



# kadın doğum

JOURNAL OF OBSTETRICS and GYNECOLOGY dergisi

CİLT: 6  
VOLUME: 6

SAYI: 3  
NUMBER: 3

YIL: 2008  
YEAR: 2008

## EDİTÖR

Doç.Dr.Ferit SARAÇOĞLU  
editor@kadindogumdergisi.com

## EDİTÖRLER KURULU

Prof.Dr.Kutay BİBEROĞLU, Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite  
Doç.Dr.İsmail DÖLEN, Genel Jinekoloji  
Prof.Dr.Gülay KURTAY, Menapoz  
Prof.Dr.Esat ORHON, Androloji  
Prof.Dr.Fırat ORTAÇ, Jinekolojik Onkoloji  
Prof.Dr.Lütfü ÖNDEROĞLU, Maternal Fetal Tıp  
Prof.Dr.Sinan ÖZALP, Jinekolojik Onkoloji  
Prof.Dr.Önay YALÇIN, Ürojinekoloji

ISSN: 1304-1002

### PERİNATOLOJİ VE ENDOKRİNOLOJİ DERNEĞİNİN YAYIN ORGANIDIR

**Sahibi :** Terminal Medikal Sistemler AŞ adına Sıtkı Saraçoğlu  
**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:** Yasemin Saraçoğlu  
**Yayın Sekreteri :** Dr. Uzay Yıldırım  
**Yönetim Yeri:** Mithatpaşa Caddesi No 49/8 Yenişehir Ankara  
Tel: (312) 435 4594 Fax: (312) 435 0357  
**Yayın Türü :** Yerel Süreli  
**e-mail :** info@kadindogumdergisi.com

**Yayın Periyodu :** Yılda 4 sayı olarak Mart, Haziran, Eylül, Aralık aylarında yayınlanır.  
**Bir yıllık abone ücreti (Posta dahil) 75 TL (yurtiçi), 150 Euro (Avrupa)**  
**Tek Sayı (Posta dahil) 25 TL (yurtiçi), 40 Euro (Avrupa)**  
**Abonman Şartları :** Abone olmak için abone ücreti  
**Garanti Bankası Kızılay Şubesi (082) ,TL. Hesap No: 6296325**  
**EURO Hesap No: 9088625**  
hesabına yatırıp havale makbuzu yada fotokopisini faksлайınız yada posta ile gönderiniz.

**Baskı :** Karaca Tanıtım Hizmetleri, Matbaacılık Kağ. Paz. ve Tic. Ltd. Şti.  
Sümer 2 Sokak No:37/B Kızılay/Ankara Tel: 230 19 97  
Tic. Sic. No: 233908

**Basım Tarihi:** Mart 2009

**Reklam Tarifesi :** Arka kapak ( back cover) 2.000 TL , Ön kapak içi (inside cover) 1.750 TL,  
Arka kapak içi (Inside of the back cover) 1.500 TL ,1. sayfa (first page) 1.000 TL ,  
iç sayfalar (other pages) 750 TL

Kadın Doğum Dergisinde yayımlanan yazılar, şekil, resim ve tablolar yayımcının izni olmadan kısmen yada tamamen basılamaz , fotokopi veya elektronik olarak çoğaltılamaz, yayımlanamaz, çoğaltılamaz ve satılamaz. Bilimsel amaçlarla kaynak olarak gösterilebilir.

## İÇİNDEKİLER

<b>Yaşlanan Deri İçin Dermatolojik Uygulamalar: Derleme.....</b>	<b>1436</b>
Dr. Selda Pelin Kartal Durmazlar, Dr. Damla Atacan, Dr. Fatma Eskioglu	
<b>Enfeksiyonu Önlemede Bildiğimiz Ama Herzaman Uygulamadığımız Basit Yöntemler.....</b>	<b>1441</b>
Sağlık Bakanlığı Rehberi	
<b>Anormal Uterin Kanaması Olan Premenopozal Kadınlarda Ofis Histeroskopi ile</b>	
<b>Saptanan İntrauterin Patolojilerin Dağılımı.....</b>	<b>1445</b>
Dr. Erbil Doğan, Dr. Funda Göde, Dr. Turab Ccanbahışov, Dr. Meral Koyuncuoğlu, Dr. Cemal Posacı	
<b>Östrojenin Deri Üzerine Etkileri ve Menapozda Deri Bulguları: Derleme.....</b>	<b>1450</b>
Dr. Selda Pelin Kartal Durmazlar, Dr. Fatma Eskioglu	
<b>Histerektomi Sonrası Kadınlarda Gelişen Osteopeninin Periodontal Durum ile İlişkisinin Değerlendirilmesi.....</b>	<b>1456</b>
Dr. Esengül E. İşler, Dr. Davut Güven, Dr. Arzu Aklan, Dr. İdris Koçak, Dr. Cazip Üstün, Dr. Hüseyin Akan	
<b>İntraoperatif Frozen İncelemesi Güvenilir Bir Yol Göstericidir.....</b>	<b>1463</b>
Dr. Güven D., Dr. Erdoğan Ö., Dr. Üstün C., Dr. Koçak İ., Dr. Kılıco İ.	
<b>Gebelikten Etkilenen Dermatolojik Hastalıklar: Derleme.....</b>	<b>1466</b>
Dr. Selda Pelin Kartal Durmazlar, Dr. Fatma Eskioglu	
<b>Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitiminde İletişim ve Danışmanlığın Önemi.....</b>	<b>1472</b>
Sağlık Bakanlığı Acil Obstetrik Kitabından Alınmıştır	
<b>Sağlık bakanlığı Doğum İzleminde Partograf Kullanımı Protokolü.....</b>	<b>1485</b>

## HAKEM HEYETİ LİSTESİ

Prof. Dr. Cemalettin Akgüres	Doç. Dr. Remzi Gökdeniz	Prof. Dr. Erdinç Özkınay
Doç. Dr. Tarık Aksu	Klk. Şefi Nimet Göker	Prof. Dr. Zafer Öner
Prof. Dr. Aytekin Altıntaş	Doç. Dr. Nermin Göğüş	Doç. Dr. Aydın Özşaran
Prof. Dr. Tansu Arasil	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Görkemli	Doç. Dr. Semih Özeren
Prof. Dr. Macit Arvas	Prof. Dr. Bülent Gülekli	Prof. Dr. Kemal Öztekin
Doç. Dr. Yılmaz Atay	Prof. Dr. Talip Gül	Uz. Dr. Cihan Öztöpcü
Uz. Dr. Cemal Atalay	Prof. Dr. Haldun Güner	Prof. Dr. Recai Pabuccu
Doç. Dr. Ercan M. Aygen	Yrd. Doç. Dr. Sadettin Güngör	Prof. Dr. Cemal Posacı
Prof. Dr. Ali Ayhan	Doç. Dr. Berkan Gürakan	Prof. Dr. Feride Söylemez
Doç. Dr. Ruşen Aytaç	Prof. Dr. Timur Gürkan	Doç. Dr. Feride Şahin
Prof. Dr. Sevim Balcı	Prof. Dr. Rifat Gürsoy	Prof. Dr. Yılmaz Şahin
Doç. Dr. Özcan Balat	Doç. Dr. Osman Haldundevelioğlu	Doç. Dr. Dursun Ali Şenses
Prof. Dr. İskender Başer	Prof. Dr. Hikmet Hassa	Prof. Dr. Turgay Şener
Doç. Dr. Merih Bayram	Doç. Dr. İsmail Mete İtil	Prof. Dr. Halis Şimşek
Prof. Dr. Yusuf Bayraktar	Prof. Dr. Sedat Kadanalı	Doç. Dr. M.Zeki Taner
Prof. Dr. Tugan Beşe	Doç. Dr. Ayşe Kafkaslı	Prof. Dr. Ömür Taşkın
Prof. Dr. Tufan Bilgin	Doç. Dr. Semih Kaleli	Prof. Dr. Erol Tavmergen
Prof. Dr. Lügen Cengiz	Uz. Dr. Murat Kalemli	Prof. Dr. A. Başar Tekin
Prof. Dr. Candan Cengiz	Prof. Dr. Mansur Kamacı	Prof. Dr. Zafer Selçuk Tuncer
Doç. Dr. Metin Çapar	Prof. Dr. Onur Karabacak	Doç. Dr. Cem Turan
Doç. Dr. Ali Çetin	Prof. Dr. Zehra Neşe Kavak	Prof. Dr. Mehpere Tüfekçi
Prof. Dr. M. Turhan Çetin	Prof. Dr. İ. Safa Kaya	Doç. Dr. Mustafa Uğur
Prof. Dr. M. Nedim Çiçek	Doç. Dr. Necip Kepkep	Prof. Dr. Mustafa Ulukuş
Prof. Dr. Mehmet Çolakoğlu	Doç. Dr. Melahat Dönmez Kesim	Doç. Dr. Gürkan Uncu
Klk. Şefi İnci Davas	Prof. Dr. Yalçın Kimya	Doç. Dr. Bülent Urman
Doç. Dr. Fuat Demirci	Doç. Dr. İdris Koçak	Prof. Dr. Turhan Uşlu
Doç. Dr. Süleyman Cansun Demir	Prof. Dr. Arif Kökçü	Doç. Dr. Orhan Ünal
Prof. Dr. Fuat Demirkan	Uz. Dr. Rifat Köse	Prof. Dr. Mine Üner
Prof. Dr. Namık Demir	Doç. Dr. Esra Kuşçu	Prof. Dr. Cihat Ünlü
Klk. Şefi Bayazıt Dikmen	Prof. Dr. M. Tezer Kutluk	Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar
Doç. Dr. Serdar Dilbaz	Doç. Dr. Tansu Küçük	Doç. Dr. Ömer Tarık Yalçın
Prof. Dr. Saffet Dilek	Prof. Dr. Mustafa Küçük	Prof. Dr. Atilla Yıldırım
Prof. Dr. Uğur Dilmen	Prof. Dr. Rıza Madazlı	Uz. Dr. Uzay Yıldırım
Prof. Dr. Tekin Durukan	Doç. Dr. Tamer Mungan	Prof. Dr. Hüseyin Yılmaz
Uz. Dr. Tamer Ecer	Doç. Dr. İptisam İpek Müderris	Uz. Dr. Nafiye Yılmaz
Prof. Dr. Mithar Erenus	Prof. Dr. Ergün Onur	Uz. Dr. Ayçağ Yorgancı
Doç. Dr. Ali Ergün	Doç. Dr. Özyaz Oral	Prof. Dr. Murat Yurdakök
Prof. Dr. İlhan Erkan	Doç. Dr. Engin Oral	Doç. Dr. Mehmet Ali Yüce
Prof. Dr. Oktay Erten	Doç. Dr. Havva Oral	Doç. Dr. Hulusi Bülent Zeyneloğlu
Doç. Dr. Elif Gül Yapar Eyi	Prof. Dr. Esat Orhon	
Doç. Dr. Orhan Gelişen	Prof. Dr. Fatma Tuncay Özgünen	

## YAZARLARIN DİKKATİNE

1-Kadın Doğum Dergisi yılda 4 kez olmak üzere üç ayda bir yayınlanır. Kadın Hastalıkları ve Doğum biliminin her alanında (üreme endokrinolojisi, jinekolojik onkoloji, maternal fetal tıp, ürojinekoloji, infertilite ve yardımcı üreme teknikleri , menapoz, çocuk ve adolesan jinekolojisi, androloji, cinsel fonksiyonlar vs) ya da kadın doğumu ilgilendiren diğer tıbbi konulardaki derleme (güncel konuların yeni literatürlerin ve yazarın kendi tecrübelerinin ışığında incelendiği yazılar), deneysel ve klinik araştırmalar, vaka takdimleri yayın için kabul edilir.

2-Yazılar Kadın Doğum Dergisi yayın kurulu başkanlığına beyaz kağıdın tek yüzüne yazılarak 3 kopya+1 disket (1.4MB, 3.5") halinde gönderilecektir. Disketteki kayıt Mikrosot Word formatında 12 punto , çift satır aralıklarıyla , ariel tarzında , sol yanından 3 cm sağ yanından 2 cm boşluk bırakılarak yazılmış olacaktır. Her sayfa numaralanmalıdır.

Yazıların ya da resimlerin kayıbından dergi sorumlu tutulamaz. Bu nedenle araştırmacıların yazının ve resimlerin bir kopyasını kendilerinde bulundurmaları uygundur.

3- Dergide yazılar Türkçe olarak yayınlanır. Yazılarda mümkün olduğunca Türkçe tıbbi terimlerin kullanılması yayın kurulunca desteklenmektedir.

4- Bütün yazılarda aşağıdaki sıra gözetilmelidir.

- a- Konunun Türkçe başlığı,
- b- Yazarların ve araştırmacıların isimleri sıra ile başlık altına gelecek şekilde, ilk isimden başlayarak yazılmalı, yazarların görev yeri, bilim dalı, bölüm ve enstitüsü ile şehir ve ülke adresleri ve elektronik posta adresleri ( birinci yazarın) açık olarak ilk sayfanın altına konulmalıdır.
- c- Konunun yabancı dilde (İngilizce) başlığı,
- d- Türkçe ve İngilizce, 150 kelimeyi geçmemek üzere özet,
- e- Her yazı için Türkçe ve yabancı dilde özetin sonunda beşi geçmemek üzere anahtar kelime konulur.
- f- Giriş
- g- Materyal ve Metod
- h- Bulgular
- i- Tartışma
- j- Kaynaklar

Kaynak numaraları metin içerisinde geçiş sırasına göre verilmeli , kaynak numarası parantez içerisinde gösterilmelidir. Aslı görülmeden diğer bir kaynak aracılığıyla bilgi edinilen makaleler mümkünse kaynaklar arasına alınmamalı , zorunlu hallerde ise bilgi alınan ara kaynak parantez içinde belirlenmelidir. Kaynakta alfabetik sıralama yapılmaz. Alınan materyalin kaynağa uygunluğu sorumluluğu yazara aittir. Yazarlar tüm kaynakları yazı içinde göstermelidir.

Dergilerin isimleri Index Medicus'a uygun olarak kısaltılmış biçimde verilmelidir. Index'de geçmeyen dergilere kısaltma yapılmaz. Yazarlar sıralanırken 6 yazardan sonrası için " ve ark." Yazılmalıdır.

Örnek :

Karlık İ, Kesim M, Erol M. Fötal solunum hareketleri ile erken doğum eyleminin izlenmesi . Kadın Doğum Dergisi 1995; 11(1) : 8-11.

Kitaplardan alınan bölümler için

DiSaia PJ, Creasman WT. Invasive cervical cancer . DiSaia PJ , Creasman WT (Ed). Clinical Gynecologic Oncology .Saunders Yayınevi, Beşinci baskı, New York 1997; 51-106

Çok yazarlı kitaplardan alınan bölüm için;

Önderoğlu L. Fetal İnvaziv Girişimler. Saraçoğlu F (editör), Fetal Tanı ve Tedavi, Güneş Yayınevi, Ankara 1988, 359-76.

5- Dergide yayınlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka yerde yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Bu durum yazarların imzası ile bir yazı şeklinde belirtilmelidir . Daha önce kongrede tebliğ ve özeti yayınlanmış çalışmalar , bu husus belirtmek üzere kabul edilebilir. Yayın için gönderilmiş çalışmalarını gecikme veya diğer bir nedenle başka bir yerde bastırmak isteyen yazarların Yayın Kuruluna yazılı olarak bilgi vermeleri gerekir. Yayın Kurulu dergi için gönderilmiş yazılarda makale sahiplerinin bu maddeyi kabullendiklerini varsayar.

6- Dergide yayınlanacak yazılar metin , şekil, tablo, kaynakça dahil 15 sayfa, vaka takdimleri ise 5 sayfa geçmemelidir.

7- Tablo , çizelge ve resimlerin alt yazı ve (veya) başlıkları metinden ayrı bir kağıda yazılarak hazırlanmalıdır. Çizelge ve şekiller de 3 kopya olarak gönderilmeli ve aynı zamanda diskette de yer almalıdır. Siyah beyaz fotoğraflar parlak kağıda basılmış olmalıdır. Resimlerin arka yüzleri metinde geçiş sırasına göre numaralanmalı, yazarın adı ve ayrıca üst kenarları bir okla belirtilmelidir. Bu işlem kurşun kalemle bastırılmadan yapılmalıdır.

8- Ayrı baskı isteyen yazarlara istendiği takdirde ücreti karşılığında gönderilebilir. Ayrı basım talepleri önceden bildirilmelidir.

9- Renkli basılması istenen resimlerin ilave baskı giderleri yazarlara aittir.

10- Herhangi bir araştırma yazısında , araştırmayı destekleyen veya yürüten kurum ve kuruluşlar hakkında bilgi yazının sonunda verilmeli, kurum veya kuruluşun tam adı ve desteklenen projenin numarası yazılmalı , bu konudaki bilgiler ve teşekkür 4 satırı geçmemelidir.

11- Kısaltmalar, ilk kullanıldıkları zaman, parantez içinde açık yazılır. Özel kısaltmalar kullanılmaz. Yazı başlığında kısaltma kullanılmamalıdır.

12- Metin içerisinde geçen ilaçların ticari ismi yerine generik isimleri , bu ilaç ya da cihaz ülkemizde ilk kez uygulanıyorsa verilebilir.

13- Kurallara uymayan yazılar kabul edilmez, telif hakkı ödenmez. Basılması uygun görülmeyen yazılar iade edilmez. Yayın Kurulu gönderilen yazıda yazının bilimsel içeriğine dokunulmadan- uygun gördüğü değişiklikleri yapabilir. Araştırma yazılarına derleme yazılarına göre öncelik tanınır.

## Özet Örneği

Klinik ve deneysel araştırma yazılarında özetler aşağıdaki düzende , her biri birer paragraf olarak dört alt başlık (1- Amaç / Objectives 2- Materyal ve Metod / Materials and Methods 3- Bulgular /Results 4- Sonuçlar /Conclusions ) altında yazılmalıdır. Beşinci olarak anahtar kelimeler ( Key Words) yazılacaktır. Özet yazımında genel bilgiler ve referanslara yer verilmeyecek , anlaşılması güç kısaltmalar kullanılmayacaktır. İstatistiksel testlerle desteklenmedikçe yorum yapmaktan, yuvarlak ve asalak cümlelerden kaçınılacaktır. Cümlelerde dilbilgisi olarak geçmiş zaman kullanılacaktır. Derleme özetleri, ana hatları ile özetleyen şekilde ve 150 kelimeyi geçmeyen düz yazı şeklinde olmalıdır.

## Örnek

### Özet:

**Amaç:** Gebelikte asemptomatik bakteriüri ve postpartum endometrit arasındaki ilişkiyi araştırmak.

**Materyal ve Metod:** Rastgele seçilmiş 132 gebeden doğum öncesi , orta idrarı kültür yapmak amacıyla alındı. Son bir ayda antibiyotik kullanan , infeksiyon bulguları olan ve operatif doğum uygulanan olgular çalışmaya alınmadı. 1 ml idrarda  $10^5$  bakteri varlığı bakteriüri olarak değerlendirildi. Tüm olgularda doğumdan 48 saat sonra endometrial sürüntüden kültür yapıldı.  $38^{\circ}\text{C}$  üzeri ateş , uterin hassasiyet , kötü kokulu loşi ve pozitif kültür endometrit olarak değerlendirildi.

**Bulgular :** Asemptomatik bakteriüri saptanan 14 olgunun 9 tanesinde endometrit saptandı.

**Sonuçlar :** Vajinal doğum yapan olgularda intrapartum bakteriüri postpartum endometrit ile anlamlı şekilde ilişkiliydi ( $p<0.001$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Asemptomatik bakteriüri, postpartum endometrit.

### Abstract :

**Objective :** The association between asymptomatic bacteriuria and postpartum endometritis in pregnant women was assessed.

**Materials and Methods:** Midstream urine was taken for bacterial culture from randomly selected 132 pregnant women in labor. Excluding criteria were antibiotic usage in the last month, existence of a clinical infectious disease ,and operative delivery. Existence of  $10^5$  bacteria in one milliliter urine was accepted as bacteriuria. Also endometrial swab for bacterial culture was taken from these cases ,48 hours after delivery. The diagnosis of endometritis was based on a temperature greater than  $38^{\circ}\text{C}$  , uterine tenderness, malodor in lochia and positive culture.

**Results:** Postpartum endometritis developed in 9 of the 14 women who diagnosed asymptomatic bacteriuria .

**Conclusions:** Intrapartum bacteriuria was significantly associated with postpartum endometritis in women delivering vaginally ( $p<0.001$ ).

**Key Words :** Asymptomatic bacteriuria , Postpartum endometritis.

## YAZIŞMA ADRESİ

### KADIN DOĞUM DERGİSİ

Mithatpaşa Caddesi No 49/8 , Yenişehir Ankara 06420

Tel : (312) 435 4594 , Fax: (312) 435 0357

e-mail: editor @kadindogumdergisi.com

Lütfen yazılarınızla birlikte aşağıdaki formu da doldurup yollayınız.

### KADIN DOĞUM DERGİSİ

Tarih :

Kayıt No :

Makale Başlığı :

Sayın Editör

Yayınlanması dileğiyle Kadın Doğum Dergisine gönderdiğimiz makalenin yazarları olarak bu çalışmanın ;

- 1-Bilimsel ve etik sorumluluğunun tarafımız ait olduğunu,
- 2- Daha önce yurt içinde ve yurt dışında Türkçe veya yabancı bir dilde yayınlanmadığını ,
- 3- Başka bir yayın organına yayınlanmak üzere gönderilmediğini,
- 4- Tüm yayın haklarının Kadın Doğum Dergisine ait olduğunu,
- 5- Diğer yazarlara ulaşılamaması halinde, tüm yazarların çalışmadan haberdar olduklarını ve diğer yazarların sorumluluklarını , yazışma yazarı olarak, üzerime aldığımı kabul ve beyan ederim.

Not: Lütfen mürekkepli kalemle okunaklı ve eksiksiz olarak doldurup imzalayınız.

.....  
İmza

Yazışma Yazarı :

Adresi :

Tel:

Faks:

e-mail:

## *Hekim Güvenliği,*

Gün geçmiyor ki bir hekim veya bir sağlık çalışanı şiddette maruz kalmasın. Aslında şiddet veya tacize uğrayan sağlıkçıların sayısının medyaya yansiyandan daha fazla olduğu da bilinen bir gerçek; sorun ülkenin sağlık hizmetine taşınmakta ve halkımızın bundan zarar görmesine neden olmaktadır.

Halkın sağlık hizmetinden beklentisi her ülkede artmakta; sağlık çalışanlarına güven azalmaktadır. Ülkemizde tazminat davalarının artması ve hekimlerin ödeyemeyeceği rakamlara ulaşması da defansif uygulamaları arttırmakta; bir kısır döngü içinde sorun gittikçe büyümektedir.

Amerika'da 1999 yılında açıklanan Tıp Enstitüsü "To Err Is Human" raporuna göre tıbbi hatalar nedeniyle ölenlerin sayısı yılda 98.000'e kadar ulaşiyor. Aynı raporda ölümlerin nedeni olarak "sistem" gösteriliyor ve hekimlerin şahsi hatalarının dikkate alınmayacak kadar az olduğu belirtiliyor. Tıbbi hatalara bağlı ölümlerin, ölüm nedenleri arasında 9. sırada olduğu belirtiliyor. Bununla beraber hataların kaçınılmaz olduğu ve hata yapan kişilerin değiştirilerek veya sistem dışına çıkarılarak hiçbir sonuç alınmayacağı belirtiliyor.

Bu rapor sonrası "hasta güvenliği" sağlamakla ilgilenen kuruluşlar sayıca artıyor, geliyor, tavsiyeleri aranan, sözleri dinlenen ve daha çok para kazanan bir endüstriye dönüşüyor.

Aradan yıllar geçiyor, geçen sene açıklanan Amerika raporlarına göre tıbbi hatalar nedeniyle ölümler, ölüm nedenleri sıralamasında 5. sıraya çıkıyor. Eğer ilaç yan etkileri de tıbbi hatalara eklenirse 2. sıraya çıkıyor. Bu arada Amerika'da sağlık çalışanlarına yönelik şiddet diğer hizmet sektörü çalışanlarına göre 16 kat artarken sağlık sektörü çalışmalarına karlılıkla devam ediyor. İlaç, tıbbi cihaz ve sarf malzemeleri endüstrisi ile sağlık kuruluşları, sigorta şirketleri, avukatlar, taraflı bilirkişiler ve hasta güvenliğini sağlamaya çalışan kuruluşlar kazanıyor. Burada bir yanlışlık yok mu? Hastalar tıbbi hatalar nedeniyle daha fazla sayıda ölüyor, sağlık çalışanları daha çok şiddete uğruyor. İlgili ilgisiz herkes ise daha çok kazanıyor.

Değerli meslektaşlarım, bizler hastamıza saygılıyız ve daha iyi hizmet için çalışıyoruz. Hekimlerin öncelikle hasta yararına çalışması onların etik ve yasal görevidir. Öncelikli amaçları kazanç olan bizim dışımızdaki tüm kişi ve kuruluşların önerilerini çok dikkatle inceleyip gerçekten bu önerilerin hasta yararına olup olmadığına biz karar verip görüşümüzü açıklamalıyız.

Günümüzün yükselen değerleri olan tıbbi etik, hasta hakları ve hasta güvenliği konularıyla özellikle klinisyenler bizzat ilgilenmeli, alınacak ve uygulanacak kararları onaylamalı, sonra uygulamalıdır.

Uçak yolcularının ölüm ihtimali milyonda bir, yolcu da güvende pilot da. Gelişmekte olan ülkelerde hastaneye yatan bir hastanın ölme ihtimali üçyüzde bir. Hasta da güvende değil hekim de. Çalışma koşulları kadar kurallar ve yasaların da hedefe uygun olması şart.

Sağlık kuruluşları hasta haklarına ve güvenliğine uygun mu; hastaya yeterli zaman ayrıyor mu; çalışma ortamı hastaya tıbbi etiğe yaraşır yaklaşım için uygun mu? Yasalar hasta ve sağlık çalışanlarını eşit düzeyde koruyor mu? Bunlara evet denemiyorsa hekim güvenliği de söz konusu değildir. Çalışma koşulları ve yasalardaki eksik ve yanlışları konuşmalı ve ilgililere nezaketle iletmeliyiz. Kibarca söylenmeyen doğruların hiçbir şey ifade etmediğini dikkate alıp, hekim güvenliğinin hasta güvenliği ile bağlantılı olduğunu unutmamalıyız.

Huzurlu ve güvenli bir çalışma ortamı diliyorum.

Saygılarımla,  
*Doç. Dr. İsmail Dölen*



## YAŞLANAN DERİ İÇİN DERMATOLOJİK UYGULAMALAR: DERLEME

### *Dermatological Procedures for Aging Skin: Review*

Dr. Selda Pelin Kartal Durmazlar, Dr. Damla Atacan, Dr. Fatma Eskioğlu  
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

#### ÖZET

Yaşlanan deri için dermatolojik uygulamalar günümüzde popülerdir. Bu nedenle bu derlemede yaşlanan deri için yapılan uygulamalar ilgili son literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Dermatolojik uygulamalar, deri yaşlanması

#### ABSTRACT

Dermatological procedures for aging skin are popular in these years. For this reason this review discusses through the latest related literature the relevant procedures for aging skin.

**Key Words:** Dermatological procedures, aging skin

#### Giriş

Deri yaşlanması ve sonucunda görülen kırışıklık, pigmenter değişiklikler ve deri tonusunda azalmanın kişiler üzerinde olumsuz psikolojik etkileri olmaktadır. Bu olumsuz değişikliklerin belli oranda düzeltilmesi bazı dermatolojik uygulamalar ile mümkün olabilmektedir.

#### Kimyasal soyucular (Kimyasal peeling)

Derinin dış tabakalarının kimyasal ajanlarla kontrollü hasarı kimyasal peeling olarak adlandırılır. Kimyasal soyma işleminde amaç istenilen derinliğe kadar hasar oluşturmak ve yara iyileşmesinden faydalanılarak çeşitli lezyonların tedavisini sağlamaktır. Kimyasal peeling aktinik keratoz ve lentigolar gibi deri lezyonlarının tedavisi, kırışıklıkların giderilmesi, derinin yapısının iyileştirilmesi ve sıkılaştırılması amacıyla kullanılmaktadır. Ayrıca akne ve akne skarları, melasma ve pigmentasyon bozuklukları ve siğil tedavileri için de kullanılabilirler (1-3).

Kimyasal soyucular oluşturdukları hasarın derinliğine göre yüzeysel, orta derinlikte ve derin peeling yapanlar olarak sınıflanabilir. Soyma işlemi ile derinin UV ve diğer iritanlara karşı bariyer fonksiyonu azalır, fotosensitivite artar, ciltte hassasiyet, eritem, epidermoliz, kontak ve iritan dermatit ve lekelenme meydana gelebilir. Bu nedenle özellikle koyu tenli hastalarda işleme düşük konsantrasyonda başlanmalı ve yanıtı göre konsantrasyon artırılmalıdır. Ayrıca güneşten korunma ve güneş koruyucu ürünlerin kullanılması mutlaka önerilmelidir.

**Yüzeysel kimyasal soyucular:** Oluşturdukları hasar epidermiste sınırlıdır. Özellikle ince kırışıklıklar, düzensiz pigmentasyon ve deri kabalaşmasının tedavisinde kullanılır. İyileşme süresi 1-3 gün kadardır. Bu amaçla en sık kullanılan ajanlar alfa hidroksi asitler (AHA), beta hidroksi asitler (BHA), rezorsinol, triklorasetik asit (TCA) ve Jessner solusyonudur (2).

AHA'lar çeşitli gıdalardan elde edilen organik asitlerdir. Bu grup içinde glikolik asit, laktik asit, malik asit,

sitrik asit, tartarik asit ve fitik asit bulunur (1-3). Kullanılan AHA'nın oluşturduğu hasar derinliği; solusyonun pH'sına, konsantrasyonuna, uygulama miktarına ve süresine göre değişkenlik gösterir. AHA'lar içinde en popüler kimyasal peeling amaçlı %20-70 konsantrasyonlarda kullanılan glikolik asittir. Düşük konsantrasyonlu AHA içeren cilt bakım ürünlerinin günlük olarak, düzenli ve uzun süreli kullanımının deri kalınlığını, asit mukopolisakaritleri, kollajen yoğunluğunu ve elastik fiber kalitesini arttırdığı bildirilmiştir (1-6).

BHA'lar arasında en sık kullanılan ajan antienflamatuvar özelliği de olan salisilik asittir. Salisilik asit aynı zamanda iyi bir komedolitik olduğu için komedojenik akne tedavisinde tercih edilmektedir. Yüzeysel soyma işlemi için %20-30 konsantrasyonlarda kullanılır. AHA'lara göre daha az iritasyon oluşturur. Cilt temizleyici ve nemlendiriciler içinde ise %2 konsantrasyonda, günlük bakım ürünü olarak bulunur. Gebelikte ve emziren annelerde sistemik emilim riski nedeniyle kullanılması önerilmez (6,7).

Rezorsinol, yapısal ve kimyasal olarak fenole benzer. Krem şeklinde ve %10-30 konsantrasyonlarda kullanılır. Özellikle akne ve akne skarlarının tedavisinde ve pigmentasyon bozukluklarında etkilidir. Geçici hiperpigmentasyon dışında yan etkisi olmadığı belirtilse de uzun süre kullanımında hipotiroidi yapabileceği bildirilmiştir. Toksikite nedeniyle geniş alanlarda kullanılmamalıdır (1-7).

Jessner solüsyonu rezorsinolün sıvı formülasyonu olarak bilinir. 14 g salisilik asit, 14 g rezorsinol ve 14 g %85'lik laktik asit %95'lik etanol ile 100 ml'ye tamamlanır. Jessner solüsyonu pigmentasyon bozuklukları için iyi bir tedavi alternatifidir ve AHA'ların kullanıldığı tüm endikasyonlarda kullanılabilir. Ancak soyulma daha belirgin olduğu için hastalar tarafından daha az tercih edilir (1-6).

TCA asetik asit derivesi olup keratolitik ve protein çöktürücü özellikleri vardır. Özellikle kırışıklıklar ve skarlar için en etkili peeling yöntemlerinden biridir. Ancak %40 konsantrasyon üzerinde tek başına kullanıldığında skar riski fazladır. Bu nedenle günümüzde yüzeysel peeling amacıyla %10–30 konsantrasyonlarda, daha derin soyma işlemi içinse aynı derecede etkin fakat skar riski daha düşük kombinasyonlar içinde kullanılmaktadır (2-6).

**Orta derinlikte kimyasal soyucular:** Orta derecede soyma işleminde epidermis ve papiller dermis hasarı oluşturulur. Özellikle düzensiz pigmentasyon, fotoyaşlanma, aktinik keratoz ve prekanseröz lezyonların tedavisinde uygulanır. İyileşme süresi 7–10 gün kadardır. Bu amaçla en sık %70 glikolik asit, Jessner solüsyonu–%35 TCA kombinasyonu, katı CO<sub>2</sub>–%35 TCA kombinasyonu kullanılır (1-6).

Katı CO<sub>2</sub>–%35 TCA uygulamasında deri önce katı CO<sub>2</sub> ile dondurularak epidermal nekroz sağlanır. Böylece TCA'nın penetrasyonu artırılır. Jessner solüsyonu–%35 TCA uygulaması ile orta derinlikte soyma işlemi yapılır (1-6).

**Derin kimyasal soyucular:** Derin kimyasal soyma işleminde orta–retiküler dermise kadar hasar oluşturmak amaçlanır. Özellikle derin kırışıklıklar ve prekanseröz lezyonların tedavisi için uygulanır. İyileşme süresi uzundur ve komplikasyon riski fazladır. Aynı endikasyonlarda dermabrazyon ve lazer tedavisi de tercih edilebilir.

Derin kimyasal peeling amacıyla en tercih edilen ajan Baker–Gordon formülasyonudur. Bu formülasyon 3ml %88 fenol, 3ml kroton yağı, 8 damla sıvı sabun ve 2ml distile sudan oluşur. Fenolün potansiyel yan etkilerinden biri sistemik toksisitesidir. Böbreklerde, karaciğerde hasara neden olabilir, solunum ve kardiyak sistemde depresyon yapabilir. Bu nedenle hasta seçimi çok dikkatli yapılmalı ve uygulama anestezi hekimi kontrolünde ve hastanın monitorize edilebileceği uygun ameliyathane şartlarında olmalıdır (1-6).

**Gebelerde güvenlik (Kimyasal peeling):** Bilindiği gibi gebelikte tedavi gerektirebilen pigmenter değişiklik melazmadır ve gebe kadınların %50'sinden çoğunda bildirilmiştir. Glikolik asit ile yapılabilen kimyasal peeling veya daha düşük konsantrasyondaki glikolik asit içeren topikal preparatının kullanılması durumunda gebeler üzerinde teratojen etki bildirilmemiştir. Buna rağmen bu tedavilere doğum sonrası başvurmak daha doğru olur (7,8).

#### **Mekanik soyucular (Mekanik peeling)**

Mekanik soyma işlemi derinin üst tabakalarının mekanik olarak uzaklaştırılıp dermal yara iyileşmesinin uyarılması esasına dayanır. Mikrodermabrazyon yönteminde bir püskürtücü aracılığı ile steril alüminyum oksit kristalleri deriye uygulanır ve dökülen deri bir vakum cihazı ile emilir. Düzensiz pigmentasyon, deri kabalaşması ve akne tedavisinde

kullanılabilmektedir. Kırışıklıkların tedavisindeki etkisi ise tartışmalıdır. Yan etkileri arasında kanama, enfeksiyon ve hiperpigmentasyon bulunur.

Silikon karbid sandpaper kullanılarak el ile yapılan derma sanding ve tel fırçalar ve elmas uçlu aletler ile yapılan motorize dermabrazyon ise diğer mekanik peeling uygulamalarıdır (1-6).

**Gebelerde güvenlik (Mekanik peeling):** İnvaziv işlem olması nedeniyle mekanik soyma işlemi gerekli olması durumunda postpartum uygulanmalıdır.

#### **Endermoloji**

Endermoloji selülit tedavisinde vücudu mekanik olarak yeniden şekillendirmek için kullanılan, invaziv olmayan bir yöntemdir. Bu uygulamada selülitli bölge dönen yuvarlak başlıklarla vakumlanarak 35–45 dakika masaj yapılır. Haftada 1 veya 2 kez toplam 14 seans önerilmektedir. Selülit görünümünde azalma sağlayabilse de etkisi kısa sürelidir (9).

**Gebelerde güvenlik (Endermoloji):** Bu uygulama gerekli olması durumunda postpartum dönemde düşünülmelidir.

#### **Lazer sistemleri**

Kutanöz lazer sistemleri kabaca ablatif ve ablatif olmayan sistemler olarak ikiye ayrılabilir. Her iki sistem de deri yaşlanması tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır ve mekanizması kesin olarak anlaşılmış olmasa da kollajen üretimini arttırdığı düşünülmektedir (10).

**Ablatif lazer sistemleri:** Bu grupta karbondiyoksit (CO<sub>2</sub>) ve erbiyum/yitrium alüminyum–garnet (YAG) lazerler bulunur. Ablatif lazer sistemleri derinin soyulması/aşındırılması (peeling) amacıyla kullanılırlar. Özellikle dudak ve göz çevresindeki kırışıklıkların tedavisinde etkindirler. Bu sistemin etkileri derin kimyasal soymaya karşılık gelir ancak invazivdirler (11). Uygulamadan sonra iyileşme en az 1 hafta gerektirir; tam iyileşme 1 ay veya daha fazla sürebilir. En önemli yan etkileri hipertrofik skar ve pigmentasyon oluşturmalarıdır (12).

**Ablatif olmayan lazer sistemleri:** Bu grupta neodimium/YAG lazer, Intense pulsed light (IPL), light emitting diode (LED) photomodulation, fractional photo–thermolysis ve radyofrekans sistemleri bulunur. Ablatif olmayan sistemler epidermin bütünlüğünü bozmadan dermal hasar oluştururlar; böylece kollajen üretimi uyarılır ve derinin yeniden yapılanmasını (remodeling) sağlanır. Fotoyaşlanmanın tedavisinde ablatif lazerlere göre daha az etkili oldukları bilinse de pigmentasyon ve telenjiyektazi tedavisinde fayda sağladıkları bildirilmektedir (11-13). Özellikle invaziv işlem istemeyen veya postoperatif iyileşme sürecine giremeyecek hastalar tarafından tercih edilirler.

**Gebelerde güvenlik (Genel lazer uygulamaları):** Literatürde birden çok yayında genital kondilomu olan birçok gebe kadının, doğum esnasında fetal ösefagusa yayılım riski nedeniyle doğumdan önce CO<sub>2</sub> lazer ile tedavi olmuş olduğu görülmektedir. Bu nedenle CO<sub>2</sub> lazerin mikroskobik düzeydeki penetrasyonu nedeniyle fetüs üzerine direk maruziyet olmaması şartıyla zararlı etkilerinin olmadığı kanaatine varılmıştır (7,14,15). Pulsed dye lazer (585 nm) ile gebelerde pyojenik granülom ve verrü tedavisi güvenli ve etkili bulunmuştur (16). Ayrıca lazer epilasyonun fetus üzerine zararlı etkilerini bildiren yayın yoktur (7).

### **Botulinum toksini**

Botulinum toksini (BTX) Clostridium botulinum tarafından üretilen doğal bir ekzotoksindir. Nöromusküler bileşkede asetilkolin salınımını engelleyerek kimyasal denervasyon yapar. 7 farklı serotipi vardır. Bunlardan en güçlüsü tip A'dır.(17). BTX-A 2002 yılında FDA tarafından glabellar çizgilerin tedavisi için onaylanmıştır (17-22). BTX daha başka birçok alanda da başarı ile kullanılıyor olmasına rağmen henüz blefarospasm, strabismus, primer aksiller hiperhidroz, servikal distoni tedavisi, glabellar çizgiler ve kaş çatıklığı görüntüsünün düzeltilmesi için kullanımında FDA onayları vardır (Tablo 1). BTX'un kozmetik dışı kullanım endikasyonları Tablo 2'de özetlenmiştir.

**Tablo 1. BTX endikasyonları için FDA onayları**

Endikasyon	FDA onayı (Yılı)
• Strabismus ve blefarospazm	1989
• Servikal distoni	2000
• Glabellar bölge kırışıklığı ve kaş çatıklığının tedavisi	2002
• Primer aksiller hiperhidroz	2004

**Tablo 2. BTX'un kozmetik dışı kullanım endikasyonları**

<u>Nöromusküler Hastalıklar</u>	<u>Gastrointestinal hastalıklar</u>
Fokal distoniler	Akalazya
Blefarospasm	Kronik anal fissur
Servikal distoni	Anismus
Mesleki distoniler orom andibular distoni	Ciddi konstipasyon
Fasyal distoni	Anorektal ağrı
Lingual distoni	Pilorik gastroparezi
Meige sendromu	Özefagus divertikülleri
Fasikülasyon sendromu	Salgı bezi hastalıkları
Esansiyel tremor	Timsah gözyaşı
Hemifasyal spasm	Siyalore
Spastisite	Parotid fistula
Miyokimi	Pityalizm
Nörojenik kas hipertrofisi	<u>Genitoüriner hastalıklar</u>
Palatal myoklonus	Detrüsör sfinkter disinejisi
Spinal myoklonus	Fazla aktif mesane
7. kranial sinir bozuklukları	Vajinismus
<u>Oftalmolojik bozukluklar</u>	Üriner retansiyon
Esansiyel blefarospasm	Vulvodini
Strabismus	Kronik pelvic taban ağrısı
Nistagmus	<u>Ağrı sendromları</u>
Korneal koruma için terapötik pitoz	Sırt ağrısı
<u>Laringeal hastalıklar</u>	Baş ağrısı: gerilim tipi migren
Spazmodik disfoni	Servikogenik ağrı
Posterior glottik stenoz	Miyofasyal ağrı
Esansiyel ses titremesi	<u>Diğer</u>
Krikofaringeus	Hemifasyal spasm
<u>Oromandibular hastalıklar</u>	Hiperhidroz (aksiller, palmar, gustatuar)
Masseter hipertrofisi	Intrensek rinit
Bruksizm	
Temporomandibular bozukluklar	



BTX-A günümüzde dinamik kırışıklıkların tedavisinde kullanılan en popüler tedavidir. Piyasada Botox ve Disport ticari adları altında bulunur. Bir flakon Botox 100 ünite BTX-A içerir ve dilüe edilene kadar soğuk zincirle korunmalıdır. BTX sadece dinamik (mimik) kırışıklıklar yani harekete bağlı kırışıklıklarda faydalıdır. Dinlenme halindeki kırışıklıklara etkili değildir; ancak uzun süreli düzenli kullanımda dinamik kırışıklıkların statik kırışıklık haline dönmesini engelleyebilir. Kozmetik sonucu arttırmak için peeling ve yumuşak doku arttırıcılar ile birlikte kullanılabilir. Etkisi 1-2 gün içinde başlar, kabaca 10 günde tamamlanır ve 3-6 ay sürer. Tekrarlayan uygulamalarda etkinin daha uzun sürdüğü bildirilmektedir.

Botulinum toksini özellikle glabellar bölge, alın ve göz kenarlarındaki kazayağı çizgilerinin tedavisinde etkilidir. Doğru seçilmiş hastalara uygun şekilde yapılan BTX uygulanması ile kırışıklıklarda dramatik düzelmeye gözlemlenir. Ayrıca sonucun kısa süre içinde alınması ve düşük yan etki profili nedeniyle tercih edilirliliği giderek artmaktadır. En sık görülen yan etki uygulamaya bağlı morarmadır ve yaklaşık 1 hafta içinde kendiliğinden düzeler. BTX, kırışıklık giderilmesi yanı sıra kaş kaldırma, burun ucunun ve dudak kenarlarının kaldırılması, yatay boyun çizgilerinin ve platizma bantlarının giderilmesi gibi kozmetik amaçlarla da kullanılabilir. Yüzün alt bölgesinde ve boyunda uygulama zorluğundan dolayı istenmeyen yan etki riski daha fazladır. Bu nedenle dikkatli uygulama yapılması gerekir. Botulinum toksini myastenia gravis gibi nöromüsküler hastalığı olanlarda kullanılmamalıdır (7,17-25).

**Gebelerde güvenlik (Botulinum toksin uygulaması):** Gebelikte, süt verme döneminde (her ne kadar süte geçtiği gösterilmemiş olsa da) ve hatta gebelikten bir süre öncesine kadar toksin uygulaması uygun değildir. Gebe kalmadan ne kadar önce uygulamanın güvenli olduğu konusunda net bir bilgi yoktur ancak işlem sonrası toksinin etkisinin yok olmasına tekabül eden 6 ay gibi bir süre sonra gebe kalınmasının güvenli olabileceği düşünülmektedir (7).

#### **Yumuşak doku arttırıcılar (Dolgu maddeleri)**

Yumuşak doku arttırımı cerrahi uygulamalara göre ekonomik olması, ofis ortamında uygulanabilmesi, postoperatif bakım gerektirmemesi ve yan etkilerinin daha az olması nedeniyle son yıllarda giderek daha önem kazanmaktadır. Yumuşak dokunun arttırılması dinlenmedeki statik kırışıklıklar için ideal bir tedavi alternatifidir. Ayrıca yüz konturunun yeniden şekillendirilmesi gibi kozmetik amaçlar için de kullanılabilir.

Dermal dolgu maddeleri heterograft, allograft, otolog ve sentetik dolgular olarak sınıflandırılır. Heterograft dolgular başka canlı türünden elde edilir. Bu grupta sığır dermal kollajeni, domuz tendon kollajeni ve hiyaluronik deriveleri sayılabilir. Hiyaluronik asit deriveleri horoz ibiğinden veya bakteriyel fermentasyon yoluyla elde edilir. En popüler doku arttırım

maddeleridir. Tüm canlılarda ve dokularda kimyasal olarak idantik olduğundan sığır kollajenine göre daha az immunojeniktir ve uygulamadan önce test gerektirmez.

Allograft dolgular kadavradan elde edilen ürünlerdir. Sığır ve domuz kaynaklı kollajene göre alerji oluşturma ve doku reddi olasılıkları düşüktür (26).

Otolog dolgular hastanın kendi dokularından sağlanan dolgulardır. Burada elde edilen materyal vücudun bir kısmından diğer kısmına taşınır. Otolog yağ transferi ve otolog kollajen enjeksiyonu bu grupta sayılabilir. Hipersensitiviteye yol açmaz ancak cerrahi girişim gerektiren zor ve pahalı bir yöntemdir (26,27).

Sentetik dolgular arasında silikon, kalsiyum hidroksiapatit tanecikleri, polimetilmetakrilat, polilaktikasit içerenler ve son yıllarda üzerinde çok durulan politetrafluoroetilen sayılabilir. Sentetik dolguların genel anlamda avantajları elde edilmesinin kolay olması ve kalıcılıklarıdır ancak ciddi komplikasyonları vardır. Bunlar; yer değiştirebilmeleri, granülom oluşumu ve enfeksiyon riskidir.

Yumuşak dokunun arttırımı işleminde başlıca iki teknik uygulanır. Bunlar seri noktalama ve lineer yol açma/tünel tekniğidir. Tedavi edilecek alana göre iki teknik kombine edilebilir. Uygulamadan 10 gün kadar önce kanamayı kolaylaştıracak aspirin gibi ilaçların kesilmesi gerekir. Ağrı oluşturmaması nedeniyle uygulamadan önce lokal anestezi kremleri kullanılabilir ve/veya buz uygulanabilir ve sinir blokajı yapılabilir. Uygulama sonrasında hemoraji, ekimoz ve enfeksiyon oluşabilir. Herpes virus enfeksiyonu öyküsü olanlarda antiviral tedavi önerilmelidir.

**Gebelerde güvenlik (Dolgu maddeleri):** Normalde güvenli olarak uygulanabilen hiyaluronik asit içeren dolgu maddelerinin gebelerde kullanımına ait literatürde bilgi mevcut değildir. Bu tarz uygulamalarda üretici firmalar da gebelerde kullanımından kaçınmak gerektiği bilgisini vermektedir. Otolog yağ transplantasyonu da invaziv bir işlem olması sebebiyle uygulanmamaktadır. Bu uygulamalar postpartum dönemde önerilmektedir.

#### KAYNAKLAR

- 1- Zakopoulou N, Kontochristopoulos G. Superficial chemical peels. *J Cosmet Dermatol* 2006;5:246-53.
- 2- Mandelshon JE. Update on chemical peels. *Otolaryngol Clin North Am* 2002;35:55-72.
- 3- Monheit GD. Chemical peels. *Skin Therapy Lett* 2004;9:6-11.
- 4- Ditre CM, Griffin TD, Murphy GF, Sueki H, Telegan B, Johnson WC, et al. Effects of alpha-hydroxy acids on photoaged skin: a pilot clinical, histologic, and ultrastructural study. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:187-95.
- 5- Kligman D, Kligman AM. Salicylic acid peels for the treatment of photoaging. *Dermatol Surg* 1998;24:325-8.
- 6- Lazarus M, Baumann L. Miscellaneous cosmetic products and procedures. In: Baumann L (Editor). *Cosmetic Dermatology; Principles and Practice*. Tata McGraw Hill: New York; 2003,117-24.
- 7- Kartal Durmazlar SP, Eskioglu F. Cosmetic procedures in pregnancy: review. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2008;28:942-6.
- 8- Kartal Durmazlar SP, Atacan D, Eskioglu F. Gebelikde fizyolojik ve biyolojik deri değişiklikleri: derleme. *Kadın Doğum Dergisi* 2007;6(1):1331-4.
- 9- Van Vliet M, Ortiz A, Avram MM, Yamauchi PS. An assessment of traditional and novel therapies for cellulite. *J Cosmet Laser Ther* 2005;7:7-10.
- 10-Tanzi EL, Lupton JR, Alster TS. Lasers in dermatology: four decades of progress. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:1-31.
- 11-Bermann PE. Aging skin: causes, treatments, and prevention. *Nurs Clin North Am* 2007;42:485-500.
- 12-Rabe Jessica H, Mamelak Adam J, McElgunn Patrick JS, Morison Warwick L, Sauder Daniel N. Photoaging: Mechanisms and repair. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:1-19.
- 13-Tanzi EL, Williams CM, Alster TS. Treatment of facial rhytides with a nonablative 1,450 diode laser: a controlled clinical and histologic study. *Dermatol Surg* 2003;29:124-8.
- 14-Ferencyz A. Treating genital condyloma during pregnancy with the carbon dioxide laser. *Am J Obstet Gynecol* 1984;148:9-12.
- 15-Frega A, Baiocco E, Pace S, et al. Regression rate of clinical HPV infection of the lower genital tract during pregnancy after laser CO2 surgery. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2006;33:93-5.
- 16-Richards KA, Garden JM. The pulsed dye laser cuneous vascular and nonvascular lesions. *Semin Cutan Med Surg* 2000;19:276-86.
- 17-Kartal Durmazlar SP, Eskioglu F. Pelvik taban ağrısı ve vulvodinide botulinum toksin tedavisinin yeri: derleme.. *Kadın Doğum Dergisi* 2007;6(1):1341-5.
- 18-Dertzbaugh MT, West MW. Mapping of protective and cross-reactive domains of the type A neurotoxin of *Clostridium botulinum*. *Vaccine* 1996;16:1538-44.
- 19-Trindade de Almeida AR, Marques E, de Almeida J, Cunha T, Boraso R. Pilot study comparing the diffusion of two formulations of botulinum toxin type A in patients with forehead hyperhidrosis. *Dermatol Surg* 2007;33:37-43.
- 20-Carruthers J, Carruthers A. The evolution of botulinum neurotoxin type A for cosmetic applications. *J Cosmet Laser Ther* 2007;9:186-92.
- 21-Sloop RR, Cole BA, Escutin RO. Human response to botulinum toxin injection: type B compared with type A. *Neurology* 1999;49:189-94.
- 22-Bonventre PF, Kempe LL. Physiology of toxin production by *Clostridium botulinum* types A and B. III: Effect of pH and temperature during incubation on growth, autolysis and toxin production. *Appl Microbiol* 1959;7:374-7.
- 23-Klein AW. Dilution and storage of botulinum toxin. *Dermatol Surg* 1998;24:1179.
- 24-Khawaja HA, Hernandez-Perez E. Botox in dermatology. *Int J Dermatol* 2001;40:311-7.
- 25-Becker-Wegerich L, Rauch L, Ruzicka T. Botulinum toxin A in the therapy of mimic facial lines. *Clin Exp Dermatol* 2001;26:619-30.
- 26-Ashinoff R. Overview: soft tissue augmentation. *Clin Plast Surg* 2000;27(4):479-87.
- 27-Vedamurthy M. Antiaging therapies. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2006;72:183-6.

## ENFEKSİYONU ÖNLEMEDE BİLDİĞİMİZ AMA HERZAMAN UYGULAMADIĞIMIZ BASİT YÖNTEMLER

### *Some Basic Procedures to Prevent Infections*

**Sağlık Bakanlığı Rehberlerinden Alınmıştır**  
*Guidelines of The Ministry of Health of Turkey*

#### ÖZET

Bazen ihmal edilen basit yöntemler ciddi enfeksiyonların gelişmesine neden olabilmektedir. Bu yazıda Sağlık Bakanlığı web sitesinden faydalanılarak bu basit yöntemler gözden geçirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler :**Enfeksiyon, el yıkama, steril eldiven giyinme

#### ABSTRACT

Some basic procedures which are sometimes neglected are very important to prevent the development of infections. In the presented study these basic procedures are reviewed.

**Key Words:** Infections, hand washing, sterile glove wearing

#### **Enfeksiyonların önlenmesi basamakları:**




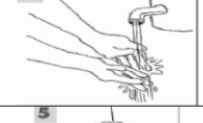

Sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında, başvuranlar ile sağlık personeli karşılaştığı sürece bulaşıcı hastalık riski olacaktır. Ancak bulaşmayı önlemek, bulaşma zincirini kırmak mümkündür. Mikroorganizmaların yayılmasını/ bulaşmasını durdurmanın tek yolu “enfeksiyonların önlenmesi” dir. Bir sağlık kuruluşunda enfeksiyonları önlemenin en iyi yolu standart önlemlere uymaktır. Her bir sağlık personeli, karşılaştığı, hizmet verdiği kişinin hasta olup olmadığını düşünmeksizin her zaman bu önlemlere uymalıdır

Aseptik teknik, hizmet alıcılar için klinik ya da cerrahi işlemlerde enfeksiyon riskini azalmak ve enfeksiyona neden olabilecek mikroorganizmaların vücuda girişini önlemektir.

#### Bunun için;

- Rutin ve gerektiğinde cerrahi el yıkama
- Fiziksel engelleyicilerin kullanımı (eldiven, gömlek, maske, bone gibi)
- Hizmet alıcıların muayene/ işlem / doğum/ operasyonlara hazırlanması (perine temizliği, vajinal doğuma hazırlık, üretra kateterizasyonu, İV kateterizasyon, MVA ya da diğer işlem ve operasyonlara hazırlanması)
- Gerektiğinde steril bir ortamın oluşturulması ve sürdürülmesi
- İyi cerrahi tekniklerin uygulanması
- Uygun profilaktik antibiyotik kullanımı
- Güvenli muayene, işlem ve cerrahi alanların oluşturulması gerekir.

#### Eller Nasıl Yıkanmalıdır?

	Ellerinizi akan su altında iyice ıslatınız.
	Sıvı sabun ile veya süzgeçte duran temiz-kuru-küçük bir sabunla ellerinizin her tarafını sabunlayınız. (Sabunlara küçük parçalara bölerek kullanabilirsiniz)
	Ellerinizin her tarafını, parmak aralarını, 15 – 30 saniye ile iyice ovuşturarak yıkayınız.
	Ellerinizi akan su altında iyice durulayınız.
	Temiz-kuru-kişisel havlu veya kağıt havlu ile kurulayınız.

### Ellerin Yıkınması

- Sağlık kuruluşuna yada muayenehaneye gelir gelmez,
- Her bir başvuranın muayenesinden önce,
- Her bir başvuranın muayenesinden sonra,
- Eldiven giymeden önce (pelvik muayene öncesinde, RİA uygulanmadan önce v.b.)
- Kan ve vücut sıvılarına temas etmiş, kullanılmış tıbbi aletlere dokunduktan sonra,
- Müköz membranlar, kan ve vücut sıvılarına (salgılar veya akıntılar) dokunduktan sonra,
- Herhangi bir eldiveni çıkardıktan sonra,
- Tuvaletten sonra,
- İşyerinizden ayrılmadan önce “ellerinizi yıkayınız!”

### Cerrahi el yıkama

Her cerrahi işlemden önce eller 3-5 dakika fırçalanarak yıkanmalıdır. Acil durumlarda 1-2 dakikalık fırçalanma (Özellikle parmak uçlar ve eller) kabul edilebilir.

### Eldiven Kullanımı:

Eldivenler kan, vücut sıvıları ve tıbbi atıklarda bulunabilecek olan mikroorganizmalardan sağlık personelini koruyan bir bariyerdir. Bir güvenlik önlemi olarak, herhangi bir başvuranın kanı veya vücut sıvılarıyla temas eden tüm personelin her iki eline de eldiven giymesi gerekir. Farklı tıbbi girişimler yada temizlik işlemleri için değişik tip eldivenler kullanılmalıdır.

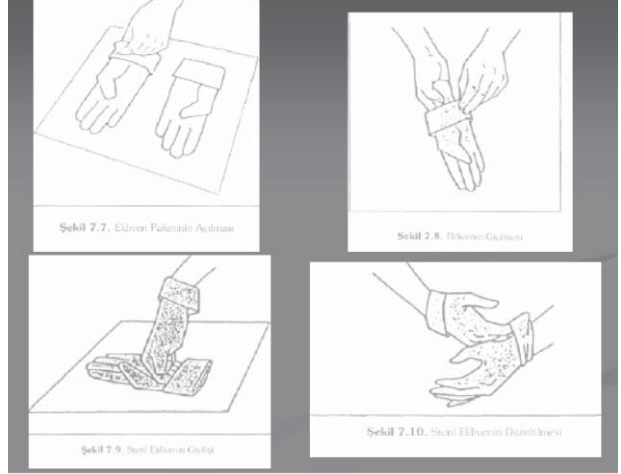
	<p>“Önce ellerinizi iyice yıkayınız”</p> <p>8 Cerrahi işlemlerde, 9 kürtaj, 10 vazektomi, 11 tüp ligasyonu uygulamasında, 12 implant uygularken steril eldiven kullanınız. “Çıkardıktan sonra ellerinizi yıkayınız”</p>
	<p>“Önce ellerinizi iyice yıkayınız”</p> <p>13 Pelvik muayene, 14 RİA uygulama gibi işlemlerde YDD tek kullanımlık eldivenler kullanınız. “Çıkardıktan sonra ellerinizi yıkayınız”</p>
	<p>“Önce ellerinizi iyice yıkayınız”</p> <p>15 Araç, gereci temizlerken, 16 Kirli yüzeyleri temizlerken, 17 Ortamı temizlerken, 18 Atıkları, çöpleri taşıırken kalın iş eldivenleri (örneğin bulaşık eldiveni) kullanınız. “Çıkardıktan sonra ellerinizi yıkayınız”</p>

Mümkünse tek kullanımlık eldivenler tercih edin, fakat kaynakların sınırlı olduğu durumlarda cerrahi eldivenler şu koşullar karşılandığında tekrar kullanılabilir:

- 10 dakika %0.5'lik klorlu solüsyonda bekletilerek dekontaminasyon;
- Yıkama ve durulama;
- Otoklav ile sterilizasyon (tüm mikroorganizmaları yok eder) veya buhar veya kaynatma ile yüksek düzeyli dezenfeksiyon (bakteriyal bazı endosporlar dışında tüm organizmaları yok eder).

Eğer tek-kullanımlık cerrahi eldivenler tekrar kullanılacaksa üç defadan fazla kullanılmamalıdır, görünmez yırtıklar oluşabilir. Ezilmiş, sıyrıklı veya belirlenen delikli veya yırtık eldivenleri kullanılmamalıdır.

Cerrahi işlemler için eldiven giyerken aseptik tekniklere uyulması gerekir



### Gözlük v.b. kişisel koruyucular kullanımı, ve önlük giyme:

Kan ve vücut sıvılarının sıçrama olasılığı olan her durumda (örneğin doğum yaptırırken, kürtaj esnasında) sağlık personelinin sağlığının korunması için önlük, gözlük, şeffaf siperlik, maske v.b. bariyer olarak kullanılır. Steril olması gerekli olmayan fakat temiz bir uzun giysi tüm doğum işlemlerinde giyilmelidir: giysi uzun kolluysa eldivenler kolların üstüne takılmalıdır ki kontamine olmasın; Cerrahi işlemlerde cerrahi tekniklere uygun giyim kurallarına uyulmalıdır.

### Güvenli Temiz- Çalışma Ortamı Oluşturma:

Doğum salonu, RİA, implant uygulaması yapılan, enjeksiyon, jinekolojik muayene gibi klinik işlemlerin yapıldığı çalışma ortamları sadece belli amaçlar için kullanılan özel alanlar olmalıdır.

1. Özel alanlara olabildiğince az kişinin girmesine izin veriniz.
2. Kapıları ve perdeleri işlem süresince kapalı tutunuz
3. Tozlardan ve haşerelerden iyi koruyunuz.
4. Mümkünse havalandırma cihazı kullanınız.

Yeni bir başvuran içeri alınmadan önce, bir önceki başvuranın kan ve vücut salgılarının bulaşma olasılığı olabilecek her yeri Temizleyiniz, dezenfekte ediniz ( muayene masaları,doğum masaları vb.)



### Güvenli bir cerrahi ortam sağlamanın genel ilkeleri:

- İşlem alanındaki personel sayısını azaltma
- İşlem sırasında steril alanı koruma/ sürdürme
- Tüm kontamine yüzey ve araç-gereçleri uygun şekilde temizleme ve atıkları yok etme
- Cerrahi ve klinik işlemlerde enfeksiyon kontrol yöntemleriyle birlikte kanamaya dikkat edilmesi ve dokulara nazik davranılması hastada enfeksiyon riskini önemli ölçüde etkiler. Enfeksiyon önlemede proflaktik antibiyotik kullanılmasının yeri yoktur. Bu nedenle rutin antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır. Ancak aşağıda belirtilen durumlarda proflaktik/antibiyotik kullanılmalıdır

- Vajinal floradan kontaminasyonun kaçınılmaz olduğu intra uterin işlemlerde:
  - Plasentanın elle çıkarılması
  - İnternal versiyon
  - Uterusun bimanuel kompresyonu
  - Uterus inversiyonunun düzeltilmesi
  - Eylemdeki kadına sezaryen yapılması
- Yeterli enfeksiyon kontrolünün olmadığı durumlarda yapılan invaziv uygulamalarda
- İmmün sistemi baskılanmış kadınlarda

Anne ve yenidoğan tetanozunu önlemek için yeterli hijyen sağlanamayan tüm doğum ve cerrahi girişimlerde tetanoz toksoid immünizasyonu sağlanmalıdır.

### Batıcı / kesici / delici alet yaralanmalarından korunma:

1. Cilt altı iğneleri,
2. Sütür iğneleri,
3. Kesici ve delici her tür alet,
4. IV kateterler,
5. Traş bıçakları bu gruptaki tehlikeli malzemelerdir.

Sağlık personeli en fazla bu kesici/delici araç-gereci kullanırken ve bunları kullandıktan sonra ortamdan uzaklaştırırken yaralanmaktadır.

### Kesici/Delici Alet Yaralanmalarından Korunma;



Bunları kullanır kullanmaz hemen elinden bırakınız,



Bunları kullanırken, başkasına uzatırken, ÇOKDİKKATLİ olunuz,

Herbir iğne ve enjektörü sadece bir kez kullanın, kullanım sonrası iğne ve enjektörü ayırmayın.

Klinik işlemlerde bir başka sağlık personeline



uzatırken “güvenli bölge” tekniğini kullanınız. (Keskin aleti böbrek küveti içine koyunuz, güvenli bölgeye küveti bırakınız, bıraktığınızı söyleyiniz, diğer sağlık personeli küveti alıp aleti kullansın, sonra tekrar küvete koyarak, güvenli alana geri bırakın)



Kullandıktan sonra ise, KAPAĞINI KAPATMADAN, KIRMADAN, PARÇALAMADAN, KESMEDEN Hemen “kapalı-set-delinmeyen atık kutusu”na atınız.

Enfeksiyondan arınmış bir ortam yaratmaya çalışırken, enfeksiyonları önleme işlemlerinin her basamağı, klinikte çalışanların tümü tarafından, temizlik personeli de dahil, iyice anlaşılmalı, benimsenmiş ve uygulanıyor olması gerekmektedir.



## ANORMAL UTERİN KANAMASI OLAN PREMENOPAZAL KADINLARDA OFİS HİSTEROSKOPİ İLE SAPTANAN İNTRAUTERİN PATOLOJİLERİN DAĞILIMI

### *The Distribution of Intrauterine Pathologies Detected with Office Hysteroscopy in Premenopausal Women with Abnormal Uterine Bleeding*

Dr. Erbil Doğan<sup>1</sup>, Dr. Funda Göde<sup>1</sup>, Dr. Turab Canbahışov<sup>1</sup>, Dr. Meral Koyuncuoğlu<sup>2</sup>, Dr. Cemal Posacı<sup>1</sup>

1 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

2 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

#### ÖZET

**Amaç:** Anormal uterin kanaması olan premenopozal kadınlarda ofis histeroskopi ile saptanan intrauterin patolojilerin yaşlara göre dağılımını incelemek.

**Materyel ve Metot:** Anormal uterin kanama şikâyeti ile başvuran ve transvajinal ultrasonografi ve/veya salin infüzyon sonografisi ile endometriyumda patoloji saptanan 152 premenopozal hastaya ofis histeroskopi uygulandı.

**Bulgular:** Ofis histeroskopi uygulanan 152 hastanın 63 tanesinde (%41.4) endometrial polip saptandı. Hastalar yaşlarına göre iki gruba ayrıldı; birinci grup 20 ile 35 yaş arası ve ikinci grup 36 ile 48. Birinci grupta (n=94) kanamanın en sık nedeni endometrial polip (%58) , ikinci grupta(n=58) ise endometrial hiperplazi(%62) olarak izlendi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05).

**Sonuç:** Anormal uterin kanaması olan genç hastalarda polip ve myom gibi yapısal patolojiler daha sık bulunurken, 35 yaş üstü kadınlarda olasılıkla anovulatuvar siklusların artmasına bağlı olarak endometrial hiperplazi en sık patolojidir. Premenopozal dönem olmasına rağmen bu gruptaki hastalarda endometrial kanser riski de dikkate alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** anormal uterin kanama; ofis histeroskopi; endometrial polip, submüköz myom ve endometrial hiperplazi.

#### ABSTRACT

**Objective:** To investigate the intrauterine pathologies detected with office hysteroscopy in premenopausal women with abnormal uterine bleeding with respect of their ages.

**Material and Methods:** Office hysteroscopy was applied to 152 patients with the complaint of abnormal uterine bleeding who have endometrial pathology determined by transvaginal ultrasound and/or saline infusion sonography.

**Results:** Endometrial polyp was determined in %41.4 of patients. Patients were divided into two groups according to their ages, first group between 20 and 35, and second group between 36 and 48. The most frequent causes of bleeding were endometrial polyp (%58) in first group but endometrial hyperplasia (%62) in the second group. This was statistically significant (p<0.05).

**Conclusion:** Most frequent causes of abnormal uterine bleeding in young premenopausal patients are structural pathologies such as endometrial polyp and submucous myoma, but endometrial hyperplasia is detected more frequently after 35 years, mostly because of increased frequency of anovulatory cycles.

**Keywords:** abnormal uterine bleeding; office hysteroscopy; endometrial polyp, submucous myoma and endometrial hyperplasia.

#### GİRİŞ

Anormal uterin kanama şikâyeti olan hastalar jinekoloji polikliniğine başvuran hastaların yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır (1). Anormal uterin kanama lokal veya sistemik hastalıklara veya ilaç kullanımına bağlı olabilir. Çoğunlukla gebelik, yapısal uterin patoloji (ör: fibroidler, polipler, adenomyozis..vb), hemostaz problemi veya neoplazi ile ilişkilidir. Travma ve enfeksiyon daha nadir nedenlerdendir (2).

Anormal uterin kanama ile ilişkili olabilecek jinekolojik nedenleri değerlendirmede jinekolojik muayene sonrasında transvajinal ultrason, sonohisterografi ve sonrasında ofis histeroskopiden yararlanılmaktadır. Deneyimli kişiler tarafından yapılan transvajinal ultrason endometrial patolojileri değerlendirmede ilk basamak olmalıdır. Sonohisterografi ve histeroskopi ile endometrial kavite çok daha net değerlendirilebileceğinden özellikle endometrial poliplerin ayırıcı tanısında sonohisterografi veya ofis histeroskopi ile ön tanıyı doğrulamak gereklidir.

Histeroskopi küçük leiomyom ve poliplerin eksizyonunda kullanılabilir (3,4). Malign veya hiperplazik değişiklikler de alınan biyopsi sonucuyla histeroskopi ile belirlenebilmektedir (5). Ofis histeroskopinin bir avantajı da, yapısal anomalilerin (konjenital veya edinilmiş) daha kolay saptanması ve tanımlanmasıdır. Histeroskopinin diğer tanısal yöntemlerle kıyaslandığında, ofis ortamında, ameliyat-hanedekinden daha düşük maliyetle ve çoğunlukla anestezi gerekmeden yapılabilmesi ve küçük cerrahi girişimlerin de uygulanabilmesi kullanımını arttırmaktadır.

Artan yaşla birlikte premenopozal dönemde endometrial polip, myoma uteri, endometrial hiperplazi gibi patolojiler daha sık gözlenmektedir (6).

Bu çalışmada amacımız anormal uterin kanaması olan premenopozal hastalarda ofis histeroskopide saptanan patolojilerin yaşlara göre dağılımını incelemektir.

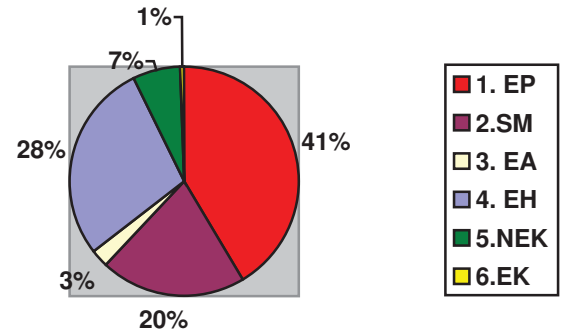
## MATERYAL ve METOD

Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi hastanesi jinekoloji polikliniğine 2005- 2007 yılları arasında anormal uterin kanama şikâyetleri ile başvuran ve transvaginal ultrasonografi ve/veya salin infüzyon sonografisi ile endometriumda patoloji saptanan toplam 152 premenopozal hasta dâhil edilmiştir. Hasta seçiminde  $\beta$ -HCG negatifliği, 3 ay öncesinde herhangi bir cerrahi tedavi alınmamış olması, klinik muayenede uterusu ve bilateral adnekslerde hassasiyeti olmaması ve bilinen genital kanser bulunmaması kriterleri aranmıştır. Yapılacak işlem öncesi hastalar detaylı olarak risk ve komplikasyonlar hakkında bilgilendirildi, onam formları dolduruldu ve rızaları alındı. Çoğu hastaya anestezi gerekmedi, fakat ağrı eşiği düşük, servikal stenozu olan ve minör cerrahi işlem yapılan hastalara lokal veya intravenöz anestezi uygulandı Hastalar dorsal litotomi pozisyonunda incelemeye alındı. Uterin kavitenin distansiyonu için histeromat yardımı ile 80mmHg intrauterin basınç sağlayacak şekilde serum fizyolojik kullanıldı. İşlem sırasında bütün uterin kavite, her iki tubal ostium ve endoservikal kanal değerlendirildi ve tespit edilen patolojiler kaydedildi. Uygun görülen hastalardan biyopsi de alındı. Çoğu hastaya aynı aşamada minör cerrahi işlemler de yapıldı ve hastalar işlemden 2 saat sonra taburcu edildi. Hastalar histeroskopide saptanan bulgulara göre 35 yaş altı ve 35 yaş üstü olarak iki gruba ayrılarak gruplar patolojik bulgular yönünden birbirleri ile karşılaştırıldı. İstatistiksel analiz için student t test kullanıldı ve  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Ofis histeroskopi uygulanan toplam 152 hastanın 142(%93) tanesinde endometrial patoloji saptandı.. Hastaların ortalama yaşı  $31 \pm 8,5$  idi.. Hastaların 63 tanesinde endometrial polip, 43 tanesinde endometrial hiperplazi, 31 tanesinde submukoz myom, 4 tanesinde endometrial atrofi saptandı. 1 hastada ise endometrium kanseri tespit edildi. 10 hastada normal endometrium saptandı. En sık saptanan patoloji endometrial polip olarak gözlemlendi (63, %41.4). İkinci sıradaki patoloji ise

endometrial hiperplaziydi ( 43, %28.2). Tüm hastalarda saptanan patolojilerin dağılımı figür 1'de gösterilmiştir. Hastalar yaş kategorisine göre 20 ile 35 (Grup 1) ve 36 ile 48 yaşları arası (Grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Birinci grupta kanamanın en sık nedeni endometrial polip ( 55, %58), ikinci grupta ise en sık neden endometrial hiperplazi ( 36, %62) olarak izlendi. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ) (Tablo 1). Endometrial atrofi birinci grupta gözlenmezken, ikinci grupta 4 (%6.9) hastada saptandı ( $p > 0.05$ ). Normal endometrial kavite ise birinci grupta (8, %9) ikinci gruba (2, %3.4) göre daha fazla saptanmasına rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Submukoz myomlar birinci grupta 24 (%26) hastada, ikinci grupta ise 7(%12) hastada izlendi. Submukoz myomlar birinci grupta daha fazla olma eğiliminde izlense de bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi( $p=0.062$ ). İlk grupta malignite saptanmazken ikinci gruptaki bir hastada ise alınan endometrial biyopsinin histopatolojik incelenmesi sonucunda müsinöz adenokarsinom tespit edildi.(Tablo 1)



**Figür 1 .** Tüm hastalarda saptanan patolojilerin dağılımı

Endometrial polip (EP) %41,5 n=63; Submukoz myom (SM) %20,4 n=31; Endometrial atrofi (EA) %2,6 n=4; Endometrial hiperplazi (EH) %28,3 n=43; Normal endometrial kavite (NEK) %6,6 n=10; Endometrial kanser (EK) %0,6 n=1.

**Tablo 1.** Ofis histeroskopide alınan biyopsilerin histopatolojik sonuçları

Bulgular	1.Grup 20-35 yaş n=94 (% 62)	2.Grup 36-48 yaş n=58 (% 38)	p
Endometrial polip	55(%58)	8(%14)	0,03
Submüköz myom	24 (%26)	7(%12)	FY
Endometrial atrofi	0	4 (%6.9)	FY
Endometrial hiperplazi	7(%7)	36 (%62)	0.03
Normal endometrial kavite	8(%9)	2 (%3.4)	FY
Endometrium kanseri	0	1 (%1.7)	FY

**FY: fark yok**

## TARTIŞMA

Anormal uterin kanama şikayetiyle başvuran hastalarda submüköz myom ya da endometrial polip gibi intrakaviter bir lezyon prevalansı yaklaşık %35'tir(7). Bu hasta grubunda gebelik ekarte edildikten sonra 35 yaş üzerindeki kadınlarda endometrial kanser ya da premalign bir lezyonu saptamak için endometrial biyopsi alınmalıdır (8,9). 35 yaş altında ise risk faktörü varsa biyopsi önerilmektedir (10).

Dilatasyon küretaj uzun süreler endometrial patolojileri değerlendirmede ilk seçenek olmuştur. Ancak dilatasyon ve küretajların %60'ında uterin kavitenin yarısından azı kürete edildiği için sensitivite düşmektedir (11). Günümüzde uterin kavitedeki patolojileri saptamada histeroskopik endometrial örnekleme daha üstün olduğu için körlemesine yapılan küretajın yerini almıştır (12). Tecrübeli ellerde uterin perforasyon, pelvik enfeksiyon gibi major komplikasyonlar da oldukça nadir görülmektedir (13). Endometrium kanserli olgularda ofis histeroskopinin uygulanması küretaja göre mikroskopik peritoneal yayılım riskini de arttırmamaktadır (14).

Bizim çalışmamıza dahil edilen anormal uterin kanaması olan premenapozal hastalarda en sık patoloji endometrial polip olarak saptanmıştır. Benzer bir çalışmada Lasmar ve ark. da, anormal uterin kanaması olan premenapozal hastaları yaşlara göre ayırmadan incelediklerinde en çok normal endometrium histolojisi gözlemekle birlikte, patolojik bulgu olarak en sık endometrial polipi saptamışlardır (15). Anormal uterin kanamalarda gözlenen en sık benign patoloji endometrial polip olmakla beraber endometrial polipler en sık 40-50 yaş arasındaki kadınlarda ve özellikle postmenopozal hastalarda görülmektedir. Bu patolojilerin yaşla birlikte insidansı artmaktadır (16). Bizim çalışmamızda ise 35 yaş altı grupta birinci sırada gözlenmiştir.

Transvajinal ultrasonografi endometrial kalınlık ve morfolojiyi değerlendirmede faydalı bir görüntüleme yöntemidir. Ayrıca endomyometrial sınırın düzenliliği de değerlendirilebilmektedir. Çoğu hasta tarafından kolay tolere edilebilen pratik bir yöntem olmakla birlikte endometriyumun sesil veya pedinküle lezyonları ile malignansi ekarte edilemez. Vajinal sonohisterogrofi ise az miktarda salin solüsyonu uterin kaviteye enjekte edilerek transvajinal ultrasonografik görüntü elde edilmektedir. Bu yöntem endomyometrial sınır

düzensizliklerinin ve endometrial kavitenin daha net değerlendirilmesine olanak verir (17). Bu nedenle endometrial poliplerin tanısında sonohisterografi transvajinal ultrasona göre daha duyarlı bir yöntemdir (11). Genç hasta popülasyonunda normal endometrium histolojisini daha az gözlemleyip, polipleri birinci sırada saptamamız, bizim daha çok önceden sonohisterografi ile endometrial polip teşhisi koyduğumuz hastalara histereskopi yapmamıza bağlı olabilir. Sonohisterografi ile önceden endometrial patolojilerin saptanması histereskopi sırasında patolojilerin aynı anda görülerek tedavi edilmesine yardımcı olmaktadır. Böylece hem tanı hem de tedavi amacıyla kullanılan ofis histereskopi çok daha etkili kullanılabilir.

Otuzbeş yaş üstündeki hastalarda ise bizim çalışmamızda anormal uterin kanamanın en sık nedeni olarak endometrial hiperplaziler saptanmıştır. İleri yaş grubunda, özellikle perimenopozal dönemde anovuluar siklusların artmasına bağlı olarak endometrial hiperplazi sıklığının artması normaldir. Literatüre göre gene bizim çalışmamızda endometrial hiperplazi prevalansının daha fazla bulunması bizim sadece görüntüleme yöntemlerinde patolojik bulgusu olan hastalara histereskopi yapmamızla açıklanabilir (15). Ofis histeroskopinin endometrial hiperplazilerin tanısında duyarlılığı düşüktür (13). Ancak işlem sırasında biyopsi alınması tanıyı kuvvetlendirmektedir.

Endometrial kanser genellikle postmenopozal hasta grubunda izlenmektedir. Fakat bu hasta grubunun %25'i premenopozal dönemdedir ve bunların da %5-10'u 40 yaş altı hasta grubundadır (18). Genç hasta grubunda nulliparite, obezite, hipertansiyon ve diyabet riski arttırmaktadır(19). Anormal uterin kanamayla gelen premenopozal hastalarda endometrial kanser riski de göz ardı edilmemeli ve risk faktörü mevcut her hastadan biyopsi alınmalıdır.

Sonuç olarak anormal uterin kanaması olan hastalarda histereskopi öncesi hastalara sonohisterografi uygulanması ile normal histolojik bulgular yerine patolojik bulgulara ulaşarak tanı ve tedavi maliyeti düşürülebilmekte ve hasta memnuniyeti de arttırılabilmektedir. Bununla birlikte yer kaplayan endometrial patolojilerin kesin tanı ve aynı zamanda tedavisinde ofis histereskopi altın standarttır.

**KAYNAKLAR**

- 1- Awwad JT, Toth TL, Schiff I. Abnormal uterine bleeding in the perimenopause. *Int J Fertil Menopausal Study*. Review 1993, 38:261-269
- 2- Speroff L, Fritz MA. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Seventh edition. 2005; Chapter 15: 554-555 .
- 3- Gimpelson RJ, Rappold HO. A comparative study between panoramic hysteroscopy with directed biopsies and dilatation and curettage. A review of 276 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:489-492
- 4- Brooks PG, Serden SP. Hysteroscopic findings after unsuccessful dilatation and curettage for abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:1354-1357
- 5- Iossa A, Cianferoni L, Ciatto S, Cecchini S, Campatelli C, Lo Stumbo F. . Hysteroscopy and endometrial cancer diagnosis: a review of 2007 consecutive examinations in self-referred patients. *Tumori* 1991;77:479-483
- 6- Anastasiadis PG, Koutlaki NG, Skaphida PG, Galazios GC, Tsikouras PN, Liberis VA. Endometrial polyps: prevalence, detection, and malignant potential in women with abnormal uterine bleeding. *Eur J Gynaecol Oncol* 2000; 21(2): 180-183
- 7- Emanuel MH, Verdel MJC, Stas H, Wamsteker K, Lammes FB. An audit of true prevalence of intrauterine pathology; the hysteroscopic findings controlled for patient-selection in 1202 patients with abnormal uterine bleeding. *Gynaecol Endosc* 1995; 4: 237-241
- 8- Bayer SR, DeCherney AH. Clinical manifestations and treatment of dysfunctional uterine bleeding . *JAMA* 1993; 269:1823-1828
- 9- Dijkhuizen FP, Mol BW, Brölmann HA, Heintz AP. The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia. *Cancer* 2000; 89: 1765-1772
- 10- Farquhar CM, Lethaby A, Sowter M, Verry J, Baranyai J. An evaluation of risk factors for endometrial hyperplasia in premenopausal women with abnormal menstrual bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:525-529
- 11- Dijkhuizen LJ, Vries LD, Mol BWJ, Brölmann HAM, Peters HM, Moret E ve ark. Comparison of transvaginal ultrasonography and saline infusion sonography for the detection of intracavitary abnormalities in premenopausal women. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 15: 372-376.
- 12- Gimpelson RJ, Rappold HO. A comparative study between panoramic hysteroscopy with directed biopsies and dilatation and curettage. A review of 276 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158:489-492
- 13- Clark TJ, Voit D, Gupta JK, Hyde C, Song F, Khan KS. Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hyperplasia: a systematic quantitative review. *JAMA* 2002; 288(13): 1610-1621.
- 14- Selvaggi L, Cormio G, Ceci O, Loverro G, Cazzolla A, Bettocchi S. Hysteroscopy does not increase the risk of microscopic extrauterine spread in endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13(2) :223-227.
- 15- Lasmar RB, Dias R, Barrozo PR, Oliveira MA, Coutinho Eda S, da Rosa DB. Prevalence of hysteroscopic findings and histologic diagnoses in patients with abnormal uterine bleeding. *Fertil Steril* 2008; 89(6): 1803-1807
- 16- Reslova T, Tosner J, Resl M, Kugler R, Vavrova I. Endometrial polyps a clinical study 245 cases. *Arch Gynecol Obstet* 1999; 262: 133-139
- 17- Hunter DC, McClure N. Abnormal uterine bleeding: an evaluation endometrial biopsy, vaginal ultrasound and outpatient hysteroscopy. *The Ulster Medical Journal* 2001; 70: 25-30
- 18- Gallup DG, Stock RJ. Adenocarcinoma of the endometrium in women 40 years of age or younger. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 417-420
- 19- Soliman PT, Oh JC, Schmeler KM, Sun CC, Slomovitz BM, Gershenson DM ve ark. Risk factors young premenopausal women with endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 2005; 105:575-580



## ÖSTROJENİN DERİ ÜZERİNE ETKİLERİ VE MENAPOZDA DERİ BULGULARI: DERLEME

### *The Effects of Estrogen on the Skin and Skin Changes in Menopause: Review*

Dr. Selda Pelin Kartal Durmazlar, Dr. Fatma Eskioğlu  
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

#### ÖZET

Östrojen deri üzerine etkilerini reseptörler aracılığı ile yapar. Elastikiyet, su tutma kapasitesi, pigmentasyon ve damarlanması gibi çeşitli deri fonksiyonları üzerine etkileri vardır. Östrojen deri kalınlığı, deri kırışıklığı ve deri nemini etkileyerek deri yaşlanmasını engeller. Bu nedenle menopozdaki östrojen kaybının deri üzerine önemli etkileri vardır. Östrojen replasman tedavisi menopozda görülen bazı deri değişikliklerini düzeltebilir.

**Anahtar kelimeler:** Östrojen, deri, menopoz

#### ABSTRACT

Estrogen exerts its actions through receptors in the skin. It affects several skin function such as elasticity, water-holding capacity, pigmentation and vascularity. Estrogen prevents skin aging by influencing skin thickness, skin wrinkling and skin moisture. Therefore estrogen loss at menopause has a profound influence on skin. Estrogen replacement may ameliorate some changes of the skin seen at menopause.

**Key words:** Estrogen, skin, menopause

#### Giriş

Derinin elastikiyetinin azalması, kuruması ve kırışıklıklarında artma gibi ilerleyen yaşla ilişkili değişiklikleri yanı sıra benzer değişiklikler hormon ilişkili de olabilmektedir (1). Postmenapozal dönemde seks hormonları ve derinin ilişkisi ilk kez 1941'de Albright tarafından bildirilmiştir (1,2). Seks hormonlarının deri üzerine etkileri ise ilk kez 1983'de Brincat tarafından tanımlanmıştır (3). Daha sonra yapılan çalışmalar göstermiştir ki postmenapozal kadınlardaki deri değişiklikleri yaşlanmanın genel etkilerinden ziyade östrojenin azalmış salgılanmasına bağlıdır (4-8). Yakın dönemde ise deri kollajenindeki azalmanın menopoz sonrası geçen yıllar ile yakın ilişkisi tanımlanmıştır (9).

Bu derlemede deri yaşlanması ile menopoz arasındaki ilişki ve östrojenin deri üzerine etkileri incelenecek ve hormon replasman tedavisi (HRT) sonuçlarına kısaca değinilecektir.

#### Menapoz

Menapoz %65-70 kadında 45-55 yaşlarında görülür. Gelişmekte olan ülkelerde daha da erken görüldüğü bildirilmektedir. Buna sebep olarak da beslenme yetersizliği öne sürülmüştür. Zira vücut kilosu ve menopoz yaşı ile ilişki saptanmıştır (10). Menapoz temel olarak östrojen düzeyinin azaldığı bir durumdur ve yaklaşık %75 postmenapozal kadın östrojen eksikliğine bağlı problemler yaşamaktadır (11). Plazma östrodiol düzeyi menopoz öncesinde ortalama 100pg/mL iken postmenapozal dönemde kabaca 25pg/mL'e kadar düşer. Östrojen birçok organ yanı sıra deri üzerine etkileri olan bir hormondur. Menapozda görülen problemler Tablo 1'de özetlenmiştir.

**Tablo 1.** Menapozda görülen problemler

•Vulva	•Atrofi, pruritus vulva
•Vagina	•Kuruluk, dispareni, vajinit
•Deri	•Atrofik vulvovajinit
	•Menapozal flushing
	•Keratoderma klimakterum
	•Liken sklerozus et atrofikus
•Kemikler	• Osteoporoz
•Nöroendokrin sistem	• Sıcak basması, flushing, psikolojik rahatsızlıklar
•Genitoüriner sistem	• Üretrit, üriner değişiklikler: stres inkontinansı
	• Uterus prolapsusu

#### Östrojen ve Deri

Menapozla birlikte overlerden salınan östrojenin miktarında çok önemli bir düşme meydana gelir. Östrojenin deri üzerine çoklu etkileri vardır, bunların bilinmesi menopozda karşılaşılabilecek deri problemleri hakkında bize fikir vermektedir.

#### Östrojen sentezinin düzenlenmesi

Menapozda girmemiş bir kadında östrojenin %60'ı östrodiol (E2) şeklinde overlerden salınır. %40'ı ise östron (E1) şeklinde extraglanduler dokularda bir androjen öncüsü olan androstenedionun çevrilmesi ile sağlanır ve menopozda östron salınımında önemli bir düşüş görülmez (11). Östriol ise östron ve östradiolün metabolize edilmesi sonucu oluşur.



Östrojen üretimi hipotalamo-hipofizer aks (HPA) ile regüle edilir. Hipotalamusdan gonadotropin salgılayıcı hormonun pulsatil sekresyonu sonucu hipofiz uyarılarak lüteinizan hormon (LH) ve follikül stimulan hormon (FSH) salgılar. Overler LH'nin etkisi ile teka hücrelerinden androstenedion salgılar, diğer taraftan ise FSH androstenedion'un östradiol'e çevrilmesini sağlar. Artan östrodiol HPA aksı üzerine negatif baskı yaparak hipofizden FSH ve LH salgılanmasını baskılar. Menapozda ise overlerden östrodiol üretimi olmadığı için LH ve FSH artar (12). Östrojenin sentezlendiği en önemli organ deridir ve bu sentez deri ve yağ dokusunda androjenin aromataz enzimi ile östrojene dönüşmesi şeklindedir. Özellikle kilolu kadınlarda yağ dokusu ve deri östrojen için depo görevi görürler (10,12). Menapozda progesteron düzeyinde de menopoz öncesi dönemde başlayan tedrici bir azalma meydana gelir. Ayrıca, menopozda hem overlerden hem de adrenal korteksden salınan androjen üretiminde azalma olur, ancak azalan östradiol serumda cinsiyet hormonlarını bağlayan globulin miktarında azalmaya neden olduğundan serumda serbest dolaşan testesteron miktarında artışa neden olur (11). Bu durum menopozda yüzde kılınma artışı, androjenik alopesi ve yağ bezlerinin etkinliklerinde artışa ve komedon oluşumuna sebep olur.

#### **Östrojen ve testesteronun deri üzerine etki mekanizmaları**

Deride östrojen ve androjen reseptörleri bulunmaktadır ve bu hormonların deri üzerine etkileri bu reseptörler aracılığı ile gelişmektedir.

İlk östrojen reseptörü (ER), ER $\alpha$  1986'da klonlanmıştır (13). Bundan on yıl kadar sonra ise ER $\beta$  bulunmuştur (14). Her iki ER de farklı kromozomlar tarafından üretilirler ve hücre içi sinyal yollarını aktive ederek etki ettikleri düşünülmektedir (12). ER'ler vücudun farklı organlarında farklı oranlarda bulunur. Örneğin ER $\alpha$  overler, uterus meme bezleri gibi majör kadın organlarında daha yüksek konsantrasyonda bulunurken, ER $\beta$  overler, erkek organları (testis ve prostat), hipotalamus ve serebral kortekste daha çok bulunur. Bu iki reseptörün de farklı ve hücreye özel görevleri olduğu düşünülmektedir (12).

Genel olarak östrojen reseptörleri en yoğun olarak genital bölge ve yüz derisinde bulunmaktadır. Ayrıca östradiol keratinositlere yüksek afinite ile bağlanır ve keratinositlerde hem ER $\alpha$  hem de ER $\beta$  eksprese edilmektedir. Fizyolojik konsantrasyonlarda östradiolün ER $\beta$  reseptörlerini uyardığı gösterilmiştir (15). Östrojen aynı zamanda fibroblast proliferasyonunu artırır ve yine fibroblastlardan her iki ER de eksprese edilmektedir (16). Östrojenin pelvik taban bağ dokusunda doku yıkımında rol oynayan matriks metalloproteinazı azalttığı gösterilmiştir (17). Buna ek olarak östrojenin kollajen, elastik lifler ve hyalüronik asit üzerine olan etkileri de gösterilmiştir (11). Bu nedenle östrojenin derinin hem epidermal hem de dermal tabakaları üzerine etkileri olduğu düşünülmektedir.

Testesteronun deri üzerine etkileri 5 $\alpha$ -redüktaz enzimi ile dihidrotestesterona (DHT) dönüşmesi ile olur. 5 $\alpha$ -redüktaz'ın iki izoformu vardır. Tip 1 "kutanöz" olandır ve yağ bezlerinde, epidermal ve folliküler keratinositlerde, dermal papillalarda, terleme bezlerinde ve fibroblastlarda bulunur. Tip 2 genellikle epididimis, seminal bezler, prostat, fetal genital deri, saç follikülünün iç kılıfı ve normal erişkin genital deri fibroblastlarında bulunur (18). Östrojenin olduğu gibi androjenin deri üzerine etki mekanizması da organ farklılıklarına ve 5 $\alpha$ -redüktaz enzim aktivitesine bağlıdır (19).

#### **Östrojenin deri üzerine klinik etkileri**

Östrojen derinin çeşitli fonksiyonlarını etkiler. Bunlar: elastikiyet (7), su tutma kapasitesi (20), pigmentasyon (21) ve damarlanmadır (22,23). Östrojenler deri yaşlanması yanı sıra saç gibi deri eklerine de etki eder (23). Derideki yaşlanma multifaktöriyel bir süreç olup derinin incilmesi ile başlar, atrofiye olması, kuruması ve daha kolay hasar görmesi ile devam eder. Daha sonra deride kırışıklıklar ortaya çıkar ve giderek bunların derinleştiği gözlenir.

#### **Östrojenin derinin kalınlığı, kollajen içeriği ve elastikiyeti üzerine etkisi**

Deri kalınlığı 35-49 yaşlarına kadar artarken daha sonra yaşla ilişkili bir incelmeye gösterir (24). Menapozla birlikte hormonal yaşlanma belirtileri kronolojik yaşlanma ve çevresel yaşlanma belirtilerine eklenir. Menapoz sonrası yıllarda (postmenapozal 15-18 yılları süresince) deri kalınlığında yılda yaklaşık %1.13 oranında kayıp olduğu bildirilmiştir (24). Bu incelmeye derinin kollajen, su oranı ve glikozaminoglikan (GAG) içeriğindeki azalma neden olur. Yaşla birlikte kollajen miktarındaki bu azalmanın bir nedeni de kollajenin parçalanmasından sorumlu lizilhidroksiprolin transferaz enzim düzeyinin artmasıdır (25). Affinito ve arkadaşlarının (9) yaptığı çalışmaya göre deri kollajenindeki azalmanın östrojene bağlı olduğu ve menopoz sonrası yıllar ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada postmenapozal kadınlarda menopozda olmayan kadınlara göre Tip I ve III kollajende azalma ve azalmış Tip III/I oranı tespit edilmiştir. Derideki kollajen miktarındaki azalma deri kalınlığında ve deri elastikiyetinde azalma ile sonuçlanır. Dolayısı ile deri elastikiyeti ölçümleri deri kollajen düzeyi hakkında bilgi verir. Biyopsi ile deri kollajeni saptanması yanı sıra daha pratik bir yöntem olan aletle deri elastikiyetinin ölçümü de deri kollajen düzeyi hakkında fikir vermektedir. Literatürde postmenapozal kadınlarda deri kalınlığı, kollajen içeriği ve kemik mineral dansitesi ile yakın ilişki tespit eden birden çok çalışma mevcuttur (2-4,24,26). Kontrollü çalışmalar östrojen tedavisinin kollajen içeriği ve deri kalınlığı üzerine olumlu etkilerini bildirmişlerdir (6,8,27-29). Tablo 2'de bu konuda yapılmış kontrollü çalışmaların özeti verilmiştir.

**Tablo 2.** Östrojenin kollajen ve deri kalınlığı üzerine etkilerini inceleyen kontrollü çalışmalar.

Çalışma /yıl	Ölçüm şekli	Kullanılan hormon	Sonuçlar
<b>Castelo -Branco ve ark. (1992)</b>	Deri biyopsi analizi	Konjuge östrojen veya transdermal 17 $\beta$ -estradiol bantları	12 ay HRT sonrası deri kollajeninde %1.8-5.1 oranında artmış artma
<b>Callens ve ark. (1996)</b>	Deri ultrasonografisi ile deri kalınlığının ölçümü	17 $\beta$ -estradiol jel veya östradiol bantları	Ortalama 4.8 yıl tedavi sonrası deri kalınlığında %7-15 artma
<b>Maheux ve ark. (1994)</b>	Deri ultrasonografisi ile deri kalınlığının ölçümü	0.625mg konjuge östrojen	12 ay HRT sonrası deri kalınlığında %11.5 artma
<b>Sauerbronn ve ark. (2000)</b>	Deri biyopsi analizi	Valerate estradiol (2mg/gün) ve siproteron asetat	6 ay tedavi sonrası dermis kollajen içeriğinde %6.49 artma
<b>Varila ve ark. (1995)</b>	Deri biyopsi analizi	2.5 mg t opikal 17 $\beta$ - estradiol	Tedaviden 3 ay sonra hidroksiprolinde %38 artma

HRT: Hormon replasman tedavisi

**Östrojenin derinin su tutma kapasitesi üzerine etkisi**

Derinin nemi derinin bariyer fonksiyonunun önemli bir parçası olan stratum korneum lipidlerine ve su tutma kapasitesi bulunan dermal GAG'lara bağlıdır (23). HRT almayan postmenapozal kadınların alanlara göre daha kuru deriye sahip oldukları gösterilmiştir (25). Pierard-Franchimont ve arkadaşları (20) transdermal östrojen tedavisinin stratum korneumun su tutma kapasitesini arttırdığını göstermişlerdir. Bu nedenle östrojenin derinin bariyer fonksiyonuna etki ettiği düşünülmektedir (23). Ayrıca östrojenin dermal su tutma kapasitesine de etkisi olduğu düşünülmektedir. Zira hayvan deneylerinde 2 hafta östrojen tedavisi sonrasında dermal GAG'da belirgin artma gösterilmiştir (30). Ayrıca doğal olarak endojen östrojen artışının olduğu gebelikte dermal nem kapasitesinin arttığı gösterilmiştir (31).

**Östrojenin deri kırışıklığı üzerine etkisi**

Deri kırışıklıkları çevresel (aktinik yaşlanma gibi), genetik, etnik, hormonal ve patolojik faktörler nedenleriyle oluşmaktadır (32). Deri kırışıklıklarının histopatolojik incelenmesinde dermal kollajen atrofisi, elastik liflerde değişiklikler ve GAG'larda belirgin azalma tespit edilmiştir (32,33). Östrojenin daha önce bahsedilmiş olan GAG ve kollajen üzerine olan etkileri nedeniyle postmenapozal kadınların HRT tedavisinden deri kırışıklıkları açısından fayda görmesi beklenir. Nitekim bu konuda yapılmış çalışmalarda bu konuda olumlu sonuçlar bildirilmektedir. Dunn ve arkadaşlarının (25) gerçekleştirdiği çalışmada postmenapozal östrojen tedavisi alan kadınlarda görülen kırışıklık oranının almayanlara göre oldukça

az olduğu bildirilmiştir. Bu çalışma bu konudaki en geniş kohort çalışma özelliğini taşımaktadır (25). Castelo-Branco ve arkadaşlarının (34) yaptığı çalışmada sigara içmeyen postmenapozal kadınlarda HRT tedavisinin kırışıklık üzerine olumlu etki ettiği ancak sigara içenlerde bu tedavinin faydasının tespit edilmediği rapor edilmiştir. Buna sebep olarak sigara içilmesi nedeniyle derinin kapiller kan akımının azalması ve sigaranın dermal GAG üzerine olan olumsuz etkileri öne sürülmüştür. Östradiol ve östriol içeren kremlerin topikal uygulanması sonucu postmenapozal kadınlarda kırışıklığın azaldığının gözlemlendiğini belirten yayınlar vardır (29). Östradiol içeren krem uygulanan deride histopatolojik olarak retelerde uzama, epidermal kalınlaşma, elastik fibrillerde uzama ve kalınlaşma, fragmantasyonda ise azalma gözlemlendiği bildirilmiştir (35).

**Östrojenin pigmentasyon üzerine etkisi**

Deri pigmentasyonu genetik, çevresel ve hormonal faktörlerden etkilenir (32). Östrojenin pigmentasyon üzerine etkisi tam olarak bilinmemektedir. Bir çalışmada pigmentasyon tedavisi için kullanılan topikal östrojenin başarısız olduğu bildirilmiştir (32). Schmid ve arkadaşları (5) perimenapozal kadınlarda deri kırışıklığı için topikal östrojen tedavisi verilen bazı hastaların yanak bölgesinde pigmentasyon oluştuğunu bildirmişlerdir. Topikal östrojenin pigmentasyon tedavisinde kullanılmasının uygun olmayacağı ve bunun aksine kendisinin melasma benzeri pigmentasyona sebep olabileceği düşünülmektedir.

### Östrojenin saç ve kıllar üzerine etkisi

Kıl yaşam döngüsü üç ana dönemden oluşur (anagen: büyüme, katagen: yapısal gerileme ve telogen: dinlenme) ve hepsi de östrojen etkisi altındadır (32,36). Gebelikteki yüksek östrojen düzeyi kılların anagen dönemde kalmasını sağlarken postpartum dönemdeki ani düşüşü kılların telogen döneme geçişini hızlandırarak “telogen efflum” adı verilen ve belirgin olarak saç kaybının görüldüğü klinik tabloya yol açar (37). Androjenetik alopesi (AA) kadınlarda en sık menapozda görülür. AA'nın DHT sebebiyle oluştuğu düşünülmektedir (32). AA tedavisinde antiandrojenlerin kullanılması yanı sıra topikal östrojen de kullanılmaktadır. Buradaki mekanizma tam olarak anlaşılmamıştır. Bazı çalışmalarda topikal östrojen sonrası artmış anagen ve azalmış telogen oranı bildirilmiştir. Östrojenin aromataz aktivitesini artırarak kıl follikülündeki DHT düzeyini azalttığı gösterilmiştir (32). Menapoz sonrası dönemde özellikle yüzde kılınma olması, östrojen seviyesindeki azalmaya bağlı olarak serbest testosteron düzeyinin artmasıdır.

**Tablo 3.** Östrojen tedavisinin deri üzerine faydalı etkileri

<b>• Epidermal</b>
Azalmış atrofi Stratum korneumun artmış su tutma kapasitesi Bariyer fonksiyonun artması
<b>• Dermal</b>
Dermal kalınlığın artması Dermal su oranının artması Tip III kollajende artma Elastik liflerin morfolojik olarak düzelmesi
<b>• Genel kutanöz etkiler</b>
Artmış kalınlık Kuruma ve kırıksıklık azalması Mikrodolaşımda düzelme ve vazodilatasyon Yara iyileşmesinde hızlanma

**Tablo 5.** Postmenapozal hormon replasman tedavisinde risk ve faydalar

<b>Kesin faydalar</b>	<b>Muhtemel faydalar</b>
Menapozal semptomlarda düzelme	Azalmış kolorektal kanser riski
Azalmış vertebral ve kalça kırıkları	Bilişsel fonksiyonlarda düzelme
	Azalmış demans riski Artmış yaşam kalitesi
<b>Kesin riskler</b>	<b>Potansiyel riskler</b>
Endometriyal kanser	Meme kanseri Kardiyovasküler hastalıklar İnme Venöz tromboembolizm Over kanseri Mesane kanseri

### Hormon replasman tedavisi

Daha önce klinik bulgulara göre HRT tedavisinin sonuçları incelenmiştir ve HRT tedavisinin deri üzerine faydalı etkileri Tablo 3'de özetlenmiştir. Diğer taraftan bu tedavinin göz önünde bulundurulması gereken yan etkileri bulunduğu unutulmamalıdır. HRT tedavisinin yan etkileri Tablo 4'de özetlenmiştir. Ayrıca HRT tedavisinin sistemik hastalıklar açısından riskli ve faydalı olduğu durumlar Tablo 5'de özetlenmiştir.

### Sonuç

Yakın zamana kadar östrojenin deri üzerine etkileri pek bilinmemekteydi. Çalışmalar göstermektedir ki östrojenin deride mevcut olan reseptörleri aracılığı ile deri üzerine pek çok etkileri mevcuttur. Menapozdaki görülen deri değişikliklerinin temel nedeni östrojen yetersizliğidir. Hormon replasman tedavisinin menapozda görülen sistemik şikayetler yanı sıra deri üzerine de olumlu etkileri olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.** Hormon replasman tedavisinin kutanöz komplikasyonları

<b>• Hipersensitivite</b>
Yapışkan bantlara karşı %5 -35 oranında görülür
<b>•Pigmentasyon</b>
Melasma görülme oranı artar
<b>•İmmünolojik etkiler</b>
anti-DNA antikorlarının düzeyi artar antifosfolipid antikor indüksiyonu Sistemik lupus eritematozus (SLE) gelişme riski artışı SLE hastalarının takip ve teşhisinde problem
<b>•Nadir kutanöz etkiler</b>
Akantozis nigrikans Eritema multiforme Fotosensitivite Stomatit Ürtiker Spider anjiom



#### KAYNAKLAR

- 1- Ohta H, Makita K, Kawashima T, Kinoshita S, Takenouchi M, Nozawa S. Relationship between dermato-physiological changes and hormonal status in pre-, peri-, and postmenopausal women. *Maturitas* 1998; 30: 55-62.
- 2- Albright F, Smith PH, Richardson AM. Postmenopausal osteoporosis: its clinical features. *JAMA* 1941; 116: 2465-74.
- 3- Brincat M, Moniz CF, Studd JW, Darby AJ, Magos A, Cooper D. Sex hormones and skin collagen content in postmenopausal women. *Br Med J* 1983; 287: 1337-8.
- 4- Brincat M, Moniz CF, Studd JW, Darby A, Magos G, Emburey G, et al. Long-term effects of the menopause and sex hormones on skin thickness. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 256-9.
- 5- Schmidt JB, Binder M, Macheiner W, Kainz C, Gitsch G, Bieglmayer C. Treatment of skin aging symptoms in perimenopausal females with estrogen compounds: a pilot study. *Maturitas* 1994; 20: 25-30.
- 6- Maheux R, Naud F, Rioux M, Grenier R, Lemay A, Guy J, Langevin M. A randomised, double-blind, placebo-controlled study on the effect of conjugated estrogens on skin thickness. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 642-9.
- 7- Pierard GE, Letawe C, Dowlati A, Pierard-Franchimont C. Effect of hormone replacement therapy for menopause on the mechanical properties of skin. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 662-5.
- 8- Callens A, Vaillant L, Lecomte P, Berson M, Galli Y, Lorette G. Does hormonal skin aging exist?: a study of the influence of different hormone therapy regimens on the skin of postmenopausal women using non-invasive measurement techniques. *Dermatology* 1996; 193: 289-94.
- 9- Affinito P, Palomba S, Sorrentino C, Di Carlo C, Bifulco G, Arienzo MP, et al. Effects of postmenopausal hypoestrogenism on skin collagen. *Maturitas* 1999; 33: 239-47.
- 10- Griffiths CE, Camp RD, Barker JN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach SM, Cox N, Griffiths CE, eds. *Rook's Textbook of Dermatology*, 7th ed. Blackwell Science, 2004: 74.25.
- 11- Wines N, Willsted E. Menopause and the skin. *Australas J Dermatol* 2001; 42: 149-60.
- 12- Hall G, Phillips TJ. Estrogen and skin: the effects of estrogen, menopause, and hormone replacement therapy on the skin. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53: 555-68.
- 13- Greene GL, Gilna P, Waterfield M, Baker A, Hort Y, Shire A. Sequence and expression of human estrogen receptor complementary DNA. *Science* 1986; 231: 1150-4.
- 14- Mosselman S, Polman J, Dijkema R. ER $\beta$ : identification and characterization of a novel human estrogen receptor. *FEBS Lett* 1996; 392: 49-53.
- 15- Verdier-Sevrain S, Yaar M, Cantatore J, Traish A, Gilchrist BA. Estradiol induces proliferation of keratinocytes via receptor-mediated mechanisms. *FASEB J* 2004; 18: 1252-4.
- 16- Tomaszewski J, Adamiak A, Skorupski P, Rzeski W, Rechberger T. Effect of 17 beta estradiol and phytoestrogen daidzein on the proliferation of pubocervical fascia and skin fibroblasts derived from women suffering from stress urinary incontinence. *Ginekol Pol* 2003; 74: 1410-4.
- 17- Moalli PA, Klingensmith WI, Meyn LA, Zyczynski HM. Regulation of matrix metalloproteinase expression by estrogen in fibroblasts that are derived from pelvic floor. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 72-9.
- 18- Chen W, Zouboulis CC, Orfanos CE. The 5 $\alpha$ -reductase system and its inhibitors. Recent development and its perspective in treating androgen-dependent skin disorders. *Dermatology* 1996; 193: 177-84.
- 19- Rittmaster RS. Clinical relevance of testosterone and dihydrotestosterone metabolism in women. *Am J Med* 1995; 98: 17S-21S.
- 20- Pierard-Franchimont C, Letawe C, Goffin V, Pierard GE. Skin water-holding capacity and transdermal estrogen therapy for menopause: a pilot study. *Maturitas* 1995; 22: 151-4.
- 21- Snell RS, Turner R. Skin pigmentation in relation to menstrual cycle. *J Invest Dermatol* 1966; 47: 147-55.
- 22- Harvell J, Hussona Saeed I, Maibach HI. Changes in transepidermal water loss and cutaneous blood flow during the menstrual cycle. *Contact Dermatitis* 1992; 275: 294-301.
- 23- Verdier-Sevrain S. Effect of estrogens on skin aging and the potential role of selective estrogen receptor modulators. *Climacteric* 2007; 10: 289-97.
- 24- Brincat MP, Baron YM, Galea R. Estrogens and the skin. *Climacteric* 2005; 8: 110-23.
- 25- Dunn LB, Damesyn M, Moore AA, Reuben DB, Greendale GA. Does estrogen prevent skin aging? Results from the First National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Arch Dermatol* 1997; 133: 339-42.
- 26- Brincat M, Kabalan S, Studd JW, Moniz CF, de Trafford J, Montgomery J. A study of the decrease of skin collagen content, skin thickness, and bone mass in the postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 840-5.
- 27- Castelo-Branco C, Duran M, Gonzales-Merlo J. Skin collagen and bone changes related to age and hormone replacement therapy. *Maturitas* 1992; 14: 113-9.
- 28- Sauerbronn AVD, Fronseca AM, Bagnoli VR, Saldiva PH, Pinotti JA. The effects of systemic hormone replacement therapy on the skin of the postmenopausal women. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 68: 35-41.
- 29- Varila E, Rantala I, Oikarinen A, Risteli J, Reunala T, Oksanen H, et al. The effect of topical oestradiol on skin collagen of postmenopausal women. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 985-9.
- 30- Grosman N, Hvidberg E, Schou J. The effect of oestrogenic treatment on the acid mucopolysaccharide pattern in skin of mice. *Acta Pharmacol Toxicol* 1971; 30: 458-64.
- 31- Danforth DN, Veis A, Breen M, Weinstein HG, Buckingham JC, Monalo P. The effect of pregnancy and labor on the human cervix: changes in collagen, glycoproteins, and glycosaminoglycans. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 120: 641-51.
- 32- Verdier-Sevrain S, Bonte F, Gilchrist B. Biology of estrogens in skin: implications for skin aging. *Exp Dermatol* 2006; 15: 83-94.
- 33- Contet-Audonneau JL, Jeanmarie C, Pauly G. A histological study of human wrinkle structures: comparison between sun-exposed areas of the face, with or without wrinkles, and sun-protected areas. *Br J Dermatol* 1999; 140: 1038-47.
- 34- Castelo-Branco C, Figueras F, Martinez de Oseba MJ, Vanrell JA. Facial wrinkling in postmenopausal women: effects of smoking status and hormone replacement therapy. *Maturitas* 1998; 29: 75-86.
- 35- Fusch KO, Solis O, Tapawan R, Paranjpe J. The effects of an estrogen and glycolic acid cream on the facial skin of postmenopausal women: a randomised histologic study. *Cutis* 2003; 71: 481-8.
- 36- Stenn KS, Paus R. Controls of hair follicle cycling. *Physiol Rev* 2001; 81: 449-94.
- 37- Lynfield YL. Effect of pregnancy on the human hair cycle. *J Invest Dermatol* 1960; 35: 323-7.

# HİSTEREKTOMİ SONRASI KADINLARDA GELİŞEN OSTEOPENİNİN PERİODONTAL DURUM İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

## *The Evaluation of Relationship Between Periodontal Status and Osteopenia that had been Seen in Women After Hysterectomy*

Dr.Esengül E. İşler\*, Dr.Davut Güven, Dr.Arzu Aklan\*, Dr.İdris Koçak, Dr.Cazip Üstün, Dr.Hüseyin Akan\*\*

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

\*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

\*\* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD

### ÖZET

Bu çalışmanın amacı histerektomi ve bilateral ooferektomi yapılmış (çalışma grubu) ve perimenopozal belirtiler gösteren (kontrol grubu) bayan hastaları osteopeni/osteoporoz gelişimi açısından değerlendirmek ve bu durumun periodontal dokular ile olan ilişkisini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Araştırma topluluğunu bilateral ooferektomi ve total histerektomi (BO+H) endikasyonu konmuş (çalışma grubu; n:29) ve perimenopozal belirtiler gösteren, histerektomi olma ihtimali bulunan (kontrol grubu; n:22) toplam 51 bayan hasta oluşturmuştur. Cerrahi olarak menopoza girmiş bayanlar ile perimenopozal dönemdeki bayanlarda görülen osteopeninin/osteoporozun alveoler kemik üzerine etkisi geleneksel yöntemlere göre daha üstün ve hassas olan 3 boyutlu MDBT ile güvenilir bir biçimde ölçülmüştür. Çalışmamızda, çalışma grubunda femur boynu KMY ile alveoler kemik kaybı miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif bir ilişki bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Histerektomi, Osteopeni, Periodontal durum

### ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate respect for osteopenia/osteoporosis in a group of women who underwent hysterectomy and another group of women who manifested perimenopausal symptoms and aimed to achieve the relation between this situation and periodontal status. Totally 51 women included in this study; 29 of them had an indication for bilateral ooferektomy and total hysterectomy (BO+H), 22 of them shows perimenopausal symptoms and had total hysterectomy possibility. The effect of osteopenia/osteoporosis on the alveolar bone was measured with MDCT which has better properties than the other conventional methods, in women who underwent hysterectomy and who manifested perimenopausal symptoms. It is found a statistically significant and positive relation between femur neck BMD and alveolar bone loss in the hysterectomized group.

**Key words:** Hysterectomy, Osteopenia, Periodontal status

Periodontal hastalık, dişi çevreleyen destek dokulardan biri olan alveoler kemik kaybı ile karakterize, bakteri plağı ürünlerine karşı konağın geliştirdiği lokalize, inflamatuvar ve immün bir cevaptır (1). Alveoler kemik kaybı metabolik bir hastalık olan osteoporozda da görülebilmektedir.

Osteoporoz, düşük kemik kütlesi (osteopeni) ve hem kortikal hem de trabeküler kemiğin etkilenmesi ile kendini gösteren iskelet yapısının bozulmasıdır. Kemik kütlesinde azalma iskeletsel osteopeni ile birlikte femur boynunda, ulnar kemiklerde, radiusun distalinde ve omurgada kırıklara yol açabilmektedir (2).

Ooferektomi hayvan ve insanlarda şiddetli osteopeniye neden olmaktadır. Ooferektomi sonrası kemik kaybı menopoz sonrası 1. yılda hızlanmaktadır (3,4), osteoporozun ilk sistemik belirtisinin alveoler kemikte, daha sonra vertebralar ve uzun kemiklerde kayıp şeklinde görülebileceğini belirtmişlerdir. Alveoler kemikteki kemik kaybının değerlendirilmesi, klasik görüntüleme yöntemleri olan panoramik radyografi, periapikal ve bite-wing radyografilerle yapılabilir, fakat bu radyografilerde belli sınırlamalar vardır (5).

Bu görüntüleme yöntemlerine alternatif olarak, süperpoze görüntü riskini ortadan kaldırarak ve submilimetrik ölçümler yapabilen bilgisayarlı tomografi (BT) programları geliştirilmiştir. BT kullanımı ise, dijital işlemci sayesinde daha güvenilirdir (5).

Östrojen, osteoblast ve osteoklastlarda bulunan reseptörler aracılığı ile kemik rezorbsiyonunu azaltır. Ayrıca kalsiyum emilimini ve dolayısı ile de parathormon sekresyonunu dengede tutar (6). Düşük östrojen seviyelerinde osteoblast proliferasyonu azalır, osteoklastik kemik rezorbsiyonu artar.

### MATERYAL VE METOD

Araştırma topluluğunu Haziran 2006-Aralık 2007 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na başvuran, yaşları 45-55 arasında değişen, bilateral ooferektomi ve total histerektomi (BO+H; n:40) endikasyonu konmuş (çalışma grubu) ve perimenopozal belirtiler gösteren, bilateral ooferektomi ve total histerektomi olma ihtimali bulunan (kontrol grubu; n:25) toplam 65 bayan hasta oluşturmuştur.



Kemik metabolizmasını etkileyecek herhangi bir sistemik hastalığı olan (paratiroid hastalığı, osteogenezis imperfekta vs.), kemik metabolizmasını etkileyen herhangi bir ilaç kullanan (uzun süreli steroid tedavisi vs.) ve daha evvel kemoterapi ve/veya radyoterapi almış olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmaya katılan her bireyin yaşı, boyu, kilosu, Vücut Kütle İndeksi (VKİ) sigara ve alkol kullanıp kullanmadığı, sistemik hastalık varlığı, sosyo-ekonomik durum belirleyicisi olarak bireyin eğitim durumu, mesleği, asgari ücret baz alınarak ailenin toplam aylık geliri, kontrol grubu için menopoz belirtilerinin ne zamandır var olduğu, çalışma grubu için ameliyat tarihi, doğum sayısı hasta takip formuna kaydedilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan çalışma grubu BO+H hastalarında operasyon öncesi ve sonrası 12. ay, kontrol grubu hastalarında ise başlangıç ve 12. ay olmak üzere periodontal klinik değerlendirmeler yapılmıştır. “Ramfjord dişleri”nin (sağ üst 1. büyük azı, sol üst 1. keser ve 1. küçük azı, sol alt 1. büyük azı, sağ alt 1. keser ve 1. küçük azı dişleri) (7) 6 yüzeyinde (mesio-bukkal, mid-bukkal, disto-bukkal, mesio-lingual, mid-lingual, disto-lingual) gingival indeks, plak indeksi, cep derinliği ve klinik ataşman seviyesi, sondalamada kanama indeksi ve mobilite ölçümleri yapılmıştır. von Wövern ve ark.'nın (1994) çalışmalarında yaptıkları gibi Ramfjord dişlerinin eksikliği durumunda, ölçümler için en yakın komşu diş kullanılmıştır. Tüm periodontal ölçümler Williams işaretli sondası kullanılarak tek bir araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ağızdaki mevcut diş sayısı kaydedilmiştir. Dişeti, inflamasyon belirtileri açısından dikkatle incelenmiştir.

Ağız hijyeni değerlendirmesi için Silness-Löe plak indeksi kullanılmıştır (Silness ve Löe, 1964). Ölçümler periodontal sondanın dişeti kenarına komşu diş yüzeyinde gezdirilmesi suretiyle yapılmıştır. Çalışmamızda Löe-Silness (1963) Gingival İndeksi kullanılmıştır.

Cep derinliği, dişeti kenarından cep tabanına kadar olan mesafe olarak; klinik ataşman seviyesi (KAS), mine-sement sınırından (MSS) dişeti oluşu tabanına kadar olan milimetre (mm) cinsinden mesafe veya MSS-serbest dişeti kenarı arası mesafenin cep derinliğinden çıkarılmasıyla elde edilen fark olarak tanımlanmıştır (8). Dişeti çekilmesi serbest dişeti kenarı ve MSS arasındaki mesafe olarak ölçülmüştür. Cep derinliğini takiben sondalamada kanama indeksi de gerleri kaydedilmiştir. Sondalama işleminden sonra kanama görülüyorsa (+), görülüyorsa (-) değer verilmiştir.

BT'leri taramak ve görüntü oluşturabilmek için kullanılan yüksek çözünürlüklü, çok kesitli BT tarayıcısından elde edilen veriler CD'ye aktarılmıştır. Bu veriler, 3-boyutlu görüntü ile çalışmayı sağlayan rekonstrüksiyon “software” (Vitrea® 2 Vital Version 3.8, Vital Images Inc.) ile birlikte yeniden oluşturulmuş ve ölçümler bu reformat görüntüler üzerinden yapılmıştır. BT'leri taramak için bazı teknik parametreler tanımlanmıştır (Tablo1).

**Tablo 1:** BT verileri elde edilirken kullanılan teknik parametreler

Parametre	Özellik
Kesit kalınlığı	1mm
Çekim faktörleri	250mAs, 120Kv
Tarama süresi	1.0 s/kes it
Matrix boyutu	1024x1024
Algoritm	Kemik
Kesit oryantasyonu	Koronal
Gantry oryantasyon	0°
Görüntü kalitesi	3

(Naito ve ark., 1998'den)

3-boyutlu görüntüler elde edildikten sonra, verilerin değerlendirilebilmesi için Vitrae® programının bazı özellikleri kullanılmıştır. Pencere seviyesi ayarlanarak deri ve dişeti gibi yumuşak dokular uzaklaştırılmış, kemik ve dişlerden oluşan 3 boyutlu görüntü elde edilmiştir. Ölçümler yaklaşık 0,1 mm hassasiyetinde yapılmıştır.

Çalışmamızda AKS, Ramfjord dişlerinin 6 yüzeyinden ölçülmüştür: Mesio-bukkal, mid-bukkal, disto-bukkal, mesio-lingual/palatinal, mid-lingual/palatinal ve disto-lingual/palatinal. Dişler üzerinde referans sabit noktalar belirlenmiştir. Büyük azı dişlerinde mesial ve distal bölgelerde mesial ve distal tüberkül fossadan inen MSS'nı dik kesen nokta, mid-bukkal ve mid-lingul/palatinal bölgelerde tüberkül tepelerinden MSS'na dik inen nokta; küçük azı dişlerde mesial ve distal bölgelerde, en mesial ve en distaldeki kesici kenar noktalarından MSS'na dik inen nokta, mid-bukkal ve mid-lingul/palatinal bölgelerde tüberkül tepelerinden MSS'na inen nokta; santral dişlerde ise, mesial ve distal bölgelerde en mesial ve en distaldeki kesici kenar noktalarından MSS'na dik inen nokta, mid-bukkal ve mid-lingul/palatinal bölgelerde kesici kenarın tam ortasından MSS'na dik nokta referans olarak alınmıştır. Ölçümler tek bir klinisyen tarafından yapılmış ve her bir diştin elde edilen 6 skorun ortalaması alınarak tek bir değer olarak kaydedilmiştir. Daha sonra tüm ölçülen dişlerin aritmetik ortalaması alınarak her bir hastadan tek bir değer elde edilmiştir. Radyografik alveoler kemik kaybı, alveoler kemik seviyesinin MSS ile kret tepesi arası mesafenin 2 mm'den daha fazla olması olarak tanımlanmaktadır. Buna göre, AKS 2 mm ve daha az olan bireylerde kemik kaybı “yok” olarak kabul edilmiş ve klinik indekslerle birlikte değerlendirilerek “gingivitis” olarak kaydedilmiştir. AKS 2 mm'den fazla olanlarda ise kemik kaybı “var” olarak kabul edilmiş ve klinik indekslerle birlikte değerlendirilerek “periodontitis” olarak kaydedilmiştir.

Çalışmaya katılan her hastadan başlangıçta ve 12. ayda olmak üzere serum 17β- östrodiol (Ö<sub>2</sub>) seviyesini ölçmek için 8,5 cc venöz kan alındı.

Bu kanlar 10 dakika santrifüje edilerek, 400µl serum elde edildi. Daha sonra *Arehitect* cihazında *Chemilumineszens-mikropartikelimmunosay (CMIA)* yöntemi ile *Östrodiol* kiti (ELISA, Novocalsin assay kit, Merna Biosystems, Mauntainview, CA.) kullanılarak Ö<sub>2</sub> seviyesi belirlenmiştir. Ortalama serum Ö<sub>2</sub> seviyesinin 40-400 pg/ml olması östrojen yeterliliği, 30 pg/ml'nin altında seyretmesi östrojen eksikliği, 20 pg/ml'nin altında olması ise postmenopozal olarak tanımlanmıştır.

Bireylerin her birinden başlangıç ve 12. ayda lomber vertebra ve femur boynu kemik mineral yoğunluğu Dual Enerji X-Ray Absorbtometri (DEXA: Norland; ELSER, Medical Norland DEXA) kullanılarak ölçülmüştür.

Bu çalışmada istatistiksel analizler, NCSS 2007 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra klinik değişkenlerin dağılımları göz önüne alınarak grupların tedavi öncesi sonrası ölçümlerinde Wilcoxon testi, ikili grupların karşılaştırmasında Mann-Whitney-U testi, değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi, demografik değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız t testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirilmiştir. Her bir klinik parametreye ait incelemede önce dişin tüm yüzeylerinden elde edilen ölçümlerin ortalaması alınmış, daha sonra tüm Ramfjord dişlerinin ortalaması alınarak her hasta için incelenen parametreye ait tek bir değer elde edilmiştir.

## SONUÇLAR

Çalışma ve Kontrol Gruplarının yaş, boy, kilo, vücut-kütle indeksi, diş sayısı, doğum sayısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir (p=0.859, p=0.079, p=0.343, p=0.132, p=0.681, p=0.554). Diğer bir ifadeyle söz konusu değişkenler açısından bireylerin dağılımı homojendir. Gruplar sigara kullanımı açısından incelendiğinde, çalışma grubunun % 20.7'si (6/29), kontrol grubunun ise % 4.5'inin (1/22) sigara içtiği belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin çoğunun ilkökul mezunu ya da hiç okula gitmediği görülmüştür (çalışma grubu % 82.8; 24/29, kontrol grubu % 90.9; 20/22). Çalışmaya katılan bireylerden sadece 1 tanesi çalışma grubundan olmak üzere (% 3.4; 1/29) üniversite mezundur. Çalışma grubu bireylerinden % 13.8'i (4/29), kontrol grubu bireylerinden ise % 9.1'i orta öğretimden mezundur.

Çalışma grubunun % 13.8'i (4/29) asgari ücretten az bir gelire sahipken, kontrol grubunda bu oran % 0'dır. Çalışma grubunun % 20.7'si (6/29), kontrol grubunun ise % 45.5'i (10/22) asgari ücretle geçinmektedir. Hastaların çoğunun geliri asgari ücretten fazladır. Çalışma grubunda bu oran % 65.5 (19/29)'e ulaşmaktayken, kontrol grubunda % 54.5 (12/22)'dir.

**Tablo 2:** Çalışma ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin kemik sağlık durumları

		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		p
		N	%	N	%	
Başlangıç	osteopeni	4	% 13.80	2	% 9.10	p=0.606
	sağlıklı	25	% 86.20	20	% 90.9%	
12. ay	osteopeni	6	% 20.70	4	% 18.20	p=0.823
	sağlıklı	23	% 79.30	18	% 81.80	
p			% 0.625		% 0.50	

Tablo 2'de grupların başlangıç ve 12. ay kemik sağlık durumu dağılımları verilmiştir. Çalışma grubunda osteopenik bireylerin oranı % 13.80 (4/29) iken bu oran 12. ayda % 20.7 (6/29)'ye çıkmıştır. Başlangıçta osteopenik bireyler kontrol grubunun % 9.10 (2/22)'unu oluştururken, bu oran 12. ayda % 18.20 (4/22)'ye çıkmıştır. Başlangıçta ve 12. ay sonunda çalışma grubundaki osteopenik bireylerin sayısı, kontrol grubuna göre daha fazladır. Ancak grupların kendi içinde (çalışma grubu:p=0.625; kontrol grubu:p=0.5) ve gruplar arasında (başlangıç:p=0.606; 12.ay:p=0.823) istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Çalışma grubunun çalışma başlangıcında ve 12. aydaki östrojen seviyesi ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p=0.001; p=0.0001). Hem çalışma hem de kontrol grubunun 12. ay östrojen seviyesi ortalamaları tedavi başlangıcından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük seyretmekteydi (p=0.0001). Çalışma ve kontrol grubunun çalışma başlangıcı ve 12. ay femur boynu t skor ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.775; p=0.771). Hem çalışma grubunun hem de kontrol grubunun 12. ay femur boynu t skor değerleri çalışma başlangıcından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p=0.0001).

Çalışma ve kontrol grubu arasında çalışma başlangıcı ve sonu femur boynu KMY ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.476; p=0.555). Hem çalışma grubu hem de kontrol grubunun çalışma sonu femur boynu KMY değerleri çalışma başlangıcı değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p=0.0001).

Çalışma ve kontrol grubu arasında çalışma başlangıcı ve sonu L2 t skor ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.506; p=0.797). Her iki grubun da çalışma sonu L<sub>2</sub> t skor değerleri çalışma başlangıcındaki değerlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p=0.0001).

Çalışma ve kontrol grubu arasında çalışma başlangıcı ve sonu L<sub>2</sub> KMY ortalamaları açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.827; p=0.575). Hem çalışma hem de kontrol grubu çalışma sonu L<sub>2</sub> KMY değerleri çalışma başlangıcı değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p=0.0001).

Çalışma ve kontrol grupları arasında östrojen seviyesi, femur boynu t skor, femur boynu KMY, L2 t skor ve L2 KMY'na ait farkların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0.286; p=0.536; p=0.452; p=0,177; p=0.482). Çalışma ve kontrol grubunun arasında çalışma başlangıcı ve sonu plak indeksi, gingival indeks, sondalamada kanama indeksi, cep derinliği, klinik ataşman kaybı ve mobilite ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hem çalışma hem de kontrol gruplarında çalışma sonunda çalışma başlangıcına göre ortalama CD ve KAK değerlerinde ve MSS-AKT arası mesafe ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı artışlar gözlenmiştir.

Çalışma ve kontrol grupları arasında plak indeksi, gingival indeks, sondalamada kanama, cep derinliği, klinik ataşman kaybı ve mobilite değerlerine ait farkların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.

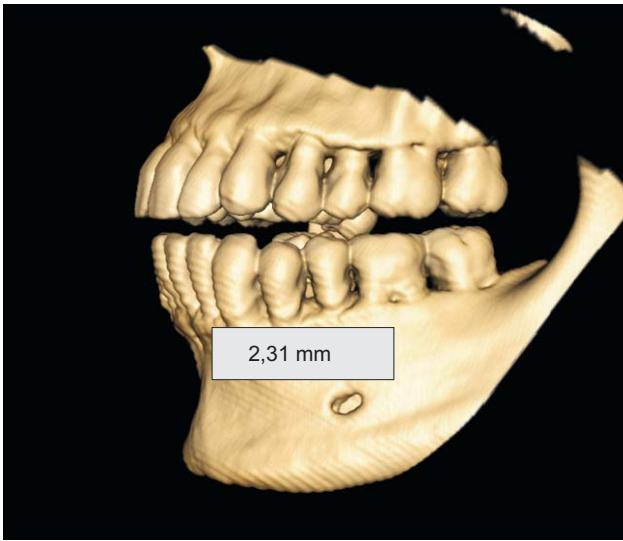
Çalışma grubunda; Östrojen seviyesindeki farkın ortalaması ile plak indeksi, gingival indeks, cep derinliği, klinik ataşman kaybı ve mobiliteye ait değerlerin farklarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (p=0.893, p=0.374, p=0.518, p=0.648, p=0.995). Sadece östrojen seviyesinde meydana gelen farkın

ortalaması ve sondalamada kanama indeksi değerlerindeki farkın ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0.043). FBTS, FBKMY, L2TS, L2KMY değerlerinin farklarının ortalamaları ile plak indeksi, gingival indeks, sondalamada kanama indeksi, cep derinliği, klinik ataşman kaybı ve mobilite değerlerine ait farkların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

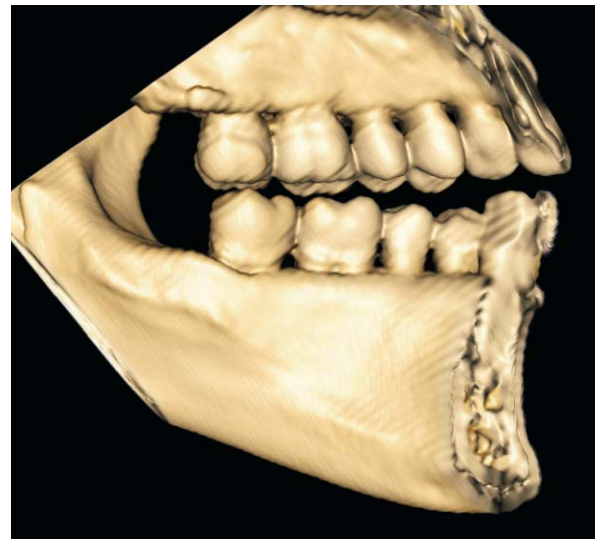
Kontrol grubunda; Östrojen seviyesi farkı ortalaması ile plak indeksi, gingival indeks, sondalamada kanama indeksi farkı, cep derinliği ve mobilite ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmezken, (p=0.812, p=0.873, p=0.616, p=0.087, p=0.996) östrojen seviyesi fark ortalaması ile KAK fark ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0.038). FBTS, FBKMY, L2KMY ve mine-sement sınırı alveoler kemik seviyesi arası mesafe farkı ortalaması değerlerinin farklarının ortalaması ile plak indeksi, gingival indeks, sondalamada kanama indeksi, cep derinliği, klinik ataşman kaybı ve mobilite değerlerine ait farkların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. L2 t skor farkının ortalaması ile sadece gingival indeks farkı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0.033).

MSS-AKT arası mesafe farkının ortalaması sadece çalışma grubunda femur boynu KMY farkı ortalaması ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki sergilemiştir (p=0.05).

Çalışma grubuna ait bir hastanın başlangıç 3 boyutlu BT görüntüleri aşağıdaki gibidir: (verilen rakamlar bir dişin 6 yüzey toplamı ortalamasıdır)



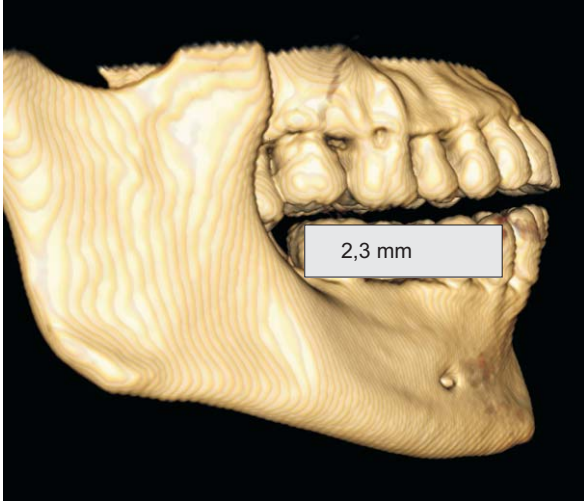
-Hastanın sol alt 6 nolu dişinin lingualden görünüşü



-Hastanın sol alt 6 nolu dişinin vestibülden görünüşü



Aynı hastaya ait 12. ay 3 boyutlu BT görüntüleri ise aşağıdaki gibidir:



-Hastanın sağ üst 6 nolu dişinin vestibülden görünüşü



-Hastanın sağ üst 6 nolu dişinin palatinalden görünüşü

## TARTIŞMA

Menopoz döneminde vücut kemiklerinde oluşan değişikliklerinin oral dokular üzerine olan etkileri bir çok çalışmaya araştırma konusu olmuştur. Drozdowska ve ark. (9), yaptıkları longitudinal bir çalışmada 18 dişsiz postmenopozal kadında, mandibular kemik yoğunluğunu lomber kemik yoğunluğu ile 48 ay ara ile karşılaştırmışlar; mandibular kemik kaybının lomber kemik kaybına göre daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Bu durumda alveoler kemiğin de bu durumdan etkilenmesini beklemek mantıklı bir yaklaşımdır.

Çalışmamızdaki bilateral oofektomi ve histerektomi olmuş çalışma grubu hastaları ve kontrol grubu hastaları 12. ayın sonunda östrojen seviyesinde meydana gelen farklar açısından karşılaştırıldığında, 2 grup arasında herhangi bir fark olmadığı gözlenmiştir. Her iki grup da çalışma sonunda başlangıca göre eşit oranlarda östrojen seviyesinde azalma sergilemişlerdir. Bu durum 1 yıllık çalışma periodu sonunda bilateral oofektomi ve histerektominin, çalışma grubunda östrojen eksikliğini arttıracak yönde ilave etkisinin olmadığı anlamına gelmektedir. Yalnız şu da gözden kaçırılmamalıdır ki, çalışmamızdaki kontrol grubunu oluşturan hastalarda da çalışma sonunda östrojen seviyesinde düşüşler gözlenmiştir; çünkü bu bireyler halihazırda perimenopozal dönemde olan ve zaten menopozal semptomlar göstermekte olan kişilerdir.

Payne ve ark. (10), 1 yıllık çalışmalarında östrojen seviyesindeki değişikliklerin alveoler kemik yoğunluğunu da etkilediğini göstermişlerdir. Aynı yazarların yaptıkları 2 yıllık başka bir çalışmada ise, periodontitisli postmenopozal kadınlarda östrojen eksikliğunün, alveoler kemik yüksekliği ve alveoler KMY kaybıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (11). 2 yıllık longitudinal bir çalışmada 21 osteoporotik kadın ve 17 normal KMY'na sahip olan kadın arasındaki alveoler kemik

seviyesi ve KMY değişiklikleri incelenmiştir. Osteoporotik kadınlarda normallere göre yüksek sıklıkta alveoler kemik yüksekliği kaybı ile krestal ve subkrestal yoğunluk kaybı olduğu görülmüştür. Çalışmamızda kullanılan bilgisayarlı tomografi ile 3 boyutlu olarak dişin 6 yüzeyinden çepeçevre olmak üzere 0.1mm hassasiyetinde alveoler kemik seviyesi ölçümleri yapılmıştır. Şüphesiz kullandığımız metod oldukça hassas bir metoddur. Çalışmamızın sonunda MSS-AKT arası mesafe farkının ortalaması ile östrojen seviyesi farkının ortalaması arasında ne çalışma ( $p=0.635$ ) ne de kontrol grubunda ( $p=0.351$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bunun sebebi östrojen seviyesindeki değişimlerden kortikal kemik yapısının daha yavaş ve geç etkilenmesi olabilir. Çünkü alveoler kemik yüksekliği ölçümü yapılırken referans alınan noktalardan biri kortikal kemik yapısındaki alveoler krettir. Yukarıda sözü geçen insanlarda yapılmış çalışmaların sonuçlarıyla bizim çalışmamızın sonuçları arasındaki farkın bir sebebi de alveoler kemik seviyesinin belirlenmesinde kullandığımız bu hassas değerlendirme metodu olabilir.

Ayrıca, çalışmamızda serum östrojen seviyelerinin çalışma grubunda (12.ay;  $6.51\pm 8.36$ ) 0'a inmediği görülmüştür. Kökçü ve ark. (12) yaptıkları çalışmada, postmenopozal kadınlarda vücut ağırlığı ile östrojen seviyesi arasında önemli bir pozitif ilişki bulmuşlardır. Kadınlarda vücut ağırlığı ve yağ dokusu ile orantılı olarak artış gösteren östrojenin kemik metabolizmasına olumlu etkisi sonucu, vücut ağırlığı fazla olan kadınlarda kemik kütle kayıplarının daha düşük düzeylerde seyrettiği öne sürülmüştür (13). Yağ dokusunda aromataz aktivitesinin artmasına bağlı olarak dolaşıma androjenlerin salınması ve bunların da östrojene çevrilmesi serumda östrojen varlığının devam etmesini sağlamaktadır.

Vücut ağırlığının fazla olması ise iskelete mekanik yüklemeye yaparak kemik kütleini korumaktadır. Ayrıca kemik kaybını etkileyen TSH gibi östrojenden başka hormonlar da mevcuttur. Bu görüşler doğrultusunda çalışma sonuçlarımızı incelediğimizde, çalışmamızda yer alan bayanların VKİ ortalamaları çalışma grubunda 29.83±5.38 (fazla kilolu) olarak

bulunmuştur. Bu değer obezite sınırındadır. Bu bulgular ışığında çalışma grubundaki bireylerin cerrahiye rağmen hala bir miktar östrojene sahip olmaları, overleri olmadığı halde ekstragonadal dokularından bir miktar daha östrojen üretmeye devam etmeleri ile açıklanabilir.

#### KAYNAKLAR

- 1- Tezal M, Wactawski J-Wende, Grossi SG, Ho AW, Dunford R, Genco RJ. (2000). The relationship between bone mineral density and periodontitis in postmenopausal women. *J Periodontol.* 71, 1492-1498.
- 2- Kribbs PJ, Smith DE, Chesnut CH. (1983). Oral findings in osteoporosis. Part II: Relationship between residual ridge and alveolar bone resorption and generalized skeletal osteopenia. *The Journal of Prosthetic Dentistry.* 50(5), 719-724.
- 3- Lyritis GP, Karpatios S, Basdekis K, Grigoriou O, Katostanas T, Paspali I, Stamatopoulos T, Siompalioti G, Lyritis PG. (1995 Nov). Prevention of post-oophorectomy bone loss with Tibolone. *Maturitas.* 22(3), 247-53.
- 4- Johnson RB, Gilbert JA, Cooper RJ, Dai X, Newton BI, Tracy RR, West WF, DeMoss TL, Myers PJ, Streckfus CF. (1997). Alveolar bone loss one year following ovariectomy in sheep. *J Periodontol.* 68, 864-871.
- 5- Naito T, Hosokawa R, Ykita M. (1998). Three-Dimensional Alveolar Bone Morphology Analysis Using Computed Tomography. *J Periodontol.* 69, 584-589.
- 6- Ünal O, Ünsal M, Varol S. (1996b). Türk kadınında kemik mineral dansite değerleri. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi.* 10(3), 145-148.
- 7- Ramfjord S. (1959). Indices for prevalence and incidence of periodontal disease. *J Periodontol.* 30, 51-59.
- 8- Mohammed AR. (1997). Spinal Bone Density and Tooth Loss in a Cohort of Postmenopausal Women. *Int J Prosthodont.* 10, 381-385.
- 9- Drozdowska B, Pluskiewicz W. (2002). Longitudinal changes in mandibular bone density compared with hip bone mineral density and quantitative ultrasound at calcaneus and hand phalanges. *British Journal of Radiology.* 75, 743-747.
- 10- Payne JB, Reinhardt RA, Nummikoski PV, Patil KD. (1999). Longitudinal alveolar bone loss in postmenopausal osteoporotic/osteopenic women. *Osteoporos Int.* 10, 34-40.
- 11- Geurs NC, Lewis CE & Jeffcoat MK. (2003). Osteoporosis and periodontal disease progression. *Periodontology 2000.* Vol: 32, 105-110.
- 12- Kökçü A, Çoşkenim Ş, Cengiz E, Kır M. (1991). Postmenopozal kadınlarda serum estradiol, progesteron ve testesteron düzeyleri ile ağırlık, yaş ve postmenopozal süre arasındaki ilişkiler. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi.* 5, 113-117.
- 13- Seyisoğlu H, Erel CT, Yalçınkaya T, Gezer A, Şenocak M, Eryüncel E. (1994). Türk kadınlarında kemik mineral yoğunluğunun yaş, menopoz ve vücut kütleisine bağlı değişimleri. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi.* 8, 75-83.



## İNTRAOPERATİF FROZEN İNCELEMESİ GÜVENİLİR BİR YOL GÖSTERİCİDİR

### *Intraoperative Frozen Section Examination is a Reliable Guidance*

Dr. Davut Güven, Dr. Özgür Erdoğan, Dr. Cazip Üstün, Dr. İdris Koçak, Dr. İsmail Kılıço

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

#### ÖZET

Bu çalışmanın amacı over tümörlerinde intraoperatif olarak yapılan frozen incelemesinin güvenilirliğini tespit etmektir. Bu çalışmada 2005-2008 yılları arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalında yapılmış operasyonlarda geriye dönük olarak frozen inceleme ve parafin blok inceleme sonuçları karşılaştırılmıştır. Frozen incelemede histolojik tip ve malinite potansiyeli tespit edilmiştir. Parafin inceleme frozen sonuçlarını malign tümörlerde % 100, benign tümörlerde % 98.1, borderline tümörlerde % 100 oranında doğrulamıştır. 3 adet yalancı pozitif vaka tespit edilirken, yalancı negatif vakaya rastlanmamıştır. Yaptığımız çalışmada spesifite % 100, sensitivite % 86.4, youden's J değeri % 86.4 olarak tespit edilmiştir. Yapılan istatistik çalışmaları sonucunda gözlenen uyum yüzdesi 0.984 ve kapa değeri 0.918 olarak tespit edilmiştir. Frozen inceleme malign tümörlerdeki yüksek sensitivitesi ve düşük yalancı pozitiflik oranlarıyla over tümörlerinde tedavi yönlendirilmesi için güvenilir bir yöntem gibi gözükmektedir.

**Anahtar kelimeler;** Over tümörleri, frozen

#### ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the accuracy of intraoperative frozen section diagnosis of ovarian masses. This study introduces a comparative analysis of retrospective frozen section examination results and paraffin block examination results which have been taken from the operations between the years of 2005-2008 in 19 Mayıs University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology. A histological type and a malignancy potential are diagnosed in the frozen section examination. The paraffin block examination verifies the frozen section results with a rate of 100%, for malignant tumors, 98.1 % for benign tumors, and 100% for borderline tumors. There are 3 false positive cases while there is no false negative case. In this study, the specificity is 100%, the sensitivity is 86.4%, and the Youden's J is 86.4%. According to statistical results, the observed percentage of consistency is 0.984 and the kappa rate is 0.918. Thanks to its high sensitivity in malignant tumors and its low false positive rate, the frozen section examination seems to be reliable to guide the surgical management of ovarian tumors.

**Key Words:** Ovarian Tumors, frozen section

#### Giriş

Over ve pelvik bölge tümörlerinde son söz her zaman spesmenlerin patolojik incelemesinin parafin blok değerlendirmesi ile söylenir (1-3). İntraoperatif olarak yapılan bir frozen incelemesinin sonucu yapılacak cerrahinin şeklini belirlerken fertilitate kaygısı olan vakalarda da çok önemli bir yol göstericidir. Bu çalışmada incelemeler retrospektif olarak yapılarak over tümörlerinde frozen ve parafin blok incelemeleri karşılaştırılmıştır. Frozen incelemesinin güvenilirliği parafin incelemeler referans alınarak tespit edilmiştir.

#### MATERYAL VE METOD

2005-2008 yılları arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalında yapılan operasyonlarda alınan 191 frozen inceleme sonucu ve parafin blok inceleme sonuçları hasta dosyalarına ulaşılarak elde edildi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim dalında frozen inceleme spesimen dondurulup kesit alındıktan sonra hemotoksilen eosin ile boyanarak yapıldı. Parafin bloklar ise spesimen formol ile fikse edilip kesitler alınıp hemotoksilen eosinle boyandıktan sonra yapıldı. Frozen sonucu ile parafin blok sonucu karşılaştırılarak her tümörün malinite potansiyeli, benign borderline ve malign olarak belirlendi. Tümörlerin histolojik

tiplerinde basit kist, epitelyal tümör, germ hücreli tümör, metastatik tümör olarak belirtildi. Biz bu sonuçları göz önünde bulundurarak sensitivite spesivite pozitif prediktif, negatif prediktif değerleri tespit ettik. Bu sonuçlar doğrultusunda malinite potansiyeli tespitinde frozen incelemesinin güvenilirliğini değerlendirdik.

#### BULGULAR

2005-2008 yılları arasında toplam 191 vakaya frozen inceleme ve arkasından parafin inceleme yapılmıştı. Frozen inceleme yapılan 182 hastada sonuçlar parafin inceleme ile doğrulanmıştı (% 95.2)(Tablo1) Frozen inceleme sonuçları malign tümörlerde %100 benign tümörlerde % 98.2 borderline tümörlerde % 100 olup parafin değerlendirme sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Toplam 3 hastada % 1.57 frozen incelemeyle parafin değerlendirme farklı sonuçlanmıştır. Frozen inceleme benign olarak raporlandığı halde parafin değerlendirme sonucu malign olarak raporlanmıştır. Spesifite ve sensitivite malign tümörler için sırasıyla %100, % 86.4 tespit edilirken, pozitif prediktif değer %100, negatif prediktif değer % 98.2, youden's J değeri % 86.4, uyum yüzdesi 0.984 ve kappa değeri 0.918 olarak ortaya çıkmıştır.

## TARTIŞMA

Biz bu çalışma ile gördük ki overian lezyonların intraoperatif tanısı eğer tümörün; sadece malinite potansiyeli göz önünde bulunduruluyorsa yüksek güvenilirlik oranıyla mümkündür. Bu sonuçlar literatür ile de uyumludur (%92,7 ye %98,7)[1,4-8]

Bazı çalışmalarda borderline tümörlerin morfolojik olarak daha karmaşık yapıda olmaları ve operasyon sırasında örnekemenin yeterince yapılamaması nedeniyle daha az güvenilirlikle tanı alabildiklerinden bahsedilmektedir(9-10). Borderline tümörler için başka bir literatürde; müsinoz tümörler genellikle büyük hacimli ve heterojen yapıda olup, bu tümörlerde benign, malign ve borderline alanların bir arada bulunabilmeleri nedeniyle tanıda zorlanılabileceği belirtilmektedir (10). Bizim çalışmamızda 6 vakanın frozen sonucu borderline gelmiş ve bunlar parafin blok sonuçlarıyla paralellik göstermiştir.

Bizim çalışmamızda borderline tümörlerin tanısındaki sensitivitemiz (%100) literatür ile karşılaştırıldığında oldukça yüksektir (%44,4-%50) [4].

Bu değerlendirme özellikle genç hasta gurubunda fertilitenin korunmasına yönelik tedavinin planlanması söz konusu olduğunda önemlidir.

Frozen incelemede histolojik tipi belirlemek malinite potansiyelini değerlendirmekten daha güçtür. Bizim çalışmamızda diğer yayınlara benzer oranlarda frozen ve parafin blok tanılarını paralellik gösterdi (% 85).

Bizim intraoperatif olarak tanı koyma kabiliyetimiz benign ve malign over vakalarda literatür ile uyumlu olarak yüksek olmakla birlikte borderline tümörlerde literatürde belirtilenden daha yüksekti. Bizim sonuçlarımız frozen inceleme sonuçlarının güvenilirliğini çok büyük oranda doğrulamıştır ki bu durum preoperatif tanı metodlarına bir üstünlüktür (9). Ayrıca bir çok vaka da cerrahi tedaviyi doğru yönlendirme de tam anlamıyla yardımcı olabilir. Bizim önerimiz şudur ki cerrah ve patoloğun tanısallı doğruluk oranlarını artırmak ve bunu devam ettirmek için tam bir uyum içinde çalışması esastır

## KAYNAKLAR

- 1- Bastos de Cunha A, Salvatore CA, Faria RM, Frozen section of ovarian neoplasms. *Int J Obstet Gynecol* 1983;21:103-10
- 2- Fechner RE. Frozen section (intraoperative consultation). *Hum Pathol* 1988;19:999-1000
- 3- Herman Uj, Locher GW, Golhivish A. Sonographic patterns of overian tumors:prediction of malignancy. *Obstet Gynecol* 1987;69:777-81
- 4- Rose PG, Rubin RB, Nelson BE, Hunter RE, Reale FR. Accuracy of frozen section (intraoperative consultation ) diagnosis of overian . *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:823-6.
- 5- Obiakor I, Maiman M, Mittal K, Awobuluyi M, DiMaio T, Demopoulos R. The accuracy of frozen section in the diagnosis of ovarian neoplasms. *Gynecol Oncol* 1991;43:61-3.
- 6- Usubütün A, Altınok G, Küçükali T. The value of intraoperative consultation (frozen section) in the diagnosis of ovarian neoplasms. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:1013-6.
- 7- Lim FK, Yeoh CL, Chong SM, Arulkumaran S. Pre and intraoperative diagnosis of ovarian tumors: how accurate are we? *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1997;37:223-7.
- 8- Hamed F, Badia J, Chuaqui R, Wild R, Barrena N, Oyarzun E, Mayerson D. Role of frozen section biopsy in the diagnosis of adnexal neoplasms. *Rev Chil Obstet Gynecol.* 1993;58:361-4.
- 9- Menzin AW, Rubin SC, Noumoff JS, LiVolsi VA. The accuracy of a frozen section diagnosis of borderline ovarian malignancy. *Gynecol Oncol* 1995;59:183-5. 15.
- 10- Scully RE, Young RH, Clement PB. Tumors of the ovary, maldeveloped gonads, fallopian tube, and broad ligament. In: *Atlas of tumor pathology. Third Series.* Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1998.

# GEBELİKTE ETKİLENEN DERMATOLOJİK HASTALIKLAR: DERLEME

## *Dermatological Diseases Affected by Pregnancy: Review*

Dr. Selda Pelin Kartal Durmazlar, Dr. Fatma Eskiöğlü  
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

### ÖZET

Gebelikte görülen immünolojik, endokrin, metabolik ve vasküler değişiklikler bazı dermatolojik hastalıkları alevlendirir veya daha nadiren de gerilemesini sağlar. Bu derlemede gebelikten etkilenen dermatolojik hastalıklar tartışılacaktır.  
**Anahtar kelimeler:** Gebelik, dermatolojik hastalıklar

### ABSTRACT

The immunologic, endocrine, metabolic and vascular changes of pregnancy make the pregnant woman susceptible to aggravation or less often to improvement of certain skin diseases. This review will discuss dermatological diseases affected by pregnancy.

**Key words:** Pregnancy, dermatological diseases

### Giriş

Gebelikte görülen immünolojik, endokrin, metabolik ve vasküler değişiklikler nedeniyle bazı dermatolojik hastalıkların gebelikte alevlendiği, bazılarının ise gebelikte beraber gerilediği gözlemlenir. Bu derlemede bazı dermatolojik hastalıkların gebelik nedeniyle değişebilen seyri incelenecektir. Tablo 1'de gebelikten etkilenen dermatolojik hastalıklar özetlenmiştir.

### Inflamatuvar hastalıklar

Atopik dermatit gebelikte gerilemekten ziyade alevlenme eğilimindedir (1,2). Gerileme ancak %24 hastada

rapor edilmiştir (1). Atopik yatkınlığı olanlarda hastalığın ilk defa gebelikte beraber ortaya çıktığı gözlemlenebilir. İritan el dermatiti ve meme başı egzeması postpartum görülür ve meme başı egzeması emziren annelerde problem yaratabilir. (3). Ürtikerin gebelikten olumsuz etkilendiği bilinmektedir (2,4).

Gebelikte apokrin aktivitenin düştüğüne inanılması hastalarda daha önce var olan Fox-Fordyce hastalığı ve hidradenit süpürativanın gebelikte klinik olarak iyileşme göstermesi nedeniyle ancak bu konuda fikir birliğine varılamamıştır. Bu hastalıklarda daha sonra postpartum alevlenmeler görülebilmektedir (5,6).

Tablo 1. Gebelikten etkilenen dermatolojik hastalıklar

Enflamatuvar	Enfeksiyöz	Otoimmün	Metabolik
Atopik dermatit*	Fungal	SLE	Porfiry a kutaneatarda
Psoriasis	Candida	Sistemik skleroz	Akrodermatitis enteropatika
Kronik plak*	Herpes virus	Dermatomiyozit	
Püstüler (impetigo herpetiformis)	HSV, VZV	Pemfigus	
Akne vulgaris*	Lepra		
Fox -Fordyce*	Protozoal		
Hidradenit is süpürativa*	Trikomonas		
Ürtiker	Kondiloma aküminatam		

\*:Gebelikte gerileyebilir



Artmış östrojen seviyesinden dolayı üçüncü trimesterde sebase bez aktivitesinin arttığı öne sürülmüştür (2,5) ancak bu konuda çelişkili yayınlar vardır (2). Gebelikte aknenin seyri değişkendir ve bazen ilk defa gebelikte ortaya çıkabilir (7). Tedavi gerektiren akne olgularının tedavisinde oral eritromisin (0.5g günde iki defa) kullanılabilir. Ayrıca çok ciddi enflamatuar akne varlığı veya skar riski olması durumunda kısa süreli oral kortikosteroidlerde birinci trimesterden sonra kullanılabilir (8).

Gebelikte görülen ya da gebelikte alevlenen en sık psoriasis tipi kronik plak psoriasis, daha nadir görüleni ise püstüler psoriasisdir (9,10). Genel olarak ise psoriasis gebelikten %30-65 oranında olumlu etkilenir. %10-20 oranında da hastalıkta alevlenme görülür (11). Lezyonlarda gerileme genellikle daha çok ilk, daha nadiren de ikinci trimesterde olur. Emzirmenin psoriasis üzerine olumlu ya da olumsuz etkisi saptanamamıştır (11). Gebelikte psoriasisdeki görülen gerileme için çeşitli hipotezler öne sürülmüştür. Boyd ve arkadaşları (9) gebelikte görülen hormon aracılı immün sistem baskılanması üzerinde durmuş ve psoriasisdeki gerilemeyi progesteronun sağladığını öne sürmüşlerdir. Ayrıca keratinositlerin östrojen ve progesteron gibi steroid hormonları metabolize edebildiği gösterilmiş olduğundan hormonal değişimlerin keratinositler üzerine direkt etkisi olabileceğini de savunmuşlardır (9). Bir başka hipotez ise gebelikte artan ve psoriasis üzerine olumlu etkileri olduğu bilinen interlökin 10'un rolü olduğu yönündedir. Psoriatik artrit gebelikte tetiklenerek ortaya çıktığı ya da alevlendiğine inanılmaktadır (2). Diğer taraftan psoriatik artrit olan gebelerde gerileme olduğunu belirten yayınlar da vardır (12,13). % 30-40 psoriatik artritli hastanın şikayetleri postpartum ya da perimenapozal dönemde başlar (11). Psoriasisin gebelikten etkilenen seyri için progesterondan ziyade gebelikte artan östrojen düzeyinin etkisi üzerinde de durulmaktadır (14).

İmpetigo herpetiformis püstüler psoriasisin gebelikte tetiklenen bir formu olarak düşünülmektedir (15) ancak buna karşıt görüşler de mevcuttur (11,14). Aynı bir hastalık olarak düşünülmesi gereğinin sebepleri olarak impetigo herpetiformis hastalarında psoriasis hikâyesinin genellikle bulunmaması ve bu hastalarda sonradan psoriasis görülmemesi, eşlik eden ağır sistemik şikayetler ayrıca hastalığın düşük serum kalsiyum ve vitamin D düzeyleri ile ilişkisi öne sürülmüştür (14). Diğer taraftan düşük kalsiyum düzeylerinin jeneralize püstüler psoriasis alevlendirdiği de bilinmektedir (16). Hastalık şikâyetlerinin başlangıcı genellikle üçüncü trimesterde olur ve bazen postpartum devam eder. Hastalık diğer gebeliklerde tekrar eder ve her bir sonraki gebelikte hastalığın şiddetinin arttığı ve gebeliğin daha erken dönemlerinde ortaya çıktığı gözlemlenir. Gebelikler arasında hastalarda genellikle psoriasis lezyonlarının görülmediği bildirilmiştir. Oral kontraseptif kullanımı hastalıkta alevlenmeye sebep olur (17,18). Klinik tablo genellikle fleksör bölgelerde eritemli zemin üzerinde küçük püstüllerin ortaya çıkması ile başlar ve bu püstüller plak oluşturacak şekilde birleşerek dağılır. Tutulum genellikle gövdede yoğunur ancak

tüm vücuda yayılabilir. Bukkal mukoza, dil ve özefagus tutulumu da görülebilir. Genellikle ateş, kusma ve diyare gibi sistemik semptomlar ile beraberdir. Kardiyak veya renal yetmezlikten ölüm olabilir (15). Lezyonların histopatolojik incelenmesinde subkorneal nötrofilden zengin büller tespit edilir ve bu bulgular püstüler psoriasis ve subkorneal püstüler dermatozun histopatolojik bulguları ile benzerlik gösterir. Büller sterildir (15). Plasental yetmezlik nedeniyle ölü doğum ya da yenidoğan ölümü görülebilir (17). Gebelerde tetani, konvülsiyon ya da deliryum görülebilir (2). Tedavide kortikosteroidler kullanılır ancak cevap değişkendir. Bazen gebeliğin sonlandırılması gerekebilir (15).

### Enfeksiyonlar

Gebelikte bazı enfeksiyonların görülme sıklığının artmasının sebebi immünosupresyon etkileri olan östrojeninin artmasına bağlanmaktadır (19). Östrojenin immün sistem üzerine olan etkileri i) azalmış hücre-aracılı immünite, ii) azalmış nötrofil fonksiyonu, iii) doğal öldürücü hücrelerin aktivasyonunda azalma, iv) lokal antikor cevabında bozukluktur (2).

Kandida vajiniti gebelerde %56'ya varan oranda görülmektedir ve bu kadınların yenidoğan bebeklerinde %50'ye varan oranda kandida kültüründe üreme tespit edilir. Trikomonas enfeksiyonu ise gebelerde %60'a varan oranlarda görülmektedir ve fetüs üzerine olumsuz etkisi yoktur (2). Malassezia furfurum sebep olduğu pitrosporum folliküliti gebelerde daha sık görülmektedir (20). Blastomikoz, koksidiyomikoz gibi sistemik mantar enfeksiyonları da gebelerde rapor edilmiş olmasına rağmen görülme sıklıkları bilinmemektedir (2).

Kondiloma aküminata gebelikte hızla büyüyerek doğum kanalını tıkayabilir (21). Tekrarlayan genital herpes simpleks virüs (HSV) enfeksiyonu gebelikte artmaz ancak fetal mortalite ve morbiditeye sebep olması sebebiyle kritik bir öneme sahiptir. HSV enfeksiyonunun fetüse geçme oranı annesinde primer enfeksiyon olanlarda %50 iken, tekrarlayan kronik enfeksiyon varlığında bu oran %5'e düşer (22). Yenidoğan HSV enfeksiyonunda fetal morbidite ve mortalite yüksektir (23). Gebeliğin 26. haftasından sonra primer HSV enfeksiyonu olan gebelerde enfeksiyon yaygınlaşabilir ve anne ve bebek için mortalite %50 oranına ulaşabilir (24). Eğer primer enfeksiyon ilk trimesterde görülürse %14 maternal pnömoni, %3 ölüm, prematür doğum ve konjenital varisella sendromu görülebilir (25). Herpes zoster enfeksiyonunun maternal ya da fetal morbiditeye ya da mortaliteye sebep olmaz (26).

Edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS) artmış maternal ve fetal mortalite, intrauterin gelişme geriliği, prematürite ve dismorfik sendrom ile ilişkili bulunmasına rağmen, hafif ve orta derecede immün baskılanması olan AIDS hastalarında gebeliğin hastalığın seyri üzerine etkisi olmadığı kohort çalışmalarla gösterilmiştir (2).



Lepra hastalarının üçte birinde gebelik ya da laktasyonun ilk 6 ayında alevlenme görülür (27). Gebeliğin ilk trimesterinde tip 1 lepra reaksiyonunda (hücrel immün yanıtta akut gelişen alevlenme nedeniyle oluşur) artma, daha sonra azalma ve doğum sonrasında tekrar artma görülür (28). Tip 2 reaksiyon (eritema nodosum leprozum) ise birinci ve üçüncü trimesterde artış gösterir (29). Lepra yüksek yenidoğan mortalitesine sahiptir, düşük doğum ağırlığı ve küçük plasenta ile ilişkisi bildirilmiştir. Annesinde lepra olan çocukların %20 kadarında puberteye kadar lepranın ortaya çıktığı gözlemlenir (30).

#### **Otoimmün hastalıklar**

Sistemik lupus eritematosus (SLE) genellikle gebelikte alevlendiği düşünülür ancak görülme sıklığı tam olarak bilinmemektedir (2). Hastanın gebe kalmadan en az 3 ay önce remisyona girmesi durumunda gebelik genellikle iyi tolere edilir. Eğer hastalığın aktif döneminde gebelik olmuşsa, yaklaşık %50 hastada alevlenme görülür ve düşük oranda da olsa renal hasar hatta ölüm görülebilir. SLE ilk defa gebelikte ortaya çıkmışsa klinik tablo ağırlaşır (2). Gebelikte en sık SLE'nin kutanöz bulguları ikinci sıklıkta ise artrit alevlenme görülür (3). Ekstremitelerde görülen ağırlı vaskülitik lezyonlar en sık görülen bulgudur. Maternal lupusun şiddeti ile fetus mortalite ve morbititesi korelasyon gösterir (31). Prematür doğum %16-37 oranında görülür ve normalden 2-4 kat daha fazla spontan düşük görülür. Neonatal lupus annesinde dolaşan anti-Ro (SS-A) bulunan bebeklerde görülen, konjenital kalp bloğu ve tipik deri döküntüsü ile seyreden nadir bir sendromdur. (32). Antifosfolipid antikor sendromu ise tromboz, tekrarlayan düşüklükler, migren, inme ve/veya trombositopeni ile beraber olan bir hastalıktır (33). Kronik kutanöz lupus ise gebelikten etkilenmez (2). Sistemik skleroz gebelikten belirgin olarak etkilenmez ancak hastalarda artmış preeklampsi, hipertansiyon ve renal yetmezlik bildirilmiştir (34). Dermatomiyozit/polimiyozit hem anne hem de bebeğe zarar verebilir. Etkilenen hastaların %50'sinde heliotrop döküntü ve proksimal kas zayıflığı görülür (35). Olguların yarısından çoğunda spontan abortus, ölü doğum veya yenidoğan ölümü görülür.

Pemfigus vulgaris, vejetans veya foliaseus gebelikte görülebilir ve genellikle bu hastalıklar gebeliğin birinci ya da ikinci trimesterde alevlenirler (36,37). IgG antikorların transplasental yolla fetusa geçişi sebebiyle postpartum 2-3 haftada düzelen neonatal pemfigus görülebilir (38). Fetal ölüm multifaktöriyeldir; plasental yetmezlik, cilt lezyonları, annenin ilaç alımına bağlı olduğu düşünülmektedir.

#### **Metabolik hastalıklar**

Porfiriya kutanea tarda östrojenden olumsuz etkilenir, bu nedenle gebelikte alevlenmesi beklenir (39,40). Gebelik, östrojen içeren ilaçlar ve demir takviyesinin porfiriya kutanea tardayı alevlendirdiği bilinmektedir (40). Gebelikte artan östrojenin yanı sıra demir hapı kullanılması da hastalık

şikayetlerinin artmasını sağlar. Tedavide güneşten korunma ve plazma ferritin konsantrasyonunun 25µg/L'in altında olması sağlanmalıdır. Bunun için flebotomi uygulanabilir ve çok dirençli olgulara klorokin verilebilir. Ancak klorokinin fetüste oküler toksisite yaptığına ve güvenilir olmadığına dair yayınlar vardır. Flebotominin fetus üzerine olumsuz etkisi rapor edilmemiştir (40).

Akrodermatitis enteropatika dermatit, diyare ve alopesi ile karakterize bir hastalıktır. Dermatit periorifisyal, genital ve akral bölgeleri tutar. Hastalarda çinko taşıyan proteinde mutasyon tespit edilmiştir ve çinkonun gastrointestinal emiliminde kısmi bozukluk nedeniyle çinko eksikliği görülür. Yenidoğan ve çocuklarda daha sık görülür, pubertede geriler ve gebelikte tipik olarak şikayetler alevlenir. Etkilenen bölgelerde eritemli, erode alanlar ve bazen büller görülür. Tedavi edilmezse büyüme geriliği, hipogonadizm, anoreksi, emosyonel labilite, enfeksiyon ve hatta ölüme sebep olur. Gebelikte serum çinko düzeyinin düşmesi alevlenme sebebidir. Gebelikte çinkodaki düşüşün tamamen fetusun ihtiyacını karşılamak amaçlı olmadığı östrojenin de bu düşüşte etkisi olduğu düşünülmektedir (40). Çünkü oral kontraseptif kullanan kadınlarda da serum çinko düzeyinin düştüğü görülmüştür. Birinci trimesterin sonları ya da ikinci trimesterde şikayetler başlar, gebelik süresince artar ve postpartum hızlı bir şekilde gerileme görülür. Oral çinko fetus için teratojen değildir ve şikayetlerin düzelmesini sağlar. Tedavi almayan hastaların bebekleri genellikle normaldir ancak anensefali gibi fetal anomaliler bildirilmiştir (2,40).

#### KAYNAKLAR

- 1- Kemmett D, Tidman MJ. The influence of the menstrual cycle and pregnancy on atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1991; 125: 59-61.
- 2- Kroumpouzou G, Cohen LM. Dermatoses of pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 1-19.
- 3- Vaughan Jones SA, Black MM. Pregnancy dermatoses. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 233-41.
- 4- Warrin RP, Cunliffe WJ, Greaves MW, Wallington TB. Recurrent angioedema: familial and oestrogen-induced. *Br J Dermatol* 1986; 115: 731-4.
- 5- Winton GB, Lewis CW. Dermatoses of pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 1982; 6: 977-98.
- 6- Cornbleet T. Pregnancy and apocrine diseases: hidradenitis, Fox-Fordyce disease. *Arch Dermatol Syph* 1952; 65: 12-9.
- 7- Cummings K, Derbes VJ. Dermatoses associated with pregnancy. *Cutis* 1967; 3: 120-6.
- 8- Gollnick H, Cunliffe W, Berson D, Dreno B, Finlay A, Leyden JJ, Shalita AR, Thiboutot D; Global alliance to improve outcomes in acne. Management of acne: a report from a global alliance to improve outcomes in acne. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 1-37.
- 9- Boyd AS, Morris LF, Phillips CM, Menter MA. Psoriasis and pregnancy: hormone and immune system interaction. *Int J Dermatol* 1996; 35: 169-72.
- 10- Mowad CM, Margolis DJ, Halpern AC, Suri B, Synnestvedt M, Guzzo CA. Hormonal influences on women with psoriasis. *Cutis* 1998; 61: 257-60.
- 11- Tauscher AE, Fleischer AB, Phelps KC, Feldman SR. Psoriasis and pregnancy. *J Cutan Med Surg* 2002; 6: 561-70.
- 12- McNeill ME. Multiple pregnancy-induced remissions of psoriatic arthritis: case report. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159: 896-7.
- 13- Ostensen M. Pregnancy in psoriatic arthritis. *Scand J Rheumatol* 1988; 17: 67-70.
- 14- Oumeish OY, Al-Fouzan AW. Miscellaneous diseases affected by pregnancy. *Clin Dermatol* 2006; 24: 113-7.
- 15- Al-Fares SI, Jones SV, Black MM. The specific dermatoses of pregnancy: a re-appraisal. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15: 197-206.
- 16- Baker H, Ryan TJ. Generalized pustular psoriasis: a clinical and epidemiological study of 104 cases. *Br J Dermatol* 1968; 80: 771.
- 17- Lotem M, Katzenelson V, Rotem A, Hod M, Sandbank M. Impetigo herpetiformis: a variant of pustular psoriasis or a separate entity? *J Am Acad Dermatol* 1989; 20: 338-41.
- 18- Oumeish OY, Farraj SE, Bataineh AS. Some aspects of impetigo herpetiformis. *Arch Dermatol* 1982; 118: 103-5.
- 19- Styrt B, Sugarman B. Estrogens and infection. *Rev Infect Dis* 1991; 13: 1139-50.
- 20- Heymann WR, Wolf DJ. Malassezia (pityrosporum) folliculitis occurring during pregnancy. *Int J Dermatol* 1986; 25: 49-51.
- 21- Matsunaga J, Bergman A, Bhatia NN. Genital condylomata acuminata in pregnancy: effectiveness, safety and pregnancy outcome following cryotherapy. *Br J Obstet Gynecol* 1987; 94: 167-72.
- 22- Proper CG, Sullender WM, Yasukawa LL, Au OS, Yeager AS, Arvin AM. Low risk of herpes simplex virus infections in neonates exposed to the virus at the time of vaginal delivery to mothers with recurrent genital herpes simplex virus infections. *N Engl J Med* 1987; 316: 240-4.
- 23- Spence MR. Genital infections in pregnancy. *Med Clin North Am* 1977; 61: 139-51.
- 24- Peacock JE, Sarubbi FA. Disseminated herpes simplex virus infection in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1983; 62: 13-8.
- 25- Paryani SG, Arvin AM. Intrauterine infection with varicella-zoster after maternal varicella. *N Engl J Med* 1986; 314: 1542-6.
- 26- Stagno S, Whitley RJ. Herpes virus infections of pregnancy. Part II: Herpes simplex virus and varicella-zoster virus infections. *N Engl J Med* 1985; 21: 1327-30.
- 27- Lockwood DN, Sinha HH. Pregnancy and leprosy: a comprehensive literature review. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1999; 67: 6-12.
- 28- Duncan ME, Pearson JM, Ridley DS, Melsom R, Bjune G. Pregnancy and leprosy: the consequences of alterations of cell-mediated and humoral immunity during pregnancy and lactation. *Int J Lepr* 1982; 50: 425-35.
- 29- Duncan ME, Pearson JM. The association of pregnancy and leprosy III. Erythema nodosum leprosum in pregnancy and lactation. *Lepr Rev* 1984; 55: 129-42.
- 30- Duncan ME. An historical and clinical review of the interaction of leprosy and pregnancy: a cycle to be broken. *Soc Sci Med* 1993; 37: 457-72.
- 31- Johnson MJ, Petri M, Witter FR, Repke JT. Evaluation of preterm delivery in a systemic lupus erythematosus pregnancy clinic. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 396-9.
- 32- Watson RM, Lane AT, Barnett NK, Bias WB, Arnett FC, Provost TT. Neonatal lupus erythematosus: a clinical, serological, and immunogenetic study with review of the literature. *Medicine* 1984; 63: 362-78.
- 33- Frances C, Piette JC. Cutaneous manifestations of Hughes syndrome occurring in the context of lupus erythematosus. *Lupus* 1997; 6: 139-44.
- 34- Karlen JR, Cook WA. Renal scleroderma and pregnancy. *Obstet Gynecol* 1974; 44: 349-54.
- 35- Gutierrez G, Dagnino R, Mintz G. Polymyositis/dermatomyositis and pregnancy. *Arthritis Rheum* 1984; 27: 291-4.
- 36- Honeyman JF, Eguiguren G, Pinto A, Honeyman AR, de la Parra MA, Navarrete W. Bullous dermatoses of pregnancy. *Arch Dermatol* 1981; 117: 264-7.
- 37- Goldberg NS, DeFeo C, Kirshenbaum N. Pemphigus vulgaris and pregnancy: risk factors and recommendations. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28: 877-9.
- 38- Storer JS, Galen WK, Nesbitt LT, Deleo VA. Neonatal pemphigus vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1982; 6: 929-32.
- 39- Lamon JM, Frykholm BC. Pregnancy and porphyria cutanea tarda. *Johns Hopkins Med J* 1979; 145: 235-7.
- 40- Perez-Maldonado A, Kurban AK. Metabolic diseases and pregnancy. *Clin Dermatol* 2006; 24: 88-90.

## KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM EĞİTİMİNDE İLETİŞİM VE DANIŞMANLIĞIN ÖNEMİ

### *Importance of development of communication and consultation abilities in the training of obstetricians and gynecologists*

SB Acil Obstetrik Kitabından Alınmıştır

#### Özet

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının asistanlık eğitimi sırasında hekimlerin iletişim ve danışmanlık becerilerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. SB Acil Obstetrik Kitabında yer alan bu bölüm alınarak hekimlerinin bilgilerini tazelemeleri amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** İletişim, Danışmanlık, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı

#### Abstract

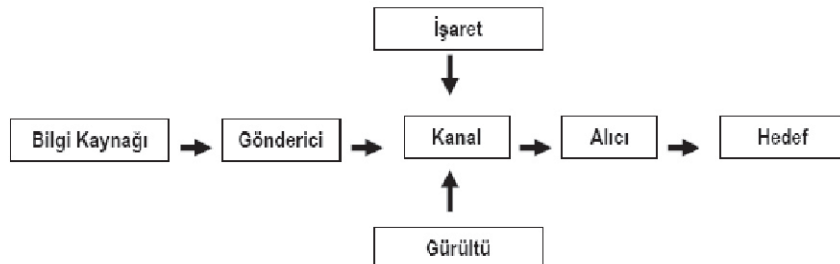
Increasing the abilities of communication and consultation is very important in the training of obstetricians and gynecologists is very important. In the present paper theory and practice of communication skills is reviewed.

**Key Words:** Communication, consultation, obstetrician and gynecologist

**İletişim:** Bilgi, haber, düşünce, fikir ve duyguların sözlerle, işaretlerle ya da hareketlerle bir kaynaktan ya da bir vericiden bir alıcıya aktarılması, iletilmesidir. İletişim, dinlemeyi, okumayı, konuşmayı ve düşünmeyi de içeren bir davranış yelpazesi bütünüdür. Bu davranışlar zaman içinde oluşur ve bazen de birbirleri ile üst üste gelirler. İletişim kurarken her ne kadar ortak bir anlama zemini arasak da, araştırmalar bize anlamının sınırı ve gerçek bir sonu olmadığını göstermektedir. İletişim, davranış değişikliği oluşturmak üzere düşünce, bilgi, tutum, ve becerilerin paylaşılması sürecidir. İletişim bir ürün değildir. İletişimin anlamı, sadece bir broşür, afiş veya sosyal içerikli bir temsil hazırlamak değildir. İletişim, belirsizliği en aza indiren bir SÜREÇ olarak görmek, onu anlamak açısından faydalı olur. İletişim kısaca “bilgi üretme, aktarma ve anlamlandırma süreci” olarak tanımlanabilir. Genel anlamda iletişimin gerçekleşmesi için “iki sistem” gereklidir. İki system arasındaki karşılıklı bilgi alışverişi iletişimdir. Kaynağını ve hedefini insanların oluşturduğu iletişimlere “kişiler arası iletişim” denir. Karşılıklı iletişimde bulunan kişiler, bilgi/sembol üreterek, bunları birbirine aktararak ve yorumlayarak iletişimi sürdürürler.

#### İletişimin Öğeleri:

İletişim, katılanların bilgi/sembol üreterek birbirlerine ilettikleri ve bu iletileri anlamaya, yorumlamaya çalıştıkları bir süreçtir. İletişimin ne olduğunu tanımlayan çeşitli iletişim modelleri vardır. Bunların en tanınmışlarından birisi olan model beş temel öge den oluşmaktadır. Bu öğelerden bilgi kaynağı, mesajın oluştuğu yerdir. Eğer iletişimi başlatan bir insane ise, bu insanın beyni bilgi kaynağı sayılır. Gönderici bilgi kaynağında oluşan mesajın, alıcıya gönderilmek üzere işaret şekline dönüştürüldüğü yerdir. İletişim zincirinde, bilgi kaynağı “linguistik”, gönderici ise “fizyolojik” düzeyde fonksiyona sahiptir. Kanal, göndericiden yola çıkan mesajın hedefe ulaşmasını sağlayan ileticidir. Mektuplar, telefon telleri ya da yüz yüze konuşma ortamındaki hava, kanala örnek gösterilebilir. Alıcı kanaldan gelen işaretleri hedefe ulaştırın yapıya verilen addır. Göz ve kulak alıcılara örnektir. Hedef ise, alıcıdan iletilen işaretlerin yorumlandığı, anlamlandırıldığı yerdir. Karşıdan mesaj alan kişinin beyni, hedef sayılır



## İletişim Öğelerinin Nitelikleri:

### KAYNAK (VERİCİ):

Konuyu iyi bilen,  
Konuyla yakından ilgilenen,  
Ulaşmak istediği çevrenin ortamını ve  
insanlarını tanıyıp onlarla iyi ilişkileri olan,  
Alıcının anlayacağı dilde konuşan,  
Uygun bir iletişim kanalını seçmiş.

### ALICI:

İletiyi fark edebilen, almak isteyen, ilgili  
Dikkatle dinleyen,  
İletinin değerini anlayan,  
Anladığını geri bildiren.

### İLETİ (MESAJ):

Açık ve kısa olmalı,  
Doğru,  
Alıcının ihtiyaçlarına cevap veren,  
Uygun zamanda  
Anlamlı.

### KANAL (YOL; ARAÇ; ARACI):

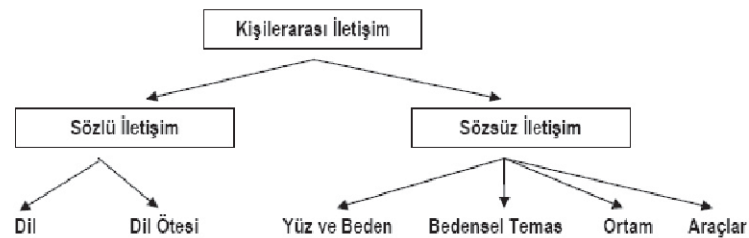
Uygun  
Ulaşılabilir  
Temin edilebilir, ödenebilir,  
Hoşa giden, dikkat çekici ve hitap eden.

### Kişiler Arası İletişim Sınıflaması:

#### KANAL (YOL; ARAÇ; ARACI):

- Uygun
- Ulaşılabilir
- Temin edilebilir, ödenebilir,
- Hoşa giden, dikkat çekici ve hitap eden.

#### Kişiler Arası İletişim Sınıflaması:



#### Kişiler Arası İletişim İçinde Sözsüz Ve Sözlü İletişimin Yeri

Sözsüz iletişim:	% 55	(Yüz ifadesi)
Sözlü iletişim:	% 38	(Ses tonu v.b dil ötesi öğeler)
	% 7	(Kelimeler, sözlü kapsam)



### **Kişiler Arası İletişim İçinde Sözsüz ve Sözlü İletişimin Yeri**

Sözsüz iletişim: % 55 (Yüz ifadesi) Sözlü iletişim: % 38 (Ses tonu v.b dil ötesi öğeler) %7 (Kelimeler, sözlü kapsam) Mesajların sözlü, sözsüz ya da yazılı olarak istenen ilişki biçimine uygun verilebilmesi, iletişim becerilerinin geliştirilmesi ile mümkündür. İletişim becerilerinin önemi, iletişimin yalnızca bazı bilgi ve mesajları söylemekten daha çok bir “tutumlar” bütünü olmasından kaynaklanır. İletişim, sadece kelimeleri söylemekten daha fazla öge içerir. İletişim becerileri, mesajın aktarımı için seçilmiş olan sözcükler, beden dili ve sestten oluşan bir bütündür. İçeriğin aynı kalması koşuluyla kelimeler % 7, ses %38 ve beden dili % 55 oranında iletişimi yapılandırmada rol oynar.

### **Sözlü İletişim: “Dil”**

İnsanların karşılıklı konuşmaları dille iletişimdir. Kişiler ürettikleri bilgileri birbirlerine ileterek anlamlandırır. Ses tonu, sesin hızı, şiddeti, hangi kelimelerin vurgulandığı, duraklamalar ve benzeri özellikler de önemlidir. Dille iletişimde kişilerin “ne söylediği” ve “nasıl söylediği” önemlidir. Araştırmalar insanların günlük yaşamda birbirlerinin ne söylediklerinden çok, nasıl söylediklerine dikkat ettiklerini göstermektedir.

Karşımızdakinin söylediklerinin kapsamı kadar, hatta daha da fazla, ses tonundaki canlılık bizi ilgilendirir.

### **Sözlü İletişim:**

Sözlü iletişim, başvuranlara onları duyduğunuzu, anladığınızı, kabul ettiğinizi gösterir ve başvuranların kendilerini ve kendi ihtiyaçlarını anlamalarına yardımcı olur.

### **Sözlü iletişimin bileşenleri:**

- I. Sözle teşvik etme, soru sorma,
- II. Uygun bir ses tonu kullanma,
- III. Basit bir dil kullanma
- IV. Yansıtma
- V. Açıklığa kavuşturma
- VI. Geri bildirim:

### **Sözle Teşvik Etme:**

Danışmanlar ilgi ve anlayışlarını “anlıyorum”, “doğru” gibi kısa cevaplar vererek ifade edebilirler. Bu tür kısa cevaplar baş sallamakla aynı anlama gelir. Sözle teşvik etmede şu noktalar önemlidir:

1. Sözlü teşvik, danışmanın dinlediğini gösterir. Başvuranın konuşmasına devam etmesine yardımcı olur.
2. Sözlü teşvik özellikle utangaç kişiler için gereklidir. (Ek 1)

### **Soru Sorma:**

Danışmanlıkta önemli hususlardan birisi başvuranların ihtiyaçlarının anlaşılması ve buna uygun danışmanlık hizmetinin sunulmasıdır.

1. Başvuranın ihtiyaçlarını değerlendirirken,
2. Başvuranın cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili bilgilerini değerlendirirken,
3. Başvuranın neler hissettiğini öğrenirken,
4. Başvurana kendi kararını vermesine yardımcı olurken “sorular sorulması” gerekebilir. Üç tür soru şekli vardır:

**1. Kapalı uçlu sorular:** “evet”, “hayır” ya da birkaç kelimelik kısa yanıtları olan sorulardır. Danışmanlık hizmetinin başında, tarafların birbirine yakınlaşması için kullanılabilir. Çünkü başvuran bu soruları yanıtlarken hassas konulara değinmek ya da duygularını paylaşmak zorunda kalmaz. (Örneğin: Kaç çocuğunuz var?)

**2. Açık uçlu sorular:** Başvuranın duygu, düşünce, bilgi ve inançlarını öğrenmek amacıyla yöneltilirler. (Örneğin: Eşiniz konusunda ne düşünüyor?) Neden ve niçin ile başlayarak da sorulabilir ancak bu tip sorular “yargılayıcı” ifade ima edebilirler, bunun yerine “... İçin nedenleriniz ne idi? diye sorulabilir.

**3. Araştırmacı sorular:** Başvuranın açık uçlu sorulara verdiği cevapları açıklığa kavuşturmak amacıyla yöneltilen sorulardır. (Örneğin: “Niçin böyle düşünüyorsunuz?”)

## Uygun Bir Ses Tonu Kullanma:

### Ses Tonu, Şiddeti ve Konuşmanın Akıcılığı:

Ses tonunu kullanma biçimi, sözlü ilişkinin hayati parçasıdır. Tek heceli bir kelime, söyleniş biçimine göre ne çok anlama gelebilir. İnsanlar arası ilişkide yaşanan en küçük gerginlik, kendini önce ses tonunda ortaya koyar. Büyük çoğunlukla gündelik ilişkilerde canlı, neşeli, enerjik ses tonu, insanlar üzerinde olumlu etki bırakır. Ortada bir gerginlik veya bir sorun varsa, ses tonunun yumuşak ve sakin olması çatışmayı önler ve işbirliğini kolaylaştırır. Monoton, dinleyende bıkkınlık yaratan, kolayca dikkatin dağılmasına sebep olan bir konuşma üslubuyla, kişi ortaya ne kadar yaratıcı fikirler koysa da, inandırıcı olamayacaktır. Sert ve kesin konuşma biçimi, çoğunlukla dinleyenlerde savunuculuğa sebep olur ve rahatsızlık doğurur. Sesine özür diler gibi ton veren kişilerin karşısındaki kişi tarafından istekleri kolayca geri çevrilir ve söyledikleri önemsiz olarak görülür.

Başvuranın rahatlamasını sağlamanın diğer bir yolu da uygun dili kullanmaktır. Sağlık personeli, tıbbi terimler kullanmaya alışık oldukları için başvurularla konuşurken de genellikle onların anlamayacağı terimler kullanır. Verilen teknik bilgi her başvuranın eğitim düzeyine göre, ancak onun bilgisini küçümsemeyecek şekilde ayarlanmalıdır. Cinsellik ile ilgili halkın kullandığı terimler, tıbbi olmaktan çok argodur, hatta bazıları küfür niteliğinde bile olabilir. Danışmanlık hizmeti başvuranlara tıbbi terimleri tanıtmak için bir fırsat sağlar. Ancak danışman, halkın kullandığı terimleri kabul etmeli, ne anlama geldiğini bilmeli ve bunlarla alay etmemelidir. Danışmanlıkta başvuruların utandırıcı ya da kaba bulmayacakları kelimeler bulmaya, kullanılmaya çalışılması gerekir. Aşağıda hizmet sunanlar ile başvurular arasındaki dil farklılıklarına bazı örnekler verilmektedir.

1. Uterus: Rahim, döl yatağı, çocukluk
2. Atoni: Aşırı kanama
3. Rüptür: Yırtılma
4. Prematüre: Erken doğum
5. Resüsitasyon: Yeniden canlandırma
6. Vajina: Hazne, kutu
7. Fallop tüpleri: Tüp
8. Over: Yumurtalık
9. Menstrasyon: Adet, regli, ay hali
10. Coitus: Cinsel birleşme, birleşme, çiftleşme, sevişme
11. Penis: Çük, organ, alet, cinsel organ, kamış
12. Prosedür: İşlem
13. Trasfizyon: Nakil
14. Sıvı replasmanı: Serum tedavisi, sıvı tedavisi
15. Abortus; Düşük
16. Kontraseptif: Doğum kontrolü, gebelik önleyici, aile planlaması, yöntem,
17. Septik: Mikrop bulaşmış, iltihaplı
18. Fetüs: Bebek
19. Postmatür: Beklenen zamandan sonra olan doğum
20. İntrauterin gelişme geriliği: Anne karnında bebek gelişiminin ayına uygun olmaması
21. Ex: Ölüm
22. Arest: Kalbin durması
23. Eklampsi: Ciddi gebelik zehirlenmesi
24. Preeklampsi: Gebelik zehirlenmesi

### Yansıtma:

Yansıtma, başvuranın söylediklerini başka kelimeler söylenerek tekrar ifade etmek demektir. Yansıtma ile ilgili olarak şu noktalara dikkat çekiniz:

1. Başvuranın vermek istediği temel mesaj yakalanmaya çalışılır.
2. Başvuranın vermek istediği mesaj basit bir özet olarak tekrar edilir, katkıda bulunulmaz.

3. Yapılan yansıtmanın doğruluğu başvurana sorularak veya onu gözlemleyerek anlaşılmaya çalışılır.
4. Başvuranın kendisi hakkında ifade ettiği olumsuz şeyler tekrarlanmaz.

#### **Açıklığa Kavuşturma:**

Başvuranın söyledikleri bazen o kadar belirsiz olur ki anlaşılması da zorlaşır. Bu gibi durumlarda danışmanın başvuranın söylediğini açıklığa kavuşturması gerekir.

**Açıklığa kavuşturma;** danışmanın bilgisine dayanarak, başvuranın vermek istediği mesaj ile ilgili olarak bir yorum yapmasıdır.

#### **Geri Bildirim:**

Kişinin davranışlarını değiştirmenin bir yoludur. Geri bildirim kişinin karşısındakileri nasıl etkilediği konusunda bilgi verir. Bireyin yapmak istedikleri ile davranışlarının ne kadar uyum içinde olduğunu anlamasını sağlar.

1. Kişinin davranışını değiştirmeye yardımcı olmanın,
2. Kişinin diğerlerini nasıl etkilediğini anlatmanın,
3. Kişilere davranışlarının yapmak istedikleri ile nasıl bir uyum içinde olduğunu göstermenin,
4. Kişinin davranışlarıyla yapmak istediklerini aynı paralelde tutmasına yardımcı olmanın bir yoludur.

#### **Geribildirim nasıl verilir?**

1. Zaman iyi seçilmeli: geribildirim olaydan hemen sonra verilmelidir.
2. Özgül (spesifik) olmalı: “iyi” “fena değildi” gibi genel ifadelerden kaçınılmalı, neyin iyi olduğu söylenmelidir.
3. Tanımlayıcı olmalı, yargılayıcı olmamalı: kişi yargılanmamalıdır. “sen, evlenmeden önce cinsel ilişkiye girmemeliydin!” “neden yaptın, niçin yaptın?” gibi ifadelerden kaçınılmalıdır. Kendi geri bildiriminin kendisi tarafından belirlenmesi: geri bildirim verilirken kendi adına konuşulmalıdır. (Örneğin “bu davranışınızın sağlığımız için uygun olmadığını düşünüyorum”)

**İletişim,** katılanların bilgi/sembol üreterek birbirlerine ilettikleri ve bu iletileri anlamaya, yorumlamaya çalıştıkları bir süreçtir. Duyu organlarından organizmaya ulaşan uyarıcıların algılanması “anlandırılması”, depolandırılması, hatırlanması ve kullanılmasıdır. Diğer bir deyişle, organizmanın algılamasında, hatırlamasında ve düşünmesinde yer alan zihinsel faaliyetlerin tümüdür. Bu faaliyetlerimiz hemen her alanda, özellikle diğer insanlarla kurduğumuz iletişimlerde vazgeçilmez bir role sahiptir. Gördüklerimiz, işittiklerimiz, zihnimizde bunlara verdiğimiz anlamlar, unuttuklarımız, hatırladıklarımız, kendimize ve çevremize ilişkin geliştirdiğimiz kalıp düşünceler, şemalar, kuracağımız iletişimleri büyük ölçüde etkiler. Zihinsel etkinliklerimizin en önemlilerinden birisi algıdır.

**Algı:** Duyu organlarından beyine ulaşan verilerin örgütlenmesi, yorumlanması, anlandırılması sürecine verilen addır. Duyu organlarımıza ulaşan veriler, algılama olmaksızın tek başlarına fazlaca bir değer taşımazlar. Bize ulaşan duylara nasıl tepkide bulunacağımıza ancak algılama sonrasında karar veririz. Küçük yaşlardan itibaren sosyal çevrelerde yaşayan insanlar, giderek duylarını organize etmeye ve anlamlandırmaya yarayacak, zengin bir birikim edinirler. Bu birikim onlara kişi algısında ve dolayısıyla, sosyal çevreye uyum sağlamalarında önemli bir dayanak oluşturacaktır.

#### **ÖRNEK: İnsanlar “ALGI” Dünyasında Yaşar:**

Bir gece kadının birisi havaalanında bekliyordu. Uçağın kalkmasına epeyce zaman vardı. Havaalanındaki dükkandan bir kitap ve bir paket bisküvi alıp kendine oturacak bir yer buldu. Kendisini kitabına kaptırılmış olmasına rağmen, yanında oturan adamın, olabildiğince çüretkar bir şekilde aralarında duran bisküvi paketinden birer birer alıp yediğini farkettiler, ne kadar görmemezlikten gelmeye çalışsa da... Bir taraftan kitabını okuyup bisküvisini yerken, gözü de saatteydi. “Bisküvi hırsızı” bisküvileri hızla tüketirken, kadın sinirlenmesini engelleyemiyordu “kibar bir insan olmasaydım, şu adamın gözlerini morartırdım” diye içinden geçirdi. Her bisküviye uzandığında, adamın eli de uzanıyordu. Sonunda tek bir bisküvi kalınca “bakalım şimdi ne olacak?” dedi kendi kendine. Adam, yüzünde asabi bir gülümsemeyle, son bisküviye uzandı ve ikiye böldü, yarısını ağzına atarken diğer yarısını kadına uzattı. Kadın adamın elinden kapar gibi aldı ve “aman



Tanrım, bu ne cüret, ne kaba bir adam, üstelik teşekkür bile etmiyor” diye düşündü. Hayatında bu kadar sinirlendiğini hatırlamıyordu. Uçağın kalkacağı anons edilince derin bir nefes aldı, hırsıyla eşyalarını toplayarak kalktı, “bisküvi hırsızı”nın yüzüne bile bakmadan çıkış kapısına yöneldi. Uçağa bindi ve rahat koltuğuna oturdu. Daha sonra kitabını almak üzere çantasına uzandı. Çantasına elini uzatınca gözleri şaşkınlıkla açıldı, gözlerinin önünde bir paket bisküvi duruyordu! Çaresizlik içinde inledi; “Bunlar benim bisküvilerimse eğer, ötekiler de onundu ve benimle her bir bisküvisini paylaştı!” Üzüntü ile özür dilemek için çok geç kaldığını anladı. Kaba ve cüretkar olan “bisküvi hırsızı” kendisiydi.

**Dışarıdaki olay ile algılanan farklı olabilir.** Algılama niçin önemlidir? Çünkü insanlar algılarına dayanarak davranışlarda bulunurlar, algılarının farkındadırlar ama algılarına neden olan olayların farkında olmayabilirler. Çünkü insanlar dışarıdaki gerçek dünyadaki olaylardan kendi istediklerini seçer ve sadece onları algırlar. Yukarıdaki örnekte “bisküvi paketinin iki kişi arasında durması” fiziksel bir olaydır. Ancak bu olay iki kişi tarafından farklı farklı algılanmaktadır. Algılamalarımız içinde büyüdüğümüz aileden, arkadaşlarımızdan, gittiğimiz okuldan, bulunduğumuz yöreden, toplumdaki kısacası içinde yaşadığımız toplumun kültüründen etkilenir. Davranış algılamayı izler. Davranış da sonucu belirler. Algılama yani olaya anlam verme insanın zihninde gerçekleşir, dışardan görülemez, ancak davranış ve sonuç dışarıdan görülebilir. (Örneğin: Yüzünüz asıkça -davranış, asık yüze uyan tepkiler -sonuç- alırsınız. Asık yüze verilen tepkilerden şikayetçi olmamanız gerekir. Asık yüz göstermeye devam ediyorsanız, asık yüz göstermenizin yaşamınızda yaratacağı sonucu kabul etmelisiniz) Algılamalarımız yaşımız, cinsiyetimiz, sosyal kökenimiz v.b. den etkilenir. Bir kişiyi çok açık bir şekilde gördüğümüzü düşünebiliriz. Ancak bu doğru olmayabilir. İki ayrı kişi bir cismi, bir insanı tıpatıp aynı biçimde algılayamaz. Eğer kendi tutum ve değer yargılarımızı başkalarına kabul ettirme çabasına girecek olursak, başvuranların kendi üreme sağlıkları konusunda kararlı tercihler yapmalarına yardımcı olmamız da mümkün olamaz.

**Algılama:** Doğrudan doğruya duyular yolu ile farkına vararak anlamaktır. (göz, kulak gibi duyu organları ile edindiğimiz duyu verileri yani olaya, daha önceki deneyimlerin, edinilen bilgilerin, beklentilerin etkisiyle “anlam verme” dir.) Dolayısıyla algılamalar anlayış, sezgi ve bilgiye öncülük eder.

**Değer Yargıları:** Bir kişi veya bir grup tarafından benimsenmiş sosyal prensipler, hedefler ve standartlardır. Değer yargılarımızın pek çoğu bize ailemizden miras kalır ve din, arkadaşlar, eğitim, kültürel faktörler ve kişisel tecrübeler tarafından etkilenir. Değer yargıları bizim önem verdiğimiz inançlar, prensipler ve standartlardır.

**Tutum:** Bir akıl veya duygu halidir. Kişi olarak bizim dünya ile ilişkili sergilediğimiz zihinsel bir tavrıdır. Tutumlarımız çoğunlukla kişisel değer yargılarımız ve algılamalarımıza dayanır. Tutumlar zihinsel görüşler, fikirler, yaradılışlar veya davranışlardır. ) Örneğin: “Her gün süt içmek, kadın sağlığı için yararlıdır”, bir algıdır, bunun doğru olduğunu kabul etmişsek “tutum” haline gelir, her gün süt içmek ise davranıştır. Örneğin: “sigara sağlığa zararlıdır” bir algıdır, sigaranın sağlığa zararlı olduğunu kabul etmek bir “tutum”, sigarayı bırakmak bir davranıştır.

#### **Başvuran Kişinin Duyularını Anlamak:**

Üreme sağlığına ilişkin sorunlar, başvuran kişiler için son derece özel konular olabilir. Bu konudan söz ederken utanabilir, şaşırabilir, kaygılanabilir, korkabilirler. Bütün bu duygular verecekleri kararları etkiler. Bazı duygular seçim yapmayı zorlaştırırken, bazı duygular da başvuran kişinin sonradan pişman olacağı, seçimler yapmasına neden olabilir. Başvuran kişinin bu tür duygularla başa çıkmasına yardım edebilirsiniz; Önce ona duygularını sorun ve bunlar hakkında konuşmasına yardımcı olun. Bütün dikkatinizi verin. Dikkatle dinleyin ve etkin sorular sorun. Başvuran kişinin vücut hareketlerine ve yüz ifadesine dikkat edin. Bunlar o kişinin duygularını anlamaya yardımcı olacaktır. Başvuran kişinin duygularını öğrendikten sonra, açık ve basit sözcükler kullanarak onu anladığınızı bilmesini sağlayın. Buna “duygularını yansıtılması” denir. Başvuran bir kişinin duygularını değiştiremezsiniz. Bunu sadece kendileri yapabilir. Ama duygularını yansıttığımızda, onu anladığımız göstermiş, aynı zamanda da böyle hissetmenin bir sakıncası olmadığını söylemiş olursunuz. Başvuran kişiler kendi duygularından söz ederken, kendilerini daha iyi anlarlar. Böylece doğru ve sağlıklı seçimler yapmaları kolaylaşır



### **Yüz ve Beden:**

İnsan ilişkilerinde hiçbir şey yüz ifadesi kadar önemli ve anlamlı olamaz. Üzüntünün veya kızgınlığın gülümseyen bir ifadeyle, sevincin çatık kaşlarla ifade edilmesi uygun düşmez. Güvenli bir ifade, verilen mesajla uyum içindeki bir ifadedir. Yüzümüzdeki ifade, el ve vücut hareketlerimiz, vücudumuzun duruşu ve göz temasımız, sözsüz iletişimde önemli yer tutar. Sözsüz iletişimde yüz ve beden “gönderici” olarak kullanılır. Başın öne-arkaya sallanması “evet-hayır”, kaşların yukarı kaldırılması “hayır” anlamlarını iletir. Bu tür ifadeler sözlü dil olmamakla beraber, sözlü anlatımda kullanılan ifadelerle eş anlam taşıyan ifadelerdir. Bu nedenle diller gibi kültürden kültüre farklılık gösterirler. Beden dili (sözsüz iletişim) insanların ilk anlaşma aracı ve dili olmuştur. İnsanlar beden dili aracılığıyla duygularını, düşüncelerini, gereksinimlerini, isteklerini, sıkıntılarını, endişelerini vb. paylaşırlar. Beden dili insanları etkilemede de çok önemlidir:

İletişime açık insanlar, kendilerine yansıyan duygu ve düşünceleri kabul etmeye hazır olarak, doğal bir kendine güven içinde, kollarını bedenlerinden açarak hareket ettirirler. Kelimeler ne kadar özenle seçilirse seçilsin, kolların kavuşturulması katılımı zorlaştırır. Doğrudan konuşulan kişiye bakmak, karşınızdaki kişiye samimiyetinizi iletmenize yardımcı olur, mesajınızın etkisini artırır. İlişkide olduğu kişiyi doğrudan karşısına alan ve dik bir beden duruşuna sahip olan kişi, mesajına güvenli bir özellik katmış olur.

### **Beden Dili Öğeleri:**

1. Beden duruşu
2. Mimikler
3. Başın kullanımı
4. Oturmak için seçilen yer
5. Giyim
6. Bakım ve makyaj
7. Jestler
8. Göz teması
9. Ayakların Kullanımı
10. Oturma biçimi
11. Mesafe
12. Kullanılan aksesuarlar

### **Beden Teması:**

Farklı bedensel temaslar kurularak, karşındakine farklı mesajlar iletilebilir. Örneğin, birisinin elini öpüp başımıza koyduğumuzda, onun büyük/üstün olduğunu kabul ettiğimizi gösterir. El sıkıştığımızda, karşınızdakini kendimize -en azından bir ölçüde eşit kabul ettiğimizi göstermiş oluruz. Bir başka dostluk gösterme şekli, karşınızdakinin koluna, omuzuna dokunmaktır. Bedensel temasın anlamı da kültürden kültüre değişebilir.

### **Ortam:**

İnsanlar kendi çevrelerinde oluşturdukları boş mekanlar yoluyla iletişimde bulunurlar. Başka insanlara olan uzaklığımızı ayarlayarak, onlara uzak ya da yakın durarak, birtakım mesajlar iletiriz. Mesafe, insanlar arası ilişkilerde kişilerin birbirlerine verdikleri önemi gösteren ve kendilerini ilişki içinde koydukları yer konusunda bilgi veren en temel belirleyicidir. Mesafe, öneminin farkında olanlar tarafından kontrol edilebilen bir iletişim öğesidir. Mesafe, bütün ilişkilerde bir duygusal belirleyici rolündedir. Bu nedenle kendimizi yakın hissettiğimiz kişilere yakın durur hatta onlara temas ederiz, pek hoşlanmadığımız kimselerden uzak durur, onlarla aramıza mesafe koymaya çalışırız.

Mahrem alan: 0-25 cm.

Kişisel alan: 25-100 cm.

Sosyal alan: 100-250 cm.

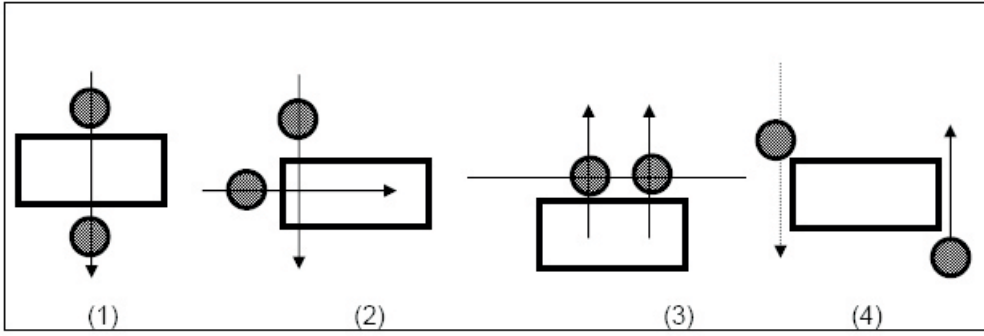
Genel alan: 250 cm +

**Mahrem mesafe;** toplumdan topluma büyük değişiklik gösterir. Tanımadığınız insanlarla yakın olduğunuzda (örneğin asansörde) rahatsızlık duyacağınız mesafenin ölçüsüdür. Batı kültüründe kişisel mekanlar daha büyük, Doğu ve Akdeniz

kültüründe ise, kişisel mekanlar daha küçüktür. Yani Doğulu ve Akdenizli insanlar bizim insanlarımız da- birbirlerine daha yakın durmayı, daha fazla bedensel temasta bulunmayı tercih ederler. Hangi kültürde olursa olsun, mesafe insan ilişkilerinde önemli bir etkiye sahiptir: bir insana çok yakın oturmak veya ona yakın durmak, elini omuzuna, sırtına koymak, koluna, eline değmek, iki kişi arasındaki ilişkiye belirli bir “özel”lik, yakınlık ve sıcaklık katar.

#### Oturma Düzeni:

1. Karşı karşıya oturmak: genellikle rekabeti ifade eder. Bir satranç karşılaşmasında olduğu gibi, sonuçta bir mağlup, bir galip çıkacağını düşündürür.
2. “90°”lik açı ile oturmak: işbirliği sağlamak amacıyla kurulan bir ilişki içinde uygun olan, oturan kişiler arasında “90°”lik açı oluşturacak biçimde yanlamasına oturmaktır.
3. Yan yana oturmak: işbirliğini ve olumlu duyguları en üst düzeye çıkarır. Yan yana oturan ve hafif bir biçimde birbirine dönük iki kişi, büyük bir ihtimalle bir probleme karşı ortak bir yaklaşım içindedirler.
4. Çapraz oturmak: insanlar ilgi duymadıkları ve ilişki kurmak istemedikleri kişilerle çapraz ve mümkün olduğunca uzak otururlar.



#### Araçlar :

Kişiler arası ilişkilerde mesaj iletmek için başvurulan yollardan birisi de birtakım araçlar kullanmaktır. Rozetler, takılar takarak, kokular sürerek, belirli kıyafetlere bürünerek, çevreye çeşitli mesajlar iletilir.

Sözsüz iletişim türlerinden iki tanesi kişiler arası iletişimi başlatmada önemli rol oynar: Bunlardan birisi göz teması, diğer ise vücutla yönelmedir (hitap edilecek kişiye doğru yönelme).

Olumlu sözsüz iletişim örnekleri:	Olumsuz sözsüz iletişim örnekleri:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Başvurana doğru eğilmek</li><li>• Gülümsemek, gerginliğini belli etmemek</li><li>• Sinirli ya da uygunsuz hareketlerden kaçınmak</li><li>• Güven telkin eden mimikler kullanmak</li><li>• Başvuran ile göz teması kurmak</li><li>• Baş sallamak gibi teşvik edici hareketlerde bulunmak</li><li>• Karşıdaki kişi ile 90° açı ile oturmak,</li><li>• Açık bir beden dili kullanmak.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Göz teması kurmamak</li><li>• İlgisiz kalmak</li><li>• Okuyarak anlatmak</li><li>• Saatine bakmak</li><li>• Esnemek yada etraftaki nesnelere bakmak</li><li>• Surat asmak</li><li>• Kimıldayıp durmak</li></ul>

#### Olumlu sözsüz iletişim örnekleri:

- Başvurana doğru eğilmek
- Gülümsemek, gerginliğini belli etmemek

- Sinirli ya da uygunsuz hareketlerden kaçınmak
- Güven telkin eden mimikler kullanmak
- Başvuran ile göz teması kurmak
- Baş sallamak gibi teşvik edici hareketlerde bulunmak
- Karşıdaki kişi ile 90° açı ile oturmak,
- Açık bir beden dili kullanmak.

#### **Olumsuz sözsüz iletişim örnekleri:**

- Göz teması kurmamak
- İlgisiz kalmak
- Okuyarak anlatmak
- Saatine bakmak
- Esnemek yada etraftaki nesnelere bakmak
- Surat asmak
- Kımlıdayıp durmak

#### **İyi bir danışman-başvuran ikilisi kurmanın anahtarlarından birisi etkin dinlemedir.**

Danışmanlık sürecinde kişilerin birbirlerini karşılıklı dinlemeleri önemlidir. Danışman hizmet alan kişinin sözlerinin altında yatan duyguları algılamalı, bunları ortaya çıkarabilmelidir. Başvuranın dinlemediği veya algılayamadığı zamanı fark edebilmeli, nedeni belirleyebilmeli ve sorunu paylaşarak çözebilmelidir.

#### **Etkin Dinleyiciler:**

1. Söylenenlere ilgi gösterir,
2. Gerçek sorunun ne olduğunu duyana kadar yargıda bulunmaz,
3. Konuştuğu kişi ile göz teması kurar,
4. Söylenenleri anlayıp, anlamadığını kontrol eder,
5. Sırasını bekler, anladığını düşündüğünün hemen üstüne atlamaz,

#### **Etkin Dinleyici:**

1. Dinler,
2. Pasif olmayı kabul eder,
3. Danışman rolünü benimser,
4. Karşısındakine yardım etmek ister,
5. Karşısındakinin duygularını ifade edebilmesini sağlayarak, rahatlatmak ister,
6. Karşısındakinin kendi çözümünü bulmasına yardımcı olmak ister,
7. Öncelikle, karşısındakinin ihtiyaçları ile ilgilenir.

#### **İyi Bir Dinleyici Olabilmenin Temel İlkeleri:**

1. Konuşmayın: iyi bir dinleyici olabilmenin temeli “susma”yı bilmeye dayanır. Konuşurken dinleyemez ve karşınızdakine yardımcı olamazsınız.
2. Dinlemek istediğinizi gösterin: ilgi duyduğunuzu gösterin. Karşınızdaki konuşurken bir şeyler okumayın, yazmayın. Karşı çıkmak yerine, anlamak için dinleyin.
3. Konuşanı rahatlatın: rahat bir atmosfer yaratarak karşınızdakinin konuşmasını teşvik ediniz.
4. Dikkat dağıtıcı öğeleri uzaklaştırın: Elinizde kalem sallamak, kağıtları karıştırmak gibi dikkat dağıtıcı davranışlardan kaçınınız. Telefonunuzu kapatınız, gürültü çıkaran makine v.b. varsa, susturunuz.
5. Empati gösterin: kendinizi karşınızdakinin yerine koyun, onun ne hissettiğini anlamaya çalışın. Duygusunu anlayın ve kabul edin. Böylece onun bakış açısını görebilmeniz kolaylaşır.
6. Zaman ayırın: karşınızdakinin sözünü kesmeyin, kendisini ifade etmesine imkan tanıyın.
7. Öfke ve olumsuz duygularınızı kontrol edin: kızgın bir insan çoğunlukla karşısındakini yanlış anlar ve kendini güç durumda bırakacak tepkiler verir. Böyle durumlarda sessizce içinizden ona kadar sayınız- kalıp, hemen karşılık vermeyin.

8. İlginizi soru sorarak gösterin: soru sormak ilgili kişiye ilgi duyduğunuzu gösterir ve onu konuşmak ve konuşmayı sürdürmek için yüreklendirir. Soruların doğru yöntemle sorulması, konuşanın kendi fikrini geliştirmesine yardımcı eder.
9. Yargılayıcı olmayın: eleştirici ve tartışmacı bir tutum, konuşanı savunmacı olmaya yöneltir, öfkeli edebilir. “Tartışmayı kazansanız, bile kişiyi kaybedersiniz!”

## **DANIŞMANLIK**

Danışmanlık: Herhangi bir konuda, kişiye güvenilir, bilgili ve konu hakkında ustalaşmış kişiler tarafından bilgi verilmesi ve kişinin bilinçlendirilerek kendi düşüncesini oluşturabilmesine -YÖNLENDİRİCİ OLMADAN- yardım edilmesidir. Danışmanlık; karşılıklı konuşarak, bir kişinin diğerine yardımcı olmasıdır. Başvuranın karar vermesine veya bir sorununu çözmesine yardımcı olunduğunda, danışmanlık işlevi yerine getirilmiştir. Danışmanlık, yüz yüze konuşma sırasında, bir kişinin diğerine belli bir konuda karara varmasını kolaylaştırmak için, çözüm seçenekleri sunarak yardımcı olmasıdır. Danışmanlık, bireyin kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturmasına yardımcı olacak şekilde, belli bir konuda uzmanlaşmış kişilerce, aydınlatılmasıdır. İnsanlar en iyi kendi kararlarını uygularlar. Bu yüzden iyi bir danışman, başvuran kişinin yerine karar almaktan kaçınır. Onun yerine, başvuran kişinin kendi kararlarını vermesine yardımcı olur. Farklı gereksinimleri, sorunları olan başvuranlar, etkili bir danışmanlık hizmeti ile daha doğru kararlar alabilirler. Danışmanlık ikna etmek için bir araç değildir; kişiye sorununun çözümü ile ilgili seçenekler sunarak, kendisine en uygun olan yöntemi seçmesine yardım etmektir. Başvuran kişi, danışman ile bilgi ve duygularını paylaştığında, daha doğru karar verir.

### **Danışmanlıkta Bilgi Aktarımı Hangi Yollarla Olur?**

1. Bireysel danışmanlık: Danışman bir başvurana danışmanlık yapar.
2. Grup danışmanlığı: Danışman, aynı anda birden fazla kişiye danışmanlık yapar.
3. Kitle iletişim araçları: Resimli rehber, broşür, poster, basılı materyal, kitaplar, dergiler, film, televizyon, radyo, video, müzik, tiyatro v.b.
4. Komşu, arkadaş, çevre: Saygı duyulan otorite konumundaki kişiler veya özdeşleşilen arkadaşlar, akrabalar, komşular.

### **En Etkin Bilgi Nasıl Olmalı? Bilgi:**

1. KISA OLMALI, Sadece akılda kalması istenenler vurgulanmalı,
2. ÖNCELİKLENDİRİLMELİ, Önemli konular ilk başta anlatılmalı,
3. BASİT OLMALI, Kısa cümlelerle, başvuranın anlayacağı, tıbbi olmayan dil kullanılarak anlatılmalı,
4. TEKRARLANMALI, Önemli bilgiler tekrar tekrar vurgulanmalı, Kişinin bunları tekrarlaması istenmeli.

### **Niçin Danışmanlık Adımlarını Kullanıyoruz?**

Danışmanlık Adımları, sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık personelinin bir başvuran ile görüşmesini eksiksiz sürdürmesinde, atlamadan, unutmadan görüşmeyi tamamlayabilmesinde yol göstericidir. Ancak burada asıl önemli olan adımlar değil “başvuranın kendisi”dir. Danışmanlığın amacı, her bir başvuranın farklı olduğunun bilinciyle, başvuranın ihtiyacının ne olduğunun tanımlanması ve o ihtiyacı karşılayacak sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Üreme sağlığı hizmetlerine başvuranlar genellikle özel bir sorunları olunca gelirler. Örneğin gebede, yüksek tansiyon olabilir, kanama olabilir, doğum yapacağı yer ile ilgili bilgi arıyor olabilir v.b. Fakat bunlara çözüm ararlarken asıl temelinde yatan sorunlarını, ihtiyaçlarını dile getirmekten kaçınırlar, utanabilirler. Sağlık personelinin görevi uygun bir yaklaşımla, başvuranın ihtiyaçlarını ortaya çıkarıp, bunların farkına varmasına ve çözüm bulmasına yardımcı olmak, yol göstermektir. Danışmanlık adımlarında iki farklı yaklaşım kullanılmaktadır: İKK ve KAYNAK. Aslında her ikisinin de benzerliği çok fazladır. Ancak KAYNAK daha çok aile planlaması danışmanlığında, İKK ise genel olarak üreme sağlığı danışmanlığı yaklaşımında kullanılmaktadır.



### Danışmanlık Adımları “İİKK”:

#### İ: İlişki kurunuz.

1. “Hoş geldiniz” diyerek başvuruyu karşılayınız,
2. Başvuruyu rahatlatarak “giriş yapınız”,
3. Konuyu açınız.
4. Gizli kalacağını açıklayınız.

#### İ: İnceleyiniz:

1. Başvuranın ihtiyaçlarını, risklerini, cinsel yaşamını, sosyal bağlarını ve durumları inceleyiniz.
2. Başvuranın verdiği bilgileri değerlendiriniz ve gerekiyorsa bilgilendiriniz.
3. Başvurana gebeliği ve olası riskleri konularını anlaması için destek veriniz.

#### K: Karar vermesine yardımcı olunuz:

1. Başvuranın hangi kararları almaya ihtiyacı olduğunu belirleyiniz,
2. Başvuranın her karar için seçeneklerini belirleyiniz.
3. İlgili seçeneklerin olumlu ve olumsuz yönleri ve sonuçlarını tartışınız.
4. Başvurana, kendi kararlarını alması konusunda destek olunuz.

#### K: Kararın Uygulanmasına destek veriniz.

1. Kararın uygulanması için gerçekçi, somut ve anlaşılır bir plan hazırlayınız,
2. Başvuranın karar verirken ihtiyacı olacak becerileri tanımlayınız.
3. Başvuranların farklı ihtiyaçlarına uygun şekilde hizmet sunarak, bu becerileri uygulayabilmesine yardımcı olunuz,
4. İzlem için bir plan yapınız. Danışmanlıkta “İİKK” Yaklaşımı ile “KAYNAK” Yaklaşımının Karşılaştırılması

Danışmanlıkta “İİKK” Yaklaşımı ile “KAYNAK” Yaklaşımının Karşılaştırılması	
<u>İİKK</u>	<u>KAYNAK</u>
İ İlişki kurunuz.	<b>K</b> Karşılıyarak selamlayınız
İ İnceleyiniz:	<b>A</b> Alaka göstererek sorular sorunuz <b>Y</b> Yöntemler konusunda bilgi veriniz
<b>K</b> Karar vermesine yardımcı olunuz:	<b>N</b> Ne tür yöntem seçeceğine yardımcı olunuz.
<b>K</b> Kararın Uygulanmasına destek veriniz.	<b>A</b> Açıklayıcı bilgiler veriniz <b>K</b> Kontrole çağırınız.

### Danışmanlığın Önemi

1. Başvuranların kendi ihtiyaçları ve koşullarına göre en geniş bilgiyi almasını ve bu bilgileri kullanmalarını sağlar. Doğru bilgi verme, dinleme ve sözsüz iletişimle yaratılan rahat bir konuşma ortamında, kişilerin doğru bilgiyi almasına bilinçli olarak karar vermesine ve kararını etkili biçimde uygulamasını sağlar.
2. Başvuranların kendi ihtiyaç ve duygularını göz önüne almalarını sağlar, Başvuranın kendi kişisel özelliklerinin, ihtiyaçlarının farkına vararak, kendi kararını vermesini sağlar.
3. Bilinçli ve gönüllü karar vermelerine yardımcı olur,
4. Başvuranın verdiği kararı sahiplenerek doğru ve uzun süreli uygulanmasına yardımcı olur. Kararı kendi veren kişi, verdiği kararın doğru olduğunu, sorunlarla baş etmeyi bilirse, verdiği kararı daha uzun süre uygulayabilir. Herhangi bir sorunu olduğunda yine gelebileceğini bilmesi güven verir.
5. Hizmet sunan personelin zamanının etkili ve verimli kullanılmasını sağlar.

## **Danışmanlığın ilkeleri:**

### **1. Başvuranlara iyi davranma:**

Danışman her zaman nazik ve saygılı olmalıdır. Bu, başvuruda güven duygusu ve duyarlı konularda bile açıkça konuşabilme rahatlığı uyandırır. Danışman açık bir dille konuşur; soruları sabırla ve tam olarak yanıtlar. Başvuran, konuşulanların o odada kalacağından emindir ve mahremiyeti önemsenir.

### **2. Güçlü bir etkileşim-iletişim kurma**

Başvuran herkes farklıdır. Danışman dinler, öğrenir ve başvurana yanıt verir. Başvuranın ihtiyaçlarını, kaygılarını ve durumunu anlamak için onu konuşmaya ve soru sormaya teşvik eder.

### **3. Başvuranın gereksinimine uygun bilgi verme**

Danışman başvurunu dinlerken onun için en önemli bilginin ne olduğunu anlamaya çalışır. Verdiği bilgilerle başvuranın gereksinimleri arasındaki ortak paydayı bulur ve vereceği bilgiyi onun koşullarına uyarlar. Bilginin kişiye göre anlatılması, başvuranın gereksinimi ve bilgisi arasındaki aralığı kapatan bir köprü görevi yapar.

### **4. Gereğinden fazla bilgi vermekten kaçınma**

Başvuranlar, karar vermeden önce bilgiye gereksinim duyarlar. Kimse, öğrendiği tüm bilginin tamamını kullanamaz. Gereğinden fazla bilgi vermek, önemli olan bilginin hatırlanmasını engeller. Danışman, tüm zamanının bilgi aktarımı için kullanırsa, başvuranın soruları, kaygıları ve düşüncelerini öğrenmesi için zaman kalmaz.

### **5. Başvuranın seçtiği ve istediği hizmeti almasını sağlama:**

Danışman başvuranın seçimine saygı duyar. Çoğunlukla hizmet almaya gelenlerin bir önyargıları vardır. İyi bir danışman, verdiği hizmetin olumlu ve olumsuz yönlerini, verdiği hizmetin kurallarının anlaşılıp anlaşılmadığını öğrenir. Başvuranın seçtiği hizmete uygunluğunu belirler ve hizmeti verir. Kişiler kendi kararlarını daha uzun süre benimserler.

### **6. Başvuranın anlamasına, hatırlamasına yardım etme:**

İyi bir danışmanlıkta,

- Danışmanlığın kısa tutulması,
- Bilinen sözcüklerin kullanılması,
- En önemli mesajlara öncelik verilmesi,
- Bilginin bir düzen içinde aktarılması,
- Önemli noktaların tekrarlanması,
- Anlaşıldığının kontrol edilmesi,
- Bilginin açık ve özgül olmasının sağlanması konunun hatırlanmasını kolaylaştırır.

## **İyi Bir Danışmanlık Ortamı:**

### **a. Olumlu ortam:**

Güvenlik, mahremiyet, gizlilik, saygınlık, rahatlık sunan “pozitif” bir görüşme ortamının temin edilmesi, görüşmenin kesintiye uğramadan sürdürülmesini sağlayacak koşulların hazırlanması (sık sık telefonun çalması, kapının açılıp kapanması v.b)

### **b. Fiziksel koşullar:**

1. Danışmanlık ısıtma, aydınlatma koşulları uygun, hizmet ile ilgili malzeme, rehber, broşür, poster, afiş ile donatılmış, başvuranın ve danışmanın oturacağı yer ve bir masanın bulunduğu temiz bir ortamda verilmelidir. Bu danışmanlığın verileceği ayrı bir oda olacağı gibi koşullara bağlı olarak sağlık kurumundaki herhangi bir odanın bir bölümü olabilir.
2. Koşullar uygun ve yeni bir danışmanlık odası planlanıyorsa, kültüre uygun, başvuranlarca kabul edilebilecek bir dekorasyon yapılmalı,
3. Araya bariyer koymaksızın, başvuran ile danışmanın aynı seviyede göz teması kurabilecekleri, 90° açı ile veya yüz yüze, birbirinin mahrem alanına girmeden (30- 50 cm) oturabilecekleri bir oturma düzeni olmalıdır.

## **İyi Bir Danışmanın Özellikleri:**

1. İnsanlarla birlikte çalışma ve onlara yardım etme isteği olmalı,
2. Yaptığı işin önemine inanmalı,
3. İnsanlara ve onların kendileri adına karar verme hakkına saygılı olmalı,
4. Cinsellik konusunda rahat olmalı,

5. Duygularını kolaylıkla ifade edebilmeli,
6. Kendi değerlerinin ve sınırlarının farkında olmalı,
7. Farklı yaş, etnik kimlik, dini inanç, ırk, sınıf, eğitim ve cinsiyetteki gruplara karşı tarafsız bir tutum içinde olmalı,
8. Kendi değerlerinden farklı değerlere karşı hoşgörülü olmalı,
9. Başvuranların duygu ve düşüncelerini anlayabilmeli,
10. Başvuranlara karşı destekleyici bir tutum içinde olmalı,
11. Özel konularda gizliliği sağlayabilmeli,
12. Aktardığı bilgileri tarafsız değerlendirebilmeli,
13. Danışmanlık eğitimi almış olmalı.

**Nitelikli bir danışman:**

**A. Güvenilir Olmalı:**

Kişinin MAHREMİYETİNİ korur, Kişinin HAKLARINI ANLAR ve SAYGI GÖSTERİR, Kişinin GÜVENİNİ KAZANMADA duyarlıdır.”

**B. Bilgili Olmalı:**

Danışmanlık yaptığı konuları iyi kavramıştır, Başvuranların kararlarını etkileyen kültürel / psikolojik faktörlerin bilincindedir, Görülebilecek yan etkiler, sağlık sorunları hakkında gerekli bilgilere sahiptir.

**C. Becerikli Olmalı:**

Önyargısız bir yaklaşım içinde başvurana saygılı ve nazik davranır, Kendini tanıtarak, başvuranla tanışır, iletişimi başlatır ve sürdürür, Başvuranın kültürüne uygun davranır, Kişiler arası iletişimde yeteneklidir, Konusu ile ilgili bilgileri tarafsız, duyarlı bir biçimde sunar, Görüşme sonlanmadan, başvuranın sunduğu bilgileri tam olarak anladığından emin olur, Başvuranı rahatça soru sormaya teşvik eder, Başvuranın endişelerini dikkatle dinler, Sözsüz iletişimi, beden dilini kullanır ve başvuran kişinin beden dili mesajlarına duyarlıdır, Başvurana daha fazla yardımcı olamayacağı durumlarda, başvuranı uygun yerlere sevk eder, yönlendirir.

# SAĞLIK BAKANLIĞI DOĞUM İZLEMİNDE PARTOGRAF KULLANIMI PROTOKOLÜ

## Guideline of the Ministry of Health of Turkey for the use of Partograph during labor

Partograf eylemin ilerlemesini değerlendirmek ve yorumlamak için kullanılan bir araçtır. Grafik kağıdına eylem sırasında gözlenen gelişmelerin saat belirtilerek kayıt edilmesi esasına dayanır. Partograf kullanımı eylemin ayrıntılı bir şekilde izlenmesini ve normal dışı durumların erken tanınmasını sağlar. Engellenmiş eylem tanısı konulmasına yardımcı olur. Partograf “bir erken uyarı sistemi”dir. Partografda üç parametre izlenmektedir:

1. Doğumun ilerlemesi
2. Bebeğin sağlık durumu
3. Annenin sağlık durumu

### **Doğum eylemi sırasında:**

#### **1. Annenin sağlık durumunu değerlendirmek için:**

Kan basıncı (her 4 saatte bir)

Nabız (yarım saatte bir)

Vücut ısısı (2 saatte bir)

İdrar çıkışı ve idrar testleri (protein, aseton vb) (her idrara çıkışta)

Uygulanan IV, IM ve oral tedaviler (kaydedilir)

#### **2. Bebeğin sağlık durumunu değerlendirmek için:**

Fetal kalp atım hızı (yarım saatte bir)

Amnion zarının varlığı (her vajinal muayene sonrası sıvının rengi)

Bebek başında moulding

#### **3. Doğumun ilerlemesini için:**

Servikal açıklık

Bebek başının düzeyi

Uterus kontraksiyonlarının 10 dakikadaki sıklığı ve süresi izlenmelidir.

Partograf doğumun aktif evresinin başlangıcından itibaren kullanılmalıdır. Sevk gerektiren acil durumlarda partografla izlem yapılmadan doğrudan uygun koşullarda sevk işlemleri başlatılmalıdır. Partograf doktor ve ebe-hemşireler tarafından kullanılır. Kadının adı, gebelik sayısı, doğum sayısı, hastane numarası, başvuru tarihi ve zamanı, yırtılan amniyotik zarların açılması gibi kadına ilişkin kişisel ayrıntılar tablonun üstüne kaydedilir Partografin ortasındaki grafiğin sol alt kısmındaki karelere 1’den 10’a kadar sayı verilir. Her bir kare serviksin 1 cm genişlemesini temsil etmektedir. Buna ek olarak, aynı grafiğin alt kısmına 1’den 24’e kadar numara verilir, bunlar 24 saatin her 1 saatlik dilimini temsil etmektedir.

#### **Serviksin açılması**

Vajinal muayeneden ve kadının doğumun aktif evresinde olduğunu, yani serviksin en az

4 santimetre (cm) açıldığını saptadıktan sonra, partograf kaydı başlatılabilir. Artan santimetreleri uyarı satırında sıralayarak servikal açıklık **X** sembolü kullanılmak suretiyle grafiğe aktarılmalıdır. Servikal açıklık, **X** ile işaretlenmiş kısmın hemen altındaki

zaman etiketli kutunun içine kaydedilmelidir. (Aşağıdaki çizime bakınız). İlk muayenede saptanan servikal açıklığı grafiğe aktardıktan sonra, servikal açıklık ve bunların saptandığı muayenelerin zamanları grafik üzerine kaydedilmelidir. Doğumdaki ilerleme normal olduğunda, servikal açıklıklar grafikteki uyarı çizgisinin üzerinde veya solunda kalır. Bazı kayıtların uyarı çizgisinin sağ tarafına kayması doğumun uzayabileceğini göstermektedir. Bu durumda gebe, obstetrik acil durumlara müdahale edebilecek ikinci basamak bir merkeze sevk edilmelidir.

#### **Aktivite çizgisi**

Aktivite çizgisi uyarı çizgisinin dört saat sağındadır. Eğer kadının servikal açıklık işaretleri bu çizgiye erişirse, yavaş ilerlemenin nedeni ve uygulanacak uygun müdahale konusunda bir karar verilmelidir. Bu nedenle ameliyathane koşulları olan merkeze sevki uygun olur.

#### **Fetal başın değerlendirilmesi**

Doğum ilerledikçe, fetal başın aşağı inişi servikal açıklığa eşlik eder. Fetal başın inişi karın muayenesinin bir parçası olarak değerlendirilir ve pelvis kemiğinin üstünde palpe edilen baş kısmı olarak ifade edilir. Fetal başın gelişi “O” sembolü kullanılarak grafiğe aktarılır. Karın muayenesi her zaman vajinal muayeneden önce yapılmalıdır.

#### **Uterus kontraksiyonları**

Doğum ilerledikçe, uterus kontraksiyonları daha sık görülmeye, daha şiddetli olmaya ve daha uzun sürmeye başlar. Doğumun aktif aşamasında kasılmalar 10 dakika temelinde her yarım saatte bir sıklık ve süre bakımından gözlenmeli ve partografa kaydedilmelidir. Sıklık, kadının 10 dakikalık süre içinde hissettiği kasılma sayısı ile değerlendirilir. Süre, kasılmanın karında ilk hissedildiği zamandan bitiş zamanına kadar geçen zaman aralığının saniye cinsinden ifade edilmesi ile değerlendirilir. Kasılmalar, partograf üzerinde 10 dakika başına kasılma şeklinde işaretlenmiş olan bölgeye kaydedilir. Her bir kare 1 kasılmayı temsil etmektedir. 20 saniyeden daha az süren bir kasılma, bir karenin noktalarla taranması ile kaydedilir. 20 ila 40 saniye arasında süren bir kasılma, bir karenin köşegen çizgilerle taranması kaydedilir. 40 saniyeden daha fazla süren bir kasılma bir karenin blok halinde taranması ile kaydedilir.

**2. Fetusun Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi** Kasılmanın şiddetli evresi geçtikten sonra 1 (bir) tam dakika boyunca fetal kalp atışı dinlenmeli ve bu her yarım saatte bir kaydedilmelidir. Fetal kalp atışı oranı partografin üst kısmına



kaydedilir, her bir kare bir saati temsil eder. Eğer anormal bir fetal kalp atışı duyulursa, fetal kalp atışını her **15** dakikada bir, kasılmadan hemen sonra en az **1** dakika boyunca dinlemeye başlayın.

#### **Amnion sıvısı ve zarların durumu**

Her vajinal muayeneden sonra zarların durumu, amnion kesesinin açılmış olup olmadığı ve eğer açılmışsa, vajinaya akan sıvının rengi gözlenmeli ve partografin fetal kalp atışı kayıtlarının altındaki bölümüne kaydedilmelidir. Eğer zarlar sağlam, sağlam olduğunu gösteren “S” harfini kaydedin. Eğer zarlar açılmışsa ve amnion sıvısı berrak akıyorsa, temiz olduğunu gösteren “B” harfini kaydedin. Eğer zarlar açılmışsa ve sıvı mekonyum lekeli ise, mekonyum olduğunu gösteren “M” harfini kaydedin. Eğer zarlar açılmışsa ve sıvı yoksa, sıvının olmadığını gösteren “Y” harfini kaydedin. Eğer koyu mekonyum sıvısı veya sıvının akışının olmadığı gözlenmişse, fetal kalp atışı daha sık kaydedilmelidir, çünkü bu fetal distres işaretidir.

#### **Fetal kafa şeklinin belirlenmesi**

Şekil belirleme, pelvisin fetal başı ne yeterlilikte barındırabileceğinin yani baş pelvis uyumunun en önemli bir göstergesidir. Pelviste moulding yani kafa kemiklerinin üst üste binmesi ile ilgili yüksek bir değer, baş-pelvis uyumsuzluğuna işaret edebilir.

#### **Fetal başda moulding:**

Kafa kemiklerinin birbirinin üzerine yaklaşması olarak tanımlanır.

#### **Muayene sırasında edinilen gözlemler şu şekilde kaydedilir :**

Eğer fetal kafatası kemikleri ayrı ise ve kemik ek yerleri kolayca hissedilebiliyorsa, “O” harfi ile kaydedin. Eğer kemikler birbirlerine ucu ucuna dokunuyorsa + şeklinde kaydedin. Eğer kemikler üst üste biniyorsa ++ şeklinde kaydedin. Eğer kemikler ciddi bir şekilde üst üste biniyorsa, +++ şeklinde kaydedin. Büyük bir kafatasının mevcut olması durumunda şekil belirlemesi zor olabilir, baş-pelvis uyumsuzluğu ihtimali akla gelmelidir.

#### **İlaçlar ve damar içi sıvılar**

Doğum sırasında kadına verilen tüm ilaçlar ve damar içi sıvılar, verildikleri zamanı belirtecek şekilde “verilen ilaçlar ve IV sıvıları” başlıklı bölüme kaydedilmek suretiyle partografa işlenmelidir.

**Olgu-1:** Aytaç 2. çocuğuna hamile, kızı 2 yaşında ve sağlıklı. Başka gebeliği olmamış. Kanlı bir akıntı, kasılmalar ve bel ağrısı şikayeti ile kuruluşumuza başvurmuş. Nabızı 120/70 mmHG. Karın muayenesinden önce mesanesini boşaltması istenmiş,

250 ml idrar çıkarmış, idrarda protein ve keton negatif. Karın muayenesinde fundus 38 haftalık yükseklikte, kafanın 2/5’i pelvik kemik üzerinden palpe ediliyor. On dakikada bir 30 sn süren 4 kasılması oluyor. Vajinal muayenede serviks 4 cm açık, amnion sıvısı berrak, gelen kısım baş ve moulding yok.

**Olgu-2:** Nuray 17 yaşında, ilk bebeğine hamile. Sabah 8 de kurumumuza başvurdu. Kanlı akıntısı, düzenli kasılmaları ve bel ağrısı olmuş. Nabız 75/da, kan basıncı: 110/65 mmHG. Karın muayenesi öncesinde 100 ml idrar çıkardı, keton cisimleri ve protein negative. Karın muayenesinde fundus 38 haftalık yükseklikte, bebek baş gelişi, başın 4/5’i pelvis kemik üstünden palpe ediliyor. Fetal kalp atım hızı 136/dak. Kasılmaları her 10 dakikada 50 sn süren 2, 30 sn süren 2 kasılma şeklinde toplam 4 tane. Vajinal muayenede serviks 5 cm açık,berrak amnion sıvısı geliyor. Saat 08.30’da Kontraksiyonlar 50 sn süren her 10 dakikada 4 kontraksiyon şeklinde, nabız 70/dak fetal kalp atımı 145/dak.

#### **Normal doğum eylemi için vaka örnekli bir partograf:**

• Bir primigravid eylemin latent fazında saat 05.00 ‘ de kabul edilmiştir.  
-Fetal baş 4/5 palpabl;  
-Serviks 2cm açık;  
-10 dakikada üç kontraksiyon; her biri 20 saniye süreli;  
-Normal maternal ve fetal bulgular.  
Not: Kadın eylemin aktif fazında olmadığı için bu bulgular partograma işaretlenmedi.

#### **• Saat 09.00:**

-Fetal baş 3/5 palpabl;  
-Serviks 5cm açık;  
-10 dakikada dört kontraksiyon, her biri 35 saniye süreli.  
Not: Kadın eylemin aktif fazındadır, bulgular partograma işaretlenmiştir. Servikal açıklık uyarı çizgisinde işaretlenmiştir.

#### **• Saat 11.00:**

-Fetal baş 2/5 palpabl;  
-10 dakikada dört kontraksiyon, her biri 45 saniye süreli.

#### **• Saat 13.00**

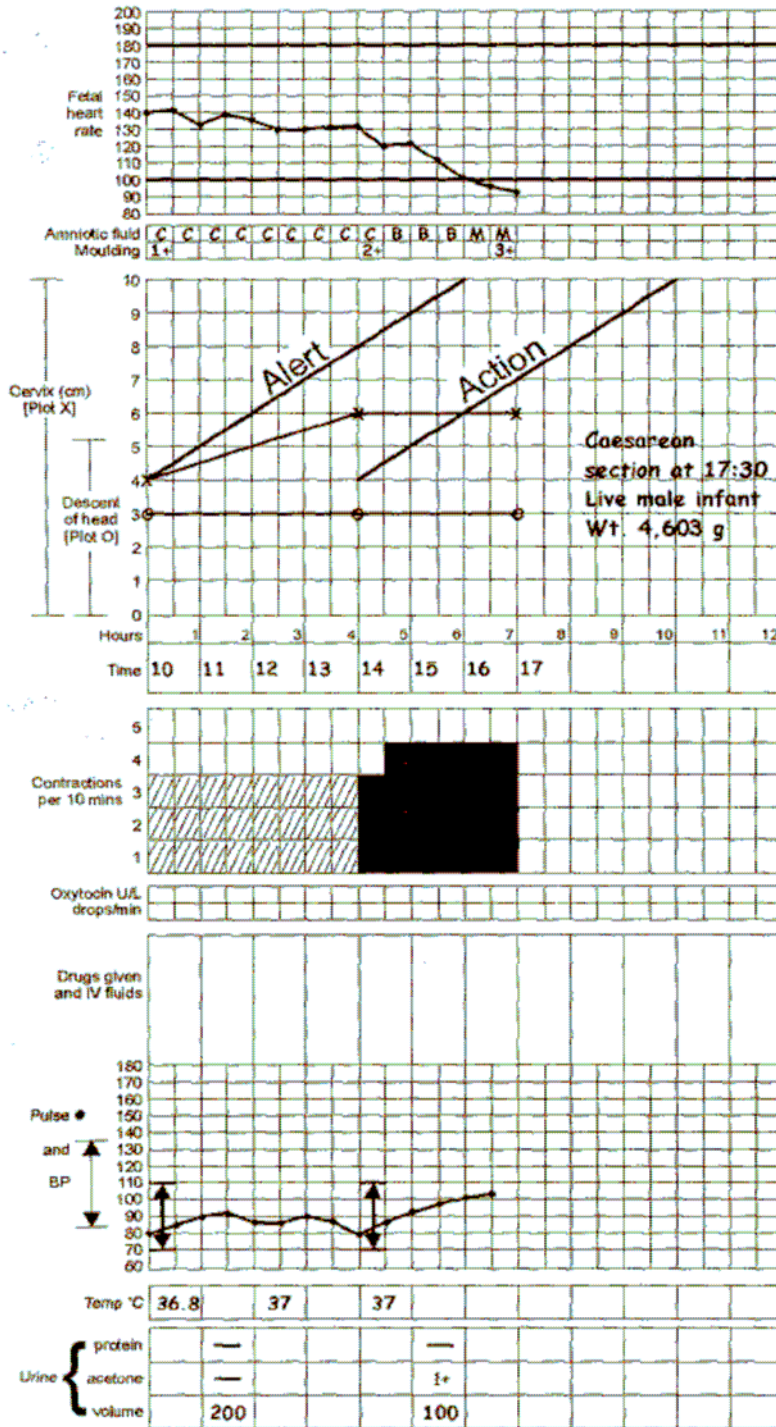
-Fetal baş 0/5 palpabl;  
-Servikal açıklık saatte 1cm’den hızlı gelişerek tam açıklığa ulaşmış;  
-10 dakikada beş kontraksiyon, her biri 45 saniye süreli,

• **saat 13.20’de** spontan vaginal doğum.



## Tıkanmış eylemi gösteren partograf

Name Mrs. H Gravida 4 Para 3+0 Hospital number 6639  
 Date of admission 20.5.2000 Time of admission 10:00 A.M. Ruptured membranes 1 hours



Doğum eyleminin aktif safhasında yeterli uterus kasılmalarının olmasına rağmen fetal distres ve saçlı deride üçüncü derece ödem (moulding) ile birlikte açılma ve inişte duraklama tıkanmış eylemi gösterir.

• Hasta sabah **saat 10.00'da** aktif eylemde müracaat etti:

- Fetus başı 3/5 düzeyinde, ele geliyor;
- Serviks açıklığı 4 cm;
- 10 dk içinde her biri 20-40 sn süren 3 kasılma;
- Berrak amniotik sıvı akışı;
- Saçlı deride birinci derece ödem

• **Öğlen saat 2.00:**

- Fetus başı halen 3/5 düzeyinde, ele geliyor;
- Serviks açıklığı 6 cm ve uyarı hattının sağında ;
- Kasılmalarda iyileşme (10 dakikada, her biri 40 sn süren 3 kasılma);
- Saçlı deride ikinci düzey ödem

• **Öğlenden sonra saat 5.00:**

- Fetus başı halen 3/5 düzeyinde, ele geliyor;
- Serviks halen 6 cm açıklıkta;
- Saçlı deride 3. derece ödem;
- Kalp atım hızı 92/dk

• **Öğlenden sonra saat 5.30'da sezaryen yapıldı.**

#### KAYNAKLAR

1. WHO. A Managerial Tool for Preventing Prolonged Labour a practical guide The Partograph. 1993.
2. WHO. Preventing prolonged labour: a practical guide The partograph Part I: Principles and Strategy Maternal Health and Safe Motherhood Programme Division of Family Planning Health Geneva WHO, 1994.
3. WHO. Preventing prolonged labour: a Practical guide The Partograph Part II: User's manual. Maternal Health and Safe Motherhood Programme Division of Family Planning Health Geneva WHO, 1994.
4. WHO. Preventing prolonged labour: a Practical guide The Partograph Part III: Facilitator's guide. Maternal Health and Safe Motherhood Programme Division of Family Planning Health Geneva WHO, 1994.
5. WHO. Integrated management of pregnancy and childbirth (IMMPAC): A guide for midwives and doctors. Department of Reproductive Health and Research Geneva WHO/RHR/00.7. 2000.
6. Preventing Prolonged Labour: A Practical Guide The Partograph, <http://rc.racha.org.kh/>
7. WHO. The application of the WHO in the management of labour. A Report of WHO multicentre study 1990-91. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Geneva, 1994 (WHO document, WHO/FHE/MSM/94.4) The Partograph - Part I: Principles and strategy, Part II: User's manual, Part III: Facilitator's guide, Part IV: Guidelines for operations research