

## İN FANTLAR DA ANESTEZİ SİRASINDA BRADİKARDİ

### Bradikardia during anesthesia in infants

*Anesthesiology* 80: 976-982, 1994

İnfantlarda anestezi sırasında bradikardi sıklığı henüz iyi bilinmemektedir. Bu nedenle infantlarda bradikardi sıklığı ve nedenlerini belirlemek için yaşları 0-4 olan nonkardiak cerrahi geçiren 7979 hastanın anestezi kayıtları incelendi. İntraoperatif bradikardi oluşup oluşmadığı, bradikardi oluştu ise nedeni ve tedavisi belirlendi. Bradikardi sıklığı ile; yaş, seks, ırk, ASA fizik durumu, cerrahi yeri, şekli ve süresi, primer anesteziistin ve uyan anesteziistin tipi ve kullanılan anestezi ajanlarla ilişkisi belirlendi. Yaşamın 1. yılında bradikardi sıklığı % 1.22 iken, 3. yılda % 0.65 ve 4. yılda % 0.16 idi. İnfantlarda bradikardinin nedeni % 35 hastalık ya da cerrahi nedene, % 35 inhalasyon anestezi dozunu ve % 22 hipoksiye bağlı idi. Bunlardan % 30'unda hipotansiyon, % 104unda asistoli ve ventrikül fibrilasyonu % 8'inde ölüm oluştu. İnfantların % 30'u epinefrinle tedavi edildi ve % 25'inde göğüs kompresyonu uygulandı. İnfantlarda anestezi altında bradikardi daha büyük çocuklarla kıyaslandığında daha sıkı. bradikardi genel durumu kötü ve uzun cerrahi işlem geçiren infantlarda daha sık iken, bir pediatrik anesteziist varlığında daha azdı.

*Hazırlayan: Doç.Dr. Adem BOYACI  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji.*

## SPİNAL VE EPİDURAL ANESTEZİ İLE OLUŞAN HİPOTANSİYONUN TEDAVİSİNDE VAZOPRESÖRLERİN ROLÜ

**The role of vasopressors in the management of hypotension induced by spinal and epidural anaesthesia**

*Can J Anesth* 41: 404-413, 1994

Spinal ve epidural blok bir çok operasyon için mükemmel anestezi sağlamasına karşın genellikle hipotansiyona neden olur. Bu büyük ölçüde sempatik sinir blokojuna bağlıdır. İleri derecede hipotansiyon miyokardial ve serebral iskemiye neden olabilir ve obstetrik anestezi uygulamalarında yeni doğanda asidemiye yol açabilir. Hi-

potansiyonun nasıl önleneceği ve tedavisi bir çok araştırma ve tartışmaya konu olmuştur. Tedavinin temel dayanaklarından biri vasopresör ajanların rolü tartışılacak ve ileride kullanılacak tedavi planları açıklanacaktır. Efedrin bu amaçla kullanılan ilk ilaçtır; ve zamana karşı koymaktadır. Fetusu etkilemediği için obstetrik anestezi de ilk ajan olma özelliğini korumaktadır; fakar % 100 başarı elde edilemeyebilir ve bu ilacın kullanımının uygun olmadığı durumlarda diğer ajanlar gözönünde tutulmalıdır. Efedrinin infüzyon şeklinde verilmesi en uygun yöntemdir. Obstetrik olmayan hastalarda da efedrin başarılıdır, fakat başarı oranı yine de % 100 değildir. Bu durumda gözönünde bulundurulması gerekli bir fotos olmadığı için metoksamin ve fenilefrin gibi saf vasokonstriktör ajanlar kullanılabilir. Efedrinin taşikardi, fenilefrin ve metoksaminin bradikardi yaptığı hükmüne bireysel farklılıklar gözönüne alınarak varılabilir.

*Hazırlayan: Doç.Dr. Adem BOYACI  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji.*

## YALNIZCA KONJUGE ÖSTROJEN VEYA KONJUGE ÖSTROJENLE (PREMARİN) BİRLİKTE MEDROXİPROGESTERON ASETAT ALAN POSTMENAPOZAL KADINLARDA ENDOMETRİAL HİPERPLAZİ İNSİDANSI

**Incidence of endometrial hyperplasia in postmenopausal women taking conjugated estrogens (premarin) with medroxyprogesterone acetate or conjugated estrogens alone**

*Am J Obst Gynec* 170 : 1213-1223, 1994

**Objektif:** Konjuge östrojenlerle oluşan endometrial hiperplaziyi önlemede konjuge östrojen (premarin) ve medroxiyosteron asetattan oluşan 4 oral kombinasyona inceledik.

**Çalışma düzeni:** Bu 1724 postmenapozlu kadını kapsayan 1 yıllık, çift kör, randomize ve çok merkezli bir çalışma idi. 5 grubun tamamı da günlük 0, 625 mg konjuge östrojen aldı. Medroxiyosteron asetat dozu sırasıyla Grup A ve B'de günlük 2,5 ve 5,0 mg ve Grup C ve D'de ise 28 günlük siklularda 14 gün uygulanan 5,0 ve 10,0 mg idi.

**Sonuçlar:** Geçerli biyopsi verileri olan 1385 hasta içinde; konjuge östrojenle tedavi edilenlerde % 20, konjuge östrojen ile medroksiprogesteron asetat kombinasyonu uygulanan 4 grupta ise % 1'den daha az oranında endometrial hiperplazi gelişti. Konjuge östrojen ile medroksiprogesteron kombinasyonu uygulanan gruplarda endometrial hiperplazi insidansı çok fazla farketmedi. Bununla birlikte yüksek doz medroksiprogesteron asetat alan 2 grupta (B ve D) endometrial hiperplazi hiç gelişmedi.

**Tartışma:** Endometrial hiperplazi oranı, konjuge östrojen ve medroksiprogesteron kombinasyonu tedavisi uygulananlarda, yalnızca konjuge östrojen tedavisi alanlara göre anlamlı olarak düşüktü.

Hazırlayan: Y.Doç.Dr.İpek MÜDERRİS  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum.

### MESANE KANSERİNDE İNTRAVEZİKAL BASİLLUS CALMETTE-GUARİN VERİLMESİNE BAĞLI FATAL SEPSİS

**Fatal disseminated mycobacterial infection following intravesical basilus calmette-guarine**

*J Urol 144 : 1328-1330 ,1990*

İntravezikal Basillus Calmette- Guarin (BCG) instilasyonu yüzeyel mesane kanseri tedavisinde oldukça etkindir. BCG tedavisinin komplikasyonları genellikle hafiftir fakat ciddi , hatta fatal reaksiyonlar oluşabilir. Bu çalışmada BCG verilen 743 hastadan 5'inde ciddi komplikasyonlar meydana geldi.

Yüzeyel mesane kanseri olan yaşlı 5 erkek hastaya intravezikal BCG verilmişti. Organik beyin sendromu olan ve ciddi şekilde düşkün olan bir hasta 40°C ateş ile akut olarak öldü. Oluşan sepsis 2 hastada isoniyazid, rifampin ve streptomisinle tedaviye rağmen ilerledi ve multibl organ yetmezliği ile ölüme yol açtı. Diğer 2 hastada da aynı ölçüde progresive sepsis vardı fakat bunlar sikloserin aldıkları ilk 72 saat süresince sağ kaldılar. Bütün hastalarda instilasyon öncesine ait travmatik kateterizasyon, mesane biyopsisi veya sistit öyküsü vardı.

İntravezikal BCG instilasyonu ciddi ve fatal potansiyeli olan komplikasyonlara yol açabilir. Bu hastalarda sepsisin enflame veya hasarlı ürotelyumdan intravenöz absorpsiyonu sonucu oluştuğu anlaşılmaktadır. sikloserini de içeren üçlü antitüberküloz antibiyotikler ile yoğun tedavi ,intravezikal verilen BCG ye karşı fatal reaaaksiyon insidansının düşürebilir.Daha önemlisi BCG şiddetli sistit varlığında veya belirgin şekilde travmatik kateterizasyon sonrası verilmemelidir.

Hazırlayan:Doç Dr Atilla TATLIŞEN  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fak Üroloji .

### İDRARDA PROSTAT-SPESİFİK ANTİJEN

**Prostate-specific antigen in urine**

*Eur Urol 26: 18-21, 1994*

Bu çalışmada 213 hastanın orta akım idrarında prostat spesifik antijenin (PSA) konsantrasyonlarını araştırıldı. Hastalardan 34'ü kadındı. Tanısı konan erkek hastalardan 42'sinde Selim Prostat Hipertrofisi(BPH),21'i lokalize prostat kanseri nedeniyle Radikal Prostatektomiye(RP) hazırlanan,15'i RP geçirmiş uzak metastazı veya lokal rekürrensi olmayan, 5'i RP geçirmiş lokal rekürrensi olan ve 82'sinin diğer ürolojik hastalığı vardı. PSA seviyeleri Hybritech Tandem E metodu ile ölçüldü. PSA'nın Kadın idrar örneklerinde % 38 vakada pozitif bulunması ve RP geçirmiş erkeklerin idrarında bulunması periüretral glandlar tarafından extraprostatik üretim nedeniyledir. İdrar PSA seviyesi BPH'lı,organa lokalize prostat kanseri ve diğer tanılar almış hastalar arasında değişiklik göstermedi. Bazı vakalarda RP sonrası lokal tümör rekürrensi olup serum PSA seviyeleri hala ölçülemeyecek seviyede az olan erkeklerde idrar PSA seviyeleri yükselebilir. RP sonrası hastaların takibinde PSA'nın idrar konsantrasyonunun takibi faydalı bir uygulama olabilir.

Hazırlayan:Doç Dr Atilla TATLIŞEN  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji

## AKUT PİYELONEFRİT

### Acute pyelonephritis

*Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy. Hospital Practice Symposium Vol :8 (Suppl 2), 1993*

Önemli bir hastalığı, böbrek yetmezliği veya patolojisi bulunmayan,sepsiste olmayan komplikasyonsuz piyelonefritli kadınlar için ayakta tedavi halen tavsiye edilmektedir. Parenteral tedavi genellikle acil serviste uygulanmakta evde oral tedaviye devam edilmektedir.Gebe hastalar hastaneye yatırılmaktadır.

Akut piyelonefrit hemen tedavi edilmezse septik şok ve böbrek hasarına neden olabilen kadınlarda daha sık görülen bir hastalıktır.Tamı böğür ağrısı,disüri,kostavertabral açısı hassasiyeti ve ateş gibi klinik bulgular ve semptomlarla konur.İdrar tetkik ve kültürü tanıyı teyit eder.Üst üriner sistem enfeksiyonu nörojen mesane veya ürolojik cerrahi girişim,üreteral tıkanıklık, böbrek taşı ile birlikte olabilir.

Günümüzde komplikasyonsuz piyelonefritli kadınlarda ayakta parenteral antibiyotik tedavisi önerilmektedir.Bu hastalara kısa süreli efektif parenteral antibiyotik tedavisi sonrası oral olarak 10-14 güne tamamlanan antibiyotik tedavisi uygulanmaktadır.Komplikasyonlu piyelonefritli olan kadınlar,gebeler,yaşlılar,altta yatan hastalığı(Diabetes mellitus,orak hücreli anemi,kanser, debilite yada immunosüpresive hastalık) olanlar standart bir bakım ünitesinde yatırılarak antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır.

### \*Komplikasyonsuz Piyelonefrit

Piyelonefritin kardinal belirtisi olan ağrı ile hastalar acil kliniklerine müracat ederler. Burada ayakta tedavileri başlanmalıdır. İlk tedavi genellikle 8-12 saatlik ateş gibi

medikal gözlemi içermelidir.Bu sürede İM veya İV antibiyotik tedavisi uygulanır. Klinik olarak stabil olan hastalar taburcu edilir ve iki gün sonra tekrar değerlendirilir klinik durumları stabilse oral tedavilerine evde devam edilir. Acildeki gözlem süresince klinik durumları düzelmeyen hastalar hastaneye yatırılarak tedavi edilirler. Değişik tedavi rejimleri önerilmektedir. (1). İki doz İV trimethoprim-sulfamethoxazole (4mg/kg TMP ve 20 mg/Kg SMX) bu tedavi (günde iki kez oral alınan 160mg TMP ve 800mgSMX)10-14 güne tamamlanır.(2). İV veya İM 3. kuşak sefalosporin başlanır ve tedaviye 10-14 gün oral cephalexine 4X500 mg şeklinde devam edilir.

### \*Komplikasyonlu piyelonefrit

Hastada sepsis bulguları, hipotansiyon,40'C'nin üzerinde ateş, serum kreatinin seviyesinin 2mg/dl den yüksek olması,respiratuar distres,kontrol edilemeyen bulantı kusma hali varsa bu komplike piyelonefrit halindedir ve ayakta tedavi uygun deydirdir hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir. Hastanede ampirik olarak ampisilin ve aminoglikozit ile tedavi yapılır. Kültür sonucu alınana kadar bu tedavi devam etmelidir.Aminoglikozitlerin potansiyel toksisiteleri nedeniyle, ampisilin ise bakteriyel rezistans nedeniyle tedaviden çıkarılabilir ve üçüncü kuşak sefalosporin. TMP-SMX ve diğer antibiyotikler eklenebilir.Hastanedeki parenteral tedavi hastanın ateşi kontrol altına alınana kadar devam etmelidir. Hasta 24 süreyle ateşsiz kaldığı zaman oral tedaviye başlanır ve hasta taburcu edilip tedavisini 10-14 güne tamamlar.Üç gün sonra oral tedaviye uygun yanıt bulunmazsa üriner sistem ile ilgili böbrek taşı veya böbrek apsesi gibi bir neden göz önüne alınmalıdır.

*Hazırlayan:Doç Dr Atila TATLIŞEN  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji.*