanığa neden olabilecek kazalar konusunda eğitim programları yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Foglia RP, Moushey R, Meadows L, Seigel J, Smith M. Evolving treatment in a decade of pediatric burn care. *J Pediatr Surg.* 2004;39(6):957-60.
2. Açık Y, Deveci SE, Yıldırım AM, Okur Mİ. Bir fiziksel istismar olgusu. *Dicle Tıp Dergisi.* 2003;30(3): 14-18.
3. Eke M, Soysal Z (Editör). Adli Tıp. Cilt II. In: Soysal Z, Çakalır C. Fiziksel etkenlerle oluşan zararlar. 2nci Baskı, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1999: 653-78.
4. Polat O. (Editör). Klinik Adli Tıp. In: Polat O. Kazalar. 1nci Baskı, İstanbul. Seçkin Yayıncılık, 2004:288-315.
5. Yılmaz M, Cengiz M, Döşemeci L, Şanlın S, Çoşkunfırat K, Ramazanoğlu A. Yetmişaltı ağır yanıklı olguda yoğun bakımda mekanik ventilasyon uygulamaları, gelişen komplikasyonlar ve prognoz. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık.* 2006; 17(2):133-39.
6. Maghsoudi H, Samnia R, Garadaghi A, Kianvar H. Burns in pregnancy. *Burns.* 2006;32:246-50.
7. Kumar V, Mohanty MK, Kanth S. Fatal burns in manipal area: a 10 year study. *Forensic Leg Med.* 2007;14(1):3-6.

8. Aytaç S, Özgenel GY, Akın S, Kahveci R, Özbek S, Özcan M. Güney Marmara bölgesindeki çocuklarda yanık epidemiyolojisi. *Uludağ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004; 30(3):145–49.
9. Corpron CA, Martin AE, Roberts G, Besner GE. The pediatric burn unit. A profit center. *J Pediatr Surg*. 2004; 39(6):961–63.
10. Haluk İ, Kandemir E, Fincancı ŞK, Özalp B, Aksu K, Güloğlu R. Yanık travmalarında hayati tehlike kararına yeni yaklaşım. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008;71:1–4.
11. Polat O. (Editör) Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-Tanımlar. In: Polat O. Yanıklar. 2nci Baskı. İstanbul. Seçkin Yayınları, 2007: 71–5.
12. Tunalı İ. (Editör). Adli Tıp. In: Tunalı İ. Yüksek hararet tesiri ile meydana gelen arızalar. 2nci Baskı. Ankara. Seçkin Yayınları, 2001:129–32.
13. K Taviloğlu, C Ertekin, R Güloğlu (Editör). Travma ve Resüsitasyon, Kursu Kitabı In: Elmas I, Ince H, Tümer AR. Travmada adli Sorumluluk. 1nci Baskı İstanbul. Logos Yayıncılık, 2006:223–29.
14. Sakallıoğlu AE, Başaran Ö, Tarım A, Kut A, Türk E, Haberal M. Türkiye’de çocukluk çağı yanık travması: 9 yıllık deneyimin analizi. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık*. 2006; 17(1):46–51.
15. Zor F, Tuğcu H, Açıkel CH, Deveci M, İskender S, Toygar M, Şengezer M. 0–15 Yaş arası çocukluk çağı yanık olgularının değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*. 2008;13(1):5–8.
16. Aliustaoğlu S, Ince H, Ince N, Yazıcı Y, Berber G, Güloğlu R. Evaluation of "life-threatening" definition and negligence in children treated in the emergency surgery service burn unit (from the viewpoint of forensic medicine). *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2010;16(2):170-3.
17. Gündüz T, Karbeyaz K. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Servisine başvuran yanık olgularının değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2008;30(3): 1-8.
18. Kocatürk BK, Teyin M, Balcı Y, Eşiyok B. Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne Başvuru Yapmış Yanık Olgularının Değerlendirilmesi *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2005;25(3):400-6.
19. Maghsoudi H, samnia N. Etiology and outcome of pediatric burn in Tabriz, Iran. *Burns*. 2005;31:721–25.
20. Zaloga WF, Collins KA. Pediatric homicides related to burn injury: a retrospective review at the medical university of South Carolina. *J Forensic Sci*. 2006;51(2):396–9.

21. Rawlins JM, Khan AA, Shenton AF, Sharpe DT. Epidemiology and outcome analysis of 208 children with burns attending an emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2007;23(5):289–93.
22. Xin W, Yin Z, Qin Z, Jian L, Tanuseputro P, Gomez M, Beveridge M, Zhenjiang L. Characteristics of 1494 pediatric burn patients in Shanghai. *Burns.* 2006;32(5):613-8.
23. Arısoy Y, Özkara E, Vayvada H, Can İÖ, Yemişçigil a. Yanıkların medikolegal değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni.* 2001; 6(1):14-7.
24. Karabulut B. Çocuklarda yanığın basit tedavisi. *Klinik Pediatri.* 2002;1(3):125–7
25. Tung KY, Chen ML, Wang HJ, Chen GS, Peck M, Yang J, Liu CC. A seven-year epidemiology study of 12,381 admitted burn patients in Taiwan--using the Internet registration system of the Childhood Burn Foundation. *Burns.* 2005;31(1):12–7.
26. Light TD, Latenser BA, Heinle JA, Stolpen MS, Quinn KA, Ravindran V, Chacko J. Jaggery: An avoidable cause of severe, deadly pediatric burns. *Burns.* 2008;18:1–3.
27. Sever M, Cekin A. Sıra dışı bir çocuk yanık olgu sunumu, kaza mı, ihmal mi yoksa istismar mı? *Akademik Acil Tıp Dergisi.* 2007; 5(4):40–2
28. Hobbs CJ. When are burns not accidental? *Archives of Disease in Childhood.* 1986;61:357-61.

ALT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU OLAN BEBEKLERDE RESPIRATUVAR SİNSİTİYAL VİRÜS SIKLIĞI VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Frequency and Clinical Features of Respiratory Syncytial Virus Infections in Infants with Lower Respiratory Tract Infection

Taner Hafızoğlu^{}, İbrahim Şilfeler^{**}, İbrahim Cansaran Tanıdır^{*}, Şahin Hamilcikan^{*}, Fugen Pekun^{*}, Asiye Nuhoglu^{*}*

^{*}Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

^{**}Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet

Giriş: Respiratuvar sinsityal virüs (RSV) 2 yaş altı süt çocuklarında en önemli alt alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) etkenidir. Özellikle 6 aydan küçük süt çocuklarını, prematürelere, kronik akciğer hastalığı olanları, doğumsal kalp hastalığı olanları ve immün sistem hastalığı olan çocukları etkilemektedir. Çalışmamızda klinik olarak ASYE tanısı konulan 0–1 yaş grubundaki hastaların RSV sıklığının ve klinik özelliklerinin araştırılmasını amaçladık.

Yöntem: Hastanemiz Çocuk Acil Servisinde ASYE tanısı konulan 50 hasta çalışmaya alındı. Hastalar 8 saat süre ile monitörlene edilerek izlendi. Hastalardan nazofaringeal fırça ile nazofaringeal sürüntü örneği alınarak Coris marka RSV respi-strip hızlı tanı kiti ile RSV antijeni tarandı. İstatistiksel veri analizi için SPSS 16,0 programı kullanıldı.

Bulgular: Hastalarımızda RSV sıklığı % 46 (23/50) olarak saptandı. Cinsiyete göre RSV sıklığı açısından anlamlı fark saptanmadı. Hastaneye yatış oranları cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkek hastaların kız hastalara göre 1,6 kat daha fazla olduğu görüldü. Hastaneye yatırılan hastalarda yatışa etki eden faktörler hastanın yaşı, başvuruda morarma yakınmasının olması, RSV antijen pozitifliği ve izlemde solunum sistemi yakınmalarının devamı olarak saptandı. Çalışmaya alınan hastalardan 1 tanesi solunum ve kalp yetersizliği nedeniyle kaybedildi. Diğer hastaların prognozu iyiydi. Çalışmamızda mortalite %2 idi. RSV açısından riskli 2 hastamızda Palivumab profilaksis uygulanıyordu. Bu hastalarda RSV antijeni negatif saptandı.

Sonuç: RSV, 1 yaş altındaki Türk çocuklarında önde gelen ASYE nedenidir. Ayrıca sütçocukluğu döneminde özellikle riskli gruptaki hastalarda önemli mortalite ve morbiditeye yol açmaktadır. Çalışmamızda hastalarımızın prognozu genel olarak iyiydi. Nazofaringeal fırça ile alınan sürüntü örneğinden RSV antijen saptanması hızlı tanı yöntemi olarak uygun bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Bronşiyolit, süt çocukluğu, RSV antijeni

Abstract

Aim: Respiratory syncytial virus (RSV) is a major etiological agent of lower respiratory tract infection (LRTI) in infants younger than two years of age. It affects usually low birth weight or Premature infants and children who have chronic pulmonary disease, congenital heart disease and immun deficiency. This study evaluated the incidence and clinical patterns of RSV infection in infants with LRTIs.

Methods: Over a 2-month period 50 children younger than 1 years of age presented with LRTIs at our Hospital, Pediatric Emergency Department were evaluated. Nasopharyngeal secretions were collected for viral investigation of RSV antigen using RSV respi-strip rapid diagnose kits. Associations of variables were tested using standard statistical tools on SPSS 16.0.

Results: The frequency of RSV infection was 46% (23/50) for our patient group. There wasn't any difference between male and female gender for the frequency of infection. The hospitalization ratio was lower for female gender (1/1.6). Risk factors associated with hospitalization were the age of patient, occurrence of cyanosis at presentation, positivity of RSV antigen, and continuation of complaints of respiratory tract. Mortality was % 2 in our patient group (one patient was lost with pulmonary and cardiac failure). 7 patients have risk factors (5 patients were premature and 2 patients have congenital heart disease). 2 patients were used Palivumab for prophylaxis. We detected RSV antigen negative who are used palivizumab for prophylaxis.

Conclusions: RSV is a major etiological agent of lower respiratory tract infection in Turkish infants younger than one years of age. RSV is the leading cause of mortality and morbidity in infancy, especially for patients with associated risk factors. Our patients prognosis generally was good. The antigen detection kit for RSV (Coris Biokonsept RSV Respi–Strip) from nasopharyngeal secretions was a suitable and accurate diagnostic method.

Key words: Bronchiolitis, infancy, RSV antigen

GİRİŞ

Alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) tüm dünyada bebek ve süt çocuklarında mortalite ve morbiditenin ana nedenleri arasındadır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2002 yılında ASYE dünya çapında 3,9 milyon ölüme neden olmuştur. Tüm enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümlerin %6,9'unu oluşturmaktadır ve halen 5 yaş altı ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır (2).

Yapılan çalışmalarda 0–2yaş grubunda ASYE'na genellikle virüsler sebep olmaktadır. 0–2 yaş grubunda viral ASYE'nin en sık nedeni respiratuvar sinsityal virüs (RSV)'tür. Vakaların % 50'sinden sorumludur (1). DSÖ verilerine göre tüm dünyada yılda 64 milyon yeni vaka ve yıllık 160000 ölümden sorumludur (2). Sadece ABD'de yılda 100000 – 125000 hastaneye yatışa ve her yıl 450'den fazla ölüme neden olmaktadır (3,4). RSV 2 yaş altındaki bebek ve süt çocuklarında pnömoni, bronşiyolit, trakeobronşit ve krup'un önemli nedeni iken büyük çocuk ve erişkinlerde üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) bulgularıyla kendini göstermektedir (5). RSV'ye bağlı ASYE en fazla 3–4 aylık süt çocuklarında görülmektedir (3).

RSV'ye karşı özgün bir tedavi yöntemi olmaması nedeniyle sıkça hafifletici tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Ciddi ASYE olan hastalarda yardımcı solunum yöntemleri tedavi seçeneği olarak kullanılabilir (6).

Profilaksi şiddetli enfeksiyonun kontrol altına alınması amacıyla kullanılmaktadır. Bu amaçla poliklonal RSV–intravenöz immünglobulin (RSV–IVIg [RespiGam]) ve monoklonal antikolar (Palivizumab) kullanılmaktadır. Profilaktik antikor tedavisi yüksek maliyet nedeniyle sadece yüksek riskli hastalar için önerilmektedir (7,8).

Bebek ve süt çocuklarında viral ASYE'nin en önemli nedeninin RSV olması nedeniyle Çocuk Acil Servisimizde ASYE tanısı konulan hastalarda RSV sıklığının belirlenmesini ve hastalığın klinik özelliklerinin değerlendirilmesini amaçladık.

MATERYAL ve METOD

Nisan – Mayıs 2008 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisine ASYE belirti ve bulgularıyla başvuran 0–1 yaş grubundaki 50 hasta çalışmaya alındı. Hastalar rastgele olarak seçildi ve çalışma prospektif olarak yürütüldü. ASYE bulguları; öksürük, hırıltı, ateş, morarma ve nefes almada zorluk yakınmaları ve muayenedetakipne, apne, siyanoz, çekilmeli solunum, hışıltı, oskültasyonla ekspiryum uzunluğu, ral ve ronkus saptanması ile belirlendi.

Çalışmaya alınan hastalardan ilk 24 saat içinde hekim tarafından nazofaringeal fırça ile sürüntü örneği alındı. Alınan örnek 0,5 ml (16 damla Coris marka test solüsyonu) test solüsyonuna eklenip 10 dk geçtikten sonra Coris marka Biokonsept RSV Respi–Strip test çubuğu daldırılarak 15 dk daha bekletildi. Test çubuğundaki tek çizgi negatif, çift çizgi ise pozitif sonucu gösterdi. Toplam test 25 dakikada tamamlandı.

İstatistiksel veri analizi için SPSS 16,0 programı kullanıldı. Karşılıklı kıyaslama ve yatışa etki eden faktörlerin değerlendirilmesi için Nonparametrik İki Örnek Kolmogrov-Simirnov testi ve Mann–Whitney U testleri, Palivizumab etkinliğinin değerlendirilmesinde ise Varyans Analiz yöntemi kullanıldı. $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

ASYE tanısı konulan 0 – 1 yaş grubundaki 50 hastamızın 25'i kız, 25'i erkekti. Başvuru anında hastaların yaşları 21 – 350 gün arasındaydı. Yaş ortalaması erkeklerde 148,1 gün, kızlarda ise 146 gündü. Başvuru öncesinde yakınmaların başlama süresi 1 – 29 gün, ortalama $5,38 \pm 5,8$ gün olarak hesaplandı.

Başvuru anındaki yakınmaları Çalışmaya alınan hastaların 47'sinde hırıltı (%94), 47 hastada öksürük (%94), 30 hastada nefes almada zorluk (%60), 18 hastada ateş (%36), 9 hastada morarma (%18), 8 hastada diğer yakınmalar (%16) mevcuttu.

Kliniğimize başvuran ve ASYE tanısı konulan hastalardan 5'inin genel durumu iyi (%10), 41'inin genel durumu orta (%82), kalan 4 hastanın ise genel durumu kötüydü (%8).

Fizik muayenede hastaların 32'sinde interkostal çekilme (İKÇ) (%64), 27'sinde subkostal çekilme (SKÇ) (%54), 9'unda burun kanadı solunumu (BKS) (%18), 1'inde suprasternal çekilme (SSÇ) (%2), 32'sinde takipne (%64), 6'sında siyanoz (%12) mevcuttu. 7 hastada ise inspeksiyonla herhangi bir bulgu saptanmadı (%14). Akciğer oskültasyonunda ise 44 hastada ekspiryum uzunluğu (%88), 44 hastada ronkus (%88), 32 hastada ral saptandı. Bayın muayenesinde 32 hastada hepatomegali saptandı.

Atak sayısı sorgulandığında hastalarımızın 31'inde ilk atak (%62), 15'inde 2 atak (%30), 3'ünde 3 atak (%6), 1'inde ise 4 ve üzerinde atak (%2) mevcuttu. RSV antijeni pozitif olan hastaların 18'inde ilk atak (%78,2), 3'ünde 2. atak (%13,8), 1'inde 3. atak (%4), 1'inde 4 ve üzeri atak (%4) mevcuttu.

Hastalar RSV enfeksiyonu açısından ciddi risk faktörü yönünden sorgulandığında, 5 hastada prematürite (%10), 2 hastada doğumsal kalp hastalığı (%4) mevcuttu. Diğer ciddi risk faktörü olan hasta saptanmadı.

Hastalarımızın 23'ünde RSV antijeni pozitif (%46), 27'sinde RSV antijeni negatif (%54) saptandı. RSV antijeni pozitif olan hastaların 12'si erkek, 11'i kızdı.

Hastalarımızın 13'ü (%26) yatırılarak tedavi edildi. Hastaneye yatırılarak tedavi gören hastaların 8'i erkek, 5'i kızdı. Erkek hastaların 1,6 kat daha fazla hastaneye yattığı saptandı. Yatırılan hastalarımızın 11'inde RSV antini pozitif, 2'sinde, ise RSV antijeni negatifti. Yatırılarak tedavi gören hastalarımızdan 3 erkek hasta yaşı 3 aydan küçük olması, 1 erkek hasta bronkopnömoni, 4 erkek ve 5 kız hasta ise solunum semptomlarının devamı nedeniyle hastaneye yatırılarak tedavi edildi. Hastaneye yatış süreleri karşılaştırıldığında; erkek hastalar 7,5 gün, kız hastalar ise 9,8 gün yatırılarak tedavi edildi.

Down sendromu ve doğumsal kalp hastalığı tanılı RSV antijeni pozitif olan hastada solunum yetersizliği gelişmesi üzerine pediatrik yoğun bakım ünitesine sevk edildi. Ancak solunum ve kalp yetersizliği gelişmesi nedeniyle hasta kaybedildi.

Cinsiyete göre nonparametrik Kolmogorov – Simirnov yöntemi ile yaş, yakınmaların başlama zamanı, yakınmalar, fizik muayene bulguları, atak sayıları, RSV açısından risk faktörleri, RSV antijen durumu, profilaksi alıp almadığı, klinik izlem ve yatış durumu açısından karşılaştırıldığında hiçbir parametrede istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

RSV durumu açısından nonparametrik Kolmogorov – Simirnov yöntemi ile yaş, cinsiyet, yakınmaların başlama zamanı, yakınmalar, fizik muayene bulguları, atak sayıları, RSV açısından risk faktörleri, profilaksi alıp almadığı, klinik izlem ve yatış durumu açısından karşılaştırıldığında ise sadece yatış sayılarında istatistiksel anlamlı fark saptandı. Bu karşılaştırma sonucunda RSV antijeni pozitif saptanan hastaların istatistiksel anlamlı olarak hastaneye daha fazla sayıda yatırıldığı görüldü.

Yatışa etki eden faktörler nonparametrik Kolmogorov – Simirnov yöntemi ile karşılaştırılarak saptandı. İnceleme sonucunda hasta yaşı, başvuruda morarma yakınmasının olması, RSV antijen pozitifliği ve 8. saat sonunda solunum sistemi semptomlarının devamı yatışa etki eden faktörler olarak belirlendi.

Yirmialtıncı gebelik haftasında doğan ve profilaksi amacıyla 5 doz Palivizumab kullanan 2 hastada RSV antijeni negatif olarak saptandı. Profilaksi amacıyla Palivizumab kullanımının RSV durumu üzerine olan etkisi Varyans Analiz yöntemiyle değerlendirildi. Palivizumab kullanan hastalarda istatistiksel anlamlı olacak şekilde RSV antijeni negatif olarak saptandı.

TARTIŞMA

RSV nedenli ASYE kış aylarında (Kasım–Nisan) sık görülmekte ve en sık 3–6 aylık süt çocuklarını etkilemektedir. İlk yılın sonunda süt çocuklarının %50'si ve 2. yılın sonunda ise neredeyse tamamı RSV ile enfekte olmaktadır (3,9).

ABD'de RSV nedenli ASYE sonucunda yıllık hastaneye yatış 125.000 civarındadır (3). RSV enfeksiyonunun prognozu sağlıklı çocuklarda daha iyi iken kalp, akciğer, immün sistem hastalığı olanlarda daha kötü seyretmekte, mortalite ve morbiditesi belirgin olarak yüksek olmaktadır (10,11). RSV nedenli ASYE sebebiyle hastaneye yatırılan hastalarda mortalite sağlıklı çocuklarda %0,5–1 iken bu oran doğumsal kalp hastalarında %3–33, akciğer hastalığı olanlarda ise %44 olarak bildirilmektedir (3,9). Literatürle uyumlu olarak RSV nedenli ASYE sonucunda hastaneye yatırılan olgularımızda prognoz iyiydi. Ancak Down sendromu ve doğumsal kalp hastalığı tanılı bir olgumuza yoğun bakım ihtiyacı oldu ve bu hastamız solunum ve kalp yetersizliği nedeniyle kaybedildi. Çalışmamızdaki mortalite oranı %2 idi. M. Erten ve ark. yaptığı çalışmada da prognoz iyi bulundu (9). Ancak 3 hastada (2 prematüre ve 1 kardiyomiopati olgu) yoğun bakım ihtiyacı gerekliliği bildirildi. Görüldüğü gibi RSV nedenli ASYE sağlıklı bebeklerde daha selim seyretmekle birlikte altta yatan hastalığı olanlarda (prematürite, doğumsal kalp hastalığı, koroner arter hastalığı, immün sistem hastalığı) ağır seyretmektedir (5).

Her iki cinste RSV nedenli ASYE gelişme ihtimali aynı olmakla beraber özellikle gelişmiş ve endüstrileşmiş ülkelerde erkek çocuklarda enfeksiyon daha ağır seyreder ve hastaneye yatış oranları da daha fazla olmaktadır. Yazında yatış oranı erkeklerde kızlardan 2 kat daha fazla bildirilmektedir (3). Çalışmamızda da hastaneye yatış oranları erkek hastalarda 1,6 kat daha fazlaydı. Ancak kız hastalarda hastanede kalış süresi daha uzundu. Bununla ilgili yazında veri bulunamadı. Her iki cinsiyet açısından hastaneye yatış oranları ve hastanede kalış süreleri açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Betül Acunaş ve ark. yaptığı çalışmada da hastaneye yatırılarak tedavi edilen hastaların çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmaktaydı (11). Yatış oranı erkeklerde kızlardan 2 kat daha fazlaydı. Hastaların yatış süreleri açısından bakıldığında RSV antijen durumuna göre değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Narlı ve ark. yaptığı çalışmada da erkek/kız oranı 2 idi (10).

Hastalarımızda en fazla görülen yakınma hırıltı (94) ve öksürük (%94) idi. Sonrasında ise nefes almada zorluk (%60), ateş (%36), morarma (%18) ve kusma (%16) yakınmaları gelmekteydi. Ertem ve ark. yaptığı çalışmanın yakınmaları sorgulandığında ateş (%100), baş

ağrısı (%66), kas-eklem ağrısı (%66), şuur bulanıklığı (%40,6), kusma (%40), döküntü (%33), göğüs ağrısı-öksürük (%13) mevcuttu (9). Narlı ve ark. yaptığı çalışmadaki yakınma sorgusunda en sık görülen yakınma burun akıntısıydı (%55,6) (10). Ayrıca sırasıyla solunum sıkıntısı (%40,7), apne (%40,7), ateş (%37), öksürük (%33,3), siyanoz (%11,1) ve daha az hastada ise hırıltılı solunum (%3,7) izlendi. Tanır ve ark. yaptığı çalışmada başlıca başvuru yakınmaları öksürük (%97,2), burun tıkanıklığı (%88,9), hırıltı (%86,6), ateş (%66,7), beslenme güçlüğüydü (%41,6) (12). Yakınma sorgulaması karşılaştırıldığında sonuçlarımız Tanır ve ark. yaptığı çalışma ile uyumlu olarak saptandı. Textbook bilgisi ile karşılaştırdığımızda ise RSV nedenli ASYE gelişen hastalarda öncelikle burun akıntısı, farenjit görülür. Sonrasında öksürük, hafif ateş ve hışıltının görülebildiği bildirilmektedir. Hastalığın daha da ilerlediği olgularda ise öksürük ve hışıltının daha da arttığı, hava açıklığının ve çekilmeli solunumun başladığı, göğüs ön arka çapının ve dakika solunum sayısının arttığı, siyanoz ve apne ataklarının gelişebildiği bildirilmektedir (13).

Fizik muayene bulguları açısından karşılaştırdığında cinsiyete ve RSV antijen durumuna göre bakıldığında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Fizik muayene bulguları hastaneye yatışı etkileyen faktörler arasında değildi. Çalışmamızdaki sonuçlar Tanır ve ark.yaptığı çalışma ile uyumlu bulundu.

Hastalarımızda RSV antijeni, nazofaringeal fırça ile alınan sürüntü örneğinin hızlı tanı kiti ile enzim immünoassay yöntemiyle hasta başında doktor tarafından saptandı. Sonuç olarak RSV sıklığı erkek hastalarda %48, kız hastalarda ise %44'tü. ilk 1 yaşta süt çocuklarının % 50'sinin RSV ile enfekte olduğunu düşündüğümüzde saptadığımız RSV sıklığı yazın ile uyumlu olarak değerlendirildi (5).

Erten ve ark. ASYE'li hastalarda, indirekt immünfloresan yöntemi ile monoklonal antikor kullanılarak yaptığı çalışmada RSV sıklığı %63 olarak saptandı (9).

Tanır ve ark. ASYE belirti ve bulgularıyla başvuran 2 yaş altındaki 81 bebekte, nazofaringeal aspiratta RSV antijeni saptanması ve serumda RSV IgM, IgG titre tayinleri enzim immünoassay kitleri kullanılarak yapıldı (12). Çalışmada toplam 36 (%44,7) hastada RSV enfeksiyonu saptandı. Bu hastaların 33'ü (%40,7) RSV antijen pozitifliği, 3'ü (%3,7) RSV IgM pozitifliği ile tanı aldı.

İzmir'de İmre Altuğlu ve ark. akut bronşiyolit tanısı almış hastalar çalışmaya alındı. Nazofaringeal sürüntü örneklerinin indirekt immünfloresan yöntemiyle incelenmesi sonucunda 50 hastanın 16'sında (%32) viral antijen saptanmış. Viral antijen saptanan hastalardan 13'ünde (%26) RSV antijenin pozitif olduğu görüldü (1).

Gregson ve ark. yaptığı çalışmada Coris Biokoncept RSV Respi–Strip hızlı tanı kiti ile RSV için direkt immünfloresan antijen testi olan Simulflour respiratory screen test'i hassasiyet, özgüllük, etkinlik, maliyet ve kullanılabilirlik yönünden karşılaştırıldı (14). Coris Biokoncept RSV Respi–Strip hızlı tanı kitinin hassasiyeti %92, özgüllüğü %98 ve tanıdaki etkinliği ise %95 olarak saptandı. Direkt flouresan antijen testine göre hassasiyeti düşük olarak saptanmasına karşın kolay uygulanabilirliği, daha ucuz oluşu ve özel eğitime gerek olmaması nedeniyle uygulanabilir bulundu.

Bizim çalışmamızda hastaneye yatışa etki eden faktörler; hasta yaşı ($p=0,003$), başvuruda morarma yakınmasının olması ($p=0,022$), RSV antijen pozitifliği ($p=0,011$) ve klinik izlemde 8. saat sonunda solunum sistemi semptomlarının devamı ($p=0,003$) istatistiksel olarak hastaneye yatış ile ilişkili bulundu. Kalp atım hızı ise istatistiksel olarak sınırda ilişkisiz olarak saptandı ($p=0,057$). Vaka sayısının artırılmasıyla yatışa etki edebilecek faktörlerden biri olabileceği düşünüldü.

Profilaksi amacıyla Palivizumab kullanımının RSV durumu üzerine olan etkisi Varyans Analiz yöntemiyle değerlendirildi. Palivizumab kullanan hastalarda istatistiksel anlamlı olacak şekilde RSV antijeni negatif olarak saptandı ($p= 0.039$).

Tüm dünyada Palivizumab etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tek, en geniş, uluslararası ve çok merkezli, rastgele, çift kör ve plasebo kontrollü çalışma impact RSV çalışma grubu tarafından yapıldı. Çalışma sonucunda Palivizumab kullanan grup plasebo grubu ile karşılaştırıldığında hastaneye başvuru oranlarında %55, hastaneye yatış oranlarında ise %59 azalma saptandı. Ayrıca Palivizumab kullanan grupta yatış süresinde kısalma ve oksijen ihtiyacında azalma mevcuttu (15).

Rosalyn J. Singleton ve ark. Alaska Yerlilerinde güneybatı Alaska'da yaptığı çalışmada 1993–1996 yılları arasında RSV nedenli hastaneye yatış oranının ABD'nin genel popülasyonuna göre 5 kat daha fazla olduğu saptandı (11). Bunun üzerine başlatılan RSV profilaksi çalışması sonucunda 1998 sonbaharından itibaren riskli süt çocuklarına Palivizumab tedavisi uygulandı. 2003 yılında Alaska Yerlilerinde özellikle riskli gruptaki hastaların hastaneye başvuru oranlarında belirgin azalma sağlanmasına karşın term bebeklerdeki RSV nedenli ASYE sonucunda hastaneye başvuru oranlarında hafif bir düşme olduğu görüldü. Ancak RSV halen Alaska'da profilaksi çalışması sürdürülmesine karşın ABD genelindeki RSV nedenli ASYE sonucunda hastaneye yatışlardan hala 3 kat daha fazla hastaneye yatışa sebep olmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Altuğlu İ, Özyurt S, Çetin N, Özer E, Özacar T, Bilgiç A. Akut bronşiyolitli bebeklerde solunum virüslerinin araştırılması *İnfeksiyon Dergisi / Turkish Journal of Infection*, 2002;16(1):87-90
- 2- DSÖ: İntegrated Management of Childhood İllness (2003). <http://www.who.int/child-adolescent-health>.
- 3- Black CP. Systematic Review of the Biology and Medical Management of Respiratory Syncytial Virus Infection *Respiratory Care*. 2003;48(3):231-3
- 4- Singleton RJ, Bruden D, Bulkow LR, Varney G, Butler JC. Decline in Respiratory Syncytial Virus Hospitalizations in a Region With High Hospitalization Rates and Prolonged Season *Pediatric Infectious Diseases Journal* 2006;25: 1116 – 22
- 5- Tosun SY, Ertan P, Tansug N. Çocuklarda solunum yolu enfeksiyonu etkeni olarak RSV *Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor*, 2002,8(3):356 – 9
- 6- Ece T, Arman D, Akalin H, Alatas F, Biberoglu K et al. Toraks Derneği çocukluk çağında toplumdan kazanılmış pnömoni ve Akut bronşiyolit tanı ve tedavi rehberi 2002. *Türk Toraks Dergisi*, 2002;3:1-13
- 7- Simoes EA, Groothuis JR, Carbonell-Estrany X, Rieger CH, Mitchell I et al. Palivizumab Prophylaxis, Respiratory Syncytial Virus, and Subsequent Recurrent Wheezing *Pediatric Infectious Diseases Journal* 2007;151:34-42
- 8- Mansbach J, Kunz S, Acholonu U, Clark S, Camargo CA Jr. Evaluation of Compliance With Palivizumab Recommendations in a Multicenter Study of Young Children Presenting to the Emergency Department With Bronchiolitis *Pediatric Emergency Care*. 2007;23(6):362-7
- 9- Erten M, Karayağar N, Ergüven M, ve ark. Bronşiyolitli olgularımızda respiratuvar sinsityal virüs (RSV) enfeksiyonu sıklığının değerlendirilmesi *Göztepe Tıp Dergisi* 2006;21(3):113-5
- 10- Narlı N, Yenidoğın Yoğınbakım Ünitesi'nde solunum sinsityal virüs enfeksiyonu *İnfeksiyon Dergisi / Turkish Journal of Infection*, 2001,15(2):161-5
- 11- Acunas B, Celtik C, Altıay S, Sam A, Karasalioglu S, Pala O. Neonatal respiratuvar sinsityal virüs enfeksiyonu *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2000,17(1):29-34

- 12- Hacimustafaoglu M, Celebi S, Bozdemir SE et al. RSV frequency in children below 2 years hospitalized for lower respiratory tract infections. The Turkish Journal of Pediatrics 2013; 55: 130-9
- 13- Nelson Textbook of Pediatrics. Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton. 18. baskı 2007 S:1389
- 14- Gregson, T. Lloyd, S. BuchanS, Chruch D. Comparison of the RSV Respi-Strip with Direct Fluorescent-AntigenDetection for Diagnosis of Respiratory Syncytial VirusInfection in Pediatric PatientsD. Journal Of Clinical Microbiology, 2005;43(11): 5782-3
- 15- B.A. Paes. Current strategyies in the prevention of respiratory syncytial virus disease, Pediatric Respiratory Reviews 2003;4:21-7

SİLAH RUHSATI RAPOR BAŞVURULARI: ŞANLIURFA ÖRNEĞİ*Applications for Gun License Report: Sample of Şanlıurfa**Abdullah Atli*, Mahmut Bulut*, Cem Uysal**, Mehmet Cemal Kaya*, Fatih Karababa***,**Mehmet Güneş*, Sever Beşaltı****, Yasin Bez*, AYTEKİN SİR****Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Diyarbakır.****Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Diyarbakır.*****Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Şanlıurfa.******Şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi, Psikoloji Birimi, Şanlıurfa.***Özet**

Amaç: Türkiye’de ateşli silah kullanımının ciddi boyutlardadır ve önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu çalışmada ki amacımız; Türkiye’de ateşli silahların en sık kullanıldığı illerinden biri olan Şanlıurfa’daki bir devlet hastanesi sağlık kuruluna silah ruhsatı alımı için başvuran kişilerin sosyodemografik özelliklerini incelemektir.

Yöntemler: Şanlıurfa’daki bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine silah ruhsatı almak için sağlık kurulu raporuna başvuran bireyler çalışmaya dâhil edildi. Hastaneye Ekim 2010- Mart 2012 tarihleri arasında gerçekleşen 284 başvuru incelendi.

Bulgular: Çalışmamızda başvuruların %95,4’ü (n=271) erkek, %4,6’ü (n=13) kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Şahısların %12’si (n=34) 18-25, %28,5’ (n=81) 26-35, %27,1’i (n=77) 36-45, %21,5’i 46-55 (n=61) yaş aralığında ve %10,9’u (n=31) 56 yaşın üstündeydi. %89,4’ü evliydi. Başvuran kişilerin %42,2’si aylık bin liranın altında geliri olduğunu ifade ederken %30,4’ünün ise üç bin lira üstü geliri olduğu görüldü. Eğitim durumuna bakıldığında %4,9’un (n=14) okuma yazma bilmediği, %29,2’nin (n=146) ilköğretim mezunu, %30,6’sının (n=87) ortaöğretim ve kalan %13’ün (n=37) ise yüksek öğrenim gördüğü anlaşılmıştır. Başvuranlar tarafından silahlanma gerekçeleri olarak güvenlik %81,3, miras kalmış olması %4,2, riskli işte çalışıyor olma %4,9, komşusunda silah bulunması %2,8 ve diğer nedenler %6,7 gösterildi. Şahısların yapılan psikometrik incelemesi ve psikiyatrik değerlendirme neticesinde toplam %4,7’sinde (n=13) ruhsal hastalık olduğu tespit edildi.

Sonuç: Silahlanma intihar, adam öldürme/yaralama gibi ciddi toplumsal sorunları artıran önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çalışmamızda Şanlıurfa’da sosyoekonomik özelliklerine göre her kesimden silah ruhsatı alımı için başvuruların olduğu görülmekte olup silahlanmanın bu ilimizde ele alınması gereken ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu düşünülebilir. Ayrıca silah ruhsatı için yapılan başvurularda ayrıntılı psikiyatrik muayene ve psikometrik inceleme yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Silah ruhsatı, sağlık kurulu, Şanlıurfa

Abstract

Aim: Usage of firearms is high in Turkey and is an important public health problem. Aim of this study is to examine the sociodemographical characteristics of persons who admitted to Health Committee of a state hospital in Şanlıurfa, one of the southeastern cities of Turkey known with firearm use, to obtain a gun license.

Methods: This study has included 284 people who were admitted to Health Committee of State Hospital in Şanlıurfa to take gun license between October 2010 and March 2012.

Results: Among all participants 95,4% (n=271) were male and 4,6% (n=13) were female. Participants' age ranges were as follows; 12% (n=34) of were between 18-25, 28,5% (n=81) of were between 26-35, 27,1% (n=77) 36-45, 21,5% (n=61) of were between 46-55 and 10,9% (n=31) of were above 56 years old. 89,4% of participants were married. Monthly income of the %42,2 participants were below 1000 Turkish Liras, 30,4% of were above 300 Turkish Liras. Fourteen of the participants were illiterate, whereas, 146 were primary school graduates, 87 were high school graduates, and 37 were found to be a graduate of a college or university. The reported reasons of applicants for arming were as follows; 81,3% for personal safety, 4,9% against high risk due to their work, 4,2% had inherited gun from their parents, 2,8% had armed neighbors, and 6,7 reported some other miscellaneous reasons. The psychiatric and psychometric evaluations by the health committee revealed psychiatric disorders in 4.7% (n=13) of the participants

Conclusion: Armament is a major public-health problem that increases some serious social problems, such as suicide, murder/wounding. Applications for purchasing a gun license have been observed from all socioeconomic levels of Şanlıurfa and armament can be considered as a serious public-health problem that should be addressed in this city. On the other hand, a detailed psychiatric and psychometric evaluation should be performed for the applications for gun license.

Key words: Gun license, health committee, Şanlıurfa.

Geliş Tarihi / Received: 16.10.2012,

Kabul Tarihi / Accepted: 25.11.2012

GİRİŞ

Ateşli silahlar ve bıçaklar ile diğer aletler hakkında yönetmeliğe göre silah, ‘uzaktan veya yakından canlıları öldürebilen, yaralayan, etkisiz bırakan, canlı organizmaları hasta eden, cansızları parçalayan veya yok eden araç ve aletlerin tümü’ biçiminde tanımlanmaktadır (1).

Türkiye’de ateşli silahlara karşı eğilim olduğu bilinmekte ve son yıllarda bireysel silahlanmada artış olduğu gözlenmektedir (2). Türkiye’de, ortalama 2,5 milyon civarında ruhsatlı, bunun en az 3 katı da ruhsatsız silah olmak üzere yaklaşık 8 ile 10 milyon civarında bireysel silah olduğu tahmin edilmektedir (3). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ateşli silahların %66-%75,6’sının ruhsatsız olduğu belirlenmiştir (1). Cinayet olgularında yapılan bir araştırma da ruhsatsız silah kullanımının ruhsatlı silah kullanımına oranı 4/1 olarak bulunmuştur (1,4).

Silaha karşı artan ilgi, şiddet eylemlerinin ve suç oranlarının artmasına neden olmaktadır. Ekonomik, siyasal, cinsel, cebir ve şiddet biçiminde işlenen suçlarda ateşli silahlar önemli yer tutmaktadır (1).

Cinayet girişimlerinin önemli bir kısmında ateşli silahlar kullanılmaktadır. Bununla beraber ev içi cinayetlerin önemli bir kısmında da yine ateşli silah kullanılmaktadır. Adli Tıp Enstitüsü’nün 12 yıllık bir araştırmasında tüm eş öldürme vakalarında ateşli silahların kullanılma oranının %35 olduğu tespit edilmiştir. Yine 2000 yılında Bakırköy Psikiyatri ve Tedavi Araştırma Merkezi tarafından yapılan bir çalışmada İstanbul’daki bir ceza evinde kadın mahkumların %40’ı adam öldürme suçundan dolayı ceza evinde ve bu kadınların öldürdüğü şahısların neredeyse %80’i eşleridir. Erkeklerin kadınlara göre çok daha fazla silahlandığı düşünüldüğünde, kadınlar ve çocukların da en az erkekler kadar mağdur olduğu görülmektedir. Evde silah bulunması potansiyel olarak aile içi şiddet ve suç için risk faktörüdür (5,6).

İntihar girişimlerinde ateşli silahların sık kullanıldığı ve bu girişimlerin ölüme sonuçlanma olasılığının daha yüksek olduğu görülmektedir. Evde bir silahın bulunması intihar vakalarının artmasına yol açmaktadır. Dünyada her yıl bir milyon kişi intihar nedeniyle ölmektedir. Ateşli silah ile intihar, zehirlenme (intoksikasyon) ile yoluyla yapılan intiharlardan sonra en sık kullanılan intihar yöntemidir (7).

Ülkemizde silaha olan eğilim bölgesel farklılıklar göstermektedir. Ruhsatlı silah başvurusunda Karadeniz Bölgesinde doğanların ilk sırada yer aldığı belirtilmekte olup, ruhsatsız silah kullanımının da yaygın olduğu düşünülmektedir. Güneydoğu Anadolu

Bölgesinde ise hem coğrafik özellikler hem de Irak, Suriye gibi Türkiye'ye komşu ülkelerin sınırında olduğu için legal ve illegal silahlanmanın fazla olduğu düşünülebilir (1, 8, 9). Bu çalışmamızın amacı; Güneydoğu Anadolu Bölgesi illerimizden Şanlıurfa'da silah ruhsatı için sağlık kuruluna başvuran olguların sosyodemografik özelliklerinin ve silahlanma gerekçelerinin incelenmesidir.

YÖNTEM

Şanlıurfa'da bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine silah ruhsatı almak için sağlık kuruluna Ekim 2010- Mart 2012 tarihleri arasında başvuran bireyler çalışmaya dâhil edildi. Sağlık kuruluna silah ruhsatı almak için başvuran 271 (%95,4)'i erkek, 13 (%4,6)'ü kadın olmak üzere toplam 284 kişi çalışmaya dahil edildi. Örneklemdaki bireylerin cinsiyetleri, yaşları, öğrenim durumları, sosyoekonomik düzeyleri, meslekleri, ikamet yerleri, silahlanma gerekçeleri, silah alma ruhsatı öncesi kendilerini silah ruhsatı almaya itecek önemli bir olay varlığı, medenî hâlleri, psikopatoloji varlığı ve bu değişkenlerin birbiri ile olan ilişkileri değerlendirilmiştir. Ayrıca tüm başvuranlara genel psikopatoloji taraması yapmak amacıyla belirti tarama ölçeği (symptom check list-90 revised, SCL-90-R) uygulanmıştır.

İstatistiksel Analiz "SPSS for Windows 18 paket" programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma veya ortanca değer bulunmuş ve vaka sayısı (%) olarak gösterilmiştir. Numerik olarak karşılaştırmalar için parametrik testler ve grup karşılaştırmaları için ise non-parametrik testler kullanılmıştır. Numerik karşılaştırmalarda Ki kare testi ve non-parametrik testlerde ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $P < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Olgular yaş aralıklarına göre değerlendirildiğinde en sık başvurunun 26-35 yaş aralığında (n=81, %28,5) olduğu saptandı. Daha sonra sırası 36-45 yaş grubu (n=77, %27,1), 46-55 yaş grubu (n=61, %21,5), 18-25 yaş grubu (n=34, %12) ve 56 ve üzeri yaş grubu (n=31, %10,9) gelmekteydi.

Silah ruhsatı almak için kurulumuza başvuru yapan 284 kişiden 271'i (%95,4) erkek, 13'ü (%4,6) kadındı (Tablo 1).

Tablo-1: Yaş Aralıklarına Göre Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Yaş Aralıkları				
	18-25 Aralığı	Yaş 26-35 Aralığı	Yaş 36-45 Aralığı	Yaş 46-55 Aralığı	Yaş 56 ve üzeri Yaş Aralığı
Erkek	27 %9,507	79 %27,817	73 %25,704	61 %21,479	31 %10,915
Kadın	7 %2,465	2 %0,7	4 %1,41	0	0

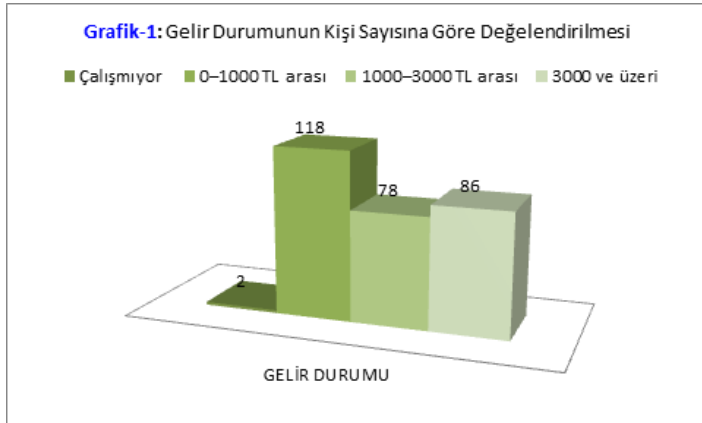
Öğrenim durumuna göre olgular incelendiğinde; 14 (%4,9) olgunun hiç okuma yazma bilmediği, 83 (%29,2) olgunun ilkokul mezunu olduğu, 63 (%22,2) olgunun ortaokul mezunu olduğu, 87'sinin (%30,6) lise mezunu olduğu ve 37'sinin (%13) yüksekokul ya da üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2). Öğrenim durumu cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında erkeklerden 13 (%4,58) olgunun okuma yazma bilmediği, 79'nun (%27,82) ilkokul, 60'nın (%21,13) ortaokul, 84'nün (%29,58) lise ve 35'nin de (%12,3) yüksekokul ya da üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Kadınlardan 1'inin (%0,35) okuma yazma bilmediği, 4'ünün (%1,41) ilkokul, 3'ünün (%1,06) ortaokul, 3'ünün (%1,06) lise ve 2'sinin (%0,7) ise yüksekokul ya da üniversite mezunu olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo-2: Yaş ile Öğrenim Durumunun Karşılaştırılması

Yaş Aralıkları	Okuma yazma bilmiyor	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksek Okul
18-25	2 %0,7	8 %2,82	8 %2,82	10 %3,52	6 %2,46
26-35	4 %1,41	15 %5,28	22 %7,75	25 %8,8	15 %5,28
36-45	3 %1,06	24 %8,45	17 %5,99	27 %9,51	6 %2,46
46-55	5 %1,76	22 %7,75	10 %3,52	17 %5,99	7 %2,46
56 ve üzeri	0 %0	14 %4,93	6 %2,46	8 %2,82	3 %1,06

Olgularımızdan 254'ü (%89,4) resmi nikâhlı olup, 29'u (%10,2) bekârdı. 1 olgu (%0,35) medeni durumunu dul olarak belirtmişti. Evlilik oranlarının cinsiyete göre değişimi incelendiğinde; kadınlardan 3 (%1,06) olgunun ve erkeklerden 26 (%9,16) olgunun bekâr

olduğu, kadınlardan 10'unun (%3,5) erkeklerden 244'nün (%85,97) evli olduğu ve sadece erkeklerden 1'nin (%0,35) kendisinin medeni durumunu dul olarak belirttiği tespit edilmiştir. Olgularımızın 268'i (%94,4) ekonomik olarak aktif olduğunu ve 16'sı (%5,6) ise ekonomik olarak aktif olmadığını beyan etmişti. Ekonomik olarak aktif olduğunu belirtenlerden 259'u (91,2%) erkek iken 9'u (%3,17) kadındı. Ekonomik olarak aktif olmadığını belirten 12 (%4,23) erkek olguya karşı 4 (%1,4) kadın olgu bulunmakta idi. Olguların gelir durumları incelendi. Gelir durumuna göre 2 (%0,7) kişi hiçbir geliri olmadığını beyan etmiş olmasına karşın geri kalan 282 (%99,3) kişi geliri olduğunu belirtmişti. Olguların gelir durumu grafik-1'de belirtilmiştir. Olguların ekonomik olarak aktif olup olmadıkları hususundaki beyanları kendi belirttikleri gelir durumları ile karşılaştırıldığında ekonomik olarak aktif olduğunu belirten olgulardan 114'ü (%40,14) 0–1000 TL arasında, 72'si (%25,35) 1000–3000 TL arasında ve 82'si (%28,87) de 3000 TL ve üzerinde gelir beyan etmişlerdir. Ekonomik olarak aktif olmadığını belirten 16 olgudan 2'si (%0,7) herhangi bir gelirlerinin olmadığı, 4'ü (%1,41) 0–1000 TL arası, 6'sı (%2,11) 1000–3000 TL arası ve 4'ü (%1,41) ise 3000 TL ve üzerinde gelirinin olduğunu beyan etmişti.



Olgularımızın 198'si (%69,7) il merkezinde ikamet etmekte olup 86'sı (%30,3) da il merkezi dışında (ilçe, köy, mezra vb.) ikamet etmekte idi. Şahıslar çocuk sayılarına göre incelendiğinde hiç çocuğu olmayan 24 (%8,5) olgu olduğu tespit edilmiştir. Başvuru yapanlar arasında en çok 53 (%18,7) olgu ile 2 çocuğu olanlar gelmekte idi. 4 çocuğu olanlar 40 (%14,1) olgu, 3 ve 7 çocuğu olanlar ise 29 (%10,2) olgu olduğu tespit edildi. En az 1 çocuğu olan 17 (%6) olgu bulunmakta iken en çok 14 çocuğu olan 1 (%0,35) olgu mevcuttu. Başvuru yapan olgular 1–4 çocuğu bulunan ve 4 üzeri çocuğu bulunanlar diyerek incelendiğinde en sık başvuru yapanların % 49 oranıyla 1–4 çocuğu olanların yaptığı tespit edilmiştir. Başvuru yapan olgular kardeş sayısına göre incelendiğinde 2 (%0,7) olgunun 20 kardeşi olduğu ve 3 (%1,1) olgunun da sadece 1 kardeşi olduğu tespit edilmiştir. Kardeşi olmayan olgu

bulunmamaktadır. En sık kardeşi bulunma sıklığının 44 (%15,5) olgu ile 7 kardeş olduğu tespit edilmiştir.

Olgularımız silahlanma gerekçeleri olarak; 230'u (%81) güvenlik, 12'si (%4,2) silah miras kalması, 11'i (%3,9) riskli işte çalışıyor olma ve 8'i (%2,8) komşusunun ya da arkadaş çevresinde silah bulunması, 3'ü (%1) avcılık ve son olarak 1 (%0,35) olgu düşmanı bulunmasını neden olarak göstermiştir. Bununla birlikte 19 olgu (%6,7) silah alma ruhsatı nedeni olarak diğer nedenleri göstermişti. Silahlanma gerekçeleri grafik-2'de gösterilmiştir.



Olgularımızın 255'i (%89,8) silah alma ruhsatı öncesi kendilerini silah ruhsatı almaya itecek önemli bir olay yaşamadığını belirtmiş olup 29'u (%10,2) kendilerini silah ruhsatı almaya itecek herhangi önemli bir olay yaşadığını beyan etmişti. Silah alma ruhsatı için başvuran olgulara daha önce silah bulundurup bulundurmadıkları sorulduğunda 181 (%63,7) olgu daha önce hiç silah bulundurmadığını belirtmiş olup 21 (%7,4) olgu 15 yıl üzerinde silah bulundurduğunu beyan etmişti. Olguların daha önce silah bulundurup bulundurmadığı tablo-3 gösterildiği gibidir. Olgularımızın 172'si (%60,6) silah bulundurmamak için, 112'si (%39,4) ise silah taşıma için ruhsat almak istemişlerdi.

Tablo-3: Daha Önce Silah Bulundurup Bulundurmadığı

Silah Bulundurduğu Zaman	Kişi Sayısı	Sıklık
Hiç bulundurmamış	181	%63,7
0-5 yıl arası	47	%16,5
5-10 yıl arası	22	%7,7
10-15 yıl arası	13	%4,6
15 yıl üzeri	21	%7,4

Tüm Başvuruların 46 tanesinde SCL-90-R'nin en az bir alt ölçeğinde kesme değerinin üzerinde puan tespit edildi. Tespit edilen bu alt ölçeklerin sayısı tablo 4'te verilmiştir. Daha sonra 46 kişi ile ayrıntılı bir psikiyatrik görüşme daha yapıldı. Toplam 13'ünde (%4,7) ruhsal hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Ruhsal hastalık teşhisi konulan 13 olguda erkekti. Bu olgulardan 3'ü obsesif-kompulsif bozukluk, 2'si yaygın anksiyete bozukluğu, 2'si majör depresyon, 1'i bipolar bozukluk, 2'si psikotik bozukluklar grubunda, 2'si paranoid kişilik bozukluğu ve 1'i obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu olarak değerlendirildi. Ruhsal hastalık olduğu yönünde teşhis konulan 13 olgudan hepsi de ekonomik olarak aktif olduklarını belirtmiş olup 9'u (%70) 1000–3000 TL arası ve 4 (%30) tanesi de 0–1000 TL arasında geliri olduğunu beyan etmişti. Hastalık teşhisi konulan 10 (%77) olgu evli iken 3 (%23) olgu evli değildi. Ruhsal hastalık teşhisi konulan olgulardan 5 (%38) tanesi ilkökul mezunu iken 2 (%15) tanesi ortaokul ve 6 (%47) tanesi de lise mezunu idi. Hastalık teşhisi konulan olgulardan 8'i (%62) güvenlik nedeni ile 3'ü (%23) komşu ve yakın çevresindeki insanlarda silah bulunduğundan dolayı ve son 2'si (%15) de riskli işte çalıştığından dolayı silah ruhsatı almak istemişti. Bu 13 olgunun 11'i (%85) daha önce kendilerini silah ruhsatı almaya itecek herhangi bir olay yaşamadığını ancak 2'si (%15) böyle bir olay yaşadığını belirtmişti (Tablo-4).

Tablo-4: SCL-90'a göre en az bir alt ölçekte psikopatoloji ihtimali saptanan kişilerin değerlendirilmesi (n=46)

Alt Ölçek Birimi	Kişi sayısı *	%**
Somatizasyon	6	13
Anksiyete	7	15
Obsesif Kompulsif	23	50
Depresyon	10	22
Kişiler Arası Duyarlılık	17	37
Psikotik	3	7
Paranoid Düşünce	13	28
Öfke	4	9
Fobik Anksiyete	0	0
Ek Skalalar	16	35

*Aynı kişide birden çok alt ölçek puanı yükselme söz konusu olabilir.

**Alt ölçek skorlaması yüksek olan kişiler arasında oranlar.

TARTIŞMA

Çalışmamızda silah ruhsatı başvurularının önemli bir kısmını 271'ini (%95,4) erkekler oluşturmuştur. Bu bulgu literatür ile uyumlu beklenilebilecek bir durumdur. Yakın zamanda Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada silah ruhsatı başvurularının %97,3'ünün erkek olduğu görülmektedir (10). Ankara'da yapılan bir çalışmada ise erkek oranı %92 bulunmuştur (11). Türkiye'de genel olarak silahların %95'i erkeklerde ve sadece %5'i kadınlarda olduğu söylenebilir (3).

Hastanemize silah ruhsatı için başvuranlarına yaklaşık yarısı 35 yaşın altındaydı. Benzer şekilde olgularımızın yine yaklaşık yarısı beş yıl (eski eğitim sistemine göre ilköğretim düzeyinde) ve altı bir eğitime sahip olduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında Ankara'da yapılan çalışmada yaş ortalamasının 45.8 ± 11.7 olduğu ve şahısların sadece %21.9 ilköğretim mezunu olduğu diğerlerinin ise daha yüksek bir eğitime sahip olduğu görülmektedir (11). Diyarbakır'da yapılan çalışmada ise %4,8 tanesinin ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir (10). Başvuranların önemli bir kısmının genç ve ilköğretim seviyesinde bir eğitim görmüş olması Türkiye'nin diğer bölgeleri ile karşılaştırıldığında Şanlıurfa'da daha da bilinçsiz bir şekilde silahlanmanın arttığı konusunda uyarıcı niteliktedir.

Bir diğer önemli nokta ise şahısların ekonomik durumudur. Olgularımızın %89,4'u resmi nikâhlı olup başvuranların neredeyse 2/3'nün ekonomik durumu iyi değilken başvuruda bulunmuş olması dikkat çekicidir. Başvuran şahısların 2/3'ü bir aile için gereken asgari geçim sınırının altında geliri mevcutken bunların 1/4'ü ise yoksulluk sınırının altında olduğu söylenebilir. Bu şartlarda bile ailesinin gelirinin bir kısmını silah ve silah ruhsatı almak için kullanılması bütün aile bireylerini mağduriyete uğratabilecek bir faktör olarak görülebilir.

Uysal ve ark. yaptığı çalışmada en sık silahlanma gerekçesi olarak güvenlik ihtiyacı gösterilmiştir (10). Başka bir çalışmada ruhsat için başvuran 800 kişi sıklık sırasına göre silahlanma nedenlerini iş riski, evde bulundurmamak, avcılık, hobi ve diğer nedenler olarak belirtmişlerdir. İstanbul'da yapılan başka bir çalışmada ise silah ruhsatı almayı isteme gerekçeleri, en sık güvenlik gösterilmiş, onu merak-gelenek ve bir yakınından devir nedeniyle almak takip etmiştir. Bu çalışmada olguların %84,8'i hayatları boyunca güvenliklerini tehdit edecek herhangi bir olay yaşamadıklarını belirtmişlerdir (9). Çalışmamızdaki katılımcılarsa en sık silahlanma gerekçesini güvenlik ihtiyacı (%81) olarak ifade etmiştir. Yine diğer çalışmalara benzer olarak olgularımızın 255 (%89,8) tanesi silah alma ruhsatı öncesi kendilerini silah ruhsatı almaya itecek önemli bir olay yaşamadığını belirtmiştir. Ayrıca çalışmamızdaki bazı olguların sadece komşusunda ya da arkadaş çevresinde silah bulunduğu

için silahlanmak istediklerini belirtmeleri ise etrafındaki insanların teşviki ve ya onlarla beraber aynı statüde olma isteğinin bir tezahürü olarak algılanabilir.

Herhangi bir tehdit unsuru olmadan güvenlik sebebiyle silahlanmak isteme, komşumda olduğu için “evime silah almak istiyorum” gibi yersiz nedenlerle asgari geçim sınırının altında yaşayan ailelerin silah almak için resmi kurumlara başvurmaları üzerinde yoğun bir şekilde düşünülmesi gereken bir durumdur. Bu şekilde bilinçsiz silahlanmanın en ciddi toplumsal yansıması intihar etme ve adam öldürme/yaralama olarak düşünülebilir.

Ateşli silahların her ne sebeple olursa olsun ev içinde bulundurulması intihar eylemi oranlarını arttırmaktadır (12-14). Türkiye'de ateşli silahla intiharlar 2002 yılında %18,1 ile iken 2011 yılında %26.1'ye yükselmiştir (15). 2011 yılında ülke genelindeki 2677 intihar olayının 37'si Şanlıurfa olmuş ve bu vakaların 17'si silahla gerçekleşmiştir. İntihar olaylarının önemli oranı genç yaşta olmakla beraber Altındağ ve ark. Şanlıurfa'da yapmış olduğu çalışma ile bu bilgi desteklenmektedir (16). Bununla beraber Şanlıurfa'da 2010 yılı içinde 57 adam öldürme ve 96 adam yaralama suçu; 2011'deyse 49 adam öldürme ve 91 yaralama suçu işlenmiştir (15). Daha önce Türkiye'deki cinayet ve yaralama olaylarının çoğunda ateşli silahların kullanıldığı ve bu adli olayların azımsanmayacak bir kısmının aile içinde gerçekleştiğini belirtilmişti (17). Dolayısıyla intihar etme, adam yaralama/öldürme gibi bazı ciddi sosyal sorunların artmasında silahlanmanın önemli etkisi olabilir. Unutulmaması gereken önemli bir diğer konu ise kaza sonucu olan ölümlerdir. İstatistikler incelendiğinde ülkemizde 2007 yılında 873, 2008 yılındaysa 749 ölüm olayı ateşli silahlarla oluşan kaza sonucu gerçekleşmiştir (18).

Silah ruhsatı alımı için başvuran olguların halihazırda yapılan ruhsal durum muayenesi ve alınan özgeçmiş bilgileri neticesinde %95,3'ün de herhangi bir ruhsal hastalık mevcut değilken, %4,7'inde ise bir ruhsal hastalık teşhisi olduğubelirlendi.. Ruhsal hastalık tanısı konulan olguların 13'ü erkekti. Diyarbakır'da yapılan benzer bir çalışmada ise %1.7 oranında ruhsal hastalık olduğu tespit edilmiştir. Silah ruhsatı alımı için başvuran şahıslarda da psikopatoloji olabileceği ve ateşli silah kullanmaya aday kişilerin ayrıntılı değerlendirilmesi gerektiği akılda tutulması gereken önemli başka bir durumdur.

SONUÇ

Yapılan çalışmalarıyla beraber çalışma verilerimiz incelendiğinde Türkiye'nin diğer illerinde olduğu gibi Şanlıurfa'da da silahlanma ciddi boyutlara ulaşmıştır. Şanlıurfa gibi silah temininin kolay olduğu sınır illerde ruhsatlı silahtan daha fazla ruhsatsız silah mevcut olduğu

düşünüldüğünde silahlanmanın Şanlıurfa için ele alınması gereken ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu kabul edilmeli.

Ülkemizde alınan silah ruhsatı için alınan raporların geçerlilik süreleri beş yıldır. Bu beş yıllık sürede kişilere herhangi bir ek denetim uygulanmamaktadır. Ülkemizde silah ruhsatı alma yaşı ise 21'dir. Ruhsat geçerlilik sürelerinin kısaltılması, ruhsat alma yaşının artırılması ile beraber silah ruhsatı almak isteyen kişileri için bir eğitim programı düzenlenip bu kişilere silah tanıtılması, silahla ilgili aile içi ve çevresel risklerin ve bunlardan korunma yollarının öğretilmesi resmi kurumlarca değerlendirilmesi gereken önerilerdir.

Bununla beraber Türkiye'de silahların %16'sının ruhsatlı ve % 84 kadarınınsa ruhsatsız olduğu düşünülmektedir. Şanlıurfa gibi silah kaçakçılığı olanağının yüksek olduğu illerde denetimlerin artırılması bilinçsiz silahlanma için alınabilecek ek bir önlem olarak düşünülebilir.

KAYNAKLAR:

1. Balcıoğlu İ. Adli Psikiyatri ve Silah. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7:10-17.
2. Demirkan Ö, Demirkan S, Dal U, et al. Silâh sâhibi olması sakıncalı kişilik özellikleri. Adli Psikiyatri Dergisi. 2005;2:21-30.
3. Ayyıldız E, Günaydın B. "Türkiye'de Bireysel Silahsızlanma ve Şiddet Haberleri" Yerel Medya Seminerleri / DİYARBAKIR - RİZE. İstanbul: Umut Vakfı; 2007.
4. Özdeş T. Ateşli Silahlarla İşlenmiş Suçlar ve Silah Ruhsatı, Av Tüfeği Tezkeresi ile Sahiplik Belgesi Alımında Adli Psikiyatrik Muayenenin Önemi. Adli Tıp. İstanbul: Adli Tıp Kurumu; 2003.
5. Dedeman N. Kadın ve Silah Konulu Tebliğ. 43 Ulusal Psikiyatri Kongresi. İstanbul; 2007.
6. Ayyıldız E. Türkiye'de Bireysel Silahsızlanma Ve Şiddet Haberleri Yerel Medya Seminerleri Kars – Gaziantep. İstanbul: Umut Vakfı Yayınları; Mayıs 2010.
7. Sayil I, Devrimci-Ozguven H. Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: results of the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. Crisis. 2002;23:11-16.
8. Buken B, Erkol Z, Bahcebasi T, et al. [The effect of firearms in inducing stress in high school students in the city of Duzce (Turkey)]. Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry. 2009;20:213-226.

9. Torun F, Dilek TS, Yıldırım EA. Silah Ruhsatı Almak İçin Başvuranlarda Depresyon, Öfke, Aleksitimi Ve Kişilik Özellikleri. Nobel Medicus Online Dergi. 2011;7:61-67.
10. Uysal C, Atli A, Kır ZM, et al. Dicle Üniversitesi Hastaneleri Sağlık Kurulu'na Silah Ruhsatı Almak İçin Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi: Retrospektif Bir Çalışma (Evaluation of the Dicle University Hospitals Health Board's Gun Licenses Applications: A Retrospective Study). Adli Tıp Kurumu Dergisi. 2013;Basımda.
11. Tan S, Aldemir S, Sevinç ŞS, et al. Ruhsatlı Silah Bulunduran Ve Taşıyanların Kişilik Profillerinin Değerlendirilmesi. Yeni Sempozyum Dergisi (New Symposium Journal). Nisan 2011;49:89-94.
12. Nachman R, Yanai O, Goldin L, et al. Suicide in Israel: 1985-1997. Journal of psychiatry & neuroscience : JPN. 2002;27:423-428.
13. Lewin-Fetter V. Suicide in the home in relation to gun ownership. The New England journal of medicine. 1992;327:1880.
14. Brent DA, Perper JA, Allman CJ, et al. The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study. JAMA : the journal of the American Medical Association. 1991;266:2989-2995.
15. TÜİK. (Türkiye İstatistik Kurumu) İntihar İstatistikleri, 2011. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası; 2011.
16. Altındağ A, Özdemir B, Yanık M. Şanlıurfa'da ateşli silahla intiharlar. Anatolian Journal of Psychiatry. 2005;6:240-244.
17. Akcan A. Silahlanma... Diğer ülkelerde neler oluyor? Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7:5-9.
18. TÜİK. (Türkiye İstatistik Kurumu) Ölüm İstatistikleri, İl ve İlçe Merkezleri, 2008. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası; 2008.

ANKILOZAN SPONDİLİTTE GÜNCEL TEDAVİ SEÇENEĞİ: TÜMÖR NEKROZ FAKTÖR ALFA ANTAGONİSTLERİ

Current Treatment Option in Ankylosing Spondylitis: Tumor Necrosis Factor Alpha Antagonists

Abdullah Erman YAĞIZ, Nilgöl ÜSTÜN

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

Özet

Ankilozan spondilit (AS), aksiyal iskelet, entezis bölgeleri ve periferik eklemleri etkileyen kronik, sistemik, inflamatuvar bir hastalıktır. AS tedavisinde farmakolojik tedavi yanı sıra eğitim ve fizik tedavi gibi farmakolojik olmayan tedavi metotları da uygulanmaktadır. Farmakolojik ajanlardan tümör nekroz faktör alfa (TNF- α) antagonistleri diğer tedavilere yanıt alınamayan hastalarda kullanılmaktadır. Bunlar infliksimab, etanersept, adalimumab ve golimumabdır. Bu ilaçlar hem klinik hem de laboratuvar parametreleri üzerine etkinlik gösterebilmektedirler. Ancak oluşabilecek yan etkiler nedeniyle dikkatli olunması ve hastaların düzenli takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Ankilozan spondilit, güncel tedavi, TNF- α antagonistleri

Geliş Tarihi / Received: 14.10.2012,
Kabul Tarihi / Accepted: 24.11.2012

GİRİŞ

Ankilozan spondilit (AS), aksiyal iskelet, entezis bölgeleri ve bazı hastalarda periferik eklemleri etkileyen kronik, sistemik, inflamatuvar bir hastalıktır. Daha çok erkeklerde ve 20-40 yaş aralığında teşhis edilen bu hastalığın etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik ve çevresel faktörler sorumlu tutulmaktadır (1). Hastalarda inflamatuvar cevabın oluşumunda İnterlökin-2 (İL-2), İL-6 ve tümör nekrozis faktör alfa (TNF- α) gibi sitokinler sorumludur (2). Bunlardan TNF- α esas olarak makrofajlar ve aktive T hücrelerden salgılanmaktadır. TNF- α , diğer proinflamatuvar sitokinler ve adezyon moleküllerinin yapımı, immün hücrelerin aktivasyonu ve enzimlerin indüksiyonunu sağlamaktadır (3).

Abstract

Ankylosing spondylitis (AS) is a chronic, systemic, inflammatory disease that particularly involves axial skeleton, entheses regions and peripheral joints. The pharmacological therapy as well as non-pharmacological therapy methods such as patient education and physical therapy are also applied in the treatment of AS. Tumor necrosis factor alpha (TNF- α) antagonists, the pharmacological agents, are used in patients who fail to respond to other treatments. These are infliximab, etanercept, adalimumab, and golimumab. These drugs can show an efficiency on both clinical and laboratory parameters. However, the side effects that may occur due caution and patients should be monitored regularly.

Key words: Ankylosing spondylitis, current treatment, TNF- α antagonists

Spondiloartrit (SpA) grubu hastalıkların prototipi olan AS, inflamatuvar tipte bel ağrısı, spinal tutukluluk ve zaman içinde gelişen hareket kısıtlılığı ile kişilerin yaşam kalitelerini etkilemektedir. Bu nedenle erken dönemde tedaviye başlanması önemlidir. Tedavide en iyi sonuç için farmakolojik tedavi yanısıra eğitim ve fizik tedavi gibi farmakolojik olmayan tedavi metotları da uygulanmalıdır (4). AS'li hastalarda uygulanacak tedavinin seçimi için Ankilozan Spondilit Değerlendirme Uluslararası Çalışma Grubu (The ASsessment in Ankylosing Spondylitis International Working Group:ASAS) ve Romatizmaya Karşı Avrupa Ligi (European League Against Rheumatism:EULAR) en son 2010 yılında ortak bir çalışma ile önerilerini güncellemişlerdir. Bu çalışmada kişiye özgü tedavinin belirlenmesinde hastanın mevcut belirti ve bulgularının, mevcut semptom, klinik bulgu ve prognostik göstergelerin düzeylerinin ve genel klinik durumunun (yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar, kullanılan diğer ilaçlar, psikososyal faktörler) göz önüne alınması gerektiği belirtilmektedir (5). AS'in farmakolojik tedavisinde birinci basamakta tercih edilecek ilaç grubunu nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİ) oluşturmaktadır (6,7). Ağrı tedavisinde NSAİ'nin yetersiz kaldığı ve kontroendike olduğu veya tolere edilemediği durumlarda parasetamol ve opioidler kullanılabilir. Kortikosteroid tedavisi ise kas iskelet inflamasyonları için lokal enjeksiyon şeklinde önerilmekle birlikte aksiyal hastalıkta sistemik olarak kullanımı tavsiye edilmemektedir (5,8). Hastalığı modifiye edici ilaçlardan olan sülfasalazin ve metotreksatın aksiyal hastalıkta etkinliği ile ilgili kanıt bulunmamaktadır (5). Ancak sülfasalazin periferik eklem tutulumlu hastalarda kullanılabilir (9,10).

AS'de son 10 yılda mevcut konvansiyonel tedaviye yanıt alınamayan hastalarda kullanılmak üzere TNF- α 'ya karşı geliştirilen ajanlarla tedavide yeni bir seçenek elde edilmiştir. TNF- α antagonistleri olarak adlandırılan bu biyolojik ajanlar infliksimab, etanersept, adalimumab ve golimumabdır (5,11,12). Bu yazıda, bu grup ilaçların AS'li hastalardaki etkinlikleri literatür verileri ile aktarılacaktır.

Anti tümör nekrozis faktör alfa (anti-TNF α) tedavisi

AS'li ve aksiyal SpA'li hastalarda anti-TNF α ajanlarının kullanımı için ASAS tarafından yapılan öneriler 2010 yılında güncellenmiştir. Buna göre:

1. Hastaların AS için modifiye New York kriterlerini, aksiyal SpA için ASAS kriterlerini karşılamaları gerekmektedir.

2. Aktif hastalığın 4 hafta ve üzerinde devam etmesi, BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) değerinin 4 ve üzerinde ve bir pozitif hekim görüşü olmalıdır.
3. Tüm hastalarda en az iki NSAİ, 4 hafta süre ile kontroendikasyon olmadıkça önerilen veya tolere edilebilen maksimum dozda kullanılmasına rağmen yeterli yanıt alınamaz ise, periferik eklem tutulumlu hastalarda bir lokal steroid enjeksiyonuna ve tercihen sülfasalazin üzere bir hastalığı modifiye edici ilaç ile tedavi başarısız olursa, semptomatik entezitli hastalarda ise lokal tedavi yetersiz olursa anti-TNF α tedavisi uygulanabilir. Aksiyal tutulumlu hastalarda anti-TNF α tedavisi öncesi hastalığı modifiye edici ilaç kullanımı zorunlu değildir.

AS'li hastalarda tedavinin devamı için BASDAI'da %50 rölatif veya 2 birim kesin iyileşme ve hekim görüşünün devam yönünde olması gerekmektedir. Ayrıca değerlendirme zamanının en az 12 hafta sonra olması önerilmektedir (13).

İnfliksımab:

İnfliksımab, TNF- α 'ya bağlanan kimerik bir fare-insan monoklonal antikordur. AS'li hastalarda her 6 haftada bir 5mg/kg dozunda önerilen ajan intravenöz olarak uygulanmaktadır (14). Braun ve arkadaşlarının (15) yaptığı AS'li hastalarda infliksımab tedavisinin etkinliğinin ve güvenilirliğinin araştırıldığı çok merkezli ilk çift kör randomize plasebo kontrollü çalışmada 70 hasta takip edilmiştir. 5 mg/kg dozunda 0, 2, 6, 12. haftalarda infliximab kullanan grupta plasebo grubuna göre hastalık aktivitesi, fonksiyon, spinal mobilite ve yaşam kalitesi açısından anlamlı düzeyde iyileşme saptanmıştır. Çalışma sırasında bir hastada sistemik tüberküloz, bir hastada akciğerde granülomatozis ve bir hastada geçici lökopeni olmak üzere 3 hastada yan etki gelişmiştir. Van der Heijde ve arkadaşlarının (16) yaptığı çok merkezli, plasebo kontrollü bir başka çalışmada ise 201 hastaya 5 mg/kg dozunda 0, 2, 6, 12 ve 18. haftalarda infliksımab uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda hastalık aktivitesi, fiziksel fonksiyon, hareket açıklığı ve yaşam kalitesinde anlamlı iyileşme saptanmıştır. Çalışma sırasında hastaların çoğunlukla infliksımabı iyi tolere ettiğini belirtilmiştir. 12 hastada transaminaz seviyelerinde yükselme, hastaların %40.7'sinde anti-nükleer antikor pozitifleşmesi saptanmıştır. Hastalarda ilacı bırakmayı gerektirecek ağır bir yan etki ile karşılaşılmamıştır. Sadece 2 hasta ağır olmayan yan etkiler olan titreme ve otit nedeniyle tedaviye devam etmemiştir. Çalışmada herhangi bir malignensi, tüberküloz ve ölüm vakası rapor edilmemiştir. Braun ve arkadaşlarının (17) yaptığı çalışmada AS'li hastalarda 5 yıllık

infliksımab tedavisinin etkinliği ve güvenilirliği değerendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda tedavinin 5. yılında da ilacın etkinliğinin ve güvenilirliğinin devam ettiği rapor edilmiştir. Baraliakos ve arkadaşlarının (18) alışmasında ise infliksımab tedavisiyle 8 yıl boyunca takip edilen 33 AS'li hastada hastalık aktivitesi, fonksiyon ve mobilitedeki iyileşmelerin 8. yılda da devam ettiği ve infliksımab tedavisinin güvenilir olduğunu belirtilmiştir.

Etanersept

Etanersept, 75kDa ağırlığında bir IgG1 füzıyon proteiniğir. Plazmada hem özünmüş TNF- α hem de TNF β 'ya bağlanmaktadır (19). Etanersept haftada iki kez 25 mg veya haftada bir kez 50 mg subkutan olarak uygulanmaktadır (20). AS'li hastalarda etanerseptin etkinliğinin araştırıldığı ilk çift kör, randomize, plasebo kontrollü alışma Gorman ve arkadaşları (21) tarafından yapılmıştır. Çalışmaya 40 hasta alınmış ve 4 ay süre ile takip edilmiştir. Çalışmanın sonucunda etanersept kullanan grupta hastalık aktivitesi, sabah tutukluluğu, spinal ağrı, fonksiyon ve yaşam kalitesi açısından anlamlı iyileşme saptanmıştır. Hastalarda enjeksiyon yeri reaksiyonu ve minör enfeksiyonlar dışında ağır bir yan etki rapor edilmemiştir. Brandt ve arkadaşlarının (22) yaptığı 30 hastanın alındığı çift kör, plasebo kontrollü çalışmada ise tedavinin 6. haftasında etanersept kullananlarda hastalık aktivitesi, ağrı, fonksiyon, mobilite, yaşam kalitesi ve C-reaktif protein (CRP) parametrelerinde anlamlı iyileşme olduğu, majör bir yan etkinin gözlenmediği rapor edilmiştir. Baralikos ve arkadaşlarının,(23) 16 hastayı 7 yıl boyunca takip ettiği, etanerseptin etkinliğinin ve güvenilirliğinin değerendirildiği çalışmada ise 7. yılın sonunda da etkinlik ve güvenilirliğin devam ettiği belirtilmiştir.

Adalimumab:

Adalimumab, TNF- α 'ya spesifik tamamen insan kaynaklı, rekombinant teknoloji ile üretilmiş bir IgG1 monoklonal antikordur (24). AS tedavisinde 2 hafta bir 40 mg, subkutan olarak önerilmektedir (25). Van der Heijde ve arkadaşları (26) tarafından yapılan 315 AS hastasının alındığı 24 hafta süren, çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada adalimumabın semptom ve şikayetlerde istatistiksel olarak anlamlı iyileşme ve kısmi remisyon sağladığı belirtilmiştir. Hastaların takipleri sırasında en sık üst solunum yolu enfeksiyonu ve baş ağrısı gibi minör yan etkiler görüldüğu, tüberküloz, malignensi, demiyelinizan hastalık ve lupus benzeri sendrom gibi yan etkilerle karşılaşılmadığı rapor edilmiştir. Sieper ve arkadaşları (27) tarafından yapılan ve 185 AS'li hastanın alındığı diğer bir çalışmada ise 12 haftalık takip sonrası hastaların klinik parametrelerinde ve CRP, vertebral ve sakroiliak MR skorlarında

anlamli iyileşme saptanmıştır. Çalışma sırasında adalimumab kullanan hastalarda nazofarenjit (%11.6), bulantı (%7.4) ve baş ağrısı(%6.3) gibi minör yan etkiler gözlemlenmiştir. Bir hastada meme displazisi, bir hastada düşük ve bir hastada akut hepatit olmak üzere 3 hastada ise majör yan etkiler ile karşılaşmıştır. Sieper ve arkadaşlarının (28) 5 yıl boyunca adalimumab kullanan 202 hasta ile ilgili etkinlik ve güvenilirlik sonuçlarını açıkladıkları çalışmalarında 5 yılın sonunda da adalimumabın etkinlik ve güvenilirliğinin devam ettiği ve hastaların yaklaşık yarısının remisyona girdiği rapor edilmiştir.

Golimumab

Golimumab, TNF- α 'ya spesifik insan kaynaklı monoklonal antikordur. AS'li hastalarda ayda bir kez 50 mg subkutan olarak uygulanmaktadır (29,30). Inman ve arkadaşları (31) tarafından yapılan 356 AS'li hastanın alındığı bir randomize, çift kör, plasebo kontrollü çalışmada golimumab kullanılanlarda hastalık aktivitesi, fonksiyon, yaşam kalitesi ve CRP parametrelerinde anlamlı değişiklikler saptanmıştır. 24 haftalık takip sırasında golimumab kullanan hastalarda daha çok üst solunum yolu enfeksiyonu, baş ağrısı, yorgunluk, enjeksiyon yerinde eritem ve karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme gibi minör yan etkiler gözlenirken sadece hastaların %3.6'sında ağır yan etkilere bildirilmiştir. Sonuç olarak golimumab kullanımının AS'de etkin olduğu ve iyi tolere edildiği rapor edilmiştir. Braun ve arkadaşlarının (32) yaptığı çalışmada ise golimumab tedavisiyle MR ile belirlenen spinal inflamasyonda anlamlı düzeyde azalma olduğunu saptanmıştır.

Anti-TNF α tedavisinin kontroendikasyonları: Anti-TNF α tedavisi, hamile ve emziren kadınlarda, aktif enfeksiyon varlığında, yüksek enfeksiyon riskine sahip hastalarda (kronik bacak ülseri, geçirilmiş tüberküloz, bir eklemden son 12 ay içerisinde geçirilmiş septik artrit, son 12 ay içinde geçirilmiş bir protez eklem sepsisi, persistan ve rekürren göğüs enfeksiyonları, daimi üriner kateter), multipl skleroz veya lupus öyküsü durumunda, malignensilerde (bazal hücreli karsinoma ve total kürün çok yüksek olduğu 10 yıldan daha önce teşhis ve tedavi edilmiş malignensiler haricindekiler) kontrendikedir (14).

Sonuç olarak AS hastalarının tedavisinde TNF- α antagonistleri hem klinik hem de laboratuvar parametreleri üzerine olan etkinlikleri nedeniyle önemli bir yer tutmaktadır. Ancak oluşabilecek yan etkiler nedeniyle dikkatli olunması ve hastaların düzenli takip edilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Van Der Linden S, Van Der Heijde D, Braun J Ankylosing spondylitis. In: Harris ED, Budd RC, Frestein GS, Genovese MC, Sergent JS, Ruddy S, Sledge CB (Editors) Kelley's textbook of rheumatology, 7. Baskı, Philadelphia:Elsevier Saunders, 2005: 1125-1141.
2. Bal A, Unlu E, Bahar G, Aydog E, Eksioglu E, Yorgancioglu R. Comparison of serum IL-1 beta, sIL-2R, IL-6, and TNF-alpha levels with disease activity parameters in ankylosing spondylitis. Clin Rheumatol. 2007;26:211-5.
3. Reed MR, Taylor AL. Tumour necrosis factor inhibitors in ankylosing spondylitis. Intern Med J. 2008;38:781-9.
4. Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. Lancet. 2007;369:1379-90.
5. Braun J, Van den Berg R, Baraliakos X, Boehm H, Burgos-Vargas R, Collantes-Estevez E, Dagfinrud H, Dijkmans B, Dougados M, Emery P, Geher P, Hammoudeh M, Inman RD, Jongkees M, Khan MA, Kiltz U, Kvien T, Leirisalo-Repo M, Maksymowych WP, Olivieri I, Pavelka K, Sieper J, Stanislawska-Biernat E, Wendling D, Ozgocmen S, Van Drogen C, Van Royen B, Van der Heijde D. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. AnnRheumDis. 2011;70:896-904.
6. Van der Linden S. Issues in the treatment of ankylosing spondylitis with non-steroidal anti-inflammatory drugs. Wien Med Wochenschr. 2008;158:195-9.
7. Poddubnyy D, Van der Heijde D. Therapeutic controversies in spondyloarthritis: nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Rheum Dis Clin North Am. 2012;38:601-11.
8. Bodur H, Sivas F, Yılmaz Ö, Özgöçmen S, Günaydın R, Kaya T Ataman Ş, Altan L, Altay Z, Aydoğ E, Birtane M, Borman P, Soy Buğdaycı D, Bütün B, Çakırbay H, Duruöz T, Gürer G, Hepgüler S, Kamanlı A, Kuru Ö, Küçükdeveci A, Nacı B, Ölmez N, Rezvani A, Çörekçi Yanık B. Türkiye romatizma araştırma savaş derneği ankilozan spondilit ulusal tedavi önerileri. Turk J Rheumatol. 2011;26:173-86.
9. Kabasakal Y, Kitapcioglu G, Yargucu F, Taylan A, Argin M, Gumusdis G. Efficacy of SLZ and MTX (alone or combination) on the treatment of active sacroiliitis in early AS. Rheumatol Int. 2009;29:1523-7.
10. Khalessi AA, Oh BC, Wang MY. Medical management of ankylosing spondylitis. Neurosurg Focus. 2008;24:E4.

11. Baraliakos X, Braun J. Biologic therapies for spondyloarthritis: what is new? *Curr Rheumatol Rep.* 2012;14:422-7.
12. Machado MA, Barbosa MM, Almeida AM, de Araujo VE, Kakehasi AM, Andrade EI, Cherchiglia ML, Acurciof de A. Treatment of ankylosing spondylitis with TNF blockers: a meta-analysis. *Rheumatol Int.* 2013;33:2199-213.
13. Van der Heijde D, Sieper J, Maksymowych WP, Dougados M, Burgos-Vargas R, Landewe R, Rudwaleit M, Braun J; Assessment of Spondylo Arthritis international Society. 2010 Up date of the international ASAS recommendations for the use of anti-TNF agents in patients with axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:905-8.
14. Brandt J, Marzo-Ortega H, Emery P. Ankylosing spondylitis: new treatment modalities. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2006;20:559-70.
15. Braun J, Brandt J, Listing J, Zink A, Alten R, Golder W, Gromnica-Ihle E, Kellner H, Krause A, Schneider M, Sørensen H, Zeidler H, Thriene W, Sieper J. Treatment of active ankylosing spondylitis with infliximab: a randomised controlled multicentre trial. *Lancet.* 2002;359:1187-93.
16. Van der Heijde D, Dijkmans B, Geusens P, Sieper J, DeWoody K, Williamson P, Braun J; Ankylosing Spondylitis Study for the Evaluation of Recombinant Infliximab Therapy Study Group. Efficacy and safety of infliximab in patients with ankylosing spondylitis: results of a randomized, placebo-controlled trial (ASSERT). *Arthritis Rheum.* 2005;52:582-91.
17. Braun J, Baraliakos X, Listing J, Fritz C, Alten R, Burmester G, Krause A, Schewe S, Schneider M, Sørensen H, Zeidler H, Sieper J. Persistent clinical efficacy and safety of anti-tumour necrosis factor alpha therapy with infliximab in patients with ankylosing spondylitis over 5 years: evidence for different types of response. *Ann Rheum Dis.* 2008;67:340-5.
18. Baraliakos X, Listing J, Fritz C, Haibel H, Alten R, Burmester GR, Krause A, Schewe S, Schneider M, Sørensen H, Schmidt R, Sieper J, Braun J. Persistent clinical efficacy and safety of infliximab in ankylosing spondylitis after 8 years-early clinical response predicts long-term outcome. *Rheumatology (Oxford).* 2011;50:1690-9.
19. Braun J, Breban M, Maksymowych WP. Therapy for ankylosing spondylitis: new treatment modalities. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2002;16:631-51.

20. De Stefano R, Frati E, De Quattro D, Menza L, Manganelli S. Low doses of etanercept can be effective to maintain remission in ankylosing spondylitis patients. *Clin Rheumatol*. 2013. [Epubahead of print]
21. Gorman JD, Sack KE, Davis JC Jr. Treatment of ankylosing spondylitis by inhibition of tumor necrosis factor alpha. *N Engl J Med*. 2002;346:1349-56
22. Brandt J, Khariouzov A, Listing J, Haibel H, Sörensen H, Grassnickel L, Rudwaleit M, Sieper J, Braun J. Six-month results of a double-blind, placebo-controlled trial of etanercept treatment in patients with active ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 2003;48:1667-75.
23. Baraliakos X, Haibel H, Fritz C, Listing J, Heldmann F, Braun J, Sieper J. Long-term outcome of patients with active ankylosing spondylitis with etanercept-sustained efficacy and safety after seven years. *Arthritis Res Ther*. 2013;15(3):R67.
24. Zochling J. Assessment and treatment of ankylosing spondylitis: current status and future directions. *Curr Opin Rheumatol*. 2008;20(4):398-403.
25. Braun J, Sieper J. Biological therapies in the spondyloarthritides-the current state. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1072-84.
26. Van der Heijde D, Schiff MH, Sieper J, Kivitz AJ, Wong RL, Kupper H, Dijkmans BA, Mease PJ, Davis JC Jr; ATLAS Study Group. Adalimumab effectiveness for the treatment of ankylosing spondylitis is maintained for up to 2 years: long-term results from the ATLAS trial. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:922-9.
27. Sieper J, Van der Heijde D, Dougados M, Mease PJ, Maksymowych WP, Brown MA, Arora V, Pangan AL. Efficacy and safety of adalimumab in patients with non-radiographic axial spondyloarthritis: results of a randomised placebo-controlled trial (ABILITY-1). *Ann Rheum Dis*. 2013;72:815-22.
28. Sieper J, Van der Heijde D, Dougados M, Brown LS, Lavie F, Pangan AL. Early response to adalimumab predicts long-term remission through 5 years of treatment in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2012;71:700-6.
29. Mittal M, Raychaudhuri SP. Golimumab and certolizumab: the two new anti-tumor necrosis factor kids on the block. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2010;76:602-8.
30. Keystone EC, Genovese MC, Hall S, Miranda PC, Bae SC, Palmer W, Wu Z, Xu S, Hsia EC. Golimumab in patients with active rheumatoid arthritis despite methotrexate therapy: results through 2 years of the GO-FORWARD study extension. *J Rheumatol*. 2013;40:1097-103.

31. Inman RD, Davis JC, Heijde DV, Diekman L, Sieper J, Kim SI, Mack M, Han J, Visvanathan S, Xu Z, Hsu B, Beutler A, Braun J. Efficacy and safety of golimumab in patients with ankylosing spondylitis: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial. *Arthritis Rheum.* 2008;58:3402-12.
32. Braun J, Baraliakos X, Hermann KG, Van der Heijde D, Inman RD, Deodhar AA, Baratelle A, Xu S, Xu W, Hsu B. Golimumab reduces spinal inflammation in ankylosing spondylitis: MRI results of the randomised, placebo-controlled GO-RAISE study. *Ann Rheum Dis.* 2012;71:878-84.

FOLİKÜLER AMELOBLASTOMA: OLGU SUNUMU***Follicular Ameloblastoma: Case Report******Tümay ÖZGÜR*, Mehmet Mustafa AKIN*, Hasan GÖKÇE*, ErcanAKBAY**, İbrahim DAMLAR********Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı****Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı*****Mustafa Kemal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi***Özet**

Giriş: Ameloblastoma lokal invazyon yapan, yavaş büyüyen odontojenik epitel orjinli benign bir tümördür. Sıklıkla mandibula olmak üzere çene kemiklerine yerleşirler. Folliküler Ameloblastoma konvansiyonel ameloblastomların bir subtipidir. Biz de mandibulada destrüksiyona neden olmuş bir olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: Kırkdokuz yaşında bir erkek hasta ağız içinde şişlik şikayetiyle Mustafa Kemal Üniversitesi (MKÜ) Diş Hekimliği Fakültesi Polikliniğine başvurmuştur. Panoramik incelemede mandibulada multilobüle tümöral lezyon izlenmesi üzerine, yapılan bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sol mandibula ramus angulus düzeyinde 5.5x4.5 cm boyutlarında yer yer kistik alanlar içeren ekspansiyon ve destrüksiyon yapmış kitle lezyonu tespit edilmiştir. Lezyondan alınan insizyonel biopsinin MKÜ Tıp Fakültesi Patoloji laboratuvarında ameloblastoma ile uyumlu raporlanması üzerine MKÜ Tıp Fakültesi Hastanesi KBB ekibi tarafından hastanın radikal eksizyonu gerçekleştirilmiştir. Materyalin incelenmesinde olgunun ameloblastoma folliküler varyant tanısı onaylanarak hastanın lokalrekürrens ihtimali nedeniyle takibi önerilmiştir.

Sonuç: Ameloblastomalar odontojenik epitel orjinli en sık rastlanılan gerçek neoplazmlardır. Ameloblastomalarda tedavi lezyonun natüründen çok yayılımına ve çevre yapılarla ilişkisine bağlıdır.

Anahtar kelimeler: Ameloblastoma, mandibula, odontojenik

Abstract

Introduction: Ameloblastoma is a benign epithelial odontogenic tumor which is locally invasive and of slow growth. Ameloblastomas locates on jaw bones preferably mandibula. Follicular ameloblastoma is a subtype of conventional ameloblastomas. We present our case that has caused wide destruction in mandibula.

Case: A-49-year old male patient referred to Mustafa Kemal University Dentistry Department with intra-oral swelling. On panoramic view, a multilobular tumoral lesion has been determined and computed tomography scan revealed 5.5x4.5 cm sized mass lesion with cystic areas that has destructed and expanded left mandibula ramus angulus. The incisional biopsy has been reported as ameloblastoma by MKU Pathology Laboratory and the patient was sent to Otorhinology Department for radical surgery. The final diagnosis has been confirmed as follicular ameloblastoma after the examination of the material and follow-up of the patient has been advised for local recurrence.

Conclusion: Ameloblastomas are the most frequent neoplasms of real odontogenic epithelium. The prognosis of the treatment is basically dependent to the extension of the lesion and adjacent structures involvement rather than origin of lesion

Key words: Ameloblastome, mandibula, odontogenic

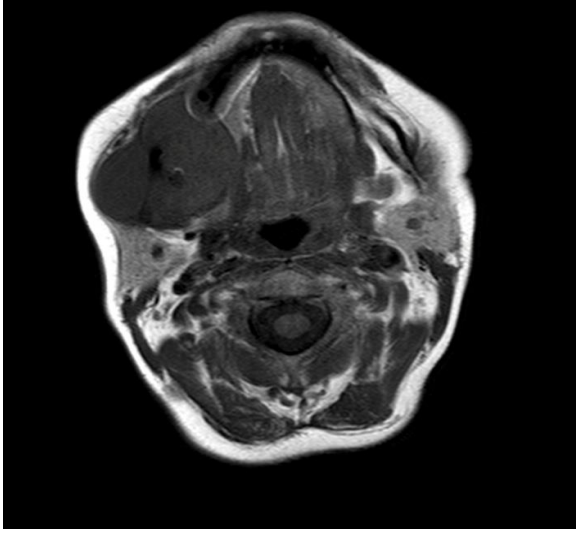
Geliş Tarihi / Received: 12.10.2012, Kabul Tarihi / Accepted: 23.11.2012

GİRİŞ

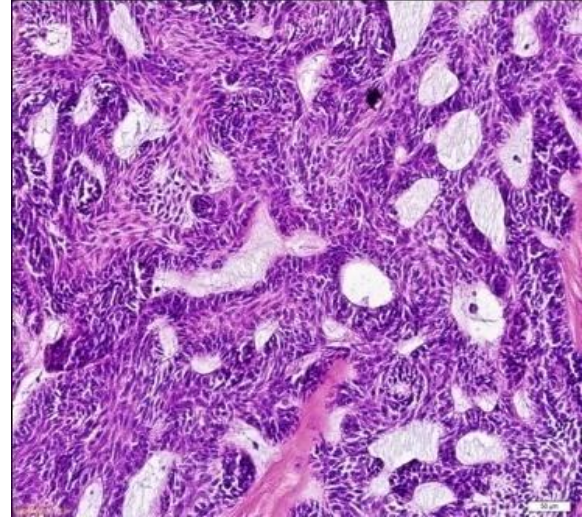
Ameloblastoma lokal invazyon yapan, yavaş büyüyen odontojenik epitel orjinli benign bir tümördür (1). Bu lezyon lokal agresif davranış sergiler, yüksek oranda lokal rekürrens riski vardır (2). Yıllık tahmini ameloblastoma insidansı yaklaşık olarak milyonda %0.5 olarak tespit edilmiştir. Olguların çoğu ortalama 30-60 yaşlar arasında tanı almaktadır (3). Dünya Sağlık Örgütü' nün (DSÖ) son yaptığı sınıflamaya göre benign ameloblastomalar başlıca dört gruba ayrılmaktadır; solid/multikistik, dezmoplastik, unikistik ve ekstraosseoz/periferal tip (4). Sıklıkla mandibula olmak üzere çene kemiklerine yerleşirler. Özellikle maksilla yerleşimli lezyonlarda bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme tümörün yayılım genişliğini tespit etmede yardımcıdır. Bu lezyonların çoğu yüzde şişme olana kadar bulur (3). Folliküler ameloblastoma konvansiyonel ameloblastomaların bir subtipidir. Biz de mandibulada destrüksiyona neden olmuş nadir rastlanılan bu olgumuzu sunmak istedik.

OLGU

Kırkdokuz yaşında bir erkek hasta ağız içinde şişlik şikayetiyle Mustafa Kemal Üniversitesi (MKÜ) Diş Hekimliği Fakültesi Polikliniğine başvurmuştur. Panoramik incelemede mandibulada multilobüle tümöral lezyon izlenmesi üzerine, yapılan bilgisayarlı tomografigörüntülemesinde sol mandibula ramus angulus düzeyinde 5.5X4.5 cm boyutlarında yer yer kistik alanlar içeren ekspansiyon ve destrüksiyon yapmış kitle lezyonu tespit edilmiştir (Resim: 1). Lezyondan insizyonel biopsi alınarak MKÜ Tıp Fakültesi Patoloji Laboratuvarına ameloblastoma ön tanısı ile histopatolojik inceleme için gönderilmiştir. Biopsinin ameloblastoma ile uyumlu raporlanması üzerine MKÜ Tıp Fakültesi Hastanesi KBB polikliniğine cerrahi için sevk edilmiştir.Hastanın radikal eksizyon materyalinden hazırlanan örneklerin incelenmesinde matür bağ dokudan oluşan stromada dağılmış proliferatif odontojenik epitel adaları izlenmiştir. Adaların periferinde ters polarizasyon gösteren kolumnar diferansiyasyonlu hücreler ile santralinde gelişmekte olan enamel organının yıldız şekilli retikulumuna benzeyen gevşek hücreler gözlenmiştir. Tümörde yer yer kistik oluşumlar mevcuttu (Resim: 2). Ki 67 immunohistokimyasal boyamasında proliferatif aktivite yüksek bulunmuştur. Olguya ameloblastoma folliküler varyant tanısı konularak hastanın lokal rekürrens ihtimali nedeniyle takibi önerilmiştir.



Resim 1



Resim 2

Resim 1: Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi incelemesinde; sağ mandibula ramus angulus düzeyinde ekspansiyon ve destrüksiyon yapmış multi-loküle, kistik alanlar içeren tümöral lezyon.

Resim 2: Adaların periferinde ters polarizasyon gösteren kolumnar diferansiyasyonlu hücreler ile santralinde gelişmekte olan enamel organının yıldız şekilli retikulumuna benzeyen gevşek hücrelerden oluşan tümöral doku (HEX100).

TARTIŞMA

Ameloblastomalar primer olarak mandibula daha seyrek olarak maksillayı içeren, tipik olarak çene kemikleri orijinli, epitel kaynaklı odontojenik tümörlerdir (4). Çene kemiklerindeki tümör ve kistlerin %1'ini ve odontojenik tümörlerin %10'unu oluşturmaktadır. Diş formasyonu sırasında oluşan Malessez-Serres artıklarından, odontojenik kist epitelinden, özellikle dentijeröz kist epitelinin bazal hücrelerinden ve mine organının epitelinden kaynaklanmaktadır (5).

Ameloblastomalar sıklıkla asemptomatik kitlelerdir ve yüzde şişlik yapana kadar bulgu vermezler (3) benzer şekilde bu olguda da hasta yüzde şişlik şikayetiyle başvurmuştur ve radyolojik olarak kitle tespit edilmiştir. Radyolojik olarak, ameloblastoma çene kemiklerinde uniloküler yada multiloküler, sınırları belirgin radyolüsent bir lezyondur (6). Bizim olgumuzda da bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sol mandibula ramus angulus düzeyinde yer yer kistik alanlar içeren ekspansiyon ve destrüksiyon yapmış multiloküle ancak nispeten iyi sınırlı kitle lezyonu tespit edilmiştir ve ameloblastoma ön tanısı olarak düşünülmüştür. Ameloblastomaların histopatolojik ayırıcı tanısı özellikle çok küçük parçalardan oluşan biyopsilerde zor olabilir benign ancak lokal agresif seyreden tümöral lezyonlar ön planda düşünülmeli ve radyolojik yöntemlerle tanı desteklenmelidir. İverted papillomlar, mukoseller yada skuamöz hücreli kanserler ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Olgumuzda lezyonun histopatolojik özellikleri radyolojik ve klinik bulgular ile folliküler ameloblastomatanısını konfirme etmiştir. Konservatif teknikler, lokal nüksü kontrol altına almakta yetersizdir ve radikal yaklaşımlar ile tedavi sonrasında fonksiyonel ve estetik olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (7). Ameloblastoma tedavisinde lokal nüks oranını azaltmak için küretaja veya enükleasyonla birlikte, nitrojen sprey ile yapılan kriyocerrahi önerilmektedir. Ameloblastomalar nadiren malign transformasyon gösterir ve sıklıkla malign ameloblastoma ve ameloblastik karsinomaya dönüşüm gösterirler. Ameloblastomanın malign formlarının metastazları genellikle akciğerler ve lenf nodlarında tespit edilir (8,9). Farklı araştırmacılar metastatik ameloblastoma ile klasik ameloblastomanın histolojik olarak farksız olduğunu savunmuşlardır ve metastatik tümör veya nükslerde, malign özelliklerin belirgin olduğunu ifade etmektedir. Lau ve ark.12, klasik ameloblastomanın, tekrarlayan cerrahi eksizyonlardan yıllar sonra, malign dönüşüm gösterebileceğini belirtmişlerdir (9). Bizim olgumuzda mitoz ve Ki-67 proliferatif aktivite indeksi yüksek olarak tespit edilmiştir ve lokal rekürrens olasılığı nedeniyle hastanın takibi önerilmiştir. Ameloblastoma tanısından sonra post-operatif takip çok önemlidir, çünkü rekürrenslerin çoğu cerrahi sonrası 5 yıllık süre içerisinde gözlenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ledesma-Montes C, Mosqueda-Taylor A, Carlos-Bregni R, León ER, Palma-Guzmán JM, Paéz-Valencia C, Meneses-García A. Ameloblastomas: a regional Latin-America multicentric study. *Oral Diseases*.2007;13.303–7.
2. Sun ZJ, Wu YR, Cheng N, Zwahlen RA, Zhao YF. Desmoplastic ameloblastoma - A review. *Oral Oncology*. 2009;45.752–9.
3. Hertog D, van der Waal I. Ameloblastoma of the jaws: A critical reappraisal based on a 40-years single institution experience. *Oral Oncology*. 2010;46.61–4.
4. Thompson L. World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of head and neck tumours. *Ear Nose Throat J*. 2006;85:74.
5. Jun Li T, Tang Wu Y, Feng Yu S, Yan Yu G. Unicystic ameloblastoma. *American Journal of Surgical Pathology*. 2000;24:1385-92.
6. Robinson L, Martinez M. Unicystic Ameloblastoma: A prognostically distinct entity. *Cancer* 1977;40.2278-85.

7. Curi M M, Dib L L, Pinto DS. Management of solid ameloblastoma of the jaws with liquid nitrogenspray cryosurgery. *Oral Surgery Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*. 1997;84.339-44.
8. Jones S P,Ghali G E,Lowe B.Eichstaedt M. Large maxillary mass in a child. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2001;59.1057-61.
9. Lau S K, Tideman H,Wu PsC. Ameloblastic carcinoma of the jaws. *Oral Surgery Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*. 1998;85.78-81.
10. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. *European Journal of Cancer Biology and Oral Oncology*. 1995;31.86-99.

NADİR YERLEŞİM VE TANI ZORLUĞU NEDENİYLE: SOL DİAFRAGMATİK HİDATİD KİST***Due to Rare Location And Difficulty in Diagnosis: Left Diaphragmatic Cyst Hydatid***

Yasemin Bilgin Büyükkarabacak, Ayşen Taslak Şengül, Cemgil Öztürk, Selçuk Gürz, M. Gökhan Pirzirenli, Ahmet Başoğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

Özet

Diafragmatik kist hidatid oldukça nadir görülür. Bu çalışmada, karaciğer ve sol subdiafragmatik multipl intraabdominal kist hidatid nedeniyle operasyona alınan, ancak peroperatif sol supradiafragmatik kist hidatid tanısı konulan olgu, atipik yerleşimi, literatürde nadir rastlanması ve tanısında karşılaşılan zorluklar nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Kist hidatid, diafragma, ekstrapulmoner

Geliş Tarihi / Received: 13.10.2012,
Kabul Tarihi / Accepted: 25.11.2012

Abstract

Diaphragmatic hydatid cyst is observed quite rarely. In this study, we would like to present a patient with preoperative left supradiaphragmatic hydatid cyst which was diagnosed when the patient was taken under operation due to liver and left supradiaphragmatic multiple intra-abdominal hydatid cysts. As well as being rare in the literature, we believe the case is worth to be presented due to its atypical location and the difficulties encountered in its diagnosis.

Key words: Cyst hydatid, diaphragm, extrapulmonary

GİRİŞ

Kist hidatid; özellikle tarım ve hayvancılığın yaygın, koruyucu hekimliğin az olduğu gelişmekte olan ülkelerde sık görülen paraziter bir hastalıktır. Ülkemizde prevalansının 100.000’de 50, insidansının ise 100.000 de 2-6 civarında olduğu tahmin edilmektedir (1).

Parazit %60 oranla karaciğerde, %30 akciğerde, %10 oranda da diğer organlarda hastalık yapar (2,3). İskelet kaslarında ve diafragmada kist hidatid hastalığı oldukça nadir görülür (4). Primer diafragmatik kist hidatid olguları tüm vakaların %1 ‘ini kapsamaktadır. Endemik bölgelerde mükümler yada yumuşak doku kist hidatiği bütün ekinokokal enfeksiyonlar arasında %1-5 arasında bildirilmektedir (5).

Bu çalışmada, karaciğer kist hidatiği nedeniyle operasyona alınan ve sol diafragmatik kist hidatid tanısı konulan olgu, atipik yerleşimi, tanısında yaşanan zorluklar ve literatürde nadir rastlanması üzerine sunulmuştur.

OLGU

Atmış yaşında kadın hasta sağ yan ağrısı nedeniyle Fakültemiz Genel Cerrahi Bölümüne başvurmuş; çekilen üst batın bilgisayarlı tomografisinde (BT), karaciğer sol lobunda düzensiz fragmente kalsifikasyonlar ve buna komşu alanda yaklaşık 76x45 mm boyutunda kalın duvarlı anteriorda kalsifikasyon gösteren kistik görünüm ve solda kostodiafragmatik sinüsü oblitere eden diaframa indentasyon gösteren subdiafragmatik olarak rapor edilen 97x60 mmlik kalın duvarlı homojen iç yapıda düzgün lobule kontürlü kistik lezyon izlenmiş. (Resim 1) Hasta multipl intraabdominal kist hidatid tanısı ile genel cerrahi tarafından operasyona alındı. Peroperatif olarak karaciğerde tarif edilen kistik oluşumun mevcut olduğu ancak, solda subdiafragmatik olarak tarif edilen kistik lezyonun olmadığı görüldü. Hastanın peroperatif konsültasyonunda, solda tarif edilen kistik oluşumun supradiafragmatik yerleşimli olduğu tespit edildi. Karaciğer kistine müdahale sonrasında, uygun şartlarda ve hastanın onamı alındıktan sonra, akciğer kistine müdahale düşünüldü. Hasta taburcu sonrasında kliniğimize başvurdu.

Özgeçmişinde hipertansif ve diabetik olduğu ve bu nedenle medikal tedavi aldığı; 9 yıl önce karaciğer kist hidatiği nedeniyle ameliyat edildiği öğrenildi. Eksplorasyonda, solda ekstrapulmoner, diafragma içinde kardiodiafragmatik sinüste perikard üzerine doğru devam eden yaklaşık 9x6 cm lik rüptüre olmayan kistik lezyon tespit edildi (Resim 2). Etraf doku hipertonic salin emdirilmiş gazlar ile korunarak kist içi sıvı aspire edilip, germinatif membran çıkarıldı. Kist poşu, hipertonic salin ile yıkandıktan sonra kapatıldı. Postoperatif 3. gün göğüs tüpü çekildi. Hasta 6. günde taburcu edildi. Morbidite izlenmedi.



Resim 1: Kostodiafragmatik sinüsü oblitere eden diaframa indentasyon gösteren kistik lezyon



Resim 2: Solda ekstrapulmoner, diafragma içinde kardiodiafragmatik sinüste perikard üzerine doğru devam eden yaklaşık 9x6 cm lik rüptüre olmayan kistik lezyon

TARTIŞMA

Kist hidatid hastalığının etken paraziti *Echinococcus granulosus*'dur. Parazitin erişkin formu, ana konak olan köpek, kurt, çakal gibi etoburların ince barsağında; parazitin larvası ise ara konakçı olan sığır,koyun ,keçi gibi otçul hayvanlar ile insanda çeşitli organlara yerleşerek uniloküler kistik ekinokok hastalığını oluşturur. İnsanlar tarafından alınan parazitin larva formunun midede parçalanması ile açığa çıkan embriyo portal sistem yoluyla karaciğere ulaşır. En sık, karaciğerde hastalık görülür (%60). Karaciğerden geçen embriyolar hepatic venler ve vena kava yoluyla kalbin sağ tarafına gelir ve pulmoner kapillerlere ulaşarak gömülürler ve akciğerde hastalık yaparlar (%30) (2,3).Akciğeri aşan embriyolar perikard, epikardium, miyokard, plevral boşluk, dalak, böbrek, periton, beyin ve kemikler gibi diğer organlara yerleşebilir. Göğüs duvarı yerleşimli kist hidatid olgularına oldukça nadir rastlanmaktadır. Göğüs duvarı tutulumunda odak yumuşak doku, sternum veya kosta olabilmektedir. Kemik tutulumu %0.9-2 oranda görülmektedir (6).

Hastalık % 85-90 tek organ tutulumu gösterir. Bunların % 70 de ise tek kist vardır . Primer olarak iskelet kaslarında kist hidatid tutulum prevalansı %1-5'dir (7,8). Diafragmatik yerleşim çok nadirdir. Literatürde insidans %1 olarak verilmiştir ve genellikle karaciğer kisti ile birlikte görülür (5). Hidatid kistin diyafragma, akciğer ve karaciğer kubbesindeki kistlerin perforasyonu sonucu veya diyafragmatik arter yoluyla ulaşabildiği düşünülmektedir. Diafragmatik kist hidatid için muhtemel açıklamalardan biri de parazitik embriyonun lenfatik yolla diaframa yerleşip hastalığı meydana getirmesidir (9,10). Olgumuzda diafragmatik kistin sol tarafa yerleşik olması, laparotomi esnasında diaframının inferior yüzünde herhangi bir

patolojiye rastlanmaması, yayılımın hematojen yada lenfatik sistem aracılığı ile olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde diaframın genellikle akciğer yüzünün hastalıktan etkilendiği (11) ve sağ hemidiaframın, %72,9 oranla, sola göre daha sık tutulduğunu rapor edilmektedir (12). Olgumuzda literatürle benzer olarak diaframın akciğer yüzünün hastalıktan etkilendiği batın yüzünün sağlam olduğu, ancak kistin sol hemidiaframda yerleşik olduğu tespit edildi. Diafragmatik kistlerde tanı koymak zordur. Tutulan organların saptanmasında göğüs radyografisi bulgularına ek olarak, ultrasonografi, BT ve manyetik rezonans inceleme (MRI) gereklidir. Kistin yerleşim yeri konusunda şüphe bulunan vakalarda, sagittal ve koronal MR kesitleri ile kistin diafragma ile ilişkisi daha açık bir şekilde ortaya konularak, cerrahi öncesinde en doğru tanıya ulaşılabilir (13). Olgumuz, karaciğer kist hidatiği tanısı ile çektirilen üst batın ve toraks BT kesitlerinde subdiafragmatik multipl kist hidatid tanısı konulup ameliyata alınmış, ancak peroperatif solda yerleşik kistin supradiafragmatik olduğu tespit edilip kliniğimize konsülte edilmişti.

Kist hidatiğinin temel tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavide amaç, paraziti eradike edebilmek, kistin intraoperatif rüptürü ve yayılımını engellemek ve rezidüel kaviteyi kapamak ve mümkün olduğunca akciğer parankimini koruyarak kisti çıkarmaktır. Multiorgan yerleşimli kistlerin tedavi yaklaşımı, kistlerin yerleşim yeri, büyüklüğü ve perforasyon olup olmamasına göre belirlenmelidir. Albendazol tedavisi karaciğer kist hidatidlerinde öncelikle tercih edilir ve başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Ancak akciğer kistinde sadece medikal tedavi ile kist duvarı zayıflar ve rüptüre olur. Rüptüre akciğer kist hidatidleri ciddi komplikasyonlara sebep olabilir (14). Bu nedenle olgumuzda laparotomi sonrasında torakotomi ile müdahale edilinceye kadar albendazol verilmemiş, torakotomi sonrasında PO6. gün 10mg/kg dozda albendazol tedavisi başlanarak hasta taburcu edilmiştir.

Sonuç olarak; intratorasik ekstrapulmoner yerleşimli hidatid kistler içinde sol diafragmatik yerleşim oldukça nadir görülür. Tanıda zorlanıldığı durumlarda hasta, detaylı radyolojik inceleme ile birlikte multidisipliner olarak değerlendirilmelidir. Peroperatif rastlanılabilecek atipik yerleşimler göz önüne alınarak hastaya bilgi verilmeli ve preoperatif onam bu durumlara göre düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

- 1-Uysal A, Gürüz Y, Köktürk O ve ark.Türk Toraks Derneği paraziter akciğer hastalıkları tanı ve tedavi uzlaşı raporu.Türk Toraks Dergisi Haziran 2009; Cilt 10 Ek 8
- 2-Kılıç Ö, Camcıoğlu Y, Akçakaya N, ve ark. Nadir Primer Serebral Yerleşimli Hidatik Kist Olgusu. Çocuk Enf Derg 2010;4:117-119.
- 3-Yüksel M,Kalaycı G. Akciğer kist hidatiğinin cerrahi tedavisi İn:Yüksel M,Kalaycı G. Göğüs Cerrahisi 1.Edition Bilmedya grup İstanbul 2001;46:p 647-658.
- 4- Ozgonul A, Sogut O, Cece H et al. Co-Occurrence Of Diaphragmatic And Serratus Anterior Muscle Hydatidosis: An Unusual Localization.J Emerg Med. 2010 Feb 27.
- 5-Eren S, Ulku R, Tanrikulu et al. Primary giant hydatid cyst of the diaphragm. Ann Thorac Cardiovasc Surg 2004;10:118 -9.
- 6-Meteroğlu F, Işık F, Elbeyli L. Tanı zorluğu yaşanan komplike diyafragmatik hidatik kist: iki olgu. Dicle Tıp Dergisi Cilt / Vol 37, No 3, 294-29
- 7-Kalkan E, Torun F, Erdi F et al. Primary lumbar vertebral hydatid cyst. J Clin Neurosci 2008;15:472-3.
- 8-Tarhan NC, Tuncay IC, Barutcu O et al. Unusual presentation of an infected primary hydatid cyst of biceps femoris muscle. Skeletal Radiol 2002;31:608 -11.
- 9- Işık AF, Sagay S, Ciftci A. Diaphragmatic Hydatid disease. Acta Chir Belg 2006;106,96-7.
- 10- Isıtmangil T, Toker A, Sebit S, et al. A novel terminology and dissemination theory for a subgroup of intrathoracic extrapulmonary hydatid cysts. Med Hypotheses 2003; 61: 68-71.
- 11-Carlo D, Toro A, Sparatore F, et al. Isolated hydatid cyst of the diaphragm without liver or lung involvement: a case report. Acta Chir Belg 2006; 106: 599-601.
- 12-Kjossev K, Losanoff J, Velitchkov N, et al. Hydatid cyst of the diaphragm: a case report and review of the literature. The Internet Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery ISSN: 1524-0274 2003; 6(1).
- 13-Pedrosa I,Saiz A,Arrazola J et al. Hydatid Disease: Radiologic and Pathologic Features and ComplicationsMay 2000 Radiographics, 20, 795-817.
- 14- Kurkcuoğlu C, Eroğlu A, Karaoglanoğlu N, et al. Complications of albendazole treatment in hydatid disease of lung. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 2002;22:649–650.

OFTALMİK ARTER TIKANIKLIĞI

Ophthalmic Artery Occlusion

*Nihan Parlakfikirer**, *Esra Ayhan Tuzcu**, *Mesut Coşkun**, *Özgür İlhan**, *Emre Ayıntap***,
*Uğurcan Keskin**, *Hüseyin Öksüz**

*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay

**Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Özet: Oftalmik arter tıkanması retinal ve koroidal sirkülasyonun eş zamanlı tıkanması olarak tanımlanır. Oftalmik arter tıkanıklığı retrobulber anestezi, orbital travma, orbital mukormikozis, karotid arter hastalığı veya atrial miksona gibi orbita veya sistemik hastalıklara bağlı gelişebilir. Bu yazıda ani görme kaybı, göz dibinde Japon bayrağı görünümü ve optik disk ödemi bulguları olan oftalmik arter tıkanıklığı vakası sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Ani görme kaybı, oftalmik arter, optik disk ödemi

Abstract: Acute synchronous obstruction of both the choroidal and retinal circulations is defined to as an ophthalmic artery occlusion. Ophthalmic artery occlusion may be due to the orbital or systemic diseases, which include retrobulber anesthesia, orbital trauma, orbital mucormycosis, carotid artery disease or atrial myxoma. This article report case ophthalmic artery occlusion which optic disc edema and wiew Japanese flag in fundus.

Key words: Sudden vision loss, ophthalmic artery, optic disc edema

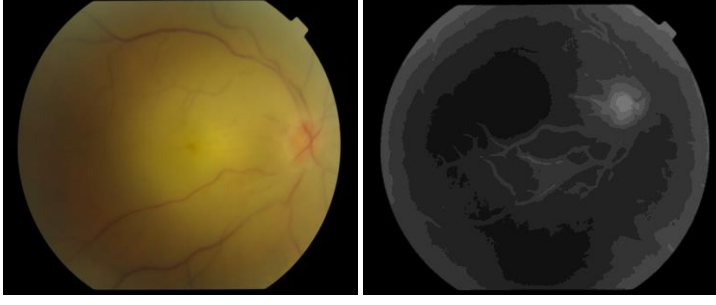
Geliş Tarihi / Received: 13.10.2012, Kabul Tarihi / Accepted: 24.11.2012

GİRİŞ

Akut oftalmik arter tıkanıklığı yaklaşık olarak oftalmoloji muayenelerinin 1:100,000’inde görülmektedir. Ortalama başlangıç yaşı altmışlı yaşlardır. Herediter geçiş bilinmemektedir (1). Oftalmik arter ve dallarındaki tıkanıklığın en yaygın nedeni karotid arterdeki aterom plağıdır (2-4). Bu yazıda ağrısız, ani görme kaybı olan oftalmik arter tıkanıklığı vakası sunulmuştur.

OLGU

Sağ gözde görme düzeyi ışık hissi olmayan 74 yaşındaki bayan hastanın göz dibi muayenesinde; optik disk ödemi, Japon bayrağı görünümü ve bilateral retinada yaygın hipopigmentasyon mevcuttu (Resim1). Hastanın yapılan tetkiklerinde sedimantasyon ve C-reaktif protein (CRP) normal, fundus floresin anjiyografisinde (FFA) sağ gözde koroidal ve retinal dolaşım olmadığı gözlemlendi. Hastanın orbital doppler ultrasonografisinde (USG) her iki gözde retinal arter akım normal iken sağda oftalmik arter akımı izlenmedi. Tüm bu klinik bulguların ışığında hastaya oftalmik arter tıkanıklığı tanısı kondu. Hastanın karotid arter USG’nde karotiste plak olduğu görüldü. Hasta kardiyojinin önerileriyle taburcu edildi. Hastanın 6 ay sonraki muayenesinde sağ gözde görme düzeyinde değişiklik yoktu, göz içi basıncı Goldmann aplanasyon tonometrisi ile 14mmHg idi. Göz dibi muayenesinde optik diskte atrofi geliştiği gözlemlendi.



Resim1. Optik disk ödemi, Japon bayrağı görünümü ve bilateral retinada yaygın hipopigmentasyon

TARTIŞMA

Oftalmik arter tıkanıklığı gelişen olgularda eşlik eden orbita veya sistemik hastalık sıklıkla birlikte görülür (1). Orbital nedenler arasında orbital mukormikozu, orbital travma, retrobulber anestezi sayılabilir (1). Oftalmik arter ve dallarındaki tıkanıklığın en yaygın nedeni karotid arterdeki aterom plağıdır (2-4). Arteritis, karotid diseksiyonu ve karotikokavernöz fistül daha nadir nedenlerdir (5). Hastamızın yapılan karotid arter USG'nde aterom plağı tespit edildi. Oftalmik arter tıkanıklığı olan hastalara yanlılıkla santral retina arter tıkanıklığı tanısı konulmaktadır. Hastamız da kliniğimize dış merkezden santral retinal arter tıkanıklığı tanısı ile refere edilmiştir. Oftalmik arter tıkanıklığı görme düzeyi ışık hissi veya olmaması, optik disk ve retina ödemi ile retinal arter tıkanıklığından ayırt edilebilmektedir. FFA'da koroidal ve retinal dolaşımın olmaması da oftalmik arter tıkanıklığı lehinedir. Olgumuzda görme düzeyinin çok düşük olması, retina ve optik diskte ödem olması nedeniyle akut oftalmik arter tıkanıklığı düşündük. Optik disk ve retina ödemi temporal arterit hastalığında da görülebilir. Hastamızda temporal arteriti ekarte etmek için sedimentasyon, CRP değerlerine bakıldı. Bu değerlerin normal olması ve hastada saçlı deride ağrılı hassasiyet, çene ağrısı gibi bulguların olmaması nedeniyle temporal arteriti hastamızda ekarte ettik. FFA'de retinal ve koroidal dolaşımın olmaması ve doppler USG'de oftalmik arter akımının olmaması ve retinal arter akımının olması akut oftalmik arter tıkanıklığı tanımızı kesinleştirilmiştir. Oftalmik arter tıkanıklıklarında koroidal dolaşımında etkilendiğinden retinada Japon bayrağı görünümü yerine tam bir beyazlaşma beklenmekle birlikte vakaların % 30'da Japon bayrağı görünümü izlenebilir (1). Olgumuzda da Japon bayrağı görünümü vardı. Akut oftalmik arter tıkanıklıklarında kaslardaki geçici iskemiye bağlı oftalmopleji gelişebilir. Özdek ve ark. (6) bir olguda oftalmik arter tıkanıklığına bağlı total oftalmopleji geliştiği ve sonrasında düzelen bir olgu sunmuşlardır. Olgumuzda oftalmopleji bulgusu yoktu.

Makula çevresindeki retina pigment değişiklikleri retinanın iyi kanlanmadığını göstermektedir. Retinada pigment değişiklikleri izlenen hastalarda oküler iskemiden şüphelenmek gerekmektedir. Bu hastalarda karotid arter USG yapılarak aterom plakları izlendiğinde tedavi edilerek retinal damar tıkanıklıkları önlenabilir. Hastamızın sol gözünde makula çevresinde oküler iskemiye düşündürecek retina pigment değişiklikleri gözleendiğinden kardiyoloji polikliniğine yönlendirilmiştir.

Sonuç olarak ani görme kaybı ile gelen hastalarda akut oftalmik arter tıkanıklığı da akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Allen C.HO. Retina: Color Atlas & Synopsis of Clinical Ophthalmology, 2008: 88-89
2. Walker PJ, May J, Harris JP, White GH, Hallinan J. External carotid endarterectomy for amaurosis fugax in the presence of internal carotid artery occlusion. Aust. N.Z. J. Surg. 1994;64:48-52.
3. Lasjuanais P, Vingaud J, Hasso AN. Maxillary artery supply to the orbit. Normal and pathological aspects. Neuroradiology. 1975;9:87-97.
4. Kahn BS, Green WR, Knox DL, Muller NR. Ocular features of carotid occlusive disease. Retina.1986;6:239-51.
5. Duker JS, Belmont JB. Ocular ischemic syndrome secondary to carotid artery dissection. Am. J. Ophthalmol.1998;106:750-2.
6. Özdek Ş, Konuk O, Gürel G, Sarı A, Hasanreisoglu B. Ani görme kaybı ve geçici oftalmopleji ile seyreden bir olguya tanısai yaklaşım. Retina-Vitreus. 2002;Özel Sayı:24-9.

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ

YAZIM KURALLARI

1. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisinde; klinik ve temel tıp bilimleri ile ilgili deneysel ve klinik çalışmalar, olgu sunumları, derlemeler ve editöre mektup yayınlanır.
2. Dergi, 3 ayda bir olmak üzere yılda dört sayı / bir cilt olarak yayınlanır.
3. Gönderilen yazıların daha önce yayınlanmamış olması veya başka dergide değerlendirme aşamasında olmaması gerekmektedir. Hazırlanan yazılar herhangi bir kongrede sunulmuş ise bu durumun gönderilen makalede, kongrenin adı, tarih dipnot olarak bildirilmesi gerekmektedir.
4. Yazıların sorumlulukları yazarlarına aittir. Gönderilen yazının yayınlanabilmesi için, yayın kurulunca tayin edilen danışmanlar tarafından uygun bulunması şarttır. Dergide yayınlanan yazılar için ücret ya da karşılık ödenmez. Kabul edilmeyen yazılar ve ekleri, aksi belirtilmediği takdirde iade edilmez.
5. Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir. Her yazının başında bir Türkçe Özet ve bir İngilizce Abstract olmalıdır. Metinde sade ve anlaşılır bir yazım dili kullanılmalı, bilimsel yazım tarzı benimsenmeli, gereksiz tekrarlardan kaçınılmalı ve kısaltmalar ilk kullanıldığı yerde tanımlanmalıdır.
6. Başvuru mektubunda yazının tüm yazarlar tarafından okunduğu, onaylandığı, yazının bütün yayın haklarının dergimize verildiği, yazıda belirtilen çalışmanın orijinal olduğu, daha önce herhangi bir yerde (kongre bildirimleri dışında) yayınlanmadığı, aynı anda başka bir dergiye (Türkçe veya İngilizce) değerlendirilmek üzere gönderilmediği ve yazının Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi'nin yazım kurallarına aynen uyularak hazırlanmış olduğu ifade edilmeli ve bu amaçla yazarlar isimlerinin karşılarını imzalamalıdır. Ayrıca mektup, yazı ile ilgili tüm yazışmaların gönderilebileceği yazarın isim, adres, elektronik posta adresi, telefon ve faks numaralarını içermelidir.
7. Dergiye sunulan çalışmaların "Etik Kurul Onayı" sorumluluğu yazarlara aittir. Bununla beraber Editör, gerektiğinde yazarlardan etik kurul belgesi isteme hakkını saklı tutar.
8. Yazışma adresinde belirtilen yazar; tüm yazışmalardan, makale üzerindeki değişikliklerden (yazar sayısı ve sırası dâhil) ve yayına kabul edilen yazıların matbaa provasının düzeltilmesinden sorumludur.
9. Tüm yazılar makale gönderim adresine (mkutipdergi@gmail.com) postalanmalıdır.
10. Yayınlanması istenen çalışmalar; A4 boyutunda, çift Aralıklı, 12 punto ile sayfanın tüm kenarlarında en az 2,5 cm boşluk olacak şekilde yazılmalı ve toplam 16 sayfayı aşmamalıdır.
11. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisine gönderilen yazılar, aşağıdaki sıraya göre (Başlık, Özet, Metin, Kaynaklar, Tablolar ve Şekiller) düzenlenmeli, Tablo ve Şekiller ayrı sayfalara basılmalıdır.

Başlık sayfası: Bu sayfada, yazının başlığı (Türkçe ve İngilizce), yazarların tam adları, adresleri ve yazışmadan sorumlu yazarın adı, adresi, faks numarası ve e-posta adresi bulunmalıdır. Başlık kısa, açık ve yazı için uygun olmalıdır. Başlıkta her kelimenin ilk harfi büyük geri kalanı küçük harf ve bağlaçlar küçük harfle yazılmalıdır. Başlık sayfasını takip

eden sayfada makalenin sadece başlığı yazar ve kurum adresi vermeksizin yazılmalıdır. Bu yöntem, yazıların uzmanlarca tarafsız bir şekilde değerlendirilmesini sağlamak amacıyla uygulanmaktadır.

Özet: Türkçe yazılarda Türkçe ve İngilizce özet olmalıdır. İngilizce yazılarda Türkçe özet de gereklidir. Özet, 250 kelimedenden daha uzun olmamalı ve aşağıdaki gibi yapılandırılmalıdır: Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Sonuç

Anahtar kelimeler: Türkçe ve İngilizce özetlerin hemen altına, en az 3 en fazla 5 kelimedenden oluşan "Index Medicus: Medical Subject Headings" standartlarına uygun anahtar sözcükler bulunmalıdır. Tıbbi Konu Başlıkları için <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> adresine başvurulabilir.

Metin: Araştırma çalışmalarında; Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma bölümleri, olgu sunumlarında ise; Giriş, Olgu Sunumu ve Tartışma bölümleri olmalıdır. Bölüm başlıkları büyük harflerle yazılmalıdır. Araştırmaya finansman sağlayan kuruluşa veya çeşitli katkıları için ilgili kişilere kurumları belirtilerek teşekkür edilmeli ve bu bölüm Tartışma ile Kaynaklar arasında yer almalıdır. Yazılarda "Systeme International (SI)" birimleri kullanılmalıdır.

Kaynaklar: Metin içindeki kullanım sırasına göre numaralandırılmalı ve atıf yapıldığı yerde parantez içine alınarak, tek aralık verildikten sonra gösterilmelidir. Kullanılan kaynakların tümü metin sonunda bir liste halinde sunulmalı ve kaynakların tümü metin içinde kullanılmış olmalıdır. Kişisel görüşler ve yayımlanmamış yazılar kaynak gösterilmemelidir.

Kaynak dergilerde yayımlanmış ise: Kaufman DM, Mann KV, Miujtjens AMM, Van der Vleuten CPM. A comparison of Standard setting procedures for an OSCE in undergraduate medical education. Academic Medicine. 2000;75:267-71.

Kaynak kitaptan bir bölüm ise: Emmerson BT. Gout and renal disease. In: Massry SG, Glasscock RJ (Editors). Textbook of Nephrology. 1. Baskı, Baltimore: Williams and Wilkins, 1989: 756-760.

Kaynak bir kitap ise: Özcan R. Kalp Hastalıkları.1.Baskı, İstanbul: Sanal Matbaacılık, 2003: 185-194.

Çeviri Kitaptan alıntı için: White DO, Fenner FJ. Medikal Viroloji. Doymaz MZ (Çeviren). 1. Baskı, İstanbul: Nobel, 2000.

Kaynak bir tez ise: Zararsız İ. Formaldehitin Sıçan Korteksindeki Prefrontal Alanlar Üzerine Olan Etkisinin İmmünohistokimyasal Olarak İncelenmesi ve Buna Omega-3'ün Etkisi. Uzmanlık Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilimdalı, 2003.

Kaynak bir internet adresi ise: Wilson AT. Environmental pollution and breast cancer.. <http://www.who.int/en/29.05.2002>. Ticari olmayan ve hükümetler ile ulusal ve uluslararası bilimsel kurul ve kuruluşların resmi internet sayfaları erişim tarihi belirtilerek kaynak olarak gösterilebilir.

Tablo ve şekiller: Her türlü çizim, grafik, resim, mikrograf ve radiograf, şekil olarak adlandırılır. Metin içinde yazıdaki tüm şekil ve tablolara atıfta bulunulmalıdır. Şekiller (Tablo, Çizim ve Fotoğraflar) cümle sonunda parantez içinde romen rakamı ile belirtilmelidir. Şekillerin alt yazıları ayrı bir sayfaya yazılmalıdır. Fotoğraflar yüksek çözünürlükte, JPEG formatında kayıtlı olarak gönderilmelidir.

12. Olgu sunumları: Olgu sunumları 3 sayfayı geçmemeli ve mümkün olduğunca az kaynak ve şekil kullanılarak hazırlanmalıdır. Özet 100 kelimeyi geçmemelidir.

13. Derleme Yazıları: Derlemeler her dergide ancak belirli sayıda yer alacaktır. Derleme yazılarında yazarın konu ile ilgili deneyimi ve akademik unvanı dikkate alınacaktır. Ayrıca makalede, yazarın kendisine ait en az 2 makalesine atıfta bulunmuş olması gereklidir. Derleme yazıları; başlık, İngilizce başlık ve İngilizce özet, alt başlıklarla bölümlendirilmiş olmalıdır.

14. Editöre Mektup: Daha önce basılmış yazılarla ilgili görüş, katkı, eleştiriler ya da farklı bir konu üzerindeki deneyim ve düşünceler için editöre mektup yazılabilir. Bu tür yazımlar 500 kelimeyi aşmamalı ve tıbbi etik kurallara uygun olarak kaleme alınmış olmalıdır. Mektup eğer basılmış bir yazı hakkında ise; yıl, sayı, sayfa numaraları, yazı başlığı ve yazarların adları belirtilmelidir. Mektup bir konu hakkında deneyim, düşünce hakkındaysa verilen bilgiler doğrultusunda dergi kurallarına uyumlu olarak kaynaklar belirtilmelidir.

15. Yayının baskı öncesi matbaa provası yazışmadan sorumlu yazara gönderilir ve üç gün içerisinde kontrol edilerek dergiye geri gönderilmesi istenir.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

1. Journal of Mustafa Kemal University Medical Faculty will consider for publication papers in the following categories; experimental and clinical articles about basic and clinical medicine, case reports, reviews, letters to the editor.
 - a. The journal is quarterly (for issues /one volume) in a year.
2. Manuscripts are accepted for consideration by Journal of Mustafa Kemal University Medical Faculty should have not been published previously, and/or are not being considered for publication elsewhere, and have been approved by each author. The name and the date of the meeting should be written as footnote if manuscripts were presented in any scientific meeting.
3. Responsibility for all published papers belongs to the authors. All manuscripts are sent to expert reviewers by the Editor and only those that received a high enough priority are published in the journal. No payment is made for publication of manuscripts to the authors. Rejected manuscripts and their attachments are not returned, unless otherwise specified.
4. Manuscripts should be written in Turkish or English. Each manuscript should accompany two abstracts in Turkish and English before the Introduction. A simple, understandable and scientific writing style should be adopted in preparation of manuscripts. Unnecessary repetition should be avoided and abbreviations defined where the first time it appears.
5. In cover letter, it should be expressed that this manuscript has been read and approved by all authors, all publication rights of accepted manuscripts have been attributed to Journal of Mustafa Kemal University Medical Faculty study in the manuscript was an original, the paper, in whole or in part, has not been published before, is not under consideration by another journal or publication source, and will not be submitted elsewhere unless and until it is declared unacceptable for publication by this journal. If accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in either the same or another language, without the consent of the Editors and the Publisher This letter also should stated that the authors agree to transfer the copyrights of the article to the Journal of Mustafa Kemal University Medical Faculty. The signature of all the authors should accompany their names. This letter must contain the name, address, e-mail address, telephone and fax numbers of the author to whom all correspondence concerning the manuscript should be sent.
6. All authors are responsible for the contents of scientific and ethical points of their papers. Nevertheless, editor has the right to request ethical board document.
7. The author indicated as address for correspondence is responsible for all

correspondence regarding the manuscript, all revisions (including names and order of authors) and proof reading of the manuscripts accepted for publication.

8. Manuscripts should be sent to the e-mail address (mkutipdergi@gmail.com).
9. Manuscripts should be type-written as in A4 paper dimension, double-spacing throughout, 12 punts, at least 2.5 cm wide margins throughout on each of four sides of the paper and should not be more than 16 pages.

Manuscripts should be prepared in the following order: Title page, Abstract, Text, References, Tables and Figures. Tables and Figures should be printed on separate pages.

Title page: This page should include title of the study (Turkish and English), the authors, full names, affiliation, the name, address, fax number and e-mail address of the corresponding author. The title should be succinct, clear and informative. Only the first letters of each word should be in capital (except conjunctions). A separate page following the title page should be provided. It should include the title only, but not the authors, names and addresses. This method is intended to help the reviewing process to be done blindly.

Abstract: Manuscripts in English should accompany an abstract in Turkish or vice versa. Abstracts should not exceed 250 words and structured as follows: Objective, Materials & Methods, Results and Conclusion).

Key words at least 3 and no more than 5 key words corresponding to "Index Medicus: Medical Subject Headings" standards should be type-written just subsequent to abstracts in English or in Turkish. You may look for Medical Subject in <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>. address.

Text: Research papers should be prepared in the following format: Introduction, Materials & Methods, Results and Discussion. Case reports as Introduction, Case Report and Discussion. Section headings should be typed in capital. Systeme International (SI) guidelines should be followed for units and prefixes.

All financial, technical and intellectual support from institutions and individuals should be acknowledged. This section should be placed in between Discussion and References.

10. **References:** References should be cited in numerical order in the text, and listed in this order at the end of the paper. They should be shown in parenthesis in the text. All items in the Reference list should be cited in the text and, conversely, all references cited in the text must be presented in the list. Personal views and unpublished work cannot be shown as references.

For references published in journals: Kaufman DM, Mann KV, Muijtjens AMM, Van der Vleuten CPM. A comparison of Standard setting procedures for an OSCE in undergraduate medical education. *Academic Medicine*. 2000;75:267-71.

If the reference is a chapter from a book: Emmerson BT. Gout and renal disease. In: Massry SG, Glasscock RJ (Editors). *Textbook of Nephrology*. 1st Edition, Baltimore: Williams and Wilkins, 1989: 756-760.

If the reference is a book: Ozcan R. *Cardiovascular diseases*. 1st edition, Istanbul: Sanal Publishing, 2003: 185-194.

If the reference is a thesis: Zararsiz İ. Investigation of toxic effects of formaldehyde on prefrontal areas in rat cortex immunohistochemically and the effect of this impact of omega-3 fatty acids. Ph.D. thesis, Elazig: Firat University, Medical School, Department

of Anatomy, 2003.

If the reference is an internet address: Wilson AT. Environmental pollution and breast cancer..<http://www.who.int/en/> 29.05.2002. Internet addresses of non-profit organizations, governments, national and international scientific boards and associations can be cited as reference. Date of web access should be indicated.

11. Tables and Figures: All constructions, graphics, pictures, micrograph and radiograph are accepted as figures. Each figure requires title and should be numbered in the order of their mention in the text. Figures (tables, constructions, pictures) should be numbered as in Rome numerals at the end of the sentences in a parenthesis. Footnotes of the figures should be type-written in separate page. Pictures should have high resolution and should be sent as JPEG formation.
12. Case Presentations: Case reports should not be more than 3 pages and should have less reference and figures as possible as. Abstract should not be more than 100 words.
13. Reviews: Reviews should be placed in each volume but in a limited manner. Academic position of the reviewer and at least two citations to own self articles in the review should be paid attention. Reviews should include title, title in English, abstract in English, subtitles in the text and references. Table, graphic, figure or picture should be arranged as abovementioned. Editorial board has right to consider the manuscript among these principles.
14. Letter to Editor: Opinions, critiques, additional information about previous publications, or experiences, point of views in other issues should be written to editor. These writings should not be more than 500 words and should be in ethical frame. Publication year of the journal, volume, number of the pages, title of the article and names of the authors should be expressed if the letter is about publicated issues. The references should be expressed in abovementioned rules if the letter is about own self experience or opinion.
15. Preliminary pressed article will be send to corresponding author and have to be returned in three days after checking.