

LİTERATÜRDEN SEÇMELER * LİTERATÜRDEN SEÇMELER

Derleyen: Şeref ETKER

Gavit DT: Extravasation injuries. Brit J Plast Surg 46:91, 1993

Sitostatik ilaçlarla parenteral beslenme sıvıları ve % 10-20 Dekstroz, bikarbonat, Ca, K, vb. solüsyonların damar dışına kaçırılması, ne kadar ilerleyeceği baştan kestirilemeyen bir yumuşak doku incinmesine yol açar. Olay derialtında, yağ dokusu içinde başlar; etkenin yoğunluğu, ekstrevasasyon yöresi ve hastanın beslenme durumu yarayı belirler. Derialtı yağ dokusunun az olduğu el sırtı ve antekübital fossada yalnız deri değil, sinir, tendon ve eklem bile kaybedilebilir.

Yazar, ekstrevasasyonu izleyen 24 saat içinde gördüğü bir grup hastada iğne girişinin çevresine dört küçük kesi yaparak derialtını 500 ml SF ile yıkamış ve etkeni bu ortamdan temizlemeyi denemiştir. Preterm bebekler gibi, derialtı dokusu az olanlarda ayrıca hyaluronidaz kullanılmış; yağ dokusu fazlaca olanlara ise aynı zamanda "liposuction" uygulamıştır. Böylece, hastaların büyük çoğunluğunda (39/44) nekroz önlenmiş, doku kaybı çok sınırlı olmuştur. Ekstrevasasyonun olumsuz sonuçları erken sağaltımın bilinmemesinden kaynaklanmaktadır.

Hellmann JR, Shott SR, Gootlee MJ: Impalement injuries of the palate in children: Review of 131 cases. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 26:157, 1993

Damak ve orofarinksin sert cisimlerle laserasyonu küçük çocuklarda sıkça görülür. Bunların bir kısmı genel anestezi altında onarımı gerektirir. Yara içinde yabancı cisim kalabilir, fasiyal selülit oluşabilir. En önemli komplikasyonu karotid arterler üzerinden gelişebilecek serebral trombo-embolizmdir. Belirtileri ağız yaralanmasından 1-60 saat sonra ortaya çıkar, fakat hastaların bu sürede gözlem altında kalması bir önlem olamamaktadır. Bu tür yaralanmaların, çocukların hafif kafa travmaları gibi yakınlarınca izlenmesi önerilerek, kısa bir uyarı formu hazırlanmıştır.

Surana R, Quinn F, Puri P: Is it necessary to perform appendectomy in the middle of the night in children? Brit Med J 306:1168, 1993

Büyük bir seride acilen (6 saat içinde) ameliyata alınan ve 6-18 saat bekletilen akut ve perforate appendisit hastaları arasında komplikasyon, hastanede kalış süresi ve antibiyotik kullanımı bakımından fark bulunmamıştır.

Davids JR, Wenger DR, Mubarak SJ: Congenital muscular torticollis: Sequela of intrauterine or perinatal compartment syndrome. J Pediatr Orthop 13:141, 1993

M. sternokleidomastoideus'un anatomik ve fonksiyonel olarak bir kompartman içinde bulunduğunu gösteren araştırmacılar; başın, tortikolliste olduğu gibi, öne fleksiyon, yana yatış ve laterale rotasyonunda kasın tam ortasından bükülerek zorlandığını ve kompartman sendromlarındaki iskemi-ödem-fibrozis tepkisinin başladığını savunmaktadırlar. Bebeklerin doğum prezentasyonu bilinen bir etkendir, oksipitoanterior veya transvers durumda başın dönüş yönü ile tortikollis yanı uyumludur. Sözkonusu gerilme ve kanama değil bir kapalı hacim içindeki sıkışmadır. Bu nedenle, gebelik süresince makat pozisyonu alan bebeklerde, seksiyon yapılsa dahi tortikollis görülebilir. Varsayım MR ile gösterilmiştir.

Poenaru D, Laberge JM, Neilson IR, Guttman F: A new prognostic classification for esophageal atresia. Surgery 113:426, 1993

İleri yoğun bakım olanakları karşısında Waterston sınıflamasının yetersiz kaldığını düşünen Montreal ekibi, özofagus atrezileri için yeni bir kategorizasyon ortaya atmıştır. Buna göre, ventilatör bağımlılığı ölçüsünde pulmoner disfonksiyonu veya bilateral renal agenezi, serebral hipoplazi, trizomi 18 gibi çok ağır bir veya diğer major anomalilerden birkaçını taşıyan özofagus atrezisi olguları yüksek risk (II) grubunu; bunların dışındaki bütün olgular düşük risk grubunu (I) oluşturmaktadır. Montreal serisinde hastaların % 10 kadarı II. gruptadır ve iki grup arasında-

ki mortalite farkı 10 kata yakındır. Ağır anomalilerin gelecekte sağaltılabilmesiyle ölçüt yine değişecektir.

Rusnton HG, Belman AB: Testis-sparing surgery for benign lesions of the prepubertal testis. Urol Clin N Am 20:27, 1993

Çocuk testis tümörlerinin erişkinlerden farkı, sağaltımına bir ayrıcalık kazandırmaktadır. Herhangi bir testis tümörünün iyi huyluluk olasılığı çocukta çok daha yüksek olmaktan başka, kötü huylu tümörlerin metastaz yapma sıklığı da düşüktür. Onun için, prepubertal hastalarda teratoma, epidermoid kist ve Leydig hücreli tümör saptandığında enükleasyon biçiminde testis dokusunu koruyan ameliyatlar yapılmalıdır. Preoperatif laboratuvar incelemeleri cerrahi yönlendirebilmelidir. Enükleasyona girişmeden kanser cerrahisinin bütün önlemleri alınır: Önce spermatik kordon mobilize edilir ve sıkıştırılır, testis kesi dışına alınarak yalıtılır, kitle ile çevresindeki testis dokusundan frozen section biyopsiler yapılır. Testis genellikle kitle tarafından baskılanmıştır; zamanla karşı taraf boyutlarına ulaşabilir ve fertilitateye katkıları olur.

Rogalski R, Hensinger R, Loder R: Vascular abnormalities of the extremities: clinical findings and management. J Pediatr Orthop 13:9, 1993

Ekstremitte anjiyodisplazilerini yalnız yayılım (lokalize, geniş) ve yerleşim (ciltaltı, kas içi, peri/intra-artiküler) bakımından sınıflamayı uygun gören yazarlar, incelemede en çok kontrastlı BT'den yararlanmışlardır. Bulgularına göre, lezyonların büyük kısmı deri altındadır ve ağrı gibi dolaşım yetersizliğiyle artan belirtileri basınçla giderilebilir. Ameliyatta, turnikenin tüm kan boşaltımı yapılmadan uygulanması oluşumların daha iyi tanımlanmasını sağlar, ancak özellikle üst ekstremitelerde nüksler sıktır. Histoloji ile hastalık belirtileri ve cerrahi sonuç arasında ilişki kurulamamıştır. Anjiyodisplazilerde sağaltım sınırlı kalır, kozmetik amaçla ekstremitte işlevini bozabilecek girişimlerden kaçınılmalıdır.

Kone-paut I, Bernard JL: La maladie de Behçet chez 'enfant. Arch Fr Pediatr 50:145, 1993

Behçet hastalığı, yenidoğan döneminden başlayarak çocuklukta görülebilen bir morbiditedir. Çocuk ol-

guların önemli bir kısmında hastalığın başlangıcı tanıtıcı olmaktan uzaktır; aftlar daha geç ortaya çıkar, eklem belirtileri dikkat çekicidir. Karın ağrısı, ishal, bağırsak/rektum ülserleri ve darlıkları, özofajit ve iç fistüller gibi abdominal bulguların sıklığı % 50'ye yakındır. Bu geniş literatür taraması hastalığın pediatrik boyutlarını tam anlamıyla yansıtmaktadır.

Çavdar AO, Gözdaşoğlu S, Yavuz G, Babacan E, Ünal E, Uluoğlu Ö, Yücesan S, Magrath İT, Akar N: Burkitt's lymphoma between African and American types in Turkish children: Clinical, viral (EBV), and molecular studies. Med Pediatr Oncol 21:36, 1993.

Ankara Üniversitesi'nin Burkitt lenfomaları (BL) serisi retrospektif olarak incelenmiştir. Tümör, genellikle (% 69.5) abdominal yerleşimli ve multipldir. Çalışmada immünolojik, biyokimyasal ve viral verilerle sağaltım sonuçlarının ayrıntılı dökümleri verilmiştir. Hastalık, Türkiye'de bilinen tiplerin karma özelliklerini taşımaktadır. Bütün bulgular ışığında BL etkeni tartışılmıştır.

Aapreung P, Beckwith B, Galansky SH, Koyle MA, Sokol RJ: Association of paucity of interlobular bile ducts with Prune Belly Syndrome. J Pediatr Gastroenterol Nutr 16:81, 1993

İlerleyen kolestaz bulguları olan bir Prune Belly Sendromu hastası, yenidoğan döneminden yedi yaşına kadar izlendikten sonra, klinik ve doku verileriyle değerlendirilerek, karaciğer ve böbrek tutulumunun birlikte görüldüğü bilinen 18 sendrom ve doğmalık hastalığa bir diğerinin katılması gerektiği anlatılmaktadır.

Weyerts LK, Jones MC, Grafe M, Scioscia AL: Umbilical cord haemangioma associated with eruptive cutaneous haemangioma in a female infant. Prenatal Diagnosis 13:61, 1993

Göbekbağı içindeki kitleler doğum öncesi US ile kolayca tanınabilir. Bunlardan hemanjiyomlar, bebeğin gövdesinde yayılım gösterebilecekleri ve doğumla büyüme eğiliminde oldukları için önemsenmelidir. Sunulan olgu dört ay süren bir kortikoterapi (Margileth rejimi) ile düzelmiştir.

Büyükünal SNC: Interim report in humans of a previously described technique in an animal model: Closure of bladder exstrophy with rectus abdominis muscle flap. Pediatr Surg Int 8:277, 1993

Ekstrofik mesane yüzeyinin rektus abdominis ada flebiyle örtülmesi yönteminin genel klinik sonuçları sunulmaktadır. Oluşturulan yeni mesanelerde mukus salınımı olmaması tekniğin bir avantajıdır. Girişim urodinamik incelemelerle desteklenecektir.

Schmidt AH, Keenen TL, Tank ES, Bird CB, Beals RK: Pelvic osteotomy for bladder exstrophy. J Pediatr Orthop 13:214, 1993

Superior pubik ramotomi uygulanan bir grup hasta, iliak osteotomi yapılarak ekstrofi onarımı gerçekleştirilen hasta grubuyla karşılaştırılmaktadır. Bilateral anterior pubik ramotomi ameliyat süresi ve kan gereği bakımından kazançlıdır. Hastanede kalış süresi de çok kısalmaktadır. Sonuç olarak bu gruptaki hastaların hiç birine üriner diversiyon uygulamak zorunluğ olmamıştır. Her iki osteotomi biçiminde kalça eklemlerinin rotasyon profilleri fazla değişmemektedir.

Uzun dönemde sakrum genişliğine uyan bir diastaz yeniden oluşur. Osteotomilerle ekstrofik mesanenin primer onarımında yalnızca gerginliğin azaltılması amaçlandığı için daha basit yöntemler geçerli olabilir.

Mc Kenna P, Khoury AE, McLorie GA, Churchill BM, Wedge JH: Anterior diagonal mid-innominate osteotomy. Dial Pediatr Urol 16:5, 1993

Ekstrofi anomalisinde en belirgin pelvik dismorfizmin innominat kemiğin yassılaşması olduğu saptanmıştır. Spina iliaca anterior superiorun bir cm kadar posteriorundan siyatik oluğa uzanan diagonal kesi, pubik diastazın fiksasyonsuz kapatılmasını sağlar ve asetabuler triradiat kıkırdaktan uzak tutulabilir. Bu bakımdan salter ve transvers osteotomilerden üstündür, ayrı deri kesileri de gerekmez ve ameliyat bitimine kadar kemikler manipule edilebilir. Posterior osteotomilerde osteomyelit riski azalır, fakat genellikle deplasman olur ve myelomeningoselli hastalara uygulanamaz. Sekonder girişimlerde yine anterior diagonal iliottominin eksternal fiksatörle birlikte kullanılması önerilmektedir.