

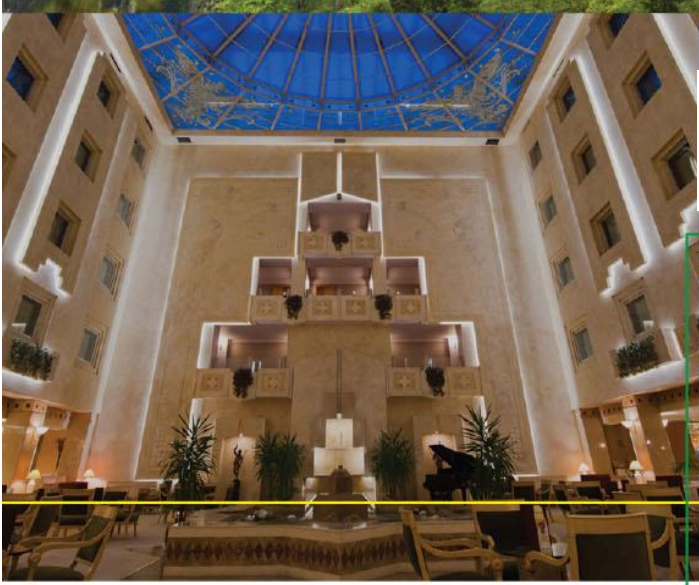
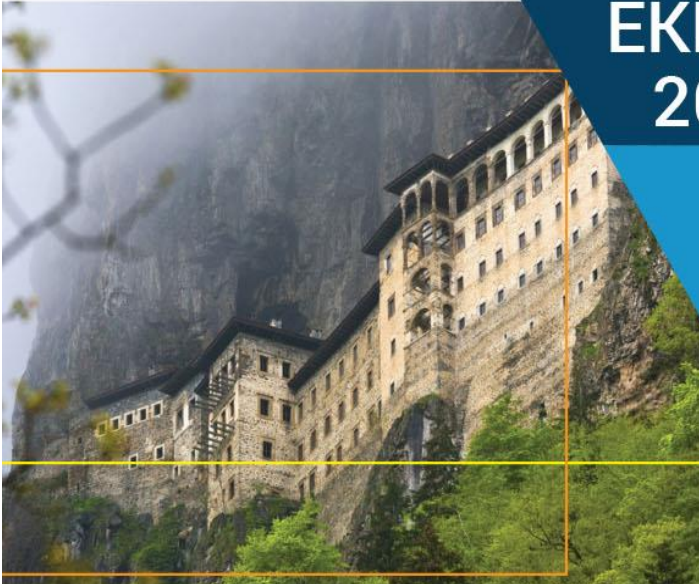


# 8. ULUSLARARASI KARADENİZ AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ



10-13  
EKİM  
2019

ZORLU  
GRAND  
HOTEL  
TRABZON



## BİLDİRİ KİTABI

## İÇİNDEKİLER

KURULLAR	-----	3
BİLİMSEL PROGRAM	-----	5
KONUŞMA ÖZETLERİ	-----	12
SÖZEL BİLDİRİLER	-----	42
POSTER BİLDİRİLER	-----	130

## KURULLAR

### KONGRE BAŞKANLARI

Dr. Ketevan JUGHELİ

Dr. Hakan UZUN

Dr. Turan SET

### KONGREYİ DESTEKLEYENLER

Makbule KOÇAK

Türkiye Cumhuriyeti Batum Başkonsolosu

*Avtandil MİKATSADZE*

*Gürcistan Cumhuriyeti Trabzon Başkonsolosu*

Zalihe ERDEN

KKTC Trabzon Başkonsolosu

*Zaal MİKELADZE*

*Gürcistan Cumhuriyeti Acara Özerk Cumhuriyeti Sağlık Bakanı*

Manuel Garcia ABAD

İspanya İberian Livemed Enstitü Başkanı

*Vugar J. GURBANOV*

*Azerbaycan Cumhuriyeti İcbari Tıbbi Sigorta Başkan Yardımcısı*

Dr. Sevgül MAYDONOZCU KARA

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi Koruyucu Sağlık Hizmetleri Birim Sorumlusu

*Prof. Dr. Mehmet UNGAN*

*Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa Başkanı*

Av. Halil ŞEN

T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağliğı Genel Müdürlüğü Daire Başkanı

*Dr. Hakan USTA*

*T.C Sağlık Bakanlığı Trabzon İl Sağlık Müdürü*

## KONGRE SEKRETERLERİ

Dr. Burhan YILMAZ  
Dr. Elif ATEŞ

## KONGRE DÜZENLEME KURULU

Dr. Emre ÖZEL  
Dr. Muhsin Ertuğrul ŞEN  
Dr. Halil İbrahim KÜÇÜK  
Dr. Osman Turan ÇAKAR  
Dr. Ayşegül KOLOT  
Dr. Ali YILMAZ  
Dr. Ayten ALİEVA  
Dr. Teona VARSHALOMIDZE

## BİLİMSEL KURUL

Dr. Ahmet YILMAZ ( Türkiye )  
Dr. Ali YILMAZ( Türkiye )  
Dr. Almıla Suna NİZAMOĞLU (Türkiye)  
Dr. Ayhan ÇANAKÇI (Türkiye)  
Dr. Ayten ALİEVA ( Azerbaycan )  
Dr. Ayşegül KOLOT ( Türkiye )  
Dr. Arzu AYRALER ( Türkiye )  
Dr. Arzu QULİYEVA ( Azerbaycan)  
Dr. Burhan YILMAZ (Türkiye)  
Dr. Cem KEÇE (Türkiye)  
Dr. Cüneyt ARDIÇ (Türkiye)  
Dr. Coşkun ÖZTEKİN ( Türkiye )  
Dr. Dünyahanım BABAYEVA ( Azerbaycan)  
Dr. Ekaterine KHARABADZE ( Gürcistan )  
Dr. Elif ATEŞ (Türkiye)  
Dr. Emre ÖZEL (Türkiye)  
Dr. Eren ÇAĞLIYOR (Türkiye)  
Dr. Firdevs AKSOY (Türkiye)  
Dr. Guga KASHİBADZE (Gürcistan)  
Dr. Gunay AGAYEVA (Azerbaycan)  
Dr. İftihar KÖKSAL (Türkiye)  
Dr. İlham NİYAZOVA ( Azerbaycan)  
Dr. Hakan UZUN (Türkiye)  
Dr. Hamit Zafer AKSOY (Türkiye)  
Dr. Halil AKTAŞ (Türkiye)  
Dr. Halil İbrahim KÜÇÜK (Türkiye)  
Dr. Jemal PUTKARADZE (Gürcistan)  
Dr. Jose Luis Llisterra Caro ( İspanya )  
Dr. Konul SEFEROVA (Azerbaycan)  
Dr. Lale ABDULLAHYEVA (Azerbaycan)  
Dr. Leman XASAYEVA (Azerbaycan)  
Dr. Mahcube ÇUBUKCU (Türkiye)  
Dr. Merabi KVICARIDZE (Gürcistan)

Dr. Mehmet BALÇIK (Türkiye)  
Dr. Muhsin Ertuğrul ŞEN (Türkiye)  
Dr. Murat TÜRKYILMAZ ( Türkiye )  
Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ ( Türkiye )  
Dr. Mustafa Mümtaz MAZICIOĞLU (Türkiye )  
Dr. Natavan ABBASOVA (Azerbaycan)  
Dr. Natia MOSİAVA ( Gürcistan )  
Dr. Nigar İSMAYİLOVA (Azerbaycan)  
Dr. Nino PİRCHALAIŞVİLİ (Gürcistan)  
Dr. Oğuzhan ÖZCAN ( Türkiye )  
Dr. Osman Turan ÇAKAR (Türkiye)  
Dr. Ömer KURU (Türkiye)  
Dr. Renata PAPP ( Macaristan )  
Dr. Reyhane HACİYEVA (Azerbaycan)  
Dr. Samed SAMEDOV ( Azerbaycan )  
Dr. Samiye Çilem BİLGİNER (Türkiye)  
Dr. Sevgül Maydonozcu KARA ( Kuzey Kıbrıs  
Türk Cumhuriyeti )  
Dr. Sevil NOVRUZOVA ( Azerbaycan)  
Dr. Sevinç SULTANOVA ( Azerbaycan )  
Dr. Teimuraz GOGİTİDZE (Gürcistan)  
Dr. Teona VARSHALOMIDZE (Gürcistan)  
Dr. Tınatin KİLASONİA (Gürcistan)  
Dr. Turan SET (Türkiye)  
Dr. Vepho ODİŞARİA (Gürcistan)  
Dr. Vusale ELİYEVA ( Azerbaycan)  
Dr. Yasemin BALLIEL (Türkiye)  
Dr. Yavuz ÇAKIROĞLU (Türkiye)  
Dr. Yücel UYSAL (Türkiye)  
Dr. Zaza XACHİPERADZE (Gürcistan)  
Dr. Zeynep Gökçe Gayretli AYDIN (Türkiye)  
Dr. Zülfiye SÜLEYMANLI ( Azerbaycan )

## BİLİMSEL PROGRAM

### 10 EKİM 2019 PERŞEMBE ( A SALONU )

SAAT	KONU VE KONUŞMACILAR
12.00-14.00	Otele Giriş
14.00-18.00	<p><b>Türkiye, Azerbaycan, Gürcistan Aile Hekimliği Çalıştayı</b></p> <p><b>Dr. Hakan Uzun</b> Trabzon Aile Hekimleri Derneği Başkanı</p> <p><b>Prof. Dr. Turan SET</b> Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı</p> <p><b>Av. Halil ŞEN</b> T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Daire Başkanı</p> <p><b>Dr. Dünyahanım BABAYEVA</b> Azerbaycan Cumhuriyeti</p> <p><b>Dr. Merabi KVİCARİDZE</b> Gürcistan Cumhuriyeti Nazarishvili Kliniği Başhekimisi</p>
20.00-24.00	<b>AKŞAM YEMEĞİ</b>



## 11 EKİM 2019 CUMA (A SALONU)

SAAT	OTURUM BAŞKANLARI	KONU VE KONUŞMACILAR
09.00-10.00	Dr. Almıla Suna NİZAMOĞLU Dr. Teona VARSHALOMIDZE Uzm. Dr. Yasemin BALLIEL	<b>Açılış Konuşmaları</b>  <b>Dr. Hakan UZUN</b> Trabzon Aile Hekimleri Derneği Başkanı  <b>Prof. Dr. Turan SET</b> KTÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı  <b>Dr. Ketevan JUGHELİ</b> Gürcistan Cumhuriyeti, Kutaisi D. Nazarishvili Aile Hekimliği ve Aile Doktor Eğitim Merkezi Koordinatörü  <b>Manuel Garcia ABAD</b> İspanya İberian Livemed Enstitü Başkanı  <b>Dr. Dünyahanım BABAYEVA</b> Azerbaycan Cumhuriyeti  <b>Dr. Hakan USTA</b> Trabzon İl Sağlık Müdürü  <b>Dr. Murat TÜRKYILMAZ</b> T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanı
10.00-10.15		<b>ÇAY-KAHVE ARASI</b>
10.15-11.00	<b>İmuneks</b> <i>Farma</i>	<b>UYDU SEMPOZYUMU</b> <b>İntegratif Tıpta Curcumin'in Yeri</b>  <b>Dr. Eren ÇAĞLIYOR</b>
11.00-11.15		<b>ARA</b>
11.15-12.00	Dr. Öğr. Üyesi Elif ATEŞ Dr. Ayten ALİEVA Uzm. Dr. Yasemin BALLIEL	<b>Erişkin ve Risk Gruplarında Pnömonok Aşılması</b>  <b>Prof. Dr. İftihar KÖKSAL</b> KTÜ Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Başkanı
12.00-13.00		<b>ÖĞLE YEMEĞİ</b>

13.00-14.00	Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ Dr. Guga KASHİBADZE Dr. Emre ÖZEL	<b>PANEL-1: Enürezis Nokturna</b>  <b>Dr. Öğr. Üyesi Hamit Zafer AKSOY</b> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı  <b>Dr. Öğr. Üyesi Samiye Çilem BİLGİNER</b> Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı
14.00-14.15		<b>ARA</b>
14.15-14.30		<b>PHC'de Hasta Güvenliği ve Kalitesi</b> <b>Dr. Merabi KVİCARİDZE</b> Gürcistan Cumhuriyeti Nazarishvili Kliniği Başhekimisi
14.30-14.45	Doç. Dr. Mahcube ÇUBUKÇU	<b>Kalp Yetmezliği ve Hipertansiyonu Olan Hastalarda KOAH Tedavisinde Bronkodilatörlerin Kullanımı</b> <b>Dr. Ekaterine KHARABZE</b> Gürcistan Cumhuriyeti Nazarishvili Kliniği
14.45-15.00	Dr. Teona VARSHALOMIDZE	<b>Asite Bağlı Hastalıkların Tedavisinde Modern Yaklaşım</b> <b>Dr. Natia MOSİAVA</b> Gürcistan Cumhuriyeti Nazarishvili Kliniği
15.00-15.15	Dr. Ali YILMAZ	<b>Sağlık Turizmi</b> <b>Dr. Teona VARSHALOMIDZE</b> Gürcistan Cumhuriyeti Ayder Sağlık Turizm Ajansı Sağlık Turizmi Danışmanı
15.15-15.45		<b>Aile Hekimliğinde Periyodik Muayeneler</b>  <b>Dr. Öğr. Üyesi Yücel UYSAL</b> Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
15.45-16.00		<b>ÇAY-KAHVE ARASI</b>

<b>16.00-16.30</b>	Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ Dr. Lale ABDULLAHYEVA Dr. Ayşegül KOLOT	<b>Bel Ağrılı Hastaya Yaklaşım</b>  <b>Prof. Dr. Ömer KURU</b> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
<b>16.30-17.00</b>	Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ Dr. İlham NİYAZOVA Dr. Halil İbrahim KÜÇÜK	<b>Aile Hekiminin Koyduğu Tanı Ne Kadar Güvenilir?</b>  <b>Prof. Dr. Mustafa Mümtaz MAZICIOĞLU</b> Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
<b>17.00-17.30</b>	Dr. Öğr. Üyesi Hamit Zafer AKSOY Dr. Gunay AGAYEVA Dr. Muhsin Ertuğrul ŞEN	<b>Cinsellik</b>  <b>Dr. Cem KEÇE</b> Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği Başkanı
<b>17.30-17.45</b>		<b>ARA</b>
17.45-18.45	Dr. Almıla Suna NİZAMOĞLU Dr. Teimuraz GOGİTİDZE Dr. Emre ÖZEL	<b>PANEL-2: Aile Hekimliği Yönetmeliğinde Yapılan Değişiklikler</b>  <b>Dr. Hakan UZUN</b> Trabzon Aile Hekimleri Dernek Başkanı  <b>Av. Halil ŞEN</b> T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Daire Başkanı  <b>Yavuz ATEŞ</b> T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Daire Başkanı Stratejik Yönetim ve Araştırmalar Derneği Başkanı
<b>20.00-24.00</b>		<b>AKŞAM YEMEĞİ</b>

## 11 EKİM 2019 CUMA ( B SALONU )

SAAT	OTURUM BAŞKANLARI	KONU VE KONUŞMACILAR
13.00-14.00	Dr. Öğr. Üyesi Elif ATEŞ	SÖZEL SUNUMLAR-1
<b>14.00-14.15</b>		<b>ARA</b>
14.15-15.45	Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ	SÖZEL SUNUMLAR-2
<b>15.45-16.00</b>		<b>ÇAY-KAHVE ARASI</b>
16.00-17.30	Doç. Dr. Mahcube ÇUBUKÇU	SÖZEL SUNUMLAR-3
<b>17.30-17.45</b>		<b>ARA</b>



## 12 EKİM 2019 CUMARTESİ (A SALONU )

SAAT	OTURUM BAŞKANLARI	KONU VE KONUŞMACILAR
09.00-10.00	Prof. Dr. Turan SET Dr. Konul SEFEROVA Dr. Osman Turan ÇAKAR	<b>Akılcı İlaç Kullanımı</b>  <b>Dr. Burhan YILMAZ</b> Trabzon Aile Hekimleri Derneği 2. Başkanı
<b>10.00-10.15</b>		<b>ÇAY-KAHVE ARASI</b>
10.15-10.45	Prof. Dr. Mustafa Mümtaz MAZICIOĞLU Dr. Samed SAMEDOV	<b>Sağlıklı Yaşlanma ve Geriatrik Değerlendirme</b>  <b>Prof. Dr. Turan SET</b> KTÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı
10.45-11.15	Dr. Burhan YILMAZ	<b>Hekimlik Sanatı: Kanıta Dayalı Tıp</b>  <b>Dr. Öğr. Üyesi Elif ATEŞ</b> KTÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
<b>11.15-11.30</b>		<b>ARA</b>
11.30-12.00	Dr. Öğr. Üyesi Samiye Çilem BİLGİNER Dr. Leman XASAYEVA Dr. Ayşegül KOLOT	<b>Çocuklarda Diş Gelişimi ve Ağız - Diş Sağlığı</b>  <b>Dr. Öğr. Üyesi Görkem YAHYAOĞLU</b> Denttrabzon Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
12.00-12.30	Dr. Öğr. Üyesi Coşkun ÖZTEKİN Dr. Nigar İSMAYİLOVA Dr. Muhsin Ertuğrul ŞEN	<b>Diyette Doğru Bildiğimiz Yanlışlar</b>  <b>Diyetisyen Dilan KARADAĞ</b> DS Beslenme ve Diyet Danışma Merkezi
<b>12.30-13.30</b>		<b>ÖĞLE YEMEĞİ</b>
13.30-14.30	Prof. Dr. Turan SET Dr. Reyhane HACİYEVA Dr. Burhan YILMAZ	<b>PANEL-3: Akılcı Antimikrobiyal Kullanımı</b>  <b>Dr. Öğr. Üyesi Firdevs AKSOY</b> Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı  <b>Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Gökçe GAYRETLİ AYDIN</b> Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı
<b>14.30-14.45</b>		<b>ARA</b>

14.45-15.30	Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Gökçe GAYRETLİ AYDIN Dr. Nino PİRCHALAIŞVİLİ Dr. Ayhan ÇANAKÇI	<b>Aşı Reddi, Aşı Karşıtlığı, Aşı Kararsızlığı</b>  <b>Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ</b> RTE Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı
15.30-16.15	Dr. Öğr. Üyesi Firdevs AKSOY Dr. Natavan ABBASOVA Uzm. Dr. Yasemin BALLIEL	<b>Sağlıkta Şiddet, Öfkeli Hasta</b>  <b>Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ</b> 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkan
<b>16.15-16.30</b>		<b>ÇAY-KAHVE ARASI</b>
16.30-17.00	Dr. Öğr. Üyesi Arzu AYRALER Dr. Tınatin KİLASONİA Dr. Halil AKTAŞ	<b>Aile Hekimliğinde Kanser Taramaları</b>  <b>Dr. Ayşegül KOLOT</b> Trabzon Sebat Aile Sağlığı Merkezi
17.00-17.30	Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ Dr. Dünyahanım BABAYEVA Dr. Mehmet BALÇIK	<b>Baş Ağrılı Hastaya Yaklaşım</b>  <b>Uzm. Dr. Ahmet YILMAZ</b> Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Algoloji Kliniği
<b>17:30-17:45</b>		<b>ARA</b>
17.45-18.15	Dr. Öğr. Üyesi Hamit Zafer AKSOY Dr. Vepho ODİŞARİA Dr. Halil İbrahim KÜÇÜK	<b>Organ Nakli</b>  <b>Op. Dr. Yavuz ÇAKIROĞLU</b> Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık, Acil Sağlık, İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanı
18.15-18.30	Dr. Ali YILMAZ Dr. Muhsin Ertuğrul ŞEN	<b>Azerbaycan Cumhuriyeti'nde Bir Pediatristin Günlüğü</b>  <b>Dr. Dünyahanım BABAYEVA</b> Azerbaycan Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2 nolu Çocuk Polikliniği
<b>20.00-24.00</b>		<b>AKŞAM YEMEĞİ</b>

## 12 EKİM 2019 CUMARTESİ ( B SALONU )

SAAT	OTURUM BAŞKANLARI	KONU VE KONUŞMACILAR
09.00-10.00	Dr. Öğr.Üyesi Coşkun ÖZTEKİN	SÖZEL SUNUMLAR-4
<b>10.00-10.15</b>		<b>ÇAY-KAHVE ARASI</b>
10.15-11.15	Dr. Öğr. Üyesi Arzu AYRALER	SÖZEL SUNUMLAR-5
<b>11.15-11.30</b>		<b>ARA</b>
11.30-12.30	Doç. Dr. Mahcube ÇUBUKÇU	SÖZEL SUNUMLAR-6
<b>12.30-13.30</b>		<b>ÖĞLE YEMEĞİ</b>
13.30-14.30	Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ	SÖZEL SUNUMLAR-7
<b>14.30-14.45</b>		<b>ARA</b>
14.45-16.15	Dr. Öğr. Üyesi Elif ATEŞ	SÖZEL SUNUMLAR-8
<b>16.15-16.30</b>		<b>ÇAY-KAHVE ARASI</b>
16.30-18.00	Dr. Öğr.Üyesi Coşkun ÖZTEKİN	SÖZEL SUNUMLAR-9
<b>20.00-24.00</b>		<b>AKŞAM YEMEĞİ</b>

## 13 EKİM 2019 PAZAR ( A SALONU )

SAAT	OTURUM BAŞKANLARI	KONU VE KONUŞMACILAR
09.00-12.00	Prof. Dr. Turan SET Dr. Zaza XACHİPERADZE Dr. Osman Turan ÇAKAR	<b>Akılcı Laboratuvar Kullanımı Kursu</b> <b>Doç. Dr. Oğuzhan ÖZCAN</b> Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı
12.00-13.00		KAPANIŞ

## KONUŞMA ÖZETLERİ

### AKILCI İLAÇ KULLANIMI

**Aile Hekimi Dr. Burhan YILMAZ**

**Arsin Aile Sağlığı Merkezi**

**dr.burhanyilmaz61@hotmail.com**

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), insanların en büyük hakkı olarak sağlık ve sağlığa erişmekte eşitlik ilkesinden hareketle, ilaca erişebilirliğin uzun vadeli ve tüm sağlık politikasının bir parçası olarak öne çıkarılması gerektiği üzerinde durmuştur.

Öğrenim Hedefleri ; Akılcı ilaç Kullanımı(AİK) tanımı ,gerekliliği, kapsayıcılığı, yapılan uygulama hataları, yürütülen faaliyetler, Eczacı ve Eczanelerin ilaç kullanımında yeri ve önemi, 2011 yılı Ulusal eylem planı, Türkiye ilaç ve Tıbbi cihaz kurumu "Reçete Bilgi Sistemi", ilaçların saklanması idi.

Dünyada ve Ülkemizde yanlış , gereksiz ,etkisiz ve yüksek maliyetli akılcı olmayan ilaç kullanımı sonucu ciddi halk sağlığı sorunları oluşmaktadır. Hastalık ve ölüm oranlarında artış , ilaç yan etkilerinin artması ,kaynakların yanlış tüketilmesi sonucu temel ilaçlara erişememe , tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetinin artması gibi bir çok sorun ortaya çıkmaktadır.

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar 1985 yılında Nairobi'de DSÖ toplantısı ile başlamıştır. Akılcı ilaç kullanımı(AİK);kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda , kendilerine ve topluma en düşük maliyetle sağlayabilmeleri olarak tanımlanmıştır.

Akılcı ilaç kullanımı gerekliliği; uygunsuz ilaçların kullanılması, pahalı ilaç kullanılması, güncel rehberlere uygun olmayan ilaçların reçete edilmesi, gereksiz enjeksiyon tercihleri, gereksiz antibiyotik kullanımları, ağrı kesiciler, vitaminlerin kullanılması, hastalara yeterli bilgi verilmemesi, Reçetelerin doğru bilgiyi içermesine özen gösterilmemesi, Eczanelerin ilaç verme ve bilgilendirme konusunda yeterli davranış sergilememesi, sağlık personelinin ilaç uygulama hataları, ilaç üretimi ve dağıtımı gibi alt yapı sorunlarından doğmuştur.

Akılcı ilaç Kullanımında Dünyada ve Ülkemizde Durum ; Ekonomik Kalkınma ve işbirliği örgütü (OECD)2008 raporuna göre sağlığa ayrılan pay; ABD'de %16.4, İngiltere'de %8.8, Türkiye'de %6.1 iken sağlık harcamalarının içinde ilacın payı aynı ülkelerde sırasıyla %12.3, %12.2 ve ülkemizde %46 olarak bildirilmiştir.

Dünya genelinde en çok satılan ilaçlar; Kalp Damar Hastalıkları %19.3, Santral Sinir Sistemi Hastalıkları %15.8, Metabolik Hastalıklar %15.3, Antibiyotikler %9.9 iken Türkiye'de Antibiyotikler %19, Ağrı Kesiciler %12, Antiromatizmal ilaçlar%11, Soğuk Algınlığı %8.6 ,Vitaminler %7.3 oranında kullanılmaktadır.

Türkiye'de AİK Faaliyetleri; Yaklaşık 25 yıldır sürdürülmektedir.12 Ekim 2010 tarihinde Akılcı ilaç kullanımı birimi ve 19 Mart 2012 tarihinde Türkiye ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Bünyesinde Akılcı ilaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi kurulmuştur.

Akılcı İlaç Kullanımında Taraflar; Hekimler, Eczacılar, Hemşireler, Hasta, Hasta yakınları, üreticiler, Düzenleyici otoriteler ve medya v.b

Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Etkileri; Hastaların tedaviye uyumunun azalmasına, ilaç etkileşimlerine, ilaçlara direnç gelişmesine, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olur.

Eczanelerin Yeri ve Önemi; Eczacı hastanın ilacı kullanmadan önce son karşılaştığı kişidir. İlaç kısa ürün bilgisi doğrultusunda yeterli bilgilendirme ve işaretleme yapılmalı, ilaçların reçetelenmesi, kullanılması ve tedavinin sonuçlanması sürecinde en önemli ve en kolay basamak eczanelerdir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından akılcı ilaç kullanımının teşvik edilmesi için 12 temel müdahale önerilmektedir. 1- ilaç kullanım politikalarını koordine edecek ve izleyecek kurum2-Eğitim denetim ve karar alma süreçlerinin desteklenmesi 3-Temel ilaçlar listesi oluşturmak4-Bölge ve hastanelerde ilaç ve tedavi kurulları kurmak5-Mezuniyet öncesi eğitim programları düzenlemek6-Hizmet içi sürekli tıp eğitimleri vermek7-Kurumsal geri

bildirim sistemleri geliştirmek8-Bağımsız ilaç bilgi kaynaklarını kullanmak9-Kamuoyunun ilaçlar konusunda bilgilendirilmesi10-Etik olmayan mali girişimlerden kaçınılması11-Uygun ve zorunlu düzenlemelerin hayata geçirilmesi12-İlaçların ve personellerin güvence altına alınmasına yönelik yeterli devlet harcamalarının sağlanması üzerinde durulmaktadır.Ülkemizde Akılcı ilaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2011 yılında başlatılmış olup ilaçların uygun kullanılması hedeflenmiştir. Bu faaliyet ile 8 yılda Aile Hekimlerinin Antibiyotik bulunan reçete yüzdeleri %34.94' den %24.97'e düşmüştür. Trabzon ilinde bu oran %21.3 olmuştur. Türkiye ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Reçete Bilgi Sistemi üzerinden düzenli tutulmakta olan verilere ulaşılmaktadır.

Akılcı ilaç Kullanımında Nelere Dikkat Edilmeli; Hekimin doğru tanı koyması, ilaçsız ya da ilaçlı etkin tedavi verilmeli, reçete düzenlenmeli, Güncel tanı ve tedavi klavuzları takip edilmeli, ilaç ve allerji öyküsü bilinmeli, hasta hasta yakını ilaç ve besin etkileşimleri hakkında bilgilendirilmeli, ilaçlar yaşlılarda ,çocuklarda, Hamilelikte, Karaciğer ve Böbrek yetmezliğinde dikkatli kullanılmalı, ilaçların saklanma koşullarına, uygun süre ve dozda kesintisiz kullanılmasına dikkat edilmeli, doktor ve Eczacının bilgisi dışında tablet yada kapsüller gelişigüzel kullanılmamalı, hastaların kendi kendine doz azaltıp artırmaması yada iyi hissettiğinde ilacı kesmemesi,ilaçlar çocukların göremeyeceği ulaşamayacağı yerlerde saklanmalı,ilaçlar ışıktan ve nemden korunarak ambalajlı saklanmalı,açık ve bozuk ambalajlar satın alınmamalı,son kullanma tarihi geçmiş ilaçlar kullanılmamalı,ilaç dışı gıda takviyesi ,bitkisel ürünlerin tedaviye yönelik bilinçsiz kullanılmaması,ilaçlar +4 buzdolabında saklanmalı kesinlikle buzlukta olmamalı,ilaç kullanımı unutkanlıklarının önüne geçmek için hatırlatıcı düzenlemeler yapılması gerekmektedir.

İlaç tüketimi ülkelerin sağlık giderlerinde önemli bir paya sahiptir. Bu pay ülke ekonomilerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı ile bu yükün azaltılması hedeflenmekte ve de ilaçların istenmeyen yan etkilerinin önüne geçilmiş olur.

8.Uluslararası Karadeniz Aile Hekimliği Kongresinde yine büyük bir başarıya imza atan Trabzon Aile Hekimleri Derneği Yönetim Kurulunu ve paydaşlarını tebrik ederim.

Saygıdeğer meslektaşlarıma ve kıymetli hocalarıma saygılar sunarım.

Kaynaklar:

1- [www.akilciilac.gov.tr](http://www.akilciilac.gov.tr)

2- Türkiye ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu,

3- <https://trabzonism.saglik.gov.tr>

4-<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7771/akilci-ilac-kullanimi.html>

5-\*WHO PolicyPerspectives on Medicines: september 2002

6- Conference of Experts on theRationalUse of Drugs, World HealthOrganization ,NairobiKenya,WHO/CONRAD/WP/RI/25-29.12.1985

## VACCINE REJECTION, VACCINE AGAINST, VACCINE STABILITY

### AŞI REDDİ, AŞI KARŞITLIĞI, AŞI KARARSIZLIĞI

**Doç.Dr Cüneyt ARDIÇ**

**Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı**

**drcuneytardic@hotmail.com**

#### İngilizce Özet

Infectious diseases have been on the agenda of humanity for centuries and continue to take place. Since vaccines have been proposed as a means of reducing child mortality, they have effectively met expectations. As a result of observations of dairy women from cowpox to protect them from smallpox, Benjamin Jesty inoculated his wife and two sons with a material from a cow breast lesion during an outbreak in 1774.

With the start of vaccination, "without delay" anti-vaccination started. Vaccine hesitation expresses doubts about the safety and necessity of vaccines. In a study examining the opinions of people who hesitate to vaccinate in the forums, the main complaint about vaccines is "too much and too early olup and it is reported that the parents frequently ask the clinicians to postpone their vaccinations on the calendar and that the clinicians give consent. Effective results can be obtained when approaching a hesitant parent by a suitable method. One such approach is the C.A.S.E. Approach.

#### Metin:

Bulaşıcı hastalıklar, asırlar boyunca insanlığın gündeminde yer almış ve almaya devam etmektedir. İnsanların kitlesel biçimde hastalanmasına ve ölümüne yol açan bu hastalıklarla mücadele, sağlık politikalarının ve sağlık alanındaki araştırmaların her zaman önemli bir gündemini oluşturmuştur. Aşılar, çocuk ölümlerini azaltma aracı olarak önerilmesinden bu yana etkili bir biçimde beklentileri gerçekleştirmişlerdir. UNICEF verilerine göre aşı ile önlenebilir altı hastalık (boğmaca, difteri, tetanos, kızamık, çocuk felci, verem) nedeniyle olan çocuk ölümlerinin sayısı 1989'da 5 milyon dolayında iken, bugün bu altı hastalıktan ölüm yılda yalnızca 100 bin dolayındadır.

#### Geçmişten günümüze aşılar ve aşı karşıtlığı

Sütçü kadınlarının inek çiçeği hastalığına yakalanmalarının onları çiçek hastalığından koruduğuna dair gözlemleri sonucunda Benjamin Jesty 1774 yılında bir salgın sırasında inek memesindeki lezyondan aldığı materyalle karısı ve iki oğlunu aşılamıştır. (1)

Aşılanmanın başlamasıyla birlikte "hiç gecikmeden" aşı karşıtlığı da başlamıştır. Osmanlı'daki çiçek aşısından (variolyasyon) çok etkilenen Lady Montague, mektuplarında bu uygulamanın İngiltere'de uygulanmasını çok istediğini, ancak buna karşı çıkanların olacağından çekindiğini, fakat gerekirse bunlarla mücadele edeceğini yazmaktadır. (2)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)' tarafından 2015 yılı ilk dört ayına yönelik yayınlanan raporda Disneyland salgını ortaya çıkmıştır. Olguların %80'inin ya aşısız ya da aşılanma durumu bilinmeyen kişilerden oluştuğu ifade edilmektedir. (3)

#### Aşı Tereddütü

Aşı tereddütü , aşıların güvenilirliği ve gerekliliği konusunda şüpheleri ifade etmektedir. Bağışıklık sistemini zayıflattığı ve aşı takvimini erteleme talebi. Aşı tereddütü olan kişilerin forumlarda yazdıkları görüşlerin incelendiği bir çalışmada aşılarla ilgili ana şikayetin "çok fazla ve çok erken" olduğu yönünde olup sonuçta ebeveynlerin klinisyenlerden sıklıkla takvimdeki aşılarının ertelenmesini talep ettikleri ve klinisyenlerin de buna muvafakat verdikleri bildirilmektedir. (4)



Aşılama son ya da ara verilse neler olur?

Aşısı bulunmadan önce 1921 yılında 15.000'den fazla Amerikalı difteriden ölmüşken 2004-2014 yılları arasında CDC'ye sadece iki difteri olgusu bildirilmiştir.

1964-1965 yıllarında ortaya çıkan kızamıkçık epidemisinde 12.5 milyon Amerikalı infekte olmuş, 2000 bebek ölmüş ve 11.000 düşük görülmüşken 2012 yılından beri CDC'ye 15 kızamıkçık olgusu bildirilmiştir.

Japonyada 1974 yılında yaklaşık %80 Boğmaca aşısı-vaka sayısı 393 ölüm yokken 1979 yılında aşılama oranı %10 vaka sayısı 13000 ölüm 41 kişidir.(5)

İddialar ve bilimsel cevaplar

Aşı karşıtlarının sıklıkla üzerinde durduğu diğer bir iddia ise aşı üreticilerinin inanılmaz kazançlar elde ettiği ve bu durumun evrensel aşılama önerilerini yönlendirdiği ve aşı yan etkilerinin örtüldüğü yönünde olmaktadır ve bu iddialar aşı karşıtı sitelerin hemen tamamında yer almaktadır. Hatta aşı üreticilerinin araştırma bursu ya da hediye formunda verdikleri finansal destekler ile çalışmalarını yönlendirdikleri iddia edilmektedir.(6)

Hepatit B için hesaplama:

American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)" immün aktif kronik hepatit B'li yetişkinlerin başlangıç tedavisinde pegile interferon (Peg-IFN)(48 hafta), entekavir ya da tenofovir kullanımını önermektedir. 180 µg Peg-IFN a-2a bulunduran ve Türkiye'de eşdeğeri bulunmayan ilaç 412,15 TL fiyata satılmaktadır.

412,15x 48= 19.783 TL olacaktır. (1 kişi maliyeti)

- Hepatit B aşısı yaklaşık 100tl \*3=300 tl

Aşılar otizme yol açıyor?

- 1998 yılında Lancet'te yayınlanan ve süt çocukluğu döneminde verilen KKK aşısı ile otizm arasında ilişki olduğunu öne süren çalışma
- Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak aşılarının kombine edilmesinin bağırsak duvarına zarar vererek ensefalopatik proteinlerin kana geçişini sağladığı ve otizme neden olduğu iddiası

Danimarka'da 1991-1998 yılları arasında dünyaya gelen 537.303 çocuğun aşılama durumu ve otizm tanısının incelendiği retrospektif çalışmada KKK aşısı yaptıran ve yaptırmayanlarda otizm için görece risk açısından hiçbir fark gözlenmemiştir. Otistik çocuklarda aşılama zamanı ile otizm gelişimi açısından bir ilişki de saptanmamıştır.(7)

Aluminyum?

Tiomersal ile ilgili endişeler uluslararası otoritelerce yapılan açıklamalar ve kullanımda olan birçok aşıdan tiomersalin çıkarılmasıyla birlikte azalmaya başlarken yeni bir tartışma konusu olarak alüminyum adjuvanlı aşılar gündeme gelmiştir.

Altı aylık bir bebek tipik olarak anne sütü ile yaklaşık 6.7 mg alüminyum alırken bu miktar bebek mamalarında 37.8 mg ya da soya-bazlı formülasyonlarda 116.6 mg miktarlarına ulaşmaktadır.

Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)" 2011 yılı önerilerine göre bebeklerin bir yaşına kadar aşı takvimi dolayısıyla maruz kaldıkları azami Al3+ miktarı 4.225 mg olarak belirlenmiştir.

Aşılar ve otoimmün hastalıklar

Bir diğer spekülasyon ise aşıların otoimmün hastalıklara neden olup olmadığıdır. ABD'de 1976 yılında meydana gelen domuz gribi salgını sırasında 1/100.000 oranında Guillain-Barre sendromu (GBS) gelişen olgu bildirilmiş; fakat yapılan araştırmalar aşı sonrası ortaya çıkan bu patoloji oranının GBS'nin toplumdaki sıklığının altında olduğunu; aşılanmamış olup grip geçirenlerde GBS'nin daha yüksek sıklıkla ortaya çıktığını göstermiştir.

Aşı karşıtlığına yönelik çözüm önerileri

Tereddütlü bir ebeveyne uygun bir metotla yaklaşıldığında etkili sonuçlar alınabilmektedir. Bu yaklaşımlardan bir tanesi İngilizce Corroborate-About me-Science-Explain/Advise kelimelerinin baş harfleri ile üretilen bir akronim olan C.A.S.E. yaklaşımıdır.(8)

Bu yaklaşımda aşı ile ilgili endişelerini söyleyen ebeveyne hemen bilimsel bilgilerle cevap vermek yerine klinisyen ilk önce karşı tarafın endişelerine hak vererek onu cesaretlendirmekte ve bu düşüncenin nereden gelmiş olabileceğini anladığını ifade ederek hislerinde yalnız olmadığını göstermeyi hedeflemektedir. İkinci fazda klinisyen ebeveynin spesifik endişesine hak veren pozisyondan ayrılıp kendisinin bu konuda nasıl uzmanlaştığına dair, bu konuda okuduğu yayınlar, katıldığı konferanslar, görüştüğü uzmanlar olabilir, bilgi verir ve kendisinin çocuğunun sağlığı ile ilgili rolünü söyleyerek ebeveynin güvenine hitap eder. Sonra sıra bilgi

transferi aşamasına gelir. Son olarak da neden bu kadar kuvvetle aşılınması gerektiğine ve bunun hasta için neden en iyisi olduğuna inandığını ifade eder.

#### Kaynaklar

1. Plotkin SA, Plotkin SL. The development of vaccines: how the past led to the future. *Nat Rev Microbiol* 2011;9(12):889- 93.
2. Töreci K. Aşıların tarihçesi. Badur S, Bakır M (editörler). *Aşı Kitabı*. 1. Baskı. İstanbul: Akademi Yayıncılık, 2012:1-12.
3. Clemmons NS, Gastanaduy PA, Fiebelkorn AP, Redd SB, Wallace GS; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Measles-United States, January 4-April 2, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015;64(14):373-6
4. Rodriguez NJ. Vaccine-hesitant justifications: “too many, too soon” narrative persuasion, and the conflation of expertise. *Glob Qual Nurs Res* 2016;3:1-10.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Erişim tarihi: 01.09.2017. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/whatifstop.htm>
6. Wolfe RM, Sharp LK, Lipsky MS. Content and design attributes of antivaccination web sites. *JAMA* 2002;287(24):3245- 8
7. Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M, Schendel D, Wohlfahrt J, Thorsen P, et al. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *N Engl J Med* 2002;347:1477-82.
8. Jacobson RM, Van Etta L, Bahta L. The C.A.S.E. approach: guidance for talking to vaccine-hesitant parents. *Minn Med* 2013;96(4):49-50.

## Psychiatric Perspective in Diagnosis and Treatment of Enuresis Nocturna

### Enürezis Nokturna Tanı ve Tedavisinde Psikiyatrik Bakış

Dr. Öğr. Üyesi, Çilem Bilginer

KTU, Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry

Trabzon, Turkey

s.bilginer@ktu.edu.tr

#### Abstract

According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, enuresis is defined as repeated voiding of urine, which is often involuntary, during the day or at night into bed or clothes. This must occur at least twice per week for at least 3 months or must cause clinically significant distress or impairment in functioning. Further, the individual must be at least five years of age or the developmental equivalent. However, the underlying medical factors should be ruled out before enuresis is considered as a psychiatric disorder. Enuresis may occur following a "dry" period of at least six months. This is called secondary enuresis which is more common and presented with more comorbid psychiatric problems. To get a detailed medical history and choosing the most appropriate treatment method for the child increase the treatment success. In this presentation, diagnosis and treatment of enuresis from a psychiatric perspective will be discussed.

#### Konuşma Metni

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal el kitabına (DSM-5) göre enürezis, takvim yaşı beşin üstünde olup ardışık üç ay boyunca haftada en az iki ya da fazla sayıda, ya da işlevsellikte bozulmaya yol açan biçimde, istemsiz olarak ya da isteyerek yatağa, giysilere yineleyen işeme davranışı olarak tanımlanır. Enürezis tanısı için, alt ıslatma davranışının, bir madde veya tıbbi bir hastalığın etkisi ile daha iyi açıklanamayacağı belirtilir (1). Enürezis doğuştan itibaren süregelen (primer enürezis) bir davranış olabileceği gibi en az altı aylık kuru dönemi takiben birden ortaya çıkabilir. Bu tablo sekonder enürezis olarak adlandırılır ve klinikte daha sık rastlanan, ruhsal sorunların daha sık eşlik ettiği tipi oluşturur. Enürezis, bu davranışın ortaya çıktığı gün periyoduna göre sınıflandırılır. Gece idrar kaçırma davranışı enürezis nokturna (EN), gündüz idrar kaçırma davranışı enürezis diurna (ED) olarak tanımlanır. EN, ED'ye göre üç kat daha sık görülür ve erkek cinsiyette daha sık rastlanır. Bu olguların üçte birinde eşlik eden bir psikopatoloji mevcuttur. En sık eşlik eden bozukluklar ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma, karşı gelme bozukluğudur. Ayrıca bu çocuklarda anksiyete ve depresyon belirtileri, agresif davranışlar, düşük okul performansı ve düşük sosyal yeterlilik gibi psikososyal olumsuzluklar enürezise eşlik edebilir. Enürezis beş yaşındaki çocukların %20'sinde, yedi yaşındaki çocukların %10'unda görülürken bu oran ergenlikte %2'ye, erişkinlerde %0.3-1.7'ye geriler. Aile öyküsü, enürezis için önemli bir risk etmenidir. Bir ebeveyninde enürezis olması çocuktaki enürezis riskini 5-7 kat arttırırken, iki ebeveynde de enürezis olması bu riski on bir kat arttırır. Kalıtım dışında, yetersiz ebeveynlik becerileri, uygunsuz tuvalet eğitimi ve sosyal koşullar, ölüm, boşanma, kardeş doğumu gibi önemli yaşam olayları enürezis etmeni olabilir (2, 3). Ancak enürezis tablosu, psikiyatrik bir bozukluk olarak değerlendirilmeden önce altta yatabilecek tıbbi etmenlerin ekarte edilmesi gerekir. İlgili değerlendirmeler tamamlandıktan sonra bir dışı atım bozukluğu olarak değerlendirilen tablonun tedavisine yönelik psikososyal müdahalelerde bulunulur. Enürezis tedavisinde yalnızca çocuğa yönelik değil aileyi ve çocuğu birlikte ele alan psikoeğitim oldukça önemli bir adımı oluşturur. Öncelikli olarak mevcut durum ile ilgili ailenin ve çocuğun kaygılarını, varsa daha önce çözüme yönelik uygulamalarını ve sürece ilişkin şimdiki beklentilerini edinerek görüşmeye başlamak uygundur. Enürezis, çoğunlukla çocuğun yaşantısındaki önemli dönüm noktalarında bir başvuru şikayeti haline gelir. Örneğin, ilkokul başlama, ergenlik ya da yatılı okula başlama çocuğun ve ailenin sosyal kaygılarını pekiştiren ve onları tedavi arayışına iten dönemler olabilir. İlk başvuruda eleştirel ya da suçlayıcı olmadan ailenin mevcut durumu ele alış biçimi değerlendirilmeli ve şikayetin başlangıcına ilişkin detaylı bilgi edinilmelidir. Travmatik yaşantılar özellikle irdelenmelidir. Bunun yanında enürezis tablosuna sıkça eşlik ettiği bilinen dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme gibi psikiyatrik tablolara yönelik bilgi edinilmelidir. Çocuk ile yapılan

görüşme, öncelikle çocuğun neden hekim karşısında olduğunu bilip bilmediğini öğrenmekle başlanmalıdır. Tedavide başarıyı yakalayabilmek için mevcut sorunun çocuk tarafından sahiplenilmesi ve çocuğun tedavi sürecinde kendi sorumluluklarını üstlenmesi oldukça önemlidir. İlk görüşme sırasında çocuk, eğer neden hekim karşısında olduğunu bilmiyorsa sorunu onun ağzından öğrenmek için fırsat yaratılmalıdır. Bu görüşmede hedef, alt ıslatma davranışının istemsiz bir davranış olduğunun çocuğa aktarılması ve bu istemsiz davranışı kendi ağzından dile getirerek sorununu sahiplenmesini sağlamaktır. Çocuk ve aileye yönelik verilen psikoeğitimin ardından mevcut durumu somut olarak değerlendirmek için çocuğun kayıt tutması istenir. Bu kayıt, bir sonraki görüşmeye kadar takvim üzerinde kuru veya ıslak olarak uyanılan günlerin kaydını içerir. Bu görev çocuğa verilerek hem çocuğun tedaviye dahil olması hem de mevcut durumu kendisinin takip edebilmesi sağlanır. Öte yandan yatma saatinden önce sıvı kısıtlaması, tedavinin önemli basamaklarından biridir. Buna ek olarak kabızlığı önleme, yatmadan önce mesaneyi boşaltma ve yattıktan iki saat sonra tuvalete kaldırma, çocuğun mesane kontrolü üstünde olumlu etkiler yaratarak tedaviye katkı sunmaktadır. Tedavi sürecinde ıslak günler nedeniyle çocuğu cezalandırmak ya da çocuğun tedavi sürecindeki kendi otonomisine engel olacak uygulamalar, örneğin geceleri çocuğu bezleme davranışı gibi, uygunsuz yaklaşımlardan uzaklaşılmalıdır. Kayıt sırasında hedeflere ulaşılması halinde çocuğu takdir etmek gibi ona sunulan duygusal ödüller, maddi ödüllere karşı çok daha etkilidir. Kuru günlerde çocuğa sunulan duygusal ödüller, olumlu pekiştireç olarak tedaviye katkı sunarken ıslak günlerde tepkisiz kalmak ve herhangi bir duygusal tepkide bulunmamak olumsuz pekiştireç olarak işe yaramaktadır. Ancak tedavi süreci içinde cezalandırmalardan kaçınılmalı, enürezis tablosunun çocuk için travmatik bir yaşantı haline gelmesi önlenmelidir. Bunun yanında enürezis tedavisinde, uzun vadeli en etkin tedavi yöntemi alarm cihazı uygulamasıdır (2, 3). Çocuğun doğal öğrenme yolu ile tedavisine yardımcı olan bu sistem ülkemizde az tercih edilmektedir. Alarm sisteminin en önemli dezavantajı terlemeye bağlı yanlış alarmlar ve çocuk yerine ailenin alarma adapte olması durumudur. En az dört aylık tedavi gerektiren bu yöntemde relaps oranı %30 olarak bildirilmektedir. Bunun dışında uygun hastalarda farmakolojik tedavi seçenekleri denenebilir ancak bu tedavilerde relaps oranı alarm yöntemine göre daha yüksektir. Sonuç olarak enürezis, doğuştan itibaren olabileceği gibi psikososyal sorunlara ikincil olarak ortaya çıkabilen ve sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklara eşlik edebilen bir klinik tablodur. Bu bozukluğun tedavisinde iyi bir öykü ile mevcut durumun ayrıntılandırılması ve çocuk için en uygun tedavi yönteminin seçilmesi tedavideki başarı şansını arttırmaktadır.

#### Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı (5. basım) (DSM-V) (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
2. Haid B, Tekgül S. Primary and Secondary Enuresis: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Eur Urol Focus. 2017 Apr;3(2-3):198-206.
3. Thurber S. Childhood Enuresis: Current Diagnostic Formulations, Salient Findings, and Effective Treatment Modalities. Arch Psychiatr Nurs. 2017 Jun;31(3):319-323.

## HEALTHY AGING AND GERIATRIC ASSESSMENT

### SAĞLIKLI YAŞLANMA VE GERİATRİK DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Turan SET

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

turanset@gmail.com

#### Abstract

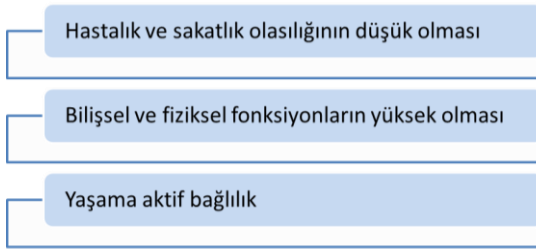
Healthy aging is not the absence of signs of aging, but the ability of the individual to easily adapt to changes associated with the aging process. There are common physiological changes associated with aging. Many conditions previously thought of as "normal aging" are now known to be modifiable or even preventable. Geriatric assessment is a multidisciplinary diagnosis and treatment process that defines physical and mental health, psychosocial and functional abilities to develop a plan to maximize the general health of an elderly adult.

#### Metin

Yaşlılık bireyin hayatında özel bir dönemdir. Nüfusun yaşlanması bir nüfusun yaş yapısının değişerek, yaşlı insanların payının göreceli olarak artmasıdır. Dünyada 2050 yılında 5 kişiden birinin 65 yaş ve üzerinde olması beklenmektedir.

Türkiye nüfus piramidi yüksek doğurganlık ve ölümlülük rejiminden, düşük doğurganlık ve ölümlülük rejimine geçen tabanı daralmış bir nüfus piramidine geçmektedir. Türkiye nüfusunun 2013 yılında %7,9'unun 65 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır (TNSA – 2013). Bu oran 1990 yılında %4'tür. Bu veriler yaşlı nüfusun birkaç dekatta katlanacağına işaret etmektedir.

Yaşlanma fizyolojik bir süreçtir. Sağlıklı yaşlanma yaşlılıkla ilgili belirtilerin görülmemesi değil, bireyin yaşlanma süreciyle ilişkili değişikliklere kolay uyum sağlayabilmesidir. Üç faktörü içerir (Şekil 1).



Şekil 1. Sağlıklı yaşlanmayı içeren üç ana faktör

Yaşlanmayla ilişkili yaygın fizyolojik değişiklikler mevcuttur. Bununla birlikte yaşlı nüfus, bireyler arasında değişen derecelerde kronik hastalık, fiziksel ve bilişsel engellilik ile oldukça heterojen bir gruptur ve birçok kronik hastalık yaygın olarak bu bireyleri etkiler.

Önceden "normal yaşlanma" olarak düşünülen pek çok durumun günümüzde değiştirilebilir, hatta önlenemez olduğu bilinmektedir.

Geriatric değerlendirme, yaşlı bir yetişkinin genel sağlığını en üst düzeye çıkarmak için bir plan geliştirmek amacıyla fiziksel ve zihinsel sağlığını, psikososyal ve işlevsel yeteneklerini tanımlayan multidisipliner bir tanı ve tedavi sürecidir.

Geriatric değerlendirme, düşünlük riski artan yaşlıları belirlemeye yardımcı olur. Genel sağlık, işlev ve yaşam kalitesini artıracak müdahalelerde bulunma fırsatı sağlar. Ayrıca geriatric değerlendirme kapsamında yapılan sosyal değerlendirme, etkili bir bakım planının geliştirilmesinde önemlidir.

Geriatric değerlendirme, "fonksiyonel değerlendirme", "bilişsel ve duygusal değerlendirme" ve "sosyal değerlendirme" olmak üzere üç ana bileşeni içermelidir.

Yaşlı bireylerde öykü sırasında üriner inkontinans, cinsellik, egzersiz, beslenme, kabızlık, sigara, alkol tüketimi, düşmeler, uyku düzeni, uyku bozuklukları, aile öyküsü ve sosyal destek konularına değinilmesi önemlidir. Fiziksel ve zihinsel muayenede bedensel ve zihinsel işlevler değerlendirilmelidir. Ayrıca kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve osteoporoz gibi sık rastlanan kronik hastalıklar açısından değerlendirilmelidir.

Kardiyovasküler hastalıklar açısından hipertansiyon, sigara, hiperkolesterolemi, diyabet ve obezite gibi değiştirilebilir risk faktörleri değerlendirilmelidir. Yılda en az bir kez kan basıncı ölçümü yapılmalıdır. Kontrendikasyon yoksa 65-80 yaş arası bireylere 81 mg/gün aspirin kullanımı önerilebilir. Sigara kullanmakta olan veya daha önce sigara içmiş olan 65-75 yaş arası erkekler USG ile bir kez abdominal aort anevrizması açısından değerlendirmelidir. Nabız muayenesi ve gerekirse EKG ile atrial fibrilasyon taraması yapılmalıdır. Yaşlı bireylerde atrial fibrilasyona bağlı tromboembolizmden korunmada oral antikoagülan kullanılması önemlidir.

Osteoporoz / kırık riski açısından kadınlarda 65 yaş ve üzerinde (risk faktörü varsa 60 yaş ve üzerinde), erkeklerde 70 yaş ve üzerinde en az bir kez DEXA ölçümü önerilir. Yaşlı bireyler kemik sağlığının korunması için düzenli egzersiz, düşmelerin önlenmesi, kilo kontrolü, beslenme, kalsiyum ve D vitamini konularında bilgilendirilmelidir.

Kanserden korunma ve kanser taramaları ile ilgili gerekli danışmanlık ve girişimler yapılmalıdır. Ulusal Kanser Kontrol Programında yer alan meme, serviks ve kolorektal kanserler yanında akciğer, mide ve prostat kanserine yönelik danışmanlık verilmelidir.

Yaşlı bireylere her yıl Ekim - Kasım aylarında gribe karşı influenza aşısı önerilmektedir. Ayrıca her 10 yılda bir difteri tetanoz ve 65 yaş ve üzerinde en az bir kez pnömokok aşısı yapılmalıdır.

Her başvuran bireyin sigara içip içmediği sorgulanmalı (kanıt düzeyi: A), içiyorsa sigarayı bırakması yönünde danışmanlık ve tedavi verilmelidir.

Tinetti denge ve yürüyüş değerlendirmesi ölçeği ve kalkıp yürüme testi (get up and go testi) gibi araçlar kullanılarak yaşlı bireyler düşme riski açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca düşme riski oluşturabilecek kaygan yüzeyler, halı, kilim, engeller, yetersiz aydınlatma, tutacakların olmaması gibi dış faktörler, yürüyüş ve denge bozuklukları, güçsüzlük, eklem kısıtlılıkları, ayak sorunları, baş dönmesi, postürel hipotansiyon ve görme bozuklukları gibi kişiye ait nedenler, sedatif ilaçlar, anksiyolitikler, trisiklik antidepressanlar, antihipertansifler ve hipoglisemik ajanlar gibi kullandığı ilaçlar açısından kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Düşme ve çarpmalardan korunma yolları hakkında bireyin kendisi ve bakım sorumluluğunu üstlenen kişiler bilgilendirilmelidir.

Yaşlandıkça kronik hastalıklar, fonksiyonel bozukluklar, çoklu ilaç kullanımı ve yaşa bağlı fizyolojik ve sosyoekonomik değişiklikler gibi faktörlere bağlı malnütrisyon ve yetersiz beslenme riski artar. Bu nedenle yeterli ve dengeli beslenme danışmanlığı yanında diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar açısından beslenme danışmanlığı verilmelidir.

Yaşlılarda fiziksel aktivite ve egzersiz sağlık yaşlanma için oldukça önemlidir. Günde 15 dakikalık serbest fiziksel aktiviteyle dahi mortalite riski azalmaktadır. Fiziksel aktivite ve egzersiz birçok olumlu etkisinin yanında özellikle kişinin özgüveni üzerine yararları vardır. Haftada 5 gün 30 dakika orta derecede aerobik egzersizler önerilebilir. Ayrıca haftada en az 2 gün 10 kez tekrarlanan 8-10 kuvvet egzersizleri ve düşme riski taşıyanlar için denge egzersizleri önerilebilir. Orta derecede aerobik egzersize katılırken, birey terleme terleme sağlayacak kadar çalışmalı, ancak konuşmayı zorlaştırdığı noktanın altında tutmalıdır.

Yaşlı bireyin sağlık hizmeti yaş, cinsiyet, risk faktörlerine maruz kalma, fonksiyonel durum, ek hastalıklar, yaşam beklentisi, hastanın hedefleri ve tercihleri ve kültür faktörü dikkate alınarak bireyselleştirilmelidir.

Geriatric değerlendirme ile öncelikle kronik hastalıkların gelişimine katkıda bulunan çevresel faktörler ve yaşam tarzının değiştirilmesi hedeflenmelidir. Bununla birlikte bireylerin o andaki sağlık durumlarının düzeltilmesi veya iyileştirilmesi ile düşkünlüğü önlenmek, işlevselliği korumak ve yaşam kalitesini optimize etmek amaçlanır. Bu şekilde sağlıklı yaşlanmayla birlikte morbidite ve bakıma muhtaç olmanın geciktirilmesi sağlanmaya çalışılır.

#### **Kaynaklar**

1. Katherine T Ward, MD. David B Reuben. Comprehensive geriatric assessment. <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>
2. Çifçili S. Aile hekimleri için Yaşlı Sağlığına Bütüncül Yaklaşım. İstanbul: Deomed yayınları. 2011.
3. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015.
4. Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. Kut A, Eminsoy MG, Fidan C (Çeviri Eds). Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2019: p.433-445.



## EVIDENCE BASED MEDICINE: ART OF MEDICINE

### KANITA DAYALI TIP: HEKİMLİK SANATI

Dr. Öğretim Üyesi Elif ATEŞ

KTÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

drealtunbas@yahoo.com

#### Abstract

Both physicians and politicians need to know the validity of a systematic review and the recommendations in the clinical guidelines. This is where evidence-based medicine comes into play. Evidence Based Medicine (EBM) is a systematic approach for physicians to make decisions by combining their own experiences and patient characteristics and choices in the light of the best available evidence. EBM is an approach in clinical practice and a lifelong learning process. There are four elements of evidence-based healthcare delivery; clinical situation, clinical experience, best available evidence, patient characteristics and preferences. When we look at the evidence-based practice steps, it consists of 6 steps. It starts with the creation of a clinical question and then proceeds with a review of the medical literature for the studies that provide the best evidence. The steps completed with the critical evaluation and application of the study results to the patient and the evaluation of the process.

#### Giriş

Kanıt dayalı tıp (KDT) son yıllarda eğitim öğretim müfredatlarında yerini almış bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. KDT'nin eğitim müfredatlarındaki yerine baktığımızda ULUSAL ÇEP-2020'de Davranışsal, Sosyal Ve Beşeri Bilimler Çekirdek Durumlar Listesinde, 35. maddede, Bilimsel araştırma yöntemleri ve etiği altında "Kanıt dayalı tıp uygulamaları" ifadesi yer almaktadır. 21.09.2019 tarihli ulusal yetkinlikler ve yeterlilikler listesinde Mesleki ve Bireysel Gelişim Yetkinlik Alanında, Bilimsel ve Analitik Yaklaşım Gösteren yetkinliğinde, Yeterlik olarak "Klinik karar verme sürecinde, kanıt dayalı tıp ilkelerini uygular." ibaresi geçmektedir.

Kanıt dayalı tıbbın temelini oluşturan çalışmalar Prof. Archibald Cochrane'ın 1972 ve Dr. Ian Chalmers'ın 1989 yıllarındaki kitaplarında ortaya konmuştur. 'Kanıt dayalı tıp' ifadesi ilk kez Guyatt'ın 1992 tarihli makalesinde yer almıştır.

Hem hekimlerin hem de politikacıların bir sistematik derlemenin geçerliliğini ve klinik kılavuzlardaki önerileri bilmeye ihtiyaçları vardır. İşte bu noktada kanıt dayalı tıp devreye girer. Nedir Kanıt Dayalı Tıp? Hekimlerin kararlarını, mevcut en iyi kanıtın ışığında, kendi deneyimleri ve hastanın özellikleri ve seçimleriyle birleştirerek vermesi için belirlenen sistematik yaklaşımdır. Hastaların tedavi sürecinde karar verirken, en iyi kanıtların, dikkatli, açık ve akıllıca kullanılmasıdır. KDT, klinik pratikte bir yaklaşım tarzı ve yaşam boyu öğrenme sürecidir. Kanıt dayalı sağlık hizmeti sunumunu dört unsuru vardır;

1. Klinik durum
2. Klinik deneyim
3. Mevcut en iyi kanıt
4. Hasta özellikleri ve tercihleri

Kanıt dayalı tıp uygulama adımlarına baktığımızda 6 basamaktan oluşmaktadır.

1. Adım: Klinik soru oluşturma.
2. Adım: En iyi kanıtı sağlayabilecek çalışmalar için tıbbi literatürü tarayın

3. Adım: Klinik sorunuzu en iyi cevaplayabilecek çalışmayı bulun
4. Adım: Sonuçların geçerliliğini belirlemek için çalışmanın eleştirel bir değerlendirmesini yapın
5. Adım: Sonuçların hastanızın bakımında size nasıl yardımcı olabileceğini belirleyin (Kanıtın hastaya uygulanması)
6. Adım: Hastanız ya da hasta popülasyonunuza kanıt uygulamanın sonuçlarını değerlendirin

Bu adımları teker teker irdeleyecek olursak:

İlk adım klinik soru oluşturmaktır. Klinik duruma başarılı bir cevap bulmak için en önemli adımdır. Klinik soru oluşturmak için İngilizce kelimelerin baş harflerinden oluşan bir "PICO" akronimini kullanabiliriz.

- Patient/problem Hasta/problem
- Intervention Girişim
- Comparison Karşılaştırma
- Outcomes Sonuç/Çıktı

Örneğin Sağlıklı görünen yetişkinlerde gaitada gizli kan testi taramasının sonucu olarak kolorektal kanserlerde mortalite azalması nedir?

- Population: sağlıklı görünen yetişkinler (kolorektal kanser olan ve olmayan)
- Intervention: GGK taraması
- Comparison: taramama
- Outcome: mortalite

İkinci adım: En iyi kanıtı sağlayabilecek çalışmalar için tıbbi literatürü taramaktır. Bu adım çok iyi bir literatür bilgisi ve literatür tarama becerisi gerektirir. En iyi kanıtın bulunabileceği araştırma raporları taranır. Bu noktada nereden ve nasıl, kanıtı ulaşma yollarımız nelerdir? Soruları geliyor. Bu sunumumda size bir yol haritası çizmeye çalışacağım. Tek bir soru ile ilgili tüm makaleleri bulmak kolay değildir. Tıbbi literatürün inanılmaz gelişimi, sorumuza cevap bulmak için en iyi kanıtı ulaşmada araştırma yaklaşım geliştirmemiz ihtiyacını doğurmuştur. Çoğu kişinin favori bir veri tabanı veya web sitesi olmakla beraber, tüm ilgili bilgiye ulaşabilmek adına birden fazla kaynak kullanılmalıdır. Araştırmanızı genişletmek ve konferans ve atıf almış makaleleri de incelemek istiyorsanız Scopus ve Web of Science a bakılabilir. Tıp ve sağlıkla ilgili en bilinen veri tabanı MEDLINE' dır. ABD de geliştirilen bu veri tabanı dünya literatürünün yaklaşık 1/3 üne sahiptir. Aynı zamanda ilk tıbbi literatür veri tabanıdır. Büyüklük ve yaygınlığına bağlı olarak bazen gerçekten ne istediğini bulmak güçtür. Cochrane sağlık müdahaleleri denemelerinin sistematik derlemelerini ve kontrollü klinik çalışmalarını içerir.

Makaleler nerede bulunur?

Tıp dünyasına girdikten sonra okuyacaksınız, okuyacaksınız ve muhtemelen makaleler yazacaksınız. Tüm uzmanlık dallarının en az bir hakemli dergisi ve çoğunlukla fazlası bulunmaktadır. Hakemli dergi (peer-reviewed journal), hakemsiz dergilere göre makaleleri daha çok gözden geçirilmiş ve hata payı daha azdır; bu nedenle daha iyi dergilerdir. Mesela kullanılan istatistik yöntemleri doğrudur. New England Journal of Medicine, Journal of the American Medical Association ( JAMA), Lancet, British Medical Journal (BMJ) dünyada en çok takip edilen dergiler. Bu dergiler gibi kusurlu makale yayınlayabiliyorlar.

Üçüncü adım: Klinik sorunuzu en iyi cevaplayabilecek çalışmayı bulun. Uygun makale hangisidir? Klinik soru tipinize göre bakılması gereken çalışma tiplerini araştırmalısınız.

Dördüncü adım: Sonuçların geçerliliğini belirlemek için çalışmanın eleştirel bir değerlendirmesini yapın. Çalışmada önemli kusur oluşturabilecek hatalar olup olmadığına bakın. Sonuçların geçerliliği ve uygulanabilirliğini değerlendirin.

Beşinci adım: Sonuçların hastanızın bakımında size nasıl yardımcı olabileceğini belirleyin. Yani kanıtın hastaya uygulanması adımımdan bahsediyoruz. Hastaya ne kadar yardımcı olacak? Amaca ve değerlere uygun mu? Ekonomik mi? Kanıtların hastaya uygulanabilirliği sıklıkla güç ve hatta yıldırıcı bir süreçtir. Öncelikle çalışma sonuçlarının genelleştirilebilirliğine karar verilmelidir. Örnek bir soru şu olabilir: erkeklerde yapılan kalp krizi riski çalışması pratiğinizde kadınlara uygulanabilir mi? Bu sorunun cevabı o hastaya neden-etki ilişkisinin gücünü uygulamayı içerir. Bu hekimlik sanatıdır. Mevcut kanıtların, klinik deneyim, klinik durum ve hastanın tercihlerinin karışımıdır.

Altıncı adım: Hastanız ya da hasta popülasyonunuza kanıtı uygulamanın sonuçlarını değerlendirin. İlk beş adımda yapılanlar etkinlik ve verimlilik yönünden değerlendirilir. Performans değerlendirmesi yapılır.

Sonuç olarak; bilgi transferi, araştırma sahasından en iyi kanıtı almak, günlük uygulamalara katmak, her kanıtın her hastayla buluşması her hekime göre farklıdır. Bu nedenle hekimlik bir sanattır. Hekimlerin uygulama davranışları, hastaların kanıtları kabul etmeleri bu sanatın gerçekleştirilmesinde farklılık arz eder. Sağlık hizmeti sunanlar dergiler okuyarak veya on-line kaynaklardan kanıtlar hakkında haberleri olmalıdır. Daha sonra kanıtı yasal ve kullanışlı kabul etmelidir.

#### Kaynaklar

1. Zakowski LJ, Chheda SG, Seibert CS. Communicating evidence to patient. Mayer D (Ed). Essential Evidence-Based Medicine, Second Edition, Cambridge University Press, New York, 2010:199-207.
2. Yılmaz E, Çöl M. Kanıtı Dayalı Tıp. J Clin Anal Med 2014;5(6): 537-42.
3. Sümbüloğlu K, Akdağ B. Kanıtı Dayalı Tıp. 1. Baskı, Pamukkale Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2010.

## Rational Antimicrobial Use

### Akılcı Antimikrobiyal Kullanımı

Dr. Firdevs Aksoy

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,  
TRABZON

faslanaksoy@yahoo.com

#### İngilizce Özet

Antimicrobial resistance threatens the very core of modern medicine and the sustainability of an effective, global public health response to the enduring threat from infectious diseases. Only rationale use of existing antibiotics can limit the spread of these antimicrobial resistance. Rational antimicrobial therapy depends on the identity of the causative organisms, the location of the infection, and the condition of the host. Infection control policies should be developed to promote rational use of existing antimicrobials and to prevent transmission of drug-resistant microorganisms. The factors of microorganism and host factors play an important role in drug selection in antimicrobials. When selecting the drug in appropriate antimicrobials, when the etiology of infection is known; The clinician must have the narrowest spectrum, the shortest duration, the lowest cost and the least toxic. Antimicrobials should be protected as the last weapon to treat patients and should only be used when necessary.

#### Metin

Akılcı ilaç kullanımı (AİK) tanımlaması 1985'te ilk kez DSÖ tarafından gündeme getirilmiştir. AİK; kişilerin hastalığına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun sürede, uygun dozda, en düşük maliyetle kolayca ulaşıp, kullanabilmeleri olarak tanımlanmaktadır. AİK hastalığın tedavisindeki en önemli faktörlerden biridir.

Antimikrobiyal ilaçların akılcı olmayan kullanımlarının sonucunda tüm dünyada antimikrobiyallere karşı direnç gelişmektedir. Antimikrobiyal denildiğinde akla ilk gelen antibiyotikler olsa da; son yıllarda antiviraller, antiparaziterler, antifungaller için de direnç oranlarında artış olduğu bildirilmektedir. OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) sağlık politikası çalışmaları raporunda; 2015 yılında ülkemizde antimikrobiyal direnç oranları üye ülkeler arasında direncin en düşük olduğu ülkeden yedi kat daha yüksek (yaklaşık % 35) olduğu bildirilmektedir.

Antimikrobiyal direnç, tüm sağlık alanlarını etkiler, birçok sektörü içerir ve toplumun bütününe etkiler. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünya genelinde acil bir eylem planı olmazsa yaygın enfeksiyonların kitlesel ölümlere neden olabileceğini, antibiyotik sonrası bir döneme doğru gidildiğini bildirmiştir. Ülkemizde 2010 yılında AİK birimi kurulmuş, AİK Ulusal Eylem Planı (2014-2017) oluşturulmuştur.

AİK'nda sorumlu taraflar; hastayı muayene eden hekim, eczacı, hemşire, diğer sağlık personeli, üretici, sosyal güvenlik kurum otoritesi, mikrobiyolojik örnek alan kişi, mikrobiyoloji laboratuvarı çalışanları, tedaviyi planlayan hekim ve tedaviyi uygulayan kişi veya hasta/hasta yakını, diğer (medya, akademi vs.). İlaç kullanımında özensiz davranılması, (uygulama yolu, süre, doz), ilaçların gereksiz ve aşırı kullanımı, gerekmediği halde çoklu ilaç kullanımı, ilaçların su yerine başka içeceklerle alınması, süresi geçmiş ilaçların kullanılması ve hekim önerisi dışında uygunsuz kişisel tedavilere başvurulması akılcı olmayan ilaç kullanımı örnekleridir.

Akılcı olmayan antimikrobiyal kullanımı yüksek düzeyde direncin yanı sıra, yüksek sağlık bakım maliyetlerine neden olur. Ayrıca hastaların mortalite ve morbiditesi olumsuz etkilenmektedir. Antibiyotik direncine neden olan faktörlerden bazıları şunlardır:

- Uygunsuz reçeteler ve aşırı antibiyotik kullanımı

- Toplum yanılığı
- Hasta bakım sürelerinin kısalığı (doğru tanıya gitmeyi kısıtlıyor)
- Bakteriyel olmayan enfeksiyonlar için antibiyotik reçeteleme
- Polifarmasi (laboratuvar sonuçlarında güven eksikliği veya gecikme, klinik başarısızlık korkusu)
- Oral formülasyonların daha uygun olacağı yerlerde enjektabl formülasyonların kullanımı
- Uzun süreli profilaktik tedavi
- Açık bir enfeksiyon kanıtı olmadan uzun süreli ampirik antimikrobiyal tedavi
- Bir mikroorganizma tanımlandığında antimikrobiyal tedaviyi daraltmamak
- Reçetelerin klinik rehberlere uymaması
- Hastaların kendi kendine tedavi etmeye çalışması
- Hastaların tedaviye uyumsuz olması

Akılca olmayan antimikrobiyal kullanımı ilaçlara karşı direnç gelişmesinin yanında; kendi kendini sınırlayan bulaşıcı hastalıkların tıbbi olarak artması, hastalığın normal seyirinden daha ciddi seyretmesi, hastalık süresinin uzaması, hastalıkların tekrarlaması, komplikasyonların ve mortalite oranlarının artması, yüksek sağlık maliyetleri, hastaların tedaviye uyumunun azalması, ilaç etkileşimlerine bağlı istenmeyen sonuçlar, yan etki görülme sıklığının artması gibi durumlara da yol açabilir.

Antibiyotiğe dirençli bakterilerin artışı, halk sağlığı için ciddi bir tehdit olmakla birlikte üstesinden gelinebilir. Mevcut antimikrobisellerin akılcı kullanımını teşvik etmek ve ilaca dirençli mikroorganizmaların bulaşmasını önlemeye yönelik enfeksiyonun kontrol politikaları geliştirilmelidir. Bu politikalarda aşağıdaki noktalara dikkat edilmesi antimikrobisellerin AİK için yol gösterici olabilir.

- Enfeksiyon klinik tanısı doğru değerlendirilmeli
- Uygun bir antibiyotik tedavisi seçin (uygun bir klinik tanı, bir klinisyen karar vermeli, hastayı kesin bir tedaviye yönlendirmek ya da ampirik tedavi veya profilaktik bir tedavi)
- Enfeksiyon etiyolojisi tanımlanarak, hedefe yönelik tedavi planlanmalı

Antimikrobisellerde ilaç seçiminde, mikroorganizmaya ait faktörler (antibiyotik duyarlılığı, toplum kökenli veya hastane kökenli, fagositik hücrede yaşayabilme vs.) ve konağa ait faktörler (yaş, immünite, renal yetmezlik, karaciğer yetmezliği, malignite, gebelik, altta yatan hastalık, ilaç yan etkisi, allerji, nötropeni, invaziv girişim, antibiyotik kullanımı, katater kullanımı, cerrahi girişim, solunum desteği, uzun süre hastanede kalış, öncesinde antimikrobiyal kullanımı vs) önemli rol oynar. Uygun antimikrobisellerde ilaç seçerken, enfeksiyonun etiyolojisi bilindiğinde, klinisyen en dar spektrumlu, en kısa süreli, düşük maliyetli ve en az toksik olan olmalıdır.

Ülkemizde antimikrobisellerin en fazla uygunsuz kullanıldığı enfeksiyon hastalıkları; akut tonsillofarenjitler ve gastroenteritler olarak bildirilmektedir. Her iki hastalıkta virüslerin etken olabilme olasılığı bakteriyel etkenlerden daha fazladır. Böyle durumlarda semptomatik ve destek tedavisinin yanında hastalıkların etyolojisinin dökümantasyonu etkili tedavi ve klinik tam iyileşme için önemlidir.

Ülkemizdeki aile hekimliği uygulamalarında hekim ve hasta ilişkisi güven ortamı oluşmakta, hastanın doğru yönlendirilmesi mümkün olabilmektedir. Bu nedenle aile hekimliği uygulamaları önem arz etmektedir. AİK konusunda hizmet içi eğitimlerle desteklenmeleri yerinde olacaktır. Ayrıca ülkemizde reçetesiz antibiyotik kullanımının engellenmesi ile uygunsuz antibiyotik kullanımı ve antibiyotiğe karşı direnç gelişimi kısmen önenebilecektir. Ancak ülke genelinde ulusal politikalar geliştirilip yaygınlaştırılmalı, tüm sağlık kuruluşları ve hekimlerin ortak yaklaşımlar göstermesi gerekmektedir. Sonuç olarak antimikrobiyal ilaçlar tüm dünyada en yaygın kullanılan ilaçların başında yer almaktadır. Bu ilaçların akılcı kullanımı tedavide başarıyı arttırdığı gibi, direnç oranlarının azalmasını da sağlayacaktır. Bölgesel olarak enfeksiyon nedeni olabilecek

mikroorganizmaların ve görülme sıklıklarının bilinmesi ve bu yönde hareket edilmesi en önemli noktadır. Mevcut antibiyotiklerin yalnızca uygun kullanımı dirençli bakterilerin yayılmasını sınırlayabilir. Antimikrobiyallerin gıda endüstrisinde kötüye kullanımı engellenmeli, azalan ilaç yatırımı ve yeni antimikrobiyal geliştirilmesindeki zorluklar ve insanlardaki yapısal antibiyotik direnci de göz önüne alındığında gelecekte direnç daha korkutucu tablolara neden olabilir. Antimikrobiyaller, hastaları tedavi etmek için son silah olarak korunmalı ve yalnızca zorunlu ihtiyaç olduğunda kullanılmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Low DE. Appropriate antibiotic usage. Worcester, England: The Royal Society of Medicine Press, 2001.
2. World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance. Geneva: [Internet]. 2015. p. 1e28. Available from: [http://www.who.int/drugresistance/global\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/drugresistance/global_action_plan/en/).
3. OECD. Health spending (indicator). 2019. <https://doi.org/10.1787/8643de7een>. [Accessed 4 January 2019].
4. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance/publications/2017/central-asian-and-eastern-european-surveillance-of-antimicrobial-resistance.-annual-report-2017-2018>
5. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Mikrobiyoloji\\_Referans\\_Laboratuvarlari\\_ve\\_Biyolojik\\_Urunler\\_DB/uamdss/yillik\\_raporlar/UAMDSS\\_2016\\_Rapor.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Mikrobiyoloji_Referans_Laboratuvarlari_ve_Biyolojik_Urunler_DB/uamdss/yillik_raporlar/UAMDSS_2016_Rapor.pdf)



## Tooth Development in Children and Oral - Dental Health

### Çocuklarda Diş Gelişimi ve Ağız - Diş Sağlığı

Dr. Öğr. Üyesi Görkem YAHYAOĞLU

Denttrabzon Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

doctor61@hotmail.com

İngilizce Özet

Children's teeth are more susceptible to caries during development. Early childhood caries is owing to a combination of factors; including colonization of teeth with cariogenic microorganisms to teeth, types of food, the frequency of teeth exposure to these nutrients to the cariogenic microorganisms and susceptibility teeth. In order to prevent healthy tooth development and caries in children, nutritional and special needs should be considered according to different age groups, from before the birth to 5 years, and also special health care needs children. Recommendation includes that, avoiding sugar containing drinks in the bottle, discouraging the behavior of a child sleeping with a bottle, limiting cariogenic foods to meal times. Resultantly; parents should be informed about the right dietary recommendations and preventive treatments for oral and dental health to be started at an early age and to have a routine check-up every 3 months to prevent or minimize their dental caries.

Metin

Çocukların dişleri, gelişim döneminde çürüğe daha yatkındır. Yetmiş bir aya kadar olan dönemde görülen erken çocukluk çağı çürükleri (EÇÇ); karyojenik mikroorganizmaların diş kolonizasyonu, besin çeşitleri, dişlerin bu besinlere maruz kalma sıklığı ve hassas dişlerin bir araya gelmesi sebepleri ile oluşur. Eğer şekerler sık tüketilip uzun süre ağızda kalırsa çürük risk miktarı artar. Bu durum diş gelişiminin olumsuz etkilenmesinin yanı sıra çocuğun ileri yaşlardaki çürük oluşumunun artmasına neden olur. Bu durumda yapılması gerekenler arasında, meyve sularının ve şekerli içeceklerin biberonla ve sık verilmesinden kaçınmak, biberonla uyuma alışkanlığından vazgeçirmek ve karyojenik besinleri yemek zamanlarıyla sınırlandırmayı içermektedir. Beslenme faktörlerinden farklı olarak; diş çürüğünden korunmak için diş gelişimi dönemindeki çocukların genel diyetinin ayarlanması, ebeveynleri ile birlikte çocuklara iyi oral hijyen eğitiminin verilmesi ve bu yollarla dişlerin korunması sağlanmalıdır.

Çocuklarda sağlıklı diş gelişimi ve çürük oluşmaması için beslenme ve özel gereksinimlerinin değişik yaş gruplarına göre dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu yaş grupları; doğum öncesi dönem, doğumdan bir yaşına kadar olan dönem, 1-2 yaşındaki çocukluk dönemi, 2-5 yaşındaki çocukluk dönemi ve özel bakıma ihtiyacı olan çocuklar olarak ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir.

Doğum öncesi dönemde; dişlerin gelişmeye başladığı intrauterin 6.haftadan itibaren annenin özellikle protein, A ve D vitaminleri ve kalsiyumdan zengin diyet ile beslenmesi önemlidir. Hamileliğin 3. veya 4. ayında mineralizasyon başlar. Doğumda süt kaninlerin ve süt birinci molarların 1/3 veya yarı yarıya formasyonu tamamlanmıştır. 2. süt moların kronu doğumdan 1 yıl sonra tamamlanır [1,2]. Bu sebeplerden dolayı annenin beslenme ve diyetinin doğmamış çocuğun diş gelişimi ve çocuğun gelecekteki diş çürüğü riski üzerinde etkileri olduğu gözlenmiştir. Hamilelik döneminde; anne adayının çürük önleyici tedbirleri alıp diyete önem vermesi açısından kritik bir dönemdir. Fakat yapılan araştırmalar ebeveynlerin diş sağlığı pratiği açısından yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmış fakat çocukların diş sağlığı bakımı hakkında bilgi sahibi olmak istedikleri gözlemlenmiştir. Ebeveynlerin ağız sağlığı eğitimine erken başlamaları, ağız sağlığı bakımı ve diş fırçalama tekniklerini bilmeleri gerekmektedir. Ebeveynlerin çocukların ağız sağlığı hakkındaki yetersiz bilgileri, yeme alışkanlıkları (şekerli gıdalarla beslenmeleri) çürük riskini artırmaktadır [1,3].

Doğumdan bir yaşına kadar olan dönemde; anne sütü ve/veya 6 aya kadar hazırlanmış besinler (mama, tahıllı besinler), bebeklik dönemi için kritik öneme sahiptir [2,3]. Bu dönemde oluşabilecek herhangi bir beslenme bozukluğu bile mine gelişim defektlerine neden olabilecektir.. Vitamin diyetlerinin mine hipoplazilerinin oluşumunu azalttığı yapılan çalışmalarda ifade edilmiş ve kullanımları önerilmiştir [2,3]. Florür miktarı diş

gelişimi için kritik öneme sahiptir. Florür miktarı düşük olan durumlarda 6 aydan büyük çocuklarda sistemik florür uygulamaları önerilebilir. Fakat 6 aydan küçük bebeklerde florür desteğinin suya ilave edilerek sistemik olarak verilmesi fazla florür alımı sebebiyle florozisle sonuçlanabileceğinden tavsiye edilmemektedir [1]. Ebeveynlerin diyet alışkanlıkları çocukların alışkanlıklarının oluşmasında ve gelişmesinde temel rolü oynamaktadır. Bu nedenle su ve süt dışındaki içeceklerin biberon ile alımı sınırlandırılmalı ve yalnızca normal öğünlerde verilmelidir [3]. Bebeğin biberonla beslenerek uykuya dalma alışkanlığının ortadan kaldırılması, biberonla süt içmeye başlamadan önce anne sütünün bardak ile içirilmeye çalışılması, şeker ile tatlandırılmış yapay emzik kullanımının aşamalı olarak kısıtlanması, çocukların biberonlarını yanlarında taşıma ve sürekli biberonlarından su içme alışkanlığından vazgeçirilmesi, çocukların meşrubat gibi şekerli sıvı gıdaların tüketimine özendirilmemesi ve anne sütü, çocuk mamaları ve suyun cazip gösterilmesi gibi kriterler, çocukların beslenme alışkanlıklarının doğru yönde gelişmesi ve çürük oluşum riskinin azalması açısından önemlidir [1,2,3,4].

1-2 yaşındaki çocukluk döneminde; süt dişleri sürme aşamasındadır ve bu dönemde çocuklar yeni gıdalar ile tanışır. Bu çağda karyojenik potansiyele sahip gıdaların tüketimi ve çürük oluşum riski artmaktadır. Bu sebeple öğün aralarında meyve ve sütlü besinler tercih edilmelidir [4]. Ağız ve nöromusküler sistemlerin gelişmesi nedeniyle beslenme alışkanlıklarının da değişim gösterdiği bu dönemde öğün sayısı artar. Süt dişlerinin sürmesi ile artık çocuklar kendi kendine beslenmeyi tercih ederler [1]. Çürük riskinin azaltmak için bu dönemde; çocuklar belirli bir yaştan sonra biberonla yatma alışkanlığından vazgeçirilmeli, çocuklar biberonları yanlarında taşıma ve sürekli bundan içme alışkanlığından vazgeçirilmeli, Meyve suyu ve şekerli içecekler şekilde sınırlandırılmalı, karyojenik potansiyeli yüksek olan gıdalar temel öğünlerle sınırlı tutulmalı, aile üyelerinin rutin yemek zamanları olmalı ve beraber yenmeli, çocukların öğün aralarında yemeleri azaltılarak, ana öğünlerde yemeleri teşvik edilmesi kritik öneme sahiptir [4,5].

2-5 yaş arası çocukluk döneminde; yüksek kalorili besinler alındığında 3-5 yaş dönemi çocuklarda genetik yatkınlıklarının ve metabolik aktivite seviyelerinin etkisi ile şişmanlık sıklıkla görülmektedir [1,2]. 4-5 yaş dönemi çocuklarının genellikle beslenme problemleri daha az görülmektedir. Bununla birlikte çocuklar bu dönemde bağımsız olduklarında yiyecekler arasında daha az sevdiklerini yememe eğilimindedirler. Erken yaşta öğünlerde uygun ya da sevdikleri yemekleri seçmeyi öğrenirler. Bu nedenle nonkaryojenik yiyecekler evde olmalı ve çocuğun ilk ulaşabileceği yerde bulundurulmalıdır [1]. Çürük riskini azaltmak için bu dönemde; çocukların öğün aralarında ve öğünlerde nonkaryojenik besinlerle beslenmelerini sağlamak, yavaş yenilen şeker içeren yiyeceklerin tüketiminden şiddetle vazgeçirmek, şekerli yiyeceklerin daha az tüketilmesini sağlamak, yemeklerin düzenli bir şekilde öğünlerde tüketilmesini sağlamak kritik öneme sahiptir [4].

Özel bakıma ihtiyaç duyan çocuklarda; çürük oluşumunun daha yüksek olmasındaki temel neden beslenme bozuklukları, şekerli gıda tüketiminin yüksek olması ve oral hijyen alışkanlıklarının düşük olmasıdır. Bazı nörolojik hastalıklarda kas gücü azalmasına bağlı olarak çiğneme gücü düşüktür ve çocukların emme, çiğneme ya da yutkunma fonksiyonlarında zorluklar meydana gelebilmektedir. Bu gibi problemler, beslenme sürelerini uzatıp motor fonksiyonların bozuk ve yetersiz olması nedeniyle de yiyecek artıklarını temizlemeyi zorlaştırır. Birbiri ile ilişkili nedenlerle dişler üzerinde karyojenik plağın uzun süre kalmasına bağlı olarak çürük insidansı artar. Bu gruba giren çocuklarda koruyucu ve restoratif tedaviler yapılmalı diğer ağız sağlığı problemleri saptanmalı ve koruyucu beslenme programları uygulanmalıdır [7].

Sonuç olarak; sosyo-ekonomik seviyesi düşük olan toplumlarda yaşayan çocuklarda, yanlış ve yetersiz beslenmeye bağlı olarak diş çürüğü oluşumu yüksektir. Ebeveynler; kendilerinin ve dolaylı olarak çocuklarının diş çürüklerini engelleyebilmek veya en aza indirmek için doğru diyet önerileri ve ağız diş sağlığı için koruyucu tedavilere erken yaşlarda başlanması ve 3 ayda bir rutin kontrole gidilmesi gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir.

#### Kaynaklar

1. Tinanoff N, Palmer CA. Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. J Public Health Dent 2000; 60: 197-206.

2. Palmer CA, Faine ME. Nutrition, diet and oral conditions. In : Harris NO, Garcia-Godoy F. Primary Preventive Dentistry. 5th ed. Stamford: Appleton-Lange 1999: 371-95.
3. Gökalp A. Biberon çürükleri (etyoloji ve profilaksi) ed: Öztürk A. Bellis, Eskitaşçıoğlu G. Diş hekimliğinde fonksiyon ve estetik. Ankara. 2000: 97-100.
4. Goepferd SJ, Garcia-Godoy F. Preventive oral health in early childhood. In: Harris NO, Garcia-Godoy F. Primary preventive dentistry. 5th ed. Stamford: Appleton-Lange 1999: 475-513.
5. Duggal MS, Van Loveren C. Dental considerations for dietary counselling. Int Dent J 2001; 51: 408-12.
6. Ölmez S, Altay N. Çocuklarda uygulanacak koruyucu diş hekimliği yöntemleri. TDBD 1998; 44: 12-6.
7. Mulligan R, Sobel S. Preventive oral health care for compromised individuals. In: Harris NO, Garcia-Godoy F. Primary preventive dentistry. 5th ed. Stamford: Appleton-Lange 1999: 515-11.

## Current Approaches in The Diagnosis and Treatment of Enuresis

### Enürezis Tanı ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar

Doktor Öğretim Üyesi Hamit Zafer AKSOY

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni SUAM, TRABZON

hamitzaferaksoy@hotmail.com

#### İngilizce Özet

Enuresis nocturna is a common disorder in the society that negatively affects school performance in children and reduces quality of life. Therefore, we aimed to review current approaches in the diagnosis and treatment of enuresis. Enuresis is divided into two groups as monosymptomatic and non-monosymptomatic. In monosymptomatic enuresis nocturna, there are no symptoms during the day except wetting the bed at night. The treatment approaches of the patients are based on these definitions and there is no need for additional research in monosymptomatic patients and treatment is started after identification. Urine analysis in children with monosymptomatic enuresis is the only recommended laboratory examination. Desmopressin, alarm device and anticholinergic therapies should be recommended in addition to supportive treatment. Tricyclic antidepressants are recommended for use in selected patients because even lethal cardiotoxic effects have been demonstrated. Combined therapy can be used in treatment resistant cases. In secondary enuresis, the underlying disorder should be demonstrated and treatment should be planned for this condition.

#### Metin

Uluslararası Çocuk Kontinans Derneği (ICCS) tanımına göre 5 yaşını dolduran çocuğun uykuda idrar kaçırmasına enürezis denilmektedir. Enürezis monosemptomatik ve monosemptomatik olmayan olarak iki gruba ayrılmaktadır. Monosemptomatik enürezis noktürnada gece yatağı ıslatma dışında gün içinde herhangi bir belirti yoktur. Monosemptomatik olmayan enürezis noktürna ise gece altını ıslatma yanında, gündüzleri ani sıkışma hissi, sık idrara gitme, gündüz idrar kaçırma, kronik kabızlık gibi bulguları eşlik etmesi olarak tanımlanır. Hastaların tedavi yaklaşımları bu tanımlamalar üzerinden yapılmaktadır. İdrar kontrolünün doğumdan itibaren hiç sağlanamaması primer enürezis olarak tanımlanmaktadır. Sekonder enürezis idrar kaçırmanın 6 aydan uzun süreli bir kuru dönemden sonra tekrar başlamasıdır. 7 yaşındaki çocukların 10%'unda, 10 yaşındaki çocukların 5%'inde, erişkinlerin 0.5-1%'inde görülmektedir. Her yıl 15% spontan düzelme rapor edilmiştir. Enürezis okul performansını olumsuz etkileyip, yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle üzerinde durulması ve toplumsal bilincin artırılmasını gerektiren bir durumdur.

Primer enürezisin patofizyolojisinde uyanma bozukluğu, gece düşük mesane kapasitesi ve aşırı detrusor aktivitesi, mesane kapasitesini aşan artmış gece idrar miktarı yer almaktadır. Enüretik çocuklarda gece üretilen idrar miktarı ile mesane kapasitesi arasındaki dengenin bozukluğuna bağlı olarak geceleri mesane daha kolay dolmakta ve uyanma güçlüğünün eklenmesi ile yatağı ıslatma ortaya çıkmaktadır. Sekonder enürezis psikolojik travma, stres, alışılmış yaşantıda değişiklik, ebeveynler arasında çocuğu etkileyebilecek sorunlar, istismar, diabetes insipidus, diabetes mellitus, obstrüktif uyku apnesi, spina bifida okülta, idrar yolu enfeksiyonu sonucu ortaya çıkabilmektedir.

Enürezisli hastaları değerlendirmede ana hedef monosemptomatik enürezisin non-monosemptomatikten ayrımını tam yapabilmek ve altta yatabilecek organik bozuklukları dışlamaktır. Monosemptomatik hastalarda ek araştırmaya gerek kalmayıp, tanımlama sonrası tedavi uygun olacaktır. Hastalardan bu amaçla ayrıntılı bir öykü almak gerekecektir. Öyküde işeme alışkanlıkları, dışkılama alışkanlıkları, sıvı tüketme alışkanlıkları, uyku özellikleri, psikolojik durumları, aile öyküsü sorgulanmalıdır. ICCS öneri doğrultusunda idrar kaçırma ve gece idrar volümünün irdelendiği 7 günlük gece günlüğü, hafta sonlarını içeren 48-96 saatlik mesane günlüğü almak enürezisin tipini ortaya koymamıza yardımcı olacaktır.

Monosemptomatik enürezis noktürnalı çocukların fizik muayeneleri normaldir. Hastaların genel sistemik muayenesi yapılmalı, büyüme ve gelişmesi değerlendirilmelidir. Genital organlar, karın ve sırt bölgeleri, postür muayenesi yapılmalıdır. Sırt bölgesinde spinal disrafizme ait kıllanma veya deride renk değişikliği, nörolojik muayene ile sakral refleks arkının sağlamlığı değerlendirilmelidir.

Monosemptomatik enürezisli çocuklarda tam idrar tetkiki tek önerilen laboratuvar incelemesidir. Bu tetkik ile diabetes mellitus, diabetes insipidus, üriner enfeksiyon ve kronik renal yetmezliğin ayırıcı tanısı yapılabilir. Monosemptomatik olmayan enürezis hastalarında olanlarda ultrasonografi ile mesane duvar kalınlığının ölçülmesi, işeme sonrası rezidüel idrar bakılması, gerektiğinde işeme sistogramı, sistoskopi, ürodinami ve özellikle nörolojik bulgusu olanda spinal bölgenin manyetik rezonans görüntülemesi yapılabilir.

Enürezis tedavisinde aileye ve çocuğa hastalığın anlatılması ve bilgilendirilmesi tedavinin başarısı üzerine çok etkilidir. Çocuğun kendine olan güveninin ve inancının artırılması, kendi tedavisinin sorumluluğunu üzerine alması, çocuğun duygusal yönden ödüllendirilmesi sağlanmalıdır. Beslenme ve sıvı alışkanlıklarının gözden geçirilmeli, özellikle gece yatmadan iki saat önce sıvı kısıtlamasının yapılmalı, diürezisi arttırıcı kafein, çay, gazlı içeceklerin tüketilmesi önlenmelidir. Yatmadan önce mesanesi boşaltılmalı, uyduktan sonra iki saat sonra işemesi için uyandırılmalıdır. Hastaya alt bezi kesinlikle bağlanmamalıdır. Düzenli barsak ve mesane boşaltma alışkanlığının kazandırılması, pelvik taban kaslarını gevşetecek şekilde optimal postür alması önerilmelidir. Tedaviye yanıtı değerlendirmek için çocuğun ödüllendirici işeme takvimi tutması istenmelidir. Destek tedavisinin yanında hastanın şikayetlerine göre desmopressin, alarm cihazı ve antikolinerjik tedaviler önerilmelidir.

Alarm tedavisi şartlandırma esasına dayanan, özellikle uyanma gücünü olan çocukta işeme refleksini suprese eden etkili tedavi yöntemidir. Davranış tedavisine ek olarak noktürnal poliürisi olmayan, aile desteği bulunan hastalarda tercih edilmelidir. En az 6-8 haftalık uygulama sonrası etkinliği değerlendirilmeli, ardışık 14 gece boyunca kuru kalındıysa tedavi kesilmelidir. En önemli başarısızlık nedeni aile uyumsuzluğudur. Başarı şansı %65-75, relaps oranı % 5-15'dir.

Desmopressin, arginin vazopressinin sentetik analogu olup antidiüretik etkisi ile hem idrar üretimini azaltır hem de idrarın konsantrasyonunu artırır. Klinik uygulaması kolay ve hızlı olup, noktürnal poliüride en etkili yöntemdir. Melt formları 60 mcg ve 120 mcg'dır. Klinik kullanımı 120-240 mcg/gün olup maksimum 360 mcg/gün'e kadar çıkılabilir. Gece yatmadan yarım saat önce uygulanmalıdır. Desmopressin tedavisi sırasında 3 ayda bir 1-3 hafta ara verilerek etkinlik kontrol edilmeli relaps olduğunda tekrar etkin doza geçilmelidir. Üç ay boyunca kuru kalındıysa doz azaltılarak kesilebilir. Akşam yemeğinden itibaren sıvı kısıtlaması yapılarak olası su retansiyonu ve hiponatremi riski önlenmelidir. Etkinliği %60-70, relaps oranı %40'dır.

Antikolinerjik ajanlar gündüz semptomlarının eşlik ettiği artmış detrusor aktivitesi gözlenen vakalarda etkili olabilmekte, özellikle gecede ikiden fazla kaçırması olanlara önerilmektedir. En sık kullanılan ilaç oxybutinindir. Dozu 0.4 mg/kg olup bölünmüş dozlarda uygulanmaktadır. Yan etki olarak ağız kuruluğu, yüzde kızarma, taşikardi, baş dönmesi, kabızlık, mesanenin tam boşaltılamaması olabilir. Etki en geç iki ay içinde ortaya çıkar ve tedaviye cevap %40'dır.

Trisiklik antidepressanlar tedavi dozunda bile letal kardiyo toksik etkiler gösterildiği için seçilmiş hastalarda kullanımı önerilmektedir. Direkt antikolinerjik etki ile mesane kontraktilesini azaltmakta, kapasitesini arttırmakta, ayrıca uykunun son 1/3'lük dilimine etki ederek uyku derinliğini azaltarak antienüretik etki yapmaktadırlar. Bu grupta en sık kullanılan ilaç imipramindir. Doz olarak 0.9-1.5mg/kg/gün olup genelde 5-8 yaşta 25 mg, 9 yaş üstüne 50 mg yatmadan 1 saat önce alınmalıdır.

Kombine tedavi uygulaması tedaviye dirençli vakalarda kullanılabilir. Desmopressin ve alarmın kombine edildiği çalışmada desmopressinin hızlı etkisinin çocuğun alarm tedavisine uyumunu kolaylaştırıldığına inanılmaktadır. Desmopressin ile antikolinerjik ajanların kombine kullanımı ve desmopressin ile alarm sisteminin kombine kullanımı başarıyı artırırken, alarm sistemi ile antikolinerjik ajanların kombine kullanımında bu artış izlenmemiştir.

Perkutanöz tibial sinir sitümlasyonu, transkutanöz parasakral sinir sitümlasyonu ile yapılan çalışmalarda kuru gece sayısı artmakla beraber tam başarı elde edilememiştir. Akupunktur, osteopati, homeopati, akupres diğer

alternatif tedavi seçenekleri olarak yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur. Alternatif tedavi seçenekleri eldeki verilerin yeterli olmaması nedeniyle çocukluk çağında henüz kullanıma girmemiştir.

Sekonder enüreziste alta yatan rahatsızlık ortaya konulmalı ve bu rahatsızlığa yönelik tedavi planlanması yapılmalıdır.

Hangi tedavi yöntemi seçilirse seçilsin hastanın mutlaka 2-4 hafta içinde kontrole çağrılarak seçilen tedavinin başarısı, ailenin ve çocuğun uyumu gözden geçirilmeli, durum aile ve çocukla beraber tartışılıp karşılıklı değerlendirilmelidir. Tedavinin devamında izlenecek yol kararlaştırılmalıdır. Tedavinin başarısı için hekimin yaklaşımı, ayırabildiği zaman, samimiyeti ve yaratacağı güven duygusu çok önemlidir.

#### Kaynaklar

1. Haid B, Tekgul S. Primary and Secondary Enuresis: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Eur Urol Focus. 2017;3(2-3):198-206.
2. Franco I, von Gontard A, De Gennaro M. Evaluation and treatment of nonmonosymptomatic nocturnal enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society. Journal of pediatric urology. 2013;9(2):234-43.
3. Vande Walle J, Rittig S, Bauer S, Eggert P, Marschall-Kehrel D, Tekgul S. Practical consensus guidelines for the management of enuresis. European journal of pediatrics. 2012;171(6):971-83.
4. Walker RA. Nocturnal Enuresis. Primary care. 2019;46(2):243-8.
5. Song P, Huang C, Wang Y, Wang Q, Zhu W, Yue Y, et al. Comparison of desmopressin, alarm, desmopressin plus alarm, and desmopressin plus anticholinergic agents in the management of paediatric monosymptomatic nocturnal enuresis: a network meta-analysis. BJU Int. 2019;123(3):388-400.
6. Avanoğlu A, Baskın E, Söylemezoğlu O, Tekgül S, Ziylan O, Zorludemir Ü. Türkiye enürezis çalışma grubu. Türkiye Enürezis Tedavi Kılavuzu. 2010:1-16.

## **Erişkin ve Risk Gruplarında Pnömonokok Aşılması**

### **Pneumococcal Vaccination in Adult and Risk Groups**

**Prof. Dr. İftihar KÖKSAL**

**Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi**

**Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı TRABZON**

**iftihar@yahoo.com**

#### **Özet:**

Pnömonokok hastalıkları, bakteremik olan ya da bakteremik olmayan pnömöni başta olmak üzere, özellikle yaşlılarda ve immün sistemi zayıflatan durumlar gibi birtakım sağlık sorunları olan erişkinlerde, tüm dünyada önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. Ülkemizde 13 valan konjuge pnömokok aşısı (KPA13) ve 23 valan polisakarid pnömokok aşısı (PPA23) olmak üzere erişkinler için ruhsatlandırılmış iki aşı vardır. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) Erişkin Bağışıklama Çalışma Grubunun multidisipliner katılımıyla hazırladığı rehber, ≥65 yaşındaki herkese, yüksek risk altındaki her yaşta erişkinlere (immün sistemi zayıflatan durumu, fonksiyonel ya da anatomik asplenisi, beyin-omurilik sıvısı kaçağı ve koklea implantı olan hastalar) önce KPA13 ve sonra PPA23 uygulanmasını önermektedir. Pnömonokok aşılması, pnömokok hastalığı yönünden risk altında olan (kronik kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, kronik karaciğer hastalığı, alkolizm, diabetes mellitus'u olan hasta- lar ve tütün kullananlar gibi) <65 yaşındaki erişkinler için de önerilir. Bu hastalara yalnız PPA23 uygulanması yeterlidir; ancak PPA23 öncesinde KPA13 uygulanması da yararlı olabilir. Her iki aşının uygulanmasının gerektiği erişkinlere önce KPA13 uygulanmalıdır. PPA23'ün, immünokompetan erişkinlerin çoğuna KPA13'ten ≥1 yıl sonra uygulanmasına karşın; bu aşı yüksek riskli hastalara ≥8 hafta sonra uygulanmalıdır. Daha önce PPA23 uygulanmış hastalara, bu uygulamanın üzerinden ≥1 yıl geçmeden KPA13 uygulanmamalıdır. İmmün sistemi zayıflamış ve asplenik hastalara PPA23'ün ilk dozundan ≥5 yıl sonra bir rapel dozu da uygulanmalıdır. KPA13 için hiçbir yaş grubunda rapel dozu önerilmemektedir.

#### **Abstract**

Pneumococcal diseases, including pneumonia with or without bacteremia, remain an important cause of morbidity and mortality in adults, especially among the elderly and those with certain medical conditions, including immunocompromising conditions all over the world. Two pneumococcal vaccines are currently licensed for adults in Turkey, 13-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV13) and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine (PPSV23). The guideline multidisciplinary prepared by Study Group for Adult Immunization of Infectious Diseases and Clinical Microbiology Speciality Society of Turkey, recommended to all individuals aged ≥65 years should receive PCV13 followed by PPSV23, as well as adults of any age with the high-risk conditions (ie, patients with an immunocompromising condition, functional or anatomic asplenia, a cerebrospinal fluid leak, and a cochlear implant). Pneumococcal vaccination is also recommended for adults <65 years of age at risk of pneumococcal diseases (ie, patients with chronic heart disease, chronic lung disease, chronic liver disease, alcoholism, diabetes mellitus, and smokers). Such patients receive PPSV23 alone; however, PCV13 followed by PPSV 23 could be useful as well. Adults eligible for both vaccines should be given PCV13 first. Even though PPSV23 is administered ≥1 year after PCV13 for most immunocompetent adults, it should be administered ≥8 weeks later for high-risk patients. In patients who have already received PPSV23, ≥1 year should elapse before they are given PCV13. For immunocompromised and asplenic patients, a booster dose of PPSV23 is recommended ≥5 years after the first dose. A booster dose of PCV13 is not recommended for any age group.

## Giriş

*Streptococcus pneumoniae* (pnömokok) enfeksiyonları, risk grupları başta olmak üzere tüm dünyada önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Risk grubunu oluşturan kişiler arasında küçük çocuklar, ≥65 yaşındaki erişkinler ve komorbiditesi olan hastalar yer almaktadır. Aşılama ile pnömokok enfeksiyonlarından korunmak mümkün olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2006 yılından beri çocukluk döneminde pnömokok aşılmasını önermektedir. Geçen yaklaşık 13 yıllık süre içerisinde çocuklarda hastalık yükü önemli ölçüde azalmaya başlamıştır. Ancak erişkinlerde pnömokok aşılması çocuklardaki kadar yaygın olmayıp maalesef yüksek pnömokok hastalığı yükü devam etmektedir. Ülkemizde de pnömokok aşısı çocukluk döneminde Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)'na alınmakla birlikte, erişkinlerde standard ve rutin bir uygulama henüz sağlanamamıştır. Erişkinlerde pnömokok aşılmasının yaygınlaştırılması ve yeterli düzeye ulaştırılması için öncelikle konuyla ilgilenen sağlık personelinin farkındalığının ve bilgisinin artırılması gerekmektedir. Türkiye EKMUD Erişkin Bağışıklama Çalışma Grubunun hazırladığı rehberin amaçlarından biri de erişkin bağışıklama konusunda hekimlerin bilgiye kolay ulaşmasını sağlamak ve farkındalık oluşturmaktır.

## Pnömokok Enfeksiyonları

Pnömokoklar nazofarinkse yerleşerek taşıyıcılığa neden olurlar.. Sağlıklı çocukların %20-50'sinin, erişkinlerin ise %5-30'unun nazofaringeal pnömokok taşıyıcısı olduğu gösterilmiştir.

Pnömokoklar invaziv ve invaziv olmayan hastalıklara neden olabilir. Bakteremik pnömoni, menenjit, septik artrit, sepsis gibi bakterilerin, kan, beyin-omurilik sıvısı (BOS), sinoviya sıvısı, plevra ve periton boşluğu gibi normalde steril olan bölgelerden izole edildiği klinik tablolar, invaziv pnömokokal hastalıklardır. İnvaziv olmayan pnömokok enfeksiyonları, bakteremik olmayan pnömoni, otit ve sinüzit gibi enfeksiyonlardır. Erişkinlerde en fazla görülen pnömokok enfeksiyonları bakteremik ya da bakteremik olmayan pnömokoksik pnömonidir.

Erişkinlerde pnömokok hastalığı riski ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte tüm ülkelerde risk grupları ortaktır. Risk gruplarının başında kronik böbrek, kalp, akciğer ve solunum yolu hastalıkları, metabolik hastalıklar (örneğin diabetes mellitus) ve merkezi sinir sistemi hastalıkları (örneğin BOS kaçağı) gibi immünokompetan kişilerdeki altta yatan komorbiditeler ve ayrıca HIV enfeksiyonu, primer immün yetmezlik, organ transplantasyonu, aspleni (fonksiyonel ya da anatomik) ve hematolojik kanser gibi immün sistemin zayıfladığı durumlar gelmektedir. 65 yaşın üzerinde olmakta bir diğer risktir. Huzurevinde ya da yaşlı bakım merkezlerinde kalmak, sigara içmek, daha önce pnömoni geçirmiş olmak da olası risklerdir. Bütün bu durumlar pnömokok aşılmasının öncelikli gruplarını oluşturmaktadır. Yapılan birçok maliyet etkinlik çalışmasında pnömokok aşılması maliyet etkin bulunmuştur.

## Antibiyotik direnci ve Pnömokok aşılması

Pnömokok enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılan makrolidler, sefalosporinler, solunum yolu florokinolonları ile penisilin ve türevlerine karşı maalesef direnç sorunu yaşanmaktadır. Penisiline duyarlı olmayan pnömokoklar (PDOP) ilk kez 1970'lerde Güney Afrika, Avustralya, İspanya'da bildirilmiş ve hızla tüm dünyaya yayılmıştır. İlaça dirençli pnömokoklarla ilişkili en önemli risk faktörü, daha önce antibiyotik kullanılmış olmasıdır. Penisilin direnci dışında makrolidlere, sefalosporinlere ve solunum yolu kinolonlarına karşı da azalmış duyarlılık söz konusudur.

Bakımevinde kalınması; yakınlarda hastanede yatışın olması ya da bir solunum yolu enfeksiyonu geçirilmiş olması; bir kronik akciğer hastalığı, altta yatan immün sistemi zayıflatan bir hastalık ya da HIV enfeksiyonu olması antibiyotik direnci için diğer risk faktörleridir. Dirençli suşlar, taşıyıcılar aracılığı ile, kreşlerde, hastanelerde, bakımevlerinde, cezaevlerinde, sığınma evlerinde ve kalabalık koşullarda kolayca yayılabilir.

## Pnömokok Aşıları

### İçerik

Pnömokokların virülansından kapsül sorumludur. Kapsül, pnömokokları fagositer hücrelerce yutulmaktan ve öldürülmekten koruyan en önemli virülans faktörüdür. Kapsüldeki polisakarid antijeni, o serotipe özgü IgM antikorlarının oluşmasını uyarır. Bu antikorlar ise bakterinin opsonizasyonunu, fagositozunu ve öldürülmesini



artırır. Pnömonok aşılmasıyla hedeflenenler, pnömonoklara karşı etkili antikorları uyarmanın yanı sıra mukozal bağışıklığı oluşturulması ve immünolojik bellek oluşturularak anamnestic IgG yanıtının uyandırılmasıdır. Dış kapsülün yapısındaki farklılıklara bağlı olarak yaklaşık 90'dan fazla farklı pnömonok serotipi tanımlanmıştır. Erişkinlerde en ciddi enfeksiyonlardan sorumlu serotipler 14, 3, 9, 19, 1, 6, 23 ve 7'dir. Aşılar bu serotipleri içerecek şekilde hazırlanmıştır. Pnömonok aşılarının başlıca bileşenlerini kapsül polisakaridleri oluşturur.

Pnömonok hastalıklarından korunmak için erişkinlerde kullanılan polisakarid pnömonok aşısı (PPA) ve konjuge pnömonok aşısı (KPA) olmak üzere iki tip aşı bulunmaktadır. Biri polisakarit (PPSV23) diğeri konjuge (PCV13) olmak üzere iki tip pnömonok aşısı bulunmaktadır. 15 valanlı konjuge aşı çalışmaları halen sürmektedir. Polisakarit aşının içeriğinde, invaziv pnömonok enfeksiyonlarından sorumlu serotiplerin %90'dan fazlasını kapsayan 23 farklı serotip yer almaktadır (1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F, 33F). Polisakarit pnömonok aşısının invaziv pnömonok enfeksiyonlarına karşı etkinliği %50-85'tir, ancak polisakarit aşı T lenfosit bağımlı bağışık hafıza oluşturamaz. Konjuge aşı ise toksik olmayan difteri toksinine (CRM197) bağlı on üç (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14,18C, 19A, 19F, 23F) serotip içermektedir. Bu aşı T lenfosit bağımlı bağışık hafıza oluşturabilir. Antikor yanıtının daha geniş olmasını sağlamak amacı ile konjuge aşığı takiben polisakarit aşı kullanılması en etkin yöntemdir.

Konjuge aşının invaziv pnömonok enfeksiyonlarını önlemede %75, pnömonoksik pnömoniyi önlemede %45 etkili olduğu bulunmuştur.

Endikasyonları ve uygulama şekli

Pnömonok aşısının endike olduğu durumlar aşağıda belirtilmiştir:

- Kronik akciğer hastalığı
- Kronik kardiyovasküler hastalık
- Diabetes mellitus
- Kronik karaciğer hastalığı
- Fonksiyonel veya anatomik aspleni (Örn. Orak hücreli hastalık veya splenektomi) (Eğer elektif splenektomi planlandı ise cerrahiden en az iki hafta öncesinde, acil splenektomi durumunda ise en erken iki hafta sonra aşılmalıdır)
- İmmüsupresif hastalıklar
  - Konjenital ya da kazanılmış immün yetmezlikler (B ve T lenfosit eksiklikleri, kompleman eksiklikleri, fagositik fonksiyon bozuklukları, HIV enfeksiyonu)
  - Kronik böbrek yetmezliği
  - Nefrotik sendrom
  - Lösemi, Hodgkin hastalığı, multiple myelom gibi hematolojik hastalıklar
  - Yaygın malignite
  - Uzun süreli immün supresif tedavi (İmmüsupresif ilaç kullanımı, radyoterapi vb)
  - Solid organ nakli
- Koklear implantlar
- Beyin-omurilik sıvısı (BOS) kaçakları
- HIV enfeksiyonu
- Bakım evinde kalan kişiler

Her iki tip aşı da 0,5 ml IM olarak uygulanır. Erişkinlerde konjuge ve polisakkarit aşının her ikisinin de yapılması önerilir. Polisakkarit aşı algoritmalar dahilinde en az 5 yıl ara ile en fazla 3 kez tekrarlanabilir. (son dozun 65 yaşından sonrasında yapılması önerilmektedir). Konjuge aşı ise erişkin yaş grubunda kemik iliği nakil hastaları dışında bir doz olarak uygulanır. Ağır immünsüpresyon yaratan durumlar, BOS kaçağı, kohlear implant, aspleni gibi antikör titrasyonlarının çabuk yükseltilmesinin istendiği durumlarda konjuge aşı ve polisakkarit aşı arasında 8 hafta olmalıdır. Diğer endikasyonlarda iki aşı arasındaki uygulama bir yıl ara ile olmalıdır.

Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) Erişkin Bağışıklama Çalışma Grubunun multidisipliner katılımıyla hazırladığı rehber, ≥65 yaşındaki herkese, yüksek risk altındaki her yaşta erişkinlere (immün sistemi zayıflatan durumu, fonksiyonel ya da anatomik aspleni, beyin-omurilik sıvısı kaçağı ve koklea implantı olan hastalar) önce KPA13 ve sonra PPA23 uygulanmasını önermektedir. Pnömonokok aşılması, pnömonokok hastalığı yönünden risk altında olan (kronik kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, kronik karaciğer hastalığı, alkolizm, diabetes mellitus'u olan hasta- lar ve tütün kullananlar gibi) <65 yaşındaki erişkinler için de önerilir. Bu hastalara yalnız PPA23 uygulanması yeterlidir; ancak PPA23 öncesinde KPA13 uygulanması da yararlı olabilir. Her iki aşının uygulanmasının gerektiği erişkinlere önce KPA13 uygulanmalıdır. PPA23'ün, immünokompetan erişkinlerin çoğuna KPA13'ten ≥1 yıl sonra uygulanmasına karşın; bu aşı yüksek riskli hastalara ≥8 hafta sonra uygulanmalıdır. Daha önce PPA23 uygulanmış hastalara, bu uygulamanın üzerinden ≥1 yıl geçmeden KPA13 uygulanmamalıdır. İmmün sistemi zayıflamış ve asplenik hastalara PPA23'ün ilk dozundan ≥5 yıl sonra bir rapel dozu da uygulanmalıdır. KPA13 için hiçbir yaş grubunda rapel dozu önerilmemektedir.

İnfluenza aşısı ile eşzamanlı yapılmasında veya ardışık günlerde yapılmasında birkaç serolojik alt tipe karşı oluşan antikör yanıtında bir miktar azalma olmakla birlikte klinik olarak sakınca yoktur.

#### Kontrendikasyonlar

Her iki aşı için de benzerdir. Daha önceki dozlarda aşuya veya içeriğindekiilere karşı anafilaktik reaksiyon gelişenlere aşı uygulanmamalıdır.

#### İstenmeyen etkiler

Enjeksiyon yerinde ağrı, şişlik, kızarıklık gelişebilir. Aşı uygulananların %2 kadarında orta şiddette ve geçici ateş gözlemlenir. 39°C'den daha yüksek ateş nadirdir. Ateş yükselmesi genellikle, aşıdan hemen sonra olup 24 saat içerisinde kendiliğinden kaybolur. Baş ağrısı, yorgunluk, titreme, iştah azalması, kas ağrısı ve eklem ağrısı, deri döküntüsü, ürtiker, enjeksiyon yerinde Arthus tipi (lokal, alerjik) reaksiyonlar çok ender görülür.

#### Sonuç ve Öneriler

- Pnömonokok hastalıkları aşıyla önlenebilen önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

Erişkinlerde pnömonokok aşılması pnömonokok hastalıklarıyla mücadelede maliyet etkin bir uygulamadır.

- Ülkemizde erişkinler için geri ödeme kapsamında olan PPA23'e ek olarak, ≥65 yaşındaki ya da yüksek risk altındaki erişkinlere KPA13'ün de ücretsiz olarak uygulanması sağlanmıştır.
- ≥65 yaşındaki herkese önce KPA13 ve sonra PPA23 uygulanmalıdır.
- Yüksek risk altındaki her yaşta erişkinlere (yani immün sistemi zayıflatan durumu, fonksiyonel ya da anatomik aspleni, beyin-omurilik sıvısı kaçağı ve koklea implantı olan hastalar) önce KPA13 ve sonra PPA23 uygulanmalıdır.
- Pnömonokok aşılması, pnömonokok hastalığı yönünden risk altında olan (yani kronik kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, kronik karaciğer hastalığı, alkolizm, diabetes mellitus'u olan hastalar ve tütün kullananlar gibi) <65 yaşındaki erişkinler için de önerilir. Bu hastalara yalnız PPA23 uygulanması yeterlidir; ancak PPA23 öncesinde KPA13 uygulanması da yararlı olabilir.
- Her iki aşının uygulanmasının gerektiği erişkinlere önce KPA13 uygulanmalıdır.

- PPA23'ün, immünokompetan erişkinlerin çoğuna KPA13'ten  $\geq 1$  yıl sonra uygulanmasına karşın; bu aşı yüksek riskli hastalara  $\geq 8$  hafta sonra uygulanmalıdır.
- Daha önce PPA23 uygulanmış hastalara, bu uygulamanın üzerinden  $\geq 1$  yıl geçmeden KPA13 uygulanmamalıdır.
- İmmün sistemi zayıflamış ve asplenik hastalara PPA23'ün ilk dozundan  $\geq 5$  yıl sonra bir rapel dozu da uygulanmalıdır. BOS kaçağı ya da koklea implantı olanlarda PPA23 rapel dozuna gerek yoktur.
- KPA13 için hiçbir yaş grubunda rapel dozu önerilmemektedir.
- Her iki aşı da farklı bir bölgeye uygulanmak koşuluyla grip aşısıyla aynı anda yapılabilir.
- Pnömonokok aşısı antibiyotik kullanımının azalmasına ve direncin engellenmesine katkı sağlamaktadır.

#### Kaynaklar

1. Erişkin Bağışıklama Rehberi, EKMUD Erişkin Bağışıklama Çalışma Grubu, 2019.
2. Erişkin Bağışıklamasının Hedefindeki Aşılardan Biri Olarak Pnömonokok Aşısı: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Erişkin Bağışıklaması Çalışma Grubu Uzlaş Raporu, Klimik Derg. 2018; 31(Suppl. 1): 2-18.

**How much valid is the diagnosis of Family Physician**  
**Aile hekiminin koyduğu tanı ne kadar güvenilir?**  
**Prof. Dr. M. Mümtaz Mazıcıoğlu**  
**Erciyes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı**  
**mumtaz33@hotmail.com**

İngilizce Özet

The medical decision process should rely on valid and reliable evidence to assess that an individual is healthy or not. Other than relying on current evidence updating contemporary evidence is also needed for health improvement, disease prevention and diagnosis. On the other hand the quality of evidence and probability published current evidence may fail to support our diagnosis procedure. Awareness of each "Family Physician" about the validity and reliability of evidence that is fundamental to their clinical practice is essential. Critical reading of current literature and checking scientific method of manuscripts would significantly improve the quality their clinical practice

Metin

Çağdaş tıbbi uygulamaların çeşitliliği ve hızlı değişimi sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıklar ortaya çıktığında tedavisi için ortaya konulan kanıtlara erişimi ve günlük çalışma yoğunluğu içerisinde kullanımlarını kısıtlamaktadır. Buna ek olarak hekimlerin aldıkları lisans eğitimi ve meslek içi eğitimlerin dayandığı kanıtların geçerlik ve güvenilirliklerinin de sorgulanabilir olması mezuniyet sonrası uygulamalarda hem mesleki bilgi ve becerilerin korunması ya da geliştirilmesi sürecini zorlaştırmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde merkezde rol alan ve daha kapsamlı sağlık bakımının oluşturulabilmesi için sağlık sisteminin önemli bir taşıyıcısı olan "Aile Hekimleri" açısından kanıta dayalı tanı koyma süreci çok daha zor ve yıpratıcıdır.

Aile hekimlerinin günlük sağlık bakımı sürecinde üstlendikleri rol açısından doğru tanı koyabilmek için temel epidemiyolojik kavramlara hakim olabilmeleri, bunları günlük uygulamalarına yön verecek şekilde yorumlayabilmeleri yanında kendilerine çoğunlukla aile hekimi olmayan araştırmacılar tarafından sunulmuş olan kanıtları bilimsel açıdan eleştirel bir gözle değerlendirebilmeleri gerekmektedir.

Kendi uygulamaları için temel oluşturacak kanıtları kendilerinin üretmesinin günlük Aile Hekimliği uygulaması için elzem olduğunu belirtmek gerekir. İhtiyaca yönelik bilimsel çalışma hipotezi oluşturulması ve bunun birinci basamakta test edilmesi ilk aşamda ulaşılmaması gereken hedef olarak görülmelidir. Birinci basamağa başvuran hastaların çeşitliliği her alanda araştırma yapıp kanıt üretilmesini sınırlayıcı bir unsur olabilir. Ancak bunun yanında birinci basamakta yaşanan sorunların sıklığı ve tıbbi önemine bağlı olarak önceliklendirilmiş bir bilimsel araştırma programının bu zorluğun üstesinden gelmeye yardımcı olacağı açıktır.

Birinci basamak uygulamalarının geliştirilmesine yönelik çalışmaların sınırlı kalması durumunda bile ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmet sunumuna dayanan kanıtların birinci basamak bakış açısıyla yorumlanıp kullanımının da mümkün olduğu bilinmelidir.

Aile hekimlerinin doğru tanı koyma ve buna göre tedaviyi yönlendirme süreçlerinde hem kendi genel uzmanlık alanlarında hem başka özel uzmanlık alanlarında üretilen bilimsel literatürü metodolojik açıdan analiz edebilmesi için eğitilmeleri ya da kendi kendilerine eleştirel değerlendirme yapma kabiliyetlerini geliştirmeleri için elde yeterince ulaşılabilir bilgi kaynağı ya da danışmanlık verebilecek kişi bulunmaktadır. Konulan tanıların kanıta dayalı bilgi ve beceri birikimine bağlı olması yanında tanıya dayanak oluşturan kanıtın kalitesinin sorgulanabileceği düzeyde Aile Hekimlerinin donanımlı olabileceği bilinmeli ve birinci basamak sağlık hizmetleri buna göre yapılandırılmalıdır.

## AKILCI ANTİMİKROBİYAL KULLANIMI

**Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Gökçe GAYRETLİ AYDIN**

**KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı**

Üst solunum yolu enfeksiyonlarında antibiyotik ne zaman kullanılmalı?

Çocukluk çağında en sık doktor başvuru nedeni olan üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE); burun, tonsiller, farinks, larinks, paranazal sinüsler ve kulakların enfeksiyonlarıdır. Çoğunlukla viral kökenli olabilen bu hastalıklar kış aylarında belirgin şekilde artış gösterirler. Çocuklar, virüslerin çoğuna bağışıklık kazanmadıkları, kişisel hijyen uygulamaları yeterli olmadığı ve virüsü bulaştıran diğer çocuklarla sık sık temas ettikleri için viral enfeksiyonlara özellikle hassastırlar (1). Genellikle hafif seyirli ve ciddi mortalitesi olmayan enfeksiyonlar olmakla birlikte, hastanın günlük aktivitesinde kısıtlanmaya, iş ve okul devamsızlıklarına neden olmaktadır.

Üst solunum yolu enfeksiyonlarının çoğunun tedavisi semptomatiktir. Ülkemizde, genellikle polikliniklerde hekim başına düşen hasta sayısının çok fazla olması, hastaya yeterince zaman ayırlamaması, ailenin endişesi ve antibiyotik isteği, gereksiz ve fazla antibiyotik kullanımına neden olmaktadır. Antibiyotik tedavisi altındaki düzelme ise yalancı güven hissi oluşturmaktadır (2, 3). Uygun olmayan antibiyotik kullanımına bağlı olarak hızla antibiyotik direnci gelişmektedir. Antibiyotikler viral enfeksiyonun iyileşmesini hızlandırmadığı gibi sekonder bakteriyel enfeksiyon gelişme riskini de azaltmamaktadır (4). Antibiyotik tedavisi A grubu beta-hemolitik streptokok'a (AGBHS) bağlı tonsillofarenjit vakalarında, viral ÜSYE seyrinde akut otitis media ve akut sinüzit gibi sekonder bakteriyel enfeksiyon vakalarında uygulanmalıdır.

**Akut tonsillofarenjit**

Akut tonsillofarenjitin en sık nedeni virüslerdir. AGBHS en sık (%15-30) ve en önemli bakteriyel etkidir. Antibiyotik kullanımını en aza indirmek ve antibiyotik kullanması gereken hastaları tespit etmek için AGBHS tonsillofarenjiti viral tonsillofarenjitlerden ayırt etmek önemlidir (5).

AGBHS tonsillofarenjiti en sık 5-15 yaş arasındaki çocuklarda görülür. Kış ve ilkbaharda daha sık gözlenir. Damlacık yolu ile bulaşır. Kreş ve okullarda salgınlara neden olabilir. İnkübasyon süresi 2-5 gündür (6). Hastalarda ateş, boğaz ağrısı, baş ağrısı, karın ağrısı ve kusma görülür. Fizik muayenede tonsillerde eksüdası olan veya olmayan hiperemi, damakta peteşi, ön servikalde ağrılı lenfadenopati tespit edilebilir (5).

Altın standart tanı yöntemi boğaz kültürüdür. Tanıda hızlı antijen testleri de kullanılmaktadır. Hızlı antijen testinin özgüllüğü >%95, duyarlılığı %70-90' dır. Duyarlılığı düşük olması nedeniyle test negatif çıktığında hastadan boğaz kültürü alınmalıdır (7).

AGBHS tonsillofarenjitinde tedavinin amacı akut romatizmal ateşin önlenmesidir. Ayrıca klinik iyileşme ve enfeksiyonun yayılması önlenmiş olur. Akut romatizmal ateşin ortaya çıkmasını engellemek için tedavi, semptomların başlangıcından itibaren 9 gün içinde başlanmalıdır. Antibiyotik tedavisi ile akut poststreptokokal glomerülofrit (APSGN) önlemez. AGBHS penisilin ve diğer tüm  $\beta$ -laktam antibiyotiklere duyarlıdır. Penisilin ucuz, dar spektrumlu ve yan etkisi azdır. Amoksisilin tadının ve gastrointestinal emiliminin iyi olması nedeniyle pratikte tercih edilebilir. Oral penisilin ve amoksisilin tedavisi süresi 10 gündür. Tek doz intramüsküler benzatin penisilin veya benzatin-prokain penisilin G kombinasyonu etkilidir. Tek doz olduğu için uyum kolaylığı sağlar (6).

Penisilin allerjisi olan (tip I aşırı duyarlılık reaksiyonu değilse) hastalar, birinci kuşak sefalosporin ile 10 gün tedavi edilebilirler. Penisilin allerjisi olan hastalar 10 gün süreyle eritromisin, klaritromisin veya klindamisin ile veya 5 gün azitromisin ile tedavi edilir (6). Makrolidlerin kullanımının artması nedeni ile makrolidlere karşı direnç (%6.1) akılda tutulmalıdır (8). Bu nedenle makrolidlerin kullanımı sadece  $\beta$ -laktam kullanamayan hastalarla sınırlandırılmalıdır. AGBHS tonsillofarenjitini tedavi etmek için tetrasiklin, florokinolon veya sülfonamid kullanılmamalıdır.

**Akut otitis media**

Akut otitis media (AOM) genellikle bakteriyel bir enfeksiyon olarak kabul edilir. Çünkü hastaların %70' inde orta kulak kültüründen bakteriyel patojenler izole edilmiştir (9). AOM genellikle, viral üst solunum yolu enfeksiyonu

seyrinde gelişen östaki tüp disfonksiyonu nedeniyle, bakteriyel patojenlerin nazofarenksten orta kulağa ulaşması sonucu oluşur (10). Solunum yolu virüslerinin tek başına AOM etkeni olması nadirdir (%2-%20). En sık bakteriyel etkenler Streptococcus pneumoniae, tiplendirilemeyen Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis ve AGBHS' tur. Yedi yaşından gelene kadar çocukların %40'ı en az dört kez AOM geçirirler. Genellikle viral ÜSYE seyri sırasında ortaya çıkan ani başlangıçlı ateş, kulak ağrısı, genel durum bozukluğu, küçük çocuklarda huzursuzluk, uykusuzluk, kulağını çekme, bulantı-kusma görülebilir. İşitme kaybı ve otore nadirdir. AOM tanısında altın standart tanı yöntemi pnomotik otoskop ile muayenedir. Amerika Pediatri Akademisi'ne göre (AAP); kulak zarının orta veya şiddetli bombeleşmesi veya eksternal otitin neden olmadığı akıntının olması, kulak zarında hafif şişlikle birlikte <48 saatte ağrısının başlaması veya çok yoğun kulak zarında kızarıklık olması ile tanı konulur (11).

AOM tedavisinde ağrıyı azaltmak için asetaminofen (parasetamol), ibuprofen, lokal lidokain kullanılabilir. Antihistaminik ve dekonjestanların tedavide yeri yoktur. AAP ve American Academy of Family Physicians (AAFP) kılavuzları <6 ay bebeklere, altı ay-iki yaş arasında, kliniği ağır, ateşi  $\geq 39^{\circ}\text{C}$  olan, orta-şiddetli kulak ağrısı olan hastalara ve >2 yaş bilateral AOM olan hastalara antibiyotik tedavisi önerilmektedir. Amoksisilin (80-90 mg/kg/gün, iki dozda) AOM'lu çocuklar için ilk basamak tedavi olmaya devam etmektedir (12). Son 30 gün içinde  $\beta$  laktam antibiyotik kullanan, eşlik eden pürülan konjonktiviti olan veya tekrarlayan AOM öyküsü olan hastalarda  $\beta$  laktam direnci olabileceği düşünülerek ilk seçenek tedavi olarak amoksisilin klavulonat tercih edilir (11).

Penisilin allerjisi olan (tip I aşırı duyarlılık reaksiyonu değilse) hastaların tedavisinde, sefalosporin kullanılabilir. Bu amaçla sefdinir (14 mg/kg/gün, 1 veya 2 dozda), sefpodoksim (10 mg/kg/gün, 2 dozda) veya sefuroksim (30 mg/kg/gün, 2 dozda), seftriakson (50 mg/gün, 1 veya 3 gün) tercih edilebilecek alternatif tedavilerdir (11).

Penisiline karşı tip I aşırı duyarlılık reaksiyonu olan hastalarda azitromisin (10 mg/kg/gün ilk gün, daha sonra 5 mg/kg/gün), klaritromisin (15 mg/kg/gün), eritromisin-sülfizoksazol (eritromisin dozu 14 mg/kg/gün) veya TMP-SMZ (trimetoprim dozu 6-10 mg/kg/gün) kullanılabilir. Etkenin penisilin dirençli pnömokok olduğu hastalarda, veya ağır AOM'lu hastalarda klindamisin (30-40 mg/kg/gün) tek veya kombinasyon şeklinde kullanılabilir. Tedavi süresi <2 yaş çocuklarda 10 gün, >2 yaş çocuklarda 7-10 gündür (11).

Tüm çocuklara AOM' dan korunmak için aşı şemasına göre konjuge pnömokok aşısı, yıllık influenza aşısı, en az 6 ay anne sütü verilmesi önerilmelidir. Sigara maruziyetinden kaçınma desteklenmelidir.

#### Akut bakteriyel sinüzit

Üst solunum yolu enfeksiyonlarının yaklaşık % 5-%10'u akut bakteriyel sinüzit (ABS) ile komplike hale gelmektedir. Klinik ve radyolojik bulgular ÜSYE ile benzerdir. Akut bakteriyel sinüzit 10 günden uzun süren ve 30 günü geçmeyen persistan burun akıntısı ve/veya öksürük varlığında düşünülür (13). Streptococcus pneumoniae, tiplendirilemeyen Haemophilus influenzae ve Moraxella catarrhalis komplike olmayan ABS' in en sık nedenleridir. Fizik muayenede postnazal pürülan akıntı, paranazal sinüsler üzerinde hassasiyet, periorbital ödem tespit edilebilir. Bununla birlikte, yüz hassasiyeti sinüzit için sensitif ve spesifik bir bulgu değildir.

Komplike olmayan sinüzit vakalarında tanıyı doğrulamak için görüntüleme gerekli değildir (14). Subperiostal abse gibi ABS komplikasyonu düşünülüyorsa, tedaviye rağmen şikayetler devam ediyorsa tanıyı kesinleştirmek veya cerrahi müdahale gerekliliğini ortaya koymak için öncelikle bilgisayarlı tomografi ve nadiren magnetik rezonans görüntüleme yapılabilir. ABS' de altın standart tanı yöntemi sinüs aspirasyonunda >104 bakteri gösterilmesidir ancak rutin olarak uygulaması önerilmemektedir.

Akut bakteriyel sinüzit tedavisinde ilk seçenek amoksisilin (90 mg/kg/gün, iki dozda) ve amoksisilin klavulanik asit (90/6.4 mg/kg/gün, iki dozda) olup, sefdinir (14 mg/kg/gün, 1 veya 2 dozda), sefuroksim (30 mg/kg/gün, 2 dozda), sefpodoksim (10 mg/kg/gün, 2 dozda), sefprozil (30 mg/kg/gün, 2 dozda) tercih edilebilir. 48-72 saat içinde klinik yanıt alınması beklenir. Tedaviye rağmen iyileşme olmaması veya kötüleşme varsa bakterinin tanımlanması için sinüs aspirasyonu ve parenteral tedavi düşünülmelidir. Tedavi süresi, kesin görüş birliği olmamakla birlikte 10-14 gündür (13). ABS' de burun damlası/spreylerin katkısı olduğunu gösteren yayınlar bulunmaktadır ancak dekonjestanlar, antihistaminikler ve nazal steroidlerin kullanımı tüm olgularda önerilmemektedir.

## Kaynaklar

1. Pappas DE. The Common Cold. In: Long SS, Pickering LK, Prober CG (eds). Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2018. 1028-37.
2. Schwartz B, Mainous AG 3rd, Marcy SM. Why do physicians prescribe antibiotics for children with upper respiratory tract infections? JAMA 1998; 279: 881-2.
3. Mainous AG 3rd, Zoorob RJ, Oler MJ, et al. Patient knowledge of upper respiratory infections: Implications for antibiotic expectations and unnecessary utilization. J Fam Pract 1997; 45: 75-83
4. Del Mar C, Glasziou P. Upper respiratory tract infection. Clin Evid. 2003;10:1747-56.
5. Arnold JC., Nizet V. Pharyngitis. In: Long SS, Pickering LK, Prober CG (eds). Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2018. 1043-63.
6. Tanz RR. Acute Pharyngitis. In:Kliegman RM, Behrman RE(eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 20th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2016. 2017-21.
7. Gerber MA, Shulman ST. Rapid diagnosis of pharyngitis caused by group A streptococci. Clin Microbiol Rev. 2004;17:571–580.
8. Green MD, Beall B, Marcon MJ, et al. Multicentre surveillance of the prevalence and molecular epidemiology of macrolide resistance among pharyngeal isolates of group A streptococci in the USA. J Antimicrob Chemother. 2006;57:1240–3.
9. Jacobs MR, Dagan R, Applebaum PC, et al. Prevalence of antimicrobial-resistant pathogens in middle ear fluid. Multinational study of 917 children with acute otitis media. Antimicrob Agents Chemother. 1998;42:589–95.
10. Chonmaitree T. Viral and bacterial interaction in acute otitis media. Pediatr Infect Dis. 2000;19:24–30.
11. Pelton SI. Otitis Media In: Long SS, Pickering LK, Prober CG (eds). Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2018. p: 1120-43.
12. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2013;131:e964–e999.
13. Wald ER., DeMuri GP. Sinusitis. In: Long SS, Pickering LK, Prober CG (eds). Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2018. 1193-1207.
14. Wald ER, Applegate KE, Bordley C, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children 1 to 18 years. Pediatrics.2013;132:262–280.

## SÖZEL BİLDİRİLER

### SÖZEL 1

#### **Alzheimer Hastalığı Tanılı Hastaların Bakım Verenlerinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**

Tamer YAZAR<sup>1</sup>, Hülya OLGUN YAZAR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ordu Devlet Hastanesi, Nöroloji, Ordu-Türkiye

<sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji, Ordu-Türkiye

#### **ÖZET**

**Amaç:** Çalışmamızda, Alzheimer Hastalığı (AH) tanısı olan hastalara bakım desteği veren hasta yakınlarının yaşam kalitesinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi ile koruyucu hekimlik çalışmalarına ve hastalık yükünün azaltılmasına temel oluşturacak veriler toplanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamız, NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) tanı kriterlerine göre olası AH tanısı konulmuş hastalara bakım desteği veren, hastalarla akrabalık ilişkisi bulunan 74 hasta yakını ve hasta yakınları ile benzer yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi özelliklerine sahip, dışlama kriterlerini karşılayan 71 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 145 birey ile gerçekleştirilmiştir. Bakım veren ve kontrol grubundaki bireylere yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için Whoqol-Bref (WB) ölçeği uygulanmıştır.

**Bulgular:** Bakım veren ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyleri açısından anlamlı farklılık yoktu ( $p=0.474;0.480;0.292$ ). Bakım verenlerin WB-Genel sağlık durumu (Gsd), WB-Psikolojik (Psi) ve WB Çevre (Ç) puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ( $p=0.000;0.000;0.003$ ). WB- Fiziksel sağlık (Fs) ve WB- Sosyal ilişkiler (Si) puanları arasında ise fark yoktu ( $p>0.05$ ). Bakım verenlerin WB alt ölçek puanlarına bakıldığında, kadınlarda erkeklere göre WB-Psi ve WB-Si puanlarının daha düşük olduğu görüldü ( $p=0.001;0.000$ ). WB-Gsd, WB-Fs ve WB-Ç puanları bakım verme süresi 6 yıl ve üstü, bakım veren yaşı 60 yılın üstü olanlar, okuryazar olmayanlar ve erkek bakım verenlerde daha düşüktü ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Verilerimiz, AH tanılı hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermiştir. Yaşam kalitesinde ki düşüklüğün artan bakım verme süresi, bakım veren yaşı ve düşük eğitim düzeyi ile bakım verenin erkek cinsiyette olması ile paralel olduğu görülmüştür.



**Abdominal aort anevrizmasında elektif ve acil cerrahi tedavi: riskli grupların taranması mortaliteyi azaltmada faydalı olabilir mi?**

Dr. Öğr. Üyesi Doğuş Hemşinli, Dr. Öğr. Üyesi S. Ozan Karakişi, Dr. Öğr. Üyesi Şaban Ergene

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi A.D./Rize

**Amaç:** Abdominal aort anevrizması (AAA), diafram altındaki aort duvarının normal yapısını kaybetmesi sonucunda lokalize bir alanda damar çapının 1.5 katdan daha fazla genişlemesi olarak tanımlanır. İlerleyici bir damar hastalığı olan AAA'nın doğal seyri büyüme ve rüptürdür.<sup>[1,2]</sup> Yaşlı hastalarda yaygın olarak karşılaşılan ve ortalama yaşam süresinin uzaması nedeni ile prevalansı giderek artan AAA, elli beş yaş üstündeki ölümlerin %1.5'undan sorumludur.<sup>[1]</sup> Yaş ilerledikçe görülme sıklığının artmasından dolayı bir çok morbidite faktörünü de beraberinde taşır.<sup>[2,3]</sup> 74 ila 84 yaş arası erkeklerin % 12'sinde, kadınlarında % 5.2'sinde AAA olduğu belirtilmiştir. AAA'nın tedavisinde açık cerrahi tamir ve endovasküler tamir yöntemleri iki ana yaklaşımı oluşturur.<sup>[3]</sup> Abdominal aortu hızlı bir şekilde değerlendirebilmek, anevrizma varlığını ve yaklaşan rüptür riskini belirleyebilmek için ultrasonografinin (USG) faydalı bir yöntem olduğu daha önce yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır.<sup>[4]</sup>

Bu çalışmamızda, rüptür gelişmeden önce elektif koşullarda abdominal aort anevrizması onarımı uyguladığımız ve rüptür geliştikten sonra acil koşullarda opere ettiğimiz hastaların morbidite ve mortalite verilerini karşılaştırdık. Bu veriler ışığında, birinci basamakta riskli hasta grupları için planlanabilecek olan USG tarama uygulamalarının rüptürden kaynaklanan morbidite ve mortalitenin önlenmesi konusundaki yararlılığını tartışmayı amaçladık.

**Yöntem:** 01.01.2016-01.01.2019 tarihleri arasında abdominal aort anevrizması nedeniyle elektif koşullarda açık cerrahi onarım veya endovasküler aort greft replasmanı (EVAR) uygulanan hastalar ile abdominal aort anevrizması rüptürü nedeniyle acil koşullarda açık cerrahi onarım veya EVAR uygulanan hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Verilerinde eksiklik olmayan 83 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar elektif koşullarda operasyona alınanlar ve anevrizma rüptürü nedeniyle acil koşullarda operasyona alınanlar olarak iki gruba ayrıldı. Grupların demografik verileri, morbidite ve mortalite verileri kaydedildi.

**Bulgular:** Elektif hasta grubu 49'u EVAR, 7'si açık tamir uygulanan toplam 56 hastadan (41 erkek, 15 kadın; ortalama yaş 73 yıl; dağılım 58-87 yıl), acil hasta grubu 4'ü EVAR, 23'ü açık tamir uygulanan 27 hastadan (19 erkek, 8 kadın; ortalama yaş 76 yıl; dağılım 55-88 yıl) oluştu. Gruplar arasında demografik veriler, sigara kullanma oranları ve yandaş hastalıklar açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Postoperatif ilk 30 günde elektif grupta bir hastada, acil grupta 8 hastada mortalite gerçekleşti. Acil grupta kaybedilen hastaların 5'i American Society of Anesthesiologists (ASA) scores IV olarak hipovolemik şokta, entübe halde acil servisten alınarak opere edilen hastalardı. Yoğun bakım ünitesinde kalış süresi ve ilk 30 günde gelişen mortalite oranı acil hasta grubunda elektif hasta grubuna göre anlamlı derecede yüksekti (Tablo 1).

**Sonuç:** AAA, çevresel ve genetik risk faktörlerinin etkisiyle gelişen patolojik bir durumdur. En önemli değiştirilebilir risk faktörü sigaradır. Diğer önemli risk faktörleri ileri yaş, erkek cinsiyet, aile hikayesi ve hipertansiyondur. Yarı ömrü yaklaşık olarak 70 yıl olan elastinin yetişkin aortunda sentezlenememesi nedeni ile yaş ilerledikçe görülme sıklığı artar. AAA'na en sık infrarenal abdominal aortda rastlanması ve anevrizma gelişme sıklığının aortun distaline doğru artması ise aort duvarındaki elastin ve kollajen lifleri yoğunluğunun aortun distaline doğru azalması ile ilişkilidir.<sup>[5]</sup> Tanı konulduğunda %75'i asemptomatik olan AAA'larına genellikle başka nedenlerle yapılan görüntüleme yöntemleri sırasında tesadüfen rastlanır. Rüptüre olmayan AAA'larında sıklıkla herhangi bir semptom veya muayene bulgusuna rastlanmaz. Büyük çaplı anevrizmalarda veya zayıf hastalarda göbek etrafında pulsatil kitle palpe edilebilir. Ancak fizik muayene AAA'nın tespiti için çok

hassas bir yöntem değildir. Anevrizma boyutunun küçüklüğü, batin distansiyonu ve şişmanlık palpasyon ile yapılan fizik muayenenin etkinliğini olumsuz olarak etkiler.<sup>[5,6]</sup> Somatosensör sinirlere bası nedeniyle oluşan bel ve karın ağrısı hastaların sadece üçte birinde görülür. AAA'nın rüptürü ise oldukça acil ve yüksek ölüm oranıyla ilişkili bir durumdur. Ani başlangıçlı, sürekli ve şiddetli, kasıklara, bele ve sırtta yayılabilen karın ağrısı, pulsatil abdominal kitle ve şok varlığı tanı koymak için klasik triadı oluşturur. Fakat, hastaların sadece üçte birinde bu klasik tanı triadı görülür. Ağrının yayıldığı bölgelerin benzerliği nedeniyle lomber disk hernisi, mezenter iskemi, perfora peptik ülser gibi yanlış teşhisler konulması müdahalede önemli gecikmelere yol açma riski taşımaktadır.<sup>[6,7]</sup>

Çapı, 4 ila 5.5 cm olan anevrizmaların USG ile takip edilmesi güvenlidir.<sup>[5,7]</sup> Anevrizma çapının 6 ayda 0.6 cm veya yılda 1cm'den hızlı büyümesi, şiddetli ve geçmeyen karın ağrısı, asemptomatik bile olsa anevrizma çapının 5.5 cm veya daha büyük olması ve rüptür varlığı cerrahi tedavi endikasyonlarını oluşturur.<sup>[5]</sup> Açık cerrahi rezeksiyon ve anevrizmatik segmente prostetik greft yerleştirilmesi konvansiyonel tedavi yöntemidir. Daha az invaziv bir yöntem olan EVAR, femoral arterler yoluyla abdominal aort lümenine stent greft yerleştirilmesini ve böylece anevrizma içindeki basıncın azaltılmasını sağlar. Özellikle cerrahi açıdan yüksek riskli komorbid hastalar için kabul edilebilir morbidite ve mortalite oranlarına sahiptir.<sup>[2,3,5-7]</sup> Son yıllarda, asemptomatik hastalarda AAA'nın elektif cerrahi onarımını takiben mortalite oranlarında önemli düşüşler sağlanmıştır. Ancak semptomatik hale gelen ve rüptür gelişen hastalarda mortalite oranları hala %40'ın üzerindedir.<sup>[5-7]</sup> Bu nedenle semptomlar gelişmeden önce AAA olan hastaların belirlenebilmesi için, 65 yaşından büyük ve hayatları boyunca en az 100 adet sigara içmiş olan erkeklerin bir defa ultrasonografi (USG) ile taranması önerilmiştir.<sup>[6-7]</sup> Düşük maliyetli ve taşınabilir olması nedeniyle USG, tarama için idealdir.<sup>[4-7]</sup> Anevrizmanın boyutu arttıkça rüptür riskinin artmasından dolayı tedavi kararının verilmesinde anevrizmanın çapı önemlidir. Bu nedenle rüptür riskinin ortadan kaldırılabilmesi için profilaktik olarak anevrizmanın prostetik greftle replase edilmesi önerilmektedir. Abdominal aort anevrizması tanısı konmuş hastaların izleminde, anevrizma çapı 5.5 cm'ye ulaşana kadar elektif cerrahi girişim için beklenilmesi önerilir. İnfrarenal ve juxtarenal AAA'da, 5.5 cm'lik aort çapı bir çok protokolda elektif cerrahi yapılabilmesi için sınır noktası olarak kabul edilir.<sup>[3]</sup> AAA'da elektif cerrahi onarım ile mortalite oranı %1-5 civarında iken, acil şartlarda %40-60 gibi yüksek değerlere ulaşmaktadır.<sup>[1]</sup> Rüptüre AAA için en önemli nokta elektif AAA'na göre çok daha mortal seyirli olmalarıdır. Cerrahi, anestezi ve postoperatif bakım tekniklerindeki ilerlemeler, elektif AAA cerrahisinde mortaliteyi belirgin olarak azaltmıştır. Ancak tüm bu ilerlemelere rağmen rüptüre AAA'nın mortalitesinde belirgin bir düzelleme olmamıştır. Rüptürden sonra hastaların % 47-64'ünün hastaneye gelemeden öldüğü bildirilmektedir. Hastaneye sağ olarak ulaşabilen hastalarda ise çeşitli serilerde kısa dönem yaşam oranlarının %20-%70 oranında olduğu bildirilmiştir.<sup>[2]</sup> Klinik sonuçlarımıza göre, AAA nedeniyle elektif koşullarda opere ettiğimiz hastalarımızdaki mortalite oranı %1.7 olarak gerçekleşmiştir. Öte yandan, rüptüre AAA nedeniyle acil koşullarda opere ettiğimiz hastalarımızda mortalite oranının %29.6 olduğu görülmektedir. Yayınlanmış olan bir çok seriye göre rüptüre AAA vakalarımızdaki mortalite oranımız oldukça düşük olmasına rağmen elektif vakalarımıza göre acil olarak operasyona aldığımız rüptüre vakalarda mortalitenin anlamlı oranda yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca rüptür nedeniyle acil olarak opere edilen hastalarımızın yoğun bakımda kalış sürelerinde elektif vakalara göre anlamlı oranda daha uzundur. Bu durumun anevrizma rüptürü nedeniyle maruz kalınan hemorajik şok, cerrahiden sonra gelişen iskemi reperfüzyon hasarı ve bu sebeplere bağlı olarak akciğerler ve böbrekler gibi uzak organlarda oluşan zedelenme nedeniyle gelişen komplikasyonlardan kaynaklandığını düşünüyoruz. Öte yandan daha önceki çalışmalarda da vurgulandığı gibi bizim hasta grubumuzda da rüptüre AAA'sı nedeniyle hastaneye başvuran hastaların büyük bir kısmını daha önceden anevrizma tanısı konmamış olan hastalar oluşturmaktaydı.

Sonuç olarak, nüfusun yaş ortalamasındaki artışa bağlı olarak AAA insidansının da artması beklenmektedir. AAA'da mortalite oranının azaltılabilmesi için rüptür gerçekleşmeden önce hastalığın tanısının konularak elektif koşullarda tedavi fırsatının yakalanması hayati öneme sahiptir. Bu nedenlerle birinci basamakta 65 yaşından büyük ve hayatları boyunca en az 100 adet sigara içmiş olan erkeklerin bir defa batin USG ile taranmasının ve abdominal aort çapı 4 cm'nin üzerinde olanların takibe alınmasının acil koşullar gelişmeden tedavi fırsatı

sağlayacağını ve AAA rüptüründen kaynaklanan yüksek mortalite oranlarının azaltılabilmesi konusunda önemli fırsatlar sağlayacağını düşünmekteyiz.

#### Kaynakça

1. Fedakar A, Mataracı İ, Şaşmaz A, Büyükbayrak F, Aksüt M, et al. Elective and emergency surgical repair in abdominal aortic aneurysms. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2010;18(2):100-5.
2. Mavioglu İ, Doğan OV, Kaya M, Özeren M, Dolgun A, et al. Surgical treatment of ruptured abdominal aortic aneurysms. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2001;2:85-9.
3. Karakişi SO, Ergene Ş, Hemşinli D, Küçüker ŞA. Our early and mid-term results for endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2019;27:29-34.
4. Ali MU, Fitzpatrick-Lewis D, Kenny M, Miller J, Raina P, Sherifali D. A systematic review of short-term vs long-term effectiveness of one-time abdominal aortic aneurysm screening in men with ultrasound. J Vasc Surg 2018;68:612-23.
5. Brady CM, Chaikof EL. Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysms. In: Ascher E, editor. Haimovici's vascular surgery. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2012. p. 533-53.
6. Upchurch GR, Schaub TA. Abdominal aortic aneurysm. Am Fam Physician 2006;73:1198-204.
7. Keisler B, Carter C. Abdominal Aortic Aneurysm. Am Fam Physician 2015;91:518-20.

**Tablo 1.** Grupların demografik özellikleri, postoperatif verileri, komplikasyon ve mortalite oranları

	Elektif (n=56)	Acil (n=27)	P
Cinsiyet, n (% erkek)	41 (73.2)	19 (70.3)	.992*
Yaş, yıl (ortalama±SS)	73±8.36	76±7.94	.116**
Sigara, n (%)	37 (66)	20 (70)	.552
KOAH, n (%)	19 (34)	8 (29)	.509
HT, n (%)	43 (76)	22 (80)	.742
YBÜ kalış zamanı, saat (ortalama±SS)	32.12±5.21	98.48±24.07	<.001
† Mortalite, n (%)	1 (1.7)	8 (29.6)	<.001

SS: Standart Sapma, KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı, HT: Hipertansiyon, YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi, † ilk 30 günlük mortalite, \* Fisher's Exact test, \*\* Mann-Whitney U test

**Çocuk Hastalarda Sıklıkla Rastlanan Ağız Kokusunun  
Ağız-Diş ve Sistemik Hastalıklar Arasındaki  
İlişkinin Değerlendirilmesi**

Görkem Yahyaoğlu

D.E.N.T. Trabzon Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Trabzon, Türkiye

**ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı 4-12 yaş aralığındaki 101 çocuk hastada rastlanan ağız kokusunun ağız-diş ve sistemik hastalıklar arasındaki ilişkisinin değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Bu çalışmada, diş çürüğü ve sistemik hastalığı bulunan 60'ı erkek 41'i kız toplam 101 hasta, yaş grupları ve sistemik hastalığın türüne göre ağız kokusunun durumu(skorları), diş çürükleri tedavi edilmeden önce ve tedavi edildikten sonraki dönemde cinsiyet, yaş grupları ve sistemik hastalığın türüne göre ağız kokusunun durumları (skorları) yönünden 'organoleptik skorlama yöntemi' kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler için tüm gruplardan toplanan veriler, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows software, version 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programına alınmıştır. Aynı yaş grubunda sistemik hastalıklarının dağılımını incelemek için Ki-kare testi, Ağız kokusu üzerinde yaş grupları ve hastalık gruplarının etkisini incelemek için çoğul(iki faktörlü) varyans analizi kullanıldı. Güven aralığı %95 olarak belirlendi ve p değerinin 0,05'ten küçük değerler( $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Diş çürüğü bulunan tüm hasta popülasyonunda; aynı yaş grubu içerisinde sistemik hastalıklara göre ağız kokusu dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken ( $p=0,755$ ) sistemik hastalıklar içerisinde yaş dağılımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ). Diş çürükleri tedavi edildikten sonra ağız kokusu skorlarına göre yapılan istatistik analizlerde; sistemik hastalıklar içerisinde yaş dağılımlarına ( $p=0,718$ ) ve cinsiyete ( $p=0,117$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken ( $p>0,05$ ) aynı yaş grubu ve aynı cinsiyet içerisinde sistemik hastalıklara göre ağız kokusu dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,0001<0,05$ ). Diş çürüklerinin varlığında ağız kokusu bakımından yaş dağılımı etkiliyken diş çürükleri tedavi edildiğinde ise sistemik hastalıklar daha etkili olduğu istatistiksel açıdan belirlenmiştir.

**Sonuç:** Ağız kokusunun, ağız-diş ve sistemik hastalıklar arasındaki ilişki olduğu düşünülebilir. Bu nedenle sistemik hastalığı ve diş çürüğü bulunan çocuklarda, ağız sorunlarının düzeltilmesine yönelik tedaviye ihmal edilmeden başlanması ve ağız kokusu probleminin en aza indirilmesi amacıyla ağız bakımına, her yaşta daha çok özen gösterilmesi gerektiği hipotezini desteklemektedir. Ayrıca ağız kokusunun teşhis ve tedavi planlamasında multidisipliner yaklaşımın başarı oranı daha da yükseltebileceği de düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Ağız kokusu, diş çürüğü, sistemik hastalıklar

## Evaluation of the Relationship Between Halitosis often Common in Pediatric Patients and Oral-Tooth and Systemic Diseases

Görkem Yahyaoğlu

D.E.N.T. Trabzon Special Oral and Dental Health Centre, Trabzon, Turkey

### ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study was to assess the relationship between halitosis and oral, tooth and systemic diseases in 101 pediatric patients in the age of 4 to 12.

**Method:** In this research, 101 patients (60 male-41 female) with dental caries and systemic diseases were assessed in terms of; halitosis (scores) according to age groups and type of systemic disease, and also assessed in terms of; halitosis (scores) according to before and after the treatment of dental caries period; sex, age groups and the type of systemic disease by using organoleptic scoring method. Statistical analyses' data collected from all groups were imported to the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows software, version 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Chi-square test was used to examine the distribution of systemic diseases in the same age group, and multiple (two-factor) analysis of variance was used to examine the effect of age groups and disease groups on halitosis. The confidence interval was set to 95%, and a p value of <0.05 was considered statistically significant.

**Results:** In all patient population with dental caries; while there was no statistically significant difference in the distribution of halitosis according to systemic diseases in the same age group ( $p=0,755$ ), there was a statistically significant difference in systemic diseases according to age distributions ( $p<0,05$ ). After the treatment of dental caries; in the statistical analysis according to halitosis, there was no statistically significant difference according to age distributions ( $p=0,718$ ) and sex ( $p=0,117$ ) in systemic diseases ( $p>0,05$ ), whereas there was a statistically significant difference in halitosis distribution in the same age group and same sex according to systemic diseases ( $p=0,0001<0,05$ ). In the presence of dental caries, age distribution was effective in terms of halitosis, whereas systemic diseases were found to be more effective when dental caries were treated.

**Conclusion:** Halitosis can be thought to be the relationship between mouth-tooth and systemic diseases. Therefore, it supports the hypothesis that in children with systemic disease and dental caries, starting treatment for correcting oral problems without neglect and oral care should be given more attention at all ages to minimize the problem of halitosis. It is also thought that the multidisciplinary approach in the diagnosis and treatment planning of halitosis may increase the success rate.

**Key words:** Halitosis, dental caries, systemic diseases

### GİRİŞ

Hem kişiyi, hem de çevresindekileri rahatsız eden, burun yoluyla çıkarılan havanın da dahil olduğu ağız kokusu (halitozis) için hastalar, hekimlere başvururlar. Diş hekimlerine, diş çürükleri ve periodontal hastalıklardan sonra en sık başvuru sebebi, ağız kokusudur (1).

Halitozisin etkilediği kişiler, ağız kokusunun kısa veya uzun süreli olmasına bakmaksızın sosyal ve psikolojik olarak büyük sıkıntılar yaşamaktadırlar, bu sebeplerden dolayı kendilerini toplumdan soyutladıkları da görülebilmektedir (2).

Halitozise diş çürükleri etkili olabildiği gibi sistemik hastalıklar da sebep olabilir. Solunum sistemi hastalıklarında; genel olarak enflamasyon ve mukus sekresyonunun artması, ağız kokusunun oluşmasına sebep olabilir. Ayrıca solunum sistemi hastalığına bağlı ağız solunumu da ağız hijyeninin bozukluğuna neden olabilir (3).

Sistemik hastalıklar arasında gastrointestinal sistem hastalıkları (GİS) da, solunum sistemi hastalıkları gibi, halitozise neden olmaktadır (4). Ayrıca nörolojik sistem hastalıklarına bağlı koordinasyon problemi olan

çocuklarda, diş temizliklerini iyi yapamadıkları için gıda birikmesi ve sonrasında oluşan diş çürükleri sebebiyle ağız kokusuna sebep olabilmektedir.

Ağız kokusu ölçümü için bir çok yöntem olmasına rağmen, koku ölçümü için en sık kullanılan yöntem, sensoral ya da organoleptik yöntemdir. Organoleptik ölçüm, hastanın ekspire ettiği havanın koklanması esasına dayanır ve testi yapacak kişinin, hastanın ağızından 10-15 cm uzaklıkla durması gerekmektedir. Organoleptik skorlama Tablo 1’de sunulmuştur (5).

Bu çalışmanın amacı 4-12 yaş aralığındaki 101 çocuk hastada rastlanan ağız kokusunun ağız-diş ve sistemik hastalıklar arasındaki ilişkisinin değerlendirilmesidir

## YÖNTEM

Bu çalışmada, D.E.N.T. Trabzon Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine başvuran, diş çürüğü ve sistemik hastalığı (kardiyolojik, solunum sistemi, nörolojik, gastrointestinal sistem hastalığı) bulunan 60’ı erkek 41’i kız toplam 101 hasta, yaş grupları ve sistemik hastalığın türüne (kardiyolojik, solunum sistemi, nörolojik, gastrointestinal sistem hastalığı) göre ağız kokusunun durumu(skorları), diş çürükleri tedavi edilmeden önce ve tedavi edildikten sonraki dönemde cinsiyet, yaş grupları ve sistemik hastalığın türüne göre ağız kokusunun durumları (skorları) yönünden ‘organoleptik skorlama yöntemi’ kullanılarak değerlendirilmiştir.

Koku ölçümü; hastanın 10-15 cm uzaklıkta durulup, ekspire ettiği havanın koklanması esasına dayanan organoleptik ölçümle değerlendirilip Tablo1’de sunulan organoleptik skorlama tablosuna göre skorlanmıştır.

### Tablo 1. Organoleptik skorlama

İstatistiksel analizler için tüm gruplardan toplanan veriler, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows software, version 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programına alınmıştır. Aynı yaş grubunda sistemik hastalıklarının dağılımını incelemek için Ki-kare testi, Ağız kokusu üzerinde yaş grupları ve hastalık gruplarının etkisini incelemek için çoğul(iki faktörlü) varyans analizi kullanıldı. Güven aralığı %95 olarak belirlendi ve p değerinin 0,05’ten küçük değerler(p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

D.E.N.T. Trabzon Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine ağız kokusu şikayetiyle başvuran, diş çürüğü ve sistemik hastalığı (kardiyolojik, solunum sistemi, nörolojik, gastrointestinal sistem hastalığı) bulunan 60’ı erkek 41’i kız toplam 101 hasta, yaş grupları ve sistemik hastalığın türüne göre ağız kokusunun durumları(skorları) açısından değerlendirildiğinde; Tablo 2’de yaş gruplarına göre sistemik hastalığın dağılımına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı (p=0.892).

Tablo 2. Yaş gruplarına göre Sistemik Hastalık Dağılım Değerleri

Yaş	Kardiyolojik Sistem Hastalığı	Solunum (Alerjik) Sistem Hastalığı	Nörolojik Sistem Hastalığı	Gastrointestinal Sistem Hastalığı	Toplam
4-7	11	11	20	8	50
8-12	11	9	24	7	51
<b>Toplam</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>44</b>	<b>15</b>	<b>101</b>

Skor	Tanım
0	Koku yoktur
1	Zorlukla fark edilebilen, çok hafif bir koku vardır, şüphelidir
2	Zayıf, ancak kesin olarak saptanabilen bir koku vardır
3	Orta derecede, kolayca saptanabilen, belirgin bir ağız kokusu vardır
4	Muayene yapan oldukça rahatsız eden, bunaltıcı bir koku vardır
5	Muayene yapanın dayanamayacak, çok şiddetli ve iğrenç bir koku vardır

Tablo 3’te erkek ve kız hasta sayılarına bakıldığında hastalık dağılım değerleri birbirine yakın seyrettiği için istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur (p=0,386).

Cinsiyet	Kardiyolojik Sistem Hastalığı	Solunum (Alerjik) Sistem Hastalığı	Nörolojik Sistem Hastalığı	Gastrointestinal Sistem Hastalığı	Toplam
Erkek	10	13	29	8	60
Kız	12	7	15	7	41
<b>Toplam</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>44</b>	<b>15</b>	<b>101</b>

Diş çürüğü bulunan tüm hasta popülasyonunda; aynı yaş grubu içerisinde sistemik hastalıklara göre ağız kokusu dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken ( $p=0,755$ ) sistemik hastalıklar içerisinde yaş dağılımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,0001<0,05$ )(Tablo 4).

Yaş (n:kişi sayısı)	Kardiyolojik Sistem Hastalığı	Solunum Sistem Hastalığı	Nörolojik Sistem Hastalığı	Gastrointestinal Sistem Hastalığı
4-7 (n=50)	1,3, 0,2,2,1,3, 1,2,3,2	3,3,4,3,3,4, 2,3,4,2,3	3,2,5,3,3,4,2,2,2,2,2 2,2,2,3,3,3,3,5,3	1,4,3,4,5,2,4,4
8-12 (n=51)	2,2,2,0,4,3, 0,3,0,2,3	2,3,3,3,4,3 3,3,4	2,3,3,3,1,2,2,3,3,1,2,2 3,3,2,2,2,3,2,2,2,3,4	5, 3,1, 3,4,4,4
<b>Toplam(n=101)</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>44</b>	<b>15</b>

Diş çürükleri tedavi edildikten sonra ağız kokusu skorlarına göre yapılan istatistik analizlerde; sistemik hastalıklar içerisinde yaş dağılımlarına ( $p=0,718$ )(Tablo5) ve cinsiyete ( $p=0,117$ )(Tablo 6) göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken, aynı yaş grubu ve aynı cinsiyet içerisinde sistemik hastalıklara göre ağız kokusu dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,0001<0,05$ ) (Tablo 5, 6).

Yaş (n:kişi sayısı)	Kardiyolojik Sistem Hastalığı	Solunum Sistem Hastalığı	Nörolojik Sistem Hastalığı	Gastrointestinal Sistem Hastalığı
4-7 (n=50)	1,2,0,0,1,1,2 0,1,2,1	2,2,3,2,3,3 1,2,3,1,2	1,2,4,1,2,3,0,0,0,0,1,1 1,1,1,1,2,3,2	1,2,2,3,3,0,3,3
8-12(n=51)	0,1, 1,0,2,1 0,1,0,0,1	1,2,2,2,3,2 2,2,2	1,2,2,2,0,1,1,2,2,0,0,1,1,1,0, 0,0,1,0,0,0,0,1,1	3, 2,0, 2,2,3,2
<b>Toplam(n=101)</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>44</b>	<b>15</b>

Diş çürüklerinin varlığında ağız kokusu bakımından yaş dağılımı etkiliyken (Tablo 4), diş çürükleri tedavi edildiğinde ise sistemik hastalıklar daha etkili olduğu istatistiksel açıdan belirlenmiştir (Tablo 5,6).

Tüm araştırma popülasyonuna bakıldığında ağız kokusu ortalamaları en düşük olan hastalık grubu

Yaş (n:kişi sayısı)	Kardiyolojik Sistem Hastalığı	Solunum Sistem Hastalığı	Nörolojik Sistem Hastalığı	Gastrointestinal Sistem Hastalığı
Erkek (n:60)	1,1,1,1,0,0 0,1,2,2	1,1,1,2,2,2 2,2,2,2,2,3,3	1,2,3,2,1,1,0,0,0,0,0,0,0,1,0,1,1, 2,2,1,2,2,0,0,1,1,1,1,1	1,2,2,2,2,3,3,3
Kız (n:41)	1,0,0,0,0,0, 1,2,1,1,1,2	2,2,2,2,3,3,3	4,1,2,0,0,1,1,1,2,0,0,0,1,2,3	2,3,3,0,0,2,3
<b>Toplam (n=101)</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>44</b>	<b>15</b>

'kardiyolojik sistem hastalığında' görülürken en yüksek ortalamalar 'solunum ve gastrointestinal sistem hastalık' grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4,5,6).

## TARTIŞMA

Ağız kokusu, insanların büyük kesimini etkilemekte ve etkilenen kişilerde, önemli oranda sosyal ve psikolojik sıkıntılara neden olmaktadır (6). Halitosis; intraoral etkiler, ekstraoral etkiler, psikolojik faktörler ve geçici faktörler (besin alımı, alkol, sigar gibi) gibi çeşitli durumlarda meydana gelebilir. Intraoral faktörün etkileri, halitosisin %80-90'nını oluşturur (7). Intraoral faktörler olarak; zayıf oral hijyen, mukozal ülserasyonlar, gıda artığı, debriser ve diş çürüğü gibi dental problemler sayılabilir (8).

Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar değerlendirildiğine, diş çürüğü ile ağız kokusu arasındaki ilişkiye desteklemektedir. Başlangıç ağız kokusu ölçüm skorlarının, diş çürüğü tedavi edildikten sonraki skorlardan daha yüksek olduğu, bu durum da diş çürüğünün ağız kokusunun şiddetini arttırdığı kanısını desteklemektedir.

Yapılan çalışmalarda, ağız sağlığı hizmetleri ile patojen mikroorganizmalarının hem diş hem de dil yüzeyinden uzaklaştırılmasından ağız kokusu seviyelerini büyük bir oranda azalttığını göstererek, yapılan düzenli ağız bakımının sistemik hastalıklar sebebiyle oluşabilecek riskleri azalttığı vurgulanmıştır (9). Bu çalışmanın sonuçları da çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Diş çürüğü tedavisi sonrası tüm ağız kokusu skorlarında büyük oranda azalma olduğu gözlemlenmiştir.

Burun ve akciğer probleminin eşlik ettiği solunum sistemi, çocuklarda böbrek, ürolojik hastalıklar ve gastaroözefagal reflünün eşlik ettiği gastarointestinal sistem hastalıkları, epilepsi ve mental retarde gibi dişleri mekanik olarak temizleyememenin eşlik ettiği nörolojik problemler gibi sistemik hastalıklar, ağız kokusunun %10'luk bir oranına indikatör olarak etki ettiği rapor edilmiştir (10,11). Bu çalışmada; sistemik hastalıklar haricindeki etkenler (diş çürüğünün tedavi edilmesi...) ortadan kaldırıldığında ağız kokusunun skorlarına bakıldığında, halitosisin halen devam etmesi bu görüşleri destekler niteliktedir.

## SONUÇ

Ağız kokusunun, ağız-diş ve sistemik hastalıklar arasında ilişki olduğu düşünüldüğünden, sistemik hastalığı ve diş çürüğü bulunan çocuklarda, ağız sorunlarının düzeltilmesine yönelik tedaviye ihmal edilmeden başlanması ve ağız kokusu probleminin en aza indirilmesi amacıyla ağız bakımına, her yaşta daha çok özen gösterilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Ayrıca ağız kokusunun teşhis ve tedavi planlamasında multidisipliner yaklaşımın başarı oranı daha da yükseltebileceği de düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Güngör A, Cıncık H, Çekin E, Cunda H. Ağız kokusu, GATA Ayın Kitabı, 2005; 66. GATA Basımevi.
2. Birkent H, Şölen H. Halitosis. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2005;1: 11.
3. Lanza DC. Diagnosis of chronic rhinosinusitis. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl 2004; 93:10-4.
4. De Vault KR. Should upper gastrointestinal endoscopy to part of the evaluation for supraesophageal symptoms of GERD? Am J Gastroenterol 2004; 99:1427-9.
5. Greenman J, Duffield J, Spencer P, et al. Study on the organoleptic intensity scale for measuring oral malodor. J Dent Res 2004; 83: 81-5.
6. Van de Broek AM, Feenstra L, de Baat C. A review of the current literature on management of halitosis. Oral Dis 2008; 14: 30-9.
7. Sinjari B, Murmura G, Caputi S, Ricci L, Varvara G, Scarano A. Use of Oral Chroma TM in the assessment of volatile sulfur compounds in patients with fixed protheses. Int J Immunopathol Pharmacol 2013; 26(3): 691-7.
8. Meskin LH. A breath of fresh air. J Am Dent Assoc 1996; 127(9): 1282-4.
9. Yoshihara A, Sato M, Miyazaki H. Effect of oral health care on the recovery from surgery in elderly patients by measuring volatile sulphur compounds. Oral Diseases 2005;11(1):98-121.
10. Porter SR, Scully C. Oral malodour (halitosis). BMJ 2006; 333: 632-5.
11. Scully C, Greenman J. Halitosis (breath odor). Periodontol 2000 2008; 48: 66-75.



## ÇOCUK POLİKLİNİĞİNE HUZURSUZLUK NEDENİYLE GETİRİLEN 0-2 AYLIK BEBEKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Dr.Öğr.Üyesi. İsmail Topal**

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Ebeveynlerin bebeklerini sağlık kuruluşlarına götürme nedenlerinin önemli bir kısmını huzursuzluk teşkil eder. Huzursuz bebeklerin çoğuna infantil kolik tanısı konulmaktadır. Huzursuzluk nedeniyle çocuk polikliniğine getirilen 0-2 aylık bebeklerin değerlendirilmesini amaçladık.

**Yöntem:** 1 Ocak 2018 - 31 Aralık 2018 tarihleri arasında bir çocuk polikliniğinde, sadece huzursuzluk nedeniyle muayene ve tetkik edilen 0-2 aylık bebekler araştırmaya alındı. Bilgiler geriye dönük bilgi işlem merkezinden temin edildi. Bebeklerden tam idrar tetkiki, idrar kültürü (steril idrar torbası ile ), abdominal ultrasonografi (USG), spot idrarda kalsiyum kreatinin oranı (ca/cr)/, kan kalsiyum tetkikleri yapılmıştı. Fizik muayene sonucu ortakulak iltihabı, üst solunum yolu enfeksiyonu, alt solunum yolu enfeksiyonu gibi tanılar konulan bebekler araştırmaya dahil edilmedi. Çocuklarda İdrarla günlük olarak 4 mg/kg'ın (0,1 mmol/kg/gün) veya spot idrarda ca/cr oranının 0,21'in üstünde kalsiyum atılmasına hiperkalsiüri denir Bebeklerde bu oranın daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle ca/cr oranı 0,4 üzerindeki değerler hipercalsüri olarak değerlendirildi. Kan kalsiyumun 10,8 mg/dl üzerindeki değerler hiperkalsemi olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Araştırmaya dahil olan 199 bebekten 106'sı kız (%53), 93'ü erkek (%48). En küçük bebek 6 günlük 2800 gram en büyük bebek 59 günlük ve 6200 gramdı. Anne sütü sorgulandığında sadece anne sütü alan bebek sayısı 146 (%73,3) ( 64 kız, 82 erkek), sadece mama alan bebek sayısı 11(%5,5) (8 kız, 3 erkek). Anne sütü + mama alan bebek sayısı 41 (%21,2) (21 kız, 20 erkek). Toplam 196 bebekten tam idrar tahlili ve idrar kültürü istendi. 14 (%7,15) bebekte lökositüri tespit edildi. 182 bebeğin (%92,85) idrar mikroskopisi normal değerlendirildi. 38 bebekte idrar kültürü pozitif olarak değerlendirildi ve idrar kültürü pozitif olan bebeklerin idrar kültürleri sonda ile alınan idrarla tekrarlandı ve bunların 13 (%34,2) inde idrar kültürleri pozitif olarak değerlendirilirken geri kalan 25 bebeğin idrar kültüründe üreme saptanmadı. 155 bebekten spot idrarda calsium/creatinin oranına bakıldı bunlardan 96(%62) bebekte ca/cr oranı 0,21'in altında, 37 (%24) bebekte ca/cr oranı 0,21-0,3 arasında 14(%9) bebekte ca/cr oranı 0,4 üzerinde ve 8 (%5) bebekte ca/cr oranı 0,6 üzerinde tespit edildi. Ca/cr oranı 0,4 üzerinde olan 22 bebekten kan kalsiyum düzeyine bakılmış ve bunların 4 tanesinde hipercalsemi tespit edildi. Anne sütü alanla mama veya anne sütü+ mama alan bebekler arasında hiperkalsiüri açısından anlamlı bir fark bulunmadı. 101 bebeğe abdominal USG yapıldı, bunlardan 85(%84,15) i normal olarak değerlendirilirken 5 (%4,95) tanesinde sistit, 4 (%3,96) tanesinde vezikoüretal reflü, 7 (%6,94) tanesinde kristal veya süt taşı olarak değerlendirildi.

**Sonuç:** Her ne kadar huzursuzluk nedeniyle getirilen bebeklerin önemli bir çoğunluğunda herhangi bir neden bulunamıyor veya infantil kolik olarak değerlendiriliyorsa da, huzursuzluk şikayetleri olan bebeklerin mutlaka idrar taraması yapılmalı idrar yolu enfeksiyonu ve hipercalsüri yönünden araştırılmalı. İdrar torbası ile alınan pozitif idrar kültürlerine şüphe ile bakılmalı ve mutlaka tekrarı yapılmalı.

**Anahtar kelimeler:** bebek, huzursuzluk, hiperkalsüri, idrar yolu enfeksiyonu

ÇIKAN AORT DİLATASYONU VARLIĞI VE DERECEŚİYLE SERUM TOTAL PROTEİN DÜZEYİ İLİŐKİSİ

Dr. Aslı Vural

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

**Amaç:** Çıkan aort genişlemesi, aort duvarında inflamasyon ve kistik dejenerasyonla seyreden kardiyovasküler bir hastalıktır. Ateroskleroz, hipertansiyon, diyabet, yüksek kolesterol, sigara, genetik faktörler ve biküspit yapıdaki aort kapağı, aort dilatasyonu için risk faktörleridir. Biz bu çalışmamızda çıkan aort genişlemesinin varlığı ve derecesi ile inflamasyon ilişkisini incelemek amacıyla, bir inflamatuvar belirteç olan serum total protein düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırdık.

**Yöntem:** Hastane kayıtlarından kontrastlı bilgisayarlı tomografik inceleme ile çıkan aort çapı ölçülmüş toplam 175 hasta çalışmaya alındı. Hastalarının demografik ve biyokimyasal bulguları retrospektif olarak incelendi. Çıkan aort dilatasyonu olan 113 hasta, aort çapı genişliğine göre 3 gruba ayrıldı ( 1. Grup; aort çapı 40-45 mm olan 54 hasta, 2. Grup; aort çapı 45-50 mm olan 38 hasta, 3. Grup; aort çapı >50 mm olan 21 hasta). Aort çapı 40mm'den küçük olan 62 hasta ise kontrol grubuna alındı. Kontrol grubu ve aort dilatasyonu olan 3 grubun biyokimyasal değerleri SPSS programı kullanılarak istatistiksel olarak incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan tüm hastaların yaş ortalaması  $65,3 \pm 12,1$  idi. Hastaların %59,4'ünü erkekler (n:104), %40,6'sını (n:71) kadınlar oluşturuyordu. Gruplar arasında yaş (p değeri: 0.248), cinsiyet (p değeri: 0.89), ateroskleroz (p değeri: 0.126), hipertansiyon (p değeri: 0.334), diyabet (p değeri: 0.32), sigara (p değeri: 0.64) açısından anlamlı farklılık yoktu. 4 grubun serum total protein düzeylerine bakıldığında; kontrol grubunda  $6,94 \pm 0,85$ ; grup 1 de  $7,26 \pm 0,42$ ; grup 2 de  $7,28 \pm 0,5$ , grup 3 de  $7,39 \pm 0,35$  saptandı. (p değeri: 0.015)

**Sonuç:** Biz bu çalışmamızda, çıkan aorta çapı ile hastalığın patogenezinde yer alan ve kronik inflamasyonun bir belirteci olan serum total protein düzeyinin ilişkili olduğunu saptadık. Daha geniş çaplı çalışmalarla bu ilişki kesin olarak gösterilebilirse, birinci basamak sağlık merkezlerinde, aort dilatasyonu olduğu bilinen hastaların takibinde serum total protein düzeyleri kullanılabilir.

## Evde Bakım Birimince Takip Edilen Hastaların Bakımlarından Sorumlu Kişilerde Depresyon

Serkan Toker, Arzu Ayraller

Aile Hekimi Uzmanı ,Fatih Asm /Kütahya

Dr. Öğretim Üyesi ,Giresun Tıp Fakültesi ABD

### ÖZET

**Amaç:** Evde bakım hastalarının bakıcılarında en sık gözlenen ruhsal bozukluklardan biri de depresyondur. Bu çalışma, Evde bakım hastalarına bakım verenlerin depresyon sıklığını belirlemek ve sosyodemografik değişkenlerle depresyon sıklığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metod:** 1 Nisan 2009- 1 Mayıs 2013 tarihleri arasında; Gazi Osman Paşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde sağlık polikliniğinden hizmet alan 230 hastanın 140 bakıcısına ulaşılmıştır. Sosyodemografik özelliklerin yer aldığı veri formu ile depresif belirti düzeyini değerlendirebilmek için Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

**Bulgular:** Bakım veren kişilerin yaş ortalaması 45,43±12,62 idi. Hastalara bakım veren kişileri Beck Depresyon ölçeği ile incelendiğinde; 4-60 arasında değişmekte olup, ortalaması 28,01 ±15,45'dir ve %72,1'inde depresyon riskinin var olduğu görülmüştür. Kadın bakıcılarda depresyon riski erkeklere göre daha yüksektir.

**Sonuç:** Bakım verenlerin bakım aktivitelerini yürütürken psikolojik, ekonomik ve aile içi ilişkilerde güçlük yaşadığı, günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiği ve dolayısıyla depresyon ve benzeri durumlarla yaşam kalitelerinin bozulduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:**Evde sağlık, depresyon, hasta bakıcı, bakım veren, kadın, psikolojik

### TABLO

**Tablo 1. Evde Sağlık Kapsamında Takip Edilen Hastalara Bakım Veren Kişilerin Demografik Bilgilerinin Dağılımı**

		Ort±SD	Min-Max
Yaş (yıl)		45,43±12,62	22-71
		n	%
Yaş Grup	>39 yaş	86	61,4
	≤ 39 yaş	54	38,6
Cinsiyet	Erkek	35	25,0
	Kadın	105	75,0
Öğrenim Düzeyi	Düşük	26	18,6
	Orta	94	67,1
	Yüksek	20	14,3
Medeni Durum	Bekar	41	29,3
	Evli	99	70,7
Ekonomik Durum	<1000 TL	61	43,6
	≥1000 TL	79	56,4
Etnik Yapı	Kentsel	61	43,6
	Kırsal	79	56,4
Bakıcının Yakınlık Durumu	Eş	44	31,4
	Akraba	84	60,0
	Ücretli Bakıcı	12	8,6
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	109	77,9
	Çalışıyor	31	22,1

**Tablo 2. Beck Depresyon Ölçeği Puanları Dağılımı**

		Ort±SD	Min-Max
BECK Skoru		28,01±15,45	4-60
		n	%
Depresyon Varlığı	Yok	39	27,9
	Var	101	72,1

**Tablo 3. Bakım Veren Kişilerin Demografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Durumlarının Dağılımı**

		BECK Depresyon	BECK Depresyon		p
		puanı	Yok	Var	
		Ort±SD	n (%)	n (%)	
Yaş Grup	>39 yaş	26,55±14,31	23 (26,7)	63 (73,3)	0,711
	≤ 39 yaş	30,33±16,99	16 (29,6)	38 (70,4)	
Cinsiyet	Erkek	24,40±16,37	15 (42,9)	20 (57,1)	0,022*
	Kadın	29,21±15,02	24 (22,9)	81 (77,1)	
<sup>1</sup> Öğrenim Düzeyi	Düşük	28,40±15,64	9 (34,6)	17 (65,4)	0,547
	Orta	29,50±17,74	26 (27,7)	68 (72,3)	
	Yüksek	24,30±10,75	4 (20,0)	16 (80,0)	
Ekonomik Durum	<1000 TL	27,15±15,31	18 (29,5)	43 (70,5)	0,702
	≥1000 TL	28,67±15,62	21 (26,6)	58 (73,4)	
Medeni Durum	Bekar	27,59±16,66	16 (39,0)	25 (61,0)	0,058
	Evli	28,18±15,01	23 (23,2)	76 (76,8)	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	28,00±15,57	31 (28,4)	78 (71,6)	0,773
	Çalışıyor	28,03±15,27	8 (25,8)	23 (74,2)	
Etnik yapı	Kentsel	26,62±15,53	19 (31,1)	42 (68,9)	0,445
	Kırsal	29,08±15,40	20 (25,3)	59 (74,7)	

## AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ

**Altun Günday<sup>1</sup>, Özgür Enginyurt<sup>2</sup>, Yeliz Kaşko Arıcı<sup>3</sup>, Gamze Yılmaz<sup>4</sup>**

1. Arş. Gör.; Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D. , Ordu
2. Doç. Dr.; Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D. , Ordu
3. Dr. Öğr. Üyesi; Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim A.D. , Ordu
4. Arş. Gör.; Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D. , Ordu

**Giriş:** Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GTT) tüm dünyada önemini artırmaktadır. Hastaların bu konu üzerinde ne kadar bilgi sahibi oldukları, sahip oldukları bilgilerin doğruluk derecesi, bu tedavi yöntemlerini doktor denetimi olmadan kendi başlarına uygulamalarının sakıncaları önem arz etmektedir. Bu çalışma hastaların GTT konusunda bilgi düzeylerinin ve tutumlarının tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın örneklemini Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine Kasım 2018 - Nisan 2019 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü gönüllü hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anket formu katılımcıların kişisel özelliklerini, GTT uygulamaları ile ilgili bilgi düzeylerini ve tutumlarını ölçen toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

**Bulgular:** Araştırmaya %60.7'si kadın, %39.3'ü erkek olmak üzere toplam 450 kişi katılmıştır. Hastaların %70.7'sinin fitoterapi yöntemini uyguladıkları, en az uyguladıklarının larva uygulaması (%1.3) olduğu; %81.6'sının kaplıca-dua yöntemi hakkında, en az ise homeopati (%17.3) yöntemi hakkında bilgi sahibi oldukları; hastaların %11.3'ünün iyi düzeyde, %44'ünün orta düzeyde, %39.8'inin az düzeyde bilgileri olduğu görülmüştür. Hastaların çoğunun (%85) GTT yöntemlerinin etkili olduğuna inandıkları, %5.5'inin sıklıkla, %74.9'unun arasıra GTT yöntemlerini kullandığı görülmüştür. Hastaların %40.2'sinin doktor, %70.2'sinin ise akraba, arkadaş-komşu tavsiyesi üzerine GTT yöntemlerine başvurduğu görülmüştür. Hastaların en çok solunum sistemi hastalıkları(%56.9) ve kas iskelet sistem hastalıkları(%39.8) için GTT yöntemlerini uyguladıkları görülmüştür. Hastaların yaklaşık yarısı (%51.6) GTT yöntemlerini modern tıbbi tedaviden daha az etkili bulurken, %37.6'sının ise aynı derecede etkiye sahip olduğunu düşündüğü görülmüştür. Hastaların %67.3'ü doğal ve zararsız olduğunu düşündüğü için GTT yöntemlerini tercih etmiştir. Bu yöntemlerin en fazla bilinen yan etkileri alerji(%62) ve enfeksiyondur(%32.4). Hastaların %80'i tıp eğitiminde GTT yöntemlerinin yer almasını isterken, %70'i GTT yöntemlerinin SGK tarafından geri ödeme kapsamına dahil edilmesini istemektedir.

**Sonuç:** Hastaların GTT uygulamaları hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, bu tedavi yöntemlerini uygularken doktor denetiminin genelde olmadığı görülmüştür. Günümüzde dünya çapında uygulanmakta olan GTT yöntemlerinin ülkemizde de verimli bir şekilde kullanılabilmesi için sağlıkçıların ve hastaların bu yöntemler hakkında bilinçlendirilmesi, uygun denetimlerin yapılmış olduğu merkezlerde bakanlık tarafından sertifikalı kişiler tarafından GTT yöntemlerinin uygulanmasının teşvik edilmesi yararlı olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, bilgi düzeyi, tutum

## YETİŞKİN BİREYLERİN KANSER TARAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Melike KARABULUT ÖZER\*, Özgür ENGİNYURT\*, Yeliz KAŞKO ARICI\*\*, Gamze YILMAZ\*

\*Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

\*\*Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

### ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Kanserın dünyadaki ölüm sebepleri arasında ikinci sırada yer alması ve önlenebilir bir hastalık olmasından dolayı kanser taramalarının yapılması oldukça önemlidir. Kanser taramalarına katılımın artırılması için toplumun taramalar hakkında bilgilendirilmesi, taramalara davet edilmesi gerekir ve bunun için aile hekimlerine büyük rol düşmektedir. Çalışmamızda yetişkin bireylerin kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları incelenerek kanser taramalarına dikkat çekmek ve aile hekimlerinin bu konuda özveri ile çalışmalarını amaçlanmıştır.

**Materyal ve Metot:** Çalışmamıza Mart 2019 ve Haziran 2019 tarihleri arasında Ordu Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 20 yaş üzeri 247 kişi dahil edildi. Katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle 20 sorudan oluşan anket uygulandı. Sonrasında hastalara bilgilendirme broşürü ile bilgilendirme verildi ve tekrar 3 soru ile kanser taraması yaptırmaya isteği ve bu konudaki düşüncesinde değişiklik olup olmadığı soruldu. Çalışmamız tanımlayıcı nitelikteydi. Verilerin analizi SPSS 24.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya 169 kadın, 78 erkek katılmıştır. Ankete katılan 102 kişi 20-39 yaş, 145 kişi 40-70 yaş aralığında ve bireylerin yaş ortalaması 43,4 idi. Araştırmamıza katılanların %70'i evli, %22,3'ü bekar ve %7,7'si eşi vefat etmiş veya ayrılmış, %31,6'sı sağlık çalışanı (Doktor, Hemşire, Diş Hekimi, Eczacı, Tıbbi Teknisyen, Hasta Bakıcı), % 68,4'ü sağlık çalışanı olmayan kişilerden oluşmaktaydı. Ankete katılanların öğrenim durumlarına bakıldığında %38,9'u üniversite/yüksekokul mezunu, %6,5'i okuryazarlık olmayan kişilerdi ve bunların %92,3'ünün sosyal güvencesi vardı.

Ankete katılanların %55,5'inin ailesinde/çevresinde kanser öyküsü mevcuttu, %77,3'ü tarama testleri hakkında tam/kısmen bilgi sahibi iken %22,7'si kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi değildi.

Ankete katılan bireylerden aile/çevresinde kanser öyküsü bulunanların yakınlık derecesi sorgulandığında verilen cevapların çoğunluğu %38,9 oranı ile 2.derece akrabalarından oluştuğu ve bunu %35,2 oranıyla 1.derece akrabaların takip ettiği en az da %4,3 oranıyla eşlerin olduğu görülmüştür. Ayrıca ailesinde/çevresinde kanser olanların kanser türleri sorulduğunda %16,6'sı meme kanseri, %8,3'ü rahim ağzı kanseri, %23,1'i kolorektal kanser ve %52,1'i bunların dışında bir kanser türüne sahip olduğu bilgisine ulaşılmıştır.

Çalışmamıza katılanların kanser tarama testlerini öğrendikleri kaynaklar sorgulandığında birbirine yakın oranlarda en çok aile hekiminden (%21,8), sosyal medyadan (21,4) ve hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından (%21,0) öğrenildiği bilgisine ulaşılmıştır. Ankette bireylere bildikleri kanser taramaları sorulduğunda çoğunluk %28,1 oranında meme kanseri cevabını vermiştir; daha sonra %24,3 rahim ağzı kanseri, %19,3 kalın barsak kanseri cevapları verilmiştir.

Çalışmamıza katılan bireylere "Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?" sorusunu sorduğumuzda 1 kişi cevap vermemiş olup cevap veren 246 bireyin %63,0'nün hiç kanser taraması yaptırmadığı görülmüştür. Daha önce kanser taraması yaptırdığını söyleyen kadınların %43,9'unun mamografi, %37,4'ünün Pap-smear/HPV-DNA yaptırdığı görülmüştür.

**Sonuç:** Kanser hastalığı etrafımızda, ailemizde karşılaştığımız sık görülen fakat önlenmesi taramalarla mümkün olan bir hastalıktır. Kanser tarama testlerini bildiğini söyleyenlerin sayısının çok olmasına rağmen kanser taraması yaptırmış olan bireylerin sayıca az olmasının eksik ve yeterince bilgi sahibi olunmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Halkın bilinçlendirilmesi ve kanser taramalarına davet için aile hekimlerine büyük görev düşmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser taramaları, Aile hekimliği, Kanser tarama eğitimi

## RPR oranı ile vitamin B12 eksikliği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Uzm.Dr. Ömer KARTAL

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi, Ankara, Türkiye

**Amaç:** Vitamin B12 eksikliği genel olarak tüm anemilerin %1.4'ünü, tüm makrositer anemilerin ise %18'ini oluşturur. Vitamin B12 eksikliği anemi dışında nörolojik bulgulara ve hiperhomosisteinemiye yol açar. Hiperhomosisteinemi ise yaşamı tehdit eden kardiyovasküler hastalıklar, strok ve bazı inflamatuvar hastalıklara neden olabilir. Vitamin B12 eksikliğine bağlı oluşan megaloblastik anemilerde, anemi ve diğer semptomlar erken dönemde ortaya çıkmazlar. Eşlik eden demir eksikliği anemisi, talasemi taşıyıcılığı veya inflamatuvar hastalıkların bulunması halinde ise makrositer anemi yerine normositer ve hatta mikrositer anemik kan tablosu görülebilir ve tanı ancak çok geç dönemde vitamin B12 eksikliğine bağlı ağır klinik tablo oluştuğunda konur. Çalışmadaki amacımız ucuz, pratik ve ulaşılabilir bir test yöntemi olan eritrosit dağılım genişliği (RDW)-Platelet oranı (RPR) ile vitamin B12 eksikliği arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışmaya 46 vitamin B12 eksikliği (serum vitamin B12 düzeyi <200 pg/ml; Grup 1) ve 52 vitamin B12 düzeyi normal (serum vitamin B12 düzeyi ≥200 pg/ml; Grup 2) olan toplam 98 hasta alındı. Çalışma verileri retrospektif olarak hasta dosyalarının taranması yolu ile elde edildi.

**Bulgular:** Her iki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından farklılık yoktu ( $p>0.05$ ). Ayrıca her iki grubun lökosit ve platelet sayıları arasında da fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). RDW grup 1'de, MPV ise grup 2'de istatistiksel olarak daha yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). RPR oranında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi (sırayla grup1 ve grup 2;  $0.096\pm 0.027$ ,  $0.047\pm 0.016$ ), ( $p<0.05$ ). Korelasyon analizinde vitamin B12 düzeyi ile RPR oranı arasında pozitif korelasyon bulundu ( $r=307$ ,  $p<0.05$ ). Hemoglobin ve RPR oranı arasında ise negatif korelasyon bulundu ( $r=-218$ ,  $p<0.05$ ). Yapılan ROC analizinde RPR oranı 0.074 alındığında vitamin B12 eksikliğini saptama sensitivitesi %72, spesifitesi ise %47 olarak bulundu ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Mevcut çalışmada Vitamin B12 eksikliği ve RPR oranı arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterildi. Vitamin B12 eksikliği şüphesi durumunda laboratuvar maliyetlerinin düşürülmesi ve gereksiz serum vitamin B12 isteğinin önlenmesi için RPR oranı bir ön test olarak kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Anemi, RPR oranı, vitamin B12



### **Gebelik ve puerperal dönemde serebral venöz tromboz**

**Sibel Gazioğlu<sup>1</sup>, Elif Ateş<sup>2</sup>**

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Trabzon<sup>1</sup>

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Trabzon<sup>2</sup>

**Amaç:** Serebral ven ve dural sinüs trombozu (SVT), dural sinüsler ve serebral venlerin parsiyel veya komplet tıkanıklığıdır. Arteriel inmeyle oranla daha seyrek görülmesine karşın tüm SVT vakalarının yaklaşık yarısının gebelik ve postpartum dönem ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı gebelik ve postpartum dönemde gelişen SVT olgularının klinik, radyolojik bulguları ve klinik seyirlerinin diğer nedenlere bağlı SVT olgularından farklı olup olmadığını araştırmaktır.

**Yöntem:** Eylül 2007- Ekim 2018 yılları arasında kliniğimizde SVT tanısı ile izlenen 62 hasta retrospektif olarak değerlendirilerek gebelik ve postpartum dönemde gelişen SVT olguları ile diğer nedenlere bağlı gelişen SVT olgularının risk faktörleri, klinik, radyolojik özellikleri ve takip verileri karşılaştırıldı.

**Bulgular:** 62 SVT'li hastanın 21'i (%33.8) gebe veya postpartum dönemde idi. Gebelik ve postpartum dönemde gelişen SVT olgularının yaş ortalaması (29.86±5.2) diğer nedenlere bağlı gelişen SVT grubuna (37.7±12.4) göre anlamlı oranda küçüktü (p=0.001). Her iki grupta da en sık semptom baş ağrısı olup, klinik semptom ve bulgular açısından her iki grup arasında anlamlı fark gözlenmedi. Gebe ve postpartum dönemde SVT gelişen hastaların %38'inde eş zamanlı genetik trombofili olup, diğer nedenlere bağlı gelişen SVT ile benzer oranda idi. Hastaların hepsine beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ve MR venografi ile tanı konulmuştu. Her iki grupta da en sık sagittal sinüs trombozu gözlenmiş olup, hemorajik lezyon iskemik lezyona göre daha sık gözlendi. Her iki grupta radyolojik bulgular açısından anlamlı fark gözlenmedi. Hastaların tümü antikoagüle edildi. Antikoagülasyona rağmen klinik progresyon gözlenen hastalara endovasküler tedavi yapılmış olup her iki grupta da benzer oranda uygulandı. Taburculuktan sonra 6. ay modifiye rankin skor (MRS) ortalaması ve MRS ≥ 3 olan hasta oranı ve ölen hasta sayısı diğer nedenlere bağlı gelişen SVT grubunda gebe veya postpartum dönemde gelişen SVT'e göre daha fazla olmasına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

**Sonuç:** Erken tanı ve tedavi edilmezse ciddi morbidite ve hatta mortaliteye neden olabilen SVT, gebelik ve postpartum dönemde de benzer klinik bulgular ve seyir göstermektedir. Genetik trombofilinin gebe ve postpartum dönemde de diğer nedenlere bağlı SVT ile benzer oranlarda olduğu akıld tutularak uzun dönem tedavi planında etkisi olabileceği için bu hastaların da genetik trombofili açısından araştırılması gerektiği unutulmamalıdır.

## SÖZEL 11

### **Parvovirus B19 Enfeksiyonu ile İlişkili Papülo Purpurik Eldiven Çorap Sendromu**

**\*Eren ÇAĞAN**

\* Bursa Yüksek İhtisas ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları

#### **Amaç**

Papulo-purpurik eldiven çorap sendromu (PPEÇS) viral enfeksiyonlara karşı gelişen idiosenkrazik bir reaksiyondur. Bu sendrom *Parvovirus B19* başta olmak üzere, HHV6, *Kızamık*, *Koksaki B6* gibi bir çok virus ile ilişkilidir. Özellikle fizik muayenede purpurik lezyonlar hekimler için edişe verici bir durumdur. Bu hastalar genellikle meningokoksemi, Henoch Schönlein purpurası, immün trombositopenik purpura ve lösemi gibi tanılar ile ileri merkezlere yönlendirilmekte ve çok sayıda tetkik ve tedavi yapılmaktadır. Bu çalışmada amaç dikkatli bir fizik muayene, anamnez ve basit laboratuvar yöntemiyle tanı konabilecek az bilinen bu hastalığa dikkat çekmektir.

#### **Materyal ve Metot**

Ocak 2014 ve Haziran 2019 tarihleri arasında Gaziantep Çocuk Hastanesi ve Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Kliniği PPEÇS tanısı ile izlenen hastaların kayıtları geriye dönük olarak değerlendirildi.

#### **Bulgular**

PPEÇS tanısı konulan 11 hasta değerlendirildi. Bu hastaların % 82'si erkek, %18'i kız hastaydı. Ortalama yaş on üçtü. Tüm hastalar PPEÇS dışındaki ön tanılar ile yönlendirilmişti. Tüm hastalarda çeşitli seviyelerde ellerinde ve ayaklarında peteşiyal döküntü vardı. Hastaların % 45 eritem, %36 ateş, %36 oral lezyon, %36 gövdede döküntü, %36 ağrı, % 36 ödem, %36 prodromal semptomlar, %27 kaşıntı ve %27 lenfadenomegali vardı. Üç (%27) hastada lenfopeni, iki (%18) hastada hafif trombositopeni vardı. Dokuz hastada *Parvovirus B19* Ig M pozitif saptanırken iki hastaya klinik olarak tanı konuldu. Hiçbir hastanın benzer hasta ile temas öyküsü yoktu. Tüm hastalarda kontrollerinde tam remisyon görüldü.

#### **Sonuç**

PPEÇS klinik olarak ağır hastalık düşündürülen klinik semptomlarla ortaya çıkması nedeniyle hem hekim hem de hasta yakınlarında büyük kaygı oluşturmaktadır. Bu hastalığın klinisyenler tarafından tanınması gereksiz tetkik, tedavi yapılmaması ve gereksiz sevklerin önlenmesi açısından önemlidir.

## Penisilin Alerjisi Ön Tanılı Otuz Sekiz Olgunun Değerlendirilmesi

\*Eren ÇAĞAN

\* Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları

### Amaç

İlaçlara karşı oluşan immünolojik reaksiyonlar ilaç alerjisi olarak adlandırılmaktadır. İlaç alerjileri çoğunlukla cilt bulguları ile ortaya çıkmaktadır. Penisiline karşı ilaç reaksiyonu %1-10 arasında bildirilmektedir. Ancak yaşamı tehdit eden anafilaktik reaksiyon yaklaşık %0.03 civarındadır. Hastaların yaklaşık %10 kadarı penisilin alerjisi olduğunu iddia etmektedir. Ancak çalışmalarda bu hastaların yaklaşık %90'ında penisiline karşı alerjisi olmadığı gösterilmiştir. Ülkemizde çok sayıda hasta kendisi ve/veya sağlık profesyonelleri tarafından penisilin alerjisi olduğu düşünülerek son derece etkin ve ucuz ilaç tedavisinden mahrum kalmaktadır. Bu çalışmanın amacı penisilin alerjisi olduğunu iddia eden hastaları gerçek bir alerjik reaksiyon olup olmadığını değerlendirmektir.

Anahtar Kelimeler: alerji, anafilaksi, çocuk, penisilin

### Gereç ve yöntemler

Ocak 2016 ve Mayıs 2019 tarihleri arasında penisilin alerjisi olduğunu söyleyen hastalar değerlendirildi. Hastanın fizik muayene bulguları, laboratuvar bulguları, enjeksiyon öncesi sonrasındaki şikayet ve bulguları incelendi. Hastanın alerji tanısı almadan önce ve aldıktan sonra kullandığı antibiyotikler sorgulandı.

### Sonuçlar

Bilgileri net olarak elde edilen 38 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastaların tümüne enjektabl penisilin reçete edilmişti. On dört hastada enjeksiyon öncesi yapılan deri testinde şüpheli reaksiyon olması, 15 hastada enjeksiyon sonrası baygınlık hissi olması, dört hastada enjeksiyon yerinde şişlik, kızarıklık olması, üç hastada döküntü olması, bir hastada dudak çevresinde, ellerde ve ayaklarda morarma ve soğukluk olması, iki hastada aşırı ajitasyon olması nedeniyle penisilin alerjisi düşünülmüştü. Hastaların dokuzuna tanı sonrasında tekrar depo penisilin uygulaması yapıldığı ve herhangi bir reaksiyon olmadığı, 25 hastanın ise oral ve/veya parenteral beta laktam antibiyotik kullandığı ancak hiçbir reaksiyon gelişmediği öğrenildi. Dört hasta beta laktam antibiyotik almamakla birlikte alerjik reaksiyon düşünülmedi.

### Karar

Tıbbi uygulama pratiğinde ilaç uygulaması sonrasında gelişen reaksiyonların çoğu alerji olarak değerlendirilmektedir. Bu kanı penisilin için oldukça yaygındır. Bu çalışma ile gösterilmiştir ki enjeksiyon öncesi yapılan deri testlerinin penisilin alerjisini göstermekteki yeri sınırlıdır ve iyi bir klinik değerlendirme ile ileri tetkikler gerekmez hastaların penisilin alerjisi olup olmadığına büyük oranda karar verilebilir.

**Direkt Etkili Antiviral İlaçlarla Kronik Hepatit C Tedavisi, Gerçek Yaşam Verilerimiz**

Celali Kurt\*, Arzu Altunçekiç Yıldırım\*

Dr.Öğr.Üyesi, Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ordu

**AMAÇ:** Kronik hepatit C tedavisinde 2016 yılından itibaren kullanılmaya başlanan direkt etkili antiviral ilaçlarla (sofosbuvir, sofosbuvir + ledipasvir (SFL), pariteprevir + ritonavir + ombitasvir + dasabuvir (PROD), glecaprevir + pibrentasvir) kliniğimizde tedavi edilen 159 hastanın irdelenmesi.

**YÖNTEM:** 2016 – 2019 yılları arasında kliniğimizde tedavi ve takipleri yapılan 159 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, önceki tedavi deneyimi, HCV genotipi, tedavi başlangıcındaki HCV-RNA düzeyi, siroz varlığı ve sirotikse Child-Pugh skoru, varsa karaciğer biyopsisindeki fibroz skoru, seçilen tedavi, tedaviye yanıt yönünden incelendi.

**BULGULAR:** Toplam 159 hastanın 91'i kadın (%57.2), 68'i erkek (%42.8) olup ortalama yaş 66 (sınırlar 30-86) idi. Hastaların %28.9'u sirotik, %43.4'ü tedavi deneyimli, %95'inin HCV genotipi 1b olarak saptandı.

Yüzde 40.9 (n:65) hastada 12 haftalık PROD, %32.7 (n:52) hastada 24 haftalık SFL ve %22 (n:35) hastada 12 haftalık SFL + ribavirin tedavileri kullanıldı.

Tedavi verilen 159 hastanın 4'ünde (%2.5) nöks/relaps gelişmiş olup 142 hasta (%89.3) HCV-RNA negatif virolojik yanıtı olarak izlenmektedir. Sadece 2 hasta (%1.3) tolere edemediği için veya yan etki nedeniyle tedaviyi tamamlayamadı.

**SONUÇ:** Hepatit C tedavisinde kullanılmaya başlanan yeni ilaçlar olan direkt etkili antiviraller, önceki interferon + ribavirin kombinasyonu ve proteaz inhibitörü tedavilerinin aksine kısa süreli tedavi, düşük yan etki ile tolerabilite ve tüm hasta gruplarında yüksek ve kalıcı başarı göstermektedirler.

#### SÖZEL 14

### PREDICTORS OF LENGTH OF STAY IN INTENSIVE CARE UNIT DUE TO NEWER ORAL ANTICOAGULANT DRUGS (NOACs) -RELATED UPPER GASTROINTESTINAL SYSTEM BLEEDING

Assoc. Prof.Dr. Arzu Ayraller Prof. Dr. Ahmet Cumhuri Dülger

Division of Family Medicine, Giresun University School of Medicine, Giresun/Turkey

Divison of Gastroenterology, Giresun University School of Medicine, Giresun/ Turkey

**Aim:** Several NOACs, such as dabigatran (a direct inhibitor of FIIa) and rivaroxaban, apixaban and edoxaban (direct inhibitors of factor Xa) have been used mostly due to prevention of cardiovascular events and intracranial thrombosis. As a consequence of the using neweroral anticoagulant (NOAC) drugs, the rate of upper gastrointestinal system (UGIS) bleeding is also increased. The purpose of this study was to identify significant predictors of length of stay (LOS) in patients with UGIS bleeding due to NOAC treatment.

**Methods:** Adult patients diagnosed with UGIS bleeding due to at Giresun University hospital training center in Turkey between May 2018 and May 2019 were included. Patients with traumatic gastric perforations as well as with duodenal perforations were exculed from the study. Using data from university hospital we retrospectively evaluated elderly Turkish adults (age above than 65 years) who were medically treated and hospitalized for UGIS bleeding due to NOAC treatment .Overall LOS evaluated with Kaplan Meier curves and multivariate logistic regression models.

**Results:** A total of 65 patients (35 women) were included. The mean age of study patients was  $72.9 \pm 10.8$  years. The most common cause of NOAC treatment was prior cerebrovascular events (80%of the patients). The mean time of LOS was  $10.2 \pm 4.9$  days. On the otherhand, patients with low platelets on emergency room access had also significantly higher LOS (IR 112;  $p < 0.01$ ). On multivariate logistic regression the another significant variable for predicting prolonged LOS was low educational status (OR 0.20,  $p = 0.02$ ).On the otherhand, there were no significant differences in age, gender and other laboratory parameters amid length of stay.

**Conclusion:** Both advanced age and low platelet levels estimates the LOS in UGIS bleeding due to NOACs that lead to hospitalization. The clinical use of detection of low platelet levels in connection with advanced age plus low educational status could allow more accurate assessment of LOS estimation and the potential impact in patients with NOAC-related UGIS bleeding among elderly patients in internal clinics.

**Higher rates of hypothyroidism among Afghan immigrants in coastal region of Eastern Blacksea. Assoc.**

Prof.Dr. Arzu Ayraller Prof. Dr. Ahmet Cumhuri Dülger

Division of Family Medicine, Giresun University School of Medicine, Giresun/Turkey

Division of Gastroenterology ,Giresun University School of Medicine, Giresun/ Turkey

**Aim:** Due to turmoil in the Afghanistan, more than one million people have moved into different parts of the world as in Turkey. As a rule of current governal desicion, some of them were habitated into Giresun city and its environs. It has been known that Afghanistan is an endemic area for iodine deficiency as well as for hypothyroidism. However, there is stil no data about thyroidal functions of Afghan immigrants in Giresun city. Thus we conducted a tertiary hospital based retrospective study regarding thyroid tests of Afghan immigrants.

**Materials and methods:** At total, 227 Afghan immigrants ( 127 female and the mean age was  $41\pm 2.7$  years) were enrolled for the study. Comparative group (300 subjects;150 female; the mean age was  $44\pm 4.5$  years) was selected from age-matched healthy counterparts located in and around Giresun city. Subjects with prior thyroidal diseases or were taken drugs which altered thyroid tests were excluded from the control group. Chi-square and correlation test were used for the statistical analysis.

**Results:** While the mean TSH level was  $2.0 \pm 1.65$  mg/dl in naive subjects who resident in Giresun city,the mean TSH level was  $3.67 \pm 1.0$  mg/dl.in Afghan refugees. Afghan immigrants had statistically significant higher levels of TSH compared to the naive Turkish citizens (  $p=0.017$ ). In Turkish citizens advanced age was negatively correlated with TSH levels ( $p<0.05$ ). Otherhand, there was no correlation between age and TSH levels in Afghan immigrant population ( $p>0.05$ ).

**Discussion:** Afghan refugee population had higher TSH levels probably due to iodine deficiency and hypothyroidism. In elderly immigrants, there was no alteration in thyroid tests by aging in contrast to Turkish elder counterparts. Every Afghan refugee should be screened by biochemical tests for detecting hypothyroidism.

SÖZEL 16

## **Kronik Hastalığı Olmayan Varikosel Tanılı Genç Erkek Hastalarda Tam Kan Sayımı Parametrelerinin Değerlendirilmesi**

Dr. Öğr. Üyesi Ali ASLAN

Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizyoloji AD

### **Özet**

**Amaç:** Varikosel pleksus pampiniformis içerisindeki testikuler venlerin anormal dilatasyonu olarak tanımlanan ve günümüzde erkeklerde infertiliteye neden olan en sık görülen hastalıklardan biridir. Çalışmamızın amacı varikosel tanısı alan hastalarda biyokimyasal parametrelerin sağlıklı bireylerle karşılaştırılmasıdır.

**Yöntem:** Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi üroloji polikliniğine Nisan 2014-Nisan 2019 tarihleri arasında müracaat eden hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Fizik muayenesinde Grade 3 varikosel tanısı konulan 163 hasta saptandı. Dahil etme kriterlerini karşılayan toplam 112 hasta çalışmaya alındı. Elde edilen hemogram sonuçlarındaki Beyaz kan hücresi (WBC), Hemoglobin, Hematokrit, Platelet, Eritrosit, Nötrofil, Lenfosit, Monosit, Ortalama eritrosit hacmi, Ortalama hemoglobin miktarı, Eritrosit dağılım genişliği (RDW), Platelet dağılım genişliği (PDW), Ortalama platelet hacmi (MPV) değerleri karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Her iki grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır ( $p=0,370$ ). Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı çıkan parametreler sırasıyla eritrosit ( $p=0,027$ ), MCV ( $p=0,038$ ), RDW ( $p=0,013$ ) ve PDW ( $p<0,001$ )'dir. MPV değeri kontrol grubuna göre varikosel grubunda istatistiksel anlamlılık olmasa da rakamsal olarak kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Diğer parametreler ve oranlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

**Sonuç:** Çalışmamız varikoseli olan hastalarda eritrosit, PDW ve RDW değerlerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Trombosit ve eritrosit aktivasyonunun, varikoselin patofizyolojik temelinde önemli bir rol oynayabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Varikosel; MPV; PDW; Eritrosit; RDW

SÖZEL 17

## **Çocukluk Çağı Rutin Aşı Programında Olmayan Aşılar Hakkında Çocuk Hekimlerinin Bilgi Görüş Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi**

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Gökçe GAYRETLİ AYDIN

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı

### **ÖZET**

#### **Giriş-Amaç**

Aşılama enfeksiyon hastalıklarından korunmayı sağlayan en etkin yöntemdir. Ülkemizde rutin aşı şemamız dışında meningokok, rotavirüs, human papilloma virüs (HPV) ve influenza aşıları mevcuttur. Aşılama konusunda çocuklar ve ailelerinin sık iletişime geçtikleri çocuk ve aile hekimlerine çok fazla görev düşmektedir. Biz de bu nedenle rutin aşı şemasında olmayan aşılarla ilgili pediatristlerin bilgi beceri ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla bir anket düzenledik.

#### **Yöntem**

Bu kesitsel çalışmada 12.06.19-05.07.19 tarihleri arasında Türkiye’de çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve yan dal uzmanı olarak görev yapan hekimlere elektronik ortamda anket formları ulaştırıldı. Hekimlere influenza, rotavirüs, meningokok ve HPV aşıları ile ilgili bilgi düzeylerini, tutum ve davranışlarını irdeleyen 35 anket sorusu soruldu. Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi, SPSS 22.0 programında değerlendirildi.

#### **Bulgular**

Çalışmaya 170(%77,6) çocuk uzmanı, 40(%18,3) çocuk enfeksiyon uzmanı ve diğer yan dal uzmanları katıldı. Çalışmaya katılan hekimlerden 62(%27,7)’si üniversite hastanesinde, 42(%18,8)’si eğitim ve araştırma hastanesinde, 68(%30,4)’i devlet hastanesinde, 31(%13)’i 8özel hastane, 11(%4,9)’i muayenahane çalışmaktaydı. Aşılar hakkında kendinizi yeterli hissediyor musunuz sorusuna tüm aşı grupları için %49,3(121)’i, evet yanıtı verildi. Aşıları daha önce hiç reçete ettiniz mi? sorusuna influenza için %77,1(168), rotavirüs için %88,3(196) , meningokok için %78,2(172) ,HPV için %38,1(85) reçete ettiklerini belirttiler. Reçete etmemelerine rağmen çocuk hekimlerinin %43,2(19)’si influenza, %50(10)’si rotavirüs, %90,2(37)’i meningokok ve %81,9(104)’i HPV aşısının rutin aşı şemasına girmesini istemektedir. Aşıların koruyuculuğu hakkında çocuk sağlığı uzmanlarının bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde influenza için %57.3, meningokok için %52, rotavirüs aşısı için %80, %63.7 kişinin bilgisinin yetersiz olduğu saptandı.

#### **Sonuç**

Aşılar konusunda çocuk hekimlerinin öncelikli olarak yeterli bilgiye sahip olması ve bu konudaki son gelişmeleri izlemeleri gerekmektedir ki hastalarına öneride bulunabilsinler. Bu nedenle aşılar ile ilgili hizmet içi kurslar düzenlenerek bilgi, beceri artırılarak aşılama oranı artırılabilir.

## **Çocukluk Çağı Rutin Aşı Programında Olmayan Aşılar Hakkında Çocuk Hekimlerinin Bilgi Görüş Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi**

#### **Giriş-Amaç**

Enfeksiyon hastalıkları halen dünyada çocuklar arasında en fazla ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. İnsanlık tarihinde ölümlerin azaltılmasında temiz sudan sonra en önemli buluş aşılardır. Aşılama enfeksiyon hastalıklarından korunmayı sağlayan en etkin yöntemdir. Aşı ile her yıl Dünya’da 2.5 milyondan fazla



çocuğun, ülkemizde ise 14296 çocuğun ölümünü önlenmektedir (1, 2). Aşıyla önlenebilir hastalıklar çoğu kez bulaşıcı olduklarından bireyin, ailenin veya bir toplumun sorunu olmaktan çok tüm insanlığın sorunudur. Dünyada temiz su kullanımından sonra halk sağlığında yapılabilmiş en iyi uygulama aşı uygulamasıdır. Ülkemizde yürütülen Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nda son dönemde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Ülkemizde rutin aşı şemasında 13 aşı mevcuttur (3). Bunun dışında meningokok, rotavirüs, human papilloma virüs (HPV) ve influenza aşıları mevcut olup rutin aşı şemasında yer almamaktadır. Aşılama çalışmalarında gerekli teknik altyapının ve personelin sağlanması yanında bir o kadar önemli olan bir konu da bebeğin ailesinin yeterli şekilde bilgilendirilip, aşının gerekliliğine inandırılmasıdır. Bu konuda çocuklar ve ailelerinin çok sık iletişime geçtikleri çocuk hekimlerine ve aile hekimlerine çok fazla görev düşmektedir. Biz de bu nedenle rutin aşı şemasında olmayan aşılarla ilgili pediatristlerin bilgi, beceri ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla bir anket düzenledik.

#### Yöntem

Bu kesitsel çalışmada 12.06.19-05.07.19 tarihleri arasında Türkiye'de çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve yan dal uzmanı olarak görev yapan hekimlere elektronik ortamda anket formları ulaştırıldı. Hekimlere demografik özelliklerinin yanında rutin aşı şemasında bulunmayan influenza, rotavirüs, meningokok ve HPV aşıları ile ilgili bilgi düzeylerini, tutum ve davranışlarını irdeleyen 6 ayrı bölümden oluşan toplam 35 anket sorusu soruldu. Çalışmaya katılmak isteyen hekimler elektronik ortamda soruları cevapladılar. Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi, SPSS 22.0 programında değerlendirildi. Süreklilik gösteren veriler ortalama  $\pm$  standart sapma, frekans verileri ise yüzde ile ifade edildi.

#### Bulgular

Çalışmaya 170(%77,6) çocuk uzmanı, 40(%18,3) çocuk enfeksiyon uzmanı, 1(%0,5) çocuk nöroloji uzmanı, 4(%1,8) yenidoğan uzmanı, 1(%0,5) çocuk acil uzmanı, 1(%0,5) çocuk nefroloji uzmanı, 2(%0,9) çocuk endokrin uzmanı katıldı. Çalışmaya katılanların 146(66,7)'si kadın olup, katılımcıların yaş ortalamaları (27-68)39,5 $\pm$ 8,23 yıldır. Çalışmaya katılan hekimlerden 62(%27,7)'si üniversite hastanesinde, 42(%18,8)'si eğitim ve araştırma hastanesinde, 68(%30,4)'i devlet hastanesinde, 31(%13)'i özel hastane, 11(%4,9)'i muayenahane çalışmaktaydı. Katılımcıların %11,8(24) Karadeniz Bölgesi'nde, %1,8(4) Akdeniz Bölgesi'nde, %9,1(20) Marmara Bölgesi'nde, %6,4(14) Ege Bölgesi'nde, %13,2(29) İç Anadolu Bölgesi'nde, %3,2(7) Doğu Anadolu Bölgesi'nde, %2,3(5) Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde görev yapmaktadır. Aşılar hakkında kendinizi yeterli hissediyor musunuz sorusuna tüm aşı grupları için %49,3(121)'i, influenza için %79,5(178), rotavirüs için %92,8(206) , meningokok için %78,2(162), HPV için %49,3(121) evet yanıtı verildi. Aşıları daha önce hiç reçete ettiniz mi? sorusuna influenza için %77,1(168), rotavirüs için %88,3(196) , meningokok için %78,2(172) , HPV için %38,1(85) reçete ettiklerini belirttiler. Reçete etmeyenlere nedenleri sorulduğunda influenza aşısı için %4,7(2) yan etkisi olduğu/olabileceği, %4,7(2) aşının pahalı olması, %32,6(14) endikasyonu olan hastayla karşılaşmaması, %2,3(1) aşının gerekli olduğunu düşünmemesi, %18,6(8) diğer; rota virüs aşısı için için %10(2) yan etkisi olduğu/olabileceği, %10(2) aşının pahalı olması, %15(3) endikasyonu olan hastayla karşılaşmaması, %15(3) aşının gerekli olduğunu düşünmemesi, %25(5) diğer; meningokok aşısı için %2,5(1) yan etkisi olduğu/olabileceği, %30(12) aşının pahalı olması, %20(8) endikasyonu olan hastayla karşılaşmaması, %0 aşının gerekli olduğunu düşünmemesi, %7,5(3) diğer ve HPV aşısı için %0,8(1) yan etkisi olduğu/olabileceği, %16,4(20) aşının pahalı olması, %28,7(35) endikasyonu olan hastayla karşılaşmaması, %5,7(7) aşının gerekli olduğunu düşünmemesi, %24,6(30) diğer yanıtlarını verdiler. Reçete etmemelerine rağmen çocuk hekimlerinin %43,2(19) kadarı influenza, %50(10) rotavirüs, %90,2(37) meningokok ve %81,9(104) HPV aşısının rutin aşı şemasına girmesini istemektedir.

Aşıların koruyuculuğu hakkında çocuk sağlığı uzmanlarının bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde influenza için %57,3, meningokok için %52, rotavirüs aşısı için %80, %63,7 kişinin bilgisinin yetersiz olduğu saptandı.

## Sonuç

Aşılar konusunda çocuk hekimlerinin öncelikli olarak yeterli bilgiye sahip olması ve bu konudaki son gelişmeleri izlemeleri gerekmektedir ki hastalarına öneride bulunabilsinler. Bu nedenle aşılar ile ilgili hizmet içi kurslar düzenlenerek bilgi, beceri artırılarak aşılanan çocuk oranı artırılabilir. Ayrıca bu aşıların rutin aşı şemasına girmesi halinde tüm çocukların aşılanması sağlanmış olacaktır.

## Kaynaklar

- 1- WHO, UNICEF, World Bank. State of the world's vaccines and immunization, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2009.
- 2- Ceyhan M. 7.Ulusal Aşı Sempozyumu, 2017
- 3- <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi/>

**Rozasealı hastaların klinik ve demografik özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi**

Aynure Öztekin<sup>1</sup>, Coşkun Öztekin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, ÇORUM

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, ÇORUM (Sözlü sunumu yapacak kişi)

**Amaç:**

Rozasea; sıklıkla yüzün orta kısmının etkilendiği, geçici veya kalıcı eritem, telenjiektazi, papül ve püstüllerle karakterize, kronik dermatolojik bir hastalıktır. Toplumun yaklaşık %10'unu etkileyen rozasea'nın semptomları en sık 30-60 yaş arasında başlar, kadınları 2-3 kat daha fazla etkiler. Hastalık eritematelenjiektatik, papulopüstüler, fimatöz ve oküler olmak üzere 4 alt tipte sınıflandırılır. Rozaseanın alerjik durumlar, solunum yolu hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları, hipertansiyon, metabolik ve kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca yüzde oluşturduğu kozmetik sorun nedeniyle hastaların psikolojik ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkilemektedir.

Aile Hekimleri hastalarının ilk tıbbi temas noktalarıdır. Yaş, cins ayrımı yapmadan hastalarının tüm şikayetleri ile ilgilenirler. Dermatolojik hastalıklar da bu anlamda aile hekimliğinde önemli bir hastalık yelpazesi oluşturur. Rosasea hem deride oluşturduğu lezyonlar nedeniyle psikolojik ve sosyal anlamda oluşturacağı problemler hem de çoklu sistemleri etkileyebilen bir hastalık olması nedeniyle aile hekimliği pratiğinde de önemli bir sağlık sorunudur.

Çalışmamızda rozasea tanısı alan olguların klinik, demografik ve epidemiyolojik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem**

Çalışma Ocak 2017- Ekim 2018 tarihleri arasında rozasea tanısı almış vakaların klinik ve demografik verilerinin, ilişkili hastalıkların geriye dönük olarak incelenmesi şeklinde yapılmıştır. Veriler hastane bilgi yönetim sistemindeki hasta kayıtları üzerinden toplanmıştır.

**Bulgular**

Araştırmaya 112 (%76,2) kadın, 21 (%14,3) erkek olmak üzere toplam 133 rozasea hastası dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 46,84±12,39 yaş idi. 45 hasta eritematelenjiyektatik, 83 Hasta papulopüstüler, 5 hasta da fimatöz tip tespit edildi. Hastaların %21,8'inde aile öyküsü vardı. 59 (%40,1) hastada herhangi başka bir hastalık eşlik etmekteydi. En sık eşlik eden hastalık kadınlarda da erkeklerde de hipertansiyon oldu.

**Sonuç**

Rozasea sistemik hastalıkların eşlik edebildiği ve kozmetik sorun oluşturan sık görülen kronik bir hastalıktır. Bu nedenle biyopsikososyal yaklaşım modelini benimseyen aile hekimliği açısından rozasea hastalık bilgi düzeyinin ve farkındalığının artırılmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz. Aile hekimlerinin bu hastalıkla ilgili farkındalık ve bilgilerinin artması hastaların erken teşhis, tedavi, hayat kalitelerinin artmasına ve hastalıkla ilgili komplikasyonlardan korunmasına faydalar sağlayabilir.

## PNÖMOKONYOZUN EŞLİK ETTİĞİ KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ RİSKİNDE ARTIŞ

<sup>1</sup>Doç.Dr.Birsen Ocaklı,<sup>1</sup>Uz.Dr.Eylem Tunçay,<sup>2</sup>Uz.Dr.Meltem Sertbaş

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi ,Göğüs Hastalıkları,İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi ,Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi ,İç Hastalıkları,İstanbul

### ÖZET

**GİRİŞ -AMAÇ:**Progresif ve geri dönüşümsüz bir akciğer hastalığı olan pnömokonyoz, uzun süreli toz solunmasından kaynaklanan sistemik bir meslek hastalığıdır. Pnömokonyozlu hastalar daha kısa bir yaşam beklentisine sahiptirler.Destek tedavilerinin eklenmesi ile pnömokonyozlarda beklenen yaşam süresi kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH) gibi olmuştur.Ancak daha kısa yaşam beklentisinin eşlik eden ek hastalıklar ile (Kalp yetmezliği,hipertansiyon,kronik böbrek yetmezliği,hipertansiyon vb) ilişkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir.Çalışmamızın amacı KOAH tanılı hastalarda pnömokonyoz varlığında eşlik eden diğer ek hastalıklar ile ilişkisini belirlemektir.

**YÖNTEM:**Geriye dönük vaka kontrol çalışmasında, 2018-2019 yılları arasında solunumsal yoğun bakım polikliniğine başvuran pnömokonyoz+KOAH (29 hasta) ve KOAH (27 hasta)tanılı toplam 56 hastanın arşiv verileri analiz edildi.Yaş,cinsiyet,beden kitle indeksi,sigara içme durumu kaydedildi. Ayrıca hemogram(hemoglobin,hematokrit,trombosit sayıları),solunum fonksiyon testleri ,arter kan gazları kıyaslandı. Pnömokonyoz+KOAH ve KOAH her iki grup eşlik eden ek hastalıklar(Diabet,hipertansiyon,kalp yetmezliği,atrial fibrilasyon,kronik böbrek yetmezliği ve malignite) ile ilişkilendirildi

**BULGULAR:** Çalışma döneminde çalışma kriterleri olan pnömokonyoz+KOAH N=29(29 erkek), KOAH N:27(22 erkek) hasta kabul edildi. Grupların demografik özellikleri, eşlik eden ek hastalıklar Tablo 1 de özetlendi. Grupların hemogram, arter kan gazı (AKG) ve solunum fonksiyon testleri (SFT) değerleri Tablo 2 de özetlendi. Her iki grup hemogram, SFT, AKG verileri yönünden benzerdi. Pnömokonyoz+KOAH tanılı grupta 29 hastanın hepsi erkek cinsiyetti,yaş ortalaması 63±9 idi.Pnömokonyozun eşlik etmediği KOAH olgularının ise 22 si erkek hastaydı,yaş ortalaması 68±9 idi.Ek hastalıklar açısından kıyaslandığında pnömokonyoz+KOAH tanılı grupta kronik böbrek yetmezliği daha yüksek tespit edildi(p <0.05).

**SONUÇ:**Sonuç olarak, bulgularımız, pnömokonyoz+KOAH tanılı hastaların, ek hastalıklardan özellikle daha yüksek kronik böbrek yetmezliği gelişme riski altında olduğunu göstermektedir.Mesleki akciğer hastalıklarında ki artış,ekonomik ve sosyal anlamda olumsuz etkilerinden dolayı tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir sorundur. Hasta çalışanı ilk gören ve mesleki akciğer hastalığı şüphesi ile sevk eden genellikle aile hekimleridir.Genel sağlık değerlendirmesinde pnömokonyoz tanılı ya da şüpheli hastalarda mesleki maruziyeti önleme stratejilerinin hedeflenmesi yanısıra eşlik eden ek hastalıkların özellikle artmış kronik böbrek yetmezliği riskinin de göz önünde bulundurulması önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:**Pnömokonyoz,KOAH,Kronik böbrek yetmezliği

**GİRİŞ:**Progresif ve geri dönüşümsüz bir akciğer hastalığı olan pnömokonyoz, uzun süreli toz solunmasından kaynaklanan sistemik bir meslek hastalığıdır(1-3). Pnömokonyozlu hastalar daha kısa bir yaşam beklentisine sahiptirler(4).Destek tedavilerinin eklenmesi ile pnömokonyozlarda beklenen yaşam süresi kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH) gibi olmuştur(4,5).Ancak daha kısa yaşam beklentisinin eşlik eden ek hastalıklar ile (Kalp yetmezliği,hipertansiyon,kronik böbrek yetmezliği,hipertansiyon vb) ilişkili olduğu çalışmalarda

gösterilmiştir.Çalışmamızın amacı KOAH tanılı hastalarda pnömokonyoz varlığında eşlik eden diğer ek hastalıklar ile ilişkisini belirlemektir.

**YÖNTEM:**Geriye dönük vaka kontrol çalışmasında, 2018-2019 yılları arasında solunumsal yoğun bakım polikliniğine başvuran pnömokonyoz+KOAH (29 hasta) ve KOAH (27 hasta)tanılı toplam 56 hastanın arşiv verileri analiz edildi.Yaş,cinsiyet,beden kitle indeksi,sigara içme durumu kaydedildi. Ayrıca hemogram(hemoglobin,hematokrit,trombosit sayıları),solunum foksiyon testleri ,arter kan gazları kıyaslandı.Pnömokonyoz+KOAH ve KOAH her iki grup eşlik eden ek hastalıklar(Diabet,hipertansiyon,kalp yetmezliği,atrial fibrilasyon,kronik böbrek yetmezliği ve malignite) ile ilişkilendirildi . İstatistiksel analiz, Windows 2012 için IBM SPSS Statistics (22.0 sürümü, IBM Corp., Armonk, NY, ABD) kullanılarak yapıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare ( $\chi^2$ ) testi kullanılırken, sayısal veriler normal dağılım gösteren değişkenler için *Student t-* testi ve normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann-Whitney U ile analiz edilmiştir . Veriler “ortalama (SD)”, ortanca (25-75 yüzde) ve uygun yerlerde yüzde (%) olarak ifade edildi.  $P < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** Çalışma döneminde çalışma kriterleri olan pnömokonyoz+KOAH N=29(29 erkek), KOAH N:27(22 erkek) hasta kabul edildi. Grupların demografik özellikleri, eşlik eden ek hastalıklar Tablo 1 de özetlendi. Grupların hemogram, arter kan gazı (AKG) ve solunum fonksiyon testleri (SFT) değerleri Tablo 2 de özetlendi. Her iki grup hemogram , SFT, AKG verileri yönünden benzerdi . Pnömokonyoz+KOAH tanılı grupta 29 hastanın hepsi erkek cinsiyetti,yaş ortalaması  $63 \pm 9$  idi.Pnömokonyozun eşlik etmediği KOAH olgularının ise 22 si erkek hastaydı,yaş ortalaması  $68 \pm 9$  idi.Ek hastalıklar açısından kıyaslandığında pnömokonyoz+KOAH tanılı grupta kronik böbrek yetmezliği daha yüksek tespit edildi( $p < 0.05$ )

	KOAH Pnömokonyoz +	KOAH, Pnömokonyoz -	P değeri
sayı	29	27	--
yaş	$63 \pm 9$	$68 \pm 9$	0.032
Cinsiyet, Erkek n (%)	29	22	0.015
Beden kitle indeksi	$28 \pm 7$	$29 \pm 7$	0.88
Sigara, n(%)			
içmemiş	3	4	0.001
aktif içici	26	9	
bırakmış	-	14	
<b>Ek hastalıklar</b>			
Diyabet	24	20	0.43
Hipertansiyon	5	12	0.027
Kalp yetmezliği	18	11	0.11
Atrial fibrilasyon	5	2	0.25
Malignite	2	1	0.60
Kronik böbrek hastalığı	6	0	0.012

Tablo 2. Pnömokonyoz olan ve olmayan KOAH hastalarının hemogram,AKG,SFT değerleri			
	KOAH, Pnömokonyoz +,	KOAH, Pnömokonyoz -	P değeri
<b>Hemogram değerleri</b>			
Lökosit	8582	8802	0.70
Hematokrit	41,7	41,6	0.94
Hemoglobin	13	14	0.16
Trombosit	314000	253289	0.06
<b>Arter Kan gazı değeri</b>			
pH	7,4014	7,4022	0.92
PaCO <sub>2</sub> mmHg	52,007	48,474	0.07
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	74,886	68,233	0.35
SaO <sub>2</sub> %	95±3	92±5	0.017
HCO <sub>3</sub> mmol	31,414	31,414	0.06
<b>Spirometri</b>			
FEV1 ml	888,21	916,92	0.77
FEV1% beklenen	33,04	36,23	0.37
FVC ml	1508,57	1635,77	0.46
FVC % beklenen	45,07	47,08	0.59
FEV1/FVC	59,14	61,50	0.45

**Kısaltmalar:**FEV<sub>1</sub>,1.saniyede zorlu ekspiratuar hacim; FiO<sub>2</sub>, solutulan Oksijen yüzdesi; FVC,zorlu vital kapasite ;PaCO<sub>2</sub>,kismi karbondioksit basıncı; PaO<sub>2</sub>,kismi oksijen basıncı;SaO<sub>2</sub>,oksijen satürasyonu;HCO<sub>3</sub>,bikarbonat.

**TARTIŞMA:** Mesleki akciğer hastalıklarında ki artış,ekonomik ve sosyal anlamda olumsuz etkilerinden dolayı tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir sorundur(1,2). Bu çalışmada Pnömokonyoz+KOAH ve KOAH her iki grup eşlik eden ek hastalıklar(Diabet,hipertansiyon,kalp yetmezliği,atrial fibrilasyon,kronik böbrek yetmezliği ve malignite) ile ilişkilendirildi. Pnömokonyozlarda daha kısa yaşam beklentisinin eşlik eden ek hastalıklar ile (Kalp yetmezliği,hipertansiyon,kronik böbrek yetmezliği,hipertansiyon vb) ilişkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Çalışmamızda ki bulgularımız, pnömokonyoz+KOAH tanılı hastaların, ek hastalıklardan literatür ile uyumlu olarak özellikle daha yüksek kronik böbrek yetmezliği gelişme riski altında olduğunu göstermektedir.Son 10 yılda silika gibi bir takım pnömokonyoza neden olan etkenlerin maruziyetinin, çalışanlarda özellikle kronik böbrek yetmezliği insidansında artış ile paralellik gösterdiği bildirilmiştir(6,7 ).Etken maruziyeti otoimmün mekanizmalar ile böbreğe zarar verebildiği gibi dolaylı olarak sistemik toksisite ile de glomeruler hasara neden olabilir (8,9 ) .

**SONUÇ:**Sonuç olarak, bulgularımız, pnömokonyoz+KOAH tanılı hastaların, ek hastalıklardan özellikle daha yüksek kronik böbrek yetmezliği gelişme riski altında olduğunu göstermektedir.Mesleki akciğer hastalıklarında ki artış,ekonomik ve sosyal anlamda olumsuz etkilerinden dolayı tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir sorundur. Hasta çalışanı ilk gören ve mesleksel akciğer hastalığı şüphesi ile sevk eden genellikle aile hekimleridir.Genel sağlık değerlendirmesinde pnömokonyoz tanılı ya da şüpheli hastalarda mesleki maruziyeti önleme stratejilerinin hedeflenmesi yanısıra eşlik eden ek hastalıkların özellikle artmış kronik böbrek yetmezliği riskinin de göz önünde bulundurulması önemlidir.

#### KAYNAKLAR:

1. Chan CCH, Tsang EW, Kwok H, Siu A, Cheng A. Independent review: Current rehabilitation programs in Hong Kong funded by the PCFB; 2014.
2. Law YW, Leung MC, Leung CC, Yu TS, Tam CM. Characteristics of workers attending the pneumoconiosis clinic for silicosis assessment in Hong Kong: retrospective study. Hong Kong Med J. 2001;7:343–349.
- 3.Doğan, D. Ö., Ozdemir, A. K., Polat, N. T., Dal, U., Gümüş, C., & Akkurt, İ. (2010). Prevalence of respiratory abnormalities and pneumoconiosis in dental laboratory technicians. *Tuberk Toraks*, 58(135), 41.
- 4.Shen F, Yuan J, Sun Z, et al. Risk identification and prediction of coal workers’ pneumoconiosis in Kailuan Colliery Group in China: a historical cohort study. *PLoS One* 2013; 8:e82181

5. Sirajuddin A, Kanne JP. Occupational lung disease. J Thorac Imaging. 2009;24;310–320.
6. Calvert G, Steenland K, Palu S. End-stage renal disease among silica-exposed gold miners. J Am Med Assoc 1997;277:1219–23.
7. Rosenman K, Moore-Fuller M, Reilly M. Kidney disease and silicosis. Nephron 2000;85:14–19.
8. Steenland K & Goldsmith D. Silica exposure and autoimmune diseases. Am J Ind Med 1995;28:603–
9. Parks C, Conrad K, Cooper G. Occupational exposure to crystalline silica and autoimmune disease. Environ Health Perspect 1999;107 suppl 5:793–802.

**Premenopozal kadınlarda idrar yolu enfeksiyonu ile vitamin D düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi****Ali Veysel Kara****Erzincan Mengücek Gazi Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji, Erzincan, Türkiye**

**Amaç:** Mevcut literatür vitamin D'nin immünmodülasyon ve dolayısıyla enfeksiyonlara yatkınlıkta önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bu yüzden çalışmamızda idrar yolu enfeksiyonunun en sık görüldüğü hasta popülasyonu olan premenopozal kadınlarda serum vitamin D düzeyi ile idrar yolu enfeksiyonu arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Bu vaka kontrol çalışmasında, çalışma kriterlerini karşılayan idrar yolu enfeksiyonu (İYE) olan 41 premenopozal kadın hasta ve 34 yaş uyumlu kontrol hastası çalışmaya dahil edildi. Serum 25(OH)D3 seviyeleri bütün hastalarda ölçüldü. İYE olan premenopozal kadınlarla İYE olmayan kontrol grubu hastaları serum 25(OH)D düzeyleri açısından karşılaştırıldı. Grupların karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanıldı.

**Bulgular:** İYE olan premenopozal kadınlarda ve İYE olmayan premenopozal kadınlarda ortalama yaş sırasıyla 35,2±6.2 ve 33.6±6 olarak bulundu. Gruplar arasında yaş açısından anlamlı fark saptanmadı (p: 0.879). İYE olan premenopozal kadınlarda ortalama serum 25(OH)D seviyesi 15.1± 6.4 ng/mL, İYE olmayan kontrol grubu hastalarında ortalama serum 25(OH)d seviyesi 20.4 ± 7.0 ng/mL olarak saptandı. Gruplar arasında serum 25(OH)D seviyeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p:0.001).

**Sonuç:** çalışmamızda İYE olan premenopozal kadınlarda serum vitamin D düzeylerinin kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu gösterildi. Bu sonuçlar vitamin D'nin kemik mineral metabolizması dışında da önemli fonksiyonları olduğunu ve özellikle enfeksiyonların önlenmesinde immünmodulator etkisiyle rol oynayabileceğini göstermektedir. Ancak bu konudaki kanıt seviyesini arttırmak için daha kapsamlı prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Vitamin D, İdrar yolu enfeksiyonu, premenopozal kadın

**Tablo 1.** Grupların yaş, 25(OH)D ve VKİ açısından karşılaştırılması

	<b>Çalışma grubu</b>	<b>Kontrol grubu</b>	<b>P</b>
<b>Yaş</b>	35,2±6.2	33.6±6	0.879
<b>25(OH)D (ng/mL)</b>	15.1± 6.4	20.4 ± 7.0	0.001
<b>VKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	25.4	26.9	0.268

**Çalışma grubu:** İdrar yolu enfeksiyonu olan premenopozal kadınlar, **Kontrol grubu:** İdrar yolu enfeksiyonu olmayan premenopozal kadınlar, **25(OH)D:** 25-hidroksi vitamin d, **VKİ:** Vücut kitle indeksi



## ERİŞKİNLERDE TRAKEOBRONŞİYAL YABANCI CİSİM ASPİRASYONLARI

Meltem Ağca, Birsen Ocaklı

Uzman doktor Meltem Ağca, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Doçent doktor Birsen Ocaklı, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

### Özet

#### Giriş

Trakeobronşiyal yabancı cisim (YC) aspirasyonları, aspire edilen cismin çıkartılması gereken durumlardır. Kliniği hayatı tehdit edici boyutta olabilir veya fark edilmediğinde geç dönemde akciğerde atelektazi, ampiyem, tekrarlayan pnömoni, bronşiektazi gibi komplikasyonlara neden olabilir. Erişkinlerde aspire edilen materyaller yaş, cinsiyet, halkın gelenek ve göreneklerine göre değişiklikler gösterebilir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda türban iğneleri sıklıkla saptanan cisimler olmuştur (1). Diğerleri arasında gıda parçaları, diş, kemik vs olabilir. Dikkatli bir anamnez ve akciğer radyografisi çoğu zaman tanıyı koydurur. Aspirasyonlar, sıklıkla sağ ana bronşun daha geniş ve trakeanın devamı şeklinde daha dik anatomik seyiri nedeniyle sağ bronşial sisteme olur. Tedavide ilk planda bronkoskopik yöntemler, gerekirse cerrahi işlem uygulanır (2). Bu retrospektif çalışmada amacımız trakeobronşial sistemde aspire edilen yabancı cisim olgularını incelemek, tanıda öncelikle anamnezin ve diğer ileri tetkik aşamalarının önemini vurgulamaktır.

#### Yöntem

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH'inde 2008-2012 yılları arasında trakeobronşiyal YC aspirasyonu olan 39 hastanın demografik bilgileri, risk faktörleri, semptomları, aspire edilen cismin niteliği, lokalizasyonu, akciğer grafileri, yapılan tedavi şekilleri retrospektif olarak incelendi.

#### Bulgular

Toplam 39 hastadan 26'sı (%66.7) kadın, 13'ü (%13.3) erkek idi. Ortalama yaş  $32.90 \pm 19.04$  (min 14- max 84) idi. Hastaların büyük kısmı (34 hasta, %87.2) aspire ettikleri cismi kendi ifade ediyordu, %76.9'u aynı gün ve/veya 1 gün sonra başvurmuştu. En geç aspirasyon öyküsü 5 yıl ve 13 yıl sonra idi. Yaklaşık yarısında (%46.2) herhangi bir semptom yok iken, en sık semptomlar öksürük, nefes darlığı ve göğüsde ağrı idi. Morarma şikayeti olan 1 hastanın yabancı cisimi trakeada idi. En sık aspire edilen cisim sıklık sırasına göre toplu iğne (n= 23,%59), gıda artığı (n=6, %15.4), inorganik maddeler; kalem, şişe kapakları, kağıt mendil (n=4, %10.3), diş (n=3, 7.7) idi. Posteroanterior akciğer grafisinde hastaların %69.2'sinde filmde yabancı cisim direkt izlenirken, 6 hastada pnömonik infiltrasyon, 1 hastada havalanma artışı görüldü. Beş hastanın grafisi normal olarak değerlendirildi. Yabancı cisimler en sık sağ alt lobda (%41) görülürken, bunu sırasıyla sol ana bronş-üst lob (%17.9), sol alt lob (%12.8) ve sağ ara bronş (%12.8) izledi. Hastaların %97.1'inde rijit bronkoskop ile YC çıkartıldı, 11 hastada cerrahi işlem uygulandı.

Tablo 1. Hastaların özellikleri, n=39	
Yaş, SD±	32.90 ± 19.04
Cinsiyet	
Erkek, n (%)	13(13.3)
Kadın, n (%)	26(66.7)
Herhangi bir risk faktörü, n (%)	7 (17.9)
Yabancı cisim aspirasyon öyküsü, n (%)	34(87.2)
Semptomlar	
Yok, n (%)	18(46.2)
Öksürük, n (%)	8 (20.5)
Nefes darlığı, n (%)	4 (10.3)
Göğüsde ağrı, n (%)	3(7.7)
Aspire edilen yabancı cisim	
Toplu iğne, n (%)	23(59)
Gıda artığı, n (%)	6 (15.4)
İn organik maddeler, n (%)	4 (10.3)
Diş (protez, takma) , n (%)	3 (7.7)
Raptiye, trakeostomi kanülü, n (%)	2 (5.1)
Cam parçası, n (%)	1 (2.6)
PA akciğer grafi	
radyoopak yabancı cisim, n (%)	27(69.2)
Pnömonik infiltrasyon, n (%)	6 (15.4)
Normal grafi, n (%)	5(12.8)
Havalanma artışı, n (%)	1(2.6)
Hastanede ortalama yatış süresi, SD±	2.95±3.5
Fiberoptik bronkoskopi, n (%)	16(41)
Rijid bronkoskopi, n (%)	38 (97.1)
Cerrahi işlem, n (%)	11(28.2)

Tablo 2. Yabancı cisimlerin yerleşim yerleri (n=39)	
Lokalizasyon	Sayı (%)
Larinks, epiglot	1 (2.6)
Trakea	3(7.7)
Sağ ana bronş	1 (2.6)
Sağ ara bronş	5 (12.8)
Sağ orta lob	1 (2.6)
Sağ alt lob	16 (41)
Sol ana bronş- üst lob	7 (17.9)
Sol alt lob	5 (12.8)

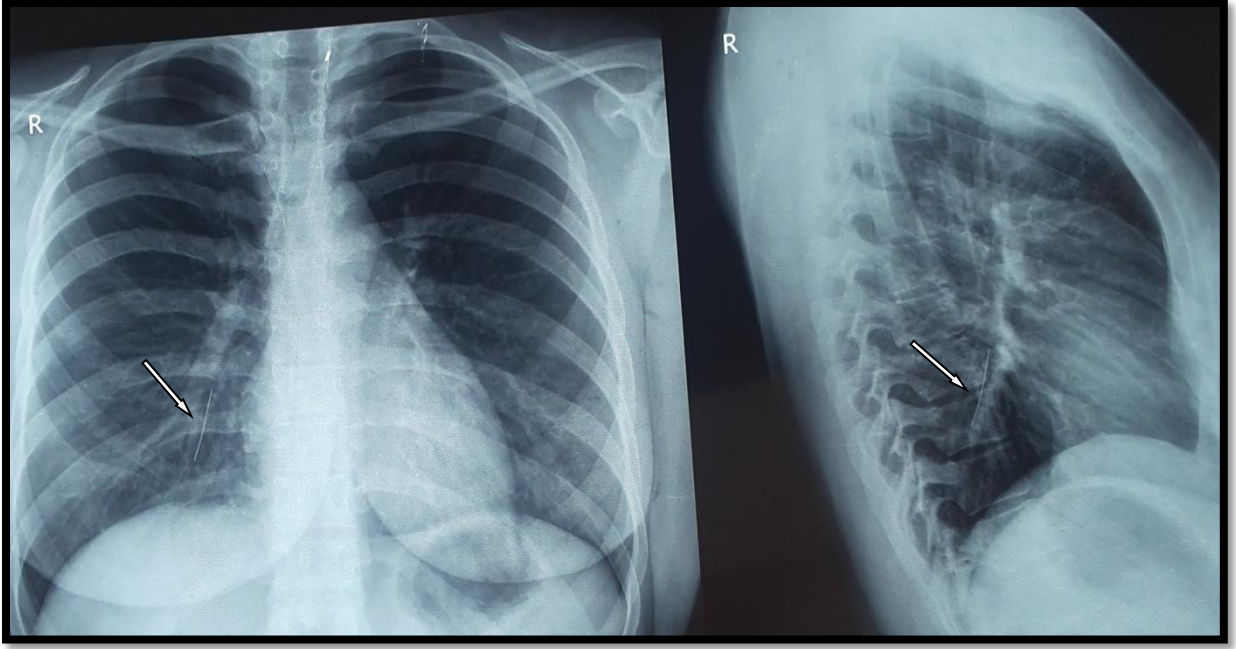


Figure 1. PA ve sağ yan akciğer grafi: sağ alt zonda radyopak iğne görünümü

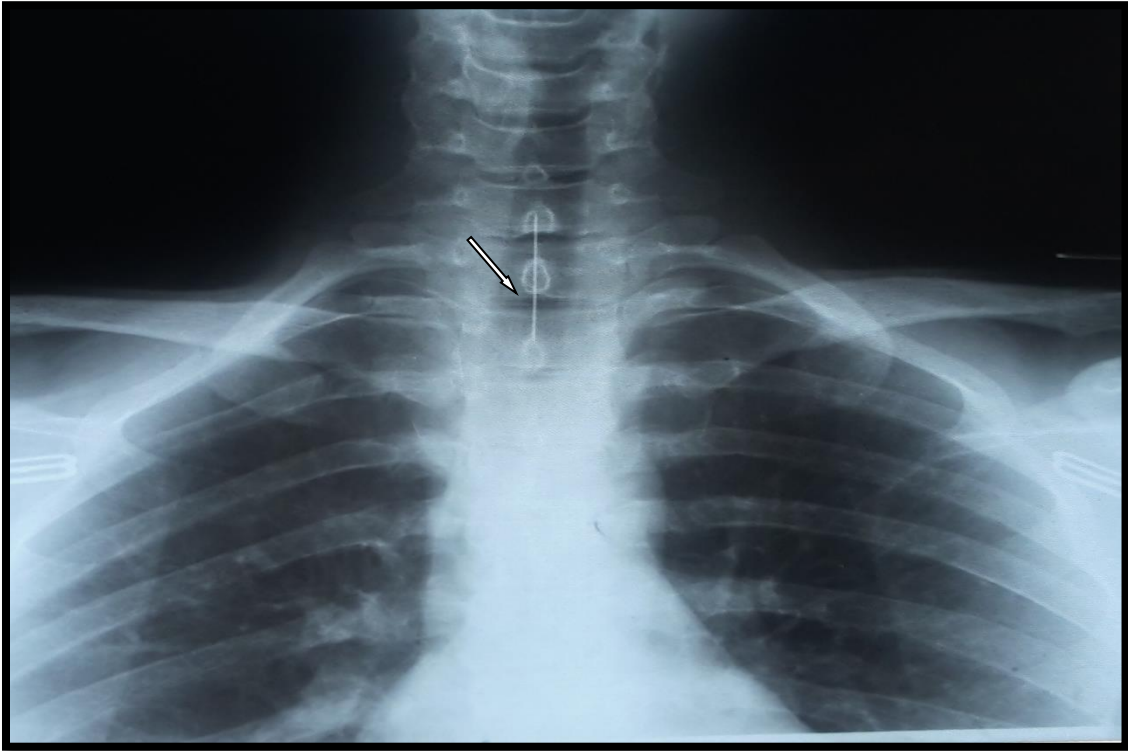


Figure 2. PA akciğer grafi: trakeada radyopak iğne görünümü

## Tartışma

Hastaların çoğunluğu kadın idi ve en sık aspire edilen yabancı cisim türban iğnesi idi. Amannezde hastaların birçoğu aspire ettikleri cisimi tarif ettiler. En sık görülen radyolojik bulgu grafide radyopak yabancı cisim görünümü olmakla beraber daha az sıklıkla normal grafi, pnömonik infiltrasyon ve hava hapsi izlendi. Rijit bronkoskopi ile YC 'lerin çoğu uzaklaştırıldı, az sayıda olguda cerrahi işlem uygulandı. Hasta grubumuzda en sık aspire edilen materyel türban iğnesi idi. Büyük bölümünün anamnezinden aspire ettikleri cismin niteliği öğrenildi. En sık görülen radyolojik görüntü radyopak yabancı cisim görünümü idi. Daha az sıklıkla pnömonik infiltrasyon, hava hapsi veya tamamen normal grafi şeklinde görüldü. En sık aspire edilen yer trakeobronşial ağacın sağ alt lobe ve sol ana bronş idi. Rijid bronkoskopi ile çoğu trakeobronşiyal YC'ler uzaklaştırılırken az sayıda hastada cerrahi işlem uygulandı.

Yabancı cisim aspirasyonlarında , başvurduğu 1.basamak resmi sağlık kuruluşunda iyi bir anamnez ile tanıdan şüphelenmek,2. veya 3.basamak resmi sağlık kuruluşlarına ileri tetkik için yönlendirmek çok önemlidir.İleri merkezlerde anamnez yanısıra istenen radyolojik inceleme çoğunlukla YC aspirasyon tanısı için yeterlidir. Şüpheli duyulan hastalarda bronkoskopi ile değerlendirmek gerekir. Yabancı cisim çıkartılmasında bronkoskopik yöntemlerle başarı sağlanamazsa cerrahi işlemler kullanılabilir

## Sonuç

Hasta grubumuzda en sık aspire edilen materyel türban iğnesi idi. Büyük bölümünün anamnezinden aspire ettikleri cismin niteliği öğrenildi. En sık görülen radyolojik görüntü radyopak yabancı cisim görünümü idi. Daha az sıklıkla pnömonik infiltrasyon, hava hapsi veya tamamen normal grafi şeklinde görüldü. En sık aspire edilen yer trakeobronşial ağacın sağ alt lobe ve sol ana bronş idi. Rijid bronkoskopi ile çoğu trakeobronşiyal YC'ler uzaklaştırılırken az sayıda hastada cerrahi işlem uygulandı.

Trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonlarında , başvurduğu 1.basamak sağlık kuruluşunda iyi bir anamnez ile tanıdan şüphelenmek, 2. veya 3.basamak sağlık kuruluşlarına ileri tetkik için yönlendirmek çok önemlidir.İleri merkezlerde anamnez yanısıra istenen radyolojik inceleme çoğunlukla YC aspirasyon tanısı için yeterlidir.Şüpheli duyulan hastalarda bronkoskopi ile değerlendirmek gerekir. Yabancı cisim çıkartılmasında bronkoskopik yöntemlerle başarı sağlanamazsa cerrahi işlemler kullanılabilir.

## Kaynaklar

1. Hasdıraz L, Biçer C,Bilgin M, Oğuzkaya F. Turban pin aspiration: non-asphyxiating tracheobronchial foreign body in young Islamic women. Thorac cardiovasc Surg 2006;54: 273-5.
2. Gürsu S, Mehmet Sırmalı M, Gezer S, Fındık G. Yetişkinlerde trakeobronşial yabancı cisim aspirasyonları. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2006;14:38-41

## **HBV AŞISININ KORUYUCULUK SÜRESİ ve BUNA ETKİ EDEBİLECEK BAZI FAKTÖRLER**

Adem DURMAZ<sup>1</sup>, Muhsin Ertuğrul Şen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aile Hekimi Uzmanı. Kütahya Merkez Yıldırımbevizit ASM

<sup>2</sup>Akçaabat Sebat Aile Sağlığı Merkezi, Trabzon

### **Özet:**

Hepatit B aşısı rutin aşılamaya da olup Türkiyede de yaklaşık 20 yıldır uygulanmaktadır. Genellikle 15 yıl kadar koruyuculuğunun devam ettiği kabul edilir. Araştırmamızda son üç yıl içinde check-up programında yer alan okul taramalarında yapmış olduğumuz kan tetkikleri incelenmiş ve Hepatit B antikor titrelere değerlendirilmiştir. Antikor titrelerinin gerçekten 15 yıldan sonra bariz şekilde düştüğüne koruyuculuğun azaldığı tespit edilmiştir, ayrıca antikor oluşturmada ve yıllar içerisinde bu titrelerin düşüşünde cinsiyet faktörünün etkili olabileceği gözlenmiştir.

### **Giriş ve Amaç:**

HBV;Hepadnaviridae ailesinde yer alan bir DNA virüsüdür.Dünya Sağlık Örgütü, ilk önce 1991 de HBV enfeksiyonuna sık rastlanan ülkelerde aşılamaya önermişse de, daha sonra 1997 yılında tüm dünyada her yenidoğan bebeğe HBV aşılanmasını önermiştir.

Türkiyede 1998 Ağustos ayından itibaren 0-1 yaş arası bebeklere 0.-1. ve 6. aylar olacak şekilde toplam 3 doz aşı takvimi uygulanmaktadır. 15 yıl koruyucu olduğu kabul edilmektedir.

Bu çalışmanın amacı HBV aşısının koruyuculuk düzeyleri gerçekten 15 yıldan sonra azalıyor mu? ve buna etki edebilecek herhangi bir değişken var mı? Değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

### **Yöntem:**

ASM'mize okul taraması ve check up yaptırmak amacıyla son 3 yıldır başvurmuş 102 adet 4-20 yaş arası hastamızdan, ailelerinin de onayı alınarak kan tetkikleri yapıldı. Bu kanlar Antigen – Antikor Testi ile ( About 1600SR ) yöntemi ile çalışıldı ve HbsAb ya bakıldı. Son aşı dozu 6. ay olduğu için 15 yaş 6 ay altı ve üstü olan gruplar oluşturuldu ve antikor titreleri karşılaştırıldı. Aynı zamanda antikor (Hbs Ab) titresi 10 'un üzerinde olan (yani koruyucuğu devam eden) başka bir grupta oluşturuldu. Koruyuculuğu devam edenler- de de Antikor düzeyleri değerlendirildi.

### **Bulgular:**

Çalışmamıza 102 hasta dahil edildi; Bunların 44'ü Kız , 58 'i Erkek idi. Yaş grubu olarak özellikle 20 yaş altı seçildi.(Çünkü 1998 yılından itibaren HBV aşısı rutin aşılamaya dahil edilmişti. Kayıtlarına ulaşamadıklarımızın aile öyküsü- ne başvuruldu). İki hastamızda kan değerleri 1000 Ü 'nin üzerinde bulundu. Bunlar çalışma dışı bırakıldı. Vaka sayısı 100 oldu. Bunlardan birinin, takip eden Çocuk uzmanı tarafından antikor titresi düşük olduğu için aşılamaya alındığı; diğerinin ise evde HBV taşıyıcı ebeveyn olduğu için aşılarının tekrarlandığı öğrenildi.

-Hasta sayıları yaş gruplarına göre: <15 yaş =70 kişi, >15 yaş =30 kişi

-Antikor düzeylerine bakıldığında:<15 yaş Ab ortalaması= 23,44 Ü , >15 yaş Ab ortalaması= 14,66 Ü

-15,5 yaş altı hem koruyuculuk oranı hem de antikor titresi belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur.

-Erkeklerde antikor titresi 20,67 iken ,kızlarda 37,34 olarak bulunmuştur. Yani kızlarda %80,59 daha çok antikor değeri tespit edilmiştir.

-Koruyuculuğu devam eden grup değerlendirildiğinde ise kızlarda antikor titresinin erkeklerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

#### **Tartışma:**

HBV aşısının yaklaşık 15 yıl koruyucuğu devam etmektedir ve zamanla antikor düzeyleri düşmekte böylece koruyuculuğu azalmaktadır. Yaptığımız bu çalışmada kızlarda, aşıya bağlı antikor sentezinin daha fazla olduğu (%80,59) gözlenmiştir. Yani antikor sentezleme kabiliyeti kadın cinsiyette daha fazladır. Ama 15,5 yaş üzerinde ise koruyucu antikor düzeyi, erkeklerde daha fazla kanda yüksek kaldığı gözlendi. Yani antikor eliminasyonu 15,5 yaş üzerinde erkeklerde daha yavaştır.

#### **Sonuç:**

-Hepatit B aşısının antikor titresinin aşından 15 yıl sonra kızlardan yüksek olması; erkeklerde ki metabolik veya hormonal değişikliklere bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

- Yada kızlarda belli bir yaştan sonra antikor eliminasyonun daha hızlı olabileceği ki (tüm çocukların TSH ve FT4 değerleri normaldi) düşünülmekte olup bu da ayrı bir araştırma konusu olabilir.

#### **Kaynaklar:**

1- <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0402/hepatit.pdf>

2-TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hepatit B aşılması hakkında Genelge 4-6-1998/6856

3-<https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2013/10/SAĞLIK-ÇALIŞANLARINDA-BAĞIŞIKLAMA-27.02.2014.pdf>

4-<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/108018>

5-file:///C:/Users/xdsqu/Desktop/HEPATİT%20B%20Ab/dr\_burcin\_nalbantoglu.pdf

**STATISTICAL EVALUATION OF SYRIAN MIGRANT PATIENTS APPLYING TO THE ONCOLOGY CLINIC IN MARDIN PROVINCE**

**Dr.Öğr. Üyesi Aydın Aytekin**

**Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji. Van/Türkiye**

**aytekxx@gmail.com**

**Abstract:**

**Introduction:** Cancer is the leading health problem in almost every country in terms of mortality and morbidity rates. Today, it is the second leading cause of death worldwide after cardiovascular diseases. There are differences in the frequency of malignant tumors in people living in different geographical areas. Many factors such as environmental conditions, the degree of industrialization of the country, socioeconomic level of the people, feeding habits and heredity may be effective in this difference. The aim of this study was to evaluate the cancer statistics of Syrian migrant patients admitted to the oncology clinic in Mardin.

**Patients and Method:** The medical records of patients admitted to Mardin State Hospital Medical Oncology Department between 2014-2018 were retrospectively reviewed. Patients over 18 years of age were included in the study. Age, gender, diagnosis and stages at diagnosis of the patients were recorded.

**Results:** The median age of 91 patients was 53.66 (18-79) years. There was 49 female (53.8%) patients and 42 (46.2%) male patients. The median age was 55.71 (27-78) for males and 49.50 (18-79) for females. The five most common cancers in the whole group were: breast cancer (n = 25, 27.5%), colorectal cancers (n = 20, 22%), lung cancer (n = 12, 13.2%), head and neck cancers (n = 6, 6.6%), prostate cancer (n = 5, 5.5%) and testicular cancer (n = 4, 4.4%), respectively. In men, this ranking was colorectal (n = 13, 31%), lung cancer (n = 10, 23.8%), prostate (n = 5, 11.9%), testicular (n = 4, 9.5%), pancreatic (n = 3, 7.1%) and bladder cancer (n = 2, 4.8%); and on the other hand in women this ranking was breast (n = 24, 49%), colorectal (n = 7, 14.3%), head and neck (n = 5, 10.2%), thyroid (n = 3, 6.1%) and stomach-over-lung cancers (equal ratio, n = 2, 4.1%). The most common presentation stage was stage 2 (n = 33, 36.3%) in the whole group, stage 2 (n = 22, 44.9%) in women and stage 4 (n = 13, 31%) in men. Histologically, adenocarcinoma (n /%; 25 / 59.5 and 37 / 40.7, respectively) was the most common histological type in male patients and in the whole group, whereas ductal and lobular carcinomas of the breast were the most common type in women (n = 21, 42.9%).

**Discussion and Conclusion:** According to Globocan 2012 Data Published by the International Agency Research on Cancer (IARC), the distribution of the five most common cancer types in men is reported as the following: Lung, prostate, colorectal, stomach and liver cancer in the world; Prostate, lung, colorectal, bladder and kidney cancer in Europe (EU) (28 countries); Prostate, lung, colorectal, bladder and kidney cancer in USA; lung, prostate, colorectal, bladder and stomach cancer in Turkey. According to the same data, the five most common cancers in women are reported as follows: Breast, colorectal, uterine cervix, lung and uterine corpus tumors in the world; breast, colorectal, lung, uterine corpus and cervix tumours in EU; breast, lung, colorectal, thyroid and uterine cancer in USA and breast, thyroid, colorectal, lung and uterine corpus tumors in Turkey. The first 5 cancers in Syrian patients are as follows: Breast, Colorectal, Lung, Head-neck, prostate cancer. Especially the frequency of breast and colorectal cancer seems to be high, and studies with larger patient groups are needed.

**Keywords:** Cancer, Syrian migrants, statistic, frequency

**Kolorektal kanserin önemli bir semptomu: Hematokezya**

Op.Dr.Çağrı Akalın

Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ordu, Türkiye

**Amaç**

Hematokezya, alt gastrointestinal sistem (GIS) kanamasının önemli semptomlarından biridir. Kanamanın şiddetine bağlı olarak birinci basamak sağlık kurumlarından itibaren acil servise kadar geniş bir yelpazede başvuru olabilmektedir. Yetişkinlerde yaşa bağlı sıklığında artış görülmekte olup etiyoloji yaşa göre değişmektedir. %85 kendini sınırlama özelliğine sahip olması tanınan önemin ikinci planda kalmasına sebep olabilir. Bu çalışmada amaç hematokezya ile başvuran hastaların demografik verilerini, kolonoskopi ve histopatolojik sonuçları retrospektif olarak sunmaktır.

**Yöntem**

Ocak 2014-Haziran 2019 tarihleri arasında merkezimize hematokezya ile başvurup endoskopi ünitesinde kolonoskopi yapılan 117 hasta retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, kolonoskopi ve histopatolojik sonuçları kaydedildi.

**Bulgular**

Hastaların yaş ortalaması 56.34±8.23 (29-73) saptandı. Kadınların yaş ortalaması 57.11±7.41, erkeklerin yaş ortalaması 55.64±8.93 saptandı. 117 hastanın 56'sı (%47.9) kadın, 60'ı (%52.1) erkek cinsiyette idi. Hastaların 42'sinde (%35.9) hemoroidal hastalık, 33'ünde (%28.2) polip, 11'inde (%9.4) divertikül, 11'inde (%9.4) malignite, 10'unda (%8.5) inflamatuvar bağırsak hastalığı, 6'sında (%5.1) anjiodisplazi, 4'ünde (%3.4) rektal ülser saptandı. Polip saptanan 33 hastanın 14'ünde (%42.4) tübüler adenom, 7'sinde (%21.2) hiperplastik polip, 7'sinde (%21.2) tübülovillöz adenom, 5'inde (%15.2) villöz adenom saptandı.

**Sonuç**

Hematokezya, hemoroidal hastalık gibi iyi huylu bir hastalığın göstergesi olabileceği gibi karsinom gibi önemli bir hastalığın da habercisi olabilir. Bu nedenle, hematokezya ile başvuran hastada, kesin tanıyı koymak ve maligniteyi erken saptamak amacıyla alt GIS endoskopisi geciktirilmeden yapılmalıdır.

<b>Tablo 1.</b> Kolonoskopik bulgular	
Bulgular	N (%)
Hemoroidal hastalık	42 (%35.9)
Polip	33 (%28.2)
Divertikül	11 (%9.4)
Malignite	11 (%9.4)
İnflamatuvar bağırsak hastalığı	10 (%8.5)
Anjiodisplazi	6 (%5.1)
Rektal ülser	4 (%3.4)
Toplam	117
N: Sayı, %: Yüzde.	



## Bir Grup Yaşlı Hastada Kalan Diş Sayısının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

**Burak SADIK<sup>1</sup>, Elif SADIK<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Özel Kozmetik Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği, Ordu

<sup>2</sup> Ordu Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.D., Ordu

**Amaç:** Ağız sağlığının korunması, ağız içi hastalıkların önlenmesi ile, başta sindirim sistemi olmak üzere diğer vücut sistemlerinin sağlığı yönünden de önemlidir. Son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ağız sağlığının ölümcül kronik hastalıkların önlenmesindeki önemini kabul ederek, ağız hastalıkları ile genel sağlık arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Ağız sağlığının bozulması ve diş-dişeti hastalıkları, dişlerin kaybı ile sonuçlanabilmektedir. Hastalardaki eksik diş sayısı, mevcut veya geçirilmiş periodontitis için bir belirteç olarak görülebilir. DSÖ ağız sağlığı için tedavi hedefini, yaşam boyu korunmuş, fonksiyona girebilen, estetik kaybı olmayan doğal dişlerin en az 20 adet olması ve protezlere başvurmayı gerektirmemesi olarak belirtmiştir. Bu çalışmanın amacı bir grup yaşlı hastanın panoramik radyografilerinde tespit edilen kalan diş sayısının retrospektif olarak değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Bu çalışmaya Mayıs 2018-Ağustos 2019 tarihleri arasında diş hekimliği fakültesine başvuran 65 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi. Hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelenerek yaş ve cinsiyet bilgileri ile panoramik radyografilerinde tespit edilen diş sayıları kaydedildi. Veriler tanımlayıcı istatistik ve Pearson ki-kare testi ile analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışma grubuna dahil edilen 673 hastanın (kadın/erkek; 299/374) yaş ortalaması 74,53±6,12 idi. İncelenen panoramik görüntülerde 195 hastada (%28,98) tam dişsizlik, 116 hastada (%17,24) ise 20 ve üzeri sayıda diş tespit edildi. Sırasıyla kadınlarda ve erkeklerde tam dişsizlik oranı %38,46 ile %21,39; 20 ve üzeri sayıda diş bulunma oranı ise %14,1 ile %19,79 olarak belirlendi. Cinsiyet ve kalan diş sayısı arasında anlamlı ilişki tespit edildi ( $p<0.0001$ ).

**Sonuç:** Dişlerin kaybedilme nedenlerinden biri olan periodontal hastalıkların sistemik hastalıklarla bağlantısının araştırmalarındaki yeni bulgular kayıp diş sayısının önemini vurgulamaktadır. Bu çalışmanın sonuçları, genel tıp hekimlerinin hastalarını dental değerlendirme için sevk etmeleri açısından yararlı bir gösterge olabilir.

## SÖZEL 26

### TRABZON İLİNDE 2002-2014 YILLARI ARASINDA HİPERTANSİYON PREVALANSININ SEYRİ: TRABZON HİPERTANSİYON ÇALIŞMASI

Dr İrfan Nuhoglu

KTÜ Tıp Fak Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim dalı

Amaç:

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en önemli ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır (KVH). Hipertansiyon KVH ve inmenin en önemli değiştirilebilir risk faktörüdür. Dünyada her yıl 9.4 milyon insan hipertansiyondan dolayı ölmektedir. Gelişmiş ülkelerde HT prevalansı % 22.9 iken gelişmekte olan ülkelerde bu oran % 37.3 olarak bildirilmiştir. Bu yönüyle HT özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir halk sağlığı problemi olmaktadır. Hipertansiyonun erken ve uygun tedavisi ile bu ölüm sıklığı en az %25 oranında azaltılabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı Trabzon ilinde erişkin popülasyonda hipertansiyon prevalansının güncel durumunu ve yıllar içindeki değişimini değerlendirmek ve bu sonuçlar ışığında toplum sağlığı açısından gerekli önerilerinde bulunmaktır.

Yöntem:

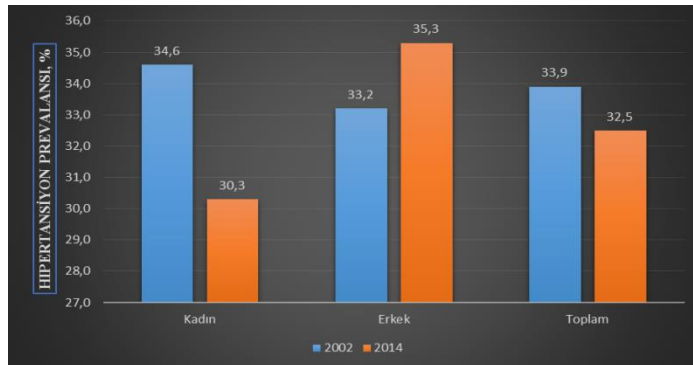
Trabzon ilinde HT prevalansındaki yıllar içindeki değişimi saptamak için 2013-2014 yıllarında 20 yaş ve üzeri popülasyonda 3721 kişiyi randomizasyon yöntemi ile taradık ve bulduğumuz sonuçları 2002 yılında aynı alanda 5016 kişi ile yapılan çalışmanın verileri ile karşılaştırdık. Her iki çalışma random örnekleme yöntemi ile seçilen kesitsel saha çalışmalarıydı. Trabzon il merkezi ve dokuz ilçe çalışmaya alındı. Ortalama yaş birinci çalışmada  $47.8 \pm 13.8$ , ikinci çalışmada ise  $44.7 \pm 14.9$  idi. Çalışmaya katılanlarının hepsinin andropomedrik ölçümleri yapıldı, beden kitle indexleri hesaplandı ve *Joint National Committee (JNS)* klavuzuna göre taniyon sınıflaması yapıldı.

Bulgular:

Hipertansiyon prevalansı 2002 yıllarında %33.9 iken bizim çalışmamızda %1.4'lük bir azalma ile %32.5 olarak bulundu. Bu süre zarfında HT prevalansı kadın cinsiyette belirgin olarak gerilerken (%34.6'dan %30.3'e), erkeklerde bir miktar artış gözlemlendi (%33.2'den %35.3'e) (grafik 1). Kadınlardaki bu azalış yıllar içinde hipertansiyon konusunda toplumsal bilincin artmasına, diyet alışkanlıklarındaki olumlu değişimlere bağlanabilir. Erkeklerde son yıllarda obezite sıklığında artış ve sedater yaşam biçimi HT prevalansındaki minimal artışın nedeni olabilir

Sonuç:

Trabzon ilinde özellikle HT prevalansı yıllar içinde bir miktar azalsa da erkek cinsiyette artma eğilimindedir. Toplum sağlığına yönelik ciddi bir tehlike oluşturan hipertansiyonun önlenmesine yönelik yeni ve etkili sağlık politikaları geliştirilmelidir.



Grafik 1- Trabzon ilinde 2002-2014 yılları arası HT prevalansının seyri

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniğine Aynı Anda Sigara Bırakmak İçin Başvuran Evli Çiftlerin Sigara Bırakma Oranlarının Diğer Evli Sigara Bağımlıları ile Uzun Vadede Karşılaştırılması**

**Mustafa Ünal<sup>1</sup>, Bektaş Murat Yalçın<sup>1</sup>, Esra Yalçın<sup>2</sup>**

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.
2. Gazi Devlet Hastanesi, Nöroloji Departmanı, Samsun

**Amaç:** Sigara bağımlılığı tüm çabalara karşın ülkemizde giderek artan bir sıklıkla izlenmektedir. Sigara içen kişiler sigara bırakma dönemlerinde karşılaştıkları sosyal ve psikolojik problemlerle başa çıkabilmeleri için ciddi desteğe ihtiyaç göstermektedirler. Bu fayda belki de en çok aynı anda sigara bırakmaya karar veren evli çiftlerde izlenmektedir. Bu çalışmanın amacı aynı anda sigarayı bırakmaya karar vermiş evli çiftlerin diğer evli kişilere göre sigara bırakma başarılarının değerlendirilmesidir. **Yöntem:** Çalışmamız kesitsel, gözlemsel, tanımlayıcı ve analitik bir çalışmadır. OMÜTF Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniğine gelen 18-65 yaş aralığındaki hastaları 15.01.2016 ile 15.01.2018 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu aynı anda sigara bırakmak için başvuran 42 evli çift ve kontrol grubunu ise rastgele seçilen 84 evli (erkek n=42) sigara bağımlısı oluşturmuştur. Bu kliniğimizdeki standart üç aylık yaklaşım uygulanmış ve tedavi başlanmıştır. İlk başvurularından bir yıl sonra iki grup arasındaki başarı oranları değerlendirilmiştir.

**Sonuç:** Her iki grubun ortalama yaşları, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Skoru ve Paket yıl skorları arasında bir fark yoktu ( $p>0.005$ ). Çalışma grubunun %56'sına NRT başlanırken 37'sini Vareniklin başlandı. Kontrol grubunda ise 44 kişiye NRT başlanmışken, vakaların %48'ine Vareniklin başlandı. Her iki grubun aldığı tedavilerin farkları açısından aralarında bir fark yoktu ( $X^2=0,987$ ,  $p=0,366$ ). Bir yıl sonra arandığında çalışma grubunda sigarayı bırakma oranı %36 iken bu oran kontrol grubunda %29 civarında idi ( $X^2=1,255$ ,  $p<0,001$ ).

**Tartışma:** Çalışmamız sigara içen çiftlerin aynı anda sigara bırakmasının tek başına sigara bırakanlara göre daha başarılı olduğunu göstermiştir. Bu durumun daha geniş çalışmalarla irdelenmesi gerekir

Anahtar Kelimeler: Sigara, Evlilik, Sigara Bırakma

**Samsun İlinde Çalışan Birinci Basamak Hekimleri ile Diğer Uzmanlık Dallarındaki Hekimler Arasında Bir Sağlık Sendikasına Dâhil Olma Oranları ve Sendikal Bağlılık Özellikleri**

Mustafa ÜNAL\*, Bektaş Murat YALÇIN\*\*, Esra YALÇIN\*\*\*

\*Araş.Öğr.Üyesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.

\*\*Prof.Dr.Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.

\*\*\*Uzm.Dr.Gazi Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği

**Amaç:** Sendikalar, gelişmiş demokratik toplumlarında sosyal haklar bağlamında en önemli unsurlarından biridir. Kayıtlı üyelerinin sosyal ve iş haklarını korumak için yasal bir örgütlenme olan sendikalar çeşitli iş gruplarına hizmet vermektedirler. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hekim haklarının korunmasına yönelik pek çok sendika mevcuttur. Eldeki veriler ülkemizdeki hekimlerin sendikalaşma konusuna mesafeli bir tavır takındıklarını göstermektedir. Çalışmamızda aile hekimliği (AHH) ve diğer dal (ADH) uzmanlık uzman hekimlerini sendikal bilgi, tutum ve algıları incelenmiştir. Sendikal üyeliği olanların sendikal bağlılık özellikleri değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** Çalışma evrenini 2015-2016 yılları arasında Samsun ilinde aktif görev yapan ADA ve DDA oluşturmuştur. İlk olarak çeşitli kanallardan (il kapsamındaki uzmanlık mesaj grupları veya yüz yüze) katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Gönüllü katılımcılara internet üzerinden cevaplayacakları 62 soruluk (9 demografik, 25 sendikal algı ve tutum, 28 sendikal bağlılık) çoktan seçmeli bir anket uygulanmıştır. Veriler SPSS 23.0 paket programı kullanılarak işlenmiş ve istatistiksel analizleri yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamıza 105'i (%49,3) erkek, 108'i (%50,7) kadın toplam 213 kişi dâhil edilmiştir. Katılımcıların %45,5'i AHH (n=96) ve %55,5'i (n=117) DDH'dır. AHH'ların ortalama yaşı  $32\pm 0,8$  iken DDH'ların  $28\pm 1,2$ 'dir ( $t=1.205$ ,  $p<0,025$ ). AHH'ların %81,4 ve DDA de %56,9 evlidir. AHH'ların %58,6'sinin ve DDH'ların %67,2'sinin eşinin mesleği doktorluktur. AHH'larının %76,4'sı (n=67) ve DDH'larının %23,6'sı (n=28) bir sağlık sendikasına üyedir ( $\chi^2=2.548$ ,  $p<0,001$ ). Bir sağlık sendikasına üye olmanın uzmanlık branşına bağlı olduğu izlenmiştir. Eşlerin sendikalı olma durumu sendika üyeliğini teşvik ettiği tespit edilmiştir ( $\chi^2=2,785$ ,  $p<0,001$ ). Sendika üyelik yılı ortanca değeri 3'tür. Katılımcıların %84'ü birden fazla sendika olmasının siyasi farklılaşmadan kaynaklandığını düşünmektedir. AHH'ların %35,2'si mesleki farklılıklar nedeniyle ayrı sendikalar olmalı görüşünü desteklerken DDH'larında bu oran %44 dür. Sendikalılığın önemine inanmak, sendikal sadakat, sendikaya karşı sorumluluk, sendika için çaba sarf etme konusunda gönüllü olma faktörleri AHH'larda daha yüksektir.

**Sonuç:** Cinsiyet ve branşının sendika üyeliğini etkilediği görüldü. AHH'lerin sendikal örgütlenmeye karşı daha duyarlı ve sendikal bağlılıklarının daha fazla olduğu tespit edildi. Sendikaların siyasetle olan bağlantısı aile hekimliği branşı tarafından daha kolay kabul edilirken diğer branşların bu konuya çoğunlukla eleştirel yaklaştıkları anlaşıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Sendika, Aile Hekimliği, Sosyal Haklar

## **Trabzon'da Yürürlükteki Serviks Kanseri Tarama Programının Kitlelere Ulaşılabilirliğinin Türkiye Verileri ile Karşılaştırılmalı Değerlendirilmesi**

Abdullah Kaan Kurt<sup>1</sup>, Hidayet Şal<sup>2</sup>, Miraç Özalp<sup>3</sup>, Ömer Demir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı

**Amaç:** Trabzon ilindeki serviks kanseri tarama farkındalığının etkinliğinin ve ülke geneli ve il olarak ne ölçüde kitlelere ulaşabildiğimizin değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Karadeniz Teknik Üniversitesi Aile hekimliği ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalları ortaklığında tasarlanan bu çalışmada, 1 Ağustos 2014 yılı ile 30 Mayıs 2019 yılları arasında serviks kanseri tarama programına alınan olguların Trabzon Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkez'leri (KETEM) verileri ile Türkiye geneli KETEM verilerine ulaşılmış ve karşılaştırılması planlanmıştır.

**Bulgular:** Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2018 yılında toplam reproduktif dönemde 21.331.734 kadın, Trabzon ilinde ise 201.385 kadın vardır. Türkiye geneli KETEM verilerine göre, serviks kanseri tarama programı başladığından beri tarama programına alınan toplam 4.228.616 olgu vardır (%19.8). Trabzon ili KETEM verilerine göre ise tarama programına alınan 38.550 kadın mevcuttur (%19.1). Bu olguların Türkiye geneli ve Trabzon' da HPV (Human Papilloma Virus) pozitifliği oranı sırasıyla %4,3 ve %3,83 olarak bulunmuştur.

**Sonuç:** Serviks kanserinin taranmasındaki temel amaç; ülke çapında oluşturulacak ulusal bir tarama programını hedef popülasyona uygulayarak, servikal patolojileri henüz premalign veya erken evrede iken tespit etmek, etkin ve basit yöntemlerle tedavi etmek suretiyle de invazif kanser sıklığını, buna bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürerek olası karmaşık ve pahalı tedavileri önlemektir.

Verilere bakıldığında taramada henüz istenen seviyenin hem ilimizde hem de ülke genelinde altında kaldığını görmekteyiz. Aile hekimleri ve Kadın Hastalıkları ve Doğum doktorları olarak yapmamız gereken bize başvuran 30-65 yaş arası tüm popülasyona bu tarama programından, öneminden, sağlayacağı yararlardan bahsetmek ve onları programa katılmaya teşvik etmektir.

**Anahtar Kelimeler:** Serviks kanseri, Aile hekimliği, Tarama

### Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Tiroid Kanserli Vakaların Retrospektif Analizi

Mehmet Naci Aldemir<sup>1</sup>, Ayşegül Sakin<sup>2</sup>, Murat Alay<sup>3</sup>, Mustafa Öztürk<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları ABD, Tıbbi Onkoloji BD, Van

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç hastalıkları, Van

<sup>3</sup>Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları ABD, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD, Van

<sup>4</sup>Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları ABD, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD, İstanbul

**Giriş:** Tiroid kanseri endokrin sistemin en yaygın tümörüdür. Endokrin sistem kanserlerinin %90'ını oluşturur. Tiroid kanserlerinin çoğu asemptomatik veya lokal servikal semptomlar, adenopati ile ilişkili tiroid nodülleri şeklinde prezente olur. Tiroid kanserleri daha nadir olarak pulmoner kitle veya kemik ağrısı gibi metastatik hastalık bulguları ile ilk kez kendisini gösterir. Bu çalışmada tiroid kanseri tanısı alan hastaların özelliklerinin retrospektif olarak incelenmesi amaçlandı.

**Materyal ve Metod:** Bu çalışmaya 1989–2011 yılları arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran tiroid kanseri tanılı hastalar alındı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, hastalara tanı esnasında ve takipte uygulanan işlemler, aldıkları tedaviler ve laboratuvar değerleri retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya 407 hasta alındı. Hastaların ortalama tanı yaşı 44,7 (11–90) yılıdır. Hastaların 336'sı (%82,6) kadındır. Hastaların klinik ve demografik özellikleri Tablo-1'de görülmektedir. Histopatolojik tip olarak %82,3'ü papiller karsinom, %7,6'sı folliküler karsinom, %7,4'ü medüller karsinom ve %0,5'i anaplastik karsinomdu. Tüm histolojik alt tiplerde kadın hasta sayısı anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Hastaların %33,9'una tiroid ince iğne aspirasyon biopsisi (TİİAB) yapılmış ve %85'inde sonuç, malignite şüphesi veya malignite olarak saptanmıştı. Papiller kanserli olgularda %34,9 oranında lokal lenf bezi tutulumu tespit edilirken, folliküler kanserli olgularda bu oran %11,1 olarak bulundu. Hastaların %18,2'sinde geçici hipoparatiroidizm, %3,7'sinde kalıcı hipoparatiroidizm gelişmişti. Hastaların %55'i radyoaktif iyot (RAİ) tedavisi almıştı. Erkek hastalarda kadın hastalara göre daha fazla lenf bezi metastazı saptanmıştı. RAİ alan hastalarda son başvurusundaki tiroglobülin değeri RAİ almayan gruba göre anlamlı olarak daha düşük saptandı.

**Sonuç:** Çalışmamızda bölgemizde en sık görülen alt tipin papiller karsinom olduğu ve tüm histolojik alt tiplerin kadınlarda daha fazla görüldüğü gözlenmiştir. Ayrıca erkek hastaların kadınlara göre daha ileri evrede tanı aldıkları görüldü.

**Tablo-1.** Tiroid kanser hastaların klinik ve demografik özellikleri

	n (%)
<b>Cinsiyet</b>	
Erkek	336 (82.6%)
Kadın	71 (17.4%)
<b>Tiroid İİAB</b>	
Var	77 (33.9%)
Yok	150 (66.1%)
Bilinmiyor	180
<b>İlk operasyon tipi</b>	
Subtotal veya totale yakın tiroidektomi	72 (21.1%)
Total tiroidektomi veya total tiroidektomi + boyun diseksiyonu	270 (78.9%)
<b>Reoperasyon durumu</b>	
Yok	289 (84.5%)
Var	53 (15.5%)
<b>Histopatolojik alt tipleri</b>	
Papiller	333 (81.8)
Foliküler	30 (7.4)
Medüller	28 (6.9)
Anaplastik	2 (0.5)
Papiller + Foliküler	2 (0.5)
Medüller + Foliküler	2 (0.5)
Bilinmeyen	10 (2.5)

**Anahtar kelimeler:** Tiroid kanseri, tiroid ince iğne aspirasyon biopsisi, cerrahi, radyoaktif iyot tedavisi, papiller karsinom, folliküler karsinom

### **Giresun Üniversitesi'nde Akut İskemik İnme Tedavisinde İntravenöz Trombolitik Tedavi Deneyimlerimiz**

İrem İLGEZDİ, Demet ŞEKER, A. Burak BİLGİÇ

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof. Dr. A. İlhan ÖZDEMİR Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği

**Giriş:** Erişkin yaşta uzun dönem dizabilitenin en önemli nedenlerinden biri olan inme, dünyada en çok ölüme neden olan 2. hastalıktır. Son yıllarda inme ve prevelans ve insidansındaki artış, koruyucu hekimlik ve tedavi stratejilerinin önemini üzerinde durulmasını sağlamıştır. İnmelerin önemli kısmını oluşturan iskemik inmenin tedavisinde Türkiye'de 2006 yılından bu yana kullanılabilen intravenöz doku plazminojen aktivatörü (iv tPA) akut dönemde tedavi seçeneklerinin arasındadır. Bu çalışmada, kliniğimizde intravenöz trombolitik tedavi uyguladığımız hastaların demografik ve klinik verileri yanında klinik sonuçlarını restospektif olarak inceledik.

**Yöntem:** Haziran 2017-Eylül 2019 tarihleri arasında akut iskemik inme tanısı almış ve iv tPA tedavisi almış 42 hastanın demografik, klinik ve radyolojik özellikleri, klinik sonuçlarını retrospektif kaydedildi. İstatistiksel analizler SPSS v.23.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Veriler arasındaki korelasyon analizleri Spearman korelasyon analizi için kullanılmıştır. *P*-değeri<0.05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamıza 20'si (%47,6) kadın 42 hasta alındı. Cinsiyetler arasında anlamlı yaş farkı yoktu. Özgeçmişlerinde en çok saptanan hastalık hipertansiyon iken, 1 hastanın sadece oral kontraseptif kullanımı mevcuttu. On iki hastanın atrial fibrilasyonu (AF) vardı. Nörogörüntüleme 32 hastada tek yanlı ön sistem, 1 hastada ön ve arka sistem, 8 hastada arka sistem infarktı saptandı, 1 hastanın manyetik rezonans görüntülemesi normaldi. Geliş NIHSS ortalama 11,31±7,08 (2-28) semptom-iğne zamanı ortalama 173,07±57,04 (60-270) dakika saptanmıştır. Hospitalizasyon süresi ortalama 19,19±32,04 gün idi. On altı hastada hemorajik transformasyon saptandı. Hemorajik transformasyonu olan hastalarda hospitalizasyon süresi uzun, çıkış modifiye Rankin skoru (mRS) değeri daha yüksek saptanırken (*p* <0,05), AF ile korelasyonu gözlenmedi. İleri yaşta daha sık gözlenen AF, hospitalizasyon süresi uzunluğu ile de ilişkili bulunmuştur (*p* <0,05). Çıkış National Institutes of Stroke Scale skoru (NIHSS) ortalama 5,16±5,51 saptandı. Hastaların 4'ü hastane gözlemi sırasında eksitus oldu, bu hastaların 3'ü sağ orta serebral arter, 1'i baziller tepe infarktıydı. Taburcu olan hastaların 9'unun mRS 3<deydi. Üç ay sonraki kontrolünde 4 hastanın mRS 3<deydi.

**Sonuç:** Akut iskemik inmede intravenöz trombolitik tedavi doğru endikasyon ve erken süreçte uygulandığında sakatlık ve ölüm oranını azaltabilir. Çalışmamızın sonucunda da iv tPA'nın hasta yatış süreleri ve klinik sonuçlarını üzerinde literatür verileri ile uyumlu olarak olumlu etkileri gözlemlendi. Bu nedenle inme tanısında şüphelenilen hastalarda tedavi penceresini kaçırmamak için en yakın merkezdeki nöroloji hekiminin görüşü alınmalı, mümkünse inme merkezine yönlendirmelidir. İnme riski olan hastalar ve yakınları da tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmeli, böylece akut dönemde tedavi gecikmesinin önüne geçilmesi gerekmektedir.



### Is the age distribution of breast carcinomas getting younger? 15-year retrospective archive study

Sevdegül AYDIN MUNGAN\*

\*Karadeniz Technical University, Medical Faculty, Department of Pathology, TRABZON

#### OBJECTIVE:

According to World Health Organization data, breast cancer is still the most common malignancy detected in women. In the literature, different reports have been published on whether the incidence of breast carcinomas is 1/8 or 1/5.

We wanted to overcome this suspicion scientifically, considering that during the pathology practice, especially when evaluating tru-cut breast biopsies, we encountered more than 40 years or even 30 years of age compared to 5-10 years ago. The aim of this study is to determine whether there is a statistically significant difference in the distribution of age at the time of diagnosis of the patients diagnosed with breast carcinoma in the last 15 years.

#### MATERIAL METHOD:

A total of 2622 patients diagnosed at the Department of Medical Pathology, Faculty of Medicine, Karadeniz Technical University between January 2003 and July 2019 were included in the study. Patients with more than one pathology report of the same case were recorded with a single report number to prevent recurrence. Biopsy numbers of all patients and their age at diagnosis were obtained from the pathology archive. Patients were grouped according to their age range as under 40 years, 40-50 years and over 50 years. In addition, the year intervals of the archive were grouped and compared. When comparing relationships between groups and examining age distributions, our data were consistent with the normal distribution according to the histogram curve. Therefore, we used mean and standard deviation values.

Following the descriptive statistics, we used the Oneway Anova test to assess the possible difference between them in terms of age averages over the years.

#### RESULTS:

Of the 2622 cases, 13.6% were under 40 years old, 16.4% were under 40 years old, 46.3% were under 50 years old, 49.5% were under 50 years old. The mean age of the patients was  $52.67 \pm 12.87$  years. The most cases were diagnosed in 2018 (328 cases) and this number constitutes 12.5% of all cases. When the distribution of breast carcinomas under 40 years of age is examined, the highest rate is 19.2% in 2012 and the lowest rate is 8% in 2008.

When the 15-year period in which the patients were diagnosed was grouped into 5-year periods (2019-2014, 2013-2009, 2008-2003), there was a significant difference in the mean age between the groups ( $p = 0.036$ ).

The mean age of women diagnosed with breast carcinoma between 2003 and 2008 was  $52.43 \pm 13.01$ , the mean age of women diagnosed between 2009 and 2013 was  $51.73 \pm 12.97$  and the mean age of women diagnosed between 2014-2019 was  $53.22 \pm 12.76$  (Table 1). This difference was due to the difference in the mean age between 2019-2014 and 2009-2013 ( $p = 0.030$ ).

Table 1: Year groups and average age

YIL GR	Mean	N	Std. Deviation	Median	Minimum	Maximum	Range
2019-2014	53,22	1461	12,761	52,00	17	99	82
2009-2013	51,73	724	12,973	49,00	23	88	65
2008-2003	52,43	437	13,019	50,00	25	95	70
Total	52,67	2622	12,874	51,00	17	99	82

**CONCLUSION:**

It was found that there was a significant relationship between the mean ages and 5-year periods of 2622 breast cancer cases diagnosed in our clinic between 2003-2019. There was a significant increase in the mean age in the last 5 years (2019-2014) compared to the previous 5 years (2013-2009). However, our concern was that the average age was falling.

This study showed that the age at which breast carcinoma, the most common malignant disease seen in women, does not decrease and that the 40-year-old threshold used in the screening programs currently in use remains valid.

**Evaluation of Vitamin D Levels in Individuals who Under 18 Ages**

Abdullah Kaan KURT, Cuma Ali ZOBA, Yusuf Fikret KARATEKE, Turan SET, Elif ATEŞ

Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Trabzon, TURKEY

**Aim:** In this study, we aimed to investigate the vitamin D levels of individuals under the age of eighteen who applied to the Family Medicine outpatient clinic of Farabi Hospital, Karadeniz Technical University according to gender, season and years.

**Method:** In this descriptive study, the files of 347 patients under the age of eighteen years who applied to Karadeniz Technical University Faculty of Medicine Family Medicine outpatient clinic for any reason and whose vitamin D was measured were retrospectively reviewed. Vitamin D level grouping was done using Turkey Endocrinology and Metabolism Society classification. Data were entered into SPSS package program and statistical analyzes were performed. Statistical significance level was taken as  $p < 0.05$ .

**Results:** The median age of the 347 patients included in the study was 15.0 (IQR: 11.0-16.0) years. In our study, 66.6% (n = 231) of the patients were female. The median of vitamin D was 13.4 ng/ml (IQR: 9.3-19.2). In patients vitamin D deficiency was found 77.5% (n=269), insufficiency 17.3% (n=60) and only vitamin D level was found normal 5.2% (n=18). Table 1 shows the comparison of vitamin D levels according to gender, years and seasons.

	Vitamin D status						p value
	Deficient (<20 ng/ml)		Insufficient (20-29,9 ng/ml arası)		Sufficient (>30 ng/ml )		
	N	%	N	%	N	%	
Genders							<b>0,007</b>
Females	169	62,8	45	75,0	17	94,4	
Males	100	37,2	15	25,0	1	5,6	
Years							0,159
2015	26	9,7	5	8,3	5	27,8	
2016	96	35,7	16	26,7	4	22,2	
2017	67	24,9	16	26,7	3	16,7	
2018	80	29,7	23	38,3	6	33,3	
Season							0,727
Autumn	68	25,3	12	20,0	5	27,8	
Winter	86	32,0	23	38,3	7	38,9	
Spring	71	26,4	13	21,7	5	27,8	
Summer	44	16,4	12	20,0	1	5,6	

**Conclusions:** Vitamin D deficiency and insufficiency are still high in the world. In our study, vitamin D deficiency and insufficiency were detected in 94.8% of individuals under 18 years of age. This rate was quite high. This result may be due to the climatic conditions of the region and the insufficient use of sunny days during the year. In our study, it was found that vitamin D level varies according to gender. When vitamin D was evaluated according to years and seasons, there was no statistically significant difference. In order to meet the need for vitamin D, which plays an important role in calcium balance and bone health, it may be beneficial to inform individuals about their intake with sunlight and food. Every individual admitted to the outpatient clinic should be evaluated for vitamin D deficiency risk factors. This age group, which is in the developmental stage, should be evaluated more carefully and vitamin D support treatment should be started when necessary.

**Keywords:** Vitamine D deficiency, seasons, family practice.

## **SİGARA VE PRİMER SPONTAN PNÖMOTORAKS NÜKSÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

DR.ÖĞR.ÜYESİ KERİM TÜLÜCE (RTE TIP FAK. GÖĞÜS CERR. A.D)

DOÇ.DR CÜNEYT ARDIÇ (RTE TIP FAK. AİLE HEKİMLİĞİ A.D)

### **GİRİŞ**

Primer spontan pnömotoraks (PSP) visseral ve pariyetal plevra yaprakları arasına genellikle bleppediğimiz 1 cm küçük hava keselerinden kaçak olması sonucu gelişen bir patolojidir. Genellikle ikinci veya üçüncü dekatlarda ve erkeklerde daha sık görülmektedir.Tedavisinde tüp torakostomi yeterli olabileceği gibi nüks eden vakalarda veya uzamış hava kaçağı olanlarda cerrahide gerekebilmektedir. Amacımız sigara kullanımının nüks primer spontan pnömotoraksa etkisini araştırmaktır.

### **HASTALAR VE YÖNTEM**

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi A.D da 2015 Ocak ile 2018 Eylül tarihleri arasında PSP sebebiyle farklı şekillerde tedavi edilen 97 hastadan sigara kullanan 72 hasta ile kullanmayan 25 hasta retrospektif olarak değerlendirildi ve takiplerindeki ilk 1 yıllık dönemde nüks oranı ile sigara ilişkisi araştırıldı.

### **BULGULAR**

Erkek hastaların yaş ortalaması 27,8 , kadın hastaların yaş ortalaması ise 23.08 idi. Hastaların 85 i erkek( 87,3%) , 12 si kadın (12.3%) idi.Erkek hastaların (n=64) %75,2 pnömotoraks geçirmeden önce sigara içme öyküsü mevcut iken kadın hastalarda(n=2) bu oran %16,6 idi. 1 yıllık takiplerinde sigara kullanım öyküsü olan erkek hastalarda nüks oranı anlamlı şekilde artmış(p<0.05) , kadın hastalarda ise sigara içmeyen grupta nüks oranı daha yüksek bulundu. Tüm hastalarda bu oran sigara içme öyküsü olanlarda %64,5 iken, sigara içmemiş olan hastalarda % 34 idi.

### **SONUÇ**

Tüm hastalarda sigara içen ve içmeyenler kıyaslandığında sigara kullanım öyküsü bulunan grupta anlamlı olarak nüks oranının daha fazla olduğu görülmüş.(p<0.05) Kadın ve erkek hastalar kendi arasında değerlendirildiğinde kadınlarda sigara kullanımı ile anlamlı fark saptanmamıştır. Erkeklerde ise sigara kullanımı ile pnömotoraks nüksü arasında anlamlı bir bağlantı olduğu görülmüştür. Bu açıdan incelendiğinde özellikle sigara içen grupta ilk atakla gelen hastalarda uzamış hava kaçağı veya ekspansasyon yetersizliği olmasa bile nüks oranının fazlalığı sebebiyle cerrahi gerekliliği açısından değerlendirilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

## YENİDOĞAN ÜNİTEMİZE YATIRILAN PATOLOJİK SARILIKLI BEBEKLERDE OLASI RİSK FAKTÖRLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Öğretim Görevlisi Berna Hekimoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi

### TAM METİN BİLDİRİ:

#### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı indirekt hiperbilirubinemi tanısıyla Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatırılan bebeklerin demografik özelliklerinin ve risk faktörlerinin araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine indirekt hiperbilirubinemi tanısıyla yatırılarak tedavi edilen gebelik haftası 35 hafta ve üzerinde olan 140 hastanın dosya bilgileri retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Çalışma grubundaki olguların 78'i (% 55.7) erkekti. Gebelik haftaları ortalama 38.7±1.5 hafta, doğum tartısı 3008.4±396.3 gr olarak saptandı. % 40.7'i sezaryen ile % 59.3'ü normal spontan vajinal yolla doğmuştu. %64.3'ü sadece anne sütü ile, % 35.7'i anne sütü ve formül mama ile beslenmekteydi. Yatış sırasındaki tartı kaybı yüzdesi ≥%10 olan olguların oranı % 23.6 idi. Hastaneye yatış yaşı ortalama 3.7±2.8 gündü, ortalama yatış total bilirubin düzeyi 16±4.1 mg/dl ve bu hastalara uygulanan fototerapi süresi ortalama 67.4±27.5 saat idi. İndirekt hiperbilirubinemi etyolojisinde olguların %42.1'de ABO uyumsuzluğu, %7.1'de Rh uyumsuzluğu, %17.9'unda hipernatremik dehidratasyon, %10'unda idrar yolu enfeksiyonu saptandı. Sekiz hastaya intravenöz immünglobulin verildi. Bir hastaya kan değişimi yapıldı.

**Sonuç:** Çalışmamızda yenidoğanlarda patolojik sarılığa yol açan en sık etiyolojik nedenler ABO kan grubu uyumsuzluğu, yetersiz beslenme ve idrar yolu enfeksiyonu olarak saptandı. İndirekt hiperbilirubineminin yenidoğanlarda sık görülmesi, uzun dönem morbidite ve komplikasyonları nedeniyle altta yatan nedenlerin erken belirlenerek erken tedavi yaklaşımının belirlenmesi önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** İndirekthiperbilirubinemi, yenidoğan

#### GİRİŞ

İndirekt hiperbilirubinemi (İHB) yenidoğan döneminin en sık görülen problemlerinden biri olup zamanında doğan bebeklerin %30-50, prematürelere %60-80 kadarı yaşamın ilk günlerinde bu sorunu yaşamaktadır (1). İHB çoğu yenidoğanda fizyolojik olarak ortaya çıkar. Yapılan çalışmalarda yenidoğanlarda ortaya çıkan hiperbilirubineminin şiddet ve süresinin; gestasyon yaşı, doğum ağırlığı, ırk, coğrafik bölge, genetik yapı, beslenme durumu ve beslenme tipine göre değişkenlik gösterdiği bildirilmiştir (1,2). Yenidoğanlarda indirekt hiperbilirubinemi, erken tanınıp tedavi edilmediğinde ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilir (3).

Erken taburculuğun yaygın olduğu günümüz koşullarında indirekt hiperbilirubinemi gelişimini kolaylaştıran risk faktörlerini bilmek hangi bebeği ne sıklıkta takibe çağıracağı konusunda klinisyene yardımcı olacaktır. Hastaların yakın takip edilmesi hem morbiditeyi hem de hastaneye tekrar yatış oranlarını düşürecektir.

Bu çalışmada hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde sadece yenidoğan sarılığı tanısı ile yatırılarak tedavi edilmiş olan olguların özelliklerinin ortaya konulması ve bu sorunun ilimizdeki durumunun gözden geçirilmesi amaçlandı. Çalışma sonuçlarımızın yenidoğan sarılık sebeplerinin ve özelliklerinin irdelenmesinde birinci basamakta çalışan tüm hekimlere yardımcı olacağı kanısındayız.

## **YÖNTEM**

Bu çalışmaya, hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Ocak 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında sadece indirek hiperbilirubinemi tanısı ile yatırılıp tedavi edilmiş olan, yaşamın ilk iki haftasındaki, gebelik haftası  $\geq 35$  hafta olan yenidoğanlar dahil edildi. Gebelik haftası 35 haftadan küçük olan ve hiperbilirubinemi dışında başka nedenlerle yatırılanlar dahil edilmedi.

Çalışmaya alınan olguların verileri dosyaları taranarak daha önceden hazırlanmış olan olgu rapor formlarına dolduruldu. Hasta dosyasından cinsiyet, doğum tartısı, hastaneye yatırıldığındaki tartı, tartı kaybı yüzdesi (tartı kaybı  $\geq \%10$  ise patolojik tartı kaybı olarak değerlendirildi), kaçınıcı gün yatırıldığı, gestasyon yaşı, doğum şekli, beslenme şekli (sadece anne sütü, anne sütü+formül mama), anne ve bebek kan grubu (annesi Rh negatif olup kendisi Rh pozitif olanlar Rh uygunsuzluğu, annesi O kan grubu ve kendisi A ya da B kan grubu olanlar ABO uygunsuzluğu olarak değerlendirildi), direkt coombs testi, tedavi şekli (fototerapi/intravenöz immunglobin (IVIG) /kan değişimi), yatış sırasındaki total serum bilirubin düzeyi, fototerapi uygulama süresi gibi bilgiler geriye dönük olarak toplandı. Hastanemizde fototerapi uygulama ve kan değişimi kararı Amerikan Pediatri Akademisi'nin önerilerinde bildirilen total serum bilirubin değerlerine göre alınmaktadır (4). Klinik kuşku varlığında kan kültürü, idrar kültürü, tiroid fonksiyon testleri ile ilgili serolojik tetkikler yapılmış olan hastaların bilgileri kaydedildi.

## **BULGULAR**

Çalışma grubuna toplam 140 yenidoğan dahil edildi. Bunların 62'i (%44.3) kız, 78'i (%55.7) erkekti. Olguların %59.3'ü normal spontan vajinal yolla (NSVY), %40.7'i sezaryen (C/S) ile doğdu. Gebelik haftaları ortalama  $38.7 \pm 1.5$  hafta, doğum ağırlığı  $3008.4 \pm 396.6$  gram idi. Olguların ortalama başvuru bilirubin düzeyi  $16 \pm 4.1$  mg/dl iken C/S ile doğanların başvuru bilirubin düzeyi ortalama  $16.6 \pm 3$  mg/dl ve NSVY ile doğanların ki  $15.6 \pm 4.6$  mg/dl idi. Kız olguların başvuru bilirubin düzeyi ortalama  $15.5 \pm 4.5$  iken erkek olgularınki  $16.4 \pm 3.7$  idi. Doğum şekli ve cinsiyet ile başvuru bilirubin düzeyi arasında anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla  $p:0,349$ ,  $p:0,562$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1.** Olguların demografik özellikleri

Olgu Sayısı (n)		140
Cinsiyet (%)	Erkek	55.7
	Kız	44.3
Doğum ağırlığı (gram)*		3008.4±396.6
Gebelik haftası (hafta)*		38.7±1.5
Doğum şekli(%)	C/S	40.7
	NSVY	59.3
Besleme şekli (%)	Anne sütü	64.3
	Anne sütü+formül mama	35.7
10≥ Tartı kaybı (%)		23.6
Yatış yaşı (gün)*		3.7±2.8
Yatış total serum bilirubin düzeyi (mg/dl)*		16±4.1
Kan grubu uygunsuzluğu(%)	Rh	7.1
	ABO	42.1
Fototerapi süresi (saat)*		67.4±27.5

\*Ortalama±SD

Olguların hastaneye yatış zamanı doğum sonrası ortalama 3.7±2.8 günken fototerapi ile ortalama tedavi süresi 67.4±27.5 saattir. Olguların %64.3'ü anne sütü, %35.7'i hem anne sütü hem de formül mama ile beslenmekteydi. Anne sütü alanlarda ortalama bilirubin değeri 15.7± 4.1, anne sütü ve formül mama ile karışık beslenenlerde 16.6 ± 4 olarak tespit edildi ve aralarında anlamlı fark gösterilemedi (p: 0.237). Sezaryen ile doğanların %63.2'i anne sütü ile beslenirken %36.8'i anne sütü ve formül mama ile beslenmekteydi. NSVY ile doğanların %65.1'i anne sütü, %34.9'u anne sütü ve formül mama ile beslenmekteydi. NSVY ya da C/S ile doğanlar arasında beslenme açısından anlamlı fark yoktu (p:0,817).

Hastaneye yatış sırasında tartı kaybı ≥%10 olanların oranı % 23.6 idi. C/S ile doğanlarda ≥ %10 tartı kaybı oranı %21.1iken, NSVY ile doğanlarda bu oran %25.3 idi ve anlamlı fark tespit edilmedi (p=0,561). Yatış bilirubin düzeyi ile tartı kaybı arasında bağlantı kurulamadı (p:0,392).

Hastaların %42.1'de ABO uygunsuzluğu, %7.1'de Rh uygunsuzluğu görülürken %50.8'de kan grubu uygunsuzluğu yoktu. Direk coombs pozitifliği 46 (%32.9) hastada saptandı. Kan grubu uygunsuzluğu ve direkt coombs pozitifliği olan sadece 8 (%5.7) hastaya IVIG tedavisi verildi. Bir hastaya kan değişimi yapıldı. Kan grubu uygunsuzluğu olanların yatış bilirubin düzeyi ortalaması 16.1±4.8 iken olmayanlarınki 15.9±3.3 mg/dl idi. Kan grubu uygunsuzluğu olanlar ile olmayanlar arasında başvuru bilirubini açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0.391). Sarılık etyolojisi olarak olguların 14(%10)'ünde idrar yolu enfeksiyonu, 3(%2.1)'ünde hipotiroidi tespit edildi.

## **İstatistik**

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS 13 (SPSS for Windows Version 13.0. SPSS Inc. Chicago, USA, Released 2005) programı kullanıldı. Normallik denetimi Shapiro Wilk testi ile yapıldı. Veriler ortalama, standart sapma ve yüzde şeklinde verildi. İki grup arasında normal dağılım gösteren değişkenler bağımsız gruplarda t testi ile normal dağılmayanlar Mann Whitney U test ile analiz edildi. Nominal değişkenler ki kare testi ile değerlendirildi. Başvuru bilirubini ile tartı kaybı arasındaki bağıntı Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. Anlamlılık sınırı  $p < 0.05$  olarak alındı.

## **TARTIŞMA**

Yenidoğan döneminin en sık görülen sorunlarından olan İHB zamanında tedavi edilmezse çok ciddi sekellere neden olabilir. Bu nedenle hiperbilirubineminin patolojik olan ve olmayanını ayırt etmek çok önemlidir. Son yıllarda artan anne sütüyle beslenme oranları ve doğum sonrası anne-bebeğin erken taburcu edilmesine yönelik politikaların benimsenmeye başlanmasıyla yenidoğanların sarılık şikayetiyle acile başvuru oranlarının arttığı bildirilmiştir (5). İHB'nin yenidoğanlarda sık görülmesi ve uzun dönem morbidite ve komplikasyonları dikkate alındığında yakın izleminin önemi anlaşılmaktadır.

Yenidoğan sarılığının erkek bebeklerde daha sık görüldüğü, erkek/kız oranının 1-1,5 arasında değiştiği bildirilmektedir (6). Ülkemizde yapılan çalışmalardan Kılıç ve arkadaşları erkek cinsi %55, Narlı ve arkadaşları %55.8 olarak bildirmişlerdir (7,8). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde erkek olgular daha fazla bulunmuştur.

Doğum şeklinin yenidoğan sarılığı gelişimini etkileyebileceği düşünülmektedir. Çalışmaların bazılarında C/S ile NSVY doğum arasında sarılık gelişimi açısından bir fark olmadığı bildirilirken bazılarında ise C/S doğumlarda bilirubin düzeyinin daha düşük seyrettiği rapor edilmiştir (6,9). Bizim çalışmamızda ise Bülbül ve arkadaşları ve İlhan ve arkadaşlarının çalışmasındakine benzer olarak hastaların ortalama başvuru bilirubin düzeyi ile doğum şekli arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi (6,10).

Yenidoğan bebekte patolojik tartı kaybı hiperbilirubinemi için bir risk faktörüdür (11). Patolojik tartı kaybı, bebeğin yetersiz beslendiğini ve enterohepatik bilirubin döngüsünün arttığını dolaylı olarak göstermektedir. Tan ve arkadaşlarının çalışmasında olguların %18.2'de patolojik tartı kaybı saptanırken, bizim çalışmamızda patolojik tartı kaybı oranı %23.6' idi (12). Çalışma grubumuzda C/S ile NSVY ile doğanlar arasında patolojik tartı kaybı açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Bunun nedeninin C/S doğumlarda laktasyon gecikmesine rağmen bebeklerin daha uzun süre hastanede kaldıkları ve daha yakın takip edildikleri, gerektiğinde hızlıca emzirme ve formül mama desteğinin erken dönemde verilmesi olduğunu düşünmekteyiz.

Yenidoğanlarda İHB çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilse de en sık kan grubu uyumsuzluğuna bağlı hemolitik hastalıklar nedeniyle görüldüğü bildirilmiştir. Siyah ve arkadaşlarının çalışmasında Rh uygunsuzluğu oranı %6.4'ken ABO uygunsuzluğu oranı %23.96 olarak bildirilmiştir (13). Tan ve arkadaşlarının çalışmasında ise Rh uygunsuzluğu oranı %6.7 iken ABO uygunsuzluğu %20.2 olarak rapor edilmiştir (12). Bizim çalışmamızda da benzer olarak ABO uygunsuzluğu oranı daha yüksek olarak tespit edildi.

Yapılan çalışmalarda hayatın ilk 2 haftasında açıklanamayan sarılığı olan yenidoğanlarda idrar yolu enfeksiyonu sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir (14,15). Bahat ve arkadaşlarının çalışmasında yaşları 2-14 gün



arasında değişen sarılıklı 212 yenidoğanda idrar yolu enfeksiyonu sıklığının %12.2, bakteriyemi sıklığının %6.2 olduğu, en sık izole edilen etkenlerin Klebsiella pneumonia ve Escherichia coli olduğu bildirilmiştir (14). Mutlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaşamın ilk 2 haftasındaki 104 yenidoğanda idrar yolu enfeksiyonu sıklığının %18 olduğu, en sık izole edilen etkenin ise Escherichia coli olduğu bildirilmiştir (15). Bizim çalışmamızda ise yaşamın ilk iki haftasında idrar yolu enfeksiyonu sıklığı %10, bakteriyemi sıklığı %2.1, en sık izole edilen etken ise Klebsiella pneumonia olarak tespit edildi. Verilerimiz literatürle uyumlu bulundu.

## SONUÇ

Çalışmamızda indirekt hiperbilirubinemi literatürle uyumlu olarak erkeklerde daha sık görülürken, patolojik sarılığa yol açan en sık etiyolojik neden olarak ABO kan grubu uygunsuzluğu, yetersiz beslenme ve idrar yolu enfeksiyonu saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda; anne kan grubu 0 veya Rh(-) olan yenidoğanların doğumu takiben kan gruplarının hızlıca belirlenmesi, uygunsuzluğu olanların sarılık yönünden yakın takip edilmesi önemlidir. Doğumdan sonra bebeklerin aile hekimliklerinde beslenme, abartılı kilo kayıpları yönünden yakın takip edilmesi gerekmektedir. İdrar yolu enfeksiyonu sadece uzamış sarılıklarda değil yaşamın ilk 2 haftasında açıklanamayacak kadar yüksek hiperbilirubinemi durumlarında da düşünölmeli ve bu açıdan tetkik edilmelidir.

Neonatal hiperbilirubinemide bilirubinin toksik etkileri nedeniyle erken tanı önemlidir. Bu çalışmanın sonuçları ile yenidoğanlardaki patolojik sarılıklı olgularda altta yatan nedenlerin erken belirlenerek erken tedavi yaklaşımının belirlenmesinin önemli olduğuna vurgu yapılmıştır.

## KAYNAKLAR

1. Wong RJ, Desandre GH, Sibley E, Stevenson DK. Neonatal jaundice and liver diseases. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC (eds). Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the Fetus and Infant, 8th ed, Philadelphia: Mosby Elsevier, 2006. p.149-65.
2. Kültürsay N, Çalkavur Ş. İndirekt hiperbilirubinemi/nedenler ve tanı. Güncel pediatri 2006; 2: 21-5.
3. Maisels MJ, Baltz RD, Bhutani VK, Newman TB, Rosenfeld W, Stevenson DK, Weinblatt HB. Neonatal jaundice and kernicterus. Pediatrics 2001; 108: 763-5.
4. Maisels JM, Bhutani VK, Bogen D, Newman TB, Stark AR, Watchko JF. Hyperbilirubinemia in the newborn infant > 35 weeks' gestation: An update with clarifications. Pediatrics 2009; 124: 1193-8.
5. Harris MC, Bernbaum JC, Polin JR, Zimmerman R, Polin RA. Developmental follow-up of breastfed term and near-term infants with marked hyperbilirubinemia. Pediatrics 2001;107:1075-80.
6. Bülbül A, Okan F, Uslu S, İşci E, Nuhoglu A. Term bebeklerde hiperbilirubineminin klinik özellikleri ve risk etmenlerinin araştırılması. Türk Ped Arş 2005; 40:204-10.
7. Kılıç İ, Ergin H, Çakaloz I. The evaluation of indirect hyperbilirubinemia cases in newborn Period. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2005;14(1):20-5.
8. Narlı N, Satar M, Özlü F, Yapıcıoğlu H, Özkan K. Çukurova Üniversitesi'ne yatırılan hiperbilirubinemili bebeklerin etiyolojik yönden değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi 2004;29:51-5.

9. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Difference in TcB readings between full term newborn infants born vaginally and by cesarean section. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1989;78:824-8.
10. İlhan Ö, Özer AS, Sütçüoğlu S, Alkan S. Yenidoğan sarılığı nedeni ile hastaneye yatırılan olgularda tedavi kılavuzlarına uyumun araştırılması. *Selçuk Tıp Derg* 2014;30: 8-11.
11. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004; 114: 297-316.
12. Tan İ, Salihoğlu Ö, Demirelli Y, Hatipoğlu S. Yenidoğan ünitesine indirekt hiperbilirubinemi nedeniyle yatan bebeklerin klinik ve laboratuvar özellikleri ve ilişkili risk faktörleri. *J Clin Exp Invest* 2012; 3:38-43.
13. Siyah Bilgin B, Altun Koroglu O, Yalaz M, Karaman S, Kultursay N. Factors affecting bilirubin levels during first 48 hours of life in healthy infants. *BioMed Research International* 2013:1-6.
14. Bahat OE, Mutlu M, Camlar SA, Bayramoglu G, Kader S, Aslan Y. Urinary tract infections in neonates with unexplained pathological indirect hyperbilirubinemia: Prevalence and significance. *Pediatr Neonatol.* 2018;59:305-9.
15. Mutlu M, Cayir Y, Aslan Y. Urinary tract infections in neonates with jaundice in their first two weeks of life. World J Pediatr 2014;10:164-7.

## **CERRAHİ ÜNİTEMİZDE YAPILAN ÜST GASTROİNTESTİNAL ENDOSKOPİ İŞLEMLERİNİN HİSTOPATOLOJİK SONUÇLARI**

Tuğrul KESİCİOĞLU<sup>1</sup>, İsmail AYDIN<sup>2</sup>, Tuncer ÖZTÜRK<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> Dr Öğr. Üyesi, GRÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Giresun

### **AMAÇ**

Üst gastrointestinal endoskopi, incelenen organlara ait benign ve malign bir çok hastalığın tanı ve tedavisinde tercih edilen bir işlemdir. Özellikle özofagus kanseri ve mide kanseri tanısında ve kanser öncüsü lezyonların saptanmasında altın standarttır. Bu sunumda, kliniğimizde yapılan üst gis endoskopi işlemlerinin histopatolojik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

### **YÖNTEM**

Giresun Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Endoskopi Ünitesinde 2016-2018 yılları arasında yapılan üst gis endoskopi sonuçları retrospektif olarak incelendi. Özofagus ve mide kanser tanılı hastalar çalışma dışında tutuldu.

### **BULGULAR**

Kliniğimizde 2016-2018 yılları arasında toplam 65 hastadan doku örneği alındı. Hastaların 35 (% 54) erkek, 30 (%46) kadın idi. Yaş ortalaması 63 idi. Doku örneği alınan organlar özofagus 6 (%9) mide 40 (%61) ve duodenum 17 (%26) idi. 11 (%16) hastada birden çok organdan doku örneği alındı. Histopatolojik inceleme sonucunda 6 (%9) hastada reflü özofajit, 35(%53) hastada benign mide patolojisi ve 5(%7) hastada mide kanseri saptandı. 8(%12) hastada duodenit izlendi. En sık saptanan histopatolojik bulgu 26 (%40) hastada saptanan antral gastrit (%40) ve 15 (23) hastada saptanan helicobakter pylori 15 (%23) pozitifliği idi. 20 (%30) hastada peptik ülser saptandı.

### **SONUÇ**

Üst gis endoskopi, farklı semptomlar sebebiyle ve birçok farklı branş tarafından sıklıkla istenmektedir. İncelenen organlara ait benign ve malign birçok hastalığın tanı ve tedavisinde çok önemli bir yöntem olmaya devam etmektedir. Deneyimli kişilerce yapılan üst gis endoskopi işleminin düşük komplikasyon oranları ile, birçok hastalığın tanı ve tedavisinde önemli rol üstlendiği ve teknolojik gelişmelerle birlikte terapötik etkinliğinin daha da artacağı kanısındayız.

**Anahtar kelimeler: üst gis endoskopi, peptik ülser, mide kanseri**

## SÖZEL 37

### CERRAHİ ÜNİTEMİZDE GAİTADA GİZLİ KAN POZİTİF HASTALARDA KOLONOSKOPİ SONUÇLARIMIZ

İsmail AYDIN<sup>1</sup> Tuğrul KESİCİOĞLU<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, GRÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Giresun

#### AMAÇ

Dünya çapında her yıl yaklaşık bir milyon kolorektal kanser (KRK) tanısı konulurken, 500.000 bin hasta KRK nedeniyle kaybedilmektedir. KRK tanısı ancak hastaların %40'ında erken evrede konulmaktadır. Tarama testi olarak kullanılan gaitada gizli kan testi (GGK) sonucu pozitif olan hastalar, KRK için prekanseröz lezyonlar ve erken evre tümör açısından kolonoskopi ile incelenmektedir. Bu sunumda, GGK (+) olan hastalara kliniğimizde yapılan kolonoskopi sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

#### YÖNTEM

Giresun Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Endoskopi Ünitesinde 2016-2018 yılları arasında, GGK (+) sebebiyle yapılan kolonoskopi işlemlerinin sonuçları retrospektif olarak incelendi.

#### BULGULAR

Gaitada gizli kan pozitifliği sebebiyle 234 hastaya kolonoskopi yapıldı. 149 (% 63,6)erkek, 85 (%36,3) kadın idi. ortalama yaş 58 idi. Kolonoskopi uygulanan hastaların 80'inde polip tespit edildi. Poliplerin histopatolojik incelemesinde 18 (%58) tübüler adenom, 6 (%19) tübülovillöz adenom, 2 (6,4) villöz adenom, 5 (%16) adenokarsinom, 46 (%57,5) neoplastik olmayan polip tespit edildi. 215 (91,8) hastada benign anorektal hastalık (hemoroid, anal fissür) hastalık tespit edildi.

#### SONUÇ

KRK'de erken teşhis, mortalite ve morbidite azalmasının yanında tedavi maliyetini de düşürmektedir. KRK'yi erken teşhis etmenin yolu ise hastalığı asemptomatik durumda iken tarama programları ile saptamaktır. Ailesinde KRK öyküsü olanlar başta olmak üzere, tarama yöntemleri ile kanser oluşmadan poliplerin, prekanseröz lezyonların ve erken evre kanser olgularının saptamanın mümkün olacağı ve bu nedenle tarama programlarının yaygınlaştırılmasının, sağlıklı bireylerin tarama yapılması konusunda yönlendirilmesinin KRK mortalite ve morbiditesini azaltacağı kanısındayız.

**Anahtar kelimeler:** *Gaitada gizli kan, tarama kolonoskopisi, kolorektal kanser*

## SÖZEL 38

### CERRAHİ ÜNİTEMİZDE YAPILAN KOLONOSKOPİK POLİPEKTOMİLERİN HİSTOPATOLOJİK SONUÇLARI

İsmail AYDIN<sup>1</sup>, Tuğrul KESİCİOĞLU<sup>2</sup>, Selahattin VURAL<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Dr. Öğr. Üyesi, GRÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Giresun

#### AMAÇ

Bağırsak mukoza ve submukozasından köken alan ve lümen içine doğru uzanan doku kitlesine polip denir. Kolonoskopi sırasında saptanan poliplerin boyutu ne olursa olsun kolorektal kanser öncüsü lezyonlar olduklarından ve potansiyel kanser gelişimi riski nedeniyle çıkartılması ve patolojik inceleme yapılması önerilmektedir. Bu sunumda, kliniğimizde yapılan kolonoskopik polipektomilerin histopatolojik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

#### YÖNTEM

Giresun Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Endoskopi Ünitesinde 2016-2018 yılları arasında yapılan kolonoskopik polipektomi sonuçları retrospektif olarak incelendi. Kolorektal kanser tanılı hastalar çalışma dışında tutuldu.

#### BULGULAR

Kliniğimizde 2016-2018 yıllarında toplam 80 hastaya kolonoskopik polipektomi uygulandı. Hastaların 46'sı (%57,5)erkek, 34'ü (%42,5) kadın idi. Yaş ortalaması 65 idi. Poliplerin 3'ü (% 3,7) çekumdan, 11'i (% 13,7) çıkan kolondan, 2'si (%2,5) hepatik fleksuradan, 14'ü (% 17,5) transvers kolondan, 1'i % (1,2) splenik fleksuradan, 6'sı(% 7,5) inen kolondan, 19'u (%23,7) sigmoid kolondan, 37'si (%46,2) rektumdan ve 2'si (%2,5) anal kanaldan çıkartıldı.

Histopatolojik değerlendirmede neoplastik gelişim saptanan 31 (%38,7) polip ve neoplastik olmayan 46 (%57,5) polip rapor edildi. Neoplastik poliplerin 18 (%58) tubuler adenom, 6 (% 19) tübülövilöz adenom, 2 (% 6,4) villöz adenom, 5 (% 16) invaziv adenokarsinom saptandı. Neoplastik olmayan poliplerin 24'ü (%30) hiperplastik polip ve 22'si (% 27,5) diğer benign polipler olarak rapor edildi. 3 hastada (%3,7) inflamatuvar barsak hastalığı lehine yorumlandı. Neoplastik gelişim gösteren poliplerin 17'si (% 54) düşük derece displazi, 9'u (% 29) yüksek derece displazi ve 5'i (%16) invaziv adenokarsinom olarak rapor edildi.

#### SONUÇ

Kolorektal kanser gelişiminin öncü lezyonu olan adenomdan karsinoma giden süreç ilk olarak Morson tarafından ortaya konulmuştur. Adenomatöz poliplerin teşhis ve tedavisi ve sonrasında bu hastaların takipleri kolorektal kanserlerin kontrol altına alınmasında büyük önem arz etmektedir. Kolonoskopik polipektominin, deneyimli kişiler tarafından uygulandığında komplikasyon riski düşük olan, kolorektal kanserin tanısında ve uygun tedavi seçiminde önemli rol oynayan bir işlem olduğu, özellikle displazi saptanan hastalarda prognozun ortaya konması noktasında çok önemli olduğu kanısındayız.

**Anahtar kelimeler:** kolonoskopi, kolonoskopik polipektomi, kolorektal kanser

## CEERRAHİ ÜNİTEMİZDE PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ : Problemler ve Yönetimi

Tuğrul KESİCİOĞLU<sup>1</sup>, İsmail AYDIN<sup>2</sup>, Mehmet GÜLMEZ<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> Dr Öğr. Üyesi, GRÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Giresun

### Giriş ve Amaç

Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), herhangi bir nedenle ağız yoluyla beslenemeyen gastrointestinal sistem fonksiyonları sağlam olan hastalarda uygulanan bir yöntemdir. Bu çalışmada perkütan endoskopik gastrostomi işlemi uyguladığımız hastaları retrospektif olarak incelemeyi ve tecrübelerimizi sunmayı amaçladık.

### Gereç ve Yöntem

Giresun Üniversitesi- Sağlık Bakanlığı Profesör Doktor Atilla İlhan Eğitim ve Araştırma Hastanesi yazılım sisteminde 'perkütan endoskopik gastrostomi' işlem kodu ile Ocak 2015- Haziran 2019 tarihleri arasında uygulanan işlemlerin listesi çıkarıldı.

Her hastanın demografik bilgileri yanında, PEG endikasyonu, işlem sonrası hastanede yatış süresi, kayıtlara geçen PEG işlemi sonrası komplikasyonu kaydedildi.

### PEG Uygulama Tekniği

PEG tüpünün takılmasının birkaç yöntemi bulunmaktadır. Bunlar Push (Sachs-vine), Pull (Ponsky), Introducer (Rus-sell) ve Versa (t-fastener) teknikleridir. En sık tercih edilen ve bizim de kullandığımız teknik Pull tekniğidir. Her işlem, anestezi ekibi tarafından uygulanan sedasyon/ sedoaneljezi altında yapıldı. Tarafımızca işlemin perkütan kısmında cilt insizyonu yerine sadece iğne ponksiyon alanından beslenme tüpü yerleştirildi. İşlemden 6 saat sonra, hastanemiz nutrisyon ekibi işbirliğinde PEG kateteri üzerinden beslenme başlandı. Kayıtlara geçen PEG işlemi sonrası komplikasyonu kaydedildi.

### Bulgular

Çalışmaya 439 hasta dahil edildi. Hastaların 249'u (% 56,7 )kadın, 190'ı (% 43,2 )erkekti. Hastaların ortalama yaşı 72,1 idi. PEG endikasyonları arasında nörolojik problemler %60 ile ön plandaydı. serebrovasküler olay (SVO) ve demans en sık sebepti. En sık komplikasyon peristomal kanama (%4,8) ve peristomal sızıntı (%4,8) idi. Üçüncü ay sağ kalım % 76, birinci yıl sağ kalım % 60 idi.

### Sonuç

Dünya ve ülkemizde geriatrik insan nüfusu giderek artmaktadır. Oral alımı olmayan, uzun süreli beslenme desteği gereken hastalarda perkütan endoskopik gastrostomi düşük komplikasyon oranlarına sahip, uygulaması kolay ve güvenli bir yöntemdir.

PEG işlemi teknik olarak zor değildir, ancak PEG uygulaması sonrası hastanın takibi, minör veya majör komplikasyonların izlemi için multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Endoskopi ünitemizde çalışanların işlem öncesi hazırlık ve işlem sürecindeki uyumu, uygulamanın hızlı ve en az hata ile olmasını temin etmektedir. Ayrıca özellikle PEG işlemi sonrası hem kateter bakımı hem de PEG'den beslenme takibi açısından tecrübeli bakımevi çalışanlarının olması bu sonuca katkıda bulunmaktadır

## SÖZEL 40

### GERİATRİK HASTADA SUBTOTAL KOLEKTOMİ GEREKTİREN MASİF KOLONİK DİVERTİKÜL KANAMASI; OLGU EŞLİĞİNDE KISA LİTERATÜR TARTIŞMASI

İsmail AYDIN<sup>1</sup>, Tuğrul KESİCİOĞLU<sup>2</sup>

Iker Şengül

Prof. Dr. Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.

<sup>1,2</sup>,Dr. Öğr. Üyesi, GRÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Giresun

#### AMAÇ

Alt gastrointestinal sistem kanamalarının (AGİSK), erişkinlerde en sık sebeplerinden biri kolon divertikülleridir. Divertikül kanamaları genellikle kendiliğinden durmaktadır ancak %20 oranında endoskopik ve nadiren cerrahi girişim gerektirebilir. En önemli cerrahi endikasyon, destek tedavisine rağmen düzeltilemeyen hemodinamik instabilitedir. Sunumda, destek tedavisine rağmen hemodinamisi düzelmeyen divertikül kanamalı hastaya yaklaşım literatür eşliğinde irdelenmiştir.

#### YÖNTEM ve BULGULAR

Divertikülozis sebebiyle daha önce AGİSK geçirdiği bilinen, 82 yaşında erkek hasta, rektal kanama şikayetiyle gastroenteroloji servisine yatırılmış. Kolonoskopide çok sayıda divertikül saptanmış, lümen içindeki kirlilik ve yaygın kırmızı nonkoagüle kan bulunması sebebiyle inceleme suboptimal olarak değerlendirilmiş. Kontrol amaçlı yapılan gastroskopi normal olarak rapor edilmiş. Servis takiplerinde uygun sıvı- elektrolit ve eritrosit süspansiyonu transfüzyonuna rağmen hemodinamisi stabil olmayan ve kanaması devam eden hasta tarafımıza konsülte edildi. TA: 80/40 mmHg, Nbz: 125/dk, hemoglobin değeri; 6.2 g/dL ve hemotokrit değeri;%18.6 (6 ünite eritrosit süspansiyonu/24 saat) olan hasta ameliyata alındı ve rektosigmoid bileşkenin proksimalindeki tüm kolon rezeke edilerek ileorektalanastomoz yapıldı. Takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 6. gününde şifa ile taburcu edildi.

#### SONUÇ

Kolon divertikülü en çok sigmoid kolonda olmakla birlikte tüm kolonda görülebilmektedir. Divertikül kanamasının %70'den fazlası kendiliğinden durmakla birlikte tekrar kanama ihtimali mevcuttur. %5-10 oranında masif kanama meydana gelebilir. Masif seyreden ve destek tedavisine cevap vermeyen kanamalarda literatürde çeşitli tedavi yöntemleri tanımlanmıştır. Anjiyoembolizasyon, endoskopik kliplleme, skleroterapi ve bant ligasyonu gibi minimal işlemler sıklıkla tercih edilmektedir. Ancak bu işlemlerin başarı oranı cerrahi rezeksiyon kadar yüksek değildir ve bu işlemlerden sonra nüks ihtimali cerrahi tedaviye oranla daha yüksektir. Dolayısıyla minimal invaziv yöntemler ile başarılı olunamayan ve/veya tekrar eden, hemodinamiyi ciddi şekilde bozan divertikül kanamalı hastalarda, cerrahi rezeksiyon en etkili tedavi seçeneği olmaya devam etmektedir. Bu nedenle kolon divertiküllerine bağlı kanamalarda nadiren ihtiyaç duyulsa da cerrahi rezeksiyon seçeneği her zaman akılda tutulmalı ve gereklilik halinde bu kararı alma konusunda çok geç kalınmamalıdır.

## SÖZEL 41

### NEUROPSYCHOLOGICAL PROGNOSIS IN CHILDHOOD NEUROLOGIC DISEASES: RESULTS OF STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE

Elif Acar Arslan<sup>1</sup>, Samiye Çilem Bilginer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Technical University, Department of Pediatric Neurology, Trabzon, Türkiye

<sup>2</sup>Karadeniz Technical University, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Trabzon, Türkiye

**INTRODUCTION:** Among the common neurological diseases in childhood, febrile convulsions (FC) and breath holding spells (BHS) have relatively high frequency. Both seizures are common problems in infants and preschoolers. Clinical developmental phenotype is important in these diseases.

**MATERIAL-METHOD:** Children who applied to a child neurology clinic with a history of FC or BHS and age matched healthy children who had no previous seizure history were included in this study. Sociodemographic data and seizure characteristics of the patients were recorded in the data form prepared by the researchers. All mothers were asked to complete the strengths and difficulties questionnaire (SDQ). This questionnaire presents data on children's emotional, behavioral, attention deficit and hyperactivity (ADHD) and peer problems as well as social behavior in 5 sub-categories. All data were entered into SPSS 21.0 program and required statistics were applied.

**RESULTS:** This study included 71 patients (47 FC, 24 BHS) and 37 healthy controls. SDQ forms of eighteen patients (12 febrile convulsions, 6 breath holding spells) and 3 healthy controls were incomplete. The patient group had higher behavioral problems ( $p = .003$ ;  $Z = -3.016$ ), peer problems ( $p = .003$ ;  $Z = -2.977$ ) and emotional problems ( $p = .004$ ;  $Z = -2.919$ ) than the control group. There was no difference between the groups in terms of social behavior and ADHD problems ( $p > .05$ ). Also there was no significant relationship in strengths and difficulties of patients according to the gender or the number of previous attacks.

**CONCLUSION:** FC and BHS, which are common neurological diseases of childhood, not only cause physical problems, but also pose a risk especially for emotional, peer and behavioral problems in children. There is a need to develop psychosocial intervention programs for these children and their families.



## SÖZEL 42

Aile Hekimliği Palyatif Bakım Merkezi'nde Yatan Hastalarda Düşme Riskinin Değerlendirilmesi

Mehmet Baş<sup>1</sup>, Yusuf Adnan Güçlü<sup>2</sup>, Haluk Mergen<sup>3</sup>, Hülya Parıldar<sup>4</sup>

1 Uzm Dr, Dr Evrim Tümbek Aile Sağlığı Merkezi, Sakarya, Adapazarı

2 Başasistan Uzm. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

3,4 Doçent Dr, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, palyatif bakım servisinde yatan hastalarda düşme riski ve mevcut hastalıkları ile ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı çalışmamızda, Palyatif Bakım Servisi'nde yatan ve Tinetti denge ve yürüme testinin uygulanabildiği 70 hastanın verileri değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması, 56,95±14,28 yılı ve %27,2'si 65 yaş üzerinde idi. Olguların %71,4'ü kadın, %28,6'sı erkekti. Yaş ortalaması kadın ve erkek hastalarda sırasıyla 58,62±12,23 ve 52,80±18,20 yıl, 65 yaş altı 50,80±11 yıl, 65 yaş üstü için 73,47±7,07 idi.

Tinetti skoru ortalaması, 19,27±8,07 olarak saptandı; ≥65 hastalarda 17±7,80, ≤65 bireylerde 20,11±8,08 idi. Olguların %58,6'sının orta ve yüksek derecede düşme riski, 65 yaş ve üzerindeki hastaların %84,1'inin orta ve yüksek derecede düşme riski taşıdığı belirlendi.

**Sonuç:** Çalışmamızda, orta ile yüksek düzeyde bulunan düşme riskinin, diyabet ve cerrahi öyküsü bulunan, yürüme desteği kullanan, özbakımını yapamayan, eğitim düzeyi düşük ve yalnız yaşayan hastalarda en yüksek olduğu ve yaş ve beden kitle indeksi ile arttığı saptandı. Palyatif bakım merkezlerindeki hastalarda, denge ve düşme risk taramalarının ve çevresel düzenlemelerin yapılması ve çalışan personel, hasta ve yakınlarının bilinçlendirilmesi yararlı olabilecektir.

**Anahtar kelimeler:** Düşme riski, yaşlı, palyatif bakım, Tinetti denge ve yürüme testi



## Kaynaklar

1- Lamb SE, Jorstad-Stein EC, Hauer K, Becker C, Prevention of Falls Network Europe and Outcomes Consensus Group. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. J Am Geriatr Soc 2005;53:1618-22.

2. Onat Ş, Delialioğlu S, Özel S. Geriatrik Popülasyonda Dengenin Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2014;60:147-54.

## SÖZEL 43

### Factors disrupting exercise compliance in individuals receiving weight control counseling

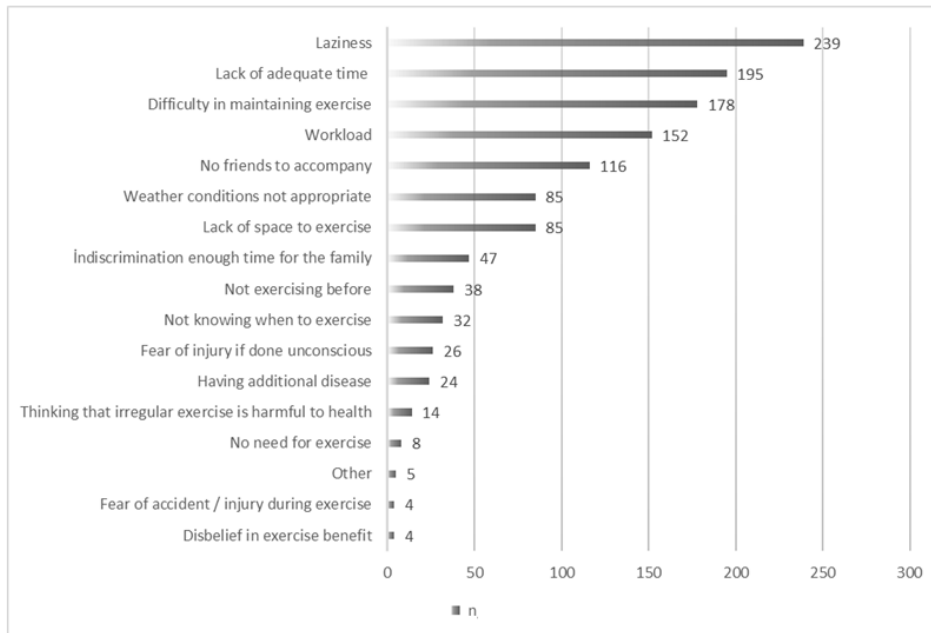
Abdullah Kaan KURT, Turan SET, Elif ATEŞ

Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Trabzon, TURKEY

**Aim:** The aim of this study was to determine the factors that prevent exercise compliance in individuals receiving weight control counseling. At the end of the study, it was aimed to develop recommendations for increasing exercise compliance and continuity.

**Method:** This study was carried out as a cross-sectional study in Karadeniz Technical University Family Medicine outpatient clinic. preliminary study was conducted with 20 people. The sociodemographic characteristics of the participants and the factors that prevent exercise compliance / exercise continuity were evaluated with the questionnaire form prepared with the literature. Ethics committee approval was received. Data of 384 participants were analyzed.

**Results:** The median of the participants was 29 (IQR: 23.0-41.0) years and 78.6% of the participants were women. It was found that 92.7% (n = 356) of the participants did not exercise. When the causes that prevented exercise compliance / exercise continuity were questioned, laziness was the most frequent reason with 67.1%. Lack of adequate time (54.7%) and difficulty in maintaining exercise (50.0%) were detected as two other important causes (Table 1). The percentage of people who chose the option I do not believe in the benefit of exercise was 1.1%. When the participants were asked to rank the first three among the reasons, laziness was the most common cause with 40.4%.



**Table 1.** The causes that prevented exercise compliance / exercise continuity

**Conclusion:** We are detected that, almost all of the participants did not exercise. Participants who did not believe in the benefit of exercise were very few (1.0%). This was promising in terms of suggesting that success could go to very high levels when community-oriented studies were combined with person-based programs. In this study, the most important reason of non-exercise was found to be laziness. In this context, it will be beneficial to raise awareness of the positive effects of individuals on exercise and health and to provide motivation for increasing physical activity levels.

**Keyword:** Exercise, Physical Inactivity, Barrier, Obesity

## SÖZEL 44

Müge Olgaç

Göğüs hastalıkları uzmanı, İmmünoloji ve alerjik hastalıklar uzmanı

T.C. S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulamaları ve Araştırma Merkezi, İstanbul

### ASTIM HASTALARINDA ATOPI DEĞERLENDİRMESİ VE TEDAVİYE KATKISI

**Amaç:** Astım tanısı ile immünoloji ve alerjik hastalıklar polikliniğine yönlendirilen hastaların atopi düzeyleri ve yapılan değerlendirmelerinin tedavi ve takiplerine katkısını araştırmayı amaçladım.

**Yöntem:** Hastaların ayrıntılı anamnezi alınarak demografik özellikleri, eşlik eden hastalıkları, kullandığı ilaçlar, astım kontrol testi skorları kaydedildi. Solunum fonksiyon testleri ve on standart aeroalerjenle deri prik testi yapıldı. Hastaların değerlendirmelerine göre uygun hastalara allerjen immunoterapi ve/veya antiİge tedavisi başlandı.

**Bulgular:** 116 'sı (%74,8) kadın, 39'u (%25,2) erkek 155 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması  $35,85 \pm 12,15$  idi. Astım başlangıç ortalama yaşı  $29,41 \pm 11,9$  idi. Ağırlıklarına göre 115'i (%74,2) intermitan/hafif astım, 36'sı (%23,2) orta/ağır astım, 4'ü (%2,6) tedaviye dirençli kontrolsüz ağır astımdı. 115 (%73,5) hastada eşlik eden allerjik rinokonjuktivit, 13 (%8,3) hastada kronik kaşıntı/ürtiker, 4 (%2,5) hastada ilaç allerjisi, 2 (%1,2) hastada uyku apne vardı. Deri prik testinde 67 (%43,2) hastada herhangi bir allerjen ile pozitiflik saptandı, bu hastalar atopik olarak değerlendirildi. Atopik olarak saptanan hastaların allerjen duyarlanması değerlendirildiğinde 55'inde (%35,5) ev tozu, 6'sında (%3,9) küf, 12'sinde (%7,7) polen, 12'sinde (%7,7) hamamböceği, 3'ünde (%1,9) kedi epiteli ile duyarlanma tespit edildi.

Atopi ile astım ağırlığı arasında ilişki saptanmazken allerjik rinit varlığı, erkek cinsiyeti ve .

astım başlangıç yaşına göre 18 yaşından küçük başlangıç yaşlı astımlılarda atopi oranı anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla %51,8  $p=0.00$ , %65.3  $p=0.00$ , %59  $p=0,02$ ).

Atopi saptanan tüm hastalara allerjen maruziyetinden kaçınma önerildi. Hastaların mevcut tedavilerine ek olarak 14 (%9) hastaya allerjen immunoterapi, 3(%1,9 ) hastaya antiİge tedavisi, 1 (%0,7 ) hastaya immunoterapi ve antiİge tedavisi başlandı. Mevcut tedavilerine ek tedavi yaklaşımında bulunan hastaların astım kontrol testi skorları, 6. aylarında başlangıç skorları ile kıyaslandığında yükselme saptandı.

**Sonuç:** Çevresel risk faktörleri ile temasın azaltılması astım hastalarında semptomların kontrol altına alınabilmesi açısından önem taşımaktadır. Deri prik testleri neticesinde, hastaya duyarlı olduğu allerjen maruziyetinden kaçınmasının yanında allerjen immunoterapi veya kontrolsüz ağır allerjik astımlılarda anti İge tedavileri gibi ek tedavi seçenekleri de sunulabilmektedir.

## SÖZEL 45

### Allerjik Hastalıklar ve Vitamin D

Müge Olgaç<sup>1</sup>, Derya Ünal<sup>2</sup>

1-Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

2-Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi , İstanbul

### GİRİŞ

- Yapılan çeşitli sayıda çalışmalarda vitamin D eksikliğinin astım, allerjik rinit, ürtiker gibi alerjik hastalıklarda önemli role sahip olduğu gösterilmiştir.
- Vitamin D astım: Erişkin astım ve ciddi ve / veya kontrolsüz astım hastalarında D vitamini seviyesi 30 ng / ml'nin altında tesbit edilmiştir.
- Vitamin D allerjik rinit: Jung ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada vitamin D düzeyi allerjik rinitte non allerjik rinitten daha düşük bulunmuştur.
- Vitamin D ürtiker: Kronik spontan ürtiker (CSU) ile düşük serum 25 (OH) D konsantrasyonları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve D vitamini tedavisinin CSU hastalarında semptomları ve yaşam kalitesini artırdığı gösterilmiştir.

### YÖNTEM

- Biz bu hastalıklarda vitamin D düzeyini araştırdık.
- Polikliniğimize başvuran ve allerjik rinit (AR), ürtiker (Ü) , astım(A) tanısı konulan 140 hasta çalışmaya alındı.
- Hastaların yaş ortalaması 41,76 ± 1,51 kontrol grubunun yaş ortalaması 49,7± 9,59 idi.
- Hastalar AR(20) , Ü (20), A (20), AR +A (20), AR+Ü , A+ Ü(20), AR+A +Ü (20) olmak üzere 7 gruba ayrıldı.
- Bu hastalarda vitamin D düzeyi ölçüldü. Kontrol grubu olarak 20 sağlıklı kişide vitamin D düzeyi ölçüldü.

## BULGULAR

A'lı hastalarında vitamin D düzeyi  $23,35 \pm 21,14$ , AR'li hastalarda vitamin D düzeyi  $22,08 \pm 11,74$ , Ü'de vitamin D düzeyi  $18,07 \pm 6,20$ , Astım+ AR'te vitamin D düzeyi  $18,83 \pm 9,74$ , Astım+ürtikerde vitamin D düzeyi  $17,2 \pm 11,34$ , AR+ Ürtikerde vitamin D düzeyi  $14,02 \pm 7,22$ , Astım+AR+ürtiker de vitamin D düzeyi  $12,7 \pm 6,18$  kontrol grubunda vitamin D düzeyi  $28,85 \pm 14,88$  olarak belirlendi. ( Tablo 1 )

**Tablo 1 : Allerjik Hastalıklarda ve Vitamin D düzeyleri**

	Astım	Allerjik rinit	ürtiker	Astım+ Allerjik rinit	Astım+ ürtiker	Allerjik rinit+ ürtiker	Allerjik rinit+ ürtiker+ Astım	Kontrol
Vitamin D	$23,35 \pm 21,14$	$22,08 \pm 11,74$	$18,07 \pm 6,20$	$18,83 \pm 9,74$	$17,2 \pm 11,34$	$14,02 \pm 7,22$	$12,7 \pm 6,18$	$28,85 \pm 14,88$

## TARTIŞMA

- D vitamini eksikliğinin allerjik rinit, astım, ürtiker gibi allerjik hastalıklarda rolü ile ilgili yapılan çalışmaların sayısı giderek artmaktadır.
- Bizde bu 3 hastalıkta D vitamini düzeyini ölçtük. Bu 3 hastalığın birlikte olduğu grupta vitamin D düzeyi en düşük olarak saptandı.
- Bu kemik metabolizması ile ilişkisinin yanı sıra D vitaminin allerjik hastalıklardada rolü olduğunu önerebilmektedir.

## SONUÇ

Sonuç olarak AR+A +Ü li hastalarda vitamin D düzeyi daha düşük bulundu.

## KAYNAKLAR

- 1- Searing DA and Leung D. Vitamin D in Atopic Dermatitis, Asthma and Allergic Diseases. Immunol Allergy Clin North Am. 2010;30(3):397-409
- 2- Jung JW, et al. Allergic rhinitis and serum 25-hydroxyvitamin D level in Korean adults. Ann Allergy Asthma Immunol. 2013 Nov;111(5):352-7.
- 3- Boonpiyathad T, Pradubpongsa P and Sangasapaviriya A. Vitamin D Supplements Improve Urticaria Symptoms and Quality of Life in Chronic Spontaneous Urticaria Patients. Dermatoendocrinol. 2014 Jan-Dec; 6(1)

## SÖZEL 46

### ORTAÖĞRETİM ÇAĞINDAKİ ÖĞRENCİLERDE POSTÜR BOZUKLUĞU SIKLIĞI

Uzm. Dr. Gülsemin Ertürk Çelik<sup>1</sup>, Hakan Uzun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı, Gençlik Ve Spor Bakanlığı, Ankara

<sup>2</sup>Sürmene Aile Sağlığı Merkezi, Trabzon

**Amaç:** Postür fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan sağlığın en önemli göstergelerindedir. Postural bozukluklar modern toplumun en sık görülen problemlerinden biridir. Sebepleri arasında birçok faktör rol oynamakla birlikte gelişen teknolojinin bir sonucu olarak sedanter yaşama bağlı giderek görülme sıklığı da artan bir bozukluktur. Postural bozukluk tanımının içinde birçok kas iskelet sistemi bozukluğu vardır. Fakat en sık görülen ve üzerinde en sık araştırma yapılan kifoz ve skolyoz bozukluklarıdır.

Bu çalışmanın amaçları şunlardır:

Postural bozukluğu olan çocukların tespiti ve bozukluğun tanısı,

Postural bozukluklardan özellikle skolyoz ve kifoz taraması yapılması,

Postural bozukluğu tespit edilen çocukların ailelerine bilgi vererek hastaneye yönlendirilmesi,

Hastanede ayrıntılı muayene ve ileri tetkik sonucu kifoz ve skolyoz tanısı konulan çocuklara uygun tedavi programlarının verilmesi ve gerekli takiplerinin yapılması,

Postural bozukluğa neden olabilecek faktörlerin tespiti,

Postural bozuklukların engellenmesi için gerekli önlemlerin alınması,

Doğru duruş bilincinin verilmesi,

Aile ve öğretmenlerin bu konudaki farkındalıklarının artırılması,

Aile sağlığı birimlerinde postur taramasının zorunlu hale getirilmesinin gerekliliğinin vurgulanması.

**Yöntem:** Fizik tedavi uzman hekim, pratisyen ve aile hekimleri, fizyoterapist, kayıt tutan kişilerden oluşan bir ekip hazırlandı. Yapılacak tarama ile ilgili olarak taramaya katılacak olan kişilerin eğitimi için gerekli eğitim materyalleri hazırlandı. Skolyograf, skolyometre, çekül, kalem, mezura gibi gerekli araç gereçler alındı. Bu konuda eğitim toplantıları yapıldı.

Bu proje kapsamında Ankara'da 9 ortaokulda 5-6-7. sınıflarda toplam 2677 çocukta tarama yapıldı. Tespit edilen postür bozuklukları ile ilgili olarak aileler bilgilendirildi. Kifoz ve skolyoz tespit edilen çocuklar hastaneye ileri araştırılma için gönderildi. Kifoz ve skolyoz tespit edilmeyen çocuklara koruma amaçlı yapmaları gereken egzersizler hazırlanarak broşür olarak dağıtıldı.

Forward head, başın tilti, protrakte, retrakte, eleve ya da deprese omuz, kifoz, skolyoz, kanat skapula, göğüs deformiteleri, servikal ve lomber lordozda artış ya da azalma, pelvisin anterior ya da posterior tilti, pelvisin eleve ya da deprese durumu, genu recurvatum, diz fleksiyonu, tibial torsiyon, genu varum ve valgum, pes planus, pes cavus, ayak supinasyon, pronasyon gibi durumlar postür bozuklukları başlığı altında toplandı. Skolyoz deformitesi posteriordan değerlendirme, Adams forward bending test ile değerlendirme ve skolyometre ölçüm aracı ile değerlendirme olarak 3 farklı yöntemle değerlendirildi.

**Bulgular:** Postür bozukluğu toplamda 2677 çocuktan 1454'ünde (%54,3) tespit edildi. Bunun 748'i (%56,1) erkek iken 706'sı (%52,5) kızlardan oluşmakta idi. 2677 çocuğun 386'sında (%14,4) kifoz deformitesi tespit edildi. 386 çocuğun 198'i (%14,9) erkek, 188'i (%14,0) kız çocuklardan oluşmakta idi. Kız ve erkeklerde kifoz ve genel postural bozukluk görülmesi açısından anlamlı bir fark yoktu ( $p=0,524$ ).

Posteriordan değerlendirme sonucunda 2677 çocuğun 185'inde (%6,9) skolyoz tespit edildi. Bu değerlendirmede skolyoz tespit edilen 185 çocuğun 111'ini (%8,3) kız çocukları, 74'ünü (%5,6) erkek çocukları oluşturmaktaydı. Adams forward bending test ile değerlendirme sonucunda 2677 çocuğun 94'ünde (%3,5) skolyoz deformitesi tespit edildi. Bunların 58'i (%4,3) kız, 36'sı (%2,7) erkek çocuklardan oluşmakta idi. Skolyoz deformitesi ayrıca skolyometre ile ölçüm yapılarak değerlendirildi. Skolyometrede 3 dereceye kadar ölçümler normal olarak kabul edildi. 4 derece ve üzeri skolyoz olarak kabul edildi. Bu değerlendirmeye göre; 2677 çocuğun 130'unda (%4,9) skolyoz deformitesi tespit edildi. Bunların %5,1'i (69) kız %4,6'sı (61) erkek

çocuklardan oluşmakta idi. Kız çocuklarda erkek çocuklara göre anlamlı oranda daha fazla skolyoz tespit edildi (p=0,023).

2677 çocuğun kilo, boy ve yaş bilgileri ile vücut kitle indeksi hesaplandı. Zayıf, normal, kilolu ve obez olarak gruplandırıldı. Vücut kitle indeksine göre, çocukların 1258'si (% 47) zayıf, 1212'si (%45,3) normal, 177'si (%6,6) kilolu ve 30'unun (%1,1) obez olduğu tespit edildi.

2677 çocuğun %37,6' sında (1007) çanta ağırlığı vücut ağırlığının %10 ve üzerinde, % 62,4'ünde (1670) çanta ağırlığı vücut ağırlığının % 10'undan az tespit edildi. Vücut ağırlığının % 10'undan fazla ağırlıkta çanta taşıyan çocukların %39,7'si erkek, % 35, 6'sının kız çocuğu olduğu tespit edildi. Yapılan istatistiki çalışmalarda çanta ağırlığı kifoz, skolyozun posteriordan değerlendirilmesi ve skolyozun skolyometre ile değerlendirilmesi arasında anlamlı fark tespit edildi. 2677 çocuğun 1809'unda (%67,6) tablet, telefon, ipad gibi cihazların kullanımı mevcut idi. Tablet, telefon, ipad, bilgisayar gibi cihazları kullandığı da tespit edilen 1809 çocuğun %71,5'i (953) erkek iken, kız çocuklarında bu oran %63,7 (856) olarak tespit edildi. Tablet, İpad, telefon gibi cihaz kullanan çocuklarda kifoz ve skolyozun Adams forward bending, posterior değerlendirme ve skolyometre ile değerlendirmede anlamlı fark tespit edildi. (p=0.04).

Çocukların ders çalışma şekli sorgulandı. Masa başında oturur konumda ve diğer şekillerde diye gruplandı. Spor faaliyeti sorgulandı, spor faaliyeti olmayanlarda, olanlarla karşılaştırıldığında kifozda artış olduğu saptandı (p<0.01).

Bacak boy farkı olanlarda skolyozun posterior değerlendirilmesi ve skolyometre ile ilişkisi anlamlı bulundu(p<0.01).

**Sonuç:** Yanlış duruş, çanta ağırlığı, sedanter yaşamın postür üzerine olumsuz etkileri yapılan bilimsel çalışmalar ile pekçok defa kanıtlanmıştır. Postür vücudumuzun ve psikolojimizin dilidir. Estetik ve performansın tamamlayıcı ve ana unsurlarından biridir. Omurgamız taşıdığı yükler ve kompleks işlevleri nedeniyle duruş bozukluklarının en sık görüldüğü alandır. Bu bozukluklar skolyoz ve kifoz olarak karşımıza çıkmaktadır. Skolyoz tespit edilen çocukların % 80'i idiopatik dediğimiz nedeni belli olmayan skolyozdur. Fonksiyonel yani engellenebilir nedenler ise çoğunluktadır.

Öyleyse doğru zamanda doğru tespitlerle büyük bir sağlık sorunu oluşmadan engellenebilir. Çocukların doğru duruş, egzersiz ve spor konusunda özellikle bilgilendirilmeleri önemlidir.

\*Bu proje Milli Eğitim Bakanlığı tarafından desteklenmiştir.

## SÖZEL 47

### Variköz Venler: Gebeliğin Hediyesi- Bir Olgu Sunumu

*Varicose Veins: Gift Of Pregnancy - A Case Report*

Onur ÖZTÜRK<sup>1</sup>, Metin OCAK<sup>2</sup>, Gülşah ÖZTÜRK<sup>3</sup>, Mustafa ÜNAL<sup>4</sup>, Mustafa Yasin SELÇUK<sup>4</sup>, Muhammet Ali ORUÇ<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, SAMSUN

<sup>2</sup> Gazi Devlet Hastanesi, Acil Servis Kliniği, SAMSUN

<sup>3</sup> Gökberk Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, SAMSUN

<sup>4</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, SAMSUN

<sup>5</sup> Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, KIRŞEHİR

#### Özet

Variköz venler, gebelerde fizyolojik olarak görülebilen, yaşam kalitesini düşüren, fiziksel aktiviteyi kısıtlayan, kozmetik ve psikolojik problemlere yol açan, tanı ve tedavi maliyetleri yüksek bir sağlık sorunudur.

Bu olgu sunumunda gebelikte variköz ven şikayeti olan fakat herhangi bir tedavi görmeyen, doğumdan sonra ise şikayetleri gerileyen bir gebeden bahsedilecektir.

#### Abstract

Varicose veins are a health problem that can be seen physiologically in pregnant women, that decreases the quality of life, restricts physical activity, leads to cosmetic and psychological problems and has high diagnostic and treatment costs.

In this case report, a pregnant woman who had varicose vein complaints during pregnancy but did not received any treatments, and whose complaints have regressed after birth will be mentioned.

#### GİRİŞ

Variköz venler, özellikle de gebelerde, yaşam kalitesini oldukça düşüren, fiziksel aktiviteyi kısıtlayan, kozmetik ve psikolojik problemlere yol açan, tanı ve tedavi maliyetleri yüksek bir sağlık sorunudur (1). Gebelerin ise %18-22'sinde bu problem ile karşılaşmaktadır (2).

#### YÖNTEM

Aile sağlığı merkezine gebelik esnasında variköz venlerinden şikayetçi olan bir hastadan bahsedilecektir.

#### BULGULAR

Yirmi bir yaşında kadın hasta, aile sağlığı merkezimize bacaklarda ve cinsel bölgede varis şikayeti ile başvurdu. 27. gebelik haftasında olan hasta, 4. gebeliğini yaşamaktaydı. Öz ve soygeçmişi doğadı. Klinik sistemik bakısında, sağ ve sol bacak, diz üstü ve altı medial ve lateral bölgelerde ve vulvar alanda çapı 1 cm'yi bulan yaygın variköz venler dikkati çekti. (Resim 1) Hasta kardiyovasküler cerrahi kliniğine sevke edildi ve ilgili klinikte gebelik sonrası operasyon önerilip vazoaktif tedavi başlandı. Hasta önerilen medikasyonu kabul etmeyip, gebelikten sonra operasyon seçeneğini düşünmeye başladığını ilettili. Doğumu takip eden birkaç hafta içerisinde variköz venlerde gözle görülür azalma dikkati çekti (Resim 2) ve hastanın şikayetleri kendiliğinden geriledi.



Resim 1. Sol bacak diz altı medial bölge variköz venler





Resim 2. Sol bacak diz altı medial bölge gebelik sonrası

## TARTIŞMA

Gebelikte en sık rastlanan fizyolojik değişikliklerden biri olan variköz venler, genellikle alt ekstremitelerde görülür. Variköz venlerde etiyoloji multifaktöriyeldir. Hastamızda multipardır ve gebe kaldığı dönemde fazla kilolu idi.

Primer variköz venler özellikle safenofemoral bileşkede görülen kapak yetmezliğidir. Sekonder variköz venler posttrombotik ve nontrombotik olarak incelenirler. Gebelik bu sekonder nedenler biridir. Gebelikte pelvik venlerin normal çapın 60 katına kadar genişlemesi ve doğum sonrası 6 aya kadar bu değişikliğin sabit kalması, genişleyen venlerde kapakçıkların yeteri kadar kapanamaması, dolaşan kan hacmindeki artış, kilo artışı ve büyümüş olan uterusun inferior vena kavaya basısı patogenezini açıklamaktadır (3).

Gebemizde kozmetik kaygıların dışında herhangi bir bulgu mevcut değildi. Variköz venlerin tedavisi konservatif yaklaşım, eksternal lazer tedavisi, enjeksiyon skleroterapi, endovenöz yaklaşımlar ve cerrahidir. NICE klavuzunun temel önerilerine göre gebe kadınlara olağanüstü durumlar dışında hamilelik sırasında varisli damarlar için girişimsel tedavi uygulanmamaktadır (4).

Konservatif tedaviyi kabul etmeyen hastamız, fizyolojik olan bu süreci ek sorun yaşamadan tamamlamıştır. Doğumdan sonra ise şikayetleri neredeyse tamamen ve kendiliğinden gerilemiştir.

## SONUÇ

Birinci basamak hekimleri, gebe takiplerinde gebeliğin variköz venler üzerindeki etkisi hakkında hastalarına bilgi vermeli ve farkındalıklarını arttırmalıdır.

## Kaynaklar

1. Gümüştakım RŞ, Yayla ME, Sürmeligöz O, Yavuz E, Kırımlı E, Doğan S. Variköz venleri olan hasta yönetimi: Aile hekimleri ne kadar içinde? *Türk Aile Hek Derg* 2015;19 (2): 90-96.
2. Öztürk H, Öztürk ŞY. Alt Ekstremit Venöz Doppler Ultrasonografik İnceleme Yapılan Hastaların Özellikleri. *Van Tıp Dergisi*: 21(4): 193-196, 2014
3. Venbrux AC, Chang AH, Hyun SK, et al. Pelvic congestion syndrome (pelvic venous incompetence): impact of ovarian and internal iliac vein embolotherapy on menstrual cycle and chronic pelvic pain. *J Vasc Interv Radiol* 2002;13:171-8.
4. National Institute for Health and Care Excellence CG168. *Varicose veins in the legs: The diagnosis and management of varicose veins*. NICE. London. 2013

## SÖZEL 48

### HEREDİTER SFEROSİTOZ TANILI ÇOCUK HASTALARDA KOMPLİKASYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gökçe Pınar Reis<sup>1</sup>, Elif Sağ<sup>2</sup>, Ayşenur Bahadır<sup>1</sup>

<sup>1</sup>K.T.Ü, Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji-Onkoloji BD, Trabzon

<sup>2</sup>K.T.Ü, Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji BD, Trabzon

**ÖZET:** **Amaç:** Herediter sferositoz (HS) seyrinde görülen komplikasyonların farkındalığını sağlamak amaçlanmıştır. **Yöntem:** 64 HS hastasının klinik seyirleri, tedavi sırasında gözlenen komplikasyonlar ve komplikasyonların yönetimi incelenmiştir. **Bulgular:** Kırk iki hastanın USG görüntülemesi normalken, 14 hastada safra kesesinde multipl taş, 6 hastada çamur, 1 hastada polip, 1 hastada koledokta taş tespit edilmiştir. Beş hasta aplastik kriz nedeni ile izlenmiştir. **Sonuç:** HS komplikasyonları açısından yakın izlenmeli, hastalara zamanında ve doğru müdahale edilmelidir.

**GİRİŞ:** Herediter sferositoz, en sık görülen doğumsal hemolitik anemidir. Anemi, sarılık ve splenomegali en sık görülen klinik tablodur. Ağır HS, olguların %5'inde görülür. Bu hastalarda belirgin hemoliz, anemi, sarılık ve splenomegali görülürken, düzenli eritrosit transfüzyonu gereksinimi vardır. Aplastik kriz (özellikle parvovirus B19 ile), folat eksikliğine bağlı megaloblastik değişiklikler, safra taşı, bacak ülserleri, ekstremitelerde hematopoez, transfüzyonel hemosiderozis hastalığının seyri ve tedavisi sırasında görülebilecek komplikasyonlardır. Tedavide eritrosit transfüzyonu, splenektomi ve folik asit desteği uygulanır.

**YÖNTEM:** Otuz dördü kız, 30'u erkek, toplam 64 HS hastası retrospektif olarak incelendi, klinik seyirleri, demografik özellikleri, tedavi sırasında gözlenen komplikasyonlar ve komplikasyonların yönetimi incelendi.

**BULGULAR:** Otuz dört kız, 30 erkek, toplam 64 HS hastasının ortanca tanı yaşı 24 ay (min-max:10 gün-180 ay); kız hastaların ortalama transfüzyon sayısı  $7,21 \pm 14,36$ , erkek hastaların ise  $9,33 \pm 10,48$  idi. 42 hastanın USG görüntülemesi normalken, 14 hastada safra kesesinde multipl taş, 6 hastada çamur, 1 hastada polip, 1 hastada koledokta taş tespit edildi. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Üç hastada USG ile tespit edilememesine karşın MRG ile taş tespit edildi. Hastaların 11'ine kolesistektomi (%17.2), 19'una splenektomi (%29.7), 7'sine hem splenektomi hem kolesistektomi yapıldı. Splenektomi yapılan hastaların ortanca yaşı 11,2 yıl (min-max; 9 - 15 yıl), kolesistektomi yapılanların 11 yıl (min-max; 9 - 18 yıl) idi. Splenektomi yapılan 19 hastanın 8'inde T2 Star MRG'de demir birikimi saptandı ( $p=0.004$ ). On yedisinde trombositoz görüldü. Splenektomi ve kolesistektomi yapılan hastalarda yaş ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Beş hasta parvo virüs B 19'a bağlı aplastik kriz nedeni ile tedavi edildi. Splenektomi sonrası penisilin profilaksisi kullanmayan bir hasta pnömokok sepsisi nedeni ile kaybedildi.

**TARTIŞMA:** Herediter sferositoz splenektomi ile kür sağlanan bir hastalıktır. Seyri sırasında safra taşları, enfeksiyonlar, transfüzyon ve splenektomiye bağlı komplikasyonlar sıkça karşımıza çıkar. Bizim 64 hastadan oluşan serimizde de bu komplikasyonlar gözlenmiş ve splenektomi ile kolesistektomiye başvurulmuştur. Beş hastada parvo virüs B 19 enfeksiyonuna aplastik kriz görülmüş, 3 hastaya IVIG tedavisi uygulanmıştır. Literatürde IVIG uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında mortalite açısından fark görülmemiştir. Bizim de IVIG vermediğimiz hasta grubu şifa ile taburcu edilmiştir.

**SONUÇ:** Herediter sferositoz splenektomi ile kür sağlanan bir hastalık olmasına karşın, safra taşları, enfeksiyonlar, transfüzyon ve splenektomiye bağlı komplikasyonlar açısından yakın takibi yapılmalı, tedavisi düzenlenmelidir.

### KAYNAKLAR

1. Disorders of red cell membrane. Br J Haematol, 2008;141: 367–375.
2. Hereditary spherocytosis. Lancet 2008; 372: 1411–1426.
3. Tavel B, Ozdel S, Ozkasap S, Yarali N, Tunc B. Aplastic crisis induced by human parvovirus B19 infection as an initial presentation of hereditary spherocytosis. Indian J Pediatr 2010; 77: 1191-2.

Tablo I. Hastaların demografik özellikleri

Herediter sferositoz	Splenektomi yapılanlar	Kolesistektomi yapılanlar	Splenektomi ve Kolesistektomi yapılanlar	Opere olmayanlar
Cinsiyet, k, n, %	11	8	5	10
Transfüzyon sayısı	13.6 ± 19.2	8.6 ± 9	10 ± 11.2	5.9 ± 8.1
T 2 Star MRG'de demir birikimi	7	1	1	5
Eşlik eden hastalıklar				
Yağlı K.C	1	1	1	
Crigger nj	0	1		
Pankreatit	2	2	2	
Kolesistit	1	2	1	0
CVID+pankreatit	0	1		
SLE	0	0		1
Hipotroidi	0	1		
KC nakli				1
USG				
Multipl tas	9	8	6	2
Çamur	0	1		5
Koledokta tas,	1	1	1	
dilatasyon	0			1
Polip				
Operasyon yaşı	11.2 ± 1.7	12.9 ± 3.6	-	-
Aplastik kriz sayısı	0	0	0	5

## SÖZEL 49

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Mobil Birimi Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Mahcube Çubukçu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,

Doç.Dr.

Amaç

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Mobil Birimi'ne Kayıtlı hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve verilen hizmetleri değerlendirmek ve bu yolla hizmet kalitesini artırmaktır.

Yöntem

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Mobil Birimi sorumluluğu Aile Hekimliği Kliniği tarafından yürütülmektedir. Şubat 2019'dan itibaren Samsun İli Merkez Palyatif Bakım Servislerinden taburcu olan hastalar, Palyatif Mobil Ekibimiz tarafından evlerinde ziyaret edilmekte, tedavi, takip ve onam formları doldurulmaktadır. Palyatif mobil ekibi 1 doktor, 1 sağlık memuru, 1 şoförden oluşmaktadır. Çalışmamızda kullanılan formlar geriye yönelik dosya taraması yapılarak incelenmiştir.

Bulgular 15.02.2019-15.09.2019 tarihleri arasında 47 hastanın evine gidildi. 15.09.2019 tarihinde aktif hasta sayımız 25 olup, 14'ü (%56,0 )yatağa tam bağımlı, 9'u (%36,0) yatağa yarı bağımlı, 2'si bağımsız idi. En sık gördüğümüz hastalık (%42,6,n=11) onkolojik hastalardır. Diğer sık görülen (%34,4 n=9) hasta grubu nörolojik (Alzheimer, Serebrovasküler olaylar) hastalardır. Hastaların yaş ortalaması 62,60±18,34 yıl idi. Hastalarımızın % 54,3'ü (n=13) kadındı. Kişilerin % 36,5'u (n=9) ilkökul mezunuydu. %37,9'u (n=10) evli idi. Kişilerin %39,6'sının (n=10) herhangi bir kronik hastalığı mevcuttu. En sık görülen (%28,4) kronik hastalık hipertansiyondu. İnvaziv girişim olarak en çok foley sonda (n=10) takılmıştır. 20 hastaya kan tetkiki yapılmış, 6 hastaya diğer branşlardan konsültasyon istenmiştir. Palyatif mobil hizmetine kayıtlı evde takip ettiğimiz hastalardan 12'sinin (%25,5) hastaneye yatışı gerçekleştirilmiştir.20 hasta (%42,5) vefat, 2 hasta (%4,3) ikametgah değişikliği sonucunda takipten çıkarılmıştır.

Sonuç Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Mobil Birimi'ne kayıtlı hastalarımız en çok yatağa tam bağımlı ve onkoloji hasta grubuydu. Palyatif Bakım Hizmetleri ile yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların yaşam kalitesini artırmak, semptom yönetimini değerlendirmek hedeflenmektedir. Palyatif mobil uygulamasının sonuçlarını değerlendirmek suretiyle ülke genelinde yaygınlaştırılması bu anlamda uygun görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, palyatif mobil birimi, hasta

## SÖZEL 50

### Diagnostic efficacy of cut-off points of 10 and 15 mm as the size of thyroid nodules on indeterminate and malign cytology in The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytology [TBSRTC], histopathology and strain elastography

Demet Sengul<sup>1</sup>, Ilker Sengul<sup>2,3</sup>, Erol Egrioglu<sup>4</sup>, Tuncer Öztürk<sup>3</sup>, İsmail Aydın<sup>3</sup>, Tuğrul Kesicioğlu<sup>3</sup>, Selahattin Vural<sup>3</sup>, Alptekin Tosun<sup>5</sup>, Tümay Bekçi<sup>5</sup>

#### Corresponding affiliations and name of Institutions

<sup>1</sup> Department of Pathology, Giresun University Faculty of Medicine, TR28100 Giresun, Turkey

<sup>2</sup> Division of Endocrine Surgery, Giresun University Faculty of Medicine, TR28100 Giresun, Turkey.

<sup>3</sup> Department of General Surgery, Giresun University Faculty of Medicine, TR28100 Giresun, Turkey.

<sup>4</sup> Department of Statistics, Giresun University Faculty of Art and Science, TR28100 Giresun, Turkey.

<sup>5</sup> Department of Radiology, Giresun University Faculty of Medicine, TR28100 Giresun, Turkey.

#### SUMMARY

**Purpose:** This study examined the effect of 10 and 15 mm cut-offs in differentiation of benign and malignant nodules by three different methods: I) strain elastography (SE), II) The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (TBSRTC), III) histopathology.

**Methods:** Between 2012 and April 2015, records of 500 thyroid nodules were recorded for 425 consecutive patients and a retrospective analysis was performed. The effectiveness of nodule size in predicting malignancy was investigated by three methods.

**Results:** Of the 500 thyroid nodules examined, 80 (16.0%) were under 10 mm and 420 (84.0%) were over 10 mm in diameter. No significant difference was point out between over 10 mm with I) TES 4 and 5, area under the curve (AUC) 0.531, II) TBSRTC III, IV, V, VI, indeterminate and malignant cytology, AUC 0.517, III) malign histopathology, AUC 0.509. Similarly, no significance was recognized out between over 15 mm with I) TES 4 and 5, AUC 0.623, II) indeterminate and malignant cytology, AUC 0.455, III) malign histopathology, AUC 0.515 by McNemar test. However, over 15 mm may strenghtens the prediction among TES 4 and 5 malign histopathology, as weakens in indeterminate and malignant cytology.

**Conclusions:** these preliminary data of this study suggest that thyroid nodules cannot be predictive of malignancy with three methods when the cut-off point sare 10 and 15 mm. However, higher shear attenuates with TESRTC III, IV, V and VI, while TBSRTC attenuates with III, IV, V and VI, while TESRTC attenuates with III, IV, V and VI.

**Keywords:** Fine-Needle biopsy; Bethesda; Cytology; Thyroidectomy; Ultrasonography; Elastography.

#### Introduction

The clinical management of the thyroid nodules, particularly with indeterminate cytology (IC) remains a major challenge for thyroidology. The role of ultrasound (US) elastography in this setting is still controversial. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (TBSRTC), is already the major, primary, and principal reporting system for reporting the thyroid fine-needle aspiration (FNA) cytology (FNAC) worldwide which was firstly propounded in 2007 at the National Cancer Institute (NCI) Thyroid Fine Needle Aspiration State of the Art

and science Conference, Bethesda, Maryland, US. It is a six-tiered diagnostic system: [1] non-diagnostic, TBSRTC I; [2] benign, TBSRTC II; [3] Atypia of indetermined significance/follicular lesion of indetermined significance (AUS/FLUS) TBSRTC III; [4] Follicular neoplasm/suspicious for follicular neoplasm, TBSRTC IV; [5] suspicious for malignancy (SM), TBSRTC V; [6] malignant, TBSRTC VI. The widely used thyroid guidelines, American Thyroid Association (ATA) management guidelines 2009 and also 2015, has been endorsed the utilization of TBSRTC for the assessment and interpretation of the thyroid cytopathology. NIFTP. Sonoelastographyas firstly designed by Ophir et al (5), School of Medicine University of Texas, Houston, US, 1991, to advance the aptitude of diagnostic accuracy for the thyroid nodules by means of the relative stiffness measurements of the nodular components with the adjacent parenchyma, comparatively. In this study, it had examined and evaluated whether any association between the size of thyroid nodules of 10 mm and 15 mm,as considered as the cut-off points, which sizes were emphasized by ATAmangement guideline 2015, and the accuracy of three diagnostic tools for the thyroid malignancy: [1] thyroid strain ES (SE), [2] TBSRTC for thyroid US-guided-fine-needle aspiration (FNA), and [3] thyroid histopathology.

## **Methods**

### Study design and population

This was a retrospective study conducted at Giresun University Faculty of Medicine in Turkey.A retrospective archive study was designed by enrolling the documents, SE, one-surgeon performed US-guided-FNA, and histopathology results, of a sum of 425 cases with 500 thyroid nodules during February 2012 to April 2015.The eligible subjects had been between 17 and 85 years of age with the thyroid nodules, diagnosed by a physician from clinical, imaging, and cytologic findings.

### Inclusion criteria

The cases aged 17-85 years who has the thyroid nodules and were candidates for SE, US-guided FNA and thyroidectomy were suitable for the study enrollment.

### Exclusion criteria

The excluded were any patients were the thyroid nodule with purely cystic nodule, presence of cystic component 15%> of the nodule volume, large nodule (85%> of thyroid lobe volume) in order to have sufficient reference normal tissue and who had history of a previous non-thyroid carcinoma.

### US-guided-FNA and FNA cytology

The cytologic samples were obtained under the local anesthesia with Prilocaine hydrochloride, 400 mg/flacon for each targeted and indicated thyroid nodules as three to eight smears by utilizing 27-gauge fine needle (Hayat, 2 ml 3P 27G, 0.40x50 mm, Istanbul, Turkey) by one-surgeon with>10 years of experience in the thyroid US-guided FNA and >17 years in the thyroid FNA. The smear materials were prepared by the air fixation and alcohol fixation with the implementation into 95% alcohol and had submitted to the Department of Pathology for the cytopathologic evaluation with haematoxylin-eosin (H&E), PAP, and May-Grünwald-Giemsa (MGG). The cytopathologic evaluation of the cases had been performed based on TBSRTC, a six-tiered diagnostic system, as: [1]TBSRTC I, non-diagnostic;[2] TBSRTC II, benign;[3] TBSRTC III, AUS/FLUS;[4]TBSRTC IV, FN/SFN; [5]TBSRTC V, SM;[6] TBSRTC VI,malignant.

### Neck ultrasound and strain elastography with Tsukuba Elasticity Score and concordant histopathologic features

The B-mode neck US and SE had performed using Esaote MyLab 60, Geneva, Italy) with 4-13 MHz broadband same linear probe by means of 12 MHz broadband by one-surgeon with>10 years of experience in the thyroid US and SE imaging. A quasi-static strain imaging, SE, of axial and lateral tracking were characteristically implemented between each pair of RF-echo frames and the lateral displacements which were discarded leaving a sequence of axial displacement images. Above the gray scale imaging, the imaging modality exhibited real time tissue elasticity images on-screen presentation for each compression-decompression cycle with a color

mapped translucent appearance. The elastograms had been examined and subsequently evaluated by using a 5-point strain, TES, also known as Itoh-Score or Elasto-Score, as: I) TES 1, Mostly green-coded lesions with equal elasticity with the surrounding tissue, Soft nodule (benign); II) TES 2, Lesions with nonhomogeneous elasticity and blue-green areas, Soft nodule (benign); III) TES 3, Lesions coded in blue in the center and green in the surrounding areas, Moderately hard (mostly benign); IV) TES 4, Completely blue lesions with no echogenic halo in the surrounding tissue, Hard nodule (malignant); V) TES 5, Completely blue lesions with an echogenic halo in the surrounding tissue (loss of elasticity in the surrounding tissue), Hard nodule (malignant). On the basis of evaluation, TES 1 and 2 were evaluated as soft benign nodules, while the medium consistency, TES 3, was accepted as usually benign. However, TES 4 and 5 were reported as hard nodules and considered for the malignancy

### Statistical Analysis

The data were presented descriptively. The statistical analysis were performed by using SPSS 23.0 computer program. The bar and boxplot graphs, frequency and crosstab tables were used to describe the variables in the analysis. Correlations between change in variables were analysed by carrying out Chi square independence hypothesis tests and McNemar tests and  $p$  value less than 0.05 was considered as statistically significant.

### **Results**

A sum of 425 cases with 500 thyroid nodules were enrolled into the this study, including 329 (77.4%) women with the mean age of  $51,18 \pm 11,69$  and 96 (22.6%) men with the one of  $51,81 \pm 14,27$ , and had underwent to US-guided FNA during the period of February 2012 to April 2015. Sonographically, TES 1, 2, 3, 4 (Figure 1), and 5 were detected as 113 (22.6%), 242 (48.4%), 106 (21.2%), 28 (5.6%), 11 (2.2%), respectively for the cases with the indeterminate cytology. Cytologically, TBSRTC I, II, III (Figure 1d), IV, V, and VI were detected as 45 (%9,0), 368 (%73,6), 49 (%9,8), 12 (%2,4), 19 (%3,8) and 7 (%1,4), respectively. Out of 500 thyroid nodules, 80 (16.0 %) were under 10 mm while 420 (84.0%) were over 10 mm in diameter. Histopathologically, benign, 479 (95.8%); PTC, 14 (2.8%); FTC, 5 (1.0%); HCC, 2 (0.4%) had been revealed. McNemar test was used to compare the thyroid nodules over 10 mm with TES 4 and 5 and no significant results were obtained with an additional calculation of area under the curve (AUC) as 0.531. The same condition was exist for the thyroid nodules over 15 mm and TES 4 and 5 with an additional calculation of AUC as 0.623. AUC for the nodules over 15 mm had higher value than the ones over 10 mm. Therefore, it may be asserted that the association between the higher nodule size and higher TES get strong as the cutt-off point was assigned as 15 mm. McNemar test was used to compare the thyroid nodules over 10 mm with TBSRTC III, IV, V, and VI, indetermined and maligncytology, but no significance was detected with an additional calculation of AUC as 0.517. The same condition was exist for the thyroid nodules over 15 mm and TBSRTC III, IV, V, and VI with additional calculation of AUC as 0.455. AUC for the nodules over 15 mm had lower value than the ones over 10 mm. Therefore, it may be alleged that the association between nodule size and indetermined and malign cytology weaken as the cutt-off point was assigned as 15 mm. McNemar test was used to compare the thyroid nodules over 10 mm with the malign histopathology of thyroid, but no significance was reported (Table 1) with an additional calculation of AUC as 0.509. The same condition was exist for the thyroid nodules over 15 mm and the malign histopathology (Table 2) with an additional calculation of AUC as 0.515. AUC for the nodules over 15 mm was higher than the ones over 10 mm. Hence, it may be propounded that the association between nodule size and the malign histopathology gain strength as the cutt-off point was assigned as 15 mm.

### **Discussion**

Management of a patient with a nodular thyroid disease is still an essential and crucial issue of thyroidology and some notable guidelines such as ATA, the American Association of Clinical Endocrinologists (AACE)/Asociazione Medici Endocrinologi (Italian Association of Clinical Endocrinologists) (AME), the European Thyroid Association (ETA) and the Society of Radiologists in Ultrasound (SRU). ATA managements guidelines 2015 declared FNA is still being most accurate and cost-effective method for evaluating the thyroid nodules as

recommendation 7. This last ATA guideline offers the diagnostic groups of outlined in TBSRTC, provided consensus recommendations of the 2007 NCI Thyroid Fine-Needle Aspiration State of the Science Conference, should report the thyroid nodule FNA cytology as recommendation 9.

This single-center study retrospectively determined the thyroid nodule size, 10 and 15 mm in diameter, in SE, categories of TBSRTC for US-guided FNA, and results of histopathology of indicated thyroidectomies. A German study with 500 cases of PTC and follicular thyroid carcinoma (FTC) by Machens, Holzhausen, and Dralle reported that the primary thyroid tumors did not progress to distant metastasis until they were over 20 mm in the greatest diameter. They propounded critical threshold diameter, 20 mm, as being useful in stratifying the thyroid nodules based on the risk of distant metastasis in DTC.

It is obviously recognized that the thyroid nodule size, particularly 10, 15, and 20 mm as the cut-off points, has been emphasized in various studies and importantly in the guidelines, evaluating the thyroid nodules and thyroid cancer, to date, momentarily. Therefore we intended to concern this crucial topic with interest and respect by annexing whether effect of SE to the mentioned subject. First of all, we investigated whether any association for distinguishing malignant from benign thyroid nodules in terms of the nodule size over 20 or under 20 mm. We retrospectively analysed the records of 82 thyroid nodules with indetermined cytology among 547 consecutive eligible patients with 655 thyroid nodules from April 2012 to April 2016. Outcomes of our 4-year single-centre experience, USs, SEs, and US-guided FNAs of the cases had been visualized and performed by one-surgeon, were: no significance was revealed on the basis of the nodules over 20 mm, regarding: i) TES 4 and 5, ii) indetermined cytology, and iii) malignant histopathology. Secondly, in the this study, we proposed to study 10 and 15 mm as the cut-off points whether efficacy on the crucial markers of three diagnostic tools; SE, US-guided FNA cytology, and histopathology. Our new outcomes based on these markers were as follows: no significance was revealed on the basis of the nodules both over 10 mm and over 15 mm, regarding: i) TES 4 and 5 with AUC 0.531 for cut-off 10 and 0.623 for 15, ii) indetermined and malignant cytology (TBSRTC III, IV, V, and VI) with AUC 0.517 for cut-off 10 and 0.455 for 15 and iii) malignant histopathology with AUC 0.509 for cut-off 10 and 0.515 for 15. AUC of TES 4 and 5 for 15 was higher than 10. Therefore, it may be alleged the correlation between the nodule size and TES 4 and 5 being get strong as the cutoff was designated as 15 mm. AUC of TBSRTC III, IV, V, and VI for 15 was lower than 10. Hence, it may be asserted the relationship between the nodule size and indetermined and malign cytology being weaken as the cutoff was defines as 15 mm. AUC of malign histopathology for 15 was higher than 10. Thereby, it may be put forward the association between nodule size and the malign histopathology gain strength as the cutoff was appointed as 15 mm.

#### **Conclusions:**

Of the 500 thyroid nodules examined, 420 (84.0%) were over 10 mm in the largest diameter and they had revealed non-significance with AUC 0.531 for TES 4 and 5, AUC 0.517 for TBSRTC III, IV, V, and VI, and AUC 0.509 for the malignant histopathology. In addition, 271 (54.2%) were over 15 mm in the largest diameter and they had revealed non-significance with AUC 0.623 for TES 4 and 5, AUC 0.455 for TBSRTC III, IV, V, and VI, and AUC 0.515 for the malignant histopathology.

Outcomes of the present 3-year single-center study revealed that the designation of 10 and 15 mm as the cut-off points may not be a role in estimating the thyroid malignancy in terms of three diagnostic tools: SE, US-guided FNA cytology, and histopathology. However, higher cut-off, 15 mm, may strengthen the association with TES 4 and 5 and malignant histopathology while weaken it with TBSRTC III, IV, V, and VI, comparing the lower one, 10 mm.

In our experience, the nodule size of 20 mm in diameter, as a has not a role in predicting malignancy for the thyroid nodules with indeterminate cytology, among the nodules with TES 4 and 5, Bethesda III and IV, and malignant histopathology.



## Conflict of interest

No conflict of interest relevant to this article has been declared.

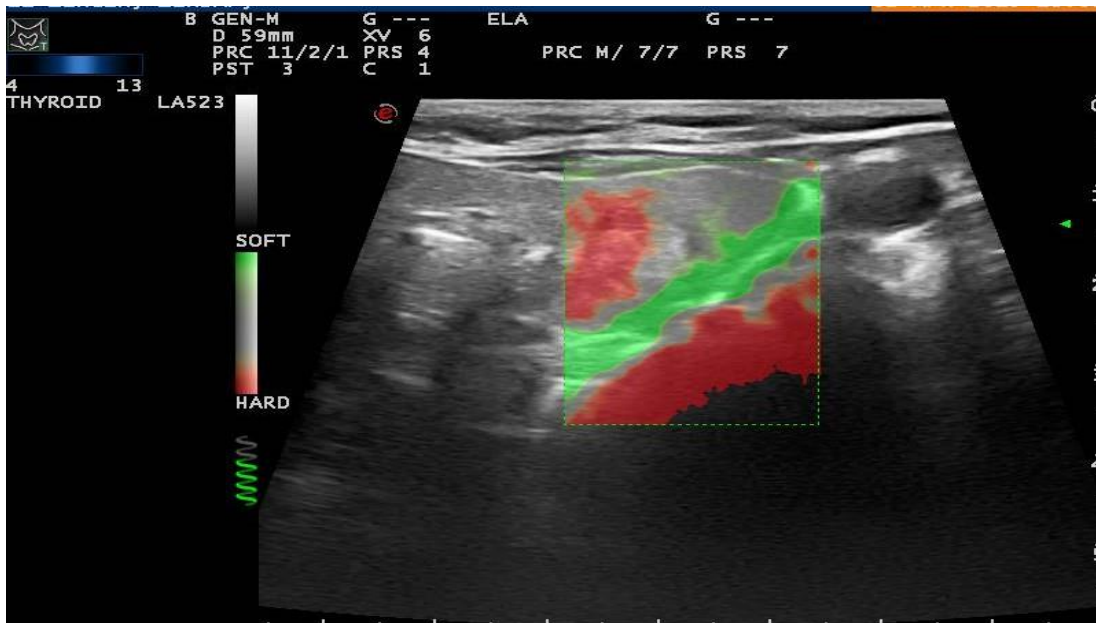
## References

1. Bardet S, Ciappuccini R, Pellot-Barakat C, et al. Shear Wave Elastography in Thyroid Nodules with Indeterminate Cytology: Results of a Prospective Bicentric Study. *Thyroid* 2017;27:1441-1449.
2. Cibas ES and Ali SZ. The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology. *Thyroid* 2009;19:1159-1165.
3. The American Thyroid Association Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, Cooper DS, Doherty GM, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009;19:1167-1214.
4. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016;26:1-133.
5. Ophir J, Céspedes I, Ponnekanti H, Yazdi Y, Li X. Elastography: a quantitative method for imaging the elasticity of biological tissues. *Ultrason Imaging* 1991;13:111-1134.
6. Garra BS. Elastography: current status, future prospects, and making it work for you. *Ultrasound Q* 2011;27:177-186.
7. Moss WJ, Finegersh A, Pang J, et al. Needle Biopsy of Routine Thyroid Nodules Should Be Performed Using a Capillary Action Technique with 24- to 27-Gauge Needles: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thyroid* 2018;28:857-863.
8. Sengul D, Sengul I, Van Slycke S. Risk stratification of the thyroid nodule with Bethesda indeterminate cytology, category III, IV, V on the one surgeon-performed US-guided fine-needle aspiration with 27-gauge needle, verified by histopathology of thyroidectomy: The additional value of one surgeon-performed elastography. *Acta Chir Belg* 2019;119:38-46.
9. Sengul D, Sengul I. Association between Tsukuba Elasticity Score 4 and 5 on elastography and Bethesda indeterminate cytology on US-guided FNA with 27-G needle, verified by histopathology: As a cutt of point of 20 mm in a size of diameter, designated for the thyroid nodules. *J BUON* 2019;24:382-390.
10. Itoh A, Ueno E, Tohno E, et al. Breast disease: clinical application of US elastography for diagnosis. *Radiology* 2006;239:341-350.
11. Hong Y, Liu X, Li Z, Zhang X, Chen M, Luo Z. Real-time ultrasound elastography in the differential diagnosis of benign and malignant thyroid nodules. *J Ultrasound Med* 2009;28:861-867.
12. Gharib H, Papini E, Paschke R, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi and European Thyroid Association Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules: executive summary of recommendations. *Endocr Pract* 2010;16:468-475.
13. Frates MC, Benson CB, Charboneau JW, et al. Management of thyroid nodules detected at US: Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement. *Radiology* 2005;237:794-800.
14. Ucler R, Usluogullari CA, Tam AA, et al. The diagnostic accuracy of ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy for thyroid nodules three centimeters or larger in size. *Diagn Cytopathol* 2015;43:622-628.
15. Yang GC, Livolsi VA, Baloch ZW. Thyroid microcarcinoma: fine-needle aspiration diagnosis and histologic follow-up. *Int J Surg Pathol* 2002;10:133-139.
16. Gharib H, Papini E, Paschke R, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules: Executive Summary of recommendations. *J Endocrinol Invest* 2010;33:287-291.
17. Russ G, Bonnema SJ, Erdogan ME, Durante C, Ngu R, Leenhardt L. European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS. *Eur Thyroid J* 2017;6:225-237.
18. Sengul D, Sengul I. Are there any variation in neutrophil lymphocyte ratio, mean platelet volume, and platelet count between papillary thyroid cancer and benign nodular thyroid diseases ? *Sanamed* 2018;13:11-16.

19. Sawka AM, Carty SE, Haugen BR, et al. American Thyroid Association Guidelines and Statements: Past, Present, and Future. *Thyroid* 2018;28:707-721.
20. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. Thyroid cancer staging. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A (Eds):*AJCC Cancer Staging Handbook (7th Edn)*. Springer-Verlag, New York, NY, 2010, pp 59–64.
21. Machens A, Holzhausen HJ, Dralle H. The prognostic value of primary tumor size in papillary and follicular thyroid carcinoma. *Cancer* 2005;103:2269–2273.
22. Deligiorgi MV, Mahaira H, Eftychiadis C, et al. RANKL, OPG, TRAIL, KRas, and c-Fos expression in relation to central lymph node metastases in papillary thyroid carcinoma. *J BUON* 2018;23:1029-1040.
23. Markovic I, Goran M, Basic N, et al. Multifocality as independent prognostic factor in papillary thyroid cancer - A multivariate analysis. *J BUON* 2018;23:1049-1054.
24. Sayiner A, Suren D. Expression of human telomerase reverse transcriptase (hTERT) in thyroid neoplasms. *JBUON* 2018; 23: 229-233.
25. Nikiforov YE, Seethala RR, Tallini G, et al. Nomenclature revision for encapsulated follicular variant of papillary thyroid carcinoma: a paradigm shift to reduce overtreatment of indolent tumors. *JAMA Oncol* 2016;2:1023-1029.

**Figure 1:** A sonographic photograph, TES 4 in the nodule, SE.

TES, Tsukuba Elasticity Score; SE, Strain elastography



**Table 1:** The numerical distribution of the both sides of cutoff 10 vs. Histopathology

Nodule size, cutoff 10 vs. Histopathology		
NoduleSize	Histopathology	
	Benign	Malign
Under 10	77	3
Over 10	402	18

TES: TsukubaElasticityScore

**Akromegali hastalarında tiroid patolojilerinin değerlendirilmesi**Murat Alay<sup>1</sup><sup>1</sup>Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları ABD, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD, Van**Giriş**

Epidemiyolojik veriler çelişkili olsa da kontrol altına alınamamış ve tanısı gecikmiş akromegali kanser riskini arttıran bir durumdur. Özellikle diferansiye tiroid kanserleri ile kolorektal kanserler akromegali hastalarında en sık rastlanan kanserlerdir. Bu çalışmada akromegali tanısı ile kliniğimizde takip edilen hastaların tiroid patolojilerinin incelenmesi amaçlandı.

**Materyal-metod**

Bu çalışmaya Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları kliniğinde takip edilen akromegali tanılı hastalar alındı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, hastalığın aktivitesi, tiroid ultrasonografi taraması ve 1 cm'den büyük çaplı solid nodüllü olan hastalara tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi (TİİAB) yapıldı. Hastaların TİİAB sonuçları, tiroid operasyonu sonrası patolojik tanıları ve laboratuvar değerleri prospektif olarak incelendi.

**Bulgular**

Çalışmaya 33 kadın, 24 erkek olmak üzere toplam 57 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 43,5±9,5 yılı. Hastaların 13 (%22,9)'inde tiroid fonksiyon bozukluğu mevcuttu. Hastaların tiroid ultrasonografi değerlendirilmesinde ortalama tiroid volümü 33,8±31,2 cm<sup>3</sup> bulunup normal popülasyona göre artış izlendi. Normal popülasyonda tiroid nodül prevalansı %20-48 iken bizim çalışmamızda akromegali tanılı hastalarda tiroid nodül prevalansı %63,2 olarak bulundu. Tiroid kanser insidansı tüm nodüllerin yaklaşık %5'inde görülmekte iken bizim çalışmamızda İİAB 'si yapılan tiroid nodülü olan 23 hastanın %13 (3)'ünde malignite şüphesi görüldü. Endikasyon dâhilinde 7 hastaya bilateral total tiroidektomi yapıldı. Operasyon sonrası patoloji sonuçları değerlendirildi. 4 (%7) hastada nodüler hiperplazi, 3 (%5,3)'ünde papiller tiroid kanseri olarak geldi. Hastaların, laboratuvar, klinik ve demografik özellikleri tablo-1'de görülmektedir.

**Sonuç**

Çalışmamızda akromegali hastalarında tiroid hacimlerinde, tiroid nodül görülme sıklığında ve tiroid karsinoma insidansında artış olduğu görüldü. Tüm akromegali hastaları, her vizitte tiroid kanseri açısından dikkatle muayene edilmeli, özellikle yeni tanı almış veya hastalık aktivitesi kontrol altına alınamamışsa, tiroid ile ilgili görüntülemeler genel popülasyondan daha sık gündeme alınmalıdır.

**Tablo-1.** Akromegali hastalarının tiroid volümü ve laboratuvar değerleri

	Ortalama±SD
Tiroid volümü (ön-arka çap x genişlik x uzunluk x $\pi/6$ , cm <sup>3</sup> , normal:10cm <sup>3</sup> )	33,8±31,2
TSH (mU/L)	1,74±0,6
Serbest T3 (pg/mL)	2,68±0,37
Serbest T4 (ng/dL)	0,98±0,12
Somatomedin-C (ng/mL)	250±124

Akromegali hastalarının klinik ve demografik özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Erkek	33	57.9
	Kadın	24	42.1
Hastalık durumu	İnaktif	42	73.9
	Aktif	15	26.1
Tiroid nodülü	Yok	21	36.8
	Nodüler guatr	10	17.5
	Multinodüler guatr	26	45.6
Tiroid parankim yapısı	Normal	32	56.1
	Hafif heterojen	18	31.6
	Orta heterojen	7	12.3
Tiroid fonksiyonları	Ötiroid	44	77.1
	Sublinik hipertroidi	13	22.9
Tiroid İİAB sonucu	Malignite	3	13.0
	Benign	20	87.0
Tiroid operasyon sonrası patoloji sonucu	Benign	4	7.0
	Malign	3	5.3
	Non-opere	50	87.7

İİAB: İnce iğne aspirasyon biyopsisi

Anahtar kelimeler: Akromegali, tiroid nodülü, tiroid volümü, tiroid kanseri

## SÖZEL 52

### Van Bölgesinde Engelli Sağlık Kurul Raporlarına Göre Psikiyatrik Özürülük Nedenleri

Faruk Kurhan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Van

#### Giriş

Ruhsal anlamda ortaya çıkan bir sorun çözümsüz kalması halinde bedende arızalara ve dolayısıyla engelliliğe yol açabilir. Özürülük hali kişinin ruh ve beden sağlığı durumunun ve çevresinin etkileşimi ile ortaya çıkan, günlük ailesel, mesleki ve sosyal yaşam aktivitelerine kısıtlı katılıma sebep olan çok yönlü bir sorundur. Çalışmamızın amacı Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dursun Odabaş Tıp Merkezine Engelli Sağlık Kurulu'na son bir yılda başvuran hastalardan ruhsal hastalıkları nedeniyle engelli raporu verilen hastaların belirlenmesi ve demografik verilerinin incelenmesidir.

#### Materyal-metod

Bu çalışma 1 Ocak 2018 ile 31 Aralık 2018 tarihleri arasında Engelli Sağlık Kuruluna başvuran hastalar içerisinde ruhsal hastalıkları nedeniyle özürü raporu alan hastaların dosya verileri geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

#### Bulgular

Psikiyatride en sık engellilik haline sebep olan tanı grubu zeka geriliği (n:110, %56,9) olarak bulundu, daha sonra sırasıyla şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (n:45, %23,3), bipolar duygulanım bozukluğu (n:12,%6,2) yer aldı. Başvuru nedenlerine bakıldığında sırasıyla en sık sosyal yardım/evde bakım hizmetlerinden yararlanmak (n:132, %68,39), 2022 sayılı yasadan yararlanmak (n:34, %17,67), çeşitli nedenler ile özür durumunu bildirir rapor başvurusu (n:10, %5,18) olduğu görüldü.

Tablo 1. Engelli Sağlık Kurulu'na Başvuru Nedenleri

Başvuru nedenleri	N	%
Sosyal yardım / evde bakım hizmetlerinden yararlanmak	132	68,39
2022 Sayılı yasadan yararlanmak	34	17,62
Çeşitli nedenler ile özür durumunu bildirir başvuru	10	5,18
Huzurevi/ Bakımeviden yararlanmak için başvuru	8	4,15
ÖTV indirimi	7	3,63
KPSS başvurusu/ Engelli KPSS için başvuru	2	1

**Tablo:2** Engelli sağlık kurulu psikiyatrik tanı, cinsiyet dağılımı, özür oranları

Tanı		Sayı	erkek	kadın	P (Kadın- Erkek)	özür Oranı %
Zeka Gerilikleri	Sınırdaki mental kapasite	14	9	5	0,468	25
	Hafif derecede mental retardasyon	44	22	22	0,347	50
	Orta derecede mental retardasyon	46	27	19	0,561	70
	Ağır derecede mental retardasyon	6	3	3	0,784	90
Şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluklar		45	24	21	0,363	75
Depresyon, distimi, yineleyen depresyon		6	4	2	0,640	25
Bipolar affektif bozukluk		12	8	4	0,491	45
Anksiyete bozuklukları		3	1	2	0,413	21
Travma sonrası stres bozukluğu		1	1	0	0,312	40
Kişilik bozuklukları		2	2	0	0,149	15
Organik mental bozukluk		3	2	1	0,745	30
Somatoform bozukluklar		2	1	1	0,825	37
Otizm		1	1	0	0,312	80
Engel bulunmayanlar		5	2	3	0,427	0
Takip		3	2	1	0,745	0

### Sonuç

Çalışmamızda sırasıyla zeka gerilikleri, şizofreni-diğer psikotik bozukluklar, bipolar duygulanım bozuklukları psikiyatride en sık engellilik haline sebep olan bozukluklar olarak tespit edilmiştir. Psikiyatride engellilik halinin ayrıntılı değerlendirilmesi, engellilik hali bulunanlara verilen hizmetlerin sayıca ve kalite olarak artması ve koruyucu psikiyatri uygulamaları için engel oranlarının hangi sosyodemografik faktörlerle ilişkili olduğunun bilinmesi önem arz etmektedir

**Anahtar kelimeler:** Engellilik, sağlık kurulu, psikiyatri

### Aile Hekimlerine Yönelik Web Tabanlı Online Periyodik Sağlık Muayene Destek Modülü Geliştirilmesi

Yücel UYSAL<sup>1</sup>, Murat Fazıl SOYAL<sup>2</sup>, Oğuzhan ÖZCAN<sup>3</sup>, Ertan MERT<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Mersin Şehir Hastanesi Çocuk Acil Servisi

<sup>3</sup>Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

#### Giriş ve Amaç

Periyodik sağlık muayenesi, henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı kişilerin, tarama testleri ve fizik muayene ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolüdür. Her başvuran için, risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş, kanıta dayalı olarak yapılandırılmış, spesifik, etkin, uygulanabilir ve kabul edilebilir bir izlem programıdır. Bu izleme, hem birey için gerekli görülen uygulamaların güvenceye alınması, hem de sık karşılaşılan gereksiz test ve müdahalelerin önüne geçilmesi hedeflenmektedir.

Bu çalışmada; periyodik sağlık muayeneleri konusunda Aile Hekimlerine yardımcı olacak web tabanlı online destek modülü yazılımı geliştirilmesi amaçlanmıştır.

#### Yöntem

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından uzun yıllar sürdürülen birinci basamak sağlık bakımına yönelik periyodik sağlık muayene rehberi oluşturma çalışmaları sonucu 2012 yılında kapsamlı bir rehber yayınlanmıştır. Alanlarında deneyimli farklı branşlardan pekçok akademisyen ve uzman tarafından geliştirilmiş bu rehberden sonra 2015 yılında daha sade revize edilmiş bir rehber yine Sağlık Bakanlığının öncülüğünde geliştirilmiş ve yayınlanmıştır. Amerikan Aile Hekimliği Akademisi ve Birleşik Devletler Önleyici Hizmetler Görev Gücü tarafından yine birinci basamak sağlık bakımına yönelik periyodik muayene rehberleri geliştirilmiş ve yayınlanmıştır. Farklı yaş, cinsiyet ve bireysel risk durumlarına göre düzenlenmiş bu kapsamlı rehberlere erişimi kolaylaştırmak, önerileri kategorize etmek ve anlaşılabilirliği sağlamak bağlamında web tabanlı online bir 'periyodik sağlık muayene asistanı' geliştirilmiştir. Geliştirilen bu modül sağlık profesyonellerine yönelik eğitim, araştırma ve uygulama platformu olan Mini Tıp Akademisi (minitipakademisi.com) üzerine entegre edilmiştir.

#### Bulgular

Geliştirilen web tabanlı online modüle Sağlık Bakanlığı, Amerikan Aile Hekimleri Akademisi ve Birleşik Devletler Önleyici Hizmetler Görev Gücü'nün periyodik sağlık muayene önerileri entegre edilmiştir. Geliştirilen vetitabanı sistemi ve arama motoru sayesinde periyodik muayene önerilerini yaş dönemleri, yaş aralıkları, cinsiyet, öneri düzeyi, öneri türü vb. kriterlere göre filtrelemek mümkündür. Modülün online olması nedeniyle ileriki dönemlerde öneri maddelerinde yapılacak güncellemeler esnek bir şekilde yapılabilecek ve bu sayede modül üzerinden önerilerin en güncel formatlarına erişim sağlanabilecektir. Modüle yaklaşık olarak 285 adet periyodik sağlık muayene önerisi entegre edilmiştir. Bu öneriler öneriyi sunan çalışma gruplarının belirlediği ortalama beş farklı öneri düzeyine göre kategorize edilmiştir. Ayrıca önerilerin tıbbi kanıt düzeyleri ve kanıt dokümanlarının da modüle entegre edilmesi işlemlerine başlanmıştır.

#### Sonuç

Periyodik sağlık muayene rehberleri toplumun sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi ve ülke kaynaklarının sağlık harcamalarında doğru ve etkin kullanılabilmesini hedefleyen kılavuzlar olma özelliğine sahiptir. Bu nedenle aile hekimlerinin klinik pratiklerinde hem ulusal hem de uluslararası güncel periyodik sağlık muayene rehberlerini ve bu muayene önerilerinin kanıt temelli yapısını takip etmelerinin sundukları sağlık bakım hizmetini maliyet-etkinlik bağlamında geliştireceği düşünülmektedir. Bu çerçevede geliştirdiğimiz bu modülün Aile Hekimlerine bilgi, beceri ve tutum bağlamında katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

## POSTER BİLDİRİLER

### POSTER 1

#### **Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Görüşleri**

Arzu AYRALER, Onur ÖZTÜRK, Muhammet Ali ORUÇ  
Dr.Öğretim üyesi ,Giresun Tıp Fakültesi /Giresun  
Aile Hekimi Uzmanı, Asarcık Asm/Samsun  
Dr.Öğretim Üyesi, Samsun Sağlık Müdürlüğü / Samsun

**Amaç:** Tıp fakültesi öğrencilerinin GETAT hakkındaki bilgi düzeyi ve görüşleri araştırmak.

**Metod :** Çalışmamız kesitsel bir anket araştırmadır .Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine Nisan-Mayıs 2019 tarihleri arasında, 8 soruluk sosyodemografik bilgilerin yanında, GETAT hakkında bilgi ve görüşlerini sorgulayan 12 sorudan oluşan bir anket 140 öğrenciye uygulanmıştır.

**Bulgular:** Bu çalışmayı kabul eden 140 öğrenciye uygulanmış olup kız öğrenciler çoğunluktadır (%59,7 , n=83). Katılımcıların yaş ortalaması 20,48 ±1,83 yıl idi. Öğrenciler arasında bilinirliği en yüksek düzeyde olan GETAT yöntemi Kupa uygulamasıdır (%82,1), en az bilinenler ise Sülük tedavisi (%4,3), Proleterapi (%5) ve Karyopraktik (%5) olarak göze çarpmıştır. GETAT uygulamalarının çoğunlukla medyadan öğrenildiği saptanmıştır (%47,1 ,n=66). Tamamlayıcı tıpla ilgili bir meslek sahibi olmak isteyenlerin oranı %24,3'tür (n=34). Öğrencilerin %47,9'unun (n=67) GETAT'a bakış açısı olumlu iken, %11,4'ünün (n=16) olumsuzdur, %40,7'si (n=57) ise kararsızdır.

**Tartışma :**Bu çalışma, Karadeniz bölgesindeki tıp fakülteleri dahilinde GETAT'a yönelik yapılmış az sayıdaki çalışmadan biridir. Türkiye'de sağlık profesyonelleri ve tıp öğrencilerinin GETAT uygulamaları konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumlarına yönelik yapılmış çalışma sayısı giderek artmaktadır.

Katılımcılarımız arasında en sık bilinen yöntem olarak kupa uygulaması ön plana çıkmıştır. Bunun sebebi yine medyayla ilintili olarak Michael Phelps, Justin Bieber gibi dünyaca ünlü ikonların deneyimleri olabilir (2). Kendi çalışmamızda da kayropraktik, proleterapi ve sülük tedavisi ile birlikte bilinirliği en son sırada yer alan uygulamadır ve literatürle uyumludur.

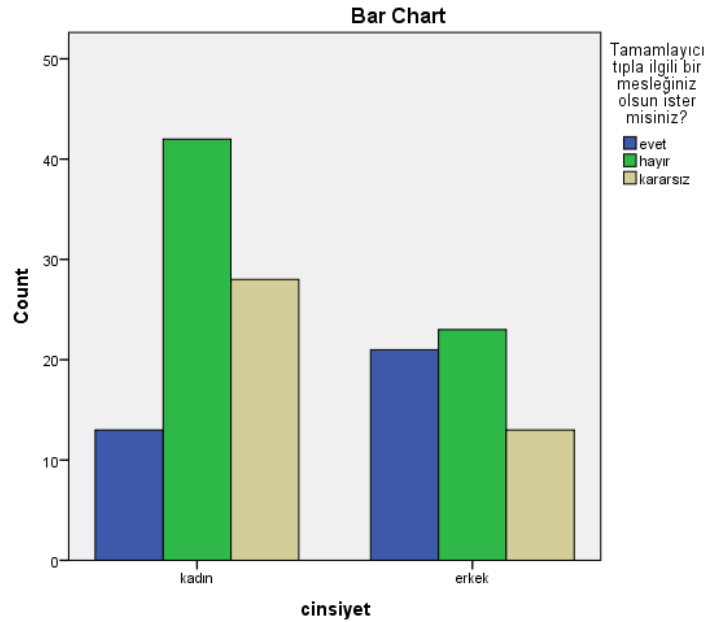
**Sonuç:** Tıp fakültesi öğrencilerinde tamamlayıcı tıba ilgi yüksek bulunmuştur. Medyanın, bu konudaki en önemli kaynak olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında, ailesi geleneksel ve tamamlayıcı tıpla ilgilenen öğrencilerin bu uygulamalara daha olumlu baktıkları görülmüştür. Tıp eğitimi sırasında kazandırılacak GETAT farkında lığı sağlığı katkıda bulunmak ve kötüye kullanımı azaltmak gibi önemli çıktılara sahip olabilir.

- 1- Uzun O, Tan M. Nursing students' opinions and knowledge about complementary and alternative medicine therapies. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery* 2004;10:239–44.
- 2- Musumeci G. Could Cupping Therapy Be Used to Improve Sports Performance? *J. Funct. Morphol. Kinesiol.* 2016, 1(4), 373-377.

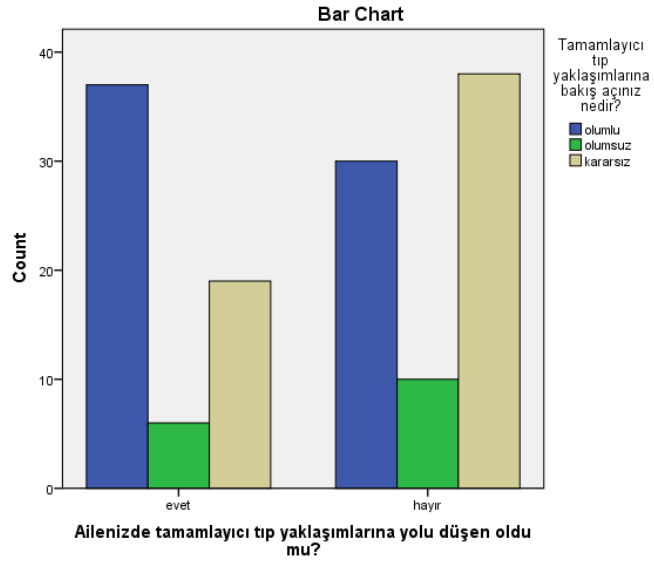


Tablo 1. Demografik veriler

Parametre	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kız	83	59,3
Erkek	57	40,7
VKi		
<18,5 kg/m <sup>2</sup>	15	10,7
18,5-25 kg/m <sup>2</sup>	93	66,4
>25 kg/m <sup>2</sup>	32	22,9
İlerlemek istenilen branş		
Temel bilim	3	2,1
Dahili bilim	46	32,9
Cerrahi bilim	52	37,1
Yok/kararsız	39	27,9
Kronik Hastalık		
Var	14	10,0
Yok	126	90,0
Sigara içiciliği		
Kadın	8	9,6
Erkek	14	24,6



Figür 1. Cinsiyete göre GETAT'tan meslek sahibi olma isteği



Figür 2. Ailede GETAT'a başvuru durumuna göre GETAT'a bakış açısı

**Pediatristler ve pratisyen hekimler arasında çocuklarda gözlenen obstrüktif uyku apne sendromu farkındalığının değerlendirilmesi**

Uzm.Dr. Ömer KARTAL

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi, Ankara, Türkiye

**Amaç:** Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) uyku sırasında tam veya kısmi üst hava yolunda tıkanma ile karakterizedir ve çocuklarda %1-5 oranında gözlenir. Herhangi bir yaşta olabilmesine karşın en sık ise 2-6 yaş arasında yaygındır. Dikkat eksikliği, öğrenme problemi ve hiperaktivite, dürtüsellik gibi davranış problemlerine neden olabilir. Çalışmadaki amacımız pediatristler ve pratisyen hekimler arasında çocuklarda gözlenen OUAS farkındalığının değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Çalışma pediatrist (28 kişi) ve pratisyen (72 kişi) hekimlerden oluşan toplam 100 kişilik bir grupta "OSAKA-KIDS questionnaire" anketi kullanılarak yapıldı. Anket soruları üç alt başlıktan oluşmaktadır; 1. Bilgi düzeyinin değerlendirilmesi (toplam 18 soru) 2. Klinik olarak OUAS'ın öneminin değerlendirilmesi (toplam 2 soru) 3. OUAS'un tanı, tedavi ve takibine yönelik güvenin değerlendirilmesi.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 100 gönüllü katıldı. Katılımcıların %72'si pratisyen hekim, %28'i ise pediatri doktoruydu. Katılımcıların %54'ü erkek, %46'sı kadındı. Katılımcılara yöneltilen "Bilgi düzeyinin değerlendirilmesi" başlığı altında sorulardan en fazla doğru yanıt verilen soru "OUAS'dan şüphelenilen çocuklar baş, boyun ve orofaringeal muayene edilmelidir." (%92). En az doğru cevap verilen soru ise "infantlarda kardiyorespiratuar monitörizasyon güvenilir bir şekilde santral ve obsrüktif apneyi tespit edebilir." (%17). "Güven değerlendirmesi" alt başlığı altında ki sorulardan "OUAS için risk altındaki çocukları teşhis etme konusunda kendime güveniyorum." sorusuna katılımcıların sadece %43'ü "katılıyorum" veya "kuvvetle katılıyorum" diye cevap verdi. Bilgi düzeyinin değerlendirilmesi alt başlığına ait toplam ortalama puan ise %61.1 olarak bulundu. Toplam ortalama puan yüzdesi meslekteki geçen süre ve uzmanlık eğitimi ile istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif korele bulundu ( $r=407$ ,  $p<0.05$ ), ( $r=340$ ,  $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmada elde ettiğimiz veriler OUAS tutum-bilgi düzeyinin pediatrist ve pratisyen hekimler arasında yetersiz olduğunu göstermektedir. Ciddi klinik sonuçlara yol açabilen OUAS'un farkındalığının artırılması amacıyla tıp eğitimi sırasında ve mezuniyet sonrası dönemde hekimlere yönelik eğitim programları oluşturulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Anket, çocuk, obstrüktif uyku apne sendromu

**Hepatitis B Virus And Human Immunodeficiency Virus (HIV) Seroprevalences Among Elderly Turkish Subjectsretired From German Factories: German Impact On Turkish Labour Force**

Dr.Öğrt. Üyesi Arzu Ayraler

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.D

**Abstract**

Despite the rising prevalences both of chronic hepatitis B virus (HBV)and human immunodeficiency virus (HIV) infection, few population-based studies have conducted to show relationship between insurance status and these communicable diseases among very elderly subjects.

We retrospectively studied very elderly Turkish subjects(114 subjects; 52% of them were female; the mean age was $87.3 \pm 2.61$  years) with Germany insurance and compared to very elderly Turkish citizens (446 subjects; 65% of them were female; the mean age was  $87,8 \pm 2.77$  years) with Turkish public insurance. Second control group was selected among middle aged naive Turkish citizens (332 subjects, 60% of female; the mean age was  $47 \pm 3.22$  years). Data were extracted from electronic medical and research databases.

We extensively evaluated the seroprevalence both of HBV surface antigen and anti-HIV antibodies for each three groups. Elderly subjects with German insurance had lower rates both of HBS antigen and anti HBS antibody as compared to subjects with Turkish insurance (0% versus 0.66% and 32% versus 36%; all  $P<0.05$ , respectively). Otherhand, no patients tested positive for anti HIV antibody among elderly subjects. Seroprevalences of HBS antigen, anti HBS antibody and anti-HIV antibody among middle-aged Turkish citizens were as follows: 2,6%; 35% and 0%.

In thisTurkish observational retrospective study showed that, being retired from German factories was not associated with a increased risk for HBV and HIV infections among very elderly Turkish subjects.

Key Words: Hepatitis B,HIV, Germany, Turkish workers, elderly

### **ASTIM GİBİ PRESENTE OLAN MİTRAL STENOZ OLGUSU**

Doç.Dr.Birsen Ocaklı ,Uz.Dr.Eylem Tunçay

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi ,  
Göğüs Hastalıkları/İstanbul

**GİRİŞ:** Wheezing(hışıltı) , astımdaki en yaygın semptom ve fizik bulgulardan biri olmasına rağmen, vokal kord disfonksiyonu, postnazal drip sendromu, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, bronşektazi ve kalp yetmezliği gibi pulmoner ve non-pulmoner hastalıklar nedeni ile de olabilir. Bu çalışmada , uzun yıllar dirençli astım olarak tedavi edilen ciddi mitral darlığı olgusunu sunuyoruz .

**YÖNTEM VE BULGULAR:** Nefes darlığı,hışıltılı solunum ve düz yatamama yakınmaları ile müracaat eden 37 yaşında kadın hasta,7 yıldır astım tanısı ile çeşitli sağlık kuruluşlarında takip edilmektedir.Rutin poliklinik kontrolüne geldiğinde detaylı değerlendirmede ve sorgulamada astım tedavisi ile şikayetlerinin kısmen gerilediği ve çarpıntı şikayeti olduğunu bildirdi. Hasta akut romatizmal ateş geçirdiğini tariflemiyor ve bir kalp hastalığı olduğunu bilmiyordu.. Fizik muayenede kalp hızı 112/dk ritmik, AKB:125/65 mmHg, birinci kalp sesi sertleşmiş, mitral açılma sesi, apikal diyastolik rulman mevcuttu. Akciğerlerde tabanlardan orta zonlara kadar inspratuvar raller duyulmaktaydı. EKG'de sinüs ritmi izleniyordu. Ekokardiyografik incelemede fibrotik mitral darlığı saptandı, kapak alanı 0,92 cm<sup>2</sup>, gradient 23 mmHg, sol atriyum çapı 45 mm idi ve ileri derecede triküspit yetersizlik gözlemlendi. İleri derecede pulmoner hipertansiyon da tespit edilen hasta acil olarak operasyona alındı.

**SONUÇ:** Bronşial hiperreaktivite alerjik astım ve mitral darlığı için ortak bir özelliktir.Mitral darlığına bağlı bronşial hiperreaktivitenin de inhale kortikosteroid ile kısmen iyileşebilir olması tanı karmaşasına yol açabilir.Kronik hastalık takibinde kontrol edilemeyen astım olgularında tanı sırasında , hışıltı (wheezing) nedeni olabilecek diğer etiolojiler yanısıra mitral stenoz gibi kalp hastalığıda ayırıcı tanı açısından dikkate alınmalıdır.

## MEKANİK İNTESTİNAL OBSTRÜKSİYONUN NADİR BİR SEBEBİ; SİGMOİD KOLON VOLVULUSU

### OLGU SUNUMU

İsmail AYDIN

Dr. Öğr. Üyesi, Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Giresun

#### Özet

#### Amaç

Kabızlık, karın ağrısı ve distansiyon toplumda çok karşılaşılan ve 1.basamaktan 3.basamağa kadar birçok farklı branş doktorunu ilgilendiren şikayetlerdir. Bu hastalarda İntestinal obstrüksiyon herdaim akılda tutulmalı ve hasta bu açıdan değerlendirilmelidir. Sigmoid kolon volvulusu nadiren de olsa intestinal obstrüksiyona sebep olabilen ve acil tanısı konulup tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Bu sunumda sigmoid volvuluslu bir hastayı sunmayı ve nadir görülen bu hastalığa dikkat çekmeyi amaçladık.

#### Yöntem

Hastanemize kabızlık, karın ağrısı ve distansiyon başvuran ve sigmoid volvulus tanısı ile kolonoskopik detorsiyon uygulanıp başarısız olunan ve bu nedenle ameliyata alınan 58 yaşındaki erkek hastayı ve tanı-tedavi sürecini literatür eşliğinde sunmaktayız.

#### Bulgular

58 yaşında erkek hasta 4 gündür devam eden karın ağrısı, distansiyon ve kabızlık şikayetleri ile hastanemize başvurmuş, çekilen ayakta düz karın grafisi ve İ.V kontrastlı Batın Tomografisi sonucunda sigmoid kolon volvulusu ön tanısı ile gastroenteroloji servisine yatırılmış ve kolonoskopik detorsiyon uygulanmış. Yaklaşık iki ay önce de aynı tanı ile kolonoskopik detorsiyon uygulanmış olan, kolonoskopik işlem sonrasında şikayetleri gerilemeyen hasta tarafımıza konsulte edildi. Hasta gerekli hazırlığı takiben acilen ameliyata alındı. Sigmoid kolonun mezosu etrafında döndüğü tespit edildi (resim-1), detorsiyon uygulandı ve sonrasında sigmoid kolon rezeksiyonu+ hartman kolostomi uygulandı. Hasta postoperatif 6. gününde şifa ile taburcu edildi.

#### Sonuç

Sigmoid volvulus, mekanik intestinal obstrüksiyonun nadir bir sebebidir. Kabızlık, karın ağrısı ve distansiyon sık görülen şikayetlerdir. Erken tanı konulup tedavi edilmezse morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir hastalık olduğundan, mevcut şikayetler ile başvuran hastalarda herdaim akılda tutulmalı ve ilgili merkezlere yönlendirilmesinin hastaların tedavisi açısından çok önemli olduğu kanısındayız.

**Anahtar kelimeler;** sigmoid volvulus, intestinal obstrüksiyon, kabızlık

Ayşe YAZAN ARSLAN<sup>1</sup>, Hilal Meltem SAYDAM<sup>1</sup>, Cüneyt ARDIÇ<sup>1</sup>, Gökhan TELATAR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sunumu yapacak kişi: Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ  
Poster Sunumu

## Bildiri Özeti

### Bir Olgu Sunumu: Beslenme Eksikliğine Bağlı Derin Demir ve B12 Vitamini Eksikliği Anemisi

#### GİRİŞ

Anemi, kan dolaşımındaki eritrosit sayısının yaşa ve cinsiyete göre belirlenmiş normal aralığının altında olması ile gerçekleşen, kısa veya uzun dönemde ortaya çıkabilen bir durumdur. Aneminin dünyadaki en sık edinilmiş sebebi demir eksikliğidir. Demir eksikliğinin pek çok sebebi olabileceği gibi ayrıca gelişmekte olan ülkelerde yetersiz beslenmeye bağlı da ortaya çıkabilmektedir. Vücudumuzda demir dengesi diyetle alınan ve duodenumdan emilebilen demir miktarı ile ilişkilidir. Günlük ortalama 10-30 mg demir alınır ve yaklaşık %5-10'u (0,5-1mg) emilir.

#### Olgu

44 Yaşında Gürcistan uyruklu tarım işçisi kadın hasta üşüme, iştahsızlık, ara ara ateş, yaygın vücut ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi, sinirlilik, unutkanlık, el ve ayaklarda uyuşma, bacaklarda özellikle geceleri olan hareketle geçen ağrı şikayeti sebepleri ile aile hekimliği polikliniğimize başvurdu. Beslenme durumu sorgulandığında et tüketiminin de sınırlı olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenede tansiyonu 105/40 mmHg nabızı 72 atım/ dk. Konjunktivası soluk, el ayakları soluk ve soğuk, cildi solgun tespit edildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Tahlilleri istenen hastanın hemoglobini 6,1, g/ dL, Ferritini 1,9 ng/mL, demir 11 µg/dL, demir bağlama kapasitesi 548 µg/dL, MCV 63,3 fL, RDW %19,9, Platelet 424.000 /mm<sup>3</sup>, B12 vitamini 132 pg/mL tespit edildi. Hasta sonuçlarıyla beraber hematoloji uzmanına danışıldı. Anemisinin demir eksikliğine bağlı olduğu söylenip, demir ve b12 eksikliği için oral tedavi başlanmış (feramat 2\*1 ve benexol). 1 ay sonra poliklinik kontrolüne çağırılmış. Hastaya tarafımızca b12 vitamin eksikliğinin şiddetli olması nedeniyle intra muskuler tedavi başlandı, hastaya diyet önerilerinde bulunuldu ve hasta 1 ay sonra kontrol muayeneye çağırıldı.

#### TARTIŞMA

Anemi dünyada en sık görülen kan hastalığıdır. Bu durumdan dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri etilenmektedir, özellikle süt çocukluğu dönemindeki çocuklar ve üreme çağındaki kadınlar en çok etkilenen gruptur. Nütrisyonel demir eksikliği ve artmış demir ihtiyacı ise aneminin en sık nedeni olarak karşımıza çıkıyor. Demir ve B12 vitamini eksikliğine bağlı anemiyle karşımıza çıkan hastalara ne yemeleri ve ne yememeleri konusunda diyet önerilerinde bulunarak, sonrasında medikal tedavisini de düzenlemeli ve hastaların takibini devam ettirmeliyiz.

**Nadir Bir Vaginal Kanama Nedeni: Eşinin Warfarin İlacını Kullanma**

**Elif Kuşçu Aytakin**, Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Van/Türkiye

**Giriş:** Warfarin, vitamin K bağımlı pıhtılaşma faktörlerini (faktör 2, 7, 9 ve 10) ve vitamin K bağımlı koagülasyon inhibitörlerini (protein C ve S) bloke eden en sık kullanılan oral antikoagülanların başında gelmektedir. Polifarmasi, hastanın ihtiyacı olandan fazla ilaç kullanımı olarak tanımlanabilir. Geriatrik hasta grubunda sık görülmektedir. Yaşlı hastalara sık sık demans eşlik etmekte olup, polifarmasi ilaçların yanlış endikasyonda ve dozda kullanımına zemin hazırlıyor olması nedeniyle önemli bir problemdir. Burada eşinin warfarin ilacını ağı kesici olarak kullanan ve vaginal kanama ile polikliniğe başvuran ilginç bir vakaya yaklaşımı ele aldık.

**Vaka:** 77 yaşında, bilinen hipertansiyonu, osteoartriti ve diyabetes mellitusu olan kadın hasta Ankara Elmadağ Hulusi Alataş Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine vaginal kanama şikayeti ile başvurdu. Hastanın ultrason değerlendirmesinde uterus atrofik boyutlarda ve endometrium ince izlendi. Adneksiyal patoloji saptanmadı. Steril spekulum muayenesinde aktif vaginal kanama izlendi. Servikal polip, myom veya kanamaya neden olabilecek lokal patoloji izlenmedi. Endometrial örnekleme öncesi koagülasyon testleri istenen hastada INR değeri yüksek saptanınca hasta yakınından kullandığı ilaçları evden getirmesi istendi. İlaçlar içinde hastanın kronik hastalıklarına ait olmayan coumadin (warfarin) isimli ilaca da rastlandı. Hastaya sorulduğunda bu ilacı ağı kesici olarak kullandığını ve eşinin ilacı olduğunu belirtti. Sonrasında medikal tedavisi düzenlenen hasta önerilerle taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Asıl endikasyonu tromboembolik olayları önlemek olan warfarinin en sık görülen yan etkisi kanamadır. Warfarin kullanımına bağlı olarak gelişen kanama komplikasyonlarında bir çok çalışmada en sık kanama odağı gastrointestinal sistem olarak belirtilmiştir. Postmenopozal kanamaların en sık nedenleri ise endometrial atrofi, östrojen replasman tedavisi, endometrial polip, endometrial hiperplazi, endometrial kanser ve sarkomlardır. Bu olgu 77 yaşında idi ve belirtilen postmenopozal kanama etyolojilerinden herhangi birine uygun değil idi. Asıl problem polifarmasi ve yanlış ilaç kullanımı idi. Polifarmasi, hastanın ihtiyacı olduğundan fazla ilaç kullanması olarak tanımlanır. İlerleyen yaş polifarmasi için en önemli risk faktörüdür. Ayrıca hastada mevcut bilişsel fonksiyonların kaybı (demans), düşük sosyoekonomik düzey ve huzurevinde kalma diğer risk faktörleridir. Sıklığının 75 yaş üzeri kişilerde %40 dolaylarında olduğu belirtilmektedir. Hasta uyumunun azalmasına, ilaç-ilaç etkileşimine, yanlış ilaç kullanımına, istenmeyen ilaç yan etkilerine, acil servis başvurusu ve hastaneye yatışlarda artışa neden olmaktadır. Kardiyovasküler ilaçlar ilerleyen yaşlarda ilaç yan etkileri açısından önemli risk oluşturmaktadır. Bu olgu polifarmasiye dikkat çeken, eğitsel özellikleri olan örnek bir olgu olması nedeniyle sunulmuş olup, yaşlı hastalarda ilaç kullanımının ayrıntılı sorgulanması gerektiğine işaret etmektedir.



## POSTER 8

### KARIN AĞRISI AYIRICI TANISINDA MORTALİTESİ YÜKSEK AKUT MEZENTER İSKEMİ; SUPERIOR MEZENTER ARTER TROMBOEMBOLİ OLGUSU

Dr. Selahattin Vural, Dr İsmail Aydın  
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi ABD, Genel Cerrahi Kliniği

Seksen iki yaşında bayan hasta, karın ağrısı şikayetiyle hastanemiz acil cerrahi servisine başvurdu. Karın ağrısının başvurudan 2 gün önce, hafif şiddette başladığını ve giderek arttığını ifade etti. . Yaygın, sürekli, orta şiddette karın ağrısı ile birlikte, 1 kez sulu gaita ve 2 kez kusma şikayeti olmuş.

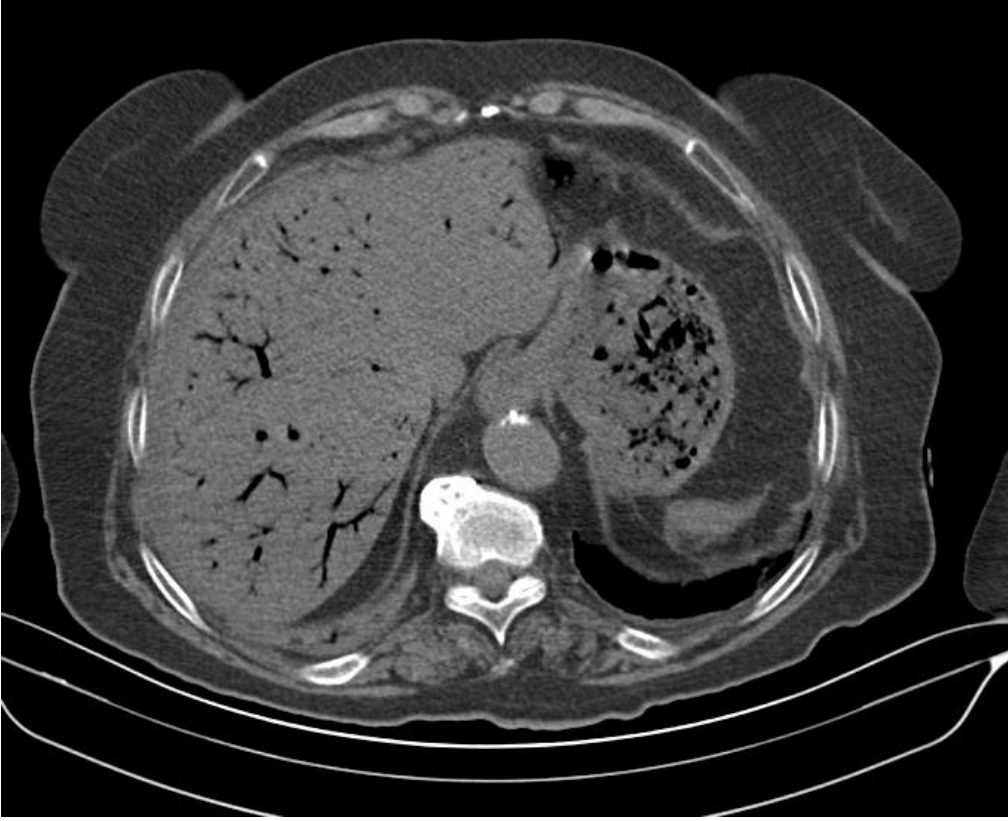
Hastanın yapılan fizik muayenesinde; kan basıncı:130/80 mmhg, kalp kızı: 112/dk, vücut ısısı: 36,5 C tespit edildi. Kardiyak muayenesinde; kalp kızı artmış ve aritmikti. Batın muayenesinde; hafif distansiyonu vardı, barsak sesleri hafif azalmış ve yaygın hassasiyet mevcuttu.

Hastanın direkt batın grafisinde yaygın gaz saptandı. Tam kan sayımı ve biyokimyasal değerlendirmede patolojik olarak; lökosit sayısı  $15 \times 10^3$ , kan şekeri 321 mg/dL, AST 44 U/mL, LDH 381 U/L, Amilaz 172 U/L olarak saptandı.

Hastaya acil serviste çekilen batın tomografisinde; abdominal aorta ve ana dallarında aterosklerotik, kalsifik plak oluşumları izlendi. Kolon anslarında gaz-gaita distansiyonuna ait görünüm izlendi.

Hasta yaygın karın ağrısı olması, bulantı-kusmanın eşlik etmesi nedeniyle genel cerrahi servisine yatırıldı. Hastanın oral alımı kesildi. Elektrokardiyografisinde atrial fibrilasyon saptanan hastaya sistemik emboli riskini azaltmak amacıyla düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı. Yatışının ertesi gününde karın ağrısı şiddetlenen, genel durumu bozulan, akut batın bulguları gelişen hastaya kontrol batın tomografisi çekildi. Barsak duvarında intramural hava imajları ve barsak anslarında yer yer hava sıvı seviyelenmeleri izlendi. İntrahepatik safra yollarına uyan alanda yaygın hava imajları görüldü(pnömobili). Ayrıca superior mezenterik arterde tam obstrüksiyona neden olan tromboemboli olduğu düşünülen tıkaçıcı lezyon izlendi. (Şekil 1 ve 2)

Hasta akut batın ve mezenter iskemisi ile operasyona alındı. Operasyonda yaklaşık 50 cm lik proksimal jejunum haricinde tüm ince barsak segmentlerinde ve sağ kolonda nekroz, iskemisi ve mikroperforasyonlar mevcuttu. Hastaya genişletilmiş sağ hemikolektomi ve proksimal jejunum 50 cm'lik harici ince barsak rezeksiyonu yapıldı. Postoperatif hasta entübe şekilde yoğun bakımda takip edildi. Takiplerinde genel durumu düzelmeyen hasta, postoperatif 3. gününde sepsis ve multiorgan yetmezliğine bağlı exitus oldu.



Şekil 1



Şekil 2

#### Tartışma:

Bağırsakları besleyen arterlerin, kısmi ya da tam tıkanması sonucu intestinal iskemik hasar gelişebilir. İskemik hasar, klinik şikayetlerin spesifik olmamasına ve tanının gecikmesine bağlıdır. Erken tanı ve tedavi, akut intestinal iskemiyeye bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltır. İskemi sıklıkla ateroskleroz, mezenter arter embolisi ve mezenter ven trombozuna bağlı oluşur. Hastalar karın ağrısı yada tipik olmayan abdominal şikayetlerle başvurabilir. Atrial fibrilasyon, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı olanlar ve ileri yaştaki hastalar karın ağrısı, bulantı-kusma ve ishal gibi şikayetlerle birinci basamak sağlık merkezlerine de başvurabilirler. Mezenter iskemi akla gelmelidir. Bu dönemde yapılan kan testleri, direkt karın grafisi ve ultrasonografi tanıda yardımcı olmayabilir. Bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans ve Doppler ultrasonografi gibi yöntemlerin tanıya katkısı sınırlıdır. Kesin tanı BT anjiyografi ile konulur. Şüpheli hastalar genel cerrahi uzmanına yönlendirilmelidir. Ayrıca tromboemboli riski yüksek olan atrial fibrilasyonlu hastaların antikoagülasyonu, hastalığın önlenmesine önemli katkı sağlar.

**Hypothyroidism and Obesity: A Case Report**

Mustafa GÜNER, Cuma Ali ZOBA, Abdullah Kaan KURT, Turan SET, Elif ATEŞ

Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Trabzon, TURKEY

**Introduction:**

Obesity is an important public health problem that is rapidly increasing in our country as well as all over the world. The prevalence of obesity in adults has exceeded the critical high rate of 30% in Turkey. Hormonal factors are among the risk factors of obesity. One of these hormonal factors is hypothyroidism. Thyroid dysfunction should be considered in the presence of health problems such as mood changes, hair loss, fatigue and obesity. The aim of this study was to discuss the evaluation and follow-up of a patient who presented to the family medicine outpatient clinic with complaint of overweight.

**Case report:**

A 36-year-old female patient presented to our outpatient clinic with constipation, hair loss, overweight and inability to lose weight. The patient had an overweight problem for the last year. The patient said that she had once attempted to lose weight, but she said she was not successful. The patient reported that her eating habits were predominantly carbohydrate and her daily physical activity was low. Symptoms of obstructive sleep apnea were questioned. The patient had no history of smoking or alcohol use. There was no known chronic disease or drug use in her medical history. Patient's physical examination are shown in Table 1. On physical examination, acanthosis nigricans was not observed in the neck and thyroid was considered nonpalpable. No other pathological findings were observed in the other system examinations of the patient. The patient's TSH level was 17.64 mIU/L. After that, additional tests were requested from the patient. T4 level was 0.41 ng/dl (H), Anti-Tpo and Anti-Tg levels were reported as normal. Thyroid usg was reported to be compatible with chronic thyroiditis. The patient was prescribed 25 mcg levothyroxine (LT4) for overt hypothyroidism. Patient was informed about LT4 use. Lipid and carbohydrate poor diet (1500 kcal) was given to the patient. Lifestyle change and exercise recommendations were made to the patient. Physical examination finding and laboratory values of the patient at the first control are shown in Table 1. Treatment, diet and exercise compliance were questioned. The patient was instructed to continue with the current LT4 treatment, diet and exercise. Control was recommended after 4 weeks. At the second control: treatment, diet and exercise compliance were questioned. Physical examination finding and laboratory values of the patient are shown in Table 1.

**Table 1.** Physical examination findings and laboratory results

	Initial examination	1. control	2. control
<b>Body weight (kg)</b>	78.4	75.7	74.5
<b>Body mass index (kg/m<sup>2</sup>)</b>	31	29.9	29.5
<b>Blood pressure (mmHg)</b>	100/60	110/60	100/70
<b>TSH (mIU/L)</b>	17.64 (H)	6.18 (N)	3,27 (N)
<b>T4 (ng/dL)</b>	0.41 (L)	0.49 (L)	0.46 (L)

**Discussion and conclusion:**

In our case, the patient was admitted with the complaint of being overweight and inability to lose weight. After that hypothyroidism was detected in the examination and treatment was started. The patient was followed up for both obesity and hypothyroidism. For this reason, in the evaluation of obese patients in primary care, it is important to obtain a good anamnesis, to perform a detailed physical examination and to investigate the secondary causes with appropriate examinations.

**Key words:** Obesity, hypothyroidism, overweight

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği A.D. Başvuran Sigara İçen Bireylerde Reçetesiz Antibiyotik Kullanım Oranları**

**Mustafa Ünal<sup>1</sup>, Bektaş Murat Yalçın<sup>1</sup>, Esra Yalçın<sup>2</sup>**

**3. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.**

**4. Gazi Devlet Hastanesi, Nöroloji Departmanı, Samsun**

**Amaç:** Antibiyotikler en yaygın kullanılan kemoterapötik ajanlardandır. Bu ajanların etkili olabilmesi için doktor gözetiminde ve akılcı ilaç prensipleri bağlamında kullanılmaları gerekmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de reçetesiz antibiyotik kullanımı önemli bir problem olarak izlenmektedir. Reçetesiz antibiyotik kullanımının birçok sebebi araştırılmıştır. Ancak özellikle solunum mukozasını bozarak hem ÜSYE benzeri tablo yapan, hem de solunum yollarını infeksiyöz ve allerjik etkenlere duyarlı hale getiren sigara kullanımının reçetesi antibiyotik kullanımı üzerindeki etkisi çok araştırılmamıştır.

**Yöntem:** Çalışmamız kesitsel, gözlemsel, tanımlayıcı ve analitik bir anket çalışmasıdır. OMÜTF Aile Hekimliği Polikliniğine gelen 18-65 yaş aralığındaki hastalara 15.01-15.03/2019 tarihleri arasında uygulanmıştır. Bu hastaların reçetesiz antibiyotik kullanma özellikleri, sigara kullanma alışkanlıkları sorulmuş ve sigara içen bireylerde sigara içme özellikleri Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ve Paket/Yıl ile belirlenmiştir. Araştırılan değişkenler arasındaki istatistiksel ilişki 21.0 ile değerlendirilmiştir. Bulgular: Çalışmaya 239(%40,5) erkek, 351(%59,5) kadın toplam 590 kişi dâhil edilmiştir. Bu vakaların ortalama yaşları  $28,13 \pm 11,10$  yıl idi. Katılımcılardan 23'ü (%3,9) hayatı boyunca hiç antibiyotik kullanmamıştı. Tüm çalışma grubu içinde reçetesiz antibiyotik kullanan 171'i (%29) kişi varken, bu kişilerden 76'sı (%12,9) son bir yıl içinde reçetesiz antibiyotik kullanmıştı. Sigara içenler ve içmeyenler karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında son bir yıl zarfında reçetesiz antibiyotik kullanım oranları arasında bir fark izlenmese de ( $p=0,330$ ) sigara içenlerinin (Sigara içenlerin %68,4'ü, içmeyenlerin %53,6'sı,  $p=0,037$ ) belirgin olarak daha fazla antibiyotik kullandıkları izlenmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamız sigara içen bireylerin içmeyenlere göre bir yıl zarfında daha fazla antibiyotik kullandıklarını göstermiştir. Buna karşılık reçetesiz antibiyotik kullanım oranları arasında bir fark izlenmemiştir. Bu durumun daha geniş çalışmalarla irdelenmesi gerekir

**Anahtar Kelimeler:** Sigara, Antibiyotik, Reçetesiz Antibiyotik,

### Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Ortalama Trombosit Hacmi

Murat Alay<sup>1</sup>

1.Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrin ve Metabolizma hastalıkları Bölümü

Dr.Öğr.Üyesi Murat Alay

Tel: +90 0432 215 0473

Cep Tel:05304195916

E-mail: [dr.muratalay@hotmail.com](mailto:dr.muratalay@hotmail.com)

### ÖZET

**Amaç:** Ortalama trombosit hacmi (MPV) ateroskleroz patogeneğinde önemli bir rol oynayan bir trombosit aktivasyon belirteçidir. Bu çalışmada, gestasyonel diyabetes mellitus(GDM) tanısı konulan gebe hastalarda serum MPV düzeylerinin aynı yaş grubundaki sağlıklı gebeler ile karşılaştırılması amaçlandı

**Gereç ve Yöntem:** : Son iki ay içerisinde Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları polikliniğine rutin takiplerine gelen 18-40 yaş arasındaki gebeler dâhil edildi. American Diabetes Association (ADA) kriterlerine göre 24-28. haftada yapılan 50 gram oral glukoz tolerans testi(OGTT) sonrası kriterlere uygun GDM' si saptanmayan sağlıklı gönüllü 34(ortalama yaş:28.5 ± 6,27) gebe ile 50 gram OGTT 1. saat kan şekeri 140 mg/dl ve üzerinde saptanan, takiben yapılan 100 gram OGTT sonrası GDM tanısı konulan gönüllü 36( ortalama yaş:30.7±4.94)gebe vaka grubu olarak alındı. Her iki gruptan kan şekeri, insülin, Hga1c, HOMA-IR2 indeksi, MPV düzeyleri çalışıldı.

**Bulgular:** Açlık kan şekeri vaka grubunda 87.2±16.5 mg/dL, kontrol grubunda 76.7±7.43 mg/dL bulundu ( p=0,001). Vaka grubunda serum insulin düzeyi 10.8±7.14 µU/l, kontrol grubunda serum insulin düzeyi 6.68±2.99 bulundu (p= 0,002). Vaka grubunda HOMA-IR2. 4.70±2.12, kontrol grubunda 1.27±0.63 bulundu(p= 0,002).Vaka ve kontrol gruplarında serum MPV seviyeleri sırasıyla 8.3(6.80-10.6) fL, 8.75(7.00-12.7) fL (p=0,869) olarak tespit edildi. İstatiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

**Tartışma:** Sonuçlarımız ortalama trombosit hacminin altta yatan insülin direncinden ziyade diabetes mellitus hastalığının kronik komplikasyonu ile ilişkili olduğunu göstermektedir. GDM gebelik sonrası hastalığın kaybolması nedeniyle MPV üzerine etki etmediği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Gestasyonel diyabet, ortalama trombosit hacmi, trombosit, gebelik, tip 2 diyabet

### Trabzon İli Ortahisar İlçesi 91 nolu Aile Hekimliği Birimine Kayıtlı 65 yaş ve Üzeri Hastalarda Kronik Hastalık Sıklığı

*Oğuzer Usta<sup>1</sup>, Cüneyt Ardiç<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Bozçayır Aile Sağlığı Merkezi, Trabzon

<sup>2</sup> Doç. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Aile Hekimliği AD., Rize

#### ÖZET

**Amaç:** Yaşam koşullarının iyileşmesi, birçok hastalığın öneminin anlaşılması, etkin korunma önlemlerinin alınması, hastalıkların tedavilerinin bulunması ve ölümlerin azalması ile günümüzde doğumda beklenen yaşam süresi uzamış ve yaşlı nüfus oranında önemli bir artış olmuştur. Bu araştırmanın amacı; araştırma grubunu oluşturan 65 yaş ve üstü bireylerin kronik hastalık sıklık düzeylerini saptamak, yaşlılık ve yaşlanmaya bağlı kısıtlılık sorunlarını gündeme getirmektir.

**Yöntem:** Bu çalışma Trabzon ili Ortahisar ilçesine bağlı 91 nolu Aile Hekimliği birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri hastalarda kronik hastalık varlığını belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma Ağustos- Eylül 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmamıza Aile Hekimliği Birimi'ne bağlı 65 yaş ve üzeri kayıtlı 176 hastanın tamamı dahil edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 176 hastanın Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde mevcut verileri incelendiğinde 71 hastanın kronik hastalık tanısı olduğu görüldü. Bu hastaların 21'inde diyabet, 48'inde hipertansiyon, 6'sında astım, 4'ünde hiperlipidem, 1'inde kalp yetmezliği ve 1'inde osteoporoz tanısı olduğu görüldü. Ayrıca 10 hastanın 3 ve daha fazla kronik hastalık tanısı olduğu saptandı. Çalışma grubumuzda en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%27,2) ve diyabet (%11,9) idi.

**Sonuç:** Yaşlılarda morbidite ve mortaliteyi artıran kronik hastalıkların erken tanı ve tedavisi için gerekli çalışmalar birinci basamakta yapılmalıdır. Yaşlılar sağlıkları açısından öncelikli risk grubu olarak kabul edilmeli ve yaşlılara götürülecek sağlık hizmetleri için yaşlı sağlık merkezleri kurulmalıdır.

#### Giriş

Yaşam koşullarının iyileşmesi, birçok hastalığın öneminin anlaşılması, etkin korunma önlemlerinin alınması, hastalıkların tedavilerinin bulunması ve ölümlerin azalması ile günümüzde doğumda beklenen yaşam süresi uzamış ve yaşlı nüfus oranında önemli bir artış olmuştur (1). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi 2016 yılında erkekler için 73 yıl, kadınlar için 79 yıl olmuştur (2). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'in yayınladığı "İstatistiklerle Yaşlılar 2018" raporunda, yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfusun, 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 birey iken son beş yılda %16 oranında artış göstererek 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 birey olduğu açıklanmıştır. Yaşlı nüfusun, toplam nüfus içindeki oranı ise 2014 yılında %8 iken, 2018 yılında %8.8'e yükselmiştir (3). DSÖ'ye göre; 2015 ve 2050 yılları arasında, 60 yaş üzeri bireylerin toplam nüfus içindeki oranı neredeyse ikiye katlanarak %12'den %22'ye çıkacaktır (4).

Doğumda beklenen yaşam sürelerinin artmasına bağlı olarak kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır (5). Kronik hastalıkların, sedanter yaşam tarzı, düzensiz beslenme, fetal dönem ya da erken çocukluk dönemindeki hastalıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir (6). Gençlik ve çocukluk yıllarında yaşanan bazı sağlık sorunlarının etkileri yaşam boyu sürmekte olup özellikle 65 yaş sonrası dönemde şiddeti artmaktadır (7).

İleri yaşta görülen sağlık sorunları arasında en sık rastlananlar; işitme kaybı, katarakt, sırt ve boyun ağrıları, osteoartrit, osteoporoz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabet, hipertansiyon, depresyon ve demansdır (8). İnsanlar yaşlandıkça aynı anda birkaç sağlık sorunu ile karşı karşıya kalabilir. İleri yaşlardaki sağlık sorunları özellikle bulaşıcı olmayan kronik hastalıklarla ilgilidir (9). Bunların büyük kısmı sağlık bakım hizmetlerinden yeterli ölçüde yararlanması ve uygun korunma önlemleriyle engellenebilir ya da geciktirebilir.

Yaşamın ilerleyen yıllarında ayrı hastalık olarak sınıflandırılmayan, bazı karmaşık sağlık durumları görülebilmektedir. Bunlar genellikle 'geriatrik sendromlar' olarak adlandırılır. Sıklıkla altta yatan hastalıklar sonucu gelişen ve inaktivite, osteoporoz, malnütrisyon, sarkopeni gibi sorunlara yol açan bir durumdur. Kırılganlık (düşkünlük), idrar kaçırma, sık sık düşmeler, deliryum ve bası ülserleri ile dikkati çeker. Düşmelere bağlı yaralanmalar ve kırıklar, ağız-diş sağlığı ile ilgili sorunlar, yaşlılığa uyum sorunları ve psikolojik bozukluklar da göz ardı edilmemesi gereken diğer hususlardır (10).

Bu araştırmanın amacı; araştırma grubunu oluşturan 65 yaş ve üstü bireylerin kronik hastalık sıklık düzeylerini saptamak, yaşlılık ve yaşlanmaya bağlı kısıtlılık sorunlarını gündeme getirmektir.

#### Yöntem

Bu çalışma Trabzon ili Ortahisar ilçesine bağlı 91 nolu Aile Hekimliği birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri hastalarda kronik hastalık varlığını belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma Ağustos-Eylül 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

Çalışmamıza Aile Hekimliği Birimi'ne bağlı 65 yaş ve üzeri kayıtlı 176 hastanın tamamı dahil edilmiştir. Hastaların aterosklerotik kalp hastalığı, arteriyel hipertansiyon, diyabetes mellitus, astım, osteoporoz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabet, kalp yetmezliği tanılarının olup olmadığı Aile Hekimliği yazılım sisteminden taranarak hastaların kronik hastalıkları için kullandıkları ilaçlar incelenmiştir.

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 19.0 versiyonu kullanılarak istatistiksel olarak analiz edildi ve tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı.

#### Bulgular

Kronik hastalık tanısı olan 176 hastanın 82'si erkek (% 46,5), 94'ü ( % 51,7) kadındı. Çalışma grubumuzdaki yaşlıların 105'i (%59,6) 65-74 yaş aralığında, 43'ü (%24,4) 75-84 yaş aralığında, 28'i (%15,9) ise 85 yaş ve üzerindeydi (Grafik 1).

**Grafik 1: Çalışmaya alınan hastaların yaş gruplarına göre dağılımı**



Çalışmaya alınan 176 hastanın Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde mevcut verileri incelendiğinde 71 hastanın kronik hastalık tanısı olduğu görüldü. Bu hastaların 21'inde diyabet, 48'inde hipertansiyon, 6'sında astım, 4'ünde hiperlipidemi, 1'inde kalp yetmezliği ve 1'inde osteoporoz tanısı olduğu görüldü. Ayrıca 10 hastanın 3 ve daha fazla kronik hastalık tanısı olduğu saptandı. Çalışma grubumuzda en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%27,2) ve diyabet (%11,9) idi.

Kronik hastalık	Görülme sıklığı (%)
Hipertansiyon	27,2
Diyabet	11,9
Astım	3,4
Hiperlipidemi	2,2
Kalp yetmezliği	0,5
Osteoporoz	0,5



En az bir aydır kullandığı ilaç sayısı ele alındığında, kronik hastalık tanısı olan 71 hastanın tamamı en az bir ilaç kullanmaktaydı, katılımcıların 56'sı ise dört veya daha fazla ilaç kullanmaktaydı.

### **Tartışma**

Yaşlı birey, birçok sağlık sorunu nedeniyle giderek daha fazla sayıda ilaç kullanmaktadır (11). Ülkemizde İzmir'de yapılmış bir çalışmada yaşlıların %93,2'sinin kronik bir hastalığı olduğu, %51,5'inin üç ya da daha fazla ilaç kullandığı belirlenmiştir (12). Ülkemizde huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada kadınların %94,4'ünün, erkeklerin %80,4'ünün en az bir ilaç aldığı tespit edilmiştir (13). Çalışma sonuçlarımıza göre katılımcıların 71'i (%40,3) en az bir ilaç, 56'sı (%31) ise en az bir aydır üç ve daha fazla sayıda ilaç kullanmaktadır. Bu sonuç birinci basamakta 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi açısından dikkatli olunması gerektiğini ve daha geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan yaşlılarda en sık saptanan hastalıklar hipertansiyon ve diyabettir. Bu sonuçlarımız literatürde yer alan birçok araştırmanın sonuçlarıyla uyumludur (14). Birinci basamakta periyodik sağlık muayenelerinin eksiksiz uygulanmasıyla yaşlılık döneminde en sık görülen kronik hastalıkların erken dönemde tanısı ve tedavisi mümkün olacaktır böylece yaşlı hastalarda kronik hastalık sıklığı ve polifarmasi oranı azaltılabilecektir.

### **Sonuç**

Araştırma grubunun çoğunluğunu bir kronik hastalığı olanlar oluşturmaktadır. Yaşlılarda morbidite ve mortaliteyi artıran kronik hastalıkların erken tanı ve tedavisi için gerekli çalışmalar birinci basamakta yapılmalıdır. Yaşlılar sağlıkları açısından öncelikli risk grubu olarak kabul edilmeli ve yaşlılara götürülecek sağlık hizmetleri için yaşlı sağlık merkezleri kurulmalıdır.

### **Kaynaklar**

1. Harper, S. (2014). Economic and social implications of aging societies. *Science*, 346(6209), 587-591.
2. Loichinger, E., & Weber, D. (2016). Trends in working life expectancy in Europe. *Journal of Aging and Health*, 28(7), 1194-1213.
3. Yaşlılar, İ. (2018). Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bülteni.
4. Colby, S. L., & Ortman, J. M. (2017). Projections of the size and composition of the US population: 2014 to 2060: Population estimates and projections.
5. Fehlings, M. G., Tetreault, L., Nater, A., Choma, T., Harrop, J., Mroz, T., ... & Smith, J. S. (2015). The aging of the global population: the changing epidemiology of disease and spinal disorders. *Neurosurgery*, 77(suppl\_1), S1-S5.
6. Pervanidou, P., & Chrousos, G. P. (2012). Metabolic consequences of stress during childhood and adolescence. *Metabolism*, 61(5), 611-619.
7. Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., ... & Devercelli, A. E. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77-90.
8. Boyd, C. M., Darer, J., Boult, C., Fried, L. P., Boult, L., & Wu, A. W. (2005). Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *Jama*, 294(6), 716-724.
9. Coelho, F. M. D. C., Pinheiro, R. T., Horta, B. L., Magalhães, P. V. D. S., Garcias, C. M. M., & Silva, C. V. D. (2009). Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 59-67.
10. Agarwal, E., Miller, M., Yaxley, A., & Isenring, E. (2013). Malnutrition in the elderly: a narrative review. *Maturitas*, 76(4), 296-302.
11. Maher, R. L., Hanlon, J., & Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert opinion on drug safety*, 13(1), 57-65.
12. Dedeli, Ö., & Karadakovan, A. (2011). Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. *Spatula DD*, 1(1), 23-32.
13. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Gökçe Kutsal Y, Yücel M. Huzur evinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics* 2000;3:6-10.
14. Skopljak, A., Trninc, S., Podzic, M., Pasagic, A., & Masic, I. (2009, August). The most common diseases of elderly patients in family medicine. In *SWISS MEDICAL WEEKLY* (Vol. 139, No. 33-34, pp. 157S-157S). FARNBURGERSTR 8, CH-4132 MUTTENZ, SWITZERLAND: EMH SWISS MEDICAL PUBLISHERS LTD.